

全国高等中医药专业教材建设

专家指导委员会

- 主任委员 李振吉 (国家中医药管理局副局长)
- 副主任委员 王永炎 (中国中医研究院名誉院长 中国工程院院士)
- 贺兴东 (国家中医药管理局科技教育司司长)
- 委员 (按姓氏笔画排列)
- 王绵之 (北京中医药大学 教授)
- 王明来 (国家中医药管理局科技教育司副司长)
- 王新陆 (山东中医药大学校长 教授)
- 邓铁涛 (广州中医药大学 教授)
- 石学敏 (天津中医学院教授 中国工程院院士)
- 龙致贤 (北京中医药大学 教授)
- 皮持衡 (江西中医学院 教授)
- 刘振民 (北京中医药大学 教授)
- 任继学 (长春中医学院 教授)
- 严世芸 (上海中医药大学校长 教授)
- 李任先 (广州中医药大学 教授)
- 李庆生 (云南中医学院院长 教授)
- 吴咸中 (天津中西医结合医院教授 中国工程院院士)
- 张士卿 (甘肃中医学院院长 教授)
- 肖培根 (中国医学科学院教授 中国工程院院士)
- 陈可冀 (中国中医研究院教授 中国科学院院士)
- 周仲瑛 (南京中医药大学 教授)
- 郑守曾 (北京中医药大学校长 教授)
- 胡之璧 (上海中医药大学教授 中国工程院院士)
- 项 平 (南京中医药大学校长 教授)
- 施 杞 (上海中医药大学 教授)
- 徐志伟 (广州中医药大学副校长 教授)

曹洪欣	(黑龙江中医药大学校长	教授)
梁繁荣	(成都中医药大学副校长	教授)
焦树德	(中日友好医院	教授)
路志正	(中国中医研究院	教授)
颜德馨	(上海铁路医院	教授)

前 言

“新世纪全国高等中医药院校规划教材”是依据教育部《关于“十五”期间普通高等教育教材建设与改革的意见》的精神，在教育部、国家中医药管理局规划指导下，由全国中医药高等教育学会组织、全国高等中医药院校联合编写、中国中医药出版社出版的高等中医药院校本科系列教材。

本系列教材采用了“政府指导、学会主办、院校联办、出版社协办”的运作机制。为确保教材的质量，在教育部和国家中医药管理局指导下，建立了系统完善的教材管理体制，成立了全国高等中医药专业教材建设专家指导委员会、全国高等中医药教材建设研究会，对本系列教材进行了整体规划，在主编遴选、教学大纲和教材编写大纲、教材质量等方面进行了严格的审查、审定。

本系列教材立足改革，更新观念，以新的专业目录为依据，以国家规划教材为重点，按主干教材、配套教材、改革创新教材分类，以宽基础、重实践为原则，是一套以国家规划教材为重点，门类齐全，适应培养新世纪中医药高素质、创造性人才需要的系列教材。在教材组织编写的过程中引入了竞争机制，教材主编和参编人员全国招标，按照条件严格遴选，专家指导委员会审议，择优确定，形成了一支以一线专家为主体，以老带新的高水平的教材编写队伍，并实行主编负责制，以确保教材质量。

本系列教材编写实施“精品战略”，从教材规划到教材编写、专家审稿、编辑加工、出版，都有计划、有步骤实施，层层把关，步步强化，使“精品意识”、“质量意识”贯彻全过程。每种教材的教学大纲、编写大纲、样稿、全稿，都经过专家指导委员会审定，都经历了编写会、审稿会、定稿会的反复论证，不断完善，重点提高内在质量。尤其是根据中医药教材的特点，在继承与发扬、传统与现代、理论与实践、中医与西医等方面进行了重点论证，并在继承传统精髓的基础上择优吸收现代研究成果；在写作方法上，大胆创新，使教材内容更为系统化、科学化、合理化，更便于教学，更利于学生系统掌握基本理论、基本知识和基本技能；注意体现素质教育和创新能力与实践能力的培养，为学生知识、能力、素质协调发展创造条件。

在出版方面，出版社全面提高“精品意识”、“质量意识”，从编辑、设计、印刷、装帧质量，在各个环节都精心组织、精心施工，力争出版高水平的精品教材，使中医药教材的出版质量上一个新台阶。

本系列教材按照中医药专业培养目标和国家中医药执业医师资格考试要求，以国家规划教材为重点，门类齐全，适合全国各高等中医药院校中医学专业、针灸推拿学专业、中药学专业本科教学使用。是国家中医执业医师资格考试、国家中医药专业技术人员职称资格考试的参考书。

本系列教材于2002年年底出版的主要为中医专业、针灸推拿专业、中药专业教材，共计46门，其中34门被教育部评选为“普通高等教育‘十五’国家级规划教材”。

值得提出的是，本系列教材在审定时，专家指导委员会王永炎院士、邓铁涛教授、任继学教授、肖培根院士、胡之璧院士等专家对教材书稿进行了严格把关，提出精辟的意见，对保证教材质量起了重要作用；本套教材的编写出版，得到中国中医药出版社和全国高等中医药院校在人力、物力上的大力支持，为教材的编写出版创造了有利条件。各高等中医药院校，既是教材的使用单位，又是教材编写任务的承担单位，在本套教材建设中起到了主体作用。在此一并致谢！

本系列教材在继承的基础上进行了一定力度的改革与创新，在探索的过程中难免有不足之处，甚或错漏之处，敬请各教学单位、各位教学人员在使用中发现问题，及时提出批评指正，以便我们重印或再版时予以修改，使教材质量不断提高，更好地适应新世纪中医药人才培养需要。

全国中医药高等教育学会
全国高等中医药教材建设研究会

2002年8月

普通高等教育“十五”国家级规划教材
新世纪全国高等中医药院校规划教材

《中医诊断学》编委会

主 编 朱文锋 (湖南中医学院)

副主编 庄泽澄 (山东中医药大学)

吴承玉 (南京中医药大学)

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁成华 (江西中医学院)

王丹芬 (甘肃中医学院)

孙益鑫 (安徽中医学院)

严石林 (成都中医药大学)

李 杰 (青海医学院)

杨牧祥 (河北医科大学中医学院)

张绍灵 (长春中医学院)

陆小左 (天津中医学院)

郑 进 (云南中医学院)

袁肇凯 (湖南中医学院)

编写说明

《中医诊断学》是根据中医学的基本理论，研究诊察病情、判断疾病、辨别证候的基础理论、基本知识和基本技能的一门学科。它是基础理论与临床各科之间的桥梁，是中医学专业课程体系中的主干课程。

中医诊断学主要包括诊法、辨证、诊断综合运用和病案书写等内容。诊法部分包括望、闻、问、切四诊，辨证部分包括八纲辨证、病性辨证、脏腑辨证等。附原文选录，仅作为教学的参考。

通过本课程的教学，要使学习者熟悉中医诊断的含义与内容，症、病、证等概念及其相互关系，中医诊断的原理和原则；掌握问、望、闻、切四诊的基本技能和知识，八纲、病性、脏腑等辨证的基本内容及辨证统一体系；熟悉病情资料的综合处理，主症诊断、证候诊断、疾病诊断的思路，病案书写的内容、格式和要求。

本教材的编写，以中医诊断的理论和知识为基本内容，突出临床实用，突出技能和思维能力的培养与训练。注意内容的规范，如对症、病、证等概念进行了区分，注意避免与其他学科内容的不必要重复，在具体内容的安排上，注意知识由浅入深、由分散到综合的循序渐进顺序，并适当反映了学科研究的新进展。

本教材绪论由朱文锋编写，第一章由庄泽澄编写，第二章由袁肇凯编写，第三章由张绍灵编写，第四章由李杰编写，第五章由孙益鑫编写，第六章由杨牧祥编写，第七章由吴承玉编写，第八章由郑进编写，第九章由严石林编写，第十章由吴承玉编写，第十一章由王丹芬、朱文锋编写，第十二章由丁成华编写，原文选录由陆小左编写。

本教材的编写，限于编者的水平，若有疏漏错误之处，敬祈指正。

《中医诊断学》编委会

2002年4月

目 录

绪 论

一、中医诊断学的主要内容·····	1
(一) 诊法·····	1
(二) 诊病·····	1
(三) 辨证·····	2
(四) 病案·····	2
二、中医诊断的基本原理·····	2
(一) 司外揣内·····	3
(二) 见微知著·····	3
(三) 以常衡变·····	3
三、中医诊断的基本原则·····	4
(一) 整体审察·····	4
(二) 诊法合参·····	4
(三) 病证结合·····	5
四、中医诊断学的发展简史·····	5
五、学习中医诊断学的方法·····	7
(一) 熟练掌握中医学的基本理论·····	7
(二) 不断进行临床实践·····	8
(三) 注意科学思维能力的培养·····	8

上篇 诊法

第一章 问诊·····	9
第一节 问诊的意义及方法·····	10
一、问诊的意义·····	10
二、问诊的方法·····	10
第二节 问诊的内容·····	11
一、一般情况·····	11
二、主诉·····	11
三、现病史·····	12
四、既往史·····	12
五、个人生活史·····	13
六、家族史·····	14
第三节 问现在症·····	14
一、问寒热·····	14

2	·中医诊断学·	
二、问汗		17
三、问疼痛		19
四、问头身胸腹		23
五、问耳目		25
六、问睡眠		26
七、问饮食口味		27
八、问二便		29
九、问经带		32
第二章 望诊		34
第一节 全身望诊		35
一、望神		35
二、望色		38
三、望形		44
四、望态		45
第二节 局部望诊		47
一、望头面		47
二、望五官		49
三、望躯体		55
四、望四肢		59
五、望二阴		62
六、望皮肤		64
第三节 望排出物		65
一、望痰涕		66
二、望涎唾		66
三、望呕吐物		67
四、望二便		67
第四节 望小儿指纹		68
一、正常小儿指纹		68
二、病理小儿指纹		68
第三章 舌诊		70
第一节 舌诊概说		70
一、舌的形态结构		70
二、舌诊原理		71
三、舌诊的方法和注意事项		72
四、舌诊的内容和正常舌象		73
第二节 望舌质		75
一、舌色		75

二、舌形	76
三、舌态	78
四、舌下络脉	80
第三节 望舌苔	80
一、苔质	81
二、苔色	83
第四节 舌象分析与舌诊意义	85
一、舌象分析的要点	85
二、舌诊的临床意义	87
附一 危重舌象的诊法	88
附二 临床常见舌象及主病	89
第四章 闻诊	90
第一节 听声音	90
一、声音	90
二、语言	92
三、呼吸	93
四、咳嗽	94
五、心音	95
六、胃肠异常声音	95
第二节 嗅气味	97
一、病体气味	97
二、病室气味	98
第五章 脉诊	99
第一节 诊脉概述	99
一、脉诊原理	99
二、诊脉部位	101
三、诊脉方法	105
四、脉象要素	108
第二节 正常脉象	109
一、正常脉象的特点	109
二、脉象的生理变异	110
第三节 病理脉象	112
一、常见病脉	112
二、脉象鉴别	120
三、相兼脉	122
四、真脏脉	123
五、妇人脉与小儿脉	124

4 · 中医诊断学 ·	
第四节 脉诊的临床运用及意义	126
一、脉诊的临床运用	126
二、脉诊的意义	127
第六章 按诊	130
第一节 按诊的方法与意义	130
一、按诊的体位	130
二、按诊的手法	131
三、按诊注意事项	132
第二节 按诊的内容	133
一、按胸胁	133
二、按腕腹	135
三、按肌肤	138
四、按手足	140
五、按腧穴	141
中篇 辨证	
第七章 八纲辨证	143
第一节 八纲基本证候	144
一、表里辨证	144
二、寒热辨证	146
三、虚实辨证	148
四、阴阳辨证	149
第二节 八纲证候间的关系	151
一、证候相兼	151
二、证候错杂	151
三、证候真假	152
四、证候转化	154
第三节 八纲辨证的意义	156
第八章 病性辨证	158
第一节 辨六淫证候	158
一、风淫证	158
二、寒淫证	159
三、暑淫证	160
四、湿淫证	160
五、燥淫证	161
六、火热证	162
第二节 辨阴阳虚损证候	163

一、阳虚证·····	163
二、阴虚证·····	163
三、亡阳证·····	164
四、亡阴证·····	164
第三节 辨气血证候·····	165
一、气虚类证·····	165
二、血虚类证·····	167
三、气滞类证·····	168
四、血瘀证·····	169
五、血热证·····	170
六、血寒证·····	170
七、气血同病证类·····	171
第四节 辨津液证候·····	171
一、痰证·····	171
二、饮证·····	172
三、水停证·····	172
四、津液亏虚证·····	173
第五节 辨情志证候·····	174
一、喜证·····	174
二、怒证·····	174
三、忧思证·····	175
四、悲恐证·····	175
第九章 脏腑辨证·····	176
第一节 辨心病证候·····	176
一、心血虚证·····	177
二、心阴虚证·····	177
三、心气虚证·····	178
四、心阳虚证·····	178
五、心阳虚脱证·····	178
六、心火亢盛证·····	179
七、心脉痹阻证·····	179
八、痰蒙心神证·····	180
九、痰火扰神证·····	180
十、瘀阻脑络证·····	181
第二节 辨肺病证候·····	181
一、肺气虚证·····	181
二、肺阴虚证·····	182

6 · 中医诊断学 ·	182
三、风寒犯肺证	182
四、风热犯肺证	183
五、燥邪犯肺证	183
六、肺热炽盛证	183
七、痰热壅肺证	184
八、寒痰阻肺证	184
九、饮停胸胁证	185
十、风水相搏证	185
第三节 辨脾病证候	185
一、脾气虚证	186
二、脾虚气陷证	186
三、脾阳虚证	187
四、脾不统血证	187
五、寒湿困脾证	187
六、湿热蕴脾证	188
第四节 辨肝病证候	188
一、肝血虚证	189
二、肝阴虚证	189
三、肝郁气滞证	190
四、肝火炽盛证	190
五、肝阳上亢证	191
六、肝风内动证	191
七、寒滞肝脉证	193
第五节 辨肾病证候	193
一、肾阳虚证	193
二、肾虚水泛证	194
三、肾阴虚证	194
四、肾精不足证	195
五、肾气不固证	195
第六节 辨腑病证候	196
一、胃气虚证	196
二、胃阳虚证	197
三、胃阴虚证	197
四、胃热炽盛证	198
五、寒饮停胃证	198
六、寒滞胃肠证	198
七、食滞胃肠证	199

八、胃肠气滞证·····	199
九、虫积肠道证·····	200
十、肠热腑实证·····	200
十一、肠燥津亏证·····	200
十二、肠道湿热证·····	201
十三、膀胱湿热证·····	201
十四、胆郁痰扰证·····	202
第七节 辨脏腑兼病证候·····	202
一、心肾不交证·····	203
二、心肾阳虚证·····	203
三、心肺气虚证·····	203
四、心脾气血虚证·····	204
五、心肝血虚证·····	204
六、脾肺气虚证·····	204
七、肺肾气虚证·····	205
八、肺肾阴虚证·····	205
九、肝火犯肺证·····	206
十、肝胆湿热证·····	206
十一、肝胃不和证·····	206
十二、肝郁脾虚证·····	207
十三、肝肾阴虚证·····	207
十四、脾肾阳虚证·····	208
第十章 其他辨证方法概要·····	209
第一节 六经辨证概要·····	209
一、辨六经病证·····	209
(一) 太阳病证·····	209
(二) 阳明病证·····	211
(三) 少阳病证·····	212
(四) 太阴病证·····	212
(五) 少阴病证·····	212
(六) 厥阴病证·····	213
二、六经病证的传变·····	213
第二节 卫气营血辨证概要·····	213
一、辨卫气营血证·····	214
(一) 卫分证·····	214
(二) 气分证·····	214
(三) 营分证·····	215

(四) 血分证·····	215
二、卫气营血证的传变·····	216
第三节 三焦辨证概要·····	216
一、辨三焦病证·····	216
(一) 上焦病证·····	216
(二) 中焦病证·····	217
(三) 下焦病证·····	217
二、三焦病证的传变·····	218
第四节 经络辨证概要·····	218
一、辨十二经脉病证·····	218
二、辨奇经八脉病证·····	219

下篇 诊断综合运用

第十一章 诊断思路与方法·····	221
第一节 病情资料的综合处理·····	221
一、病情资料的完整性和系统性·····	222
二、病情资料的准确性和客观性·····	222
三、病情资料的一致性程度·····	223
四、病情资料属性的分类·····	224
第二节 诊断思维的一般方法·····	225
一、常用的诊断思维方法·····	226
二、诊断的思维线索·····	228
第三节 主症诊断思路·····	230
一、主症的诊断意义·····	230
二、确定主症的方法·····	230
三、围绕主症进行询查·····	231
四、围绕主症进行诊病·····	232
五、围绕主症进行辨证·····	233
第四节 证候诊断思路·····	234
一、辨证诸法的关系与特点·····	234
二、辨证的统一体系·····	235
三、证候诊断的要求·····	237
第五节 疾病诊断思路·····	239
一、疾病诊断的意义·····	239
二、疾病诊断的一般途径·····	240
三、疾病分类的诊断意义·····	242
四、疾病命名的诊断意义·····	243

五、常见病性类疾病·····	245
六、常见病状类疾病·····	248
第十二章 病案书写与要求 ·····	250
第一节 病案的内容和要求·····	250
一、中医病案书写通则·····	251
二、中医病案书写的重点内容·····	253
第二节 中医病案书写格式·····	255
一、住院病案·····	255
二、门诊病案·····	260
三、急诊病案·····	261
四、病案示例·····	262

附篇 原文选录

绪 论·····	269
一、诊断内容与意义·····	269
二、诊断的基本原理和原则·····	269
三、中医诊断的要求·····	270
第一节 问诊·····	270
一、问诊的意义与内容·····	270
二、问症辨证·····	271
第二节 望诊·····	273
一、全身望诊·····	273
二、局部望诊·····	274
三、望排出物·····	275
四、望小儿指纹·····	275
第三节 舌诊·····	276
一、舌诊概说·····	276
二、望舌质·····	276
三、望舌苔·····	276
第四节 闻诊·····	277
一、听声音·····	277
二、嗅气味·····	278
第五节 脉诊·····	278
一、脉诊概说·····	278
二、脉诀·····	280
第六节 按诊·····	283
第七节 八纲辨证·····	284

10	·中医诊断学·	.....
	一、八纲证候	.....	284
	二、证候真假	.....	287
第八节	病性辨证	.....	287
	一、病机总要	.....	287
	二、辨六淫证候	.....	288
	三、辨气血津液阴阳证候	.....	288
	四、辨情志证候	.....	289
第九节	脏腑辨证	.....	290
第十节	其他辨证方法	.....	291
	一、六经辨证	.....	291
	二、卫气营血辨证	.....	292
	三、三焦辨证	.....	292
	四、经络辨证	.....	292
第十一节	诊断思路与方法	.....	293
第十二节	病案书写与要求	.....	293

绪 论

诊，诊察了解；断，分析判断。“诊断”就是通过对病人的询问、检查，以掌握病情资料，从而对病人的健康状态和病变的本质进行辨识，并对所患病、证作出概括性判断。

中医诊断学是根据中医学的理论，研究诊察病情、判断病种、辨别证候的基础理论、基本知识和基本技能的一门学科。它是中医学专业的基础课，是基础理论与临床各科之间的桥梁，是中医学专业课程体系中的主干课程。

一、中医诊断学的主要内容

中医诊断学主要包括诊法，辨证、诊断综合运用和病案书写等内容。

（一）诊法

诊法，即中医诊察收集病情资料的基本方法。主要包括望、闻、问、切“四诊”。

“望诊”是医生运用视觉察看病人的神、色、形、态、舌象、头面、五官、四肢、二阴、皮肤以及排出物等，以发现异常表现，了解病情的诊察方法。“闻诊”是医生运用听觉诊察病人的语言、呼吸、咳嗽、呕吐、暖气、肠鸣等声音，以及运用嗅觉嗅病人发出的异常气味、排出物的气味，以了解病情的诊察方法。“问诊”是询问病人有关疾病的情况，病人的自觉症状，既往病史、生活习惯等，从而了解患者的各种病态感觉以及疾病的发生发展、诊疗等情况的诊察方法。“切诊”是医生用手触按病人的动脉脉搏和触按病人的肌肤、手足、胸腹、腧穴等部位，测知脉象变化及有关异常征象，从而了解病变情况的诊察方法。

通过四诊所收集到的病情资料，主要包括症状、体征和病史。“症状”是指病人主观感到的痛苦或不适，如头痛、耳鸣、胸闷、腹胀等；“体征”是指客观能检测出来的异常征象，如面色白、喉中哮鸣、大便腥臭、舌苔黄、脉浮数等。而症状和体征又可统称症状，或简称“症”，古代还有将其称为病状、病形、病候者。

症状虽然只是疾病所反映的现象，但它是判断病种、辨别证候的主要依据，因而在中医诊断中具有重要的意义。

（二）诊病

诊病，亦称辨病，是在中医学理论指导下，综合分析四诊资料，对疾病的病种作出判断，得出病名诊断的思维过程。

对于临床上的各种具体疾病，进行分析判断而作出的诊断，是为病名。因而病名是各种具体疾病的代名词。如疟疾、痢疾、肺病、痫病、消渴、滑胎、痛经、麻疹、夏季热、红丝疔、乳癖、脓疱疮、牛皮癣、内痔、股骨骨折、白喉、圆翳内障等，都是病名。病名是对该

疾病全过程的特点与规律所作的概括与抽象。

对疾病作出病名诊断，是临床各科应讨论的主要内容。在学习中医诊断学时，还不可能对疾病的病种进行辨别，难以作出病名诊断。因此，中医诊断学只是对疾病怎样进行诊断的基本方法，以及疾病的命名、分类等作初步介绍。

（三）辨证

“证”是中医学的一个特有概念。在中医学的历史上以及现代文献中，对于“证”的概念和使用不太统一，有以证为症状者，亦有称病为证者。

当代中医学对于“证”的约定：证是对疾病过程中所处一定（当前）阶段的病位、病因、病性以及病势等所作的病理概括。证是对致病因素与机体反应两方面情况的综合，是对疾病当前本质所作的结论。

“证”实际包括证名、证候、证型等概念。将疾病当前阶段的病位、病性等本质，概括成一个诊断名称，这就是“证名”。如痰热壅肺证、肝郁脾虚证、卫分证、脾肾阳虚证、膀胱湿热证、瘀阻脑络证等，均为证名。临床上有时又将证称为“证候”，即证为证候的简称，但严格地说，证候应是指每个证所表现的、具有内在联系的症状及体征，即证候为证的外候。临床较为常见、典型、证名规范的证，可称为“证型”。

“辨证”是在中医学理论的指导下，对病人的各种临床资料进行分析、综合，从而对疾病当前的病位与病性等本质作出判断，并概括为完整证名的诊断思维过程。

中医诊断学主要是介绍历史上的各种辨证分类方法，以及由各种辨证方法综合而形成的辨证统一体系，辨证思维的技巧，常见证型的概念及其临床表现。

（四）病案

病案，又称病历，古称诊籍。病案是临床有关诊疗等情况的书面记录。

病案要求把病人的详细病情、病史、诊断和治疗等情况，作如实的记录。

病案是医疗、科研、教学、管理及司法的重要资料。病案书写是临床工作者必须掌握的基本技能，因而也属中医诊断学的内容之一。

二、中医诊断的基本原理

中医学在形成和发展的过程中，受到我国古代哲学思想的影响，其认识论和方法论都具有朴素的唯物辩证法思想。对于自然界和人体生理病理的认识，是以直观的方法从总体方面看待其关系，构成了天人相应、神形相合、表里相关的整体观点。

中医学认为，事物之间存在着相互作用的关系和因果联系，人体是一个有机的整体，局部的病变可以产生全身性的病理反应，全身的病理变化又可反映于局部。因此，疾病变化的病理本质虽然藏之于“内”，但必有一定的症状、体征反映于“外”，局部的表现常可反映出整体的状况，整体的病变可以从多方面表现出来。通过审察其反映于外的各种疾病现象，在医学理论的指导下进行分析、综合、对比、思考，便可求得对疾病本质的认识。

《素问·阴阳应象大论》曰：“以我知彼，以表知里，以观过与不及之理，见微得过，用

之不失。”就是说在认识事物时，应当采取知己知彼，从外测内，观察事物表现的太过或不及，通过微小的改变看出反常的所在，从而认识事物的本质。这便是中医学诊断病证的基本原理。

（一）司外揣内

外，指疾病表现于外的症状、体征；内，指脏腑等内在的病理本质。由于“有诸内者，必形诸外”，所以《灵枢·论疾诊尺》说“从外知内”，就是说通过诊察其反映于外部的现象，便有可能测知内在的变动情况。

《灵枢·本脏》说：“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”说明脏腑与体表是内外相应的，观察外部的表现，可以测知内脏的变化，从而了解内脏所发生的疾病，认识了内在的病理本质，便可解释显现于外的证候。所以《丹溪心法》总结说：“欲知其内者，当以观乎外；诊于外者，斯以知其内。盖有诸内者形诸外。”这一认识与近代控制论的“黑箱”理论有着惊人的相似之处。

（二）见微知著

“见微知著”，语出《医学心悟·医中百误歌》。微，指微小、局部的变化；著，指明显的、整体的情况。见微知著，是指机体的某些局部，常包含着整体的生理、病理信息，通过微小的变化，可以测知整体的情况。

如《灵枢·五色》将面部分为明堂、阙、庭、蕃、蔽等部，把上至首面、下至膝足、内而脏腑、外而胸背的整个人体皆分属于其中，并说：“此五脏六腑肢节之部也，各有部分。”这便是察面部的情况，以测全身病变的具体描述。

又如早在《素问·五脏别论》便有“气口何以独为五脏主”之说，《难经·一难》更强调“独取寸口，以决五脏六腑死生吉凶之法”，于是详细审察寸口脉的三部九候，以推断全身疾病的方法，一直沿用至今。

耳为宗脉之所聚，耳廓的不同部位能反映全身各部的变化；舌为心之苗，又为脾胃的外候，舌与其他脏腑也有密切联系，故舌的变化可以反映脏腑气血的盛衰及邪气的性质；五脏六腑之精气皆上注于目，故目可反映人体的神气，并可察全身及脏腑的病变等。

临床实践证明，某些局部的改变，确实有诊断全身疾病的意义。因而有人说，中医学含有当代“生物全息”的思想，认为人体的某些局部，可以看作是脏腑的“缩影”。

（三）以常衡变

常，指健康的、生理的状态；变，指异常的、病理的状态。以常衡变，是指在认识正常的基础上，发现太过、不及的异常变化。

《素问·玉机真脏论》说：“五色脉变，揆度奇恒。”恒，指正常、常规；奇，指异常、变动；揆度，观察比较、推测揣度的意义。要认识客观事物，必须通过观察比较，知常达变。

中医望色、闻声、切脉等以诊断病变，均含有这方面的道理。

健康与疾病，正常与异常，不同的色泽，脉象的虚、实、细、洪，都是相对的，是通过

观察比较而作出判别的。诊断疾病时，一定要注意从正常中发现异常，从对比中找出差别，并进而认识疾病的本质。这也就是所谓以我知彼，以观太过不及之理的诊断原理。

三、中医诊断的基本原则

疾病的病情变化极其错综复杂，医生要在千变万化、纷纭复杂的表现中，抓住疾病的本质，对病、证作出正确判断，他除了应熟悉中医学的理论与知识外，还要遵循中医诊断的基本原则。

（一）整体审察

整体观念、相互联系，是中医诊断时强调整体审察的认识论基础。由于人是一个有机的整体，内在的脏腑与体表的形体官窍之间是密切相关的，整个人体又受到社会环境和自然环境的影响。当人体脏腑、气血、阴阳和谐协调，能适应社会、自然环境的变化时，便是身心健康的表现，否则内外环境不能维持在一定范围内的和谐统一，便可能发生疾病。因此，人体一旦患了疾病，局部的病变可以影响全身；精神的刺激可以导致气机甚至形体的变化，脏腑的病变可以造成气血阴阳的失常和精神活动的改变等等，任何疾病都或多或少地具有整体性的变化。

整体审察的含义，一方面是指通过诊法收集病人的临床资料时，必须从整体上进行多方面的考虑，而不能只看到局部的痛苦。要从整体上了解疾病的病因病机、脏腑气血阴阳的变动状况，不仅应对局部的病状进行详细的询问、检查，而且要通过寒热、饮食、二便、睡眠、精神状况、舌象、脉象等，了解全身的情况，同时还要了解病史、体质、家庭、环境、时令、气候等对疾病有无影响。只有广泛而详细地占有临床资料，才能为正确判断打好基础。另一方面是要求对病情进行全面分析、综合判断，既不能只顾一点、不及其余，也不能捡了芝麻、丢了西瓜，不能只注意到当前的、局部的、明显的病理改变，而忽视了时、地、人、病的特殊性，还要从疾病的前因后果、演变发展趋势上加以考虑。

（二）诊法合参

“诊法合参”，是指四诊并重，诸法参用，综合收集病情资料。

由于疾病是一个复杂的过程，其临床表现可体现于多个方面，必须诊法合参，才能全面、详尽地获取诊断所需的临床资料；再者，望、闻、问、切四诊是从不同的角度检查病情和收集临床资料，各有其独特的方法与意义，不能互相取代，故中医学强调诊法合参，正如《医门法律》所说：“望闻问切，医之不可缺一。”《四诊抉微》也说：“然诊有四，在昔神圣相传，莫不并重。”

医生对望诊或脉诊等有精深的研究和专长，虽可赞许，但如果忽视其他诊法，甚至以一诊代替四诊，则不可取。张仲景批评说：“省疾问病，务在口给。相对斯须，便处汤药。按寸不及尺，握手不及足，人迎趺阳，三部不参……，明堂阙庭，尽不见察，所谓窥管而已。夫欲视死别生，实为难矣。”医生不能全面了解病情，便难以作出正确的诊断。

实际上，临床时是四诊合参运用而难以截然分开，往往望时有问、有闻，按时也有望、

有问等，并通过问诊等而提示检查的内容。比如对排出物的诊察，往往是既要望其色，又要闻其气，还要问其感觉。又如在腹诊时，既要望其腹之色泽形状，又要叩听其声音，还要按其冷热、软硬，并问其喜按、拒按等。临床诊病时，有时是望色在先，有时是闻声在先，有时是问病在先，并不都是按问望闻切或望闻问切的固定顺序进行。

（三）病证结合

在中医学中，“病”与“证”是密切相关的不同概念。

病是对疾病全过程的特点与规律所作的概括，证是对疾病当前阶段的病位、病性等所作的结论。病注重从贯串疾病始终的根本矛盾上认识病情，证主要是从机体反应状况上认识病情。辨病和辨证，对于中医诊断来说，都是重要的。辨病有利于从疾病全过程、特征上认识疾病的本质，重视疾病的基本矛盾；辨证则重在从疾病当前的表现中判断病变的位置与性质，抓住当前的主要矛盾。正由于“病”与“证”对疾病本质反映的侧重面有所不同，所以中医学强调要“辨病”与“辨证”相结合，从而有利于对疾病本质的全面认识。

临床进行思维分析时，有时是先辨病然后再辨证，有时是先辨证然后再辨病。如果通过辨病而确定了病种，便可根据该病的一般演变规律而提示常见的证型，因而是在辨病基础上进行辨证。当疾病的本质尚反映不够充分时，先辨证不仅有利于当前的治疗，并且通过对证的变化观察，有利于对疾病本质的揭示，从而确定病名。

四、中医诊断学的发展简史

中医诊断疾病的理论与方法，早在《周礼·天官》便有：“以五气、五声、五色，眡其死生”的记载。公元5世纪著名医家扁鹊，即可通过“切脉、望色、听声、写形”，而“言病之所在”。

中医学理论体系的经典著作《黄帝内经》，一是在诊断方法上涉及到望神、察色、闻声、问病、切脉等内容；二是认为诊断疾病必须结合病者的内、外因素加以考虑；三是从理论上对辨证学的形成和发展奠定了基础；四是贯串了诊病与辨证相结合的诊断思路。《难经》则认为望闻问切四诊，是一种神圣工巧的技能，并特别重视脉诊，其所提出的独取寸口诊脉法，对后世的影响甚大。

西汉名医淳于意（仓公）创立“诊籍”，开始记录病人的姓名、居址、病状以及方药等，以作为诊疗的原始资料。东汉伟大医家张仲景，总结了汉以前有关诊疗的经验，将病、证、症及治疗结合，建立了辨证论治的理论，被公认为是辨证论治的创始人，他通过以六经为纲辨伤寒，以脏腑为纲辨杂病，将理、法、方、药有机地结合在一起。《伤寒杂病论》在疾病的分类上基本作到了概念清楚、层次分明，具有很高的水平，至今仍沿用其整体模式。东汉末年名医华佗的诊病学术思想，记载于《中藏经》中，其论症、论脉、论脏腑寒热虚实生死顺逆之法，甚为精当。

晋唐时期的医家，大多把诊断与治疗结合起来进行研究。但亦有把诊断作为专门学科进行研究者，其突出代表为西晋王叔和所著《脉经》，该书集汉以前脉学之大成，分述三部九候、寸口、二十四脉等脉法，为我国现存最早的脉学专著，该书被后世翻译成多种文字，流

传到朝鲜、日本、欧洲等地。晋代的有关医籍中,对于传染病、内外妇儿各科疾病的诊断已有一定翔实、具体的记载,如葛洪《肘后备急方》对天行发斑疮(天花)、麻风等传染病,基本上能从发病特点和临床症状上作出诊断。《肘后备急方》还记载有“初唯觉四肢沉沉不快,须臾见眼中黄,渐至面黄及举身皆黄,急令溺白纸,纸即如黄柏染者,此热毒入内。”这是对黄疸病人作实验观察的早期记载。

隋·巢元方等编撰的《诸病源候论》,可说是我国第一部论述病源与病候诊断的专著。全书共分67门,列出各种疾病的病候1739候,以内科疾病论述为多,其他各科病症也有详细记载,如外科仅金创病候就有27种,眼科病候有38种,妇科病候有140多种,内容丰富,诊断指标明确,同时对一些传染病、寄生虫病、妇科病、儿科病等的诊断,更有不少精辟的论述。

宋金元时期,在诊断方面的突出论著,如宋·陈无择的《三因极一病证方论》,是病因辨证理论与方法比较完备的著作。南宋·施发的《察病指南》是诊法的专著,并绘脉图33种,以图来示意脉象,颇有特色。南宋·崔紫虚的《崔氏脉诀》,以浮沉迟数为纲,分类论述24脉,对后世颇有影响。元朝有敖氏者,著《点点金》及《金镜录》,论伤寒舌诊,分12图,为论舌的第一部专著,后经杜清碧增补为36图,即为现在所见的敖氏《伤寒金镜录》。

金元之世,专攻诊断者,颇不乏人。如戴起宗撰《脉诀刊误集解》,对脉学颇有贡献。滑寿的《诊家枢要》,为脉诊的专著,载脉29种。刘昉著《幼幼新书》,论述望指纹在儿科诊断中的重要意义。危亦林的《世医得效方》,论述了危重疾病的“十怪脉”。金元四大家在诊疗上各有特点,刘河间诊病,重视辨识病机;李东垣诊病,重视四诊合参;朱丹溪诊病,主张“欲知其内者,当以观乎外,诊于外者,斯以知其内。盖有诸内者形诸外,苟不以相参,而断其病邪之顺逆,不可得也。”张从正诊病,重视症状的鉴别诊断,如对各种发疹性疾病的鉴别颇为明确。

明清时期,对于诊断中的脉诊与舌诊发展尤为突出,同时对于诊病的原理、辨证的方法,更有进一步的阐发。

明·张介宾著《景岳全书》,内容十分丰富,论述甚为精辟,尤其是其中的“脉神章”、“十问歌”、“二纲六变”之论等,对后世的影响甚大。

李时珍所撰《濒湖脉学》,取诸家脉学之精华,详述27种脉的脉体、主病和同类脉的鉴别,言简意深,便于习诵,为后世所推崇。此外,明末李中梓的《诊家正眼》,清代李延昆的《脉诀汇辨》,周学霆的《三指禅》,徐灵胎的《洄溪脉学》,周学海的《重订诊家直诀》等,也都是专论脉诊的著作,使脉学不断得到充实和完善。

舌诊的研究,在清代有突出的成就。在舌诊著作中,多附有舌图,为其共同特点。如张登所辑《伤寒舌鉴》,载有120图,梁玉瑜辑成《舌鉴辨证》,载图149幅。

对于四诊的综合性研究,影响较大者,如清·吴谦等撰的《医宗金鉴·四诊心法要诀》,以四言歌诀简要介绍四诊的理论与方法,便于掌握要点。清·林之翰的《四诊抉微》,所论内容全面,注意色脉并重、四诊互参。此外,清·周学海的《形色外诊简摩》、陈修园的《医学实在易·四诊易知》等,也都有一定成就。清·汪宏的《望诊遵经》,收集历代有关望诊的资料,说明气色与疾病的关系,从全身各部位的形态色泽和汗、血、便、溺等各种变化中进行

辨证,并预测其顺逆安危,为全面论述望诊的专著。

明清时期不仅对杂病的诊断、辨证有深入研究,尤其对温疫、温热类疾病的认识,更有突破性的发展。明·吴又可的《温疫论》,对温病学说的发展起了极大的推动作用。清·叶天士的《外感温热篇》、薛生白的《湿热条辨》、余师愚的《疫疹一得》、吴鞠通的《温病条辨》、王孟英的《温热经纬》等,记载了丰富的温热类疾病的诊疗经验,完善了温病学的理论体系,突出了望舌、验齿等在温病诊断中的作用,并创立了卫气营血辨证、三焦辨证。

明清时期还有一个特点,出现了不少对于传染病诊疗的专著。如明·卢之颐的《疟症论疏》,专论疟疾之常症与变症的证治;专论白喉的著作有《时疫白喉提要》《白喉全生集》《白喉条辨》等;《麻科活人全书》《郁谢麻科合璧》《麻证新书》《麻症集成》等,均为论述麻疹的专著;王孟英的《霍乱论》、罗芝园的《鼠疫约编》,对于霍乱、鼠疫的诊断与辨证,均有较详论述。

近百年来,编撰出版的中医诊断学专著,如有曹炳章的《彩图辨舌指南》、陈泽霖等的《舌诊研究》、赵金铎的《中医证候鉴别诊断学》,朱文锋的《中医诊断与鉴别诊断学》《常见症状中医鉴别诊疗学》等。尤其是《中医诊断学》教材的编撰,使中医诊断学的内容更为系统、完整、准确。

随着医学的发展、研究的深入,人们对诊察疾病的方法提出了新的要求,如对症状和体征不明显的患者,可以借助实验诊断或仪器检测的方法,从宏观到微观,从直接到间接,从定性到定量,使一部分不易为医生感官觉察的病情得以及时发现,为早期诊断及治疗提供依据。为使中医诊断达到规范、统一的目的,近些年来开展了病证规范化研究,统一了病、证诊断术语,制定了各科病、证诊断标准,建立了病、证诊疗体系。为使望、闻、切诊等的资料客观,研制和引用了一些用于中医诊断的仪器,如脉象仪、舌诊仪、色差计等,使部分诊断手段得以客观化,在运用声学、光学、电学、磁学等知识和生物医学工程、电子计算机技术等方面,进行了多学科综合研究,获得了一些新的苗头与成就。

五、学习中医诊断学的方法

中医诊断学,是一门理论性、实践性、科学性很强的学科。它是中医基础理论、基本知识和基本技能对疾病进行诊断的具体运用,既有理论知识,又有实际操作,还要进行分析思维。因此,学习中医诊断学,必须培养正确的学习方法。

(一) 熟练掌握中医学的基本理论

由于中医学的诊病方法和辨证思维,无不贯穿着中医学的基本理论,因此,要学习掌握好中医诊断的基本技能,必须要有精湛的中医理论基础。比如神色变化的生理病理基础,病理舌象、脉象的临床意义,各脏腑的病变特点,各种病因病性的确定等等,都涉及到阴阳五行、精神气化、脏腑经络、病因病机等基本理论。如果对这些基本理论不熟悉,便不能归纳、分析诊法所收集的临床资料,就不能确定它们相互间的病理生理联系,也就无法确定其临床意义,达不到据症辨证和断病的目的。所以,在学习中医诊断学时,一方面要深入理解、掌握本课程的基本理论、基本知识,并且要复习、运用前面所学的中医学基础理论,

根据中医学理论的系统性和科学性，用基本理论作指导，便能加深对诊断学的学习和理解。

（二）不断进行临床实践

中医诊断的理论性、实践性很强。前人说“熟读王叔和，不如临证多”，便说明了理论必须同实践相结合的道理，强调了临床实践在学习中医诊断中的重要意义。比如何谓有神？如何判断色泽？怎样才是绛舌、腻苔？弦脉、紧脉到底是什么样子？……如果不通过临床实际去观察、体会，单从书本上、口头上了解，恐怕是难以真正认识的。又如临床上的病情是千变万化的，绝不会像书本上所写的那样单纯、明确，病人也不可能照章陈述，如果不通过临床实际锻炼，往往是面对病人不知从何下手，诊断则会毫无目标。所以，学习中一定要主动、积极地参加临床实践，争取多接触病人，反复练习，并且要正规操作，严格要求，勤练基本功，才能逐步达到熟能生巧的目的，切忌浅尝辄止。在临床实践时，要关心体贴病人，要态度和蔼、关怀爱护、耐心细致。通过临床实践，不仅要加深对书本理论与知识的理解、掌握，锻炼望闻问切诸诊法、辨证分析和病案书写的基本技能，并且要养成严谨的学风和高尚的医德医风。

（三）注意科学思维能力的培养

临床诊断，从收集病情资料，到作出病、证判断，是一个完整的认识过程，是从感性认识到理性认识的飞跃，是医学理论知识和科学思维的综合运用。一个正确的临床诊断，不仅反映了一个医生的学术水平，同时也反映了他的科学思维能力。临床时，疾病诊断不明、证候辨别不准，可能与医生的医学理论知识不足，掌握的病情资料不够完整、准确，医生的思维能力较差或不正确等多方面的因素有关。因此，要提高临床诊断水平，仅有渊博的医学知识还不够，还要学习自然辩证法、医学辩证法、逻辑学等有关思维科学，更要注意思维方法、思维形式的锻炼和修养，克服不重实际、主观主义、经验主义、片面局限、机械孤立等错误观念的影响。

上 篇

诊 法

诊法，是中医诊察收集病情资料的基本方法。

中医诊法的内容主要包括望、闻、问、切四诊。由于舌诊、脉诊的内容丰富，对诊察疾病具有重要的作用，为了方便学习和突出中医诊法的特色，故本书将舌诊与脉诊的内容单独列为专章进行讲述。

通过“四诊”所收集到的临床资料，尤其是各种症状，是判断病种、辨别证候的主要依据。《难经·六十一难》说：“望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切脉而知之谓之巧。”《医宗金鉴·四诊心法要诀》亦说：“望以目察，闻以耳占，问以言审，切以指参，明斯诊道，识病根源。”因此，临床医生首先要熟练掌握诊察病情的神、圣、工、巧的方法，以发现和认识各种症状、体征的特点，准确、全面地收集病情，同时还要了解各种症状、体征出现的原理，熟悉其在辨证、辨病中的意义。

临床运用诊法时，并不总是按望、闻、问、切或问、望、闻、切的固定顺序进行，而往往是四诊互用，边诊边辨，诊与断交替进行，即发现有何症状或体征，便同时在考虑着可能是何种病因、病性、病位等，继而进行某些检查或询问。

第一章

问 诊

问诊是医生通过对病人或陪诊者进行有目的的询问，以了解病情的方法。

问诊是中医诊察疾病的基本方法之一。在《内经》中早已记载许多问诊的具体内容，如《素问·三部九候论》说：“必审问其所始病，与今之所方病，而后各切循其脉。”《素问·疏五过论》又说：“凡欲诊病者，必问饮食居处”，为中医问诊奠定了基础。而后，问诊倍受历代医家的重视，在长期的医疗实践中不断得到补充，使之逐渐完善。明代张介宾在《景岳全书·十问篇》中，将问诊归纳为十问，便于临床应用。清代喻嘉言也在《寓意草》中拟定病案的书写格式，对于问诊的一般项目、现病史、既往病史等内容都作了详细的规定，与现在中医病案的书写内容颇为相近。

第一节 问诊的意义及方法

一、问诊的意义

问诊是了解病情，诊察疾病的重要方法，在四诊中占有重要的地位。因为疾病的很多情况，如疾病发生、发展、变化的过程及治疗经过，患者的自觉症状、既往病史、生活史和家族史等，只有通过问诊才能获得。上述与疾病有关的资料，是医生分析病情，进行辨证的可靠依据。尤其是某些疾病早期，病人尚未出现客观体征，仅有自觉症状时，只有通过问诊，医生才能抓住疾病的线索，做出诊断。此外，问诊还可以为其他诊法提供一个大体查病的范围，并通过问诊了解患者的思想状况，以便及时进行开导，也有助于疾病的诊断和治疗。所以，问诊是医生诊察疾病的重要方法之一。诚如《素问·征四失论》所说：“诊病不问其始，忧患饮食之失节，起居之过度，或伤于毒，不先言此，卒持寸口，何病能中。”这就是说，在诊察疾病时，应首先询问疾病的开始情况、致病原因等，若不询问明白，仓促诊脉，是难以做出正确诊断的。明·张景岳以问诊为“诊病之要领，临证之首务”。清代医家赵晴初在《存存斋医话稿续集》中也曾说：“脉居四诊之末，望、闻、问贵焉。其中一问字，尤为辨证之要。”充分说明问诊在诊察疾病中的重要作用。

二、问诊的方法

医生询问病人，了解病情，需要有一定的方法。医生能否通过询问，及时、准确、全面地获得有关疾病的临床资料，与询问的方法有着密切的关系。《难经·六十一难》曾说：“问而知之谓之工。”经文中的“工”字，就是指问诊技巧而言的。所以，在临床上要运用好问诊，除必须熟练地掌握问诊内容，具有较坚实的理论基础和较丰富的临床经验之外，还应注意下列事项：

1. 环境要安静适宜

问诊应在较安静适宜的环境中进行，以免受到干扰。尤其对某些病情不便当众表述者，应单独询问，以便使其能够无拘束地叙述病情。《素问·移精变气论》中说：“闭户塞牖，系之病者，数问其情，以从其意。”就是直接向病员本人询问病情。若因病重、意识不清等原因而不能自述者，可向知情人或陪诊者询问。但当病人能陈述时，应及时加以核实或补充，以便资料准确、可靠。

2. 态度要严肃和蔼

医生对病人疾苦要关心体贴，视病人如亲人。在问诊时，切忌审讯式的询问。对病人的态度，既要严肃认真，又要和蔼可亲，细心询问，耐心听取病人的陈述，使病人感到温暖亲切，愿意主动陈述病情。如《医门法律·问病论》所说：“问者不觉烦，病者不觉厌，庶可详求本末，而治无误也。”如遇病情较重，或较难治愈的病人，要鼓励病人树立战胜疾病的信心。医生切忌有悲观、惊讶的语言或表情，以免给病人带来不良的刺激，增加其思想负担，

而使病情加重。

3. 不用医学术语询问

医生询问病情，切忌使用病人听不懂的医学术语。应使用通俗易懂的语言进行询问，以便使病人听懂，能够准确地叙述病情。

4. 避免资料片面失真

医生在问诊时，既要重视主症，又要注意了解一般情况，全面地收集有关临床资料，以避免遗漏病情。如发现病人叙述病情不够清楚，可对病人进行必要的、有目的的询问或作某些提示，但决不可凭个人主观臆测去暗示、套问病人，以避免所获临床资料片面或失真，影响诊断的正确性。

5. 重视主诉的询问

医生在问诊时，应重视病人的主诉。因为主诉是病人最感痛苦的症状或体征，也往往是疾病的症结所在，所以要善于围绕主诉进行深入询问。对危急病人应扼要地询问，不必面面俱到，以便迅速抢救。待病情缓解后，再进行详细询问。

第二节 问诊的内容

问诊的内容主要包括一般情况、主诉、现病史、既往史、个人生活史、家族史等。询问时，应根据就诊对象，如初诊或复诊、门诊或住院等实际情况，有针对性地进行询问。

一、一般情况

一般情况包括姓名、性别、年龄、婚否、民族、职业、籍贯、工作单位、现住址等。

询问一般情况，--是为了便于与病人或家属进行联系和随访，对病人的诊治负责。二是可使医生获得与疾病有关的资料，为疾病的诊断提供一定的依据。如年龄、性别、职业、籍贯等不同，则有不同的多发病。水痘、麻疹、顿咳等病，多见于小儿；青壮年气血充盛，抗病力强，患病多实证；老年人气血已衰，抗病力弱，患病多虚证；癌病、胸痹、中风等病，多见于中老年人。妇女有月经、带下、妊娠、产育等方面的疾病；男子可有遗精、早泄、阳痿等病变。长期从事水中作业者，易患寒湿痹病；矽肺、汞中毒、铅中毒等病，常与所从事的职业有关。某些地区因水土关系而使人易患瘰疬病，疟疾在岭南等地发病率较高，蛊虫病多见于长江中下游一带等等。诚如清代喻嘉言所说：“识病时，辨高卑燥湿，五方忌宜。”

二、主诉

主诉是病人就诊时最感痛苦的症状、体征及其持续时间。如“发热咳嗽3天，加重1天”。

主诉往往是疾病的主要矛盾所在，一般只有一两个症状，即是主症。通过主诉常可初步估计疾病的范畴和类别、病情的轻重缓急。因此，主诉具有重要的诊断价值，是了解、分析和认识疾病的重要线索。询问时，医生首先要善于抓住主诉。如病人叙述有眩晕、汗出、心

悸、胸痛、神疲、乏力等。在这些症状中，其主要症状是心悸、胸痛。医生根据心悸、胸痛这两个主症，可初步考虑为心病。这样就抓住了病变所在的部位，然后围绕主症，进一步深入询问有关兼症和病史，再结合其他三诊全面诊察，才能做出正确诊断。

问诊时还要将主诉所述的症状或体征的部位、性质、程度、时间等情况询问清楚，不能笼统、含糊。就是说，医生要善于抓住主诉，问深问透、问准问清，这对于病证的诊断是极其有益的。在描述主诉时，不能用诊断术语，如“风寒表证”、“肺气虚证”等，而只能用具体症状、体征进行描述。

三、现病史

现病史是指病人从起病到此次就诊时疾病的发生、发展及其诊治的经过。现病史应从以下四个方面进行询问。

1. 发病情况

主要包括发病的时间，是突然发作，还是缓慢发生；发病的原因或诱因；最初的症状及其性质、部位，当时曾作何处理等。一般凡起病急、时间短者，多属实证；凡患病已久，反复发作，经久不愈者，多属虚证，或为虚实夹杂证。如因情志不舒而致胁肋胀痛，急躁易怒者，多属肝气郁结；因暴饮暴食而致胃脘胀满疼痛者，多属食滞胃脘等。由此可见，医生通过询问病人的发病情况，对辨别疾病的病因、病位、病性有重要的作用。

尤其是小儿，难以叙述发病情况，因此应当主动了解是否有易使小儿致病的原因存在。小儿脏腑娇嫩，抵抗力弱，调节功能低下，易受气候及环境影响，感受外邪而发病，出现发热恶寒、咳嗽、咽痛等症；小儿脾胃较弱，消化力差，容易伤食，而出现呕吐、泄泻等症；婴幼儿脑神发育不完善，易受惊吓，而见哭闹、惊叫等症。所以着凉、伤食、受惊是小儿常见的致病原因，应当注意询问。

2. 病变过程

医生了解病人的病变过程，一般可按疾病发生的时间顺序进行询问。如某一阶段出现哪些症状，症状的性质、程度；何时病情好转或加重；何时出现新的病情，病情有无变化规律等。通过询问病变过程，可以了解疾病邪正斗争情况，以及疾病的发展趋势。

3. 诊治经过

有些病人，尤其是患病较久者，在就诊前已经在其他医院进行过诊断和治疗。所以对初诊者，有必要询问曾作过哪些检查，结果怎样；作过何种诊断，诊断的依据是什么；经过哪些治疗，治疗的效果及反应如何等。了解既往诊断和治疗的情况，可作为当前诊断与治疗的参考。

4. 现在症状

现在症状是问诊的主要内容。虽然现在症状属于现病史的范畴，但因其包括的内容较多，是问诊的重点，故另列一节专门讨论。

四、既往史

既往史又称过去病史，主要包括病人平素身体健康状况，以及过去患病情况。

1. 既往健康状况

病人平素健康状况，可能与其现患疾病有一定的关系，故对分析判断现发疾病的病情具有重要的参考价值。如素体健壮，现患疾病多为实证；素体虚弱，现患疾病多为虚证或虚实夹杂证；素体阴虚，易感温燥之邪，多为热证；素体阳虚，易感寒湿之邪，多为寒证，或寒湿病证。

2. 既往患病情况

病人过去曾患过何种疾病，如痢疾、疟疾、白喉、麻疹、肝病、痹病等。是否接受过预防接种，有无药物或其他物品的过敏史，作过何种手术治疗等，都应该加以询问。

病人既往所患某些疾病，可能与现患病证有着密切关系。如哮喘病、痫病、中风等病，经治疗之后，症状虽已消失，但尚未根除，某些诱因常可导致旧病复发。由此可见，问诊时不能忽视对既往史的询问。

小儿应当注意询问预防接种、传染病和传染病接触史。小儿6个月至5周岁之间，从母体获得的先天免疫力逐渐消失，而后天的免疫机能尚未形成，故易感染水痘、麻疹等急性传染病。预防接种可帮助小儿建立后天免疫机能，以避免感染发病。患过某些传染病，如麻疹、顿咳等，常可获得终身免疫力，一般不会再患此病，如正值麻疹流行之际，患儿出现类似将出麻疹之象，通过询问患儿既往是否患过麻疹，以及是否接受过麻疹预防接种，即可作出判断。

五、个人生活史

个人生活史，主要包括生活经历、精神情志、饮食起居、婚姻生育等。医生询问病人这些情况，在诊断疾病上也有着重要的意义。

1. 生活经历

询问病人的出生地、居住地及经历地，应注意某些地方病或传染病的流行区域，以便判断所患疾病是否与此相关。

2. 精神情志

人生活在社会之中，常常会受到外界因素的刺激，使精神情志产生变化，导致脏腑气血功能紊乱，从而引起疾病。同时，人的精神情志变化，对某些疾病的发展与变化亦有一定影响。因此，了解病人的性格特征，当前精神情志状况及其与疾病的关系等，有助于对疾病的诊断，并可提示医生对因精神情志刺激所导致的疾病，在药物治疗的同时，辅以思想上的开导，将有助于治疗。

3. 饮食起居

饮食嗜好、生活起居不当，对身体健康影响很大，甚至引起疾病。如素嗜肥甘者，多病痰湿；偏食辛辣者，易患热证；贪食生冷者，易患寒证。好逸恶劳，脾失健运，易生痰湿；劳倦过度，耗伤精气，易患诸虚劳损；起居无常，饮食失节，易患胃病等。通过了解饮食嗜好，生活起居情况，对分析判断病情有一定的意义。

4. 婚姻生育

对成年男女病人，应注意询问其是否结婚，结婚年龄，配偶的健康状况，以及有无传染

病或遗传性疾病。对育龄期女性应询问月经的初潮年龄，月经周期，行经天数，月经的色、质、量和带下的变化，以及绝经年龄和绝经前后的情况。已婚女性还应询问妊娠次数、生产胎数，以及有无流产、早产、难产等。

5. 小儿出生前后情况

新生儿（出生后至1个月）的疾病多与先天因素或分娩情况有关，故应着重询问妊娠期及产育期母亲的营养健康状况，有何疾病，曾服何药，分娩时是否难产、早产等，以了解小儿的先天情况。

婴幼儿（1个月至3周岁）发育较快，需要充足的营养，但其脾胃功能较弱，如喂养不当，易患营养不良、腹泻以及“五软”、“五迟”等病。故应重点询问喂养方法以及坐、爬、立、走、出牙、学语的迟早等情况，从而了解小儿的营养状况和生长发育情况。

六、家族史

家族史是询问病人的家庭成员，包括父母、兄弟姐妹、爱人、子女等人的健康和患病情况。必要时应注意询问直系亲属的死亡原因。

询问家族史，是由于遗传性疾病与血缘关系密切；有些传染性疾病，如肺癆等，与生活密切接触有关。因而询问家族病史，对诊断现患疾病有一定的意义。

第三节 问现在症

问现在症是询问病人就诊时所感受到的痛苦和不适，以及与病情相关的全身情况。

症状是在疾病状态下，病人的异常感觉。如痞闷、疼痛、困倦、麻木、沉重等，这些症状都是病人的自身感觉，唯有通过询问才能察知。

现在症是疾病现阶段病理变化的客观反映，是医生诊病、辨证的主要依据。因此，询问现在症是问诊的主要内容，为历代医家所重视。由于现在症的内容涉及范围广泛，明代医学家张景岳在总结前人问诊经验的基础上，编成《十问篇》，清代陈修园将其略作修改，而成《十问歌》，即“一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六胸腹，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再兼服药参机变，妇女尤必问经期，迟速闭崩皆可见，再添片语告儿科，天花麻疹全占验。”《十问歌》的内容言简意赅，目前仍具有一定的指导意义，但是在临床实际运用时，要根据病人的具体病情，灵活而有主次地进行询问，不能千篇一律地机械套问。

一、问寒热

指询问病人有无怕冷或发热的感觉。寒与热是临床最常见症状，是辨别病邪性质和机体阴阳盛衰的重要依据，为问诊的重点内容，故张景岳将其列为《十问歌》之首。

“寒”指病人自觉怕冷的感觉。临床上有恶风、恶寒和畏寒之分。病人遇风觉冷，避之可缓者，谓之恶风；病人自觉怕冷，多加衣被或近火取暖而不能缓解者，谓之恶寒；病人自觉怕冷，多加衣被或近火取暖而能够缓解者，谓之畏寒。

“热”指发热，包括病人体温升高，或体温正常而病人自觉全身或局部（如手足心）发热。

寒与热的产生，主要取决于病邪的性质和机体阴阳的盛衰两个方面。邪气致病者，由于寒为阴邪，其性清冷，故寒邪致病，恶寒症状突出；热为阳邪，其性炎热，故热邪致病，发热症状明显。机体阴阳失调时，阳盛则热，阴盛则寒，阴虚则热，阳虚则寒。由此可见，寒热是机体阴阳盛衰的反应，即寒为阴征，热为阳象。诚如张介宾所说：“阴阳不可见，寒热见之。”所以，通过询问病人的怕冷与发热的情况，可以辨别病变的性质和阴阳盛衰的变化。

问寒热，首先应该询问病人有无怕冷或发热的症状。如有寒热的症状，必须询问怕冷与发热是否同时出现，还应注意询问寒热的新久、轻重程度、持续时间的长短，寒热出现有无时间或部位特点，寒热与体温的关系，寒热消长或缓解的条件，及其兼症等。

临床上常见的寒热症状有恶寒发热、但寒不热、但热不寒、寒热往来四种类型。

（一）恶寒发热

指病人恶寒与发热同时出现，是表证的特征性症状。其机理是外邪侵袭肌表，正气与邪气相互斗争，卫气宣发失常所致。外邪袭表，卫阳被遏，肌腠失于温煦则恶寒；邪气外束，正邪交争，卫阳失于宣发，则郁而发热。

由于感受外邪性质的不同，寒热症状可有轻重的区别。临床上常见以下三种类型：

1. 恶寒重发热轻

患者感觉怕冷明显，并有轻微发热的症状。是风寒表证的特征，由外感风寒之邪所致。因寒为阴邪，其性收引，寒邪袭表，正邪相争，肌腠闭塞，卫阳郁闭于内，肌表失于温煦，故恶寒重而发热轻。

2. 发热轻而恶风

指病人自觉有轻微发热，并有遇风觉冷、避之可缓的症状。是伤风表证的特征，由外感风邪所致。因风性开泄，肌腠疏松，阳气郁遏不甚，正邪交争不剧，故发热轻而恶风。有的病人只有恶风的感觉，无（或尚无）发热之感，一般为外感风邪，或为肺卫气虚，卫表不固所致。

3. 发热重恶寒轻

指病人自觉发热较重，同时又有轻微怕冷的症状。是风热表证的特征，由外感风热之邪所致。因风热为阳邪，阳邪致病则阳盛，阳盛则热，故发热明显；风热袭表，使腠理开泄，故同时有轻微恶寒。

外感表证的寒热轻重，不仅与感受病邪的性质有关，而且与感邪的轻重和邪正的盛衰有着密切的关系。一般情况下，感邪轻，则寒热俱轻；感邪重，则寒热俱重；邪正俱盛，则寒热俱重；邪盛正衰，则恶寒重而发热轻。

外感病初期的表证阶段，有的病人虽然只有恶寒的感觉，并不觉得发热，但实际体温多有升高，随着病情的发展，病人很快就会出现同时发热的感觉，因此，恶寒与发热并见是诊断表证的重要依据。特别是恶寒一症，尤为诊断表证所必须，如《伤寒论》第3条说：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒……”，就是说，恶寒是发热的前奏，外邪侵袭肌表，

无论自觉发热与否，恶寒为必有之症，因而古人有“有一份恶寒就有一份表证”的说法。

应当指出，尽管恶寒发热是表证的特征性症状，但某些里热证亦可表现为寒热并见。如肠痈、疮疡、瘟疫及邪毒内陷等，常表现为自觉恶寒严重，甚至寒战，而又有发热、体温甚高的症状，这是正气与邪气剧烈斗争的反映。

（二）但寒不热

指病人只感寒冷而不发热的症状，是里寒证的寒热特征。其怕冷的产生，多为感受寒邪致病，或为阳气不足而阴寒内生。根据发病的缓急和病程的长短，临床上常见以下两种类型：

1. 新病恶寒

指病人突然感觉怕冷，且体温不高的症状。并有四肢不温，或有脘腹、肢体冷痛，或呕吐泄泻，或咳喘痰鸣，脉沉紧等症。主要见于里实寒证。多因感受寒邪较重，寒邪直中脏腑、经络，郁遏阳气，肌体失于温煦，故突起恶寒而体温不高。某些风寒表证在发病初期，亦可只出现怕冷的感觉而不发热，但这种怕冷感常是发热的前奏，随着病情的发展，病人很快会体温升高，呈现出恶寒发热的状态。

2. 久病畏寒

指病人经常怕冷，四肢凉，得温可缓的症状。常兼面色晄白，舌淡胖嫩，脉弱等症。主要见于里虚寒证。因阳气虚衰，形体失于温煦所致。

（三）但热不寒

指病人只发热，而无怕冷之感的症状。多系阳盛或阴虚所致，是里热证的寒热特征。根据发热的轻重、时间、特点等，临床上常见以下三种类型：

1. 壮热

指高热（体温在 39°C 以上）持续不退，不恶寒只恶热的症状。常兼面赤、口渴、大汗出、脉洪大等症。多因风热内传，或风寒入里化热，正邪相搏，阳热炽盛，蒸达于外所致。多见于伤寒阳明经证和温病气分阶段，属里实热证。

2. 潮热

指按时发热，或按时热势加重，如潮汐之有定时的症状。

下午 3~5 时（即申时）热势较高者，称为日晡潮热，常见于阳明腑实证，故亦称阳明潮热。由于胃肠燥热内结，阳明经气旺于申时，正邪斗争剧烈，故在此时热势加重。

午后和夜间有低热者，称为午后或夜间潮热。有热自骨内向外透发的感觉者，称为骨蒸发热。多属阴虚火旺所致，由于阴液亏虚，不能制阳，机体阳气偏亢，午后卫阳渐入于里，夜间卫阳行于里，使体内偏亢的阳气更加亢盛而生内热，故午后和夜间有低热。此外，午后或夜间发热，亦可见于瘀血积久，郁而化热者。

发热以夜间为甚者，称为身热夜甚。常是温病热入营分，耗伤营阴的表现。

3. 微热

指发热不高，体温一般在 38°C 以下，或仅自觉发热的症状。发热时间一般较长，病因

病机较为复杂。多见于温病后期和某些内伤杂病。

长期微热，劳累则甚，兼疲乏、少气、自汗等症者，多属气虚发热。

时有低热，兼面白、头晕、舌淡、脉细等症者，多属血虚发热。

长期低热，兼颧红、五心烦热等症者，多属阴虚发热。

每因情志不舒而时有微热，兼胸闷，急躁易怒等症者，多属气郁发热，亦称郁热。

小儿于夏季气候炎热时长期发热，兼有烦渴、多尿、无汗等症，至秋凉自愈者，多属气阴两虚发热。

(四) 寒热往来

指病人自觉恶寒与发热交替发作的症状。是正邪相争，互为进退的病理反映，为半表半里证寒热的特征。临床常见以下两种类型：

1. 寒热往来无定时

指病人自觉时冷时热，一日多次发作而无时间规律的症状。多见于少阳病，为半表半里证。因外感病邪至半表半里阶段时，正邪相争，正胜则发热，邪胜则恶寒，故恶寒与发热交替发作，发无定时。

2. 寒热往来有定时

指病人恶寒战栗与高热交替发作，每日或二三日发作一次，发有定时的症状。兼有剧烈头痛、口渴、多汗等症。常见于疟疾。因疟邪侵入人体，潜伏于半表半里的膜原部位，人与阴争则寒，出与阳争则热，故恶寒战栗与高热交替出现，休作有时。

此外，气郁化火及妇女热入血室等，也可出现寒热往来，似疟非疟，临床应当结合病史及其他兼症详细辨识。

二、问汗

汗是阳气蒸化津液经玄府达于体表而成。故《素问·阴阳别论》说：“阳加于阴谓之汗。”正常汗出有调和营卫，滋润皮肤，调节体温的作用。正常人在体力活动、进食辛辣、气候炎热、衣被过厚、情绪激动等情况下出汗，属于生理现象。

若当汗出而无汗，不当汗出而多汗，或仅见身体的某一局部汗出，均属病理现象。病理性汗出的有无，与病邪的侵扰和机体正气的亏虚有着密切的关系。由于病邪的性质，或正气亏损的程度不同，可出现各种病理性的汗出异常。所以，询问病人汗出的异常情况，对于判断病邪的性质和机体阴阳的盛衰有着重要的意义。

询问时，应首先询问病人汗出与否。若有汗，则应进一步询问汗出的时间、多少、部位及其主要兼症；若无汗，则应重点询问其兼症。

(一) 有汗无汗

在疾病过程中，特别是外感病，汗的有无，是判断病邪性质和卫阳盛衰的重要依据。

1. 无汗

病理性无汗有表证里证之分。表证无汗者，多属风寒表证，因寒性收引，寒邪袭表，腠

理致密，玄府闭塞所致。里证无汗出者，多因津血亏虚，化汗乏源，或阳气虚，无力化汗所致。

2. 有汗

病理性有汗有表证里证之分。表证有汗出者，多见于风邪犯表证和风热表证，由于风性开泄，热性升散，故风邪、热邪袭表，使肌腠疏松，玄府不能密闭而汗出。里证有汗出者，多见于里热证，如风热内传或寒邪入里化热，或其他原因导致里热炽盛，迫使津液外泄，则汗出量多；亦可见于里虚证，如阳气亏虚，肌表不固，或阴虚内热，蒸津外泄，均常有出汗的症状。

(二) 特殊汗出

指具有某些特征的病理性汗出。见于里证。主要有四种：

1. 自汗

指醒时经常汗出，活动尤甚的症状。多见于气虚证和阳虚证。因阳气亏虚，不能固护肌表，玄府不密，津液外泄，故见自汗，动则耗伤阳气，故活动后汗出尤甚。

2. 盗汗

指睡则汗出，醒则汗止的症状。多见于阴虚证。因阴虚阳亢而生内热，入睡则卫阳由表入里，肌表不固，内热加重，蒸津外泄而汗出；醒后卫阳由里出表，内热减轻而肌表得以固密，故汗止。若气阴两虚，常自汗、盗汗并见。

3. 绝汗

指在病情危重的情况下，出现大汗不止的症状。常是亡阴或亡阳的表现，由于亡阴、亡阳属危重证候，故其汗出谓之绝汗，又称为脱汗。

若病势危重，冷汗淋漓如水，面色苍白，肢冷脉微者，属亡阳之汗，为阳气亡脱，津随气泄之象。若病势危重，汗热而黏如油，躁扰烦渴，脉细数疾者，属亡阴之汗，为内热逼竭之阴津外泄之象。

4. 战汗

指病人先恶寒战栗而后汗出的症状。因邪盛正馁，邪伏不去，一旦正气来复，正邪剧争所致。常见于温病或伤寒邪正剧烈斗争的阶段，是病变发展的转折点。若汗出热退，脉静身凉，提示邪去正复，疾病向愈；若汗出而身热不退，烦躁不安，脉来急疾，提示邪盛正衰，病情恶化。

5. 冷汗

指所出之汗有冷感的症状。多因阳气虚或惊吓所致。

6. 热汗

指所出之汗有热感的症状。多因里热蒸迫所致。

7. 黄汗

指汗出沾衣，色如黄柏汁的症状。多因风湿热邪交蒸所致。

（三）局部汗出

身体的某一部位汗出，也是体内病变的反映。应询问局部汗出的情况及其兼症，有助于病证的诊断。临床常见的局部汗出，有以下几种：

1. 头汗

又称但头汗出。指汗出仅见于头部，或头颈部汗出量多的症状。可因上焦热盛，迫津外泄；中焦湿热蕴结，湿郁热蒸，迫津上越；元气将脱，虚阳上越，津随阳泄；进食辛辣、热汤、饮酒，使阳气旺盛，热蒸于头等导致。

2. 半身汗

指病人仅一侧身体汗出的症状。或左侧，或右侧，或见于上半身，或见于下半身，但汗出常见于健侧，无汗的半身常是病变的部位，多见于痿病、中风及截瘫病人。多因风痰、痰瘀、风湿等阻滞经络，营卫不能周流，气血失和所致，故《素问·生气通天论》说：“汗出偏沮，使人偏枯。”

3. 手足心汗

指手足心汗出的症状。手足心微汗出，多为生理现象。若手足心汗出量多，则为病理性汗出。可因阴经郁热熏蒸；阳明燥热内结，热蒸迫津外泄；脾虚运化失常，津液旁达四肢而引起。

4. 心胸汗

指心胸部位易出汗或汗出过多的症状。多见于虚证。伴心悸、失眠、腹胀、便溏者，多为心脾两虚；伴心悸心烦、失眠、腰膝酸软者，多为心肾不交。

5. 阴汗

指外生殖器及其周围汗出的症状。多因下焦湿热郁蒸所致。

三、问疼痛

疼痛是临床上最常见的一种自觉症状。患病机体的各个部位皆可发生。疼痛有虚实之分。实性疼痛多因感受外邪、气滞血瘀、痰浊凝滞，或食积、虫积、结石等阻滞脏腑经脉，气血运行不畅所致，即所谓“不通则痛”。虚性疼痛多因阳气亏虚，精血不足，脏腑经脉失养所致，即所谓“不荣则痛”。

问疼痛，应注意询问疼痛的部位、性质、程度、时间及喜恶等。

（一）问疼痛的性质

由于导致疼痛的病因、病机不同，故疼痛的性质亦异。因而询问疼痛的性质，可以辨别疼痛的病因与病机。

1. 胀痛

指疼痛兼有胀感的症状。是气滞作痛的特点。如胸、胁、脘、腹胀痛，多是气滞为患。但头目胀痛，则多因肝火上炎或肝阳上亢所致。

2. 刺痛

指疼痛如针刺之状的症状。是瘀血致痛的特点。如胸、胁、腕、腹等部位刺痛，多是瘀血阻滞，血行不畅所致。

3. 冷痛

指疼痛有冷感而喜暖的症状。常见于腰脊、腕腹、四肢关节等处。寒邪阻滞经络所致者，为实证；阳气亏虚，脏腑经脉失于温煦所致者，为虚证。

4. 灼痛

指疼痛有灼热感而喜凉的症状。火邪窜络所致者，为实证；阴虚火旺所致者，为虚证。

5. 重痛

指疼痛兼有沉重感的症状。多因湿邪困阻气机所致。由于湿性重浊黏滞，故湿邪阻滞经脉，气机不畅，使人有沉重而痛的感觉。但头重痛亦可因肝阳上亢，气血上壅所致。重痛常见于头部、四肢、腰部以及全身。

6. 酸痛

指疼痛兼有酸软感的症状。多因湿邪侵袭肌肉关节，气血运行不畅所致。亦可因肾虚骨髓失养引起。

7. 绞痛

指痛势剧烈，如刀绞割的症状。多因有形实邪阻闭气机，或寒邪凝滞气机所致。如心脉痹阻所引起的“真心痛”，结石阻滞胆管所引起的上腹痛，寒邪犯胃所引起的胃脘痛等，皆具有绞痛的特点。

8. 空痛

指疼痛兼有空虚感的症状。多因气血亏虚，阴精不足，脏腑经脉失养所致。常见于头部或小腹部等处。

9. 隐痛

指疼痛不剧烈，尚可忍耐，但绵绵不休的症状。多因阳气精血亏虚，脏腑经脉失养所致。常见于头、胸、腕、腹等部位。

10. 走窜痛

指疼痛部位游走不定，或走窜攻冲作痛的症状。若胸胁腕腹疼痛而走窜不定，称之为窜痛，多因气滞所致；四肢关节疼痛而游走不定，多见于痹病，因风邪偏胜所致。

11. 固定痛

指疼痛部位固定不移的症状。若胸胁腕腹等处固定作痛，多是瘀血为患；若四肢关节固定作痛，多因寒湿、湿热阻滞，或热壅血瘀所致。

12. 掣痛

指抽掣牵引作痛，由一处连及它处的症状。也称引痛、彻痛。多因筋脉失养，或筋脉阻滞不通所致。

除此之外，一般而言，新病疼痛，痛势剧烈，持续不解，或痛而拒按，多属实证；久病疼痛，痛势较轻，时痛时止，或痛而喜按，多属虚证。

（二）问疼痛的部位

由于机体的各个部位与一定的脏腑经络相联系，所以通过询问疼痛的部位，可以了解病变所在的脏腑经络，对于诊断有着重要的意义。

1. 头痛

指头的某一部位或整个头部疼痛的症状。由于手、足三阳经均直接循行于头部，故“头为诸阳之会”，足厥阴肝经亦上行于头，与督脉相交，其他阴经也多间接与头部相联系，故根据头痛的部位，可确定病变在哪一经。

阳明经与任脉行于头前，故前额连眉棱骨痛，病在阳明经；太阳经与督脉行于头后，故后头连项痛，病在太阳经；少阳经行于头两侧，故头两侧痛，病在少阳经；足厥阴经系目系达巅顶，故巅顶痛，病在厥阴经等。

头痛有虚实之分。凡外感风、寒、暑、湿、燥、火以及瘀血、痰浊、郁火、亢阳、癥积、寄生虫等阻滞或上扰脑窍所致者，多属实证；凡气血阴精亏虚，不能上荣于头，脑窍空虚所致者，多属虚证。

另外，癆虫犯脑、疟疾、中毒等均可引起头痛。某些耳、目、鼻的疾病亦可引起头痛。临床应根据病史、兼症及头痛的性质，辨别头痛的原因。

2. 胸痛

指胸的某一部位疼痛的症状。胸居上焦，内藏心肺，故胸痛多与心肺病变有关。临床应根据胸痛的具体部位、性质和兼症进行诊断。

左胸心前区憋闷作痛，时痛时止者，多因痰、瘀等邪阻滞心脉所致，可见于胸痹等病。

胸痛剧烈，面色青灰，手足青冷者，多因心脉急骤闭塞所致，可见于厥心痛（真心痛）等病。

胸痛，颧赤盗汗，午后潮热者，多因肺阴亏虚，虚火灼络所致，可见于肺癆等病。

胸痛，咳喘气粗，壮热面赤者，多因热邪壅肺，肺络不利所致，可见于肺热病等病。

胸痛，壮热，咳吐脓血腥臭痰者，多因痰热阻肺，热壅血瘀所致，可见于肺痈等病。

胸肋软骨疼痛而局部高起，皮色不变，或沿肋骨相引掣痛者，多因气结痰凝血瘀，经气不和所致，可见于肋肋痛等病。

此外，肺癌、胸部外伤等，亦可导致胸部疼痛。

3. 胁痛

指肋的一侧或两侧疼痛的症状。两肋为足厥阴肝经和足少阳胆经的循行部位，肝胆又位于右肋下，故胁痛多与肝胆病变有关。肝郁气滞、肝胆湿热、肝胆火盛、肝阴亏虚及饮停胸胁，阻滞气机、经脉不利，均可导致胁痛。

4. 胃脘痛

指上腹部、剑突下，胃之所在部位疼痛的症状。胃失和降、气机不畅，则会导致胃脘痛。因寒、热、气滞、瘀血和食积所致者，属实证；因胃阴虚或胃阳不足，胃失所养引起者，属虚证。实证多在进食后疼痛加剧，虚证多在进食后疼痛缓解。胃脘剧痛暴作，出现压痛及反跳痛者，多因胃脘穿孔所致。胃脘疼痛失去规律，痛无休止而明显消瘦者，应考虑胃

癌的可能。临床应根据病史，结合疼痛的性质和兼症进行辨证。

5. 腹痛

指剑突下至耻骨毛际以上（胃脘所在部位除外）的腹部疼痛，或其中某一部位疼痛的症状。腹有大腹、小腹和少腹之分。脐以上为大腹，属脾胃；脐以下至耻骨毛际以上为小腹，属膀胱、大小肠及胞宫；小腹两侧为少腹，是足厥阴肝经循行的部位。

因寒、热、寒湿、湿热、气滞、瘀血、结石、虫积和食积等所致者，多属实证；因气虚、血虚、阳虚、阴虚所致者，多属虚证。但某些外科、妇科疾病所出现的疼痛，不能单纯以虚实概括之。

腹部持续性疼痛，阵发性加剧，伴腹胀、呕吐、便秘者，多见于肠痹或肠结，因肠道麻痹、梗阻、扭转或套叠，气机闭塞不通所致。

全腹痛，有压痛及反跳痛者，多因腹部脏器穿孔或热毒弥漫所致。

脐外侧及下腹部突然剧烈绞痛，向大腿内侧及阴部放射，尿血者，多系结石所致。

腹部脏器破裂，或癌瘤亦可引起腹痛，疼痛部位多是破裂脏器或癌瘤所在部位。

妇女小腹及少腹部疼痛，常见于痛经、异位妊娠破裂等病。

另外，某些心肺病变可引起上腹部疼痛。肠痹、脂膜痹等病，可致全腹、脐周或右少腹疼痛。

总之，腹痛病因复杂，涉及内、妇、外、儿各科，需要问诊与按诊相配合，首先查明疼痛的确切部位，判断出病变所在的脏腑，然后根据病史，结合疼痛的性质及兼症，确定疼痛的原因。

6. 背痛

背痛是指自觉背部疼痛的症状。背指躯干后部上平大椎、下至季肋的部位。背部中央为脊骨，脊骨内有髓，督脉贯脊行于正中，足太阳膀胱经分行夹于腰背两侧，其上有五脏六腑腧穴，两肩背部又是手三阳经分布之处。

脊痛不可俯仰者，多因寒湿阻滞或督脉损伤所致；背痛连项者，多因风寒客于太阳经腧所致；肩背痛，多因寒湿阻滞，经脉不利所致。

7. 腰痛

指腰部两侧，或腰脊正中疼痛的症状。腰指躯干后部季肋以下、髂嵴以上的部位。腰部中间为脊骨，腰部两侧为肾所在部位，故称“腰为肾之府”，带脉横行环绕腰腹，总束阴阳诸经。

腰部经常酸软而痛，多因肾虚所致；腰部冷痛沉重，阴雨天加重，多因寒湿所致；腰部刺痛，或痛连下肢者，多因瘀血阻络或腰椎病变所致；腰部突然剧痛，向少腹部放射，尿血者，多因结石阻滞所致；腰痛连腹，绕如带状，多因带脉损伤所致。另外，骨痹、外伤亦可导致腰痛。临床应根据病史和疼痛的性质以确定引起腰痛的原因。

8. 四肢痛

指四肢的肌肉、筋脉和关节等部位疼痛的症状。多因风、寒、湿邪侵袭，或风湿郁而化热，或痰瘀、瘀热阻滞气血运行所致。亦可因脾胃虚损，水谷精微不能布达于四肢引起。若独见足跟痛或胫膝酸痛者，多因肾虚所致，常见于老年人或体弱者。

9. 周身痛

指头身、腰背及四肢等部位皆痛的症状。新病周身痛者，多属实证，以外感风寒、风湿或湿热疫毒所致者居多。久病卧床不起而周身痛者，多属虚证，常因气血亏虚，形体失养所致。临床应注意询问病史、疼痛的性质及其兼症，以确定疼痛的原因。

四、问头身胸腹

指问头身胸腹除疼痛之外的其他不适或异常。主要包括头晕、胸闷、心悸、胁胀、脘痞、腹胀、身重、麻木、阳痿、遗精，以及恶心、神疲、乏力、气坠、心烦、胆怯、身痒等症。这些症状不仅临床常见，各有重要的诊断价值，并且只有病人自己才能感觉到，故应注意询问。

(一) 头晕

指病人自觉头脑眩晕，轻者闭目自止，重者感觉自身或眼前景物旋转，不能站立的症状。头晕是临床上常见症之一，可由多种原因引起。

头晕胀痛，口苦，易怒，脉弦数者，多因肝火上炎、肝阳上亢，脑神被扰所致。头晕面白，神疲乏力，舌淡脉弱者，多因气血亏虚，脑失充养所致。头晕而重，如物缠裹，痰多苔腻者，多因痰湿内阻，清阳不升所致。头晕耳鸣，腰酸遗精者，多因肾虚精亏，髓海失养所致。外伤后头晕刺痛者，多因瘀血阻滞脑络所致。

(二) 胸闷

指病人自觉胸部痞塞满闷的症状。胸闷与心、肺等脏气机不畅，肺失宣降，肺气壅滞有着密切的关系。

胸闷，心悸气短者，多因心气虚或心阳不足所致。胸闷，咳喘痰多者，多系痰饮停肺所致。胸闷，壮热，鼻翼煽动者，多因热邪或痰热壅肺所致。胸闷气喘，畏寒肢冷者，多因寒邪客肺所致。胸闷气喘，少气不足以息者，多因肺气虚或肺肾气虚所致。

另外，气管、支气管异物，气胸，以及肝气郁结等，均可导致胸闷。

(三) 心悸

指病人自觉心跳不安的症状。心悸包括怔忡与惊悸，多是心与心神病变的反映。

因受惊而致心悸，或心悸易惊者，谓之惊悸。无明显外界诱因，心跳剧烈，上至心胸，下至脐腹，悸动不安者，谓之怔忡。怔忡多由心悸发展而来，病情较心悸为重。

引起心悸的原因主要有以下几种：心胆气虚，突受惊吓；胆郁痰扰，心神不安；心气、心阳亏虚，鼓动乏力；心阴、心血不足，心神失养；心脉痹阻，血行不畅；脾肾阳虚，水气凌心等。

(四) 胁胀

指病人自觉一侧或两侧胁部胀满不舒的症状。由于肝胆居于右胁，其经脉又皆分布于两

胁，故胁胀多与肝胆病变有关。

胁胀易怒，脉弦，多因肝气郁结所致。胁胀口苦，舌苔黄腻，多因肝胆湿热所致。胁胀而肋间饱满，咳唾引痛，多因饮停胸胁所致。

（五）脘痞

指病人自觉胃脘胀闷不舒的症状。是脾胃病变的表现。

脘痞，噎腐吞酸者，多为食积胃脘。脘痞，食少，便溏者，多属脾胃气虚。脘痞，饥不欲食，干呕者，多为胃阴亏虚。脘痞，纳呆呕恶，苔腻者，多为湿邪困脾。脘痞，胃脘有振水声者，为饮邪停胃。

（六）腹胀

指病人自觉腹部胀满，痞塞不适，甚则如物支撑的症状。

腹胀喜按者，属虚证，多因脾胃虚弱，腐熟运化无力所致。腹胀拒按者，属实证，多因食积胃肠，或燥热结滞肠道，或肠道气机阻塞引起。

（七）身重

指病人自觉身体沉重的症状。其症主要与水湿泛滥及气虚不运有关。

身重，脘闷苔腻者，多因湿困脾阳，阻滞经络所致。身重，浮肿，系水湿泛滥肌肤所致。身重，嗜卧，疲乏者，多因脾气虚，不能运化精微布达四肢、肌肉所致。热病后期见身重乏力，多系邪热耗伤气阴，形体失养所致。

（八）麻木

指病人肌肤感觉减退，甚至消失的症状。亦称不仁。

麻木可因气血亏虚、风寒入络、肝风内动、风痰阻络、痰湿或瘀血阻络，肌肤，筋脉失养所致。

（九）阳痿

指病人阴茎不能勃起，或勃起不坚，或坚而不能持久，不能进行性交的症状。阳痿不是病人的不适感觉，而是性功能低下的表现。

阳痿，腰膝酸软，畏寒肢冷者，多因肾阳虚，命火衰微，性机能衰减所致。阳痿，心悸失眠，纳呆腹胀者，多因思虑过度，损伤心脾所致。阳痿，精神抑郁易怒者，多因肝气郁结，失于疏泄，宗筋弛缓所致。阳痿，肢体困重，苔黄腻者，多因湿热下注，宗筋弛纵所致。暴受惊恐之后而出现阳痿者，系惊恐伤肾之故。

（十）遗精

指病人不性交而精液遗泄的症状。其中，清醒时精液流出者，谓之“滑精”；梦中性交而遗精者，谓之“梦遗”。成年未婚男子，或婚后夫妻分居者，1月遗精1~2次，为精满自

溢，属于生理现象。遗精频繁，甚至清醒时，精液自出，并出现其他症状者，则属于病理表现。梦遗，失眠多梦，腰膝酸软，颧赤潮热者，多是肾阴亏虚，相火扰动精室所致。遗精，过劳则甚，心悸失眠，纳呆腹胀者，多是心脾两虚，气不摄精所致。梦遗频作，甚则滑精，腰膝酸软，面白，头晕耳鸣者，多是肾气亏虚，精关不固所致。遗精，小便混赤，苔黄腻者，多是湿热下注，扰动精室所致。

五、问耳目

耳目为人的感觉器官，分别与内脏、经络有着密切的联系。肾开窍于耳，手足少阳经脉分布于耳，耳为宗脉所聚；肝开窍于目，五脏六腑之精气皆上注于目。所以，问耳目不仅能够了解耳目局部有无病变，而且根据耳目的异常变化还可以了解肝、胆、肾、三焦等有关脏腑的病变情况。

（一）问耳

1. 耳鸣、耳聋

耳鸣是指病人自觉耳内鸣响的症状。耳聋是指听力减退，甚至听觉完全丧失的症状。耳鸣、耳聋均可分为单侧或双侧。耳鸣与耳聋常同时出现，或先后发生，正如《杂病源流犀烛·耳病源流》所说：“耳鸣者，聋之渐也，惟气闭而聋者则不鸣，其余诸般耳聋，未有不先鸣者。”耳鸣与耳聋的病因病机及辨证基本相同。

突发耳鸣，声大如雷，按之尤甚，或新起耳暴聋者，多属实证。可因肝胆火扰、肝阳上亢，或痰火壅结、气血瘀阻、风邪上袭，或药毒损伤耳窍等所致。

渐起耳鸣，声细如蝉，按之可减，或耳渐失聪而听力减退者，多属虚证。可因肾精亏虚，或脾气亏虚，清阳不升，或肝阴、肝血不足，耳窍失养所致。

2. 重听

指病人自觉听力略有减退，听音不清，声音重复的症状。

日久渐成者，以虚证居多，常见于老年体弱者，多因肾之精气亏虚，耳窍失荣所致；若骤发重听，以实证居多，常因痰浊上蒙，或风邪上袭耳窍所致。

3. 耳胀、耳闭

耳胀是指自觉耳内胀闷不适的症状。耳闭是指耳内胀闷，且有堵塞感，听力减退的症状。

耳胀反复发作，迁延日久，多成耳闭，故耳胀、耳闭是同一疾病由轻变重的两个不同阶段。耳胀、耳闭的病因病机基本相同，多因风邪侵袭，经气痞塞，或痰湿蕴结于耳，或邪毒滞留，气血瘀阻所致。

（二）问目

目的症状繁多，仅简要介绍几个常见症状及其临床意义。

1. 目痒

指自觉眼睑、眦内或目珠瘙痒的症状，轻者揉拭则止，重者极痒难忍。两目痒甚如虫

行,伴有畏光流泪、灼热者,多属实证,因肝火上扰或风热上袭等所致。目微痒而势缓,多属虚证,因血虚,目失濡养所致,亦可见于实性目痒初起或剧痒渐愈,邪退正复之时。

2. 目痛

指病人自觉单目或双目疼痛的症状。可见于许多眼科疾病,原因复杂。一般痛剧者,多属实证;痛微者,多属虚证。目剧痛难忍,面红目赤者,多因肝火上炎所致;目赤肿痛,羞明多眵者,多因风热上袭所致;目微痛微赤,时痛时止而干涩者,多因阴虚火旺所致。

3. 目眩

亦称眼花。指病人自觉视物旋转动荡,如坐舟车,或眼前如有蚊蝇飞动的症状。由肝阳上亢、肝火上炎、肝阳化风及痰湿上蒙清窍所致者,多属实证,或本虚标实证。由气虚、血亏、阴精不足,目失所养引起者,多属虚证。

4. 目昏、雀盲、歧视

目昏是指视物昏暗,模糊不清的症状。雀盲是指白昼视力正常,每至黄昏以后视力减退,视物不清的症状,亦称夜盲、雀目、鸡盲。歧视是指视一物成二物而不清的症状。

目昏、雀盲、歧视三者,皆为视力有不同程度减退的病变,有各自的特点,但其病因、病机基本相同,多因肝肾亏虚,精血不足,目失所养引起,常见于年老、体弱或久病之人。

六、问睡眠

睡眠是人体适应自然界昼夜节律性变化,维持机体阴阳平衡协调的重要生理活动。睡眠的情况与人体卫气的循行和阴阳的盛衰有着密切的关系。在正常情况下,卫气昼行于阳经,阳气盛则醒;夜行于阴经,阴气盛则眠。即如《灵枢·口问》所说:“阳气尽,阴气盛,则目瞑;阴气尽而阳气盛,则寤矣。”此外,睡眠还与人体气血的盛衰、心肾等脏腑的功能活动有着密切的关系。通过询问睡眠时间的长短、入睡的难易与程度、有无多梦等情况,有助于了解机体阴阳气血的盛衰,心神是否健旺安宁等。睡眠的异常主要有失眠和嗜睡。

(一) 失眠

指病人经常不易入睡,或睡而易醒,难以复睡,或时时惊醒,睡不安宁,甚至彻夜不眠的症状。又称为不寐或不得眠。失眠主要是由于机体阴阳平衡失调,阴虚阳盛,阳不入阴,神不守舍所致。

营血亏虚,或阴虚火旺,心神失养,或心胆气虚,心神不安所致者,其证属虚。火邪、痰热内扰心神,心神不安,或食积胃脘所致者,其证属实。

(二) 嗜睡

指病人精神疲倦,睡意很浓,经常不自主地入睡的症状。亦称多寐、多眠睡。嗜睡多因机体阴阳平衡失调,阳虚阴盛或痰湿内盛所致。

困倦嗜睡,头目昏沉,胸闷脘痞,肢体困重者,多是痰湿困脾,清阳不升所致。饭后困倦嗜睡,纳呆腹胀,少气懒言者,多因脾失健运,清阳不升,脑失所养引起。精神极度疲惫,神识朦胧,困倦易睡,肢冷脉微者,多因心肾阳虚,神失温养所致。大病之后,神疲嗜

睡，乃正气未复的表现。

嗜睡伴轻度意识障碍，叫醒后不能正确回答问题者，多因邪闭心神所致。其病邪以热邪、痰热、湿浊为多见。此种嗜睡常是昏睡、昏迷的前期表现。邪闭心神的嗜睡，伴有轻度意识障碍，而上述各种嗜睡尽管睡意很浓，但神志正常。

(二) 食欲与食量

食欲即对进食的要求和进食的欣快感觉。食量是指进食的实际数量。胃主受纳、腐熟，脾主运化，故食欲、食量与脾胃功能密切相关。人以胃气为本，胃气的有无直接关系到疾病的轻重和转归。所以，询问病人的食欲与食量情况，对了解脾胃功能的强弱，判断疾病的轻重和预后有重要的意义。

1. 食欲减退

指病人进食的欲望减退，甚至不想进食的症状。又称不欲食、食欲不振，亦有称纳呆者。食欲减退是疾病过程中常见的病理现象，主要是脾胃病变的反映，抑或是其他脏腑病变影响到脾胃功能的表现。

新病食欲减退，一般是邪气影响脾胃功能，正气抗邪的保护性反应，不一定是脾胃本身的病变。

久病食欲减退，兼面色萎黄，食后腹胀，疲倦者，多因脾胃虚弱，腐熟运化无力所致。纳呆少食，脘闷腹胀，头身困重，苔腻脉濡者，多因湿邪困脾，运化机能障碍所致。纳呆少食，脘腹胀闷，噯腐食臭者，多因食滞胃脘，腐熟不及引起。

2. 厌食

指厌恶食物，甚至恶闻食臭的症状，或称恶食。

厌食，兼脘腹胀痛，噯腐食臭，舌苔厚腻者，为食滞胃脘，腐熟不及所致。

厌食油腻，脘闷呕恶，便溏不爽，肢体困重者，为湿热蕴脾，运化机能障碍所致。

厌食油腻，胁肋灼热胀痛，口苦泛恶者，为肝胆湿热，肝失疏泄，脾失健运所致。

孕妇厌食，多是妊娠反应，因妊娠后冲脉之气上逆，影响胃之和降，一般属生理现象。若厌食兼严重恶心呕吐者，为妊娠恶阻。

3. 消谷善饥

指病人食欲过于旺盛，进食量多，但食后不久即感饥饿的症状。亦称多食易饥。

消谷善饥，兼多饮多尿，形体消瘦者，多见于消渴病。因胃火炽盛，腐熟太过所致。

消谷善饥，兼大便溏泻者，属胃强脾弱。胃强则胃腐熟功能亢奋，故消谷善饥；脾弱则脾运化无力，故大便溏薄。

4. 饥不欲食

指病人虽然有饥饿的感觉，但不想进食，勉强进食，量亦很少的症状。

饥不欲食，兼脘痞，干呕呃逆者，多属胃阴虚证。胃阴不足，虚火内扰，则有饥饿感；阴虚失润，胃之腐熟功能减退，故不欲食。此外，蛔虫内扰，亦可见饥而不欲食的症状。

5. 偏嗜食物或异物

指嗜食生米、泥土等的症状。多见于小儿虫积。妇女妊娠期间，偏食酸辣等食物，为生理现象。

正常人由于地域或生活习惯的不同，亦常有饮食的偏嗜，一般不会引起疾病。但若偏嗜太过，亦可能诱发或导致疾病。如偏嗜肥甘，易生痰湿；过食辛辣，易致火盛；偏嗜生冷，易伤脾胃等。

6. 食量变化

主要指进食量的改变。疾病过程中，食欲渐复，食量渐增，是胃气渐复，疾病向愈之征；若食欲渐退，食量渐减，是脾胃功能渐衰之兆，提示疾病逐渐加重。若危重病人，本来毫无食欲，突然索食，食量大增，称为“除中”，是假神的表现之一，因胃气败绝所致。

(三) 口味

指口中的异常味觉或气味。脾开窍于口，其他脏腑之气亦可循经上至口中，故口中异常味觉或气味，多是脏腑，特别是脾胃病变的反映。实际上口味异常可因感受外邪、饮食所伤、七情失调及劳倦过度等，导致脏腑功能失调或虚衰，引起脏气上溢于口使然。

1. 口淡

指病人味觉渐退，口中乏味，甚至无味的症状。多见于脾胃虚弱、寒湿中阻及寒邪犯胃。脾胃阳气亏虚，运化腐熟功能低下，故口淡乏味；寒湿与寒邪俱为阴邪，阴不耗液，因而口淡不渴。

2. 口甜

指病人自觉口中有甜味的症状。多因湿热蕴结于脾，与谷气相搏，上蒸于口，故口甜而黏腻不爽。口甜而少食、神疲乏力者，多属脾气亏虚，因甘味入脾，脾气虚则甘味上泛之故。

3. 口黏腻

指病人自觉口中黏腻不爽的症状。常见于痰热内盛、湿热中阻及寒湿困脾。因湿性黏滞，痰热、湿热上蒸，或寒湿上泛于口，导致口中黏腻不爽。

4. 口酸

指病人自觉口中有酸味，或泛酸，甚至闻之有酸腐气味的症状。多见于伤食、肝胃郁热等。进食过量，食滞胃脘，化腐生酸，浊气上泛，则口中泛酸，气味酸腐。酸味入肝，肝郁化热犯胃，胃失和降，则泛吐酸水。

5. 口苦

指病人自觉口中有苦味的症状。多见于心火上炎或肝胆火热之证。心烦失眠者，常有口苦，乃心火上炎之故；胆汁味苦，故胆火上炎或胆气上泛，皆可致口苦。

6. 口涩

指病人自觉口有涩味，如食生柿子的症状。多与舌燥同时出现。为燥热伤津，或脏腑热盛，气火上逆所致。

7. 口咸

指病人自觉口中有咸味的症状。多认为是肾病及寒水上泛之故。

八、问二便

大便由肠道排出，但与脾胃的腐熟运化、肝的疏泄、肾阳的温煦及肺气的肃降有着密切的关系。小便由膀胱排出，但与脾的运化、肾的气化、肺的肃降及三焦的通调等有着密切的关系。因此，询问大、小便的情况，不仅可以直接了解消化功能和水液的盈亏与代谢情况，

而且亦是判断疾病寒热虚实的重要依据。诚如《景岳全书·传忠录·十问篇》所说：“二便为一身之门户，无论内伤外感，皆当察此，以辨其寒热虚实。”

问二便应注意询问二便的性状、颜色、气味、时间、便量、排便次数、排便时的感觉以及兼有症状等。其中颜色、气味等内容将分别在望诊和闻诊中讨论，这里着重介绍二便的次数、便量、性状、排便感等内容。

（一）大便

健康人一般每日或隔日大便1次，排便通畅，成形不燥，多呈黄色，内无脓血黏液及未消化的食物。便次、便质以及排便感的异常，主要有以下几种情况：

1. 便次异常

（1）便秘：又称大便难。指大便燥结，排便时间延长，便次减少，或时间虽不延长但排便困难的状况。胃肠积热，或阳虚寒凝，或气血阴津亏损，或腹内癥块阻结等，可导致肠道燥化太过，肠失濡润，或推运无力，传导迟缓，气机阻滞而成便秘。便秘除常见于肠道病变外，肛门部的病变、肌痿、风[暗]痹、肠外肿块压迫、温热病过程中、过服止泻药或温燥之品、腹部手术之后、全身衰惫状态等均可出现便秘。

（2）泄泻：又称腹泻。指大便次数增多，粪质稀薄不成形，甚至呈水样的症状。外感风寒湿热疫毒之邪，或饮食所伤，食物中毒，痼虫或寄生虫积于肠道，或情志失调，肝气郁滞，或久病脾肾阳气亏虚等，均可导致脾失健运，小肠不能分清别浊，大肠传导亢进，水湿下趋而成。临床有暴泻与久泻之分，暴泻多实，久泄多虚。

2. 便质异常

除便秘和泄泻均包含有便质的异常外，便质异常还有以下几种：

（1）完谷不化：指大便中含有较多未消化食物的症状。病久体弱者见之，多属脾虚、肾虚；新起者多为食滞胃肠。

（2）溏结不调：指大便时干时稀的症状。多因肝郁脾虚，肝脾不调所致。若大便先干后稀，多属脾虚。

（3）脓血便：又称大便脓血。指大便中含有脓血黏液。多见于痢疾和肠癌。常因湿热疫毒等邪，积滞交阻肠道，肠络受损所致。

（4）便血：指血自肛门排出，包括血随便出，或便黑如柏油状，或单纯下血的状况。多因脾胃虚弱，气不统血，或胃肠积热、湿热蕴结、气血瘀滞等所致。若血色暗红或紫黑，或大便色黑如柏油状者，谓之远血，多见于胃脘等部位出血。若便血鲜红，血附在大便表面或于排便前后滴出者，谓之近血，多见于内痔、肛裂、息肉痔及锁肛痔[直肠癌]等肛门部的病变。除胃肠病变外，许多全身性疾病，如疫斑热、稻瘟病、血溢病、紫癜病、食物中毒、药物中毒等，均可见到便血症状。

3. 排便感异常

（1）肛门灼热：指排便时自觉肛门灼热的症状。多因大肠湿热，或热结旁流，热迫直肠所致。

（2）里急后重：指便前腹痛，急迫欲便，便时窘迫不畅，肛门重坠，便意频数的症状。

常见于湿热痢疾。多因湿热内阻，肠道气滞所致。

(3) 排便不爽：指排便不通畅，有涩滞难尽之感的症状。泻下如黄糜而黏滞不爽者，多因湿热蕴结大肠，气机不畅，传导不利所致；腹痛欲便而排出不爽，抑郁易怒者，多因肝郁脾虚，肠道气滞所致；腹泻不爽，大便酸腐臭秽者，多因食积化腐，肠道气机不畅所致。

(4) 大便失禁：指大便不能随意控制，滑出不禁，甚至便出而不自知的症状。常因督脉损伤，年老体衰，久病正虚，久泄不愈，脾虚气陷，肠道湿热瘀阻等，引起脾肾虚损，肛门失约所致，多见于脊柱外伤、久泻、休息痢、脱肛、肛门及肠道癌瘤、高年体衰及久病虚损等病。骤起暴泻，后阴难以约束，或神志昏迷，神机失控者，亦可发生大便失禁，但一般不属脾肾虚损。

(5) 肛门气坠：指肛门有下坠感觉的症状。肛门气坠常于劳累或排便后加重，多因脾虚中气下陷所致，常见于久泄久痢或体弱患者。

(二) 小便

一般情况下，健康成人日间排尿 3~5 次，夜间排尿 0~1 次。一昼夜总尿量约 1000~2000ml。尿量和尿次的多少受温度（气温、体温）、饮水、出汗和年龄等因素的影响。

问小便，主要应询问尿次、尿量及排尿时的异常感觉。

1. 尿次异常

(1) 小便频数：指排尿次数增多，时欲小便的症状。新病小便频数，尿急、尿痛、小便短赤者，多因湿热蕴结膀胱，热迫气滞所致，常见于淋病类疾病；久病小便频数，色清量多，夜间明显者，多因肾阳虚或肾气不固，膀胱失约所致，常见于老人及神衰、久病肾虚等患者。

(2) 癃闭：小便不畅，点滴而出为癃；小便不通，点滴不出为闭，合称癃闭。癃闭有虚实之分。实性癃闭多由瘀血、结石或湿热、败精阻滞、阴部手术等，使膀胱气化失司，尿路阻塞所致。虚性癃闭，多因久病或年老气虚、阳虚，肾之气化不利，开合失司所致。

2. 尿量异常

(1) 尿量增多：指尿次、尿量皆明显超过正常量次的症状。小便清长量多者，属虚寒证，因阳虚不能蒸化水液，水津直趋膀胱所致。多尿、多饮而形体消瘦者，多为消渴，或为脑神病变，因燥热阴虚，肾阳偏亢，气化太过所致。

(2) 尿量减少：指尿次、尿量皆明显少于正常量次的症状。多由热盛伤津、腹泻伤津、汗吐下伤津，小便化源不足；或心阳衰竭及脾、肺、肾功能失常，气化不利，水液内停；或湿热蕴结，或尿路损伤、阻塞等，水道不利所致。常见于肾和膀胱的疾病、前阴疾病以及心脾疾病之中。

3. 排尿感异常

(1) 尿道涩痛：指排尿时自觉尿道灼热疼痛，小便涩滞不畅的症状。可因湿热内蕴、热灼津伤、结石或瘀血阻塞、肝郁气滞、阴虚火旺、中气下陷等所致。常见于各种淋病类疾病，膀胱的癌病、癆病等亦可见尿痛。

(2) 余溺不尽：指小便之后仍有余溺点滴不净的症状。多因病久体弱、肾阳亏虚，肾气

不固，湿热邪气留著于尿路等所致。常见于劳淋、癃淋、精癰等病中，或见于老年人及久病体弱者。

(3) 小便失禁：指小便不能随意控制而自行溢出的症状。多因肾气亏虚，下元不固，膀胱失约，或脾虚气陷及膀胱虚寒，不能约束尿液所致。尿路损伤，或湿热瘀血阻滞，使尿路失约，气机失常，亦可见小便失禁。若神昏而小便失禁，多因邪闭心包，心神失去其主宰作用所致。

(4) 遗尿：指成人或3岁以上小儿于睡眠中经常不自主地排尿的症状。多因禀赋不足，肾气亏虚或脾虚气陷及膀胱虚寒所致。亦可因肝经湿热，下迫膀胱引起。

九、问经带

由于妇女有月经、带下、妊娠、产育等生理特点，所以对妇女的问诊，应注意询问月经、带下、妊娠、产育等方面的异常情况。

妇女妊娠、产育的异常，将在《中医妇科学》中专门讨论。

妇女月经、带下的异常，不仅是妇科的常见病变，也是全身病理变化的反映。因而即使一般疾病也应该询问月经、带下的情况，作为诊断妇科或其他疾病的依据。

(一) 月经

月经是发育成熟女子有规律的周期性胞宫出血。月经一般每月1次，周期为28天左右，行经天数为3~5天，经量中等（一般50~100ml），经色正红无块，质地不稀不稠。女子14岁左右月经初潮，49岁左右绝经。

问月经主要询问月经的周期，行经的天数，月经的色、质、量以及有无闭经或行经腹痛等情况。必要时可询问末次月经日期，以及初潮或绝经年龄。

1. 经期异常

(1) 月经先期：指连续2个月经周期出现月经提前7天以上的症状。多因脾气亏虚、肾气不足，冲任不固，或因阳盛血热、肝郁化热、阴虚火旺，热扰冲任，血海不宁所致。

(2) 月经后期：指连续2个月经周期出现月经延后7天以上的症状。多因营血亏损、肾精不足，或因阳气虚衰，无以化血，使血海不能按时蓄溢所致；亦可因气滞血瘀、寒凝血瘀、痰湿阻滞、冲任不畅所致。

(3) 月经先后无定期：指月经周期时而提前，时而延后达7天以上的症状。亦称经期错乱。多因肝气郁滞，气机逆乱，或脾肾虚损，冲任失调，血海蓄溢失常所致。

2. 经量异常

(1) 月经过多：指月经血量较常量明显增多的症状。多因血热内扰，迫血妄行；或因气虚，冲任不固，经血失约；或因瘀血阻滞冲任，血不归经所致。

(2) 月经过少：指月经血量较常量明显减少，甚至点滴即净的症状。多因营血不足，或肾气亏虚，精血不足，血海不盈；或因寒凝、血瘀、痰湿阻滞，血行不畅所致。

(3) 崩漏：指非正常行经期间阴道出血的症状。若来势迅猛，出血量多者，谓之崩（中）；势缓而量少，淋漓不断者，谓之漏（下），合称崩漏。崩与漏虽然在病势上有缓急之

分,但发病机理基本相同,且在疾病演变过程中,常互相转化,交替出现。崩漏形成的原因主要是热伤冲任,迫血妄行;瘀血阻滞,血不循经;脾气亏虚,血失统摄;肾阳虚衰,冲任不固;肾阴不足,阴虚火旺,虚火迫血妄行所致。

(4) 闭经:指女子年逾 18 周岁,月经尚未来潮,或已行经,未受孕、不在哺乳期,而又停经达 3 个月以上的症状。多因肝肾不足,气血亏虚,阴虚血燥,血海空虚;或因瘀虫侵及胞宫,或气滞血瘀、阳虚寒凝、痰湿阻滞胞脉,冲任不通所致。

3. 经色、经质异常:经色淡红质稀,为血少不荣;经色深红质稠,乃血热内炽;经色紫暗,夹有血块,兼小腹冷痛,属寒凝血瘀。

4. 痛经:指在行经时,或行经前后,周期性出现小腹疼痛,或痛引腰骶,甚至剧痛难忍的症状。亦称经行腹痛。若经前或经期小腹胀痛或刺痛拒按,多属气滞血瘀;小腹灼痛拒按,平素带下黄稠臭秽,多属湿热蕴结;小腹冷痛,遇暖则减者,多属寒凝或阳虚;月经后期或行经后小腹隐痛、空痛,多属气血两虚,或肾精不足,胞脉失养所致。

