



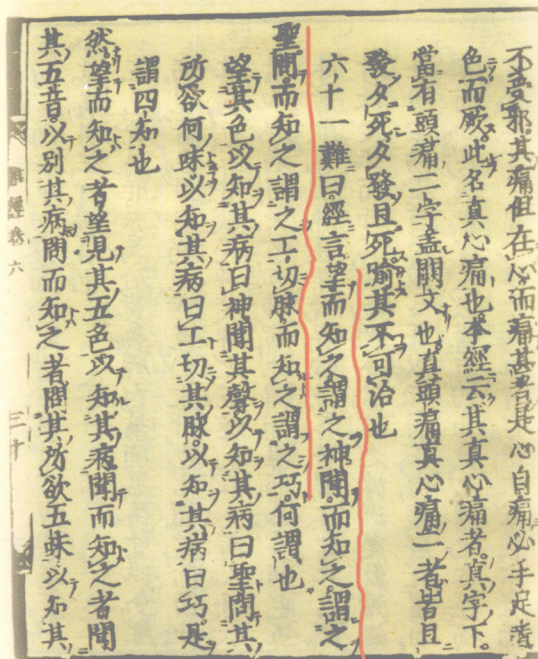
普通高等教育“十五”国家级规划教材
全国高等中医药院校教材

供五年制、七年制中医学各专业使用



中医诊断学

王忆勤 主编



普通高等教育“十一五”国家级规划教材
全国高等中医药院校教材

案例版TM

供五年制、七年制中医药学各专业使用

中医诊断学

主 编 王忆勤(上海中医药大学)

主 审 袁肇凯(湖南中医药大学)

副主编 李 晶(山西中医学院)

陆小左(天津中医药大学)

邹小娟(湖北中医学院)

编 委 (按姓氏笔画排序)

王天芳(北京中医药大学)

方朝义(河北医科大学中医学院)

付 娟(天津中医药大学)

刘燕平(广西中医学院)

李福凤(上海中医药大学)

何建成(上海中医药大学)

陈雪功(安徽中医学院)

郑小伟(浙江中医药大学)

徐 征(南京中医药大学)

谢梦洲(湖南中医药大学)

魏 红(辽宁中医药大学)

王明三(山东中医药大学)

史俊芳(山西中医学院)

邢淑丽(天津中医药大学)

杜 坚(广州中医药大学)

杨毅玲(北京中医药大学)

宋 红(浙江中医药大学)

陈家旭(北京中医药大学)

赵 莺(成都中医药大学)

龚一萍(浙江中医药大学)

薛晓琳(北京中医药大学)

科 学 出 版 社

北 京

郑 重 声 明

为顺应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式,适应目前高等中医药院校的教育现状,提高教学质量,培养具有创新精神和创新能力中医人才,科学出版社在充分调研的基础上,引进国外先进的教学模式,独创案例与教学内容相结合的编写形式,编写了国内首套引领医学教育发展趋势的案例版教材。案例教学在中医药学教育中,是培养高素质、实用型和创新型人才的有效途径。

案例版教材版权所有,其内容和引用案例的编写模式受法律保护,一切抄袭、模仿和盗版等侵权行为及不正当竞争行为,将被追究法律责任。

图书在版编目(CIP)数据

中医诊断学:案例版 / 王忆勤主编. —北京:科学出版社,2007
普通高等教育“十一五”国家级规划教材. 全国高等中医药院校教材
ISBN 978-7-03-018407-8

I. 中… II. 王… III. 中医诊断学-医学院校-教材 IV. R241

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 165118 号

责任编辑:方 霞 / 责任校对:郑金红

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007 年 1 月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2007 年 1 月第一次印刷 印张:11 1/4 插页:4

印数:1—4 000 字数:391 000

定价:28.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈双青〉)

编写说明

中医诊断学是研究中医诊察疾病、辨别病证的基础理论、基本知识、基本技能的一门学科。中医诊断学是历代医家通过长期的医疗实践而逐步形成和发展起来的,是中医基础学科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。它的主要任务是研究如何运用各种诊察方法和手段获取临床信息,并对所得的资料进行分析,概括疾病的病因、病性、病位及病势,推断内在的病理变化,以获得对疾病本质的认识。

本教材在编写中吸取了历年出版的《中医诊断学》教材中的主要内容,强化中医诊断学中基础理论、基本知识和基本技能的运用,科学地训练学生临床综合辨证思维能力。本教材共分八章,第一章绪论部分论述了中医诊断学的主要内容、发展简史及学习方法等;第二章至第五章为诊法学内容,以望、闻、问、切为纲,以病案及问题讨论的形式引出临床常用四诊技法的原理和临床意义;第六章至第七章为辨证学内容,以病性、病位辨证为纲,以病案为引文,插入论述各种辨证方法的基本知识,再从四诊和辨证诊断两角度对病案进行辨析,模拟诊断过程,给出中医辨证论治思路,层层深入分析,对该病案进行相关证型的鉴别诊断,最后得出诊断结论;第八章为诊断与病案部分,介绍了辨证思路和病案书写的通则与格式。在附篇中收录了示范病案 1 份,供学生学习借鉴;临床病案 14 份,对每个病案进行分析,找出病案中四诊资料缺项和辨证诊断错误之处,强调病案书写中的注意事项以及相关理论问题,以加强学生对病案书写中常见错误的认识,并加以避免。

本教材将传统教材中的中医诊断理论知识在案例教学中得到阐述、深化,使理论与临床实际紧密相连。在编写上力求突破传统的编写体例和刻板的书写内容,共收录病案 182 例,插图 64 幅,形式生动直观,实用性强,更能激发学生的学习热情,易于理解和掌握中医诊断学的基础理论、基本知识和基本技能,为中医临床课程学习打下坚实的基础。

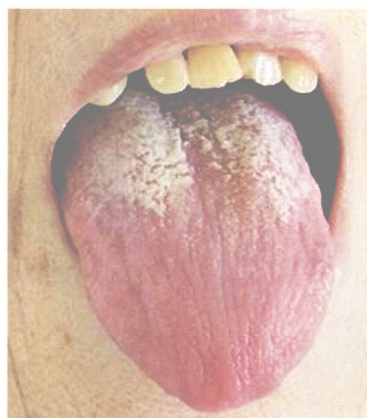
本教材可供中医药学各专业本科生、研究生以及低年资住院医师使用。

本教材的绪论、脉诊、心与小肠病辨证由王忆勤编写,全身望诊由赵莺编写,局部望诊由方朝义、李福凤编写,望排出物由史俊芳编写,舌诊由陈家旭编写,闻诊由付娟编写,问诊由王天芳、薛晓琳编写,按诊由何建成编写,病性辨证由邹小娟、杨毅玲、杜坚编写,表里辨证由王明三编写,肺与大肠病辨证由魏红编写,脾与胃病辨证由龚一萍编写,肝胆病辨证由徐征编写,肾与膀胱病辨证由李晶编写,脏腑兼证辨证由袁肇凯、谢梦洲编写,其他辨证方法由郑小伟、陈雪功、刘燕平、宋红编写,诊断与病案由陆小左、邢淑丽编写,附篇病案由李晶、邢淑丽编写。最后,由主审袁肇凯,主编王忆勤,副主编陆小左、李晶、邹小娟完成了全书的审阅、定稿工作。

