

供中医、中西医结合、针灸推拿等专业用



新世纪全国高等中医药院校创新教材

XIN SHI JI QUAN GUO GAO DENG ZHONG YI YAO YUAN XIAO
CHUANG XIN JIAO CAI

中西医临床基本技能实训教程

主 编 金桂兰 汪 悦

中国中医药出版社

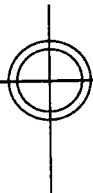
国家卫生健康委员会规划教材 全国高等医药院校教材

教育部全国高等医药院校教材

中国医临床基本技能实训教程

主编 张德林 副主编

中国中医药出版社



新世纪全国高等中医药院校创新教材

中西医临床基本技能 实训教程

(供中医、中西医结合、针灸推拿等专业用)

主 编 金桂兰 汪 悦
副 主 编 曾 莉 张 华
 王为群 朱 震
 万 幸

主编单位 南京中医药大学

中国中医药出版社
· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医临床基本技能实训教程/金桂兰, 汪悦主编. —北京: 中国中医药出版社, 2009. 10

新世纪全国高等中医药院校创新教材

ISBN 978 - 7 - 80231 - 622 - 5

I. 中… II. ①金…②汪 III. 中西医结合 - 诊疗 - 中医学院 - 教材 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 093111 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京市卫顺印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 850 × 1168 1/16 印张 19.75 彩插 0.5 字数 472 千字
2009 年 10 月第 1 版 2009 年 10 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 622 - 5

*

定价 29.00 元
网址 [www. cptcm. com](http://www.cptcm.com)

如有印装质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究
社长热线 010 64405720
读者服务部电话 010 64065415 010 84042153
书店网址 [csln. net/qksd/](http://csln.net/qksd/)

新世纪全国高等中医药院校创新教材
《中西医临床基本技能实训教程》编委会

主 编	金桂兰	汪 悦	
副 主 编	曾 莉	张 华	王为群
	朱 震	万 幸	
编 委	(按姓氏笔画排序)		
	尹东奇	朱 燕	孙丽霞
	杨 杰	杨继兵	张 军
	张 琴	赵欣华	胡元森
	施立新	洪艳丽	姜 宏
	曾 亮	潘 涛	
主 审	黄桂成		
主编单位	南京中医药大学		
协编单位	广州中医药大学		
	辽宁中医药大学		

编写说明

医学是一门应用科学，对临床思维能力和技能操作能力有很高的要求，医学生临床技能扎实与否直接关系到日后临床诊疗水平，也关系到病人的生命。但对医学生的临床动手能力的培养一直是医学院校的薄弱环节。随着我国高等教育理念的转变及教育部质量工程的要求，对医学生的实践能力、创新能力培养已放在人才培养的首位，因此，我们编写了《中西医临床基本技能实训教程》一书，旨在进一步培养医学生的临床动手能力，夯实医学生临床基本功。

本书是江苏省新世纪精品教材立项项目，是一本全面而系统地介绍中西医临床常用诊疗技能的教材，重点突出实践教学环节，包括中医临床思维能力概述、中医四诊诊察技能、中医临床常用诊疗技术、西医检体诊断技能、西医临床常用诊疗技术。在中医临床基本技能编写中，尤其注重中医临床辨证思维能力训练，针对不同情况归纳辨证要点；在西医临床基本技能编写中，强化关键操作流程、操作注意事项，便于学生学习掌握。本书对提高医学生及临床医生的动脑与动手能力有较大的帮助，可作为高等医学院校学生的实习教材，也可作为临床医生、社区医疗人员及护理人员的学习参考资料。

本书作者由南京中医药大学、广州中医药大学及辽宁中医药大学教师组成，均为从事医学各学科的高层次专业人员，具有丰富的临床经验和较高的理论水平。在编写过程中，作者从理论到应用务求叙述详细，并力求切合临床实际。相信本书的出版能对广大医学生、临床各级医生在提高业务技能及参加执业医师考试等方面均有所裨益。

由于编者的学识疏浅，加上编写时间紧迫，书中难免存在错误和疏漏之处，敬请各位同行专家谅解并给予指出，以便我们改正。

《中西医临床基本技能实训教程》编委会
2009年6月

目 录

第一章 中医临床基本技能	1
第一节 中医临床思维能力概述.....	1
第二节 中医四诊诊察技能.....	9
第三节 中医辨证分析技能	44
第四节 中医临床常用诊疗技术.....	100
第二章 西医临床基本技能	170
第一节 检体诊断技能.....	170
第二节 无菌技术.....	198
第三节 心肺复苏术.....	209
第四节 注射术.....	212
第五节 导尿术.....	220
第六节 插胃管术.....	223
第七节 胃肠减压术.....	224
第八节 洗胃术.....	226
第九节 胃液采取术.....	229
第十节 十二指肠引流术.....	230
第十一节 三腔双囊管压迫止血法.....	232
第十二节 胸腔闭式引流术.....	234
第十三节 吸痰术.....	235
第十四节 心电图诊断技术.....	237
第十五节 心电监护术.....	257
第十六节 电除颤.....	258
第十七节 吸氧术.....	260
第十八节 雾化吸入疗法.....	264
第十九节 气管内插管术.....	266
第二十节 急救止血法.....	268
第二十一节 物理降温法.....	272
第三章 中西医病历书写技能	274
第一节 中医病历书写技能.....	274
第二节 西医病历书写规范.....	299
附：彩色舌诊图谱	309

