

高等医药院校教材

中医诊断学

(供中医、针灸专业用)

主 编: 邓铁涛

副主编: 郭振球

编 委: 程绍恩

金一飞

宋天彬

协 编: 罗益宽



上海科学技术出版社

1125024



0086035

前 言

由国家组织编写并审定的高等中医院校教材从初版迄今已历二十余年。其间曾进行了几次修改再版,对系统整理中医药理论、稳定教学秩序和提高中医教学质量起到了很好的作用。但随着中医药学的不断发展,原有教材已不能满足并适应当前教学、临床、科研工作的需要。

为了提高教材质量,促进高等中医药教育事业的发展,卫生部于一九八二年十月在南京召开了全国高等中医院校中医药教材编审会议。首次成立了全国高等中医药教材编审委员会,组成32门学科教材编审小组。根据新修订的中医、中药、针灸各专业的教学计划修订了各科教学大纲。各学科编审小组根据新的教学大纲要求,认真地进行了新教材的编写。在各部门教材的编写过程中,贯彻了一九八二年四月卫生部在衡阳召开的“全国中医医院和高等中医教育工作会议”的精神,汲取了前几版教材的长处,综合了各地中医院校教学人员的意见,力求使这套新教材保持中医理论的科学性、系统性和完整性;坚持理论联系实际的原则;正确处理继承和发扬的关系;在教材内容的深、广度方面,都从本课程的性质、任务出发,注意符合教学的实际需要和具有与本门学科发展相适应的科学水平;对本学科的基础理论、基本知识和基本技能进行了较全面的阐述;同时又尽量减少了各学科间教材内容不必要的重复和某些脱节。通过全体编写人员的努力和全国中医院校的支持,新教材已陆续编写完毕。

本套教材计有医古文、中国医学史、中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学、内经讲义、伤寒论讲义、金匱要略讲义、温病学、中医各家学说、中医内科学、中医外科学、中医儿科学、中医妇科学、中医眼科学、中医耳鼻喉科学、中医伤科学、针灸学、经络学、腧穴学、刺灸学、针灸治疗学、针灸医籍选、各家针灸学说、推拿学、药用植物学、中药鉴定学、中药炮制学、中药药剂学、中药化学、中药药理学等三十二门。其中除少数教材是初次编写者外,多数是在原教材,特别是在二版教材的基础上充实、修改而编写成的。所以这套新教材也包含着前几版教材编写者的劳动成果在内。

教材是培养社会主义专门人才和传授知识的重要工具,教材质量的高低直接影响到人才的培养。要提高教材的质量,必须不断地予以锤炼和修改。本套教材不可避免地还存在着一些不足之处,因而殷切地希望各地中医药教学人员和广大读者在使用中进行检验并提出宝贵意见,为进一步修订作准备,使之成为科学性更强、教学效果更好的高等中医药教学用书,以期更好地适应我国社会主义四化建设和中医事业发展的需要。

全国高等中医药教材编审委员会

一九八三年十二月

编写说明

中医诊断学是掌握如何诊断疾病的一门学科。它是从基本理论课到临床学科的桥梁,是学习临床各科的基础。要防治疾病,必须能正确诊断疾病,故诊断学是一门重要的学科。

诊断学包括四诊、八纲、辨证等三大部分。三者互相联系,一环扣一环,逐步深入,是诊断学的三大组成部分。但除此内容外,对中医诊断学的原则与具体运用方法等,也必须掌握。

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,在第二版《中医诊断学讲义》的基础上参考第四版《中医学基础》有关诊断部分进行修改补充而成。

编写分工:“绪论”郭振球;“望诊、闻诊”宋天彬;“问诊”“症状鉴别诊断”程绍恩;“切诊”罗益宽;“八纲”邓铁涛、罗益宽;“病因辨证”“经络辨证”“六经辨证”“卫气营血辨证”“三焦辨证”郭振球;“气血津液辨证”“脏腑辨证”金一飞;“诊断和病案”邓铁涛。

本书的编写,由于时间较紧及限于编者的水平,如有错误、遗漏之处,欢迎批评指正。

1983年12月3日

目 录

1. 绪论	1	2.3.1 问一般情况	46
1.1 中医诊断学发展简史	1	2.3.2 问生活史(生活习惯)	46
1.2 中医诊断学的范围与原则	5	2.3.3 问家族病史和既往病史	47
1.2.1 审察内外	5	2.3.4 问起病	47
1.2.2 辨证求因	6	2.3.5 问现在症状	47
1.2.3 四诊合参	7	2.3.5.1 问寒热	47
1.3 《中医诊断学》的主要内容	7	2.3.5.2 问汗	49
1.4 学习的要求和方法	8	2.3.5.3 问头身	50
2. 四诊	9	2.3.5.4 问胸胁脘腹	51
2.1 望诊	9	2.3.5.5 问耳目	53
2.1.1 望神	9	2.3.5.6 问饮食与口味	53
2.1.1.1 神的概念	9	2.3.5.7 问睡眠	55
2.1.1.2 得神、失神与假神	10	2.3.5.8 问二便	56
2.1.1.3 神气不足与神志异常	11	2.3.5.9 问妇女	58
2.1.2 望面色	11	2.3.5.10 问小儿	59
2.1.2.1 面部色诊原理及其临床意义	12	2.4 切诊	60
2.1.2.2 面部与脏腑相关部位	12	2.4.1 脉诊	61
2.1.2.3 望色十法	13	2.4.1.1 脉象形成的原理和脉诊的 临床意义	61
2.1.2.4 常色与病色	13	2.4.1.2 脉诊的部位	62
2.1.2.5 色、脉、症合参	17	2.4.1.3 脉诊的方法和注意事项	64
2.1.3 望形态	17	2.4.1.4 平脉	65
2.1.4 望头颈五官九窍	18	2.4.1.5 病脉	66
2.1.5 望皮肤	25	2.4.1.6 诊妇人脉	72
2.1.6 望络脉	27	2.4.1.7 诊小儿脉	73
2.1.6.1 望小儿食指络脉	27	2.4.1.8 相兼脉与主病	73
2.1.6.2 望鱼际络脉	28	2.4.1.9 脉症顺逆与从舍	74
2.1.6.3 望指甲形色	28	2.4.2 按诊	75
2.1.7 望排泄物与分泌物	29	2.4.2.1 按诊的方法和意义	76
2.1.8 望舌	30	2.4.2.2 按诊的内容	76
2.1.8.1 舌诊的临床意义	30	3. 八纲	79
2.1.8.2 舌与脏腑的关系及舌诊原理	31	3.1 表里	79
2.1.8.3 舌诊的方法及注意事项	32	3.1.1 表证	80
2.1.8.4 舌诊的内容	33	3.1.2 里证	80
2.1.8.5 舌质和舌苔的综合诊察	38	3.1.3 表证和里证的鉴别要点	80
2.2 闻诊	42	3.1.4 表证和里证的关系	81
2.2.1 听声音	42	3.1.4.1 表里同病	81
2.2.2 嗅气味	45	3.1.4.2 表里出入	81
2.3 问诊	46	3.2 寒热	81