(二) 带下

在正常情况下,妇女阴道内有少量无色、无臭的分泌物,谓之带下。带下具有濡润阴道的作用。若带下明显过多,淋漓不断,或色、质、气味异常,即为病理性带下。

问带下,应注意询问带下量的多少,色质和气味等情况。因带下颜色不同,有白带、黄带、赤带、青带、黑带、赤白带及五色带等名称。临床以白带、黄带、赤白带较为多见。

1. 白带

指带下色白量多,质稀如涕,淋漓不绝而无臭味的症状。多因脾肾阳虚,寒湿下注所致。

2. 黄带

指带下色黄,质黏臭秽的症状。多因湿热下注或湿毒蕴结所致。

3. 赤白带

指白带中混有血液,赤白杂见的症状。多因肝经郁热,或湿毒蕴结所致。若绝经后仍见赤白带淋漓不断者,可能由癌瘤引起。

第二章

望 诊

望诊，是医生运用视觉对人体外部情况进行有目的的观察，以了解健康状况，测知病情的方法。中医理论认为，人是一个有机的整体，人体的外部，特别是面部、舌体等与脏腑的关系最密切，局部的病变可以影响到全身，而体内的气血、脏腑、经络等的病理变化，必然会在其体表相应的部位反映出来。因此，观察神、色、形、态的变化，不仅可以了解人体的整体情况，而且可作为分析气血、脏腑等生理病理状况的依据之一。即如《灵枢·本脏》所说：“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”

望诊在中医诊断学中被列为四诊之首，并有“望而知之谓之神”之说，这是因为人的视觉在认识客观事物中，占有重要的地位。《医门法律·明望色之法》说：“凡诊病不知察色之要，如舟子不识风汛，动罹复溺，鲁莽粗疏，医之过也。”所以医生在诊病时要充分利用视觉观察，并在临床实践和日常生活中注意培养和训练敏捷、准确的观察能力，通过诊断知识的学习和临床经验的积累，使望诊技巧日臻熟练。但望诊也有其一定的局限性，故不应以望诊代替其他诊法，诊病时还须四诊合参，才能全面地了解病情。

望诊的准确性除与医生掌握知识的程度以及临床经验的积累等相关之外，望诊时还必须注意以下几点：

(1) 光线充足，避免干扰：应尽量在充足的自然光线下进行，如无天然光线，也应在日光灯下进行，必要时白天再进行复诊，要避开有色光线及室温高低的干扰。

(2) 充分暴露，排除假象：诊察时要充分暴露受检部位，以便能清楚地进行观察。对于个别与整体病情不符的征象，应认真分析，排除非病理原因所致的假象。

(3) 熟悉生理，以常衡变：为了更好地识别病理体征，必须熟悉各部位组织的正常表现和生理特点，将病理体征与生理体征相比较；并要熟悉各部位组织与内在脏腑经络的联系，运用整体观念进行分析，动态观察，从病情发展角度判断病理体征所提示的临床意义。

(4) 四诊合参，综合判断：不能以望诊代替四诊，单纯望诊的信息不够，资料不全，要注意将望诊与其他诊法密切结合，四诊合参，进行综合判断。

望诊的内容主要包括：全身望诊（望神、望色、望形、望态），局部望诊（望头面、五官、躯体、四肢、二阴、皮肤），望舌（望舌体、舌苔），望排出物（望痰涎、呕吐物、大便、小便）和望小儿食指指纹等五个部分。因舌诊的内容极其丰富，故列专章叙述。学习望诊时虽划分为不同内容，临床诊病时还需综合运用，不必严格区分。

第一节 全身望诊

全身望诊，又称整体望诊，是医生在诊察病人时首先对病人的精神、色泽、形体、姿态等整体表现进行扼要的观察，以期对病情的寒热虚实和轻重缓急等能获得一个总体的印象。

医生须在实践中逐步培养自己全身望诊的能力，要重视诊察病人时的第一直觉印象，达到“一会即觉”的目的。尤其是神的表现，在患者无意之时流露最真，因此医生要做到静气凝神，在刚一接触病人的短暂时间内，要通过敏锐观察，能对病人神的旺衰和病情的轻重有一个估计。

同时全身望诊还要做到神形合参。神为形之主，形为神之舍，体健则神旺，体弱则神衰。当形神表现不一致时，更应综合判断，如久病形羸色败，虽神志清醒亦属失神；新病昏迷烦躁，虽形体丰满，亦非佳兆。

一、望神

神是人体生命活动的总称，是对人体生命现象的高度概括。神的意义有二，一是“神气”，是指脏腑功能活动的外在表现；二是“神志”，是指人的思维、意识和情志活动。此处所望之神，既指脏腑组织功能活动的外征，又指精神意识情志活动的状态，是神气与神志的综合判断。望神就是通过观察人体生命活动的整体表现来判断病情的方法。

（一）望神的原理

《灵枢·本神》指出：“生之来谓之精，两精相搏谓之神。”《灵枢·平人绝谷》又说：“神者，水谷之精气也。”可见神的产生与人体精气和脏腑功能的关系十分密切，神产生于先天之精，而又必须依赖后天水谷精气的不断充养。只有当先后天之精充足，而精所化生的气血津液充盛，脏腑组织功能才能正常，人体才能表现出有神。由此可见，神是通过脏腑组织的功能活动表现出来的。精气是神的物质基础，而神是精气的外在表现。精气充足则体健神旺，抗病力强，即使有病也多属轻病，预后较好；精气亏虚，则体弱神衰，抗病力弱，有病多重，预后较差。所以，观察病人神的旺衰，可以了解其精气的盛衰，推断病情的轻重，判断病变的预后。正如《素问·移精变气论》所说：“得神者昌，失神者亡。”

（二）神的具体表现

中医理论强调“神形合一”，有形才显神，形健则神旺。神是人体生命活动的总的体现，具体表现于人体的目光、色泽、神情、体态诸方面，而诊察眼神的变化是望神的重点。

1. 两目

因目系通于脑，目的活动直接受心神支配，故眼神是心神的外在反映，故有“神藏于心，外候在目”的说法。《灵枢·大惑论》说：“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精。”目为

脏腑精气汇聚之处，目之视觉功能可反映脏腑精气的盛衰，故望神重点是观察两目。一般而言，凡两目神光充沛，精彩内含，运动灵活，视物清晰者为有神，是脏腑精气充足之象；凡两目浮光外露，目无精彩，运动不灵，视物模糊者为无神，是脏腑精气虚衰之征。

2. 色泽

是指人体周身皮肤（以面部为主）的色泽。《医门法律》说：“色者，神之旗也，神旺则色旺，神衰则色衰，神藏则色藏，神露则色露。”皮肤的色泽荣润或枯槁，是脏腑精气盛衰的重要表现。

3. 神情

指人的精神意识和面部表情，是心神和脏腑精气盛衰的外在表现。心神为主体的主宰，在人体生命活动中具有重要的作用。心神正常，则人神志清晰，思维有序，表情自然，反映灵敏；反之如心神已衰，则神识昏蒙，思维混乱，表情淡漠，反应迟钝。

4. 体态

指人的形体动态。形体丰满还是消瘦，动作自如还是艰难，也是机体功能强弱的外征，是反映神之好坏的主要标志。

望神时除重点观察上述几方面外，还要结合神在其他方面的表现，如语言、呼吸、舌象、脉象等，进行综合判断。

（三）神的分类及判断

临床根据神的盛衰和病情的轻重一般可分为得神、少神、失神、假神及神乱五类。

1. 得神

又称“有神”。其临床表现为两目灵活，明亮有神，面色荣润，含蓄不露，神志清晰，表情自然，肌肉不削，反应灵敏。提示精气充盛，体健神旺，为健康表现，或虽病而精气未衰，病轻易治，预后良好。

2. 少神

又称“神气不足”。其临床表现为两目晦滞，目光乏神，面色少华，暗淡不荣，精神不振，思维迟钝，少气懒言，肌肉松软，动作迟缓。提示精气不足，机能减退，多见于虚证患者或疾病恢复期病人。

3. 失神

又称“无神”。是精亏神衰或邪盛神乱的重病表现，可见于久病虚证和邪实病人。

（1）精亏神衰而失神：临床表现为两目晦暗，目无光彩，面色无华，晦暗暴露，精神萎靡，意识模糊，反应迟钝，手撒尿遗，骨枯肉脱，形体羸瘦。提示精气大伤，机能衰减，多见于慢性久病重病之人，预后不良。

（2）邪盛神乱而失神：临床表现为神昏谵语，循衣摸床，撮空理线；或卒倒神昏，两手握固，牙关紧急。提示邪气亢盛，热扰神明，邪陷心包；或肝风夹痰蒙蔽清窍，阻闭经络。皆属机体功能严重障碍，气血津液失调，多见于急性病人，亦属病重。

4. 假神

久病、重病之人，精气本已极度衰竭，而突然一时间出现某些神气暂时“好转”的虚假

表现者是为假神。如原本目光晦滞，突然目似有光，但却浮光外露；本为面色晦暗，一时面似有华，但为两颧泛红如妆；本已神昏或精神极度萎靡，突然神识似清，想见亲人，言语不休，但精神烦躁不安；原本身体沉重难移，忽思起床活动，但并不能自己转动；本来毫无食欲，久不能食，突然索食，且食量大增等。

假神的出现，是因为脏腑精气极度衰竭，正气将脱，阴不敛阳，虚阳外越，阴阳即将离决所致，古人比作“回光返照”或“残灯复明”，常是危重病人临终前的征兆。

假神与病情好转应加以区别。一般假神见于垂危病人，病人局部症状的突然“好转”，与整体病情的恶化不相符合，且为时短暂，病情很快恶化。重病好转时，其精神好转是逐渐的，并与整体状况好转相一致，如饮食渐增，面色渐润，身体功能渐复等。

得神、少神、失神、假神的鉴别，见表 2-1。

表 2-1 得神、少神、失神、假神鉴别表

	得 神	少 神	失 神	假 神
目 光	两目灵活 明亮有神	两目晦滞 目光乏神	两目晦暗 目无光彩	虽目似有光 但浮光暴露
面 色	面色荣润 含蓄不露	面色少华 暗淡不荣	面色无华 晦暗暴露	虽面似有华 但泛红如妆
神 情	神志清晰 表情自然	精神不振 思维迟钝	精神萎靡 意识模糊	虽神识似清 但烦躁不安
体 态	肌肉不削 反应灵敏	肌肉松软 动作迟缓	形体羸瘦 反应迟钝	虽思欲活动 但不能自转

5. 神乱

指神志错乱失常。临床常表现为焦虑恐惧、狂躁不安、淡漠痴呆和卒然昏倒等，多见于癫、狂、痴、痫、脏躁等病人。

(1) 焦虑恐惧：指病人时时恐惧，焦虑不安，心悸气促，不敢独处一室的症状。多属虚证，常见于卑怯、脏躁等病人，多由心胆气虚，心神失养所致。

(2) 狂躁不安：指病人狂躁妄动，胡言乱语，少寐多梦，打人骂詈，不避亲疏的症状。多属阳证，常见于狂病等，多由暴怒气郁化火，煎津为痰，痰火扰乱心神所致。

(3) 淡漠痴呆：指病人表情淡漠，神识痴呆，喃喃自语，哭笑无常，悲观失望的症状。多属阴证，常见于癫病、痴呆等，多由忧思气结，津凝为痰，痰浊蒙蔽心神，或先天禀赋不足所致。

(4) 卒然昏倒：指病人突然昏倒，口吐涎沫，两目上视，四肢抽搐，醒后如常的症状。属痫病，多由脏气失调，肝风夹痰上逆，阻闭清窍所致。

神志错乱失常与邪盛神乱而失神的临床意义不同。前述邪盛所致神昏谵语，循衣摸床等，亦属神乱，但主要是言神志昏迷，一般出现于全身性疾病的严重阶段，病重已至失神；此处所说神乱主要是言神志错乱，多反复发作，缓解时常无“神乱”表现，神乱症状主要是作为诊病的依据。

二、望色

望色，又称“色诊”，是通过观察人体皮肤的色泽变化来诊察病情的方法。

望色实际上包括对体表黏膜、分泌物和排泄物色泽的观察，而重点是对面部色泽的望诊。

色诊具有悠久的历史，早在两千多年前的《内经》中就有望色诊病的详细记载，如《素问·阴阳应象大论》说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”《素问·五脏生成》中描述了五脏常色、病色、死色的具体表现，《灵枢·五色》详细记述了面部分候脏腑的部位。由于色诊在临床诊病中具有重要的价值，故受到历代医家的普遍重视。

（一）望色诊病的原理

1. 色、泽的意义与关系

望“色”，实际包括望皮肤的颜色和光泽。

（1）皮肤的颜色：一般分成赤、白、黄、青、黑五种色调，简称为五色。皮肤的颜色可反映气血的盛衰和运行情况，并在一定程度上反映疾病的不同性质和不同脏腑的病证。五脏之气外发，五脏之色可隐现于皮肤之中，当脏腑有病时，则可显露出相应的异常颜色。

（2）皮肤的光泽：指肤色的荣润或枯槁。可反映脏腑精气的盛衰，对判断病情的轻重和预后有重要的意义。凡面色荣润光泽者，为脏腑精气未衰，属无病或病轻；凡面色晦暗枯槁者，为脏腑精气已衰，属病重。

《四诊抉微》说：“夫气由脏发，色随气华。”说明人体的肤色随着精气的充养而光彩于外，而精气是由脏腑的功能活动所产生，因此皮肤的光泽是脏腑精气盛衰的表现。临床所见不论何色，凡有色有气，表示脏腑精气内藏未衰；若有色无气，表示脏腑精气泄露衰败。气与色相比较，气的盛衰有无，对判断病情轻重和预后比色更为重要。五色之中，凡明润含蓄为气至，晦暗暴露为气不至，正如《望诊遵经》所说：“有气不患无色，有色不可无气也。”但临床诊病时，还必须将泽与色两者综合起来，才能做出正确的判断。

2. 望面色的诊断意义

《灵枢·邪气脏腑病形》说：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。”由于心主血脉，其华在面，手足三阳经皆上行于头面，特别是多气多血的足阳明胃经分布于面，故面部的血脉丰盛，为脏腑气血之所荣；加之面部皮肤外露，其色泽变化易于观察。凡脏腑的虚实、气血的盛衰，皆可通过面部色泽的变化而反映于外，因而临床将面部作为望色的主要部位。

3. 面部分候脏腑

面部分候脏腑，是将面部不同部位分候不同的脏腑，通过观察面部不同部位色泽的变化，以诊察相应脏腑的病变。根据《内经》的有关论述，具体分候方法有两种：

（1）《灵枢·五色》分候法：该篇将面部的不同部位加以命名，具体的分候方法见图 2-1 和表 2-2。

(2)《素问·刺热》分候法：以额部候心，鼻部候脾，左颊候肝，右颊候肺，颊部候肾。

以上两种面部分候脏腑的方法，可作为临床诊病的参考。应用时，应以观察病人面部整体色泽变化为主，以分部色诊为辅。一般内伤杂病多应用《灵枢·五色》面部分候脏腑，而外感热病则多按《素问·刺热》面部分候脏腑。

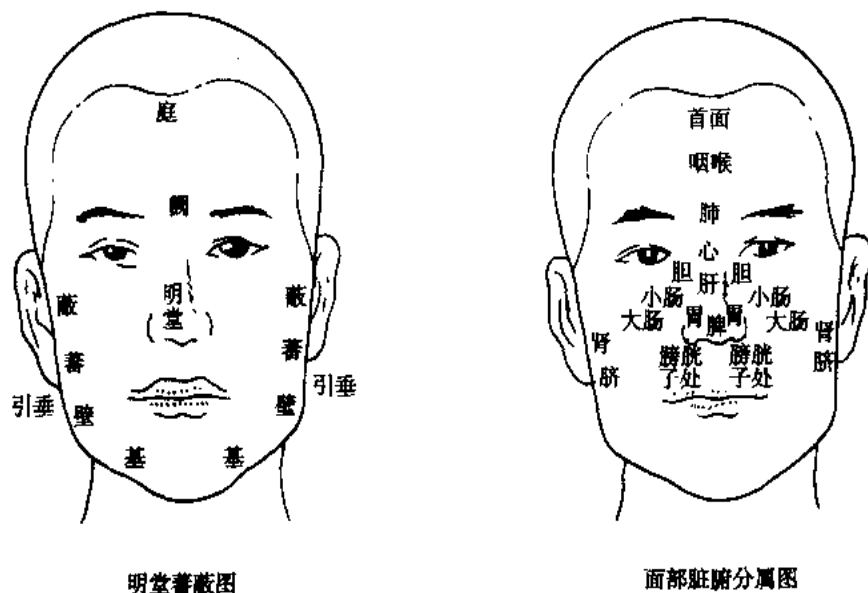


图 2-1 《灵枢·五色》面部分候脏腑示意

表 2-2 《灵枢·五色》面部名称及所候脏腑

面 部 名 称			面 部 名 称		
现用名称	《灵枢·五色》名称	所候脏腑	现用名称	《灵枢·五色》名称	所候脏腑
额	庭(颜)	首面	鼻尖	肝下(面王、准头)	脾
眉心上	阙上	咽喉	鼻翼旁	面王以上	小肠
眉心	阙中	肺	鼻翼	方上	胃
鼻根	阙下(下极、山根)	心	颧骨下	中央	大肠
鼻柱	下极之下(直下、年寿)	肝	颊	挟大肠	肾
鼻柱旁	肝部左右	胆	人中	面王以下	膀胱,子处

(二) 常色和病色

面色可分为常色和病色两类。

1. 常色

健康人面部皮肤的色泽，谓之常色。其特点是明润，含蓄。明润，即面部皮肤光明润泽，是有神气的表现，显示人体精充神旺、气血津液充足、脏腑功能正常。正如《望诊遵经》所说：“光明者，神气之著；润泽者，精血之充。”含蓄，即面色红黄隐隐，见于皮肤之内，而不特别显露，是胃气充足、精气内含而不外泄的表现。正如《四诊抉微》所说：“内含则气藏，外露则气泄。”

由于体质禀赋、季节、气候、环境等的不同而有差异，常色又可分为主色和客色两种：

(1) 主色：人之种族皮肤的正常色泽为主色，又称正色。主色为人生来就有的基本肤色，属个体素质，终生基本不变。但由于种族、禀赋的原因，主色也有偏赤、白、青、黄、黑的差异。正如《医宗金鉴·四诊心法要诀》说：“五脏之色，随五形之人而见，百岁不变，故为主色也。”我国多数民族属于黄色人种，其主色的特点是红黄隐隐，明润含蓄。

(2) 客色：因外界因素（如季节、昼夜、阴晴气候等）的不同，或生活条件的差别，而微有相应变化的正常肤色（特别是面色），谓之客色。客色属于常色范围，因此仍具有常色的明润、含蓄等基本特征。其变化不如主色明显，并且是暂时的，易于恢复成主色。如春季可面色稍青，夏季可面色稍赤，长夏可面色稍黄，秋季可面色稍白，冬季可面色稍黑。正如《医宗金鉴·四诊心法要诀》所说：“四时之色，随四时加临，推迁不常，故为客色也。”又如天热则脉络扩张，气血充盈，面色可稍赤；天寒则脉络收缩，血行减少而迟滞，面色可稍白或稍青。这些变化均属正常范围，临床须仔细观察，才能发现和领会。

除上述变化外，人的面色也可因情绪、运动、饮酒、水土、职业、日晒等影响而发生变化，但只要不失明润含蓄的特征，仍属常色的范畴。

2. 病色

人体在疾病状态时面部显示的色泽，称为病色。病色的特点是晦暗、暴露。晦暗，即面部皮肤枯槁晦暗而无光泽，是脏腑精气已衰，胃气不能上荣的表现。暴露，即某种面色异常明显地显露于外，是病色外现或真脏色外露的表现。如实热证见满面通红，即为病色外现；肾病患者出现面黑暴露，枯槁无华，即为真脏色外露。故病色可反映不同性质、不同脏腑的病变。

一般而言，新病、轻病、阳证病人的面色鲜明显露但尚有光泽，而久病、重病、阴证则面色暴露与晦暗并见。观察病色的关键，在于分辨面色的善色与恶色。

(1) 善色：指病人面色虽有异常，但仍光明润泽。这说明病变尚轻，脏腑精气未衰，胃气尚能上荣于面，多见于新病、轻病、阳证，其病易治，预后较好，故称善色。如黄疸病人面色黄而鲜明如橘皮色，即为善色。

(2) 恶色：指病人面色异常，且枯槁晦暗。这说明病变深重，脏腑精气已衰，胃气不能上荣于面，多见于久病、重病、阴证，其病难治，预后较差，故称恶色。如鼓胀病人面色黄黑晦暗枯槁，即为恶色。

《内经》对审察面部色泽已有较详细的记载，并以取类比象的方法来形容面色的“平、病、善、恶”。据《素问·脉要精微论》和《素问·五脏生成》中的有关论述，列表鉴别如下(表 2-3)。

表 2-3 《内经》论述面部色泽变化归纳表

五色	五脏	平 人		病 人	
		有华无病	无华将病	有华主生(善色)	无华病危(恶色)
赤	心	如白裹朱	如赭	如鸡冠	如衄血
白	肺	如鹅羽	如盐	如豕膏	如枯骨
黄	脾	如罗裹雄黄	如黄土	如蟹腹	如枳实
青	肝	如苍璧之泽	如蓝	如翠羽	如草兹
黑	肾	如重漆色	如地苍	如乌羽	如炷

(三) 五色主病

病色可分为赤、白、黄、青、黑五种，分别见于不同脏腑和不同性质的疾病。《灵枢·五色》认为：以五色分属于五脏，其对应关系是“青为肝，赤为心，白为肺，黄为脾，黑为肾”；以五色反映疾病的不同性质，则“青黑为痛，黄赤为热，白为寒”。这种根据病人面部五色变化以诊察疾病的方法，即五色主病，或称“五色诊”。其具体表现和主病如下：

1. 赤色

主热证，亦可见于戴阳证。

满面通红者，属实热证。是因邪热亢盛，血行加速，面部脉络扩张，气血充盈所致。

午后两颧潮红者，属阴虚证。是因阴虚阳亢，虚火炎上所致。可见于肺癆等病人。

久病重病面色苍白，却时而泛红如妆、游移不定者，属戴阳证。是因久病肾阳虚衰，阴寒内盛，阴盛格阳，虚阳上越所致，属病重。

古人按五行理论，认为火形人面色稍赤；夏季面色稍赤为正常。心病面赤而枯槁晦暗，如衄血，或如赫石者，为真脏色见；肺病面赤无华为难治。

2. 白色

主虚证（包括血虚、气虚、阳虚）、寒证、失血证。

病人面色发白，多由气虚血少，或阳衰寒盛，气血不能上充于面部脉络所致。

面色淡白无华，唇舌色淡者，多属血虚证或失血证。面色晄白者，多属阳虚证；若晄白虚浮，则多属阳虚水泛。面色苍白者，多属亡阳、气血暴脱或阴寒内盛。因阳气暴脱，脱血夺气，则气血不荣，面部脉络血少，血行迟滞而兼血郁所致；若阴寒内盛，寒邪凝滞，面部脉络收缩而凝滞，亦可见面色苍白。

古人按五行理论，认为金形人面色可略白；秋季面色稍白为正常。肺病面白枯槁无华，如枯骨之色者，为真脏色见；肝病面白无华为难治。

3. 黄色

主脾虚、湿证。

病人面色发黄，多由脾虚机体失养，或湿邪内蕴、脾失运化所致。

面色萎黄者，多属脾胃气虚，气血不足。因脾胃虚衰，水谷精微不足，气血化生无源，机体失养，故面色淡黄无华。

面黄虚浮者，属脾虚湿蕴。因脾运不健，机体失养，水湿内停，泛滥肌肤所致。

面目一身俱黄者，为黄疸。其中面黄鲜明如橘皮色者，属阳黄，乃湿热为患；面黄晦暗如烟熏色者，属阴黄，乃寒湿为患。

古人按五行理论，认为土形人面色可略黄；长夏面色较黄为正常。脾病面黄而枯槁晦暗，如黄土或如枳实之色者，为真脏色见；肾病面黄无华为难治。

4. 青色

主寒证、气滞、血瘀、疼痛、惊风。

病人面见青色，多由寒凝气滞，或瘀血内阻，或筋脉拘急，或因疼痛剧烈，或因热盛而动风，使面部脉络血行瘀阻所致。

面色淡青或青黑者，属寒盛、痛剧。多因阴寒内盛，经脉挛急收引，不通而痛，以致面部脉络拘急，气血凝滞而色青。可见于骤起的气滞腹痛、寒滞肝脉等病证中。

突见面色青灰，口唇青紫，肢凉脉微，则多为心阳暴脱，心血瘀阻之象，可见于真心痛等病人。

久病面色与口唇青紫者，多属心气、心阳虚衰，血行瘀阻，或肺气闭塞，呼吸不利。

面色青黄（即面色青黄相兼，又称苍黄）者，可见于肝郁脾虚的病人，胁下每有癥积作痛。

小儿眉间、鼻柱、唇周发青者，多属惊风。多因热闭心神，外引筋肉，面部脉络血行瘀阻所致，可见于高热抽搐患儿。

古人按五行理论，认为木形人面色稍青；春季面色稍青为正常。肝病面青而枯槁晦暗，色如枯草者，为真脏色见；脾病面青无华为难治。

5. 黑色

主肾虚、寒证、水饮、血瘀、剧痛。

病人面色发黑，多因肾阳虚衰，水寒内盛，血失温养，或因剧痛，脉络拘急，血行不畅所致。

面黑暗淡或黧黑者，多属肾阳虚。因阳虚火衰，水寒不化，浊阴上泛所致。

面黑干焦者，多属肾阴虚。因肾精久耗，阴虚火旺，虚火灼阴，机体失养所致。

眼眶周围发黑者，多属肾虚水饮或寒湿带下。

面色黧黑，肌肤甲错者，多由血瘀日久所致。

古人按五行理论，认为水形人面色稍黑；冬季面色稍黑为正常。肾病面黑而枯槁晦暗，如锅底之炴者，为真脏色见；心病面黑无华为难治。

（四）望色十法

望色十法，是根据面部皮肤色泽的浮、沉、清、浊、微、甚、散、抟、泽、夭等十类变化，以分析病变性质、部位及其转归的方法。

望色十法，由清·汪宏《望诊遵经》根据《灵枢·五色》“五色各见其部，察其浮沉，以知浅深；察其泽夭，以观成败；察其散抟，以知远近；视其上下，以知病处”的论述，结合临床实践而归纳成的。望色十法的具体内容是：

1. 浮和沉

浮，是面色浮显于皮肤之外，多主表证；沉，是面色沉隐于皮肤之内，多主里证。面色由浮转沉，是邪气由表入里；由沉转浮，是病邪自里达表。

2. 清和浊

清，是面色清明，多主阳证；浊，是面色浊暗，多主阴证。面色由清转浊，是病从阳转阴；由浊转清，是病由阴转阳。

3. 微和甚

微，是面色浅淡，多主虚证；甚，是面色深浓，多主实证。面色由微转甚，是病因虚而致实；由甚转微，是病由实而转虚。

4. 散和转

散，是面色疏散，多主新病，或病邪将解；转，是面色壅滞，多主久病，或病邪渐聚。面色由转转散，是病虽久而邪将解；由散转转，是病虽近而邪渐聚。

5. 泽和夭

泽，是面色润泽，主精气未衰，病轻易治；夭，是面色枯槁，主精气已衰，病重难医。面色由泽转夭，是病趋重危；由夭转泽，是病情好转。

望色十法，以浮沉、清浊、微甚、散转、泽夭五对纲领，对病情的表里、阴阳、新久、轻重、善恶，乃至邪正的虚实和疾病的转归情况，作了细致的分析。说明病人的肤色不论其见何种颜色，凡是呈沉、浊、转、夭表现的，多属里证、久病、重病；反之，呈浮、清、散、泽表现的，多属表证、新病、轻病。

（五）望色的注意事项

1. 知常达变，综合判断

色诊目前尚无统一的客观标准可作判断依据，因此望色时须把病人的面色（或肤色等）与其所处人群的常色作比较来加以判断。如病人属某一局部色泽改变，还可与其自身对应部位的正常肤色进行比较。当病人因原来肤色较深不易发现其他病色，或因病情复杂、面色与病性不符时，则须观察病人体表其他部位组织（如舌体）的色泽，并结合其他诊法进行综合判断，以免造成误诊。

2. 整体为主，荣枯为要

临床望色，应将五色主病、望色十法、五色善恶、面部分候脏腑等各种望色方法相参运用。

望色应以病人的整体面色（或肤色）为主，并以面色的荣润含蓄或晦暗枯槁作为判断病情轻重和估计预后的主要依据。《内经》中面部分部色诊的理论、前人根据五行学说提出的五色生克顺逆的理论，可作为临床诊病的参考。但实际应用时不可机械刻板，必须四诊合参，灵活运用。诚如《望诊遵经》所说：“倘色夭不泽，虽相生亦难调治；色泽不夭，虽相克亦可救疗。”

3. 排除干扰，辨别假象

面部色泽除可因疾病而发生异常改变外，还可因气候（详见“客色”）、光线、昼夜、情绪、饮食等非疾病因素的影响而发生变化，故望色诊病时还要注意排除上述因素的干扰，以免造成误诊。

（1）光线：有色光线可使面色发生相应的色调改变而失其本来面色，故望色诊病时应在自然光线（日光）下进行，如无自然光线也应在无色灯光下进行。

（2）昼夜：白昼卫气浮于表，则面色光辉外映；黑夜卫气沉于里，则面色隐约内含。

（3）情绪：喜则神气外扬而面赤，怒则肝气横逆而面青，忧则气并于中而色沉，思则气结于脾而面黄，悲则气消于内而泽减，恐则精神荡惮而面白。

（4）饮食：酒后脉络扩张，则面红目赤；饱食胃气充盈，则面益荣润光泽；过饥胃气消减，则面色泽减而少气。

三、望形

望形，又称望形体，是观察病人形体的强弱胖瘦、体质形态和异常表现等来诊察病情的方法。

中医很早就有望形诊病的记载，如《素问·三部九候论》说：“必先度其形之肥瘦，以调其气之虚实。”《素问·经脉别论》也说：“诊病之道，观人勇怯、骨肉、皮肤，能知其情，以为诊法也。”

由于审察形体有助于对疾病的诊断和治疗，故为历代医家所重视。

（一）望形诊病的原理

皮、肉、脉、筋、骨，是构成人的躯体的五种基本组织。人体以五脏为中心，五脏与五体有着密切的联系，肺合皮毛、脾合肌肉、心合血脉、肝合筋腱、肾合骨骼。五体赖五脏精气的充养，五脏精气的盛衰和功能的强弱又可通过五体反映于外。形体的强弱与内脏功能的盛衰是统一的，一般内盛则外强，内衰则外弱。故观察病人形体强弱胖瘦的不同表现，可以了解内在脏腑的虚实、气血的盛衰。而不同的体质形态，其阴阳盛衰不同，对疾病的易感性和患病后疾病的转归也不同。如素体阳盛者，患病易从阳而化热；素体阴盛者，患病易从阴而转寒。所以，观察病人的体质类型有助于对疾病的诊断。

（二）望形体的内容

1. 形体强弱

观察形体强弱时，要将形体的外在表现与机体的功能状态、神的衰旺等结合起来，进行综合判断。

（1）体强：指身体强壮。表现为骨骼粗大，胸廓宽厚，肌肉充实，皮肤润泽，筋强力壮等。为形气有余，说明体魄强壮，内脏坚实，气血旺盛，抗病力强，不易生病，有病易治，预后较好。

（2）体弱：指身体衰弱。表现为骨骼细小，胸廓狭窄，肌肉瘦削，皮肤枯槁，筋弱无力等。为形气不足，说明体质虚衰，内脏脆弱，气血不足，抗病力弱，容易患病，有病难治，预后较差。

观察形体组织的强弱状态，有助于了解脏腑的虚实和气血的盛衰。如心主血脉，面色荣润，脉象和缓，是心气充盛，气血调和的表现；面色枯槁，脉律紊乱，则属心气血虚，脉气不调。肺主皮毛，皮肤荣润光泽，腠理致密，是肺气充沛，营卫充盛的表现；皮肤枯槁，腠理疏松，则属肺气亏虚，营卫不足。脾主肌肉，肌肉丰满，坚实有力，是脾胃之气旺盛，气血充足的表现；肌肉消瘦，软弱无力，则属脾胃气虚，气血不足。肝主筋，筋粗有力，关节运动灵活，是肝血充盛，血能荣筋的表现；筋细无力，关节屈伸不利，则属肝血不足，筋失血养。肾主骨，骨骼粗壮坚实，是肾气充盛，髓能养骨的表现；骨骼细小脆弱，或有畸形，则属肾气不足，发育不良。

2. 形体胖瘦

正常人胖瘦适中，各部组织匀称。过于肥胖或过于消瘦都可能是病理状态。

(1) 肥胖：体重超过正常标准 20% 者，一般可视为肥胖。其体形特点是头圆形，颈短粗，肩宽平，胸厚短圆，大腹便便，体形肥胖。若胖而能食，为形气有余；肥而食少，是形盛气虚。肥胖多因嗜食肥甘，喜静少动，脾失健运，痰湿脂膏积聚等所致。由于形盛气虚，水湿难以周流，则痰湿积聚，故有“肥人多痰”、“肥人湿多”之说。

(2) 消瘦：体重明显下降，较标准体重减少 10% 以上者，一般可视作消瘦。其体形特点是头长形，颈细长，肩狭窄，胸狭平坦，大腹瘦瘪，体形显瘦长。若形瘦食多，为中焦有火；形瘦食少，是中气虚弱。消瘦多因脾胃虚弱，气血亏虚，或病气消耗等所致。由于消瘦者，形瘦皮皱，多属阴血不足，内有虚火的表现，易患肺癆等病。故有“瘦人多火”之说。若久病卧床不起，骨瘦如柴者，为脏腑精气衰竭，气液干枯，属病危。此即《内经》所谓“大骨枯槁，大肉陷下”。

此外，在观察形体胖瘦时应注意其内在精气的强弱（主要表现为脏腑功能的强弱），并把形与气两者综合起来加以判断，才能得出正确的结论。如《四诊抉微》说：“形之所充者气，形胜气者夭，气胜形者寿。”即是说精气充于形体之中，形体虽胖而精气不足，少气乏力者，抗病力弱，故主夭；形体虽瘦而精力充沛，神旺有力者，抗病力强，故主寿。由此可见，形与气两者相比较，气的强弱尤具有重要意义。

3. 体质形态

体质是个体在其生长发育过程中形成的形体结构与机能方面的特殊性。体质在一定程度上反映了机体阴阳气血盛衰的禀赋特点和对疾病的易感受性，不同体质的人得病后的转归也有不同，故观察病人的体质形态有助于了解病人阴阳气血的盛衰和预测疾病的发展转归，可作为临床治疗的参考。

中医早在《内经》中就有关于人体体质形态的划分、体质与疾病关系的论述。目前一般主张将人的体质分为阴脏人、阳脏人、平脏人三种类型。

(1) 阴脏人：体型偏于矮胖，头圆颈粗，肩宽胸厚，身体姿势多后仰，平时喜热恶凉。其特点是阳气较弱而阴气偏旺，患病易从阴化寒，多寒湿痰浊内停。正如《医法心传》所说：“阴脏者阳必虚，阳虚者多寒。”“阴脏所感之病，阴者居多。”

(2) 阳脏人：体型偏于瘦长，头长颈细，肩窄胸平，身体姿势多前屈，平时喜凉恶热。其特点是阴气较亏而阳气偏旺，患病易于从阳化热，导致伤阴伤津。正如《医法心传》所说：“阳脏者阴必虚，阴虚者多火。”“阳脏所感之病，阳者居多。”

(3) 平脏人：又称阴阳和平之人，体型介于阴脏人和阳脏人两者之间。其特点是阴阳平衡，气血调匀，在平时无寒热喜恶之偏，是大多数人的体质类型。正如《医法心传》所说：“平脏之人，或寒饮或热食，俱不妨事。即大便一日一度，不坚不溏。若患病，若系热者不宜过凉，系寒者不宜过热。至于补剂，亦当阴阳平补。”

此外，望形体的内容还包括对各种形体畸形的观察，其具体表现和临床意义详见局部望诊。

四、望态

望态，又称望姿态，是观察病人的动静姿态、体位变化和异常动作以诊察病情的方法。

（一）望态诊病的原理

病人的动静姿态、体位动作与机体的阴阳盛衰和病性的寒热虚实关系密切。阳主动，阴主静。阳、热、实证病人，机体功能亢进，多表现为躁动不安；阴、寒、虚证病人，机体功能衰减，多表现为喜静懒动。此外，不同的疾病常常可迫使病人采取不同的体位和动态，以减轻疾病痛苦。因此，观察病人的动静姿态和体位动作不仅可以判断疾病的属性，也有助于疾病的诊断。正如《望诊遵经》所说：“善诊者，观动静之常，以审动静之变，合乎望闻问切，辨其寒热虚实。”

（二）望态的内容

1. 动静姿态

正常人能随意运动而动作协调，体态自然。若病及脑神，或筋骨经脉发生病变，常可使肢体动静失调，或不能运动，或处于强迫、被动、护持等特殊姿态。《望诊遵经》说：“体态异焉，总而言之，其要有八：曰动，曰静，曰强，曰弱，曰俯，曰仰，曰屈，曰伸。八法交参，则虽行住坐卧之际，作止语默之间，不外乎此。”此即所谓“望诊八法”，其辨证意义一般是：动者、强者、仰者、伸者，多属阳证、热证、实证；静者、弱者、俯者、屈者，多属阴证、寒证、虚证。可作为望动静姿态的要点。

（1）坐形：如坐而仰首，多见于哮喘病、肺胀、气胸，痰饮停肺、肺气壅滞等病证；坐而喜俯，少气懒言，多属体弱气虚；但卧不能坐，坐则晕眩，不耐久坐，多为肝阳化风，或气血俱虚、脱血夺气；坐时常以手抱头，头倾不能昂，凝神熟视，为精神衰败。

（2）卧式：卧时面常向里，喜静懒动，身重不能转侧，多属阴证、寒证、虚证；卧时面常向外，躁动不安，身轻自能转侧，多属阳证、热证、实证。仰卧伸足，掀去衣被，多属实热证；蜷卧缩足，喜加衣被者，多属虚寒证。咳逆倚息不得卧，卧则气逆，多为肺气壅滞，或心阳不足，水气凌心，或肺有伏饮。坐卧不安是烦躁之征，或腹满胀痛之故。

（3）立姿：如站立不稳，其态似醉，常并见眩晕者，多属肝风内动或脑有病变；不耐久站，站立时常欲依靠它物支撑，多属气血虚衰。站立（或坐）时常以两手扞心，闭目不语，多见于心虚怔忡；若以两手护腹，俯身前倾者，多为腹痛之征。

（4）行态：如以手护腰，弯腰曲背，行动艰难，多为腰腿病；行走之际，突然止步不前，以手护心，多为脘腹痛或心痛；行走时身体震动不定，是肝风内动，或是筋骨受损，或为脑有病变。

2. 衰惫姿态

脏腑精气充足和功能正常，是人体强壮的根本保证。脏腑精气虚衰和功能低下时，必然影响机体出现相应的衰惫姿态。观察这些衰惫姿态，可以了解脏腑的病变程度和预测疾病的转归。

《素问·脉要精微论》说：“夫五脏者，身之强也。头者，精明之府，头倾视深，精神将夺矣；背者，胸中之府，背曲肩随，府将坏矣；腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣；膝者，筋之府，屈伸不能，行则倮附，筋将惫矣；骨者，髓之府，不能久立，行则振掉，骨将

惫矣。”即是说：头是精气神明所居之处，如头部低垂，无力抬起，两目深陷，呆滞无光，是精气神明将衰惫之象；背前连胸，是心肺所居之处，如后背弯曲，两肩下垂，是心肺宗气将衰惫之象；腰与肾功能关系密切，如腰酸软疼痛不能转动，是肾将衰惫之象；膝为筋髓聚会之处，如两膝屈伸不利，行则俯身扶物，是筋将衰惫之象；骨为藏髓之处，如不能久立，行则振摇不稳，是髓不养骨，骨将衰惫之象。以上衰惫姿态皆是脏腑精气虚衰的表现，多属病情较重。

3. 异常动作

不同的疾病可产生不同的病态，观察病人肢体的异常动作有助于相应疾病的诊断。

病人唇、脸、指、趾颤动者，如见于外感热病，多为动风先兆；如见于内伤虚证，多为气血不足，筋脉失养，虚风内动。

颈项强直，两目上视，四肢抽搐，角弓反张者，常见于小儿惊风、破伤风、痫病、子痫、马钱子中毒等。

卒然跌倒，不省人事，口眼喎斜，半身不遂者，属中风病。卒倒神昏，口吐涎沫，四肢抽搐，醒后如常者，属痫病。

恶寒战栗，谓之寒战，见于疟疾发作，或为外寒袭表，或为伤寒温病邪正剧争欲作战汗之时。

肢体软弱，行动不便，多属痿病。关节拘挛，屈伸不利，多属痹病。

儿童手足伸屈扭转，挤眉眨眼，呶嘴伸舌，状似舞蹈，不能自制，多由气血不足，风湿内侵所致。

第二节 局部望诊

局部望诊是在全身望诊的基础上，根据病情和诊断的需要，对病人的某些局部进行深入、细致的观察，以测知相应脏腑的病变情况。由于人体是一个有机整体，全身的病变可反映于相应局部，局部的病变也可影响于全身，故观察局部的异常变化，有助于了解整体的病变。

局部望诊时，要熟悉所望部位的生理特征及其与脏腑经络的内在联系，将病理体征与正常表现相比较，并联系其与脏腑经络的关系，结合其他诊法，从整体角度进行综合分析，以认识局部病理体征所提示的临床意义。

局部望诊的内容，包括望头面、五官、躯体、四肢、二阴、皮肤等。

一、望头面

(一) 望头部

头为精明之府，内藏脑髓，为元神所居之处；脑为髓之海，为肾所主，肾之华在发，发为血之余；头又为诸阳之会，脏腑精气皆上荣于头。故望头部的情况，主要可以诊察肾、脑的病变和脏腑精气的盛衰。望诊时应注意观察头颅、囟门、头发的异常。

1. 头颅

头形的大小异常和畸形，多见于正值颅骨发育期的婴幼儿，可成为某些疾病的典型体征。头颅的大小以头围（头部通过眉间和枕骨粗隆的横向周长）来衡量（图 2-2），一般新生儿约 34cm，6 个月时约 42cm，1 周岁时约 45cm，2 周岁时约 47cm，3 周岁时约 48.5cm。明显超出此范围者为头形过大，反之为头形过小。

（1）头大：小儿头颅均匀增大，颅缝开裂，面部较小，智力低下者，多属先天不足，肾精亏损，水液停聚于脑所致。

（2）头小：小儿头颅狭小，头顶尖圆，颅缝早合，智力低下者，多因肾精不足，颅骨发育不良所致。

（3）方颅：小儿前额左右突出，头顶平坦，颅呈方形，亦是肾精不足或脾胃虚弱，颅骨发育不良的表现，可见于佝偻病、先天性梅毒等患儿。

（4）头摇：病人头摇不能自主，不论成人或小儿，多为肝风内动之兆，或为老年气血虚衰，脑神失养所致。

2. 囟门

囟门是婴幼儿颅骨接合不紧所形成的骨间隙，有前囟、后囟之分。后囟呈三角形，约在出生后 2~4 个月内闭合；前囟呈菱形，约在出生后 12~18 个月内闭合，是临床观察的主要部位（图 2-3）。

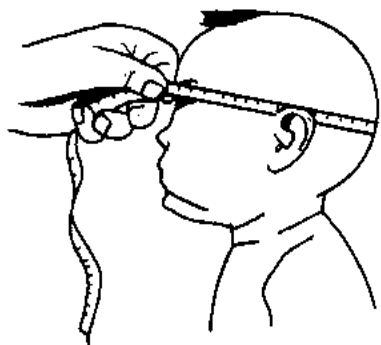


图 2-2 头围测量法

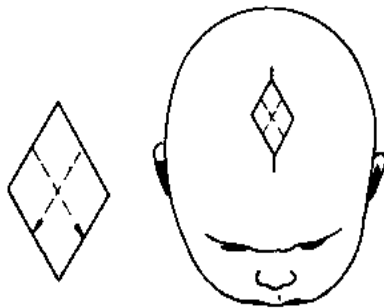


图 2-3 前囟测量法

（1）囟填：即囟门突起。多属实证，多因温病火邪上攻，或脑髓有病，或颅内水液停聚所致。但小儿在哭泣时囟门暂时突起为正常。

（2）囟陷：即囟门凹陷。多属虚证，多因吐泻伤津，气血不足和先天肾精亏虚，脑髓失充所致。但 6 个月以内的婴儿囟门微陷属正常。

（3）解颅：即囟门迟闭。是肾气不足，发育不良的表现，多见于佝偻病患儿，常兼有“五软”（头软、项软、手足软、肌肉软、口软）、“五迟”（立迟、行迟、发迟、齿迟、语迟）等症状表现。

3. 头发

头发的生长与肾气和精血的盛衰关系密切，故望发主要可以诊察肾气的强弱和精血的盛衰。正常人发黑稠密润泽，是肾气充盛，精血充足的表现。

(1) 发黄：指发黄干枯，稀疏易落。多属精血不足，可见于大病后或慢性虚损病人。小儿头发稀疏黄软，生长迟缓，甚至久不生发，多因先天不足，肾精亏损所致；小儿发结如穗，枯黄无泽，多属于疳积。

(2) 发白：指青年白发。发白伴有耳鸣、腰酸等症者，属肾虚；伴有失眠健忘等症者，为劳神伤血所致。发白有因先天禀赋所致者，不属病态。

(3) 脱发：片状脱发，显露圆形或椭圆形光亮头皮，称为斑秃，多为血虚受风所致。青壮年头发稀疏易落，有眩晕、健忘、腰膝酸软者，为肾虚；有头皮发痒、多屑、多脂者，为血热化燥所致。

(二) 望面部

面部又称颜面，指包括额部在内的脸面部。面部是脏腑精气上荣的部位，尤其是心之气血及心神活动外华之处。观察面部的色泽形态和神情表现，不仅可以了解神的衰旺，而且可以诊察脏腑精气的盛衰和有关的病变。

望面部包括望面部色泽、望面容等内容，此处重点叙述面容异常。

1. 面形异常

(1) 面肿：面部浮肿，多见于水肿病，常是全身水肿的一部分。其中眼睑颜面先肿，发病较速者为阳水，多由外感风邪，肺失宣降所致；兼见面色晄白，发病缓慢者属阴水，多由脾肾阳衰，水湿泛滥所致；兼见面唇青紫、心悸气喘、不能平卧者，多属心肾阳衰，血行瘀阻，水气凌心所致。

(2) 腮肿：一侧或两侧腮部以耳垂为中心肿起，边缘不清，按之有柔韧感及压痛者，为炸腮，因外感温毒之邪所致，多见于儿童。若颌下颌上耳前发红肿起，伴有寒热、疼痛者，为发颐，或为托腮痛，因阳明热毒上攻所致。耳下腮部出现肿块，不红不热者，多为腮腺肿瘤。

(3) 面削颧耸：又称面脱。指面部肌肉消瘦，两颧高耸，眼窝、颊部凹陷。因气血虚衰，脏腑精气耗竭所致，多见于慢性病的危重阶段。

(4) 口眼喎斜：突发一侧口眼喎斜而无半身瘫痪，患侧面肌弛缓，额纹消失，眼不能闭合，鼻唇沟变浅，口角下垂，向健侧喎斜者，病名曰口僻，为风邪中络所致。口眼喎斜兼半身不遂者，多为中风，为肝阳化风，风痰阻闭经络所致。

2. 特殊面容

(1) 惊怖貌：指患者面部呈现恐惧的症状。多见于小儿惊风、客忤以及癫痫、瘵气等病。若遇声、光、风刺激，或见水、闻水声时出现者，可能为狂犬病。

(2) 苦笑貌：指患者面部呈现无可奈何的苦笑样症状。是由于面部肌肉痉挛所致，乃破伤风的特殊征象。

二、望五官

面部眼、耳、鼻、口、舌五官，与五脏相关联。《灵枢·五阅五使》说：“鼻者肺之官也，目者肝之官也，口唇者脾之官也，舌者心之官也，耳者肾之官也。”故望五官的异常变化，

可以了解脏腑的病变。望舌将另作专章论述，故本处主要介绍目、耳、鼻、口唇、齿龈和咽喉等望诊内容。

(一) 望目

目为肝之窍，心之使，目为肾精之所藏，为血之宗，五脏六腑之精气皆上注于目，故目与五脏六腑皆有联系（图 2-4），而与心、肝、肾的关系更为密切，可反映脏腑精气的盛衰。《重订通俗伤寒论》说：“凡病至危，必察两目，视其目色，以知病之存亡也，故观目为诊法之首要。”

古人将目的不同部位分属于五脏，如《灵枢·大惑论》曰：“精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑睛，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束。”后世医家据此而归纳为“五轮学说”，即瞳仁属肾，称为水轮；黑睛属肝，称为风轮；两眦血络属心，称为血轮；白睛属肺，称为气轮；眼睑属脾，称为肉轮（图 2-5），并且认为观察五轮的形色变化，可以诊察相应脏腑的病变。五轮学说对眼科临床和内科病证的诊断具有一定的意义。

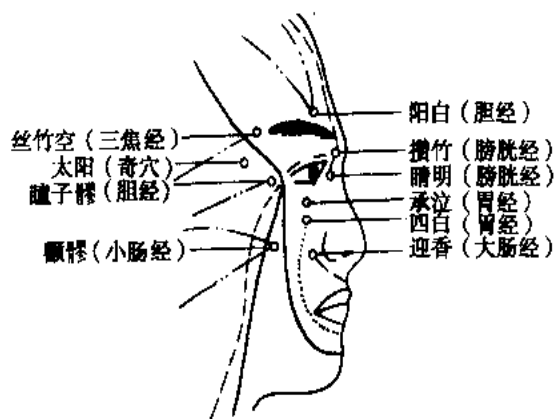


图 2-4 眼部经络

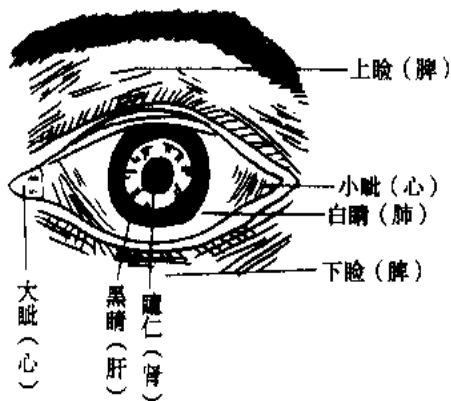


图 2-5 眼的五轮分属

望目应重点观察两眼的目神、目色、目形和目态的异常改变。

1. 目神

是诊察两目的神气之有无。凡视物清楚，精彩内含，神光充沛者，是目有神；若视物昏暗，目无精彩，浮光暴露者，是目无神。石芾南说：“人之神气，栖于两目。”故目神是望神的重点。目有神者，精气未虚，虽病易治；目无神者，精气亏虚，病重难治。因而《形色外诊简摩·目睛形色应证篇》指出：“凡病虽剧，而两眼有神，顾盼灵活者吉”。

2. 目色

正常人眼睑内及两眦红润，白睛色白，黑睛褐色或棕色，角膜无色透明。《灵枢·论疾诊尺》说：“目赤者病在心，白在肺，青在肝，黄在脾，黑在肾。”这是目色与五脏的关系。其异常改变主要有：

目赤肿痛，多属实热证。如白睛发红，为肺火或外感风热；两眦赤痛，为心火上炎；睑缘赤烂，为脾有湿热；全目赤肿，为肝经风热上攻。

白睛发黄，为黄疸的主要标志，多由湿热或寒湿内蕴，肝胆疏泄失常，胆汁外溢所致。

目眦淡白，属血虚、失血，是血少不能上荣于目所致。

目胞色黑晦暗，多属肾虚；目眶周围色黑，常见于肾虚水泛，或寒湿下注。

黑睛灰白混浊，称为目生翳。多因邪毒侵袭，或肝胆实火上攻，或湿热熏蒸，或阴虚火炎等，使黑睛受伤而成。目生翳是黑睛疾病的主要病变形式和必有症状，眼外伤及某些全身疾病、小儿疳积等亦可见目生翳。

3. 目形

目胞浮肿，多为水肿的表现。因目胞属脾，脾恶湿，且该处组织疏松，故水肿可先见于目胞。但健康人低枕睡眠后一时性胞睑微肿不属病态。

眼窝凹陷，多见于吐泻伤津或气血虚衰的病人。若久病重病眼窝深陷，甚则视不见人，则为阴阳竭绝之候，属病危。

眼球突出，兼喘咳气短者，属肺胀，因痰浊阻肺，肺气不宜，呼吸不利所致；若兼颈前肿块，急躁易怒者，为瘰气，因肝郁化火，痰气壅结所致。

胞睑红肿，若睑缘肿起结节如麦粒，红肿不甚者，为针眼；若胞睑漫肿，红肿较重者，为眼丹。二者皆为风热邪毒或脾胃蕴热上攻于目所致。

4. 目态

正常人瞳孔圆形，双侧等大，直径约为 3~4mm，对光反应灵敏，眼球运动随意灵活。其异常改变主要有：

(1) 瞳孔缩小：可见于川乌、草乌、毒蕈、有机磷农药中毒，以及某些西药导致的药物性瞳孔缩小等；眼部疾病见之，主要为瞳神紧小等。

(2) 瞳孔散大：常见于绿风内障、青风内障等五风内障、青盲等病人，亦见于杏仁中毒以及某些西药导致的药物性瞳孔散大等。危急症病人，瞳孔完全散大，为脏腑功能衰竭、心神散乱、濒临死亡的重要体征。如一侧瞳孔逐渐散大，可见于温热病热极生风证、中风、颅脑外伤或颅内肿瘤等病人。青少年或成年人在极度兴奋、恐惧、愉快及疼痛之时，出现瞳孔散大，多系情绪急剧变化所致。

(3) 目睛凝视：又称目睛微定。指病人两眼固定，不能转动。固定前视者，称瞪目直视；固定上视者，称戴眼反折；固定侧视者，称横目斜视。多属肝风内动之征，常有神昏、抽搐等表现，属病重；或见于脏腑精气耗竭，或痰热内闭证；瞪目直视还见于瘰气。

(4) 昏睡露睛：指病人昏昏欲睡，睡后胞睑未闭而睛珠外露。多属脾胃虚衰，或吐泻伤津，以小儿为多见，因脾虚清阳不升，或津液大伤，神气衰惫，胞睑启闭失司所致。某些厥病类病人亦常表现有昏睡露睛，是神明失主之故，病情多属危重。

(5) 胞睑下垂：又称睑废。指胞睑无力张开而上睑下垂。其中双睑下垂者，多为先天不足，脾肾亏虚；单睑下垂者，多因脾气虚衰或外伤所致。

(二) 望耳

肾开窍于耳，心寄窍于耳，手足少阳经脉布于耳，手足太阳经和足阳明经也分布于耳或耳周围（图 2-6）。《灵枢·邪气脏腑病形》说：“十二经络，三百六十五络，……其别气走于

的盛衰、病情的轻重和预后。

1. 鼻之色泽

正常人鼻色红黄隐隐，含蕃明润，是胃气充足的表现。鼻端微黄明润，见于新病为虽病而胃气未伤，属病轻；见于久病为胃气来复，属向愈。鼻端色白，多属气血亏虚，或见于失血病人；鼻端色赤，多属肺脾蕴热；鼻端色青，多见于阴寒腹痛病人；鼻端色微黑，常是肾虚寒水内停之象；鼻端晦暗枯槁，为胃气已衰，属病重。鼻头枯槁，是脾胃虚衰，胃气失荣之候。

2. 鼻之形态

鼻头红肿生疮，多属胃热或血热；鼻端生红色粉刺，称为酒齄鼻，多因肺胃蕴热，使血瘀成疔所致；鼻柱溃陷，多见于梅毒病人；鼻柱塌陷，且眉毛脱落，多为麻风恶候。鼻翼煽动，称为鼻煽，多见于肺热，或为哮喘，是肺气不宣，呼吸困难的表现；若重病中出现鼻孔煽张，喘而额汗如油，是肺气衰竭之危候。

3. 鼻内病变

鼻孔干燥，黑如烟煤，多属高热日久或阳毒热深。鼻塞流涕，可见于外感表证或鼻渊等，其中鼻流清涕者多属外感风寒；鼻流浊涕者多属外感风热；鼻流腥臭脓涕者多为鼻渊，为外邪侵袭或胆经蕴热上攻于鼻所致。鼻腔出血，称为鼻衄，多因肺胃蕴热灼伤鼻络，或外伤所致。鼻孔内赘生柔软、半透明的光滑小肉，撑塞鼻孔，气息难通者，为鼻息肉〔鼻痔〕，多由湿热邪毒壅结鼻窍所致。

（四）望口与唇

口为饮食通道，脏腑要冲，脾开窍于口，其华在唇，手足阳明经环绕口唇，故望口与唇的异常变化，主要可以诊察脾与胃的病变。

1. 望口

（1）口之形色：口角流涎，小儿见之多属脾虚湿盛，成人见之多为中风口歪不收。唇内和口腔肌膜出现灰白色小溃疡，周围红晕，局部灼痛者，为口疮。口腔肌膜糜烂成片，口气臭秽者，为口糜，多由湿热内蕴，上蒸口腔所致。小儿口腔、舌上出现片状白屑，状如鹅口者，为鹅口疮，多因感受邪毒，心脾积热，上熏口舌所致。

（2）口之动态：正常人口唇可随意开合，动作协调。《望诊遵经》将口唇的异常动态归纳为“口形六态”：口张——口开而不闭，属虚证。若状如鱼口，张口气直，但出不入，则为肺气将绝，属病危。口噤——口闭而难开，牙关紧急，属实证。多因筋脉拘急所致，可见于中风、痫病、惊风、破伤风、马钱子中毒等。口撮——上下口唇紧聚，为邪正交争所致，可见于新生儿脐风，表现为撮口不能吮乳；若兼见角弓反张者，多为破伤风病人。口喎——口角向一侧喎斜，可见于口僻，属风邪中络；或见于中风，为风痰阻络。口振——战栗鼓颌，口唇振摇，多为阳衰寒盛或邪正剧争所致，可见于外感寒邪，温病、伤寒欲作战汗，或疟疾发作。口动——口频繁开合，不能自禁，是胃气虚弱之象；若口角掣动不止，则为热极生风或脾虚生风之象。

2. 察唇

(1) 唇之色泽：唇部色诊与望面色基本相同，但因唇黏膜薄而透明，故其色泽变化比面色更为明显，易于观察。正常人唇色红润，是胃气充足，气血调匀的表现。唇色淡白，多属血虚或失血，是血少不能上充于唇络所致；唇色深红，多属热盛，是因热而唇部络脉扩张，血液充盈所致；嘴唇红肿而干者，多属热极；嘴唇呈樱桃红色，多见于煤气中毒；嘴唇青紫，多属血瘀证，可见于心气、心阳虚衰和严重呼吸困难的病人；嘴唇青黑，多属寒盛、痛极，是因寒盛血脉凝涩，或痛极血络郁阻所致。

(2) 唇之形态：唇干而裂，为津液已伤，多属燥热伤津或阴虚液亏。嘴唇糜烂，多为脾胃积热上蒸，热邪灼伤唇部所致。唇内溃烂，其色淡红，为虚火上炎。唇边生疮，红肿疼痛，为心脾积热。唇角生疔，麻木痒痛，为锁口疔；人中沟变浅平，麻木痒痛，为人中疔。久病而人中沟变平，口唇翻卷不能覆齿，称“人中满唇反”，为脾气将绝，属病危。

(五) 望齿与龈

齿为骨之余，骨为肾所主；龈护于齿，为手足阳明经分布之处，故望牙齿与牙龈主要可以诊察肾、胃的病变，以及津液的盈亏。温病学派对验齿十分重视，在阳明热盛和热伤肾阴的情况下，观察齿与龈的润燥情况，可以了解胃津、肾液的存亡，正如叶天士所说：“温热之病，看舌之后，亦须验齿。齿为肾之余，龈为胃之络，热邪不燥胃津，必耗肾液。”

1. 察牙齿

(1) 牙齿色泽：正常人牙齿洁白润泽而坚固，是肾气充足、津液未伤的表现。若牙齿干燥，为胃阴已伤；牙齿光燥如石，为阳明热甚，津液大伤；牙齿燥如枯骨，多为肾阴枯竭、精不上荣所致，可见于温热病的晚期，属病重。牙齿枯黄脱落，见于久病者多为骨绝，属病重。齿焦有垢，为胃肾热盛，但气液未竭；齿焦无垢，为胃肾热甚，气液已竭。

(2) 牙齿动态：牙关紧急，多属风痰阻络或热极动风。咬牙齧齿，多为热盛动风。睡中齧齿，多因胃热或虫积所致，亦可见于常人。

2. 望牙龈

(1) 牙龈色泽：正常人牙龈淡红而润泽，是胃气充足，气血调匀的表现。牙龈淡白，多属血虚或失血，因血少不能充于龈络所致；牙龈红肿疼痛，多为胃火亢盛，因火热循经上炎，熏灼于牙龈所致。

(2) 牙龈形态：牙缝出血，称为齿衄，可因撞击等外力损伤，或胃腑积热，肝经火盛及阴虚火旺，脉络受损，或脾气虚弱，血不循经所致。龈肉萎缩，牙根暴露，牙齿松动，称为牙宣，多属肾虚或胃阴不足，虚火燔灼，龈肉失养所致。牙龈溃烂，流腐臭血水，甚则唇腐齿落者，称为牙疳，多因外感疫疠之邪，积毒上攻所致。

(六) 望咽喉

咽通于胃腑，是饮食之道，为胃所系；喉连于气道，为气息之门，归肺所属；足少阴肾经循喉咙，夹舌本，亦与咽喉关系密切。故望咽喉主要可以诊察肺、胃、肾的病变。

1. 咽喉色泽

健康人咽喉色淡红润泽，不痛不肿，呼吸通畅，发音正常，食物下咽顺利无阻。

若咽部深红，肿痛明显者，属实热证，多由肺胃热毒壅盛所致；若咽部嫩红、肿痛不显者，属阴虚证，多由肾阴亏虚、虚火上炎所致；咽部淡红漫肿，多由痰湿凝聚所致。

2. 咽喉形态

(1) 红肿：一侧或两侧喉核红肿肥大，形如乳头或乳蛾，表面或有脓点，咽痛不适者，为乳蛾（图 2-8），属肺胃热盛，邪客喉核，或虚火上炎，气血瘀滞所致。咽喉部红肿高突，疼痛剧烈，吞咽困难，身发寒热者，为喉痹，多因脏腑蕴热，复感外邪，热毒客于咽喉所致。



图 2-8 乳蛾

(2) 成脓：咽部肿痛，若肿势高突，色深红，周围红晕紧束，发热不退者，为脓已成；若肿势散漫，无明显界限，疼痛不甚者，为未成脓。

(3) 溃烂：咽部溃烂，分散表浅者，为肺胃之热轻浅或虚火上炎；溃烂成片或洼陷者，为肺胃热毒壅盛；咽部溃腐日久，周围淡红或苍白者，多属虚证。

(4) 伪膜：咽部溃烂处表面所覆盖的一层黄白或灰白色膜，称为伪〔假〕膜。如伪膜浓厚，容易拭去者，病情较轻，是肺胃热浊之邪上壅于咽；若伪膜坚韧，不易拭去，重剥出血，很快复生者，为白喉，多见于儿童，属烈性传染病。

三、望躯体

望躯体的内容包括望颈项、胸胁、腹部和腰背部。

（一）望颈项

颈项是连接头部和躯干的部分，其前部称颈，后部称项。颈项起着支撑头部，连接头身的重要作用；颈项中有气管、食道、脊髓和血脉通过，是清气、饮食、气血、津液循行之要道；手足阳明经与任脉行于颈，太阳经与督脉行于项，少阳经行于两侧，是经气运行之路。颈项若有阻滞，可引起全身的病变；而脏腑气血失调，亦往往可在颈项部反映出来。

1. 外形

正常人的颈项直立，两侧对称，气管居中；矮胖者略粗短，瘦高者略细长；男性喉结突出，女性喉结不显；颈侧动脉搏动在安静时不易见到。其异常表现主要有：

(1) 瘰癧：指颈部结喉处有肿块突起，或大或小，或单侧或双侧，可随吞咽而上下移动（图 2-9）。多因肝郁气结痰凝所致，或因水土失调，痰气搏结所致。

(2) 瘰癧：指颈侧颌下有肿块如豆，累累如串珠（图 2-10）。多由肺肾阴虚，虚火内灼，炼液为痰，结于颈部，或因外感风火时毒，夹痰结于颈部所致。

(3) 颈瘰：指颈部痈肿、瘰癧溃破后，久不收口，形成管道。病名曰鼠瘰。因痰火久结，气血凝滞，疮孔不收而成。

(4) 项痈、颈痈：项部或颈部两侧焮红漫肿，疼痛灼热，甚至溃烂流脓者，谓之项痈或

颈痛。多由风热邪毒蕴蒸，气血壅滞，痰毒互结于颈项所致。



图 2-9 瘰疬



图 2-10 瘰疬

(5) 气管偏移：指气管不居中，向一侧偏移。多为胸膈有水饮或气体，或因单侧瘰疬、肿物等，挤压、牵拉气管所致，可见于悬饮、气胸、石瘰、肉瘰、肺部肿瘤等病。

2. 动态

正常人的颈项转侧俯仰自如，其活动范围约是：左右旋转各 30 度，后仰 30 度，前屈 30 度，左右侧屈各 45 度。其异常改变主要有：

(1) 项强：指项部拘紧或强硬。如项部拘急牵引不舒，兼有恶寒、发热，是风寒侵袭太阳经脉，经气不利所致。若项部强硬，不能前俯，兼壮热、神昏、抽搐者，多属温病火邪上攻，或脑髓有病。若项强不适，兼头晕者，多属阴虚阳亢，或经气不利所致。如睡眠之后，项强而痛，并无它苦者，为落枕，多因睡姿不当，项部经络气滞所致。

(2) 项软：指颈项软弱，抬头无力。小儿项软，多因先天不足，肾精亏损，后天失养，发育不良，可见于佝偻病患儿。久病、重病颈项软弱，头垂不抬，眼窝深陷，多为脏腑精气衰竭之象，属病危。

(3) 颈脉搏动：指在安静状态时出现颈侧人迎脉搏动明显。可见于肝阳上亢或血虚重证等病人。

(4) 颈脉怒张：指颈部脉管明显胀大，平卧时更甚。多见于心血瘀阻，肺气壅滞及心肾阳衰、水气凌心的病人。

(二) 望胸胁

横膈以上，锁骨以下的躯干正面谓之胸；胸部两侧，由腋下至十一、十二肋骨端的区域谓之胁。胸腔由胸骨、肋骨和脊柱等构成，内藏心肺等重要脏器，属上焦，为宗气所聚，是经脉、血管循行布达之处。胸廓前有乳房，属胃经，乳头则属肝经；胁肋是肝胆经脉循行之处。望胸胁主要可以诊察心、肺的病变和宗气的盛衰，以及肝胆、乳房疾患。

1. 外形

正常人的胸廓呈扁圆柱形，两侧对称，左右径大于前后径（比例约为 1.5:1），小儿和

老人则左右径略大于前后径或相等，两侧锁骨上下窝亦对称。常见的胸廓变形有：

(1) 扁平胸：表现为胸廓较正常人扁平，前后径小于左右径的一半，颈部细长，锁骨突出，两肩向前，锁骨上、下窝凹陷。多见于形瘦之人，或肺肾阴虚、气阴两虚的病人。

(2) 桶状胸：表现为胸廓较正常人膨隆，前后径与左右径约相等，颈短肩高，锁骨上、下窝平展，肋间加宽，胸廓呈圆桶状。多为久病咳喘，肺肾气虚，以致肺气不宣而壅滞，日久促使胸廓变形。

(3) 鸡胸：表现为胸骨下部明显前突，胸廓前后径长而左右径短，肋骨侧壁凹陷，形似鸡之胸廓。多见于小儿佝偻病，因先天不足或后天失养，肾气不充，骨骼发育异常所致。

(4) 胸廓两侧不对称：一侧胸廓塌陷，肋间变窄，肩部下垂，脊骨常向对侧凸出者，多见于肺痿、肺部手术后等病人；若一侧胸廓膨隆，肋间变宽或兼外凸，气管向健侧移位者，多见于悬饮、气胸等病人。

(5) 肋如串珠：指肋骨与肋软骨连接处变厚增大，状如串珠。可见于肾气不足，或后天失养，发育不良的佝偻病患儿。

(6) 乳房肿溃：妇女哺乳期乳房红肿热痛，乳汁不畅，甚则破溃流脓，身发寒热者，为乳痈。多因肝气不舒，胃热壅滞，或外感邪毒所致。

2. 动态

胸胁随呼吸而活动。正常人呼吸均匀，节律整齐，每分钟约 16~18 次，胸廓起伏左右对称，均匀轻松。妇女以胸式呼吸为主，男子和儿童以腹式呼吸为主。常见的呼吸异常有：

(1) 呼吸形式改变：如胸式呼吸增强，腹式呼吸减弱，多为腹部有病，可见于鼓胀、腹内癥积、腹部剧痛等病人，亦可见于妊娠妇女；如胸式呼吸减弱，腹式呼吸增强，多为胸部有病，可见于肺痿、悬饮、胸部外伤等病；如两侧胸部呼吸不对称，即胸部一侧呼吸运动较另侧明显减弱，为呼吸运动减弱侧胸部有病，可见于悬饮、气胸、肺肿瘤等病人。

(2) 呼吸时间改变：若吸气时间延长，吸气时胸骨上窝、锁骨上窝及肋间凹陷，多因吸气困难所致，可见于急喉风、白喉等病人；若呼气时间延长，伴口张目突、端坐呼吸，多为呼气困难所致，可见于哮喘、肺胀、尘肺等病人。

(3) 呼吸强度改变：如呼吸急促，胸部起伏显著，多为邪热、痰浊阻肺，肺失清肃，肺气不宣所致。如呼吸微弱，胸廓起伏不显，多为肺气亏虚，气虚体弱所致。

(4) 呼吸节律改变：呼吸节律不整，表现为呼吸由浅渐深，再由深渐浅，以至暂停，往返重复，或呼吸与暂停相交替，皆为肺气虚衰之象，属病重。

(三) 望腹部

腹部指躯干正面剑突以下至耻骨以上的部位，属中下焦，内藏肝、胆、脾、胃、大肠、小肠、膀胱、胞宫等脏腑。故望腹部可以诊察内在脏腑的病变和气血的盛衰。

1. 外形

正常人腹部对称、平坦（仰卧时腹壁平于胸骨至耻骨中点连线，图 2-11①），直立时腹部可稍隆起，约与胸平齐，仰卧时则稍凹陷。外形异常主要包括：

(1) 腹部膨隆：即仰卧时前腹壁明显高于胸耻连线（图 2-11②）。若仅腹部膨胀，四肢

消瘦者，多属鼓胀，为肝气郁滞，湿阻血瘀所致；若腹部胀大，周身俱肿者，多属水肿病，为肺脾肾三脏功能失调，水湿泛滥肌肤所致；腹局部膨隆，多见于腹内有癥积的病人。

(2) 腹部凹陷：即仰卧时前腹壁明显低于胸耻连线（图 2-11③）。若腹部凹陷，形体消瘦，多属脾胃虚弱，气血不足，可见于久病脾胃气虚，机体失养，或新病吐泻太过、津液大伤的病人；若腹皮甲错，深凹着脊，可见于长期卧床不起，肉消着骨的病人，为精气耗竭，属病危。

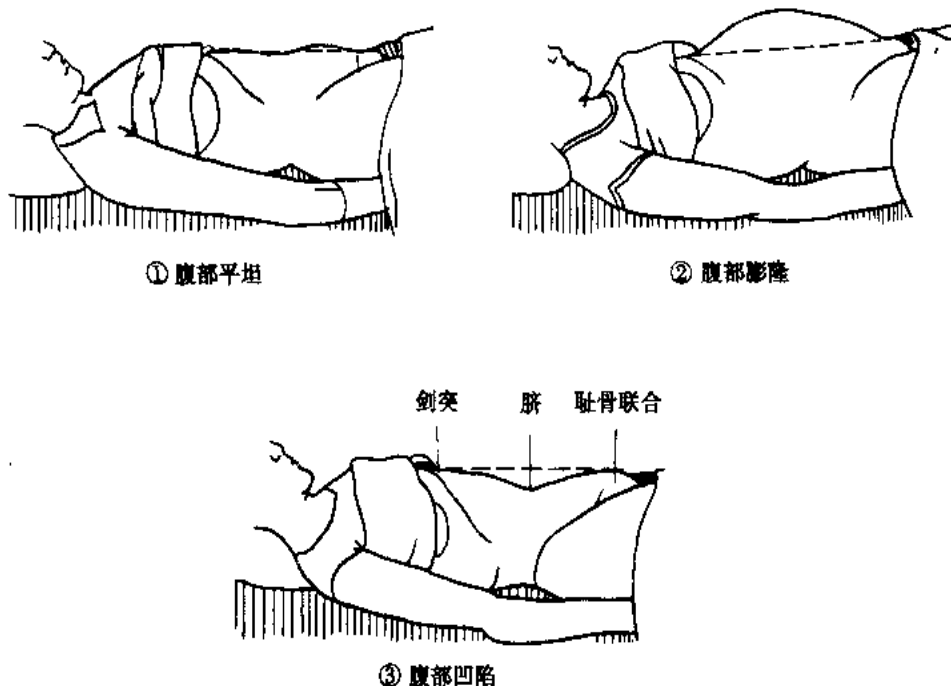


图 2-11 腹部平坦、膨隆、凹陷测量法

(3) 腹壁青筋暴露：即病人腹大坚满，腹壁青筋怒张。多因肝郁气滞，脾虚湿阻日久，导致血行不畅，脉络瘀阻所致，可见于鼓胀重证。

(4) 腹壁突起：腹壁有半球状物突起，多发于脐孔、腹正中线、腹股沟等处，每于直立或用力后发生者，多属疝气。

2. 动态

正常人腹部动态主要与呼吸活动有关。腹部的动态异常，多因某些病变致使腹式呼吸强度改变有关。可参考“望胸胁”中有关内容。

(四) 望腰背部

背为胸中之府，亦为心肺之所居，与肝胆相关。腰为身体运动的枢纽，为肾之府。故望腰背部的异常表现，可以诊察有关脏腑经络的病变。望腰背时应注意观察脊柱及腰背部有无形态异常及活动受限。

1. 外形

正常人腰背部两侧对称，直立时脊柱居中，颈、腰段稍向前弯曲，胸、骶段稍向后弯

曲，但无左右侧弯。其异常改变主要有：

(1) 脊柱后突：指脊骨过度后弯，致使前胸塌陷，背部凸起。又名龟背，俗称驼背。多由肾气亏虚、发育异常，或脊椎疾患所致，亦可见于老年人。若久病病人后背弯曲，两肩下垂，称为“背曲肩随”，为脏腑精气虚衰之象。

(2) 脊柱侧弯：指脊柱偏离正中线向左或右歪曲。多由小儿发育期坐姿不良所致，亦可见于先天不足、肾精亏损、发育不良的患儿和一侧胸部有病的病人。

(3) 脊瘤：指病人极度消瘦，以致脊骨突出似锯。为脏腑精气极度亏损之象，见于慢性重病患者。

(4) 发背：痈、疽、疮、疖生于脊背部位者，统称为发背，多因火毒凝滞于肌腠而成。

(5) 缠腰火丹：腰部皮肤鲜红成片，有水疱簇生如带状，灼热肿胀者，称缠腰火丹，由外感火毒与血热搏结，或湿热浸淫，蕴阻肌肤，不得外泄所致。

2. 动态

正常人腰背部俯仰转侧自如。其异常改变主要有：

(1) 角弓反张：指患者病中脊背后弯，反折如弓。常兼颈项强直，四肢抽搐。为肝风内动，筋脉拘急之象，可见于热极生风之惊风、破伤风、马钱子中毒等病人。

(2) 腰部拘急：指腰部疼痛，活动受限，转侧不利。多因寒湿内侵，腰部脉络拘急，或跌仆闪挫，局部气滞血瘀所致。

四、望四肢

四肢包括上肢的肩、髃、肘、臂、腕、掌、指和下肢的髀、股、膝、胫、踝、跗、趾等部位。就其与脏腑的关系而言，因心主四肢血脉，肺主四肢皮毛，脾主四肢肌肉，肝主四肢之筋，肾主四肢之骨，故五脏均与四肢有关，而脾与四肢的关系尤为密切。就其与经脉的关系而言，则上肢为手三阴、手三阳经脉循行之处，下肢为足三阴、足三阳经脉循行之处。故望四肢主要可以诊察五脏病变和循行于四肢的经脉病变。望诊时应注意观察手足、掌腕、指趾的外形变化和动态的异常。

(一) 望手足

1. 外形

(1) 四肢萎缩：指四肢或某一肢体肌肉消瘦、萎缩，松软无力。多因气血亏虚或经络闭阻，肢体失养所致。

(2) 肢体肿胀：指四肢或某一肢体肿胀。若四肢肿胀，兼红肿疼痛者，多为瘀血或热壅血瘀所致；若足跗肿胀，或兼全身浮肿，多见于水肿。下肢肿胀，皮肤粗厚如象皮者，多见于丝虫病。

(3) 膝部肿大：膝部红肿热痛，屈伸不利，见于热痹，为风湿郁久化热所致。若膝部肿大而股胫消瘦，形如鹤膝，称为“鹤膝风”，多因寒湿久留、气血亏虚所致。膝部紫暗漫肿疼痛，因外伤所致者，为膝骨或关节受损。

(4) 小腿青筋：指小腿青筋暴露，形似蚯蚓。多因寒湿内侵，络脉血瘀所致。

(5) 下肢畸形：直立时两踝并拢而两膝分离，称为膝内翻（又称“O”型腿，图 2-12）；两膝并拢而两踝分离，称为膝外翻（又称“X”型腿，图 2-13）。若踝关节呈固定型内收位，称足内翻；呈固定外展位，称足外翻。上述畸形皆属先天不足，肾气不充，或后天失养，发育不良。

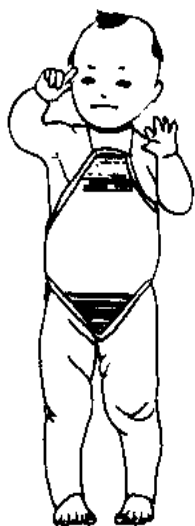


图 2-12 “O”形腿



图 2-13 “X”形腿

2. 动态

(1) 肢体痿废：指肢体肌肉萎缩，筋脉弛缓，痿废不用。多见于痿病，常因精津亏虚或湿热浸淫，筋脉失养所致。若一侧上下肢痿废不用者，称为半身不遂，见于中风病人，多因风痰阻闭经络所致；若双下肢痿废不用者，见于截瘫病人，多由腰脊外伤、瘀血阻络所致。

(2) 四肢抽搐：指四肢筋脉挛急与弛张间作，舒缩交替，动作有力。见于惊风，多因肝风内动，筋脉拘急所致。

(3) 手足拘急：指手足筋肉挛急不舒，屈伸不利（图 2-14）。如在手可表现为腕部屈曲，手指强直，拇指内收贴近掌心与小指相对；在足可表现为踝关节后弯，足趾挺直而倾向足心。多因寒邪凝滞或气血亏虚，筋脉失养所致。

(4) 手足颤动：指双手或下肢颤抖或振摇不定，不能自主。多由血虚筋脉失养或饮酒过度所致，亦可为动风之兆。

(5) 手足蠕动：指手足时时掣动，动作迟缓无力，类似虫之蠕行。多为脾胃气虚，筋脉失养，或阴虚动风所致。

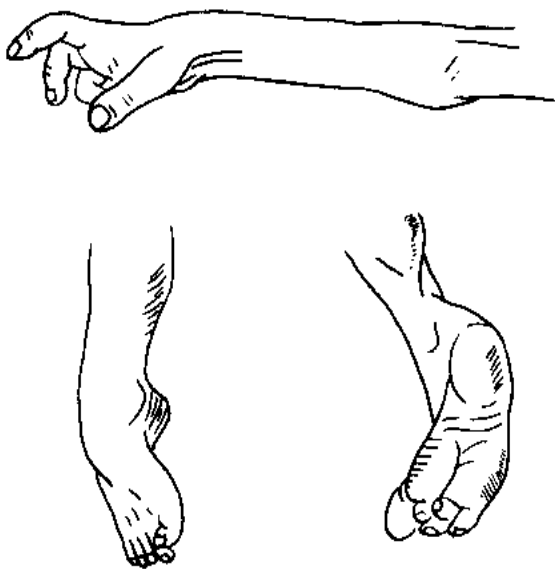


图 2-14 手足拘急

(6) 扬手掷足：指热病之中，神志昏迷，手足躁动不宁。是内热亢盛，热扰心神所致。

(7) 循衣摸床，撮空理线：指重病神识不清，病人不自主地伸手抚摸衣被、床沿，或伸手向空，手指时分时合。为病重失神之象。

(二) 望掌腕

1. 形泽

(1) 手掌厚薄：手掌厚实者，是脏气充实之象；手掌瘦薄者，是脏气不足之征。

(2) 掌腕润燥：掌腕肌肤滑泽，是津液充足之象；掌腕肌肤干涩，是津液不足之征。手掌水疱、脱屑、粗糙、变厚、干燥皲裂，自觉痒痛者，称鹅掌风，因风湿蕴结，或血虚风燥，肤失濡养所致。

2. 鱼际

掌腕望诊须察鱼际。鱼际是手大指本节后丰满之处，其络脉称为鱼络。鱼际属手太阴肺经之部，因肺经起于中焦，故胃气亦上至手太阴经；加之鱼际位置易察，鱼络显露，故可候胃气之强弱。

(1) 鱼际形态：鱼际大肉未削，是胃有生气；鱼际大肉削脱，是胃无生气。

(2) 鱼络颜色：鱼络色青，是胃中有寒；鱼络色赤，是胃中有热。

(三) 望指趾

1. 形态

(1) 手指挛急：指手指拘挛，不能伸直。俗称鸡爪风。多因血液亏虚，血不养筋，复感寒邪所致。

(2) 手指变形：手指关节呈梭状畸形，活动受限者，称为梭状指（图 2-15），多由风湿久蕴，痰瘀结聚所致；指趾末节膨大如杵者，称为杵状指（图 2-16），常兼气喘唇暗，多由久病心肺气虚，血瘀痰阻而成。



图 2-15 梭状指

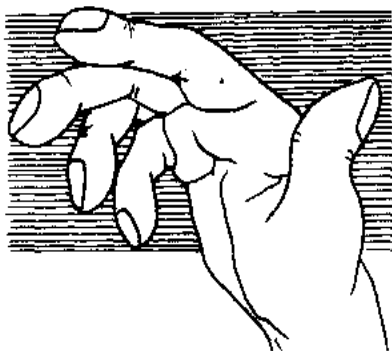


图 2-16 杵状指

(3) 趾节溃脱：脚趾皮肤紫黑、溃烂，趾节脱落，肉色不鲜，气臭痛剧者，称为脱疽。

常因正虚阴火燔灼，外感寒湿之邪，阻滞脉络，气血痹阻，脚趾局部骨肉腐烂所致。

(4) 指头螺疮：指头干瘪，螺纹显露者，称为螺疮。多因吐泻太过，津液暴脱所致。

2. 爪甲

正常爪甲红润，是气血充盛，荣润于甲的表现。望诊应注意甲色与甲态的变化。

(1) 甲色：甲色深红，是气分有热；甲色鲜红，多为阴液不足，虚热内生；甲色浅淡，多属气血亏虚，或阳虚气血失运；甲色发黄，多为湿热交蒸之黄疸；甲色紫黑，多属血脉瘀阻，血行不畅。

(2) 甲态：甲态候病的方法是医生以拇指、食指按压患者指甲，随即放松，观察其甲色的变化及速度。若按之色白，放之即红，为气血流畅，虽病较轻；若按之色白，放不即红，为气血运行不畅，病情较重。

五、望二阴

前阴为生殖和排尿器官，后阴指肛门，为排便之门户。前阴为肾所司，宗筋所聚，太阴、阳明经所会，阴户通于胞宫并与冲任二脉密切相关，肝经绕阴器，故前阴病变与肾、膀胱、肝关系密切。后阴亦为肾所司，又脾主运化，升提内脏，大肠主传导糟粕，故后阴病变与脾、胃、肠、肾关系密切。

(一) 望前阴

望男性前阴应注意观察阴茎、阴囊和睾丸是否正常，有无硬结、肿胀、溃瘍和其他异常的形色改变。对女性前阴的诊察要有明确的适应症，由妇科医生负责检查，男医生需在女护士陪同下进行。前阴常见的异常改变有：

1. 外阴肿胀

男性阴囊或女性阴户肿胀，称为阴肿。阴肿而不痒不痛者，可见于水肿病。阴囊肿大，一般称为疝气，可因小肠坠入阴囊，或内有瘀血、水液停积，或脉络迂曲，睾丸肿胀等引起。若阴囊或阴户红肿、瘙痒、灼痛，多为肝经湿热下注所致。

2. 外阴收缩

男性阴囊阴茎，或女性阴户收缩，拘急疼痛，称为阴缩。多因寒邪侵袭肝经，凝滞气血，肝脉拘急收引所致。

3. 外阴生疮

前阴部生疮，或有硬结破溃腐烂，时流脓水或血水者，称为阴疮，多因肝经湿热下注，或感染梅毒所致。若硬结溃后呈菜花样，有腐臭气，则多为癌肿，病属难治。

4. 外阴湿疹

男子阴囊，或女子大小阴唇起疹，瘙痒灼痛，湿润或有渗液者，分别称为肾〔阴〕囊风、女阴湿疹。多由肝经湿热下注，风邪外袭所致；若日久皮肤粗糙变厚者，多为阴虚血燥之证。

5. 睾丸异常

小儿睾丸过小或触不到，多属先天发育异常，亦可见于疝腮后遗症（睾丸萎缩）。

6. 阴户有物突出

妇女阴户中有物突出如梨状，名为阴挺。多由脾虚中气下陷，或产后劳伤，使胞宫下坠阴户之外所致。

(二) 望后阴

望诊时应注意观察肛门部有无红肿、痔疮、裂口、瘻管及其他病变。

检视时可嘱患者左侧卧位，双腿尽量前屈靠近腹部，或膝胸位、弯腰位，使肛门充分暴露。检查者用双手将臀部分开，即可观察肛门外部的病变；然后再让患者用力屏气，以观察有无内痔突出，内痔的位置、数目、大小、色泽，有无出血等。肛门部常见的异常改变有：

1. 肛痛

肛门周围局部红肿疼痛，状如桃李，破溃流脓者，为肛痈。多由湿热下注，或外感邪毒阻于肛周而成。

2. 肛裂

肛门与肛管的皮肤黏膜有狭长裂伤，可伴有多发性小溃疡，排便时疼痛流血者，为肛裂（图 2-17）。多因热结肠燥或阴津不足，燥屎内结，努力排便时撑伤肛门皮肤，或湿热下注所致。

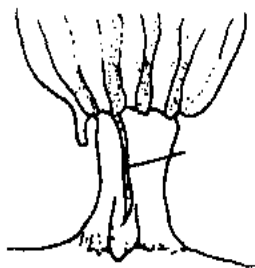


图 2-17 肛裂

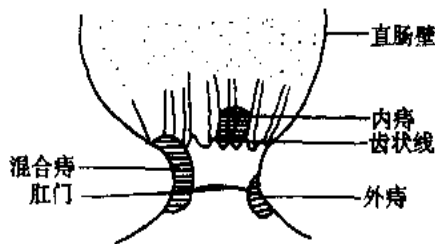


图 2-18 痔疮

3. 痔疮

肛门内外生有紫红色柔软肿块，突起如峙者，为痔疮（图 2-18）。其生于肛门齿状线以内者为内痔，生于肛门齿状线以外者为外痔，内外皆有者为混合痔。多由肠中湿热蕴结或血热肠燥，或久坐、负重、便秘等，使肛门部血脉瘀滞所致。

4. 瘻管

肛痈成脓自溃或切开后，久不斂口，外流脓水，所形成的管腔，称为肛瘻。瘻管长短不一，或通入直肠，局部痒痛，缠绵难愈。

5. 脱肛

指直肠黏膜或直肠全层脱出肛外（图 2-19）。轻者便时脱出，便后缩回；重者脱出后不

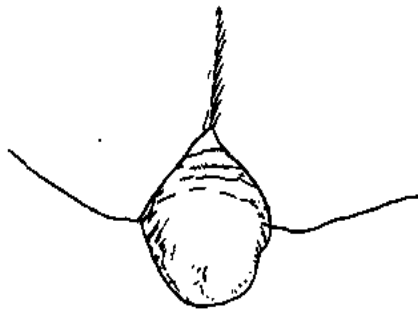


图 2-19 脱肛

能自回，须用手慢慢还纳。检视时可嘱病人蹲位，用力屏气做排便动作，即可在肛门外看到紫红色球状物（直肠黏膜）或椭圆形块状物（直肠壁）脱出。本病多由脾虚中气下陷所致。

六、望皮肤

皮肤为一身之表，内合于肺，卫气循行其间，有保护机体的作用。脏腑气血亦通过经络而外荣于皮肤。凡感受外邪或内脏有病，皆可引起皮肤发生异常改变。因此，望皮肤不仅可以诊察皮肤所发生的病变、判断病邪的性质，而且可以诊察脏腑的虚实、气血的盛衰、内脏病变的轻重和预后等。

正常人皮肤荣润有光泽，是精气旺盛，津液充沛的征象。

望诊时应注意观察皮肤色泽形态的变化和表现于皮肤的某些病症，如斑、疹、痘、痞、痈、疽、疔、疖等。

（一）色泽异常

（1）皮肤发赤：皮肤突然鲜红成片，色如涂丹，边缘清楚，灼热肿胀者，为丹毒。发于头面者，名抱头火丹；发于小腿足部者名流火；发于全身、游走不定者，名赤游丹。发于上部者多由风热化火所致，发于下部者多因湿热化火而成，亦有因外伤染毒而引起者。

（2）皮肤发黄：面目、皮肤、爪甲俱黄者，为黄疸，多因外感湿热、疫毒，内伤酒食，或脾虚湿困，血瘀气滞等所致。其黄色鲜明如橘皮色者，属阳黄，因湿热蕴蒸，胆汁外溢肌肤而成。黄色晦暗如烟熏色者，属阴黄，因寒湿阻遏，胆汁外溢肌肤所致。

（3）皮肤紫黑：面、手、乳晕、腋窝、外生殖器、口腔黏膜等处呈弥漫性棕黑色改变者，多为黑疸，由劳损伤肾所致；周身皮肤发黑亦可见于肾阳虚衰的病人。

（4）皮肤白斑：四肢、面部等处出现白斑，大小不等，界限清楚，病程缓慢者，为白驳风。多因风湿侵袭，气血失和，血不荣肤所致。

（二）形态异常

（1）皮肤干燥：指皮肤干枯无华，甚至皲裂、脱屑的症状。多因阴津已伤、营血亏虚，肌肤失养，或因外邪侵袭、气血滞涩等所致。

（2）肌肤甲错：指皮肤干枯粗糙，状若鱼鳞的症状。多属血瘀日久，肌肤失养所致。

（3）皮肤硬化：指皮肤粗厚硬肿，失去弹性，活动度减低的症状。可因外邪侵袭、禀赋不足、阳虚血液亏少、情志内伤、饮食不节、瘀血阻滞等引起肌肤失养所致。

（三）皮肤病症

1. 斑疹

斑、疹均为全身性疾病表现于皮肤的症状，两者虽常常并称，但实质有别。

（1）斑：指皮肤黏膜出现深红色或青紫色片状斑块，平铺于皮肤，抚之碍手，压之不褪色的症状。可由外感温热邪毒，热毒窜络，内迫营血；或因脾虚血失统摄，阳衰寒凝气血；或因外伤等，使血不循经，外溢肌肤所致。

(2) 疹：指皮肤出现红色或紫红色、粟粒状疹点，高出皮肤，抚之碍手，压之褪色的症状。常见于麻疹、风疹、瘾疹等病，亦可见于温热病中。多因外感风热时邪或过敏，或热入营血所致。

不论斑或疹，在外感病中见之，若色红身热，先见于胸腹，后延及四肢，斑疹发后热退神清者，是邪去正安，为顺；若布点稠密成团，色深红或紫暗，先见于四肢，后延及胸腹，壮热不退，神识不清者，是邪气内陷，为逆。

2. 水疱

指皮肤上出现成簇或散在性小水疱的症状。可有白痞、水痘、热气疮、湿疹等。

(1) 白痞：又称白疹。指皮肤出现的一种白色小疱疹。其特点是：晶莹如粟，高出皮肤，根部肤色不变，内含浆液，擦破流水，多发于颈胸部，四肢偶见，面部不发，消失时有皮屑脱落。白痞的出现，多因外感湿热之邪，郁于肌表，汗出不彻，蕴酿而发，乃湿温病人湿热之邪透泄外达之机。白痞晶莹饱满，颗粒清楚者，称为晶痞，说明津气尚充足；白痞色枯而白，干瘪无浆者，称为枯痞，说明津气已亏竭。一般白痞透发后热退神清者，是正能胜邪，湿热外达之顺证；若透发后身热不退，反见神昏者，为正不胜邪，邪毒内陷之逆证。

(2) 水痘：指小儿皮肤出现粉红色斑丘疹，很快变成椭圆形的小水疱。其特点是：顶满无脐，晶莹明亮，浆液稀薄，皮薄易破，大小不等，分批出现，常兼有轻度恶寒发热表现。因外感时邪，内蕴湿热所致，属儿科常见传染病。

(3) 湿疹：指周身皮肤出现红斑，迅速形成丘疹、水疱，破后渗液，出现红色湿润之糜烂面者。多因湿热蕴结，复感风邪，郁于肌肤而发。

3. 疮疡

指发于皮肉筋骨之间的疮疡类疾患。主要有痈、疽、疔、疖等。

(1) 痈：指患部红肿高大，根盘紧束，掀热疼痛，并能形成脓疡的疾病。具有未脓易消，已脓易溃，疮口易敛的特点。属阳证，多为湿热火毒蕴结，气血壅滞所致。

(2) 疽：指患部漫肿无头，皮色不变，疼痛不已的疾病。具有难消、难溃、难敛，溃后易伤筋骨的特点。一般指无头疽。属阴证，多为气血亏虚，阴寒凝滞而发。

(3) 疔：指患部形小如粟，根深如钉，漫肿灼热，麻木疼痛的疾病。多发于颜面和手足。因竹木刺伤，或感受疫毒、疔毒、火毒等邪所致。

(4) 疖：指患部形小而圆，红肿热痛不甚，根浅、脓出即愈的疾病。因外感火热毒邪或湿热蕴结所致。

第三节 望 排 出 物

望排出物是观察病人的分泌物、排泄物和某些排出体外的病理产物的形、色、质、量的变化以诊断病情的方法。

分泌物主要是指人体官窍所分泌的液体，它具有濡润官窍等作用，如泪、涕、唾、涎等，其色、质、量的表现与脏腑的功能密切相关，当脏腑有病时，可引起其发生异常改变。

排泄物是人体排出的代谢废物，如大便、小便等，当脏腑有病时，也可发生相应的形、色、质、量的异常改变。此外，人体有病时所产生的某些病理产物，如痰液、呕吐物等也属排出物范畴，其色、质、量也与病情密切相关。

望排出物变化总的规律是：凡色白、质稀者，多属虚证、寒证；凡色黄、质稠者，多属实证、热证。

一、望痰涕

（一）望痰

痰是由肺和气管排出的病理性黏液。观察痰的色、质、量，可以判断脏腑的病变和病邪的性质。

痰白清稀者，多属寒痰。因寒邪阻肺，津凝不化，聚而为痰，或脾阳不足，湿聚为痰，上犯于肺所致。

痰黄稠有块者，多属热痰。因邪热犯肺，煎津为痰，痰聚于肺所致。

痰少而黏，难于咯出者，多属燥痰。因燥邪犯肺，耗伤肺津，或肺阴虚津亏，清肃失职所致。

痰白滑量多，易于咯出者，多属湿痰。因脾失健运，水湿内停，湿聚为痰，上犯于肺所致。

痰中带血，色鲜红者，称为咯血。常见于肺癆、肺络张、肺癌等病人。多因肺阴亏虚和肝火犯肺，火热灼伤肺络，或痰热、邪毒壅肺，肺络受损所致。

咯吐脓血痰，气腥臭者，为肺痈。是热毒蕴肺，化腐成脓所致。

（二）望涕

涕是鼻腔分泌的黏液，涕为肺之液。流涕多因六淫侵袭、肺失宣肃，或热邪熏蒸、气血腐败成涕，或气虚阳亏、津液失固所致。可见于多种鼻腔、鼻窦疾病。

新病鼻塞流清涕，是外感风寒；鼻流浊涕，是外感风热。

阵发性清涕量多如注，伴喷嚏频作者，多属鼻鼈，是风寒束于肺卫所致。

久流浊涕，质稠、量多、气腥臭者，多为鼻渊，是湿热蕴阻所致。

二、望涎唾

（一）望涎

涎是从口腔流出的清稀黏液。涎为脾之液，由口腔分泌，具有濡润口腔、协助进食和促进消化的作用。望涎主要诊察脾与胃的病变。

口流清涎量多者，多属脾胃虚寒。因脾胃阳虚，气不化津所致。

口中时吐黏涎者，多属脾胃湿热。为湿热困阻中焦，脾失运化，湿浊上泛所致。

小儿口角流涎，涎渍颐下，病名曰滞颐。多由脾虚不能摄津所致，亦可见于胃热虫

积。

唾中流涎者，多为胃中有热或宿食内停、痰热内蕴。

（二）望唾

唾是从口腔吐出的稠滞泡沫状黏液。唾为肾之液，然亦关乎胃。

胃中虚冷，肾阳不足，水液失其温运，气化失司，则水邪上泛，可见时吐唾沫。

胃有宿食，或湿邪留滞，唾液随胃气上逆而溢于口，故见多唾。

三、望呕吐物

呕吐物是指胃气上逆，由口吐出的胃内容物。外感内伤皆可引起。

呕吐物清稀无酸臭味，或呕吐清水痰涎，多因胃阳不足，腐熟无力，或寒邪犯胃，损伤胃阳，导致水饮内停于胃，胃失和降所致。

呕吐物秽浊有酸臭味，多因邪热犯胃，胃失和降，邪热蒸腐胃中饮食，则吐物酸臭。

吐不消化、味酸腐的食物，多属伤食，因暴饮暴食，损伤脾胃，食积不化，胃气上逆，推邪外出所致。

呕吐黄绿苦水，多属肝胆郁热或湿热。

吐血色暗红或紫暗有块，夹有食物残渣者，属胃有积热，或肝火犯胃，或胃腑血瘀所致。

四、望二便

（一）望大便

正常的大便色黄，呈软圆柱状或条状。

大便清稀水样，多为外感寒湿，或饮食生冷，脾失健运，清浊不分所致。

大便黄褐如糜而臭，多为湿热或暑湿伤及胃肠，大肠传导失常所致。

大便夹有黏冻、脓血，多见于痢疾和肠癌等病，为湿热邪毒蕴结大肠，肠络受损所致。

大便灰白呈陶土色，多见于黄疸。

大便燥结，干如羊屎，排出困难，多因热盛伤津、阴血亏虚，肠失濡润，传化不行所致。

（二）望小便

正常的小便色淡黄，清净而不浑浊。冬天汗少尿多，其色较清；夏日汗多尿少，其色较黄。

小便清长，见于病人多属虚寒证。因阳虚不能蒸化津气，水津下趋膀胱，故小便清长量多。

小便短黄，见于病人多属实热证。因热盛伤津，或汗、吐、下、利，伤津所致。

尿中带血，多因结石损伤血络，或湿热蕴结膀胱，或阴虚火旺、疫毒或药毒伤肾，或脾

肾不固所致。可见于石淋、热淋、肾癌、膀胱癌、某些血液病、传染病等。

小便浑浊如米泔水，或滑腻如脂膏，称为尿浊。多因脾肾亏虚，清浊不分，或湿热下注，气化不利，不能制约脂液下流所致。

尿中有砂石，见于石淋病人。因湿热蕴结下焦，煎熬尿浊杂质，久而结为砂石。

第四节 望小儿指纹

小儿指纹是指3岁以内小儿两手食指掌侧前缘部的浅表络脉。望小儿指纹是观察3岁以内小儿指纹的形色变化以诊察病情的方法。

小儿指纹诊法始见于唐·王超《水镜图诀》，是由《灵枢·经脉》“诊鱼际络脉法”发展而来。后世医家如宋·钱乙的《小儿药证直诀》、清·陈复正的《幼幼集成》、林之翰的《四诊抉微》、汪宏的《望诊遵经》等，对此法都有详细的论述和发挥，使之广泛应用于儿科临床，对诊断小儿疾病具有重要的意义。

因食指掌侧前缘络脉为寸口脉的分支（其支从腕出别上，循次指内廉，出其端），与寸口脉同属手太阴肺经，其形色变化，在一定程度上可以反映寸口脉的变化，故望小儿指纹与诊寸口脉意义相同，可以诊察体内的病变。加之3岁以内的小儿寸口脉位短小，切脉时只能“一指定三关”，诊脉时又常哭闹，气血先乱，使脉象失真。而小儿皮肤较薄嫩，食指络脉易于观察，故常以望指纹辅助脉诊。

诊察小儿指纹时，令家长抱小儿面向光亮，医生用左手拇指和食指握住小儿食指末端，再以右手拇指的侧缘蘸少许清水后在小儿食指掌侧前缘从指尖向指根部推擦几次，用力要适中，使指纹显露，便于观察。

一、正常小儿指纹

1. 指纹特点

在食指掌侧前缘，隐隐显露于掌指横纹附近，纹色浅红，呈单支且粗细适中。

2. 影响因素

小儿指纹亦受多种因素的影响。如：年幼儿络脉显露而较长；年长儿络脉不显而略短。皮肤薄嫩者，指纹较显而易见；皮肤较厚者，络脉常模糊不显。肥胖儿络脉较深而不显；体瘦儿络脉较浅而易显。天热脉络扩张，指纹增粗变长；天冷脉络收缩，指纹变细缩短。因此，望小儿指纹也要排除相关影响，才能作出正确诊断。

二、病理小儿指纹

对小儿病理指纹的观察，应注意其纹位、纹态、纹色、纹形4方面的变化，其要点可概括为：三关测轻重，浮沉分表里，红紫辨寒热，淡滞定虚实。

1. 三关测轻重

小儿食指按指节分为三关：食指第一节（掌指横纹至第二节横纹之间）为风关，第二节

(第二节横纹至第三节横纹之间)为气关,第三节(第三节横纹至指端)为命关(图 2-20)。

根据络脉在食指三关出现的部位,可以测定邪气的浅深,病情的轻重。



第三章

舌 诊

舌诊是观察病人舌质和舌苔的变化以诊察疾病的方法，是望诊的重要内容，是中医诊法的特色之一。舌诊具有悠久的历史，早在《黄帝内经》中就有望舌诊病的记载，如《素问·刺热》曰：“肺热病者，先渐然厥起毫毛，恶风寒，舌上黄。”指出表邪传里，肺胃热盛，舌苔变黄的转化规律。《灵枢·经脉》曰：“唇青舌卷卵缩，则筋先死”等。汉·张仲景《伤寒杂病论》将舌诊作为中医辨证的一个组成部分，《金匱要略》指出“病人胸满，唇痿舌青，……为有瘀血。”以舌青作为有瘀血的依据。元代舌诊专著《敖氏伤寒金镜录》中，记载舌象图 36 幅，结合临床进行病机分析，并确定方药及推测预后。明清时代，随着温病学派的兴起，对辨舌验齿尤为重视，对温病的辨证论治起到重要的指导作用。临床实践证明，在疾病的发展过程中，舌的变化迅速而又鲜明，它犹如内脏的一面镜子，凡脏腑的虚实、气血的盛衰、津液的盈亏、病情的浅深、预后的好坏，都能较为客观地从舌象上反映出来，成为医生诊病的重要依据。近代，随着医学科学的发展，对舌诊的研究更加深入，开展了舌诊现代化、客观化的研究，对舌象形成的原理有了更加深入的了解，对舌象的临床应用有了新的拓展。

第一节 舌 诊 概 说

一、舌的形态结构

舌为一肌性器官，由黏膜和舌肌组成，故《灵枢·经脉》说：“唇舌者，肌肉之本也”。它附着于口腔底部、下颌骨、舌骨，呈扁平而长形。其主要功能是辨别滋味，调节声音，拌和食物，协助吞咽。《灵枢·忧悲无言》说：“舌者，音声之机也。……横骨者，神气所使，主发舌者也。”《中藏经·论小肠虚实寒热生死逆顺脉证之法》说：“舌之官也，和则能言而机关利健，善别其味也。”舌肌是骨骼肌，呈纵行、横行和垂直方向排列，使舌自由地伸缩、卷曲，柔软而无偏斜，保证了舌的功能活动。

舌的上面叫舌背，中医称为舌面，下面叫舌底。舌背又分为舌体和舌根二部分，舌体和舌根之间有一条人字界沟。伸舌时一般只能看到舌体，故中医诊舌的部位主要是舌体。舌体的前端称为舌尖；舌体的中部称为舌中；舌体的后部、人字形界沟之前，称为舌根；舌体两侧称为舌边。舌体的正中有一条不甚明显的纵行皱褶，称为舌正中沟（图 3-1）。当舌上卷时，可看到舌底。舌底正中线上有一条连于口腔底的皱襞，叫舌系带。系带终点两侧各有一个小圆形突起，叫舌下肉阜，皆有腺管开口，中医称其左侧的为金津，右侧的为玉液，是胃

津、肾液上朝的孔道（图 3-2）。

舌面上覆盖着一层半透明的黏膜，舌背黏膜粗糙，形成许多突起，称为舌乳头。根据形状不同，舌乳头分为丝状乳头、蕈状乳头、轮廓乳头和叶状乳头四种。其中丝状乳头与蕈状乳头对舌象的形成有着密切的联系，轮廓乳头、叶状乳头与味觉有关。

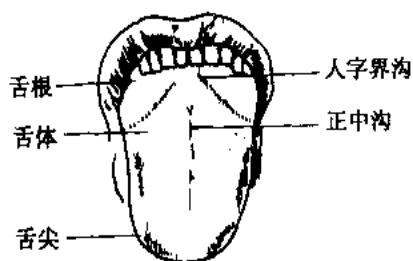


图 3-1 舌背部

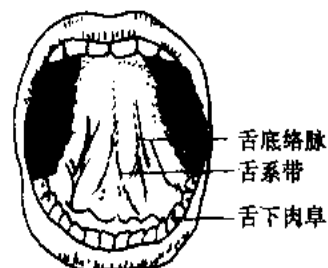


图 3-2 舌底部

丝状乳头数目最多，分布在舌尖、舌体和舌缘，呈细长圆锥形，高 2~3mm。它的复层扁平上皮常有角化和脱落，再混以食物残渣、唾液等，使舌黏膜表面复以一层白色薄苔，称舌苔。此处上皮的形状和颜色，常随健康情况而发生改变。

蕈状乳头数目较少，多见于舌尖，散在于丝状乳头之间，呈蕈状，基部窄而顶端钝圆。上皮表面比较平滑，有时可见有味蕾存在，固有膜中血管丰富，故乳头呈红色，肉眼观察呈红色小点。蕈状乳头的形态及色泽改变，是舌质变化的主要因素。

二、舌诊原理

舌与脏腑、经络、气血、津液有着密切的联系。

舌为心之苗。《灵枢·脉度》说：“心气通于舌，心和则舌能知五味矣。”手少阴心经之别系舌本。因心主血脉，而舌的络脉丰富，心血上荣于舌，故人体气血运行情况，可反映在舌质的颜色上；心主神明，舌体的运动又受心神的支配，因而舌体运动是否灵活自如，语言是否清晰，与神志密切相关。故舌与心、神的关系极为密切，可以反映心、神的病变。

舌为脾之外候。足太阴脾经连舌本、散舌下，舌居口中司味觉，而《灵枢·脉度》说：“脾气通于口，脾和则口能知五谷矣。”故曰脾开窍于口。中医学认为，舌苔是由胃气蒸发谷气上承于舌面而成，与脾胃运化功能相应，如章虚谷说：“脾胃为中土，邪入胃则生苔，如地上生草也。”舌体赖气血充养，所以舌象能反映气血的盛衰，而与脾主运化、化生气血的功能直接相关。