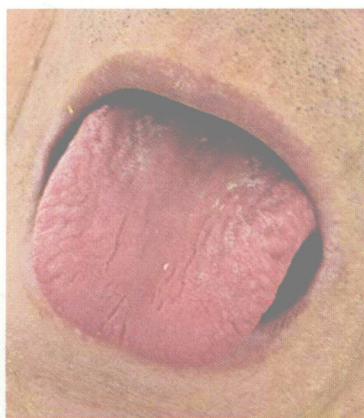
《中医诊断学》案例版教材是在多年来中医诊断病案教学训练的基础上所进行的尝试和创新,缺点和错误在所难免,恳请专家同道和广大师生批评指正,以利于今后修改、完善。

《中医诊断学》(案例版)编委会

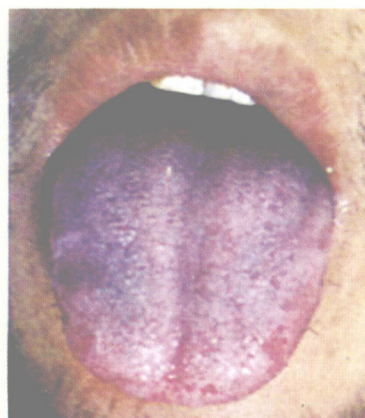
2006 年 10 月



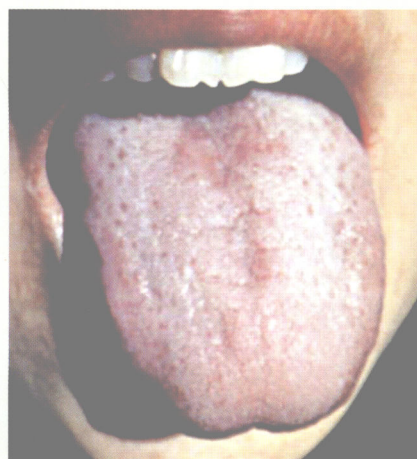
彩图 49 老舌 (生理)



彩图 50 枯舌



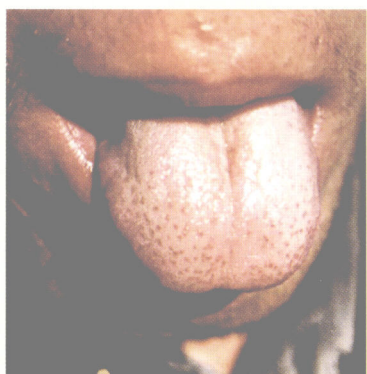
彩图 51 紫舌



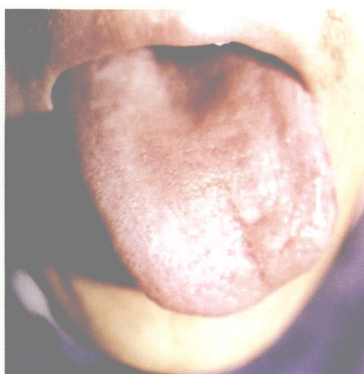
彩图 52 青舌



彩图 53 嫩舌 (病态)



彩图 54 点刺舌



彩图 55 歪斜舌



彩图 56 舌下络脉

目 录

编写说明

第一章 绪论	1	二、听声音的内容	35
一、中医诊断学的主要内容	1	第二节 嗅气味	38
二、中医诊断学的发展简史	1	一、嗅气味的原理及意义	38
三、中医诊断的原则	2	二、嗅气味的内容	38
四、中医诊断学的学习方法和要求	3	第四章 问诊	40
第二章 望诊	4	第一节 问诊概述	40
第一节 全身望诊	4	一、问诊的意义及方法	40
一、望神	4	二、问诊的内容	41
二、望色	6	第二节 问现在症	42
三、望形体	7	一、问寒热	42
四、望姿态	9	二、问汗	44
第二节 局部望诊	10	三、问疼痛	45
一、望头面	11	四、问头身胸腹不适	46
二、望五官	12	五、问饮食口味	48
三、望颈项	15	六、问二便	49
四、望躯体	16	七、问情绪	51
五、望四肢	18	八、问睡眠	52
六、望下窍	19	九、问妇女	53
七、望皮肤	20	十、问男子	54
第三节 望排出物	22	十一、问小儿	55
一、望排出物的原理、意义和方法	22	第五章 切诊	57
二、望排出物的内容	23	第一节 脉诊	57
第四节 舌诊	25	一、脉象形成的原理	57
一、舌的形态结构	25	二、诊脉的部位和方法	57
二、望舌的原理	25	三、脉象要素及平脉特征	58
三、望舌的方法与注意事项	25	四、常见脉象及其临床意义	60
四、正常舌象及其生理变异	26	五、脉象鉴别、相兼脉和真脏脉	66
五、舌诊的内容	26	六、诊妇人脉与小儿脉	68
第三章 闻诊	35	七、脉诊的临床意义及脉症从舍	68
第一节 听声音	35	第二节 按诊	69
一、听声音的原理和意义	35	一、按诊的手法和体位选择	69

二、按诊的内容	70	二、六经辨证的内容	126
第六章 病性辨证	74	第四节 卫气营血辨证	131
第一节 寒热辨证	74	一、卫气营血辨证的概念	131
一、寒热辨证的概念	74	二、卫气营血辨证的内容	132
二、寒热辨证的内容	74	第五节 三焦辨证	136
第二节 虚实辨证	78	一、三焦辨证的概念	136
一、虚实辨证的概念	78	二、三焦辨证的内容	136
二、虚实辨证的内容	78	第八章 诊断与病案	141
第七章 病位辨证	92	第一节 四诊与辨证的综合运用	141
第一节 表里辨证	92	一、病情资料的整理与分析	141
一、表里辨证的概念	92	二、辨证思维的方法与步骤	142
二、表里辨证的内容	92	第二节 病案	146
第二节 脏腑辨证	97	一、病案的沿革与意义	146
一、心与小肠病辨证	97	二、病案的书写通则和标题名称	146
二、肺与大肠病辨证	102	三、中医病案的书写格式	147
三、脾与胃病辨证	106	附 中医病案书写训练	152
四、肝胆病辨证	112	一、中医门诊病案书写训练	152
五、肾与膀胱病辨证	116	二、中医急诊病案书写训练	153
六、脏腑兼证辨证	120	三、中医住院病案书写训练	156
第三节 六经辨证	126		
一、六经辨证的概念	126		

彩图

第 4 章 绪 论

中医诊断学是研究中医诊察疾病、辨别病证的基础理论、基本知识、基本技能的一门学科。它的主要任务是研究如何运用各种诊察方法和手段获取临床信息,并对所获得的资料进行分析,概括疾病的病因、病性、病位、病势,以推断内在的病理变化,获得对疾病本质的认识。

中医诊断学主要包括诊法、辨证、辨病和病案四部分,诊法学着重于对疾病征象的识别,而辨证学则注重于疾病证候的辨别,两者相互渗透,相互联系。中医诊断学是中医基础学科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。中医诊断学中辨病主要由临床各科介绍,病案书写主要介绍书写规则和基本内容。

一、中医诊断学的主要内容

证是中医学中特有的概念,是对机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括,包括病位、病因、病性及病势等。证候是指该证的特定临床表现。