3.2.1 寒证	81	4.2.1.4 气逆证	100
3.2.2 热证	82	4.2.2 血病辨证	101
3.2.3 寒热证的鉴别要点	82	4.2.2.1 血虚证	101
3.2.4 寒证与热证的关系	82	4.2.2.2 血瘀证	101
3.2.4.1 寒热错杂	82	4.2.2.3 血热证	101
3.2.4.2 寒热转化	83	4.2.2.4 血寒证	102
3.2.4.3 寒热真假	83	4.2.3 气血同病辨证	102
3.2.5 寒热与表里的关系	84	4.2.3.1 气滞血瘀证	102
3.2.5.1 表寒证	84	4.2.3.2 气虚血瘀证	102
3.2.5.2 表热证	84	4.2.3.3 气血两虚证	103
3.2.5.3 里寒证	84	4.2.3.4 气不摄血证	103
3.2.5.4 里热证	84	4.2.3.5 气随血脱证	103
3.3 虚实	85	4.2.4 津液辨证	104
3.3.1 虚证	85	4.2.4.1 津液不足证	104
3.3.2 实证	85	4.2.4.2 水液停聚	104
3.3.3 虚证与实证的鉴别要点	86	4.3 脏腑辨证	106
3.3.4 虚实的错杂、转化和真假	86	4.3.1 心与小肠病辨证	106
3.3.5 虚实与表里寒热的关系	88	4.3.1.1 心气虚、心阳虚与心阳暴脱	106
3.3.5.1 表虚证	88	4.3.1.2 心血虚与心阴虚	107
3.3.5.2 表实证	88	4.3.1.3 心火亢盛	107
3.3.5.3 里虚证	88	4.3.1.4 心脉痹阻	108
3.3.5.4 里实证	88	4.3.1.5 痰迷心窍	108
3.3.5.5 虚寒证	89	4.3.1.6 痰火扰心	109
3.3.5.6 虚热证	89	4.3.1.7 小肠实热	109
3.3.5.7 实寒证	89	4.3.2 肺与大肠病辨证	110
3.3.5.8 实热证	89	4.3.2.1 肺气虚	110
3.4 阴阳	89	4.3.2.2 肺阴虚	110
3.4.1 阴证和阳证	90	4.3.2.3 风寒束肺	110
3.4.1.1 阴证	90	4.3.2.4 寒邪客肺	111
3.4.1.2 阳证	90	4.3.2.5 痰湿阻肺	111
3.4.1.3 阴证和阳证的鉴别要点	90	4.3.2.6 风热犯肺	112
3.4.2 真阴不足与真阳不足	91	4.3.2.7 热邪壅肺	112
3.4.3 亡阴与亡阳	91	4.3.2.8 燥邪犯肺	112
4. 辨证	94	4.3.2.9 大肠湿热	112
4.1 病因辨证	94	4.3.2.10 大肠液亏	113
4.1.1 六淫、疫疠辨证	94	4.3.2.11 肠虚滑泻	113
4.1.2 七情证候	97	4.3.3 脾与胃病辨证	114
4.1.3 饮食劳伤	97	4.3.3.1 脾气虚	114
4.1.4 外伤	98	4.3.3.2 脾阳虚	114
4.2 气血津液辨证	99	4.3.3.3 中气下陷	115
4.2.1 气病辨证	99	4.3.3.4 脾不统血	115
4.2.1.1 气虚证	99	4.3.3.5 寒湿困脾	115
4.2.1.2 气陷证	100	4.3.3.6 湿热蕴脾	116
4.2.1.3 气滞证	100	4.3.3.7 胃阴虚	116
		4.3.3.8 食滞胃脘	116
		4.3.3.9 胃寒	117

4.3.3.10 胃热	117	4.4.2.1 督脉病证	131
4.3.4 肝与胆病辨证	118	4.4.2.2 任脉病证	131
4.3.4.1 肝气郁结	118	4.4.2.3 冲脉病证	132
4.3.4.2 肝火上炎	118	4.4.2.4 带脉病证	132
4.3.4.3 肝血虚	118	4.4.2.5 阳维阴维病证	132
4.3.4.4 肝阴虚	119	4.4.2.6 阳跷阴跷病证	132
4.3.4.5 肝阳上亢	119	4.5 六经辨证	132
4.3.4.6 肝风内动	120	4.5.1 六经辨证的概念	133
4.3.4.7 寒滞肝脉	121	4.5.1.1 太阳病证	133
4.3.4.8 肝胆湿热	121	4.5.1.2 阳明病证	134
4.3.4.9 胆郁痰扰	121	4.5.1.3 少阳病证	134
4.3.5 肾与膀胱病辨证	121	4.5.1.4 太阴病证	135
4.3.5.1 肾阳虚	122	4.5.1.5 少阴病证	135
4.3.5.2 肾阴虚	122	4.5.1.6 厥阴病证	136
4.3.5.3 肾精不足	122	4.5.2 六经病的合病、并病、传经 与直中	136
4.3.5.4 肾气不固	123	4.6 卫气营血辨证	137
4.3.5.5 肾不纳气	123	4.6.1 卫气营血辨证的概念	137
4.3.5.6 膀胱湿热	124	4.6.1.1 卫分证候	137
4.3.6 脏腑兼证	124	4.6.1.2 气分证候	137
4.3.6.1 心肾不交	124	4.6.1.3 营分证候	138
4.3.6.2 心脾两虚	125	4.6.1.4 血分证候	138
4.3.6.3 心肝血虚	125	4.6.2 卫气营血的传变规律	138
4.3.6.4 心肾阳虚	125	4.7 三焦辨证	139
4.3.6.5 心肺气虚	126	4.7.1 三焦辨证的概念	139
4.3.6.6 脾肺气虚	126	4.7.1.1 上焦病证	139
4.3.6.7 脾肾阳虚	126	4.7.1.2 中焦病证	139
4.3.6.8 肺肾阴虚	127	4.7.1.3 下焦病证	140
4.3.6.9 肝肾阴虚	127	4.7.2 三焦病的传变规律	140
4.3.6.10 肝脾不调	127	5. 诊断与病案	142
4.3.6.11 肝胃不和	128	5.1 四诊与辨证的运用	142
4.3.6.12 肝火犯肺	128	5.1.1 辨证要点	142
4.4 经络辨证	129	5.1.1.1 四诊详细而准确,是辨证 的基础	142
4.4.1 十二经脉病证	129	5.1.1.2 围绕主要症状进行辨证	142
4.4.1.1 手太阴肺经病证	129	5.1.1.3 从病变发展过程中辨证	143
4.4.1.2 手阳明大肠经病证	129	5.1.1.4 个别的症状,有时是辨证 的关键	143
4.4.1.3 足阳明胃经病证	129	5.1.1.5 辨证与辨病的关系	144
4.4.1.4 足太阴脾经病证	130	5.1.2 八纲与其它辨证方法的运 用	145
4.4.1.5 手少阴心经病证	130	5.1.3 外感病与杂病的辨证	145
4.4.1.6 手太阳小肠经病证	130	5.2 病案	145
4.4.1.7 足太阳膀胱经病证	130	5.2.1 中医病案的特点	146
4.4.1.8 足少阴肾经病证	130	5.2.2 中医病案的内容和要求	147
4.4.1.9 手厥阴心包络经病证	131		
4.4.1.10 手少阳三焦经病证	131		
4.4.1.11 足少阳胆经病证	131		
4.4.1.12 足厥阴肝经病证	131		
4.4.2 奇经八脉病证	131		

