

診斷學基礎

(医疗系试用教材)

上海第二医学院

一九七三年一月

诊断学基础

目 录

第一篇 病史与体格检查..... 1—64

第一章 病史询问..... 1

第二章 体格检查..... 5

第一节 一般检查..... 5

一、体温..... 5

二、望神色形态..... 7

三、望呼吸..... 8

四、脉搏的检查——切脉..... 9

五、舌的检查——舌诊..... 13

六、皮肤、毛发和淋巴结的检查..... 15

七、头颈部检查..... 18

第二节 胸部检查..... 19

一、胸部标志..... 19

二、胸廓的一般检查..... 20

三、肺部检查..... 21

(一)望诊..... 21

(二)触诊(扪诊)..... 21

(三)叩诊..... 25

(四)听诊..... 27

四、心脏检查..... 32

(一)望诊..... 32

(二)触诊..... 32

(三)叩诊..... 33

(四)听诊..... 34

(五)血管的检查..... 46

第三节 腹部检查..... 46

第四节 脊柱和四肢的一般检查..... 53

第五节 肛门、生殖器检查..... 54

第六节 神经系统的临床检查..... 55

第三章 病历的缮写..... 62

第二篇 实验诊断..... 65—82

第一章 血液检验..... 65

第二章 尿液检验..... 65

第三章 粪便检验..... 65

第四章 肝功能试验..... 66

第五章 肾功能试验..... 70

第六章 体液检查..... 73

第七章 病原生物学检查..... 76

第八章 病理学检查..... 81

第三篇 X线诊断学..... 83—143

第一章 总论..... 83

第二章 呼吸系统..... 85

第一节 引言及检查方法..... 85

第二节 呼吸系统的正常X线表现..... 86

第三节 呼吸系统基本病变的X线表现..... 88

第四节 呼吸系统常见疾病的X线表现..... 93

第三章 循环系统..... 98

第一节	引言及检查方法	98
第二节	心脏和大血管的正常 X 线表现	99
第三节	各房室增大的 X 线表现	101
第四节	常见循环系统疾病的 X 线表现	102
第四章	食管及胃肠道	105
第一节	引言	105
第二节	检查方法及正常的 X 线解剖与生理	106
第三节	基本病变的 X 线表现	112
第四节	常见疾病的 X 线表现	113
第五章	胆道系统	122
	引言	
	检查方法	
	胆囊与胆道不显影的原因	
	胆系结石	
第六章	泌尿系统	125
	检查方法	
	泌尿系统的正常 X 线表现	
	常见疾病的 X 线表现	

第七章	骨骼关节系统	128
第一节	引言及检查方法	128
第二节	骨骼与关节的正常 X 线解剖与生理	128
第三节	骨骼与关节基本病变的 X 线表现	131
	骨骼病变	
	关节病变	
第四节	骨骼与关节常见疾病的 X 线表现	133
	外伤	
	化脓性感染	
	结核	
	骨肿瘤	
	慢性关节病	

第四篇 特殊检查 144—181

第一章	心电图检查	144
第二章	超声波检查的临床应用	156
第三章	放射性同位素检查	163

第一篇 病史与体格检查

第一章 病史询问——问诊

一、引言

临床诊断主要依靠病史和体格检查，其中尤以病史更为重要。有了正确详细的病史，结合正确的体格检查发现，加以综合分析，往往可以得出初步诊断(或称印象、拟诊)，然后再根据初步诊断进行治疗、检查和观察，最终得出病员所患疾病的最后诊断。任何疾病均有它本身的发生发展规律，但这个规律在不同的病员中可以有所变异，另外，它也受治疗措施的影响。因此任何疾病的诊断过程，均是一个动态的过程。在这个过程中，临床观察，主要包括问诊和体格检查，是非常重要的。某些诊断上较疑难的疾病，其最后确诊，往往需要一些辅助诊断方法的配合，包括要作一些实验室检查，这也是完全必要的。但是我们的临床诊断，只能立足于临床，也就是病员的主、客观表现，而决不能完全依赖于实验室的检查。那种单凭化验来作诊断的方法，既是片面主观的，也往往是错误的，我们一定不要养成这个坏习惯。

应该认为绝大多数病员所陈述的病情是真实可信的。因此，我们不要轻易否定或忽视病员的某一症状，或轻率地认为病员的症状纯属功能性的，无器质性病理变化。但是我们**“千万不要忘记阶级斗争”**，阶级敌人也会“借病”来进行各种阴谋活动，或是逃避群众的专政，或是骗取药品、病假，总之其手法可以多种多样，我们必须保持高度的警惕。

伟大领袖毛主席为我们革命的医务人员指明了服务的方向，教导我们要全心全意地为工农兵伤病员服务。因此，我们在向工农兵伤病员询问病史时，也是我们接受工农兵再教育的过程。很多疾病的发生发展，以及它们的转归和预后，是与阶级斗争、社会制度和政治路线密切关联的。年龄较长，尤其是患慢性病的工农兵病员，在他们追述所患疾病的过程时，往往包含一部有深刻阶级教育意义的血泪史，他们对旧社会反动统治进行着无情的揭露和愤怒的控诉；对新社会，他们就表现出无比的热爱和深厚的无产阶级感情。这些都激励我们要更好地为他们服务。不少病员在与疾病作长期斗争中，也累积了丰富的防治实践经验。因此，在为病员服务的同时，询问病史的过程，也是向病员学习专业知识的过程。

病史决不单是病员口述发病经过的记录。这样的记录必然是杂乱无章，抓不住主要矛盾，重点不突出，不易做出综合分析。因此在询问病史时，既要详尽地了解发病全过程，又要根据初步掌握的第一手材料，在思想上作一初步思考，有目的有重点地深入询问和了解病情。这里既要防止主观片面性，给自己和病员定下框框，又要克服盲目性，不分主次地收集了一大堆无关紧要的情况。当然要做到这点是和我们掌握实践和理论知识的深广度密切有关的。因此病史质量的提高，决不是一次能够完成的，而是一个随着实践经验的积累而逐步提高的过程。

二、一般原则

对初诊病员，病史询问必须力求详尽，由近及远地了解病员的主诉、现病史、个人史和家

族史等。对危急病员，应抓住重点，首先要扼要地了解主要病痛。在进行必要的体格检查后，立即进行紧急处理。以后待症状稍缓解后，再补充询问病史；或在进行处理的同时向病员或其家属、陪伴者作进一步的了解。病史工作在作出初步诊断后并未结束，在治疗过程中，如又有新的情况发现，应随时加以补充。一般地讲，病史是在体格检查之前采集的。有时于体格检查后，发现一些原来病史未料到的阳性体征，则须环绕此阳性发现，作进一步的病史询问。门诊急诊史与住院病史的要求，原则上是一致的，但前者由于时间的限制，故要求简明扼要。

