

21世纪课程教材配套教材

全国高等中医药院校教材配套教材 ● 供中医类专业用

中医诊断学纲要及训练

主编 陈家旭 成肇智



人民卫生出版社

21 世纪课程教材配套教材

全国高等中医药院校教材配套教材·供中医类专业用

中医诊断学纲要及训练

主 编 陈家旭 成肇智

副主编 陈 群 刘燕平

主 审 季绍良

编 者 (按姓氏笔画排列)

王天芳 (北京中医药大学) 王忆勤 (上海中医药大学)

刘燕平 (广西中医学院) 刘雁云 (湖北中医学院)

成肇智 (湖北中医学院) 杜 坚 (广州中医药大学)

何建成 (上海中医药大学) 严惠芳 (陕西中医学院)

岳广欣 (河南中医学院) 邹小娟 (湖北中医学院)

罗和古 (北京中医药大学) 陈 群 (广州中医药大学)

陈家旭 (北京中医药大学) 赵 歆 (北京中医药大学)

杨毅玲 (北京中医药大学) 龚一萍 (浙江中医学院)

黄岑汉 (广西中医学院) 程志清 (浙江中医学院)

魏 红 (辽宁中医学院)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

中医诊断学纲要及训练/陈家旭 成肇智主编. —北京:
人民卫生出版社, 2006. 3
ISBN 7-117-07448-5

I. 中… II. ①陈…②成… III. 中医诊断学—中
医学院—教学参考资料 IV. R241

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 011173 号

中医诊断学纲要及训练

主 编: 陈家旭 成肇智

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

邮购电话: 010-67605754

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 16.5

字 数: 391 千字

版 次: 2006 年 3 月第 1 版 2006 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07448-5/R·7449

定 价: 23.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究
(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

《中医诊断学纲要及训练》以季绍良、成肇智主编的 21 世纪教材《中医诊断学》(人民卫生出版社, 2002 年版) 为蓝本, 确定学习的目标和任务, 回答疑点, 阐释难点, 并配合适当的习题, 使学生熟练掌握中医诊断学基本理论和基本知识, 具备一定的分析综合能力, 掌握中医诊断学有关技能的正确操作方法, 起到开阔眼界、明晰思路、提高临床技能的作用。

《中医诊断学纲要及训练》作为中医院校在校生的一种辅助教材。全书共分为绪论、望诊、闻诊、问诊、切诊、八纲辨证、病因辨证、气血津液辨证、脏腑辨证、其他辨证方法简介、综合运用与病案书写等章节。

每一章节有以下几个部分组成:

【目的要求】根据教学大纲, 分别指出需要掌握、熟悉、了解的内容, 以节为单位, 以知识点为依据, 语言简洁、精炼。

【答疑释难】主要针对中医诊断学中的疑点和难点进行剖析和解疑, 言有所据, 论有源流。

【病案举例】自第五章(八纲辨证)后均有病案分析, 提供若干个不同证型的、由易到难的病案, 病案分析力求模拟临床辨证诊断的思路, 培养学生辨证思维方法与能力。

【单元习题】每章后附有练习题, 包括选择题(A型题、B型题、X型题)、填空题、名词解释、简答题、论述题、病案分析题(从第五章八纲辨证)。习题紧扣知识点, 难度适宜; 答案附在每章的习题后。

编写分工: 绪论(陈家旭), 望诊(严惠芳、何建成、龚一萍), 闻诊(刘燕平), 问诊(魏红、罗和古), 切诊(王忆勤), 八纲辨证(王天芳、杨毅玲), 病因辨证(邹小娟), 气血津液辨证(刘雁云), 脏腑辨证(陈群、程志清、杜坚), 其他辨证方法(刘燕平、黄岑汉、赵歆), 四诊、辨证、辨病的综合运用与病案书写(岳广欣、陈家旭)。初稿完成后, 全书由主编、主审审定。

由于时间仓促, 编写者水平有限, 错误缺点难免, 恳请专家和读者批评指正, 以便今后修改提高。

主 编

2005 年 11 月

目 录

绪论	1
第一章 望诊	5
第一节 全身望诊	5
第二节 局部望诊	11
第三节 望排出物	14
第四节 望小儿食指络脉	15
第五节 望舌	16
第二章 闻诊	65
第三章 问诊	73
第一节 问诊的意义、方法及内容	73
第二节 问现在症	76
第四章 切诊	98
第一节 脉诊	98
第二节 按诊	100
第五章 八纲辨证	121
第一节 八纲辨证的概念与源流	121
第二节 八纲辨证的基本内容	121
第三节 八纲证候间的关系	125
第六章 病因辨证	141
第七章 气血津液辨证	154
第一节 气病辨证	154
第二节 血病辨证	156
第三节 津液病辨证	157
第四节 气、血、津液兼病辨证	159
第八章 脏腑辨证	168
第一节 肝与胆病辨证	168
第二节 心与小肠病辨证	171
第三节 脾与胃病辨证	175
第四节 肺与大肠病辨证	178
第五节 肾与膀胱病辨证	180

