



“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材



iCourse·教材

全国高等中医药院校规划教材

# 中医诊断学

第2版

中医药类专业用

主编 王忆勤

高等教育出版社



“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材  
全国高等中医药院校规划教材



iCourse · 教材

# 中医诊断学

Zhongyi Zhenduanxue

第2版

(中医药类专业用)

主 编 王忆勤

副主编 陈家旭 郑小伟 邹小娟

编 者 (按姓氏拼音为序)

车志英 (河南中医药大学)

陈家旭 (北京中医药大学)

何建成 (上海中医药大学)

李先涛 (广州中医药大学)

王忆勤 (上海中医药大学)

燕海霞 (上海中医药大学)

张星平 (新疆医科大学)

郑小伟 (浙江中医药大学)

周雪梅 (安徽中医药大学)

陈 锐 (长春中医药大学)

方朝义 (河北中医学院)

胡志希 (湖南中医药大学)

刘燕平 (广西中医药大学)

徐 征 (南京中医药大学)

殷 鑫 (陕西中医药大学)

赵 莺 (成都中医药大学)

周岳君 (浙江中医药大学)

邹小娟 (湖北中医药大学)

高等教育出版社·北京

## 内容简介

《中医诊断学》第2版是“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材。本教材包括诊法部分和辨证部分。编写上在全面、系统介绍中医诊断学基本理论、基本知识和基本技能的基础上,增加临床案例实训,突出中医诊法技能强化训练及临床辨证思维训练。

本教材以纸质教材配数字课程新模式出版。数字课程内容包括学习辅导、自测题、教学PPT、拓展资源、典型病例、视频、动画、彩图、音频等,便于师生上网学习,数字课程与书中内容有机结合、相互呼应,是对纸质教材内容的重要补充和扩展,以帮助学生理解、掌握所学知识,达到中医诊断学直观、形象的教学效果。

本教材可供全国高等中医药院校中医学专业学生使用,还可供从事中医药或中西医结合的临床医师、教学和科研人员阅读参考,也是国家执业医师资格考试、住院中医师规范化培训、青年中医和研究生入学考试的重要参考书。

## 图书在版编目(CIP)数据

中医诊断学 / 王忆勤主编. --2版. --北京:高等教育出版社, 2016.8 (2016.12重印)

iCourse·教材·中医药类专业用

ISBN 978-7-04-045712-4

I. ①中… II. ①王… III. ①中医诊断学-中医学院-教材 IV. ①R241

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第156586号

策划编辑 杨兵 责任编辑 杨兵 封面设计 李卫青 责任印制 尤静

出版发行 高等教育出版社  
社址 北京市西城区德外大街4号  
邮政编码 100120  
印刷 三河市华润印刷有限公司  
开本 787mm×1092mm 1/16  
印张 11  
字数 275千字  
购书热线 010-58581118  
咨询电话 400-810-0598

网 址 <http://www.hep.edu.cn>  
<http://www.hep.com.cn>  
网上订购 <http://www.hepmall.com.cn>  
<http://www.hepmall.com>  
<http://www.hepmall.cn>  
版 次 2012年6月第1版  
2016年8月第2版  
印 次 2016年12月第2次印刷  
定 价 23.80元




本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换  
版权所有 侵权必究  
物料号 45712-00

# 前 言

“十二五”期间,教育部启动了国家精品开放课程建设项目,上海中医药大学“中医诊断学”原国家精品课程成功转型升级,获得国家级精品资源共享课立项,并在爱课程网(www.icourses.cn)上线。“iCourse·教材”为项目成果之一。由上海中医药大学王忆勤教授主编的《中医诊断学》(第2版)有幸列入其中,采用“纸质教材+数字课程”的出版形式,纸质教材更加精练适用,数字课程对纸质教材内容加以巩固、补充和拓展,这种方式为学生自主学习和教师创新教学方法提供了很好的支持。

由高等教育出版社组织全国高等中医院校专家、教授编写的《中医诊断学》已经过五年的学习使用。本着与时俱进、继承创新的原则,我们系统梳理了全书内容和各章节的知识要点,重新修订此书。《中医诊断学》(第2版)入选“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材。