5.2.3 病案的整理	148	6.2.2.2 辨声	185
5.2.4 病案格式	148	6.2.2.3 五脏五声五音	186
5.2.4.1 住院病案格式的内容和要 求	148	6.2.2.4 五声候五脏之病	186
5.2.4.2 住院证治记录	149	6.2.2.5 尸气	186
5.2.4.3 门诊病案	150	6.2.3 问诊	186
6. 附篇	151	6.2.3.1 问病	186
6.1 症状鉴别诊断	151	6.2.3.2 诊病须察阴脏阳脏	186
6.1.1 发热	151	6.2.3.3 问证求病	187
6.1.2 出汗	158	6.2.4 切诊	187
6.1.3 昏迷	160	6.2.4.1 诊脉须知胃气	187
6.1.4 抽搐	161	6.2.4.2 五脏四时平病死脉 (以胃 气为本)	188
6.1.5 失血	163	6.2.4.3 论四时五脏之脉	188
6.1.6 咳嗽	166	6.2.4.4 指法总义	189
6.1.7 喘促	167	6.2.4.5 诊脉须注意上下来去至止	189
6.1.8 呕吐	168	6.2.4.6 论外感内伤的脉诊	190
6.1.9 泄泻	169	6.2.4.7 论感证的脉诊	190
6.1.10 便秘	170	6.2.4.8 脉症顺逆	190
6.1.11 小便不利	170	6.2.4.9 舍脉从症或舍症从脉	190
6.1.12 黄疸	171	6.2.4.10 按诊	191
6.1.13 眩晕	172	6.2.5 八纲	191
6.1.14 心悸(怔忡)	173	6.2.6 辨证	192
6.1.15 不寐	174	6.3 歌诀选读	193
6.1.16 疼痛	174	6.3.1 察舌辨证歌	193
6.2 原文选录	180	6.3.2 诊色歌	195
6.2.1 望诊	180	6.3.3 李濒湖《濒湖脉学》二十七 脉“体状诗”、“相类诗”、 “主病诗”	195
6.2.1.1 神色形态部分	180	6.3.4 李中梓《诊家正眼》二十八 脉脉象与主病歌诀	199
6.2.1.2 舌诊部分	181	6.3.5 《医宗金鉴·四诊心法要 诀·病脉顺逆诀》	204
6.2.1.3 目部部分	184	6.3.6 败脉歌	205
6.2.1.4 鼻部部分	185		
6.2.1.5 口唇部分	185		
6.2.2 闻诊	185		
6.2.2.1 辨声音以诊断外感内伤	185		

1. 绪 论

中医诊断学,是从整体出发,运用辨证的理论与方法,以识别病证,推断病情,给防治疾病提供根据的一门学科,是临床各科的基础。

1.1 中医诊断学发展简史

在祖国医学领域里,诊断疾病的理论与方法肇始奠基很早。公元前五世纪著名医家扁鹊就擅长“切脉、望色、听声、写形、言病之所在”。

约成书于公元前三世纪的《黄帝内经》,不仅在诊断学的方法上奠定了望、闻、问、切四诊的基础,更重要的是提出诊断疾病必须结合致病的内、外因素加以全面综合考虑。《素问·疏五过论》指出:“凡欲诊病者,必问饮食居处,暴乐暴苦……”。并谓“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。”这就是说,对任何疾病所产生的症状,体征都不能孤立地看待,应该联系到四时气候,地方水土,生活习惯,性情好恶,体质强弱,年龄,性别,职业等。运用四诊的方法,全面地了解病情,加以分析研究,然后才能作出正确的诊断。

公元前二世纪,西汉名医淳于意创“诊籍”,开始详细记录病人的姓名、居址、病状以及方药,就诊日期,作为复诊参考。

公元三世纪初。东汉伟大医家张仲景总结了汉以前有关诊疗经验,他在撰用《素问》、《九卷》理论的基础上,结合经方派的经验,把病、脉、证并治结合,进行分析研究,著成了不朽的著作《伤寒杂病论》,确立辨证论治理论,奠定了诊断的基础。与此同时,杰出的医学家华佗论证,论脉,论脏腑寒热虚实、生死顺逆之法甚精,《中藏经》记载了华佗诊病的学术经验。

随着时代的推移和医学的发展。自晋、唐以来,历代医家大都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的。西晋·王叔和《脉经》,集汉以前脉学之大成,选取《内经》、《难经》以及张仲景、华佗有关论述。在具体阐明脉理的前提下,联系伤寒、热病、杂病和妇儿疾病的脉证,分述三部九候,寸口,二十四脉等脉法,是我国现存最早的脉学专著。