第六节 脏腑兼证辨证·····	182
第九章 其他辨证方法简介·····	219
第十章 四诊、辨证、辨病综合运用与病案书写·····	234

绪 论

中医诊断学是在中医基础理论指导下，研究如何诊察病情、辨别病证的基本理论、基本知识和基本技能的一门学科。它是中医基础理论与临床各科之间的桥梁，为中医专业课程体系中的主要骨干课程。

中医诊断学主要包括四诊、诊病、辨证和病案四大部分。

【目的要求】

1. 掌握中医“诊断”、“诊法”、“诊病”、“辨证”、“病案”、“证”、“病”、“症”等概念的含义；掌握中医诊断的基本原则。
2. 熟悉中医诊断的基本原理、主要内容。
3. 了解中医诊断的发展概况与学习方法。

【答疑释难】

（一）如何理解“辨证求因”

中医在辨别病证时，寻求病因是主要内容之一。中医的“因”有狭义、广义之分：狭义的“因”是指一般常说的致病因素，如六淫、七情、饮食劳倦、虫兽金刃所伤等；广义的“因”除了上述狭义的“因”之外，还包括在疾病发展过程中产生的一些病理变化，如气滞、瘀血、食积、痰饮等。此时，原始致病因素可能存在，也可能已消失。这些病理变化就成为疾病的主要矛盾或实质所在，是辨证论治的主要对象。

（二）中医认识疾病的基本原理

1. 司外揣内 所谓司外揣内，又叫“从外知内”或“以表知里”，意为观察、分析病人的外部表现，就可以测知其体内的病理变化。医生诊断疾病时，通过观察、分析患者表现于外的症状、体征，去推测、认识存在于体内而不能直接感觉到的病机，是司外揣内原理在医学上的应用。临床上，望面色、听声音、问二便、切脉象、触肌肤等，均属“司外”；而对上述临床表现进行辨证思维，以审察病机，识别证候，便是“揣内”。

2. 见微知著 见微知著，意思是观察局部的、微小的变化，可以测知整体的、全身的病变。这是因为人体是一个不可分割的有机整体，其任何一部分都与整体或其他部分密切联系，因而局部可反映整体的生理、病理信息。例如，舌头为五官之一，只是人体很小的一部分，然而舌为心之苗，又为脾胃之外候，舌与其他脏腑以及经络也有着密切联系，因此，舌的局部变化可以反映脏腑气血的整体状况，这正是中医注重舌诊，把望舌作为诊断疾病必不可少的临床资料的原因所在。

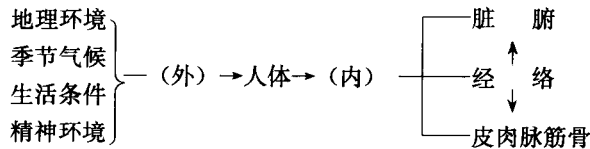
3. 以常达变 以常达变，是说以正常的状况为标准，就可发现太过或不及的异常变化。这一原理用于中医诊断，意味着以健康人体的表现或状态去衡量病人，就可发现病人的异常之处及病变所在，从而为作出正确的诊断提供线索和依据。

