高等医学院校选用教材

(供成人教育中医药专业、中西医结合专业使用)

中医诊断学

李 晶 主编

科学出版社

2001

内 容 简 介

本书是供成人教育中医药专业、中西医结合专业使用的教材。全书分14章，系统介绍了中医四诊理论、八纲辨证、脏腑辨证、经络辨证、气血津液辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等基本原理与方法，以及中医诊断疾病的基本知识与技能。内容上注重理论与临床的结合，重点突出具有实用价值的基本理论和基本技能的介绍。四诊部分着重阐明四诊研究的先进性和科学性，如舌诊的实验研究，脉诊中脉图的理论与应用；辨证部分突出其临床实用性、规范性；诊断与病案部分，突出辨病与辨证的最新研究动态。本书在内容取舍、结构体系、写作方法等方面，针对成人特点，强调科学思维和创新精神的培养。

本书可供成人教育中医药专业、中西医结合专业学生使用，也可作为自学考试应试人员、广大中医药专业工作者以及中医药爱好者的学习参考书。

图书在版编目（CIP）**数据**

中医诊断学/李晶主编. -北京：科学出版社，2001.6
高等医学院校选用教材（供成人教育中医药专业、中西医结合专业使用）
ISBN 7-03-009018-7

Ⅰ.中… Ⅱ.李… Ⅲ.中医诊断学-高等学校：医学院校-教材Ⅳ.R241

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2000）第 81741 号

科学出版社 出版
北京东黄城根北街 16 号
邮政编码：100717

印刷
科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2001 年 6 月第 一 版 开本：850×1168 1/16
2001 年 6 月第一次印刷 印张：22
印数：1-4 000 字数：443 000

定价：33.00 元

（如有印装质量问题，我社负责调换〈新欣〉）

总　序

我国的成人教育已经有了数十年的历史，中医药学作为我国成人教育的重要组成部分，为中医药人才队伍建设和中医药事业的发展做出了积极的贡献。但时至今日，我国尚无专供中医药成人教育尤其是全日制中医药成人教育使用的系列教材，而统编教材和其他类教材，无论从内容还是要求上都难以切合成人教育自身特点，不能较好满足成人教育当前教学、临床、科研工作的需要。为了提高中医药成人教育教学质量，促进中医药成人教育事业的发展，我们在广泛调研和多方论证的基础上，组织了多年从事中医药成人教育教学工作的一线教师和有关专家，着手进行了适应于医学院校中医药专业、中西医结合专业成人教育教学需要的系列教材的研究与编写工作。

本套教材紧扣成人教育特点，遵循成人教育规律，编写过程中，注意把不同的学科置于中医和中西医结合整体学术体系中，注重经典著作、基础理论和临床学科之间的合理衔接，力求避免学科的割裂和内容的重复，从而体现中医、中西医结合学术体系的系统性和科学性。教材坚持理论联系实际的原则，正确处理继承和发扬的关系，在重点介绍具有实用价值的传统中医药基本理论和基本技能的同时，适当吸收了新中国成立 50 年来中医药研究的新进展、新技术和新成果，具有一定的创新性。在内容的深度和广度方面，根据新形势要求，从课程性质、任务出发，注意构筑中医药成人教育人才知识与能力素质结构，强调科学思维和创新精神的培养。为便于成人学员更好地自学自修、掌握课程重点内容、理解难点疑点问题、全面检查学习效果，教材在每章节增列了目的要求、重点内容及复习思考题，教材后还附有 2~ 3 套模拟试题及答案。

全套教材计有中国医学史、中医学导论、中医藏象学、中医病因病机学、中医防治学、中医诊断学、中药学、方剂学、中医内科学、中医外科学、中医妇科学、中医儿科学、中医骨伤科学、中医眼科学、中医耳鼻喉科学、中医肛肠病学、中医皮肤病学、针灸学、推拿学、内经教程、伤寒论教程、金匮要略教程、温病学、中医各家学说、中西医结合内科学、中西医结合妇产科学、中西医结合儿科学、中西医结合急症学、中西医结合传染病与流行病学、中西医结合临床研究思路与方法学、中药药理学等 31 门。

此外，根据国务院国发[1993]39 号《关于禁止犀牛角和虎骨贸易的通知》，这两种药品已停止供药用，本套教材中古医籍或方剂涉及这两药时，仅供参考，建议使用其代用品。

鉴于目前中医药成人教育中医药专业、中西医结合专业系统教材的编写尚无

更多可资借鉴的成功经验，因此在教材的编写中存在着相当的难度，但考虑到中医药成人教育蓬勃发展的需要，我们不揣自陋，在成人教育教材建设上进行了此项尝试。可以肯定，本套教材一定存在着这样那样的不足之处，因而希望同行和读者在使用过程中，提出宝贵意见，以便我们进一步修订和改进，从而为我国中医药成人教育事业做出应有的贡献。

编写委员会

2000 年 5 月

编写说明

中医诊断学是在中医基础理论指导下，研究如何诊察病情，识别病证的一门学科。它是中医学各专业的专业基础课，是基础理论与临床各科之间的桥梁。

中医诊断学包括诊法、辨证、辨病和病案四大部分，四者互相联系，不可分割。本教材的编写是根据卫生部颁发的《中医诊断学》教学大纲所规定的内容，在第五版《中医诊断学》统编教材的基础上，参照六版《中医诊断学》规划教材的有关内容进行修改补充编写而成。根据成人教育的需要，力求做到内容详略得当，论述精练准确，并注意突出教材的实用性、系统性和完整性。

编写分工："绪论"、"问诊"、"八纲辨证"、"病因辨证"、"气血津液辨证"、"卫气营血辨证概要"、"三焦辨证概要"，由李琳荣编写；"脏腑辨证"、"经络辨证"、"六经辨证"、"诊断与病案"由李晶编写；"附篇"由李晶、李琳荣共同编写；"望诊"由严芳编写；"闻诊"、"切诊"由史俊芳编写。

由于编者的水平有限，加之编写时间较紧，书中不妥之处在所难免，欢迎批评指正。

编　者

2000 年 9 月

《中医诊断学》编写人员

主　编　李　晶

副主编　李琳荣

编　者　李　晶　李琳荣

史俊芳　严　芳

本套教材编写委员会

审订委员会主任 陶功定

编写委员会主任 白兆芝

总　　主　　编 张俊龙

副 总 主 编 施怀生　刘　星　王亚达

编　　委 (以姓氏笔画为序)

门九章　马彦平　毋桂花　王亚达　王茂盛

王晓鹤　冯　明　冯俊婵　白兆芝　乔　模

任建国　刘　星　师建梅　邢维萱　闫润红

张克敏　张俊龙　李　晶　李明磊　邹本贵

苗润田　施怀生　赵存娥　赵尚华　赵建浩

贾丽丽　项　祺　秦艳红　康　永　冀来喜

目　　录

总序
编写说明

1　绪论……（1）
1.1　中医诊断学的主要内容……（2）
1.2　中医诊断学的基本原理……（3）
1.3　中医诊断学的基本原则……（4）
1.4　中医诊断学的发展简史……（6）
1.5　学习方法和要求……（9）
2　望论……（11）
2.1　全身望诊……（13）
2.2　局部望诊……（26）
2.3　望排出物……（42）
2.4　望小儿指纹……（45）
附　望鱼际络脉与望爪甲……（47）
2.5　舌诊……（48）
3　闻诊……（68）
3.1　听声音……（68）
3.2　嗅气味……（75）
4　问诊……（80）
4.1　问诊的方法及注意事项……（81）
4.2　问诊的内容……（82）
4.3　问现在症……（85）
5　切诊……（105）
5.1　脉诊……（106）
5.2　按诊……（142）
6　八纲辨证……（150）
6.1　八纲辨证的概念与源流……（151）

