

高等学校壮医药专业教材

伟刚林

主编

壮医诊断学

广西民族出版社

高等学校壮医药专业教材

壮医诊断学

主 编 伟刚林

广西民族出版社

图书在版编目(CIP)数据

壮医诊断学/伟刚林主编. —南宁:广西民族出版社,
2007.1

ISBN 978-7-5363-5248-3/R·205

I. 壮... II. 伟... III. 壮族—民族医学—诊断学
IV. R291.8

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 003062 号

Zhuangyi Zhenduanxue

壮 医 诊 断 学

伟刚林 主编

出版发行	广西民族出版社(地址:南宁市桂春路3号 邮政编码:530028)
发行电话	(0771)5523216 5523226 传 真:(0771)5523246
E-mail	CR@gxmzbook.cn
策划编辑	韦启福
责任编辑	韦启福
封面设计	朱俊杰
责任校对	黄春燕 苏兰清
责任印制	蓝剑风
印 刷	广西大学印刷厂
规 格	787毫米×1092毫米 1/16
印 张	7.25
字 数	200千
版 次	2007年1月第1版
印 次	2007年1月第1次印刷
印 数	1~3000册

ISBN 978-7-5363-5248-3/R·205

定价:22.00元

高等学校 壮医药专业教材

- 1 壮族医学史 戴铭
2 壮医药学概论 庞宇舟
3 壮医基础理论 叶庆莲
4 壮医内科学 董少龙
5 壮医外科学 肖廷刚
6 壮医妇科学 覃菁

林辰
黄冬玲

主编
主编
主编
主编
主编
主编

- 7 壮医伤科学 廖小波
8 壮医药线点灸学 黄瑾明
9 壮医方药学 易自刚
10 壮医诊断学 伟刚林
11 壮药药材学 朱华
12 壮药资源学 辛宁

徐冬英
冼寒梅

主编
主编
主编
主编
主编
主编

《高等学校壮医药专业教材》编委会

总 主 编 王乃平 覃绍峰

副总主编 朱 华 陈雪斌 邓家刚 黄岑汉 唐 农
庞宇舟 黄贵华

总 主 审 黄汉儒

委 员(按姓氏笔画为序)

王 勤	韦松基	邓远美	龙学明	叶庆莲
伟刚林	江红兵	李成林	肖廷刚	辛 宁
林 辰	易自刚	钟远鸣	班秀文	徐冬英
唐梅文	黄冬玲	黄瑾明	董少龙	覃 菁
廖小波				

办公室

主 任 唐 农 朱 华 庞宇舟

副 主 任 黄贵华 唐梅文

秘 书 莫传凤 宋 宁

编写说明

壮医药是中国传统医学的重要组成部分,有着悠久的历史。它是壮族人民在长期的生产、生活实践中同疾病作斗争的经验总结,有着独特的理论和丰富的内容。壮医药不仅在历史上为本民族的健康繁衍作出了巨大的贡献,而且至今仍是广大壮族地区群众赖以防病治病的有效手段和方法之一,是壮族地区重要的医药卫生资源。经过广大壮医药工作者长期的不懈努力,目前壮医药在理论研究、诊疗方法以及壮药的发掘整理及应用推广方面都取得了丰硕的成果。壮医药的理论体系已经确立,应用技术日臻提高,壮药范畴与质量标准已初步确定和形成,壮医药的高等教育正走上快速的发展轨道。壮医药作为一门古老而新兴的学科,正以其独特的功能为人类的健康作出贡献。

为了给壮医药事业发展提供更多合格的专门人才,以便更好地为广大患者服务,在广西壮族自治区人民政府和教育厅的支持下,广西中医学院根据高等学校壮医药专业教学的需要,总结二十多年来壮医药发掘整理和研究的成果,结合临床实践验证,编写了本套教材,供高等学校壮医药专业教学使用。在编写过程中,我们力求去伪存真,保持科学性,坚持理论联系实际的原则,努力突出教材的民族特色。

由于我们水平有限,书中缺点和错误在所难免,恳请各位专家、读者提出宝贵意见。

编 者

2006 年 10 月

目 录

绪 论	(1)
第一章 望诊	(5)
第一节 整体望诊	(5)
第二节 局部望诊	(9)
第三节 望三道排出物	(18)
第四节 “勒答”(目)诊	(20)
第五节 甲诊	(21)
第六节 舌诊	(25)
第二章 问诊	(32)
第一节 问诊的意义及方法	(32)
第二节 问诊的内容	(33)
第三节 问现在症	(35)
第三章 闻诊	(49)
第一节 听声音	(49)
第二节 嗅气味	(51)
第四章 按诊	(53)
第一节 脉诊	(53)
第二节 触诊	(56)
第五章 探诊	(61)
第一节 痧病探诊	(61)
第二节 跌打探诊	(61)
第三节 预后探诊	(61)
第六章 疾病判定	(62)
第一节 疾病定性	(62)
第二节 疾病定位	(83)
第三节 壮医病名规则	(87)
第四节 壮医辨证	(88)
第七章 诊断与病案	(89)
第一节 病情资料的归纳和整理	(89)
第二节 辨病思维的方法与步骤	(91)
第三节 病案	(95)
主要参考书目	(109)