(三) 中医诊断学的基本原则

原则有四：整体审察、四诊合参、辨证求本、辨病与辨证相结合。

1. 整体审察：或称“审察内外”。人体是一个有机的整体，而且人体与外界环境也是统一的。诊断疾病即使局部患病，也应考虑到整个人体及外界环境对病证的影响。

整体审察原理示意图



2. 四诊合参 望、闻、问、切四诊各具有独特的作用，又都有局限性，不能互相替代。必须四诊并用才能全面收集辨证论治所需要的各方面资料。

3. 辨证求本 “本”为根源、实质之意。即通过对四诊收集到的症状、体征、病史以及其他临床资料进行辨别、分析、综合、判断、归纳，以探求对疾病本质及其规律性的认识。

4. 辨病与辨证相结合 诊断要明确所患疾病及所属证候，把辨病与辨证结合起来。通过辨别病证，认识疾病的本质，即所谓“辨证求因”。

(四) 中医症、证、病、辨证的基本概念

中医症、证、病、辨证概念简表

	概 念	举 例
症	病人感到的自身异常变化及医生通过四诊获得的异常征象。它是分析与判断病证的原始依据。包括症状与体征	症状（如头痛、咳嗽、胸闷），体征（如面色白、舌质红、脉弦滑）
证	疾病发生和演变过程中某阶段本质的反映，它以一组相关的症状，不同程度地揭示病因、病机、病位、病性、病势	肝胆湿热证，病位在肝胆，病性为湿热，病机为肝胆湿热
病	在病因作用下，机体正邪交争，阴阳失调，所出现的具有一定发展规律的全部演变过程，具体表现出若干特定的症状和各阶段相应的证候	感冒、肺胀、胁痛、胸痹、水肿、泄泻、失眠、崩漏、百日咳
辨证	在中医理论指导下，对临床病情资料进行综合分析，判断证候为论治提供依据的思维过程	辨证方法有八纲辨证、病因辨证、气血津液辨证、脏腑辨证等8种

(五) 中医诊断学发展史上的代表专著

《黄帝内经》是春秋战国至秦汉时代医疗经验和理论的总结，奠定了望、闻、问、切四诊及辨证辨病的基础。

西汉淳于意创“诊籍”为历史上最早的病历。

东汉张仲景的《伤寒杂病论》以六经论伤寒，脏腑论杂病，为系统论述辨证论治的经典著作。反映华佗医疗经验的《中藏经》，论述了脏腑寒热虚实及生死顺逆之法。

西晋王叔和《脉经》，集前人脉学之大成，是我国现存最早的脉学专著。

隋代巢元方等所撰《诸病源候论》是我国第一部论述病源与证候诊断的专著。

宋代陈言《三因极一病证方论》创三因学说，是病因、辨证、理法较为完善的著作。

元代滑寿《诊家枢要》以浮、沉、迟、数、滑、涩六脉为纲。危亦林《世医得效方》论述了危重病证的十怪脉。

明代李时珍《濒湖脉学》取诸家脉学之精华，分为 27 脉。明代张景岳《景岳全书·传忠录》以阴阳为二纲，表、里、寒、热、虚、实为六变，明确此八项辨证的重大作用。

清代李延罡《脉诀汇辨》以浮、沉、迟、数、虚、实为六纲脉。清代叶天士《外感温热篇》创温病的卫气营血辨证。吴鞠通《温病条辨》创温病的三焦辨证。

近代曹炳章《彩图辨舌指南》集历代医家论舌于一书，是舌诊的重要著作。陈泽霖等的《舌诊研究》、赵金铎的《中医症状鉴别诊断学》、《中医证候鉴别诊断学》等等，尤其是历版《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。

单元习题

(一) 选择题

A 型题

- 《脉经》共记载了多少种脉象

A. 27	B. 26	C. 28
D. 33	E. 24	
- 下列哪项属“体征”

A. 耳鸣	B. 头痛	C. 舌苔黄
D. 腹胀	E. 胸闷	
- 下述哪项不属于四诊的内容?

A. 望色	B. 诊舌	C. 切脉
D. 诊病	E. 嗅气味	
- 《察病指南》是诊法专著，其作者是

A. 李中梓	B. 李东垣	C. 施发
D. 陈言	E. 杜清碧	
- 曹炳章所著的舌诊专著是

A. 《伤寒舌鉴》	B. 《观舌心法》	C. 《伤寒金镜录》
D. 《察舌辨证新法》	E. 《彩图辨舌指南》	
- 我国第一部论述病源与证候诊断的专著，成书于

A. 汉代	B. 隋代	C. 宋代
D. 元代	E. 明代	

B 型题

- | | | |
|--------|---------|---------|
| A. 肠痛 | B. 气机不利 | C. 腹胀而痛 |
| D. 心阳虚 | E. 情志刺激 | |
- 上述哪项属于证名
 - 上列哪项属于病名
 - 上列哪项属于症状

X型题

10. 中医诊断的原则是
 A. 整体审察 B. 见微知著 C. 以常达变
 D. 四诊合参 E. 病证结合
11. 疾病的概念包括
 A. 致病因素 B. 病理性质 C. 临床症状和体征
 D. 演变规律 E. 预后
12. 张仲景在诊断上的贡献主要有
 A. 以脏腑为纲辨杂病 B. 提出了八纲的概念 C. 称四诊为神圣工巧
 D. 创立了六经辨证 E. 对疾病进行分类

