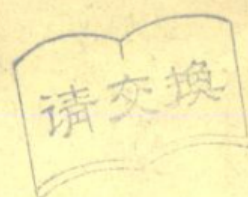


中 医 学 讲 义



上海第二医学院图书馆

贈

上海第二医学院

一九七四年

(43-7421-4)

43

毛主席语录

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

团结新老中西各部分医药卫生工作人员，组成巩固的统一战线，为开展伟大的人民卫生工作而奋斗。

绪 论

祖国医学有几千年的历史,是我国劳动人民长期以来与疾病作斗争的经验总结。通过不断的实践和总结,创造出许多丰富多彩的防治疾病的方法,并逐步形成了中医的理论体系。我国最早的一部医学著作《内经》已经有二千余年的历史,其中有许多内容如病理、病因、生理、治则等对目前的临床实践仍起到一定的指导作用。我国的外科学发展也是很早的,在三国时期华佗即用了麻沸散作全身麻醉,施行剖腹手术。到了明代李时珍广泛搜集了民间劳动人民发现的药物而著成了《本草纲目》一书,其中记载有各种药物一千八百余种,得到了世界各国的重视,在临床医学上历代各家学说甚多,各类文献浩如烟海,不胜枚举。总之几千年来中医对保障我国人民的健康和对世界医学作出了伟大的贡献。

解放前,在国民党反动派统治时期,由于帝国主义的文化侵略,推行全盘西化,否定祖国的文化遗产,实行消灭中医的反动政策,使中医受到了严重的摧残,处于奄奄一息的境地。

解放后,在党和毛主席的亲切关怀下,制订了一系列的中医政策。伟大领袖毛主席指出:**“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高。”**并谆谆教导我们要把中医中药的知识和西医西药的知识结合起来,取长补短,**“古为今用”,“洋为中用”,“推陈出新”,**创造出我国统一的新医学,新药学。毛主席的英明指示为我国医学发展指明了方向。但是建国以来,在中医中药和中西医结合的工作上,一直存在着尖锐复杂的两条路线斗争,斗争的焦点集中表现在:是肯定祖国医药学还是否定祖国医药学,是走中西医结合道路还是“全盘西化”,是坚持前进,还是复辟倒退等问题上,刘少奇、林彪一伙及其在卫生部门的代理人站在反动的立场上,为了倒退、复辟,他们竭力宣扬民族虚无主义,推行“洋奴哲学”,“爬行主义”,蓄意扼杀中医中药,反对党的中医政策,反对中西医结合,阻碍我国医学沿着毛主席指引的正确路线前进。伟大的无产阶级文化大革命,摧毁了刘少奇、林彪二个资产阶级司令部,粉碎了他们推行的反革命修正主义路线,毛主席的革命路线取得了伟大胜利。在短短的几年中,中西医结合工作出现了一个崭新的局面,如针刺麻醉,中西医结合治疗急腹症、骨折,针刺治疗聋哑、小儿麻痹症等方面的成就,对世界医学的发展提供了重要的启示。

中医的丰富经验和理论体系在临床实践中是通过“辨证施治”来体现的。“辨证”就是在整体观的指导下,根据病员的一系列症状加以分析综合,以求得疾病的本质;“施治”就是针对疾病本质选用适当的方法进行治疗。由于疾病有一个发生发展的过程,不是静止不变的,而且因人、因时、因地而有所不同,因此,“辨证施治”也须相应变化。

祖国医学在“辨证施治”的过程中体现了一些基本观念,如整体观念、邪与正的关系、标与本的关系,这些观念是具有朴素的辩证观点的,但由于受到历史条件的限制,仍有许多不足之处,不能与现代的科学的唯物辩证法相提并论,因此我们必须以唯物辩证法的思想作指导,对这些理论,在实践中进行检验、充实和提高,取其精华,去其糟粕。

继承和发扬祖国医学,走中西医结合的道路,关键在于西医学习中医。对学习中医,一定要提高到路线斗争的高度来认识,决不能把学习中医、中西医结合工作看成是单纯的业务技术问题。必须看到中西医结合是发展我国医药卫生事业,为工农兵大多数人服务的需要,是社会主义革命和社会主义建设的需要,是加强战备的需要,是发展我国医学、创造中国统一的新医学、新药学,为中国和世界大多数人谋利益,为人类作出较大贡献的需要。因此,我们应该肩负起创立我国新医药学的重任,为实现毛主席的伟大理想而奋斗。



祥 本 库



0016182

目 录

绪 论

第一章 阴阳五行学说	1
第一节 阴阳	1
第二节 五行	3
第二章 四诊和八纲	5
第一节 四诊	5
第二节 八纲	13
第三章 气血津液	17
第一节 气	17
第二节 血	18
第三节 气和血的关系	19
第四节 津液	20
第四章 经络	22
第五章 脏腑	29
第一节 脏腑的概念	29
第二节 心的生理病理与辨证施治	30
第三节 肺的生理病理与辨证施治	34
第四节 脾胃的生理病理与辨证施治	36
第五节 肝的生理病理与辨证施治	41
第六节 肾的生理病理与辨证施治	44
第七节 五脏之间的生理病理关系及辨证施治	48
第六章 病因及其辨证	54
第一节 病因概论	54
第二节 六淫辨证	57
第七章 外感热病辨证	62
第一节 六经的辨证施治	62
第二节 卫气营血的辨证施治	64
第八章 治疗原则	67
第九章 治法与方药	69
第一节 治法方药概述	69
第二节 介表法	74
第三节 祛风湿法	80
第四节 祛湿法	84
第五节 清热法	90

