

中医药学高级丛书

中医诊断学

主编 朱文锋
主审 杨维益



24
ZWE
109132

中 医 药 学 高 级 丛 书

中 医 诊 断 学

主 编 朱文锋
副主编 高尔鑫 季绍良
杨牧祥 张崇孝

人 民 卫 生 出 版 社

解放军医学图书馆(书)



C0202498

图书在版编目(CIP)数据

中医诊断学/朱文锋主编. - 北京: 人民卫生出版社,
1999

(中医学高级丛书)

ISBN 7-117-03369-X

I. 中… II. 朱… III. 中医诊断学 IV. R241

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 14294 号

中医诊断学

朱文锋 主编

人民卫生出版社出版发行

(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

天津市潮河印刷厂印刷

新华书店经销

787·1092 16 开本 60.25 印张 1389 千字
1999 年 11 月第 1 版 1999 年 11 月第 1 版第 1 次印刷
印数:00 001—5 000

ISBN 7-117-03369-X/R·3370 定价:66.50 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究。

编 辑 委 员 会

(按姓氏笔画为序)

编 委

王鸿谟	邓中炎	庄泽澄	刘智壺	孙益鑫
严惠芳	李冰星	李绍芝	李鹏图	吴中柏
吴承玉	冷任轩	陈家旭	陈素云	张家锡
和贵章	柯新桥	袁肇凯	徐建国	黄惠勇
彭清华	瞿岳云	蔡光先		

编 写 人 员

马维骐	王其方	艾 英	刘英锋	刘晓伟
刘 莺	阳 晓	严 灿	杨晓晖	肖绮玲
邹小娟	张 力	陆小左	陈雪功	周小青
周 萍	莫新民	唐金元	海 霞	常小荣
彭家谋	韩丽萍	韩树芬	黎敬波	

主 审

杨维益

前 言

《中医诊断学》是根据中医学的理论体系，研究诊察病情、判断病种、辨别证候的基础理论、基本知识和基本技能的一门科学。它是基础理论与临床各科之间的桥梁，是中医学体系中的主要内容。

中医诊断学渊源古远，两千多年前的殷墟甲骨文中已有疾病的记载，《史记》生动地描述了扁鹊高超的诊疗技术，《内经》、《难经》已有“四诊”的方法与理论。汉代张仲景以“六经”论伤寒、以脏腑论杂病，创立了辨证论治体系。王叔和《脉经》的问世，开诊断专著之先河，以后众多的脉诊、舌诊等专著的出现，大大丰富了中医诊断的内容与特色。“四诊合参”、“辨证论治”、“辨病与辨证相结合”等，已成为中医诊断的主要特点，六经辨证、脏腑辨证、病因辨证、气血津液辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、经络辨证等，充分反映了中医诊断的灵活、复杂性。尤其是近几十年来，中医诊断在继承前人经验的基础上，广泛开展了四诊客观化、病证规范化、辨证微观化等方面的研究，并取得了一定的成绩，从而大大丰富了中医诊断学的内容。

随着中医事业的发展，中医高等教育取得了丰富的经验。为了总结我国40年来中医诊断学科的成果，反映20世纪中医诊断学术发展的最高水平，进一步充实和丰富中医诊断学的内容，全面深入系统地发掘、整理中医诊断学的理论和实践资料，汲取历代中医学家的学术精华，反映当代的研究成果，我们应人民卫生出版社之约，编写了这本高级丛书《中医诊断学》，以满足中医药事业特别是高层次教学、科研和临床医疗的需要，促进医疗和科教水平的提高。

本书按中医诊断的基本体系进行章节划分，每单元一般包括基本内容、补充阐发、古代文献、研究进展等四个方面的内容。其中：

【基本内容】 全面概括本单元的基本知识，突出完整性、系统性，并增添了学科中成熟的内容，以帮助读者掌握中医诊断的核心、要点。

【补充阐发】 原则上是对诊断内容进行挖掘、应用、发扬、阐释、补充、析疑、解难，以及阐发新观点、新见解等，其中虽有的仅为一家之言，但均可帮助读者辨疑解惑，加深认识，启迪思维，知常达变。

【古代文献】 系选录历代著作中的精辟文献，以说明言有依据，论有源流。

【研究进展】 主要为近、现代研究资料，如微观辨证、客观指标、新方法、新手段等，为综述性质，体现中医诊断的发展趋势，且有评述与展望，目的在于开阔视野，提供信息，借鉴新知。

本书的编写，组织了全国20多所中医院校、医院的专家学者参加。在集体审定编写大纲的基础上，分头搜集资料与编写，然后由主编统稿。由于编者水平所限，其中不可避免地存在一些不足之处，殷切期望得到专家和读者的批评指正，以便今后修改补充。

编 者

1997年3月

目 录

绪论	1	二、中医诊断研究的内容	11
【基本内容】	1	(一) 四诊客观化研究	11
一、中医诊断学的主要内容	1	(二) 病证规范化研究	11
(一) 诊法	1	(三) 诊断微观化研究	12
(二) 诊病	1	(四) 教材及其它方面研究	12
(三) 辨证	2	三、中医诊断研究评述与展望	12
(四) 病案	2	四、中医病理动物模型的研制	14
二、中医诊断的基本原理	2	第一章 望诊	17
(一) 司外揣内	2	第一节 全身望诊	17
(二) 见微知著	2	【基本内容】	17
(三) 以常达变	2	一、望神	17
三、中医诊断的基本原则	2	(一) 望神的原理和意义	18
(一) 整体审察	3	(二) 望神的主要内容	18
(二) 诊法合参	3	(三) 对神气的判断	18
(三) 病证结合	3	(四) 望神的注意事项	20
四、中医诊断学的发展简史	3	二、望色	20
五、学习中医诊断学的方法	4	(一) 望色诊病的原理	20
【补充阐发】	4	(二) 色与泽的意义	20
一、有关“证”的若干概念	4	(三) 常色与病色	20
二、关于辨证的“辨”与“证”	5	(四) 五色主病	21
三、关于“黑箱”理论	5	(五) 望色的注意事项	22
四、关于“生物全息律”	5	三、望形体	23
五、中医学所揭示的“生命全息律”	5	(一) 望形体诊病的原理	23
六、诊断学从外知内的诊断原理	6	(二) 望形体的基本内容	23
七、四诊并重是中医诊断的原则	6	四、望姿态	24
八、诊断在中医学中的意义	7	(一) 望姿态诊病的原理	24
九、中医诊断学专著简介	7	(二) 望姿态的基本内容	24
【古代文献】	8	【补充阐发】	25
【研究进展】	10	一、如何理解“一会即觉”、“以神会神”	25
一、中医诊断研究的范围	10	二、“神乱”不等于“失神”	26
		三、假神的病机与辨识	26
		四、关于“望色十法”	26
		五、望色十法之“转”	27
		六、何谓“有气不患无色，有色	

不可无气”	28	(一) 面色变白	61
七、怎样理解“形胜气者夭”、		(二) 面色变黄	61
“气胜形者寿”	28	(三) 面色变红	61
八、脏腑色部的定位	28	(四) 面色变青	61
【古代文献】	29	(五) 面色变黑	62
一、司外揣内	29	六、望色研究的成績、问题与	
二、望神气	30	展望	62
三、色泽及主病	31	第二节 局部望诊	63
四、望形体	41	【基本内容】	63
五、望姿态	42	一、望头面	63
【研究进展】	43	(一) 头形	63
一、色诊客观化的色度学基		(二) 窍门	63
础	43	(三) 动态	64
(一) 视觉与光波	43	(四) 头发	64
(二) CIE 标准色度学系统	45	(五) 面部	64
二、正常人肤色色度学		二、望五官	65
测定	45	(一) 望目	65
(一) 不同肤色人种的光谱反射特		(二) 望耳	66
性	45	(三) 望鼻	66
(二) 中国人常色色度测定	46	(四) 望口与唇	67
三、中国人病色色度测定	50	(五) 望齿与龈	68
(一) 病理五色色度定量测定	50	(六) 望咽喉	68
(二) 五脏病患者面色色度测定	51	三、望躯体	69
(三) 气血阴阳虚证患者面色色度		(一) 望颈项	69
测定	51	(二) 望胸胁	69
(四) 肺结核病患者面色色度		(三) 望腹部	70
测定	53	(四) 望腰背部	71
(五) 血液病患者面色色度		四、望四肢	71
测定	55	(一) 形态异常	72
(六) 慢性肝炎患者面色色度		(二) 动态异常	72
测定	55	五、望二阴	72
(七) 黄疸病患者面色色度测定	56	(一) 望前阴	72
(八) 温病患者面色色度测定	58	(二) 望后阴	73
四、红外成像面图研究	59	六、望皮肤	73
(一) 红外成像技术简介	59	(一) 皮肤色泽	73
(二) 正常人颜面温度分布特点与		(二) 皮肤形态	74
规律	59	(三) 皮肤病证	74
(三) 病人红外面图分析	60	【补充阐发】	75
五、面色变化的常见病证	61	一、头诊法	75

(一) 望头诊病的原理	75	(二) 正常人腭、颊粘膜特征	94
(二) 望头诊病的临床运用	75	(三) 腭粘膜诊法的临床运用	94
二、头发诊法	76	(四) 腭粘膜征是血瘀证诊断的 重要体征	94
(一) 望头发诊病的原理	76	(五) 颊粘膜诊法的临床意义	95
(二) 望头发诊病的临床运用	76	十三、胸胁诊法	95
三、颜面诊法	78	(一) 观察胸胁诊病的原理	95
(一) 望颜面诊病的原理	78	(二) 望胸胁诊病的临床运用	96
(二) 望阙庭诊断小儿脾胃病	79	十四、腹诊法	99
(三) 小儿面部青筋与脾肺虚证 有关	79	(一) 察腹诊病的原理	99
四、眉毛诊法	80	(二) 观腹诊病的临床运用	100
五、五轮诊法	80	十五、脐诊法	101
(一) 辨肉轮病变	80	(一) 望脐诊病的原理	101
(二) 辨血轮病变	81	(二) 脐诊的临床运用	102
(三) 辨气轮病变	81	十六、鱼际络脉诊法	103
(四) 辨风轮病变	82	十七、弹踝诊法	104
(五) 辨水轮病变	83	十八、甲诊法	105
六、眼球经区诊法	83	(一) 望甲诊病的原理	105
七、鼻诊法	84	(二) 望甲诊病的临床运用	105
(一) 望鼻色	84	(三) 望爪甲诊断外伤	108
(二) 望鼻形态	84	(四) 观甲判断骨折愈合	108
(三) 望鼻中分泌物及出血	85	十九、足掌诊法	109
(四) 鼻部蟹爪纹	85	(一) 观足诊病的原理	109
八、山根诊法	86	(二) 观足诊病的临床运用	109
(一) 望山根诊病的原理	86	二十、前阴诊法	110
(二) 山根诊法的临床运用	86	二十一、肛门诊法	112
九、人中诊法	87	(一) 望肛门诊病的原理	112
(一) 望人中诊病的原理	87	(二) 察肛门诊病的临床运用	113
(二) 观察人中的方法	87	二十二、第二掌骨侧诊法	113
(三) 望人中的临床运用	87	(一) 第二掌骨侧诊法的原理	114
(四) 朱良春望人中的临床经验	89	(二) 第二掌骨侧诊察方法	114
十、口唇诊法	89	(三) 第二掌骨侧诊法的临床 运用	115
(一) 望口唇诊病的原理	89	二十三、皮纹诊法	115
(二) 口唇诊法的临床运用	90	(一) 皮纹诊法概说	115
十一、齿龈诊法	92	(二) 望皮纹诊病的原理	116
(一) 望齿龈诊病的原理	92	(三) 皮纹诊法的临床运用	117
(二) 望齿龈诊病的临床运用	92	(四) 人类皮纹学观察的标准 项目	119
十二、腭、颊粘膜诊法	93		
(一) 望腭、颊粘膜诊病的原理	93		

(五) 脑动脉硬化症的手诊观察 研究..... 120	(六) 望黄斑部病理改变..... 132
二十四、痈疽疔疖的区别..... 121	五、内眼组织与脏腑经络相属 学说..... 132
二十五、斑与疹、白痞与汗疹的 区别..... 121	六、血瘀证目征的研究..... 133
(一) 斑与疹的区别..... 121	七、内障眼病虚实辨证的 研究..... 133
(二) 白痞与汗疹的区别..... 122	(一) 内障眼病并非以虚证为主..... 134
【古代文献】 122	(二) 瞳神疾病非多属肾..... 134
一、望头面..... 122	八、虹膜诊断法的研究..... 134
(一) 望头部..... 122	(一) 虹膜诊断法的发展与定位..... 134
(二) 望面部..... 123	(二) 望虹膜诊病的原理..... 135
二、望五官..... 123	(三) 望虹膜诊病的临床运用..... 135
(一) 望目..... 123	九、耳诊法的研究..... 136
(二) 望耳..... 124	(一) 长寿老人的耳廓特点..... 136
(三) 望鼻..... 124	(二) 望耳诊伤..... 137
(四) 望口与唇..... 124	(三) 冠心病的耳廓反应——耳折 征..... 137
(五) 望齿与龈..... 125	(四) 耳廓阳性反应物及其临床 意义..... 137
(六) 望咽喉..... 125	(五) 耳穴染色法简介..... 139
三、望躯体..... 125	(六) 耳廓望诊阳性反应发生的 规律..... 139
(一) 望颈项..... 125	十、鼻诊的研究..... 110
(二) 望胸胁..... 126	(一) 关于明堂色诊的部位划分..... 140
(三) 望腹部..... 126	(二) 鼻部皮肤点状异常能反映 生殖系统的疾病..... 140
(四) 望腰背部..... 126	(三) 鼻毛白化是机体衰老的 标志..... 140
四、望四肢..... 126	十一、人中的发育与子宫的 发育密切相关..... 141
五、望二阴..... 126	十二、牙龈改变与胃粘膜病 变有关..... 141
六、望皮肤..... 127	第三节 望排出物 143
【研究进展】 128	【基本内容】 143
一、面部与脏腑相关部位的 划分..... 128	一、望痰涎..... 143
二、相貌与易患疾病的关系..... 129	(一) 痰..... 143
三、头发的超微结构与年龄 肾气相关..... 130	(二) 涎..... 143
四、望内眼常见病理改变的 辨证..... 130	二、望呕吐物..... 144
(一) 望玻璃体病理改变..... 130	三、望大便..... 144
(二) 望视乳头病理改变..... 131	
(三) 望视网膜病理改变..... 131	
(四) 望视网膜血管改变..... 132	
(五) 望脉络膜病理改变..... 132	

四、望小便	144	机理	157
【补充阐发】	145	第二章 舌诊	159
一、白痰非尽寒，黄痰非皆热	145	第一节 舌诊概要	159
二、尿黄不尽属热证	145	【基本内容】	159
【古代文献】	146	一、舌诊的原理	159
一、望痰涎	146	(一) 舌的组织结构与生理功能	159
二、望呕吐物	146	(二) 舌与内脏气血津液的关系	160
三、望大便	147	二、舌诊的方法	161
四、望小便	148	(一) 舌诊的基本操作	161
第四节 望小儿指纹	150	(二) 诊舌的注意事项	162
【基本内容】	150	三、舌诊的基本内容和正常舌象	163
一、望指纹的原理	150	(一) 舌诊的基本内容	163
二、望指纹的方法	150	(二) 正常舌象	163
三、望指纹的临床意义	150	(三) 舌象的生理变异	163
四、正常指纹	150	【补充阐发】	164
五、病理指纹	150	一、舌既为心之苗，又为脾之外候	164
【补充阐发】	151	二、舌诊和望舌的异同	164
一、儿科分经察纹法	151	三、舌面脏腑分部的古今认识	165
二、关于食指络脉诊法起源的争论	152	【古代文献】	165
三、望小儿食指络脉诊病的原理	152	一、舌的组织结构与功能	165
四、食指络脉诊法的适用年龄	153	二、舌与脏腑经络的关系及望舌原理	166
【古代文献】	153	三、气血津液与舌象的关系	166
【研究进展】	154	四、舌诊的方法和注意事项	166
一、食指络脉的解剖学研究	154	五、舌诊内容	169
二、食指络脉的色泽及形成机理	155	六、正常舌象	169
三、食指络脉色泽变化的现代阐述	155	【研究进展】	169
四、食指络脉的浮沉	156	一、正常舌象的解剖学和组织学特点	169
五、食指络脉的浓淡滞活	156	(一) 粘膜层	169
六、食指络脉的形态及形成机理	156	(二) 固有层	170
七、食指络脉的三关及形成		(三) 肌层	170
		(四) 舌乳头	170
		二、中医舌象微循环研究	171
		(一) 活体舌微循环研究方法	171

(二) 舌微循环观测指标·····	172	不可一概以病而论·····	183
(三) 舌微循环的临床研究·····	173	(一) 齿痕舌·····	183
(四) 舌微循环检测的评价与 展望·····	175	(二) 短缩舌·····	183
第二节 望舌体·····	177	(三) 裂纹舌·····	183
【基本内容】·····	177	(四) 剥落苔·····	183
一、舌体颜色·····	177	四、舌痒的临床意义·····	183
(一) 淡白舌·····	177	五、舌麻的临床辨析·····	184
(二) 淡红舌·····	178	六、舌痛的临床意义·····	184
(三) 红舌·····	178	七、舌下络脉的古今望诊·····	185
(四) 绛舌·····	178	八、舌下“瘀血丝”“瘀血点” 的临床意义·····	185
(五) 紫舌·····	179	【古代文献】·····	186
(六) 青舌·····	179	一、舌神·····	186
二、舌体形质·····	179	二、舌色·····	186
(一) 荣润舌·····	179	(一) 淡红舌·····	186
(二) 枯晦舌·····	179	(二) 淡白舌·····	186
(三) 苍老舌·····	179	(三) 红舌·····	187
(四) 娇嫩舌·····	180	(四) 绛舌·····	188
(五) 胖大舌·····	180	(五) 紫舌·····	188
(六) 瘦薄舌·····	180	(六) 蓝舌·····	189
(七) 点、刺舌·····	180	(七) 青舌·····	189
(八) 裂纹舌·····	180	三、舌体的形质·····	190
(九) 齿痕舌·····	180	(一) 荣枯·····	190
三、舌体动态·····	181	(二) 老嫩·····	190
(一) 痿软舌·····	181	(三) 胖瘦·····	191
(二) 强硬舌·····	181	(四) 点、刺·····	191
(三) 歪斜舌·····	181	(五) 裂纹·····	193
(四) 颤动舌·····	181	(六) 光滑·····	194
(五) 吐弄舌·····	181	(七) 舌衄·····	194
(六) 短缩舌·····	181	(八) 重舌·····	194
(七) 弛纵舌·····	182	(九) 舌疮·····	195
四、舌下络脉·····	182	(十) 舌瘤·····	195
(一) 舌下络脉的观察方法·····	182	(十一) 舌疔·····	195
(二) 诊舌下络脉的临床意义·····	182	(十二) 舌菌·····	195
【补充阐发】·····	182	四、舌体的动态·····	195
一、舌上点、刺，星、斑的 区别及意义·····	182	(一) 痿软·····	195
二、舌面凸凹的临床意义·····	182	(二) 舌纵·····	196
三、齿痕、短缩、裂纹舌及剥苔		(三) 短缩·····	197
		(四) 舌麻·····	197

(五) 颤动	197	十、舌象的动物实验研究	211
(六) 歪斜	197	(一) 国外的研究	211
(七) 吐弄	198	(二) 几种中医典型舌象的动物	
(八) 自啮	198	造模	212
五、舌下络脉	199	第三节 望舌苔	219
【研究进展】	200	【基本内容】	219
一、活体显微观察	200	一、苔质	219
二、舌尖微循环的临床观察	200	(一) 薄苔、厚苔	219
三、舌质的病理切片观察	201	(二) 润苔、燥苔	219
(一) 几种常见病理舌质的组织学		(三) 腻苔、腐苔	220
观察	201	(四) 剥苔、类剥苔	220
(二) 丝状乳头的变化	202	二、苔色	220
(三) 蕈状乳头的变化	202	(一) 白苔	220
(四) 上皮细胞的病变	202	(二) 黄苔	221
(五) 固有层的病变	202	(三) 灰苔、黑苔	221
(六) 血瘀证的舌组织学观察	203	【补充阐发】	221
(七) 舌组织的电镜观察	204	一、绿苔、霉苔、霉酱苔的临床	
四、舌象色度学研究	205	意义	221
(一) 各种舌色的色度学特征	205	二、黄苔并非一概主热证	222
(二) 苔厚指数的测定	205	三、白苔并非一概主寒证	222
五、微量元素代谢与舌象		(一) 不同白苔临床辨析	223
关系的研究	206	(二) 舌体舌苔综合分析	223
六、舌象的血液流变学研究	206	四、灰黑苔的辨证意义	224
(一) 常用指标及正常值	206	【古代文献】	225
(二) 常见病理舌象的血液流变学		一、苔质	225
改变	206	(一) 厚薄	225
七、舌象与血浆内皮素-1 含量的		(二) 润燥与滑涩	226
关系	208	(三) 糙粘	227
八、舌色与 α -颗粒膜蛋白的		(四) 腐腻	227
关系	208	(五) 瓣晕	228
九、舌诊检测仪器研制及		(六) 偏全	228
应用	209	(七) 剥落	228
(一) 舌象摄影仪	209	(八) 消长化退	229
(二) 舌体测量器	209	(九) 有根无根	229
(三) 舌津液测定仪	210	二、苔色	230
(四) 舌表浅血流量测量仪	210	(一) 白苔	230
(五) 舌诊比色板	210	(二) 黄苔	230
(六) 舌象检查仪	210	(三) 灰苔	231
(七) 计算机舌象识别系统	211	(四) 黑苔	232

(五) 霉酱苔	233	(一) 年龄与舌象	249
【研究进展】	234	(二) 性别与舌象	249
一、舌荧光检查	234	三、舌诊在温病辨证中的	
(一) 影响荧光的因素	234	意义	250
(二) 舌荧光形成的机制	235	(一) 辨舌体	250
(三) 病理舌象的荧光观察	235	(二) 辨舌苔	250
二、舌印检查	237	(三) 辨舌态	251
(一) 方法	237	四、临床常见中医舌病	251
(二) 结果	237	五、国外常见病理舌象	251
三、舌苔病理切片观察	238	六、有关舌诊的统一名词和	
(一) 白苔类组织学观察	238	舌上部分的规定 (草案)	
(二) 黄苔类组织学观察	239	252
(三) 灰苔类组织学观察	239	(一) 舌诊名词	252
(四) 黑苔类组织学观察	239	(二) 舌面的部分	252
(五) 无苔组织学观察	239	(三) 舌下的部分	252
(六) 舌苔的变化	240	七、察舌辨八纲	252
四、刮舌涂片检查	240	(一) 察舌辨表里	252
五、舌苔的细菌学检查	240	(二) 察舌辨寒热	253
六、舌苔细胞化学研究	241	(三) 察舌辨虚实	253
七、纤维胃镜检查与舌苔关系的		八、中医络脉理论与微循环的	
研究	243	关系	253
八、舌面酸碱度测定	243	(一) 络脉的分布、流注与微循环的	
第四节 舌象分析与舌诊意义	244	结构、流向	254
【基本内容】	244	(二) 络脉的渗灌、互渗与微循环的	
一、舌象的分析要点	244	生理功能	254
(一) 重察舌的神气和胃气	244	(三) 络脉病变与微循环障碍	254
(二) 舌体与舌苔的综合分析	244	九、古今重要舌诊著作介绍	255
(三) 舌象的动态观察	245	十、舌苔有根无根辨析	258
(四) 舌与症的相互参照	246	(一) 舌苔有根无根的识别争议	259
二、舌诊的临床意义	246	(二) 舌苔有根无根的临床意义	259
(一) 探察病因性质	246	十一、舌诊临床意义的中西医	
(二) 判断病变部位及其浅深	246	对照	259
(三) 辨别病机转归	247	【古代文献】	261
(四) 估计病势趋向	247	一、舌质与舌苔的综合诊察	261
(五) 了解体质禀赋	247	二、舌诊的临床意义	261
【补充阐发】	248	三、危重舌象	262
一、望舌辨体质禀赋	248	【研究进展】	263
二、年龄、性别与舌象的		一、舌苔脱落细胞检测的应用	
关系	249	研究	263

(一) 舌苔形成原理的研究·····	263	八、呕、吐、哕、噫的相关	
(二) 正常舌苔脱落细胞的常值		概念·····	281
研究·····	263	九、肠鸣、矢气的病机·····	282
(三) 病理舌苔脱落细胞变化		【古代文献】 ·····	282
规律的研讨·····	264	一、听声音·····	282
(四) 辨证辨病与舌苔脱落细		二、嗅气味·····	286
胞学研究·····	265	【研究进展】 ·····	287
二、影响舌象形成的各种		一、国内外对声诊的研究·····	287
因素·····	266	(一) 声音有关的基本概念·····	287
(一) 炎症感染·····	267	(二) 国内对声诊的研究·····	288
(二) 唾液分泌·····	267	(三) 国外对声诊的研究·····	289
(三) 口腔微生物·····	267	(四) 声诊研究展望·····	290
(四) 舌面酸碱度·····	267	二、国内外对嗅气味的研究	
(五) 舌组织病理改变·····	268	进展·····	290
(六) 其他舌局部因素·····	268	(一) 嗅觉试验·····	291
(七) 循环障碍·····	268	(二) GC 对人体气味研究的	
(八) 血液状态·····	268	进展·····	291
(九) 神经系统障碍·····	269	(三) 对口臭气味的研究·····	292
(十) 内分泌及酶代谢障碍·····	269	(四) 嗅气味方法的研究·····	294
(十一) 消化、营养障碍·····	269	(五) 嗅气味研究展望·····	294
(十二) 其他全身影响因素·····	270	第四章 问诊 ·····	296
第三章 闻诊 ·····	273	第一节 问诊的意义、方法和	
【基本内容】 ·····	273	内容·····	296
一、听声音·····	273	【基本内容】 ·····	296
(一) 正常声音·····	273	一、问诊的意义·····	296
(二) 病变声音·····	273	二、问诊的方法·····	296
二、嗅气味·····	276	三、问诊的内容·····	297
(一) 病体气味·····	276	(一) 一般情况·····	297
(二) 病室气味·····	276	(二) 主诉·····	297
【补充阐发】 ·····	276	(三) 现病史·····	297
一、五声、五音诊病理论·····	276	(四) 既往史·····	298
二、音哑、失音的虚实辨析·····	277	(五) 个人生活史·····	298
三、对谵语、郑声寒热虚实的		(六) 家族史·····	298
认识·····	278	【补充阐发】 ·····	298
四、关于喉中痰鸣与哮、喘·····	278	一、现病史和既往史的界定与	
五、关于咳嗽与肺咳的概念·····	279	关系·····	298
六、少气、短气与喘的区别和		二、“十问歌”的演变与	
联系·····	280	意义·····	299
七、对咳逆、上气的认识·····	281		

【古代文献】	300	(一) 口渴与饮水	309
一、问诊的意义	300	(二) 食欲与食量	310
二、问诊的方法	300	(三) 口味	310
三、问诊的内容	300	八、问二便	311
(一) 一般情况	300	(一) 大便	311
(二) 主诉	301	(二) 小便	312
(三) 现病史	301	九、问经带	312
(四) 既往史	301	(一) 月经	312
(五) 个人生活史	301	(二) 带下	313
第二节 问现在症状	302	十、问小儿	313
【基本内容】	302	(一) 出生前后情况	314
一、问寒热	302	(二) 预防接种、传染病史	314
(一) 恶寒发热	302	(三) 易使小儿致病的原因	314
(二) 但寒不热	303	【补充阐发】	314
(三) 但热不寒	303	一、要善于抓住主症进行	
(四) 寒热往来	303	询问	314
二、问汗	304	二、怎样理解“恶寒发热”的	
(一) 有汗无汗	304	病状	315
(二) 特殊汗出	304	三、感寒发热与气虚发热	316
(三) 局部汗出	305	四、潮热的表现与辨证	316
三、问疼痛	305	五、对寒热往来机理的认识	317
(一) 疼痛部位	305	六、从“阳加于阴谓之汗”理	
(二) 疼痛性质	306	解汗的机理	317
四、问头身胸腹不适	307	七、为何阳虚自汗、阴虚	
(一) 头晕	307	盗汗	317
(二) 胸闷	307	八、盗汗不尽是阴虚，自汗非	
(三) 心悸	307	皆属阳虚	318
(四) 胁胀	307	九、疼痛的病因与病机	318
(五) 腕痹	307	十、五更泄泻、日晡潮热的	
(六) 腹胀	308	机理	319
(七) 身重	308	十一、五更泄泻的时间，病机并	
(八) 麻木	308	非皆阳虚	320
五、问耳目	308	十二、热入营血为何口反不	
(一) 问耳	308	甚渴	320
(二) 问目	308	十三、但欲漱水不欲咽的病状与	
六、问睡眠	309	病机	321
(一) 失眠	309	十四、虫积为何嗜食异物	321
(二) 嗜睡	309	十五、“除中”的机理分析	322
七、问饮食口味	309		

十六、口苦、口酸、口甜、口咸的主要病机	322	(一) 心、脉是形成脉象的主要脏器	343
十七、“嗜睡”、“昏迷”与“昏睡”的鉴别	323	(二) 气血是形成脉象的物质基础	343
【古代文献】	323	(三) 其他脏腑与脉象形成的关系	344
一、问寒热	323	二、诊脉的部位和方法	344
二、问汗	324	(一) 诊脉部位	344
三、问疼痛	325	(二) 诊脉方法	345
四、问头身胸腹不适	326	三、脉象要素及图述	346
五、问耳目	327	(一) 构成脉象的八个要素	346
六、问睡眠	328	(二) 脉象图述	346
七、问饮食口味	328	四、正常脉象	349
八、问二便	329	(一) 正常脉象的特点	349
九、问经带	329	(二) 脉象的生理变异	350
十、问小儿	329	【补充阐发】	350
【研究进展】	330	一、寸口诊脉及分候的原理	350
一、症状规范化研究	330	二、寸口脉分候脏腑别议	352
二、症状的计量诊断研究	331	三、遍诊法的诊脉部位及临床意义	353
三、问诊的具体内容之深入研究	339	四、趺阳脉的诊法与临床意义	353
(一) 诊察尿液用以分析病机	339	五、我国最早的脉象示意图	354
(二) 诊察尿液变化用以分析病因	339	六、“平脉”的含义与脉象	355
(三) 诊察尿液变化用以判断病位	339	七、对脉象“胃、神、根”的理解	356
(四) 诊察尿液变化用以鉴别病证	340	八、“四季平脉”的脉象特征与生理基础	358
(五) 诊察尿液变化用以辨识病性	340	九、“脉象要素”与脉象的表述	359
(六) 诊察尿液变化用以指导治疗	341	【古代文献】	361
(七) 诊察尿液变化用以推测预后	341	一、脉象形成的原理	361
四、问诊练习软件	342	二、诊脉的部位与方法	361
第五章 脉诊	343	(一) 诊脉的部位	361
第一节 脉诊概说	343	(二) 诊脉的方法	363
【基本内容】	343	三、正常脉象	364
一、脉象形成的原理	343	【研究进展】	366
		一、脉象客观描记仪器的	

研究	366	(九) 滑脉	405
(一) 脉象传感器研究	367	(十) 涩脉	405
(二) 国产脉象仪	368	(十一) 弦脉	405
(三) 国外脉象检测仪器 (装置)		(十二) 紧脉	406
介绍	373	(十三) 缓脉	406
(四) 脉象模拟装置的研制	374	(十四) 长脉	406
(五) 脉象仪器研制略评	374	(十五) 短脉	406
二、脉象信息特征与分析	375	(十六) 微脉	406
(一) 脉象反应的生物信息	375	(十七) 弱脉	406
(二) 脉象信息的特点	376	(十八) 散脉	406
(三) 脉象信号的提取	376	(十九) 濡脉	406
(四) 脉图分析方法	376	(二十) 芤脉	406
(五) 脉象分类方法的研究	383	(二十一) 革脉	407
三、脉象机理研究	385	(二十二) 牢脉	407
四、三部九候研究	390	(二十三) 伏脉	407
(一) 机理研究	390	(二十四) 动脉	407
(二) 寸口三部九候测脉方法的		(二十五) 促脉	407
探讨	393	(二十六) 结脉	407
(三) 临床研究	394	(二十七) 代脉	407
五、正常人脉象研究	396	(二十八) 疾脉	407
(一) 正常人脉象变化特点及与		【补充阐发】	407
年龄性别的关系	396	一、关于“浮脉主表”与	
(二) 正常人四季及昼夜脉象及		“沉脉主里”	407
脉图变化的研究	398	二、脉之迟、数与证之寒、	
(三) 正常人脉象和脉图变化与		热	408
地域、种族的关系	400	三、弦脉、紧脉的脉象与	
(四) 正常人脉象及脉图变化与		鉴别	409
职业关系的研究	401	【古代文献】	410
(五) 正常人脉象的胃、神、根		【研究进展】	425
研究	401	一、脉象浮与沉的研究	425
第二节 常见脉象及临床意义	404	(一) 浮脉的研究	425
【基本内容】	404	(二) 沉脉的研究	426
(一) 浮脉	404	(三) 芤脉的研究	426
(二) 沉脉	404	二、脉象迟与数的研究	427
(三) 迟脉	404	(一) 数脉的研究	427
(四) 数脉	404	(二) 迟脉的研究	427
(五) 虚脉	404	三、促、结、代脉象的研究	428
(六) 实脉	404	(一) 结脉的研究	428
(七) 洪脉 (附大脉)	405	(二) 促脉的研究	429
(八) 细脉	405		

(三) 代脉的研究	430	【基本内容】	451
四、脉象弦与软的研究	430	一、诊妇人脉	451
(一) 弦脉的研究	430	二、诊小儿脉	451
(二) 濡脉的研究	432	【补充阐发】	451
五、脉象滑与涩的研究	432	一、妊娠脉象的辨识	451
(一) 滑脉的研究	433	二、离经脉的特征及其形成原因	452
(二) 涩脉的研究	434	【古代文献】	453
六、脉象洪与细的研究	434	一、诊妇人脉	453
(一) 洪脉与细脉的对比研究	434	二、诊小儿脉	454
(二) 细脉的研究	434	【研究进展】	455
第三节 脉象类比、相兼和真脏脉	437	一、妇女脉象的研究	455
【基本内容】	437	(一) 月经期脉象研究	455
一、相类脉比较	437	(二) 妊娠期脉象及脉图研究	455
二、相兼脉	438	(三) 正常分娩过程的脉图研究	456
三、真脏脉	438	(四) 临产离经脉研究	457
【补充阐发】	438	二、小儿脉象及脉图研究	457
一、怪脉的脉象特征与主病	438	第五节 脉诊的意义	458
二、不能相兼的脉象	441	【基本内容】	458
【古代文献】	441	一、辨别病情	458
一、相类脉比较	441	二、阐述病机	458
二、相兼脉	443	三、指导治疗	458
三、真脏脉	444	四、推断预后	458
【研究进展】	446	【补充阐发】	459
一、十怪脉的研究	446	一、脉症顺逆与从舍	459
(一) 釜沸脉的研究	446	二、脉学著作简介	461
(二) 解索脉的研究	447	【古代文献】	462
(三) 雀啄脉的研究	447	一、辨别病情	462
(四) 麻促脉的研究	448	二、阐述病机	464
(五) 虾游脉的研究	448	三、指导治疗	464
(六) 鱼翔脉的研究	449	四、推断预后	464
(七) 屋漏脉的研究	449	【研究进展】	465
(八) 弹石脉的研究	449	一、脉象的动物实验及动物模型研究	465
(九) 转豆脉的研究	450	(一) 脉搏图曲线及脉速的动物实验及模型研究	465
(十) 偃刀脉的研究	450	(二) 模拟“扎脉”的动物实验研究	466
附：鬼祟脉的研究	450		
二、临终前脉象图形初步探讨	451		
第四节 诊妇人脉与小儿脉	451		

(三) 模拟“弦脉、滑脉”的动物实验.....	467	五、穴位诊断的临床运用	489
(四) 模拟“缓、涩、芤”脉的动物实验.....	468	六、尺肤诊法的运用	490
(五) 模拟“迟脉”的动物模型实验.....	468	【古代文献】	492
二、脉象、脉图与病、证关系研究.....	469	一、接诊的方法与意义	492
(一) 以病为主脉象、脉图的研究.....	469	二、接诊的内容	492
(二) 虚证的脉象及脉图研究.....	475	(一) 按胸胁.....	492
(三) 实证-痰火证的脉象及脉图研究.....	477	(二) 按脘腹.....	493
三、脉诊研究的展望与未来	477	(三) 按肌肤.....	493
第六章 接诊	480	(四) 按手足.....	494
【基本内容】	480	(五) 按腧穴.....	495
一、接诊的方法与意义	480	【研究进展】	495
二、接诊的内容	481	一、有关中医腹诊的研究	495
(一) 按胸胁.....	481	(一) 腹诊基本原理的研究.....	495
(二) 按脘腹.....	482	(二) 腹诊临床意义的理论研究.....	496
(三) 按肌肤.....	483	(三) 腹诊的临床运用与实验研究.....	497
(四) 按手足.....	483	二、有关腧穴接诊的研究	500
(五) 按腧穴.....	484	(一) 腧穴、穴位压痛及按穴辨别病证的探讨.....	500
【补充阐发】	484	(二) 腧穴压痛诊断疾病的临床研究.....	502
一、可按者可有实，拒按者亦有虚.....	484	(三) 全息穴压痛诊断法.....	503
二、中医腹诊的概念	485	三、接诊研究的展望	504
三、腹诊的基本内容及临床意义.....	485	第七章 八纲辨证	508
(一) 观外形.....	485	第一节 八纲辨证的概念与源流	508
(二) 按腹力.....	486	【基本内容】	508
(三) 测腹温.....	486	一、八纲辨证概念	508
(四) 触痞鞭.....	486	二、八纲辨证源流	509
(五) 揣拘急.....	487	【补充阐发】	509
(六) 诊压痛.....	488	一、八纲且可作为类病的纲领.....	509
(七) 视络脉.....	488	二、八纲概念形成的沿革	510
(八) 探癥块.....	488	三、八纲的内容宜增上下两纲.....	510
(九) 扪动悸.....	488	四、正确理解八纲中的辨证法思想.....	511
四、腧穴压诊的诊断原理	489	【古代文献】	511

第二节 八纲基本证候	511	(三) 表证与里证鉴别	528
【基本内容】	511	二、寒热辨证	528
一、表里辨证	511	三、虚实辨证	530
(一) 表证	512	(一) 虚实证候	530
(二) 里证	512	(二) 虚证与实证的鉴别	532
(三) 半表半里证	513	四、阴阳辨证	533
(四) 表里证鉴别要点	513	(一) 阴证与阳证	533
二、寒热辨证	513	(二) 阴阳偏盛	533
(一) 寒证	513	(三) 阴阳偏虚	534
(二) 热证	513	(四) 亡阴亡阳	535
(三) 寒热证鉴别要点	514	【研究进展】	535
三、虚实辨证	514	一、阴阳、寒热现代研究	
(一) 实证	514	进展	535
(二) 虚证	515	二、虚实、表里现代研究	
四、阴阳辨证	515	进展	540
(一) 阴阳是类证的纲领	515	三、八纲的动物病理模型	542
(二) 阴阳有具体的辨证内容	515	(一) 寒、热、阳虚、阴虚证	
【补充阐发】	517	模型	542
一、对表证病位的理解	517	(二) 表、里、虚、实证模型	549
二、肌表、表、表证的区别及		四、八纲研究展望	551
关系	518	第三节 八纲证候间的关系	555
三、对表证“恶寒”而不“畏		【基本内容】	555
寒”的理解	519	一、证候相兼	556
四、半表半里证辨	519	二、证候错杂	556
五、寒热两纲的逻辑问题	520	(一) 表里同病	556
六、《内经》中有关虚实的		(二) 寒热错杂	556
不同概念	520	(三) 虚实夹杂	557
七、精气夺固为虚，邪气盛未		三、证候真假	557
必实	521	(一) 寒热真假	557
八、虚实之间的辨证关系	522	(二) 虚实真假	557
九、阳虚症状的两重性	522	四、证候转化	558
十、阴虚火旺与戴阳、格阳	523	(一) 表里出入	558
十一、中日两国对阴虚证和阳		(二) 寒热转化	558
虚证理解的异同	523	(三) 虚实转化	559
【古代文献】	524	【补充阐发】	559
一、表里辨证	524	一、“表虚”证，当质疑	559
(一) 表证	524	二、寒热有多少类型	560
(二) 里证	527	三、虚证转实的可能性	560
		四、邪气出入与证候转化的	

关系	561	十、辨证中有关“毒”的	
五、“至虚有盛候，大实有		概念	579
羸状”辨析	562	(一)“毒”在病因学中的涵义	579
六、重阴必阳、重阳必阴与阴盛		(二)“毒”的特性与致病的	
格阳、阳盛格阴不同	563	特点	579
七、热深厥深的病机分析	563	(三)常见“毒”病一般辨证	
【古代文献】	564	规律	580
一、证候错杂	564	(四)中毒辨证	582
二、证候转化	565	【古代文献】	582
三、证候真假	566	一、六淫病证	582
第八章 病因与气血津液辨证	569	(一)外风证	582
第一节 病因辨证	569	(二)实寒证	583
【基本内容】	569	(三)暑证	584
一、外风证	570	(四)湿证	584
二、实寒证	570	(五)外燥证	585
三、暑证	571	(六)火热证	585
四、湿证	571	二、毒证、脓证、食积证、虫	
五、外燥证	571	积证	586
六、火热证	572	(一)毒证	586
七、毒证	573	(二)脓证	586
八、脓证	573	(三)食积证	586
九、食积证	573	(四)虫积证	586
十、虫积证	573	第二节 气血辨证	587
【补充阐发】	574	【基本内容】	587
一、“病性”的概念与内容	574	一、气虚类证	587
二、略论“病势”	574	(一)气虚证	587
三、风邪客于皮肤的常见病证		(二)气陷证	588
鉴别	575	(三)气不固证	588
四、因寒致痛的机理	576	(四)气脱证	588
五、暑证的常见证候辨析	576	二、血虚类证	588
六、“湿证”、“燥证”的寒热病		(一)血虚证	588
性区分	577	(二)血脱证	588
七、湿邪与他邪相兼致病之机理		三、气滞类证	589
及临床鉴别	577	(一)气滞证	589
八、关于虚火实质不是火的		(二)气逆证	589
理由	578	(三)气闭证	589
九、关于毒虫伤的证候特征	578	四、血瘀证	589
		五、血热证	590
		六、血寒证	590

【补充阐发】	590	(一) 气滞血瘀证	602
一、 气血同病的辨证	590	(二) 气虚血瘀证	603
(一) 气滞血瘀证	591	(三) 气血两虚证	603
(二) 气虚血瘀证	591	(四) 气不摄血证	603
(三) 气血两虚证	591	(五) 气随血脱证	603
(四) 气不摄血证	591	【研究进展】	603
(五) 气随血脱证	591	一、 气虚证实验研究进展	603
二、 关于血瘀证的概念与 范围	591	(一) 气虚证动物模型的研制	604
(一) 古代有关血瘀证的认识和 描述	591	(二) 气虚证本质的研究	604
(二) 现代对血瘀概念和本质的 认识	592	(三) 气虚证诊断标准的研究	607
(三) 瘀、瘀血、血瘀、血瘀证的 区别与定义	592	(四) 气虚证研究述评	607
(四) 血瘀证的范围	593	二、 血虚证实验研究进展	607
三、 有瘀象非皆瘀证，瘀证非 皆见瘀象	593	(一) 血虚证流行病学的研究	608
四、 瘀血证的病因和病机	594	(二) 血虚证本质的研究	608
五、 瘀血所见的病证表现	594	(三) 血虚证动物模型的研制	609
六、 关于温病血瘀的临床 表现	597	(四) 血虚证研究展望	610
七、 血瘀证的分类与现代 解释	597	三、 血瘀证实验研究进展	610
八、 中西医对血瘀证认识的 异同	598	(一) 血瘀证动物模型的研制	610
九、 痰瘀相关理论与实践	598	(二) 血瘀证诊断标准的研究	630
十、 瘀水互患与血瘀水停	599	(三) 血瘀证客观化研究	635
十一、 动血、动风与血热、 血寒	599	第三节 津液辨证	647
【古代文献】	600	【基本内容】	647
一、 气虚类证	600	一、 痰证	647
二、 血虚类证	600	二、 饮证	648
三、 气滞类证	601	三、 水停证	648
四、 血瘀证	601	四、 津液亏虚证	648
五、 血热证	602	【补充阐发】	649
六、 血寒证	602	一、 痰饮瘀血应属病机病证	649
七、 气血同病证类	602	二、 常见痰证的临床鉴别	649
		三、 痰证的命名特点	650
		【古代文献】	650
		一、 痰证	650
		二、 饮证	651
		三、 水停证	652
		四、 津液亏虚证	652
		【研究进展】	652
		一、 痰证的流行病学调查	652
		二、 痰证与某些检测指标的	

关系	653	比研究	673
(一) 痰证与血脂的关系	653	第二节 肺病辨证	677
(二) 痰证与血液流变性的关系	653	【基本内容】	677
(三) 痰证与血液循环的关系	654	一、肺气虚证	677
(四) 痰证与甲皱微循环的关系	654	二、肺阴虚证	677
(五) 痰证与其他检测指标的关系	654	三、风寒犯肺证	678
三、痰证实验研究的展望	655	四、风热犯肺证	678
第九章 脏腑辨证	656	五、燥邪犯肺证	678
第一节 心病辨证	657	六、肺热炽盛证	678
【基本内容】	657	七、痰热壅肺证	679
一、心血虚证	657	八、寒痰阻肺证	679
二、心阴虚证	657	九、饮停胸胁证	679
三、心气虚证	657	十、风水相搏证	679
四、心阳虚证	657	【补充阐发】	680
五、心阳虚脱证	658	一、肺阳虚证辨析	680
六、心火亢盛证	658	二、论肺血虚证	681
七、心脉痹阻证	658	【古代文献】	681
八、痰蒙心神证	658	【研究进展】	685
九、痰火扰神证	659	一、肺病虚证的实验研究	685
十、痰阻脑络证	659	(一) 肺气虚证的实验研究	685
【补充阐发】	659	(二) 肺阴虚证本质的研究	687
一、“心移热于小肠”证	659	二、肺病实证的病理生理	688
辨析	659	研究	688
二、论“心移热于小肠”	660	三、肺病其他研究进展	688
之非	660	四、肺病研究评述与展望	689
三、心火亢盛证的分类	660	第三节 脾病辨证	690
四、中医脑病的病因病机及	661	【基本内容】	690
辨证	661	一、脾气虚证	690
【古代文献】	662	二、脾虚气陷证	690
【研究进展】	665	三、脾阳虚证	690
一、心气虚证的研究进展	665	四、脾不统血证	691
二、心阴虚证的研究进展	671	五、寒湿困脾证	691
三、心脉痹阻证的研究进展	672	六、湿热蕴脾证	691
四、心病动物造模研究的有关	672	【补充阐发】	692
进展	672	一、有关脾阴虚证	692
五、心病各证型客观指标的对	673	二、对“阴火证”的认识	692
		【古代文献】	693

【研究进展】	695	一、肝血虚证	711
一、脾虚证诊断标准	695	二、肝阴虚证	711
二、脾虚证动物模型	696	三、肝郁气滞证	712
三、脾虚证的临床与实验		四、肝火炽盛证	712
研究	696	五、肝阳上亢证	712
(一)脾主运化	696	六、肝胆湿热证	712
(二)脾主肌肉	698	七、寒滞肝脉证	713
(三)脾主统血	698	八、胆郁痰扰证	713
(四)脾虚证的其他研究	698	九、肝风内动证	713
四、脾虚证研究述评与展望	700	(一)肝阳化风证	713
(一)研究特点	700	(二)热极生风证	713
(二)存在问题	701	(三)阴虚动风证	714
(三)研究展望	701	(四)血虚生风证	714
第四节 胃肠病辨证	704	【补充阐发】	714
【基本内容】	704	一、论肝气虚证及肝阳虚证	714
一、胃气虚证	704	(一)肝气虚证	714
二、胃阳虚证	705	(二)肝阳虚证	715
三、胃阴虚证	705	二、肝胆湿热证、脾胃湿热证、	
四、肠燥津亏证	705	中焦湿热证之辨析	715
五、寒滞胃肠证	705	三、肝火证的病因病机证候	
六、胃热炽盛证	706	概要	716
七、肠热腑实证	706	四、肝病有郁结和上下横窜厥脱	
八、饮留胃肠证	706	之变	716
九、食滞胃肠证	706	五、肝气、肝火、肝阳三证的	
十、胃肠气滞证	707	关系与比较	717
十一、肠道湿热证	707	六、肝阳上亢证与肝肾阴虚阳	
十二、虫积肠道证	707	亢证的区别	717
【补充阐发】	707	七、内风证的病机不只是	
一、论“胃强脾弱”证	707	四种	718
二、胃阴虚证与脾阴虚证的		【古代文献】	718
鉴别	708	【研究进展】	721
三、肺胃气逆为病理概念而		一、肝郁气滞证的现代研究	721
不是规范证名	708	二、肝胆湿热证的现代研究	724
四、肠道湿热证的证候特点	708	三、肝阳上亢证的现代研究	725
【古代文献】	709	四、肝火炽盛证的现代研究	726
第五节 肝胆病辨证	711	五、肝风内动证的现代研究	727
【基本内容】	711	六、肝气虚证的现代研究	728

七、肝病证候现代研究略评	729	八、肺肾阴虚证	755
第六节 肾与膀胱病辨证	732	九、肝火犯肺证	755
【基本内容】	732	十、肝胃不和证	755
一、肾阳虚证	732	十一、肝郁脾虚证	755
二、肾虚水泛证	732	十二、肝肾阴虚证	755
三、肾阴虚证	732	十三、脾肾阳虚证	756
四、肾精不足证	733	【补充阐发】	756
五、肾气不固证	733	一、心肾相交理论的历史	
六、膀胱湿热证	733	源流	756
【补充阐发】	734	二、心肾不交的病理本质	756
一、有关肾实证	734	三、“心肾不交”证辨析	757
二、肾气不固有五个方面的		四、肾不纳气证及其类证	
不固	734	鉴别	757
【古代文献】	735	五、肝肾阴虚证与肝阳上亢	
【研究进展】	737	证的辨析	758
一、肾虚动物模型的研究	737	【古代文献】	759
二、肾主生长发育和生殖的		第十章 其他辨证概要	763
异常与内分泌失调的关系		第一节 六经辨证概要	763
.....	737	【基本内容】	763
三、肾主水异常与肾脏结构、		一、太阳病证	763
功能的相关性	741	(一) 太阳经证	763
四、肾主骨异常与骨密度的		(二) 太阳腑证	764
变化	742	二、阳明病证	764
五、肾开窍于耳与生化物质		(一) 阳明经证	765
基础	743	(二) 阳明腑证	765
六、肾的病证与免疫、微循环及		三、少阳病证	765
代谢等方面的联系	744	四、太阴病证	765
七、肾的研究述评	747	五、少阴病证	766
第七节 脏腑兼病辨证	753	(一) 少阴寒化证	766
【基本内容】	753	(二) 少阴热化证	766
一、心肾不交证	753	六、厥阴病证	766
二、心肾阳虚证	753	七、六经病证的传变	766
三、心肺气虚证	753	【补充阐发】	766
四、心脾气血虚证	754	一、六病与六经之说	766
五、心肝血虚证	754	(一) “六经”之说原著没有	
六、脾肺气虚证	754	根据	767
七、肺肾气虚证	754	(二) “经”是病程期限——“经	
		过”	767

(三) 附会《内经》，误之又误	768	统一	784
二、强分经证腑证有悖仲景		(二) 在外感温热病过程中的	
原旨	769	对立统一	784
(一) 太阳经证剖析	769	(三) 在治疗方法上的对立	
(二) 太阳腑证剖析	770	统一	784
(三) 阳明经证与腑证	771	(四) 在辨证论治层次上的对立	
三、关于少阳病的位置	771	统一	784
(一) 认为少阳居三阳、三阴		五、论温病辨证分期审证论治	
之间	771	体系	785
(二) 认为少阳介于太阳、阳明		六、六经辨证与卫气营血辨	
之间	771	证的关系	787
(三) 调和于以上两种意见之间	771	【古代文献】	788
四、太阳中风证的虚实属性	772	【研究进展】	789
五、太阳中风与太阳伤寒的		一、卫气营血的病理研究	789
病机区分	773	二、卫气营血的血液流变学与	
(一) 风和寒性质相同，仅程度		微循环指标测定	789
上的差别	773	三、温病生化指标的测定	790
(二) 中风乃风寒犯营，伤寒乃		四、温病免疫指标的测定	790
风寒犯卫	773	五、温病卫气营血证动物	
【古代文献】	774	模型的研制	791
第二节 卫气营血辨证概要	776	第三节 三焦辨证概要	794
【基本内容】	776	【基本内容】	794
一、卫分证	776	一、上焦病证	794
二、气分证	777	二、中焦病证	794
三、营分证	777	三、下焦病证	795
四、血分证	777	四、三焦病证的传变	795
五、卫气营血证的传变	778	【补充阐发】	795
【补充阐发】	778	一、三焦辨证与卫气营血辨证	
一、关于温病的概念	778	之异同	795
二、伤寒与温病之争	779	二、卫气营血与三焦证候的	
(一) 寒温之争的源流	779	实质区别	796
(二) 寒温之争的焦点	779	三、寒温辨证方法能否统一	798
(三) 寒温之争剖析	781	(一) 不主张寒温辨证方法统一	798
三、寒温之争是概念认识		(二) 主张寒温辨证方法统一	799
不一致	783	四、寒温辨证方法为何要	
四、伤寒与温病是对立的		统一	799
统一	784	五、寒温辨证方法统一的种种	
(一) 在病因学上寒与热的对立		设想	800

(一) 以伤寒六经统一辨证·····	800	四、诊断的思维方式与特征·····	826
(二) 以卫气营血统一辨证·····	800	五、辨证的基本要求·····	827
(三) 以八纲统一辨证·····	801	六、辨证的内容及步骤·····	829
(四) 以脏腑气血统一辨证·····	801	七、证(证候)的内容·····	831
(五) 以现代医学生理系统统一 辨证·····	801	八、证名的表述形式·····	832
(六) 以六经系统统一辨证·····	801	九、“证”的结构与层次·····	833
六、寒温辨证方法统一的 利与弊·····	802	十、证候的分类·····	834
七、外感病初期辨证简表·····	803	十一、证型的含义与局限·····	835
八、外感病极期辨证简表·····	803	十二、“辨证”的涵义·····	835
九、外感病后期辨证简表·····	805	十三、“证”与“病理过程”的 关系·····	836
【古代文献】·····	805	十四、中医误诊原因分析·····	837
第四节 经络辨证概要·····	806	十五、辨证的不足·····	839
【基本内容】·····	806	【古代文献】·····	840
一、十二经脉病证特点·····	807	【研究进展】·····	842
二、奇经八脉病证特点·····	807	一、诊法原理的探讨·····	842
【补充阐发】·····	808	(一) 整体诊法理论·····	843
一、关于是动病、所生病·····	808	(二) 局部诊法理论·····	844
二、十二经病证的特点·····	809	二、辨证体系的合理内核·····	845
三、奇经八脉病证与病机·····	810	三、辨病与辨证相结合·····	846
四、《内经》经络诊断法·····	810	(一) 中医学的辨病与辨证相 结合·····	846
【古代文献】·····	811	(二) 西医辨病与中医辨证的 结合·····	847
【研究进展】·····	813	四、辨证体系的内容与特色·····	849
一、经穴压痛和经络辨证 诊断研究·····	813	五、从客观指标加深对“证” 的认识·····	850
二、经络穴位诊断的客观 指标研究·····	814	六、“证”实质的研究·····	851
第十一章 诊法与辨证运用·····	817	七、宏观辨证与微观辨证的 结合·····	852
【基本内容】·····	817	八、数学方法在中医诊断中的 运用·····	853
一、病情资料的综合处理·····	817	(一) 计量诊断的意义·····	853
二、辨证思维的方法与步骤·····	819	(二) 中医学可借用的几种主要 数学方法·····	853
【补充阐发】·····	823	(三) 中医诊疗专家系统的建立·····	856
一、證、证、症、候的沿革与 证候的本来含义·····	823	九、专科特色辨证的研究·····	857
二、关于“症”的音、义·····	824	(一) 研究专科特色辨证的	
三、证的概念的演变·····	825		

必要性.....	857	五、症、病、证概念的混淆	
(二) 五官辨证的特异性.....	857	应纠正.....	882
(三) 专科特色辨证的要求与		六、中西医病名的主要异同.....	883
意义.....	858	七、病名中存在的问题.....	883
十、临床常见标准证名.....	859	八、中医病名混乱的因素	
(一) 基本虚证类.....	859	分析.....	884
(二) 基本实证类.....	859	九、疾病命名的原则.....	884
(三) 虚实夹杂证类.....	861	【古代文献】	886
(四) 心系证类.....	862	一、疾病概念.....	886
(五) 肺系证类.....	862	二、疾病命名.....	887
(六) 脾系证类.....	863	三、疾病分类.....	888
(七) 肝系证类.....	864	【研究进展】	889
(八) 肾系证类.....	865	一、病名研究的概况.....	889
(九) 脏腑兼证类.....	866	二、疾病的分类.....	890
(十) 卫表肌肤证类.....	867	三、病名的分化与定义.....	893
(十一) 头面官窍证类.....	867	四、临床常见标准病名.....	898
(十二) 经脉筋骨证类.....	869	(一) 传染病、寄生虫病类.....	898
(十三) 其他证类.....	869	(二) 脑系病类.....	899
(十四) 期、度、型等.....	869	(三) 心系病类.....	899
第十二章 疾病诊断概要	872	(四) 肺系病类.....	900
【基本内容】	872	(五) 脾系病类.....	900
一、“病”的概念与意义.....	872	(六) 肝系病类.....	900
(一) “病”的概念及病、证、		(七) 肾系病类.....	901
症的关系.....	872	(八) 男性前阴病类.....	901
(二) 病名诊断的意义.....	874	(九) 颈瘰病类、乳房病类.....	902
(三) 辨病与辨证相结合.....	875	(十) 疮疡病类.....	902
二、疾病的命名.....	876	(十一) 皮肤病类.....	904
(一) 疾病命名的概况.....	876	(十二) 妇女经、带、杂病类.....	905
(二) 疾病命名的形式.....	876	(十三) 胎、产及其疾病.....	905
(三) 正确对待和运用中医病名.....	877	(十四) 新生儿病、小儿特发病.....	906
三、疾病的分类.....	878	(十五) 眼病类.....	907
(一) 疾病分类的概况.....	878	(十六) 耳鼻咽喉口齿病类.....	908
(二) 疾病分类的方法.....	878	(十七) 肛肠病类.....	909
【补充阐发】	880	(十八) 躯体痹、痿、瘤等病类.....	909
一、健康与疾病的概念.....	880	(十九) 时行病、中毒及	
二、病名的概念.....	880	其他病类.....	910
三、证、病、症及证名、证候		(二十) 症状性名称.....	910
与病名的关系.....	881	第十三章 病案书写	912
四、病名诊断的意义.....	881	【基本内容】	912

一、病案的沿革与意义	912	(一) 脉象	927
(一) 病案的沿革	912	(二) 舌象	928
(二) 病案的意义	912	三、病案中望、闻、按诊常用	
二、病案的内容和要求	913	术语	928
(一) 中医病案书写通则	913	(一) 神识情志	928
(二) 中医病案书写格式	914	(二) 面色	928
【补充阐发】	917	(三) 身体形态	928
一、主诉的确定与书写	917	(四) 言语、声音、气味症状	928
二、病案中“诊断”的内容	918	(五) 痰涎、呕吐物症状	929
三、搞好病案书写的内涵建设		(六) 头面颈项症状	929
.....	918	(七) 胸腹腰背症状	930
四、抓好病案质控管理的		(八) 四肢症状	931
措施	919	(九) 男性前阴症状	931
五、中医病案的统一名称	920	(十) 肛门症状	932
六、医案的起源与发展	920	(十一) 疮疡症状	932
七、医案的分类	923	(十二) 皮肤症状	932
【古代文献】	924	(十三) 肿瘤、脊核	933
【研究进展】	925	四、现代中医病案的管理与	
一、问现在症常用术语	925	应用	933
(一) 寒热	925	(一) 现代病案的意义	933
(二) 出汗	925	(二) 病案的管理	934
(三) 疼痛	925	(三) 病案的检索	934
(四) 饮食口味	925	(四) 病案管理和检索的现代化	934
(五) 二便	926	五、医案整理研究	935
(六) 睡眠	926	(一) 医案整理研究的意义	935
(七) 全身不适	926	(二) 医案整理研究的原则	935
(八) 月经带下	927	(三) 医案整理研究的步骤	936
二、脉象、舌象术语	927	(四) 医案整理研究的方式	936

绪论

【基本内容】

诊，即诊察了解；断，即分析判断。“诊断”就是察看、询问、检查病人，掌握病情资料，从而对病人的健康状况和病情的本质进行辨识，并对所患病、证作出概括性判断。

中医诊断学是根据中医学的理论体系，研究诊察病情、判断病种、辨别证候的基础理论、基本知识和基本技能的一门学科。它是中医学专业的基础，是联系基础理论与临床各科之间的桥梁学科，是中医学专业课程体系中的主干课程。

一、中医诊断学的主要内容

中医诊断学以研究疾病中各种症状、病名、证名的概念、临床表现、诊断方法及其相互关系为主要内容。

(一) 诊法

指诊察收集病情的基本方法。主要包括望、闻、问、切四诊。张景岳曰：“诊，视也，察也，候脉也。凡切脉望色，审问病因，皆可言诊。”其中：

望诊是察看病人的神、色、形、态、舌象以及排出物等，发现异常表现，以了解病情。

闻诊是通过听病人的语言、呼吸等声音及嗅病人发出的异常气味，以判断病情。

问诊是询问病人有关疾病的情况，病人的自觉症状，从而了解病者的各种病态感觉和疾病的发生发展、诊疗等情况。

切诊是通过切脉和触按病人身体有关部位，测知脉象变化及有关异常征象，以了解病体的变化情况。

通过四诊所收集的病情资料，主要包括症状和体征。症状是指病人自觉的痛苦和不适，如头痛、眼花、胸闷、腹胀等。体征是指经检查而发现的病情征象，如面色白、舌苔黄、脉浮数等。

症状和体征又可统称症状，或简称“症”。“症”（含症状、体征）是疾病所反映的现象，是判断病种、辨别证候的主要依据。

(二) 诊病

诊病又称辨病，就是判断疾病的病种，作出病名诊断。疟疾、消渴、麻疹、红丝疔、股骨骨折、白喉等属于病名概念。疾病的病名是对该具体疾病全过程的特点与规律所作的概括与抽象，即该疾病的代名词。

任何一种疾病的发生，都有一定的病因，都有一定的脏腑等部位，具有一定的病机，并以一定的病状表现于外，具有一定的演变规律。因此，对疾病进行判断是诊断所不可缺少的内容。

诊病为临床各科应讨论的主要内容，在中医诊断中主要是介绍疾病命名与分类等共性知识。

（二）辨证

证为中医学特有的概念（不同于“病”、“症”，西医无“证”的称谓）。“证”与“病”、“症”相对而言，是对疾病所处一定阶段的病因病性、病位等所作的概括。

证名——如痰热壅肺证、脾肾阳虚证等，是对证的本质的概括。

证候——如发热恶寒、头痛、脉浮等，为证所表现的具有内在联系的症状、体征。

“辨证”是在中医学理论的指导下，对病人的症状、体征等进行分析、综合，对疾病当前阶段的病因病性与病位等作出判断，并概括为完整证名的诊断过程。

（四）病案

病案是临床有关诊疗等情况的书面记录。又称病历、诊籍。

病案要求将病人的详细病情、病史、诊疗等情况如实记录，以作为医疗、教学、科研等的重要资料。

二、中医诊断的基本原理

中医诊断的基本原理是建立在整体观念、相互联系的认识之上。《素问·阴阳应象大论》所说“以我知彼，以表知里，以观过与不及之理，见微得过，用之不殆”为其纲领。具体有司外揣内、见微知著、以常达变 3 点。

（一）司外揣内

“司外揣内”（《灵枢·外揣》），即观察外表的病理现象（症状、体征等），可以推测内脏的变化，认识了内在的病理变化，便可解释显现于外的证候。其理论依据如《丹溪心法》所说：“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。”即《灵枢·论疾诊尺》所谓“从外知内”之理。这一认识与近代“黑箱”理论极其相似。

（二）见微知著

“见微知著”，语出《医学心悟·医中百问歌》。意指通过微小的变化，可以测知整体的状况。机体的某些局部，包含着整体的生理、病理信息。这一理论与近代所谓“生物全息”、“缩影”的含义相通。

中医诊断中见微知著的典型例证，有面部色诊分候，即“此五脏六腑肢节之部也，各有部分。”（《灵枢·五色》）又如独取寸口诊全身之疾，即“独取寸口以决五脏六腑死生吉凶之法。”其他如耳诊、舌诊、目诊等局部微诊方法都属于“见微知著”的诊断原理。

（三）以常达变

“以常达变”即《素问·玉机真脏论》所谓“五色脉变，揆度奇恒”之义。是指通过观察比较，在认识正常的基础上，发现太过、不及的异常变化，从而认识事物的性质及变动的程度。

中医诊断应从对比中找出差别。如疾病与健康，不同的面色或舌色，脉搏的虚、实、细、洪等，都是相对的，只有通过比较，才能发现哪些是正常，哪些是异常，并进而认识疾病的本质，这就是“以常达变”的诊断原理。

三、中医诊断的基本原则

病情变化错综复杂，临床表现有显、隐、真、假、微、著之别，病、证有先后、主次、标本、合病、并病、兼夹之异。医生要从千变万化、纷纭复杂的表现中，抓住疾病

的本质，对病、证作出正确的诊断，除了应熟悉中医学的理论与知识外，还需要用辩证唯物主义认识论作为指导。中医诊断的原则主要有整体审察、诊法合参、病证结合 3 点。

（一）整体审察

疾病中存在广泛的整体影响，如局部与全身的互相影响，精神、气机与形体的互相影响，脏腑与气血阴阳等的互相影响，机体与周围环境的互相影响等。

中医诊断中整体审察的要求，是全面了解局部与全身的病情表现；了解病史、体质、精神情绪、家庭、时令气候、周围环境等对病情有无影响；从整体上对病情进行全面分析、综合判断，认识病变的前后因果关系、演变发展趋势等。

（二）诊法合参

“诊法合参”是指四诊并重，诸法参用，病情资料的综合收集。《素问》所谓“能合色脉，可以万全”；《医门法律》所谓“望闻问切，医之不可缺一”；《四诊抉微》所谓“然诊有四，在昔神圣相传，莫不并重”，均是强调诊法不可偏执。

四诊应并用或并重的道理，是因为四诊是从各自不同的角度诊察病情，方法各异，不能互相取代，各诊所收集的资料均对诊断有益。同时，临床上的病情资料，有时并不完全一致，甚至会出现矛盾，若单凭某诊就有可能导致误诊，因此，只有综合四诊资料，全面分析，才能得出正确的诊断。

临床实际上是四诊参合运用而难以截然分开，并不一定按固定的诊法顺序（如望闻问切或问望闻切）进行。

（三）病证结合

在中医学中，“病”与“证”是密切相关的不同概念，中医诊断既要辨病，又要辨证。

辨病与辨证的意义不同：辨病有利于从全程、特征性上认识疾病的本质，病为全过程的基本矛盾。辨证有利于认识疾病当前阶段证候的病位与性质，证为当前阶段的主要矛盾。

中医诊断强调要病证结合，是因为虽然病与证都是对疾病本质的认识，但病、证反映的侧重面有所不同，两者不能互相取代。辨病与辨证相结合，是既重视疾病的基本矛盾，又抓住当前的主要矛盾。中医诊断在辨病基础上辨证有利于缩小辨证范围，先辨证后辨病则有助于对疾病全过程的认识。

四、中医诊断学的发展简史

各个时期在诊断方面有突出贡献的医学家、主要著作如：

《内经》在诊法上有望神、察色、闻声、问病、切脉、诊尺肤等内容，从理论上奠定了诊法和辨证的原理，贯串着病证结合的诊断思路。《难经》称四诊为神圣工巧的技能，尤其重视脉诊。淳于意（仓公）创立“诊籍”。张仲景创立以六经辨伤寒，以脏腑辨杂病，其在疾病分类上具有很高的水平。

《脉经》为我国第 1 部脉学专著，集汉以前脉学之大成，分述三部九候、寸口、二十四脉等脉法。《肘后备急方》对天花、麻风等病有正确的诊断，对黄疸进行了实验观察等。《诸病源候论》为我国第 1 部论述病源与病候诊断的专著，全书分 67 门，列各种病症 1739 候；《三因极一病证方论》是病因辨证理法较为完备的著作。《察病指南》是诊法专著，绘脉图 33 种，以图示脉。《金镜录》为第 1 部论舌专著，绘有 36 图。《脉诀刊误集解》于脉学殊有见解；《诊家枢要》专载诊法；《幼幼新书》对望小儿指纹专有论述；《世医得效

方》论述了“十怪脉”。

《景岳全书》内容丰富，论述精辟，其“脉神章”、“十问歌”、“二纲六变”等，对后世影响甚大。《濒湖脉学》详述 27 脉脉体、主病和同类脉的鉴别，言简意赅，便于习诵。《诊家正眼》、《脉诀汇辨》、《三指禅》、《洄溪脉学》、《重订诊家直诀》等，均为脉诊专著。《伤寒舌鉴》载有 120 舌图，《舌鉴辨证》载图 149 幅。《医宗金鉴·四诊心法要诀》以四言歌诀简要介绍四诊理法。《四诊抉微》注意色脉并重，四诊互参。《形色外诊简摩》、《医学实在易·四诊易知》对诊断也有一定贡献。《望诊遵经》为全面讨论望诊的专著。

《温疫论》对温病学说的发展起了极大的推动作用，《温热论》、《湿热条辨》、《疫疹一得》、《温病条辨》、《温热经纬》等书，记载了丰富的温热病诊疗经验，突出了望舌验齿等内容，创立了卫气营血辨证、三焦辨证。《疟症论疏》、《时疫白喉提要》、《白喉全生集》、《麻科活人全书》、《霍乱论》、《鼠疫约编》等书，对不同传染病的诊断与辨证有较详论述。

近代不仅有多种诊断专著和教材出版，尤其是在中医诊断的实验研究、仪器研制等方面，取得了一定的成就，在中医诊断规范化、标准化和微观辨证方面，也获得了可喜的经验。

五、学习中医诊断学的方法

中医诊断学是一门理论性、实践性、科学性很强的学科。它通过中医基础理论、基本知识、基本技能对疾病进行病、证诊断的具体运用，既有理论知识，又有实际操作，还要进行分析思维。因此，学习中医诊断学，必须培养正确的学习方法。

在学习中要理解中医基础理论对学习中医诊断学的意义，因为中医诊断的诊察方法与辨证思维，无不贯穿着基本理论；要特别强调多临床、多实践对学习中医诊断学的意义，学习中要主动、积极地参加临床实践，正规操作，切忌浅尝辄止；要学习和运用辨证思维方法，注意思维方法、思维形式的锻炼和修养，以提高临床诊断水平。

【补充阐发】

一、有关“证”的若干概念

《说文解字》中有“證”、“証”字，“證”的本义为证实、验证，“証”通“證”，为证据、证验之义。中医学引申其作为疾病的征象、证据，如《伤寒论》、《金匱要略》各篇均称病脉证并治，并且既可指病状（如“但见一证便是”）又可指证候（如“有柴胡证”）。

“症”字虽义同“證”、“証”，但将部首“言”改为“疒”，当是专用于医学，然因其系俗字，故至清代才渐被中医书中正式采用。

实际上“證”、“証（证）”、“症”以及“征（徵）”字的含义有互通之处，在医学上都是指疾病的征象、特征、证据、验证，故在医学中常混淆使用。然而，在近代中医学中已逐渐约定证、症、征的各自含义，今有进一步规范之必要。

“症”即症状，指病人自己主观体会到的痛苦或不适感觉。“征”即体征，指医生或病人自己可以发现的客观病理征象。“证”作为中医诊断的一个特有概念，实际又包括证名、证候、证型等概念。疾病过程中，具有内在联系的一组特定症状和体征，可将其称之为“证候”；医生通过对该证候进行辨析，所作出的诊断性结论称为“证名”；临床较

为常见、规范的证名则称为“证型”。

二、关于辨证的“辨”与“证”

张仲景《伤寒论·太阳病篇》“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”前后两个“证”字的含义显然不同，前面的证是指症状（即应为“症”），后面的证是指诊断性结论。因此，在中医学的历史过程中，“证”既可指症状、证据，又可指证名、证型。

那么，辨证的“辨”，则既可是对症状、体征的辨认，又可是对证名、证型的判断。这实际涉及到中医诊断的两个认识过程。因为诊与断是既相联系又有区别的认识过程，诊察属于认，判断则是识。“辨”作为及物动词，“证”作为被认识的对象。“证”若是指可被诊察体认的现象或证据，则辨证的“辨”，是指发现临床症状、体征，辨认这些单个症状所表现的具体部位、性质、程度等，及其可能反映的临床意义的认识过程，即诊断中所谓“诊”的过程；“证”若是指诊断性结论，则辨证的“辨”，是指对通过四诊所得到的资料进行综合分析、思维推理，即从众多的证名、证型中进行分辨、区分的认识过程，即诊断中所谓“断”的过程。

同理，中医学所谓“审证求因”，实际上也可有两种理解。即通过分析症状面辨别病因（即“审症求因”）；通过分析思考而确定证名、明确病因。

三、关于“黑箱”理论

黑箱是与白箱、灰箱相对而言的，属于控制论的概念。

控制论把研究和控制的对象看作是一个“黑箱”，它的内部结构和性能是未知的，有待于去研究、探索，控制论注意在不打开黑箱的条件下，通过研究它的输入、输出信息，来达到推知其内部结构与功能情况的目的。黑箱理论是认识和研究事物的有效方法，尤其对那些内部结构非常复杂的系统，对至今为止人力尚不能分解的系统，对在分解系统的过程中会严重干扰其结构与性能的系统，黑箱理论提供的方法特别有效。

中医学对人体生理病理的认识，显然不是白箱（打开其内部进行观察）研究方法，但也不完全是黑箱研究方法，一般说应该是灰箱研究方法。中医诊断学的“司外揣内”原理，正是从外部进行观察，而不破坏机体结构的诊断方法，因而与黑箱理论有着惊人的相似之处。

四、关于“生物全息律”

《自然辩证法通讯》1981年第1期、《自然杂志》1981年第4期，刊登了张颖清同志关于生物全息律的文章。张氏通过大量的观察，发现生物体的任一相对独立的部分，都是整体的成比例的缩小。由于激光全息照片具有一个特点，就是这类照片可碎裂成小块，每一小块再现时仍能给出整个物的象，而生物体很象是一幅全息照片，张氏故将其命名为“生物全息现象”。文章举出了很多例证，揭示了生物体部分与部分、部分与整体之间的对应性，赋予一些为人们所熟视无睹的动植物形态以全新的意义，不仅使人耳目为之一新，而且在医学上、生物学上具有应用价值，这也揭示了中医学所寓藏着的科学原理，为中医学“见微知著”的全息诊断原理提供了一定的理论依据。张氏后来又在生物全息律、生物全息学说、生物全息工程的基础上，建立了全息生物学这一门新的边缘学科。

五、中医学所揭示的“生命全息律”

中医学早已发现人体生命全息现象的存在。如舌体的脏腑部位分属，独取寸口以诊五脏六腑之疾，尺肤诊法，耳廓如倒置的身形，眼分五轮候五脏，颜而分部色诊法，望

唇系带以诊痔疮，察人中探讨与子宫的关系等等。

中医学认为，人体躯干部是一个较大的生命全息单位，如背部的背腧穴、胸腹部的募穴，可以分别配属五脏六腑；头部大至颜面、五官（五脏分别开窍于五官），各自形成一个生命全息系统，小至眼、耳、鼻、舌、齿，皆是相对独立的生命全息单位；其余的肢节，大至整个上肢或下肢，可以是一个生命全息单位，小至一个指节，也可以反映出整体的信息。

这种认识的形，是与中医学以整体观为特点的认识论分不开的。人体的任何一个组织、器官、部位、物质，都不可能孤立存在，都受五脏所主；任何一个器官的构成、一种机能的实现、一种物质的生化，都是脏腑共同作用的结果。因而五脏之精微物质与机能信息，通过气血等沿着经脉而布达于周身，全身各部分的生理病理信息，也通过经气而传输于五脏，这样就形成了以五脏为中心，以气血精津为载体，以经脉为通道的整体生命观。这也就是机体任何一个相对独立的部分，都有可能获得、并反映出整体生命信息的原理。因而可以把整个脏象经络学说，当成最早的生物全息理论。

整体的病变可以反映于局部，局部的病、症可从整体上进行诊疗，内脏病变可以反映于体表，在体表治疗可以获得全身性的效应，这是中医微诊法的主要理论依据。

六、诊断学从外知内的诊断原理

人体疾病的病理变化，大都蕴藏于内，仅望其外部的形色，听其声音，嗅其气味，切其脉候，问其所苦，而没有直接察觉到病变的所在，似乎认为中医诊病不可能、不科学，或者觉得玄妙而不可知。其实不然。中医是怎样判断出疾病的内在本质的呢？其主要原理就在于“从外知内”（《灵枢·论疾诊尺》），亦即“司外揣内”（《灵枢·外揣》）。

“视其外应，以知其内”，“有诸内者，必形诸外”，这是前人认识客观事物的重要方法。我国先秦的科学家很早就发现，许多事物的表里之间都存在着相应的确定性关系，例如在地质学方面，《管子·地数篇》有“上有丹砂者，下有黄金；上有磁石者，下有铜金；上有陵石者，下有铅、锡、赤铜；上有赭者，下有铁。此山之见荣者也。”《内经》更反映出了认识疾病应从外以测知内的光辉思想。因为事物的联系是普遍存在的，每一事物都与其周围事物发生一定的联系，如果因某些条件的限制而不能直接认识某一事物时，便可以通过研究与之有关的其它事物，间接地把握或推知这一事物。《灵枢·刺节真邪》说“下有渐瘳，上生苇蒲，此所以知形气之多少也。”既然可以从苇蒲生长的繁茂，推断出其下的湿地大小和肥瘠。同理，机体外部的表征与机体内部的情况必然有着相应的关系，通过观察分析体外的表征，应可把握人体内部的变化规律。《素问·阴阳应象大论》明确提出，通过“以表知里”的方法，可以认识人体内部过与不及的变化。《灵枢·外揣》更具体地把从表知里以形象的比喻来说明诊病的原理，曰：“日与月焉，水与镜焉，鼓与响焉。夫日月之明，不失其影；水镜之察，不失其形；鼓响之应，不后其声。动摇则应和，尽得其情。昭昭之明，不得蔽也，为可蔽者，不失阴阳也。合而察之，切而验之，见而得之，若清水明镜之不失其形也。五音不彰，五色不明，五脏波荡，若是则内外相袭，若鼓之应桴，响之应声，影之应形。故远则司外揣内，近则司内揣外。”《灵枢·本脏》亦说：“视其外应，以知其内脏，则知所病矣。”五脏外应于皮、肉、脉、筋、骨，以及耳、目、口、鼻、舌，所以视其外应，就可以知其内部五脏及其互为表里的六腑的病变。

七、四诊并重是中医诊断的原则

正确的诊断要对疾病进行整体考察，因而要对病人进行全面的检查和了解，这就需

要四诊并重。

望闻问切四诊，各自从不同的角度检查病情，收集资料，各具独立的意义，不能相互取代。只有四诊并重，才能全面发现病情，病情资料越完整、越准确，则确诊的可能性就越大，四诊偏执，资料不全，难免不发生错误的诊断。因此，历代医家都强调色脉并重，四诊合参。诚如《医门棒喝·四诊合参与脉症从舍论》所说：“望、闻、问、切，名曰四诊，医家之规矩准绳也。四诊互证，方能知其病源，犹匠之不能舍规矩而成器皿也。……自古医圣，莫不以脉症互印，是四诊之不可偏废，岂不彰彰乎哉？然则自谓切脉即能知病，而无籍于四诊者，其技果能超出轩岐、扁鹊、仲景乎？抑亦自欺，而又欲欺人乎？明者察诸，慎勿自误，而追悔莫及也。”

同时，临床上的病情表现，有相一致者，脉症相符、症舌相应，但也有不相一致者，脉症不符、症舌矛盾，这必然给诊断带来困难。如果医生偏执某诊，而不是全面收集病情，必然为一诊所误。所以徐大椿《医学源流论·症脉轻重论》说：“症脉各有不同，有现症极明，而脉中不见者，有脉中甚明，而症中不见者。其中有宜从症者，有宜从脉者，必有一定之故。审之既真，则病情不能逃，否则不为症所误，必为脉所误矣。”因此，那种所谓“一望面知”或仅凭切脉来诊断疾病的做法，是不符合四诊合参的原则的。往往会因调查资料不全而作出错误的诊断，以致贻误病情，甚至造成不可挽回的严重后果。

八、诊断在中医学中的意义

在中医学领域中，基础理论要和临床实践相结合，主要是由诊断把它联系起来。清·林之翰《四诊抉微·自序》说：“维医之为道，……阐微穷奥，首重于诊。……如临河问津，舍梁筏乌能飞渡耶？”强调了诊断在理论和实践之间起着“舟楫”过渡的桥梁作用。

程文囿《医述》引《医验录》曰：“医医脉症罔辨之病。凡医人用药，须先认证，认证须先审脉。审脉明，斯认证真；认证真，斯用药当。凡有一症，即有一症之寒热虚实。苟不有以辨之，其能不倒行逆施乎？惟是证之重者，大寒偏似热，大热偏似寒，大虚偏似实，大实偏似虚。若仅就其似者而药之，杀人在反掌间也。然则于何辨之？即于脉辨之。如伤寒脉浮而紧数，按之有力者，知其证为阳邪在表也；若沉而急数，重按有力者，知其证为阳邪入里也。又如沉而且迟细而且软者，知其证为纯阴无阳也；若浮大满指，按之如丝者，知其证为阴极似阳也。诸如此类，宜细心辨别，斯临证无骑墙之见，用药无相左之虞”。说明脉症合参，辨证准确，是治疗用药无误的前提。

清·汪宏《望诊遵经》说：“将欲治之，必先诊之，非诊无以知其病，非诊无以知其治也。顾欲知其诊之所当然，究其诊之所以然，则凡峙天地古今之理，南北高下之宜，风时气候之殊，昼夜阴晴之变，以至赋禀强弱之不齐，老少居养之各异，莫不著见于四诊焉。但明乎血气、经络、皮肉、筋骨，与乎病之五脏六腑，证之七情六淫也哉！盖著乎外者，本乎内；见于彼者，由于此。因端可以竟委，溯流可以穷源。是故寒热补泻之法，因诊而定；标本先后之理，因诊而分；七方十剂、八法九针，莫不因诊而决用舍焉。”可以看出，正确的治疗取决于正确的诊断，而正确的诊断又是何等的不易啊！作为一名医生，应上知天文，下知地理，中旁人事，精通医理，色脉合参，思辨敏捷，方能诊之无误，治方有数。

九、中医诊断学专著简介

古代中医诊断学著作，大多为舌诊或脉诊的专著，如晋·王叔和《脉经》、宋·崔嘉

彦《脉诀》、元·戴起宗《脉诀刊误》、元·滑寿《诊家枢要》、明·李时珍《濒湖脉学》、明·李中梓《诊家正眼》、明·李延罡《脉诀汇辨》、清·张璐《诊宗三昧》、清·黄官绣《脉理求真》、清·周学霆《三指禅》、清·徐灵胎《洄溪脉学》、清·周学海《诊家直诀》等，均为脉诊专著；元·敖氏《伤寒金镜录》、清·张登《伤寒舌鉴》、清·杨云峰《临症验舌法》等为舌诊专著。除舌诊、脉诊专著（将分别在舌诊、脉诊章介绍）以外，属于诊断学的专著，主要尚有以下著作：

宋·施发《察病指南》，成书于1241年。书凡3卷，以脉诊为主，尚辑有听声、察色、考味等诊法，内容较为详细，是现存较早的诊断学专著。

清·林之翰《四诊抉微》，成书于1723年。书凡8卷，卷1、2论述望诊，卷3论述闻诊和问诊，卷4至卷8论述切诊，后附管窥附余1卷。本书全面总结了清以前有关四诊之成就，“先集经文，继附先哲之神髓，复分部而详之”，内容丰富，析理深刻，切合实用。强调四诊合参，四诊之中，尤重望诊。

清·吴谦《医宗金鉴·四诊心法要诀》，成书于1742年。以四言歌诀的形式，简要介绍望闻问切四诊，提纲挈领，便于记诵。末附修正《素问》脉位图及订正《素问·脉要精微论》。

清·汪宏《望诊遵经》，成书于1875年。书凡2卷，上卷论述望诊的基本原则和纲领，下卷从眼、口、舌、唇、齿、鼻、耳、须发、头、面、腹、背、手、足、毫毛腠理、尺肤、皮、肉等部位的诊察以辨证。是书系作者从《内经》、《难经》、《伤寒杂病论》等医著中搜集有关望诊资料而成，立论有据，依遵经义，内容丰富，既有前人经验，又有个人临证体会，是一本有学术价值的有关望诊的诊断学专著。

清·周学海《形色外诊简摩》，成书于1894年。书凡2卷，上卷专论望形，首叙总义，次叙生形、病形及络脉形态等；下卷主论望色，首叙总义，次叙面色、目色、舌色及外诊杂法等。该书内容较全，对望诊的学习和研究有较大参考价值。

【古代文献】

《史记·扁鹊仓公列传》：……越人之为方也，不待切脉、望色、听声、写形，言病之所在。

《素问·阴阳应象大论》：善诊者，察色按脉，先别阴阳；审清浊，而知部分；视喘息，听声音，面知所苦；观权衡规矩，面知病所主；按尺寸，观浮沉滑涩，而知病所生。以治无过，以诊则不失矣。

《素问·阴阳应象大论》：以我知彼，以表知里，以观过与不及之理，见微得过，用之不殆。

《素问·五脏生成》：五脏之象，可以类推；五脏相音，可以意识；五色微诊，可以目察。能合色脉，可以万全。

《素问·移精变气论》：欲临病人观死生，决嫌疑，欲知其要，如日月明，可得闻乎？岐伯曰：色脉者，上帝之所贵也，先师之所传也。上古使僦贷季，理色脉而通神明，合之金木水火土、四时、八风、六合，不离其常，变化相移，以观其妙，以知其要。欲知其要，则色脉是矣。色以应日，脉以应月，常求其要，则其要也。夫色之变化，以应四时之脉。此上帝之所贵，以合于神明也。

《素问·脉要精微论》：切脉动静，而视精明，察五色，观五脏有余不足，六腑强弱，形之盛衰，以此参伍，决死生之分。

《素问·经脉别论》：诊病之道，观人勇怯，骨肉皮肤，能知其情，以为诊法也。

《素问·疏五过论》：善为脉者，必以比类奇恒，从容知之。为工而不知道，此诊之不足贵，此治之三过也。……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，诊必副矣。

《素问·征四失论》：不适贫富贵贱之居，坐之薄厚，形之寒温，不适饮食之宜，不别人之勇怯，不知比类，足以自乱，不足以自明。此治之三失也。诊病不问其始，忧患饮食之失节，起居之过度，或伤于毒。不先言此，卒持寸口，何病能中？妄言作名，为粗所穷。此治之四失也。

《灵枢·邪气脏腑病形》：夫色脉与尺之相应也，如桴鼓影响之相应也，不得相失也。此亦本末根叶之出候也。故根死则叶枯矣。色脉形肉，不得相失也。

《灵枢·五阅五使》：脉出于寸口，色见于明堂，五色更出，以应五时，各如其常，经气入脏，必当治里。……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。黄帝曰：以官何候？岐伯曰：以候五脏。故肺病者，喘息鼻张；肝病者，眦青；脾病者，唇黄；心病者，舌卷短，颧赤；肾病者，颧与颜黑。……黄帝曰：五色之见于明堂，以观五脏之气，左右高下，各有形乎？岐伯曰：腑脏之在中也，各以次舍，左右上下，各如其度也。

《灵枢·外揣》：日与月焉，水与镜焉，鼓与响焉。夫日月之明，不失其影；水镜之察，不失其形；鼓响之应，不后其声。动摇则应和，尽得其情。昭昭之明，不得蔽也，为可蔽者，不失阴阳也。合而察之，切而验之，见而得之，若清水明镜之不失其形也。五音不彰，五色不明，五脏波荡，若是则内外相袭，若鼓之应桴，响之应声，影之应形。故远则司外揣内，近则司内揣外。

《灵枢·本脏》：视其外应，以知其内脏，则知所病矣。

《灵枢·论疾诊尺》：黄帝曰：余欲无视色持脉，独调其尺以言其病，从外知内，为之奈何？岐伯曰：审其尺之缓急、大小、滑涩，肉之坚脆，而病形定矣。

《难经·六十一难》：经言望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切而知之谓之巧。何谓也？然。望而知之者，望见其五色，以知其病；闻而知之者，闻其五音，以别其病；问而知之者，问其所欲五味，以知其病所起所在也；切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病在何脏腑也。

《伤寒论·序》：夫天布五行，以运万类，人禀五常，以有五脏，经络府俞，阴阳会通，玄冥幽微，变化难极。自非才高识妙，岂能探其理至哉！……观今之医，不念思求经旨，以演其所知，各承家技，始终顺旧，省疾问病，务在口给，相对斯须，便处汤药，按寸不及尺，握手不及足，人迎趺阳，三部不参，动数发息，不满五十，短期未知决诊，九候曾无仿佛，明堂阙庭，尽不见察，所谓窥管而已。夫欲视死别生，实为难矣。

《千金要方·大医精诚》：今病有内同而外异，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。而寸口关尺，有浮沉弦紧之乱；俞穴流注，有高下浅深之差；肌肤筋骨，有厚薄刚柔之异。唯用心精微者，始可与言于兹

矣。今以至精至微之事，求之于至粗至浅之思，其不殆哉！……故学者必须博极医源，精勤不倦，不得道听途说，而言医道已了，深自误哉！

凡大医治病，必当安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富。长幼妍蚩，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命，见彼苦恼，若己有之，深心凄怆，勿避险戏，昼夜寒暑，饥渴疲劳，一心赴救，无作功夫形迹之心。如此则为苍生大医，反此则是含灵巨贼。

《丹溪心法·能合色脉可以万全》：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逆顺，不可得也。……诚能察其精微之色，诊其微妙之脉，内外相参而治之，则万举万全之功，可坐而收矣。素问曰：能合色脉，可以万全。其意如此。原夫道之一气，判而为阴阳，散而为五行，而人之所禀皆备焉。夫五脉者，天之真，行血气，通阴阳，以荣于身；五色者，气之华，应五行，合四时，以彰于面。惟其察色按脉而不偏废，然后察病之机，断之以寒热，归之以脏腑，随证而疗之，而获全济之效也，本于能合色脉而已。

《类经·脉色类》：黄帝问曰：诊法何如？诊，视也，察也，候脉也。凡切脉望色，审问病因，皆可言诊。

《医学源流论·四诊合参》：凡诊病之法，固莫妙于脉，然有病脉相符者，有病脉相左者，此中大有玄理。故凡值疑似难明处，必须用四诊之法，详问其病由，兼辨其声色，但于本末先后中，正之以理，斯得其真。若不察此，而但谓一诊可凭，信手乱治，亦岂知脉症最多真假，见有不确，安能无误？且常诊者知之犹易，初诊者决之甚难。此四诊之所以不可忽也。

《医门棒喝·四诊合参与脉症从舍论》：望、闻、问、切，名曰四诊，医家之规矩准绳也。四诊互证，方能知其病源，犹匠之不能舍规矩而成器皿也。盖望者，望面色之明晦、舌苔之有无，以辨病邪之轻重进退也；闻者，闻声音之怯壮、语言之伦次，以辨神气之爽昧强弱也；问者，问病之由、痛苦之处，以辨内伤外感、脏腑经络，尤为紧要也；切者，切脉之浮沉迟数、有力无力，以辨虚实阴阳，而与外症参合逆顺吉凶也。……自古医圣，莫不以脉症互印，是四诊之不可偏废，岂不彰彰乎哉？然则自谓切脉即能知病，而无籍于四诊者，其技果能超出轩岐、扁鹊、仲景乎？抑亦自欺，而又欲欺人乎？明者察诸，慎勿自误，而追悔莫及也。

《望诊遵经·叙》：望闻问切者，诊法也；针灸药石者，治法也。将欲治之，必先诊之。非诊无以知其病，非诊无以知其所治也。

【研究进展】

一、中医诊断研究的范围^[1,2,3,16,17]

中医诊断，是通过一定途径、采用一定手段收集临床资料，并在中医理论指导下，对病情资料进行分析、综合、判断，导出反映疾病本质的病证概念，为遣方用药提供依据的过程。中医诊断是中医基础理论与临床各科之间的桥梁，它有自身的基本理论、基本知识和基本技能，形成了完整、独立的学科体系，在整个中医学科中占有极为重要的地位，临床各科研究的内容主要是诊断和治疗两大部分，各科都与诊断不可分离。

在中医学的悠久历史中,诊断学的内容不断得到充实和发展。伴随着时代脉搏的跳动、现代科技的不断渗入,近几十年来,中医诊断学的研究更是方兴未艾,是当前中医药研究中非常活跃的一个领域。

中医诊断研究在蕴含传统特色的基础上,又赋予了时代的使命,其研究已逐步形成了以四诊客观化、病证规范化、辨证微观化、教学多元化为主要内容的研究体系。中医诊断学的范围极为广泛,其内容既包括对临床病证资料进行收集所采用的手段与方法,又包括诊断思维过程中的理论指导及对病证概念的明确与规定。从诊断学科的诊法、辨证等基本内容到临床各科具体病证的诊断;从抽象的基本理论到临床的操作运用;从文献整理、各种专著的出版,继承传统学术精华,到收集散见于医者个人乃至民间独特的诊断方法与经验;从制订各科病、证诊断标准、建立病证诊断体系等宏观研究,到利用各种先进的检测指标探讨病证本质等微观研究;从借用、研制各种仪器设备,到各种病证动物模型的复制;从大样本的流行病学调查,到精确的数理统计分析;从探讨诊断思维的基本原理,到分析诊断失误的原因等等,都是可供中医诊断学涉猎的范围。

二、中医诊断研究的内容

(一) 四诊客观化研究^[13,14]

传统的中医诊断方法主要凭借医者的主观诊察及患者对主观病感的描述,病证资料来源受客体和主体主观因素的影响和干扰,模糊而欠精确,重复性较差,为此,现代诊断提出了四诊客观化的要求。

其一,在原有中医诊法的基础上,根据整体观念、全息思想,挖掘、创研新的诊法。如眼科五轮诊法、虹膜诊法、鼻诊、唇诊、四肢诊、腧穴诊等。

其二,研制、利用各种检测仪器,使病症资料客观化。如利用色差仪对面部及皮肤色泽进行定量观察;利用红外成像仪、皮温计、深部测温计进行肢端、腧穴测温,以探求脏腑的病变;利用声波摄谱方法、录音方法、声图仪等摄取声波,用频谱分析正常人及与病证之间的关系;利用气相、液相色谱技术分析口腔呼出气体成分与构成比,作为分析病证的指标等。通过对舌诊仪的研制与运用,探讨舌象的形成机理、临床病证的舌象变化规律;对脉诊仪的研制与运用,开展了正常人脉象及其影响因素的观察,各种病脉的形成机理及所主病证,建立脉象图与病证的相关性等。

其三,对传统望、闻、问、切四诊进行全面的拓展与延伸,如进行X线、B超、A超、CT、核磁共振等影像学研究,通过心功能、肺功能、脑电、心电、各种阻抗血流图等检测手段对四诊进行补充发挥。

(二) 病证规范化研究^[10,11]

中医诊断规范研究包括病的规范、证的规范、症状规范、病案规范四大部分内容。“病”的规范研究包括病名的规范,疾病诊断标准与鉴别诊断,病种的分化,疾病分类等内容;“证”的规范研究包括证名的规范,辨证要素的统一,证的诊断标准,辨证体系的建立等;“症”的规范包括症状、体征及检测指标的定义,症的客观化、定量化,症对各病、证的诊断贡献度等;“病案”的规范包括病案书写通则,书写格式,书写内容等。

对于“症”的规范研究,《中医临证备要》、《中医症状鉴别诊断学》^[18]等书,对各症的概念和辨证辨病意义有较详细阐述。

对于“证”的规范研究,近些年出版的《中医证候鉴别诊断学》^[19]、《中医证候辨证

规范》、《中医证候规范》等书，都对常见证型作了概述、鉴别等规范化整理。另一方面，一些医家对于概括辨证基本内容（或称辨证要素）的认识，已渐趋统一，从而抓住了辨证的实质，为把握复杂的辨证体系找到了执简驭繁的要领。《中医虚证辨证参考标准》、《血瘀证诊断标准》等，则提出了某些基本证的诊断依据。

在“病”的规范研究方面，对于中医疾病病名的整理、分化、分类、诊断标准等作了大量的工作。同时，经过反复讨论，对于疾病的中医命名原则、命名形式、取舍依据、中西医病名对照的原则与方法等，其认识渐趋统一。并且相继制订颁发了《中医病证诊断疗效标准》、《中医病证分类与代码》、《中医临床诊疗术语》等国家和行业标准，加速了中医诊断规范化的进程。

1991年国家中医药管理局颁发了《中医病案书写规范》，包括病案书写通则、统一名称、排列顺序、书写格式、各科情况书写要求等内容，从而使中医病案书写得以规范。

（三）诊断微观化研究^[4,5,6]

诊断微观化研究是指采用现代科技，尤其是现代医学的先进技术，在较深的层次上，对病情进行较为微细的检测，以求更准确地认识和辨识病证，更为本质地阐明证的物质基础。

从事微观化研究，主要从两个方面着手。一是针对八纲辨证、气血辨证之“证”进行，以阐明阴阳学说、寒热本质、气血理论，如对气虚证的研究、血瘀证的研究、阴虚阳虚证的研究等；二是针对脏腑辨证之“证”进行，以解释脏腑病证的本质，如对肾实质、脾实质、肝实质的探讨等。这些研究主要采用了生化免疫指标、电生理、微循环、阻抗血流图、血液流变、细胞分光、微量元素、病理形态等手段，从而大大扩展了中医诊断的思路和视野，获得了许多有益的资料。

（四）教材及其它方面研究

教材作为教学知识的基本媒体，全国统编使用的《中医诊断学》教材就已至第六版，并先后编印了教学参考书、舌诊图谱等资料。为配合教学，还建立了中医诊断学国家试题库，已经投入使用。在教学手段和方法上，各校进行了不同程度的探索和改革，如开设了实验课，运用了录像、幻灯、仪器、模型、挂图、图谱等声像教材进行辅助教学，现在有的院校还研制了诊断学多媒体教学系统、诊断思维和辨证诊断电子计算机软件，这都将大大提高诊断学的教学水平。

辨证数学模型的建立，使诊断在数学的帮助下精确化。如多元逐步回归模型的确立，用于证的诊断与鉴别，使辨证标准引入量的概念，提高了诊断的效率；特尔菲方法的引入，可以有效地总结名老中医的诊断经验，给各种模糊信息进行模糊定量。又如由四诊特征募集到证型募集作为分析推理过程，再由证型募集到断语募集的映射，这种评判过程，模拟了人脑辨证的逻辑思维过程，从而促进了中医诊疗专家计算机软件的实现。

为了进行诊断客观化、微观化研究，现已重视“证”的动物模型的复制。根据中医学的病因病理，现已初步研制出脾虚、阴虚、阳虚、气虚、血虚、血瘀、肝郁、寒证、热证、里实、亡阳等“证”的动物模型，为加快研究进程提供了有益的帮助。

三、中医诊断研究评述与展望^[7,8,9,12,15,20,21]

与西医学相对而言，在中医诊疗体系中，诊断是较为落后的方面，因而也是值得重点研究、大有可为的方面，是最应现代化，也是最有可能实现现代化的领域。

20250
中医诊断学

现在除了中医诊断学科自身乃至整个中医学都在研究诊断的内容以外，尤其是借用了西医学所采用的仪器、方法、手段，还吸引了多学科的专家、知识、技术，对中医诊断进行了多途径、多层次、多领域的研究，体现了传统与时代的交融，艰难与希望同在。已往研究的成就是不容忽视的，这些新的研究思路与方法的运用，有可能冲破中医学学术体系的封闭性，带来某些实质性的进展。但是其间存在的问题也很多，尤其是背离中医学理论与特色的研究，其结果有可能将中医学引入歧途。因此，我们必须保持清醒的头脑，认真总结分析，研究对策，以求获得事半功倍之效。

中医诊断的宏观研究与微观研究相结合，总结传统的诊法经验与延伸、扩展诊法手段，尽可能地使病情资料客观化与高度重视医生的主观思辨能力、中医学的整体观念，即宏观与微观、主观与客观、定性与定量、传统诊法与现代科技手段的结合，是中医诊断学研究的趋势、方向和出路。

中医诊断的检测手段较为落后，不能永远停留在“三个指头，一个枕头”的水平上，可以采用“拿来主义”，应当积极引进声、光、电、磁等现代科学仪器和技术，使之为我所用，以提高诊断的准确性、客观性。在四诊客观化研究方面，传统的望闻问切诊法虽似简单、模糊，却简便而全面，更加上诊察与思辨的交互诊断过程，因此远非一个舌象仪、脉诊仪或其它单项检查手段所提供的信息，就能替代中医四诊所获得的资料，加之仪器使用的“不便”，其可信度、精确度亦尚难令人完全满意，所以医生们还是习惯于传统诊法，客观化仍处于研究、实验室阶段，离临床应用还有相当大的距离。最简便而又准确的诊断方法，最易为医者所接受，也最富有生命力，而医生们受中医固有理论和知识的束缚，不愿意和不善于发现新的诊断闪光点。因此，一方面仍应积极研制和引进新的检测仪器，并提高其临床的实用性，如“电子鼻”的研制与运用就未见报道；另一方面总结创立和验证行之有效的独特诊法、局部诊法，以丰富诊察的内容，也应引起重视。

由于中医学学术自身的复杂性和特殊性，中医诊断规范的基础还很薄弱，中西两种医学诊断体系的相互渗透与矛盾，虽也提示了某些有益的启迪和借鉴，但也更加增大了中医诊断规范的难度。现在对规范化研究的整体思路与框架还不够明确，尚未完全取得共识，未获得广泛理解。由于诊断基本概念的混乱，古今的演变，现实的复杂，以致当今约定的含义并未被多数学者所掌握，或即使承认也远未恪守，因而当前有关病、证、症、候等的应用仍然极不规范。由于主管部门不一，各自为政，以致新编订的标准、规范，其内容并不统一，从而出现了新的不规范，必然影响应用。因此，在诊断规范的今后研究中，卫生行政主管部门应该统一步调，正确部署与组织协调各方面的关系，避免重复和矛盾，并且有必要召开全国性专业学术研讨会，进一步统一认识，以利于加快研究进程，有利于推广应用。应当宏观设计，统一规划，确立原则，突出特色。如虽然每一具体病、证的诊断标准等可以分批制订、分批颁发实施，但病、证体系的建立则应总体完成；中医的病名诊断应当以中为主，能中不西；病、证、症名应当与中医基本理论相应、一致。应当打好规范的基础，如应进一步明确和严格区分病、证、症的概念与关系；加快中医基础理论方面的规范研究；规范好中医诊断的基本术语；进行大量病案统计分析，开展流行病学调查等。研究中还应对内、妇、儿等科的“病”进行分辨，即对原有症状性或病类性的所谓病名加以分化，使每一病名都能代表具有独立诊断意义的病种；对于其余专科则应发展完善其辨证体系，克服不重视辨证或针对性不强的弊端。在制订每一病或

证的诊断标准时，有分析地吸取某些现代理化检测指标作为诊断与鉴别的部分依据，则可提高诊断的可靠性、针对性和实用性。

微观辨证的深入研究，找到了许多有关的病理改变指标，为中医辨证提供了一定的客观根据，特别是在“无证（症）可辨”的情况下，有助诊断的深化。然而其前提条件是不能脱离中医学理论，不能背离整体、辨证认识的特点，要建立在证的规范的基础上，否则就会失其所本，以致出现研究血瘀者凡病皆有瘀，研究气虚者则几乎人人皆为虚，这种研究结果是难以为中医界所接受的。再者，微观指标普遍存在着特异性不强的问题，往往一个“证”可以出现许多方面的病理改变，数十项指标都有可能出现异常，而这些指标在其它证中同样也可以出现，不少项目是单指标的孤立研究，既不同步，又非动态，可比性并不强，同时某些研究数据的真实性也还值得怀疑，因而很难从中找出具有确诊意义的特征性指标。但是现在还在大量从事这方面的重复研究，并在不断涌现和寻找更新、更精细水平的指标，这势必耗费大量人力、财力，其收效并不理想。因此，有必要强调，在开展微观研究、实现客观化的过程中，一定要坚持中医学从整体上进行综合判断的自身特点，客观地看待各种微观信息在整个病理变化中所处的地位，不能本末倒置。同时现在很有必要由在学术上对中西两方面都很有造诣的专家，对已有研究资料进行一次全面系统地综合整理、科学分析，争取能从中发现和确定某些带有规律性的认识和可供参考的指标来，并注意用中医学理论予以消化，使之真正作到为我所用，而避免盲目和不必要的重复。

现在从微观角度对中医诊断进行研究，处于压倒多数的优势。其实从宏观的角度研究中医诊断，应当大有可为。天文地理、气候环境、精神心理、体质性格、人文社会等因素，在病证诊断中均有着重要的意义。现在连起码的流行病学调查都作得很少，如所谓春温、风温、暑温、湿温等各自包括的病种、流行的时令、地域、条件等，尚缺乏有说服力的调查统计分析资料。对临床所收集的资料如何进行轻重分级量化，每一症状对各病证的诊断贡献度及其判别阈值等，尚未见全面系统的报道。又如六淫、七情等刺激，对人体生理生化可产生些什么影响？常可导致什么疾病？既无严格设计的调查统计，也无完整的动物模型观察。这些内容，广大中医工作者是有条件，也是应当进行研究的。

总之，对于传统研究方法与现代研究方法，这里面涉及到中西医学两种理论体系，认识的层次、特点，相互交融、矛盾等问题，现在不应是互相排斥、互相否定，而应是摆正各自的地位，正确评价各自的作用，并尽可能地结合起来，取长补短，相得益彰。我们有理由相信，通过大家的辛勤耕耘，在中医诊断学这块殷实的土地上，一定能结出丰硕的成果。

四、中医病理动物模型的研制^[21,23]

病理动物模型的研制对医学发展有着重要意义，已经成为现代医学理论研究中不可缺少的手段之一。关于中医诊断中如何应用病理动物模型的问题，是一个新的课题。因为中医临床诊断主要靠四诊等手段来进行辨证，并没有各种实验室或病理组织学等检查指标；而对于除人以外的各种动物来说，因为没有主诉，很难得到四诊资料，以致往往无证可辨，主要是靠实验室各种检查来确定病理类型；中医的七情、六淫、痰湿等损伤因素不易模拟，且各种检测指标往往缺乏特异性。这就给制造中医各种病证的动物模型带来了很大困难，也局限了中医动物模型的运用范围。

近30年来,中医诊断在病理动物模型方面有了一些初步探索,创造了部分符合中医病证诊断的动物病理模型,如阳虚模型、血虚模型、血瘀模型、寒证模型、热证模型等等。当然,对这些模型的认识并未统一,如动物与人在生理上,特别在心理上有很大的差别,所得到的资料无法满足中医辨证的需要,且中医“证”的本质尚未真正揭示,所作模型是否反映了该病证诊断的本质尚待探讨。但是应当认识到,单凭四诊已难满足临床对病证诊断的要求,而对人体又很难进行一些损伤性检查,包括组织形态学观察等,也很难进行带试验性质的检查或治疗,因此病理动物模型的研制,不失为中医诊断研究的途径之一。

病理动物模型的制作,在动物种类、种系选择,用作模型动物的配对一致,制作的操作方法、制作病理时间、是否给药及药物剂量与途径等方面,已有西医学的经验可以借鉴。中医学则在制作原理上正在探索符合中医病证特点的方法与途径,如应对中医病因有辨证的理解,对损伤效应作合理的分析等。

对于缺乏四诊资料的动物模型,如何对其进行辨证?一般是从以下几个方面进行考虑:一是根据中医理论设计制作“证”的动物模型,如将动物置于寒冷的环境中,或以过量的寒凉中药给予动物,其所制成的动物模型,可以认为具有“寒证”的特征。二是将动物的表现联系人的症状或体征,如所制成的动物如有腹泻、纳减、体重减轻、消瘦、不活泼等表现,就认为可能有“脾虚”的证候。三是进一步作各种试验以取得数量指标,如将小鼠放在一定温度的冰箱中,观察其冻僵所需的时间,作为寒证的定量标准,即所谓“耐冻试验”;将小鼠放在冰水中游泳,观察疲劳没顶时间,作为虚寒证的指标等。四是结合“证”本质研究的成果作为指标,如通过血液流变学或微循环的观察,以了解动物是否有“血瘀”的存在;阳虚病人往往有尿-17羟皮质类固醇减少,因而对于肾上腺皮质功能减退的动物模型可以考虑为阳虚证。

参 考 文 献

- [1] 孟庆云. 中医理论研究四十年. 中国中医基础医学杂志, 1995, 1 (4): 9
- [2] 朱文锋. 论中医特色与诊断研究. 湖南中医学院学报, 1990, 10 (1): 1
- [3] 匡调元. 中医基础理论与方法学探讨. 中西医结合杂志, 1982, 2 (2): 115
- [4] 沈自尹. 微观辨证和辨证微观化. 中医杂志, 1986, 27 (2): 55
- [5] 张文安. 微观辨证何处去. 医学与哲学, 1990, 11 (5): 27
- [6] 危伯海. 宏观辨证和微观辨证结合的研究. 北京中医, 1992, (1): 19
- [7] 黄惠勇. 中医辨证现代化研究述评. 湖南中医学院学报, 1996, 16 (1): 56
- [8] 匡萃璋. 论宏观辨证与微观辨证相结合的方法学问题——关于血瘀证与活血化瘀研究的几点思考. 中国医药学报, 1992, 7 (3): 18
- [9] 杨维益, 等. 关于中医“证”研究的思考. 中国医药学报, 1996, 11 (1): 4
- [10] 朱文锋. 中医病证规范化之研究. 中国医药学报, 1996, 11 (5): 4
- [11] 吴厚新. 我国中医医疗标准规范工作现状与展望. 中医药时代, 1994, 4 (2): 4
- [12] 朱文锋. 对中医科研方向的思考. 中国医药学报, 1992, 7 (5): 50
- [13] 王强. 中医脉诊现代化研究的困境与对策. 河南中医, 1994, (3): 138
- [14] 梁茂新, 等. 中医症状量化的方法初探. 中国医药学报, 1994, 9 (3): 37
- [15] 沈自尹, 等. 中医理论现代研究. 南京: 江苏科学技术出版社, 1988

- [16] 王建华, 等. 中医基础理论研究进展. 广州: 华南理工大学出版社, 1990
- [17] 季钟朴, 等. 中西医结合研究思路与方法学. 上海: 上海科学技术出版社, 1988
- [18] 赵金铎, 等. 中医症状鉴别诊断学. 北京: 人民卫生出版社, 1985
- [19] 赵金铎, 等. 中医证候鉴别诊断学. 北京: 人民卫生出版社, 1990
- [20] 中国中医药学会理论研究专业委员会. 中医药理论研究的若干问题探讨. 中医杂志, 1994, 35 (8): 457
- [21] 马学玉. 对中医证研究的思考. 山东中医学院学报, 1995, 19 (5): 299
- [22] 吕爱平, 等. 试论中医动物模型的研制. 医学与哲学, 1990, 11 (10): 20
- [23] 申冬珠, 等. 中西医结合动物实验模型研制问题. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (2): 115

第一章

望 诊

医生运用视觉察看病人全身的神色形态和局部的表现以及舌象、分泌物和排泄物性质的变化等内容，以收集病情资料的方法，称为望诊。

望诊的基本内容包括：全身望诊（望神、色、形体、姿态）；局部望诊（望头面、五官、躯体、四肢、二阴、皮肤）；舌诊（望舌体、舌苔）；望排泄物（望痰涎、呕吐物、大便、小便等）；望小儿指纹。

关于望诊的基本原理，中医学通过长期的临床实践观察，认识到人体的内脏与体表有着密切的联系，外部的表现可反映内在脏腑、气血、经络的病变。因为人体是一有机整体，脏腑通过经络与体表、五官、四肢密切相联，在生理和病理上关系密切、相互影响，故其外部表现，特别是精神、面色、舌象的变化，与内在脏腑的虚实和气血的盛衰密切相关。当人体脏腑、气血、经络等发生病理改变时，必然会反映于体表的相关部位，所以观察病人的外部异常表现，可以推测内在的病理变化。

望诊在诊法中是形成和发展最早的一种，因为视觉最为直观方便，也最快最灵敏，故被列为四诊之首，并有“望而知之谓之神”之说。这是因为病人神色、形态等方面的外部表现，只有通过望诊才能了解，而这些又是临床诊断疾病的重要依据。所以医生在诊病时应当充分利用视觉观察，以收集各种相关病情资料。

临床望诊应注意以下事项：其一，望诊应在充足的天然光线下进行，要避开有色光线。其二，要充分暴露受检部位，以便能清楚地进行观察。其三，要熟悉各部位组织的正常结构和生理特点，熟悉各部位组织与内在脏腑经络的联系，运用整体观念进行分析。其四，必要时结合动态观察，从病情发展角度判断病理体征所提示的临床意义。此外，由于望诊还存在一定的局限性，不能替代其他诊法，故还应注意将望诊与其他诊法密切结合，四诊合参，进行综合判断，才能全面了解病情。

第一节 全身望诊

【基本内容】

全身望诊又叫整体望诊，是指医生在诊察病人时，对病人的精神、面色、形体、姿态等整体表现进行观察，以期对病情的轻重缓急获得一个总体的印象。此即全身望诊的目的。医生须培养自己在刚接触病人的短暂时间内，通过敏锐观察，就能对病情有一个大体、初步估计的能力，达到“一会即觉”的目的。

一、望神

神有广、狭二义。狭义之神是指心所主之精神意识思维活动；广义之神是指人体整个生命活动的外在表现，是对机体脏腑组织功能活动和精神意识状态等方面的高度概括，包括精神意识、思维活动、面色、眼神、形体动态、语言、呼吸和对外界的反应等各个方面。望神乃指广义之神而言。

望神是医生通过观察人体生命活动的整体表现，以了解病人精气的盛衰，分析病情的轻重，推测预后的吉凶。

（一）望神的原理和意义

神的产生源于先天精气，同时又必须依赖后天脾胃所生化的水谷精微的滋养。精气充足则体健神旺，抗病力强，即使有病也多轻浅，预后较好；精气亏虚，则体弱神衰，抗病力弱，有病多重，预后较差。所以，观察病人神的旺衰，可以了解其精气的盛衰，判断病情的轻重和预后。故曰“得神者昌，失神者亡。”（《素问·移精变气》）。

（二）望神的主要内容

包括精神意识、面色、眼神、呼吸、语言、形体动态和对外界的反应等方面。而望诊时尤应重点观察神情、两目、面色和体态。

1. 神情 指人的精神意识状态和面部表情，是心神和脏腑精气盛衰的外在表现。心主神志，在人体生命活动中具有重要的作用。心神功能正常，则人精神饱满，神识清楚，思维敏捷，表情自然，反应灵敏，反之则精神萎靡或神志昏蒙，表情淡漠，思维混乱，反应迟钝，此乃心神已衰，为病情深重的表现。

2. 两目 中医有“目者，心之使也”，“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精”（《灵枢·大惑》）之说。故观察两目之功能活动正常与否，可测知全身脏腑精气的盛衰。如目系通于脑，目的活动直接受心神支配，故眼神是心神的外在反映。目又为脏腑精气汇聚之处，目之视觉功能可反映脏腑精气的盛衰，因面望神之重点是观察两目。临床上，凡两目黑白分明，炯炯有神，运动灵活，视物清晰者为有神，提示脏腑精气充足。凡两目晦暗呆滞，毫无神采，运动不灵，视物模糊，或浮光暴露者为无神，是脏腑精气虚衰之征兆。

3. 面色 指人体面部以及全身皮肤的光泽。面部及全身皮肤的色泽荣润或枯槁，是脏腑精气盛衰的重要表现。

4. 体态 指人的形体动态。形体丰满还是瘦削，动作自如还是异常，也是机体功能强弱的主要标志。

5. 其他 重点观察上述几方面内容外，还应观察语言、呼吸、舌象、脉象等，进行综合判断，方能更准确地判断神气的有无。

（三）对神气的判断

根据神的盛、衰和病情的轻、重，一般可划分为得神、少神、失神、假神4种。此外，以神态失常为主要表现的神乱，乃属狭义之神范畴，本节亦附之于后，以备参考。

1. 得神 又称“有神”。临床每常表现为神志清楚，两目炯炯有神，面色荣润而有光泽，肌肉不削，动作自如，反应灵敏，呼吸平稳，语言清晰自然，提示正气充足，精气充盛，脏腑组织功能正常。为健康表现，或虽病而正气未伤，精气未衰，病情轻浅，预后良好。

2. 少神 又称“神气不足”。临床表现一般为精神萎靡不振，两目乏神，面色少华，

肌肉松软，倦怠乏力，少气懒言，动作迟缓。提示正气不足，精气轻度损伤。多见于病情轻浅或急性病恢复期病人，亦可见于平素体质虚弱而无明显疾病者。

3. 失神 又称“无神”。是正气极度虚衰，精气神严重衰竭的象征。临床每常表现为精神萎靡，神疲乏力，面色晄白而无光泽，两目晦暗呆钝不灵，呼吸气微或喘促，语言不清，形体羸瘦，动作反应迟钝；甚则神志不清或循衣摸床，撮空理线。提示正气大伤，精气亏虚，机体功能严重衰减。多见于久病、重病的病人。

4. 假神 是危重病人出现的精神暂时“好转”的虚假表现。其临床表现一般为：①久病重病本已失神，但突然精神转佳，目光转亮，言语不休，想见亲人；②或原来语声低微，断断续续，突然清亮起来；③或原本面色晦暗，突然两颧浮红如胭脂状；④或原来不思饮食或毫无食欲，突然食欲增强，想吃东西。其中局部症状的“好转”与整体病情的恶化不相符合。提示脏腑精气极度衰竭，正气将脱，阴不敛阳，虚阳外越，阴阳即将离决。常是重病病人临终前的虚假现象。此即所谓“回光返照”、“残灯复明”。

如何判断得神、少神、失神、假神，参见表 1-1。

表 1-1 得神、少神、失神、假神鉴别表

观察内容	得 神	少 神	失 神	假 神
神 志	神志清楚	精神萎靡不振	精神极度萎靡或神志不清	突然神识清醒，想见亲人
两 目	活动灵敏，炯炯有神	活动欠佳，乏神	晦暗呆钝，运动不灵	突然目光转亮，浮光外露
面色形体	面色荣润，肌肉不削	面色少华，肌肉松软	面色无华，形体羸瘦	突然两颧浮红如胭脂妆
语言呼吸	语言清晰，呼吸平稳	少气懒言，声低气怯	语言不清，气微或喘促	突然语言不休
动作反应	动作自如，反应灵敏	倦怠乏力，动作迟缓	动作艰难，反应迟钝，或循衣摸床，撮空理线	
饮 食				突然食欲增进

5. 神乱 即精神错乱或神志失常。其临床表现为焦虑恐惧、狂躁不安、淡漠痴呆或卒然昏倒等。多见于癲、狂、痫、脏躁或热扰心神等病人。

(1) 焦虑恐惧：病人时时恐惧，焦虑不安，心悸气促。多属虚证。可见于卑怯、脏躁等病人。常由心胆气虚，心神失养所致。

(2) 狂躁不安：病人狂躁妄动，烦躁不宁，打人骂人，不避亲疏，多属阳证。常见于狂病等。多由暴怒气郁化火，煎津为痰，痰火扰乱心神所致。

(3) 淡漠痴呆：病人表情淡漠，神志痴呆，喃喃自语，面壁而泣等。多属阴证。常见于癲病、痴呆等。多由忧思气结、津液凝结为痰，痰浊蒙蔽心神，或先天禀赋不足使然。

(4) 神昏谵语：其临床表现一般为壮热烦躁，神昏谵语，四肢抽搐；或卒然神昏，两手握固，牙关紧闭，角弓反张。提示邪气亢盛，热扰神明，邪陷心包；或肝风挟痰蒙蔽清窍，阻闭经络所致。

(5) 卒然昏倒：病人突然昏倒，口吐白沫，两目上翻，醒后如常人；或半身不遂，口眼喎斜。多属痫病、中风。每因脏气失调，肝风挟痰上逆，阻闭清窍所致。

(四) 望神的注意事项

1. 做到一会即觉 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直接印象，做到静气凝神，冷眼观察，一会即觉。

2. 务必形神合参 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。故必须形神合参。

3. 抓住重要症征 有些症状和体征对判断失神具有重要意义，应予以重视。如神昏谵语，循衣摸床，卒然神昏，手撒遗尿；骨枯肉脱，形羸色败；饮食不入，泄泻不止等，一旦出现，多为病重失神之象。

4. 注意识别真假 重病好转时，其精神好转是逐渐的，并与整体状况好转相一致，如饮食渐增，面色渐润，舌上复生薄白苔，身体功能渐复等。而假神多见于垂危病人，神识突然“好转”而整体状况并未好转，两者不统一，且时间短暂，病情很快恶化。对此，临证时务必鉴别清楚。

二、望色

望色，又称“色诊”。是医生通过观察病人全身皮肤的色泽变化来诊察病情的方法。本部分主要是讨论望面色，其他详见有关章节。

望面色主要是观察病人面部的颜色与光泽。颜色是色调的变化，光泽是明度的变化。颜色有青、赤、黄、白、黑 5 种，故临证望色又称“五色诊”。

(一) 望色诊病的原理

由于心主血脉，其华在面；手足三阳经皆上行于头面（特别是多气多血的足阳明胃经分布于面），故面部的血脉最为丰富。《灵枢·邪气脏腑病形》说：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。”即是谓此面言者。因此，凡脏腑的虚实，气血的盛衰，皆可通过面部色泽的变化而反映于外。加之面部皮肤嫩薄而外露，其色泽变化易于观察。故望色重在观察面部。

(二) 色与泽的意义

望面色包括观察面部皮肤的颜色和光泽两方面。

1. 颜色 面部的颜色可以反映血液的盛衰和运行情况。在病理状态下，则可反映疾病的不同性质和不同脏腑的疾病。《灵枢·五色》有“青黑为痛，黄赤为热，白为寒”之说，即是说明不同颜色反映了疾病的不同性质。前人根据五行学说中五色与五脏相应的理论而提出：五色分属于五脏，其对应关系是“青为肝，赤为心，白为肺，黄为脾，黑为肾”（《灵枢·五色》）。故面部的变化在一定程度上可反映不同脏腑的疾病。

2. 光泽 面部的光泽，是脏腑精气外荣的表现。可反映脏腑精气的盛衰，对判断病情的轻重和预后有重要意义。一般言之，面色荣润光泽者，为脏腑精气未衰之征，见于无病或病轻者；反之，面色晦暗枯槁无泽者，则为脏腑精气已衰，见于病重之人。

(三) 常色与病色

望面色应注意常色和病色的区别。

1. 常色 即指人体在正常生理状态时面部无病的色泽。常色的特点是明润、含蓄。明

润，即面部皮肤光明润泽，是有神气的表现，显示人体精充神旺，气血津液充足，脏腑功能正常；含蓄，即面色红黄隐隐，含于皮肤之内，而不特别显露，是胃气充足、精气内含而不外泄的表现。

中国人属黄种人，其正常面色可概括为“红黄隐隐，明润含蓄”。不过常因体质禀赋、季节气候不同而略有差异。常色又分为主色和客色两种：

(1) 主色：凡与生俱来，一生基本不变的面色，称主色。《医宗金鉴·四诊心法要诀》说：“五脏之色，随五形之人而见，百岁不变，故为主色也。”即是谓此而言。人群中，每一个人的面色是不一致的，这与遗传因素、地域、气候、工作环境等因素有关，如有白、有黑、有红之不同，然只要终生不变，即属主色。

(2) 客色：凡因季节气候、地理环境、生活条件等改变而发生相应变化的面色，称客色。因人与自然相应，随着季节、气温等的变化，面色可发生相应的变化。按五行理论，春季面色可稍青，夏季面色稍赤，长夏面色稍黄，秋季面色稍白，冬季面色稍暗。此乃正常现象。又如天热则脉络扩张，气血充盈，面色可稍赤；天寒则脉络收缩，血行减少而迟滞，面色可稍白或稍青。正如《医宗金鉴·四诊心法要诀》所说：“四时之色，随四时加临，推迁不常，故为客色也。”再如野外作业其色见黑，室内工作其色多白。上述变化均属正常范围。

此外，人体面色还可因情绪变化、剧烈运动、饮酒等而发生变化。如情绪激动可面见红赤，饮酒或红赤或色白。但只要明润含蓄，均非病色，对此不可不知。

2. 病色 指人体在疾病状态时发生异常改变的面部色泽。常见病色有白、黄、赤、青、黑 5 种。病色的特点是晦暗、暴露。晦暗，即面部皮肤枯槁晦暗而无光泽，是脏腑精气已衰、胃气不能上荣的表现。暴露，即某种面色异常明显地显露于外，是病色外现或真脏色外露的表现。如实热证满面通红即为病色外现；肾病面黑暴露，枯槁无华即为真脏色外露的表现。故病色可反映不同性质的疾病和不同脏腑的病变。

临床所见，凡新病、轻病、阳证，其面色多鲜明显露但尚有光泽；面久病、重病、阴证者，则面色暴露，晦暗而无光泽。故病色又有善色和恶色之分。

(1) 善色：面色光明润泽为善色。疾病过程中，说明虽病而脏腑精气未衰，胃气尚能上荣于面，属新病、轻病、阳证，易于治疗，其预后大多良好，故称善色。如阳黄者面黄鲜明如橘皮色，即为善色。

(2) 恶色：面部枯槁晦暗者为恶色。说明脏腑精气已衰，胃气不能上荣于面，属久病、重病、阴证，不易治疗，预后较差，故称恶色。如臌胀病人面色黄黑晦暗枯槁，水肿病人面色暗黑而无光泽，即为恶色。

(四) 五色主病

五色（白、黄、赤、青、黑 5 种）为常见病色。不同的病色，常可反映不同性质的病证，是望色的重点内容。

1. 白色 主虚证、寒证、脱证。病人面色发白，多由气虚血少，或阳衰寒盛，气血不能上荣于面部所致。常见者有：

(1) 淡白：面色（及唇舌）淡白无华。多属血虚证或失血证。

(2) 晄白：色白而无光泽。多属阳虚证；若晄白虚浮，则多属阳虚水泛。

(3) 苍白：色白而面带青灰，毫无光泽。多属阳气暴脱或阴寒内盛。因阳气暴脱，血

行迟滞，面部脉络血少而兼血瘀所致；若外感寒邪或阴寒内盛，寒邪凝滞，面部脉络收缩而凝涩，亦可见面色苍白。

2. 黄色 主脾虚、湿证。病人面色发黄，多由脾气亏虚，机体失养；或湿邪内蕴，脾失健运所致。

(1) 萎黄：面色黄而枯槁。多属脾胃气虚。是因脾胃虚衰，水谷精微生成不足，机体失养，故见面黄肌瘦而呈萎黄。

(2) 黄胖：面色黄而虚浮。属脾虚湿蕴。是因脾虚不运，水湿内停，泛溢肌肤所致。

(3) 黄疸：面目一身俱黄。其中色黄鲜明如橘皮色者，属阳黄，乃湿热为患；面黄晦暗如烟熏色者，属阴黄，乃寒湿蕴脾。

3. 赤色 主热证、戴阳证。人面见赤（红）色，多因热盛而面部脉络充盈所致；亦可见于阴寒极盛，虚阳上越的重证。

(1) 满面通红：多属实热证。每因邪热亢盛，血行加速，面部脉络、气血充盈所致。并见其他实热之征。

(2) 午后两颧潮红：多属阴虚内热证。由于阴虚阳亢，虚火上炎，故见两颧潮红。常见于肺癆等病人。

(3) 面红如妆：久病重病面色苍白，却时而泛红如胭脂妆，游移不定者，属戴阳证。此乃久病脏腑精气衰竭，阴不敛阳，虚阳上越所致。其病往往深重。

4. 青色 主寒证、痛证、气滞血瘀、惊风。病人面见青色，多由寒凝气滞，或痛则不通，或瘀血内阻，或筋脉拘急，使面部脉络血行瘀阻。

(1) 淡青或青黑：多属寒盛、痛剧。每因阴寒内盛，或痛则不通，使面部脉络拘急、气血凝滞。可见于阴寒腹痛或虚寒证兼有瘀血等病人。

(2) 面色与口唇青紫：多属心气、心阳虚衰，血行瘀阻；或肺气闭塞，呼吸不利所致。若突见面色青灰，口唇青紫，四肢冰冷，脉微欲绝，则多为心阳暴脱、心血瘀阻之象。可见于真心痛等病人。