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、基本方法的一门学科,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。中医诊断学内容主要包括诊法学和辨证学两部分,诊法学着重于获取临床信息,并对其进行病机分析,而辨证学则注重证候的辨别,两者相互渗透,相互联系。本教材诊法部分重点介绍望、闻、问、切四诊知识,辨证部分分病性辨证和病位辨证两章,将原来的八纲辨证、病因辨证、气血津液辨证融于病性辨证中,脏腑辨证和其他辨证方法(六经、卫气营血、三焦辨证)统一于病位辨证中。全书注重中医诊断学的基础理论、基本知识和基本技能的讲授,训练学生学会如何利用“魔方”式的排列组合方法,进行临床精确的辨证思维活动,增强学生综合运用能力,拓宽学生的思路和视野。

《中医诊断学》(第2版)以纸质教材配合数字课程新模式出版。数字课程内容包括学习辅导、自测题、教学PPT、拓展资源、典型病例、视频、动画、彩图、音频等,书中图标代表彩图,代表动画,代表视频。便于师生上网学习,数字课程与书中内容有机结合、相互呼应,是对纸质内容的重要补充和扩展,以帮助学生理解、掌握所学知识,达到直观、形象的教学效果。本书力求对知识技能进行全面、系统介绍,并阐述近代中医诊断学学科的前沿进展,增加临床案例实训,以提高学习者的临床诊断能力和科学研究技能。本教材以培养中医学及相关专业高素质应用型人才为目标,教材内容与教学基本要求、学生培养目标相符合,是一部适教适学、图文并茂、具有一定学术价值的教科书。

本教材编写期间得到了高等教育出版社和编者所在学校的大力支持及帮助,在此一并致以衷心的感谢!

本教材的编写汇聚全国中医诊断学学科的优秀专家、学者数十人。教材的绪论、舌诊、肺与大肠病辨证由王忆勤编写，全身望诊由赵莺编写，局部望诊由刘燕平编写，望排出物由陈锐编写，闻诊由周雪梅编写，问诊由方朝义编写，脉诊由陈家旭编写，按诊由陈家旭、陈锐编写，病性辨证由邹小娟编写，表里辨证由徐征编写，心与小肠病辨证由何建成编写，脾与胃病辨证由胡志希编写，肝与胆病辨证由车志英编写，肾与膀胱病辨证由李先涛编写，脏腑兼证辨证由张星平编写，其他辨证方法（经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证）由郑小伟编写，诊断与病案由周岳君编写。

本教材的出版希望能为中医诊断学学科的发展和教学质量的提高起到推动作用。由于编者水平有限，书中难免有不妥和疏漏之处，恳请专家、同道和广大师生批评指正，以利于今后不断修改、完善。

王忆勤

2016年6月

# 目 录

绪论	1	六、舌象分析要点及舌诊意义	40
一、中医诊断学的主要内容	1	<b>第二章 闻诊</b>	43
二、中医诊断学的发展简史	2	第一节 听声音	43
三、中医诊断的原则	4	一、正常声音	43
<b>第一章 望诊</b>	5	二、病变声音	44
第一节 全身望诊	5	第二节 嗅气味	47
一、望神	5	一、病体气味	47
二、望色	7	二、分泌物、排泄物气味	48
三、望形	11	三、病室气味	48
四、望态	12	<b>第三章 问诊</b>	50
第二节 局部望诊	13	第一节 问诊的意义及方法	50
一、望头面	14	一、问诊的地位及意义	50
二、望五官	15	二、问诊的方法、技巧及注意事项	51
三、望颈项	19	第二节 问诊的内容	52
四、望躯体	20	一、一般情况	52
五、望肢体	21	二、主诉	52
六、望皮肤	23	三、现病史	53
七、望下窍	24	四、既往史	53
第三节 望排出物	25	五、个人生活史	54
一、望排出物的原理和意义	25	六、家族史	54
二、望排出物的内容	26	第三节 问现在症	55
第四节 舌诊	28	一、问寒热	55
一、舌的形态结构	28	二、问汗	57
二、望舌的原理	28	三、问疼痛	58
三、望舌的方法与注意事项	29	四、问头身胸腹不适	60
四、正常舌象及其生理变异	30	五、问饮食口味	63
五、舌诊的内容	31		