1052111

第 六 节	祛寒法	99
第 七 节	泻下法	103
第 八 节	驱虫法	107
第 九 节	化痰法	110
第 十 节	消导法	119
第十一节	理气法	121
第十二节	理血法	125
第十三节	补益法	135
第十四节	固涩法	149
第十五节	熄风安神法	155
第十六节	开窍法	161
第十七节	常用草药	163
第 十 章	常见证候的辨证施治	171
第 一 节	咳嗽	171
第 二 节	哮喘	174
第 三 节	胸胁痛	177
第 四 节	腹痛	180
第 五 节	呕吐	183
第 六 节	泄泻	186
第 七 节	黄疸	192
第 八 节	水肿	194
第 九 节	淋症	197
第 十 节	眩晕	199
第十一节	头痛	201
第十二节	心悸	204
第十三节	失眠	206
第十四节	痹证	208
第十五节	血证	210
第十六节	月经失调	216
第十七节	带下	220
附 录 一	常见病的辨证举例(供自学时参考)	223
	慢性气管炎	223
	冠状动脉粥样硬化性心脏病	226
	病毒性肝炎(附肝硬化)	231
	慢性肾炎	237
附 录 二	方剂索引	241

[注]—针灸、新医另有教材。

第一章 阴阳五行学说

阴阳学说与五行学说都是我国的古代哲学。其中某些内容具有朴素的唯物论和自发的辩证法思想，它来自劳动人民几千年来和大自然作斗争，通过不断的实践而产生的，后来自然科学如天文、地理、农业等方面都受到它的思想影响，应用它来解释自然界的各种现象，古代劳动人民在与疾病作斗争中也将阴阳五行学说应用于医学，并形成了中医基本理论的一个组成部分。伟大领袖毛主席教导我们：“中国的长期封建社会中，创造了灿烂的古代文化。清理古代文化的发展过程，剔除其封建性的糟粕，吸收其民主性的精华，是发展民族新文化提高民族自信心的必要条件，但是决不能无批判地兼收并蓄。”又教导我们：“辩证法的宇宙观，不论在中国，在欧洲，在古代就产生了。但是古代的辩证法带着自发的朴素的性质，根据当时的社会历史条件，还不可能有完备的理论，因而不能完全解释宇宙，后来就被形而上学所代替。”因此，我们对于中医的阴阳五行学说必须予以历史唯物主义的观点进行分析，去其糟粕，取其精华，批判地继承。

第一节 阴 阳

一、阴阳学说的基本概念

《类经》曰“阴阳者一分为二也。”认为一切事物的性质，都可以分为阴和阳两类（即二种对立的属性），任何一种事物的内部，都包括着阴阳两个方面，这样分下去，以至无穷。所以《内经》说“阴阳者，数之可十，推之可百，数之可千，推之可万，万之大，不可胜数，然其要一也。”应用于医学上，认为人体的各个部分都是由两种既对立又统一的物质和功能，即阴和阳所构成，疾病的发生发展也是阴阳对立统一的正常关系遭到破坏所致。

阴和阳之间存在着相互依存、相互制约和相互转化的联系。应用于医学上，它的基本观点有阴阳对立、阴阳互根、阴阳制约和阴阳转化。分述于下：

（一）阴阳的对立 阴阳学说认为宇宙间的一切事物及其运动状态都可分为阴和阳两方面。例如白天为阳，黑夜为阴等。

事物及其运动状态的阴阳分类举例表

类别	空间	时间	季节	温度	重量	亮度	事物的运动状态		
阳	天	白天	春夏	热	轻	光亮	上升	向外	明显的运动
阴	地	黑夜	秋冬	冷	重	晦暗	下降	向内	相对的静止

在中医学中，广泛地用这种阴阳可分的观点，将人体的部位，组织结构和生理活动等方面，分成阴和阳两大类。例如：背为阳，腹为阴；六腑为阳，五脏为阴；气为阳，血为阴；兴奋为阳，抑制为阴等。

人体部位、组织结构、生理活动等阴阳分类举例表

类 别	人 体 部 位			组 织 结 构				功能活动状态	
阳	表	背	上 部	皮 毛	六 腑	气	卫	兴 奋	亢 进
阴	里	腹	下 部	筋 骨	五 脏	血	营	抑 制	衰 退

同时，这种分类方法还应用于辨别病症和脉象，如以表证、实证、热证属阳，里证、虚证、寒证属阴等。

(二)阴阳互根 阴阳互根的观点就是说明阴和阳之间的相互依存、相互资生，阴依存于阳，阳依存于阴，每一方都以另一方的存在为前提。所以《内经》说“孤阴不生，独阳不长。”在中医学的理论中对于阴阳互根的观点较广泛地应用于生理、病理和治疗等各方面。例如：以人体的气与血的关系来说，在中医理论中即是以阴阳互根的观点来进行解释的：人的气属阳，精、血属阴。但气能生血，而气又舍于血；气能化生精血，精血也能化气。因此在治疗血虚时多用气血双补的治法。补气的目的是为了气能生血，在大出血时，由于气随血脱，故在治疗时必须“血脱者先益其气。”在治疗肾气虚亏时，除了采用补肾气法外，多配合河车、龟板、杞子等补益肾精的药物，是因为“精能化气。”这就是阴阳互根的理论在临床上的具体应用。

(三)阴阳制约 这也是阴阳学说中的一个基本观点。认为人体的阴阳是互相制约的，如阴或阳的一方偏衰，势必导致另一方的相对亢盛；阴或阳的一方偏胜（盛），势必导致另一方的虚衰，使阴阳失去了正常的互相制约的关系，出现了偏胜或偏衰，因此发生疾病。这种阴阳制约的观点在中医理论中被广泛地应用于生理、病理及病邪与人体的关系等各方面。