(3) 面色青黄：即面色青黄相间，又称苍黄。多见于肝郁脾虚、气血瘀阻之人，其肋下每有癥积痞块。

(4) 小儿眉间、鼻柱、唇周发青：多属惊风。常因邪热亢盛、消灼阴津，筋脉失濡而抽搐；面部脉络血行瘀阻则发青。可见于高热惊厥患儿。

5. 黑色 主肾虚、寒证、水饮、血瘀。面色发黑，多因肾阳虚衰，阴寒内盛，或血失温养，脉络拘急，从面使水色外露。

(1) 面黑暗淡：多属肾阳虚证。因阳虚水寒不化，血失温煦，故面色暗淡。

(2) 面黑焦干：多属阴精亏虚。因肾精久耗，阴虚火旺，虚火上炎，面部失养所致。

(3) 眼眶周围发黑：多属肾虚水饮内停或寒湿下注之带下。

(4) 面色黎黑，肌肤甲错：多由血瘀日久渐致。

(五) 望色的注意事项

1. 注意病色与常色的比较 望色时须把病人的面色（或肤色等）与其所处人群的常色作比较来加以判断。如病人属某一局部色泽改变，还可与其自身对应部位的正常肤色进行比较。

2. 注意整体与部分色诊相结合 望色应以病人的整体面色（或肤色）为主，并以面

色的荣润含蓄或晦暗枯槁作为判断病情轻重和估计预后的主要依据。如当病人因原来肤色较深不易发现其他病色，或因病情复杂，面色与病性不符时，则须观察病人体表其他部位组织（如舌体）的色泽，并结合其他诊法进行综合判断，以免造成误诊。

3. 注意面部色泽的动态变化 在疾病发展过程中，随着病情的变化，病人的面部色泽也会发生相应的改变。因此，注意观察病人面部色泽的动态变化，可以推测疾病的发展变化和转归。《灵枢·五色》说：“五色各见其部，察其浮沉，以知浅深；察其泽夭，以观成败；察其散抟，以知远近；视色上下，以知病处；积神于心，以知往今。”清代医家汪宏在此望色理论的基础上加以补充，提出“望色十法”，即浮、沉、清、浊、微、甚、散、搏、泽、夭；分别用以判断疾病的表、里、阴、阳、虚、实、新、久、轻、重（见《望诊遵经》）。此可作为观察面部色泽动态变化时参考。

4. 注意非疾病因素对面色的影响 面部色泽除可因疾病发生异常改变外，还可因气候、光线、昼夜、情绪、饮酒、饥饱等非疾病因素的影响而发生变化，故望色诊病时还要注意排除上述因素的干扰，以免造成误诊。

三、望形体

望形体是通过观察病人形体的强弱胖瘦、体质形态和异常表现等来诊察病情的方法。

（一）望形体诊病的原理

人体以五脏为中心，外与五体（皮毛、肌肉、血脉、筋腱、骨骼）有着密切的生理联系，即肺合皮毛，脾主肌肉，心主血脉，肝主筋，肾主骨。五体赖五脏精气的充养，五脏精气的盛衰和功能的强弱又可通过五体反映于外，形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。故观察病人形体的强弱胖瘦和不同的表现，可以了解内在脏腑的虚实、气血的盛衰和相关病变。而不同的体质形态，其阴阳盛衰不同，对疾病的易感性和患病后疾病的转归也不同。所以，观察病人的体质类型也有助于对疾病的诊断。

（二）望形体的基本内容

1. 形体强弱 观察形体强弱，对判断疾病的预后与转归等有重要参考意义。

（1）体强：即体质强壮。表现为骨骼粗大，胸廓宽厚，肌肉坚实，皮肤润泽。同时精力充沛，食欲旺盛。说明体魄强壮，脏腑气血旺盛，抗病力强，有病易治，预后较好。

（2）体弱：即体质衰弱。表现为骨骼细小，胸廓狭窄，肌肉瘦削，皮肤枯槁。同时精神不振，食少乏力。说明体质虚衰，脏腑气血不足，抗病力弱，有病难治，预后较差。

此外，观察具体形体组织的强弱状态，有助于了解相应脏腑的虚实和气血的盛衰。如肺合皮毛，皮肤荣润光泽，腠理致密，常是肺气充沛，营卫充盛之象；皮肤枯槁，腠理疏松，则属肺气亏虚，营卫不足。脾主肌肉四肢，肌肉丰满，四肢坚实有力，是脾胃之气旺盛，气血充足之象；肌肉瘦削，四肢软弱无力，多属脾胃气虚，气血不足。肝主筋，筋健有力，关节运动灵活，是肝之阴血充盛，血能荣筋的表现；筋弱无力，关节屈伸不利，则属肝血不足，筋失血养。肾主骨，骨骼粗壮坚实，是肾气充盛，髓能养骨的表现；骨骼脆弱，或有畸形，则属肾气不足，发育不良。心主血脉，心血的盛衰则主要是从面色和脉象上反映出来。

2. 形体胖瘦 正常人不胖不瘦，各部组织匀称。过于肥胖或过于消瘦均属病理状态。

（1）肥胖：形体稍胖，肌肉坚实，是精气充足，身体健康的表现，不作病论。若形

体过于肥胖，肉松皮缓，神疲乏力者，多属形盛气虚，是阳气不足、多痰多湿征象。其易患痰饮、中风等病证。此即《医门法律》所谓“肥人湿多”。

(2) 形瘦：形体稍瘦，肌肉结实，精神饱满，亦不当为病态。若形瘦颧红，皮肤干燥者，多属阴血不足，内有虚火的表现，每见于肺癆等病。此即《医门法律》所谓“瘦人多火”。久病卧床不起，骨瘦如柴者，为脏腑精气衰竭，气液干枯，属病重之征，难以救治。

3. 体质形态 体质是人群中的个体在其生长发育过程中形成的形体结构与整体机能方面相对稳定的特殊性，在一定程度上反映了机体阴阳气血盛衰的禀赋特点和对疾病的易感受性。不同体质患病后的转归也不同。故观察病人的体质形态，常有助于了解病人阴阳气血的盛衰和预测疾病的发展转归。目前中医学一般将人类的体质分为阴脏人、阳脏人、阴阳和平之人 3 种类型。

(1) 阴脏人：体型偏胖，或较怯弱，面色偏白少华，平时体弱多病，畏寒喜暖，易于疲劳，性格内向，舌淡脉弱，大便多溏。其特点是阳不足而阴偏盛，患疾后易从阴化寒，对寒、湿诸邪具有易感性。

(2) 阳脏人：体型偏瘦长，面色偏红，平时畏热喜凉，喜饮，性格外向，易于激动、发怒，舌红，脉数，大便多燥。其特点是阴不足而阳偏亢，患病易于从阳化热，对风、火热诸邪具有易感性。

(3) 阴阳和平之人：又称平脏之人。体型介于前两者之间。其特点是阴阳平衡，气血调匀。在平时无寒热喜恶之偏，面色不红不白，性格开朗随和，大便不燥不溏。是大多数人的体质类型。

此外，望形体的内容还应包括对各种形体畸形的观察，其具体表现和临床意义详见局部望诊。

四、望姿态

望姿态是观察病人的动静姿态和异常动作来诊察病情的方法。

(一) 望姿态诊病的原理

病人的动静姿态与机体的阴阳盛衰和病性的寒热虚实关系密切。因阳主动，阴主静，故阳、热、实证病人机体功能亢进，多表现为躁动而不安；阴、寒、虚证病人机体功能衰减，多表现为喜静而少动。所以，观察病人动静姿态的不同，可以判断病性的阴阳、寒热、虚实。

病人肢体的异常动作表现与某些疾病有关，不同部位的异常特征，常反映不同脏腑的疾病。因此观察病人的某些异常动作，亦有助于诊断相关的疾病。

(二) 望姿态的基本内容

1. 动静姿态 正常人动作协调，体态自然。脏腑组织发生病变，可使肢体动静失调，或不能运动，或处于强迫被动体位。一般规律是：凡喜动者、强者、仰者、伸者，多属阳证、热证、实证；凡喜静者、弱者、俯者、屈者，多属阴证、寒证、虚证。

坐而喜仰，呼吸气粗；不能平卧者，多属肺实气逆。坐而喜俯，少气懒言者，多属气虚体弱。

卧时面常向外，躁动不安，身轻自能转侧者，多属阳证、热证、实证。卧时面常向里，喜静懒动，身重不能转侧者，多属阴证、寒证、虚证。

仰卧伸足，掀去衣被者，多属实热证；踞卧缩足，喜加衣被者，多属虚寒证。

此外观察病人因疾病而出现的强迫体位和因疼痛而出现的特殊姿态，亦有助于对疾病的诊断。如病人但坐不得卧，卧则气逆者，多属咳喘肺胀，或水饮停于胸腹；但卧不得坐，坐则晕眩者，多属气血极度亏虚。此即强迫体位。又如病人蹙额捧头，俯不欲仰者，多为头痛；叉手扪心，闭目不语者，多见于心虚怔忡；两手护乳前，惟恐触碰者，多见于乳痈病人；以手护腹，俯身前倾者，多为腹痛使然。

2. 衰惫姿态 脏腑精气虚衰、功能低下时，必然影响机体功能发挥而出现相应的衰惫姿态，如精神萎靡，目光呆滞，少气懒言，形瘦无华等。观察这些衰惫姿态，可以了解脏腑的病变程度和预测疾病的转归。

3. 异常动作 不同的疾病可产生不同的病态，观察病人肢体的异常动作有助于相应疾病的诊断。

如病人唇、睑、指、趾颤动者，多见于外感热病，常为发痉先兆；见于内伤虚证多为气血不足，筋脉失养。颈项强直，两目上视，四肢抽搐，角弓反张者，属肝风内动，常见于热极生风；或小儿惊风，或破伤风。卒然昏倒，不省人事，口角喎斜，半身不遂者，属中风病。卒倒神昏，口吐涎沫，四肢抽搐，醒后如常者，属痫病。恶寒战栗，见于疟疾发作，或为外寒袭表，或为伤寒病，邪正剧争欲作战汗之时。肢体软弱，行动不灵，多属痿证。关节拘挛，屈伸不利，多属痹证。儿童手足伸屈扭转，挤眉眨眼，努嘴伸舌，状如舞蹈，不能自制，多由气血不足，风湿内侵头部所致。

【补充阐发】

一、如何理解“一会即觉”、“以神会神”

医生与患者之间的信息交流，必须依靠精神联系，而人类获得的信息，90%是依靠视觉所获取的，因此，望诊为中医诊法之首，望诊之中首先又是望神。

“一会即觉”、“以神会神”是望神的方法，这种提法见于清·石寿棠《医源·望神须察神气论》，其曰：“望而知之谓之神，既称之曰神，必能以我之神，会彼之神。夫人之神气，栖于两目，而分乎百体，尤必统百体察之。……人之神气，在有意无意之间流露最真，医者清心凝神，一会即觉，……不宜过泥，泥则私意一起，医者与病者神气相混，反觉疑似，难以捉摸。此又以神会神之妙理也。”

“一会即觉”是说医者在望神时，要在刚一接触病人，病人还未注意（有意无意之间）时，平心静气，冷眼观察，在非常短暂的时间内凭自己的直觉即可获得对病人神的衰旺的真实印象。

“以神会神”是说望神的方法，以己之神会彼之神，以医生的意识与病人的意识进行交会、交流。即用医生的神识来观察病人的神识，以此来了解病人的精神意识状态和机体的整体功能状态。因此，要求医者在望神时，神应专一，善于用自己的神去察病人的神气，否则所察非真，甚至有误。

因人是有思维、有情感的，当病人发现医生在注意自己时，往往会表现拘谨，有所掩饰，掩盖了其神的真实情况。而医生如果过于用意，进行长时间的观察，也往往容易产生主观想法，而影响了观察所得的客观印象，反而不易作出正确的判断。

所以，望神的最佳时机是医生刚一接触病人，病人尚未注意、毫无拘谨、没有掩饰、

流露真实表情的时候，此时所表现的神气最为可靠。这种“一会即觉”、“以神会神”的能力，需要平时在临床和生活实践中不断加以训练才能获得。

二、“神乱”不等于“失神”

神乱与失神都有精神症状，但神乱与精气衰竭的失神有着本质的不同。

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，多见于癲、狂、痫、脏躁等病人，其特点大多是反复发作而缓解期不出现神志失常。这些都是由特殊的病因病机和发病规律所决定的，多为邪气干扰心神所引起的神气变化，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。例如癲、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之候，一般不会很快出现死亡。

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、精气严重亏损时出现的神气变化，多见于久病患者，多为虚证。而且失神多发生于疾病病变过程的末期，疾病的危重阶段，属于精气严重亏损、机体功能严重衰减，多预后不良。

因而“神乱”不等于“失神”，两者有着本质的区别。

三、假神的病机与辨识

假神是指垂危病人出现的暂时性精神“好转”的假象，为临终的预兆。据某些临床观察发现，病人在出现假神后4~48小时内死亡。《内经》中虽无假神一词，但已提出“真脏之气独见”和“五色精微象见”的概念，张仲景《伤寒论》中又提出了“除中”的概念，均已在临床上发现有假神的现象。

假神的出现，是由于精气衰竭已极，阴不敛阳，虚阳无所依托而外越，残精无所固摄而外泄，以致暴露出一时“好转”的假象。这是阴阳即将离绝的危候，古人比做“残灯复明”、“回光返照”，好比灯油将尽时，灯光忽而转亮再熄灭，太阳将落时，由于空气的折射作用，天空暂时转亮，很快就会暗下来。《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。”这种精气完全暴露之象之所以是恶候，是因为不能久持。

假神与病情好转的区别在于：假神的出现比较突然，如本已神志不清而突然神志清楚，本已久不能食而突欲进食甚至食之颇多，其“好转”与整个病情不相符，只是局部的和暂时的。由无神转为有神，是整个病情的好转，有一个逐渐好转、全身状况同步好转的过程。

四、关于“望色十法”

所谓望色十法，是指望色时要注意分辨色之浮沉、清浊、微甚、散抟、泽夭。此内容在《灵枢·五色》中已有论述，但由《望诊遵经·相气十法提纲》中正式提出，曰：“大凡望诊，先分部位，后观气色，欲视五色之精微，当知十法之纲领。十法者，浮、沉、清、浊、微、甚、散、抟、泽夭是也。”

望色十法的具体内容及临床意义为：

1. 浮沉 浮是指色显露于皮肤之表，一般出现在疾病初起，提示病在表、在腑；沉

是指色隐约于皮肤之内，提示病在里、在脏。病色初浮而后沉，为病从表入里，由浅入深；反之，病色由沉而转浮，提示病情好转，或病邪欲解。如果久病、重病反见两颧浮红，是虚阳浮越的表现，提示病情危重。

2. 清浊 清是指面色明亮，病属阳证；浊是指色泽晦暗混浊，病属阴证。病色由清转浊，为阳证转阴证；由浊转清，为病由阴出阳。

3. 微甚 微是指色浅淡，多见于正气虚或病邪轻；甚是指色深浓，多见于邪气盛（实证）或病势重。病色由微转甚，是病因虚致实，或病邪由轻转重；由甚转微，是病由实转虚，或病势由重转轻。

4. 散抟 散是指病色疏离，如去彻散，为病程比较短暂，邪未积聚的表现；抟是指病色壅滞、团聚，为病久不解，病情深重。病色由散变抟，为病情加重；由抟面散，为病情减轻或病邪欲解。

5. 泽夭 泽是指肤色明润有光彩，提示虽病面气血未衰，病有生机；夭是指肤色枯槁，提示精气受损。先泽后夭，多为病趋严重，病情恶化；先天后泽，多为正气渐复，病有转机。

总之，十法是辨其色之气，而气乃色之变化，故可从总体上辨表里、阴阳、虚实、久近、成败，这就是十法的临床意义。但是，在望诊时，一是要十法与五色合参，才谈得上色诊；二是要进行动态观察，才能知其变化。正如《望诊遵经·五色十法合参》所说：“病情深奥，望法精微，间有隐于此而显于彼者，其病盖又有遁情焉。”所以只有气色合参和动态观察，才能获得较为正确的诊断。

五、望色十法之“抟”

《中医诊断学》第五版教材在望色十法中，提出望色十法是“浮沉、清浊、微甚、散搏、泽夭”，并指出“搏者壅滞，其色闭，主病久渐聚。先散后搏，病虽近而渐聚；先搏后散，病虽久而将解聚。”此段文字是以《望诊遵经》为依据编写的，而清·汪宏《望诊遵经·相气十法提纲》中则为“抟”，系第五版教材把“抟”字误为“搏”。“抟”音 tuán，团聚也。“搏”音 bo，搏斗、搏动也。“抟”之繁体字为“搏”，形与“搏”近，故易混淆。汪宏所述之相气十法源于内经，《灵枢·五色》曰：“五色各见其部，察其浮沉，以知浅深；察其泽夭，以观成败；察其散抟，以知远近；视色上下，以知病处。”某些《内经》版本也将“抟”误为“搏”，这也可能是第五版教

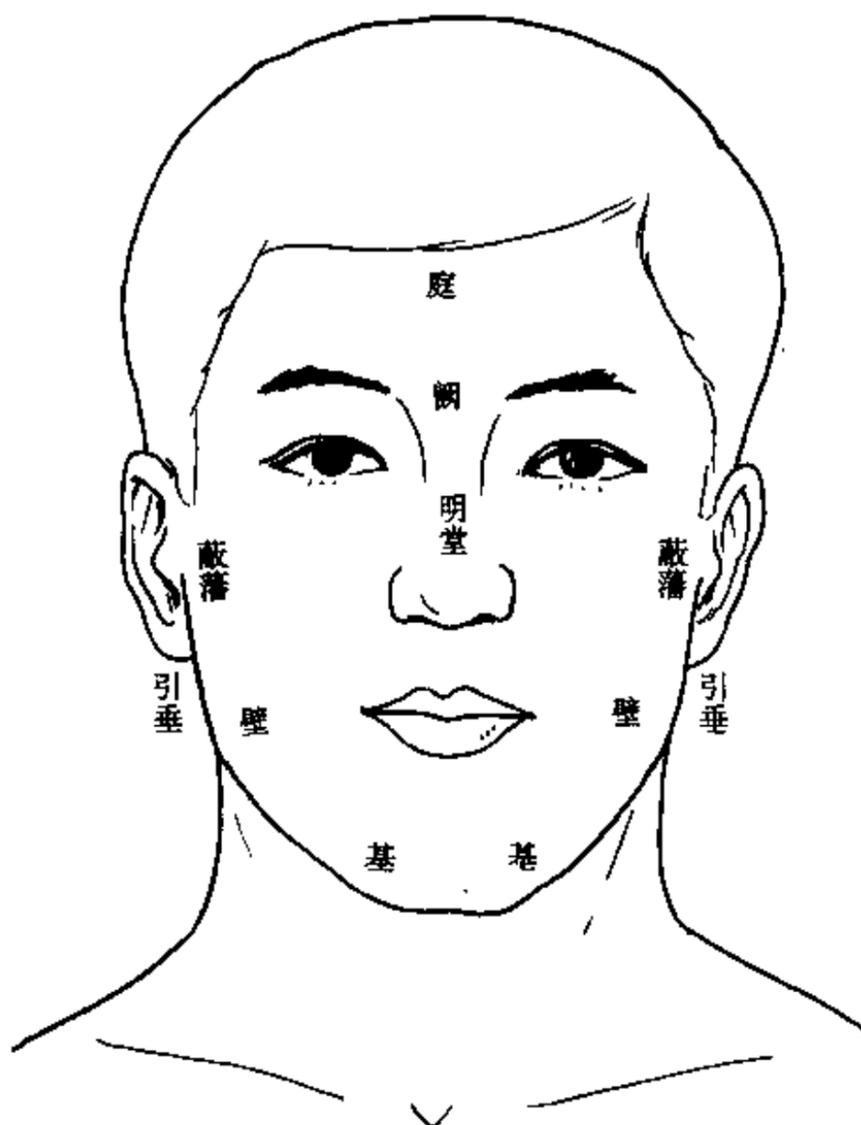


图 1-1 明堂藩蔽图

材引文有误的原因。受第五版教材之错误的影响，全国各地一批中医诊断学教材或专著，皆把“抻”误为“搏”。望色十法是中医望诊提纲，如此重要内容出现错误，而且讹传甚广，故予纠正。

六、何谓“有气不患无色，有色不可无气”

气指脏腑精气，脏腑精气充足，能够上荣于面，则面色荣润光泽，称为“有气”。脏腑精气虚衰，不能上荣于面，则面色晦暗枯槁，称为“无气”。所以面色有无光泽可反映脏腑精气的盛衰，对判断病情的轻重和预后有重要意义。

色指面色，是面部脉络中的血色与肤色相兼表现于外的颜色，不同面色可反映不同性质和不同脏腑的疾病。

病人面色荣润光泽，说明虽病而脏腑精气未伤，功能亦无大碍，即使缺乏血色，属阴血不足，但因气能化生血液，经过适当治疗亦易恢复，预后良好，故曰“气至色不至者生”、“有气不患无色”。

病人面色晦暗枯槁，说明脏腑精气虚衰，功能亦严重损伤，不论何种面色，皆属久病重病，难于治疗，预后不佳，故曰“有色不可无气”、“色至气不至者死”。

七、怎样理解“形胜气者夭”、“气胜形者寿”

形指形体胖瘦，气指精气盛衰，主要表现在机体功能的强弱方面。“形之所充者气”，形与气两者相合而不可离，观察两者的表现对判断机体的强弱具有重要意义。

“形胜气者夭”，是指形体肥胖而精气不足，表现为精神不振、纳少乏力、机体功能低下，虽胖亦属不健康表现，多非长寿体质。

“气胜形者寿”，是指形体虽瘦，但精气充足，表现为精神充沛、神旺有力，虽瘦亦属健康表现，每为长寿体质。

由此可见，在判断体质强弱方面，气的盛衰比形的胖瘦具有更重要的意义，所以医生在望形体的胖瘦时，一定要将形与气两者结合起来，进行综合判断，才能作出正确的结论。

八、脏腑色部的定位

患病后病人会有相应的面色变化，不仅不同的病证会有不同的气色改变，而且因受病脏腑的不同而可反映在颜面的不同部位。如《灵枢·五色》说：“五色之见也，各出其色部。”《素问·举痛论》亦说：“五脏六腑，固尽有部。”

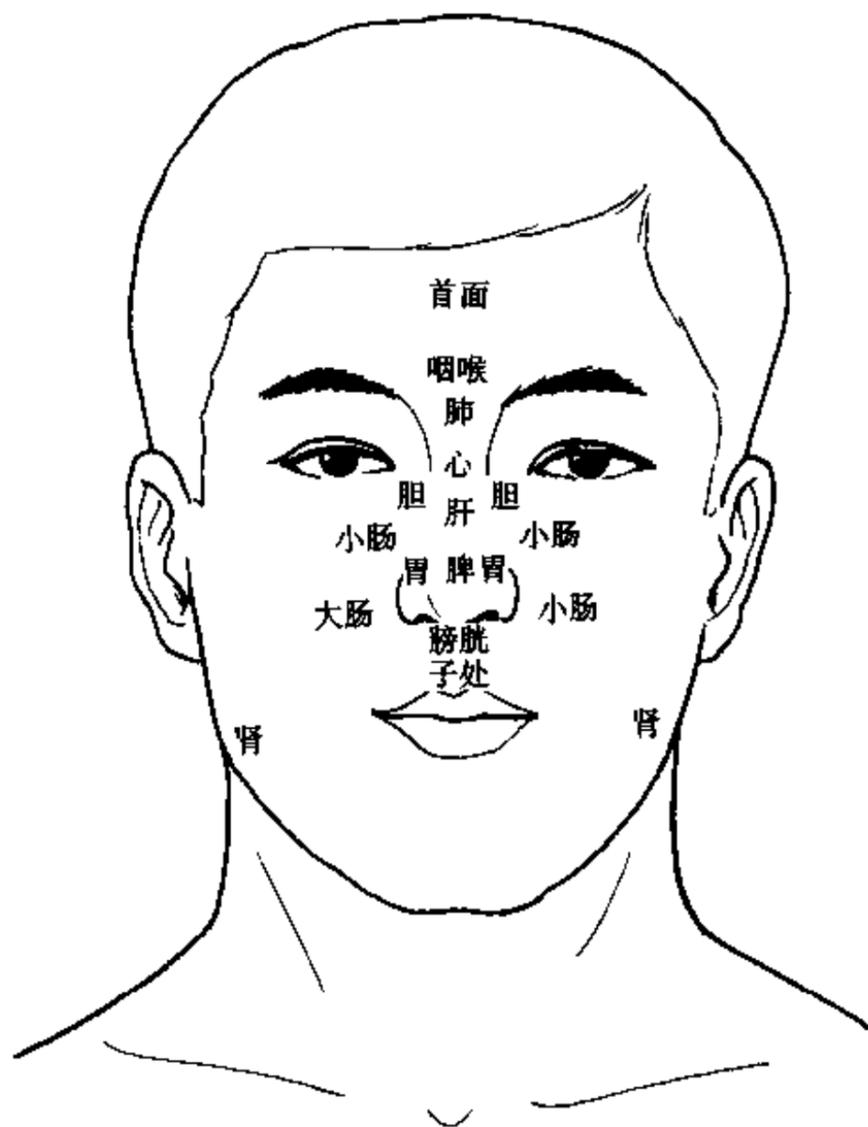


图 1-2 面部色诊分属部位图

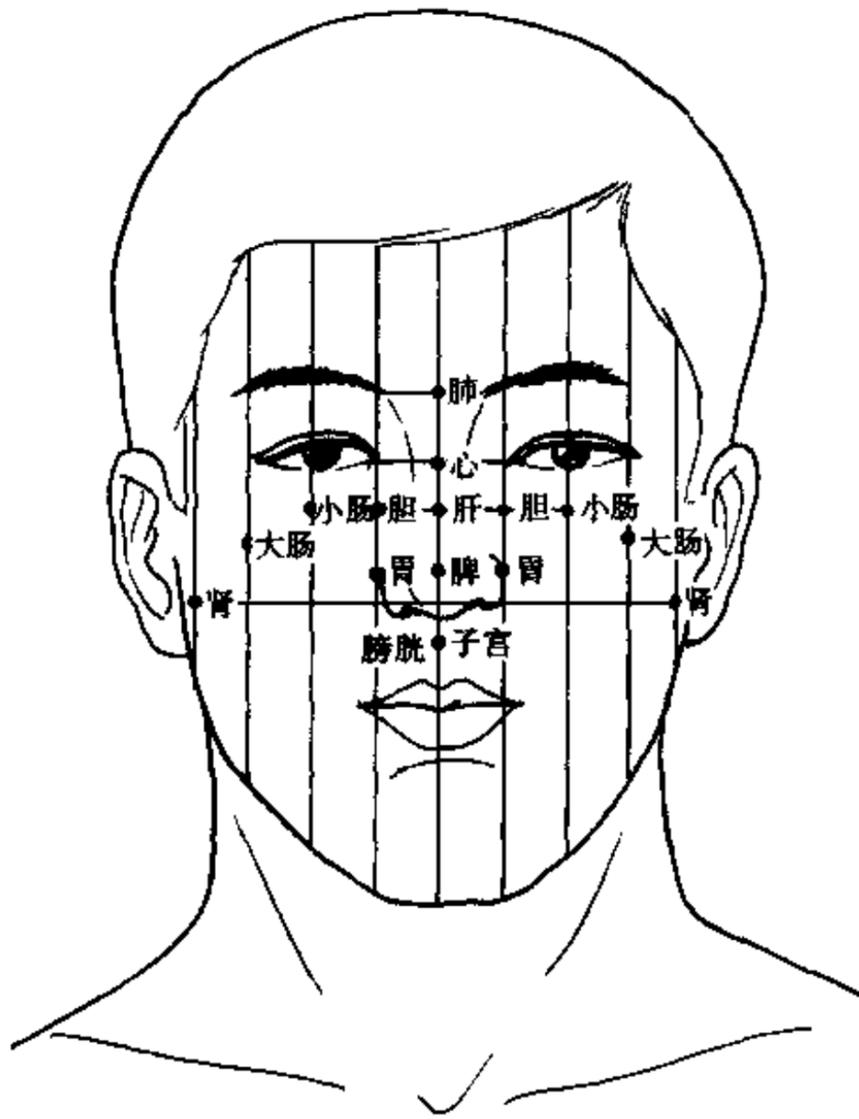


图 1-3 脏腑色部中心图

所谓色部，是指五脏六腑和形体关节反映于面部的特定色诊部位。色部是古代医家根据“有诸内必形诸外”的道理，从长期临床经验中总结出来的。因此，《素问·阴阳应象大论》说：“善诊者，察色……审清浊而知部分”，《灵枢·五色》亦说：“当明部分，万举万当。”《望诊遵经》也提出：“明堂察色，以脏腑部位为体，以气色诊法为用。故分观之，可以视其常；合举之，可以通其变。”“既知气色之主病，当知部色之主病，夫而后可因部位气色之所主，以言脏腑经脉之所病。”

面部气色分候脏腑，《内经》有以下两种定位方法：

1. 明堂脏腑色部 出《灵枢·五色》。即以鼻为中心的明堂藩蔽图。它以面部中央部位分候五脏，六腑夹于两旁，其余头面咽喉胸背四肢等形体关节各上下左右依次排列。

惜其记载比较粗略，临床较难领会应用（见图 1-1，图 1-2）。

近代王鸿谟绘制了一种脏腑色部中心坐标图，其绘图依据是人的面部正面宽度约为五个眼宽，可以通过前正中中线、内眦垂线、瞳孔垂线（正前方线）、外眦垂线、太阳穴垂线，将面部均分为十个近似等份。这些垂线若与两眉内侧端连线、两目内侧端连线、两颧骨最高点连线、鼻翼中央偏上 1/3 连线、鼻翼基底水平线组成坐标，则脏腑色部的中心点基本均位于坐标横竖轴线的交叉点上（见图 1-3）。

2. 颜面五脏色部 出《素问·刺热》。又可称为面貌色部。以面部的额颜（上）诊心病，鼻部（中）诊脾病，颧颊（下）诊肾病，左颧（左）诊肝病，右颧（右）诊肺病。最初用于外感热病，后扩展应用于内伤杂病，尤其在小儿科应用最为广泛。

【古代文献】

一、司外揣内

《素问·五脏生成》：心之合脉也，其荣色也，其主肾也。肺之合皮也，其荣毛也，其主心也。肝之合筋也，其荣爪也，其主肺也。脾之合肉也，其荣唇也，其主肝也。肾之合骨也，其荣发也，其主脾也。

《灵枢·邪气脏腑病形》：十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。

《灵枢·本脏》：视其外应，以知其内脏，则知所病矣。

《千金翼方·色脉·诊气色法第一》：夫为医者，虽善于脉候，而不知察于气色者，终

为未尽要妙也。故曰：上医察色。……所以善为医者，必须明于五色，乃可决生死、定狐疑。

《丹溪心法·能合色脉可以万全》：欲知其内者，当以观乎外；诊于外者，斯以知其内。盖有诸内者，必形诸外。……诚能察其精微之色，诊其微妙之脉，内外相参而治之，则万举万全之功可坐而致也。《素问》曰“能合色脉，可以万全。”其意如此。

《医方类聚·五脏门·五脏内外所因证治》：人身之有形于外者，必有诸内，故五脏之受病于内，而发于外者，必见之眼、耳、鼻、舌、口、牙之间。

《四诊抉微·凡例》：四诊为岐黄之首务，而望尤为切紧。

《临证指南医案·斑痧疹瘰》：盖有诸内而形诸外，可决其脏腑之安危，邪正之胜负也。

《医宗说约·望色》：经曰：望其五色，以知其病。故望色者，活人之首事也。

《温证指归·望色论》：望色重于切脉，《内经》云：上古使儻贷季理色脉而通神明。又云：能合色脉，可以万全。盖脉动于内，其理甚微，色现于外，其象至显。且有诸内，必形诸外，可一望而知之。……脏腑精华，毕陈于面，人能望面部之色，以知脏腑之病；而不能望脏腑之色，以决生死之机。彼洞见脏腑，一望而决生死者，大都观其外而知其内，使今之人理色脉而通神明，以为治病把握，胸有成竹，奏效可以十全。若徒讲病情，不知望色，茫然以温病为伤寒，将使病者含冤于地下矣。昔晋景公有疾，医缓视之曰：二竖入膏肓，不可为也。医缓洞见脏腑，宁非合色脉而参详耶！从古有诸内必形诸外，观其外可知其内，能于色脉而参详之，斯不独为治温病之大纲，即以为治他病之大纲也可。

《望诊遵经·五色相应提纲》：五色形于外，五脏应于内，犹根本之与树枝也。色脉形肉，不得相失也。故有病必有色，内外相袭，如影随形，如鼓应桴。……色之应于脏者，亦应其腑，应乎腑者，亦应其经。但当分其部位之内外，察其气色之阴阳。五色之见，莫不相输应焉，顾应者，常也；不应者，变也。知其常变，则知其生克矣；知其生克，则知逆从矣。五脏各有病证声色臭味，当与气口明堂相应焉，其太过不及，相生相克，皆病也。从外知内，盖本乎此。

二、望神气

《素问·六节脏象论》：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。

《素问·移精变气论》：得神者昌，失神者亡。

《素问·脉要精微论》：衣被不敛，言语善恶不避亲疏者，此神明之乱也。

《素问·阳明脉解》：病甚则弃衣而走，登高而歌，或至不食数日，逾垣上屋，所上之处，皆非其素所能也。

《灵枢·平人绝谷》：五脏安定，血脉和利，精神乃居。故神者，水谷之精气也。

《灵枢·天年》：失神者死，得神者生也。

《灵枢·大惑论》：五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。……目者，心之使也；心者，神之舍也。

《类经·脉色类》：精明见于目，五色显于面，皆五气之精华也。……五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精，故精聚则神全；若其颠倒错乱，是精衰而神散矣，岂允安之兆哉？

《景岳全书·传忠录·神气存亡论》：善乎神之为义，此死生之本，不可不察也。……以形症言之，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。

《医门法律·望色论》：人之五官百骸，赅而存者，神居之耳。色者，神之旗也。神旺则色旺，神衰则色衰，神藏则色藏，神露则色露。

《石室秘录·六论气色》：色暗而神存，虽重病亦生；色明而神夺，虽无病亦死。

《慎斋遗书·二十六字元机》：目者，一身之精华所萃，色藏于内而发见于外，有神则精明光彩，黑白如常。实则阳光灿烂，虚则阴翳朦胧。若失其神，则昏昧不明，远近不辨。

《图书编·脏腑绪论》：人之神发于目，寤则栖心，寐则栖肾。

《医原·望病须察神气论》：夫人之神气，栖于两目，而历乎百体，尤必统百体察之。察其清浊，以辨燥湿；察其动静，以辨阴阳；察其有无，以决生死。如是而望始备，而望始神。……不论何色，均要有神气。神气云者，有光有体是也。光者，外面明朗；体者，里面润泽。光无形，主阳主气；体有象，主阴主血。气血无乖，阴阳不争，自然光体具备。经云：……如以缟裹……。盖以平人五脏既和，其色禀胃气而出于皮毛之间。胃气色黄，皮毛色白，精气内含，宝光外发，既不浮露，又不混蒙，故曰如缟裹。……即重有神气之义。盖有神气者，有胃气者也。

《伤寒广要·察目》：凡目睛明能识见者，可治；睛昏不识人，或反目上视，或瞪目直视，或目暗正圆，或戴眼反折，或眼胞下陷，睛昏而不识人者，皆不治也。

《重订通俗伤寒论·伤寒诊法》：内经云：五脏六腑之精，皆上注于目。目系则上入于脑，脑为髓海，髓之精为瞳子。凡病至危，必察两目，视其目色以知病之存亡也。故观目为诊法之首要。凡开目欲见人者，阳证；闭目不欲见人者，阴证。目瞑者，鼻将衄；目暗者，肾将枯。目白发赤者，血热；目白发黄者，湿热。目眵多结者，肝火上盛；目睛不和者，热蒸脑系。目光炯炯者，燥病，燥甚则目无泪面干涩；目多昏蒙者，湿病，湿甚则目珠黄而毗烂。眼胞肿如卧蚕者，水气；眼胞上下黑色者，痰气。怒目而视者，肝气盛；横目斜视者，肝气动。阳气脱者，目不明；阴气脱者，目多眵。目清能识人者轻；睛昏不识人者重。阳明实证，可治；少阴虚证，难治。目不了了，尚为可治之候；两目直视，则为不治之疾。热结胃腑，虽日中亦谵语神昏，目中妄有所见；热入血室，惟至夜则低声自语，目中如见鬼状。瞳神散大者，元神虚散；瞳神缩小者，脑系枯结。目现赤缕，而红娇艳者，阴虚火旺；目睛不轮，舌强不语者，元神将脱。凡目有眵、有泪、精采内含者，为有神气，凡病多吉；无眵、无泪、白珠色蓝、乌珠色滞、精采内夺，及浮光外露者，皆为无神气，凡病多凶。凡目睛正圆，及目斜视、上视、目瞪、目陷，此为神气已去，病必不治；惟目睛微定，暂时即转动者，痰；即目直视、斜视、上视，移时即如常者，亦多因痰闭使然，又不可竟作不治论。

三、色泽及主病

《素问·五脏生成》：五脏之气，故色见青如草兹者死，黄如枳实者死，黑如炁者死，

赤如衄血者死，白如枯骨者死，此五色之见死也。青如翠羽者生，赤如鸡冠者生，黄如蟹腹者生，白如豕膏者生，黑如乌羽者生，此五色之见生也。生于心，如以缟裹朱；生于肺，如以缟裹红；生于肝，如以缟裹紺；生于脾，如以缟裹栝楼实；生于肾，如以缟裹紫，此五脏所生之外荣也。……五色微诊，可以目察。能合色脉，可以万全。

《素问·脉要精微论》：夫精明五色者，气之华也。赤欲如白裹朱，不欲如赭；白欲如鹅羽，不欲如盐；青欲如苍璧之泽，不欲如蓝；黄欲如罗裹雄黄，不欲如黄土；黑欲如重漆色，不欲如地苍。五色精微象见矣，其寿不久也。

《素问·刺热》：肝热病者左颊先赤，心热病者颜先赤，脾热病者鼻先赤，肺热病者右颊先赤，肾热病者颐先赤。

《素问·举痛论》：五脏六腑，固尽有部，视其五色，黄赤为热，白为寒，青黑为痛，此所谓视而可见者也。

《素问·痿论》：脾热者色白而毛败，心热者色赤而络脉溢，肝热者色苍而爪枯，脾热者色黄而肉蠕动，肾热者色黑而齿槁。

《素问·三部九候论》：五脏已败，其色必夭，夭必死矣。

《灵枢·经脉》：手少阴气绝，则脉不通；脉不通，则血不流；血不流，则髦色不泽，故其面黑如漆柴者，血先死。

《灵枢·厥病》：厥心痛，色苍苍如死状，终日不得太息，肝心痛也。

《灵枢·五色》：明堂者鼻也，阙者眉间也，庭者颜也，蕃者颊侧也，蔽者耳门也，其问欲方大，去之十步，皆见于外，如是者寿必中百岁。

雷公曰：官五色奈何？黄帝曰：青黑为痛，黄赤为热，白为寒，是谓五官。

黄帝曰：赤色出两颧，大如拇指者，病虽小愈必卒死。黑色出于庭，大如拇指，必不病而卒死。

黄帝曰：庭者，首面也；阙上者，咽喉也；阙中者，肺也；下极者，心也；直下者，肝也；肝左者，胆也；下者，脾也；方上者，胃也；中央者，大肠也；挟大肠者，肾也；当肾者，脐也；面王以上者，小肠也；而王以下者，膀胱于处也；颧者，肩也；颧后者，臂也；臂下者，手也；目内眦上者，膺乳也；挟绳而上者，背也；循牙车以下者，股也；中央者，膝也；膝以下者，胫也；当胫以下者，足也；巨分者，股里也；巨屈者，膝腘也。此五脏六腑肢节之部也，各有部分。有部分，用阴和阳，用阳和阴，当明部分，万举万当。能别左右，是谓大道；男女异位，故曰阴阳。审察泽夭，谓之良工。

五色各见其部，察其浮沉，以知浅深；察其泽夭，以观成败；察其散抟，以知远近；视色上下，以知病处。积神于心，以知往今。

以五色命脏，青为肝，赤为心，白为肺，黄为脾，黑为肾。

《灵枢·五阅五使》：脉出于寸口，色见于明堂，五色更出，以应五时，各如其常，经气入脏，必当治里。

肺病者，喘息鼻张。肝病者，眦赤。脾病者，唇黄。心病者，舌卷短，颧赤。肾病者，颧与颜黑。

黄帝曰：五色之见于明堂，以观五脏之气，左右高下各有形乎？岐伯曰：脏腑之在中也，各以次舍，左右上下，各如其度也。

《灵枢·论疾诊尺》：诊血脉者，多赤多热；多青多痛；多黑为久痹；多赤、多黑、多

青皆见者，寒热身痛。

《灵枢·水胀》：鼓胀何如？岐伯曰：腹胀身皆大，大与肤胀等也，色苍黄，腹筋起，此其候也。

《灵枢·决气》：血脱者，色白，天然不泽。

《灵枢·五音五味》：圣人视其颜色，黄赤者多热气，青白者少热气，黑色者多血少气。

《金匱要略·脏腑经络先后病脉证并治》：问曰：病人有气色见于面部，愿闻其说。师曰：鼻头色青，腹中痛，苦冷者，死；鼻头色微黑者，有水气；色黄者，胸上有寒；色白者，亡血也；设微赤非时者，死；其目正圆者，痉，不治。又色青为痛，色黑为劳，色赤为风，色黄者便难，色鲜明者有留饮。

《河间六书·察色论》：青赤见于春，赤黄见于夏，黄白见于长夏，白黑见于秋，黑青见于冬，是谓五脏之生者，以五行之相继也。得肝脉色见青白，心脉色见赤黑，脾脉色见黄青，肺脉色见白赤，肾脉色见黑黄，是谓真脏之见者，以五行之相克也。若乃肺风而眉白，心风而口赤，肝风而目青，脾风而鼻黄，肾风而肌黑，以风善行数变故尔。肝热而在颊赤，肺热而右颊赤，心热而面赤，脾热而鼻赤，肾热而面颐赤，以清热皆属火，故尔。以至青黑为痛，黄赤为热，青白为寒，以九气不同故尔。鼻青为腹水，黑为水气，白为无血，黄为胸寒，赤为有风，鲜明为留饮，面五色取决于此故尔，然审病者又皆以真脾之为本，盖真脾之黄，是谓天之气，五色又明，病虽久而面黄必生者，以其真气外荣也。此数者虽皆成法，然自非心清见晓于冥冥，不能至于此。故五色微诊而以目察尤难。难经曰：望而知之谓之神，为见五色于外，故决死生也。

《丹溪心法·能合色脉可以万全》：苟不以相参而断其病邪之逆顺，不可得也。为工者深烛厥理，故望其五色，以青黄赤白黑，以合于五脏之脉，穷其应与不应。切其五脉急大缓涩沉，以合其五脏之色，顺与不顺。诚能察其精微之色，诊其微妙之脉，内外相参而治之。则万举万全之功可坐而致也。素问曰：能合色脉，可以万全，其意如此。原夫道之一气，判而为阴阳，散而为五行，而人之所禀皆备焉。夫五脉者，天之真，行血气，通阴阳，以荣于身。五色者，气之华，应五行，合四时，以彰于而。惟其察色、按脉而不偏废，然后察病之机，断之以寒热，归之以脏腑，随证而疗之，而获全济之效者，本于能合色脉而已。假令肝色如翠羽之青，其脉微弦而急，所以为生；若浮涩而短，色见如草兹者，岂能生乎？心色如鸡冠之赤，其脉当浮大而散，所以为顺；若沉濡而滑，色见如衃血者，岂能顺乎？脾色如蟹腹之黄，其脉当中缓而大，所以为从；若微弦而急，色见如枳实者，岂能从乎？肺色如豕膏之白，其脉当浮涩而短，所以为吉；若浮大而散，色见如枯骨者，岂能吉乎？以至肾色见如乌羽之黑，其脉沉濡而滑，所以为生；或脉来缓而大，色见如焔者，死。死生之理，夫惟诊视相参，既以如此，则药证相对，厥疾弗瘳者，未之有也。抑尝论之：容色所见，左右上下，各有其部。脉息所动，寸关尺中，皆有其位。左颊者肝之部，以合左手关脉肝胆之分，应于风木为初之气。颜为心之部，以合于左手寸口心与小肠之分，应于君火为二之气。鼻为脾之部，合于右手关脉脾胃之分，应于湿土为四之气。右颊肺之部，合于右手寸口肺与大肠之分，应于燥金为五之气。颐为肾之部，以合于左手尺中肾与膀胱之分，应于寒水为终之气。至于相火为三之气，应于右手命门、三焦之分也。若夫阴阳五行，相生相胜之理，当以合之于色脉而推之也。是

以脉要精微论曰：色合五行，脉合阴阳。十三难曰：色之与脉，当参相应。然而治病万全之功，苟非合于色脉者，莫之能也。五脏生成篇云：心之合脉也，其荣色也。夫脉之大小滑涩浮沉，可以指别。五色微诊，可以目察。继之以能合色脉，可以万全。谓夫赤脉之至也喘而坚，白脉之至也喘而浮，青脉之至也长而左右弹，黄脉之至也大而虚，黑脉之至也上坚而大。此先言五色，次言五脉，欲后之学者，望而切之以相合也。

《外科精义·论荣卫色脉参应之法》：治病之始，五决为纪。盖五决者，五脏之色脉也。脉应于内，色应于外，其色之与脉当相参应。故曰：能合色脉，可以万全也。

《医学入门·形色脉相应总诀》：经言见其色而不得其脉，反得相胜之脉者，即死。得相生之脉者，病即自己。盖四时之邪，以从前来者为实邪，从后来者为虚邪。例看假令色红心病，热、痰火、癫狂、斑疹等证，其脉当浮大而散。色青肝病胁痛，干呕，便血等证，其脉当弦而急。色黄脾病，湿热、肿胀、伤食、呕泄、关格等证，其脉当中缓而大。色白肺病，气喘、痰饮、痿悴、咳嗽等证，其脉当浮涩而短。色黑肾病，腰脚、疝瘕、淋浊、漏精等证，其脉当沉濡而滑。其间多动则为虚，为火，静则为寒，为实，皆当与脉相应。又五积六聚，尤宜察色与脉证相应。故言赤脉白脉，合色脉而言之也。又五色应五脏间有绿色，乃任督阴阳之会也。

《医学准绳六要·望法》：内经曰：望而知之者，望见其五色，以知其病。肝青象木，肺白象金，心赤肾黑，脾土色黄，一或有病，色必变见于面庭矣。然肺主气，气虚则色白，肾属水，水涸则面黧。青为怒气伤肝，赤为心火炎上。痿黄者内伤脾胃，紫浊者外感客邪。惟悴黯黑，必郁悒而神伤，消瘦淡黄，乃久病而体惫。山根明亮，须知欲愈之病，环口黧黑，休医已绝之肾。

《证治准绳·察色要略》：凡看伤寒，必先察其色。内经曰：声合五音，色合五行，声色符同，然后可以知五脏之病也。然肝色青，其声呼，肺色白，其声哭；心色赤，其声笑；脾色黄，其声歌；肾色黑，其声呻也。且夫四时之色，相生则吉，而相克则凶。如青赤见于春，赤黄见于夏，黄白见于长夏，白黑见于秋，黑青见于冬，此乃相生之色也。若肝病之色青而白，心病之色赤而黑，脾病之色黄而青，肺病之色白而赤，肾病之色黑而黄，此皆五行之相克，为难治矣。且以五脏之热，色见于面者，肝热则左颊先赤，肺热则右颊先赤，心热则颜先赤，脾热则鼻先赤，肾热则颐先赤也。至于面黑者为阴寒，面青为风寒，青而黑，主风、主寒、主痛，黄而白，为湿、为热、为气不调，青而白，为风、为气滞、为寒、为痛也。大抵黑气见于面，多凶，为病最重，若黑气暗中明，准头年寿亮而滋润者生，黑而枯夭者死也。此乃略举其要。内经以五色微诊，可以目察。难经曰：望而知之谓之神。故色不可不察也。

凡看伤寒，必先察脉色，然后切脉，审证，参合，以决死生，吉凶。夫色有青、黄、赤、白、黑，见于面部皮肤之上气，有如乱丝乱发之状，隐于皮里也。盖五脏有五色，六经有六色，皆见于面以应五行，相生者吉，相克者凶，滋荣者生，枯夭者死。自准头年寿命宫法令人中皆有气色，其滋润而明亮者吉，暗而枯燥者凶也。又当分四时生克之理而通察之。兹略具五气伤寒之要者列于此，以便览焉。

青色属木，主风、主寒、主痛，乃足厥阴肝经之色也。凡而青唇青者，阴极也。……如夹阴伤寒，小腹痛，则面青也。内经曰：青如翠羽者生，青如草滋者死。青而黑，青而红相生者生，如青白而枯燥者相克乃死也。脾病见青气，多难治。

赤色属火，主热，乃手少阴、心经之色，在伤寒见之而有三阳一阴之分也。如足太阳属水，寒则本黑，热则红也。经曰：面色缘缘正赤者，阳气怫郁在表，汗不彻故也，……。经言阳明病面合赤色者，不可攻之。……若阳明内实恶热不恶寒，或蒸蒸发热，或日晡潮热，大便秘结，谵语而赤者，此实热在里，……。如表里俱热，口燥舌干，饮水，脉洪面赤，里未实者，……。如少阳经病，热在半表半里，面红脉弦者，……。经言少阴病下利清谷，里寒外热，面赤者，……。此阴寒内极，逼其浮火上行于面，故发赤色，非热也。……若久病虚人午后面两颊颧赤者，此阴火也，不可作伤寒治之。……内经曰：心热则颜先赤，脾热则鼻先赤，肝热则左颊先赤，肺热则右颊先赤，肾热则颐先赤。若赤面青，赤而黄，为相生，则吉。如赤而黑，为相克，则凶。经言赤如鸡冠者生，如衄血者死，盖准头印堂有赤气枯夭者死，明润者生也。如肺病见赤气者，则难治。

黄色属土，主湿，乃足太阴脾经之色。黄如橘子明者热也，黄如熏黄而暗者，湿也。凡黄而白，黄面红，相生，则吉，若黄而青相克者，则凶也。内经曰：黄如蟹腹者生，黄如枳实者死。若准头、年寿、印堂有黄气明润者，病退面有喜兆也；若枯燥而夭者死。凡病欲愈，目眦黄也，长夏见黄白则吉，若黄青则凶也。

白色属肺金，主气血不足也，乃手太阴肺经之色。肝病见之难治。内经曰：白如豕膏者生，白如枯骨者死。凡印堂、年寿，白面枯夭者凶，白而光润者吉。若白面黑，白而黄相生，吉也，若白面赤，相克，则凶也。凡伤寒而白无神者，发汗过多，或脱血所致也。

黑色属水，主寒，主痛，乃足少阴肾经之色也。凡黑面白，黑而青，相生，则吉；若黑而黄，相克，则凶。内经曰：黑如乌羽者生，黑如炔者死。若准头、年寿、印堂黑气枯夭者死，黑中明润者生也。黑气自鱼尾相牵入太阴者死。黑气自法令人中入口者生。耳目口鼻黑气枯夭者死。凡面、准头、命宫明润者生，枯暗者死。若心病见黑气在头者死也。华佗曰：凡病入面色相等者吉，不平等者凶。如面青目白，面赤目青，面黄目青，而赤目白，面白目黑，面黑目白，面白目青，皆为不平等，故曰凶也。相等者，而目俱青，俱红之类也。

《万氏秘传片玉心书·惊风》：急症惊风而赤青，目多直视不回睛。手足搐掣牙关紧，只怕昏昏再不醒。

面色黄白神气弱，昏睡眼闭口不合。口鼻气冷手足冷，慢惊搐掣时时作。

《万氏秘传片玉心书·吐泻》：吐泻之病面皮黄，有寒有热有食伤。面红热渴难调理，手足寒时急补阳。

《万氏秘传片玉心书·小儿疟疾》：疟疾之色多黄黑，病至作寒又作热，早疟日来容易退，晚疟间日治宜急。

《万氏秘传片玉心书·疳癆》：面色黄白是疳癆，肚大颈细头发焦，折乳伤食大病后，只怕时时热来潮。

《万氏秘传片玉心书·伤食》：伤食发热面赤红，恶心腹胀痛时攻，露身怕热不思食，症与伤寒大不同。

《万氏秘传片玉心书·活幼指南赋》：欲观气色，先分部位；左颊兮青龙属肝；右颊兮白虎属肺。天庭高而离阳心火；地角低而坎阴肾水。鼻在面中，脾通土气。观乎色之所现，知其病之所起。

凡观乎外，可知其内。红色现而热蒸；青色露而惊悸。如煤之黑兮，中恶之因。似橘之黄兮，脾虚之谓。白乃疳疔；紫为热极。青遮口角，扁鹊难医；黑掩太阳，卢医莫治。年寿赤光兮，多生脓血；山根青色兮，频见灾危。能察色以知由，岂按图而索骥。

《万氏秘传片玉心书·观形察色总论》：凡看小儿疾病，先观形色，而切脉次之。盖面部气总见，而五位青色者，惊积不散，欲发风候；五位红色者，痰积壅盛，惊悸不宁；五位黄色者，食积癥伤，疳候痞癖；五位白色者，肺气不实，滑泄吐痢；五位黑色者，脏腑欲绝，为疾危恶。面青、眼青肝之病，而赤心之病，面白肺之病，面黄脾之病，面黑肾之病。

《万氏秘传片玉心书·黄疸门》：凡小儿身皮目皆黄者，黄病。身痛背强，大小便涩，一身而目指爪俱皆黄，小便如屋漏尘水色，着物皆黄，渴者，难治，此黄疸也。

如而黄腹大，吐食而渴者，脾疳也，……。

《医门法律·望色论》：色之善者，青如翠羽，赤如鸡冠，黄如蟹腹，白如豕膏，黑如乌羽；色之恶者，青如草兹，赤如衄血，黄如枳实，黑如焰，白如枯骨。五脏有精华则色善，无精华则色恶，初非以青黑为大忌也。未病先见恶色，病必恶。……寒多则凝泣，凝泣则青黑；热多则淖泽，淖泽则黄赤。内经谓此皆无病，何反怪之耶？然而察色之法，亦有其传。岐伯谓生于心，如以缟裹朱；生于肺，如以缟裹红；生于肝，如以缟裹紺；生于脾，如以缟裹枯萎实，生于肾，如以缟裹紫。缟，素帛也，加于朱红紺黄紫之上，其内色耀映于外，若隐若见，面色由肌内而透于外，何以异此？所以察色之妙，全在察神。血以养气，气以养神，病则交病。失眠之人，神有饥色，丧亡之子，神有呆色，气索自神失所养耳。

《医门法律·合色脉论》：合色脉之法，圣神所首重，治病之权舆也。色者，目之所见，脉者，手之所持，面合之于非目非手之间，总以灵心为质。内经云：上古使飮货季，理色脉而通神明，合之金、木、水、火、土，四时、八风、六合，不离其常。是则色脉之要，可通神明。直以之下合五行休王，上副四时往来，六合之间，八风鼓坼，不离常候。咸可推其变化而前知，况人身病机乎？又云：色之变化，以应四时之脉，此上帝之所贵，以合于神明也。所以远死而近生。是色之变化于精明之间者，合之四时之脉，辨其藏否，早已得其生死之征兆，故能常远于死而近于生也。常远于死而近于生，宁不足贵乎？其谓善诊者，察色按脉，先别阴阳，审清浊，而知部分；视喘息，听音声，而知所苦；观权衡规矩，按尺寸，观浮沉滑涩，而知病所生。是由色脉以参合于视息听声，相时而求病所生之高下中外矣。

《医门法律·先哲格言》：五脏已败，其色必夭，夭必死矣。夫色者，神之旗。脏者，神之舍。神去则脏败。脏败则色见夭恶。

《身经通考·望色》：夫五色有光，明亮是也；五色有体，润泽是也。光者无形，为阳，阳主气；体者有象，为阴，阴主血。气血俱亡，其色沉晦枯槁，经所谓草兹、枳实、焰、衄血、枯骨五者是也。气血尚存，其色光明润泽，经所谓翠羽、鸡冠、蟹腹、豕膏、乌羽五者是也。此五色虽为可生，终为一脏之色独亢，亢则害，病也非平也。盖平人五脏既和，其一脏之色必待其王而始荣于外，其荣于外也，禀胃气而出于皮毛之间，胃气色黄，皮毛色白，故云如缟裹。如缟裹者朦胧光泽，虽有形影，犹未灿然，内因气血无乖，阴阳不争，五脏无偏胜故也。苟或不然，五脏衰败，其见色也，昔之朦胧者一变而

为独亢，昔之光明者一变而为沉浊，昔之润泽者，一变而为枯槁，甚至沉浊枯槁合而为夭是光体俱无，阴阳气血俱绝，不死又何待哉！

《石室秘录·论气色》：看病必须察色，察色必须观面，而各有部位，不可不知。面上之两眉心候肺也，如色红则火，色青则风，色黄则湿，色黑则痛，色白则寒也。两眼之中为明堂，乃心之部位。明堂之下，在鼻之中，乃肝之部位。肝位之两旁以候胆也。鼻之尖上以候脾，鼻尖两旁以候胃，两颧之上以候肾，肾位之上以候大肠。肝胆位下鼻之两旁以候小肠。肺位之上为额以候咽喉。额之上以候头面，心位之旁以候膻中。鼻之下人中为承浆以候膀胱，三焦无部位，上焦寄于肺，中焦寄于肝，下焦寄于膀胱，其余各部位俱照灵枢无差错也。五色之见，各出于本部，可照五色以断病，一如肺经法断之，无不神验。但其中有生有克。如青者而有红色，则火生土矣。黑者而有白色，则金生水矣。克者死，生者生也。……然其中有从内出外，有从外入内；从内出外者，病欲解而不欲藏。从外入内者，病欲深而不欲散，欲解者病轻，欲深者病重也。……但内外何以别之？色之沉面浊者为内，色之浮而泽者为外也。五色既见于部位，必细察其浮沉，以知其病之浅深焉；细审其枯润，以观其病之死生焉。细辨其聚散以知其病之远近焉；细观其上下以知其病之脏腑焉。其间之更妙者，在察五色之有神无神而已。色暗面神存，虽重病亦生，色明而神夺，虽无病亦死。然有神无神，从何辨之？辨之于色之黄、明。倘色黄而有光彩，隐于皮毛之内，虽五色之分见，又何患乎？此观神之法，又不可不知之也！

《通俗伤寒论》：辨色，色贵明润，不欲沉夭。凡暴感客邪之色，不妨昏壅滞浊；病久气虚，只宜瘦削清癯。若病邪方锐，清白少神，虚羸久困，而妩媚鲜泽，咸非正色。五色之中，青黑黯惨，无论病之新久，总属阳气不振。惟黄色见于面目，而不至索泽者，皆为向愈之候。若眼胞上下如烟煤者，寒痰也；眼黑颊赤者，热痰也；眼黑而行步艰难呻吟者，痰饮入骨；眼黑面而带土色，四肢痿痹，屈伸不便者，风痰也。病人见黄色光泽者，为有胃气，不死；干黄者，为津液之槁，多凶。……若赤色见于两颧，黑气出于天庭，乃火气入于心肾，暴亡之兆也。他如黄属脾胃，若黄面肥盛，胃中有痰湿也；黄而枯癯，胃中有火也；黄面色淡，胃气本虚也；黄而色黯，津液久耗也。黄为中央之色，其虚实寒热之机，又当以饮食便溺消息之。色白属肺，白而淖泽，肺胃之充也；肥白而按之绵软，气虚有痰也；白而消瘦，爪甲鲜赤，气虚有火也；白而天然不泽，爪甲色淡，肺胃虚寒也；白而微青，或臂多青脉，气虚不能统血，若兼爪甲色青，则为阴寒之证矣。白为气虚之象，纵有失血发热，皆为虚火，断无实热之理。苍黑属肝与肾，苍而理粗，筋骨劳绩也；苍面枯槁，营血之涸也；黑面肥泽，骨髓之气也；黑面瘦削，阴火内戕也。苍黑为下焦气旺，虽犯客寒，亦必蕴为邪热，绝无虚寒之候也。赤属心，主三焦，深赤色坚，素禀多火也；赤而胭坚，营血之充也；微赤而鲜，气虚有火也；赤而索泽，血虚火旺也。赤为火炎之色，只虑津枯血竭，亦无虚寒之患。大抵火形人，从未有肥盛多湿者，即有痰嗽，亦燥气耳。此皆望诊之大要也。

《医宗金鉴·四诊心法要诀上》：五色相兼合化，不可胜数，面其大要，则相生之顺色有五，相克之逆色亦有五：青属木化，赤属火化，黄属土化，白属金化，黑属水化，此五行所化之常色也。木火同化，火土同化，土金同化，金水同化，水木同化，金木兼化，木土兼化，上水兼化，水火兼化，火金兼化，此五行所化之变色也。如青赤合化，红面兼青之色。如赤黄合化，红而兼黄之色。如黄白合化，黄而兼白，淡黄之色。如白黑合

化，黑而兼白，淡黑之色。如黑青合化，黑而兼青，深碧之色。皆相生变色，为病之顺也。如白青兼化，青而兼白，浅碧之色。如赤白兼化，白而兼赤之红色。如青黄兼化，青而兼黄之绿色。如黑赤兼化，黑而兼赤之紫色。如黄黑兼化，黄而兼黑之黧色。皆相克变色，为病之迹也。医能识此，则可推五脏主病、兼病，吉凶变化之情矣。

五脏之色，随五形之人而见，百岁不变，故为主色也。四时之色，随四时加临，推迁不常，故为客色也。春气通肝，其色当青；夏气通心，其色当赤；秋气通肺，其色当白；冬气通肾，其色当黑；长夏四季之气通脾，其色当黄，此为四时常则之色也。主色者，人之脏气之所生也。客色者，岁气加临之所化也。夫岁气胜人气为顺，故曰客胜主为善。人气胜岁气为逆，故曰主胜客为恶。凡所谓胜者，当青反白，当赤反黑，当白反赤，当黑反黄，当黄反青之谓也。

凡病人而青脉弦，而赤脉洪，面黄脉缓，面白脉浮，面黑脉沉，此为色脉相合，不病平人之候也。假如病人已见青色，不得弦脉，此为色脉相反，主为病之色脉也。若得浮脉，是得克色之脉，则主死也；得沉脉，是得生色之脉，则主生也。其余他色皆仿此。

脉夺者，脉微小也。色夺者，色不泽也。新病正受邪制，故脉夺也。邪受未久，故色不夺也。久病受邪已久，故色夺也。久病不进，故脉不夺也。若新病而色脉俱不夺，则正不衰而邪不盛也，故曰易已。久病色脉俱夺，则正已衰而邪方盛也。故曰难治。

青、黄、赤、白、黑，显然彰于皮之外者五色也，隐然含于皮之中者五气也。内光灼灼若动，从纹路中映出，外泽如玉，不浮光油亮者，则为气色并至，相生无病之容状也。若外见五色，内无含映，则为有色无气。经曰：色至气不至者死。凡四时、五脏、五部、五官百病，见之皆死，故虽不病、命必倾也。若外色浅淡不泽，而内含光气映出，则为有气无色。经曰：气至色不至者生。凡四时、五脏、五部、五官百病，见之皆生，故虽病困而不凶也。

如白罗裹雄黄，映出黄中透红之色，是脾之气色并至之容状也。如白罗裹浅红，映出浅红罩白之色，是肺之气色并至之容状也。如白罗裹朱砂，映出深红正赤之色，是心之气色并至之容状也。如白罗裹黑赤，映出黑中透赤，紫艳之色，是肾之气色并至之容状也。如白罗裹蓝赤，映出蓝中扬红，石膏之色，是肝之气色并至之容状也。

苍壁，碧玉也。蓝，蓝靛叶也。经曰：青欲如苍壁之色，即石青色，生青色也。不欲如蓝，即靛叶色，死青色也。虾血，死血也。赭，代赭石也。经曰：青欲如白裹朱，即正赤色，生红色也。不欲如虾、赭，即死血、赭石之色，死红色也。重漆，光润紫色也。埴，地上苍枯黑土也。经曰：黑欲如重漆，即光润紫色，生黑色也。不欲如埴，即枯黑土色，死黑色也。白羽，白鹅羽也。枯，枯骨也。盐，食盐也。经曰：白欲如鹅羽，即白而光泽如鹅羽之色，生白色也。不欲如枯盐，即枯骨、食盐之色，死白色也。经曰：黄欲如罗裹雄黄，即黄中透红之色，生黄色也。不欲如黄土，即枯黄土之色，死黄色也。

左颊，肝之部也。右颊，肺之部也。额上，心之部也。颞下，肾之部也。鼻者，脾之部也。本部见本色，浅淡不及，深浓太过者，皆病色也。假如鼻者，脾之部位，见黄本色，则为本经自病，正邪也。若见白色，则为子盗母气，虚邪也。若见赤色，则为母助子气，实邪也。若见青色，则为彼能克我，贼邪也。若见黑色，则为我能克彼，微邪也。所谓按法推类者，谓余脏准按此法而推其类也。

黄赤为阳色，故为病亦阳，所以主风也，热也。青白黑为阴色，故为病亦阴，所以

主寒也，痛也。若黑甚，在脉则麻痹，在筋则拘挛。皓白者，浅淡白色也，主大吐衄、下血、脱血也；若无衄吐下血，则为心不生血，不荣于色也。微黑者，浅淡黑色也，主肾病水寒也。萎黄者，浅淡黄色也，主诸虚病也。两颧深红赤色者，主阴火上乘，虚损劳疾也。

善色者，气色并至之好色也，其人于理当不病也。恶色者，沉深滞晦之色也，其人即不病，亦必主凶殃也。

正病正色，为病多顺，病色交错，为病多逆。母乘子顺，子乘母逆。相克逆凶，相生顺吉。

《望诊遵经·变色相法相参》：望诊之法，有天道之殊，有人事之变。故凡欲知病色，必先知常色。欲知常色，必先知常色之变。欲知常色之变，必先知常色变中之变。何则？饮酒者脉满脉充，故目红息粗而色赤；肝浮胆横，故趾高气扬而色青。食入于阴，气长于阳，故饱食者血华色而益泽；饥则气衰，甚则气少，故腹馁者色泽减而少气。奔走于风雪中者，寒侵肌表，故色青而闭塞；奔走于暑日中者，热袭皮肤，故色赤而浮散。房劳者，精气下泄，故目下色青；用力者，气血上趋，故面上色赤。久卧伤气，面则壅滞；未睡伤血，色或浮赤。怒则肝气逆，故悻悻然目张毛起而面苍；愧则心气怯，故赧赧然颜渐汗出而面赤。思则气结于脾，故睑定而色黄以涩；喜则气发于外，故颧解而色红且散。悲则气消于内，故五脏皆摇，色泽减而声噤以杀；忧则气并于中，故两眉双锁，色沉滞而气郁以塞。恐惧者，精神荡惮而不收，故色脱而面白；惊怖者，血气分离而乖乱，故气促而面青。此皆常色变中之变，固可因其气色未定而知之，然必待其气色已定而诊之。知其常色变中之变，可诊其病色变中之变矣。

《望诊遵经·色以润泽为本》：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，合面言之，而气色之见不可离，分论之，而气色之辨不可混。

气至色不至者生，色至气不至者死。

《形色外诊简摩·杂病面部五色应证篇》：面色天然不泽，其脉空虚，为夺血。伤寒汗不出，大颧发赤，哕者死。颧见青气者死。黄兼青紫，脉扎者，瘀血在胃，或胁内有块。面上多白点，是虫积。面色青黄白不常，及有如蟹爪路，一黄一白者，主食积。……面黄白及肿连眼胞者，谷疸，其人必心下痞；面黑者，女劳疸，一曰黑疸。明堂眼下青色，多欲劳伤，精神不爽，即夜不睡。

《诊家直诀·外诊撮要》：凡察面色，以初见而乍视之为准，又须兼正面、侧面并视之。须知粗老与枯燥不同，明润与浮焰不同。大抵面色不怕浓浊，而怕天薄，不怕满面，而怕一线。

《四诊抉微·望诊》：潘硕甫曰：夫气由脏发，色随气华……或有鲜明外露，或有光润内含者，气也。气至面后色彩，故曰欲、曰生。……由此观之，则色与气，不可须臾离也。然而外露者不如内含，内含则气藏，外露则气泄。

《四诊抉微·望诊·合色脉诊病新久》：张三锡曰：五脏六腑之精华，上彰于明堂，而脏腑有偏胜盈虚，若色若脉，亦必随而应之，但当求其有神，虽困无害。神者，色中光泽明亮是也。

《望诊遵经·相气十法提纲》：大凡望诊，先分部位，后观气色。欲识五色之精微，当知十法之纲领。十法者，浮、沉、清、浊、微、甚、散、抟、泽、夭是也。何谓浮沉？色

显于皮肤间者，谓之浮；隐于皮肤内者，谓之沉。浮者，病在表，沉者，病在里；初浮而后沉者，病自表而之里，初沉而后浮者，病自里而之表。此以浮沉分表里也。何谓清浊？清者清明，其色舒也；浊者浊暗，其色惨也。清者病在阳，浊者病在阴；自清而浊，阳病入阴，自浊而清，阴病转阳。此以清浊分阴阳也。何谓微甚？色浅淡者谓之微，色深浓者谓之甚。微者正气虚，甚者邪气实；自微而甚，则先虚而后实，自甚而微，则先实而后虚。此以微甚分虚实也。何谓散抟？散者疏离，其色开也，抟者壅滞，其色闭也。散者病近将解，抟者病久渐聚；先抟而后散者，病虽久而将解，先散而后抟者，病虽近而渐聚。此以散抟分久近也。何谓泽夭？气色滋润谓之泽，气色枯槁谓之夭。泽者主生，夭者主死；将夭而渐泽者，精神复盛，先泽而渐夭者，血气益衰。此以泽夭分成败也。盖十法者，辨其色之气也，五色者，辨其气之色也。气者色之变，色者气之常。气因色而其理始明，色因气而其义乃著。气也色也，分言之，则精微之道显；合观之，则病症之变彰。此气色之提纲也。

《石室秘录·论气色》：五色即见于部位，必细察其浮沉，以知其病之浅深焉；细察其枯润，以观其病之死生焉；细辨其聚散，以知其病之远近焉；细观其上下，以知其病之脏腑焉。其间之更妙者，在察五色之有神无神而已。色暗而神存，虽重病亦生，色明而神夺，虽无病亦死。

《医学准绳六要·望法》：然肺主气，气虚则色白；肾属水，水涸则而黧。青为怒气伤肝，赤为心火上炎。萎黄者内伤脾胃，紫浊者外感客邪。憔悴黧黑，必郁悒而神伤，消瘦淡黄，乃久病而体惫。山根明亮，须知欲愈之疴，环口黧黑，休医已绝之肾。

《医碥·望色》：青色属肝，主风，风主惊、主寒、主痛。而唇青者，寒极也；青而脱色，惊恐也；青而黑者，多寒痛；青而白者，多虚风；青而赤者，为肝火；青赤而晦滞者，为郁火。

赤色属心，主热。……而色缘缘正赤者，阳气拂郁在表，汗不彻故也；而赤而潮热谵语者，胃实也；而赤如微酣，或两颧浅红娇嫩，游移不定，乃阴证戴阳；……又有久病虚人，两颧至午后带赤者，此则阴虚火动之常证；……赤色出于两颧，大如拇指者，病虽愈必死。

黄色属脾，主湿热、食积。黄而明如橘于者，湿少热多也；黄如烟薰，暗浊不明，湿多热少也。黄而黯淡者，则为寒湿；黄而枯羸者，胃中有火；黄而色淡，胃气虚；黄而青黑者，为木克土，水无制。

白色属肺，主气血虚寒，纵有虚火，断无实热。白而无神者，为汗泄脱血；白而青者，气寒血凝；白而淖泽，肺胃之充也；白而肥者，有痰；白而瘦，爪甲鲜赤，气虚有火也。

黑色属肾，主寒、主痛。青黑为阴寒；焦黑齿槁为肾热；黑而枯夭见于耳目口鼻，不论何处俱不吉；若见于天庭，大如拇指，必不病而卒死。

而惨不光者，阴寒也；面光不惨者，阳热也。

五色之中，青黑黯惨，无论病之新久，总属阳气不振。惟黄色见于面目而明润者，向愈之候也。

《望诊遵经·气色部位合参》：盖部位者，体也，气色者，用也。气色见于脏部者，病在脏，见于腑部者，病在腑，见于肢节之部者，病在肢节。由是而观，有相应者焉，有

相乘者焉，合五行而推之，变在其中矣。

四、望形体

《素问·玉机真脏论》：凡治病，察其形气色泽，脉之盛衰，病之新故，乃治之无后其时。形气相得，谓之可治；色泽以浮，谓之易已。……形气相失，谓之难治；色夭不泽，谓之难已。

《素问·三部九候论》：必先度其形之肥瘦，以调其气之虚实……形气相得者生，参伍不调者病，……形肉已脱，九候虽调，犹死。

《素问·经脉别论》：诊病之道，观人勇怯骨肉皮肤，能知其情，以为诊法也。

《素问·方盛衰论》：形弱气虚死；形气有余，脉气不足死。脉气有余，形气不足生。

《灵枢·逆顺肥瘦》：年质壮大，血气充盈，肤革坚固，……此肥人也。广肩腋项，肉薄厚皮而黑色，唇临临然，其血黑以浊，其气涩以迟，……。

瘦人者，皮薄色少，肉廉廉然，薄唇轻言，其血清气滑，易脱于气，易损于血。

《灵枢·五变》：肉不坚，腠理疏，则善病风。

五脏皆柔弱者，善病消瘵。黄帝曰：何以知五脏之柔弱也？少俞答曰：夫柔弱者，必有刚强，刚强多怒，柔者易伤也。黄帝曰：何以候柔弱之与刚强？少俞答曰：此人薄皮肤而目坚固以深者，长冲直扬，其心刚，刚则多怒，怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆留，腠皮充肤，血脉不行，转而为热，热则消肌肤，故为消瘵。此言其人暴刚而肌肉弱者也。

小骨弱肉者，善病寒热。

粗理而肉不坚者，善病痹。

皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽，如此则肠胃恶，恶则邪气留止，积聚乃伤脾胃之间，寒温不次，邪气稍至，蓄积留止，大聚乃起。

《灵枢·论勇》：黄色薄皮弱肉者，不胜春之虚风；白色薄皮弱肉者，不胜夏之虚风；青色薄皮弱肉，不胜秋之虚风；赤色薄皮弱肉，不胜冬之虚风也。……黑色而皮厚肉坚，固不伤于四时之风。其皮薄而肉不坚，色不一者，长夏至而有虚风，不病矣。其皮厚而肌肉坚者，必重感于寒，外内皆然，乃病。

《灵枢·阴阳二十五人》：木形之人，比于上角，似于苍帝。其为人苍色，小头，长面，大肩背，直身，小手足，好有才，劳心，少力，多忧劳于事，能春夏不能秋冬，秋冬感而病生。

火形之人，比于上征，似于赤帝。其为人赤色，广削锐面，小头，好肩背腠腹，小手足，行安地，疾心，行摇，肩背肉满，有气，轻才，少信，多虑，见事明，好颜，急心，不寿暴死，能春夏不能秋冬，秋冬感而病生。

土形之人，比于上宫，似于上古黄帝。其为人黄色，圆而，大头，美肩背，大腹，美股胫，小手足，多肉，上下相称，行安地，举足浮，安心，好利人，不喜权势，善附人也。能秋冬不能春夏，春夏感而病生。

金形之人，比于上商，似于白帝。其为人，方面白色，小头、小肩背、小腹、小手足，如骨发踵外，骨轻，身清廉，急心静悍，善为吏，能秋冬不能春夏，春夏感而病生。

水形之人，比于上羽，似于黑帝。其为人黑色，面不平，大头廉颐，小肩大腹，动手足，发行摇身，下尻长，背延延然，不敬畏，善欺给人，戮死。能秋冬不能春夏，春夏感而病生。

其肥而泽者，血气有余；肥而不泽者，气有余血不足；瘦而无泽者，气血俱不足。审察其形气有余不足而调之，可以知逆顺矣。

《格致余论·治病先观形色然后察脉问症论》：经曰：诊病之道，观人勇怯，骨肉皮肤，能知其情，以为诊法也。凡人之形，长不及短，大不及小，肥不及瘦；人之色，白不及黑，嫩不及苍，薄不及厚。而况肥人湿多，瘦人火多；白者肺气虚，黑者肾气足。形色既殊，脏腑亦异。外症虽同，治法迥别。

《类经·针刺类》：形者神之体，神者形之用；无神则形不可活，无形则神无以生。故形之肥瘦，营卫血气之盛衰，皆人神之所赖也。故欲养神者，不可不谨养其形。

《医门法律·先哲格言》：肥人湿多，瘦人火多。湿多肌理纵，外邪易入，火多肌理致，外邪难侵。湿多中缓少内伤，火多中燥喜内伤。

《四诊抉微·望诊》：凡人之大体为形，形之所充者气，形胜气者夭，气胜形者寿。……肥人多中风，以形厚气虚，难以周流，而多郁滞生痰，痰壅气塞成火，而多暴厥也。……瘦人阴虚，血液衰少，相火易亢，故多劳嗽。

形体充大而皮肤宽缓者寿。形体充大而皮肤紧急者夭。

形涩而脉滑，形大脉小，形小脉大，形长脉短，形短脉长，形滑脉涩，肥人脉细小，轻虚如丝，羸人脉躁，俱凶。

血实气虚则肥，气实血虚则瘦。肥者能寒不能热，瘦者能热不能寒。

《医宗金鉴·四诊心法要诀上》：形有强弱，肉有脆坚，强者难犯，弱者易干。肥食多痰，最怕如绵。瘦食多火，著骨难全。

形气已脱，脉调犹死。形气不足，脉调可医。形盛脉小，少气休治。形衰脉大，多气死期。

五、望姿态

《素问·脉要精微论》：头者精明之府，头倾视深，精神将夺矣。背者胸中之府，背曲肩随，府将坏矣。腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣。膝者筋之府，屈伸不能，行则僂附，筋将惫矣。骨者髓之府，不能久立，行则振掉，骨将惫矣。

《素问·痿论》：肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。

《素问·厥论》：手太阳厥逆，耳聋泣出，项不可以顾，腰不可以俯仰，治主病者。

《素问·评热病论》：诸水病者，故不得卧，卧则惊，惊则咳甚也。

《素问·逆调论》：夫不得卧，卧则喘者，是水气之客也。

《灵枢·热病》：偏枯，身偏不用而痛，言不变，志不乱，病在分腠之间，……。

痲之为病也，身无痛者，四肢不收。

热而痉者死，腰折，瘖痲，齿噤齞也。

《灵枢·寒热病》：骨痹，举节不用而痛，汗注烦心，……。

《医学入门·观形色》：见体即知腰内苦，攒眉头痛与头眩。手不举兮肩背痛，步行艰苦脚间疼。叉手按胸胸内痛，按中脐腹痛相连。但起不眠痰夹热，贪眠虚冷使之然。面壁身踈多是冷，仰身舒挺热相煎。

《证治准绳·察身》：凡病人身轻，自能转侧者，易治；若身体沉重，不能转侧者，则难治也。盖阴证则身重，必足冷而倦卧，恶寒，常好向壁卧，闭目不欲向明，懒见人也。又阴毒身如被杖之疼，身重如山，而不能转侧也。又中湿、风湿，皆主身重疼痛，不可

转侧，要当辨之。大抵阳证身轻而手足和暖，开目而欲见人，为可治。若头重视深，此天柱骨倒，而元气败也。凡伤寒传变，循衣摸床，两手撮空，此神去而魄乱也。

《望诊遵经·诊坐望法提纲》：稽之于古，则谓坐而仰者肺实，实则胸盈仰息；坐而伏者肺虚，虚则伏而短气。叉手冒心者，汗后血虚；以手护腹者，里实心痛。其坐而下一脚者，腰痛之貌；坐而掉两手者，烦躁之容。但坐不得眠，眠则气逆者，咳嗽肺胀；但眠不耐坐，坐则昏沉者，血夺气虚。……转侧不能者，痿痹之状；坐卧不定者，烦躁之形。

《望诊遵经·诊卧望法提纲》：腰痛左卧，踈左足而痛减者，病在左肾；右卧，踈右足而痛减者，病在右肾。……病在肺之左者宜于左，病在肺之右者宜于右。其肺痈生于左者，右卧则更痛，生于右者，左卧则更痛。其水病左半着床，则左半身愈肿，右半着床，则右半身愈肿。

【研究进展】

一、色诊客观化的色度学基础⁽¹⁾

(一) 视觉与光波

1. 可见光波 自然界充满着各种波长的电磁辐射，依次排列为γ射线→X射线→紫外线→可见光→红外线→微波→无线电波→交流电，波长各有不同。在整个电磁波谱中，能引起人眼视觉的可见光谱范围极为狭窄，只占整个电磁波范围的1/70，一般是从380~780纳米（见图1-4）。然而当光很强、人眼又在暗适应情况下，眼睛可感受的波长范围至少可扩大到350~900纳米。

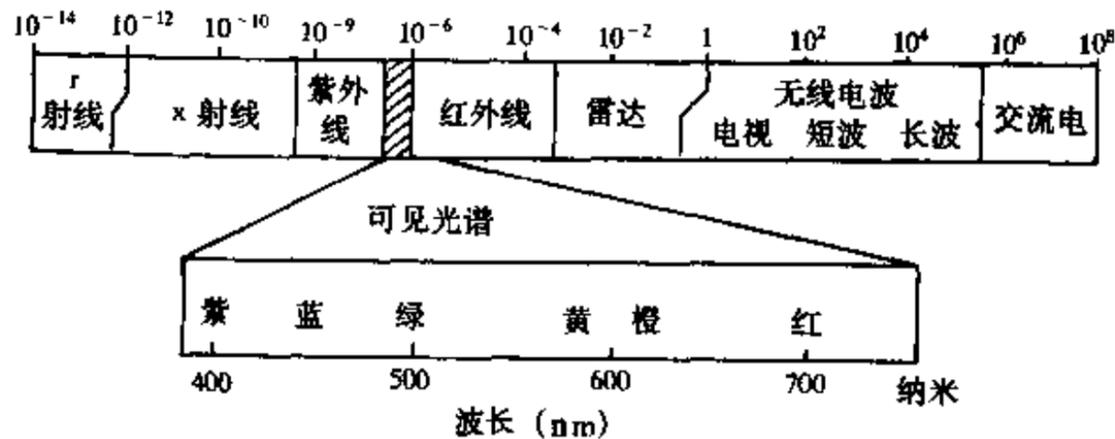


图1-4 电磁波与可见光谱

人的眼睛不但能辨别光的明暗，而且能对各种不同波长的光刺激产生不同的视觉。视觉可分为两类，一类是非彩色视觉，包括黑色、白色及深浅不同的一切灰色；一类是彩色视觉，包括除了黑、灰、白以外的所有颜色。

当物体表面对可见光谱所有波长反射比都在80%~90%以上时，该物体为白色；其反射比均在4%以下时，该物体为黑色；介于二者之间的是不同程度的灰色。纯白色的反射比为100%，纯黑色的反射比应为0。在现实生活中没有纯白或纯黑的物体。对发光物体来说，白黑的变化相当于白色的亮度变化，亮度很高时人眼感到是白色，亮度很低时感到是灰色，无光时是黑色。非彩色只有明亮度的差异。

可见光的波长不同，引起人眼的颜色视觉就不同。单色光的波长由短到长，对应着颜色视觉由紫到红。一般认为：

紫色 380~430 纳米；蓝色 430~470 纳米；青色 470~500 纳米；绿色 500~530 纳米；青绿色 530~560 纳米；黄色 560~590 纳米；橙色 590~620 纳米；红色 620~770 纳米。

这种划分只是给出大致的范围。实际上单色光的颜色是连续渐变的，不存在严格的界限。并且单色光的颜色视觉随着光的强度变化而变化，光谱上除了 3 个点（572 纳米，503 纳米，478 纳米）不受光强度变化的影响外，其它各波长的颜色都会略有改变。

自然界人们见到单色光的机会不多，一般所见都是复色光。一定成分的复色光，有一种确定的颜色与之对应；但是反过来，一种颜色感觉并不只对应一种光谱组合。换言之，两种成分完全不同的复色光有可能引起完全一样的颜色感觉，此即所谓同色异谱。

2. 颜色的基本属性 颜色有 3 种基本属性：色调、明度、饱和度。

色调，又称光色、色相，即光的质量。它是一种彩色区别于另一种彩色的基本特征，是决定颜色本质的最重要的特性。光谱上不同波长的单色光在视觉上表现为不同的色调，如红、橙、黄、绿、青、蓝、紫等。发光物体的色调决定于它的光辐射的光谱组成。非发光物体的色调决定于照明光源的光谱组成和物体本身的光谱反射的特性。在物体表面放射和反射的光线作用于眼的情况下，色调是由一定波长光线的优势所决定的。无彩色便没有色调，因为在这种情况下，物体表面放射或反射一切波长的光线，无波长优势可言。

明度，又称亮度。是人眼对光或物体感觉明暗的程度。与物体放射或反射出来的能量大小有关。能量越大，感觉越亮；能量越小，感觉越暗。明度最大为白色，明度最小为黑色。发光物体的亮度越高则明度越高；非发光物体反射越高，明度越高。平时我们感觉某些颜色明亮，另一些颜色不太明亮，再一些颜色发暗，完全基于其明度不同。

饱和度，又称浓度、彩度、鲜艳度。是指彩色的纯洁性，反映了颜色的鲜艳和饱和程度，即色调深浅的表现程度。颜色的饱和度是由该基本颜色光线与混合在其中的白色光线的数量比例所决定的，所含白光量越多，其颜色越浅；所含白光量越少，其颜色越深。如深红和浅红属于同一色调的颜色，深红含较少的白色，饱和度高；浅红含较多的白色，饱和度低。可见光谱中的各种单色光是最饱和的彩色。物体色的饱和度决定于物体反射（透射）特性。如果物体反射光的光谱带很窄，它的饱和度就高。

色调、明度和饱和度是颜色的 3 个基本特性。色调和饱和度合起来又称为色品。非彩色则只有明度差异，而没有色调和饱和度这两种属性，即没有色品变化。

用一个三维空间纺锤体可以将颜色的三个基本属性——色调、明度和饱和度全部表示出来（见图 1-5）。

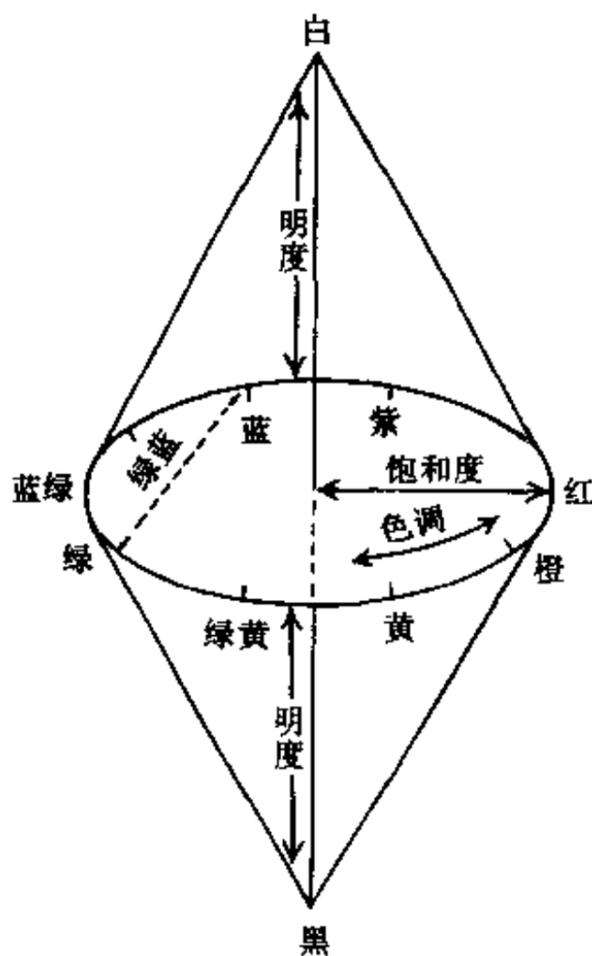


图 1-5 颜色立体

颜色立体的垂直轴代表白黑系列的明度变化。其顶端为白色，底点为黑色，中间是各种程度浅深灰色的过渡。色立体的顶部和底部都各聚集于一点，表示颜色变白或变黑时便会失去色调。

圆周上各个点代表光谱上各种不同的色调（红、橙、黄、绿、青、蓝、紫）。沿垂直轴的上下方向，越在上方，明度就越大。图形中心是中灰色，其明度与圆周上的各种颜色的明度相等。

圆心到圆周的距离代表饱和度，从圆周向圆心过渡，表示颜色的饱和度逐渐降低。即与中轴的垂直距离越短，饱和度越小，从圆周向上下白黑方向变化也表示颜色饱和度的降低。因此，最亮和最暗的颜色都不是饱和的颜色。明度不同，颜色饱和度也不同，在中等明度下，颜色可以获得最大的饱和。

颜色三维空间纺锤体可以很好地表示出颜色三种属性间各种不同的关系和规律，对于了解颜色视觉颇有用途。

（二）CIE 标准色度学系统

描述颜色最简单的方法是用颜色名词，即给每种颜色一个固定的名称，并冠以适合的形容词，为人们互相交流色知觉信息提供简单、古老的方式，也是中医色诊、舌诊及其它望色诊法的基本表达方式。但是，这种方法不能定量地表示色知觉量，主观性强而且受医师经验及表达能力所左右。

自 1931 年起，经过大量实验，研究了人眼视觉规律而建立起来的国际照明协会的 CIE 标准色度学系统，可以用数字量来表示颜色，并可用物理仪器代表人眼来测量颜色，经过 60 多年的发展变化与逐步完善，规定了一整套颜色测量原理、数据和计算方法。虽尚不能完全反映人的色知觉，但对颜色及其差别一般已可以进行精确测量。

CIE 标准色度学系统建立的基础是三色原理：光谱的各种颜色都可以由红（R）、绿（G）、蓝（B）三种原色匹配产生出来，因此可以用三原色不同的比例来表示。

颜色匹配方程式为：

$$c(C) \equiv r(R) + g(G) + b(B)$$

式中 c 表示一种特定的颜色， (C) 为该颜色的单位。 r 、 g 、 b 是每种原色的数量（为代数量，可为负值）。 (R) 、 (G) 、 (B) 表示红、绿、蓝三原色的单位。“ \equiv ”表示视觉上颜色相同，即颜色匹配。

二、正常人肤色色度学测定

人类肤色的测定，不仅对人种学、人类学有着重要意义，而且在临床医学方面还可以根据人的肤色变化来诊断某些疾病。

（一）不同肤色人种的光谱反射特性

在生物学上世界人类同属一个物种，但是人们常常根据皮肤的颜色而加以分类。目前世界上的人，按不同肤色大致分为黄、白、棕、黑四种。

1948 年 G. B. BUCK 等对美国白人的脸部肤色进行了较为系统的光谱反射特性的测定，测定 103 人，年龄在 17~65 岁，男性 51 人，女性 52 人。其平均结果，色度坐标 $X=0.3740$ ；反射率为 32.2%。他们还测定了 13 名黄种人（日本人）及 13 名黑人的肤色进行了测定，并与白种人的结果进行比较，结果发现不同人种的肤色光谱反射曲线有差别。白种人由于皮肤的黑色素含量较少，对光的反射率较高，光谱反射曲线在黄种人及黑种人

之上，黑种人由于皮肤黑色素含量的密集，对光反射率较低，光谱反射曲线在白种人与黄种人之下，黄种人则处在白种人与黑种人之间。许多资料表明，在具有遗传上相同肤色的人种中，日照长短、性别、年龄、气温以及心理状态都会影响肤色在一定程度上的变化。虽然不同肤色光谱反射曲线由于对光的反射率不同而有所差别，但作为人类的自然肤色都具有其形状与走向规律的共同特点，即在短波范围（如蓝端）反射率较低，而随着波长的增长反射率逐步升高，在波长 550~600 纳米范围有一个陡升。这种情况对任何种族肤色的人都是如此。

作为不同人种特征的肤色，受多种因素影响而变化。人类的不同肤色是经历了漫长的演化阶段而形成的，并且可以遗传。但是每一个种族的成员都可以同任何其他种族的成员结合，种族混杂的地方会产生许多混血的类型，其自然肤色光谱反射率也不相同。

（二）中国人常色色度测定

林仲贤^[2]曾对我国人的肤色进行了广泛而系统的取样测定，共 1668 人，年龄从初生儿直到 70 岁的老人，被测者的籍贯包括北京、上海、广东、黑龙江、西藏等 26 个省市自治区，有汉、蒙、回、藏等 17 个民族，少数民族的被测人数约占被测总人数的 6%。

1. 我国成年人自然肤色的测定 被测人数共 612 人，男女各 306 人，年龄 18~70 岁，其中 18~30 岁 265 人，男 139 人，女 126 人；31~49 岁 222 人，男 100 人；女 122 人；50~70 岁 125 人，男 67 人，女 58 人。测量系采用一台 AU—CH-1 型自动测色仪进行，此仪器能分别自动测出样品的 X, Y, Z 三刺激值。测量部位是面部的左面颊。

测定结果表明，不同性别的面部肤色在色度上稍有差别，并随着年龄的增大，色度的差别也略有增加，老年人的肤色偏于黄黑。不同性别的反射率有较大的差别，男性较女性为低，即女性略白，男性偏黑，随着年龄的增长，皮肤反射率有逐步下降的趋势。大部分人的皮肤反射率分布在 18%~28% 范围，人数最多的是 22%~23.9% 范围，其次是 24%~25.9% 范围。个体间的差别很大，肤色最黑者的反射率可低至 12.4%，肤色最白者的反射率可高至 33.4%。青少年及幼儿的肤色反射率较之成人为高。男性的肤色饱和度明显高于女性，并随着年龄的增长而增大。

我国成人肤色的主波长处在 588 纳米范围，是在黄橙色区，（白种人的面部肤色主波长为 592 纳米）。612 名我国成人的平均结果，色度坐标 $X=0.3892$ ， $Y=0.3500$ ；反射率为 23.5%。和白种人的结果比较，我国人的肤色偏于黄黑。

2. 我国儿童、青少年自然肤色的测定^[3] 被测人数共 548 人，男 283 人，女 256 人。年龄 3~17 岁，其中 3~6 岁 125 人，男 63 人，女 62 人，均系幼儿园儿童，7~12 岁 217 人，男 113 人，女 104 人，均系小学生；13~17 岁 206 人，男 107 人，女 99 人，均系初、高中学生。

测定结果表明，儿童、青少年中，无论男女，皮肤反射率均随年龄的增长而有逐步下降的趋势，这种情况与成人的结果十分相似。各个年龄组的刺激纯度（饱和度），男性均高于女性，并随年龄的增长而刺激纯度增大，这种情况与成人的规律很相似，但成人的肤色比儿童、青少年更趋黄黑，饱和度也明显高于儿童、青少年。

我国儿童及青少年的皮肤反射率最低值为 17.15%，最高值为 36.6%，较成人的反射率略高。反射率在 17%~26% 范围的男性人数多于女性人数，而反射率在 26%~36% 范围者，则女性人数多于男性人数。大部分人的反射率处于 20%~31% 范围，人数最多

的是 26%~27.9% 范围, 其次是 24%~25.9% 范围。这一结果与成人稍有不同, 成人皮肤反射率人数最多是在 22%~23.9% 范围。

3. 我国新生儿至 3 岁幼儿肤色的测定⁽⁴⁾ 采用 302D 型测色色差计。被测人数 508 人, 男性 250 人, 女性 258 人, 年龄从新生儿到 3 岁幼儿, 其中新生儿期(1~14 天)83 人; 婴儿期(2~12 月)96 人; 先学龄前期 329 人(其中 1~2 岁 158 人, 2~3 岁 171 人)。

测量结果提示, 儿童不同年龄阶段的肤色表现有一定的差异, 新生儿的肤色与其他年龄阶段有明显不同, 偏于黄红方向, 随着年龄的增长, 逐步增加黄的成分, 一直到 3 岁, 3 岁以后则橙黄的成分开始增加。皮肤的反射率新生儿明显低于婴儿期及先学龄前期, 反射率随年龄的增长而逐步增高, 而以先学龄前期 2~3 岁幼儿的皮肤反射率为最高(平均 32.1%), 男性的皮肤反射率略高于女性。新生儿的饱和度最高, 婴儿期开始明显下降, 而先学龄前期又开始逐步增加。

我国新生儿到 3 岁幼儿的皮肤反射率分布, 多数处在 28%~35.9% 范围内, 人数最多的是在 30%~31.9% 范围, 其次是在 32%~33.9% 范围。个体间的差别很大, 肤色偏黑者的反射率可低至 18.2%; 肤色偏白者的反射率可高达 39.3%。一般说, 皮肤反射率在新生儿期相对偏低, 男女间无明显差别, 从 2 个月起反射率明显增高, 即皮肤开始变得光滑白亮, 1 岁以内的男女婴儿仍无明显差别, 女孩的皮肤反射率较男孩略高, 这种情况一直延续到老年期。3 岁以内儿童可能是人生皮肤最白亮的阶段(平均反射率高达 32%)。

4. 我国自然肤色色度及反射率的分布⁽²⁾ 对肤色的测定, 从新生儿直至 70 岁老年人, 共达 1886 人。我国人的肤色色度分布范围广泛, $X=0.34\sim 0.43$, $Y=0.31\sim 0.38$, 反射率 12.4%~39.3%。但人数相对集中的典型色区以 $X=0.38$, $Y=0.34$; $X=0.39$, $Y=0.35$; $X=0.37$, $Y=0.34$ 为最多。

反射率人数以 24.0%~25.9% 及 26.0%~27.9% 为最多。肤色最黑者其反射率可低至 12.4%, 肤色最白者其反射率可高达 39.3%。男性皮肤反射率较女性为低, 但在反射率 36%~39.3% 范围, 男女人数分布无明显差别, 而这个范围大都是幼小儿童。

5. 长沙地区正常人肤色测定⁽⁵⁾ 人体肤色特别是面部色泽与生活地区及年龄、性别有密切关系。为了了解长沙地区正常人肤色色度, 蔡光先对 327 名正常人进行测试, 其中男性 170 人, 女性 157 人, 年龄在 20~60 岁之间, 每 10 岁为一个年龄区间, 测试结果如表 1-2、表 1-3。

从测试结果可以看出正常人肤色具有以下特点: ①L 值表示光泽度, 女性普遍高于男性, 男女都有随年龄的增加而减小的趋势。②a 值表示红光, 女性普遍高于男性, 男女也都有随年龄的增加而减小的趋势。③b 值表示黄光, 男性普遍高于女性, 而且男女都有随年龄的增加而增加的趋势。年龄组间亨特坐标值两两比较发现 20~29 岁年龄组与 50~60 岁年龄之间的肤色差别最大, 为 2.99NBS; 20~29 岁组与 30~39 岁组肤色差别最小, 只有 0.58NBS, 为细微差别。

6. 正常人四季肤色测定⁽⁶⁾ 祖国医学认为:“五色者, 气之华, 应五行, 合四时, 以彰于面。”“春应色稍青, 夏当色稍红, 秋则色稍白, 冬则色稍黑。五脏所主外荣之常”。说明一年春夏秋冬四季, 随着自然界气候的变化, 人体脏腑气血、津液相应发生变化, 表现在外的肤色也有不同。蔡光先等对 102 名正常人四季肤色进行了测定, 结果如表 1-4、表 1-5。

表 1-2 327 名健康成人肤色平均色度值

年龄	性别	人数	观察指标 (X±S)					
			Y	X	Z	L	a	b
20~29岁	男性	36	28.30±2.58	31.65±2.70	22.01±3.10	53.43±2.44	11.03±0.83	12.81±0.76
	女性	51	28.90±2.63	32.10±2.77	21.98±3.20	53.91±2.11	11.59±0.77	12.10±0.67
	男女平均	87	28.60	31.88	22.00	53.67	11.31	12.46
30~39岁	男性	49	27.89±2.41	30.96±2.09	21.40±3.01	53.01±2.33	10.88±0.66	12.99±0.57
	女性	34	28.01±2.50	30.31±2.11	22.01±2.50	53.50±2.21	11.03±0.54	12.35±0.49
	男女平均	83	41.90	46.12	32.41	53.26	10.96	12.67
40~49岁	男性	36	28.04±2.32	30.81±2.03	22.21±3.03	52.43±2.21	10.21±0.41	13.21±0.87
	女性	36	27.05±2.01	30.03±2.75	21.84±3.05	53.02±2.11	10.50±0.33	12.50±0.51
	男女平均	72	27.55	30.92	22.03	52.73	10.36	12.86
50~60岁	男性	49	26.30±2.14	30.33±2.85	23.01±3.11	50.31±3.11	10.10±0.27	13.59±0.79
	女性	36	25.80±2.11	32.07±2.16	24.10±2.79	51.73±2.77	10.31±0.55	13.01±0.55
	男女平均	85	26.05	31.20	23.30	51.02	10.21	13.30

表 1-3 各年龄组间亨特坐标值两两比较

组间比较	ΔL	Δa	Δb	ΔE (NBS)
1:2	0.41	0.35	-0.21	0.58
1:3	0.94	0.95	-0.40	1.40
1:4	2.65	1.10	-0.84	2.99
2:3	0.53	0.60	-0.19	0.82
2:4	2.24	0.75	-0.63	2.44
3:4	1.71	0.15	-0.44	1.77

注：组间比较栏：1 示 20~29 岁组；2 示 30~39 岁组；3 示 40~49 岁组；4 示 50~60 岁组。

1-4 102 名正常人肤色平均色度值

季节	Y	X	Z	L	a	b
春分	27.41±2.53	31.03±2.00	22.55±2.07	52.33±1.94	11.68±1.00	12.04±0.78
夏至	28.81±2.77	30.58±2.22	21.78±2.55	53.51±2.01	12.13±0.85	11.53±0.69
秋分	27.37±2.91	31.41±2.27	22.41±2.47	51.92±2.50	10.67±0.91	13.01±0.91
冬至	26.58±1.99	30.62±2.51	20.44±2.09	50.65±2.10	11.53±1.01	11.91±0.88

表 1-5 面色参数四季间比较

组间比较	ΔL	Δa	Δb	ΔE
春：夏	-1.18	-0.45	0.51	1.36
春：秋	0.41	1.01	-0.97	1.46
春：冬	1.68	0.15	0.13	1.69
夏：秋	1.59	1.46	-1.48	2.62
夏：冬	2.86	0.6	-0.38	2.95
秋：冬	1.27	-0.86	1.10	1.89

以上结果说明正常人四季肤色色度其特点是：①春天正常人的肤色，L 值稍低，b 值稍高，因而呈稍青之色。②夏天正常人肤色，L 值最高，a 值高，故红润而有光泽之象。③秋天正常人肤色，L 值稍低，但 b 值最高，所以呈黄而少泽之象，与祖国医学论述的秋色稍白而略有不同。④冬天正常人的肤色，L 值最低，a 与 b 值相等，故呈稍灰之象。

正常人肤色参数四季间比较发现，夏天与冬天肤色差最大为 2.95 NBS，属明显差别；夏天与秋天肤色差为 2.62 NBS，秋天与冬天肤色差为 1.89 NBS，春天与冬天肤色差为 1.69 NBS，属可觉差别；其它肤色差在 1.5 NBS 以下，属细微差别，肉眼很难察觉。以上实验证明，祖国医学认为人体肤色春夏秋冬之间有一定变化的理论是正确的。

7. 正常人“一日四时”肤色测定⁽⁷⁾ 现代研究证明一日之中，随着自然界阳气的升降，人体脏腑机能，气血津液，心率、血压都有一定的变化。为观察正常人一日四时肤色的变化，蔡光先等对 40 例正常人肤色进行测定。测试时间是 1989 年 10 月 8 日，阴天。上午 7~8 时，气温 24℃；中午 11~12 时，气温 26℃；傍晚 7~8 时，气温 26℃；夜半 11~12 时，气温 25.5℃。测试结果如表 1-6、表 1-7。

表 1-6 40 名正常人一日四时肤色变化

观察时间	观察指标					
	Y	X	Z	L	a	b
7~8 点 早晨(春)	28.80±2.85	31.56±2.80	21.48±3.28	53.60±2.63	11.01±0.93	13.66±0.86
11~12 点 中午(夏)	27.97±2.80	30.86±2.84	22.06±3.58	52.83±2.62	11.61±0.89	12.29±1.28
7~8 点 傍晚(秋)	27.76±2.98	30.54±2.88	20.64±2.96	52.61±2.79	11.21±0.89	13.62±0.70
11~12 点 夜半(冬)	27.21±2.79	30.63±2.55	20.71±2.71	52.82±2.43	10.78±0.88	13.78±0.76

表 1-7 正常人一日四时肤色的两两比较

比较组别	亨特坐标			
	ΔL	Δa	Δb	ΔE NBS
早晨与夜半	0.78	0.23	-0.12	0.82
早晨与傍晚	0.99	-0.2	0.04	1.01
早晨与中午	0.77	-0.6	1.37	1.68
中午与夜半	0.01	0.83	-1.49	1.71
中午与傍晚	0.22	0.40	-1.33	1.41
傍晚与夜半	-0.21	0.43	-0.16	0.50

本实验初步证明，正常人一日四时肤色有以下特点：①正常人早晨色泽度高，而且红光与黄光比例适中，即光明润泽，红黄隐隐，明润含蓄之象。②中午面色的特点是色泽度尚可，而红光最高，即红润之象，傍晚和夜半的面色是色泽度较低，黄光较高，即黄而少泽之象。③亨特坐标值两两比较表明，正常人早晨与中午面色差 1.68NBS，中午与夜半面色差 1.71 NBS，按色度学的规定属于可觉差别，其它时间的比较色差为 0.5~1.41 NBS 之间，属于细微差别。

以上结果的出现，可能是由于早晨与中午自然界阳气升发，人体气血充盛，精力充

沛，故面色红润。傍晚和夜半自然界阳气逐渐潜降，人体气血相对衰减，精力也欠充沛，故人体面色也相应黄而少光泽。

三、中国人病色色度测定

姚国美先生所著《诊断治疗学》云：“色为气血所荣，面为气血所凑，气血变幻，色即应之。色之最著莫显于面，故望诊首重察色，面察色必重乎面部也。”临床医师对病人面部色泽主要采用目测法进行观察，这种观察方法的优点是简单方便，缺点是没有量值表达，而且准确性很差，要受到诸如光源、环境、背景、观察角度及医师的视觉、色觉等等因素的影响。蔡光先等从1982年开始，对1634位病人的面色色度进行定量检测。使用仪器为日本生产的CP6R100IDP型携带式色差计，该机自动打印Y、X、Z值和亨特坐标值L、a、b， ΔL 、 Δa 、 Δb 、 ΔE 。操作方法：首先接通电源预热20~30分钟，然后进行“O~”和“S~”调整，再测标准白板，使其误差控制在允许的范围内，然后进行正式测试，测定时病人情绪要稳定，要洗去面部化妆品或护肤品，测定患者左右颧部和额部，取三点平均值，测定面积为20mm ϕ ，测试时不要漏光，才能测试准确。被测病人包括肺结核病、血液病、慢性肝炎、黄疸病等83个病种和中医的各种虚证，甚至急性热病等等。

(一) 病理五色色度定量测定⁽⁸⁾

中医的病理五色包括青、黄、赤、白、黑五种颜色和光泽。其中颜色是色调的变化，主要决定于波长。在亨特坐标值中与a、b值有关。a为正值表示红光，b为正值表示黄光。光泽反映明、暗、荣、枯，与亨特坐标值中的L值有关。为了使病理五色有一量化指标。共收集了508例病理五色患者，对其面色色度进行定量计测。患者中男性311人，女性197人。年龄最小的18岁，最大的77岁。病种分布，心血管病54例、消化系统病90例，呼吸系统病105例，内分泌病35例、泌尿系统病40例，血液病64例，其他病种120例。由三人望色，结论一致者作为观察对象。其结果如表1-8、表1-9。

表1-8 508例病理五色定量计测

组别	1 面色淡白组	2 面色萎黄组	3 面色暗黑组	4 面色青紫组	5 面色红赤组	
人数	115	126	90	96	81	
观察指标 ($\bar{x} \pm s$)	Y	27.53 \pm 2.72	23.92 \pm 3.35	23.01 \pm 2.33	21.59 \pm 2.20	25.43 \pm 2.86
	X	30.15 \pm 2.73	25.93 \pm 3.35	23.57 \pm 2.50	24.09 \pm 2.22	28.61 \pm 2.91
	Z	21.40 \pm 3.10	16.55 \pm 3.34	15.58 \pm 2.57	15.67 \pm 3.05	20.64 \pm 3.26
	L	52.22 \pm 2.61	48.28 \pm 3.22	45.51 \pm 2.07	46.41 \pm 2.37	50.35 \pm 2.88
	a	10.58 \pm 1.41	10.17 \pm 1.17	11.23 \pm 0.27	11.20 \pm 0.99	12.96 \pm 1.33
	b	12.52 \pm 1.68	14.01 \pm 1.30	12.56 \pm 1.03	12.50 \pm 1.07	11.38 \pm 1.30

从表1-8、表1-9可以看出病理五色具有以下特点：①面色淡白组的特点是L值最高；面色萎黄组是b值最高，L值较低；面色暗黑组是L值最低；面色青紫组是L值比较低；面色红赤组是a值最高。②L值代表光泽，其结果是：淡白组>红赤组>萎黄组>青紫组>暗黑组。③a值代表红光，其结果是：红赤组>暗黑组>青紫组>淡白组>萎黄组。④b值代表黄光，其结果是：萎黄组>暗黑组>淡白组>青紫组>红赤组。⑤两两比较

表 1-9 病理五色亨特指标两两比较

比较组别	ΔL	Δa	Δb	ΔE (NBS)
1:2	3.94	0.41	-1.52	4.24
1:3	6.71	-0.65	-0.04	6.74
1:4	5.81	-0.62	0.02	5.84
1:5	1.87	-2.38	1.14	3.23
2:3	2.77	-1.06	1.45	3.17
2:4	1.87	-1.03	1.51	2.61
2:5	-2.07	-2.79	2.63	4.36
3:4	-0.9	0.03	0.06	0.90
3:5	-4.84	-1.73	1.18	5.27
4:5	-3.94	-1.76	1.12	4.46

注：①表中 $\Delta L=L_A-L_B$ ； $\Delta a=a_A-a_B$ ； $\Delta b=b_A-b_B$

$$\textcircled{2}\Delta E = \sqrt{\Delta L^2 + \Delta a^2 + \Delta b^2}$$

发现：面色暗黑组与淡白组色差最大为 6.74NBS；面色青紫组与面色暗黑组色差最小为 0.90 NBS。

(二) 五脏病患者面色色度测定⁽⁹⁾

为了定量观察五脏病的面色和五脏与面部分属部位的关系以及不同阴虚证患者的面色改变特征，胡丕丽对 217 例病人的面色进行检测。将其明度值 L、色度坐标 a 和 b 进行了分析。

结果显示，正常组的 L 值适中，a、b 比例十分接近，并且其面部不同部位的变化具有左右对称性。五脏病各组的 L 值均低于正常组，尤以肝病组最显著 ($P < 0.01$)。L 值的排列顺序为正常组 > 肾病组 > 脾病组 > 肺病组 > 心病组 > 肝病组，红光值 a 则以心病组非常显著地高于其它各组 ($P < 0.01$)。其排列顺序为心病组 > 肺病组 > 正常组 > 肝病组 > 肾病组 > 脾病组。黄光值以脾病组最高，肾病组次之，二组均十分明显地高于其它各组 ($P < 0.01$)。其排列顺序为脾病组 > 肾病组 > 正常组 > 肝病组 > 肺病组 > 心病组。和正常组相比，五脏病各组面色均偏暗晦，尤以肝病组最为暗黑，而心病组面色偏红；脾病组面黄而少华；肾病面色苍白而黄；肺病则面色略红。面从五脏病各组 5 个测试点的色度值变化分析，似无面部五脏分属部位的不同。从不同脏器阴虚证患者面色看，各组的红光值 a 均高于正常组，以心阴虚证组最显著 ($P < 0.01$)。黄光值 b 各组均低于正常组，以心阴虚和肺阴虚证组最为显著 ($P < 0.01$)。L 值则肺阴虚证组 > 正常组 > 心阴虚证组 > 肝肾阴虚证组、以肝肾阴虚证组明显低于正常组 ($P < 0.05$)。说明阴虚证患者面色均比正常组偏红，而以心阴虚证最为红赤，肺阴虚证面色红而白亮（嫩红）；肝肾阴虚色红而晦暗。从面部 5 个测试点分析，心阴虚证组和肺阴虚证组均以两颊部最为红赤 ($\Delta E > 1.5$ NBS)，但肝肾阴虚证组两颊红赤不甚明显（见表 1-10、表 1-11）。

上述结果提示：不同脏器的病变可致面色发生不同的改变；不同脏器的阴虚证其面色也存在差异。但未能发现有面部五脏分属部位的变化规律。

(三) 气血阴阳虚证患者面色色度测定⁽¹⁰⁾

120 例气血阴阳虚证病人辨证标准依据 1982 年全国中西医结合虚证与老年病防治

学术会议制定的《中医虚证参考标准》。病例先由二位医师双盲辨证，然后运用气血阴阳虚证计量鉴别诊断公式进行辨证。三次辨证一致者，方能作为观察对象，因此辨证基本上是准确的。经卡方检验，五组人员之间性别、年龄、工作环境 $P > 0.05$ ，即无显著性差异，可以认为五组人员面部色泽的差异不是由于上述原因造成的，而是由于证型之间的差异造成的。实验结果见表 1-12、表 1-13。

从表 1-12 和 1-13 可以看出五组人员面部色泽 L、a、b 值之间均 $P < 0.01$ ，说明各组之间面部颜色和光泽存在着明显的差别。与正常人相比较，阳虚证的色差最大，为 4.49NBS；阴虚证次之，为 3.81NBS；血虚证为 2.56NBS；气虚证色差最小，为 1.27NBS。所以临床上阳虚证、阴虚证面部色泽改变较为显著，而气、血虚证面部色泽改变较次之。

表 1-10 五脏病各组及正常组面部平均色度值 ($\bar{X} \pm SD$)

组别	1 正常组	2 心病组	3 肝病组	4 脾病组	5 肺病组	6 肾病组
n	60	45	45	43	44	40
三原色 Y	26.307±3.327	25.509±3.611	22.604±3.612	26.133±3.504	25.843±3.450	26.190±3.396
X	29.272±3.417	28.669±3.563	25.344±3.730	28.879±3.405	28.843±3.621	28.985±3.400
刺激值 Z	19.877±3.091	19.951±3.862	16.616±3.501	18.921±3.291	19.957±3.96	19.095±3.399
明度值 L	51.188±3.336	50.387±3.574	47.409±3.735	51.014±3.386	50.727±3.38	51.063±3.296
色度值 a	12.095±0.920	12.982±1.637	12.016±1.122	11.393±1.249	12.282±1.022	11.61±1.278
b	12.892±0.786	11.916±1.596	12.538±1.715	13.8±1.184	12.332±1.606	13.673±1.359

表 1-11 五脏病各组及正常组面部平均色度值比较

组别	L 值		a 值		b 值		色差值
A B	ΔL	p 值	Δa	p 值	Δb	p 值	ΔE
1-2	0.801	*	-0.887	**	0.976	**	1.543
1-3	3.779	**	0.079	-	0.345	-	3.793
1-4	0.174	-	0.702	*	-0.908	**	1.161
1-5	0.461	-	-0.187	-	0.56	-	0.749
1-6	0.125	-	0.485	-	-0.781	**	0.928
2-3	2.978	**	0.966	**	-0.622	-	3.192
2-4	-0.627	-	1.589	**	-1.884	**	2.543
2-5	-0.34	-	0.7	**	-0.416	-	0.882
2-6	-0.676	-	1.372	**	-1.757	**	2.329
3-4	-3.605	**	0.623	*	-1.262	**	3.87
3-5	-3.318	**	-0.266	-	0.206	-	3.335
3-6	-3.654	**	0.406	-	-1.135	**	3.848
4-5	0.287	-	-0.89	**	1.408	**	1.741
4-6	-0.049	-	-0.217	-	0.127	-	0.256
5-6	-0.336	-	0.672	*	-1.347	**	1.542

表 1-12 五组人员三刺激值和亨特坐标值及与正常人比较

组别	正常人	气虚证	血虚证	阴虚证	阳虚证	
例数	30	30	30	30	30	
三刺激值	Y	26.30±2.38	26.75±3.21	24.77±4.40	25.64±3.39	22.12±2.53
	X	29.00±2.20	20.45±3.37	27.18±4.35	29.08±3.48	24.69±2.50
	Z	20.01±2.15	21.32±3.89	17.47±4.07	22.33±4.53	16.54±2.43
亨特坐标值	L	51.39±2.29	51.63±3.12	49.24±3.93	50.52±3.41	46.97±2.68
	a	11.30±1.22	10.64±1.04	10.45±1.14	13.70±1.37	11.37±1.28
	b	12.83±0.78	11.77±1.44	13.49±1.29	10.01±1.79	12.02±1.59
与正常人比较	△L		0.24	-2.15	-0.87	-4.42
	△a		-0.66	-0.85	2.4	0.07
	△b		-1.06	1.11	-2.83	-0.81
	△E		1.27	2.55	3.81	4.49

注：亨特坐标 L、a、b 值经方差分析均为 $P < 0.01$ ，即有非常显著性意义。

表 1-13 亨特坐标值五组间的两两比较

L 值			a 值			b 值		
比较	差数	结论	比较	差数	结论	比较	差数	结论
气虚与阳虚	4.66	**	阴虚与血虚	3.25	**	血虚与阴虚	3.93	**
气虚与血虚	2.39	*	阴虚与气虚	3.06	**	血虚与气虚	2.17	**
气虚与阴虚	1.11	—	阴虚与正常人	2.40	**	血虚与阳虚	1.92	**
气虚与正常人	0.24	—	阴虚与阳虚	2.33	**	血虚与正常人	1.11	**
正常人与阳虚	4.42	**	阳虚与血虚	0.92	**	正常人与阴虚	2.82	**
正常人与阴虚	0.87	—	阳虚与气虚	0.73	*	正常人与气虚	1.06	*
正常人与血虚	2.15	*	阳虚与正常人	0.07	—	正常人与阳虚	0.81	*
阴虚与阳虚	3.55	**	正常人与血虚	0.85	**	阳虚与阴虚	2.01	**
阴虚与血虚	1.28	—	正常人与气虚	0.66	*	阳虚与气虚	0.25	—
血虚与阳虚	2.27	**	气虚与血虚	0.19	—	气虚与阴虚	1.76	**

(四) 肺结核病患者面色色度测定⁽¹¹⁾

祖国医学称肺结核病为“肺癆”。是由于体质虚弱，气血不足，阴阳失调、癆虫传染所致。临床以虚证为多见。据报道，日本阿部氏曾对肺结核病患者皮肤色泽进行过测定，发现肺结核病人皮肤彩度与色调低于正常人。这一发现为结核病的色诊提供了客观依据。既然肺结核病皮肤色泽与正常人有差异，根据中医理论推想肺结核病气血阴阳虚证各证型之间皮肤色泽也可能有差异。

131 例肺结核病人系湖南省和长沙市两个结核病医院住院病人。均经过 X 线照片，痰培养等实验，按全国统一规定的肺结核病诊断标准确诊的。其中气虚证 33 例，血虚证 31 例，阴虚证 30 例，阳虚证 37 例，同时收集正常人 33 例。五组人员均为汉族，病例收集时间 1984 年 11~12 月，测试时气温 18~15℃，实验组和对照组同时测试。考虑到人体面部皮肤色泽与性别、工作环境和年龄有一定的关系，测试时尽可能使各组条件基本相同。测试结果见表 1-14、表 1-15。

表 1-14 五组人员三刺激值和亨特坐标值及其与正常人的比较

组别	正常人	气虚证	血虚证	阴虚证	阳虚证	
例数	33	33	31	30	37	
三刺激值	Y	26.50±2.32	27.07±2.25	24.59±2.86	25.22±2.32	21.05±1.87
	X	29.22±2.24	29.62±2.24	27.02±2.78	28.19±2.34	23.48±1.94
	Z	20.09±2.25	20.25±2.33	17.28±2.26	18.94±1.99	14.79±1.83
亨特坐标	L	51.43±2.23	51.97±2.15	49.51±3.09	50.17±2.34	45.84±2.05
	a	11.20±1.27	10.53±0.85	10.39±1.03	12.23±0.94	11.02±0.69
	b	12.88±0.73	13.31±0.88	14.03±0.30	12.74±0.80	12.97±0.54
与正常人比较	△L		-0.54	-1.92	-1.26	-5.59
	△a		0.67	-0.81	1.03	-0.18
	△b		0.43	1.15	-0.14	0.09
	△E		0.96	2.38	1.63	5.59

注：①表中数据为均值±标准差；②亨特坐标 L、a、b 经方差分析 $P < 0.01$ ，即有非常显著性意义。

表 1-15 亨特坐标值五组间的两两比较

L 值			a 值			b 值		
比较	差数	结论	比较	差数	结论	比较	差数	结论
气虚与阳虚	6.13	**	阴虚与血虚	1.84	**	血虚与阴虚	1.29	**
气虚与血虚	2.46	**	阴虚与气虚	1.70	**	血虚与正常人	1.15	**
气虚与阴虚	1.80	**	阴虚与阳虚	1.21	**	血虚与阳虚	1.06	**
气虚与正常人	0.54	—	阴虚与正常人	1.03	**	血虚与气虚	0.72	**
正常人与阳虚	5.59	**	正常人与血虚	0.81	**	气虚与阴虚	0.57	*
正常人与阴虚	1.92	**	正常人与气虚	0.67	*	气虚与正常人	0.43	—
正常人与血虚	1.26	**	正常人与阳虚	0.18	—	气虚与阳虚	0.34	—
阴虚与阳虚	4.33	**	阳虚与血虚	0.63	*	阳虚与阴虚	0.23	—
阴虚与血虚	0.66	—	阳虚与气虚	0.49	*	阳虚与正常人	0.09	—
血虚与阳虚	3.67	**	气虚与血虚	0.14	—	正常人与阴虚	0.14	—

(1) 从表 1-14 数据来看，气血阴阳虚证和正常人五组的亨特坐标 L、a、b 值均有非常显著性差异， $P < 0.01$ ，说明五组之间的面部色泽是有差异的，其中正常人与阳虚证的差异是 5.59NBS，与血虚证的差异是 2.38NBS，与阴虚证的差异是 1.63NBS，与气虚证的差异是 0.96NBS，根据色度学的分级标准，色差 0.5~1.5NBS 为细微差别；1.5~3.0NBS 为可觉差别，3.0~6.0 为明显差别。因此可以认为正常人与气虚证面部色泽的差别属于细微差别，与血虚证、阴虚证的差别属于可觉差别，与阳虚证的差别属于明显差别。

(2) 从表 1-15 结果来看，L 值代表光泽，其结果是正常人和气虚证组为高，表示光泽好；阴虚、血虚证组次之，表示光泽较差；阳虚证组 L 值最低，表示光泽最差。a 值表示红光，阴虚证组最高；气虚证、血虚证比正常人低；阳虚证与正常人无明显差异。b 值表示黄光，血虚证组最高并且与其它四组都有高度显著性差异。总的来说正常组是泽度高，红光与黄光比例适中，故在肉眼看来是淡黄红润而有光泽；气虚证组是泽度高，红光低、黄光正常，故在肉眼看来是白而有光泽，相当于临床上的晃光；血虚证组是黄光

高，红光和泽度均低，故在肉眼看来是黄而略带白色，而且少光泽，即临床上的萎黄；阴虚证组红光明显升高，黄光正常，泽度比较低，故在肉眼看来红润而稍欠光泽；阳虚证组是泽度最低而且红光与黄光正常，故在肉眼看来是灰暗少泽。

(五) 血液病患者面色色度测定^[12]

60例血液病患者来自湖南医科大学和湖南中医学院附属医院的住院病人，均经过周围血象和骨髓象的检查，诊断可靠。其中气虚证30例，血虚证30例，其测试结果见表1-16。

表1-16 三组人员三刺激值和亨特坐标值及其与正常人的比较

组别	正常人	气虚证	血虚证
例数	30	30	30
三刺激值	Y	26.47±2.40	28.78±2.70
	X	29.18±2.31	31.39±2.57
	Z	20.03±2.31	22.62±3.09
亨特坐标	L	52.39±2.31	53.60±2.56
	a	11.47±1.33	10.56±2.35
	b	12.90±0.75	12.48±2.72
与正常人比较	△L		1.21
	△a		-0.91
	△b		-0.42
	△E		1.57

注：亨特坐标L值、b值经方差分析分别P<0.01，a值P<0.05。

从表1-16可以看出：气、血虚证与正常人3组之间亨特坐标L、a、b值分别P<0.01和0.05，说明三组人员面部色泽确实存在着差异。运用色差公式计算的结果得出：气虚证与正常人的色差是1.57NBS；血虚证与正常人的色差是2.95NBS。具体来说：气虚证组和正常人组L值均高而且两者经统计学处理无显著性差异，说明二者的光泽度都好。血虚证组L值低，说明光泽度差。正常组a值最高，气、血虚证组a值均低，而且经统计学处理、气、血虚证分别与正常人有显著性和高度显著性差异，说明气、血虚证二者的红光均低。这可能与血液病患者大多Hb下降有关，但是气、血虚证二者之间在红光上无显著性差异。b值表示黄光，血虚组最高，而且与正常人和气虚证之间分别具有高度显著性差异，说明血虚证组患者面色最黄。但是气虚证与正常人之间黄光差异无显著性意义。总而言之。正常人是泽度高，红光高，黄光低，故在肉眼看来是淡黄红润而有光泽。气虚证组是泽度高，红光低而呈白色，黄光正常，故在肉眼看来是白而有光泽即皓白，血虚证组是泽度低，红光低而呈白色，但是黄光特别高，是黄白相兼以黄为主，而且少光泽，故肉眼看来是萎黄，这些结果与临床基本一致。

(六) 慢性肝炎患者面色色度测定^[13]

慢性肝炎辨证分型以肝气郁滞、肝郁脾虚、肝阴亏损3种证型为多见。临床上气滞明显者面色青紫，脾虚甚者面色萎黄，肝阴亏损者面色潮红。为了对慢性肝炎上述3种

证型面色差异进行比较,使其客观化、定量化,对90例慢性肝炎患者面色色度进行测定。结果见表1-17、表1-18。

表1-17 四组人员面色三刺激值及Lab值比较

组别	正常人	肝气郁滞证	肝郁脾虚证	肝阴亏损证	
例数	30	30	30	30	
三刺激值	X	26.47±2.39	23.03±2.51	21.04±2.50	23.00±1.98
	Y	29.28±1.96	24.89±2.60	22.04±2.25	25.01±1.73
	Z	20.05±2.40	10.01±2.57	15.31±2.64	16.00±2.46
亨特坐标值	L	51.91±2.54	45.55±2.18	50.24±1.91	51.09±2.01
	a	11.33±1.24	11.20±0.84	12.43±0.87	13.95±0.68
	b	12.51±0.93	12.57±1.34	14.50±1.66	12.55±3.01

注:①“*”、“**”表示与正常人比较有显著性差异和非常显著性差异。
 ②“△”、“△△”表示与肝气郁滞证比较有显著性差异和非常显著性差异。
 ③“#”、“##”表示与肝郁脾虚证比较有显著性差异和非常显著性差异。