肝藏血、主筋，足厥阴肝经络舌本；肾藏精，足少阴肾经循喉咙，夹舌本；足太阳膀胱经经筋结于舌本；肺系上达咽喉，与舌根相连。其他脏腑组织，由经络沟通，也直接或间接与舌产生联系，因而其他脏腑一旦发生病变，舌象也会出现相应的变化。所以观察舌象的变化，可以测知内在脏腑的病变。

脏腑的病变反映于舌面，具有一定的分布规律。对此古代医籍有不同的划分记载，其中比较一致的说法是：舌质候五脏病变为主，侧重血分；舌苔候六腑病变为主，侧重气分。舌尖多反映上焦心肺的病变；舌中多反映中焦脾胃的病变；舌根多反映下焦肾的病变；舌两侧

多反映肝胆的病变(图3-3)。另外,《伤寒指掌·察舌辨证法》还有“舌尖属上脘,舌中属中脘,舌根属下脘”的说法。根据临床观察,如舌尖红赤或破溃,多为心火上炎;舌体两侧出现青紫色斑点,多为肝经气滞血瘀;若舌见厚腻苔,多见于脾失健运所致的湿浊、痰饮、食积;若舌苔出现剥脱,在舌中多为胃阴不足,在舌根多为肾阴虚等等。说明某些内脏病变在舌象变化方面有一定的规律,但并非绝对,因为疾病表现是错综复杂的,故还须结合其他症状进行综合分析。

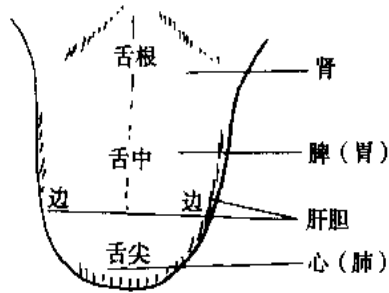


图3-3 舌面脏腑部位分属图

舌为血脉丰富的肌性组织,有赖气血的濡养和津液的滋润。舌体的形质和舌色,与气血的盛衰和运行状态有关;舌苔和舌体的润燥与津液的盈亏有关。舌下肉阜部有唾液腺体的开口,中医认为唾为肾液、涎为脾液,皆为津液的一部分,其生成、输布离不开脏腑功能,尤其与肾、脾胃等脏腑密切相关,所以通过观察舌体的润燥,可判断体内津液的盈亏及病邪性质的寒热。

三、舌诊的方法和注意事项

舌诊以望诊为主,有时还须结合闻诊、问诊和扪摸揩刮等方法进行全面诊察。

(一) 望舌的体位和伸舌姿势

望舌时,医者姿势可略高于患者,以便俯视口舌部位。患者可以采用坐位或仰卧位,面向自然光线,头略扬起,自然地将舌伸出口外,舌体放松,舌面平展,舌尖略向下,尽量张口使舌体充分暴露。如伸舌过分用力,舌体紧张卷曲,或伸舌时间过久,都会影响舌体血液循环而引起舌色改变,或舌苔紧凑变样,或干湿度发生变化。

(二) 诊舌的方法

望舌的顺序是先看舌尖,再看舌中、舌边,最后看舌根部。由于舌质的颜色易变,伸舌较久则随血脉的运营变化而使舌质色泽失真,而舌苔覆盖于舌体上,一般不会随观察的久而变化,因而望舌应当先看舌质,再看舌苔。再根据舌质、舌苔的基本特征,分项察看,望舌质,主要观察舌质的颜色、光泽、形状及动态等;察舌苔,重点观察舌苔的有无、色泽、质地及分布状态等。在望舌过程中,既要迅速敏捷,又要全面准确,尽量减少患者伸舌的时间,以免口舌疲劳。若一次望舌判断不准,可让病人休息片刻后,再重新望舌。根据临床需要,还可察看舌下静脉。

除了通过望诊了解舌象特征之外,为了使诊断更加准确,必要时还应配合其他诊察方法。如清·梁玉瑜在《舌鉴辨证》中提出用刮舌验苔的方法进行舌诊,认为刮去浮苔,观察苔底是辨舌的一个重要方面。刮舌可用消毒压舌板的边缘,以适中的力量,在舌面上由舌根向舌尖刮三五次。若刮之不去或刮而留有污质,多为里有实邪;刮之即去,舌体明净光滑者,多为虚证。如需揩舌,可用消毒纱布卷在食指上,蘸少许清洁水在舌面上揩抹数次。这两种方法可用于鉴别舌苔有根无根,以及是否属于染苔。

此外,还可以询问舌上味觉的情况,舌体是否有疼痛、麻木、灼辣等异常感觉,舌体运动是否灵活等,以协助诊断。

(三) 诊舌的注意事项

为了使舌诊所获得的信息准确,必须注意排除各种操作因素所造成的虚假舌象。望舌时应注意以下几点:

1. 光线影响

光线的强弱与色调,对颜色的影响极大,常常会使望诊者对同一颜色产生不同的感觉,稍有疏忽易产生错觉。正如《辨舌指南·观舌之心法》所说:“灯下看黄苔,每成白色,然则舌虽可凭,而亦未尽可凭,非细心审察,亦难免于错误矣。”

望舌以白天充足而柔和的自然光线为佳,如在夜间或暗处,用日光灯为好,光线要直接照射到舌面,避免面对有色的门窗。如光线过暗,可使舌色暗滞;日光灯下,舌色多偏紫;白炽灯下,舌苔偏于黄色;用普通灯泡或手电筒照明,易使舌苔黄、白二色难于分辨。周围有色物体的反射光,可使舌色发生相应的改变。

2. 饮食或药品影响

饮食及药物可使舌象发生变化。如进食之后,由于食物的反复磨擦,使舌苔由厚变薄;饮水后,可使干燥舌苔变为湿润。过冷过热的饮食及刺激性食物可使舌色发生改变,如刚进辛热食物,舌色可由淡红变为鲜红,或由红色转为绛色。过食肥甘之品及服大量镇静剂,可使舌苔厚腻;长期服用某些抗生素,可产生黑腻苔或霉腐苔。

某些饮食或药物,会使舌苔染色,称为染苔。如饮用牛奶、豆浆、钡剂、椰汁等可使舌苔变白、变厚;食用花生、瓜子、豆类、核桃、杏仁等富含脂肪的食品,往往在短时间可使舌面附着黄白色渣滓,易与腐腻苔相混;食用蛋黄、橘子、柿子、核黄素等,可将舌苔染成黄色;各种黑褐色食品、药品,或吃橄榄、酸梅,长期吸烟等,可使舌苔染成灰色、黑色。一般染苔多在短时间内自然退去,或经揩舌除去,与病情亦不相符。如有疑问,可询问饮食、服药等情况进行鉴别。

3. 口腔对舌象的影响

牙齿残缺,可造成同侧舌苔偏厚;镶牙可以使舌边留有齿痕;睡觉时张口呼吸者,可以使舌苔增厚、干燥等等。这些因素所致的舌象异常,都不能作为机体的病理征象,临床上应仔细鉴别,以免误诊。

四、舌诊的内容和正常舌象

(一) 舌诊的内容

舌诊主要是观察舌质和舌苔两个方面的变化。舌质是指舌的肌肉脉络组织,为脏腑气血之所荣。望舌质包括舌的颜色、形质和动态,以诊察脏腑的虚实,气血的盛衰。舌苔是指舌面上附着的一层苔状物,是胃气上蒸所生。望舌苔包括诊察苔质和苔色两个方面的情况,以察病邪的性质、浅深,邪正的消长。《医门棒喝》说:“观舌质可验其正之阴阳虚实,审苔垢

即知邪之寒热浅深。”望诊时，必须全面观察舌质与舌苔，并进行综合分析，才能全面了解病情。

（二）正常舌象

正常舌象的主要特征是：舌体柔软灵活，舌色淡红明润，舌苔薄白均匀，苔质干湿适中。简称“淡红舌，薄白苔”。

正常舌象的形成原理，文献记载的论述颇多，如《舌胎统志》说：“舌为心之苗，其色当红，红不娇艳，其质当泽，泽非光滑，其象当毛，毛无芒刺，必得淡红上有薄白之胎气，方是无邪之舌。”又说：“舌色淡红，平人之常候，……红者心之气，淡者胃之气。”《舌鉴总论》说：“舌乃心苗，心属火，其色赤，心居肺内，肺属金，其色白，故当舌地淡红，舌苔微白，红必红润内充，白必苔微不厚，或略厚有花。然皆干湿适中，不滑不燥，斯为无病之舌，乃火藏金内之象。”《伤寒论本旨·辨舌苔》说：“舌苔由胃中生气所现，而胃气由心脾发生，故无病之人常有薄苔，是胃中之生气，如地上之微草也。”《辨舌指南·辨舌质生苔之原理》说：“舌之苔，胃蒸脾湿上潮而生。”说明舌象的形成，与心肺脾胃等脏腑的功能有关，正常舌象说明胃气旺盛，气血津液充盈，脏腑功能正常。

（三）舌象的生理变异

正常舌象受内外环境的影响，可以产生生理性变异。因此，在掌握正常舌象基本特征的前提下，注意某些生理变异，知常达变，才能准确地判断舌象。

1. 年龄性别因素

年龄是舌象生理变异的重要因素之一。如老年人精气渐衰，气血常常偏虚，脏腑功能减退，气血运行迟缓，舌色多暗红；儿童阴阳稚弱，脾胃功能尚薄，生长发育很快，往往处于代谢旺盛而营养相对不足的状态，故舌多淡嫩，舌苔偏少易剥。

舌象一般与性别无明显关系，但女性受月经周期的生理影响，在经期可以出现舌蕈状乳头充血而舌质偏红，或舌尖边部点刺增大，月经过后恢复正常。

2. 体质禀赋因素

由于先天禀赋的差异，每个人的体质不尽相同，舌象可以出现一些差异。如《辨舌指南》说：“无病之舌，形色各有不同，有常清洁者，有稍生苔层者，有鲜红者，有淡白色者，或为紧而尖，或为松而软，并有牙印者，……此因无病时各有禀体不同，故舌质亦异也。”临床常见肥胖之人舌多见胖大且质淡，消瘦之人舌体略瘦而舌色偏红。

裂纹舌、齿痕舌、地图舌等，均有属于先天性者，除有相应病理表现外，一般情况下多无临床意义。

3. 气候环境因素

季节与地域的差别会产生气候环境的变化，引起舌象的相应改变。在季节方面，夏季暑湿盛时，舌苔多厚，多见淡黄色；秋季燥气当令，苔多偏薄偏干；冬季严寒，舌常湿润。在地域方面，我国东南地区偏湿偏热，西北及东北地区偏寒冷干燥，均会使舌象发生一定的差异。

此外,由于舌象能灵敏地反映机体内部的病变,可以先于自觉症状而出现。因此,若发现正常人有异常舌象时,除了上述的生理因素外,有一部分可能是疾病的前期征象。要结合实际,认真分析,一般有符合舌象变异的因素存在,而无任何不适症状者,多属于生理变异,否则应考虑是疾病的前期表现,必要时进行随访观察。

第二节 望 舌 质

舌质,即舌的本体,故又称舌体,是舌的肌肉和脉络组织。望舌质主要观察舌色、舌的形质、动态以及舌下络脉四个部分。

一、舌色

舌色,即舌质的颜色。一般分为淡红、淡白、红、绛、青、紫六种。

(一) 淡红舌

【舌象特征】 舌色淡红润泽、白中透红(彩图1)。

【临床意义】 为气血调和的征象,常见于正常人。病中见之多属病轻。

【机理分析】 淡红舌主要反映心血充足,胃气旺盛的生理状态。红为血之色,明润光泽为胃气之华。故《舌苔统志》说:“舌色淡红,平人之候……红者心之气,淡者胃之气。”《舌鉴辨正·红舌总论》亦说:“全舌淡红,不浅不深者,平人也。”

外感病轻浅阶段,尚未伤及气血和内脏时,舌色仍可保持正常而呈现淡红;内伤杂病中,若舌色淡红明润,提示阴阳平和,气血充盈,病情尚轻,或为疾病转愈之佳兆。

(二) 淡白舌

【舌象特征】 比正常舌色浅淡,白色偏多红色偏少(彩图2)。舌色白,几无血色者,称为枯白舌。

【临床意义】 主气血两虚、阳虚。枯白舌主脱血夺气。

【机理分析】 气血亏虚,血不荣舌,或阳气虚衰,运血无力,不载血以上充舌质,致舌色浅淡。故《舌鉴辨正》认为淡白舌是“虚寒舌之本色。”若淡白光莹,舌体瘦薄,属气血两虚;若淡白湿润,舌体胖嫩,多属阳虚水湿内停。

脱血夺气,病情危重,舌无血气充养,则显枯白无华。

(三) 红舌

【舌象特征】 较正常舌色红,甚至呈鲜红色(彩图3)。红舌可见于整个舌体,亦可只见于舌尖,舌两边。

【临床意义】 主实热、阴虚。

【机理分析】 由于血得热则循行加速,舌体脉络充盈;或因阴液亏乏,虚火上炎,故舌

色鲜红。

舌色稍红，或仅舌边尖略红，多属外感风热表证初起；舌体不小，色鲜红，多属实热证。舌尖红，多为心火上炎；舌两边红，多为肝经有热。《舌胎统志》说：“舌本之正红者，为脏腑已受温热之气而致也。”

舌体小，舌鲜红少苔，或有裂纹，或红光无苔，为虚热证。《辨舌指南》说：“舌色鲜红，无苔点，舌底无津，舌面无液者，阴虚火炎也。”

（四）绛舌

【舌象特征】 较红舌颜色更深，或略带暗红色（彩图 4）。

【临床意义】 主里热亢盛、阴虚火旺。

【机理分析】 绛舌多由红舌进一步发展而成。其形成的原因是热入营血，气血沸涌，耗伤营阴，血液浓缩而瘀滞，虚火上炎，舌体脉络充盈，故舌呈绛色。

舌绛有苔，多属温热病热入营血，或脏腑内热炽盛。绛色愈深，热邪愈甚。《辨舌指南》说：“绛，深红色也。心主营、主血，舌苔绛燥，邪已入营中。”

舌绛少苔或无苔，或有裂纹，多属久病阴虚火旺，或热病后期阴液耗损。《辨舌指南》说：“绛而光亮者，胃阴亡也。”“舌虽绛而不鲜，干枯而萎者，肾阴涸也”。

（五）紫舌

【舌象特征】 全舌呈现紫色，或局部现青紫斑点（彩图 5）。舌淡而泛现青紫者，为淡紫舌；舌红而泛现紫色者，为紫红舌；舌绛而泛现紫色者，为绛紫舌；舌体局部出现青紫色斑点，大小不等，不高于舌面者，为斑点舌。

【临床意义】 主血行不畅。

【机理分析】 紫舌多由淡白舌或红绛舌发展而成，故其主病即是在淡白舌或红绛舌的基础上出现气血运行不畅的病理改变。

全舌青紫者，其病多是全身性血行瘀滞；舌有紫色斑点者，可能是瘀血阻滞于某局部，或是局部血络损伤所致。

舌色淡红中泛现青紫者，多因肺气壅滞，或肝郁血瘀，或气虚无力推动血液运行，使血流缓慢所致；亦可见于先天性心脏病，或某些药物、食物中毒等。

淡紫舌多由淡白舌转变而成，其舌淡紫而湿润。可由阴寒内盛，阳气被遏，血行凝滞，或阳气虚衰，气血运行不畅，血脉瘀滞所致。

紫红舌、绛紫舌多为红绛舌的进一步发展，其舌紫红、绛紫而干枯少津。为热毒炽盛，内入营血，营阴受灼，津液耗损，气血壅滞所致。

二、舌形

舌形是指舌质的形状，包括老嫩、胖瘦、点刺、裂纹等方面的特征。

（一）老、嫩舌

【舌象特征】 舌质纹理粗糙或皱缩，坚敛而不柔软，舌色较暗者，为苍老舌；舌质纹理细腻，浮胖娇嫩，舌色浅淡者，为娇嫩舌。

【临床意义】 老舌多见于实证；嫩舌多见于虚证。

【机理分析】 舌质老嫩是舌色和舌形的综合表现。舌质老和嫩是辨别疾病虚实的重要指标之一，正如《辨舌指南》所说：“凡舌质坚敛而苍老，不论苔色白、黄、灰、黑，病多属实；舌质浮胖娇嫩，不拘苔色灰、黑、黄、白，病多属虚。”

实邪亢盛，充斥体内，而正气未衰，邪正交争，邪气壅滞于上，故舌质苍老。

气血不足，舌体脉络不充，或阳气亏虚，运血无力，寒湿内生，以致舌嫩色淡白。

（二）胖、瘦舌

【舌象特征】 舌体比正常舌大而厚，伸舌满口，称为胖大舌（图 3-4）。舌体肿大满嘴，甚至不能闭口，不能缩回，称为肿胀舌。舌体比正常舌瘦小而薄，称为瘦薄舌（图 3-5）。

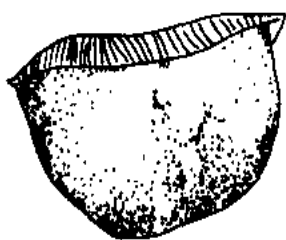


图 3-4 胖大舌

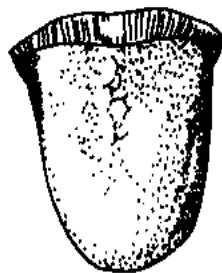


图 3-5 瘦薄舌

【临床意义】 胖大舌多主水湿内停、痰湿热毒上泛。瘦薄舌多主气血两虚、阴虚火旺。

【机理分析】 舌淡胖大者，多为脾肾阳虚，津液输布障碍，水湿之邪停滞于体内的表现。

舌红胖大者，多属脾胃湿热或痰热内蕴，或平素嗜酒，湿热酒毒上泛所致。舌肿胀色红绛，多见于心脾热盛，热毒上壅。此外，先天性舌血管瘤患者，可因舌局部血络郁闭，呈现青紫肿胀者，多无全身辨证意义。

瘦薄舌总由气血阴液不足，不能充盈舌体，舌失濡养所致。舌体瘦薄而色淡者，多是气血两虚；舌体瘦薄而色红绛干燥者，多见于阴虚火旺，津液耗伤。

（三）点、刺舌

【舌象特征】 点，指突起于舌面的红色或紫红色星点。大者为星，称红星舌；小者为点，称红点舌。

刺，指舌乳头突起如刺，摸之棘手的红色或黄黑色点刺，称为芒刺舌。

点和刺相似，时常并见，故可合称点刺舌。点刺多见于舌尖部。

【临床意义】 提示脏腑热极，或为血分热盛。

【机理分析】 点刺是由蕈状乳头增生，数目增多，充血肿大而形成。舌生点刺，是邪热内蕴，营热郁结，舌络充斥所致。一般点刺愈多，邪热愈甚。

观察点刺的颜色，可以判断气血运行情况以及病情的轻重。如舌红而生芒刺，多为气分热盛；点刺色鲜红，多为血热内盛，或阴虚火旺；点刺色绛紫，为热入营血而气血壅滞。

根据点刺出现的部位，一般可区分热在何脏，如舌尖生点刺，多为心火亢盛；舌边有点刺，多属肝胆火盛；舌中生点刺，多为胃肠热盛。

（四）裂纹舌

【舌象特征】 舌面上出现各种形状的裂纹、裂沟，沟裂中并无舌苔覆盖（彩图 7）。舌上裂纹可多少不等，深浅不一，可见于全舌，亦可见于舌前部或舌尖、舌边等处，裂纹可呈现“人”“川”“爻”“丿”等形状，严重者可如脑回状、卵石状，或如刀割、剪碎一样。

【临床意义】 多由邪热炽盛、阴液亏虚、血虚不润、脾虚湿侵所致。

【机理分析】 舌红绛而有裂纹，多属热盛伤津。因邪热内盛，阴液大伤，或阴虚液损，使舌体失于濡润，舌面萎缩所致。

舌淡白而有裂纹，多为血虚不润。舌淡白胖嫩，边有齿痕又兼见裂纹者，则多属脾虚湿侵。因血虚不能上荣于舌，或脾失健运，湿邪内侵，精微不能濡养舌体，皆可使舌体出现裂纹。

若生来舌面上就有较浅的裂沟、裂纹，裂纹中一般有苔覆盖，且无不适感觉者，称先天性舌裂，应与病理性裂纹加以鉴别。

（五）齿痕舌

【舌象特征】 舌体边缘有牙齿压迫的痕迹。

【临床意义】 主脾虚、水湿内盛证。

【机理分析】 舌边有齿痕，多因舌体胖大而受牙齿挤压所致，故多与胖大舌同见。亦有舌体不大而呈现齿痕者，是舌质较嫩的齿痕舌。

舌淡胖大而润，舌边有齿痕者，多属寒湿壅盛，或阳虚水湿内停；舌质淡红而舌边有齿痕者，多为脾虚或气虚；舌红而肿胀满口，舌有齿痕者，为内有湿热痰浊壅滞。

舌淡红而嫩，舌体不大而边有轻微齿痕者，可为先天性齿痕舌，病中见之示病情较轻，多见于小儿或气血不足者。

三、舌态

舌态，指舌体的动态。舌体伸缩自如，运动灵活，为正常舌态。提示脏腑机能旺盛，气血充足，经脉调匀。常见的病理舌态包括痿软、强硬、歪斜、颤动、吐弄、短缩等。

（一）痿软舌

【舌象特征】 舌体软弱无力，不能随意伸缩回旋。

【临床意义】 多见于伤阴或气血俱虚。

【机理分析】 痿软舌多因气血亏虚，阴液亏损，舌肌筋脉失养而废弛，致使舌体痿软。

舌痿软而淡白无华者，多属于气血俱虚。多因慢性久病，气血虚衰，舌体失养所致。

舌痿软而红绛少苔或无苔者，多见于外感病后期，热极伤阴，或内伤杂病，阴虚火旺所致。

舌红干而渐痿者，乃肝肾阴亏，舌肌筋脉失养所致。

（二）强硬舌

【舌象特征】 舌失柔和，屈伸不利，或不能转动，板硬强直。

【临床意义】 多见于热入心包，或为高热伤津，或为风痰阻络。

【机理分析】 由于舌能调节发音，故强硬舌多兼见语言謇涩。《千金要方》说：“舌强不能言，病在脏腑。”《辨舌指南》说：“凡红舌强硬，为脏腑实热已极。”说明舌强硬虽为局部表现，但与内在脏腑病变密切相关。

强硬舌多因外感热病，邪入心包，扰乱心神，致舌无主宰；或高热伤津，筋脉失养，使舌体失其柔和之性，故见强硬。或肝风夹痰，风痰阻滞舌体脉络等，亦可使舌体强硬不灵。

舌强硬而色红绛少津者，多因邪热炽盛所致。舌体强硬、胖大兼厚腻苔者，多因风痰阻络所致。舌强语言謇涩，伴肢体麻木、眩晕者，多为中风先兆。

（三）歪斜舌

【舌象特征】 伸舌时舌体偏向一侧，或左或右（图 3-6）。

【临床意义】 多见于中风、暗瘕，或中风先兆。

【机理分析】 《辨舌指南》说：“若色紫红势急者，由肝风发痉，宜熄风镇痉，色淡红势缓者，由中风偏枯；若舌偏歪语塞，口眼喎斜，半身不遂者，偏风也。”多因肝风内动，夹痰或夹瘀，痰瘀阻滞一侧经络，受阻侧舌肌弛缓，收缩无力，而健侧舌肌如常，故伸舌时向健侧偏斜。



图 3-6 喎斜舌

（四）颤动舌

【舌象特征】 舌体震颤抖动，不能自主。轻者仅伸舌时颤动；重者不伸舌时亦抖颤难宁。

【临床意义】 为肝风内动的征象。可因热盛、阳亢、阴亏、血虚等所致。

【机理分析】 凡气血亏虚，使筋脉失于濡养而无力平稳伸展舌体；或因热极阴亏而动风、肝阳化风等，皆可出现舌颤动。

久病舌淡白而颤动者，多属血虚动风；新病舌绛而颤动者，多属热极生风；舌红少津而颤动者，多属阴虚动风、肝阳化风。另外，酒毒内蕴，亦可见舌体颤动。

（五）吐弄舌

【舌象特征】 舌伸于口外，不即回缩者，称为吐舌；舌反复吐而即回，或舌舐口唇四周，掉动不宁者，称为弄舌。

【临床意义】 一般都属心脾有热。

【机理分析】 吐舌可见于疫毒攻心，或正气已绝；弄舌多见于热甚动风先兆。吐弄舌亦可见于小儿智力发育不全。

（六）短缩舌

【舌象特征】 舌体卷短、紧缩，不能伸长。短缩舌常与痿软舌并见。

【临床意义】 多为病情危重的征象。

【机理分析】 舌短缩，色淡白或青紫而湿润者，多属寒凝筋脉，舌脉挛缩；或气血俱虚，舌失充养，筋脉痿弱而显短缩。舌短缩而胖，苔滑腻者，多属脾虚不运，痰浊内蕴，经气阻滞所致。舌短缩而红绛干燥者，多属热盛伤津，筋脉挛急所致。总之，病中见舌短缩，是病情危重的表现。

此外，先天性舌系带过短，亦可显现出舌短缩，但无辨证意义，应与短缩舌鉴别。

四、舌下络脉

正常人舌下位于舌系带两侧各有一条纵行的大络脉，称为舌下络脉。其管径不超过2.7mm，长度不超过舌尖至舌下肉阜连线的五分之三，颜色暗红。脉络无怒张、紧束、弯曲、增生，排列有序。绝大多数为单支，极少有双支出现。

望舌下络脉主要观察其长度、形态、色泽、粗细、舌下小血络等变化。

望舌下络脉的方法是：让病人张口，将舌体向上腭方向翘起，舌尖轻抵上腭，勿用力太过，使舌体自然放松，舌下络脉充分显露。首先观察舌系带两侧大络脉的长短、粗细、颜色，有无怒张、弯曲等异常改变，然后观察周围细小络脉的颜色、形态有无异常。

舌下络脉异常及其临床意义：舌下络脉短而细，周围小络脉不明显，舌色偏淡者，多属气血不足，脉络不充。舌下络脉粗胀，或呈青紫、绛、绛紫、紫黑色，或舌下细小络脉呈暗红色或紫色网络，或舌下络脉曲张如紫色珠子状大小不等的结节等改变，皆为血瘀的征象。其形成原因可有气滞、寒凝、热郁、痰湿、气虚、阳虚等，需结合其他症状综合分析。

舌下络脉的变化，有时会早于舌色变化，因此，舌下络脉是分析气血运行情况的重要依据。

第三节 望 舌 苔

舌苔，指舌面上的一层苔状物，由脾胃之气蒸化胃中食浊而产生。正常的舌苔，一般是薄白均匀，干湿适中，舌面的中部和根部稍厚。由于患者的胃气有强弱，病邪有寒热，故可

形成各种不同的病理性舌苔。望舌苔要注意苔质和苔色两方面的变化。

一、苔质

苔质，指舌苔的质地、形态。主要观察舌苔的厚薄、润燥、腻腐、剥落、真假等方面的改变。

(一) 薄、厚苔

【舌象特征】 舌苔的厚薄以“见底”、“不见底”作为衡量标准。透过舌苔能隐隐见到舌质者，称为薄苔，又称见底苔；不能透过舌苔见到舌质者，称为厚苔，又称不见底苔。

【临床意义】 主要反映邪正的盛衰和邪气之深浅。

【机理分析】 薄苔是正常舌苔的表现之一，舌苔薄而均匀，或中部稍厚，干湿适中，此为正常舌苔，提示胃有生发之气。厚苔是由胃气夹湿浊、痰浊、食浊、热邪等熏蒸，积滞舌面所致，主痰湿、食积、里热等证。《辨舌指南》说：“苔垢薄者，形气不足；苔垢厚者，病气有余。”

辨舌苔厚薄可测邪气的深浅。外感疾病初起在表，病情轻浅，或内伤病病情较轻，胃气未伤，舌苔亦无明显变化，可见到薄苔。舌苔厚或舌中根部尤著者，多提示外感病邪气已入里，或胃肠内有宿食，或痰浊停滞，病情较重。

舌苔由薄转厚，提示邪气渐盛，或表邪入里，为病进；舌苔由厚转薄，或舌上复生薄白新苔，提示正气胜邪，或内邪消散外达，为病退的征象。

舌苔的厚薄转化，一般是渐变的过程，如薄苔突然增厚，提示邪气极盛，迅速入里；苔骤然消退，舌上无新生舌苔，为正不胜邪，或胃气暴绝。

(二) 润、燥苔

【舌象特征】 舌苔润泽有津，干湿适中，不滑不燥，称为润苔。舌面水分过多，伸舌欲滴，扪之湿滑，称为滑苔。舌苔干燥，扪之无津，甚则舌苔干裂，称为燥苔。苔质粗糙，扪之碍手，称为糙苔。

【临床意义】 主要反映体内津液的盈亏和输布情况。

【机理分析】 润苔是正常舌苔的表现之一，是胃津、肾液上承，布露舌面的表现。疾病过程中见润苔，提示体内津液未伤，如风寒表证、湿证初起、食滞、瘀血等均可见润苔。

滑苔为水湿之邪内聚的表现，主痰饮、主湿。如寒湿内侵，或阳虚不能运化水液，寒湿、痰饮内生，都可出现滑苔。

燥苔提示体内津液已伤。如高热、大汗、吐泻后，或过服温燥药物等，导致津液不足，舌苔失于滋润而干燥。亦有因痰饮、瘀血内阻，阳气被遏，不能上蒸津液濡润舌苔而见燥苔者，属津液输布障碍。

糙苔可由燥苔进一步发展而成。舌苔干结粗糙，津液全无，多见于热盛伤津之重证；苔质粗糙而不干者，多为秽浊之邪盘踞中焦。

舌苔由润变燥，表示热重津伤，或津失输布；舌苔由燥转润，主热退津复，或饮邪始

化。故《辨舌指南》说：“滋润者其常，燥涩者其变；滋润者为津液未伤，燥涩者为津液已耗。”

此外，《察舌辨证新法》指出：“湿症舌润，热症舌燥，此理之常也。然亦有湿邪传入气分，气不化津而反燥者，热症传入血分，舌反润者……”说明舌苔的润、燥、滑、糙（涩）形成的机理不是单一的。

（三）腻、腐苔

【舌象特征】 苔质致密，颗粒细小，融合成片，如涂有油腻之状，中间厚边周薄，紧贴舌面，揩之不去，刮之不脱，称为腻苔（彩图 11）。苔质疏松，颗粒粗大，形如豆腐渣堆积舌面，边中皆厚，揩之易去，称为腐苔。若舌上黏厚一层，有如疮脓，则称脓腐苔。

【临床意义】 主要测知阳气与湿浊的消长。皆主痰浊、食积；脓腐苔主内痈。

【机理分析】 腻苔多由湿浊内蕴，阳气被遏，湿浊痰饮停聚舌面所致。舌苔薄腻，或腻而不板滞者，多为食积，或脾虚湿困，阻滞气机；舌苔白腻而滑者，为痰浊、寒湿内阻，阳气被遏，气机阻滞；舌苔黏腻而厚，口中发甜，是脾胃湿热，邪聚上泛；舌苔黄腻而厚，为痰热、湿热、暑湿等邪内蕴，腑气不畅。

腐苔的形成，多因阳热有余，蒸腾胃中秽浊之邪上泛，聚积舌面，主食积胃肠，或痰浊内蕴。脓腐苔，多见于内痈或邪毒内结，是邪盛病重的表现。病中腐苔渐退，续生薄白新苔，为正气胜邪之象，是病邪消散；若腐苔脱落，不能续生新苔者，为病久胃气衰败，属于无根苔。

（四）剥（落）苔

【舌象特征】 舌面本有舌苔，疾病过程中舌苔全部或部分脱落，脱落处光滑无苔而可见舌质。

根据舌苔剥脱的部位和范围大小不同，可分为以下几种：舌前半部苔剥脱者，称前剥苔；舌中部苔剥脱者，称中剥苔；舌根部苔剥脱者，称根剥苔。舌苔多处剥脱，舌面仅斑驳残存少量舌苔者，称花剥苔；舌苔周围剥脱，仅留中心一小块者，称为鸡心苔；舌苔全部剥脱，舌面光洁如镜者，称为镜面舌（彩图 6）。舌苔不规则地剥脱，边缘凸起，界限清楚，形似地图，部位时有转移者，称为地图舌（彩图 8）。舌苔剥脱处，舌面不光滑，仍有新生苔质颗粒，或舌乳头可见者，称为类剥苔。

【临床意义】 一般主胃气不足，胃阴枯竭或气血两虚，亦是全身虚弱的一种征象。

【机理分析】 剥脱苔的形成，总因胃气匮乏，不得上熏于舌，或胃阴枯竭，不能上潮于舌所致。由于导致胃气、胃阴亏损的原因不同，损伤的程度亦有轻重，因而形成各种类型的剥脱苔。

舌红苔剥多为阴虚；舌淡苔剥或类剥苔，多为血虚或气血两虚。镜面舌色红绛者，为胃阴枯竭，胃乏生气之兆，属阴虚重证；舌色苍白如镜，甚则毫无血色者，主营血大虚，阳气虚衰，病重难治。舌苔部分脱落，未剥脱处仍有腻苔者，多为正气亏虚，痰浊未化，病情较为复杂。

剥苔的范围大小，多与气阴或气血不足程度有关。剥脱部位，多与舌面脏腑分布相应，如舌苔前剥，多为肺阴不足；舌苔中剥，多为胃阴不足；舌苔根剥，为肾阴枯竭。

总之，观察舌苔的有无、消长及剥脱变化，不仅能测知胃气、胃阴的存亡，亦可反映邪正盛衰，判断疾病的预后。舌苔从全到剥，是胃的气阴不足，正气渐衰的表现；舌苔剥脱后，复生薄白之苔，为邪去正胜，胃气渐复之佳兆。

辨舌苔的剥落还应与先天性剥苔加以区别。先天性剥苔是生来就有的剥苔，其部位常在舌面中央人字沟之前，呈菱形，多因先天发育不良所致。

（五）偏、全苔

【舌象特征】 舌苔遍布舌面，称为全苔。舌苔仅布于前、后、左、右之某一局部，称为偏苔。

【临床意义】 病中见全苔，常主邪气散漫，多为湿痰阻滞之征。舌苔偏于某处，常示舌所分候的脏腑有邪气停聚。

【机理分析】 舌苔偏于舌尖部，是邪气入里未深，而胃气却已先伤；舌苔偏于舌根部，是外邪虽退，但胃滞依然；舌苔仅见于舌中，常是痰饮、食浊停滞中焦；舌苔偏于左或右，常提示肝胆湿热之类疾患。

偏苔应与剥苔相鉴别，偏苔为舌苔分布上的病理现象，并非剥苔之本来有苔而剥落，以致舌苔显示偏于某处。若因一侧牙齿脱落，摩擦减少而使该侧舌苔较厚者，亦与病理性偏苔有别。

（六）真、假苔

【舌象特征】 舌苔紧贴于舌面，刮之难去，刮后仍留有苔迹，不露舌质，舌苔像从舌体上长出者，称为有根苔，此属真苔。若舌苔不紧贴舌面，不像舌所自生而似涂于舌面，苔易刮脱，刮后无垢而舌质光洁者，称为无根苔，即是假苔。

【临床意义】 对辨别疾病的轻重、预后有重要意义。

【机理分析】 判断舌苔真假，以有根无根为标准。真苔是脾胃生气熏蒸食浊等邪气上聚于舌面而成，苔有根蒂，故舌苔与舌体不可分离。假苔是因胃气匮乏，不能续生新苔，而已生之旧苔逐渐脱离舌体，浮于舌面，故苔无根蒂，刮后无垢。

病之初期、中期，舌见真苔且厚，为胃气壅实，病较深重；久病见真苔，说明胃气尚存。

新病出现假苔，乃邪浊渐聚，病情较轻；久病出现假苔，是胃气匮乏，不能上潮，病情危重。舌面上浮一层厚苔，望似无根，刮后却见已有薄薄新苔者，是疾病向愈的善候。

二、苔色

苔色的变化主要有白苔、黄苔、灰黑苔三类，临床可单独出现，亦可相兼出现。各种苔色变化需要同苔质、舌色和舌的形态变化结合起来综合分析。

（一）白苔

【舌象特征】 舌面上所附着的苔垢呈现白色。白苔有厚薄之分，苔白而薄，透过舌苔可看到舌体者，是薄白苔；苔白而厚，不能透过舌苔见到舌体者，是厚白苔（彩图 9）。

【临床意义】 可为正常舌苔，病中多主表证、寒证、湿证，亦可见于热证。

【机理分析】 白苔为舌苔之本色，是最常见的苔色，其他苔色均可由白苔转化而成。

苔薄白而润，可为正常舌象，或为表证初起，或是里证病轻，或是阳虚内寒。苔薄白而滑，多为外感寒湿，或脾肾阳虚，水湿内停。苔薄白而干，多由外感风热所致。

苔白厚腻，多为湿浊内停，或为痰饮、食积。苔白厚而干，主痰浊湿热内蕴；苔白如积粉，扪之不燥者，称为积粉苔，常见于瘟疫或内痈等病，系秽浊湿邪与热毒相结而成。苔白而燥裂，粗糙如砂石，提示燥热伤津，阴液亏损。

（二）黄苔

【舌象特征】 舌苔呈现黄色。根据苔黄的程度，有淡黄、深黄和焦黄之分。淡黄苔又称微黄苔（彩图 10），苔呈浅黄色，多由薄白苔转化而来；深黄苔又称正黄苔，苔色黄而深厚；焦黄苔又称老黄苔，是正黄色中夹有灰黑色苔。黄苔还有厚薄、润燥、腻等苔质变化。黄苔多分布于舌中，亦可布满全舌。黄苔多与红绛舌同时出现。

【临床意义】 主热证、里证。

【机理分析】 邪热熏灼于舌，故苔呈黄色。苔色愈黄，说明热邪愈甚，淡黄苔为热轻，深黄苔为热甚，焦黄苔为热极。

舌尖苔黄，为热在上焦；舌中苔黄，为热在胃肠；舌根苔黄，为热在下焦；舌边苔黄，为肝胆有热。

舌苔由白转黄，或呈黄白相兼，为外感表证处于化热入里，表里相兼阶段。故《伤寒指掌》说：“白苔主表，黄苔主里，太阳主表，阳明主里，故黄苔专主阳明里证。辨证之法，但看舌苔带一分白，病亦带一分表，必纯黄无白，邪方离表入里。”

薄黄苔提示热势轻浅，多见于风热表证，或风寒化热入里。

苔淡黄而润滑多津者，称为黄滑苔，多为阳虚寒湿之体，痰饮聚久化热；或为气血亏虚，复感湿热之邪所致。

苔黄而干燥，甚至苔干而硬，颗粒粗大，扪之糙手者，称黄糙苔；苔黄而干涩，中有裂纹如花瓣状，称黄瓣苔；黄黑相兼，如烧焦的锅巴，称焦黄苔。均主邪热伤津，燥结腑实之证。

黄苔而质腻者，称黄腻苔，主湿热或痰热内蕴，或为食积化腐。

（三）灰黑苔

【舌象特征】 苔色浅黑，称为灰苔；苔色深灰，称为黑苔（彩图 12）。灰苔与黑苔只是颜色浅深之差别，故常并称为灰黑苔。灰黑苔的分布，在人字界沟附近苔黑较深，越近舌尖，灰黑色渐浅。灰黑苔多由白苔或黄苔转化而成，多在疾病持续一定时日、发展到相当程

度后才出现。

【临床意义】 主阴寒内盛，或里热炽盛等。

【机理分析】 灰黑苔可见于热性病中，亦可见于寒湿病中，但无论寒热均属重证，黑色越深，病情越重。如《敖氏伤寒金镜录》说：“舌见黑色，水克火明矣，患此者百无一治。”又说：“若见舌胎如黑漆之光者，十无一生。”但亦有苔灰黑而病轻，甚至无明显症状者，如吸烟过多者，可见舌苔灰黑。

苔质的润燥是辨别灰黑苔寒热属性的重要指征。在寒湿病中出现灰黑苔，多由白苔转化而成，其舌苔灰黑必湿润多津；在热性病中出现，多由黄苔转变而成，其舌苔灰黑必干燥无津液。

舌边舌尖部呈白腻苔，而舌中舌根部出现灰黑苔，舌面湿润，多为阳虚寒湿内盛，或痰饮内停。

舌边舌尖见黄腻苔，而舌中为灰黑苔，多为湿热内蕴，日久不化所致。

苔焦黑干燥，舌质干裂起刺者，无论是外感内伤，均为热极津枯之证。苔黄黑者，为霉酱苔，多由胃肠素有湿浊宿食，积久化热，熏蒸秽浊上泛舌面所致，亦可见于湿热夹痰的病证。

第四节 舌象分析要点及舌诊意义

一、舌象分析的要点

(一) 察舌之神气和胃气

舌象有神气、有胃气者，说明病情较轻，正气未衰，或疾病虽重，但预后较好；舌象无神气、无胃气者，说明病情较重，或不易恢复，预后较差。

1. 舌之神气

舌神是全身神气表现的一部分。无论舌象如何变化，通过观察舌神的有无，可把握体内气血、津液的盈亏，脏腑的盛衰及疾病转归之凶吉等基本情况。《望诊遵经·望舌诊法提纲》指出：“神也者……得之则生，失之则死，变化不可离，斯须不可去者也。”

舌神的基本特征主要表现在舌体的色泽和舌体运动两方面。舌之颜色反映气血的盛衰，舌体润泽与否可反映津液的盈亏，而舌体运动可反映脏腑的虚实。舌色红活明润，舌体活动自如者，为有神气；舌色晦暗枯涩，活动不灵者，为无神气。其中尤以舌色是否“红活润泽”作为辨别要点。有神之舌，说明阴阳气血精神皆足，生机乃旺，虽病也是善候，预后较好；无神之舌，说明阴阳气血精神皆衰，生机已微，预后较差。正如《辨舌指南》所说：“荣者谓有神，……凡舌质有光有体，不论黄、白、灰、黑，刮之而里面红润，神气荣华者，诸病皆吉；若舌质无光无体，不拘有苔无苔，视之里面枯晦，神气全无者，诸病皆凶。”

2. 舌之胃气

胃气的盛衰,可从舌苔是否有根表现出来。有根苔提示胃气充足,无根苔提示胃气衰败,是无胃气的征象。正如《形色外诊简摩·舌苔有根无根辨》所说:“前人只论有地无地,此只可以辨热之浮沉虚实,而非所以辨中气之存亡也,地者苔之里一层也,根者舌苔与舌质之交际也;无苔者胃阳不能上蒸也,肾阴不能上濡也。”

(二) 舌质舌苔综合分析

舌苔和舌质的变化,所反映的生理病理意义各有侧重。一般认为,舌质颜色、形态主要反映脏腑气血津液的情况;舌苔的变化,主要与感受病邪和病证的性质有关。所以,察舌质可以了解脏腑虚实、气血津液的盛衰;察舌苔重在辨别病邪的性质、邪正的消长及胃气的存亡。如《医门棒喝·伤寒论本旨》指出:“观舌体,可验其阴阳虚实;审苔垢,即知其邪之寒热浅深也。”

然而人是有机体的整体,疾病是一个复杂的发展过程,舌象与机体的脏腑、气血以及各项生理功能都有密切联系。因此,临床诊病时,不仅要分别掌握舌质、舌苔的基本变化及其主病,还应注意舌质和舌苔之间的相互关系,将舌体和舌苔综合起来进行分析。

1. 舌苔或舌质单方面异常

一般无论病之新久,提示病情尚属单纯。如淡红舌而伴有干、厚、腻、滑、剥等苔质变化,或苔色出现黄、灰、黑等异常时,主要提示病邪性质、病程长短、病位深浅、病邪盛衰和消长等方面情况,正气尚未明显损伤,故临床治疗时应以祛邪为主。舌苔薄白而出现舌质老嫩、舌体胖瘦或舌色红绛、淡白、青紫等变化时,主要反映脏腑功能强弱,或气血、津液的盈亏及运行的畅滞,病邪损及营血的程度等,临床治疗应着重于调整阴阳,调和气血,扶正祛邪。

2. 舌苔和舌质均出现异常

(1) 舌质与舌苔变化一致:提示病机相同,所主病证一致,说明病变比较单纯。例如舌质红,舌苔黄而干燥,主实热证;舌质红绛而有裂纹,舌苔焦黄干燥,多主热极津伤;舌质红瘦,苔少或无苔,主阴虚内热;舌质淡嫩,舌苔白润,主虚寒证;青紫舌,舌苔白腻,多为气血瘀阻,痰湿内停的病理特征。

(2) 舌苔和舌质变化不一致:舌质与舌苔不一致,甚至相反的变化,多提示病因病机比较复杂,此时应对二者的病因病机以及相互关系进行综合分析。如淡白舌黄腻苔,舌色淡白主虚寒,而苔黄腻又主湿热,舌色与舌苔反映的病性相反,但舌质主要反映正气,舌苔主要反映病邪,所以,若平素脾胃虚寒者,复感湿热之邪便可见上述舌象,此为寒热夹杂,本虚标实。又如舌质红绛,舌苔白滑腻,舌质红绛,本属内热,而苔白腻,又常见于寒湿内郁,苔与舌反映出寒、热二种病性,其成因可由外感热病,营分有热,故舌质红绛,但气分有湿,则苔白滑腻;或平素为阴虚火旺之体,复感寒湿之邪,痰食停积,故舌苔白而滑腻;或外感湿温病,因体内有热可见舌红绛,但又因为内有湿邪困阻,阳气不能外达,亦可见苔白腻。所以,当舌质舌苔所反映的病性不一致时,往往提示体内存在二种或二种以上的病理变化,舌象的辨证意义亦是二者的结合,临床应注意分析病变的标本缓急。

(三) 舌象的动态分析

在疾病发展过程中,无论外感或内伤,都有一个发生、发展及转归的变动过程,舌象作为反应疾病的敏感体征,亦会随之发生相应的改变,通过对舌象的动态观察,可以了解疾病的进退、顺逆等病变势态。

如外感病中舌苔由薄变厚,表明邪气由表入里;舌苔由白转黄,为病邪化热的征象;舌色由淡红变红绛,舌苔干燥为邪热充斥,气营两燔;舌苔剥落,舌质红绛,为热入营血,气阴俱伤等等。内伤杂病的发展过程中,舌象亦会产生一定的变化规律。如中风病人见舌色淡红,舌苔薄白,表示病情较轻,预后良好;如舌色由淡红转红、转暗红、红绛、紫暗,舌苔黄腻或焦黑,或舌下络脉怒张,表明风痰化热,瘀血阻滞;反之,舌色由暗红、紫暗转为淡红,舌苔渐化,多提示病情趋向稳定好转。掌握舌象与疾病发展变化的关系,可以充分认识疾病不同阶段所发生的病理改变,为早期诊断、早期治疗提供重要依据。

二、舌诊的临床意义

舌诊简便易行,舌象的变化能较客观准确地反映病情,可作为诊断疾病、了解病情的发展变化和辨证的重要依据。《临症验舌法》说:“凡内外杂证,无一不呈其形、著其气于舌……据舌以分虚实,而虚实不爽焉;据舌以分阴阳,而阴阳不谬焉;据舌以分脏腑、配主方,而脏腑不差,主方不误焉。危急疑难之顷往往无证可参,脉无可按,而惟以舌为凭,妇女幼稚之病,往往闻之无息,问之无声,而唯有舌可验。”

舌诊的临床意义有如下几个方面:

(一) 判断邪正盛衰

正气之盛衰,可在舌象方面反映出来,如舌体淡红,柔软灵活,苔薄白而润,说明正气充足,气血运行正常,津液未伤;舌色淡白,是气血两虚;舌干苔燥,是津液已伤;舌苔有根,是胃气充足;舌苔无根或光剥无苔,是胃气衰败;舌苔厚则为邪气盛,舌苔薄则为邪气不盛。

(二) 区别病邪性质

不同的病邪致病,在舌象上反映出不同的变化。如外感风寒,苔多薄白;外感风热,苔多薄白而干;寒湿为病,多见舌淡苔白滑;湿浊、痰饮、食积或外感秽浊之气,均可见舌苔厚腻;燥邪为患,则舌红少津;实热证,则舌红绛苔黄燥;内有瘀血,舌紫暗或有斑点,或舌下络脉怒张。故风、寒、热、燥、湿、痰、瘀、食等诸种病因,大多可从舌象上加以鉴别。

(三) 辨别病位浅深

病邪轻浅多见舌苔变化,而病情深重可见舌苔舌质同时变化。如外感病中,苔薄白是疾病初起,病情轻浅;苔黄厚,舌质红为病邪入里,病情较重,主气分热盛;邪入营分,可见

舌绛；邪入血分，可见舌质深绛或紫暗，苔少或无苔。说明不同的舌象提示病位浅深不同。内伤杂病中，若脏腑功能失常，亦可反映于舌。一般舌尖红起芒刺，属心火亢盛；舌边红多属肝胆有热；舌苔白而厚腻，多因脾失健运，湿邪内阻，如见于湿浊、痰饮等；舌中苔黄厚腻，多属脾胃湿热；舌体颤动，多为肝风内动；舌体喎斜，为中风或中风先兆等。

（四）推断病势进退

通过对舌象的动态观察，可测知疾病发展的进退趋势。从舌苔上看，若苔色由白转黄，由黄转为灰黑，苔质由薄转厚，由润转燥，多为病邪由表入里，由轻变重，由寒化热，邪热内盛，津液耗伤，为病势发展。反之，若舌苔由厚变薄，由黄转白，由燥转润，为病邪渐退，津液复生，病情向好的方向转变。若舌苔骤增骤退，多为病情暴变所致。如薄苔突然增厚，是邪气急骤入里的表现；若满舌厚苔突然消退，是邪盛正衰，胃气暴绝的表现，二者皆为恶候。从舌质上看，舌色由淡红转为红、绛或绛紫，或舌面有芒刺、裂纹，是邪热内入营血，有伤阴、血瘀之势；若淡红舌转淡白、淡紫湿润，舌体胖嫩有齿痕，为阳气受伤，阴寒内盛，病邪由表入里，由轻转重，病情由单纯变为复杂，为病进。

（五）估计病情预后

舌荣有神，舌面有苔，舌态正常者，为邪气未盛，正气未伤，胃气未败，预后较好；舌质枯晦，舌苔无根，舌态异常者，为正气亏虚，胃气衰败，病情多凶险。

附一 危重舌象的诊法

病情发展到危重阶段，脏腑气机紊乱，阴阳气血精津告竭，作为疾病外征的舌象，也常有特殊的形色变化，称为危重舌象。总结前人危重舌象如下：

1. 猪腰舌 舌面无苔，如去膜的猪腰。多见于热病伤阴，胃气将绝，主病危。
2. 镜面舌 舌深绛无苔而光亮如镜，主胃气、胃阴枯竭；舌色皴白如镜，毫无血色，也称皴白舌，主营血大亏，阳气将脱，均属病危难治。
3. 砂皮舌 舌粗糙有刺，如沙鱼皮，或干燥枯裂。主津液枯竭，病危。
4. 干荔舌 舌敛束而无津，形如干荔肉。主热极津枯，病危。
5. 火柿舌 舌如火柿色，或色紫而干晦如猪肝色。主内脏败坏，病危。
6. 赭黑舌 舌质色赭带黑。主肾阴将绝，病危。
7. 瘦薄无苔舌 舌体瘦小薄嫩，光而无苔。属胃气将绝，难治。
8. 囊缩卷舌 舌体卷缩，兼阴囊缩入。属厥阴气绝，难治。
9. 舌强语謇 舌体强直，转动不灵，且语言謇涩。多属中风痰瘀阻络，难治。
10. 蓝舌而苔黑或白 舌质由淡紫转蓝，舌苔由淡灰转黑，或苔白如霉点、糜点。主病危重，难治。

以上所列危重舌象，是前人望舌的经验总结。临证参考这些舌象，对推断病情轻重，预测病情吉凶，具有一定意义，但也不能拘泥。同时病至危期，不仅影响舌象，也必然会有全身证候表现，故临床仍应四诊合参，综合判断，并进行积极治疗。

附二 临床常见舌象及主病 (见表 3-1)

表 3-1 临床常见舌象辨证简表

舌象		简 称	主 病
舌质	舌 苔		
淡 红	薄 白	淡红舌, 薄白苔	健康人; 风寒表证; 病势轻浅
	白 苔	舌尖红, 白苔	风热表证; 心火亢盛
	白似积粉	淡红舌, 积粉苔	瘟疫初起; 或有内痈
	白 腐	淡红舌, 白腐苔	痰食内停; 胃浊蕴热
	黄白相兼	淡红舌, 黄白苔	外感表证将要传里化热
	白腻而厚	淡红舌, 白厚腻苔	湿浊痰饮内停; 食积胃肠; 寒湿痹证
	薄 黄	淡红舌, 薄黄苔	里热轻证
	黄干少津	淡红舌, 黄干苔	里热伤津化燥
	黄 腻	淡红舌, 黄腻苔	里有湿热, 痰热内蕴, 食积化热
	灰黑湿润	淡红舌, 灰黑润苔	寒证; 阳虚
鲜 红	白而干燥	红舌, 白干苔	邪热入里伤津
	白而浮垢	红舌, 白垢苔	正气亏虚; 湿热未净
	白 黏	红舌, 白黏苔	里热夹痰湿; 阴虚兼痰湿
	薄黄少津	红舌, 薄黄干苔	里热证, 津液已伤
	厚黄少津	红舌, 厚黄干苔	气分热盛, 阴液耗损
	黄 腻	红舌, 黄腻苔	湿热内蕴; 痰热互结
	黑而干燥	红瘦舌, 黑干苔	津枯血燥
绛 红	焦黄干燥	绛舌, 焦黄苔	邪热深重; 胃肠热结
	黑而干燥	绛舌, 黑干苔	热极伤阴
	无 苔	绛舌, 无苔	热入血分; 阴虚火旺
青 紫	黄 燥	紫舌, 黄燥苔	热极津枯
	焦黑而干	紫舌, 苔黑干焦	热毒深重, 津液大伤

第四章

闻 诊

闻诊是通过听声音和嗅气味来诊察疾病的方法。听声音包括诊察病人的声音、呼吸、语言、咳嗽、心音、呕吐、呃逆、暖气、太息、喷嚏、呵欠、肠鸣等各种响声。嗅气味包括嗅病体发出的异常气味、排出物的气味及病室的气味。

人体的各种声音和气味，都是在脏腑生理活动和病理变化过程中产生的，所以鉴别声音和气味的变化，可以判断出脏腑的生理和病理变化，为诊病、辨证提供依据。

闻诊是诊察疾病的重要方法之一，颇受历代医家重视。早在《内经》中就有根据病人发出的声音来测知内在病变的记载，如《素问·阴阳应象大论》提出以五音、五声应五脏的理论；《素问·脉要精微论》以声音、语言、呼吸等来判断疾病过程中正邪盛衰状态。东汉张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》中也以病人的语言、咳嗽、喘息、呕吐、呃逆、肠鸣、呻吟等作为闻诊的主要内容。后世医家又将病体气味及病室气味等列入闻诊范围，从而使闻诊从耳听扩展到鼻嗅。正如清代王秉衡所说：“闻字虽从耳，但四诊之闻，不专主于听声也。”现代还可借助听诊器等，帮助提高对内脏声音的听诊水平。

第一节 听 声 音

听声音是指听辨病人言语气息的高低、强弱、清浊、缓急变化以及咳嗽、呕吐、肠鸣等脏腑病理变化所发出的异常声响，以判断病变寒热虚实等性质的诊病方法。

除正常生理变化和个体差异之外的声音，均属病变声音。听病变声音的内容，主要包括听辨病人的声音、语言、呼吸、咳嗽、心音、胃肠异常声音等。

一、声音

声音的发出，不仅是口鼻诸器官直接作用的结果，而且与肺、心、肾等脏腑虚实盛衰有着密切的关系。因此，听声音不仅能察发声器官的病变，而且根据声音的变化，可以进一步推断脏腑和整体的变化。

正常生理状态下人的声音称为常声，具有发声自然，声调和畅，柔和圆润，语言流畅，应答自如，言与意符等特点。表示人体气血充盈，发声器官和脏腑功能正常。但是，由于年龄、性别和禀赋等个体的差异，正常人的声音也有不同，一般男性多声低而浊，女性多声高而清，儿童声尖利而清脆，老年人多浑厚而低沉。此外，语声的变化亦与情志变化有关，如喜时发声多欢悦，怒时发声多急厉，悲时发声多悲惨而断续，快乐时发声多舒畅而缓和，敬则发声多正直而严肃，爱则发声多温柔等，这些因一时感情触动而发的声音，也属于正常范

围，与疾病无关。

听病变声音，主要是辨别病人的语声、鼻鼾、呻吟、惊呼、喷嚏、呵欠、太息等异常声响，通过声音变化来判断正气的盛衰、邪气的性质及病情的轻重。

声音的辨别要注意语声的有无、语调的高低、强弱、清浊，以及有无呻吟、惊呼、喷嚏、鼻鼾、呵欠等异常声音。

（一）发声

指语声的高低清浊。一般说，在疾病状态下，语声高亢洪亮有力，声音连续者，多属阳证、实证、热证；语声低微细弱，懒言而沉静，声音断续者，多属阴证、虚证、寒证；语声重浊者，称为声重，多属外感风寒，或湿浊阻滞，以致肺气不宜，鼻窍不通所致。

（二）音哑与失音

语声嘶哑者为音哑，语而无声者为失音，或称为“喑”。前者病轻，后者病重。新病音哑或失音者，多属实证，多因外感风寒或风热袭肺，或痰湿壅肺，肺失清肃，邪闭清窍所致，即所谓“金实不鸣”。久病音哑或失音者，多属虚证，多因各种原因导致阴虚火旺，肺肾精气内伤所致，即所谓“金破不鸣”。暴怒喊叫或持续高声宣讲，伤及喉咙所致音哑或失音者，亦属气阴耗伤之类。若久病重病，突见语声嘶哑，多是脏气将绝之危象。妇女妊娠末期出现音哑或失音者，称为妊娠失音〔子喑〕，系因胎儿渐长，压迫肾之络脉，使肾精不能上荣于舌咽所致，分娩后即愈，一般不必治疗。

此外，应注意失音与失语的区别，失音是神志清楚而声音不能发出，即语而无声；失语为神志昏迷或欠清，不能言语，多见于中风或脑外伤之后遗症。

（三）鼻鼾

指熟睡或昏迷时鼻喉发出的一种声响。是气道不利所发出的异常呼吸声。熟睡鼾声若无其他明显症状，多因慢性鼻病，或睡姿不当所致，体胖、老年之人较常见。若昏睡不醒或神识昏迷而鼾声不绝者，多属高热神昏，或中风入脏之危候。

（四）呻吟

指病痛难忍所发出的痛苦哼哼声。新病呻吟，声音高亢有力，多为实证、剧痛；久病呻吟，声音低微无力，多为虚证。临床常结合姿态变化，判断病痛部位，如呻吟护腹者，多为脘痛或腹痛；扪腮者多为齿痛。

（五）惊呼

指患者突然发出的惊叫声。其声尖锐，表情惊恐者，多为剧痛或惊恐所致。小儿阵发惊呼，多为受惊。成人发出惊呼，除惊恐外，多属剧痛，或精神失常。

（六）喷嚏

指肺气上逆于鼻而发出的声响。应注意喷嚏的次数及有无兼症。偶发喷嚏，不属病态。若新病喷嚏，兼有恶寒发热，鼻流清涕等症状，多因外感风寒，刺激鼻道之故，属表寒证。久病阳虚之人，突然出现喷嚏，多为阳气回复，病有好转趋势。

（七）呵欠

是张口深吸气，微有响声的一种表现。因困倦欲睡而欠者，不属病态。病者不拘时间，呵欠频频不止，称数欠，多为体虚阴盛阳衰之故。

（八）太息

又称叹息，指情志抑郁，胸闷不畅时发出的长吁或短叹声。不自觉地发出太息声，太息之后自觉宽舒者，是情志不遂，肝气郁结之象。

二、语言

主要是分析病人语言的表达与应答能力有无异常、吐字的清晰程度等。语言的异常，主要是心神的病变。病态语言主要有谵语、郑声、独语、错语、狂言、言謇等。

（一）谵语

指神识不清，语无伦次，声高有力的症状。多属邪热内扰神明所致，属实证，故《伤寒论》谓“实则谵语”。见于外感热病，温邪内入心包或阳明实热证、痰热扰乱心神等。

（二）郑声

指神识不清，语言重复，时断时续，语声低弱模糊的症状。多因久病脏气衰竭，心神散乱所致，属虚证，故《伤寒论》谓“虚则郑声”。见于多种疾病的晚期、危重阶段。

此外，语言低微，气短不续，欲言不能复言者，称为夺气，是宗气大虚之象。

（三）独语

指自言自语，喃喃不休，见人语止，首尾不续的症状。多因心气虚弱，神气不足，或气郁痰阻，蒙蔽心神所致，属阴证。常见于癫病、郁病。

（四）错语

指病人神识清楚而语言时有错乱，语后自知言错的状况。证有虚实之分，虚证多因心气虚弱，神气不足所致，多见于久病体虚或老年脏气衰微之人；实证多为痰湿、瘀血、气滞阻碍心窍所致。

(五) 狂言

指精神错乱，语无伦次，狂叫骂詈的症状。《素问·脉要精微论》说：“衣被不敛，言语善恶，不避亲疏者，此神明之乱也。”多因情志不遂，气郁化火，痰火互结，内扰神明所致。多属阳证、实证，常见于狂病、伤寒蓄血证。

(六) 言謇

指神志清楚、思维正常而吐字困难，或吐字不清。因习惯而成者，不属病态。病中言语謇涩，每与舌强并见者，多因风痰阻络所致，为中风之先兆或后遗症。

三、呼吸

闻呼吸是诊察病人呼吸的快慢、是否均匀通畅，以及气息的强弱粗细、呼吸音的清浊、有无啰音等情况。一般说，有病而呼吸正常，是形病气未病；呼吸异常，是形气俱病。呼吸气粗，疾出疾入者，多属实证；呼吸气微，徐出徐入者，多属虚证。

(一) 病态呼吸

1. 喘

即气喘。指呼吸困难、急迫，张口抬肩，甚至鼻翼煽动，难以平卧。常由肺、心病变及白喉、急喉风等导致，而辨证还与脾、肾有关。

发作急骤，呼吸深长，息粗声高，唯以呼出为快者，为实喘。多为风寒袭肺或痰热壅肺、痰饮停肺，肺失宣肃，或水气凌心所致。

病势缓慢，呼吸短浅，急促难续，息微声低，唯以深吸为快，动则喘甚者，为虚喘。是肺肾亏虚，气失摄纳，或心阳气虚所致。

2. 哮

指呼吸急促似喘，喉间有哮鸣音的症状。多因痰饮内伏，复感外邪所诱发，或因久居寒湿之地，或过食酸咸生冷所诱发。

喘不兼哮，但哮必兼喘。喘以气息急迫、呼吸困难为主，哮以喉间哮鸣声为特征。临床上哮与喘常同时出现，所以常并称为哮喘。

3. 短气

指自觉呼吸短促而不相接续，气短不足以息的轻度呼吸困难。其表现似喘而不抬肩，气急而无痰声，即只自觉短促，他觉征象不明显。短气有虚实之别，虚证短气，兼有形瘦神疲，声低息微等，多因体质衰弱或元气虚损所致；实证短气，常兼有呼吸声粗，或胸部窒闷，或胸腹胀满等，多因痰饮、胃肠积滞或气滞或瘀阻所致。

4. 少气

又称气微。指呼吸微弱而声低，气少不足以息，言语无力的症状。属诸虚劳损，多因久病体虚或肺肾气虚所致。

（二）听诊呼吸音异常

临床可以借助听诊器诊察肺部的呼吸音。

1. 肺泡音异常

肺泡呼吸音一般形容为“微风声”，类似发出“夫”的声音，吸气时听到的声音较呼气时长而强、音调较高，肺的大部分均能听到。

肺泡呼吸音增强，多因邪热迫肺，肺失清肃，使息粗气高所致；若一侧或某局部肺泡呼吸音增强，则是由另侧或其他部位发生病变所致。

肺泡呼吸音减弱，可因咳喘病久，肺气亏虚，肺司呼吸之功能减弱，或实热壅肺、痰瘀阻肺、肿瘤压迫，肺不主气，气道阻塞，或悬饮、气胸、肋骨骨折，使呼吸受限而导致。

2. 支气管呼吸音异常

支气管呼吸音类似将舌抬高后张口呼吸时发出的“哈”音，越靠近气管的区域音响越强。

在肺部其他区域听到支气管呼吸音，则为病理现象。常因肺热炽盛或痰热壅肺，或因肺痈、肺癆或肺部恶性肿瘤等使肺部形成空洞，或因悬饮或肺部肿瘤等，使肺组织受压致密，而呼吸音传导增强所致。

（三）啰音

啰音是呼吸音的附加音。应借助听诊器进行诊察。

1. 湿性啰音

又称水泡音，相似于用小管插入水中吹气时所产生的水泡破裂声，是空气通过含有痰饮等分泌物的支气管时所产生的。

不借助听诊器就可听到，犹如“呼噜——呼噜——”声者，为粗湿性啰音。多见于重度昏迷、风中脏腑或濒死的患者，由于痰湿壅塞气道，患者无力咳出而成，也可见于肺癆空洞患者。

多在吸气终了时出现，声音常带细爆裂性，发生的时限很短者，为细湿性啰音。常见于痰饮阻肺或邪热壅肺之咳喘、肺癆以及肺痈等患者。

2. 干性啰音

是一种持续时间较长的音乐性呼吸附加音，故有音乐性啰音之称。其产生与气道狭窄、痉挛，或痰饮黏着气道，或肿瘤、异物压迫气道，或瘀血阻滞气道等有关，多见于肺咳、肺胀、哮喘，心肾阳虚之水气泛滥等患者。

四、咳嗽

指肺气向上冲击喉间而发出的一种“咳—咳”声音。古人将其分为有声无痰谓之咳，有痰无声谓之嗽，有痰有声谓之咳嗽。多因六淫外邪袭肺、有害气体刺激、痰饮停肺、气阴亏虚等而致肺失清肃宣降，肺气上逆所致。除肺咳以咳嗽为主症外，几乎所有肺系疾病均可见到咳嗽，他脏疾病亦可影响到肺而伴见咳嗽。故《素问·咳论》有“五脏六腑皆令人咳，非

独肺也”的记载。

临床上首先应分辨咳声和痰的色、量、质的变化，其次参考时间、病史及兼症等，以鉴别病证的寒热虚实性质。

咳声重浊紧闷，多属实证，是寒痰湿浊停聚于肺，肺失肃降所致。

咳声轻清低微，多属虚证，多因久病肺气虚损，失于宣降所致。

咳声不扬，痰稠色黄，不易咯出，多属热证，多因热邪犯肺，肺津被灼所致。

咳有痰声，痰多易咯，多属痰湿阻肺所致。

干咳无痰或少痰，多属燥邪犯肺或阴虚肺燥所致。

咳声短促，呈阵发性、痉挛性，连续不断，咳后有鸡鸣样回声，并反复发作，称为顿咳〔百日咳〕，多因风邪与痰热搏结所致，常见于小儿。

咳声如犬吠，伴有声音嘶哑，吸气困难，是肺肾阴虚，疫毒攻喉所致，多见于白喉。

五、心音

借助听诊器，听取心脏正常及病理的音响，是诊察心脏病证的重要方法。

心率、心律异常的临床意义与脉率、脉律异常基本一致。

若听诊心音增强，可见于胸壁较薄、运动之后、情绪激动等生理状况下，病变中主要见于气分热盛，或阴虚火旺、肝阳上亢，或血虚之代偿性心音增强者。

若听诊心音减弱，可见于肥胖而胸壁较厚者，病变中主要见于心气虚弱、心阳不足、心脉瘀阻、心阳暴脱，或心肺气虚、气血亏虚等患者，亦可见于胸壁水肿、肺胀、悬饮和支饮等患者。

在心音以外听到杂音时，多见于心痹、胸痹、心瘵等心脏病变；或见于外感高热、瘵气、肝阳上亢等阳热亢奋的病证；亦可见于先天心脏发育不良、肺胀等心肾阳虚证患者。

六、胃肠异常声音

（一）呕吐

指饮食物、痰涎从胃中上涌，由口中吐出的症状。是胃失和降，胃气上逆的表现。前人以有声有物为呕吐，有物无声为吐，有声无物为干呕。但临床上难以截然分开，一般统称为呕吐。根据呕吐声音的强弱和吐势的缓急，可判断证候的寒热虚实等。

吐势徐缓，声音微弱，呕吐物清稀者，多属虚寒证。常因脾胃阳虚，脾失健运，胃失和降，胃气上逆所致。

吐势较猛，声音壮厉，呕吐出黏稠黄水，或酸或苦者，多属实热证。常因热伤胃津，胃失濡养所致。

呕吐呈喷射状者，多为热扰神明，或因头颅外伤，颅内瘀血、肿瘤等，使颅内压力增高所致。

呕吐酸腐味的食糜，多因暴饮暴食，或过食肥甘厚味，以致食滞胃脘，胃失和降，胃气上逆所致。

共同进餐者皆发吐泻，多为食物中毒。朝食暮吐、暮食朝吐者，为胃反，多属脾胃阳虚证。口干欲饮，饮后则吐者，称为水逆，因饮邪停胃，胃气上逆所致。

（二）呃逆

指从咽喉发出的一种不由自主的冲击声，声短而频，呃呃作响的症状。俗称打呃，唐代以前称“哕”。是胃气上逆的表现。临床上根据呃声的高低强弱，间歇时间的长短不同，来判断病证的虚实寒热性质。

呃声频作，高亢而短，其声有力者，多属实证。呃声低沉，声弱无力，多属虚证。

新病呃逆，其声有力，多属寒邪或热邪客于胃；久病、重病呃逆不止，声低气怯无力者，属胃气衰败之危候。故《形色外诊简摩》说：“新病闻呃，非火即寒；久病闻呃，胃气欲绝也。”

突发呃逆，呃声不高不低，无其他病史及兼症者，多属饮食刺激，或偶感风寒，一时胃气上逆动膈所致，一般为时短暂，不治自愈。

（三）嗝气

指胃中气体上出咽喉所发出的一种声长而缓的症状。古称“噫”。是胃气上逆的一种表现。

饱食之后，或饮汽水后，偶有嗝气，无其他兼症者，是饮食入胃排挤胃中气体上出所致，不属病态。临床根据嗝声和气味的不同，可判断虚实寒热。

嗝气酸腐，兼脘腹胀满者，多因宿食内停，属于实证。

嗝气频作而响亮，嗝气后脘腹胀减，嗝气发作因情志变化而增减者，多为肝气犯胃，属于实证。

嗝气频作，兼脘腹冷痛，得温症减者，多为寒邪犯胃，或为胃阳亏虚。

嗝声低沉断续，无酸腐气味，兼见纳呆食少者，为胃虚气逆，属虚证。多见于老年人或体虚之人。

（四）肠鸣

又称腹鸣，是气体或液体通过肠道而产生的一种气过水声或沸泡音。在正常情况下，肠鸣声低弱而和缓，一般难以直接闻及，肠鸣声高时，患者或旁人可以直接听到。借助听诊器诊察肠鸣音，在脐部听得较为清楚，大约4~5次/分钟，若超过10次/分钟则为肠鸣频繁，持续3~5分钟才听到1次者为肠鸣稀少。

肠鸣发生的频率、强度、音调等与胃肠功能、进食情况、感邪性质等有关。当肠道传导失常或阻塞不通时，则肠鸣声高亢而频急，或肠鸣音减少甚至完全消失。

1. 肠鸣增多

当患者动摇身体，或推抚脘部时，脘腹部鸣响如囊裹浆，辘辘有声者，称为振水声，若是饮水过后出现多属正常，若非饮水而常见此声者，多为水饮留聚于胃。

鸣响在脘腹，如饥肠辘辘，得温得食则减，饥寒则重者，为中气不足，胃肠虚寒。故

《灵枢·口问》说：“中气不足，……肠为之苦鸣。”

肠鸣高亢而频急，脘腹胀满，大便泄泻者，多为感受风寒湿邪以致胃肠气机紊乱所致。肠鸣阵作，伴有腹痛欲泻，泻后痛减，胸胁满闷不舒者，为肝脾不调。

2. 肠鸣稀少

肠鸣稀少主要显示肠道传导功能障碍。可因实热蕴结肠胃，肠道气机受阻；肝脾不调，气机郁滞，肠道腑气欠通；脾肺气虚，肠道虚弱，传导无力；阴寒凝滞，气机闭阻，肠道不通等所致。

肠鸣音完全消失，腹胀满痛者，多属肠道气滞不通之重证，可见于肠痹或肠结等病。

第二节 嗅 气 味

嗅气味，是指嗅辨与疾病有关的气味，分嗅病体气味与病室气味两种。疾病情况下，由于邪气侵扰，气血运行失常，脏腑功能失调，秽浊排除不利，腐浊之气由是而生，故可出现体气、口气、分泌物、排出物的气味异常。嗅气味可以了解疾病的寒热虚实，一般气味酸腐臭秽者，多属实热；气味偏淡或微有腥臭者，多属虚寒。

一、病体气味

病体散发的各种异常气味，临床上除医生直接闻诊所得外，其他诸如痰、涕、二便、经、带、恶露等排出物的异常气味，还可通过询问病人或陪护者闻及而获知。

(一) 口气

指从口中散发出的异常气味。正常人呼吸或讲话时，口中无异常气味散出。

若口中散发臭气者，称为口臭，多与口腔不洁、龋齿、便秘或消化不良有关。

口气酸臭，并伴食欲不振，脘腹胀满者，多属食积胃肠。

口气臭秽者，多属胃热。

口气腐臭，或兼咳吐脓血者，多是内有溃腐脓疡。

口气臭秽难闻，牙龈腐烂者，为牙疳。

(二) 汗气

指汗液散发出的气味。病人身有汗气味，可知曾有汗出。

汗出腥膻，是风湿热邪久蕴皮肤，津液受到蒸变所致，多见于风温、湿温、热病，或汗后衣物不洁所致。

汗出腥臭，可见于瘟疫或暑热火毒炽盛之证。

腋下随汗散发阵阵臊臭气味者，是湿热内蕴所致，可见于狐臭病。

(三) 痰、涕之气

正常状态下，人体排出少量痰和涕，无异常气味。

咳吐浊痰脓血，腥臭异常者，多是肺痈，为热毒炽盛所致。

咳痰黄稠味腥者，是肺热壅盛所致。咳吐痰涎清稀味咸，无特异气味者，属寒证。

鼻流浊涕腥秽如鱼脑者，为鼻渊；鼻流清涕无气味者，为外感风寒。

(四) 二便之气

二便闻诊除注意了解特殊气味外，还要结合望诊综合判断分析。

大便酸臭难闻者，多属肠有郁热。大便溏泻而腥者，多属脾胃虚寒。大便泄泻臭如败卵，或夹有未消化食物，矢气酸臭者，为伤食，是食积化腐而下趋的表现。

小便黄赤混浊，有臊臭味者，多属膀胱湿热。尿甜并散发烂苹果样气味者，为消渴厥。

(五) 经、带、恶露之气

经带闻诊主要是了解有无异常气味。

月经臭秽者，多属热证；月经味腥者，多属寒证。

带下黄稠而臭秽者，多属湿热；带下清稀而腥者，多属寒湿。

崩漏或带下奇臭，并见异常颜色，常见于癌病，病情多危重。

产后恶露臭秽者，多属湿热或湿毒下注。

(六) 呕吐物之气

呕吐物清稀无臭味者，多属胃寒；气味酸腐臭秽者，多属胃热。呕吐未消化食物，气味酸腐者为食积。呕吐脓血而腥臭者为内有溃疡。

二、病室气味

病室气味是由病体本身或排出物、分泌物散发而形成。气味从病体发展到充斥病室，说明病情重笃。临床上通过嗅病室气味，可作为推断病情及诊断特殊疾病的参考。

病室臭气触人，多为瘟疫类疾病。如戴天章《瘟疫明辨》说：“瘟疫病气从中蒸达于外，病即有臭气触人，轻则盈于床帐，重则蒸然一室。”

病室有血腥味，病者多患失血。

病室散有腐臭气，病者多患溃腐疮疡。

病室尸臭，多为脏腑衰败，病情重笃。

病室尿臊气（氨气味），见于肾衰。病室有烂苹果样气味（酮体气味），多为消渴厥患者，属危重病症。病室有蒜臭气味，多见于有机磷中毒。

第五章

脉 诊

脉诊又称切脉，是医生用手指对患者身体某些特定部位的动脉进行切按，体验脉动应指的形象，以了解健康或病情，辨别病证的一种诊察方法。

脉诊有着悠久的历史，公元前五世纪，著名医家扁鹊擅长候脉诊病。《史记·扁鹊仓公列传》曰：“今天下之言脉者，由扁鹊也。”《内经》记载了“三部九候”等脉法；《难经》弘扬“独取寸口”候脉言病。东汉张仲景确立了“平脉辨证”的原则。西晋王叔和著《脉经》，分述三部九候、寸口脉法等，确定了二十四种脉象，是我国现存最早的脉学专著。明·张景岳《景岳全书·脉神章》对脉神、正脉十六部、脉之常变、脉之顺逆与从舍等论述甚详。李时珍《濒湖脉学》撷取明代以前脉学精华，载二十七脉，编成“七言诀”，附有《四言举要》，易于诵习。李士材《诊家正眼》增定脉象为二十八种。此外，李延昆《脉诀汇辨》、张澄《诊宗三昧》、黄宫绣《脉理求真》、周学霆《三指禅》等脉学专著，对于脉理辨析，临证经验互相印证，颇为实用。

脉诊依靠医者手指的灵敏触觉加以体验而识别，因此，学习脉诊既要熟悉脉学的基本知识，又要掌握切脉的基本技能，反复训练，仔细体会，才能逐步识别各种脉象，并有效地运用于临床。

第一节 诊脉概述

诊脉是一种理论性极强，操作极为细致的诊病方法。因此，它要求医生必须对脉象形成的基本原理，诊脉的部位和方法等问题有一个较为详细的了解。

一、脉诊原理

脉象是手指感觉脉搏跳动的形象，或称为脉动应指的形象。人体的血脉贯通全身，内连脏腑，外达肌表，运行气血，周流不休，所以，脉象能够反映全身脏腑功能、气血、阴阳的综合信息。脉象的产生，与心脏的搏动，心气的盛衰，脉管的通利和气血的盈亏及各脏腑的协调作用直接有关。

（一）心、脉是形成脉象的主要脏器

1. 心脏的搏动

在宗气和心气的作用下，心脏一缩一张地搏动，把血液排入脉管而形成脉搏。《素问·五脏生成》说：“诸血者，皆属于心”，《素问·六节脏象论》说：“心者，……其充在血脉。”这

些论述说明,脉动源出于心,脉搏是心功能的具体表现。因此,脉搏的跳动与心脏搏动的频率、节律基本一致。

2. 脉管的舒缩

《素问·脉要精微论》说:“夫脉者,血之府也。”脉是气血运行的通道。《灵枢·决气》说:“壅遏营气,令无所避,是谓脉。”说明脉管尚有约束、控制和推进血液沿着脉管运行的作用。当血液由心脏排入脉管,则脉管必然扩张,然后血管依靠自身的弹性收缩,压迫血液向前运行,脉管的这种一舒一缩功能,既是气血周流、循环不息的重要条件,也是产生脉搏的重要因素。所以脉管的舒缩功能正常与否,能直接影响脉搏,产生相应的变化。

3. 心阴与心阳的协调

心血和心阴是心脏生理功能活动的物质基础,心气和心阳是心脏的功能活动。心阴心阳的协调,是维持脉搏正常的基本条件。当心气旺盛,血液充盈,心阴心阳调和时,心脏搏动的节奏和谐有力,脉搏亦从容和缓,均匀有力。反之,可以出现脉搏的过大过小,过强过弱,过速过迟或节律失常等变化。

(二) 气血是形成脉象的物质基础

气、血是构成人体组织和维持生命活动的基本物质。脉道必赖血液以充盈,因而血液的盈亏,直接关系到脉象的大小;气属阳主动,血液的运行全赖于气的推动,脉的壅遏营气有赖于气的固摄,心搏的强弱和节律亦赖气的调节,因此,气的作用对脉象的影响更为重大。若气血不足,则脉象细弱或虚软无力;气滞血瘀,可以出现脉象涩滞而不利;气盛血流薄疾,则脉多洪大滑数等。

脉乃血脉,赖血以充,赖气以行。心与脉、血相互作用,共同形成“心主血脉”的活动整体。有关脉象形成与气血的关系,崔嘉言在《四言举要》中作了简要的概括:“脉乃血脉,血之府也,心之合也……脉不自行,随气而至,气动脉应,阴阳之谊,气如囊籥,血如波澜,血脉气息,上下循环。”这段论述对理解脉象与气血的关系,以及学习和研究脉学理论有重要的意义。

(三) 其他脏腑与脉象形成的关系

脉象的形成不仅与心、脉、气、血有关,同时与脏腑的整体功能活动亦有密切关系。

肺主气,司呼吸。肺对脉的影响,首先体现在肺与心,以及气与血的功能联系上。由于气对血有运行、统藏、调摄等作用,所以肺的呼吸运动是主宰脉动的重要因素,一般情况下,呼吸平缓则脉象徐和;呼吸加快,脉率亦随之急促;呼吸匀和深长,脉象流利盈实;呼吸急迫浅促,或肺气壅滞而呼吸困难,脉象多呈细涩;呼吸不已则脉动不止,呼吸停息则脉搏亦难以维持。因而前人亦将脉搏称为脉息,并有“肺朝百脉”之谓。

脾胃能运化水谷精微,为气血生化之源,“后天之本”。气血的盛衰和水谷精微的多寡,表现为脉之“胃气”的多少。脉有胃气为平脉(健康人的脉象),胃气少为病脉,无胃气为死脉,所以临床上根据胃气的盛衰,可以判断疾病预后的善恶。同时,血液之所以能在脉管中正常运行而形成脉搏,还依赖脾气的统摄与裹护,使血液不溢于脉管之外而在脉管内运

行，即“脾主统血”之谓。

肝藏血，具有贮藏血液、调节血量的作用。肝主疏泄，可使气血调畅，经脉通利。肝的生理功能失调，可以影响气血的正常运行，从而引起脉象的变化。

肾藏精，为元气之根，是脏腑功能的动力源泉，亦是全身阴阳的根本。肾气充盛则脉搏重按不绝，尺脉有力，是谓“有根”。若精血衰竭，虚阳浮越则脉象变浮，重按不应指，是为无根脉，提示阴阳离散、病情危笃。

二、诊脉部位

诊脉部位历史上有多种。《素问·三部九候论》有三部九候诊法；《灵枢·终始》提出人迎寸口相参合的诊法；《素问·五脏别论》有独取寸口可以诊察全身状况的论述。汉·张仲景吸取人迎、寸口脉相比较的思路，在《伤寒杂病论》中常用寸口、趺阳或太溪的诊法。“独取寸口”的理论，经《难经》的阐发，到晋·王叔和的《脉经》，不仅理论上已趋完善，方法亦已确立，从而得到推广运用，一直沿用至今。

（一）三部九候诊法

三部九候诊法，又称为遍诊法，出自《素问·三部九候论》。是遍诊上、中、下三部有关的动脉，以判断病情的一种诊脉方法。

上为头部、中为手部、下为足部。上、中、下三部又各分为天、地、人三候，三三合而为九，故称为三部九候诊法。（表 5-1，图 5-1）。

表 5-1 遍诊法诊脉部位及临床意义

三部	九候	相应经脉和穴位	所属动脉	诊断意义
上部 (头)	天	足少阳经（两额动脉）太阳穴	颞浅动脉	候头角之气
	地	足阳明经（两颊动脉）巨髃穴	面动脉（颌内动脉）	候口齿之气
	人	手少阳经（耳前动脉）耳门穴	颞浅动脉	候耳目之气
中部 (手)	天	手太阴经 寸口部的太渊穴、经渠穴	桡动脉	候肺之气
	地	手阳明经 合谷穴	拇主要动脉	候胸中之气
	人	手少阴经 神门穴	尺动脉	候心之气
下部 (足)	天	足厥阴经 五里穴或太冲穴	跖背动脉	候肝之气
	地	足少阴经 太溪穴	胫后动脉跟支	候肾之气
	人	足太阴经 箕门穴或足阳明冲阳穴	股动脉或足背动脉	候脾胃之气

上部天是指两侧颞动脉，可以反映头额及颞部的病痛；上部人是指耳前动脉，可以了解目和耳的情况；上部地，是指两颊动脉，可以了解口腔与牙齿的情况。中部天，是手太阴肺经的动脉处，可候肺气；中部人，是手少阴心经的动脉处，可候心气；中部地，是手阳明大肠经的动脉处，可候胸中之气。下部天，是足厥阴肝经的动脉处，候肝气；下部人，是足太阴脾经或足阳明胃经的动脉处，候脾胃之气；下部地，是足少阴肾经的动脉处，候肾气。诊察这些脉动部位的脉象，可以了解全身各脏腑、经脉的生理病理状况。《素问·三部九候论》

说：“人有三部，部有三候，以决死生，以处百病，以调虚实，而除邪疾。”可见三部九候诊法是一种最古老的诊脉方法，其用义是何处脉象有变化，便可以提示相应部位、经络、脏腑发生病变的可能，而不是用一处或几处脉象来测知全身情况。

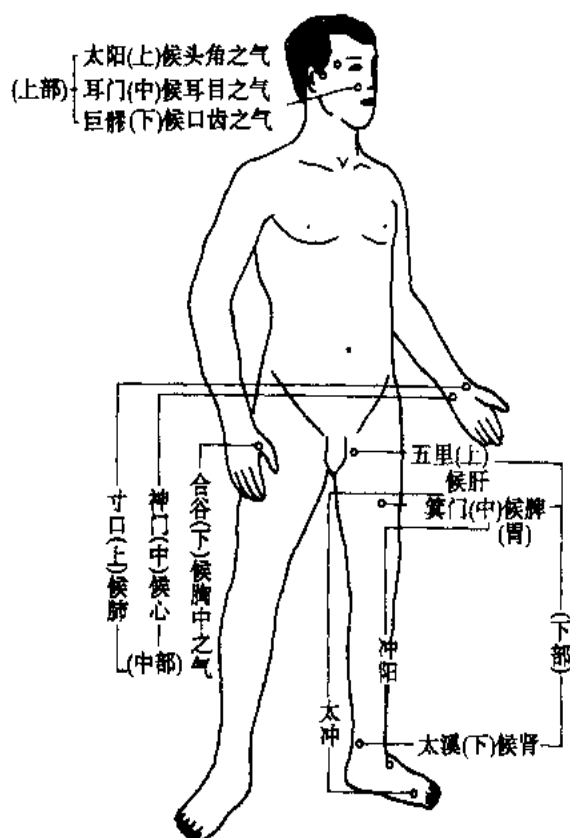


图 5-1 三部九候诊法示意

(二) 人迎寸口诊法

人迎寸口诊法，是对人迎和寸口脉象互相参照，进行分析的一种方法，它比遍诊法简单(图 5-2, 5-3)。

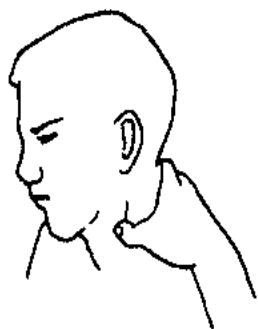


图 5-2 诊人迎脉

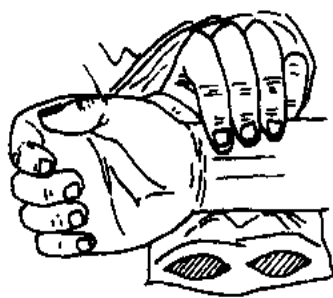


图 5-3 诊寸口脉

《灵枢·终始》提出：“持其脉口〔寸口〕人迎，以知阴阳有余不足，平与不平。”寸口主要反映内脏的情况，人迎（颈总动脉）主要反映体表情况，这二处脉象是相应的，来去大小亦相一致。按照《内经》的认识，在正常情况下，春夏季人迎脉稍大于寸口脉；秋冬季寸口脉稍大于人迎脉。如果人迎脉大于寸口脉一倍、二倍、三倍时，疾病由表入里，并说明表邪盛为主，如果人迎脉大于寸口脉四倍者名为“外格”，大而数者是危重的证候。反之，寸口脉大于人迎脉一倍、二倍、三倍时，为寒邪在里，或内脏阳虚，寸口脉四倍于人迎脉者名为“内关”，大而数者亦为危重征象。

（三）仲景三部诊法

张仲景在《伤寒杂病论》中常用寸口、趺阳、太溪三部诊法（图 5-3，5-4，5-5）。

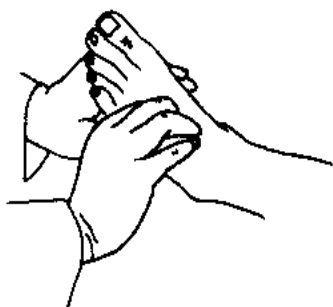


图 5-4 诊趺阳脉

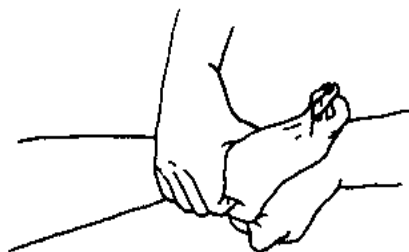


图 5-5 诊太溪脉

三部诊法是以诊寸口脉候脏腑病变，诊趺阳脉候胃气，诊太溪脉候肾气。现在这种方法多在寸口无脉搏或者观察危重病人时运用。如两手寸口脉象十分微弱，而趺阳脉尚有一定力量时，提示患者的胃气尚存，尚有救治的可能；如趺阳脉难以触及时，提示患者的胃气已绝，难以救治。

（四）寸口诊法

寸口又称气口或脉口。是指单独切按桡骨茎突内侧一段桡动脉的搏动，根据其脉动形象，以推测人体生理、病理状况的一种诊察方法。

1. 寸口部位

寸口脉分为寸、关、尺三部（图 5-6）。通常以腕后高骨（桡骨茎突）为标记，其内侧的部位关前（腕侧）为寸，关后（肘侧）为尺。两手各有寸、关、尺三部，共六部脉。寸关尺三部又可施行浮、中、沉三候。《难经·十八难》说：“三部者，寸、关、尺也；九候者，浮、中、沉也。”由此可见，寸口诊法的三部九候和遍诊法的三部九候名同而实异。

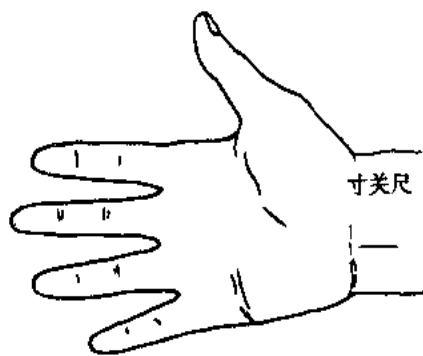


图 5-6 寸口脉寸关尺示意

2. 寸口脉诊病的原理

《素问·五脏别论》说：“胃者水谷之海，六腑之大源也。五味入口，藏于胃，以养五脏气，气口亦太阴也。是以五脏六腑之气味，皆出于胃，变见于气口。”《难经·一难》指出：“十二经皆有动脉，独取寸口，以决五脏六腑死生吉凶之法，何谓也？然，寸口者，脉之大会，手太阴之脉动也。”以上说明独取寸口的道理：①寸口部为“脉之大会”。寸口脉属手太阴肺经之脉，气血循环流注起始于手太阴肺经，营卫气血遍布周身，循环五十度又终止于肺经，复会于寸口，为十二经脉的始终。脉气流注肺而总会聚于寸口，故全身各脏腑生理功能的盛衰，营卫气血的盈亏，均可从寸口部的脉象上反映出来。②寸口部脉气最明显。寸口部是手太阴肺经“经穴”（经渠）和“输穴”（太渊）的所在处，为手太阴肺经经气流注和经气渐旺，以至达到最旺盛的特殊反应点，故前人有“脉会太渊”之说，其脉象变化最有代表性。③可反映宗气的盛衰。肺脾同属太阴经，脉气相通，手太阴肺经起于中焦，而中焦为脾胃所居之处，脾将通过胃所受纳腐熟的食物之精微上输于肺，肺朝百脉而将营气与呼吸之气布散至全身，脉气变化见于寸口，故寸口脉动与宗气一致。④寸口处为桡动脉，该动脉所在桡骨茎突处，其行径较为固定，解剖位置亦较浅表，毗邻组织比较分明，方便易行，便于诊察，脉搏强弱易于分辨，同时诊寸口脉沿用已久，在长期医疗实践中，积累了丰富的经验，所以说寸口部为诊脉的理想部位。

3. 寸口分候脏腑

关于寸关尺分候脏腑，文献记载有不同说法，具有代表性者如表 5-2 所示。

表 5-2 寸口与脏腑相应的几种说法比较

文献	寸		关		尺		说 明
	左	右	左	右	左	右	
难经	心	肺	肝	脾	肾	肾	大小肠配心肺，是表里相属；右肾属火，故右尺亦候命门
	小肠	大肠	胆	胃	膀胱	命门	
脉经	心	肺	肝	脾	肾	肾	
	小肠	大肠	胆	胃	膀胱	三焦	
景岳全书	心	肺	肝	脾	肾	肾小肠	小肠配右尺是火居火位；大肠配左尺是金水相从
	心包络	膻中	胆	胃	膀胱大肠	三焦命门	
医宗金鉴	心	肺	肝	脾	肾	肾	小肠配左尺，大肠配右尺，是以尺候腹中的相应部位，故又以三焦分配寸、关、尺三部
	膻中	胸中	胆膈	胃	膀胱小肠	大肠	

从上表可以看出，寸口六部脏腑分候中，五脏及胃、胆、膀胱的分属部位，各家所说皆同，分歧主要在大、小肠和三焦。产生分歧的主要原因不外两个方面，一是根据脏腑经络相表里的关系，把肺与大肠定位于右寸，心与小肠定位于左寸；另一种是根据脏腑的解剖位置，“尺主腹中”，所以把大小肠定位在尺部；将尺部定为三焦者，只是个别医家的意见。

现在临床上一般是根据《内经》“上竟上”、“下竟下”的原则，即上（寸脉）以候上（身躯上部），下（尺脉）以候下（身躯下部），来划分寸口三部所分候的脏腑（如表 5-3）：左寸候心，右寸候肺，并统括胸以上及头部的疾病；左关候肝胆，右关候脾胃，统括膈以下至脐以上部位的疾病；两尺候肾，并包括脐以下至足部疾病。

表 5-3 常用寸口三部分候脏腑

寸 口	寸	关	尺
左	心 膻中	肝胆 膈	肾 小腹 (膀胱、小肠)
右	肺 胸中	脾胃	肾 小腹 (大肠)

此外,也有不分寸、关、尺,但以浮、中、沉分候脏腑的方法,如以左手浮取候心,中取候肝,沉取候肾;右手浮取候肺,中取候脾,沉取候肾(命门)。

寸口诊法的脏腑相应定位,在临床实践中积累了丰富的经验。但其中还存在着不少理论和实际问题,有待进一步研究。

关于寸口分候脏腑的理论根据,诸说不一。

(1) 根据气血阴阳的理论而确定:中医学认为,右手偏旺于气,左手偏旺于血。肺主气,气旺于右,胸中为肺的官城,肺又主气,并为宗气所居之处,故以右寸配肺;心主血,血旺于左,膻中(心包络)为心的外围,故以左寸候心与膻中;脾居中州,体虽偏左而气行于右,由于脾胃互为表里,故以右关配脾胃;肝主藏血,其体虽在右而气化作用实行于左,由于肝与胆互为表里,故以肝胆配左关;肾在腰之两旁,位居低下,故候于两尺;小腹属下,为大小肠、膀胱所居之处;而膀胱、小肠从阴以配于左尺;大肠从阳以配于右尺。诚如李时珍所云:“两手六部皆肺经之脉,特取此以候五脏六腑之气耳,非为五脏六腑所居之处也。”说明寸口脉所候,为五脏六腑之气,而非其体。

(2) 根据脏腑部位所在而确定:《难经·十八难》指出:“上部法天,主胸以上至头之有疾也;中部法人,主膈以下至脐之有疾也;下部法地,主脐以下至足之有疾也。”这是把躯体划分为胸、膈、腹三部,由于心肺居于胸中,故应于两寸;肝脾居于膈下,故应于两关;两肾居于脐下,故应于两尺。这种脏腑配属方法,实际是源于《内经》“上竟上”、“下竟下”的原则。

寸口脉象主病的意义,在临床上常用“独异”主病的概念。即首先综观三部脉的共同特征,了解脉象变化与病性病位的关系,如:弦主肝病,濡主脾病,洪数多主热证,沉紧多主寒证等;然后再比较六部脉象,是否在某一部位有独特的变化,根据脏腑与寸口脉相应的关系,推测发病部位。

三、诊脉方法

(一) 时间

诊脉的时间,以清晨(平旦)未起床、未进食时为最佳。由于脉象是非常灵敏的生理与病理信息,它的变化与气血的运行有密切关系,并受饮食、运动、情绪等方面因素的影响。清晨未起床、未进食时,机体内外环境比较安定,脉象能比较准确地反映机体的基础生理情况,同时亦比较容易发现病理性脉象。《素问·脉要精微论》说:“诊法常以平旦,阴气未动,

阳气未散，饮食未进，经脉未盛，络脉调匀，气血未乱，故乃可诊有过之脉。”说明清晨是诊脉的理想时间。但这样的要求一般很难做到，特别是对门诊、急诊的患者，要及时诊察病情，而不能拘泥于平旦。但是诊脉时应保持诊室安静，且应让病人在比较安静的环境中休息片刻，以减少各种因素的干扰，这样诊察到的脉象才比较真实。

(二) 体位

诊脉时病人的正确体位是正坐或仰卧，前臂自然向前平展，与心脏置于同一水平，手腕伸直，手掌向上，手指微微弯曲，在腕关节下面垫一松软的脉枕(图 5-3)，使寸口部充分暴露伸展，气血畅通，便于诊察脉象。如果是侧卧，下面手臂受压；或上臂扭转，脉气不能畅通；或手臂过高或过低，与心脏不在一个水平面时，都可以影响气血的运行，使脉象失真。《医存》说：“病者侧卧，则在下之臂受压而脉不行；若覆其手，则腕扭而脉行不利；若低其手，则血下注而脉滞；若举其手，则气上窜而脉弛；若身覆则气压而脉困；若身动则气扰而脉忙。”因此，诊脉时必须注意病人的体位，只有采取正确的体位，才能获得比较真切的指感。

(三) 指法

指法是指医生诊脉的具体操作方法。正确而规范地运用指法，可以获得比较丰富而准确的病理信息。临床诊脉常用的指法，可概括为选指、布指和运指等。

1. 选指

医者在诊脉时应当选用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指指目，手指指端平齐，手指略呈弓形倾斜，与受诊者体表约呈 45° 角为宜，这样的角度可以使指目紧贴于脉搏搏动处。指目即指头和指腹交界棱起之处，与指甲二角连线之间的部位(图 5-7)，形如人目，是手指触觉比较灵敏的部位，而且推移灵活，便于寻找指感最清晰的部位，并可根据需要适当地调节指力。如脉象细小时，手指着力点可偏重于指目前端；脉象粗大时，着力点偏重于指目后端。指尖的感觉虽灵敏，但因有指甲，不宜垂直加压。指腹的肌肉较丰厚，用指腹切脉有时会受医者自身手指动脉搏动的干扰，容易产生错觉。所以诊脉时三指平按或垂直下指都是不合适的。

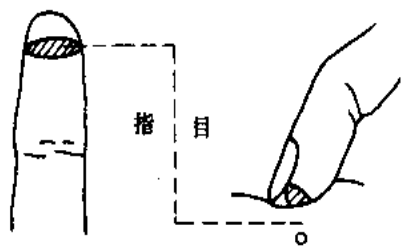


图 5-7 指目部位

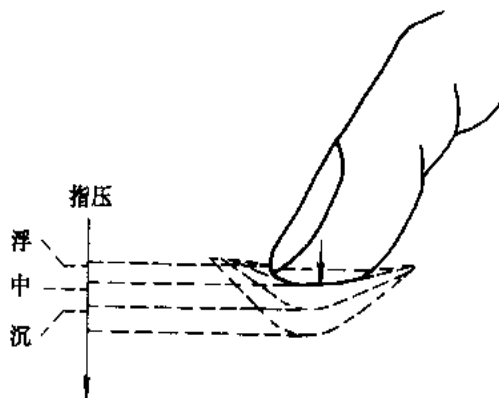


图 5-8 手指以浮、中、沉三个等级的压力取脉

2. 布指

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。切脉时布指的疏密要得当，要与患者手臂长短和医生的手指粗细相适应，病人的手臂长或医者手指较细者，布指宜疏，反之宜密。小儿寸口部位甚短，一般多用“一指（拇指或食指）定关法”，而不必细分寸、关、尺三部。

3. 运指

指医生布指之后，运用指力的轻重、挪移及布指变化以体察脉象。常用的指法有举、按、寻、总按和单诊等（图 5-8）。

（1）举法：指医生的手指较轻地按在寸口脉搏跳动部位以体察脉象。用举的指法取脉又称为“浮取”。

（2）按法：指医生手指用力较重，甚至按到筋骨以体察脉象。用按的指法取脉又称为“沉取”。

（3）寻法：寻即寻找的意思，指医生手指用力不轻不重，按至肌肉，并调节适当指力，或左右推寻，以细细体察脉象。用力不轻不重，按至肌肉而取脉，称为“中取”。

（4）总按：即三指同时用大小相等的指力诊脉的方法，从总体上辨别寸关尺三部和左右两手脉象的形态、脉位、脉力等。

（5）单诊：用一个手指诊察一部脉象的方法。主要用于分别了解寸、关、尺各部脉象的位、次、形、势等变化特征。

临床时一般三指均匀用力，但亦可三指用力不一，总按和单诊配合运用，以求全面捕获脉象信息。

（四）平息

指医者在诊脉时要保持呼吸调匀，清心宁神，以自己的呼吸计算病人的脉搏至数。平息的主要意义有二：一是指以医生的一次正常呼吸为时间单位，来检测病人的脉搏搏动次数。如《素问·平人气象论》说：“人一呼脉再动，一吸脉亦再动，呼吸定息，脉五动，闰以太息，命曰平人。平人者，不病也。常以不病调病人，医不病，故为病人平息以调之为法。”正常人呼吸每分钟 16~18 次，每次呼吸脉动 4 次，间或 5 次，正常人的脉搏次数为每分钟 72~80 次，由此可见，凭医生的呼吸对病人的脉搏进行计数的方法是有科学根据的。另一方面，在诊脉时平息，有利于医生思想集中，专注指下，以仔细地辨别脉象，即所谓“持脉有道，虚静为保。”诊脉时最好不要参人问诊，以避免医生分散精力，避免患者由于情绪的波动而引起脉象变化。

（五）五十动

指医生对病人诊脉的时间一般不应少于 50 次脉跳的时间。每次诊脉每手应不少于 1 分钟，两手以 3 分钟左右为宜。诊脉时间过短，则不能仔细辨别脉象的节律等变化；诊脉时间过长，则因指压过久亦可使脉象发生变化，所诊之脉有可能失真。古人提出诊脉需要诊“五十动”，其意义有二，一是有利于仔细辨别脉搏的节律变化，了解脉搏跳动 50 次中有没有出

现脉搏节律不齐的促、结、代等脉象，或者是否有时快时慢、三五不调的脉象，如果在脉跳五十次中不见节律不齐的脉象，则在以后的脉搏跳动中也就不会出现了。二是提醒医者在诊脉时态度要严肃认真，不得随便触按而草率从事，正如张仲景所说：“动数发息，不满五十，短期未知决诊，九候曾无仿佛……夫欲视死别生，实为难矣！”

四、脉象要素

脉象的辨识主要依靠手指的感觉。脉象的种类很多，中医文献常从位、次、形、势四个方面加以分析归纳，它与脉搏的频率、节律，显现的部位、长度、宽度，脉管的充盈度、紧张度，血流的通畅流利度，心脏搏动的强弱等因素有关。掌握脉象要素，对于理解各种脉象的特征及形成机理，可起到执简驭繁的作用。

（一）脉位

指脉搏跳动显现的部位和长度。每次诊脉均应诊察脉搏显现部位的浅深、长短。正常脉搏的脉位不浮不沉，中取可得，寸、关、尺三部有脉。如脉位表浅者为浮脉；脉位深沉者为沉脉等；脉搏超越寸、关、尺三部者为长脉；脉动不及寸、尺者为短脉。

（二）脉次

指脉搏跳动的至数和节律。每次诊脉均应诊察脉搏的频率快慢和节律是否均匀。正常人，脉搏的频率约每分钟 72 ~ 80 次，且节律均匀，没有歇止。如一息五至以上为数脉等；一息不满四至为迟脉；出现歇止者，有促、结、代等脉的不同；脉律快慢不匀者，为三五不调。

（三）脉形

指脉搏跳动的宽度等形态。每次诊脉均应诊察脉搏的大小、软硬等形状。脉形主要与脉管的充盈度、脉搏搏动的幅度及紧张度等因素有关。如脉管较充盈，搏动幅度较大者为洪脉；脉管充盈度较小，搏动幅度较小者为细脉；脉管弹性差、欠柔和者为弦脉；脉体柔软无力者为濡脉、缓脉等。

（四）脉势

指脉搏应指的强弱、流畅等趋势。脉势包含着多种因素，如脉动的轴向和径向力度；主要由心脏和阻力影响所产生的流利度；由血管弹性和张力影响而产生的紧张度等。每次诊脉均应诊察脉动势力的强弱及流畅程度。正常脉象，应指和缓，力度适中。应指有力为实脉；应指无力为虚脉；通畅状态较好，脉来流利圆滑者为滑脉；通畅状态较差，脉来艰涩不畅者为涩脉等。

以上是构成脉象的基本要素，也是体察脉象的基本要点。脉象的辨别，主要依据医者指下感觉，因此，医者察脉，必须反复练习指感，细心体察，尤其是对脉象的位、次、形、势等更应反复体察，将各种脉象要素综合起来进行分析，才能形成比较完整的脉象，才能正确

地分辨各种病脉。

第二节 正常脉象

正常脉象也称为平脉、常脉。是指正常人在生理条件下出现的脉象，既具有基本的特点，又有一定的变化规律和范围，而不是指固定不变的某种脉象。

正常脉象反映机体气血充盈，气机健旺，阴阳平衡，精神安和的生理状态，是健康的象征。

一、正常脉象的特点

正常脉搏的形象特征是：寸关尺三部皆有脉，不浮不沉，不快不慢，一息4~5至，相当于72~80次/分（成年人），不大不小，从容和缓，节律一致，尺部沉取有一定的力量，并随生理活动、气候、季节和环境等的不同而有相应变化。

古人将正常脉象的特点概括称为“有胃”、“有神”、“有根”。

（一）有胃

“有胃”，即脉有胃气。脉之胃气，主要反映脾胃运化功能的盛衰、营养状况的优劣和能量的储备状况。正如《素问·平人氣象论》所说：“人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死。”

脉象中的“胃气”，在切脉时可以感知，《灵枢·终始》认为是“谷气来也徐而和”，就是说有胃气的脉应是不疾不徐、从容和缓。《素问·玉机真脏论》说：“脉弱以滑，是有胃气。”戴启宗《脉诀刊误》则称：“凡脉不大不细，不长不短，不浮不沉，不滑不涩，应手中和，意思欣欣，难以名状者，为胃气。”陈士铎《脉诀阐微》指出：“母论寸关尺，下指之时觉有平和之象，即是有胃气也。”这些论述，虽说法不一，但均可供参考。

现在一般认为，脉有胃气的表现是指下具有从容、徐和、软滑的感觉。平人脉象不浮不沉，不疾不徐，来去从容，节律一致，是为有胃气。即使是病脉，不论浮沉迟数，但有冲和之象，便是有胃气。

胃为“水谷之海”，是人体营卫气血生化之源，各脏腑、组织、经络的功能活动，有赖于胃气的充养。脉之胃气亦赖水谷之气的充养，在一定程度上亦决定于胃气的有无。人以胃气为本，脉亦以胃气为本，有胃气则生，少胃气则病，无胃气则死；正如清·程国彭《医学心悟·脉法金针》所言：“凡诊脉之要，有胃气曰生，胃气少曰病，胃气尽曰不治。”因此，诊察脉象有无胃气，对于推断疾病的预后具有重要的意义。

（二）有神

“有神”，即脉有神气。诊脉神之有无，可察精气之盈亏，并与胃气的盛衰有关。

脉之有神的表现，李杲认为“脉中有力，即为有神”，周学霆认为“缓即为有神”，陈士

铎《脉诀阐微》中说：“无论浮沉、迟数、滑涩、大小之各脉，按指之下若有条理，先后秩然不乱者，此有神之至也。若按指而充然有力者，有神之次也。其余按指而微微鼓动者，亦谓有神。”综合各家之说，脉之有神是指脉律整齐、柔和有力。即使微弱之脉，但未至于散乱而完全无力；弦实之脉，仍带柔和之象，皆属脉有神气。反之，脉来散乱，时大时小，时急时徐，时断时续，或弦实过硬，或微弱欲无，都是无神的脉象。