(二) 填空题

1. 李时珍所撰《_____》共分_____脉。
 2. 我国现存最早的脉学专著是《_____》，其作者是_____。

(三) 名词解释

证候

(四) 简答题

1. 中医诊断学
 2. 见微知著

参 考 答 案**(一) 选择题****A型题**

1. E 2. C 3. D 4. C 5. E 6. B

B型题

7. D 8. A 9. C

X型题

10. ADE 11. ABCDE 12. ADE

(二) 填空题

1. 濒湖脉学 27
 2. 脉经 王叔和

(三) 名词解释

指疾病发生和演变过程中某阶段本质的反映，它以一组相关的症状，不同程度地揭示病因、病机、病位、病性、病势。

(四) 简答题

1. 中医诊断学 中医诊断学是在中医基础理论指导下，研究如何诊察病情、辨别病证的基本理论、基本知识和基本技能的一门学科。

2. 见微知著 见微知著，意思是观察局部的、微小的变化，可以测知整体的、全身的病变。这是因为人体是一个不可分割的有机整体，其任何一部分都与整体或其他部分密切联系，因而局部可反映整体的生理、病理信息。

第一章 望 诊

望诊，是医生运用视觉观察病人的全身和局部表现、舌象及排出物等改变，以收集病情资料的诊察方法。

望诊原理：人是一个有机的整体，在这个有机整体中，心为主宰，脏腑为中心，身形各部在经络的联系与沟通作用下，也“内属脏腑”，从而使内脏与形体各部之间构成了密不可分的联系。所以，观察机体表现的各种外象，便可测知脏腑功能强弱及气血阴阳盛衰，判断疾病情况。

望诊地位：“望而知之谓之神”。望诊在四诊中占有重要地位。因为，人们在对外观事物认识过程中，视觉与其他感官相比较，其获取信息较早，占有信息量也较多，是人们认识客观世界的一个重要感官。人体无论在生理或病理情况下，均有大量的信息反映于外，尤其是人的精神状态、形体强弱、面部色泽、舌象变化等，这些重要的生命信息，只有通过视觉观察才能获取，而且其他方法也无法代替。

望诊注意事项：①注意是否光线充足；②注意诊室温度是否适宜；③注意受检部位是否充分暴露；④注意整体判断；⑤注意动态观察；⑥注意望诊与其他诊法有机结合。

第一节 全身望诊

【目的要求】

1. 掌握望神的概念，得神、少神、失神、假神表现与意义，正虚失神与邪盛失神两者的区别，失神转危为安与假神的鉴别；望色的概念，常色与病色的概念，常色与病色的特点，五色主病纲领及其主要表现与临床意义；望形体的概念，观察形体改变的要点；望姿态的概念，常见姿势异常表现与意义，坐而喜俯、坐而喜仰、端坐位、半卧位各自表现特点与临床意义。

2. 熟悉望神要点，望神诊病的原理，得神、少神、失神、假神的概念、神乱的常见表现及临床意义。善色、恶色的概念及其临床意义，色与泽的区别与意义，望色十法的内容与意义，望色诊病的原理；强壮体型与羸弱体型的常见表现和意义；动态异常的常见表现与意义，风中脏腑与风中经络、痫病与中暑、气脱与血脱、痿证与痹证等在望诊上的区别。

3. 了解望神的注意事项。面部分候脏腑的理论；主色、客色的概念；面部色诊的注意事项。望形体诊病的原理；确定人体胖瘦的标准；三种体质类型的表现和意义。望姿态的诊病原理。

【答疑释难】

(一) 得神、少神、失神、假神的鉴别 (见表 1-1):

表 1-1 得神、少神、失神、假神的鉴别

观察要点	得 神	少 神	失 神	假 神
目光	两目灵活, 明亮有神	两目晦暗, 目光乏神	两目晦暗, 目无光彩	目似有光, 但浮光暴露
神志	清楚不乱, 反应灵活	精神不振, 思维迟钝	精神萎靡, 意识模糊或昏迷	虽神识似清, 但烦躁不宁
面色	面色荣润, 含蓄不露	面色少华, 暗淡不荣	面色无华, 灰暗暴露	虽似有华, 但泛红如妆
体态	肌肉不削, 运动灵活自然	肌肉松软, 倦怠乏力, 动作迟缓	形体羸瘦, 反应迟钝, 循衣摸床, 撮空理线	虽思活动, 但不能自转
饮食	基本正常或正常	食欲不振, 食量减少	食欲极差, 或毫无食欲	久无食欲或食欲极差, 突然欲食增进

(二) “失神”与“神乱”的区别

失神与神乱都有精神症状, 但神乱与精气衰竭的失神有着本质的不同。

失神, 又称无神。临床上失神虽有语言错乱、神昏谵语、卒然昏仆、烦躁不安、循衣摸床、撮空理线等精神失常的表现, 但它却是脏腑功能衰败、正气大伤、精气严重亏损或邪盛正伤时出现的神气变化, 若久病出现多为虚证; 新病出现可为实证。失神多发生于疾病的危重阶段, 属于精气严重亏损、机体功能严重衰减, 或邪气过盛, 脏腑功能严重障碍, 预后多不良。