第一章

中医临床基本技能

第一节 中医临床思维能力概述

临床思维是一种基于医学理论的思维活动，包括对疾病现象进行调查、分析、综合、判断、推理等，是以医学所固有的逻辑体系及其规则为依据，合理运用医学知识和医疗经验来认识和处理诊疗问题的思想方法。它既是重要的诊断方法，也适用于疾病的治疗，是指导具体医疗实践的理论基础。中医是以阴阳五行为基础，其中用阴阳说明事物内部普遍存在的对立统一，用五行说明事物内部各组分间的相生相克的复杂关系。中医临床思维的认识基础是中医的整体观念，它既包含以阴阳五行学说为纲的抽象思维，也包括以取类比象的直觉认识和推演为特征的形象思维，还包含在实践基础上形成的中医独特的司揣内外等思维，它是中医诊疗决策的基本方法，是辨证论治的具体体现。

一、中医临床常用诊断思维方法

（一）类比法或对比法

类比法或对比法是通过已知与未知之间的对比而明确诊断的方法，而取象比类思维是中医学理论的主要思维方式。象，包括“物象”和“意象”，前者是一类客观事物共同性的形象；后者是对其共同信息抽象、概括出来的观念性形象。从客观事物的形象（物象）到事物的象（意象）的抽象概括，然后把这种“象”进行“比类”——类比、推理，得出一定结论的思维过程就是取象比类的思维方法。我们将掌握的病、证的临床表现或诊断依据与患者的临床表现相对应，从而做出诊断。它是一种直接的对应思维方式，具有迅速而简捷的特点，熟练掌握各个病证的临床诊断要点是采用该法的先决条件。例如：患者肢体关节出现游走性疼痛，根据风邪“善行而数变”的性质，可以认为是风邪偏盛，痹阻经络，不通则痛，治疗以祛风通络止痛为主。

（二）归纳法或归类法

归纳法或归类法是指对比较复杂的病情进行归类分析达到明确诊断的思维方法。该法适用于分析复杂证候，即将患者临床表现出的一系列症状、体征，或按病类进行区分，或按辨证的

基本要素（如病因、病位、病性、病势等）进行归类，从而认识疾病的本质。例如：患者出现食少、食后腹胀、便溏、神疲乏力、少气、声低、舌淡脉弱等症状。其中食少、食后腹胀、便溏为脾虚表现，而神疲乏力、少气、声低等为气虚之象，故综合归纳为脾气虚证。

（三）演绎法

演绎法是指由浅入深、由粗到精，对病情进行层层深入分析，直至得到明确诊断的思维方式。临床常根据脏腑的生理功能来推导其病理变化，或根据某一疾病的常见证型，选择其中最符合患者病情的证作为诊断。例如：卫气具有温分肉，充皮肤，司开合功能，若风寒外束，卫阳被郁可以出现恶寒重、发热轻、无汗等临床表现；风性轻扬，为病多犯上焦，所谓“伤于风者，上先受之”，肺主皮毛，开窍于鼻，若风寒从口鼻皮毛而入，皮毛闭塞，邪郁于肺，肺气失宣可出现鼻塞流涕、咽痒咳嗽等症状。若患者临床出现恶寒重，发热轻，无汗，鼻塞流涕，咽痒咳嗽，痰薄色白，舌苔薄白，脉浮紧等症则可诊断为风寒束表证。

（四）反证法或否定法

反正法或否定法是指在辨证中通过否定而确定诊断的方法。八纲辨证中阴阳是纲领，表里辨病位，寒热和虚实有助于辨病性，它们都是相互对立的，非此即彼，临床广泛运用。例如：古有“有一分恶寒就有一分表证”之说，发热伴有恶寒者多见于表证；相反，发热而无恶寒者多见于里证。

（五）司揣内外法

人体内在脏腑、经脉、气血的生理功能及病理改变与病机传变必然有外在表现，既可以从事体外部体征揣测内部脏腑情况，也可以从内部脏腑状况揣测外部体征的表现。同样，疾病变化的病理本质藏于内，必有一定的症状、体征反映于外，通过审查其外在的各种疾病现象，在医学理论指导下进行分析思考，便可取得对疾病本质的认识。正如《灵枢·本藏》所说：“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”