综上所述阴阳对立、阴阳互根和阴阳制约三个观点，在中医的阴阳学说中构成了“阴阳消长”的概念来解释人体的正常生理活动，以阴阳的消长失调来解释各种病理现象。所谓“阴阳消长”是指人体的阴阳不能处于静止不变的状态。而是在不断的“阴消阳长”与“阳消阴长”的过程中维持着相对的平衡。一般来说，“阴阳消长”的观点是符合辩证法思想的。但是，由于社会历史条件的限制，当时不可能提出鲜明的相对平衡论的观点，因而也就不能摆脱唯心论和形而上学的绝对观点的影响。我们必须以历史唯物主义的观点，牢固地树立起事物总是不断地运动和发展的，才能正确对待阴阳学说。

(四)阴阳转化 阴证与阳证之间、虚证与实证之间均可发生转化，例如肝炎在急性黄疸期，多见面目发黄、发热、恶寒、呕吐、胸闷、胁痛、舌苔厚腻等肝胆湿热实证，称阳黄。但如迁延成慢性肝炎的时候，临床上可见神疲乏力、头目眩晕、舌质暗红等虚证，这就是从实证转化为虚证，称阴黄。也就是阳黄向阴黄转化。

毛主席教导我们：“矛盾着的对立的双方互相斗争的结果，无不在一定条件下互相转化。在这里，条件是重要的。没有一定的条件，斗争着的双方都不会转化。”由于中医中的阴阳学说是朴素的，自发的辩证法思想，在当时的条件下仅仅认识到阴阳可以转化，但还没有明确认识到矛盾的转化是要有一定的条件的，我们对于阴阳转化的看法不能停留在朴素的辩证法阶段，必须以唯物辩证法的思想为指导，正确地认识事物的转化是由于矛盾着对立面又统一，又斗争，由此推动事物的运动和变化。只有树立了这种正确观点，才能科学地认识人体的生理活动和病理表现，才能正确地指导临床上的辨证施治，才能彻底摆脱唯心论和形而上学的影响。

二、阴阳学说在医学上的具体应用

(一)生理方面 在中医中,用阴阳来说明人体具体的生理功能是较为普遍的。举例来说,如以气为阳,精、血和津液为阴。《内经》说“清阳出上窍,浊阴出下窍……。”就是具体说明阳是体内轻清之气,外出皮肤肌表发散,阴是体内较重浊的精血和津液,内流五脏六腑,并且进一步说明这些生理功能是相互依存、密切联系的。

(二)病理方面 认为邪正两个方面都可以用阴阳来分析,病邪可分为阴邪与阳邪,阴邪致病可致阴偏胜,出现寒盛症;阳邪致病可致阳偏胜,出现实热症。正气可分为阳气与阴液,阳气虚出现虚寒症,阴液虚出现虚热症。因此,多种多样的病理变化可以概括为四句话“阴胜则寒,阳胜则热,阳虚则寒,阴虚则热。”其基本原因都是由于阴阳失调,偏胜偏衰而致病。

三、诊断方面

临床上的症状虽然千变万化,但可以用阴阳二类加以概括,例如“八纲辨证”就是以阴阳为纲:表证、热证、实证都属阳,里证、寒证、虚证都属阴。所以《内经》说“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”

四、治疗方面

由于阴阳的偏胜和偏衰是各种病理现象的基本表现,故其治疗原则也从调整阴阳出发,采取“损其有余,补其不足”的方法。因此,在辨证施治时需要从错综复杂的各种临床现象中分析其阴阳的偏胜、偏衰的情况,确定其治疗原则。

第 二 节 五 行

一、五行学说的基本概念

五行学说的主要观点是认为宇宙间的一切事物,均由木、火、土、金、水五种物质的运行(即运动)和变化所构成,故称为“五行”。来源于古代劳动人民对自然界的长期的直接观察。认为木具有生长发育、升发的特性;火具有炎热、向上的特性;土具有繁殖庄稼、生化万物的特性;金具有清肃、收敛的特性;水具有滋润、向下、寒冷的特性。五行学说就是基于这种认识,把宇宙间各种事物都归属于五行;在医学领域里,把人体的内脏、组织、器官等等,也都归于五行。

五行演绎归类举例表

五行	季节	气候	方位	五色	五味	脏	腑	五官	组织
木	春	风	东	青	酸	肝	胆	目	筋
火	夏	暑	南	赤	苦	心	小肠	舌	脉
土	长夏	湿	中	黄	甘	脾	胃	口	肉
金	秋	燥	西	白	辛	肺	大肠	鼻	皮毛
水	冬	寒	北	黑	咸	肾	膀胱	耳	骨

二、五行学说的生、克、乘、侮

(一)五行的生、克、乘、侮 这是指五种物质之间存在着相互资生、相互制约的联系。

“相生”是相互资生的意思。相生的程序是

木 → 火 → 土 → 金 → 水 → 木

“相克”是相互制约、克制的意思。相克的程序是

木 → 土 → 水 → 火 → 金 → 木

“相乘”和“相侮”实际上是五行运行的反常情况。

“相乘”是乘虚侵袭的意思。是指五行中某一行本身不足(衰弱),使原来克它的一行乘虚侵袭(乘),而使它更不足。

“相侮”是指五行中某一行本身太强盛(太过),使原来克它的一行,不仅不能去制约它,反而被它所克制。这种五行相侮,通常也称作“反侮”或“反克”。

“相乘”和“相侮”的规律为

木 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 土 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 水 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 火 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 金 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 木