神乱即精神错乱或神志失常。其临床表现有焦虑恐惧、狂躁不安、精神痴呆、卒然昏倒等症状, 多见于癫、狂、痫、脏躁等病人。其特点大多是反复发作而缓解期可不出现神气变化, 如痰火扰乱心神而狂躁不安、痰浊蒙蔽心神而淡漠痴呆、肝气挟痰上逆阻闭清窍而卒然昏倒等, 多为实证。其一般发生在疾病的发展过程中, 不一定是疾病的末期, 也不一定预示着病情危重。其神志失常表现只能作为疾病诊断的依据, 而不具有下述“失神”的临床意义。例如癫、狂、痫等, 其病程均较长, 但全身检查无明显的正气虚损或虚损不甚, 一般不会很快出现死亡。所以, 它与神乱有着本质的区别。

(三) 假神的形成机理分析

假神是指垂危病人出现某些方面短暂“好转”的现象, 为临终的预兆。古人对假神的表现早有认识, 如《内经》中提出的“真脏之气独见”和“五色精微象见”等, 其实就是对假神表现的一种描述。张仲景《伤寒论》中“除中”一词, 也是对假神病人饮食改变的一种记录。

假神的出现为什么会在危重情况下出现突然的“好转”现象呢? 根据中医理论的理解, 主要是由于久病或重病, 导致人体正气耗伤殆尽, 精气衰竭已极, 阴不敛阳, 虚阳无所依托而外越, 残精无所固摄而外泄, 以致暴露出“好转”的假象。又因外泄的精气是被重度耗伤后体内残存的精气, 其量不可能充足, 所以“好转”现象不可能久持。古

人将这种现象形象的比喻为“残灯复明”、“回光返照”，用以说明这种短暂“好转”的假象出现，预后不好，甚至面临着死亡的到来。

《内经》对假神的预后也有记载，如《素问·脉要精微论》指出：“五色精微象见矣，其寿不久也。”《素问·玉机真脏论》也说：“真脏之气独见，独见者病胜脏也，故曰死。”现代也有临床医家对假神与死期之间的关系进行了临床观察，结果发现，病人在出现假神后4~48小时内可出现死亡。说明假神的确是病情危笃，预后不良的一种表现。

（四）假神与重病转危为安的区别

假神与失神经过正确治疗、及时抢救而转危为安二者表现的“好转”，均是以病情危重为前提，临床应予以区别。

从治疗情况分析：前者多出现在久病、重病久治效果不佳或毫无疗效的前提下出现；后者，则是病情虽危重，但经过正确治疗，日显效果，病情一天比一天轻的基础上出现。

从“好转”表现的特点分析：前者“好转”出现比较突然，且呈个别现象、短暂性好转，与整体危重病情不相一致；后者的好转，则是从个别现象的改善，逐渐发展为全身性的、稳定的好转。

从预后来分析：二者虽呈现出“好转”，但在疾病的预后方面，有着本质的差别，假神出现“好转”，是疾病的恶化，预示者死亡的来临；后者的好转，则是疾病向愈，预示着正复邪却，身体趋于康复。所以二者本质不同，应予以鉴别。

（五）观察神时应注意的问题

1. 重视诊察病人时的第一印象 神的表现患者在患者无意之时流露最真，所以，医生要重视刚一接触病人时的第一印象，做到静气凝神，冷眼观察，一会即觉。通过短暂时间观察即能对病人神的旺衰和病情的轻重有一个估计。

2. 做到神形合参 神为形之主，形为神之舍，两者关系密切。如体健则神旺，体弱则神衰。但亦有不一致的，如久病形羸色败，则虽神志清醒，亦属失神；新病昏迷烦躁，则虽形体丰满，亦非佳兆。故必须神形合参。

3. 抓住重要症状和体征 有些症状和体征对判断失神具有重要意义，应予重视。如神昏谵语、循衣摸床；卒倒神昏、手撒遗尿；骨枯肉脱、形羸色败；目光晦暗，戴眼反折等，一旦出现，多为病重失神之象。

（六）观察面部色泽变化对判断疾病的临床意义

观察面部色泽对于疾病的判断具有十分重要的意义。可归纳以下几方面。

1. 可以判断气血的盛衰 面部是观察人体气血变化的窗口，体内气血的盛衰在面部反映最明显。如面色红润光泽，为气血充盛；面色淡白无华，为气血不足等。因此，了解人体气血变化，面部是必须观察的重要部位之一。

2. 可以了解病邪的性质 机体感受不同病邪，就会发生不同的病理变化，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；面部色白多为寒邪；面部色青紫为气血运行不畅，瘀血阻滞；面目皆黄，鲜亮如桔色，为湿熏蒸；面目晦暗如烟熏，为寒湿郁滞等。