三、步骤和方法

凡是能自己陈述的病员，均应让病员自己谈患病的全部经过。神志不清的或儿科病员需由其家属或陪伴者代述。即使如此，如有可能，仍可用简单的语言，询问病员某一症状是“有”还是“无”。有时病员虽不能回答，但可以从表情上加以观察，因为病员直接的陈述或反应总是比较真实无误的。遇病员所讲述的内容离题太远时，我们可以插话加以诱导。

在倾听病员陈述病情时，一方面我们要密切观察其表情，神经类型（较敏感的还是比较有耐受性的），病情的严重程度，以及他对所患疾病的看法（尤其是患慢性病者）。另一方面，我们还要冷静地思考，抓住病员的主要症状，分析它和其他症状之间的关系。某一症状单独存在时，往往涉及病因很广，如果同时伴有其他症状时，就可以逐步缩小我们的思考范围。例如病员告诉我们有剧烈头痛，若仅根据这一点，则很难考虑是什么病因。但是，如果同时伴有高热和呕吐，那么联系在一起，我们就会想到是否是一个急性感染，甚至有无脑膜炎或脑炎的可能。在病员讲完后，往往还需根据上述初步分析的线索，补充询问一些有关症状，为以后的病例分析提供资料。象上面所讲的头痛、发热、呕吐，如果怀疑为脑膜炎时，我们可以再问一下，呕吐与头痛的关系，呕吐是否是喷射性的；肯定或否定的回答，对以后的分析均是有所帮助的。一般地说，凡可以用“是”或“不是”回答的直接提问，可能对病员起暗示作用，这种方法最好少用。此外，当病员提出曾患某种疾病的病名时，应进一步将其主要病情的特点询问清楚才能推测其是否正确。在记录时，对病员所讲的诊断或病名可加一引号。如病员有外单位的病情介绍或转诊单，我们应重视这些材料，既要参考它，但又不要受它的限制，在询问病史时，该段情况虽已有转诊记录，但决不可省略不问。

四、内 容

问诊及完整病历记录应包括以下内容：

（一）一般项目：包括病员的年龄、性别等项目（详见第三章）。必须指出，这些项目，绝不是什么繁琐哲学，而是与我们整个诊治工作密切有关的，一定要认真填写。例如在年龄一项中仅写“成年”而不写出确切的岁数，是一种很不好的习惯。我们知道很多疾病与年龄有密切的关系，某些疾病在老年人中较常见（如癌肿），而在青年人中比较少见，但两者均在“成年”的范围。由于年龄的不同，诊断和鉴别诊断的考虑也不一样了。此外填写不完整也会给工作总结、病例分析或科学研究带来一定的困难。

（二）主诉：主诉即病员的主要陈述，通常是病员最明显的症状或病痛，也是病员就医的主要原因。记载主诉时，词句要简单扼要，突出主要症状（一个或一个以上主要症状）的性质和持续时间。例如“高热三天伴关节酸痛”；“突然神志不清两小时，伴右半身瘫痪”；“突然大量呕血，量约 500 毫升”。通过主诉常可初步估计病员患的是哪一种性质或哪一系统的疾病。

症状的描述要有时间概念，必要时还要有量的估计。

(三)现病史：现病史应包括现在所患疾病的发生发展过程。起病时的具体情况非常重要，例如是突发的还是渐起的。一般地讲，急性传染性疾病往往是突发的，而慢性病往往是渐起的。我们知道有很多疾病在发生之前，常有一些诱发的因素(简称诱因)，因此在询问起病时，要注意有无这些情况。例如在上呼吸道感染或急性胃肠炎时，在发病前常有受凉或不洁饮食史。当病员叙述较多症状时，我们要善于抓住主要症状，详细询问它的性质、程度、发展以及它和病员工作或生活的关系。例如一位病员诉突然发生上腹部疼痛，我们首先问他腹痛是怎么发生的？它的性质如何？是非常剧烈的还仅是隐隐作痛？与饮食有无关系？有无其他伴发症状出现(例如恶心、呕吐或发热)？如果有，它们和腹痛的关系如何？例如呕吐后，疼痛是否得到缓解？发热先于疼痛，还是两者同时出现？所有这些详尽的描述，均和腹痛的原因有很大的关系。在询问这段病史时，我们思想上就应该开始考虑上腹部疼痛的常见病因是哪些？病员的陈述和哪些疾病的症状比较接近？以后再根据这些初步线索进行一些追询。在了解疾病的发展过程时，要注意初起症状的变化，是加重了还是减轻了？是什么因素引起了这些变化？如果是经过治疗的，那么要详细询问治疗的经过，用过哪些中西药？它们的疗效如何？对一些重要药物，我们不但要了解它们在使用时的单剂量，还要了解总剂量，特别是那些在体内有积蓄作用的药物，例如毛地黄等。对于那些无关紧要的药物，不要在病史记录中报流水账。

如果病员来诊治时在外单位已经诊治过，我们要了解清楚，作为此次诊治的参考。

在描述主要症状的同时，要注意以后相继出现的伴发症状；这些症状出现先后的顺序要确切。这些均和诊断有一定关系。

有时病员的症状较多，一时不易突出以何者为主。在这种情况下，我们切忌主观臆断。在全面了解病情后，多想一些它们相互之间的关系，多考虑一些多脏器损伤性疾病，例如胶原疾病等。

某些疾病具有病程长和反复发作的特点。例如溃疡病，病史可长达十多年或更多的时间。病员的主述常常是上腹痛，反复发作，且多与饮食有明显的关系。对这类病员，我们在扼要地了解了疾病的全过程后，可以重点描述一次典型发作；如在一年中哪个季节最易发作？一次发作约持续多久？多数情况下是如何进行治疗的？一般治疗效果如何？症状缓解后的间歇期有多久等。有时我们还可以描述一下一次发作的“典型日”，即从早到晚，病员的主要症状和一天工作、生活的关系，何时加重，何时减轻，从中找出其规律性。

我们看待任何一种疾病均要有一个整体观念。在现病史中，我们既要突出主要症状，也要了解病员的一般情况，如食欲、体重改变情况、大小便、睡眠、体力、精神等情况。

为中医辨证需要，还要问寒热、出汗、大便(秘结、稀薄)、小便情况(短少黄赤、清长无色)、饮食、口味(喜热食还是冷食，口苦、发淡，特别注意吃油腻食物与发作的关系)等。此外对病员的一般体力、睡眠等均应有所了解。

通过现病史的询问，取得第一手材料，然后加以综合分析，编写出有材料、有分析、有观点的病史。

(四)过去史：过去的健康情况与现在所患疾病常有密切关系。有时现在的疾病实际上还是过去疾病的继续(或称后期并发症)。例如过去患过肝炎，现在出现肝硬化的表现，那么就很可能是坏死后肝硬化。又如现在患高血压，若过去曾有过肾炎，那么就有慢性肾炎引起高血