(二)五脏的生、克、乘、侮 五行学说,将人体的内脏配五行。五脏间的生、克关系被认为是

五脏相生 肝 → 心 → 脾 → 肺 → 肾 → 肝

五脏相克 肝 → 脾 → 肾 → 心 → 肺 → 肝

五脏的乘侮规律是

肝 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 脾 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 肾 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 心 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 肺 $\xrightleftharpoons[\text{侮}]{\text{乘}}$ 肝

五行学说认为宇宙中一切事物是物质所构成的,并认为各种事物之间有其内在联系,属于古代的朴素的唯物论和自发的辩证法思想。但是由于五行学说是以“五”为主,一切事物都要划分或拼凑成五类,才能符合五行学说的基本概念,如季节本来只分成春、夏、秋、冬四时,但为了凑足“五”这个数目硬加入长夏(阴历六月),显然不能如实地反映客观世界,又如将东、南、西、北硬加“中”等等,这样就必然导致理论上的僵化,从而陷入了形而上学的泥坑,这是必须予以批判的。

小 结

中医理论中的阴阳五行学说,是科学思维的萌芽。在开始形成和发展的阶段,它对反对宗教迷信和有神论,承认世界是由物质构成的,认为一切事物都是互相联系的,而且事物内部都包含着阴和阳两种对立势力的相互依存和斗争,因此还有它一定的进步性。但它对人体复杂的内部矛盾只是根据一般的直观观察作出粗浅的解释,特别是五行学说问题更大,它以抽象的概念(而且不完全是科学的抽象)来代替具体的事物,以五行的特性来硬套人体的脏腑、组织、器官,以五行的生克循环来代替事物的本来的辩证法。尤其是后来被封建统治阶级所利用而渗入了许多唯心论与形而上学的东西,而被它们所代替。因此,若不加批判地应用这些理论将不利于医学的发展。

我们对阴阳五行学说,既要懂得它的原义,更要用辩证唯物主义和历史唯物主义的观点加以批判的继承。

第二章 四诊和八纲

中医诊断的基本内容，包括四诊和辨证两个步骤；四诊即望诊、闻诊、问诊和切诊，是中医了解病情，检查病员的基本方法。而八纲（表、里、寒、热、虚、实、阴、阳）是辨证最基本的纲领。

望诊是仔细观察病员全身和局部情况。闻诊是耳听病员的声音，鼻嗅病员的口气及排泄物的气味。问诊是详细询问病史，了解病情的发展经过。切诊是按摸病员的脉搏及体表部位。通过望、闻、问、切四种诊断方法，深入细致全面了解病员的病情，反对主观性和片面性，力求全面，要有重点记录；把收集来的完整病史，运用中医理论，如八纲、脏腑、气血津液、病因等辨证方法，进行综合分析，辨明疾病的深浅、性质、部位、病因，才能得出正确的诊断，订出治疗方针，进行处方用药。有时可结合西医诊断，使辨病与辨证相结合。

第一节 四 诊

一、望诊

望诊即是用医务人员的视觉器官，仔细观察病员的神色形态及舌的变化，以及病员的分泌物和排泄物的色质的变化。其中舌诊是望诊的重点，是中医诊断特点之一。望诊时要结合现病史，有重点、有目的地收集有关辨证资料。同时要在自然光线充足的地方，进行辨别色泽，否则往往黄白误认，红紫难辨，不利于确切诊断。

（一）望神色形态

1. 望神色 是指观察病员的精神意识和皮肤色泽。

（1）望精神意识 观察病员的精神意识，可以知道疾病的轻重，如病员精神尚好，两目有神，面色润泽，呼吸调匀，意识清楚，大多病情较轻。病员精神萎靡，两目无神，面色晦暗，呼吸不匀或急促，反应迟钝，或意识不清，大多病情较重；应密切观察，积极治疗。

（2）望色泽

① 望面色 观察面部的色泽可概知脏腑气血的盛衰。正常的面色红润。在疾病情况下，面色往往可发生如下变化：

苍白 主虚主寒。多见于气血两亏，正气不足。

黄色 主湿主虚。面色巩膜或全身皮肤发黄，是为黄疸；其中黄色鲜明，如广桔皮者，称为阳黄，属湿热。黄而晦暗如烟薰者，称为阴黄，属寒湿。

面色淡黄无华（巩膜无黄染）多为血虚、脾虚。

红色 主热。有实热，虚热不同。

壮热、面赤、便秘、口渴，多为实热证。

久病面色苍白，下午两颧潮红，为阴虚火旺，属虚热证。

青色 主风、主寒、主痛、主淤血。

小儿面色青而晦暗，鼻梁青筋暴露，可见于体虚或易患惊风。

面色苍白而带青，可见于身体某部疼痛剧烈时，如里寒腹痛。

面色口唇青紫，为有淤血。

黑色 主肾虚、主淤血。

面色目眶暗黑，多为肾亏或淤血。

② 望斑疹色泽 皮肤色红呈片状，不高出皮肤表面称斑，多由于血热或气不摄血，脾不统血所引起。如色红形如粟米略高出皮肤的称疹，多由于血热或风邪所引起。斑疹色泽以红润鲜明为好；深红为热盛，紫黑为血分热毒极盛；晦暗为正气已衰，病重。但亦需结合全身症状方可作出诊断。

③ 望白痞色泽 白痞为白色颗粒状疱疹，高出皮肤，大如粟米，常见于外感热病，多发于患者颈项胸部，往往随汗而出。白痞如晶亮滋润，颗粒饱满为病轻。如白痞色不光泽，颗粒不饱满，是属津液耗损；如白痞色枯白，颗粒空而无液，是津液枯竭为病重。