绪 论

疾病的正确治疗,首先必须有正确的诊断。所以诊断是疾病诊治过程中极为重要的一个环节。诊,即诊察、探查,以收集疾病的病情资料,主要包括疾病的起始原因、起病情况、发病过程及症状和体征。断,即分析和判断,通过分析疾病的病情资料,判断疾病的病位与病性,进而确定疾病的病名。

数千年来,壮族人民在与疾病作斗争的过程中,不断总结、发明了许多行之有效的诊断疾病的方法,这些方法不仅具有十分丰富的内容,而且颇具地方特色和民族特色。

壮医诊断学是根据壮医学的理论体系,研究诊察病情、判断病位与病性、辨别病证的基础理论、基本知识和基本技能的一门学科。它是壮医学专业的基础课,是壮医基础理论与壮医临床各科之间的桥梁,是壮医学专业课程体系中的主干课程。壮医诊断学既是壮族医学体系的重要组成部分,也是祖国传统医学的重要组成部分之一。

一、壮医诊断学的主要内容

壮医诊断学以研究疾病中各种症状和体征的特点及其病因病机、疾病的病位与病性及其病名的概念,以及疾病的诊断方法为主要内容。其包括诊法、辨病、辨证和病案书写四大组成部分。而重点的内容是诊法和辨病,辨证的内容在壮医相对较简单,只有阴证和阳证之分,至于病案书写则需要经过临床实习才能有所掌握,本课程只对其书写规范、格式和基本内容作适当的介绍。

(一) 诊法

诊法是壮医诊察收集病情资料的基本方法。主要包括望、闻、问、按、探五大类诊法。望诊,是通过肉眼察看病人以收集病情资料。包括一般望诊的望“巧坞”(大脑)、面色、五官、皮肤、颈项、躯体、四肢、手指、三道排出物和壮医自成体系的“勒答”(目)诊、甲诊与舌诊等,来发现异常体征,以了解病情。问诊,是询问患者或陪诊者,了解有关疾病的起始原因、起病情况、发病过程、诊疗经过、自觉症状及其他与疾病有关的所有情况等,来收集病情资料。闻诊,是通过听病人的正常语声等的变化和病理过程中产生的异常声音及嗅病体和三道排出物发出的异常气味等,以辨别病情。按诊,是通过切按病人体表的一些浅表的脉搏和触按病体有关部位,来测知脉象变化及有关异常征象,以了解病体的变化情况。探诊,是以一定的物质作用于病体,观察病体的反应,或取病体的头发、“勒”(血液)等,观察其形色,来诊察病情。

在通过壮医诊法所收集到的病情资料中,主要内容是患者自我感觉到的不适,即征状(如心头痛、耳鸣、胸闷、腹胀)和医者可探察得到的病征,即体征(如白睛脉络色深红,葱管甲,淤斑舌,脉急),而征状和体征又可统称症状。症状是疾病所反映的现象,它是判断疾病的病位与病性,确定疾病的病名的主要依据。

(二) 辨病

辨病,即通过分析诊法所收集的病情资料,判断疾病的病性与病位,并结合主症,得出病名诊断。

壮医辨病,常以一二种特征性的临床表现,为诊断病名的依据。壮医在长期临床实践中认

识到,虽然许多疾病都会有些相同的症状,但每一种病都有其特征性表现,称为主症。主症与疾病的病位、毒邪和正虚的病变性质有密切关系。每一种病,除有主症外,还常有兼症,通过分析主症和兼症的特点,从而判断疾病的病性与病位,再结合患者疾病的一二种特征性的临床表现,得出病名诊断。如寒毒性拉肚子、湿热毒邪性红白痢、“咪胴”(胃)“嘘”(气)虚性打嗝、“勒”(血)滞水毒性水蛊、“嘘”(气)虚性脉漏、“嘘”(气)郁痰毒性大颈病、“嘘”(气)郁性小肠气等等,都是壮医的病名。疾病的病名,是对某疾病的病性与病位的特点与规律所作的概括与抽象,即某疾病的代名词。

病性,即疾病的病理变化的性质。壮医认为疾病的产生,不外毒邪和正虚为患。其实无论毒邪,还是正虚,都是疾病的起始原因作用于人体而发生的病理变化。由于疾病的起始原因不同,人体的反应性也各异,因此,疾病的病理变化的性质也具有多样性。毒邪一般可进一步分为痧毒、瘴毒、蛊毒、毒物、风毒、寒毒、热毒、湿毒、燥毒、痰毒、饮毒、水毒、食毒、虫毒、脓毒以及正气失常成毒之“嘘”(气)郁和“勒”(血)滞等;而正虚可分为“嘘”(气)虚和“嘘”(气)“勒”(血)虚、阳衰、阴衰、亡阳、亡阴和水液亏虚等。