脉贵有神与脉有胃气的表现基本一致，都是具有和缓有力之象，故周学海说：“脉以胃气为有神。”神以精气为物质基础，而精气产生于水谷之气，故有胃即有神。

“神”是机体生命活动的体现，可表现在各个方面，亦可表现在脉象上。脉象有神，常人见之，精气充盛；有病之人见之，虽病而精气未竭。故观察脉神推测病情，须与全身情况结合，病人形神充沛，虽见脉神不振，尚有挽回之望；若形神已失，虽脉无凶象，亦不能掉以轻心。

（三）有根

“有根”，即脉有根基。脉之有根无根主要说明肾气的盛衰。由于肾藏精，乃先天之本，元气之根，人身十二经脉全赖肾间动气之生发，故《难经·八难》说：“然诸十二经脉者，皆系于生气之原，所谓生气之原者，谓十二经之根本也，谓肾间动气也，此五脏六腑之本，十二经脉之根……。”

有根脉主要表现为尺脉有力、沉取不绝两个方面。因为尺脉候肾，沉取候肾，尺脉沉取应指有力，就是有根的脉象。若在病中，证虽危重，但尺脉沉取尚可摸得，则为肾气未绝，犹如树木之有根，枝叶虽枯，根本不坏，尚有生机。正如王叔和所说：“寸口虽无，尺犹不绝，如此之流，何忧殒灭。”相反，若尺脉沉取不应，则说明肾气已败，病情危笃。

总之，脉贵有胃、有神、有根，是从不同侧面强调正常脉象的必备条件。胃神根三者是三位一体的，相互补充而不能截然分开，有胃必然有神、有根，即不论是何种脉象，只要节律整齐，有力中不失柔和，和缓中不失有力，尺部沉取应指有力，就是有胃、有神、有根的表现，说明脾胃、心、肾等脏腑功能不衰，气血精神未绝，虽病而病尚轻浅，正气未伤，生机仍在，预后良好。

二、脉象的生理变异

脉象受年龄、性别、形体、生活起居、职业和精神情志等因素的影响，机体为适应内外环境的变化而进行自身调节，因而可以出现各种生理变异。当然，这些脉象的变异，往往是暂时的，或者是可逆的，只要有胃、有神、有根，仍属平脉范围，临床应与病脉相鉴别。

（一）个体因素影响

1. 性别

由于性别不同，导致体质的差异，而脉象亦随之各异。一般说女性的脉势较男性的脉势弱，且至数稍快，脉形较细小。

2. 年龄

健康人的脉象，随年龄的增长而产生各种变异。三岁以内的小儿，一息七、八至为平脉；5~6岁的小儿，一息六至为平脉；青年人的脉象较大且有力，老年人脉象多弦，所以，滑、弦都可以是相应年龄组的平脉。

3. 体质

身躯高大的人，脉的显现部位较长；矮小的人，脉的显现部位较短。瘦人脉多浮；胖人脉多沉；运动员脉多缓而有力。由于禀赋的不同，体质的差异，有六脉同等沉细而无病者，称为六阴脉；有六脉同等洪大而无病者，称为六阳脉，均不属病脉。

4. 脉位变异

有的人脉不见于寸口，而从尺部斜向手背，名叫斜飞脉；若脉出现在寸口的背侧，名叫反关脉；还有出现于腕侧其他位置的，都是生理特异的脉位，即桡动脉解剖位置的变异，不属病脉。

(二) 外部因素影响

1. 情志

恐惧、兴奋、忧虑、紧张等情绪的变化，常导致脉象的变异，当情绪恢复宁静之后，脉象亦随之恢复正常。《素问·经脉别论》指出：“人之居处、动静、勇怯，脉亦为之变乎？……凡人之惊恐恚劳动静，皆为变也。”一般是喜则气缓而脉多缓；怒则气上而脉多弦；惊则气乱而可脉动暂时无序。

2. 劳逸

剧烈活动之后，脉多洪数；入睡之后，脉多迟缓。长期从事体力劳动之人与从事脑力劳动之人比较，脉多大而有力。

3. 饮食

酒后、饭后脉稍数而有力；饥饿时脉多缓弱。

4. 季节

季节气候的变化，时时影响着人体的生理活动，人体为适应自然而进行的生理性调节，亦可反映在脉象上。《素问·脉要精微论》说：“万物之外，六合之内，天地之变，阴阳之应，……四变之动，脉与之上、下。”因此，正常人形成了与时令气候相应的四季脉象，《素问·平人氣象论》总结为“春胃微弦”、“夏胃微钩”、“秋胃微毛”、“冬胃微石”曰平脉。这是因为，春令虽阳气初升，人体应生发之气，阳气向外浮越，但寒气未尽除，气机仍有约束之象，故脉位较浅，且端直而长，如按琴弦；夏天阳气旺盛，人应盛长之气，气盛血涌，脉管充盈，故脉来形体较大，且来势盛而去势衰；秋天气机开始收敛，人应之而阳气乍敛，故脉在肤下，但脉势已减而但见浮象；冬日气候严寒，人应闭藏之气，腠理致密，阳气内潜，故脉位深沉而有力。此为应时之脉，属无病，反此则病，故《素问·玉机真脏论》曰：“脉从四时，谓之可治；……脉逆四时，为不可治。”

5. 昼夜

一日之中随着平旦、日中、日西、夜半的阴阳消长，脉象也有昼夜节律的变化，总的趋势是昼日脉象偏浮而有力，夜间脉象偏沉而细缓。

6. 地理环境

长时期生活在不同地区的人,由于受地理环境的影响,以致体质有别,因而出现的平脉亦不同。如我国东南方地势低下,气候偏温,空气湿润,人体肌腠缓疏,故脉多细软偏数;西北方地势高,空气干燥,气候偏寒,人体肌腠致密紧缩,故脉象多沉实。

第三节 病理脉象

疾病反映于脉象的变化,叫病理脉象,简称“病脉”。一般说来,除了正常生理变化范围以内及个体生理特异变化之外的脉象,均属病脉。

一、常见病脉

由于对脉象感觉与体会的差异,历代医家对常见病脉的分类和命名亦存在着差别。《内经》记载有 21 种脉象,《伤寒杂病论》中记载 26 种,《脉经》总结分为 24 种,《景岳全书》只分为 16 种脉,《濒湖脉学》、《三指禅》则分为 27 种,《诊家正眼》增疾脉而为 28 脉,《脉理求真》增至 30 种,《辨证录》则更有 38 脉之多。近代临床所提及的脉象,有浮、沉、迟、数、洪、细、虚、实、滑、涩、弦、紧、结、代、促、长、短、缓、濡、弱、微、散、芤、伏、牢、革、动、疾等 28 种。

(一) 浮脉

【脉象特征】 轻取即得,重按稍减而不空,举之有余,按之不足。

浮脉可理解为“浅脉”,形容为“浮如水漂木”、“浮如水上负轻舟”。其脉象特征是脉管的搏动在皮下较浅表的部位,即位于皮下浅层。因此,轻取即得,按之稍减而不空。

【临床意义】 一般见于表证。

【机理分析】 浮脉为阳脉,《内经》称为毛脉,在时应秋,在脏应肺。桡动脉部位浅表而显浮象,瘦人肌薄而见浮脉,夏秋脉象偏浮,皆属常脉。

表证见浮脉是机体驱邪向外的表现。外邪侵袭肤表,卫阳抗邪于外,人体气血趋向于肤表,脉气亦鼓动于外,故见浮脉。邪盛而正气不虚时,脉浮而有力;虚人外感或邪盛正虚时,脉多浮而无力。外感风寒,则寒主收引,血管拘急,故脉多浮紧;外感风热,热则血流薄急,故脉多浮数。

【相类脉】

1. 散脉

脉象特征:浮取散漫,中候似无,沉候不应,并常伴有脉动不规则,时快时慢而不匀(但无明显歇止),或脉力往来不一致。故散脉为浮而无根之脉,形容其为“散似杨花无定踪”。

临床意义:多见于元气离散,脏腑精气衰败,尤其是心、肾之气将绝的危重病证。

机理分析:由于气血虚衰,精气欲竭,阴不敛阳,阳气离散,脉气不能内敛,涣散不

收，无力鼓动于脉，以致浮大无根，至数不匀。

2. 芤脉

脉象特征：浮大中空，如按葱管。芤脉的脉象特点是应指浮大而软，按之上下或两边实而中间空。说明芤脉位偏浮、形大、势软而中空，是脉管内血量减少，充盈度不足，紧张度低下的一种状态。

临床意义：常见于失血、伤阴之际。

机理分析：多因血崩、呕血、外伤性大出血等突然出血过多之时，血量骤然减少，无以充脉，或因剧烈吐泻津液大伤，血液不得充养，阴血不能维系阳气，阳气浮散所致。若失血、伤液之后，血管自敛，或经输血、补液等而阴液得到补充，则往往不再现芤脉。

3. 革脉

脉象特征：浮而搏指，中空外坚，如按鼓皮。革脉的脉象特点是，浮取感觉脉管搏动的范围较大而且较硬，有搏指感，但重按则乏力，有豁然而空之感，因而恰似以指按压鼓皮上的外急内空之状。革脉与芤脉虽均有按之豁然中空之感，但革脉为浮弦而硬，如按鼓皮；芤脉为浮虚而软，如按葱管。

临床意义：多见于亡血、失精、半产、漏下等病症。

机理分析：因精血耗伤，脉管不充，正气不固，气无所恋而浮越于外，以致脉来浮大搏指，外急中空，恰似绷紧的鼓皮，有刚无柔，此为太过。为无胃气的真脏脉，多属危候。

(二) 沉脉

【脉象特征】 轻取不应，重按始得，举之不足，按之有余。

沉脉显现的部位较正常脉深，故可理解为“深脉”。其脉象特点是脉管搏动的部位在皮肉之下靠近筋骨之处，因此用轻指力接触不能察觉，用中等指力接触搏动也不明显，只有用重指力按到筋骨间才能感觉到脉搏明显的跳动。这是因为沉脉脉气沉，脉搏显现部位深沉所致。

【临床意义】 多见于里证。有力为里实；无力为里虚。亦可见于正常人。

【机理分析】 沉脉为阴脉，《内经》称其为“石脉”，在时应冬，在脏应肾。肥人脂厚，脉管深沉，故脉多沉；冬季气血收敛，脉象亦偏沉；有的人两手六脉皆沉细而无临床症状，均可视为平脉，不一定是病脉。

病理性沉脉的形成，一为邪实内郁，正气尚盛，邪正相争于里，致气滞血阻，阳气被遏，不能鼓搏脉气于外，故脉沉而有力，可见于气滞、血瘀、食积、痰饮等病证；二为气血不足，或阳虚气乏，无力升举鼓动，故脉沉而无力，可见于各脏腑的虚证。

【相类脉】

1. 伏脉

脉象特征：重按推筋着骨始得，甚则暂伏而不显。伏为深沉与伏匿之象，伏脉的脉象特点是脉管搏动的部位比沉脉更深，隐伏于筋下，附着于骨上。因此，诊脉时浮取、中取均不见，需用重指力直接按至骨上，然后推动筋肉才能触到脉动，甚至伏而不见。

临床意义：常见于邪闭、厥病和痛极的病人。

机理分析：伏脉多为邪气内伏，不得宣通而致。邪气闭塞，气血凝结，乃致正气不能宣通，脉管潜伏而不显，但必伏而有力，多见于暴病。如实邪内伏，气血阻滞所致气闭、热闭、寒闭、痛闭、痰闭等。

危重病证的伏脉，与血管病变造成的无脉症不同。无脉症往往发生在肢体的某一局部，出现相应肢体无脉，而其他部位的脉象可正常。

2. 牢脉

脉象特征：沉取实大弦长，坚牢不移。“牢”者，深居于内，坚固牢实之义。牢脉的脉象特点是脉位沉长，脉势实大而弦。牢脉轻取、中取均不应，沉取始得，但搏动有力，势大形长，为沉、弦、大、实、长五种脉象的复合脉。

临床意义：多见于阴寒内盛，疝气瘕积之实证。

机理分析：邪气牢固，而正气未衰者，如阴寒内积，阳气沉潜于下，或气血瘀滞，凝结成瘕积而固结不移，在脉象上则可表现为沉弦实大的牢脉。

若失血、阴虚等患者反见牢脉，当属危重征象。

（三）迟脉

【脉象特征】 脉来迟慢，一息不足四至（相当于每分钟脉搏在 60 次以下）。

迟脉的脉象特点是脉管搏动的频率小于正常脉率。

【临床意义】 多见于寒证，迟而有力为实寒；迟而无力为虚寒。亦见于邪热结聚之实热证。

【机理分析】 脉管的搏动缘于血流，而血的运行有赖于阳气的推动。当寒邪侵袭人体，困遏阳气，或阳气亏损，均可导致心动迟缓，气血凝滞，脉流不畅，使脉来迟慢。若为阴寒内盛而正气不衰的实寒证，则脉来迟而有力；若心阳不振，无力鼓运气血，则脉来迟而无力。

阳明腑实证多因邪热亢盛与糟粕相搏，结为燥屎，阻塞肠道，腑气壅滞不通，气血运行受阻，经隧阻滞，脉道不利，故必迟而有力。所以迟脉不可概认为寒，临床当脉症合参。

此外，运动员或经过体力锻炼之人，在静息状态下脉来迟缓和缓；正常人入睡后，脉率较慢，都属生理性迟脉。

【相类脉】

缓脉

脉象特征：其义有二：一是脉来和缓，一息四至（每分钟 60~70 次），应指均匀，是脉有胃气的一种表现，称为平缓，多见于正常人。二是脉来怠缓无力，弛纵不鼓的病脉。缓脉的脉象特点是脉搏的跳动不疾不徐，从容和缓稍慢于正常而快于迟脉。

临床意义：多见于湿病，脾胃虚弱，亦可见于正常人。

机理分析：脾胃为气血生化之源，脾胃虚弱，气血不足，则脉管不充，亦无力鼓动，其脉必见怠缓弛纵之象。湿性黏滞，阻遏脉管，气机被困，则脉来虽缓，必见怠慢不振，脉管弛缓。若有病之人，脉转和缓，是正气恢复之征，疾病将愈。

(四) 数脉

【脉象特征】 脉来急促，一息五至以上而不满七至。

数脉的脉象特点是脉率较正常为快，脉搏每分钟约在 90~130 次之间。

【临床意义】 多见于热证，亦见于里虚证。

【机理分析】 实热内盛，或外感病邪热亢盛，正气不衰，邪正相争，气血受邪热鼓动而运行加速，则见数而有力，往往热势越高脉搏越快。病久阴虚，虚热内生也可使气血运行加快，且因阴虚不能充盈脉道，而脉体细小，故阴虚者可见脉细数无力。

数脉还可以出现在气血不足的虚证，尤其是心气不足、心血不足的病证更为多见。心主血脉，主要依赖于心气的推动。若人体气血亏虚，为满足身体各脏腑、组织、器官生理功能的需要，心气勉其力而行之，则表现为心动变快而脉动加速、脉率增快，但必数而无力。若为阳虚阴盛，逼阳上浮；或为精血亏甚，无以敛阳，而致阳气外越，亦可见数而无力之脉。此即“暴数者多外邪，久数者必虚损”之谓。总之，数脉主病较广，表里寒热虚实皆可见之，不可概作热论。

【相类脉】

疾脉

脉象特征：脉来急疾，一息七八至。疾脉的脉象特点是脉率比数脉更快，相当于脉搏每分钟 140~160 次。

临床意义：多见于阳极阴竭，元气欲脱之证。

机理分析：若疾而有力，按之愈坚，为阳亢无制，真阴垂绝之候，可见于外感热病之热极时。若脉疾而弱，按之不鼓指，多为虚阳外越，元阳欲脱使然。3 岁以下小儿脉搏可在一息七至以上，为平脉，不作病论。

(五) 虚脉

【脉象特征】 三部脉举之无力，按之空豁，应指松软。亦是无力脉象的总称。

虚脉的脉象特点是脉搏搏动力量软弱，寸、关、尺三部，浮、中、沉三候均无力。是脉管的紧张度减弱，脉管内充盈度不足的状态。

【临床意义】 见于虚证，多为气血两虚。

【机理分析】 气虚无力推运血行，搏击力弱故脉来无力；气虚不敛则脉管松弛，故按之空豁；血虚不能充盈脉管，则脉细无力。迟而无力多阳虚，数而无力多阴虚。

(六) 实脉

【脉象特征】 三部脉充实有力，其势来去皆盛，应指幅幅。亦为有力脉象的总称。

实脉的脉象特点是脉搏搏动力量强，寸、关、尺三部，浮、中、沉三候均有力量，脉管宽大。

【临床意义】 见于实证。亦见于常人。

【机理分析】 邪气亢盛而正气不虚，邪正相搏，气血壅盛，脉管内充盈度较高，脉管呈

紧张状态，故脉来充实有力。

若为久病出现实脉，则预后多不良，往往为孤阳外脱的先兆，但必须结合其他症状加以辨别。

实脉也见于正常人，必兼和缓之象，且无病症表现。一般两手六脉均实大，称为六阳脉，是气血旺盛的表现。

（七）洪脉

【脉象特征】 脉体宽大，充实有力，来盛去衰，状若波涛汹涌。

洪脉的脉象特征，主要表现在脉搏显现的部位、形态和气势三个方面。脉体宽大，搏动部位浅表，指下有力。由于脉管内的血流量增加，且充实有力，来时具有浮、大、强的特点。脉来如波峰高大陡峻的波涛，汹涌盛满，充实有力即所谓“来盛”；脉去如落下之波涛，较来时势缓力弱，即所谓“去衰”，其脉势较正常脉为甚。

【临床意义】 多见于阳明气分热盛。

【机理分析】 洪脉为阳脉，在时应夏，在脏应心。夏令阳气亢盛，肤表开泄，气血向外，故脉象稍现洪大，为夏令之平脉。

洪脉多见于外感热病的中期，即阳明〔气分〕热盛证。此时邪热亢盛，充斥内外，且正气不衰而奋起抗邪，邪正剧烈交争，气盛血涌，脉管扩大，故脉大而充实有力。

【相类脉】

1. 大脉

脉象特征：脉体宽大，但无脉来汹涌之势。大脉的特点为寸口三部皆脉大而和缓、从容。

临床意义：多见于健康人，或为病进。

机理分析：健康人见之，为体魄健壮的征象。疾病中若脉大，则提示病情加重，故《素问·脉要精微论》说：“大则病进。”脉大而数实者为邪实；脉大而无力量者为正虚。

2. 长脉

脉象特征：首尾端直，超过本位。长脉的脉象特点是脉搏的搏动范围显示较长，超过寸、关、尺三部。

临床意义：常见于阳证、热证、实证，亦可见于平人。

机理分析：若阳亢、热盛、痰火内蕴，正气不衰，使气血壅盛，脉管充实而致脉搏搏动长，超过寸尺，如循长竿之状。

正常人气血旺盛，精气盛满，脉气充盈有余，故搏击之势过于本位，可见到柔和之长脉，为强壮之象征。老年人两尺脉长而滑实多长寿。《素问·脉要精微论》说：“长则气治。”说明长脉亦是气血充盛，气机条畅的反映。

（八）细脉

【脉象特征】 脉细如线，但应指明显。

细脉的脉象特点是脉道狭小，指下寻之往来如线，但按之不绝，应指起落明显。

【临床意义】 多见于气血两虚、湿邪为病。

【机理分析】 阴血亏虚不能充盈脉管，气虚则无力鼓动血行，致脉管的充盈度减小，故脉来细小且无力。湿性重浊黏滞，脉管受湿邪阻遏，气血运行不利而致脉体细小而缓。

【相类脉】

1. 濡脉

脉象特征：浮细无力而软。濡脉的脉象特点是位浮、形细、势软。其脉管搏动的部位在浅层，形细而软，如絮浮水，轻取即得，重按不显，故又称软脉。

临床意义：多见于虚证或湿困。

机理分析：多见于崩中漏下、失精、泄泻、自汗喘息等病症，而致精血阳气亏虚之人。脉管因气虚而不敛，无力推运血行，形成松弛软弱之势；精血虚而不荣于脉，脉管不充，则脉形细小应指乏力。湿困脾胃，阻遏阳气，脉气不振，也可以出现濡脉。

2. 弱脉

脉象特征：沉细无力而软。弱脉的脉象特点是位沉、形细、势软。由于脉管细小不充盈，其搏动部位在皮肉之下靠近筋骨处，指下感到细而无力。

临床意义：多见于阳气虚衰、气血俱虚。

机理分析：脉为血之府，阴血亏少，不能充其脉管，故脉形细小；阳气衰少，无力推动血液运行，脉气不能外鼓，则脉位深沉，脉势软弱。

3. 微脉

脉象特征：极细极软，按之欲绝，若有若无。微脉的脉象特点是脉形极细小，脉势极软弱，以致轻取不见，重按起落不明显，似有似无。

临床意义：多见于气血大虚，阳气衰微。

机理分析：营血大虚，脉管失充则脉细；阳气衰微，鼓动无力则脉弱，按之欲绝，似有似无。临床上以心肾阳气衰微较为多见。久病脉微是正气将绝，新病脉微主阳气暴脱。

4. 短脉

脉象特征：首尾俱短，常只显于关部，而在寸尺两部多不显。短脉的脉象特点是脉搏搏动的范围短小，脉体不如平脉之长，脉动不满本位，多在关部及寸部应指较明显，而尺部常不能触及。

临床意义：多见于气虚或气郁。

机理分析：《素问·脉要精微论》说：“短则气病。”心气亏虚，无力鼓动血行，则气血不仅难以达于四末，亦不能充盈脉道，致使寸口脉搏动短小且无力。气滞血瘀或痰凝食积，致使气机阻滞，脉气不能伸展而见短脉者，必短涩而有力。故短而有力为气郁，短而无力为气虚。

(九) 滑脉

【脉象特征】 往来流利，应指圆滑，如盘走珠。

滑脉的脉象特点是脉搏形态应指圆滑，如同圆珠流畅地由尺部向寸部滚动，浮、中、沉取皆可感到。

【临床意义】 多见于痰湿、食积和实热等病证。亦是青壮年的常脉，妇女的孕脉。

【机理分析】《素问·脉要精微论》说：“滑者，阴气有余也。”痰湿留聚、食积饮停，皆为阴邪内盛，邪气充渍脉道，鼓动脉气，故脉见圆滑流利。火热之邪波及血分，血行加速，则脉来亦滑但必兼数。

滑而和缓之脉为平人之脉，多见于青壮年，张景岳说：“若平人脉滑而冲和，此是荣卫充实之佳兆。”育龄妇人脉滑而经停，应考虑为妊娠，若过于滑大则为有病。

【相类脉】

动脉

脉象特征：见于关部，滑数有力。动脉的脉象特点是具有短、滑、数三种脉象的特点，其脉搏搏动部位在关部明显，应指如豆粒动摇，故《脉经》说：“动脉见于关上，无头尾，大如豆，厥厥然动摇。”

临床意义：常见于惊恐、疼痛等症。

机理分析：惊则气乱，痛则气结，阴阳不和，气血阻滞。故因惊、因痛致使阴阳相搏，气血运行乖乱，脉行躁动不安，则出现滑数而短的动脉。

（十）涩脉

【脉象特征】形细而行迟，往来艰涩不畅，脉势不匀。

涩脉的脉象特点是脉形较细，脉势滞涩不畅，如“轻刀刮竹”；至数较缓而不匀，脉力大小亦不均，呈三五不调之状。

【临床意义】多见于气滞、血瘀、痰食内停和精伤、血少。

【机理分析】气滞、血瘀、痰浊、饮食等邪气内停，阻滞脉道，血脉被遏，以致脉气往来艰涩，此系实邪内盛，正气未衰，故脉涩而有力。精血亏少，津液耗伤，不能充盈脉管，久而脉管失去濡润，血行不畅，以致脉气往来艰涩而无力。总之，脉涩而有力者，为实证；脉涩而无力者，为虚证。

（十一）弦脉

【脉象特征】端直以长，如按琴弦。

弦脉的脉象特点是脉形端直而似长，脉势较强、脉道较硬，切脉时有挺然指下、直起直落的感觉，故形容为“从中直过”、“挺然于指下”。其弦硬程度随病情轻重而不同，轻则如按琴弦，重则如按弓弦，甚至如循刀刃。

【临床意义】多见于肝胆病、疼痛、痰饮等，或为胃气衰败者。亦见于老年健康者。

【机理分析】肝主筋，脉道的柔软、弦硬与筋之弛缓、强劲之性相同；肝病多郁滞，肝气失于条达则脉多弦劲，故称弦脉“在脏应肝”，多主肝胆病变。

寒热诸邪、痰饮内停、情志不遂、疼痛等，均可使肝失疏泄，气机郁滞，血气敛束不伸，脉管失去柔和之性，弹性降低，紧张度增高，故脉来强硬而为弦。并随邪气性质不同而或为弦紧，或为弦数，或为弦滑等。

虚劳内伤，中气不足，肝木乘脾土；或肝病及肾，阴虚阳亢，也可见弦脉，但应为弦缓或弦细。如脉弦劲如循刀刃，为生气已败，病多难治。戴同父说：“弦而软，其病轻；弦而

硬，其病重。”是以脉中胃气的多少来衡量病情轻重的经验，临床有一定意义。

弦脉在时应春，春季平人脉象多稍弦，是由于初春阳气主浮而天气犹寒，脉管稍带敛束，故脉如琴弦之端直而挺然，此为春季平脉。健康人中年之后，脉亦兼弦，老年人脉象多弦硬，为精血衰减，脉道失其濡养而弹性降低的征象。朱丹溪指出“脉无水而不软也”，经云“年四十而阴气自半”，故随年龄增长，脉象失其柔和之性而变弦，属于生理性退化表现。

【相类脉】

紧脉

脉象特征：绷紧弹指，状如牵绳转索。紧脉的脉象特点是脉势紧张有力，坚搏抗指，脉管的紧张度、力度均比弦脉高，其指感比弦脉更加绷紧有力，且有旋转绞动或左右弹指的感觉，但脉体较弦脉柔软。

临床意义：见于实寒证，疼痛和食积等。

机理分析：寒为阴邪，主收引凝泣，困遏阳气。寒邪侵袭机体，则脉管收缩紧束而拘急，正气未衰，正邪相争剧烈，气血向外冲击有力，则脉来绷紧而搏指，状如切绳，故主实寒证。寒邪侵袭，阳气被困而不得宣通，气血凝滞而不通，不通则痛；宿食积于中焦，气机失和，脉管受阻亦可见紧脉。

（十二）结脉

【脉象特征】 脉来缓慢，时有中止，止无定数。

《脉经》曰：“结脉往来缓，时一止复来。”《诊家正眼》称结脉是“迟滞中时见一止。”故结脉的脉象特点是脉来迟缓，脉律不齐，有不规则的歇止。

【临床意义】 多见于阴盛气结、寒痰血瘀，亦可见于气血虚衰。

【机理分析】 阴寒偏盛则脉气凝滞，故脉率缓慢；气结、痰凝、血瘀等积滞不散，心阳被抑，脉气阻滞而失于宣畅，故脉来缓慢而时有一止，且为结而有力；若久病气血衰弱，尤其是心气、心阳虚衰，脉气不续，故脉来缓慢而时有一止，且为结而无力。

正常人有因情绪激动、过劳、酗酒、饮用浓茶等而偶见结脉者。

【相类脉】

1. 代脉

脉象特征：脉来一止，止有定数，良久方还。代脉的脉象特点是脉律不齐，表现为有规则的歇止，歇止的时间较长，脉势较软弱。

临床意义：见于脏气衰微、疼痛、惊恐、跌仆损伤等病证。

机理分析：脏气衰微，元气不足，以致脉气不相接续，故脉来时有中止，止有定数，脉势软弱，常见于心脏器质性病变。疼痛、惊恐、跌打损伤等见代脉，是因暂时性的气结、血瘀、痰凝等阻抑脉道，血行涩滞，脉气不能衔接，而致脉代而应指有力。

2. 促脉

脉象特征：脉来数而时有一止，止无定数。促脉的脉象特点是脉率较快且有不规则的歇止。

临床意义：多见于阳盛实热、气血痰食停滞；亦见于脏气衰败。

机理分析：阳邪亢盛，热迫血行，心气亢奋，故脉来急数；热灼阴津则津血衰少，心气受损，脉气不相接续，故脉有歇止；气滞、血瘀、痰饮、食积等有形实邪阻滞，脉气接续不及，亦可形成间歇。两者均为邪气内扰，脏气失常所致，故其脉来促而有力。若因真元衰惫，心气衰败，虚阳浮动，亦可致脉气不相顺接而见促脉，但必促而无力。

正常人有因情绪激动、过劳、酗酒、饮用浓茶等而偶见促脉者。

二、脉象鉴别

在二十八种常见病脉中，有些脉象很相似，容易混淆不清，正如王叔和在《脉经·序》中所云：“脉理精微，其体难辨，……在心易了，指下难明。”故必须注意相似脉的鉴别。对此历代医家积累了丰富的经验，如李时珍在《濒湖脉学》中编有言简意赅的“相类诗”加以鉴别，徐灵胎更具体地说明脉象的鉴别可用近似脉象相比的比类法，和用相反脉象对比的对举法。

（一）比类法

比类法可从两个方面着手：一是归类，或称分纲，即将相似的脉象归为一类；二是辨异，即分析相似脉象的区别。

1. 归类

由于脉象繁多，且有很多脉象彼此相似，不易掌握和记忆，将 28 种脉进行归类、分纲，就能提纲挈领，执简驭繁。

以往对脉象的分类标准并不一致。汉·张仲景把脉象分成阴阳两大类：浮、数、大、动、滑诸脉为阳脉，沉、涩、弱、弦、微诸脉为阴脉；宋·崔嘉彦以浮、沉、迟、数四脉为纲，将 24 脉隶属其下；元·滑伯仁主张以浮、沉、迟、数、滑、涩六脉统辖各脉；清·陈修园则主张以浮、沉、迟、数、虚、实、大、缓八脉为纲统 28 脉。

各种病脉均是在邪正斗争中形成的，辨证以表里寒热虚实为纲，脉象则有浮沉迟数虚实之相应。因此，现按浮、沉、迟、数、虚、实六个纲脉加以归类比较。临床常见病脉的脉象和主病归类如表 5-4。

2. 辨异

在了解同类脉象相似特征的基础上，再将不同之处进行比较而予以区别，这就是脉象的辨异。这样有比较有鉴别，更易于掌握，也便于诊察。

（1）浮脉与芤脉、革脉、散脉：四种脉象的脉位均表浅，轻取皆可得。不同的是浮脉举之有余，重按稍减而不空，脉形不大不小；芤脉浮大无力，中间独空，如按葱管；革脉是浮取弦大搏指，外急中空，如按鼓皮；散脉是浮而无根，至数不齐，脉力不匀。

（2）沉脉、伏脉与牢脉：三种脉象的脉位均在皮下深层，故轻取不应。不同的是沉脉重按乃得；伏脉较沉脉部位更深，须推筋着骨始得，甚则暂时伏而不见；牢脉沉取实大弦长，坚牢不移。

（3）迟脉与缓脉、结脉：三者脉率均小于五至。但迟脉一息不足四至；缓脉虽然一息四至，但脉来怠缓无力；结脉不仅脉率不及四至，而且有不规则的歇止。

表 5-4

常见病脉归类简表

脉 纲	共同特点	相 类 脉		
		脉名	脉 象	主 病
浮脉类	轻取即得	浮	举之有余，按之不足	表证，亦见于虚阳浮越证
		洪	脉体阔大，充实有力，来盛去衰	热盛
		濡	浮细无力而软	虚证，湿困
		散	浮取散漫而无根，伴至数或脉力不匀	元气离散，脏气将绝
		芤	浮大中空，如按葱管	失血，伤阴之际
		革	浮而搏指，中空边坚	亡血、失精、半产、崩漏
沉脉类	重按始得	沉	轻取不应，重按始得	里证
		伏	重按推至筋骨始得	邪闭、厥病、痛极
		弱	沉细无力而软	阳气虚衰、气血俱虚
		牢	沉按实大弦长	阴寒内积、疝气、瘕积
迟脉类	一息不足四至	迟	一息不足四至	寒证，亦见于邪热结聚
		缓	一息四至，脉来怠缓	湿病，脾胃虚弱，亦见于平人
		涩	往来艰涩，迟滞不畅	精伤、血少，气滞、血瘀，痰食内停
		结	迟而时一止，止无定数	阴盛气结，寒痰瘀血，气血虚衰
数脉类	一息五至以上	数	一息五至以上，不足七至	热证，亦主里虚证
		疾	脉来急疾，一息七八至	阳极阴竭，元气欲脱
		促	数而时一止，止无定数	阳热亢盛，瘀滞、痰食停积，脏气衰败
		动	脉短如豆，滑数有力	疼痛，惊恐
虚脉类	应指无力	虚	举按无力，应指松软	气血两虚
		细	脉细如线，应指明显	气血俱虚，湿证
		微	极细极软，似有似无	气血大虚，阳气暴脱
		代	迟而中止，止有定数	脏气衰微，疼痛、惊恐、跌仆损伤
		短	首尾俱短，不及本部	有力主气郁，无力主气损
实脉类	应指有力	实	举按充实而有力	实证，平人
		滑	往来流利，应指圆滑	痰湿、食积、实热，青壮年，孕妇
		弦	端直以长，如按琴弦	肝胆病、疼痛、痰饮等，老年健康者
		紧	绷急弹指，状如转索	实寒证、疼痛、宿食
		长	首尾端直，超过本位	阳气有余，阳证、热证、实证，平人
		大	脉体宽大，无涵涌之势	健康人，病进

(4) 数脉与疾脉、滑脉、促脉：四种脉象的共同点是脉率均有快于正常脉象的感觉。不同的是数脉一息五至以上，不足七至；疾脉一息七八至；滑脉仅指脉形往来流利，应指圆滑似数但并不数；促脉不仅脉率每息在五至以上，且有不规则的歇止。

(5) 细脉与微脉、弱脉、濡脉：四种脉象都是脉形细小且脉势软弱无力。细脉形小而应指明显，主要从脉搏的形态而言；微脉则极软极细，按之欲绝，若有若无，起落模糊，不仅从脉形言，而且主要指脉搏的力量弱；弱脉为沉细而无力；濡脉为浮细而无力，即脉位与弱脉相反，轻取即得，重按反不明显。

(6) 实脉与洪脉：二者在脉势上都是充实有力。但实脉应指有力，举按皆然，来去俱盛；而洪脉状若波涛汹涌，盛大满指，来盛去衰。

(7) 短脉与动脉：二者在脉搏搏动范围上都较小，仅关部明显。但短脉常兼迟涩；动脉其形如豆，常兼滑数有力之象。

(8) 结脉与代脉、促脉：三者均属有歇止的脉象。但促脉为脉数而中止，结脉为脉缓而中止，二者歇止均不规则；代脉是脉来一止，其脉率可快可慢，且歇止有规则，歇止时间较长。

(二) 对举法

对举法就是把两种相反的脉象对比而加以鉴别的方法。除上述六纲脉的分类包含有对举的内容之外，再举例说明如下：

(1) 浮脉与沉脉：是脉位浅深相反的两种脉象。浮脉脉位浅表，轻取即得，重按反弱，“如水漂木”；沉脉脉位深沉，轻取不应，重按始得，“如石投水”。

(2) 迟脉和数脉：是脉率慢快相反的两种脉象。迟脉脉率比平脉慢，一息不足四至；数脉脉率比平脉快，一息五至以上不足七至。

(3) 虚脉与实脉：是脉搏气势相反的两种脉象。虚脉三部脉举按均无力；实脉三部脉举按皆有力。

(4) 滑脉与涩脉：是脉搏流利度相反的两种脉象。滑脉是往来流利，应指圆滑，“如盘走珠”；涩脉是往来艰涩，滞涩不畅，“如轻刀刮竹”。

(5) 洪脉与细脉：是脉体大小和气势强弱相反的两种脉象。洪脉的脉体宽大，充实有力，来势盛而去势衰；细脉脉体细小如线，其势软弱无力，但应指明显。

(6) 长脉与短脉：是脉位长短相反的两种脉象。长脉的脉象是脉管搏动的范围超过寸、关、尺三部；短脉的脉象是脉管的搏动短小，仅在关部明显，而在寸、尺两部不明显。

(7) 弦脉与紧脉：是因脉管性质有差异而脉势脉形有别的两种脉象。弦脉主要是脉管较硬，弹性差，端直以长，如按琴弦；紧脉主要是脉管绷急、弹性高，脉体不大而脉势有力，弹指如转索。

(8) 紧脉与缓脉：是脉搏气势相反的两种脉象。紧脉脉势紧张有力，如按切绞绳转索，脉管的紧张度较高；缓脉脉势怠缓，脉管的紧张度较低，且脉来一息仅四至。

(9) 散脉与牢脉：是脉位与气势相反的两种脉象。散脉脉位浅表，浮取应指，脉势软弱，散而零乱，至数不清，中取、沉取不应；牢脉脉位深沉，脉势充实有力，实大弦长，坚牢不移。

三、相兼脉

凡二种或二种以上的单因素脉相兼出现，复合构成的脉象即称为“相兼脉”或“复合脉”。

由于疾病是一个复杂的过程，可以由多种致病因素相兼致病，疾病中邪正斗争的形势会不断发生变化，疾病的性质和病位亦可随之而变。因此，病人的脉象经常是二种或二种以上相兼出现。

在二十八脉中，有的脉象属于单因素脉，如浮、沉、迟、数、长、短、大、细等脉便属

此类；而有些脉本身就是由几种单因素脉合成的，如弱脉是由沉、细、软三种因素合成，濡脉是由浮、细、软三种因素合成；动脉由滑、数、短三者合成；牢脉由沉、实、大、弦、长五种合成。

实际上临床所见脉象基本上都是复合脉。因为脉位、脉次、脉形、脉势等都只是从一个侧面论脉，而诊脉时则必须从多方面进行综合考察，论脉位不可能不涉及脉之次、形、势，其余亦然。如数脉，必究其是有力还是无力、是浮数还是沉数、是洪数还是细数等等。

这里尚需介绍其他一些复合脉。如浮数为二合脉，沉细数为三合脉，浮数滑实为四合脉。

只要不是性质完全相反的脉，一般均可相兼出现。这些相兼脉象的主病，往往就是各种单因素脉象主病的综合。临床常见相兼脉及其主病列举如下：

浮紧脉：多见于外感寒邪之表寒证，或风寒痹病疼痛。

浮缓脉：多见于风邪伤卫，营卫不和的太阳中风证。

浮数脉：多见于风热袭表的表热证。

浮滑脉：多见于表证夹痰，常见于素体多痰湿而又感受外邪者。

沉迟脉：多见于里寒证。

沉弦脉：多见于肝郁气滞，或水饮内停。

沉涩脉：多见于血瘀，尤常见于阳虚而寒凝血瘀者。

沉缓脉：多见于脾虚，水湿停留。

沉细数脉：多见于阴虚内热或血虚。

弦紧脉：多见于寒证、痛症，常见于寒滞肝脉，或肝郁气滞等所致疼痛等。

弦数脉：多见于肝郁化火或肝胆湿热、肝阳上亢。

弦滑数脉：多见于肝火夹痰，肝胆湿热或肝阳上扰，痰火内蕴等病证。

弦细脉：多见于肝肾阴虚或血虚肝郁，或肝郁脾虚等证。

滑数脉：多见于痰热〔火〕、湿热或食积内热。

洪数脉：多见于阳明经证、气分热盛，多见于外感热病。

综上所述，任何脉象都包含着位、次、形、势等方面的因素，当某一因素突出表现异常时，就以此单一因素而命名，如以脉位浮为单一的突出表现，而脉率适中，脉的形和势不大不小、和缓从容，即称为浮脉；如脉位浮而脉率速，其他因素无异常时，称为浮数脉。又如脉沉而脉形小，脉软无力时，可采用已经定义了的脉名——弱脉，亦可将几种特征并列而命名为沉细无力脉。总之辨脉时务必考察诸方面的因素，并将各种变化因素作为辨证诊断的依据。

四、真脏脉

真脏脉是在疾病危重期出现的无胃、无神、无根的脉象。是病邪深重，元气衰竭，胃气已败的征象，故又称“败脉”、“绝脉”、“死脉”、“怪脉”。

《素问·玉机真脏论》说：“邪气胜者，精气衰也。故病甚者，胃气不能与之俱至于手太阴，故真脏之气独见，独见者，病胜脏也，故曰死。”真脏脉的形态在该文中亦有具体描述：

“真肝脉至中外急，如循刀刃责责然，如按琴瑟弦……；真心脉至坚而搏，如循薏苡子累累然……；真肺脉至大而虚，如以毛羽中人肤……；真肾脉至搏而绝，如指弹石辟辟然……；真脾脉至弱而乍数乍疏……。诸真脏脉见者，皆死不治也。”《医学入门·死脉总诀》说“雀啄连来三五啄，屋漏半日一滴落，弹石硬来寻即散，搭指散乱真解索，鱼翔似有又似无，虾游静中跳一跃，更有釜沸涌如羹，旦占夕死不须药。”可供参考。

根据真脏脉的主要形态特征，大致可以分成三类：

1. 无胃之脉

无胃的脉象以无冲和之意，应指坚搏为主要特征。如脉来弦急，如循刀刃称偃刀脉；脉动短小而坚搏，如循薏苡子为转豆脉；或急促而坚硬，如弹石称弹石脉等。临床提示邪盛正衰，胃气不能相从，心、肝、肾等脏气独现，是病情重危的征兆之一。

2. 无神之脉

无神之脉象以脉律无序，脉形散乱为主要特征。如脉在筋肉间连连数急，三五不调，止而复作，如雀啄食状，称雀啄脉；如屋漏残滴，良久一滴者，称屋漏脉；脉来乍疏乍密，如解乱绳状，称解索脉。主要由脾（胃）、肾阳气衰败所致，提示神气涣散，生命即将告终。

3. 无根之脉

无根脉象以虚大无根或微弱不应指为主要特征。若浮数之极，至数不清，如釜中沸水，浮泛无根，称釜沸脉，为三阳热极，阴液枯竭之候；脉在皮肤，头定而尾摇，似有似无，如鱼在水中游动，称鱼翔脉；脉在皮肤，如虾游水，时而跃然而去，须臾又来，伴有急促躁动之象，称虾游脉。均为三阴寒极，亡阳于外，虚阳浮越的征象。

但是，随着医疗技术的不断提高，通过不断研究和临床实践，对真脏脉亦有新的认识，其中有一部分是由于心脏器质性病变所造成的，但不一定是无药可救的死证，应仔细观察，尽力救治。

五、妇人脉与小儿脉

（一）诊妇人脉

妇人有经、孕、产育等特殊的生理活动及其病变，因而其脉诊亦有一定的特殊性。

1. 诊月经脉

妇人左关、尺脉忽洪大于右手，口不苦，身不热，腹不胀，是月经将至。寸关脉调和而尺脉弱或细涩者，月经多不利。

妇人闭经，尺脉虚细而涩者，多为精血亏少的虚闭；尺脉弦涩者，多为气滞血瘀的实闭；脉象弦滑者，多为痰湿阻于胞宫。

2. 诊妊娠脉

已婚妇女，平时月经正常，突然停经，脉来滑数冲和，兼饮食偏嗜者，多为妊娠之征。《素问·阴阳别论》云：“阴搏阳别，谓之有子。”《素问·平人氣象论》又云：“妇人手少阴脉动甚者，妊子也。”指出妇人两尺脉搏动强于寸脉或左寸脉滑数动甚者，均为妊娠之征。尺脉候肾，胞宫系于肾，妊娠后胎气鼓动，故两尺脉滑数搏指，异于寸部脉者为有孕之征。此

两说可供临床参考。

3. 诊临产脉

妇人临产时，脉象会异于平常。《诸病源候论·妇人难产病诸候》中云：“诊其尺脉，转急如切绳转珠者，即产也。”《脉经》卷九中谓：“妇人怀妊离经，其脉浮，设腹痛引腰脊，为今欲生也。”《医宗必读·新著四言脉诀》认为“离经者，离乎经常之脉也。”由上可知，临产妇人可出现不同于平常的脉象，其脉多浮，或脉数而滑或紧。清·王燕昌《医存》云：“妇人两中指顶节之两旁，非正产时则无脉，……若此处脉跳，腹连腰痛，一阵紧一阵，二目乱出金花，乃正产时也。”薛己《女科撮要·保产》亦指出：“欲产之时，但觉腹内转动……试捏产母手中指中节或本节跳动，方与临盆，即产矣。”这说明孕妇在平时无脉的中指中节或本节的两旁出现脉搏跳动，即是临产之兆。诊脉方法如（图 5-9）。

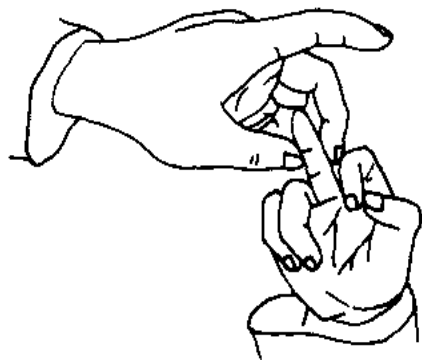


图 5-9 切中指离经脉法示意图

（二）诊小儿脉

诊小儿脉在《内经》中已有记述，自后世医家提出望小儿指纹的诊法以后，对于 3 岁以内的婴幼儿，往往以望指纹代脉诊，对 3 岁以上者才采用脉诊。

1. 诊小儿脉方法

小儿寸口部位短，难以布三指以分三关，故诊小儿脉的方法与诊成人不同，常采用一指总候三部诊法，简称一指定三关。

操作方法是左手握小儿手，对 3 岁以内婴幼儿，医生可用右手拇指或食指按于掌后高骨处诊得脉动，不分三部，以定至数为主（如图 5-10）；对 3~5 岁病儿，以高骨中线为关，向高骨的前后两侧（掌端和肘端）滚转寻三部（如图 5-11）；对 6~8 岁病儿，可以向高骨的前后两侧（掌端和肘端）挪动拇指，分别诊寸、关、尺三部；对 9~10 岁病儿，可以次第下指，依寸、关、尺三部诊脉；对 10 岁以上的病儿，则可按诊成人脉的方法取脉。

2. 小儿正常脉象的特点

由于小儿脏腑娇嫩、形气未充，且又生机旺盛、发育迅速，故正常小儿的平和脉象，较成人脉软而速，年龄越小，脉搏越快。若按成人正常呼吸定息，2~3 岁的小儿，脉动 6~7 次为常脉，约每分钟脉跳 100~120 次；5~10 岁的小儿，脉动 6 次为常脉，约每分钟脉跳 100 次左右，4~5 至为迟脉。

3. 小儿病脉

由于小儿疾病一般都比较单纯，故其病脉也不似成人那么复杂。主要以脉的浮、沉、迟、数辨病证的表、里、寒、热；以脉的有力、无力定病证的虚、实。浮脉多见于表证，浮而有力为表实，浮而无力为表虚；沉脉多见于里证，沉而有力为里实，沉而无力为里虚；迟脉多见于寒证，迟而有力为实寒，迟而无力为虚寒；数脉多见于热证，浮数为表热，沉数为

里热，数而有力为实热，数而无力为虚热。

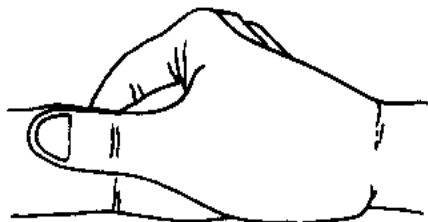


图 5-10 诊小儿脉法示意图 I



图 5-11 诊小儿脉法示意图 II

此外，痰热壅盛或食积内停可见滑脉；湿邪为病可见濡脉；心气、心阳不足可见歇止脉。

第四节 脉诊的临床运用及意义

一、脉诊的临床运用

由于脉象与主病之间的关系十分复杂，因而对于如何分析脉象所反映的不同病证本质，或辨别病证所出现的不同脉象，在脉诊临床运用中，需要注意下列几个问题：

（一）独异脉的诊断意义

临床时若能发现疾病中所表现出的某种特殊的脉象变化，即“独异脉”，这对于病证诊断是极为有益的。如《景岳全书·脉神章·独论》说：“独之为义，有部位之独也，有脏气之独也，有脉体之独也。部位之独者，谓诸部无恙，惟此稍乖，乖处藏奸，此其独也。脏气之独者，不得以部位为拘也，如诸见洪者皆是心脉，……五脏之中，各有五脉，五脉互见，独乖者病……。脉体之独者，如经所云，独小者病，独大者病，独疾者病，独迟者病……。但得其一而即见病之本矣。”

“部位之异”是指某种脉象仅见于某一部，例如左关脉独弦，右寸脉独弱之类。这些脉的主病多与该部所属脏腑有关。如左关脉弦为肝郁，右寸脉弱为肺虚，左尺脉弱多肾虚等等，余此类推。

“脏气之独”是指某些脉常见于相应脏腑的病证，如结、代、促脉常是心病的表现，其他如肝病多见弦脉、肺病常见浮脉、脾病常见缓脉、肾病的脉象多沉等，五脏之中，各有本脉，独见者病也。

“脉体之独”是指病中突出表现为某种脉象，其所主的病证自明，如滑脉主痰湿、湿热、

食积，紧脉主伤寒、痛症，濡脉主脾虚、湿困，伏脉主邪闭、厥病、痛极，芤脉见于亡血、伤阴之际等。

（二）辨脉主病不可拘泥

脉象一般以浮为主表，沉为在里，数多热，迟多寒，弦大为实，细微为虚。但这些表、里、寒、热、虚、实之间，又有真假疑似，须要注意。如《景岳全书·脉神章·真辨》说：“浮虽属表，而凡阴虚血少，中气亏损者，必浮而无力，是浮不可以概言表；沉虽属里，而凡外邪初感之深者，寒束皮毛，脉不能达，其必沉紧，是沉不可以概言里。数为热，而真热者未必数，凡虚损之证，阴阳俱困，气血张皇，虚甚者数必甚，是数不可以概言热；迟虽为寒，凡伤寒初退，余热未清，脉多迟滑，是迟不可以概言寒。”

（三）脉症顺逆与从舍

脉症顺逆，是指脉与症的相应与不相应，以判断病情的顺逆。一般而论，脉与症相一致者为顺，反之为逆。如暴病脉来浮、洪、数、实者为顺，反映正气充盛能够抗邪；久病脉来沉、微、细、弱者为顺，说明正虽不足而邪亦不盛。若新病脉反见沉、细、微、弱，说明正气虚衰；久病脉反见浮、洪、数、实等，则表示正气衰而邪不退，均属逆证。

脉与症有时有不相应者，故临床时当根据疾病的本质决定从舍，或舍脉从症，或舍症从脉。如自觉烦热，而脉见微弱者，必属虚火；腹虽胀满，而脉微弱者，则是脾胃虚弱之故。胸腹不灼，而见脉大者，必非火邪；本无胀满疼痛，而脉见弦强者，并非实证。脉有从舍，说明脉象只是疾病表现的一个方面，因而要四诊合参，才能全面认识疾病的本质。

二、脉诊的意义

诊脉是中医临床不可缺少的诊察步骤和内容。脉诊之所以重要，是由于脉象能传递机体各部分的生理病理信息，是窥视体内功能变化的窗口，可为诊断病证提供重要依据。

中医整体观指出，人体是一个有机的整体，《灵枢·脉度》载：“阴脉荣其脏，阳脉荣其腑，……其流溢之气，内溉脏腑，外濡腠理。”表明机体各部分的功能有赖经络气血的运行流注和温煦濡养而实现；同时人体又与自然界相应，人的经脉气血随日月运转而产生相应的变化，正如《素问·脉要精微论》所说：“四变之动，脉与之上下。”上述各种生命现象，都通过脉象的动态变化及时地反映出来。但是，脉象的生理性变异有一定的限度和规律（不失胃气为平）。当机体遭受外邪侵扰时，这种生理性平衡就遭到破坏，造成气血、脏腑功能逆乱，反映在脉象上就出现各种病脉。《景岳全书·脉神章·脉神》载：“脉者血气之神，邪正之鉴也，有诸内必形诸外。故血气盛者脉必盛，血气衰者脉必衰，无病者脉必正，有病者脉必乖。”脉象的盛、衰、正、乖，都是气血邪正的外在表现，通过诊脉可以了解气血的虚实，阴阳的盛衰，脏腑功能的强弱，以及邪正力量的消长，为治疗指出方向。医生不识脉就无以辨证，不辨证就无以论治，只有精通脉理，方能成为良医。脉诊的临床意义，可归纳为以下四个方面：

（一）辨别病证的部位

病证的部位就是指机体发生疾病时，病邪在表或在里，或侵犯机体的何脏何腑等。五脏六腑之气血，无不通于心脉。因此，当脏腑生理功能发生病理改变时，便会影响气血的正常运行而在脉象上反映出来。如浮脉多主表证，沉脉多为里证。寸口部的寸、关、尺三部，在左分属心、肝胆、肾，在右分属肺、脾胃、肾，若某部脉象发生特异变化，则应考虑其相应脏腑发生病变的可能，如两手尺部脉见微弱，多为肾气虚衰；右关部见弱脉多为脾胃气虚；右寸部见洪脉多为心火上炎或上焦实热等。

“心主身之血脉”，“诸血者，皆属于心”，脉与心息息相关，脉搏是心功能的具体表现，故诊察脉象尤可帮助诊断心的病证。如促、结、代三脉多见于心血、心阴不足或心气亏虚、心阳不振的病人。又如随着医疗技术的不断发展，在大量的临床实践中，证实真脏脉中的大部分是心律失常的脉象，而其中绝大部分又是由心脏器质性病变所造成。

（二）判断病证的性质

病证的性质就是指病证属寒或属热，以及痰饮瘀滞等。《素问·脉要精微论》说：“长则气治，短则气病，数则烦心，大则病进，上盛则气高，下盛则气胀，代则气衰，细则气少，涩则心痛……。”说明各种脉象都能在一定程度上反映证候的病理特点。如寒与热均可改变气血在体内运行的速率，常反映出不同的脉象，故可从不同的脉象上判断病变的性质。数脉、洪脉、滑脉、长脉等，多见于热证，有力为实热，无力为虚热；迟脉、紧脉等，多见于寒证，有力为实寒，无力为虚寒。

（三）分辨邪正的盛衰

疾病过程中邪正双方的盛衰，必然影响脉象的变化，故诊察脉象可以分辨疾病过程中的邪正盛衰。如脉见虚、细、弱、微、短、革、代等无力脉象，多为气血不足、精亏、阳气衰微所致之虚证；若脉见实、洪、滑、弦、紧、长等有力脉象，则多为邪气亢盛，正气不衰，正邪交争剧烈所致之实证。

（四）推断病证的进退

通过诊脉能及时反馈病变的信息，可以判断病情的轻重，推测预后的凶吉，观察疗效的好坏。

观察脉象推断疾病的进退和预后，必须结合症状，脉症合参；并要注意对脉象的动态观察。如外感病脉象由浮转沉，表示病邪由表入里；由沉转浮为病邪由里出表。久病而脉象和缓，或脉力逐渐增强，是胃气渐复，病退向愈之兆；久病气虚或失血、泄泻而脉象虚大，则多属邪盛正衰，病情加重的征兆。热病脉象多滑数，若汗出热退而脉转缓和为病退；若大汗后热退身凉而脉反促急、烦躁者为病进，并有亡阳虚脱的可能。正如《景岳全书·脉神章·胃气解》所说：“若欲察病之进退吉凶者，但当以胃气为主，察之之法，如今日尚和缓，明日更弦急，知邪气之愈进，邪愈进则病愈甚矣。今日甚弦急，明日稍和缓，知胃气之渐至，胃

气至则病渐轻矣。即如顷刻之间，初急后缓者，胃气之来也；初缓后急者，胃气之去也。此察邪正进退之法也。”所以缺乏和缓从容之势的脉象，是预后凶险的征兆。

此外，脉象和症状都是疾病的表现，二者通常反映一致的特性，若脉与症不一致时，则提示病情比较复杂，治疗比较困难，预后较差，如脱血者脉反洪，是元气外脱的征兆；病寒热而脉反细弱，是元气虚陷，正不胜邪的现象。这些情况多反映邪正的消长和病情进退，对推测疾病的预后吉凶有一定意义。

第六章

按 诊

按诊是医生用手直接接触或按压病人某些部位，以了解局部冷热、润燥、软硬、压痛、肿块或其他异常变化，从而推断疾病部位、性质和病情轻重等情况的一种诊断方法。

按诊是切诊的重要组成部分，是诊法中不容忽视的一环。按诊不仅可以进一步确定望诊之所见，补充望诊之不足，而且亦可为问诊提示重点，特别是对脘腹部疾病的诊断有着更为重要的作用，例如肠痈、癥瘕（肿瘤、肥气、肝积、肠覃、石瘕之类）等，通过按诊可以进一步探明疾病的部位、性质和程度，使其表现客观化。

按诊的运用，早在《内经》中就有记载。汉代张仲景在《伤寒杂病论》中对按诊的论述更多，尤其是胸腹部的按诊，已成为诊断和治疗疾病的重要依据。清代以后，按诊在一些医书中还列有专门篇章论述，拓宽了应用范围。近代对中医腹诊及腧穴诊断作了较为深入的研究，不仅在方法上有些与西医的触诊和叩诊相沟通，而且在疾病的诊断意义和原理上也进行了探讨。

第一节 按诊的方法与意义

一、按诊的体位

根据按诊的目的和准备检查的部位不同，应采取不同的体位和手法。

诊前首先需选择好适当的体位，然后充分暴露按诊部位。一般病人应取坐位或仰卧位或侧卧位。病人取坐位时，医生应面对病人而坐或站立进行。用左手稍扶病体，右手触摸按压某一局部。这种体位多用于皮肤、手足、腧穴的按诊。按胸腹时，病人须采取仰卧位，全身放松，两腿自然伸直，两手臂放在身旁，医生站在病人右侧，用右手或双手对病人胸腹某些部位进行切按。在切按腹内肿块或腹肌紧张度时，可让病人屈起双膝，使腹肌松弛或做深呼吸，以便于切按（图6-1）。

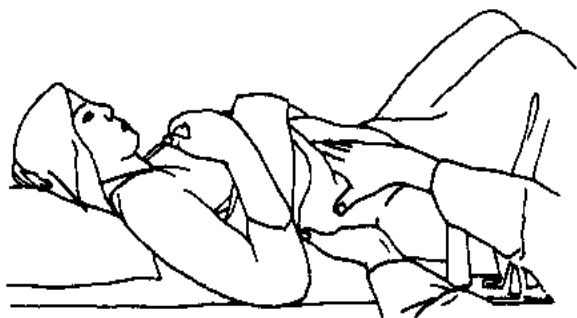


图 6-1 病人仰卧位

必要时可采取侧卧位。右侧位按诊时，病人右下肢伸直，左下肢屈髋、屈膝；左侧位按

诊时，病人左下肢伸直，右下肢屈髋、屈膝，进行触摸推寻（图 6-2）。此种方法，常用于仰卧位触摸不清或难以排除时，换位后再进一步确诊。另外，对腹部肿瘤的按诊，必要时亦可采取肘膝位，病人用两肘、两膝趴在检查床上，医生站在病人左侧，用右手稍抚病人腰背部，左手按摸推寻病人腹部（图 6-3）。

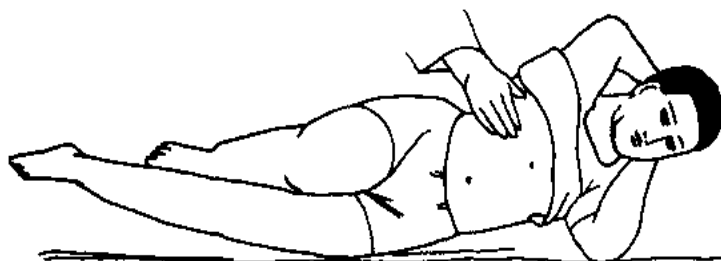


图 6-2 病人侧卧位

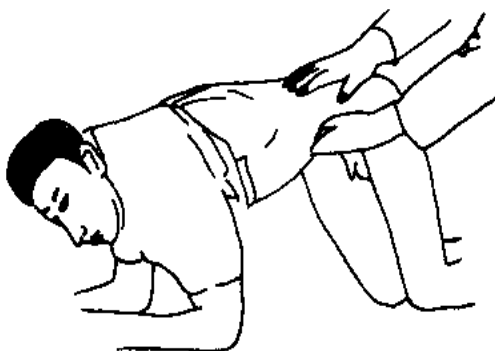


图 6-3 病人肘膝位

二、按诊的手法

主要有触、摸、按、叩四法。

1. 触法

是医生将自然并拢的第二、三、四、五手指掌面或全手掌轻轻接触或轻柔地进行滑动触摸病人局部皮肤，如额部、四肢及胸腹部的皮肤，以了解肌肤的凉热、润燥等情况，用于分辨病属外感还是内伤，是否汗出，以及阳气津血的盈亏。

2. 摸法

是医生用指掌稍用力寻抚局部，如胸腹、腧穴、肿胀部位等，探明局部的感觉情况，如有无疼痛和肿物，肿胀部位的范围及肿胀程度等，以辨别病位及病性的虚实。

3. 按法

是以重手按压或推寻局部，如胸腹部或某一肿胀或肿瘤部位，了解深部有无压痛或肿块，肿块的形态、大小，质地的软硬、光滑度、活动程度等，以辨脏腑虚实和邪气的痼结情况。

以上三法的区别表现在指力轻重不同，所达部位浅深有别。触则用手轻诊皮肤，摸则稍用力达于肌层，按则重指力诊筋骨或腹腔深部，临床操作时可综合运用。

按诊的顺序一般是先触摸,后按压,由轻而重,由浅入深,从健康部位开始,逐渐移向病变区域,先远后近,先上后下地进行诊察。这里所讲先上后下是从对病人诊察的整体部位而言,就病变的某一局部的按诊来说,有时是从下向上的逐步寻摸,如肝、脾按诊,寻按方向要根据病证的需要来确定。

4. 叩法

即叩击法。是医生用手叩击病人身体某部,使之震动产生叩击音、波动感或震动感,以此确定病变的性质和程度的一种检查方法。叩击法有直接叩击法和间接叩击法两种。

(1) 直接叩击法:是医生用中指指尖或并拢的二、三、四、五指的掌面轻轻地直接叩击或拍打按诊部位,通过听音响和叩击手指的感觉来判断病变部位的情况。例如,对鼓胀病人腹部可进行直接叩诊,医生根据叩击音及手感,来辨别气鼓或水鼓。若叩之音如击鼓者为气鼓;叩之音实而浊者为水鼓。也可将手放于患者腹部两侧对称部位,用一侧手叩击,若对侧手掌感到有震动波者,是有积水的表现。

(2) 间接叩击法:有拳掌叩击法和指指叩击法。①拳掌叩击法(图 6-4)是医生用左手掌平贴在病人的诊察部位,右手握成空拳叩击左手背,边叩边询问患者叩击部位的感觉,有无局部疼痛,医生根据病人感觉以及左手震动感,以推测病变部位、性质和程度。临床常用以诊察腹部和腰部疾病,例如用此方法诊察腰部,若病者有叩击痛时,除考虑可能与局部骨骼疾病有关外,主要与肾脏疾病有关。②指指叩击法(图 6-5)是医生用左手中指第二指节紧贴病体需诊察的部位,其他手指稍微抬起,勿与体表接触,右手指自然弯曲,第二、四、五指微翘起,以中指指端叩击左手中指第二指节前端,叩击方向应与叩击部位垂直,叩时应应用腕关节与掌指关节活动之力,指力要均匀适中,叩击动作要灵活、短促、富有弹性,叩击后右手中指应立即抬起,以免影响音响。此法病人可采取坐位或仰卧位,常用于对胸背腹及肋间的诊察,如两肋叩击音实而浊,多为悬饮之表现。

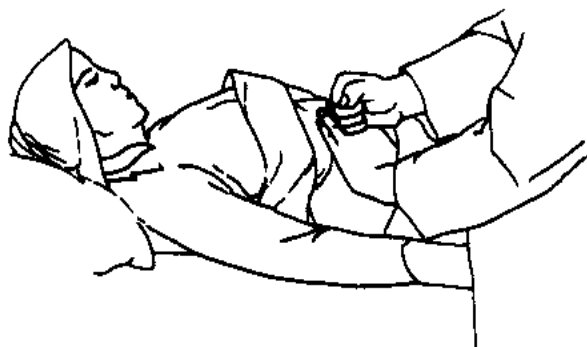


图 6-4 拳掌叩击法



图 6-5 指指叩击法

三、按诊注意事项

医生在进行按诊时应注意以下事项:①按诊的体位及触、摸、按、叩四种手法的选择应具有针对性。临诊时,必须根据不同疾病要求的诊察目的和部位,选择适当的体位和方法。

否则，将难以获得准确的诊断资料，亦即失去按诊的意义。②医生举止要稳重大方，态度要严肃认真，手法要轻巧柔和，避免突然暴力或冷手按诊，以免引起病人精神和肌肉紧张，以致不能配合，影响诊察的准确性。③注意争取病人的主动配合，使病人能准确地反映病位的感觉。如诊察病人肝、脾时，请病人作腹式呼吸运动，随着病人的深吸气，有节奏地进行按诊。同时亦可让病人由仰卧位改为侧卧位配合诊察。④要边检查边注意观察病人的反应及表情变化，注意对侧部位以及健康部位与疾病部位的比较，以了解病痛所在的准确部位及程度。⑤要边询问是否有压痛及疼痛程度，边通过谈话了解病情，以转移病人的注意力，减少病人因精神紧张而出现的假象反应，保证按诊检查结果的准确性。

第二节 按诊的内容

按诊的运用相当广泛，涉及到各科疾病及全身各部分，尤其是对腹部疾病的诊察更为重要。临床上常用的按诊内容有按胸胁、按脘腹、按肌肤、按手足、按腧穴等。

一、按胸胁

是指根据病情的需要，有目的地对前胸和胁肋部进行触摸、按压或叩击，以了解局部及内脏病变的情况。

胸胁的部位：胸胁即前胸和侧胸部的统称。前胸部即缺盆（锁骨上窝）至横膈以上。侧胸部又称胁肋部或肋部，即胸部两侧，由腋下至十一、十二肋骨端的区域（图 6-6）。

传统上“胸”指缺盆下，腹之上有骨之处；胸骨体下端尖突谓之“鸠尾”；肌肉部分谓之“膺”；肋骨下之软肋处谓之“季肋”；左乳下心尖搏动处为“虚里”。

胸为人体上焦的主要组成部分，包含胸廓、虚里、乳房等重要组织，胸内藏心肺，肋内包括肝胆。所以胸胁按诊除可排除局部皮肤、经络、骨骼病变外，主要是用以诊察心、肺、肝、胆、乳房等脏器组织的病变。

（一）胸部按诊

胸为心肺所居之处，按胸部可以了解心、肺、虚里及腔内（胸膜）等的病变情况。

胸部按诊患者多采取坐位，若病人不能坐时，可先仰卧位诊察前胸，然后侧卧位诊察侧胸及背部。方法多采用触法、摸法和指指叩击法，采取指指叩击法叩击时，左手中指应沿肋间隙滑行（与肋骨平行），右手指力应适中。顺序应由上而下地按前胸、侧胸和背部进行，并应注意两侧对称部位的比较。

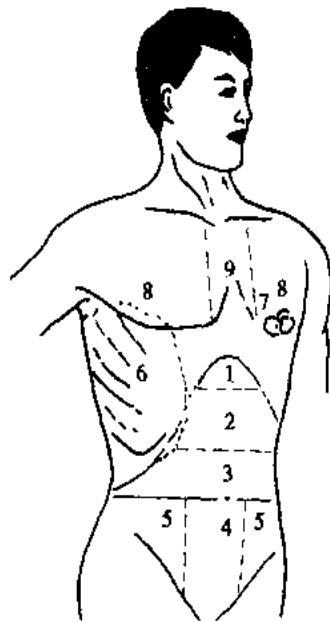


图 6-6 胸腹部部位划分图

1. 心下 2. 胃脘 3. 大腹 4. 小腹
5. 少腹 6. 肋肋 7. 虚里
8. 左、右胸 9. 胸膺

正常胸(肺)部叩诊呈清音,但胸肌发达者、肥胖者或乳房较大者叩诊稍浊,背部较前胸音浊,上方较下方音浊。胸部自上而下叩诊时,浊音与实音交界处即为肺下界,平静呼吸时,肺下界正常于锁骨中线第6肋(左侧可因胃脘鼓音区影响而有变动)、腋中线第8肋、肩胛线第10肋。

肺下界下移可见于肺胀、腹腔脏器下垂等;肺下界上移可见于肺痿、悬饮、鼓胀、腹内肿瘤或癥瘕等。前胸高突,叩之膨膨然有如鼓音,其音清者,系肺气壅滞所致,多为肺胀,可见于气胸;叩之音浊或呈实音,并有胸痛,亦多为饮停胸膈,或肺癆损伤,或肺内有肿瘤,或为肺痛、痰热壅肺者。胸部压痛,有局限性青紫肿胀者,多因外伤(肋骨骨折等)所致。

(二) 乳房按诊

乳房局部压痛,可见于乳痈、乳发、乳疽等病变。

若发现乳房内肿块时,应注意肿块的数目、部位、大小、外形、硬度、压痛和活动度,以及腋窝、锁骨下淋巴结的情况。

妇女乳房有大小不一的肿块,边界不清,质地不硬,活动度好,伴有疼痛者,多见于乳癖。乳房有形如鸡卵的硬结肿块,边界清楚,表面光滑,推之活动而不痛者,多为乳核。乳房有结节如梅李,边缘不清,皮肉相连,病变发展缓慢,日久破溃,流稀脓夹有豆渣样物者,多为乳癆。乳房块肿质硬,形状不规则,高低不平,边界不清,腋窝多可扪及肿块,应考虑乳癌的可能。女子月经将行的青春发育期,或男子、儿童一侧或两侧乳晕部有扁圆形稍硬肿块,触之疼痛,称为乳疔。

(三) 虚里按诊

虚里即心尖搏动处,位于左乳下第四、五肋间,乳头下稍内侧,当心脏收缩时,心尖向胸壁冲击而引起的局部胸壁的向外搏动,可用手指指尖触到。

诊虚里时,一般病人采取坐位和仰卧位,医生位于病人右侧,用右手全掌或指腹平抚于虚里部,并调节压力。按诊内容包括有无搏动、搏动部位及范围、搏动强度和节律、频率、聚散等,以了解宗气之强弱、疾病之虚实、预后之吉凶,尤其当危急病证寸口脉不明显时,诊虚里更具重要的诊断价值。

虚里为诸脉之所宗。虚里按之应手,动而不紧,缓而不怠,动气聚而不散,节律清晰一致,一息4~5至,是心气充盛,宗气积于胸中的正常征象。

病理情况下,虚里搏动移位可因心痹、先天性心脏病等而使心脏增大;鼓胀、癥积等而使腹部膨大,心位抬高;气胸、悬饮、肿瘤等胸腔疾病;胸部畸形,如漏斗胸、脊柱弯曲等而导致。虚里按之其动微弱者为不及,是宗气内虚之征,或为饮停心包之支饮;搏动迟弱,或久病体虚而动数者,多为心阳不足;按之弹手,洪大而搏,或绝而不应者,是心肺气绝,属于危候;孕妇胎前产后,虚里动高者为恶候;虚损劳瘵之病,虚里日渐动高者为病进;虚里搏动数急而时有一止,为宗气不守;胸高而喘,虚里搏动散漫而数者,为心肺气绝之兆;虚里动高,聚而不散者,为热甚,多见于外感热邪、小儿食滞或痘疹将发之时。

因惊恐、大怒或剧烈运动后，虚里动高，片刻之后即能平复如常不属病态；肥胖之人因胸壁较厚，虚里搏动不明显，亦属生理现象。

（四）胁部按诊

肝胆位居右胁，肝胆经脉分布两胁，故按胁肋主要是了解肝胆疾病。脾脏叩诊区在左侧腋中线上第9~11肋间，宽为4~7cm的部位，左胁部按诊应考虑排除脾脏病变。

按胁部常采取仰卧位或侧卧位，除在胸侧腋下至肋弓部位进行按、叩外，还应从上腹部中线向两侧肋弓方向轻循，并按至肋弓下，以了解胁内脏器状况。按诊时应注意是否有肿块及压痛，肿块的质地、大小、形态等。正常情况下，两胁部（包括肋缘下）无脏可触及，无压痛。只有腹壁松弛的瘦人，在深吸气时在肋弓下缘可触到肝脏下缘，质地柔软，无压痛。

若胁痛喜按，胁下按之空虚无力为肝虚；胁下肿块，刺痛拒按为血瘀。若右胁下肿块，质软，表面光滑，边缘钝，有压痛者，多为肝热病、肝著等；若右胁下肿块，质硬，表面平或呈小结节状，边缘锐利，压痛不明显，多为肝积；若右胁下肿块，质地坚硬，按之表面凹凸不平，边缘不规则，常有压痛，应考虑肝癌；若右侧腹直肌外缘与肋缘交界处附近触到梨形囊状物，并有压痛，多为胆石、胆胀等胆囊病变。左胁下痞块，多为肥气等脾脏病变；疟疾后左胁下可触及痞块，按之硬者为疟母。

二、按脘腹

是通过触按、叩击胃脘部及腹部，了解其凉热、软硬、胀满、肿块、压痛以及脏器大小等情况，从而推断有关脏腑的病变及证候性质。

（一）脘腹分区及所候

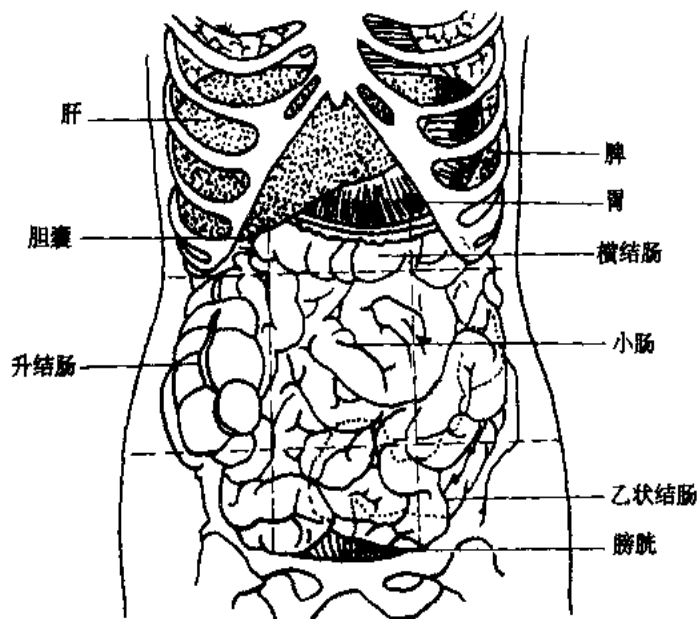


图 6-7 腹部各诊区内脏分布

脘腹各部位的划分：膈以下统称腹部。大体分为心下、胃脘、大腹、小腹、少腹等部分。剑突的下方，称为心下；心下的上腹部，称胃脘部；脐以上的部位称大腹；有称脐周部位为脐腹者；脐以下至耻骨上缘称小腹；小腹的两侧称少腹（图 6-6）。

按腹部主要是诊断肝、胆、脾、胃、肾、小肠、大肠、膀胱、胞宫及其附件组织的病证。按诊时，根据所诊脏腑的不同，首先确定诊区目标。一般肝脏诊区位于大腹右上方至右肋缘下及剑突下方；脾脏诊区位于大腹左侧上方至左肋缘下方；胆位于大腹右侧腹直肌外缘与肋缘交界处；胃位于上腹部偏左；肠位于脐周围（十二指肠在脐右上方，小肠及肠管在脐周围），乙状结肠在左髂窝部，盲肠位于右下腹；肾脏诊区位于腰部左右肋缘下方；膀胱、胞宫位于小腹部耻骨联合的上方；胞宫附件位于左右少腹部（图 6-7）。

（二）脘腹按诊的方法

诊区目标确定后再考虑按诊应采取的体位和方法。通常采用仰卧位或侧卧位。取坐位时，医生应在病人右侧，左手稍扶病人肩背部，右手第二、三、四、五指自然并拢，用指腹或食指桡侧按腹；取仰卧位时，病人两腿稍屈曲，以免局部肌肉紧张，医生应在病人右侧，右手第二、三、四、五指自然并拢，用指腹或食指桡侧按寻。无论采取何种体位，按时皆从脐水平线处开始逐渐移向上腹部剑突下方，如果有明显痞块，应从健康部位逐渐移向病变部位。按时应由浅入深，由轻而重，指力适中。边按边询问，边观察病人表情。注意了解局部手感情况，有无胀满、痞块、软硬程度，以及有无压痛、压痛程度等。

肝的按诊，病人宜取仰卧位，两腿屈起，医生位于病人右侧，以左手掌及四指置于病人右腰部并向上托，大拇指固定于右肋下缘，以右手平放于脐部右侧，用并拢的四指尖部或食指桡侧对着肋缘，并压向深部，在病人吸气时，右手手指稍向肋缘方向推进，但勿随腹壁抬起，如此，逐渐向肋缘按摸（图 6-8）。

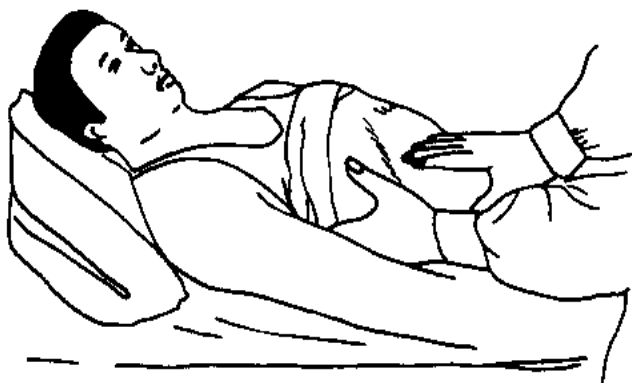


图 6-8 肝下缘触诊法

脾的按诊，病人可采取仰卧或右侧卧位，两腿稍屈曲，医生以左手掌置于病人左胸外侧第 7~10 肋处，固定胸廓，右手平放于腹部，与肋弓成垂直方向，以稍弯曲的手指末端轻压向腹深部，并随病人腹式呼吸运动逐渐由下向上接近左肋弓（图 6-9），以寻摸有无肿大的脾脏。

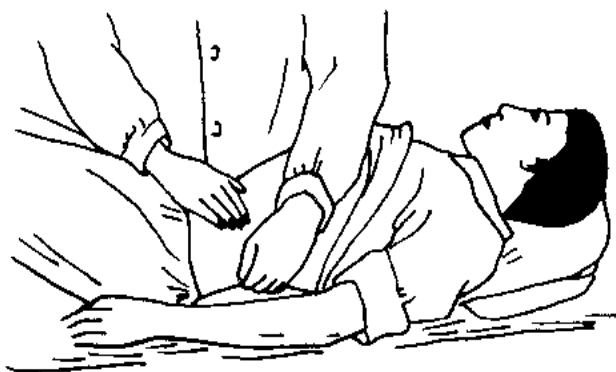


图 6-9 脾脏触诊法

肾脏按诊时，一般采取仰卧位，必要时亦可采取立位。诊右肾时，医生在病人右侧，右手放在右季肋部，以微曲的指端置于肋缘下方，左手平放于右后腰部肾区，随病人呼吸将右手逐渐压向腹深部，同时以左手将后腹壁推向前方，前后两手相互配合寻按肾脏。诊左肾时，医生位于病人左侧，两手相对地更换位置，如上法进行寻按。

（三）脘腹按诊的内容

按诊脘腹部，主要应了解其凉热、软硬、胀满、肿块、压痛以及脏器大小等，以推断脏腑病位和证候性质。

正常情况下，除大肠（结肠）、膀胱（充盈时）按诊可触及外，其他脏器一般不能触及。

一般来说，凡腹部按之肌肤凉而喜温者，属寒证；腹部按之肌肤灼热而喜凉者，属热证；腹痛喜按者多属虚证；腹痛拒按者多属实证。按诊腹部皮肤温凉，对判断真热假寒证有非常重要的意义，无论患者四肢温凉与否，只要胸腹灼热，就基本可以断定疾病的实热本质。

正常人腹壁按之柔软、张力适度。若全腹紧张度降低，触之松软无力，多见于久病重病之人，精气耗损，气血亏虚以及体弱年老之人和经产妇等；若全腹紧张度消失，多见于痿病和脊髓受损导致腹肌瘫痪等；全腹高度紧张，状如硬板，常因急性胃肠穿孔或脏器破裂引起；若右下腹紧张，多见于肠痈患者；湿热蕴结肝胆，胆汁淤滞者，可见右上腹紧张。

腹满有虚实之别，凡脘腹部按之手下饱满充实而有弹性、有压痛者，多为实满；若脘腹部虽然膨满，但按之手下虚软而缺乏弹性，无压痛者，多属虚满。脘部按之有形而胀痛，推之辘辘有声者，为胃中有水饮。腹部高度胀大，如鼓之状者，称为鼓胀。鉴别鼓胀类别时，医生两手分置于腹部两侧相对位置，一手轻轻叩拍腹壁，另一手则有波动感，按之如囊裹水者，为水鼓；一手轻轻叩拍腹壁，另一手无波动感，以手叩击如击鼓之膨膨然者，为气鼓。当腹腔内有过多液体潴留时，因重力的关系，可通过体位的改变，在腹腔低处叩击出浊音；若肠内有气体存在，叩击呈鼓音，此鼓音区域多漂浮在腹水浊音区上面。另外，肥胖之人腹大如鼓，按之柔软，无脐突，无病证表现者，不属病态。

若腹部有肿块，按诊时要注意肿块的部位、形态、大小、硬度、有无压痛和能否移动等情况。凡肿块推之不移，肿块痛有定处者，为癥积，病属血分；肿块推之可移，或痛无定

处，聚散不定者，为瘕聚，病属气分。肿块大者为病深；形状不规则，表面不光滑者为病重；坚硬如石者为恶候。若腹中结块，按之起伏聚散，往来不定，或按之形如条索状，久按转移不定，或按之手下如蚯蚓蠕动者，多为虫积。小腹部触及肿物，若触之有弹性，不能被推移，呈横置的椭圆或球形，按压时有压痛，有尿意，排空尿后肿物消失者，多系因积尿所致而胀大的膀胱；排空尿后小腹肿物不消，若系妇女停经后者，多为怀孕而胀大的胞宫；否则可能是石瘕等胞宫或膀胱的肿瘤。

腹痛喜按，按之痛减，腹壁柔软者，多为虚证，常见的有脾胃气虚等；腹痛拒按，按之痛甚，并伴有腹部硬满者，多为实证，如饮食积滞、胃肠积热之阳明腑实、瘀血肿块等。局部肿胀拒按者，多为内痈；按之疼痛，固定不移，多为内有瘀血；按之胀痛，病处按此联彼者，为病在气分，多为气滞气闭。

腹部压痛的出现，多表示该处腹腔内的脏器有损害。右季肋部压痛，见于肝、胆、右肾和升结肠的病变；上腹部压痛，见于肝、胆、胃腑、胰和横结肠病变；左季肋部压痛，见于脾、左肾、降结肠等病变；右腰部压痛，多见于肾和升结肠病变；脐部压痛，见于小肠、横结肠、输尿管病变；左腰部压痛，见于左肾、降结肠病变；下腹部压痛，常见于膀胱疾病、肠痈或女性生殖器官病变。左少腹作痛，按之累累有硬块者，多为肠中有宿粪；右少腹作痛而拒按，或出现“反跳痛”（按之局部有压痛，若突然移去手指，腹部疼痛加剧），或按之有包块应手者，常见于肠痈等病。

妇女妊娠3个月后，一般可以在其小腹部触及胀大的胞宫；妊娠5~6个月时，胞宫底约与脐平；妊娠7月时，胞宫底在脐上3横指；妊娠9月至足月时，胞宫底在剑突下2横指。如妊娠后腹形明显大于正常，皮肤光亮，按之胀满者，多为胎水肿满；如腹形明显小于正常，而胎儿尚存活者，多为胎萎不张。

正常人的肾脏一般不能触及，只有身材瘦长的人有时可以触及右肾的下极。当触及肾脏时，患者往往会有类似恶心的不适感觉。如在吸气时能触到1/2以上的肾脏，即可以诊断为肾下垂。当触及肾脏肿大时，多提示肾痈、肾盂积水或肾脏肿瘤。肾水、肾瘕、肾著、肾癆、肾石等肾病患者，有的可以在肾区（肋脊角处）出现不同程度的叩击痛。

三、按肌肤

按肌肤是指触摸某些部位的肌肤，通过诊察其寒热、润燥、滑涩、疼痛、肿胀、皮疹、疮疡等情况，以分析病情的寒热虚实及气血阴阳盛衰的诊断方法。

（一）按肌肤的方法

按肌肤时，可根据病变部位不同，选择适宜体位，以充分暴露按诊部位为原则，医生位于病人右侧，右手手指自然并拢，掌面平贴诊部肌肤之上轻轻滑动，以诊肌肤的寒热、润燥、滑涩，有无皮疹、结节、肿胀、疼痛等。若病人有疼痛时，医生应在局部进行轻重不同程度的按压，以找准疼痛的部位、范围、程度和性质。若发现有结节时，应对结节进一步按诊，可用右手拇指与食指寻其结节边缘及根部，以确定结节的大小、形态、软硬程度、活动情况等。若诊察有肿胀时，医生应用右手拇指或食指在肿胀部位进行按压，以掌握肿胀的范

围、性质等。疮疡按诊，医生可用两手拇指和食指自然伸出，其余三指自然屈曲，用两食指寻按疮疡根底及周围肿胀状况，未破溃的疮疡，可用两手食指对应夹按，或用一食指轻按疮疡顶部，另一食指置于疮疡旁侧，诊其软坚，有无波动感，以了解成脓的程度。

正常肌肤温润而有光泽，富有弹性，无皮疹、肿胀、疼痛、疮疡、结节等。

（二）按肌肤的内容

1. 诊寒热

按肌肤的寒热可了解人体阴阳的盛衰、病邪的性质等。

一般肌肤寒冷、体温偏低者，为阳气衰少；若肌肤冷而大汗淋漓、脉微欲绝者，为亡阳之征。

肌肤灼热，体温升高者，多为实热证；若汗出如油，四肢肌肤尚温而脉躁疾无力者，为亡阴之征。

身灼热而肢厥，为阳热内闭，不得外达，属真热假寒证。

外感病汗出热退身凉，为表邪已解；皮肤无汗而灼热者，为热甚。

身热初按热甚，久按热反轻者，为热在表；久按其热反甚者，为热在里。

肌肤初扪之不觉很热，但扪之稍久即感灼手者，称身热不扬。常兼头身困重，脘痞、苔腻等症，主湿热蕴结证。由于湿性黏滞，湿邪遏制，阳热内伏而难以透达于外，湿郁热蒸，故身热而不扬。

局部病变通过按肌肤之寒热可辨证之阴阳。皮肤不热，红肿不明显者，多为阴证；皮肤灼热而红肿疼痛者，多为阳证。

2. 诊润燥滑涩

通过触摸患者皮肤的滑润和燥涩，可以了解汗出与否及气血津液的盈亏。

一般皮肤干燥者，尚未出汗；湿润者，身已出汗；干瘪者，为津液不足；肌肤滑润者，为气血充盛；肌肤枯涩者，为气血不足。

新病皮肤多滑润而有光泽，为气血未伤之表现。久病肌肤枯涩者，为气血两伤；肌肤甲错者，多为血虚失荣或瘀血所致。

3. 诊疼痛

通过触摸肌肤疼痛的程度，可以分辨疾病的虚实。

一般肌肤濡软，按之痛减者，为虚证；硬痛拒按者，为实证；轻按即痛者，病在表浅；重按方痛者，病在深部。

4. 诊肿胀

用重手按压肌肤肿胀程度，以辨别水肿和气肿。

按之凹陷，不能即起者，为水肿；按之凹陷，举手即起者，为气肿。

5. 诊疮疡

触按疮疡局部的凉热、软硬，可判断证之阴阳寒热。

一般肿硬不热者，属寒证；肿处灼手而有压痛者，属热证；根盘平塌漫肿者，属虚证；根盘收束而隆起者，属实证。患处坚硬多无脓；边硬顶软的已成脓（图 6-10）。

6. 诊尺肤

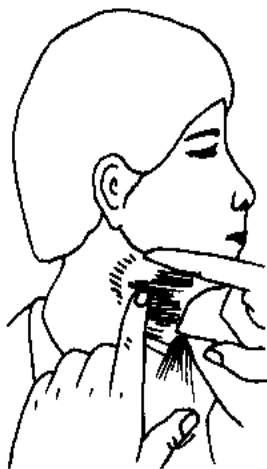


图 6-10 诊疮疡已成

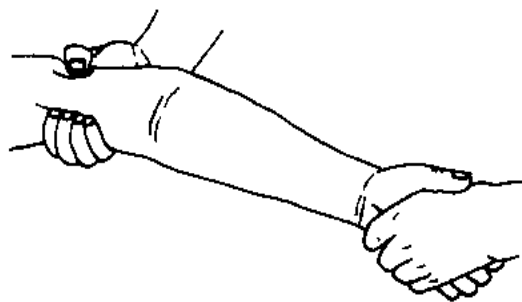


图 6-11 诊尺肤部位

诊尺肤即通过触摸病人肘部内侧至掌后横纹处之间的肌肤，以了解疾病虚实寒热性质的诊察方法。诊尺肤可采取坐位或仰卧位。诊左尺肤时（图 6-11），医生用右手握住病人上臂近肘处，左手握住病人手掌，同时向桡侧转辗前臂，使前臂内侧面面向上平放，尺肤部充分暴露，医生用指腹或手掌平贴尺肤处并上下滑动来感觉尺肤的寒热、滑涩缓急（紧张度）；诊右尺肤时，医生操作手法同上，左、右手置换位置，方向相反。诊尺肤应注意左、右尺肤的对比。

根据尺肤部缓急、滑涩、寒热的情况，来判断疾病的性质。诊尺肤早在《灵枢·论疾诊尺》就记载：“余欲无视色持脉，独调其尺，以言其病，从外知内。审其尺之缓急、小大、滑涩，肉之坚脆，而病形定矣。”

健康人尺肤温润滑爽而有弹性。若尺肤部热甚，多为热证；尺肤部凉，多为泄泻、少气；按尺肤育而不起者，多为风水；尺肤粗糙如枯鱼之鳞者，多为精血不足，或有瘀血内阻。

四、按手足

按手足是通过触摸病人手足部位的冷热程度，以判断病情的寒热虚实及表里内外顺逆。

按诊时病人可取坐位或卧位（仰、侧皆可），充分暴露手足。医生可单手抚摸，亦可用双手分别抚握病人双手足，并作左右比较。按诊的重点在手足心寒热的程度。

正常情况的手足一般是温润的。诊手足寒温，对判断阳气存亡，推测疾病预后，具有重要意义。若阳虚之证，四肢犹温，为阳气尚存；若四肢厥冷，多病情深重。手足俱冷者，为阳虚寒盛，属寒证；手足俱热者，多为阳盛热炽，属热证。热证见手足热者，属顺候；热证反见手足逆冷者，属逆候，多因热盛而阳气闭结于内，不得外达，即热深厥亦深的表现，应注意鉴别。

诊手足时，还可做比较诊法。如手足心与手足背比较，若手足背热甚者，多为外感发

热；手足心热甚者，多为内伤发热。即《东垣十书·辨手心手背》所说：“内伤及劳役饮食不节病，手心热，手背不热；外伤风寒，则手背热，手心不热。”手心热与额上热比较，若额上热甚于手心热者为表热；手心热甚于额上热者为里热。

五、按腧穴

是按压身体的某些特定穴位，通过穴位的变化和反应来判断内脏某些疾病的方法。

腧穴是脏腑经络之气转输之处，是内脏病变反映于体表的反应点。因此，早在《灵枢·背腧》就有记载：“欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其腧也。”

按腧穴可据按诊需要，取坐位或卧（仰卧、俯卧、侧卧）位，关键在于找准腧穴。医生用单手或双手的食指或拇指按压腧穴（图 6-12），若有结节或条索状物时，手指应在穴位处滑动按寻，进一步了解指下物的形态、大小、软硬程度、活动情况等。

按腧穴要注意发现穴位上是否有结节或条索状物，有无压痛或其他敏感反应，然后结合望、闻、问诊所得资料综合分析判断疾病。

正常腧穴按压时有酸胀感、无压痛、无结节或条索状物、无异常感觉和反应。腧穴的病理性反应，则有明显压痛，或有结节，或有条索状物，或其他敏感反应等。如肺俞穴摸到结节，或按中府穴有明显压痛者，为肺病的反应；按上巨虚穴下 1~2 寸处有显著压痛者，为肠痛的表现；肝病患者在肝俞或期门穴常有压痛等。这种具有诊断意义的特定腧穴，在《灵枢·九针十二原》记载有十二原穴，曾说：“五脏有疾也，应出十二原，而原各有所出，明知其原，睹其应，而知五脏之害矣。”临床观察发现，背部腧穴亦同样具有重要的诊断价值。



图 6-12 按背部腧穴

诊断脏腑病变的常用腧穴有：

肺病：中府、肺俞、太渊。

心病：巨阙、膻中、大陵。

肝病：期门、肝俞、太冲。

脾病：章门、太白、脾俞。

肾病：气海、太溪。

大肠病：天枢、大肠俞。

小肠病：关元。

胆病：日月、胆俞。

胃病：胃俞、足三里。

膀胱病：中极。

中 篇

辨 证

辨证论治是中医学的特色与精华，是中医在诊治疾病时应当遵循的原则。对疾病进行辨证诊断，是中医学应有的、独特的内容，它是治疗时立法处方的主要依据。无论疾病病种是否明确，辨证论治都能够根据每个人的具体病情进行灵活处理，从而大大丰富了中医学对疾病的处理能力。

“证”是中医学特有的理性概念，是哲理、医理与临床实践的结合，是认识论、科学观与生命科学、医学实际内容的结合。

临床辨证的一般思维规律，是在中医学理论的指导下，通过对症状、体征等病情资料的综合分析，先明确病位、病性等辨证纲领，再确定辨证具体要素，然后形成完整准确的证名。八纲辨证是辨证的纲领，属于纲领证；病性辨证是辨别证候的性质，属于基础证；脏腑辨证是以病位为主的辨证方法，属于具体证；此外，还有六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、经络辨证等，也是中医学辨证分类的方法。

第七章

八 纲 辨 证

八纲，指表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八个纲领。

根据病情资料，运用八纲进行分析综合，从而辨别疾病现阶段病变部位的浅深、病情性质的寒热、邪正斗争的盛衰和病证类别的阴阳，以作为辨证纲领的方法，称为八纲辨证。

八纲是从各种具体证候的个性中抽象出来的带有普遍规律的共性，它能把错综复杂的临床表现，分别概括为表证、里证、寒证、热证、虚证、实证，再进一步归纳为阴证、阳证两大类。就是说，对于任何一种证候，从大体病位来说，总离不开表或里；从基本性质来说，一般可区分为寒与热；从邪正斗争的关系来说，主要反映为实与虚；从病证类别来说，都可归属于阴或阳。因此，八纲辨证是中医辨证的纲领，是用于分析各种疾病共性的辨证方法，在诊断过程中能起到执简驭繁、提纲挈领的作用。

八纲辨证突出地反映了中医学辨证思维的特点。虽然八纲辨证主要将各种证候概括为四对纲领性证候，每对证候的双方都有与另一方区分的临床表现，但是这并不意味着把临床上

各种证候只是划分为八个孤立而毫不相关的、界限分明的区域，而是八纲之间既相互区别，又相互转化、相互联系、相互错杂。因此，对于八纲辨证，既要掌握八纲的基本证候，又要熟悉八纲之间相互组合形成的各种复合证候类型。

《内经》虽无“八纲”这一名词，但却有八纲具体内容的散在性论述，并且基本确定了其相互间的辩证关系。张仲景在《伤寒杂病论》中，已具体运用八纲对疾病进行辨证论治，如方隅曾在《医林绳墨》中说：“仲景治伤寒，着三百九十七法，一百一十三方，……然究其大要，无出乎表里虚实阴阳寒热，八者而已。”到了明代，八纲辨证的概念与内容，已为许多医家所重视和接受，如陶节庵《伤寒六书·伤寒家秘的本》中说：“审得阴阳表里寒热虚实真切，复审汗下吐温和解之法，治之庶无差误。”王执中《伤寒正脉》亦说：“治病八字，虚实阴阳表里寒热，八字不分，杀人反掌。”张三锡《医学六要》也说：“古人治病大法有八，曰阴、曰阳、曰表、曰里、曰寒、曰热、曰虚、曰实。”张景岳《景岳全书·传忠录》专设“阴阳篇”、“六变辨”，对八纲作了进一步论述，并以二纲统六变，曰：“阴阳既明，则表与里对，虚与实对，寒与热对，明此六变，明此阴阳，则天下之病，固不能出此八者。”明显地将二纲六变作为辨证的纲领。因此，将表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八者作为辨证的纲领，实际上形成于明代。近人祝味菊在《伤寒质难》中说：“所谓‘八纲’者，阴、阳、表、里、寒、热、虚、实是也，古昔医工观察各种疾病之证候，就其性能之不同，归纳于八种纲要，执简驭繁，以应无穷之变。”这是“八纲”名称的正式提出。中医学院二版《中医诊断学》教材中，正式将八纲列为专章进行讨论，于是八纲辨证的内容得以在全国普及。

第一节 八纲基本证候

一、表里辨证

表里是辨别病变部位外内浅深的两个纲领。

表与里是相对的概念，如皮肤与筋骨相对而言，皮肤属表，筋骨属里；脏与腑相对而言，腑属表，脏属里；经络与脏腑相对而言，经络属表，脏腑属里；经络中三阳经与三阴经相对而言，三阳经属表，三阴经属里等。

表里主要代表辨证中病位的外内浅深，一般而论，身体的皮毛、肌腠在外，属表；血脉、骨髓、脏腑在内，属里。临床辨证时，一般把外邪侵犯肌表，病位浅者，称为表证；病在脏腑，病位深者，称为里证。但是表里证候的辨别主要是以临床表现为依据，因而不能把表里看作固定的解剖部位，不能机械地理解。

辨别表里对外感热病的诊断和治疗具有特别重要的意义。这是由于内伤杂病的证候一般属于里证范畴，故分辨病位表里的意义不大，而主要应辨别“里”所在的脏腑等具体病位。而外感病则往往具有由表入里、由浅而深、由轻而重的发展传变过程，因此，表里辨证是对外感病发展阶段性的基本认识，它可说明病情的轻重浅深及病机变化的趋势，从而可把握疾病演变的规律，取得诊疗的主动性。

(一) 表证

指六淫、疫疠等邪气，经皮毛、口鼻侵入机体的初期阶段，正〔卫〕气抗邪于肤表浅层，以新起恶寒发热为主要表现的轻浅证候。

【临床表现】 新起恶风寒，或恶寒发热，头身疼痛，喷嚏，鼻塞，流涕，咽喉痒痛，微有咳嗽、气喘，舌淡红，苔薄，脉浮。

【证候分析】 表证见于外感病初期阶段，--般有感受六淫等邪的原因。《景岳全书·传忠录》说：“表证者，邪气之自外而入者也。凡风寒暑湿火燥，气有不正，皆是也。……病必自表而入者，方得谓之表证。”

外邪袭表，正邪相争，阻遏卫气的正常宣发、温煦功能，故见恶寒发热；外邪束表，经气郁滞不畅，不通则痛，故有头身疼痛；肺主皮毛，鼻为肺窍，皮毛受邪，内应于肺，鼻咽不利，故喷嚏、鼻塞、流清涕，咽喉痒痛；肺气失宣，故微有咳嗽、气喘；病邪在表，尚未入里，没有影响胃气的功能，舌象没有明显变化，故舌淡红、苔薄；正邪相争于表，脉气鼓动于外，故脉浮。

因外邪有六淫、疫疠之异，故表证的证候表现可有差别，但一般以新起恶寒，或恶寒发热并见，脉浮，内部脏腑的症状不明显为共同特征。

表证见于外感病初期，具有起病急、病位浅、病程短的特点。表证是正气抗邪于外的表现，故不能简单地将表证理解为就是皮肤等浅表部位的病变，也不能机械地以为皮毛的病变就一定是表证。

(二) 里证

指病变部位在内，脏腑、气血、骨髓等受病所反映的证候。

【临床表现】 里证的范围极为广泛，其表现多种多样，概而言之，凡非表证（及半表半里证）的特定证候，一般都属里证的范畴，即所谓“非表即里”。其证候特征是无新起恶寒发热并见，以脏腑症状为主要表现。

【证候分析】 形成里证的原因有三个方而：--是外邪袭表，表证不解，病邪传里，形成里证；二是外邪直接入里，侵犯脏腑等部位，即所谓“直中”为病；三是情志内伤，饮食劳倦等因素，直接损伤脏腑气血，或脏腑气血功能紊乱而出现种种证候。

《景岳全书·传忠录》说：“里证者，病之在内、在脏也。凡病自内生则或因七情，或因劳倦，或因饮食所伤，或为酒色所困，皆为里证。”里证由于形成的原因、性质不同，其证候、机理亦各不相同。

里证可见于外感疾病的中、后期阶段，或为内伤疾病。不同的里证，可表现为不同的证候，故很难用几个症状全面概括，但其基本特征是一般病情较重，病位较深，病程较长。

里证的病位虽然同属于“里”，但仍有浅深之别，一般病变在腑、在上、在气者，较为轻浅，病变在脏、在下、在血者，较为深重。

附：半表半里证

指病变既非完全在表，又未完全入里，病位处于表里进退变化之中，以寒热往来等为主要表现的证候。

【临床表现】 寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕，默默不欲饮食，口苦，咽干，目眩，脉弦。

【证候分析】 半表半里证在六经辨证中通常称为少阳病证，是外感病邪由表入里的过程中，邪正分争，少阳枢机不利所表现的证候。

（三）表里证鉴别要点

表证和里证的辨别，主要是审察寒热症状，内脏证候是否突出，舌象、脉象等变化。《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》说：“一病之表里，全在发热与潮热，恶寒与恶热，头痛与腹痛，鼻塞与口燥，舌苔之有无，脉之浮沉以分之。假如发热恶寒，头痛鼻塞，舌上无苔（或作薄白），脉息浮，此表也；如潮热恶热，腹痛口燥，舌苔黄黑，脉息沉，此里也。”可作为辨别表里证的参考。

（1）外感病中，发热恶寒同时并见者属表证；但热不寒或但寒不热者属里证；寒热往来者属半表半里证。

（2）表证以头身疼痛，鼻塞或喷嚏等为常见症状，内脏证候不明显；里证以内脏证候，如咳嗽、心悸、腹痛、呕泻之类表现为主症，鼻塞、头身痛等非其常见症状；半表半里证则有胸胁苦满等特有表现。

（3）表证及半表半里证舌苔变化不明显，里证舌苔多有变化；表证多见浮脉，里证多见沉脉或其他多种脉象。

此外，辨表里证尚应参考起病的缓急、病情的轻重、病程的长短等。

二、寒热辨证

寒热是辨别疾病性质的两个纲领。

疾病的性质，其实不只是为寒为热。但《素问·阴阳应象大论》说：“水火者，阴阳之征兆也。”《景岳全书·传忠录》说：“寒热者，阴阳之化也。”《类经·疾病类》亦说：“水火失其和，则为寒为热。”由于寒热较突出地反映了疾病中机体阴阳的偏盛偏衰、病邪属性的属阴属阳，而阴阳是决定疾病性质的根本，所以说寒热是辨别疾病性质的纲领。

病邪有阳邪与阴邪之分，正气有阳气与阴液之别。阳邪致病导致机体阳气偏盛而阴液受伤，或是阴液亏损而阳气偏亢，均可表现为热证；阴邪致病容易导致机体阴气偏盛而阳气受损，或是阳气虚衰而阴寒内盛，均可表现为寒证。所谓“阳盛则热，阴盛则寒”（《素问·阴阳应象大论》）、“阳虚则外寒，阴虚则内热”（《素问·调经论》），即是此义。这也说明，从分析病邪的属阴属阳与分析机体阴阳的盛衰，所得寒证、热证的认识是基本一致的。

恶寒（及畏寒）、发热与八纲辨证的寒证、热证，既有联系又有区别，二者不能混同，恶寒、发热只是疾病的现象，疾病所表现的寒热征象可有真假之别，而寒证、热证则是对疾病本质所作的判断。

(一) 寒证

指感受寒邪，或阳虚阴盛，导致机体功能活动衰退所表现的具有冷、凉特点的证候。

由于阴盛可表现为寒的证候，阳虚亦可表现为寒的证候，故寒证有实寒证、虚寒证之分。

【临床表现】 常见恶寒，畏寒，冷痛，喜暖，口淡不渴，肢冷蜷卧，痰、涎、涕清稀，小便清长，大便稀溏，面色白，舌淡，苔白而润，脉紧或迟等。

【证候分析】 因感受寒邪，或过服生冷寒凉所致，起病急骤，体质壮实者，多为实寒证；因内伤久病，阳气虚弱而阴寒偏胜者，多为虚寒证。寒邪袭于表，多为表寒证；寒邪客于脏腑，或因阳虚阴盛所致者，多为里寒证。

由于寒邪遏制，阳气被郁，或阳气虚弱，阴寒内盛，形体失却温煦，故见恶寒、畏寒、肢凉、冷痛、喜暖、蜷卧等症；寒不消水，津液未伤，故口不渴，痰、涎、涕、尿等分泌物、排泄物澄澈清冷，苔白而润。

(二) 热证

指感受热邪，或脏腑阳气亢盛，或阴虚阳亢，导致机体机能活动亢进所表现的具有温、热特点的证候。

由于阳盛可表现为热的证候，阴虚亦可表现为热的证候，故热证有实热证、虚热证之分。

【临床表现】 常见发热，恶热喜冷，口渴欲饮，面赤，烦躁不宁，痰、涕黄稠，小便短黄，大便干结，舌红，苔黄燥少津，脉数等。

【证候分析】 因外感火热阳邪，或过服辛辣温热之品，或体内阳热之气过盛所致，病势急骤，形体壮实者，多为实热证；因内伤久病，阴液耗损而阳气偏亢者，多为虚热证。风热之邪袭于表，多为表热证；热邪盛于脏腑，或因阴虚阳亢所致者，多为里热证。

由于阳热偏盛，津液被耗，或因阴液亏虚而阳气偏亢，故见发热、恶热、面赤、烦躁不宁、舌红、苔黄、脉数等一派热象证候；热伤阴津，故见口渴欲饮、痰涕黄稠、小便短黄、大便干结、舌燥少津等症。

(三) 寒热证鉴别要点

寒证与热证，是机体阴阳偏盛偏衰的反映，是疾病性质的主要体现，故应对疾病的全部表现进行综合观察，尤其是恶寒发热、对寒热的喜恶、口渴与否、面色的赤白、四肢的温凉、二便、舌象、脉象等，是辨别寒证与热证的重要依据。见表 7-1。

《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》说：“一病之寒热，全在口渴与不渴，渴而消水与不消水，饮食喜热与喜冷，烦躁厥逆，溺之长短赤白，便之溏结，脉之迟数以分之。假如口渴而能消水，喜冷饮食，烦躁，溺短赤，便结，脉数，此热也；假如口不渴，或假渴而不能消水，喜饮热汤，手足厥冷，溺清长，便溏，脉迟，此寒也。”可作为辨别寒热证的参考。

表 7-1 寒证、热证的鉴别

	寒 证	热 证
寒热喜恶	恶寒喜温	恶热喜凉
口 渴	不 渴	渴喜冷饮
面 色	白	红
四 肢	冷	热
大 便	稀 溏	秘 结
小 便	清 长	短 赤
舌 象	舌淡苔白润	舌红苔黄
脉 象	迟或紧	数

三、虚实辨证

虚实是辨别邪正盛衰的两个纲领，主要反映病变过程中人体正气的强弱和致病邪气的盛衰。

《素问·通评虚实论》说：“邪气盛则实，精气夺则虚。”《景岳全书·传忠录》亦说：“虚实者，有余不足也。”实主要指邪气盛实，虚主要指正气不足，所以实与虚是用以概括和辨别邪正盛衰的两个纲领。

由于邪正斗争是疾病过程中的根本矛盾，阴阳盛衰及其所形成的寒热证候，亦存在着虚实之分，所以分析疾病过程中邪正的虚实关系，是辨证的基本要求，因而《素问·调经论》有“百病之生，皆有虚实”之说。通过虚实辨证，可以了解病体的邪正盛衰，为治疗提供依据。实证宜攻，虚证宜补，虚实辨证准确，攻补方能适宜，才能免犯实实虚虚之误。