3. 可以确定疾病的部位 面部具有“全息”现象，蕴藏着大量的脏腑生理病理信

息。所以，观察面部不同部位的变化，可以诊察相应脏腑的病变。根据《内经》记载，判断方法有两种：

(1) 根据五色与五脏的对应关系进行判断：即青为肝，赤为心，白为肺，黄为脾，黑为肾。正常情况下，五色隐藏于光泽之间，表现为含蓄不露。一旦脏腑有病，某一色则可明显暴露于外，使真脏之色外显。故观察不同的色泽变化，可以判断不同的脏腑部位。

(2) 根据脏腑在颜面部相关的对应部位进行判断：其划分方法有两种：其一，《灵枢·五色》划分法：该篇对面部不同部位有不同的命名：前额—庭、颜；眉间—阙，鼻—明堂，颊侧—藩，耳门—蔽。脏腑在面部的分属为：庭—首面；阙上—咽喉；阙中（印堂）—肺；阙下（下极、山根）—心；下极之下（年寿）—肝；肝部左右—胆；肝下（鼻端，准头、面王）—脾；方上（即鼻翼）—胃，中央（颧下）—大肠，挟大肠（颊部下方）—肾，面王以上（即鼻端两旁上方）候小肠，面王以下（即人中部位）候膀胱、胞宫。其二，《素问·刺热》篇划分方法：左颊—肝，右颊—肺，额—心，鼻—脾，颊—肾。

以上是脏腑在面部的分候方法，当脏腑有病，便可在其对应的区域反映出来，观察面部不同区域色泽变化，便可以了解疾病所在的具体脏腑部位。但由于疾病变化十分复杂，所以，对面部脏腑区域的诊察不能过于机械，一定要结合临床具体病情灵活运用。并将面部色诊与分部色诊和四诊其他内容综合分析判断。

4. 可以预测疾病的轻重与预后 判断疾病的轻重与预后，主要是根据面部颜色显露程度与光泽失去的多少综合来判断。凡五色光明润泽，含蓄不露者（称善色），这是脏腑气血充足，精气旺盛，能够上荣于面的表现。即是有病，病情也多轻，预后良好；凡五色晦暗枯槁，真色显露（称恶色），说明气血匮乏，脏腑精气已衰，不能上荣于面，主病多重，预后较差。

另外，就色与泽而言，色属血，属阴；主要反映血液的盈亏与运行情况，病理情况下，还可反映不同的病性和不同脏腑的疾病；泽属气，属阳，是脏腑精气的外荣，可反映脏腑精气的盛衰。所以，泽与色相比较，泽的多少与有无，对判断病情轻重和预后比色更为重要。

《内经》将病情轻重不同，反映在面色不同表现归纳为善色与恶色两种。现根据《素问·五脏生成》篇中记载，将常色、善色、恶色比较归纳介绍如下（见表 1-2）。

表 1-2 常色、善色、恶色鉴别表

五色	正常面色（常色）	轻病面色（善色）	重病面色（恶色）
青	如以缟裹紺	如翠羽	如草兹
赤	如以缟裹朱	如鸡冠	如衄血
黄	如以缟裹枯莢实	如蟹腹	如枳实
白	如以缟裹红	如豕膏	如枯骨
黑	如以缟裹紫	如乌羽	如炁

以赤色为例：面色如以缟（白绢，半透明而有光泽）裹朱砂，红色隐约内含而有光

泽，具有明润含蓄的特点，故为常色；面色赤如鸡冠，色红显露但有光泽，说明已属病态，但脏腑精气未衰，故为善色；面色赤如衄血（凝聚之死血），红黑暴露而晦暗，说明脏腑精气已衰，故为恶色。