病位,即疾病发生于人体内的部位。壮医认为人体是谷道、水道、气道、龙路、火路及其相关的内脏和“嘘”(气)、“勒”(血)、“夺”(骨)、“诺”(肉)构成的有机整体。“条根埃”(谷道),为五谷消化吸收之通道,主要是指食道和“咪胴”(胃)“咪虽”(肠),其化生的枢纽内脏在“咪叠”(肝)、“咪背”(胆)、“咪曼”(胰)。水道,是人体水液进出的通道,其与谷道同源而分流,在吸取水谷精微营养物质后,谷道排出粪便,水道主要排出汗、尿。水道的调节枢纽为“咪腰”(肾)与“咪小肚”(膀胱)。气道,是人体与大自然之气相互交换的通道,进出于口鼻,其交换枢纽内脏为“咪钵”(肺)。龙路在人体内即是血液的通道,其功能主要是为内脏骨肉输送营养。其中枢在“咪心头”(心脏)。火路在人体内为传感之道,其中枢在“巧坞”(大脑)。龙路、火路,有干线,有网络,遍布全身,循环往来。而“嘘”(气)为动力,推动人体生命活动。“勒”(血)是营养全身内脏骨肉的极为重要的物质。由于构成人体的各部分各有其生理功能,当毒邪内侵,或内伤正虚,发生病变的部位不同,其生理功能的改变各异,必定产生相对特征性的症状,根据这些症状,即可判断疾病的部位。

(三)辨证

壮医也有证的概念。并认为证是患者在疾病过程中全身状况的综合反映。但壮医一般只辨阴证和阳证,或称阴盛阳衰证和阳盛阴衰证。至于阴盛阳盛证是一种较为特殊的情况。每一种病,在不同的时期,不同的病体都可能表现为阴证或阳证,而在一定条件下阴证可转为阳证或阳证可转为阴证。这是由于人体内的毒邪和正气斗争状态在同一疾病的不同阶段,或在不同的病体有所差别和转变所致。

总之,壮医诊断以辨病与辨证相结合,辨病为主。辨病,是决定治疗原则和选方用药的主要依据;辨证,则是处方用药的重要参考。但从证的变化可以预测疾病的转化。由阴证转为阳证,多为疾病逐渐好转的征象;由阳证转为阴证,则提示疾病趋重和恶化,甚至预后不良。因为壮医诊断以辨病为主,所以多主张专病专药,就是证变化了,也不一定立即变更治疗原则和原来方药。

(四)病案

病案又称病历,是有关壮医临床诊疗情况的书面记录。它要详细和如实地记录病人的病史、病情、诊断和治疗等情况。病案是临床医疗、科研、教学的重要资料。病案书写是临床工作者必须掌握的基本技能。壮医病案,一般可按中医病案的格式,以壮医的术语进行书写。

二、壮医诊断的基本原则

疾病的临床表现极其错综复杂,壮医诊断要从千变万化、纷繁复杂的临床表现中,抓住疾病的本质,对疾病作出正确诊断,应在一定的原则指导下,按照一定的程序进行。壮医诊断疾病的原则概括起来主要有以下几个方面:

(一)整体诊察

整体诊察,是指壮医临床诊断疾病时,既注重病体作为有机整体的病理变化的内在联系,又将病体与其所处的自然环境和社会生活结合起来,综合分析判断病情。

壮医认为,人是一个有机的整体,人体的“巧”、“廊”、“胴”三部(即天、人、地三部),三道二路及内脏和“夺”(骨)、“诺”(肉)、“嘘”(气)、“勒”(血),相互联系,协调作用。在病理情况下,构成人体的各部分,又可能相互影响。局部的病变,常是整个病理变化的反应。巧坞、内脏的病变可在体表反映出一定的症状与病征。而人之三部、三道之气与自然界同步运行,制约化生,生生不息,并受社会生活的影响。故壮医在诊断疾病时注重的第一个原则就是整体诊察,强调在诊察疾病时,应把疾病看成是病人整体的病变,进行详尽地检查,尽可能全面地收集病变征象,为正确诊断提供足够依据。并结合病体所处自然环境和社会生活状况,从整体上,综合分析其病理变化,才能作出正确的诊断。

(二)诸诊参用

诸诊参用,是指壮医临床诸诊并重,多法参用,并突出重点,综合收集病情资料。

壮医望、闻、按、探五大类诊法,每一种诊法都各有自身特点和最佳适用指征,而从不同的角度来收集临床资料,不能互相取代。所以壮医学理论强调诸诊并用、诊法合参。然而,医生对某种诊法,如目诊或甲诊有精深的研究和专长,是很好的,但若忽视其他诊法,甚至以一诊代替诸诊,则是不可取的。这样则不能全面了解病情,便难以作出正确的诊断。

实际上,壮医临床上诸诊合参的运用是难以截然分开的。如谷道、水道废物的诊察,往往是既要望其色、状,又要闻其气,还要问其感觉。又如病者是否有疼痛,所痛何在,须询问而知之,并按其部位,察其喜按、拒按等。临床往往是通过问诊而提示检查的内容,在进一步诊察过程中,望时有询、有按。壮医诊病时,也可能有时是望色在先,有时是闻声在先,有时是询病在先,并不都是按照望、闻、按、探的顺序进行。这些都说明,临床必须做到诊法合参。所以掌握多种诊察手段,在临床上合参运用,就可得心应手,从而能够全面地收集病情资料。

(三)辨病求本

辨病求本,是指壮医在临床诊断疾病时,需结合病体所处自然环境和社会生活状况,综合分析病体表现的主症和兼症的特点,从而判断疾病的病位与病性,得出病名诊断,从而认识疾病的本质。