《脉经》对世界医学有广泛的影响,早在公元562年脉学传到朝鲜、日本等国。阿维森纳(公元980~1037年)的《医典》便吸收了我国脉学内容。到十七世纪,《脉经》已被翻译成多种文字在欧洲流传。

公元3~6世纪时,由于总结了先秦时代以来的医学诊断方面的成就,因此对于疾病的认识比较具体。在晋代有关典籍中,对于传染病、妇、儿、内、外科杂病的诊断已有比较翔实的记载。如晋·葛洪(281~341年)《肘后备急方》对传染病,如天行发斑疮(天花)、麻风等基本上能从发病特点和临床症状上作出诊断。同时,对于疾病学的分类,皆能“分别病名,以类相

续,不相错杂”。如认为“破脑出血而不能言语,戴眼直视,咽中沸声,口急唾出,两手妄举,亦皆死候不可疗;若脑出血而无诸候者可疗”。这表明了对颅脑损伤的危重病象及其预后的明确判断。这个时候,继承汉代学术成就,外科疾病诊断日臻完善。南齐(479~502年)龚庆宣《刘涓子鬼遗方》对痈、疽、疮、疖诊断亦较明确。

隋·巢元方等撰《诸病源候论》(公元610年),可说是我国第一部论述病源与证候诊断的专著。全书分67门,列各种疾病的证候为1720论。其中以内科疾病为多,对于其他各科疾病也有详细记录。如外科,仅金创就有27种,眼科38种,妇科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、儿科病等的诊断,更有不少精辟的论述。该书对后世医学影响颇巨,如《外台秘要》、《太平圣惠方》等对疾病的病因、证候判别,大都以此为据。

唐·孙思邈重视医德,并主张医家习业“必须博极医源,精勤不倦”。诊病要不为外部现象所迷惑,要透过现象看清本质。他在《备急千金要方·大医精诚》中指出:“病有内同外异,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。”诊候上既注重掌握病源与病机的演变。如《备急千金要方·诊候第四》指出:“夫欲理病,先察其源,候其病机。五脏未虚,六腑未竭,血脉未乱,精神未散,服药必活。若病已成,可得半愈;病势已过,命将难全。”又重视色、脉与按诊。其《千金翼方·色脉》中谓:“夫为医者。虽善于脉候,而不知察于气色者,终为未尽要妙也。”在《千金翼方·诊痈疽有脓法第五》:“凡痈按之大坚者未有脓,半坚半软者半有脓。当上薄者都有脓。”不难看出,当时孙氏对诊断原理与诊断方法已有深入的研究。

宋、金、元时期,继承晋唐以来的医学成就,诊断学的发展,与日俱增。宋·朱肱《南阳活人书》强调治疗伤寒,必须详细诊察,并认为切脉是辨别伤寒表里虚实的关键。

宋·陈言《三因极一病证方论》论述诸病证候。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。施发的《察病指南》是诊法的专著。崔紫虚的《崔氏脉诀》颇具影响,故《东垣十书》更取以冠首;李时珍亦将其附入《濒湖脉学》之中。可见其对后世的影响之深。

金元之世,专攻诊断者,颇不乏人。戴起宗所撰《脉诀刊误集解》,针对六朝高阳生据王叔和《脉经》,撮其切要而著的《脉诀》,以《内经》之理,刊其谬误,于脉学殊有裨益。又如滑寿的《诊家枢要》专载诊法,他据华佗等的理论,指出:“脉者气血之先也,气血盛则脉盛,气血衰则脉衰,气血热则脉数,气血寒则脉迟,气血微则脉弱,气血平则脉治”。同时,滑寿对三岁以内小儿诊察指纹,又有新的进展。他指出:“小儿三岁以下,首先看虎口三关纹色,紫热,红伤寒,青惊风,白疳病,惟黄色隐隐,或淡红隐隐,为常候也。”危亦林的《世医得效方》,论述了危重疾病的釜沸、鱼翔、弹石、解索、屋漏、虾游、雀啄、偃刀、转豆、麻促等十怪脉象。

刘河间、李东垣、朱丹溪、张从正等对于诊断的论述,不遗余力。刘河间诊病、辨证重视病机。李东垣辨脉重视四诊合参,他认为:“持脉有道,虚静为保。但可澄神静虑。调息宁心,神精明,察五色,听音声,问所苦,方始按尺寸,别浮沉。以此参伍,决死生之分矣,复观患人身形、长短肥瘦,老少男女,性情缓急,例各不同。故曰形气相得者生,参伍不调者病”。朱丹溪诊病,主张从外知内,他指出欲知其内者,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。例如他对斑疹伤寒与其他发疹性疾病的鉴别,甚为明确。

明清以来,对于脉诊与舌诊的发展尤为突出,同时对于诊病、辨证的原理,更有进一步的阐明。

明·清时期的脉学成就:明·张介宾《景岳全书·脉神章》,详述《内经》、《难经》、仲景及诸家脉义,对脉神,正脉十六部,脉之常变等,论述较为详细。

伟大的医药学家李时珍所撰《濒湖脉学》摘取诸家脉学精华。详分廿七脉,对其中同类异脉的鉴别点和各种脉象主病,均编歌诀,便于读者诵习。

清·李延是《脉诀汇辨》,汇集诸家脉学论著、结合其叔李中梓所传脉法予以辨证,并阐述自己研究脉理心得,以脉参症,体现了切脉在诊疗疾病上的灵活性。此外,清代医家在前人经验的基础上,研究脉学多把生理、病理以及证候结合起来以详究其脉原。如清·贺升平《脉要图注详解》,包括脉学总论、各科脉法、运气、廿八脉、奇经八脉,骨度、经脉、络脉、经别、经筋,以及身形、脏腑、营卫、颜色、五音五形等诊法。博采众说,并附插图,以彰其说。又如周学霆的《三指禅》,论脉以缓脉为权衡诸脉的标准,以浮、沉、迟、数为四大纲脉,共列廿七脉,用对比的方法鉴别各种不同脉象。论述疾病以脉与症相结合。联系病因、病机辨析其理,以定治法,最切合临床实用。最突出的是沈金鳌,他认为:“人之有病,七情所感,六淫所侵,重则脏受,轻则腑受,深则经受,浅则肤受,象现于脉,脉诊于指,人与人异,指与肉隔,气有长短,质有清浊,且阴阳殊其禀,寒热虚实互其发,而欲于三指之下,顷刻之间,脏腑毕现,洞幽彻微,不有犀照,何能毫厘不差,”因著《脉象统类》一卷,《诸脉主病诗》一卷。论述脉理,甚为可取。此外,清·周学海《重订诊家直诀》,是《周氏医学丛书脉学四种》之一,本书撷取《脉义简摩》、《脉简补义》之精要,综论脉象、指法及主病,并用对比的方式阐述廿四脉之脉象。又以位、数、形、势、微、甚、兼、独八类作为分析正脉,变脉之纲领,内容甚为切要。还有罗浩所辑的《诊家索隐》,辑录了崔紫虚、余抑庵、张石顽三家之说,并按李士材所论二十八脉,益以张石顽所增附之脉,又据宋·刘立之以浮、沉、迟、数为大纲,附以弦、短、长三部。对诸脉的脉象、考辨、主病及参变等方面,论述颇详。又如管玉衡的《诊脉三十二辨》,在脉诊的三十二辨中,论述诊脉大法,浮、沉、迟、数、滑、涩六脉所统共二十九脉的阴阳所属及其形象等,具有独特见解。