六、问二便·····	65	第二节 脏腑辨证·····	115
七、问情绪·····	67	一、心与小肠病辨证·····	116
八、问睡眠·····	68	二、肺与大肠病辨证·····	121
九、问妇女·····	68	三、脾与胃病辨证·····	124
十、问男子·····	70	四、肝与胆病辨证·····	128
十一、问小儿·····	71	五、肾与膀胱病辨证·····	132
		六、脏腑兼证辨证·····	134
<b>第四章 切诊</b> ·····	73	<b>第三节 经络辨证</b> ·····	138
<b>第一节 脉诊</b> ·····	73	一、十二经脉病证的特点·····	138
一、脉象形成的原理·····	73	二、奇经八脉病证的特点·····	138
二、脉诊的部位、方法和注意事项·····	74	<b>第四节 六经辨证</b> ·····	139
三、脉象要素及正常脉象·····	77	一、六经辨证的概念·····	139
四、常见脉象及其临床意义·····	79	二、六经病证的传变方式·····	142
五、脉象鉴别、相兼脉和真脏脉·····	83	<b>第五节 卫气营血辨证</b> ·····	142
六、诊妇人脉与小儿脉·····	87	一、卫气营血辨证的概念·····	143
七、脉诊的临床意义·····	87	二、卫气营血证候的传变方式·····	144
<b>第二节 按诊</b> ·····	88	<b>第六节 三焦辨证</b> ·····	145
一、按诊的意义·····	88	一、三焦辨证的概念·····	145
二、按诊的方法·····	88	二、三焦病证的传变·····	146
三、按诊的内容·····	89		
<b>第五章 病性辨证</b> ·····	93	<b>第七章 诊断与病案</b> ·····	149
<b>第一节 寒热辨证</b> ·····	93	<b>第一节 病情资料的整理</b> ·····	149
一、寒证·····	94	一、判断病情资料的完整性和系统性·····	149
二、热证·····	94	二、评价病情资料的准确性和客观性·····	149
三、寒证与热证的鉴别要点·····	95	三、分析病情资料的一致性·····	150
四、寒证与热证的关系·····	95	<b>第二节 辨证思维的方法与步骤</b> ·····	150
<b>第二节 虚实辨证</b> ·····	96	一、区别各种辨证方法的适用范围， 合理选用适当的辨证方法·····	151
一、虚证·····	97	二、辨证的内容和步骤·····	151
二、实证·····	101	三、辨证的逻辑思维方法·····	152
三、虚证与实证的鉴别要点·····	109	四、辨证的具体要求·····	154
四、虚证与实证的关系·····	109	<b>第三节 病案</b> ·····	154
		一、病案的沿革与意义·····	154
<b>第六章 病位辨证</b> ·····	112	二、病案的书写通则和标题名称·····	156
<b>第一节 表里辨证</b> ·····	112	三、中医病案书写格式·····	158
一、表证·····	113		
二、里证·····	113	<b>主要参考文献</b> ·····	164
三、表证与里证的鉴别要点·····	114		
四、表证与里证的关系·····	114		

# 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,并对所获得的信息进行分析,概括疾病的病因、病性、病位、病势及推断内在的病理变化,以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,其中诊法学着重于对疾病征象的识别,而辨证学则注重疾病证候的辨别,两者相互渗透,相互联系。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。中医诊断学是中医基础学科与临床各科之间的桥梁,是中医专业课程体系中的主干课程。

## 一、中医诊断学的主要内容

### (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患者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。

闻诊是通过听患者的语言、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。

问诊是询问患者有关疾病的发生、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。症状是患者自身感觉到的异常变化,以及医者通过四诊获得的异常体征,即“症”包括症状与体征,是疾病和证候的外在表象。

### (二) 辨证

证,是中医学中特有的概念,是机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括,它包括病因、病位、病性以及邪正关系等,反映出病变发展过程中某一阶段的病理变化的本质。