6.2 八纲基本证候 …… (151)
6.3 八纲证候之间的关系 …… (160)
7 病因辨证 …… (168)
7.1 六淫疫疠证候 …… (169)
7.2 七情证候 …… (173)
7.3 饮食劳伤证候 …… (173)
7.4 外伤证候 …… (173)
7.5 毒证 …… (174)
7.6 脓证 …… (174)
7.7 虫积证 …… (174)
8 气血津液辨证 …… (176)
8.1 气病辨症 …… (176)
8.2 血病辨证 …… (179)
8.3 津液病辨证 …… (181)
9 脏腑辨证 …… (185)
9.1 心与小肠病辨证 …… (186)
9.2 肺与大肠病辨证 …… (190)
9.3 脾与胃病辨证 …… (195)
9.4 肝胆病辨证 …… (199)
9.5 肾与膀胱病辨证 …… (204)
9.6 脏腑兼证 …… (207)
10 经络辨证概要 …… (215)
10.1 十二经脉病证的特点 …… (216)
10.2 奇经八脉病证的特点 …… (216)
11 六经辨证概要 …… (217)
11.1 六经辨证的概念 …… (218)
11.2 六经病的合病、并病、传经与直中 …… (223)
12 卫气营血辨证概要 …… (225)
12.1 卫气营血的证候与病理 …… (226)
12.2 卫气营血证候的传变 …… (228)
13 三焦辨证概要 …… (229)
13.1 上焦病证 …… (230)
13.2 中焦病证 …… (230)
13.3 下焦病证 …… (231)

13.4 三焦病证的传变 …… (231)
14 诊断与病案 …… (233)
14.1 诊断 …… (234)
14.2 病案 …… (239)

附篇 …… (251)
一、原文选录 …… (251)
二、症状鉴别诊断 …… (275)
三、证候鉴别诊断 …… (303)
四、病例分析 …… (307)
模拟试题 …… (321)
参考文献 …… (333)

1

绪　论

目的要求

1. 掌握病、证、症的含义及其相互关系。掌握中医诊断学的基本原则。
2. 熟悉中医诊断学的基本原理、主要内容。
3. 了解中医诊断学的发展概况。

重点内容

1.《中医诊断学》的性质、地位和教学目的。
2. 中医诊断学的主要内容：诊法、辨病、辨证、病案。病、证、症的含义及其相互关系。
3. 中医诊断学的基本原理：司外揣内、见微知著、知常达变。
4. 中医诊断学的基本原则：整体审察、诊法合参、病证结合。
5. 中医诊断学的发展简史。
6. 中医诊断学的学习方法和要求。

中医诊断学是在中医学理论指导下，研究如何诊察病情、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。它是中医学各专业的一门专业基础课，是基础理论与临床各科之间的桥梁。正确的诊断是正确治疗的前提和基础，它源自医生对病人病情的周密诊察和精确判断，是疾病诊治过程中的重要环节。而中医诊断学就成为中医学理论体系的重要组成部分，在中医临床上占有举足轻重的

重要地位。

1.1 中医诊断学的主要内容

中医诊断学的主要内容，包括诊法、辨病、辨证和病案四部分。

1.1.1 诊法

诊法是中医诊察、收集病情资料的基本方法。主要包括望、闻、问、切四诊。望诊是医生有目的地察看病人全身和某些局部的神、色、形、态变化以及分泌物、排泄物的形、色、量、质等表现，以了解病情、识别病证的方法。闻诊是通过听病人的语言、呼吸等声音变化及嗅病人发出的异常气味，以辨别病情的方法。问诊是通过询问病人或陪诊者，从而了解病人健康状况、自觉的痛苦与不适和疾病的发生发展、诊疗经过及其他相关情况的方法。切诊是通过触按病人的脉搏和身体有关部位，测知脉象变化及相关异常征象以了解病情的方法。

四诊所收集到的病情资料，主要包括症状和体征，中医统称为症状，或简称“症”。症是人体发生疾病后所表现的各种异常现象。其中病人自觉的痛苦与不适，如头痛、耳鸣、胸闷、腹胀等称为症状；通过检查而发现的病情征象称为体征，如面色苍白、鼻翼煽动、舌苔黄腻、脉濡数等，它们是诊病、辨证的主要依据。故一定要审察全面而准确。

1.1.2 辨病

辨病，即对疾病的病种作出判断并确定病名的诊断思维过程。疾病的病名，是对该病全过程的特点与规律所作的概括，即该疾病的代名词。如疟疾、痢疾、肺痈、消渴、滑胎、痛经、麻疹、夏季热、红丝疔、乳痨、牛皮癣、内痔、股骨骨折、白喉、聚星障等等，都是病名。如何对疾病作出病名诊断，在临床各科中论述。中医诊断学主要对疾病的命名、分类等基本知识作简要介绍。

1.1.3 辨证

“证”是中医学的一个特有概念，是对疾病过程中所处一定阶段的病位、病因病性以及病势等所作的病理概括。它揭示的是疾病当前的内在本质。如脾肾阳虚、膀胱湿热、肝火犯肺等都是具体的证，习惯上称为证候。临床较为常见、典型、证名规范的证，可称为证型。

“辨证”就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因病性等本质作出判断，并概括为完整证名的诊断思维过程，是下一步立法、施治的前提和条件。

中医诊断学主要介绍八纲、病因、气血津液、脏腑、经络、六经、卫气营血、三焦等各种辨证分类方法、辨证思维方式及临床常见证型的概念、临床表现及辨证分析过程。其中八纲是辨证的总纲，病因和气血津液辨证是八纲辨证中寒、热、虚、实辨证的具体深化，而脏腑、经络、六经、卫气营血、三焦辨证，则是八纲表里定位的进一步深化。脏腑、经络辨证主要用于杂病的辨证，六经、卫气营血、三焦辨证主要用于外感病的辨证。

1.1.4 病案

病案又称医案，古称诊籍，现称病历，是临床诊疗过程的书面记录。即把病人的详细病情、病史、诊断和治疗经过等情况，都如实地记录下来。它是医疗、教学、科研的重要资料，必要时将成为重要的法律依据。故病案书写是医生必须掌握的基本技能，因而也是《中医诊断学》必不可少的内容之一。

1.2 中医诊断学的基本原理

中医学认为，人体是一个有机的整体，内而五脏六腑，外而四肢百骸，无不紧密相连，相互为用。局部病变可以产生全身性的病理反应，全身的病理变化也可反映于局部。因此，疾病变化的本质虽然是内在的，但必有一定的症状、体征反映于外。通过审察反映于外的各种疾病现象，在中医学理论指导下进行综合分析，便可求得对疾病本质的认识。正如《素问· 阴阳应象大论》说："以我知彼，以表知里，以观过与不及之理，见微得过，用之不殆"，揭示了中医诊断学的基本原理是建立在整体观念和普遍联系的认识之上。

1.2.1 司外揣内

这一原理源自《内经》。《灵枢· 外揣》曰："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，影之应形。故远者司外揣内，近者司内揣外。"《灵枢· 本脏》说："视其外应，以知其内脏，则知所病矣。"古人以生动形象的比喻，说明医生诊断疾病好比日月之投影、水镜之照形、击鼓之有声一样，是通过观察外表的病理现象（症状、体征等），推测内脏的变化，从而认识疾病的内在本质。即所谓"司外揣内"的原理。正如《丹溪心法》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。"