壮医诊断的最终目的是为临床治疗提供依据。壮医临床,首先从患者主诉及询诊所得资料来确定主要症状和典型症状,初步判断其病位。其次是对壮医诸种诊法所得资料,进行全面地分析,判断其病是毒邪还是正虚为患。若有毒邪,则进一步判明毒邪的种类;若有正虚,则明辨是“嘘”(气)虚还是“勒”(血)虚等。从而明确其病性,并进一步确定其病位,揭示疾病的本质,最终作出病名诊断。

三、学习壮医诊断学的方法

壮医诊断学,是运用壮医基础理论、基本知识和基本技能对疾病进行诊断的一门理论性、

实践性很强的学科。既有理论知识,又有实际操作,还要进行病证判断的分析思维。因此,学习壮医诊断学,必须掌握正确的学习方法。

首先,要熟练掌握壮医学的基础理论。因为壮医学的诊法和判断病证的分析思维,无不贯穿着壮医学的基础理论。比如巧坞、三道二路和内脏的生理病理基础,“勒答”(目)和甲的病理征象的临床意义,各种病性病位的确定等等,都涉及壮医学的基础理论。只有熟悉壮医学的基础理论,才能正确地运用壮医诊法收集病情资料,进而分析、归纳诊法所收集的临床资料,并根据它们相互间的病理生理联系,判定其临床意义,达到据症断病的目的。所以,在学习壮医诊断学时,要深入掌握、理解壮医学基础理论、基本知识,并根据壮医理论体系的系统性和科学性,用基础理论作指导,才能加深对壮医诊断的学习和理解。

其次,要加强临床实践。壮医诊断学的基本技能需要通过临床实践的不断体验,才能学习和掌握。比如何为巧坞乱?如何判断面部的色泽?“勒答”(目)和甲的病理征象有何特点?弦脉、紧脉到底是什么样子?等等。如果不通过临床实际去观察、体验,只是从书本上学习,恐怕是难以真正掌握的。又如临床上患者的病情是千变万化和极其复杂的,绝不会像书本上所写的那样标准、明确,问诊时病人也不可能照章陈述,如果不通过临床实际锻炼,往往是在面对病人进行诊察时茫然不知所措,无从着手。而且对病情的分析、归纳和判断,也需要通过临床实践的不断练习,才能领会和掌握。所以,我们一定要积极、主动地参加临床实践的体验,尽量多接触病人,通过正规操作,勤练基本功,才能逐步达到熟能生巧的目的。在临床实践时,要态度认真和蔼、耐心细致,关心体贴病人。如此,通过临床实践,不仅可加深对壮医诊断学的理论与知识理解和掌握,锻炼壮医诸诊法的运用、病证分析和病案书写的基本技能,并且能养成严谨的学风和高尚的医德医风。

再则,要用辩证法的思想指导学习。壮医临床诊断,从通过诊法收集病情资料,到根据壮医理论体系分析病情资料,作出病、证判断,是从感性认识飞跃到理性认识的完整的认识过程,是壮医学理论知识和科学思维的综合运用。壮医诊法收集的病情资料,多为疾病的外在表现,要认识其内在的本质,得出正确的临床诊断,仅有渊博的壮医学知识还是不够的,还需要科学的思维能力,才能去伪存真,透过现象认识本质。临床疾病诊断不明、不准,既可能是医生的壮医医学理论知识不足,掌握的病情资料不够完整、准确,也可能与医生的思维能力较差或不正确有关。因此,学习壮医诊断学,需要掌握自然辩证法、医学辩证法等有关思维科学,并注意思维方法、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,才能学好壮医诊断学,提高临床诊断水平。

第一章 望 诊

望诊是通过视觉对病人进行有目的地观察,以收集病情资料,来诊察病情的诊法。

望诊的主要内容是观察“巧坞”(大脑)的功能,面部的色泽,五官、皮肤、颈项、躯体、四肢、手指的形色,三道排出物的色、量、质的变化和壮医已自成体系的“勒答”(目)诊、甲诊与舌诊等,来发现病人的异常体征。健康人各部位都有其正常的表现,一旦有异常,便是病态的反映。有些病只反映为单个部位的异常,有些病则反映为多个部位的异常。壮医的长期医疗实践证明:人体有谷道、水道、气道直接与自然界相通,龙路、火路网络沟通内外上下,故人体外部与内脏有着密切的关系,特别是面部、“勒答”(目)、舌部和内脏的关系更为密切。因此,通过观察外部变化即可测知内部病变。

望诊应在充足的白天自然光线下进行,如无白天自然光线,也应在日光灯下进行,必要时白天再进行复诊,应避开有色光线,并注意诊室内温度要适宜。诊察时需充分暴露受检部位,以便能清楚地进行观察。为了更好地识别病理征象,必须熟悉人体各部位、组织的正常表现和生理特点,将病理征象与生理体征相比较。还要熟悉人体各部位、组织与内在三道二路的联系,运用整体的观念进行分析。必要时还需要结合动态观察,从病情发展变化的角度判断病理体象所提示的临床意义。同时还要注意将望诊与其他诊法密切结合,诸诊合参,进行综合分析和判断,方能全面把握病情。