2. 望形态 观察病员的形体肥瘦强弱以及活动的情况，可测知病情的内在变化。

(1) 望形体 发育良好，形体魁梧，肌肉壮实，是体质强壮的表现。如形体瘦弱，肌肉不实，是体质虚弱的表现。形体肥胖，肌肉不实，皮肤细白无华，少气无力，多见于痰湿内盛，阳气不足。如形瘦色苍，肌肉瘦弱，皮肤干燥，多属阴血不足。

(2) 望动态 如头摇不能自主，口唇面颊四肢不时抽动，多为肝风内动；筋惕肉瞤，多为动风先兆；抽搐强烈而有力者，多为热盛动风；抽搐轻微无力者，多为虚风内动；口眼歪斜，半身偏瘫，多为中风；手足拘挛屈伸困难，关节肿胀强直或畸形，多属痹证；四肢软弱无力，不能握物及行动，多属痿证；坐而不得卧，卧则气急，多为实证或正虚邪实；卧而不得坐，坐则眩晕，多属虚证；或痰浊上扰。但辨别时要结合其他症状加以区别。

(二) 望舌 舌诊是望诊中的重点，是中医在长期临床实践中丰富经验的积累。通过观察舌质舌苔等变化，可以了解脏腑虚实，病邪深浅，和疾病的轻重等变化。

舌诊包括舌质(舌的肌肉部分)舌苔(舌质上所形成一层苔状物)和舌的形态等三方面变化，临床辨证时应三者结合分析，并注意有无染苔；有时临床上可看到病重而舌象变化不大，或正常人出现异常舌象，因此舌诊必须联系病史、证候、脉诊等相互参考，才能得出正确诊断。

正常人舌质淡红色，舌苔薄白而洁净，舌形不胖不瘦，柔和润泽，转动灵活。

常见病态舌象分述如下：

1. 舌质 常见有淡白舌、红舌、绛舌、青紫舌等四种。

(1) 淡白舌 舌色淡于正常，主气虚、血虚、阳虚(淡白舌发生的原理，与血液中红细胞减少，舌粘膜下血管收缩，血循环减少或舌组织间水肿有关)。

(2) 红舌 舌色红于正常，主热证，包括实热证和虚热证(红舌发生原理，一般与舌粘膜下血管网扩张、充血、血管增生有关；这些变化的原因，可以是炎症，交感神经兴奋，或代谢亢进等)。

(3) 绛舌 舌色深红，主热盛，包括实热和虚热。(绛舌发生原理与舌粘膜下血管网扩张增生，机体分解代谢亢进，维生素蛋白质等缺乏，或舌粘膜上皮萎缩剥脱，和炎性变化有关)。

(4) 青紫舌 舌色呈青紫或紫色或有青紫斑点，主淤血证(青紫舌发生原理，与缺氧或血液循环障碍有关。肝硬化时舌淡紫，可能由于门静脉循环障碍，通过腔静脉的侧支循环，影响舌静脉的回流所致)。

2. 舌苔 常见有颜色，增厚或剥脱改变。

(1) 白苔 主表证、寒证(白苔发生的原理与舌粘膜上的丝状乳头，脱落的角化上皮细胞，食物残渣，以及其他物质如粘液细菌等组成有关。正常时由于口腔的咀嚼吞咽等机械磨擦动作，以及唾液和食物的冲洗作用，故这层舌苔是薄的。如病后消化功能障碍，饮食减少，咀嚼少，使舌的机械磨擦动作减弱，唾液分泌减少，所以舌的自洁作用受到影响，舌苔易于堆积，形成白苔)。

(2) 黄苔 主热证，淡黄热轻，深黄热重(黄苔发生的原理，与舌粘膜丝状乳头增生，微生物所产生的色素，白细胞的崩解产物在舌上堆积，加上炎症，消化道功能障碍，唾液分泌减少等因素有关)。

(3) 灰黑苔 主里证，灰黑而干燥的热盛，灰黑而滑润为寒盛(灰黑苔发生原理，与长期应用抗菌素后，口腔粘膜上所寄生的菌群失调，有时引起某些产生黑色色素的霉菌生长；或由于牙龈炎，局部有少量渗血或出血，血液中铁质为舌苔所吸收，以及与高热，失水等因素有关)。

(4) 腻苔 舌苔增厚呈粘糊状，主湿证、痰证。白腻为寒湿，黄腻为湿热(腻苔发生原理与丝状乳头的数目及其分支增加，其中夹杂很多粘液腐败的食物，及脱落的上皮细胞等有关)。

(5) 剥苔或舌光 舌苔中间呈块状部分剥脱，呈现红色舌质，界限分明的称为剥苔。如有多处剥脱，大小不等的称为花剥苔，多主气阴不足。苔剥而干燥，多主阴不足。腻苔而有剥苔者，多主痰湿未化，而正气已虚。