其他思维方法，如预测法，即根据生理病理及病机演变规律来预测疾病的变化。临床外感病常采用卫气营血辨证和六经辨证的三阳辨证，其优势可以从时间层次上区分病情的不同阶段，反映病变由表入里，由皮毛、肌肉到脏腑的正常传变规律，用于指导治疗。例如：伤寒之病，多从风寒得之，始则风寒袭表，卫表不和，见身热、头痛、无汗等症，若治疗不当，病邪入里，可能出现“一日太阳、二日阳明、三日少阳、四日太阴、五日少阴、六日厥阴”的伤寒病传变规律。张仲景提出“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”对临床诊断和治疗也具有指导意义。

二、中医临床治疗思维特性

中医临床诊病的过程实际上就是通过望、闻、问、切来收集资料（观象），通过类比、归纳、演绎等处理来取象，来辨清疾病的病因、性质、部位，以及邪正之间的关系，完成辨证诊断的过程。辨证是决定治疗的前提和依据，论治是治疗疾病的手段和方法。其治疗原则

是“谨察阴阳所在而调之，以平为期”（《素问·至真要大论》）。无论是内、外、妇、儿，还是五官、骨伤各科均离不开证候的辨析、阴阳的调节。汗吐下和温清消补的治疗八法、汤液丸散膏丹针灸拔罐等内治外治之法，都渗透了中医临床治疗的思维特性。

1. 平衡性

中医临床治疗强调“调和阴阳”、“虚则补之，实则泻之”、“热者寒之，寒者热之”，从调节机体平衡入手，调动机体对抗疾病、自我修复的功能，调节脏腑气血的动态平衡和相对有序，以达到正气得充、邪气得祛的治疗目的。

(1) 调和阴阳：阴阳是辨证的总纲，疾病的各种病理变化均可以用阴阳的变化来说明。病理上的升降失职、寒热进退，以及气血、营卫不和等都属于阴阳失调的表现，故有“一阴一阳谓之道，偏盛偏衰谓之疾”的说法。因此，从广义来讲，升清降浊、解表攻里、调和营卫、调理气血等诸法，亦皆属协调阴阳的范畴。《素问·阴阳应象大论》所谓：“审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其血气，各守其乡。”它指出了调整阴阳是重要的治则之一。

疾病的发生是机体阴阳之间失于相对的协调平衡，《素问·阴阳应象大论》有“阴胜则阳病，阳胜则阴病”。阴寒盛则易损伤阳气，阳热盛则易耗伤阴液。《素问·至真要大论》说的“以平为期”，就是根据机体阴阳失调的具体状况，通过损其偏盛，补其偏衰，以达到恢复和建立相对平衡的阴阳关系，故有“损其偏盛”或“去其有余”的原则，包括清泻阳热或温散阴寒等各种具体治法。“补其偏衰”又称“补其不足”，即根据阴或阳的虚损不足，采取补阴、补阳或阴阳双补之法。如阳虚则寒，肾阳虚不足以制阴，多表现腰膝酸软、畏寒肢冷、便溏尿清、舌淡苔白、脉迟细弱，此为阳虚阴盛的虚寒证，可用金匱肾气丸补阳以制阴，所谓“益火之源，以消阴翳”。

(2) 补虚泻实：疾病的发生与发展是正气与邪气斗争的过程，邪正的盛衰变化，对于疾病的发生、发展及其变化和转归，都有重要的影响。治疗的关键就是要改变正邪双方力量的对比，扶助正气，祛除邪气，使疾病向痊愈的方向转化。《内经》“实则泻之”的治疗原则适用于邪气为主的疾病，临床上根据不同的病情，而有发表、攻下、清解、消导等不同方法，以祛除体内的邪气，从而达到邪去正复的目的。“虚则补之”适用于正气虚为主的疾病，临床益气、养血、滋阴、壮阳等不同治法，就是使用扶正的药物或其他方法，以增加体质，提高抗病能力，从而达到战胜疾病、恢复健康的目的。单纯扶正仅适用于正虚为主者，单纯祛邪仅适用于邪盛为主者，扶正与祛邪并用则适用于正虚邪实者，即所谓“攻补兼施”。当然，在虚实之间亦需分清是虚多实少，还是实多虚少，总以“扶正不留邪，祛邪不伤正”为原则。