望诊的内容虽可分为不同部位的望诊,但在实际临床运用时,勿需严格区分。主要分观察“巧坞”(大脑)的功能,面部的色泽,五官、皮肤、颈项、躯体、四肢、手指的形色,三道排出物的色、量、质的变化和舌诊等几项叙述望诊的内容。“勒答”(目)诊与甲诊虽属五官、手指望诊的范畴,但“勒答”(目)诊与甲诊是壮医已自成体系的诊察病情的方法,且其临床的诊断意义比较大,故在望诊的内容中单独立项目阐述。

第一节 整体望诊

整体望诊,是医生在诊察病人时首先对病人的“巧坞”(大脑)和面部色泽等整体表现进行初步地观察,以期对患者病情的缓急轻重获得一个初步的判断。医生应培养自己在最初接触病人的短暂时间内,通过敏锐观察,就能对患者的病情有一个初步、大体估计的能力,达到所谓“一会即觉”的目的。然后再在整体望诊的基础上,根据诊病的需要进行更深入细致的局部诊察。

一、望“巧坞”(大脑)

望“巧坞”(大脑)是通过观察“巧坞”(大脑)的功能,即精神意识和神志活动来判断病情的诊察方法。

(一)“巧坞”(大脑)的概念

壮医认为,“巧坞”(大脑)在上属天,位高而权重,是人的精神意识、神志活动的主宰,为人体各部的总指挥部。人体三道二路、内脏和四肢百骸靠“巧坞”(大脑)统筹、调节,才能发挥正

常的功能,而“巧坞”(大脑)又依赖三道二路、内脏和“夺”(骨)“诺”(肉)的功能正常,以化生“嘘”(气)“勒”(血)等物质的充养。因此,“巧坞”(大脑)的功能不仅是人的精神意识和神志活动,而且与人的生命活动密切相关。壮医也是从人体的外在功能表现来认识和判断“巧坞”(大脑)状态的。

“巧坞”(大脑)功能即有精神意识、神志活动,也是人体的生命活动的征象。其离不开人体之形而独立存在。可以说有形才能有“巧坞”(大脑),形健则“巧坞”(大脑)正常,形衰则“巧坞”(大脑)坏。而形体有赖于“嘘”(气)“勒”(血)等物质的充养。因此,望“巧坞”(大脑)可以了解内在的“嘘”(气)“勒”(血)盛衰。“嘘”(气)“勒”(血)旺则形健而“巧坞”(大脑)正常,“嘘”(气)“勒”(血)虚则形衰而“巧坞”(大脑)坏。

“巧坞”(大脑)是人体各部的总指挥部,为人体的生命活动的征象,必然在全身皆有表现。“勒答”(眼睛)长在头上,直接受“巧坞”(大脑)的指挥,人的精神活动,往往于无意中流露于“勒答”(眼睛)。当接触病人时,要求经过短暂的观察,就能对“巧坞”(大脑)的状态有一个初步的印象。这种“一会即觉”的观察,应首先注意病人的“勒答”(眼睛)的光泽和动态。此外,人体的面色、表情、语言、呼吸、形体和动态也都表现了人的精神状态和神志的变化。另有一些病变只引起神志的错乱,则属壮医“巧坞”(大脑)乱的范畴。

(二)对“巧坞”(大脑)状态的判断

“巧坞”(大脑)的表现,按“巧坞”(大脑)的正常、坏和病情的轻、重可划分为“巧坞”(大脑)正常、“巧坞”(大脑)亏、“巧坞”(大脑)坏、“巧坞”(大脑)将崩四种。还有以神志失常为主要表现的“巧坞”(大脑)乱。其临床表现和意义如下:

1. “巧坞”(大脑)正常 其临床表现一般为神志清楚,两目精彩,呼吸平稳,语言清晰,面色荣润,肌肉不削,动作自如,反应灵敏。提示“嘘”(气)“勒”(血)充足,“巧坞”得养,机体功能正常。为健康表现,或虽病而正气未伤,“嘘”(气)“勒”(血)未衰,属病轻。

2. “巧坞”(大脑)亏 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,少气懒言,动作迟缓。提示正气不足,“嘘”(气)“勒”(血)轻度损伤,机体功能较弱。多见于轻病或恢复期病人,亦可见于体质虚弱者。

3. “巧坞”(大脑)坏 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,循衣摸床,撮空理线。提示正气大伤,“嘘”(气)“勒”(血)亏虚,机体功能严重衰减。多见于慢性久病病人,属病重。

4. “巧坞”(大脑)将崩 其临床表现一般为久病重病本已“巧坞”(大脑)变坏,突然神识清醒,目光转亮而浮光外露,言语不休,语声清亮,欲进饮食,想见亲人,面色无华而两额泛红如妆。其局部症状的“好转”与整体病情的恶化不相符。提示“嘘”(气)“勒”(血)极度衰竭,阴阳即将离决,属病危。常是重病病人临终前的表现。