（一）实证

指人体感受外邪，或疾病过程中阴阳气血失调，体内病理产物蓄积，以邪气盛、正气不虚为基本病理，表现为有余、亢盛、停聚特征的各种证候。

【临床表现】 由于感邪性质的差异，致病的病理因素不同，以及病邪侵袭、停积部位的差别，因而证候表现各不相同，所以很难以哪几个症状作为实证的代表。临床一般是新起、暴病多实证，病情急剧者多实证，体质壮实者多实证，故《难经·四十八难》有“入者为实”、“急者为实”的说法，《类经·疾病类》亦说：“凡外入之病多有余，如六气所感、饮食所伤之类也。”

【证候分析】 实证范围极为广泛，临床表现十分复杂，其病因病机主要可概括为两个方面：一是风寒暑湿燥火、疫疠以及虫毒等邪气侵犯人体，正气奋起抗邪，故病势较为亢奋、急迫，以寒热显著、疼痛剧烈、或呕泻咳喘明显、二便不通、脉实等症为突出表现。二是内脏功能失调，气化失职，气机阻滞，形成痰、饮、水、湿、脓、瘀血、宿食等有形病理物质，壅聚停积于体内。因此，风邪、寒邪、暑邪、湿邪、热邪、燥邪、疫毒为病，痰阻、饮停、水泛、食积、虫积、气滞、血瘀、脓毒等病理改变，一般都属实证的范畴。

（二）虚证

指人体阴阳、气血、津液、精髓等正气亏虚，而邪气不著，表现为不足、松弛、衰退特征的各种证候。

【临床表现】 各种虚证的表现极不一致，各脏腑虚证的表现更是各不相同，所以很难用几个症状全面概括。临床一般以久病、势缓者多虚证，耗损过多者多虚证，体质素弱者多虚证，故《难经·四十八难》有“出者为虚”、“缓者为虚”的说法，《类经·疾病类》亦说：“内出之病多不足，如七情伤气、劳倦伤精之类也。”

【证候分析】 形成虚证的病因病机，虽可以由先天禀赋不足所导致，但主要是由后天失调和疾病耗损所产生，如饮食失调，营血生化之源不足；思虑太过、悲哀卒恐、过度劳倦等，耗伤气血营阴；房室不节，耗损肾精元气；久病失治、误治，损伤正气；大吐、大泻、大汗、出血、失精等，使阴液气血耗损等，均可形成虚证。

（三）虚实证鉴别要点

虚实证主要可从病程、病势、体质及症状、舌脉等方面加以鉴别。鉴别要点如表 7-2。

表 7-2 虚证、实证的鉴别

		虚 证	实 证
病 程		长（久病）	短（新病）
体 质		多虚弱	多壮实
精 神		萎靡	兴奋
声 息		声低息微	声高气粗
疼 痛		喜按	拒按
胸腹胀满		按之不痛，胀满时减	按之疼痛，胀满不减
发 热		五心烦热，午后微热	蒸蒸壮热
恶 寒		畏寒，得衣近火则减	恶寒，添衣加被不减
舌 象		质嫩，苔少或无苔	质老，苔厚腻
脉 象		无力	有力

四、阴阳辨证

阴阳是八纲中的总纲，是辨别疾病属性的两个纲领。

由于阴、阳分别代表事物相互对立的两个方面，它无所不指，也无所定指，故疾病的性质、临床的证候，一般都可归属于阴或阳的范畴，所以阴阳是辨证的基本大法。《素问·阴阳应象大论》说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”《类经·阴阳类》说：“人之疾病，……必有所本，或本于阴，或本于阳，病变虽多，其本则一。”《景岳全书·传忠录》亦说：“凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领，阴阳无谬，治焉有差？医道虽繁，而可以一言蔽之者，曰阴阳而已。”由此可见阴阳是病证归类的两个基本纲领。

由于阴阳是对各种病情从整体上作出最基本的概括，因此，根据阴与阳的基本属性，可

以对疾病的症状、病位、病性、病势等,进行阴阳分类。八纲中的表里、寒热、虚实六纲,可以从不同侧面概括病情,但只能说明疾病某一方面的特征,而不能反映疾病的全貌,而阴阳两纲则可以对病情进行总的归纳,使复杂的证候纲领化,因此,阴阳两纲可以统帅其他六纲而成为八纲中的总纲。

(一) 阴证

凡见抑制、沉静、衰退、晦暗等表现的里证、寒证、虚证,以及症状表现于内的、向下的、不易发现的,或病邪性质为阴邪致病、病情变化较慢等,均属阴证范畴。

【临床表现】 不同的疾病,表现出的阴证证候不尽相同,各有侧重。其特征性表现主要有:面色苍白或暗淡,精神萎靡,身重踈卧,畏冷肢凉,倦怠无力,语声低怯,纳差,口淡不渴,小便清长或短少,大便溏泄气腥,舌淡胖嫩,脉沉迟、微弱、细。

【证候分析】 精神萎靡、声低乏力,是气虚的表现;畏冷肢凉、口淡不渴、小便清长、大便溏泄气腥,是里寒的症状;舌淡胖嫩、脉沉迟、微弱、细均为虚寒舌脉。

(二) 阳证

凡见兴奋、躁动、亢进、明亮等表现的表证、热证、实证,以及症状表现于外的、向上的、容易发现的,或病邪性质为阳邪致病、病情变化较快等,均属阳证范畴。

【临床表现】 不同的疾病,表现出的阳证证候不尽相同,各有侧重。其特征性表现主要有:面色赤,恶寒发热,肌肤灼热,烦躁不安,语声高亢,呼吸气粗,喘促痰鸣,口干渴饮,小便短赤涩痛,大便秘结奇臭,舌红绛,苔黄黑生芒刺,脉浮数、洪大、滑实。

【证候分析】 恶寒发热并见是表证特征;面红,肌肤灼热,烦躁不安,口干渴饮,小便短赤涩痛,为热证表现;语声高亢,呼吸气粗,喘促痰鸣,大便秘结,为实证症状;舌红绛,苔黄黑起刺,脉浮数、洪大、滑实,均为高热的特征。

(三) 阴阳证鉴别要点

阴证与阳证,其要点可见于表里、寒热、虚实证候的鉴别之中,亦可从四诊角度进行对照鉴别。见表 7-3。

表 7-3 阴证、阳证的鉴别

四诊	阴 证	阳 证
问	恶寒畏冷,喜温,食少乏味,不渴或喜热饮,小便清长或短少,大便溏泄气腥	身热,恶热,喜凉,恶食,心烦,口干渴引饮,小便短赤涩痛,大便干硬,或秘结不通,或有奇臭
望	面色苍白或暗淡,身重踈卧,倦怠无力,精神萎靡,舌淡胖嫩,舌苔润滑	面色潮红或通红,烦躁不安,口唇燥裂,舌红绛,苔黄燥或黑而生芒刺
闻	语声低微,静而少言,呼吸怯弱,气短	语声壮厉,烦而多言,呼吸气粗,喘促痰鸣
切	腹痛喜按,肢凉,脉沉、细、迟、无力等	腹痛拒按,肌肤灼热,脉浮、洪、数、大、滑、有力等

第二节 八纲证候间的关系

八纲中，表里寒热虚实阴阳，各自概括着一个方面的病理本质，然而病理本质的各个方面是互相联系着的。寒热病性、邪正相争不能离开表里病位而存在，反之也没有可以离开寒热虚实等病性而独立存在的表证或里证。因此，用八纲来分析、判断、归类证候，并不是彼此孤立、绝对对立、静止不变的，而是可有相互兼夹、错杂，可有中间状态，并且随病变发展而不断变化。临床辨证时，不仅要注意八纲基本证候的识别，更应把握八纲证候之间的相互关系，只有将八纲联系起来对病情作综合性的分析考察，才能对证候有比较全面、正确的认识。

八纲证候间的相互关系，主要可归纳为证候相兼、证候错杂、证候真假、证候转化四个方面。

一、证候相兼

广义的证候相兼，指各种证候的相兼存在。本处所指为狭义的证候相兼，即在疾病某一阶段，其病位无论是在表、在里，但病情性质上没有寒与热、虚与实等相反的证候存在。

表里、寒热、虚实各自从不同的侧面反映疾病某方面的本质，故不能互相概括、替代，临床上的证候则不可能只涉及到病位或病性的某一方面。因而辨证时，论病位之在表在里，必然要区分其寒热虚实性质；论病性之属寒属热，必然要辨别病位在表或在里、是邪盛或是正虚；论病情之虚实，必察其病位之表里、病性之寒热。

八纲辨证在临床上常见的相兼证候有表实寒证、表实热证、里实寒证、里实热证、里虚寒证、里虚热证等，其临床表现一般是有关纲领证候的相加。如恶寒重发热轻，头身疼痛，无汗，脉浮紧等，为表实寒证；五心烦热，盗汗，口咽干燥，颧红，舌红少津，脉细数等，为里虚热证。

证候相兼，按理尚应有表虚寒证、表虚热证、表里虚寒证、表里虚热证。所谓表虚，主要是指卫表〔阳〕不固证（偏于虚寒），然而以往常将表证有汗出者，称之为“表虚”，表证无汗者，称之为“表实”，其实表证的有无汗出，只是在外邪的作用下，毛窍的闭与未闭，是邪正相争的不同反应，毛窍未闭、肤表疏松而有汗出，不等于疾病的本质属虚。所以，表虚寒证、表里虚寒证，实际上是阳气虚弱所致的里虚寒证；表虚热证、表里虚热证，实际上是阴液亏少所致的里虚热证。

二、证候错杂

指疾病某一阶段，不仅表现为病位的表里同时受病，而且呈现寒、热、虚、实性质相反的证候。

八纲中表里寒热虚实的错杂关系，可以表现为表里同病、寒热错杂、虚实夹杂，临床辨

证应对其进行综合分析。证候间的错杂关系有四种情况：第一类是表里同病而寒热虚实性质并无矛盾，如表里实寒证、表里实热证等；第二类是表里同病，寒热性质相同，但虚实性质相反的证候，如表实寒里虚寒证、表实热里虚热证；第三类是表里同病，虚实性质相同，但寒热性质相反的证候，有表实寒里实热证，即“寒包火”证；第四类是表里同病，而寒与热、虚与实的性质均相反的证候，临床上除可有表实寒里虚热证外，其余组合则极少见到。

在表里同病的情况下，疾病的证候一般都是由内在的病理本质所决定的，如内有积热或阳气偏亢者，其外感表证多从热化；内在阳气不足者，患外感病时，很少见表热证候。所以，表里寒热虚实的错杂证候，虽然从理论上尚可组合为表虚寒里实寒证、表虚热里实热证、表实热里实寒证、表虚热里虚寒证、表虚寒里虚热证、表实热里虚寒证、表虚热里实寒证、表虚寒里实热证等，但临床很少见到。

此外，由于里证的范围极广，故虽为里证，也可有脏腑病位之别，可表现为寒热虚实证候的错杂。因此，临床上的证候是极其错综复杂的。

证候的错杂，势必给辨证与治疗带来困难，因此临床应当认真辨析。同时应当认识，错杂的证候中存在着矛盾的两个方面，都反映着疾病的本质，因而不可忽略。临床辨证当辨析表里证候的缓急，寒热虚实病性的主次，以便采取正确的治疗。

三、证候真假

某些疾病在病情的危重阶段，可以出现一些与疾病本质相反的“假象”，掩盖着病情的真象。

所谓“真”，是指与疾病内在本质相符的证候；所谓“假”，是指疾病表现出某些不符合常规认识的假象，即与病理本质所反映的常规证候不相应的某些表现。对于证候的真假，必须认真辨别，才能去伪存真，抓住疾病的本质，对病情作出准确判断。

（一）寒热真假

当病情发展到寒极或热极的时候，有时会出现一些与其寒、热本质相反的“假象”症状或体征，即所谓真寒假热、真热假寒。

1. 真热假寒

指内有真热而外见某些假寒的“热极似寒”证候。

【临床表现】四肢凉甚至厥冷，神识昏沉，面色紫暗，脉沉迟。身热，胸腹灼热，口鼻气灼，口臭息粗，口渴引饮，小便短黄，舌红苔黄而干，脉有力。

【证候分析】由于邪热内盛，阳气郁闭于内而不能布达于外，故可表现出四肢凉甚至厥冷、脉沉迟等类似阴证的假寒现象；邪热内闭，气血不畅，故见神识昏沉、面色紫暗；热邪内蕴，伤津耗液，故见身热、胸腹灼热、口鼻气灼、口臭息粗、口渴引饮、小便短黄、舌红苔黄而干、脉有力等实热证的表现。

真热假寒证常有热深厥亦深的特点，故可称作热极肢厥证，古代亦有称阳盛格阴证者。

2. 真寒假热

指内有真寒而外见某些假热的“寒极似热”证候。

【临床表现】 自觉发热，欲脱衣揭被，触之胸腹无灼热、下肢厥冷；面色浮红如妆，非满面通红；神志躁扰不宁，疲乏无力；口渴但不欲饮；咽痛而不红肿；脉浮大或数，按之无力；便秘而便质不燥，或下利清谷；小便清长（或尿少浮肿），舌淡，苔白。

【证候分析】 由于阳气虚衰，阴寒内盛，逼迫虚阳浮游于上、格越于外，故可表现为自觉发热，欲脱衣揭被，面色浮红如妆，躁扰不宁，口渴咽痛，脉浮大或数等颇似阳热证的表现。但因其本质为阳气虚衰，肢体失其温煦，水液不得输布、气化，故触之胸腹必然无灼热，且下肢厥冷，口渴而不欲饮，咽部不红肿，面色亦不会满面通红，并见疲乏无力，小便清长，或尿少而浮肿，便质不燥，甚至下利清谷，脉按之无力，舌淡，苔白等里虚寒的证候，故可知其所现“热”症为假象。

真寒假热的实际是阳虚阴盛而阳气浮越，故又称虚阳浮越证，古代亦有称阴盛格阳证、戴阳证者。

3. 寒热真假的鉴别

辨别寒热证候的真假，应以表现于内部、中心的症状为准、为真，肢末、外部的症状是现象，可能为假象，故胸腹的冷热是辨别寒热真假的关键，胸腹灼热者为热证，胸腹部冷而不灼热者为寒证。

对于寒热真假的辨别，《温疫论·论阳证似阴》指出：“捷要辨法，凡阳证似阴，外寒而内必热，故小便血赤；凡阴证似阳者，格阳之证也，上（外）热下（内）寒，故小便清白。但以小便赤白为据，以此推之，万不失一。”确为经验之谈。

（二）虚实真假

虚证与实证，都有真假疑似的情况。《内经知要》所谓“至虚有盛候”、“大实有羸状”，就是指证候的虚实真假。

1. 真实假虚

指本质为实证，反见某些虚羸现象的证候。

【临床表现】 可有神情默默，倦怠懒言，身体羸瘦，脉象沉细等表现。但虽默默不语却语时声高气粗；虽倦怠乏力却动之觉舒；肢体羸瘦而腹部硬满拒按；脉沉细而按之有力。

【证候分析】 由于热结肠胃、痰食壅积、湿热内蕴、瘀血停蓄等，邪气大积大聚，以致经脉阻滞，气血不能畅达，因而表现出神情默默、倦怠懒言、身体羸瘦、脉象沉细等类似虚证的假象。但病变的本质属实，故虽默默不语却语时声高气粗，虽倦怠乏力却动之觉舒，虽肢体羸瘦而腹部硬满拒按，脉虽沉细却按之有力。因此《顾氏医镜》云：“聚积在中，按之则痛，色红气粗，脉来有力，实也；甚则默默不欲语，肢体不欲动，或眩晕昏花，或泄泻不实，是大实有羸状。”

2. 真虚假实

指本质为虚证，反见某些盛实现象的证候。

【临床表现】 可有腹部胀满，呼吸喘促，或二便闭涩，脉数等表现。但腹虽胀满而有时缓解，或触之腹内无肿块而喜按；虽喘促但气短息弱；虽大便闭塞而腹部不甚硬满；虽小便不利但无舌红口渴等症。并有神疲乏力，面色萎黄或淡白，脉虚弱，舌淡胖嫩等症。

【证候分析】其病机多为脏腑虚衰，气血不足，运化无力，气机不畅，故可出现腹部胀满、呼吸喘促、二便闭塞等类似实证的假象。但其本质属虚，故腹部胀满而有时缓解，或内无肿块而喜按，可知并非实邪内积，而是脾虚不运所致；喘促而气短息弱，可知并非邪气壅滞、肺失宣降，而是肺肾气虚、摄纳无权之故；大便闭塞而腹部不甚硬满，系阳气失其温运之能而腑气不行的表现；阳气亏虚而不能气化水液，或肾关开合不利，可表现为小便不通；神疲乏力，面色萎黄或淡白，脉虚弱，舌淡胖嫩，更是正气亏虚的本质表现。因此《顾氏医镜》云：“心下痞痛，按之则止，色悴声短，脉来无力，虚也；甚则胀极而不得食，气不舒便不利，是至虚有盛候。”

3. 虚实真假的鉴别

杨乘六指出：“证有真假凭诸脉，脉有真假凭诸舌。果系实证，则脉必洪大躁疾而重按有力；果系实火，则舌必干燥焦黄而敛束且坚牢也。岂有重按全无脉者，而尚得谓之实证；满舌俱胖嫩者，而尚得谓之实火哉？”（《古今医案按》）可见虚实真假之辨，关键在于脉象的有力无力、有神无神，其中尤以沉取之象为真谛；其次是舌质的嫩胖与苍老，言语呼吸的高亢粗壮与低怯微弱；病人体质状况、病之新久、治疗经过等，也是辨析的依据。

应当指出，临床上反映于虚实方面的证候，往往虚实夹杂者更为常见，即既有正气虚的方面，又有邪气实的方面，病性的虚实夹杂与虚实真假难以截然区分。临床辨证时，应区分虚实的孰轻孰重，并分析其间的因果关系。

四、证候转化

指疾病在其发展变化过程中，其病位、病性，或邪正盛衰的状态发生变化，由一种证候转化为对立的另一种证候。

证候转化是证候的本质与现象均已变换，因此它与证候的相兼、错杂、真假等概念都不同。但应看到，在证候转化这种质变之前，往往有一个量变的过程，因而在证候转化之先，又可以呈现出证候相兼、证候错杂的关系。

证候的转化有两种可能，一是病情由浅及深、由轻而重，向加重方向转化；二是病情由重而轻、由深而浅，向好转方向转化。

（一）表里出入

表里出入是指病情表与里的相互转化，或病情由表入里而转化为里证，或病邪由里出表而有出路。一般而言，这种病位上的变化，由表入里多提示病情转重，由里出表多预示病情减轻。掌握病势的表里出入变化，对于预测疾病的发展与转归，及时改变治法，及时截断、扭转病势，或因势利导，均具有重要意义。

1. 由表入里

指证候由表证转化为里证，即表证入里。表明病情由浅入深，病势发展。

六淫等邪袭表，若不从外解，则常常内传入里，表现为表证的症状消失而出现里证的证候。如先有恶寒发热、脉浮等表证的证候；当恶寒消失，出现但发热不恶寒，舌红苔黄，脉洪数等症时，表示表邪已入里化热而形成里热证。

表证转化为里证，一般见于外感病的初、中期阶段，由于机体未能抗邪向外，或邪气过盛，或护理不当，或失治误治等原因，邪气不从外解，以致向里传变，使病情加重。

2. 由里出表

指在里的病邪有向外透达所表现的证候。表明邪有出路，病情有向愈的趋势。

某些里证在治疗及时、护理得当时，机体抵抗力增强，驱邪外出，从而表现出病邪向外透达的症状或体征。如麻疹患儿热毒内闭，则疹不出而见发热、喘咳、烦躁，若麻毒外透，则疹出而烦热喘咳消除；外感温热病中，见发热烦渴等症，随汗出而热退身凉，烦躁等症减轻，便是邪气从外透达的表现。

由里出表是在里之邪毒有向外透达之机，但这并不是里证转化成表证。因为它不是原有在里的证候消失，而又出现恶寒发热、脉浮等表证的特征性证候。所以《景岳全书·传忠录》说：“病必自表而入者，方得谓之表证，若由内以及外，便非表证矣。”

（二）寒热转化

指疾病的寒热性质发生相反的转变。寒证化热示阳气旺盛，热证转寒示阳气衰惫。

1. 寒证化热

指原为寒证，后出现热证，而寒证随之消失。

寒证化热常见于外感寒邪未及时发散，而机体阳气偏盛，阳热内郁到一定程度，寒邪化热，形成热证；或是寒湿之邪郁遏，而机体阳气不衰，由寒而化热；或因使用温燥之品太过，亦可使寒证转化为热证。如寒湿痹病，初为关节冷痛、重着、麻木，病程日久，或过服温燥药物，而变成患处红肿灼痛；哮喘因寒引发，痰白稀薄，久之见舌红苔黄，痰黄而稠；痰湿凝聚的阴疽冷疮，其形漫肿无头、皮色不变，以后转为红肿热痛而成脓等，均属寒证转化为热证。

2. 热证转寒

指原为热证，后出现寒证，而热证随之消失。

常见于邪热毒气严重的情况之下，或因失治、误治，以致邪气过盛，耗伤正气，正不胜邪，机能衰败，阳气耗散，故而转为虚寒证，甚至出现亡阳的证候。如疫毒痢初期，高热烦渴，舌红脉数，泻利不止，若急骤出现四肢厥冷、面色苍白、脉微，或病程日久，而表现出畏冷肢凉，面白舌淡，皆是由热证转化为寒证。

寒证与热证的相互转化，是由邪正力量的对比所决定的，其关键又在机体阳气的盛衰，寒证转化为热证，是人体正气尚强，阳气较为旺盛，邪气才会从阳化热，提示人体正气尚能抗御邪气；热证转化为寒证，是邪气虽衰而正气不支，阳气耗伤并处于衰败状态，提示正不胜邪，病情加重。

（三）虚实转化

指疾病的虚实性质发生相反的转变。提示邪与正之间的盛衰关系出现了本质性变化。实证转虚为疾病的一般规律，虚证转实常常是证候的虚实夹杂。

1. 实证转虚

指原先表现为实证,后来表现为虚证。提示病情发展。

邪正斗争的趋势,或是正气胜邪而向愈,或是正不胜邪而迁延。故病情日久,或失治误治,正气伤而不足以御邪,皆可形成实证转化为虚证。如本为咳嗽吐痰、息粗而喘、苔腻脉滑,久之见气短而喘、声低懒言、面白、舌淡、脉弱;或初期见高热、口渴、汗多、脉洪数,后期见神疲嗜睡、食少、咽干、舌嫩红无苔、脉细数等,均是邪虽去而正已伤,由实证转化为虚证。

2. 虚证转实

指正气不足,脏腑机能衰退,组织失却濡润充养,或气机运化迟钝,以致气血阻滞,病理产物蓄积,邪实上升为矛盾的主要方面,而表现以实为主的证候。

虚证转实,实际上是因虚而至实,故并非病势向好的方向转变,而是提示病情发展。

如心阳气虚日久,温煦无能,推运无力,则可血行迟缓而成瘀,在原有心悸、气短、脉弱等心气虚证的基础上,尔后出现心胸绞痛、唇舌紫暗、脉涩等症,则是心血瘀阻证,血瘀之实已超过心气之虚,可视作虚证转实。

又如脾肾阳虚,不能温运气化水液,以致水湿泛滥,形成水肿;失血之后,面白、舌淡、脉细,为血虚之候,由于血虚不能润肠,以致腑气不畅,而见大便燥结难下、腹胀、口臭等症。这些一般都是因虚而致实,并不是真正的虚证转化为实证。

总之,所谓虚证转化为实证,并不是指正气来复,病邪转为亢盛,邪盛而正不虚的实证,而是在虚证基础上转化为以实证为主要矛盾的证候。

第三节 八纲辨证的意义

八纲是从具体事物中抽象出来的概念,用八纲辨别归纳证候,是分析疾病共性的辨证方法,是八纲概念在中医学中应用的一个方面。

表里,是用以辨别疾病病位浅深的基本纲领;寒热虚实,是用以辨别疾病性质的基本纲领;阴与阳则是区分疾病类别、归纳证候的总纲,并用来概括表里寒热虚实六纲。由于八纲是对疾病过程中机体反应状态最一般的概括,是对辨证诊断提出的最基本的原则性要求,因此,八纲证候属于纲领证。通过八纲可找出疾病的关键,掌握其要领,确定其类型,预决其趋势,为治疗指出方向。

八纲辨证是辨证的基础,在辨证中有执简驭繁、提纲挈领的作用,适用于临床各科、各种疾病的辨证,而其他辨证分类方法则是八纲辨证的具体深化。

八纲辨证是从八个方面对疾病本质作出纲领性的辨别。但是,这并不意味着八纲辨证只是把各种证候简单、截然地划分为八个区域,由于八纲之间不是彼此孤立的,而是相互联系的、可变的,其间可以相兼、错杂、转化,如表里同病、虚实夹杂、寒热错杂、表证入里、里邪出表、寒证转为热证、热证转为寒证、实证转为虚证、虚证转为实证等,并且有可能出现证候的真假,如真热假寒、真寒假热、真实假虚、真虚假实等,这就大大增加了八纲辨证的复杂程度,从而可组合成多种较为具体的证候,如表里实寒证、表寒里热证等,于是扩大

了对病情进行辨证的可行性、实用性，临床上的证候尽管复杂、多变，但都可用八纲进行概括。

当然，八纲辨证对疾病本质的认识，还是不够深刻、具体的。如里证的概念就非常广泛，八纲未能明确何脏何腑的病变；寒与热不能概括湿、燥等邪气的病理性质；虚证、实证各有种种不同的具体病变内容。因此，八纲毕竟只是“纲”，八纲辨证是比较笼统、抽象的辨证，临床时不能只满足于对八纲的分辨，而应当结合其他辨证分类方法，对疾病的证候进行深入的分析判断。

我们不能把八纲辨证仅仅理解为几类较为笼统证候的简单归纳，而应认识到八纲通过其相互关系，较为突出地反映了辩证法的思想，中医学的许多辩证观点都是通过八纲的关系而体现出来的，理解八纲之间的辨证关系，就可认识到疾病中的各种事物是处在相互联系的矛盾之中、变化之中，矛盾着的事物不仅有对立面的存在，并且是与对立面相对而确定的，彼此间有中间、过渡阶段，而且可以互相转化等等，因此，八纲概念的确定，标志着中医辩证思维的完善，它反映了辩证思维的许多基本内容，抓住了疾病中带普遍性的主要矛盾，这对于其他辨证方法的学习，对于临床正确认识疾病过程，具有重要的指导意义。

第八章

病性辨证

病性辨证，就是在中医理论指导下，对病人所表现的各种症状、体征等进行分析、综合，从而确定疾病当前证候性质的辨证方法。

“病性”，指病理改变的性质，也就是病理变化的本质属性，或称为“病机”。由于病性是导致疾病当前证候的本质性原因，因而也有称病性为“病因”者，即“审症求因”之谓。应该说病因与病性的概念不完全相同，一般病因是指导致疾病发生的原始因素，如外感六淫、七情刺激、外伤、劳倦等，属于病因学、发病学的范畴，而病性是当前证候的性质，如气虚、血瘀、湿热、痰饮等，属于诊断学、辨证学的范畴。然而由于中医学对疾病本质的认识，主要是从症状而推求原因，因而病因学研究的病因与辨证学探求的病性往往又是一致的，即前者是由因析果，后者是由果析因。

虚证、实证，寒证、热证，阴证、阳证，标证、本证等，都属于较为笼统的病性概念，或称为纲领证。具体的病性证候主要包括：风淫证、寒淫证、暑淫证、湿淫证、燥淫证、火（热）证，脓证、痰证、饮证、食积证、虫积证，气虚证、气滞证，血虚证、血瘀证，阳虚证、阴虚证、亡阳证、亡阴证，津液亏虚证，喜证、怒证、忧思证、悲恐证等。这些病性证候属于辨证中的基础证。

辨病性是辨证中最重要的内容。由于病性是疾病当前的病理本质，是对疾病一定阶段整体反应状态的概括，是对邪正相互关系的综合认识，具有整体、动态的特点，因此，在进行病性辨证时，一般须对全身症状、体征以及体质、环境等进行综合分析，方可使辨证结果准确。

本章重点介绍六淫证候、气血证候、津液证候、阴阳虚损证候以及情志证候中的一些主要内容。

第一节 辨六淫证候

六淫是风、寒、暑、湿、燥、火六种病邪的统称。辨六淫证候，是根据病人所表现的症状、体征等，对照六淫病邪的致病特点，通过分析，辨别疾病当前病理本质中是否存在着六淫证候。

一、风淫证

指风邪侵袭人体肤表、经络，卫外机能失常，表现出符合“风”性特征的证候。

【临床表现】恶风寒，微发热，汗出，脉浮缓，苔薄白，或有鼻塞、流清涕、喷嚏，或

伴咽喉痒痛、咳嗽。或为突发皮肤瘙痒、丘疹、痞瘤；或为突发肌肤麻木、口眼喎斜；或肢体关节游走作痛；或新起面脸肢体浮肿等。

【证候分析】 风为阳邪，其性开泄，易袭阳位，善行而数变，常兼夹其他邪气为患。故风淫证具有发病迅速，变化快，游走不定的特点。风淫证根据其所反映病位与证候的不同，而有不同的证名。

风邪袭表，肺卫失调，腠理疏松，卫气不固，则具有恶寒发热、脉浮等表证的特征症状，并以汗出、恶风、脉浮缓为特点，是为风邪袭表证；外邪易从肺系而入，风邪侵袭肺系，肺气失宣，鼻窍不利，则见咳嗽、咽喉痒痛、鼻塞、流清涕或喷嚏等症，而为风邪犯肺证。

风邪侵袭肤腠，邪气与卫气搏击于肤表，则见皮肤瘙痒、丘疹、痞瘤，从而形成风客肌肤证。风邪或风毒侵袭经络、肌肤，经气阻滞，肌肤麻痹，则可出现肌肤麻木、口眼喎斜等症，是为风邪中络证。风与寒湿合邪，侵袭筋骨关节，阻痹经络，则见肢体关节游走疼痛，从而形成风胜行痹证。风邪侵犯肺卫，宣降失常，通调水道失职，则见突起面脸肢体浮肿，是为风水相搏证。

风邪可与寒、热、火、湿、痰、水、毒等邪兼并为病，而有不同的名称，如风寒证、风热证、风火证、风湿证、风痰证、风水证、风毒证等。

内风证是由于机体内部的病理变化，如热盛、阳亢、阴虚、血虚等所致，以出现类似风性动摇为主要表现的证候，又称为“动风”。而风淫证主要是感受外界风邪所致，证候表现亦与内风有所不同，临床时应加以鉴别。

风淫证的辨证依据是，可表现为新起恶风、微热、汗出、脉浮缓，或突起风团、瘙痒、麻木、肢体关节游走疼痛、面脸浮肿等症。

二、寒淫证

指寒邪侵袭机体，阳气被遏，以恶寒甚、无汗、头身或胸腹疼痛、苍白、脉弦紧等为主要表现的实寒证候。

【临床表现】 恶寒重，或伴发热，无汗，头身疼痛，鼻塞或流清涕，脉浮紧。或见咳嗽、哮喘、咯稀白痰；或为脘腹疼痛、肠鸣腹泻、呕吐；或为肢体厥冷、局部拘急冷痛等。口不渴，小便清长，面色白甚或青，舌苔白，脉弦紧或脉伏。

【证候分析】 寒淫证主要是因感受阴寒之邪所致，感受寒邪的常见途径有淋雨、下水、衣单、露宿、在冰雪严寒处停留、食生、饮冷等。寒为阴邪，具有凝滞、收引、易伤阳气的特性。

寒淫证常分为“伤寒”（即“伤寒证”）和“中寒”（即“中寒证”）。伤寒证与中寒证在病因、病位、证候表现、病机等方面有异有同。

“伤寒证”是指寒邪外袭于肤表，阻遏卫阳，阳气抗邪于外所表现的表实寒证，又称外寒证、表寒证、寒邪束表证、太阳表实证、太阳伤寒证等。寒为阴邪，其性清冷，遏制并损伤阳气，寒性凝滞、收引，阻碍气血运行，郁闭肌肤，阳气失却温煦，故见恶寒、头身疼痛、无汗、苍白、脉浮紧等症。

“中寒证”是指寒邪直接内侵脏腑、气血，遏制及损伤阳气，阻滞脏腑气机和血液运行所表现的里实寒证，又称内寒证、里寒证等。寒邪客于不同脏腑，可有不同的证候特点，寒邪客肺，肺失宣降，故见咳嗽、哮喘、咯稀白痰等症；寒滞胃肠，使胃肠气机失常，运化不利，则见脘腹疼痛、肠鸣腹泻、呕吐等症。此外，临床上寒淫证还有多种类型，如寒滞肝脉证、寒滞心脉证、寒凝胞宫证、寒痹证（痛痹证）等，均可见肢冷、患处拘急冷痛、无汗、面白或青、苔白、脉沉紧甚至脉伏等症。

寒邪常与风、湿、燥、痰、饮等邪共存，而表现为风寒证、寒湿证、凉燥证、寒痰证、寒饮证等。寒邪侵袭，常可形成寒凝气滞证、寒凝血瘀证，耗伤阳气则可演变成虚寒证，甚至导致亡阳。

本证属实寒证，与由于机体阳气亏虚所形成的虚寒证有所不同，主要根据是否感受寒邪、发病及病势的新久缓急、病体的强弱等方面进行鉴别。

寒淫证的辨证依据是，新病突起，病势较剧，有感寒原因可查，以寒冷症状为主要表现。

三、暑淫证

指感受暑热之邪，耗气伤津，以发热口渴、神疲气短、心烦头晕、汗出、小便短黄、舌红苔黄干等为主要表现的证候。

【临床表现】 发热恶热，汗出，口渴喜饮，气短，神疲，肢体困倦，小便短黄，舌红，苔白或黄，脉虚数。或发热，卒然昏倒，汗出不止，气喘，甚至昏迷、惊厥、抽搐等；或见高热，神昏，胸闷，腹痛，呕恶，无汗等。

【证候分析】 暑与火热的性质同类，但暑邪致病有严格的季节性，其病机与证候也与一般火热证有一定的差别。暑证是指夏月炎暑之季，感受暑热之邪所致的病理变化。暑为阳邪，具有炎热升散，耗气伤津，易夹湿邪等致病特点。

由于暑性炎热升散，故见发热恶热，汗出多；暑邪耗气伤津，而见口渴喜饮，气短神疲，尿短黄等症；暑夹湿邪，阻碍气机，故见肢体困倦，苔白或黄；暑闭心神，引动肝风，则见神昏，甚至卒然昏倒、昏迷、惊厥、抽搐；暑闭气机，心胸气滞而见胸闷；脾胃运化失司、气机升降失调，则表现为腹痛、呕恶；肺气闭阻，玄府不通，则为无汗、气喘。

临床上常见的暑淫证有暑伤津气证、暑湿袭表证、暑闭气机证、暑闭心包〔神〕证、暑热动风证等，各自可表现出不同的证候特征。

暑淫证的辨证依据是，夏月有感受暑热之邪的病史，发热、口渴、汗出、疲乏、尿黄等为常见症状。

四、湿淫证

指感受外界湿邪，或体内水液运化失常而形成湿浊，阻遏气机与清阳，以身体困重、肢体酸痛、腹胀腹泻、纳呆、苔滑脉濡等为主要表现的证候。

【临床表现】 头昏沉如裹，嗜睡，身体困重，胸闷脘痞，口腻不渴，纳呆，恶心，肢体关节、肌肉酸痛，大便稀，小便浑浊。或为局部渗漏湿液，或皮肤出现湿疹、瘙痒，妇女可

见带下量多。面色晦垢，舌苔滑腻，脉濡缓或细等。

【证候分析】 湿淫证既可因外湿侵袭，如淋雨下水、居处潮湿、冒受雾露等而形成，又可因脾失健运，水液不能正常输布而化为湿浊，或多食油腻、嗜酒饮冷等而湿浊内生，前者称为外湿，后者称为内湿。但湿淫证常是内外合邪而为病，故其证候亦常涉及内外。湿为阴邪，具有阻遏气机，损伤阳气，黏滞缠绵，重浊趋下等致病特点。

湿邪阻滞气机、困遏清阳，故湿淫证以困重、闷胀、酸楚、腻浊、脉濡缓或细等为证候特点。外湿、内湿在证候表现上，有一定的差异，外湿以肢体困重、酸痛为主，或见皮肤湿疹、瘙痒，或有恶寒微热，病位偏重于体表，是因湿郁于肤表，阻滞经气所致；内湿以脘腹痞胀、纳呆、恶心、便秘等为主，病位多偏重于内脏，是因湿邪阻滞气机，脾胃运化失调所致。

湿为阴邪，故临床多见寒湿，但湿郁又易化热，则成湿热。寒湿相合的寒湿证、湿热蕴结的湿热证，临床均颇为常见，如有寒湿凝滞筋骨证、寒湿困脾证、湿热蕴脾证、肠道湿热证、肝胆湿热证、膀胱湿热证、湿热下注证等。对湿热证进行辨证时应注意区分热与湿的孰轻孰重，是湿重于热、热重于湿，抑或湿热俱盛。

此外，湿邪还可与风、暑、痰、毒等邪气合并为病，而为风湿证、暑湿证、水湿证、痰湿证、湿毒证，以及湿遏卫表证、湿痰犯头证等，各自可有不同的证候表现。

湿淫证的辨证依据是，起病较缓而缠绵，以困重、酸楚、痞闷、腻浊等为证候特点。

五、燥淫证

指外界气候干燥，耗伤津液，以皮肤、口鼻、咽喉干燥等为主要表现的证候。

【临床表现】 皮肤干燥甚至皲裂、脱屑，口唇、鼻孔、咽喉干燥，口渴饮水，舌苔干燥，大便干燥，或见于咳少痰、痰黏难咯，小便短黄，脉象偏浮等。

除以上临床表现外，凉燥常有恶寒发热，无汗，头痛，脉浮缓或浮紧等表寒症状；温燥常见发热有汗，咽喉疼痛，心烦，舌红，脉浮数等表热症状。

【证候分析】 燥邪具有干燥，伤津耗液，损伤肺脏等致病特点。燥淫证的发生有明显的季节性，是秋天的常见证候，发于初秋气温者为温燥，发于深秋气凉者为凉燥。

燥邪侵袭，易伤津液，而与外界接触的皮肤、清窍和肺系首当其冲，所以燥淫证的证候主要表现为皮肤、口唇、鼻孔、咽喉、舌苔干燥，干咳少痰等症；大便干燥，小便短黄，口渴饮水，系津伤自救的表现。

由于燥淫证主要是感受外界燥邪所致，所以除了“干燥”的证候以外，还有“表证”的一般表现，如轻度恶寒或发热、脉浮等。初秋之季，气候尚热，余暑未消，燥热侵犯肺卫，故除了干燥津伤之证候表现外，又见类似风热表证之象；深秋季节，气候既凉，气寒而燥，人感凉燥，除了燥象之外，必见类似寒邪袭表之表寒证候。

临床上常见的燥淫证，有燥邪犯表证、燥邪犯肺证、燥干清窍证等，各自症状虽可有所偏重，但由于肌表、肺系和清窍常同时受累，以至三证的症状常相兼出现，因而辨证时可不严格区分，而主要在于辨别凉燥与温燥。

燥淫证与由于血虚、阴亏所导致的机体失于濡润而出现的干燥证候不同，前者因于外

感,属外燥;后者因于内伤,属内燥。但两者亦可相互为因,内外合病。

燥淫证的辨证依据是,常见于秋季或处气候干燥的环境,具有干燥不润的证候特点。

六、火热证

指外感火热邪毒,阳热内盛,以发热、口渴、胸腹灼热、面红、便秘尿黄、舌红苔黄而干、脉数或洪等为主要表现的证候。

【临床表现】 发热恶热,烦躁,口渴喜饮,汗多,大便秘结,小便短黄,面色赤,舌红或绛,苔黄干燥或灰黑,脉数有力(洪数、滑数、弦数等)。甚者或见神昏、谵语,惊厥、抽搐,吐血、衄血,痈肿疮疡。

【证候分析】 火、热、温邪的性质同类,仅有轻重、缓急等程度之别。故在程度上有“温为热之渐,火为热之极”之说,在病机上有“热自外感,火由内生”之谓,但从辨证学的角度看,火证与热证均是指具有温热性质的证候,概念基本相同。

形成火热证的原因,可有外界阳热之邪侵袭,如高温劳作、感受温热、火热烧灼,过食辛辣燥热之品,寒湿等邪气郁久化热,情志过极而化火,脏腑气机过旺等。火为阳邪,具有炎上,耗气伤津,生风动血,易致肿疡等特性。

阳热之气过盛,火热燔灼急迫,气血沸涌,则见发热恶热,颜面色赤,舌红或绛,脉数有力;热扰心神,则见烦躁不安;邪热迫津外泄,则汗多;阳热之邪耗伤津液,则见口渴喜饮,大便秘结,小便短黄等。

由火热所导致的病理变化,最常见者为伤津耗液,甚至亡阴;火热迫血妄行可见各种出血;火热使局部气血壅聚,灼血腐肉而形成痈肿脓疡;火热炽盛可致肝风内动,则见抽搐、惊厥;火热闭扰心神,则见神昏谵语等,其中不少为危重证候。

火热证的临床证候,可因病变发生脏腑、组织等部位的不同,所处阶段的不同,以及轻重程度的不同,而表现出各自的特点。常见证有风热犯表证、肺热炽盛证、心火亢盛证、胃热炽盛证、热扰胸膈证、肠热腑实证、肝火上炎证、肝火犯肺证、热闭心包〔神〕证、火毒入脉证、热入营血证、热〔火〕毒壅聚肌肤证等。

按八纲归类,火热证有表实热、里实热之分。热邪外袭,卫气抗邪于外为表实热证;邪热传里,或火热之邪直接内侵,或体内阳热有余,以热在脏腑、营血等为主要表现者,为里实热证。

外感温热类疾病的基本病性是热〔火〕。卫气营血辨证主要是说明温〔火〕热类疾病在不同阶段、层次以及轻重、演变等方面的证候特点。

火热证常与风、湿、暑、燥、毒、瘀、痰、饮等邪同存,而为风热证、风火证、湿热证、暑热证、温燥证、火〔热〕毒证、瘀热证、痰热证、热饮证等。

病久而体内阴液亏虚者,常出现低热、五心烦热、口渴、盗汗、脉细数、舌红少津等症,辨证为阴虚证。阴虚证虽与火热证同属热证范畴,但本质上有虚实的不同,火热证以阳热之邪有余为主,发热较甚,病势较剧,脉洪滑数有力。

火热证的辨证依据是,新病突起,病势较剧,以发热、口渴、便秘、尿黄、舌红或绛、苔黄干、脉数有力等为主要表现。

第二节 辨阴阳虚损证候

辨阴阳虚损证候,是根据病人所表现的症状、体征等,对照阴津、阳气的生理、病理特点,通过分析,辨别疾病当前病理本质中是否存在着阴、阳虚损的证候。

内容包括阳虚证、阴虚证、亡阳证、亡阴证等。作为阴阳病性的辨别,还应包括阴盛证、阳盛证,但由于“阴盛则寒,阳盛则热”,其具体内容即八纲辨证中的寒证、热证和本章辨六淫证候中的寒淫证、火热证,故本节不再论述。

一、阳虚证

指体内阳气亏损,机体失却温养,推动、蒸腾、气化等作用减退,以畏冷肢凉为主要表现的虚寒证候。

【临床表现】 畏冷,肢凉,口淡不渴,或喜热饮,或自汗,小便清长或尿少不利,大便稀薄,面色㿔白,舌淡胖,苔白滑,脉沉迟(或为细数)无力。可兼有神疲,乏力,气短等气虚的表现。

【证候分析】 形成阳虚证的原因,主要有:久病损伤,阳气亏虚,或气虚进一步发展;久居寒凉之处,或过服寒凉清苦之品,阳气逐渐耗伤;年高而命门之火渐衰。

由于阳气亏虚,机体失却温煦,不能抵御阴寒之气,而寒从内生,于是出现畏冷肢凉等一派病性属虚、属寒的证候;阳气不能蒸腾、气化水液,则见便溏、尿清或尿少不利、舌淡胖等症;阳虚水湿不化,则口淡不渴,阳虚不能温化和蒸腾津液上承,则可见渴喜热饮。

阳虚可见于许多脏器组织的病变,临床常见者有心阳虚证、脾阳虚证、胃阳虚证、肾阳虚证、胞宫(精室)虚寒证,以及虚阳浮越证等,并表现有各自脏器的证候特征。

阳虚证易与气虚同存,即阳气亏虚证;阳虚则寒,必有寒象并易感寒邪;阳虚可发展成阴虚(即阴阳两虚)和亡阳;阳虚可导致气滞、血瘀、水泛,产生痰饮等病理变化。

阳虚证的辨证依据是,病久体弱,以畏冷肢凉、小便清长、面白、舌淡等为主要表现。

二、阴虚证

指体内阴液亏少而无以制阳,滋润、濡养等作用减退,以咽干、五心烦热、脉细数等为主要表现的虚热证候。

【临床表现】 形体消瘦,口燥咽干,两颧潮红,五心烦热,潮热,盗汗,小便短黄,大便干结,舌红少津或少苔,脉细数等。

【证候分析】 导致阴虚证的原因主要有:热病之后,或杂病日久,伤耗阴液;情志过极,火邪内生,久而伤及阴精;房事不节,耗伤阴精;过服温燥之品,使阴液暗耗。

阴液亏少,则机体失却濡润滋养,同时由于阴不制阳,则阳热之气相对偏旺而生内热,故表现为一派虚热、干燥不润、虚火内扰的证候。

阴虚证可见于多个脏器组织的病变,常见者有肺阴虚证、心阴虚证、胃阴虚证、脾阴虚

证、肝阴虚证、肾阴虚证等，并表现出各自脏器的证候特征。

阴虚可与气虚、血虚、阳虚、阳亢、精亏、津液亏虚以及燥邪等证候同时存在，或互为因果，而表现为气阴亏虚证、阴血亏虚证、阴阳两虚证、阴虚阳亢证、阴精亏虚证、阴津（液）亏虚证、阴虚燥热证等。阴虚进而可发展成阳虚、亡阴，阴虚可导致动风、气滞、血瘀、水停等病理变化。

阴虚证的辨证依据是，病久体弱，以五心烦热、尿黄便结、颧红、舌红少津、脉细数等为主要表现。

三、亡阳证

指体内阳气极度衰微而欲脱，以冷汗、肢厥、面白、脉微等为主要表现的危重证候。

【临床表现】 冷汗淋漓、汗质稀淡，神情淡漠，肌肤不温，手足厥冷，呼吸气弱，面色苍白，舌淡而润，脉微欲绝等。

【证候分析】 亡阳一般是在阳气由虚而衰的基础上的进一步发展，但亦可因阴寒之邪极盛而致阳气暴伤，或因大汗、失精、大失血等阴血消亡而阳随阴脱，或因剧毒刺激、严重外伤、瘀痰阻塞心窍等而使阳气暴脱。

由于阳气极度衰微而欲脱，失却温煦、固摄、推动之能，故见冷汗、肢厥、面色苍白、神情淡漠、气息微弱、脉微等垂危病状。

临床所见的亡阳证，一般是指心肾阳气虚脱。由于阴阳互根之理，故阳气衰微欲脱，可使阴液亦消亡。

亡阳证的辨证依据是，有长期阳虚病史，或有导致阳气暴亡的因素，以四肢厥冷，面色苍白，冷汗淋漓，气息微弱，脉微欲绝为主要表现。

四、亡阴证

指体内阴液严重耗损而欲竭，以身灼烦渴、唇焦面赤、脉数疾、汗出如油为主要表现的危重证候。

【临床表现】 汗热味咸而黏、如珠如油，身灼肢温，虚烦躁扰，恶热，口渴饮冷，皮肤皱瘪，小便极少，面赤颧红，呼吸急促，唇舌干燥，脉细数疾等。

【证候分析】 亡阴可以是在病久而阴液亏虚基础上的进一步发展，也可因壮热不退、大吐大泻、大汗不止、大量出血、严重烧伤致阴液暴失而成。

由于阴液欲绝，阴不能制阳，故见脉细数疾，身灼烦渴，面赤唇焦，呼吸急促等阴竭阳盛的证候，阳热逼迫欲绝之阴津外泄，故见汗出如油。

亡阴所涉及的脏腑，常与心、肝、肾等有关，临床一般不再逐一区分。亡阴若救治不及，势必阳气亦随之而衰亡。

亡阴证的辨证依据是，有阴液严重耗损的病理基础，以身热烦渴、唇焦面赤、脉数疾、汗出如油为主要表现。

由于阴阳互根，所以亡阴与亡阳皆可相互累及而最终导致同损俱亡。但具体证候中，常有先后、主次之别。

亡阳和亡阴均出现于疾病的危重阶段，故必须及时、准确地辨识。在病情危重的基础上，若突然汗出，往往是亡阴或亡阳之兆，根据汗质的稀冷如水或黏热如油，结合病情，身凉或身灼、四肢厥逆或温和、面白或面赤、脉微或数疾等，一般不难辨别亡阳与亡阴（见表8-1）。

表 8-1 亡阴证与亡阳证证候鉴别表

证候 名称 \ 证候 表现	汗液	寒热	四肢	面色	气息	口渴	唇舌象	脉象
亡阳证	稀冷如水、味淡	身冷畏寒	厥逆	苍白	微弱	不渴或欲饮热	唇舌淡白、苔白润	脉微欲绝
亡阴证	黏热如油、味咸	身热恶热	温和	面赤颧红	息粗	口渴饮冷	唇舌干红	细数、疾无力

第三节 辨气血证候

辨气血证候，是根据病人所表现的症状、体征等，对照气血的生理、病理特点，分析、判断疾病中有无气血亏损或运行障碍的证候存在。

气血证候的分类，一方面为气血的亏虚，主要包括气虚证、血虚证，属虚证的范畴，气脱证、血脱证、气陷证、气不固证，一般是气血虚的特殊表现；另一方面为气血的运行失常，主要有气滞证、血瘀证，一般属实证的范畴，所谓气逆证、气闭证，一般属气滞的范畴。血热证、血寒证实际为血分的热证、寒证。

气与血密切相关，病理上二者常互相影响，或者同时发病，或者互为因果。临床常见的气血同病证候有气血两虚证、气滞血瘀证、气不摄血证、气随血脱证、气虚血瘀证等。

一、气虚类证

气虚类证包括气虚证以及气陷证、气不固证、气脱证。

（一）气虚证

指元气不足，气的推动、固摄、防御、气化等功能减退，或脏器组织的机能减退，以气短、乏力、神疲、脉虚等为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 气短声低，少气懒言，精神疲惫，体倦乏力，脉虚，舌质淡嫩，或有头晕目眩，自汗，动则诸症加重。

【证候分析】 形成气虚证的原因，主要有：久病、重病、劳累过度等，使元气耗伤太过；先天不足，后天失养，致元气生成匮乏；年老体弱，脏腑机能减退而元气自衰。

由于元气不足，脏腑机能衰退，故出现气短、声低、懒言、神疲、乏力；气虚而不能推动营血上荣，则头晕目眩，舌淡嫩；卫气虚弱，不能固护肤表，故为自汗；“劳则气耗”，故

活动劳累则诸症加重；气虚鼓动血行之力不足，故脉象虚弱。

元气亏虚，而以某脏腑机能减退所表现的证候为主者，临床常见证有心气虚证、肺气虚证、脾气虚证、肾气虚证、胃气虚证、肝胆气虚证等，甚至可为多脏气虚证候同在。

气陷证、气不固证、气脱证等，常是气虚的发展，或为其特殊表现。

气虚可导致多种病理变化，如气虚而机能减退，运化无权，推动无力，可导致营亏、血虚、阳虚、生湿、生痰、水停、气滞、血瘀，以及易感外邪等。同时气虚可与血虚、阴虚、阳虚、津亏等兼并为病，而为气血两虚证、气阴两虚证、阳气亏虚证、津气亏虚证等。

气虚证的辨证依据是，病体虚弱，以神疲、乏力、气短、脉虚为主要表现。

（二）气陷证

指气虚无力升举，清阳之气下陷，以自觉气坠，或脏器下垂为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 头晕眼花，气短疲乏，脘腹坠胀感，大便稀溏，形体消瘦，或见内脏下垂、脱肛、阴挺等。

【证候分析】 气陷多是气虚的发展，或为气虚的一种特殊表现形式，一般指脾（中）气的下陷。

清阳之气不升，则自觉气短、气坠、头晕眼花；气陷而机体失却营精的充养，则见神疲乏力，形体消瘦；脾失健运，水谷精微下趋，则见大便稀溏；气陷无力升举，不能维持脏器正常位置，故觉脘腹坠胀，甚至出现内脏下垂。

气陷证的辨证依据是，体弱而瘦，以气短、气坠、脏器下垂为主要表现。

（三）气不固证

指气虚失其固摄之能，以自汗，或大便、小便、经血、精液、胎元等不固为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 气短，疲乏，面白，舌淡，脉虚无力；或见自汗不止；或为流涎不止；或见遗尿，余溺不尽，小便失禁；或为大便滑脱失禁；或妇女出现崩漏，或为滑胎、小产；或见男子遗精、滑精、早泄等。

【证候分析】 气不固，可以包括不能固摄津液、血液、小便、大便、精液、胎元等。其辨证是有气虚证的一般证候表现，并有各自“不固”的证候特点。气不摄血则可导致妇女崩漏及各种慢性出血；气不摄津则可表现为自汗，流涎；气虚不能固摄二便，可表现为遗尿、余溺不尽、小便失禁，或大便滑脱失禁；气不摄精则见遗精、滑精、早泄；气虚胎元不固，可导致滑胎、小产。

气不固证的辨证依据是，病体虚弱，以疲乏、气短、脉虚及自汗或二便、经、精等的不固为主要表现。

（四）气脱证

指元气亏虚已极，急骤外泄，以气息微弱、汗出不止等为主要表现的危重证候。

【临床表现】 呼吸微弱而不规则，汗出不止，口开目合，全身瘫软，神识朦胧，二便失

禁，面色苍白，口唇青紫，脉微，舌淡，舌苔白润。

【证候分析】 气脱证可由气虚证、气不固证发展而来；也可以在大汗、大吐、大泻或大失血、出血中风等情况下，出现“气随津脱”、“气随血脱”；或于长期饥饿、极度疲劳、暴邪骤袭等状态下发生。

真气欲脱，则心、肺、脾、肾等脏腑之气皆衰。气息微弱欲绝、汗出不止，为肺气外脱之征；面白、脉微、神识朦胧，为心气外越之象；二便失禁为肾气欲脱的表现；全身瘫软、口开、手撒，为脾气外泄之征。

气脱证的辨证依据是，病势危重，以气息微弱、汗出不止、脉微等为主要表现。

二、血虚类证

血虚类证包括血虚证和血脱证。

（一）血虚证

指血液亏虚，不能濡养脏腑、经络、组织，以面、睑、唇、舌色白，脉细为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 面色淡白或萎黄，眼睑、口唇、舌质、爪甲的颜色淡白，头晕，或见眼花、两目干涩，心悸，多梦，健忘，神疲，手足发麻，或妇女月经量少、色淡、延期甚或经闭，脉细无力等。

【证候分析】 导致血虚的原因，主要有两个方面：一是血液耗损过多，新血未及补充，主要见于各种出血之后，或久病、大病之后，或劳神太过，阴血暗耗，或因虫积肠道，耗吸营血等；二是血液生化不足，可见于脾胃运化机能减退，或进食不足，或因其他脏腑功能减退不能化生血液，或瘀血阻塞脉络，使局部血运障碍，影响新血化生，即所谓“瘀血不去新血不生”等。

血液亏虚，脉络空虚，形体组织缺乏濡养荣润，则见颜面、眼睑、口唇、舌质、爪甲的颜色淡白，脉细无力；血虚而脏器、组织得不到足够的营养，则见头晕，眼花，两目干涩，心悸，手足发麻，妇女月经量少、色淡；血虚失养而心神不宁，故症见多梦，健忘，神疲等。

血虚证主要指心血虚证和肝血虚证，并可有血虚肠燥证、血虚肤燥生风证等。

血虚可与气虚、阴虚、血瘀等兼并存在，而为气血两虚证、阴血亏虚证、血虚夹瘀证。血虚发展可致血脱。

血虚证的辨证依据是，病体虚弱，以肌肤黏膜的颜色淡白、脉细为主要表现。

（二）血脱证

指突然大量出血或长期反复出血，血液亡脱，以面色苍白、心悸、脉微或芤为主要表现的危重证候。

【临床表现】 面色苍白，头晕，眼花，心悸，气短，四肢逆冷，舌色枯白，脉微或芤等。

【证候分析】 导致血脱证的主要原因是突然大量出血，诸如呕血、便血、崩漏、外伤失血等，也可以因长期失血、血虚进一步发展而成。所以大失血、严重血虚等病史可以作为血脱证的主要诊断依据。

血液大量耗失，血脉空虚，不得荣润，则见面色苍白，舌色枯白，脉微或芤；血液亡失，心脏、清窍失养，则见心悸，头晕，眼花等症；气随血脱，阳气失却温养故见肢体逆冷。

血脱证的辨证依据是，有血液严重损失的病史，以面色苍白、脉微或芤为主要表现。

气脱证、血脱证、亡阳证、亡阴证，皆属疾病发展到濒危阶段的证候，且常可相互影响而同时存在，临床不易严格区分，诊断时主要是辨别何种亡脱在先。亡阳、血脱、气脱均见面色苍白、脉微，亡阴、亡阳、气脱均有汗出的特点。亡阴证有身热烦渴的特征，亡阳证以身凉肢厥为特征，气脱证以气息微弱尤为突出，血脱证有血液大量耗失的病史。

三、气滞类证

气滞类证包括气滞证以及气逆证、气闭证。

(一) 气滞证

指人体某一部分或某一脏腑、经络的气机阻滞，运行不畅，以胀闷疼痛为主要表现的证候。

【临床表现】 胸胁、脘腹等处或损伤部位的胀闷或疼痛，疼痛性质可为胀痛、窜痛、攻痛，症状时轻时重，部位不固定，按之一般无形，痛胀常随嗳气、肠鸣、矢气等而减轻，或症状随情绪变化而增减，脉象多弦，舌象可无明显变化。

【证候分析】 引起气滞证的原因，主要有三方面：一是情志不舒，忧郁悲伤，思虑过度，而致气机郁滞；二是痰饮、瘀血、宿食、蛔虫、砂石等病理物质的阻塞，或阴寒凝滞，湿邪阻碍，外伤络阻等，都能导致气机郁滞；三是脏气虚弱，运行乏力而气机阻滞。

气滞证候的主要机理是气的运行发生障碍，气机不畅则痞胀，障碍不通则疼痛，气得运行则症减，故气滞以胀闷疼痛为主要临床表现。

临床常见的气滞证有肝气郁结证、胃肠气滞证、肝胃气滞〔不和〕证等，并表现出各自的证候特征。

气滞常可导致血行不畅而形成气滞血瘀；气机郁滞日久，可以化热、化火；气机不利，可影响水液代谢而产生痰湿、水液内停。气滞一般是气逆、气闭的病理基础。

气滞证的辨证依据是，以胸胁脘腹或损伤部位的胀闷、胀痛、窜痛为主要表现。

(二) 气逆证

指气机失调，气上冲逆，以咳嗽喘促、呃逆、呕吐等为主要表现的证候。

【临床表现】 咳嗽频作，呼吸喘促；呃逆、嗳气不止，或呕吐、呕血；头痛、眩晕，甚至昏厥、咯血等。

【证候分析】 气逆一般是在气滞基础上的一种表现形式。主要是指肺胃之气不降而上

逆，或肝气升发太过而上逆。导致气逆的原因，可有外邪侵袭、痰饮瘀血内停、寒热刺激、情志过激等。

由于气逆证有肺气上逆、胃气上逆、肝气上逆的不同，故可表现出不同的证候。肺气上逆以咳喘为主症；胃气上逆以呃逆、呕恶、暖气等为主症；肝气上逆以头痛眩晕、昏厥、呕血或咯血等为主症。

其实气逆只是一种病机，并不是一个完整的证名，临床应注意辨别病因，再加病位、气逆而构成完整的辨证诊断，如胃寒气逆证，胃火气逆证、痰饮内阻、肺气上逆证、肝火气逆证等。

气逆证的辨证依据是，以咳喘或呕吐呃逆等为突出表现。

（三）气闭证

指邪气阻闭神机或脏器、管窍，以突发昏厥或绞痛为主要表现的实性急重证候。

【临床表现】 突然发生势急、症重之昏厥，或内脏绞痛，或二便闭塞，呼吸气粗，声高，脉沉弦有力等。

【证候分析】 形成气闭证的主要原因有：强烈精神刺激，使神机闭塞；砂石、虫、痰等阻塞脉络、管腔，导致气机闭塞；溺水、电击等意外事故，致使心、肺气闭。

极度精神刺激，神机闭塞，则见突发昏厥；痰浊、瘀血、砂石、蛔虫等阻塞脉络、管腔等，导致气机闭塞，则突发绞痛，或见二便不通；证因邪实所致，病体不虚，故声高而息粗，脉沉弦有力。

气闭证的辨证依据是，以突发昏厥或绞痛、二便闭塞、息粗、脉实为主要表现。

四、血瘀证

指瘀血内阻，血行不畅，以固定刺痛、肿块、出血、瘀血色脉征为主要表现的证候。

【临床表现】 有疼痛、肿块、出血、瘀血色脉征等方面的证候。其疼痛特点为刺痛、痛处拒按、固定不移、常在夜间痛甚；肿块的性状是在体表者包块色青紫，腹内者触及质硬而推之不移；出血的特征是出血反复不止，色紫暗或夹血块，或大便色黑如柏油状，或妇女血崩、漏血；瘀血色脉征主要有面色黧黑，或唇甲青紫，或皮下紫斑，或肌肤甲错，或腹露青筋，或皮肤出现丝状红缕，或舌有紫色斑点、舌下络脉曲张，脉多细涩或结、代、无脉等。

【证候分析】 产生瘀血的原因可有多个方面，一是外伤、跌仆及其他原因造成的体内出血，离经之血未及时排出或消散，淤积于内；二是气滞而血行不畅，以致血脉瘀滞；三是血寒而使血脉凝滞，或血热而使血行壅聚或血受煎熬，血液浓缩黏滞，致使脉道瘀塞；四是湿热、痰浊、砂石等有形实邪压迫、阻塞脉络，以致血运受阻；五是气虚、阳虚而运血无力，血行迟缓。

血瘀证的机理主要为瘀血内积，气血运行受阻，不通则痛，故有刺痛、固定、拒按等特点；夜间阳气内藏，阴气用事，血行较缓，瘀滞益甚，故夜间痛增；血液淤积不散而凝结成块，则见肿块紫暗、出血紫暗成块；血不循经而溢出脉外，则见各种出血并反复不止；血行障碍，气血不能濡养肌肤，则见皮肤干涩、肌肤甲错；血行瘀滞，则血色变紫变黑，故见面

色黧黑、唇甲青紫；脉络瘀阻，则见络脉显露、丝状红缕、舌现斑点、脉涩等症。

瘀血可阻滞于各种脏器、组织，而有不同的血瘀证名，如心脉瘀阻证、瘀阻脑络证、胃肠血瘀证、肝经血瘀证、瘀阻胞宫证、瘀滞胸膈证、下焦瘀血症、瘀滞肌肤证、瘀滞脉络证等，并表现出各自脏器、组织的证候特点。

血瘀与气滞可互为因果，或同时为病，而为气滞血瘀证或血瘀气滞证，简称瘀滞证。血瘀可与痰、热等合并为病，而为瘀痰互结证、瘀热互结证。瘀血内阻还可导致血虚、水停等病理改变。

血瘀证的辨证依据是，以固定刺痛、肿块、出血、瘀血色脉征为主要表现。

五、血热证

指火热内炽，侵迫血分，以身热口渴、斑疹吐衄、烦躁谵语、舌绛、脉数等为主要表现的实热证候。即血分的热证。

【临床表现】身热夜甚，或潮热，口渴，面赤，心烦，失眠，躁扰不宁，甚或狂乱、神昏谵语，或见各种出血色深红，或斑疹显露，或为疮痍，舌绛，脉数疾等。

【证候分析】血热证的形成，一是外感热邪，或感受它邪化热，传入血分；二是情志过激，气郁化火，或过食辛辣燥热之品，火热内生，侵扰血分。

热在血分，血行加速，脉道扩张，则见面红目赤，舌绛，脉数疾；血热迫血妄行，可见各种出血；血热内扰心神，而见心烦，失眠，躁扰不宁，甚则狂乱、神昏谵语；热邪内犯营血，灼肉腐血，可为疮痍脓疡；身热夜甚，口渴，为热邪升腾，耗伤津液之象。

血热证常见于外感温热病中，即卫气营血辨证中的血分证；也可见于外科疮疡病、妇科月经病、其他杂病之中。

血热证的辨证依据是，以身热口渴、斑疹吐衄、烦躁谵语、舌绛、脉数等为主要表现。

六、血寒证

指寒邪客于血脉，凝滞气机，血行不畅，以患处冷痛拘急、畏寒、唇舌青紫，妇女月经后期、经色紫暗夹块等为主要表现的实寒证候。即血分的寒证。

【临床表现】畏寒，手足或少腹等患处冷痛拘急、得温痛减，肤色紫暗发凉，或为痛经、月经衍期、经色紫暗、夹有血块，唇舌青紫，苔白滑，脉沉迟弦涩等。

【证候分析】血寒证主要因寒邪侵犯血脉，或阴寒内盛，凝滞脉络而成。

寒凝脉络，气血运行不畅，阳气不得流通，组织失于温养，故常表现为患处的寒冷、疼痛，寒性凝滞收引，故其痛具有拘急冷痛、得温痛减的特点。肤色紫暗，月经衍期、经色紫暗、夹有血块，唇舌青紫，脉沉迟弦涩等，均为血行不畅之瘀血征象。

血寒证属实寒证的范畴，寒滞肝脉证、寒凝胞宫证、寒凝脉络证等，均属于血寒证。

血寒证的辨证依据是，以患处冷痛拘急、畏寒、唇舌青紫，妇女月经后期、经色紫暗夹块等为主要表现。

七、气血同病证类

气病或血病发展到一定的程度，往往影响到另一方的生理功能而发生病变，从而表现为气血同病的证候。

临床常见的气血同病证候有气滞血瘀证、气虚血瘀证、气血两虚证、气不摄血证和气随血脱证等。

各证的临床表现，一般是两个基本证候的相合而同时存在。气滞血瘀证、气血两虚证的病机，常常是互为因果；气虚血瘀证、气不摄血证，一般是气虚在先、为因、为本，血瘀或出血在后、为果、为标，但其证候表现则不一定前者重、后者轻；气随血脱证则是因大失血而致血脱在先，然后元气随之消亡，病势危急。

第四节 辨津液证候

辨津液证候，是根据病人所表现的症状、体征等，对照津液的生理、病理特点，通过分析，辨别疾病当前病理本质中是否有津液亏虚或运化障碍的证候存在。

津液证候包括津液亏虚证和水液停聚而形成的痰证、饮证、水停证及湿证。

一、痰证

指痰浊内阻或流窜，以咳吐痰多、胸闷、呕恶、眩晕、体胖，或局部有圆滑包块，苔腻、脉滑等为主要表现的证候。

【临床表现】 常见咳嗽痰多，痰质黏稠，胸脘痞闷，呕恶，纳呆，或头晕目眩，或形体肥胖，或神昏而喉中痰鸣，或神志错乱而为癫、狂、痫、痫，或某些部位出现圆滑柔韧的包块等，舌苔腻，脉滑。

【证候分析】 “痰”是体内水液停聚凝结而形成的一种质稠浊而黏的病产物。形成痰的原因很多，如外感六淫、饮食不当、情志刺激、过逸少动等，影响肺、脾、肾等脏的气化功能，以致水液未能正常输布而停聚凝结成痰。由痰浊停聚所导致的证候，是为痰证。

“脾为生痰之源，肺为贮痰之器。”说明痰的生成与脾的运化功能失常，水湿不化而凝聚密切相关；痰浊最易内停于肺，而影响肺气的宣发肃降，故痰证以咳吐痰多、胸闷等为基本表现。痰浊中阻，胃失和降，可见脘痞、纳呆、泛恶呕吐痰涎等症；痰的流动性小而难以消散，故常凝积聚于某些局部而形成圆滑包块；痰亦可随气升降，流窜全身，如痰蒙清窍，则头晕目眩；痰蒙心神则见神昏、神乱；痰泛于肌肤，则见形体肥胖；苔腻、脉滑等为痰浊内阻的表现。

根据痰的性状及兼症的不同，痰证有寒痰、热痰、湿痰、燥痰以及风痰、痰厥、脓痰等之分。痰与其他病性兼并，可形成很多证候。临床常见的痰证有痰蒙心神证、痰热闭神证、痰火扰神证、痰阻心脉证、痰阻胸阳证、痰浊阻肺证、痰热壅肺证、痰热结胸证、痰热腑实证、燥痰结肺证、痰阻胞宫（或精室）证、痰湿内盛证、痰阻经络证、风痰阻络证、痰气郁

结证、脓痰蕴肺证、风痰闭神证、瘀痰阻络证等等，其证候除有痰的表现外，必兼有其他病性及痰所停部位的症状。

总之，痰浊为病，颇为广泛，见症多端，因而有“百病多因痰作祟”、“怪病多痰”之说。

痰证的辨证依据是，以咳吐痰多、胸闷、呕恶、眩晕、体胖，或局部有圆滑包块，苔腻、脉滑等为主要表现。

二、饮证

指水饮停聚于腔隙或胃肠，以胸闷脘痞、呕吐清水、咳吐清稀痰涎、肋间饱满、苔滑等为主要表现的证候。

【临床表现】 脘腹痞胀，泛吐清水，脘腹部水声辘辘；肋间饱满，咳唾引痛；胸闷，心悸，息促不得卧；身体、肢节疼重；咳吐清稀痰涎，或喉间哮鸣有声；头目眩晕，舌苔白滑，脉弦或滑等。

【证候分析】 “饮”是体内水液停聚而转化成的一种较痰清稀、较水浑浊的病理性产物。

可因外邪侵袭，或为中阳素虚，使水液输布障碍，而停聚成饮。

饮邪主要停积于胃肠、胸胁、心包、肺等身体的管腔部位。饮邪停留于胃肠，阻滞气机，胃失和降，可见泛吐清水，脘腹痞胀，腹部水声辘辘，是为狭义的“痰饮”；饮邪停于胸胁，阻碍气机，压迫肺脏，则有肋间饱满，咳唾引痛，胸闷息促等症，是为悬饮；饮邪停于心包，阻遏心阳，阻滞气血运行，则见胸闷心悸，气短不得卧等症，是为支饮；饮邪流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体、肢节疼重等，是为溢饮；饮邪犯肺，肺失宣降，气道滞塞，则见胸部紧闷，咳吐清稀痰涎，或喉间哮鸣有声；饮邪内阻，清阳不能上升，则见头目眩晕；舌苔白滑，脉弦或滑等，亦为饮证的表现。

根据饮停主要部位的不同，临床有饮停胃肠证、饮停胸胁证、饮停心包证、饮邪客肺证等，并表现出各自的证候特点。

饮证的辨证依据是，以胸闷脘痞、呕吐清水、咳吐清稀痰涎、肋间饱满、苔滑等为主要表现。

三、水停证

·指体内水液因气化失常而停聚，以肢体浮肿、小便不利，或腹大痞胀，舌淡胖等为主要表现的证候。

【临床表现】 头面、肢体甚或全身水肿，按之凹陷不易起，或为腹水而见腹部膨隆、叩之音浊，小便短少不利，身体困重，舌淡胖，苔白滑，脉濡缓等。

【证候分析】 病理性的“水”，为质地清稀、流动性大的病理性产物。由水液停聚所导致的证候，称为“水停证”。导致水停的原因，可为风邪外袭，或湿邪内阻，亦可因房劳伤肾、或久病肾虚等，影响肺、脾、肾的气化功能，使水液运化、输布失常而停聚为患。此外，瘀血内阻，经脉不利，亦可影响水液的运行，使水蓄腹腔等部位，而成血瘀水停。

水为有形之邪，水液输布失常而泛滥肌肤，故以水肿、身体困重为主症；水液停聚腹腔，而成腹水，故见腹部膨隆、叩之音浊；膀胱气化失司，水液停蓄而不泄，故见小便不利；舌淡胖，苔白滑，脉濡，是水湿内停之征。

根据形成水停的机理、脏器的不同，临床常见的水停证有风水相搏（风袭水停）证、脾虚水泛证、肾虚水泛证、水气凌心证等。

水停证的辨证依据是，以肢体浮肿、小便不利，或腹大痞胀，舌淡胖等为主要表现。

湿、水、饮、痰在形质、流动性、证候表现上有异有同，四者之间的关系密切。四者均属体内水液停聚所形成的病理性产物，其形成均常与肺、脾、肾等脏腑功能失调和对水液的气化失常有关。“湿”无明显形质可见而呈“汽态”，弥漫性大，以肢体困重酸困等为主要表现；“水”质清稀为液态，流动性大，以水肿、少尿为主症；“饮”是一种较水浊而较痰稀的液态病理产物，常停聚于某些腔隙及胃肠，以停聚处的症状为主要表现；“痰”的质地稠浊而黏，常呈半凝固乳胶状态，流动性小，多停于肺，但可随气流窜全身，见症复杂，一般常有吐痰多的主症。由于湿、水、饮、痰本属一类，难以截然划分，且可相互转化、兼并，故又常互相通称，如有痰饮、痰湿、水饮、水湿、湿饮、湿痰等名。

四、津液亏虚证

指体内津液亏少，脏腑、组织、官窍失却滋润、濡养、充盈，以口渴尿少，口、鼻、唇、舌、皮肤、大便干燥等为主要表现的证候。

【临床表现】 口、鼻、唇、舌、咽喉、皮肤、大便等干燥，皮肤枯瘪而缺乏弹性，眼球深陷，口渴欲饮水，小便短少而黄，舌红，脉细数无力等。

【证候分析】 大汗、大吐、大泻、高热、烧伤等，使津液耗损过多；外界气候干燥，或体内阳气偏亢，使津液耗损；饮水过少，或脏气虚衰，使津液生成不足，均可形成津液亏虚的证候。

津液亏少，不能充养、濡润脏器、组织、官窍，则见口、鼻、唇、舌、咽喉、皮肤、大便等干燥，皮肤枯瘪而乏弹性，眼球深陷，口渴欲饮水等一派干燥少津的症状；津液亏少，阳气偏旺，则有舌红、脉细数等症。

一般津液损伤程度较轻，仅为水液亏少者，称为伤津、津亏，以干燥症状为主要表现；继发于汗、吐、泻等之后，液体暴失，津液损伤程度较重者，称为液耗、液脱，常有皮肤枯瘪，眼球深陷的临床特征。但临床上常将二者通称而不作严格区分。

津液亏虚的常见证有肺燥津伤证、胃燥津亏证、肠燥津亏证等，均有干燥见症，并表现出各自脏器的证候重点。

外界燥邪耗伤津液所见证候，为燥淫证，属于外燥；体内津液亏虚必见干燥症状，为津液亏虚证，属于内燥。津液亏虚属于阴虚的范畴，气虚、血虚与津液亏虚可互为因果或同病，而形成阴液亏虚证、津气亏虚证、津枯血燥证等。

津液亏虚证的辨证依据是，以口渴尿少，口、鼻、唇、舌、皮肤、大便干燥等为主要表现。

第五节 辨情志证候

辨情志证候,是根据病人所表现的症状、体征等,对照情志致病的特点,通过分析,辨别疾病当前病理本质中是否有情志证候的存在。

情志活动,是人的精神意识对外界事物的反应,主要有喜、怒、忧、思、悲、恐、惊“七情”。情志证候,是指由于精神刺激过于强烈或过于持久,人体不能调节适应,导致神气失常,脏腑、气血功能紊乱所表现出的证候。

情志为病,具有先伤神、后伤脏,先伤气、后伤形的特点,即情志为病应有精神情志方面异常的症状,如抑郁、烦躁、多怒、失眠等,同时可有脏腑气机失常的症状,如胸闷、腹胀、气短、心悸等。不同的情志变化,对内脏有不同的影响,会产生不同形式的气机紊乱,如《素问·举痛论》说:喜伤心、怒伤肝、忧伤肺、思伤脾、恐伤肾;怒则气上、喜则气缓、悲则气消、恐则气下、惊则气乱、思则气结等。所以,辨证时除应注意分析情志因素之外,还须细致审察脏腑气机紊乱的见症。

一、喜证

指由于过度喜乐,导致神气失常,以喜笑不休、精神涣散等为主要表现的情志证候。

【临床表现】喜笑不休,心神不安,精神涣散,思想不集中,甚则语无伦次,举止失常,肢体疲软,脉缓等。

【证候分析】喜为心志,适度喜乐能使人心情舒畅,精神焕发,营卫调和。然喜乐无制,则可损伤心神,使心气弛缓,神气不敛,故见肢体疲软,喜笑不休,心神不安,精神涣散,思想不集中等症;暴喜过度,神不守舍,诱发痰火扰乱心神,则见语无伦次,举止失常等症。

喜证的辨证依据是,有导致喜悦的情志因素存在,以喜笑不休、精神涣散等为主要表现。

二、怒证

指由于暴怒或过于愤怒,导致肝气横逆、阳气上亢,以烦躁多怒、胸胁胀闷、面赤头痛等为主要表现的情志证候。

【临床表现】烦躁多怒,胸胁胀闷,头胀头痛,面红目赤,眩晕,或腹胀、泻泄,甚至呕血、发狂、昏厥,舌红苔黄,脉弦劲有力。

【证候分析】怒为肝志,怒则气上。大怒不止,可使肝气升发太过,阳气上亢而成本证。肝气郁滞而欲发,则见胸胁胀闷,烦躁易怒;肝气上逆,血随气涌,故见面红目赤,头胀头痛,眩晕,甚至呕血;阳气暴张而化火,冲扰神气,可表现为发狂,或突致昏厥;肝气横逆犯脾,则见腹胀、泻泄;舌红苔黄,脉弦劲有力,为气逆阳亢之征。

怒证的辨证依据是,有导致愤怒的情志因素存在,以烦躁易怒、胸胁胀闷、面赤头痛等

为主要表现。

三、忧思证

指由于思虑过度，或过分忧愁，导致心、脾等脏腑气机紊乱，以忧愁不乐、失眠多梦等为主要表现的情志证候。

【临床表现】 情志抑郁，忧愁不乐，表情淡漠，胸闷胁胀，善太息，失眠多梦，头晕健忘，心悸，倦怠乏力，纳谷不馨，腹胀，脉沉弦等。

【证候分析】 思则气结，神气郁滞，故见情绪忧虑，郁郁寡欢，表情淡漠，胸闷胁胀，善太息；思虑过度，暗耗心血，血不养神，则有头晕，健忘，失眠，多梦，心悸等症；思伤脾，忧思过度，最易损伤脾胃，使中焦气机不畅，受纳、运化失常，则见纳谷不馨，腹胀等症；脾气不运，营气不充，故可见倦怠乏力。

忧思证的辨证依据是，有导致忧思的情志因素存在，以情绪忧愁不乐，失眠多梦等为主要表现。

四、悲恐证

指由于悲伤过度，或经受过度惊骇，使气机消沉，以情绪悲哀或恐惧、胆怯易惊、神疲乏力等为主要表现的情志证候。

【临床表现】 善悲喜哭，精神萎靡，疲乏少力，面色惨淡；或胆怯易惊，恐惧不安，心悸失眠，常被恶梦惊醒，甚则二便失禁，或为滑精、阳痿等。

【证候分析】 悲则气消，悲哀太过，则神气涣散，意志消沉，故见悲哀好哭，精神萎靡，疲乏无力，面色惨淡；惊恐伤肾，恐则气下，肾气不固，胆气不壮，神气不宁，故见胆怯易惊，恐惧不安，心悸失眠，常被恶梦惊醒，甚至出现二便失禁、滑精、阳痿等症。

悲恐证的辨证依据是，有导致悲恐的情志因素存在，以情绪悲哀或恐惧、胆怯易惊等为主要表现。

第九章

脏腑辨证

脏腑辨证,是在认识脏腑生理功能、病理特点的基础上,将四诊所收集的症状、体征及有关病情资料,进行综合分析,从而判断疾病所在的脏腑部位及其病性的一种辨证方法。简言之,即以脏腑病位为纲,对疾病进行辨证。

早在《内经》中对脏腑辨证已从理论上进行了阐述。东汉·张仲景所著《金匮要略》将脏腑病机理论运用于临床,奠定了脏腑辨证的基础。华佗《中藏经》有专论五脏六腑虚实寒热生死顺逆脉证等篇,使脏腑辨证初具系统性。其后《甲乙经》《诸病源候论》《千金要方》《圣济总录》《小儿药证直诀》《脏腑虚实标本用药式》《脾胃论》《济生方》《景岳全书》《辨证录》《证治汇补》《王旭高医书六种》等名著,从不同角度对脏腑辨证进行了卓有成效的研究,使脏腑辨证得到较大的充实和发展。近几十年来,通过对古代医籍的整理、总结,形成了较为完善的脏腑辨证理论体系,较早地编入到高等中医药院校教材之中,并迅速在全国得到推广应用。

脏腑辨证的意义,在于能够较为准确地辨明病变的部位。通过八纲辨证,可以确定证候的纲领,通过病性辨证,则可分辨证候的具体性质,但此时尚缺乏病位的判断,因而并非完整的诊断。由于脏腑辨证的体系比较完整,每一个脏腑有独特的生理功能、病理表现和证候特征,有利于对病位的判断,并能与病性有机结合,从而形成完整的证候诊断。所以,脏腑辨证是中医辨证体系中的重要内容,是临床辨证的基本方法,是各科辨证的基础,具有广泛的适用性,尤其适用于对内、妇、儿等科疾病的辨证。

脏腑辨证的基本方法,首先是应辨明脏腑病位。脏腑病证是脏腑功能失调反映于外的客观征象。由于各脏腑的生理功能不同,所以它反映出来的症状、体征也不相同。根据脏腑不同的生理功能及其病理变化来分辨病证,这是脏腑辨证的理论依据。所以熟悉各脏腑的生理功能及其病变特点,则是脏腑辨证的关键所在。其次是要辨清病性。脏腑辨证不单是以辨明病变所在的脏腑病位为满足,还应分辨出脏腑病位上的具体性质。病性辨证是脏腑辨证的基础,如在脏腑实证中,有寒、热、痰、气滞、血瘀、水、湿等不同;在脏腑虚证中,又有阴、阳、气、血、精、津虚之别,只有辨清病性病机,才能得出正确的诊断,为治疗立法提供确切依据。

脏腑辨证与病性辨证之间,有着相互交织的关系,临床既可按脏腑病位为纲,区分不同的病性,也可在辨别病性的基础上,根据脏腑的病理特点,而确定脏腑病位。

第一节 辨心病证候

心居胸中,心包络护卫于外。手少阴心经循臂内侧后缘,下络小肠,与小肠互为表里。

心开窍于舌，在体合脉，其华在面。

心的主要功能是主血脉，具有推动血液在脉道中运行不息，以濡养脏腑、组织、官窍的作用；心又主神明，为人体精神和意识思维活动的中枢，是生命活动的主宰。

心的病变主要反映在心脏本身及其主血脉功能的失常，心神的意识思维等精神活动的异常。临床以心悸、怔忡、心痛、心烦、失眠、多梦、健忘、神昏、神识错乱、脉结或代或促等为心病的常见症。此外，某些舌体病变，如舌痛、舌疮等，亦常责之于心。

心病的证候有虚实之分。虚证多由思虑劳神太过，或先天不足，脏气虚弱，久病伤心，导致心血虚、心阴虚、心气虚、心阳虚、心阳虚脱等证；实证多由痰阻、火扰、寒凝、气郁、瘀血等原因，导致心火亢盛、心脉痹阻、痰蒙心神、痰火扰神及瘀阻脑络等证。

一、心血虚证

指血液亏虚，心与心神失于濡养，以心悸、失眠、多梦及血虚症状为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】心悸，头晕眼花，失眠，多梦，健忘，面色淡白或萎黄，唇、舌色淡，脉细无力。

【证候分析】本证可因劳神过度而耗血，或失血过多，或久病伤及营血等引起；也可因脾失健运或肾精亏损，生血之源不足而导致。

血液不足，心失所养，心动失常，故见心悸；血虚心神失养，神不守舍，则见失眠、多梦；血虚不能上荣于头、面，故见头晕眼花、健忘、面色淡白或萎黄，唇、舌色淡；血少脉道失充，故脉细无力。

本证多有久病、失血等病史，以心悸、失眠、多梦与血虚症状共见为辨证的主要依据。

二、心阴虚证

指阴液亏损，心与心神失养，虚热内扰，以心烦、心悸、失眠及阴虚症状为主要表现的虚热证候。

【临床表现】心烦，心悸，失眠，多梦，口燥咽干，形体消瘦，或见手足心热，潮热盗汗，两颧潮红，舌红少苔乏津，脉细数。

【证候分析】本证多因思虑劳神太过，暗耗心阴；或因温热火邪，灼伤心阴；或因肝肾等脏阴亏，累及于心所致。

阴液亏少，心失濡养，心动失常，故见心悸；心神失养，虚火扰神，神不守舍，则见心烦不宁、失眠、多梦；阴虚失润，不能制阳，故口燥咽干，形体消瘦；手足心热，午后潮热，盗汗，颧红，舌红少津，脉细数等，均为阴虚内热之象。

本证以心烦、心悸、失眠与阴虚症状共见为辨证的主要依据。

心血虚与心阴虚虽均可见心悸、失眠、多梦等症，但血虚以“色白”为特征而无热象，阴虚以“色赤”为特征而有明显热象。

三、心气虚证

指心气不足，鼓动无力，以心悸、神疲及气虚症状为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】心悸，胸闷，气短，精神疲倦，或有自汗，活动后诸症加重，面色淡白，舌质淡，脉虚。

【证候分析】本证多由素体虚弱，或久病失养，或先天不足、脏器缺损，或年高脏气衰弱等原因导致。

心气虚弱，鼓动无力，故见心悸、胸闷；气虚卫外不固，故自汗；机能活动衰减，故气短、神疲；动则气耗，故活动劳累后诸症加剧；气虚运血无力，气血不足，血失充荣，故面色淡白、舌淡、脉虚。

本证以心悸、神疲与气虚症状共见为辨证的主要依据。

四、心阳虚证

指心阳虚衰，温运失司，鼓动无力，虚寒内生，以心悸怔忡、心胸憋闷及阳虚症状为主要表现的虚寒证候。

【临床表现】心悸怔忡，心胸憋闷或痛，气短，自汗，畏冷肢凉，神疲乏力，面色晄白，或面唇青紫，舌质淡胖或紫暗，苔白滑，脉弱或结或代。

【证候分析】本证常由心气虚进一步发展，或由其他脏腑病证波及心阳而成。心阳虚衰则推运无力，阳失温煦则虚寒内生。

心阳虚衰，鼓动、温运无力，心动失常，故轻则见心悸，重则为怔忡；心阳虚弱，宗气衰少，胸阳不展，故心胸憋闷，气短；温运血行无力，心脉痹阻不通，则见心胸疼痛；阳虚而阴寒内生，温煦失职，故见畏寒肢冷；阳虚卫外不固，则可见自汗；温运乏力，血脉失充，寒凝而血行不畅，故见面色晄白或面唇青紫，舌质紫暗，脉或结或代而弱；舌质淡胖，苔白滑，为阳虚寒盛，水湿不化之象。

本证以心悸怔忡、心胸憋闷与阳虚症状共见为辨证的主要依据。

心气虚与心阳虚均可见心悸、胸闷、气短等症，但阳虚证有畏冷肢凉、色晦暗等表现，气虚证则疲乏等症表现明显。

五、心阳虚脱证

指心阳衰极，阳气欲脱，以心悸胸痛、冷汗、肢厥、脉微为主要表现的危重证候。

【临床表现】在心阳虚证的基础上，突然冷汗淋漓，四肢厥冷，面色苍白，呼吸微弱，或心悸，心胸剧痛，神志模糊或昏迷，唇舌青紫，脉微欲绝。

【证候分析】本证常是心阳虚证进一步发展的结果；亦可由寒邪暴伤心阳，或痰瘀阻塞心脉引起；还可因失血亡津，气无所依，心阳随之外脱而成。

心阳衰亡，不能外固，则冷汗淋漓；不能温煦四肢，故手足逆冷；宗气外泄，不能助肺司呼吸，故呼吸微弱；阳气外脱，脉道失充，故面色苍白无华；阳衰寒凝，血运不畅，瘀阻心脉，则见心胸剧痛，口唇青紫；心神涣散，则见神志模糊，甚则昏迷；脉微欲绝，为阳气

外亡之征。

本证以心悸胸痛、冷汗、肢厥、脉微等表现为辨证依据。

六、心火亢盛证

指火热内炽，扰乱心神，迫血妄行，上炎口舌，热邪下移，以发热、心烦、吐衄、舌赤生疮、尿赤涩灼痛等为主要表现的实热证候。

【临床表现】 发热，口渴，心烦，失眠，便秘，尿黄，面红，舌尖红绛，苔黄，脉数有力。甚或口舌生疮、溃烂疼痛；或见小便短赤、灼热涩痛；或见吐血、衄血；或见狂躁谵语、神识不清。

【证候分析】 本证多因情志抑郁化火；或火热之邪内侵；或过食辛辣刺激、温补之品，久蕴化火，内炽于心所致。

心火炽盛，内扰于心，神不守舍，则为发热，心烦，失眠；火邪伤津，故口渴，便秘，尿黄；火热炎上，则面赤，舌尖红绛；气血运行加速，则脉数有力。

若以口舌生疮、赤烂疼痛为主者，称为心火上炎证。

若兼小便赤、涩、灼、痛者，称为心火下移证，习称为心移热于小肠，由于心火炽盛，灼伤津液，以致尿少色赤而排尿灼热涩痛。

若吐血、衄血表现突出者，称为心火迫血妄行证。

若以狂躁谵语、神识不清为主症者，称为热扰心神证或热闭心神证。

本证以发热、心烦、吐衄、舌赤生疮、尿赤涩灼痛等实火表现为辨证的主要依据。

七、心脉痹阻证

指瘀血、痰浊、阴寒、气滞等因素阻痹心脉，以心悸怔忡、胸闷、心痛为主要表现的证候。又名心血〔脉〕瘀阻证。由于诱因的不同，临床又有瘀阻心脉证、痰阻心脉证、寒凝心脉证、气滞心脉证等之分。

【临床表现】 心悸怔忡，心胸憋闷疼痛，痛引肩背内臂，时作时止。或以刺痛为主，舌质晦暗或有青紫斑点，脉细、涩、结、代；或以心胸憋闷为主，体胖痰多，身重困倦，舌苔白腻，脉沉滑或沉涩；或以遇寒痛剧为主，得温痛减，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟或沉紧；或以胀痛为主，与情志变化有关，喜太息，舌淡红，脉弦。

【证候分析】 本证多因正气先虚，心阳不振，运血无力，而致气滞、血瘀、痰浊、阴寒等邪气痹阻，心脉瘀阻，故其性质多属本虚标实。

心阳不振，失于温运，或瘀血内阻，心脏搏动失常，故见心悸怔忡。阳气不宣，血行无力，心脉阻滞不通，故心胸憋闷疼痛。手少阴心经之脉横出腋下，循肩背、内臂后缘，故痛引肩背内臂。

瘀阻心脉的疼痛，以刺痛为特点，伴见舌暗，或有青紫色斑点，脉细涩或结或代等瘀血内阻的症状。

痰阻心脉的疼痛，以闷痛为特点，多伴体胖痰多，身重困倦，苔白腻，脉沉滑或沉涩等痰浊内盛的征象。

寒凝心脉的疼痛，以痛势剧烈，突然发作，遇寒加剧，得温痛减为特点，伴见畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟或沉紧等寒邪内盛的症状。

气滞心脉的疼痛，以胀痛为特点，其发作往往与精神因素有关，常伴见胁胀，善太息，脉弦等气机郁滞的症状。

本证以心悸怔忡，心胸憋闷疼痛与瘀血症状共见为辨证的主要依据。由于致痛之因有别，故应分辨疼痛特点及兼症以审证求因。

八、痰蒙心神证

指痰浊蒙蔽心神，以神志抑郁、错乱、痴呆、昏迷为主要表现的证候。又名痰迷心窍〔包〕证。

【临床表现】神情痴呆，意识模糊，甚则昏不知人，或神情抑郁，表情淡漠，喃喃独语，举止失常。或突然昏仆，不省人事，口吐涎沫，喉有痰声。并见面色晦暗，胸闷，呕恶，舌苔白腻，脉滑等症。

【证候分析】本证多因湿浊酿痰，阻遏气机；或因情志不遂，气郁生痰；或痰浊内盛，夹肝风内扰，致痰浊蒙蔽心神所致。

痰浊上蒙心神，神明失司，故见神情痴呆，意识模糊，甚则昏不知人。情志不遂，肝失疏泄，气郁痰凝，痰气互结，蒙蔽神明，则见神情抑郁，淡漠痴呆，或神志错乱，喃喃独语，举止失常。若痰浊内盛，引动肝风，肝风夹痰，闭阻心神，则可表现为突然昏仆，不省人事，口吐涎沫，喉中痰鸣。痰浊内阻，清阳不升，浊气上泛，气血不畅，故面色晦暗；痰阻胸阳，胃失和降，则胸闷，恶心呕吐。舌苔白腻，脉滑，均为痰浊内盛之征。

本证以神志抑郁、错乱、痴呆、昏迷与痰浊症状共见为辨证的主要依据。

九、痰火扰神证

指火热痰浊交结，扰闭心神，以狂躁、神昏及痰热症状为主要表现的证候。又名痰火扰心〔闭窍〕证。

【临床表现】发热，口渴，胸闷，气粗，咯吐黄痰，喉间痰鸣，心烦，失眠，甚则神昏谵语，或狂躁妄动，打人毁物，不避亲疏，胡言乱语，哭笑无常，面赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

【证候分析】本证多因精神刺激，思虑动怒，气郁化火，炼液为痰，痰火内盛；或外感温热、湿热之邪，热邪煎熬，灼津为痰，痰火内扰所致。

本证既可见于外感热病，又可见于内伤杂病。外感热病中，由于邪热内蕴，里热蒸腾上炎，则见发热，面红目赤，呼吸气粗；热灼津伤，故便秘尿黄；痰火扰乱或蒙闭心神，可见烦躁不宁，神昏谵语。内伤杂病中，由于精神刺激，痰火内盛，闭扰心神，轻则心烦失眠，重则神志狂乱而见胡言乱语，哭笑无常，狂躁妄动，打人毁物。痰火内盛，故有吐痰黄稠，或喉间痰鸣；痰阻气机，则胸闷不舒；舌红，苔黄腻，脉滑数，均为痰火内盛之象。

本证以神志狂躁、神昏谵语与痰热症状共见为辨证的主要依据。若但见火热而无痰的证候者，则为热闭〔扰〕心神证。

痰蒙心神、热闭〔扰〕心神与痰火扰〔闭〕神三证，均有神志异常的表现，均可或见神昏。但痰蒙心神证为痰浊，其症以抑郁、痴呆、错乱为主，无热证表现；热闭〔扰〕心神证为火热，其症以狂躁、谵语、神昏为主，一派火热证候；痰火扰〔闭〕神证则为既有痰，又有火，其症为前二者的兼并。

十、瘀阻脑络证

指瘀血犯头，阻滞脑络，以头痛、头晕及瘀血症状为主要表现的证候。

【临床表现】 头晕、头痛经久不愈，痛如锥刺、痛处固定，或健忘，失眠，心悸，或头部外伤后昏不知人，面色晦暗，舌质紫暗或有斑点，脉细涩。

【证候分析】 本证多因头部外伤，瘀血停积于脑内；或久痛入络，瘀血内停，阻塞脑络所致。

瘀血阻滞脑络，不通则痛，故头痛持续、痛如针刺、痛处固定；脑络不通，气血不得正常流布，脑失所养，则头晕不已；瘀血不去，新血不生，心神失养，故有健忘，失眠，心悸等症；外伤严重，脑神受损，则昏不知人；面色晦暗，舌质紫暗或有斑点，脉细涩等，为瘀血内阻之征。

本证以头痛、头晕与瘀血症状共见为辨证的主要依据。

第二节 辨肺病证候

肺居胸中，上连气道、喉咙，开窍于鼻，合称肺系。肺在体合皮，其华在毛。其经脉起于中焦，下络大肠，肺与大肠互为表里。

肺主气、司呼吸，吸清呼浊，吐故纳新，生成宗气，营运全身，贯注心脉，助心行血；肺又主宣发、肃降，通调水道，输布津液，宣散卫气，滋润皮毛，并主嗅觉和发声。

肺的病变主要反映在肺系，呼吸功能失常，宣降功能失调，通调水道、输布津液失职，以及卫外机能不固等方面。临床以咳嗽，气喘，咯痰，胸痛，咽喉痒痛，声音变异，鼻塞流涕，或水肿等为肺病的常见症，其中以咳喘更为多见。

肺病的证候有虚、实两类。虚证多因久病咳喘，或他脏病变累及于肺，导致肺气虚和肺阴虚。实证多因风、寒、燥、热等外邪侵袭和痰饮停聚于肺而成，而有风寒犯肺、风热犯肺、燥邪犯肺、肺热炽盛、痰热壅肺、寒痰阻肺、饮停胸胁、风水相搏等证。

一、肺气虚证

指肺气虚弱，呼吸无力，卫外不固，以咳嗽无力、气短而喘、自汗等为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 咳嗽无力，气短而喘，动则尤甚，咯痰清稀，声低懒言，或有自汗、畏风，易于感冒，神疲体倦，面色淡白，舌淡苔白，脉弱。

【证候分析】 本证多因久病咳喘，耗伤肺气；或因脾虚失运，生化不足，肺失充养所

致。

由于肺气亏虚，呼吸功能减弱，宣降无权，气逆于上，加之宗气生成不足，所以咳嗽无力，气短而喘；动则耗气，肺气更虚，则咳喘加重；肺气虚，宗气衰少，发声无力，则声低懒言。肺虚，津液不得布散，聚而为痰，故吐痰清稀。肺气亏虚，不能宣发卫气于肤表，腠理失密，卫表不固，故见自汗、畏风，且易受外邪侵袭而反复感冒。面色淡白，神疲体倦，舌淡苔白，脉弱，均为气虚不能推动气血，机能衰减之象。

本证多有久病咳喘、体弱等病史，以咳嗽无力、气短而喘、自汗与气虚症状共见为辨证的主要依据。

二、肺阴虚证

指肺阴亏虚，虚热内扰，以干咳少痰、潮热、盗汗等为主要表现的虚热证候。又名肺虚热证。

【临床表现】 干咳无痰，或痰少而黏、不易咯出，或痰中带血，声音嘶哑，口燥咽干，形体消瘦，五心烦热，潮热盗汗，两颧潮红，舌红少苔乏津，脉细数。

【证候分析】 本证多因燥热伤肺，或癆虫蚀肺，或汗出伤津，或素嗜烟酒、辛辣燥热之品，或久病咳喘，老年体弱，渐致肺阴亏虚而成。

肺阴不足，失于滋润，肺中乏津，或虚火灼肺，以致肺热叶焦，失于清肃，气逆于上，故干咳无痰，或痰少而黏，难以咯出；甚则虚火灼伤肺络，络伤血溢，则痰中带血。肺阴不足，咽喉失润，且为虚火所蒸，以致声音嘶哑。阴虚阳无所制，虚热内炽，故见午后潮热，五心烦热；热扰营阴则盗汗；虚火上炎，故两颧发红；阴液不足，失于滋养，则口燥咽干，形体消瘦；舌红少苔乏津，脉细数，为阴虚内热之象。

本证以干咳、痰少难咯、潮热、盗汗等为辨证的主要依据。若潮热盗汗等虚热内扰之症不明显，则可称阴虚肺燥证。

三、风寒犯肺证

指风寒侵袭，肺卫失宣，以咳嗽、咯稀白痰、恶风寒等为主要表现的证候。

【临床表现】 咳嗽，咯少量稀白痰，气喘，微有恶寒发热，鼻塞，流清涕，喉痒，或见身痛无汗，舌苔薄白，脉浮紧。

【证候分析】 本证多因风寒外邪，侵袭肺卫，致使肺卫失宣而成。

肺司呼吸，外合皮毛，风寒外感，最易袭表犯肺，肺气被束，失于宣降而上逆，则为咳嗽、气喘；肺津不布，聚成痰饮，随肺气逆于上，故咯痰色白质稀；鼻为肺窍，肺气失宣，鼻咽不利，则鼻塞、流清涕、喉痒。风寒袭表，卫阳被遏，不能温煦肌表，故见微恶风寒；卫阳抗邪，阳气浮郁在表，故见发热；风寒犯表，凝滞经络，经气不利，故头身疼痛；寒性收引，腠理闭塞，故见无汗；舌苔薄白，脉浮紧，为感受风寒之征。

本证多有外感风寒的病史，以咳嗽、咯稀白痰与风寒表证共见为辨证的主要依据。

本证以咳嗽及咯稀白痰为主，表证证候较轻；风寒束表证则以表证证候为主，咳嗽较轻，不咯痰。

四、风热犯肺证

指风热侵袭，肺卫失宣，以咳嗽、发热恶风等为主要表现的证候。本证在三焦辨证中属上焦病证，在卫气营血辨证中属卫分证。

【临床表现】 咳嗽，痰少而黄，气喘，鼻塞，流浊涕，咽喉肿痛，发热，微恶风寒，口微渴，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。

【证候分析】 本证多因风热外邪，侵袭肺卫，致使肺卫失宣而成。

风热袭肺，肺失清肃，肺气上逆，故咳嗽；风热熏蒸，津气敷布失常，故咯少量黄痰；肺气失宣，鼻窍不利，津液为热邪所灼，故鼻塞流浊涕；风热上扰，咽喉不利，故咽喉肿痛。风热袭表，卫气抗邪，阳气浮郁于表，故有发热；卫气被遏，肌表失于温煦，故微恶风寒；热伤津液，则口微渴；舌尖红，苔薄黄，脉浮数，为风热袭表犯肺之征。

本证多有感受风热的病史，以咳嗽、痰少色黄与风热表证共见为辨证的主要依据。

风热犯肺证与风寒犯肺证均属外感新病，均有咳嗽及表证症状。但前者为发热重恶寒轻，痰少色黄，流浊涕，舌苔薄黄，脉浮数；后者为恶寒重发热轻，痰白清稀，流清涕，舌苔薄白，脉浮紧。

五、燥邪犯肺证

指外感燥邪，肺失宣降，以干咳痰少、鼻咽口舌干燥等为主要表现的证候。简称肺燥证。燥邪有偏寒、偏热的不同，而有温燥袭肺证和凉燥袭肺证之分。

【临床表现】 干咳无痰，或痰少而黏、不易咯出，甚则胸痛，痰中带血，或见鼻衄，口、唇、鼻、咽、皮肤干燥，尿少，大便干结，舌苔薄而干燥少津。或微有发热恶风寒，无汗或少汗，脉浮数或浮紧。

【证候分析】 本证多因时处秋令，或干燥少雨之地，感受燥邪，耗伤肺津，肺卫失和，或因风温之邪化燥伤津及肺所致。

燥邪犯肺，肺津耗损，肺失滋润，清肃失职，故干咳无痰，或痰少而黏、难以咯出，咳甚损伤血络，而见胸痛、咯血、鼻衄。燥邪伤津，清窍、皮肤失于滋润，则为口、唇、鼻、咽、皮肤干燥，苔薄而干燥少津；肠道失润，则大便干燥；津伤液亏，则小便短少。燥袭卫表，卫气失和，故微有发热恶风寒。

夏末秋初，燥与热合，多为温燥，腠理开泄，则见出汗，脉浮数。秋末冬初，若燥与寒合，多见凉燥，寒主收引，腠理闭塞，故表现为无汗，脉浮紧。

本证与气候干燥有关，以干咳痰少、鼻咽口舌干燥等为辨证的主要依据。

燥邪犯肺证与肺阴虚证均有干咳、痰少难咯的表现，但前者属外感新病，常兼有表证，干燥症状突出，虚热之象不明显；后者属内伤久病，无表证，虚热内扰的症状明显。

六、肺热炽盛证

指火热炽盛，壅积于肺，肺失清肃，以咳喘气粗、鼻翼煽动等为主要表现的实热证候。简称肺热证或肺火证。本证在卫气营血辨证中属气分证，在三焦辨证中属上焦病证。

【临床表现】 发热，口渴，咳嗽，气粗而喘，甚则鼻翼煽动，鼻息灼热，胸痛，或有咽喉红肿疼痛，小便短黄，大便秘结，舌红苔黄，脉洪数。

【证候分析】 本证多因风热之邪入里，或风寒之邪入里化热，蕴结于肺所致。

肺热炽盛，肺失清肃，气逆于上，故见咳嗽，气喘，甚则鼻翼煽动，气粗息灼；邪气郁于胸中，阻碍气机，则胸痛；肺热上熏于咽喉，气血壅滞，故咽喉红肿疼痛。里热蒸腾，向外升散，则发热较甚；热盛伤津，则口渴欲饮，大便秘结，小便短黄；舌红苔黄，脉洪数，为邪热内盛之征。

本证以新病势急，咳喘气粗、鼻翼煽动与火热症状共见为辨证的主要依据。

七、痰热壅肺证

指痰热交结，壅滞于肺，肺失清肃，以发热、咳喘、痰多黄稠等为主要表现的证候。

【临床表现】 咳嗽，咯痰黄稠而量多，胸闷，气喘息粗，甚则鼻翼煽动，喉中痰鸣，或咳吐脓血腥臭痰，胸痛，发热口渴，烦躁不安，小便短黄，大便秘结，舌红苔黄腻，脉滑数。

【证候分析】 本证多因邪热犯肺，肺热炽盛，灼伤肺津，炼液成痰；或宿痰内盛，郁而化热，痰热互结，壅阻于肺所致。

痰壅热蒸，肺失清肃，气逆上冲，故咳嗽气喘，气粗息涌，甚则鼻翼煽动；痰热互结，随肺气上逆，故咯痰黄稠而量多，或喉中痰鸣；若痰热阻滞肺络，气滞血壅，肉腐血败，则见咳吐脓血腥臭痰；痰热内盛，壅塞肺气，则胸闷胸痛。里热炽盛，蒸达于外，故见发热；热扰心神，则烦躁不安；热灼津伤，则口渴，小便黄赤，大便秘结；舌红苔黄腻，脉滑数，为典型的痰热内盛之征。

本证以发热、咳喘、痰多黄稠等为辨证的主要依据。

痰热壅肺证与肺热炽盛证的鉴别，前者为痰热俱盛，咯多量黄稠痰；后者为但热无（或少）痰。

八、寒痰阻肺证

指寒饮或痰浊停聚于肺，肺失宣降，以咳喘、痰白量多易咯等为主要表现的证候。又名寒饮停肺证、痰浊阻肺证。

【临床表现】 咳嗽，痰多、色白、质稠或清稀、易咯，胸闷，气喘，或喉间有哮鸣声，恶寒，肢冷，舌质淡，苔白腻或白滑，脉弦或滑。

【证候分析】 本证多因素有痰疾，罹感寒邪，内客于肺；或因外感寒湿，侵袭于肺，转化为痰；或因脾阳不足，寒从内生，聚湿成痰，上干于肺所致。

痰浊〔寒痰〕阻肺，肺失宣降，肺气上逆，则咳嗽，呼吸喘促，咯痰色白而黏稠、量多易咯；寒饮停肺，肺气上逆，则痰色白而清稀、量多易咯；痰气搏结，上涌气道，故喉中痰鸣，时发喘哮；痰浊或寒饮凝闭于肺，肺气不利，故胸部满闷。寒性凝滞，阳气被郁而不能外达，形体四肢失于温煦，故恶寒、肢冷。舌淡，苔白腻或白滑，脉弦或滑，为寒饮痰浊内停之象。

本证以咳喘、痰白量多易咯等为辨证的主要依据。痰稀者为寒饮停肺证，痰稠者为寒痰阻肺证。

九、饮停胸胁证

指水饮停于胸腔，阻碍气机，以胸廓饱满、胸胁胀闷或痛等为主要表现的证候。

【临床表现】 胸廓饱满，胸胁部胀闷或痛，咳嗽，气喘，呼吸、咳嗽或身体转侧时牵引胁痛，或有头目晕眩，舌苔白滑，脉沉弦。

【证候分析】 本证多因中阳素虚，气不化水，水停为饮；或因外邪侵袭，肺失通调，水液运行输布障碍，停聚为饮，流注胸腔而成。

饮停胸胁，气机受阻，升降失司，络脉不利，故胸胁饱胀疼痛，气短息促；水饮停于胸腔，上迫于肺，肺失宣降，胸胁气机不利，故咳嗽、呼吸及身体转侧时牵引作痛；饮邪遏阻，清阳不升，故头目晕眩；水饮内停，故可见脉沉弦，苔白滑。