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、病性及病势等所做的高度概括。

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,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”,即对疾病的病种做出判断,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”,是临床有关患者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,臆其死生”的记载。公元前5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》(以下简称《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、切脉等四诊理论;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。

### （二）两汉时期

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。东汉张仲景总结了汉以前的诊疗经验,将病、脉、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。隋代巢元方等编撰的《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 1739 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。如宋代陈无择的《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。元代有敖氏者,著《点点金》及《敖氏伤寒金镜录》,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”,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。清代程钟龄著的《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》,清代李延昱的《脉诀汇辨》、周学霆的《三字禅》、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,如清代吴谦等撰的《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。明代吴又可的《温疫论》,对温病学说的发展起到了极大的推动作用。清代叶天士的《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,如明代卢之颐的《痲症论疏》专论痲疾常症与变症的证治;清代张绍修《时疫白喉捷要》、清代谢玉琼《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、痲疹、霍乱、鼠疫的诊断与辨证,均有较详论述。

新中国成立以来,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患者的每一具体病象,而后运用综合归纳的、辩证的

思维方法,抓住患者对疾病的整体反应。

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和实践活动。

## (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证,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。要求医者主要利用感官以诊察病者的症状和体征,既要掌握四诊的方法、技巧,又须从病证的现象中探求其本质,并做到四诊的综合运用。

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,不可囫囵吞枣。

## (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,在中医临床上占据主导地位。

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,因而辨病论治具有疾病的共性突出、治疗的针对性强等特点。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,如此则更有利于对病变的全面、深刻认识和治疗应对。


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,无复疑虑而处方不差矣。”所以辨病与辨证相结合,有利于临床诊疗水平的提高。


## 【思考题】


1. “整体审察”的含义有哪两方面?各包括哪些具体内容?
2. 试结合临床说明四诊合参的意义。


(王忆勤)


网上更多……

 学习辅导

 自测题

 教学 PPT

 拓展资源

 典型病例

## 第一章

# 望 诊

望诊,是医生通过视觉对患者全身及局部的神、色、形、态及舌象、排出物等可见征象进行有目的的观察,以收集病情资料的一种诊察疾病的方法。

中医学认为,人的精神状态、面部色泽、形体胖瘦、动静姿态、舌质舌苔等外在征象与人体五脏六腑、气血津液息息相关,可以透露出人体健康与疾病的信息,因此,通过观察人体外部的各种表现及变化,可测知脏腑功能的强弱及气血阴阳的盛衰。

临床望诊应注意以下几个方面:一是光线充足柔和,最好在充足的自然光线下进行,尽量避开有色光源。二是诊室温度适宜,有利于患者皮肤、肌肉自然放松,气血运行畅通,疾病的征象才可能真实地显露出来。如果室温太低,皮肤肌肉收缩,气血运行不畅,不仅影响望诊所获数据的真实性,而且,还有可能使患者因受凉而罹患他疾。三是充分暴露受检部位,以便医生完整、细致地进行观察。

望诊的基本内容包括全身望诊(神、色、形、态)、局部望诊(望头面、五官,望躯体、四肢、二阴、皮肤)、望舌(舌体、舌苔)、望排出物(痰涎、呕吐物、大小便等)和望小儿指纹五个部分。

## 第一节

### 全身望诊

全身望诊,是指医生在诊察患者时首先对患者的精神、面色、形体、姿态等整体表现进行扼要的观察,以期对疾病的寒热虚实和病情的轻重缓急获得一个总体印象的诊病方法,它包括望神、色、形、态四个方面。

#### 一、望神

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。中医所言的神有广义和狭义之分。广义的神是生命活动的总称,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,是对生命现象的高度概括;狭义的神专指人的精神意识思维活动,即心所藏的神,它隶属于广义的神之中。望神是指广义之神。