压的可能。幼年时患过的疾病，也有可能与成年后所患疾病有关。例如幼年患过风湿病，可以在成年后才被发现患风湿性心瓣膜病或出现心力衰竭的症状。过去的多病体质也可能与现患疾病的发生发展有关。一般地讲，急性病不似慢性病与过去健康的关系密切，因此对慢性病患者，过去健康情况的了解应更详尽些。对门急诊的病员，既往史中主要着重与现在所患疾病密切有关的情况；如果没有什么特殊，可以省略不记。对住院病员，可以先请病员回忆一下过去健康情况和患过的疾病，然后我们可以按各系统疾病加以询问，帮助病员回忆。问诊方法主要是环绕某一系统的特殊症状，向病员询问，籍以了解病员过去有无该系统疾病的可能。

1. 呼吸系统：这方面的主要症状有：咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气急、哮喘等。通过这些症状的了解和分析，考虑病员过去有无肺结核、支气管炎、支气管哮喘、肺炎、肺气肿等呼吸系统常见疾病的可能。

2. 循环系统：主要症状有心悸、气急或气促、胸闷、咳嗽、咯血、下肢浮肿、腹胀等症状。过去有无高血压病史，有无头昏、眼花、头痛等症状。如果过去曾被诊断过心脏病，要问清楚属于何种心脏病，有无心脏功能代偿不全的症状，曾否经过治疗，平时经常服用哪些药物。

3. 泌尿生殖系统：泌尿系统的症状主要有尿痛、尿急、尿频、浮肿、尿多、尿少、腰痛、发热、血尿、尿闭等。通过症状的分析综合，得出病员有无患过肾小球肾炎、肾盂肾炎、肾结核、肾结石等疾病的可能。如果过去曾确诊过某种泌尿系统疾病，则须详询其诊治情况，是否已痊愈，有无遗留症状。生殖系统方面，在男性，主要了解有无遗精、阳痿等症状。在女性方面，主要了解有无月经方面的改变，如月经过多、过少、闭经、痛经等。在女性疾病的病史中，月经史和生育史须另外列出。

4. 消化系统：主要症状有恶心、呕吐、胃痛或腹痛、肝区疼痛、黄疸、呕血、便血、腹胀、腹泻等。如有某一症状，要详询它的发生发展及其他伴发症状，考虑有否传染性肝炎、溃疡病、胆囊炎、胆石症或肠结核的可能。

5. 造血系统：主要症状有贫血、出血、乏力、心悸、气短、头昏、眼花、恶心、呕吐等。如发现病员有明显贫血现象，要注意询问过去有无出血的情况，如痔疮出血、皮下瘀斑、出血点、鼻出血、月经过多等。过去曾检验血象的，应详询血液检验结果。

6. 神经系统：提示神经系统疾病的主要症状有头痛、失眠、嗜睡、视力障碍、昏厥、痉挛、瘫痪、性格改变、感觉失常等。

7. 其他：如传染病史，外科手术史及药物过敏史等。

(五)个人史：与疾病有关的工作、劳动、出生地点及居住地、饮食、嗜好等情况。尤其要询问曾否在某些流行病地区居住过及其生活情况，因要考虑有无患某些地方病的可能。病员的职业、劳动条件、生产环境也均可能与发病有关。

(六)月经与生育史：月经史应包括初潮年龄、周期、行经期、月经的血量及颜色，有无痛经、白带等症状，末次月经来潮时间及有无停经史等。此外还须了解计划生育的情况。

(七)家族史：询问病员家庭成员的健康情况，有无病员类似的疾病。如遇某些与遗传因素有关的疾病，应详询上代、兄妹或下代有无类似的发病情况。

第二章 体格检查

在询问病史之后，即进行体格检查。

体格检查时，必须本着全心全意为人民服务的思想，对工农兵病员怀有深厚的无产阶级感情，认真负责，细致耐心，随时注意不使病员受冷，不增加病员的病痛。体格检查是建立临床诊断的主要根据之一。因此必须予以高度的重视。

第一节 一般检查

一般检查的内容，除了测量体温之外，主要是通过望诊，诊察病员的神色形态，以及通过望诊和触诊检查病员的呼吸、脉搏、舌象、皮肤、粘膜、毛发和淋巴结。

一、体温

正常时，机体在中枢神经系统的统一调节下，通过产热和散热的相对平衡，使口腔体温经常维持在 37°C ($36^{\circ}\text{4C}\sim 37^{\circ}\text{2C}$) 左右。

在许多疾病过程中，体温上升超过正常以上，称为发热。引起发热的原因很多，主要可归纳为二类：

(一) 感染性发热：是由细菌、病毒、立克次体、螺旋体和寄生虫等生物因子所引起的发热。在这类发热中，细菌病毒等的代谢产物和分解产物(如革兰氏染色阴性杆菌的内毒素)通过中性分叶(多核)粒细胞，单核细胞或巨噬细胞，使之形成内源性致热原，进入血液循环，使体温调节中枢的机能发生改变，产热和散热失调，故体温上升。

(二) 非感染性发热：发生在广泛性创伤、外科大手术、大面积灼伤、内出血、梗塞(如心肌梗塞)、肿瘤、胶原疾病等。这些疾病引起发热的原理是由于机体受损后，组织的蛋白质分解，所产生的变性蛋白质性物质或分解产物具有致热作用(也可能通过中性多核粒细胞、巨噬细胞等释放内源性致热原)。此外，脑溢血、脑震荡、脑外伤等中枢神经系统疾病，通过对体温调节中枢(在丘脑下部)的改变，以及伴有代谢亢进(如甲状腺机能亢进)、植物神经机能失调所致的交感偏亢(如功能性发热)、致使产热胜过散热的疾病，也均可有发热。

临床检查时，除了必须注意病员是否发热外(如通过测量体温)，还必须了解发热的特点，因不同特点的发热对诊断有一定的启示作用。

(一) 发热的起病方式：是突然发热，还是体温逐渐上升。如疟疾、大叶性肺炎的发热一般骤升。伤寒的发热往往逐步上升。

(二) 发热的高低与发热时间的长短(热程)：如流感的发热一般较高，热程较短。急性血吸虫病、伤寒的发热往往较高，热程较长。长期低热(口温高于 37°4C ，常在 38°C 左右，持续二星期以上)则应考虑慢性感染如肺结核、肝脏病、慢性肾盂肾炎、慢性扁桃体炎、功能性低热等。长期高热则常发生在败血症、伤寒、细菌性心内膜炎、淋巴瘤、胶原疾病等病。

(三) 伴随症状：是否有寒战、怕热以及各系统的症状。如高热伴有寒战常发生在大叶性肺炎、败血症、疟疾。夏季高热伴有昏迷时，应考虑中暑或乙型脑炎的可能。高热伴有尿频、