症包括症状与体征。症状是病人自身感觉的异常变化;体征是客观检测出来的异常征象。而症状与体征又可统称为症状,或简称为“症”。

病是对疾病发生发展全过程的特点和规律的病理概括。

(一) 诊法

诊法,指诊察病证的方法,包括望诊、闻诊、问诊、切诊,简称为“四诊”,这是中医诊病的主要手段。

望诊是医生运用视觉观察病人的全身和局部的神色形态、舌象及排出物等,以了解病情的一种诊察方法。

闻诊是通过听病人的语言、呼吸等声音以及嗅病体、排泄分泌物的异常气味,以获得病情资料的方法。

问诊是询问病人有关疾病的发生、发展情况,当前主要症状等,以掌握病情资料的一种方法。

切诊是切按脉搏及病体的有关部位,以获取体征的一种方法。

总之,望、闻、问、切四诊是医者从不同角度、不同侧面,对患者的各种症状进行诊察的方法。

(二) 辨证

辨证是在中医学理论的指导下,对通过四诊所收集的症状、体征进行综合分析,从而得出诊断性结论,是对疾病发展到某一阶段的病因、病位、病性及病势等所作的高度概括。

本书以病性辨证为纲,以脏腑病位辨证为目,介绍各种常见证候的性质、临床表现及其特点;介绍证与证之间的关系。并简要介绍卫气营血、六经及三焦辨证方法。这些辨证方法从不同角度总结了各种疾

病证候演变的规律。

(三) 辨病

疾病是人体在病因作用下,机体邪正相争,阴阳失调,产生特殊的病理变化,构成不同的病机及有规律的演变过程,具体表现出若干固定的症状和相应的证候。疾病一般包括致病因素、病理性质、临床症状和体征、演变规律及预后等。

辨病,亦称“诊病”,即对疾病的病种作出判断,得出病名诊断。辨病是临床各科讨论的主要内容。

总之,证是疾病所处某一阶段的病理概括;症构成证和病,症是诊断疾病和辨别证候的最基本的要素;病的全过程可形成不同的证,而同一证又可见于不同的病之中,病与证具有纵横交错的相互关系,因此临床上有同病异证、异病同证、异病异证、同病同证等情况。

(四) 病案

病案又称病历,古称诊籍,是临床有关病人诊治情况的书面记录。病案是医疗、科研、教学的重要资料。国家对病案书写有统一的规格,因此,每一位临床工作者必须掌握病案书写的基本技能。

二、中医诊断学的发展简史

(一) 秦汉之前

中医诊断疾病的理论与方法肇始奠基很早,三千年前的《周礼·天官》便有“以五气、五声、五色,其死生”的记载。公元前五世纪著名医家扁鹊,即可“切脉、望色、听声、写形,言病之所在”。

《黄帝内经》在理论和方法上为中医诊断学奠定了基础,以阴阳五行等学说为指导,详细阐述了望神、察色、闻声、问病、切脉四诊理论;强调了中医整体观贯穿于诊病与辨证相结合的诊断思路。《难经》尤为重视脉诊,提出寸口脉法,对后世影响颇大。西汉名医淳于意(仓公)创立“诊籍”,提倡对病情如实记录,作为复诊参考。

(二) 两汉时期

东汉张仲景总结了汉以前诊疗经验,将病、脉、症、治结合,建立了辨证论治的理论,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做到了概念清楚、层次分明,具有很高的水平,至今仍被沿用。

(三) 晋唐时期

西晋·王叔和所著《脉经》是我国现存最早的脉学专著,该书确定了寸、关、尺三部的诊脉部位,明确了二十四脉的名称,提出了相类脉并加以鉴别等,使

脉学理论系统化和专门化。隋·巢元方等编撰的《诸病源候论》，可谓我国第一部论述病源与病候诊断的专著。全书以内科疾病为主，分门别类列出各种疾病证候 1720 论，对后世医学影响颇深。

(四) 宋金元时期

宋金元时期，诊断学的发展与日俱增。如宋·陈无择的《三因极一病证方论》重点从内因、外因、不内外因三因出发，是病因、辨证、理法比较完备的著作。元朝有敖氏者，著《点点金》及《金镜录》，论伤寒舌诊，分 12 图，乃论舌的第一部专著，后经杜清碧增补为 36 图，即今所见的敖氏《伤寒金镜录》。又如滑寿的《诊家枢要》专载诊法；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：刘河间著《宣明论方》，发展了火热证候的辨析与治疗，其诊病重视辨识病机；李东垣著《内外伤辨惑论》，详论内伤与外感的辨证规律，并倡导“脾胃论”，其诊疗疾病时尤其重视四诊合参；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，如对斑疹伤寒和其他发疹性疾病的鉴别颇为明确。

(五) 明清时期

张三锡的《医学六要》将阴阳、表里、寒热、虚实看做是治病的八种大法。张介宾著《景岳全书》，内容十分丰富，论述甚为精辟，尤其是“脉神章”、“十问歌”、“二纲六变”等，对后世影响甚大。清·程钟龄著的《医学心悟》，书中有《寒热虚实表里阴阳辨》专篇，认为“病有总要，寒热虚实阴阳表里八字而已，病情既不外此，则辨证之法，亦不出此”。奠定了八纲辨证的基础。

李时珍所撰《濒湖脉学》，取诸家脉学之精华，详述二十七脉的脉体、主病和同类脉的鉴别，为后世所推崇。此外，明末·李中梓的《诊家正眼》、清·李延罡的《脉诀汇辨》、周学霆的《三指禅》、周学海的《重订诊家直诀》等，都是专论脉诊的著作，使脉学不断得到充实和完善。

清代舌诊著作中多附有舌图。如张登所辑《伤寒舌鉴》，载有一百二十图；梁玉瑜辑成《舌鉴辨证》，载图一百四十九幅。

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，便于习诵。汪宏的《望诊遵经》收集历代有关望诊的资料，从全身各部位的形容色泽和汗、血、便、溺等各种变化中进行辨证，并预测其顺逆安危，是一本全面论述望诊的专著。

明清时期对温疫、温热类疾病的认识有突破性的发展。明·吴又可的《温疫论》，对温病学说的发展起到了极大的推动作用。清·叶天士的《温热论》、薛生白的《温热条辨》、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，记载了丰富的温热病诊疗经验，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。另外，在这一时期开始萌发用西医学知识来解释舌象的苗头，如在曹炳章的《彩图辨舌指南》中多有论述。

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《痄疰论疏》专论疰疾病常症与变症的证治；清·张绍修《时疫白喉提要》、清·谢玉琼《麻科活人全书》、王孟英的《霍乱论》、罗芝园的《鼠疫约编》，对于白喉、麻疹、霍乱、鼠疫的诊断与辨证，均有较详论述。

建国以来，中医诊断学进入了快速发展的新阶段。如陈泽霖《舌诊研究》、赵金铎《中医症状鉴别诊断学》、《中医证候鉴别诊断学》等。尤其是多个版本的《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。

三、中医诊断的原则

在中医基础理论指导下，正确运用科学的诊断思维方法，才能在错综复杂的临床表现中找出疾病的根结所在，才能确诊无误。以下介绍中医诊断的三大原则：

(一) 整体审察

中医学认为，人体的脏腑器官组织，由于经络的联系，气血的运行，所以能保持生理上整体性的协调一致；人是一个以五脏为中心、形神合一的有机整体。人体每一病证的产生，无不体现整体的失调。这就要求医生首先通过四诊分析病人的每一具体病象，而后运用综合归纳的、辨证的思维方法，抓住病人对疾病的整体反应。

同时，人的整体性还体现在人与自然、社会的相互统一，这就是“天人合一”观。中医历来重视自然、社会因素在疾病发生、发展、治疗中的重要作用，认为气候、地区、环境、情志等因素，与病证的发生有密切的关系。中医学所遵循的是“自然-社会-形神”医学模式，这一模式的基本精神指导着历代医家的理性认识 and 实践活动。

(二) 四诊合参

四诊合参是指望、闻、问、切四种诊法的综合运用与全面分析。望、闻、问、切四种诊法是从不同的角度去诊察病症，它们所搜集到的病情资料各有侧重，相互补充。因此，要想全面地掌握病情，必须四诊合参。