##### (一) 望神的原理和意义

神与精气关系密切。神产生于先天之精,又必须靠后天水谷精微的不断滋养,只有当先后天

之精及其所化生的气血津液充足,脏腑的功能正常,人体才能表现为有神。精气不足,气血虚弱,脏腑功能衰败时,人体则表现为无神。所以,观察患者神的有无,可以了解脏腑精气的盛衰,气血的盈亏状况,进而判断疾病的有无、轻重及预后的吉凶。故《素问·移精变气论》云:“得神者昌,失神者亡。”

## (二) 望神的主要内容及重点

望神的主要内容包括眼睛、神情、气色和体态四个方面,其中尤以眼睛为望神的重点。

## (三) 神的表现形式

神的表现形式分为得神、少神、失神、假神和神乱五种。

1. 得神(图 1-1-1):又称“有神”,是精充气足神旺的反映。

【临床表现】目光明亮,目珠灵动;神志清楚,表情自然;面色荣润,含蓄不露;肌肉不削,动作自如。

【临床意义】提示正气充足,脏腑机能正常。见于健康人或轻病患者。

2. 少神(图 1-1-2):又叫“神气不足”,是精气轻度损伤的反映。

【临床表现】目光乏神,目珠少动;精神不振,思维迟钝;面色少华,暗淡不荣;肌肉松软,动作迟缓。

【临床意义】提示正气不足,脏腑机能减弱。见于素体虚弱之人,轻病患者或重病恢复期患者。

3. 失神:又称“无神”,临床有是精亏神衰和邪盛神乱之分。

(1) 精亏神衰而失神(图 1-1-3)

【临床表现】目光晦暗,目珠呆滞;精神萎靡或神志昏迷,表情淡漠,反应迟钝;面色无华,晦暗暴露;形体羸瘦,动作艰难。

【临床意义】提示正气大伤,脏腑机能衰竭。见于慢性重病患者,预后不良。

(2) 邪盛神乱而失神

【临床表现】神昏谵语,循衣摸床、撮空理线;或卒倒神昏,牙关紧闭,两手握固,大小便闭。

【临床意义】提示邪气亢盛,扰乱心神或肝风挟痰,蒙蔽清窍。属于脏腑功能严重障碍,见于急性重病患者,预后不良。

4. 假神(图 1-1-1):假神是重危患者出现的精神暂时“好转”的假象,为临终前的预兆。

【临床表现】目光晦暗,突然变为目似有光,浮光外露;神志昏迷或精神萎靡,突然变为神志清楚,精神躁动;不欲语言或语声低微断续,突然变为言语不休,语声清亮;面色晦暗,突然变为颧赤如妆;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,阴阳即将离绝。故古人将其比作“回光返照”“残灯复明”。

临床应注意假神与重病恢复好转的区分:假神的“好转”是局部、短暂、突然的“好转”,与患者整体的恶化程度不相符合;重病恢复的好转是全面、持续、逐渐的好转,与患者整体状况的好转是一致的。

5. 神乱:又称“神志异常”,主要包括五种情况。

(1) 烦躁昏谵型

【临床表现】烦躁不安、神昏谵妄。

【临床意义】属热扰心神的实证,常见于温病热入心包或伤寒阳明热盛。

### (2) 恐惧焦虑型

【临床表现】时时恐惧,焦虑不安,心悸气促,不敢独处一室。

【临床意义】属心胆气虚,见于脏躁患者。

### (3) 狂躁妄动型

【临床表现】狂躁妄动,胡言乱语,打人骂詈,不避亲疏,少寐多梦。

【临床意义】属痰火扰心,见于狂病患者。

### (4) 精神抑郁型

【临床表现】精神抑郁,表情淡漠,神识痴呆,喃喃自语,哭笑无常,悲观失望。

【临床意义】属气郁痰凝,蒙闭心神,或因先天禀赋所致,常见于郁病、癲病及先天痴呆患者等。

### (5) 神昏抽搐型

【临床表现】突然昏倒,四肢抽搐,口吐涎沫,两目上视,醒后如常人。

【临床意义】多因肝风挟痰,闭阻清窍所致,常见于痫病患者。

## 二、望色

望色,又称“色诊”,是通过观察患者全身皮肤色泽变化来诊察病情的一种方法。色即皮肤的颜色,包括青、赤、黄、白、黑五种色调变化;泽即皮肤的光泽,指荣润还是枯槁的变化。临床望色主要观察面部色泽的变化,故本节重点叙述望面色。