(3) 寒温热清：寒热的变化与机体的阴阳失调有关。阳盛则发热，阴盛则恶寒；阳气不足而阴寒内盛亦怕冷，阴液亏少而阳气偏亢亦发热。辨证治疗注重于调节人体整体的阴阳、气血、虚实和寒热的变化状态，《素问·至真要大论》所谓“寒者热之，热者寒之，温者清之，清者温之……衰者补之，强者泻之”。此法适用于病势较轻，症状较单纯的病情。而“热因热用，寒因寒用”就是以热治热，以寒治寒。前者用于阴寒之极反见热象，即真寒假热的患者；后者用于热极反见寒象，即真热假寒的患者。二者治疗的实质仍然是以热治

寒，以寒治热。此外，还有反佐法，多用于寒极、热极之时，或有寒热格拒现象时。即于温热方药中加入少量寒凉药，或寒证则药以冷服法；寒凉方药中加少量温热药，或治热证则药以热服法，以减轻或防止格拒反应，提高疗效。正如《素问·五藏气大论》所说：“治热以寒，温而行之；治寒以热，凉而行之。”

总之，人体是以五脏为中心，配合六腑，通过经络系统，联合五体、五官、九窍、四肢百骸而组成的有机联系的一个整体系统，局部病变往往是整体病理反应的一部分。因此，治疗立法、选方用药，既要注意局部，更须重视整体，应通过整体调节达到相对平衡，以利于局部病变的恢复。调节整体平衡，还应注意对各种治疗措施和方药的运用的适可而止，不可矫枉过正，以防机体出现新的不平衡。如攻邪时勿伤正，补虚时勿留邪，清热勿伤阳，散寒勿伤阴，补脾更不要碍胃等。

2. 多元性

中医治疗疾病的手段是多样的，方法也是多元的。以脏腑功能调节为例，中医治疗除用清心泻火、平肝潜阳等直接治法外，还遵从五行相生相克原理对脏腑等进行补泻调节以治疗疾病，如“补母泻子”、“培土生金”等通过对与之有关的另一脏腑的调节，而使本脏恢复动态平衡。正如《知医必辨·论肝气》所说：“心为肝之子，实则泻其子，一法也；肾为肝之母，虚则补其母，二法也；肺为气之主，肝气上逆，清金降肺以平之，三法也。”对于肝火旺盛之实证可以通过泻心火以制肝火，肝虚之证则可通过补肾水而达到治疗目的，肝气上逆侮肺，肺失肃降，治疗以清金降肺以复其宣发肃降之职，以制肝气。

3. 动态性

辨证论治是中医认识疾病和治疗疾病的基本原则，体现了具体情况具体分析灵活多变的治疗思维。证，是机体在疾病发展过程中的某一阶段的病理概括，它包括了病变的部位、原因、性质，以及邪正关系，反映出疾病发展过程中某一阶段的病理变化的本质，因而它比症状更全面、更深刻、更正确地揭示了疾病的本质。证候可以随着疾病的演变而发生种种变化，甚至有朝夕而变的情况，证候的时间性、阶段性特点决定了辨证的灵活性。张仲景称：“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”临床当根据疾病过程中邪正斗争，此消彼长，不断变化发展的情况，把握其动态变化，分阶段进行治疗。如癥瘕，病之初起，其积未坚，治宜消散；进入中期，所积渐坚，治宜软化；转入后期，正气已虚，则宜辨清主次，攻补兼施；及至末期，久虚成损，则宜调气血，养五脏，兼顾其实。中医强调“治病求本”，“本”的理解应是一个动态的过程，即在疾病的不同阶段，主要矛盾也会发生相应的转化，临床根据具体情况采用急则治其标，缓则治其本和标本同治等。治本才是治病的根本目的，急则治其标是“治病求本”的补充。

4. 个体性

中医在诊治疾病的过程中，十分重视患病个体的差异，以及自然界地域四时等变化对人体的不同影响。同一种疾病，由于发生在不同的患者身上，或处在疾病发展的不同阶段，所形成的病理变化不同，所表现的证候不同，因而治法也不相同。“三因制宜”是指治疗疾病时应考虑到不同的季节、环境及不同人的体质、性别、年龄等实际情况，制定适当的治疗方法。所谓“病无常形，治无常法，医无常方，药无常品”。因时、因地、因人制宜原则既反

映了人与自然界的统一整体关系，又反映了人与人之间的不同特点，是中医整体观念、辨证论治观点的具体体现。单纯从微观的病原、病灶着眼施治，而抛弃中医重视研究患者在各种条件下的个体反映，是难以提高临床疗效的。

三、中医临床思维特点

1. 整体性

整体观念是中医基础理论特色之一，认为人体是一个有机的整体，构成人体的各个组成部分之间在结构上不可分割，在功能上相互协调、互为补充，在病理上则相互影响。更重要的是人体与自然界也是密不可分的，自然界的随时影响着人体，人类在能动地适应自然和改造自然的过程中维持着正常的生命活动。《灵枢·邪客》所谓：“人与天地相应也。”这种以人体为中心、人与自然界息息相关的“天人合一”整体观念贯穿于中医学的生理、病理、诊法、辨证和治疗等各个方面。