表1-18 四组人员面色差异亨特值两两比较

	△L	△a	△b	△E
肝阴亏损与正常人	-0.82	2.62	0.04	2.75
肝郁脾虚与正常人	-1.67	1.1	1.9	2.82
肝气郁滞与正常人	-6.36	-0.13	0.06	6.36
肝阴亏损与肝气郁滞	5.54	2.75	-0.02	6.19
肝阴亏损与肝郁脾虚	0.85	1.52	-1.95	2.61
肝郁脾虚与肝气郁滞	4.69	1.23	1.98	5.22

实验结果从表1-17可见,正常人面色泽度最高,红黄比例适中,即红黄隐隐,明润含蓄之意。肝气郁滞病人面色L值最低,因面呈青紫晦暗无光之色。肝郁脾虚病人面色b值最高,色泽度又欠佳,即萎黄之色。肝阴亏损者a值最高,且色泽度又可以,即潮红之色。说明慢性肝炎3种证型之间确实存在着面部色泽的差异。

表1-18通过两两比较发现,肝气郁滞与正常人面部色差最大达6.36NBS,肝阴亏损与肝气郁滞面色差异为6.19NBS,肝郁脾虚与肝气郁滞面色差为5.22NBS。

(七) 黄疸病患者面色色度测定^[14]

1. 黄疸病患者面色与黄疸指数关系 36例黄疸患者均为病毒性肝炎急性黄疸型,其中男性25例,女性11例;年龄最小的19岁,最大的60岁。病例来源于长沙市传染病院住院病人,按全国规定的统一标准确诊,黄疸指数均在15个单位以上。病人在入院时和入院1周和2周以后,分别作了3次面部色泽和黄疸指数的测定,共计测定108人次,黄疸指数测定与面色测定相距时间不超过36小时,黄疸指数测定用目视比色法。测试结果见表1-19、表1-20。

表 1-19 黄疸病人治疗前中后 3 次亨特坐标值和黄疸指数的变化

时 间	例 数	L	a	b	II
治疗前	36	48.64±3.02	10.23±2.26	15.38±1.82	69.61±36.48
1 周后	36	49.07±3.13	10.30±1.25	14.45±2.10 [*]	49.22±54.45 [*]
2 周后	36	49.43±3.16	10.38±1.14	13.51±2.01 ^{△**}	23.33±37.75 ^{△**}
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	<0.01

表 1-20 108 人次面色测定结果与 I 的相关关系

指 数	例 数	r	P 值
L	108	-0.524	<0.001 (P ₂)
a	108	-0.204	<0.05 (P ₂)
b	108	0.593	<0.0005 (P ₁)

从表 1-19 可以看出 36 位黄疸病人治疗前后面部色泽变化情况, 光泽度 L 值从 48.46 升高到 49.43, 虽然有逐渐升高的趋势, 但是 $P > 0.05$ 无显著性差异, 说明治疗过程中光泽度的变化不大。红光 a 值从 10.23 升高到 10.38, 虽然也有升高的趋势, 但是 $P > 0.05$, 也无显著性差异, 说明红光变化也不大。黄光 b 值从 15.38 下降到 13.51, 方差分析 $P < 0.05$, 而且三组间两两比较有显著性或非常显著性差异, 说明治疗过程中黄光是逐渐下降的。黄疸指数从 69.61 下降到 23.33, 方差分析 $P < 0.001$, 三组间两两比较均为显著性或非常显著性差异, 说明治疗过程中黄疸指数也是逐渐下降的。从 b 值和黄疸指数逐渐下降的趋势来看, 提示我们 b 值与黄疸指数可能存在一种相关关系。

表 1-20 是 36 位黄疸病人, 入院时及入院 1 周与 2 周后共计 108 人次面色测定值与黄疸指数的相关系数, L 值 $r = -0.524$ $P < 0.001$, 提示黄疸指数与光泽度为负相关, 即黄疸指数越高, 光泽度越低; a 值 $r = -0.204$, $P < 0.05$, 提示黄疸指数与红光也为负相关, 即黄疸指数越高, 红光越少; b 值 $r = 0.593$, $P < 0.0005$, 提示黄疸指数与黄光为正相关, 即黄疸指数越高, 黄光越多。

2. 阳黄阴黄患者面色色度测定 黄疸系指巩膜皮肤及小便发黄, 俗称黄病。现代医学认为它是由血液中胆红素浓度超过 2mg 时, 致使巩膜、粘膜、皮肤及某些体液发黄。中医将其分为阳黄阴黄两大证型。对 60 例阳黄阴黄患者面色色度进行测定。结果如表 1-21、表 1-22。

从表 1-21 可以看出正常人、阳黄、阴黄 3 组之间经方差分析和两两比较发现 L、a、b 坐标值均有高度显著性和显著性意义。L 值代表光泽, 实验结果正常人组 > 阳黄组 > 阴黄组。这说明在光泽上正常人最好, 阳黄病人次之, 阴黄病人最差。a 值代表红光, 实验结果是正常人 > 阴黄组 > 阳黄组, 这说明红光是正常人最多, 阴黄次之, 阳黄最少。b 值代表黄光, Yi 是黄度, 它是根据三刺激值计算出来的, 这两个指标的实验结果顺序都是阳黄组 > 阴黄组 > 正常人, 它们都说明黄光是阳黄组最高, 阴黄组次之, 正常人最少。阳黄病人是泽度较高, 黄光最高, 故肉眼看来是黄而鲜明如橘皮色。阴黄组泽度最低, 黄光与红光都较高, 故肉眼看来是黄面晦暗如烟熏色。

从表 1-22 可以看出在黄疸病人中；阳黄病人与正常人面部色差是 4.54NBS，阴黄病人与正常人面部色差是 6.17NBS。阴黄与阳黄的面部色泽差别是 4.15NBS。按照色度学的规定，色差在 3.0~6.0NBS 时为明显色差，故黄疸病人与正常人面部色泽的差别以及阳黄与阴黄面部色泽的差别均属于明显差别。

表 1-21 3 组人员三刺激值 Lab 值的比较

		正常人	阳黄组	阴黄组
例数		30	40	40
三刺激值	Y	26.47±2.40	24.01±2.41	20.84±2.04
	X	29.18±2.31	25.94±2.34	22.99±2.15
	Z	20.03±2.31	15.01±2.41	14.35±2.46
L、a、b 值	L	51.39±2.31	48.85±2.55	45.41±2.19
	a	11.20±1.33	9.08±1.24	10.04±0.8
	b	12.90±0.75	16.01±1.39	13.90±0.99
	Yi	61.19±3.95	72.77±6.54	70.30±4.3

注：①“**”或“△△”均表示非常显著性差异，“*”或“△”表示有显著性差异。

$$②Y_i = \frac{100(1.28X - 1.06Z)}{Y}$$

表 1-22 三组人员面色差异比较

	ΔL	Δa	Δb	ΔE
阳黄与正常人	2.54	-2.12	3.11	4.54
阴黄与正常人	-5.98	-1.16	1.00	6.17
阴黄与阳黄	-3.44	0.96	-2.11	4.15

(八) 温病患者面色色度测定^[15]

为了探讨温病卫、气、营、血证型之间面色的差异，对 126 例温病患者面色色度进行测试，实验结果显示：温热病卫分证，气分证患者面色红光值 a 明显高于正常人 (P<0.05; P<0.01)；温热病营、血分证患者面色明度值 L 低于正常人 (P<0.05)，黄光值 b 高于正常人 (P<0.05)；温热病卫分证、气分证患者面色的黄光值 b 明显高于正常人 (P<0.01)。在卫分、气分阶段，温热病患者面色显著红于湿病患者 (P<0.01)；湿病患者面色显著黄于温热病患者 (P<0.01)。其色差值 ΔE 与正常人相比，温热病营血分证组属于显著差别 (ΔE>3.0NBS)；温热病气分证、湿病卫分、气分证属可觉差别 (ΔE>1.5NBS)；湿病卫分证属轻微差别 (ΔE>0.5NBS)。

温热病气分证、湿病气分证的黄光值 b 与体温呈正相关，相关系数分别为 0.547 (P<0.01)、0.354 (P<0.05)。正常人两颧部的黄光值明显高于额部 (P<0.05)。温热病营、血分证、湿病卫分证、湿病气分证患者两颧部与额部的黄光值没有明显差异 (P>0.05)。

四、红外成像面图研究

(一) 红外成像技术简介

一切物体(包括人体)只要它的温度大于绝对零度(-273.16°C),物体内部的分子,因热运动就会向空间放射红外线,这种红外线可以通过精密的光机扫描系统,被高灵敏的碲化镉或碲镉汞等探测器接收下来,把物体辐射出的不可见红外线(光)转变成等效的电信号,然后经电子学处理,通过显示器把电信号再转变成可见图像。这种红外仪器是通过接收物体的红外线辐射能量而转变成像的,它能准确、客观、全面地反映和记录不同探测目标向空间放射红外线能量的大小。

人体是一个天然的生物红外源。热像仪可以接收其能量并显示热图。而且,人体辐射通量密度随温度上升而迅速增加,这种增加与绝对温度的4次方成正比,即相当小的温度变化会引起辐射通量的很大变化,从而保证了热图的高度灵敏性。

人的生物特性是温度的左右对称性。健康人的面部、躯干和四肢,其温度左右对称。皮肤表面温度低于体内器官温度。人体内的温度是通过器官向较冷组织和血液中传播的,再随着血液的流动而将热量带向体表。当人体处在病理状态时,局部或全身新陈代谢将发生变化,必将影响局部组织血管及末梢区供血的不平衡,导致全身或局部的热平衡分布破坏。临床上表现为生物组织温度的升高或降低。因此,测量这种温度变化,可为诊断、分析病情时参考。传统的接触测温容易破坏原来的温度场,也做不到在空间和时间上的连续性,而红外热图技术恰能解决这一难题,可以连续测定人体体表温度变化及不同部位的温度差异。不仅不破坏原来的温度场,而且提高了精确度,把温度变成了可见的图象。特别是运用了计算机对红外热图进行处理,可以获取大量的信息,绘出各种生动醒目的图像,极大地扩展了可见光波的测定范围,为色诊客观化提供了可靠的保障。

(二) 正常人颜面温度分布特点与规律

了解颜面温度分布特征及其生理和病理基础,对于掌握全身机能状况,以及将热像图用于中医辨证和疾病诊断,都有重要意义,并可补充有色光望诊之局限。

张栋^[16]对正常人体颜面温度分布规律进行了观察,并对健康人红外面像进行了分析。该实验使用AGA782型红外热象仪及TC-800型计算机,用DISC3.1热像图处理程序等进行颜面热像图的分析处理。以健康人116例(男33例,女83例,年龄范围14~71岁)为受试对象。在室温 $21\sim 27^{\circ}\text{C}$ 、相对湿度30%~65%的环境中静坐30分钟后,在距红外摄像镜头1.5m处正坐,检测时睁眼,屏气数秒种,随即将记录的颜面热像图贮存于计算机磁盘中以便分析。该实验观察到116人颜面温度的平均值为 34.09°C ,比人体体温(腋温 36.5°C ,口温或肛温 37.5°C)低约 $2.5\sim 3^{\circ}\text{C}$,但比身体其他部位(四肢、躯干等)的体表温度($28\sim 32^{\circ}\text{C}$)高约 4°C 。目内眦、鼻唇沟、嘴角和额的温度相对较高,颊、鼻部相对较低。有40%人的面部两侧温度相等,80%左右的人两侧温差在 0.1°C 以内,因此认为多数健康人两侧面部温度基本对称。

陈振湘等^[17]运用AGA680LW型热像仪测试73例正常人(17~53岁,男女未分)的红外热像面图,在 $21\sim 23^{\circ}\text{C}$ 的恒温环境中,被试者坐在距离热像仪镜头2.5m处进行拍照和测温,结果发现左右两侧的明暗大多数相等,整个面部的温度分布多数为均匀和较均匀,耳尖和鼻尖稍暗,但不特别悬殊。陈振湘按10点法测定了面部各内脏反映区的温度,具体数据是:肺点 33.80°C ,心点 33.58°C ,肝点 33.26°C ,脾点 33.35°C ,肾点 33.55°C ,

胆点 33.15℃, 胃点 33.10℃。即肺、心、肾三脏反映点的温度较高, 肝、胆、胃反映点的温度较低。各点温度排列次序为: 肺→心→肾→脾→肝→胆→胃。

陈振湘等^[17]在另一实验中选取正常人 20 例 (男 13 例, 女 7 例, 年龄 20~50 岁之间), 仪器、方法、环境同前, 结果 85% 红外面图明暗分布均匀或较均匀, 90% 左右对称, 10% 左右较对称, 无不对称者。其面部 10 点温度值为: 头面咽喉点 33.52℃, 肺点 33.47℃, 心点 32.87℃, 肝点 32.82℃, 胆点 32.73℃, 脾点 33.10℃, 子处膀胱点 33.21℃, 股点 33.39℃, 胃点 33.77℃, 肾脏大肠点 33.0℃。以头面咽喉点温度最高, 胆点最低。各点温度排列次序为: 头面咽喉→肺→股→子处膀胱→脾→肾大肠→心→肝→胃→胆。各点次序与前述实验不完全相同。

王鸿谟^[18]采用瑞典产 AGA782 型红外热像仪, 对 46 例健康青年 (男 25 例, 女 21 例, 年龄 21~23 岁) 进行红外测试。依正面→左侧面→右侧面顺序摄像三帧, 将其全面温度、颜面色部五区温度、明堂色部 15 个脏腑色部中心点温度进行统计处理分析。其总平均温度为 34.94℃, 男平均 35.21℃, 女 34.62℃。左右基本对称。额温较高, 颞温适中, 鼻温、颊温偏低。各脏腑色部中心平均温度见表 1-23。

表 1-23 脏腑色部中心平均温度表

平均值	F	X	G	P	SI	S2	B	D1	D2	W1	W2	XC1	XC2	DC1	DC2
34.94	35.89	35.27	33.88	33.75	35.17	35.25	34.77	35.52	35.48	34.22	34.31	35.47	35.49	34.68	34.91

本组温度平均值比一般生理书中所述略高, 可能与测试对象为青年, 测试时间在下午有关。因青年人阳气旺盛, 午后环境温度较高。

颜面色部与明堂比较, 两者相同处为: 面额 (心) 区温度偏高, 鼻 (脾) 区、颊 (肝、肺) 区温度偏低, 颞 (肾) 区温度适中。但肺点温度按明堂色部为最高, 按颜面色部则最低。男性面温平均值高于女性 0.59℃, 这与男为阳的中医学理论相符。

(三) 病人红外面图分析

1. 阴阳寒热证红外面图的辨别 陈振湘等将 120 例观察对象分为黑颊组、白颊组、均匀组。黑颊组 34 例, 有寒象属阴证者占 82.34%, 白颊组 21 例, 有寒象属阴证者占 78.26%; 均匀组 47 例, 临床有寒象者占 53.1%。从而提出, 临床上寒象越重, 面部温度越低, 红外图象的黑暗区越大, 明暗度分布越不均匀。因此红外热图可做为阴阳寒热辨证的客观指标之一。

2. 脾胃病红外面图观测 陈振湘等对 95 例脾胃病 (胃脘痛) 患者进行观测, 发现 69 例脾胃虚寒证病人与 8 例脾胃湿热证病人的红外面图的明暗度都有异常反映, 虚寒证暗区占优势, 尤其以面图的明暗度分布不均匀为主。陈氏还测定了 7 个反映点的实际温度, 从高到低依次排列为: 肺 33.98℃→肾 33.82℃→脾 33.62℃→心 33.57℃→肝 33.36℃→胃 33.32℃→胆 33.10℃。

3. 胸痹病红外面图观测 陈振湘等对 32 例胸痹病患者进行观测, 发现其中有 21 例明暗分布不均匀, 占 65.63%, 均匀和较均匀者 11 例, 占 34.38%; 左右不对称者 7 例, 占 21.88%, 对称和较对称者 25 例, 占 78.13%。在用微波针灸仪刺激内关后, 有 75% 的人亮区扩大或亮度增加, 25% 的人暗区扩大或暗度增加, 即有的人温度升高, 有的人温度降低, 显示出内关对面温有双向调节作用。针刺内关后 10 点中有 8 个点平均温度升

高，其中心、肺、肾3个点的平均值有显著差异 ($P < 0.05$)。

黄静等^[19]对60例心痹病(冠心病)患者进行红外面图测试，结果发现多数(65%)的人心区温度偏低，66.67%的患者双颊温度偏低，最低者比周围温度低 3.6°C ，说明心痹病患者多伴有心阳不振。

五、面色变化的常见病证

现代科学认为，人类肤色一般系指皮肤的色调、明度及饱和度。在肤色对比中，不但不同人种有很大差别，即使同种人之间的差别也很明显。

除先天因素以外，季节气候、地理环境、生活习惯、职业性质，以及年龄、饮食、劳逸、情绪波动等因素，都会使皮肤色泽发生某种程度的生理变化。

现代医学认为，皮肤的颜色除与皮内血管所含血红蛋白量有直接关系以外，还与多种因素，如表皮的厚薄、皮肤毛细血管的收缩情况、血管的分布、皮肤色素，以及皮下组织含液量的多少等，均有明显关系。

(一) 面色变白

面部苍白见于贫血、营养不良、慢性消耗性疾病、长期不见阳光等。急性大出血、休克以及剧烈的精神刺激和过度疲劳等，也可使面色显白。

面色变白最多见的原因为各种贫血，某些过敏性、心源性休克亦可表现为苍白面色。苍白为贫血严重的临床体征，由于贫血使皮内毛细血管缺血，故皮肤因为不同程度的贫血面表现为不同程度的苍白，同时干燥、缺乏弹性，致使面色苍白而缺乏色泽。除皮肤外，口唇、颊、舌粘膜、睑粘膜和指甲也有苍白表现。

粘液性水肿和产后垂体功能减退患者亦常表现面色苍白。各种原因引起的剧烈疼痛，精神过度紧张，以及剧烈的精神刺激，可以造成交感神经兴奋，使末梢血管收缩，也能引起面色苍白。

(二) 面色变黄

现代医学认为，面色黄的主要原因是黄疸及其他疾病。导致黄疸的常见原因有肝胆疾病、溶血等。长期或过量服用阿的平，可使皮肤变黄，甚至巩膜黄染。大量食用富含胡萝卜素的食物(如胡萝卜、柑橘、蛋黄、南瓜等)，血内胡萝卜素增多，亦可使皮肤(特别是掌面)变黄。充血性心力衰竭，营养不良，以及钩虫等寄生虫感染，各种贫血等，也都可引起面色发黄。

(三) 面色变红

过冷或过热，可使皮肤出现一时性发红。在精神情绪紧张时，由于血管运动神经兴奋，亦可发生皮肤变红。一般情况下，发红是皮肤炎症的重要指征之一，如感染、烫伤、日光暴晒或紫外线照射时所见。

(四) 面色变青

青紫或紫绀，是由于血液中还原血红蛋白过多所引起。面部皮肤、粘膜、指甲发生青紫，常由缺氧或血液循环障碍所致，常见于心脏疾患，如二尖瓣狭窄、肺源性心脏病、某些先天性心脏病、各种原因所致充血性心力衰竭和急性心肌炎等。肺源性心脏病由于并发代偿性红细胞增多症，患者整个面部均可呈紫红色，尤以口唇最为明显。

呼吸系统疾病，如慢性支气管炎、广泛的支气管扩张、肺气肿、支气管哮喘、重症肺炎等，均可见面色变青。

末梢循环障碍，如中毒性肺炎、中毒性痢疾、急性心肌梗死、急性腹膜炎晚期及其他中毒性休克，由于微循环障碍，病人的面色常带青灰色。

久患肝病，以及代偿性或真性红细胞增多症，库欣病、正铁血蛋白血症等，亦可见面色变青。

（五）面色变黑

在排除种族因素及生理因素以外，由于色素沉着而使皮肤呈现棕黑色者，可见于慢性肾上腺皮质功能不全、血色病、糖尿病、慢性肝病、糙皮病、慢性砷中毒，以及黑色棘皮症、瑞尔氏黑变病、黄褐斑等。

六、望色研究的成绩、问题与展望

在人类的诸多感觉中，最先实现客观量化的是颜色视觉。这对于主要依靠医师感觉器官诊断疾病，而又最为重视望诊的中医来说，极为有益。迅速发展的红外成像技术，又扩展了肉眼对光波的可知范围。

实践证明，色度学与红外成像技术应用于中医学，使中医色诊客观化、定量化不仅是可能的，而且已取得了一些初步成果。

现已研究了面部整体、自然标志分区、中心坐标定点3种定位方法，符合整体气色、颜面色部、明堂色部的文献记载和临床实践，定位较为精确、简便，适合现代科学仪器定位选用。从面部色度、温度两个方面，初步探测了正常人全面、五区、十五点的量化规律。将现代科学技术引入临床实践，探测了一些病证过程中病人面部色度、温度的变化，并总结出某些变化的规律。

当前主要的困难是，中医色诊的研究需要既熟悉中医知识，又了解色度学原理等的人员，而这种专业技术人员很少，故研究者不多；另一方面是测色仪器与红外成像仪的昂贵，绝大部分中医单位无法满足研究条件。

为克服这些困难，有必要组织全国协作，互通有无，开展较大规模的探测研究，包括不同人种、民族、气候等，不同病证的温度、色度等方面的研究。对五官微诊系统的研究极不平衡，其实舌诊研究的许多思路、方法和手段都可应用于耳诊、目诊、鼻诊、唇诊，乃至面部色诊，从而加速研究的步伐，获取较多的成果。

参 考 文 献

- 〔1〕 荆其诚，等．色度学．北京：科学出版社，1979
- 〔2〕 林仲贤，等．中国成人肤色色度的测定．科学通报，1979，（10）：475
- 〔3〕 林仲贤，等．中国儿童和青少年肤色色度测定．心理学报，1981，（1）：58
- 〔4〕 林仲贤，等．中国新生儿到三岁幼儿肤色色度的测定．心理学报，1981，（3）：305
- 〔5〕 蔡光先．长沙地区327名健康成人面色定量检测报告．湖南中医杂志，1996，12（1）：15
- 〔6〕 蔡光先，等．102例正常人四季面色定量观察．中医杂志，1996，37（6）：359
- 〔7〕 蔡光先，等．正常人一日四时面色定量观察．成都国际时间医学学术会议论文，1988，10
- 〔8〕 蔡光先．508例病理五色定量计测．中国医药学报，1996，11（1）：20
- 〔9〕 胡丕丽．五脏病患者面色定量定位观察．湖南中医学院85级研究生论文集
- 〔10〕 蔡光先．不同病种气血阴阳虚证患者面色定量研究．山西中医，1988，（4）
- 〔11〕 蔡光先．肺结核病气血阴阳虚证面色定量初步研究．湖南中医学院学报，1987，7（3）：45
- 〔12〕 蔡光先．血液病气血虚证面色定量初步研究．湖南中医杂志，1985，1（3）

- [13] 蔡光先, 等. 慢性肝炎患者面色定量实验研究. 中国中医基础医学杂志, 1996, 2 (2): 37
- [14] 艾英. 阳黄阴黄面色鉴别实验研究. 湖南中医学院学报, 1986, 6 (2): 41
- [15] 余小平. 温病患者面部色泽定量及与体温关系初探. 湖南中医学院 86 级研究生论文集
- [16] 张栋, 等. 正常人颜面温度分布及红外面像分析. 红外成像技术医学应用研讨会议资料, 1990, 10
- [17] 陈振湘, 等. 阴阳寒热红外面图. 北京中医学院学报, 1980, 3 (3): 38
- [18] 王鸿谟, 等. 中医色诊量化研究—46 例健康青年红外面图参数测析. 第二届全国中医诊断学术会议论文, 1991, 10
- [19] 黄静, 等. 60 例心痹病的红外面图观察. 红外成像技术医学应用研讨会议资料, 1990, 10

第二节 局部望诊

【基本内容】

根据诊断疾病的需要, 对病人的某一局部 (如头面、五官、皮肤) 进行深入、细致地观察, 即为局部望诊。人体为一有机整体, 整体的病变可反映于各个局部, 局部的病变也可影响于全身, 故观察局部的异常变化, 对临床疾病的诊断, 有着重要意义。

望局部情况时, 要熟悉各部位的生理特征及其与脏腑经络的内在联系, 并结合其他三诊, 从整体的角度进行综合分析, 以弄清局部病理体征所提示的临床意义。如两目红赤, 多为肝火上炎 (肝开窍于目), 头发枯萎花白每因肾精亏虚 (肾其华在发) 等, 即是。

局部望诊的内容包括头面、五官、躯体、四肢、二阴、皮肤等。

一、望头面

望头面包括观察头形、囟门、头发以及头部动态几个方面。关于面部的色泽变化, 前面已作介绍。

头为精明之府, 元神所居之处; 肾之华在发, 发为血之余; 头又为诸阳之会, 手足三阳经及督脉等皆上行于头面, 足厥阴肝经及任脉等阴经亦上达于头。全身脏腑气血皆上注于头面而营养之。故望头部的情况, 可以诊察全身脏腑精气的盛衰。

(一) 头形

头型的大小异常和畸形, 多见于正值颅骨发育期的婴幼儿。头颅的大小以头围 (头部通过眉间和枕骨粗隆的横向周长) 来衡量: 一般新生儿约 34cm, 6 个月时约 42cm, 1 周岁时约 45cm, 2 周岁时约 48.5cm。明显超出此范围者为头形过大, 反之为头形过小。无论过大或过小, 均当属于病态。

1. 增大 小儿头颅均匀增大, 颅缝开裂, 面部较小, 伴智力低下者, 多属先天不足, 肾精亏损, 水液停聚于脑所致。

2. 狭小 小儿头颅狭小, 头形尖圆, 颅缝早合, 伴智力低下者, 其多因肾精不足, 颅骨发育不良所致。

3. 方形 小儿前额左右突出, 头顶平坦, 颅呈方形者, 亦是肾精不足或脾胃虚弱, 颅骨发育不良所致, 常见于佝偻病、胎传梅毒等病证。

(二) 囟门

囟门是婴幼儿颅骨结合不紧所形成的骨间隙, 有前囟、后囟之分。后囟呈三角形, 约在出生后 2~4 个月时间闭合。前囟呈菱形, 约在出生后 12~18 个月时闭合, 是临床观察小儿生长发育状况的主要部位。

1. 凶门突起(凶填) 多属实证。常为温病火邪上攻,或脑髓有病,或颅内水液停聚所致。但小儿哭泣时凶门暂时突起者乃属正常,不作病论。

2. 凶门凹陷(凶陷) 多属虚证。多因吐泻伤津,气血不足和先天精气亏虚,脑髓失充所致。但6个月以内的婴儿凶门微陷属正常范围。

3. 凶门迟闭(解颅) 即后凶出生4个月后、前凶18个月后骨缝仍未闭合者,即为凶门迟闭。是肾气不足、发育不良的表现。多见于佝偻病患儿,常兼有“五软”(头软、项软、手足软、肌肉软、口软)、“五迟”(立迟、行迟、发迟、齿迟、语迟)等。

(三) 动态

病人头摇不能自主,不论成人或小儿,多为阴血亏虚、肝风内动之证。

(四) 头发

头发的生长与肾气和精血的盛衰关系密切,故望发主要可以诊察肾气的强弱和精血的盛衰。正常人头发乌黑致密、光亮润泽,是肾气充盛、精血充足的表现。

头发焦黄干枯、稀疏易落,多属精血亏虚,或见于病后和慢性虚损病人。突然片状脱发,显露圆形或椭圆形光亮头皮,称为斑秃,多为血虚受风所致。青壮年头发稀疏易落,有眩晕健忘、腰膝痠软表现者,为肾虚早衰之征;头皮发痒、多屑、多脂特点者,为血热化燥所致。青少年白发无症状者,不属病态;伴有肾虚症状者,多因精血亏虚;伴有失眠健忘症状者,多因劳神伤血;小儿头发稀疏黄软,生长发育迟缓,甚至久不生发,多因先天不足,肾精亏损所致;患儿发结如穗,枯黄无泽,可见于疳积病,是因先天不足,或后天失养所致。

(五) 面部

面部又称颜面,指包括额部在内的脸面部。是脏腑精气上荣的部位,又为心之华。观察面部的色泽形态和神情表现,不仅可以了解神的衰旺,而且可以诊察脏腑精气的盛衰和有关的病变。

临床望面部的基本内容,除前述望面部色泽外,还应包括以下几种常见异常特征。

1. 面肿 面部浮肿多见于水肿病,常是全身水肿的一部分。其中眼睑颜面先肿,发病较速者,为阳水,多由外感风邪,肺失宣降所致;兼见面色晄白,发病缓慢者,属阴水,多由脾肾阳衰,水湿泛滥所致;兼见面唇青紫、心悸气促、不能平卧者,多属心肾阳衰,血行瘀阻,水气凌心所致。

2. 腮肿 一侧或两侧腮部以耳垂为中心肿起,边缘不清,按之有柔韧感或压痛者,为痄腮,系外感温毒之邪所致,多见于儿童。若颧下颌上耳前发红肿起,伴有寒热、疼痛者,属发颐,为阳明热毒上攻之征。

3. 面削颧耸 又称为面脱。即面部肌肉消瘦,两颧高耸,眼窝、颊部凹陷,每与“大骨枯槁,大肉陷下”并见。属气血虚衰,脏腑精气耗竭之象,多见于慢性病的重危阶段。

4. 口眼喎斜 又称口眼歪斜。单见一侧口眼喎斜而无半身瘫痪,患侧面肌弛缓,额纹消失,眼不能闭合,鼻唇沟变浅,口角下垂,向健侧歪斜者,为风邪中络。若口眼喎斜,兼半身不遂者,则为中风病,多因肝阳上亢,风痰阻闭脏腑经络所致,即前人所谓“真中风”。

5. 特殊面容 较常见者如“惊恐貌”,即病人面部表情惊恐,多见于小儿惊风、狂犬

病等病人。“苦笑貌”，即由于面肌痉挛所呈现的痉笑面容，多见于新生儿脐风、破伤风等病人。“狮面”，即面部出现凸凹不平的结节，每见于麻风病人。

二、望五官

五官包括眼、耳、鼻、口、舌等官窍。通过观察五官的异常表现，可以判断相应脏腑的病理变化。

(一) 望目

中医学认为，目为肝之窍，心之使，五脏六腑之精气皆上注于目，故目与五脏六腑皆有联系，面与心、肝、肾的关系更为密切，可反映脏腑精气的盛衰。因此，望目不仅是望神的重点，而且在诊察全身或局部病证方面也有重要的意义。

古人将目之不同的部位分属五脏，称为“五轮学说”。此说最早源于《灵枢·大惑》：“精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束，……。”后世医家据此归纳为：瞳人属肾，称为“水轮”；黑睛属肝，称为“风轮”；两眦血络属心，称为“血轮”。白睛属肺，称为“气轮”；眼睑属脾，称为“肉轮。”并认为观察目的不同部位的形色变化，可以诊察相应脏腑的病变。“五轮”学说对眼科临床和内科疾病的诊断具有指导意义。

临床上，望目包括望两目的眼神、色泽、形态和动态的异常改变。其中望眼神部分于“望神”中已述。

1. 色泽 正常人眼睑内（眼结膜）与两眦红润，白睛（巩膜）白色，黑睛（虹膜）褐色或棕色，角膜无色透明。其异常改变有：

(1) 目赤肿痛：多属实热证。如白睛发红为肺火或外感风热，两眦赤痛为心火上炎，睑缘赤烂为脾有湿热，全目赤肿为肝经风热上攻所致。

(2) 白睛发黄：为黄疸的主要标志。多由湿热和寒湿内蕴，肝胆疏泄失常，胆汁外溢所致。在皮肤发黄轻微而不易发现时，望白睛黄染即可早期发现。但须与中老年人的球结膜脂肪沉着相鉴别：后者为稍隆起的淡黄色斑块，在睑裂部最明显，面黄疸的黄色则均匀无隆起，于眼球周围明显，越近黑睛越浅。

(3) 目眦淡白：属血虚、失血。是血少不能上荣于目所致。

(4) 目胞色黑晦暗：多属肾虚。是肾精亏耗，或命门火衰、水饮内停之象。

2. 形态

(1) 目胞浮肿：为水肿的基本特征。因目胞属脾，肺湿不运，水湿内停，加之该处组织疏松，故水肿可先见于目胞。观察此处微肿可早期发现水肿，但健康人低枕睡眠后一时性胞睑微肿不属病态。

目胞红肿热痛面病势急者，乃火热上攻之证。

(2) 眼窝凹陷：又称眼球凹陷。多为津伤液脱或气血不足所致。多见于剧烈吐泻伤津或气血虚衰之人。若久病眼窝深陷，甚则视不见人，则为阴阳竭绝之危候。

(3) 眼球突出：眼球突出兼喘满上气者，属肺胀，为痰浊阻肺，肺气不宣、呼吸不利所致。若眼球突出兼颈前微肿，急躁易怒者，为瘰气，因肝郁化火，痰气郁结所致。单眼突出，多属痰瘀内蕴之恶候。

(4) 针眼、眼丹：睑缘肿起结节如麦粒，红肿较轻者，名为针眼；胞睑漫肿，红肿较重者，名为眼丹，常溃后排脓始愈。皆为风热邪毒或脾胃蕴热上攻于目所致。

3. 动态 瞳孔又称瞳神，正常人瞳孔双侧等圆等大，直径约为3~4mm，对光反应灵敏。眼球运动随意、灵活。其异常改变主要有：

(1) 瞳孔缩小：多属肝胆火炽所致；亦可见于中毒，如川乌、草乌、毒蕈、有机磷农药中毒等。

(2) 瞳孔散大：多见于肾精耗竭阴阳即将离决的危重病人；两侧瞳孔完全散大则是临床死亡的指征之一。《重订通俗伤寒论》所谓“瞳神散大者，神虚散”，即是谓此而言。如一侧瞳孔逐渐散大，可见于中风或颅脑外伤病人，亦属危候。此外亦可见于五风内障（青光眼）病人。

(3) 瞪目直视：即病人两眼固定前视，神志昏迷，为脏腑精气将绝，属病危。

(4) 戴眼反折：即病人两眼上视，不能转动，项强抽搐，角弓反张。为脏腑精气衰极而肝风内动之危候。

(5) 横目斜视：亦多见于肝风内动之危重证候。

(6) 昏睡露睛：多属脾胃虚衰。可见于吐泻伤津和慢脾风的患儿。为脾虚清阳不升，气血不足，胞睑失养，启闭失司所致。

(7) 眼睑下垂：又称睑废。双睑下垂者，多为先天不足，脾肾亏虚；单睑下垂者，多因脾气虚衰，升举无力或外伤所致。

(二) 望耳

两耳主司听觉。肾开窍于耳，手足少阳经脉布于耳，手足太阳经和足阳明经也分布于耳或耳周围，故耳为“宗脉之所聚”。耳与全身均有联系，在耳廓上有全身脏腑组织的反应点，而尤与肾、胆关系密切，所以望耳可以诊察肾、胆和全身病变。

1. 色泽 正常人耳廓色泽红润，是气血充足的表现。耳轮淡白，多属气血亏虚。耳轮红肿，多为肝胆湿热或热毒上攻。耳轮青黑，可见于阴寒内盛或剧痛的病人。耳轮干枯焦黑，多属肾精亏耗，精不上荣，为病重，可见于温病晚期耗伤肾阴及下消等病人。小儿耳背有红络、耳根发凉，多为出麻疹的先兆。

2. 形态 正常人耳廓厚实，是肾气充足的表现。耳廓瘦小而薄，是先天亏损，肾气不足。耳轮干枯萎缩，多为肾精耗竭，属病危。

3. 耳内病变 耳内流脓水，称为脓耳。多由肝胆湿热熏蒸所致；后期转虚，则多属肾阴不足，虚火上炎。

(三) 望鼻

鼻主司通气和嗅觉功能。其居面部中央，为肺之窍，足阳明胃经分布于鼻旁，鼻上和鼻周围有各脏腑的相应部位。望鼻不仅可以诊察肺的病变，而且还可以协助判断脏腑的虚实、胃气的盛衰、病情的轻重和预后好坏。

1. 色泽 正常人鼻色红黄隐隐，含蓄明润，是胃气充足的表现。鼻端微黄明润，见于新病者，虽病而胃气未伤，属病轻；见于久病者，常为胃气来复，属向愈。鼻端色白，多属气血亏虚，或见于失血病人。鼻端色赤，多属肺脾蕴热。鼻端色青，多见于阴寒腹痛病人；若兼鼻端发凉，则病情更为严重。鼻端色微黑，常是肾虚寒水内停之象。鼻端晦暗枯槁，则为胃气已衰之重病。

2. 形态 鼻红肿生疮，多属胃热或血热。鼻端生红色粉刺，称为“酒齄鼻”，多因肺胃蕴热所致。鼻柱溃陷，多见于梅毒病人。鼻柱塌陷，眉毛脱落，见于麻风恶候。鼻孔

干燥，黑如烟煤，多属高热日久或阳毒热深。鼻翼煽动，伴咳逆喘促，多见于肺热或哮喘病人，是肺气不宣、呼吸困难的表现。若重病出现鼻孔煽张，喘而额汗如油，则多属阴阳即将离决之危候。

3. 鼻内病变 鼻塞流涕，可见于外感表证或鼻渊等。其中鼻流清涕者，多属外感风寒；鼻流浊涕者，多属外感风热；鼻流脓涕气腥臭者，多为鼻渊，为外感风热或胆经蕴热上攻于鼻所致。鼻腔出血，称为“鼻衄”，多因肺胃蕴热，灼伤局部脉络所致。

（四）望口与唇

口指口腔，唇则指口唇。口为饮食通道，脏腑要冲，脾开窍于口，其华在唇，手足阳明经环绕口唇，故望口与唇的异常变化，主要可以诊察脾与胃的病变。

1. 色泽 唇部色诊与望面色基本相同，但因口唇粘膜薄而透明，故其色泽变化比面色更为明显，易于观察。正常人唇色红润，是胃气充足，气血调匀的表现。

（1）唇色淡白：是血虚不能上充于唇络所致。

（2）唇色深红：多属热盛，是因热而唇部脉络扩张，血液充盈的表现；若红肿而干者，多属热极。若口唇呈樱桃红色，多见于煤气中毒。

（3）口唇青紫：多属血瘀证，可见于心气、心阳虚衰而心血瘀阻和严重呼吸困难的病人。若口唇青黑，多属寒盛、痛极，是因寒盛血脉凝涩，或痛极血络郁阻所致。

2. 形态

（1）口唇干裂：为津液已伤，多属燥热伤津或阴虚液亏。

（2）口唇糜烂：多为脾胃积热上蒸，热邪灼伤唇部所致。

（3）口角流涎：见于小儿多属脾虚湿盛，见于成人多为中风口歪不收。

（4）人中沟变平：口唇翻卷不能覆齿，称“人中满唇反”，为脾气将绝，属病危。

（5）口腔糜烂：即唇内和口腔粘膜出现灰白色小溃疡，周围红晕，局部灼痛，称为“口疮”；若满口糜烂则称为“口糜”，多由心脾积热上蒸所致。小儿口腔、舌上满布白斑如雪片，称为“鹅口疮”，多因湿热秽浊之气上蒸于口所致；若见于成人则多属重病晚期。

3. 动态 正常人口唇可随意开合，动作协调。其主要的异常形态，《望诊遵经》归纳为：“张主虚，噤主实；撮为邪正交争，正气衰而邪气盛；僻是经筋相引，急为正而缓为邪；振乃阳明之虚，动缘胃气之绝。”此即所谓“口形六态”，此可作为望口时之参考要点。

（1）口张：即口开面不闭，属虚证。若口如鱼口，张口气直，但出无人，则为肺肾之气将绝，属病危。

（2）口噤：即口闭而难开，牙关紧闭，属实证。多因肝风内动，筋脉拘急所致。可见于痉病、惊风、破伤风等。

（3）口撮：即上下口唇紧聚，为邪正交争所致，可见于新生儿脐风，表现为撮口不能吮乳；亦可见于破伤风病人。

（4）口僻：又名口喎，即口角向一侧歪斜。多为风痰阻络所致，常见于中风病人。

（5）口振：即战栗鼓颌，口唇摇振。多为阳衰寒盛或邪正剧争所致。可见于伤寒欲作战汗或疟疾发作。

（6）口动：即口频繁开合，不能自禁。是胃气虚弱之象。若口角掣动不止，则为热极生风或脾虚生风之象。

（五）望齿与龈

中医学认为，齿为骨之余，骨为肾所主；龈为手足阳明分布之处，故望齿与龈常可诊察肾、胃的病变，以及津液的充足与否。明清时期温病学派对验齿十分重视，在阳明热盛和热伤肾阴的情况下，观察齿与龈的润燥情况，可以了解胃津、肾液的存亡，正如叶天士所说：“温热之病，看舌之后，亦须验齿，齿为肾之余，龈为胃之络，热邪不燥胃津，必耗肾液。”此实为经验之谈。

1. 望齿 正常人牙齿洁白润泽而坚固，是肾气充足、津液未伤的表现。其异常表现有：

（1）形色异常：牙齿干燥为胃阴已伤。牙齿光燥如石，为阳明热甚，津液大伤。牙齿燥如枯骨，多为肾阴枯竭，精不上荣所致。可见于温热病的晚期，属病重。牙齿稀疏松动，齿根外露，多为肾虚，或虚火上炎所致。牙齿枯黄脱落，见于久病者多为骨绝，属病重。齿焦有垢，为胃肾热盛，但气液未竭。齿焦无垢，为胃肾热甚、气液已竭之证。

（2）动态异常：牙关紧急，多属风痰阻络或热极动风。咬牙齞齿，多为热盛动风，将成痉病。睡中齞齿，多因胃热或虫积所致。

2. 望龈 正常人齿龈淡红而润泽，是胃气充足的表现。

（1）齿龈淡白：多属血虚而不能上充于龈络所致。齿龈色淡，龈肉萎缩，多属肾虚或胃阴不足。

（2）齿龈红肿：伴灼热疼痛者，多为胃火上炎，熏灼齿龈所致。

（3）齿缝出血：此为“齿衄”。兼见齿龈红肿疼痛者，为胃火上炎，灼伤龈络；齿龈不红不痛微肿者，属脾虚血失统摄，或肾阴虚虚火上炎所致。

（4）齿龈溃烂：流腐臭血水，甚则唇腐齿落，称为“牙疳”，多因外感疫疠之邪，余毒未消，积毒上攻所致。

（六）望咽喉

咽喉为肺、胃之门户，是呼吸、进食的通道。足少阴肾经循喉咙挟舌本，亦与咽喉关系密切。故望咽喉主要可以诊察肺、胃、肾的病变。

临床望咽喉时，应注意观察其色泽形态变化和有无脓点、假膜等。咽喉部的正常状态是：色泽淡红润泽，不痛不肿，呼吸通畅，发音正常，食物下咽顺利无阻。其异常表现主要有：

1. 红肿 咽部深红、肿痛明显者，属实热证，多由肺胃热毒上攻咽喉所致。咽部色红娇嫩、肿痛不显者，属阴虚证，多由肾阴亏虚、虚火上炎所致。

2. 成脓 咽部肿势高突，色深红，周围红晕紧束，发热不退者，为脓已成，咽部色浅淡，肿势散漫，无明显界限，疼痛不甚者，为未成脓。

3. 溃烂 咽部溃烂分散表浅者，为肺胃之热轻浅或虚火上炎；溃烂成片或凹陷者，为肺胃热毒壅盛；咽部溃腐日久，周围淡红或苍白者，多属虚证。

4. 伪膜 咽部溃烂处表面覆盖一层黄白或灰白色膜称为伪膜（或假膜）。伪膜松厚，容易拭去者，病情较轻；伪膜坚韧，不能拭去，重剥出血，很快复生者，病情较重。

5. 常见病证

（1）乳蛾：咽部一侧或两侧喉核（扁桃体）红肿疼痛或溃烂有黄白色脓点，脓汁拭

之易去者，为乳蛾，多属肺胃热盛、火毒熏蒸所致。

(2) 白喉：咽部有灰白色假膜，拭之不去，重擦出血，很快复生者，为白喉，是外感疫邪所致，多见于儿童，属急性传染病。

(3) 喉痹：咽部一侧或咽后壁明显红肿高突，甚则吞咽困难，身发寒热者，为急喉痹，每因风热痰火壅滞而成；若咽干微红微肿微痛，经久不愈，为慢喉痹，则多因肺肾阴虚、虚火上炎所致。

三、望躯体

包括望颈项、胸胁、腹部、腰背等部位。通过观察异常变化，可以测知相关脏腑的病变。

(一) 望颈项

颈项是连接头部和躯干的部分，其前部称颈，后部称项。内有气管、食道、脊髓和主要动脉。手足阳明经与任脉行于颈，太阳经与督脉行于项，少阳经行于两侧。颈部不仅起着支撑头部、连接头身的重要作用，而且也是饮食、呼吸和气血精津运行的要道。颈项若有气血阻滞，可以引起全身病变；脏腑气血失调，亦往往可以在颈项部反映出来。

1. 外形 正常人的颈项直立，两侧对称，气管居中，男性喉结突出，女性不显。颈侧动脉搏动在安静时不易见到。常见病证有：

(1) 瘰疬：颈前喉结处有肿块突起，或大或小，或单侧或双侧，可随吞咽而上下移动者，称为“瘰疬”。多因肝郁气结痰凝所致，或与地方水土有关。

(2) 瘰疬：颈侧颌下有肿块如豆，累累如串珠者，称为“瘰疬”。多由肺肾阴虚，虚火内灼，炼津为痰，结于颈部；或外感风火时毒，挟痰结于颈部所致。

(3) 气管偏移：气管不居中，向一侧偏移，称气管偏移。可见于悬饮、气胸和肺部肿瘤等病人，前者气管移向健侧，为水饮或气体压迫所致；后者气管移向患侧，为肿瘤牵拉所致。

2. 动态 正常人的颈项转侧俯仰自如，其活动范围是：左右旋转 75° ，后伸 35° ，前屈 35° ，左右侧屈 45° 。其异常改变主要有：

(1) 项强：即项部拘紧或强硬。如项部拘急牵引不舒，兼恶寒发热等症，是风寒侵袭、经气不利所致。若项部强硬，不能前俯，兼壮热神昏抽搐者，则属温病热极生风所致。

(2) 项软：即颈项软弱，抬头无力。发生于小儿常为先天不足，肾精亏损，发育不良，可见于佝偻病患儿。若久病重病颈项软弱，头垂不抬，眼窝深陷，则为脏腑精气衰竭之象，属病危。

(3) 颈脉搏动、怒张：在安静状态时出现颈侧人迎脉搏动明显，可见于肝阳上亢（如眩晕）和血虚重证等病人。坐位时颈脉明显怒张，平卧时更甚，或兼有搏动，病人面青唇紫、浮肿者，多见于心血瘀阻、肺气壅滞和心肾阳衰、水气凌心的病人。

(二) 望胸胁

包括胸腔和肋下。胸腔由胸骨、肋骨和脊柱等构成，内藏心脏等重要脏器，属上焦，为宗气所聚，是诸经循行之处；胸廓前有乳房，属胃经，乳头则属肝经。胸侧自腋下至第十二肋骨的区域为肋肋，是肝胆经循行之处。望胸胁主要可以诊察心、肺、肝胆的病变和宗气的盛衰。

临床望胸肋时，应注意观察其外形变化、虚里搏动情况（详见“按诊”）和呼吸运动有否异常等。

1. 外形 正常人的胸廓呈扁圆柱形，两侧对称，左右径大于前后径（比例约为1.5：1），小儿和老人则左右径略大于前后径或相等。两侧锁骨上下窝亦对称。常见的胸廓变形有：

（1）胸廓扁平：即胸廓较正常人扁，前后径小于左右径的一半，颈部细长，锁骨突出，两肩向前，锁骨上、下窝凹陷，又称“扁平胸”。属形瘦阴虚体质，多见于肺肾阴虚或气阴两虚的病人。亦可见于平素体弱者。

（2）胸廓膨隆：即胸廓较正常人圆，前后径与左右径约相等。颈短肩高，锁骨上、下窝平展，肋间加宽，胸廓呈圆桶状，又称“桶状胸”。多为久病咳喘，耗伤肺肾，以致肺失宣降、肾不纳气而壅滞，日久致使胸廓变形。

（3）鸡胸：即胸骨下部明显前突，胸廓前后径长而左右径短，肋骨侧壁凹陷，形似鸡胸，多见于儿童。因先天不足或后天失养，肾中精气不足，骨骼发育异常所致。

（4）两侧胸廓不对称：一侧胸廓塌陷，肋间变窄，肩部下垂，脊骨常向对侧凸出者，多见于肺痿、悬饮后遗症和肺部手术后等病人。一侧胸廓膨隆，肋间变宽或兼外凸，气管向健侧移位者，多见于悬饮病、气胸等病人。

（5）肋如串珠：即肋骨与软骨连接处变厚增大，状如串珠。可见于肾气不足，发育不良的佝偻病患儿。

（6）乳房肿块：乳房肿块，称为乳癖，多见于肝郁气滞、痰凝血瘀之证。妇女哺乳期乳房红肿热痛，乳汁不畅，甚则破溃流脓，身发寒热者，为乳痈。多因肝气不舒，胃热壅滞，或外感邪毒所致。

2. 呼吸 正常人呼吸均匀，节律整齐，每分钟约16~18次，胸廓起伏左右对称，均匀协调。妇女以胸式呼吸为主，男子和儿童以腹式呼吸为主。常见的呼吸异常有：

（1）胸式呼吸增强、腹式呼吸减弱：多见于腹部病变。如膨胀、积聚等病，亦可见于妊娠妇女。

（2）胸式呼吸减弱，腹式呼吸增强：多见于胸部病变。如肺癆、悬饮、胸部外伤等病。

（3）两侧胸部呼吸不对称：即胸部一侧呼吸运动较另侧明显减弱。为呼吸运动减弱侧胸部有病，可见于悬饮、肺部肿瘤等病。

（4）吸气时间延长：多因吸气困难所致。可见吸气时胸骨上窝、锁骨上窝及肋间凹陷。多见于急喉风、白喉重证等病。

（5）呼气时间延长：多为呼气困难所致。常伴张口目突、端坐呼吸。可见于哮喘、肺胀等病。

（6）呼吸急促，胸廓起伏显著：多属实热证。为邪热、痰浊壅肺，肺失清肃，肺气不降所致。

（7）呼吸微弱，胸廓起伏不显：多属虚寒证。为肺气亏虚，气虚体弱所致。

（8）呼吸节律不整：表现为呼吸由浅渐深，再由深渐浅，以至暂停，往返重复，或呼吸与暂停相交替。皆为肺气虚衰之象，属病重。

（三）望腹部

腹部指躯干正面剑突以下至耻骨以上的部位，包括中焦、下焦，内藏肝、脾、肾、胆、胃、大肠、小肠、膀胱、胞宫，亦为诸经循行之处。故望腹部可以诊察相应脏腑的病变和气血的盛衰。

腹部异常表现主要有如下几种情况：

1. 腹部膨隆 即仰卧时前腹壁明显高于胸骨至耻骨中点连线。若单腹膨胀，四肢消瘦者，多属膨胀病，为肝气郁滞，水湿瘀血阻滞所致。若腹部胀大，周身俱肿者，多属水肿病，为肺、脾、肾三脏功能失调，水湿泛滥肌肤所致。若腹局部膨隆，按之有痞块者，多见于积聚病人，须结合按诊进行辨证。

2. 腹部凹陷 即仰卧时前腹壁明显低于胸骨至耻骨中点连线。若腹部凹陷，形体消瘦，多属脾胃虚弱，气血不足，可见于久病脾胃气虚、机体失养，或新病吐泻太过、津液大伤的病人。若腹皮甲错，深凹着脊，可见于长期卧床不起、精气阴阳大伤的病人。

3. 青筋暴露 病人腹大坚满，青筋怒张，多属肝郁血瘀。每因外邪侵袭，或饮食不节等，使肝郁气滞，脾虚湿阻日久，导致血行不畅，脉络瘀阻所致。多见于膨胀重证。

4. 脐部异常 新生儿脐部色青或黑，局部发硬，多为脐风危证。婴幼儿脐部不洁，湿热蕴结而发。水肿、膨胀病人脐部突出，多为脾肾虚衰，属病重。

5. 腹壁突起 腹壁有半球物突起，多发于脐孔、腹正中线、腹股沟等处，每于直立或用力后发生者，属于疝气。

（四）望腰背

背以脊柱为主干，为胸中之府；腰为身体运动之枢纽，为肾之府。督脉贯脊行于正中，足太阳膀胱经分行挟于腰背两侧，其上有五脏六腑俞穴，带脉横行环绕腰腹，总束阴阳诸经，皆与腰背关系密切。故望腰背部的异常表现，可以诊察有关脏腑经络的病变。

正常人腰背部两侧对称，俯仰转侧自如，直立时脊柱居中，颈、腰段稍向前弯曲，胸、骶段稍向后弯曲，但无左右侧弯。其异常改变主要有：

1. 脊柱过度后弯 多发生在胸椎部分，致使前胸塌陷；称为“驼背”或“龟背”。多由肾气亏虚、发育异常，或久病咳喘，或脊柱疾患所致。亦可见于老年人。

2. 脊柱侧弯 即脊柱离开正中线向左或右偏曲，多由小儿发育期坐姿不良所致，亦可见于先天不足、肾精亏损、发育不良的患儿和一侧胸部有病的病人。

3. 脊疴 即病人极度消瘦，以致脊骨突出似锯，为脏腑精气亏损之象，见于慢性重病者。

4. 角弓反张 即脊背后弯，反折如弓，兼见颈项强直，四肢抽搐。为肝风内动，筋脉拘急之象。

5. 腰部拘急 即腰部疼痛，活动受限，转侧不利。多因寒湿内侵，腰部脉络拘急，或跌仆闪挫、局部气滞血瘀所致。

四、望四肢

四肢包括上肢的肩、臂、肘、腕、掌、指和下肢的股、膝、胫、踝、蹠、趾等部位组织。就其与脏腑的关系而言，因肺主皮毛，心主血脉，肝主筋，肾主骨，脾主肌肉四肢，故四肢与五脏均有关，而脾与四肢的关系尤为密切。故望四肢主要可以诊察五脏病变以及循行于四肢经脉的病变。

望诊时应注意观察四肢、手足的形态变化和动态的异常。

(一) 形态异常

1. 肌肉萎缩 即四肢或某一肢体肌肉消瘦、萎缩、松软无力。多因气血亏虚（尤其是脾气虚）或经络闭阻，肢体失养所致。

2. 四肢肿胀 每以下肢浮肿为主。多见于水肿病。常因肺、脾、肾功能失调，水饮内停所致。

3. 膝部肿大 膝部红肿热痛，屈伸不利，见于热痹，为风湿热郁滞关节所致。若膝部肿大而股胫消瘦，形如鹤膝，称为“鹤膝风”，多因寒湿内侵，络脉血瘀所致。

4. 下肢畸形 直立时两踝并拢而两膝分离，称为“膝内翻”（又称“O”型腿或箩圈腿）；两膝靠拢而两踝分离，称“足外翻”。皆因先天不足或后天失养，肾气不充，而使发育不良。

5. 青筋暴露 即小腿青筋怒张，形似蚯蚓。多因寒湿内侵，或久站久立，络脉血瘀所致。

6. 手指变形 指关节呈梭形畸形，活动受限者，多由风湿久蕴，筋脉拘挛所致。指（趾）末节膨大如杵者，称为“杵状指”，多由久病心肺气虚，血瘀痰阻而成。

(二) 动态异常

1. 肢体痿废 肢体肌肉萎缩，筋脉弛缓，痿废不用者，见于痿病，多因精气亏虚或湿热浸淫，筋脉失养所致。单侧下肢痿废不用者，称为“半身不遂”，见于中风暗瘖，多因风痰阻闭经络所致。双下肢痿废不用者，多见于截瘫病人，多由腰脊外伤或瘀血阻络所致。

2. 四肢抽搐 四肢筋脉拘急与弛缓间作，舒缩交替，动而不止。多因热极生风或肝阳化风，肝风内动，筋脉拘急所致。

3. 手足拘急 即手足筋肉挛急不舒。如在手可表现为腕部屈曲、手指强直，拇指内收贴近掌心与小指相对；在足可表现为踝关节后弯，足趾挺直而稍向足心。多因寒邪凝滞或气血亏虚，筋脉失养所致。

4. 手足颤动 即手或下肢颤抖或振摇不定，不能自主。多由血虚筋脉失养或饮酒过度所致，亦可为动风先兆。

5. 手足蠕动 即手足掣动迟缓，类似虫行。多为气血不足，筋脉失养，虚风内动。

6. 循衣摸床、撮空理线 即重病昏迷病人伸手抚摸衣被、床沿，或伸手向空，手指时分时合，皆为重病失神之危候。

五、望二阴

包括前阴与后阴。前阴指生殖和排尿器官；后阴指肛门，为排便之门户。前阴为肾所司，宗脉所聚，太阴、阳明经所会，精窍通于肾，尿窍通于膀胱，阴户通于胞宫并与冲任二脉密切相关，肝胆经脉络于阴器，故与肾、膀胱、肝、胆诸脏关系密切；后阴亦为肾所司，肛门通于肠，与脾、胃、肠、肾关系密切。此外，二阴皆与任、督二脉有密切生理联系。故望二阴可诊察相应脏腑经络的病理证候。

(一) 望前阴

一般言之，望男性前阴应注意观察阴茎、阴囊和睾丸是否正常，有无硬结、肿胀、溃瘍和其他异常的形色改变。对女性前阴的诊察应观察有无阴户肿胀等。

1. 外阴肿胀 男性阴囊或女性阴户肿胀，称为“阴肿”。阴肿而不痒不痛者，可见于

水肿病。阴囊肿大，因小肠坠入阴囊或睾丸肿胀引起者，称为“疝气”，多由肝气郁结、久立劳累或寒湿侵袭所致。若阴囊或阴户红肿热痛，则多为肝经湿热下注之证。

2. 外阴收缩 男性阴囊、阴茎，或女性阴户收缩入腹，拘急疼痛，称为“阴缩”。多因外寒侵袭肝经，凝聚气血，肝脉拘急收引所致。

3. 外阴生疮 前阴部生疮，或有硬结破溃腐烂，时流脓水或血水者，称为“阴疮”，多因肝经湿热下注，或梅毒感染所致。若硬结溃后呈菜花样，有腐臭气，则多为癌肿，病属难治。

4. 阴囊湿痒 阴囊瘙痒，湿烂发红，浸淫黄水，焮热疼痛者，称为“慢囊风”。多由湿热蕴结而发。若日久阴囊皮肤粗糙变厚，则多为阴虚血燥之征。

5. 阴挺突出 妇女阴户中有物突出如梨状，名为“阴挺”。多由脾虚中气下陷，或产后劳伤，使胞宫下坠阴户之外所致。

6. 睾丸异常 小儿睾丸过小或触不到，多属先天发育异常；亦可见于疝腮后遗症（睾丸萎缩），常常致使男性不育。

（二）望后阴

检视时可嘱患者侧卧位，双腿尽量前屈靠近腹部，使肛门充分暴露。检查者用双手将臀部分开，即可观察肛门外部的病变。如观察有无内痔突出，内痔的位置、数目、大小、色泽，有无出血等。

1. 肛痈：肛门周围局部红肿疼痛，状如桃李，甚则重坠刺痛，破溃流脓者，为肛痈。多由湿热蕴毒下注或外感邪毒而发。

2. 肛裂 肛门与肛管的皮肤粘膜有狭长裂伤，可伴有多发性小溃疡，排便时疼痛流血者，为肛裂。多因血热肠燥，大便干结，努力排便时损伤血络所致。

3. 痔疮 肛门内外生有紫红色柔软肿块，突起如峙者，为痔疮。其生于肛门齿状线以内者为内痔，生于肛门齿状线以外者为外痔，内外皆有者为混合痔。多由肠中湿热蕴结或血热肠燥，肛门部血脉郁滞所致。

4. 脱肛 即直肠或直肠粘膜组织自肛门脱出。轻者便时脱出，便后缩回；重者脱出后不能自回，须用手慢慢回纳。检视时可嘱病人蹲位，用力进气做排便动作，即可在肛门外看到紫红色球状物（直肠粘膜）或椭圆形块状物（直肠壁）脱出。本病多由脾虚中气下陷所致。

5. 瘻管 肛门部生痈肿或痔疮溃后久不敛口，外流脓水，可形成瘻管，称为“肛瘻”。瘻管长短不一，或通入直肠，局部痒痛，缠绵难愈。

六、望皮肤

皮肤为一身之表，内合于肺，卫气循行其间，有保护机体的作用。脏腑气血亦通过经络而外荣于皮肤。凡感受外邪或内脏有病，皆可引起皮肤发生异常改变而反映于外。因此，观察皮肤色泽形态的异常变化和表现于皮肤的病证，可以诊察脏腑的虚实、气血的盛衰，以及邪气的性质等。

临证望诊时注意观察皮肤色泽形态的变化和表现于皮肤的病证，如痘、疹、斑、痞、痈、疽、疔、疖等。

（一）皮肤色泽

1. 发赤 皮肤之色如涂丹，边缘清楚，热如火灼者，为丹毒。发于头面者名抱头火

丹，发于小腿者名流火，发于全身、游走不定者名赤游丹。发于上部者多由风热化火所致，发于下部者多因湿热化火而成，亦有因外伤染毒而引起者。

2. 发黄 面目、皮肤、爪甲俱黄者，为黄疸。其黄色鲜明如橘皮色者为阳黄，为湿热蕴蒸、胆汁外溢肌肤而发。黄色晦暗如烟熏色者属阴黄，为寒湿阻遏、胆汁外溢肌肤所致。

3. 发黑 皮肤黄黑晦暗，面颧色黑者，多由劳损伤肾所致。周身皮肤发黑亦可见于肾阳虚衰的病人。

4. 白斑 白斑大小不等，界限清楚，病程缓慢者，为白驳风。多因风湿侵袭，气血失和，血不荣肤所致。

（二）皮肤形态

1. 润燥 皮肤润泽，为津液未伤，营血充足。皮肤干枯无华，多为津液已伤，或营血亏虚，肌肤失养。皮肤干枯粗糙，状若鱼鳞，称为“肌肤甲错”，常兼见面色黎黑，属血瘀日久，肌肤失养所致。

2. 肿胀 周身肌肤肿胀，按之凹陷不起，为水肿病。其中头面先肿，继及全身，半身以上肿甚者，多属阳水；足跗下肢先肿，继及全身，半身以下肿甚者，多属阴水。

（三）皮肤病证

1. 斑疹 斑、疹均为全身性疾病表现于皮肤的体征，两者虽常常并称，但实质有别。

（1）斑：色深红或青紫，多点大成片，平铺于皮肤之下，抚之不碍手，压之不褪色。有阳斑、阴斑之分。色多红紫，形似锦纹、云片，兼有身热烦躁、舌红苔黄、脉数等实热证者，为阳斑，多由外感温邪热毒，内迫营血面发。色多青紫，隐隐稀少，兼有面色淡白无华、肢凉脉虚等虚寒证者，为阴斑，多由脾气虚弱，血失统摄或阳衰寒凝气血所致。

（2）疹：色红，点小如粟或如花瓣，高出于皮肤之上，抚之碍手，压之褪色。有麻疹、风疹、瘾疹等。疹色桃红，形似麻粒，先见于发际颜面，渐延及躯干四肢，后按发出顺序逐渐消退者为麻疹，因外感风热时邪所致，属儿科常见传染病。疹色淡红，细小稀疏，皮肤瘙痒，症状轻微者为风疹，为外感风邪所致。皮肤上突然出现淡红或淡白色丘疹，形状不一，小似麻粒，大如花瓣，皮肤瘙痒，搔之融合成片，出没迅速者为瘾疹，为外感风邪或过敏所致。

2. 水疱 即皮肤上出现成簇或散在性小水疱，可见于白痞、水痘、湿疹等。

（1）白痞：皮肤出现白色小疱疹，晶莹如粟，高出皮肤，擦破流水，多发于胸颈部，四肢偶见，面部不发，兼有身热不扬等湿热证表现。因外感湿热之邪，郁于肌表，汗出不彻面发，属湿温病。

（2）水痘：小儿皮肤出现粉红色斑丘疹，很快变成椭圆形小水疱，顶满无脐，晶莹明亮，浆液稀薄，皮薄易破，分批出现，大小不等，兼轻度恶寒发热表现。因外感湿热之邪所致，属儿科常见传染病。

（3）湿疹：皮肤出现红斑，迅速形成丘疹、水疱，破后渗液，出现红色湿润之糜烂面。好发于四肢、会阴部等处。多因湿热蕴结，复感风邪，郁于肌肤而发。

3. 疮疡 望皮肤疮疡，应注意观察其形色特点，并结合其他兼证，以辨其阴阳寒热虚实。常见发于皮肉筋骨之间的疮疡类外科疾患主要有痈、疽、疔、疖等。

(1) 痈：患部红肿高大，根盘紧束，焮热疼痛，属阳证。多为湿热火毒蕴结，气血瘀滞而发。其特点是未脓易消，已脓易溃，脓液粘稠，疮口易敛。

(2) 疽：患部漫肿无头，皮色不变或晦暗，局部麻木，不热少痛，属阴证。常因气血亏虚，阴寒凝滞而发。其特点是未脓难消，已脓难溃，脓汁稀薄，疮口难敛。

(3) 疔：患部形小如粟，顶白根深而硬，麻木痒痛，多发于颜而手足。因外感风热火毒，毒邪蕴结而发。

(4) 疖：患部形小而圆，红肿热痛不甚，出脓即愈，症状轻微。因外感热毒或湿热蕴结而发。

【补充阐发】

一、头诊法

头居人体的最高位，为五体之尊，百骸之长。头诊法主要是通过观察头的外形、动态等来诊断脑、肾等脏腑的病变，及了解气血盛衰情况的诊察方法。

(一) 望头诊病的原理

1. 头颅与肾精关系密切 头，又称首，为“精明之府”，五体之尊，百骸之长，内藏脑髓，与脊髓相通。又肾藏精，主骨生髓，髓通于脑，脑为髓之海。故头与脑、肾的关系密切。颅骨与脑髓的生长发育，全赖肾精的充养；若肾精不足，就会导致颅脑生长发育障碍。

2. 头与经络密切关联 十二经脉和奇经八脉，都与头部有直接或间接的联系。如手足三阳经脉皆直接循行于头部，其中手阳明大肠经、足阳明胃经、手太阳小肠经循行于头前部，足太阳膀胱经循行于头之后部，手少阳三焦经、足少阳胆经循行于头之两侧；督脉伴太阳之脉从项中上头，阳维脉、阳跷脉也皆上至于头，故头被称为“诸阳之会”。此外，足厥阴肝经上会于头顶（巅），任脉、冲脉及一些阴经的分支或络脉也上行于头部。因而脏腑之精气皆上荣于头。故上述经脉及其相应脏腑的病变均可从头部反映出来。

3. 头有五官七窍与外界相通 头居人体的最高部位，又有五官七窍与外界相通，容易遭受外邪的侵袭。故无论是头面五官的局部病变，还是与五官相应的脏腑病变，常易引起头部病证。

(二) 望头诊病的临床运用

1. 头颅畸形 头之额部前凸，颞部向两侧凸出，头顶部扁平而呈方形，称为方头，或称方颅；头颅不坚，按之如有弹性感，长期仰卧者，可致扁头畸形；常向一侧卧者，头颅可呈不对称，称偏头畸形。这3种头颅畸形大多由于先天肾精不足，或后天脾胃失调导致的颅骨发育不良。

2. 头面形态 头面呈上大下小的倒梯形，提示肾精充足，但易致肾阴亏损、心神不宁而发病，如郁病、不寐等；头面上小下大为正梯形，提示脾胃健运，但易致脾胃虚弱而发病，如泄泻、纳呆等；头面呈两头小中间宽大者，提示肺气充足，但易致肺阴不足而发病，如咳嗽、咽痛等；头面呈长方形上下一致者，提示脾脏健旺，但易致脾气虚弱而发病。

3. 头皮糜烂、脱屑 头皮糜烂，瘙痒流水，多因湿热之邪侵袭所致；头皮脱落白屑，状如糠秕，脱而又生，多由风热化燥、湿热生风、血热化燥、毒邪侵淫等所致。

4. 腮肿 腮部耳前颊车之处，突然肿起，但肌肉肿胀而不着骨，称为疔腮。多因感染温热疫毒所致。

5. 头倾 头倾斜低垂，无力抬举，系中气虚衰或髓海不足所致。若头倾伴见面黄体弱，气短神疲，为中气虚弱；若头倾伴见耳鸣耳聋，腰膝酸软，为髓海不足。另外，颈部受伤亦可出现头倾不举。

6. 头仰 仰头不下，目睛上吊，常见于破伤风和小儿惊风。

7. 头偏 头部偏向一侧，掉转艰难，多属扭伤，也偶见于癭瘤或痈疽。

二、头发诊法

头发诊法主要是观察头发的色泽、形态、疏密等变化来诊断疾病。中医学素来就重视头发诊法的临床运用，近20年来，头发在诊断上的价值更引起了国内外不少学者的兴趣和关注。1978年美国《Science》杂志说：“头发分析很有希望作为一种工具而成为血清和尿液分析的补充。”

（一）望头发诊病的原理

1. 发为血之余，肾之华 头发的生长与精血盛衰有关。隋·巢元方《诸病源候论·毛发病诸候》说：“足少阴肾之经也，肾主骨髓，其华在发。若血气盛，则肾气强，肾气强则骨髓充满，故发润而黑；若血气虚，则肾气弱，肾气弱，则骨髓枯竭，故发变白也。……足少阴之经血，外养于发，血气盛，发则润黑；虚竭者，不能荣发，故令发黄。”说明头发的正常生长或色泽的改变，都与肾之精血有关。故观察头发的改变，可知肾之精血的盛衰。

2. 脾为后天之本，脾胃为气血生化之源 肝为藏血之脏，主疏泄，脾统血，头发的生长，需要血液的濡养，故头发的生长与脾胃、肝等脏腑的关系密切，头发的荣枯可以反映肝脾等脏腑的功能正常与否。

3. 头发与经脉之关系亦密切 如足阳明胃经、足太阳膀胱经、手少阳三焦经、足厥阴肝经以及督脉、阳维脉、阳跷脉等，均在发际内有固定的循行部位，故内在脏腑的病变，可以通过其经脉，在其循行部位的头皮或头发上反映出来。

4. 头发与脏腑盛衰关系密切 在人的生命过程中，随着脏腑气血的盛衰变化，而有生、长、壮、老的生理过程，头发是反映这一过程的明显标志。如《素问·上古天真论》说：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；……四七筋骨坚，发长极，身体盛壮；五七，阳明脉衰，面始焦，发始堕；六七，三阳衰于上，面皆焦，发始白……。”说明肾之精气、阳明经气血盛衰的情况均可从头发的变化上反映出来。

此外，头发的生长过程，还受精神情志活动、机体阴阳盛衰、外邪侵袭等因素的影响，某些皮肤病或使用某种药物后也可影响头发的生长，故观察头发的生长情况可作为临床诊病、辨证的重要依据之一。

（二）望头发诊病的临床运用

人的头发在胎儿4个月左右开始生长，至6个月左右可长成形。其生长期为2~6年，每日生长速度约为0.3~0.4毫米。正常人头发浓密，约有头发10~12万根，与头皮成40~50°角斜插入内，亚洲人的正常头发多黑而润泽。临床上望头发诊病主要观察头发的色泽改变、异常形态和生长障碍等方面。

1. 望头发色泽

(1) 黄色：部分健康而皮肤皙白的黄种人，头发可略带棕黄色，但发荣润而有光泽。若头发枯黄，形似柴草，多为肾气不足，精血亏损，或久病失养；发直色黄干枯，系气竭液涸。

(2) 灰色：头发呈灰黄或灰白色，常见于颞部出现成片灰色发，而后逐日增多，称为灰发病，多因先天不足或后天失养，精血不能上华于发。此外，灰发还可见于早老、老年性白斑、白驳风、油风脱发等病。

(3) 红发：少数正常的黄种人，其头发可略带棕黄色。若砷、铅中毒时，头发常呈红色或红褐色。

2. 望头发形态

(1) 枯萎发：头发枯萎无泽，易于折断分裂，形似乱草蓬蒿，常因禀赋不足，久病失养，阴虚血燥所致发失荣润。

(2) 穗状发：小儿发结如穗，枯萎不泽，常伴有面黄肌瘦、腕腹膨胀、大便溏薄或干结，多见于脾胃失调的疳积病。

(3) 头发迟生：称为发迟，小儿五迟之一，指头发稀疏萎黄，日久不长，因先天不足，禀赋素弱所致。

(4) 束状发：头发紧缩成束，排列形似毛笔，发根头皮处堆有银白或污黄鳞屑，常见于白疔、发蛀脱发及黄癣。

(5) 脆裂发：头发干燥变脆，易于断裂，尤其是长发末端，易纵裂成丝，状如羽毛。此见于脆发病和毛发纵裂症，除因天气干燥、洗涤过勤外，常因阴虚血燥而成。

(6) 打结发：指头发干枯，发梢变细，分裂成丝，弯曲如钩，发干打结扭曲成环。若发干出现不全横断的小结节，其间为似断非断的细丝，梳理时易折，则称结节性脆发病。此二者常同时发生，多由脾胃不和、后天失养而成。

(7) 念珠发、扭曲发：发干粗细不匀，扭曲稀少，状若佛珠，易于折断，称念珠状毛发；头发干燥扭曲，发硬变脆，易于折断，称扭曲发。此二者皆由禀赋不足、精血亏虚所致。

(8) 断发：头发易于折断而参差不齐，或出皮即断。除前述各种伴有断发的疾病外，还可见于黄癣、白癣、黑点癣等。

(9) 头发直立：指头发直立而干枯，称为发竖。多为正气衰败所致。

3. 望头发生长障碍

(1) 秃发：头发脱落过多，所剩无几，常因先天不足，或过早结婚，精血亏虚所致。枕部至颞侧头发呈半环状稀疏脱落，称为环秃，常见于小儿，因枕部摩擦所致；若伴有头大额方、鸡胸龟背，多系脾肾不足。青壮年男子出现秃发始于前额两侧，渐向头顶延伸，头发纤细，萎软不泽，称为早秃，乃血热生风，风动发落而成。

(2) 油风脱发：俗称鬼剃头（脂溢性脱发）。表现为头皮油腻，如涂膏脂，或头皮多屑，痒如虫行，久则前额及巅顶部头发稀疏变细，成片脱落，皮红光亮。常见于青壮年男子，由血虚生风，发失所养而成。

(3) 斑秃：头发突然成片脱落而头皮平滑光亮，患区头皮松动，发干上粗下细，易于拔除，甚至全发脱尽，须眉俱落。多因血虚生风所致，也可因忧虑、紧张等精神刺激，致气滞火郁，血热生风而成。

(4) 肥疮：又称癞头疮。俗名钱癣，又称秃疮。指头生白痴，小者如豆，大者如钱，瘙痒不痛，日久蔓延成片，发焦脱落。多因胃经积热生风而成，也可由疥虫所致。

(5) 发蛀脱发：又称蛀发癣。指头皮瘙痒而散在性脱发，以致头发稀疏，渐渐全脱。由湿热内蕴或血虚风燥所致。

(6) 假性脱发：指头皮有近圆形秃发斑，日久头皮菲薄光滑，皮塌内陷。可见于扁平苔藓、局限性硬皮病、秃发性毛囊炎等病，常由气血瘀滞、头皮失养所致。

(7) 症状性脱发：表现为头发枯萎色黄，干燥易折，梳理时大片脱落。常因久病失养，产后失血过多及某些急性热病，伤阴耗血，发失所养而得。

三、颜面诊法

望颜面诊病是古今医家均十分重视的诊法，不少医家对颜而望诊有较深的造诣。通过观察颜面部的色泽、形态等来诊断疾病的颜面诊法在诊断学上具有十分重要的地位，如姚国美所著《诊断治疗学》载：“色为气血所荣，面为气血所凑，气血变幻，色即应之，色之最著莫显于面，故望诊首重察色，而察色必重乎面部也。”

(一) 望颜面诊病的原理

颜面居于全身的首要地位，是脏腑气血的外荣，又为经脉之所聚。《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“首而与身形也，属骨连筋，同血合气耳，……十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，……其气之津液，皆上熏于面。”十二经脉中之手少阴心经、足阳明胃经、足太阳膀胱经、手阳明大肠经、手太阳小肠经、手少阳三焦经、足少阳胆经，奇经八脉中的冲、任、督脉，阴、阳跷脉，阴、阳维脉等，皆起于面部或循于面部，与面部有直接关系。其余经脉也都通过各种途径上荣于面，如六阴经中除足厥阴肝经上达巅顶之外，其它阴经虽未直达头面，却能作用于头面，这就是阴经经别与阳经经别“相合”而入于阳经的缘故。而经络之中，颜面又与心胃二经的关系最为密切。因心经之正脉直接上面至目，心又是主血脉的脏器，所以《素问·五脏生成》曰：“心之合脉也，其荣色也。”表明心经与面部色泽的关系至大。再从足阳明胃经来看，该经循面最广，在面部俞穴分布最多，所以面部色泽与足阳明胃经的关系也最大，故《素问·上古天真论》说：“阳明脉衰……面始焦。”强调了胃经与面部的关系。

由于面部经脉丰富，加之面部皮肤薄嫩，故人体脏腑精气通过气血的运化，从经脉而荣于外，通过色泽而显露于面部。《望诊遵经·五色相应提纲》曰：“五色形于外，五脏应于内，犹根本之与树枝也。色脉形肉，不得相失也，故有病必有色，内外相袭，如影随形，如鼓应桴。”故脏腑气血精津液的盛衰，邪气对气血之扰乱，都会在面部有所反映。颜面诊法不仅可诊查出面部本身的病变，而且可以了解正气的盛衰及邪气的深浅，推测病情的进退顺逆，确定其预后。

另外，颜面-内脏相应，也是颜面诊法的重要基础。中医学认为，人体是一个内外统一的整体，体内五脏六腑气血盛衰皆能上映于面，面部的颜色、形态反映着内脏及全身的情况。对此，《灵枢·五色》早已有所记载，其面部色诊分布图，确定了面部望诊的定位问题。如曰：“明堂骨高以起，平以直，五脏次于中央，六腑挟其两侧，首而上于阙庭，王宫在于下极，五脏安于胸中。”符合《内经》内外相应、上下相候、左右相配、中以候中的规律，表明五脏六腑在面部各有其相应的色诊部位，诊色可以独取面部。五脏有病，即可在其相对应的面部反映出来。

（二）望阙庭诊断小儿脾胃病

李国民在《辽宁中医杂志》1994年第10期上发表文章，对望阙庭诊断小儿脾胃病作了探讨。望阙庭诊病源于《伤寒论》，该书序中曰：“明堂阙庭，尽不见察，所谓窥管而已。”“阙”是指两眉之间；“庭”是指前额。

望阙庭诊病之中，以望庭为主。按其经络循行部位，前额正中为督脉循行所过，两边是阳维脉循行的部位。因督脉能总督一身之阳经，为阳脉之海，其支多次与手足三阳经和阳维脉交会。而阳维脉能维系诸阳。足阳明胃经与足太阴脾经又互为表里，手阳明大肠经也直接参与饮食物的消化、吸收和排泄。所以消化系统疾病均能反应到前额上。李氏经多年在临床中运用此诊法后认为，此法尤其对10周岁以下小儿的消化系统疾病的诊断符合率高，均在95%以上。

1. 望前额皱纹 一般健康小儿的前额没有明显皱纹，只有在哭笑时才略有显现。当小儿中气虚（脾胃虚弱）时，其前额上皱纹多而乱，严重者还出现高出皮肤表面的条状细纹。皱纹长短、粗细不一。出现皱纹的小儿大多消化不良，临床表现为吐乳、腹胀、腹泻、肚大青筋、睡卧不宁、睡觉时眼半睁半闭等。

2. 望前额有无黑点 仔细观察小儿前额，如发现有散在的小黑点，大的如大头针帽，小的如针尖大小，其数目多少不一，称为“虫痣”，说明患儿患有寄生虫病。

3. 望前额有无朱砂点 小儿前额如出现朱砂点，其形状大小不一，大的如火柴头，小的如大头针帽，暗红色或淡红色，散在出现，少时2~3个，多时不超过10个。说明小儿肝脾俱病。除了脾胃病所表现的消化不良外，还可能出现或将要出现惊悸、睡眠不安、抽搐、角弓反张等肝风内动证候。但朱砂点必须和血痣及出疹性疾病区别开来，朱砂点一般不高出皮肤表面，有的较明显，有的隐约可见，压之退色。

（三）小儿面部青筋与脾肺虚证有关

时毓民等在《辽宁中医杂志》1995年第7期上发表“小儿面部青筋与脾肺虚证关系的初探”的论文，对86例有面部青筋的小儿进行了较详细的调查，除5例在2岁以内的小儿偶有患病，身体基本健康外，余81例患有不同疾病，自幼体质较差，占总数的94.2%。

81例患儿中所患主要疾病，包括反复呼吸道感染51例，哮喘12例，厌食6例，迁延腹泻2例，过敏性紫癜性肾炎2例，肾病综合征2例，胃窦炎1例，糖尿病1例，胸腺瘤1例，巨细胞包涵体病1例，乳糜尿1例，佝偻病1例。伴随有厌食及盗汗各41例。

81例中，面部青筋分布以鼻根部为最多，共59例，其中同时伴其他部位青筋：双颞部36例，上下眼睑3例，额部4例；单独双颞部青筋18例，左、右颞部青筋各2例。青筋的形状：在鼻根部呈横形34例，直形13例，分支状12例，均以呼吸道疾病占多数；颞部青筋均为分支状；上下眼睑及额部青筋呈斜形或横形。青筋色泽：淡青色35例，深青色43例，紫红色3例，其中2例同时伴有2种以上疾病，未见到其它颜色。

中医辨证分型参照全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会1986年修订的《中医虚证辨证参考标准》，81例中脾肺虚证（肺气虚35例、脾气虚11例、肺脾气虚25例、肺阴虚6例）共77例，占97.1%。面部青筋分布与辨证分型关系表明：肺脾气虚以鼻根部多见，77例中有49例，占64%；肺气虚常见鼻根部联合有双颞部青筋，35例中有20例，占57.1%；而脾气虚多为鼻根部或颞部青筋，11例中有8例，占72.8%。

通过对 44 例面部青筋小儿血清免疫球蛋白的测定,与正常同性别同年龄小儿相比,面部青筋小儿组低于正常最低值 IgG 2 例, IgA 2 例;高于正常最高值 IgM 2 例, IgE 16 例。

测定血 T 细胞亚群面部青筋小儿 36 例,与正常儿童 16 例比较,结果青筋小儿各组 T 细胞 (CD₃、CD₄、CD₈) 均明显低于正常小儿。

本研究结果表明,面部青筋分布与中医证型有一定的关系,鼻根部青筋多有肺脾气虚,鼻根部联合双颞部青筋多有肺气虚,而鼻根部或颞部多见脾气虚。免疫学检测表明,面部青筋小儿的血清免疫球蛋白仅少数病人 IgG、IgA 明显低下,而 IgE 增高较多,提示存在过敏体质。T 细胞亚群检测表明 CD₃、CD₄、CD₈ 均明显低于正常儿童,尤以 CD₄ 更明显,提示细胞免疫异常较多见,因此易反复呼吸道感染或由于感染诱发哮喘发作。

四、眉毛诊法

中医学认为,眉为肾所主,为肾之外候,又肺主皮毛,所以眉毛候肾及肺。眉部为手足阳明经所过之处,故眉毛又可反映阳明气血的盛衰状况。因此,诊察眉毛可作为反映肾气盛衰、气血多少及人体衰老的重要标志。望眉毛诊病在临床上的运用主要有以下几方面:

1. 眉毛浓密粗长,色黑有光泽,说明肾气充足,身强力壮,多能长寿;相反,若眉毛淡疏细少,说明肾气虚弱,体弱多病,多易早夭。

2. 40 岁以后眉毛外侧逐渐掉落为自然衰老征象;若 40 岁以内眉毛掉落较频则为早衰的征兆,尤其外眉 1/3 过于稀疏或脱落,为肾气衰减的标志。

3. 眉毛黄面枯焦,为肺气虚的征象,小儿及营养不良患者常呈此象;眉毛黑而色泽光亮,又为气血充足的佳兆。

4. 眉部皮肤肥厚,眉毛特别稀疏或脱落,多为麻风的表现,乃风湿相乘,又遇毒风疔气,气血凝滞而成。

5. 两眉颜色发青是一种无病的正常色泽,若见红色,多是烦热证候。

五、五轮诊法

五轮诊法是中医眼科独特的诊病方法,它是将眼由外周向中心划分为肉轮、血轮、气轮、风轮与水轮,分别与脾、心、肺、肝、肾脏腑相应,并运用脏腑五行学说,来说明各轮的生理功能、病理变化及其相互关系,以指导眼科疾病的辨证。五轮诊法作为眼科常用的诊断方法,从古至今,一直指导着眼科临床实践。

(一) 辨肉轮病变

肉轮部位在胞睑,包括上下眼睑。在脏属脾,因脾主肌肉,故称肉轮。其病变多与脾胃有关。

1. 胞睑肿胀

(1) 胞睑肿胀如球,按之虚软,皮色光亮,不红不痛不痒,为脾虚失运,湿邪停聚;或肾阳不振,水湿上泛。常见于胞虚如球。

(2) 胞睑红肿如桃,呈弥漫性肿胀,触之灼热,压痛明显,为热毒壅盛。常见于胞肿如桃。

(3) 胞睑局限性红赤肿胀,如涂丹痧,触之质硬,表面光亮紧张,为火毒郁于肌肤。

(4) 胞睑边缘局限性红肿,触之有硬结,压痛明显,为邪毒外袭。

(5) 胞睑局限性肿胀,不红不痛,触之有核状硬结,为痰湿结聚。

(6) 胞睑青紫肿胀，有外伤史，为脉破血溢，瘀血内停。

2. 睑肤糜烂

(1) 胞睑皮肤出现水疱、脓疮，糜烂渗水，为脾胃湿热；若因药物引起者，是为药物过敏。

(2) 睑弦红赤糜烂，痛痒并作，为风湿热三邪互结所致。

(3) 胞睑皮肤肥厚粗糙，时时作痒，并附有头屑样物，为血虚风燥。

3. 胞睑位置异常

(1) 上睑下垂，无力提举，多是脾胃气虚或风邪阻络所致。

(2) 胞睑内翻，睫毛倒入，多为椒疮后遗，内急外弛引起。

(3) 胞睑外翻，多为局部瘢痕牵拉或风邪入络所致。

4. 胞睑眵动

(1) 胞睑肌肤频频跳动，多为血虚生风。

(2) 上下胞睑频频眨动，多为阴津不足；若是小儿患者，则多见于疳积上目的早期。

(3) 频频眨目或骤然紧闭不开，数小时后自然缓解，多为情志不舒，肝失条达引起。

5. 睑内颗粒

(1) 睑内颗粒累累，形小色红而坚，为热重于湿，并兼有气滞血瘀。

(2) 睑内颗粒累累，形大色黄而软，为湿重于热，并兼有气滞血瘀。

(3) 睑内红色颗粒，排列如铺卵石样，奇痒难忍，为风湿热邪互结所致。

(4) 睑内黄白色颗粒如结石样，为津液受灼，痰湿凝聚。

(二) 辨血轮病变

血轮部位在两眦，包括内、外眦部。在脏属心，因心主血脉，故称血轮。其病变多与心和小肠有关。

(1) 内眦红肿，触之有硬结，疼痛拒按，为心火上炎或热毒结聚。

(2) 内眦有瘻管，久不愈合，常流脓水，为气血不足，毒邪稽留。

(3) 眦角皮肤红赤糜烂，为心火兼夹湿邪；若出现干裂出血，又为心阴不足。

(4) 两眦部赤脉粗大，为心经实火；赤脉细小，干涩不适，为心经虚火。

(5) 两眦部胬肉红赤壅肿，发展迅速，为心肺风热所致。

(三) 辨气轮病变

气轮部位在白睛，包括球结膜和前部巩膜。在脏属肺，因肺主气，故称气轮。其病变多与肺、大肠有关。

1. 白睛颜色红赤

(1) 白睛红赤，越近白睛周边越明显，颜色鲜红，其血络位于浅层，推之可移动，称白睛红赤（即结膜充血），为外感风热或肺火上炎所致。

(2) 环抱风轮发红，颜色紫暗，其血络位于深层，推之不能移动，称为抱轮红（即睫状充血），为肝火上炎兼有瘀滞。

(3) 白睛红赤与抱轮红赤同时存在，称为白睛混赤（即混合充血），为肺肝热盛夹有瘀滞。

(4) 白睛浅层赤脉纵横，病程慢性，时轻时重，为热郁脉络或阴虚火旺所致。

(5) 白睛浅层下呈现片状出血，色如胭脂，为肺热郁络或肝肾阴虚或外伤引起。

2. 白睛肿胀

(1) 白睛浅层红赤壅肿，眵泪俱多，骤然发生，为外感风热。

(2) 白睛浅层紫暗壅肿，眵少泪多，舌淡苔薄白，为外感风寒。

(3) 双眼白睛浅层水肿，透明发亮，伴眼睑水肿，为脾肾虚弱，水湿上泛。

(4) 白睛浅层壅肿，甚至脱于睑裂之外，眼珠突起，为热毒壅滞；若仅限于眦部特别是外眦部者，多为眦部针眼引起。

3. 白睛结节

(1) 白睛浅层有泡性结节，周围局限性红赤，反复发作，多为肺经虚火所致。

(2) 白睛深层有紫红色结节，周围发红，触痛明显，为肺火亢盛所致。

4. 白睛膜障

(1) 白睛有膜状物，赤脉密集，向黑睛发展较快，称为赤膜，多为肺肝火盛，热郁脉络所致。

(2) 白睛有膜状物，赤丝细小稀疏，向黑睛发展较慢，称为白膜；如已发展至黑睛上，称白膜侵睛。多为肺阴不足，虚火上炎所致。

5. 白睛变青

(1) 白睛局限性青蓝，呈隆起状，高低不平，多因肺肝热毒，困于白睛。

(2) 白睛青蓝一片，不红不痛，表面光滑，为色素沉着，乃先天形成。

6. 其他

(1) 白睛浅层与眼睑粘连，为脾肉粘轮，多因椒疮后遗或酸碱烧伤结痂而成。

(2) 白睛枯涩，失去光泽，多为阴津不足，津液耗损。

(3) 白睛污浊稍红，痒极难忍，为肺脾湿热。

(4) 白睛出现漏口，时流稠浊白水，为偏漏。多为痰湿郁滞白睛而成。

(四) 辨风轮病变

风轮部位在黑睛，在脏属肝。因肝主风，故称风轮。风轮病变多与肝胆有关。

1. 黑睛翳障

(1) 动翳类：凡黑睛混浊，表面污浊，边缘模糊，基底不净，荧光素着色阳性，具有发展趋势或发展迅速者，均属此类范围。

黑睛翳色灰白，形如称星，散在如云雾状；或排列如树枝状；或如地图状；或向深层发展团聚如圆盘状，白睛混赤，羞明流泪，眼痛眉骨疼痛，为肺肝风热所致。

黑睛翳色灰黄，如凝脂样脆嫩，迅速发展，黄液上冲，白睛混赤甚或壅肿，溲黄便秘，为肝胆实热兼阳明腑实所致。

黑睛翳色淡绿，迅速溃烂，前房黄液量多，遮满瞳神，白睛混赤壅肿，头目剧痛，为三焦热毒炽盛所致。

黑睛翳色白浊，表面如腐渣堆积，或边缘糜烂如虫蚀，眵泪粘腻，白睛混赤，为湿重于热，湿热蕴结所致。

黑睛翳色灰暗，双眼同时发生，白睛枯涩，不红不痛，只是羞明，是为疳积上目，多为脾虚肝旺所致。

翳陷不起，久不愈复，眼痛眼红赤等症较轻，为正虚邪（风）留。

(2) 静翳类：凡黑睛混浊，表面光滑，边缘清楚，基底干净，荧光素着色阴性，病

理变化相对静止的，均属此类范围。

翳菲薄，须在聚光灯下方见到的，称冰瑕翳；翳较厚，自然光线下即可见到的，称云翳；翳更厚，肉眼明显可见的，称厚翳；翳与黄仁粘着的称斑脂翳。均是黑睛疾患痊愈后结瘢而形成。

黑睛周边混浊如环，视物昏花，多为年老体衰，肝肾虚弱，黑睛失养所致。

2. 黑睛赤脉

(1) 黑睛浅层赤脉，排列密集如赤膜状，逐渐包满整个黑睛，甚至表面堆积如肉状，为肺肝热甚，热郁脉络，瘀热互结而成。

(2) 黑睛深层出现赤脉，排列如梳，且深层呈现灰、白翳障，多为肝胆热毒蕴结，气血瘀滞而成。

(3) 黑睛出现灰白色颗粒，赤脉成束追随，直达黑睛浅层，多为肝经积热或虚中夹实。

3. 形状改变

(1) 黑睛形状大小异常，或比正常大，或比正常小，多为先天异常。

(2) 黑睛广泛突起，或局部突起如螺旋尾之状，皆是肝气过亢，气机壅塞所致。

(五) 辨水轮病变

水轮部位在瞳神，包括黄仁、瞳孔及内眼其它组织，在脏属肾，因肾主水，故称水轮。其病变多与肾和膀胱有关。

1. 瞳神形态改变

(1) 瞳神散大，色呈淡绿，眼胀欲脱，眼硬如石，头痛呕吐，多为肝胆风火上扰所致。

(2) 瞳神散大，眼胀眼痛，时有呕吐，病势较缓和，多为阴虚阳亢或肝郁气滞引起。

(3) 瞳神散大不收，或瞳神歪斜不正，或有多个瞳神，又有明显外伤史，为黄仁受伤所致。

(4) 瞳神紧小，甚至小如菜子，神水混浊，黑睛后壁沉着物多，或前房内黄液上冲，抱轮红赤，多为肝胆实热所致。

(5) 瞳神紧小，干缺不圆，抱轮红赤，反复发作，经久不愈，多为阴虚火旺引起。

2. 瞳神气色改变

(1) 瞳神内色呈淡黄，瞳神散大，不辨明暗，为绿风内障后期、瞳神全损。

(2) 瞳神紧缩不开，内结黄白色翳障，如金花之状，为瞳神干缺后遗而成。

(3) 瞳神展缩自如，内结白色圆翳，多为年老肝肾不足所致。

六、眼球经区诊法

眼球经区诊法由辽宁中医学院针灸专家彭静山教授提出，彭氏在辽宁科技出版社1990年出版的《眼针疗法》一书中，提出了眼球划区新方案，将眼球划成8个经区，每个经区45°，从1点方位开始，右眼按顺时针方向（左眼方向相反）分别为大肠与肺经区、下焦经区、胃与脾经区、小肠与心经区、中焦经区、胆与肝经区、上焦经区、膀胱与肾经区。各经区所代表的脏腑，左右相同。认为观察各经区球结膜上血管形状和颜色的变化可以诊断疾病。其主病的一般规律为：①如血管根部粗大，多属血流瘀滞；血管曲张，甚至怒张，多属血瘀证；血管变长，并从某一经区延到邻近经区，为病发于一经传到另

一经之征象；血管象树枝似分杈，常发生在瞳仁水平以下，多属血流瘀滞；血管在球结膜上似乎隆起一条，常常发生于六腑病变时，如左眼大肠区血管隆起，多属痔漏或肛门病；右眼小肠区血管隆起，多属十二指肠球部溃疡；瘀血凝集成片状，易出现于肝、胆、下焦区，多属郁症；延长的血管末端像悬垂的露水珠，多见于虫积或瘀血患者。②血管色紫红，多属热盛；色浅淡，多属虚证（气血不足）或寒证；色红中带黑，为新病传热；若热炽血滞，则由紫转为黑色，鲜红色，多为新感的实热证；暗灰色，为陈旧性病灶；深红色，为病势加重；淡黄色，为疾病将愈；红中带黄，为病势减轻。③如某经区的血管延伸至其它经区，且原发经区血管颜色深重，为邪传它经，原发经之病仍重；反之，为不传它经，原发经的症状已渐消退。

七、鼻诊法

望鼻诊病的临床运用，主要体现在望鼻色、望鼻形态和鼻中分泌物与出血诸方面：

（一）望鼻色

鼻为脾之部，居中属土，其色黄。若鼻部出现除红黄隐隐以外的其它颜色，或见晦暗枯槁者，均为病色。

1. 赤色 鼻头色赤主肺脾实热；鼻头微赤主脾经虚热；鼻下红肿如疮者，多为腹中有虫之疳病；女子面王（鼻翼）色赤，大如榆荚，主闭经；小儿鼻柱红紫，易患疔肿脓疮之病；麻疹患儿鼻头见红疹，多为顺证。

2. 黄色 鼻头色黄，既主内有湿热，又主胸中有寒，小便不利；鼻头黄而无泽，主气虚有痰；鼻头色黄而干燥枯槁，主脾火津枯，属脾绝之征，死期将及；鼻头黄黑而亮，为有瘀血。

3. 白色 鼻头色白，主气虚血少，在小儿则常主脾虚泄泻、乳食不化；鼻头色白如枯骨，多为肺绝，属恶候，但若鼻色白而微润者可生。

4. 黑色 男子鼻翼色黑，常主大腹痛，若黑色下连人中，则多主阴茎睾丸痛；女子鼻翼色黑，常主膀胱子宫之病痛，若黑色下连人中，多主伤食、淋、露等病；鼻头色黑，微浮而明，如涂膏者，多主暴食不洁；色黑为劳，鼻头黑而枯燥，多为房劳；鼻准青冷连颐，常主肺胃气绝，为极危证；妇人产后鼻起黑气，多为肺败胃绝之危候。

5. 鼻头色泽 鼻色明润，为无病或病将愈之征兆；鼻色枯槁，死亡将及；鼻孔干燥焦枯多为肺绝，肺先死。鼻色明亮光泽为得神，预后佳；晦暗枯槁则为失神，预后凶。

（二）望鼻形态

鼻的形态大小，因人而异，个体差异较大，但一般外形端正，无明显的畸形。鼻准贵乎丰隆，明堂广大者寿，小者殆；鼻之骨部起者多主寿，骨部陷者多主夭。常见鼻部形态变化有：

1. 肿胀 新病外鼻肿胀是邪气实，多为肺经火盛，或因外伤；鼻窍红肿，皆因干热，常见于鼻疮、鼻疔、鼻疖、鼻疳、鼻疽等病的初起阶段；若初起状如粟粒，顶高头尖，根脚坚硬，起小白疱，或红赤，多为热毒壅肺，气血壅滞所致；若鼻肿如瓶，疮头紫暗，顶陷无脓，根脚散漫，则有热毒内陷营血之虞。

2. 鼻窍糜烂 鼻窍肿胀、糜烂、结痂，或干痒灼热，反复不愈，色紫斑烂，乃风热客于肺经，久蕴成疳，以致疳热攻肺，上犯鼻窍。此症久延，热毒挟湿，湿热郁蒸，则鼻肿糜烂，流出黄水，或干裂出血而成湿热郁蒸之患。

3. 鼻生粉刺 鼻部生碎小疙瘩，形如黍屑，色赤肿痛，破后出白色粉汁，日久皆成

白屑，由肺经血热壅滞而成。

4. 鼻部生疔 鼻头、鼻翼或鼻窍内生出粟粒状小颗粒，或麻或痒，焮热疼痛，根脚坚硬，有如钉钉之状，称为鼻疔，乃肺经风热邪毒熏蒸肌肤而成；若3~5天后，疮顶出现黄色脓点，顶高根软，多自溃脓出，肿消而愈，为顺证；若疮头紫暗，顶陷无脓，根脚散漫，鼻肿如瓶，高热神昏，为热毒之邪内陷心包、疔疮走黄之逆证，病情险恶。

5. 鼻柱紫硬 鼻柱麻木疼痛，坚硬色紫，称为鼻疽，系肺火熏蒸，热毒凝聚而成。

6. 鼻部生疮 鼻粘膜生出粟粒样小丘疹，红肿糜烂，焮痒灼热，痛如火灸，经久难愈，常反复发作，称为鼻疮。多因风热之邪客于肺经，上壅鼻窍所致。

7. 鼻部外伤 鼻部皮破出血，或见青紫瘀斑，乃由外伤引起；外伤引起的鼻梁塌陷，则常为鼻骨骨折。

8. 鼻煽 呼气时鼻孔回缩，吸气时鼻孔开大，即鼻翼煽张，为呼吸困难的表现，常见于小儿高热、气喘以及久病体衰之人。一般而言，新病喘而鼻张者，多为邪热壅肺，或痰饮内停，属热证、实证；久病喘而汗出、鼻张者，为肺气衰竭之候，属虚证，难治。

9. 望鼻诊伤 望鼻部的瘀斑点还可以诊伤。若在鼻翼沟处出现红色斑点，表示伤势较轻；出现黑色瘀点，表示伤势较重。一般而言，瘀点在左侧鼻翼沟，示胸部有伤；在右侧鼻翼沟，示背部有伤。

（三）望鼻中分泌物及出血

1. 鼻涕 正常鼻腔内有少许津液润泽其中，但不流出鼻外。若鼻流清涕，量多而稀，为外感风寒；鼻流浊涕，为外感风热。

鼻流浊涕不止，其味腥臭，形状如脓，称为鼻渊，多因鼻中热毒壅盛而致。如兼见鼻粘膜肿胀，尤以红赤为甚者，多为胆腑郁热；如兼见鼻腔红肿胀痛，尤以肿胀为甚者，多为脾经湿热。

鼻涕白粘而量多，鼻粘膜淡红肿胀，鼻甲肥大，久而不愈者，为肺气亏虚或脾气虚弱。

2. 鼻腔流血 称为鼻衄。实者血色鲜红或暗红，虚者血色淡而质稀。血色鲜红量少，点滴而出，多为风热之邪侵犯，伤及肺卫；血色鲜红而量多，多为胃腑热盛，或肝阳亢盛，灼伤血脉的实热证，或为外伤；血色淡红量不多，时出时止，多为肝肾阴虚、虚火上炎，或脾虚不能统摄血液；夜间鼻衄，多为气血亏耗，血不循经。若鼻孔干燥，为津液已亏，一般是热在气分，必将衄血。

（四）鼻部蟹爪纹

鼻部出现蟹爪纹，可以诊断肝硬化。国内多篇文献报道（如蔡纪明，《浙江中医杂志》1986年5期等）提出了这种观点，并得到临床证实。蟹爪纹，是指如蟹爪之形状，底略宽而稍尖，弯曲，细长，犹如树枝的分叉，或如蚯蚓的扭曲，紫红色的血脉纹。其位置或布于鼻翼，或直射印堂。多自鼻孔外侧向眉心方向延伸，或向上伸至鼻之一半，或超过2/3，远看连片呈火焰状。轻者仅见数条，甚者丝缕萦绕，满布整鼻。此为早期诊断肝硬化的重要体征。赵国仁在《浙江中医杂志》1980年第5期上报道发现7例肝硬化腹水死亡的患者，其鼻部均有蟹爪纹，且此7例患者最后均死于食道静脉破裂出血。因而认为鼻部的毛细血管扩张与食道静脉回流障碍可能有关。蔡纪明观察的16例肝病患者中，鼻区布蟹爪纹3例，鼻区兼其它区域布蟹爪纹9例，亦认为鼻部出现蟹爪纹常提示肝病。

八、山根诊法

山根，即鼻根部。山根诊法就是通过观察山根部位脉纹的形态、色泽变化来诊断疾病。这种诊法主要运用于小儿科。

(一) 望山根诊病的原理

1. 山根与心及小肠关系密切 山根，又称下极，位于鼻根部，两目内眦之间，正中睛明穴上。根据《内经》“中以候中”的原理，山根部位正好候心。由于山根位于两目内眦之间，手少阴心经“还目系”，手太阳小肠经脉到达目内眦，心又与小肠经脉相表里，其经气均能上达目内眦间。因此，山根色泽的变化最能反映心气的存亡。尤其在小儿科，山根色诊更显得十分重要。

2. 山根与肺、脾、胃等脏腑亦相关 山根，即鼻根部，鼻为肺之窍而属脾经，足阳明胃经“起于鼻之交頞中。”《幼幼集成》说：“山根，足阳明脉所起；”又说：“倘乳食过度，胃气抑郁，则青黑之纹，横截于山根之位。”说明山根络脉的变化，可以测知肺、脾、胃等脏腑的病变。诊察山根横截之络脉在提示“脾肺为病，以脾为主”上有一定的参考价值。

(二) 山根诊法的临床运用

1. 望山根脉纹的形态 小儿山根脉纹呈横向型（如“一”字型），多为消化系统疾患，常见于呕吐、泄泻、积滞、虫病、疳积等脾胃病证。

小儿山根脉纹呈竖向型（如：“I”字型），多见于咳嗽、哮喘、肺炎喘嗽、感冒等肺经病证。

小儿山根脉纹呈横向型与竖向型并见的混合型者，多为消化系统疾患和呼吸系统疾患同时发病，可同时出现脾胃与心肺疾病证候。

若小儿山根脉纹呈钩字型（形如U）或斜向型（形如“\”或“/”）者，其临床价值不大。

2. 望山根脉纹的颜色

(1) 青色：小儿山根脉纹色青，包括淡青及黑色，多属消化系统疾病。常见于：①惊风，多因肝阳妄动或心肝火盛所致；或久病中气虚衰，木强侮土而成慢惊风；②中寒腹痛，多系肝经气滞或肝脾不和，引起乳食积滞而出现盘肠气痛、肠蛔虫、泄泻、疳疾等；亦有惊泄、大便色青，伴微热及惊惕不安。故山根脉纹色青，为风、为寒、为痛，多属肝经证候。

(2) 黄色：小儿山根脉纹色黄，多属脾虚或湿盛，常见于积滞（消化不良）、泄泻、痢疾、疳积等病证。积滞者，多因脾虚湿困或脾胃有热；泄泻及痢疾者，多系湿热内蕴，乳食积滞；疳积患者，多属脾胃虚损，运化功能失调。故山根脉纹色黄，其病为湿、为热、为虚，提示脾胃受病。

(3) 红色：小儿山根脉纹色红，主热，提示心、肺热证，其中以呼吸系统疾患占多数。常见的有感冒、乳蛾、哮喘、咳嗽、肺炎等，出现外寒内热或风热咳嗽，或外感风热结于咽喉的乳蛾，或痰热闭肺的哮喘。

(4) 色泽：山根色泽光亮鲜明，多为新病，证较轻而易治；色泽晦黯而滞，多为久病，证较重而缠绵难愈。山根色晄白，见于心脏病患者，心阳虚时尤甚；但在心血瘀阻时，轻则出现青灰色，重则出现紫暗色。而小儿山根青灰，提示心阳不足；山根发暗，则提示气厥。山根色光泽为热；晦滞为寒为湿；色淡为气虚。

九、人中诊法

(一) 望人中诊病的原理

人中，又称水沟，位于鼻下唇上正中处，古代医籍中常用“鼻下”来表示人中的部位。其诊病的原理主要有以下3个方面：

1. 人中部位是经络交错、经气贯注的要地，与经脉的关系密切：如手阳明大肠经“交人中”；足阳明胃经“挟口环唇”；足厥阴肝经“环唇内”；手太阳小肠经“别颊上颧抵鼻，至目内眦”等。由于经脉的络属关系，使人中与经脉及其相应的脏腑联系起来，所以，人体脏腑功能和气血津液等的变化，可以通过人中的形态、色泽等改变反映出来。

2. 人中与冲、任、督三脉密切相联：由于冲、任、督三脉皆起于人体阴部的胞中，循行向上时，任、督二脉直接交会于人中，冲脉亦有一支络脉环绕于唇而与人中联系。而任脉为阴经之海，总领诸阴；督脉为阳经之海，统领诸阳，其气与肾相通。因此人中为人体经气汇聚之地，不仅脏腑经络的疾病可以反映于人中，而且尤可反映阳气的存亡和肾气的盛衰。人中是反映肾、命门、阳气的重要部位，诊察人对泌尿生殖系统病证的诊断尤其具有重要意义。

3. 从人体发生学角度来看，人中与子宫在发生学方面有一定的联系：因为子宫形态异常与中肾旁管发育异常有关，而中肾旁管形成的时期，恰好是上唇（人中）形成的时期（胚胎生长的第6~7周），如果此时期胚胎受到某种因素的影响，则中肾旁管的形成和上唇的形成，均可遭受同一因素的影响而产生形态上的同步变异。因此说，观察人中的改变可以反映男女泌尿系及生殖系统的状况。

(二) 观察人中的方法

1. 人中长度的测量方法与标准 人中长度的测量，可参照邵象清编《人体测量手册》（上海辞书出版社，1985）中的有关规定，以鼻下点（鼻中隔与上唇顶部交点）至上唇缘中点的连线为人中长度。人中长度小于12mm为人中偏短；12~19mm之间为中等；大于19mm为人中偏长。

2. 人中沟道深浅的观察方法与标准 受检者与检查者相对而坐，检查者用聚焦灯光侧而照射受检者的人中沟，光线与上唇平面成 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 角，观察受检者人中沟的两侧沟缘隆起是否清楚。若沟缘隆起不明显，沟道浅平或上唇漫平，则在沟道内无照射阴影，列为人中沟浅平；沟缘隆起明显，两条沟缘间有明显凹陷，沟道内可见明显的照射阴影，为人中沟深；介于两者之间为人中沟中等深浅。

3. 人中沟形态观察方法与异常特征 其观察方法与人中沟道深浅的观察方法相同，主要观察人中沟道内有无细线状或点状隆起，有无明显的纵行或横行皱褶纹，以及各种人中异常形态。细线状隆起者，其形状似皮肤疤痕，长度不一，大多呈纵向或斜向分布于沟道内；点状隆起者似针头大小，皮肤色泽正常，无充血红肿现象，可与毛囊炎相鉴别；纵行皱褶纹大多在侧光照射时显现明显；横行皱褶纹则多见于微笑时。

(三) 望人中的临床运用

望人中的临床意义主要体现在望人中色泽和形态两方面：

1. 人中的色泽改变 人中色泽与其人面部色泽相似，当病情严重时，可有异常色泽出现于人中。

(1) 黄色：人中色黄而透红，肌肤丰润，为脾肾健旺，后天充盛之象；反之，人中

色萎黄，肤松肉薄，为脾肾虚弱，阴血不充之征；人中显土黄色，为脾胃虚寒；孕妇人中隐黄，则胎漏下血，多为子死腹中。

(2) 白色：人中色白者，多病危难治；人中色淡白，见于虚寒泄泻；色淡白而干者，多为血枯闭经；人中皤白，冷汗涔涔，多见于咳嗽、咯血；人中上段近鼻际处呈皓白色，多为气虚崩漏。

(3) 赤色：人中微见赤色，多病发痛；人中下段近唇际处潮红，多属血热崩漏，或为膀胱湿热之血淋；人中下段近唇际处色淡紫，甚则水沟短缩，多见于实热胃痛；人中隐现紫红，多见于瘀热痛经；孕妇人中色偏红而时生红疹者，多提示胎毒甚重，娩出之小儿多疮疖之灾。

(4) 青色：人中色青主寒证；人中隐现青色，多见于寒性痛经。

(5) 黑色：人中色黑，可见于肾病综合征及尿毒症；人中时青时黑，主肝病及肾；撮口色青，人中颤动，为肝风侮脾；人中微黑主热证；人中色灰暗失荣，多见于阳痿、男性不育、房劳过度、失精及男性泌尿系疾病和女性宫颈炎、附件炎、卵巢囊肿、子宫肌瘤等患者；人中青黑，可见于石淋、精浊（前列腺炎）、子痲等病变疼痛之时；下痢者，脐下忽剧痛，人中色黑，乃病危之征；人中出现黑褐色，或有片状黑斑，为天癸气竭，冲任不足。

(6) 暗绿色：人中呈暗绿色，多见于黄疸、胁痛（严重胆囊炎、胆结石、胆绞痛）患者。

另外，观察人中部位色泽的变化，还可作为早孕的诊断参考。如孕妇人中光泽明润明显，提示孕妇气血旺盛，母子安康；若人中色泽偏晦滞而枯夭，或见色素沉着，多为肾虚不孕。

2. 人中的形态改变 正常人中的形态是整齐端直，略呈上窄下宽的梯形，沟道深浅适中，沟缘清晰均匀、对称。提示子宫、阴茎等生殖系发育良好，女性月经、排卵、生殖等功能正常。常见的异常人中形态为：

(1) 人中短浅：人中特短，沟道扁平，沟缘隐约，其色淡者，一般提示子宫小（常为幼稚型子宫），宫颈短，发育差，多无内膜生长；或见宫颈松弛，受孕后易产生漏胎；或阴茎短小，睾丸先天发育不良。

(2) 人中狭长：人中沟道狭窄细长，沟缘显著；或中段尤细，上下稍宽，其色黯者，为长窄型。提示子宫体狭小，宫颈狭长，男性可见包皮过紧或过长，女性多出现痛经。

(3) 倒梨型人中：人中上宽下窄，似倒梨形，多提示子宫前倾或前位，常有经行胀痛。

(4) 八字型人中：人中上窄下宽，呈八字形，多提示子宫后倾或后位，常表现为经行腰痠，严重者可影响受孕，多见于矮胖体型之人。

(5) 人中不正：人中沟道或一侧沟缘向左或向右偏斜（除先天性、损伤性及神经性的鼻唇沟变形外），为偏斜型人中。人中向左倾斜者，提示子宫体偏左；人中向右倾斜者，提示子宫体偏右。

(6) 凹陷型人中：人中有凹陷者，提示骨盆异常或骨盆狭窄，易发生难产。

(7) 浅坦型人中：人中沟道浅而平坦，沟缘不显，称为浅坦型，宽狭均可见。浅而窄者提示后天性子宫萎缩，质硬，活动较差，常表现为经期紊乱，经量逐渐减少而致闭

经；浅而宽者提示先天性子宫发育不良，或生殖功能低下，或子宫萎缩（多见于老年人）。

(8) 人中隆起：人中沟道中有位置及形态不定的增生物隆起，甚至引起沟形的改变，称为沟道凹陷型人中。提示情况比较复杂，一般为宫颈糜烂。一侧增生或变形，则多有一侧腹痛或压痛或腰痠以及月经不调等症，妇科检查多有附件炎或增厚，子宫肌瘤或息肉、囊肿等。

(9) 人中起疹子：多提示宫颈糜烂、附件炎，男性则可见前列腺炎、精索炎等。

(10) 人中有瘀斑：每提示子宫内膜结核、附睾结核、精索静脉曲张等。

(11) 人中松弛变长者：多见于子宫下垂。

(12) 人中形态的改变：在危重病证之中，最常见于中风。风邪中于经络，每见口眼喎斜；风邪中于脏腑，可见口痉、唇反张；唇（人中）颤动者，可由血虚风动或脾失濡养所致，多见于生育过多的年老妇人、人流次数过多的贫血妇女，或中风后遗症。

危重病患者，如人中短缩，唇且变薄，为脾阴绝；若短绝似无，则为阴阳离决之危证；人中卷缩，谓之唇反，为脏腑之气欲绝，尤其是脾气败竭之征象；反之，人中满，多为脾阳欲绝之象；若满而唇外翻，亦为阴阳离决之征。

(13) 在孕妇，如果人中短于同身寸，多为先天肾气不足，提示有流产、早产的倾向；若人中原本正常，而怀孕后某一时期突然短缩，且伴腰脊痠痛，带下绵绵者，提示难免流产，这种迹象每在流产前7~15天即已显露。若孕妇人中出现枯黄而浅平，且水沟呈上宽下窄的倒梨形，提示胎儿发育停止，甚或胎死腹中。而孕妇人中较孕前变长，且气色黄活，多提示胎儿为男性。

（四）朱良春望人中的临床经验

林伟芬在1984年1期的《江苏中医杂志》上介绍江苏名老中医朱良春望人中的临床经验，认为临床上凡是人中与中指同身寸长度不等的，无论男女，其“膀胱子处”（人中）均有病变，且长度差别越大，症状就越明显，男性则有阳事、生育等方面的病证；女性则见经带胎产诸异常与子宫下垂。并测量了男女各150例患者的中指同身寸及人中的长度，发现同身寸与人中之长度差距超过正常范围（大于0.3cm）的98例中除1例男性病者外，均有生殖系统病证；而长度差距在正常范围（小于0.2cm）的则无生殖系统病证。其中男性中指同身寸长度大于人中0.5cm的有29例，占受检人数的19.33%，分别患有阳痿、早泄、不射精、不育、子痛、狐疝等病证；女性中指同身寸长度大于人中0.5cm的有69例，占受检人数的46%，分别患有痛经、崩漏、经前腹痛、习惯性流产、早产、不孕、闭经、妊娠恶阻、白带多等病证。且一般经治获效的患者，其人中的异常颜色如黑、赤、青等，均随病情向愈而转为正常，但其人中长度不能改变。

十、口唇诊法

（一）望口唇诊病的原理

1. 口唇与中焦脾胃关系密切 口唇为齿之垣，肌肉之本，脾之官。脾开窍于口，其华在唇。《素问·六节脏象论》曰：“脾……其华在唇四白。”《素问·五脏生成》曰：“脾之合肉也，其荣在唇。”《素问·金匱真言论》说：“脾开窍于口”。《灵枢·阴阳清浊》说：“胃之清气，上出于口。”且足阳明胃经之脉“挟口环唇，下交承浆”（《灵枢·经脉》）。故口唇与中焦脾胃密切相关。而脾胃乃后天之本，气血生化之源，对全身各部都有举足轻

重的影响。因此，口唇不仅可反映脾胃的功能状况，也可反映全身各脏腑组织器官功能的盛衰。

2. 口唇与气血关系密切 口唇有冲脉环绕，冲脉乃为血海，又为十二经之海；且脾主口，主统血。正常口唇色红润泽，是气血营养所至，故唇又是反映全身气血盛衰情况的重要器官。

3. 口唇与其它脏腑经络亦有联系 口唇又称飞门，为声音之扇；口以开合为用，为心之外户。以其开合运动，声音从口出，饮食从口入，四通八达，为脏腑之要冲。以经络而言，手阳明大肠之脉，“还出挟口，交人中”；足厥阴肝经之脉“环唇内”（《灵枢·经脉》）；督脉“上颐环唇”（《素问·骨空》），到唇系带处；冲脉络唇口；任脉上行至承浆，环绕口唇等。因而，这些经脉及其相关脏腑的生理、病理，都可由唇反映于外。如《灵枢·经脉》说：“胃足阳明之脉……还出挟口环唇，下交承浆……是主血所生病者……口喎唇疹。”现代医学也认为唇有着丰富的毛细血管，能灵敏地反映内脏的疾患。

（二）口唇诊法的临床运用

口唇诊法在临床运用上主要是通过望口唇的颜色和形态改变来诊断疾病。

1. 望口唇颜色

（1）唇色红润：此为常人表现。外感病人唇色红润，提示没有内热；小儿唇红厚，为脾胃健，易养；妇人唇红厚，为冲脉盛，易产。病人口唇明润而有血色，主生，其病轻而易愈；但久病唇红者，难治。

（2）唇色淡红：为不及，主虚，主寒。唇色淡，当隐现红色，如枯晦而无血色者，多是恶候，常见于气血亏损已极。唇色淡红，常见于脾胃虚弱或气血不足者，孕妇如见此征，为血不足，或有难产。

（3）唇色深红：为太过，主热，主实。唇色红紫亦主热，深红而黯为热深，深红而干为热盛伤津。口唇红赤，甚至绛而干燥且现裂纹，为邪热深入营血分。久病或下痢病剧出现唇如朱红者，为虚阳外越，预后不佳；唇现焦红色，其焦色深入内唇，多为血燥生热之象；内唇出现深紫红色，较外唇为甚，为火劫阴液之象，或为胃家实证；外唇深红，内唇反现淡白无华，多为脾寒胃冷之象；下唇深红，上唇淡白，提示胃冷脾燥；下唇深红，但红而晦黯无华，多属脾虚运化不强；唇色乌红，其色晦黯，为血瘀阻滞。

（4）唇色发黄：为脾虚湿困之象，常兼见唇痿。若唇黄而流津，为脾阳虚极，阴寒内盛之征兆；如黄色现于下唇凹肉中，是饮食内伤脾胃，兼湿热郁于肝胆之象；两唇角黯黄，为寒湿伤脾之象；唇角白肉处橙黄而明润者，多为脾湿化热；唇色淡黄晦而不明，唇质干萎，多为中土大虚，尤当注意。

（5）唇色淡白：为虚证，主脱血夺气，临床上一切失血症（大出血、慢性出血等）以及用力过度、大病亏损、气虚不复等，均可出现唇色白。唇现淡白，其色晦而不明，多因气血虚寒，不能充营于唇；唇现苍白，多因气虚不能运血，或因暴怒气逆血阻；唇色惨白，毫无血色，为气血亏损已极，或阳虚生寒；妊娠唇白者，为血不足，或有难产；若蛊症（肝硬化）晚期，唇色苍白无华，且唇质枯萎，多为肝脾二脏之正气将绝，危在旦夕；唇白而肿者，多为脾绝；唇白如枯骨，多为死证；产妇口角白干，为病将至。

（6）唇色青黑：唇色青而淡者为寒；淡色青黑为寒甚，或为痛证。唇黑者，多为胃中热；惨黑者，为气血大亏。唇吻色青，四肢振摇，微汗出，多为肝绝；水气病人唇口

发黑，为肝伤难治；干霍乱病人唇青黑，多为死证；唇色漆黑者，脾胃将绝；环口黧黑者，多为脾肾绝；唇青体冷遗尿，为膀胱绝；面青唇黑，面黑唇青，皆主死证。

(7) 唇色紫：唇现紫色，多为胃气虚寒，又可见于血瘀；唇色紫绀并干焦，主内有瘀热；口唇暗紫或淡紫，或伴见指甲、白睛暗紫者，为瘀血内停，见于外伤或内伤；唇色突变紫黑如猪肝色，多为瘀血攻心之象。

(8) 唇现蓝色：临床上极少见。然偶有骤染时疫，外唇呈现浅蓝色，唇皮爆裂者，此为火毒炽盛之象。暑闭之症，唇上亦可偶见微蓝色。如果慢性病唇现蓝色，乃肝脏之真气将败；唇粘膜紫蓝色，提示心肺虚衰。

2. 望口唇形态

(1) 唇肿：有虚实之分。红赤而肿者，多为实为热；唇白而肿，多为虚为寒。若唇口俱赤肿，为热甚；上唇肿大下唇细小，多为腹胀；唇肿齿焦黑者，多为脾肾绝。

(2) 唇痿：唇肉缩小，多为血气亏损；唇痿而兼色黄者，为脾虚湿困；唇痿，伴见舌青、口燥、但欲漱水不欲咽，是内有瘀血。

(3) 唇反：为上唇向上向外翻起，遮盖人中之象。唇反面人中满，为脾败之象，因脾气绝，脉不养唇所致。

(4) 唇上生疮：多为脾胃蕴热之征。上唇生疮，唇质皱厚色紫，多属心肺火郁；下唇生疮，唇质粗糙色乌，多系脾经蕴热；唇之四角生疮，多是膏粱厚味沃积之邪火蕴积胃与大小肠。

(5) 唇上生疔：唇之上下，或口角旁，生出小疔如粟，痛痒不定的疾病，多为火毒之候。生于上下唇者，多为脾胃火毒；生于口角者，则系心肺火毒亢盛。

唇角生疔，不能张口，称为锁口疔。此疔若生于唇上，唇口外翻，称反唇疔。此二证初起形如粟米，色紫坚硬，肿甚，麻痒木痛，寒热交作，俱属危证，由火毒之邪上攻面成。疔生于人中之上称为龙须疔，生于人中之旁的称虎须疔，其轻者因风热而结；重者形如粟粒，如钉着骨，根盘漫肿不透，面目浮肿，寒热并见，乃火毒之邪上壅而成；若出现口噤神昏，称为走黄疔，乃疔疮走黄，邪毒内陷心包所致。

(6) 口腔糜烂：口腔粘膜糜烂色白，形如苔藓，色红作痛，常泛发出特殊气味，多由阴虚阳旺，脾经湿热内郁，致邪热熏蒸胃口而成。

(7) 唇部生疽：唇之上下左右，生出色紫有头，如枣李大小的肿物，肿硬如铁，时觉木痛，甚至寒热交作，因脾胃积热而成。

(8) 唇燥无皮：小儿口唇四旁，红赤无皮，不时燥裂，称恬唇疳，由阳明湿热上壅而成。

(9) 唇木：上唇或下唇突然肿胀，按之焮热，疼痛不甚或有麻木感，不坚硬，无疮头，称为木唇。由脾胃之热上攻而成。

(10) 唇核：唇肿生核，色赤，按之坚硬，由脾经湿热凝结而成。

(11) 唇屑：唇上生长皮屑，如鱼甲翻起，唇皮有绷紧不适的感觉，撕揭则疼痛出血，老屑脱落，新屑复生，缠绵难愈，为风燥在脾，血不濡燥之故。

(12) 口唇收缩：上下唇各收缩露齿，唇皮骤然缩短，或两唇日渐短缩，唇肌呈枯萎之象，称为唇缩。年老唇缩为正常现象。卒然收缩者，其病多实；日渐收缩，唇肌枯萎者，其病多虚。实者多因中风闭证，或中暑，或痰闭；虚者因于寒中三阴，或因痉厥，或

因癫痫，或脾胃元气日衰，或暴脱，多预后不良。

(13) 唇部疱疹：唇上生小疱，如小米粒或高粱米大小，色黄透明，或混浊而带血，聚集一起，疱疹周围皮肤不红不肿不痛，惟稍痒而不适。此症多与风热感冒、麻疹、肺热喘咳并发，证轻易愈。

(14) 唇裂：唇部裂开一个缺口，称为唇裂，均发生于上唇，轻者仅裂到唇四白，严重者可裂至鼻孔，致鼻翼呈扁平形，此系先天畸形，乃胎儿时期发育不良所致。

(15) 唇部肿块：下唇红，唇外缘有凹凸不平的肿块，基底坚实，容易出血，其后表面破溃糜烂，有臭味，应考虑为唇癌之可能。

(16) 唇紧：唇口窄小，难以开合，饮食受限，称为紧唇。多由风痰入络所致。

(17) 唇疳：唇口颤动不能自禁，多由血虚风燥引起；或为脾虚血燥，唇失濡养；或为胃火挟风，上扰口唇。口目频频动作者，为阳明终绝。

(18) 唇张：因下颊骨脱落致口开不闭者，称为落架风，为阳明之脉纵缓不收所致。

十一、齿龈诊法

(一) 望齿龈诊病的原理

望齿龈诊病的原理，主要有以下几方面：

1. 齿与肾、胃关系密切。齿为骨之余，肾主骨，故齿为肾之外候；龈为肉之延伸而主于胃。齿为肾之余，龈为胃之络。肾与胃，一为先天之本，一为后天之源，共同维持着齿龈的生长、发育。脾胃健运，肾精充足，则龈健牙坚，能正常地发挥磨谷食、强消化、助发音等功能；若脏腑精气虚衰，将致龈萎牙堕。《仁斋直指方》说：“齿者，骨之所络，髓之所养，肾实主之。故肾惫则齿豁，精盛则齿坚，肾热则齿动。”可见，诊察牙、龈可以反映肾、胃等脏腑的生理病理变化。

2. 齿龈除与肾、胃密切联系外，还与大肠有关，尤其是手阳明大肠经与足阳明胃经，分别入上、下齿，其经气环贯齿龈，对齿龈的生理、病理有着重要的影响。如《灵枢·经脉》说：“手阳明大肠经……入下齿中……是动则病齿痛颈肿。”

3. 齿龈还与冲脉、督脉关系密切。因为冲脉、督脉之循行环唇而上行，其经气必然渗注齿龈，因此又有齿龈根于冲、督之说。

(二) 望齿龈诊病的临床运用

1. 牙齿色泽形态异常

(1) 老年齿白润泽，为寿考之征。年长之人，齿渐变黄，此为生理之常；若齿忽变黄，多为肾虚；齿如黄豆色者，为肾气绝；齿色黄黯或带黑，或片片脱下，面色青黄，此为腹中有久冷积，太阳阳明之阳气受困而累及于冲督；温病齿黄而燥，是热盛伤津，若光燥如石，则是阳明热甚，津液大伤，见于温病极期。

(2) 牙齿色紫，如熟小豆，其脉躁，为阴阳俱竭，或齿忽变黑，多为死证；齿黑腰痛，足厥冷，为骨蒸。

(3) 牙齿滋润，津液犹充；形色明亮，精气未衰；牙齿干燥，津液已耗；形色枯槁，精气内竭；齿燥毫无光泽，色如枯骨，为肾阴枯涸，肾水不能上承，难治；牙齿上半截润，下半截燥，为肾水亏乏，心火燔灼所致；牙齿干燥，根部有垢，为火盛津伤，气液尚未枯竭；若齿焦无垢，主肾胃之精气枯竭，难治；前板牙干燥，身热目痛，鼻干不得卧，为欲发斑疹或行将衄血之先兆。