望色诊病历史悠久,源远流长。早在《内经》中就有相关记载。如《素问·阴阳应象大论》云:“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”《素问·五脏生成》中则描述了五脏常色、病色、死色的具体表现。汉代《史记·扁鹊仓公列传》中记载了扁鹊为齐桓侯望色诊病的故事。以后,历代医家的著作、文献中关于色诊的记载更为丰富,说明其在临床实践中具有非常重要的意义。

### (一) 望色的原理和意义

1. 面部色诊的原理:望面部色泽之所以能够判断疾病,其原理是因为面部血络分布丰富,正如《素问·邪气脏腑病形》篇所云:人身“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍”。其次,面部皮肤薄嫩,体内气血盛衰变化,最易通过面部色泽变化显露出来;此外,患者面部多暴露于外,方便医生观察。

#### 2. 面部色诊的意义

(1) 判断气血盛衰 望面色包括颜色和光泽两部分。颜色属阴、属血,是血色之外露,主要反映血液的盈亏和运行状况。血旺则色红,血虚则色淡,血瘀则色青紫;光泽属阳、属气,是脏气的光华,主要反映精气的盛衰。脏腑精气由脏腑功能活动产生,但人体的肤色随着精气的充养而光彩于外。气盛则荣润有泽;气虚则晦暗无华,正如《四诊抉微》所云:“夫气由脏发,色随气华。”临床上,察泽与望色必须结合起来,才能做出正确的判断,但对预测病情轻重和转归来说,泽比色更有意义。正如《望诊遵经》所说:“光明润泽者,气也;青赤黄白黑者,色也。有气不患无色,有色不可无气也。”

(2) 识别病邪性质 机体感受不同病邪,会引起体内不同的病理变化,反映在面部就会出现不同的色泽改变。如面部色赤多为热邪,色白多为寒邪,色青紫多为气滞血瘀,面目色黄鲜明为湿热熏蒸等。

(3) 确定病变部位 一是面部色泽之浮沉可以区分病变部位之表里,色浮主病位在表,色沉

主病位在里；二是面部五色的变化，可以区分脏腑病位之所在，如面青而晦暗为肝有病，面赤为心病，面白无华为肺病，面黄而晦暗为脾有病，面黑而无华为肾有病；三是面部具有“全息”现象，蕴藏着大量的脏腑生理、病理信息，观察面部不同部位的色泽变化，可以诊察相应脏腑的病变。具体审察方法有两种。

《灵枢·五色》篇划分法：先将面部划分为不同的部位并分别命名，前额——庭（颜），眉间——阙，鼻——明堂，颊侧——藩，耳门——蔽，见图 1-1-1；然后规定脏腑在面部的分属，庭候首面，阙上候咽喉，阙中（印堂）候肺，阙下（下极、山根）候心，下极之下（年寿）候肝，肝部左右候胆，肝下（面王、准头）候脾，方上（鼻翼）候胃，中央（颧下）候大肠，挟大肠候肾，面王以上（即鼻端两旁上方）候小肠，面王以下（人中）候膀胱、胞宫，见图 1-1-2。



图 1-1-1 明堂藩蔽图



图 1-1-2 面部五脏分属部位图

《素问·刺热》篇划分法：左颊候肝，右颊候肺，额候心，鼻候脾，颊候肾。

当脏腑有病时，可在面部对应的区域出现色泽的改变，观察面部不同区域的色泽变化，有助于判断病变的具体脏腑定位。需要说明的是，对面部脏腑分部的望诊不能过于机械，一定要结合患者的病情及其他四诊资料，全面分析，综合判断。

(4) 预测疾病转归 凡面色明亮润泽、含蓄不露者为顺，是脏腑气血充足，并能上荣于面的表现，即使有病，预后良好；凡面色晦暗枯槁、鲜明暴露者为逆，表明气血匮乏，不能上荣于面，主病深重，预后较差。