尿急、尿痛，则应考虑急性肾盂肾炎。高热伴有腹泻、里急后重，粪便中有粘液带血，常是细菌性痢疾的表现。

(四)热型：有些疾病有其特殊的热型。因此了解热型对临床诊断有一定帮助。重要的热型有以下几种(图 1—2—1)：

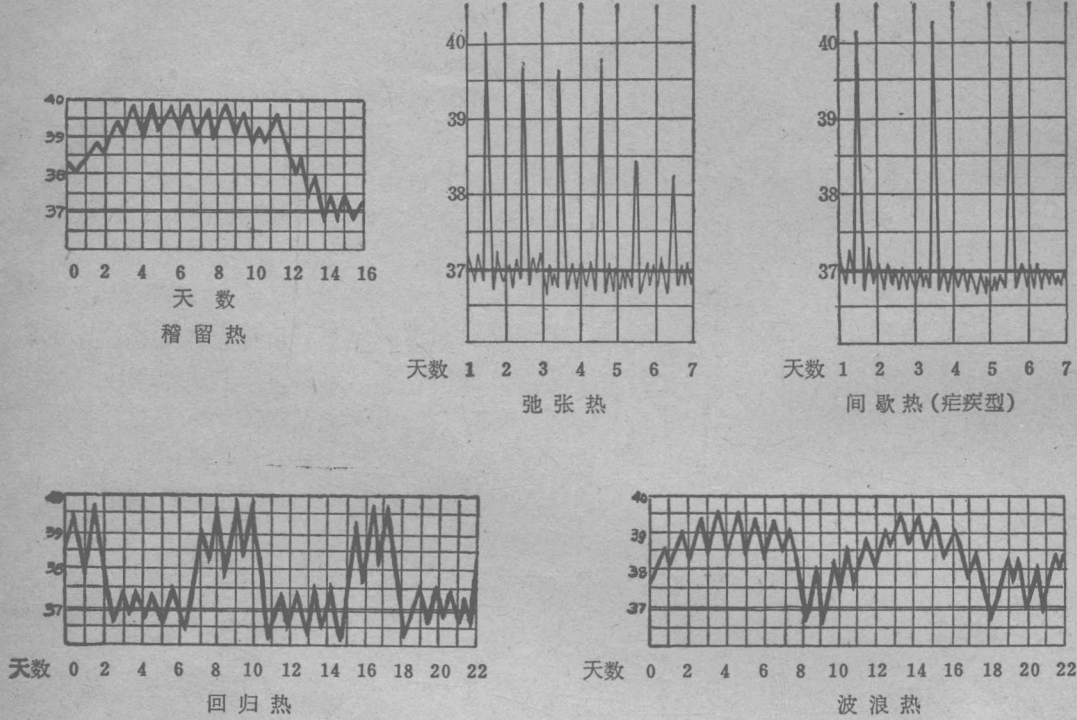


图 1—2—1 各种热型

1. 稽留热 (或持续热)：持续高热达数日或数周，每日体温的波动不超过 1°C 。见于伤寒、脑炎、大叶性肺炎等。
2. 弛张热：体温波动很大，每天最高体温和最低体温的差别可超过 2°C ，但最低体温仍在 37°C 以上。这种热型见于败血症、急性肾盂肾炎、急性血吸虫病、化脓性疾病。
3. 间歇热：每天发热时可以很高，但经若干小时后降至正常或以下。如有规律地隔天或隔二天如此发热，则为典型的疟疾发作。
4. 回归热：体温突然上升，持续数日后降至正常。数天后又重复出现，这样反复多次。这种热型可见于回归热。解放后，在优越的社会主义制度下，大力开展了群众性的爱国卫生运动，消灭了虱子，现在这种病已很少见。
5. 波浪热：体温逐渐升高，数日后热渐下降成低热或降至正常，数天后又渐上升，以后再下降，类似波浪，所以叫波浪热，见于布氏杆菌病。临床上还可以见到一种类似波浪热的热型叫周期性发热，即经过一个时期的发热(如一至数星期)后，热降至正常，再经过一个时期，热又上升，过一个时期，热又下降，如此周期性地发热。热型可以不象波浪热那样逐渐上升，逐渐下降，颇有规律，类似波浪，发热时可以是弛张热或不规则发热。周期性发热常见于淋巴网状细胞肉瘤(何杰金氏病)(恶性淋巴瘤的一种)，恶性网状内皮病等疾病。

二、望神色形态

(一)望神色：主要是诊察病人的面容、表情和意识状态。

疾病的轻重缓急以及疾病的性质都可以影响病员的面容和表情。急性传染病或热性病(即有发热的疾病)的早期,如流感、大叶性肺炎、猩红热等,如病员的一般情况比较良好时,常呈现出两颊潮红,口唇干燥,呼吸粗大,皮肤发热,或伴有出汗等征象,这种面容称为急性病容。相反,患有慢性消耗性疾病的病员,如肺结核、长期发热、癌肿、肝硬化等,由于久病体虚,消耗多,营养情况差,故往往表现消瘦无力,面色苍白,或有色素沉着,说话费力,精神萎靡,两目无神,这种面容叫做慢性病容。

疼痛较剧并持续的病员,往往眉头紧皱,不断呻吟,或躺在床上翻来复去(辗转不安),这种情况可见于胆道蛔虫症、胆绞痛。

望神色时要注意病员的意识状态。意识状态是神经系统高级部位功能活动的反映。因此,当大脑发生病理变化(如脑血管意外、脑炎、脑膜炎、脑外伤等),或全身性感染性疾病(如败血症),肝、肾、代谢疾病发展到严重阶段(如慢性肾炎尿毒症、肝功能衰竭引起肝昏迷、糖尿病酸中毒)以致影响大脑功能时,病员可以发生意识障碍。根据严重程度的不同,意识障碍可以分为以下几种:

1. 意识模糊:这是最轻度的意识障碍。病员对周围人物的反应淡漠,答话简单而迟钝。较重的病员虽能回答问题,但不连贯,不知时间和地点。

2. 嗜睡状态:病员处于睡眠状态,唤之能醒,能答问题,但回答得含糊不清,答后很快又入睡。这种意识障碍较上一种为重。

3. 昏迷:这是神经系统高级部位的功能发生严重障碍时的表现。意识完全丧失,唤之不起。根据昏迷的程度,又可分为浅昏迷及深昏迷。浅昏迷时,强的痛刺激可以引起反应,角膜反射、瞳孔对光反射都存在。深昏迷时,痛刺激反应及各种反射都消失,是病危的表现。

4. 谵妄:这是大脑功能发生障碍时的另一种不同性质的表现。其临床特点是:意识模糊,有错觉、幻觉、躁动不安、乱言乱语等精神症状。谵妄一般发生于传染病或热性病所引起的高热、药物中毒(如酒精、颠茄中毒)、脑炎等。在有些疾病中(如肝昏迷),谵妄常是昏迷的前驱症状。