1.2.2 见微知著

“见微知著”，出自《医学心悟· 医中百误歌》。历代医家对其均有阐述。如《灵枢· 五色》将面部分为明堂、阙、庭、蕃、蔽等部，把五脏六腑、形体百骸分属于其中，以面部的色泽、形态变化推测全身病变。《难经· 一难》：“独取寸口以决五脏六腑死生吉凶之法”，说明寸口部位的脉搏形象可以反映全身的、整体的病理变化。耳为宗脉之所聚，耳廓的不同部位能反映全身各部的生理病理变化；唐容川说：“舌为心之苗而居口中，脏腑之气，发于口者，多着于舌，故察舌苔可以诊知脏腑诸病。”五脏六腑之精气皆上注于目，望目可察全身及脏腑的病变等。可见，通过微小的、局部的外在变化，能够测知整体的、脏腑的内在病情，即所谓“见微知著”的诊断原理。临床实践亦证明，某些局部的改变，确实有诊断全身疾病的意义。

1.2.3 知常达变

所谓知常达变的诊断原理，即认识客观事物，必须通过观察比较，在认识正常的基础上，发现太过、不及的异常变化，从而认识事物的性质及变动的程度。正如《素问· 玉机真脏论》说：“五色脉变，揆度奇恒，道在于一。”中医望色、闻声、切脉以诊病，就是从正常中发现异常，从对比中找出差别，进而认识疾病的本质，即属此理。

1.3 中医诊断学的基本原则

中医诊病辨证是一个宏观、定性的认识过程。首先，医生要通过自己的感觉器官望、闻、问、切，直接感知病人的病情变化，然后对千变万化、错综复杂的病证表现进行综合分析，从而认识疾病的本质，对病证作出正确判断。要准确判断病种、辨别证候，必须掌握以下三大原则。

1.3.1 整体审察

人是一个有机的整体，内在脏腑与外表形体、四肢百骸密切相关；人与外界环境也是统一的，其生命活动受到社会、自然等各种因素的影响。当人体脏腑功能旺盛，气血、阴阳调和，能适应外界环境的变化时，则健康无病；外界环境变化太过或不及，人体不能维持正常的生理功能，便产生疾病。而疾病局部的病理变化可以影响全身，全身的病症亦可表现在某一局部；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，说明任何疾病都存在整体影响。如眼病红肿热痛，或因肝经风热上攻，或因心火亢盛上炎，除局

部表现外，还可见发热、头痛、烦躁、易怒等全身症状，单从眼部诊断，则不够全面；而发热、神昏、抽搐等全身表现，又可因心、脑、肾、肝等具体脏腑功能失司所致，或伴随脓耳、牙痛、咳喘、肠痈等局部病症而出现，整体笼统的诊断则影响准确治疗。同时，疾病的发生发展变化往往受到季节气候、地理环境等外在因素的影响。正如《素问· 金匮真言论》曰："春善病鼽衄；仲夏善病胸胁；长夏善病洞泄、寒中；秋善病风疟；冬善病痹厥。"因此，在认识疾病时，不能只注意病变局部或病人个体，而应从整体观念出发，内外结合，全面诊察分析病情，综合识别判断病证。即"整体审察"的基本原则。

临证在运用各种诊法收集病人的临床资料时，就要做到整体审察。不仅对局部的病状进行详细的检查、询问，而且要了解寒热、饮食、二便、睡眠、精神状况、舌象、脉象等全身情况以及病史、体质、家庭、环境、时令、气候等因素对疾病的影响。同时，对病情资料的综合分析，也必须做到全面、准确。不能只注意到当前的、局部的、明显的病理改变，而忽视了疾病的前因后果、演变趋势以及时、地、人、病的特殊性。

1.3.2 诊法合参

所谓"诊法合参"，是指四诊并重，诸法参用，综合收集病情资料。

在整体审察原则指导下诊断疾病，就必须对病人的各种病情资料进行全面而详细的检查和了解。而望、闻、问、切四诊是从不同的角度来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。《难经· 六十一难》指出："望而知之者，望其五色，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，以知其病起所在也，切而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病，病在何脏腑也。"故四诊并用、诊法合参是中医诊断学理论强调的基本原则之一。如《医门法律》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。"如果四诊不全，不能诊察到病人全面而详细的病情资料，便难以作出正确的诊断。张仲景《伤寒论· 自序》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。"例如病人发热头痛，或外感，或内伤，或真热，或假热，看似症状简单，要明确诊断还需详察细问，四诊合参。若望其神色如常，舌苔薄白，舌质少变化；闻其语声重浊，鼻塞不通；问知突然起病，曾感恶寒，发热无汗；切脉浮紧等等，综合分析，应属外感风寒之表证。若病已日久，午后发热，头痛绵绵，形体消瘦，颧红盗汗，尿少便干，舌红少苔，脉细数，当是内伤阴虚之证。若蒸蒸发热，烦渴饮冷，满面通红，气粗息涌，痰涎壅盛，溲赤便秘，即使切诊到手足逆冷，脉象沉迟，亦是真热假寒。若久病、重病之人自觉发热，或欲脱衣揭被，面红如妆，口渴咽痛，神情烦躁，脉浮大或数，但细察之，体温虽高而胸腹无灼热，下肢必厥冷；面虽潮红但浮游不定，非满面红赤；口虽渴但不欲饮；咽虽痛但不红肿；虽烦躁不宁但觉疲乏无力；脉虽浮大或数但按

之无力；且伴见小便清长，下利清谷，舌质淡嫩等，实属真寒假热之证。实际上，临床诊病时四诊的运用过程是难以截然分开的。如对排出物的诊察，既要望其形色性状，又要闻其气味，还要问其感觉。又如腹部检查，也需望其色泽形状，叩诊而听其声音，按诊而知其冷热、软硬，并问其喜按、拒按等。临床往往是望时有问、有闻，通过问诊而提示检查的内容。不必拘泥望闻问切的诊察顺序。

需注意的是，诊法合参并不等于面面俱到。由于接触病人的时间有限，只有抓住主要矛盾，有目的、有步骤、有重点地收集临床资料，才能快速而准确地完成诊断过程。尤其对危急重症患者，应以抢救生命为先，不必苛求当时就完成详细而全面的四诊检查。

1.3.3 病证结合

“病”和“证”是中医学中密切相关的两个概念，是从不同侧面对疾病本质的抽象概括。辨病是从疾病的全过程、规律性、特征性上认识其病变本质，辨证则重在认识疾病当前阶段的主要矛盾。中医诊病既重视疾病的变化规律和基本矛盾，又要抓住疾病当前的主要矛盾，才能为临床治疗提供立法依据和选方用药原则。所以中医学强调辨病与辨证相结合。只强调辨证而忽视辨病，或只辨病而不进行辨证，都是不恰当的。

临床实践中，当疾病的特征明显、诊病依据充分时，可先辨病后辨证。确定了病名，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。当疾病的本质反映得尚不够充分时，则先辨证后辨病。如此既有利于当前的治疗，又可通过对证的变化的观察，逐步揭示疾病的本质。

1.4 中医诊断学的发展简史

中医诊断病证的理论和方法源远流长，其理论体系的形成和发展经历了漫长的历史时期，是历代医家临床经验的积累和总结。早在《周礼· 天官》便有“以五气、五声、五色， 其死生”的记载。公元前 5 世纪的著名医家扁鹊就能“切脉、望色、听声、写形，言病之所在。”