## (二) 望色的主要内容

### 1. 常色与病色

(1) 常色 是指正常人的面部色泽，说明机体气血津液充盈，脏腑功能良好，其特征是明润、含蓄。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。人类由于种族不同有黄色、黑色、白色等不同人种，中国人属黄色人种，其常色(图 1-1-2)为红黄隐隐，明润含蓄。但同为中国人，由于遗传不同，又有偏青、偏赤、偏黄、偏白、偏黑的不同，古人根据五行理论将其称

为木、火、土、金、水五行人,由于其面色终身基本不变,仍属主色范畴。

2) 客色 受季节气候、地理环境、饮食、情绪等因素影响,出现短暂、轻微的面色变化称为客色(👁️ 1-1-3),因其仍然具有明润、含蓄的特征,故属常色。如春季面色稍青,夏季面色稍赤,长夏面色偏黄等;又如野外工作者因日照较多,面色偏黑,室内工作者因日照较少,面色偏白;高兴时面赤,愤怒时面青等均属客色,不作病论。

(2) 病色 人体在疾病状态下面部显示的异常色泽,其特征是晦暗、暴露。病色根据其有无光泽而有善恶之分:

1) 善色 病色明亮润泽者称善色(👁️ 1-1-4),说明脏腑精气未衰,胃气尚能上荣于面,多属新病、轻病、阳证,易于治疗,预后较好。

2) 恶色 病色晦暗枯槁者称恶色(👁️ 1-1-5),说明脏腑精气衰败,胃气不能上荣于面,多属久病、重病、阴证,不易治疗,预后较差。

2. 五色主病:病色分为青、赤、黄、白、黑五种,分别提示不同脏腑和不同性质的疾病。这种根据患者面部五色变化以诊察疾病的方法称为五色主病,又称“五色诊”。

(1) 青色 主寒证、痛证、血瘀证和惊风证。

面色淡青或面色青黑(👁️ 1-1-6),多为实寒证、剧痛。寒主收引,其性阴凝,寒凝气滞,经脉拘急,血行不畅,瘀色外露,故见青色;剧烈疼痛,导致经脉拘急,血行不畅也可见青色;情志不畅,肝气郁滞或寒凝肝脉,均可导致血行不畅,瘀血内阻,瘀色外露而见面部色青。

面色青灰(👁️ 1-1-7),口唇青紫,伴心胸憋闷疼痛者见于胸痹患者,多因心气虚或心阳虚衰,推动无力,血行减慢,瘀阻心脉而成。若患者素有心悸,胸痛反复发作,突发剧烈胸痛,面色青灰,口唇青紫,肢冷脉微者,属心阳暴脱证。

小儿高热,若见眉间、鼻柱、唇周色青(👁️ 1-1-8)者,多属惊风或欲作惊风,因邪热亢盛,引动肝风,筋脉拘急,血行不畅而致。

妇女面青,少食多怒,或有月经不调者,多属肝郁脾虚,木旺克土而成。按五行理论,木形人面色稍青或春季面色偏青为正常。肝病面青暴露,晦暗枯槁(👁️ 1-1-9),为肝真脏色见,属病危。

(2) 赤色 主热证,亦见于戴阳证。

患者满面通红(👁️ 1-1-10),伴见发热、口渴、大汗等症者,为实热证,见于外感发热极期阶段或内伤病脏腑火热炽盛时,多因热盛而面部脉络扩张,气血充盈所致。

患者两颧潮红(👁️ 1-1-11),伴见消瘦、潮热、盗汗等症者,为虚热证,多见于外感温热病热入营血时或内伤病脏腑阴虚时,因阴虚阳亢,虚火上炎所致。

久病、重病者面色苍白,忽见两颧嫩红如妆,游移不定,多为戴阳证(👁️ 1-1-12),因阳气虚衰,阴寒内盛,阴盛格阳,虚阳上越所致,属病危。

按五行理论,火形人面色稍赤或夏季面色稍赤为正常。心病患者,面色赤而暴露,晦暗枯槁(👁️ 1-1-13),为心真脏色见,属病重。

(3) 黄色 主脾虚、湿证。

面色淡黄,枯槁无泽,面容消瘦称“萎黄”(👁️ 1-1-14),多属脾胃气虚。脾胃为后天之本,气血生化之源,脾胃气虚,不能运化水谷,化生气血,气血不足,面部失于荣润而见萎黄。