望神色时,还必须注意病员的面色。面色苍白往往是贫血、体质虚弱或循环障碍引起面部血管收缩的反映。在辨证论治中,面色㿔白(苍白而无华)是气血虚的表现。面色萎黄辨证为脾胃虚弱,常见于胃病、消化不良和癌肿。如面色发黄,巩膜较均匀地黄染,外圈变深则是黄疸的见证。有些药物象阿的平,也可使面色染黄,但一般并不引起巩膜黄染,如巩膜黄染,一般十分均匀,外圈不加深,诊断时必须注意询问和区别。

(二)望形态:其内容是望病员的发育、营养状况以及病员所采取的体位、姿势和步态。观察病员的发育、营养状况对判断病员的一般情况,诊断某些疾病并估计其预后有一定意义。例如,假使在青春发育之前感染到严重的血吸虫病或发生甲状腺、垂体功能减退,那末病人的发育不良,身材矮小,临床上称为侏儒症。严重消耗性疾病(如严重肺结核、脓毒血症)或慢性病晚期(如肝硬化腹水),癌肿晚期,病人营养状况不良,极度消瘦,临床上称为恶病质,预后凶险。祖国医学辨证“多食而形瘦”的病员是消渴病(糖尿病)的见证,也可以是甲状腺功能亢进症的表现。

在有些疾病中，病员往往采取一定的体位以减轻疼痛或改善功能，故诊察病员时注意病员的体位对诊断疾病有一定启示。例如患有胸膜炎或胸腔积液的病员往往喜欢睡在病侧，使这一侧的呼吸活动减少，减轻疼痛，又不使积液压迫肺脏，让健侧肺的呼吸活动可以增强，达到代偿的目的。又例如患有严重心力衰竭的病员或在支气管哮喘发作时，病员往往采取坐位，两手支撑在床边或椅背上，用辅助肌帮助呼吸，这种体位称为端坐呼吸。因为它可使横膈下降，便利呼吸活动，减少下肢的血液回流，减轻心肺负担，使呼吸困难可以得到改善。

正常人的姿势和走路的步态是在中枢神经系统的调节下，通过骨骼和肌肉系统的功能来完成的。因此当中枢神经系统某些部位（如小脑等平衡器官）、眼、内耳、骨骼和肌肉系统发生病理变化时，病员的步态往往异常。譬如小脑有病时，病员的步态不稳，行走时摇幌不定（参阅神经系统的临床检查）。患有内耳眩晕症（美尼尔氏综合征）的病人，有房屋转动感觉、呕吐和站立不稳。软骨病的病员呈鸭步状步态。患过小儿麻痹症而有后遗症的病员，由于一组或几组肌肉萎缩，为了使肢体取得平衡，病员往往采取各种不同的异常步态。

三、望呼吸

望呼吸时，要注意呼吸的型式、频率、深度和节律。

（一）呼吸的型式：以胸廓运动为主的呼吸称为胸式呼吸。如果呼吸运动以腹部为主，则叫做腹式呼吸。在正常情况下，青年人及妇女的呼吸一般以胸式为主，儿童及男子一般以腹式为主。在有些病理情况下，一种呼吸型式可以受到限制，而另一种显得突出，或病员为了减轻疼痛，主动增强一种呼吸型式，在上述情况下，呼吸的型式可以发生改变。譬如在肺炎、胸膜炎、肋间神经痛、肋骨骨折等胸部疾患时，病员往往采取腹式呼吸以减轻胸部的疼痛。相反，如果腹腔内有腹水、巨大肿瘤或发生炎症，横膈下降受到限制，或为了减轻腹部的疼痛，病员常采取胸式呼吸。

（二）呼吸的频率、深度和节律。

正常呼吸每分钟 16~20 次。正常呼吸的频率、深度和节律是受中枢神经系统，尤其是延髓呼吸中枢调节的。当中枢神经系统处于兴奋状态，或由于体温升高、血中 CO_2 分压上升、 O_2 分压降低、酸度增高（酸中毒）、肺部病变（如肺炎、肺淤血）等因素，呼吸中枢直接受到刺激，或间接（通过颈动脉体、主动脉体化学感受器的反射）受到兴奋时，呼吸变快变深。例如在糖尿病酸中毒时，呼吸变得大而深，这种呼吸旧名为库司茅氏呼吸，是呼吸中枢兴奋所引起的。相反，如果中枢神经系统、呼吸中枢由于严重缺氧、过度 CO_2 潴留、药物中毒（如安眠药）、脑缺血、脑炎等原因而处于抑制状态时，呼吸往往变得浅弱或不规则。例如在脑溢血、尿毒症、某些药物中毒时，呼吸中枢的功能发生严重障碍，可出现一种呼吸称为潮式呼吸（旧名陈施氏呼吸）。其特点是：呼吸幅度由浅逐渐加深，以后再变得浅弱，继而呼吸暂停，然后又重复上述呼吸节律，好似涨潮的形式，故叫潮式呼吸（图 1—2—2）。如果呼吸十分浅弱，间隔时间又不规则，或时常出现呼吸暂停，这是呼吸中枢的功能发生极其严重障碍的表现，是病危的见证。正常人熟睡时，有时也会出现类似潮式的呼吸，必须注意区别。



图 1—2—2 潮式呼吸

(三)呼吸困难：是临床上常见的一种症状，俗称“吭”。病人自觉“气短”，有“气接不上”的感觉，呼吸费力。检查时，可以见到病员动用辅助呼吸肌使劲地呼吸。呼吸的频率、深度和节律也发生改变。上面所讲到的呼吸加快加深和不规则都属于呼吸困难的范畴。引起呼吸困难的原因如：呼吸系统的疾病(如哮喘、肺炎)，心力衰竭，中毒(酸中毒、毒血症，药物中毒)，严重贫血，精神神经系统疾病(如癔病)等。

在诊察呼吸系统的疾病所引起的呼吸困难时，还必须区别是呼气性困难还是吸气性困难或是混合性呼吸困难。

1. 吸气性呼吸困难：表现为吸气困难。主要发生原因是上呼吸道特别是喉头发生梗阻，如喉白喉、喉头水肿。若梗阻程度较轻，呼吸慢而深。若梗阻严重，吸气时，空气通过梗阻部位可产生哮鸣声，有时十分响亮。此外，在吸气时，由于空气不易进入肺内，胸腔内负压增高，因此胸骨上窝、肋间隙、胸廓下部及上腹部凹陷，并常伴有点头征(随呼吸运动而头点动)。

2. 呼气性呼吸困难：表现为呼气时用力，呼气延长，常伴有哮鸣音，这种呼吸困难一般是由于肺组织弹性减低(如肺气肿)或下呼吸道功能性(支气管平滑肌痉挛，如支气管哮喘)或器质性梗阻(如细支气管的炎性渗出阻塞小支气管管腔)所致。在以上病理情况下，呼气时，空气从肺泡经小支气管、支气管、气管排出体外受到阻力，病员必须用力呼气克服这种阻力才能将肺内的空气逼出体外，所以呼气困难，同时呼气延长。