春秋战国时期成书的《黄帝内经》，不仅在诊断方法上奠定了望闻问切四诊的基础，而且认为诊断疾病必须结合致病的内、外因素加以全面综合考虑，为中医辨证理论的形成和发展创造了有利条件。如《素问· 疏五过论》曰：“凡欲诊病者，必问饮食居处，暴乐暴苦……”，并说：“圣人之治病也，必知天地阴阳，四时经纪，五脏六腑，雌雄表里，刺灸砭石，毒药所主，从容人事，以明经道，贵贱贫富，各异品理，问年少长，勇怯之理，审于分部，知病本始，八正九候，诊必付矣。”说明在诊病时，不能孤立地看待疾病所产生的症状和体征，应联系到四时气候、地方水土、生活习惯、性情好恶、体质强弱以及年龄、性别、职业等，方能全面了解病情，作出正确的诊断。《难经》对望闻问切四诊的论述较《内经》更为详细，认为

四诊是神圣工巧的技能，尤其在脉诊方面，提出“独取寸口”的诊脉方法，对后世影响颇大。

西汉名医淳于意（仓公）创立“诊籍”，开始详细记录病人的姓名、居址、病状以及治疗方药及就诊日期等，作为复诊的参考资料。是现存最早的病案记载。

东汉伟大的医学家张仲景，集一生心血著成的不朽之作《伤寒杂病论》，总结了汉以前的诊疗经验，以六经为纲辨伤寒，以脏腑为纲辨杂病，将病、脉、证并治；理、法、方、药有机地结合起来，建立了辨证论治的理论；在疾病的分类上基本做到了概念清楚、层次分明，具有很高的诊断水平，奠定了中医诊断学的理论基础。东汉末年名医华佗著《中藏经》，其中论证、论脉、论脏腑寒热虚实、生死顺逆之法，甚为精当，是其诊病辨证等学术经验的具体体现。

随着历史的发展和医学的进步，晋唐时期的医家，大多把诊断与治疗结合起来进行研究。但亦有诊断学专著出现。西晋王叔和所著《脉经》，集汉以前脉学之大成，在具体阐述脉理的前提下，联系临床各科脉证，分述三部九候、寸口诊法、24脉等，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，对世界医学产生广泛影响。晋代的有关医籍中，对传染病、内外妇儿各科疾病的诊断已有比较翔实、具体的记载。如葛洪的《肘后备急方》基本能从发病特点和临床症状上对天花、麻风等传染病作出诊断。书中还有对黄疸病人的实验观察，书中“初惟觉四肢沉沉不快，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。”是对黄疸进行实验诊断的较早记载。南齐· 龚庆宣的《刘涓子鬼遗方》对痈、疽、疮、疖作出较明确的诊断，代表了当时外科疾病诊断的发展水平。

隋· 巢元方等编撰的《诸病源候论》是我国第一部论述病源与证候诊断的专著。全书分 67 门，列各种疾病的病候 1739 论，以内科疾病为多，其他各科病症也有详细记载，如外科仅金创就有 27 种，眼科有 38 种，妇科有 140 多种，内容丰富，诊断指标明确。对一些传染病、寄生虫病、妇科病、儿科病等的诊断，更有不少精辟论述，充实和发展了中医诊断学的内容，对后世影响很大。

唐代虽没有诊断学的代表性专著出现，但有关四诊和辨证的论述颇多，均散在于临床各科的著作中。如孙思邈的《千金方》对诊断原理和诊断方法都有深入研究。强调诊病要透过现象看本质，不为外部现象所迷惑。并重视察色和按脉，注重分析病源和病机演变。钱乙的《小儿药证直诀》开创了脏腑证治的先河，为脏腑辨证理论的形成奠定了基础。

宋· 朱肱的《南阳活人书》强调治伤寒必须详细诊察脉证，辨明表里虚实，并认为切脉是辨证的关键。陈无择的《三因极一病证方论》提出著名的“三因学说”，从内因、外因、不内外因辨证论治，为后世病因辨证理论的形成产生重要影响。南宋· 施发的《察病指南》专论诊法，并绘脉图 33 种，以图示脉，颇有特色。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。

金元时期，中医诊断理论与临床有许多新的进展。如戴起宗撰《脉诀刊误集解》，刊正前人谬误，于脉学殊有裨益。滑寿的《诊家枢要》专载诊法，尤其对 3

岁以内小儿诊察食指络脉的方法有新的进展。刘明的《幼幼新书》强调了望络脉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”。元代的敖氏著《点点金》、《金镜录》，论伤寒舌诊，分 12 图，是我国第一部舌诊专著，现已遗失，今所见的敖氏《伤寒金镜录》为后经清代的杜清碧增补之作。金元四大家在诊疗上亦各有特点：刘完素诊病，重视分析病机；李东垣诊病，重视四诊合参；朱震亨诊病，主张从外知内；张子和诊病，重视症状的鉴别诊断。

明清时期的医家对诊病的原理、辨证的方法，更有进一步的阐发。对脉诊与舌诊发展尤为突出。

明· 张介宾《景岳全书》的内容十分丰富，其中《脉神章》对脉神、正脉 16 部及脉之常变的论述甚为精辟；《传忠录》中“十问篇”对问诊的主要内容加以概括，纲举目张，详细得中，后世编成“十问歌”，对初学者多有益处；《传忠录》中“二纲六变”之论对后世八纲辨证理论的形成颇有影响。

明· 李时珍取诸家脉学之精华，以歌诀的形式编撰《濒湖脉学》，详述 27 脉的脉体、主病和相似脉的鉴别，言简意深，便于习诵，为后世所推崇。明末李中梓的《诊家正眼》在此基础上加一“疾脉”，形成今之所学 28 脉体系。清代李延罡的《脉诀汇辨》以脉参症，体现了脉诊在临床上的灵活运用；周学霆的《三指禅》以缓脉为权衡诸脉的标准，鉴别比较各种脉象，切合临床实用；贺升平的《脉要图注详解》博采众说，以图示脉，颇具特色；特别是沈金鳌的《脉象统类》和《诸脉主病诗》，对脉理的论述甚为可取。此外，徐灵胎的《　溪脉学》，周学海的《重订诊家直诀》，罗浩的《诊家索隐》，管玉衡的《诊脉三十二辨》等脉诊著作都充实和发展了脉学理论。

舌诊的研究，在清代成绩突出，众多的舌诊著作附有舌图。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。还有傅松元的《舌胎统志》，刘以仁的《活人心法》等内容丰富，经验颇多。民国时期刘恒瑞的《察舌辨证新法》，曹炳章的《彩图辨舌指南》，杨云峰的《临症验舌法》等都是研究舌诊的较好资料。还有一些非舌诊专著，如叶天士的《外感温热篇》、王孟英的《温热经纬》等对温病辨舌验齿颇有经验，充实、丰富了舌诊的内容。

四诊的综合性研究，影响较大者如清· 吴谦等编撰的《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，便于习诵。林之翰的《四诊抉微》，强调色脉并重、四诊合参。此外，张三锡的《医学六要· 四诊法》，何梦瑶的《四诊韵语》，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。特别是汪宏的《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，以全身各部位的神、形、色、泽和汗、血、便、溺的形、色、量、质等各种变化进行辨证并预测其顺逆安危，为全面论述望诊的专著。