明清时期的舌诊成就:早在十三世纪元代时,有敖氏者著有《点点金》及《金镜录》,论伤寒舌诊,分十二图,乃论舌的第一部专著。后经杜清碧的增补,即为今所见的敖氏《伤寒金镜录》。明清以后,舌诊得到广泛的应用。十六世纪后叶,申斗垣氏集当时舌诊之大成,著《伤寒观舌心法》。至清·康熙七年张诞先取《观舌心法》,正其错误,削其繁芜,并参入其亲历,共得一百二十图,著成《伤寒舌鉴》,此书备列伤寒观舌之法,观舌辨证,颇为扼要。另有傅松元的《舌胎统志》,把舌分为枯白舌,淡白舌,淡红舌,正红舌,绛色舌,紫色舌,青色舌,黑色舌八种,内容丰富,经验颇多。刘以仁在他编的《活人心法》中,载有王文选《舌鉴》,集张登的一百二十舌,杜清碧三十六舌,段正义《瘟疫论》十三舌,择录其中一百四十九舌,对温热的辨舌经验,较诸以往有不少的补充。随后,梁玉瑜推崇《舌鉴》,将其原文逐条加以辨证,并增入杂病观舌辨证之法,辑成《舌鉴辨证》,载图一百四十九舌,精详有加。

二十世纪初的刘恒瑞的《察舌辨证新法》(1911年),论述白、黄、黑三种舌苔及辨舌苔变换、真退、假退等,诊断与治法并提,颇能指导实践。曹炳章的《彩图辨舌指南》(1917年)集历代医家论舌于一书。上考《灵枢》、《素问》、近探各家,并附彩图一百二十二舌,墨图六舌,是研究舌诊的较好资料。杨云峰的《临症验舌法》(1923年),主要以舌苔的形色——浮、胖、

坚、敛、干、燥、滑、润、黑、白、青、黄来分析病情的虚、实、阴、阳,和测知内脏的病变,并密切结合治法,内容简要,多为经验之谈。还有一些虽非舌诊专著,但对舌诊也有不少精辟见解。如叶香岩的《外感温热篇》,王孟英《温热经纬》等,对于热病之辨证验舌,经验可贵,值得重视。

明清时四诊的成就:在脉学和舌诊取得进展的同时,对于四诊的综合研究,亦有不少专著。明·张三锡《医学六要》之一的《四诊法》,内容虽偏重于切脉,但也详实地记述了五官、色脉、声诊、问病、辨舌等诊察方法。《医宗金鉴·四诊心法要诀》,以四言歌诀简要地介绍四诊理论与方法,便于习诵。清·何梦瑶的《四诊韵语》(即《乐只堂人子须知韵语》卷一),首列十二经脉歌,次对四诊心法撮要,辨阴证阳证要诀,脉诊、望色、察面、五官、唇、齿、辨舌,闻声及问诊等分别予以论述,并且介绍八脉要诀,小儿诸诊歌及奇经八脉图歌等。内容多以韵语加注的形式阐述。清·林之翰的《四诊抉微》以《内经》色脉并重为依据,抉取古今有关四诊论述编纂而成。着重指出四诊不但同样重要,而且互相关系,既不偏于切脉,也不忽略望、闻、问三诊。望诊详论神气、形色、颜面、五官、苗窍、齿、项、爪甲等各种形色变化,并附小儿指纹的特殊观察方法。闻诊中指出听声审音,可察盛衰存亡,并可徵中外情志之感。问诊为审察病机之关键。诊脉部分详于脉理,并能结合诊断,介绍治法。书中盛赞张介宾《景岳全书·传忠录》中的“十问篇”,详细得中,纲举目张,有体用兼该之妙。诸家脉诀,盛誉《濒湖脉学》为诸家之翘楚。此外,如陈修园《医学实在易·四诊易知》,论述四诊简明扼要,可为后学式程。又如汪宏的《望诊遵经》搜集历代有关望诊资料,说明气色与疾病变化的关系。从眼睑、口、舌、唇、齿、须、发、腹、背、手、足等部位的形容色泽和汗、血、便、溺等稀稠有无,通过分析比较,以辨析病证的表里、虚实、寒热、阴阳,并预计其顺逆安危,其内容精要实用,可供临证参考。

明清时期辨证学的成就:自张仲景以六经论伤寒,脏腑经络议杂病以来,明清医家承袭前人经验,诊病辨证更为深入。《景岳全书·传忠录》首先讨论阴阳与六变,他说:“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。”明确地提出八纲辨证的重大作用。清·喻嘉言《寓意草》提倡先议病后用药,他说:“邇来习医者众,医学愈荒,遂成一议药不议病之世界,其天枉不可胜悼……”如何议病?喻氏提出了极其具体的议病格式,喻氏的议病格式,是当时中医学最完整的病历书写格式,值得参考。但更重要的是喻氏所谓议病用药,实质就是在诊察的基础上,进行辨证论治。

清·陈士铎《辨证录》分叙伤寒、中寒、中风等126门,七百余证,其辨证着重于症状的鉴别分析。清·程国彭《医学心悟》认为对疾病的诊断错误,究其原因,虽然有百端,但其中最重要的是辨证的切脉不真,浮沉迟数不分清的缘故。与此同时,他继张景岳之后指出,诊病有其总要,即寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字而已。并说病情概不外是,则辨证之法,亦不出此。