5. “巧坞”(大脑)乱 即神志失常或精神错乱。包括神志昏迷和癫、狂、羊癫风等病的精神失常表现。

神志昏迷:若伴壮热,烦躁谵语,多为热毒内盛,扰乱“巧坞”(大脑)所致。若伴口眼歪斜,半身不遂,多为“嘘”(气)“勒”(血)逆乱,上冲“巧坞”(大脑)所致。均多见于急性病人,亦属病重。

癫病:病人表情淡漠,神识痴呆,喃喃自语,哭笑无常,悲观失望。多由忧思“嘘”(气)结,津凝为痰,痰毒蒙蔽“巧坞”(大脑)所致。

狂病:病人狂躁妄动,胡言乱语,登高而歌,弃衣而走,打人骂詈,不避亲疏。多由暴怒“嘘”

(气)郁化热,煎水为痰,痰热毒邪扰乱“巧坞”(大脑)所致。

羊癫风:病人突然昏倒,口吐涎沫,两目上视,四肢抽搐,喉中似有羊叫声,醒后如常。多由“嘘”(气)机逆乱,风痰毒邪上逆阻闭“巧坞”(大脑)所致。

(三)望“巧坞”(大脑)的注意事项

1. 重视诊察病人时的第一印象 “巧坞”(大脑)的功能表现在患者无意之时的流露最为真实,所以医生要重视刚刚接触病人时的第一感觉印象。做到静心凝神,仔细观察,“一会即觉”。训练通过短暂时间观察即能对病人“巧坞”(大脑)的正常与否和病情的轻重有一个初步的估计。

2. 抓住重要症状和体征 有些症状和体征对判断“巧坞”(大脑)坏具有很重要的意义,应予以必要的重视。如神识不清,循衣摸床,撮空理线;猝然昏倒,手撒遗尿;肉脱骨枯,色败形羸;饮食不进,泄泻不止等。一旦出现这些症状,多为病重,“巧坞”(大脑)坏之象。

3. 注意“巧坞”(大脑)将崩与重病好转的区别 若为重病好转,其精神的好转是逐渐恢复,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“巧坞”(大脑)将崩则多见于垂危病人,神识突然“好转”而整体状况并不好转,两者并不统一,且为时短暂,病情很快就会恶化。

二、望面色

望面色,是通过观察病人面部皮肤的色泽变化来诊察病情的方法。可据此了解“嘘”(气)“勒”(血)的盛衰、毒邪的性质、病情的轻重和预后。

(一)望面色诊病的原理

面部分布着许多龙路、火路的网络,为“嘘”(气)“勒”(血)之所荣。故人体“嘘”(气)“勒”(血)之盛衰,毒邪之浅重皆可从面部色泽诊察出来。

(二)色与泽的意义

望面色应观察面部皮肤的颜色和光泽。

1. 面部皮肤颜色 面部颜色属“勒”(血)、属阴,可反映“勒”(血)的盛衰和运行的情况。在病理状态下,则可反映疾病不同的病理变化性质。

2. 面部皮肤光泽 面部光泽属“嘘”(气)、属阳,可反映内脏之“嘘”(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,为内脏之“嘘”(气)未衰,属无病或病轻;凡面色晦暗枯槁者,为内脏之“嘘”(气)已衰,属病重。

“嘘”(气)即内脏之“嘘”(气),表现于面部为面色光明润泽,与色相比较,“嘘”(气)的盛衰有无,对判断病情轻重和预后比色更为重要。临床诊病时,还必须将“嘘”(气)与色两者综合起来,才能作出正确的判断。

(三)常色与病色

面色可分为常色和病色两类。

1. 常色 即正常的、无病的生理状态时的面部色泽。常色的特点是明润、含蓄。明润,即面部皮肤光明润泽,是“嘘”(气)充足、内脏功能正常的表现。含蓄,即面色隐藏于皮肤与光泽之间,含而不外露,是“嘘”(气)内含而不外泄的表现。

壮族人属黄种人,其正常面色是红黄隐隐,明润含蓄,可因体质禀赋、季节气候不同而有差异。常色可分为主色和客色两种。

主色:是人生来就有的基本面色,属个体素质,乃一生基本不变,故称为主色。主色往往与遗传和种族有关。人类由于种族不同有黄色、白色、黑色等不同人种;壮族大部分人属黄色人

种,肤色一般呈现微黄,但由于遗传不同,而有偏青、偏赤、偏黄、偏白、偏黑的不同。

客色:是人体受季节气候、地理环境、饮食、情绪等因素影响,发生短暂、轻微的面部颜色变化的面色。因人与自然相应,随着季节、气温的变化,面色也可发生相应的变化。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。又因天热则龙路脉络扩张,“嘘”(气)“勒”(血)充盈,面色可稍赤,天寒则龙路脉络收缩,“勒”(血)行减少而迟滞,面色可稍白或稍青。随季节、气温不同而有变化,故称为客色。此外,人的面色也可因情绪变化、剧烈运动、饮酒、水土影响等而发生变化,只要明润含蓄,均非病色。上述变化均属正常范围,且相对存在的时间较短,临床应仔细观察,才能发现和领会。

2. 病色 即因病而发生异常改变的面部色泽。病色的特点是晦暗、暴露。晦暗,即面部皮肤枯槁发暗而无光泽,是内脏之“嘘”(气)已衰,“咪胴”(胃)“嘘”(气)不能上荣的表现。暴露,即某种面色异常明显地显露于外或面部油亮,是病色外现或内脏之“嘘”(气)外泄的表现。