（七）望色“十法”的临床意义

望色十法是清代汪宏在《望诊遵经》中提出的色诊方法。十法是指：浮、沉、清、浊、微、甚、散、抟、泽、夭十个方面，其临床意义可具体概括如下：

浮与沉：浮是面色浮显于皮肤之表，主表证；沉是面色沉隐于皮肤之内，主里证。面色由浮转沉，是病由表入里；由沉转浮，是病自里出表。

清与浊：清是面色清明，主阳证；浊是面色浊暗，主阴证。面色由清转浊，是病从阳转阴；由浊转清，是病由阴转阳。

微与甚：微是面色浅谈，主虚证；甚是面色深浓，主实证。面色由微转甚，是病因虚致实；由甚转微，是病由实转虚。

散与抟：散是面色疏莠，主新病，或病邪将解；抟是面色雍滞，主久病，或病邪渐聚。面色由抟转散，是病虽久而邪将解；由散转抟，是病虽近而邪渐聚。

泽与夭：泽是面色润泽，主精气未衰，病轻易治；夭是面色枯槁，主精气已衰，病重难医。面色由泽转夭，是病趋重危；由夭转泽，是病情好转。

从以上可以看出，它实际是对五色主病内容的进一步补充和完善；也可作为观察疾病动态变化的参考。所以，应用时应与五色主病相互参照。

（八）白色、黄色均主气血不足，两者的区别

白色是气虚血少、阳衰寒盛，气血不能充盈面部脉络之象，黄色是脾虚气血不足，肌肤失养之征，两者均为气血不足之色。然而，两者同中之异在于：①病机不同：白色之虚多因气血不足，常伴阳虚阴盛，脉络空虚所致；而黄色之虚多由脾胃不足，运化失健，气血化生无源，肌肤失养而成。②病位不同：白色属金，其气为燥，为手太阴肺经本色，病位在肺；而黄色属土，其气为湿，为足太阴脾经本色，病位当责之于脾。③禀赋不同：现代医学认为，皮肤的颜色除与皮内血管所含血红蛋白的量有直接关系以外，还与多种因素，如表皮的厚度、皮肤毛细血管的收缩情况、血管分布、皮肤色素以及皮下组织含液量的多少等均有关系。中医按五行理论，将人分为五行之人，金形之人肤色稍白，土形之人肤色稍黄。因而，禀赋各异，相同的证候可以出现不同的面色，金形之人所患气血虚弱之证其面色多白，土形之人气血虚弱其色多黄。临床望色诊病时，还应结合四诊资料，认真分析以确诊。

（九）血瘀证面色改变的特征，临床诊察时应注意的相关面色

各种原因导致瘀血阻滞，血行不畅，其基本面色特征为青紫色。现代医学认为，面部皮肤、黏膜、指甲发生青紫，常由缺氧或血液循环障碍而使血流中还原血红蛋白过多所致，这种认识与中医血行瘀阻之病机相吻合，因此，临床上血瘀证的面色改变总不离青紫。但由于形成血瘀的病因病机、病程长短、病变程度、涉及脏腑不同，面色可有不同的表现特点，常见面色的改变可有面色苍白、面色淡青、面色青黑、面色黧黑等的不同。现分析如下。

苍白：苍，青也。多因阳气暴脱，血失温运，运行迟滞，面部脉络血少而兼血瘀；或阴寒内盛，面部脉络收缩而容血减少，血行凝涩，可见面色苍白。

淡青：淡青，多因阳气虚弱，温运无力，血行不畅所致。可见于久病体弱，阳气虚弱，形寒怕冷，手足不温，耐寒力差，喜温喜暖，脉沉迟无力之人。

青紫：青黑，总因寒凝气滞，气血不通所致；若心肺气虚，血瘀日久则可面色、口唇青紫而兼肢冷脉微；若为小儿热邪亢盛，燔灼筋脉，进而引动肝风，导致气血瘀阻可见小儿眉间、鼻柱、唇周色青。

黧黑：黧黑，即黑而晦暗也。多因瘀血较重，久留不去所致。面色黧黑常可与肌肤甲错、口唇青紫或紫黑、舌质青紫等并见。也可见于阳气不足，寒湿太盛；血运不畅，瘀血阻滞所致，如《中医症状鉴别诊断学·面色黧黑》云：“患者面部均匀地显露晦黑的病色称为面色黧黑，此色多为阳气不足，寒湿太盛；或血运不畅，瘀血阻滞所致。”

从以上可以看出，瘀血所致的面色青紫，是随着病因病机、病程的长短、瘀血的轻重等原因的不同，可表现不同的特点，所以，临床望面色时，须认真观察面色的细微变化，准确地作出判断。

（十）萎黄与枯黄

萎黄与枯黄两者均为面黄肌瘦，但两目不黄，病属脾胃。其主要区别在于：萎黄指面色淡黄，枯槁不泽兼少气乏力，面容憔悴，舌淡无华，此为脾胃气虚，气血不足。《证治要诀·五疸证治》云：“诸失血后，多令面黄，……但黄不及耳目。”即指萎黄；枯黄指肤色黄而干枯，缺乏弹性，肌肉消瘦，舌红少津，属火热性质，或虚或实。《望诊遵经·黄色主病条目》云：“黄而枯燥者，热伤津液也。”此指枯黄。