第一，脏腑之间具有整体联系。整体性思维首先表现在把人体视为一个统一的有机整体，它是由脏腑、经络等许多组织器官构成的。脏与脏之间的关系，古人在理论上多是以五行的生克乘侮来进行阐述的。但是，经过历代医家的观察和研究，脏与脏之间的关系早已超越了五行生克乘侮的范围，目前已从各脏的生理功能来阐释其相互之间的关系。例如：肝与脾的关系主要涉及饮食的消化和血液的生成、贮藏及运行。肝藏血而主疏泄，脾统血、主运化而为气血生化之源。肝脾两脏的关系，首先在于肝的疏泄功能和脾的运化功能之间的相互影响。脾的运化有赖于肝的疏泄，肝的疏泄功能正常则脾的运化功能健旺。在病理上肝病可以传脾，所谓“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”。其次，肝与脾在血的生成、贮藏及运行等方面亦有密切的联系。脾运健旺，生血有源，且血不溢出脉外，则肝有所藏。若脾虚气血生化无源，或脾不统血，失血过多，均可导致肝血不足。六腑，是以“传化物”为其生理特点，六腑之间的相互关系主要体现在饮食物的消化、吸收和排泄过程中的相互联系和密切配合。脏与腑的关系，实际上就是阴阳表里关系。由于脏属阴，腑属阳；脏为里，腑为表，一脏一腑，一阴一阳，一表一里相互配合，并有经脉相互络属，从而构成了脏腑之间的密切联系。例如：心的经脉属心而络小肠，小肠的经脉属小肠而络心，二者通过经脉的相互络属构成了表里关系。临床常用导赤散治疗心有实火，移热于小肠而引起的尿少、尿热赤、尿痛等症。

第二，脏腑与器官之间相联系。各脏腑、组织、器官的功能活动不是孤立的，而是整体活动的一个组成部分，它们不仅在生理功能上存在着相互制约、相互依存和相互为用的关系；而且还以经络为联系通道，在各脏腑组织之间，相互传递着各种信息，在气血津液环周于全身情况下，形成了一个非常协调和统一的整体。《素问·五脏生成论》云：“心之合脉也，其荣色也……肺之合皮也，其荣毛也……肝之合筋也，其荣爪也……脾之合肉也，其荣唇也……肾之合骨也，其荣发也。”《灵枢·五阅五使》曰：“五官者，五脏之阅也。”“鼻者，肺之官也；目者，肝之官也；口唇者，脾之官也；舌者，心之官也；耳者，肾之官也。”这种以五脏为中心的整体观是中医独特藏象学说的主要特点。

第三，机体内外之间相联系。藏象学说是通过对人体外在的病理现象观察，来研究人体

各个脏腑的生理功能、病理变化及其相互关系的学说。藏指藏于体内的内脏，象指表现于外的生理、病理现象，藏象包括各个内脏实体及其生理活动和病理变化表现于外的各种征象，人体自身外“象”与内“藏”是统一的。人体五脏、六腑与五体、五官、五华、五色、五音、五味、五志等皆有本质相通、气化相应的联系。藏象学说是中医学理论体系中极其重要的组成部分，对于阐明人体的生理、病理，指导临床实践具有普遍意义。中医整体观思想从有诸内必有诸外的观点出发，认为机体某一部位发生病变，常常是整体反应的局部表现。

第四，人与自然社会为一整体。以人体为中心、人与自然界息息相关的“天人合一”观，强调了机体、自然、社会、心理的统一。《素问·举痛论》云：“怒则气上，喜则气缓，思则气结，悲则气消，恐则气下。”人生活在社会之中，难免会遇到各种刺激，而使人发生不同的情绪变化，并可由此产生不同的疾病病机。同样，外部环境，如地理、季节、气候等变化，也会影响人体，导致疾病的产生。“因人制宜”、“因地制宜”、“因时制宜”、“同病异治”、“异病同治”等等，都反映了中医的临床辨证思维是建立在整体观基础上的，是把人作为活体的，与自然、社会有广泛联系的，有情志活动的整体状态的人，它的研究范围涵盖了自然、社会、生物和心理四个学科，较之西医将人作为单纯的生物学意义上的人而言，中医则更全面、更高层次地揭示了人体生理和病理的本质特征。

中医的基本特色是整体观念和辨证论治。辨证是中医诊断的核心，是在中医理论指导下，对所收集的症状、体征及有关病情、病史资料进行综合分析，从而判断疾病所在部位、病因、病性、病机等，望、闻、问、切是中医调查了解疾病的主要方法和手段。四诊合参，才能为辨证诊断和临床治疗提供重要而可靠的依据。正如《素问·阴阳应象大论》所说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳；审清浊，而知部分；视喘息，听声音，而知所苦；观权衡规矩，而知病所主；按尺寸，观浮沉滑涩，而知病所生；以治无过，以诊则不失矣。”