一般而言,新病、轻病、阳证面部某色显露但有光泽,而久病、重病、阴证则面部某色暴露与晦暗并见。故病色又有善色和恶色之分。

善色:面色光明润泽。见于病者,说明虽病而内脏之“嘘”(气)未衰,胃“嘘”(气)尚能上荣于面,称为“气至”。属新病、轻病、阳证,易于治疗,预后较好,故称善色。如阳黄的面黄鲜明如橘皮色即为善色。

恶色:面色枯槁晦暗。说明内脏之“嘘”(气)已衰,“咪胴”(胃)“嘘”(气)不能上荣于面,称为“气不至”。属久病、重病、阴证,不易治疗,预后较差,故称恶色。如臌胀病人面黄黑晦暗枯槁即为恶色。

(四)面色主病

病色可分为青、赤、黄、白、黑五种,分别提示不同性质的病变。

1. 青色 为“嘘”(气)“勒”(血)淤滞龙路所致。主寒毒、痛症、“勒”(血)滞和风毒。

面色淡青或面色青黑,多为寒毒内盛、剧痛。

面色青灰,口唇青紫,多属“咪胴”(心)阳虚阴盛兼“勒”(血)行淤阻。

小儿高热,若见眉间、鼻柱、唇周色青者,多属惊风先兆。

2. 赤色 为“嘘”(气)“勒”(血)充盈龙路所致。主热毒,亦可见于虚阳浮越。

满面通红者,多属外感发热,或内脏火热炽盛的热毒内盛。

午后两颧潮红者,多属阴衰阳盛的征象。

久病、重病患者面色苍白,忽见两颧嫩红如妆,游移不定,是内脏“嘘”(气)衰,阴不敛阳,虚阳浮越所致,属病重。

3. 黄色 为“咪胴”(胃)虚,或湿毒内蕴所致。主“咪胴”(胃)虚、湿毒。

面色淡黄而晦暗不泽者,称为萎黄,多属“咪胴”(胃)虚,“嘘”(气)“勒”(血)不足。

面色淡黄而兼虚浮者,称为黄胖,属湿毒内盛。

面、目、尿俱黄者,称为黄病。若黄色鲜明如橘皮者,为阳证,乃湿热毒邪熏蒸为患;黄色晦暗如烟熏者,为阴证,乃寒湿毒邪郁阻所致。

4. 白色 为“勒”(血)虚,或阴盛阳衰所致。主“勒”(血)虚、寒毒、阴盛阳衰。

面色白而无华者,称为淡白,常伴有唇、舌色淡,多属“勒”(血)虚。

面色淡白而虚浮者,称为“饒白”,为“嘘”(气)虚或阴盛阳衰,水湿毒邪内停。

面色白中透青者,称为苍白,多属寒毒内盛。

5. 黑色 为“咪腰”(肾)虚,寒水毒邪内盛,“勒”(血)滞龙路所致。主“咪腰”(肾)虚、寒水

毒邪、“勒”(血)滞。

面黑暗淡者,多属“咪腰”(肾)阴盛阳衰。

面黑焦干者,多属“咪腰”(肾)阳盛阴衰。

眼眶周围色黑者,多属“咪腰”(肾)阴盛阳衰,寒水毒邪内盛或寒湿毒邪之带下。

面色黑而晦暗者,称为“黧黑”,常伴有肌肤甲错,多为“勒”(血)滞龙路日久所致。

凡患者额部及眉心(印堂)部位出现色黯黑或色灰无华者,提示体内可能有“阴疮”(包括某些恶性肿瘤)存在;若黯黑灰色自上而下延伸,为“阴疮”由轻变重;若暗灰色延伸至两颧,多属不治。

(五)望面色的注意事项

1. 从比较辨别病色 疾病引起人体的面色改变,并不总是显而易见的,必须仔细观察、认真对比才能识别与分辨。应注意从三个方面进行比较:首先,将病人的面色与其周围人群的正常面色相比较。其次,将病人面部的局部色泽变化,与其自身面部相对应部位的正常肤色进行比较。再则,若病人素体肤色较深,不易辨别病色,应将面色与全身肤色作比较。

2. 望面色与其他部位望诊相结合 面色虽是望诊的重点,但也是不能忽视观察人体的其他部位的色泽变化。如斑疹性疾病、疥疮、缠腰火丹等皮肤疾病,其色泽改变多不出现在面部,若不注意观察身体的其他部位,这些重要的体征就会被遗漏,将导致诊断失误。所以,面部望诊必须与其他部位望诊相结合。

3. 色与症、脉合参 当面色与病性、病位不一致时,应结合其他诊法进行综合判断,以免造成误诊。一般来说,临床上患者出现的面色与出现的症状、脉象是相应的,反映相同的病性。如患者满面通红时,常伴见大热、大汗、大渴、舌红、苔黄燥、脉洪数等症,属色、脉、症相应,病情较为单纯;但在病人病情复杂时,有可能出现面色与症状、脉象不相应的情况。如患者两颧红如妆,但全身却表现为畏寒肢冷、精神疲惫、小便清长、大便稀溏等阳衰有寒的征象,而非真正的热毒内盛。