舌光是舌上光滑无苔，全部呈红色舌质，多为阴虚(舌光发生的原理，与丝状乳头及蕈状乳头萎缩有关)。

3. 舌的形态

(1) 胖大 舌体增大，舌边有齿痕，多主气虚、阳虚(胖大舌发生原理，与结缔组织增生、组织水肿或血管淋巴回流障碍等有关)。

(2) 瘦薄 舌体瘦而薄，多主阴津不足或气阴两亏(瘦薄舌发生原理，与营养不良，舌肌及舌上皮萎缩有关)。

(3) 点刺 亦称芒刺或红点，多呈红色，出现于舌尖或舌边，多主热重(点刺舌发生原理，与舌上蕈状乳头增生或肥大有关)。

(4) 裂纹 舌面上有裂纹，可见于正常人。裂纹舌兼干燥，多主阴液不足(裂纹舌发生原理，与舌粘膜萎缩有关)。

(5) 颤动 舌体颤动不定，多主气虚，肝风内动(颤动舌发生原理，与神经系统病变有关)。

(6) 偏斜 舌体伸出时舌尖偏向一侧，多主肝风内动（偏斜舌发生原理，与舌下神经及其他颅内病变有关）。

4. 舌诊时注意点

(1) 光线 患者要面向自然光线，光线暗淡，每使黄白难分，红紫不辨。

(2) 伸舌姿势 舌伸出时应该放松，呈扁平形，不要用力，过于用力伸出，可使舌色加深。

(3) 染苔 一部分食物或药物能使舌苔着色称为染苔，如乳汁、豆浆染成白苔；杨梅、橄榄使苔染成黑褐色；蛋黄、桔子、枇杷、黄连等使苔染成黄色。染苔的着色大多浮在苔的表面，如有怀疑可问患者是否吃过容易染苔的食品或药物。

(4) 其他 多吃粗硬食物，可使舌苔磨掉，并使舌色加深。齿牙有脱落者，其脱齿一侧舌苔较多，对侧的舌苔较少。中风病人，舌运动不灵活，可使舌苔增厚；吸烟多者，也可使舌苔增厚。鼻塞张口呼吸的病人，舌面较干燥，诊舌时也应注意区别。

(三)分泌物和排泄物

1. 痰液 痰液色白清稀属寒，色黄或色白而粘稠者均属热，痰少不易咯出者为燥，痰多而容易咯出者属湿，痰中带血或纯吐鲜血，是阴虚火旺或肺络损伤，应根据全身症状辨别。

2. 涕泪 鼻流清涕，鼻塞不利多是外感风寒；鼻流黄涕，鼻塞不利多为外感风热或鼻渊。如见患儿啼哭无泪是病情较重。

3. 呕吐物 呕吐清水大多属寒；呕吐物带有食物有酸臭时，则属食积，属热；呕吐物色黄味苦，多为肝胆湿热；呕血呈紫黑色属热甚（火），或有淤血。

4. 大便 大便水样夹有不消化食物，多属寒湿；大便量少，次数多夹有血液及粘冻，多属湿热。大便血色鲜红，出血量较多，多为血热。大便色黑溏薄有光泽，为有淤血。大便干结难下，为热结肠枯。

5. 小便 小便色淡量多（称清长），多属寒证；小便量少色深（称短赤），为热证，尿血，大多属热，如小便短赤、尿频、尿痛为下焦湿热；如小便浑浊（排尿时尿液浑浊，静止后仍然浑浊者），称膏淋，有下焦湿热与肾虚两种可能。

6. 白带及脓液 黄稠者属湿热，色白而清稀者属寒湿。

二、闻诊

闻诊是耳听病员的声音和用鼻嗅病员口气和排泄物的气味，以辨寒热虚实，作为临床辨证参考。

(一)听声音 是听病员的言语、呼吸、咳嗽的声音，以了解疾病的寒热虚实。

1. 语言 病员语言低微，说话时断时续，多属虚证；语言响亮有力多为实证；发热烦躁多言者，多见于实热证；静而少言者，多见于虚寒证；高热神昏，胡言乱语，声音有力者称“谵语”，属实证；自言自语，声低无力，反复断续者称“郑声”，属虚证。笑骂狂言，语无伦次，多见于精神病，中医称疾迷心窍。

2. 呼吸 呼吸气粗声高，发病急，多见于实证；呼吸气短声低，发病缓的，多见于虚证。呼吸急促，甚至张口抬肩为喘；呼吸时喉有痰声为哮。鼾声而神昏不省人事，多是中风闭证。

3. 咳嗽 咳声重浊，痰声漉漉，为痰浊壅肺；干咳无痰，为肺燥或阴虚；咳嗽声低无力，为肺气虚；咳嗽阵发，连声不绝，终止时作鸬鹚叫声，面红耳赤痰少，称为“顿咳”（即百日咳）。

（二）嗅气味 病员口臭属胃热，或为口疳、牙疳、龋齿等口腔疾病。暖气酸腐为伤食。此外，大便、小便、白带、痰、脓液等有臭气，质地稠厚，多为湿热或热毒，如无臭气，质地稀薄，多为寒湿或虚寒。

三、问诊

问诊是了解病情重要方法之一。问诊时医务人员要细心耐心，态度要和蔼诚恳，争取病员的信任和合作，说话要通俗易懂，要尽量听取病员的自述，避免暗示，但也要结合中医辨证施治的需要，有目的，有重点作深入一步询问。既要详细地了解疾病发生发展的全过程，但又要克服盲目性，在写病史前要把初步掌握的第一手资料，在思想上作一初步思考归纳，而后简明扼要地写病史。

中医传统问诊内容，有“十问歌诀”，可资参考。

十问歌诀 一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，

七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，妇女问经儿问疹。

问诊内容与现代医学的问病史基本相同，主要抓住主诉及现病史，必要时问清有关的过去病史。为了要结合辨证施治的需要，要问食欲、大小便的情况及分泌物、排泄物的色质及有无臭气。今将问诊内容分述如下：

（一）发病情况 要问发病日期及主要症状，病情经过，如病是突然发生还是慢慢发病的？是新病还是旧病？一般讲新病多实证，久病多虚证。

（二）发热 对发热病人，要问有没有怕冷？怕冷的程度轻还是重？发热怕冷是表证，发热轻，怕冷明显，多是外感风寒；发热重，微怕冷多是外感风热。发热不怕冷是里证，经常怕冷不发热的多是虚寒证，长期下午颧红，掌心热，多是虚热证。