首先，要精于四诊。《难经》谓“望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切而知之谓之巧”。所谓神、圣、工、巧，就是要求医生通晓诊法理论，掌握诊法的技巧。

其次，要四诊参合行之。医者只有通过四诊并用，综合分析，去伪存真，才能知真全，最终得出正确的诊断。此外，疾病是复杂多变的，临床表现也会有假象，如颧赤非热、脉迟非寒，故四诊运用中要辨析真

伪,不可囫圇吞枣。

(三) 病证结合

辨证论治是中医理论的精髓,是中医临床诊疗疾病时应遵循的基本方法。它体现了中医理论中整体观念、动态变化、因人因时因地制宜的理性优势,在中医临床中占据主导地位。

辨病论治的长处是能够把握疾病全过程的特点与变化规律。同种疾病应当具有共同的、基本相同的发展、演变规律,应有相对一致的治疗规律和治疗方药,因而,辨病论治具有突出疾病的共性、治疗上针对性强等特点。所以中医学不仅要同病异治、异病同治,还应补充同病同治、异病异治或异证同治等原则,如此则更有利于全面、深刻地认识疾病。

辨病与辨证,是中医学从不同角度对疾病本质进行认识的方法。即通过辨病,确定该病全过程的病理重点与规律;通过辨证,确定疾病在某一阶段的病理性质与特点,两者相互联系,相互补充。正如朱肱《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。”所以辨病与辨证相结合,有利于临床诊疗水平的提高。

四、中医诊断学的学习方法和要求

中医诊断学作为一门中医基础学科与临床各科之间的桥梁学科,注重理论与实际的结合,所应达到的最佳教学效果应当是使学生具备临证辨治的能力。本教材是中医诊断学教程教学改革的一项新尝试,突破传统教材编写的体例和刻板的书写内容,模拟临床四诊和辨证过程,应用中医诊断学基础理论知识,生动地介绍望、闻、问、切四诊技法,并以大量病案为引文,教会学生中医辨证论治思路。最后,对临床典型病案进行分析讨论,既掌握了中医病案书写规范,又

对四诊和辨证技能训练作一回顾。

中医学蕴藏着许多朴素的辨证分析思想及系统论的观点,中医学是借助于直接观察、理性思辨、实践验证总结出来的一门医学,有其独特的理论体系。中医学概念偏重于对生命关系、功能、过程、状态的描述,而不重视对物质实体、形态结构的分析。它关注的是生命活动过程中各种内部关系及其与周围事物的联系,强调动态地整体把握其复杂机制和规律,侧重的是生命功能活动模式。

中医历来十分强调医学的伦理属性,认为“医乃仁术”,是一种救死扶伤,防病治病的技艺,是通过形象性构想去把握病机及治疗中的规律,探求疾病的本质。中医学概念不是单纯的科学概念,它包含着特定的人文内涵。这是我们在中医病证诊断过程中要掌握的认知思路和研究方法。

其次,要不断地临床实践。这也是本教材主要编写目的所在,以临床案例的形式激发学生的学习兴趣,启发其形象思维,并反复锻炼其临证辨治能力,更好地掌握中医学基本理论知识。只有通过临床实践,才能真正掌握知识。只有勤学苦练,才能熟能生巧。而且,中医辨证论治讲求“同病异治”、“异病同治”,要求医者不仅掌握中医诊断治疗疾病的一般规律,更要娴熟于心,不囿成法,随机应变。

最后,要特别强调的是,要重视医德培养。唐代名医孙思邈在《备急千金要方》之首“大医精诚”篇中指出:“凡大医治病,必当无欲无求,先发大慈恻隐之心,誓愿普救含灵之苦。”为医者必须发扬救死扶伤的人道主义精神,“精”于专业、“诚”于品德,学习之初就要养成严谨的学风和高尚的医德医风。

(王忆勤)

第 4 章 望 诊

望诊,是医生运用视觉对病人神、色、形、态等全身情况及局部表现、舌象、分泌物和排泄物等进行有目的、有次序的观察,以收集病情资料的一种诊察方法。

望诊的主要内容包括全身望诊(神、色、形、态)、局部望诊(望头面、望五官、望颈项、望躯体、望四肢、望下窍、望皮肤)、望舌(舌体、舌苔)、望排出物(望痰涎、呕吐物、大小便)和望小儿指纹五部分。

第一节 全身望诊

全身望诊,是医生在诊察病人时对病人的精神、面色、形体、姿态等整体表现进行扼要地观察,从而对病性的寒热虚实和病情的轻重缓急获得一个总体印象的过程,它包括望神、望色、望形体、望姿态四个方面。

一、望 神

(一) 中医学关于“神”的概念

望神,是通过观察人体生命活动的整体表现来判断病情的方法。神的概念有广义和狭义之分。广义的神,是指人体生命活动的外在表现,它可以从精神、意识、思维、目光、呼吸、声音、语言、形体动态,以及舌象和脉象等多方面反映出来,可以说神就是生命;狭义的神,专指人体的精神、意识、思维活动,即心所藏的神,可以说神就是精神。因此,望神应包括这两方面的内容。

(二) 望神的重点及主要内容

神是生命活动的总称,一身之主宰,必然于全身皆有表现,但主要表现在目光、色泽、神情和体态四个方面,其中,尤以目光为重点。

(1) 眼神:神在眼的色泽形态方面的表现。目神主要从目光明亮还是晦暗,目珠运动是灵活还是呆滞,视物清晰还是模糊等方面反映出来。

(2) 神情: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。具体表现在神志清楚还是模糊,思维有序还是混乱,反应灵敏还是迟钝,表情丰富还是淡漠。

(3) 气色:人的周身皮肤(尤其是面部皮肤)的色泽。皮肤色泽的荣润或枯槁,是脏腑精气盛衰的重要表现。

(4) 体态:人的形体、动态。形体丰盛还是羸瘦,姿态自如还是反常,动作灵活还是迟钝或失灵,都是机体功能强弱的重要标志。

(三) 神的表现形式

1. 案例及思考问题

[病案一]

李××,女,52岁,工人。2004年7月20日初诊:患者于两月前吃火锅后出现腹泻,日5~7次,大便色黄,气味臭秽,自服“黄连素”后,病情有所减轻,但每日大便仍有3~5次,且明显感觉精力不济,食欲减少,遂来我院就诊。症见面色少华,精神不振,食欲不佳,形体偏瘦,小便正常,大便仍稀溏,气味不大,舌质淡白,苔薄白,脉细无力。(见彩图1)

问题:

(1) 该患者属得神、少神还是失神?其临床意义为何?

(2) 神的表现形式除得神、少神、失神、神志失常外,还有哪种?试述其临床表现及病机。

[病案二]

黄××,男,66岁,干部。2004年9月20日初诊:患者于两年前,不明原因出现胸痛,痰中带血,自认为是感冒所致,服用“感冒宁”、“急支糖浆”等药病情未见好转,故到当地某西医院就诊,X线片提示:肺部有占位性病变,诊断为“晚期肺癌”。在该院进行了放疗和化疗,病情有所好转,但精神明显不如从前。一月前,因病情加重而收入住院。入院后,患者精神疲惫,时有神识朦胧,循衣摸床,极度消瘦,目睛晦暗,目珠上视,面色晦暗,食欲极差,语声低弱,时断时续,舌红绛,无苔,脉疾,重按无力无神。(见彩图2、彩图3)

问题:

请判断该患者属于少神、失神还是假神?你是如何作出判断的?其临床意义为何?