4. 注意非疾病因素的影响 由于遗传、种族、季节、时辰、地理环境、饮酒、情绪等因素的影响,面色也有相应变化,此属于常色中的主色和客色,而非病色,应注意鉴别。

第二节 局部望诊

局部望诊是在全身望诊的基础上,再根据病情和诊断的需要,对病人的某些局部进行深入、细致地观察。因人体是以内脏为核心,通过三道二路沟通内外的有机整体,整体的病变可反映于各个局部,局部的病变也可能影响全身,故观察局部的异常变化,亦有助于了解整体的病变。

望局部情况时,要熟悉各部位的生理特征及其与内脏、三道二路的内在联系,把病理体征与正常表现相比较,并联系其与内脏、三道二路的关系,结合其他诊法,从整体角度进行综合分析,来弄清局部病理体征所提示的临床意义。

局部望诊的内容包括望五官、皮肤、颈项、躯体、四肢等。

一、望五官

(一)望“勒答”(目)

目为“咪叠”(肝)之窍,“巧坞”(大脑)之使,内脏之“嘘”(气)皆上注于目。因此,观察眼睛

的形色等的变化,可以诊察内脏的病变,对眼科和内科疾病的诊断都有着重要指导意义。

望目应注重观察两眼的有神、无神、色、形与态的变化。

1. 目神

有神:目光明亮精彩,视物清晰,转动灵活。说明“巧坞”(大脑)正常,病情较轻,易治,预后良好。

无神:目光晦暗呆滞,视物模糊,转动不灵。说明“巧坞”(大脑)坏,病情较重,难治,预后不良。

2. 目色 正常人眼睑内与两目眦红润,白睛色白,黑睛褐色或棕色,其异常改变主要是:

目赤肿痛:多属热毒上攻。

白睛黄染:为黄病。由湿热毒邪内盛或寒湿毒邪内壅,胆汁外溢所致。

目眦淡白:为“勒”(血)虚。乃因“勒”(血)亏失荣所致。

目眶色黑:多属“咪腰”(肾)虚,或寒湿毒邪下注的带下病。

3. 目形

眼泡浮肿:目泡微肿,如新卧起之状,为水毒内盛的浮肿病初起之征。

眼窝凹陷:新病者,多为剧烈的吐泻损伤水液;久病重病者,多为“嘘”(气)“勒”(血)已衰;两眼深凹,视物不见,是阴阳竭绝的危重证候。

眼睛突出:兼喘满上气,是肺“嘘”(气)胀滞。为气道不畅,呼吸不利所致。若兼目光炯炯,颈前肿起,是大颈病,为“嘘”(气)滞化火、“嘘”(气)痰毒邪壅结所致。

针眼、眼丹:泡睑边缘,起核如麦粒,红肿较轻,为针眼;若红肿较重,泡睑漫肿,为眼丹。均由风热毒邪或热毒蕴积,上攻于目所致。

眼生翳膜:黑睛混浊或溃陷,称为翳;从白睛发出侵向黑睛的薄膜,称为膜。皆属外障眼病。多由毒邪外侵,或内有食滞、痰火、湿热等毒邪,或脏气虚损,或由外伤所致。

胬肉攀睛:目眦赤脉胬肉,横布白睛,渐侵黑睛。多由风热毒邪壅盛,龙路淤滞,或湿热毒邪蕴蒸,“勒”(血)滞于龙路脉络或由阴衰阳盛,虚火上炎所致。

4. 目态 正常人眼睛活动自如、转动灵活,瞳孔呈圆形,对光反射灵敏。目态的异常改变有:

戴眼、直视、斜视:目睛上视,白睛翻起,不能转动,称戴眼;目睛正圆,瞪目直视,称直视;目睛偏视一侧,转动不灵,称斜视。三者均有眼球固定的特点,多为风毒内动之惊风、痉厥或“巧坞”(大脑)坏之危候。

睑废:眼睑下垂,展目困难。双睑下垂者,多属先天不足,精“嘘”(气)亏虚;单睑下垂,或双睑下垂不一者,多为后天“嘘”(气)弱下陷,或外伤后“嘘”(气)“勒”(血)不和所致。

目瞤:眼睑震跳,牵及眉际,不能自主控制,多因风热毒邪外袭,或“勒”(血)衰“嘘”(气)弱,火路失养所致。

瞳仁散大:多属“咪腰”(肾)精耗竭,为濒死危象。但也可见于“咪叠”(肝)、“咪背”(胆)风火毒邪上扰的绿风内障及某些毒物为患。

瞳仁缩小:多属“咪叠”(肝)、“咪背”(胆)火毒内炽,或劳损“咪叠”(肝)、“咪腰”(肾),阴衰阳盛,虚火上扰,或为川乌、草乌、毒蕈、有机磷农药等毒物中毒。

(二)望耳

耳为“咪腰”(肾)之窍,为龙路、火路之所聚。故耳通过龙路、火路与内脏和“夺”(骨)“诺”(肉)发生密切联系,而尤其与肾、胆的关系最为密切。因此望耳可以察知肾、胆和全身的病变。