2. 模糊性

中医辨证思维应用了比较、类比、归纳与演绎、分析与综合等多种逻辑思维方法，突出表现为模糊性。如《素问·灵兰秘典论》云：“心者，君主之官，神明出焉。”“神明”含义有二：广义是指人的生命活动规律及外在表现；狭义是指人的精神、意识、思维活动。“君主之官”说明心为人身之主宰，犹如一国之君号令全国一样，它超脱于其他四脏之上，调控脏腑功能，进而又控制全身之四肢百骸、五官九窍。心主神明是对精神-神经-内分泌-免疫-靶组织这个机体最重要调控网络的整体概括。可见，中医“心”的功能远不只是解剖学所指心脏的功能，而是与之有密切联系的系统功能的综合概念，是一个完整的生理功能概念，而这些用西医的解析思维、机械思维等是无法解释的。

五行学说将人体的五脏六腑分别归属于五行，脏腑之间的相互影响也是依据五行学说的规律解释，如肝病传脾，即木乘土。依靠中医望、闻、问、切四诊方法所获得的信息均有其五行归属，如患者面色发青，喜食酸食，脉弦则可诊为肝病；痉挛拘急抽风，根据五行归类属木病，亦可诊断为肝病。中医取象比类所比的类是中国传统文化中的阴阳五行整体分类所分出的类，阴阳五行之间的动态性联系规律、五行相生相克的理论，以及阴阳的对立制约、互根互用、消长平衡、相互转化等都无法用现代科学静止的种属分类来解释。

四、培养临床思维的目的意义

国际医学教育专门委员会 (Institute for International Medical Education, IIM) 制定了本科医学教育全球最低基本要求 (Global Minimum Essential Requirement, GMER), 提出世界各地医学院校培养的医生都必须具备的基本素质, 包括 7 个方面: 职业价值、态度行为和伦理; 医学科学基础知识; 交流沟通技能; 临床技能; 群体健康和卫生系统; 信息管理能力和批判性思维和研究。GMER 的内涵是与生理-心理-社会医学模式的转变相呼应的, 它给医学高等教育提出了一个明确而全面的方案与标准, 更提出了与时代接轨、与国际接轨的方向。

然而对照全球最低基本要求, 不难发现我国中医学教育体制中的薄弱环节: 目前我国高等医学教育多采用“统一教材、统一大纲、统一教学计划”的教学模式, 是以课本、教师为核心。这一教学模式普遍存在重教有余, 重学不足; 灌输有余, 启发不足; 重知识传授, 轻能力培养的倾向。学生也习惯于记忆教师讲述的、书本上现存的知识和答案, 缺乏创新意识, 影响了医学生实践能力乃至综合素质的提高。有调查发现高等医学院校基础教育情况不容乐观, 53% 的受访学生认为他们所接受的医学教育“过于强调记忆而忽视临床和其他能力的培养”, 有 62% 的受访学生明确回答现在的学习“以考试为中心, 忽视学生实际能力的掌握”。

传统、单纯、被动、枯燥的“填鸭式”教学方法, 强调医学院校毕业生必须具备坚实的医学科学基础知识, 不仅忽略学生临床思维能力的训练, 而且忽略学生沟通技能和获取信息并进一步思考的技能培训, 结果是医学生书本知识与临床实践能力存在严重的脱节现象, “高分低能”的学生在临证时不知道该如何应用所学理论知识解决医疗实际问题, 更谈不上“因时、因事而宜地做出必要的反应”等。传统的应试教学方式、考核评估制度偏重于课程理论考试和临床基本操作技能考核, 而批判性思维和研究、信息管理能力和交流沟通技能的评估更是一片空白, 这不仅是学生今后工作中最大的绊脚石, 也是他们日后成为名中医的最大障碍。

可见, 医学教育除了要培养学生医学科学基础知识外, 对于学生临床思维能力的培养也是医学教学的重要目标。如何在教学中对学生进行中医辨证思维的培训, 切实提高学生临床思维能力一直是中医临床医学教育的难点和热点, 也是为实现全面推进素质教育而提出的新要求。

五、培养中医临床思维的方式途径

中医院校的学生在刚进入临床时往往存在片面的、简单化的思维方式, 只看重临床症状、体征等表面现象, 看重辅助检查的结果, 而缺乏全面分析病情及综合判断的能力。如何在教学中对学生进行中医辨证思维的培训是值得探讨的问题。