承袭前人经验，明清时期对诊病、辨证的研究更为深入。明· 方隅的《医林绳墨》，王执中的《伤寒正脉》，程国彭的《医学心悟》以及张景岳的《景岳全书》都认为阴阳、表里、寒热、虚实是诊病辨证的大法，并结合临床实践加以论述，实为八纲辨证之精髓。杂病辨证以明· 王肯堂的《证治准绳》、清· 徐大椿的《兰台轨

范》，沈金鳌的《杂病源流犀烛》等论述精当，见解独特，切合实用。明清医家对外感病辨证的认识更有突破性的发展。元末明初王安道的《医经溯洄集》对伤寒、温病作了原则上的区分。清· 杨璇的《伤寒温疫条辨》从病因证治上辨别温病与伤寒。尤其是吴又可的《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《温热论》创立卫气营血辨证理论，吴鞠通的《温病条辨》创三焦辨证之法，薛生白的《湿热条辨》，王孟英的《温热经纬》，余师愚的《疫疹一得》等，都记载了丰富的温热病诊疗经验，完善了温病学的辨证理论体系。其中有不少传染病诊疗专著，如明· 卢之颐的《 疟论疏》，专论疟疾常症与变症的证治；《时疫白喉提要》、《白喉全生集》、《白喉条辨》等为白喉专著；《麻科活人全书》、《郁谢麻科合璧》、《麻证新书》、《麻证集成》等为麻疹专著；王孟英的《霍乱论》、罗芝园的《鼠疫约编》较详细地论述了霍乱、鼠疫的诊断与辨证。

近百年来，中医诊断学的发展、研究进一步深入。编撰出版了许多专业书籍，尤其是陈泽霖等的《舌诊研究》、赵金铎等的《中医症状鉴别诊断学》、《中医证候鉴别诊断学》以及《中医诊断学》系列教材等等，使中医诊断学的内容更为系统、完整、准确。特别是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。对症状和体征不明显的患者，借助于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。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，也进行了多学科综合研究，获得了一些新的成就。我们深信，在科学技术突飞猛进，理论知识日新月异的今天，中医的诊断学术会有更新的发展。

1.5 学习方法和要求

中医诊断学是一门理论性和实践性很强的学科，是中医基础理论、基本知识和基本技能在疾病诊断中的具体运用。学习中医诊断学，既要掌握一定的理论知识，又要学会实际操作，因此，必须培养正确的学习方法。

(1) 熟练掌握中医学的基本理论：因为中医学的诊病方法和辨证思维，如诊察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，无不涉及到阴阳五行、精神气化、脏腑经络、气血津液、病因病机等基本理论。这些基本理论是归纳、分析诊法所收集的临床资料，确定它们相互间的病理生理联系及其临床意义的重要依据。因此，在学习中医诊断学时，既要深入理解、掌握本门课程的基本理论、基本知识，还要复习、运用已经学过的中医学基础理论，以指导诊断基本技能的学习、掌握和运用。

(2) 重视临床实践锻炼：前人说："熟读王叔和，不如临证多"，强调了临床实践在学习中医诊断学中的重要性。如对神气、色泽的判断，舌苔舌质的诊察，各种脉象的体会等等，不通过临床实践，单从理论上理解是难以真正认识、掌握的。又如书本上学到的是最典型、最基本的病证诊断知识，而临床上的病情复杂多变，不

通过临床实际锻炼，面对病人往往会不知所措。因此，一定要勤学多练，正规操作。积极主动地参加临床实践，争取多接触病人，反复训练，不断加深对书本理论知识的理解、掌握，锻炼望闻问切诊断技巧、辨证分析和病案书写的基本技能，逐步达到熟能生巧的目的，切忌马虎失责，浅尝辄止。在临床实践时，要关心体贴病人，态度和蔼、关怀爱护、耐心细致，并培养严谨的学风和高尚的医德医风。

（3）训练中医辨证思维方式：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。临床诊病不明、辨证不准，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和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，还要掌握自然辩证法、医学辩证法、逻辑学等有关思维科学，注意中医特有的思维方法、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。

此外，在学习中还要联系相关学科内容，运用现代科学技术成果，不断深化、拓展本学科的知识和内容，以适应现代临床需要。

复习思考题

1. 何谓中医诊断学？其学科性质及临床意义如何？
2. 中医诊断学有哪些主要内容？
3. 如何理解中医诊断学的基本原理？
4. 中医诊断学的基本原则是什么？
5. 怎样划分中医诊断学的历史发展阶段？
6. 试述先秦至秦汉时期中医诊断学的奠基之作有哪些？
7. 晋隋唐时期中医诊断学的成就如何？
8. 宋金元时期中医诊断学有哪些重要成就？
9. 试述张景岳对中医诊断学的重要贡献。
10. 《濒湖脉学》的作者是谁？其学术价值如何？
11. 举例说明清代四诊综合研究的成就？
12. 明清时期辨证学的成就如何？试举例说明。
13. 病案记载成熟的标志是什么？
14. 何谓病、证、症？三者的联系与区别是什么？
15. 学习中医诊断学应注意哪些方法？

（李琳荣）

2

望　诊

目的要求

1. 掌握得神、失神、假神、常色和病色的特征及其临床意义。掌握舌诊的方法，正常舌象的表现，异常舌象的表现及其一般临床意义。能够识别临床常见舌象。

2. 熟悉常见异常形体、姿态的表现，色泽变化及五色所主病证。熟悉舌的结构，舌诊原理。

3. 了解望形体、望姿态、望头面五官、望肢体皮肤、望二阴、望排出物、望小儿指纹的基本方法。了解舌诊的研究进展。

重点内容

1. 望诊的概念：望神色形态和望局部诊病辨证的原理，望诊的方法。

2. 望神：得神、失神、假神的典型表现、识别方法及其临床意义。

3. 望色：正常色泽和病色的区别，面部色诊的分属部位，五色所主的病证。

4. 望形体：强、弱、胖、瘦、常见畸形等的表现及其临床意义。

5. 望姿态：常见异常姿态的表现及其临床意义。

6. 望头面五官：望头面与发、望目、望鼻、望耳、望口与唇、望齿与龈及咽喉的基本内容，常见异常表现及其临床意义。

7. 望肢体：望颈项、望胸胁、望腹部、望背部、望腰部、望四肢等的常见异常表现及其临床意义。

8. 望二阴：望前阴、望后阴的常见异常表现及其临床意义。

9. 望皮肤：全身皮肤色泽变化及斑疹、水疱、痈疽、疔疖等的表现及其一般临床意义。

10. 望排出物：痰涎、呕吐物、大便、小便等色、质、量变化的内容及其一般临床意义。

11. 望小儿指纹：望指纹的方法，正常指纹，指纹变化的一般临床意义。

12. 舌诊原理，舌诊的临床意义，诊舌的方法和注意事项，舌诊的内容和正常舌象。

13. 望舌体：舌色的淡、白、红、绛、青、紫，舌形的老嫩、荣枯及胖瘦、点刺、裂纹、齿痕等，舌态的强硬、痿软、颤动、歪斜、短缩、吐弄，舌下络脉等的表现及其临床意义。

14. 望舌苔：苔质的厚薄、润燥、腐腻、剥落，苔色的白、黄、灰黑的表现及其临床意义。

15. 舌象分析要点。

望诊是医生运用视觉观察病人的神色形态、局部表现，舌象、分泌物和排泄物色质的变化来诊察病情的方法。

望诊在诊法中是形成和发展最早的一种诊法，因为视觉最为直观方便，在感知客观事物中占首要地位。故望诊在中医诊断学中占有重要的地位，被列为四诊之首，并有“望而知之谓之神”之说，这是因为人的视觉观察在认识客观事物中具有重要的作用，据现代研究，人们由视觉所获得的信息量，占全部信息的 80%。而病人神色形态等方面的外部表现，只有通过望诊才能了解，而这些又是临床诊断的重要依据。所以充分利用视觉，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成熟，也是医生职业所必需的。