对于杂病的辨证,沈金鳌《杂病源流犀烛》,博采前人经验,结合个人见解,加以归纳整理,内容以叙述杂病为主,包括脏腑、奇经八脉、六淫,内伤外感,面部、身形等类,每类分若干病,每病各著源流一篇,并详述病的原委,悉其形证,考其主治,因证用方,理法方药,比较契合,是一部诊疗相结合的著作,在杂病学中有相当的影响。

明清攻《伤寒论》,致力于六经辨证研究的百余家,各有精辟见解。如清·柯琴所撰《伤寒来苏集》,以证为主,将《伤寒论》原文归纳类聚于以阐注。并认为“仲景之六经为百病立法”。明清时期,有的医家鉴于伤寒与温病易于混淆。元末明初王安道的《医经溯洄集》对

伤寒与温病作了原则上的区分。清·杨璠的《寒温条辨》针对伤寒与温病的病因证治等一一予以详辨。

温病的辨证,迨至清朝,叶天士《外感温热篇》立卫气营血的辨证方法,并重视察舌、验齿等诊法在辨证上的重要意义。吴鞠通《温病条辨》,选用叶天士经验,创温病的三焦辨证法则。

综上所述,清代以前,中医诊断学的“四诊”与“辨证”都不断在发展,是伟大宝库的重要组成部分。

近百年来,中医学的发展遭到严重的破坏,处于存亡的境地,诊断学的发展亦停滞不前。

建国以来,《中医诊断学》受到了教学、医疗和科研工作者的普遍重视。特别是在四诊客观化,辨证学原理的研究上,运用声学、光学、磁学、电子学以及信息论、控制论、系统论、生物医学工程等多学科进行综合研究,又获得了新的苗头与成就。我们深信,在科学技术突飞猛进的今天,中医的诊断学术一定会有更新的发展。

1·2 中医诊断学的范围与原则

中医诊断学是在中医基础理论指导下,研究诊察疾病,辨别证候的学科。

诊断,《内经》称为诊法,主要包括望、闻、问、切等四诊,直至清代仍以《四诊心法》作为诊断学的教材。似乎诊断学的范围主要探究四种诊查方法。实际上中医之诊断学,既重视四诊等基本技能,还特别重视辨证方法与有关诊断的理论,只不过这些诊断学的基本知识与基本理论,散在于一些临床专著或其他论著之中。

解放后,中医诊断学,自中医理论体系中抽出其带有共通性的、基础性的诊断知识,理论与方法加以编次与叙述,以便为临床各科诊断疾病打好基础。至于各临床学科专有的一些诊断方法,仍由各临床学科具体介绍。

对于疾病诊断的过程,是一个认识的过程,对疾病有所认识,才能对疾病进行防治。要正确地认识疾病,首先要注意三大原则。

1·2·1 审察内外

人是一个整体,人体的生理机能对自然界一般的变化是能够相适应的。当人体这个整体内在失调或自然界的变化超过限度,人体不能维持正常的生理机能时,便产生疾病。从人体是一个整体、人与天地相应这些观点出发,在认识疾病的时候,便不能只见到局部或只注意个人。这种观点,在诊断学中成为“审察内外”的原则。这一原则对于诊断疾病有重要意义。

人体皮肉脉筋骨、经络与脏腑息息相关,而以脏腑为中心,以经络通连内外。身体一旦发生疾病,局部的可以影响全身,全身的也可以显现在某一个局部;内部可以牵连及外,外部的也可以传变入里。精神刺激可以影响脏腑功能,脏腑病变也可以造成精神活动的改变。由此可见,人体每一病证的产生,无不体现整体的失调。例如眼病,不仅是眼球局部的病变,而且和经络脏腑的疾病也有密切的关系,或由于肝经有热,或因心火,或因肺热,或因肾虚,……原因很多,如果单从眼部诊断,往往不够全面。当然,诊断也不能忽视局部。既要诊察局部,更要诊察整体,而且诊察局部也可以审察整体。

同时,人们生活在自然环境中,时刻受到外界环境的影响。当外界环境起急剧变化,或人体机能对外界不能适应时,经络脏腑功能就会失调而发生疾病。疾病的发生与变化,绝对不能孤立于自然界之外。要正确诊断疾病,就必须审察患者所处的外界环境(如季节、地方、其他生活条件和精神环境等)。

总之,诊察疾病,首先要把疾病看成是病人整体的病变,既要审察其外,还要审察其内;并要把病人与自然环境结合起来加以审察。既要审察病人整体的病变,还要审察病人的外在环境,内外结合统一审察,是中医诊断学的原则。

1.2.2 辨证求因

辨证求因,也是中医诊断的基本原则。就是在审察内外的方法基础上,根据病人一系列的具体证候(包括病人自觉症状和四诊检查所得),加以分析、综合,求得疾病的本质和癥结所在,为临床治疗提供确切的依据。

疾病是多样而复杂的,又是不断在变化的。因此,要正确认识疾病,就必须从病因、病位、病程等方面进行全面的了解。了解的根据是什么?就是“证”(证候)。这里所说的辨证求因,这个“因”字,其涵义应当是广泛的,除了六淫、七情、饮食劳倦等通常的致病原因以外,还包括了疾病过程中产生的某些癥结,而为辨证论治作为主要依据的因素在内。比如气郁、瘀血、痰饮、虫积之类,虽不在“三因”之列,但在辨证方面,也常视为导致当前证候的主要原因,而作为治疗的重要依据。所谓辨证求因,也就是根据病人临床表现的具体证候,从而确定病因是什么?病位在何经何脏?其病程发展及病理原因又如何?务使临床所得出的诊断,即可作为论治的根据。

人体发生疾病,便会发生一些异常现象:如头痛、发热恶寒等。这些异常的现象,称为“症状”。症状的出现,是人体有了病变的客观反映。通过症状,可以探求疾病的内在变化。因此,症状是辨证的重要依据之一。但辨证的“证”字,它所代表的不仅仅是个别的症状,也不仅是表面的综合症状群。所谓证或证候,既包括四诊检查所得,又包括内外致病因素,全面而又具体地反映了疾病的特征、性质和在这个阶段的主要癥结。

例如:病人自诉发热,单就发热这一个症状,不能得出辨证的结果。因为有外感的发热,也有内伤的发热,须要进一步了解患者有没有恶寒、头痛。如有恶寒、头痛而发热,那就比较明确一些,但还要看看是不是有浮脉?舌苔是否薄白?病起多久?等等。如果发热、恶寒、头痛、脉浮而舌苔薄白,病属初起,那就可以初步确定是一个外感表证的发热,而不是内伤里证的发热。但辨证至此仍未终止,还要进一步辨别这一外感表证,到底是外感风热还是外感风寒?(脉浮紧、舌不红、口不渴为风寒;脉浮数、舌红、口渴为风热。)辨证就是按照中医的理论和经验,象抽丝剥茧一样逐层深入,以达到辨证求因、给治疗指出方向为目的。