(4) 小儿齿出偏斜稀疏，主阳明本气不足；小儿牙齿久久不生，称为齿迟，属小儿五迟之一，主禀赋不足，肾气亏虚；中老年人齿渐稀疏，或齿长而垢，逐渐脱落，为肾气早衰的标志。

(5) 齿长而垢，为秽恋肠胃；齿枯面垢，为热结腑聚；齿黄面垢，为瘟疫之象。

2. 牙龈色泽形态异常

(1) 牙龈红肿疼痛，为外感风热邪毒或胃火上炎；牙龈浮而肿胀，不红而痛，为外感风寒；牙龈微红不肿，牙齿浮动，咬物时痛，午后疼痛明显，为肾阴不足，阴虚火旺。

(2) 牙龈腐烂，泌脓腥臭，黄稠量多，为肺胃火热壅盛；脓液清稀秽臭者，为肾阴不足，虚火上炎；脓液清稀无味，则主脾胃虚弱。

(3) 牙龈腐肉翻花，肿硬增生，腐烂凹蚀，恶臭剧痛，为火毒痰浊之邪凝结面成，属恶候。

(4) 重龈：齿龈起疮或局部红肿，高起增厚，形似齿龈重叠，多因于胎毒或脏腑积热，或外感风热，瘀结于龈，聚湿、化痰、生瘀，致成此疾。

(5) 牙根宣露：牙龈宣肿，龈肉日渐腐颓，以致牙根宣露，齿牙动摇，常渗脓血，其病称牙宣。多因胃火上蒸，或阴虚火炎而成，亦有气血双亏所致的。

(6) 牙龈生疔、生疔：牙龈肿胀而大，坚肿疼痛，甚则腮颊浮肿，称为牙疔，为胃经热毒上攻所致；牙龈肿胀局限，小如粟米，称为牙疔，为胃经火毒上攻或大肠经湿热所致。

(7) 牙龈腐烂：牙龈红肿赤烂，疼痛剧烈，流腐臭血水，甚或寒热交作，称为风热牙疳，系平素脾胃积热，复感风热之邪而发；若牙龈腐烂迅速，由灰白色随即变黑，流紫血水，肉腐蔓延，一时脱落，臭秽难闻，称为走马牙疳；多发生于儿童，常由伤寒、痘疹、疟痢等病余毒未清，蓄积毒火攻牙所致。

(8) 牙肿如草：牙龈肿胀结肉，高低如草，其色紫黑，由火盛血热夹滞气郁结于胃经而成。

(9) 牙龈萎缩，周边溃烂色赤，为肾阴亏损，虚火上炎；溃烂边缘色淡，龈肉苍灰，则属气血两亏。

3. 齿垢色泽形态改变

(1) 齿垢为胃中垢浊之气而结。垢黄厚为胃热熏蒸；垢白厚多为湿聚中焦；齿垢黄，面目爪甲上黄者，为黄疸；垢色灰为肾胃津液两伤；齿焦有垢为肾胃液涸。

(2) 垢多口臭者多实，垢少口和者多虚。

十二、腭、颊粘膜诊法

翘起舌头，在牙齿的范围内能舔着处就是腭。腭分为前后两半部，前半部致密坚韧，不能运动，上覆骨组织，称为硬腭；后半部则柔软，能运动，称为软腭。口腔内左右两侧壁称为颊。腭、颊粘膜中有丰富的血液供应，在疾病的过程中，该部位可有不同程度的小静脉曲张、小动脉扩张、出血及粘膜面的色泽改变，这些统称为腭、颊粘膜征异常。

(一) 望腭、颊粘膜诊病的原理

1. 腭、颊粘膜是人体表与里的交接区 腭、颊粘膜上皮血运丰富，而且血管位置表浅，易于显露，是观察人体细小血管变化的理想部位。中医理论认为腭、颊粘膜的解剖学位置在鼻咽部的中心，是人体“表”与“里”的交接区。因此，不论是外邪侵袭入内，

还是体内发生病理变化，均最易在腭、颊粘膜上体现出来。

2. 腭、颊粘膜与心、肝、脾等脏腑关系密切 腭、颊粘膜位于口中，《素问·阴阳应象大论》说：“脾主口……在窍为口。”腭、颊粘膜上血络丰富，《内经》认为心主血脉，肝主藏血，脾主统血。因此，心、肝、脾等脏腑功能失调，即可反映于此。

3. 全身不少经络与腭、颊粘膜有联系 全身经脉中如手阳明大肠经、足太阳膀胱经、足少阴肾经和足厥阴肝经等均络于此，因而，腭、颊粘膜上的病理改变可反映这些经脉及其相应脏腑的病变情况。

因此，腭、颊粘膜上血络的扩张、充血、瘀血等变化，可以反映机体内的某些病理变化，尤其是迁延性及难治之症，在该部位可出现明显的变化。

(二) 正常人腭、颊粘膜特征

正常健康儿童整个上腭红润而有光泽，中柱、硬腭、软腭均以粉红色为主，其软腭很少充血、瘀血，中柱亦无小静脉。

健康中、老年人的中柱呈浅黄色或粉红色，各部分轮廓清晰，无断裂及弯曲，表面干净，少见褐色斑点，无小动脉分布及出血点，左右可各见一条细小静脉。硬腭齿后部粘膜皱襞色泽粉红，分裂中柱两侧，横行排列，对称整齐，未见出血点及动静脉分布。软腭则呈黄色，一般无充血及瘀血。

正常人颊粘膜呈粉红色，无充血、瘀血及硬结、透明颗粒和苔膜等。

(三) 腭粘膜诊法的临床运用

根据北京儿科名医王鹏飞（北京儿童医院编《王鹏飞儿科临床经验选》，北京出版社，1981年）等人的临床经验，腭粘膜异常征的主要临床表现为：

(1) 小儿上腭粘膜色白；如蒙乳皮状者，多为脾胃虚弱；上腭粘膜呈粉红或淡白色，为贫血、气血双亏；上腭粘膜色黄，主脾胃功能失调；色深黄为实证，主脾胃湿热；色浅黄为虚证，主脾虚不能运化水湿；上腭粘膜色深紫，为瘀血、出血及血分有热；上腭粘膜色红紫，多为实热证。

(2) 小儿腭前、腭后均为深红色，二白齿处黄、红色，中柱色淡白，主实热型腹泻；腭前、腭后粘膜均为粉红色，二白齿处乳白色，中柱乳白色，主虚寒性腹泻；小儿腹泻，白齿处乳白色且厚者，说明腹泻重，脾肾虚亏，病情重。

(3) 腭前粘膜为红色，分线左右为橘黄色，二分线突出，白齿处为红色，主外感风热、内有停滞的感冒。

(4) 上腭分浅为黑紫色，中柱两旁呈深紫红色，腭前及白齿处均为紫色，多见于血热壅盛和出血严重的患者；而上腭有紫红色小出血点，尤以中柱两侧出血点增多者，多为出血性疾病。

(5) 上腭及中柱均为正常色泽或浅黄色，惟中柱两旁有2~4个针尖大小的小孔，多则为6~8个小孔，多属肝肾不足（成人多失眠健忘）型遗尿症。

(6) 上腭中柱直，周边清晰，无弯曲断裂，中柱上多见褐色斑点；硬腭部有散在的紫褐色透明小点，硬腭以暗紫或紫色为主，软腭部出现小凹，为胸痹（冠心病）的征象。

(四) 腭粘膜征是血瘀证诊断的重要体征

腭粘膜色红、深红或紫暗，其上的小动脉扩张充血，小静脉曲张瘀血，或有出血现象，可诊断为血瘀证。日本学者伊原信夫在《日本东洋医学会志》1981年第3期发表的

《腭粘膜征——血证望诊的新尝试》一文中，将在软、硬腭粘膜上基本看不到显露的小血管，粘膜面呈淡红色，定为0度。再根据软、硬腭粘膜的改变，分为3度：

软腭粘膜征（简称软腭征）：Ⅰ度：腭弓处粘膜稍红，可见较清晰的细小血管显露，此型基本属正常范围；Ⅱ度：在Ⅰ度腭征的基础上，并可见到充血扩张的小动脉和曲张的小静脉；Ⅲ度：软腭粘膜上的小动脉明显充血扩张或小静脉明显曲张瘀血，或有出血现象，或在Ⅱ度变化的基础上再加粘膜面色调深红或紫暗的改变。

硬腭粘膜征（简称硬腭征）：Ⅰ度：在硬腭粘膜上可见清晰的小血管；Ⅱ度：粘膜上小动脉扩张、充血，或小血管曲张、瘀血；Ⅲ度：粘膜上可见明显的小动脉充血、扩张，或小静脉瘀血、曲张，或有出血现象，或在Ⅱ度变化的基础上再出现粘膜面色调深红或紫暗的改变。

上述软腭征Ⅱ、Ⅲ度改变和硬腭征Ⅱ、Ⅲ度改变均可反映瘀血改变，只不过有轻重程度的不同。腭粘膜的瘀血、充血征象易见于妇科、肝炎、心血管病、骨关节病、泌尿生殖器疾病、皮肤科、眼科疾病及恶性肿瘤等患者，这些疾病，均有两个重要的共同点：一是均有复发、迁延倾向，并为进行性难治之症；二是从瘀血证开始，具备一系列血证综合征，即①充血征象（小动脉扩张）；②瘀血性血滞征象（小静脉扩张）；③粘膜背景的血虚；④颗粒增生；⑤出血及其它。

（五）颊粘膜诊法的临床意义

（1）颊粘膜上见瘀血斑或绛红色充血带及小米粒样的浅黄色硬结，为食管癌的征象。一般认为，其瘀斑出于颊粘膜，乃瘀滞为患，有形之疾积于食道；其色淡青，斑形隐隐，细如线者，常主虚寒，多见于食管癌的晚期患者；斑形如带，其色青紫者，多主邪实，邪正相搏，见于食管癌中期的患者；瘀斑上生颊膜者，乃正不胜邪，致使食道之毒邪得以蒸腾上乘之故。

（2）在相当于第二磨牙的颊粘膜处出现针头大小的白色斑点，称为麻疹粘膜斑，多见于小儿，为麻疹的早期特征。

（3）颊粘膜上出现蓝黑色色素沉着斑片，为肾阳不足，常见于肾上腺皮质功能减退者。

（4）颊粘膜下出现大小不等的瘀斑和出血点，多因血热妄行或脾虚不能统摄血液致血液溢于粘膜下，见于各种出血性疾病。

（5）颊粘膜溃烂，经久不愈，反复发作，因于脾、肾亏虚，多见于衰弱的病儿或老年患者，也可出现于长期使用抗生素和抗癌药之后，见于慢性复发性口疮、鹅口疮等病。

十三、胸胁诊法

胸胁是人体外壳的一部分，包含虚里、乳房、髑髀等重要组织，内藏心、肺、肝、胆等诸脏腑。临床通过观察胸胁、乳房的形态，虚里的搏动等来诊断疾病的方法，称为胸胁诊法。

（一）观察胸胁诊病的原理

1. 胸胁部是人的重要部位，内纳心肺、膻中等重要器官，为宗气之所藏。如《灵枢·邪客》曰：“宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉，而行呼吸焉。”《灵枢·五味》曰：“其大气之搏而不行者，积于胸中，命曰气海。”故又有气海之称，为候内脏精气的重要部位。《灵枢·胀论》曰：“夫胸腹，藏府之廓也。”说明胸廓是藏纳脏腑的重要处所，内

脏有疾患，可从胸部及早反应出来。

2. 胸部内含膻中，膻中乃心主之宫城，又为气之海，为心之外围。《灵枢·胀论》曰：“膻中者，心主之宫城也。”《灵枢·海论》曰：“膻中者，为气之海。”故胸部又可候膻中的状况。膻中又为宗气之所聚，膻中的作用在于蓄精气，保卫心主。膻中宗气足则气化旺盛而阴阳和调，精神情绪正常，故《素问·灵兰秘典论》说：“膻中者，臣使之官，喜乐出焉。”膻中穴为任脉募穴，又为八会中之气会，膻中病变，膻中穴可出现异常。故膻中穴为膻中之外候，通过膻中膻穴的异常，可测知膻中的状况。而膻中又为心肺的反映，因此通过膻中穴不但可以治疗心肺疾患，还可窥察心肺的虚实状况。

3. 髻髻即胸骨剑突，也是胸部诊察疾病的重要部位，可候胸部脏器的坚脆强弱。《灵枢·本藏》曰：“无髻髻者心高，髻髻小短举者心下。髻髻长者心下坚，髻髻弱小以薄者心脆。髻髻直下不举者心端正，髻髻倚一方者心偏倾也。”明确阐述了髻髻与心的关系。《灵枢·师传》亦曰：“心为之主，缺盆之道，髻骨有余，以候髻髻。”进一步阐明了髻髻候心的理论。因此，据髻髻的大小、厚薄、偏正、色泽等可诊察内脏（尤其是心脏）的虚实状况。

4. 虚里位于左乳正下三寸，内为心尖搏动处，为心气之所至。因此根据虚里的状况，可直接得知心气的虚实盛衰，比寸口脉候心更为直接有利，尤其因虚里内应心系，为心之外窗，因此诊虚里是诊心的重要部位。临床上通过虚里的动悸、应衣、疼痛、弥散、内陷等可预知心的病理状况。虚里又为宗气之外候，宗气为心肺之气，宗气为十二经脉经气之所宗，故虚里又为诊察体内各脏腑经络尤其是心肺的重要部位。虚里又为“胃之大络”（《素问·平人气象论》），人以胃气为本，胃为宗气之源，宗气出于虚里，故虚里又为诊察胃气盛衰的处所。另外，虚里诊常与人迎、寸口、趺阳及腹诊相应，在危急之变或暴虚暴实的恶候下，诸脉皆伏而不见，惟虚里仍可察之，故在危急情况下，虚里诊有其特定意义。

5. 胸膺部经脉密行，俞穴满布。循行于胸膺部的经络有手少阴心经、手太阴肺经、手厥阴心包经、任脉和冲脉。此外，足少阴肾经、足厥阴肝经、足太阴脾经、足阳明胃经以及手阳明大肠经、手太阳小肠经、手少阳三焦经、足少阳胆经、阴维脉、阴跷脉等皆循于胸部。即十二经脉除足太阳膀胱经之外，其余十一经皆循及于胸，奇经八脉除带脉、督脉、阳跷脉之外，全都走于胸膺，可见胸部是经络循行最丰富的部位。胸膺部穴位极多，并有膻中、乳中、虚里等重要穴位。因而诊察胸部对许多疾病有重要的诊断价值。

（二）望胸肋诊病的临床运用

望胸肋诊病主要包括望胸肋、望虚里、望乳房等内容，其临床意义及主病分别为：

1. 望胸肋诊病

（1）桶状胸：胸廓前后径增大如桶状，肋骨抬高，肋间隙增宽，两肩高耸，颈部变短，呈深吸气的姿势，即《内经》所说的“反膺”、“巨肩”、“陷喉”的特征，是肺胀的重要体征，多由痰饮久伏或肺肾气虚、肺气壅滞不畅所致。

（2）扁平胸：为胸廓前后径变小，呈扁平状。可见肋骨极度下倾，锁骨显著突出，锁骨上窝下陷明显，肩背薄，肩胛骨呈翼状翘起。多为体虚营养不良，或见于久咳肺肾两虚的肺癆患者。

(3) 鸡胸：指胸骨向前方突出，胸骨前后径增大，横径缩小，形如鸡之胸骨隆突。多为小儿先天禀赋不足，肾之精气亏损；或在幼儿肋骨稚嫩，尚易弯曲时，久病喘咳，痰涎壅塞，肺气不畅所致。

(4) 漏斗胸：指胸骨下部内陷，呈漏斗形状。由先天肾精亏损，或胸骨下部长受压，或因慢性肺部疾病，长期吸气受阻所致。

(5) 佝偻病串珠：指沿胸廓前面肋软骨与胸骨的移行部有串珠状的隆起。为痰涎久积，或肾精不足、骨体不坚、骨软变形所致。

(6) 两侧胸廓不对称：一侧平坦或缩陷，肋间隙缩小，另一侧特别饱满，肋间隙增大，即所谓“肋偏疏者肺偏倾”。缩陷侧多为肺痿（肺不张），饱满侧多由水、气结于胸腔所致的肺胀。

(7) 胸廓运动：胸廓运动是呼吸功能的主要组成部分。正常成人呼吸平均每分钟14~20次。呼吸频率较正常快，多见于中焦有病或腹部剧痛，或因腹胀、横膈不能下降所致，亦可见于热邪壅肺的患者。呼吸时肩胛也随之动摇，称为息摇肩，或称抬肩呼吸，严重者可伴见张口呼吸。呼吸时头部上下点动，肩亦振动，是呼吸极度困难的表现，多在濒死前出现。慢而深的呼吸，多见于神志昏迷或肾气不足时。胸肋呼吸运动不对称，一侧强另一侧弱，常见于肋骨骨折、痰饮充盈于一侧胸肋或热邪壅肺而偏于一侧等病证。呼吸时快时慢，时深时浅，快慢深浅相间而作，如潮水之往复或不时中止，为病情危笃的征象。

(8) 髑髁形态：髑髁大而厚，色泽明润，端正居中，提示内脏（主要指心脏）坚实；髑髁小而薄，色泽枯滞，偏斜不正，提示内脏脆弱。

(9) 腋下结核：腋下结核如卵，皮色不变，俗称痰核，多因肝气痰浊凝滞而成。

2. 望虚里诊病

(1) 虚里动弱：虚里搏动微而不见，为不及，主宗气内虚。若虚里搏动微弱，见于久泄或大吐之后，伴面黄呃逆，食谷不下，为胃气将竭之兆；虚里搏动欲绝，见于久咳喘嗽后期，兼见喘息气微，而色青灰，张口抬息，心悸脉微，为宗气欲绝之征；虚里绝而不至，见于怔忡心悸喘息之后，伴见面青唇紫、冷汗淋漓、气短息促者，为心气将竭之恶候；若虚里搏动三四至而一止，则主内有痰滞。虚里搏动停止，为临床死亡之标志。

(2) 虚里动甚：虚里搏动明显，动而应衣，是为太过，称为虚里大动，常见于高热喘咳、心悸怔忡、水肿等病。具体而言，虚里动甚，症见高热、喘咳、心悸、气急、鼻煽，为邪热壅肺、心气被耗、心力亢奋；如高热腹胀、便秘谵妄、胸高气粗、虚里动甚，则为阳明火炽、邪扰心舍致心气外逸；如血虚或心神过劳，致心悸、惊惕不安，虚里动甚，则为血虚心失养，心气不敛；如虚里动甚，见面色晄白、形寒肢冷、唇青甲紫、冷汗淋漓、气短息促、脉疾数面散乱，或伴心痛，则为心阳暴脱、心气欲绝之险证。此外，虚里搏动位置过高，多为先天性损害。

(3) 虚里悸动：虚里悸动，按之应手，动而不紧，缓而不急，是宗气积于胸中，为无病之征。按之动气过盛，范围过大，为心气亏损；按之搏动减弱，为心包络病，或肺气亏虚；按之其动微而不显，或跳动甚剧，喘气急促，兼有断绝之象，为宗气内虚，病情危重之象；若按之动甚仅一时不动，不久即恢复原状者，常见于惊恐愤怒，或大醉狂奔之后；按之跳动无力，不相接续，为血行不畅；按之动而涩滞不利，是心脉郁滞之象；

按之其动已绝，其它各处脉也停止搏动者，是为死证。

(4) 虚里疼痛：虚里出现疼痛，无论是何种性质的疼痛，包括刺痛、压痛、锥痛、钝痛等，皆为不吉之兆。虚里隐隐作痛，伴面色萎黄、乏力、心悸等症，为血虚心失荣养作痛；如虚里刺痛，兼胸闷气憋，舌质紫暗有瘀斑，脉涩不利，为心血瘀阻之象；如虚里疼痛如锥，见面色苍白，冷汗淋漓，气短心悸，脉微欲绝，为心络暴阻、心阳欲脱之症；如心胸憋闷，气短乏力，虚里隐隐作痛，则为心气不足之兆。

3. 望乳房诊病

(1) 乳房形态：女子乳房增大，乳头周围颜色加深，范围增宽，呈对称性改变，为妊娠的征象；女子乳房瘪小，为气血虚损；乳房松弛下垂，多为肝木克土，胃虚血燥，乳房失于摄养所致。

(2) 乳头形态：女子乳头黧黑，为早孕的表现；乳头凹陷，多属气虚下陷，也可见于少数哺乳期妇女；乳头红肿、皲裂，多为肝火上扰；乳头皲裂伴泌乳色赤，多为肝火炽盛，热灼血络所致。

(3) 乳房肿溃：乳房部结块、肿胀疼痛，溃后脓出稠厚，称为乳痈。若妇女哺乳期内，乳房硬块，肿胀疼痛，乳汁不畅，寒热头痛，称为外吹乳痈。多因婴儿吮乳吹气，乳络壅滞；或乳多婴儿少吃，乳汁积滞所致。经过2~3日后，热退痛减，为消散之象；若热不退，肿块增大，焮红疼痛加剧，势将化脓。待持续10日左右，硬块中央渐软，按之应指，为脓已成熟。溃后一般肿消痛减，逐渐向愈；若脓流不畅，肿势不消，疼痛不减，身热不退，为脓液波及其它乳络，致成传囊之变。

妇女怀孕6~7个月时，初起乳房结块肿痛，皮色不变，日后逐渐转红，化脓而溃，称为内吹乳痈。多因胎气旺盛，胃热壅滞，以致结肿成痈。

男子发生乳痈，多因胃火炽盛、壅于乳房而致；初生婴儿患乳痈，多由胎热蕴结、加之挤伤染毒而成。

(4) 乳房湿烂：初起乳房焮红漫肿疼痛，毛孔深陷，恶寒发热，2~3天后皮肤湿烂，随即皮肤变成焦黑，皮肉广泛溃烂、坏死，称为乳发，又称脆壳乳痈。本病来势较凶，易出现热毒内攻。多因火毒外侵，或肝胃湿热结滞于乳房肌肤之间所致。

(5) 乳房溃孔：初起乳房结块，坚硬微痛，皮色少变，渐渐肿大，疼痛加剧，身热不退，1月左右脓成溃破，流出黄色脓液，先稠后薄，溃孔较深，称为乳疽。多由肝气郁结，胃热蕴蒸，以致气血凝滞而成。

(6) 乳房结核：乳房结块如梅李，不痛，边界不清，皮肉相连，肿块化脓溃后脓出稀薄，疮口不易收敛，病程缓慢，称为乳癆，或称乳痰。多由素体肺肾阴虚，肝气郁滞，痰浊凝结而成；或继发于肺癆、瘰疬之后。

(7) 乳房漏管：乳房化脓性疾患溃脓后经久不敛，形成漏管，多发生于乳房部和乳晕部，称为乳漏或乳痿。发生于乳房部者，多因乳痈、乳发、乳疽疮口过大过深，脓毒旁窜，伤及乳络而成；或由于体虚乳癆，失于调养，溃久难敛而成漏。发生于乳晕部者，多因乳晕部脂瘤后遗所致。

(8) 乳房肿块：妇女乳房有形状大小不一的肿块，疼痛，与月经周期相关，皮色不变。边缘清楚，表面光滑，活动度大，与皮肤不粘连，称为乳癖，或称乳粟。多因情志内伤，冲任失调，痰瘀凝结所致。

乳晕部一侧或二侧产生扁圆形，约如棋子大小的肿块，质地稍硬，触之疼痛，称为乳疔。多发生于女子月经将行的青春发育期，也可见于男性和儿童。多因肾气不足，冲任失调，肝失所养，气滞痰凝所致。

若乳房部结块，质地坚硬，高低不平，皮肉与肿块相连，推之不移，不痛不痒，不红不热，逐渐长大，病久肿块溃烂，脓血污秽恶臭，疼痛日增，称为乳岩或乳癌。多因情志内伤，冲任失调，气滞痰瘀互结而成。

(9) 乳晕疮肿：乳晕部生疮肿，糜烂结痂，经年不愈，或腐去半截乳头，状如莲蓬，痛楚难忍，称为乳疔。多因肝郁化火，湿热蕴结所致。

(10) 乳房湿疹：乳头、乳晕部出现群集的小丘疹、疱疹，基底潮红，间有渗出、糜烂，称为乳头湿疹。多因肝经湿热，或脾胃虚弱，血虚风燥所致。

(11) 乳头破碎：乳头或乳颈部破碎，或乳晕裂开，痛如刀割，措之出血，或流黄色粘液，哺乳痛甚，称为乳头风。多因小儿生牙时吮乳咬破，或乳头内缩、被小儿强吸，或乳汁过多流溢、浸润湿烂等诱因，以致肝火不能疏泄，或阳明湿热蕴结而成。

(12) 乳晕孕征：妇女停经，乳房膨胀，乳头起晕而呈褐色，为怀孕的征象。晕大3分，为胎有3月；晕大5分，为胎有5月；余类推。晕至寸许，正圆不偏，为胎足10月。

(13) 乳窍出血：乳窍溢出血性液体，乳晕部可摸及活动的质软、不痛肿块，称为乳衄。多因肝脾两伤，肝经火郁，脾失统血所致。

(14) 溢乳：妇女产后乳汁分泌过多而自溢，称为乳溢，为经血盛而津液有余所致；孕妇乳汁自出，则为气血虚弱不能收摄所致；非哺乳期妇女泌乳汁，色带血丝味臭，则为胃热壅滞，肝气郁结，瘀血阻络所致；乳汁不断自行漏出，量少质浓，两乳胀硬疼痛，精神郁闷，性急易怒，为肝郁气滞所致；乳汁终日自漏，量少质稀，乳房柔软无胀满感，而色苍白，心慌气短，为气虚不摄所致。

(15) 少乳及无乳：妇女产后少乳或无乳，多因产后气血亏虚，乳汁化源不足；或产后脾胃虚弱，脾失健运，不能化生水谷精微；或肝郁气滞，气血运行不畅，乳汁壅滞不利所致。

十四、腹诊法

(一) 察腹诊病的原理

中医学认为，腹部为阴海，内纳五脏六腑。《灵枢·胀论》曰：“脏腑之在胸胁腹里之内也。”俞根初之《通俗伤寒论》曰：“胸腹为五脏六腑之宫城，阴阳气血之发源”。日·吉益东洞曰：“腹者，生之本，百病皆根于此。”说明腹部是人体之外廓，是保护脏腑进行正常生理活动的坚强护卫，为水谷之乡，气血津液生化之源和输布气血津液营养全身的重要枢纽，生命之根本，且又是全身经气最集中的部位，故腹可谓全身之阴府，五脏六腑之宫城。根据《内经》“有诸内，必形诸外”的原理，胸腹之形色能反应脏腑、经络、气血的生理病理变化，因而有诊断疾病的重要价值。

从经络循行来看，任脉、冲脉、足少阴肾经、足厥阴肝经、足太阴脾经、足阳明胃经、阴维脉、阴跷脉、带脉等经脉主要循行于腹。另外，手太阴肺经“起于中焦，下络大肠”；手阳明大肠经“下膈，属大肠”；手少阴心经“出属心系，下膈络小肠”；手厥阴心包经“下膈，历络三焦”；手少阳三焦经“下膈，循属三焦”；足少阳胆经“贯膈，络肝，属胆”。这些经络又皆起于腹和止于腹，即十二经脉中除足太阳膀胱经外都和腹有直

接联系，奇经八脉中除督脉及阴跷、阳维脉之外，也都和腹有直接联系。因此，腹部为全身经脉走循最多、穴位分布极密的部分。故诊察腹部可了解上述经脉及其相应脏腑的病变情况。

由于腹部内藏有脾胃、肾等重要脏器，脾胃为后天之本，气血生化之源；肾为先天之本，内藏真阴真阳，又受五脏六腑之精而藏之，为生命之精气的根本，故腹部是脏腑阴阳气血汇聚之地。又由于腹为阴，手足三阴经及任脉皆循于腹，故腹部为阴脉之海，主候阴气的盛衰。当人体脏腑发生病变以致阴阳之平衡被打破时，即可反映于腹。

此外，腹部经穴密布，腹部之十二募穴内通五脏六腑，为窥视脏腑之孔道。更由于腹部还有神阙、气海等要穴，为观察内脏，尤为候脾胃冲任之要地。因此，腹部是窥视人体内脏的一个重要哨所。故《灵枢·胀论》曰：“胸腹脏腑之廓也。”再者，由于腹部募穴通过内气与背俞穴相通应，因此在诊断方面，二者必须互参，所谓“审募而察俞，察俞面诊募”是也，于此有利于增加诊断的准确性。

（二）观腹诊病的临床运用

1. 望腹部色泽

（1）腹皮色赤：主热证，包括实热与虚热。局部皮肤焮红者，为疮疡或内痈，全身皮色如常，惟独腹皮变赤，按之退色，放手则色赤如故，为火热之邪壅聚于腹部的征象，常因胃肠溃破引起，常伴有剧烈的腹痛，腹皮按之疼痛，放手时疼痛更甚。

（2）腹皮色黄者，主黄疸或虫积；麻疹出面忽隐，腹皮色白者，为正气不足；腹皮色白，又主虚证、寒证；色青者，主寒证、痛证及惊风；色黑者，主寒证、痛证、劳伤及瘀血；外感时邪，腹皮卒然青黑者，为危证。

2. 望腹部形态

（1）腹部凹陷，腹壁松弛者，多为虚证。如上腹部及右季肋部出现局限性凹陷，多见胃脘胀痛，为胃、十二指肠穿孔的早期征象。若整个腹壁瘦薄，腹皮甲错，腹皮以脐腹为中心下陷于里呈舟状者，称为舟状腹，严重者深凹着背，脐周搏动明显可见。多见于严重消瘦，伤津脱液，脏腑精气极度耗竭的患者，如霍乱、泄泻、痢疾等。

（2）腹部胀满，隆起，腹壁紧急者，多为实证。腹皮紧急光亮，抚之大热者，为内痈重症；腹皮因胀满或腹水而致腹大无纹者，为危证；腹膨满见于腹胀，未满心窝者病尚轻，已满心窝者病重。麻疹见腹胀满者，为逆证。

（3）臌胀：又称单腹胀，以腹部胀大，皮色苍黄，甚则腹部青筋暴露，四肢不肿或微肿为特征，乃由气、水、血积于腹内所致。如病人平卧时腹部高于胸部，坐位及站立时腹部突出于身前，按之柔软无凹痕，叩之如鼓，无波动感者，为气臌，多因气结所致。如腹部坚满，皮色光亮，平卧如蛙腹，按之如囊裹水，腹壁有凹痕，叩之音浊，摇动有水声，有波动感者，为水臌，多因水聚所致。如见腹上青筋暴露，面颊、颈胸部出现红缕赤痕，是以血瘀为主。本病腹部未见青筋者，虽胀易治；青筋暴露，腹臌胀者，难治。

（4）疝气：表现为直立时或用力后，腹壁呈半球状隆起，平卧后可回纳腹腔者。多因寒滞肝经，或气虚升提无力，气滞腑气不通所致。发生于脐部的称为脐疝，多见于小儿，啼哭时尤甚；出现于腹部正中线上的称为腹壁疝；位于腹股沟中部的称为股疝，多见于女性；发生于髂窝部的称为腹股沟疝等。一般有轻度胀痛感，如平卧不得回纳者，可产生剧烈绞痛。

(5) 疤痕：腹部疤痕多为外伤、手术或皮肤疮疡愈后的遗迹，特别是手术疤痕，对诊断很有帮助，应仔细询问，以便了解过去所患的疾病。

(6) 腹纹变异：妇女怀孕后，在下腹壁丰满处多出现纵行条纹，色淡蓝或粉红，产后可转为银白色而长期存在，称为妊娠纹。乃怀孕之后，血养胎儿，冲任失养所致。另外，臃胀、腹水及较久之积聚症患者亦可出现紫色的腹部纹，但多伴有大腿上部和臀部紫色纹及其它体征。

(7) 腹筋怒张：指腹部出现青紫色的脉络怒张，多见于久病体羸、血瘀气滞之证。如果出现以脐为中心向上、下走行的青筋怒张，其血流方向正常，此为经脉不畅，气滞血瘀于脉中，病情相对较轻；若出现以脐为中心向上、向下、向左、向右走行的腹壁青筋怒张，血流以脐为中心呈放射状走行者，常伴见蟹爪纹和血丝缕，多因经脉阻塞，血流不畅，血液瘀滞所致，病情较重，见于单臃胀患者。

(8) 腹上凹陷而下部凸出呈袋状，多是内脏下垂（胃下垂），为中气不足所致；腹部大而均衡凸出，皮肤有厚的皱褶，肚脐深陷，是肥胖的特征。

(9) 腹中蠕动：腹部见到明显蠕动者，多为脏腑功能紊乱，属于病态。若蠕动见于胃脘部分，由左肋下近处开始，缓慢地向脐的右上方移动，形成宽大的波形，一起一伏，周而复始者，为病在胃，多为胃下口狭窄梗塞，水谷难通，可使人食入即吐，大便燥结状如羊矢，形容枯槁。若蠕动见于脐周，其形近乎平行排列，此起彼伏，状如索条而或粗或细，腹部隆起者，为病在肠，多为肠中梗塞不通，常并见呕吐不已、大便矢气尽无、腹中剧痛等症。

(10) 腹部皮肤出现斑疹，多见于急性热病患者，或由风邪、湿热之毒侵犯肌肤所致。

十五、脐诊法

（一）望脐诊病的原理

1. 脐是人体阴阳交会之处 脐，位于大腹中央，居人体一身之正中，《东医宝鉴》说：“脐者齐也，身之半，正谓脐中也”。这就是说脐是人体上下左右交会的中心，在正常情况下，脐部的阴阳处于平衡状态，即阴平阳秘；而当机体发生病理变化，使阴阳处于失衡状态时，即可反映于脐部。

2. 脐与肾命、脾胃关系密切 肚脐又称丹田，《诊病奇核》说：“脐者，元气之所系，十二经之根本”及“脐下丹田，真气之所聚。”人生元气源于肾及命门，藏之于丹田，故张景岳说：“命门者，下丹田，精气出入之处”，“先天真一炁藏于此”，“一点真灵之气聚于脐下。”说明脐与源于命门的元气有密切关系。又丹田位于人体的中焦，中焦属脾胃所主，脾胃为后天之本，人体出生后各组织器官能否正常地生长发育与后天水谷精微的是否充盛有密切的关系，所以脐的变化能够反映肾、脾胃及其它脏腑的病理变化。这也是练气功时为何强调意守丹田（脐）来达到锻炼身体、增强体质的原因之一。

3. 脐与全身经络关系密切 肚脐又名神阙，《厘正按摩要术》说：“脐通五脏，真神往来之门户也，故曰神阙。”“是神气之穴，保生之根。”神阙为任脉之要穴，后与督脉之命门相应。任督二脉，一为阴经之海，总领诸阴；一为阳经之海，总督诸阳，互为表里，统属全身诸经百脉。脐又为冲脉循行之域，冲脉乃经脉之海，且任、督、冲“同源而三歧”，三脉经气相通。更由于奇经纵横，串于十二经脉之间，具有溢蓄经脉气血的作用。可见脐联系于全身经脉，通过各经气的循行，交通于五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮

肉筋膜等，无处不到。在正常情况下，任督经气相通，阴阳相济，调节各脏腑的正常生理活动。若各部气血阴阳发生病理改变，即可表现于脐。

4. 肚脐是人生命的根蒂 人体胎儿时期均是通过脐带来获取母体内的各种营养，以维系各脏腑组织的正常生长发育。因此，人体出生前各组织器官发育是否完善与经过肚脐而进入体内气血的多少有密切关系，而人体先天的充足又有利于后天的发育。所以，肚脐又有“命蒂”之称，即生命之根蒂。因而肚脐的状况应该可以反映机体，尤其是肾气的生理病理变化情况。

因此，观察肚脐的变化，能测知人体脏腑经络的盛衰情况，可以作为临床辨证和确定诊断的重要依据。

（二）脐诊的临床运用

1. 脐色 脐色眇白无光泽，反映肺气虚、心阳不足或血虚，常与脐下陷、腹凉并见；脐色红赤，甚至有疮疖，提示心火重，热毒内蕴，或心火下移小肠，热积腹中，或腑气不通，阳明热毒内蕴，毒溢于脐；脐色黑为肾阳式微、命火败绝的凶讯，亦为暴病将卒和久病生机将绝之征兆，临证险恶；脐色发黄，并有油性分泌物渗出，发痒，为湿热蕴积脾胃或肝胆湿热之兆，常因感受湿热外邪或过食肥甘酒肉内生湿热所致；脐色发青或青蓝，为内有寒积，水饮或风寒内伏中州，或为痛证；脐色发紫，色泽晦枯，或见瘀斑，为内有瘀积之象，腹腔癥积和盆腔肿瘤尤可反映于脐；脐边青黑，脐突腹紧，角弓反张者，为脐风险证，因断脐时感染风毒所致。

2. 脐相 脐为元气之候，对预测寿夭有一定的意义。若脐深，脐环圆整，轮廓宽宇，肌肉厚实，色泽明润，脐底光滑红润，脐之根蒂居中，牢实挺拔，推之不移，为神气内守、元气充盛之相，主寿；反之，如脐浅，脐环不圆，轮薄廓狭，脐肉薄，根蒂应手虚软如泥，色泽枯夭，或苍白显露青筋，甚至呈晦滞色，为神气不充、元气虚弱之相，主夭。故《诊病奇核》说：“人之寿夭，相脐可知也”。

3. 脐形 日本医者研究发现，从肚脐的形状可以了解人的健康情况。如肚脐呈圆形，看上去结实、丰满，表明精力充沛，身体健康；肚脐呈倒三角形（▽）者，多为脾虚，中气不足，易患脏器下垂和慢性、虚性疾病，如腹痛、胃脘痛、妇科疾病等；肚脐呈正三角形（△），或离开腹壁正中line而偏移于右侧者，易患胁痛、胃脘痛等肝气不舒、肝气犯胃等肝胃不和之证，肚脐偏移于左侧者，易患脾胃虚弱，消化不良，便秘等症；肚脐浅小者，表明体质较弱，气血亏虚。

4. 脐突 肚脐突出，称为脐突。若小儿初生，肚脐突出而红赤肿大者，称积热脐突，乃小儿在胞胎之中受热，热蕴腹中，冲入脐中所致；若小儿初生旬日后，肚脐忽然肿胀，不红赤者，称寒湿脐突，系婴儿着凉受寒，寒湿之邪侵袭脾胃，气机阻滞，郁于脐中而成。

脐部呈半球状或囊状突起，虚大光浮，大如胡桃，以指按之，肿物可以推回腹内，但当啼哭叫闹时又复胀突，称为脐疝，乃因婴儿腹壁肌肉嫩薄松弛，小肠脂膜突入脐中所致。

腹部胀大，肚脐突出，见于臌胀病人，多因湿热蕴结，或寒湿困脾所致；腹胀脐突，按之坚硬，大便硬结者，多属阳明腑实证，为肠中有燥屎所致。

危重病人亦可见脐突。肿胀病人发现脐突，为危证之一，乃脾肾俱败，不治；喘胀

病人出现脐突为险候，预兆肺肾之气将绝；哮喘出现脐突发黑，多为心阳欲绝之预兆；脐部溃烂坚硬，固定而突出者，多为癌症。当剧烈咳嗽及闭气胀腹时，肚脐亦可突出，不属病态；如发生脐疝，则属病态。

5. 脐陷 即肚脐深凹。多见于体质虚弱及慢性虚性病者，如泄泻、癌症病后期等，或久泄元气将脱及暴吐之后。而脐突然内陷为正虚邪闭之凶兆，多见于小儿温疫染身，毒邪内逼之证。

6. 脐上移 脐位上移，超越中线，为气逆气滞的反应，临床上为肺胃之气上逆或肝气升发太过或肝郁气滞之象。

7. 脐下移 脐位下移，下落中线，为肾虚中气不足的表现，多兼见腹壁松弛虚软，常提示内脏下垂。

8. 脐肿、脐痛和脐漏 婴儿脐肿如粟、如葡萄，疼痛而软者，称为脐肿，多因风湿侵袭所致。脐部微痛微肿，渐渐高突，或肿大如茄，皮色或红或白，触之痛剧，此为脐痛，多因局部不卫生，感染邪毒所致。一般溃后脓出稠厚而无臭味者为顺，容易收口；若溃后脓出臭秽，甚或夹有粪汁，可致久不收口，内生窦管，脐孔部赘肉高突，脐孔正中下方有条索状硬结，此为脐漏或肠漏形成，又称漏脐疮。脐中时出黄色粘液，不痛而痒者，多属脾胃湿热脐漏；脐中脓水清稀，不痛不痒者，多属气血俱虚脐漏；脐漏日久不愈，或热毒感染而成脓漏者，可引起抽风而死亡，因此临床应及早治疗。

9. 脐湿 脐带脱落以后，脐中湿润久而不干，或微红肿突者，称脐湿，乃脐部为水湿或尿湿浸渍，感染秽毒所致。如不及时处理，可转成脐疮或脐痛。

10. 脐中分泌物 脐凹内出现粘液样分泌物者，多为感受湿热所致；出现水样分泌物且具有尿臊味者，多为先天发育畸形，脐尿管未闭所致。

11. 脐衄 指肚脐出血，可因断脐时结扎不善所致；若婴儿出生后第1周，脐带脱落前后脐部有血渗出者，多因胎热内盛，迫血妄行所致；肚脐时有渗血者，乃因肾水素亏，或肝肾阴虚，致肾火偏亢，阴虚内热所致。

12. 肚脐周围脉络扭曲、扩张，或细络密聚，兼脐突腹胀者，多为肝脾血瘀，常见于臌胀病患者。

13. 脐下悸动 脐下筑筑跳动，多责之于肾气亏虚，冲脉为病。如脐下跳动，口吐涎沫，小便不利，多由素体阳虚，或汗出多而伤阳，阳虚不能制水，水蓄下焦而悸动；如脐下跳动，连及脐部，伴有气喘、时太息者，为肾不纳气脐下悸动，多由肾水素亏，气不摄纳，鼓动于下；或为表证妄汗妄下，气血大亏，以致肾气不纳，动于下焦而成。

十六、鱼际络脉诊法

鱼际络脉诊法是观察手拇指本节后内侧肌肉丰满处浅表络脉的色泽变化以诊察病情的方法。本法始载于《灵枢·经脉》：“凡诊络脉，脉色青则寒且痛，赤则有热。胃中寒，手鱼际之络多青矣；胃中有热，鱼际络赤；其暴黑者，久留痹也；其有赤、有黑、有青者，寒热色也；其青短者，少气也。”可见诊鱼际络脉，不但要看色泽，还要看长短和变化的快慢。此法后世医家主要用于小儿疾病的诊断，如唐代孙思邈用于观察小儿痫病。《千金要方·小儿妇孺方》惊痫候病法说：“手白肉鱼际脉黑者是痫候；鱼际脉赤者热；脉青大者寒；细者平也。”即是把鱼际脉黑作为惊痫发作的一种预兆来认识的。《四诊抉微·诊血脉》对望鱼际络脉总结说：“多赤多热，多青多痛，多黑久痹，赤黑青色，多

见寒热”。由于望鱼际络脉，显而易见，比较方便，因而在小儿疾病的诊断中尤为重要。

鱼际属手太阴肺经之部，在小儿推拿中，则属脾胃。其诊病原理与切脉独取寸口的原理是一致的。又因肺经起于中焦，与脾胃关系密切，而鱼际络脉中的气血，是以脾胃为化源，胃气上至于手太阴肺，才能布施全身，所以望鱼际络脉还可以候胃气及诊察胃中之寒热。

一般而言，临床上见鱼际络脉色青，多属寒、属痛，是因寒而血脉凝涩，或因痛而络脉郁滞不通的表现；鱼际络脉色赤，多属里热证，是因热而络脉扩张，气血充盈所致；鱼际络脉色黑，多属血络郁闭，或痹病日久，属病重；如果大小鱼际及指端腹面肤色鲜红，皮肤变薄，压之褪色，则称为朱砂掌，多见于肝郁血瘀病人。

十七、弹踝诊法

弹踝诊法是古代医家用于判断疾病预后的一种诊断方法，最早见于《素问·三部九候论》，但由于原文有错简，历来注家解释不一。近代在敦煌石窟中发现的古医经残卷（希伯和编号 3287 卷）对此有比较全面的论述，并附有注文，有助于理解。它说：“以左手去内踝上五寸，指微按之，以右手指当踝上微而弹之，其脉中气动应过五寸以上，需需然不病也（需需者，来有力）；其气来疾，手中恹恹然者病也（恹恹者，来无力也）；其气来徐徐，上不能至五寸，弹之不应手者死也（徐徐者，似有似无也）；其肌肉身充，气不去来者亦死（气不去来者，弹之似无）。”目前认为，古代医家所观察的是浮露于内踝及小腿内侧的皮下络脉，这段络脉即是大隐静脉的一部分。

大隐静脉起于足背静脉网，在内踝前沿小腿内侧上行，并逐渐转向前方，最后穿卵圆孔汇入股静脉。大隐静脉具有较多的交通枝和静脉瓣，能引导表浅静脉中的血液流入深静脉；反之，如果表浅静脉曲张，交通支和静脉瓣失去作用，深静脉的血液也可流向浅静脉。古代医家可能利用了大隐静脉这一特点来观察静脉血液回流状态以诊断疾病、判断预后的。

其观察方法，是以左手拇指按压内踝上五寸处浮露的大隐静脉上，阻断静脉血液回流，然后以右手拇指沿静脉壁向下轻推至内踝上，将静脉内的血液驱回足部；再放开右手拇指，观察血液回流充盈的速度和状态。

弹踝诊法的临床意义可归纳如下：

（1）静脉充盈即所谓“脉中气动”或“其气来”，可达内踝上五寸所按处，且速度较快者为正常。

（2）静脉充盈甚快，甚至曲张隆起，即所谓“恹恹然”者为有病，如下肢静脉曲张、髂股静脉血栓形成、妊娠子宫、盆腔肿瘤等使下肢静脉内压增高者均可出现这种体征。

（3）静脉充盈甚慢，似有似无，达不到内踝上五寸指按处，且用指弹也不能改善者，有死亡的危险。

（4）静脉塌陷，来去均无血液充盈者，也有死亡的危险。

以上（3）、（4）两种情况可见于休克病人，由于微循环衰竭，血流缓慢，血压明显下降，脉压差进一步缩小，尿量减少甚至无尿，静脉回流量减少，中心静脉压降低，以致末梢静脉空虚塌陷，确实是危候。祖国医学在 2000 多年前就能用观察络脉的充盈状态来判断疾病的预后，确实是难能可贵的。

十八、甲诊法

(一) 望甲诊病的原理

甲诊法是根据指(趾)甲的色泽、形态等的变化以诊断疾病的一种方法。其诊病理主要有以下三方面:

1. 爪甲与肝关系密切 爪甲为手指与足趾的覆盖,是筋的延伸,五脏之中,爪甲与肝的关系最大,为肝胆之外候。如《素问·五脏生成论》曰:“肝之合筋也,其荣爪也。”《素问·六节脏象论》说:“肝者……其华在爪,其充在筋,以生血气。”《灵枢·本脏》说:“肝应爪,爪厚色黄者,胆厚;爪薄色红者,胆薄;爪坚色青者,胆急;爪濡色赤者,胆缓;爪直色白无纹者,胆直;爪恶色黑多纹者,胆结。”说明爪甲为筋之余,筋为肝之血气所生,爪甲的营养来源于肝,肝胆之病变与筋的虚实情况,可以从爪甲的变化反应出来。

2. 爪甲与肺、心等其它脏器亦有密切关系 《灵枢·经脉》曰:“手太阴气绝……气不荣则皮毛焦,皮毛焦则津液去皮节,津液去皮节者则爪枯毛折。”《素问·五脏生成》说:“肝之合筋也,其荣爪也,其合肺也……指受血而能摄。”说明爪甲的荣润,需秉承肺气,荣贯血脉。若肺气衰,血脉不利,则爪甲枯。《灵枢·心痹》说:“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。”并指出,临床出现唇口青紫,指甲青紫,为真心痛之急候。现代医学也证实指甲青紫是肺心病的危重表现。《诸病源候论》说:“手足爪甲皮剥起,谓之逆。风邪入于腠理,气血不和故也。”俞根初《通俗伤寒论》更指出:“白而消瘦,爪甲鲜赤,气虚有火也;白而天然不泽,爪甲色淡,肺胃虚寒也;白而微青,或臂多青脉,气虚不能统血也;若爪甲色青,则为阴寒之证也。”以上说明,爪甲与人体内在脏腑、气血的盛衰密切关联,甲相是脏腑气血功能状态的外露。

3. 爪甲是十二经脉起止交结的枢纽 爪甲虽是入体四肢的末端,为皮部之附庸,《灵枢·卫气失常》说:“皮之部,输于四末。”但爪甲在经络系统中却有着重要的作用,是十二经脉起止交结的枢纽,手足三阳经与手足三阴经皆于甲床处相交以沟通表里之气,因此甲床上分布有丰富的经络网,气血极为充盈,是洞察经络及其相应脏腑癥结的良好窗口。

(二) 望甲诊病的临床运用

甲诊法的临床运用,主要体现在望爪甲色泽和观爪甲形态改变两个方面:

1. 望爪甲色泽变化

(1) 白色:指甲软萎皓白,压之白而无华,多是元气亏损,肝血不荣。一般色苍白者为虚寒,多因脾肾阳衰;色淡白者,多为血虚或气血两虚。

(2) 红色:爪甲红赤多主热,一般为气分有热;若色鲜红,则多为血分有热;若红而见紫或色绛,为风热毒盛,邪犯心经,或为痹证、历节风等;红紫且暗或紫绀者,为死血瘀滞,见于久痹,或为痰火风热阻于胸肺,气血郁闭。但爪甲色红见于饮酒、洗澡之后,为正常现象。

(3) 黄色:爪甲色黄,多为黄疸。若黄如被柏汁所染,为湿热熏蒸所致,多为肝胆疾患。其色以鲜明者为顺,黄而暗滞者多凶。若甲板色黄,边缘为黑色,伴有腹胀便溏、乏力气短、饮食无味、面目及肢体浮肿等,称为黄甲综合征,多因脾气不足、饮食失节或偏嗜五味,以致脾胃中气受损所致。若指甲表面呈现晦黄色,而无其它黄疸症,多见于呕血、血漏等慢性疾患而呈脾肾两虚者。另外,临床所见肝癌、胃癌、子宫癌等癌症

患者，其指甲表面必现晦黄色。

(4) 青色：表现为爪甲青紫，失去光泽。爪甲色青，多为寒证。青色近乎蓝，实证见蓝色甲，多属瘀血，或为心血瘀阻；虚证见蓝色或青紫，多属恶候；若病久而见爪青，手足亦青者，是为肝绝，其预后不良；甲色青紫，多为邪热重等，气血郁滞。

(5) 黑色：表现为爪甲出现带状黑色或全甲变黑色或黑褐色，压之不退。爪甲乌黑者，主瘀血而痛，或死血内凝；若黑而枯槁，多为凶候；若发生于久病之后，多属肾绝之象；若甲黑而伴见肢厥呕逆、颜面乌青，其病凶险；小儿爪甲青黑，忽作雅声，为肝绝；若因局部外伤挤压所致，必是瘀血，并非死证。

2. 望爪甲形态改变

(1) 干枯甲：爪甲干枯多主肝热；或为心阴不足，肝血亏虚，血运不畅。爪甲干枯常属凶候。另有一种“鱼鳞甲”，爪甲干枯如鱼之鳞，多为肾气衰竭，或脾失健运，气化不利，水液滞留所致。

宋孟斋在《河北中医》1984年第2期上报道，爪甲干枯脱落与十二指肠球部溃疡有关。曾遇一辨证为肝气犯胃的十二指肠球部溃疡患者，症状严重发作时，双足大脚趾甲内侧颜色发生改变，趾甲增厚干枯，用手一剥一块块脱落，但无疼痛不适，爪甲干枯无光。每逢冬春发病时都有类似的爪甲荣枯改变。溃疡病缓解后，爪甲亦恢复正常。故认为爪甲的荣枯变化，可作为溃疡病发作之先兆。

(2) 萎缩甲：甲体萎缩，状如初生虫翘。多属心阴虚损，血行障碍；或为痲风大毒所致。若见于先天性甲发育不良症，则多因先天禀赋不足，精血亏损，甲失润养而成。

(3) 剥离甲：甲板与甲床逐渐分离，如剥竹笋状，故又称竹笋甲。初起指甲游离缘处发白变空，后向甲根部逐渐蔓延，呈灰白色，无光泽，变软薄，多发于手指，单发或多发。多由失血过多，营血亏损；或素体肝血不足，肝经血燥，气血不济，阴阳失调，气机不畅，以致爪甲失于荣润。常见于各种出血、营养不良等致的贫血。

(4) 脱落甲：指（趾）甲自行脱落，多因患脱疽、痲风、蛇疗等病所致。排除外科疾患的病后致脱，不再复生者为危候，提示命门火衰，身体虚弱至极而难以恢复。

(5) 脆裂甲：甲板不坚，失去韧性，易于断裂，且呈层状分离的，称脆裂甲。如从中央裂成两片的，称纵裂甲。多因血行障碍，或血虚风燥，不能荣润爪甲，以致质脆易裂。

(6) 软薄甲：生理的软或薄，甲不失其坚韧之性。病态的软薄，爪甲失去韧性，失去其保护功能，甲下色淡，半月不整，甲皱亦不整齐。此多因气弱血亏，血行障碍，以致阴精不布，爪甲失养，提示易患出血症和钙质缺乏症，或因患痲风、久痹所致。

(7) 粗厚甲：指（趾）甲远端或侧端日渐增厚，甲体表面失去光泽，呈灰白色，表面高低不平，质粗增厚，变脆枯槁，呈粉状蛀蚀或缺损，甲板下生污黄色斑，常伴有足丫霉菌感染，此见于鹅爪风或甲癣患者，多因气虚血燥而受风，以致爪甲失于荣养而枯厚，亦有水湿浸渍或湿毒外侵，阻遏气血所致的。

(8) 钩状甲：甲板向指端曲屈，中间隆起呈山尖状，甚则形如鹰爪，其甲面粗糙不平，呈黑色、灰黑色或黑绿色，不透明，无光泽。多有外伤诱因，或属先天禀赋而得，但总因气郁血瘀，阻滞络脉，不能濡养爪甲而致。常见于风痹、筋挛患者。

(9) 勺形甲：又称反甲。甲板变薄发软，周边卷起，中央凹下，状如小勺。其甲下

色偏苍白，甲皱不整齐，甲面有时出现小白点，多发于手指，少发于足趾。多因气虚血亏，或肝血不足，或脾失健运，营养不良，以致爪甲失养。常见于大病之后；或脾胃素虚，身体羸弱；或患癥瘕、积聚以及久痹之人。

(10) 横沟甲：甲板表面上出现凹陷之横沟，多少不等，使甲表面凹凸不平，甲面透明度降低。多因邪热肺燥，气津不布，或肝气郁结，或气虚血瘀，以致爪甲失养。常提示肝功能异常，伴甲下瘀血者多为外伤。

(11) 嵯棱甲：由甲根向远端起纵行嵯棱，数目多少不等，往往平行，形成纵沟，使表面凹凸不平，又称纵沟甲。多因肝肾不足，肝阳上元，或气血双亏，或甲床损伤，以致阴阳失调，气血失和所致。

(12) 扁平甲：甲板逐渐变为扁平，表面不平，有交叉纹理，呈网球拍状，远端宽而扁，指节变短，甲沟肿胀。多发于婴幼儿，往往因吸吮或咬指甲等不良习惯，致气血不能循行畅达，指甲失养而变扁平。

(13) 凸甲：甲面中央明显凸起高于四周，甲远端部下垂，似贝壳或倒覆的汤匙，对光观察甲面上有凹点，甲色及甲下色偏白，半月（甲印）色偏粉红。多与阴虚火旺有关，提示易患癆病。

(14) 凹甲：甲面中央凹下低于四周，甲面上可见凹点与纵纹，甲下色不均匀。提示肝、肾功能不佳，易于疲劳，精力不充沛，也易患不育症。

(15) 筒状甲：指甲卷曲如筒状，又称为葱管甲。多见于久病体虚之人，或安逸少劳之人。多是气血两虚，机体抵抗力很弱，易患绝症。若以指压甲板，甲床苍白为血虚；松指仍显苍白，兼示气弱。

(16) 柴糠甲：甲面光泽黯淡，且自远端两侧增厚，变脆枯槁，呈黄朽木色，粉状蛀蚀或缺损，表面高低不平。提示循环功能障碍，气血瘀滞，肢端不得荣养而受风湿侵袭。

(17) 扭曲甲：指甲扭曲变形，失去光泽。多因肝气虚，或血不荣筋，以致爪甲失荣。

(18) 球形甲：指甲板增宽，并向指尖弯曲，呈球面，指端粗大如蒜头，故又称蒜头甲。多为气虚血瘀所致。若压之甲下孙络如细丝涌沸，多为气机郁滞，血行瘀阻。常见于咳喘、痰饮、肺痿、劳瘵、心阳虚衰之胸痹以及肝郁之癥瘕积聚。

(19) 瘪螺甲：俗称瘪螺痧。指甲瘪缩，甲床苍白，多因大吐、大泻、大汗，以致气津暴脱；或暴病亡阴之重笃者，津涸液竭，致指甲瘪缩。

(20) 杵状甲：指、趾末端肥大，甲板亦明显向纵、横方向增大，呈凸状膨出，向指、趾尖端包围弯曲。多由气血不能循行畅达，阻于络脉而成。

(21) 癥瘕甲：甲下赘生肿物，顶起甲板，又称甲下赘疣。其疣软者为血瘀，坚者为骨疣，皆气血瘀滞所致。

(22) 胬肉甲：甲皱襞增殖，贯入甲床，胬肉盘根，甲板缺损，为血不循经，赘生胬肉。

(23) 啃缺甲：小儿自咬甲缘，以致缺损，多为疳积或内有虫积。

(24) 云斑甲：指甲的中心部呈现条状或细块状、边缘不整齐的白色云斑。此甲多见于小儿，多提示体内有蛔虫。若云斑大、色浓者，提示蛔虫亦多；反之，云斑小、色稀者，提示蛔虫亦少。

(25) 花甲：在儿童拇指、食指的指甲上，呈点状如大头针头大小、形圆的白色斑，

与指甲红白相间，亦为蛔虫病的征象。白色斑大、色浓、出现的指多者，提示蛔虫亦多；反之，白色斑小、色稀、出现的指少者，提示蛔虫亦少。

(26) 手足逆胪：为甲根皮肤皱裂剥起，俗称倒枪刺。乃因风邪入于腠理，血气不和之故。

(27) 甲沟糜裂：在左侧或右侧的甲沟，呈韭叶状糜样裂开，触之有痛感，可在每一个甲沟出现，此为蛔虫病的征象。无论成人或儿童见此，其临床意义均相同。

(28) 甲印异常：正常甲印（半月）不超过指甲总长度的 1/4，边缘整齐。甲印过大（一般超过甲长的 1/3）者，多为气血旺盛；甲印过小（稍露边缘）或无甲印者，多为气阴不足；甲印边缘不齐者，多为气血不调。

(29) 弧线异常：正常为淡红色，边缘整齐，隐约可见。弧线变明显且宽者，多见于外感风寒、荨麻疹、营卫不和等证。

(30) 指甲孕征：妇女妊娠时，在指甲上呈现指甲孕征，即妇女停经，按压其拇指甲，呈红活鲜润者为孕征，暗滞无华的为月经病。

（三）望爪甲诊断外伤

《福建中医药》1960 年第 5 期发表了林云章的文章，认为验指甲可以辨伤。将指甲下出现星状、片状或块状且按之不散的瘀血斑点，其颜色呈暗红、青紫、黑色或黄色，称为报伤甲征，可以报伤；若甲下斑点按之即散，则为假性甲征，无诊断意义。若伤征在拇指甲，示伤在头部；伤征在食指甲，示伤在“心脏部”（锁骨以下，膈肌以上）；伤征在中指甲，示伤在“心肝部”（膈肌以下，脐以上）；伤征在无名指甲，示伤在“肠腹部”（脐以下，耻骨联合以上）；伤征在小指甲，示伤在“命门部”（耻骨联合以下）。

同时，每一指甲又可分为东、西、南、北、中五个方位，以表明受伤的相应部位。以拇指为例，如报伤甲征在拇指甲正中，示头部正中有伤；在东方（尺侧），示头部左侧上部有伤；在西方（桡侧），示头部右侧上部有伤；其它各指类推。若报伤甲征贯穿任何一指的南（远心端）、北（近心端）、中三个方位，为伤在背脊的相应部位；从东或西方延伸到甲沟，为伤在背部之左侧或右侧。

伤征呈暗红色，为 3~5 个月内受轻伤，在气分，预后良好；呈青紫色为半年至 2 年内受伤，较重，在营分，或受伤时间虽短，但伤重，预后也较好；呈黑色为 2~5 年内受伤，很重，在血分，预后差；呈黄色为伤在 5 年以上，或时间虽短而伤极重，为气血两伤，预后多不佳。

甲下瘀血点呈点状者多为钝物所伤；呈条状者多为撕裂伤或棍伤，呈片状者多为挤压伤。

（四）观甲判断骨折愈合

詹爱菊等在《中西医结合杂志》1985 年第 1 期、张超然在《江苏中医》1963 年第 9 期报道，望指、趾甲的变化规律，对判断四肢骨骨折的愈合情况及预后有一定的参考价值。通过对四肢骨骨折患者指、趾甲变化的观察结果发现，外伤性新鲜骨折，一般约 20~30 天后，隐约可见甲体近端长出“新甲”，红润有光泽。随着新甲逐渐生长，远端的旧甲渐渐变成粗糙、晦暗，呈淡棕黄色、灰白色或灰黑色，且表面高低不平、无光泽。新、旧甲之间渐渐形成分界线，多数呈隆起的嵴状。当新甲长到甲体约 1/3~1/2 时，X 线显示骨痂生长良好，骨折线仍存在，但已模糊不清，正是骨折临床愈合阶段。当新甲长到甲

体 2/3~3/4 以上时，X 线显示骨折线消失，骨折愈合，最后新甲长满整个甲床。

十九、足掌诊法

足掌诊法主要是通过观察足掌的皮肤色泽、形态变化，按摩足掌各部位有无压痛等来诊断疾病。我国古代医籍中有关足掌诊法的内容极少，而在西方，近几十年来把足掌看作是人的第二心脏，欧美国家的足反射学（Foot Reflexology）认为人的足掌各个部位的不同表现，常可反映出人体不同器官的病变情况。目前，无论是国内还是国外，都有人把观足识病作为疾病的一种辅助诊断手段。

（一）观足诊病的原理

中医学认为，内脏与体表官窍的联络是以经络为其通道。足掌与人体中的不少经脉有密切的联系。如足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经、阴维脉和阴跷脉都起源于足底部；而足太阳膀胱经、足阳明胃经、足少阳胆经、阳维脉和阳跷脉均终止于足底部。在这些经脉所属的脏器中，肾是人体阴阳之根，为先天之本；脾胃是气血生化之源，为后天之本；肝是条达气机、贮藏血液的脏器；胆参与消化与意识决断；膀胱是水液贮纳蒸化排泄的器官，其经脉广络周身，输注全身脏腑经穴之气。它们都有经络向特定的体表投影。而阴维脉能维护诸阴；阳维脉能维护诸阳；阴跷脉为通利内侧经气的经脉；阳跷脉是通利外侧经气的经脉；且足之三阴三阳经与手之三阴三阳经相互联系，使其经气循环周身。故人体某一脏腑器官发生病理变化，即可通过经络反映于足掌部。

中医学与国外许多医学专家认为，人之有足，犹树之有根，“树枯根先竭，人老脚先衰。”有人认为，人有四根，即鼻为苗窍之根，乳为宗气之根，耳为神机之根，而足为根中之根。说明鼻、耳、乳虽是人体精气的三个凝聚点，而足才是元精元气总的集合点。故人体元阳精气的盛衰最易体现于足部，这也是为什么通过诊足可以了解人体脏腑精气盛衰的原理之一。

近年来国内外的研究结果均发现，人体各个脏腑器官在足掌部几乎都有各自的投影反射区，各反射区压痛的出现，即代表其相应的组织器官发生了病理变化。故足掌和耳、目一样，也是人体的缩影。诊察足掌的信息，就可诊断全身各组织器官的病变。

（二）观足诊病的临床运用

足诊包括望足形态、按压足部压痛点、询问足部疼痛、温凉等方面，望足诊病的临床运用主要内容有：

（1）足趾长大，足部宽大厚实，主寿；足趾瘦短，足部狭窄薄小，主夭。足小趾粗大厚实，主肾气多盛；足小趾细小皮薄，主肾气多衰。足皮厚且红活润泽，提示阴分充盛。

（2）足背肿胀：足背肿胀，活动后加重，体息后减轻，多为脾虚水湿下注所致，亦见于水肿病的初期。若久居潮湿之地，引起足背浮肿，行走觉重，多为感受湿邪所致，可发展为脚气肿胀。

（3）足趾溃烂：足趾周围皮肤由紫变黑，逐步蔓延，渐至腐烂，流出败水。溃处肉色不鲜，气味剧臭，疼痛异常，夜间更甚。腐烂延开，可使五趾相传，渐见罹病关节坏死，自行脱落，疮面久久不敛，称为脱疽。此为一种险恶外症，多因严寒涉水，寒湿下受，以致寒凝络痹，血行不畅，阳气不能下达所致；或由于过食膏粱厚味、辛辣炙烤，火毒内生，或房劳过度，邪火灼伤，水亏不能制火等，以致火毒蕴结，筋脉阻塞，气血凝

滞而成。

(4) 足生冻疮：足部皮肤先为苍白，继则红肿，自觉灼痛或瘙痒，或有麻木之感。重者可出现大小不等的水疱，或起肿块，皮肤呈灰白或暗红或转紫色，此时疼痛剧烈，或局部感觉消失，如出现紫血疱，势将腐烂，溃后流脓流水，收口很慢，须气候转暖时方能痊愈。多因遭受阴寒之气的侵袭，受冻时间过久；或严冬季节静坐少动，气血运行不畅，以致气血瘀滞而引起。

(5) 足丫湿烂：脚丫潮湿，作痒难忍，往往搓至皮烂疼痛，流出水血，其痒方止，但至次日又痒，经年不愈。严重的腐烂疼痛，足趾浮肿，流脓淌水，臭气难闻，行走不便，称烂脚丫，俗称湿气。多因湿热下注，水液浸渍所致。

(6) 足生老茧：足生老茧，根陷肉里，顶起硬凸，疼痛，妨碍步履，称为肉刺，俗称鸡眼。多因穿窄鞋远行，或走崎岖道路，伤及血脉所致。若擦伤在足跟旁者，形如枣栗，肿起色亮，可以化脓，称为土栗，多因擦伤后风热邪毒外袭所致。

(7) 足底生疔：足掌中心生疔疮，初起局限无头，麻木作痒，继则焮热疼痛，红肿明显，随着肿势的逐渐扩大，疼痛剧烈而呈搏动性，其痛连心。继则脓出黄白稠粘，逐渐肿退痛止。称为足底疔。多由脏腑火毒凝结所致；它如针头、竹木等刺伤，感染毒气，阻于皮肉之间，留于经络之中，亦能引起本病。

(8) 足生烂疔：指足掌部皮肤破损处胀痛，伤口周围呈暗红色，旋即迅速蔓延成片，状如丹毒，并有高热头痛、神昏谵语。继则灼热肿痛剧烈，皮肤上形成一个大水疱，溃破之后，流出淡棕色浆水。若身热渐退，患处红肿消失，腐肉与正常皮肉分界明显，并在分界处流出稠脓者，为转机之象；若身热不退，患处腐烂及肿势继续蔓延不止，是为逆证。本病多因皮肤破损，接触潮湿泥土，感染毒气，毒聚肌肤；或因湿热火毒炽盛，蕴蒸肌肤，均致毒滞血凝，热盛肉腐而成。

(9) 妊娠足肿：妇女妊娠晚期出现脚掌部浮肿，渐及下肢，延至周身头面，皮薄光亮，压痕不易起，称为子肿，又称“脆脚”。多因平素脾肾阳虚，复因胎体渐长，气机不畅，运化敷布失职，水湿泛滥，流于足部而成。

(10) 足底皸裂：足底皮肤枯燥裂开疼痛，多因摩擦、压力、破伤和浸渍所致。

二十、前阴诊法

前阴是指男、女外生殖器。男子的前阴包括阴茎、尿道和阴囊；女子的前阴包括尿道、阴阜、阴唇、阴蒂和阴道等。临床上通过诊察前阴的形态、色泽等改变以诊断疾病的方法，称为前阴诊法。在中医诊法中，男子前阴诊法历来以望诊为主；而女子前阴诊法由于古代封建思想的束缚，历来以问诊为主，有关望诊的内容在古代医籍中极少见。

望前阴诊病的原理在于，肾开窍于二阴，男子精窍通于肾，女子阴户通于胞宫，男、女尿窍通于膀胱。从经络来看，前阴为太阳、阳明经之所会，足厥阴肝经绕阴器，故前阴为“宗筋之所聚。”且冲、任之脉均起于胞宫，督脉系于阴部，足少阴、太阴之筋皆结于阴器，而小肠又连睾系。故前阴与肝、肾等脏腑及冲任等经络有密切的联系，诊察前阴的形态及男子的排精，女子的经、带、胎、产等情况，可以了解脏腑功能及气血的盛衰。

在临床上，前阴发生病理改变及其所主病证常见的有：

(1) 包皮过长：指男子包皮长过阴茎头，但上翻后能露出尿道口和阴茎头。如果包

皮上翻后不能露出尿道口和阴茎头，则称为包茎。包皮过长系由先天包皮口狭窄所致。

(2) 阴茎不举：凡男子青壮年时期，阴茎不能勃起，或勃起不坚，或坚而不久，致使不能进行房事，称为阳痿。多因房劳过度，命门火衰，精气虚寒所致；亦有思虑过度、心脾受损，或失志之人、抑郁伤肝，或惊恐伤肾、多疑易惊，或瘀血内阻等，以致宗筋弛缓，阳具不起；更有湿热下注，致阴茎不能伸举的。

(3) 阴茎勃起：阴茎异常勃起，久举不衰，精液自溢，称为阳强，或称阴举不衰。多因于肝肾阴虚，虚火妄动；亦可因肝火偏亢而致。

(4) 外阴收缩：男子前阴（包括阴茎、阴囊和睾丸）内缩及妇人阴户内缩，拘急疼痛，痛引入小腹，称为阴缩。多因外感寒邪，侵袭肝经，凝滞气血，肝脉拘急收引所致。

(5) 外阴纵弛：男、女外阴弛张不收，称为阴纵。多由肝经湿热所致。

(6) 阴茎溃烂：阴茎焮肿痒痛溃烂，疮口色红，破溃流脓水，多由肝经湿热所致。若阴茎初起小疱，逐渐增大，破后腐烂，血水淋漓，四周凸起，中间腐蚀成窝，流脓水，称为妒精疮，或称杨梅疮，系由梅毒引起，为肝经湿热，交合不洁，传染梅毒而成。

(7) 阴茎生岩：阴茎冠状沟处出现肿块，按之质硬，一两年后破溃，状如石榴，阴茎肿胀，龟头渐至破烂，气味异臭，痛苦不堪，血水淋漓。到后期胯间处可有结块，坚硬如石，根脚不活；或两大腿漫肿胀大，皮色褐红。称为肾岩。多因精血素亏，更加忧思抑郁，相火内燔，湿热乘虚下注所致。

(8) 龟头紫肿：男子龟头色紫肿胀疼痛，随即化脓、溃烂，称为龟头疔，或称阴头疔，多由肝经湿热郁火结聚龟头所致。

(9) 小儿阴囊形态：小儿阴囊紧实，或呈紫红色，为气充形足之象，主寿；若阴囊松弛下垂或色白，提示气血亏虚或体弱多病。小儿阴囊皱黑有纹者易养，阴囊色赤无纹者难养。

(10) 外阴肿胀：男子阴囊或连阴茎、女子阴户肿胀，称为阴肿。多因坐地触风受湿，或为水肿之重者。若阴囊肿大，阴茎包皮透明，不痒不痛，或阴户肿胀不痛，均为水肿重症，以小儿为多见，若成人见此，则多为水肿病之死证。

(11) 阴囊肿大：阴囊肿大，因小肠坠入阴囊或睾丸肿胀引起者，称为疝气，多由肝气郁结、久立劳累或寒湿侵袭所致。疝气有水疝、血疝、筋疝等种类。以阴囊一侧或双侧肿大如囊状，睾丸不可触及，不红不痛为主症者，称为水疝，因水湿潴积所致；以阴囊肿大，皮色紫暗为主症者，称为血疝，因跌打损伤、或因手术，导致阴囊瘀血；以阴囊筋脉曲张如蚯蚓状，伴有坠胀为主症者，称为筋疝，因血脉瘀滞所致。

(12) 阴囊肿痛：阴囊（又称肾囊）红肿热痛，但肾子（睾丸）不肿大，称为肾囊痛，或称囊痛。因肝肾湿热下注，或外湿内侵蕴酿成毒所致。若失治溃露睾丸者险。

(13) 阴囊湿疹：阴囊皮肤潮红、起疹，剧烈瘙痒，搔破皮肤湿润或有渗液，痛如火燎，称为肾囊风，或称绣球风、阴囊风。因肝经湿热下注，风邪外袭所致。

(14) 睾丸肿痛：睾丸（肾子）肿痛，称为子痛。有急、慢性之分。以急性发作，全身恶寒发热，肾子肿痛、灼热，阴囊皮肤紧张光亮，化脓或不化脓为主症者，称急性子痛。因湿热下注厥阴之络，气滞血凝所致。以慢性发作，肾子仅有硬结、疼痛不剧、不红不热，病程较长，溃后脓稀为主症者，称为慢性子痛。因肝肾亏损，痰浊凝聚所致。

(15) 睾丸肿块不痛：睾丸渐渐肿大，并形成硬结，疼痛不明显，阴囊不红不肿，常

经数月或一二年后才形成脓肿，破溃后流出稀薄如痰的脓液，疮口凹陷，或溃久成痿，愈合困难，称为子痰，或称穿囊漏。多因肝肾亏损，络脉空虚，痰浊乘虚下注，结于睾丸而成。

(16) 睾丸异常：小儿睾丸过小或触不到，多属先天发育异常，亦可见于疝腮后遗症（睾丸萎缩）。阴辜一侧或双侧无睾丸者，称为子隐，系先天不足而成。

(17) 阴毛部生疮：男、女阴毛生虱，瘙痒难忍，阴毛际中可见红色或淡红色丘疹，搔破则成疮，中含紫点，称为阴虱疮。由阴虱寄生所致。

(18) 阴户松宽：妇人产后阴户开而不闭及阴中松弛，如脱肛状，肿痛流清水，称为阴脱，或称阴宽。由脾虚中气下陷，或产时损伤所致。

(19) 阴户有物突出：妇人阴中有物突出如梨状，卧则收入，劳则坠出，甚则红肿溃烂，黄水淋漓，称为阴挺，又称子宫下脱。多因中气下陷；或因产后用力过早，损伤胞络所致。

(20) 阴中生息肉：妇人阴中突出肉样物，其状似鼠乳，阴道流血水及黄水，称为阴痔。多因胞络虚损，风邪乘虚侵入阴户，气血搏结而成。

(21) 外阴生疮：妇女阴户（阴道口）肿痛，甚至化脓破溃，或呈溃疡，或阴户侧出现肿块如蚕茧状，称为阴疮。多因热毒侵淫，寒邪凝结而成。

(22) 外阴湿疹：妇人大小阴唇及周围皮肤潮红、肿胀、糜烂、渗液、肥厚、瘙痒，称为女阴湿疹。因感受风湿热毒等所致。

(23) 外阴肿块：女性阴道口一侧或双侧出现柔韧圆滑的肿块，称为子户痰包。多因痰浊留滞所致。

(24) 外阴白斑：女性外阴部皮肤变白增厚，甚则延至会阴、肛门及阴股部，瘙痒难忍，或溃疡流水，或皮肤干枯萎缩，称为女阴白斑，或称阴燥。多与肝、脾、肾功能失调，或与冲、任、督脉气血运行失常有关。

(25) 阴道粪便：直肠与阴道间有瘻道相通，致使粪便从阴道排出，称为阴道粪痿。因产伤、妇科手术损伤、疮疡等所致。

(26) 女阴损伤：妇女阴部红肿疼痛，瘀斑或皮肤破损，多因外伤等所致。

二十一、肛门诊法

肛门，在《素问·五脏别论》和《难经》中均称为魄门，魄门不独为排泄糟粕之官，更由于其与五脏的关系密切，在诊断上具有重要的意义。

（一）望肛门诊病的原理

肛门，又称谷道或魄门。肛门系于直肠，通于大肠、小肠与胃，肺又与大肠相表里，故肛门与肺、胃、大肠、小肠的关系非常密切。如《医学入门》曰：“肺热则肛门闭，肺寒则肛门脱。”然肛门不独主宰于肺，肛门与五脏皆密切相关，正如《内经》所说：“魄门亦为五脏使。”即指肛门的启闭功能受五脏所统摄，脏腑功能正常，升降有序，则随着魄门的启闭而清升浊降。正如张景岳所说：“而藏气升降，亦类以调，故为五脏使。”其中，脾主升清，肺司肃降，肾为胃之关，司开阖之职，肝主疏泄，心藏神都影响着魄门的启闭。同样，大便的正常与否亦反映着五脏六腑的“藏”、“泻”功能，如肺主治节，主肃降，异常则导致大肠腑传化失常而致魄门启闭失职；心藏神，心神不藏也可引起魄门失控；肝主疏泄，疏泄太过或不及必然累及魄门；肾主闭藏，脾升胃降，如有失职者，可

导致魄门的启闭失常；而肺肾升降失司，肾气失于固摄等，也可导致魄门不藏等，足见肛门不独为魄肺之所使，而是与五脏六腑皆有关联。五脏六腑的升降及“藏”、“泻”功能皆可影响魄门，说明魄门的开合得当与否对内藏精气盛衰、升降的正常和神魂的内闭等皆有很大影响。故《素问·脉要精微论》曰：“仓禀不藏者，是门户不要也。”因而诊察肛门，可知脏腑的功能正常与否。

另外，肛门与口存在着惊奇的对应现象。口为上窍，肛门为下窍，上下窍相应，故肛门的疾病，如痔核等可从口内舌系带上发现异常，口腔的疾病亦常与肛门病同时出现，称为口-肛综合征，如白塞氏病等。因此，口与肛门可互报疾病。

再者，肛门不仅有“泻”的功能，还有藏的作用，《素问·五脏别论》曰：“水谷不得久藏。”表明肛门有一定藏的作用。因而养生学中很重视“气道内提”，收提肛门以保元真之气内藏。故诊察肛门，可知体内真气之盛衰。

（二）察肛门诊病的临床运用

在临床上，运用察肛门来诊断疾病的主要内容有：

（1）小儿肛门颜色：小儿泄泻患者，若肛门发红者为热，肛门不红者为寒；若暴泻肛门红赤者属湿热，泻久肛门红者属虚热；暴泻肛门不红者属寒湿，久泻肛门不红者属虚寒。

（2）肛门红肿：肛门周围焮红肿起，多由于大便困难、下蹲过久，或痔核脱出嵌顿、经络阻塞、气血凝滞不通，或热毒蕴积而成。如肿处高起，根脚收束，颜色红赤，肿块软硬适度的，属实证；如肛周肿胀，患处中央平塌下陷，根脚散漫，颜色紫暗或皮色不变，肿块柔软如棉，属虚证。若肛门周围局部红肿疼痛，状如桃李，甚则重坠刺痛，破溃流脓的，为肛痈。多由湿热下注或外感邪毒而发。

（3）肛门肿块：肛门内外生肿块，外坚内溃，后期常致肛门直肠狭窄，粪便通过困难，称为锁肛痔。初期除便血外，肠壁上可触到硬结节；中晚期肿块逐渐增大，触之坚硬，中心溃烂，便意频繁，肛坠不适，大便时带有粘液脓血，奇臭难闻，伴有里急后重或大便变细变扁等症状。生于直肠者，称为内锁肛；生于肛门者，称为外锁肛。多因忧思郁结，饮食不洁，久痢久泄，息肉虫积，邪毒痰湿瘀血积聚肛肠所致。本病颇合肛管直肠癌的特征，临床应高度重视，详加审察。

若婴幼儿（多见于2~8岁的儿童）直肠内赘生蒂状肿物，突到肠腔，便后出血，其色鲜红，触之疼痛，肿物蒂小质软，有时有红色肉样物脱出肛外，称为息肉痔，又称婴幼儿樱桃痔。多因湿热下注，肠道气机不利，瘀血浊气凝聚；或风气客于肠中，气血搏结而成。

（4）婴儿肛门瘻管：婴儿出生后肛门旁有一孔或数孔，孔口流出脓水或粪便；或肛门旁未发现外口，肛周已有红肿硬块，俟后肿块破溃，流脓水，外口经久不愈，均称为胎带肛瘻。婴儿出生后，有脓液从肛门口流出，或大便时带有脓液，肛门周围未见外口，称为胎带内瘻。均由胎毒郁久，湿热下注所致。

（5）先天性无肛门：婴儿出生时，肛门有皮肤包裹而无孔穴，称为肛门皮包。由于矢气及胎粪不能排出，常见婴儿腹满气短、烦躁啼哭、呕吐不乳等症。此为胎受寒热邪气，以及先天禀赋不足，而生畸形。

二十二、第二掌骨侧诊法

1973年，我国学者张颖清发现了第二掌骨侧的一个新的有序穴位群。尔后，张氏在

此基础上创建了“第二掌骨侧速诊法。”此诊法是根据从头穴至足穴的次序，依次按压1次或数次双手第二掌骨侧的各穴，依据穴位压痛点的有无和位置，即可确定人体哪些部位或器官有病或无病。近20年来，第二掌骨侧诊法已在各地得以广泛应用，现根据张颖清著《生物全息诊疗法》将这种新的诊断方法介绍如下。

（一）第二掌骨侧诊法的原理

中医学认为，人体体表的每一个穴位均是体内脏腑、经络之气输注于体表之所在。传统中医理论和现代临床、实验研究均证实了体表穴位与体内脏腑的对应关系。根据穴位与脏腑对应的原理，凡是机体某一组织或器官有病，就必然会在特定的穴位上有所反映。因而通过按压这些穴位的感觉，就能诊断内在脏腑的病变。

张颖清发现的第二掌骨侧的新穴的分布形式与它们所对应的部位或器官在整体上的分布形式相同。第二掌骨节肢的近心端是足穴，远心端是头穴。第二掌骨侧的新穴分布，恰象是整个人体在这里的大致缩小。第二掌骨节肢系统包含着整个人体各个部位的生理、病理的信息，故此群穴位被称为第二掌骨侧的全息穴位群。这些穴位所对应的不仅是穴名所指出的整体上的部位和器官，而且还包括着整体上与穴名所指出的部位或器官处于同一横截面及邻近的其它部位或器官。如：

头穴，对应头、眼、耳、鼻、口、牙；颈穴，对应颈、甲状腺、咽、气管上段、食管上段；上肢穴，对应肩、上肢、肘、手、腕、气管中段、食管中段；肺心穴，对应肺、心、胸、乳腺、气管下段、支气管、食道下段、背；肝穴，对应肝、胆；胃穴，对应胃、脾、胰；十二指肠穴，对应十二指肠、结肠右曲；肾穴，对应肾、大肠、小肠；腰穴，对应腰、脐周、大肠、小肠；下腹穴，对应下腹、子宫、膀胱、直肠、阑尾、卵巢、睾丸、阴道、尿道、肛门、骶；腿穴，对应腿、膝；足穴，对应足、踝。

因此，临床上通过按压第二掌骨侧上述穴位的病理反应，就可诊断其对应的组织和器官的病变。

（二）第二掌骨侧诊察方法

临床运用第二掌骨侧诊法时，以测患者右手第二掌骨侧为例，测试者与患者相对，用右手托起患者的右手，患者右手如松握鸡卵状，肌肉自然放松，虎口朝上，食指尖与拇指尖相距约3厘米。测试者用左手拇指尖在患者右手第二掌骨的拇指侧与第二掌骨平行处，紧靠第二掌骨且顺着第二掌骨长轴方向轻轻来回按压，可觉有一浅凹长槽，第二掌骨侧的新穴即分布在此浅凹长槽内。测试者以左手拇指尖逐个按压穴位，指尖垂直于浅凹长槽的方向施力，并略带以第二掌骨长轴为轴的顺时针方向旋转30°角的揉压动作，从而使指尖的着力点抵达以第二掌骨为脊柱位置的小人的内脏的位置。按照第二掌骨侧全息穴位群的分布图，在第二掌骨侧从头穴至足穴用拇指尖以大小适中且相等的压力顺序揉压一次（如果一次测试结果不明显，可再重复揉压



图 1-6 测患者右手第2掌骨侧时的姿势

1~2次) (如图1-6)。在揉压时注意观察患者的表情和询问患者在所揉穴位上的感觉。如果在揉压某穴患者有明显的麻、胀、重、酸、痛的感觉时，可在此穴稍用力揉压或按压，这时，如果患者因不可忍受而发生躲闪、抽手等躲避反应，面部出现皱眉、咧嘴等表情，

则称此为压痛点。这种反应为压痛反应。如果测试患者左手，则以左手托患者左手，用右手拇指尖以第二掌骨长轴为轴作逆时针揉动。手法和步骤与测试患者右手相同。

（三）第二掌骨侧诊法的临床运用

临床上运用第二掌骨侧诊法进行疾病诊断时，测试者可根据第二掌骨侧穴位压痛点的有无及所在位置作出结论：

1. 部位对应原则 如果某一穴位是压痛点，则指示此穴所对应的人体上的同名部位或器官，或这一部位所处的横截面上的以及邻近的其它部位或器官有病。

2. 同侧对应原则 左手第二掌骨侧穴位压痛反应较左手的同名穴位强，表明人体左侧病重或病在左侧；右手第二掌骨侧相应穴位压痛反应较左手的同名穴位强，表明人体右侧病重或病在右侧。

3. 脏腑所主原则 与压痛点所在的穴位的对应脏腑密切相关的部位有病。如肺穴压痛除说明肺有病外，还可以推断相关的皮、牙有病；肝穴压痛除说明肝有病外，还可以说明眼有病；肾穴压痛除说明肾有病外，还可以推断耳有病等。总之，其病变部位遵循着由中医学所揭示的脏腑所主的部位或器官的规律。

4. 如果哪一穴不是压痛点，则此穴对应的人体上的相应部位无病。第二掌骨侧没有压痛点则表示全身无病。

对医师来说，第二掌骨侧诊法是一种可以采用的诊断新法。此法可以防止误诊、漏诊。如果遇到在多个部位有疾病症状的患者，医者可根据第二掌骨侧最敏感的压痛点来确定疾病的最主要部位，从而分清主次，对主要疾病部位给予优先和重点治疗。即使并非医师，一般人也可随时使用此法简便地了解自己身体各部位和器官的健康状况。

凡疾病部位在身体上的位置比较明确的疾病，此法的诊断准确率较高；而在全身疾病定位不明确的疾病，则压痛点亦不确定，准确率低。此外，这种方法只能确定有无疾病以及病之部位，而不能提示为何种疾病。

为了验证此诊法的准确性，张颖清自 1973 年以来运用这种诊法诊断或测试 2074 例，诊断准确的为 1939 例，准确率为 93.5%，这一测试结果与随机情况有极显著性差异 ($P < 0.01$)。国内各地医者用此法测试的诊断符合率也多数在 90% 以上。

日本饭田清七(《医道の日本》1985；(12)：11)用此法诊断人体上部位疾病 70 例，准确率为 88.5%；中部位疾病 67 例，准确率为 85%；下部位疾病 88 例，准确率为 89.7%。他对张颖清的“同侧对应原则”也进行了验证，结果为左侧 36 例中符合 32 例，准确率为 88.9%；右侧 52 例中符合 49 例，准确率为 94.2%。

二十三、皮纹诊法

（一）皮纹诊法概说

在人类和灵长类动物手掌和脚蹼的皮肤表层有许多特殊纹线走行，称为皮纹。皮纹由嵴和沟二部分组成，嵴纹是指皮肤表面凸起的条状纹理，嵴上有汗腺开口；沟纹由两条嵴纹之间的下凹部分组成。由于嵴和沟的走向和分布不同，便构成了各种皮纹的特征。在皮纹中往往有三个部分平行的嵴纹相交于一点，构成各约 120° 的三个角，称为三角区，是描述皮纹特征的一个重要指标。

我国是将皮肤理论最早应用到医学的国家，早在两千多年前的《内经》，就已经注意

到了皮肤纹理的重要意义，并已用之于临床诊断学。如《灵枢·五变》曰：“粗理而肉不坚者，善病痹。”《素问·刺要论》曰：“病有在毫毛腠理者。”《灵枢·卫气失常》曰：“粗理者身寒，细理者身热”。自此以后，民间虽有手相学的流行，可是在医学书籍中极少有观皮纹诊病的记录。到了唐代，人们认识到每个人的指纹不尽相同，因此在签订契约和单据时，往往用按捺指印来作为个人信用的凭证，并一直沿袭至今。从18世纪起，也是根据每个人的指纹嵴线构型有独特的个性，司法部门开始把皮纹分析作为鉴定个人和侦破案件的一种手段。1892年F. Galton对皮纹进行了研究，提出了第一个比较科学的分类方法，基本上一直沿用至今。

医学界对皮纹嵴线构型发生兴趣是近半个世纪来的事情。1926年H. Cummins等首创“皮肤纹理学”(Dermatoglyphics)这个名词，并在1936年报道先天愚型(Down氏综合征)具有特殊的皮纹变化。1959年J. Lejeune发现先天愚型具有染色体异常，1966年Alter评述了皮纹与染色体异常的关系。从此，皮纹与染色体以及遗传性疾病的关系受到了学者们广泛的重视。我国自1977年才开始进行皮纹与疾病关系的研究，虽起步较晚，却进展较快。目前，皮纹研究已发展成一门皮纹学，专门研究人类皮肤嵴纹系统的形态、特征、功能及其临床应用，皮纹学已涉及到人类学、遗传学、法医学及临床医学，是一门新兴的边缘学科。皮纹诊法则主要是观察皮纹的形态、特征来诊断包括遗传性疾病在内的各科疾病。皮纹主要指手纹和足纹，手纹包括掌纹和指纹，合称手相学；足纹包括趾纹和蹠纹，合称足相学。

(二) 望皮纹诊病的原理

望手、足皮纹诊断疾病的原理，主要体现在手足与脑密切相关、手足为人体阴阳交会之处以及手足皮纹是先天而得，与先天肾精充足与否有关等诸方面。

1. 手与心、脑的关系甚为密切 常言道：“十指连心”，手与脑之间，有诸多经络进行联系。如手三阳经从手走头，即手太阳小肠经、手阳明大肠经、手少阳三焦经皆发源于手，并直接上行于头。手三阴经脉虽然从脏走手，但也有经络上行于头，如手少阴心经、手太阴脾经和手厥阴心包经也都通过经别间接与头联系。虽然手与心、脑并非毗邻，但手掌的一些重要穴位，如手心的劳宫穴以及十指尖的十宣穴，其经气都和心、脑相关联。据王维浩在《科学画报》1986年第4期上报道，劳宫穴位于手心，为手厥阴心包经之荣穴，临床证实此穴与生命有关。因此，观察手部皮纹可以诊断心、脑(包括神经系统)的疾患。

2. 足与脑位置虽远却也密切相关 十二经脉循行路线中，足太阳膀胱经、足少阳胆经及足阳明胃经等“足三阳经从头走足”，其经气贯通足与脑之间。足三阴经中，足厥阴肝经直上“与督脉会于巅”，其余足太阴脾经、足少阴肾经其本经虽未直接上头，但也都通过阳经经别上颅。在奇经八脉中，冲脉为十二经之海，其行上至头颅，下达于足，是沟通头足通道的重要渠道；督脉虽未行足，但其经气通过足太阳膀胱经贯足；任脉则通过冲脉而下行；其余阴跷脉、阳跷脉、阴维脉和阳维脉等，经气皆直接上头下足。因此，观察足相可判断大脑及全身脏腑的功能状况。

目前有学者认为，手足与脑之间存在着手脑线和足脑线，刺激手足可引起脑的直接反映，故目前手足除在诊断疾病方面颇有价值之外，在养生学方面也具有新意，如手足健脑功能就有改善大脑血液循环、增进大脑功能的作用，也说明了手足脑线的客观存在。

手足虽然是人体的末梢，但与人体脏腑皆有着密切的联系。《灵枢·本藏》曰：“肾合三焦膀胱……密理厚皮者，三焦膀胱厚；粗理薄皮者，三焦膀胱薄；疎腠理者，三焦膀胱缓；皮急而无毫毛者，三焦膀胱急。”说明皮纹和内脏息息相通。脏腑之中，和皮纹（包括手足皮纹）关系甚为密切的是肺、肾、三焦和膀胱。所以，观察手足肤纹可以反映内脏疾病的情况。

3. 四肢以诸阳为本 《素问·阳明脉解》曰：“四肢者，诸阳之本也。”《素问·逆调论》曰：“四肢者，阳也。”说明四肢最能反映阳气的本来面目，如阳虚则四肢厥冷或四肢乏力，阳盛则四肢灼热或活动亢盛。四肢不仅能反映阳气，也反映脏腑的阴气，《灵枢·动输》说：“四末阴阳之会。”即言四肢手足末端为手足三阴三阳经气交接之处，因此最能反映经气的盛衰盈虚。另外，手为阳气之源，有许多经络如手三阳经皆起于手部，足部末端则是足三阴经经气的发源地，因此，人体脏腑阴阳之气的偏盛偏衰必然反映于手足，观察手足可以预测体内脏腑阴阳之气的盛衰情况和寒热程度。

4. 手足皮纹是先天而得，后天变化极少 根据胚胎学考据，在胎儿时期3~4月就产生了指纹，迄6月时即告形成，以后随着年龄的增长，花纹可增粗或出现某些细小的变化，但绝对不会超出个人指纹特性的尺界。据出土尸体考究，死后千余年的尸体，指纹仍纹丝不乱，说明指纹具有相对稳定性很强和难于毁灭的特性。而肾主先天、肾主藏精与生殖，父母肾精充足与否关系到胎儿及其出生后身体状况的好坏。因此，观察手足皮纹既可了解一个人体质的强弱，尤其还对一些先天性、遗传性疾病有重要的诊断价值。所以，皮纹的观察在遗传医学领域的研究中占有重要的地位。

（三）皮纹诊法的临床运用

关于望手足皮纹诊病的临床意义，主要在于观察指纹形态、掌纹形态和足纹形态来诊断疾病，尤其是遗传性疾病。

1. 指纹形态 指纹为手指第一节的皮肤纹形，它有3种主要类型：弓形纹、箕形纹和斗形纹。其划分依据皮纹纹理走向以及有无三角区。斗形纹（又称为涡形纹）呈同心圆型或螺旋型，其左右下方各有一个三叉。箕形纹像簸箕，开口向一侧，只有一个三叉，若开口向小指侧，称尺箕；开口向拇指侧，称桡箕；两个箕形纹绞在一起，称双箕形纹。弓形纹是指指纹呈高低不同的弓形并横过指腹，无三叉。所谓三叉是指来自三个方向的脊线相交成“人”形的指纹结构。中国人指纹以斗形纹最多，其次为箕形纹；白种人则以箕形纹最多。指纹形态的临床意义体现在：

（1）指纹对遗传性疾病有一定的诊断意义，尤其是染色体病变方面的疾病，主要特征为指纹的形态及纹线总数的变化，其中，指纹形态变化标志着常染色体畸变，而指纹总数变化则提示性染色体变异。目前已证实，所有的染色体畸变患者都有手纹的异常，很多染色体病都有特征性手纹变化，虽然形式各异，但其变化均有以下共同特点：弓形纹增多；斗形纹增多；无名指和小指均是反箕形纹；双箕形纹增多；通贯手；倒Y形t向掌心移位，atd角大于60°。

十指指纹都是箕形纹，并且是通贯手（掌心手纹往往只有一条），其家族通常有人患有能引起智力衰退、发育迟缓等后遗症的遗传性疾病。其手纹特征还可在小指上只有一条折皱，而不是像普通人那样具有两条折皱。患有精神分裂症、癫痫、糖尿病、牛皮癣、麻风、先天性青光眼等具有遗传性疾病的人，其手掌上也会具有上述类似的手纹现象。

(2) 根据日本古屋氏的调查, 每 163 万人口中, 可有一人其十指均无指纹。而部分手指(一或二指)没有指纹者, 可占常人之 0.75%, 若按指数计算, 则为 0.08%。据称此为常染色体显性遗传所致。有报道智能发育不全者无指纹者较多, 可高达 28.43%, 占手指数的 4.52%。

(3) 根据美国纽约大学的研究结果, 十指都为尺侧箕形指纹的, 年老后大多患老年性痴呆; 先天性愚型者尺侧箕形纹也偏多; 母体患过风疹的, 则胎儿斗形纹偏多; 先天性心脏病弓形纹减少, 精神分裂症弓形纹增多; 重症肌无力者斗形纹增多; 而指纹十分清晰者, 提示心脏二尖瓣可能有缺损。据国外研究人员经过长期临床观察后发现, 倾向于患糖尿病的人其食指呈环状纹路和大脚趾下呈三角环形纹路, 这一发现可以早期预测糖尿病, 从而及早采取预防措施。美国夏威夷大学癌症研究中心一项研究发现, 女性左手指纹开口向右的纹形较多者, 患乳腺癌的机会可能较高。

2. 掌纹形态

(1) atd 角: 在掌上除拇指外, 其它四指的指节基部(劳动后产生老茧的部分)各有一个“Y”形的三叉, 依次称为 a、b、c、d 指三叉, 而在靠近腕的一方有一个明显的倒“Y”形三叉, 称为“t”(图 1-7 (A))。如将 a-t-d 三个三叉线以线相连, 则在 t 的部位能构成一个夹角, 称为 atd 角。用量角器可测出夹角的度数, 以双手度数计算, 一般正常人的 atd 角小于 40° (一说正常为小于 48°)。如大于 40° 就视为异常。这里决定度数大小的是 t, 倒“Y”形三叉位置越高则角度越大, 它是一个重要的健康指标。大多数染色体病人都有高位的倒“Y”形三叉。如唐恩氏综合征(先天性愚顿)者 atd 角为 81° , 杜纳氏综合征者为 66° 。

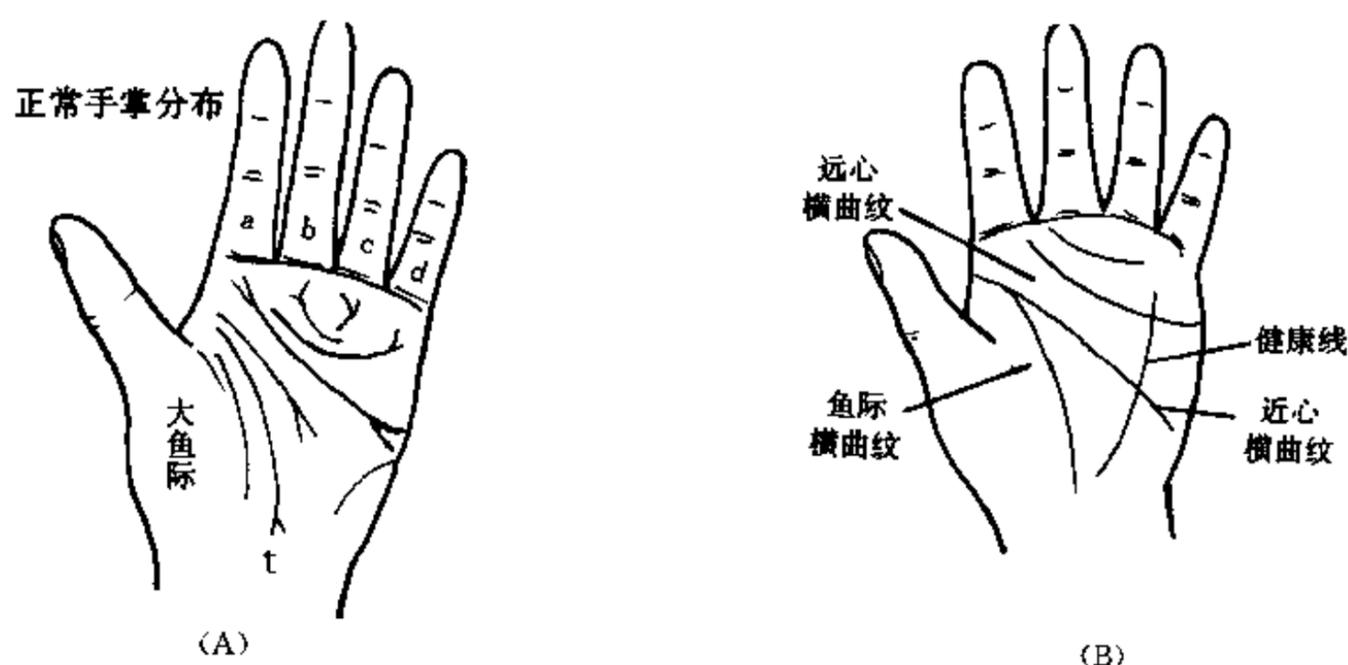


图 1-7 掌纹形态图

(2) 掌褶纹: 人的手掌上褶纹(指手掌屈肌形成的褶皱纹线)通常有三条, 即近心横曲纹(又叫近侧横曲纹、小鱼际抛物线或脑线)、远心横曲纹(又叫远侧横曲纹、小指根下横曲纹或心脏线)、鱼际横曲纹(又叫鱼际曲线或生命线)(图 1-7 (B))。一般认为在正常情况下, 鱼际横曲纹、近心横曲纹和远心横曲纹都以纹路清晰深刻, 头尾连带无间断为佳。详言之, 鱼际横曲纹粗而深长, 呈现出淡淡的粉红色, 且又不庞杂错乱, 线端渐形变细进而消失者, 则常提示身体健康, 精力充沛, 不会轻易患病; 近心横曲纹粗深

而长，明晰不断，颜色红润，略微下垂，且弯曲成优美的弧形，近掌心末端可有分支者，显示其身体健康，充满活力；远心横曲纹深长明晰，颜色红润，向下的支线少，向上的支线或辅助线多，则表示其心脏功能健全。

除了上面三条纹线外，还有一条健康线（图 1-7 (B)），对于预测疾病也十分重要。它起于鱼际横曲纹（但以不接触鱼际横曲纹为准），斜行向小指方向延伸到远心横曲纹上。它的形状与鱼际横曲纹、远心横曲纹和近心横曲纹不同，线越长越深，健康状况可能越差。一般而言，身体健康的人很少有健康线。此线大多见于脑力劳动者或体弱者身上，而体力劳动者或身体强壮的人手上很少出现此条纹线。因此，健康线以不出现为佳，即使有，也应以细线、连续不断，且不与鱼际横曲纹接触者为好。

有学者认为，掌纹纹理在正常情况下应清晰不乱，直而少弯曲，色泽红活而分支不多。反之，纹理不明朗，纹线短而分叉多则为不利，尤其当纹形及纹路有异常时则提示某些疾病，特别是遗传性疾病的存在。如通贯手为先天性愚顿病的标志，其体内必有细胞染色体畸变存在，对诊断遗传性代谢病、器官缺陷，皆有一定意义。而掌纹缺损，尤其是小指屈纹的缺损，则多提示染色体畸变。

手纹还与人的气质寿夭有关。手纹修长清晰明泽，纹路不乱者，多长寿；分叉多，纹乱不清的人则相对寿短，性格较孤癖，猜忌疑重；手纹粗长无弯者，性格多刚勇；手纹细短弯曲者，气质多却弱畏缩；手纹粗者多凶悍；手纹细者多善良。据报道，有人统计杀人犯 400 多例，发现手掌有一横纹相似。当然杀人犯和个人道德有关，并非是先天遗传的，但至少可以提示，手纹与人的性格气质有一定关系。

3. 足纹形态 足部皮纹包括各足趾纹及跖趾球区（为跖纹之一），趾纹的纹形与指纹相同，仍为弓形、斗形和箕形。此外，大跖趾根部及其余趾间的纹形，也为弓形、斗形和箕形。

足纹中有早期诊断意义的主要是跖纹之一的跖趾球区，它位于前足掌内侧大跖趾根部，其皮纹图型与手掌小鱼际相似，常见有涡形、远攀、胫侧弓和腓侧弓，在遗传性疾病的诊断方面，具有十分重要的意义。

根据趾纹、趾间纹及前掌跖纹的纹形变化，对遗传性疾病的诊断颇有价值。据颜文伟在 1981 年第 5 期《国外医学遗传学分册》上报道，智能发育不全者，足底跖趾区呈现弓形纹；有的女子性功能不全，斗形纹在 8 个以上；有的男子性功能不全，其弓形纹增多。

（四）人类皮纹学观察的标准项目

中国遗传学会皮纹学研究协作组于 1989 年 8 月在黑龙江省佳木斯市召开的全国皮纹学研究第 3 次学术会议上，经多次讨论修订，提出了皮纹学研究观察的标准项目。（郭汉壁. 人类皮纹学研究观察的标准项目. 遗传, 1991, 13 (1): 38)

1. 皮纹学基础研究项目 包括男性和女性左右手（足）以及两手（足）合并数据的下列内容的分析统计：

（1）指纹：指纹花样：包括弓、桡箕、尺箕和斗的频数分布；指纹脊线总数。

（2）掌纹：a-b 脊线数；atd 角（度）；主线横向指数；掌区真实花样出现率：包括小鱼际区、大鱼际区、第一指向区及第二、三、四指向区的频数分布。

（3）褶纹：掌褶纹按普通型（正常型）、过渡 I 型（桥贯型）、过渡 II 型（叉贯型）、

通贯型（猿线）及悉尼型（中贯型）等5型分类记录，其中通贯型不包括过渡型在内；指褶纹以小指褶纹数有无异常为主。

(4) 蹠纹：以踇趾球部真实花样为主。

(5) 其它：诸如脊线宽度、左右手（足）对应指（趾）纹组合格局、t 距比、td 脊线数、白线、掌褶三型分类、主线其它参数（包括主线指数、主线构型、主线式、主线末端出口和 C 线构型等）、指节皮纹花样和褶纹分类分析……等依情况选用。

2. 资料处理

(1) 所有资料根据研究目的，分别进行有关定性或定量方面的分析，收集百分比、平均数、标准差（误）、T 检验、 χ^2 检验、正态检验、相关系数、回归系数、遗传率及遗传距等统计数值。

(2) 保留原始样本和数据资料。

(五) 脑动脉硬化症的手诊观察研究

张金栋等（中医杂志，1995，36（5）：298）观察验证了脑动脉硬化症患者 126 例，手诊诊断与客观检查符合率为 94% 以上，并设手诊阴性者 60 例作为对照，手诊诊断与客观检查符合率为 93% 以上。

其观察方法及手纹征象为：观察中指根掌丘处，若出现多种不同的手纹变化，如星纹、竖斜纹、十字纹、井字纹或网状纹等，最多见的为星纹，有以上纹者为手诊阳性（如图 1-8），提示有脑动脉硬化症。左手显示右侧脑动脉硬化，右手显示左侧脑动脉硬化，呈交叉关系。手诊阴性者，中指根掌丘处一般不出现以上手纹变化，或变化不显著。

脑动脉硬化症之程度及诊断标准为：分为 I、II、III 度，即轻、中、重度 3 种。

I 度：中指根掌丘处手纹浅、细、少，临床表现轻或无表现。脑血流图显示早期脑动脉硬化。眼底：动脉血管弯曲，粗细不均。

II 度：中指根掌丘处手纹较深、宽、多，多数患者临床表现明显，或有合并症出现。脑血流图异常，提示脑动脉中度硬化。眼底：动脉呈铜丝状改变，出现动静脉交叉压迹，动静脉比例为 1：2，格恩氏征阳性。

III 度：中指根掌丘处手纹明显加深，增宽、增多且乱，临床表现重，合并症明显。脑

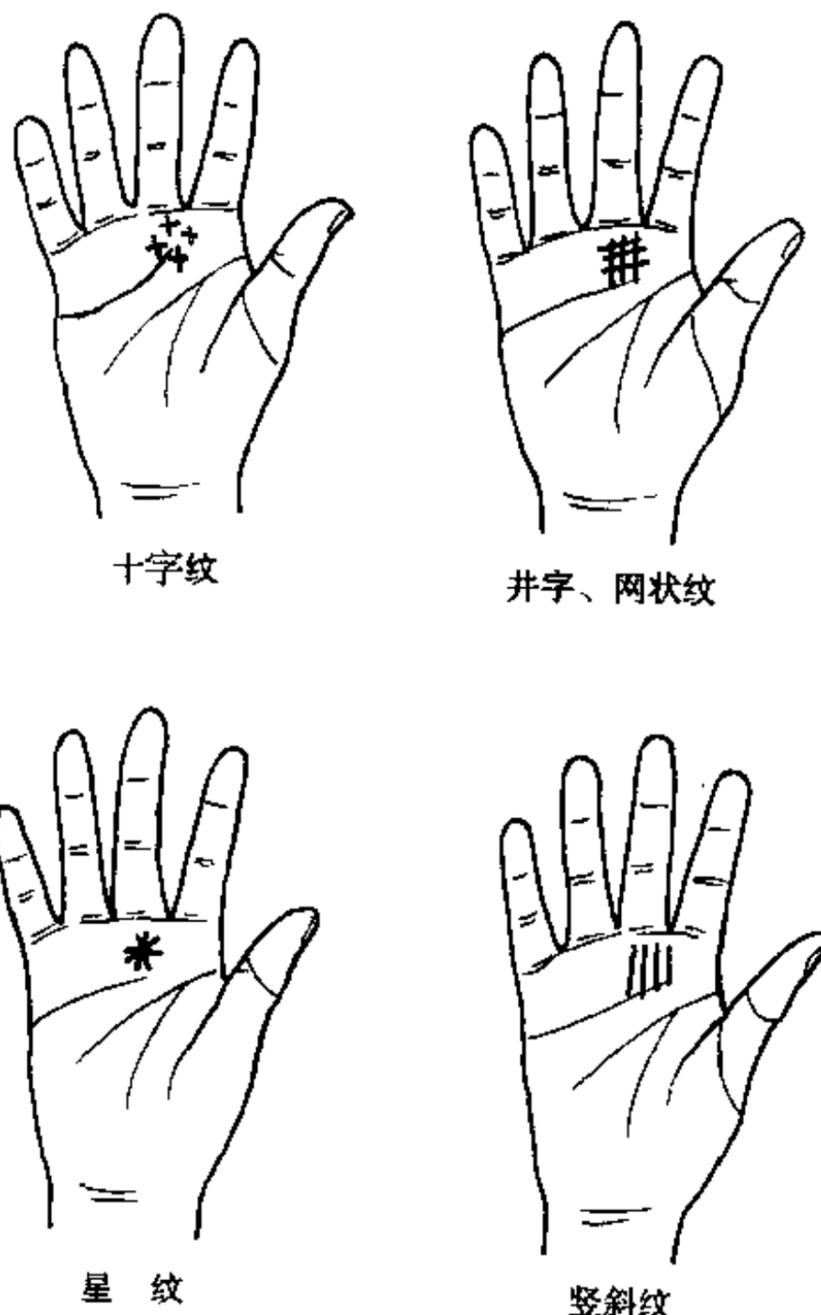


图 1-8 常见手纹变化图

血流图异常，提示脑动脉严重硬化。眼底：动脉呈银丝状改变，眼底有絮状物。

观察结果如表 1-24、表 1-25、表 1-26 所示：

表 1-24 手诊阳性者与各项检查对照表

检查项目	检查例数	手诊符合例数	手诊符合率
脑血流图	126	124	98.41%
眼底	126	119	94.44%
经颅多普勒	60	58	96.66%

表 1-25 手诊阴性者与各项检查对照表

检查项目	检查例数	手诊符合例数	手诊符合率
脑血流图	60	56	93%
眼底	60	58	96.6%
经颅多普勒	30	30	100%

表 1-26 手诊与硬化程度对照表

硬化程度	客观检查(例)	手诊符合(例)	手诊与检查符合率
I 度	75	74	98.69%
II 度	49	47	95.91%
III 度	2	2	100%

该研究提示：从中指根掌丘处能早期发现脑动脉硬化症。从手掌全息论角度分析，手掌为一个缩小的人体，中指根掌丘处则是人的头部，能反映头部病变。在人的手部汇集了人体六条经脉，中指根掌丘部为手厥阴心包经所过之处，心主神明，脑为元神之府，因此该区为心脑血管区，疾病的信号会通过神经、血管和经络反映到指掌的特定部位上来。

二十四、痈疽疔疖的区别

痈、疽、疔、疖均是发生于皮肉筋骨之间的疮疡，临床表现各有其特点。其中：

痈是一种发于皮肉之间的急性化脓性疾病。表现为患部红肿高大，根盘紧束，表皮变薄发亮，焮热疼痛，范围多在 6~9 厘米左右。具有发病迅速，未脓易消，已脓易溃，脓液稠粘，疮口易敛等特点。属阳证。多由湿热火毒蕴结，气血瘀滞，热盛肉腐而成。

疽分为有头疽与无头疽两类。有头疽发于皮肤与较厚的肌肉之间，初起有粟粗大的脓头，焮热红肿疼痛，根盘大而深，范围较痈为大，常

超过 9 厘米，多在 10~15 厘米之间，易向深部及周围扩散，溃破之后，可见有多处脓头，状如蜂窝，多属于阳证。因感受风温湿热之毒，或内生湿热火毒，凝聚肌肤所致。

无头疽是发于骨骼及肌肉深处的脓疡，表现为患部漫肿无头，皮色不变或晦暗，局部麻木，少热少痛。其特点是起病缓慢，未脓难消，已脓难溃，脓汁稀薄，疮口难敛。属于阴证。多为气血亏虚、阴寒凝滞而发；或五脏风毒积热，深窜入里，留滞于筋骨及肌肉深处所致。

疔多生于头面手足。生于头面部的称为颜面部疔疮，患部形小如粟，顶白根脚坚硬而深，如钉丁之状，初起麻木痒痛，继则红肿热痛，寒热交作，如果处理不当，更容易走黄，而致生命危险。发于手足部的称手足部疔疮，初起局部漫肿无头者较多，麻木作痒，继则焮热疼痛作脓；发生于手指关节处者，容易损伤筋骨，影响功能。多因外感风邪火毒，毒邪蕴结而发；或由脏腑火毒凝结而成。疔是外科疮疡中发病迅速而又危险性较大的疾病。

疖是生于皮肤浅表的急性化脓性疾病。表现为患部形小而圆，红肿灼热疼痛，突起根浅，肿势局限，范围多在 3 厘米左右，容易化脓，容易溃破，出脓即愈。多因外感热毒，或湿热蕴结而发。

二十五、斑与疹、白痞与汗疹的区别

(一) 斑与疹的区别

斑与疹均为全身性疾病表现于皮肤的症状，两者虽常常并称，但实质有别。

凡色深红或青紫，多点大成片，平铺于皮肤，抚之不碍手，压之不褪色者，称为斑。有阳斑、阴斑之分。色多红紫，形似锦纹、云片，兼有身热、烦躁、脉数等实热证表现者为阳斑，多由外感温热邪毒，内迫营血而发。色多青紫，隐隐稀少，兼有面白、肢凉、脉虚等虚寒证表现者为阴斑，多由脾虚血失统摄或阳衰寒凝气血所致。

凡色红，点小如粟或如花瓣，高出皮肤，抚之碍手，压之褪色者，称为疹。疹有麻疹、风疹、瘾疹等。疹色桃红，形似麻粒，先见于发际颜面，渐延及躯干四肢，后按发出顺序逐渐消退者为麻疹，因外感风热时邪所致，属儿科常见传染病。疹色淡红，细小稀疏，皮肤瘙痒，症状轻微者为风疹，为外感风邪所致。若皮肤上突然出现淡红或淡白色丘疹，形状不一，小似麻粒，大如花瓣，皮肤瘙痒，搔之融合成片，出没迅速，则为瘾疹，为外感风邪或过敏所致。

另外，在温病邪入营分、血分时，既可以出现斑，也可以呈现疹。多由于热郁肺胃，充斥内外，营血热炽，透于肌表。从肌肉而出者为斑，从血络而出者则为疹。

（二）白痞与汗疹的区别

白痞与汗疹均是高出皮肤的疱疹，但白痞是晶莹如粟的白色小颗粒，汗疹则是尖状红色小粒，实质不同。

暑湿、湿温患者，往往皮肤上出现一种白色小疱疹，晶莹如粟，高出皮肤，擦破流水，多发于颈胸部，四肢偶见，面部不发，兼有身热不扬等湿热证表现者，称为白痞。因外感湿热之邪，郁于肌表，汗出不彻而发。由于湿温病，湿蕴热伏，一时难以透发，故白痞可反复多次出现。

若皮肤发生密集的尖状红色小丘疹，很快变为小水泡或小脓疱，后干燥成细小鳞屑，有瘙痒及灼热感，常因搔抓而继发感染引起痱毒（汗腺炎），称为汗疹，或称痱子、痱疮、痱疮等。多见于炎夏，以小儿及肥胖之人易患。分布于头面、颈项、腹、背、肩、股等处。多因暑湿蕴蒸，汗泄不畅，湿热之邪郁于肌肤而发。

【古代文献】

一、望头面

（一）望头部

《素问·脉要精微论》：头者精明之府，头倾视深，精神将夺矣。

《灵枢·经脉》：足少阴气绝，则骨枯。少阴者，冬脉也，伏行而濡骨髓者也，故骨不濡则肉不能著也，骨肉不相亲则肉软却，肉软却，故齿长面垢，发无泽；发无泽者，骨先死。戊笃己死，土胜水也。

《灵枢·论疾诊尺》：婴儿病，其头毛皆逆上者，必死。

《万氏秘传片玉心书·头项门》：小儿头凶肿大，青筋暴露者，此脐热也，……。头凶肿起者，此因热在内，其气上冲，故而肿起。

凶门下陷者，此因久病，脏腑虚弱，气不上行，故下陷如坑，……。

凶门开而不合者，此肾气有亏，名曰解颅，乃恶病也。

《四诊抉微·诊毛发》：发枯生穗，血少火盛。毛发坠落，卫疏有风。若还眉坠，风证难愈。头毛上逆，久病必凶。经云：婴儿病，其头毛皆逆上者，必死。

《形色外诊简摩·病深而形色毛发有不变者篇》：病得之于寒湿，寒湿气菟笃不发，化为虫矣。所以知然者，切其脉，循其尺，其尺索刺粗，而毛发奉发，是虫气也。其色泽者，中脏无邪气及重病也。

（二）望面部

《素问·评热病论》：有病肾风者，面附疣然壅，害于言，可刺不？

《素问·平人气象论》：而肿曰风，足胫肿曰水。

《四诊抉微·望诊·五色兼见面部诀》：风则面青，燥则面枯，火则面赤，湿则面黄，寒则面黑，虚则面白。面黑阴寒，面赤阳热。青黑兼见，为风为寒为痛相值；黄白兼见，为虚为气，再者为湿；青白兼见，为虚为风为痛三者。

《景岳全书·杂病谟·面病》：面肿有虚实，肿者为实，浮者为虚。

《景岳全书·杂病谟·面病》：凡风热肿痛，此必疔腮、时毒、痲疡之证。……面目虚浮，有因色欲过度，阴虚气越而致者；……若因劳倦伤脾，气虚不敛而面目虚浮者；……若因饮过度，湿热上聚而面目浮肿者。

《万氏秘传片玉心书·斑疹、隐疹门》：阳毒者，或发于面部，或发于背部，或发于四肢，极其稠密，状如锦纹。红赤者，胃热也。紫黑者，胃烂也。

《医宗金鉴·伤寒心法要诀》：伤寒发颐耳下肿，失于汗下此毒生，高肿焮红痛为顺，反此神昏命必倾。毒伏未发脉亦隐，冷汗淋漓肢若冰，烦渴不便指甲紫，颇似三阴了了轻。

二、望五官

（一）望目

《素问·三部九候论》：足太阳气绝者，其足不可屈伸，死必戴眼。

瞳子高者，太阳不足。戴眼者，太阳已绝，此决死生之要，不可不察也。

《素问·诊要经终论》：太阳之脉，其终也戴眼、反折、瘛瘲。其色白，绝汗乃出。出则死矣。

《素问·脉要精微论》：夫精明者，所以视万物，别白黑，审短长。以长为短，以白为黑，如是则精衰矣。

《素问·平人气象论》：目窠微肿，如卧蚕起之状，曰水。……面肿曰风，足胫肿曰水。目黄者曰黄疸。

《灵枢·论疾诊尺》：视人之目窠上微痛，如新卧起状，其颈脉动，时咳，按其手足上，盲而不起者，风水肤胀也。

目赤色者，病在心，白在肺，青在肝，黄在脾，黑在肾。黄色不可名者，病在胸中。诊目痛，赤脉从上下者，太阳病；从下上者，阳明病；从外走内者，少阳病。

《脉诀·察色观病生死候歌》：欲愈之病目眦黄，眼泡忽陷定知亡。

目无精光者，神短也。……目黑者，肾虚也。

直视者，睹物而不转睛也。

《证治准绳·察目》：凡目：睛明能识见者，可治；睛昏不识人，或反目上视，或瞪目直视，或目睛正圆，或戴眼反折，或眼胞陷下者，皆不治也。凡开目而欲见人者，阳证也；闭目而不欲见人者，阴证也。凡目中不了了，睛不和，热甚于内也。凡目疼痛者，属阳明之热，目赤者，亦热甚也。目瞑者，必将衄血。白睛黄者，将发身黄也。凡病欲愈，

目眦黄，鼻准明，山根亮也。

《通俗伤寒论》：观两目法：《内经》云，五脏六腑之精皆注于目，目系则上入于脑，脑为髓海，髓之精为瞳子。凡病至危，必察两目，视其目色以知病之存亡也。故观目为诊法之首要。凡开目欲见人者阳证，闭目不欲见人者阴证。目瞑者鼻将衄，目暗者肾将枯。目白发赤者血热，目白发黄者湿热。目眇多结者肝火上盛，目睛不和者热蒸脑系。目光炯炯者燥病，燥甚则目无泪而干涩；目多昏蒙者湿病，湿盛则目珠黄而眦烂。眼胞肿如卧蚕者水气，眼胞上下黑色者痰气。怒目而视者肝气盛，横目斜视者肝风动。阳气脱者目不明，阴气锐者目多眵。目清能识人者轻；睛昏不认人者重。阳明实证可治，少阴虚证难治。目不了了，尚为可治之候；两目直视，则为不治之疾。热结胃腑，虽日中亦谵语神昏，目中妄有所见；热入血室，惟至夜则低声自语，目中如见鬼状。瞳神散大者元神虚散，瞳神缩小者脑系枯结。目现赤缕，而红娇艳者，阴虚火旺；目睛不转，舌强不语者，元神将脱。凡目有眇有泪，精彩内含者，为有神气，凡病多吉；无眇无泪，白珠色蓝，乌珠色滞，精彩内夺，乃浮光外露者，皆为无神气，凡病多凶。凡目睛正圆，及目斜视上视，目瞪目陷，皆为神气已去，病必不治；惟目睛微定，暂时即转动者痰，即目直视斜视上视，移时即如常者，亦多因痰闭使然，又不可竟作不治论。

（二）望耳

《证治准绳·察耳》：凡耳轮红润者生，或黄、或白、或黑、或青而枯燥者死。薄而白，薄而黑，皆为肾败。凡耳聋，耳中疼，皆属少阳之热，而为可治；若耳聋、舌卷、唇青、皆属厥阴，为难治也。

《万氏秘传片玉心书·耳病门》：耳病有五，皆由于肾经气实，热气上冲于耳，遂使津液壅而为脓，为清汁也。亦有因沐浴，水入耳中，灌为聋耳。

（三）望鼻

《证治准绳·察鼻》：鼻头色青者腹中痛，苦冷者死。微黑者水气，黄色者小便难。白色者为气虚，赤色者为肺热，鲜明者有留饮也。鼻孔干燥者，属阳明之热，必将衄血也。鼻孔干燥，黑如烟煤，阳毒热深也。鼻孔冷滑而黑者，阴毒冷极也。鼻息鼾睡者，风湿也。鼻塞浊涕者，风热也。鼻孔煽张者，为肺风，肺绝而不治也。

《四诊抉微·察鼻部》：鼻头微黑，为有水气；色见黄者，胸上有寒；色白亡血；微赤非时，见之者死。鼻头色黄，小便必难；余处无恙，鼻尖青黄，其入必淋。鼻青腹痛，舌冷者死。鼻孔忽仰，可决短期。鼻色枯槁，死亡将及。

《望诊遵经·诊鼻望法提纲》：鼻煽动者肺虚，鼻仰息者肺实。鼻枯槁者，寒热之证。鼻蚀烂者，疳疮之形。鼻窍干燥者，阳明之经病。鼻柱崩坏者，疔风之败症。鼻下红肿如疮者，腹中有虫之疳病。鼻流浊涕者，外受风热；鼻流清涕者，外感风寒。鼻渊者，脑中热，故涕下渗。鼻衄者，阳络伤，故血外溢。鼻生息肉谓之鼈；鼻生粉刺谓之皴。

（四）望口与唇

《证治准绳·察口唇》：凡口唇焦干为脾热，焦而红者吉，焦而黑者凶。唇口俱赤肿者，热甚也；唇口俱青黑者，冷极也。……口噤难言者，痉风也。……若唇青舌卷，唇吻反青，环口黧黑，口张气直，口如鱼口，口唇颤摇不止，气出不返，皆不治也。

《万氏秘传片玉心书·口疮门》：小儿鹅口者，口内白屑满舌上，如鹅之口者，此为胎

热，而心脾最甚，重发于口也。

口疮者，满口赤疮，此因胎禀本厚，养育过温，心脾积热，熏蒸于上，以成口疮。

口糜者，满口生疮溃烂，乃膀胱移热于小肠，膈肠不便，上为口糜。

小儿两颐流涎浸溃胸前者，此滞颐，盖涎者脾之液，口为脾之窍，由脾胃虚冷，不能收敛津液，故涎从口出，而溃于颐者，……。

小儿口频撮者，气不和也。盖唇应于脾，气乃肺之所生，脾虚不能养子，故口频撮。

小儿急欲乳吃，而口不吮乳者，此心脾有热，……。

《四诊抉微·察唇部》：赤肿为热，青黑为阴寒，鲜红为阴虚火旺，淡白为血虚。

（五）望齿与龈

《望诊遵经·牙齿望法提纲》：齿忽黄为肾虚，齿忽黄为肾热。滋润者津液犹存，干燥者，津液已耗。形色枯槁者，精气将竭，形色明亮者，精气未衰。

《望诊遵经·牙齿望法条目》：牙床红肿者，阳明之病也；牙床溃烂者，肠胃之证也。重龈病齿，断肿如水泡者，热蓄于胃也。小儿而色黧黑，齿龈出血，口中气臭，足冷如冰，腹痛泄泻，啼哭不已者，肾疝也。齿龈间津津出血不止者，阳明之经病也。牙肉色白者，非久病血少，即失血过多也。牙肉之际，有蓝迹一线者，沾染铅毒也。若服水银轻粉，亦令牙床壅肿也。

（六）望咽喉

《素问·阴阳别论》：一阴一阳结谓之喉痹。

《灵枢·痈疽篇》：痈发于咽中，名曰猛疽，猛疽不治，化为脓，脓不泻，塞咽半日死。

《灵枢·忧恚无言篇》：咽喉者水谷之道也，喉咙者，气之所以上下者也；会厌者，声音之门户也……悬雍垂者，音声之关也，颧颞者，分气之所泄也。

《圣济总录·咽喉门》：肺胃壅滞，风热客搏，结于咽喉使然，气逆痰结皆生是病。

《济生方》：多食炙博，过饮热酒，致胸膈壅滞，热毒之气不得宣泄，咽喉为之病焉。

《景岳全书·杂证谟》：盖肿于咽之两旁者为双蛾，肿于一边者为单蛾。

《疡科心得集·辨喉蛾喉痛论》：夫风温客热，首先犯肺，化火循经，上逆入络，结聚咽喉，肿如蚕蛾，故名乳蛾。

《医宗金鉴·金匱要略注》：咽中如有炙肉，谓咽中如有痰涎，如同炙肉，咯之不出，咽之不下者，即今之梅核病也。

三、望躯体

（一）望颈项

《素问·平人氣象论篇》：颈脉动喘疾咳，口水。

《伤寒论·辨太阳病脉证并治法上第五》：太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。

《万氏秘传片玉心书·头项门》：小儿无病，忽颈软者，此肝热有风也，……。

久病之后，其颈软者，此天柱骨倒也，乃危症也。

小儿生下便颈软者，此胎气不足，……。

《医学入门·癭瘤篇》：癭气，今之所谓癭囊者是也，由忧虑所生。忧虑伤心，心阴虚损，证见心悸，失眠，多汗，舌光红。七情不遂，则肝郁不达，郁久化火化风，证见性情急躁，眼球突出，面颊升红，脉弦，震颤。肝火旺盛，灼伤胃阴，阴伤则热，热则消谷善饥。若肝旺犯脾，脾失运化，证为大便溏泄，消瘦疲乏。