中医学的长期实践证明，人是一个有机联系相互制约的整体，机体的外部，特别是精神、面色、舌象与内在脏腑气血的关系十分密切。如果内在的脏腑气血有了病变。必然会从体表和外露的相关部位反映出来，所以通过望诊观察病人外部的神、色、形、态的异常变化，可以诊察内在脏腑的虚实和气血的盛衰等病变情况。望诊就是要达到从外知内，见症知病的目的。

要想获得准确而客观的依据，必须排除干扰，首先应选择光线充足的地方进行，以柔和的自然光线为佳。若在夜间或暗处，应在日光灯下进行望诊，必要时白天再进行复诊，但注意人工光线带来的影响，要避开有色光线。同时应选择适当的体位，充分暴露受检部位，并应注意诊室温度，才能保证病情资料的客观准确。对病人进行望诊时，动作要敏捷迅速，充分运用专业的洞察力来诊察疾病，但应注意要有重点、有步骤、分清主次，细心观察。同时，运用整体观念，并结合病情动态发展进行分析比较，才能准确地作出判断。同时还要注意将望诊与其他诊法密切结

合，四诊合参，才能全面而系统地了解病情，判断疾病。

兹将望诊的内容分为全身望诊（望神、色、形体、姿态）、局部望诊（望头面、五官、躯体、四肢、二阴、皮肤）、舌诊（望舌体、舌苔）、望排出物（望痰涎、呕吐物、大便、小便等）、望小儿指纹（附：望鱼际络脉、爪甲）5个部分叙述。

一般望诊的顺序是，先观察全身神色形态，再进行局部望诊，但在运用时，不必严格拘泥于此，应根据临床实际综合运用。

2.1 全身望诊

全身望诊，是医生在诊察病人时，首先对病人的神色形态等整体表现进行扼要观察，以了解整体情况的诊病方法。通过全身望诊，可对病情的轻重缓急和病性的寒热虚实获得一个总体的印象，为进一步深入细致地诊察病情打下基础。进行全身望诊要求在暂短的时间内洞察疾病，对病情作出大体、初步的估计。在此基础上，再根据具体病情的需要，作深入细致的诊察。

2.1.1 望神

望神是通过观察病人生命活动的总体表现（包括脏腑组织功能活动与思维意识状态）来诊察病情的方法。

中医学认为神有多种含义，就望“神”之神而言，其概念是指机体脏腑组织功能活动和精神意识状态的综合，包括精神意识、思维活动、面色眼神、形体动态、语言呼吸和对外界的反应等各个方面。因此，也可以说神是对人体生命现象的高度概括。

2.1.1.1 望神的原理和意义

神的本质是物质的，神产生于先天之精，而又必须依赖后天水谷精微的滋养。只有当先后天之精充足，由精所化生的气血津液充盛，脏腑组织功能正常，人才能表现为有神。由此可见，神是以先后天之精及其所化生的气血津液为物质基础，并通过脏腑组织的功能活动表现出来，精、气、神三者有十分密切的关系，精是生命的形态结构，气是生命的动力，神是生命的主宰，精气神被誉为“三才”、“三宝”，三位一体，兴衰与共。精充气足，则体健神旺，抗病力强，即使有病也多属轻病，预后较好；精亏气虚，则体弱神衰，抗病力弱，有病多属重病，预后较差。所以，神是人体生命活动的高度概括，通过望神就可以了解人体脏腑精气的盛衰、病情的轻重，并判断疾病的预后吉凶。

2.1.1.2 望神的注意事项

(1) 重视诊察病人时的第一印象

医生与患者之间的信息交流，必然依靠精神联系，而人之神气在有意无意之间

流露最真，所以医生要重视对病人的第一直觉印象，做到清心凝神，冷眼观察，一会即觉，不宜过泥，泥则私意一起，医生与患者神气相混，反觉疑似，难以捉摸。所以望神的方法是以神会神，当接触病人时，要求通过短暂的观察，就能对病人神的旺衰和病情的轻重有一个初步的印象。

(2) 做到神形合参

“神形合参”指诊病时将病人的精神意识状态和形体状况综合起来，加以判断。因神为形之主，形为神之舍，两者关系密切。如体健则神旺，体弱则神衰。但亦有不一致的，如久病形羸色败，则虽神志清醒，亦属失神；新病昏迷烦躁，虽显形体丰满，亦非佳兆。故必须神形合参。

(3) 抓住重要症状和体征

有些症状和体征对判断失神具有重要意义，应予重视。如卒倒神昏、手撒遗尿；神昏谵语、循衣摸床；骨枯肉脱、形羸色败；饮食不入、泄泻不止等。一旦出现，多属病重失神。

2.1.1.3 望神的主要内容

神概括了生命活动的各个方面，必然在全身有所表现，它是通过精神意识、面色眼神、呼吸语言、形体动态、舌象、脉象和对外界的反应等各个方面表现出来的，并不局限于望诊所见。神的表现是多方面的，而望诊时尤应重点观察两目、神情、气色和体态。

(1) 两目

望神的重点突出地表现于两目，其次是神情、气色和体态。目是五脏六腑的缩影，目与各脏腑关系密切，《灵枢· 大惑论》说：“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精。”说明目为脏腑精气汇聚之处，两目的视觉功能与五脏六腑的精气有着密切关系。此外目系又通于脑，为肝之窍，心之使，神藏于心，外候在目，正如《灵枢· 大惑论》所说：“目者，心使也。”“心者，神之舍也。”说明目的活动是受心神支配的，眼神是心神的外在反映，故望神重点是观察两目。一般而言，凡两目黑白分明，精彩内含，神光充沛，运动灵活，有眵有泪，不燥不涩，视物清晰正确者，为眼有神，是脏腑精气充足，虽病易治。反之，两目晦暗呆滞，失去精彩，运动不灵，无眵无泪，视物模糊错乱，或浮光显露者，为眼无神，是脏腑精气虚衰，病属难治。

(2) 神情

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。人的情志活动以脏腑精气为物质基础，心神主宰人体一切生理活动和心理活动，在人体生命活动中具有重要的作用。若心神功能正常，则人神志清晰，思维有序，表情丰富自然，反应灵敏，预后较好；反之，心神功能失常，则神识昏蒙，思维混乱，表情淡漠，反应迟钝，则为心神已衰，多属病重。

(3) 气色

气色是指人体面部以及全身皮肤的颜色和光泽。皮肤的色泽荣润或枯槁，是脏腑精气盛衰的重要表现。

(4) 体态

体态指人的形体动态。形体丰满还是瘦削，动作自如还是异常，也是机体功能强弱的主要标志。

神既是对人体生命现象的高度概括，必然于全身皆有表现，故判断神之旺衰，除重点观察上述 4 个方面外，还要结合神在其他方面的表现，如语言、呼吸、舌象、脉象等，通过四诊合参，进行综合判断。