又如:呕吐这一病证,虽属胃气上逆而导致,但胃气上逆不仅限于胃腑本身的病,有时却由于肝气横逆侮胃而引起。欲求得肝气横逆之因,首先应辨出肝气横逆之证。如呕吐而兼有情绪郁怒、胁痛胀满、吞酸吐酸、脉象弦而有力等,便可断为肝气犯胃的呕吐证,治疗便有所依据。

由此可知,仔细地辨证,就可以对疾病具有真切的了解,诊断也就能更为确实,而在治疗上更可以达到“审因论治”的较高境界。

通过“辨证”来了解病情,求得病“因”,也是诊断的基本原则。

1.2.3 四 诊 合 参

既然诊断要根据审察内外和辨证求因的原则进行,诊断的方法,便要求对病人作周密的观察与全面的了解。想达到这一要求,必须四诊合参。

四诊,就是望、闻、问、切。诊断必须要做到四者俱备,才能见病知源。不能错误地把四者割裂开来理解,以为最高明的医生,无论什么病都能一望而知。自从王叔和以后,脉诊和舌诊,都有很大的发展,因而有些医者,便出现一种偏向,往往夸大脉诊,或夸大脉诊和舌诊,一按脉、一望舌便判定病情,处方用药,而忽视四诊合参的原则。医生对舌诊或脉诊有精深的研究和专长,是很好的,但断不能以一诊代替四诊。病人发病的经过,痛苦所在,过去患过什么病?经过什么治疗?等等资料的搜集,必须进行问诊。病人的声音气味有什么变化,必须进行闻诊。病人的神色形态有哪些变化,必须进行望诊。病人的脉象和肢体有什么异常,又必须进行切诊。疾病是复杂而多变的,证候的显现有真象也有假象,有的假在脉上,有的假在症上,故诊法有“舍脉从症”和“舍症从脉”的理论。如果四诊不全,便得不到病人全面的、详细的资料,辨证就欠准确,甚至发生错误。例如患者自诉发热头痛,病情并不复杂,但却不能只凭这两个症状来辨证,还必须问明起病的时间、发热的情况,还要摸摸热在手心还是手背,舌象如何?脉象如何?禀赋如何?声音形态如何?才能确定诊断。若问诊知其病所由得,初起时曾觉恶寒,其后便发热无汗,食欲不好,大小便如常,望诊见其神色如常,舌质如常,舌苔薄白,闻诊觉其声音重浊而鼻塞,切诊脉浮紧,从上述四诊所得,根据八纲分析,应是外感风寒之表证。如果病人病已日久,每于午后发热,手心热于手背,时头痛或不痛,神疲倦怠,两颧发赤,唇红,舌质深红无苔,脉细数,按症分析,这是内伤阴虚之证。

由此可见,证候是辨证的基础。要详细搜集证候资料,就必须四诊合参。

1.3 《中医诊断学》的主要内容

《中医诊断学》的主要内容,包括四诊、八纲、辨证。

四诊:望诊,是对病人神、色、形、态、五官、舌象以及分泌物,排泄物等进行有目的的观察,以了解病情,测知脏腑病变。闻诊,是从病人语言、呼吸等声音及由病人体内排出的气味以辨别内在的病情。问诊,是通过对病人或者其家属的询问,可以得知病人平时的健康状况,发病原因,病情经过和病人平时的自觉症状等。切诊,是诊察病人的脉候和身体其他部位的情况,以测知体内体外一切变化的情况。据以上四诊合参的原则,不能以一诊代四诊,同时,症状、体征与病史的收集,一定要审察准确,不能草率从事。

八纲,即阴阳、表里、寒热、虚实。张景岳称为“阴阳”“六变”。四诊所获得的一切资料,须用八纲加以归纳分析;寒热是分别疾病的属性,表里是分辨疾病病位与病势的浅深;虚实是分别邪正的盛衰;而阴阳则是区分疾病类别的总纲。它从总的方面,亦即最根本的方面分别疾病属阴属阳,为治疗指明总的方向。

辨证:包括病因、气血津液、脏腑、经络、六经、卫气营血和三焦辨证。诸种辨证既各有其特点和适应范围,又有相互联系,并且,它们均是在八纲辨证的基础上加以深化。

1.4 学习的要求和方法

《中医诊断学》是基本理论与临床各科之间的桥梁,是中医基本理论、基本知识和基本技能的具体运用,既有理论知识,又有实际操作。清·林佩琴《类证治裁·自序》曾说:“学者研经,旁及诸家,泛览沉酣,深造自得,久之源流条贯,自然胸有主宰。第学不博,无以通其变;思不精,无以烛其微。惟博也,故腕妙于应,而生面别开;惟精也,故悟彻于玄,而重关直辟。”所以学习诊断时,要以辩证唯物主义为指导思想,要做到理论与实践相结合。所以,一方面要深入理解、掌握本门课程的基本理论,基本知识,对历代名医的某些诊断学原著,最好能够熟读,并且要复习、运用前面所学的中医学基础理论,根据中医理论的系统性和科学性,用基本理论作指导,能加深诊断学的学习和理解。

另一方面要重视实践锻炼。无论是实践操作或是临床实习,或是课后练习,都要多看多练,掌握四诊、八纲、辨证分析,病历书写的基本技能。并培养自己严肃认真,实事求是的工作作风,发扬救死扶伤的人道主义精神,对病人态度要和蔼,关怀爱护。

《中医诊断学》中通过直观的望、闻、问、切作为诊断和辨证的依据,这一传统的四诊方法是科学的。但由于历史条件的限制,也并不是已完美无缺,怎样运用现代科学技术成果,使四诊内容、辨证分析逐步规范化;疾病诊断,证候辨别的内容标准化、系统化;各种证候的客观实质及其微观变化等等,尚须作深入的探讨。此外,还有许多散在于民间的诊察方法,辨证经验,尚待收集、整理。所以,我们不仅要把诊断学中宝贵遗产很好地继承下来,并且要在实践中,运用现代的科学知识与方法,进一步整理研究,将它提高到一个新的水平。