（二）望胸肋

《小儿药证直诀·龟胸龟背》：肺热胀满，攻于胸膈，即成龟胸。又乳母多食五辛，亦成。儿生下客风入脊，逐于骨髓，即成龟背。

《万氏秘传片玉心书·形声门》：龟胸者，其胸高肿，状如龟样，此肺热也。

（三）望腹部

《灵枢·邪气脏腑病形》：肾脉……微大为石水，起脐已下至小腹睡睡然，上至胃脘，死不治。

《灵枢·水胀》：肤胀者，寒气客于皮肤之间，蹇蹇然不坚，腹大，身尽肿，皮厚，按其腹，窅而不起，腹色不变，此其候也。

鼓胀何如？岐伯曰：腹胀身皆大，大与肤胀等也，色苍黄，腹筋起，此其候也。

《万氏秘传片玉心书·疴症门》：疴者，手足极细，项小骨高，尻削体痿，腹大脐突，号哭胸陷，骨蒸潮热是也。……疴，……皆因脾胃久虚，不能化水谷，以致精神减损，无以荣其气，故肌肉消削，肾气不足，复为冷风所伤，故骨枯露也。

（四）望腰背部

《素问·脉要精微论》：背者胸中之府，背曲肩随，府将坏矣。腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣。

《素问·骨空论》：肾脉为病，脊强反折。

《诸病源候论·背偻候》：肝主筋而藏血，血为阴气为阳，阳气精则养神，柔则养筋，阴阳和同，则血气调适，其相荣养也，邪不能伤。若虚则受风，风寒搏于脊膂之筋，冷则挛急，故令背偻。

《万氏秘传片玉心书·形声门》：龟背者，坐卧偻，状如龟背，由客风吹脊入于骨髓，此症多成痼疾。

四、望四肢

《素问·脉要精微论》：膝者筋之府，屈伸不能，行则偻附，筋将惫矣。骨者髓之府，不能久立，行则振掉，骨将惫矣。

《素问·平人气象论》：足胫肿曰水，……。

《灵枢·水胀》：水始起也，目窠上微肿，如新卧之状，其颈脉动，时咳，阴股间寒，足胫肿，腹乃大，其水已成矣。

《灵枢·寒热病》：骨痹，举节不用而痛，……。

《灵枢·热病》：偏枯，身偏不用而痛，言不变，志不乱，病在分腠之间，……。

非之为病也，身无痛者，四肢不收。

《灵枢·终始》：手屈而不伸者，其病在筋；伸而不屈者，其病在骨。

《万氏秘传片玉心书·形声门》：脚细者，禀受不足，气血不充，故肌肉瘦薄，骨节败露，如鹤之膝，此亦由肾虚，名鹤膝节。

《医宗金鉴》：肘臂伸缩名为搐，十指开合撮状成。

五、望二阴

《望诊遵经·阴茎望法提纲》：夫前阴者，宗筋之所聚，太阴阳明之所合也。其精窍通于肾，溺窍通于脾。阴器属于肝，督脉络之，带脉束之，冲任渗灌之。阳明主润而为之长，动乎情，宰乎心，而其病则生于房室。诊之之法，如经言宗筋纵者，阳明显；宗筋痿者，肝气弱；纵

挺不收者，足厥阴之经伤於热，缩入不用者，足厥阴之经伤於寒，阳强则有肾热强中之证；阴痿则有魂伤骨极之固。阴气不起者，伤于内，囊茎肿胀者，属于疝。阴囊及茎俱肿者，水病之死证；阴囊及卵俱缩者，肝经之绝候；疝疮者，淫秽之毒；肿痛者，湿热之征。凡此诸候，当参四诊，辨其寒热虚实；察其轻重浅深，庶可识常通变矣。至于儿生阴物不起，亦为死证者，岂以赋禀不足，形体未备与，特察小儿，宜从望诊。

《望诊遵经·肾囊望法提纲》：当谓肝脉络阴器，囊形属肾脏，故以肾为名也。然任脉起于会阴之分，督脉络于会篡之间，是二经亦各有所主焉。察之之法，其惟形色乎。以形容之，囊宜小，纹宜小，小儿囊紧实者，多寿；气胜形也；囊坠下者，多病，形胜令也。伤寒六七日，囊缩者，厥阴病甚，邪气传入其经也。伤寒十二日，囊纵者，厥阴病衰，邪气传出其经也。囊胀者谓之疝，任脉为病也。囊肿者谓之水，关门不利也；阴囊更加肿胀，渐渐溃腐者，病水死征。睾丸偏有大小，时时上下者，阴孤疝气。此现形之法也，以色言之，小儿肾囊紧细色紫者多寿，气血足也。宽大色白者多疾，气血亏也。阴囊纒黑有弦者易养，形色皆顺也；阴囊色赤无纹者难养，形色皆逆也。此察色之法也。

六、望皮肤

《素问·皮部论》：阳明之阳，名曰害蜚，上下同法，视其部中有络浮者，皆阳明之络也。其色多青则痛，多黑则痹，黄赤则热，多白则寒，五色皆见，则寒热也。经盛则入客于经，阳主外，阴主内。

《形色外诊简摩·辨皮色不胜四时之风篇》：春青风，夏阳风，秋凉风，冬寒风。凡此四时之风，其所病名不同形。黄色薄皮弱肉者，不胜春之虚风；白色薄皮弱肉者，不胜夏之虚风；青色薄皮肉弱者，不胜秋之虚风；赤色薄皮肉弱者，不胜冬之虚风也。黑色而皮厚肉坚，固不伤于四时之风；其皮薄而肉不坚色不一者，长春至而有虚风即病矣；其皮厚而肌肉坚者，长春至而虚风不病也，必重感于寒，外肉皆然乃病。

《望诊遵经·诊皮望法提纲》：夫皮者，肺之合也，筋骨在内为阴，皮肤在外为阳也。析而论之，如形充而皮肤宽缓者寿。形充而皮肤紧急者夭。皮与肉相裹则寿；皮与肉不相裹则夭。薄皮弱肉者，不胜时之虚风；厚皮坚肉者，能胜时之虚风。皮虚者寒，皮实者热，皮肤肿胀者，邪气实；皮肤消减者，正气虚；皮肤肿痛者，病气有余；皮肤溃烂者，形气不足；皮肤润泽者，太阴气盛；皮毛枯槁者，太阴阴气弱；皮毛焦者，手太阴气绝；皮肤著者，足太阴肉绝；皮聚毛落者，肺损；皮枯毛折者，肺绝；皮毛虚弱者，肺热叶焦；皮肤顽痹者，疔风皮病；身冷肤鞭者，脾不上下；皮肤薄著者，经脉空虚；皮肤不收，肌肉坚聚者，寒湿之证；皮肤空竦，三焦经绝者。血崩之征，肌肤甲错，两目晦黑者，内有干血。身皮甲错，腹中急痛者，内生痈脓。皮肤溃而痒者，疔风也。皮肤脱若蛇皮者，疔风也。疔风遍身如癣者，脾病。疔风溃烂无脓者，血死。少年皮生黑斑者，不吉。痘儿头项皮赤者，多凶。凡肿胀，皮厚色苍者，皆属气；皮薄色泽者，皆属水。诸痛疮疡，斑疹麻痘，色赤而红者顺；青而黑者逆。诸病症，皮寒而燥者，阳不足；皮热而燥者，阴不足。身涩而脉滑者死；身滑而脉涩者死。此皆皮部之诊也。由是推而言之，则寿夭诊于缓急；强弱诊于厚薄；消减肿胀，以诊其虚实；润泽枯槁，以诊其盛衰。

《外感温热篇》：凡斑疹初见，需用纸拈照看胸背两胁，点大而在皮肤之上者为斑，或云头隐隐，或琐碎小粒者为疹，又宜见而不宜多见。按方书谓斑色红者属胃热，紫者热极，黑色胃烂。然亦必看外证所合，方可断之。然而春夏之间，湿病俱发疹为甚，且其

色要辨。如淡红色。四肢清、口不甚渴，脉不洪数，非虚斑即阴斑。或胸微见数点，面赤足冷，或下利清谷，此阴盛格阳于上而见，当温之。若斑色紫，小点者，心包热也；点大而紧，胃中热也。黑斑而光亮者，热胜毒盛，虽属不治，若其人气血充者，或依法治之，尚可救；若黑而晦者必死；若黑而隐隐，四旁赤色，火郁内伏，大用清凉透发，间有转红或可救者。若夹斑带疹，皆是邪之不一，各随其部而泄。然斑属血者恒多，疹属气者不少，斑疹皆是邪气外露之象，发出宜神情清爽，为外鲜内和之意，如斑疹出而昏者，正不胜邪，内陷为患，或胃津内涸之故……再有一种白痞小粒如水晶色者，此湿热伤肺，邪虽出而气液枯也，必得甘药补之。或未及久延，伤及气液，乃湿郁卫分，汗出不彻之故，当理气分之邪。或白如枯骨者多凶，为气液竭也。

《疫病篇·论斑疹》：余断生死，则又不在斑之大小紫黑，总以其形之松浮紧束为凭耳。如斑一出，松活浮于皮面，红如朱点纸，黑如墨涂肤，此毒之松活外见者，虽紫黑成片可生。一出小如粟，紧束有根，如复透针，如矢贯的，此毒之有根锢结者，纵不紫黑亦死。

《万氏秘传片玉心书·斑疹·隐疹门》：其症有阴阳轻重之别，阳斑用托里消热，化斑凉血，此急治其标也。阴疹用调中温胃，其疹自消，此缓则治其本也。大抵安里之药多，发表之药少，首尾不可妄下。

阳毒者，或发于面部，或发于背部，或发于四肢，极其稠密，状如锦纹。红赤者，胃热也。紫黑者，胃烂也。一侧下之早，其热乘虚而入胃；一侧下之晚，其胃热不得发越，当服消斑青黛饮。

阴疹者，或出于胸背、手足稀而小者，此由失守之火，聚于胸中，上薰于肺，传于皮肤，而成斑点，如蚊蚋蚤虱所咬，面非锦纹也。

斑疹若自吐泻者，慎勿乱治。因其毒气，上下皆出，宜调中气。若吐泻之后，遍身发斑如锦纹者，此热即乘虚入胃，其症多得于夏天，化斑汤主之。

如斑红者易治，黑者难治。

小儿隐疹多属于脾，以其隐隐在皮肤之间，发而多痒。或不红者，并风与湿而成也。

【研究进展】

一、面部与脏腑相关部位的划分

在进行颜面望诊时，必须掌握面部的脏腑分属，才能对疾病作出正确的诊断。如陈士铎在《石室秘录》中所说：“看病必察色，察色必观面，面各有部位，不可不知。”面部与脏腑相关部位的划分，除在《中医诊断学》书籍中经常提到的“明堂周身部位划分”（《灵枢·五色》）、“面貌分应脏腑”（《素问·刺热》）、“五官分应五脏”（《灵枢·五阅五使》）外，国外学者亦认为颜面是人体整体的投影，脏腑在颜面上均有其投影区，当脏腑有疾病时，其面部相应部位即能提供内脏的信息（图1-9，1-10）^{〔1〕}。

哥伦比亚学者关于面部望诊的分属部位为^{〔2〕}：①膀胱、子宫区：在前额上部的正中处，与发际接近；②右卵巢、右睾丸区：在前额的右上部，右眼瞳孔直上，发际一横指处；③升结肠区：位于额角外上方，发际下二横指的颞区；④输尿管区：在前额中部，印堂穴直上二横指处；⑤横结肠区：在前额下部，两眉上一横指处，呈带状区；⑥右肾区：在右眼球直上的眼睑处；⑦胰区：在鼻梁正中部，印堂穴下一横指处；⑧右肾上腺区：在鼻梁右侧（鼻软骨右侧缘），右眼内眦正下方；⑨肝区：在右侧面颊部，稍偏外侧处；⑩

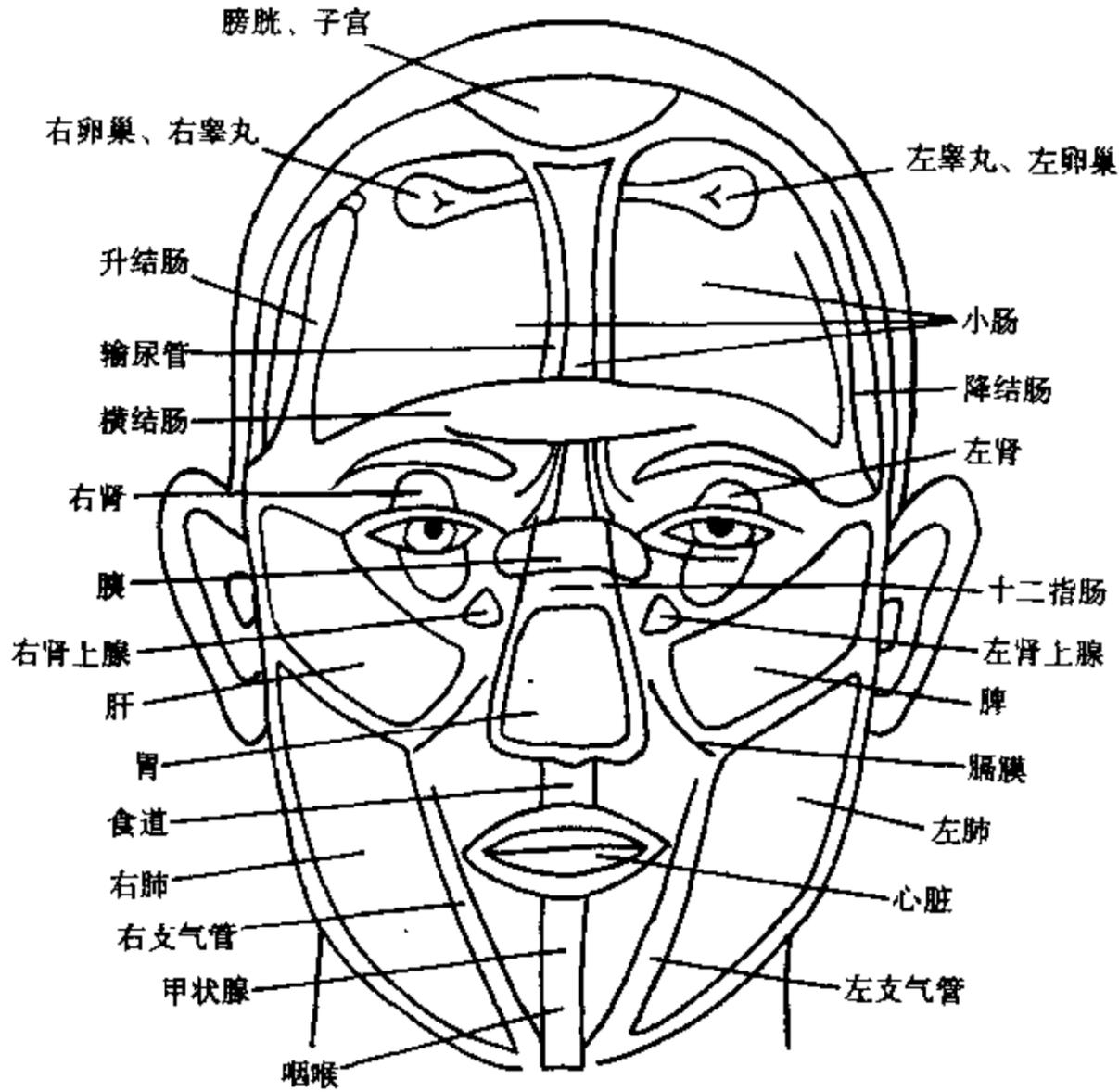


图 1-9 面部望诊分属部位图 (哥伦比亚)

胃区：在鼻尖处；①右肺区：在右眼外眦直下，颧骨下缘，与鼻翼下端的同一水平处；②食道区：在鼻与上唇的人中沟之正中处；③右支气管区：在右侧嘴角下方的一横指处；④甲状腺区：在下颌部，下唇的下方，颏唇沟中央的凹陷处；⑤咽喉区：在下颌部，甲状腺区下方一横指处；⑥左卵巢、左睾丸区：在前额左侧上部，左眼瞳孔直上，发际下一横指处；⑦小肠区：在前额正中部，印堂穴直上一横指至二横指之间处；⑧降结肠区：在左侧额角中部，额区发际处；⑨左肾区：在左眼球直上的左眼睑处；⑩十二指肠区：在鼻中部的左侧，左眼内眦的下方处；⑪左肾上腺区：在左侧鼻软骨边缘，左眼内眦正下方处；⑫脾区：在左侧面颊部，稍偏于外侧处；⑬膈膜区：在鼻翼左侧旁，鼻唇沟之中部；⑭左肺区：在左眼外眦直下，颧骨下缘，与鼻翼下端的同一水平处；⑮心脏区：在两嘴角处；⑯左支气管区：在左侧嘴角下方的一横指处。

日本学者⁽³⁾还有面部三区划分法，将眉以上的部位叫上亭，诊断与脑有关的疾病；从眉以下到鼻下沿叫中亭，诊断与呼吸系统有关的疾病；鼻以下的部位叫下亭，诊断与消化系统有关的疾病。

以上各国学者对颜面分属部位的不同划分法，可供临床诊断时参考。

二、相貌与易患疾病的关系

日本医生经长期研究发现，人的不同相貌有其相应的易患疾病，将相貌分为以下 5 种⁽³⁾：

(1) 结核型：此型人以脸细长，下巴瘦而窄，两眼瞳孔间隔近为特征。此型人易患

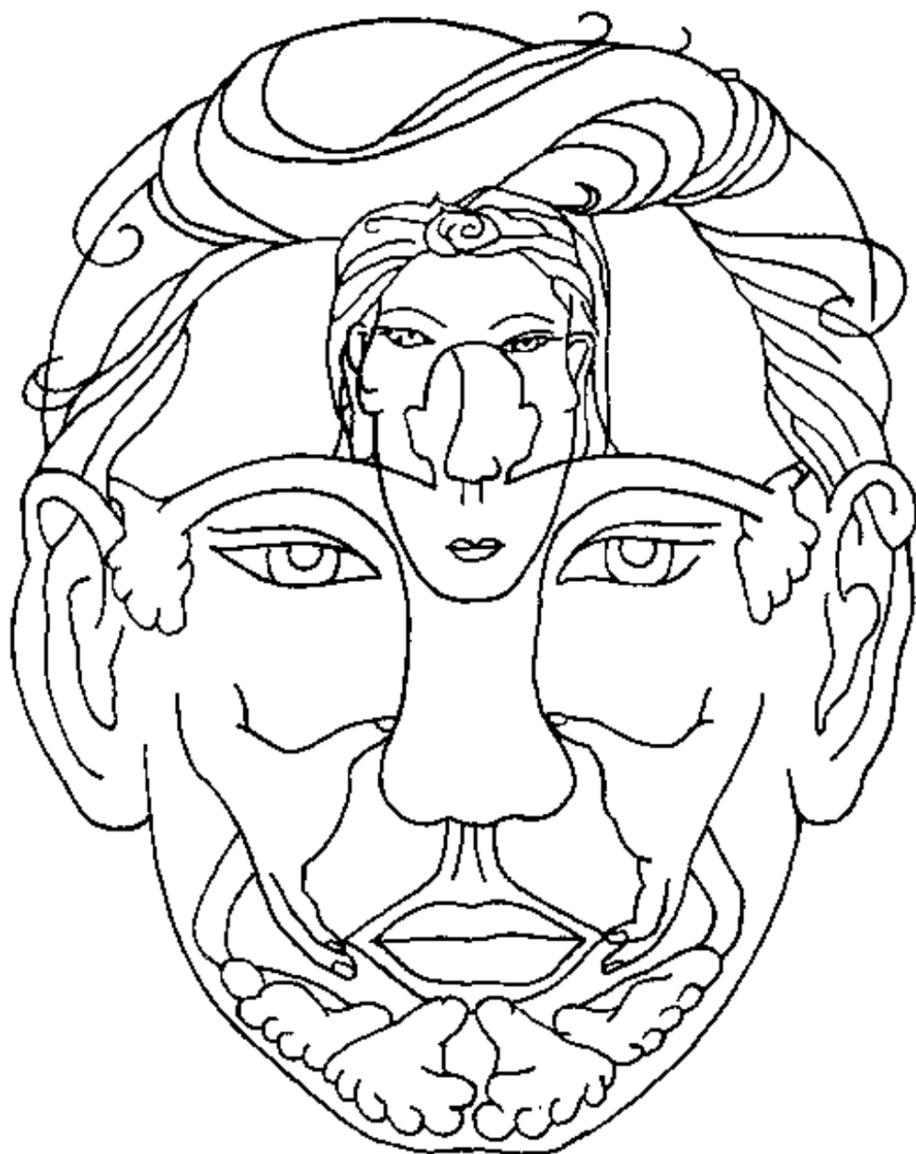


图 1-10 整体在颜面投影区域图 (男、女) (法国)

病的表现 (图 1-11)。

三、头发的超微结构与年龄肾气相关

傅湘琦^[4]报道, 为了了解头发与肾气的关系, 用扫描电子显微镜观察了 105 岁、81 岁、70 岁、50 岁、33 岁和 22 岁 6 个不同年龄人的头发, 发现 105 岁的高龄者头发毛干表面其毛小皮的排列比较松, 毛小皮与毛小皮的游离缘间距也较大, 毛小皮的游离缘呈不整齐的钝尖状突起。81 岁老人其头发毛干的毛小皮排列比 105 岁老人的稍紧, 而毛小皮的游离缘虽然大部分呈钝尖状突起结构, 但中间仍有锐尖状突起残存。而 70 岁者, 其毛干毛小皮的游离缘亦大部分为钝尖状突起, 锐尖状突起几乎与 81 岁无大区别。55 岁者的毛发, 在毛干表面毛小皮排列其游离缘间的距离, 有的疏松, 有的致密, 松者与 33 岁和 22 岁者相近, 而毛小皮的游离缘尖锐状的突起较多, 钝尖状突起较少。33 岁的毛干表面, 毛小皮的排列比 22 岁者略疏一些, 毛小皮游离缘的间距稍大。6 种年龄的人中以 22 岁者毛小皮的游离缘间距最短, 游离缘的突起绝大部分为锐尖状, 几乎看不到有呈钝尖状者, 更未见有象高龄者的毛小皮那样有破坏和脱落现象。观察结果表明: 头发的变化的确与年龄有关, 头发的生长、变化与人的肾气盛衰有密切关系。

四、望内眼常见病理改变的辨证

内眼组织包括玻璃体、视神经、视网膜、视网膜血管、脉络膜等, 临床上通过望这些内眼组织的病理改变, 就可进行疾病的诊断。

(一) 望玻璃体病理改变

肺结核。

(2) 肾脏型: 此型人以脸长而窄, 瞳孔间隔宽为特征。此型人易患肾炎。

(3) 溃疡型 (内脏下垂型): 此型人的面容介于结核型与肾脏型之间, 以瞳孔间隔不宽不窄, 只是眼窝下陷明显为其特征。此型人胃溃疡的发病率高。

(4) 恶性贫血型: 此型人整个脸大而宽, 脸下部更宽, 下巴呈锐角, 两瞳孔间隔异常宽, 鼻根部和上唇之间距离短, 面色发青或为苍白色。此型人多数面色不好。

(5) 胆囊型: 此型人以脸宽而圆, 下巴稍圆, 瞳孔间隔窄为特征。当面色红润, 红中带紫黑色倾向时, 易患胆结石; 面色苍白时, 则为肾脏系统有

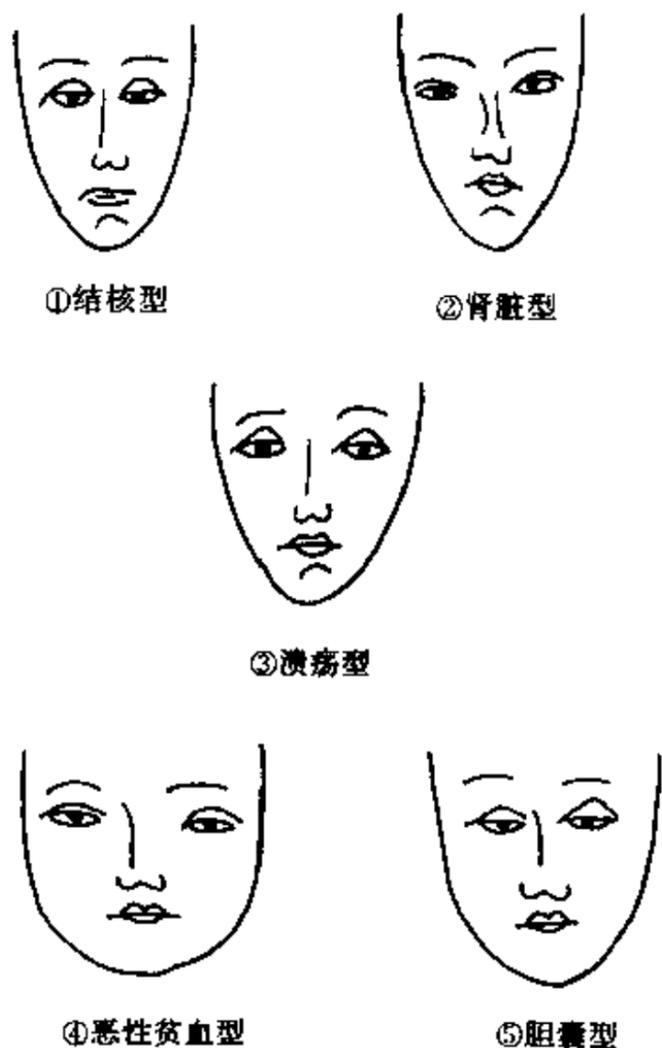


图 1-11 相貌与易患疾病图

色鲜红，边缘模糊，多为肝胆实火上炎；或肝气郁结，郁久化火；或兼气滞血瘀所致。

(2) 颜色变白：视乳头颜色淡白或苍白，生理凹陷扩大加深致视杯与视盘之比例扩大，多为肝肾不足；或脾气虚弱，气血不足；或外伤后气血瘀滞所致；若继发于五风内障者，则多系玄府闭塞，目中神水瘀积，压迫视乳头所致。

(3) 血管改变：视乳头血管呈屈膝状爬出，偏向鼻侧，或见动脉搏动者，多为阴虚阳亢，肝风上扰；或痰湿内阻所致。

(4) 出血：视乳头上出现点状、片状出血，多为肝经郁热，迫血妄行所致。

(三) 望视网膜病理改变

视网膜的病理改变主要表现为出血、渗出、脱离、萎缩等方面。

(1) 视网膜出血：视网膜出血，颜色鲜红，出血量少，位于视网膜上，呈点状或火焰状者，病情相对较轻；若出血位于视网膜下，呈片状、团状者，病情较重；若出血量多，布满整个视网膜，或充满玻璃体，致眼底不能窥及者，病情更重。其因甚多，但均为血溢脉外所致。①视网膜新鲜出血，血色鲜红，多因心肝火热，蒸迫脉道，血液妄行；或肝肾阴虚，虚火上炎，灼伤脉络；或阴虚阳亢，脉道瘀阻，血不循经；或气血瘀滞，瘀血未去，新血又生；或外伤脉络等所致。②视网膜出血陈旧，血色暗红，多为气机不利，血凝不行，气血瘀滞之象。③若视网膜反复出血，新旧血液夹杂，或有新生血管，多为阴虚火旺，虚火上炎；或脾气虚弱，统血失权；或虚中夹瘀，虚中夹邪，正虚邪留所致。

(2) 视网膜渗出：视网膜出现新鲜渗出物，多为肝胆湿热或热郁血分所致；渗出物较为陈旧者，多为肝肾不足，兼有气滞血瘀或兼痰湿郁积所致；若视网膜呈弥漫性水肿渗出或呈星芒状渗出，多为脾肾失调、水气上泛所致，常见于水肿病患者。

玻璃体的病理改变主要表现为玻璃体混浊，根据混浊产生的原因，可分为炎性、出血性和退行性3种。

(1) 炎性混浊：眼内有炎性病变或病史，玻璃体内出现尘埃状混浊或见棕黄色色素颗粒，多为湿热蕴蒸所致。

(2) 出血性混浊：眼内有出血性病变或病史，或有外伤史，玻璃体内出现片状、条状出血性混浊，多为肝经郁热、迫血妄行，或气滞血瘀所致。

(3) 退行性混浊：眼底呈视网膜、脉络膜萎缩等退行性改变，玻璃体内出现棉絮状或蝌蚪状混浊，多为肝肾不足或气血虚弱所致。

(二) 望视乳头病理改变

正常情况下视乳头颜色淡红，边界清楚，视杯与视盘之比例为0.3~0.4，其上血管走向正常。视乳头的常见病理改变有充血水肿、颜色变淡、杯与盘之比扩大、血管偏向鼻侧等。

(1) 充血水肿：视乳头充血水肿隆起，颜

(3) 视网膜脱落：视网膜脱离、隆起，呈青灰色及波浪状，多因脾肾失调，脾失健运，肾阳不振，水湿停聚，上泛于目所致。轻度外伤常为本病的诱发因素。

(4) 视网膜机化物：视网膜上出现灰白或白色、条状或块状机化物，组织增生，多见于出血后期，因气滞血瘀，或痰湿郁积，凝积不散所致。

(5) 视网膜萎缩：视网膜出现萎缩退变，脉络膜血管显露，多为肝肾不足、气血虚弱所致。

(四) 望视网膜血管改变

(1) 血管粗大：视网膜血管粗大扭曲、充血，伴有视网膜渗出物或出血者，多为血分有热所致。

(2) 血管细小：视网膜血管痉挛，动脉变细，反光增强；或动、静脉交叉处有压迹；或黄斑部有螺旋状小血管者，多为肝肾阴虚，阴不潜阳，肝阳上亢所致。若血管细小，伴有眼底退行性病变者，则多为气血不足，目失濡养所致。

(3) 血管阻塞：发生在视网膜动脉者，表现为动脉显著变细如铜丝甚或如银丝状，距视乳头不远处即消失，多为情志不遂，肝气上逆，以致目中玄府不通，脉络闭塞；发生在视网膜静脉者，表现为静脉怒张弯曲，甚或呈节段状，多为阴虚阳亢，脉络瘀阻；或肝火上炎，火灼脉道所致。

(五) 望脉络膜病理改变

(1) 脉络膜渗出：脉络膜、视网膜同时出现水肿渗出，多为湿热蕴蒸所致；若脉络膜有渗出斑块，而不伴有视网膜水肿与玻璃体混浊，则多与阳气不运，痰湿积聚有关。

(2) 脉络膜萎缩：脉络膜萎缩变性，其上血管硬化，多为肝肾阴虚或气血不足，目失濡养所致。

(六) 望黄斑部病理改变

(1) 黄斑部水肿渗出：黄斑部出现水肿、渗出，多为肝气犯脾，脾失运化，水湿停聚所致。若水肿消退，遗留渗出物，则多为气血失和，气血瘀滞。如果新鲜渗出物与陈旧渗出物相互夹杂，多因阴虚火旺而成；若渗出质较为陈旧，或有色素沉着，或出现黄斑囊样变性者，多为肝肾不足所致。

(2) 黄斑部出血：眼底出血仅局限于黄斑部，常见于中度以上近视和黄斑部盘状变性的患者，多因劳瞻久视，耗损肝阴，肝失藏血；或脾气虚弱，统血失权所致。

(3) 黄斑部萎缩：黄斑部萎缩变性，多为肝肾不足，或气血俱虚。

五、内眼组织与脏腑经络相属学说

历代中医眼科医家因历史条件的限制，对外眼疾病的诊断多论述精详，而对内眼疾患的症状、体征则缺乏细致深入的探讨，往往仅凭患者的自觉症状来诊断疾病。因而，古代医家对内眼疾患的论述，从目前临床实践来看，其价值不大。成都中医药大学已故著名中医眼科专家陈达夫教授于1959年创立了“内眼组织与脏腑经络相属”学说^[5]，该学说以《内经》理论原则为依据，结合现代医学对眼的解剖生理知识，以临床实践为基础，对内眼组织与中医脏腑经络的关系，进行了深入的探讨。认为：

(1) 视神经、视网膜、虹膜、睫状体以及睫状体小带属足厥阴肝经：因肝主筋，人身之神经属筋类组织，视网膜由三级神经元组成，故视网膜、视神经属足厥阴肝经；虹膜为风轮之里层，风轮在脏属肝，睫状体、睫状体小带与虹膜相连，亦属风轮范围，故

也属足厥阴肝经。

(2) 视网膜黄斑区属足太阴脾经：眼底黄斑部，在用无赤光检眼镜检查时呈微黄色，黄色属脾，故黄斑区属太阴脾经。

(3) 脉络膜属手少阴心经：《素问·五脏生成》曰：“心之合脉也。”从眼的解剖生理来看，脉络膜是由大、中、小血管层所组成，又称血管膜，故脉络膜属手少阴心经。

(4) 玻璃体属手太阴肺经：陈氏认为眼内的精液即玻璃体是肺的精华所结，所以玻璃体的病变应从手太阴肺经去考虑。

(5) 眼中房水属足少阳胆经：《灵枢·天年》说：“五十岁肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始减，目始不明”。《养生书》中说：“肝开窍于目，胆司其明。”陈氏认为眼内神水是胆中渗润之精汁，升发于上而成，起濡养瞳神的作用。这种神水就是房水，因而房水的病变应从足少阳胆经论治。

(6) 眼中一切色素属足少阴肾经：《素问·五脏生成》说：“心之合脉也，其荣色也，其主肾也。”眼底的色素当得受生气时为桔红色，但生气一绝，经解剖后则全露其黑色，黑属肾，故眼中一切色素属足少阴肾经。

六、血瘀证目征的研究

观察目征是中医重要的传统诊法之一，许多研究表明，目征与血瘀证有着密切的关系。李国贤等^[6]对血瘀证目征进行了观察，其观察项目及记分值为：

①目周围皮肤色调暗红记5分，青紫记10分；②球结膜微血管扭曲或呈波浪状畸形3条以上血管记5分，6条以上或畸形显著记10分；③球结膜微血管怒张，粗细不一或呈瘤状，3条以上血管记5分，6条以上或微血管明显怒张或呈瘤状记10分；④球结膜微血管呈网状畸形，范围超过1/8或1/4球结膜区，分别记5分或10分；⑤球结膜微血管色调暗红记5分，青紫记10分；⑥球结膜有出血点记5分，出血斑记10分；⑦球结膜有报伤点（即微血管末端有瘀血点，状如针头大小，色为暗紫或黑色），1~2个报伤点记5分，3个以上记10分。记分值<19分为阴性目征，>20分为阳性目征（20~39分为轻度，40分以上为重度）。

通过对血瘀证组330例、非血瘀证组121例、可疑血瘀证组451例、健康人组37例目征的研究表明，目征是血瘀证的重要体征之一，借助目征诊断血瘀证有以下特点：①灵敏度高，血瘀证组目征阳性率为91.2%，明显高于健康人组（2.7%）和非血瘀证组（11.6%）的目征阳性率。目征对血瘀证的诊断符合率（91.2%），与青紫舌（90%）基本一致；②可推断有无血瘀证及血瘀证的轻重；③肉眼可直接观察，不需要借助特别仪器；④观察方法简捷方便，不需要去专门诊察室检查；⑤可作为疗效观察的一项客观指标。

彭清华^[7]结合眼科临床实际情况，提出血瘀证的眼部体征为：①眼睑及结膜颜色暗红或青紫，或有瘀点瘀斑；②眼内外的各种出血、积血；③球结膜或视网膜血管怒张、扭曲或呈波浪状及网状畸形；④眼底血管显著变细；⑤眼内外各部位发生的新生血管；⑥眼局部组织的增生物（如颗粒、结节、硬节、肿块）；⑦视乳头生理杯扩大加深，颜色苍白；⑧眼各部的机化物及视网膜血管旁白鞘；⑨视网膜或球结膜血管瘤；⑩视野明显缩小；⑪眼球胀痛或刺痛；⑫眼肌麻痹。

七、内障眼病虚实辨证的研究

在中医眼科基本理论之中，有“外障多实，内障多虚”之说，而五轮之中，又认为

“瞳神属肾”。这些理论自古以来一直指导着眼科临床。但在眼科医者可以借助现代先进的检测手段探查古代医家单凭肉眼不能分辨的许多眼科疾病（尤其是内障眼病）的今天，这些传统的眼科理论的临床实用价值究竟如何？彭清华^[8]等通过对 404 例门诊内障眼病的观察和 1321 例内障眼病住院患者的回顾性整理，探讨了“内障多虚”、“瞳神属肾”理论的临床实用价值。观察结果表明：

（一）内障眼病并非以虚证为主

观察的 1725 例内障眼病中，属实证的 555 例，占 32.17%；属虚证的 417 例，占 24.17%；属虚实夹杂证的 753 例，占 43.65%。说明内障眼病以实证和虚实夹杂证（两者合为 1308 例，占 75.83%）为主，虚证少见。通过对 18 种不同内障眼病的辨证分析还发现，急性发病的内障眼病多实证，慢性发病者则多虚证或虚实夹杂证；病程较长的内障眼病患者不但可属虚，而且为虚实夹杂证。

（二）瞳神疾病非多属肾

瞳神疾病并不都属肾，而是以肝及肝肾同病为主。1725 例内障眼病在脏腑辨证中的分布由高到低依次为：肝肾同病 705 例，占 40.87%；肝病 635 例，占 36.81%；脾病 218 例，占 12.64%；肾病 80 例，占 4.64%；脾肾同病 41 例，占 2.38%。

而从 18 种不同瞳神疾病脏腑辨证的结果分析还发现，瞳神疾病中可以单独由肾的功能失调引起病变者只占 1/3，且多为慢性退行性病变；各种内障眼病的发病均与肝的功能失调有关；目系所患炎性病变纯为肝所主，与肾无关；黄斑部病变多属脾；大多数内障眼病后期和慢性退行性内障眼病多为肝肾同病，即肝肾阴虚；瞳神疾病中之实证多与肝病有关，如肝郁气滞、肝火上炎等；虚证则以肝肾阴虚为多见，脾虚气弱者次之，而肾阳虚及脾肾阳虚者极少见。

八、虹膜诊断法的研究

（一）虹膜诊断法的发展与定位^{[9][10]}

虹膜诊断法是通过检查眼睛虹膜的颜色、斑点变化及纤维形状，以确定人体各器官和躯体的病损及其功能紊乱的诊断方法。远在公元前 4~5 世纪，西方医学之父希波克拉底就说过：“有什么样的眼睛，就有什么样的身体。”19 世纪末 Igmoce Von Peczly 发表了《眼睛诊断学研究引证》，将虹膜上与人体相对应的关系划分为 30 多个区域，这些区域皆为组织器官在虹膜上的投射部位，证实了希氏的说法。以后德国人 Gaston Verdier 又进行了大量研究，把 30 多个区域发展成 160 个对应点，发现两半侧躯体在虹膜投影区有着奇妙的对应关系，简直是奇妙的缩影，并绘制成“Vega 氏虹膜分区表”，使虹膜诊断学更加完备。目前，美国、法国、西班牙、葡萄牙、澳大利亚等国家亦对此进行了深入的研究，在本世纪 70~80 年代即逐步形成了虹膜诊断的理论。80 年代美国 Jensen 大夫的虹膜定位方法，验证了 300 多例门诊及住院病人，准确性较高。后来，法国 Fragnay 等人通过 6000 只眼睛的检查，进一步肯定了虹膜诊断学的应用价值，并著成《虹膜诊断学》一书，使之形成一门新的分支学科。

虹膜诊断法中对虹膜体形的划分，是由内向外，将虹膜分成 7 个同心环，每环有代表性，称“同心环定位”。按 Vega 氏法从中心到周边（即自瞳孔到睫状体虹膜外缘）由 6 个圆圈划分 7 个环，标志 7 个虹膜功能带：①代谢环和副交感神经系统投射环，此环存在时，全部器官的主要功能完整，提示于虹膜其它对应点的病患属良性；环的色变或退

色意味着神经系统失调。②消化区域——胃功能环，代表胃功能。③消化区域——肠功能环，是大小肠的投影处。④虹膜卷缩轮，本区域的隆起或变色，提示交感神经系统和较大的代谢功能紊乱。⑤体循环和淋巴系统的投影环，位于睫状部虹膜的最内侧。⑥睫状部虹膜划分两环，内环占 2/3，与各器官节段投影相对应。⑦外环占 1/3，是周边血管结构及皮肤的投影处。

在节段定位方面，每侧眼球整个睫状部虹膜上可划分为 16 个节段，分别依次为枕、耳、肺、心、脾、肾、脊柱、小腿、直肠、生殖器、纵隔、喉与甲状腺、口腔与食道、鼻眼、颞、颈顶，每节段分别确切地代表相应器官的投影，近 12 点钟处为颈顶节段；右眼 9 点处、左眼 3 点处各为心脏节段；近 6 点处为小腿节段；右眼 3 点处、左眼 9 点处各为喉与甲状腺节段；左右两眼虹膜分别表示躯体各半侧的对应器官。

（二）望虹膜诊病的原理

虹膜在五轮八廓中属于风轮，内应于肝，且又称风廓，内应于胆；瞳神（瞳孔）属于水轮，内应于肾，且又称水廓，内属于膀胱。故虹膜能反映肝、胆、肾、膀胱等内脏的生理病理状况。

虹膜是眼的重要组成部分，《内经》云“五脏六腑之精气皆上注于目”。从经络学说看，手足三阴三阳经多直接或间接地与眼睛有联系。又目为肝之窍，眼与目的关系更为密切，在眼科六经辨证中，肝主筋，虹膜属足厥阴肝经所主。故诊察虹膜能反映脏腑，尤其能反映肝脏的情况。

眼球虹膜是人体血管最丰富、最敏感的部位之一。虹膜为葡萄膜的最前部，其舒缩作用调节着瞳孔的大小，从而起到控制光线的作用。由于虹膜由脉络血管组成，虹膜是微细血管宗聚之处，是微循环的缩影，并且虹膜有丰富的神经纤维和中枢神经相通，因此，虹膜能较早反映器质性病变，故虹膜可称为全身的报警器。

（三）望虹膜诊病的临床运用

（1）毒性斑点（指斑点颜色很深，位于虹膜网状结构面上，其外观为边缘清晰的多角形）出现：表示一个暂时的中毒状态，如环境污染中毒、烟草中毒、酒精中毒和滥用药物等。当其以遗传形式出现时，则见于银屑病（牛皮癣）、心血管疾病和癌症。

（2）色素沉着：指斑点呈色素颗粒状堆积孤立地散在于虹膜纤维表面。如色素金黄，意味着脆弱；色素淡黄，意味着化脓性感染；色素暗黄，意味着中毒；外表绿色，意味着结核病或绿脓杆菌疾病；极深色素，意味着恶性疾病（或疾病性质险恶）可能，尤其呈海胆形态时如此；红色色素，意味出血；如果呈小洼状密集于虹膜面，说明出血仍在进展。

（3）黑点：可见于任何部位，形状大小不一，颜色可深可浅。如冠心病、心肌梗死、风湿性心脏病等，在心脏区常见黑点；扁桃体炎见于咽喉部；泌尿系疾病则见于肾或膀胱区。

（4）黑线：多呈放射状排列，颜色可深可浅。慢性肾炎患者在肾上腺或肾区多见；咳嗽胸痛病人在肺部、肋部可见；腰腿痛者在腰背部或腿膝部常见。

（5）缺损：以虹膜上方缺损多见。许多颅脑外伤患者或脑供血不足者有此表现。

（6）苍白：虹膜上出现大小不等的苍白区，提示有急性炎症。如在膀胱、尿道区出现，多见于尿路感染；如靠近外周出现苍白点，多为淋巴结炎。

(7) 窝孔：亦即隐沟，为形态不一、大小不等的凹陷，散布于虹膜各个区域，见于多个器官的损害、慢性贫血的患者，少数属先天性缺陷。

(8) 白环：老年人在虹膜周围出现一圈乳白色或灰暗色的环，俗称老年环。如果单独出现于上部脑区，多为脑部供血不良，如见于高血压、动脉硬化或低血压患者，常见有头晕头痛的症状。

(9) 卷缩轮：正常人卷缩轮靠近瞳孔，纹理均匀而纤细，病变时此轮明显增粗、扩大，状若蔷薇花环，俗称花环扩大，为有毒物质刺激所致，常见于腹腔炎症如急性肝炎、慢性浅表性胃炎、慢性结肠炎等。若仅见十二指肠区出现纤维增粗，多为十二指肠球部溃疡。

(10) 收缩圈：亦称神经圈或惊恐圈。为靠近虹膜外周边缘可见到1~2个白色的不完整的圆圈，多见于曾遇交通事故、创伤或受惊吓者，表现为精神紧张、焦虑、恐惧等。

(11) 虹膜上的缺损较浅，颜色呈浅黑色，表现病程短，症状轻；若虹膜上的缺损较深，颜色呈深黑色，表示病程长，症状重。

(12) 辐射状裂隙：裂隙呈车轮状或辐射状，表示它呈现的虹膜某个节段，其器官呈现某种程度的神经紧张。如出现于虹膜12点钟处，就意味着全身无力，极度疲乏。

(13) 痛性痉挛（绞痛）圈或同心环：其出现主要提示受检者特别有痛性痉挛及挛缩素质。若同心环位于左眼虹膜上，尤其是在颞部，为有心脏异常之可能。

(14) 虹膜出现代谢环消失合并瞳孔偏移，或代谢环消失合并瞳孔变扁平，或代谢环消失合并虹膜睫状体部的严重炎症信号者，其所出现区的相应脏器有发生癌症的可能。

(15) 当瞳孔向一侧（某脏器方向）偏移时，提示其偏移的对侧相应器官发生病变。如左眼瞳孔向鼻上方偏移，表明尿路系统有严重病症；左眼或右眼瞳孔向正下方偏移，表明有脑肿瘤；右眼瞳孔向颞下方偏移，提示有严重的鼻及眼病症；右眼虹膜向颞侧偏移，表明有严重的喉及甲状腺病症等。

(16) 左眼虹膜出现异常变化，说明右半身某处有了毛病；右眼虹膜出现异常变化，说明左半身某处有了毛病；如果两眼虹膜都出现异常，则证明人体的中间部位或两侧都出现了病变。

(17) 虹膜黄染是肝炎和黄疸的表现；虹膜上出现褐色斑点，在小儿多为肠蛔虫病；虹膜上有细血管瘀血，多见于高血压动脉硬化患者。

九、耳诊法的研究

（一）长寿老人的耳廓特点

中医学认为，耳廓外形宽大厚实，耳垂肥厚下垂者是形盛，为肾气足，主寿；耳廓瘦小而薄，耳垂小而不能下垂者是形亏，为肾气亏，主夭。贝润浦^[11]报道对50名80岁以上长寿老人耳廓视诊的观察结果，发现长寿老人耳廓的特点是耳廓长和耳垂大。据其测量，80岁以上老人，耳廓的长度均在7厘米以上（一般人为5~8厘米），有的甚至达到8.5厘米；80岁以上老年人耳垂长度均在1.8厘米以上（一般人为1~2.5厘米），有的竟达3.2厘米。有的老年人甚至自觉60岁以后耳廓及耳垂有逐渐增长的趋势，足见耳廓与耳垂对寿夭有一定的关系。胡志希^[12]对24例长寿老人与21例短寿者耳轮色泽的观察和对耳轮廓长、宽、厚的测量发现，长寿老人耳轮颜色淡红，荣润光泽，肉厚丰满，耳轮长，耳垂长，而耳宽无明显改变；短寿者耳轮颜色多晦暗苍白，枯槁无泽，耳廓肉瘦

干薄，耳轮和耳垂短。说明耳廓的长、厚与肾之精气、经脉气血的盛衰和寿年长短有密切关系。

（二）望耳诊伤

耳壳上出现鲜红或紫色的丝状红筋或斑点，压之不散，为诊伤之耳征。此征显现于右耳，示右侧半身有伤；显现于左耳，示左侧半身有伤；显现于耳壳上半部，示背部有伤；显现于耳壳下半部，示胸部有伤；在耳的上顶有黑色或红色向外扩散的点，示左腋下伤；在耳垂底部有白色或黑色点，示右腋下伤。

（三）冠心病的耳廓反应——耳折征

耳折征又称耳垂皱折，是从耳屏间切迹外伸到耳垂边缘的一条斜线皱痕。国内外大量研究表明，耳折征的出现，对冠心病的诊断有一定的价值^{〔13〕〔14〕}。

1973年Frank首次报道了20例冠状动脉疾病的耳征，其中19例有一种以上冠心病的危险因素，提出早发的心血管疾病可伴发耳垂皱折。他随后的观察表明，冠心病耳垂皱折的发生，显著高于年龄相同的对照组。在531例证明有急性心肌梗死的冠心病患者中，47%（251例）有单侧或双侧耳斜形耳垂皱折；而在305例年龄相同的对照组中，只有30%有耳垂皱折。Lichstein等于70年代末研究年龄在40岁以上的113例尸检材料，观察冠状动脉硬化和闭塞的程度与耳垂皱折之间是否有关，结果，有双侧耳垂皱折者其冠状动脉硬化最显著，单侧者较轻，无耳垂皱折者最轻，无耳垂皱折组与两侧耳垂皱折组比较，其动脉硬化的程度在统计学上有显著的差别。美国芝加哥大学曾对1000人进行调查，其中373人耳部有皱折，他们当中73%的人有心脏病。另有研究显示，耳折征的角度亦有重要价值。男性如有约45°角的耳折横跨耳壳，55%的会死于心脏病，而其它耳折皱角度的心脏病致死率不如45°高。国内上海、天津、四川、安徽等地的报道也证实了上述特征，且冠心病耳折征的阳性率为73.9%~97.7%，较国外报道为高，而正常人与非冠心病患者此征的阳性率则在24%以下。山东医科大学陈克忠等^{〔15〕}对92例冠心病患者和20例健康老人耳折征的观察，其耳折征阳性率冠心病组为63%，健康老人组为35%，两组之间有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。冠心病耳折征阳性者较之耳折征阴性者，其血液流变学指标中的全血粘度、血浆比粘度、压积、血沉、胆固醇、甘油三酯均增加，有显著性差异（ $P < 0.05$ ）或非常显著性差异（ $P < 0.01$ ）。

冠心病产生耳折征的原因尚难确知，Meslen等^{〔16〕}和Wells等^{〔17〕}认为耳垂系由结缔组织组成，既无韧带亦无软骨，故可能对缺血更为敏感，如果动脉发生病变，全身的微循环都可能发生改变。

（四）耳廓阳性反应物及其临床意义

耳廓的阳性反应物，是指耳廓皮肤上出现变色、变形、脱屑、丘疹、血管变化等改变，在临床疾病的诊断上有一定的意义。

1. 变色

（1）红色反应：有鲜红、淡红、暗红色，可呈点状、片状、不规则反应。鲜红色见于急性病症、疼痛病症；淡红、暗红色见于疾病的恢复期或病史较长的患者。如急性腰痛在肾区可呈片状红润；子宫颈炎伴有白带症，三角窝区可呈大片红色反应伴脱屑；头晕在晕区呈条片状凹陷红润。

（2）白色反应：可见片状不规则的白色隆起，光泽发亮，片状苍白或中央呈点片状

白色，边缘红润，亦可见片状白色中小点片状不规则红润。白色反应多见于慢性病，点白边缘红晕为慢性疾病急性发作。如慢性浅表性胃炎，胃区呈现片状不规则白色反应；风湿性心脏病在心区呈片状白色边缘红晕；腹胀、腹水在腹胀区或腹水点见白色反应；慢性胃炎急性发作时，胃区呈片状白色中间点状或不规则红润。

(3) 灰色反应：有淡灰、暗灰、灰色、如蝇屎色之分。灰色多见于陈旧性疾病和肿瘤。如肿瘤在相关耳穴部位及肿瘤特异区Ⅱ，呈现灰色，似蝇屎状反应，压之退色。

(4) 深褐色反应：慢性病变痊愈后在相应的耳穴上呈现色素加深似色素沉着反应。如乳腺癌根治术后，在乳腺区可见深褐色反应；神经性皮炎在患病的相关耳穴上色素加深，皮肤粗糙，纹理加深。

2. 变形 变形是指相关的耳穴出现隆起水肿、凹陷或点片状隆起并伴有线状或点片状凹陷等。变形反应常见于慢性器质性疾病。

(1) 隆起：常见结节状，小似芝麻、大如绿豆样硬结，高出于皮肤；或链珠状，三五个结节状硬结连在一起，高出于皮肤；或有片状、条片状、条索状隆起。如结节状圆形隆起，常见各种头痛；链珠状隆起，常见肥大性脊柱炎；条索状隆起，为关节疼痛；片状隆起，见于腹胀；条片状隆起，见于肩背肌纤维炎。

(2) 凹陷：可见点状、片状、线形凹陷。如点状凹陷，为耳鸣、散光；片状凹陷，见于胃、十二指肠溃疡；线形凹陷，见于冠心病、耳鸣、耳聋、缺齿等。

(3) 点状、片状隆起伴有点、片状凹陷或线形凹陷，常见于屈光不正。

(4) 耳穴皮肤粗糙不平、增厚或似皱褶，常见于皮肤病。

3. 丘疹 常见有点状丘疹和水泡样丘疹，高出于周围皮肤。从颜色上可分为红色丘疹、白色丘疹或白色丘疹边缘红晕，少数有暗灰色丘疹，似鸡皮疙瘩，数目不等。丘疹反应常见于急慢性器质性疾病、过敏性疾病、皮肤病等。

(1) 丘疹呈扁平样密集状改变似蚕子，常见于结节样痒疹。

(2) 丘疹呈白色点状或聚集样改变，常见于胆囊结石、支气管炎、腹泻等。

(3) 丘疹呈暗褐色改变，似鸡皮疙瘩，常见于神经性皮炎。

(4) 丘疹呈米字样排列改变，常见于心律不齐，传导阻滞。

4. 脱屑 脱屑常呈白色糠皮样或鳞状，不易擦去。脱屑反应常见于皮肤病、吸收功能低下、带下及内分泌功能紊乱等疾患。

(1) 过敏区、肺区脱屑，常见于皮肤病，如脂溢性皮炎等。

(2) 三角窝内脱屑，常见于妇科炎症、带下症。

(3) 食道、贲门处脱屑，常见于消化不良、吸收代谢功能低下。

(4) 相应部位鳞片状脱屑，常见于鱼鳞病。

(5) 全耳廓脱屑，常见于脂溢性皮炎、牛皮癣。

5. 血管充盈 耳穴血管反应，常见于血管扩张、扭曲呈网状、条纹状、海星状、弧状、蝌蚪状或鼓锤状，其色泽为鲜红色、暗紫色和暗灰色。血管变化常见于心血管疾病、脑血管病、急性炎症性疾病和急性出血性疾病。

(1) 血管扩张：可呈扇叶状或条段状。扇叶状，常见于消化道溃疡、腰腿痛；条段状，常见于关节痛、支气管扩张。色泽鲜红，多为急性病、疼痛性病症；色泽紫暗，多为病愈、恢复期。

(2) 扭曲：海星状，多见于溃疡病；环球状、弧状，多见于风心病；蝌蚪状、鼓锤状，多见于冠心病；梅花状，多见于肿瘤。

(3) 网状：血管呈网状改变，多见于急性炎症，如咽喉炎、扁桃体炎、乳腺炎。

(4) 血管中断：血管主干充盈扩张，见中间呈条段状中断，常见于心肌梗死。

6. 阳性反应物的特征与疾病性质的对应关系

(1) 点片状红润或充血，点片状白色边缘红晕，或红色丘疹，并有脂溢及光泽者，多见于急性炎症或慢性炎症的急性发作。

(2) 点片状白色、凹陷或隆起，白色丘疹，又无脂溢及光泽者，多见于慢性器质性疾病。

(3) 结节状隆起，或点片状暗灰色，或呈蝇屎状，多见于肿瘤。

(4) 糠皮样脱屑（不易擦去）、丘疹、皮肤纹理增粗、增厚，呈深褐色，多见于皮肤病。

(5) 线条状圆形，白色半圆形，或暗灰色疤痕等，多见于手术及外伤。

(五) 耳穴染色法简介

耳穴染色法是使用染色液和相应的活体染色技术，使与患病脏腑的相应耳穴着色的一种直观耳诊法。最早由云南中医药研究所管遵信报道^[18]。该法采用由用氨基黑 10 B 0.5 克，加甲醇 50 毫升、冰醋酸 10 毫升、蒸馏水 50 毫升，充分混合而配制成的染液，密闭于玻璃瓶内。染色时依次用 4% 硫酸氢钠溶液、0.3% 高锰酸钾溶液、5% 草酸溶液、蒸馏水清洗耳廓，去脂去污，然后将浸有染液的棉球置于耳甲腔内，紧贴皮肤，持续着色 2 分钟，再用甲醇、冰醋酸、蒸馏水按 5:1:5 的比例配制而成的脱色剂脱色、还原，然后记录、绘图。耳穴着色的形状有点状、片状、线状、环状、花斑状等。染色前注意不要摩擦、按压耳穴，且染色必须按顺序进行，每一步骤均不能省略。近年来，耳穴染色法已在矽肺、冠心病、胆囊炎、胆石症、间日疟等疾病的诊断中予以运用，其诊断阳性率均在 80% 以上。耳穴染色法的临床运用范围目前仍在进一步扩展。

(六) 耳廓望诊阳性反应发生的规律

耳廓望诊阳性反应主要包括颜色异常、形态异常、血管异常等，是临床诊断的客观依据。柳学俭等^[19]在长期临床实践及广泛搜集文献资料的基础上，初步归纳出耳廓阳性反应的发生具有如下规律：

(1) 部位对应：指人体组织器官发生疾病多在相应耳穴区发生阳性反应。在人体对称结构中，耳廓的阳性反应仅见于患侧，或患侧明显地强于健侧。

(2) 比例相符：指躯体组织结构间的大小比例与反映于耳廓的病理信息的强弱比例相符。躯体组织结构较大，反映于耳廓的病理信息较强，反之则较弱，甚至被掩盖或融合。

(3) 内外同步：指随着疾病的发生、发展、变化，耳穴上对应出现的一系列阳性反应。例如伴随着炎症的充血、渗出、变质、增生，耳穴对应地出现充血、水疱、痛阈改变、结节等阳性反应。

(4) 耳穴协同：指一种疾病往往在多个耳穴出现阳性反应。例如冠心病不仅在心区，还可以在小肠、神门等穴区见到异常反应。协同耳穴的出现有一定的先后顺序。

(5) 病因对应：耳廓阳性反应的原因性质对应于躯体内脏的病因病性。炎性病变耳廓多表现为充血、红晕、炎性丘疹、水疱；增生肥大病变多表现为灰白无泽、非炎性丘疹、隆起。

(6) 超前错后：指有的阳性反应先于临床症状之前出现，或在临床症状消失数天、数周、甚至数年后依然存在。超前有重要的预防作用，错后可为既往病史提供充分的客观依据。

(7) 好发部位：指各种阳性反应分别有各自的好发部位。如充血、红晕好发于三角窝、耳腔、耳背；隆起好发于对耳屏、对耳轮、耳腔等。

(8) 生理变异：指生理状态下耳廓中出现的类似阳性反应的异常变化，俗称“假阳性”，但找不到患病的其它证据，以变色居多，好发于耳廓中血管神经丰富的部位。其产生与年龄、性别、职业、季节、气候等因素有关。必要时结合病史、体检足以鉴别。

十、鼻诊的研究

(一) 关于明堂色诊的部位划分

明堂即指鼻，位居面中。王鸿谟^[20]曾对明堂色诊的部位划分作了研讨。根据王氏多年来大量临床病例的观察，发现色部范围大小虽有变化，却总是以一固定的点为中心。每一脏腑肢节病色的出现或聚或散，总是围绕在特定色部中心周围，大小方圆，各如其形。认为肺部中心在前正中线与两眉内侧端连线交点；心部中心在前正中线上与两侧内眦连线交点，正当鼻尖上方，正常鼻梁骨最低处；肝部中心在前正中线上与两颧骨连线交点，正当鼻梁骨最高处；脾部中心在前正中线上与鼻煽中央偏上 1/3 连线交点，正当鼻尖上方，鼻端准头上缘正中处；胆部中心在目内眦垂线与两颧骨连线交点，肝部两侧，相当于鼻梁骨外缘偏下方，下缘尽处；胃部中心在目内眦垂线与鼻翼中央偏上 1/3 连线交点，脾部两侧，相当于鼻翼中央偏上方。

(二) 鼻部皮肤点状异常能反映生殖系统的疾病

法国 Johan Nguyen 等报道^[21]，经过大量临床调查发现，鼻部皮肤点状异常是疾病症状的反映，其证候学价值主要决定于它的病变部位。调查认为，病人所表现的病理变化与鼻部皮肤点状异常的部位之间有一定的相互关系。在鼻的卵巢—睾丸穴位〔位于肾穴（鼻尖）与膀胱穴（鼻翼中线下端）〕连线的中点，该部位的皮肤点状异常（包括点状血管瘤、有色或无色痣、雀斑、平圆形或圆形痣等），反映了生殖系统的疾病。调查表明：87 例涉及到卵巢—睾丸区皮肤点状异常者中，女性病人占 72%。至于皮肤点状异常的性质，则血管瘤占了 67.8%，但两性发病率几乎相等，女性为 68.2%，男性为 66.6%。在 110 例女性病人中，25.4% 的病人有皮肤点状异常；在 90 例男性病人中，26.6% 的出现皮肤点状异常。在有生殖系统既往史的女性病人中（73 例），38.3% 的出现皮肤点状异常；在有生殖系统既往史的男性病人中，80% 的有皮肤点状异常。而 63 例有皮肤点状异常的女性病人中，96.8%（61 例）的有生殖系统疾病既往史；24 例有皮肤点状异常的男性病人中，91.1%（22 例）的有生殖系统疾病既往史。

(三) 鼻毛白化是机体衰老的标志

近年来，国内外学者认为鼻毛白化是机体衰老的重要标志之一。日本学者吉泽康雄等人^[22]把 300 名 18~73 岁的健康男子作为调查对象，研究了实际年龄与鼻毛白化率的关系，表明鼻毛白化率随着年龄的增长而提高。由于鼻毛分布在鼻前庭，数量少，容易计数和观察，故作为判断机体衰老的客观指标较为优越。不久前，武汉同济医科大学等单位联合调查了湖北省 17~79 岁健康人口 1905 人，证实了我国人鼻毛的白化率同日本文献观察基本一致。但中国人鼻毛白化出现的年龄比日本人晚，全部白化年龄在 60 岁以

后,这可能与民族和地域差异有关。

十一、人中的发育与子宫的发育密切相关

人中和子宫之间的关系如何?据秦学义^[23]对70例原发性不孕和100例经产妇的人中沟和子宫发育情况的观察,将人中沟形态归纳为5型,即端直型、梨状型、平坦型、横凹型和狭窄型。发现70例原发不孕病人中,端直型和梨状型人中沟仅10例,占14.29%;而平坦型、横凹型和狭窄型者达60例,占85.71%。对照组100例经产妇中端直型、梨状型人中沟97例,占97%。经统计学处理,两组有非常显著性差异($P < 0.001$),说明原发性不孕症与人中沟的类型有非常密切的关系。且170例受检者中,子宫正常大者110例,其中端直型、梨状型人中沟者105例,占95.45%;其它3型人中沟仅5例,占4.55%。经统计学处理,有非常显著性差异($P < 0.001$)。说明子宫正常大者多见端直、梨状型人中沟,而子宫不正常者多见平坦型、横凹型、狭窄型人中沟。证实人中与子宫二者之间确有联系。

顾亦棣等在1991年于成都召开的全国中医诊断第二次学术会议上报告了对284例育龄妇女的子宫和人中形态学进行相关性研究的结果^[24]:

(1)正常组与疾病各组人中长度比较:子宫发育不良组人中偏短的出现率(11/51),经 χ^2 检验,明显高于正常组($P < 0.005$)。即正常组88例,畸型子宫组49例,子宫发育不良组51例,子宫肌瘤组35例,卵巢功能不全组61例,其中人中长度偏短者依次为4、1、11、1、4例;人中长度中等者分别为77、40、39、31、52例;人中长度偏长者依次为7、8、1、3、5例。

(2)正常组与各组人中深度比较:上述5组人中浅者分别为14、10、28、8、29例;人中中等深者分别为47、31、18、22、26例;人中深者分别为27、8、5、5、6例。经 χ^2 检验,差异有非常显著性意义($P < 0.001$)。其中子宫发育不良组(54.90%)和卵巢功能不全组(47.54%)人中浅平的出现率,明显高于正常组(15.91%)。

(3)正常组与各组人中沟形态比较:上述5组人中形态正常者分别为69、8、39、20、49例;形态异常者分别为20、41、12、15、12例。经 χ^2 检验,有非常显著性差异($P < 0.001$)。其中畸型子宫组(83.67%)与子宫肌瘤组(42.86%)人中沟异常形态的出现率均明显高于正常组(22.73%, $P < 0.05 \sim 0.01$)。

(4)正常组与各组中指同身寸与人中长度关系比较:上述5组中指同身寸与人中长度之差 ≥ 5 毫米者分别为39、17、23、12、28例;长度差 ≤ 0 者分别为11、13、5、7、6例;长度差在0~5毫米之间者分别为38、19、23、16、27例。经 χ^2 检验,差异无统计学意义。

(5)正常组与各组体型比较:上述5组体型瘦者分别为47、23、30、19、20例;体型中等者分别为22、13、13、12、13例;体型胖者分别为11、6、4、2、4例。经 χ^2 检验,差异无统计学意义。

十二、牙龈改变与胃粘膜病变有关

山东中医学院附属医院姚保泰^[25]对牙龈改变与胃粘膜病变的关系进行了探讨。

共观察作纤维胃镜检查者130例,全部病例均因上腹部疼痛,或纳减消瘦,或痞满不适,或恶心呕吐,或呕血黑便前来检查。根据胃粘膜改变情况拍照或取活检。进行胃镜检查前检查患者牙龈,并制定如下诊断标准:

以牙龈丰满,呈粉红色,无粘膜下血管可见,龈乳头整齐,龈沟深度不超过2毫米为正常牙龈。以牙龈欠丰满,粘膜下血管透见,牙齿松动为牙龈萎缩。其中:如游离龈萎缩,粘膜下血管透见,牙龈变淡,无光泽为轻度萎缩;游离龈和附着龈都萎缩变薄,粘膜下血管透见,牙齿松动为中度萎缩;如牙周明显萎缩,牙齿松动脱落为重度萎缩。以牙龈乳头增大、肥厚,呈球状,牙周袋深度超过2.5毫米为牙龈增生。

观察结果:正常胃粘膜4例,均为正常牙龈;浅表性胃炎65例中,牙龈正常48例,萎缩11例(轻度10例,中度1例),牙龈有炎症表现8例;萎缩性胃炎35例中,牙龈萎缩33例(轻度7例,中度17例,重度9例),牙龈有炎症表现2例;胃溃疡8例中,牙龈正常2例,萎缩6例(轻度5例,重度1例);十二指肠球炎1例,其牙龈正常;十二指肠球部溃疡5例中,牙龈正常4例,牙龈有炎症表现1例;胃息肉4例中,牙龈正常、中度萎缩及增生各1例,牙龈有炎症表现1例;胃癌6例中,牙龈均萎缩(轻度1例,重度5例)。观察结果表明,牙龈改变与胃粘膜病变存在一定的关系,如萎缩性胃炎、胃癌和病程较长的胃溃疡患者,牙龈多见萎缩。

参 考 文 献

- [1] 曹洪欣,等译.面部诊断.中医药信息,1986,(3):35
- [2] 望面诊病.参考消息.1985年10月7日第3版
- [3] 日·渡边正著,魏中海译.体貌手形识病法.太原:山西科学教育出版社,1989
- [4] 傅湘琦.论头发的超微结构与年龄肾气相关.湖北中医杂志,1985,7(1):52
- [5] 罗国芬.陈达夫中医眼科临床经验.成都:四川科学技术出版社,1985
- [6] 李国贤,等.血瘀证目征的研究.中西医结合杂志,1988,8(10):630
- [7] 彭清华.从眼病学角度探讨血瘀证的诊断标准.云南中医杂志,1991,12(1):11
- [8] 彭清华.对中医眼科“内障多虚、瞳神属肾”理论的临床考察.江苏中医,1992,13(7):20
- [9] P.Fragmay.虹膜诊断学入门.昆明:云南人民出版社,1982
- [10] 张师艺,等.眼睛虹膜诊断的临床应用.国外科技,1985,(11):35
- [11] 贝润浦.耳廓望诊的临床运用.辽宁中医杂志,1983,10(12):15
- [12] 胡志希.耳轮廓大小枯荣与寿夭的关系.湖南中医学院学报,1992,12(1):36
- [13] Wyre HW. Cutis. 1979, 23(3):328
- [14] Medical World News. 1974, 15(42):23
- [15] 陈克忠,等.耳垂皱褶与冠心病及血液流变学的关系.上海中医药杂志,1988,(11):16
- [16] Meslen, J.F., et al. Capillaroscopic pattern in functioning people aged 70 and over. 7th, Europ. Conf. Microcirculation. 1972, (part 1):325
- [17] Wells, R., et al. Circulation. 1966, (33~34) (suppl III):237
- [18] 管遵信.研究耳针学的一种新方法——耳穴染色.云南中医杂志,1981,2(5):27
- [19] 柳学俭,等.耳廓望诊阳性反应发生规律初探.中国针灸,1991,(3):52
- [20] 王鸿谟.色诊述要.中医杂志,1988,29(8):77
- [21] Johan Nguyen,等.经络的作用与实质(一). Mensuel du medecin acupuncteur. 1981, (86):612
- [22] 鼻毛白化与衰老.浙江中医杂志,1991,26(8):381
- [23] 秦学义.人中沟形态与子宫发育关系的临床观察.陕西中医,1984,5(3):11
- [24] 顾亦棣,等.子宫与人中的相关性研究——附284例观察结果分析.全国中医诊断第二次学术会议论文,1991

第三节 望排出物

【基本内容】

通过观察病人的分泌物和某些排泄物的形、色、质、量的变化来诊察病情的方法,称为望排出物。

分泌物主要是指人体官窍所分泌的液体,其具有濡润官窍等作用,如泪、涕、唾、涎、带下等;排泄物是人体排出的代谢产物,如大便、小便、月经等,统称为排出物。当脏腑功能失调时,排出物常可发生相应的形、色、质、量的异常改变。此外,人体有病时所产生的某些病理产物,如痰液、呕吐物等,也属排出物范畴,其对临床疾病的诊断同样具有重要参考价值。

观察排出物包括痰涎、呕吐物、二便等。其他(如月经、汗液等)可详见相关章节。其对临床疾病诊断的一般规律是:凡色白、清稀、量多者,多属虚证、寒证;凡色黄、稠浊、量或多或少者,多属实证、热证。

一、望痰涎

痰与涎是不同的。痰是由肺和气道分泌出的粘液,属病理产物。涎是口腔中分泌的清稀粘液,属正常分泌物范畴。中医有“痰出于肺,涎出于胃”之说,其异常改变,常主要反应肺、胃的病理变化。

(一) 痰

主要观察痰的色、质、量的变化,以判断病邪的性质和邪正的盛衰。临床意义十分重要。

1. 白清痰 痰白清稀,量较多者,多属寒痰。因寒邪伤阳,津凝不化,聚而为痰,或脾阳不足,湿聚为痰,停聚于肺所致。

2. 黄稠痰 痰质黄稠有块者,多属热痰。因邪热犯肺,煎津为痰。

3. 粘稠痰 痰少而粘,难于咯出,甚则干咳无痰,属燥痰。因燥邪犯肺,耗伤肺津,或肺津不足,清肃失职所致。

4. 白滑痰 痰白滑,量多,易于咯者,多属湿痰。因脾失健运,水湿内停,湿聚为痰,故量多,滑利易咯。

5. 痰中带血 又称为“咯血”。色鲜红者,多见于肺阴亏虚和肝火犯肺,因虚火灼伤肺络所致。轻者痰中带血,重则咯血量多。

6. 脓血腥痰 咯吐脓血痰,气腥臭者,称为肺痈。乃由热毒蕴肺,肉腐成脓所致。

(二) 涎

涎为脾之液,由口腔分泌,具有濡润口腔、协助进食和促进消化的作用。望涎主要了解脾与胃的病变。常见异常改变有:

1. 口流清涎量多 多属脾胃虚寒。因脾胃阳虚,气不化津,故涎清量多。

2. 口中时吐粘涎 多属脾胃湿热。为湿热困阻中焦,脾失运化,湿热上犯所致。

3. 小儿口角流涎 涎渍颐下,称为“滞颐”。多由脾虚不能固摄口津所致;亦可见于胃热虫积,迫津外泄。

4. 睡中时时流涎 多为胃中有热或宿食内停所致。

二、望呕吐物

胃气以降为顺。胃气上逆即可发生呕吐。临床所见，无论外感或内伤皆可引起。观察呕吐物的色、质、量的变化，有助于了解脾胃病变的寒热虚实。

1. 清稀无酸臭味 多为寒呕。常因胃阳不足，腐熟无力，或寒邪犯胃，损伤胃阳，导致水饮内停，胃失和降，而见呕吐物清稀且无特殊气味。

2. 秽浊有酸臭味 多属热呕。因邪热犯胃，蒸腐胃中饮食，胃气不降而上逆，则呕吐物酸臭，气味浓烈。

3. 呕物酸腐不化 多属宿食内停、每因暴饮暴食、损伤脾胃，而致呕吐不消化食物，气味酸腐。

4. 呕吐黄绿苦水 多属肝胆郁热或湿热犯胃，或热迫胆汁上溢，则见呕吐黄绿苦水。

5. 呕吐清水涎痰 胃脘有振水音者，为痰饮。因水饮内停于胃，胃失和降所致。

6. 呕鲜血或血块 挟有食物残渣者，属胃有积热，或肝火犯胃，或胃府血瘀。因热伤胃络，血溢脉外则吐血。出血量多，出后立即吐出则血色鲜红；出血量少，蓄积后吐出则血色紫暗有瘀块。呕血伴少气懒言，形倦乏力等候者，则常由脾气虚弱，摄血无力所致。

三、望大便

大便的形成与脾、胃、大小肠的功能关系密切，同时与肝的疏泄功能和肾阳的温煦有关，故察大便的异常改变，常可诊察脾胃、大小肠以及肝肾的病变，以及病性的寒热虚实。

1. 清稀如水样便 多属寒湿泄泻。为外感寒湿，或饮食生冷，脾失健运，清浊不分，并走大肠所致。

2. 黄褐如糜而臭 多属湿热泄泻。每因湿热或暑湿伤及胃肠，大肠传导太过所致。

3. 完谷不化或便溏 多属脾虚泄泻或肾虚泄泻。因脾胃虚弱，运化失职，或肾阳亏虚，火不温土，清浊不分所致。

4. 粘冻便挟有脓血 多属痢疾。为湿热蕴结大肠，大肠传导失职所致。其中血多脓少者偏于热，病在血分；脓多血少者偏于湿，病在气分。亦有属虚寒痢者。

5. 便色灰白如陶土 多见于黄疸病人。每因肝胆疏泄失常，胆汁外溢，不能下注于肠以助消化所致。

6. 大便燥结如羊屎 每常排出困难，多属肠道津亏。或因热盛伤津，或胃火偏亢，或大肠液亏，或气虚推动无力，或阳虚寒凝不化，致使大肠传化不行。

7. 大便带血或全血便 称为“便血”。其中血色鲜红，附在大便表面或于排便前后滴出者，为近血（降结肠及其以下部位出血），可见于邪热灼伤肠络所致的肠风下血，或痔疮、肛裂出血等。血色暗红或紫黑如柏油样，与大便均匀混合者，为远血（升结肠及其以上部位出血），可因内伤劳倦、火热内蕴、肝胃瘀滞、脾虚不摄等所致。

四、望小便

小便的形成是多个脏腑综合作用的结果，其中与肾和膀胱的功能密切相关；肺主宣发肃降、通调水道，脾主运化，肝主疏泄等，亦参与水液的代谢；同时，津液的充足与否亦可通过望小便反映出来。故观察小便的异常改变，主要可以诊察肾、膀胱、肺、脾

等脏的病变，并可了解津液的存亡和病性的寒热虚实。临床常见的异常改变有：

1. 小便清长 多属虚寒证。因肾阳不足，气不化水，则水津下趋膀胱，故小便清长量多。

2. 小便短黄 多属实热证，因热盛津伤，无津下行；亦常见于剧吐、泄泻、下痢伤津的病人。

3. 尿中带血 见于尿血、血淋等病人。多因热伤血络，或湿热、砂石蕴结膀胱，或脾肾不固所致。

4. 尿有砂石 见于石淋病人。多因湿热内蕴，煎熬尿中杂质而结为砂石。

5. 小便浑浊如米泔水或滑腻如膏脂 见于尿浊、膏淋等病人。多因脾肾亏虚，清浊不分，或湿热下注，气化不利，不能制约脂液下流所致。

【补充阐发】

一、白痰非尽寒，黄痰非皆热

痰，自肺而出，有形可征。观察痰的颜色、质量、气味，是望闻诊的内容之一。在辨证意义上，就痰之色而论，一般是色白者属寒，色黄者属热。但也有不尽然者。

何西池曾说：“辨痰之法，古人以黄稠者为热，稀白者为寒，此特言其大概而不可拘泥也。以外感言之，伤风咳嗽，痰随嗽出，频数而多，色皆稀白，误作寒治，多致困顿。盖火盛壅遏，频咳频出，停留不久，故未致于黄稠耳，……推之内伤亦然。”

临床实际中为什么有些患者证候虽不属寒，而其痰却见白色呢？盖痰为津液所化，受热煎熬其色始黄，因此痰色由白转黄有一个转化过程。这个转化过程的快慢与邪热的微盛、来势的缓急和人体津液耗损程度及其生化能力有关。临床常见的外感风热证，虽见身热、口干、咽喉红痛、舌红脉数等热证表现，但却咳吐白痰，显然若从痰色辨证为寒，则与全身症状难以吻合。此乃感受外邪来势较急，津液虽受热灼而成痰，但频咳频出，留存尚暂，且病在初期津液化源尚充，故痰液未能致稠变黄。

另有一种情况，在人体正气驱邪外出的机转下，随着病情的好转，痰色由白转黄，往往是咳嗽向愈的佳兆。清·陈士铎《石室秘录》说：“已病之痰，必观其色之白与黄，而辨之最宜分明，黄者乃火之将退也，白者火正炽也。”即指此而言。反之，其病本属寒，而痰却黄稠者，临床亦可见到，此乃阳虚水液气化失司，水液停聚日久而成痰，痰积既久，其色因郁遏而变黄，病本为寒，其标见热也。

二、尿黄不尽属热证

尿黄，是指小便颜色呈深黄、黄赤或黄褐色，甚至尿如浓茶的异常表现。

在临床辨证中，常把尿黄作为有热的症状。作为热证症状的尿黄又有湿热、实热和虚热之不同。肝胆湿热而尿黄者，小便短黄或黄赤，甚至色如浓茶，口苦纳减，恶心呕吐，胸胁疼痛，身目发黄，舌红苔黄腻，脉弦数；膀胱湿热而尿黄者，小便短黄或短赤，常兼尿频、尿急、尿痛，或见小便不通，小腹疼痛或胀痛，口苦咽干，渴不欲多饮，舌红苔黄，脉滑数；胃肠实热而尿黄者，小便短黄，口渴欲饮，口臭，大便秘结，腹满拒按，舌红苔黄燥，脉滑数或沉实而数；心经炽热而尿黄者，小便短赤，排尿热涩作痛，发热面赤，心烦失眠，夜寐多梦，甚或神识不清，神昏谵语，舌红，舌尖起刺，苔黄甚或焦黄，脉数；阴虚内热而尿黄者，小便短黄有灼涩感，头晕耳鸣，咽干，午后潮热，五

心烦热，腰膝痠软，梦遗滑精，舌红少苔，脉细数。

但尿黄并不均属热证，也有因寒湿内蕴，脾阳受损，气机郁滞，湿邪受阻而尿黄者，其特点是起病缓而病程长，表现为小便黄赤如茶；但量不短少，面色晦暗，身目俱黄，神疲肢倦，纳呆腹胀，形寒畏冷，大便不实，舌淡苔白腻，脉濡缓。

此外，夏日天气炎热，排汗较多，尿少且稍黄一点，是完全正常的，不属热证。服用一些药物如阿的平、核黄素等，也会引起尿黄，更非热证。至于小儿尿黄，是因为小儿发育旺盛，代谢物排泄较多所致，是正常现象，也并非热证，如果一味地服用凉药，势必影响小儿的发育，导致疾病的产生。

【古代文献】

一、望痰涎

《望诊遵经·诊痰望法提纲》：……后世辨证以痰涎，是因人之物以验人也，盖天道远，人道迩，远取诸身，其事虽异，间尝考之于书，而况痰因病生，病以痰著，又事理之至明且显者乎，间尝致书，以为痰形稠而浊，饮色稀而清。寒痰青、湿痰白、火痰黑，热痰黄，老痰胶。其滑而易出者，湿痰属脾。燥而难出者，燥痰属肺。清而多沫者，风痰属肝。坚而成块者，热痰属心。有黑点而多稀者，寒痰属肾。病新而轻者，清白稀薄，病久而重者，黄浊稠粘。多唾者胃寒，流涎者脾冷。舌难言，口吐沫者，邪入于脏，腹时痛，口吐涎者，虺乱于中。咳唾涎沫，口张气短者，肺痿之证。咳唾脓血，口干胸者，肺痈之证。其吐如米粥，吐而腥臭者，皆肺痈之候。形如败絮，色如煤炱者，悉老痰之容。此诸书因痰涎之色，诊病之浅深也，或谓痰声相应为轻，不相应为重，由稀而稠者，病日退，由稠而稀者，病日进，因痰嗽而吐血者，多起于外感，因吐血而痰嗽者，多属于内伤。亦可因证以相参也，会而观之，析而论之，则稀者为饮，稠者为痰。清者形气不足，浊者病气有余。青白者少热气，黄赤者多热气。而凡痰形之变，痰色之殊，胥于是乎推，亦于是乎断矣。

《养生主论》：或问：方书皆曰五痰，何谓也？答曰：所谓风痰、寒痰、热痰、气痰，味痰又名酒痰。味痰者，因饮食酒醪厚味面唾痰也。气痰者，因事逆意而然也。热痰者，因饮食辛辣烧炙煎燔，重裯厚褥，及天时郁勃而然也。寒痰者，因冲冒风凉不节之气面然也。风痰者，因感风而发，或因风热怫郁而然也。此皆素抱痰疾者，因风寒气热味而喘咯咳唾，非别有此五种之痰。

二、望呕吐物

《诸病源候论·呕吐门》：呕吐者，皆由脾胃虚弱。受于风邪所为也，若风邪在胃则呕。膈间有停饮，胃内有久寒则呕面吐。其状长太息，心里澹澹然，或烦满而大便难，或溇泄，并其候也。

恶心者，由心下有停水积饮所为也。心主火，脾主土，土性克水。今脾虚则土气衰弱，不能克消水饮，水饮之气不散，上乘于心，复遇冷气所加之，故令火气不宣，则心里澹澹然，欲吐，名为恶心也。

荣卫俱虚，其血气不足，停水积饮，在胃脘则脏冷。脏冷则脾不磨，脾不磨则宿谷不化，其气逆而成胃反也。则朝食暮吐，暮食朝吐。心下牢大如杯，往往寒热，甚者食已即吐。其脉紧而弦，紧则为寒，弦则为虚，虚寒相搏，故食已即吐。

《备急千金要方·呕吐呃逆第五》：夫吐家，脉来形状如新卧起，阳紧阴数，其人食已即吐；阳浮而数亦为吐；寸口脉紧而芤，紧即为寒，芤即为虚，寒虚相搏，脉为阴结而迟，其人即噎。关上数，其人即吐。趺阳脉微而涩，微即下利，涩即吐逆，谷不得入。趺阳脉浮者，胃气虚，寒气在上，忧气在下，二气并争，但出不入，其人即吐，而不得食，恐怖如死，宽缓即差。呕而脉弱，小便复利，身有微，见厥难治。

《三因极一病证方论》：呕吐虽本于胃，然所因亦多端，故有寒热饮食血气之不同，皆使入呕吐。据论云：寒气在上，忧气在下，二气并争，但出不入。此亦一涂，未为尽论。且如气属内因，则有七种不同，寒涉外因，则六淫分异，皆作逆，但郁于胃则致呕，岂拘于忧气而已。况有宿食不消，中满溢出，五饮聚结，随气翻吐，瘤冷积热，及瘀血凝闭。更有三焦漏气走哺，吐利泄血，皆有此证，不可不详辨也。

《万氏秘传片玉心书·呕吐门》：呕吐病源不一，治者要辨根由，呕则声物一时有，有物无声曰吐。更有有声无物，此名哕而干呕，又当辨证药分投，有甚难为措手。冷吐乳食不化，腹胀喘急无时，而白眼慢气多吁，吐有夹食清水。此因风寒入骨，或食生冷伤亏。抑伤乳胃中虚，不纳乳食吐出。热吐唇红而赤，乳食入而虽消，吐物黄色遍身烧，大热渴多烦躁。此因暑气在胃，或食热物煎熬，胃气因热不协调，气逆遂成吐了。积吐如何分晓，眼胞浮面微黄，足冷肚热异寻常，昼轻夜重魔瘴。宿气滞在脾胃，故吐黄酸水浆，或吐酸馊气难当，此伤宿食形状。小儿伤乳吐者，形症更要消详，乳才哺后吐浪荡，或少停而吐止，此因乳食无度，脾气弱不能当，速将空乳令儿尝，乳节吐止为上。……呕吐不止之症，分明说与医人，如服正药俱无灵，更加烦躁乱闷。呕吐只是不止，目睛上窜须危，头往上仰魄如飞，只好安排后事。

三、望大便

《诸病源候论·大小便不利候》：三焦五脏不协调，冷热之气，结于肠胃津液竭燥，大肠壅涩，故大便不通。张仲景云：妇人经水过多，亡津液者，亦大便难也。……肠胃虚弱，为风邪冷热之气所乘，肠虚则泄，故变为利也。此下利是水谷利也，热色黄，冷色白。带利由冷热不调，大肠虚冷，热气客于肠间，热气乘之，则变赤，冷气乘之，则变白，冷热相交，则赤白相杂而连带不止，名为带利也。其状白浓如涕，而有血杂亦有少血者，如白浓涕，而有赤脉如鱼脑，又名鱼脑利。

《四诊扶微·问便》：凡大便热结，而腹中坚满者，方属有余，通之可也。若新近得解，而不甚干结，或旬日不解，而全无胀意者，便非阳明实邪。观仲景曰：大便先硬后溏者，不可攻，可见后溏者，虽有先硬，已非实热，色夫纯溏而连日得后者，又可知也。若非真有坚燥痞满等症，则原非实邪，其不可攻也明矣。

《万氏秘传片玉心书·泄泻门》：如泄泻清白，或不思食，食不化，腹痛，四肢冷，面晄白，作渴者，此寒湿也。其症多得于冬。……如泄泻注成黄水者，或渴或不渴，此风湿也。其症多得于春。……如泄泻清水，腹中无痛苦者，此纯湿也。……如泄泻肠滑不止者，此湿伤元气下陷也。……如泄泻酸臭，腹痛，面黄带热，不喜饮食者，此食积也。……如泄泻日久，身热不退，只以调元汤治之。此虚热也。

便黄因内热，红赤黑同看。绿白青皆冷，积滞气臭酸。久泻四肢瘫，才惊睡不安。热疳毛作穗，涎嗽定伤寒。肝冷传脾臭绿青，焦黄脾土热之形。肺肠寒色脓粘白，赤热因心肾热成。

《望诊遵经·大便望法提纲》:……屎以得黄色之正者为中,得干湿之中者为常。知其正,则知其偏,知其常,则知其变矣。设因饮食之殊,而有形色之异,亦其变之常也。诊之之法,诸书以为暴注下迫,皆属于热,澄彻清冷,皆属于寒。出黄如糜者肠中热,肠鸣渗泄者肠中寒。濡泄者因于湿,飧泄者伤于风。粪如鹭溇者,泄泻之病,大肠寒。粪如羊矢者,噎膈之病,大肠枯,如水倾下者属湿,完谷不化者为塞。泄利无度者肠绝,下利清谷者里塞,自利清水,色纯青者少阴病,急下之证,行其大便,燥且结者,胃家实,下后之征。诸下血先便后血为远血,先血后便为近血。从肠中来者,其色红;从胃中来者,其色黑。白痢者,属乎气,赤痢者,属乎血。便色白者,大肠泄,便脓血者,小肠泄,泄青白者,大肠虚,便肠垢者,大肠实。纯下清水者,风痢,泄如蟹渤者,气痢,黑如豆汁者,湿痢,黄如鱼脑者,积痢,白如鼻涕者,虚痢,黑如鸡肝者,蛊注痢。五液注下,痢兼五色者,脾弱之证,谷道不闭,黄汁长流者,肠绝之征。腹胀泄蚘者,疝胀。粪黑如狂者,盖血。痢下蚘未死者,胃气未绝,痢下蚘已死者,胃气将绝,卧而遗尿,不知觉者死,病而大便如污泥者死,此皆因便以诊病也。然《难经》以入者为实,出者为虚,是则便闭者,形会虽不足,而病气有余,便泄者,病气虽有余,而形气不足……。

四、望小便

《诸病源候论·淋病诸候》:诸淋者,由肾虚而膀胱热故也。膀胱与肾为表里,具主水,水入小肠下于胞,行于阴为溲便也。肾会通于阴,阴津液下流之道也。若饮食不节,喜怒不时,虚实不调,则腑脏不和,致肾虚而膀胱热也。膀胱津液之府,热则津液内溢,而流于辜。水道不通,水不上不下,停积于胞。肾虚则小便数,膀胱热则水下涩,数而且涩,则淋漓不宣,故谓之淋。其状小便出少起数小腹弦急,痛引于脐,又有石淋、劳淋、血淋、气淋、膏淋,诸淋形证各随各。

石淋者,淋而出石也。肾主水,水结则化为石。故肾客砂石,肾虚为热所乘,热则成淋。其病之状,小便则茎里痛,尿不能卒出,痛引少腹,膀胱里急,砂石从小便道出,甚者塞痛令闷绝。

气淋者,肾虚膀胱热气胀所为也。膀胱合与肾为表里,膀胱热,热气流入于胞,热则生实,令胞内气胀则小腹满,肾虚不能制其小便,故成淋。其状膀胱小便皆满尿涩常有余沥是也。亦曰气癃。

膏淋者,淋而有肥,状似膏,故谓之膏淋,亦曰肉淋。此膏虚不能制于肥液,故与小便具出也。

劳淋者,谓劳伤肾气而生热成淋也。肾气通于阴,其状尿留茎内,数起不出,引小腹痛,小便不利,劳倦即发也。

热淋者,三焦有热,气搏于肾,流入于胞而成淋也。其状小便赤涩,亦有宿病淋,今得热而发者。其热甚则变尿血,亦有小便后似小豆羹汁状者,畜作有时也。

血淋者,是热淋之甚者,则尿血,谓之血淋。心主血,血之行身,通遍经络,循环腑脏,劳甚者则散失其常经溢渗入胞,而成血淋也。

寒淋者,其病状,先寒战然后尿是也。由肾气虚弱,下焦受于冷气,入胞与正气交争,寒气胜则战寒而成淋,正气胜战寒解,故得小便也。

《诸病源候论·小便病诸候》:小便利多者,由膀胱虚寒,胞滑故也。肾为脏,膀胱肾之腑也,其为表里具主水,肾气下通于阴,腑既虚寒,不能湿其脏,故小便自而多。其

至夜尿偏甚者，则内阴气生是也。

小便数者，膀胱与肾具虚，而有客热乘之故也。肾与膀胱为表里，具主水，肾气下通于阴，此二经既虚，致受于客热，虚则不能制水，故令数。小便热则水行涩，涩则小便不快，故令数起也。诊其跗阳脉数，胃中热即消谷，引食，大便必硬，小便即数。

小便不禁者，肾气虚，下焦受冷也。肾主水，其气下通于阴，肾虚下焦冷不能温制其水液，故小便不禁也。

小便不通，由膀胱与肾具有热故也。肾主水，膀胱为津液之府，此二经为表里，而水行于小肠，入胞者为小便。肾与膀胱既热，热入于胞，热气大盛，故结涩令小便不通。小腹胀满气急甚者，水气上逆，令心急腹满，乃至死。诊其脉紧而滑直者，不得小便也。

小便难者，此是肾与膀胱热故也。此二经为表里，俱主水，水行于小肠入胞为小便。热气在于脏腑，水气则涩其热势极微，故使小便难也。诊其尺脉浮小便难，尺脉濡小便难，尺脉缓小便难，有余沥也。

遗尿者，此由膀胱虚冷，不能约于水故也。膀胱为足太阳，肾为足少阴，二经为表里，肾主水，肾气下通于阴，小便者水液之余也，膀胱为津液之府，既虚冷，阳气衰弱，不能约于水，故令遗尿也。诊其脉来过寸口入鱼际，遗尿肝脉微滑，遗尿左手关上脉沉，为阴。阴绝者，无肝脉也。若遗尿，尺脉实，小腹牢痛，小便不禁，尺中虚，小便不禁；肾病小便不禁；脉当沉滑，而反浮大，其色当黑反黄，此土之克水，为逆不沉。

夫人有于睡眠不觉尿出者，是其禀质阴气偏盛，阳偏虚者。则膀胱肾气具冷，不能温制于水，则小便多，或不禁而遗尿。膀胱足太阳也，为肾之府，肾为足少阴，为脏与膀胱合，具主水。凡人之阴阳日入而阳气尽则阴受气，至夜半阴阳大会，气交则卧睡。小便者，水液之余也，从膀胱入于胞为小便，夜卧则阳气衰伏不能制于阴，所以阴气独发，水下不禁，故于睡眠而不觉尿出也。

胞转者，由是胞屈辟小便不通，名为胞转。其病状，脐下急痛，小便不通是也。此病或由小便应下，便强忍之，或为寒热所迫，此二者俱令水气还上气迫于胞，使胞屈辟不得充张。外水应入不得入，内洩应出不得出，外内相壅塞，故令不通。此病至四五日，乃有致死者，饱食食讫应小便而忍之，或绝食讫，而走马，或小便急，因疾走，或忍尿入房，亦皆令胞转，或胞落并致死。

《景岳全书·问二便》：凡小便但见其黄，便谓是火，而不知人逢劳倦，小便即黄；焦思多虑，小水亦黄；泻痢无期，小水亦黄；酒色伤阴，小水亦黄。使非有或淋或痛，热证相兼，不可因黄便谓之火。余见逼枯汁而斃人者多矣。经曰：中气不足，洩便为之变，义可知也。若小水清利者，知里邪之未甚，而病亦不在气分，以津液由于气化，气病则小火不利也。小火渐利，则气化可知，最为吉兆。

《望诊遵经·诊溺望法提纲》：……闭癃者，三焦实遗溺者，三焦虚。水泉不止者，膀胱不藏也，得守则生，失守则死。小便不通者，膀胱不利也，头有汗则死，头无汗则生。外感小便清者，知不在里，仍在表也。外感小便浊者，知其不在表也。水液混浊，皆属于热，澄彻清冷，皆属于寒。洩便变者，中气不足，小便数者，腑气有余。小便黄者，小腹中有热。小便白者，小腹中有寒。浊赤而短者，下焦实热，清白而长者，下焦虚寒。溺如黄柏汁者，黄疸犹轻。溺如皂角汁者，黄疸已重。尿变米泔者食滞，溺如脂膏者肾

消。溺如血者血淋，溺如膏者膏淋，溺如砂石者石淋，溺有余沥者，气淋。病淋者，频欲小便，痛涩滴沥，欲去不去，欲止不止也。白淫者，思想无穷，所愿不得，意淫于外，入房太甚也。是皆诊溺之法也，由是观之。遗闭者，虚实之征也。清浊者，表里之征也。赤白者，寒热之征也。短长者，邪正之征也。遗闭清浊赤白短长交推，则虚实表里寒热邪正之变可知，虚实表里寒热邪正交推，则遗闭清浊赤白短长之变可知，他如淋浊消疸诸证，并举此而措之耳。

第四节 望小儿指纹

【基本内容】

又称望小儿食指络脉。是通过观察小儿指掌侧前缘浅表络脉的形色变化来诊察病情的方法。这一诊病方法适用于3岁以内的小儿。

一、望指纹的原理

因食指掌侧前缘络脉为寸口脉的分支（其支从腕出别上，循次指内廉，出其端），与寸口脉同属手太阴肺经，其形色异常变化与寸口脉的变化往往是一致的，望指纹与诊寸口脉的意义相同，故可以诊察体内的病变。

此外，3岁以内的小儿寸口脉短小，切脉时只能以“一指定三关”，加之脉诊时又常哭闹，容易影响脉象的真实性，故脉诊往往不准确。小儿皮肤较薄嫩，食指络脉易于观察。所以常通过望指纹的变化，来诊察小儿疾病。

二、望指纹的方法

将小儿食指按指节分为三关，即食指第一节（掌指横纹至第二节横纹之间）为风关，第二节（第二节横纹至第三节横纹之间）为气关，第三节（第三节横纹至指端）为命关。具体步骤是：

- (1) 向光：诊察时让家属抱小儿于光线明亮处，以自然光线为好。
- (2) 握指：医生用手拇指和食指握住小儿食指末端。
- (3) 推指：以右手拇指在小儿食指掌侧前缘从指尖向指根部推擦几次，用力要适中（不可用力太大，亦不可过小），指纹即可显见。
- (4) 诊察：然后在三关的部位上仔细观察指纹的形色变化，诊察内在的病变。

三、望指纹的临床意义

观察小儿指纹的形色变化，作为儿科临床常用的一种辅助诊察方法，可以协助诊察脏腑气血的盛衰，病位的表里，病性的寒热虚实，以及判断病情的轻重和预后。

四、正常指纹

小儿正常指纹的表现是：浅红微黄，隐现于风关之内，既不明显浮露，也不超出风关。其形态多为斜形，单支，粗细适中。

五、病理指纹

对小儿病理指纹的观察，应注意其浮沉、颜色、长短、形状四方面的变化。

1. 浮沉

(1) 浮显：为病邪在表，见于外感表证。因外邪侵袭于表，正气抗邪，鼓舞气血趋向于表，故指纹浮显。

(2) 沉隐：为病邪在里，见于内伤里证。因邪气内困，阻滞气血难于外达，故指纹沉隐。

2. 颜色

(1) 鲜红：属外感表证。因邪正相争，气血趋向于表，指纹浮显，故见指纹鲜红。

(2) 紫红：属里热证。因里热亢盛、脉络扩张，气血壅滞，故见指纹紫红。

(3) 青色：主疼痛，惊风。因痛则不通，脉络气滞血郁，或肝风内动，筋脉拘急，脉络郁阻，故见青色。

(4) 紫黑：为血络郁闭，病情危重之候。因实邪亢盛，心肺气衰，脉络瘀阻，故见指纹紫黑。

(5) 淡白：多见于脾虚、疳积。因脾胃气虚，气血生化不足，不能充于脉络，故指纹色淡。

一般来说，指纹色深暗滞者多属实证，是邪气有余之征；色淡不泽者多属虚证，为正气不足之候。

3. 长短

(1) 显于风关：表明邪气初犯，邪浅病轻，可见于外感初起。

(2) 达于气关：其色较深，是邪气渐渐深入，病情渐见加重。

(3) 达于命关：其色更深，是邪气深入脏腑，病情严重。

(4) 透关射甲：即指纹直达指端，其色紫黑，多病情凶险，预后不良。

4. 形状

(1) 指纹增粗：其分支显见，多属实证、热证。是因邪正相争，气血壅滞所致。

(2) 指纹变细：其分支不显，多属虚证，寒证。则由气血不足，脉络不充所致。

总之，望小儿病理指纹的要点可概括为：浮沉分表里，纹色辨病性，淡滞定虚实，三关测轻重。

【补充阐发】

一、儿科分经察纹法

盛燮荪在《浙江中医杂志》1964年第9期上发表文章，介绍浙江名医陆紫笈的儿科分经察纹法，其主要内容为：

掌面指纹各部与脏腑经脉的关系：认为大拇指横纹属肺，本节后大鱼际部属胃；食指第一节横纹属大肠，第二节横纹属脾；中指第一节横纹属三焦，第二节横纹属心包；无名指第一节横纹属肝，第二节横纹属肺；小指第一节横纹属肾，第二节横纹属膀胱，第三节横纹后，小鱼际大横纹前属小肠；掌心属心；小鱼际部属胆。

各部纹形、颜色所主病候为：大指横纹中央有明显纹形显露者主肺经病，患儿每有咳嗽，纹色淡者其咳较轻，纹色深者咳甚；大指本节后鱼际部有散纹，色青者为寒食积滞，色黄者为脾虚伤食；食指第二节横纹上有淡色纹形者为泻痢，脉纹紫色者为便秘，若第一节横纹有淡红色脉纹者为脾虚；中指第一二两节均主候热病，凡第二节横纹有纹形显露者为热入心包；若第一节横纹有赤色横纹，则已热甚而属热邪弥漫三焦；无名指第一节横纹主肝经病，若见青色脉纹者为惊风，青紫色纹者为疟疾、痞块；无名指第二节横纹见紫色脉纹者，为肺中痰热较甚；小指第一节横纹见青色纹者，为肾元虚冷，小便

每有清长而频；小指第二节横纹见紫色脉纹者，为膀胱热，小便必短赤；小指后、小鱼际大横纹前有明显的脉形显露者，为小肠有热，小便必短少，甚至癃闭；小鱼际部若见青色散纹者，主惊厥；掌心见散乱之赤色脉纹者，为心火炽盛，或见齿衄、鼻衄等症；十指横纹均见脉纹者，为疳积。

二、关于食指络脉诊法起源的争论

对食指络脉诊法的创始，有各种不同的看法。李连达等在1959年第1期的《中华儿科杂志》上发表文章，认为小儿食指络脉诊法乃宋代儿科医师钱乙所首创，《幼幼集成》说：“指纹之法，起于宋钱仲阳。”因而现代不少学者也遵循此说。然经考证查对，发现现存钱氏《小儿药证直诀》中并无络脉诊的记载，所以高晓山（《上海中医药杂志》1962年12期）、康诚之（《云南医学杂志》1963年3期）等认为所谓食指络脉诊由钱乙首创之说不能成立。张先新、萧正安等人认为，描述小儿食指络脉起于唐代王超的《仙人水镜图诀》，书中记载了以小儿次指的上、中、下三节定名为风、气、命三关作为小儿食指络脉的部位，并有其形态“八段锦”的描述。但因该书已佚，无据可证，且唐朝与其相去不远的《千金要方》、《外台秘要》、《千金翼方》三书均未提到食指络脉，故对此说也难作定论，有待进一步考证。最近黄攸立（《中国医药学报》1991年1期）通过考证发现，明代医家所引述的《水镜诀》不是唐代王超的《仙人水镜图诀》，可能是元代曾世荣所作，因此不能作为证明小儿食指络脉诊法起源于唐代的依据。但据《幼幼新书》引述的王超《仙人水镜图诀》、《杜光庭指迷赋》以及孙思邈之说和唐代“画指为信”在“立契”上的应用表明，小儿食指络脉诊法起源于唐代是可信的。

有食指络脉诊法记载的现存最早医书为成书于1132年的许叔微的《普济本事方》，其后《小儿卫生总微论方》和《幼幼新书》（均成书于1150年）亦为记载有小儿食指络脉诊法的很早古籍，而后者又引用了杨大邲等八家之说，来源甚广。故高晓山认为，小儿食指络脉诊法起源于五代至北宋末年之间，是民间医人经验的积累，不是某一名医家之独创。

三、望小儿食指络脉诊病的原理

食指内侧络脉是由手太阴之脉分支而来，《灵枢·经脉》说：“肺手太阴之脉，……入寸口，上鱼，循鱼际，出大指之端；其支者，从腕后直出次指内廉，出其端。”故望食指络脉，与切寸口脉、望鱼际络脉是同出一辙的，其原理和意义也相似。手指食指部位不仅有手太阴肺经的分支循行此，而且是手阳明大肠经的起源部位以及手阳明经筋所出，因此亦为气血较为集中的部位，加之小儿皮肤嫩薄，脉络易于显露，食指络脉更是显而易见。近代有人通过解剖学观察，指出食指部位的指掌侧静脉注汇于头静脉，更证实了食指络脉的诊断价值。

现代医学也同样认为手指能及早反映整体的信息。如伦敦皇家医学院医学系的科学家发现，人的肢体末端的供血量是随着血液中某些激素水平的变化而上下波动的，这些激素对肢体末端的血流量，以及血管对体温的反应性变化，均有明显的影响。英国医生韦伯还报道（《大众医学》1985年9期）查手指以测排卵期，称不久将有一种用综合手法预测排卵期的装置问世，它不仅测量妇女清晨的体温，而且每日测定流经手指的血流量，以便确实可靠地对育龄妇女进行生育报道。这些均表明了手指络脉和人体内部是密切相关的，通过观察手指络脉能预测内脏的状况。

四、食指络脉诊法的适用年龄

对于食指络脉诊法的适用年龄，明·鲁伯嗣的《婴童百问》中提出以“未至三岁”为宜，清·陈复正辑《幼幼集成》中指出“小儿自弥月而至三岁……不若以指纹之可见者与面色病候相印证。”后人多依此说而用于临床，其理由乃因小儿的皮肤娇嫩而薄，表皮的透明度高，因而可以清楚地看到毛细血管的形状和色泽。年龄愈小，其皮肤愈娇嫩而薄，所以食指络脉的显露也愈清楚。随着年龄的增长，皮肤逐渐加厚，则食指络脉也随之模糊不清。一般来说，食指络脉在3岁以下的小儿显露较为清楚，而对1岁以下的婴儿则更为显著。但姚伟然等在观察了30例3~6岁的小儿食指络脉后，发现其与3岁以内小儿相同，因而认为年龄可以推广到学龄前期（《中医杂志》1962年8期），甚至也有主张至5~10岁的（高晓山，《中医杂志》1960年6期）。

【古代文献】

《万氏秘传片玉心书·看小儿虎口纹》：令人专看虎口纹，风关气关命关兮。风关病轻气关重，命关若过死将临。青筋红热黑势恶，直轻斜曲重看云。

小儿一指分三位，息数须将六至看，七至八至数为热，三至四至迟虚寒。坚实平和无病断，细小沉迟有病看。

《万氏秘传片玉心书·水镜诀》：……须明虎口，辨别三关，参详用药，必无差悞。未至三岁，只看虎口，男左女右，从第二指节一节名风关，若脉见，初交病；第二节为气关，脉见，则难治；第三节为命关，脉见，则死。又当辨其色，若三关青，四足惊；三关赤，水惊；三关黑，人惊。紫色泄痢；黄色雷惊。三关脉通度，是急惊之症，必死，余病可治。或青或红，有纹如线一直者，是乳食伤脾及发热惊；左右一样者，是惊与积齐发。有三条，或散是肺生风疾，或似舂舂声，有青是伤寒及嗽，如红火是泻，有黑相兼主下痢。红多白痢，黑多赤痢；有紫相兼加渴不虚。虎口脉纹乱，乃气不和也。盖脉纹见有色者，曰黄、红、紫、青、黑，由其病甚，色能加变。如黄红之色，红盛作紫；红紫之色，紫盛作青；紫青之色，青盛作黑；青黑之色，至于纯黑之色者，不可治矣。又当辨：长珠形，主夹积伤滞，肚腹疼痛，寒热，饮食不化。来蛇形，主中脘不和，积气攻刺，脏腑不宁，干呕。去蛇形，脾虚冷积泄泻，神困多睡。弓反里形，主感寒热邪气，头目昏重，心神惊悸、倦怠，四肢稍冷，风痲证候。轮形、主邪热，痰盛生风，发搐惊风。鱼骨形，噤搐搦。针形，主心肺受热，热极生风，惊悸烦闷，神困不食，痰盛搐搦。透关射甲，主惊、风、痰、热四证，皆聚在胸膈不散。透关射指，主惊风恶候，受惊传入经络，风热发生，十死一生，难治。此十三位形脉，悉有轻重，其病根，则详其症。

《万氏秘传片玉心书·指掌形图》：……男验左手，女验右手。盖取左手属阳，男以阳为主；右手属阴，女以阴为主。然男女一身均具此阴阳，左右两手亦当参验。左手之纹，病应心肝；右手之纹，病应肺脾。知此消息，又得变通之意。惊风初得，纹出虎口。或在初关，多是红色。传至中关，色赤而紫。看病又传过，其色紫青，病势深重；其色青黑而纹乱者，病深重。若见纯青，恶危不治。大抵红者风热轻，赤者风热甚，紫者惊热，青者惊积。青赤相半，惊积风热俱有，主急惊风。青面淡紫，伸缩来去，主慢惊风。或紫系、青系、黑系，隐隐相杂，似出不出，主慢脾风。脉纹从寅关起，不至卯关者，病易治。若连卯关者，有病难治。如寅关连卯关，侵过辰关者，十难救一。若脉纹小或短者，看病不妨。如纹势弯曲人里者，病

势虽重而证顺，犹可用力。纹势湾反出外，骞骞靠于指甲者，断不可回。其有三关纹，如流珠流来，三五点相连，或形于面，或形于身，危恶尤甚。

《万氏秘传片玉心书·辨虎口指脉纹诀》：气纹黄盛作红，红盛作紫，紫盛作青，青盛变黑，纯黑则难治矣。

黄色无形者，即安乐脉也。红若无形，亦安宁脉也。止有前数样形者，即病之脉。次第面变，初作一点，于气多红，脉至风关，其病危急，纯黑分明，不可疗治。

左有红纹似线形，定知发热又兼惊。右有双纹如左状，脾伤惊积一齐生。纹头有似三叉样，肺气生痰夜作声。青赤应是伤寒症，只是空红泄定生。

《幼幼集成·指纹晰义》：指纹之法，起于宋人钱仲阳，以食指分为三关，寅曰风关，卯曰气关，辰曰命关，其诀谓风轻、气重、命危。……盖位则自下而上，邪则自浅而深，证则自轻而重，人皆可信。……盖此指纹，即太渊脉之旁支也，则纹之变易，亦即太渊之变易，不必另主异说，眩人心目，但当以浮沉分表里，红紫辨寒热，淡滞定虚实，则用之不尽矣。……世人好异，不从实地用功，以此为浅近之谈，不屑留意，不知临症能辨此六者，便为至高之平。盖表里清则知病之在经在府，而汗下无悞；寒热明则知用寒远热，用热远寒，或寒因寒用，热因热用，因事制宜，用无不当；虚实辨则知大虚有盛候，大实有羸状，不为假证眩惑。凡真虚真实易知，假虚假实难辨，真假既明，则无虚实实之患。

《四诊抉微·审虎口三关法》：……辨其纹色，紫者属热，红者属寒，青者惊风，白者疳病，黑者中恶，黄者脾之困也。若现于风关为轻，气关为重，过于命关，则难治矣。

《四诊抉微·辨虎口纹十三形》：第一，流珠形，只一点红色见风关，主饮食所伤，内热欲吐；或肠鸣自利；烦躁啼哭。第二，环珠形，其点差大，主脾虚停食，胸膈胀满，烦渴发热。第三，长珠形，其点圆长，主脾伤饮食积滞，肚腹作痛，寒热不食。第四，来蛇形，是长散出气关。一头大，一头尖，主脾胃湿热，中脘不利，干呕不食，此疳邪内作。第五，去蛇形，是大头向气关，主脾虚食积，吐泻烦渴，气短喘急，不食困睡。第六，弓反里形，主感冒实邪，哽气出气，惊悸倦怠，四肢冷，小便赤，咳嗽呕涎。第七，弓反外形，主痰热，心神恍惚，夹惊夹食，风痲痰盛。第八，轮形直上，主风热，生痰发搐。第九，鱼骨形，纹分歧支，主惊痰发热。第十，水字形，三脉并行，主惊风、食积、胸膈烦躁或夜啼痰盛，口噤搐搦，此脾胃虚弱，饮食积滞，面木克土也。第十一，长针形，过命关一二米许，主心肝热极生风，惊悸困倦，痰盛搐搦。第十二，透关射指形，命脉曲里，主惊风，痰热聚于胸膈，乃脾肺亏损，痰邪乘聚。第十三，透关射甲形，命脉向外，主惊风，肝木克脾土之败症。……按虎口纹，其起止见于风关，先见于左，为伤风寒；先见于右，为伤乳食。得惊夹之，则上出于气关矣。此虽予无本之言，然亦有所试也。乃水镜有云：指纹曲里风盛，弯外食积。夫曲里弯外，则其纹已长，将透气关矣。其初起岂有之乎？将何以辨也，若夫色则以红淡为轻，深紫为重，亦有吐泻重困。而虎口无纹者，乃大虚也，不可以无纹，而易之也。

【研究进展】

一、食指络脉的解剖学研究

小儿食指络脉是食指掌侧的络脉，一般均显而易见。朱兴仁等^[1]通过用剥离法、组织

学观察及活体调查，证实了此为汇入头静脉的食指掌侧静脉。不少医者认为食指掌侧静脉较其余手指静脉粗而浅表，观察较为方便，故为望诊的理想部位。静脉周围为皮下脂肪组织，皮下脂肪薄者，食指络脉清晰浮现；皮下脂肪厚者，则食指络脉隐沉难现，所以小儿体质的胖瘦往往影响食指络脉的望诊结果。朱兴仁等用解剖的方法发现，食指掌侧静脉汇入头静脉时有6种不同方式的类型，见到3例食指掌侧静脉有侧支，5例有并行静脉，2例有并行的食指掌侧固有动脉，6例为一条静脉，1例有两个分叉的属支。这种情况表明，此静脉的分布有先天性的个体差异，而食指络脉的形状亦应与此有不可分割的关系。

二、食指络脉的色泽及形成机理

小儿食指络脉的颜色有白、黄、红、紫、青、黑6种。色红浮露者，主外感表证，多属风寒；色紫者，主内热，多属邪热郁滞；色青紫者，多为风热；色青者，主风、主惊、主各种痛证；色淡红者，为虚寒；色白主疳证；色黄为伤脾；色黑为中恶；色深紫或紫黑者，主血络郁闭，为病危之象。

现代医者临床观察发现，正常小儿的食指络脉颜色，65%为红色及紫红色，亦有报道86.3%的是淡紫色或隐而不显。解放军202医院小儿科^[2]观察了303例健康儿的食指络脉，其中59%是淡紫色，27.7%是紫红色。因此，正常小儿的食指络脉一般是淡色，以红及淡紫色为多见。

既病之后，则外感风寒初起，其脉纹多色红而浮。如邪气化热，则随着体温的升高，络脉的颜色也由浅而深，变为深红，或由红而紫。若病情进一步发展加重，则食指络脉可变青变黑。据临床统计，寒证呈淡红色脉纹者占95%，热证呈紫色或青紫色脉纹者占96.87%^[3]，而食指络脉色青者中83.3%的主惊证^[4]。至于虚弱之体，其气血每多不足，则食指络脉色多淡，常见淡红或兼黄色，脉络隐而不现。但冯根源^[5]认为小儿食指络脉色红不主寒证，应为络脉色青主寒，色紫主热。具体分类为：色青而浮主外感风寒；色紫而浮主外感风热；色青显露主风寒邪盛；色青而透气关偏重于风邪；色红艳而浮属寒热转折之际；色青转紫主邪从热化；色紫隐青为惊风之变；色青而沉滞主寒极痛证或气血瘀阻；色淡青而沉属脾气虚弱。

三、食指络脉色泽变化的现代阐述

现代研究认为，食指络脉的颜色可以反映血液的质与量及缺氧的程度。贫血和营养不良时，血液中的血红蛋白含量下降，红细胞减少，血色变淡，则食指络脉颜色亦淡。寒证时功能下降，代谢率低，耗氧少，血红蛋白及还原血红蛋白均少，故络脉多呈淡红；高烧时机体对氧需要量增加，红细胞相应增多，同时静脉中的二氧化碳含量亦增，血色变深，故食指络脉呈紫色；如果高热稽留不退，则血容量减少，血液浓缩粘稠，使络脉颜色进一步变深而呈青紫；脱水、休克也因同样道理而使食指络脉呈紫色。在机体缺氧的情况下，血中的还原血红蛋白含量升高，血液颜色明显呈暗红状态，故食指络脉色多青紫，甚则为黑。肺炎及心力衰竭的患儿有明显的缺氧情况，惊厥患儿也有不同程度的因呼吸障碍而引起的缺氧，因而它们的食指络脉多呈紫色或青色。而食指络脉呈黑色多提示有血液瘀滞、末梢循环衰竭以及疾病严重危笃的情况^[6-8]。

临床上还发现某些中毒能使血液的颜色发生改变，如当一氧化碳中毒时，血液呈櫻桃样鲜红色，因而食指络脉也出现红色；亚硝酸盐、苯胺、磺胺类中毒，可产生深度紫

紺，则食指络脉亦多呈青紫色^[9,10]。

此外，食指络脉的颜色也往往受皮肤色素的影响。肤色浅的，食指络脉清晰；肤色深者，则络脉模糊或隐约不见^[6,9]。

四、食指络脉的浮沉

现代有人对古人“浮沉分表里”进行临床验证，结果“浮”属表证者占62.9%，“沉”属里证的占65.2%^[4]。其机理多认为络脉既为太渊脉的旁支，太渊脉浮，则食指络脉也当变浮。浮者，血流清畅，多主轻病、新病、六腑病；沉者，血流浊滞，故主久病、里病、五脏病。其次，血管充盈偏盛，络脉多见浮；血管充盈不足，络脉多见沉。故络脉浮未必定属表证，常见高热气血两燔及先天性心脏病虽属里证，而食指络脉却现浮者，实为血管充盈增加之故^[7,11]。

再者，营养不良的消瘦小儿，皮肤嫩薄，血管表浅，又无血流不畅，则食指络脉常清楚可见而呈浮象；而肥硕小儿，皮下脂肪丰盛或有皮肤组织水肿的患儿，其浮象就不甚明显^[6,9]。此也不能用“浮沉分表里”来概述。

最近，杨力^[13]指出食指络脉的浮沉对判断病情吉凶有很大的实践意义。临床上食指络脉色深沉滞、推之不移是病深重笃之危候，如心衰心力不运多有此兆；络脉浮淡无根亦提示预后不良，可为浮阳不敛、亡阳之端倪。

五、食指络脉的浓淡滞活

食指络脉色深浓者病重，色浅淡者病轻；无论络脉何色，凡推之质淡流畅者，多属虚证；如滞涩不活，推之不流畅者，多属实证。临床上有阴阳暴脱者，由于阳气不达四末，以致浅淡到不见其形；若邪陷心包的闭证，常致气血郁闭，络脉色深而滞。如淡而红者，多属虚寒；紫而滞者，多属实热。

现代研究发现，正常儿童的食指络脉活泼流利，推之即动，按之即退，并能很快复原。正常食指静脉流速约为2厘米/0.5秒，若食指络脉复盈时间超过2厘米/0.2秒者为速，少于2厘米/秒者为迟^[7,13]。对于古人“淡滞定虚实”的临床意义，根据福建医学院附属医院小儿科的观察，食指络脉淡的14例全部属虚证，而络脉滞的40例则全属实证^[10]。另有临床统计结果，淡纹属虚的占92.5%，滞纹属实的占92.5%^[4]。不少研究表明，涩滞之象多是病邪稽留体内，阻遏营卫的运行所致，常因痰湿、食滞、邪热、气滞郁结等，导致气血不畅，其血液循环障碍，静脉回流受阻，血流减慢甚至瘀血是其发生的机理所在，故常表现为“实”，而指纹淡则常见于体质虚弱、血气不足、营养不良及慢性功能衰退的病儿，故多主“虚证”^[11,13]。

六、食指络脉的形态及形成机理

现代研究发现，健康小儿的食指络脉形态（又称纹形）一般是短小单纯，少分支，少延伸，不见明显弯曲。疾病时，络脉形态多有改变，但没有一种络脉形态十分集中于哪一种疾病，往往与循环、呼吸、神经系统的功能障碍及营养不良等有较为密切的关系^[14]。由于循环和呼吸的障碍，多造成小静脉内血液瘀滞，静脉压增高，血流迟缓，以致络中之血，郁而不伸，使之络脉横冲斜窜，弯环曲折而现诸般形状。在惊风、搐搦、剧烈疼痛、乙脑后遗症、小儿麻痹症及上肢弛缓性瘫痪等疾病中，都因血管神经失于协调，血流迟滞致使络脉有多种形态的变化。发育营养不良及贫血患儿，其食指络脉多数变细，分支及弯曲亦少，乃血流较速之故。

体温高低也与食指络脉形态有关。体温愈高，则食指络脉的分支及弯曲也就愈多。其机理可能是由于体温的升高，使呼吸、循环、神经系统的功能障碍而引起^[4,8,14]。

一般来说，小儿指纹少者多直，主无病及轻证；指纹多且弯曲，多达气关与命关，主病重病危之候。但也有见到虚证指纹多的，其鉴别当观其粗细，粗者为实，细者为虚，如参看色泽，则色深为实，色淡为虚。

杨力认为，指纹形态大多为先天而定，后天改变不多，故小儿指纹形态对疾病的诊断价值不大，但也有一定的价值，如纹形短直而分叉少主吉；纹形弯而长，分叉多主凶；纹态奇异有时可主怪病。并提出指纹怒张，多提示气血瘀滞（可见静脉压升高，静脉瘀血），往往伴有色紫和透关射甲，临床上多为心衰的预兆，而纹形空虚色淡又为亡血、气脱之凶候^[12]。

七、食指络脉的三关及形成机理

食指络脉出现的部位及其形色，恰好随邪气入侵的浅深而变化。若络脉显于风关时，是邪气入络，邪浅而病轻；若络脉从风关透至气关，其色较深，则是邪气入经，主邪深而病重；若络脉显于命关，是邪气深入脏腑，可能危及生命，故曰命关。若络脉直达指端，称为透关射甲，病更凶险，预后不佳。对于内伤杂病的诊断，也是如此。

临床观察表明，健康小儿指纹除隐而不显外，88.5%的到风关或过风关（未到气关）。轻症疾病一部分指纹隐而不显，大部分过风关1/2以上，乃至气关、命关者在比例上明显增加^[15]。张先新统计了604名儿童的指纹，健康儿多数在风关、气关（占71%）；少数在命关或气、命关（占29%）^[16]。汝兰州观察了1376例3周以内的乳幼儿，其中健康儿及轻病儿的指纹在风关者的比例为最高，分别占33%和39.5%；重病儿则主要在气关，占58.2%，命关次之，占31.1%；危重病儿则主要在命关，占66.2%。以命关的出现率来看，则健康儿、轻病儿、重病儿、危病儿的比率是依次而升高的^[13]。对健康儿童指纹的大量观察表明，虽然其指纹大多在风关及风关以下，但亦有部分达气关或命关。如有人对526名正常儿指纹的统计结果，其中风关以下者占37.6%，风关者占40%，气关者占20%，命关者占2.4%^[8]。

上述研究结果表明，虽然病儿及健康儿的指纹均可现于三关，但其分布比例则有显著差别。管鹏声等对指纹现于三关的216人次的小儿进行了观察分析，发现病儿与健康儿发生率之比为4.5:1，重症与轻症之比为25:1，也就说明了这个问题^[17]。

但山东济南铁路局中心医院儿科对200例健康儿、200例外感病儿、20例婴儿泄泻脱水患者指纹的观察，发现外感组及健康组的指纹透达风关者居多；外感组病重危者仍多在风关，甚至临终前仍有在风关者；而达命关者（外感组与健康组均占6.5%）却无1例死亡。故认为三关不能作为判断病情及预后的依据^[18]。

小儿食指络脉的三关与病情有密切关系。关于食指络脉延长的机理，现代研究发现，主要与以下几个因素有关。

(1) 静脉压升高：根据有关实验，观察到食指络脉达风关时的静脉压平均为98~1471Pa，气关时为686~1961Pa，命关时为1569~3432Pa，提示静脉压与食指络脉的长短成正比关系。静脉压的升高，临床上表现为血液的瘀滞，如心功能不佳，则血流速度减慢，末梢循环衰退，血液在静脉内瘀滞，使远侧端不能看到的细小静脉扩张而显现出来^[9]。据临床统计，先天性心脏病患儿指纹达“气命”（一手指在“气”，一手指在“命”）、

“命关”者占 60%^[7]；肺炎患儿由于缺氧和肺循环压力增高，易于产生急性或亚急性肺源性心脏病，引起毛细血管循环障碍，血液瘀滞，静脉压增高，使食指络脉每因充盈度升高而延长^[19]；乳幼儿患者，由于神经及心血管的功能还未健全，一旦病情严重，就会使神经及心脏功能发生变化，末梢循环也受一定的影响，小静脉瘀血显露，因此，年龄越小，食指络脉长的比例越高，以后随年龄的增长则逐渐缩短^[8]。总之，任何使静脉压升高、血液瘀滞的因素，都可导致食指络脉延长。

(2) 末梢血管扩张：呕吐、泄泻、温病后期阴血损伤、津液内竭（脱水及血液浓缩）或急性暴发性感染、晕厥等，都可引起末梢血管扩张，使食指络脉变粗伸长；植物神经兴奋性的改变，也可使血管的舒缩受到影响，因而使食指络脉的部位发生变化^[9]。气候的寒热，也会影响血管的舒缩，寒者收缩，热者扩张，则可见食指络脉也随之而有短长的现象^[8,9]。

(3) 营养不良：此种病儿多较瘦弱，皮下脂肪也薄，因而本应难见之络脉也能显现，其食指络脉达命关的比例也较高^[4,15]。

参 考 文 献

- [1] 朱兴仁，等．小儿指纹的解剖学观察．哈尔滨中医，1964，7（5）：4
- [2] 解放军 202 医院小儿科．300 名正常小儿指纹舌象调查报告．医学资料汇编，1975，（1）：38
- [3] 冯益真．日喀则地区小儿指纹 200 例初步观察．山东中医学院学报，1981，5（2）：60
- [4] 林曰铤，等．626 例小儿指纹的观察研究．福建中医药，1962，7（4）：1
- [5] 冯根源．小儿指纹“红色主寒”辨析．辽宁中医杂志，1986，13（3）：15
- [6] 蔡化理．小儿指纹产生机转及其对疾病的诊断意义．中医杂志，1964，（2）：36
- [7] 沈文鸾．虎口三关指纹诊查的临床意义初步探讨．上海中医药杂志，1962，（3）：21
- [8] 张笑歌．小儿指纹临床观察初步总结．河南中医学院学报，1979，（1）：25
- [9] 李连达，等．指纹临床意义的初步探讨．中华儿科杂志，1959，10（1）：27
- [10] 福建医学院附院小儿科．55 例婴幼儿指纹临症初步观察．福建中医药，1961，（1）：27
- [11] 杨逢伦，等．指纹诊断及临床应用的探讨．哈尔滨中医，1961，4（5）：27
- [12] 杨力．中医疾病预测学．北京：北京科学技术出版社，1991
- [13] 汝兰州．小儿指纹的诊察方法及对 1376 例的临床观察．山东医刊，1965，（11）：22
- [14] 高晓山．小儿指纹的研究．中医杂志，1960，（6）：43
- [15] 姚伟然，等．414 例小儿指纹的初步探讨．中医杂志，1962，（8）：8
- [16] 张先新．对小儿指纹诊法的初步探讨．成都中医学院学报，1979，（2）：71
- [17] 管鹏声，等．婴幼儿指纹 1012 例初步观察．云南中医杂志，1980，1（2）：13
- [18] 济南铁路局中心医院儿科．小儿指纹 425 例分析．山东医药，1980，（2）：27
- [19] 胡培德．小儿指纹直透命关的临床意义．浙江中医杂志，1964，7（8）：198

第二章

舌 诊

舌诊，又称望舌，属于望面部官窍内容之一，因其内容丰富，故独立一章叙述。

舌诊，是以望舌体和舌苔为主。通过舌象的观察，可以了解机体的生理功能和病理变化，所以舌诊在临床上，一向被医家所重视，特别是近代，随着医学的发展，开创了舌诊现代化、客观化的研究，通过舌象的显微镜观察、多种生理生化测定、病理检查以及动物实验等方法，对舌象形成的原理有了更加深入的了解，对舌象的临床诊断有了新的拓宽和发展。实践证明舌诊在诊断上有很大的价值，所以今天我们不仅要学好历代医家对舌诊的认识，还要用现代科学知识和方法来整理、研究舌诊的理论和临床，使其更上一个新台阶。