（十一）黄胖与湿病发黄的鉴别

黄胖与湿病发黄两者均为面色发黄，两目不黄，周身困重，病属湿郁脾胃。其鉴别点在于：黄胖指周身皮肤浅黄带白，颜面四肢虚浮，倦怠神疲，伴脸、唇、舌、爪甲颜色浅淡，多由阳虚无力温运，水湿内停，肌肤失荣而成，病程一般多长，病性多属虚实错杂；湿病发黄为肤色黄而晦滞，伴周身困重，身热不扬，脘闷苔腻。多因湿郁肌表，经气不利而成，邪多在脾肺，病程多短，病性多为实。《望诊遵经·黄色之病条目》指出：“如一身尽疼发热，身色如熏黄者，湿家之为病也。面黄发热，身重体疼者，湿在表也。”

（十二）望形体的诊病原理

人体以五脏为中心，通过经络外连皮毛、肌肉、血脉、筋腱、骨骼五种基本组织（又称五体）构成躯体。五脏与形体有着密切的联系，形体依赖五脏精气以濡养，形体的运动又能促进五脏的功能活动，也可反映五脏精气的盛衰。五体的强弱与内脏功能的盛衰相统一，内盛则外强，内衰则外弱。故观察病人形体强弱胖瘦等不同表现，可以了解内在脏腑的虚实、气血的盛衰和有关病变情况。而不同的体质，其阴阳盛衰不同，对不同病因的易感性和疾病的易罹性，以及患病后疾病的发展转归也不同。如素体阳盛者，患病易从阳而化热；素体阴盛者，患病易从阴而转寒。所以，观察病人的体质类型也有助于对疾病的诊断。

（十三）判断形体胖瘦的标准

形体正常人，宜胖瘦适中，过于肥胖，或过于消瘦皆非所宜。古人用“纵腹垂腴”、“大肉陷下”分别来描述肥胖体型与消瘦体型，这种形象而生动描述，可作为临床判断

形体胖瘦的参考。确定人体胖瘦的指标临床较常用的是：体重指数（BMI）= 体重（kg）/ 身高（m²）。2000年国际肥胖特别工作组提出了亚洲成年人BMI正常范围为18.5~22.9；<18.5为体重过低；≥23为超重；23~24.9为肥胖前期；25~29.9为Ⅰ度肥胖；≥30为Ⅱ度肥胖。但应注意，肥胖症并非单纯体重增加，往往也是某些疾病的临床表现之一。若体重增加仅仅肌肉发达，则不应认为属肥胖症。

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。

（十四）望姿态可以诊断疾病

病人的特殊姿势、动静姿态等都是疾病的外在反应。不同的疾病往往在这些方面会出现不同表现。根据“阳主动，阴主静”的一般规律，凡人机体功能亢进者、躁动不安者多为阳、热、实证；人体功能衰减者，喜静、懒动者多为阴证、寒证、虚证。所以，观察病人的不同体位和动静姿态，对于判断疾病的阴阳和证候的寒热虚实属性均有重要意义。

另外肢体运动除受心神支配，与筋骨、经脉也有着密切的关系。心神正常，筋骨强健，经脉通畅，则肢体运动自如，矫健协调。一旦心神失常，或筋骨、经脉病变，皆可导致肢体动静失调，或出现被动体位（指患者不能自行调整或变换身体的位置）、或强迫体位（患者为减轻痛苦，逼迫采取某种特殊体位）、无意识的动作（神志昏迷时出现的动作）等动态的异常。所以，观察肢体运动状况，也可以判断心神状况和筋骨的病变。

（十五）综合问题

1. 失神与病色中的“恶色”、望色十法中的“夭”、望形体胖瘦中的“人骨枯槁，大肉陷下”、衰惫姿态的“头倾视深，精神将夺矣”、望舌态中的“吐舌”、望舌苔中的“镜面舌”、闻诊中的“郑声”和久病闻声不止、问汗中的“绝汗”、脉诊中的“真脏脉”相联系。

2. 假神除注意望诊中的表现外，还应注意问饮食中的“除中”和闻诊中的久病懒言少语却“突然语言不休”、久病身体沉重难移而“忽然欲起床活动”等其他方面的表现相联系。

3. 白色主病中面色淡白、苍白、晄白三者的表现与临床意义的不同；黄色主病中萎黄、黄胖、黄疸三者的表现与临床意义的不同；赤色主病中满面通红、两颧潮红、戴阳证的表现与临床意义的不同；面色青黄、淡青或青黑的临床意义；面黑暗淡、干焦、黧黑、眼眶周围色黑的临床意义。

4. 阳脏人与八纲中热证相联系；阴脏人与八纲中寒证相联系。

5. 坐而喜仰与闻诊中呼吸异常改变的喘、哮相联系；与八纲中虚实两纲相联系；坐而喜俯与少气及八纲虚实两纲相联系。

第二节 局部望诊

【目的要求】

1. 掌握小儿囟门异常改变及临床意义；目赤肿痛、白睛发黄、眼泡浮肿、瞳仁散