3. 呼吸和吸气都困难：这种呼吸困难一般都伴有呼吸加快，是肺部有广泛性病变(炎症、渗出等)或肺组织受压塌陷的表现，如见于支气管肺炎、粟粒性肺结核、肺水肿、肺不张、胸腔大量积液、积气。在以上病理情况下，由于肺的呼吸面显著减少，气体交换发生障碍，或由于肺通气量减少，因此动脉血中的 O_2 分压降低， CO_2 分压升高，直接或间接地兴奋呼吸中枢，故呼吸加快，造成呼气吸气都困难。此外，在有些肺炎性病变中，由于肺泡壁上的牵张感受器兴奋性提高，所以也是造成呼吸加快的原因之一。

四、脉搏的检查——切脉

切脉是临床检查不可缺少的内容之一，它对诊断疾病、指导治疗、诊察病情的演变及其预后均有一定的意义。祖国医学历来十分重视切脉在临床上的作用，在几千年的实践中积累了丰富的经验。

(一)切脉方法：切脉的部位通常是在桡动脉。检查脉搏时请病员将前臂平放，切脉者将中央三指合拢，用指尖平按在桡动脉上，中指正对桡骨茎突，食指放在中指之前，无名指放在中指之后，用轻、重、不轻不重三种不同指力去切脉，这就叫做“浮取”“沉取”“中取”法。

(二)切脉时应检查的内容：应检查脉搏的快慢(脉率)，脉搏的节律(脉律)，脉搏的深浅、强弱、大小，脉搏起伏的形状以及血管的紧张程度(张力)、弹性及其硬度。这些变化的综合称为脉象。

在有些情况下，必须仔细区别食指、中指、无名指所检查到的脉象有何不同。食指所检查到的脉搏称为寸脉，中指的脉搏叫做关脉，无名指的脉搏是尺脉。根据祖国医学的理论，寸、关、尺脉都反映相应脏腑的功能状况及其病理变化。左手的寸脉反映心和心包络，关脉反映肝和胆，尺脉反映肾、膀胱、小肠。右手的寸脉反映肺，关脉反映脾胃，尺脉反映肾，

命门和大肠。仔细诊察寸、关、尺脉对某些疾病的诊断和治疗有一定意义。但临床上比较重要的是尺脉。尺脉如沉弱无力，甚而摸不到，这是“肾虚”的脉象，一般见于年老体弱，代谢功能低下，神经衰弱的病员。

(三)影响脉象的因素：在正常情况下，脉搏每分钟 60~80 次。切脉者平静地呼吸一次，正常人的脉搏跳动 4~5 次（一息四五至），脉律规则，间隔相等，强弱一致。随着气候的变化，脉搏可能有轻微变化。一般说来，夏季炎热，外周血管扩张，血液循环较快，脉搏比较洪大；冬季寒冷，外周血管收缩，血管的紧张度增高，脉搏偏细而沉。在病理情况下，脉象发生各种变化。影响和决定脉象的因素有：

- 1. 心脏搏动的快慢（心率）及其节律（心律）；
- 2. 左心室收缩力的强弱，每搏及每分钟心输出量；
- 3. 循环血容量；
- 4. 外周血管阻力，血压及脉压；
- 5. 血管壁的张力，弹性及其硬度。

以上一些因素与全身营养、代谢、各脏器的功能状况，特别是神经系统的功能状况密切相关。因此，脉象不仅能反映循环系统的病理变化，而且在一定程度上也能反映全身状况、其他各系统和脏器的病变。

(四)常用脉象及其临床意义：祖国医学有二十八脉之分。现代医学对脉搏检查虽没有象祖国医学那样丰富，但有些在临床上也有重要价值。两者结合起来常用的脉象有以下几种（表 1—2—1）。

表 1—2—1 常用脉象的分类

根据脉象的性质	脉象名称
1. 脉的快慢(脉率)	数脉 迟脉
2. 脉的深浅(深度)	浮脉 沉脉
3. 脉起伏的波形及其流利程度	滑脉 涩脉
4. 脉的强弱	实脉 虚脉
大小	细脉 洪脉
	芤脉 水冲脉
5. 脉管的张力及其硬度	弦脉
6. 脉的节律(脉律)	结脉 代脉
	促脉 雀啄脉
	交替脉 奇脉

1. 根据脉搏的快慢：在生理情况下，饮食、劳动、情绪紧张、精神兴奋可使脉搏加快，安静、睡眠时，脉搏较慢。在病理情况下，根据脉搏的快慢，脉象有数迟之分。

(1) 数（读如速）脉：脉搏每分钟超过 100 次或一息六七至。在发热、贫血、休克、心肌炎、心功能不全、代谢亢进（如甲亢）等病理情况下，心跳加快，所以脉数。发热时，体温每上升 1℃，脉搏每分钟加快 10 次或以上。阵发性心动过速时，脉率可达 160 次/分以上，

这种脉象称为疾脉。祖国医学认为数脉属阳亢热证，但在有些气衰血虚（如出血、严重贫血）或亡阳寒证（如休克）时，脉也数，故必须结合其他症状或体征加以辨证。

（2）迟脉：脉搏每分钟少于 60 次（一息三至）。常因迷走神经兴奋（张力偏高）所引起。例如在胆绞痛、剧烈腹痛、颅内压增高、阻塞性黄疸、血管抑制性晕厥（普通晕厥）等病时，迷走神经的张力一时性或持久性偏高，心跳缓慢，故脉迟。

如果脉搏慢至 40 次/分或 40 次以下，必须注意是否有完全性房室传导阻滞（如发生于毛地黄等药物中毒、冠状动脉硬化性心脏病、病毒性心肌炎等），在这种情况下，窦房结的冲动不能下达到心室，心房心室各自按它们自己的节律跳动。心室搏动的速率每分钟绝大多数病员只有 40 次或 40 次以下，故脉也十分缓慢，应及早诊断和处理，以免发生晕厥或急性心源性脑缺血综合征（阿—斯氏综合征）。在辨证论治中，迟脉一般属寒证。

2. 根据脉搏的深浅：

（1）浮脉：手指轻按就能触到脉搏的跳动，脉搏好象就浮在手指下一样。在辨证论治中，浮脉是“外感表证”之脉，也就是说发生在上道炎、流感、病毒或细菌感染所致的传染病或其他热性病的早期。那时机体的抵抗力以及代谢功能较旺盛，心跳加快，脉的跳动较活跃，所以脉好象浮起。

（2）沉脉：轻取时脉搏不明显，重按才能摸到，脉搏好象很深，沉在皮肤下面。沉脉的发生原理，可能与全身的功能、代谢比较低下，血管收缩，脉搏动的幅度减低等因素有关。沉脉常伴有畏寒，手脚发冷，兼有脉迟（脉沉迟）等现象。临床上这种脉象常见于胃寒痛、受冷后引起的腹泻、呕吐、腹部绵绵作痛（持续地轻痛）。祖国医学认为沉脉是“病在里，邪气内伏”的见证。