本证以胸廓饱满、胸胁胀闷或痛等为辨证的主要依据。

十、风水相搏证

指风邪外袭，肺卫失宣，水湿泛滥肌肤，以突起头面浮肿及卫表症状为主要表现的证候。

【临床表现】 眼睑头面先肿，继而遍及全身，上半身肿甚，来势迅速，皮肤薄而发亮，小便短少，或见恶寒重发热轻，无汗，舌苔薄白，脉浮紧。或见发热重恶寒轻，咽喉肿痛，舌苔薄黄，脉浮数。

【证候分析】 本证多由风邪外感，肺卫受病，宣降失常，通调失职，风遏水阻，风水相搏，泛滥肌肤而成。

风为阳邪，上先受之，肺居上焦，为水之上源，风邪犯肺，宣发肃降失职，不能通调水道，风水相搏，水气泛滥，故水肿起于眼睑头面，上半身水肿较重；由于是外邪新感，所以发病较快，水肿迅速，皮肤发亮；上源不通，水液不能下输膀胱，则见小便短少。若伴见恶寒重，发热轻，无汗，苔薄白，脉浮紧等症，为风水偏寒；若伴见发热重，恶寒轻，咽喉肿痛，舌红，脉浮数等症，为风水偏热。

本证以突起头面浮肿与卫表症状共见为辨证的主要依据。

第三节 辨脾病证候

脾位居中焦，与胃相表里。脾主肌肉、四肢，开窍于口，其华在唇，外应于腹。

脾的主要生理功能是主运化水谷、水液，输布精微，为气血生化之源，故有后天之本之称。脾又主统血，能统摄血液在脉内运行。脾气主升，喜燥恶湿。

脾的病变主要以运化、升清功能失职，致使水谷、水液不运，消化功能减退，水湿滞留，化源不足，以及脾不统血，清阳不升为主要病理改变。临床以腹胀腹痛、不欲食而纳

少、便溏、浮肿、困重、内脏下垂、慢性出血等为脾病的常见症状。

脾病的证候有虚、实之分。虚证多因饮食、劳倦、思虑过度所伤，或病后失调所致的脾气虚、脾阳虚、脾气下陷、脾不统血等证；实证多由饮食不节，或外感湿热或寒湿之邪，或失治、误治所致的湿热蕴脾、寒湿困脾等证。

一、脾气虚证

指脾气不足，运化失职，以食少、腹胀、便溏及气虚症状为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 不饮食，纳少，脘腹胀满，食后胀甚，或饥时饱胀，大便溏稀，肢体倦怠，神疲乏力，少气懒言，形体消瘦，或肥胖、浮肿，面色淡黄或萎黄，舌淡苔白，脉缓或弱。

【证候分析】 本证多因寒湿侵袭，饮食不节，或劳倦过度，或忧思日久，吐泻太过，损伤脾土，或禀赋不足，素体虚弱，或年老体衰，或大病初愈，调养失慎等所致。

脾主运化，脾气虚弱，健运失职，输精、散精无力，水湿不运，故见食欲不振，进食量少，脘腹胀满；食后脾气愈困，故腹胀愈甚；饥饿之时，脾气更乏，中虚气滞，故饥饿时饱胀；脾虚失运，清浊不分，水湿下注肠道，则见大便稀溏；脾为气血生化之源，脾虚化源不足，不能充达肢体、肌肉，故肢体倦怠，形体消瘦；气血不能上荣于面，故面色淡黄或萎黄；脾气虚，气血化生不足，脏腑功能衰退，故神疲乏力，少气懒言；若脾气虚弱，水湿不运，泛溢肌肤，则可见形体肥胖，或肢体浮肿；舌淡苔白，脉缓或弱，为脾气虚弱之征。

本证以食少、腹胀、便溏与气虚症状共见为辨证的主要依据。

二、脾虚气陷证

指脾气虚弱，中气下陷，以脘腹重坠、内脏下垂及气虚症状为主要表现的虚弱证候。又名脾〔中〕气下陷证。

【临床表现】 脘腹重坠作胀，食后益甚，或便意频数，肛门重坠，或久泄不止，甚或脱肛，或小便浑浊如米泔，或内脏、子宫下垂，气短懒言，神疲乏力，头晕目眩，面白无华，食少，便溏，舌淡苔白，脉缓或弱。

【证候分析】 本证多由脾气虚进一步发展，或因久泄久痢，或劳累太过，或妇女孕产过多，产后失于调护等损伤脾气，清阳下陷所致。

脾气主升，能升发清阳，举托内脏。脾气虚衰，升举无力，气坠于下，故脘腹重坠作胀，食后更甚；中气下陷，内脏失于举托，故便意频数，肛门重坠，或久泄不止，甚或脱肛，或子宫下垂，或胃、肝、肾等脏器下垂；脾主散精，精微不能正常输布，清浊不分，反注膀胱，故小便浑浊如米泔；清阳不升，头目失养，故头晕目眩；脾气虚弱，健运失职，故食少，便溏；化源亏乏，气血津液不能输布全身，脏腑功能减退，故见气短懒言，神疲乏力，面白无华，舌淡白，脉缓或弱。

本证以脘腹重坠、内脏下垂与气虚症状共见为辨证的主要依据。

三、脾阳虚证

指脾阳虚衰，失于温运，阴寒内生，以食少、腹胀腹痛、便溏等为主要表现的虚寒证候。又名脾虚寒证。

【临床表现】 食少，腹胀，腹痛绵绵，喜温喜按，畏寒怕冷，四肢不温，面白少华或虚浮，口淡不渴，大便稀溏，甚至完谷不化，或肢体浮肿，小便短少，或白带清稀量多，舌质淡胖或有齿痕，舌苔白滑，脉沉迟无力。

【证候分析】 本证多因脾气虚进一步发展；或因过食生冷、外寒直中、过用苦寒，损伤脾阳；或肾阳不足，命门火衰，火不生土，以致脾阳虚衰，温运失职，寒从内生，水谷失运，水湿不化。

脾阳虚衰，运化失权，则为食少腹胀，大便稀溏，甚至完谷不化；阳虚失运，寒从内生，寒凝气滞，故脘腹隐痛、冷痛，喜温喜按。脾阳虚衰，水湿不化，泛滥肌肤，则为肢体浮肿，小便短少；水湿下注，损伤带脉，带脉失约，则为白带清稀量多。脾阳虚衰，温煦失职，故畏寒怕冷，四肢不温；阳虚气血不荣，水气上泛，故面白无华或虚浮，舌质淡胖、边有齿痕，苔白滑；脉沉迟无力，为阳虚失运所致。

本证以食少、腹胀腹痛、便溏与虚寒症状共见为辨证的主要依据。

本证有畏冷肢凉、脘腹隐痛喜温等寒象，可与脾气虚证相鉴别。

四、脾不统血证

指脾气虚弱，不能统摄血行，以各种慢性出血为主要表现的虚弱证候。又名脾〔气〕不摄血证。

【临床表现】 各种慢性出血，如便血、尿血、吐血、鼻衄、紫斑，妇女月经过多、崩漏，食少，便溏，神疲乏力，气短懒言，面色萎黄，舌淡，脉细无力。

【证候分析】 本证多由久病气虚，或劳倦过度，损伤脾气，以致统血无权所致。

脾气亏虚，运血乏力，统血无权，血溢脉外，而见各种慢性出血症状。血从胃肠外溢，则见吐血或便血；血从膀胱外溢，则见尿血；血从肌肤外渗，则表现为紫斑；血从鼻外渗，则为鼻衄；冲任不固，则妇女月经过多，甚或崩漏。脾气虚弱，运化失职，故食少便溏；化源亏少，气血不足，头面失于滋养，机能衰减，故见面色萎黄，神疲乏力，气短懒言；舌淡苔白，脉细无力，为脾气虚弱，气血两虚之象。

本证以各种慢性出血与气血两虚证共见为辨证的主要依据。

五、寒湿困脾证

指寒湿内盛，困阻脾阳，脾失温运，以纳呆、腹胀、便溏、身重等为主要表现的寒湿证候。又名湿困脾阳证、寒湿中阻证、太阴寒湿证。

【临床表现】 脘腹胀闷，口腻纳呆，泛恶欲呕，口淡不渴，腹痛便溏，头身困重，或小便短少，肢体肿胀，或身目发黄，面色晦暗不泽，或妇女白带量多，舌体淡胖，舌苔白滑或白腻，脉濡缓或沉细。

【证候分析】 本证多因淋雨涉水，居处潮湿，气候阴雨，寒湿内侵伤中；或由于饮食失节，过食生冷、瓜果，以致寒湿停滞中焦；或因嗜食肥甘，湿浊内生，困阻中阳所致。外湿内湿，互为因果，以致寒湿困阻，脾阳失运。

脾喜燥恶湿，寒湿内盛，脾阳受困，运化失职，水湿内停，脾气郁滞，则脘腹痞胀或痛，食少；脾失健运，湿滞气机，则口腻，纳呆；水湿下渗，则大便稀溏；脾失健运，影响胃失和降，胃气上逆，故泛恶欲呕；湿为阴邪，其性重浊，泛溢肢体，遏郁清阳，则头身困重；若寒湿困脾，阳气被遏，水湿不运，泛溢肌肤，可见肢体肿胀，小便短少；寒湿困阻中阳，若肝胆疏泄失职，胆汁外溢，加之气血运行不畅，则为面目肌肤发黄，晦暗不泽；若寒湿下注，损伤带脉，带脉失约，妇女可见白带量多；口淡不渴，舌体胖大，苔白滑腻，脉濡缓或沉细，均为寒湿内盛之象。

本证以纳呆、腹胀、便溏、身重、苔白腻等为辨证的主要依据。

脾阳虚证与寒湿困脾证均有纳呆食少、腹胀、便溏等表现，但脾阳虚证为阳虚运化失职，导致寒湿内阻，以虚为主；寒湿困脾证为寒湿内盛，阻遏脾阳，以实为主。

六、湿热蕴脾证

指湿热内蕴，脾失健运，以腹胀、纳呆、发热、身重、便溏不爽等为主要表现的湿热证候。又名中焦湿热证、脾经湿热证。

【临床表现】 脘腹胀闷，纳呆，恶心欲呕，口中黏腻，渴不多饮，便溏不爽，小便短黄，肢体困重，或身热不扬，汗出热不解，或见面目发黄色鲜明，或皮肤发痒，舌质红，苔黄腻，脉濡数或滑数。

【证候分析】 本证多由外感湿热之邪；或本为脾气虚弱，湿邪中阻，湿郁化热；或嗜食肥甘厚腻，饮酒无度，酿成湿热，内蕴脾胃所致。

湿热阻滞中焦，纳运失健，升降失常，气机阻滞，则脘腹痞闷，纳呆食少，恶心呕吐；湿热蕴脾，上蒸于口，则口中黏腻，渴不多饮；湿热下注，阻碍气机，大肠传导失司，则便溏而不爽；湿热交结，热蒸于内，湿泛肌肤，阻碍经气，气化不利，则为肢体困重，小便短黄；湿遏热伏，郁蒸于内，故身热不扬；湿热之邪，黏滞缠绵，故汗出热不解；若湿热蕴结脾胃，熏蒸肝胆，疏泄失权，胆汁不循常道而泛溢肌肤，则见面目发黄色鲜明；湿热行于皮里，则皮肤发痒；舌质红，苔黄腻，脉濡数或滑数，均为湿热内蕴之征。

本证以腹胀、纳呆、发热、身重、便溏不爽、苔黄腻等为辨证的主要依据。

寒湿困脾证其湿属寒，湿热蕴脾证其湿属热，舌脉症的表现各有不同。

第四节 辨肝病证候

肝位于右胁，胆附于肝，肝胆互为表里。肝开窍于目，在体合筋，其华在爪。足厥阴肝经绕阴器，循少腹，布胁肋，系目，上额，交巅顶。少腹、胸胁、头顶是肝经经脉循行反映于体表的重要区域。

肝的主要生理功能是主疏泄，其性升发，喜条达恶抑郁，能调畅气机，疏泄胆汁，促进胃肠消化，调节精神情志而使人心情舒畅，调节生殖功能而有助于女子调经、男子泄精。肝又主藏血，具有贮藏血液，调节血量的功能。

肝的病变主要反映在疏泄失常，气机逆乱，精神情志变异，消化功能障碍；肝不藏血，全身失养，筋膜失濡，以及肝经循行部位经气受阻等多方面的异常。其常见症状有精神抑郁，烦躁，胸胁、少腹胀痛，头晕目眩，巅顶痛，肢体震颤，手足抽搐，以及目疾，月经不调，睾丸疼痛等。

肝病的常见证型可以概括为虚、实两类，而以实证为多见。实证多由情志所伤，使肝失疏泄，气机郁结；气郁化火，气火上逆；用阳太过，阴不制阳；阳亢失制，肝阳化风；或寒邪、火邪、湿热之邪侵犯肝及肝经所致，而有肝郁气滞证，肝火炽盛证，肝阳上亢证，肝风内动证，肝经湿热证，寒滞肝脉证等。虚证多因久病失养，或他脏病变所累，或失血，致使肝阴、肝血不足，而有肝血虚证、肝阴虚证等。

一、肝血虚证

指血液亏损，肝失濡养，以眩晕、视力减退、经少、肢麻手颤等及血虚症状为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 头晕眼花，视力减退或夜盲，或见肢体麻木，关节拘急，手足震颤，肌肉瞤动，或为妇女月经量少、色淡，甚则闭经，爪甲不荣，面白无华，舌淡，脉细。

【证候分析】 本证多因脾胃虚弱，化源不足；或因失血过多，或因久病重病，失治误治伤及营血所致。

肝开窍于目，肝血不足，目失所养，故目眩，视物模糊或夜盲；肝在体为筋，爪甲为筋之余，筋失血养，则肢体麻木，关节拘急，手足震颤，肌肉瞤动，爪甲不荣；女子以肝为先天，肝血不足，冲任失养，血海空虚，故月经量少、色淡，甚则闭经；血虚不能上荣头面，故面白无华，头晕；舌淡，脉细，为血虚之象。

本证多有体弱、失血等病史，以眩晕、视力减退、经少、肢麻手颤等与血虚症状共见为辨证的主要依据。

二、肝阴虚证

指阴液亏损，肝失濡润，阴不制阳，虚热内扰，以头晕、目涩、胁痛、烦热等为主要表现的虚热证候。又名肝虚热证。

【临床表现】 头晕眼花，两目干涩，视力减退，或胁肋隐隐灼痛，面部烘热或两颧潮红，或手足蠕动，口咽干燥，五心烦热，潮热盗汗，舌红少苔乏津，脉弦细数。

【证候分析】 本证多由情志不遂，气郁化火，耗伤肝阴；或热病后期，灼伤阴液；或肾阴不足，水不涵木，累及肝阴。以致肝失濡养，头目、筋脉失润，阴不制阳，虚热内扰。

肝阴不足，头目失濡，故头晕眼花，两目干涩，视力减退；肝络失养，虚火内灼，疏泄失职，故胁肋隐隐灼痛；筋脉失滋，筋膜挛急，则见手足蠕动；阴虚不能制阳，虚热内蒸，故五心烦热，午后潮热；阴虚内热，迫津外泄，则为盗汗；虚火上炎，故面部阵阵烘热，两

颧潮红；阴液不能上承，则口干咽燥；舌红少津，脉弦细数，为肝阴不足，虚热内炽之征。

本证以头晕、目涩、胁痛等与虚热症状共见为辨证的主要依据。

肝血虚与肝阴虚均属肝的虚证，均有头晕等表现。但前者为血虚，无热象，常见眩晕、视物模糊、经少、肢麻手颤等症；后者为阴虚，虚热表现明显，常见眼干涩、潮热、颧红、手足蠕动等症。

三、肝郁气滞证

指肝失疏泄，气机郁滞，以情志抑郁、胸胁或少腹胀痛等为主要表现的证候。又名肝气郁结证，简称肝郁证。

【临床表现】 情志抑郁，善太息，胸胁、少腹胀满疼痛，走窜不定。或咽部异物感，或颈部瘰疬、瘰癧，或胁下肿块。妇女可见乳房作胀疼痛，月经不调，痛经。舌苔薄白，脉弦。病情轻重与情绪变化的关系密切。

【证候分析】 本证多因精神刺激，情志不遂；病邪侵扰，阻遏肝脉；其他脏腑病变的影响，使肝气郁结，失于疏泄、条达所致。

肝性喜条达而恶抑郁，肝失疏泄，气机郁滞，经气不利，故胸胁或少腹胀满窜痛，情志抑郁寡欢，善太息；女子以血为本，冲任隶属于肝，肝郁气滞，血行不畅，气血失和，冲任失调，故见乳房作胀或痛，痛经，月经不调；若肝气郁结，气不行津，津聚为痰，或气郁化火，灼津为痰，肝气夹痰循经上行，搏结于咽喉，可见咽部有异物感，吞之不下，吐之不出；痰气搏结于颈部，则为瘰疬、瘰癧；若气滞日久，血行瘀滞，肝络瘀阻，日久可形成肿块结于胁下；苔白，脉弦，为肝气郁滞之象。

本证多与情志因素有关，以情志抑郁、胸胁或少腹胀痛等为辨证的主要依据。

四、肝火炽盛证

指火热炽盛，内扰于肝，气火上逆，以头痛、烦躁、耳鸣、胁痛等及火热症状为主要表现的实热证候。又名肝火上炎证、肝经实火证，简称肝火〔热〕证。

【临床表现】 头晕胀痛，痛如刀劈，面红目赤，口苦口干，急躁易怒，耳鸣如潮，甚或突发耳聋，失眠，恶梦纷纭，或胁肋灼痛，吐血、衄血，小便短黄，大便秘结，舌红苔黄，脉弦数。

【证候分析】 本证多因情志不遂，肝郁化火，或因火热之邪内侵，或他脏火热累及于肝，以致肝经气火上逆所致。

肝气郁结，气郁化火，肝火内炽，热灼气阻，则胁肋灼痛；肝火炽盛，循经上攻头目，气血壅滞脉络，故头晕胀痛，面红目赤；肝藏魂，心藏神，热扰神魂，则心神不宁，魂不守舍，而见急躁易怒，失眠，恶梦纷纭；肝热移胆，循胆经上冲于耳，故见耳鸣如潮，甚则突发耳聋；肝火夹胆气上溢，则口苦；热盛迫血妄行，则见吐血、衄血；火邪灼津，故口渴，大便秘结，小便短黄；舌红苔黄，脉弦数，均为肝经实火内炽之象。

本证以头痛、烦躁、耳鸣、胁痛等与火热症状共见为辨证的主要依据。

五、肝阳上亢证

指肝阳亢扰于上，肝肾阴亏于下，以眩晕耳鸣、头目胀痛、面红、烦躁、腰膝酸软等为主要表现的证候。

【临床表现】 眩晕耳鸣，头目胀痛，面红目赤，急躁易怒，失眠多梦，头重脚轻，腰膝酸软，舌红少津，脉弦有力或弦细数。

【证候分析】 本证多因素体阳盛，性急多怒，肝阳偏旺；或长期恼怒焦虑，气郁化火，阳气偏亢而暗耗阴液；或平素肾阴亏虚，或房劳太过，年老阴亏，水不涵木，阴不制阳，肝阳偏亢所致。

肝为刚脏，体阴用阳。肝阳升发太过，血随气逆，冲扰于头，则头目胀痛，眩晕耳鸣；气血上冲于面、目，血络充盈，则面红目赤；亢阳扰动心神、肝魂，则急躁易怒，失眠多梦；肝阳亢于上，则肾阴亏于下，上盛而下虚，木旺耗水，水不涵木，阴不制阳，则头重脚轻，步履不稳；肝肾阴亏，筋骨失养，则腰膝酸软无力；舌红少津，脉弦有力或弦细数，为肝阳亢盛，肝肾阴亏之征。

本证以眩晕耳鸣、头目胀痛、面红、烦躁、腰膝酸软等为辨证的主要依据。

肝火炽盛证与肝阳上亢证的鉴别，前者纯属火热过盛的实证，多因火热之邪侵扰，或气郁化火所致，以发热口渴、便干尿黄、舌红脉数等热证为主要表现；后者为用阳太过，阳亢耗阴，上盛下虚的虚实夹杂证，以眩晕、面赤、烦躁、头重脚轻、腰膝酸软等为主要表现。

六、肝风内动证

泛指因风阳、火热、阴血亏虚等所致，以肢体抽搐、眩晕、震颤等为主要表现的证候。

根据病因病性、临床表现的不同，常可分为肝阳化风证、热极生风证、阴虚动风证和血虚生风证等。

（一）肝阳化风证

指肝阳上亢，肝风内动，以眩晕、肢麻震颤、头胀痛、面赤，甚至突然昏仆、口眼喎斜、半身不遂等为主要表现的证候。

【临床表现】 眩晕欲仆，步履不稳，头胀头痛，急躁易怒，耳鸣，项强，头摇，肢体震颤，手足麻木，语言謇涩，面赤，舌红，或有苔腻，脉弦细有力。甚至突然昏仆，口眼喎斜，半身不遂，舌强语謇。

【证候分析】 本证多由肝阳素亢，耗伤阴液，或肝肾阴亏，阴不制阳，阳亢阴虚日久而化风，从而表现出具有“动摇”特点的证候。

肝阳上亢，阴不制阳，阳亢化风，则经常头晕欲仆，头摇；阳亢而气血上壅，上实下虚，则行走飘浮，步履不稳；气血壅滞络脉，则头胀头痛，面赤；风动筋脉挛急，阴亏筋脉失养，则项强，肢体震颤，手足麻木；风阳窜扰，夹痰阻碍舌络，则语言謇涩；舌红，脉弦细有力，为阳亢阴虚化风之征。若风阳暴升，气血逆乱，肝风夹痰，蒙蔽心神，则见突然昏仆，喉中痰鸣；风痰窜扰经络，经气不利，则见口眼喎斜，半身不遂，舌强语謇。

本证以眩晕、肢麻震颤、头胀痛、面赤，甚至突然昏仆、口眼喎斜、半身不遂等为辨证的主要依据。

（二）热极生风证

指邪热炽盛，热极动风，以高热、神昏、抽搐为主要表现的证候。本证在卫气营血辨证中归属血分证。

【临床表现】 高热口渴，烦躁谵语或神昏，颈项强直，两目上视，手足抽搐，角弓反张，牙关紧闭，舌质红绛，苔黄燥，脉弦数。

【证候分析】 本证多因外感温热病邪，邪热亢盛，热闭心神，燔灼筋脉，伤津耗液，筋脉失养所致。

邪热内盛，则高热持续；热扰心神，则烦躁不安、谵语；热闭心神，则神志昏迷；邪热炽盛，燔灼肝经，伤津耗液，筋脉失养而拘挛，则四肢抽搐，颈项强直，两目上视，角弓反张，牙关紧闭；舌红绛，苔黄燥，脉弦数，为肝经热盛之征。

本证以高热、神昏、抽搐为辨证的主要依据。

（三）阴虚动风证

指肝阴亏虚，虚风内动，以眩晕，手足震颤、蠕动，或肢体抽搐等及阴虚症状为主要表现的证候。

【临床表现】 手足震颤、蠕动，或肢体抽搐，眩晕耳鸣，口燥咽干，形体消瘦，五心烦热，潮热颧红，舌红少津，脉弦细数。

【证候分析】 本证多见于外感热性病后期，阴液耗损；或内伤久病，阴液亏虚，筋脉失养所致。

肝阴不足，筋脉失养，筋膜挛急，则见手足震颤、蠕动，或肢体抽搐；阴虚不能上滋，故头晕，眼花，耳鸣；阴虚不能制阳，虚热内蒸，故五心烦热，午后潮热，两颧发红；阴液不能上承，则口干咽燥；舌红少津，脉弦细数，为肝阴不足，虚热内炽之征。

本证以眩晕，手足震颤、蠕动与阴虚内热症状共见为辨证的主要依据。

（四）血虚生风证

指肝血亏虚，虚风内动，以眩晕，肢体震颤、麻木、拘急、瞤动、瘙痒等及血虚症状为主要表现的证候。

【临床表现】 眩晕，肢体震颤、麻木，手足拘急，肌肉瞤动，皮肤瘙痒，爪甲不荣，面白无华，舌质淡白，脉细或弱。

【证候分析】 本证多见于内伤杂病，因久病血虚，或急、慢性失血，而致营血亏虚，筋脉肌肤失养所致。

肝血不足，不能上荣头面，故头晕，目眩，面白；肝在体为筋，爪甲为筋之余，筋失血养，则肢体震颤，手足拘急，肌肉瞤动，爪甲不荣；肢体、皮肤失养，则见肢体麻木，皮肤瘙痒；舌淡，脉细或弱，为血虚之象。

本证以眩晕、肢麻、震颤、拘急、颤动、瘙痒等与血虚症状共见为辨证的主要依据。

肝风内动四证的成因与证候有别。肝阳化风证为阳亢阴虚，上盛下虚，表现为眩晕欲仆，头胀痛，头摇，肢麻震颤，步履不稳等；热极生风证为火热炽盛所致，病势急而重，表现为高热，神昏，抽搐；阴虚动风证多见于热病后期，阴液亏损，表现为眩晕，手足震颤、蠕动及虚热证候；血虚生风证多见于慢性久病，血虚失养，表现为眩晕、肢麻、震颤、拘急、面白舌淡等。

七、寒滞肝脉证

指寒邪侵袭，凝滞肝经，以少腹、前阴、巅顶等肝经经脉循行部位冷痛为主要表现的实寒证候。又名寒凝肝经证、肝寒证、肝经实寒证。

【临床表现】少腹冷痛，阴部坠胀作痛，或阴器收缩引痛，或巅顶冷痛，得温则减，遇寒痛增，恶寒肢冷，舌淡，苔白润，脉沉紧或弦紧。

【证候分析】本证多因感受外寒，寒凝肝经经脉所致。

足厥阴肝经绕阴器，循少腹，上巅顶。寒性收引、凝滞，寒袭肝经，阳气被遏，失于温煦，气血运行不畅，经脉收引挛急，故见少腹牵引阴器收缩痛或坠胀冷痛，或见巅顶冷痛；寒为阴邪，阻遏阳气而失布，则见恶寒肢冷；寒凝气血，故疼痛遇寒加剧，得热痛减；舌淡，苔白润，脉沉紧或弦紧，均为寒盛之象。

本证以少腹、前阴、巅顶冷痛与实寒症状共见为辨证的主要依据。

第五节 辨肾病证候

肾位于腰部，左右各一。其经脉与膀胱相互络属，互为表里。肾在体为骨，骨生髓充脑，其华在发，开窍于耳及二阴。

肾的主要生理功能是主藏精，主管人体生长、发育与生殖。肾内寄元阴元阳，元阴属水，元阳属火，为脏腑阴阳之根本，故称肾为“先天之本”、“水火之宅”。肾又主水，并有纳气的功能。肾性潜藏，肾的精气只宜封藏，不宜耗泄。

肾以人体生长发育迟缓或早衰，生殖机能障碍，水液代谢失常，呼吸功能减退，脑、髓、骨、发、耳及二便功能异常为主要病理变化。临床以腰膝酸软或疼痛，耳鸣耳聋，齿摇发脱，阳痿遗精，精少不育，经闭不孕，水肿，呼吸气短而喘，二便异常等为肾病的常见症状。

肾病多虚，多因禀赋不足，或幼年精气未充，或老年精气亏损，或房事不节，或他脏病久及肾等导致肾的阴、阳、精、气亏损。常见肾阳虚，肾虚水泛，肾阴虚，肾精不足，肾气不固等证。

一、肾阳虚证

指肾阳亏虚，机体失却温煦，以腰膝酸冷、性欲减退、夜尿多为主要表现的虚寒证候。

又名元阳亏虚〔虚衰〕证、命门火衰证。

【临床表现】 头目眩晕，面色㿔白或黧黑，腰膝酸冷疼痛，畏冷肢凉，下肢尤甚，精神萎靡，性欲减退，男子阳痿早泄、滑精精冷，女子宫寒不孕，或久泄不止，完谷不化，五更泄泻，或小便频数清长，夜尿频多，舌淡，苔白，脉沉细无力，尺脉尤甚。

【证候分析】 本证多因素体阳虚，老年体衰，久病不愈，房事太过，或其他脏腑病变伤及肾阳，以致命门火衰，温煦失职，性欲减退，火不暖土，气化不行。

肾主骨，腰为肾之府，肾阳虚衰，温煦失职，不能温暖腰膝，故见腰膝酸冷、疼痛；肾居下焦，肾阳失于温煦，故畏冷肢凉，下肢尤甚；阳虚不能温运气血上荣于面，面部血络失充，故面色㿔白；肾阳虚惫，阴寒内盛，气血运行不畅，则面色黧黑；阳虚温煦功能减弱，不能振奋精神，则精神萎靡；阳虚不能温运气血上养清窍，则头目晕眩。命门火衰，性功能减退，可引起性欲低下，男子见阳痿、早泄、滑精、精冷；女子见宫寒不孕。肾阳不足，火不暖土，脾失健运，则久泄不止，完谷不化，五更泄泻；肾阳虚，气化失职，肾气不固，故小便频数清长，夜尿频多；舌淡苔白，脉沉细无力，尺脉尤甚，为肾阳不足之象。

本证以腰膝酸冷、性欲减退、夜尿多与虚寒症状共见为辨证的主要依据。

二、肾虚水泛证

指肾的阳气亏虚，气化无权，水液泛滥，以水肿下肢为甚、尿少、畏冷肢凉等为主要表现的证候。

【临床表现】 腰膝酸软，耳鸣，身体浮肿，腰以下尤甚，按之没指，小便短少，畏冷肢凉，腹部胀满，或见心悸，气短，咳喘痰鸣，舌质淡胖，苔白滑，脉沉迟无力。

【证候分析】 本证多由久病损伤肾阳，或素体阳气虚弱，气化无权，水湿泛滥所致。

肾阳不足，不能蒸腾气化，水湿内停，泛滥肌肤，故身体浮肿；肾居下焦，阳虚气化不行，水湿趋下，故腰以下肿甚，按之没指，小便短少；水气犯脾，脾失健运，气机阻滞，则腹部胀满；水气凌心，抑遏心阳，则心悸；水寒射肺，肺失宣降，则咳嗽气喘，喉中痰鸣；阳虚温煦失职，故畏冷肢凉，腰膝酸冷；舌质淡胖，苔白滑，脉沉迟无力，为肾阳亏虚，水湿内停之征。

本证以水肿下肢为甚、尿少、畏冷肢凉等为辨证的主要依据。

肾阳虚与肾虚水泛均为虚寒证，其鉴别是前者偏重于脏腑功能衰退，性功能减弱，后者偏重于气化无权而以水肿、尿少为主症。

三、肾阴虚证

指肾阴亏损，失于滋养，虚热内扰，以腰酸而痛、遗精、经少、头晕耳鸣等为主要表现的虚热证候。又名真阴〔肾水〕亏虚证。

【临床表现】 腰膝酸软而痛，头晕，耳鸣，齿松，发脱，男子阳强易举、遗精、早泄，女子经少或经闭、崩漏，失眠，健忘，口咽干燥，形体消瘦，五心烦热，潮热盗汗，骨蒸发热，午后颧红，小便短黄，舌红少津、少苔或无苔，脉细数。

【证候分析】 本证多因禀赋不足，肾阴素亏；虚劳久病，耗伤肾阴；老年体弱，阴液自

亏；情欲妄动，房事不节，阴精内损；温热后期，消灼肾阴；过服温燥，劫夺肾阴所致。

肾阴亏虚，腰膝失养，则腰膝酸软；阴虚精亏髓减，清窍失充，则头晕耳鸣，健忘遗事；齿为骨之余，肾之华在发，肾阴失滋，则齿松发脱；肾阴亏损，虚热内生，相火扰动，性功能亢进，则男子阳强易举，精关不固，而见遗精、早泄；肾阴亏虚，女子则月经来源不足，冲任不充，故月经量少，经闭；阴不制阳，虚火扰动，迫血妄行，则见崩漏下血；虚火上扰心神，故心烦少寐；肾阴不足，失于滋润，则口燥咽干，形体消瘦；虚火内扰，则五心烦热，潮热盗汗，骨蒸发热，午后颧红，小便短黄；舌红少苔、无苔少津，脉细数，为阴虚内热之象。

本证以腰酸而痛、遗精、经少、头晕耳鸣等与虚热症状共见为辨证的主要依据。

四、肾精不足证

指肾精亏损，脑与骨、髓失充，以生长发育迟缓、早衰、生育机能低下等为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 小儿生长发育迟缓，身体矮小，囟门迟闭，智力低下，骨骼痿软；男子精少不育，女子经闭不孕，性欲减退；成人早衰，腰膝酸软，耳鸣耳聋，发脱齿松，健忘恍惚，神情呆钝，两足痿软，动作迟缓，舌淡，脉弱。

【证候分析】 本证多因先天禀赋不足，后天失养，肾精不充；或因久病劳损，房事不节，耗伤肾精所致。

小儿肾精不充，不能主骨生髓充脑，不能化气生血，生长肌肉，则发育迟缓，身体矮小，囟门迟闭，智力低下，骨骼痿软；肾精不足，生殖无源，不能兴动阳事，故性欲减退，生育机能低下，男子表现为精少不育，女子表现为经闭不孕；成人肾精亏损，无以充髓实脑，则健忘恍惚，神情呆钝；肾之华在发，齿为骨之余，精亏不足，则发枯易脱，齿松早脱；肾开窍于耳，脑为髓海，精少髓亏，则耳鸣耳聋；肾精不养腰府，则腰膝酸软；精亏骨失充养，则两足痿软，行动迟缓；舌淡，脉弱，为虚弱之象。

本证多与先天不足有关，以生长发育迟缓、早衰、生育机能低下等为辨证的主要依据。

肾阴虚与肾精不足皆属肾的虚证，均可见腰膝酸软、头晕耳鸣、齿松发脱等症，但前者有阴虚内热的表现，性欲偏亢，梦遗，经少；后者主要为生长发育迟缓，早衰，生育机能低下，无虚热表现。

五、肾气不固证

指肾气亏虚，失于封藏、固摄，以腰膝酸软，小便、精液、经带、胎气不固等为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 腰膝酸软，神疲乏力，耳鸣失聪；小便频数而清，或尿后余沥不尽，或遗尿，或夜尿频多，或小便失禁；男子滑精、早泄；女子月经淋漓不尽，或带下清稀量多，或胎动易滑。舌淡，苔白，脉弱。

【证候分析】 本证多因先天禀赋不足，年幼肾气未充；老年体弱，肾气衰退；早婚、房劳过度，损伤肾气；久病劳损，耗伤肾气，以致精关、膀胱、经带、胎气不固所致。

肾气亏虚，腰膝、脑神、耳窍失养，则腰膝酸软，耳鸣失聪，神疲乏力；肾气亏虚，固摄无权，膀胱失约，则小便频数清长，尿后余沥不尽，夜尿频多，遗尿，小便失禁；肾气亏虚，失于封藏，精关不固，精液外泄，则滑精、早泄；肾气亏虚，带脉失固，则带下清稀量多；冲任之本在肾，肾气不足，冲任失约，则月经淋漓不尽；肾气亏虚，胎气不固，以致胎动不安，滑胎、小产；舌淡，脉弱，为肾气亏虚，失于充养所致。

本证以腰膝酸软，小便、精液、经带、胎气不固与气虚症状共见为辨证的主要依据。

第六节 辨腑病证候

胃、大肠、小肠、胆、膀胱等腑分别与脾、肺、心、肝、肾等脏互为表里，具有受盛而传化水谷的生理功能，泻而不藏，实而不满，以降为顺，以通为用。

胃为仓廪之官，主受纳腐熟水谷，为“水谷之海”，胃气以降为顺，喜润恶燥。胃的病变主要反映在受纳、腐熟功能障碍及胃失和降，胃气上逆。多因饮食失节，或外邪侵袭等所致，病久并可导致胃的阴、阳、气虚。常见食纳异常，胃脘痞胀疼痛，恶心呕吐，嗳气，呃逆等症。常见胃气虚、胃阳虚、胃阴虚、寒滞胃脘、胃热炽盛、寒饮停胃、食滞胃脘、胃脘气滞等证。

小肠主受盛化物，泌别清浊，为“受盛之官”。小肠的病变多因寒、热、湿热等邪侵袭，或饮食所伤，或虫体寄生等所致，主要反映在泌别清浊功能和气机的失常。常见腹胀，肠鸣，腹痛，腹泻等症。常见寒滞肠道、肠道气滞、饮留肠道、虫积肠道等证。

大肠能吸收水分，排泄糟粕，为“传导之官”。大肠的病变多因感受湿热之邪，或热盛伤津，或阴血亏虚等所致，主要反映在大便传导功能的失常。常见便秘、腹泻、便下脓血以及腹痛、腹胀等症。常见肠道湿热、肠燥津亏、肠热腑实等证。

胆能贮藏和排泄胆汁，帮助脾胃对饮食的消化，胆气宜降，为“中清之腑”；胆又主决断，与情志活动有关。胆的病变常因湿热侵袭，肝病影响等所致，主要反映在影响消化和胆汁排泄、情绪活动等的异常。常见口苦、黄疸、胆怯、易惊等症。常见肝胆湿热、胆郁痰扰等证。

膀胱具有贮藏及排泄尿液的功能，为“州都之官”。膀胱的病变多因湿热侵袭，或肾病影响膀胱所致，主要反映在排尿功能的异常。常见尿频、尿急、尿痛、尿闭等症。其常见证为膀胱湿热证。遗尿、失禁等膀胱的虚弱证候，多责之于肾虚不固。

一、胃气虚证

指胃气虚弱，胃失和降，以胃脘隐痛或痞胀、喜按，食少等为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】胃脘隐痛或痞胀、按之觉舒，食欲不振，或得食痛缓，食后胀甚，嗳气，口淡不渴，面色萎黄，气短懒言，神疲倦怠，舌质淡，苔薄白，脉弱。

【证候分析】本证多因饮食不节，饥饱失常，劳倦过度，久病失养，其他脏腑病证的影响等，损伤胃气所致。

胃主受纳、腐熟，胃气以降为顺。胃气亏虚，受纳、腐熟功能减退，胃气失和，气滞中焦，则胃脘隐痛或痞胀，不思饮食；胃气本已虚弱，食后不负其消化之任，故食后胃脘胀满更甚；病性属虚，故按之觉舒；胃气失和，不能下降，反而上逆，则时作嗳气。胃虚影响及脾，脾失健运，化源不足，气血虚少而不能上荣于面，则面色萎黄；全身脏腑机能衰减，则气短懒言，神疲倦怠；舌质淡，苔薄白，脉弱，为气虚之象。

本证以胃脘痞满、隐痛喜按、食少与气虚症状共见为辨证的主要依据。

二、胃阳虚证

指阳气不足，胃失温煦，以胃脘冷痛、喜温喜按，畏冷肢凉等为主要表现的虚寒证候。又名胃虚寒证。

【临床表现】 胃脘冷痛，绵绵不已，时发时止，喜温喜按，食后缓解，泛吐清水或夹有不消化食物，食少脘痞，口淡不渴，倦怠乏力，畏寒肢冷，舌淡胖嫩，脉沉迟无力。

【证候分析】 本证多因饮食失调，嗜食生冷，或过用苦寒、泻下之品，或脾胃素弱，阳气自衰，或久病失养，其他脏腑病变的影响，伤及胃阳所致。

胃阳不足，虚寒内生，寒凝气机，故胃脘冷痛；性属虚寒，故其痛绵绵不已，时作时止，喜温喜按，食后、按压、得温均可使病情缓解；受纳腐熟功能减退，水谷不化，胃气上逆，则食少，呕吐清水或夹不消化食物；阳虚气弱，全身失于温养，功能减退，则畏寒肢冷，体倦乏力；阳虚内寒，津液未伤，则口淡不渴；舌淡胖嫩，脉沉迟无力，为虚寒之象。

本证以胃脘冷痛、喜温喜按，畏冷肢凉为辨证的主要依据。

脾气虚与胃气虚、脾阳虚与胃阳虚，均有食少、脘腹隐痛及气虚或阳虚的共同症状，但脾阳、气虚以脾失运化为主，胀或痛的部位在大腹，腹胀腹痛、便溏、水肿等症突出；胃阳、气虚以受纳腐熟功能减弱，胃失和降为主，胀或痛的部位在胃脘，脘痞隐痛，嗳气等症明显。

三、胃阴虚证

指阴液亏虚，胃失濡润、和降，以胃脘嘈杂，饥不欲食，脘腹痞胀、灼痛等为主要表现的虚热证候。又名胃虚热证。虚热证不明显者，则称胃燥津亏证。

【临床表现】 胃脘嘈杂，饥不欲食，或痞胀不舒，隐隐灼痛，干呕，呃逆，口燥咽干，大便干结，小便短少，舌红少苔乏津，脉细数。

【证候分析】 本证多因热病后期，胃阴耗伤；或情志郁结，气郁化火，灼伤胃阴；或吐泻太过，伤津耗液；或过食辛辣、香燥之品，过用温热辛燥药物，耗伤胃阴所致。

胃喜润而恶燥，以降为顺。胃阴不足，虚热内生，热郁于胃，气失和降，则胃脘隐痛而有灼热感，嘈杂不舒，痞胀不适；胃中虚热扰动，消食较快，则有饥饿感，而胃阴失滋，纳化迟滞，则饥不欲食；胃失和降，胃气上逆，可见干呕，呃逆；胃阴亏虚，阴津不能上滋，则口燥咽干；不能下润，则大便干结，小便短少；舌红少苔乏津，脉细数，为阴液亏少之征。

本证以胃脘嘈杂、灼痛，饥不欲食与虚热症状共见为辨证的主要依据。

四、胃热炽盛证

指火热壅滞于胃，胃失和降，以胃脘灼痛、消谷善饥等为主要表现的实热证候。又名胃（实）热〔火〕证。

【临床表现】胃脘灼痛、拒按，渴喜冷饮，或消谷善饥，或口臭，牙龈肿痛溃烂，齿衄，小便短黄，大便秘结，舌红苔黄，脉滑数。

【证候分析】本证多因过食辛辣、酒醴、肥甘、燥烈刺激之品，化热生火；或因情志不遂，肝郁化火犯胃；或为邪热内侵，胃火亢盛而致。

火热之邪熏灼，壅塞胃气，阻滞不通，则胃脘灼痛而拒按；胃火炽盛，受纳腐熟功能亢进，则消谷善饥；胃火内盛，胃中浊气上冲，则口气秽臭；胃经经络于龈，胃火循经上炎，气血壅滞，则牙龈红肿疼痛，甚至化脓、溃烂；血得热而妄行，损伤龈络，则齿衄出血；热盛伤津，则口渴喜冷饮，小便短黄，大便秘结；舌红苔黄，脉滑数，为火热内盛之象。

本证以胃脘灼痛、消谷善饥等与实火症状共见为辨证的主要依据。

胃阴虚证与胃热炽盛证均属胃的热证，可见脘痛，口渴，脉数等症，但前者为虚热，常见嘈杂，饥不欲食，舌红少苔，脉细；后者为实热，常见消谷善饥，口臭，牙龈肿痛，齿衄，脉滑等症。

五、寒饮停胃证

指寒饮停积于胃，胃失和降，以脘腹痞胀、胃中有振水声、呕吐清水等为主要表现的证候。

【临床表现】脘腹痞胀，胃中有振水声，呕吐清水痰涎，口淡不渴，眩晕，舌苔白滑，脉沉弦。

【证候分析】本证多因饮食不节，嗜饮无度；或手术创伤，劳倦内伤，脾胃受损，中阳不振，脾失健运，水停为饮，留滞胃中，胃失和降所致。

寒饮停留中焦，气机阻滞，胃失和降，则脘腹痞胀；饮邪留积胃腑，则胃中有振水声；饮停于胃，胃气上逆，水饮随胃气上泛，则呕吐清水痰涎；饮邪内阻，清阳不升，则头晕目眩；饮为阴邪，津液未伤，则口淡不渴；苔白滑，脉沉弦，为水饮内停之征。

本证以脘腹痞胀、胃中有振水声、呕吐清水等为辨证的主要依据。

六、寒滞胃肠证

指寒邪侵袭胃肠，阻滞气机，以胃脘、腹部冷痛，痛势急剧等为主要表现的实寒证候。又名中焦实寒证。

【临床表现】胃脘、腹部冷痛，痛势暴急，遇寒加剧，得温则减，恶心呕吐，吐后痛缓，口淡不渴，或口泛清水，腹泻清稀，或腹胀便秘，面白或青，恶寒肢冷，舌苔白润，脉弦紧或沉紧。

【证候分析】本证多因过食生冷，或脘腹受冷，寒凝胃肠所致。

寒主收引、凝滞，寒邪侵犯胃肠，凝滞气机，故脘腹冷痛，痛势急剧；寒邪得温则散，故疼痛得温则减；遇寒气机凝滞加重，则痛势加剧；胃气上逆，则恶心呕吐；寒伤胃阳，水饮不化，随胃气上逆，则口中泛吐清水；吐后气滞暂得舒畅，则吐后痛减；寒不伤津，故口淡不渴；寒伤阳气，水湿下注，则腹泻清稀；寒凝气机，大肠传导失司，则腹胀便秘；寒邪阻遏，阳气不能外达，血行不畅，则恶寒肢冷，面白或青；舌苔白润，脉弦紧或沉紧，为阴寒内盛，凝滞气机之象。

本证多有寒冷刺激的诱因，以胃脘、腹部冷痛，痛势急剧等为辨证的主要依据。

七、食滞胃肠证

指饮食停积胃肠，以脘腹胀满疼痛、呕泻酸馊腐臭等为主要表现的证候。

【临床表现】脘腹胀满疼痛、拒按，厌食，噯腐吞酸，呕吐酸馊食物，吐后胀痛得减，或腹痛，肠鸣，矢气臭如败卵，泻下不爽，大便酸腐臭秽，舌苔厚腻，脉滑或沉实。

【证候分析】本证多因饮食不节，暴饮暴食，食积不化所致；或因素体胃气虚弱，稍有饮食不慎，即停滞难化而成。

胃肠主受纳、运化水谷，以和降为顺。暴饮暴食，或饮食不慎，食滞胃肠，气失和降，阻滞不通，则脘腹胀满疼痛而拒按；食积于内，腐熟不及，则拒于受纳，故厌恶食物；胃中未消化之食物夹腐败之气上逆，则噯腐吞酸，或呕吐酸馊食物；吐后宿食得以排出，故胀痛可减；食滞肠道，阻塞气机，则腹胀腹痛，肠鸣，矢气多而臭如败卵；腐败食物下注，则泻下之物酸腐秽臭；胃肠秽浊之气上蒸，则舌苔厚腻；脉滑或沉实，为食积之象。

本证多有伤食病史，以脘腹胀满疼痛、呕泻酸馊腐臭等为辨证的主要依据。

八、胃肠气滞证

指胃肠气机阻滞，以脘腹胀痛走窜、噯气、肠鸣、矢气等为主要表现的证候。

【临床表现】胃脘、腹部胀满疼痛，走窜不定，痛而欲吐或欲泻，泻而不爽，噯气，肠鸣，矢气，得噯气、矢气后胀痛可缓解，或无肠鸣、矢气则胀痛加剧，或大便秘结，苔厚，脉弦。

【证候分析】本证多因情志不遂，外邪内侵，病理产物或病邪停滞，导致胃肠气机阻滞而成。

胃肠气机阻滞，传导、通降失司，则胃脘、腹部胀满疼痛；气或聚或散，故胀痛走窜不定；胃气失降而上逆，则噯气、欲吐；肠道气滞不畅，则肠鸣、矢气频作，欲泻而不爽；噯气、矢气之后，阻塞之气机暂得通畅，故胀痛得减；若气机阻塞严重，上不得噯气，下不得矢气，气聚而不散，则脘腹胀痛加剧；胃肠之气不降，则大便秘结；苔厚，脉弦，为浊气内停，气机阻滞之象。

本证以脘腹胀痛走窜、噯气、肠鸣、矢气等为辨证的主要依据。

寒滞胃肠本有气滞的病机，故胃肠气滞证与寒滞胃肠证均可见脘、腹痞胀及疼痛，呕泻等症。但寒滞胃肠证有寒邪刺激的病因，有冷痛喜温、恶寒肢冷、脉紧等属寒的表现；胃肠气滞证则以胀痛为主，噯气、肠鸣、矢气等症明显，而无寒因、寒症。

九、虫积肠道证

指蛔虫等寄生肠道，耗吸营养，阻滞气机，以腹痛、面黄体瘦、大便排虫等为主要表现的证候。

【临床表现】 胃脘嘈杂，时作腹痛，或嗜食异物，大便排虫，或突发腹痛，按之有条索状物，甚至剧痛，呕吐蛔虫，面黄体瘦，睡中啮齿，鼻痒，或面部出现白色斑，唇内有粟粒样白点，白睛见蓝斑。

【证候分析】 本证多因进食不洁的瓜果、蔬菜等，虫卵随饮食入口，在肠道内繁殖孳生所致。

虫居肠道，争食水谷，吮吸精微，故觉胃中嘈杂而贪食，久则面黄体瘦；蛔虫扰动，则腹痛时作，虫安则痛止，或随便出而排虫；若蛔虫钻窜，聚而成团，转于肠中，阻塞不通，则腹痛扪之有条索状物；蛔虫上窜，侵入胆道，气机逆乱则脘腹阵发剧痛，呕吐蛔虫；阳明大肠经入下齿、环唇口、行面颊，阳明胃经起于鼻、入上齿、布面颊，虫积肠道，湿热内蕴，循经上熏，故可表现为鼻痒、啮齿、面部生白色虫斑、唇内有粟粒样白点；肺与大肠相表里，白睛属肺，蛔虫寄居肠道，故可见巩膜蓝斑。

本证以腹痛、面黄体瘦、大便排虫等为辨证的主要依据。

十、肠热腑实证

指里热炽盛，腑气不通，以发热、大便秘结、腹满硬痛为主要表现的实热证候。又名大肠热结证、大肠实热证。六经辨证中称为阳明腑证，卫气营血辨证中属气分证，三焦辨证中属中焦证。

【临床表现】 高热，或日晡潮热，汗多，口渴，脐腹胀满硬痛、拒按，大便秘结，或热结旁流，大便恶臭，小便短黄，甚则神昏谵语、狂乱，舌质红，苔黄厚而燥，或焦黑起刺，脉沉数（或迟）有力。

【证候分析】 本证多因邪热炽盛，汗出过多，或误用发汗，津液耗损，肠中干燥，里热炽盛，燥屎内结而成。

里热炽盛，伤津耗液，肠道失润，邪热与肠中燥屎内结，腑气不通，故脐腹部胀满硬痛而拒按，大便秘结；大肠属阳明，经气旺于日晡，故日晡发热更甚；若燥屎内积，邪热迫津下泄，则泻下青黑色恶臭粪水，称为“热结旁流”；肠热壅滞，腑气不通，邪热与秽浊上熏，侵扰心神，可见神昏谵语，精神狂乱；里热熏蒸，迫津外泄，则高热，汗出口渴，小便短黄；实热内盛，故舌质红，苔黄厚而干燥，脉沉数有力；若燥屎与邪热互结，煎熬熏灼，则舌苔焦黑起刺；阻碍脉气运行，则脉来沉迟而有力。

本证以发热、大便秘结、腹满硬痛为辨证的主要依据。

十一、肠燥津亏证

指津液亏损，肠失濡润，传导失职，以大便燥结、排便困难及津亏症状为主要表现的证候。又名大肠津亏证。

【临床表现】 大便干燥如羊屎，艰涩难下，数日一行，腹胀作痛，或可于左少腹触及包块，口干，或口臭，或头晕，舌红少津，苔黄燥，脉细涩。

【证候分析】 本证多因素体阴亏，年老阴津不足，嗜食辛辣燥烈食物，汗、吐、下、久病、温热病后期等耗伤阴液所致。

各种原因损伤阴津，肠道失濡，大便失润，传导不行，则大便干燥秘结，坚硬如羊屎，难以排出，甚或数日一行；大肠有燥屎，气机阻滞，则腹胀作痛，或左下腹触及包块；腑气不通，秽浊不能下排而上逆，则口中出气秽臭，甚至干扰清阳而见头晕；阴津亏损，不能上润，则口干咽燥，舌红少津；阴液不能充盈濡润脉道，则脉细涩。

本证多属病久而势缓，以大便燥结、排便困难与津亏症状共见为辨证的主要依据。

十二、肠道湿热证

指湿热内蕴，阻滞肠道，以腹痛、暴泻如水、下痢脓血、大便黄稠秽臭及湿热症状为主要表现的证候。又名大肠湿热证。

【临床表现】 身热口渴，腹痛腹胀，下痢脓血，里急后重，或暴泻如水，或腹泻不爽，粪质黄稠秽臭，肛门灼热，小便短黄，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

【证候分析】 本证多因夏秋之季，暑湿热毒之邪侵犯肠道；或饮食不节，进食腐败不洁之物，湿热秽浊之邪蕴结肠道而成。

湿热之邪侵犯肠道，阻碍气机，气滞不通，则腹痛腹胀；湿热侵袭肠道，气机紊乱，清浊不别，水液下趋，则暴注下迫；湿热内蕴，损伤肠络，瘀热互结，则下痢脓血；火性急迫而湿性黏滞，湿热疫毒侵犯，肠道气机阻滞，则腹痛阵作而欲泻，却排便不爽，肛门滞重，呈里急后重之象；肠道湿热不散，秽浊蕴结不泄，则腹泻不爽而粪质黄稠、秽臭，排便时肛门有灼热感；湿热蒸达于外，则身热；热邪伤津，泻下耗液，则口渴，尿短黄；舌质红，苔黄腻，脉滑数，为湿热内蕴之象。

本证以腹痛、暴泻如水、下痢脓血、大便黄稠秽臭等与湿热症状共见为辨证的主要依据。

湿热蕴脾证与肠道湿热证，均属湿热为病，可见发热、口渴、尿黄、舌红、苔黄腻、脉滑数等症。但前者病势略缓，除有腹胀、纳呆、呕恶、便溏等胃肠症状外，并有身热不扬、汗出热不解、肢体困重、口腻、渴不多饮，或有黄疸、肤痒等症状；后者则病势较急，病位以肠道为主，腹痛、暴泻如水、下痢脓血、大便黄稠秽臭等为突出表现。

十三、膀胱湿热证

指湿热侵袭，蕴结膀胱，以小便频急、灼涩疼痛及湿热症状为主要表现的证候。

【临床表现】 小便频数、急迫、短黄，排尿灼热、涩痛，或小便浑浊、尿血、有砂石，或腰部、小腹胀痛，发热，口渴，舌红，苔黄腻，脉滑数或濡数。

【证候分析】 本证多因外感湿热之邪，侵袭膀胱；或饮食不节，嗜食辛辣，化生湿热，下注膀胱，致使膀胱气机不畅所致。

湿热郁蒸膀胱，气化不通，下迫尿道，故尿频、尿急，小便灼热，排尿涩痛；湿热煎

熬，津液被灼，则尿短少而色黄；湿热伤及血络，迫血妄行，则尿血；湿热久恋，煎熬尿浊结成砂石，则尿中或X线检查可见砂石；膀胱湿热波及小腹、腰部，经气失调，则腰部、小腹胀痛；发热，口渴，舌红，苔黄腻，脉滑数，为湿热内蕴之征。

本证属新病势急，以小便频急、灼涩疼痛等与湿热症状共见为辨证的主要依据。

心火下移证与膀胱湿热证，均可见小便频急、灼涩疼痛等症。但前者为火热炽盛，灼伤津液，兼有心烦、口舌生疮等症；后者为湿热蕴结膀胱，气机不畅，有苔黄腻、脉滑数等湿热证候。

十四、胆郁痰扰证

指痰浊或痰热内扰，胆郁失宣，以胆怯、惊悸、烦躁、失眠、眩晕、呕恶等为主要表现的证候。

【临床表现】 胆怯易惊，惊悸不宁，失眠多梦，烦躁不安，胸胁闷胀，善太息，头晕目眩，口苦，呕恶，吐痰涎，舌淡红或红，苔白腻或黄滑，脉弦缓或弦数。

【证候分析】 本证多因情志不遂，气郁化火，灼津为痰，痰热互结，内扰心神，胆气不宁，心神不安所致。

胆为清净之府，主决断，痰浊内蕴，胆气不宁，失于决断，则胆怯易惊，睡眠易醒；胆失疏泄，经气不畅，则胸胁闷胀，善太息；痰热内扰心神，神不守舍，则烦躁不安，惊悸不宁，失眠多梦；胆脉上络头目，痰热循经上扰，则头晕目眩；胆气犯胃，胃失和降，则泛恶欲呕；热迫胆气上溢，则口苦；舌淡红，苔白腻，脉弦缓，为痰浊内蕴的表现；若舌红，苔黄滑，脉弦数，则为痰热内蕴之征。

本证以胆怯、惊悸、烦躁、失眠、眩晕、呕恶等为辨证的主要依据。

第七节 辨脏腑兼病证候

凡两个或两个以上脏腑的病证并见者，称为脏腑兼病。

人体各脏腑之间，即脏与脏、脏与腑、腑与腑之间，是一个有机联系的整体。它们在生理上既分工又合作，共同完成各种复杂的生理功能，以维持生命活动的正常进行，因而在发生病变时，它们之间则相互影响，或由脏及脏，或由脏及腑，或由腑及腑等。

脏腑兼证，并不等于两个及以上脏腑证候的简单相加，而是在病理上存在着内在联系和相互影响的规律，如具有表里关系的脏腑之间，兼证较为常见；脏与脏之间的病变，可有生克乘侮的兼病关系；有的是因在运行气血津液方面相互配合失常，有的则因在主消化、神志、生殖等功能方面失却有机联系等。因此，辨证时应当注意辨析脏腑之间有无先后、主次、因果、生克等关系，这样才能明确其病理机制，作出恰当的辨证施治。

脏腑兼证在临床上甚为多见，其证候也较为复杂。这里只重点介绍常见证型。

一、心肾不交证

指心与肾的阴液亏虚，阳气偏亢，以心烦、失眠、梦遗、耳鸣、腰痠等为主要表现的虚热证候。又名心肾阴虚阳亢〔火旺〕证。

【临床表现】 心烦失眠，惊悸健忘，头晕，耳鸣，腰膝痠软，梦遗，口咽干燥，五心烦热，潮热盗汗，便结尿黄，舌红少苔，脉细数。

【证候分析】 本证多因忧思劳神太过，郁而化火，耗伤心肾之阴；或因虚劳久病，房事不节等导致肾阴亏耗，虚阳亢动，上扰心神所致。

肾阴亏损，水不济火，不能上养心阴，心火偏亢，扰动心神，则见心烦，失眠，多梦，惊悸；肾阴亏虚，骨髓失充，脑髓失养，则头晕，耳鸣，健忘；腰膝失养，则腰膝痠软；虚火内炽，相火妄动，扰动精室，则梦遗；阴虚阳亢，虚热内生，则口咽干燥，五心烦热，潮热，盗汗；舌红，少苔或无苔，脉细数，为阴虚火旺之征。

本证以心烦、失眠、腰痠、耳鸣、梦遗与虚热症状共见为辨证的主要依据。

二、心肾阳虚证

指心与肾的阳气虚衰，失于温煦，以心悸、水肿等为主要表现的虚寒证候。又名心肾虚寒证，水肿明显者，可称水气凌心证。

【临床表现】 畏寒肢冷，心悸怔忡，胸闷气喘，肢体浮肿，小便不利，神疲乏力，腰膝痠冷，唇甲青紫，舌淡紫，苔白滑，脉弱。

【证候分析】 本证多因心阳虚衰，病久及肾；或因肾阳亏虚，气化无权，水气凌心所致。

肾阳不振，蒸腾气化无权，水液内停，泛滥肌肤，则肢体浮肿，小便不利；肾阳虚，不能温煦腰膝，则腰膝痠冷；肾阳虚不能温煦心阳，水气上犯凌心，以致心阳不振，心气鼓动乏力，则心悸怔忡，胸闷气喘；温运无力，血行不畅而瘀滞，则唇甲青紫，舌质淡紫；心肾阳虚，形体失于温养，脏腑功能衰退，则畏寒肢冷，神疲乏力；苔白滑，脉弱，为心肾阳虚，水湿内停之象。

本证以心悸、水肿与虚寒症状共见为辨证的主要依据。

三、心肺气虚证

指心肺两脏气虚，以咳喘、心悸、胸闷等为主要表现的虚弱证候。

【临床表现】 胸闷，咳嗽，气短而喘，心悸，动则尤甚，吐痰清稀，神疲乏力，声低懒言，自汗，面色淡白，舌淡苔白，或唇舌淡紫，脉弱或结或代。

【证候分析】 本证多因久病咳喘，耗伤肺气，累及于心；或因老年体虚，劳倦太过等，使心肺之气虚损所致。

心气虚弱，鼓动无力，则见心悸怔忡；肺气虚弱，呼吸功能减弱，失于宣降，则为咳嗽，气短而喘；宗气亏虚，气滞胸中，则胸闷；肺气虚卫外不固，则自汗；动则耗气，加重气虚程度，故活动后诸症加剧；肺气虚，不能输布津液，水液停聚为痰，则痰液清稀；气虚

脏腑机能活动减弱,则见头晕,神疲,声低懒言,面色淡白;舌淡,脉弱或结或代,为心肺气虚之征。

本证以咳喘、心悸、胸闷与气虚症状共见为辨证的主要依据。

四、心脾气血虚证

指脾气亏虚,心血不足,以心悸、神疲、头晕、食少、腹胀、便溏等为主要表现的虚弱证候。简称心脾两虚证。

【临床表现】心悸怔忡,头晕,多梦,健忘,食欲不振,腹胀,便溏,神疲乏力,或见皮下紫斑,女子月经量少色淡、淋漓不尽,面色萎黄,舌淡嫩,脉弱。

【证候分析】本证多因久病失调,思虑过度;或因饮食不节,损伤脾胃,生化不足;或因慢性失血,血亏气耗,渐致心脾气血两虚。

脾主运化,脾虚气弱,运化失职,水谷不化,故食欲不振而食少,腹胀,便溏;脾气亏损,气血生化不足,心血不足,心失所养,心神不宁,则心悸怔忡,失眠多梦,头晕,健忘;脾虚不能摄血,血不归经,则皮下出血而见紫斑,女子月经量少色淡、淋漓不尽;面色萎黄,倦怠乏力,舌质淡嫩,脉弱,均为气血亏虚之征。

本证以心悸、神疲、头晕、食少、腹胀、便溏等为辨证的主要依据。

五、心肝血虚证

指血液亏少,心肝失养,以心悸、多梦、眩晕、肢麻、经少与血虚症状为主要表现的证候。

【临床表现】心悸心慌,多梦健忘,头晕目眩,视物模糊,肢体麻木、震颤,女子月经量少色淡,甚则经闭,面白无华,爪甲不荣,舌质淡白,脉细。

【证候分析】本证可因思虑过度,失血过多,脾虚化源不足,久病亏损等所致。

心血不足,心失所养,心神不宁,故见心悸怔忡,健忘,失眠多梦;肝血不足,目失所养,则视力下降,视物模糊;爪甲、筋脉失于濡养,则爪甲不荣,肢体麻木或震颤;女子以血为本,心肝血虚,冲任失养,则月经量少色淡,甚则经闭;血虚头目失养,则头晕目眩,面白无华;舌、脉失充,则舌淡白,脉细。

本证以心悸、多梦、眩晕、肢麻等与血虚症状共见为辨证的主要依据。

心脾气血虚证与心肝血虚证,均有心血不足,心及心神失养,而见心悸、失眠多梦等症,但前者兼有脾虚失运,血不归经的表现,常见食少、腹胀、便溏、慢性失血等症;后者兼有肝血不足,失于充养的表现,常见眩晕、肢麻、视力减退、经少等症。

六、脾肺气虚证

指脾肺两脏气虚,以咳嗽、气喘、咯痰、食少、腹胀、便溏等为主要表现的虚弱证候。又名脾肺两虚证。

【临床表现】食欲不振,食少,腹胀,便溏,久咳不止,气短而喘,咯痰清稀,面部虚浮,下肢微肿,声低懒言,神疲乏力,面白无华,舌淡,苔白滑,脉弱。

【证候分析】 本证多因久病咳喘，耗伤肺气，子病及母，影响脾气；或饮食不节，脾胃受损，上不生金，累及于肺所致。

久病咳喘，肺气虚损，呼吸功能减弱，宣降失职，气逆于上，则咳嗽不已，气短而喘；肺气虚，不能输布水津，聚湿生痰，故咯痰清稀；脾气虚，运化失职，则食欲不振而食少，腹胀，便溏；脾虚不能运化水液，水气泛溢肌肤，则面部虚浮，下肢微肿；气虚全身脏腑功能活动减退，故少气懒言，神疲乏力；气虚运血无力，面部失养，则面白无华；舌淡，苔白滑，脉弱，为气虚之征。

本证以咳嗽、气喘、咯痰，食少、腹胀、便溏与气虚症状共见为辨证的主要依据。

七、肺肾气虚证

指肺肾气虚，摄纳无权，以久病咳喘、呼多吸少、动则尤甚等为主要表现的虚弱证候。又名肾不纳气证。

【临床表现】 咳嗽无力，呼多吸少，气短而喘，动则尤甚，吐痰清稀，声低，乏力，自汗，耳鸣，腰膝酸软，或尿随咳出，舌淡紫，脉弱。

【证候分析】 本证多因久病咳喘，耗伤肺气，病久及肾；或劳伤太过，先天不足，老年体弱，肾气亏虚，纳气无权所致。

肺为气之主，肾为气之根，肺司呼吸，肾主纳气。肺气虚，呼吸功能减弱，则咳嗽无力，气短而喘，吐痰清稀；宗气不足，卫表不固，则语声低怯，自汗，乏力；肾气虚，不主摄纳，气不归元，则呼多吸少；耳窍失充，则耳鸣；腰膝失养，则腰膝酸软；肾气不固，可见尿随咳出；动则耗气，肺肾更虚，故喘息加剧；舌淡，脉弱，为气虚之征。

本证以久病咳喘、呼多吸少、动则尤甚与气虚症状共见为辨证的主要依据。

心肺气虚、脾肺气虚、肺肾气虚三证，均有肺气虚，呼吸功能减退，而见咳喘无力、气短、咯痰清稀等症。心肺气虚证则兼有心悸怔忡、胸闷等心气不足的证候；脾肺气虚证则兼有食少、腹胀、便溏等脾失健运的证候；肺肾气虚证则兼有呼多吸少、腰酸耳鸣、尿随咳出等肾失摄纳的证候。

八、肺肾阴虚证

指肺肾阴液亏虚，虚热内扰，以干咳、少痰、腰酸、遗精等为主要表现的虚热证候。

【临床表现】 咳嗽痰少，或痰中带血，或声音嘶哑，腰膝酸软，形体消瘦，口燥咽干，骨蒸潮热，盗汗，颧红，男子遗精，女子经少，舌红，少苔，脉细数。

【证候分析】 本证多因燥热、痨虫耗伤肺阴；或久病咳喘，损伤肺阴，病久及肾；或房劳太过，肾阴耗伤，不能上润，由肾及肺所致。

肺肾两脏，阴液互滋，“金水相生”。肺阴亏损，失于滋养，虚火扰动，肺失清肃，则咳嗽痰少；损伤血络，则痰中带血；虚火熏灼，咽喉失滋，则声音嘶哑；肾阴不足，腰膝失于滋养，则腰膝酸软；阴虚火旺，扰动精室，精关不固，则为遗精；阴精不足，精不化血，冲任空虚，则月经量少；虚火亢盛，迫血妄行，则女子崩漏；肺肾阴亏，失于滋养，虚热内生，则口燥咽干，形体消瘦，骨蒸潮热，盗汗颧红；舌红少苔，脉细数，为阴虚内热之象。

本证以干咳、少痰、腰酸、遗精等与虚热症状共见为辨证的主要依据。

九、肝火犯肺证

指肝火炽盛，上逆犯肺，肺失肃降，以胸胁灼痛、急躁、咳嗽痰黄或咳血等为主要表现的实热证候。

【临床表现】 胸胁灼痛，急躁易怒，头胀头晕，面红目赤，口苦口干，咳嗽阵作，痰黄稠黏，甚则咳血，舌红，苔薄黄，脉弦数。

【证候分析】 本证多因郁怒伤肝，气郁化火；或邪热内蕴，肝火炽盛，上逆犯肺；或邪热蕴肺，咳甚牵引胸胁，影响肝气升发，郁而化火犯肺所致。

肝属木，主升发；肺属金，主肃降。肝肺二脏，升降相应，则气机条畅。肝火炽盛，上逆犯肺，木火刑金，肺失清肃，肺气上逆，则咳嗽阵作；火热灼津，炼液成痰，则痰黄稠黏；火灼肺络，迫血妄行，则为咳血；肝火内郁，经气不畅，则胸胁灼痛，急躁易怒；肝火上扰，气血上逆，则头晕头胀，面红目赤；热蒸胆气上逆，则口苦，口干；舌红，苔薄黄，脉弦数，为肝经实火内炽之征。

本证以胸胁灼痛、急躁、咳嗽痰黄或咳血等与实热症状共见为辨证的主要依据。

十、肝胆湿热证

指湿热内蕴，肝胆疏泄失常，以身目发黄、胁肋胀痛等及湿热症状为主要表现的证候。以阴痒、带下黄臭等为主要表现者，称肝经湿热（下注）证。

【临床表现】 身目发黄，胁肋胀痛，或胁下有痞块，纳呆，厌油腻，泛恶欲呕，腹胀，大便不调，小便短赤，发热或寒热往来，口苦口干，舌红，苔黄腻，脉弦滑数。或为阴部潮湿、瘙痒、湿疹，阴器肿痛，带下黄稠臭秽等。

【证候分析】 本证多因外感湿热之邪，侵犯肝胆或肝经；或嗜食肥甘，酿生湿热；或脾胃纳运失常，湿浊内生，郁结化热，湿热壅滞肝胆所致。

湿热蕴阻，肝胆疏泄失职，气机不畅，则胁肋胀痛；湿热内阻，胆汁不循常道，泛溢肌肤，则身目发黄；湿热郁蒸，胆气上溢，则口苦；湿热内阻，脾胃升降、纳运失司，胃气上逆，则厌食恶油，泛恶欲呕，腹部胀满，大便不调。肝经绕阴器，过少腹，湿热循经下注，则可见阴部潮湿、瘙痒、起丘疹，或阴器肿痛，或带下色黄秽臭。邪居少阳胆经，枢机不利，正邪相争，则寒热往来；发热，口渴，小便短赤，舌红，苔黄腻，脉弦滑数，均为湿热内蕴之象。

本证以胁肋胀痛、身目发黄，或阴部瘙痒、带下黄臭等与湿热症状共见为辨证的主要依据。

肝胆〔经〕湿热证与湿热蕴脾证，均有发热，苔黄腻，脉滑数等湿热证候，但前者以胁痛、黄疸、阴痒等为主症；后者以腹胀、纳呆、呕恶、大便不调等为主症。

十一、肝胃不和证

指肝气郁结，胃失和降，以脘肋胀痛、嗳气、吞酸、情绪抑郁等为主要表现的证候。又

名肝气犯胃证、肝胃气滞证。

【临床表现】 胃脘、胁肋胀满疼痛，走窜不定，嗳气，吞酸嘈杂，呃逆，不思饮食，情绪抑郁，善太息，或烦躁易怒，舌淡红，苔薄黄，脉弦。

【证候分析】 本证多因情志不舒，肝气郁结，横逆犯胃，胃失和降所致。

情志不遂，肝失疏泄，肝气横逆犯胃，胃气郁滞，则胃脘、胸胁胀满疼痛，走窜不定；胃气上逆而见呃逆、嗳气；肝失条达，情志失调，则精神抑郁，善太息；气郁化火，肝性失柔，则烦躁易怒；木郁作酸，肝气犯胃，则吞酸嘈杂，胃不主受纳，则不思饮食；苔薄白，脉弦，为肝气郁结之象；若气郁化火，则舌红苔薄黄，脉弦数。

本证以脘肋胀痛、嗳气、吞酸、情绪抑郁等为辨证的主要依据。

十二、肝郁脾虚证

指肝失疏泄，脾失健运，以胁胀作痛、情志抑郁、腹胀、便溏等为主要表现的证候。又称肝脾不调证。

【临床表现】 胸胁胀满窜痛，善太息，情志抑郁，或急躁易怒，食少，腹胀，肠鸣矢气，便溏不爽，或腹痛欲便、泻后痛减，或大便溏结不调，舌苔白，脉弦或缓。

【证候分析】 本证多因情志不遂，郁怒伤肝，肝失条达，横乘脾土；或饮食不节、劳倦太过，损伤脾气，脾失健运，土反侮木，肝失疏泄而成。

肝失疏泄，经气郁滞，则胸胁胀满窜痛；太息可引气舒展，气郁得散，故胀闷疼痛可减；肝气郁滞，情志不畅，则精神抑郁；气郁化火，肝失柔顺之性，则急躁易怒；肝气横逆犯脾，脾气虚弱，不能运化水谷，则食少腹胀；气滞湿阻，则肠鸣矢气，便溏不爽，或溏结不调；肝气犯脾，气机郁滞，运化失常，故腹痛则泻；便后气机得以条畅，则泻后腹痛暂得缓解；苔白，脉弦或缓，为肝郁脾虚之征。

本证以胁胀作痛、情志抑郁、腹胀、便溏等为辨证的主要依据。

肝胃不和、肝郁脾虚、胃肠气滞三证的鉴别：前二者均有肝气郁结，而见胸胁胀满疼痛、情志抑郁或烦躁等表现，但肝胃不和证兼胃失和降，常有胃脘胀痛、嗳气、呃逆等症；肝郁脾虚证兼脾失健运，常有食少、腹胀、便溏等症。胃肠气滞证则肝气郁结的证候不明显，而但见胃肠气机阻滞的症状，以脘腹胀痛走窜、嗳气、肠鸣、矢气等为主要表现。

十三、肝肾阴虚证

指肝肾阴液亏虚，虚热内扰，以腰酸胁痛、眩晕、耳鸣、遗精等为主要表现的虚热证候。又名肝肾虚火证。

【临床表现】 头晕，目眩，耳鸣，健忘，胁痛，腰膝酸软，口燥咽干，失眠多梦，低热或五心烦热，颧红，男子遗精，女子月经量少，舌红，少苔，脉细数。

【证候分析】 本证多因久病失调，阴液亏虚；或因情志内伤，化火伤阴；或因房事不节，耗伤肾阴；或因温热病久，津液被劫，皆可导致肝肾阴虚，阴不制阳，虚热内扰。

肝肾阴虚，肝络失滋，肝经经气不利，则胁部隐痛；肝肾阴亏，水不涵木，肝阳上扰，则头晕目眩；肝肾阴亏，不能上养清窍，濡养腰膝，则耳鸣，健忘，腰膝酸软；虚火上扰，

心神不宁，故失眠多梦；肝肾阴亏，相火妄动，扰动精室，精关不固，则男子遗精；肝肾阴亏，冲任失充，则女子月经量少；阴虚失润，虚热内炽，则口燥咽干，五心烦热，盗汗颧红，舌红少苔，脉细数。

本证以腰酸胁痛、眩晕、耳鸣、遗精等与虚热症状共见为辨证的主要依据。

心肾不交、肺肾阴虚、肝肾阴虚三证，都有肾阴虚的证候，均见腰膝酸软、耳鸣、遗精及阴虚内热的表现。但心肾不交证兼心阴亏虚，虚火扰神，故心悸、心烦、失眠多梦等症明显；肺肾阴虚证兼肺阴亏损，肺失清肃，故有干咳、痰少难咯等表现；肝肾阴虚证兼肝阴受损，失于滋养，常见胁痛、目涩、眩晕等症。

十四、脾肾阳虚证

指脾肾阳气亏虚，虚寒内生，以久泻久痢、水肿、腰腹冷痛等为主要表现的虚寒证候。

【临床表现】腰膝、下腹冷痛，畏冷肢凉，久泄久痢，或五更泄泻，完谷不化，便质清冷，或全身水肿，小便不利，面色㿔白，舌淡胖，苔白滑，脉沉迟无力。

【证候分析】本证多由久泄久痢，脾阳损伤，不能充养肾阳；或水邪久踞，肾阳受损，不能温暖脾阳，导致脾肾阳气同时损伤，虚寒内生，温化无权，水谷不化，水液滞留。

脾主运化，肾司二便。脾肾阳虚，运化、吸收水谷精微及排泄二便功能失职，则见久泄久痢不止；不能腐熟水谷，则见完谷不化，大便清冷；寅卯之交，阴气极盛，阳气未复，命门火衰，阴寒凝滞，则黎明前腹痛泄泻，称为五更泄；脾肾阳虚，不能温化水液，泛滥肌肤，则为全身水肿，小便短少；腰膝失于温养，故腰膝冷痛；阳虚阴寒内盛，气机凝滞，故下腹冷痛；阳虚不能温煦全身，则畏冷肢凉；阳虚水泛，面部浮肿，故面色㿔白；舌淡胖，苔白滑，脉沉迟无力，均为阳虚失于温运，水寒之气内停之征。

本证以久泻久痢、水肿、腰腹冷痛等与虚寒症状共见为辨证的主要依据。

脾肾阳虚证与心肾阳虚证，均有畏冷肢凉、舌淡胖、苔白滑等虚寒证候，且有腰膝酸冷、小便不利、浮肿等肾阳虚水湿内停的表现。但前者并有久泄久痢、完谷不化等脾阳虚，运化无权的表现；后者则心悸怔忡、胸闷气喘、面唇紫暗等心阳不振，血行不畅的症状突出。

第十章

其他辨证方法概要

中医学的辨证方法,尚有六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、经络辨证等。前三种辨证方法主要适用于对外感病进行辨证,经络辨证在针灸、按摩等科应用较多。

第一节 六经辨证概要

六经辨证是《伤寒论》辨证论治的纲领。由东汉·张仲景在《素问·热论》的基础上,根据伤寒病的证候特点和传变规律而总结出来的一种辨证方法。

六经,指太阳、阳明、少阳、太阴、少阴和厥阴。六经辨证,就是以六经所系经络、脏腑的生理病理为基础,将外感病过程中所出现的各种证候,综合归纳为太阳病证、阳明病证、少阳病证、太阴病证、少阴病证和厥阴病证等六类证候,用来阐述外感病不同阶段的病理特点,并指导临床治疗。

六经辨证中,贯穿着八纲辨证的精神。它将外感病的演变情况,根据证候的属性,以阴阳为总纲分为两大类证,即太阳病证、阳明病证和少阳病证,合称为三阳病证;太阴病证、少阴病证和厥阴病证,合称为三阴病证。凡正盛邪实,抗病力强,病势亢奋,表现为热、为实的,多属三阳病证;凡正气虚衰,病邪未除,抗病力衰减,病势虚衰,表现为寒、为虚的,多属三阴病证。

伤寒病的发生,是人体感受风寒等外邪,始从皮毛、肌腠,渐循经络,由表入里,进而传至脏腑。因此,当其病邪浅在肤表经络,则表现为表证;若寒邪入里化热,则转为里实热证;在正虚阳衰的情况下,寒邪多易侵犯三阴经,出现一系列阳虚里寒的病理变化。

六经病证的临床表现,均以经络、脏腑病变为其病理基础,其中三阳病证以六腑的病变为基础,三阴病证以五脏的病变为基础。所以六经辨证的应用,不限于外感时病,也可用于内伤杂病。但由于其重点在于分析外感风寒所引起的病理变化及其传变规律,因而其对内伤杂病的辨证不具有广泛性,不能等同于脏腑辨证。

一、辨六经病证

(一) 太阳病证

太阳主表,为诸经之藩篱,太阳经脉循行于项背,统摄营卫之气。太阳之腑为膀胱,贮藏水液,经气化而排出则为小便。风寒侵袭人体,多先伤及体表,正邪抗争于肤表浅层所表现的证候,即为太阳经证,经证有中风、伤寒之分,是外感风寒而致病的初起阶段;若太阳

经证不愈，病邪可循经入腑，而出现太阳腑证，腑证有蓄水、蓄血之分。

1. 太阳经证

指风寒之邪侵犯人体肌表，正邪抗争，营卫失和，以恶寒、脉浮、头痛等为主要表现的证候。

【临床表现】 恶风寒，头项强痛，脉浮。

【证候分析】 本证由风寒外邪侵犯太阳经所致，为伤寒病的初起阶段。

风寒束表，卫阳被遏，肌腠失于温煦，故恶风寒；足太阳经脉自头项下行于背部，太阳经脉受邪，经气不利，则头项至背部牵强作痛；正邪抗争于太阳肤表，脉气鼓动于外，故脉浮。

由于患者感受邪气之不同，体质的差异，太阳经证又有太阳中风证和太阳伤寒证之别。

(1) 太阳中风证

指风邪为主的风寒之邪侵袭太阳经脉，卫强营弱，以发热、恶风、汗出、脉浮缓等为主要表现的证候。

【临床表现】 发热，恶风，汗出，脉浮缓，或见鼻鸣，干呕。

【证候分析】 卫为阳，营为阴，风寒外邪以风邪为主侵犯太阳经，卫气受邪而阳浮于外，与邪相争则发热；风性开泄，以致卫外不固，营不内守则汗出；由于汗出，肌腠疏松则恶风；若外邪侵及肺胃，肺气失宣则鼻鸣，胃气失降则干呕。

本证以恶风、汗出、脉浮缓为辨证依据。

(2) 太阳伤寒证

指以寒邪为主的风寒之邪侵犯太阳经脉，卫阳被遏，毛窍闭伏，以恶寒、发热、无汗、头身疼痛、脉浮紧等为主要表现的证候。

【临床表现】 恶寒，发热，头项强痛，身体疼痛，无汗，脉浮紧，或见气喘。

【证候分析】 风寒外邪以寒邪为主侵犯太阳之表，卫阳被遏，肌肤失于温煦，则见恶寒；寒邪郁表，卫阳奋起抗邪，正邪交争，故有发热；寒性收引，卫阳郁遏，经脉拘急，筋骨失于温养，故头身疼痛；寒性凝滞，肤腠致密，玄府不开，故见无汗；寒邪袭表，脉气亦鼓动于外，脉管拘急，故脉浮紧；寒邪束表，肺气失宣，则呼吸喘促。

本证以恶寒、无汗、头身痛、脉浮紧为辨证依据。

2. 太阳腑证

太阳经证不解，病邪由太阳之表内传膀胱腑所表现的证候。根据病机之不同，又分为太阳蓄水证和太阳蓄血证。

(1) 太阳蓄水证

指太阳经证不解，邪与水结，膀胱气化不利，水液停蓄，以发热恶寒、小便不利等为主要表现的证候。

【临床表现】 发热恶寒，小便不利，小腹满，口渴，或水入即吐，脉浮或浮数。

【证候分析】 太阳经证不解，故见发热，恶寒，脉浮等表证；邪热内传膀胱之腑，气化失职，邪与水结，水液停蓄，故见小便不利，小腹满；水停而气不化津，津液不能上承，故渴欲饮水；若饮多则水停于胃，胃失和降，可见饮入即吐。

本证以太阳经证与小便不利、小腹满并见为辨证依据。

(2) 太阳蓄血证

指太阳经证不解，邪热传里，与血相结于少腹，以少腹急结或硬满，大便色黑等为主要表现的证候。

【临床表现】 少腹急结或硬满，小便自利，如狂或发狂，善忘，大便色黑如漆，脉沉涩或沉结。

【证候分析】 太阳经证失治，邪热随经内传，与血相结，瘀热结于下焦少腹，故见少腹急结，甚则硬满；瘀热内结，上扰心神，故见神志错乱如狂，甚则发狂，以及善忘等症；病在血分，未影响膀胱气化功能，故小便自利；瘀血下行随大便而出，则大便色黑如漆；脉沉涩或沉结，是因瘀热阻滞，脉气不利所致。

本证以少腹急结，小便自利，大便色黑等为辨证依据。

(二) 阳明病证

指伤寒病发展过程中，阳热亢盛，胃肠燥热所表现的证候。阳明病的主要病机是“胃家实”。胃家，包括胃与大肠；实，指邪气亢盛。故阳明病的性质属里实热证，为邪正斗争的极期阶段。阳明病证又可分为阳明经证和阳明腑证。

1. 阳明经证

指邪热亢盛，充斥阳明之经，弥漫全身，肠中尚无燥屎内结，以高热、汗出、口渴、脉洪等为主要表现的证候。

【临床表现】 身大热，不恶寒，反恶热，汗大出，大渴引饮，心烦躁扰，面赤，气粗，苔黄燥，脉洪大。

【证候分析】 阳明病证多由太阳经证不解，或因少阳病失治，邪热内传入里而成。或因素体阳盛，初感外邪即成里实热证。

阳明为多气多血之经，阳气旺盛，邪入阳明最易化燥化热。里热炽盛，弥漫全身，蒸腾于外，故见身大热，不恶寒，反恶热；邪热炽盛，迫津外泄，故汗大出；热盛伤津，且汗出复伤津液，故大渴引饮；邪热上扰，心神不宁，则见烦躁；气血涌盛于面，故面赤；热迫于肺，呼吸不利，故气粗；脉洪大有力，苔黄燥，为阳明里热炽盛之象。

本证以大热、大汗、大渴、脉洪大为辨证要点。

2. 阳明腑证

邪热内盛，与肠中糟粕相搏，燥屎内结，以潮热汗出、腹满痛、便秘、脉沉实等为主要表现的证候。

【临床表现】 日晡潮热，手足濇然汗出，脐腹胀满疼痛，拒按，大便秘结，甚则神昏谵语，狂躁不得眠，舌苔黄厚干燥，或起芒刺，甚至苔焦黑燥裂，脉沉实或滑数。

【证候分析】 阳明经气旺于日晡，四肢禀气于阳明，肠腑实热弥漫，故日晡潮热，手足濇然汗出；邪热与糟粕结于肠中，腑气不通，故脐腹胀满而痛，大便秘结；邪热上扰心神，则见神昏谵语，甚则狂躁不安；苔黄燥有芒刺，或焦黑燥裂，为燥热内结，津液被劫之故；邪热亢盛，有形之邪阻滞，脉道壅滞，故脉沉而有力，若邪热迫急则脉滑数。

本证以潮热汗出，腹满痛，便秘，脉沉实等为辨证要点。

（三）少阳病证

指邪犯少阳胆腑，枢机不运，经气不利，以寒热往来、胸胁苦满等为主要表现的证候。

【临床表现】 口苦，咽干，目眩，寒热往来，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦欲呕，脉弦。

【证候分析】 本证多由太阳经证不解，邪传足少阳胆经及胆腑部位所致，亦可由厥阴病转出少阳而成。

邪出于表与阳争，正胜则发热；邪入于里与阴争，邪胜则恶寒，邪正相争于半表半里，故见寒热往来；胆热扰心则心烦，上炎则口苦，灼津则咽干，上扰清窍则头目晕眩；邪郁少阳，经气不利，故胸胁苦满；邪热扰胃，胃失和降，则见默默不欲饮食，欲呕；脉弦为肝胆受病之征。

本证以寒热往来、胸胁苦满等为辨证依据。

（四）太阴病证

指脾阳虚弱，寒湿内生，以腹满而痛、不欲食、腹泻等为主要表现的虚寒证候。

【临床表现】 腹满而吐，食不下，大便泻泄，口不渴，时腹自痛，四肢欠温，脉沉缓或弱。

【证候分析】 太阴病证可由寒湿之邪直接侵犯脾胃而成，亦可因三阳病治疗失当，损伤脾阳所致。太阴病为三阴病之轻浅阶段，属于里虚寒证。

脾阳虚弱，寒湿内生，气机阻滞，故腹满时痛；脾失健运则食纳减少；寒湿下注则下利；寒湿犯胃，胃失和降，故见呕吐；阳虚而失于温煦，故四肢欠温；脾阳虚弱，鼓动无力，故脉沉缓或弱。

本证以腹满时痛、腹泻等虚寒表现为辨证要点。

（五）少阴病证

指伤寒病变后期，全身阴阳衰惫，以脉微细、但欲寐为主要表现的证候。少阴病证的病位主要在心肾。病性从阴化寒则为少阴寒化证；从阳化热则为少阴热化证。

1. 少阴寒化证

指心肾阳气虚衰，阴寒独盛，病性从阴化寒，以畏寒肢凉、下利清谷等为主要表现的虚寒证候。

【临床表现】 无热恶寒，但欲寐，四肢厥冷，下利清谷，呕不能食，或食入即吐，或身热反不恶寒，甚至面赤，脉微细。

【证候分析】 病至少阴，心肾阳气俱虚，故表现为整体的虚寒证候。阳气衰微，阴寒内盛，失于温养，故见无热恶寒（即畏冷），但欲寐，肢厥；肾阳虚，火不暖土，脾胃纳运、升降失职，故下利清谷，呕不能食；若阴盛格阳，则见自觉身热而反不恶寒，面色赤；心肾阳虚，鼓动无力，则脉微细。

本证以畏寒肢厥、下利清谷、脉微细等为辨证依据。

2. 少阴热化证

指心肾阴虚阳亢，病性从阳化热，以心烦不寐、舌尖红、脉细数等为主要表现的虚热证候。

【临床表现】 心烦不得眠，口燥咽干，舌尖红，脉细数。

【证候分析】 邪入少阴，从阳化热，热灼真阴，水不济火，心火独亢，侵扰心神，故心中烦热而不得眠；阴亏失润，则口燥咽干；阴虚而阳热亢盛，故舌尖红，脉细数。

本证以心烦不得眠，以及阴虚证候为辨证依据。

（六）厥阴病证

指伤寒病发展传变的较后阶段，表现为阴阳对峙、寒热交错、厥热胜复的证候。

【临床表现】 消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔。

【证候分析】 厥阴病为六经病之末，多由他经传变而成。其基本病理变化为上热下寒。

邪入厥阴，心包之火炎上则上热；热灼津伤，故消渴饮水。厥阴之脉夹胃，上贯膈，火性炎上，肝气横逆莫制，故见气上撞心，心中疼热。又因下焦有寒，脾失健运，更因肝木乘犯，故不能进食，强食则吐，内有蛔虫者，常可吐出蛔虫。

二、六经病证的传变

六经病证是脏腑、经络病变的反映，而脏腑、经络之间又是相互联系不可分割的整体，因此，六经病证可以相互传变，从而表现为传经、直中、合病，并病等。

病邪自外侵入，逐渐向里发展，由某一经病证转变为另一经病证，称为“传经”。其中若按伤寒六经的顺序相传者，即太阳病证→阳明病证→少阳病证→太阴病证→少阴病证→厥阴病证，称为“循经传”；若是隔一经或两经以上相传者，称为“越经传”；若相互表里的两经相传者，称为“表里传”，如太阳病传少阴病等。

伤寒病初起不从三阳经传入，而病邪直入于三阴者，称为“直中”。

伤寒病不经过传变，两经或三经同时出现的病证，称为“合病”。如太阳阳明合病、太阳太阴合病等。

伤寒病凡一经病证未罢，又见他经病证者，称为“并病”。如太阳少阴并病，太阴少阴并病等。

第二节 卫气营血辨证概要

卫气营血辨证，是清代叶天士在《外感温热篇》中所创立的一种适用于外感温热病的辨证方法。即将外感温热病发展过程中，不同病理阶段所反映的证候，分为卫分证、气分证、营分证、血分证四类，用以说明病位的浅深、病情的轻重和传变的规律，并指导临床治疗。

张仲景创立的六经辨证，以及后世医家对温热邪气致病的认识，为卫气营血辨证的形成

奠定了理论基础。叶氏借用《内经》中关于卫、气、营、血四种物质的分布、功能不同而又密切相关的生理概念，将温热之邪侵袭人体分为由浅入深传变的四个阶段。温热病邪由卫分→气分→营分→血分，说明病情逐渐加重。

卫气营血辨证就其病位及层次、病变发展趋势而言，卫分证主表，邪在肺与皮毛，为外感温热病的开始阶段；气分证主里，病在胸、膈、胃、肠、胆等脏腑，为邪正斗争的亢盛期；营分证为邪热陷入心营，病在心与心包络，病情深重；血分证则为病变的后期，邪热已深入心、肝、肾等脏，重在耗血、动血，病情更为严重。故叶天士《外感温热篇》说“温邪上受，首先犯肺，逆传心包，肺主气属卫，心主血属营。”“大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血。”

一、辨卫气营血证

（一）卫分证

指温热病邪侵袭肤表，卫气功能失调，肺失宣降，以发热、微恶风寒、脉浮数等为主要表现的表热证候。

【临床表现】 发热，微恶风寒，少汗，头痛，全身不适，口微渴，舌边尖红，苔薄黄，脉浮数，或有咳嗽、咽喉肿痛。

【证候分析】 卫分证是温热病的初起阶段。温热之邪侵及卫表，卫气阻遏不能布达于外，故发热，微恶风寒；卫阳与温热邪气郁蒸，故多为发热重而恶寒轻。温邪上犯，肺失宣降，气逆于上则咳嗽；上灼咽喉，气血壅滞，故咽喉红肿疼痛；上扰清窍，则头痛；邪在肺卫之表，津伤不重，故口干微渴；舌边尖红，脉浮数，为邪热在卫表的征象。

本证以发热而微恶风寒，舌边尖红，脉浮数等为辨证要点。

（二）气分证

指温热病邪内传脏腑，正盛邪炽，阳热亢盛所表现的里实热证候。根据邪热侵犯肺、胸膈、胃肠、胆等脏腑的不同，而兼有不同的表现。

【临床表现】 发热不恶寒，口渴，汗出，心烦，尿赤，舌红，苔黄，脉数有力。或兼咳嗽胸痛，咯痰黄稠；或兼心烦懊恼，坐卧不安；或兼潮热，腹胀痛拒按，或时有谵语、狂乱，大便秘结或下秽臭稀水，苔黄燥，甚则焦黑起刺，脉沉实；或见口苦，胁痛，心烦，干呕，脉弦数等。

【证候分析】 气分证多由卫分证不解，邪传入里所致，亦有初感温热邪气即直入气分者。邪正剧争，里热炽盛，故身热盛，不恶寒；邪热蒸腾，迫津外泄，则汗出；热扰心神，则心烦；热灼津伤，则口渴，尿赤，苔黄；热盛血涌，则舌红，脉数有力。

若邪热恋肺，肺失肃降，肺气不利，则见咳喘，胸痛，咯痰黄稠。

若热扰胸膈，心神不宁，则心烦懊恼，坐卧不安。

若热结肠道，腑气不通，则见日晡潮热，腹部胀痛拒按。邪热与燥屎相结而热愈炽，上扰心神，则时有谵语、狂乱；燥屎结于肠中，邪热迫津从旁而下，则下利稀水，秽臭不堪，

此即“热结旁流”；实热内结，故苔黄而干燥，甚或焦黑起刺，脉沉实。

若热郁胆经，胆气上逆，则口苦；经气不利，故胁痛；扰心则烦；胆热犯胃，胃失和降，故干呕；脉弦数为胆经有热之象。

气分证以发热不恶寒、舌红苔黄、脉数有力为辨证要点。

（三）营分证

指温热病邪内陷，营阴受损，心神被扰，以身热夜甚、心烦不寐、斑疹隐隐、舌绛等为主要表现的证候。

【临床表现】身热夜甚，口不甚渴或不渴，心烦不寐，甚或神昏谵语，斑疹隐隐，舌质红绛无苔，脉细数。

【证候分析】营分证是温热病发展过程中较为深重的阶段。可由气分证不解，邪热传入营分，或由卫分证直接传入营分而成，称为“逆传心包”；亦有营阴素亏，初感温热邪盛，来势凶猛，发病急骤，起病即见营分证者。

邪热入营，灼伤营阴，阴虚则身热夜甚；邪热蒸腾营阴上朝于口，故口不甚渴，或不渴；邪热深入营分，侵扰心神，故见心烦不寐，神昏谵语；热伤血络，则见斑疹隐隐；舌质红绛无苔，脉细数，为邪热入营，营阴劫伤之象。

本证以身热夜甚、心烦不寐、舌绛、脉细数等为辨证要点。

（四）血分证

指温热病邪深入血分，耗血、伤阴，动血、动风，以发热、谵语神昏、抽搐或手足蠕动、斑疹、吐衄、舌质深绛等为主要表现的证候。

【临床表现】身热夜甚，躁扰不宁，甚或谵语神昏，斑疹显露、色紫黑，吐血、衄血、便血、尿血，舌质深绛，脉细数；或见抽搐，颈项强直，角弓反张，目睛上视，牙关紧闭，脉弦数；或见手足蠕动、瘈瘲等；或见持续低热，暮热早凉，五心烦热，神疲欲寐，耳聋，形瘦，脉虚细。

【证候分析】本证由邪在营分不解，传入血分；或气分热炽，劫营伤血，直入血分；或素体阴亏，已有伏热内蕴，温热病邪直入血分而成。

血分证是温热病发展过程中最为深重的阶段，病变主要累及心、肝、肾三脏。主要表现为热盛动血、热盛动风、热盛伤阴三大类型。

邪热入血，灼伤阴血，阴虚内热，夜间阳入于阴，故身热夜甚；血热内扰心神，故躁扰不宁，甚或谵语神昏。

邪热迫血妄行，则有出血诸症；邪热灼津，血行壅滞，故斑疹紫黑，舌质深绛，脉细数。

若血分热炽，燔灼肝经，筋脉挛急，则见“动风”诸症。若肝阴不足，筋失所养，可见手足蠕动、瘈瘲等虚风内动之象。

若邪热久羁，劫灼肝肾之阴，阴虚内热，故见低热，或暮热早凉，五心烦热；阴津不能上承，故口干咽燥，舌红少津；肾阴亏耗，耳窍失养故耳聋，神失所养则神疲欲寐，形体失

养则体瘦；脉虚细，为精血不充之象。

本证以身热夜甚、谵语神昏、抽搐或手足蠕动、斑疹、吐衄、舌质深绛、脉细数等为辨证要点。

二、卫气营血证的传变

温热病的整个发展过程，实际上就是卫气营血证候的传变过程。卫气营血证候的传变，一般有顺传和逆传两种形式。

顺传：指病变多从卫分开始，依次传入气分、营分、血分。它体现了病邪由表入里，由浅入深，病情由轻而重，由实致虚的传变过程，反映了温热病发展演变的一般规律。

逆传：指邪入卫分后，不经过气分阶段而直接深入营、血分。实际上“逆传”只是顺传规律中的一种特殊类型，病情更加急剧、重笃。

此外，由于病邪和机体反应的特殊性，温病的传变也有不按上述规律传变者。如发病之初无卫分证，而径见气分证或营分证；卫分证未罢，又兼气分证，而致“卫气同病”；气分证尚存，又出现营分证或血分证，称“气营两燔”或“气血两燔”。

第三节 三焦辨证概要

三焦辨证，是清代吴鞠通在《温病条辨》中，对外感温热病进行辨证归纳的一种方法。

三焦辨证是依据《内经》关于三焦所属部位的概念，在《伤寒论》六经辨证及叶天士卫气营血辨证的基础上，将外感温热病的证候归纳为上焦病证、中焦病证、下焦病证，用以阐明三焦所属脏腑在温热病发展过程中不同阶段的病理变化、证候表现及其传变规律。

上焦病证主要包括手太阴肺和手厥阴心包的病变，其中手太阴肺的证候多为温病的初起阶段；中焦病证主要包括手阳明大肠、足阳明胃和足太阴脾的病变，脾胃同属中焦，阳明主燥，太阴主湿，邪入阳明而从燥化，则多呈现里热燥实证；邪入太阴从湿化，多为湿温病证；下焦病证主要包括足少阴肾和足厥阴肝的病变，多为肝肾阴虚之候，属温病的末期阶段。

一、辨三焦病证

（一）上焦病证

指温热之邪侵袭手太阴肺和手厥阴心包，以发热汗出、咳嗽气喘，或谵语神昏等为主要表现的证候。

【临床表现】 发热，微恶风寒，头痛，汗出，口渴，咳嗽，舌边尖红，脉浮数或两寸独大；或见但热不寒，咳嗽，气喘，口渴，苔黄，脉数；甚则高热，大汗，谵语神昏或昏愤不语，舌謇肢厥，舌质红绛。

【证候分析】 肺主气，外合皮毛，与卫气相通。上焦病证中，温热之邪初犯人体，既可

肺卫同时受邪，出现卫表证候与肺的证候；也可局限于肺脏受邪，邪热壅肺而卫表症状不甚明显。

温热之邪犯表，卫气失和，肺气失宣，故见发热，微恶风寒，咳嗽，舌边尖红，脉浮数或两寸独大等症；温邪上扰清窍则头痛，伤津则口渴，迫津外泄则汗出；邪热入里，故身热不恶寒；邪热壅肺，肺失肃降而上逆，则见咳嗽，气喘；口渴，苔黄，脉数，均为邪热内盛之征。

若肺经之邪不解，病情严重时，温热之邪可逆传心包。邪陷心包，热扰心神甚或热闭心神，则见谵语神昏，或昏愦不语，舌謇；里热炽盛，蒸腾于外，故见高热，大汗；阳热内郁，不达四肢，故肢厥；灼伤营阴，则舌质红绛。

本证以发热汗出、咳嗽气喘，或谵语神昏等为辨证的主要依据。

（二）中焦病证

指温热之邪侵袭中焦脾胃，邪从燥化和邪从湿化，以发热口渴、腹满便秘，或身热不扬、呕恶脘痞、便溏等为主要表现的证候。

【临床表现】身热面赤，呼吸气粗，腹满，便秘，神昏谵语，渴欲饮冷，口干唇裂，小便短赤，苔黄燥或焦黑起刺，脉沉实有力。或身热不扬，头身重痛，胸脘痞闷，泛恶欲呕，大便不爽或溏泄，舌苔黄腻，脉濡数。

【证候分析】温邪自上焦传入中焦，脾胃二经受病，若邪从燥化，表现为阳明燥热证；若邪从湿化，则成为太阴湿热证。

邪入阳明，热炽津伤，胃肠失润，燥屎内结，故见腹满、便秘；邪热蒸腾，则身热面赤、呼吸气粗；热扰心神，故见神昏谵语；灼津耗液，则见渴欲饮冷、口干唇裂、小便短赤；苔黄燥或焦黑起刺，脉沉实有力，为燥热内结，津液被劫之征。

邪从湿化，湿热郁阻中焦，脾失健运，胃失和降，故见胸脘痞闷、泛恶欲呕、大便不爽或溏泄；湿遏热伏，郁于肌腠，故身热不扬；湿性重着，湿热郁阻，气机不畅，故头身重痛；苔黄腻，脉濡数，为湿热内蕴之象。

本证以发热口渴、腹满便秘，或身热不扬、呕恶脘痞、便溏等为辨证的主要依据。

（三）下焦病证

温热之邪犯及下焦，劫夺肝肾之阴，以身热颧红、手足蠕动或瘈瘲、舌绛苔少等为主要表现的证候。

【临床表现】身热颧红，手足心热，口燥咽干，神倦，耳聋，或见手足蠕动、瘈瘲，心中憺憺大动，舌绛苔少，脉细数或虚大。

【证候分析】温病后期，邪传下焦，损及肝肾之阴。肾阴亏耗，耳失充养，故耳聋；神失阴精充养，故神疲；阴亏不能制阳，虚热内生，则见身热颧红，口燥咽干，手足心热，舌绛苔少，脉虚大；热邪久羁，真阴被灼，水亏木旺，筋失所养，虚风内扰，以致出现手足蠕动，甚或瘈瘲，心中憺憺大动等症。

本证以身热颧红、手足蠕动或瘈瘲、舌绛苔少等为辨证的主要依据。

二、三焦病证的传变

三焦病证多由上焦手太阴肺经开始，传入中焦，进而传入下焦，此为“顺传”，标志着病情由浅入深，由轻到重的病理进程。若病邪从肺卫而传人心包者，称为“逆传”，说明邪热炽盛，病情重笃。故《温病条辨·中焦篇》总结为：“温病由口鼻而入，鼻气通于肺，口气通于胃。肺病逆传则为心包。上焦病不治，则传中焦，胃与脾也。中焦病不治，即传下焦，肝与肾也。始上焦，终下焦。”

三焦病证自上而下的传变，是一般的规律。临床有邪犯上焦，经治而愈，并不传变者；亦有上焦病证未罢而又见中焦病证者，或自上焦而径传下焦者；亦有中焦病证未除而又出现下焦病证者，或起病即见下焦病证者；还有两焦病证错综互见和病邪弥漫三焦者。因此，对三焦病势的判断，应根据临床资料，进行全面、综合地分析。

第四节 经络辨证概要

经络辨证，是以经络学说为理论依据，对病人所反映的症状、体征进行分析综合，以判断病属何经、何脏、何腑，并进而确定发病原因、病变性质及其病机的一种辨证方法。

划分病变所在的经络病位，源于《内经》，后世多有发挥。《灵枢·经脉》载有十二经病证，奇经八脉病证则以《素问·骨空论》《难经·二十九难》及李时珍《奇经八脉考》论述甚详。

经络分布周身，运行全身气血，联络脏腑关节，沟通上下内外，使人体各部相互协调，共同完成各种生理活动。当人体患病时，经络又是病邪传递的途径，外邪从皮毛、口鼻侵入人体，首先导致经络之气失调，进而内传脏腑；反之，如果脏腑发生病变时，同样也可循经络反映于体表，在体表经络循行的部位，特别是经气聚集的腧穴之处，出现各种异常反应，如麻木、酸胀、疼痛，对冷热等刺激的敏感度异常，或皮肤色泽改变等。这样，便可辨别病变所在的经络、脏腑。

经络辨证是对脏腑辨证的补充和辅助，特别是在针灸、推拿等治疗方法中，更常运用经络辨证。

经络辨证的内容有十二经脉病证和奇经八脉病证。

一、辨十二经脉病证

十二经脉包括手、足三阴经和手、足三阳经。

十二经病证有一定规律可循，可表现为本经经脉循行部位和所属脏腑的病变。掌握其规律和特点，便有助于推求病变所在的经络及脏腑。

1. 经络循行部位的症状

经脉受邪，经气不利，所现病症多与其循行部位有关。如足太阳膀胱经受邪，可见项背、腰脊、腠窝、足跟等处疼痛；由于肝经循行于胁肋、少腹，故《素问·藏气法时论》说：

“肝病者，两胁下痛，引少腹。”

2. 经络及所属脏腑症状

经络受病可影响脏腑，脏腑病变可反映于经络，而常表现为脏腑病候与经脉所属部位的症状相兼。如手太阴肺经病证，可见咳喘气逆、胸满、臑臂内侧前缘疼痛等，并常在肺俞、中府等穴出现压痛感。

3. 多经合病的症状

一经受邪，可影响其他经脉，表现为多经合病的症状。如脾经有病可见胃脘疼痛，食后作呕等胃经症状；足厥阴肝经受病可出现胸胁满痛，呕逆，飧泄，癃闭等症。

二、辨奇经八脉病证

奇经八脉，即冲、任、督、带、阳维、阴维、阳跷、阴跷等八条经脉。奇经八脉具有联系十二经脉，调节人体阴阳气血的作用。

奇经八脉的病证，由其所循行的部位和所具有的特殊功能所决定。

督脉总督一身之阳，任脉总任一身之阴，冲脉为十二经之海，三脉皆起于下极而一源三歧，与足阳明胃经、足少阴肾经联系密切。所以，冲、任、督脉的病证，常与人的先、后天真气有关，并常反映为生殖功能的异常。如调理冲任可以治疗妇女月经不调、不孕、滑胎流产等；温养督任可以治疗生殖机能衰退等。

带脉环绕腰腹，其病常见腰脊绕腹而痛、子宫脱垂、赤白带下等。

阳跷为足太阳之别，阴跷为足少阴之别，能使机关矫健。其病多表现为肢体痿痹无力，运动障碍。

阳维脉起于诸阳会，以维系诸阳经，阴维脉起于诸阴交，以维系诸阴经，所以为全身之纲维。阳维脉为病，多见寒热；阴维脉为病，多见心胸、脘腹、阴中疼痛。

下 篇

诊断综合运用

诊断是极为复杂的思维过程。疾病的临床表现有明显、隐晦、轻微、显著、真象、假象等差别，病、证有先后、标本、合病、并病等的不同。患者的症状表现，绝不是书本所说的那样条理清楚、主次分明、标准规范。医生要在纷纭复杂的病情中抓住疾病的本质，除了应熟悉中医学的理论与知识外，还需要对病情资料进行综合处理，并进行科学的思维，才能提高临床诊断的水平。