第一节 舌 诊 概 要

【基本内容】

一、舌诊的原理

(一) 舌的组织结构与生理功能

舌是口腔中的一个肌性器官，正如《灵枢·经脉》所说：“唇舌者，肌肉之本也。”它附着于口腔底部下颌骨和舌骨（横骨），呈扁平条状。舌的上面称舌背，下面称舌底。舌背又分为舌体与舌根两部分，以人字沟为分界。伸舌时一般只能看到舌体，故中医诊舌的部位主要是舌体。习惯上将舌体的前端（游离端）称为舌尖，舌体的后部入字形界沟之前称为舌根，舌体的中部称为舌中，舌体的两边称为舌边。舌面的正中有一条不甚明显的纵行沟纹，称为舌正中沟。

舌尖向上抬卷时可看到舌底，其正中线上有条连于口腔底的皱襞，叫舌系带。系带两侧各有一条平行的锯齿状小皱襞，叫伞襞，小儿较为清晰。舌系带和伞襞间的粘膜处隐约可见浅蓝色细小的舌下静脉，《内经》称之为舌下两脉。舌系带终点两侧有一对圆形粘膜隆起，叫舌下肉阜，其顶部有舌下腺和颌下腺的共同开口，中医左称金津，右称玉液。自舌下肉阜向两侧后方延伸成一对粘膜隆起，叫舌下襞，若肿胀可形成重舌，舌下腺小管向上散在开口于此襞。

在舌面上，覆盖着一层半透明的特殊粘膜，它皱折成许多细小突起，构成舌乳头。根据乳头形态不同，分为丝状乳头、蕈状乳头、轮廓乳头和叶状乳头四种。其中丝状与蕈状乳头对舌象形成有密切关系，轮廓乳头、叶状乳头与味觉功能有关。

丝状乳头是形如圆锥状的白色软刺，高约0.5~2.5毫米，呈角化树状，遍布于舌面。脱落细胞、食物残渣、细菌、粘液等附着并填充其间隙，形成白色苔状。

蕈状乳头上部圆钝如球，根部细小形成蕈状。蕈状乳头主要分布于舌尖和舌边，其余散布于丝状乳头之间，乳头表面的上皮细胞透明，透过上皮隐约可见乳头内的毛细血管，肉眼所见为一个个的小红点。蕈状乳头的形态和色泽改变，是影响舌象芒刺特征的主要因素。

舌具有搅拌食物，感受味觉和调节语音的功能。如《灵枢·忧患无言》曰：“舌者，声音之机也。……横骨者，神气所使，主发音者也。”《中藏经·论小肠虚实寒热生死逆顺脉证之法》则指出，舌的功能正常，“则能言而机关利健，善别其味也。”舌作为一个肌肉组织，能自主灵活地伸缩卷转，使食物在口腔内得到充分搅拌，配合胸腔、声带的发音，使音调发生丰富的变化。舌的轮廓乳头、叶状乳头等味觉组织，内含味觉神经末梢，能充分感受饮食口味的变化。《辨舌指南·舌之乳头》则特别提出：“在舌根近傍，排列如人字形，较前数种为大，内藏味觉神经之末梢，曰味蕾。”

（二）舌与内脏气血津液的关系

舌虽是口腔内的一个局部器官，但与内脏气血有着密切的联系。

1. 舌与内脏的联系 舌体通过经络与许多的内在脏器相联系。《灵枢·经脉》曰：“手少阴之别，……循经入于心，系舌本”；“肝者，筋之合也，筋者，聚于阴器，而脉络于舌本也”，“脾足太阴之脉，……连舌本，散舌下”；“肾足少阴之脉，……其直者，从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，挟舌本”。《灵枢·营卫生会》曰：“上焦出于胃上口，……上至舌，下足阳明”；《灵枢·经筋》曰：“足太阳之筋，……其支者，别入结于舌本”；“手少阳之筋，其支者，当曲颊入系舌本”。肺、肠、胆虽无本经经脉直接通于舌，但通过经脉手足同经的影响，也与舌有间接联系。

舌体为苗窍之一，故与某些脏器还有特殊联系。如舌为心之苗窍，又为脾之外候，而且《形色外诊简摩·舌质舌苔辨》还认为：“夫舌为心窍，其伸缩辗转，则筋之所为，肝之用也。其尖上红粒细如粟者，心气挟命门真火而鼓起者也。其正面白色软刺如毫毛者，肺气挟命门真火而生出者也”。另外，舌居于口腔之中，与食道相连，故与胃也有着直接连属关系。

2. 舌与气血津液的关系 心主血并为五脏六腑之大主，脾藏营而为诸脏后天之本。舌为心之苗窍、脾之外候，故诸脏营血之盈亏必显于舌；舌上之苔，为胃气熏蒸水谷浊气上潮所生，诸腑气化之动静亦易显于苔。另外，舌下有金津玉液，为胃津肾液上潮之孔道，即如《灵枢·胀论》所曰：“廉泉玉英者，津液之道也”，故津液之多少，亦显现于舌。

总之，舌体虽小，但由于它与内脏气血的紧密联系，使之成为内脏气血的一面镜子，故能客观、灵敏地反映它们的生理功能和病理变化。正如《伤寒指掌·察舌辨症法》所说：“病之经络、脏腑、营卫、气血、表里、阴阳、寒热、虚实，毕形于舌”。

对舌诊候病的基本规律，前人曾提出很多学说，综括而言，大致以舌体候五脏为主、侧重血分，即舌尖主心肺，舌中主脾胃，舌根主肾与命门，舌边主肝胆；以舌苔候六腑为主，侧重气分，即前部主上脘以上，后部主下脘以下，中部主中脘及两侧。例如，舌质深红为热邪入脏及血；而现于舌尖为心火自炎，现于舌心为胃火剔阴，现于舌根为肾

水重灼；舌苔厚腻为气分湿盛，湿郁上焦则显于舌尖，湿阻中焦则显于舌中，湿注下焦则显于舌根，湿着肝胆则显于两旁，湿浊弥漫三焦内外则满布全舌。……当然在临床实际中，由于病机有轻重缓急、新老兼挟等复杂情况，舌象表现未必这样固定和典型，故运用不宜机械套用和绝对划分，应该结合其他症状及其病机，变通分析，灵活对待。

二、舌诊的方法

舌诊是以望舌为主，有时还须辅助舌觉之问诊和扞摸揩刮之切诊等进行。望舌是对舌的整体形象进行系统观察，舌象变化虽多，但若掌握操作的基本方法和舌象特征的一般意义，是可以做到执简驭繁、知常达变的。

（一）舌诊的基本操作

1. 望舌的基本姿势 望舌时，要求患者面朝自然光线，一般采取正坐位（重病患者可以仰卧），头略扬起，尽量张开口，使光线直照口中，再让患者将舌伸出口外，并使舌体自然舒张，舌面展开呈扁平形，舌尖略向下弯，便于观察。医者对面正坐，姿势可略高于患者，以便俯视患者口舌部位。对昏迷病人可借助压舌板或开口器撬开口腔，使舌充分暴露于视野内。

伸舌时，要求病人使舌体自然放松，忌用拙力，以免舌体紧张、卷曲面变形，致使舌色加深发暗、舌苔紧凑变样。同时，伸舌时间不宜过久，以免影响舌体血液循环而使舌质渐转青紫。《辨舌指南·辨舌之苔垢》就曾指出：平人舌质淡红，偶因用力过度，会骤变深红。无病之舌，由于伸舌姿势不同，或紧或尖，或松或软，或收束紧而成尖锋。对于这类患者，可反复训练几次，使之学会放松舌体，充分展平；医者也应观察敏捷，缩短望舌时间，对伸舌较久而仍未观察清楚者，也应暂让患者稍事休息，再重复伸舌观察，直至清楚为止。

2. 望舌的基本顺序 望舌的顺序是先看舌尖，再看舌中、舌边，最后看舌根，依次扫视；先察舌体，再察舌苔，以免伸舌较久舌体色泽失真。再就根据舌体、舌苔的各自基本特征，分项考察。察舌体，主要从舌质的颜色、光泽、形状和动态几方面着眼；察舌苔，主要从舌苔的有无、色泽、质地和分布状态几方面考察。最后，有必要时，还须查看舌下静脉。

3. 望舌的辅助手法 望舌有疑惑时，须配合其他诊察方法。如为了核实舌之润燥，须用扞舌摸舌以测之；为了辨明苔之松紧、腐腻以及有无根底，须用拭舌刮舌以验之。

舌望之干而扞之湿，为假燥现象，是湿阻气化而津失敷布之征；苔望之厚，揩之易退，为苔质松腐，而刮之不脱，为苔质紧腻；揩刮之后，苔底全无者为无根，苔减面不尽者为有根。另外，《辨舌指南·辨舌之苔垢》还提出：“苔之燥润糙粘，须以指摸为准”；《温热经纬·叶香岩外感温热篇》指出：“又不拘何色，舌上生芒刺者，皆是上焦热极也，当用青布拭冷薄荷水揩之，即去者轻，旋即生者险也。”

扞舌摸舌时，医者应先洗净手，再用食指指腹轻触患者舌面。扞舌须在舌面的一定部位点按2~3下，看指腹湿染的程度；摸舌则由舌根向舌尖方向滑动1~3次，不仅要观察指腹的湿染情况，有时还须体察舌面对指腹的刮刺感觉，以鉴别舌质舌苔的糙粘程度。

刮舌时，须用经过消毒的刮舌板或压舌板，由舌根向舌尖缓慢推刮，可连续3~5次；揩舌时，须用消毒纱布一小块，卷于食指端，蘸少许清水或薄荷煎的水，以湿润为度，再

从舌根向舌尖，连续揩拭4~5次。操作之中，刮舌揩舌都须用力适当，过轻则应退之苔垢没能退去，过重则难退之苔垢亦强行退去，且易损伤舌体。刮揩之后，注意观察舌面苔垢的脱落、复生等情况。二者的诊断意义虽然相似，但刮舌着力较深，揩舌着力较浅，故前者较适用于紧敛厚腻之苔，后者较适用于浮露松腐之苔。一般多先用揩法，不效则再用刮法。

当舌苔疑有染色、粘物等假象时，应当结合问诊，询问有无饮食、服药及味觉异常等情况，并令其喝水漱口，予以鉴别处理。

另外，观察舌体动态时，或须要求病人转舌、说话等，以便了解舌体是否灵活、有无歪斜等情况。

（二）诊舌的注意事项

舌诊是中医诊病的一大常规，为保证其操作的正确性，通常要特别注意以下几点：

1. 光线条件 察舌首先要注意光线。因为光线对舌色的影响极大。同一舌象在不同的照明条件下会有较显著的色觉差异，稍有疏忽即易致错觉。正如《辨舌指南·观舌之心法》所云：“灯下看黄苔，每成白色，然则舌虽可凭，而亦未尽可凭，非细心审察，亦难免于误治矣。”

光线条件，一般以昼日充足而柔和的自然光线为准，让舌面正对光亮处。要避免暴日直射、阴天背光，避开反光较强的有色物体。因为光线耀眼则舌质发亮、舌苔泛黄，光线昏暗则舌质发暗而使红紫难分，舌苔发暗而使黄白难辨；有色折光映于舌面则难免产生假色。人工照明则光色多有偏向。如白炽灯光红黄成分较重，舌苔偏于黄染；日光灯光青紫成分较重，舌质偏带紫色；一般手电筒或弱光灯泡下，易将黄苔误作白苔。若无法避免这些情况，则应注意折算权衡，或配置强光电筒以辅助照明。

2. 食物或药品的影响 饮食、药物等由口而入时，会对舌象产生直接的干扰。一是着色物的染苔作用，如牛乳、豆浆等，可使舌苔发白变厚；橘子、核黄素及中药汤剂，会使舌苔黄染；酸梅汤、咖啡、含铁补品，以及长期吸烟等，会使舌苔呈褐色。二是刺激物的刺激作用，如刚进辣椒、生姜等辛辣之品或过热、煎炸食物，会使舌质充血而红色加深；刚进冷饮之类，会使舌色变淡带暗；饮汤水、多汁瓜果之类，会使舌苔暂变水润；刚食煎炸干粉之品，会使舌苔暂变干燥。三是渣质物的摩擦与附着作用，如吃粗质食物后，由于口腔咀嚼时粗质反复摩擦舌而，会使舌苔脱落变薄；吃花生、饼干等多渣多粉食物，部分细渣会附着苔上，使苔增厚、变腐；吃糖果、糕点等甜腻食品，部分膏质会附着苔上，使苔增厚变腻。另外，较长时间地服用某些药品，亦会产生特定的舌色改变。一般来说，上述情况可以通过漱口、刮苔及追问有关的饮食服药史来加以鉴别。如在出现舌象与病情不符面出人较大时，首先通过询问发现可能与饮食药物史有关，再进一步经漱口、刮揩等处理，染苔可随即退去或出现不均匀分布而有散在的异色底苔露出，即可确定为假象。

3. 伸舌姿态影响 伸舌姿态不当，会直接改变舌体的血液循环状态和舌苔的排列形状。病人初诊时，往往不能很好地配合动作，伸舌过于用力、卷缩、变形，使舌色加深，苔质紧敛。这时应注意指导病人反复训练，学会放松舌体、舒展舌面，达到恢复扁平舌形，另外医生也应学会观察敏捷，不致使病人舌伸太久（一般不超过30秒钟），以免舌体血流瘀滞引起舌色及湿度的变化。对一时未能辨清的舌象，也应注意让患者稍事休息，

再作重复观察。

三、舌诊的基本内容和正常舌象

(一) 舌诊的基本内容

舌诊主要观察舌体与舌苔两个方面的变化。舌体是舌的肌肉和脉络等组织。舌体主要观察舌神、舌色、舌形和舌态等方面。即舌神有荣活与枯晦；舌色有淡、白、红、绛、紫、青；舌形有胖瘦、老嫩、裂痕、点刺；舌态有软硬、伸缩、歪斜、颤动等。舌苔是舌体上面附着的一层苔状物，是舌面粘膜上皮角化和代谢的产物，《伤寒论》称之为“舌胎”，《形色外诊简摩·伤寒舌苔辨证》则引《伤寒绪论》之言：“舌胎之名，始于长沙，以其邪气结，如有所怀，故谓之胎”，又注释到：“一谓之苔，如地之生苔。”舌苔主要观察苔色、苔质和苔之分布三方面。即苔色有白、黄、灰、黑；苔质有厚薄、润燥、松紧、净垢；分布有偏全、聚散、剥落、有根与无根等。另外，在特殊情况下，还要参看舌下络脉，观察其长短、粗细、形状和颜色。

(二) 正常舌象

要识别病态舌象，首先应掌握常态的舌象，知常才能衡变。正常舌象的特点是：舌色淡红鲜明，舌质充盈荣润，舌形大小适中，舌态柔韧灵活；苔色隐白透底，苔质松薄洁净、干湿适中，分布均匀有根而边尖略少。通常简述为“舌淡红，苔薄白”。

对正常舌象特征的形成机制，《舌鉴总论》认为：“舌乃心苗，心属火，其色赤，心居肺内，肺属金，其色白，故当舌质淡红舌苔微白，而红必红润内充，白必苔微不厚，或略厚有花。然皆干湿得中，不滑不燥，斯为无病之舌，乃火藏金内之象”；章虚谷认为“舌苔由胃中生气所现，而胃气由心脾发生。故无病之人常有薄苔，是胃中之生气，如地上之微草也。”另外，由于肝之筋，主动摇，肝充筋柔则舌体伸缩辗转灵动自如；肾属水、主五液，肾元充足则金津玉液上潮于舌窍面舌体滋润；脾主肌肉，脾旺则肌肉丰厚而舌体饱满。总之，正常舌象是五脏充实、气血安和的产物。

(三) 舌象的生理变异

正常舌象不仅有其一般共性特征，还会随内外环境的正常变化产生相适应的生理变异。因此，在掌握基本标准的前提下，还要熟悉某些生理变异，临床运用才能作到知常达变，正确灵活。

1. 气候因素 季节与地域的差别会产生气候环境的变化，引起舌象相应变异。如夏季暑湿较盛，舌苔多易增厚，苔色多带淡黄，如《辨舌指南·辨舌质生苔之原理》指出：“平人舌中常有浮白苔一层，或浮黄苔一层，夏月湿土司令，苔每易较厚而微黄，但不满不滞”，同理，秋季燥气当令，苔多偏薄偏干；冬季严寒，舌较湿润。我国东南卑湿、西北干冷的地理差异，也会产生类似的影响。这些都是人体生理活动与自然环境息息相应现象在舌象上的反映。

2. 起居因素 一日之间，饮食起居变化也会影响舌象。如晨起之际，舌苔相对较厚；漱口、进食之后，舌苔相对较薄；体力活动之后，舌色可更红活。《辨舌指南·绪言》曰：“常人一日三餐，故苔亦三变，谓之活苔，无病之象。”

3. 体质因素 正常人群因年龄、性别以及禀赋不同，体质会有差别，舌象也会相应变异。如儿童阴阳幼稚之体，脾胃较薄，故舌质多偏淡嫩，舌苔偏少而易剥；年老脏腑精气渐衰，气血运行迟缓，故舌色多较暗红，甚至略带紫暗。男女性别在一般情况下虽

无显著差异，但女性因月经周期的生理影响，会出现经期舌蕈状乳头充血、舌质偏红、舌尖边部点刺增大，而经后则自行消退的现象。禀赋差异对舌象的影响更为普遍，正如《辨舌指南》指出的：“无病之舌，形舌各有不同，有常清洁者，有稍生苔层者，有鲜红者，有淡白色者，或为紧而尖，或为松而软，并有牙印者，……此因无病时，各有禀赋不同，故舌质亦异也。”另外先天性裂纹舌、齿痕舌、地图舌等，亦多见于禀赋不足、体质单薄者。他们虽可长期无明显临床病证，但具有对某些病因的易感性和病种的好发倾向，并影响疾病的转归与预后。

4. 习性因素 日常生活中的一些生活习惯及饮食嗜好，对舌象会造成干扰。如嗜烟者，苔易发褐；嗜酒者，苔易黄腻；嗜茶者，舌多湿润；张口呼吸，舌易发干；习惯刮舌，厚苔变薄；禁食较久，苔会累积变厚等。

此外，值得注意的是，正常人出现异常舌象，除了上述生理因素外，有一部分可能是潜在疾病的前期征象，即有些内在的病变，通过舌象的灵敏变化，会先于自觉症状而表现出来。因此，临床实践中发现平常人有异常舌象时，首先要结合问诊，慎重鉴别，看其是真正的生理变异还是舌先于症的潜伏病态。

【补充阐发】

一、舌既为心之苗，又为脾之外候

舌为心之苗主要体现在生理、病理两方面。从生理上看，舌体分布着丰富的脉络和旺盛的血液循环，能够较好地反映机体的血液循环状态；舌体的运动，执行神明之心的意志，具有协助完成说话发音的功能。在病理上，心血的失常，如心气虚弱，心血失荣，则舌质浅淡；心火上炎，血热壅盛，舌肿糜烂；心血瘀阻，血行不畅，舌暗或有瘀斑。心神的失常，如痰迷心窍，则舌强语謇；热闭心包，舌卷不语；心情不畅，又常舌不知味。可见，舌既能表现出“心主血脉”，又能反映“心主神明”的生理病理变化，故《素问·金匱真言论》说：“心开窍于舌”，唐容川在《血证论》中指出：“舌为心之苗”。

舌为脾之外候，主要体现在脾开窍于口。因为脾主运化功能，与饮食、口味有关，脾的经脉循口挟舌，故脾气通于口，达于舌，使舌能主味觉。故《灵枢·脉度》曰：“脾气通于口，脾和则口知五谷矣”。若脾失健运，则食欲不振，舌淡乏味；湿热困脾，常口腻舌甜。此外，脾主肌肉，“唇舌者，肌肉之本也”（《灵枢·经脉》），若脾虚生化无源，气血不足，舌体失于气血充养，则舌萎软无力，舌色淡嫩。故《灵枢·经脉》指出：“肌肉软，则舌萎”。

二、舌诊和望舌的异同

舌诊和望舌都是以舌作为诊察疾病的部位。但望舌是通过观察舌象（包括舌体和舌苔）进行诊断的一种望诊方法；而舌诊虽以望舌为主，还包括问舌（如舌觉）、闻舌和切舌（如扞、擦、揩、刮舌）等诊法，其含义较望舌更广泛。

问舌，是询问患者有无异常舌部感觉以辨别病情的诊法。由于舌具有感受味觉的功能，询问口舌的酸、甜、苦、咸、淡不同味觉就可以判断病因病性的寒热虚实所属和病变脏腑之所在。此外，“心气通于舌”，患者舌痒、舌痛、舌麻等异常舌觉，均可反映心神所支配的经脉病变。

闻舌，是闻听病人所发之声以判断是否舌之功能异常，判别病情的诊法。《灵枢·忧

《忧恚无言》曰：“舌者，声之机也。……横骨者，神气所使，主发舌者也。”表明舌由心神所主，语言是经过思维，支配舌动而发出的。当人体患病后，心神被扰，舌失所主，故语言异声，发声障碍。

切舌，是用一定的方法，触按舌体以诊察病情的方法。切舌之法根据手法之不同，一般又分扞舌、揩舌和刮舌。所谓扞舌，是将手指用酒精等消毒后，直接触摸舌面，以了解润燥滑涩和粗糙芒刺等情况。所谓揩舌，是用消毒纱布卷在食指上，蘸少许生理盐水或薄荷煎水，使其湿润，以适中的力量，从舌根向舌尖连续揩拭四、五次。所谓刮舌则是用消毒刮舌板或压舌板，以轻重适中的力量由舌根向舌尖慢慢推刮，连续三、五次，观察刮下之苔垢及舌面情况。揩舌和刮舌都是为了检查舌苔是否易剥脱，显露舌体的色泽情况以及舌苔再生情况等等。一般较薄的浮松苔可用揩舌法，较坚实的厚腻苔可用刮舌法。

三、舌面脏腑分部的古今认识

舌面所分脏腑部，虽未见于《内经》，但与《内经》、《难经》中关于动脉部位的脏腑分配的原理是一致的。具体划分，其说有三：

以脏腑部位划分：如江笔花《笔花医镜》所论：“舌尖主心，舌中主脾胃，舌边主肝胆，舌根主肾”。梁玉瑜《舌鉴辨正》则细分为舌根主肾、命门，大肠（应小肠、膀胱）；舌中左主胃，右主脾；前部中间属肺；舌尖主心、心包络、小肠、膀胱（应大肠、命门），舌边左主肝，右主胆。近人邱骏声《国医舌诊学》认为，肝胆同气，俱应候舌左，右应候肺；膀胱位最下，与肾相表里，故应以舌根候膀胱。《日本东洋医学会志》认为“舌侧属肝胆，而舌边属肺。”此类划分法，多用于内伤杂病辨证。

以胃脘分属划分：如吴坤安的《伤寒指掌》指出，满舌属胃，其中舌尖属上脘，舌中属中脘，舌根属下脘。此类划分法，多用于胃肠病变辨证。

以三焦分属划分：如北京中医学院《中医舌诊》提出舌尖属上焦，舌中属中焦，舌根属下焦。此类划分法，多用于外感病辨证。

以上各类舌面分候之法，各家看法虽略有不同，但总的规律是上以候上，中以候中，下以候下。

【古代文献】

一、舌的组织结构与功能

《灵枢·经脉》：唇舌者，肌肉之本也。

《灵枢·肠胃》：舌重十两，长七寸，广二寸半。

《灵枢·卫气》：足少阴之本，在内踝下三寸中，标在背腧与舌下两脉也。

《素问·刺疟》：舌下两脉者，廉泉也。

《灵枢·胀论》：廉泉玉英者，津液之道也。

《灵枢·忧恚无言》：舌者，声音之机也。

《灵枢·脉度》：心气通于舌，心和则能知五味矣；……脾气通于口，脾和则口能知五谷矣。

《形色外诊简摩·舌质舌苔辨》：其尖上红粒细如粟者，心气挟命门真火而生出者也；其正面白色软刺如毫毛者，肺气挟命门真火而生出者也。

二、舌与脏腑经络的关系及望舌原理

《灵枢·经脉》：手少阴之别，……循经入于心中，系舌本。

肝者，筋之合也。筋者，聚于阴气，而脉络于舌本也。

脾足太阴之脉，……连舌本，散舌下。

足少阴之脉，……其直者，从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，挟舌本。

《灵枢·经筋》：足太阳之筋……其支者，别入结于舌本。

手少阳之筋……其支者，当曲颊入系舌本。

《灵枢·营卫生会》：上焦出于胃上口，……上至舌，下足阳明。

《望诊遵经·望舌诊法提纲》：舌本在下，舌尖在上，舌中为内，舌边为外，左病者应在左，右病者应在右。

《笔花医镜》：心之窍，凡病俱现于舌，能辨其色，证自显然。舌尖主心，舌中主脾胃，舌边主肝胆，舌根主肾。

《临症验舌法·临症以验舌为准统论》：舌者，心之苗也。五脏六腑之火主，其气通于此，其窍开于此者也。查诸脏腑图，脾、肺、肝、肾，无不系根于心。核诸经络，考手足阴阳，无脉不通于舌，则知经络脏腑之病，不独伤寒发热有苔可验，即凡内外杂证，亦无一不呈其形著其色于舌。

《伤寒指掌·察舌辨证法》：舌之形色亦分属五脏，即白苔肺经，绛苔心经，黄苔胃经，鲜红胆经，黑苔脾经，紫色肾经，焦紫起刺或舌青滑均属肝经。

病之经络、脏腑、营卫、气血、表里、阴阳、寒热、虚实，毕形于舌。

《望诊遵经·望舌诊法提纲》：心者，生之本，形之君，至虚至灵，具众理而应万事者也。其窍开于舌，其经通于舌，舌者，心之外候也，是以望舌而可测其脏腑经络寒热虚实也。

《形色外诊简摩·舌质舌苔辨》：至于苔，乃胃气之所熏蒸，五脏皆禀气于胃，故可借以诊五脏之寒热虚实也。若推其专义，必当以舌苔主六腑，以舌质主五脏。

《辨舌指南·辨舌审内脏经脉之气化》：蠡海集云：舌虽心窍，而津液生之，则由心肾交媾，水火既济，阴阳升降之理也。李时珍曰：舌下有四窍，两窍通心气，两窍通肾，心气流于舌下为神水，肾液流于舌下为灵液，……所以灌溉脏腑，润泽肢体。

三、气血津液与舌象的关系

《灵枢·邪气脏腑病形》：十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，……其浊气出于胃，走唇舌而为味。

《察舌辨证新法·舌苔原理》：舌为胃之外候，以输送食物入食管胃脘之用，其舌体之组织，系由第五对脑筋达舌，其功用全赖此筋运动。舌下紫青筋两条，乃少阴肾脉上达，名曰金津、玉液二穴，所以生津液以濡润舌质，拌化食物者也。

四、舌诊的方法和注意事项

《察舌辨证新法·看舌八法》：一看苔色，二看舌质（质亦有色，又有大小。湿热之证，舌质胀大满口，边有齿印。血热之证，质色紫），三看舌尖（白苔满舌尖，有红刺，勿用温燥之药），四看舌心，五看润燥，六看舌边，七看舌根，八看变换。

《辨舌指南·观舌之心法》：临证观舌，最为可凭。……其他观法，再举于后，一舌色，二舌质，三舌尖，四舌心，五舌边，六舌根，七润燥，八变换。

凡见黑舌，问其曾否食酸甜咸物，因是物能染成黑色，非因病而生也。然染成之黑必润而不燥，刮之即退，虚寒舌润能染，若实热舌苔干燥，何能染及也。凡临证欲视病人舌苔燥润，禁饮汤水，饮后则难辨矣。……又白苔食橄榄即黑（酸物亦然），食枇杷即黄，又如灯下看黄苔每成白色，然则舌虽可凭，而亦未见可凭，非细心审察，亦难免于误治矣。

《辨舌指南·绪言》：常人一日三餐，故苔日亦三变，谓之活苔，无病之象也。

《辨舌指南·辨舌质生苔之原理》：平人舌中常有浮白苔一层，或浮黄苔一层。夏月湿土司令，苔每较厚而微黄，但不满，不板滞。

《形色外诊简摩·伤寒舌苔辨证篇二》引《伤寒绪论》：夏月热病，邪火时火内外燔灼，苔黑易生，犹可攻治；冬月伤寒，舌苔全黑，决难救也。

此乃指黑而润者，是血因寒而瘀，夏热瘀易行，冬寒瘀难行也。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：如平人无病常苔，宜舌地淡红，舌苔微白隐红，须要红润内充白苔不厚，或略厚有底，然皆干湿得中，斯为无病之苔，乃火藏金内之象也。所谓变者，有因感触而变，有因得病而变，有因病中误药而变者。如阴虚火旺之人，平时舌质淡红无苔，偶因用力过度或行路太急，则舌质骤变深红；或常舌淡红，素不饮酒而强饮至醉，则舌亦变深红，甚则红紫；或平时舌淡红无苔，在早起食物未进之前，亦有淡薄白苔一层，食后仍退者；亦有平时苔润，在卧时，口不禁闭，则醒觉后舌必干燥，因肾系蒸腾之气随口开而外出，故舌干燥也。

《辨舌指南·辨舌明体质禀赋之鉴别》：辨舌审病……体格体质，人有不同，男女老少，又有分别。强壮体，平时舌质润厚而坦，舌色淡红，舌背常有滑苔，或白或微黄，有神彩。薄弱体，舌质尖薄，边尖多红，或紫或有瘀，甚则沿边屈曲如锯齿形，舌心苔少，或无苔。中等体，舌质狭长不厚，色亦淡红，微有薄苔，尖边淡红。

今论禀赋，则男女又有别，少壮亦有殊。男女气血异体，证治亦有大端不同者。男妇气壮，血不易瘀，舌黑耳聋，血络痹也，如热入血室，舌卷囊缩，血痹之甚，筋失养也。亦有未及化热，两肋血络先痹者，其证舌苔忽黄忽白，必带灰黑；若妇人血盛，经水适来适断，与病相触，肝胃之络，最易停瘀，舌黑谵语，事所常有，但耳不聋、乳不缩，不为败证，即耳微聋而谵妄狂躁者，亦邪正相搏之象；惟声息低微，不能转侧，乃为危象，其舌或兰或灰或黑，有仅在一偏，有全舌皆透，均不得据为凶候，故治妇科伤寒温病，起手即宜和血以防之，否则病愈而络瘀不净，积为胃痛腰痛痼疾，又世以黑而芒刺为热，湿润为寒，然瘀血舌黑，虽热而不生芒刺。盖男子之血，必因寒而瘀，因热而瘀，因温病过服寒剂，遏热闭络而瘀。妇女不必因寒，因热，邪在血不必相入，而血能自瘀，故病愈而黑不退者有之。张石顽云：夏月热病，邪火与时火内外燔灼，苔黑易生，尤可攻治，冬月伤寒，舌苔全黑，决难救也。

老年气血衰颓，津液枯涸，一经染病，无气不能抵抗，邪气内溃，故舌与少壮异。凡老年阴阳俱不足者，苔虽白必浮，中有裂纹；中阳虚者，质胖无华；浊阴内聚，虽润而非液者，两畔厚白，中有裂纹，质绛为痰火，质白为痰气，此苔易脱，脱后色绛，胃阴竭也，脱后色白，肺阴涸也，均为不治，……苔脱后，舌上如涂黑者危。须问曾否食过青果、山楂、石榴等酸味之物，否则即属肾气上泛而欲气促痰升之兆，急用救逆回阳之法，如头汗面黑等象已显，是其机已发，不可救药矣。

凡小儿三、四岁以下，患温热杂病，辨舌与常人略同，惟产生至一、二岁，其舌有特种疾患，不可不防之。

小儿之病，舌上每有白衣，若初生小儿，舌上白膜里，或如石榴子，或遍舌根，哭不出声，若不刮去，其儿必哑，或发惊。若小儿舌根下，忽有筋一条，绊其舌尖，不能吮乳，或舌下总筋上生白膜，连舌尖绊住，用银针磨尖，轻轻挑断之。若初生儿，舌上忽生黄泡出水，此为心脾之火；若小儿初生，舌上生白屑如米，刮者口鼻亦有之，此由胞胎中受谷气盛，所谓鹅口是也；凡小儿舌大肿硬，不能转动，此心火挟痰也；若舌肿满口，或胀出口外，难纳药者，用僵蚕、牙皂等分为末，少许吹鼻中，口自开，顽痰自出，再用筋绕丝棉，蘸甘草汤润其舌，然后用蒲黄末掺之，此皆小儿所特有也。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：凡吸烟之人，无病常见燥苔，一经染病，不拘白苔、黄苔，必兼灰黑，或兼裂纹，故临诊之时，先须问其吸烟与否，常苔染苔，斯可攸分。

《辨舌指南·辨舌察脏腑之病理》：如过啖五味，内伤脏气，则舌亦现特征。千金方云：心欲苦，多食苦则舌皮槁而毛焦枯；肺欲辛，多食辛则舌筋急而爪干枯；肝欲酸，多食酸则舌肉肥而唇揭；脾欲甘，多食甘则舌根痛而发落；肾欲咸，多食咸则舌脉短而变色。此五味内合五脏，本其所欲，然太过于常，皆能致病，而舌亦能发现各种特征矣。

《辨舌指南·辨舌之质本》：若舌淡红，尖起紫色蓓蕾星点，乃热毒中心血也，时疫、酒毒、梅毒等症皆有之。……若舌浑紫，满舌有红斑，为酒毒内蕴、湿中生热，宜化斑汤、消斑青黛饮。……若酒毒内蕴，舌必深紫而赤，或干涸，若淡紫而带青滑，则为寒证矣。

《伤寒指掌·察舌辨证法》：湿热内著，从饮食中得之，嗜酒之人多此苔，必厚黄粘腻，痞满不饥，呕吐不纳，惟泻心最效。

《冷庐医话·卷四》：临症视舌，最为可凭，然亦未可执一。《正义》云：凡见黑舌，问其曾食酸甜咸物，则能染成黑色，非因病而生也。然染成之黑，必润而不燥，刮之即退为异。又惟虚寒，舌润能染，若实热，舌苔干燥，何能染及耶？凡临症，欲视病人舌苔燥润，禁饮汤水，饮后则难辨矣。《重庆堂随笔》云：淡白舌苔，亦有热证；黄厚满苔，亦有寒证；舌绛无津，亦有痰证。当以脉、症、便、溺参勘。又曰：白苔食橄榄即黑，食枇杷即黄。又如灯下看黄苔，每成白色。然则舌虽可凭，而亦未尽可凭，非细心审察，亦难免不误治矣。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：苔之燥润糙粘，须以指摸为准。

《温热经纬·叶香岩外感温热篇》：又不拘何色，舌上生芒刺者，皆是上焦热极也，当用青布拭冷薄荷水揩之，即去者轻，旋即生者，险矣。

《辨舌指南·辨舌之质本》：如白滑灰刺，如湿润，刮之即净，为真寒假热，干厚刮不净，是脾胃湿热困心肺，里证热极也。白苔黑刺满舌者，如刮之黑刺即净，光润不干，渴不多饮，在杂病为真寒假热；若刮之不净，干燥粗涩，乃表经皆热极，传入阳明里证，始有此舌。……若白苔里斑舌，如刮之即净者，为湿热微也，刮不净者，为藏府皆实热，阴液欲竭也，即以苦寒合甘寒救阴。

《辨舌指南·辨舌之津液》：苔白如糙石糙手者，此燥伤胃汁不能润舌，肾气不能上达之候；亦有清气被抑，不能生津者，如舌苔黄黑相间，如锅焦黄色，摸之刺手，看之

不泽。如胃中津液焦灼，舌干口燥之候，然亦有阳气为阴邪所阻，不能上蒸而化为津液者。

《潜斋医学丛书·重庆堂随笔》：若灯下看黄苔，每成白色。谚云：灯下黄金似白银是也。

五、舌诊内容

《伤寒论本旨·辨舌苔》：更可知舌苔，由胃中生气所现，而胃气由心脾发生，故无病之人，常有薄苔，是胃中之生气，如地上之微草也，若不毛之地，则土无生气矣。故观舌本，可验其阴阳虚实，审苔垢，即知其邪之寒热浅深也。

六、正常舌象

《舌鉴总论·舌白总论》：舌乃心苗，心属火，其色赤，心居肺内，肺属金，其色白，舌故当舌地淡红，舌苔微白；而红必红润内充，白必苔微不厚，或略厚有花，然皆干湿得中，不滑不燥，斯为无病之舌，乃火藏金内之象也。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：如平人无病，常宜舌质淡红，舌苔微白隐红，须要红润内充，白苔不厚，或略厚有底，然皆干湿得中，斯为无病之苔。

《伤寒续论·伤寒绪论》：舌苔之名，起于长沙，以其邪气结里，如有所怀，故谓之胎。伤寒邪在表，则苔不生，邪热传里，则苔渐生，自白而黄，黄而黑，黑甚则燥裂矣。

《伤寒指掌·察舌辨证法》：舌之苔，胃蒸脾湿上潮而生。

《形色外诊简摩·舌苔有根无根辨》：夫苔者，胃气湿热之所熏蒸也；湿热者，生气也。无苔者，胃阳不能上蒸也，肾阴不能上濡也。……至于苔之有根者，其薄苔必均匀铺开，紧贴舌面之上，其厚苔必四周有薄苔铺之，亦紧贴舌上，似从舌里生出，方为有根，……根者，舌苔与舌质之交际也。

【研究进展】

一、正常舌象的解剖学和组织学特点

正常舌的组织切片，其结构可分三层^[1~4]：

(一) 粘膜层

由复层鳞状上皮组成。此层上皮代谢旺盛，上皮更新较快，故细胞代谢障碍容易在舌上反映。其中又可分为四层：

1. 角化层 位于粘膜之最表层，由上皮细胞所形成的角化物质或不全角化的细胞组成。此类细胞外形扁平，在完全角化细胞中胞核已消失，呈伊红染色；在不完全角化细胞中，尚有固缩或梭形细胞核存留。正常时，此层细胞平铺于舌粘膜表面，但有时亦可形成角化突起，凸出于舌表面，一般为150微米左右；若角化过度时，角质突起延长增高，呈角化柱或角化树样，正常薄白舌苔即由此层形成。

2. 颗粒层 此层细胞扁平而呈梭形，胞浆中含有角质颗粒。一般只有2~3层细胞。角质颗粒具有一定的折光性。

3. 棘细胞层 此层细胞最多，约5~6层，由多角形上皮细胞构成，并具有细胞间桥。越靠舌表面，其细胞体积越大，胞浆越多，有时胞浆中可见少量空泡。越近深层，棘细胞体积越小，细胞间桥也较明显，细胞核也相对较大，染色较深，偶尔可见核分裂相。

4. 基底层 又称生发层，其细胞呈柱状，单层排列，整齐而致密。胞核深染，常有

核分裂相。基底层位于上皮之最底层，使粘膜上皮层与固有膜之间界线分明。

（二）固有层

位于粘膜上皮层之下，由结缔组织构成，其中有血管、淋巴管、神经、舌腺管等组织埋于其中。正常时可有少量淋巴细胞与浆细胞浸润，尤以舌根部为多见。在舌背部，固有膜向上皮伸入，形成许多大小不等的真皮乳头。

（三）肌层

固有层之下即为肌层，是为纵横交错的横纹肌束所组成。正常时在肌束之间有极少量的结缔组织，除血管、淋巴管、神经之外，舌腺亦位于此。这些结构均与舌的复杂生理机能相适应。

在舌腹面的粘膜尚有粘膜下层，而舌背面并无此结构，其意义尚待探讨。

（四）舌乳头

在舌背粘膜表面，外观粗糙，有许多小突起，统称为舌乳头，使舌背表面呈绒状。舌乳头按其形态、大小及分布部位的不同可分为4种。

1. 丝状乳头 丝状乳头是舌背面最小最多的乳头，其状细长如丝，高约0.5~2.5毫米，其分布遮盖了舌背的前三分之二。丝状乳头上为复层鳞状上皮，下为固有层，略呈圆锥形状，顶端多角化，向后（即向咽部）倾斜，呈微白色，正常舌粘膜之薄白色即由此形成。丝状乳头的生理特点之一是具有缓慢的、持续不断的生长能力，而且其角化物质又能相应地持续不断地脱落、净化。在病理状态下丝状乳头可变得很长，如毛发状；丝状乳头在青年期最发达，到老年渐变平滑。

2. 蕈状乳头 蕈状乳头又称菌状乳头，其数目远少于丝状乳头，但其体积较大。外观呈针头大小，分散夹杂于丝状乳头之间，主要分布于舌尖和舌边。此乳头上部钝圆，肥大如球形，根部细小，形如蕈状，故名。由于该类乳头上皮角化物质较少而透明，又因富含血管祥，固有膜内毛细血管接近上皮的表面，使蕈状乳头正常时呈红色。该乳头内含有味蕾组织及味觉神经末梢，故司味觉。

3. 轮廓乳头 轮廓乳头的形状较大，直径为2~3毫米，高约1~1.5毫米；其数量少，也不恒定，约7~9个，偶可见4~16个；位于舌根部，排成入字状界沟，成为舌体与舌根的分界线。轮廓乳头外形类似蕈状乳头，但上面扁平，周围有一狭窄的深沟，沟底有浆液腺之导管开口，这种腺名为味腺，其分泌物可溶解食物，而后刺激味蕾。

4. 叶状乳头 叶状乳头位于舌后部两侧边缘上，每侧6~8条，亦有味蕾。人类的叶状乳头已逐渐退化，呈许多互相平行的皱襞，以深沟分界，一般只在新生儿较为明显。通常认为轮廓乳头及叶状乳头很少参与丝状乳头及蕈状乳头那样的病理变化。

味蕾是由特殊上皮构成的椭圆形的细胞团块，埋于复层鳞状上皮之间。其分布广泛，不仅在舌周围的蕈状、叶状、轮廓乳头中可见，而且在舌腭弓、会厌后面、咽后壁等处的上皮内，都可发现散在的味蕾，一般新生儿较多，成年人较少，有的则退化。味蕾的外层为盖细胞，内含有若干长形细胞，顶端有味孔，每个细胞之末端均有纤毛从味孔伸出孔外，以接受味觉刺激，而支配味蕾的神经末梢分成细枝状包绕在味蕾的味觉细胞上，以传导味觉冲动。味蕾的大部分（舌前三分之二部分）是接受第七对脑神经（即面神经）的感觉纤维，此纤维随同舌神经分布于舌；另一部分味蕾（包括舌后三分之一部分）系接受第九对脑神经（即舌咽神经）的支配。

有研究认为，味觉通常有甜、苦、酸、咸、辣5种，其他味觉可以认为是从这5种味觉融合而成。舌之各部分对各种味觉的刺激灵敏度并不一致，舌尖部分对甜、苦、酸、咸四味的感觉均敏感，尤其是对甜、咸二味更甚；舌之两侧周围对于酸味感觉最灵敏；舌的根部则对苦味感觉最敏感，但也有若干舌乳头可对二种或两种以上的味觉起反应。当然，人类的口味除来自味觉感受器外，也常受嗅觉所影响。

二、中医舌象微循环研究

(一) 活体舌微循环研究方法

舌微循环研究方法主要有形态学方法、生化学方法和生理学方法。其中生理学方法与中医舌诊研究关系尤为密切。^[5~8]

1. 间接生理学方法 即通过测量舌微循环以外的机体变化以推测局部微循环的变化，如舌容积脉波描记、舌组织血流量、舌表面温度以及舌的色泽、舌态等，都是研究舌微循环的间接生理学判断法。

2. 直接生理学方法 即借助显微镜，选择舌体适当的部位（一般为舌尖），直接观察活体舌微循环的形态、分布、微血流速度和动态变化。1964年德国学者Gotze报道了舌微循环的观察装置设计，1975年上海第一医学院对上述仪器作了改进，1979年湖南中医学院中医诊断研究所在参考了国内外有关资料的基础上，研制改装了一种多部位观察的舌尖微循环检测仪。

舌尖微循环检测仪包括三个部分：①显微观测部分，由显微镜、下颏托、舌尖固定架、单凹玻片和防鼻雾板所组成。物镜一般选用5倍、6倍、8倍，目镜选用5倍或10倍，在目镜中可安装一块经校正的目镜测微尺。②光源部分，选用显微光源，在调焦灯室前安有隔热玻片及可活动的滤色膜，以满足活体显微观察所需之强光、聚光、冷光光源的要求。整个灯室安装在微观仪旁一个可调节的支架上，使光线从左侧30~40°位置斜射观察面。③摄影部分，应用135单镜头反光照相机，配上摄影接圈，相机滑座，将照相机固定于微观仪目镜筒之后，使相机与显微镜同步调焦。上述三部分固定在一块减震基板上，整机一体，便于操作、携带和保护。

在舌微循环观察前，应了解受检者近周来体温、服药情况，询问口腔、舌部有无溃疡，女性是否月经行经期等。记录室温（最好是在15~25℃之间），必要时用半导体点温计测量舌温及体温。令受检者静坐5分钟左右，并向其说明检查方法，消除紧张情绪，争取配合。

观察时，取下舌微循环观测仪的目镜盖，插上适当倍率的目镜，从舌尖固定架上取下防护玻片，插入单凹玻片（注意单凹面应朝向受检者）；转动粗调手轮，使微观仪之镜筒缓缓向前靠近单凹玻片。令受检者面向仪器坐下，下颏自然托在微观仪的下颏托上，两唇轻闭，伸出舌尖，使舌尖轻贴单凹片中央浅圆凹，接触的压力以形成一个面积约为1.5×2.0厘米大小的平整观察面为度。医生开启电源，调到适当的亮度；再缓缓转动粗调手轮使镜筒退到能见到微血管影像，再略调微调手轮，即可看清舌微观视野。若轻轻移动下颏手柄，即可改变视野进行观察，但须再次调节微调手轮。医生根据“舌微循环指标和方法”，依次逐项检测，并将结果及时填记在《检测记录》的专用表格内。对观察中典型的或疑似的视野图像，可绘出草图或进行显微摄影。检测完毕，应取下使用过的单凹玻片置于消毒清洁剂中处理。

(二) 舌微循环观测指标

参照中国生理科学会病理生理学会微循环专题会议外周活体微循环检测试行方案, 舌尖微循环观测指标共有 8 项。^(9~11)

(1) 舌乳头横径: 用目镜测微尺分别量取与微血管丛垂直的菌状乳头和丝状乳头的最大横径值, 每类乳头各量取 3 个, 分别求平均值。正常参考值: 菌状乳头 0.21~0.92 毫米, 平均为 0.50 毫米; 丝状乳头 0.13~0.33 毫米, 平均 0.20 毫米。

(2) 舌乳头内微血管丛数和丛中管祥数: 计数 3 个显微镜视野舌乳头内血管丛的数目, 取平均值; 同时选择管祥清晰可见的血管丛 (菌状乳头、丝状乳头各选 3 个), 计算每个乳头血管丛中的管祥数。正常参考值 (6×5 倍): 每个视野中舌乳头内微血管丛平均 28.23 ± 5.66 个; 微血管丛中的管祥数, 在菌状乳头中是 8.07 ± 2.12 支/丛; 在丝状乳头中是 3.05 ± 0.86 支/丛。

(3) 舌乳头内微血管丛形态、菌状乳头内微血管丛的形态分为树枝形、花瓣形、网孔形、发团形和其他形五类。每位受检查分类计数 10 个菌状乳头微血管丛, 求出各类所占的百分比, 正常参考值: 健康人以树枝形和花瓣形为主, 约占 70%, 网孔形和发团形约占 30%。

(4) 微血管祥周围状况: 分为清晰、渗出、出血三类。每例分类观察并计数 10 支毛细血管祥周围, 算出各类所占的百分比。正常人管祥清晰者占 90% 以上。

(5) 微血流血色: 毛细血管祥中血色在一定程度上反映了舌微循环血液的含氧饱和度血液对组织的供氧情况。分为血色鲜红、暗红、淡红 3 类。每例分类计数 10 根微血管祥中的血色, 求出各类所占的百分比。正常人血色均鲜红。

(6) 微血管祥瘀血和扩张的乳头在总乳头数中的百分比: 微血管祥瘀血乳头是指该乳头的微血管丛中出现 1 根以上的瘀血管祥; 微血管扩张乳头是指该乳头的微血管祥中出现 1 根以上扩张管祥者。观测时每例分类计数 10 个菌状乳头, 求出瘀血、扩张、正常之乳头各所占百分比。正常参考值: 瘀血或扩张乳头均 < 30%。

(7) 微血管祥内血液流速: 一般是测定微血管中红细胞的流速。测定的方法有秒表法、流态半定量测定法、示波器光点同步扫描法、显微电视法、激光多普勒法及高速显微摄影测速法。这里仅介绍两种简便易行的微血流测速法。

秒表测速法: 在显微镜下, 选择舌菌状乳头中一段走行较直的微血管祥, 先用目镜测微尺测量出该段血管的实际长度, 然后用秒表记录出其血流中红细胞 (或血浆段) 通过该段血管所需的时间, 并求出其流速。一般每例测量 3 段不同的血管的血流速度, 再求平均值。

流态半定量测速法: 即将血细胞在血管内流动时显微镜下所看到的流态分为 7 个等级, 依此判断血流的速度。具体是: 线流 (>1.6 毫米/秒); 线粒流 (≤ 1.6 毫米/秒); 粒线流 (≤ 1.0 毫米/秒); 粒流 (≤ 0.6 毫米/秒); 粒缓流 (≤ 0.4 毫米/秒); 粒摆流 (≤ 0.2 毫米/秒); 停滞 (0.0 毫米/秒)。每例观察 10 根毛细血管祥的流态, 求平均值。这种方法简便, 无需特殊仪器, 易于掌握和应用。

正常参考值: 健康人中约 85% 呈快速线带状流动, 约 10% 血流观察不清, 约 5% 血流缓慢移动。舌微血流平均速度为 0.5 毫米/秒左右。

(8) 微血管祥内血液流态: 一般分为直线状、泥沙状、虚线状和絮状 4 类。①直线

状：血液流动均匀、连续，无红细胞聚集。②泥沙状：血流失去线形，有轻度红细胞聚集。③虚线状：血流呈粗颗粒状态，有中度红细胞聚集，但并无细胞与血浆分离现象。④絮状：血流移动缓慢，或靠管壁，有重度红细胞聚集和血浆分离现象。

观察时调节显微镜焦距，使微血管和血流成像清晰，各类流态的差别是较明显的。每例分类计数不同菌状乳头内10支微血管祥内血流状态，并算出各类百分比。正常参考值：舌菌状乳头内血液流态均匀、连续，但其形态常因微血管形状而有所不同。若呈网状毛细血管多为泥沙流；若集合毛细血管可为直线状或泥沙流状态；细动脉臂多为直线状流态；细静脉臂可为泥沙状血流。正常人90%以上微血流态呈直线状和泥沙流。

（三）舌微循环的临床研究

舌诊是中医望诊的重要内容，为了探讨舌象形成的原理，寻找客观的舌象辨证指标，国内许多学者对中医舌质进行了舌尖微循环研究。

1. 正常舌象影响因素的研究^{〔12~16〕}

（1）年龄：有人通过对149例健康青年、中年、老年人舌质和舌尖微循环观察，结果表明随着年龄的增长，舌菌状乳头横径、面积、微血管丛数均呈青年组>中年组>老年组的递减趋势；相反，微血管祥渗出、血色暗红、血流缓慢等异常微观指标的测值则呈青年组<中年组<老年组渐增的趋势。由此表明舌尖微循环变化的程度和舌质一样，与人体衰老有一定联系，由于生理性的“气血衰退”，亦导致舌微循环障碍逐渐严重。

（2）性别：有人对100例男女性健康人舌尖微循环进行观察，发现男女性健康人常规舌诊虽均属正常舌象，但男性舌尖微观舌象异常变化较女性为重，女性舌菌状乳头数目较多，面积较大，而且异常指标的发生率明显低于男性。这种男女性别舌微观的差别与体内性激素水平变化有关。

（3）月经：有学者对46例处于增殖、排卵、分泌三个不同月经周期健康女性的舌象、舌尖微循环进行观察，结果表明此3期受检者虽然都以正常舌象为主，但也存在着不同程度的舌微循环变化，各项舌微观指标均有一定的与该期月经生理相应的特征性变化，呈分泌期→增殖期→排卵期的动态变化趋势。提示妇女舌诊时，亦须考虑机体所处月经周期生理因素的影响。

2. 不同舌质舌尖微循环变化的特点^{〔17~29〕}

研究表明，舌质的类型与舌菌状乳头关系较大，而舌苔的类型与丝状乳头关系较大。由于“心主血脉”，舌质颜色与血流有关，故从微循环角度研究舌质者较多。

（1）淡红舌：管祥以树枝形和花瓣形居多，管祥清晰，祥顶有瘀血者一般少于30%，血色鲜红，流速85%以上快速，呈线带状。无渗出或出血。

（2）淡白舌：微血管丛开放管祥减少，管祥口径变细，血色浅淡，微血管祥周渗出明显，常伴有舌乳头肿胀。

（3）红绛舌：舌乳头横径增大，乳头数增加，血管祥清晰，管祥增粗、充血，血色鲜红，血流加快。

（4）青紫舌：异形微血管丛、瘀血扩张的微血管丛增多，血管祥内红细胞聚集明显，血色暗红，血流速度减慢，呈絮状或泥流状，管祥周围常有出血或渗出。

3. 探讨血瘀本质 临床观察与实验研究表明，血瘀证病人可有各种形式的全身或局部的微循环障碍，血瘀是一个与微循环障碍有联系的病理过程，在舌微循环上亦有具体

表现^[30~38]。

(1) 微血管痉挛：舌菌状乳头内微血管减少，模糊不清，长度缩短，口径变窄，有时毛细血管管径不良或呈串珠样改变。

(2) 微血流瘀滞：可见微血流缓慢，变为粒状流，或慢粒流，甚至停滞，毛细血管祥顶端扩张，血色暗红，红细胞瘀积者 $>30\%$ 。

(3) 微血管异形：舌微血管祥扭曲，呈麻花样，或螺旋状，异形微血管丛明显增多。

(4) 微血管内红细胞聚集：轻度聚集如泥沙状，中度聚集可出现大小不等聚块，而瘀证好转时，血流加快而解聚。

(5) 微血管渗出或出血。

(6) 微血管闭塞：多因血流缓慢，红细胞聚集，微血栓形成所致。

有人对 42 例血瘀证患者、48 例无血瘀证患者和 30 例健康人进行舌尖微循环检查，结果表明，舌尖微循环异常的程度与血瘀证的出现率呈一致变化。凡血瘀率高者，其舌尖微循环异常就严重；反之，舌尖微观异常就较轻。此外，有作者对 39 例健康人淡红舌质者、48 例热证红绛舌质者和 53 例瘀证青紫舌质者进行舌质微观，结果表明，三组舌质的菌状乳头中，由舌质淡红→绛红→青紫舌，树枝形和花瓣形微血管丛的比例递减，而网孔形、发团形的比例递增，说明正常排列成分渐减，管祥排列愈趋杂乱。相反，三种舌质微循环变异的严重程度却呈渐增的趋势，青紫舌组在“异形微血管丛”、“瘀血微血管丛”、“微血管周围渗出、出血”、“血色暗红”等异常指标的发生率明显高于另二组。一般认为，舌尖微循环的异常变化虽然并非血瘀证的特异变化，但可以反映疾病不同阶段血瘀的病理改变。

4. 协助辨证分型，分析疾病变化^[39~51] 有研究认为，阳虚证和阴虚证舌尖微循环障碍的程度和情况有明显差别。阴虚组管祥清晰度比阳虚证好，且相对有血流速度快，单位面积管祥可见数目多，管祥较长，口径较粗的特点。这种微循环方面的浅、显、快、多、长、粗等属于中医“阳”的范畴，是“阴虚阳亢”的现象之一。相反，阳虚证则相对具有舌微血管祥深藏而隐晦，血流速度慢，单位面积管祥可见数较少，管祥较短，口径较细等特点。这种微循环方面的深、隐、慢、少、短、细等属于中医之“阴”的范畴，是“阳虚阴盛”的现象之一。有学者对脾气虚、肺气虚、心气虚、肾阳虚和肾阴虚患者进行舌尖微循环检查，发现脾气虚证患者舌丝状乳头发育不良，低矮，无明显角化现象；肺气虚证舌菌状乳头内微血管数目减少，微血流呈暗红色；心气虚证舌菌状乳头内微血管数目减少，颜色浅淡；肾阳虚和肾阴虚证患者舌菌状乳头肿胀，但肾阳虚证微血管模糊，血色浅淡，而肾阴虚证微动脉变细，微静脉变粗、扩张。有学者观察了高血压病肝火亢盛证、阴虚阳亢证、阴阳两虚证和痰湿壅盛证四类证型的舌尖微循环，结果各类证型在舌微观上都有一定的与其病理本质相应的特征性变化。肝火亢盛证舌乳头横径、面积显著加大，微血管丛开放增多，微血管扩张，血流加快，反应了肝火偏亢，气血上冲的病理；阴虚阳亢证者一方面舌菌状乳头横径、面积增大，管祥开放增多，另一方面微血管异形，瘀血明显，体现了虚实错杂的病理变化；阴阳两虚证舌微观以舌乳头横径、面积缩小，管祥纤细，短缩，血流缓慢为特征，反应了患者气血阴阳不足的病理状态；痰湿壅盛证微血管异形、瘀血，红细胞聚集，血流缓慢，血色暗红，微血管渗出等异常指标显著增加，是痰湿阻络，气血瘀滞的依据。

(四) 舌微循环检测的评价与展望

1. 舌微循环检测的评价^[52~54]

(1) 舌的微观对于疾病影响微循环出现的变化是比较敏感的,为中医基本理论、诊断原理探讨及临床诊断治疗都提供了原来中医理论中所不具有的信息,并且基本上反映了中医临床病证中的某些病理变化,从而为中医诊断客观化提供了一条值得探索的途径。

(2) 舌尖微循环观测并不造成损伤,也不引起痛苦,有利于反复检测,病人易于接受。这种活体实时连续的信息,更接近于临床诊察的情况;而且微循环是循环系统的终末部分和功能单位,遍布全身各组织器官,因此舌微观对中医各科疾病的辨证研究都有一定的意义。

(3) 如同中医诊断学中诸症状、体征一样,舌的微循环变化大多缺乏诊断出某证某病的特异性;舌作为末梢微循环,与五脏六腑等内脏器官微循环的构形、微血管分布和功能均不尽相同,同一刺激所引起的外周微循环与内脏微循环反映规律的一致性也尚在探讨之中。加之舌微观的某些指标有个体差异,容易受到外界因素的影响。因此,欲将舌尖微循环的变化的某项指标作为中医诊断某种疾病,辨别某个证候的特异诊断依据的可能性较大,也不能将舌微观变化简单地推论到脏腑。但是,在多数情况下,微循环检测对疾病具有辅助诊断价值,如对发病机理的研究、病情变化的观察、预后转归的估计、治疗措施的选择等方面均有较大的参考意义。

2. 舌微循环检测的展望^[55~67] 尽管在许多病证的舌微循环检查中发现异常改变,但探讨更有特异诊断的微循环指标,仍是需要努力研究的课题。

(1) 形成中医“证”的原因是通过什么环节作用于微循环?神经体液在调节中医病证与微循环障碍之间起着什么作用?中医药是通过什么环节来改善舌微循环?这些问题的探讨对于中医诊断理论和辨证指标的研究都有较大的意义。

(2) 目前中医研究中所应用的舌及其他部位的活体微循环观察以定性检测为主,在一些比较精确的定量检测尚未推广之前,应在严格控制观察条件的情况下,结合中医理论,采用多部位(舌尖、甲襞、球结膜、口唇)结合,连续多次、定视野自身动态观察,或配合一些其他生化学、生理学方法,综合分析,综合判断,更有利于找出中医诊断中微循环的共同变化和特殊变化。

(3) 随着现代科技的发展,活体微循环检测的手段也有很大的改进,从而将大大地提高活体微循环观察的科学性和客观性。

参 考 文 献

- [1] 北京中医学院中医系中医基础理论教研室. 中医舌诊. 北京:人民卫生出版社,1980,7~8
- [2] 陈泽霖,陈梅芳. 舌诊研究. 上海:上海科学技术出版社,1982,158~170
- [3] 匡调元. 中医病理研究. 上海:上海科学技术出版社,1989,264~267
- [4] 李乃民,等. 望舌诊病. 哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,1987,26~30
- [5] 田牛. 微循环. 北京:科学出版社,1986,86~87
- [6] 陈文杰,等. 微循环的理论和应用. 北京:人民卫生出版社,1987,29~36
- [7] 姜春华,等. 活血化瘀研究. 上海:上海科学技术出版社,1981,241~248
- [8] 袁肇凯. 中医诊断实验研究. 长沙:湖南中医学院,1994,6~8,23
- [9] 金惠铭,等. 舌尖微循环观察方法的探讨和100例健康人的初步观察. 中华医学杂志,1979,59

(3): 149

- [10] 金惠铭, 等. 人体微循环观察的设备、指标及其操作常规. 中华医学杂志, 1984, 64 (1): 10
- [11] 田牛, 等. 微循环基础与临床. 北京: 人民军医出版社, 1986, 345, 389
- [12] 袁肇凯. 舌质、舌尖微循环观察与年龄关系的初步研究. 北京中医学院学报, 1988, 11 (5): 33
- [13] 陈泽霖, 等. 舌诊的实验研究. 中医年鉴 (1985年). 北京: 人民卫生出版社, 1986, 371
- [14] 袁肇凯. 舌质、舌尖微循环变化与人体衰老关系初探——附 149 例健康人观察. 浙江中医杂志, 1988, 23 (10): 466
- [15] 袁肇凯. 男女性正常舌象之舌尖、甲皱微循环及舌脱落细胞检测结果分析. 江苏中医, 1988, 9 (3): 39
- [16] 袁肇凯. 女性月经周期舌象、舌尖微循环和舌苔脱落细胞观测结果初步分析. 陕西中医, 1989, 10 (7): 325
- [17] 陈泽霖, 等. 淡红、淡白、红绛、青紫四类舌质的舌尖微循环研究. 上海中医药杂志, 1983, (6): 43
- [18] 袁肇凯. 淡红、红绛、青紫舌质显微观察的初步分析. 浙江中医杂志, 1982, 17 (11~12): 520
- [19] 周舒, 等. 儿童舌质与舌微循环的关系. 中西医结合杂志, 1986, 6 (1): 31
- [20] 陈泽霖, 等. 冠心病青紫舌患者的血液流变性和微循环观察. 中医药学报, 1983, (5): 20
- [21] 陈泽霖, 等. 恶性肿瘤青紫舌病人的血液流变性和微循环观察. 吉林中医药, 1984, (3): 27
- [22] 朱宝宽, 等. 老年人青紫舌血液流变性和舌尖微循环观察. 江苏中医杂志, 1985, 6 (8): 42
- [23] 陈泽霖, 等. 舌上瘀斑、瘀点的形态学研究. 中医杂志, 1984, 25 (11): 69
- [24] 金惠铭, 等. 68 例青紫舌患者的舌尖微循环观察. 中医杂志, 1981, 22 (6): 18
- [25] 姜春华主编. 活血化瘀研究, 上海: 上海科学技术出版社, 1981, 184
- [26] 胡庆福, 等. 108 例青紫舌的临床资料分析和探讨. 中医杂志, 1983, 24 (6): 67
- [27] 陈健民, 等. 青紫舌研究综述. 上海中医药杂志, 1980, (4): 39
- [28] 周舒, 等. 关于舌质的探讨. 中医杂志, 1982, 23 (4): 62
- [29] 袁肇凯. 中医络脉理论与微循环关系初探. 浙江中医杂志, 1987, 22 (10): 461
- [30] 金惠铭. 微循环障碍与“血瘀”及活血化瘀. 中西医结合杂志, 1982, 2 (3): 182
- [31] 袁肇凯, 等. 高血压病血瘀辨证与舌尖微观变化的初步研究. 中医杂志, 1982, 23 (11): 865
- [32] 秦万章. 血瘀和活血化瘀的研究及其前景. 中医杂志, 1980, 21 (8): 64
- [33] 王洪复. 芪甲丹注射液对丙线照射家兔微循环障碍的改善作用. 中西医结合杂志, 1985, 5 (5): 295
- [34] 李乃民, 等. 瘀证舌象图谱. 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 1990, 79
- [35] 谭德高, 等主编. 中医药工程研究与应用. 北京: 中国中医药出版社, 1992, 259
- [36] 何永恒. 高血压病兼血瘀证 23 例红细胞变形性与外周微循环对照检测分析. 云南中医杂志, 1992, 13 (2): 7
- [37] 梁民里. 舌脉与血瘀证的关系的研究. 福建中医药, 1990, 21 (6): 15
- [38] 李乃民, 等. 330 例瘀证的舌诊指标研究. 浙江中医杂志, 1989, 24 (4): 150
- [39] 贾钰华. 中老年心律失常的中医辨证与微循环关系的初步观察. 上海中医药杂志, 1992, (6): 38
- [40] 李宗梅. 冠心病心阴虚、心阳虚微循环的改变. 中医药学报, 1986, (5): 11
- [41] 赖真, 等. 冠心病心绞痛气虚血瘀和气滞血瘀的微循环变化. 湖南中医学院学报, 1994, 14 (3): 44
- [42] 秦吉华, 等. 不同中医辨证患者舌尖微循环观察. 中西医结合杂志, 1990, 10 (10): 606
- [43] 迟永利, 等. 小儿舌面 pH 值及舌蕈状乳头计数与中医辨证的关系. 山东中医学院学报, 1989, 13 (1): 67
- [44] 秦吉华, 等. 阴虚阳虚病人舌象客观指标的初步分析. 中医杂志, 1987, 28 (2): 57

- [45] 袁肇凯,等. 高血压病眼底改变与血瘀辨证及舌尖微观变化关系的初步分析. 湖南医药杂志,1983,(6):4
- [46] 刘大荣. 舌蕈状乳头计数与中医辨证的关系. 附114例临床分析. 中医杂志,1982,23(8):31
- [47] 温振英. 小儿虚、实证舌象的临床实验研究. 中西医结合杂志,1984,4(12):738
- [48] 曾昭俭,等. 应用微循环于八纲辨证的初步观察. 四川医学,1981,(5):264
- [49] 袁肇凯. 高血压病临床辨证微观指标的初步研究. 辽宁中医杂志,1988,15(10):34
- [50] 袁肇凯,等. 温病微观舌诊的临床研究. 中国医药学报,1993,8(5):11
- [51] 袁肇凯,等. 气滞血瘀证与气虚血瘀证微观指标的观察分析. 中医杂志,1995,36(9):557
- [52] 陈泽霖,等. 中医舌诊史话. 南京:江苏科学技术出版社,1983,120
- [53] 蔡光先主编. 传统中医理论现代研究. 长沙:湖南科学技术出版社,1990. 146
- [54] 吴敦序,等. 舌象的现代研究. 中医年鉴(1984年). 北京:人民卫生出版社,1984. 45
- [55] 郑进,等. 微观望舌研究的最新进展. 云南中医杂志,1991,12(3):13
- [56] 韩新民. 200例人体舌象的定量化检测分析. 中国中西医结合杂志,1993,13(2):110
- [57] 黄文权,等. 舌诊的最新研究进展. 实用中西医结合杂志,1991,4(9):570
- [58] 翁维良. 微循环检测方法在中医药研究中的应用进展与展望. 山东中医学院学报,1985,9(4):50
- [59] 秦吉华. 舌诊研究方法之进展. 山东中医学院学报,1983,7(增刊):110
- [60] 陈泽霖. 舌诊研究的新进展. 山西中西医结合通讯,1984,(1):87
- [61] 谭德高,等. 中医药工程研究与应用. 北京:中国中医药出版社,1992,124
- [62] 李乃民主编. 中医舌诊大全. 北京:学苑出版社. 1994,1534
- [63] 赵荣莱,等. 舌质舌苔的计算机定量描述和分类. 中医杂志,1989,30(2):47
- [64] 杜竹如. 舌脉诊检测方法研究近况. 云南中医杂志,1988,9(4):6
- [65] 苏详. 舌诊与脉诊的再认识. 广州中医学院学报,1987,4(1):7
- [66] 孙立友,等. 利用计算机图象识别技术进行舌诊客观化研究的探讨. 安徽中医学院学报,1986,5(4):5
- [67] 谭德高,等主编. 中医药工程研究与应用. 北京:中国中医药出版社,1992,40

第二节 望 舌 体

【基本内容】

舌体又称舌质,是舌的肌肉和脉络组织,《望诊遵经》称为“形容”,《辨舌指南》称为“形容”和“质本”。望舌体主要观察舌体的颜色,舌体的形质,舌体的动态和舌下脉络等4个部分。

正常人的舌体特点是:颜色淡红,红活鲜明;形质柔软,干湿适中,运动灵活,伸卷自由;舌下脉络不粗胀,脉络分枝无瘀点。

一、舌体颜色

舌体的颜色可分为淡白、淡红、红色、绛色、紫色、青色等6种。这6种颜色,实质上是两大类型,即淡白、淡红、红色、绛色,是红色由浅淡到深浓的几个层次变化;从绛色到紫色,到青色,是红色成分减少,而青色呈增多的几个层次变化。除淡红色为正常舌色之外,其余颜色均属于病色。

(一) 淡白舌

【舌象特征】 舌色比正常舌色浅淡,红色偏少而白色偏多,称为淡白舌。若舌色淡

白，干枯少津，则称为枯白舌；若舌色淡白，湿润光滑，则称为淡白光莹舌。

【临床意义】 主气血两虚，阳虚寒湿。

舌色淡白，多因气血两虚，或阴寒内盛所致。若舌体不肥大，与正常舌体大小相似，或稍小于正常舌体，舌面虽润，但津液不多者，多为气血两虚；若舌色淡白，舌体胖嫩，舌边有齿印，舌面湿润多津者，多为阳虚寒湿内盛；若舌体淡白，干枯少津，甚则舌面毫无津液，多为阳虚不能化津液，或阳虚不能施布津液；舌体淡白光莹，舌面光滑无苔，多为脾胃之气衰败，气血两虚之候。

（二）淡红舌

【舌象特征】 淡红为舌体之本色，即舌色白里透红，不浅不深，红润内充。

【临床意义】 健康人或病情轻浅，气血未伤者。

《舌鉴辨证·红舌总论》说：“全舌淡红，不浅不深者，平人也”。在外感病中，舌色淡红，为热邪侵犯肌表，尚未侵入营血；在内伤杂病中，舌色淡红而明润，为阴阳气血旺盛，病情轻浅，或是疾病转愈之佳兆。

（三）红舌

【舌象特征】 舌色较淡红颜色为深，呈鲜红色。

【临床意义】 主热证。

舌色鲜红，舌尖有芒刺，舌面兼黄厚苔者，多属实热证，在外感病中出现多为热盛期，在内伤病见之为脏腑阳热亢盛。

若舌色鲜红，舌面无苔无津液者，多为阴虚火旺。

若全舌纯红而小有小黑点者，多为脏腑热极；舌尖独红，为心火上炎；舌边红赤，为肝胆有热；舌红中剥，为胃阴已伤；舌红瘦薄面干燥，为热盛伤津。

（四）绛舌

【舌象特征】 绛为深红色，比红舌的颜色更深更浓。

【临床意义】 主热盛。

舌绛在外感病中出现，为热邪侵入营血之象征；在内伤病中出现，为阴液亏损虚火亢盛之候。舌绛而干为实热，舌绛而润为虚热。

若舌绛而光嫩，为阴液不足；舌绛光亮燥裂，为阴液大伤；舌绛而光莹，为胃肾阴亏已极。

舌尖独绛为心火亢盛；舌中绛盛为胃阴已伤；全舌红绛为热在心胞。

红舌与绛舌的区别：

（1）颜色深浅的区别：红舌与绛舌，都属于舌质红，但有深浅之别，红舌是舌色鲜红，比正常人的淡红舌颜色较深，而绛舌是在红舌的基础上颜色进一步加深加浓，属深红中略带暗黑。

（2）主病部位的区别：红舌与绛舌都主热证，但在病位上是有区别的，红舌主病部位比较广泛，无论是卫气营血，脏腑经络，只要有热邪为犯，都可出现红舌；而绛舌主病部位比较狭窄，只有热邪侵入营血才可出现绛舌，在内脏只涉及心、心胞络、肝、肾等脏器。

（3）主病性质的区别：红舌主热证，虚热、实热都可出现。实热证为阳热有余，舌体形状多无变化；虚热证是阴液不足，由阴虚而导致火旺，故舌体形状多呈瘦薄干燥，且

舌色多表现为嫩红鲜艳。绛舌主热证，是因热灼津伤，血液浓缩所致，多在热性病的中后期或久病低热不退的病程中出现，故绛舌所主的热证多属虚热证。

（五）紫舌

【舌象特征】 紫为蓝、红合成的颜色，即舌色浅红而带蓝，或淡红而带青之舌色。淡紫、绛紫、青紫均称为紫舌。

【临床意义】 主病有寒证，也有热证。舌淡紫或青紫湿润属寒证；绛紫干枯少津属热证。

舌色淡紫，或紫暗而湿润，多为阳虚寒盛，气血运行不畅之证。

舌色绛紫，干枯少津，多为火热炽盛，营阴受损之证；若绛紫舌肿大，多为酒毒冲心。

舌色青紫，或滑或暗，多为寒凝气滞，血液瘀阻之证；舌色青紫也可见于先天性心脏病，或药物、食物中毒等病证。

（六）青舌

【舌象特征】 青为淡蓝之色，全舌呈均匀的青色，称为青舌，古书形容如水牛之舌。

【临床意义】 主阴寒证、瘀血证。

全舌发青，是寒邪直中肝肾，阳气衰极或阳郁不宣所致；舌边发青，是内有瘀血阻滞，血液运行不畅之故。

二、舌体形质

舌体的形质包括荣润、枯晦、苍老、娇嫩、胖大、瘦薄、芒刺、齿痕、裂纹等。

（一）荣润舌

【舌象特征】 舌体滋润、舌色红活鲜明，称为荣润。

【临床意义】 气血充盛之人。

舌体荣润红活，是气血充盛，上荣于舌，属于正气旺盛，是健康的标志。这种舌象即谓之舌质有神，即使有病，预后良好，故《辨舌指南·辨舌之神气》说：“荣者，有光彩也，凡病皆吉。”

（二）枯晦舌

【舌象特征】 舌体干枯，晦暗无光，缺少血色，称为枯晦舌。

【临床意义】 主脏腑败坏，诸病皆凶。

舌体枯晦，是脏腑败坏，气血津液不能荣润舌体之故，无论有无舌苔，总属舌体无神，病情险恶，预后不良，故《辨舌指南·辨舌之神气》说：“枯晦而无血色者死。”

（三）苍老舌

【舌象特征】 舌质纹理粗糙，或皱缩，舌色晦暗干燥，称为苍老舌。

【临床意义】 主实证。

舌质坚敛苍老，不论苔色如何，病多属实。若舌青而苍老，是肝胆两经邪盛；舌赤而苍老，是心与小肠邪盛；舌白而苍老，是肺与大肠邪盛；舌黑而苍老，是肾与膀胱邪盛。

《辨舌指南·辨舌之神气》又认为：“老而焦紫，属肝肾阴涸，多死；舌心绛而老，乃胃热上灼心营；舌尖绛干，乃心火上炎。”

（四）娇嫩舌

【舌象特征】 舌体纹理细腻，舌色淡白而湿润，称为娇嫩舌。

【临床意义】 主虚证。

《临证验舌法·验舌分脏腑配主方》说：“舌青而浮胖娇嫩者，为肝胆精气虚；……黄而嫩者，脾胃精气虚；……赤而嫩者，心与小肠精气虚；……白而胖嫩，为肺与大肠精气虚；……黑而胖嫩，肾与膀胱精气虚。”总之，娇嫩舌主虚证无疑，无论苔色如何，不是气虚，便是血虚，不是阳虚，便是寒甚。

（五）胖大舌

【舌象特征】 舌体较正常肥大，轻则厚大异常，重则胀塞满口，称为胖大舌。

【临床意义】 主水湿痰饮，热毒、酒毒。

舌体淡白胖大，舌面水滑，为脾肾阳虚，津液不化，水饮内停；舌体淡红或红赤胖大，舌面有黄腻苔者，为脾胃湿热，或心胃热盛；舌体红绛胖大，为心火上炎，热毒上壅；舌紫而肿，为邪热入血，挟酒毒上冲；舌紫暗胖大兼口唇发青，为中毒血瘀。”

（六）瘦薄舌

【舌象特征】 舌体萎缩，瘦小而薄，称为瘦薄舌。

【临床意义】 主气血两虚、阴虚火旺证。

舌体淡白瘦薄，为气血两虚；舌体淡红或嫩红瘦薄，为心阴不足；舌体红绛瘦薄，舌干无苔，为阴虚火旺。

（七）点、刺舌

【舌象特征】 点，是蕈状乳头增大，数目增多，乳头充血水肿，大者称星，小者称点，色红者称红星舌、或红点舌；色白者称白星舌。

刺，是蕈状乳头增大、高突，并形成尖锋，形如芒刺，摸之棘手，称为芒刺舌。

【临床意义】 主火热炽盛、血分实热。

红点舌，是温热或瘟毒入血，热毒乘心，或湿热蕴于血分；白色小点，是热毒炽盛，舌将糜烂之先兆；纯红而有小黑点，是脏腑皆热，血中热盛而气血壅滞。

芒刺舌，总属邪热亢盛。舌尖有芒刺，为心火亢盛；舌边有芒刺，为肝胆火旺；舌中有芒刺，为胃肠热盛。若芒刺舌而兼黄燥苔者，为气分热极；若兼舌绛无苔者，是热入营血。

（八）裂纹舌

【舌象特征】 舌而上呈现多少不等，深浅不一，形状各异的裂沟或皱纹，称为裂纹舌。

【临床意义】 主热盛伤津，血虚不润。

裂纹或裂沟中有舌苔覆盖者，多为先天性裂纹；若舌质淡红，舌面荣润，体无病态，而舌有裂纹者，亦属平人，为生理现象；若舌色淡白而有裂纹或裂沟者，为血虚不润之候；裂纹舌，而舌体红赤，舌面有黄厚苔者，为脏腑实热；若舌绛无苔而舌面有裂纹者，为阴虚液涸；若舌绛干燥而舌有裂纹者，为热邪入肝，或阴液大亏。

（九）齿痕舌

【舌象特征】 舌体边缘有牙齿压迫的痕迹，称为齿痕舌或齿印舌。

【临床意义】 主脾虚、水湿内盛证。

齿痕舌多与胖大舌并见，若舌体淡白而舌边有齿痕，多为寒湿壅盛；若舌体淡红而舌边有齿痕，多为脾虚或气虚；若舌红而肿胀满口，舌边有齿痕，为内有湿热痰浊壅滞。

三、舌体动态

正常人的舌体运动状态，应是活动灵敏，伸卷自如，是气血充盛，经脉通调，脏腑健旺的表现。若出现舌体萎软、强硬、歪斜、颤动、吐弄、短缩、弛纵等异常舌态，多为病态。

（一）痿软舌

【舌象特征】 舌体软弱无力，不能随意伸缩回旋，称为痿软舌。

【临床意义】 主气血两亏、热灼津伤和阴亏已极。

若舌体淡白痿软，为心脾气血两虚；舌质红绛光滑而舌体痿软，是热灼津伤，阴虚已极；舌红绛不鲜，舌体干枯而痿软，为肾阴涸竭；舌体紫绛痿软，舌形敛束，伸不过齿，为肝肾阴液枯竭之败证。总之，舌体痿软，在暴病中出现多为热灼，在久病中出现多为虚损。

（二）强硬舌

【舌象特征】 舌体不柔和，板硬强直，卷伸不利，不能灵活转动，称为强硬舌。

【临床意义】 主热入心包、高热伤津、或风痰阻络。

若舌体强硬而舌质深红，伴有高热者，为热入心包，或高热伤津；舌体强硬伴有舌胖苔厚腻者，为痰浊内阻；舌体强硬兼见舌质淡红或青紫，伴有口眼喎斜者，为中风或中风先兆。总之，舌体强硬在外感病中出现，多为热盛伤津而风动，在内伤病中出现，多为中风入脏，或胃气将绝。

（三）歪斜舌

【舌象特征】 舌体不正，伸舌时偏歪一侧，称为歪斜舌。

【临床意义】 主肝风挟痰，或痰瘀阻滞经络。

歪斜舌多与口眼喎斜，肢体偏瘫同时出现。若舌体偏歪，舌质紫红，来势急骤者，为肝风发痉；舌体偏歪，舌质淡红，来势缓慢者，为中风偏枯；单见舌体歪斜，多是中风先兆。

（四）颤动舌

【舌象特征】 舌体不自主的振颤抖动，动摇不宁，称为颤动舌。

【临床意义】 主气血虚衰，热极生风，肝阳化风。

若病久而舌体颤动，舌色淡白或淡红者，为气血两虚动风；外感热病而舌体颤动，舌色深红，或红绛少津者，为热极生风；内伤杂病，舌鲜红而舌体颤动者，为阴虚肝风内动。

（五）吐弄舌

【舌象特征】 舌伸长于口外，不立即回缩者，称为吐舌；舌伸出即收，反复舐弄口唇四周，动如蛇舐，称为弄舌。

【临床意义】 主热盛风动、脾肾虚热、痫病。

舌体吐弄，兼见口舌生疮、舌红苔黄者，为心火亢盛；舌体吐弄，兼见手足蠕动，舌红少津无苔者，为脾肾虚衰；舌体吐弄，兼见口吐涎沫，或四肢抽搐者，为痫病。

（六）短缩舌

【舌象特征】 舌体紧缩不能伸长，甚则舌体抵齿都很困难，称为短缩舌，或称舌卷。

【临床意义】 主寒凝筋脉，热极风动，气血亏虚，风邪挟痰。

舌体短缩，兼见舌色淡白，或青紫而湿润者，为沉寒痼冷，寒凝筋脉；舌体短缩，兼见舌胖苔粘腻者，为痰湿阻滞经络；舌体短缩，兼见舌色淡白胖嫩者，为脾肾衰败，气血亏虚；舌体短缩，兼见舌红绛干燥者，为热极风动，筋脉失养。

此外，先天性舌系带过短，亦可出现舌卷不伸，称为绊舌，无辨证意义。

(七) 弛纵舌

【舌象特征】 舌体伸长于口外，回缩困难，流涎不止，称为弛纵舌。

【临床意义】 主实热内踞，痰热入心，气虚。

舌弛纵不收，兼见舌色深红，舌体肿满，坚敛干燥者，为实热内结，或痰火扰心；舌弛纵，兼有舌体麻木不仁者，为气血亏虚，筋脉失养。

四、舌下络脉

舌下络脉，是指位于舌下系带两侧纵行的静脉，正常人舌下二根静脉仅隐现于舌下，并不粗张，管径小于2.7毫米，其长度亦不超过舌尖至舌下肉阜的五分之三，其颜色为淡紫色。

(一) 舌下络脉的观察方法

令病人张开口，舌体向上腭方向翘起，舌尖轻抵上腭或门齿内侧，勿用力太过，使舌体保持自然松弛，舌下络脉充分显露，仔细察看舌下络脉的长短、粗细、形态、颜色等变化。

(二) 诊舌下络脉的临床意义

舌下络脉与心肝二脏密切相关，因心主血、肝藏血，心肝二脏关系到血液循环，不论身体任何部位如有血液瘀积，或痰湿内阻，脉道不利，均可见舌下静脉粗张、颜色青紫，甚至出现青黑色。若舌下络脉细而短，色淡红，周围小络脉不明显，舌色和舌下粘膜色偏淡者，为气血不足。所以，望舌下络脉，对瘀血、血虚等的辨证有较大的意义。

【补充阐发】

一、舌上点、刺、星、斑的区别及意义

凡舌面有鼓起之小点，无论红、黑、白、黄，皆称点；若舌面之软刺及颗粒增大，且渐成尖峰，高起如刺，摸之棘手，则称刺。点和刺多见于舌之边尖部分，以红点多见，芒刺少见。点刺主病，一是热毒炽盛；二是营血郁热，或热毒乘心；三是湿热蕴于血分。

凡舌面突起的小点进一步增大者，即谓星，如红星舌、白星舌等；若舌面出现大小不等，形状不一的青紫色或紫黑色斑点，并不突起，则称为斑，或称瘀斑、瘀点。星斑的形成，多由脏腑血分热甚，气血壅滞所致。一般而言，无论红星、白星、黑星，皆主脏腑血分热极；无论红斑、紫斑、黑斑，统属血中热甚而气血壅盛。红绛星斑较轻，而紫黑星斑较重。

临床诊察点刺星斑，可根据其出现的部位，辨别邪热或瘀热所在脏腑，如位于舌尖，多属心火亢盛，或心血瘀阻；若位于舌边，多属肝胆火盛或肝郁血瘀；若位于舌中部位，多属胃肠热盛，或瘀阻胃络。

二、舌面凸凹的临床意义

凡舌起瘰突出者为凸，蚀烂低陷者为凹。一般地说，凸者多由疫毒热毒所致，凹者

不外邪盛正衰。《辨舌指南》曰：“气盛则凸，气陷则凹。”凸者多见于温毒时疫，肠胃浊毒内伏，治宜凉泻攻毒；凹者有虚实之别，实证先起糜点，脱去则现凹，或因舌体生疮，久蚀成穴，多因上焦邪热亢盛所致；若红点坑凹似虫蚀者，乃水不济火，热毒炽盛；或舌中剥蚀，边见腻苔，是湿痰停积；虚证由胃阴中竭所致，若舌黑中烂凹陷者，属危候。若舌根高起，累累如豆，内露人字纹深者，是胃肠食积。

三、齿痕、短缩、裂纹舌及剥苔不可一概以病而论

齿痕舌、短缩舌、裂纹舌和剥落苔四种舌象，除在病理情况下可见之外，在正常情况下亦可见之，故不可概言为病。

（一）齿痕舌

若健康人舌体并不胖大而有轻微齿痕，且长期存在不易消失，这是先天性齿痕舌。上海中医学院第二届西学中研究班调查了 2090 例正常人中，先天性齿痕舌者为 54 例，占 2.6%。如曹炳章《彩图辨舌指南》引《利济外乘》语：“无病之舌，形色各有不同，有常清洁者，有稍生苔层者，有鲜红者，有淡白者，或为紧而尖，或为松而软，并有齿印者，……此因无病时各有禀赋之不同，故舌质异也”。

（二）短缩舌

若由于舌之系带过短，系带牵拉而使舌不能伸出口外，并无疾病之象之舌短缩，是先天性短缩舌。此与疾病无关，只需矫形手术把舌系带切断，在小儿可以完全恢复。故《彩图辨舌指南》又说：“凡舌短由于生就者，无关寿夭”。

（三）裂纹舌

在健康人中，大约有 0.5% 的人在舌面上有纵横之裂沟，称先天性舌裂。其裂纹之中有舌苔覆盖，且无不适之症，此为与病理性裂纹舌的鉴别要点。上海第一医学院舌诊研究组对 5403 名正常人舌象调查中，有先天性舌裂者占 398 例（7.37%），而且随着年龄的增长比例有所增加。1~9 岁儿童中为 1.07%，10~19 岁为 3.41%，20~29 岁为 8.33%，30~39 岁为 11.19%，40 岁以上者为 15.27%，但在性别上无显著差异。这一观察结果与国外有关报道相似。《中医症状鉴别诊断学·舌裂》指出：“健康人亦偶有舌裂，或与生俱来，或为时已久，但其人一切如常，则不可视为病态。此种舌裂之特点：舌质呈健康之肉红色，不胖不瘪，不老不嫩，苔薄白荣润，口中津液如常，其人毫无所苦，亦无其他不适感。”

（四）剥落苔

有部分人生来即有舌苔薄脱，其部位常在舌面中央人字沟之前，呈菱形，这是舌器官轻度发育不良的痕迹，称为菱形舌，与疾病无关。关于正常人剥落苔的发生率不尽一致，分别有 2.2%、2.96%、3.9% 的不同报道。有人认为，在正常小儿中剥落苔的出现率与年龄有关，年龄愈小者出现率愈高。上海第一医学院舌诊研究组的调查表明，1~9 岁的儿童舌苔剥落者高达 7.23%，远较其他年龄段的出现率为高。

四、舌痒的临床意义

若舌体色泽形态并无异常，但感奇痒者称为舌痒。若因舌体肿胀、糜烂而致舌痒者，不在此列。一般舌痒多在舌之前半部或舌尖部。

《素问·玉真要大论》曰：“诸痛痒疮，皆属于心。”舌为心之苗，手少阴心经之别系舌本，五脏之脉虽都通于舌，然其主宰者为心，故舌痒一症多见于心肾阴虚受风和心火

炽盛所致。

心肾阴虚受风舌痒：舌尖发痒，痒时彻心，心烦不安，但舌体如常，舌苔略少，小便清利，大便自调，脉细弱或细数。

因心肾阴虚，心火上炎，风邪乘之，风火相搏，致舌痒难忍。病在心肾，邪为风火，故治当滋阴清火，祛风止痒。

心火炽盛舌痒：以舌尖或舌前部发痒，或伴舌前灼痛，心烦急躁，口干舌红，舌尖或有红刺，小便赤涩热痛，脉弦而数。

本证舌痒，多由抑郁不遂，五志化火；或过食肥甘，贪嗜酒酪，心脾积热，心火上炎，复感风邪，风火相搏，而致舌痒。其病在心，心经火盛，治宜清心泻火，祛风止痒。

上述舌痒之二证，其鉴别要点是：心肾阴虚受风所发，为虚中挟实证候，临床所见除明显的心肾之阴亏虚表现外，常有舌质嫩红，无苔或少苔，脉细而数等舌脉变化。而心火炽盛者为心经火盛之实热证，以舌痒伴有心烦急躁，尿赤涩痛，舌尖红赤起芒刺，脉弦数为其辨证要点。

五、舌麻的临床辨析

舌上自觉麻木者，称舌麻；若舌强直而麻木者叫舌痹，或称舌麻痹。

《素问·逆调论》曰：“荣气虚则不仁”。《辨舌指南·观舌总纲》谓：“舌不燥而麻木，欬伸不能出者，肝风挟痰也。”《辨舌指南·辨舌总纲》又说：“舌痹者，强而麻也，乃心绪烦扰，忧思暴怒，气凝痰火而成。”可见舌麻一症，临床有血虚舌麻、肝风舌麻和痰阻舌麻之别。

血虚舌麻：舌淡而麻，兼见面白而萎，心悸，气短，失眠，多梦，健忘，脉细无力。

由于营血虚少，滋养不充，舌肌失养，故而舌麻。心神失养，故心悸，健忘，失眠，多梦；血虚气少，故而白神萎，气短脉细。本证舌麻的特点是舌麻而不强，且见血虚之见症。

肝风舌麻：舌麻而强，语言不利，头晕头痛，或卒然倒地，半身不遂，脉弦细而数。

本证是由于肝肾阴亏，阳亢失制，化风上扰，阻滞一侧舌络，经气不畅所致舌体麻木而强。由于下虚上实，故除腰膝痠软之外，重在“阳亢”明显，头胀痛，而红赤，舌红脉弦细数是常见症状。

痰阻舌麻：常因所致病因不同，表现也不一。若风痰阻络，则舌麻而强，且兼头晕目眩，四肢麻木，昏仆倒地，口歪偏瘫，苔白滑脉弦缓。若因痰火阻络，舌红而麻，舌强，头晕，耳鸣，口苦，烦躁易怒，脉弦而滑数。

痰阻舌麻乃痰阻机窍，络道不通，舌机失灵，而舌麻不适。其特点是：舌麻而弦，语言不利，且具有头晕目眩，肢体麻木，苔滑或腻，脉弦滑等痰盛之见症。

六、舌痛的临床意义

凡舌感灼痛、麻痛、涩痛、灼痛，而并非舌体痈肿疮毒所致者，都称作舌痛。舌痛之部位既可见于全舌，更多是见于舌之某一部分。

《医学摘粹·杂证要法》曰：“舌之疼痛、热肿，专责君火之升炎。”临床舌痛常见有脏腑实热和阴虚火旺两种原因。

脏腑实热舌痛：舌红赤，疼痛较重，舌起芒刺，苔黄或燥，兼口渴、口苦、心烦，尿

赤，便结，脉滑数。

心脾肝肾多脏经络均上连于舌，故各脏火热之邪均可上攻舌络而致舌痛，但在部位上略有不同：舌尖红刺灼痛，心烦不寐者属心火；舌侧疼痛，口苦易怒者属肝火；舌痛中间，苔黄厚兼燥，喜冷饮而便结者，是胃火；若舌头辣痛，多属肺火熏灼；舌痛而头眩者，为痰火上攻，舌络阻痹；全舌青紫作痛，是脏腑热毒。

阴虚火旺舌痛：舌上灼痛或干痛，舌质光红，干燥少津，无苔或少苔，兼有盗汗、五心烦热，焦躁失眠，脉细数。

《舌诊研究》说：“舌色红润，舌尖有突起如小刺状，可疼痛，多见于失眠及夜间劳作之人。”由于阴虚火旺，虚火内炽，故常兼见五心烦热，盗汗潮热，脉细而数。

七、舌下络脉的古今望诊

隋代巢元方的《诸病源候论》卷十二记载道：“身面发黄，舌下大脉起青黑色，舌噤强，不能语，名为噤黄候也”。这大概是中医古代文献中最早记录有舌下络脉的文字了。此后，宋代陈自明在其《妇人良方》一书中指出：“身重体热寒又频，舌下之脉黑复青。”施发在《察病指南·产难外候》谓：“寒热并作，舌下脉青而黑，子母皆死。”此后较少有人论及舌下络脉诊法。直到1964年2月在《中医杂志》上张赞臣认为，舌下经脉与心肝两经关系密切，不论身体任何部位有所瘀积或痰湿内阻，脉道不利，皆可观之于舌下络脉。由于其部位浅在膜内，故清晰可辨，检查方便。若舌下络脉粗张，颜色青紫，甚至呈青黑者，多为肝郁失疏，或痰热内阻，或瘀血郁结之证。

上海医科大学观察了青紫舌患者的舌下络脉粗张的情况，发现舌下络脉粗张者达50%~68.8%，经过治疗后病情好转时，青紫舌和舌络粗张均有改善，因而提示舌下络脉粗张与舌两边紫暗，舌面瘀点、瘀斑意义相同，均属瘀血象征。

上海医科大学华山医院通过对4283例正常人的测量，其舌下络脉的直径平均为1.83毫米（其中10~19岁平均为1.59毫米；20~29岁为1.90毫米；30~39岁为1.88毫米；40~49岁为1.97毫米；50岁以上为2.08毫米）。其长度94.7%均不超过舌尖至舌下肉阜连线的3/5。其色泽淡紫色占84.96%，青紫色占12.75%，紫黑色占2.29%。因而作者提出若舌下络脉粗张于粘膜之下，且长度延长，或色泽青紫、紫黑，均应考虑为病态。

《中医诊断学》统编教材第5版和第6版中均已将舌下络脉作为舌诊的内容之一，规定了望舌下络脉的方法、内容、意义和正常值，使舌下络脉的望诊更趋规范化。

八、舌下“瘀血丝”、“瘀血点”的临床意义

在望舌下络脉之外，有人提出诊察舌下“瘀血丝”和“瘀血点”以诊断血瘀。如四川德兴县血吸虫病防治站通过对肝硬化、肝脾肿大、冠心病、脑血管疾病、肿瘤等多种血瘀疾病的观察，发现舌下“瘀血丝”比舌色青紫、舌面瘀点、瘀斑的出现为早，对疾病的早期诊断血瘀证有较大的参考价值。具体观察方法是：让病人张口，舌尖上翘，细察舌下、舌边之舌体上有一种呈放射状稍带青紫色的丝状脉络，此即为“瘀血丝”。瘀血丝的多少与患者血瘀的轻重成正比。无血瘀者舌下瘀血丝则无。

上海电业职工医院对131例患者的舌下瘀点进行观察，发现出现舌下瘀点者多为心血管疾病，如高血压、冠心病等，也见于慢性肝病、慢性支气管炎、肺气肿等有血瘀的疾病。此外，他们观察了100例正常人，均未见“瘀血点”的假阳性。由此认为舌下瘀

点是血瘀证的一个阳性舌征，对于无青紫舌的血瘀患者是一个特别明显的指标。

【古代文献】

一、舌神

《景岳全书·伤寒典》：舌色辨，如黑色连地而灰暗无神，此其本原已败，死无疑矣。

《望诊遵经·望舌诊法提纲》：心者，生之本，形之君，……其窍开于舌，其经通于舌，舌者心之外候也，是以望舌，而可测其藏府经络寒热虚实也。约而言之，大纲有五，一曰形容，二曰气色，三曰苔垢，四曰津液，五曰部位。……虽然五者之用，固在通变，而五者之变，又在求神。神也者，灵动精爽，红活鲜明，得之则生，失之则死，变化不可离，斯须不可去者也。

《辨舌指南·辨舌之神气》：将舌之神气分淡浓浅深，荣枯老嫩。……荣者，有光彩也，凡病皆吉；枯者，无精神也，凡病皆凶。

有胃气则舌柔和，无胃气则舌死板。

二、舌色

（一）淡红舌

《望诊遵经·诊舌气色条目》：夫舌者，心之官，色者，心之华。心主血而属火，色赤而主舌。是赤者，舌之正色也。

《舌鉴辨正·红舌总论》：全舌淡红，不浅不深者，平人也。有所偏，则为病。表里虚实热证皆有，红舌惟寒证无之。如全舌无苔，色浅红者，气血虚也。

《景岳全书·伤寒典》：舌为心之官，本红而泽。

《舌苔统志·淡红舌》：舌色淡红，平人之常候。……红者心之气，淡者胃之气。

《寿世医鉴·鉴舌知病诀》：凡看病以舌为主也，舌上红活光润者，无病也。舌尖红者，心热也；舌根红者，肾热也；舌中心红者，胃热也；舌左边红者，肝热；舌右边红者，肺热也；舌上满红者，内有蓄热也。

《舌苔统志·淡红舌》：淡红舌，两边白沫白涎，为相火之动，伤寒为在经之邪，温热为初犯膜原。……淡红舌中心白腻，为寒食伤中，为冷饮蓄积；两傍白腻，寒伏膜原；舌根白腻，为寒在丹田，为肠鸣泄泻；满舌白腻，为痞满塞痛，为痰嗽之急，为寒热截疟，为咳嗽呕噎。……淡红舌，左边白苔，为肥气，为息积，为贲豚；右半白苔，为痰火，为支饮，为气喘。……淡红舌，苔白如积粉，为外感风寒，内挟食滞。难症为哮喘肿满，宿饮留结；伤寒二三日，见此为重，若更渴而干者，为难治。……淡红舌，尖生芒刺，为上受风温，治宜清散。……淡红舌，尖血出不止，为血溅，此心火上冲所致。……淡红舌，中满者，有黄滑白滑灰滑，皆为湿苔，其病为中湿。……淡红舌，强硬者，为中风，语言蹇涩，此痰壅舌根故也。……淡红舌，中心一片透明无色者，为三阴俱虚，元阳竭绝。……淡红舌，中心无苔，嫩红娇艳者，为癆瘵骨蒸，为失血久痢，皆系阴液极虚，孤阳无制。……淡红舌，其质消瘦或薄削者，皆为虚损之征。……淡红舌，干白腻者，为中焦停滞，相火烁其胃津。……淡红舌，干白而碎裂者，为六气之邪，犯其上焦气分。……淡红舌，白滑之苔，须审脉色外证，如果寒湿，温燥无妨。

（二）淡白舌

《舌苔统志·淡白舌》：淡白者，病后之常舌也，较平人舌色略淡，比枯白之舌色略

红润也。须分其舌本之厚薄大小，其舌色之淡者，中藏虚也，故淡白舌为藏气虚寒，治宜温补。妇人得孕二月后，多此舌，治以宣通脾胃之滞，宜辛香。淡白舌而白沫白涎者，是人多寒气，胸中有寒湿也，或凉饮所致，或瓜桃所伤，宜辛温宜利治之。淡白舌而白苔者，为疟作，为飧泄，为痲疝，为癖积，为喘满，为膈塞，总之，不离乎寒饮凝伏，阳分衰微，调治不用汗、吐、下三法为宜。

《舌鉴辨证·白舌总论》：白舌为寒，表证有之，里证有之，而虚者实者亦有之。不独伤寒始有白舌，而白舌亦可以辨伤寒，其类不一。……至若杂病之人，舌白嫩滑，刮之明净者，里虚寒也。无苔有津，湿而光滑，其白色与舌为一，刮之不起垢腻，是虚寒也。……纯熟白舌，光滑无苔，乃气血两虚，藏府皆寒极也，宜十全甘温救补汤，加姜附桂不次急投，至白色（生活）转淡红乃愈。……淡白透明舌，不论老幼见此舌，即是虚寒，宜补中益气汤加姜附桂治之。……透明者，全舌明净无苔，而淡白湿亮，间或稍有白浮涨，似苔却非苔也，此为虚寒舌之本色。

《四诊抉微·白苔舌》：舌乃心之苗，……当赤色，今反见白色者，是火不制金也。……舌白无苔而明淡，外证热者，胃虚也，补中益气汤主之。凡言苔者，有垢上浮是也，若无苔垢而色变，则为虚也，……舌鉴之，年高胃弱，虽有风寒，不能变热，或多服汤药，伤其胃气，所以淡白通明，似苔非苔也，宜补中益气汤，加减治之。然于予观之，不止是也。此等舌，俗名镜面舌，多见于老弱久病之人，是津液枯竭之候，五液主于肾，尝用大剂生脉合六味治之，因而得生者多矣。舌见白苔，如煮熟之，厚厚裹舌，则饮冷之过也，脉不出者，死，四逆汤救之。

（三）红舌

《伤寒舌鉴·红色舌总论》：夫红舌者，伏热内蓄于心胃，自里而达于表也。仲景云：冬伤于寒，至春变为温病，至夏变为热病，故舌红而赤。又有瘟疫疫疠，一方之内，老幼之病皆同者，舌亦正赤而加积苔也。若更多食，则助热内蒸，故舌红面赤，甚者面目具赤而舌疮也。然病有轻重，舌有微甚，且见于舌之根尖中下左右，疮蚀胀烂，瘰疬长短，种种异形，皆瘟毒火热蕴化之所为也，其所治亦不同。

《舌鉴总论·舌红色总论》：红色者，舌之正色也，……第红光外露，不能内藏，斯为有病之舌。夫红舌是少阴伏热，蓄于心胃，乃自里而达于表也。

《舌苔统志·正红舌》：正红者，火色也，绛红者，赤朱也。红者心之色，淡者胃之气。……故凡流之心，必赖胃气充荣，如舌之正红无粉气者，乃心脏失胃气之真色；胃者，土也。万物得土则生，失土则死。法云脉无胃气则死，色无胃气则死。故舌之正红为病色，若红色而娇艳者，为心脏之真色见，见必死。经云食气入胃，浊气归心，淫精于脉，故无粉色之正红者，为胃气之衰，人身之疾病也。

《舌鉴辨正·红舌总论》：色深红者气血热也，色赤红者脏腑俱热也，色紫红瘀红者，脏腑热极也。中时疫者有之，误服温补者有之。色鲜红无苔无点无津、无液者，阴虚火炎也（有苔可作热论，虚极不能生苔）。色灼红无苔无点面胶干者，阴虚水涸也；色绛红无苔无点光亮如钱，或半舌薄小而有直纹，或有泛涨而似胶非胶，或无津液而咽干带涩不等，红光不活，绛色难名（如猪腰将腐难以言状），水涸火炎，阴虚已极也。瘦人多火，偏于实热，医者拘于外貌辄指为虚，误服温补灼伤真阴，或误服滋补（名为滋阴降火，实则腻涩酸敛胶粘实热引入阴份），渐耗真阴亦成绛舌，面为阴虚难疗矣。不论病状如何，

见绛舌则不吉。

《辨舌指南·辨舌之颜色》：少阳相火从火也，故红色应胆，少阳以木火为用。温邪内发必借少阳为出路，乃同气之应也。如淡红嫩红，白中带红，是温邪之轻者；……如纯红鲜红起刺，此胆火炽而营分热；……舌尖赤者心热也，尖赤而起芒刺者，心热甚也；舌边色赤者，肝热也，甚则起芒刺者，肝热极也。……舌心干红者，为阴伤也，宜用甘寒；平素舌多红赤者，其人必营虚。

《辨舌指南·红舌证治图说》：全舌鲜红柔嫩，光而无津液，或谓镜面舌。舌色光红，柔嫩无津，良由汗下太过，元精耗极于内，宜生脉保元清补之。……红嫩无津舌，全舌鲜红柔嫩而无津液，望之似润，而舌燥涸者，乃阴虚火旺也，宜十全甘寒救补汤常服之。旧说用生脉散人参三白汤，医家积弊，误人不少。……若舌绛而光亮者，胃阴亡也，急用甘寒濡润之品。……薛生白云：舌光如镜，外证口大渴，胸闷欲绝，干呕不止，此乃胃液受劫，胆火上冲，宜西瓜汁，金汁水、鲜生地汁、甘蔗汁，磨服木香、郁金、香附、乌药等味。

（四）绛舌

《舌苔统志·绛色舌》：绛色者，火赤也，深红也。为温热之气蒸腾于膈中之候，或过饮火酒，酒气熏胸中，亦有此色，故绛色者，神必不清，气必不正，为壮火食气，气乱则神昏是也。……绛舌卷缩者，为热毒伤肝；神昏不省者，热毒伤心；黑胎（苔）音哑者，热毒伤肾；齿焦唇吊者，热毒伤脾；皮槁脉涩者，热毒伤肺；伤一者难治，伤二者多危，伤三者终不救。

《温热经纬·叶香岩外感温热篇》：再论其热传营，舌色必绛。绛，深红色也。初传绛色中兼黄白色，此气分之邪未尽也，泄卫透营，两和可也；纯绛鲜色者，包络受病。……再色绛而舌中心干者，乃心胃火燔，劫烁津液。……至舌绛望之若干，手扪之原有津液，此津亏湿热熏蒸，将成浊痰蒙闭心包也。……其有舌独中心绛干者，此胃热心营受灼也，当于清胃方中加人清心之品，否则延及于尖，为津干火盛也，舌尖绛独干，此心火上炎，用导赤散泻其腑。

《辨舌指南·辨舌之颜色》：绛色心经，候营分血分之温热也。凡邪热传营舌色必绛。绛深红色也，心主营主血。……马衣伯云：满舌明红，并无他苔者，为绛色，心之本色也。舌绛而润为虚热，舌绛而干为实热，绛而起刺为热甚，绛而光嫩为阴液不足，绛光燥裂为阴液大伤。……章虚谷曰：热入营分舌色必绛。风热无湿者无苔或有苔亦薄，热兼湿者必有浊苔而多痰，然湿在表分者亦无苔，或有苔亦薄。……舌尖独红绛者，心营暗炽也；舌根绛者，血热内燥也；全舌无苔色深红者，气血热也；舌肉绛者，邪居血分也；绛而有黄白碎点者，将生疳也。

（五）紫舌

《舌鉴总论·舌紫色总论》：紫色舌苔者，酒后伤寒也。由大醉露卧当风，或冷饮停积不散，或已病仍饮不节，或感冒不即解散，妄用姜葱热药发汗，汗虽出而酒热留于心胞，伏于经络。

《伤寒指掌·察舌辨证法》：紫色肾经，察少阴本脏之虚邪也。焦紫肝经，辨厥阴阳毒之危候也，厥阴风木纵火化，故焦紫应肝。

《舌苔统志·紫色舌》：紫舌者，绛之暗色也。为酒后伤寒，或大醉露卧，或酒后落

水，此二者，有外寒之可凭；虚人见此，防有龙雷之上炎，或瘟毒之内壅，此二者有口之可凭。

《舌鉴辨正·紫色舌总论》：紫见全舌藏府皆热极也，见于舌之某经，即某经郁热也。伤寒邪化火者，中时疫者，内热熏蒸者，误服温补者，酒食湿滞者皆有。紫舌有表里实热证，无虚寒证，若淡紫中夹别色，则有虚寒证。……旧本专指酒后伤寒未免拘执。

《温热经纬·叶香岩外感温热篇》：再有热传营血，其人宿有瘀伤宿血在胸膈中，挟热而搏，其舌色必紫而暗，扪之湿，当加入散血之品。……若紫而肿大者，乃酒毒冲心；若紫而干晦者，肾肝色泛也，难治。

《通俗伤寒论·六经舌胎》：秀按：舌色见紫，总属肝脏络瘀。因热而瘀者，舌必深紫而赤（绛紫），或干或焦；因寒而瘀者，舌多淡紫带青，或滑或暗；他如痰瘀郁久，久饮冷酒，往往现紫色舌；惟紫而干晦，如煮熟猪肝色，肝肾已坏，真脏色现也；必死。

（六）蓝舌

《舌鉴辨正·蓝舌总论》：蓝者，绿与青碧相合，犹染色之三蓝也。舌见蓝色而能生苔者，藏府虽伤，未甚犹可医治。若光蓝无苔者，不论何证何脉，皆属气血极亏，势难延年。

凡病舌见蓝光无苔者，不治。若蓝色而有苔者，心肝肺脾胃为阳火内攻，热伤气分以致筋不行血也。……若孕妇舌见纯蓝者，胎死腹中也，宜下之。

《伤寒舌鉴·蓝色舌总论》：蓝色苔者，乃肝木之色发见于外也。伤寒病久，已经汗下，胃气已伤，致心火无气，胃土无依，肺无所生，木无所畏，故乘膈上而见纯蓝色，是金木相并，火土气绝之候，是以必死。如微蓝，或稍见蓝纹，犹可用温胃健脾，调肝益肺药治之，如纯蓝色者，是肝木独盛无畏，虽无他证，必死。

《伤寒绪论》：蓝苔色舌者，肝脏纯色也。伤寒日久，屡经汗下，失于调理，致胃气伤极，心火无气，脾土无依，则肺金不生；肝木无制，侮于脾土，故苔色如靛；或兼身生蓝斑，乃心脾肺三脏气绝于内也，必死。如微蓝色，而不甚深，或略见蓝纹者，为木受金伤，脏气未绝，脉不沉涩而微弦者，可治。

《形色外诊简摩·伤寒舌苔辨证篇二》：此语（指《伤寒绪论》中上文）极有道理，惜欠发明，沉涩者，正气不至，脉形断续不匀也；微弦者，气能至而血阻之，故脉形绷急也。小柴胡加肉桂炮姜主之。……常见痲厥及胃气久痛者，舌体全蓝，此亦瘀血在胃，肝气不舒也，故青黑蓝绛，皆谓之浊，皆涉血分，须辨寒、热、燥、湿及瘀血、宿食、燥屎、癥块而治之，总以松动血分为主。

《辨舌指南·辨舌之颜色》：蓝色肝经，候肝脏之本色也。……瘟疫及湿温热郁不解，亦有此舌，感受不正之气，蒸热不解也，治宜芳香清泄。满舌滑腻中见蓝色者，湿痰痰饮，为阴邪化热之候，法宜清化。……孕妇舌见纯蓝者，胎死腹中也，宜即下之。

（七）青舌

《舌苔统志·青色舌》：青色舌如水牛之舌，乃寒邪直中肾肝之候，竟无舌属热之因。虽有烦躁呕吐，发渴求凉，切不可从之与冷与水，误为必死。……青舌中心白苔，为中寒夹食；青舌淡黄苔，或白沫，乃中寒之霍乱吐泻；青舌在孕妇，必子死腹中；青舌虽有燥渴，饮必不多，且喜温，虽有烦躁其声不扬，虽有脉洪，重按必细，故见青舌大温无错；惟冷汗噤齿者，不治；青舌上有黑苔者，为内有蓄血，用抵当汤或下瘀血汤。总之青为阴寒之象也。

《形色外诊简摩·杂病舌苔辨证篇》：舌青，或青紫而冷滑者，为寒证；青紫而焦燥，或胀大，或卷缩者，为热证；寒甚亦必卷缩，筋脉得寒而收引也，然必不焦燥。

《辨舌指南·辨舌之颜色》：肝属木，故青色应肝。舌苔青滑，乃阴寒之象。急宜四逆吴萸辈温之。外症若见面青唇紫，囊缩厥逆；筋急直视等症者，厥阴败症也，不治。……舌边色青者，有瘀血郁阻也，有热者，用赤芍、生瓦楞壳、竹茹等治之，舌青口燥，漱水不欲咽，唇痿胸满，无寒热，脉微大来迟，腹不满其人自言满者，内有瘀血也；产母舌青而面赤者，子已死子腹中也，古方用黑神散下之，或平胃散加芒硝，下之更稳；孕妇面舌具青者，母子俱死。

《临证验舌法·验舌分脏腑配主方法》：一见舌青色肝胆病也（紫色同）。不拘所见何症，但看青而舌坚敛苍老，肝胆两经邪气盛也，泻火清肝饮。青而浮胖娇嫩者，肝胆两经精气虚也，滋水生肝饮。青面干燥者，非胆腑阴虚火郁即肝脏血虚火旺也。……青而滑润者，非胆腑气怯即肝脏气虚也。

《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病篇》：病人胸满，唇痿舌青……为有瘀血。

三、舌体的形质

（一）荣枯

《辨舌指南·辨舌之神气》：荣者，有光彩也，凡病皆吉；枯者，无精神也，凡病皆凶；荣润则津足，干枯则津乏。荣者谓有神，神者也，灵动精爽，红活鲜明，得之则生，失之则死，明润而有血色者生，枯暗而无血色者死。凡舌质有光有体，不论黄、白、灰、黑，刮之而里而红润，神气荣华者，诸病皆吉；若舌质无光无体，不拘有苔无苔，视之里面枯晦，神气全无者，诸病皆凶。凡病初起，舌即干者，津竭，可知病久，而舌犹润者，胃气尚存；望之若干，扪之却润，其色鲜红者，湿热蒸浊也；色紫而暗者，瘀血内蓄也；望之若润，扪之却燥，其苔白厚者，气浊痰凝也；苔白而薄者，气虚伤津也。

（二）老嫩

《临证验舌法·验舌分虚实法》：凡物之理，实则其形坚敛，其色苍老；虚则其体浮胖，其色娇嫩。而病之现于舌也，其形与舌亦然。故凡病属实者，其舌必坚敛而兼苍老，病属虚者，其舌必浮胖而娇嫩，如此分别则为虚为实。

《辨舌指南·辨舌之神气》：凡舌质坚敛而苍老，不论苔黄灰黑，病多属实；舌质浮胖兼娇嫩，不拘苔色灰黑黄白，病多属虚。……舌心绛干而老，乃胃热上烁心营，宜清心胃；舌尖绛干，乃心火上炎，宜导赤散以泻其府。余如黄苔亦有老嫩之不同，刘吉人云：老黄色为胃阳旺盛之候；若厚腐堆起，此胃中饮食消化腐浊之气上达之候，为湿温化热之始，湿热传入阳明之候；黄如炒枳壳色，为胃阳盛极阳亢阴虚之候，胃气欲伤，胃汁干槁，故苔色如枳壳炒过状，以其苔色干枯不润泽也。嫩黄色者，由白而变为黄，乃胃阳初醒之吉兆也，为饮食消化腐浊初生也。

《临证验舌法·验舌分脏腑配主方法》：舌见青色，肝胆病也（紫色同）。不拘所见何症，但看青舌而坚敛苍老，肝胆两经邪气盛也，泻火清肝饮；青而浮胖娇嫩者，肝胆两经精气虚也，滋水生肝饮。

舌见黄色，脾胃病也。不拘所见何症，但看黄而坚敛苍老者，脾胃两经邪气盛也，泻黄散，……黄而浮胖娇嫩者，脾胃两经精气虚也，益黄散。

舌见赤色，心与小肠病也。不拘所见何症，但看赤而坚敛苍老者，心与小肠邪气盛

也，泻心汤，……赤而浮胖娇嫩者，心与小肠精气虚也，养心汤。

舌见白色，肺与大肠病也。不拘所见何症，但看白而坚敛苍老者，肺与大肠邪气盛也，泻白散，白而浮胖娇嫩者，肺与大肠精气虚也，补肺汤。

舌见黑色，肾与膀胱病也。不拘所见何症，但看黑而坚敛苍老者，肾与膀胱邪气盛也，清肝饮，黑而浮胖娇嫩者，肾与膀胱之精气虚也，补元煎。

《辨舌指南·辨舌之神气》：舌圆大碎嫩，其舌红润者，皆属心经虚热，病尚可治；舌枯小卷短，其质焦紫者，皆属肝肾阴涸，病多速死。若舌本无苔而舌皮光薄，且红白柔嫩，宛如新生，望之有津唾，抹之燥涸殆甚者，此因妄汗、吐、下，走亡血液所致，虽不板硬，亦死，不治。若舌红色柔嫩，望之似润，而实燥干者，数行汗下，津液告竭也，病多不治。若淡红嫩红，白中带红，是温邪之轻症，初起恶寒，继则发热不已，口渴甚者是也，宜柴苓梔翘等清解之。

（三）胖瘦

《辨舌指南·辨舌之形容》：胀者，浮而肿大也，或水浸或痰溢或湿热上蕴。瘪者，薄而瘦小也，或心虚或血微或内热消肉。舌肿胀者，病在血。舌赤胀大满口者，心胃之热也。舌赤肿满不得息者，心经热甚而血壅也。舌肿大者，或因热毒或因药毒也，唇舌紫暗青肿者，中毒也。舌紫肿厚者，酒毒上壅心火炎上也，或饮冷酒壅遏其热也。舌紫短团者，食滞中宫而又热传厥阴也，宜即下之。如神志清爽舌胀大不能出口者，此属脾湿胃热郁极，化风化痰毒延口也。邪在脾胃唇口，亦肿也。如胀大不能出口，神不清者，病在心脾两脏也，……更须添辨苔色，如舌色白滑黑滑者，多由水气浸淫，宜通阳利水；黄腻满布者，由湿热郁而化毒，宜清湿火化毒；白腻黄腻者，痰浊相搏上溢为胀也，宜蠲痰化浊。舌黄胀大满口者，乃胃府湿热蕴结不消也；舌红胀大满口者，乃心胃俱有热毒也；红舌胀出口外不话者，热毒乘心也。舌形圆大胖软者，足少阴虚证也；生有红点者，热毒乘心也。……嘉约翰云：舌之肿大或有出于心火发炎，或因于疗毒者，或因于过服汞药而致者，间有舌微肿，一伸出即现齿印者。

舌瘪者，薄瘦也。舌肉属心脾，心脾虚则舌瘦瘪也，亦虚辨其苔色，若淡红嫩红者，心血不足也；紫绛灼红者，内热动风也；舌干绛，甚则紫暗如猪肝色者，皆心肝血枯也；舌紫枯瘪形如猪肝色，绝无津液，乃不治证也；舌质不赤，中黄无苔枯瘦者，乃过汗津枯血燥死证也，舌红干瘪不能言者，亦死证也，舌红干瘪能言者，因证治之或可救也。

《诸病源候论·虚劳舌肿候》：心脾有热，故令舌肿。

《诸病源候论·舌肿强候》：心脾虚，为风热所乘，邪随脉至舌，热气留心，血气壅涩，故舌肿，舌肿脉胀急，则舌肿强。

《医方考·舌病方论》：本事方云：一士人夜归，其妻熟寝，士人撼之，妻问何事？不答。又撼之，其妻惊视之，舌肿已满口，不能出声。急访医得一叟，负囊而至，用药掺之，比晓复旧。问之，乃蒲黄一物。昆按：《内经》曰：热胜则肿。此证必心脾之火并于舌，故令舌肿而满口，蒲黄性寒，能清气凉血，故愈。

《备急千金要方·胃腑脉论》：胃绝舌肿。

《医学摘粹·舌诊》：凡舌肿胀，舌焦干，舌生芒刺，舌苔黄燥，皆主热。

（四）点、刺

《四诊抉微·红色舌》：舌红而有刺者，此内有停积饮食也，承气汤下之，刮其刺，得

净者生，不净者死。

《舌鉴总论·灰尖干刺舌》：舌尖灰色干燥有刺，乃热极津枯宿食不消也，调胃承气汤下之，或解毒汤加消导药。

《儒门事亲·舌说》：舌燥涩如杨梅刺者，生姜切厚片，蘸蜜于舌上揩之，其刺立消，神效。

《医学纲目·生斑舌》：舌见红色，而有黑点者，热毒乘虚入胃，蓄热则发斑矣，宜用元参升麻葛根汤、化斑汤解之。

《伤寒瘟疫条辨》：舌芒刺，热伤津液，此热毒之最重者，急下之。

《温热经纬·舌诊》：又不拘何色，舌上生芒刺者，皆是上焦热极也，当用青布拭冷薄荷水揩之，即去者轻，旋即生者险矣。

《舌苔统志·淡白舌》：淡白舌而尖生芒刺或黑刺，为阴火越出，非表热脉数，切忌凉饮；若失血后君相火炎，生刺而痛，治以滋阴清火。

《舌苔统志·淡红舌》：淡红舌尖生芒刺，为上受风湿，治宜清散；尖生红点灰刺，为相火乘君火之位，相火宜抑，君火宜清；尖生蓓蕾响刺，蓓蕾为湿火，大黄黄连解毒汤；响刺为结胸，大小陷胸汤；若白苔黑刺，燥则为风火之变，滑则为湿热之蒸，皆宜下剂，然此象属危者多。

《辨舌指南·辨舌之质本》：质者，舌肉也，本者，舌本也。……如舌质生点刺，舌生瓣晕，舌生星斑，舌生裂纹，舌中凹如剥去，皆燥热伤阴，盲肠有燥屎久留不去，其证多险。点刺，苔点凹而起瘰者，毒内伏也，凹而缺陷者，藏形萎顿也。苔点如栖者，内有虫蚀也；若苔现槟榔纹，隐隐有点者，亦属虫蚀也，皆宜祛积杀虫。亦有红舌中更有红点如虫碎之状者，热毒炽盛也，宜苦寒清泄之。若舌绛碎而有黄腐点者，此温热邪火蕴久不宣，蒸腐气血，化为瘀浊。叶氏云：舌绛而有碎点白黄者，当生疔也；黄连金汁皆可用，即此症也。满舌红点纹起者，心火燔灼也，宜即清之。若舌紫肿而起大红点者，乃热毒乘心，以导赤加犀连金汁；舌红而有大红点者，营热甚也；苔白而带黑点者，亦胃热也；舌苔青兰杂色，如斑如点者，此疫疠秽邪也。……舌边有一点紫泡如黄豆大，或舌边缺曲如锯齿者，在左（属肝胆）者重，在右者轻，在中间者更轻；舌赤起紫泡者，心经热极也。又有舌根白苔板厚，如水泡形，而两边现红肉两点者，是下焦寒水甚结，真阳不宣也。如舌黑而灰，或黄而发泡，生虫蚀腐烂，虽为湿热，亦属肝伤，俱为危候。

舌常有刺也，无刺者气衰也。刺大刺多者，邪气实，刺微刺少者，正气虚。叶天士云：舌上生芒刺者，皆上焦热极也，当用青布拭冷薄荷水，揩之即去者轻，旋即生者，险矣。章虚谷云：凡舌生芒刺者，苔必焦黄或黑，无苔者，舌必深绛。其苔白或淡黄者，胃无大热，必无芒刺，或舌尖或舌边有赤小瘰，是营热郁结，当开泄气分，以通营清热也。

又有白苔满布，中有朱砂点子者，是暑疫失解，抑郁心阳，宜凉透开泄之。如厚黄苔燥刺，或边黄中心焦黑起刺，脐腹胀满硬痛，乃阳明里证也。若纯红鲜红起刺，此胆火炽营分热，即用犀角知丹等清解之；如舌尖独赤起刺，心火上炎之故，犀角合导赤散以凉散之；若舌红极而有黑黄芒刺者，热毒入府也，调胃承气汤下之；若舌起红紫刺，心经热极而又受疫邪熏蒸而发也；若舌尖灰黑干燥起刺，是得病后，如常饮食，乃热极津枯，宿食不消也，宜调胃承气汤下之；若黑而燥刺，是热邪已入太阴，宜清火解毒，津

液枯涸，宜甘露饮；黄而生芒刺黑点者，为热势极，黄而瓣裂者，为胃液干，下证尤急也；舌中红赤点，目黄头汗小便不利者，将发黄也。

《辨舌指南·辨舌之质本》：星斑：星者，较点大也，亦属藏腑血分热也。凡纯红舌而有深红星，乃藏腑血分皆热也，燥火疫毒及实热证，误用温燥药皆有之。吴坤安云：舌现红星，此因热毒乘心，外证必神昏谵语，宜用苦寒急泻其阴，狂乱者，非川连金汁不解；石顽云：红舌中起红星，心包火炎也，凉膈散主之；若舌淡红，尖起紫色蓓蕾星点，乃热毒中心血也，时疫酒湿梅毒等证皆有之，宜犀角大青银翘金汁等解之；舌红而起白星点者，乃心火有邪也，若红舌上起白星点如珍珠者，乃火极水化之象，较之紫赤黄苔生芒刺者更重，瘟疫多见此舌，即宜解毒清泄。……如舌红而有黑星点者，乃胃热已极将发斑疹之证；大抵舌上星点鼓起者，皆心火胃热也，在两旁主肝胆热，在尖主心热，淡而陷下者，胃虚也，在小儿为有滞有虫。……正义云：凡红舌中见紫斑者，将发斑也，宜元参升麻汤，斑已见，宜化斑汤；舌淡红中见红赤斑点，将发黄也；章虚谷云：舌红极有紫斑及红斑，如遍身发斑者，阳毒入心，宜人参白虎汤加犀连。

《舌鉴辨正·红舌总论》：红星舌全舌纯红而有深红星，乃脏腑血分皆热也，中燥火者，中疫毒者，实热人误服温补者，皆有之。……宜十全苦寒救补汤急投，旧说指为伤寒将发黄，用茵陈汤合五苓散误也。”

《舌鉴辨正·黄舌总论》：“黄苔黑斑舌，在杂病为藏腑实热，在伤寒为邪传阳明转入三阴。……黄苔黑刺舌，藏腑极热也，不论何病（在杂病为实热里结，在伤寒为邪已传里）。均宜白虎汤及大承气汤循环间服，至苔刺退净乃愈。”

《史代重订敖氏伤寒金镜录·第九虫碎舌》：“舌见红色，更有红点如虫蚀之状者，乃热毒炽甚，火在上，水在下，不能相济故也。宜用小承气汤下之”。“介按：舌绛碎而有深红之点者，是属热毒蕴久不宣，薰蒸上达之候，故宜小承气汤以荡涤之。……至于红色虫碎舌，是红舌中更有红点，如虫碎之状者，热毒炽盛也，宜用小承气汤下之，如不退，再用大承气汤攻之。

（五）裂纹

《史氏重订敖氏伤寒金镜录·第八·人裂舌》：舌见红色，更有裂纹如人字形，乃君火燔灼，热毒炎上，故发裂也，宜用凉膈散治之。介按：年老之人，则有舌中开裂，其苔则滑腻，或滑而微白，乃是津液干枯之体，而患寒湿之象，治疗适当，尚属不妨。惟不论男妇老少，凡患暑温燥热之证，而见苔色焦黄，或兼灰黑燥刺，致有裂纹如入字，或如爻字，外证身热口渴，甚则神昏谵语，治宜亟与白虎汤合承气汤，以急下而救液，今治以凉膈散者，是使热降清升，上下通治之义也。前贤梁特严云：不论白、红、黄、黑各舌，若中有裂纹，如川字、爻字、人字不等，或裂如直槽者，多由实热人误服温补药，热火在藏腑相争所致，大承气虽能下毒，而未能凉泻肠胃，宜以白虎汤合与承气。……凡实热内逼而见此舌，皆宜如此以治之。

《四诊抉微·红色舌》：舌红而碎裂如入字纹者，此阳明传热于少阴心也，凉膈散主之，内实者，承气汤。舌淡红而碎裂如川字纹者，外症神昏、自利，用导赤散加黄连，再用生脉散，加黄连、枣仁。

《舌鉴辨正·灰色舌总论》：裂纹舌，血液灼枯也，内热失治邪火毒炽者有之，宜大承气急下，以救真阴，则裂纹自平。

《舌鉴辨正·红色舌总论》：红断裂纹舌，如舌色赤红，厚苔腻而裂纹者，藏府实热也，宜十全苦寒救补汤，倍加犀角，如灼红色（即比绛色略鲜），无苔无点而裂纹者，阴虚火炎也，旧说用黄连解毒汤加麦冬可也。