（三）口渴和口味 对发热病人要问口渴还是不渴？口渴喜冷饮是里热，口不渴或喜热饮多是里寒。口苦、口臭多是热；口甜、口淡、口腻多是湿，口中酸腐味多是食积，口咸可能是肾虚。

（四）汗 对发热病员要问有汗还是无汗？如新病发热怕冷有汗是表虚，发热怕冷无汗是表实。不发热，稍动即出汗称“自汗”，多是气虚、阳虚；不发热，睡着后出汗称“盗汗”，多是阴虚。大汗不止，面白肢冷，呼吸微细，为亡阳气脱的严重表现。

（五）头身痛 病员如诉头身痛，要问新久、轻重、部位，如新病头身痛不止，兼有发热怕冷，多是表证；如久病头身痛，时发时好，不发热的，多是里证；头身痛较剧，多是实证；头身隐隐作痛，多是虚证；头身觉重，多是湿困。

（六）胸腹胀痛 病员如诉胸腹胀痛，要问胀痛的性质。如胸腹胀痛不减，痛处拒按多是实证；胸腹胀痛时好时发，痛处喜按，多是虚证；得热痛减是寒证；得凉痛减为热证；胸闷胀、得暖气而觉舒适的多是气滞，胸闷痛如针刺，固定不移，多是血淤。

(七)饮食 病员的纳食情况，对疾病的预后，有重要参考价值。久病而纳食尚可者，疾病的预后较好；如持久不思饮食，则能影响疾病的预后。多食善饥为胃热；胃痛而得食稍安者为虚证；胃痛而得食更剧者为实证。

(八)耳聋耳鸣 病员如诉耳聋或耳鸣，要问突然发生还是逐渐发生的？暴鸣声大属实（肝火），渐鸣声细属虚（肾虚）。暴聋属实，渐聋属虚。

(九)大便小便 要问病员的大小便。如有异常，要问大小便的颜色和性质。如大便干结难解，多是实证、热证（也有阴虚、血虚、气虚，要结合其他症状，仔细分析）大便清稀无臭气，多是虚证、寒证；如大便溏薄有臭气，多是热证；大便有脓血，量少次数多，多是湿热证。小便短少、深黄，多是实证、热证；小便清长，多是虚证、寒证。

(十)睡眠 如失眠要问睡而不熟，还是不能入睡？如睡而不熟，睡中多梦，伴有心悸惊恐者，多属心血不足，心神不宁；如心烦心热，久久不能入睡，甚至彻夜不寐者，属阴虚火旺。此外脾胃虚弱，消化不良或痰火上扰，亦可导致失眠，称胃不和则卧不安。

(十一)月经 如有月经病，则要问清经期、经量、经色、经质的情况；经期超前，量多色鲜红，质稠，多是血热。经期后延、色暗紫，量少质稠，小腹冷痛，多是寒实证。经期超前，量多色淡质稀，多是气虚。经期后延，量少色淡质稀，多是血虚。月经色紫有血块，质稠，经行腹痛，多是气滞血淤。又如病情需要用活血破淤破气药时，对每个成年女病员，要问月经的情况，如怀孕、月经量多的就不能用，否则容易引起堕胎或月经更多。

(十二)小儿病 除一般问诊内容外，必要时要问出生前后情况，以及父母兄弟姊妹的健康情况，曾否患过麻疹、水痘，有无高热惊厥史，作过何种预防接种，以及学行学语的迟早等。对了解先后天发育情况和对某些疾病的诊断有重要意义。

四、切诊

切诊是医务人员用手的触觉，来按摸病员的脉搏及体表部位、了解病情的方法；内容可分脉诊和触诊二部分。

(一)脉诊 按脉是中医诊断疾病重要方法之一，临床上要与望诊、闻诊、问诊联合应用，进行分析和归纳，达到辨证施治的目的，决不能偏面地单凭脉诊来下诊断。

1. 切脉部位和方法 切脉的部位通常是在手腕寸口（桡动脉处），分寸、关、尺三部，掌后高骨（桡骨茎突）为关部，关前为寸部，关后为尺部。切脉必须在病员安静时进行，医务人员将食指、中指、无名指指尖平放在桡动脉上，中指放在关部，食指放在寸部，无名指放在尺部，用轻、中、重的指力按脉，轻按脉管为浮取，稍加力按之为中取，用力按于近骨处为沉取。小儿寸口脉位甚短，故切脉方法与成人不同，不能按寸关尺三部进行，常采用一指（用拇指或食指）定三关的切脉法。

2. 切脉注意点

(1) 切脉时医务人员的呼吸要自然均匀，注意力要集中。

(2) 须注意年龄、性别、体型的肥瘦，体质的强弱，对脉象的影响。如小儿脉较成人软而数，女性脉较男性软弱，胖人脉多沉细，瘦人脉多较浮，运动员脉多较缓，孕妇脉多滑而带数，这些都是正常的，不属病态。此外，个别人的桡动脉搏动不见于寸口，而见于大指腕部外侧，称为“反关脉”，亦不属病态。

(3) 切脉时应检查的内容, 包括脉搏的快慢(脉率), 脉搏的节律(脉律), 脉搏的深浅强弱, 脉搏的形态等, 这些变化的综合, 称为脉象。

3. 常见脉象

(1) 正常脉象 在中医文献上称作平脉。这种脉象应是不浮不沉, 不强不弱, 不快不慢而有力; 医务人员一息(即一呼一吸)之间脉跳4—5次, 即每分钟脉跳70—90次。

(2) 异常脉象和临床意义, 今分述如下:

① 根据脉搏的深浅 有浮脉与沉脉。

⊖ 浮脉 轻按明显, 重按反不明显。主表证(可能由于那时机体的抵抗力以及功能较旺盛, 脉的跳动较活跃所致)。

⊖ 沉脉 重按明显, 轻按反不明显。主里证(可能由于全身的功能、代谢比较低下, 血管收缩、脉搏的幅度减低等因素所致)。

② 根据脉搏的快慢 有迟脉与数脉。

⊖ 迟脉 脉搏一息三至(每分钟少于60次), 主寒证(可能由于迷走神经兴奋所致)。

⊖ 数脉 脉一息六至以上(每分钟超过100次), 主热证(可能由于机体代谢亢进或交感神经兴奋所致)。

③ 根据脉搏的形态 有滑脉与涩脉。

⊖ 滑脉 脉搏流利活跃, 如珠滚动, 主痰湿、食积实证(可能由于血管壁弹性较好, 循环血容量正常或稍增, 心搏有力或稍快所致)。

⊖ 涩脉 脉搏涩滞不利, 如轻刀刮竹, 主血虚、气滞、血瘀证(可能由于左心室搏出血液的时间延长, 或血管内血液充盈较迟缓所致)。

④ 根据脉搏的强弱大小 有洪脉、细脉、弦脉与濡脉。

⊖ 洪脉 脉形宽大, 浮、中、沉取均充盈有力, 多主热盛、实证(可能由于机体的代谢较旺盛, 心跳加快, 心输出量增加, 外周血管扩张所致)。

⊖ 细脉 脉形细如线, 主气血不足, 阴阳二虚(可能由于心输出量减少, 循环血容量减少; 血管壁收缩, 管腔缩小; 外周血管阻力增高, 脉搏的起伏幅度小; 血压偏低, 脉压缩小等因素所致)。

⊖ 弦脉 脉搏硬而有力如按琴弦, 主肝病(肝风, 肝阳亢盛, 肝气郁结), 或主疼痛(可能由于交感神经的张力偏高, 血管壁的紧张度及其硬度增高所致)。

⊖ 濡脉 脉搏浮而无力, 主湿证或气血不足(可能由于血管的紧张程度降低, 管壁松弛软弱, 或反映循环血容量不足, 心收缩力减弱, 血压偏低所致)。

⑤ 根据脉搏的节律 有结代脉。

结代脉 脉搏不规则有间歇, 歇止无规律的为结脉, 歇止有规律的为代脉; 多为脏气衰退, 心气不足, 主血瘀或痰浊阻遏胸阳(可能由于心房性、房室结性心室性过早搏动或心房纤维性颤动所致)。

上述脉象可单独出现, 或两种以上同时出现, 如浮数(主表热), 沉迟(主里寒), 弦滑(主痰湿、食积), 洪数(主实热), 细数(主虚热)等。此外脉象有时不能与病员的病情相符合, 称“脉证不符”, 此时必须结合其他临床证状和检查结果, 进行综合分析, 灵活掌握, 抓住本质, 进行辨证施治。

常见11种脉象和临床意义列表如下。

常 见 11 种 脉 象 和 临 床 意 义

脉象名称	至 数	力 量	特 性	主 要 临 床 意 义	备 注
1. 浮脉			轻按明显, 重按不明显	主 表 证	
2. 沉脉			轻按不明显, 重按明显	主 里 证	
3. 迟脉	一息三至 或三至以下		脉 跳 慢	主 寒 证	
4. 数脉	一息六至 或六至以上		脉 跳 快	主 热 证	
5. 滑脉			流利活跃, 如珠滚动	主痰湿、食积、实证	可见于妇女妊娠期
6. 涩脉			涩滞不利, 如轻刀刮竹	主血虚, 气滞血瘀证	
7. 洪脉		强	脉形宽大, 浮、中、沉取均充盈	主热盛, 实证	
8. 细脉		弱	脉形细如线	主气血不足, 阴阳二虚	
9. 弦脉		较强	脉较硬而有力如按琴弦	主肝病, 主疼痛	
10. 濡脉		较弱	浮而无力	主湿证, 气血不足	
11. 结代脉	脉率不快		脉律不规则有间歇	主脏气衰退, 心气不足, 主淤血或痰浊阻遏胸阳	

(二)触诊 触诊是医务人员用手接触病员体表的某些部位, 包括皮肤、头、颈部等处。触诊时医务人员手要温暖, 用力要适当, 注意力要集中。

1. 皮肤 主要了解寒热和有汗无汗, 如皮肤灼热而无汗, 多是热证、实证; 皮肤冷而多汗, 多是寒证、虚证; 新病手背、手心均热多为实热; 久病手心热甚于手背, 多为虚热。此外注意皮肤有无水肿, 如皮肤肿按之凹而不起者, 是属水肿, 按之应手而起者属气肿。

2. 头颈部 对婴儿要注意按囟门, 囟门关闭过迟, 为肾气不足, 发育不佳的表现。囟门高凸者, 为肝风将动、抽痉之征; 囟门高凸而无其他症状者, 往往是服四环素所致; 囟门低陷者, 为津液亏损、亡阴之征。颈部要注意有无核肿, 如摸到核肿, 质较软而活动者, 多为痰核。

3. 腹部 主要检查有无压痛和肿块 (如肝脾有否肿大等)。疼痛部如用手按压觉更痛, 甚至拒按的, 多是实证; 疼痛部如用力按压觉痛减轻的, 多是虚证。如触及肿块, 多是气血淤结所致, 如肿块坚硬、表面凹凸不平, 应注意有癌肿可能。

4. 脓肿 如脓肿局部红、肿、热、痛, 肿势局限, 界限清楚, 多属阳证。脓肿局部不红、不热、不痛或微酸痛, 肿势散漫, 界限不清, 多属阴证。