3. 根据脉搏起伏的形状及其流利程度：

（1）滑脉：脉搏起伏快，“流利”“活跃”，好象珠子在指下滑过一样。滑脉一般反映血管壁的弹性较好，循环血容量正常或稍增，心搏有力或稍快，如见于某些热性病初起、甲状腺功能亢进、慢性支气管炎、肺源性心脏病等疾病。祖国医学认为，在生理情况下，滑脉是气实血涌之脉，故见于健康小儿、健康人饱餐后及妇女妊娠期。在生育年龄的已婚妇女，如有停经和滑脉，若无其他原因，对早期妊娠的诊断有一定帮助；在病理情况下，滑脉见于积食，咳嗽多痰（慢性支气管炎、支气管扩张症、哮喘等），胸腔积液等“痰饮”病及热性病。

（2）濡（读如色）脉：脉搏起伏较慢，不流利，如刀剥竹，往往反映左心室搏出血液的时间延长或血管内血液充盈较迟缓。在主动脉瓣狭窄时，左心室搏出血液的时间延长，故可发生这种脉象。祖国医学认为濡脉是“气滞”之脉，见于胸闷、腹胀、气郁等。

4. 根据脉搏的强弱大小：

（1）实脉：通常就叫脉有力。反映心脏的收缩功能良好，循环血容量充足，血压及脉压正常或偏高。实脉常反映机体的一般情况、功能、代偿功能等比较良好，或疾病正处在病盛期，故祖国医学认为实脉是“正气盛”而“邪实”之脉。

（2）虚脉：脉无力，按脉的指尖稍用力脉搏就消失。这种脉一般反映血管的紧张程度降低，管壁松弛软弱或反映循环血容量不足，心收缩力减弱，血压偏低。这种脉象见于体质虚弱，一般情况及功能代谢状况较差，有贫血、失水或久病等虚弱的病员。

（3）细脉：脉细小如线。可由下列之一或数个因素所引起：①心输出量减少；②循环血容量减少；③血管壁收缩，管腔缩小，外周血管阻力增高，脉搏的起伏幅度小；④血压降低，

脉压缩小。在临床上，细脉见于有些心脏病病员，如二尖瓣狭窄，心包积液，缩窄性心包炎，心肌梗塞（心输出量减少，外周小动脉代偿性收缩），休克（循环血容量减少，血压下降，脉压缩小，外周小动脉收缩）等，也见于体弱贫血等病员。在辨证论治中，细脉是气衰血虚之脉。

在有些疾病中。如大出血、严重休克、严重腹泻呕吐引起脱水、心包填塞（心包腔内大量积液）及心肌梗塞等，由于心输出量及循环血容量明显减少，脉搏十分微弱，几乎不能摸到，这种脉搏称为微脉，是一种较细脉更细的脉象，反映血液循环发生严重障碍，病员已在垂危阶段。

（4）洪脉：脉大而有力。一般是心收缩有力，心输出量增加，脉压较宽，外周血管扩张，血管壁的搏动幅度增大所产生的。见于热性病、甲状腺功能亢进等病。这时机体的代谢较旺盛，心跳加快，心输出量增加，外周血管扩张。

（5）芤（读如扣）脉：脉搏较洪脉大，但无力，这是由于脉压增宽但循环血容量又不足所产生的。一般见于严重贫血或消化道等脏器大量出血的早期，心脏搏动代偿性加快，舒张压降低或伴有心收缩力代偿性增强，但循环血容量不足，故芤脉虽然洪大，但中“空”无力。消化道出血的病员，经过治疗后出血已止，脉象已恢复正常，如再出现芤脉则表示又发生出血，必须及早诊断和治疗。祖国医学认为芤脉是失血、血虚之脉。

另有一种特殊的洪脉，有速起速伏的特点，脉搏起伏的幅度很大，有力，这种脉象称为水冲脉，其发生原理主要是舒张压显著降低，收缩压偏高或明显增高，脉压明显增宽。水冲脉见于主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、动静脉瘘等病。在主动脉瓣关闭不全时，当心脏舒张时，部分血液从主动脉回流至左心室，故舒张压降低。在下次心搏时，左心室除接受左心房流入的血液外，还要加上从主动脉回流来的血液，因此左心室血容量增多，当心收缩时，从左心室进入主动脉的血容量增多，故收缩压增高，脉压因而也增宽。如将病员的手臂举高，则手臂内血管的舒张压更低，可使水冲脉的脉象显得更为明显。

5. 根据脉管的张力及其硬度：弦脉 脉搏紧而有力，象一条拉紧的弦线。弦脉可能是由于交感神经的张力偏高，血管壁的紧张度及其硬度增高所产生的，故弦脉常见于高血压、动脉硬化、精神紧张、抽筋等病员。老年人多弦脉，部分与动脉硬化有关。祖国医学认为弦脉是“肝病”，多见于肝阳（头痛、高血压等），肝气（肝区痛、胃气痛），肝风（高血压中风、惊厥等）。

6. 根据脉搏的节律：正常脉搏的节律是规则的，每一搏动的强弱也相等。正常情况下，在有些青年人、儿童及植物神经不稳定的人，可以出现窦性心律不齐，即呼气时脉搏稍慢，吸气时稍快。在病理情况下，如果心律不齐，那末脉律也会不齐，强弱也会不等。常见的脉律不齐有以下几种：

（1）结代脉：在正常脉搏的节律中间突然有一次歇止，然后脉搏的节律又恢复正常。歇止可多可少。这种脉象叫做结代脉，是心脏过早搏动（心房性、房室结性或心室性过早搏动）的反映。结代脉的脉率一般不快。如果脉快而结代则称为促脉，如见于严重心力衰竭。

（2）雀啄脉：心房颤动时，心脏跳动极度不规则，心室腔的充盈时而足时而不足，每搏心输出量时多时少，心率时快时慢，故脉搏也表现为完全没有规律，忽快忽慢，忽强忽弱，这种脉搏叫做雀啄脉。如同时进行心脏听诊，可发现“缺脉”，即心搏的次数较脉率为快。

（3）交替脉：脉搏一强一弱交替出现。这是由于左心室收缩力强弱交替出现所致。发生于心肌受损，特别是高血压性及动脉硬化性心脏病，是心脏病严重的一种脉象，必须引起注意。

7. 其他：如奇脉。这种脉象的特点是吸气时脉搏较细弱，呼气时脉搏较吸气时大（与正常时相反），是心包积液、缩窄性心包炎时可以触到的一种脉象，对这些疾病的诊断有一定帮助。但也须注意，正常人在深呼吸时及哮喘病员在发作时，偶也可出现这种脉象。

上述一些脉象往往不是单独出现的，而是几种脉象兼有。前面已提到过的沉迟脉就是例子。表证的脉是浮脉，但在辨证论治中，还必须区别脉浮有力还是无力。脉浮而有力，无汗，祖国医学称为“表实”，一般反映病员的体质、抵抗力较好，热性病初起，可以用发汗解表药。如脉浮而无力，出汗，往往反映病员体虚，这是“表虚”，不可用强发汗药。