《辨舌指南·辨舌之质本》：裂纹，平人之舌无纹也，有纹者，血衰也，纹少纹浅者，衰之微；纹多纹深者，衰之甚。舌生横裂者，素体阴亏也。舌生裂纹如冰片纹者，老年阴虚常见之象也。淡白舌有发纹满布者，乃脾虚湿浸也。舌红露黑纹数条而苔滑者，水乘火位寒证也。舌淡红中见紫黑筋数条，肝经寒证也。全舌绛色无苔，或有横直罅纹而短小者，阴虚液涸也。舌现蓝纹者，在伤寒为胃气衰微，在杂病为寒物积滞中宫，碎裂者，血痕伤迹也。舌衄与抓伤当辨，凡有伤痕血迹者，必问曾经抓挖否，不可见有血而便认为枯证也。如裂纹出血者，血液灼枯也，此因内热失治邪火炽甚者有之，宜急下存阴。如舌尖出血，乃手少阴心经邪热壅盛所致。凡舌见裂纹断纹，如人字川字爻字，及裂如直槽之类，虽多属胃燥液涸，而实热内逼者，亦有之，急宜凉泻清火。中有裂纹者，多属胃气中虚，忌用寒凉，宜补阴益气；间有本无裂纹，经下后，仅见人字纹者，此为肾气凌心，宜纳气益肾。若舌根高起累累如豆，中露人字纹深广者，胃有积也；若舌红而开裂，纹如人字者，乃邪初入心，宜石膏黄连以解之。……舌红润而有黑纹，为厥阴之寒候。若舌纯红干燥，中露黑纹两三条，为火极似水，一带纯黑者，俱不可治。舌黄如有虎斑纹者，为气血两燔之候，急宜清泻之。舌红赤苔腻厚而裂纹者，藏府实热也，即宜苦寒泄热。如无苔无点而裂纹者，阴虚火炎也，宜苦寒兼育阴。舌红极而裂纹，燥热入肝也，宜清凉兼下。凡舌绛光燥裂纹，为阴液大伤，但裂不光，为胃阴不足痰热凝结；若舌色绛红，边尖破碎，舌有血痕而痛者，此阴液大亏、心火上炽也，宜弗氏大泽汤主之；舌大赤裂大渴引饮者，上消之证也。

（六）光滑

《舌鉴辨正·白舌总论》：纯熟白舌，光滑无苔，乃气血两虚，藏府皆寒极也。”

《舌鉴辨正·红舌总论》：色鲜红无苔无点无津无液者，阴虚火炎也。色灼红，无苔无点而胶干者，阴虚水涸也。舌绛红，无苔无点，光亮如钱，……红光不活，绛色难名，水涸火炎，阴虚已极也。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：余常见久病厚苔满舌者，一用消攻药，忽然退去，光而且燥，乃胃气渐绝之征。

（七）舌衄

《辨舌指南·舌病证治》：凡舌上出血，名曰舌衄，多由心脾热甚逼血妄行。若舌上无故出血，如线不止，乃血热上溢心苗，宜用犀角地黄黄连泻心汤选用。……如舌上出血如泉者，乃心火旺极血不藏经也，宜用六味地黄汤。……有因肝热血上壅而衄者，先用木贼草四钱煎浓汁漱口，外掺炒蒲黄末即止。亦有不硬肿痛流血者，宜凉血清脾饮，犀角地黄汤。凡红尖舌出血，乃心经热毒壅盛，心血不藏，妄行而溅，用三黄泻心汤。

（八）重舌

《辨舌指南·舌病证治》：重舌乃舌下生一小舌，其色鲜红，外证颊下浮肿，有硬核。此因心经热毒或心经遏郁，忧思过度，心脾郁而生热。其状附舌下而近舌根，形如舌而微短小。……莲花舌是舌下生三小舌，其状如莲花之形，皆由思虑太过，心火上炎，或酒后当风取凉，以致风痰相搏而成。……莲花舌男妇多因思虑过度，每生此舌，若因循

日久，以致溃烂腐秽，舌头一烂，外壳虽存，其中如烂鱼腐肠相似，切不可用升降药吹搽偶一，误用即血出如泉，致穿腮腐根，百不一生。

（九）舌疮

《辨舌指南·舌病证治》：舌疮有心热火毒上炎而生者，有下虚阴火上浮而生者，……亦有舌上病疮久蚀成穴，屡服凉剂不效，后服黑锡丹渐愈，此因下虚上实之证。

（十）舌痈

《辨舌指南·舌病证治》：奎元曰：舌痈初起，舌红而肿大，心经火盛，地角亦红。”

《中医舌诊·诊察舌体》：间亦有生于舌下的，则为脾肾积热，消津灼液而成。

（十一）舌疔

《辨舌指南·舌病证治》：心法云：舌疔者，乃心脾火毒。舌生紫泡，其形似豆坚硬，寒热疼痛，应心而起，宜用蟾酥丸含放舌下，随化随咽。

（十二）舌菌

《辨舌指南·舌病证治》：舌菌，心法名舌疔，由心脾毒火所致，其证最恶。初起如豆，次则如菌，头大蒂小，其色红紫，疼痛异常，甚则红烂无皮，朝轻暮重。……若失治，则焮肿，突如泛莲，或如大木耳，或如鸡冠，舌本短缩，将妨害言语饮食，时流臭涎，再因怒气上冲，忽然崩裂，血出不止，久久延及项颌，肿如结核，坚硬骨痛，皮色如常，顶软色暗，破后时流臭水，腐如烂绵，其证虽破，坚硬肿痛，仍前不退，此为绵溃，甚至透舌穿腮，汤水漏出，是以名瘰癧风也。内服汤药，宜用导赤汤加川连焦栀，重则解毒汤加焦栀、犀角、鲜地，外治或用锦地萝蘸醋磨敷，自古治法虽多，然此证治愈者，十不得一。

四、舌体的动态

（一）痿软

《灵枢·经脉》：肌肉软，则舌痿。

《伤寒杂病论》：阳明病，腹满，小便不利，舌痿黄燥，不得眠者，此属黄家。

《辨舌指南·辨舌之形容》：软硬，软者，痿柔也，气液自滋。硬者，强硬也，脉络失养，有胃气则舌柔和，无胃气则舌板硬。舌软者，软而不能动也，舌红痿软难言者，心脾虚也；心清语謇舌软无力难言者，营卫不足也。软而淡红者，宜补气血；深红者，宜凉气血，赤红者，宜清凉脏腑；紫红者，宜寒凉攻泻；鲜红灼红者，宜滋阴降火。绛红而光痿软者，阴亏已极，不治之证也。舌痿软黄燥，腹满，不得睡，将发黄也；声乱音嘶，舌痿，声不得前者，因误发其汗也；舌痿，人中满、唇反者，脾经气绝也；在病后，乏力之时，舌亦痿软不能言，养胃益阴则自复也。

舌强者，如木舌、重舌、肿舌、大舌之类，皆脏腑俱热而心经尤为热极也。舌忽肿而不硬者，木舌也。舌肿满口，溢出如猪胞，气息不得通，硬如木石者，血壅气滞也。舌木硬者，厥阴病也；舌红而强硬失音者，死候也。……大抵温暑热证，舌硬不语，下症为多；杂证舌强硬，胃气将绝也；如中风入脏，则舌难言，伤寒舌短，亦为死证，皆板硬无胃气也。凡板硬之舌，不论何色，不治者多，有苔硬如石，如茧裂，为龟纹，刮之不去，在舌心者可治，满舌如是者，不治。

舌痿者，舌软而不能动也，为舌神经麻痹所致，亦有暴久之分，如暴痿，多由于热灼，故常现于红干之舌，如深红者，宜清凉气血，紫红者，宜泄肝热通腑气，鲜红者，宜

滋阴降火，色淡红者，宜补气血。若病久，舌色绛而痿软者，阴亏已极，津气不能分布于舌本，为不治。叶天士云：若舌绛而不鲜，干枯而痿者，肾阴涸也。吴坤安云：舌形敛束，伸不过齿，紫绛痿软，为肝肾阴液枯涸而败，若其舌色红泽而光，或其色鲜红者，属胃阴干涸，犹可滋养胃阴。章虚谷云：舌本或短或痿而赤色，苔厚者，为邪闭，色淡白，如煮熟猪肝而痿者，不论有苔无苔，皆为正败，死不可治。

《辨舌指南·舌病证治之鉴别》：肿舌，舌肿一症，皆由心火旺盛，逼血夹痰上壅所致，内必烦躁闷乱，甚则不能出声，有舌卒肿如猪胞者，有肿硬如木石者，有胀塞满口不能通声者，有舌下形如蜈蚣形、或如卧蚕形者，皆宜急将肿突处砭去其血。

木舌，凡舌不能转掉，肿而不柔和者，名曰木舌。先有风寒伤于心脾，热壅生痰，以致舌肿粗大，渐渐硬塞满口，气不得吐，如木之不和软者，然其外证憎寒壮热，齿浮肿痛，不急治即胀塞杀人，内服宜黄连汤，外以针日砭八九次，令出血二三盏，自然肿消痛减，再用龙脑破毒散。

《诸病源候论·舌肿强候》：手少阴为心之经，其气通于舌；足太阴脾之经，其气通于口。太阴之脉起于足大趾，入连舌本，心脾虚，为风热所乘，邪随脉至舌，热气留心，血气壅涩，故舌肿，舌肿脉胀急，则舌肿强。

《诸病源候论·风舌强不得语候》：脾脉络胃，夹咽，连舌本，散舌下，心之别脉，系舌本。今心脾二脏受风邪，故舌强不得语也。

（二）舌纵

《灵枢·寒热病》：舌纵涎下。

《辨舌指南·舌病证治之鉴别》：舌纵，涎下者，多唾也。经云：饮食者皆入于胃，胃中有热则虫动，虫动则胃缓，胃缓则廉泉开，廉泉开，故涎下，补足少阴。若口角流涎不止，口眼喎斜，手足痿软，宜神龟滋阴丸，每服三钱，服至中病即止。……若舌纵语塞、不语者，用薄荷油一滴，和白蜜姜汁搽之；若流涎不止，喜笑舌暗，脉洪大，用芩连柏槿苍术半夏竹沥姜汁服五日，涎止笑息，凡流涎者，息然流出也，气虚则舌纵而麻。

舌暗，舌暗者，中风而舌不转运，舌强不能言者是也。冯楚瞻曰：足四经之脉，皆止于舌。邪中其经，则痰涎闭其脉道，舌不能转运而为之暗矣。……而舌本能言，舌暗者，舌本不能言，而喉中之声音如故，中风而舌暗者，舌与喉俱病，而音不能发于会厌也，有因外感实火上炎，则暴暗，有因内伤心、肺、肾，以致壅塞上窍而为暗；有因气血两虚不能上荣，则舌机不动，亦为暗；有因肾虚而气不归原，不能上接清阳之气而为暗。然中风不语之症有六，有失暗不语者，有神昏不语者，有口噤不语者，有舌强不语者，有舌纵语塞不语者，有舌麻语蹇不语者。

《辨舌指南·辨舌之形容》：舒缩 舌出不能收，不能语者，心绝也。舌伸长，收缓、面红、烦躁、口渴、潮赤者，心经有热也；舌形坚干，伸出似有摺纹者，气盛有火也；若形松润，如絮浸水中者，气虚有湿也；舌常欲伸出口外者，心有热痰，舌中胀也。……伸出不收者，痰涎上壅也；若发热口噤，临死舌出数寸者，此女劳复，阳气虚极也；阴阳易，舌出数寸者，死证也；舌出数寸者，又有因产后与中毒、大惊之候也，据证治之，犹可生也。小儿病，舌出不能收者，心气散也，不治。若舌枯细而长，如绛色无苔，或干枯红长而有直纹透舌尖者，阴亏已甚，心气已绝于内，不能上通舌根，故不显苔也，必死。若赤紫红色中，尚有黄黑腻苔者，虽有直纹透尖，仍宜作藏府实热治之；余如干红

舌，忽瘦而长，为心气绝也，亦不治。

（三）短缩

《灵枢·五阅五使》：心病者，舌卷短，颧赤。

《辨舌指南·辨舌之形容》：缩者，卷短也，舌系收紧不能伸长之谓也。凡舌短由于生就者，无关寿夭；若因病缩短不能伸长者，皆危证也，邪陷三阴，皆有此证。如邪客于少阴，则舌卷而短；客于少阳之络，令人喉痛、舌卷、口干、心烦；客于阳明之筋，其病支痛，转筋，舌卷；客于厥阴络者，则舌卷，唇青，卵上缩。凡舌短囊缩者，属热极，舌短囊不缩者，属虚寒；舌短而胖者，属痰湿；舌本短缩者，厥阴外证必目睛直视，男子囊缩，妇人乳缩，乃藏府热极而肝血竭也。

伸舌圆短不能出齿外，热已盛极，速当泻火；舌绛欲伸出，而抵齿难骤伸者，痰阻舌根，内有肝风也；亦有脾肾气败而舌短不能伸者，因脾肾之脉连舌本，其形貌面色，亦必枯瘁，多为死证；如舌根黄尖白，短缩不燥，硬而麻木，欲伸不能出者，肝风挟痰也，宜熄风化痰。

郭元峰云：舌青紫而焦燥，或胀大或卷缩者，为热证，然寒证亦必卷缩，筋脉得寒而收引也，然苔不焦燥为辨。凡舌短缩强硬，神昏谵语，及素有痰病，而舌本硬缩，口噤唇青者，小肠府寒也；言声忧惧，舌本卷缩者，脾寒受邪，木克土也；舌形灰色，渐干缩者，死证也；舌卷缩如丹，咽唾不得，足踝微肿者，肉绝，死证也；颧赤，舌短卷者，心病也，舌卷不能言者，亦心病也，汗出不流，舌卷黑者，心绝也。舌苔根黄尖白、不甚干燥、短缩不能伸出者，风痰挟宿食也；垢腻揩去仍缩者，内有所阻，犹可治也；舌缩边卷者，胃液燥也，汤饮润之，仍卷者，胃液燥极也，汤饮润之即坦者，病去而舌未和也，为可治；舌红短而有白泡者，心火煽灼，因浮火不入血络，故有白泡也。霍乱转筋，舌卷阴卵入腹者，肝血涸也，中热咽干善溺心烦，甚则舌卷卵上缩者，厥阴终也，皆不可治。

（四）舌麻

《素问·逆调论》：荣气虚则不仁。

《辨舌指南·舌病证治之鉴别》：舌痹，舌痹者，强而麻也。乃心绪烦扰，忧思暴怒，气凝痰火而成。……若舌謇语声迟重者，脾窍在舌，湿邪阻窍也，亦有舌无故常自痹者，由心血不足，不可作风热治，宜理中汤，加附子、当归或归脾汤加炮姜服之。

舌麻，舌麻者，血虚也，麻木而伸不出者，内风挟痰也；若舌麻木连口，延及嘴角头而，证见呕吐痰涎者，痰多气滞也，有因风依于木，木郁则化风，肝风震动而舌麻也，亦有因五志过极，阳亢阴衰，风纵人出而舌麻也，皆宜柔润养血熄风，挟痰者，兼豁痰宣痰。

（五）颤动

《辨舌指南·辨舌之形容》：舌为心苗，其伸缩展转，外筋之所为，肝之用也。舌战者，舌颤掉不安也。舌红而战动难言者，心脾虚也，汗多亡阳者，有之；舌挺出振战者，多见于酒客湿热，病神经衰弱者，大抵舌战，由于气虚者，蠕蠕微动，由于肝风者，习习煽动，更宜添之舌色，如舌色淡红而战者，气血俱虚也；嫩红而战者，血虚液亏也；鲜红而战者，血液亏，肝风内动也；紫红而战者，肝脏热毒动风也。

（六）歪斜

《辨舌指南·辨舌之形容》：歪斜，歪者，斜偏一边也，痉痺与偏枯常见，当再辨其

色，若色紫红势急者，由肝风发痉，宜熄风镇痉；色淡红势缓者，由中风偏枯；若舌偏歪，语謇，口眼喎斜，半身不遂者，偏风也；舌偏向左者，左瘫，舌偏向右者，右瘫痪，宜补气舒筋，通络化痰。

（七）吐弄

《辨舌指南·辨舌之形容》：脾主舌本，脾热则吐舌、弄舌，舌伸长而收缓者，为吐舌，乃心脾积热水不上济；舌微出口外，而即收者，为弄舌，属心脾亏损，兼有微热，若心火亢盛，肾阴不能上制，所以舌往外舒，肝火助焰，风主动摇，谓之弄舌。小儿总微论云：弄舌者，其证有二，一者心热，心系舌本，热则舌本干涩而紧，故时时吐弄舒缓之。二者脾热，脾络连舌，亦干涩而紧，时时吐弄舒缓之，皆欲饮水，因心热发渴，脾热则津液耗。二证虽引饮相似，惟心热面赤、睡即口中气热，时时烦躁，喜冷咬牙，治宜清心经之热；脾热者，身面微黄，大便稠硬，赤黄色，治宜微导之，不可用凉药，又不可用下法，若误下之，则脾胃虚，津液耗，又加五心烦热，面红肌瘦，变为疳也。……若大病后弄舌者，大凶。凡弄舌摇头者，痫病也；病人喜扬目吐舌者，羊痫也。

《辨舌指南·舌病证治之鉴别》：舌吐长不能收者，名曰阳强，舌短缩不能言者，名曰阴强。阳强之证，如仲景言：伤寒热病，后犯房事得病，为阴阳易，舌出数寸而死。如医说言，伤寒热病愈后，不能调摄，舌出寸余，累日不收，必以梅冰为末掺舌上，应手而缩，须用多方效。

《望诊遵经·望舌诊法提纲》：舌者心之外候也，是以望舌，而可测其藏府经络寒热虚实也。约而言之，大纲有五，一曰形容，二曰气色，三曰苔垢，四曰津液，五曰部位，五者分论，则其体明，五者合观，则其用达矣。由是察其形容，舌常有刺也，无刺者，气衰也，刺大刺多者，邪气实，刺微刺少者，正气虚；舌常无纹也，有纹者，血衰也，纹少纹浅者，衰之微，纹多纹深者，衰之甚；舌肿者，病在血，舌萎者，病在肉，舌偏斜者，病在经，舌缺陷者，病在脏，舌颤动者，病在脾，舌纵舌缩者，病在心；舌裂舌烂者，病在脉；舌卷舌短者，心肝之证候；舌强舌硬者，心脾之病形诸太过者，病在外，诸不及者，病在内。

《石室秘录·奇症治法》：如人舌吐出，不肯收进，乃阳火强盛之故。以冰片少许点之即收，后用黄连三钱、人参、白芍各三钱，菖蒲一钱，水煎服，方名收舌散。

《幼幼集成·舌诊》：夫舌为心之苗，胃之根，小儿多生舌病，以心脾之积热也，故有重舌、木舌、弄舌、舌苔等证，宜辨其虚实而治之。……弄舌者，脾脏虚热，令舌络紧，时时舔舌，安人称为蛇系惊者是也，切勿以寒凉攻下治之。……大病后，精神困惫，饮食少思而弄舌者，凶候，因气血两虚精神将脱，速以十全大补汤挽救之。

《国医舌诊学·全舌变态辨证法》：舌时欲伸出口外者，心间有热痰，舌中胀也。

舌伸而常舐唇口，时动不止，色紫而暗者，疫毒攻心也；舌偶时伸出弄唇者，中蛇毒也；……小儿病舌出不收者，心气绝也，不治。

（八）自啮

《灵枢·口问》：人之自啮舌者，何气使然？此厥逆走上，脉气辈至也。少阴气至则啮舌，少阳气至则啮颊，阳明气至则啮唇矣。

《望诊遵经·辨舌形容条目》：舌黑烂而颊欲啮者，必烂至根而死也；啮舌者，厥气逆走上，少阴之脉气辈至也；舌色灰黑，时时自欲啮舌者，少阴气逆之死证也。

《舌鉴辨正·黑舌总论》：黑烂自啮舌，脏腑极热兼受秽毒也，患杨梅疮者多有之，他症罕见，宜三黄银花承气等剂，土茯苓作茶饮，治如不效，则将如旧说所云，黑烂而频欲啮，必烂至根而死也。

五、舌下络脉

《素问·气府论》：足少阴舌下、厥阴毛中急脉各一。

《素问·刺症》：舌下两脉者廉泉也。

《灵枢·根结》：少阴根于涌泉，结于廉泉。

《灵枢·卫气》：足少阴之本，在踝上三寸中，标在背俞、舌下两脉也。

《素问·刺症》：十二症者，其发各不同时，察其病形，以知其何脉之病也。先其发时如食倾而刺之，一刺衰，二刺则知，三刺则已。不已，刺舌下两脉出血。

《素问·脏气法时论》：心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩甲间痛、两臂内痛，以取其经少阴、太阳、舌下血者。

《灵枢·癫狂》：狂始发，少卧不饥，自高贤也，自辩智也，自尊贵也，善骂詈，日夜不休，治之手阳明、太阳、太阴、舌下少阴。视之盛者皆取之，不盛释之也。

《灵枢·忧患无言》：足之少阴，上系于舌，络于横骨，终于会厌，两泻其血脉，浊气乃辟。

《肘后方》：比岁，又有虏黄病。初，微觉四体沉沉不快，须臾见眼中黄，渐至面黄，急令溺白纸，纸即如麩染者，此热毒已入内。若已深，应看其舌下两边，有白脉弥漫处，芦刀割破之，紫血出数升亦歇。此须惯解剖者。不解割，忽乱舌下青脉，出血不止煞人。可烧纺纶铁以灼此令焦。

《诸病源候论·噤黄候》：心脾二经有瘀热所为，心主于舌，脾之络脉出于舌下，若身而发黄，舌下大脉起，青黑色，舌噤强不能语，名曰噤黄也。

《诸病源候论·五色黄候》：其人身热发黑黄，视其唇黑、眼黑、舌下脉黑者，此脾移热于肾。

《圣惠方·立黄证候》：立黄者，两脚疼痛，眼目黄涩，小便色赤，淋漓不利，心下有气块者难治。烙上管穴……次舌下黑脉。

《圣惠方·黑黄证候》：黑黄者，面色或黄或黑，腰脊拘急，口中两颊有黑脉出口角者难治。烙百会穴及舌下黑脉……。

《医门方·产难生死候》：产妇身热而恶寒，舌下脉青黑及胎中冷者，于母皆死矣。”

《针灸大成》：左金津、右玉液，在舌旁紫脉上是穴，卷舌取之，治重舌肿痛、喉闭，用白汤煮三棱针出血。

《形色外诊简摩·舌质舌苔辨》：按：刘河间极论玄府之功用，谓眼耳鼻舌身意，皆借玄府以成其功用也。上言舌体隐蓝，为浊血满布于细络，细络即玄府也。所谓浊血满布，是血液之流通于舌之玄府者，皆夹有污浊之气也。或寒气凝结，或痰浊阻滞于胃与包络之脉中，致血液之上潮者，不能合于常度，即污浊之气生矣，非必其血腐败而后然也。

【研究进展】

一、活体显微观察

包括放大镜、血管显微镜、角膜显微镜（裂隙灯）等，可将舌头放大数倍至数十倍，以研究各型舌象乳头的变化及其规律，其中尤以裂隙灯放大的倍数最大，灯光最为集中，可看到较细致的变化。最早有日本人德田氏^[1]首先利用角膜裂隙灯显微镜检查舌面，以了解皮肤科疾患与舌变化的关系。他将舌面变化分为10种：即苔被、变色、混浊、浮肿、隆起、肿大、萎缩、溃疡、肥大、糜烂等。

眼科裂隙灯，其放大倍数最高可达47倍，最低为15.5倍。

此类裂隙灯可使我们清晰地看到丝状乳头及蕈状乳头的外形，如丝状乳头的角化树、蕈状乳头的透明度、丝状乳头和蕈状乳头的排列、分布、致密度等情况；此外还可清晰看到蕈状乳头中的血管变化，以及显示微小的新生乳头和萎缩乳头等等。

山西医学院^[2]使用舌乳头镜（手持折叠放大镜或眼底镜）可放大约30~80倍。便于携带和临床使用。可以比较细致地观察舌乳头的形态与微循环的动态变化。正常舌乳头镜所见：丝状乳头在舌背上（舌尖部）成排横列分布均匀，每个丝状乳头表面的上皮突出分枝状（好象稻田一株株的稻苗），丝状乳头总合起来在舌的背面形成一层层薄薄的白色舌苔。青年发育旺盛，老年逐渐变为平滑，它们的形态和高度，随着个人情况而变动。蕈状乳头分散在丝状乳头间，分布较稀，红色圆锥形，镜下绿豆大，突出在丝状乳头表面。对好乳头镜焦点，透过蕈状乳头的上皮可以很好地透映出次级乳头内微血管的血液，正面看呈红色梅花瓣形，侧面看微血管呈线条状，每个蕈状乳头内可见3~10条，血管开放数目随着个人生理病理情况有明显地变动。仔细观察可见动脉很细，静脉稍粗，毛细血管呈细网状。蕈状乳头表面上皮，随年岁渐增厚，透明度逐渐变低，微血管显得模糊。吃饭前后蕈状乳头内微循环显著不同，饭后血管充盈，色稠深红。饮酒后更为充血显著。

山西医学院^[3]结合中医气血津液辨证论治，分析了微观望舌，丝状乳头的形态与蕈状乳头内微循环的病理变化和治疗原则。他们还发现舌蕈状乳头水肿或蕈状乳头不同程度的色素沉着者，均有肾虚的证候。他们根据临床观察与动物实验认为观察舌蕈状乳头微循环的变化，依中医辨证为肾虚的病程分为4个阶段。①微血管收缩变细，开放数目减少，为交感神经兴奋阶段（血热），可以清热解毒利湿为主的治疗；②微血管变粗，开放数目增多，毛细血管网瘀血，为肾上腺皮质激素降低阶段（偏阳虚），以温补肾阳为主；③毛细血管通透性加强，蕈状乳头水肿，为肾上腺皮质激素（糖皮质激素）机能低下，肥大细胞反应性降低，毛细血管开关失常阶段（偏阴虚），以补肾滋阴为主；④蕈状乳头色素沉着，随病情发展，数目增多，棕色加深，为下丘脑-脑垂体-肾上腺皮质机能失常阶段（脾肾、肝肾两虚），氢化可的松减少，对黑色素细胞刺激素抑制低下，致黑色素细胞刺激素增多。

二、舌尖微循环的临床观察

由于舌尖微循环检查方法简便，受检查者无痛苦，因此适用于各种疾病时作连续性动态观察。

实践证明^[4]，检查舌尖蕈状乳头微循环对探讨各种舌质的形成原理有一定价值。舌质

淡红时微血管丛形态变化以树枝状及菊花形为主；舌质红则以网孔形及发团形为主，因此蕈状乳头中微血管丛的构型是影响舌质颜色的重要因素之一。舌质青紫者（包括全舌青紫及舌局部紫斑）与舌质淡红者相比，可出现异形管襻比例增高，微血管流态异常（如血流瘀滞缓慢、血细胞聚集、血色暗红等）、和微血管周围严重的渗出、出血等一系列变化。由此可见，深入探讨舌尖微循环变化与各种不同舌质形成间的关系，可为舌诊的中西医结合研究提供新的途径。

陈泽霖、陈梅芳等^[5]检查了部分白塞氏病患者的舌尖微循环，发现患者舌尖蕈状乳头和丝状乳头微血管丛总数明显减少，其平均数与正常人比，减少34%，其中尤以蕈状乳头微血管丛减少最显著。并可见蕈状乳头大小不一，萎缩明显，血管丛中微血管襻数极为稀少，而且管襻细而短小，微血管丛周围渗出明显，血流缓慢，甚至完全淤滞。结合临床所见，白塞氏病患者舌质大都偏淡，舌尖蕈状乳头大多萎缩，数目减少或甚至消失，而丝状乳头则相对完整。我们临床检查了白塞氏病人50例，蕈状乳头完全消失者有8人（16%）；显著减少，蕈状乳头尚存10%~29%者24例（48%）；减少至30%~49%者14例（28%）；仅4例（8%）蕈状乳头在50%~79%左右。此外，我们对比观察了正常人100例，舌质均为淡红，舌尖蕈状乳头多而集中，肉眼观察如小红刺样微微突出，放大镜下呈熟透之石榴子样，形态饱满，色泽鲜红。正常人舌尖蕈状乳头所占百分比（即蕈状乳头与丝状乳头加蕈状乳头总数之比）大多在80%~100%（72%），最少50%，50%~79%占28%，无一例在50%以下，与白塞氏病人相比， $P < 0.01$ ，有显著意义。同时我们又对照观察了单纯性口腔溃疡患者50例、亚急性系统性红斑狼疮50例、内科各系统慢性病人，包括呼吸、消化、血液、内分泌、心血管、泌尿系统病人各50例，其舌尖蕈状乳头所占百分数较正常人有所减少，但较白塞氏病人则明显为多，经统计学处理，除亚急性系统性红斑狼疮中有一项 P 值 > 0.05 外，其他 P 值均 $< 0.05 \sim 0.01$ ，有显著意义，说明白塞氏病人舌尖蕈状乳头的减少或消失有一定特异性，这就给白塞氏病增加了一项新的体征，在诊断白塞氏病有困难时，可利用此体征作为诊断依据之一，这对现代医学也可有所贡献。

三、舌质的病理切片观察

各种类型舌象在外表上表现各不相同，故在病理切片上也应有相应的发现。目前经过一段时间的探索，发现病理切片下各型舌象也各有特点，对于阐明其形成机制有一定帮助，故病理切片观察是了解病理舌质结构的较理想的研究手段。

（一）几种常见病理舌质的组织学观察

（1）光红舌：舌背粘膜乳头不明显，因而变得较平整。表面覆有3~4层角化不全的细胞，其下方的颗粒细胞层消失不见，棘细胞层增厚至10~16层，其中散在少数棘细胞，见有胞核固缩现象，基底细胞无改变。上皮脚呈不规则地向下增长，多见二、三个相互融合在一起，使得固有层的乳头变长变宽。毛细血管未见改变。

（2）淡白舌：丝状乳头稀疏排列，并且矮小，高达100微米。偶见在其顶端有少量角质组成一树立的轴柱。其余粘膜的表面仅被复一薄层角化不全的细胞。在乳头间的棘细胞多呈空泡变性，胞核着色变浅，或将胞核推向一侧使其变形。同时也见部分棘细胞层增厚至15~17层，基底细胞排列仍然整齐，上皮脚相互融合，固有层乳头变狭变长。

（3）紫莹舌：舌的乳头多见消失，但也偶见较低矮的丝状乳头，致使舌粘膜面变成

不平。基底细胞中可见空泡变性，但胞核多无改变。棘细胞层大部分区域明显增厚至20~26层之多，间见表皮萎缩，颗粒层消失，表面只残留3~4层角化不全的细胞。上皮脚有的不规则地向下生长，或有的消失不见，因而使固有层的乳头也相应的变为不规则。在该层中可见吞噬棕褐色色素颗粒的组织细胞及淋巴细胞浸润。

（二）丝状乳头的变化

（1）乳头肥大：丝状乳头体积增大，显著增高，甚者达0.3~0.4厘米。丝状乳头肥大时，固有层的结缔组织也相应增生，丝状乳头的数目并不增多，上皮的层次也不增多，基底细胞无生长活跃表现，上皮脚也无增生现象。有丝状乳头肥大时，其上的角化丝也增高。肥大的乳头间隙常缩小，造成角化丝过密现象；如有乳头间隙增宽，则常伴有脱屑过多或角化丝倒伏等现象；如角化丝分枝较少或无分枝，则苔虽厚而观之较净；若分枝多或角化丝倒伏，则呈厚腻苔，此种现象常伴有上皮脱屑过多；过多脱屑的细胞积于分枝多或倒伏的角化丝中，如更杂以食物残屑、细菌等物时，则更能加甚肉眼观察时之臃感。

（2）乳头萎缩：乳头萎缩时，乳头矮小，间隙增宽，角化丝也短而稀疏。

（3）乳头融合：丝状乳头变低而平，上皮的基底层有显著增生，层次增多，核分裂多见，上皮脚变长变宽，相互融合，使相邻的乳头失去明显界限，常三三两两相互融合，使舌的表面出现沟纹或裂纹。

（4）乳头消失：可通过乳头间隙加宽，乳头被拉平的方式或上皮脚增生，以相互融合的方式使乳头完全消失。固有层乳头仅存遗迹或完全消失；与此同时，角化丝也不复存在，失去舌背粘膜的特征，形成肉眼所见的光剥镜面舌。

（三）蕈状乳头的变化

蕈状乳头以舌的侧沿及舌尖为多，有时肥大，并高高地突起于舌面，呈基狭顶宽的息肉状；有时排列拥挤，使丝状乳头失去地位。在丝状乳头生长旺盛的舌中，蕈状乳头常显著减少，此时可在镜下发现有角化丝形成的不典型蕈状乳头，可能为中间型乳头。

近舌根或舌体中部的蕈状乳头有时突出于舌面，且形成分枝众多的角化丝，状似松开的毛笔，形成肉眼所见的白色雪花状外形。

（四）上皮细胞的病变

空泡变性：上皮的基底细胞层细胞中，胞浆有空泡变性，其程度不一，有呈小滴状，有呈大滴状，或占整个胞浆而细胞核偏位；细胞核中可见小空泡。严重时此种病变可占上皮各层。

大细胞岛形成：丝状乳头间隙中的上皮棘细胞层细胞体积增大，胞浆空淡，堆集成岛状，核无明显变化。

（五）固有层的病变

炎性细胞浸润：固有层可有炎性细胞浸润，常见的浸润细胞为淋巴细胞及浆细胞；有时也可见多量中性多形核白细胞浸润。此种炎性细胞，除浸润固有层结缔组织外，常渗入上皮各层，甚至渗出于粘膜表面进入口腔。

充血：固有层充血时，毛细血管扩张，管腔中充满红血球；充血的血管随固有层乳头直达上皮层，与口腔仅有1~2层细胞之隔；有时见小血管壁增厚，管腔扩大，但中空无血。

水肿：表现为结缔组织离解疏松。在丝状乳头肥大时，乳头的固有层轴心即现水肿；肌肉间也有水肿而肌纤维分离。

(六) 血瘀证的舌组织学观察

有人^[6]对瘀证舌下络脉的病理组织学进行过研究，从观察结果看可从如下方面认识：

(1) 舌腹面粘膜：临床观察以薄而“透明”，红活而润，有光泽为正常；以晦暗、混浊、变白、干燥发生溃疡、白斑、色素沉着等为异常。从组织学观察，正常的舌腹面粘膜为保护性粘膜，由复层鳞状上皮所覆盖。上皮层较薄，无舌乳头，亦不角化。以舌背前 2/3 的上皮较厚，有舌乳头，且角化完全不同。临近粘膜固有层有一棘层，棘细胞呈多角形，具有细胞间桥，大小均匀，排列整齐。粘膜固有层较薄，乳头短而数多，有弹力纤维和少量胶原纤维；粘膜下层多不明显。肌层是由相互交织的横纹肌束所组成，其结缔组织与粘膜固有层、粘膜下层相延续。舌腹面粘膜在瘀证时的主要变化是混浊与变白。其主要病理变化，一是粘膜上皮表层细胞出现轻度角化，细胞体变成扁平，细胞核消失，多层压缩在一起形成无生命的鳞状结构；二是有些病例棘细胞层增厚，棘细胞肿胀，细胞核固缩及核周围空隙形成出现空泡，细胞间隙增宽，细胞间桥消失。

(2) 舌质色泽：从舌腹面观察舌质较从舌背观察容易，因为没有舌乳头的覆盖。正常的舌质，从舌腹面观之，红活鲜润，给人以“透明”感，尤以青少年为明显。异常时可见绛、紫、青、淡、苍老、污浊、晦暗，失去红活鲜润感。晦暗偏紫的舌质常见于瘀证。另外，随年龄老化舌质的红活感亦随之降低，逐渐偏于晦暗。瘀证舌质的组织学观察主要为微静脉及小静脉的瘀血扩张，乃至静脉系统的压力增高。本组 8 例严重瘀证有 4 例见此变化，另外 4 例可见慢性炎细胞浸润，如淋巴细胞、浆细胞、肥大细胞等。

(3) 瘀血丝（或称细络瘀血）：临床观察分为三种类型：细网状瘀血丝、树枝状瘀血丝、襻状瘀血丝。正常时不见或仅见少量的细网状瘀血丝；瘀证时可见多量的细网状瘀血丝或树枝状、襻状瘀血丝。从组织学观察，正常的粘膜固有层有血管丛，但毛细血管、微静脉及小静脉的血管内皮细胞不肥大增生，管腔不扩大，亦无血液的充盈瘀滞。瘀证时可见毛细血管、微静脉及小静脉的瘀血扩张，红细胞聚积，电镜下可见血管内皮细胞的肥大增生，管腔内红细胞充盈，与瘀证的微循环障碍相一致。一般网状瘀血丝为毛细血管充血，常见于炎症；树枝状、襻状瘀血丝则为微静脉及小静脉的瘀血，是血瘀辨证中的重要见证。

(4) 瘀血颗粒：为见于舌腹面粘膜下的一些圆形紫色的微小颗粒，与现代医学所称的鱼子酱舌相一致。正常较少见，常见于瘀证，8 例中有 5 例见此舌。组织学观察为伸入粘膜层的扩张的毛细血管，常见有血管内皮细胞的肥大增生，管腔内可见红细胞。现代医学认为它与血中维生素 C 水平降低、血管周围弹力纤维减弱有关。我们观察除老年瘀证外，亦见于老年前期甚至壮年期的瘀证患者。

(5) 瘀点瘀斑：临床观察在 1~5 毫米直径间的点状粘膜下出血为瘀点，5~50 毫米直径间的斑片状粘膜下出血为瘀斑。瘀点与瘀斑在粘膜下新鲜时呈红色、紫红，陈旧后呈褐色、黄色不等。常人有时因咀嚼损伤仅见有少许外伤性出血灶，异常时可见点状斑片状出血。组织学观察常为漏出性或破绽性出血，多量红细胞出现在血管外，主要见于瘀证，常因血管通透性增强所致，有的可见含铁血黄素的沉积。

(6) 舌下络脉：根据中国中西医结合研究会四诊学术会议提出的标准，正常的舌下

络脉长为舌下肉阜至舌尖的 3/5 以内，呈线状或条状，分支少，不饱满；异常时超过 3/5，宽度超过 2.7 毫米，有时可达 5~15 毫米。从组织学观察有三种类型，柱状多分支、迂曲盘旋、葡萄串囊泡状。静脉内充盈饱满、呈青黑色。瘀证时多见有舌下络脉粗张，有时直达舌尖。通过解剖观察它是扩张的舌深静脉、舌尖静脉与其属支。

总之，肉眼观察可见舌质紫暗，舌腹面粘膜混浊，有瘀血丝、瘀血颗粒、瘀斑瘀点，舌下络脉扩张。光镜下见毛细血管、微小静脉扩张瘀血，粘膜上皮及棘层细胞增厚、核固缩，毛细血管内皮肥大细胞增生，腔内红细胞充盈，通透性增加。电镜观察见有微循环障碍表现，血管内皮细胞肥大增生，管腔内红细胞聚集，管腔外渗血、肥大细胞浸润等，提示舌下络脉的改变为血瘀证的一个指标。

(七) 舌组织的电镜观察

最近国外有应用电子显微镜来检查舌的组织学变化，有的是比较各种舌乳头在电子显微镜下的异同^[7]。

由于其放大倍数较高，可以发现一些过去未予注意的结构，如马氏等用电子显微镜检查正常人舌组织，发现在舌根部轮廓样乳头之旁，隐窝的底部有纤毛细胞的存在，这在高等动物的口腔里发现纤毛细胞还是头一次。其作用可能是清洁轮廓样乳头的隐窝等处，使味觉保持正常^[8]。

法门对大鼠舌面丝状乳头的角化情况作了仔细观察，发现丝状乳头前后面的角化情况不一样，是由不同的硬角蛋白或软角蛋白组成。在电子显微镜下，其超微结构也不相同，产生软角蛋白的上皮有一层含明显透明角质颗粒的“粒层”，而产生硬角蛋白的上皮却没有“粒层”，不过有明显的合并的张力丝束，此束向上逐渐增大，到角化层即取代了所有其他结构^[9]。

亨克斯等检查一种局灶性舌上皮增生病，见到其中有一些病毒颗粒存在，故认为此病的病因可能与病毒感染有关^[10]。

赛米等用电子显微镜检查了地图舌（良性游走性舌炎）患者的组织切片，发现其感觉神经病变与舌上皮的基板之间有紧密关系，他们认为地图舌的某些病理学及组织学改变类似银屑病^[11]。

温斯多等用电子显微镜检查小鼠的丝状乳头角蛋白体的形成及其酶的活力，他们认为角蛋白体（Keratinosome）产生于高尔基膜系，并带有酸性磷酸酶，丝状乳头的颗粒层和角化层细胞之间的物质，即由角蛋白体产生^[12]。

近年来扫描电子显微镜有很大发展，尤其对研究舌表面的结构，扫描电子显微镜有其独到之处，因此最近有些研究舌表面乳头的文献报道。如城崎用扫描电子显微镜检查了正常人、胎儿和动物的舌表面，发现动物和人的舌乳头形态有所不同，但乳头各种上皮细胞的形状与细胞间结合的形态相似；人类舌丝状乳头的发育，在胎儿三个月始形成，至 5 个月接近成人，胎儿期舌表面口腔内无细菌附着。成人看到表层角化剥离，并附有各种口腔细菌；病态的舌上皮细胞角化剥离至深层，乳头部似菜花状，各乳头间部分细胞间隙也互相分离成凹陷状，口腔内细菌大量增殖^[13]。

有人比较了 1 例正常舌和 1 例舌恶性溃疡引起的黑毛舌的扫描电子显微镜改变，证实丝状乳头变长形成的黑毛是因为角化层堆积呈鱼鳞状排列所致，其表面很不规则，在角化层之间互相贴近，并有许多真菌、细菌和散片。斯维它等也研究了 1 例 67 岁妇女具

有“毛舌”的丝状乳头毛样变化的超微结构，见到人舌毛发样变是舌丝状乳头不正常延长的次级乳头所造成。这些上皮细胞的排列类似屋瓦状排列而层层堆积，因此种角化细胞部分粘连，部分是分离的，它们从毛的核心突出来，而不易脱落，故成长成为毛样^[14]。

阿维森用扫描电子显微镜专门研究了人和猴的蕈状乳头，见人的味蕾有大的细胞突出，而猴子则无。几乎有一半蕈状乳头可见味孔，一个乳头上的味孔可多至三个。大的味孔内可见微绒毛，这是过去从未报告的^[15]。

武藤等用扫描电子显微镜检查小鼠舌乳头的发育状况。在出生时丝状乳头和蕈状乳头的分化不明显，但可以区别出丝状、蕈状、叶状和轮廓样4种乳头，而且不同部位的丝状乳头的形态也不同。出生后第8天，丝状乳头和蕈状乳头明显分化。出生后14~18天才逐渐变化成为一般所见的形态，丝状乳头的上端变尖锐，且倾向后方，蕈状乳头上中央有一个味孔，形成小窝^[16]。

赫姆等用扫描电子显微镜、放射自显影及位相显微镜等研究小鼠的丝状乳头结构，发现丝状乳头的细胞组织排列得非常规则。每个丝状乳头各由两个主要细胞柱和两个小细胞柱所形成^[17]。

四、舌象色度学研究^[18~20]

应用色度学原理，按照国际照明委员会(CIE)标准，天津张伯礼等研制了“舌象检查仪”，并以色度学参数反映舌象，为舌象研究提供了客观的规范化数据。

(一) 各种舌色的色度学特征

舌色不同，色度学参数便不相同，其间差异非常显著，显示了各种舌色的色度学特征。

淡红舌的三刺激值分别为 19.02 ± 1.99 、 17.92 ± 1.46 、 17.74 ± 2.25 。淡白舌和淡紫舌与淡红舌比较，其X值低而Z值高，两者间Y值差别显著。

红舌的三刺激值均较淡红舌低，暗红舌和暗紫舌又都比红舌低。

各种舌质的主色调及色调饱和度也有明显区别。 a^* 正值反映红色调饱和度， a^* 值越高，红色越多。检测结果表明， a^* 值暗红舌最高，为 10.00 ± 2.44 ；红舌次之，为 9.62 ± 2.87 ；淡红舌为 7.67 ± 1.88 ；淡白舌最低，仅为 4.52 ± 2.22 。

b^* 负值反映蓝色调饱和度， b^* 值越小，蓝色越多。检测结果表明，暗紫舌和淡紫舌 b^* 值最低，分别为 4.54 ± 1.91 和 4.58 ± 2.31 。

再从明度参数 L^* 值来看， L^* 值越大，明度越高，也越接近白色。淡白舌的 L^* 值最高，为 50.47 ± 2.18 ；而暗紫舌和暗红舌的 L^* 值最低，分别为 45.51 ± 2.03 和 44.36 和 5.14 。所以看出 L^* 值是判断舌质明亮或晦暗的一个重要参数。

ΔE^* 反映了每种舌质颜色与标准白板颜色总的差异。暗红舌、暗紫舌及红舌 ΔE^* 值高，淡白舌、淡紫舌 ΔE^* 值低，与 L^* 值呈现了负相关的变化。

(二) 苔厚指数的测定^[20]

舌苔有无及其厚或薄常常是评价疾病严重程度、疾病转归、病程长短等重要临床体征之一。本项研究的计算方法：苔厚指数 = (舌质 a^* - 舌苔 a^*) / 舌质 a^* ，能比较客观化、定量化地反映舌苔的厚度。对薄苔、厚苔和少苔三种仅占据很小的范围，不易于对各种病理舌象进行定量分型，但若采用CIE推荐的匀色空间坐标(L^* 、 a^* 、 b^*)表示，则人体常见的多种病理性舌象存在各自特有的色度学特征，这为临床察舌提供了一种定

量化、客观化的诊断依据。

由于舌质的基本色调为红色，因此舌苔的厚薄基本决定了所显露的 a^* 值大小。该研究通过随机抽样统计，三者作比较，厚苔苔厚指数为 0.83 ± 0.12 ，薄苔为 0.31 ± 0.19 ，少苔（光剥苔）为 0.18 ± 0.15 ，统计学有非常显著性差异。由于舌质的基本色调为红色调，而舌苔厚薄决定舌苔 a^* 值的大小，故采用该方法可较为客观地计算各种舌苔的厚薄。

五、微量元素代谢与舌象关系的研究

微量元素代谢紊乱同多种疾病密切相关。有人^[21]用原子吸收光谱法测定病人舌苔和血清中的锌、铜、铁含量作为指标，进行了定量分析，结果发现：

正常人是白薄舌苔，脾阳虚病人是白苔，前者的锌、铁含量明显高于后者，这反映出白苔的非病理与病理性的差异。湿热内蕴型病人是黄苔，脾阳虚病人是白苔，两种不同舌苔的中医病理属性不同，前者主热，后者主寒，两种不同病理属性的舌苔，在锌、铁等微量元素含量间比较，有明显的差异性。这种差异性在白、黄苔区别点的一种表现。

正常人舌苔白薄，而微量元素的含量确明显高于病人的白薄苔，也高于病人的黄薄苔者，说明舌苔的薄与厚和微量元素含量的多少之间，呈反比的关系。也说明正常人的舌苔比病人的舌苔微量元素含量明显地高。

无论白苔或黄苔病人，舌苔中的微量元素锌、铜、铁含量均较正常人低，而锰含量则较正常人高。随着舌苔微量元素含量的改变，舌苔荧光舌象发生率亦见有相应的变化，与正常人比较，白苔病人和黄苔病人的红色荧光舌象发生率均下降，白色荧光舌象发生率均上升。

白苔和黄苔反映了人体病理机制的不同和临床诊断的各异。我们观察的白苔病人系阳虚证患者，而黄苔病人为湿热内阻（以热为主）的患者。两种不同病理属性的舌苔和证型，从其微量元素含量和舌苔荧光舌象变化的差异性上得到了佐证。

有人^[22]对血瘀证的青紫舌进行了微量元素的检测，发现血清铜、铁、锰含量升高，尤以血清铜升高显著（ $P < 0.01$ ），血清锌含量降低，提示锌降，铜升同舌下脉所示瘀血证的病理变化存在着内在联系，而补锌、降铜可能是治疗这类疾病的有效手段，通过调整血清微量元素的代谢紊乱状态，能纠正某些病理变化，从而起到有效的治疗作用，其机制尚待进一步探索。

微量元素的代谢与舌象的关系尚需做大量的工作以确定其内在的特异性的相关性。

六、舌象的血液流变学研究

一般讲来，血液流变学是研究血液的流动性质和凝固性质、血液有形成分，主要是红细胞的粘弹性和变形以及心脏、血管的粘弹性的科学。

（一）常用指标及正常值

血液流变性研究目前在临床主要测定血球压积（正常值：男 $43 \pm 4\%$ ；女 $37 \pm 3\%$ ）、血浆粘度（正常值：1.45~1.86）、全血粘度（正常值：男 4.2 ± 0.4 ；女 3.6 ± 0.3 ）、纤维蛋白原（正常值：200~500 毫克%）、红细胞电泳时间（正常值：15~18.5 秒）、血沉（正常值：男 < 18 ；女 < 28 毫米/小时）等 6 项指标。有人^[23]对 112 例青紫舌与非紫舌进行血液流变学的对照观察，发现青紫舌的血液流变性异常，表现为血液粘滞度偏高。

（二）常见病理舌象的血液流变学改变

典型淡白、红绛、青紫舌质的病人，在清晨 8 时抽血，测血液流变性 6 项指标结果

发现：血球压积异常以淡白舌最为显著，且以低下为主，占 91%；红绛舌低下者也不少，占 68.2%，但无高于正常者；青紫舌血球压积低下者仅占三分之一，而有 20% 高于正常。血浆粘度降低也以淡白舌最明显，红绛舌最少；而血浆粘度升高者仅见于红绛舌(9.1%)，不见于淡白及青紫舌。全血粘度降低，最多见于淡白舌，占 91%，升高者则以青紫舌最多，占三分之一。纤维蛋白原与红细胞电泳时间三组无明显差别。血沉率虽以淡白舌增快最多，但其差别不如血球压积及全血粘度为显著。

中国医学科学院^[24]曾用血流测量仪测量淡红、淡暗、暗红 3 种舌质的舌浅表血流量，结果淡红舌血流量最大，暗红舌次之，淡暗舌最小。因而实质上暗红舌也与舌蕈状乳头内微循环灌注不足有关。

有人^[25]对 300 例患者的舌象分布的分析表明，暗红舌多出现于消化系统疾病、脾气虚者和 40 岁以上的患者。实验观察表明，暗红舌者的血液微循环优于青紫舌者而劣于淡红舌者；暗红舌者的各项血液流变学指标也异于正常，但较青紫舌者变化为轻。

这些测定结果对解释各种舌质的形成可有参考意义。例如淡白舌在中医辨证多为气血两虚及阳虚寒湿，多见于贫血及血浆蛋白低下的患者，本组病人的红细胞计数均较低下，多在 200 万/立方毫米左右。血红蛋白也低，因而在血球压积这一指标上可明显反映出来，有 20 例(91%) 低于正常值，与红绛舌及青紫舌组相比， $P < 0.1 \sim 0.001$ ，差异非常显著。除了贫血，该组病人血浆蛋白也多低下，造成血浆粘度下降，低于正常值者达 59.1%，在 3 组中最显著。其均数也为 3 组中最低，与红绛舌组有显著差异， $P < 0.05$ 。由于血球压积及血浆粘度均低，淡白舌患者的全血粘度也明显降低，与余 2 组相比， $P < 0.01 \sim 0.001$ 。淡白舌患者的血沉，无论男女，均明显增速，与青紫舌组有非常显著差异。由上可见，淡白舌患者血液中的红细胞等有形成分以及血浆蛋白均有降低，使血液稀释，颜色变淡，血液粘度下降，血浆渗透压降低，致使舌质呈现淡白，舌体浮胖而娇嫩。

红绛舌中医辨证多为热证，多见于肺炎、肺脓疡、胰腺炎等炎症感染及亚急性红斑狼疮活动期伴有发热之患者。有人指出红绛舌是舌组织的毛细血管极度充血的表现，认为可能和血液高凝状态有关，并提出可将绛舌作为弥漫性血管内凝血的早期诊断的参考指标(《新中医》，3: 8, 1977)。我们的测定结果也有部分与之相符合。本组血浆粘度在 3 组中最高，且有 9.1% 高于正常，与淡白、青紫舌组相比，均有显著差异， $P < 0.05$ 。红绛舌组纤维蛋白原高于正常者占 45.5%，高于余 2 组，其平均值与青紫舌组相比， $P < 0.05$ ，有显著差异，与淡白舌组则无差异。红绛舌组虽然血浆粘度及纤维蛋白原增高，但全血粘度却不是最高，介于淡白舌与青紫舌组之间，除女性与青紫舌相比 $P > 0.05$ 外，余均 $< 0.05 \sim 0.01$ ，有显著差异，且其均值也低于正常人组。值得注意的是不论是男性和女性的血球压积均明显低于青紫舌组及健康人组。最近日本有人应用圆锥平板式回转粘度计测定了 43 例各种急性炎症患者的血液粘度和血球压积，同样观察到急性炎症患者的血球压积和血液粘度低于健康人(《脉管学》，17 (1): 99, 1977)。国内徐州地区医院等对流行性出血热患者的血液粘度和血球压积等血液流变学指标进行测定，发现流行性出血热患者的血液粘度和血球压积在发热期明显低于健康人，而在低血压期则明显高于健康人组。由此可见，血液粘度和血球压积的下降，可能是与炎症发热有关的一种机体防御反应，人体对炎症感染势必动员一切抗体以消灭之，自动调节使血液粘度下降，使血浆中之抗体及补体等物质则大量增加，导致血浆粘度上升，我们的测定结果与其他单位

的经验也相一致，并认为这是一个很有意义的发现。

青紫舌中医辨证多属热极、寒盛及瘀血。热极者舌色多深紫，慢性病引起者多为淡紫色，或呈瘀斑状。从测定结果看来，青紫舌组血球压积、全血粘度、红细胞电泳时间均属最高。血浆粘度与淡白舌组相仿，低于红绛舌组。纤维蛋白原量在三组中最低，但仅与红绛舌组有显著差异。血沉也属三组中最慢者，与淡白舌组有显著差异。一般认为青紫舌主要因静脉瘀血（包括上腔静脉及门静脉）使血流缓慢，使血中还原血色素比例相对增高所致，血液的全血粘度和血球压积的增高，也使血流相对缓慢，有助于舌现青紫。

综上所述，血液流变学这一现代科学方法对阐明各种舌质的形成原理确有一定价值，并值得进一步加以深入探索，以取得更有价值的资料来阐明一些中医基本理论问题^[26]。

七、舌象与血浆内皮素-1含量的关系

上海中医药大学附属龙华医院^[27]对48例高血压病患者血浆ET-1进行了检测，结果发现，48例高血压病患者血浆ET-1含量明显高于健康对照组（ $P < 0.01$ ）。其中红绛舌组高于青紫舌组、淡红舌组、对照组（ $P < 0.01$ ），青紫舌组高于淡红舌组、对照组（ $P < 0.01$ ），淡红舌组高于对照组（ $P < 0.01$ ），且从淡红舌组、青紫舌组、红绛舌组看，各组血浆ET-1含量呈逐渐增高趋势。内皮素是新发现的一种由内皮细胞合成的生物活性肽，是目前所知最强的缩血管物质。在原发性高血压病患者中，其血浆ET-1的含量显著高于健康者，这与笔者观察的结果一致，且可监测高血压病的严重程度，笔者通过观察高血压病患者的舌象，分组测定其血浆ET-1含量，发现从淡红舌组、青紫舌组到红绛舌组，各组血浆ET-1均较正常对照组高，且呈逐渐增高趋势。

中医认为，高血压病初起多为肝阳上亢、肝风内动，日久，一者损及肝肾之阴，可致阴虚阳亢，渐而阴损及阳，以致阴阳两虚；二者肝阳化火，热入营血，血热互结，血为之瘀结，而成瘀血之症。在高血压病中，若见红绛舌，多为阴虚阳亢之症，青紫舌多为瘀血之症，淡红舌多为阳亢或阴损及阳之症。由此可见，高血压病患者虽然其血浆ET-1可见升高，但在不同的舌象中，其增高的幅度并不一样，红绛舌增高幅度最大，淡红舌最低，青紫舌居中，这可能与各种舌象所主的病机有关。由此测定血浆ET-1，可帮助对高血压病进行中医辨证，但其与高血压病的中医辨证分型的关系，还有待于进一步观察总结。

八、舌色与 α -颗粒膜蛋白的关系

黄柳华等^[28]对137例老年脑血管病患者的血小板 α -颗粒膜蛋白（GMP-140）进行了观察，结果表明：GMP-140与老年脑血管病属性、年龄期、病期的关系：梗死组各年龄期、各病期与出血组老年期各病期的GMP-140明显高于正常组，有显著差异（ $P < 0.001$ 或 0.05 ）。出血组老年前期各病期与正常组比较差异不明显（ $P > 0.05$ ），但与梗死组老年前期各病期相比有显著差异（ $P < 0.05$ 或 0.001 ）。另外，两组各病期组间相比均无显著差异（ $P > 0.05$ ）。梗死组各年龄期组间相比无差异变化，而出血组各年龄期组间相比有显著差异（ $P < 0.05$ ）。

GMP-140与老年脑血管病舌色变化的关系：脑梗死组中淡、红、紫3种舌色GMP-140呈递增性改变，且紫舌与淡舌、红舌与淡舌相比，均有显著差异（ $P < 0.001$ 或 < 0.05 ）；脑出血组中红、紫、绛3种舌色GMP-140也呈递增性改变，且绛舌与红舌、绛

舌与紫舌相比也均有显著差异 ($P < 0.05$)。红舌、紫舌各组组间相比,均显示有显著差异 ($P < 0.05$)。

血小板活化因子之一的 GMP-140 可特异地、敏感地直接显示体内血小板激活或破坏程度,通过本研究发现,梗塞组各年龄期、各病期与出血组老年期各病期的 GMP-140 明显高于健康对照组,且两组紫舌 GMP-140 均明显升高,证实体内血小板激活,促进血小板粘附、聚集、释放反应,使血流缓慢,组织缺氧,反映在舌象的病理形态学改变,可出现紫色征象,紫舌程度可能与 GMP-140 含量变化直接相关。脑梗死患者可能存在某些分子遗传缺陷,易出现高凝状态或纤溶功能障碍。这方面因素可能是导致脑梗死体内血小板破坏程度一般要高于脑出血的原因之一,本组病例在舌色改变上同样显示梗死组紫舌的 GMP-140 值、紫舌统计例次均明显高于出血组。

现代研究认为老年脑血管病大多共有动脉粥样硬化的基本病理改变,随着增龄、动脉粥样硬化程度越来越高,动脉壁内皮细胞损伤可直接影响血小板活化反应,而血小板反应性增高又是血栓倾向和加速动脉粥样硬化及微血管病变的一个重要因素。所以两组的老年期共同显示 GMP-140 升高,与健康对照组相比有显著差异。另外出血组老年前期的 GMP-140 变化与健康对照组相比差异不明显,更说明其体内血小板破坏程度有别于老年期患者,提醒这类患者要慎用活血化瘀或抗血小板活性的中西药物。

根据脑血管病的中医病因病机,结合人到老年所形成的因瘀致虚,因虚致瘀的病理因果转化关系,当卒中发生后必然会产生一系列脏腑气血功能逆乱的变化,舌象亦随之而改变,所以在 GMP-140 的检测中所出现两组舌色的递增性改变,说明这是一个很有意义的量化指标。红舌、紫舌两组组间相比有显著差异,进一步证实梗死组的血瘀等病理改变要重于出血组。

通过以上分析,笔者认为,检测 GMP-140 有助于老年脑血管病病理舌质形成机理的定性定量研究,对合理使用活血化瘀和抗血小板活性药物也有一定的临床意义。

九、舌诊检测仪器研制及应用

舌诊客观化研究一直是中医界十分关注的课题。近些年来,不少单位开展了舌诊客观化研究,并研制了多种舌诊检测仪器,国家科委还将《舌诊检测仪器研制》列为“七·五”国家重点攻关课题,有力地促进了这一领域研究的进展,取得了一定的成绩和进步。现将中医舌诊检测仪器研制及应用作一概述。

(一) 舌象摄影仪

由天津中医学院中医工程研究所研制,并获得国家专利授权。用于临床舌象的拍摄记录。该仪器集照相机、增倍镜、光源、电源及支架于一体,仪器小巧轻便,重仅 1 千克,可随身携带。它采用近距离摄影的方法,拍摄出的舌象照片构图合理,形色真实,立体感强,符合自然。由于景深较长,口腔底及舌根的图象清晰逼真。同时还克服了用其它仪器和方法拍摄舌象照片的种种缺陷。天津中医学院中医工程研究所用该仪器所拍摄的数千幅照片及编著的《舌诊图谱》受到国内外专家的称赞。

(二) 舌体测量器

由河北省医学科学院等单位试制。用于临床正常舌体及肿胀、瘦瘪舌体的客观记录。检测方法是让患者伸出舌体,测量舌体中 1/3 最宽和最厚处的幅度。计算方法是舌体宽度和厚度相加,除以体表面积得出此值。并对 518 例人群进行了检测,认为此值 > 0.10

者为肿胀舌，此值 <0.10 者为瘦瘪舌。作者还报道了正常人舌体正常值及异常舌体的变化范围。

（三）舌津液测定仪

由天津中医学院中医工程研究所研制，并获得国家专利授权。用于临床舌表面津液的测定，为中医临床舌象的干湿润燥的辨证提供客观检测指标。

该仪器依据不平衡电桥原理设计而成，仪器测量传感器为插楔式镀金梳形电极板，测量一次即更换电极板，换下的电极板可采用通常的消毒灭菌方法处理。测量数据由数码显示，测量精度高，重复性好，误差 $\leq 0.5\%$ 。

应用该仪器对 753 例人群进行了检测，总结了检测方法和正常值范围，并探索了舌面津液的影响因素，为中医温病诊治及津液辨证提供了客观化的测量仪器。

（四）舌表浅血流量测量仪

由北京中日友好医院临床医学研究所研制。该仪器根据温差电动势原理研制，由探头、恒流电源和数字电压表等部分组成。测量时将圆形测头置于舌体前尖部，记录接触后 1.5~2.5 分钟间的温差电动势变化，以产生相同温差电动势变化的模型水流量（毫升/秒）表示血流量。

作者应用该仪器进行儿童肾炎舌浅表血流量及动物内脏浅表血流量观察，说明该仪器可以从宏观上定量地反映舌及脏器表面微循环状态。

（五）舌诊比色板

侯浚等参照解放军总医院中医科的舌色板改制成 33 色的舌诊比色板，分为淡白、淡红、红绛、红紫、淡紫及青紫 6 类。使用时用比色板和受检者舌质颜色对比，确定相应的舌色，记录比色板分组分级的相应号码。这种舌诊检查方法记录舌质颜色比传统眼睛望舌、文字描述要客观准确得多，且便于治疗前后的自身对照。缺点是比色板的色度和舌色不能完全吻合，且缺乏活体光泽。

（六）舌象检查仪

国内自 70 年代末就开始进行舌象检查仪器的研制。上海华山医院与上海医疗器械研究所首先尝试应用汞灯做光源，激发出荧光再经单色分光的原理研制舌色检查仪；中国科学院物理所等单位采用舌质光谱分析原理研制物理舌诊仪。在“七·五”攻关课题组中，天津、上海、湖北、江苏等省市有关单位分别研制了数种根据不同测色原理而设计的舌色检查仪器。

其中由天津中医学院中医工程研究所和沈阳仪器仪表工艺研究所共同研制的《舌色测色仪》于 1988 年通过国家中医管理局主持的专家技术鉴定，并获得国家专利授权，批量生产。

该舌色测色仪是应用色度学原理，模拟人眼的标准观察条件来检测人舌质和舌苔颜色。该仪器提供包括舌色的舌调、色饱和度及明度的 12 项色度学参数及参考舌色诊断结果。仪器由小型光纤传感测头和仪器箱组成。照明接收条件为 $0/45$ ；采用修正的 D65 光源照明；按 2° 视场 XYZ 系统测定舌色和苔色；测量面积为 $\phi=5$ 毫米；测色方式采用积分型；修正滤光器由步进电机驱动。其测试条件均符合 CIE 规定的测色标准。

该仪器测量精度高，对测试环境无特殊要求。鉴定专家们认为：该仪器作为以色度学原理为基础的舌色测定仪属国内外首创；应用光纤小型测头技术，居国内领先地位；作

为光电积分式测色仪器，达到 80 年代国际水平。

应用该仪器对 557 例健康人和 766 例患者进行舌象检测，所得舌色诊断结果和目视诊断平均符合率达到 85% 以上。并总结了各种舌质和舌苔的色度学特征及变化规律，确定了各种舌象在色度图中的位置范围，为舌诊定量研究提供了可靠的数据，对舌诊客观化、规范化研究及国际间学术交流有重要意义。

（七）计算机舌象识别系统

为国家“七·五”重点攻关课题，由安徽中医学院等单位完成，并于 1990 年通过专家技术鉴定。中国中医研究院西苑医院与清华大学合作，同期也进行了相近的研究，91 年通过专家技术鉴定。

上述的舌诊检测仪器都是针对舌诊某一特定信息，缺乏中医辨证过程中所需要的舌诊的综合信息。另外，这些仪器都是接触式测量，对舌诊的结果有一定的影响。

计算机舌象识别系统是在中医基础理论指导下，运用近年发展起来的计算机图像识别技术等先进的科学方法，以摄像机代替人眼，将舌诊的综合信息如舌形、舌态、舌质、舌苔等内容直接转化为电视图像输入计算机，处理后再转化成数字图像，除实时显示出清晰、标准的舌象外，同时报告出各种色度学参数和关系图像，在中医舌诊专家系统参与下做出各种舌象的定性及定量诊断。

应用这一系统对较大样本的健康人和患者的舌象进行检测，有较高的临床结合率，并可对舌裂进行定性和定量分析，可满足临床实用的要求，为中医舌诊的临床、教学、科研提供了先进的可靠的检测方法和数据。

专家们认为，这项研究填补了国内外的空白，图像识别技术达到国际先进水平，是舌诊客观化研究所取得的突破性进展。

如上所述，舌诊检测仪器的研制及应用取得了长足的进步，这些工作丰富于舌诊研究内容，提高了舌诊诊断工作的水平，促进了舌诊学术的发展。同时，也需要指出这一研究领域明显存在着缺陷与不足。

这些问题应当引起有关部门和单位的重视，并切实加以改进，以使中医诊断仪器的研究能健康地发展，以更好地促进中医学术进步，造福人类^[29]。

十、舌象的动物实验研究

（一）国外的研究

国外有不少文献报道用动物实验来研究舌象的变化，以证实某些营养物质缺乏对舌苔的影响。最早有以缺乏维生素 B 族的食物喂狗，可产生与人类相似的癞皮病，称为狗癞皮病。继之研究人和狗在发生癞皮病时舌的变化，并作对比观察，认为有相似的变化^[30]。

以后有人用低维生素 B 的食物喂小白鼠，迅即出现光滑舌及乳头萎缩，因此他们认为人的光滑萎缩舌，大多也由于缺乏维生素 B 族所致^[31]。

若以缺乏泛酸饮食饲养老鼠，可使发生舌乳头角化过度及溃疡。若饲以缺乏蛋白质的食物，则可致舌上皮萎缩^[32]。

以后更进一步用狗做动物实验，在食物中把各种 B 族维生素分别开来，制成缺乏某一种维生素 B 的舌病变，然后即给予该维生素以观察舌病变的恢复，继之再在食物中抽出该维生素，再造成病变的急性发作，如此反复多次，以证实此病变确由该维生素缺乏

所致。他们分别制成了缺乏烟草酸、核黄素、维生素 B₆、叶酸及泛酸的动物模型，每日观察记录其舌粘膜的变化，包括肉眼观，放大镜观（×10 倍），偶尔也用舌活体组织切片作显微镜观察^[33]。

（二）几种中医典型舌象的动物造模

1. 气虚舌象和阴虚舌象的造模方法 上海第二医学院附属瑞金医院舌象研究小组^[34]曾进行动物实验，兹把他们的结果介绍于下：

实验方法：家兔 17 只，体重在 1.7~2.5 千克之间，分为 3 组：甲组 5 只为正常对照组，乙组 5 只为气虚组，丙组 7 只为阴虚组。气虚模型通过人工慢性放血而造成。每日由耳动脉、耳静脉或心脏放血 10 毫升左右，不使用任何其他破坏血液有形物质或造血系统功能性的药物。贫血的程度，以定期作红细胞计数，血色素测定，网织红细胞、新生红细胞及血清蛋白等检验确定。气虚的指标，则根据临床症状如体温、脉搏、呼吸、体重、大小便、肢体温度、毛发光泽度及脱落情况、角膜及睑膜光泽度、精神状态以及舌象变化等来衡量。

阴虚模型则通过人工高位小肠侧瘻而造成。化验则着重血清氯、钠、钾的测定，蛋白定量，红细胞计数及压积等；临床观察，则以上述的症状及舌象为主。

舌象观察约为 3 天 1 次，在硫苯妥钠静脉内麻醉或乙醚吸入麻醉下进行，包括肉眼观察及镜检观察；肉眼观察重点在舌质，舌体、舌苔及湿润度等；镜检观察则着重在舌尖、舌中、舌边的丝状乳头，蕈状乳头及其间质的变化。动物死亡之后，根据需要及条件作尸体解剖，但所有舌皆作病理切片检查，方法为：通过舌体中部作“十”字形切片，取组织 4 块，作苏木素-伊红染色。在实验后阶段，动物饮食基本固定，每天给予新鲜青菜 250 克，小麦 25 克，由于阴虚兔因大量漏液濒于死亡，为延长其生命计，增加少量水份；气虚兔中，仅有 2 只在模型已造成功后（乳头已见萎缩），为证实乳头进一步消失与维生素的关系，曾停止青菜而单纯饲以小麦 50 克 3 天。用肛表量体温，听心跳以知脉搏，肢体温度以耳根温度为准，大小便用特殊装置使其分开，不致互相影响，肠瘻的液体测量，根据换药前后敷料重量之差为计算标准。

2. 正常兔舌象指标测定 根据对 5 只正常兔临床观察 4~6 天的结果：肛门体温在 38~39.8℃ 之间，心跳每分钟在 88~138 次之间；24 小时大便量在 1.5~3.5 克之间，大便基本上呈圆形，颜色为深褐；小便色黄，中等度混浊，量的变化较大，24 小时总量在 50~160 毫升之间，但大多在 100 毫升左右；角膜光泽，眼睑膜无充血，无溃疡；肢体温暖，肌肉张力强，精神状态都很活泼。5 只兔血液化验结果：红细胞在 420~551 万之间，白细胞在 8800~12300 之间，网织红细胞 0.6%~2.1%，红细胞压积在 31.5%~42.5% 之间，血清氯在 103~105 毫克当量/立升，钠在 144~144.5 毫克当量/立升，钾在 3.25~4.1 毫克当量/立升；血清总蛋白 5.41~7.22 克，白蛋白 3.88~5.18 克，球蛋白 1.53~2.23 克，白蛋白与球蛋白的比例为 2.02~2.54:1。5 只正常兔舌象观察方面：从大体上看，在自然光线下，舌质的色泽皆为淡红色，微带紫色；舌体正常，不胖不瘦，湿润，酸碱度测定 pH>7，舌苔如同一层具有银灰色反光的薄绒毛，厚薄度近于薄白苔，均匀满布于舌尖、中、根、边各部。从镜检上看，丝状乳头为数极多，排列极为整齐，形态如尖刀山之状。蕈状乳头数目较少，无一定排列，多集中在舌尖部及舌尖背面，舌中与舌边较少，形态与小圆纽扣相似，包膜突起，并透明，乳头内血管细，色红，呈放射状，舌

边未见有特殊状态的叶状乳头，皆为丝状乳头组成；与人的舌比较尚有一特异者，即乳头的分布不仅见于舌背部，并见于舌边的腹侧四周，约有 0.3 厘米的宽度，仿佛镶有一条花边一样。正常兔舌粘膜的组织学：正常兔之舌粘膜表层与人类舌粘膜的表层结构类似，为复层鳞状上皮组成，表层细胞显著角化，表皮以一定间隔向表面突起，形成乳头，在丝状乳头的顶端有角化细胞组成的角化丝；蕈状乳头体积较大，顶端钝圆，常无角化丝形成，表皮下结缔组织在表皮乳头相应处形成结缔组织乳头，其中有血管，淋巴管及神经等组织分布，结缔组织中无炎性细胞浸润。

3. 气虚舌象组实验结果 本组实验兔 5 只，自放血开始到死亡，总共经过约 40 天，放血累积量达到 241.5~352 毫升之间，网织红细胞都有上升，一般为 7.5%，最高者为 28.8%，新生红细胞如裸核，多色性正常母红细胞等，都可见于放血后，红细胞压积下降约在 20%~30% 之间，临床观察，睑睫膜显著苍白。

根据放血方法及放血量，本组实验可分为 3 个阶段，第 1 阶段：放血方法为耳静脉抽血，因抽血困难，极易凝固，每次放血量鲜有超过 5 毫升者。第 2 阶段，放血方法改为割破耳动脉放血，每次放血量可增加到 10 毫升左右。第 3 阶段：为心脏内抽血及耳动脉放血交替使用，每次放血量不仅可高达 15 毫升左右，且极为恒定。随着放血量的不断增加，临床症状也逐渐出现。在第一阶段即放血容量在 40~50 毫升以下之时，仅有精神较萎顿；而在第二阶段及第三阶段之中，逐渐出现嗜睡，四肢倦缩，肌肉张力显著减低，体温较正常稍高（39~40℃），耳根温度较热；大便量在饮食控制以后，有逐渐增多趋势，其外观较之正常稍湿润；体重一般仅有轻度下降，而临床表现却相反，且视之甚为肥胖，经指压之无凹陷，仅有一只曾出现凹陷性水肿，很短时间即消失。血液生化测定：总蛋白略有减低（4.21~6.21 之间），球蛋白相对增高，白球比例略有降低；血氯无变化，血钠略偏低，多为 140 毫克当量/立升，血钾则显著增高，有 2 只达到 5.4~5.85 毫克当量/立升。舌象的变化：从大体上观察，前 7 天不易看出变化，而在后期，则出现苍白，胖嫩，湿润等特征。裂隙镜下观察：乳头变化非常明显，在早期，主要的变化表现在舌尖的丝状乳头稍现平坦，而蕈状乳头相对地表现得较为突出，蕈状乳头内放射形血管也变得较为明显；到后阶段，舌尖部丝状乳头则变得非常平坦，仅存散在性遗迹，在镜检下视之，如一片鱼鳞状，或如织有格形花纹绸缎的外观，蕈状乳头突起度稍低，透明度尚佳，但其中放射状血管明显变细，有的变为点状，红色变淡，有的仅有一条阴影而已。舌中部丝状乳头变化最为典型，尖锐结实的外观变为圆钝而浮肿，整齐排列变为紊乱而拥挤，蕈状乳头偶然夹杂其间，相形之下，视之较舌尖为小，色也淡，其中血管不易看见，仅见有一团红晕在其间。在本组实验最后阶段，乳头虽已呈现萎缩，然而未见有完全消失者。为了证明乳头生长与某些维生素的关系，曾将最后 2 只动物饮食改为单纯干小麦，停食新鲜青菜，三天后，观察舌象，即由淡红而变红，由湿而变干，由胖而变瘦，有一只并可见一块明显的剥苔，镜下可见该区乳头完全消失。5 只实验兔子，4 只皆因麻醉致死，其舌粘膜的病理组织学表现为：表皮的生发层细胞一般染色较淡，不显示增生活跃的现象，棘细胞的近表层处，细胞轻度肥大，胞浆空淡，层次增加，并向乳头间凹增生，使乳头间凹平坦或消失，使整个表皮层增厚。表层细胞显著角化不全，并形成薄膜状而覆盖于舌的表面，丝状乳头的角化丝与此膜相融合，而角化丝变短或消失，呈钝圆或鱼鳞状的外观。表皮下的结缔组织有轻度水肿及淋巴管扩张，无充血，无炎性细胞浸润。

4. 气虚舌象组变化机制讨论 气虚组 5 只实验兔的全身症状, 皆出现精神萎顿, 嗜眠, 四肢倦缩, 望之臃肿, 大便较湿而重; 其舌象有胖淡湿的改变与气虚病人的临床症状颇相符合, 然而从舌尖丝状乳头变为平坦, 体温稍高, 耳根温度稍热来看, 则与气虚不尽符合。而从停止新鲜蔬菜食入以后, 舌象上同时出现舌红而干, 并有剥苔这一情况来看, 估计有演变成阴虚的可能。血液生化检查中, 蛋白较低是贫血的相应表现, 而血清钠较低, 血清钾较高, 都符合于肾上腺皮质功能不全所表现的电解质紊乱, 这一点, 与认为阳虚患者具有肾上腺皮质功能不足的论点相符。关于所见舌象改变舌质色淡之故, 在本组实验中, 显而易见是由于低血色素的关系。至于舌胖, 从舌镜上看, 是丝状乳头有肥厚水肿样变化; 从病理切片上看, 主要是表现在乳头表层细胞肥大及角化不全的增厚, 以及结缔组织层乳头变矮小与水肿等; 这一派的萎缩现象, 可以推想这些乳头的萎缩是由于肾上腺皮质功能失调因而引起全身代谢失调所致。所应注意者, 不断放血虽可引起乳头萎缩, 然而与乳头消失到剥苔形成, 尚有一段距离。从实验的最后阶段, 改变饮食而成剥苔的结果, 可以初步证明, 机体中存在某一类物质的不足, 才能造成乳头由萎缩而达到消失的程度, 此点可能是气虚与阴虚本质不同的物质基础之一。关于体温之所以稍高, 耳根温度稍热等机制, 尚待进一步探讨。

5. 阴虚舌象组实验结果及讨论 本组实验兔原来预定为 5 只, 但因手术死亡 2 只, 其余 3 只生存, 生存时间, 分别为 8、9、22 天。小肠造瘘手术 3 天以后, 逐渐出现精神萎顿, 食欲减退, 口渴欲饮, 四肢无力, 明显消瘦, 皮肤弹性减退, 出现皱纹, 体温较低, 耳根较冷, 大便量少而稍干, 小便较少, 后期出现险睫膜充血及溃疡, 脱毛, 有一只兔出现水肿。血液生化检查仅根据生存 22 天的 1 只兔检查结果, 红细胞 547 万, 血色素 12.8 克, 血氯 100 毫克当量/立升, 血钾 5.3 毫克当量/立升, 血钠 148 毫克当量/立升, 总蛋白 6.0 克, 球蛋白 2.1 克, 白蛋白 3.9 克, 白蛋白: 球蛋白=1.86:1。舌象具体观察, 早期除出现舌尖稍有平坦外, 其他变化不明显, 到后期相继出现红、干、瘦、舌尖光莹等特征, 1 例在舌根两侧及舌中一侧出现腐苔, 擦之即去, 1 例在舌中两侧皆呈现光莹区, 舌中部的舌苔在所有阴虚组中皆未完全消失, 仅最后 1 例有全舌近乎净舌的外观。裂隙灯观察, 舌尖部蕈状乳头较突出, 血管较充血, 丝状乳头的突起几乎完全消失, 仅存点状痕迹, 舌中部蕈状乳头少, 血管不易见, 丝状乳头显然变平, 变钝, 但舌边尚存有一部分较尖锐的丝状乳头, 排列尚比较整齐, 腐苔区经过擦掉之后, 舌质平坦, 丝状乳头全部消失, 净舌区可见极平坦的丝状乳头点状残迹。舌粘膜的病理组织学表现, 表皮生发层核染色深, 核分裂多见增生活跃现象。生发层及棘细胞层均有程度不同的空泡样变性, 表皮角化细胞因脱屑过快而仅有 1~2 层残留, 丝状乳头上的角化丝也因而脱落, 故整个表皮层变薄, 乳头变平, 乳头间隙增宽。表皮下结缔组织无水肿现象, 有明显充血, 乳头中有时可见出血, 近表皮生发层处有中度淋巴球浸润。综合临床症状, 有精神萎顿, 口渴欲饮, 四肢无力, 明显消瘦, 小便少, 大便少而干, 以及险睫膜出现充血溃疡, 结合舌象红、干而瘦等, 皆符合于阴虚的临床表现, 至于体温稍低, 耳根温度较冷、脱毛、水肿等症状, 是否指示同时具有一定程度的阳虚并存, 尚值得进一步研讨。关于舌象乳头的变化, 主要表现在丝状乳头萎缩, 蕈状乳头的突出, 充血, 尤其净舌及剥苔的出现更为阴虚舌象的特征。蕈状乳头的充血, 丝状乳头上皮细胞角化脱屑过度而使下层血管易于暴露, 似为舌质转红的直接原因。至于净舌及剥苔的形成, 为丝状乳头不同

程度的萎缩表现，殆无疑义。从整个机体而言，由于大量体液的损失，必然有血液浓缩的后果。据血化验的结果，红细胞计数高达 547 万，可以推想为蕈状乳头内血管易见，舌质较红的原因。另一方面，由于所损失的体液为较高位的小肠液，其中包括很多重要的消化酶素，一定会影响整个机体的代谢障碍，因而使乳头萎缩、变化，从病理切片上可以得到证实，从气虚组动物停食新鲜蔬菜后产生剥苔的事实，也可以得到旁证。关于血红蛋白变化不大，血氯偏低，钠、钾偏高等现象，与临床肠痿的病理生理变化似不完全符合，然而，因仅有 1 例，尚难以下结论。

用动物实验研究舌诊国内做得还不多，因此经验很少，以上介绍瑞金医院的工作，可能读者会提出问题，放血不一定仅表现气虚，也许还会出现血虚而出现气血两虚；高位小肠造痿固然有阴液的损耗，但也可能有因造痿而带来的胃肠功能紊乱的脾虚表现在内，因此我们引用这一动物实验结果，主要用以说明舌能灵敏地反映机体的各种病理情况，如放血、肠痿、限制营养要素的摄入等，所造成的机体失血、耗阴、营养不良等情况，均能明显的反映于舌粘膜乳头的变化。至于对如何制造动物模型的方法，尚需在今后进一步探索。从全国来看，对制作典型动物模型以研究祖国医学基础理论的方法学问题，均未获得满意的解决，值得搞理论研究者进一步实践使之完善。

6. 阳虚型舌质变化 上海中医学院组织胚胎教研组^[35]通过实验进行了阳虚模型的舌尖及颌下腺的初步研究，以探讨阳虚型舌质与颌下腺的变化以及助阳药的作用。其方法是以大剂量醋酸氢化考的松造成小白鼠阳虚模型，以及助阳药附子、肉桂、仙灵脾及淡苁蓉进行实验性治疗，实验共分五批，每批分三组，正常对照组，氢考组及氢考+助阳药组，每组 10 只，共 150 只雄性小鼠，体重 22~25 克，依次分别于实验第 6、7、8、9、11 天断头杀死动物，取动物舌尖及颌下腺进行组织及化学观察；H、E、染色、甲绿-哌啶吡染色、PAS 法、Gomori 法显示碱性磷酸酶（AKP）及 Mal Denold 改良法显示酸性磷酸酶（ACP）。

舌尖的变化：①舌尖的组织结构、氢考组及氢考+助阳药物组动物舌尖结构与正常对照组相比较无显著变化。②舌尖的核酸变化，正常舌尖组织中含肥大细胞较多，每一切片平均数为 136.9 ± 8.68 ，氢考组动物舌尖组织中肥大细胞较正常对照组显著减少，每一切片平均数为 61.38 ± 5.18 ，氢考+助阳药物组动物肥大细胞含量显著增加，每一切片平均数为 89.4 ± 8.07 ，与氢考组比较有非常显著的差异，至于舌尖组织的 RNA 含量，三组无显著差异；③舌尖 AKP 的变化，正常对照组舌尖丝状乳头角质层 AKP 反应阳性，颗粒层颗粒的 AKP 反应亦为阳性，舌底上皮角质层 AKP 反应则为阴性，三组动物的舌上皮 AKP 反应无显著区别，固有层中及肌间的小血管与毛细血管内皮 AKP 反应为强阳性，毛细血管交织成网，正常对照组中毛细血管数量较多，氢考组舌尖组织毛细血管量增多；④舌尖组织 ACP 的变化：对照组、氢考组及氢考+助阳药组之间 ACP 反应无显著差异；⑤舌肌的糖原变化：正常对照组糖原较少，氢考组舌肌糖原含量增加，氢考+助阳药物组动物舌肌糖原含量有所减少。

唾液腺的变化：①颌下腺的组织结构三组动物无显著差异，粘液腺与浆液腺混合分布，也有粘液腺泡多于浆液腺泡或浆液腺泡多于粘液腺泡。②颌下腺 RNA 氢考组 RNA 含量较对照组低，氢考+助阳药组动物颌下腺 RNA 含量有所上升。③氢考组动物颌下腺 AKP 反应较对照组减低，氢考+助阳药组则有所上升。④氢考组较对照组颌下腺 ACP 反

应为低,氢考+助阳药组则有所上升。⑤颌下腺 ACP 的变化,对照组浆液腺泡 PAS 反应最低,氢考组反应增高,氢考+助阳药组最高。

从本实验的结果,看到助阳药对因氢化考的松引起的舌尖组织与唾液腺的变化似有一定的调节作用,阳虚动物服助阳药后舌尖肥大细胞增加,所有动物的毛细血管壁上含有大量的 AKP。本实验舌尖固有层中及肌间毛细血管内皮 AKP 强阳性反应,故能反映舌尖毛细血管的分布情况,氢考组动物舌尖毛细血管减少,这是由于氢化考的松使血管平滑肌保持对去甲肾上腺素的敏感性,因而保持血管一定的紧张性,导致舌尖毛细血管关闭而减少,阳虚动物加服助阳药后舌尖毛细血管显著增加。

舌尖肥大细胞数量的变化与毛细血管数量变化基本一致,即正常对照组动物舌尖肥大细胞及毛细血管丰富,氢考组动物舌尖组织两种成分均减少,阳虚型动物加服助阳药后舌尖肥大细胞及毛细血管均显著增加。肥大细胞能释放组织胺及慢反应物质,是主要的舒血管物质,能使毛细血管与微静脉扩张,通透性增加。对照组动物舌尖组织有较多的肥大细胞,其释放的舒血管物质调节其毛细血管的开闭,可能使一定的毛细血管开放,保持正常的淡红舌质,氢化考的松使肥大细胞减少,因而使毛细血管关闭而减少,可能使之成淡白舌。助阳药能使肥大细胞增多,以致使毛细血管开放而增多,可能由此纠正淡白舌质成为比较正常的舌质。

舌肌含有一定量的糖原,氢考组动物舌肌糖原增加,助阳药能使舌肌因受氢考影响而增多的糖原减少,故有一定的调节作用。

本实验对照组动物粘液腺泡多于浆液腺泡,在交感及副交感神经的调节下,随生理需要分泌适当性质及适量的唾液。

7. 厥脱证动物舌浅表血流量的变化 中日友好医院临床医学研究所^[35]对厥脱证时舌、肾浅表血流量的变化及回阳救逆中药对其影响进行了实验研究。

实验用健康成年杂种狗 20 条,分三组进行实验观察:①内毒素休克组(9 条);②回阳救逆中药治疗组(6 条);③正常对照组(5 条)。应用浅表血流量仪,分别在内毒素前(以此值为 0 点值)、内毒素后 1、2、4、8 小时测定舌、肾浅表血流量值。浅表血流量测定仪为作者所在部门根据温差电动势原理研制而成。当其探头与舌或肾组织表而接触时,随着血流的变化温差电动势发生变化。将温差电动势变化数值根据电动势-水流量变化模型所测数据绘制的标准曲线,查得对应的水流量,以反映舌及肾组织的浅表血流量,其单位为:毫升水/秒。探头放置于舌腹面距舌尖 1 厘米处和左肾前面上端。

结果显示,休克前舌浅表血流量为 0.04357 ± 0.07 ; 休克后 1、2、4、8 小时舌浅表血流量分别为 0.03348 ± 0.06 , 0.03613 ± 0.104 , 0.03833 ± 0.045 , 0.03683 ± 0.075 , 统计学处理后,发现休克后舌浅表血流量明显减少 ($P < 0.01$)。肾浅表血流量在休克前为 0.04374 ± 0.08 , 休克后 1、2、4、8 小时流量明显减少,分别为 0.02363 ± 0.058 , 0.02175 ± 0.077 , 0.02020 ± 0.114 , 0.01779 ± 0.056 , 统计学处理有显著差异 ($P < 0.01$), 随休克时间延长呈进行性下降。回阳救逆方药治疗组肾浅表血流量在休克过程中有明显回升,在 2、4、8 小时分别为 0.03637 ± 0.147 , 0.03861 ± 0.086 , 0.03093 ± 0.088 , 其数值与休克未治疗组相比,有显著差异 ($P < 0.01$)。治疗组平均存活时间(19.40 小时)与休克组相比(11.31 小时)有显著差异 ($P < 0.01$)。舌浅表血流量在治疗后无明显变化。

从实验结果来看,内毒素休克时,舌与肾浅表血流量明显减少,在一定程度上反映

了内脏的微循环状态，此时脏腑循环发生了明显障碍。用回阳救逆中药后，肾浅表血流量有明显回升，说明此药改善了器官的微循环，由此，动物的存活时间有明显延长。但舌浅表血流量无明显好转，动物最终死亡。由此看来，在厥脱证时，如果舌的浅表血流量不能恢复，不能认为血液循环已有基本好转，其预后仍然不佳，故舌浅表血流量的变化可反映全身的气血运行情况。

8. 不同动物舌面结构的电镜观察 上海医科大学^[35]对实验动物舌表面结构进行了扫描电子显微镜观察，比较如下：

大鼠舌似长形的等腰三角形，舌中央有一条从舌尖到舌根的中央沟。舌表面覆盖一层半透明的乳白色、富有光泽的角化物质。可隐约看到舌粘膜下的淡红色。舌表面以细长突起的丝状乳头为主，丝状乳头似密集排列的竹尖样，丝状乳头表面较平整，有少量屑状粘附物，并明显显示出片状角化细胞包裹面成的痕迹。在丝状乳头之间散在着圆形的蕈状乳头。蕈状乳头不高出舌面，其四周有一圈界沟。乳头表面由许多扁平的角化细胞覆盖，乳头中央似有一个小孔。角化细胞表面呈桔皮样变化。

豚鼠舌细长，舌尖部呈半圆状。舌表面角质层较厚，不易见到粘膜下的舌质颜色。舌表面密布各类大小、高度不等的尖形突起，其分布密度大于大鼠。有细长而上端弯曲的细长乳头，也有似大鼠那种小竹椿样的乳头，也有粗面短、上端尖的或圆形的乳头。没有明显的蕈状乳头样结构的乳头可见。

兔的舌尖部钝圆形，舌表面角化层较厚，仍可见到舌粘膜下之淡红舌质。舌表面可明显区分出丝状和蕈状乳头。舌尖及舌前部的丝状乳头粗短、排列紧密、舌中、后部的丝状乳头更长一些。蕈状乳头主要分布在舌前、舌尖部，呈圆形略隆起于舌表面，表面较光滑，似有一个小孔。

猫舌表面尚平整，呈淡白色，不易见到粘膜下的舌质颜色。用10~20倍放大镜观察可见：舌尖及舌前半部分密布许多大小、高低完全一致的尖小突起，舌背中后部有一些细长的突起物。扫描电镜下可见舌尖部密布丝状乳头，并散见蕈状乳头。蕈状乳头呈五角形，中央部分向下凹陷，表面较光整，有少许脱落角化细胞粘着。丝状乳头呈低柱状，顶端四周有少数细丝。舌背中部也密布丝状乳头，丝状乳头呈稍向前弯曲的黄瓜样，其表面不平整，显露出包卷在其表面的扁平角化细胞的轮廓。

犬舌尖部可见一些圆形、低矮的突起物，舌中后部表面毛糙，有很多尖而短的小突起，舌表面呈淡白色，舌质之颜色不易见到。扫描电镜下见舌尖部密布丝状乳头和蕈状乳头，以前者为主。蕈状乳头如椭圆形的桃子形状，中间微微隆起，表面粘附有片状角化细胞。丝状乳头扁而短，顶端锐利形成尖角，微微向前弯曲。舌背中部满布丝状乳头，每根丝状乳头的顶端是由一长一短向上突起的尖刺组成，乳头表面有片层状的角化细胞附着。

猴舌表面较平整，可以明显见到舌粘膜下的淡红色舌质。舌尖部可以见到平坦的圆形蕈状乳头，乳头周围有一圈浅而细的界沟，乳头表面粘附有一些角化细胞。蕈状乳头之间有一些不突出舌表面的圆点状痕迹。蕈状乳头表面角化细胞呈桔皮样变化，或人舌表面角化细胞相似。舌中后部所见的圆形突起较为高耸，其结构及形态既似蕈状乳头，又似丝状乳头。未见细长突起的丝状乳头样结构。

猪舌表面平整，可以明显看见舌粘膜下淡红色的舌质颜色。舌尖及舌中、舌后部分

均可见到蕈状、丝状乳头相间分布。舌尖部蕈状乳头较平坦，微微突出于舌表面，乳头表面散布一些角化细胞，其周围稀疏地分布着一些丝状乳头。舌尖部丝状乳头细而长，其尖端可以有分枝。舌中、后部蕈状乳头呈低平的圆丘样隆起，其周围有一圈界沟，其表面有扁平的片状角化细胞粘附。舌中部、后部的丝状乳头密布，细长面向上突出，其形态与人舌中部丝状乳头相似，其上部大多较尖锐，而人的丝状乳头上部大部分较钝。

综合分析各类实验动物舌表面结构的特征后，可以认为大鼠、豚鼠、猫、犬舌结构相差甚大，不宜用来制作舌象模型，猴舌表面角质化程度与人相似，易显露舌质颜色，但舌表面结构中丝状乳头结构不太明显，且猴价格昂贵，也不宜用来制作舌象模型。猪舌舌质显露明显，舌表面乳头结构与人舌相似，比较适宜用来做舌象模型，且猪的食性与人的食物种类相似，所以可以作为首选动物。但猪生长迅速，实验中要花费较多人力，所以在今后小型猪纯化工作成功后就会给舌象动物模型创制工作带来更大的方便。兔舌结构稍接近于人舌，且来源方便，价格不高，但舌表面结构角质化明显，舌质显露不理想，所以兔是一个可供选择，但不十分理想的实验动物。

参 考 文 献

- [1] 德田氏. 日本医学杂志, 1957, 16 (2): 524
- [2] 李之和. 微观望舌与气血津液辨证论治. 山西医药杂志, 1977, (2): 29
- [3] 李之和. 微观望舌与肾病辨证论治. 山西医药杂志, 1977, (6): 16
- [4] 陈泽霖, 等. 舌诊研究. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 1982, 96
- [5] 陈泽霖, 等. 舌诊研究. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 1982, 98
- [6] 靳士英, 等. 瘀证舌下络脉的病理组织学研究. 中医杂志, 1992, 33 (3): 170
- [7] Acta. Anat. 1976, 95: 75
- [8] Anat. Rec. 1970, 167: 175
- [9] J. Anat. 1970, 106: 233
- [10] Oral Surg. Oral Med & Oral Pathology. 1972, 33: 934
- [11] Oral Surg. Oral Med & Oral Pathology. 1976, 42: 780
- [12] J. Ultrastruct. Res. 1970, 30: 262
- [13] 《日本耳鼻喉科学学会报》, 1970, 73: 1156
- [14] J. Laryng & Otol. 1977, 91: 91
- [15] Oral Surg. Oral Med & Oral Pathology 1977, 43: 97
- [16] Acta. Otolaryngol. 1976, 81: 496
- [17] 《日本解剖学杂志》. 1975, 50: 89
- [18] J. Cell Sci. 1976, 72: 149
- [19] 张伯礼, 等. 舌象检测仪研制及应用. 天津中医学院学报, 1990, (3): 46
- [20] 张伯礼, 等. 舌象色度学研究. 天津中医, 1992, 9 (4): 38
- [21] 韩新民, 等. 200例人体舌象的定量化检测分析. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (2): 110
- [22] 陈连起. 舌苔、血清微量元素与辨证相关性的探讨. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (10): 8
- [23] 季光, 等. 舌下脉与血清微量元素的关系. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (11): 3
- [24] 孙化舟, 等. 对《矽肺的非典型X线表现分析》一文的几点意见. 中华医学杂志, 1978, 58 (6): 380
- [25] 邓铁涛, 等. 实用中医诊断学. 上海: 上海科学技术出版社, 1988, 336
- [26] 贾钰华, 等. 暗红舌的临床与实验研究. 中医杂志, 1992, 33 (5): 46
- [27] 陈泽霖, 等. 舌诊研究. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社. 1982, 120

- [28] 何颂华, 等. 高血压病舌象与血浆内皮素-1 含量关系, 辽宁中医杂志, 1996, 23 (8): 343
- [29] 黄柳华, 等. 老年脑血管病患者舌色与 α -颗粒膜蛋白关系的研究, 中医杂志, 1996, 37 (7): 428
- [30] 张伯礼, 等. 中医舌诊检测仪器研制及应用. 天津中医, 1992, 9 (3): 30
- [31] Oral Surg. Oral Med & Oral Pathology, 1951, (4): 282
- [32] Arch. Int Med. 1932; 49: 860
- [33] J. D. Res, 1948, 27: 69
- [34] Oral Surg, Oral Med. & Oral Pathology, 1955, (8): 206, 315
- [35] 陈泽霖, 等. 舌诊研究. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社. 1982, 138
- [36] 李乃民, 等. 中国舌诊大全. 北京: 学苑出版社, 1984, 1311~1313

第三节 望舌苔

【基本内容】

舌苔, 是指散布在舌体上面的一层苔垢物, 由脾胃之气, 蒸腾胃中食浊, 凝聚于舌面所致。正常的舌苔, 一般是薄而均匀, 舌体的中部和根部苔垢稍厚, 干湿适中, 不滑不燥。望舌苔主要观察苔质和苔色两方面的变化。

一、苔质

苔质, 是指舌苔的质地, 形态。临床常见的苔质有厚薄、润燥、腻腐、剥落等方面改变。

(一) 薄苔、厚苔

【舌象特征】 舌苔分布稀薄, 透过舌苔, 隐隐可见舌体者, 称为薄苔; 若舌苔分布厚而稠密, 不能透过舌苔看到舌体之底部者, 称为厚苔。

【临床意义】 舌苔的厚薄, 主要反映邪正的盛衰。薄苔主表证, 亦主平人; 厚苔主邪入里, 或内有痰湿食积。

舌苔薄而均匀, 或中部稍厚, 此为平人之舌象, 是胃气充盛之故。苔薄面湿润, 为表邪未解, 热未伤津。苔薄在外感病中多属表证, 在内伤病中多为病情轻浅。厚苔多为病邪入里, 尤其是胃肠有积滞, 苔厚更为明显。

根据舌苔的厚薄变化, 可测病情的进退轻重。大抵而言, 舌苔由薄转厚, 为邪盛病进, 或潜伏之邪开始暴露; 舌苔由厚转薄, 为正胜邪退, 或里蕴之邪逐渐消退。

(二) 润苔、燥苔

【舌象特征】 舌苔含有充足水分, 看之较湿润、扪之有津液, 称为润苔; 若舌面水分过多, 伸舌欲滴, 扪之滑腻, 称为滑苔; 若舌苔含水量特少, 望之干枯, 扪之无津, 甚则舌苔干裂, 称为燥苔; 若苔质干燥粗糙, 称为糙苔。

【临床意义】 润苔主津液未伤, 亦主平人; 燥苔主热盛津伤, 阴液亏耗, 或阳虚气不化津。

润苔是正常舌苔表现之一, 在疾病过程中见之, 提示津液未伤, 如风寒表证, 湿证初起、食滞、瘀血等均可见到润苔。若苔滑, 是水湿内停之征, 多为感受寒湿之邪, 或脾阳不振, 痰饮水湿内停之故。

燥苔, 提示体内津液已伤, 若属火热耗津者, 必伴高热口渴, 舌红苔黄; 若属阴液亏耗者, 多舌苔干燥而舌体瘦小; 若属阳虚不能化津者, 多舌体干燥而淡白, 口渴而不

欲饮；若属糙苔，多属热盛伤津之重证；若为糙裂苔，多属津伤已极。

舌苔由润变燥，表示热重津伤，或津失输布；舌苔由燥转润，为热退津复，或饮邪始化。

（三）腻苔、腐苔

【舌象特征】 苔质颗粒细腻致密，融合成片，中心稍厚，舌边较薄，紧贴舌面，揩之不去，刮之不脱，称为腻苔。苔质颗粒疏松，粗大而厚，形如豆腐渣，堆铺满舌面，揩之可去，刮之可见舌底，称为腐苔。若苔上粘厚一层有如疮脓，则称脓腐苔。

【临床意义】 腻苔主湿浊、痰饮、食积；腐苔主食积痰浊，亦主内痈。

舌苔薄腻，或腻而不板滞者，为食积，或脾虚湿困，阻滞气机；苔腻而滑，为痰浊、寒湿内阻，阳气被遏；苔白厚而腻，为脾胃湿热，气聚上泛；苔黄厚而腻，为痰热、湿热、暑湿；食滞内结，腑气不利。腐苔多见于湿邪上泛，胃气衰败之征；脓腐苔，多见于内痈，如肺痈、肠痈多白腐苔；胃痈多黄腐苔；肝痈多灰紫腐苔。

（四）剥苔、类剥苔

【舌象特征】 舌苔全部或部分脱落，脱落处可见舌底光滑无苔，称为剥苔。根据舌苔剥脱的部位和范围大小不同，临床可分为以下几种：

舌前半部苔剥脱者，称前剥苔；舌中部苔剥脱者，称中剥苔；舌根部苔剥脱者，称根剥苔。舌苔多处剥脱，舌面仅斑驳片存少量舌苔者，称花剥苔；舌苔剥脱殆尽，舌面光滑如镜者，称为镜面舌。苔呈花剥，剥脱处仍有新生苔质颗粒，或舌乳头可见者，称为类剥苔。舌苔剥脱呈地图状，边缘突起，界线清楚，剥脱部位时有转移者，称为地图舌。

【临床意义】 主胃气衰败，胃阴枯竭，或气血两虚，亦是全身虚弱的征象。

舌红苔剥，为阴亏；舌淡苔剥或类剥，为血虚或气血两亏，舌苔花剥，为邪实阴虚；镜面舌，为胃肾阴液枯竭；类剥苔，为久病气血两虚；地图舌，为阴虚，或与过敏体质有关。

剥苔的范围大小，多与气阴或气血亏损程度有关。剥脱部位，亦与舌面脏腑分部相应，如舌苔前剥，为肺阴亏损；舌苔中剥，为脾胃亏虚；舌苔根剥，为肾阴涸竭。

总之，观察舌苔的有无，消长及剥脱变化，不仅能测知胃气、胃阴的存亡，亦可反映邪正盛衰，判断疾病的预后。如舌苔从全到剥，是正气渐衰的表现；舌苔剥脱后，复生薄白之苔，为邪去正胜，胃气渐复之佳兆。

二、苔色

根据舌苔的颜色，舌苔分白、黄、灰黑苔三类，临床可单独出现，亦可相兼出现。

（一）白苔

【舌象特征】 舌面附着白色的苔垢物，称为白苔。白苔有厚薄之分，若舌面上分布一层薄薄的白色舌苔，透过舌苔可看到舌体者，称为薄白苔；苔色呈乳白色或粉白色，舌边尖稍薄，中根部转厚，舌体被舌苔遮盖，而不被透露者，称为厚白苔。

【临床意义】 主表证、寒证、湿证。

白苔为舌苔之本色，正常人亦多白苔。在疾病中如果出现薄白苔，则多为风寒，或风湿，或寒湿之邪侵犯肌表。若薄白而湿润，为外感风寒，或寒湿之邪犯表，或体内素有寒痰宿食；若薄白而燥，多为风热犯表之初起。

舌苔厚白，为风寒邪盛，或寒湿踞于中焦；厚白而腻。为中阳不振，肠胃有宿食停滞，或湿浊内停；舌苔厚白而干燥，为温热病初起或中期，也可见于湿温病。

舌苔白如积粉，扪之不燥者，称为积粉苔，常见于外感温热病，秽浊湿邪与热毒相结而成。若白苔燥裂，粗糙如砂石，是暴热伤津，真阴将竭。

白苔的临床意义，不限于表证和寒证，如《舌鉴辨证》指出：“白舌（苔）为寒，表者有之，而虚者、热者、实者也有之。”故察白苔时应结合舌质、苔证及临床症状综合分析。

（二）黄苔

【舌象特征】 黄苔有淡黄、深黄和焦黄之分。淡黄又称微黄苔，是指舌苔呈浅黄色；深黄又称正黄苔，是指舌苔黄而深稠，色黄非常明显，而且苔质亦较厚，焦黄又称老黄，是指舌苔呈现黄黑色。

【临床意义】 主热证、里证。

苔色淡黄，苔质较薄者，为风热之邪犯表，或风寒郁遏化热入里；苔色深黄，为里热挟湿，或痰饮化热，或食积热腐；苔色焦黄，为里热伤津，燥结腑实。

舌尖苔黄，为热在上焦；舌中苔黄，为热在胃肠；舌根苔黄，为热在下焦；舌边苔黄，为肝胆有热。

总之，苔色愈黄，邪热愈甚，就一般而论，淡黄苔为热轻，深黄苔为热重，焦黄苔为热结。

（三）灰苔、黑苔

【舌象特征】 苔色浅黑，称为灰苔，苔色深灰，称为黑苔。灰苔与黑苔，只是颜色深浅之差别，故并称为灰黑苔。

【临床意义】 主阴寒内盛、里热炽盛。

灰黑苔可见于寒湿病中，亦可见于热性病中。在寒湿病中出现，多由白苔转变而来，其舌苔灰黑必湿润多津；在热性病中出现，多由黄苔转变而来，其舌苔灰黑必干燥无津液。

舌边舌尖部呈白腻苔，而舌中和舌根部出现灰黑苔，为阳虚寒湿内盛，或痰饮停聚。舌尖舌边黄腻苔，而舌中为灰黑苔，为湿热内蕴，日久不化。

苔焦黑干燥，舌质干裂起刺，不论是外感或是内伤病，均为热极津枯之征。

【补充阐发】

一、绿苔、霉苔、霉酱苔的临床意义

1. 绿苔 较为少见，多由白苔转化而来。《舌鉴辨证·蓝舌总论》认为，蓝舌是绿色与青碧相合，绿色亦肝之纯色。验之于临床，绿苔与灰黑苔意义相似，但多主热证而不主寒证。若满舌滑腻苔，中见绿苔，多为湿热痰饮，阴邪化热之候。

2. 霉苔 舌上罩着一层夹有粘液之灰白垢腻，颜色晦暗，或杂有白色霉点，轻者仅见舌之一部分，重者满舌皆是。《辨舌指南》说：“舌与满口生白衣如霉苔，或生糜点者，胃体腐败也。”舌生霉苔多因胃肾阴虚，湿邪内踞，虚热与湿毒蕴郁熏蒸而成。其轻者，仅见舌之局部，是正虚邪盛之候；若满口白衣，或糜点如米粒之状，是津液悉化腐浊，病变严重，预后不良。

3. 霉酱苔 苔色红中发黑，又带黄色，类似霉酱之色而得名。《舌鉴辨正·霉酱色舌总论》曰：“霉酱色者，有黄赤兼黑之状，乃脏腑本热而加有宿食也。凡内热久郁者，夹食中暑者，夹食伤寒传太阴者皆有之。”故此苔是胃肠先有宿垢湿浊，积久化热而成，主湿热久郁。若霉色中夹黄苔，是湿热郁积；若舌中霉苔浮厚，是宿食郁久化热，脾胃被困。

二、黄苔并非一概主热证

黄色舌苔，一般表示病已入里，邪已化热，这在古典医籍中有不少记载。如《舌鉴辨正》说：“黄苔见于全舌，为脏腑俱热；见于某经，即某经之热。表里证均如此辨，乃不易之理也。”《舌诊研究·病理舌象》报道，对100例黄苔患者的八纲辨证分析，无一例表证及寒证；其中有发热症状者63人；部分虽不发热，多具有口苦咽干、溲黄便秘、二目赤浊、心烦失眠等内热现象。因此，中医舌诊学都强调黄苔主里证、主热证。

但是亦有学者提出黄苔不一概主热，亦可见于寒湿。如《舌胎统志》说：“淡红舌满布黄苔，为湿阻中阻，滑者寒湿，腻者湿热。”陆定圃说：“淡舌白苔亦有热证，黄厚满苔亦有寒证，舌绛无苔亦有痰证，当以脉症便溺参看。”结合舌质变化，临床黄苔而非热证的舌象有下列数种：

1. 淡白舌黄裂苔 舌色淡白，舌上满布浅黄色苔，或厚或薄，津液微干，亦偶有滑润的，但苔而呈现或多或少的裂纹。这是因气虚津少所致，与火热伤津之“红舌黄干苔”不同。由于素体虚弱，故舌质淡白；气虚津少，舌失润泽，则苔见裂纹；气虚而津不化，浮热上扰，故苔略呈淡黄色。若气虚而挟湿，湿浊上泛，故可偶见滑润黄苔。这种舌苔的变化，关键在气虚，气虚不能化津，或气虚不能布津，皆可出现这种舌象。

2. 淡白舌黄滑苔 舌质淡白，舌上布浅黄色水滑苔（很少见深黄苔），其色泽光亮。多因中焦阳气不振，内有停饮所致。因中阳不振，故舌色淡白；脾失运化，水饮内停，积久不化，则舌苔黄而滑。故《伤寒绪论》说：“黄滑而湿者，为热未盛，结当未定，不可便攻。”这种浅黄滑苔是布于淡白舌之上，并非热证所致，是脾阳不振之中虚寒湿可知。

3. 青舌黄苔 舌淡白中带青色，舌上布淡黄舌苔。这种舌象不作热证，多为寒湿内盛所致。有因外界气候影响，夏暑季节恣食生冷，致中寒吐泻；或因阴寒盛于内，逼热上浮，而成真寒假热证。故《伤寒绪论》指出：“舌色青紫，而苔却黄厚，甚至纹裂，但觉口燥，舌乃不干者，此阴证夹食也。”

4. 青紫舌黄滑苔 舌色紫中带青，中有黄厚苔，湿润光滑。这是寒邪凝滞，血流不畅，甚至还有饮食停滞于中焦的表现。寒滞则血瘀，故舌质青紫；饮食内停，积热未盛，故苔虽黄但滑润。故《舌鉴辨正》说：“紫上黄苔湿润舌，外淡青紫，而中有黄苔湿滑润泽，食伤太阴也。”

此外，亦有学者认为，如见舌体瘦瘪，苔黄而滑润者，非胃气虚弱，即脾气亏虚。黄苔也可见于气血双虚证。

三、白苔并非一概主寒证

白色舌苔，一般认为较多见于寒证。如《舌鉴辨正》说：“白色（舌苔）可以辨伤寒，其类不一”。《辨舌指南》说：“舌无苔而润，或微白薄苔者，风寒也。”《伤寒论本旨》更明确指出：“凡苔垢，色白者为寒，白甚者，寒甚也。”因此，在全国高校统编的教材《中医诊断学》二、五、六版中均提出“白苔主寒证”。然而，从临床实际及历代医家有关论

述中，白苔并非一概主寒证，兹分述如下。

（一）不同白苔临床辨析

1. 薄白干苔 是燥气伤肺。如《伤寒论本旨》说：“（舌苔）若其白而干者，津液已枯，虽有表证，不能作汗。”强调苔虽干燥而不渴，或渴而不欲饮，气虚津涸，肺燥已甚，此时纵有表证，亦不能发汗解表，以免再伤其津液。

2. 白厚腻苔 主湿浊停滞。《辨舌指南》说：“舌苔白腻，胸膈闷痛，心烦干呕，时欲饮水，水入则吐，此热因饮郁，宜辛淡化饮。”热因饮郁，水饮湿浊之邪盛于外，上溢于舌，故使舌苔仍白而厚腻，而并不见黄苔。

3. 白厚腻干苔 主湿盛热郁。《舌鉴辨正》认为：“干厚白苔，舌中干厚白，尖边无异色，脾胃热滞也。”此所谓“热滞”，实际是热郁，热邪郁滞于里，因而苔干少津；湿浊停蓄于中，则苔白厚而腻。

4. 白糙苔、白裂苔 主暴热伤津。《舌鉴辨正》说：“白苔燥裂舌，乃因误服温补，灼伤真阴，无黄黑色者，真阴将枯竭，舌上无津，苔已干燥，故不能变显他色。”这两种舌苔，因都是由于内热暴起，津液暴伤所致，成因基本相同，故可同时出现。

5. 白粘腻苔 见于中焦湿热。《温热论》说：“舌上白苔粘腻，吐出浊厚涎沫，口必甜味也，为脾瘴病。乃湿热气聚，与谷气相抟，土有余也，盈满则上泛。”脾瘴病，首见于《素问·奇病论》，其主要症状是口中泛甜，因脾胃湿热交蒸，浊气上溢而成。“土有余”，即指脾胃湿浊有余。

6. 白如积粉苔 常见于3种情况。①时疫初起，邪热浮经，如《温热论》说：“时疫初起，舌上白苔如积粉者，达原饮解之。”②邪毒内盛患者，如《舌鉴辨正》谓：“邪毒既盛，苔如积粉满布。”③邪热弥漫三焦病证，如《辨舌指南》引马良伯之说：“舌厚腻如积粉，……温病、热病、瘟疫、时行，并外感秽恶不正之气，内蓄伏寒伏热势，邪热弥漫，三焦充满，每见此舌。”

7. 白霉苔 多见于胃肾阴虚，湿毒熏蒸。如《辨舌指南》说：“舌与满口生白衣如霉苔，或生糜点者，胃体腐败也。”此类病变如发展至满口生白衣，或生糜点如米粒状，是津液悉化腐浊，预后多为不良。

（二）舌体舌苔综合分析

1. 淡白舌，白干苔 ①脾胃热滞：因阳气既虚，邪热又滞于中焦之故。②热结津伤：是由于津液枯竭，邪热内结所致。

2. 红绛舌，薄白苔 ①阴虚外感：素体阴虚火旺，而又有外感表证。②表邪入营：患者外感表邪，体内有热，且热邪已入营分阶段。

3. 红舌，白滑苔 ①营热挟湿：舌体鲜红而质坚色老，是热在营分，但兼有水湿之邪的病变。②阳虚湿盛 其舌体娇红而浮胖，是虚阳上越，不能化津，水湿内停，故显白滑之苔。

4. 红绛舌，白粘苔 ①营热挟痰湿：因邪热入营，故舌红绛；痰饮内聚，故见白粘苔。②阴虚兼痰湿：阴虚火旺，但又兼痰湿蕴结，故成此舌象。

5. 红绛舌，白腻苔 ①湿遏营热：患者营分有热而气分有湿，湿气蕴结，致使热邪内伏，不得宣泄。②阴虚挟湿：因阴虚火旺，而胃肠中有湿邪，或因饮食停滞，致使火热内结。

6. 红绛舌，白粉苔 是秽浊疫毒蕴结，多见于瘟疫或斑疹营热较重的一类病证。

7. 红绛舌，白干苔 燥热伤津劫液，由于燥化迅速，病程发展较快，耗津劫液严重，故苔色尚未转黄，燥热入里，伤津严重。

8. 舌边红，苔白干 上焦邪热伤津，是外邪开始化火，上焦津液渐次受伤，其病邪虽不重，但病势确向前发展。

9. 舌尖红，苔白 ①在杂病中常为心火独旺。②在外感病中，常见于风热在表的阶段，或风证挟湿，渐次化热。

10. 舌根红，尖白苔 见于阴亏热郁，邪在少阳。舌之后半无苔而鲜红，是阴亏之象，而邪在少阳，郁热不解，故又见尖白苔。

11. 舌中红绛，边白苔 津气内亏，又伤外邪。无论舌红光亮部分大小，均是津气内亏之象；外感之邪在太阳经或少阳经，舌边皆见白苔。

12. 紫舌，白腻苔 酒毒内积，热湿内盛。饮酒嗜好者，舌色青紫；酒积化生湿热，则苔白厚而腻。

以上分析可见，白苔主寒证是其所主的基本性质，但临证时还需结合舌体和脉症具体分析，即如《舌鉴辨证》说：“白舌为寒，表证有之，里证有之，而虚者、热者、实者亦有之。”必须结合舌苔润燥，舌质深浅加以辨别，才能得出比较正确的结论。

四、灰黑苔的辨证意义

一般认为，苔色呈浅黑色时即为灰，苔色呈深灰色时即见黑，故灰黑色苔可以相提并论。从形成来看，灰苔多由白苔发展而成；黑苔则多由黄苔发展而来，少数由灰苔转化而成黑苔。《舌胎统志》阐述灰黑舌苔的形成时指出：“黑色本主寒水，滑润者，寒水之性也；其不滑润而燥者，主热，为寒极生热，性之变也。火性热而其色赤，理之常也，其火热之为病，多见于胎黑者，何也？盖热极反见胜己之化也。犹薪之得火则赤，火过而为炭黑者是也。《舌诊研究》认为灰黑苔的形成过程可以分为两个阶段：当舌丝状乳头角质突起过长，呈细毛状，颜色可以仍为淡黄色或灰白色，是为丝状乳头增殖期，是第1阶段；此后，由于血色素、蛋白碎屑或烟草中的崩解产物发生化学反应而产生色素，或因产色微生物的作用等使过长的细毛逐渐转黑，是所谓黑色形成期，即第二阶段。

一般认为，病至苔色见灰或黑色，均属里证，是寒证或热证发展到极端的表現。虽然如此，灰色和黑色舌苔在病变性质上仍略有区分。灰色多为实证、热证的反映，故《舌鉴辨证》说：“灰见舌色，有实热证，无虚寒证。”临床如邪热传里、时疫、郁积、蓄血等，都可以见到灰色舌苔。黑色则寒、热、虚、实的病变皆可出现。寒邪传里化火，或实热伤里，其黑苔多由中部黑起，延及舌根、尖部。其中，热甚所致黑苔干焦起裂，往往有由白转黄，由黄转黑的变化过程，这种黑苔刮之不脱，湿之不润，乃热极伤阴之故；若寒湿证中见到黑苔，其苔必湿滑；虚寒证中见到黑苔，其苔必薄；真寒假热证中见到黑苔，苔全黑而满舌，由淡白突然变黑，多无变黄的过程。

灰黑舌苔的临床意义：灰黑薄苔，乃中焦阴寒；苔色灰黑而滑，为寒饮痰湿；苔色灰黑而粘厚腻，是湿痰郁热；舌之两侧灰黑，余为白苔，见于中焦寒湿；白苔之中散见黑点，是表邪入里之征；若苔色白腻，但有黑点成斑，是湿热内盛；白苔中有黑色芒刺，润不碍手，是真寒假热；若白苔黑刺，粗糙刺手，是寒邪化热；中黑边白之滑苔，为阳虚寒湿之征；若半白滑半黄黑舌苔，是肝胆热结；舌边尖黄苔而中心黑苔，是脾胃湿热

的表现。

关于灰黑舌苔出现的有关因素，国内外不少专家进行过观察研究，认为灰黑舌苔与发热时间的长短有一定关系，与发热的高低关系较为密切，临床上可明显地观察到此类舌苔逐渐由白转黄，再转灰变黑的动态变化过程。灰黑苔与患者炎症感染、抗生素的应用及霉菌生长有一定关系，由于炎症感染、细菌毒素刺激，可诱发丝状乳头的增殖，再加上产色微生物的染色而灰黑色。灰黑舌苔的形成亦可因口腔卫生不良，霉菌生长及舌乳头之角质层过长有关。灰黑苔与胃肠功能紊乱有关，由于细菌毒素的刺激而使胃肠功能失调，与黑苔共同组成实热症群。灰黑舌苔与吸烟的关系不明显，研究表明烟熏或烟草中化学物质的反应在灰黑舌苔形成的机制中仅占次要的地位。此外，观察到黑苔与中枢神经系统功能失调有一定联系。总之灰黑苔的形成，决非单一因子所能完满解释，而应看作是机体内在因子与外来因子共同作用的结果。

【古代文献】

《医门棒喝·伤寒论本旨》：舌苔由胃中生气所现，而胃气由心脾发生。故无病之一常有薄苔，是胃中之生气，如地上之微草也；若不毛之地，则土无生气矣。

《温热论·舌论》：舌之有苔，犹地之有苔，地之苔，湿气上泛而生，舌之苔，脾胃津液上潮而生，故平人舌中，常有浮白苔一层，或浮黄苔一层，夏月湿土司令，苔每较厚而微黄，但不满不板。其脾胃湿气素重者，往往终年有白厚苔，或舌中灰黄；至有病时，脾胃津液为邪所郁，或因泻痢，脾胃气陷，舌反无苔，或比平昔较薄。

若夫有病，则舌必见苔，病藏于中，苔显于外，确凿可凭，毫厘不爽，医家把握，首赖于此，是不可以不辨。

《感症宝筏·辨苔十法》：一曰有无，二曰厚薄，三曰松腻，四曰偏全，五曰糙粘，六曰纹点，七曰瓣晕，八曰真假，九曰常辨，十曰苔色。

《望诊遵经·望舌诊法提纲》：由是视其苔垢，舌常有苔也，无苔者虚也，苔垢薄者，形气不足，苔垢厚者，病气有余。白苔者，病在表，黄苔者，病在里，灰黑苔者，病在少阴，苔色由白而黄，由黄而黑者，病日进，苔色由黑而黄，由黄而白者，病日退。

一、苔质

(一) 厚薄

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：苔垢薄者，形气不足，苔垢厚者，病气有余。苔薄者，表邪初见，苔厚者，里滞已深。……平人舌中常有薄苔者，胃中之生气也，《诊家直诀》云：凡舌苔以匀薄有根为吉，白而厚者，湿中热也，忽厚忽薄者，在轻病为肺气有权，在困病为肾气将熄也。

白而苔薄者，寒邪在表或气郁不舒，薄白无苔为虚寒；白而苔厚者，为中脘素寒或湿痰不化；薄黄为热；薄黄而滑，表犹未罢，热未伤津；苔黄而厚，湿热内滞；黄苔有根地而浊者，邪已入里，黄浊愈深，入里愈深，热邪愈结；若望之似有薄苔，一刮即净，全无苔迹者，血虚也；一片厚苔，或黄或白，如湿粉所涂，两边不能渐匀渐薄者，胃绝也。若白厚粉湿滑腻苔，刮稍净而又积如面粉、发水形者，里寒湿滞也；凡舌苔初则粗白渐厚而腻，是寒邪入胃挟浊饮而欲化火也，迨变黑则胃火已甚也，或干而燥裂，则毒火更甚也，若苔厚渐退，而舌底红色者火灼水亏也。……舌苔薄白，如米饮敷舌者，此

伤寒中寒之初候也，如无表证，为饮停膈上也；如白而滑润，如稠白豆浆敷舌者，伤寒中寒，湿邪痰饮等候也；若舌白不润泽，舌质不甚红者，伤燥表证也；白而厚如豆腐脑铺舌者，痰热证也；……白如粟米成颗粒者，此热邪在气分也。

（二）润燥与滑涩

《辨舌指南·辨舌之津液》：滋润者其常，燥涩者其变，润泽为津液未伤，燥涩为津液已耗。湿症舌润，热症舌燥，此理之常也。

滑者津足，扪之而湿；涩者津乏，扪之且涩。滑为寒，寒有上下内外之分；涩为热，热有表里虚实之辨。

无论润燥，大抵有苔垢者，湿病为多，无苔垢者，热病为多。然亦有湿邪传入血分，气不化津而反燥者，如热症传入血分而舌反润，亦有误用燥药，津液被劫逼迫而上，胃阴不能下济，舌反润。

凡舌绛而润为虚热，舌绛而燥为实热，舌绛而光亮为阴液不足；舌无苔而干燥者，肾脏不足，津液虚极也。舌中心黑厚而干燥者，谓之焙舌，邪传少阴，热甚津枯也；口干舌燥而渴者，少阴病也；舌上苔津液干燥，毒邪传里也；舌白者，阳气虚不能化津上润也；白而干者，津液已枯，虽有表邪，宜作里治；舌黄燥，下利不渴，胸中实下不止者，死证也；腹满口干舌燥者，肠间有水气也，如润滑姜黄色苔者，为太阴寒化也，焦燥不渴者，阴液枯槁也。舌苔黄燥，若足冷脉沉，非纯阳症，切忌硝黄。无病舌红而润，偶见红心点者，将欲发黄也。

凡干燥之舌，皆属热毒亢甚、胃阴欲竭之势，切忌温燥淡渗伤阴之品，必须以存津为先；若燥而垢者，痰毒甚也，燥而黄者，胃热极也，燥而黑者，热极而阴竭也。若全舌黄黑积滞，或干焦鳞裂芒刺者，实热也，宜清凉之。苔黑而燥，为痰热结胸，苔黑而润，为虚寒夹湿，灰黑苔为湿食停滞；若初病发热，胸闷，遍舌黑色而润，外无险恶情状，此胸膈素有伏痰也。……若黑燥而中心厚苔者，为脾燥肾竭，急以咸苦下之；若舌黑望之虽燥而生刺，但渴不多饮或不渴，其边或有舌滑，其舌本淡而润者，亦属真寒假热，治宜温补；其舌心并无黑苔，而舌根有黑苔而燥者，热在下焦也，宜即下之；若舌本无苔，惟舌尖黑燥，为心火自焚，不可救也。若全舌燥苔，由舌边渐渐润至舌心者，为病退佳兆；大抵辨舌之法，不论黄白灰黑，先宜区分燥润及刮试坚松，以定胃肠津液之虚实，若无苔而舌色变幻，多属心肾虚证或肝胆风火证，甚则藏府绝证。

滑苔者，主寒主湿也，有因外寒而滑者，有因内痰而滑者。全舌淡白，滑嫩无点无罅缝无余苔者，虚寒痰凝也；如邪初入里，全舌白滑而浮腻者，寒滞中宫，胃阳衰也；若全舌白而有点、花罅裂、积沙等苔者，真热假寒也；白滑者，风寒湿也，滑而腻者，湿与痰也；滑腻而厚者，湿痰与寒也；惟薄白如无则虚寒也；但滑腻不白者，寒湿与痰也；两条滑腻者，非内停湿食，即痰饮停胃也；白浮滑薄苔，刮去即还者，太阳表证受寒邪也；白浮滑而带腻带涨，刮之有净有不净者，邪在半表半里少阳证也。……舌上白苔而滑腻，咳逆短气者，痰饮也；咳而口中有津液，舌上苔滑者，肺寒也；舌上无苔而冷滑者，少阴中寒也；藏结舌上白苔滑者，难治也。舌上淡红，苔薄而滑者，内寒也；舌色深红，苔厚而滑者，外寒也；苔黄而滑，目黄，头汗齐颈而还，小便不利者，必发黄也；舌黑而滑者，水极似火也，黑舌俱系危证，惟冷而滑如淡羹然者，乃无根虚火，可以化痰降火治之；若黄苔光滑，乃无形湿热，中虚之象。

涩为热，苔薄而涩，舌淡红者，虚热也；苔厚而涩，舌深赤者，实热也。苔白粗涩，兼有朱点罅裂纹之苔，白干胶焦燥满苔，刮不脱，或脱而不净者，刮去垢泥后，底子仍留污质腻者，不见鲜红，皆里热结实也；又有其白苔在舌如面上傅粉，刮之多垢，其白色与舌为两物，是实热也。若舌苔干，如雪者，脾热也。舌赤明润，苔厚燥涩者，形气病气俱有余，舌淡红枯暗，苔薄冷滑者，形气病气俱不足，舌干口渴，苔不滑而涩者，邪传厥阴也。嘉约翰云：大抵初起白苔，而后干燥，或粗，或硬，渐变黑色者，重也。更有血枯而津液不清，及不能改换炭气，则遗毒而致病者，舌亦干，此险证也。余如温暑之证，其舌红干，内脏发热及暗痘者，其舌亦多干涩，总之，口干者，舌汁少也，由此而推，舌干涩者，即知五脏内津液少也，凡病舌先干而后渐润者，轻；舌先润而后干枯者，重。

《伤寒论本旨·辨舌苔》：凡苔垢，色白者为寒，白甚者，寒甚也，白滑者，痰湿也；干燥者，阳气虚，不能化津上润也。夫卫气出于肺胃，营血根于心脾，故卫分之病，现于苔垢，营分之病，现于舌本。初感外邪，在卫分，舌现白苔，以胃中水谷之气被郁不化，而为寒为痰也；卫闭，则营气被遏，故苔白而舌尖舌本或仅红甚也，须解表疏卫，卫气开，则营气通，白苔退，而舌本亦不红矣。