本篇所讨论的诊断思路和病案书写，是对诊法、辨证、诊病等诊断内容的综合运用。

第十一章

诊断思路与方法

诊法与诊断是认识疾病本质的前后阶段，二者之间是感性材料与理性结论之间的辩证关系。四诊所收集的临床资料，只是病变所反映的一些分散的现象，而通过诊断所得出的判断，才是对疾病本质的认识。

临床诊断的实现，要求诊断思维是边诊边断，为断而诊，病证结合，互相补充。就是说在诊断过程中，如何根据主诉而灵活地作进一步询问？根据已有的资料还应作哪些检查？除了要将各种诊法综合进行运用，以全面收集病情外，并且在进行询问、检查的同时，便要对所获得的症状、体征等进行分析思考。即诊察中发现了某种症状或体征，就要考虑这些症状或体征可能是什么病因、病性、病位、病种、证候等。而在辨病、辨证思考的同时，根据分析的线索、可能、疑问等，又需要进行某些有目的的询问、检查。这样，诊察、思考交替进行，联想、启发互相贯串，从而使认识不断深入。这是临床诊断必经之路，而要作好每一步和前进一步，都涉及到医生的水平、态度和思维技巧，需要认真锻炼。

第一节 病情资料的综合处理

医生运用各种诊法所收集到的临床材料，如病史、症状和体征，以及与疾病有关的社

会、心理、自然环境等资料，统称病情资料。

病情资料是诊病、辨证的依据。病情资料是否准确、全面，症状、体征的主次轻重是否清楚，是诊断准确与否的前提。

一、病情资料的完整性和系统性

患者的临床症状、体征，多种多样，病情资料是诊断的证据，证据越充分，诊断结论越容易作出，因此，病情资料应力求完整而系统。

病情资料的完整性，就是病情资料需要尽可能完整、全面。忽视病情资料的完整性，若有遗漏或过于简单，往往导致漏诊、误诊。所以在收集临床资料时，要求从整体审查、四诊合参的原则出发，不能只凭一个症状或体征便仓促作出诊断，不应片面强调或夸大某种诊法的作用。要发挥医者的主导作用，将诸种诊法综合运用，对患者进行全面而系统的调查，既诊察局部，也诊察全身，不仅要有症状和体征，还要发掘疾病深层次的社会、心理因素，做到察形与神、察机体与环境等的统一。某些病、证，除运用一般的诊察方法外，还需结合实验室检查或专科检查，才能得出明确的诊断。

病情资料的系统性，就是病情资料的条理化。由于患者的陈述、病情的演变、症状的轻重缓急、体征的有无等等，往往都是零乱无序，没有重点，缺乏连贯性和关联性的，所以对病情资料需要有一个归纳整理，使之条理清晰、主次分明的综合处理过程。忽视病情资料的系统性，若杂乱无章、主次不明，则往往难以下结论。

二、病情资料的准确性和客观性

病情资料的准确性和客观性是正确诊断的关键。病人的临床表现，往往错综复杂，如果有些病情资料不够准确和客观，便会影响诊断。决定病情资料准确、客观的因素，包括主观因素和客观因素两个方面。

主观因素来源于医患双方。医生在临床时，应防止主观性和片面性，避免先入为主、主观臆测或暗示的方法，如问诊时不应只“问其所需”或“录其所需”，否则不仅影响病情资料的完整性，也影响了病情资料的客观性。源于病人方面的主观因素，是指病人是否如实地、准确地反映了病情。病人由于受年龄、文化程度、表达能力、心理因素以及神志状况等因素的影响，陈述病情的准确程度有很大差异，当有表达不准、不全、不清，甚至隐讳、夸大等情况时，医生应能及时发现，设法引导加以弥补，以保证病情资料的准确、可靠。

客观因素多指疾病本身。病人的临床表现，有的虽然显露但难以作到客观，有的隐藏于内而难以凭感官发现，有的病情真实，有的病情为假象。所以，一方面医生要准确地运用每一种诊法，善于抓住病情的主次，透过现象看本质，而不被假象所迷惑。另一方面则应运用有关检查手段，以保证病情资料的可靠性。常规的体格检查，尤其是与病证直接相关部位的检查或专科检查，更应仔细分辨，如发现心界扩大、心脏杂音，肺部的干、湿啰音，腹内肿块的大小、质地等，对于辨证或诊病均有重要意义；血液常规、大便常规、小便常规等检查，可以弥补医生凭直观感觉诊察的不足，增强病情资料的准确性程度；根据不同情况，必要时作实验室检查，如心电图检查、X线检查、超声检查、生物化学检查、病理学检查、临

床细胞学检查、内镜检查、骨髓检查、免疫学检查、X线电子计算机体层摄影检查、磁共振成像检查、放射线核素检查、遗传学检查等,借鉴这些现代检测手段所获得的临床资料,为中医诊断服务,尤其是对于明确疾病的诊断常具有特殊意义。

三、病情资料的一致性程度

在多数情况下,症状、体征等各种病情资料所提示的病理意义,即所主的病证,一般是一致的,可用统一的病机进行解释,称为“脉症相应”、“舌脉相应”、“症舌相符”等。如病人畏寒、大便稀溏、小便清长、面色淡白、舌体淡胖、舌苔白润、脉沉迟无力等,均主阳气亏虚的虚寒证;又如病人发热、口渴、大便秘结、小便短黄、面色赤、舌质红、舌苔黄、脉数等,其所揭示的病情本质均是实热证。这种病情资料单纯、明显、临床意义一致的病例,说明疾病的本质不甚复杂,因而有“脉症相应为顺,舌脉相符为吉”等说法。医生诊断时,要认识其本质也是比较容易的。

但是病情各方面的资料不一致,临床意义不相同,甚至似乎存在着矛盾的情况,即所谓“脉症不相应”、“舌脉不符”、“症舌相反”等,这在临床上也并不少见。如在八纲辨证中提到的寒热真假、虚实真假,所谓热深厥深、虚阳浮越、至虚有盛候、大实有羸状等,其表现就有典型的 inconsistency。它反映了疾病过程中的特殊规律,体现了疾病的复杂性。

病情资料之所以不一致,可有多方面的原因。一是病情本来就很复杂,有多种病机存在,寒热夹杂、虚实相兼、多病同存等等,不同的病情资料反映着不同的病理本质。如患者本有胃阳亏虚,复有湿热之邪从下感染,则可表现出胃脘冷痛,呕吐清涎,纳少腹胀等胃寒证候,又有尿频尿痛,小便短赤,脉滑数等膀胱湿热的表现。二是病情发展的特殊性,因果交替、标本相错,有的症状、体征已经发生了变化,而有的尚停留在原有状态,或舌脉等未引起明显变化等。三是可能受到治疗措施等的影响,如热性病由于大量输液而小便并不短黄,长期使用肾上腺皮质激素可致舌红而胖大,癌症患者经过放疗、化疗后会出现发热、恶心欲呕、脱发等,通过仔细诊察分析,亦可发现其机理所在。

对于病情资料所示病理本质的不一致性,前人虽有所谓“舍症从脉”、“舍脉从症”,“舍舌从脉”、“舍脉从舌”,“舍症从舌”、“舍舌从症”之类提法,但临床切不可简单地舍弃某些病情资料。因为任何病情资料都有一定的临床意义,均反映着一定的病机,都可能是“真”而并不是“假”,即使是不一致,甚至是矛盾的资料,都有可能反映着不同的病机,关键在于能否用中医学理论去正确分析、认识其中的机理。要说“舍”,只能说是舍弃那些常规的、一般的认识,只能说是医者未能了解其所提示的特殊的临床意义罢了。如有的只知数脉主热,而不知心阳亏虚者亦常见数脉;只知阳虚者小便清长、自汗,而不知阳虚不能气化、蒸腾津液时可见尿少、口渴、无汗;只知舌有裂纹主阴津耗损、舌短主风痰阻络或危重病情,而不知皆有属于先天生理性者。只知其常而不知其变,只其一而不知其二,自然会对某些特殊现象不可理解而以为是假象。当然,病情资料的不一致,一般反映病情复杂、病机多端、有主有次、有因有果,给诊断带来了困难,这就要求医生应认真询问、检查,全面掌握病情,熟悉中医学理论,并善于分析思考,方可从纷纭复杂的病情中把握病证的本质。

四、病情资料属性的分类

对病情资料属性的划分,是根据它们在辨病、辨证中的意义和性质而确定的。一般可划分为必要性资料、特征〔异〕性资料、偶见性资料、一般性资料 and 否定性资料。

(一) 必要性资料

指这种资料对某些疾病或证候的诊断是必然要见到的资料,缺少了就不能诊断为这种病或证。

必要性资料,一般是病、证中的主要表现,要诊断为某证或某病,必有此症,但不等于有此症就一定是此病或此证。如咳嗽是肺咳病的主症,为肺咳病的必要性资料,但是不能一见到咳嗽就诊断为肺咳,因为咳嗽还可见于哮喘、肺癆等肺系的多种疾病之中。又如热扰胸膈证必见烦躁,无烦躁就不能诊断为该证,但并非凡见烦躁者都是热扰胸膈证。

因此,必要性资料并不是排它性资料,即某症对某病或某证的诊断为必有,但不等于此症只主此病或此证。

(二) 特征〔异〕性资料

指对病或证的确诊具有特征性意义的资料。这种病情资料仅见于该种病或证,而不见于其他的病或证。因此,一般只要出现这种资料,即可诊断为该种病或证。但应注意该种病或证却不一定都见到这种症状。

如大便排出蛔虫,只见于蛔虫病,而不见于其他疾病,故只要见到便蛔,便可诊断为蛔虫病,但是没有便蛔也不能排除蛔虫病的可能性。梅核气一般认为是痰气郁结所致,但是没有梅核气也不能说患者就不是痰气郁结。又如只要见盗汗,一般认为是阴虚证,但是没有盗汗也不能说就不是阴虚证,因为还可凭五心烦热、舌红少苔、脉细数等而诊断为阴虚证。

特征性资料,还可以包括一些非特异性资料的有机组合,从而对某病或某证的诊断具有特异性。如阳明经证的大热、大汗出、大烦渴、脉洪大等“四大症”,就每一症状而言,对阳明经证并无特异性,但其组合在一起,则对阳明经证的诊断具有特异性。

(三) 偶见性资料

指在该病或该证中出现频率较少,或可出现,或可不出现的资料。偶见性资料的出现随个体差异而定,一般认为其对诊断的价值不大。

如《伤寒论》第96条载:“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕。或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸、小便不利,或不渴、身有微热,或咳者,小柴胡汤主之。”可见诊断少阳病小柴胡汤证的主要病情资料为“往来寒热、胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食、心烦喜呕”,而自“或胸中烦而不呕”以下,皆为或然见症,即为偶见性资料。

但是,偶然性中可能隐藏着必然性,有些偶见性资料可以提示病证的转化等,因而亦不可忽视。如胃脘痛患者,若见大便色黑如柏油,则提示有络损出血。又如老年人经常干咳少

痰，偶见痰中带血，则应疑及肺癌之可能。

（四）一般性资料

指某一症状对任何病或证的诊断既非必备性、又非特异性，只具有一般诊断意义的资料。

临床上的症状，许多属于一般性资料，如神疲，头晕，乏力，不欲食，思睡，口不渴，舌色淡红，舌苔薄白，脉弦缓等，可以在很多疾病中出现，甚至多数病人都有可能出现其中一、二个，这些表现单独出现时，对任何证或病的诊断意义都不是很大，缺乏特异性。但是，病人不可能只表现一个症状或体征，通过询问或检查，常可发现与之有关的其他阳性或阴性资料，而将一般性资料与其他资料组合在一起的时候，便可显示出其临床意义。如上述症状组合在一起，或者其中某些症状表现突出时，则有可能提示气虚或有湿邪。又比如气候干燥或潮湿、隐痛等，并非病证诊断的特征性指标，然而这些资料仍是辨证以及某些疾病诊断的依据，如湿阻、著痹等病，就必有天气潮湿的因素。因而一般性资料也是具有临床意义的，不能轻视。

（五）否定性资料

指某些症状或某些阴性资料，对于某些病或证的诊断具有否定性意义，即某一病或证在任何情况下都不可能出现的资料。若能掌握相关病证的否定性资料，则往往能将类似病证加以鉴别而使诊断变得果断迅速。

如不恶寒、无汗、口不渴、不发热、二便调、舌淡红等，似为阴性资料，但在某种情况下可起到鉴别、否定诊断的作用。本恶寒者不恶寒，说明不再是表证；风寒表证而无汗，说明并非太阳中风。又如肝风内动证可由多种病机导致，若患者“动风”时并无发热、舌红、脉数等症状，显然不属于热极生风。育龄期妇女停经，可以由多种原因导致，但若“身有病而无邪脉”，则提示并非月经病，而常是早孕的征象。可见，阴性症状也是病情资料中的重要组成部分。

总之，必要性资料和特征性资料是诊断病或证的主要依据；偶见性资料提示诊断的可能性，但难以确定诊断；一般性资料具有综合定性的意义；否定性资料则能为鉴别诊断提供依据。因此，在病情资料中，不仅要有揭示病或证的阳性症状或体征，而且要有鉴别病或证的阴性症状或体征。

第二节 诊断思维的一般方法

诊断过程中的基本思维形式，主要有分析、综合、推理与判断。临床通过感性认识与理性认识之间的循环往来，从而逐渐达到对疾病本质作出正确判断的目的。中医诊断不仅是抽象〔逻辑〕思维，同时还存在着形象〔直觉〕思维、灵感〔顿悟〕思维等。

一、常用的诊断思维方法

对于每个医生来说,甚至同一医生对于每个疾病来说,其诊断时的思维过程与方法,都不会完全相同。因此,对于如何进行“辨证”、“诊病”,不可能作出统一的规定。

临床常用的诊断思维方法,可概括为类[对]比法、归纳[类]法、演绎法、反证法、模糊判断法,以及预测法、试探[治]法等。

(一) 类[对]比法

指通过已知与未知间的对比而达到明确诊断的思维方法。即将患者的临床表现和已知的某一常见病或证进行比较,若二者主要特征相吻合,此病或证之诊断便可成立。

如患者表现为发热、恶风、汗出、脉浮缓,这与《伤寒论》所说“太阳病,发热汗出,恶风,脉缓者,名为中风”之说相符,因而便可诊断为太阳中风证。又如患者因精神刺激后出现烦躁多言,不知饥,不欲眠,呼号歌唱,裸体奔走,打人毁物等表现,这与“弃衣而走,登高而歌,或至不食数日,逾垣上屋”(《素问·阳明脉解》)、“少卧不饥……,善骂詈,日夜不休”(《灵枢·癫狂》)的狂病极其吻合,因而可诊断为狂病。

临床上见有头晕、眼花、头摇、肢体颤抖等症者,常认为是“动风”,即所谓取类比象;颜面或四肢新起局部肿痛灼热,形小根深,坚硬如钉丁之状者,其病常诊为“疔”。这种形象思维也属于类比法。

类比法是一种直接的对应思维方式,具有迅速、简捷的特点,它不需要作更大范围内的思考,当病情不复杂而表现又很典型时,类比法诊断的准确性就高,而熟练掌握各常见病、证的临床表现及诊断要点,是采用类比法的先决条件。

(二) 归纳[类]法

指对复杂病情通过归类分析而达到明确诊断的思维方法。即将患者表现的各种证候,按照辨证要素进行分类归纳,或按病类进行区分,即据症分组,有机结合,从而认识病变的本质。

当病情表现复杂,或者病情资料很多,诊断时如果只按记录的前后顺序,一个一个症状地分析其临床意义,势必会杂乱无章,感到无所适从,或者丢三忘四,不得要领,甚至会本末倒置,得出错误的结论。此时最常用的简便方法是归纳[类]法。

比如某患者下肢水肿、尿少、舌胖、苔滑,知有水液内停;病程长、疲乏、畏冷、肢凉、苔白、脉弱等,属于阳虚之征;腹胀、不欲食、大便时溏等,是病位在脾的表现;腰膝酸软、性欲淡漠、余溺不尽等,又是肾虚之候;病人以心悸为主诉,并有胸闷、喘不能卧、脉促等症,则是病位在心的表现。这样把各个症状按其可能的本质性因素进行归类,并估计其各自可能性的大小,从而可把似乎孤立的每个症状串连起来,并从中认识当前病变的本质。该病涉及水、阳虚、脾、肾、心等辨证要素,再按中医学理论进行分析判断,可知为脾肾阳虚、水气凌心证。

又如患者神识昏蒙为主要表现,神识不清前有表情淡漠、嗜睡、头痛、烦躁不安等症,

并见呼吸深快、瞳孔缩小等,说明病变已及脑神,属于厥病类疾病;有长期肾病病史,并有尿少或无尿,提示病位在肾;口中有尿臊气,血中尿素氮、肌酐增高、二氧化碳结合力降低,说明有浊毒内积。病情虽然复杂,但若如此归纳分析,则肾厥的诊断并不困难。

(三) 演绎法

指对病情进行由浅入深、由粗到精的层层深入分析,直至明确诊断的思维方法。

如某患者为新病突起,有感受外邪的病史,可知其一般属外感病范畴;症见发热明显,已不恶寒,并有口渴、舌红、脉数,说明表证已不存在,而是里热证;又表现为咳嗽明显、气喘、咯黄黏痰,则知病位在肺,故本证为肺热炽盛证。这就是辨证时由粗到精、层层深入的演绎法。

又如因外伤所致,局部肿胀压痛明显、活动受限,属于损伤类疾病;损伤部位出现功能障碍,或有畸形,或有异常活动及骨擦音,X线摄片检查见骨折等,病属骨折类疾病;病变部位主要在前臂远端桡骨,因而可诊断为桡骨骨折。

另外,根据脏腑、气血等的生理基础,而推导其病理变化,以及“久病入络”、“久病及肾”等;或者根据适合于病情最恰当的方剂,再据该方的适应证,而得出证名诊断,即所谓“以方测证”;临床上常用的按病分证,即首先诊出为何病,再从其常见证型中选择最符合患者病情的某证作为诊断,也都可视之为演绎法。

(四) 反证法

又称否定法。指通过否定而达到确定诊断的思维方法。对于类似病、证,难以从正面进行鉴别时,可从反面寻找不属于某证、某病的依据,起到从反面论证某诊断的作用。

如《伤寒论》61条说:“下之后,复发汗,昼日烦躁不得眠,夜而安静,不呕,不渴,无表证,脉沉微,身无大热者,干姜附子汤主之。”六经病变皆有可能出现“烦躁”,究竟是何证呢?张仲景用“无表证”三字,否定其为太阳病证;用“不呕”二字,否定其为少阳病证;用“不渴”二字,否定其为阳明病证,于是其病变可能是在三阴,结合“脉沉微,身无大热”,便可确认其为少阴阳虚证,故用干姜附子汤治疗。

又如一小儿症见发热、咳嗽、皮肤出现淡红色丘疹,不知属麻疹或是风疹?若初起有泪水汪汪、喷嚏,而耳后、枕后无淋巴结肿大者,应为麻疹,反之,则为风疹。

(五) 模糊判断法

指通过对多种不够精确、并非特征性的模糊信息,进行模糊的综合评判,而达到明确诊断的思维方法。

临床上的许多病情表现,是难以精确表达的模糊信息,如少神、体倦、痞满、气短、腹胀、身重、口苦、头晕、眼花、腰酸痛、麻木、恶寒,面色的淡白、萎黄,脉象的有力、无力、弦缓,舌象的淡红、淡白等等,缺乏客观、定量的依据,有很大的模糊性和不确定性,其所主的病、证,更不是简单的是非判断。所以临床诊断时,主要应将各种症状有机地联系起来作相关分析,进行模糊运算,求得病、证诊断的“近似值”。中医诊断常常用的是模糊

判断法,这种“八九不离十”的方法看似不够精确,但由于它是对各种信息进行了综合分析而作出的评判,因而能从整体上达到认识事物本质的目的。

(六) 其他辨证思维方法

辨证思维尚有一些其他的方法,如:

1. 预测法

即根据中医学的基本理论和疾病发生发展的一般规律,判断病情的演变,或预测可能出现的新证型。如原为肝阳上亢证,当出现肢体麻木或震颤等症时,即可诊为肝阳化风证;原为心脉痹阻,当突然出现面色苍白、冷汗淋漓、脉象微细等症时,即为心阳暴脱证;原有长期、严重的肺病病史及咳嗽、气喘等症,若出现神识朦胧、烦躁不宁等症时,则应考虑肺病及脑,可能已发展成肺厥。

2. 试探〔治〕法

即采取一定的方式进行探索性的诊断过程。如《景岳全书·传忠录·寒热真假篇》对寒热真假诊断的冷水试寒热法:“假寒误服热药,假热误服寒药等证,但以冷水少试之。假热者必不喜水,即有喜者,或服后见呕,便当以温热药解之;假寒者必多喜水,或服后反快而无所逆者,便当以寒凉药解之。”又如便秘多日,不知属实属虚?张仲景指出可稍与小承气汤试攻之,药后转矢气者为燥结腑实,药后便溏者属脾虚。

3. 经验再现法

对于一些疑难杂病、疑似证的诊断,常无确切依据,不少有经验的医生常常用的是经验再现法。即回忆曾经所诊治的某病证与本病证相似,可暂按该病证诊疗。

4. 逐一追索法

病情复杂而难以对病证作出判断时,可以对有可能的各种病、证,各种病因、线索,逐一进行排列、追溯,从而排除各种不可能的诊断,逐渐达到对疾病本质的认识。

二、诊断的思维线索

中医诊断思维的线索,一般可以从主症开始,并且要全面分析各种病情资料,而特征症常是诊断的关键。

(一) 以主症为中心的思维线索

在诊法阶段,以主症为中心进行临床资料的收集,有利于诊法思路条理清楚,病情资料重点突出、主次分明。到了诊断阶段,仍应抓住主症,因为通过主症的辨析,常可确定病变位置,提示诊断的大致方向。

如咳嗽为主者,病位不离乎肺;小便余沥不尽,病多责之于肾;心悸为主者,病位在心;呕吐为主者,病位在胃等。又如病人新起咳嗽、痰稀色白、恶寒发热、头身疼痛、无汗、苔薄白、脉浮紧等,若主症是恶寒发热、头身疼痛时,应是风寒袭表证〔太阳伤寒证〕,主症若是咳嗽、吐痰时,则辨为风寒犯肺证。

有时虽然主症不能提示病位,但对明确病性具有重要意义。如水肿虽可由肺、脾、肾等

多脏病变导致，单凭水肿尚不能确诊病位，但其提示水液内停是肯定的；盗汗常说明阴虚内热；壮热提示邪热亢盛；胀痛提示气滞；便秘可证明腑气不通等等。

有些主症还可提示病位和病性两种病理意义。如厌食油腻为主者，常提示有肝胆湿热；多食易饥者，多为胃热；小便涩痛短赤，为膀胱湿热等。

（二）全面分析以保证诊断正确

抓准主症，可以作为诊断的主要依据和线索。而对病情的综合分析，则可以全面认识疾病的本质。

临床上每一个症状对于疾病或证候的诊断来说，都是有益的，即使某些阴性症状，如口不渴、大便正常、手足温、脉缓等，也常能起到鉴别诊断的作用。尤其是病性的寒、热、痰、湿、瘀、滞、气虚、阴虚等，一般都不是凭一二个症状便可确定，而是要收集全部资料进行综合判断。

比如患者牙痛为主症，可见于龋齿、牙痛等病，辨证则有风热、风寒、阴虚、胃火以及肝郁血虚等证型，单凭一个牙痛症状不可能得出结论，必然要综合全身的各种表现才能作出诊断。如果新起发热恶寒，牙龈红肿，舌红，脉浮数，则为风热犯齿证；若红肿不甚，无热少痛，苔薄白，脉浮紧，则为风寒阻络证；若红肿疼痛较甚，或牙龈渗血溢脓，腮肿连颊，口渴饮冷，口臭，便秘，舌红，苔黄燥，则为胃火燔齿证；若牙龈暗红微肿，口燥咽干，便秘尿少，舌红苔黄，脉数，则为阴虚胃热证。

（三）特征性症常是诊断的关键

某些症状对疾病诊断具有特殊的价值，是疾病诊断的特征性指标。如眉棱骨痛，除可为独立的疾病诊断外，并且是疫斑热的一个重要症状。恶寒、寒战、高热、头身痛的患者，若定时发作，则为疟疾的典型表现。胸腔积液，诊为悬饮；心包积液，诊为支饮。汗气臊臭为主者，诊为狐臭；汗出色黄为主者，病属黄汗。咽喉有白色假膜不易剥脱，并有咳如犬吠的表现者，为白喉的特征；小儿阵发呛咳不止，咳后有鸡鸣样回声者，为百日咳的特征。口中有烂苹果味，为消渴厥的表现之一；口中有尿臊气，是肾厥的表现之一。消渴除可有口渴多饮、多尿等症外，必有血糖升高、尿糖阳性；风眩除有头晕、头痛等症外，必有血压高；皮水除有尿少、浮肿以外，必有蛋白尿、管型尿；甲胎蛋白定量大于 400ng/ml，并持续 1 月以上者，为肝癌的确诊依据。

有时个别关键症状的发现与正确认识，可能成为分析鉴别的重要依据。比如阴虚火旺的病人与虚阳浮越的病人，都可出现头面部的“火热”现象，而阴虚与阳虚的本质正好相反，到底是阴虚还是阳虚？下肢的不冷或冷、小便的短黄或清长等，往往是辨别的关键。亡阴与亡阳病人均可出现汗出不止，如何辨别？这时汗出身热还是身冷，汗液黏稠还是清稀，面色赤还是白，四肢温或是凉，以及舌象、脉象等都可能是辨证的关键。又如外感新病的有汗或无汗是辨别表疏与表实的关键；耳鸣的新或久、鸣声的强或弱、按之减轻或尤甚等，是辨别证候属实、属虚的依据。

第三节 主症诊断思路

任何病、证都必然会反映出一定的“症”，诊病、辨证就是要通过“症”而认识疾病内在的病理本质。主症是病人的主要痛苦，是诊断的主要依据。临床诊断时，要善于抓住和确定主症，作为诊断的主要线索。

一、主症的诊断意义

主症是指患者表现的具有代表性的主要症状和体征，如头痛、头晕、腹胀、厌食、咯血、腹内包块、失眠、血压异常、黄疸、带下、乳房肿块等。

对于每一种症状，不一定都能立即认识其内在的病理本质，尤其是内脏的病变，难以直窥其病所、辨别其性质，于是只能以外现的主要症状或体征代表疾病的主要矛盾，从而形成了以主症作为病名的现象。如发热、自汗、盗汗、头痛、嗜睡、神昏、目盲、耳聋、耳鸣、牙痛、齿衄、失音、咳嗽、气喘、胸痛、心悸、心痛、呕吐、呕血、胃脘痛、胁痛、黄疸、腹痛、泻泄、便血、腰痛、带下、尿血、水肿等，虽然这些实际上都只是“症”，但以往一般将其视作为“病”，这就充分说明了主症在诊断中的主导作用。

通过主症可以理出诊察和诊断的线索。在围绕主症进行比较和作出相关分析的思维中，通过对主症的辨析，常可确定病变的位置及性质。如“咳嗽”，首先应通过咳嗽的程度等而区分其是否为主症，同时应详细询问咳嗽产生的原因（或诱因）、咳嗽的时间、特征；其次应了解咳嗽的伴随症状，如有无吐痰以及痰的质、量、色、气，有无气喘、胸闷、胸痛、喉痒等症；再次是询问全身的表现，如有无恶寒、发热、汗出，饮食、二便等情况，以及有关病史等；然后根据需要，进行必要的检查，如望舌、切脉、测量体温、听诊胸部有无异常声音、X线检查胸部有无异常改变等。这样，可以作到诊察有序，不致遗漏，线索清楚，从而有利于思维判断。

二、确定主症的方法

1. 正确确定主症

通常主症是患者表现的一个或数个最主要的症状和体征，在一定临床经验的基础上不难确定。然而由于病人的陈述往往零乱、主次不分，因而主症的确定是诊断过程的难点之一。医生要善于从其所诉的病理表现中，发现要害，及时把握方向。如患者有新起恶寒，发热，无汗，头痛，口渴，不欲食，苔薄黄等症，若不是其他症状特别突出，则一般应以发热作为主症。

主症的正确确定，依赖扎实的中医基础理论、熟练的四诊技巧、丰富的临床经验以及细致认真的工作态度。同时，对主症的确定，必须按照症状的自然状态去识别和把握，尊重客观事实，不可主观臆断。

2. 明确鉴别主症

对已确定的主症，必须通过认真诊察，明确症状的真实含义，以利于鉴别诊断。

如病人吐出血液，是“呕血”或“咯血”？不注意观察则很容易混淆。若血中兼有食物残渣，血色暗红或鲜红，是为呕血，血来自消化道，病位一般在胃；若血随咳嗽而出，夹杂有泡沫和痰，是为咯血，来自于呼吸道，病位多在肺。其区分还可以结合其他资料，如有无胃脘痛、肺病史、肝病史、药物、大量饮酒史等。必要时，还须借助纤维内窥镜等检查，以进一步明确主症，如咳嗽、咯痰、咯血、胸痛、支气管镜检查有异常改变，则为肺系疾病；若胃脘痛、呕吐、呕血、X线钡餐透视或纤维胃镜检查发现胃黏膜病变，则病位在胃。

3. 详审主症特征

主症的特征，包括症状发生的确切部位、时间、严重程度、性质、加重或减轻的条件、病变的新久缓急等，务必诊察清楚、描述详细。

如头痛是临床常见的主症之一，可见于多种病证之中。把握头痛的不同特征，可以为进一步诊断提供主要依据。如前额痛多属阳明经病变，多见于眼、鼻及血劳等病；侧头痛多属于少阳经病变，多见于耳病以及偏头痛、面风痛等；后头痛多属太阳经病变，多见于项痹、风眩及脑瘤等；巅顶痛多属于厥阴经病变，多见于神郁等；头痛部位固定持久，或持续性加重，多见于脑瘤、颅脑瘤等。

又如发热，可有多种不同的特征，不同的发热所主的病证不一。因此应当注意掌握发热的新久、时间、程度，发热的自我感觉与体温的关系等发热的特征。如身热不扬多属湿热蕴结证；五心烦热多为阴虚内热证；因劳累而出现发热者，多属气虚发热；热势常随情绪波动而起伏者，多为肝郁化火。发热持续时间不定，变化无规律者，可见于感冒、肺热病、悬饮、心痹、风寒湿痹等；体温持续于 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 而不退，1日内体温波动在 1°C 以内者，为壮热〔稽留热〕，常见于时行感冒、肺热病、湿温、温毒发斑等；1日内体温波动达 $3^{\circ}\text{C} \sim 4^{\circ}\text{C}$ 以上，其低点可降至 37°C 以下者，为间歇热，常见于痘毒内陷、流注、重症癆病、疟疾等；体温在 $37.4^{\circ}\text{C} \sim 38.5^{\circ}\text{C}$ 之间，持续2周以上者，为长期低热，常见于癆病、内脏脏(著)类疾病、肿瘤、痹病类疾病、瘵气、脏躁、神郁等疾病。

再如疼痛的性质，可有胀痛、刺痛、闷痛、隐痛、空痛、酸痛、灼痛、冷痛、喜按、拒按等，这些对辨别病情的寒、热、虚、实、气滞、血瘀等，都具有重要意义。

三、围绕主症进行询查

主症确定以后，还须详细了解与主症密切相关的症状，再诊察全身其他病理信息。

1. 询查伴随症状

主症的伴随症状，通常和主症在病理上有密切的关系，往往可以进一步提示主症的病因病机。如发热为主要表现者，须询问有无恶寒、汗出、口渴等情况；不寐为主症者，须了解有无多梦、心烦、记忆力降低、神疲等表现；泻泄为主症者，须了解有无腹痛、腹胀、呕吐等症状；腹痛为主症者，须了解脘腹部感觉、食欲食量、大便等情况。比如腹痛暴作，伴呕泄剧烈，不能进食者，多为类霍乱或暴泻等病；腹痛，且有里急后重、下痢脓血者，多为痢疾。干咳少痰，痰中带血，唇干鼻燥，咽喉干痒而痛，舌尖红，苔薄黄干，脉浮数，为燥邪犯肺证；胃脘疼痛，兼胸胁脘腹胀闷，暖气，善太息，易怒，每因情志郁结而加重，系肝气

郁结，肝胃不和之证；不寐，兼见多梦，容易惊醒，胆怯多虑，心悸气短，舌淡，为心胆气虚证。

又如头项强痛，因睡姿不当所致者为落枕；并有发热、呕吐等症者，常见于春瘟、暑瘟等急性温热疫病；年龄偏大，久有头项强痛者，多为项痹；久有鼻塞、鼻失嗅者，应考虑是鼻渊所致。

2. 诊察全身其他症

确定主症，询问伴随症之后，还应对全身其他症状、体征进行诊察，即对尚未了解到的情况，作详细询问。临证之初，缺乏诊断经验，询问可以参考“十问歌”的内容进行。按“十问歌”的提示，可以对寒热、汗出、头身、胸腹、二便、饮食口味、耳目、起病、既往史、个人史等资料全面了解。

3. 作相关的检查

根据主症的不同，应作必要的体格检查及实验室检查。如神昏为主要表现者，体检除脉象、血压、体温、呼吸等之外，应作角膜反射、瞳孔反射、病理反射检查，应根据可能的不同病种，作相应的辅助检查，如血液常规、小便常规、肝功能、心电图、脑脊液、脑电图、脑血管造影、脑超声波、脑CT等。又如胁痛为主症者，体格检查应明确胁痛的部位，胁部有无隆起或塌陷，胁下有无包块，腹部有无肌紧张，有无触痛、压痛及反跳痛等；一般应作血、小便、大便常规检查；据病情需要，可作肝功能、肝胆B超；必要时作病原学诊断，甲胎蛋白测定，胸部及腹部X线摄片、CT、胆道造影等检查。

四、围绕主症进行诊病

主症是疾病诊断的主要依据。麻疹、白喉、百日[顿]咳、多寐、不寐、痴呆、颤病、偏头痛、脑鸣、心动悸、紫癜病、血溢病、哮喘病、干胁痛、呃逆病、暴泻、久泄、肥胖病、厌食、癯闭、尿崩、遗尿、小便不禁、遗精、早泄、梦交、不育、月经先后无定期、经期延长、痛经、闭经、崩漏病、经间期出血、带下病、不孕、阴痒、胎水过多、脐带绕颈、胞衣不下、恶露不下、初生大便不通、脐血、夜啼、臀红、迎风流泪、上胞下垂、目割、时复目痒、暴盲、目偏视、白睛溢血、脓耳、聋哑、久暗、鼻息肉、口疮、重舌、肛裂、脱肛、痿管、肛门失禁、黄水疮、灰指甲、雀斑、鸡眼、胼胝、乳衄、乳头破碎、黄汗、眉棱骨痛、胁肋痛、干燥病等等，实际上都是以主症作为病名。

以主症作病名的诊断条件，第一是该症状所含盖的病种较少，可用该主症代表某具体病种者，如呃逆、痛经等。有些症状为“大症”，一个症状可能出现于十余种乃至数十种具体疾病之中，因而以其作为具体病名便不恰当。如血自肛门排出（包括血随便出，或便黑如柏油，或单纯下血的症状），称为便血，便血可因痔疮、肛裂等局部病变导致，也可见于肠癌、鼓胀、胃疡[胃溃疡]等肝脾胃肠等病中，疫斑热、稻瘟病等急性热病，血溢病、紫癜病以及黄胖病、蛊虫[血吸虫]病、食物中毒、药物中毒等，均可见到便血症状，因此不能简单地将便血作为疾病诊断，应当明确导致便血的具体病种，并作出病名诊断。第二是主症突出而其他症状不十分明显。如咳嗽为主症，其他症状不突出，检查肺部无特殊的病理改变者，一般可诊断为肺咳。

某些疾病诊断虽不是单纯根据一个主症而确定，而是除了主症以外，还需要有其他重要症状，或有特征性症状方能确定者，仍可围绕主症进行诊断。如胸闷、心痛是诊断胸痹（心痛）的主要依据；心痛甚而肢厥是厥心痛的主要表现；反复发作鼻塞、下鼻甲肿大为主症者，为鼻塞；睫毛倒人、畏光流泪为主症者，为倒睫毛。

五、围绕主症进行辨证

辨证是在深入了解主症特征的基础上，结合兼症及其他有关信息如起病、季节、病史等进行综合分析，并概括为某证的诊断思维过程。

如发热为主症，根据发热的特征、伴随症、全身症、舌象、脉象等的不同，可以辨别出其病因、病位、病性、病势等证候本质。新起恶寒发热，并有头身疼痛，无汗，鼻塞流清涕，脉浮紧者，为风寒束表证；新起发热而微恶风寒，少汗或无汗，口渴，头痛，咽痛，咳嗽，舌尖红，苔薄黄，脉浮数者，为风热犯表证；发热，面赤，口大渴，汗大出，舌红，脉洪大者，为气分热盛证〔阳明经证〕；日晡潮热，手足汗出，脐腹胀满疼痛，大便秘结，舌红，苔黄燥，脉沉实者，为阳明腑实证；身热夜甚，心烦不寐，渴不多饮，皮肤干燥，斑疹隐隐，尿黄便结，舌绛，苔黄少津，脉细滑数者，为营分热盛证；发热于夜间明显，神昏谵语，斑疹显露，面赤唇红，尿黄便秘，舌深绛，脉滑数者，为血热内扰证〔血分证〕；午后或夜间发热，手足心发热，或骨蒸潮热，心烦，少寐多梦，颧红，盗汗，口干咽燥，便结尿黄，舌质干红或有裂纹，苔少，脉细数者，为阴虚内热证；发热常在劳累后发生或加剧，头晕乏力，气短懒言，自汗，易于感冒，食少，便溏，舌质淡，苔薄白，脉弱而数者，为气虚发热证；自觉发热，面红如妆，阵发烘热，下肢清冷，小便清长，舌淡苔润，脉浮数无根者，为虚阳浮越证；时觉发热，热势常随情绪波动而起伏，精神抑郁或烦躁易怒，胸胁胀闷，口苦而干，苔黄，脉弦数者，为肝郁化火证；暑季或高温下劳作，症见高热，烦躁甚或神昏，面红目赤，无汗，伴恶心，胸闷，舌红或绛紫，苔黄干，脉沉数者，为暑热内郁证。

又如主症为胃脘痛，根据胃脘痛的特征、伴随症及全身症状、既往病史等，可以辨别证候。胃痛暴作，恶寒喜暖，呕吐清水痰涎，得温痛减，遇冷痛甚，口和不渴，舌苔薄白，脉弦紧者，为寒邪犯胃证；胃脘灼热疼痛，身热，汗出，渴喜冷饮，大便干结，小便短黄，舌红苔黄，脉洪数者，为胃热炽盛证；胃脘胀闷，攻撑作痛，脘痛连胁，嗳气频繁，大便不畅，每因情志不畅而作痛，舌苔薄白，脉沉弦者，为肝胃不和证；胃痛，脘腹胀满，噯腐吞酸，或吐不消化食物，或大便不爽，舌苔厚腻，脉滑或沉实者，为食滞胃脘证；胃痛部位固定而拒按，或痛如针刺，食后痛甚，或见吐血便黑，舌质紫暗，脉涩者，为瘀阻胃络证；右上腹突发钻顶样绞痛，缓解后呈持续性胀痛，伴恶心呕吐，吐出胆汁或蛔虫，脉弦者，为虫扰胆膈证；胃痛隐隐或灼痛，嘈杂似饥而不欲食，口燥咽干，消瘦乏力，大便干结，舌红少津，脉细数者，为胃阴虚证；胃痛隐隐，喜温喜按，空腹痛甚，得食痛减，时吐清水，纳差，神疲乏力，甚则手足不温，大便溏薄，舌质淡，苔白，脉虚或迟缓者，为脾胃虚寒证。

第四节 证候诊断思路

“证”实际上包括“证候”和“证名”。疾病过程中，各个具有内在联系的一组症状和体征，如发热恶寒，头痛，身痛，无汗，脉浮紧，舌苔薄白等，可将其称为“证候”。对病变过程中某阶段所表现的证候，在中医学理论指导下，通过辨证而确定其病位、病性等本质，并将其综合归纳而形成“证名”（如上述证候通过辨证而诊断为“风寒表实证”）。因此，“证”是指病变过程中某一阶段所表现的“证候”和由病位、病性等病理本质性要素所构成的“证名”。证候是证的外候，即表现，证名是代表该证本质的名称。

辨证思维的一般方法，是在中医学理论的指导下，通过对症状、体征等临床资料的综合分析，先明确病位、病性等病理本质，然后形成完整准确的证名。采用正确的思维方法和步骤进行辨证，是提高临床辨证水平的重要途径。

一、辨证诸法的关系与特点

在长期的医疗实践中，中医学对辨证的认识不断得到发展、深化，创立了多种辨证归类的方法。通常提到的辨证归类方法就有八纲辨证、脏腑辨证、经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证以及病因（六淫、疫疠等）病性（气、血、津液）辨证等。

（一）诸种辨证方法的特点与相互关系

历史上所形成的诸种辨证方法，由于是在不同的时代、不同的条件下形成的，因而其各自归纳的内容、论理的特点、适用的范围都不全相同。有的抽象、笼统，有的具体、深刻，有的以病位为纲，有的以病因病性为纲。它们既有各自的特点，不能相互取代，而又各不全面，较难单独理解和应用；既互相交织重叠，而又未形成完整统一的体系。诸种辨证方法所归纳的具体内容，有的属纲领证，有的属基础证，有的属具体证，甚至存在着某些名实异同、相互矛盾的现象。所以应对其各自的内容与特点有全面的了解，并综合进行运用。

通过对各种辨证方法的特点进行分析，从中可以找出其相互间的关系。辨证八法之间的关系，如图 11-1 所示：

八纲辨证是辨证的基本纲领，表里、寒热、虚实、阴阳可以从总体上分别反映证候的部位、性质和类别。

脏腑辨证、经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证，是八纲中辨表里病位的具体深化，即以辨别病变阶段的病位（含层次）为纲，而以辨病性为具体内容。其中脏腑辨证、经络辨证的重点是从“空间”位置上辨别病变所在的脏腑、经络，主要适用于“内伤杂病”的辨证；六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证则主要是从“时间（层次）”上区分病情的不同阶段、层次，主要适用于“外感时病”的辨证。

辨病性则是八纲中寒热虚实辨证的具体深化，即以辨别病变阶段的具体病性为主要目的，自然也不能脱离脏腑、经络等病位。其中六淫、虫、食等，主要是讨论邪气的侵袭停聚

为病，与六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等的关系较为密切；气血、津液、阴阳虚损等，主要是分析气血、津液、阴阳等正气失常所表现的变化，与脏腑辨证的关系尤为密切。

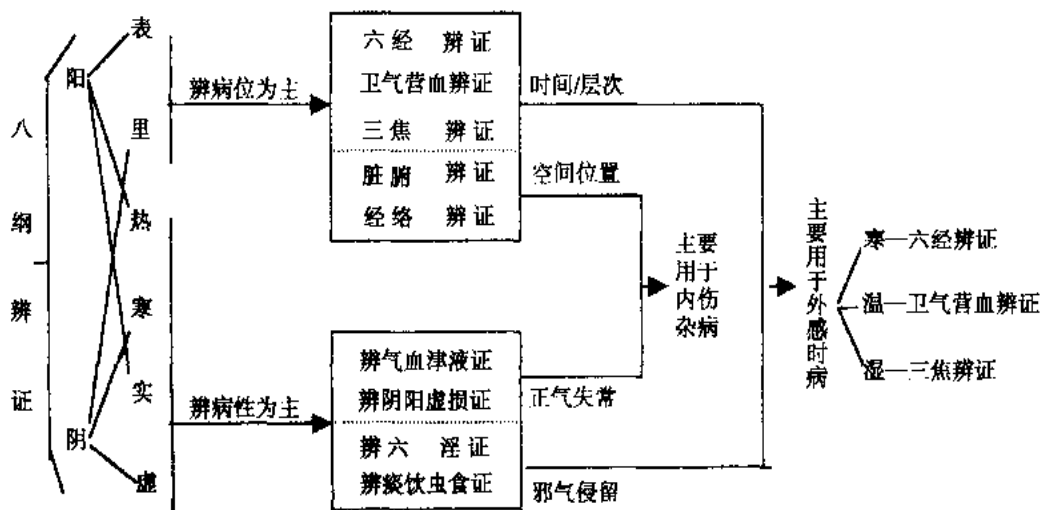


图 11-1 诸种辨证方法的特点与相互关系

总之，八纲是辨证的纲领；辨病性是辨证的基础与关键；脏腑、六经、卫气营血、三焦等辨证，是辨证方法在内伤杂病、外感时病中的具体运用。

（二）诸种辨证方法的运用

在熟悉了各种辨证方法的特点与相互关系之后，临床便可根据病情的具体实际而灵活选择恰当的辨证方法进行辨证。

一般可首先分析一下是属于外感时病还是内伤杂病，再用八纲进行分析，以初步明确基本病性与病位。

如果是内伤杂病，一般以脏腑辨证为主，结合气血津液阴阳等具体内容进行辨证。

如果是外感时病，一般选用卫气营血辨证及六经辨证的三阳病证，并注意结合六淫、疫毒等内容进行辨证。

三焦辨证的实质是将三焦所属部位的常见证按三焦进行归类，临床很少单独运用。

六经辨证中的三阴病证实际上主要属脏腑辨证的内容。

经络辨证主要是针灸、推拿诊疗时运用较多，经络循行部位的证候表现明显时，亦应根据经络理论进行辨证。

二、辨证的统一体系

以往八纲、脏腑等诸种辨证方法中，必有对“证”本质的共同认识，在分析各种辨证方法的实质时，可从中发现其所包含的辨证具体内容，主要是病变部位与阶段的心、肝、胃……气分、血分等，证候性质的风、寒、湿、热……，气虚、血虚、阴虚、阳虚、痰、饮、瘀血……。名称虽异而目的相同，任何疾病的病状，均与一定的病位、病性等辨证要素相关。任何复杂的“证”，都是由病位、病性等辨证要素的排列组合而构成的。

因此,辨证的关键和基本要求,主要在于明确病变阶段的病位与病性。通过分析而确定病位、病性等辨证的基本要素,便抓住了辨证的实质,为把握灵活复杂的辨证体系找到了执简驭繁的纲领。

掌握每一辨证基本要素的概念、主要表现,并了解其相互间的一般组合关系,便能抓住辨证的实质,就可对各种疾病进行辨证诊断。

(一) 辨病位的内容

辨病位,即辨别确定病变阶段证候所在的位置。其中又可分为空间性病位和时间(层次)性病位。

大的病位概念有表证、里证(以及半表半里证),病在上、病在下。心、心神(或称脑、心包)、肺、脾、肝、肾、胃、胆、小肠、大肠、膀胱、三焦(上焦、中焦、下焦),以及胞宫、精室、清窍、咽喉、口唇、齿龈、头、鼻、目、肌肤、筋骨、经脉、经络、胸膈、脑络、脉络等等,皆为空间病位概念。时间(层次)性病位,如卫分、气分、营分、血分,太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴等,随着病程的阶段变化,而有浅深层次的含义。

每一病位概念各有特定的证候,如心悸、心痛等为病位在心的主症;新起恶寒发热、头身疼痛、脉浮等为表证的特定证候;身热夜甚、心烦不寐、神昏谵语、斑疹隐隐、舌绛等为营分证的主要表现。认识和掌握每一病位的特定表现,有利于辨别出证候的病位。

(二) 辨病性的内容

“病性”,指证候变化的本质属性,即病理改变的性质。

证候中属于病性的概念,可有笼统与具体之分。虚证、实证,阴证、阳证,标证、本证等,属于抽象的病性概念。辨病性的具体证候主要有:风淫证、寒淫证、暑淫证、湿淫证、燥淫证、火热证、毒证,脓证、痰证、饮证、水停证、食积证、虫积证、石阻证,气滞证、气逆证、气闭证、血瘀证、血热证、血寒证,气虚证、气陷证、气不固证、气脱证、血虚证、血脱证、阴虚证、亡阴证、阳虚证、亡阳证、阳亢证、阳浮证、津液亏虚证、精亏证、髓亏证、营亏证、喜证、怒证、忧思证、悲恐证等。

每一病性概念都应有特定的证候表现。如身体困重、关节肌肉酸痛,食欲不振、腹胀、便稀,舌苔滑腻,脉濡等为湿的证候;固定刺痛拒按,有包块,舌暗有斑点,脉涩等为血瘀之证;气短,乏力,神疲,舌淡,脉弱等为气虚的表现;面色淡白或萎黄,唇舌爪甲色淡,脉细等为血虚的表现;潮热,盗汗,五心烦热,舌红少苔,脉细数等为阴虚的表现。掌握每一病性的基本临床表现,便有利于辨别证候的性质。

通过辨证而确定的病性,是疾病当前的病理本质,是对疾病当前阶段整体反应状态的概括,是对邪正相互关系的综合认识,因此具有整体、动态的特点。对病性的认识,一般要对全身症状、体征以及体质、环境等进行综合分析才能确定,所以准确地辨别病性,是辨证中最重要、最困难之处。病性的辨别结果,直接关系到治疗方法的确定,如寒者热之、热者寒之、虚者补之、实者泻之,气虚则补气、阴虚则滋阴、血瘀则化瘀、有痰则祛痰等。因此,辨病性是辨证中最重要的一环,对任何疾病的辨证都不可缺少。

(三) 规范证名的构成

现在临床上通用而又比较完整、规范的证候名称，一般是由病位与病性的以上 60 项左右具体内容相互组合而构成的。如肝胆湿热证、脾肾阳虚证、心血虚证、瘀滞胸膈证、肝肾阴虚阳亢证、风寒表实证等。

凡规范的证名，必有病性，一般应有病位。有时为了构成习惯上四个字一句的证名，常加上某些与病理有关的连接词，如盛、炽、袭、困、阻、缠、蕴、束、犯、亏、衰等。至于心肾不交、阳明腑实、水不涵木等证名概念，虽名称较为特殊，但就其病变实质而言，仍可用辨证基本内容加以明确，如前述证名一般为心肾阴虚阳亢〔火旺〕证、肠热腑实证、肝肾阴虚阳亢证等。

由 60 项左右辨证基本内容所组合成的证候，实际上是难以数计的，虽然并不是各种辨证基本内容都可以任意组合，但由于临床上病情的极其复杂性，因而实际存在的证候仍然难以精确确定，这就需要提出一些常见的规范证（即证型），以适应临床辨证的需要。临床常见证型约在 300 个左右。这些证型可按脏、腑、体、窍病位为主进行归类。

三、证候诊断的要求

正确的辨证诊断，要求全面、准确、精炼、规范，以能准确地揭示病变当前阶段的病理本质为总的要求。

(一) 辨证的七项基本内容

有的书中主张将辨证的具体内容，分解为 7 个方面或若干步骤，即：

探求病因——询问病史找病因，通过审症求病因；

落实病位——明确病变所在的表里上下、脏腑经络、官窍形体等；

分辨病性——区分寒热虚实病性及具体的痰、湿、瘀、滞、虫、食、气、血、津、液、阴、阳、精髓的亏虚等；

判断病情——辨别病情的轻重、标本、主次、先后、缓急，以及阻、积、扰、闭、虚、衰、亡、脱等；

审度病势——把握病变发展演变的趋势，推测病证的转归与预后；

阐释病机——根据中医学理论，将证候的病因、病性、病位、病情、病势综合起来进行分析，作出全面而统一的机理解释；

确定证名——通过对病因、病性、病位、病机的高度概括，提出完整而规范的证名诊断。

以上实际上是通过辨证而应明确的基本内容，并非辨证的步骤。因为辨证的步骤不可能诸病一律、前后固定不变，有的可能是先定病位，有的则是先辨病因病性，还有的是先察病势，所以对辨证步骤不能机械地理解。

（二）证名诊断的具体要求

辨证的结果即确定证名诊断。对于正确的证名诊断，主要有以下要求：

1. 内容要准确全面

通过辨证，对于证候的成因或病性、病位以及病势等，都要有所认识，尤其是所涉及到的病位、病性等本质性要素，不可遗漏或判断有误。主要的本质性要素要在证名中反映出来。

一个规范的证名，应当包括病位和病性。有的虽由于病位笼统，或病位已从病名诊断中（如皮肤病、肛肠病、骨折病、痢疽病等）得到明确等原因，而可不标明病位外，但病性是绝不可少的，否则就不成其为证名。

2. 证名要精炼规范

常用的证名一般只有四个字左右，它要包括病位、病性以及病机等内容，因此其用词是非常精炼的，具有高度的概括性。能用4个字概括成证名者，则不要用6或8个字。不应当将病机解释的语句纳入证名。

如肝胆湿热证、肝郁脾虚证、脾虚湿困证等，每个字都代表一定的本质。每个不同的证名，都有各自的特异性。

证名所用的词不能随意生造，应符合中医理论特色，要既能反映证候的本质，又是规范的中医术语。如痰热是“闭”神还是“扰”神；虚证是亏虚还是衰竭抑或是亡脱，一字之差便可提示证候的差别。

3. 证候变则证名亦变

由于病种不同、个体差异、病程变化、治疗影响等因素，使得疾病中所表现的证候是在不断地变化之中，特别是一些急重病症患者，其病情更可瞬息变化。原来是薄白苔，现已为黄腻苔；昨日恶寒发热，今日但热不寒；原为病势剧烈，日久已是虚象为主；昨日尚在气分，明日可能已入营分或血分等。

病情的变化，有可能提示病变本质已有差异。因此，一旦证候变化，其证名诊断也应随之而变。故辨证也是一个动态的过程，不能把证候诊断固定在一个时间或空间，而应进行动态观察，随着证候的变化而变化。

4. 不受证型的拘泥

临床较为常见、典型的证，可称为证型。书本所列各证及其所述证候，都是常用的、公认的、病情典型的证（型）。故辨证时应力求以单一证概括全部临床表现，首先考虑常见、典型证的诊断。

但“候”者，随证候而定，随时候而变；“型”者，模型，固定不变。临床上的证候，不一定典型、单纯，可能数证兼夹、复合，而教材所列证型，往往不能满足临床辨证的实际需要。因此，临床辨证要突破分型的局限，不能僵化，要知常达变，能够根据证候的实际，概括出正确的证名（当然这种证名也应规范），病情复杂者，可考虑兼夹、复合证的诊断，做到名实相符。

第五节 疾病诊断思路

狭义的“病”，是指由病名所代表的各具体病种。每一具体病名及其定义，是对该具体疾病全过程的特点（如病因、病机、主要临床表现等）与规律（如发病条件、演变趋势、转归预后）所作的病理概括。

“症”、“病”、“证”是中医诊断学最基本的概念。“症”是诊病和辨证的主要依据。证和病都是对疾病本质的认识，二者既有联系又有区别，“证”主要揭示病变当前的主要矛盾，“病”要求体现疾病全过程的根本矛盾。病的本质一般规定了证的表现和证的动态变化规律，在病的全过程中可有不同的证，而同一证又可见于不同的病之中，所以病与证之间存在着同病异证、异病同证的相互关系。临床上既要辨证，又要辨病，才能使诊断更全面、更正确，治疗更有针对性。

一、疾病诊断的意义

疾病诊断就是确定疾病的种类和病名。临床时，根据四诊等方法所收集到的临床资料，在中医学理论指导下进行综合分析，按照有关“病”的定义，确定疾病的病种，并对该病种的特点和规律进行整体性的诊断思维过程，称为“辨病”或“诊病”。

病名是中医学在长期临床实践中产生和发展起来的重要概念，是中医学学术体系中的重要内容。病名代表着该具体病种的本质及特征，因而病名诊断是中医诊断不可缺少的部分。由于证候诊断较难体现疾病发生发展的演变规律，因而疾病诊断不能由辨证（证名）代替；由于中西医学的理论体系、文化背景等有很大的不同，因而也不能用西医病名代替中医病名。

1. 把握病变规律

由于每一种病都有各自的本质与规律，即有一定的病因可查、病机可究、规律可循、治法可依、预后可测。因而明确疾病诊断，便可以根据该病演变发展的一般规律，把握该病的全局，有利于对该病的本质认识和辨证论治，掌握诊疗的主动权。正如《南阳活人书》所说：“因名识病，因病识证，如暗得明，胸中晓然，无复疑虑，而处病不差矣。”

如麻疹的根本矛盾是麻毒内伏，在其初期阶段，容易与感冒、风疹、肺热病等相混淆。临床时若不能明辨病种，就容易忽视麻毒内伏的病机，而限于祛风解表之类随证治疗；若能明确麻疹的诊断，便胸有成竹，可从疹点透发的情况及伴随症状判断病之顺逆，当病势顺利时，即使有发热、咳嗽、喷嚏、流泪等症，也可不必作特殊治疗，但当麻疹难以外透时，则应及时透疹，并防热毒闭肺、麻毒内陷。

又如中风病，可分为三个阶段：平时经常出现头痛、肢端麻木、眩晕欲仆等症时，为阴虚阳亢，肝风欲作之势；而一旦出现突然眩仆、昏不知人等症时，则为卒中，系肝风夹痰瘀上蒙清窍；神清之后，往往脉络闭阻，表现为半身不遂、口眼喎斜、语言不利等后遗症候。此病沿着阴虚阳亢、肝风夹痰夹瘀上蒙清窍、络脉闭阻的基本病变规律发展。因此，若能认识本病的本质与规律，在诊疗上便能获得主动。

同时,确定了病名,便可抓住疾病辨证的纲领。由于每种病的常见证型有限,抓住了病,也就把该病的辨证范围大致局限于该病的常见证型当中,缩小了辨证的范围,减少了辨证的盲目性。

2. 针对疾病治疗

针对“病”所进行的专法、专方、专药治疗,是中医学的一个重要内容。如徐灵胎《医学源流论》曾指出:“欲治病者,必先识病之名……,一病必有主方,一病必有主药。”说明不同疾病可有自己的专法、专方、专药治疗。专病可有专法治疗,如内痔常用枯痔钉疗法、结扎疗法,炸腮可于角孙穴行灯火灸疗法,圆翳内障成熟后可采用金针拨障疗法等。专病可用专方治疗,如心动悸用炙甘草汤,肠痛用大黄牡丹皮汤或薏苡附子败酱散,郁病用逍遥散,蛔厥用乌梅丸等。专病采用专药治疗,如茵陈退黄,海藻、昆布软坚散结而治瘰疬,常山、青蒿截疟而治疗疟疾,黄连、鸦胆子治疗痢疾,水银、硫黄疗疥疮等。这些专法、专方、专药对疾病的治疗有很强的针对性,可以大大提高临床疗效。

同病虽可有异证,但是无论证型有何差异,从病变角度分析则有其共同的特点和规律,因此除据证选用不同的治法方药外,还应结合病的特点进行治疗。如肺病,有肺阴亏虚、阴虚火旺、气阴耗伤、阴阳两虚等不同证型,须各自采取不同的治疗方药,但是抗痨杀虫药应该贯穿于治疗的始终。

异病虽可同证,证相同则可用相同的治法,但同中有异,针对不同的病在治疗上应有侧重。如胃缓、久泄和脾痿等病,均可表现为脾虚证,都要健脾益气,但是胃缓以胃体下垂为主要病理特点,故健脾的同时应升提阳气;久泄多夹有湿邪,则健脾的同时常佐以利湿止泄;脾痿常伴营血亏虚,则健脾益气常加补血养营之品。

二、疾病诊断的一般途径

从某种角度说,疾病诊断实际是要将各种各样的具体病变,从“疾病”这个总概念中区分开来。区分的方法,一般是分辨其属于何类疾病,并层层分辨,直至认识其是何种具体病种,作出病名诊断。

病情的表现是复杂多样的,但是任何疾病都有其发病、病状、病程演变等方面的规律和特点,而这些规律是可以被把握的。因而疾病诊断的一般途径,大体来说是根据病因或发病特点、病史、主症或特征性症状、特发人群、流行情况等进行分析思考。

1. 主要据发病特点辨病

患者年龄、性别、发病特点等的不同,常可提示或缩小诊病的范围。

如新生儿出现黄疸称胎黄,属血疸范畴,轻微者多属生理现象;青年人患黄疸,以肝热病、肝瘟为常见;中年人患黄疸,无发热等症者,女性以胆石为多,男性应考虑肝积、肝癌;中年以上患黄疸,常见于肝积、癌病,男性多为胰癌、肝癌,女性多为胆癌。

又如妇女于月经期或经期前后出现某一主要症状,并呈周期性者,属月经期疾病,如有经行乳房胀痛、经行发热、经行头痛、经行泄泻、经行吐衄、经行风疹块、经行眩晕、经行浮肿、经行情志异常等。

再如新起水肿,病势急,水肿快,从面睑头部开始水肿,常兼有表证或湿热等外邪为犯

的证候者，为阳水；长期水肿或反复出现水肿，病程长，水肿势缓而较难消退，一般有内脏损害、阳气亏虚的证候表现者，为阴水。水肿从下肢开始，受体位影响，以下垂部位水肿为主，伴心悸气促、唇甲紫绀、颈脉怒张者，多为心衰、肺心病水肿；水肿以颜面眼睑为主，伴蛋白尿、血清蛋白降低、胆固醇增高者，为肾病水肿；以腹胀大为主，皮色苍黄，腹部脉络显露，腹水征阳性者，为肝病水肿；在使用各种激素、甘草制剂等过程中出现水肿者，为药物性水肿；颜面及下肢肿胀，按之不凹陷，伴怕冷、少汗者，多为癯劳。

麻疹、水痘、霍乱、时行感冒、白喉、疟疾、天行赤眼、肝热病、痢疾、黄水疮、疥疮、皲裂、癩病类疾病等，均具有传染性或流行性。因而熟悉这些疾病具有传染或流行的特点，及时发现其传染性、流行性，也是明确疾病诊断的主要线索。

2. 主要据病因病史辨病

若能确定导致疾病发生的特殊原因，对疾病诊断极为有益。如因食生蚕豆后出现腹痛、黄疸者，为蚕豆黄；近期有输血史，或毒蛇咬伤史，或服用损伤肝脏药物史，而出现黄疸者，多为血疸。因思虑劳神过度，失眠而头晕者，为神劳；因乘车船而发头晕，伴恶心呕吐者，为晕动病；新产之后头晕为主症者，为产后血晕；因头项损伤而头晕、头痛者，为头部内伤。又如神昏者，不可能了解病人的自觉症状，但若有头部外伤、在暑热高温下劳作、暴遇寒冷、过饥过累、过量饮酒、食服毒物、食物或药物过敏、吸入煤气、自缢、淹溺、遭受雷电等病因或病史者，可分别诊断为头部内伤、暑厥、冷厥、饥厥、酒厥、食物或药物中毒、风厥、煤气中毒、自缢、溺水、电击伤等病。

了解既往患病情况，根据其病情演变趋势而推测当前疾病，也是临床诊病的思路之一。如内脏本有长期的严重疾患，在原有病情加重的基础上出现神昏者，常见于“脏厥”、中风等病；原有严重心脏病史，心悸、心痛，出现昏迷、面色苍白或青紫，肢厥，冷汗淋漓，脉结代或微者，多为心厥、厥〔真〕心痛；昏迷发生于肾水、癯闭、肾衰等病中，尿少尿闭，或多尿，呼气有尿味，见于肾厥；本有肝系疾病，如肝瘟、鼓胀等，出现昏迷，嗅及肝臭味者，为肝厥；本有严重肺系疾病，如肺胀、尘肺、哮喘、肺癌等，咳嗽气喘，出现昏迷，多为肺厥；因颅脑损伤、中风、中毒等，出现神昏、身体僵直、二便失禁，其状若尸者，为尸厥；原有风眩等病，头晕头痛，血压高，突然仆倒，神志昏迷者，为中风。

3. 主要据主症或特征症辨病

主症及特征症是许多疾病诊断的主要线索和根据。如百日咳〔顿咳〕，必有阵发呛咳的主要表现；疟疾以腮部肿胀、疼痛为主要表现；哮喘必有喉间哮鸣有声、呼吸喘促的主症；突发口眼喎斜为主症者，一般为口僻；以反复发作、或左或右的剧烈头痛为主症者，多为偏头痛；以高热、身发斑疹为主要表现者，多为温毒发斑；以朝食暮吐、暮食朝吐为主症者，诊为胃反；经常大便干结、排便困难者，诊为脾约；尿出砂石，或X线检查发现结石阴影者，可确诊为石淋；蛔虫、赤虫〔姜片虫〕、寸白虫、蛲虫、钩虫等寄生虫病，粪便检查有虫卵，可作为确诊的根据；全血细胞减少，是诊断髓劳的主要依据。

4. 主要据特发人群辨病

如妇女有经、带、胎、产、杂病，故育龄妇女就诊，应考虑此类疾病，若以月经异常作为主诉，则总不离月经的期、色、量、质异常，如月经提前、月经延后、月经先后无定期

等；男性有遗精、阳痿、早泄、不育等特发疾病。老年人以久咳、肺胀、风眩、胸痹、消渴、脑痿、痴呆、精癯、癌病等较常见；小儿有疹、痘、惊、疳、五迟、肥胖等特发病；生活于西北、沙漠等干燥地区者，易患干燥性疾病。凡这些人就诊，应考虑到其特发病的可能。

三、疾病分类的诊断意义

疾病分类，即“病类”，指按照疾病的某些共同的或相似的性质、特点而形成的疾病类别。

对疾病进行分类诊断的目的，在于从病类与具体病种的共性与个性中认识疾病本质的异同。即首先通过区分疾病的类别，以缩小疾病判别的领域，再从所确定的病类中找出该病的特征表现，从而确定具体的病种。每一类病均包括若干具体的病种，因此，不能将病类与具体病种相混同。

科学分类的根据是事物的本质属性。对于各种疾病，可根据其病因、病位、病性与病状等不同本质而进行不同的分类。临床常用的疾病分类方法，有病性分类法、病位分类法、病状分类法、按科分类法等。其中病性分类法的实用价值最大。

（一）病性分类法

以疾病的病理性质作为分类疾病的主要依据的方法，称为病性分类法。

认识和辨别疾病的病理性质，对于掌握疾病的共同规律和指导治疗均有重要的意义。由于同类疾病的病理性质明确，病因基本相似，病机的共性突出，可有共同的发展演变趋势，预后也基本相同，因而可采用共同的方法进行治疗。

按病性归类疾病，主要有疫病类、时行病类、劳病类、痹病类、瘵病类、胀〔着〕病类、郁病类、绝〔脱，衰〕病类、厥病类、癥〔积〕病类、癌〔岩〕病类、瘤病类、瘰病类、痿病类、淋病类、虫病类、中毒病类、痢病类、疽病类、疔病类、癰病类、湿疮〔疡〕病类、痔病类、疝病类、骨折病类、脱位病类、损伤病类、外障病类、内障病类、翳病类等。

每类性质相同的疾病，其不同的病名多是根据病位的不同而确定，如肝痈、肠痈、肺痿、骨痿等，即病位加病性而定病名。

以病性为主的分类方法，优点是疾病的病理性质明确，病机的共性突出，有利于指导治疗。缺点是不能反映病位的系统性，有些疾病难以按照病性分类。

（二）病状分类法

以疾病的突出表现（症状或体征）作为疾病分类依据的方法，称为病状分类法。

由于有的疾病是以主症作为病名，因而便可将以主症作为主要依据进行命名的病种，分别归入于黄〔疸〕病类、水〔肿〕病类、痛病类、出血病类、眩晕病类、泻泄病类、出疹病类、癩痒病类等。每类之下，可包括若干独立的病种。

以病状为主的疾病分类法，其优点是疾病的主症突出，临床易于掌握。但病状毕竟只是

疾病的现象,多数疾病不宜以主症作为病名。因此,以病状分类疾病的方法,其应用范围是有限的。

(三) 病位分类法

以疾病所在的脏器、形体组织或部位作为疾病分类主要依据的方法,称为病位分类法。

如脑系病类、眼病类、耳鼻咽喉口齿病类、心系病类、肺系病类、脾系病类、肝系病类、肾系病类、肛肠病类、男性前阴病类、乳房病类、皮肤病类等,主要是按部位而划分。每一大类之下,一般又可分为若干子类。如眼病类,可分为胞睑病、白睛病、瞳神病及外伤病等;脾系病类可分为食管病、胃病、肠病、胰病、脾病等。

每大类及其子类中,包括若干独立的病种。如肺系病类,包括肺热病[痺],肺咳(含暴咳、久咳),哮喘,肺胀,肺络张,肺痿,肺癰,肺癆,肺癌,肺水,肺厥,肺衰,尘肺等;肛肠病类,包括内痔,翻花痔,外痔(含皮痔、气痔、葡萄痔),混合痔,肛裂,肛癰,肛毒,肛瘻[漏],穿肠瘻,脱肛,肛肠痒[肛痒风],肛门湿疡[顽湿],息肉痔,悬珠痔,肛门失禁,肛门狭窄,肛门挛急,锁肛痔等。

以病位为主的疾病分类法,其优点是疾病的定位明确,与解剖、生理的系统性基本一致,病种概括较为完整。其缺点是较难反映病理共性,病种多而病性各异,某些传染病、部位不明、涉及多个脏器组织的病,则不便归入。

(四) 按科分类法

以大的疾病类别及临床诊疗特点而由历史上所形成的对疾病进行分类的方法,称为按科分类法。

历代许多医著基本上都是按科分类疾病。现代中医临床一般分为内科(含传染科)、外科(含皮肤科、肛肠科)、妇产科、小儿科、骨伤科、眼科、五官科(含口腔科、耳鼻喉科)、针灸科、推拿科等。每科又可再分子学科,如内科一般分脑病科、心病科、肺病科、肝病科、肾病科、消化病科等。各科都有各自的病种范围,如妇产科疾病主要有月经病、月经期病、带下病、妇科杂病、妊娠病、产科病、产后病等;儿科疾病主要有新生儿病、小儿特发病、小儿杂病等。

以科为主的疾病分类法,其优点是体现了各科诊疗的特点,有利指导就诊,但有的疾病可归属于多科,如肠癰既可属内科,也可属外科,蝶斑疮可认为是皮肤病、外科病、内科病等。

总之,疾病分类的主要目的在于区分病种、帮助诊断与鉴别诊断。而各种疾病分类方法各有利弊,均难以将所有疾病全部概括。

四、疾病命名的诊断意义

病名是中医学在长期临床实践中产生和发展起来的重要概念,是中医学学术体系的重要内容,它代表该病的本质及特征。

每一病名都从一定角度反映着疾病的突出本质,每一病名的定义则要求全面反映该具体

疾病的特征与规律。因而理解了病名概念及其含义,便有利于把握疾病的本质,从而有利于疾病的诊断与鉴别。

(一) 疾病命名的形式

由于对疾病认识的角度不同,以往对疾病的命名形式也不拘一格。位于体表的疾病,多数是以具体的病理改变作为病名,如痈、疽、癰、痔、骨折、麻疹、水痘、脱肛、沙眼等;内在脏器的病变,从外观察不易得知内部的具体病理改变,因而以往常以表现于外的症状或体征作为病名,如黄疸、水肿、头痛、青风内障、视瞻昏渺等。一般而论,外科(含皮肤科、肛肠科)、骨伤科疾病,多有外部形征可察,故多以外部病理体征作病名;内科、妇科、儿科病变,外部形征较少,故多以自觉的主症作病名;眼科、耳鼻喉科病变,有的是据外部征象命名,有的则依自觉症状命名;外感温热病更应注意自然环境的影响,故常结合时令、气候而命名,如中暑、夏季热等。

由于每个病名的实际用词一般只有2~4字,如风疹、喉蛾、鹅口疮、附骨疽、圆翳内障、缠腰火丹等,有的甚至只有1个实词,如疔、癰、痈、疔、疔、疔等。这一方面说明中医的病名非常精炼、缜密,限定词少,具有简明的特点,这是中医病名的一大特点;另方面则因一个简短的病名,不可能将每种病的本质属性概括无遗,于是可从不同的角度对疾病进行命名,以致出现一病多名的现象。

中医学对各种疾病的命名形式,可归纳为以下诸种:

1. 本质属性式

以主要症状命名者,如有耳胀、厌食、视歧、胎动不安等。以主要体征命名者,如有麻疹、上胞下垂、黄胖病、解颅等。以主要病因命名者,如有中暑、蛔虫病、破伤风、毒蛇咬伤等。以病理性质命名者,如有感冒、脏躁、痰厥、白内障、疔疮等。按时令气候而命名者,如有春温〔瘟〕、风温〔瘟〕、暑温〔瘟〕等。

2. 形象寓意式

狐臭、雀目、鱼鳞风、绣球风、崩漏、乳蛾等,是病状结合比喻而命名。有的病名含有特殊的寓意,如疟疾(病情酷疟)、霍乱(挥霍之间,便致缭乱)、花柳病(隐指因眠花宿柳而得的性病)、恶阻(有孕而恶心,阻其饮食)等。

3. 特征组合式

实际上许多病名往往不是根据单一因素而定,而是将几种本质属性组合而进行命名。病位加病理而命名者,如胸痹、肺癰、肝厥、胁疽、肌痿等;病因加病理而命名者,如蛔厥、霉劳、暑疔、湿温、气瘤等;病因加病位而命名者,如异物入目、脏毒、脐风、肺(吸)虫病等;病因加体征而命名者,如蚕豆黄、漆疮、湿疹等;病位加主症而命名者,如胁痛、心动悸、胃痞等;病位加体征而命名者,如脐疝、脊骨伤、旋耳疮、白睛溢血等;病理加体征而命名者,如呃逆、枣花翳、红丝疔等;病理加形象比喻而命名者,如羊痫风、子母痔、月蚀疮、蛇头疔、仰月内障等。

4. 附加条件式

疫痢、瘧疟、时疫发斑、软脚瘟、天行赤眼、春瘟等,突出了该病的传染性。

暴暗、慢惊风、顽痹、真心痛、走马牙疳、休息痢、急黄等，提示病之新久缓急。经行发热、子嗽、子肿、梦遗、胎患内障、童子疳、老人淋等，阐述了发病条件。

（二）正确运用中医病名

中医学对很多疾病的命名是非常科学的，如白喉、湿疹、破伤风、胥肉攀睛、鹅口疮、舌菌、疔腮、阴吹等，简练精当，见其名便知其义，易于掌握。其中许多病名如痢疾、霍乱、疟疾、癫痫、哮喘、痛风、感冒、子痫、麻风、脚气病、疳、破伤风等，为中西医所共用。

临床上的病种很多，为了满足临床的实际需要，应注意继承与挖掘古代的善名，而不能只局限于从教材中选取病名。如脏躁、肺胀、胃缓、卑慄、狐惑病、蝶斑疮、鸬眼凝睛、落枕、疔夏、鼻渊等许多病名，均具有中医学特色，应该采用。

由于中医的病名非常精炼，不少是据病状而名病（如咳嗽、泄泻、水肿、带下、暴盲），或实际为病类概念（如痹、厥、暑温、风温），并不都是真正独立的具体病种，因而要正确区分，以免影响疾病的正确诊断。

由于病情的复杂性，有的病人所患疾病可能不止一种，同时不同病种尚可兼并、转化。如胆胀可合并胆石；既患感冒，又有肩痹宿疾；既有内痔，又有肛痿；某些肝病的全过程，可有肝热病〔瘴〕、肝著、肝积、鼓胀、肝厥等不同阶段的病名。因而数病同存而有多多个诊断，或随病情转变而有不同病名，临床都是允许的。

但是同一种病则不允许有多个诊断，如某患者有低热、盗汗、咳嗽、咯血、X线检查肺部有结核病灶等表现，其诊断应为肺癆，而不能诊断为咳嗽、咯血、盗汗等，因为后者既是症状，且违反了病间互斥的原则。所谓病间互斥，即同一病不允许既诊断为甲病，又诊断为乙病。

由于病情的表现不够明显，或因诊断条件有限，或是医生的学识、经验不足等情况，若对具体病种不能及时明确诊断时，可采用“××症（如腹痛、发热）待查”、“烂喉痧待排”、“疫毒痢？”等诊断形式，但当病名诊断一旦明确，则应及时予以纠正。

五、常见病性类疾病

以疾病的病理性质分类疾病，有利于掌握疾病的共同规律和各病的特点。兹举常见的部分病性类疾病如下：

1. 疫病类疾病

指感受疫疠之邪所致，具有强烈传染性，病情严重的一类疾病，多属传染病范畴。

主要有鼠疫，（时疫）霍乱，疫毒痢，软脚瘟，疫斑热，温〔瘟〕毒发斑，稻瘟病，时行感冒，麻疹，白喉，百日咳，烂喉丹痧，春温〔瘟〕，湿温〔瘟〕，暑温〔瘟〕，肝瘟等。

疫病类疾病的诊断依据主要是：有传染病接触史或当地有类似病情流行；发病一般较急，病情较重，初起多有恶寒壮热等感邪证候；病原学检查发现特殊病原体，血清学检查对某些疫病的诊断亦有重要意义。

2. 癆病类疾病

指癆虫侵袭体内,损伤脏器、组织而形成的一类具有传染性的慢性消耗性疾病。

主要有肺癆,肠癆,脑癆,肝癆,肾癆,癆淋,乳癆,流痰〔骨癆〕,癰癆等。

癆病类疾病的诊断依据是:有癆病接触史;常有肺癆原发病候;一般有盗汗、潮热、消瘦等癆虫毒邪为犯的症状;X线检查、结核菌素试验、组织活检等发现结核病的病理改变等。

3. 郁病类疾病

指由情志抑郁,气机郁滞为主要病理基础的一类神情异常疾病。

如有卑悋,脏躁,胃郁,肠郁,假孕,(小儿)客忤,梅核气,以及气〔郁〕厥等。

郁病类疾病的诊断依据是:有情志不舒的病史或个性心理特征,神情症状较明显,病情与情志的关系密切,体检常无明显器质性改变,或其改变与病情程度不符。

4. 厥病类疾病

“厥”,有逆、尽、蹶(昏厥、昏倒)等多义。厥病主要指多种原因导致气机逆乱,升降乖戾,阴阳气不相顺接,表现以晕厥,或昏不知人,或有肢体厥冷等为主症的心神病变。

如有风厥,气〔郁〕厥,血〔脉〕厥,痰厥,冷〔阴、寒〕厥,酒厥,尸厥,心厥,肺厥,消渴厥,肝厥,肾厥,饥〔食〕厥,蛔厥,暑厥等。

厥病类疾病的诊断,主要是神识昏厥(饥厥、蛔厥可无),多为突发(“脏厥”可为渐至),多属邪实之病。厥病类疾病,一般为急、重病,但各病的病因病机不同,而预后有别,轻者可移时自醒,预后良好,重者则可一厥而死,或久延不省,预后不良。

外感热病及内伤杂病中,如疫毒痢、中风等,亦常出现昏厥的主要表现,其诊断应重视原发病,而不归入厥病类。厥病类疾病与绝〔脱〕病类疾病,在病理、病状上有错杂之处,故临床上有“厥脱”的提法,诊断其孰厥孰绝〔脱〕,主要可据病性的虚实主次、病机之气机逆乱与精气衰亡而定。

5. 瘧病类疾病

“瘧”,热也。瘧病指温热等外邪内侵,以致某些内脏出现的急性实热性非化脓性疾病。

主要有心瘧,肺热病(肺瘧),食管瘧,胃瘧,小肠瘧,脾瘧,肝热病(肝瘧),胆瘧,肾瘧等。

瘧病类疾病的诊断依据是:多有外感邪毒病史,起病多急,病势较重,初起有表证证候及迅速变为里热证等特点,并有各自脏器病变的特征性证候。其与“内痈”病的不同之处,主要是无化脓性改变。

6. 胀〔著〕病类疾病

“胀”,膨胀、胀闷;“著”,又作着,附著不移之义。胀〔著〕病指病邪留著内脏,阻遏不散,以致气血瘀滞,病势缠绵,临床以邪著部位的胀闷不舒,甚至胀痛而欲按压为主要表现的一类慢性迁延性疾病。

主要有肺胀,胃胀,肝著〔胀〕,胆胀,脾胀,肾著〔著〕等。

胀〔著〕病类疾病的诊断依据是:一般具有反复发作、迁延难愈的特点,以病变部位的胀闷或胀痛等为常见表现,常有客观病理改变作为确诊依据。

7. 瘤病类疾病

指由流涎浊气凝结, 气血瘀滞, 停留于皮肉之中, 或脏隙等处所形成的赘生性良性疾病。

如有脑瘤, 肠覃, 肠瘤, 息肉痔, 肝瘤, 乳核, 气瘤, 血瘤, 筋瘤, 肉瘤, 胶瘤, 脂瘤, 发瘤等。

瘤病类疾病的诊断依据是: 肿物状如核李、石榴, 质地多圆滑, 边界清楚, 不痛不痒, 瘤体大者有压迫的症状。

8. 癌〔岩〕病类疾病

“癌”, 通岩。癌病指体内发生肿块, 表面凹凸不平, 边界不齐, 坚硬不移, 形如岩石为主要表现的一类恶性疾病。

如有恶核, 肺癌, 食管癌, 胃癌, 肠癌, 胰癌, 肝癌, 胆癌, 肾癌, 膀胱癌, 子岩, 肾岩翻花〔阴茎岩〕, 乳岩, 乳瘤, 石瘰, 牙岩, 腮岩, 石疽, 鱼子石榴, 舌菌, 锁肛痔等。

癌病类疾病的诊断, 发病以中老年居多, 早期较难发现, 若有不明原因的发热、进行性消瘦、固定部位的疼痛等表现, 应予警惕, 认真检查, 但一旦发现, 可能已近晚期, 其确诊靠仪器检测或病理检查。主要应与“瘤”相鉴别。

9. 痹病类疾病

“痹”者, 闭也, 阻闭不通之义。痹病类疾病又可分为肢体痹、内脏痹两类。

肢体痹为风寒湿热等邪侵袭机体, 阻痹经络, 久之使气血运行不畅, 形成以肌肉、筋骨、关节疼痛、酸重、麻木、活动障碍等为主要表现的疾病。如有三痹〔风寒湿痹〕, 尪痹, 热痹, 顽痹, 筋痹, 皮痹, 肌痹, 血痹, 脉痹, 骨痹, 偏痹, 脊痹等。肢体痹病类疾病的诊断, 以患病部位的疼痛或麻木、活动障碍等为主症, 常具渐进性和不规则发作性特点, 局部检查可发现病理改变。

内脏痹为痰浊寒瘀等邪留著内脏, 阻滞气血运行, 久之使脏气不宣而壅塞, 出现病变脏器部位的胀闷, 甚至疼痛为主要表现的进行性病变。如有脑络痹, 心痹, 胸痹(心痛), 食管痹, 肠痹等。内脏痹病类疾病的诊断, 主要是患病脏器被邪气阻痹而检查发现有功能或形质改变的客观指征, 病状表现除可有胀闷、疼痛等共有症外, 常因各脏功能不同而异。

10. 痿病类疾病

“痿”, 或为萎, 痿弱、萎缩而不用之义。痿病类疾病可分为肢体痿、内脏痿两类。

肢体痿系邪气侵扰, 经气阻滞, 阴血亏损, 肢体失养而致筋脉弛缓, 手足痿软无力, 不能随意运动, 甚至皮肉萎削的一类疾病。如有肌〔肉〕痿, 筋痿, 肢痿, 痿躄, 脚气, 阳痿, 梅毒致痿, 风〔暗〕痺等。肢体痿的诊断, 以肢体的不随、不用、不痛、不肿硬为特点, 当注意原发病的诊断, 并与痹、厥等病类相鉴别。

内脏痿多由久病正虚, 或年老体弱, 内脏失却温煦濡养, 以致脏器萎缩, 气机痿弱的一类慢性虚弱性疾病。如有脑萎, 肺痿, 胃痞〔痿〕, 脾痿等。内脏痿的诊断, 除一般具有病程长、病势缓、体质虚的特点及各脏相应症状外, 客观检查常可发现病变脏腑形质的萎缩与功能的痿弱。

11. 痈病类疾病

“痈”, 壅塞不通、肿而腐溃之义。痈病指感染邪毒, 气血壅聚, 邪正裹结腐败而成, 具

有热红肿痛并形成脓疡为特点的一类急性实热性病变。

发于肌肤等体表部位者为“外痈”。如有颈痈，腋痈，乳痈，臂痈，脐痈，臀痈，股痈，子痈，肾囊痈，瘰疬，肛痈，舌痈，牙痈，喉痈，锁喉痈等。

发于脏腑或胸、腹、颅腔内者为“内痈”。如有颅脑痈，肺痈，胰痈，肠痈，肝痈等。

痈病类疾病的诊断依据是：一般具有起病急的特点，初起恶寒发热，继之壮热，患痛局部灼热、疼痛、拒按，并有全身实热证候，成脓后可查及有脓的征候。内痈当与瘰疬类疾病鉴别，均为急性热性病变，但瘰疬的成因较杂而不单为热毒，且不呈化脓性改变。

六、常见病状类疾病

病状类疾病具有主症突出的特点，临床易于辨识，但应分辨产生主症的病位与病性，以便把握疾病的本质。

1. 水〔肿〕类疾病

由于邪气侵袭，或阳气亏虚、气滞血瘀等原因，导致以水肿为突出表现的病变，可归属于水〔肿〕类疾病。

主要有心水，肺水，脾水，风水，皮水，石水，肾水，正水，溢饮，经行浮肿等。

水〔肿〕类疾病的诊断并不困难，凡以水肿作为主症的疾病，一般可归入水肿病类，但应根据病史、兼症、检查结果而区分具体病种。

2. 痛病类疾病

因寒凝、气滞、血瘀、热扰、痰阻，或阳气亏虚、阴血不足等导致以疼痛为突出表现的病变，可归属于痛病类疾病。

主要有胸痹心痛，厥〔真〕心痛，厥〔真〕头痛，偏头风〔痛〕，面风痛，胃络痛，气腹痛，干胁痛，胁肋痛，痛经，经行乳房胀痛，经行头痛，经行身痛，妊娠腹痛〔胞阻〕，产后腹痛，产后身痛，眉棱骨痛，胞振痠痛，痛风，痛痹，腓腠转筋等。

由于疼痛系病人的自觉症状，因而作为暂时性的主症性初步诊断，据主诉便可确定，即“×痛待查”，但应寻找和鉴别导致疼痛的疾病本质。以痛症命名的独立病种，根据疼痛的部位、发作特点及必要的检查，一般可作出诊断。

3. 黄〔疸〕类疾病

由于湿热内蕴、血液损坏等，导致以黄疸为突出表现的病变，可归属于黄〔疸〕类疾病。

主要有瘟〔疫〕黄，胆疸，血疸，蚕豆黄等。

黄〔疸〕类疾病的诊断，以面目身黄、小便黄为主症，其中尤以白睛发黄最具诊断价值；血液与二便生化检测等可资鉴别和确诊。

4. 出血类疾病

由于外伤、脾不统血、血热内扰等，导致以出血为突出表现的病变，可归属于出血类疾病。

主要有疫斑热，出血性中风，紫癜病，血溢病，血脱，血精，乳衄，崩漏病，经间期出血，经行吐衄，胎漏，新产出血，晚期产后出血，脐血，白睛溢血，血灌瞳神等。

出血类疾病的诊断并不困难，但应注意导致出血的原发病之诊断鉴别，同时要重视内出血尚未确定时的及早发现。

5. 眩晕类疾病

因阳气过亢、血虚气弱、痰浊内阻等，导致以头晕为突出表现的病变，可归属于眩晕类疾病。

主要有风眩，虚眩，晕动病，耳眩晕，经行眩晕，子眩，产后血晕等。

眩晕类疾病的诊断，以自觉头晕为主要表现，根据发病原因与特点、全身并见症状，通过测血压、血液检验等，一般可以明确诊断。

6. 出疹类疾病

因风、湿、热、毒等邪蕴郁肌肤，或热入营血，血络受损，邪毒外透等，导致皮肤上出现高出皮面的红色或红白色疹点为主要表现的病变，可归属于出疹类疾病。

主要有麻疹，风疹〔痧〕，瘾疹，痄子，药毒〔疹〕，奶癣，奶麻，婴儿玫瑰疹，女阴湿疹，妊娠风疹，经行风疹块，疥疮，杨梅疮等。

疫斑热，温〔瘟〕毒发斑，烂喉丹痧，热气疮，蛇串疮，湿疮〔疡〕，风土疮，绣球〔阴囊〕风，肛门湿疡，鹅掌风，脚湿气，田螺疮等病，也都可有出疹的表现，但不一定是主诉症。

出疹类疾病的诊断，应注意询问出疹时的情况和可能的发病原因，以及伴随症状、全身情况，有无传染病、皮肤病接触史等，应检查疹点的颜色、形状、分布部位等，并要作全身的常规体格检查，根据病情可作血液检查等相应检查，以明确病种。

7. 瘙痒类疾病

因风毒、风湿、虫毒等外邪侵袭，蕴结皮肤，营卫不和，或因血热内扰，或血虚失养等，导致以自觉局部或全身皮肤瘙痒为突出表现的病变，可归属于瘙痒类疾病。

主要有风瘙痒，瘾疹，水疥，马疥，牛皮癣，目痒，阴痒，肛痒风，妊娠瘙痒症，经行风疹块等。

实际上许多皮肤疾病一般都有瘙痒的表现，如癣病类疾病，恶虫叮咬伤，虱病，漆疮，药毒，粉花疮等。食物或药物过敏、某些全身疾病也可出现皮肤瘙痒的症状，但一般有更为突出的病变表现，瘙痒多属并发症。

瘙痒类疾病的诊断，一方面应仔细进行皮肤体检，有无丘疹、抓痕、血痂、风团、疱疹、斑疹、糜烂、鳞屑、皮肤肥厚、苔藓样变、色素沉着等，必要时作过敏原皮试、疥虫及癣菌检查等。另一方面应根据有无特殊病史、有无全身病变表现等进行分析，以明确瘙痒是因皮肤局部病变所致或其他病变所出现的瘙痒症状，进而辨别具体病种。

第十二章

病案书写与要求

病案是记载患者疾病发生发展、演变预后、诊断治疗、防护调摄及其结果的原始档案,也是复诊、转诊、会诊及解决医疗纠纷、判定法律责任、医疗保险等事项的重要资料和依据。病案作为第一手信息资料,对中医医疗、保健、教学、科研、医院管理起着重要的作用。病案书写是临床医师必要的基本功,它反映着临床医务工作者医疗技术、科学作风和文化修养的水平。

早在殷商时代的甲骨文中,已有某些疾病的记述。汉·淳于意,首创诊籍,《史记·扁鹊仓公列传》记载了淳于意所治疗的 25 个病案,其格式包括姓名、身份、病史、症状、诊断、治疗和疗效等内容。自汉以后,晋·葛洪《肘后备急方》,隋·巢元方《诸病源候论》,唐·孙思邈《千金要方》《千金翼方》等医著中,都能见到一些散在的病案记录。宋·许叔微《伤寒九十论》可谓是我国第一部医案专著,该书记载了用伤寒法施治的 90 例病案。明清时期,著名的医案专著颇多,收集和研究病案的工作受到了重视。明·江瓘《名医类案》,收集了明以前历代名医的验案,分 250 门,内容丰富,涉及临床各科。清·魏之琇《续名医类案》、清·俞震《古今医案按》等,均是广泛收集前人医案编辑而成的。此外,出现了大量个人医案专著,如明·汪机《石山医案》、明·薛己《薛氏医案》、清·喻嘉言《寓意草》、清·叶天士《临证指南医案》等。其中喻嘉言的《寓意草》载有“议病式”,所列项目较全,可谓中医病案书写的雏形。近代也出现了不少著名医案,如何廉臣《全国名医验案类编》、秦伯未《清代名医验案精华》以及徐衡之、姚若琴《宋元明清名医类案》等。

近 50 年来,随着大批中医院的建立,对中医病案书写的规范要求日趋迫切,书写的内容也日趋完备。1953 年卫生部将诊籍、医案、病历等,正式定名为“病案”。1982 年拟定了《中医病历书写格式和要求》;1991 年国家中医药管理局制定了《中医病案书写规范(试行)》;2000 年国家中医药管理局发布《中医病案规范(试行)》,此规范包括中医病案书写通则、中医病案的标题名称、住院病案的排列顺序及中医病案书写格式、专科病案书写要点等部分,从而使中医病案的书写走向规范化。

第一节 病案的内容和要求

病案的内容和要求,应依照《中医病案规范(试行)》的规定。

一、中医病案书写通则

(一) 文字、格式、用语及书写要求

1. 中医病案要求内容完整,重点突出,主次分明,条理清晰,语句精炼,字迹清楚,书写整洁,无错别字、自造字。

2. 除病案首页的过敏药物名称和上级医师阅改病案处使用红色墨水笔外,其他书面文字书写一律使用钢笔、蓝黑色墨水。

3. 简化字应以中华人民共和国语言文字工作委员会 1986 年 10 月 10 日发布的《简化字总表》为准。

4. 病案中每页均填写患者姓名、病案号和页序号。日期一律按×年×月×日×时顺序,用阿拉伯数字填写。

除住院病历、住院记录以外,所有的病案记录应按记录时间、内容、医师签名顺序书写。记录时间按×年×月×日(×时×分)书写,医师签全名位于右侧,字迹必须清晰易认。

5. 中医术语的使用依照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》(最新版)、《中医病证分类与代码》(最新版)和中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(最新版)等有关标准规范;中药名称的使用依照《中华人民共和国药典》(最新版);西医疾病诊断及手术名称依照国家标准《疾病分类与代码》(最新版)。

6. 病案中护理记录按照国家中医药管理局颁布的《中医护理常规、技术操作规程》要求书写。

7. 病案中的数字按 1995 年 12 月 13 日国家质量技术监督局发布的《出版物上数字用法的规定》书写。

8. 病案中的计量单位按国务院《中华人民共和国法定计量单位》《常用人体检验数值新旧单位换算法》《新旧压强单位换算法》书写和使用。

9. 病案书写中要正确使用标点符号,以 1995 年 12 月 13 日国家质量技术监督局发布的《标点符号用法》为准。

10. 病案书写要求使用统一印制的纸张。

(二) 病案书写人员资格要求

1. 未获得执业医师资格者须书写住院病历。

2. 获得执业医师资格者可书写住院记录。

3. 进修医师是否书写住院记录由所在进修单位决定。

4. 病案其他部分书写人员资格见相应章节。

(三) 病案书写的时限

1. “门诊病案”和“急诊病案”中的各种记录及“住院病案”中的“首次病程记录”、

“抢救记录”、“手术记录”、“转入记录”、“接班记录”、“会诊记录”、“病程记录”要求即时完成。

2. “住院病历”、“住院记录”、“死亡记录”要求在 24 小时内完成。
3. “交班记录”、“转出记录”、“出院记录”要求事前完成。
4. “死亡病例讨论记录”要求在患者死亡 1 周内完成，必要时及时讨论。
5. 住院病案要求在出院后 48 小时内完成。
6. “病案首页”实行按科室（或病区）签署首页制度，要求在出院后 2 周内完成。

（四）病案的阅改

1. 病案是重要的医疗文书，不得涂改、挖补或剪贴。错误字词如需改正，可用单线划去，将正确字词标注其旁。

2. 住院医师负责指导和督促实习医师、进修医师书写病案，并负责阅改住院病历；主治医师负责阅改住院记录，并负责病案质量；正、副主任医师及科室（病区）主任应经常检查病案质量。

3. 住院病案在一页中阅改超过三处，须重新抄写。
4. 住院病案经各级医师签署首页并归档后，不得再做任何修改。

（五）其他

1. 书写病案要求做到认真、准确、客观、符合病情。要求住院病历完整系统，住院记录简明扼要、重点突出。

2. 每份住院病案中必须有“住院记录”。住院病历与住院记录内容存在不一致时，以住院记录为准。

3. 每份病案一般应体现三级医师查房。

4. 各项化验、检查报告单分类粘贴，整齐有序，标记清楚。要求有统一印制的化验单、检查报告单粘贴纸。住院病案归档后应将所有检验资料用红铅笔左低右高斜线封档。

5. 出院前要清点患者诊疗资料是否齐全。

6. 本规范适用于全国各级中医、中西医结合医疗机构。

（六）中医病案的标题名称

1. 病案：指患者在门诊、急诊和住院期间的全部诊疗资料。
2. 门诊病案：指患者在门诊就诊时的全部诊疗资料。
3. 急诊病案：指患者在急诊就诊和急诊留观期间的全部诊疗资料。
4. 住院病案：指患者在住院期间的全部诊疗资料。
5. 住院病历：不用“大病历”、“入院病历”等名称。
6. 住院记录：不用“入院录”、“入院志”等名称。
7. 病程记录：不用“病程日志”、“治疗过程”等名称。
8. 交班记录：不用“交班志”、“交班小结”、“交班总结”等名称。

9. 接班记录：不用“接班志”等名称。
10. 转出记录：不用“转出志”、“转出病历”等名称。
11. 转入记录：不用“转入志”、“转入病历”等名称。
12. 阶段小结：不用“病程总结”、“病历小结”等名称。
13. 出院记录：不用“出院志”、“出院小结”、“出院总结”等名称。
14. 死亡记录：不用“死亡小结”、“死亡总结”等名称。
15. 术前讨论记录：不用其他名称。
16. 手术记录：不用“手术志”、“手术病志”等名称。
17. 诊断：不用“初步意见”、“意见”、“印象”、“拟诊”、“初步诊断”等名称。

二、中医病案书写的重点内容

中医病案书写的重点内容是主诉，现病史，中医病、证诊断，病案的规范名称。

（一）主诉的确定与正确书写

主诉是指病人就诊时最感痛苦的症状或体征及其持续时间。

1. 主诉的确定

主诉往往是疾病的主要矛盾所在，具有重要的诊断价值。主诉是调查、认识、分析、处理疾病的重要线索。主诉需要医生经过问诊或检查、分析思考以后确定。主诉的确定对临床具有重要的意义：①提示病情的轻重缓急及其救治原则，如以大出血、昏迷等作为主诉者，常应急救处理。②确定询问或检查的主次和秩序，因为询问和检查首先都应围绕主诉进行。③确定病种和辨别病位或病性的主要依据，如寒热定时发作常为疟疾；胃脘痛多为病位在胃等。④决定现病史与既往史书写的内容，因为二者一般是以主诉所定时间作为区分的界限。

2. 主诉的书写要求

主诉的书写，要求重点突出，高度概括，简明扼要。①主诉只能写症状或体征，而不能用病名、证名代替症状、体征。如写感冒2天、风湿痹证反复发作3年、患肺癆9月等，都是错误的。②主诉为主要症状或体征，主诉一般只允许有1~3个，如“恶寒发热无汗1天”中的无汗就不应是主诉，因为无汗虽对辨证有意义，但它不是主要痛苦。③主诉的时间要书写清楚，每一主诉都必须有明确的时间，如年、月、日、时、分钟等，对于2个以上复合主诉应按主诉出现的时间先后排列，如反复性咳嗽、咯痰30年，发热、气喘5天。④主诉症状的确切部位、性质、程度等尽可能将其描述清楚，如阵发脐腹部绞痛、经常头晕、右肋下肿块、呕出蛔虫等。⑤主诉应是精炼的医学术语，如心里想呕、晚上睡不着、肚子内有包等，都是不允许的，而应是恶心、失眠、腹内肿块等。

（二）现病史与既往史的划分

现病史是指当前所患病症的病史，包括就诊疾病从起病到就诊时病情演变与诊治的全过程，以及就诊当时的全部自觉症状。既往史是指过去所患疾病的病史，包括既往健康状况，曾患过何种疾病及其诊治的主要情况。

二者的时间界定主要是根据主诉所定病症及其所记时间为准,即主诉所述病症及其时间之内者属现病史的内容,主诉所述病症及其所定时间以外的其他疾病则属既往史的内容。

实际上现病史与既往史有时难以截然划分。因为现在与过去是相对的概念,现在就诊的疾病可能既往已经存在,而既往所患疾病现在可能并未消除,若所指为同一病症,属何种病史?便要以主诉所定的时间为准。同时主诉只能提症状(含体征),且主诉只有1~3个,而临床就诊时的症状则有很多,这许多的症状孰为现在?孰为既往?其界定主要根据是否为主诉所指的病症。正确地划分现病史与既往史,不仅首先要确定好主诉的内容及其时间,并且也要根据病情进行综合分析。

(三) 现病史的书写要求

现病史的书写要求是系统、完整、准确、详实。具体要求如下:

1. 发病原因、发病诱因、发病缓急等,要记录确切,确实弄清与主要疾病有关的方方面面。切忌提笔就写“无明显诱因”,以防失实。应写明患者主要症状出现、加重、发展的时间,一般而言,病史在1年以上者精确到季或月,1年以内者精确到旬或周,1个月以内者精确到天,1天以内者精确到时分。

2. 入院前在其他医院的检查、诊断和治疗要详细记录(描述时宜加引号),尤其是检查内容及结果,治疗的药物、方法、时间及效果。要写具体就诊医院,不能写“当地医院”或“某医院”,以便于判定和评估检查其治疗水平及可信性。

(四) 病案中“诊断”的内容

中医病案书写中所规定的“诊断”内容,应包括中医诊断和西医诊断,中医诊断又包括病名诊断和证名诊断。

中医病名、证名诊断应当注意:

1. 要使用中医的病名、证名,而不能以西医病名、综合征等代替,也不能只满足于从教材所列举的名称中选取病名和证名,而应从临床实际出发,准确给疾病和证候下结论,所用病名和证名,一般应以中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》所列为依据。

2. 病名与证名是不同的诊断概念,而血虚眩晕、风寒肺咳、肾虚腰痛、湿热痢疾等,则是将病名与证名合并为一进行诊断,因而是不对的。

3. 若现存有几种病,应按重要的、急性的、本科的在先,次要的、慢性的、他科的在后的顺序分行排列,如感冒、肩痹、内痔、闭经。

4. 若对具体病种尚不能当即明确诊断时,可采用“××(症)待查”、“暑瘟待删”、“疫毒痢?”等诊断形式,但当病名诊断一旦明确,则应及时予以纠正。

5. 证名诊断一般应将病位、病性等综合为一个完整名称,如肝瘀气滞证、脾虚湿困证、脾肾阳虚证、水气凌心证等。有多种病存在时,不能每种病后分别写一个证,而应是一个全面、统一的证名。证名不能只有病位而无病性,如“里证”、“手太阴肺经证”等,均不得作为正式的证名诊断。同时也不能将证名写成病机分析,如“肝郁血瘀,气血不利,不通则痛”等,其后面两句均非证名所应有的内容,而是病机阐释,故应删除。

第二节 中医病案书写格式

一、住院病案

(一) 住院病历

姓名： 出生地：
 性别： 常住地址：
 年龄： 单位：
 民族： 入院时间： 年 月 日 时
 婚况： 病史采集时间： 年 月 日 时
 职业： 病史陈述者：
 发病节气： 可靠程度：

主诉：患者就诊的主要症状、体征及持续时间。要求重点突出，高度概括，简明扼要。

现病史：围绕主诉系统记录患者从发病到就诊前疾病的发生、发展、变化和诊治经过。记录的内容要求准确具体，避免流水账式的记录，具有鉴别意义的阴性症状亦应列入。内容应包括：①起病情况：发病时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的病因和诱因。②主要症状、特点及演变情况：要准确具体地描述每一个症状的发生、发展及其变化。③伴随症状：描述伴随症状的有关情况。④结合中医“十问”，记录目前情况。⑤诊治情况：如果入院前经过诊治，应按时间顺序记录与本病有关的重要检查结果及所接受过的主要治疗方法（药物治疗应记录药物名称、用量、用法等）及其使用时间、效果。诊断名称应加引号。⑥如果两种或两种以上疾病同时发病，应分段记录。⑦如果怀疑自杀、被杀、被打或其他意外情况者，应注意真实记录，不得加以主观推断、评论或猜测。

既往史：系统全面记录既往健康情况，防止遗漏。包括以下内容：①既往虚弱还是健康情况。②患过哪些疾病，如传染病、地方病、职业病及其他疾病应按时间顺序记录诊断、治疗情况。③手术、外伤、中毒及输血史等。

个人史：①患者的出生地及经历地区，特别要注意自然疫源地及地方病流行区，说明迁徙年月。②居住环境和条件。③生活及饮食习惯、烟酒嗜好程度，性格特点。④过去及目前的职业及其工作情况，粉尘、毒物、放射性物质、传染病接触史等。⑤其他重要个人史。

过敏史：记录致敏药物、食物等名称及其表现。

婚育史：结婚年龄、配偶健康情况等。女性患者要记录经带胎产情况。月经史记录格式为：

月经初潮年龄 $\frac{\text{每次行经天数}}{\text{经期间隔天数}}$ 闭经年龄或末次月经时间

家族史：记录直系亲属及与本人生活有密切关系亲属的健康状况与患病情况。

体格检查

1. 生命体征：体温（T） 脉搏（P） 呼吸（R） 血压（BP）
2. 整体状况：望神、望色、望形、望态、声音、气味、舌象、脉象、小儿指纹。
3. 皮肤、黏膜及淋巴结：皮肤、黏膜、淋巴结。
4. 头面部：头颅、眼、耳、鼻、口腔。
5. 颈项：形、态、气管、甲状腺、颈脉。
6. 胸部：胸廓、乳房、肺脏、心脏、血管。
7. 腹部：肝脏、胆囊、脾脏、肾脏、膀胱。
8. 二阴及排泄物：前阴、后阴，痰液、呕吐物、大便、小便、月经、带下、汗液等。
9. 脊柱四肢：脊柱、四肢、指（趾）甲。
10. 神经系统：感觉、运动、浅反射、深反射、病理反射。
11. 经络与腧穴：经络、腧穴、耳穴。

专科检查：按各专科特点进行书写。

实验室检查：采集病史时已获得的本院及外院的重要检查结果。

辨病辨证依据：汇集四诊资料，运用中医临床诊断思维方法，归纳中医辨病辨证依据。

西医诊断依据：从病史、症状、体征和实验室检查等方面总结出主要疾病的诊断依据。

入院诊断

中医诊断：疾病诊断（包括主要疾病和其他疾病）。

证候诊断（包括相兼证候）。

西医诊断：包括主要疾病和其他疾病

实习医师（签名）

住院医师（签名）

如有修正诊断、确定诊断、补充诊断时，应书写在原诊断的左下方，并签上姓名和诊断时间。

附：住院病历体格检查基本内容

1. 生命体征

体温（T） 脉搏（P） 呼吸（R） 血压（BP）

2. 整体状况

望神：包括神志、精神状况、表情等。

望色：面容、色泽、病容等。

望形：包括发育、营养、体型、体质等。

望态：包括体位、姿势、步态等。

声音：语言清晰度，语言强弱如前轻后重、低微，异常声音如咳嗽、呃逆、嗝气、哮喘、呻吟等。

气味：是否正常、有无特殊气味等。

舌象：舌体的形质、动态、舌下脉络、舌色、苔质、苔色、有无津液等。

脉象：各种脉象。

3. 皮肤黏膜及淋巴结

皮肤黏膜：包括色泽、纹理、弹性、温度、汗液、斑疹、白痞、疮疡、疤痕、肿物、腠穴异常征、血管征、蜘蛛痣、色素沉着等，并明确记录其部位、大小及程度。也要记录皮肤划痕征。

淋巴结：有无瘰癧（淋巴结），若有，应记录其大小、活动度、部位、数目、压痛、质地等。

4. 头面部

头部：有无畸形、肿物、压痛，小儿囟门情况，头发情况（疏密、色泽、分布），有无疖、癣、疤痕。

眼：眉毛（有无脱落）、睫毛（倒睫）、眼睑（水肿、下垂、闭合、喎斜）、眼球（活动情况、震颤、斜视）、结膜（充血、水肿、苍白、出血、滤泡）、巩膜（黄染、充血）、角膜（混浊、瘢痕、反射）、瞳神（大小，两侧是否等大、等圆、得神、失神、神呆）、对光反应等。

耳：耳廓形状，外耳道是否通畅、有无分泌物，乳突有无压痛，听力情况等。

鼻：有无畸形、中隔偏曲或穿孔，有无鼻甲肥大或阻塞，鼻腔分泌物性状、出血（部位、数量），副鼻窦有无压痛及嗅觉情况等。

口腔：口唇（颜色、疱疹、皸裂、溃疡），牙齿（龋齿、缺齿、义齿、残根，并注明其位置），牙龈（色泽、肿胀、溢脓、出血、铅线、萎缩），口腔黏膜有无发疹、出血、溃疡及腮腺导管口情况，扁桃体（大小及有无充血和分泌物、假膜），咽（充血及反射等），悬壅垂（是否居中）等。

5. 颈项

是否对称，有无抵抗强直、压痛、肿块，活动是否受限。颈动脉有无异常搏动及杂音，颈静脉有无怒张，有无肝颈静脉回流征。气管位置是否居中。有无瘰癧（如有，应描述其形态、硬度、压痛，有无结节、震颤及杂音）。