2.1.1.4 对神气的判断

神的表现，按神的旺、衰和病情的轻、重可划分为得神、少神、失神、假神 4 种。此外还有以神志失常为主要表现的神乱。其临床表现和意义如下：

(1) 得神

得神又称“有神”，是精充气足神旺的表现。得神是健康的表现；在病中，则虽病而正气未伤，精气未衰，是病轻的表现，预后良好。其临床表现一般为神志清楚，反应灵敏，表情丰富自然，两目精彩，面色荣润，呼吸平稳，语言清晰，肌肉不削，动作自如，饮食如常。其中，神志清楚，语言清晰，面色荣润，表情丰富自然，是心的精气充足的表现；两目精彩，反应灵敏，动作自如，是肝肾精气充足的表现；呼吸平稳，肌肉不削，饮食如常，是脾肺精气充足的表现。总之，得神提示机体功能正常，是正常人的神气，即使有病，也是五脏精气未伤，预后良好。

(2) 少神

少神又称“神气不足”，是精气轻度损伤，脏腑功能较弱的表现，多由气血双虚，心脾两亏或肺肾不足所致。多见于轻病或恢复期病人，亦可见于体质虚弱者。少神介于有神和无神之间，其临床表现一般为精神不振，两目乏神，面色少华，肌肉松软，倦怠乏力，动作迟缓，少气懒言等表现。

(3) 失神

失神又称“无神”。是精亏神衰或邪盛神乱的重病表现，至此已属病情严重阶段，是脏腑功能衰败的表现，多见于慢性久病（虚证）病人和急性（邪实）病人，预后不良。

因精亏神衰而失神者，多见于慢性久病虚证，重病病人，机体功能严重衰减。其临床表现一般为精神萎靡，面色无华，两目晦暗，呼吸气微或喘促，语言错乱，形体羸瘦，动作艰难，反应迟钝，甚则神识不清。提示正气大伤，精气亏虚，属病重。

因邪盛神乱而致失神者，多见于急性邪实，重病病人。其临床表现一般为壮热烦躁，四肢抽搐；或神昏谵语，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；或肝风挟痰蒙蔽清窍，阻闭经络。皆属机体功能严重障碍，气血津液失调，亦属病重。

(4) 假神

假神是危重病人出现的精神暂时“好转”的假象，这是由于脏腑精气衰竭已极，正气将脱，阴不敛阳，以致虚阳外越，是阴阳即将离决的危候，是重病病人临终的

预兆，古人比作“回光返照”或“残灯复明”。其临床表现一般为久病重病本已失神，但突然神识清醒，目光转亮而浮光外露，言语不休，想见亲人；或病至语声低微断续，忽然语声清亮起来；或原来面色晦暗无华，而突然两颧泛红如妆；或原来毫无食欲，突然食欲增强。假神应注意与重病病情真正好转加以区别，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，舌上复生薄白苔，身体功能渐复等。而假神多见于垂危病人，其局部症状的“好转”与整体病情的恶化不相符合，表现为神识等虽突然“好转”，而整体状况并不好转，两者不一致，且为时短暂，病情很快恶化。

表 2-1 得神、少神、失神、假神鉴别表

观察项目	得神	少神	失神	假神
两目	精彩	乏神	晦暗	突然目光转亮，浮光外露
神情	神志清楚，反应灵敏	精神不振	精神萎靡，反应迟钝，或神识不清，或神昏，或卒然昏仆	突然神识清醒
气色	面色荣润	面色少华	面色无华	面色无华而两颧泛红如妆
体态	肌肉不削，动作自如	肌肉松软，倦怠乏力，动作迟缓	形体羸瘦，动作艰难，或烦躁不安，四肢抽搐，或循衣摸床，撮空理线，或两手握固，牙关紧急	
语言	语言清晰	懒言	错乱不清，或谵语	突然言语不休，语声清亮，想见亲人
呼吸	平稳	少气	气微或喘促	

（5）神乱

神乱即精神错乱或神志失常。一般包括脏躁、百合病，以及癫、狂、痫等病，这些精神失常的表现都是由特殊的病因病机和发病规律所决定的，其失神表现并不一定意味着病情的严重性，其特点大多是反复发作而缓解期不出现神志失常。故而神志失常表现只能作为诊病依据而不具有前述失神的临床意义，这是神志失常与精气衰竭的失神在本质上的不同。其临床常表现为焦虑恐惧、狂躁不安、淡漠痴呆、卒然昏倒等。

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

2）狂躁不安：病人狂躁不安，妄行不休，或胡言乱语，疯狂怒骂，或少寐多梦，打人毁物，不避亲疏。多属阳证。常见于狂病，由痰气郁结，化火生热，痰火扰心所致；亦可由外感热病，阳明热盛，蒙蔽神明所致。

3）淡漠痴呆：病人表情淡漠、沉默寡言，或神识痴呆，喃喃自语，哭笑无常，悲观失望。常见于癫病、痴呆等。多属阴证。多因忧思气结，津凝为痰，痰浊蒙蔽心神，或先天禀赋不足所致。

4）卒然昏倒：病人突然尖叫，随即昏倒，两目上视，四肢抽搐，口吐涎沫，常因咬破舌尖而出现血沫，醒后如常。属痫病。多由脏气失调，肝风挟痰上逆，阻闭清窍，或痰火扰心引动肝风所致。

2.1.2 望色

望色，又称“色诊”，是通过观察病人全身皮肤（主要是面部皮肤）的颜色和光泽变化来诊察病情的方法。望色的意义在于，可诊察脏腑的虚实、气血的盛衰，疾病的寒热性质、病情的轻重和预后。

色诊在临床诊病中具有重要的价值，早在两千多年前的《内经》中就有望色诊病的详细记载，后又受到历代医家的普遍重视，在《伤寒论》等中医经典著作中，对色诊的论述也很多。

望色以望面部气色为主，还包括对体表黏膜、分泌物和排泄物色泽的观察。本节重点叙述望面色，其他参见有关章节。

2.1.2.1 望色诊病的原理

五脏六腑气血通过经脉上荣于面，表现为各种色泽的变化，面部的色泽是脏腑气血的外在表现。故望色泽可测知脏腑的气血盛衰和病情的变化。又由于面部的血脉丰盛，为脏腑气血之所荣，加之面部皮肤薄嫩，其色泽变化易于观察，故将面部作为望色的主要部位。正如《灵枢·邪气脏腑病形篇》所说：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。”所以，人体脏腑的虚实、气血的盛衰、病邪的性质及邪气的部位，都会在面部有所反映。

根据中医整体观念，脏腑在面部各有其相对应的部位，将面部色泽的变化与不同部位结合起来，可进一步了解病情，诊察相应脏腑的病变。在《内经》中，论述了面部不同部位分候不同的脏腑，其具体划分方法主要有两种：

（1）《灵枢·五色篇》的面部分候脏腑方法

将面部的不同部位加以命名：前额称为庭、颜；眉间称为阙，鼻称为明堂，颊侧称为藩，耳门称为蔽（图 2-1）。图中所示庭（即前额）候首面，阙上（即眉心之上）候咽喉，阙中（即眉心）候肺，阙下（即鼻根，又称下极、山根）候心，下极之下（即鼻柱，又称年寿）候肝，肝之左右（即鼻柱两旁）候胆，肝下（即鼻端，又称准头、面王）候脾，方上（即鼻翼）候胃，中央（即颧下）候大肠，挟大肠（即颊部下方）候肾，面王以上（即鼻端两旁上方）候小肠，面王以下（即人中部位）候膀胱、胞宫（图 2-2）。