首先, 临床思维是以坚实的理论知识为基础。苏联著名心理学家捷普洛夫有句名言“一个空洞的头脑是不能进行思维的”。思维能力的形成必须以一定的知识为基础, 而医学是一门多学科相互交叉与渗透的学科, 随着医学模式的变化, 要求医务工作者不但要具备扎实的中医基础知识, 同时要掌握相关的西医知识, 熟悉临床常见疾病的病因、发病机理、临

床表现、诊断及治疗,熟悉辅助检查方法的原理、操作方法,能正确分析症状和体征,学会诊断及与相关疾病的鉴别诊断,给出最佳处理方案。医学生要扩大阅读范围,拓宽自己的知识面,具备相关的社会、心理、哲学等方面知识,有良好的逻辑思维能力,为将来更好地从事临床工作打下坚实的基础。

其次,临床思维与获取知识的方式有关。传统应试教育的教学方式是教师重知识传授,轻思维训练;学生获得知识靠记忆,满足于背诵教师课堂讲述的、书本上现存的知识和答案来应付考试,缺乏自主学习、独立思考、主动从课堂以外的途径获取知识的能力培养,难以形成良好的中医临床思维。因此,“授人以鱼不如授人以渔”,必须改变传统的教学模式、教学理念,其教学目标是使学生不仅“学会”而且“会学”,从知识的奴隶成为知识的主人。学生是学习的主体,教师既要引导,更要服务,在教学过程中去引导和激发学生的求知欲望、学习兴趣,训练学生多途径查找资料,组织学生分组讨论,通过提问、点评、个别指导等方式,努力提高学生运用理论知识来分析和解决问题的能力,不仅为学生临床思维的形成奠定基础,而且也能培养学生批判性思维、语言表达、信息管理、竞争及创新意识等综合素质和能力。

第三,临床思维只有在反复实践中才能获得。“熟读王叔和,不如临证多”,要培养中医学生的临床思维,必须注重书本知识与临床实践相结合,构建理论教学与临床实践的桥梁。“早临床”、“多临床”是一条有效的途径,加强床边教学,可以养成学生独立思考、分析问题的习惯,让学生在实践中学、在实践中悟。临床思维贯穿于临床诊治疾病行为的始终,是一个实践-认识-再实践-再认识的过程。学生在临床中多接触病人,从收集临床资料开始,必须牢固树立整体审察的观念,四诊合参,尽可能准确、客观、全面地获取病情资料,学会对病情资料进行综合归纳整理,然后进行分析,在分析中发现新的问题,再去收集资料,这样才能对疾病有新的认识。这种反复的过程,可以使认识更深化,更贴近疾病的本质。临床学习中还要学会应用各种诊察方法,善于分清病情的主次,透过现象看本质,为日后形成良好的临床思维能力奠定基础。

将标准化病人(SP)应用到医学生的教育培训中,一方面可填补临床技能教学的不足,另一方面也可缓解医院学生多病人少、带教师资不均衡等矛盾。将患者请进课堂,与学生面对面交流,学生可以通过采集病史和模拟诊治病人,进行“分析-取证-排除-确立”的诊断演习;带教老师可以言传身教,予以现场指导和纠正,引导学生深入思考,提高独立解决临床问题的能力,强化中医辨证思维训练,提高综合分析判断能力。

案例教学法也具有重要意义,章太炎先生提出“中医之成绩,医案最著。欲求前人之经验心得,医案最有线索可寻,循此钻研,事半功倍”。因为医案是中医临证实录,真实而完整地记录了医疗的全过程,最直接地反映了医生的临床思维,因此,只有熟读名家医案,才能求前人之经验心得,钻研成功奥秘,吸取失败教训,事半功倍地培养中医特有的临床思维,提高临床医疗水平。医案是不可多得的教科书,多读医案,对于学生尽早建立临床思维最为有效。

此外,教育评价体系对教学方式起着重要的导向作用。传统的教学评估主要用一把考试分数的尺子评价所有的学生,偏重于理论考核,而反映批判性思维与研究能力和综合分析能

力却得不到真实、公平、客观的评价。所以要把侧重基本知识考核的教育评价体系转到侧重应用知识能力考核的教育评价体系上来，考察学生对学科知识的理解程度和综合分析和解决问题的能力为重点，侧重考核学生的“创新思维能力”、“自我学习知识的能力”等等。减少对死记硬背知识的考题量，增设学生参与教学活动的考核点，鼓励学生建立批判性思维，培养学生自主学习能力和习惯。