[病案三]

吴××,男,63岁,农民。2003年3月2日初诊:患者于三年前因感受外邪,始见眼睑、面部浮肿,因未及时治疗,病情迁延,逐渐出现下肢反复水肿。近两月来病情加重,并出现心慌、心悸而被收入住院。入院时症见面白无华,两目乏神,精神萎靡,语声低微,面目和下肢浮肿,按之凹陷不起,腰膝痠冷,小便短少,大便如常,舌质暗淡,苔白滑,脉沉迟而细。入院两天后查房见:

患者精神突然好转,两目有神,言语不休,舌淡,舌体胖嫩,苔白滑,脉沉细无力。(见彩图4)

问题:

(1) 请判断该患者神的表现形式属哪一种?你是如何作出判断的?其临床意义为何?

(2) 试述假神与病情好转的区别。

[病案四]

谭××,女,53岁,干部。2001年4月5日初诊:患者一月前因丧子而出现情绪低沉,悲观失望,闭门不出的情况。两天前,突然出现狂躁不安,打人毁物,叫骂不休的症状,遂被家人送往某医院,诊断为精神分裂症,服用镇静剂后病情稳定,今来我院,要求服中药治疗。入院时症见面色红赤,两目有神,精神亢奋,话语较多,小便黄少,大便干结,舌质红,舌尖芒刺,苔黄燥,脉弦数有力。(见彩图5)

问题:

(1) 该患者现阶段属于神志异常中的哪一种情况?其临床意义为何?

(2) 试述癫证的临床表现和病机。

2. 基本知识点

神的表现形式,按其盛衰可划分为得神、少神、失神、假神四种,此外还有以神志失常为主要表现的一类疾病。其临床表现和意义如下:

(1) 得神:又称“有神”,是精充气足神旺的反映。

[临床表现] 目光明亮,眼珠运动灵活,视物清楚;神志清楚,反应灵敏,表情丰富;面色荣润;肌肉不削,体态自如。

[临床意义] 提示正气充足,精气充盛,脏腑机

能正常,为健康的表现,即使有病,也属病轻,预后较好。

(2) 少神:即神气不足,是精气轻度损伤的反映。

[临床表现] 两目乏神,目珠运动迟慢;神志清楚,但精神不振,思维迟钝;面色少华;肌肉松软,动作迟缓。

[临床意义] 提示正气不足,精气轻度损伤,脏腑机能较弱。多见于轻病或疾病恢复期患者,亦可见于体质虚弱者。

(3) 失神:即无神,是精亏气败神衰的反映。

[临床表现] 目光晦暗,瞳神呆滞,视物不清;精神萎靡,甚至神志昏迷,谵语郑声,循衣摸床,撮空理线,反应迟钝,表情淡漠;面色无华;形体羸瘦,动作艰难。

[临床意义] 提示正气虚衰,脏腑机能衰竭,病情重笃,见于久病、重病患者,预后不良。

(4) 假神:重危病人出现的精神暂时“好转”的假象,为临终前的预兆。

[临床表现] 临床突出表现为五个方面:

1) 目光:由失神时的目光晦暗,瞳神呆滞,突然变为目光明亮,但浮光外露。

2) 神志:由失神时的神志昏迷,精神萎靡,突然变为神志清楚,精神躁动。

3) 语言:由失神时的不欲语言,语声低微断续,突然变为言语不休,语声清亮。

4) 面色:失神时的面色晦暗,突然变为颧赤如妆。

5) 饮食:由失神时的毫无食欲或食量减少,突然变为食欲增强甚至暴饮暴食。

[临床意义] 提示脏腑精气衰竭已极,正气将脱,阴不敛阳,虚阳外越,阴阳即将离决,故古人将其比做“回光返照”、“残灯复明”。

得神、少神、失神、假神之间的鉴别点见表2-1。

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
目光	目光明亮,顾盼灵活	目光乏神,双目少动	目光晦暗,瞳神呆滞	目光忽亮,但浮光外露
神情	神志清楚,表情丰富	精神不振,思维迟钝	精神萎靡或神志昏迷	突然神清,但躁动不安
面色	面色荣润	面色少华	面色无华	两颧泛红如妆
体态	肌肉不削,动作自如	肌肉松软,动作迟缓	大肉已脱,动作艰难	久病卧床,忽思活动
饮食	食欲旺盛	食欲稍减	食欲不佳	突然食欲增强

(5) 神志失常:又称“神乱”,包括烦躁不安,神昏谵妄以及焦虑恐惧,狂躁不宁,淡漠痴呆和卒然昏倒等。

烦躁不安,神昏谵妄,多因热扰心神所致,常见于温病热入心包。

时时恐惧,焦虑不安,心悸气促,不敢独处一室,多由心胆气虚,心神失养所致,常见于脏躁等病人。

狂躁妄动,胡言乱语,少寐多梦,打人骂詈,不避亲疏,多属实证、阳证,因气郁化火,痰火扰心所致;或

为阳明热盛,邪热扰心;或为瘀血内阻,蒙蔽神明而成,常见于狂病患者。

精神抑郁,表情淡漠,神识痴呆,喃喃自语,哭笑无常,悲观失望等表现,属阴证,多因痰气郁结,蒙蔽心神;或先天禀赋不足所致,常见于癫病、痴呆患者。

突然昏倒,口吐涎沫,两目上视,四肢抽搐,移时苏醒,醒后如常人者,多因肝风夹痰,闭阻清窍所致,常见于痫病患者。

3. 案例分析

[病案一]

(1) 从精神状况、两目、面色、形体上看,该患者精神不振,两目乏神,面色少华,形体消瘦,可判断为少神,其临床意义为正气不足,精气轻度损伤,脏腑机能较弱。

(2) 神的表现形式还包括假神。假神是重危病人出现的精神暂时“好转”的假象,为临终前的预兆。如原来目光晦暗,瞳神呆滞,突然变为目光明亮,但浮光外露;原来神志昏迷,精神萎靡,突然变为神志清楚,精神躁动等等。假神的临床意义为脏腑精气衰竭已极,正气将脱,阴不敛阳,虚阳外越,阴阳即将离决。

[病案二]

从精神状况、两目、面色、肌肉、语声、脉象等方面看,该患者精神疲惫,时有神识朦胧,循衣摸床。目睛晦暗,目珠上视,面色晦暗,极度消瘦,食欲极差,语声低弱,脉象重按无力无神等表现,故判断为失神,其临床意义为正气虚衰,脏腑机能衰竭。

[病案三]

(1) 该患者入院以来精神萎靡,语声低微,两天后查房时却见精神明显好转,并见大口进食,话语不休,病情突然转变,而非逐渐转佳,故判断为假神,说明脏腑精气衰竭已极,阴阳即将离绝,病情危重。

(2) 临床上要注意假神与病情好转的区别:假神多见于垂危病人,其“好转”之象出现突然、短暂,与全身整体恶化的病情不相符合。真正的病情好转之象是逐渐出现且持久,并与整体状况好转相一致,如饮食渐增,面色渐润,身体功能渐复等等。

[病案四]

(1) 该患者现阶段属于神志异常中的狂,其临床意义为痰火扰心。

(2) 病病的临床表现为突然昏倒,不省人事,口吐涎沫,两目上视,四肢抽搐,移时苏醒,醒后如常人。其病机为肝风夹痰,闭阻清窍所致。

二、望 色

望色,又称“色诊”,是通过观察病人全身皮肤色泽变化来诊察病情的方法。

(一) 常色与病色

常色与病色面色可分为常色和病色两大类。

(1) 常色:人在生理状态时的面部色泽,说明机体

气血津液充盈,脏腑功能良好,其特征是明润、含蓄而有血色(即无论何色应兼见红色)。中国人属黄种人,其常色为红黄隐隐,明润含蓄。常色有主色和客色之分。

1) 主色:与生俱来,终生基本不变的面色,往往与种族和遗传有关。

2) 客色:人体受季节气候、地理环境、饮食情绪等因素影响,发生短暂、轻微的面色变化称为客色。

(2) 病色:人体在疾病状态下面部显示的异常色泽,即除常色以外的所有面部色泽都属病色。病色的特征为无论何色或晦暗枯槁,或鲜明暴露,或不应位应位,或某色独见。

病色根据其有无光泽而有善恶之分。凡五色明亮润泽者,称为善色,表明脏腑精气未衰,胃气尚能上荣于面,称为“气至”,多属新病、轻病,易于治疗,预后较好;凡五色晦暗枯槁者,称为恶色,表明脏腑精气衰败,胃气不能上荣于面,称为“气不至”,多属久病、重病,不易治疗,预后较差。