6. 胸部

胸廓：是否对称，有无畸形、局部隆起、凹陷、压痛，有无水肿、皮下气肿、肿块，静脉有无怒张及回流异常。

乳房：大小、有无红肿、橘皮样外观、压痛、结节、肿块等。

肺脏：呼吸类型、动度（两侧对比是否对称）、呼吸速度和特征、肋间隙（增宽、变窄、隆起或凹陷）。语颤、摩擦音、皮下气肿、捻发音。叩诊音（清音、浊音、鼓音、实音，异常者应注明部位）。肺肝浊音界、肺下界、呼吸时肺下缘移动度。呼吸音的性质（肺泡音、支气管肺泡音、管状性呼吸音）、强度（减弱、增强、消失）、有无干湿性啰音，语音传导有无异常。有无胸膜摩擦音、哮鸣音。

表 12-1 心脏左右浊音界示意表

右 (cm)	肋间	左 (cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	V	

锁骨中线距正中线 () cm

心脏：心尖搏动的性质及位置（最强点），有无震颤或摩擦感（部位、时间和强度）。心

脏左右浊音界（见表 12-1）：

心脏搏动的节律、频率，心音强弱、分裂，肺动脉瓣区第二音与主动脉瓣区第二音的比较，额外心音、奔马律等。有无心脏杂音及杂音的部位、性质、心动期间的传导方向、何处最响、强度。心包摩擦音，心律不齐时应比较心率和脉率。

7. 血管

桡动脉的频率、节律，有无奇脉，股动脉及肱动脉有无枪击音。毛细血管搏动征，射枪音，水冲脉，动脉异常搏动，Duroziez 征（杜罗济埃征）。

8. 腹部

视诊：对称、大小、膨隆、凹陷、呼吸运动、皮疹、色素、条纹、疤痕、体毛、脐疝、静脉曲张与血流方向、胃肠蠕动波、腹围测量（有腹水或腹部包块时）。

触诊：腹部柔软、紧张，有无压痛、反跳痛，压痛部位及其程度，拒按或喜按。

叩诊：有无移动性浊音、包块（部位、大小、形态、软硬度、压痛、移动度）。

听诊：鼓音，有无移动性浊音。肠鸣音，有无气过水声，血管杂音及其部位、性质等。

肝脏：大小、质地、边缘钝或锐、压痛，表面光滑与否，有无结节，肝浊音界。如有肝肿大，应图示。

胆囊：可否触及、大小、形态、压痛。

脾脏：可否触及、大小、硬度、压痛、表面光滑度及边缘钝或锐，脾浊音界。如有脾肿大，应图示。

肾脏：大小、硬度、叩击痛、移动度。

膀胱：可否触及、上界、输尿管压痛点。

9. 二阴及排泄物

二阴：根据需要进行检查。

排泄物：包括痰液、呕吐物、大便、小便、汗液等。

10. 脊柱四肢

脊柱：有无畸形、强直、叩压痛，运动度是否受限，两侧肌肉有无紧张、压痛。

四肢：肌力、肌张力，有无外伤、骨折、肌萎缩，关节有无红肿、疼痛、压痛、积液、脱臼，活动度，有无畸形（强直），下肢有无水肿、静脉曲张，指（趾）甲（荣枯、色泽、形状等）。

11. 神经系统

感觉：痛觉、温度觉、触觉、音叉振动觉及关节位置觉。

运动：肌肉有无紧张及萎缩，有无瘫痪（部位和程度，系弛缓性或痉挛性），有无不正常的动作，共济运动及步态如何。

浅反射：腹壁反射、跖反射、提睾反射及肛门反射。

深反射：二、三头肌反射，桡骨膜反射，膝腱反射及跟腱反射。

病理反射：在一般情况下检查弹指反射（Hoffmann 征）、跖伸拇反射（Babinski 征，具有同样意义而检查方法不同者有 Gordon 征、Chaddock 征），脑膜刺激征（Kernig 征）。

12. 经络与腧穴

循经络检查有无异常，腧穴有无压痛，耳穴有无反应，络脉（粗细、色泽）。

（二）住院记录

姓名： 出生地：
性别： 常住地址：
年龄： 单位：
民族： 入院时间： 年 月 日 时
婚况： 病史采集时间： 年 月 日 时
职业： 病史陈述者：
发病节气： 可靠程度：

主诉：患者就诊的主要症状、体征及持续时间。要求重点突出，高度概括，简明扼要。

现病史：与住院病历要求相同。重点描述主要症状及其持续时间、入院前经过的检查和治疗（要写明主要检查结果、治疗方法、药物及用法、时间与效果）。

既往史：重点记录重要的过去病史。

过敏史：记录致敏药物、食物等名称及其表现。

其他情况：个人史、婚育史和家族史等（凡与此次发病有关的内容不应遗漏）。

体格检查：按照住院病历体格检查的基本要求，扼要记录体格检查的阳性体征和有鉴别诊断意义的阴性体征。

专科检查：按各专科检查要求扼要记录。

实验室检查：采集病史时已获得的本院及外院的重要检查结果。如果尚未进行任何检查，则写目前尚无检查资料。

辨病辨证依据：运用中医临床思维方法，汇集四诊资料，归纳出中医辨病辨证依据。

西医诊断依据：从病史、症状、体征和实验室检查等方面总结出主要疾病的诊断依据。

入院诊断

中医诊断：疾病诊断（包括主要疾病和其他疾病）

证候诊断（包括相兼证候）

西医诊断：（包括主要诊断和其他诊断）

住院医师：（签名）

主治医师：（签名）

如有修正诊断、确定诊断、补充诊断时，应用红色墨水笔书写在原诊断的左下方，并用蓝黑墨水笔签上姓名和诊断时间。

（三）首次病程记录

首次病程记录必须由具有执业医师资格的接诊医师书写。内容包括：

（1）一般项目：患者姓名、性别、年龄、主诉、入院时间（年、月、日、时）、入院途径（门诊、急诊或转院）。

(2) 病情要点: 包括重要病史、基本生命体征、症状体征, 已经取得的实验室检查和特殊检查结果。

(3) 入院诊断: 同住院病历。

(4) 诊疗计划: 制订诊治计划, 目前进行的诊疗措施, 治法、方药; 对调摄、护理、生活起居宜忌的具体要求。

(四) 病程记录

病程记录要求及时、准确、详细, 文字清晰简练, 重点突出, 讨论深入。入院及手术后前 3 天, 至少每日记录 1 次, 危急重症患者, 应随时记录; 病情稳定者, 每周至少记录 2 次。病程记录一律按时间、内容、签名顺序书写。病程记录的基本要求:

(1) 病情变化及治疗情况, 特别要注意对生命体征的检查和记录。在病情平稳阶段, 要记录患者一般情况, 如神志、精神、情绪、饮食、二便等; 病情骤然出现变化时, 要对病情的变化进行详细记录, 并对可能的预后(如合病、并病等)进行分析判断。

(2) 各项检查的回报结果, 以及前后对比变化及其分析等。

(3) 新开医嘱、停用医嘱及其依据。若变更治法及用药, 要求有理有据。

(4) 原诊断的修改、新诊断的确定, 均应说明理由。

(5) 详细记录诊疗操作的情况(如腰穿、骨穿、胸穿等)。

(6) 与患者本人、患者家属、患者单位负责人谈话的内容。必要时请对方签字。

(7) 上级医师查房记录, 要求写明查房者的姓名、技术职务; 具体记录对病史、体格检查的补充, 对患者情况的分析判断, 以及对检查治疗的具体意见。上级医师查房时, 应仔细倾听, 如实记录, 不得主观揣摩推测。必要时由上级医师亲自书写或核对审查后签名。

(8) 危、急、重、难病例的病程记录, 应由上级医师亲自书写或审核后签名。

(9) 专科会诊记录, 由会诊医师亲自在病程记录中或专用会诊单上书写。院外专家会诊或院内大会诊, 由经管医师如实记录。

(10) 临床药师查房、行政领导查房, 与患者病情有关的意见也要记录。

二、门诊病案

(一) 初诊记录

科别 年 月 日 时

姓名 性别 年龄 职业

主诉: 同住院病历。

病史: 主症发生的时间、病情的发展变化、诊治经过及重要的既往病史、个人史和过敏史等。

体格检查: 记录生命体征、中西医检查阳性体征及具有鉴别意义的阴性体征。特别要注意舌象、脉象。

实验室检查: 记录就诊时已获得的有关检查结果。

诊断

中医诊断：(包括疾病诊断与证候诊断)

西医诊断：

处理：

- (1) 中医诊治：记录治法、方药、用法等。
- (2) 西医治疗：记录具体用药、剂量、用法等。
- (3) 进一步的检查项目。
- (4) 饮食起居宜忌、随诊要求、注意事项。

医师签名：

(二) 复诊记录

科别 年 月 日 时

记录以下内容：

- (1) 前次诊疗后的病情变化、简要的辨证分析、补充诊断、更正诊断。
- (2) 各种诊疗措施的改变及其原因。
- (3) 同一医师守方超过3次后需要重新誊写处方。
- (4) 3次没有确诊或疗效不佳者，必须有上级医师的会诊意见。上级医师的诊疗意见应详细记录，并经上级医师签字负责。

医师签名：

三、急诊病案

(一) 急诊初诊记录(急诊留观记录同此)

科别 年 月 日 时 分

姓名 性别 年龄 职业 婚况

地址 联系人 电话

主诉：患者急诊就诊的主要症状及持续时间(不能用诊断代替主诉)。

病史：主症发生的时间、病情的发展变化、诊治经过、重要用药及详细用法，重要的既往病史、个人史、过敏史等。

体格检查：记录生命体征、中西医阳性体征和有鉴别意义的阴性体征。舌象、脉象。

实验室检查：记录就诊时已获得的有关检查结果。

诊断

中医诊断：(包括疾病诊断与证候诊断)

西医诊断：

处理

- (1) 有关急诊检查项目及结果。
- (2) 中医治疗：记录立法、方药。

(3) 西医治疗：记录各种诊疗措施，药物治疗要具体记录用药名称、药物规格、用量、用法等。

(4) 如有急诊抢救，要记录采用的抢救措施、实施时间、用药及剂量、使用方法等。

(5) 向家属及时交代病情并记录家属的意见，必要时请对方签字。

(6) 饮食起居宜忌、护理原则、随诊要求等。

医师签名：

(二) 急诊病程记录

凡在急诊观察的患者，应随时书写急诊病程记录，要求同住院病程记录。急诊观察患者离院时，要记录患者离院时病情、去向及随诊要求。自动离院者，要求有患者或患者家属签字。其他记录的书写要求同住院病案。

(三) 急救记录

急救记录是对病情危重、需要立即进行抢救的患者的诊疗记录，要求及时书写。包括以下内容：

(1) 一般项目：姓名、性别、年龄，因××××（主诉）于×年×月×日×时×分入抢救室。送诊者姓名及与患者的关系。

(2) 就诊时的主症、生命体征及阳性体征。

(3) 中医诊断、西医诊断。

(4) 各种化验检查结果及进一步的抢救治疗计划。

(5) 各种抢救措施具体使用方法（如呼吸机、洗胃等有关内容的记录）、执行时间及实施后的病情变化。

(6) 详细用药（包括特殊用药）名称、用量、给药途径、给药速度、医嘱执行时间等。

(7) 记录上级医师及会诊医师意见，并注意标注时间。

(8) 向患者家属交待病情、与患者家属谈话的内容，患者家属对诊疗的意见及患者家属签字。

(9) 抢救记录必须在抢救结束后立即记录，及时完成。

(10) 参加抢救人员名单。主持抢救医师签名。记录医师签名。

四、病案示例

(一) 门诊病案示例

初诊记录

科别：中医内科 ××××年3月18日14时

姓名：××× 性别：男 年龄：40岁 职业：干部

地址：××市××街××号 联系人：××× 电话：××××××××

主诉：突发头晕目眩12小时。

病史

患者昨晚9时看电视时无明显诱因自觉左耳高调耳鸣,继而头晕倒地,睁眼即觉周围天旋地转,闭目稍舒。时感恶心,但无呕吐。今晨由家人抬来就诊。现感头晕胀痛,目眩,耳鸣,恶心,口舌干苦,胸闷不舒,不欲饮食。发病时神志清楚,语言正常,无头痛、心悸、抽搐、吐涎沫及恶寒、发热。小便黄,大便干。

既往身体健康,否认风眩、颈椎病、痫病、传染病史及其他精神、神经系统疾病史。否认药物过敏史。平素喜食辛辣、烟酒、性情急躁。

体格检查

T 37.5℃, P 98次/分, R 21次/分, BP 16/10kPa。

神志清楚,语言清晰,诊查合作。皮肤温润,无黄染、水肿。周身浅表淋巴结无异常发现。痛苦面容,面色潮红。蹇卧于床,不欲睁眼,眼球水平震颤阳性。左耳听力减退。唇赤。双肺叩诊清音,呼吸音正常,无啰音。心尖搏动及心浊音界正常,心率98次/分,律齐,无杂音。腹平软,无压痛、叩痛、反跳痛。未触及肝、脾、肾、膀胱,双侧肾区无压痛、叩痛。脊柱无异常发现。四肢活动自如,肌力、肌张力正常。

舌质红,苔黄腻。脉弦滑。

实验室检查

血常规: Hb 120g/L; WBC $7.5 \times 10^9/L$, N 0.68, L 0.32。

尿常规: 黄、清,蛋白微量,镜检无异常。

诊断:

中医诊断: 耳眩晕

肝阳上亢、痰热动风证

西医诊断: 梅尼埃病

处理

(1) 中医治疗: 平肝潜阳、清热化痰熄风。予天麻钩藤饮合定痫汤加减。

天麻 15g 钩藤 12g 栀子 12g 黄芩 10g 牛膝 12g 半夏 12g 胆南星 10g 天竺黄 12g 生大黄 10g 石决明 30g (先煎) 磁石 30g (先煎) 赭石 15g (先煎)
水煎服, 1剂/日, 共3日。

(2) 作甘油试验。

(3) 右侧卧位休息, 避免强光、噪音刺激。

(4) 注意饮食、起居。戒烟酒, 忌肥甘, 避免劳累和精神过度紧张。治疗期间予半流质低盐饮食。

(5) 3月21日复诊。

医师: (签名)

(二) 住院病案示例

内科住院病历

姓名: ×××

出生地: ××市

性别：男 常住地址：××市××街××号
 年龄：59岁 单位：××市××厂
 民族：汉族 入院时间：1999年2月23日9时10分
 婚况：已婚 病史采集时间：1999年2月23日9时30分
 职业：干部 病史陈述者：患者本人
 发病节气：雨水前1天 可靠程度：可靠
 主诉：突发左侧半身不遂，伴口角喎斜5天。

病史

现病史：1999年2月17日由于家庭纠纷而生闷气，次日10时许在工作时，突感心悸、气促、胸部闷痛，即去医务室就诊，予“硝酸甘油”0.3mg舌下含服，“氨茶碱”0.1g口服，半小时后症状略有好转。下楼时，骤然心悸加重，头晕倒地。被扶起时，发现左侧肢体完全不能活动，失语，口角向右喎斜，两眼向左凝视，冷汗频出，双手发冷，喘促，烦躁不安。即送××人民医院急诊，当时查BP16/20kPa，心率132次/分，心律绝对不齐，心尖区闻及双期杂音，心电图示“二尖瓣P波，心房纤颤”。西医诊断为“脑栓塞；风湿性心脏病，二尖瓣狭窄并关闭不全，心房纤颤”。予“烟酰胺”200mg加“10%葡萄糖”250mL静滴，1次/日；“维生素E”0.1g，2次/日；“阿司匹林”40mg，1次/日；“三磷酸腺苷”20mg，3次/日；“20%甘露醇”125mL，静滴，1次/8小时。下午6时眼球已无偏斜，但心悸、半身不遂未好转。至2月23日，半身不遂仍无好转，遂由亲友抬来我院求治，门诊以“缺血中风，心痹；脑栓塞，风湿性心脏病”收住院治疗。现左侧肢体不能活动，语言欠流利，口角喎斜，头痛沉胀如裹，胸闷，气促，心悸，难于平卧，咳嗽，咯黄稠痰，食少，恶心，下肢水肿，夜寐不安，神疲倦怠，尿少，2月18日以来未解大便。

既往史：既往体质较差，1979年2月起有咽部疼痛反复发作及“风湿性关节炎”病史，但1990年3月以来无关节肿痛。1989年5月因心悸、气短，曾在××医院经心脏超声检查诊断为“风湿性心脏病”，经治（具体不详）未愈，症状时有发作。否认肺病、肝热病等常见传染病史及其接触史，否认肾脏、血液、内分泌及神经系统疾病史。否认外伤、手术、中毒、输血史。

个人史：出生于××市，曾去过广东、东北、苏杭等地。住地潮湿。生活条件一般。喜食辛辣，吸烟12年（约10支/日），嗜酒（约250mL/日）。性情急躁。长期从事管理工作，工作条件一般。否认粉尘、毒物、放射性物质接触史。

过敏史：否认药物、食物及其他过敏史。

婚育史：25岁结婚。配偶健康状况较好。育1男1女，身体健康。

家庭史：母年过八旬，健在。父因“脑出血”于××××年64岁时去世。

体格检查

T 36.5℃ P 96次/分 R 21次/分 BP 16/20kPa

整体状况：神志清楚，诊查合作。发育正常，营养较差。急性病容，表情痛苦，神疲倦怠。体型正常（身高约170cm、体重63kg）。被动斜坡卧位。面白颧红，呈二尖瓣面容。语言不清，声音低怯，呼吸短促，咳声时作。未闻及异常或特殊气味。舌体偏胖，边有齿痕，

伸舌向右喎斜。舌质暗，苔中心黄而腻。舌底脉络色紫暗迂曲。脉促。

皮肤、黏膜及淋巴结：皮肤颜色、纹理正常，湿润，弹性欠佳，无斑疹、蜘蛛痣、疮疡、疤痕及异常色素沉着、皮下结节、肿块，无瘀斑、紫癜、肌肤甲错及腧穴异常征，皮肤划痕征阴性。全身浅表淋巴结无肿大、黏连及压痛，黏膜无异常发现。

头面部：头颅大小正常，无畸形、肿物及压痛，无疖、癣、疤痕。毛发稀疏，白发过半，光泽尚可，分布正常。目窠微陷，双目欠神。眉毛无脱落，无倒睫。眼睑无水肿、下垂、闭合或喎斜。眼球活动自如，无震颤或斜视。结膜红润，无充血、水肿、出血或滤泡。巩膜无充血，无黄染。角膜清澈无瘢痕，角膜反射存在。瞳孔大小正常，双侧等大、等圆，对光反射灵敏。耳廓红润，形状正常。外耳道通畅，无分泌物、耳耵。乳突无压痛。听力正常。鼻无畸形，鼻翼微有煽动，左侧鼻唇沟变浅。鼻中隔居中，无穿孔。无鼻甲肥大或阻塞。鼻腔见有少量稠涕，无异常气味或出血。副鼻窦无压痛。嗅觉灵敏。唇色暗淡，轻度发绀，无疱疹、皸裂或溃疡。口角向右喎斜，伸舌偏右。牙齿黄垢，排列不整，左下磨牙有1枚缺如，无龋齿、义齿。牙龈稍暗，无肿胀、溢脓、出血、铅线或萎缩。口腔黏膜无疱疹、出血或溃疡。扁桃体无肿大、充血、假膜或分泌物。咽部红润，无红肿充血。腭垂居中。

颈项：颈项双侧对称，活动自如，无抵抗强直、压痛或肿块。颈动脉搏动正常，无杂音。颈静脉稍充盈，呈青筋暴露。肝颈静脉回流征阳性。气管居中。甲状腺无肿大、压痛、结节、震颤及杂音。

胸部：胸廓外形正常，双侧对称，肋间隙正常，无局部隆起、凹陷、压痛、水肿、皮下气肿或肿块，无压痛及叩击痛，无静脉怒张及回流异常。双乳房无异常发现。混合呼吸，速率正常，双侧呼吸活动度对称，语颤正常。双肺叩诊清音，下界正常，呼吸音略低，下部可闻及散在细湿啰音，语音传导正常，无胸膜摩擦音、哮鸣音。心尖搏动位于左锁骨中线上第4、5肋间，无负性心尖搏动及心前区弥散性搏动，无震颤、心包摩擦感。心浊音界向左右两侧扩大：

心率126次/分，心律绝对不齐，心音强弱不一，心尖区可闻及收缩期吹风样杂音Ⅲ级，向左腋下传导，并闻及舒张期隆隆样杂音。未闻及心包摩擦音。桡动脉脉率96次/分，律不齐，脉搏短绌。股动脉及肱动脉无枪击音。未发现其他异常周围血管征。

腹部：腹部对称，大小正常，呼吸运动正常，无膨隆、凹陷、皮疹、疤痕、黄染、异常色素沉着及条纹。无脐疝、静脉曲张、胃肠蠕动波。全腹柔软，无压痛、反跳痛、叩击痛及异常包块。叩诊鼓音。肠鸣音1~2次/分，无移动性浊音、气过水声及血管杂音。肝于右锁骨中线肋下4cm、剑突下6cm可及，质地中等偏软，表面及边缘光滑，无结节，有轻触痛。未扪及胆囊，墨菲征阴性。未扪及脾脏、肾脏及膀胱。双肾区无压痛、叩击痛。

二阴及排泄物：二阴无异常发现。排泄物无特殊发现。

表 12-2

右 (cm)	肋间	左 (cm)
3	Ⅱ	3
4	Ⅲ	5
5	Ⅳ	7
	V	10

锁骨中线距正中线 8cm

脊柱四肢：脊柱生理曲度存在，无畸形、强直、叩压痛，活动自如，两侧肌肉无紧张、压痛。四肢形态正常，无外伤、骨折、肌萎缩。四肢关节无红肿、疼痛、压痛、叩痛及脱臼，无畸形或关节强直。指、趾甲红润，有光泽，形状正常。双下肢轻度水肿。

神经系统：右侧肢体关节活动自如，肌力、痛觉、触觉、温度觉及关节位置觉正常。左侧肢体不能活动。左上下肢肌力均为0级，肌张力减弱，浅感觉减退。左侧膝反射亢进，左侧 Babinski 征阳性。右侧肱二、三头肌反射正常，腹壁反射、跖反射、提睾反射、膝腱反射及跟腱反射均正常。脑膜刺激征阴性。

实验室检查

血常规：Hb 120g/L；WBC $7.5 \times 10^9/L$ ，N 0.75，L 0.25。

尿常规：黄、清，蛋白微量，镜检无异常。

肝功能：HBsAg 正常。

脑脊液：正常。

心电图：二尖瓣 P 波，心房纤颤。

辨病辨证依据

(1) 患者起病急，主要表现为头晕倒地，左侧半身不遂，口舌喎斜，发病前曾有生闷气的诱因，可诊为“缺血中风”；症以半身不遂为主，而神志清醒，故属中经络。

(2) 患者久有心悸、气短，此次发病又有胸部闷痛，冷汗频出，唇舌暗，舌底脉络色紫暗迂曲，脉促，神疲倦怠，声音低怯，为“心痹”之表现。

(3) 久居湿地，风寒湿邪内侵，流注经脉，合而为痹，脉痹不已，内舍于心，痹久损伤心气，心气不足，血行无力，滞于脉中而为瘀血，心络痹阻故心悸、胸闷；心病日久，由心及脾，脾失健运，痰浊内生，复加性情急躁，肝阳易亢，一遇情志相激，肝阳上扰，内风旋动，气血上僭，痹阻脑络，风痰瘀血阻滞经脉，发为中风，而见半身不遂、口舌喎斜、语言蹇涩；心气不足，阳气不振，气不化水，水湿内停，泛溢肌肤，故肢肿尿少；痰蕴化热，内阻于肺，清肃失司，故咳喘痰稠；痰热扰动心神则夜寐不安；痰结火郁，腑气不通则大便秘结；痰浊内阻，阻遏气机，清阳不升，则头痛沉胀如裹；气机失调，胃气上逆，故食少、恶心；舌暗、苔黄腻、舌底脉络色紫暗迂曲、唇暗、脉促，均为心气不足，痰热、瘀血阻滞之象。综观舌、脉、症，主病在心、脑，涉及肺、肝、脾、胃。以心气不足为本，痰热、瘀血、肝阳上扰为标，为本虚标实之证，总属痰热动风、瘀阻脑络之缺血中风；气虚痰结、心血瘀阻之心痹。患者年近花甲，宿疾病程日久，新病发病急骤，预后欠佳。

西医诊断依据

(1) 起病急骤，左侧半身不遂，浅感觉减退，鼻唇沟变浅，口舌喎斜，两眼向左凝视，语言不利，左侧膝反射亢进、Babinski 征阳性，神志清楚，脑脊液检查正常，无颅内压增高或脑膜刺激征，有“风湿性心脏病”病史，符合脑栓塞的表现。

(2) 心悸，胸闷，气促，难于平卧，血压正常，二尖瓣面容，肝颈静脉回流征阳性，心浊音界向左右两侧扩大，心律绝对不齐，心音强弱不一，心尖区可闻及双期病理性杂音，脉搏短绌，下肢水肿，心电图示“二尖瓣 P 波，心房纤颤”，符合风湿性心脏瓣膜病（二尖瓣狭窄并关闭不全、心房纤颤、心功能Ⅲ级）的表现。

入院诊断

中医诊断：疾病诊断：1. 缺血中风

2. 心痹

证候诊断：心气亏虚，痰热动风，瘀阻脑络证

西医诊断：1. 脑栓塞（右侧）

2. 风湿性心脏瓣膜病

二尖瓣狭窄并关闭不全

心房纤颤

心功能Ⅲ级

实习医师：（签名）

住院医师：（签名）

附 篇

原文选录

绪 论

一、诊断内容与意义

《素问·阴阳应象大论》：善诊者，察色按脉，先别阴阳；审清浊，而知部分；视喘息，听音声，而知所苦；观权衡规矩，而知病所主；按尺寸，观浮沉滑涩，而知病所生。以治无过，以诊则不失矣！

《难经·六十一难》：经言望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切脉而知之谓之巧。何谓也？然。望而知之者，望见其五色，以知其病。闻而知之者，闻其五音，以别其病。问而知之者，问其所欲五味，以知其病所起所在也。切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病，病在何脏腑也。

《医宗金鉴·四诊心法要诀》：望以目察，闻以耳占，问以言审，切以指参。明斯诊道，识病根源，能合色脉，可以万全。

二、诊断的基本原理和原则

《素问·阴阳应象大论》：以我知彼，以表知里，以观过与不及之理，见微得过，用之不殆。

《灵枢·外揣》：日与月焉，水与镜焉，鼓与响焉。夫日月之明，不失其影；水镜之察，不失其形；鼓响之应，不后其声。动摇则应和，尽得其情。……昭昭之明不可蔽，其不可蔽，不失阴阳也。合而察之，切而验之，见而得之，若清水明镜之不失其形也。五音不彰，五色不明，五脏波荡，若是则内外相袭，若鼓之应桴，响之应声，影之似形。故远者司外揣内，近者司内揣外，是谓阴阳之极，天地之盖。

《黄帝内经太素·任脉》：见表而知里，睹微而识著，瞻日月而见光影，听音声而解鼓响，闻五声而通万形，察五色而辨血气者，非岐伯至圣，通万物之精，孰能若此也？

《丹溪心法·能合色脉可以万全》：欲知其内者，当以观乎外；诊于外者，斯以知其内。盖有诸内者形诸外。……诚能察其精微之色，诊其微妙之脉，内外相参而治之，则万举万全

之功，可坐而致矣。

三、中医诊断的要求

《伤寒论·序》：夫天布五行，以运万类，人禀五常，以有五藏，经络府俞，阴阳会通，玄冥幽微，变化难极。自非才高识妙，岂能探其理致哉！……观今之医，不念思求经旨，以演其所知；各承家技，始终顺旧；省疾问病，务在口给；相对斯须，便处汤药；按寸不及尺，握手不及足，人迎趺阳，三部不参，动数发息，不满五十，短期未知决诊，九候曾无仿佛；明堂阙庭，尽不见察，所谓窥管而已。夫欲视死别生，实为难矣。

《千金要方·大医精诚》：今病有内同而外异，亦有内异而外同，故五脏六腑之盈虚，血脉营卫之通塞，固非耳目之所察，必先诊候以审之。而寸口关尺，有浮沉弦紧之乱；俞穴流注，有高下浅深之差；肌肤筋骨，有厚薄刚柔之异，唯用心精微者，始可与言于兹矣。今以至精至微之事，求之于至粗至浅之思，其不殆哉！……故学者必须博极医源，精勤不倦，不得道听途说，而言医道已了，深自误哉！

第一节 问 诊

一、问诊的意义与内容

《医门法律·问病论》：医，仁术也。仁人君子，必笃于情，笃于情则视人犹己，问其所苦，自无不到之处。古人闭户塞牖，系之病者，数问其情，以从其意。诚以得其欢心，则问者不觉烦，病者不觉厌，庶可详求本末，而治无误也。……饮食起居，失时过节；忧愁恐惧，荡志离魂；所喜所恶，气味偏殊；所宜所忌，禀性迥异。不问何以相体裁方耶？所以人国问俗，人家问讳，上堂问礼，临病人问所便，便者，问其居处动静阴阳寒热性情之宜。如问其为病热，则便于用寒；问其为病寒，则便于用热之类，所谓顺而施之也。人多偏执己见，逆之则拂其意，顺之则加其病，莫如之何？然苟设诚致问，明告以如此则善，如彼则败，谁甘死亡，而不降心以从耶！至于受病情形，百端难尽，如初病口大渴，久病口中和，若不问而概以常法治之，宁不伤人乎？如未病素脾约，才病忽便利，若不问而计日以施治，宁不伤人乎？如未病先有痼疾，已病重添新患，若不问而概守成法治之，宁不伤人乎？如疑难证，着意对问，不得其情，他事闲言，反呈真面，若不细问，而急遽妄投，宁不伤人乎？

《医原·问证求病论》：病，藏于中者也，症，形于外者也。工于问者，非徒问其症，殆欲即其证见，以求其病因耳。法当先问其人之平昔有无宿疾，有无悲怒忧思，饮食喜淡喜浓，喜燥喜润，嗜茶嗜酒，大便为燥为溏。妇人问其有无胎产，月事先期后期，有无胀痛。再问其病，初起何因，前见何症，后变何症。恶寒恶热孰重孰轻。有汗无汗，汗多汗少，汗起何处，汗止何处。口淡口苦，渴与不渴，思饮不思饮，饮多饮少，喜热喜凉。思食不思食，能食不能食，食多食少，化速化迟。胸心胁腹有无胀痛。二便通涩，大便为燥为溏，小

便为清为浊，色黄色淡。种种详诂，就其见症，审其病因，方得轩岐治病求本之旨，岂徒见痰治痰，见血治血而已哉！

《倡山堂类辨·问因论》：盖得其因，则能定其名，能定其名，则知所以治矣。夫病又有脉症之相应者，有不相应者，有病久而重感于新病者，有外感风寒，而复内伤五志，病不以次入而乘传者，故当详审其受病之因，所病之苦，察其意志得失，神气存亡，饮食嗜欲，居处房劳，参合脉症，以意逆之。然又不可惑于病家之言而无果断也。

《医宗说约》：如至病家，问其泻痢，以知其泻痢；问其寒热，以知其寒热，则浅矣！必非古人之意也。即至病家，问其病起于何日？曾食何物？曾有怒劳、房欲等事？及问初起何症？后变何病？今口渴思饮否？喜热喜冷否？口中淡苦否？思食否？胸中宽否？腹中有无痛处否？大小便如常否？足冷暖否？及平日劳逸喜怒忧思，并喜食何物？种种问法，实为活人之捷径。然以此而尽古人问而知之之义，尤未也。予于静定之中，若有所悟。盖今人之病，如咳嗽、发热、泻痢诸病，俱病之总名也。一症之中，各有火、有寒、有痰、有气、有虚、有实，致症之原不同。……此岂有异人之目，洞见脏腑者乎？亦惟问其症，以知之也。

二、问症辨证

《景岳全书·传忠录·十问篇》：

一问寒热二问汗，三问头身四问便，
五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨。
九因脉色察阴阳，十从气味章神见。
问定虽然事不难，也须明哲毋招怨。

右十问者，乃诊治之要领，临证之首务也。明此十问，则六变俱存，而万病病情俱在吾目中矣。医之为难，难在不识病本，而施误治耳。误则杀人，天道可畏，不误则济人，阴德无穷。学者欲明是道，必须先察此要，以定意见，以为阶梯，然后再采群书，广其知识，又何误焉。有能熟之胸中，运之掌上，非止为人，而为己不浅也，慎之宝之。

一问寒热 问寒热者，问内外之寒热，欲以辨其在表在里也。人伤于寒则病为热，故凡病身热、脉紧、头疼、体痛、拘急、无汗，而且得于暂者，必外感也。盖寒邪在经，所以头痛身疼，邪闭皮毛，所以拘急发热，若素日无疾，而忽见脉症若是者，多因外感。盖寒邪非素所有，而突然若此，此表证也。若无表证，而身热不解，多属内伤，然必有内症相应，合而察之，自得其真。……凡内证发热者，多属阴虚，或因积热，然必有内症相应，而其来也渐。盖阴虚者必伤精，伤精者必连脏，故其在上而连肺者，必喘急咳嗽；在中而连脾者，或妨饮食，或生懊恼，或为躁烦焦渴；在下而连肾者，或精血遗淋，或二便失节。然必收热往来，时作时止，或气怯声微，是皆阴虚证也。凡怒气七情，伤肝伤脏而为热者，总属真阴不足，所以邪火易炽，亦阴虚也。凡劳倦伤脾而发热者，以脾阴不足，故易于伤，伤则热生于肌肉之分，亦阴虚也。凡内伤积热者，在癥痞必有形症，在血气必有明征，或九窍热于上下，或脏腑热于三焦，若果因实热，凡火伤在形体而无涉于真元者，则其形气声色脉候自然壮丽，无弗有可据而察者，此当以实火治之。

二问汗 问汗者，亦以察表里也。凡表邪盛者必无汗，而有汗者，邪随汗去，已无表邪，此理之自然也。故有邪尽而汗者，身凉热退，此邪去也。有邪在经而汗在皮毛者，此非真汗也。有得汗后，邪虽稍减，而未得尽全者，犹有余邪，又不可因汗而必谓其无表邪也，须因脉症而详察之。凡温暑等证，有因邪而作汗者，有虽汗而邪未去者，皆表证也。总之，表邪未除者，在外则连经，故头身或有疼痛；在内则连脏，故胸膈或生躁烦。在表在里，有症可凭，或紧或数，有脉可辨。须察其真假虚实，孰微孰甚而治之。凡全非表证，则或有阳虚而汗者，须实其气；阴虚而汗者，须益其精；火盛而汗者，凉之自愈；过饮而汗者，清之可宁。此汗症之有阴阳表里，不可不察也。

三问头身 问其头可察上下，问其身可察表里。头痛者邪居阳分，身痛者邪在诸经。前后左右阴阳可辨，有热无热内外可分，但属表邪，可散之而愈也。凡火盛于内而为头痛者，必有内应之症，或在喉口，或在耳目，别无身热恶寒在表等候者，此热盛于上，病在里也。……凡阴虚头痛者，举发无时，是因酒色过度，或遇劳苦，或逢情欲，其发则甚，此为里证，或精或气，非补不可也。凡头痛属里者，多因于火，此其常也。然亦有阴寒在上，阳虚不能上达而痛甚者，其症则恶寒呕恶，六脉沉微或兼弦细。……凡身痛之甚者，亦当察其表里，以辨寒热。其若感寒作痛者，或上或下，原无定所，随散而愈，此表邪也。若有定处而别无表证，乃痛痹之属，邪气虽亦在经，此当以里证视之，但有寒热之异耳。若因火盛者，或肌肤灼热，或红肿不消，或内生烦渴，必有热证相应，治宜以清、以寒。若并无热候而疼痛不止，多属阴寒，以致血气凝滞而然。经曰：痛者寒气多也，有寒故痛也，必温其经，使血气流通，其邪自去矣。凡劳损病剧，而忽加身痛之甚者，此阴虚之极，不能滋养筋骨而然，营气惫矣，无能为也。

四问便 二便为一身之门户，无论内伤外感，皆当察此，以辨其寒热虚实。盖前阴通膀胱之道，而其利与不利、热与不热，可察气化之强弱。凡患伤寒而小水利者，以太阳之气未剧，即吉兆也。后阴开大肠之门，而其通与不通、结与不结，可察阳明之实虚。凡大便热结而腹中坚满者，方属有余，通之可也。若新近得解而不甚干结，或旬日不解而全无胀意者，便非阳明实邪。……凡小便，人但见其黄，便谓是火，而不知人逢劳倦，小水即黄；焦思多虑，小水亦黄；泻痢不期，小水亦黄；酒色伤阴，小水亦黄。使非有或淋或痛，热证相兼，不可因黄便谓之火。……若小水利者，知里邪之未甚，而病亦不在气分，以津液由于气化，气病则小水不利也。小水利，则气化可知，最为吉兆。大便通水谷之海，肠胃之门户也。小便通血气之海，冲任水道之门户也。二便皆主于肾，本为元气之关，……所以凡病不足，慎勿强通，最喜者，小便得气而自化，大便弥固者弥良，营卫既调，自将通达，即大便秘结旬余，何虑之有？若滑泄不守，乃非虚弱者所宜，当首先为之防也。

五问饮食 问饮食者，一可查胃口之清浊，二可查脏腑之阴阳。病由外感而食不断者，知其邪未及脏，而恶食不恶食者可知。病因内伤而饮食变常者，辨其味有喜恶，而爱冷爱热者可知。素欲温热者，知阴脏之宜暖；素好寒冷者，知阳脏之可清。或口腹之失节以致误伤，而一时之权变，可因以辨。故饮食之性情，所当详察，而药餌之宜否，可因以推也。凡诸病得食稍安者，必是虚证；得食更甚者，或虚或实皆有之，当辨而治也。

六问胸 胸即膺中，上连心肺，下通脏腑。胸腹之病极多，难以尽悉。而临证必当问

者，为欲辨其有邪无邪及宜补宜泻也。夫凡胸腹胀满，则不可用补，而不胀不满，则不可用攻，此大法也。然痞与满不同，当分轻重，重者胀塞中满，此实邪也，不得不攻；轻者但不欲食，不知饥饱，似胀非胀，中空无物，乃痞气耳，非真满也，此或以邪陷胸中者有之，或脾虚不运者有之。病者不知其辨，但见胃气不开，饮食不进，问之亦曰饱闷，而实非真有胀满，此在疑虚疑实之间，若不察其真确，未免补泻倒施，必多致误，则为害不小。……凡势在危急，难容少缓，亦必先问其胸宽者乃可骤进。若元气多虚而胸腹又胀，是必虚不受补之证，若强进补剂，非惟无益，适足以招谤耳，此胸腹之不可不察也。

七问聋 耳虽少阳之经，而实为肾脏之官，又为宗脉之所聚，问之非惟可辨虚实，亦且可知死生。凡人之久聋者，此一经之闭，无足为怪，惟是因病而聋者，不可不辨。……聋有轻重，轻者病轻，重者病重，若随治渐轻，可察其病之渐退也，进则病亦进矣。若病至聋极，甚至绝然无闻者，此诚精脱之证，余经历者数人矣，皆至不治。

八问渴 问渴与不渴，可以察里证之寒热，而虚实之辨亦从以见。凡内热之甚，则大渴喜冷，冰水不绝，而腹坚便结，脉实气壮者，此阳证也。凡口虽渴而喜热不喜冷者，此非火证，中寒可知。既非火证，何以作渴？则水亏故耳。凡病人问其渴否，则曰口渴；问其欲汤水否，则曰不欲。盖其内无邪火，所以不欲汤；真阴内亏，所以口无津液，此口干也，非口渴也，不可以干作渴治。凡阳邪虽盛而真阴又虚者，不可因其火盛喜冷，便云实热。盖其内水不足，欲得外水以济水涸精亏，真阴枯也，必兼脉症细察之。

第二节 望 诊

一、全身望诊

《素问·五脏生成》：色见青如草兹者死，黄如枳实者死，黑如炁者死，赤如衃血者死，白如枯骨者死，此五色之见死也。青如翠羽者生，赤如鸡冠者生，黄如蟹腹者生，白如豕膏者生，黑如乌羽者生，此五色之见生也。生于心，如以缟裹朱；生于肺，如以缟裹红；生于肝，如以缟裹紺；生于脾，如以缟裹枯楼实；生于肾，如以缟裹紫，此五脏所生之外荣也。

《医原·望病须察神气论》：夫人之神气，栖于两目，而历乎百体，尤必统百体察之。察其清浊，以辨燥湿；察其动静，以辨阴阳；察其有无，以决死生。如是而望始备，而望始神。……不论何色，均要有神气。神气云者，有光有体是也。光者，外面明朗；体者，里面润泽。光无形，主阳主气；体有象，主阴主血。气血无乖，阴阳不争，自然光体具备。……盖以平人五脏既和，其色禀胃气而出于皮毛之间。胃气色黄，皮毛色白，精气内舍，宝光外发，既不浮露，又不混蒙，故曰如缟裹。……即重有神气之义。盖有神气者，有胃气者也。

《医门法律·望色论》：色者，神之旗也。神旺则色旺，神衰则色衰，神藏则色藏，神露则色露。……察色之妙，全在察神。血以养气，气以养神，病则交病。失眠之人，神有饥

色，丧亡之子，神有呆色，气索自神失所养耳。

《证治准绳·察身》：凡病人身轻，自能转侧者，易治；若身体沉重，不能转侧者，则难治也。盖阴证则身重，必足冷而踣卧，恶寒，常好向壁卧，闭目不欲向明，懒见人也。又阴毒身如被杖之疼，身重如山，而不能转侧也。又中湿、风湿，皆主身重疼痛，不可转侧，要当辨之。大抵阳证身轻而手足和暖，开目而欲见人，为可治。若头重视深，此天柱骨倒，而元气败也。凡伤寒传变，循衣摸床，两手撮空，此神去而魂乱也。

二、局部望诊

《通俗伤寒论·伤寒诊法》：凡病至危，必察两目，视其目色，以知病之存亡也。故观目为诊法之首要。凡开目欲见人者阳证，闭目不欲见人者阴证。目瞑者鼻将衄，目暗者肾将枯。目白发赤者血热，目白发黄者湿热。目眇多结者肝火上盛，目睛不和者热蒸脑系。目光炯炯者燥病，燥甚则目无泪而干涩；目多昏蒙者湿病，湿盛则目珠黄而眦烂。眼胞肿如卧蚕者水气，眼胞上下黑色者痰气。怒目而视者肝气盛，横目斜视者肝风动。阳气脱者目不明，阴气脱者目多眵。目清能识人者轻；睛昏不认人者重。阳明实证可治，少阴虚证难治。目不了了，尚为可治之候；两目直视，则为不治之疾。热结胃腑，虽日中亦谵语神昏，目中妄有所见；热入血室，惟至夜则低声自语，目中如见鬼状。瞳神散大者元神虚散，瞳神缩小者脑系枯结。目现赤缕，面红娇艳者，阴虚火旺；目睛不轮，舌强不语者，元神将脱。凡目有眵有泪，精彩内含者，为有神气，凡病多吉；无眵无泪，白珠色蓝，乌珠色滞，精彩内夺，及浮光外露者，皆为无神气，凡病多凶。凡目睛正圆，及目斜视上视，目睛陷，皆为神气已去，病必不治；惟目睛微定，暂时即转动者痰，即目直视斜视上视，移时即如常者，亦多因痰闭使然，又不可竟作不治论。

《四诊抉微·察鼻部》：鼻头微黑，为有水气；色见黄者，胸上有寒；色白亡血；微赤非时，见之者死。鼻头色黄，小便必难；余处无恙，鼻尖青黄，其人必淋。鼻青腹痛，舌冷者死。鼻孔忽仰，可决短期。鼻色枯槁，死亡将及。

《四诊抉微·察唇部》：赤肿为热，青黑为阴寒，鲜红为阴虚火旺，淡白为血虚。

《证治准绳·察口唇》：凡口唇焦干为脾热，焦而红者吉，焦而黑者凶。唇口俱赤肿者，热甚也；唇口俱青黑者，冷极也。……口噤难言者，痉风也。……若唇青舌卷，唇吻反青，环口黧黑，口张气直，口如鱼口，口唇颤摇不止，气出不返，皆不治也。

《四诊抉微·诊毛发》：发枯生穗，血少火盛。毛发堕落，卫疏有风。若还眉堕，风证难愈。头毛上逆，久病必凶。

《望诊遵经·牙齿望法提纲》：齿忽黄为肾虚，齿忽黑为肾热。滋润者津液犹存，干燥者津液已耗。形色枯槁者，精气将竭，形色明亮者，精气未衰。

《望诊遵经·牙齿望法条目》：牙床红肿者，阳明之病也；牙床溃烂者，肠胃之证也。重龈病齿，断肿如水泡者，热蓄于胃也。小儿面色黧黑，齿龈出血，口中气臭，足冷如冰，腹痛泄泻，啼哭不已者，肾疳也。齿龈间津津出血不止者，阳明之经病也。牙肉色白者，非久病血少，即失血过多也。牙肉之际，有蓝迹一线者，沾染铅毒也。若服水银轻粉，亦令牙床壅肿也。

《望诊遵经·诊鼻望法提纲》：鼻煽动者肺虚，鼻仰息者肺实。鼻枯槁者，寒热之证。鼻蚀烂者，疳疮之形。鼻窍干燥者，阳明之经病。鼻柱崩坏者，疔风之败症。鼻下红肿如疮者，腹中有虫之疳病。鼻流浊涕者，外受风热；鼻流清涕者，外感风寒。鼻渊者，脑中热，故涕下渗。鼻衄者，阳络伤，故血外溢。鼻生息肉谓之鼾；鼻生粉刺谓之鼹。

三、望排出物

《望诊遵经·诊痰望法提纲》：痰形稠而浊，饮色稀而清。寒痰青，湿痰白，火痰黑，热痰黄，老痰胶。其滑而易出者，湿痰属脾；燥而难出者，燥痰属肺；清而多泡者，风痰属肝；坚而成块者，热痰属心；有黑点而多稀者，寒痰属肾。病新而轻者，清白稀薄；病久而重者，黄浊稠黏。多唾者胃寒，流涎者脾冷。舌难言，口吐沫者，邪入于脏；腹时痛，口吐涎者，蚘乱于中。咳唾涎沫，口张气短者，肺痿之证；咳唾脓血，口干胸痛者，肺痈之征。其吐如米粥，吐而腥臭者，皆肺痈之候。形如败絮，色如煤炱者，悉老痰之容。

《望诊遵经·大便望法提纲》：屎以得黄色之正者为中，得于湿之中者为常。知其正，则知其偏，知其常，则知其变矣。设因饮食之殊，而有形色之异，亦其变之常也。诊之之法，诸书以为暴注下迫，皆属于热，澄彻清冷，皆属于寒。出黄如糜者肠中热；肠鸣渗泄者肠中寒。濡泄者因于湿，飧泄者伤于风。粪如鹭渌者，泄泻之病，大肠寒；粪如羊矢者，噎膈之病，大肠枯。如水倾下者属湿，完谷不化者为寒。泄利无度者肠绝，下利清谷者里寒。自利清水，色纯青者，少阴病，急下之证；行其大便，燥且结者，胃家实，下后之征。诸下血，先便后血为远血，先血后便为近血，从肠中来者其色红，从胃中来者其色黑。白痢者，属乎气；赤痢者，属乎血。便色白者，大肠泄；便脓血者，小肠泄；泄青白者，大肠虚；便肠垢者，大肠实。纯下青水者，风痢；泄如蟹渤者，气痢；黑如豆汁者，湿痢；黄如鱼脑者，积痢；白如鼻涕者，虚痢；黑如鸡肝者，蛊症痢。

《望诊遵经·诊溺望法提纲》：小便黄者，小腹中有热；小便白者，小腹中有寒；浊赤而短者，下焦实热；清白而长者，下焦虚寒。溺如黄柏汁者，黄疸犹轻；溺如皂角汁者，黄疸已重。尿变米泔者食滞，溺如脂膏者肾消。溺如血者血淋，溺如膏者膏淋，溺如沙石者石淋，溺有余沥者气淋。

四、望小儿指纹

《幼幼集成·指纹晰义》：指纹之法，起于宋人钱仲阳，以食指分为三关，寅曰风关，卯曰气关，辰曰命关。其诀谓风轻、气重、命危。……盖位则自下而上，邪则自浅而深，证则自轻而重，人皆可信。……盖此指纹，即太渊脉之旁支也，则纹之变易，亦即太渊之变异，不必另立异说，眩人心目。但当以浮沉分表里，红紫辨寒热，淡滞定虚实，则用之不尽矣。

第三节 舌 诊

一、舌诊概说

《望诊遵经·诊舌气色条目》：夫舌者，心之官，色者，心之华。心主血而属火，色赤而主舌。是赤者，舌之正色也。

《医门棒喝·伤寒论本旨·辨舌苔》：舌苔由胃中生气所现，而胃气由心脾发生。故无病之人常有薄苔，是胃中之生气，如地上之微草也。

《笔花医镜·望舌色》：舌者心之窍，凡病俱现于舌，能辨其色，证自显然。舌尖主心肺，舌中主脾胃，舌边主肝胆，舌根主肾。

《辨舌指南·辨舌质生苔之原理》：观舌质，可验正之阴阳虚实，审苔垢，即知其邪之寒热浅深。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：如平人无病常苔，宜舌地淡红，舌苔微白隐红，须要红润内充，白苔不厚，或略厚有底，然皆干湿得中，斯为无病之苔，乃火藏金内之象也。

二、望舌质

《辨舌指南·辨舌之神气》：荣者，有光彩也，凡病皆吉。枯者，无精神也，凡病皆凶。荣润则津足，干枯则津乏。荣者谓有神。……凡舌质有光有体，不论黄白灰黑，刮之而里面红润，神气荣华者，诸病皆吉。若舌质无光无体，不拘有苔无苔，视之里面枯晦，神气全无者，诸病皆凶。……凡舌质坚敛而苍老，不论苔色白黄灰黑，病多属实；舌质浮胖兼娇嫩，不拘苔色灰黑黄白，病多属虚。

《辨舌指南·辨舌之形容》：软者，痿柔也，气液自滋；硬者，强硬也，脉络失养。有胃气则舌柔和，无胃气则舌板硬。……胀者，浮而肿大也，或水浸，或痰溢，或湿热上蕴；瘪者，薄而瘦小也，或心虚，或血微，或内热消肉。舌肿胀者，病在血。舌赤胀大满口者，心胃之热也；舌赤肿满不得息者，心经热甚而血壅也。舌肿大者，或因热毒，或因药毒也；舌紫黯青肿者，中毒也；舌紫肿厚者，酒毒上壅，心火炎上也。……舌肉属心脾，心脾虚则舌瘦瘪也。亦须辨其苔（舌）色，若淡红、嫩红者，心血不足也；紫绛灼红者，内热动风也。舌干绛，甚至紫暗如猪肝色者，皆心肝血枯也。

《辨舌指南·辨舌之质本》：舌生横裂者，素体阴亏也。……凡舌见裂纹、断纹，如人字、川字、爻字及裂如直槽之类，虽多属胃燥液涸，而实热内逼者亦有之。

《临症验舌法》：凡病属实者，其舌必坚敛而兼苍老；病属虚者，其舌必浮胖而兼娇嫩。阴虚阳盛者，其舌必干；阳虚阴盛者，其舌必滑；阴虚阳盛而火旺者，其舌必干而燥。

三、望舌苔

《证治准绳·察舌》：凡舌上胎白而滑者，表有寒也，又曰丹田有热、胸中有寒也。胎黄

而燥渴者，热盛也。胎黑而燥渴者，热盛而亢极也。若不燥渴，舌上黑胎而滑者，为寒为阴也。舌卷而焦，黑而燥者，阳毒热极也。舌青而胎滑者，阴毒冷极也。凡舌肿胀，舌上燥裂，舌生芒刺，皆热甚也。

《望诊遵经·望舌诊法提纲》：舌常有胎也，无苔者虚也。胎垢薄者，形气不足；胎垢厚者，病气有余。白胎者病在表；黄胎者病在里；灰黑胎者，病在少阴。胎色由白而黄，由黄而黑者，病日进；始色由黑而黄，由黄而白者，病日退。

《形色外诊简摩·舌苔有根无根辨》：苔之有根者，其薄苔必均匀铺开，紧贴舌面之上；其厚苔必四围有薄苔辅之，亦紧贴舌上，似从舌里生出，方为有根。若厚苔一片，四周洁净如截，颇似别以一物涂在舌上，不是舌上所自生者，是无根也。此必久病，先有胃气而生苔，继乃胃气告匮，不能接生新苔，而旧苔仅浮于舌面，不能与舌中之气相通，即胃肾之气不能上朝以通于舌也。

《通俗伤寒论·辨舌举要》：凡舌苔糙者多秽浊，黏者多痰涎，固已。惟厚腻与厚腐，尤宜明辨。厚腻者多食积，亦有湿滞。……若厚腐，虽多由胃液腐败，然有脓腐、霉腐之别：如舌上生脓腐苔，白带淡红，黏厚如疮中之脓，凡内痈最多此证。肺痈、肠痈多白腐苔；胃痈多黄腐苔；肝痈、腰痈多紫黑腐苔；下疳结毒仍多白腐苔。若霉腐苔，满舌生白衣如霉苔，或生糜点如饭子样，……多见于湿温、温毒、伏暑、赤痢、梅毒、疳积等证。

第四节 闻 诊

一、听声音

《通俗伤寒论·伤寒诊法》：声虽发于肺，实发自丹田。其轻清重浊，虽由基始，要以不异平时为吉。而声音清朗如常者，形病气不病也。始病即气壅声浊者，邪干清道也。病未久而语声不续者，其人中气本虚也。脉之呻吟者，痛也。言迟者，风也。多言者，火之用事也。声如从室中言者，中气之湿也。言而微，终日乃复言者，正气夺也。衣被不敛，言语善恶不避亲疏者，神明之乱也。出言懒怯，先重后轻者，内伤元气也。出言壮厉，先轻后重者，外感客邪也。攒眉呻吟者，头痛也。噫气以手抚心者，中脘痛也。呻吟不能转身，坐而下一脚者，腰痛也。摇头以手扞腮者，齿颊痛也。呻吟不能行步者，腰脚痛也。诊时吁气者，郁结也。摇头而言者，里痛也。形羸声哑者，劳瘵，咽中有肺花疮也。暴哑者，风痰伏火，或怒喊哀号所致也。语言謇涩者，风痰也。诊时独言独语，不知首尾者，思虑伤神也。伤寒坏病，声哑，唇口有疮者，狐惑也。平人无寒热，短气不足以息者，痰火也。此皆闻证之大要也。

《医宗金鉴·伤寒心法要诀》：言语心主之也，心气实热而神有余，则发为谵语，谵语为实，故声长而壮，乱言无次数更端也。心气虚热而神不足，则发为郑声，郑声为虚，故音短而细，只将一言重复呢喃也。盖神有余，则能机变而乱言，神不足，则无机变而只守一声也。

《医宗金鉴·杂病心法要诀》：有声无痰曰咳，有痰无声曰嗽，有声有痰曰咳嗽。……呼吸气出急促者，谓之喘急。若更喉中有声响者，谓之哮喘。气粗胸满不能布息而喘者，实邪也，而更痰稠便硬者，热邪也。气乏息微不能续息而喘者，虚邪也，若更痰饮清冷，寒邪也。

《四诊抉微·卷之三闻诊》：喘粗气热为有余，喘急气寒为不足。息高者，心肺之气有余；吸弱者，肝肾之气不足。怒骂粗厉者，邪实内热也；怒骂微苦者，肝逆气虚也。鼻塞声重喷嚏，风寒未解也。言语轻迟气短，中气虚也。呻吟者，必有痛也。噫气者，脾乃困也。暖气者，胃中不宽也。噯逆冷气者，胃之寒也。呕吐酸苦者，肝之火也。……干咳无痰者，胃中伏火也。嗽痰作而清白，寒也；稠黄，火也。谵语收财帛者，元已竭也；狂言多与人者，邪方实也。

二、嗅气味

《形色外诊简摩·嗅法》：人病尸臭不可近者，死。口气重者，胃热盛也，阴气尚充，其病虽剧，可治。汗出稠黏，有腥膻气或色黄者，风湿久蕴于皮肤，津液为之蒸变也，风湿、湿温、热病失汗者多有之。唾腥吐涎沫者，将为肺痈也；唾脓血腥腐者，肺痈已成也。小便臊甚者，心与膀胱热甚也；不禁而不臊者，火败也。大便色坏，无粪气者，大肠气绝胃败也。小儿粪有酸气者，停滞也。病人后气极臭者，为胃有停食，肠有宿粪，为内实，易治；若不臭者，在乎人为气滞，病剧而出多连连不止者，为气虚下陷，恐将脱也。

《瘟疫明辨·辨气》：风寒之气从外收敛入内，病无臭气触人，间有作臭气者，必待数日转阳明腑证之时，亦只作腐气，不作尸气。瘟疫气从中蒸达于外，病即有臭气触人，轻则盈于床帐，重则蒸然一室，且专作尸气，不作腐气。以人身脏腑、气血、津液，得生气则香，得败气则臭。瘟疫，败气也，人受之，自脏腑蒸出于肌表，气血津液，逢蒸而败，因败而溢，溢出有盛衰，充塞有远近也。……若瘟疫乃天地之杂气，非臊、非腥、非焦、非腐，其触人不可名状，非鼻观精者，不能辨之。

第五节 脉 诊

一、脉诊概说

《重订诊家直诀》：诊脉之指法，见于经论者：曰举、曰按、曰寻、曰推、曰初持、曰久按、曰单持、曰总按。……夫脉有四科，位数形势而已。位者，浮沉尺寸也；数者，迟数促结也；形者，长短、广狭、厚薄、粗细、刚柔，犹算学家之有线面体也；势者，敛舒、伸缩、进退、起伏之有盛衰也。势因形显，敛舒成形于广狭，伸缩成形于长短，进退成形于前后，起伏成形于高下，而盛衰则贯于诸势之中以为之纲者也。此所谓脉之四科也。指法即由此而辨，曰举按以诊高深也；曰上下以诊长短也；曰寻推以诊广狭厚薄曲直也；曰初持久按，以诊迟数滑涩止代也；曰单持总按，以诊去来断续也。病者气口处骨肉不平，须用侧指

法；病者不能平臂而侧置，须用挽指法。俯仰者，三指轻重相畸也；辗转者，一指左右相倾也；操纵者，举按迭用，以察根气之强弱，《难经》所谓按之软，举指来疾者此也。惟三指总按，拦度三关，三指缝中各有其隙，若三部脉形不同，如寸涩尺滑，前小后大，即无由得其接续之真迹。

《景岳全书·脉神章·胃气解》：凡诊脉须知胃气。……谷气即胃气，胃气即元气也。夫元气之来，力和而缓；邪气之至，力强而峻。高阳生曰：阿阿软若春杨柳，此是脾家脉四季。即胃气之谓也。故凡诊脉者，无论浮沉迟数，虽值诸病叠见，而但于邪脉中得兼软滑徐和之象者，便是五脏中俱有胃气，病必无害也。

《诊家枢要》：不病之脉，不求其神，而神无不在也。有病之脉，则当求其神之有无，谓如六数七极热也。脉中有力，即有神矣。为泄其热，三迟二败，寒也，脉中有力，即有神矣。为去其寒，若数极迟败，中不复有力，为无神也。

《医宗必读·脉无根有两说》：一以尺中为根。人之有尺，犹树之有根，水为天一之元，先天命根也。王叔和曰：寸关虽无，尺犹不绝，如此之流，何忧殒灭？谓其有根也。若肾脉独败，是无根矣。一以沉候为根。经曰：诸浮脉无根者皆死。是谓有表无里，是谓孤阳不生，造化所以恒万古而不息者，一阴一阳互为其根也，阴既绝矣，孤阳岂能独存乎？二说似乎不同，实则一致。两尺为肾部，沉候之六脉皆肾也，然则两尺之无根，与沉取之无根，总之肾水绝也。

《素问·脉要精微论》：夫脉者，血之府也。长则气治，短则气病，数则烦心，大则病进，……代则气衰，细则气少，涩则心痛。

《脉经·脉形状指下秘诀第一》：浮脉，举之有余，按之不足。芤脉，浮大而软，按之中央空，两边实。洪脉，极大在指下。滑脉，往来前却，流利展转替替然，与数相似。数脉，去来促急。促脉，来去数，时一止复来。弦脉，举之无有，按之如弓弦状。紧脉，数如切绳状。沉脉，举之不足，按之有余。伏脉，极重指按之，着骨乃得。革脉，有似沉伏，实大而长微弦。实脉，大而长，微强，按之隐指悖悖然。微脉，极细而软，或欲绝，若有若无。涩脉，细而迟，往来难且散，或一止复来。细脉，小大于微，常有，但细耳。软脉，极软而浮细。弱脉，极软而沉细，按之欲绝指下。虚脉，迟大而软，按之不足，隐指豁豁然空。散脉，大而散，散者气实血虚，有表无里。缓脉，去来亦迟，小驶于迟。迟脉，呼吸三至，去来极迟。结脉，往来缓，时一止复来。代脉，来数中止，不能自还，因而复动。脉结者生，代者死。动脉，见于关上，无头尾，大如豆，厥厥然动摇。浮与芤相类，弦与紧相类，革与实相类，滑与数相类，沉与伏相类，微与涩相类，软与弱相类，缓与迟相类。

《景岳全书·脉神章·逆顺》：凡内出不足之证，忌见阳脉，如浮、洪、紧、数之类是也。外入有余之病，忌见阴脉，如沉、细、微、弱之类是也。如此之脉，最不易治。凡有余之病，脉宜有力、有神，如微、涩、细、弱而不应手者，逆之兆也。凡不足之病，脉宜和缓柔软，若洪、大搏击者，亦为逆也。凡暴病脉来浮、洪、数、实者为顺，久病脉来微、缓、软、弱者顺。若新病而沉、微、细、弱，久病而浮、洪、数、实者，皆为逆也。凡脉证贵乎相合，设若证有余而脉不足，脉有余而证不足，轻者亦必延绵，重者即危亡之兆。……凡元气虚败之证，脉有微极欲绝者，若用回阳救本等药，脉气徐徐渐出渐复者，乃为佳兆。若陟

然暴出，忽如复元者，此假复也，必于周日之后复脱如故。

二、脉诀

《濒湖脉学·七言诀》：

浮（阳）

〔体状诗〕 浮脉惟从肉上行，如循榆莢似毛轻。三秋得令知无恙，久病逢之却可惊。

〔相类诗〕 浮如木在水中浮，浮大中空乃是芤；拍拍而浮是洪脉，来时虽盛去悠悠。浮脉轻平似捻葱，虚来迟大豁然空；浮而柔细方为濡，散似杨花无定踪。

〔主病诗〕 浮脉为阳表病居，迟风数热紧寒拘；浮而有力多风热，无力而浮是血虚。寸浮头痛眩生风，或有风痰聚在胸；关上土衰兼木旺，尺中洩便不流通。

沉（阴）

〔体状诗〕 水行润下脉来沉，筋骨之间软滑匀；女子寸兮男子尺，四时如此号为平。

〔相类诗〕 沉帮筋骨自调匀，伏则推筋着骨寻；沉细如绵真弱脉，弦长实大是牢形。

〔主病诗〕 沉潜水蓄阴经病，数热迟寒滑有痰；无力而沉虚与气，沉而有力积并寒。寸沉痰郁水停胸，关主中寒痛不通；尺部浊遗并泄痢，肾虚腰及下元病。

迟（阴）

〔体状诗〕 迟来一息至惟三，阳不胜阴气血寒；但把浮沉分表里，消阴须益火之原。

〔相类诗〕 脉来三至号为迟，小驶于迟作缓持；迟细而难知是涩，浮而迟大以虚推。

〔主病诗〕 迟司脏病或多痰，沉痼癥瘕仔细看；有力而迟为冷痛，迟而无力定虚寒。寸迟必是上焦寒；关主中寒痛不堪；尺是肾虚腰脚重，洩便不禁疝牵丸。

数（阳）

〔体状诗〕 数脉息间常六至，阴微阳盛必狂烦；浮沉表里分虚实，惟有儿童作吉看。

〔相类诗〕 数比平人多一至，紧来如数似弹绳；数而时止名为促，数见关中动脉形。

〔主病诗〕 数脉为阳热可知，只将君相火来医；实宜凉泻虚温补，肺病秋深却畏之。寸数咽喉口舌疮，吐红咳嗽肺生疡；当关胃火并肝火，尺属滋阴降火汤。

滑（阳中阴）

〔体状诗〕 滑脉如珠替替然，往来流利却还前；莫将滑数为同类，数脉惟看至数间。

〔主病诗〕 滑脉为阳元气衰，痰生百病食生灾；上为吐逆下蓄血，女脉调时定有胎。寸滑膈痰生呕吐，吞酸舌强或咳嗽；当关宿食肝脾热，渴利颓淋看尺部。

涩（阴）

〔体状诗〕 细迟短涩往来难，散止依稀应指间；如雨沾沙容易散，病蚕食叶慢而艰。

〔相类诗〕 参伍不调名曰涩，轻刀刮竹短而难；微似秒芒微软甚，浮沉不别有无间。

〔主病诗〕 涩缘血少或伤精，反胃亡阳汗雨淋；寒湿入营为血痹，女人非孕即无经。寸涩心虚痛对胸，胃虚胁胀察关中；尺为精血俱伤候，肠结洩淋或下红。

虚（阴）

〔体状相类诗〕 举之迟大按之松，脉状无涯类谷空；莫把芤虚为一例，芤来浮大似葱葱。

[主病诗] 脉虚身热为伤暑，自汗怔忡惊悸多；发热阴虚须早治，养营益气莫蹉跎。
血不荣心寸口虚，关中腹胀食难舒；骨蒸痿痹伤精血，却在神门两部居。

实（阳）

[体状诗] 浮沉皆得大而长，应指无虚幅幅强；热蕴三焦成壮火，通肠发汗始安康。

[相类诗] 实脉浮沉有力强，紧如弹索转无常；须知牢脉帮筋骨，实火微弦更带长。

[主病诗] 实脉为阳火郁成，发狂谵语吐频频；或为阳毒或伤食，大便不通或气疼。
寸实应知面热风，咽痛舌强气填胸；当关脾热中宫满，尺实腰肠痛不通。

长（阳）

[体状相类诗] 过于本位脉名长，弦则非然但满张；弦脉与长争较远，良工尺度自能量。

[主病诗] 长脉迢迢大小匀，反常为病似牵绳；若非阳毒癰病，即是阳明热势深。

短（阴）

[体状相类诗] 两头缩缩名为短，涩短迟迟细且难；短涩而浮秋喜见，三春为贼有邪干。

[主病诗] 短脉惟于尺寸寻，短而滑数酒伤神；浮为血涩沉为痞；寸主头痛尺腹疼。

洪（阳）

[体状诗] 脉来洪盛去还衰，满指滔滔应夏时；若在春秋冬月分，升阳散火莫狐疑。

[相类诗] 洪脉来时拍拍然，去衰来盛似波澜；欲知实脉参差处，举按弦长幅幅坚。

[主病诗] 脉洪阳盛血应虚，相火炎炎热病居；胀满胃翻须早治，阴虚泄痢可踌躇。
寸洪心火上焦炎，肺脉洪时金不堪；肝火胃虚关内察，肾虚阴火尺中看。

微（阴）

[体状相类诗] 微脉轻微微微乎，按之欲绝有若无；微为阳弱细阴弱，细比于微略较粗。

[主病诗] 气血微兮脉亦微，恶寒发热汗淋漓；男为劳极诸虚候，女作崩中带下医。
寸微气促或心惊，关脉微时胀满形；尺部见之精血弱，恶寒消瘴痛呻吟。

紧（阳）

[体状诗] 举如转索切如绳，脉象因之得紧名；总是寒邪来作寇，内为腹痛外身疼。

[相类诗] 见弦、实脉。

[主病诗] 紧为诸痛主于寒，喘咳风痢吐冷痰；浮紧表寒须发越，紧沉温散自然安。
寸紧人迎气口分，当关心腹痛沉沉；尺中有紧为阴冷，定是奔豚与疝疼。

缓（阴）

[体状诗] 缓脉阿阿四至通，柳梢袅袅颭轻风；欲从脉里求神气，只在从容和缓中。

[相类诗] 见迟脉。

[主病诗] 缓脉营衰卫有余，或风或湿或脾虚；上为项强下痿痹，分别浮沉大小区。
寸缓风邪项背拘，关为风眩胃家虚；神门濡泄或风秘，或是蹒跚足力迂。

芤（阳中阴）

[体状诗] 芤形浮大软如葱，边实须知内已空；火犯阳经血上溢，热侵阴络下流红。

[相类诗] 中空旁实乃为芤，浮大而迟虚脉呼；芤更带弦名曰革，芤为失血革血虚。

[主病诗] 寸芤积血在于胸，关里逢芤肠胃痛；尺部见之多下血，赤淋红痢漏崩中。

弦（阳中阴）

[体状诗] 弦脉迢迢端直长，肝经木旺上应伤；怒气满胸常欲叫，翳蒙瞳子泪淋浪。

[相类诗] 弦来端直似丝弦，紧则如绳左右弹；紧言其力弦言象，牢脉弦长沉伏间。

[主病诗] 弦应东方肝胆经，饮痰寒热症缠身；浮沉迟数须分别，大小单双有重轻。

寸弦头痛膈多痰，寒热瘕瘕察左关；关右胃寒心腹痛；尺中阴疝脚拘挛。

革（阳）

[体状主病诗] 革脉形如按鼓皮，芤弦相合脉寒虚；女人半产并崩漏，男子营虚或梦遗。

[相类诗] 见芤、牢脉。

牢（阴中阳）

[体状相类诗] 弦长实大脉牢坚，牢位常居沉伏间；革脉芤弦自浮起，革虚牢实要详看。

[主病诗] 寒则牢坚里有余，腹心寒痛木乘脾；疝颓瘕瘕何愁也，失血阴虚却忌之。

濡（即软字，阴）

[体状诗] 濡形浮细按须轻，水面浮绵力不禁；病后产中犹有药，平人若见是无根。

[相类诗] 浮而柔细知为濡，沉细而柔作弱持；微则浮微如欲绝，细来沉细近于微。

[主病诗] 濡为亡血阴虚病，髓海丹田暗已亏；汗雨夜来蒸入骨，血山崩倒湿侵脾。
寸濡阳微自汗多，关中其奈气虚何；尺伤精血虚寒甚，温补真阴可起痼。

弱（阴）

[体状诗] 弱来无力按之柔，柔细而沉不见浮；阳陷入阴精血弱，白头犹可少年愁。

[相类诗] 见濡脉。

[主病诗] 弱脉阴虚阳气衰，恶寒发热骨筋痠；多惊多汗精神减，益气调营急早医。
寸弱阳虚病可知，关为胃弱与脾衰；欲求阳陷阴虚病，须把神门两部推。

散（阳）

[体状诗] 散似杨花散漫飞，去来无定至难齐；产为生兆胎为堕，久病逢之不必医。

[相类诗] 散脉无拘散漫然，濡来浮细水中绵；浮而迟大为虚脉，芤脉中空有两边。

[主病诗] 左寸怔忡右寸汗，溢饮左关应软散；右关软散肝腑肿，散居两尺魂应断。

细（阴）

[体状诗] 细来累累细如丝，应指沉沉无绝期；春夏少年俱不利，秋冬老弱却相宜。

[相类诗] 见微、濡脉。

[主病诗] 细脉萦萦血气衰，诸虚劳损七情乖；若非湿气侵腰肾，即是伤精汗泄来。
寸细应知呕吐频，关腹腹胀胃虚形；尺逢定是丹田冷，泄痢遗精号脱阴。

伏（阴）

[体状诗] 伏脉推筋着骨寻，指间裁动隐然深；伤寒欲汗阳将解，厥逆脐疼证属阴。

[相类诗] 见沉脉。

[主病诗] 伏为霍乱吐频频，腹痛多缘宿食停；蓄饮老痰成积聚，散寒温里莫因循。
食郁胸中双寸伏，欲吐不吐常兀兀；当关腹痛困沉沉，关后疝疼还破腹。

动（阳）

[体状诗] 动脉摇摇数在关，无头无尾豆形团；其原本是阴阳搏，虚者摇兮胜者安。

[相类诗] 见数脉。

[主病诗] 动脉专司痛与惊，汗因阳动热因阴；或为泄痢拘挛病，男子亡精女子崩。

促（阳）

[体状诗] 促脉数而时一止，此为阳极欲亡阴；三焦郁火炎炎盛，进必无生退可生。

[相类诗] 见代脉。

[主病诗] 促脉惟将火病医，其因有五细推之；时时喘咳皆痰积，或发狂斑与毒疽。

结（阴）

[体状诗] 结脉缓而时一止，浊阴偏盛欲亡阳；浮为气滞沉为积，汗下分明在主张。

[相类诗] 见代脉。

[主病诗] 结脉皆因气血凝，老痰结滞苦沉吟；内生积聚外痈肿，疝瘕为殃病属阴。

代（阴）

[体状诗] 动而中止不能还，复动因而作代看；病者得之犹可疗，平人却与寿相关。

[相类诗] 数而时止名为促，缓止须将结脉呼；止不能回方是代，结生代死自殊途。

[主病诗] 代脉原因脏气衰，腹疼泄痢下元亏；或为吐泻中宫病，女子怀胎三月兮。

《医宗金鉴·四诊心法要诀·败脉歌》：

雀啄连连，止而又作。屋漏水留，半时一落。

弹石沉弦，按之指搏。乍疏乍密，乱如解索。

本息末摇，鱼翔相若。虾游冉冉，忽然一跃。

釜沸空浮，决无根脚。偃刀坚急，循刃责责。

转豆累累，如循薏仁。麻促细乱，其脉失神。

败脉十种，自古以闻，急救下药，必须认真。

第六节 按 诊

《素问·调经论》：实者外坚充满，不可按之，按之则痛，……虚者聂辟气不足，按之则气足以温之，故快然而不痛。

《素问·平人氣象论》：胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。盛喘数绝者，则病在中；结而横，有积矣；绝不至曰死。乳之下其动应衣，宗气泄也。

《通俗伤寒论·按胸腹》：内经云：胸腹者，脏腑之郭也。考其部位层次，胸上属肺，胸膈之间属心，其下有一横膈，绕肋骨一周。膈下属胃。大腹与脐属脾。脐四围又属小肠。脐下两腰属肾。两肾之旁及脐下，又属大肠。膀胱亦当脐下，故脐下又属膀胱。……小腹两旁

谓之少腹，乃血室之边际，属肝。少腹上连季肋，亦属肝。季肋上连肋骨，属胆。……故胸腹为五脏六腑之宫城，阴阳气血之发源，若欲知其脏腑何如，则莫如按胸腹，名曰腹诊。其诊法宜按摩数次，或轻或重，或击或抑，以察胸腹之坚软，拒按与否，并察胸腹之冷热，灼手与否，以定其病之寒热虚实。又如轻手循抚，自胸上而脐下，知皮肤之润燥，可以辨寒热；中手寻扪，问其痛不痛，以察邪气之有无；重手推按，察其硬否，更问其痛否，以辨脏腑之虚实，沉积之何如。……惟左乳下虚里脉，脐间冲任脉，其中虚实，最为生死攸关。……若肝病须按两肋。两肋满实而有力者肝平；两肋下痛引小腹者肝郁；男子积在左肋下者属疝气；女子块在右肋下者属瘀血；两肋空虚，按之无力者为肝虚；两肋胀痛，手不可按者为肝病。……凡满腹痛，喜按者属虚，拒按者属实，喜暖手按抚者属寒，喜冷物按放者属热。按腹而其热灼手，愈按愈甚者伏热；按腹而其热烙手，痛不可忍者内痈。……。惟虫病按腹有三候，腹有凝结如筋而硬者，以指久按，其硬移他处，又就所移者按之，其硬又移他处，或大腹，或脐旁，或小腹，无定处，是一候也。右手轻轻按腹，为时稍久，潜心候之，有物如蚯蚓蠢动，隐然应手，是二候也。高低凸凹，如畎亩状，熟按之，起伏聚散，上下往来，浮沉出没，是三候也。……水肿胀满症，按之至脐，脐随手移左右，重手按之近乎脊，失脐根者必死。……然按胸必先按虚里，按之微动而不应者，宗气内虚；按之跃动而应衣者，宗气外泄；按之应手，动而不紧，缓而不急者，宗气积于膻中也，是为常；按之弹手，洪大而搏，或绝而不应者，皆心胃气绝也，病不治；虚里无动脉者必死；即虚里搏动而高者，亦为恶候，孕妇胎前症最忌，产后三冲症尤忌，虚损癆瘵症，逐日动高者切忌；惟猝惊疾走大怒后，或强力而动肢体者，虚里脉动虽高，移时即如平人者不忌。

《厘正按摩要术·按胸腹》：人以胃气为本，故虚里之动，可以辨病机之轻重。按之应手，动而不紧，缓而不急者，宗气积于膻中也，是为常。其动洪大而弹手，与绝而不应者，俱胃气绝也（《阳山原文》）。平人膻中静者为佳。虚里者，脉之宗气也。视之不见；按之渐动，如应如不应者为吉。若胸中阳气衰，其动高逾乳，至中府、云门者凶；虚劳癆瘵，逐日动高者为无治（《台州》）。……上中下三腕，以指抚之，平而无涩滞者，胃中平和而无宿滞也。按中腕虽宿硬而不如石者，饮癖也（《诊病奇恠》）。……诊胸腹，轻手循抚，自鸠尾至脐下，知皮肤之润燥，可以辨寒热；中手寻扪，问疼不疼者，以察邪气之有无；重手推按，更问疼否，以察脏腑之虚实，沉积之何如，即诊脉中浮中沉之法也（《对时论》）。诊腹之要，以脐为先。人身之有脐，犹天之有北辰也。故名曰天枢，又曰神阙，是神气之穴，为保生之根。徐按之而有力，其气应手者，内有神气之守也。若按之而气不应者，其守失常也（《阳山》）。

第七节 八纲辨证

一、八纲证候

《景岳全书·传忠录·阴阳篇》：凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领，阴阳无谬，治焉有差。医道虽繁，而可以一言蔽之者，曰阴阳而已。故证有阴阳，脉有阴阳，药有

阴阳。以证而言，则表为阳，里为阴；热为阳，寒为阴；上为阳，下为阴；气为阳，血为阴；动为阳，静为阴；多言者为阳，无声者为阴；喜明者为阳，欲暗者为阴；阳微者不能呼，阴微者不能吸；阳病者不能俯，阴病者不能仰。以脉而言，则浮大滑数之类皆阳也，沉微细涩之类皆阴也。……此皆医中之大法。至于阴中复有阳，阳中复有静，疑似之间，辨须的确，此而不识，极易差讹，是又最为紧要，然总不离于前之数者。但两气相兼，则此少彼多，其中便有变化，一皆以理测之，自有显然可见者。若阳有余而更施阳治，则阳愈炽而阴愈消；阳不足而更用阴方，则阴愈盛而阳斯灭矣。设能明彻阴阳，则医理虽玄，思过半矣。

经曰：阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒。经曰：阳气有余，为身热无汗，此言表邪之实也。又曰：阴气有余，为多汗身寒，此言阳气之虚也。仲景曰：发热恶寒发于阳，无热恶寒发于阴。又曰：极寒反汗出，身必冷如冰，此与经旨义相上下。

考之中藏经曰：阳病则旦静，阴病则夜宁，阳虚则暮乱，阴虚则朝争。盖阳虚喜阳助，所以朝轻而暮重，阴虚喜阴助，所以朝重而暮轻，此言阴阳之虚也。若实邪之候，则与此相反，凡阳邪盛者，必朝重暮轻，阴邪盛者，必朝轻暮重，此阳逢阳王，阴得阴强也。

《景岳全书·传忠录·六变篇》：六变者，表里寒热虚实也，是即医中之关键。明此六者，万病皆指诸掌矣。

《景岳全书·传忠录·表证篇》：表证者，邪气之自外而入者也，凡风寒暑湿火燥，气有不正，皆是也。……邪有阴阳之辨，而所伤亦自不同。盖邪虽有六，化止阴阳。阳邪化热，热则伤气；阴邪化寒，寒则伤形。伤气者，气通于鼻，鼻通于脏，故凡外受暑热而病有发于中者，以热邪伤气也。伤形者，浅则皮毛，深则经络，故凡外受风寒而病为身热、体痛者，以寒邪伤形也。经曰：寒则腠理闭，气不行，故气收矣；炅则腠理开，营卫通，汗大泄，故气泄矣。

《景岳全书·传忠录·里证篇》：里证者，病之在内在脏也。凡病自内生，则或因七情，或因劳倦，或因饮食所伤，或为酒色所困，皆为里证。以此言之，实属易见。第于内伤外感之间，疑似之际，若有不明，未免以表作里，以里作表，乃致大害，故当详辨也。身虽微热，而濈濈汗出不止，及无身体痠疼，拘急，而脉不紧数者，此热非在表也。证似外感，不恶寒反恶热，而绝无表证者，此热盛于内也。凡病表证，而小便清利者，知邪未入里也。表证已具，而饮食如故，胸腹无碍者，病不及里也。若见呕恶口苦，或心胸满闷不食。乃表邪传至胸中，渐入于里也。若烦躁不眠、干渴、谵语、腹痛自利等症，皆邪入于里也。若腹胀、喘满、大便结硬、潮热斑黄、脉滑而实者，此正阳明胃腑里实之证，可下之也。

《景岳全书·传忠录·虚实篇》：虚实者，有余不足也。有表里之虚实，有气血之虚实，有脏腑之虚实，有阴阳之虚实。凡外入之病，多有余；内出之病，多不足。实言邪气实，则当泻；虚言正气虚，则当补。凡欲察虚实者，为欲知根本之何如，攻补之宜否耳。夫疾病之实，固为可虑，而元气之虚，虑尤甚焉。故凡诊病者，必当先察元气为主，而后求疾病。若实而误补，随可解救，虚而误攻，不可生矣。然总之，虚实之要，莫逃乎脉。如脉之真有力、真有神者，方是真实证；脉之似有力、似有神者，便是假实证。矧脉之无力、无神，以至全无力、全无神者哉。临证者，万毋忽此。表实者，或为发热，或为身痛，或为恶热掀衣，或为恶寒鼓慄。寒束于表者无汗；火盛于表者有疡。走注而红痛者，知营卫之有热；拘

急而痠疼者，知经络之有寒。里实者，或为胀为痛，或为痞为坚，或为闭为结，或为喘为满，或懊恼不宁，或躁烦不眠，或气血积聚结滞腹中不散，或寒邪热毒深留脏腑之间。……表虚者，或为汗多，或为肉战，或为怯寒，或为目暗羞明，或为耳聋眩运，或肢体多见麻木，或举动不胜劳烦，或为毛槁而肌肉削，或为颜色憔悴而神气索然。里虚者，为心怯心跳，为惊惶，为神魂之不宁，为津液之不足，或为饥不能食，或为渴不喜冷，或畏张目而视，或闻人声而惊；上虚则饮食不能运化，或多呕恶而气虚中满；下虚则二阴不能流利，或便尿失禁，肛门脱出而泻泄遗精；在妇人，则为血枯经闭及堕胎崩淋带浊等证。阳虚者，火虚也，为神气不足，为眼黑头眩，或多寒而畏寒。阴虚者，水亏也，为亡血失血，为戴阳，为骨蒸劳热。气虚者，声音微而气短似喘。血虚者，肌肤干涩而筋脉拘挛。……诸痛之可按者为虚，拒按者为实。胀满之虚实。仲景曰：腹满不减，减不足言，当下之；腹满时减复如故，此为寒，当与温药。夫减不足言者，以中满之甚，无时或减，此实胀也，故当下之。腹满时减者，以腹中本无实邪，所以有时或减，既减而复满如故者，以脾气虚寒而然，所以当与温药，温即兼言补也。《内经》诸篇，皆倦倦以神气为言。夫神气者，元气也。元气完固，则精神昌盛，无待言也。若元气微虚，则神气微去，元气大虚，则神气全去。神去则机息矣，可不畏哉。《脉要精微论》曰：夫精明者，所以视万物，别黑白，审长短。以长为短，以白为黑，如是则精衰矣。言而微，终日乃复言者，此气夺也。衣被不敛，言语善恶不避亲疏，此神明之乱也；仓廪不藏者，是门户不要也；水泉不止，是膀胱不藏也。得守者生，失守者死。夫五脏者，身之强也。头者，精明之府，头倾视深，精神将夺矣；背者，胸中之府，背曲肩垂，肺将坏矣；腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣；膝者，脚之府，屈伸不能，行则伛俯，骨将惫矣；骨者，髓之府，不能久立，行则振掉，骨将惫矣。得强则生，失强则死。此《内经》之言虚证也，当察其意。

《景岳全书·传忠录·寒热篇》：寒热者，阴阳之化也。阴不足则阳乘之，其变为热；阳不足则阴乘之，其变为寒。故阴胜则阳病，阴胜为寒也；阳胜则阴病，阳胜为热也。热极则生寒，因热之甚也；寒极则生热，因寒之甚也。阳虚则外寒，寒必伤阳也；阴虚则内热，热必伤阴也。阳盛则外热，阳归阳分也；阴盛则内寒，阴归阴分也。寒则伤形，形言表也；热则伤气，气言里也。故火王之时，阳有余而热病生；水王之令，阳不足而寒病起。人事之病，由于内；气交之病，由于外。寒热之表里当知，寒热之虚实，亦不可不辨。……病人身大热，反欲得近衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。此表证之辨。若内热之甚者，亦每多畏寒，此当以脉症参合以察之。真寒之脉，必迟弱无神；真热之脉，必滑实有力。阳脏之人多热，阴脏之人多寒。阳脏者，必平生喜冷畏热，即朝夕食冷，一无所病，此其阳之有余也。阴脏者，一犯寒凉，则脾肾必伤，此其阳之不足也。第阳强者少，十惟二三；阳弱者多，十常五六。

《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》：病有总要，寒、热、虚、实、表、里、阴、阳，八字而已。病情既不外此，则辨证之法，亦不出此。……一病之虚实，全在有汗与无汗，胸腹胀痛与否，胀之减与不减，痛之拒按与喜按，病之新久，禀之厚薄，脉之虚实以分之。假如病中无汗，腹胀不减，痛而拒按，病新得，人禀厚，脉实有力，此实也。假如病中多汗，腹胀时减，复如故，痛而喜按，按之则痛止，病久，禀弱，脉虚无力，此虚也。……至于病之

阴阳，统上六字而言，所包者广。热者为阳，实者为阳，在表者为阳；寒者为阴，虚者为阴，在里者为阴。寒邪客表，阳中之阴；热邪入里，阴中之阳。寒邪入里，阴中之阴；热邪达表，阳中之阳。而真阴、真阳之别，则又不同。假如脉数无力，虚火时炎，口燥唇焦，内热便结，气逆上冲，此真阴不足也；假如脉大无力，四肢倦怠，唇淡口和，肌冷便溏，饮食不化，此真阳不足也。

二、证候真假

《类经·论治类·气味方制治法逆从》：病有微甚者，以证有真假也。寒热有真假，虚实亦有真假。真者正治，知之无难，假者反治，乃为难耳。如寒热之真假者，真寒则脉沉而细，或弱而迟，为厥逆，为呕吐，为腹痛，为飧泄下利，为小便清频，即有发热，必欲得衣，此浮热在外而沉寒在内也。真热则脉数有力，滑大而实，为烦躁喘满，为声音壮厉，或大便秘结，或小水赤涩，或发热掀衣，或胀疼热渴。此皆真病。……至若假寒者，阳证似阴，火极似水也，外虽寒而内则热，脉数而有力，或沉而鼓击，或身寒恶衣，或便热秘结，或烦渴引饮，或肠垢臭秽，此则恶寒非寒，明是热证，所谓热极反兼寒化，亦曰阳盛隔阴也。假热者，阴证似阳，水极似火也，外虽热而内则寒，脉微而弱，或数而虚，或浮大无根，或弦芤断续，身虽炽热而神则静，语虽谵妄而声则微，或虚狂起倒而禁之即止，或蚊迹假斑而浅红细碎，或喜冷水而所用不多，或舌苔面赤而衣被不撤，或小水多利，或大便不结，此则恶热非热，明是寒证，所谓寒极反兼热化，亦曰阴盛隔阳也。此皆假病。……然至虚有盛候，则有假实矣，大实有羸状，则有假虚矣。总之，虚者正气虚也，为色惨形疲，为神衰气怯，或自汗不收，或二便失禁，或梦遗精滑，或呕吐隔塞，或病久攻多，或气短似喘，或劳伤过度，或暴困失志，虽外症似实而脉弱无神者，皆虚证之当补也。实者邪气实也，或外闭于经络，或内结于脏腑，或气壅而不行，或血留而凝滞，必脉病俱盛者，乃实证之当攻也。

第八节 病性辨证

一、病机总要

《素问·至真要大论》：帝曰：愿闻病机何如？岐伯曰：诸风掉眩，皆属于肝；诸寒收引，皆属于肾；诸气膹郁，皆属于肺；诸湿肿满，皆属于脾；诸热瞀瘵，皆属于火；诸痛痒疮，皆属于心；诸厥固泄，皆属于下；诸痿喘呕，皆属于上；诸禁鼓慄，如丧神守，皆属于火；诸痉项强，皆属于湿；诸逆冲上，皆属于火；诸胀腹大，皆属于热；诸躁狂越，皆属于火；诸暴强直，皆属于风；诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热，诸病附肿，疼酸惊骇，皆属于火；诸转反戾，水液浑浊，皆属于热；诸病水液，澄彻清冷，皆属于寒；诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。故大要曰：谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之。必先五胜，疏其血气，令其调达，而致和平，此之谓也。

二、辨六淫证候

《医学心悟·六气相杂须辨论》：六气者，风、寒、暑、湿、燥、火是也。……假如脉浮缓，自汗头痛，发热而恶风者，伤风也；脉浮紧，无汗头痛，发热而恶寒者，伤寒也。此随时感冒，虽在暑月，亦必有之。亦有纳凉饮冷，脏受寒侵，遂至呕吐痛泻，脉沉迟，手足厥冷，口鼻气冷，此乃夏月中寒之候，反因避暑太过而得之也。至于暑症，乃夏月之正病，然有伤暑、中暑、闭暑之殊。伤暑者，病之轻者也，其症汗出、身热而口渴也；中暑者，病之重者也，其症汗大泄，昏闷不醒，蒸热齿燥，或烦心喘喝、妄言也；闭暑者，内伏暑气，而外为风寒闭之也，其头痛身痛，发热恶寒者，风寒也；口渴烦心者，暑也。其有霍乱吐泻而转筋者，则又因暑而停食、伏饮以致之也。然停食、伏饮，湿气也，或身重体痛，腹满胀闷，泄利无度，皆湿也。风寒暑湿，四气动而火随之，是为五气。

《医学真传·六淫外感》：六淫在人而不在天。凡有所病，皆本人身之六淫，而非天之六淫也。

《医学一贯·万病一源说》：天之六淫伤人，亦乘其虚处感化。阴虚者，易感风燥暑火；阳虚者，易感寒湿雾露。

三、辨气血津液阴阳证候

《景岳全书·杂证谟·诸气》：夫百病皆生于气，正以气之为用，无所不至，一有不调，则无所不病。故其在外则有六气之侵；在内则有九气之乱。而凡病之为虚、为实、为热、为寒，至其变态，莫可名状。欲求其本，则只一气字足以尽之。盖气有不调之处，即病本所在之处也。是为明哲不凡者，乃能独见其处，撮而调之。

《重订通俗伤寒论·气血虚实》：肺气实而上逆，则有胸痞头眩，痰多气壅等症，甚则喘不得卧，张口抬肩。胃气实而中满，则有嘈杂懊恼，噎腐吐酸等症，甚则食不能进，呕吐呃逆。肝气实而上冲，则有头疼目眩，呕酸吐苦等症，甚则消渴，气上冲心，心中疼热。

《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》：病人胸满，唇痿舌青，口燥，但欲漱水不欲咽，无寒热，脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血。

《医林绳墨·痰》：痰者，人身之痰饮也。人之气道清顺，则痰不生，窒塞则痰壅盛。或因风、寒、暑、湿之外感，或因七情、饮食之内伤，以致气逆而液浊，则痰证成焉。是以聚于肺者，则名气痰，其痰喘嗽上出；留于胃者，则名食痰，其痰积利下行；在肺经者，名为风痰，其痰青而多泡；在心经者，名为热痰，其痰坚而成块；在肾经者，名为寒痰，其痰有黑点而多稀。若夫痰滞于经络，则为肿为毒；痰存于四肢，则麻痹不仁；痰迷于心窍，则谵语、恍惚、惊悸、健忘；痰壅于中膈，则为痞、为满、为格、为喉闭、为胁痛、为乳痈。乃其所因，则又不可不知。盖痰因于风，则眩晕动摇；痰因于火，则吐呕酸苦；痰因于湿，则肢节重痛，不能转移；痰因于寒，则吞酸恶心，呃逆涎沫；痰因于情郁感动，则劳瘵生虫，肌肤羸瘦；痰因于饮食、内伤，则中气迷闷，腹中不利，见食恶食，不食不饥。此皆痰之见于内而证于外者也。

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》：问曰：夫饮有四，何谓也？师曰：有痰饮，有悬饮，

有溢饮，有支饮。问曰：四饮何以为异？师曰：其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮。饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮。咳逆倚息，短气不得卧，其形为肿，谓之支饮。

《金匱要略·水气病脉证并治》：心水者，其身重而少气，不得卧，烦而躁，其人阴肿。肝水者，其腹大，不能自转侧，胁下腹痛，时时津液微生，小便续通。肺水者，其身肿，小便难，时时鸭溇。脾水者，其腹大，四肢苦重，津液不生，但苦少气，小便难。肾水者，其腹大，脐肿，腰痛，不得溺，阴下湿如牛鼻上汗，其足逆冷，面反瘦。

《医学指南·阴虚证论》：阴虚者，火亏其源。如口渴咽焦，引水自救；或躁扰狂越，欲卧泥中；或五心烦热，而消瘵骨蒸；或二便秘结，而尿如浆汁；或吐血衄血，咳嗽遗精；或斑黄无汗者，由津液枯竭；或中风癰痼者，以精血败伤。凡此皆无根之焰，有因火不归根，皆阴不足以配阳，病在阴中之火也。

《医学指南·阳虚证论》：阳虚者，水衰其本。火亏于下，则阳衰于上。或神气昏沉，或动履困倦，或头目眩暈而七窍偏废，咽喉哽咽而呕恶气短，皆上焦之阳虚也。有饮食不化，而吞酸反胃，痞满膈塞而水泛为痰，皆中焦之阳虚。有清浊不分而肠鸣滑泄，阳萎精寒而脐腹多痛，皆下焦之阳虚。

《医学源流论·亡阴亡阳论》：其亡阴亡阳之辨法何如？亡阴之汗，身畏热，手足温，肌热，汗亦热而味咸，口渴喜凉饮，气粗，脉洪实，此其验也。亡阳之汗，身反恶寒，手足冷，肌凉，汗冷而味淡微黏，口不渴而喜热饮，气微，脉浮数而空，此其验也。

四、辨情志证候

《素问·举痛论》：余知百病生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，寒则气收，炅则气泄，惊则气乱，劳则气耗，思则气结，九气不同，何病之生？歧伯曰：怒则气逆，甚则呕血及飧泄，故气上矣。喜则气和志达，荣卫通利，故气缓矣。悲则心系急，肺布叶举，而上焦不通，荣卫不散，热气在中，故气消矣。恐则精却，却则上焦闭，闭则气还，还则下焦胀，故气不行矣。……惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣。……思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。

《景岳全书·杂证谟·郁证》：凡五气之郁，则诸病皆有，此因病而郁也。至若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病也。……怒郁者，方其大怒气逆之时，则实邪在肝，多见气满、腹胀，所当平也；及其怒后，而逆气已去，惟中气受伤矣。既无胀满、疼痛等症，而或为倦怠，或为少食，此以木邪克土，损在脾矣。……思郁者，则惟旷女嫠妇，及灯窗困厄、积疑任怨者皆有之。思则气结，结于心而伤于脾也；及其既甚，则上连肺胃，而为咳喘、为失血、为膈噎、为呕吐；下连肝肾，则为带浊、为崩淋、为不月、为劳损。……忧郁病者，则全属大虚，本无邪实，此多以衣食之累、利害之牵。及悲忧惊恐而致郁者，总皆受郁之类。盖悲则气消，忧则气沉，必伤脾肺；惊则气乱，恐则气下，必伤肝肾。

第九节 脏腑辨证

《华氏中藏经·论五脏六腑虚实寒热生死逆顺之法》：夫人有五脏、六腑、虚实、寒热、生死、逆顺，皆见于形症脉气，若非诊察，无由识也。虚则补之，实则泻之，寒则温之，热则凉之，不虚不实，以经调之。此乃良医之大法也。

《脏腑虚实标本用药式》：肝藏血，属木，胆火寄于中，主血，主目，主筋，主呼，主怒。本病：诸风眩暈，僵卧硬直，惊痫，两胁肿痛，胸胁满痛，呕血，小腹疝痛痃瘕，女人经病。标病：寒热疟，头痛吐涎，目赤面青，多怒，耳闭颊肿，筋挛卵缩，丈夫颊疝，女人少腹肿痛，阴病。

心藏神，为君火，包络为相火，代君行令，主血，主言，主汗，主笑。本病：诸热瞀瘵，惊惑，谵妄烦乱，啼笑骂詈，怔忡健忘，自汗，诸痛痒疮疡。标病：肌热，畏寒战栗，舌不能言，面赤目黄，手心烦热，胸胁满，痛引腰背肩肘臂。

脾藏智，属土，为万物之母，主营卫，主味，主肌肉，主四肢。本病：诸湿肿满，痞满噎气，大小便闭，黄疸痰饮，吐泻霍乱，心腹痛，饮食不化。标病：身体肤肿，重困嗜卧，四肢不举，舌本强痛，足大趾不用，九窍不通，诸痿项强。

肺藏魄，属金，总摄一身元气，主闻，主哭，主皮毛。本病：诸气痰郁，诸痿喘呕，气短，咳嗽上逆，咳唾脓血，不得卧，小便数而欠，遗失不禁。标病：洒淅寒热，伤风自汗，肩背痛冷，膈臂前廉痛。

肾藏志，属水，为天一之源，主听，主骨，主二阴。本病：诸寒厥逆，骨痿腰痛，腰冷如冰，足跗肿寒，少腹满急，疝瘕，大便闭泄，吐利腥秽，水液澄澈清冷不禁，消渴引饮。标病：发热不恶热，头眩头痛，咽痛舌燥，脊股后廉痛。

命门为相火之原，天地之始，藏精生血，……主三焦元气。本病：前后癃闭，气逆里急，疝痛奔豚，消渴膏淋，精漏精寒，赤白浊，溺血，崩中带漏。

三焦为相火之用，分布命门元气，主升降出入，游行天地之间，总领五脏六腑、营卫经络、内外上下左右之气，号中清之府，上主纳，中主化，下主出。本病：诸热瞀瘵，暴病暴死暴瘳，躁扰狂越，谵妄惊骇，诸血溢血泄，诸气逆冲上，诸疮疡痘疹瘤核。上热则喘满，诸呕吐酸，胸痞胁痛，饮食不消，头上汗出。中热则善饥而瘦，解体中满，诸胀腹大，诸病有声，鼓之如鼓，上下关格不通，霍乱吐利。下热则暴注下迫，水液浑浊，下部肿满，小便淋沥或不通，大便闭结或下痢。上寒则吐饮食痰水，胸痹前后引痛，食已还出。中寒则饮食不化，寒胀，反胃吐水，湿泻不渴。下寒则二便不禁，脐腹冷，疝痛。标病：恶寒战栗，如丧神守，耳鸣耳聋，咽干喉痹，诸病肝肿，疼酸惊骇，手小指次指不用。

胆属木，为少阳相火，生发万物，为决断之官，十一脏之主。本病：口苦，呕苦汁，善太息，憺憺如人将捕状，目昏不眠。标病：寒热往来，疟症，胸胁痛，头额痛，耳痛鸣聋，瘰癧结核马刀，足小指次指不用。

胃属土，主容受，为水谷之海。本病：噎膈反胃，中满肿胀，呕吐泻痢，霍乱腹痛，消

中善饥，不消食，伤饮食，胃管当心痛支两肋。标病：发热蒸蒸，身前热，身后寒，发狂谵语，咽痹，上齿痛，口眼喎斜，鼻痛，衄衄赤𦘒。

大肠属金，主变化，为传送之官。本病：大便闭结，泄痢下血，里急后重，疽痔脱肛，肠鸣而痛。标病：齿痛喉痹，颈肿口干，咽中如梗，衄衄目黄，手大指次指痛，宿食发热寒栗。

小肠主分泌水谷，为受盛之官。本病：大便水谷利，小便短，小便闭，小便血，小便自利，大便后血，小肠气痛，宿食夜热旦止。标病：身热恶寒，嗌痛颌肿，口糜耳聋。

膀胱主津液，为胞之府，气化乃能出，号州都之官，诸病皆干之。本病：小便淋沥，或短数，或黄赤，或白，或遗失，或气痛。标病：发热恶寒，头痛，腰脊强，鼻塞，足小指不用。

《血证论·脏腑病机论》：脏腑各有主气，各有经脉，各有部分，故其主病，亦各有见证之不同。有一脏为病，而不兼别脏之病者，单治一脏而愈；有一脏为病，而兼别脏之病者，兼治别脏而愈。业医不知脏腑，则病原莫辨，用药无方，乌睹其能治病哉？

第十节 其他辨证方法概要

一、六经辨证

《素问·热论》：伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强。二日阳明受之，阳明主肉，其脉侠鼻，络于目，故身热目疼而鼻干，不得卧也。三日少阳受之，少阳主胆，其脉循胁，络于耳，故胸胁痛而耳聋。三阳经络皆受其病，而未入于藏者，故可汗而已。四日太阴受之，太阴脉布胃中，络于嗌，故腹满而嗌干。五日少阴受之，少阴脉贯肾，络于肺，系舌本，故口燥舌干而渴。六日厥阴受之，厥阴脉循阴器而络于肝，故烦满而囊缩。

《伤寒论》：太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。(1条)

太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。(2条)。

太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。(3条)

中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之。(74条)

太阳病六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满，小便自利者，下血乃愈。所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也，抵当汤主之。(124条)

阳明之为病，胃家实是也。(180条)

问曰：阳明病外证云何？答曰：身热，汗自出，不恶寒，反恶热也。(182条)

伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。(350条)

病人不大便五六日，绕脐痛，烦躁，发作有时者，此有燥屎，故使不大便也。(239条)

少阳之为病，口苦，咽干，目眩也。(263条)

本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热，尚未吐下，脉沉紧者，与小柴胡汤。(266条)

太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬。(273条)

少阴之为病，脉微细，但欲寐也。(281条)

厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐衄，下之，利不止。(326条)

二、卫气营血辨证

《外感温热篇》：温邪上受，首先犯肺，逆传心包。肺主气属卫，心主血属营。辨营卫气血虽与伤寒同，若论治法则与伤寒大异也。盖伤寒之邪留恋在表，然后化热入里，温邪则热变最速。未传心包，邪尚在肺，肺主气，其合皮毛，故云在表，在表初用辛凉轻剂。挟风则加入薄荷、牛蒡之属；挟湿加芦根、滑石之流。或透风于热外，或渗湿于热下，不与热相搏，势必孤矣。不尔，风挟温热而燥生，清窍必干，谓水主之气不能上荣，两阳相劫也。湿与温合，蒸郁而蒙蔽于上，清窍为之壅塞，浊邪害清也。其病有类伤寒，其验之之法，伤寒多有变证，温热虽久，在一经不移，以此为辨。……大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血。在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，如犀角、玄参、羚羊角等物，入血就恐耗血动血，直须凉血散血，如生地、丹皮、阿胶、赤芍等物。否则前后不循缓急之法，虑其动手便错，反致慌张矣。

三、三焦辨证

《温病条辨·上焦篇》：凡病温者，始于上焦，在手太阴。伤寒由毛窍而入，自上而下，始足太阳。足太阳膀胱属水，寒即水之气，同类相从，故病始于此。古来但言膀胱主表，殆未尽其义。肺者，皮毛之合也，独不主表乎？治法必以仲景六经次传为祖法。温病由口鼻而入，自上而下，鼻通于肺，始手太阴。太阴金也，温者火之气，风者火之母，火未有不克金者，故病始于此，必从河间三焦定论。

《温病条辨·中焦篇》：温病由口鼻而入，鼻气通于肺，口气通于胃。肺病逆传则为心包。上焦病不治，则传中焦，胃与脾也。中焦病不治，即传下焦，肝与肾也。始上焦，终下焦。温病以手经为主，未始不关足经也。但初受之时，断不可以辛温发其阳耳。盖伤寒伤人身之阳，故喜辛温甘温苦热，以救其阳；温病伤人身之阴，故喜辛凉甘寒甘咸，以救其阴。彼此对勘，自可了然于心目中矣。

四、经络辨证

《灵枢·经脉》：经脉者，所以能决死生，处百病，调虚实，不可不通。

《难经·二十九难》：阳维维于阳，阴维维于阴，阴阳不能自相维，则怅然失志，溶溶不能自收持。阳维为病苦寒热，阴维为病苦心痛。阴跷为病，阳缓而阴急；阳跷为病，阴缓而阳急。冲之为病，逆气而里急。督之为病，脊强而厥。任之为病，其内苦

结，男子为七疝，女子为瘕聚。带之为病，腹满，腰溶溶若坐水中。此奇经八脉之为病也。

第十一节 诊断思路与方法

《医学阶梯·证中证论》：凡有病必有证，有证必有论，论清则证明，证明则病易疗，非可以模棱两端，取效于疑似之间也。古人审病论证，着定七情、六淫十三字，千病万证，不能越此。然辨病定证，义颇深奥。

《医彻·医箴·疗医》：医之临病，胜于临敌。运筹帷幄之中，决胜千里之外，良将是也。存乎呼吸之间，而远退二竖之舍，良医是也。察色不可不精，审声不可不详，持脉不可不静，辨症不可不细，既责其有，又责其无，既求其始，又虑其后，既达其常，又通其变，必使有济无损，有利无害，谦于己而无怨于人，庶明德可积，冥谴可逃矣。

《时病论·自序》：甚矣，医道之难也！而其最难者，尤莫甚于知时论证，辨体立法。盖时有温、热、凉、寒之别，证有表、里、新、伏之别，体有阴、阳、壮、弱之殊，法有散、补、攻、和之异，设不明辨精确，妄为投剂，鲜不误人。

第十二节 病案书写与要求

《重订名医类案·序》：医之有案，实权舆于左氏传、太史公。魏晋以降，多散见于史集，至丹溪始有专书，皆其门人所日记，亦小说、杂记之属。宋·张季明作《医说》十卷，首述轩岐，以发其宗，次列证治，以穷其变，又此编之鼻祖也。

《重订名医类案·叙》：吾观太史公之传淳于意，则意之医案也；陈寿之传华佗，则佗之医案也；李延寿之传徐父伯，则父伯之医案也。后史以医为小道，传方术者略而不书，而案之存于史者盖寡。诸医之良者，自传其术，幸而不终于泯没。……语云：医者意也。黄帝有问岐伯，即知其人之病之由；雷公有问黄帝，即知其人之病之由，以意决之也。此即黄帝、岐伯之医案也。若其病不应脉，当思其病；脉不应病，当思其脉；药不应病，当思其药。三者相参，思之，思之，其有不合者寡矣。医之有案，盖未有出此三者。遵其道而用之，人皆可以为良医，人皆可以立案。

《寓意草·与门人定义病式》：某年，某月，某地，某人，年纪若干？形之肥瘦长短若何？色之黑白枯润若何？声之清浊长短若何？人之形志苦乐若何？病始何日？初服何药？次后再服何药？某药稍效，某药不效？时下昼夜孰重？寒热孰多？饮食喜恶多寡？二便滑涩有无？脉之三部九候，何候独异？二十四脉中何脉独见？何脉兼见？其证或内伤，或外感，或兼内外，或不内外，依经断为何病？其标本先后何在？……一一详明，务令丝毫不爽，起众信从，允为医门矜式，不必演文可也。某年者，年上之干支，治病先明运气也。某月者，治病

必本四时也。某地者，辨高卑燥湿五方异宜也。某龄、某形、某声、某气者，用之合脉，图万全也。形志苦乐者，验七情劳逸也。始于何日者，察久近传变也。历问病证药物验否者，以之斟酌已见也。昼夜寒热者，辨气分血分也。饮食二便者，察胃肠乖和也。三部九候，何候独异，推十二经脉受病之所也。二十四脉见何脉者，审阴阳表里无差忒也。依经断为何病者，名正则言顺，事成如律度也。标本先后何在者，识轻重次第也。