总之，临床思维是医生运用医学理论和医疗经验来认识和处理疾病的活动。中医临床思维具有自身的特点，从人体整体与局部、脏腑组织之间、人体与自然、人体与社会诸方面之间的联系考察、诊断、治疗疾病，是普遍联系思维在中医学的体现，这与现代医学的生物-心理-社会医学模式不谋而合。对学生临床思维能力的培养是一个长期的过程，对医学生进行临床思维的训练和培养，使他们具备分析问题、解决问题及独立工作的能力是中医教学的关键。我们应从全球医学教育“最低基本要求”出发，使学生具备运用坚实的理论基础知识来解决临床实际问题能力，注重培养学生独立思考、创新思维的能力，增强学生运用中医思维、中医手段和方法进行分析问题和解决问题的能力及获取终身学习的能力，从而完成大学生核心能力的构建。

第二节 中医四诊诊察技能

人体是一个有机的整体，局部的病变可以影响全身；内脏的病变，可以从头面五官、四肢体表等各个方面反映出来。通过四诊来诊察疾病显示在各个方面的症状和体征，以了解疾病的病因、病机，为辨证论治提供依据。

四诊是指望、闻、问、切四种诊察疾病的基本方法。医者运用视觉观察病人全身和局部的神色形态变化的为望诊；凭听觉和嗅觉以辨识病人的声音和气味变化的为闻诊；仔细询问病人或陪诊者，以了解疾病发生和发展及诊疗过程、现在症状及其与疾病有关情况的为问诊；通过切按病人脉搏和按抚病人的脘腹、手足，以及其他部位来诊察疾病的为切诊。

望、闻、问、切是诊察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，做出正确的判断。

望 诊

望诊是指医生运用视觉，对人体全身和局部的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的诊察方法。望诊在诊断上占有重要的地位，所谓“望而知之谓之神”。充分利用视觉仔细观察，训练敏锐的观察力，是医生必需具备的基本技能。

望诊应在充足的自然光线下进行，避开有色物体（如带色的窗帘或窗玻璃）反射过来的光线，避免昏暗或有色光线影响医生对病人皮肤、舌象等色泽的观察。

一、望神

神既是人体生命活动的总称，也是人体生命活动的外在表现。

神以精气作为物质基础，望神是医生通过观察病人的整体表现，以了解其精气的盛衰，分析病情的轻重，推测预后吉凶的方法。

机体的整体功能状态及精神活动主要通过面目表情、精神状态、语言气息以及形态动作等方面表现出来。因此，望神应主要观察目光、神志、面色、形态等方面的变化。

1. 得神、少神、失神和假神

得神：神志清楚，反应灵敏，目光明亮，面色荣润，呼吸平稳，语言清晰，表情自然，体态自如。又称有神，表示人体精气充足，正气未伤，脏腑功能未衰，预后较好。

少神：精神不振，两目乏神，面色少华，神疲乏力，少气懒言，健忘迟缓。又称神气不足，常见于虚证患者。

失神：精神萎靡，反应迟钝，目光晦滞，面色晦暗，语声低微，呼吸微弱或喘促无力，表情呆板，甚则昏迷或循衣摸床，撮空理线。又称无神，表示正气衰败，病情严重，预后不良。

假神：指久病、重病之人，突然精神转佳，目光转亮，言语不休，想见亲人，面色由晦暗转为两颧泛红如妆，或原来不思饮食而突然食欲增强，是阴阳即将离绝的危候，古人称“回光返照”或“残灯复明”。

鉴别假神与重病好转：假神多为在重病治疗无效的前提下，突然出现个别现象的一时性“好转”，而整体状况并不好转，与整体病情危重情况不相一致；重病好转则在治疗有效的基础上，从个别症状的改善，逐渐发展为全身的、稳步的好转。

2. 神志异常

神志异常又称神乱，即精神错乱或神志失常。包括焦虑、烦躁、痴呆、神昏、谵妄等，常见于癫病、狂病、痫病等病证中。

焦虑：时时紧张、担心、坐立不安，甚或恐惧，不敢独处一室。常伴头晕、出汗、心悸气促等，多属虚证。

烦躁：胸中热而不安为烦，手足扰动不宁为躁，多属热证。

痴呆：健忘神衰，智能减退，愚笨呆傻。多属肾虚髓空，或痰瘀蒙蔽清窍。

神昏：意识丧失，不省人事，多因痰、湿、热邪蒙蔽心神，多属危重证候。

谵妄：神志不清，伴幻觉、错觉、胡言乱语、躁动不安等。多由阳明实热，热入心包所致。

癫病：淡漠抑郁，沉默寡言，神识痴呆，喃喃自语，哭笑无常，妄见妄闻。多因痰气郁结，阻蔽神明；或心脾两虚，神不守舍。

狂病：狂躁不安，呼号怒骂，打人毁物，妄行不休。多因痰火扰心，热扰神明，或瘀血内阻，蒙蔽神明。

痫病：突然昏倒，不省人事，口吐涎沫，牙关紧闭，四肢抽搐，醒后如常。多因肝风夹痰上扰；或痰迷心窍，引动肝风。