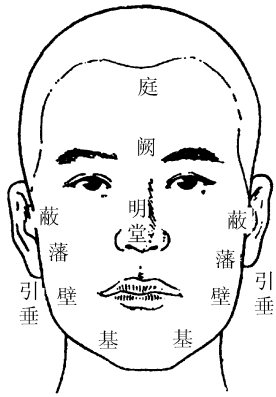

图 2-1 明堂藩蔽图



图 2-2 面部色诊分属部位图

(2)《素问· 刺热篇》的面部分候脏腑方法

以额部候心，鼻部候脾，左颊候肝，右颊候肺，颏部候肾。

以上两种面部分候脏腑的方法在临床诊病时必须灵活运用，不能过于机械呆板。应用时，应以观察病人面部整体色泽变化为主，同时参考分部色诊进行诊断。

2.1.2.2 色与泽的意义

望面色应观察面部皮肤的颜色和光泽。

面部颜色属血、属阴，是血色与肤色相兼的外在表现。可反映血液盛衰和运行的情况。在病理状态下，则可反映疾病的不同性质和不同脏腑的疾病。前人根据五行学说和藏象理论，五色配五脏，青为肝，赤为心，白为肺，黄为脾，黑为肾，且五色变化能反映精血盈亏。五色又反映疾病的不同性质，一般认为青黑为痛，黄赤为热，白为寒。所以脏腑气血的盛衰，病邪的性质及邪气的部位，都会在面部有所反映。

面部光泽属气、属阳。是脏腑精气外荣的表现。可反映脏腑精气的盛衰，了解神气的盛衰，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。

在判断病情时，气（即脏腑精气，表现于面部为面色有光泽）与色相比较，气的盛衰有无比色更为重要。正如《望诊遵经》所说；“气至色不至者生，色至气不至者死”。临床必须将气与色两者综合考虑，才能正确判断疾病。

2.1.2.3 常色与病色

常色与病色，是望面色的主要内容。

(1) 常色

常色即正常的、无病的面色。常色的特点是明润、含蓄。我国人属黄种人，其正常面色是红黄隐隐，明润含蓄。明润，即面色光明润泽，是有神气的表现，显示人体精充气足神旺、脏腑功能正常。含蓄，即面色红黄隐隐，隐含于皮肤之内，而不特别显露，是胃气充足、精气内含而不外泄的表现。

由于人们体质、禀赋不同，有人可能面色偏红、偏黑、偏黄或偏白；由于生理活动的变化，有时面色可能偏青、偏白或偏红。这些都属正常现象，所以常色又可分为主色和客色两种：

1）主色：是人生来就有的基本面色，属个体差异，一生基本不变，故称为主色。古人按五行理论将人的体质分为金、木、水、火、土5种类型，并认为金形人肤色稍白，木形人肤色稍青，水形人肤色稍黑，火形人肤色稍红，土形人肤色稍黄，这些都是主色。另外，由于地区、工作条件等原因造成面色或白或黑或黄或青等等，只要终生不变，都成为主色。

2）客色：是指因季节、气候不同而发生正常变化的面色。人与自然是相应的，面色随外界环境不同而相应地产生变化，故称为客色。按五行理论，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，四季面色皆当黄。又天热时面色可稍赤，是因脉络扩张，气血充盈所致；天寒时面色可稍白或稍青，是因脉络收缩，血行减少而迟滞所致。

此外，人的面色也可因年龄、饮食、起居、情绪、剧烈运动、水土影响等而发生变化，这些都在生理变化范围之内，只要明润含蓄，均非病色。

（2）病色

病色是指因病而发生异常改变的面色。病色的特点是晦暗、显露。晦暗，即面部皮肤枯槁发暗而无光泽，是脏腑精气虚衰、胃气不能上荣的表现。显露，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。如血虚证面色淡白无华即为病色外现；心病面赤显露，枯槁晦暗即为真脏色外露。故病色不仅与相应脏腑的病变有关，而且反映了病邪的性质。

随病情轻重不同，光泽也有不同变化，一般而言，新病、轻病、阳证面色鲜明显露但尚有光泽，而久病、重病、阴证则面色显露与晦暗并见。故病色又有善色和恶色之分。

1）善色：即面色光明润泽。说明虽病而脏腑精气未衰，胃气尚能上荣于面，称为“气至”。多预后较好，易于治疗，故称善色。如阳黄的面黄鲜明如橘皮色即为善色。

2）恶色：即面色枯槁晦暗。说明脏腑精气已衰，胃气已竭，不能荣润于面，称为“气不至”。多预后较差，不易治疗，故称恶色。如脾病面黄显露、晦暗枯槁即为恶色。

现根据《素问·五脏生成篇》对正常面色（常色）、轻病面色（善色）、重病面色（恶色）的生动描述，将五色善恶列表鉴别如下：

表2-2 常色与轻病、重病面色鉴别表

五色	正常面色	轻病面色（善色）	重病面色（恶色）
青	如以缟裹绀	如翠羽	如草兹
赤	如以缟裹朱	如鸡冠	如 血
黄	如以缟裹栝楼实	如蟹腹	如枳实
白	如以缟裹红	加豕膏	如枯骨
黑	如以缟裹紫	如乌羽	如炱

2.1.2.4 望色的注意事项

（1）注意病色与常色的比较

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。病人某一局部的色泽改变，还可与其自身对应部位的正常肤色进行比较。当病情复杂时，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诊断。

（2）注意整体与部分相结合

病人的面部有时有相兼的颜色出现，相兼之色可分见于不同部位，也可浑然一体。根据相兼之色的五行关系来分析，相生为顺，病情多不严重；相克为逆，证多凶险。如白色兼黑、兼黄为相生之色，兼青、兼赤为相克之色。

病与色也有相应与不相应之分，病与色相应为正病正色，若反见他色，病与色不相应，称为病色交错。病色交错之中，又有相生相克的善恶关系，相生为顺，相克为逆，例如肝病见青色为相应，是疾病的正常现象（相应）；若见黑色（水生木）或赤色（木生火），是不相应中的相生之色，属顺证；若见黄色（木克土）或白色（金克木），是不相应中的相克之色，属逆证。余脏仿此。

望色时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。前人根据五行学说提出的五色生克顺逆的理论和《内经》中面部分部色诊的理论可作为临床诊病的参考，但必须四诊合参，灵活运用。

（3）注意面部色泽的动态变化

在疾病过程中，病人的面部色泽会随着病情的变化，发生相应的改变。因此，从面部色泽的动态变化，可以推测疾病的发展和转归。清代医家汪宏根据《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；视色上下，以知病处；积神于心，以知往今”的理论，结合个人经验，加以补充完善，提出“望色十法”，即浮、沉、清、浊、微、甚、散、抟、泽、夭。分别用以判断疾病的表、里、阴、阳、虚、实、新、久、轻、重（见《望诊遵经》）。汪氏总结的望色十法具有望诊纲领的意义，诚如《望诊遵经》所说：“盖十法者，辨其色之气也，五色者，辨其气之色也。”

1）浮沉：浮是指色泽显于皮肤之表，主表证；沉是指色泽沉隐于皮肤之内，主里证。面色由浮转沉，是病由表入里；由沉转浮，是病自里出表。如果久病、重病反见两颧浮红，是虚阳浮越的表现，提示病情危重。

2）清浊：清是指面色清明洁润，主阳证；浊是面色晦暗混浊，主阴证。面色由清转浊，是病由阳转阴；由浊转清，是病由阴转阳。

3）微甚：微是指颜色浅淡，为正气不足，主虚证；甚是指颜色深浓，为邪气盛实，主实证。面色由微转甚，是病因虚致实；由甚转微，是病由实转虚。

4）散抟：散是指色疏散而展开，主新病，或病邪将解；抟是指色壅滞于局部，主久病，或病邪渐聚。面色由抟转散，是病虽久而邪将解；由散转抟，是病虽近而