五色的常色及病色善恶比较见表 2-2。

表 2-2 五色的常色及病色善恶比较

五 色	常 色	善 色	恶 色
青	如缟裹绀	如翠羽	如草兹
赤	如缟裹朱	如鸡冠	如衄血
黄	如缟裹赭萎实	如蟹腹	如枳实
白	如缟裹红	如豕膏	如枯骨
黑	如缟裹紫	如乌羽	如炭

(二) 五色主病

1. 案例及思考问题

[病案一]

汤××,女,7岁,学生。2003年4月5日初诊:患儿3天前外出回家后出现发热,恶风寒,鼻塞,流涕,喷嚏连连,咽喉肿痛等症,其父母认为是感冒,自予“感康”、“板蓝根冲剂”等药治疗,病情不见好转,遂于今日前来就诊。症见高热不退,(体温40℃左右),呼吸气粗,精神不振,纳差,口干喜饮,面部、躯体、四肢均出现红色粟粒状丘疹,融合成片,无汗出,小便黄少,大便干结,几日未解,舌质鲜红,舌苔黄厚干燥,脉象洪数。西医诊断为“麻疹性肺炎”。(见彩图6)

问题:

(1) 该患儿的面色属哪一种病色?其临床意义为何?

(2) 实热证、虚热证、戴阳证的面色有何不同?怎样区分?

[病案二]

唐××,女,23岁,学生。2004年5月6日初诊:患者自述近2月以来,因临近考研,学习用

功,经常熬夜,感觉体力不济,食欲不振,失眠多梦,并时有心慌的感觉,月经量多,色淡质稀,体重明显减轻,西医诊断为“神经衰弱”、“功能性子宫出血”。中医诊断为“崩漏”,辨证为“心脾两虚证”。体检:面色淡白,面容及形体消瘦,舌淡白,苔薄白而润,脉象细无力。(见彩图7)

问题:

- (1) 该患者的面色属哪一种病色? 其临床意义为何?
- (2) 面色苍白和晄白有何不同?

2. 基本知识点

五色主病:病色可分为青、赤、黄、白、黑五种,分别提示不同脏腑和不同性质的疾病。其五色主病之间的比较见表2-3。

表 2-3 五色主病简表

颜色	五行	五脏	主病	特点
青	木	肝	寒证、痛证、血瘀	面色淡青或青黑
			惊风	眉间、鼻柱、唇周色青
赤	火	心	实热证	满面通红
			虚热证	两颧潮红
			戴阳	泛红如妆
黄	土	脾	脾虚	淡黄消瘦(萎黄) 黄而虚浮(黄胖)
			湿证	一身面目俱黄,色鲜明如橘子色(阳黄)或色晦暗如烟熏(阴黄)
白	金	肺	虚证	气虚、血虚 面色淡白无华
			阳虚	面色白而虚浮
			寒证、失血	面色苍白
黑	水	肾	肾阴虚	面色黑而干焦
			肾阳虚	面色黑而暗淡
			水饮	眼眶周围色黑
			瘀血、痛证	面色黧黑

(1) 青色:主寒证、痛证、血瘀证和惊风证。

面色淡青或青黑,属寒盛、痛剧。

面色及口唇青紫,属心血瘀阻之象。

小儿眉间、鼻柱、唇周发青者,多属惊风。

(2) 赤色:主热证,亦见于戴阳证。

赤色主热证,有实热和虚热之分。

若满面通红,并伴见高热,大汗,口渴欲饮,脉象洪大,舌苔黄厚干燥,脉洪大等症为实热证,外感病见于温病热入气分和伤寒的阳明病阶段;内伤病则见于脏腑热盛时。

若两颧潮红,并伴见潮热,盗汗,消瘦,舌红少苔,脉细数者为虚热证,外感病见于温病后期,内伤病则见于脏腑虚热证候。

久病、重病面色苍白或萎黄,而突见面色泛红如妆,游移不定者,属戴阳证。

(3) 黄色:主脾虚、湿证。

面色淡黄,枯槁无光,称“萎黄”,属脾胃气虚。

面色淡黄而虚浮者,称“黄胖”,属脾虚湿盛。

一身面目俱黄,小便色黄者,为“黄疸”。其色鲜明如橘皮者,称阳黄,属湿热;其色晦暗如烟熏者,称阴黄,属寒湿。

小儿面色青黄,或乍黄乍白,肌肉消瘦,皮毛憔悴,腹大青筋,为“疳积”,因脾胃虚弱,气血不足所致。

(4) 白色:主虚证、寒证、失血。

面色淡白无华,伴唇、舌、爪甲色淡者,多属气血亏虚或失血证。

面色苍白,伴剧烈疼痛或战栗者,为实寒证。

面色淡白而虚浮者,称晄白,属阳虚水泛。

面色苍白,四肢厥冷,冷汗淋漓,神识昏迷者见于亡阳证。

(5) 黑色:主肾虚、寒证、水饮、血瘀、痛证。

面黑暗淡者,多属肾阳虚,因阳虚火衰,水寒不化,血失温煦所致。

面黑干焦者,多属肾阴虚,因肾精久耗,阴虚火旺,虚火灼阴,机体失养而成。

眼眶周围色黑者,多属肾虚水饮或寒湿带下。

面色黧黑(黑而晦暗),肌肤甲错者,为瘀血久停所致。

面色黑而手足不遂,腰痛难于俯仰者,多为肾风骨痹疼痛。

3. 案例分析

[病案一]

(1) 患儿的面色为赤色(满面通红),为实热证,因麻毒闭肺,里热炽盛,热盛血涌,面部血络充盈而成。

(2) 实热患者的面色应为满面通红,且同时伴有高热不退,大汗出,口渴明显,脉洪大等症,因里热炽盛所致;虚热患者的面色为两颧潮红,常与潮热,盗汗,消瘦,舌红,脉细伴见出现,由阴虚火旺而成;戴阳证的面色为颧红如妆,游移不定,常与精神突然转佳,食量突增等假神症状伴见出现。

[病案二]

(1) 该患者的面色为淡白,因考研思虑过度,阴血暗耗,又加之月经过多,而致气血亏虚,不能上荣于面而成。

(2) 苍白是指面色青白,多见于血虚或失血的患者;晄白是指面色白而虚浮,多见于阳虚水泛的患者。

三、望形体

(一) 望形体的原理和意义

筋、脉、肉、皮毛、骨称为“五体”,它是构成人们形

体的五种基本组织。而五体与五脏相合,即五体有赖五脏精气充养。五脏精气充盛,五体得以充养,表现为形体强健;五脏精气衰弱,五体失充,则表现为形体虚弱。所以,观察病人之形体的强弱胖瘦,可以测知其脏腑的虚实,气血的盈亏,进而判断病情的轻重和预后的吉凶。正如《素问·三部九候论》所云:“必先度其形之肥瘦,以调气之虚实。”此外,不同的体质,其阴阳盛衰不同,对疾病的易感性和患病后疾病的预后也有所不同,所以观察病人的体质类型可以帮助我们疾病的判断。