2. 四 诊

四诊是指望、闻、问、切四种诊察疾病的基本方法。

医生运用视觉观察病人全身和局部的神色形态的变化,这是望诊;凭听觉和嗅觉以辨别病人的声音和气味的变化,属于闻诊;仔细询问病人或陪诊者,了解疾病发生和发展的过程、现在症状及其与疾病有关的情况,叫做问诊;切按病人脉搏和按抚病人的腕腹、手足以及其它部位,是为切诊。

人体是一个有机的整体,局部的病变可以影响及全身、内脏的病变,可以从五官四肢体表各个方面反映出来。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”。所以通过四诊等手段,诊察疾病显现在各个方面的症状和体征,就可以了解疾病的病因、病机,从而为辨证论治提供依据。

望、闻、问、切是调查了解疾病的四种方法,各有其独特作用,不能相互取代,因此在临床运用时,必须将它们有机地结合起来,即所谓“四诊合参”,这样才能全面而系统地了解病情,作出正确的判断。四诊方法,是在长期的医疗实践中,逐步形成和发展起来的,它十分重视机体脏腑生理、病理的客观反映,并通过这些客观反映了解其内在联系。

2.1 望 诊

医生运用视觉,对人体全身和局部的一切情况及其排出物等,进行有目的地观察,以了解健康或疾病情况,即是望诊。望诊在诊断上占有重要的地位,所谓“望而知之谓之神”。这是因为人的视觉,在认识客观事物中,占有重要的地位。所以充分利用视觉,训练敏捷的观察力,是医生职业所必需的。

望诊的主要内容是观察人体的神、色、形、态,以推断体内的变化。健康人的神、色、形、态等都有其正常的表现,一有反常,便是病态。有些病只反映为神或色等单方面的异常;有些病却反映为神、色、形、态等多方面的变态。祖国医学的长期实践证明:人体外部和五脏六腑有着密切的关系,特别是面部、舌部和脏腑的关系更为密切,因此通过对外部的观察,可以了解整体的病变,诚如《灵枢·本脏篇》所说:“视其外应,以知其内藏,则知所病矣。”

望诊内容虽可分为总体望诊和分部望诊,但在运用时,勿需严格区分,兹分望神、色、形、态、头颈五官、舌象、皮肤、络脉、排泄物和分泌物等几项叙述。舌诊和面部五色诊虽属头面五官,但因诊断意义较大,故单立项目阐述。

2.1.1 望 神

2.1.1.1 神的概念

神是人体生命活动的总称。其概念有广义、狭义之分:广义的神,是指整个人体生命活动的外在表现,可以说神就是生命;狭义的神,乃指人体的精神活动,可以说神就是精神。望

神应包括这两方面的内容。

神是机体生命活动的体现,神不能离开人体而独立存在,有形才能有神,形健则神旺,形衰则神惫。故《素问·上古天真论》有“形神合一”及“形与神俱”的理论,说明形与神的关系。经过无数实践证明,神的盛衰的确是形体健康与否的重要标志之一。反过来看,如形羸色败,虽然两目有神亦是假象。

神来源于先天之精,如《灵枢·本神篇》言:“生之来谓之精,两精相搏谓之神。”但神又靠后天之精的滋养,所以《灵枢·平人绝谷篇》又曰:“故神者,水谷之精气也。”精与神的关系是:精能生神,神能御精,精足则形健,形健则神旺;反之,精衰则体弱,体弱则神疲。气与神的关系也是密不可分的,气是生命的动力,气能生神,神能御气,所以《图书编·神气为脏腑之主》曰:“气载乎神”,又曰:“孰知气充乎体,赖神以宰之”。总之精、气、神为人生三宝,精充、气足、神旺,是健康的保证;精亏、气虚、神耗,是衰老的原因。因此,望神可以了解精气的盈亏。神也是五脏所生之外荣,如《素问·六节脏象论》曰:“天食人以五气,地食人以五味。五气入鼻,藏于心肺,上使五色修明……,以养五脏气,气和而生,津液相成,神乃自生。”《灵枢·平人绝谷篇》也说:“五脏安定,血脉和利,精神乃居。”因此,望神也可以了解五脏精气的盛衰。

总之,神体现了人的生命活动,所以《灵枢·天年篇》曰:“失神者死,得神者生也。”

神既是一身之主宰,必然于全身皆有表现,但却突出地表现于目光。眼睛是心灵之窗,人的精神活动,往往于无意中流露于目光,所以眼睛是可以传神的。当接触病人时,要求经过短暂的观察,就能对病人的神气有一个初步的印象。这暂短的观察,应首先注意病人的目光神态,所谓奕奕有神,盎然外见。此外,言谈举止,应答反应,面部表情等等,也都表现了人的精神状态和情志变化。至于脏腑气血的机能状态,也是神的表现,又需从面色、声息、体态、脉象等方面来了解,并不局限于望诊所见了。所谓“色之有神”,“声之有神”、“脉贵有神”等等便是。

神的表现虽然是多方面的,但望神的重点在于目光、神志、面色和形态等方面。

2.1.1.2 得神、失神与假神

关于得神与失神,张景岳有一段全面具体的论述。《景岳全书·传忠录·神气存亡论》说:“善乎神之为义,此死生之本,不可不察也。……以形证言之,则目光精彩,言语清亮,神思不乱,肌肉不削,气息如常,大小便不脱,若此者,虽其脉有可疑,尚无足虑,以其形之神在也。若目暗睛迷,形羸色败,喘急异常,泄泻不止,或通身大肉已脱,或两手寻衣摸床,或无邪而言语失伦,……或忽然暴病,即沉迷烦躁,昏不知人,或一时卒倒,即眼闭口开,手撒遗尿,若此者,虽其脉无凶候,必死无疑,以其形之神去也。”这里提出了据病人面目表情,言语气息、形态动静等方面来望神的法则,是可以举一反三的。

(1) 得神:得神即有神,是精充气足神旺的表现。在病中,则虽病而正气未伤,属于轻病。

有神的表现是:神志清楚,语言清晰,目光明亮,精彩内含;面色荣润含蓄,表情丰富自然;反应灵敏,动作灵活,体态自如;呼吸平稳,肌肉不削。

神志清楚,语言清晰,面色荣润,表情自然,是心的精气充足的表现;目光明亮,精彩内含,反应灵敏,动作灵活,体态自如,是肝肾精气充足的表现;呼吸平稳,肌肉不削,是脾肺精气充足的表现。总之,这是正常人的神气,即使有病,也是脏腑功能不衰,预后良好。