必须指出，脉象在临床上虽为重要检查内容之一，但也应看到它不够的一面。有时脉象并不能反映病员的真实情况，称为脉症不符。例如多发性大动脉炎病员，脉搏可十分微细甚至消失（临床上称为无脉病），但并不表示病情危重；正常健康人的脉象有时也可显得细小或尺脉无力。故脉象必须结合临床其他症状和检查结果，进行综合分析，这样才可避免得出片面和错误的结论。

脉象的种类看来比较复杂，但只要我们在临床上反复实践，掌握其规律，理解其原理，再用以指导实践，那末脉象检查是完全可以被认识和掌握的。

五、舌的检查——舌诊

舌的检查是望诊的重要部分。在辨证论治中，舌诊常是诊断疾病，决定治疗，观察病情，估计预后的依据之一。

检查舌诊时，应观察和注意以下内容：

- (一)舌质：舌的色泽，舌的大小，舌面有无裂纹，是否光滑，有无点刺、溃疡等。
- (二)舌苔：苔的颜色，苔的厚薄。
- (三)舌质和舌苔的润湿和干燥程度。

舌质和舌苔等变化的综合称为舌象。

- (一)望舌质：临床上舌质变化大致可分为淡白舌、红绛舌和青紫舌等三种。

1. 淡白舌：舌质的色泽在很大程度上是由粘膜下的血管网及局部血液循环的多少所决定的（图 1—2—3）。故淡白舌的发生原理与血液中红细胞减少、舌粘膜下血管收缩、血循环减少或舌组织间水肿等因素有关。淡白舌见于贫血、营养不良、肾病综合征、慢性肾炎、晚期血吸虫病、有些内分泌腺（如甲状腺、肾上腺皮质、垂体前叶）功能不足所引起的代谢低下等疾病。祖国医学认为淡白舌是气虚、血虚、阳虚或脾胃虚弱的表现。

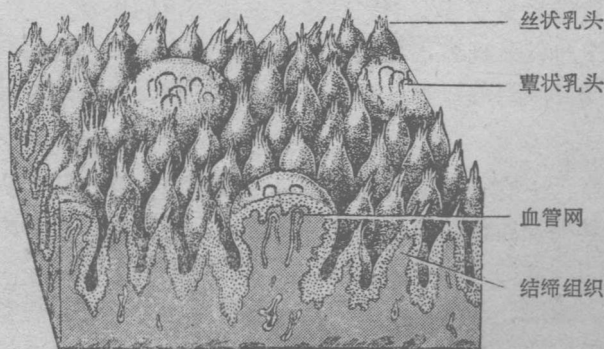


图 1—2—3 舌粘膜图解

由于淡白舌常伴有舌组织间水肿，故淡白舌的舌体较正常者胖而嫩（叫淡胖舌），舌面较润湿，舌边缘受压而有明显齿印。在辨证论治中淡胖舌是气虚的见证。

2. 红绛舌：正常舌质呈淡红色，在病理情况下，舌质变红，如进一步发展，舌质变为深红或暗红，称为绛舌。

舌质变红的发生原理一般是由于舌粘膜下的血管网扩张、充血，血管增生所引起的。这些变化的原因可以是炎症、交感神经兴奋或代谢亢进等。舌质红见于：①急性感染或传染病早期，如肺炎、病毒感染、伤寒等，尤其是出疹性传染病，如麻疹、猩红热等。有的传染病还可现出一些特殊舌象，如猩红热的舌质红而有刺，类似杨梅，临床上称为杨梅舌；②甲状腺功能亢进、高血压、失眠等交感神经偏亢、代谢亢进的疾病。在上述疾病中，舌边或舌尖往往出现红刺，临床上称为红刺舌；③舌炎，维生素 B_2 、 B_{12} 缺乏等。

舌质变绛的发生原理，除了舌粘膜下血管扩张和增生之外，还有舌粘膜上皮的萎缩剥脱和炎症也较明显，故舌质红绛可见于：①缺乏蛋白质、维生素 B_7 、 B_{12} 、叶酸、烟酸、低血钾症；②消耗性疾病：如长期发热、严重肺结核、肺部慢性化脓性疾病（肺脓肿、支气管扩张、肺结核空洞继发感染等）、灼伤、败血症、癌肿后期、外科大手术后、糖尿病、昏迷不能进食。在以上病理情况下，机体的分解代谢亢进，维生素、蛋白质等消耗增加，引起缺乏，加上舌粘膜有炎性变化，故舌质变绛。

祖国医学认为舌质红是心火上炎，实热或阴虚内热的见证。如果病情进一步发展，或病情较重，热极伤阴，温邪深入营血，或阴虚较重时，则舌质变绛。红绛舌的舌体常较瘦瘪，舌面较干燥或有裂纹。舌质绛时，舌面往往光滑如镜，无苔，称为剥苔舌。

舌粘膜溃疡是舌炎（病毒或细菌性炎）或缺乏B族维生素的一种表现。在抗癌药物（如6-巯基嘌呤、氮甲喋呤、丙脒脘等）治疗过程中也可出现溃疡。祖国医学认为溃疡是内热的表现

3. 青紫舌：青紫舌一般是由于缺氧或血液循环障碍所引起的，常是紫绀症在舌质上的表现，故常伴有口唇、指甲青紫等征象。青紫舌常见于慢性支气管炎、肺气肿、肺源性心脏病、支气管哮喘、青紫型先天性心脏病、充血性心力衰竭等疾病。

肝硬化时，舌边缘及舌前端可出现淡紫色，其发生原因可能由于门静脉循环障碍，通过腔静脉的侧支循环，影响舌静脉的回流，这种舌象称为肝舌。严重感染有时可引起局部或全身性循环障碍，故可导致青紫舌的产生。

祖国医学认为青紫舌是寒邪直中，热毒内蕴或瘀血的表现。

有时在舌粘膜上可以见到黑色斑块，如同时伴有牙龈黑色斑块、皮肤色素沉着，则应考虑慢性肾上腺皮质功能减退的可能。在辨证论治中，这是肾虚的表现。

（二）辨舌苔：

1. 白苔：正常舌上有一层薄薄的白苔是由舌粘膜上的丝状乳头，脱落的角化上皮细胞，食物残渣以及其他物质如粘液、细菌等所组成。正常时，由于口腔的咀嚼、吞咽等机械磨擦动作以及唾液和饮食的冲洗作用，故这层舌苔是薄的。

在上道炎、普通感冒、流感、肺炎早期、急性胃肠炎、热性病和传染病早期，由于食欲减退，消化功能障碍，饮食减少，咀嚼功能对舌的机械磨擦作用减弱，唾液分泌减少，所以舌的“自洁”作用受到影响，舌苔易于堆积，形成白苔。