(二) 望形体的内容

1. 案例及思考问题

[病案一]

汤××,男,40岁,工人。2000年9月10日初诊:患者于5年前饮酒后出现胃脘疼痛,自服“三九胃泰”、“胃舒平”等药,症状略有减轻,自此以后经常出现胃痛,且食量逐渐减少,体重明显减轻。3月前,因胃痛难以忍受,服药无效而去某西医院就诊。经查胃镜,诊断为“胃癌”,经胃切除手术并放疗和化疗后,来我中医院要求服中药治疗。症见形体消瘦,形销骨立,面削颧耸,面色萎黄,食欲极差,精神不佳,小便正常,大便稀溏,每日3次,舌质淡白瘦小,舌面无苔,脉细无力。(见彩图8)

问题:

- (1) 何谓消瘦? 正常男女的身体质量指数分别为多少?
- (2) 临床常见的消瘦有哪几种情况? 其临床意义分别为何? 该患者属于哪一种情况?
- (3) 试述阳脏人与阴脏人的形体特点和体质特点的不同。

[病案二]

张××,女,60岁,干部。2003年7月4日初诊:患者于20年前出现体重增加的情况,当时未给予重视,到现在体重已增至80kg(身高165cm),自述食欲减退,喝水都要长胖,且明显感觉体力不佳,上二楼即感气喘吁吁。一周前单位体检,发现血脂、血糖、胆固醇均高于正常值,并有脂肪肝,故来我院要求服中药治疗。(见彩图9)

问题:

- (1) 临床常见的肥胖有哪几种情况? 其临床意义分别为何? 该患者属于哪一种情况?
- (2) 胖人对疾病的易感倾向有哪些?

2. 基本知识点

望形,是指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。

- (1) 形体强弱:观察形体强弱主要根据骨骼的粗

细、肌肉的丰瘦、皮肤的润枯、胸廓的宽窄等方面,并将机体的功能状态、神的衰旺等结合起来,进行综合判断。

1) 体强:即体质强壮。表现为骨骼粗大,肌肉充实,皮肤润泽,胸廓宽厚,同时精力充沛,食欲旺盛。说明体魄强壮,内脏坚实,气血旺盛,抗病力强,易于治疗,预后较好。

2) 体弱:即体质衰弱。表现为骨骼细小,肌肉瘦削,皮肤枯槁,胸廓狭窄,同时精神不振,食少乏力。说明体质虚衰,内脏脆弱,气血不足,抗病力弱,有病难治,预后较差。

(2) 形体胖瘦:正常人体形适中,各部组织匀称。过于肥胖或过于消瘦都可能是病理状态。观察形体胖瘦时,应注意与精神状态、食欲食量等结合起来综合判断。关于形体的胖瘦,我们可以采用国际通用的身体质量指数 BMI 来判断:即身体质量指数(BMI)=体重(kg)/身高(m)²。关于形体胖瘦的评价见表 2-4。

表 2-4 形体胖瘦的评价表

评价	正常	肥胖	消瘦
男性	20~25	>25	<20
女性	19~24	>24	<19

1) 体胖:凡身体质量指数超过正常者为体胖。体胖能食,肌肉坚实,神旺有力者,多属形气有余,是精气充足、身体健康的表现;体胖食少,肉松皮缓,神疲乏力者,多属形盛气虚,是阳气不足、多痰多湿的表现,易患痰饮、中风、胸痹等病证,即《格致余论》所谓“肥人湿多”。

2) 体瘦:凡身体质量指数小于正常者为体瘦。体瘦食多,属中焦有火;体瘦食少,属中气虚弱。体瘦颧红,伴潮热盗汗、口咽干燥者,多属阴虚火旺的表现,易患肺癆等病,即《格致余论》所谓“瘦人火多”。若久病重病,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”。

(3) 体质类型:体质是人的个体在先天禀赋与后天环境等因素影响下,在生长发育过程中逐渐形成的形体结构、机能方面的个体差异性。每个人都有自己的体质类型及其特点,体质类型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性。故观察辨别病人的体质类型,有助于对疾病的诊断和预后的判断。

目前,一般主张将人按体质分为阴脏人、阳脏人和平脏人三种。

1) 阴脏人:体形矮胖,头圆、颈粗、肩宽、胸厚、突肚、体多后仰。其体质特点是阴盛阳虚。这类人易感寒湿邪气,且受邪后多从寒化,容易产生湿滞、水肿、痰饮、血瘀等病理变化。

2) 阳脏人:体形瘦长,头长、颈细、肩窄、胸窄、体多前屈。其体质特点是阳盛阴虚。这类人易感受阳热病邪,患病后易于从阳化热,表现为实证、热

证,并易化燥伤阴,导致阴虚阳亢、血耗神乱等病理变化。

3) 平脏人:又称阴阳和平人。体形胖瘦适中,其体质特点是阴阳平衡,气血调匀,是大多数人的体质类型。

3. 案例分析

[病案一]

(1) 消瘦是指身体质量指数小于正常者,即男子小于20,女子小于19的情况。正常男子的身体质量指数为20~25,女子为19~24。

(2) 临床上常见的消瘦有四种情况:一是形体消瘦而食量较多者,属胃火亢盛。患者虽食量大,但饮食入胃后,被胃火所消磨,并未化生为水谷精微,营养全身,故形体消瘦;二是形体消瘦而食量很少,多因脾气虚弱,不能运化水谷,化生气血,营养全身,而致形体消瘦;三是形体消瘦,两颧潮红,并伴有潮热盗汗、咽干燥者,多属阴虚火旺,常见于肺病病患者;四是若久病重病,卧床不起,骨瘦如柴者,为脏腑精气衰竭,气液干枯,属病危。该患者属于第四种情况。

(3) 阳脏人的形体特点简单说是瘦长,具体表现为头长、颈细、肩窄、胸窄、体多前屈,其体质特点是阳盛阴虚。阴脏人的形体特点是矮胖,即头圆、颈粗、肩宽、胸厚、突肚、体多后仰,其体质特点是阴盛阳虚。

[病案二]

(1) 肥胖是指男子身体质量指数超过25,女子超过24者。

(2) 临床上肥胖有两种情况:一是形体肥胖,食量较大,食欲旺盛,肌肉坚实,神旺有力者,中医认为是精气充足、身体健康的表现,多与职业或遗传有关;二是形体肥胖,但食量较少,食欲不佳,肌肉松软,很少运动,稍事运动,即感乏力气短者,中医认为是阳气不足的表现。该患者属于第二种情况。

(3) 中医认为肥胖之人,其体质特点是多阳虚、气虚,多痰多湿,易患痰饮、中风、胸痹等病证。

四、望 姿 态

望姿态:指观察病人的动静姿态和肢体的异常动作来诊察病情的方法。

病人的动静姿态是疾病的外在表现。根据“阳主动,阴主静”的一般规律,凡躁动不安者,多属阳、热、实证;喜静懒动者,多为阴证、寒证、虚证。所以,观察病人的动静姿态,可以判断病性的阴阳、寒热、虚实。

此外,肢体活动还与脏腑功能活动密切相关。因

此,观察患者肢体的某些异常动作,有助于判断脏腑功能的情况。

(一) 动静姿态

1. 案例及思考问题

吴××,女,70岁,工人。2001年2月3日初诊:患者于40年前一次受凉后出现感冒症状,当时因年轻体壮,加上工作繁忙,未予及时治疗而逐渐出现剧烈咳嗽、吐痰黄稠的症状,在某西医院诊断为“急性支气管炎”,经服用“必嗽平”等药后病情减轻。但此后,每遇天气变化,特别是在寒冷的冬季,即出现咳嗽咯痰的情况,反反复复已有40余年,且近5年,症状加重,并有心累,心慌,气喘,不分昼夜,难以平卧的症状,西医诊断为“慢性肺源性心脏病”。(见彩图10)

问题:

该患者属于望动静姿态中的哪一种情况?其病机为何?