面色淡黄而虚浮者,称“黄胖”(👁️ 1-1-15),属脾虚湿盛。因脾虚不能运化水湿,水湿内停而致。



若患者面目一身俱黄,小便色黄者,称为“黄疸”。其色鲜明如橘皮者,为阳黄(👁️ 1-1-16),因湿热熏蒸,胆汁不循常道所致;其色晦暗如烟熏者,为阴黄(👁️ 1-1-17),因寒湿内困,影响及肝胆所致。

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”(👁️ 1-1-18)。因脾胃虚弱,气血不足所致。

按五行理论,土形人面色稍黄或长夏面色偏黄为正常。脾病患者面色黄而暴露,晦暗枯槁(👁️ 1-1-19),为脾真脏色见,属病重。

(4) 白色 主虚证、寒证、失血。

面色淡白无华(👁️ 1-1-20),伴唇、舌、爪甲色淡者,多属气血亏虚或失血证。由于气血亏虚,面部失于荣润所致。

面色苍白(👁️ 1-1-21)伴剧烈疼痛或战栗者为实寒证。因阴寒内盛,凝滞不通所致。

面色淡白而虚浮者称㿔白(👁️ 1-1-22),属阳虚水泛。由于阳气亏虚,不能运血上行故面色淡白;阳虚水停,泛溢肌肤故面部虚浮。

面色苍白(👁️ 1-1-23),四肢厥冷,冷汗淋漓、神识昏迷者见于亡阳证。

按五行理论,金形人面色稍白或秋季面色偏白为正常。肺病患者面色白而无华、暴露(👁️ 1-1-24),为肺真脏色见,属病重。

(5) 黑色 主肾虚、寒证、水饮、血瘀、痛证。

面黑而暗淡者(👁️ 1-1-25),多属肾阳虚,因阳虚火衰,水寒不化,血失温煦所致。

面黑而干焦者(👁️ 1-1-26),多属肾阴虚,因肾精久耗,阴虚火旺,虚火灼阴,机体失养所致。

眼眶周围色黑者(👁️ 1-1-27),多属肾虚水饮或寒湿带下。

面色黧黑(黑而晦暗)(👁️ 1-1-28),肌肤甲错者,多为瘀血久停所致。多因肾阳虚衰,血失温养,脉络拘急,血行不畅,或肾精亏虚,面部失荣所致。

面色黑而手足不遂,腰痛难于俯仰,骨痹作痛者,多为肾风发作时。

按五行理论,水形人面色稍黑或在冬季面色稍黑属正常。肾病患者面色黑而暴露,晦暗枯槁(👁️ 1-1-29),为肾真脏色见,属病重。

### (三) 望色的注意事项

1. 通过比较辨别病色:病色并不总是显而易见的,常需细心观察、认真比较才能识别。比较时应注意两个方面:一是将患者的面色与周围正常人面色作比较,二是将患者的面色与自身其他部位肤色作比较。

2. 色与脉、症合参:一般来说,临床上患者出现的面色与脉、症是相应的。如患者满面通红时,常伴见滑数脉、高热、大汗、口渴、舌红、苔黄燥等症,属色、脉、症相应,病情单纯,为顺证;但在患者病情复杂时,有可能出现面色与脉、症不相应的情况,为逆证,此时应结合其他诊法进行综合判断,以免造成误诊。如患者出现颧红如妆时,全身却表现为畏寒肢冷,神志躁扰不宁,精神疲惫,小便清长,大便稀溏等阳虚寒盛的见症,属真寒假热证,而非真正的热证。

3. 注意非疾病因素影响: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。

4. 动态观察:疾病是发展变化的,疾病中的面色也非一成不变,因此,医生应以发展、变化的眼光察看面色,并借以推断病情的轻重,预后的吉凶。清代医家汪宏在《灵枢·五色》基础上,结