2. 基本知识点

动静姿态:正常人能随意运动且动作协调,体态自然,表达准确,无任何不适。病理情况下,因为疾病,病人可出现一些异常姿态。医者可通过观察这些姿态来确定疾病的寒热虚实。清·汪宏在其《望诊遵经》提出诊体态八法,即动静、强弱、俯仰、屈伸,可作为望动静姿态的纲领。动者、强者、仰者、伸者,属表、属阳、属热、属实;静者、弱者、俯者、屈者,属里、属阴、属寒、属虚。

(1) 坐姿:坐而喜伏,少气懒言,多为肺虚少气;坐而喜仰,胸胀气粗,多属肺实气逆;但坐不得卧,卧则气逆,多为哮喘肺胀,或水饮停于胸腹;但卧不能坐,坐则神疲晕眩,为夺气失血或见于眩晕病患者。坐而欲起,多为水气痰饮所致;坐卧不安,是烦躁之征,或腹满胀痛之故。

(2) 卧姿:卧时常向外,身轻能自转侧,为阳证、热证、实证,多是邪热内盛,正气未衰的表现;反之,卧时喜向内,身重不能转侧,多为阴证、寒证、虚证,多为正气亏虚所致。卧时踈屈成团者,多为阳虚畏寒,或有剧痛;反之,卧时仰面伸足,则为阳盛发热。

(3) 痛姿:疼痛时患者的姿态。如患者蹙额捧头,俯不欲仰者,多为头痛;叉手扪心,闭目不语者,多见于心虚怔忡;两手护乳前,惟恐触碰者,多见于乳痈病人;以手护腹,俯身前倾者,多为腹痛。此即所谓“护处必痛”。

(4) 行姿:患者行走时的姿势。如患者以手护腰,弯腰曲背,行动艰难,多为腰腿病;行走时身体震颤不定,是肝风内动之征,见于中风后遗症。

3. 案例分析

该患者属于望姿态中的但坐不能卧,因饮停于肺,肺气壅滞所致,常见于肺胀病患者。

(二) 异常动作

1. 案例及思考问题

[病案一]

谭××,男,68岁,干部。2002年7月3日初诊:半月前,患者不明原因出现突然昏倒,不省人事,并有口眼喎斜,半身不遂等症,经送某西医医院诊治,测血压为188/98mmHg(25/13kPa),CT诊断为“脑栓塞”,经过治疗后,目前患者神志清醒,但仍遗留有半身不遂,口眼喎斜,语言蹇涩,行路不稳的情况,遂到中医医院要求针灸治疗。(见彩图11)

问题:

- (1) 该患者属于中医的何种疾病?其病机为何?
- (2) 厥证与中风在临床表现上有何不同?

[病案二]

王××,女,25岁,工人。2001年4月11日初诊:患者于8年前开始出现膝关节疼痛,当时无红肿,症状也较轻微,用“伤湿止痛膏”外敷能明显减轻。此后,关节疼痛反复发作,且多与阴冷气候有关,天晴时减轻。除膝关节以外,有时肘关节和肩关节也出现疼痛。1个月前,关节疼痛再次发作,疼痛难忍,呈酸痛性质,且双膝关节明显肿大,血沉增高,服西药“芬必得”不见好转,故前来本院,要求服中药治疗。见双膝关节明显肿大,疼痛难忍,并有灼热感,口渴明显,食欲如常,小便黄少,大便稀溏,便出不爽,气味较臭,舌质红,舌体偏大,边有齿痕,苔黄厚腻,脉濡数。(见彩图12)

问题:

- (1) 痹证有几种情况?该患者属于哪一种?其病机为何?
- (2) 痹证与痿证在形体外观和病因、病机上有何不同?

2. 基本知识点

异常动作:风主动,善行而数变,风气通于肝,肝主筋,所以形体的异常动作,多与风和肝有关。

(1) 面、唇、脸、指、趾颤动:颜面、口唇、眼睑、手指和足趾轻微抖动者,在外感热病中,多为动风先兆;在内伤杂病中,多是气血不足,筋脉失养,虚风内动之征。

(2) 手足蠕动:手足缓慢掣动,如虫蠕之状,为阴虚风内动之象。

(3) 四肢抽搐、项背强直、角弓反张:四肢不自主的收引、牵动,屈伸不已者为抽搐;颈项、后背僵硬,运动不灵,甚至腰背反折,身体后仰如张弓之状者称项背强直、角弓反张,常见于小儿惊风、破伤风、痫病、子痫等。

(4) 四肢拘挛:指四肢筋脉挛缩,不能屈伸者,多由阴血不足,筋脉失养,或寒邪侵袭,筋脉收引所致。

(5) 撮空理线、循衣摸床:指神志不清的患者手上出现的一些异常动作,如穿针引线,捻摸床沿等等,是失神的表现,多见于邪热亢盛,耗伤心阴或久病大虚,元气将脱之时。

(6) 卒然昏倒:指病人突然昏倒,意识不清者。若伴见半身不遂,口眼喎斜,属肝阳化风夹痰而致,见于中风病(中脏腑);伴口开目闭,手撒遗尿,是中风脱证;伴牙关紧闭,两手握固,大小便闭者是中风闭证;伴四肢抽搐,口吐白沫,口中有怪叫声,移时苏醒,醒后如常者,多属肝风夹痰,阻闭清窍所致,见于痫病;伴见四肢厥冷,而呼吸自续者多为厥证。

(7) 手足软弱:手足软弱,肌肉萎缩,行动不灵,而无疼痛者,多由阳明湿热或脾胃气虚,或肝肾不足所致,称为痿证。

(8) 关节肿痛:四肢关节肿痛,以致动作困难者,多由风、寒、湿三邪合并侵犯关节,使关节痹阻不通所致,见于痹证。若关节疼痛游走不定者为行痹,因以感受风邪为主,又称风痹;若关节疼痛固定不移者称为着痹,因以感受湿邪为主,又称湿痹;若关节疼痛剧烈,遇寒加剧者,称为痛痹,因以感受寒邪为主,又称寒痹;若关节红肿热痛者,为热痹,因风、寒、湿三邪郁久化热所致。

3. 案例分析

[病案一]

(1) 该患者属于中医的中风病(中脏腑),其病机为肝阳化风夹痰,上蒙蔽清窍。

(2) 厥证和中风都表现为突然昏倒,不省人事,但厥证除表现为神昏外,还有四肢厥冷,且呼吸自续,移时苏醒,醒后无半身不遂,口眼喎斜等后遗症,以此与中风相区别。

[病案二]

(1) 痹证有风痹(行痹)、湿痹(着痹)、寒痹(痛痹)和热痹四种情况。该患者属于热痹。其病机为风、寒、湿三邪化热,痹阻关节。

(2) 痹证主要表现为关节肿痛,动作困难;痿证则表现为手足软弱,肌肉萎缩,行动不灵,无关节肿痛。

痹证多因风、寒、湿三邪合并侵犯关节,关节痹阻不通所致;痿证则因阳明湿热或脾胃气虚,或肝肾不足所致。

(赵 莺)

第二节 局部望诊

局部望诊是在全身望诊的基础上,根据病人所述