（三）糙粘

《辨舌指南·辨舌之津液》：糙者，秽浊也，粘者，痰涎也。

凡黄苔有质地而起浊腐而粘者，邪已结里；黄浊愈甚，则入里愈深，热邪愈结，焦黄则热甚，宜下之。平人舌上有粘黑苔垢，拭之不净，经久不退，且口甜气秽，便是胃脘发痲之候。

（四）腐腻

《察舌辨证新法·厚腐与厚腻不同辨》：厚腐与厚腻不同，腐者如腐渣、如腐筋、如豆腐堆铺者，其边厚，为阳有余，能鼓胃中腐化浊气上升，故有此象。若厚腻则中心稍厚，其边则薄，无毛孔，无颗粒，如以光滑之物，剧刮一过者，此为厚腻，为阳气被阴邪所抑，必有湿浊、痰饮、食积、瘀血、顽痰为病，宜宣化。一为阳气有余，一为阳气被抑，差之毫厘，失之千里，可不慎哉！

《辨舌指南·辨舌之津液》：腐者无迹，措之即去，为正气将欲化邪；腻者有形，措之不去，为秽浊盘踞中宫。……厚腐虽由胃中腐浊上泛，然尤有脓腐霉腐之别，如舌上生脓腐苔，白带淡红，粘厚如疮脓，凡内痲现此苔；肺痲及下疳结毒，多白腐，胃痲多黄腐，肝痲多灰紫腐；若霉腐满舌生白衣，为霉苔，或生糜点如饭子样，谓之口糜，此由胃体腐败、津液悉化为浊腐，蒸腾而上循食道上泛于咽喉，继则满舌，直至唇齿、上下颚皆有糜点，其病必不治矣。

《医原·杂病舌苔辨证篇》：霉腐苔，此因胃肾阴虚，中无砥柱，湿热用事，混合蒸腾，证属不治。

《辨舌指南·辨舌之津液》：苔黄而腻，为痰热湿热，黄腻面垢，为湿痰初结；腐气不利及食滞滑厚而腻，为热未盛结未定，宜清下之；黄腐苔如豆渣炒黄堆铺者，下证也；白滑面腻者，湿浊与痰也；滑腻厚者，湿痰与寒也；滑腻不白为湿痰，两条滑腻，非内停湿食即痰饮停胃，舌苔黑而湿滑者，脏结证也。刘吉人云：黄苔无孔而腻，水黄舌如鸡子黄白相间染成之状，此黄而润滑之苔，为痰饮停积、温湿证候，或为湿热病而有水

饮者，或热伤胃阴，误服燥药，变生此苔。

（五）瓣晕

《辨舌指南·辨舌之质本》：苔起瓣晕，由脏腑实火熏蒸，见于温湿瘟疫等病为多。瓣则黑色为多，晕则灰黑为多。瓣则一二瓣尚轻，三四瓣已重，六七瓣极重而难治。石室秘录云：凡舌见黄苔而隔一瓣一瓣者，乃邪湿已入大肠，即用大黄茵陈下之；若舌黄而涩中有花瓣形者，热入胃府邪毒甚也；石顽云：极黄而瓣裂者，为胃液干枯，宜增液汤即下之；已有黑苔生芒刺及燥裂纹隔瓣者，先用青布蘸薄荷汤拭润，以生姜切平擦之，擦去隔瓣，看下瓣底舌质红者，可治，宜即下之，若舌质俱黑，为不治矣。舌黑腐烂者，心肾俱绝，更不治。

晕则一晕尚轻，二晕则重，三晕必死；亦有横纹二三层者，与此相同，宜急泻火解毒，急下存阴，服至灰晕纹退净，则气津血液渐复可愈。凡灰色苔起深黑重晕者，温热疫毒传遍三阴也，热毒传内一次，舌增灰晕一层，最危之证，急用凉膈散、大承气汤等下之。凡舌有纯灰色，中间独两晕黑者，亦瘟疫热毒将入肾也；亦有舌根淡红中，有红晕一圈而弦又纯黑者，乃心包络蕴热后受邪火，二火相通，故现此舌，宜即下之；亦有舌边黑晕二重而中心红者，乃阳明热毒传厥阴心包，亦当急下。若舌苔上见圆晕分二三色者，乃燥热内结，燥粪不下之候，其证必险。

（六）偏全

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：全者，苔铺满地也，为湿痰滞中；偏者，其苔半布也，有偏内偏外偏左偏右之分，凡偏外者，外有苔而内无也，邪虽入里，而犹未深也，而胃气先匱；偏内者，内有苔而外无也，里邪虽减，胃滞依然，而肠积尚存，及素有痰饮者，亦多此苔。偏左滑苔，为脏结证，邪并入脏，最为难治；偏右滑苔，为病在肌肉，为邪在半表半里。

又有从根至尖，直分二三条为合病，从根至尖横分二三截为并病。又如边厚中薄，或中道无苔者，阴虚血虚也；中道一线深陷，极窄如隙者，胃痿也；舌根高起，累累如豆，中路人字纹深广者，胃有积也；舌中小舌，传变危象也；舌有中道一条，或拇指大，黑润浮苔，两边或黄或白者，两感证也。

若全舌光滑无苔者，虚寒也；有苔者，微热也；满舌俱白隐隐黑色者，大虚大寒也；有苔散堆满舌，如雪松厚满边者，胃气绝心火自焚也；如全舌淡白兼微红，无苔垢者，无病之舌也；若瘟疫见此舌，舌上必有烟雾白色盖满，外必有发热恶寒等证也。若全舌苔白起砂，四围肉色紫红者，为湿遏热伏之温邪，伏于膜原者，宜达原以透邪；若四围肉色腻者，为白碱舌，为中宫湿阻气滞，与舌积相搏；若黄苔见于全舌者，为脏腑俱热；见于某部，即某经之热也；若舌无苔，全舌黄如金色者，藏气交绝也。

（七）剥落

《形色外诊简摩·杂病舌苔辨证篇》：其胃肾津液不足者，舌多赤而无苔，或舌中有红路一条，或舌尖舌边多红点，此平人舌苔之大较也。尝见平人，舌心钱大一块光亮，淡紫色，但常苦梦遗，无他病也。

《辨舌指南·辨舌质生苔之原理》：若舌中有红路一条，俗称鸡心舌，血液尤虚，此平人之常苔也。周征之曰：尝见舌中心如钱大，光滑无苔，其色淡紫，但苦常遗滑，余无他病，又见舌质通体隐隐蓝色，余无他苔，但患胃气痛者，此皆痰血阻于胃与包络之

脉中，使真气不能上潮，故光滑不起软刺，是血因寒而瘀也。……苔垢杂色并现，或中有边无，中无边有，胃气不化也；若舌绛而光亮，或绛而不鲜，甚至干晦枯萎，如猪腰样者，此胃肝肾阴枯极。

《察舌辨证新法·舌质无苔分别诊断法》：质紫无苔，热在阴分也。质红无苔，热邪初入阴分；或者伤食，胃气不能上升；或忧思抑郁，阳气不能上升，须以脉诊参断。舌上无苔，质光如镜，为胃阴胃阳两伤，肠胃中之茸毛贴壁，完谷不化，饥不受食之候；亦有顽痰胶滞胃中，茸毛不起，皆有此候，须以脉诊参断。前症完谷阴阳伤，脉必细涩；后症痰滞，脉必洪滑而大。……中凹如驳去，胃有燥结伤阴；或盲肠有燥结久留不去之候。

前半光滑无苔，后根上有肉瘤两粒，如舌肉色，为阴虚癆症之象也；表面无苔，而皮内有一块如钱大，或黄或白，为正气不足，血液亏虚，或有痰凝之候，须以脉诊参断。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：化退，又如舌苔忽剥蚀而糙干，为阴虚；剥蚀边仍有腻苔，为湿痰；剥蚀由尖及内症可渐平，四围傍退中留，胃败变至。……若骤然退去，不复生新苔，或如驳去，斑斑驳驳存留，如豆腐屑铺舌上，东一点，西一点，散离而不连续，皆逆象也，皆因误用攻伐消导之药，或误表之故，胃气胃液均被伤残，故现此候。

《重订通俗伤寒论·伤寒脉舌》：亦有满舌厚苔，中间驳落一瓣，或有罅纹，或有凹点，底见红燥者，须防液脱中竭；若厚苔忽然退去，舌光而燥者，此胃气渐绝也。

（八）消长化退

《察舌辨证新法·苔之真退假退驳去辨》：真退必由化而退，何为化退，因苔由厚而渐薄，由板而生孔，由密而渐疏，由有而渐无，由舌根外达至舌尖，由尖而渐变疏薄，由退而复生新苔，此皆吉兆。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：如风温之邪，首伤肺经气分，故舌多无苔，即有黄白苔亦薄而滑，渐次传里，与胃府糟粕相为搏结，苔方由薄而厚，由白而黄，而黑而燥，其象皆板滞不宣，迨下后，苔始腐，腐者宣松而不板实之象，由腐而退，渐生浮薄苔一层，乃为病邪解尽。

（九）有根无根

《重订诊家直诀》：凡舌苔，有匀薄有根为吉。

《形色外诊简摩·舌苔有根无根辨》：根者，舌苔与舌质之交际也。……苔之有根者，其薄苔必匀匀铺开，紧贴舌面之上，其厚苔必四围有薄苔铺之，亦紧贴舌上，似从舌里生出，方为有根；若厚苔一片，四围洁净如截，颇似一物涂在舌上，不是舌上所自生者，是无根也，此必久病，先有胃气而生苔，继乃胃气告匮，不能接生新苔，而旧苔仅浮于舌面，不能与舌中之气相通，即胃肾之气不能上潮以通于舌也。骤因误服凉药伤阳，热药伤阴，乍见此象者，急救之，犹或可复，若病热缠绵日久，渐见此象，真气已索，无能为矣。

《伤寒论本旨》：凡辨舌，有苔垢之分。苔如地上之草，根从下生，垢如地上浮垢，刷之即去。无根者，表分浊气所聚，其病浅；有根者，邪气内结，其病深也。有根之苔，又当分其厚薄松实，厚者邪重，薄者邪轻，松者胃气疏通，实者胃气闭结也。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：化退医级云：苔随食化者，中虚之候，因朝起未食则舌

苔，食后则苔退。

二、苔色

(一) 白苔

《史氏重订敖氏伤寒金镜录·白苔舌》：白色为寒，表证有之，里证有之，而虚证实证亦有之。凡风寒湿邪，初中皮肤，即为白苔。寒湿本系阴邪，白为凉象，故舌苔白色。如白滑而腻者，湿与痰也；白滑厚腻者，湿痰与寒也；惟薄白如无，则为虚寒；白如积粉，则湿热或痰热也。因肺主卫、主气、又主皮毛，而太阳经亦主一身之表，凡受风寒，先入皮毛，内应于肺，其舌无苔而润，或微白而薄，或浮白薄滑。……如舌苔白燥，或白而边红，外证见发热口渴，咳嗽喉痛，此是风温入肺。……若苔白中带红，外证头痛身热，口苦，眼赤，胁痛、耳鸣，脉象浮弦而数者，太阳之邪已入少阳也。……或白苔浮滑、带腻、带胀，刮之有净、又不净者，亦有尖白根黄者，是邪在少阳经之半表半里也。

《临症验舌法·验舌分脏腑配主法》：舌见白色，肺与大肠病也。

《重订通俗伤寒论·六经舌苔》：白苔主表，……临证时，但看舌苔带一分白，病亦带一分表。

《舌鉴辨证·白舌总论》：白舌为寒。表证有之，里证有之，而虚者、热者、实者亦有之。

《察舌辨证新法·白苔类总论》：白苔有厚薄密疏之殊，其形似亦有深浅间杂之异。

《察舌辨证新法·白苔类分别诊断法》：薄白如米饮敷舌，此伤寒、中寒之初候也；无表症状见者，饮食停膈上也。”“白如豆浆敷舌，此白而滑润，伤寒、中寒、湿邪、痰饮等病也，以脉诊分别断之；但薄白不润泽、舌质不甚红者，伤燥表证也。白而厚如豆腐脑铺舌，痰热证也；白而疏如米粉铺红，伤热、伤暑初传之候也。白如粟米成颗粒，此乃热邪在气分也。白如银色，谓光亮如银，此热证误补之变苔也。白如旱烟灰色，不问润燥，皆热证误燥之变苔也；白如银锭底，谓有孔如银锭底式，此热证误补误燥，津液已伤，元气欲陷，邪将深入之候也。白如豆腐渣堆舌，此热证误燥，腐滞积滞胃中，欲作下症也；如中心开裂，则为虚极反似实证之候，当补气，须以脉诊分别之。

《伤寒指掌·察舌辨证法》：白苔肺经，候卫分气分之表邪也。

(二) 黄苔

《金匱要略·腹满寒疝宿食病篇》：舌黄未下者，下之黄自去。

《舌苔统志·黄苔说》：黄为中土之色，舌上苔黄，乃土郁之变征也。经云：土郁则夺之，是故黄苔为热实者多。苟非舌瘦舌光，黄滑黄润，一概不宜补燥，且湿之为黄色，必以温热之所化，是以三气时邪，六经蕴热，每多黄色之苔，其为热实可知，经云：热者多实。

《史氏重订敖氏伤寒金镜录·黄苔舌》：凡表证如风热暑燥，皆有黄舌。惟伤寒由表入里，传至阳明之府，其舌必黄，由浅转深。……盖以白苔主表，黄苔主里，太阳主表，阳明主里。

《临症验舌法·验舌分脏腑配主法》：舌见黄色，脾胃病也。

《伤寒指掌·察舌辨证法》：黄苔胃经，辨阳明里证之热邪也。

《舌鉴辨证·黄舌总论》：黄苔舌表里实热证有之，表里虚寒证则无，刮之明净，即

为无病；刮之不清，均是热证。浅黄腻薄者，微热也；干涩深黄腻厚者，大热也；芒刺焦裂老黄，或夹灰黑色，极热也；黄苔见于全舌，为脏腑俱热，见于某经，即某经之热。表里证均如此辨，乃不易之理也。治里证分经辨准，对病用药，必不差讹。表证风火暑燥，皆有黄舌，惟伤寒邪在太阳少阳时，均无黄苔，待邪传阳明府，其舌必黄，初浅久深，甚则老黄，或夹变灰黑，其证多大热大渴，或无汗，或自汗谵语，痞结咽干，目暗，大小便秘，衄血吐血，蓄血如狂，自利清水不等，以舌脉相较，审证无误。

《察舌辨证新法·黄苔类总论》：黄色有深浅老嫩之殊，其形似亦有燥润滑涩之异。”

《察舌辨证新法·黄苔类分别诊断法》：

正黄色，为胃土正色，为温病始传之候，其为湿温、温热，当以脉之滑涩、有力无力，分别用药。

老黄色，为胃中阳气旺盛之候；若厚腐堆起，此胃中饮食消化腐浊之气上达之候，为湿热化热之始，为温热传入中焦阳明之候。

黄如炒枳壳色，为胃阳盛极、阳亢阴虚之候，胃气欲伤，胃汁干枯，故苔黄色如枳壳炒过状，以其干枯不润泽也。

黄黑相间，如锅焦黄色，摸之棘手，看之不泽，为胃中津液焦灼，口燥舌干之候。

嫩黄色，由白而变为黄，为嫩黄色，此为用药当，胃阳初醒之候，吉兆也，为饮食消化腐浊初升也。

牙黄色，胃中腐浊之气始升也；牙黄无孔，谓之腻苔，中焦有痰也。

黄如粟米染着，颗粒分明，此为胃阳太旺，胃热之候；黄如虎斑纹，气血两燔之候。

黄如蜡敷舌上，湿温痰滞之候，故苔无孔而腻。水黄苔，如鸡子黄白相间染成，此黄而润滑之苔，为痰饮停积，是湿温证候，或为温热症而有水饮者，或热入胃阴，误服燥药，而变生此苔色者，宜以诊脉分别断之。

黄腐苔，如豆渣炒黄堆舌，下症也；如中有直裂，气虚也，不可下，当补气，以气不足以运化也。

《辨舌指南·辨舌之颜色》：黄苔胃经 舌中苔黄而薄者，脾热也；舌中苔厚而黄者，胃微热也；黄苔不甚厚而滑者，表犹未罢未伤津，黄薄而干者，邪虽去而津受伤也；苔或黄或浊而有地，并不光滑并脘中痛，或痞胀者，邪已入里……或黄或浊而光滑者，此无形湿热也。……舌中有黄燥苔者，肠中有燥屎也。

（三）灰苔

《舌鉴辨证·灰色舌总论》：灰色不列五色，乃色之不正也。舌见灰色，病概非轻，均里证，无表证，有实热证，无虚寒证，有邪热传里，有时疫流行证，郁积停胸证，蓄血如狂证，其证不一。

《辨舌指南·辨舌之颜色》：灰色脾经，灰色苔者，即黑苔之轻也。如以青黄和入黑中，则为灰色也，当与黑苔同治。

《伤寒指掌·察舌辨证法》：如舌苔灰黑而滑者，此寒水侮土，太阴中寒证也。……宜理中汤主之。如杂证而现黑滑苔者，必是湿饮伤脾，宜温中和脾逐饮治之。

《辨舌指南·辨舌之颜色》：舌灰而润，并无苔垢，更不变别色，始病即见，非由白黄渐变者，为夹食中寒及停饮蓄血；…灰色即黑之轻也，与黑同治。但少阴寒证，亦见灰色，见在一二日无苔而冷滑是也。……舌中尖见灰色者，外证消渴，气上冲胸，饥不

欲食，食则吐蛔，乃伤寒邪入厥阴也，宜乌梅丸；若杂病见此舌，为实热里证，则宜大承气汤与白虎汤合用；全舌纯灰无苔而少津者，火邪直中三阴也；舌苔灰色重晕者，为温病热毒，传遍三阴也。舌灰唇焦者，中焦有浊积也。

舌灰目黄者，湿中生热也；舌灰齿煤，其脉细涩若无，身已不热者，此火过呈炭，须大剂补阴……不必寒凉，以其病已无热也。……久病舌起烟煤者，胃虚液涸也；凡舌见灰色者，病皆非轻均里证。

《舌鉴辨证·灰色舌总论》：心灰弦黄舌，乃脏腑本热，毒疫复中脾胃也。……微灰生刺舌，疫邪中脾胃居多，或实热人误服温补辛燥药所致。……灰根黄尖中赤舌，肠胃燥热也，如大渴谵语，或五六日不大便者，以大承气急下之。

《四诊抉微·灰色舌》：舌鉴云，灰色舌，有阴阳之异，若直中阴经者，则即时舌便灰黑而无积苔；若热传三阴，必四五日表证罢，而苔变灰黑也，有在根、在尖、在中者，有浑舌俱黑者，大抵传经热证，则有灰赤干苔，皆当攻下泄热，若直中三阴之灰黑无苔者，即当温经散寒，又有蓄血证，其人如狂，或瞑目谵语，亦有不狂不语，不知人事，面黑舌灰者，当分轻重以攻其血，切勿与冷水，引领败血入心，而致不救也。

（四）黑苔

《四诊抉微·黑苔舌》：舌鉴云，舌见黑苔，最为危候，表证皆无此舌，如两感一二日间，见之必死。若白苔上中心渐渐黑者，是伤寒邪热传里之候，红舌上渐渐黑者，乃瘟疫传变，坏证将至也。盖舌色本赤，今见黑者，乃水来克火，水极似火，火过炭黑之理，然有纯黑，有黑晕，有刺，有膈瓣，有瓣底红瓣底黑者，大抵尖黑犹轻，根黑最重，如全黑者，总神丹亦难疗也。

《伤寒指掌·察舌辨证法》：黑苔脾经，辨太阴湿土之寒热也。

《伤寒论本旨·辨舌苔》：凡黑色苔垢，大有虚实寒热之异。其有黄白苔垢而食酸味，其色即黑，滑者，乃是痰湿，而无大热大渴者，须用辛温苦降，以通阳祛浊，不可因黑而误认为火用凉泻也，若非食酸，面黑苔薄滑，或如败酱，如灰色，其舌本淡白，或晦不鲜明，此阳虚之极，寒痰浊移，凝聚中宫，须用姜附通阳，苦辛开降之法也；若其舌本红赤，是邪热已甚，苔黑必燥或起芒刺，断无滑苔，胸腹胀满按之痛者，实邪在府，急须攻泻，迟则不救；若按胸腹立不胀痛，则内无实结，而黑苔干燥此水涸也，当大剂凉润滋阴，亦须急救也。其苔垢有青蓝杂色，如斑如点者，此疫病秽邪，舌本不红而苔滑者，为虚寒，舌本赤而干燥者，为实热。……其舌本或短或萎，而赤色苔厚者，为邪闭，色淡白，或如熟猪肝者，不论有苔无苔，皆为正败邪闭也，急通之，或可生，正败者，死不可治。

《形色外诊简摩·伤寒舌苔辨证篇二》：黑苔者，少阴肾色也，血分瘀浊之极也。燥硬而隐隐见紫者，是因热灼，以致血败，柔润而隐隐见淡者，水饮结而气不流行，以致血瘀也。

《舌鉴辨证·黑舌总论》：凡舌苔见黑色，病必不轻，寒热虚实各证皆有之，均属里证无表证也。在伤寒病，寒邪传里化火则舌苔变黑，自舌中黑起延及根尖者多，自根尖黑起者少。热甚则芒刺干焦皴裂，其初必由白苔变黄，由黄变黑，甚至刮之不脱，涇之不润者，热极伤阴也。……在杂病见黑苔，皆因实热伤里也，若虚寒而舌黑者，则必涇滑无苔，无朱点，无芒刺，无皴裂，刮之明净，如水浸猪腰有淡淡融融之形，是藏府极

寒之舌也；亦有真寒假热证而见黑舌者，其舌必全黑而不分经，且必由淡白之时忽然转黑，其初无变黄之一境，约略望之似有焦黑芒刺干裂之状，然刮之必净，涇之必润，环唇皆白，而不红焦，寒结在脏也，其证亦周身大热，烦躁恶衣被，与实热邪火证相似，实则中宫寒极，阳气尽发于外也，口大渴喜饮冷水却不多，与实热诸证略异，外假热而里极寒也；……更有阴虚肾水亏而舌黑者，颇似寒舌之光亮无苔，又似热舌之焦干无津，详细审察，乃可无误。

纯黄黑苔舌，乃实热已极，逼伤真阴也。

黑苔瓣底红舌，藏府热甚灼血销津也，多因实热人误服温补燥药，逼伤阴血。

黑苔瓣底黑舌，此乃脏府实热已极，或因六气之燥火侵淫，或因百药之燥火与阳火，交战于中，薰蒸于上而成。

通尖黑干边白舌，是脏腑实热，感触火燥薰蒸湿气，故边白也。……中焙舌，其色纯红内有黑形如小舌者，乃邪热结于里，君火炽盛。……黑边晕内微红舌，邪热入于心包之候。

根黑尖黄舌，乃脏腑实热之最显者，不论何证何脉，宜十全苦寒救补汤。

全黑无苔舌，如无点无罅，湿滑多水，如水浸腰子淡淡融融者，极虚寒也，宜十全辛温救补汤。

《辨舌指南·辨舌之颜色》：黑色脾经，候太阴湿土之寒热也。太阴湿土所主，而水就湿，故脾家见证每每舌现黑色，有始病即舌心黑色，非由白黄变化，舌转瘦小者，为真脏中寒，此寒水凌心，肾气外现，急宜用温，稍缓则误事。有中黑而枯，并无积苔，边亦不绛或略有微刺者，为津血燥症，急宜养阴生津。夏月中暑，多有黑苔，为湿痰郁热。有苔黑腐烂者，为心肾俱绝；舌黑而卷缩者，乃肝绝，皆不治。若黑薄而润滑者，可治，如苔灰而滑者，此寒水侮土太阴中寒证也，外症腹痛吐利，手足指冷，六脉沉细，宜理中汤主之，甚加附子。

黑兼青，平素舌常如水黑青色者，其人多虚寒；若因跌仆而舌青黑者，瘀血内蓄也；因痘疹而舌青黑者，疫毒内陷也；因痢疽而舌青黑者，毒气内攻也；因中寒而舌青黑者，邪气入脏也，因发斑而舌青黑者，胃烂也；因痢疾而舌青黑者，胃腐败也。

（五）霉酱苔

《史氏重订敖氏伤寒金镜录·结语》：霉酱色，霉酱色者，是黄赤兼黑之状，乃脏腑本热而夹有宿食也。凡内热久郁，实热蒸胃，宿食困脾，伤寒传阴，中暑烦躁，腹痛泻利或秘结，大热大渴等症皆有之，治宜十全苦寒救补汤连服之；如全舌霉色，中有黄苔，是实热郁积之症，宜大承气汤连服之；如舌中霉色浮厚，刮之不清，或刮后顷刻复生者，此宿食在中郁久化热也，先用大承气汤，次用三黄白虎汤，循环急服之。

《舌鉴辨正·霉酱色舌总论》：霉酱色者……见此舌不论何证何脉，皆属里证实热证，无表证虚寒证。

《伤寒舌鉴·微酱色苔舌总论》：微酱色苔者，乃夹食伤寒。一二日间即有此舌，为寒伤太阴，食停胃府之证。轻者，苔色亦薄，虽腹痛，不下利，桂枝汤加橘、半、枳、朴。痛甚加大黄，冷食不消加干姜、厚朴。其苔色厚而腹痛甚不止者，必危。舌见酱色，乃黄兼黑色，为土邪传水，证必唇口干燥大渴，虽用下夺，鲜有得愈者。

《伤寒续论·伤寒绪论》：霉酱色苔舌者，乃夹食伤寒也，食填太阴，郁遏不得发越，

久之而成酱色也。

《辨舌指南·霉酱色舌类诊断鉴别法》：霉酱舌总论 霉酱色苔者，为黄赤兼黑之色。如物经久雨青黑，而曰霉色是也，乃夹食伤寒而复夹湿热，胃气不化薰蒸于舌，故见此象也。……正义云：舌生厚苔而如霉色者，此夹食伤寒也，色淡者生，色浓者死，下之得通者生，不得通者死。周征之曰：此即沉香色也，总是血瘀气浊所致，湿热夹痰亦常有之，不仅夹食也。

【研究进展】

一、舌荧光检查

荧光是由于某些物质或细胞等被某种频率的辐射线（如紫外线）照射时所发出的频率较低（波长较长）的辐射可见光。

近年来各项科学鉴别方法中使用了紫外线照射刺激物质，使其中具有荧光的部分发光，从而更深一步明确某些结构。一些研究者认为用荧光方法研究有光物质的代谢，在生物学及医学上都有极大意义。人体组织内有荧光存在，故可用荧光分析法来研究其改变。国外最早发现牙齿空洞内存在荧光，认为此乃细菌分解血色素所致。最近国外陆续有数篇文献报道用荧光研究舌象之改变，认为荧光舌象之改变，可以反映机体某些营养物质的缺乏，如有人认为舌荧光消失是由于维生素B缺乏。并用荧光检查了543个病人的舌象，治疗了其中128例有维生素B族缺乏症状且舌上出现不正常荧光者，结论谓：舌的荧光与维生素B族代谢之间有着肯定的联系^[1]。以后又有人检查了400个病人的荧光舌象，他认为：“在某些疾病——如恶性贫血、低血色素性贫血、吸收不良症（Sprue）及维生素B缺乏——舌上荧光消失的发生率很高。”他说：“有些因子如维生素B₁₂、叶酸、维生素B族及铁，对舌上荧光的恢复似有一定影响，无疑是通过使舌乳头再生作用所致”^[2]。有认为：舌的临床表现可以作为机体营养缺乏情况之指标，若把临床舌象与荧光减弱现象联系起来看，则更可指示此为营养缺乏状态^[3]。

（一）影响荧光的因素

1. 年龄 老年人的舌荧光少于青年及少年，因一般老人之丝状乳头常萎缩，即使有些老人有厚苔，也常有荧光消失。见表2-1。

表2-1 正常人舌荧光与年龄之关系

年龄组	总数	舌有荧光	舌无荧光	无荧光（%）
1~20	71人	63人	8人	11
21~40	50人	44人	6人	12
41~60	40人	33人	7人	18
61~80	38人	28人	10人	26
81~100	15人	7人	8人	53
总 数	214人	175人	39人	18

2. 营养状态 除上述维生素等营养缺乏可致舌荧光消失外，贫血患者也大都有舌荧光消失。据统计87例恶性贫血患者，其荧光消失者占56例，高达64.4%。凡具光滑萎缩舌者，全部无荧光出现。另外统计了28例缺铁性贫血，荧光消失者17例（60.8%）。

此外，统计吸收不良症 (Sprue) 15 例，其中 11 例荧光消失，占 73.3%。据认为这些病人多有舌乳头萎缩，因而导致舌荧光的消失。

3. 药物影响 口服青霉素可使原有强荧光者全部消失，待停止青霉素后数天，又可恢复；但肌肉注射青霉素，对舌上荧光并无影响。口服链霉素 4~5 天后，也可使荧光消失。口服金霉素，本身可使舌上产生极亮之黄色荧光。因此不能估计此药对舌上荧光的影响。停药后此种强荧光在 2~3 星期内消失。

泛酸似有增强荧光作用，给药后 2 周可使原来之弱荧光变为强荧光⁽²⁾。

(二) 舌荧光形成的机制

关于荧光形成机制，目前尚无肯定结论。一般认为是由于口腔微生物产生之卟啉 (Porphyrin) 所致，也可能由宿主使食物中血色素分解而产生。卟啉在口腔细菌中之真正作用未明。白喉杆菌在某些情况下可产生卟啉去合成某些呼吸酶 (可能是细胞色素酶)。此外红色荧光也存在于月经及恶露中，可能是由于细菌分解血液产生的卟啉所致。但为何卟啉在某些正常舌或病理情况下缺如，以及维生素 B 族对卟啉的产生在哪一部分起作用，目前尚不能肯定。现知似乎有 2 个因子与荧光的产生有关。产生卟啉的细菌的存在，此细菌对青霉素十分敏感。

正常舌乳头的存在 (因光滑舌无荧光)。由于正常人舌外表正常者也可能无荧光，故可能尚与其他因子有关。有些维生素如烟草酸、核黄素及维生素 B₁ 的缺乏，可使舌粘膜产生病灶，如舌炎及乳头萎缩，致舌荧光消失。当给予这些维生素及铁剂等，对贮存荧光可有影响，无疑是由于舌乳头再生之故。此外，维生素也可作为一种生长因素，对细菌有某些影响。

现已知角化组织有荧光，故可能舌的荧光是乳头角化的表现，但这必须依靠适当的营养。另一些因子是某些维生素也能发出荧光，故可能舌之荧光是这些维生素在舌组织中浓度的直接表示。各种维生素具有不同的荧光，如维生素 A 以一种迅速消失的黄绿色荧光出现，维生素 B₂ 具有明亮的黄绿色荧光，其他的维生素如维生素 C、维生素 K、叶酸等也可以用荧光分析法测定 (《中华医学杂志》，3: 199, 1954)。

作者在临床亦观察了部分病例的荧光，初步发现阴虚光红舌患者之舌荧光大都消失，这与国外观察是相一致的。有苔舌之荧光颇不一致，目前还未能找出一定规律，尚待进一步积累更多病例始能得出结论⁽⁴⁾。

(三) 病理舌象的荧光观察

在紫外线照射下，正常人绝大多数在舌面均有荧光出现。荧光呈红色或橘红色，可布满全舌，也可仅分布于舌后二分之一或四分之三处，而在舌之前二分之一或四分之一处呈灰色或白色。一般在舌之边、尖部均无荧光。

荧光的强度可根据各人情况不同面有所变异，如舌苔较少者荧光常为比较暗淡之红色，舌苔厚者常有强红色荧光。在正常人舌上也可无荧光产生。据统计 214 个正常人中有 39 人舌上无荧光产生，约占 18%。如果在病理情况下，荧光可以减弱或消失，荧光自红、橘红转为粉红或黄色；若无荧光，则为紫外线之紫色。荧光的消失毫无例外地均在舌尖开始，逐渐向后伸展。

有人分析了 59 例正常舌及 85 例有营养缺乏症状者舌之荧光，结果如表 2-2 所示：在有营养缺乏症之 85 人中，按其严重程度又可分为三级见表 2-3。

表 2-2 144 人之舌荧光分析

	有 荧 光		无 荧 光
	多于 $\frac{1}{2}$ 舌	少于 $\frac{1}{2}$ 舌	
正常舌 (59 人)	34 人	11 人	14 人
有营养缺乏症者 (85 人)	27 人	21 人	37 人

表 2-3 营养缺乏分级与舌荧光之关系

	有 荧 光		无 荧 光
	多于 $\frac{1}{2}$ 舌	少于 $\frac{1}{2}$ 舌	
I. 乳头充血或增大 (28 人)	17 人	5 人	6 人
II. 舌有裂纹和小沟 (48 人)	9 人	15 人	24 人
III. 萎缩舌 (9 人)	1 人	1 人	7 人

故可考虑凡荧光遮盖不到舌面一半者,属于病理。有营养不良之舌象表现者,其荧光大多少于二分之一,且强度大多减弱,而光滑萎缩舌则多无荧光。正常舌而呈荧光减少,则表示为亚临床之营养缺乏。故伍特氏光是较肉眼观察更精细的工具,几乎有四分之一的人,舌在外观及临床检查均正常,但无荧光,而这些人均为慢性酒精中毒者,肯定有营养不良的情况存在,而伍特氏光能在典型临床症状出现前即显示出来⁽³⁾。

有人⁽⁵⁾作了荧光舌象与舌苔关系的观察,在 387 名正常人中,舌有白苔(以薄白苔为主)者 285 名,其中见红色荧光 188 名(65.97%),白色荧光 70 名(24.56%),无荧光发生 27 名(9.47%);在 290 例患者中,舌有白苔者 219 例,其中见红色荧光 80 例(36.53%),白色荧光 98 例(44.75%),无荧光发生 41 例(18.72%)。两组荧光分布有非常显著性差异($P < 0.001$),说明正常人的白苔和病人的白苔,不论其红色荧光发生率,还是白色荧光发生率,经统计学处理均有非常显著差异。

在 387 名正常人中,舌有黄苔(以薄黄苔为主)者 102 名,其中见红色荧光 58 名(56.86%),白色荧光 19 名(18.63%),无荧光 25 名(24.51%);在 290 例患者中,呈黄苔者 71 例,其中见红色荧光 29 例(40.85%),白色荧光 24 例(33.80%),无荧光 18 例(25.35%)。两组荧光分布有显著性差异($P < 0.05$),说明在正常人和病人之间,不论是黄苔的红色荧光发生率,还是白色荧光的发生率均有显著差异。

对辨证为阴虚和阳虚证患者各 25 例进行了荧光舌象与舌苔关系的观察。在阴虚证 25 例中,薄黄苔 16 例(64%),薄白苔 5 例(20%),舌光无苔 4 例(16%);在阳虚证 25 例中,白苔 10 例(40%),白润苔 11 例(44%),薄白苔 4 例(16%)。检查结果表明:阴虚证之具薄黄苔者和阳虚证之具白苔者均见红色荧光,阴虚之具薄白苔者和阴虚证之具白润苔者均见白色荧光,而阴虚证之见舌光无苔患者和阳虚证之见薄白苔者均无荧光发生。

正常人见白苔,一般无诊断意义,说明白苔在正常人和病人间,是有差异的,这种差异性在荧光舌象观察时,得到了证实。正常人的白苔和病人的白苔,不论其红色荧光发生率,还是白色荧光发生率,经统计学处理,都有非常显著差异。发现正常人和病人间,不论是黄苔的红色荧光发生率,还是白色荧光发生率,都有显著差异。这表明,白苔和黄苔都有生理或病理意义。既然正常人和病人的白苔或黄苔之间,其红色或白色的荧光发生率,都有显著的差异性,这可提示我们,正常人的白苔、黄苔,与病人的白苔、

黄苔，是有区别的，值得深入研究。

有人^[6]发现白苔组和黄苔组的锌、铜、铁含量均显著低于正常人的薄白苔对照组，其中白苔组降低更为明显；微量元素锰在不同舌苔组中含量则相反，白苔组与黄苔组的锰含量均显著高于对照组。

对照组、黄苔组和白苔组的红色荧光舌象发生率分别为 73.7%、45.5% 和 53.6%，黄苔组和白苔组均低于对照组。白色荧光舌象发生率在对照组、黄苔组和白苔组中分别为 26.3%、54.6% 和 46.4%，黄苔组和白苔组均高于对照组。

二、舌印检查

舌的表面有很多乳头突起，可涂以染料印于纸上而显形，以观察舌乳头在各型舌苔中的变化。最早用烟熏纸作舌印，缺点为操作比较麻烦，烟熏纸制作不易，携带不便，而且难以长久保存，故已为人所放弃。以后改用了一种特制的墨水涂于舌上作舌印，可以很满意的显示舌乳头及裂纹等之解剖改变，后再经改良而渐趋完美^[7]。

(一) 方法

墨水是用 2 克伊文思蓝及 10 克阿拉伯树胶放于 40 毫升蒸馏水中，煮沸 10 分钟即成。待冷却后，加入几滴氯化丁烷醇 (Chlorobutanol) 以阻止微生物的生长。此墨水无毒，对人无害。

纸要用比较好而光滑的纸，做成 12×16 厘米大小。纸背垫以作支持的硬纸。然后嘱患者口微张开，舌松弛的伸出门齿外约一寸许，用纱布擦干唾液，即把墨水均匀地涂于舌上，舌的边尖部分应尽可能涂到。于是轻而均匀地以纸压舌，连续作三至四次舌印。这必须在几秒钟内完成，以免墨水干去。若印出的舌印不满意，可再重复以上过程。

(二) 结果

表 2-4 正常舌之乳头计数

乳头	平均数	最高数	最低数	标准差
丝状	52.2	81	34	10.74
蕈状	8.1	23	3	3.89

在舌印上可显示 3 种解剖结构：

1. 丝状乳头 在舌印上以染汁小点的形态出现，呈圆形或星形，有时一个丝状乳头可由几个小点组成。

2. 蕈状乳头 由于墨汁很快在乳头表面

干去，因此蕈状乳头以空白小圆圈为代表。

3. 舌的裂纹 舌上如有深浅不同的纵裂或横裂，均可在舌印上显形。

从舌印的分析，可得出以下 2 种结果：

乳头计数：在距舌边及舌尖各 1 厘米处为中心，作 0.5 厘米直径之圆圈，以计算丝状乳头的数目。在舌边任取 3 个部位作 0.5 厘米直径之圆圈，以计算蕈状乳头的数目，并求其平均数。在 99 例 30 岁以下的正常学生，计算 2 种乳头的正常值，如表 2-4 所示。

舌的分型：舌印在各人均不相同，但有一些共同特征可资分型。99 例正常人，可分为几个主型及亚型。见表 2-5。

由于 50% 的正常人舌象为丝状乳头型 (即以丝状乳头为主)，因此凡见到丝状型的舌印可以认为是正常的。此外，舌有少量裂纹不能断定它为不正常，因为正常人有 20% 舌印有此表现。

蕈状乳头型 (即以蕈状乳头为主)，在正常人中也可见到，但此型中只有当丝状乳头计数正常时才算正常，反之则为不正常舌型。

表 2-5 99 例正常人之舌型分布

舌只有一主型	人	舌有一主型加一亚型	人 数	总人数
丝 状 型	38	丝状、轻裂	12	50
蕈 状 型	15	蕈状、叶状	9	24
轻 裂 型	6	轻裂、丝状	5	11
裂 纹 型	5	裂纹、蕈状	4	9
叶 状 型	3	叶状、蕈状	2	5
总 数	67		32	99

有人任选 15 个病例分析其舌印,发现丝状乳头的数目大大降低,其平均数从 52.2 下降到 7.7, 蕈状乳头数反见增高, 其平均值从 8.1 增至 12.7, 故丝状乳头与蕈状乳头的比例, 在病理舌象中有倒置现象。

在 7 例恶性贫血的舌印中, 其乳头计数也有相同改变, 经过治疗后, 乳头计数恢复正常^[7]。

有人^[8] (1955) 分析了 1098 人的舌印, 他认为分为 4 型已足, 其分布如表 2-6 所示。

表 2-6 1098 人之舌印分型

丝 状	蕈 状	叶 状	裂 纹
831 人 (75.6%)	205 人 (18.6%)	43 人 (4%)	19 人 (1.8%)

其中丝状乳头型占四分之三, 故见丝状乳头型可算正常^[7]。

作者在临床按照上述方法, 作过数十例舌印, 认为舌印在追踪随访、连续记录舌象的变化上有一定价值。此外可用舌印作丝状乳头与蕈状乳头的计数。二种乳头计数的倒置, 每在红绛舌中发生。在热性病的早期, 蕈状乳头计数常增加, 表现为红刺增生突出, 在舌印上可明显地显现。当伤阴严重时, 出现丝状乳头的萎缩, 苔呈剥脱, 舌印可见丝状乳头计数减少。蕈状乳头先是增生, 后期也会萎缩减少, 此时即呈光滑镜面舌, 舌印呈光滑一片。当给以养阴药物后, 津液恢复, 乳头又有新生, 则舌印又可作连续随访, 以了解其恢复之情况。此外, 在某些特殊病例如白塞氏病 (Behcet's Disease 或 Syndrome) 舌尖蕈状乳头常有萎缩甚或消失不见, 面丝状乳头相对完整无缺, 用舌印可以清楚显现, 可作为协助诊断白塞氏病的一种客观指标。

此法的缺点为只能显示舌前三分之一的改变, 而舌苔、舌质之颜色不能表现, 且有厚腻舌苔的患者不能应用, 因厚苔充满了乳头间隙, 使乳头不能显形, 故使用时有所限制。

三、舌苔病理切片观察

各型舌苔在病理切片下具有各自的特点, 对于阐明其形成机制有一定的帮助, 故在舌诊研究方法上, 病理切片占有重要的地位。

北京中医研究所舌象研究小组^[9]曾使用他们设计的“舌苔活体取材器”获得了 100 个舌苔活体标本。每块标本大小均为 2 立方毫米, 用 10% 甲醛固定后石蜡切片。用苏木素-伊红染色, 显微镜下观察。其中有些资料可以对舌象形成机制的解释提供一些线索。

(一) 白苔类组织学观察

1. 薄白苔 舌面上丝状乳头突起少而低, 其顶端的角质丝量不多 (一般高达 150 微

米),或不见形成。上皮细胞一般多无增厚,乳头间的上皮细胞可见轻度空泡变性,基底细胞排列整齐,上皮脚有轻度融合现象,固有层无明显改变。

2. 白厚苔 丝状乳头有明显的增高,在其顶端有角质所构成的轴柱,其周围有角质丝附着,使整个乳头高达 250 微米。一般排列较整齐,间隙也清晰。在乳头间隙的上皮细胞多呈空泡变性形成网状,基底细胞排列整齐。

3. 白厚腻苔 丝状乳头多有明显增大,其顶端的角质轴柱高达 300 微米,周围附着角化丝,进而有融合,杂以细菌团较多。上皮细胞呈不规则地增生,有的形成胞巢样改变,在周围有角质包绕。乳头间的上皮细胞呈空泡变性,甚或形成网状并向舌而增生突出,形成粗矮的假性丝状乳头,排列不甚规则。

(二) 黄苔类组织学观察

1. 薄黄苔 丝状乳头本身并不增大,在其表层常有 5~7 层角化不全的上皮细胞覆盖。甚而个别乳头的顶端形成较矮的角质轴柱,其周围有少量角化不全之细胞附着,同时乳头之间角化不全的上皮细胞常突出于舌面相互联结,致使乳头间隙模糊不清。

2. 黄燥苔 在丝状乳头之顶端具有角质轴柱树立,其周围有角化不全之细胞丝垂挂着,乳头高达 450 微米,并杂以较多细菌,蕈状乳头发生萎缩,变为平坦,表面覆盖即将脱屑之角化不全细胞。基底细胞增生活跃,多见核分裂,因而使上皮细胞层广泛增厚。上皮脚多见不规则地增生,有的粗大,有的则小,甚至消失不见。固有层中之纤维性结缔组织增生,毛细血管扩张充血及淋巴细胞浸润。

3. 黄厚腻苔 丝状乳头增生粗大,顶端树立的角质轴柱也明显的增高,达 0.5 毫米,其周围的角化丝多相互联结,并杂以多量细菌。在乳头间的上皮细胞增生和程度不等的空泡变性,并突出于舌面形成假性丝状乳头,由此引起乳头的排列紧密,间隙不清晰。

(三) 灰苔类组织学观察

丝状乳头排列不规则,常三三两两并行排列。乳头不增大,在其顶端可见由角质构成的轴柱树立而起,高达 450 微米,在它的周围常呈平行或垂挂着角化不全的细胞丝。同时也可见有的丝状乳头低矮,表面只被复着 3~5 层角化不全的细胞。基底细胞和棘细胞中有空泡变性,上皮细胞层一般均有增厚,上皮脚多见相互融合。固有层中无明显改变。

(四) 黑苔类组织学观察

丝状乳头体积粗大,在其顶端由角化不全的上皮细胞与角质构成人字形的角化丝,累叠耸立,高达 0.9 毫米,并常见分枝,在其周围可见棕黑色颗粒附着,或与脱屑的角化丝掺杂在一起。基底细胞增生活跃,多见核分裂,因而使上皮层增厚。棘细胞层有程度不等的空泡变性,甚或形成网状,并常见突出于舌面,形成假性乳头。由于丝状乳头分枝和假性丝状乳头的出现,看来成为乳头增多构成乳头排列紧密之图象。因粘膜表面的角化旺盛,而对蕈状乳头的形态已不能辨认。上皮脚粗大增生,且有融合,使固有层的乳头一般变得尖长,毛细血管也有增生,并有少量淋巴细胞浸润。

(五) 无苔组织学观察

丝状与蕈状乳头萎缩或消失,舌而变得光滑,也无角质覆盖,失去了舌背粘膜所具有的特征。基底细胞排列整齐,棘细胞层多见轻度增厚;上皮脚向下增生,并多相互融合,因而使固有层的乳头变狭变长。

（六）舌苔的变化

1. 厚苔（角化丝增高） 因丝状乳头顶端的角化丝过高所致。此时丝状乳头也常增高。显微镜下见角化丝耸立作毛发状，排列整齐，间隙清晰，无杂物粘附；此种角化丝均由角化的表皮细胞组成，丝的中央有一角质轴心，轴心周围有角化细胞附着。巨体观察（即肉眼观察）所见为舌苔增厚，但不腻。

2. 薄苔（角化丝变低） 角化丝低者共9例。其高度只有0.1厘米左右，有时只有在显微镜下方能发现，此时丝状乳头也常变低而平。角化丝的高低有时是相对的，即角化丝之高度不变或略低，而乳头间上皮有大量细胞增生，其甚时可将角化丝埋入其中。

3. 膜化苔 乳头间上皮过度角化，但不脱落。轻者乳头间隙消失，进而与丝状乳头的角化丝融合，使相邻的角化丝与乳头间过度角化且增高的上皮联成一片，结成由角化细胞构成的苔膜。有些病变的舌，其舌乳头也常有轻重不同的融合，表面呈丝状，而成肉眼所见的膜苔纹状舌。

4. 苔净化 乳头顶端无角化丝形成，舌面无苔者，即苔之净化。根据乳头形态的不同，有下列3种情况：①丝状乳头的高度、密度常无显著改变，表面有数层角化细胞覆盖，但无角化丝形成。②显微镜下可见乳头顶端扁平，似被压平样，然乳头间隙尚在，故肉眼观察呈桔皮的外形。此种乳头界乎丝状与蕈状之间，极不典型，其表面也覆有2~3层角化细胞。③丝状乳头的顶消失，代之以边沿有刺环生之圆木梳状。显微镜下见乳头之表层上皮剥脱，仅剩下基底层细胞或2~3层深部的棘细胞。由于固有层次级乳头外形的显现而有上述的特殊外形。

5. 剥苔 丝状苔或膜状苔均可发生局部剥脱，形成临床所见之光剥苔。剥脱部位各不一致，剥脱处的舌面，有时为净化的丝状乳头，有时则因丝状乳头已完全消失而呈平滑。

四、刮舌涂片检查

活体舌苔的细胞学检查，生物化学和组织化学检查以及细菌学检查，均需依赖刮舌涂片检查。

用牙签刮取舌苔的一部分，作一张涂片，以巴氏染色后，可以观察舌乳头细胞的角化程度。

一般光剥少苔之舌，角化细胞及不全角化细胞均见减少，外基底层细胞或中间细胞的比数则见增多；而舌苔厚腻者，则涂片上一般角化细胞及不全角化细胞的比数较大。至于苔色与细胞角化程度的关系，则尚无肯定的结论可言，而苔色与涂片背景上的细菌及白细胞的多少似乎有些关系。如黄色及黑色舌苔的涂片背景上，常可见多量细菌及中性白细胞，有时甚至可见霉菌；而薄白舌苔其背景一般较为清晰，白细胞的渗出及细菌的附着较少。但例外者也有，如光红裂舌或溃破糜舌等的涂片，也可有细菌及白细胞见到，而个别黄苔或黑苔也可无细菌或霉菌，故目前尚未找到一定规律。

五、舌苔的细菌学检查

北京市中医研究所舌象研究小组^[10]曾作细菌定性培养，共计培养46例。其中正常舌苔19例，薄白苔7例，白厚腻苔7例，黄厚腻苔7例，黑苔2例，淡白舌1例，白厚苔3例。因口腔内杂菌较多，分离出的菌种也多，菌群分布的规律性也不强。就其中黄厚腻苔7例中，甲型溶血性链球菌除一例为12%外，其余均在53~97%之间，似为优势菌群，

值得进一步观察。

有人^[11]对常见舌苔中的苔面细菌分布情况进行了研究,结果表明:各种舌苔均有多种细菌检出,其中卡他球菌的检出率最高,为72.4%。但细菌定量分析结果示,溶血性甲型链球菌占各种舌苔第一优势菌种(50.31%),第二优势菌种在薄苔中为卡他球菌(33.63%),在腻苔中为黄色球菌(29.33%)。

根据这个结果,似乎可以认为黄色咽球菌在腻苔的形成过程中起着重要的作用,这有待进一步观察和研究。卡他球菌、溶血性甲型链球菌、表皮葡萄球菌以及黄色咽球菌在各种舌苔中的检出率呈现了薄苔<薄腻苔<厚腻苔的变化趋势,其中溶血型甲型链球菌和表皮葡萄球菌在各种舌苔中所占比例有显著差异。可以认为在薄苔中细菌比较少,相反,菌群多而杂易产生厚腻苔。薄苔与腻苔的形成与各自的优势菌群所产生的色素有一定的关系,口腔内在多菌群的作用下碱度降低呈现酸度,有可能阻断丝状乳头角化上皮细胞的正常脱屑,从而促使厚苔、腻苔的形成。但究竟是腻苔的环境适宜多种细菌生长,还是多种细菌优势增殖促进了腻苔的形成,还是二者互为因果协同而致,尚有待于进一步研究。

六、舌苔细胞化学研究

运用定量细胞化学技术对患者的舌苔上皮细胞进行微观辨证研究,为舌诊客观化、微观化提供了一条新的思路和方法。

有人^[12]对常见舌苔细胞化学变化规律进行了定量研究,运用显微分光光度技术对117例常见舌苔舌上皮细胞内乳酸脱氢酶(LDH)、苹果酸脱氢酶(MDH)、葡萄糖-6-磷酸脱氢酶(G-6-PDH)、酸性酯酶(ANAE)、酸性磷酸酶(ACP)、核糖核酸(RNA)、巯基(-SH)等生物大分子活性物质的含量进行了定量对比分析,发现正常薄白苔、虚寒薄白苔及病理白厚、薄黄、黄厚、花剥、光剥舌苔在上述指标的变化上具有一定的规律性,从而提示舌上皮的细胞化学变化可能是不同病理舌苔形成的主要内在机制。

人类正常舌粘膜上皮细胞内G-6-PDH呈高度活性,LDH、MDH、ACP、ANAE活跃,RNA、-SH含量较丰富,其中尤以G-6-PDH、LDH、ACP活性强,-SH含量丰富为其显著的细胞化学特点,标志着其生物氧化尤其是无氧酵解及戊糖途径活跃,合成和分解代谢旺盛。活跃的氧化代谢为细胞生命活动提供能量,旺盛的合成代谢为细胞生长分化提供原料,而溶解代谢活跃则有利于最后角质化和剥脱过程的完成,从而保证了舌上皮增殖、分化、迁移、脱落过程的顺利进行。这一过程的动态平衡,可能是维持正常薄白苔的主要因素。

研究表明:不同舌苔有其各自不同的细胞化学特点,各种病理舌苔之间在细胞化学的变化上具有一定的规律性,分述如下:

(1) 病理(虚寒):薄白苔者G-6-PDH、MDH、LDH、ANAE及ACP酶活性低下,RNA、-SH含量亦明显低于正常薄白苔及病理白厚、薄黄、黄厚各组,表明其细胞内生物氧化低下,核酸和蛋白质合成代谢障碍,因而导致舌上皮细胞生长分化迟缓,加之溶酶体活性亦处于低下状态,细胞生长分化和溶解退化处于“低水平”的相对平衡,可能是病理(虚寒)薄白苔形成的内在机制。

(2) 白厚苔的特点是MDH、LDH、G-6-PDH、ANAE活性增强,RNA、-SH含量较高,而ACP活性相对低下。说明其合成和氧化代谢相对增强而分解退化相对缓慢。因

此，生长分化迅速而角化脱落过程相对延缓，是白厚苔形成的细胞化学机制。

(3) 薄黄苔的变化表现为 MDH、LDH、G-6-PDH、ANAE 及 ACP 活性显著增强，RNA、—SH 亦高于正常薄白苔。说明其细胞代谢处于病理亢进状态，但合成和分解，生长增殖和角化脱落处于相对平衡状态。因此，虽然其舌上皮更新加速而舌苔不见增厚。

(4) 黄厚苔的特点是 LDH、MDH、G-6-PDH 及 ANAE 活性显著增强，尤其 LDH 和 G-6-PDH 变化最为明显，RNA 和—SH 含量显著增高，而 ACP 活性无明显变化。说明其生物氧化和合成代谢均处于病理亢进状态，细胞生长分化加速，但溶解退化、角化脱落过程相对缓慢，破坏了舌上皮细胞新旧更替的动态平衡，因而导致了黄厚苔的出现。黄厚苔与白厚苔相比，细胞的整体代谢水平尤其是能量氧化更为活跃，呈病理亢进状态。

(5) 花剥苔与光剥苔的共同特点是 MDH、G-6-PDH、ANAE 活性减弱，RNA、—SH 含量降低，而 LDH、ACP 活性显著增强，其中光剥苔的变化较花剥舌苔更为明显。说明其舌上皮内有氧氧化障碍而无氧酵解病理亢进；同时，由于蛋白质和核酸合成代谢障碍，细胞不能正常生长成熟；加之溶酶体活性病理亢进，导致细胞过早溶解脱落或变性坏死，因而导致舌粘膜上皮部分甚至全部剥脱。

同时该研究者^[13]对胃脘痛属脾虚者的舌苔上皮细胞进行了化学研究。脾实质探讨是中医现代研究中一个十分活跃的领域，近年来，愈来愈多的临床研究证实舌苔的变化与消化系统功能紊乱关系最直接^[14]。脾虚患者在舌上皮细胞化学上有明显的变化，表现为 PAS、DNA 含量较正常人及非脾虚患者为高，而 SDH、ANAE 含量则减少。我们认为：此结果一方面为中医舌苔—脾胃相关理论提供了一定的物质基础，另一方面可作为胃脘痛脾虚察舌辨证的微观指标。

SDH 和 PAS 的变化说明脾虚患者舌上皮细胞内能量代谢低下。由于 SDH 是细胞内生物氧化的可靠指标，因此脾虚患者 SDH 活性降低的原因，可能与脾失健运，细胞营养物质来源匮乏，酶蛋白合成不足以及线粒体结构异常、数目减少等有关。糖原 (PAS) 是细胞主要的能源物质，其含量随细胞种类及所处功能状态而不同。脾虚患者细胞中糖原含量增多，可能主要是细胞内生物氧化低下，分解利用减少所致。一方面 SDH 活性降低影响碳水化合物的氧化供能，另一方面脾虚患者普遍存在的交感神经功能低下导致细胞内 cAMP 降低^[15]，后者可抑制糖原磷酸化酶的活性而抑制糖原的分解氧化。

ANAE 是内质网的标志酶，借以代表内质网的功能状态^[16,17]。本实验结果脾虚组 ANAE 含量降低，提示其舌上皮细胞合成代谢及物质运输功能低下。此外，ANAE 还与细胞内溶酶体的消化机能有关，其活性降低在一定程度上说明其细胞内消化能力减弱。这种变化一方面影响细胞内营养物质的利用；另一方面对衰老退化的细胞器不能及时清除，亦影响细胞的新陈代谢。

一般认为，愈幼稚增生活跃的细胞核酸含量愈多，而愈成熟角化的上皮细胞核酸含量愈少甚至消失。测定 DNA 平均含量可在某种程度上反映舌上皮的总体角化程度。脾虚者舌上皮脱落细胞 DNA 含量高，说明其细胞成熟更替速度减慢，角化程度低下。但脾阳虚者 DNA 含量反而较低，究其原因，可能是由于细胞代谢极度低下，角化细胞长期不能脱落造成的假象。造成脾虚患者舌上皮生长分化缓慢、角化迟缓低下的重要原因，可能与其细胞代谢低下有关。

综上，我们认为，细胞化学变化在舌苔形成原理中具有重要意义，同时可望成为察

舌辨证新的客观、微观化指标，值得进一步结合病证深入研究。

七、纤维胃镜检查与舌苔关系的研究

中医理论认为，“舌乃脾胃之“外候”，胃的病变通过舌苔的诊察而能作出判断。纤维胃镜的广泛应用表明，舌诊对慢性胃炎、消化性溃疡、胃癌的鉴别诊断有一定价值。在慢性胃炎中、黄厚苔占大多数，胃部炎症越严重，其舌苔也越黄而厚；适当治疗后，胃部炎症逐渐好转时，其舌苔也逐渐正常；胃炎由浅变性或肥厚性变为萎缩性时，其舌苔亦逐渐消退而转为光剥。一般来说，十二指肠球部溃疡舌苔大多洁净如常；胃溃疡在活动时大多有黄厚苔；胃癌病人有 1/3 的表现为光剥苔，而良性的胃溃疡则无。上述规律的发现，给现代医学提供了新的客观指标，也提出了一些新的问题，值得深入研究。

八、舌面酸碱度测定

正常人的舌面酸碱度一般为中性，pH 值在 6.0~8.5 之间。实证患者舌 pH 值偏碱；虚证者 pH 值偏酸。阳虚越甚，pH 值越近中性；阴虚越重，pH 值越偏酸性。厚苔、腻苔、黑苔、光红舌等病理舌象的舌面 pH 值低于正常薄白苔，在 4.0~6.0 之间，表示偏弱酸性；而薄黄苔的舌面 pH 值则常与正常舌苔者相近。

舌面酸碱度与舌苔关系的研究，虽然意见还不够统一，但认为舌面酸碱度与舌苔的形成有一定的相关性。

有人^[18]对 52 例健康薄白苔和 135 例病理薄苔、厚苔、剥落苔患者舌脱落细胞、舌面酸碱度进行检测，结果舌苔制片背景模糊混浊、细胞分布密集成堆、上皮细胞、变性细胞、白细胞计数和舌苔细胞学异常积分及舌面酸度等多项指标均呈现薄白苔<薄苔<厚苔<剥落苔的变化趋势；由薄白苔→薄苔→厚苔，舌苔细胞的角化程度递增，而舌苔剥落者不仅角化前细胞较其它 3 组的比例增高，而且有较多中层细胞。分析表明舌上皮细胞的分裂、分化、移行与细胞角化脱落之间的动态平衡及口腔 pH 值改变是舌苔消长变化的重要因素。

参 考 文 献

- [1] Acta Dermat-Venerol, 1948, 27: 369
- [2] Brit. Med. J. 1951, (1): 117
- [3] Oral Surg. Oral Med & Oral Pathology 1953, (6): 1425
- [4] 陈泽霖, 等. 舌诊研究. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1982. 83, 84
- [5] 陈连起, 等. 荧光舌象与舌苔关系的观察. 中医杂志, 1987, 28 (1): 57
- [6] 陈连起, 舌苔微量元素与荧光舌象关系的观察. 中医杂志, 1993, 34 (3): 172
- [7] Arch. Int Med, 1946, 78: 405
- [8] Lancet, 1955; 268: 647
- [9] 陈泽霖, 等. 舌诊研究. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1982. 84~88
- [10] 陈泽霖, 等. 舌诊研究. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1982. 103~107
- [11] 陈泽霖, 等. 舌诊研究. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1982. 114~115
- [12] 孙育敏, 等. 常见舌苔中的苔面细菌分布情况. 天津中医, 1995, 12 (3): 28
- [13] 吴正治, 等. 常见舌苔细胞化学变化规律的定量研究. 中国医药学报, 1993, 8 (1): 15
- [14] 吴正治, 等. 胃脘痛属脾虚者舌苔上皮的细胞化学研究. 中医杂志, 1992, 33 (2): 41
- [15] 胡庆德. 消化系统疾病的舌象表现. 浙江中医杂志, 1982, 17 (3): 135

〔16〕金敬善,等.脾虚证的临床实验研究.中医杂志,1989,30(3):21

〔17〕Hardonk MJ, et al Progr Histochem Cytochem 1976; 8(2):18

〔18〕孙品伟,等.区分骨骼肌纤维类型的非特异性酯酶显示法.北京医科大学学报,1986,18:305

〔19〕袁肇凯.舌苔消长舌脱落细胞舌面酸碱度检测分析.辽宁中医杂志,1994,21(7):289

第四节 舌象分析与舌诊意义

【基本内容】

一、舌象的分析要点

(一) 重察舌的神气和胃气

舌神是神气的重要表现之一。无论舌象如何变化,通过观察舌神的有无,即可从总体上把握脏腑精气之盛衰、机体生机之胜败、疾病转归之凶吉等基本状况。《望诊遵经·望舌诊法提纲》指出:“神也者,……得之则生,失之则死,变化不可离,斯须不可去者也。”

舌神的基本特征主要表现在舌体的光泽与动态二方面。大致以舌体红活明润、灵动充盈者为有神,舌体晦黯枯萎、呆板僵滞者为无神。因为红为血色,血充则色艳;活为血行,气旺乃血畅;明为光明,无形以候阳;润为润泽,有象以候阴;灵动手机,神之所役;充盈于质,精之所填。所以舌体有神,说明阴阳气血精神皆足、生机乃旺,虽病亦轻,病重亦善,病后易愈;舌体无神,说明阴阳气血精神皆败、生机已微,未病者易染恶疾,已病者势多凶险,难免出现死亡转归。

胃气作为神气的特殊部分,其盛衰也可从舌苔的根底有无上表现出来。如《形色外诊简摩·舌苔有根无根辨》认为:“前人论有地无地,只可辨邪气之浮沉虚实,有根无根才能辨中气之存亡;地是苔之里一层,根是舌质与舌苔之交际;无苔是胃阳不能上蒸,肾阴不能上濡,胃肾乃舌与苔之根。”一般来说,舌苔中厚边薄,紧贴于舌面,苔底牢着,或苔虽松厚,刮之舌面仍有苔迹,或厚苔脱落,舌面仍有粘膜颗粒,有苔能逐生之象者,均属有根,是有胃气之征象。舌苔似有似无,甚至光剥如镜,或苔厚松腐,四周如截,刮之即去,舌面光滑,苔垢不易复生者,均为无根,是胃气衰败之恶候。

(二) 舌体与舌苔的综合分析

分析舌象不仅要掌握舌体与舌苔各自反映的生理病理意义,而且应注意彼此之间的相互关系,综合判断其主病规律。

1. 舌体与舌苔各自的主病特点 舌体与舌苔都能反映脏腑气血的寒热虚实变化。具体而言,在舌苔方面,苔色侧重反映寒热燥湿等六气的无形变化,即色白为寒为湿,色黄为热为燥,邪入三阴则色灰或黑;苔形侧重反映痰食水湿等浊物的有形变化,即苔厚为有形浊邪内盛,而苔少为有形津液不足,若苔厚而兼腻主痰湿、兼腐主食积、兼滑主水饮、兼糙主粪结;苔之分布侧重反映上下内外等病位变化,即舌苔满布主邪气散漫,舌苔团聚主邪气内结,苔有偏部则邪有偏着,若显于舌尖为邪在上焦,显于舌中为邪在中焦,显于舌根为邪在下焦,显于一边为邪在一侧。在舌体方面,舌神侧重反映生机之有无,即舌有神则生机在,舌无神则生机灭;舌色侧重反映气血之寒热变化,即色淡为寒,色深为热,深入血分则色紫或青;舌形侧重反映阴阳之虚实变化,即形质胖嫩为阳气不足,形质尖瘦为阴血不充,苍老起刺为邪气暴实,齿痕裂纹为正气久虚;舌态侧重反映

深重危症，即舌痿软为脏虚至极，舌强硬为邪闭厥阴，歪斜、颤动、短缩之类皆为病邪直中而深入肝肾之征。

比较而言，舌体与舌苔主病各有侧重。如《辨舌指南》所说：“辨舌质可辨五脏之虚实，视舌苔可观察六淫之浅深”；《医门棒喝·伤寒论本旨》也指出：“观舌本，可验其阴阳虚实；审苔垢，即知其邪之寒热浅深也。”大抵说来，气病重苔，血病重质；苔变在腑，质变在脏。如寒伤气分则舌苔白滑，寒凝血分则舌质青淡；热犯气分则舌苔先黄，热入血分则舌质必绛；邪阻气分则苔多粗厚，邪滞血分则舌多紫暗；腑实内结苔必先变，脏虚久重舌必亦变；苔根有无关乎胃气之多少，舌神有无关乎脏真之存亡。

2. 舌体与舌苔的相互关系

(1) 舌体与舌苔变化一致：舌体与舌苔变化一致时，提示病机相同、主病一致，说明病变比较单纯。如舌质淡红、苔薄白润主风寒表证；舌质红、苔黄燥主燥热内盛；舌质淡嫩、苔白滑主阳虚内寒；舌质红瘦、苔干而少主阴虚内热等。同时亦说明病变比较广泛。如舌质红绛干裂、舌苔焦黄起刺为火热极盛而气血两燔；舌质苍老青紫、舌苔粗厚紧敛为邪实内阻而气滞血瘀；舌质瘦小、舌苔薄少为脏器薄弱而气血两亏等。

(2) 舌体与舌苔变化不一：舌体与舌苔出现不一致，甚至相反的变化，往往预示病因病机比较复杂。具体有两种类型：一种是舌质舌苔变化仅仅是参差不齐，即舌质变而苔未变、或舌苔变而质未变，这往往是病情发展尚在初期、或病变范围比较局限所致。如舌淡红而苔白厚者是寒湿在表、尚未及里，舌淡红苔薄黄者是风热犯卫、未及气血，故皆仅现舌苔变化而舌质如常；舌红赤而苔薄白者，可为郁火内生而尚未炽盛，舌淡嫩而苔薄白者，常因阳气虽虚而水湿未盛，故皆舌质先变而舌苔尚平。一般而言，外感六淫初期，往往先见舌苔变化而舌质变化不显，随着病情由轻而重、由表及里地发展，则舌质亦变；内伤七情早期，往往舌质先变而舌苔变化未必显著，随着病情由内及外、由隐而现地发展，则舌苔亦变。总之，病情发展的不平衡，会影响舌象的一致性。另一种是舌体舌苔变化完全相反。即舌苔显阴象而舌体显阳象，或舌体显阴象而舌苔显阳象，这往往是病证的阴阳夹杂所致。如舌淡白而苔黄腻者，淡白主虚寒而黄腻主实热，此因内外标本所主不同，即舌质主其内在之正气，舌苔主其外来之邪气，故脾胃气虚之体感受湿热之邪，便可显此舌象。又如舌赤苍老而苔白滑腻者，苍老而赤应属火热、滑腻而白应属寒湿，此因不同病因所犯浅深不同，即舌质侧重血分而舌苔专主气分，故湿犯气分而热郁血分、或素体阴分伏火而阳分复感寒湿者，皆可现此舌象。总之，新老合病、内外相引，以致病因病机浅深夹杂，是导致舌质舌苔变化不一，乃至相反的主要原由。

(三) 舌象的动态观察

无论外感与内伤，疾病都有一个发生、发展及转归的变动过程，舌象作为反映疾病的敏感体征，亦会随之发生相应的改变。通过对舌象的动态观察，可以了解疾病的进退、顺逆等病变势态。

从舌苔看，苔由薄变厚，由净变浊，由松变紧，提示邪气渐盛、由表入里、欲成内结之势，皆属病进；苔由板紧而转疏松，由厚浊而转薄净，说明里滞渐通、邪气渐退、胃气渐复而谷气渐进之机，皆属病退；苔色由白转黄，由黄转焦，由焦转黑，苔质由润转燥，由燥转裂，由裂见刺，均提示热势增长、津液更伤，皆属病进；苔色渐淡、苔质渐润，则说明邪热渐退、津液渐复，乃为病退。又无论舌苔如何消长，总以依次渐变为宜，

骤然突变为病情恶化之兆。如舌苔减退之时，若由密而渐疏，由尖边而至舌根，渐转薄净，退而后生薄白新苔者，是胃气渐复、谷气渐开的自然过程，为顺象；若满舌厚腻苔而突然剥落，舌光无苔，不能生新，是邪盛正伤，胃气暴衰的内陷之兆，为逆象。

从舌体看，舌色由淡红转红，由红转绛，由绛变紫，提示邪热不断深入，由气入营，由营及血，以致伤阴动血，病进而势危；舌色由淡红转淡白，由淡白而淡青，或兼舌质胖嫩水滑，说明阳气益衰、阴寒益深，或水湿渐盛，病进而势重。又无论舌质如何变化，若舌神由晦暗而渐显红活，由僵滞而渐转灵动，则提示生机渐复，病趋好转；若反更紫暗、或兼枯萎、或兼黄腻厚浊之苔，则说明正不胜邪，病趋恶化。

（四）舌与症的相互参照

舌象虽然能比较客观而灵敏地反映内在疾病的多种变化，但它的反映范围和程度仍然有限。有些相同的舌象特征可现于若干种证候之中，有些病理证候又可表现为不同的舌象特征或没有显著的舌象改变，有时舌象还会有真假的不同表现。这些都必须通过望舌与其他症状的相互参照来加以鉴别，才能得出正确的判断。例如：舌淡红、苔薄白者，无病时主平人，有病时主轻浅病证，其中病程急促而现发热、咳嗽等外症时，主外感表证；病程渐缓而内证反复、时显时隐者，主内伤轻证。又如舌苔厚腻而或黄或白、舌质偏红者，既主外感之湿热、暑湿，又主内伤之痰热、食积，此须结合问诊等加以鉴别，若有外感病史，兼口粘脉濡者为湿热；兼口渴脉虚者为暑湿；若无外感过程，兼胸闷多痰者为痰热；兼腹痛厌食者为食积。再如舌质红绛、苔少而干者，若见于卒病高热时，主热入营血；若见于痼疾低热时，主阴虚火旺。还有舌淡白、苔薄净者，若兼面色晄白、形寒肢冷，主阳虚火衰；若兼面色枯白、身形消瘦，主气血两亏。苔白厚腻者，若脉滑则属痰，脉弦则属饮，脉濡则属湿，脉紧则属食滞。舌质红、苔白厚腻堆积如粉者，若见于病初而骤发寒热，则主温疫之湿遏热伏；若见于病后而身体某部痛有定处，则主内痈之湿热蕴毒。舌红强硬者，若伴高热则主热极动风；若伴神昏则为热入心包；若伴眩晕则为痰热中风。总之，通过四诊合参，可使舌象的诊断意义更加明确而具体。

二、舌诊的临床意义

《临症验舌法》指出：“凡内外杂证，无一不呈其形、著其气于舌，……据舌以分虚实，而虚实不爽焉；据舌以分阴阳，而阴阳不谬焉；据舌以分脏腑、配主方，而脏腑不差、主方不误焉。危急疑难之顷，往往无证可参、脉无可按，而惟以舌为凭；妇女幼稚之病，往往闻之无息、问之无声，而唯有舌可验。”可见，舌象诊断不仅意义普遍，而且客观准确、简便易行，以致成为中医辨证的常规手段和重要依据。

（一）探察病因性质

不同性质的邪气致病，在舌象上会出现比较显著的差异，故舌诊对于鉴别风、寒、热、湿、燥、火和痰、饮、水、食、瘀、虫等病因有较大的作用。一般而言，寒令苔白舌淡、热令苔黄舌红、湿令苔腻舌胖、燥令苔干舌老，若挟无形之风气则苔较薄净，若合有形之浊邪则苔多厚浊——挟痰浊者兼粘腻，挟水饮者兼水滑，挟食滞者兼粗腐。另外，虫积者舌可见凹陷圆红点；瘀血者舌可见紫暗斑点；中毒者舌可显蓝色。

（二）判断病变部位及其浅深

舌苔与舌体候病有浅深侧重之分，舌体部位候病又有脏腑分属之别，故病位的变化在舌象上也有相应的表现。大体而言，病浅在表、初犯营卫而未殃及内脏气血时，舌象

变化尚微，即舌仍淡红、苔仍薄白；病深入里，脏腑气血即受其扰，舌象变化随之显著。若病犯六腑，邪干气分，则舌苔变化突出；病入五脏，伤及血分，则舌体变化明显；脏腑同病，气血交伤，则舌苔与舌体变化俱甚。若舌苔异常显于前部，为病偏上焦；显于中部，为病在中焦；显于后部，为病及下焦；显于全舌，为病遍三焦；显于一侧，为病着于左右一处。若舌体异常显于尖边，病关乎心肺；显于中央，病关乎脾胃；显于两侧，病关乎肝胆；显于根部，病关乎肾、肠与膀胱。

（三）辨别病机转归

舌质感应于五脏之精气，舌苔感应于六腑之浊气，故借助舌象可以了解正邪的虚实变化。一般而言，舌有神者正气旺，舌无神者正气败，舌少神者正气弱；舌淡白而苔薄少者气血不足，舌燥苔干者津液已伤，舌体胖嫩者阳气衰，舌体枯萎者阴精竭，舌体暗紫者气血瘀阻；有苔有根者胃气尚在，有苔无根者胃气不续，有根而松者胃气疏通，有根板结者胃气闭结，有苔而厚者实邪内盛，有苔而薄者内无实邪，舌苔剥落、甚至光剥者胃气衰败。另外，从苔的聚散变化上可以了解内在气机的运行状态，即如《察舌辨证新法·苔色变化吉凶总论》所说：“更有气聚苔聚，气敛苔敛，气化苔化，气散布苔也散布，气凝聚而结，苔也凝聚而结，气结于一边，苔亦结于一边。”

（四）估计病势趋向

通过对舌象的动态观察，可以测知疾病发展的进退趋势及其凶吉转归。总括而言，凡舌象特征的变化趋向于正常标准，为病势向退向愈；背离于正常标准，为病势进展；舌象依次而渐变者为病顺，预后尚吉；舌象失序而突变者为病逆，预后多凶。以温病为例，《辨舌指南·察舌辨证之鉴别》即曰：“舌苔由白而黄，由黄而黑，顺症也；有由白而灰，由灰而黑，不由黄转黑者，此谓之黑陷苔，逆症也。”

另外，根据舌体之神韵与舌苔之根蒂，可以测知正气之胜败、估计预后之善恶。《辨舌指南·察舌辨证之鉴别》即根据这一原理，总结前贤诸论，归纳了二十余种舌象，作为病至危重、阴阳偏极、气血津液皆已告竭的特定征兆，以决生死善恶。其所谓“不治”、“必死”，现在看来虽未必尽然，但确系危急之证，故仍有重要的参考价值，兹摘要如下：①舌绛无苔，干枯细长，而有直纹透舌尖者，为心气内绝。②舌见蓝色，为肺气伤，微者可治，深必死。③舌苔白如雪花片，为脾冷而闭，脾阳将绝。④舌卷囊缩，或舌短卷痿软者，皆肝气将绝。⑤舌忽变棕黑色，或赭色带黑，或舌无苔，色黑如去膜猪肾，或舌焦干黑者，皆肾液枯竭，亦死不治。⑥舌光无苔，如镜面，为胃阴将绝。⑦舌干晦枯萎而无神，为五脏皆绝之候。⑧舌糙刺如沙皮，干枯燥裂，或舌敛束如荔枝肉而绝无津液者，为津液枯竭。

（五）了解体质禀赋

体质之禀赋根本于内脏气血之厚薄，故与易感倾向和病后转归有关。舌象作为内脏气血的一面镜子，对此也能有所反映。《辨舌指南·辨舌明体质禀赋之鉴别》指出：“盖体格之良否，虽关于健康，然于疾病发生时，以及日后可治与不可治，亦多有研究价值”，并进一步对不同体格、体质的舌象特征进行了论述。它认为：“强壮体”平时舌质阔厚而坦，舌色淡，舌背常有滑苔，或白或微黄，有神彩；“薄弱体”舌质尖薄，边尖多红，或紫或有瘰，甚则沿边屈曲如锯齿形，舌心苔少或无苔；“中等体”舌质狭长不厚，色亦淡红，微有薄苔；“肺癆质”其舌恒薄，边尖红赤，舌根有苔厚腻，中尖无苔，常有津液；

“卒中质”舌质阔厚而长，尖端平圆，色淡红而白，常有白腻垢苔；“神经质”舌质薄小而端尖，边红微紫，虽有薄苔而无浮垢；“腺病质”见于小儿，其舌薄短而尖，舌多紫红，苔色灰白而少。以上系曹炳章氏之经验，古时极少此类论述，但结合正常人群中会出现病理舌象的事实，似有一定的启发意义和借鉴作用，值得临床进一步观察和探讨。

【补充阐发】

一、望舌辨体质禀赋

体质禀赋的特点与某些疾病易发及转归预后均有一定联系，但舌象与体质禀赋的关系，古代论述甚少，现代研究也不多。曹炳章在《辨舌指南·辨舌明体质禀赋之鉴别》中则从人之体格、体质方面论述了望舌的意义。

1. 望舌辨体格

(1) 强壮体：平时舌体阔厚而坦，舌色淡红，舌背常有滑苔，或白或微黄，有神彩；其形体则骨骼粗大，胸廓广阔，肌肉坚实，皮肤滑润光泽。

(2) 薄弱体：舌体尖薄，边尖多红，或紫或有瘰，甚则沿舌边屈曲如锯齿形，舌心苔少或无苔；体型呈骨骼细弱，胸廓狭小，肌肉瘦软，皮肤宽浮。

(3) 中等体：舌体狭长不厚，色亦淡红，微有薄苔；体型介于上述二者之间。

2. 望舌辨体质

(1) 肺癆质：身体瘦弱，头颈细长，皮色苍白，胸廓狭小或扁平，两颧稍赤，眼大有神；其舌体坦薄，边尖红赤，舌根苔厚而腻，舌中间无苔，常有津液；若患肺癆至二期，则舌根苔灰白，舌边尖质紫红；若重至三期，舌体转红赤，舌根无苔垢。

(2) 卒中质：骨骼肌肉肥大，肥胖颜白，或兼苍兼赤，颈短而粗，肩高而耸，动则气喘；其舌体阔厚而长，尖端平圆，色淡红而白，常有白腻苔垢；发病后则舌体胖短，甚则强硬或胀大。

(3) 神经质：举动灵便，视物敏捷，语言爽快，情绪不稳，性情急躁，发润而光；舌体薄小而端尖，边红微紫，虽有薄苔而无浮垢；发病时多因阴虚火旺，兼挟外邪，苔白而灰，并不厚腻；若多服温燥，舌易光绛。

(4) 腺病质：多见于小儿期，呈皮肤苍白，体瘦不润，额面虚浮，颜面狭小，身体细弱，青筋暴露，皮肤易变，易生皮疹；其舌体薄短而尖，色多紫红，苔色灰白而少。

曹氏论及不同舌体与体质的形成时，引用《利济外乘》之资料云：“无病之舌，形色各有不同，有常清洁者，有稍生苔层者，有鲜红者，有淡白色者，或为紧而尖，或为松而软，并有牙印者，或当伸出之时，润而软弱，或收束紧时而成尖锋，此因无病时，各有禀赋体格之不同，故舌质亦异也。”

匡调元在《中医病理研究·中医病因学研究》中报道了对141例五官科门诊病人的舌象与体质关系的研究，其结果表明：正常质者舌质正常，均为白苔，90.9%为薄苔。燥红质者舌质红出现率为76%，且为薄苔。倦晄质者中淡白舌质占79%；有齿印者占32%；苔色以白为主，占84%；薄苔为79%。迟冷质者中有92%的舌质为淡白；齿印占62%；85%为薄苔；92%的为白苔。腻滞质者舌质无明显特征，但腻苔占84%，而且65%舌苔较厚。晦涩质者无淡白舌，紫色舌质占78%，有78%是薄苔，且均为白苔。

陈泽霖《舌诊研究》中介绍了2090例平人舌象的普查，将受检者体型分为瘦削型、

肥胖型和中等型3种。结果表明，以瘦削型舌质变化最多，其中红舌占5%，淡舌占21.6%；从舌苔来看，3种体型无显著差别。陈氏等另对5403例平人舌象进行普查，表明体质禀赋与舌质的变化尚无定论。这说明对此问题还有待于进一步探讨。

二、年龄、性别与舌象的关系

（一）年龄与舌象

在正常人群中，正常舌象也常随年龄的不同而呈现变化。如小儿稚阳之体，气血未充，易寒易热易虚易实，常易见舌象变化，如舌质多淡嫩，舌苔少或剥；一旦发病，则易患舌疾，常见白膜，舌多红点，或常因脾胃不和而生厚苔。老年人常因气血偏虚，肾亏脾弱，舌色较暗红或带暗色，但并无明显病变；若舌现裂纹，或少苔无苔，或苔浮白，舌体胖嫩，此可见微知著，以防病变。

曹炳章《辨舌指南·辨舌明体质禀赋之鉴别》认为，老年人气血衰颓，津液枯涸，故舌象与少壮相异，若阴阳俱不足者，苔虽白必浮，中有裂纹；若中阳虚者，舌质胖而无华；若阴浊内聚，舌虽润而非液；若两畔厚白，中有裂纹，此苔属痰气或痰火，极易剥脱，脱后或为白色之苔者属脾阴涸，若为绛色者属胃阴竭，均为不治之症；如舌如涂墨，属肾气上泛，亦为危症。老年温病，虽舌黑燥无津，亦必温润攻下而可救。小儿1、2岁以内，舌多特种疾患，如舌生白衣白膜，或白屑如米，或舌根有筋绊其舌尖，或舌生黄泡出水，或舌肿胀满口等等。3、4岁以上则与常人略同。

陈泽霖等《舌诊研究·舌诊的研究方法》介绍了对2090例正常人舌象调查，结果表明一般在15岁以下舌质大都正常，随着年龄的增长，其舌质、舌苔异常的百分率不断上升。作者分析认为因抽烟及慢性病史在成年人中不断增多的原因所致。浙江省西医学习中医班在调查了3554名正常人舌苔后提出，1~5岁舌苔有异常变化者占12.2%，这是因为幼儿消化机能未臻完善，生长发育快，消化器官负担相对加重，脾胃受伤，因而出现舌苔异常变化。6~25岁的舌苔异常变化较为少见，这是由于青少年的生活习惯比较单纯的缘故。26岁以上的人，舌苔异常的百分率显著提高，这可能因随年龄的增大，受外界不良因素的作用多有关。

（二）性别与舌象

男女因体质禀赋不同，舌象亦有差异，如月经周期常对舌象有所影响。《辨舌指南·辨舌明体质禀赋之鉴别》指出：男女气血异体，症治亦有不同。男子气壮，血不易瘀，故见瘀血舌黑常见于危症；女子经水适来适断，与病相触，肾肝之络，最易停瘀，故舌黑谵语常见，只要耳不聋，乳不缩，不为败证；其舌或蓝、或灰、或黑，均不得据为凶候；唯声息低微，不能转侧，乃为危象；若瘀血舌黑，虽热而不生芒刺，此亦妇女之特点。男子多因邪而致血瘀，女子不必因邪而自能血瘀，故病愈而苔黑而不退者亦有之。

《舌诊研究·舌诊的研究方法》报道，男女性舌质、舌苔的变异并无显著差别，对女性经期与舌象的关系发现月经超前者，舌边尖红的百分比较高；而月经推后者，舌质浅淡的百分比较高，与中医理论相符。浙江省西学中班调查正常人舌苔变化，发现男性舌苔异常（22.05%）明显比女性多见（16.71%）。湖南中医学院也发现男女性健康人中男性舌尖微观异常变化较女性为重，女性舌菌状乳头数目较多，面积较大，而且异常指标的发生率明显低于男性。因而认为，男女性舌象的差异，可能与工作、生活习惯的单纯与复杂、体内性激素水平变化等因素有关。

三、舌诊在温病辨证中的意义

温病的舌诊，已成为一种常规的诊法，临床主要从舌体、舌苔的性状、色泽、润燥等方面辨别病邪的性质，区分证候的类型，判断津液的存亡，用以指导临床辨证论治。

(一) 辨舌体

通过舌的色泽、形态观察，以辨别温病热入营血的病候。

1. 红舌 一般标志着热邪渐入营分。舌尖红赤起刺，为心火上炎，多见于红绛舌之早期；舌红且有裂纹或红点，系心营热毒极盛；若见舌质光红柔嫩，望之潮润，扪之干涩，多为邪热初退，而津液未复。值得注意的是，温病邪在卫分、气分，由于热邪亢盛，舌质也可变红，但多局限在舌的边尖部位，且舌面上多罩有苔垢，与热在营血全舌纯红面无苔者有所不同。

2. 绛舌 绛舌多由红舌发展而来，标示着热邪更加深入。若纯绛色鲜，为热入心包；舌绛而干燥，为热入营血，邪热盛而营阴损；若舌绛而兼有黄白苔，是邪虽入营，而气分之邪未尽；若绛舌上罩粘腻苔或霉酱苔垢，是热在营血而挟痰浊秽气；如舌绛而光亮如镜，是胃阴衰败的表现；如舌绛而干枯萎，是肾阴耗竭之危候。

3. 紫舌 紫舌大多由绛舌发展而来，是营血热毒极甚之证，但也有其他因素而形成的。若焦紫起刺，状如杨梅，是血分热毒极盛，热盛动风或动风痉厥之先兆；若舌紫晦而干，色如猪肝，是肝肾阴竭，病危之候；若舌紫而瘀暗，扪之潮湿，为内有瘀血，常见于温病兼挟宿伤瘀血之证。

4. 淡舌 舌色淡红而干，其色不荣，比正常舌色更淡，多为心脾气血不足，胃津损伤而气不化津，主要见于温病后期邪热已退而虚损未复之证。

(二) 辨舌苔

温病过程中由于邪正交争，发热伤津及脾胃失运等原因，可以使舌苔发生多种不同的变化。临床主要从舌苔色泽、润燥、厚薄等辨别邪之在卫在气，性质之属实属热。

1. 白苔 薄白苔主病在卫分，属表，一般见于温病初期；厚白苔主湿在气分，属里，多见于湿温邪偏重之证。若苔薄白欠润，舌边尖略红，为温病初起，邪在卫分之表证；若苔薄白而干，舌边尖红，是风热表邪未解而津液已伤；苔白厚而粘腻，主湿阻气分，多见于湿温病过程中，湿热相兼之证；苔白厚而干燥，是脾湿未化而胃津已伤，气不化液；苔白腻而舌红绛，为湿遏热伏；白苔滑腻而舌质紫绛，为湿热秽浊郁闭；白霉苔，是温病胃气衰败，预后多不良。

2. 黄苔 黄苔多由白苔转变而来，主热邪在里，候气分之邪。若苔薄黄不燥，邪热初入气分，津液未伤；苔黄干燥，是气分热盛，津液已伤；黄白相兼苔为邪热虽传气分，但表邪未尽；苔老黄焦燥起刺，或中有裂纹，为邪热聚于胃腑，成阳明腑实之证；苔黄厚腻或黄浊，主湿热内蕴。

3. 灰苔 苔灰而干燥，多为阳明腑实而阴液已伤；苔灰而粘腻，主湿痰内阻；苔灰而滑润，属阳虚有寒。

4. 黑苔 温病过程中出现黑苔，是病情危重的标志，预后不良。黑苔大多由黄苔或灰苔转化而来。黑苔焦燥起刺，质地干涩苍老，是热毒炽盛，阴液耗伤之证，多见于阳明腑实，邪热内结病人；黑苔干燥甚或焦枯，多见于温病后期，热入下焦，肾阴耗竭之证；若遍舌黑润舌苔，为温病挟痰湿之象；舌苔干黑，舌质淡白无华，是湿温后期，湿

热化燥深入营血，灼伤阴络，大量下血，气随血脱，舌质浅淡，由于温邪传变迅速，舌苔未及转化，故苔仍色黑；若舌苔黑滑，舌质不红，是阳虚寒盛，温病后期阴竭阳脱而呈虚寒之象。

（三）辨舌态

舌体强硬，活动不灵，是温病后期气液不足，络脉失养，动风之象；舌体短缩为内风扰动，痰浊内阻之征；舌卷而兼见囊缩，是温病邪入厥阴，属危险之象；若舌体痿软，不能伸缩，是温病后期，肝肾之阴将竭；舌斜或舌颤，均为温病肝风发痉之候；舌体肿胀，且满布黄腻苔垢，多系湿热蕴毒上泛。

四、临床常见中医舌病

舌病，系指除舌诊表现之外的舌本体病变。临床常见中医舌病简介如下。

1. 舌疔 见《医宗金鉴》。其生于舌上者名卷帘疔；舌下者名鹤鹑疔；生于舌根者名赤疔；生于舌尖者称鱼鳞风。辨证一般属心经火毒，症见舌生紫泡，其形如豆，坚硬疼痛；瘟疫病变之中，舌体亦可生疔。

2. 舌疮 见《外台秘要》。又名红点舌，坐舌风。可见（1）心胃积热证：因心胃积热熏蒸，或见舌上生疮，舌裂舌肿，时流鲜血，兼口臭便秘，脉实有力。（2）虚火上炎证：多久治不愈，舌疮溃破成窟，且四肢倦怠，脉搏虚大。

3. 舌烂 见《世医得效方》，又名烂舌边、舌本烂、边舌。（1）肝胃湿热证：舌边起白点溃烂，口苦善怒，小便短赤，脉象弦数。（2）心脾热毒证：舌面和舌体溃烂，肿甚痛甚，妨碍饮食。

4. 舌衄：见《景岳全书》，又名舌血、舌本出血。可见（1）心经蕴热证：舌上血如泉涌，肿大木硬。（2）脾肾虚火证：脾肾二经虚火上炎，舌上渗血，且兼潮热盗汗等虚热之象。

5. 舌笄 见《申雅内编》。指小儿舌上起白泡，妨碍吮乳，令儿啼哭不止。

6. 舌痈 见《沈氏尊生书》。因痈生于舌之部位及颜色的不同，而有各种名称。红肿者名舌红痈；黄色者名舌黄、舌黄红；色白而木痛者名死舌痈；生于舌根者名舌根痈；生舌之两侧者名哑舌痈；痈生舌上者名舌上痈。因心火炽盛，胃中伏热熏蒸，化毒凝滞而成。初起舌赤红肿，不能饮食，言语困难。脓成已熟，或溃不收口，口中臭腐者，可用锡类散中加儿茶末、人中白末等药吹敷局部。

7. 舌菌 见《沈氏尊生书》，又名舌岩。本病多由七情郁结心脾二经，化火化毒所致。初如豆如菌，头大蒂小；若热久阴伤，舌菌红烂无皮，朝轻暮重，疼痛不已；日久可颈生肿块，时流臭涎，食少便溏；若舌菌破裂如烂棉，透舌穿腮，可突发破裂出血而致死。

8. 舌痹 见《赤水玄珠》，又名舌麻、舌自痹。（1）实证：多由七情郁结，心火灼痰，滞涩经络所致，症见舌肿大而麻木不仁，不辨五味，或有疼痛，舌质紫赤。（2）虚证：多无故自痹，舌体麻木不仁，脉虚无力。

9. 舌生泡：见《丹溪心法》，又名舌上珠、舌下珠、珍珠毒、连珠疔、口疔风等。（1）脾肾虚火：舌之白泡生于舌下，大小不一，5~6个连绵而发，可出现红、黄、赤等色，脉虚无力；（2）心脾积热：白泡生于舌上，亦5~6个连绵而发，痒痒溃烂，脉洪有力。

五、国外常见病理舌象

1. 地图舌 (Geographic tongue) 在红舌或覆盖有正常淡白舌苔的舌面上，存在着

边缘不规则的黄色上皮细胞堆积而成的隆起部分，此类舌形称为地图舌。舌面的上皮隆凸部分存留时间不长，数日即可剥脱，恢复正常；或再形成新的黄色隆起部分，亦称移行性舌炎。这种舌炎多不伴随其他病变，发生原因尚不明确。

2. 草莓舌 (Strawberry tongue) 舌乳头肿胀、发红，类似草莓，见于猩红热或长期发热病人。

3. 牛肉舌 (Beef tongue) 舌面绛红如生牛肉状，见于菸酸缺乏之糙皮病。

4. 黑毛舌 (Hairy tongue) 舌面敷有黑色或黑褐色毛，此为丝状乳头缠绕了霉菌菌丝，以及丝状乳头上皮细胞角化展长所形成，见于久病衰弱或长期使用广谱抗菌素，致霉菌生长的病人。

六、有关舌诊的统一名词和舌上部分的规定 (草案)

根据全国中西医结合四诊研究学术会议 (1983年5月，青岛) 对舌诊名词的研讨，提出了有关舌诊的统一名词和舌上部分的规定 (草案)，介绍如下。

(一) 舌诊名词

- (1) 淡红舌：正常舌质的色泽称淡红舌，不再用正红舌等名。
- (2) 淡白舌：较正常淡红舌质更淡的称淡白舌，不再用浅淡舌、浅红舌等名。
- (3) 舌面：即中医看舌的一面，不再用舌背之名。
- (4) 舌下：与舌面相对的一面，不再用舌底、舌腹等名。
- (5) 舌脉：舌下的两根静脉，不再用舌下脉、舌腹面静脉、舌下静脉等名。
- (6) 舌边：指舌边缘无苔之处，或出现齿痕之处。

(二) 舌面的部分

把舌尖至人字形界沟中点划分为5等份，前1/5称舌尖；中2/5称舌中；后2/5称舌根。另以舌中线与舌边的中点画一线，该线外的称舌侧 (见图2-1)。

(三) 舌下的部分

舌下以伞襞为界分为二个带，伞襞以外称外带；伞襞以内的称内带 (见图2-2)。

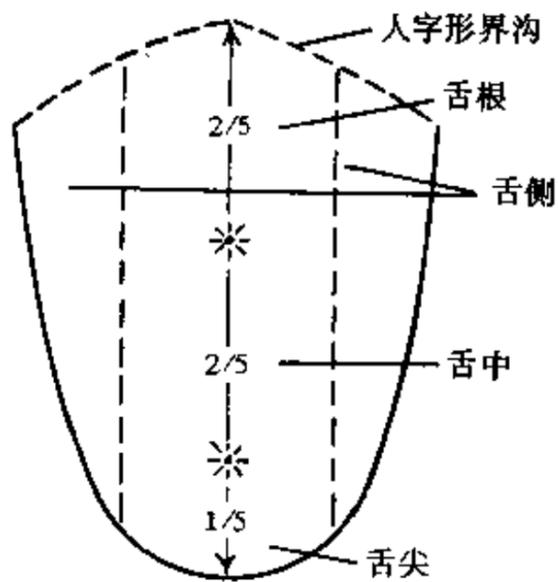


图 2-1 舌面分布

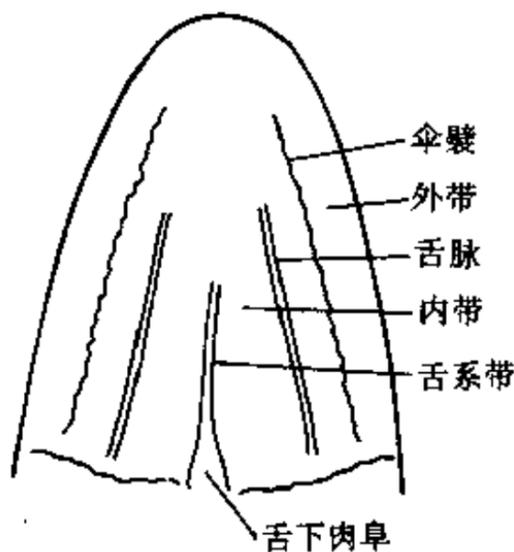


图 2-2 舌下分布

七、察舌辨八纲

(一) 察舌辨表里

察舌辨表里重在观苔之色质。一般而言，薄白苔主表证，如伤寒太阳病，温病卫分

证；黄苔主里证，如伤寒阳明病、温病气分阶段；邪在半表半里乃伤寒少阳经证，其苔色多白滑。但是《舌鉴辨证》却认为：“白苔为寒，表证有之，里证有之，而虚者、热者、实者也有之。”“黄苔舌，表里实热证有之，表里虚寒证则无。……黄苔见于全舌，为脏腑俱热；见于某经，即某经之热，表里证均如此辨，乃不易之理也。”对此如何理解？一般认为：苔薄邪浅，薄白在表，这是外邪犯表，邪浅不深之征象。若苔薄白而润，舌不红赤，是外感风寒之邪；舌苔薄白而干，舌尖红，则是外感风热之邪；苔薄白而滑，多是外感风寒挟湿。但是白苔若厚或腐或腻，或似积粉等具形质的改变，舌色浅淡或红绛时，则有表里寒热虚实之变，非表证可概括。黄苔主里主热证，历代医家又根据黄苔的浅深嫩老和苔质的不同，区别里热的轻重。黄苔之见于表证，乃因表证初起苔白，表邪入里，必转黄苔；而在病变过程中，若表邪未解又尚未完全入里时，可出现黄白相兼苔，这时的黄苔虽显，因表证未罢，仍以解表为主，故《舌鉴辨证》认为黄苔也可见于表证。

（二）察舌辨寒热

证之寒热须由舌色结合苔之色质来辨别。一般以舌色浅淡、淡紫为寒或寒根；舌色红绛、绛紫为热或热极。苔白或灰黑而润为有寒；苔黄或灰黑而干是里热。而寒与热又当辨虚实，虚寒者因阳虚不能温化水湿，故其舌兼胖嫩或有齿痕；实寒者多由痰湿，食积停滞中焦所致，其苔必兼厚腻粘滑。虚热者阴液亏耗，阳失制约而虚火内灼，故舌红绛而苔少或无，甚则见裂纹舌或镜面舌；实热者是阳热有余，其舌红绛，其苔或黄或灰黑，并可兼厚薄、干糙、腐腻等变化。在疾病过程中可出现主热的红绛舌与主寒的白苔并见，或主寒的浅淡舌与主热的黄苔并见。前者可组成“红绛舌，白滑腻苔”，此为湿遏热伏之象，在外感热病，属于营分有热，气分有湿之候；在内伤杂病，则多见于阴虚火旺而有痰浊、食积的病证。后者可形成“浅淡舌，黄腻苔”，可由脾胃虚弱，湿热停聚所致。这些舌象的出现因脏腑虚实和阴阳盛衰的变化反映在舌体，而邪气寒热和消长改变反映于舌苔之故。

（三）察舌辨虚实

虚实二者的病理改变及临床表现不同，故其舌象变化有别。有学者曾对 161 名病人和 84 名献血员舌象变化与虚实辨证的关系进行研究，结果表明，献血员的舌象正常率其舌体占 70.0%，舌色占 83.0%，苔色占 81.0%，表明脏腑功能正常，气血生化有源，故舌象基本正常。而虚证患者大多有舌体胖大，舌边有齿痕等改变，其舌色以淡红、浅淡者居多，而舌苔却无显著变化。实证患者则以舌苔变化明显，厚腻苔的出现率高，舌色显深红、紫红、绛色增多，而舌体形态改变不及虚证明显。故章虚谷《医门棒喝》说：“观舌质可验其正之阴阳虚实，审苔垢即知邪之寒热浅深”。

八、中医络脉理论与微循环的关系

望络脉是中医诊断的特色之一，如望小儿指纹、望鱼际络脉、望爪甲形色等诊法早已有效地运用于临床之中。微循环一般是指微血管的血液循环。限于历史条件，中医虽未明确提出“微循环”这一名词，但在其大量关于“络脉”的解剖、生理、病理的论述之中，已较为全面地阐述了类似于微循环的结构、功能和病理变化，并且指导着临床实践。已故上海医科大学姜春华教授明确指出：“古之络或孙络相当于今之毛细血管”。今天我们运用现代微循环检测手段来研究中医舌诊理论，探讨中医舌诊的客观、微观指标，是符合中医络脉理论的，为我们实现中医舌诊的现代化进程提供了一条值得探索的途径。

（一）络脉的分布、流注与微循环的结构、流向

在结构上，微循环既是循环系统的最末梢部分，又是脏器最小功能单位（如肝小叶、肾小球、小肠绒毛、肺泡等）的组成部分，遍布全身各脏器和组织。在流向上，微循环既是血液循环的通路，但血管内血液与血管外组织液又可通过毛细血管双向流动，交换物质。而微循环的这些特点可体现于络脉的分布和流注之中。

1. 络脉分布 在人体经络系统中，“经脉为里，支而横者为络，络之别者为孙”。表明经脉是主体，络脉和孙络都是由经脉支横别出的分支，共同起着运行气血的作用。《类经》指出：“以络而言，则又有大络、孙络，在内、在外之别。深而在内者为阴络，……浅而在外者是阳络。”“凡人体遍体细脉，即皆肤腠之孙络也。”这说明络脉的分布极为广泛，人体周身内外，五脏六腑，五官九窍，无处不有。络脉这种广泛分布特点就类似于微循环中的微血管的广泛分布。

2. 络脉流注 《内经》指出，络脉的流注，一方面“经满气溢，入孙络受血，皮肤充实；”另一方面亦可“孙脉先满溢，乃注于络脉，皆盈，乃注于经脉”。可见气血在络脉系统中虽是运行不休，流注不止，但它并不是象在经脉中那样单向流动，“如环无端，营周不休”，而是气血既能流离出络脉，布散于脏腑组织，四肢百骸；而脏腑组织、四肢百骸中的气血亦可回渗到孙络，再注入络脉、经脉，参加经脉中的气血环流。络脉中的这种气血“双向”流动特点，与现代微循环中所说毛细血管内外液体的双向流动极为相似。

（二）络脉的渗灌、互渗与微循环的生理功能

在功能上，由于微循环是循环系统的组成部分，全身的循环血液几乎全部流经微血管，以灌注组织、细胞。此外，细胞、组织与血液、淋巴液的物质交换，也必须通过毛细血管内外液的双向流动才能完成。可见，微循环既是循环的通路，又是物质交换的场所。络脉的生理作用，不仅协同经脉流通气血，沟通表里，抗御外邪，而且由于络脉的广泛分布和双向流动的特性，还具有渗灌气血和互渗津血等类似于微循环生理功能的特殊作用。①渗灌气血：如《灵枢·小针解》说：“节之交三百六十五会者，络脉之渗灌诸节者也。”《灵枢·卫气失常》还说：“血气之输，输于诸络”。这些论述均强调了经脉中的血气主要是通过络脉而“渗灌”到全身诸节，从而“内溉脏腑，外濡肌腠。”②互渗津血：《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“十二经脉三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍”。同时又指出：“中焦出气如露，上注溪谷，而渗孙脉，津液和调，变化而赤为血。”可见，津血在输布的过程中，络脉中的血液可从孙络渗出络外，与络外津液化合，濡润脏腑肌腠；而脏腑肌腠中的津液，亦可由络脉渗入经脉之中，化赤为血，从而完成了津、血两种液态物质的交换过程。可以认为，络脉的这种“渗灌气血”、“互渗津血”的功能，实际上起着类似微循环作为血循通道和物质交换场所的功能，以完成输送养料，排除废物和调节体液的生理作用。

（三）络脉病变与微循环障碍

微循环研究表明，其病理改变主要有微血管祥形态变异，如管祥收缩变细、扭曲，或舒张、扩大，甚至萎缩、消失；微血流速、流态变异，如流速减慢、瘀滞，甚至血细胞聚集，形成血栓；微血管周围病变，如管祥周围渗出、出血；微血流血色改变，如血色深红、青紫等等。络脉是气血津液输布贯通的枢纽，体小支多，分布甚广，一旦病变，亦

可出现类似微循环障碍的病理变化

1. 络脉变形、扭曲、扩张、充血 如《杂病源流犀烛》说：“皮肤间有红痕赤缕，皆由血液离经，留滞于络”。《四诊抉微》指出，络脉病变时可出现“鱼刺形”、“水字形”、“虫纹形”、“乱纹形”等异形纹络。对此，清代医家王清任更明确指出，这些“红点红纹”、“青筋暴露”者，“非筋也，现于皮肤者，血管也。”古代中医没有显微镜，不可能对上述表现进行显微观察，但其对络脉病变时异常形态的描述，即类似于微循环观察中管祥异形。

2. 络脉气血不畅，血行瘀阻 《素问》指出：“络血之中，血泣不得注入大经，气血稽留不得行，故宿昔而成积矣。”张景岳在《景岳全书》中也谓：“血液壅于经络，则留为血块、血癥”。这里所谓“血泣”、“血积”、“血块”、“血癥”，都是络脉血流不畅或血行瘀阻的表现，类似于微循环血流缓慢，血细胞聚集，血栓形成等病理改变。

3. 络脉津血失渗、留滞络中，溢于络外 张志聪说：“津液涩于络中，渗于络外，着而不去而积成矣。”说明当络脉因病变对津液失于灌渗，而渗于络外，会形成络外津液停积的现象，类似微血管周围渗出的病理变化。《内经》还指出：“血脉凝泣，络满色变，或为血泄”。“阳络伤则血外溢”，“阴络伤则血内溢”。强调了若是络脉发生凝滞或外伤，可致血不循经，溢出络外，类似于微循环管祥周围出血的病变。

4. 脉血色异常 由于感受不同的病因，可致络脉血色发生变化。如《素问》指出：“邪入络也，则络脉盛，色变。”《灵枢》更具体阐明：“凡诊络脉，脉色青则寒且痛，赤则有热，……其暴黑者，留久痹也”。上述络脉血色的变化与微循环血流颜色的改变很有相似之处。

综上所述，中医络脉理论与微循环的联系，主要是建立在络脉的分布、流注，机能和病变基础之上。舌是一个消化器官，舌粘膜下血管丰富，它位于口腔之内，温度恒定，伸缩自如，因此舌微循环观察研究，不仅能反映正常和疾病时消化道器官微循环的部分变化，而且为从微循环角度探讨中医舌象形成的原理提供了客观、微观依据。

九、古今重要舌诊著作介绍

舌诊虽在《内经》、《伤寒杂病论》中已有记叙，此后又有《千金方》中的“舌论”和“明理论”中的“舌上胎”等篇章，但从其形式和内容来说，前者只能说是舌诊的起源，而后者则只是舌诊学的雏形，还不能算是舌诊学的专著。中医舌诊学的重要专著有：

1. 《敖氏伤寒金镜录》 又名《伤寒舌诊》。元·杜本（清碧）撰于1341年，现存光绪年间上海锦章书局石印本。此书原书仅有舌苔图谱12幅，后经杜清碧根据其本人的临床经验整理又增加24图，合成36舌图，并在图下列出治则与方药，使其更趋完善。此书是我国第一部整理研究舌诊的专著，它的问世标志着我国舌诊研究至元代已成为一个研究专题，从而使舌诊研究进入了一个新的发展阶段。

2. 《伤寒观舌心法》 明·申斗垣（拱辰）撰。此书是在《敖氏伤寒金镜录》36舌的基础上，演绎为137舌，其内容丰富，议论精辟，是申氏多年来临床实践的总结，集当时舌诊之大成，是为一代名著。

3. 《伤寒舌鉴》 清·张登（诞先）撰于1668年。此书取《观舌心法》之精华，正其误错，去其繁芜，参其已历及其文张石顽之心得，共成120舌苔图。此书备列伤寒观舌之法，分白、黑、黄、灰、红、紫、酱、蓝等8种舌苔，并附妊娠伤寒舌，每种舌除

总论之外，各图均有说明；观舌辨证，颇为扼要；该书首次将望舌分出苔、质，阐述了前人未有之望舌经验。

4. 《舌鉴总论》 清·徐大椿（灵胎）撰于1764年。此书舌诊内容大部分摘录张登的《伤寒舌鉴》，个人的经验并不多，但对于舌白、舌黄、舌黑、舌红、舌紫、舌蓝等舌的归纳，文字精当，亦有可取之处。

5. 《伤寒舌鉴》 清·王文选撰于1838年，载于清·刘以仁所著的《活人心法》卷中部分（1902年）。该书集杜本36舌、张登120舌、段正谊《瘟疫论》13舌，择录其中149舌而成。此书对温热病辨舌经验较以前有不少补充，且有特色，为清代以前舌诊学之总汇。

6. 《舌胎统志》 清·傅松元（耐寒）撰于1874年。此书一改古代医家以苔色分门而从舌色分类。全书将舌色分为枯白舌、淡白舌、淡红舌、正红舌、绛红舌、紫舌、青舌、黑舌等8种舌色，其内容丰富，颇多经验之谈，其中尤以淡白舌、枯白舌的病理描述最为精当；淡白舌一名，也由傅氏在该书中所创，以有别于淡红舌。

7. 《舌鉴辨正》 清·梁玉瑜（特岩）撰于1894年。该书是取王文选《舌鉴》为原本，逐条辨其谬误，正其偏差，并增入杂病观舌辨证之法而成。该书强调“分经辨证”察舌，重视“刮舌验苔”，不但辨其外感，且兼辨内伤。由于该书敢于辨谬纠偏，实事求是，是一本对我国舌诊学有重要贡献的参考书。

8. 《察舌辨证新法》 清·刘恒瑞撰写于1911年。作者继承祖国医学传统辨舌经验，结合一些现代医学知识写成是书。该书主要论述白、黄、黑三种舌苔的诊察方法，并论及辨舌苔变换以测吉凶和舌苔的真假消退等，均有所创见。全书叙述明了，理论结合实际，诊断与治法并提，颇能指导临床。

9. 《辨舌指南》 民国·曹炳章（赤电）撰于1917年。曹氏以其精湛的医术，博学多识之才，广采古今各家医书156家，东西洋近译医书30余部及各报杂志30余种，凡察舌治病之法，摘录无遗，并去繁就简，去粕存精，写成有彩图122幅，黑白图6幅的舌诊类书名著。由于该书力集古入舌诊经验于一全，并能初步运用现代医学解剖、组织、生理学观点来阐明中医舌诊原理，如舌之大体解剖和一些细微结构（舌乳头、味蕾、血管、神经），此书内容充实，是我国舌诊学清以前集大成者，是研究舌诊的重要著作。

10. 《临症验舌法》 民国·杨云峰撰写于1923年。全书分上、下两卷。上卷总论，以舌、苔的形态、颜色分析病情的虚实阴阳，验舌以分脏腑，并密切结合治法，每种舌象均配以主方；下卷方论，介绍各方的适用证和用法。该书提出的《辨舌分配脏腑法》、《验舌分虚实法》、《验舌分阴阳法》为后来舌诊研究提供了重要参考。由于作者企图由博返约，化繁为简，因而对中医舌诊学渊博之学问不能尽言，使该书实成为舌诊学中的简书而已。

11. 《国医舌诊学》 民国·邱骏声撰写于1933年。该书有系统地整理了中医舌诊的有关文献，其内容丰富，颇有体会，且条分缕析，很是醒目。全书分上、中、下三篇，上篇分述舌诊学之定义、历史、范围、价值，舌体生理构造和机能和内应脏腑部位；中篇除察舌辨证纲要外，分述苔色、苔质、舌色、舌体、味觉辨证法和舌诊特殊状态；下篇为舌诊图解，结合方药，阐述了145种不同舌图的辨证论治。

12. 《中医舌诊》 北京中医学院中医系中医基础理论教研组编，人民卫生出版社

1960年7月出版。这是新中国成立后的第一本舌诊专著，在简述舌诊发展史、舌的构造及与脏腑的关系、舌诊的临床意义、舌苔的诊察方法和舌质的诊察，并重点介绍了临床常见各种舌质结合舌苔的主病和治法。此书继承了祖国医学的舌诊学实质和精华，并有所发挥和进展。此书叙述简明，深入浅出，内容广博而不杂乱，是一本优秀的舌诊参考书籍，对我国舌诊研究和教学都产生深远的影响。

13. 《舌苔图谱》 北京中医学院中医系中医基础理论教研组编，人民卫生出版社1963年出版。该书共55幅彩色舌象图，包括舌诊学的舌色、舌苔、舌形等内容，与《中医舌诊》并用，起到了相互补充的作用。该书的出版有利于初学者看图辨舌，但因彩色照片印制条件所限，故图谱似还不够逼真。

14. 《舌诊研究》 陈泽霖、陈梅芳编著，上海科学技术出版社1965年出版，1982年经修再版。该书系中西医结合研究舌诊的专著。作者运用现代解剖、组胚、生理、生化、病理、病生等方法以研究舌诊，中西医结合，融会贯通。该书叙述了舌诊的发展概况、临床意义和诊察方法；详述已有的各种舌诊研究方法；正常舌象和病理舌象，每种舌象都附有临床实例，分析出该舌象形成的有关因子，并提出了作者的独创性看法。作者结合临床经验，对每种病理舌象概括性地提出了临床辨证类型，对临床察舌辨证也有一定的指导意义。

15. 《中医舌苔图谱》 宋天彬编著，人民卫生出版社1984年9月出版。此书共有彩图舌象257幅，是目前我国舌诊研究彩图篇幅较多的图谱。全书重点介绍了舌诊的原理、临床意义、舌质与舌苔的关系、舌诊方法与注意事项和舌诊内容五部分；图谱部分包括正常舌类、淡白舌类、淡红舌类、红舌类、绛舌类、青紫舌类和其他舌类七部分。该书是一部形象直观、突出了单因素的临床意义的舌诊图谱专著。

16. 《中医舌诊学》 王赤兵编著，四川科学技术出版社1985年5月出版。全书内容分绪论、舌的构造及与脏腑的关系、舌面部位划分及舌诊的临床意义、诊舌方法与舌苔舌质的诊察、正常舌象与舌象形成的机理、病理舌象等18节，其内容较为丰富，文字通俗简明易懂，在舌质舌苔同察中，作者列举了44种不同变化的典型范例，是临床医生察舌诊病的有益参考依据。

17. 《望舌诊病》 李乃民著，黑龙江科学技术出版社1987年3月出版。全书共15万字，彩图24幅，其特点是在中医察舌辨证的基础上，结合现代医学手段和临床经验，首次提出了望舌与现代医学的单一疾病相联系的望舌诊病方法，作者总结了内科、外科、妇科24种疾病舌象的表征，使舌象第一次在舌诊专著中成为对某一疾病的诊断标准。

18. 《中医舌诊史话》 陈泽霖、褚玄仁编著，江苏科学技术出版社1987年4月出版。该书将古今中外一些分散的舌诊资料作了系统的归纳、整理，总结了古今医家舌诊经验和理论，并通过对比中西医舌诊不同认识的特点，分清各自的特点，为中医西医结合研究提供了资料。作者系统介绍了当前国内外舌诊研究的方法和展望，为进一步开展舌诊提供宝贵的启迪。

19. 《急腹症舌象图谱》 李乃民编著，黑龙江科学技术出版社1987年5月出版。全书有彩图179幅，配有1.5万字，在系统介绍了正常人舌象的基础上，重点介绍了急性阑尾炎、胆囊炎、胆石症、胃及十二指肠穿孔、肠梗阻、急性胰腺炎等急腹症的舌象

特点及其变化规律，内容系统而实际，相互之间有明显的鉴别指征，为急腹症的诊断与鉴别诊断提供了一种有效的物理诊断方法。

20.《瘀证舌象图谱》李乃民编著，黑龙江科学技术出版社1990年12月出版。全书彩图88幅，约6万字，明确提出舌质淡紫、绛紫、青紫、紫色、蓝紫、黄瘀、晦暗等舌色是血瘀证可见之舌色，列举了35种具备血瘀证疾病的舌象表现；此书还较系统地介绍了在血瘀证舌诊研究过程中所采用的现代科学手段。

21.《中国舌诊大全》李乃民主编，学苑出版社1994年2月出版。全书340余万字，分上、中、下三篇。上篇为中国古医籍舌诊，对先秦、西汉至1949年间的舌诊医籍作了系统的整理研究；中篇为建国后舌诊及非舌诊专著的舌诊内容；下篇为建国后有关杂志舌诊论文的摘录。书末尚附有部分国外舌诊研究的论述，以及舌诊彩色图谱300余幅。本书内容广博，集古今舌诊文献之大全，对我国临床及舌诊研究都有重要参考价值，是一部具有较高实用价值的工具书和参考书。

此外，通俗性舌诊专书还有如，方仁渊的《舌苔歌》（1906年）、严兼三的《舌苔心法》（1910年）、陈景歧的《辨舌入门》（1934年）、缪宏仁的《舌诊学》（1937年）、邵阳何、舒竞心的《舌诊问答》（1947年）、王景、韩逊魏的《舌镜》（1948年）等，通俗易懂，在此不一一介绍。

还有一些古今医著虽非舌诊专书，但均有讨论舌诊的专篇章节，且颇有发挥，堪称佳作。如李梴《医学入门》（1575年）的四诊部分、王肯堂《证治准绳》（1597年）舌诊部分、张介宾《景岳全书·舌色辨》（1624年）、陈士铎《石室秘录·伤寒辨舌秘法》（1687年）、林之翰《四诊抉微》（1723年）舌诊部分、张石顽《伤寒绪论·辨舌》（1795年）、吴坤安《伤寒指掌·察舌辨症歌》（1776年）、江笔花《笔花医镜·望舌色》（1824年）、章楠《医门棒喝·辨舌苔》（1825年）、石芾南《医原·杂病舌苔辨证》（1861年）、汪宏《望诊遵经·望舌诊法提纲》（1875年）、周学海《周氏医学丛书·舌质舌苔辨》（1894年）等，有不少关于舌诊的精辟见解和宝贵经验。此外，温病学派在温病学说建立的过程中确立和丰富了“温病察舌”的经验，如吴有性的《温疫论》（1624年）、叶桂的《温热论》（1746年）、薛雪的《湿热论》（1754年）、余霖的《疫疹一得》（1794年）、陈平伯的《外感温病篇》（1824年）、吴瑭的《温病条辨》（1798年）、王孟英的《温热经纬》（1852年）等，都从各自的实践予以丰富、充实、完善了温病学说，并创立了一套适用于整个温热病的察舌方法，将舌诊和卫气营血辨证、三焦辨证联系在一起，从而奠定了温病察舌辨证施治的原则。解放以后还出版了一些非舌诊专著性质和有着舌诊专门章节的中医专科著作，如吴翰香的《色脉舌诊》（上海科技出版社，1987年）、邓铁涛主编的《中医诊断学》（五版教材，上海科技出版社，1985年）、费兆馥主编的《中医诊法学》（上海中医学院出版社，1987年）、顾亦棣等主编的《中医诊法图谱》（上海中医学院出版社，1988年）、沈自尹主编的《中医理论现代研究》（江苏科技出版社，1988年）、匡调元编著的《中医病理研究》（上海科技出版社，1980年第1版，1989年第2版）、朱文锋主编的《中医诊断学》（规划教材，上海科技出版社，1995年）等，对舌诊学的继承和发扬都很有意义。

十、舌苔有根无根辨析

舌苔乃舌上丝状乳头末梢角化脱落而成，是由脾胃之气熏蒸而成，故舌苔的生长是

有其根蒂的。舌苔与舌体关系密切，不可分离，但在某些病变过程中，亦有舌苔舌体脱离的状态，舌苔似无根蒂，故有舌苔有根无根之辨析。

（一）舌苔有根无根的识别争议

凡舌苔坚敛着实，紧贴舌面，刮之难去，似从舌里生出，称“有根苔”，此属真苔；若苔不着实，似浮涂舌上，刮之即去，非如舌上生出者，称为“无根苔”，此即假苔。如周学海在《形色外诊简摩·舌苔有根无根辨》中指出：“脉有有根无根之辨，舌苔亦何独不然。前人只论有地无地，此只可以辨热之浮沉虚实，而非所以辨中气之存亡也。地者，苔之里一层也；根者，舌苔与舌质之交际也。……至于苔之有根者，其薄苔必均匀铺开，紧贴舌而之上；其厚苔必四围有薄苔辅之，亦紧贴舌上，似从舌里生出，方为有根。若厚苔一片，四围洁净如截，颇似别以一物涂在舌上，不是舌上所自生者，是无根也。”

舌苔的易刮和不易刮，不能完全说明有根无根的问题，亦不能完全据以辨证虚实。易刮去者，固属假苔，但不一定无根；若旋刮旋生，舌面并不光洁，仍属有根，并非虚证。《伤寒论本旨》说：“无根者，表分浊气所聚，其病浅；有根者，邪气内结，其病深也。有根之苔，又当分其厚薄松实，厚者邪重，薄者邪轻；松者胃气疏通，实者胃气团结也。”苔质松，便易刮去；苔质实，便不易刮去。实际说来，这并不关系到有根无根的问题。

（二）舌苔有根无根的临床意义

一般认为，有根之苔病初见之为深重，后期见之属佳兆；无根之苔乃胃肾之气不能上潮，正气衰竭之故。《形色外诊简摩·舌苔有根无根辨》认为，无根苔“此必久病，先有胃气面生苔，继乃胃气告匮，不能接生新苔，而旧苔仅浮于舌面，不能与舌中之气相通，即胃肾之气不能上潮以通舌也。”可见苔生于舌上，舌便是苔之根，而脾胃生发之气上熏于舌而为苔，则脾胃又是舌和苔之根。所谓无根苔，并非苔不自舌生，不由脾胃之气上熏而成，而是既生之苔因“胃气告匮”，不能续生新苔，渐离舌面，而致舌面洁净如截。据此，《中医舌诊》认为，辨别舌苔的有根无根，意义有三：第一，有根之薄苔，匀铺于舌面，是属正常苔。第二，有根之厚苔，虽代表邪气壅盛，但脏腑生气并未告竭。第三，无根之苔，无论厚薄，便属脾、胃、肾气不能上潮，便属正气衰竭的范畴。而邓铁涛先生主编的《中医诊断学》（教学参考丛书）则认为，假苔的意义有三：其一，清晨舌苔满布，食后苔即退去，虽属假苔，但并非无根，平人有此现象；若退后苔少或无苔，则是里虚；若舌面浮一层厚苔，望似无根，其下却已生新苔，亦为有根之假苔，是疾病向愈之善兆。其二，有苔有色，刮之即去，其病轻浅，揩之则去，更为轻浅，此即《伤寒论本旨》所谓“表分浊气所聚”。其三，厚苔一片，四周洁净，不能续生新苔，是无根假苔，是原有胃气匮乏，阴阳两竭之重证。

十一、舌诊临床意义的中西医对照

舌象对于临床辨证确有较大价值，许多病人通过舌诊即可诊出此证的寒热虚实。不同的舌象，西医亦有不同的认识和临床意义，对此，第七军医大学统计分析了1000个临床病例，将舌诊临床意义的中西医对照归纳如下：

（1）浅红舌：中医——气血两虚，西医——营养不良Ⅰ度、Ⅱ度；贫血。

（2）淡红舌：中医——正常舌色；温邪初起；表证；三阳经证。西医——正常舌色；疾病初起；慢性病不甚严重。

（3）红舌：中医——温邪入营分；心包络热；脏腑热极。西医——感染引起之毒血

症、脓毒血症；化脓性感染；高热；重症肺炎；急性传染病的严重情况。

(4) 绛舌：中医——温邪入营分血分，心包络热，心火上炎。西医——高热，败血症及上述红舌情况之严重者。

(5) 紫舌：中医——热极；瘀血郁积；心经热；肺脏伏毒；上焦痰火，表里实热证。西医——严重感染，呼吸循环衰竭。

(6) 蓝舌：中医——瘟疫湿温，痰饮内郁，热入血分；寒邪直中肝肾，深蓝者死。西医——呼吸循环衰竭，缺氧症，预后不良。

(7) 缩舌：中医——心虚血微，内热消肉。西医——疾病晚期，极度衰弱消瘦，或严重感染，舌肌萎缩。

(8) 肿舌：中医——水浸、痰饮、湿热、心火。西医——水肿，舌炎充血；巨舌症。

(9) 木舌：中医——脉络失养，风痰，心火。西医——肿舌之严重者，舌瘫痪。

(10) 重舌：中医——风痰，痰火上攻。西医——舌下腺炎；舌下腺囊肿；舌肿瘤。

(11) 伸舌：中医——心有热痰；疫毒攻心；正气将绝。西医——高热；毒血症；伸舌样痴呆。

(12) 舌生芒刺：中医——热毒内伏，邪气壅实。西医——高热，猩红热，重症肺炎等。

(13) 舌有裂纹：中医——热伤胃液，阴虚血枯。西医——高热，脱水，营养缺乏，或营养不良。

(14) 舌光滑：中医——汗下太过，元津内耗，胃气将绝。西医——营养不良；巨细胞性贫血。

(15) 舌溃疡：中医——上焦热逼。西医——溃疡性舌炎，口炎。

(16) 舌剥蚀：中医——痰湿蕴积。西医——地图舌；渗出性体质；营养不良。

(17) 歪斜、震颤、痿软、弄舌：中医——肝风，热伤阴亏，中风。弄舌为痲病，心脾有热或脾脏虚热。西医——因各种原因使神经系统受激惹，或舌神经功能丧失的神经损害。

(18) 白苔：中医——表证；太阳证；邪在卫分证；但虚证、寒证也有。西医——疾病初起，轻症，一般感染，或慢性疾病不太严重者。

(19) 黄苔：中医——里证，阳明证，温邪在营卫之间，属实热证。西医——常见于疾病较重者，或见于消化不良者。

(20) 灰苔：中医——里证，三阴证，温邪入血分，为实热证；时疫流行，郁积停胸；蓄血如狂。西医——疾病沉重，消化系统疾病为时较久，脱水及酸中毒。

(21) 黑苔：中医——里证；伤寒邪热传里；温邪入血分。西医——较上述灰苔表现更严重之疾病。

(22) 薄苔：中医——表证；风寒证轻症；正常舌。西医——正常；疾病初期，轻症。

(23) 厚苔：中医——里证；病邪正盛；伤食便秘。西医——病重，消化不良（中毒性）。

(24) 润苔：中医——津液未伤，病轻，正常苔。西医——正常或轻症。

(25) 干苔：中医——津液已耗，温邪较盛，邪入血分。西医——高热，毒血症，脱水，酸中毒。

(26) 腻苔：中医——病邪较轻，秽浊未化。西医——病轻，消化不良。

(27) 松苔：中医——正气化邪，痲症。西医——严重感染，消化不良。

【古代文献】

一、舌质与舌苔的综合诊察

《形色外诊简摩·舌质舌苔辨》：若推其专义，必当以舌苔主六腑，以舌质主五脏。舌苔可刮而去者，气分之事，属于六腑，不可刮即渐侵血分，内连于脏矣。

《伤寒论本旨·辨舌苔》：故观舌本，可验其阴阳虚实，审苔垢，即知其邪之寒热浅深也。

《彩图辨舌指南·辨舌察脏腑之病理》：屠渐斋云：辨舌欲知脏病，当先观其舌形，如舌瘦而长者为肝病，短而尖者为心病，厚而大者为脾病，圆而小者为肺病，短阔而动如波起伏者为肾病，此大要也，而尤以察胃气为至要，有胃气则舌柔和，无胃气则舌板硬。

《察舌辨证新法·苔色变换吉凶总论》：“更有气聚苔聚，气敛苔敛，气化苔化，气散布苔亦散布，气凝聚而结，苔亦凝聚而结。气结于一边，苔亦结于一边。故气郁之症，苔边整齐，如石阶之起边线，线内有苔，线外无苔，但红边而已。若气舒化则散布，由密而疏散，则不似斩然齐一之边矣。故苔有边齐如斩者，气聚也，有积聚抑郁者也。

二、舌诊的临床意义

《证治准绳·察舌》：凡舌上苔白而滑者，表有寒也，又曰丹田有热、胸中有寒也。苔黄而燥渴者，热盛也。苔黑而燥渴者，热盛而亢极也。若不燥渴，舌上黑苔而滑者，为寒为阴也。舌卷而焦，黑而燥者，阳毒热极也。舌青而苔滑者，阴毒冷极也。

《伤寒舌鉴·自序》：盖邪气入里，其虚实寒热之机，必现于舌，非若脉法之隐而不显也。况阴盛格阳，与邪热郁伏，多有假证假脉，惟验舌上苔之色滑燥厚薄，昭若冰鉴，无所遁形。

《临症验舌法·临症以验舌为准舌论》：凡内外杂证，无一不呈其形，著其气于舌，……据舌以分虚实，而虚实不爽焉；据舌以分阴阳，而阴阳不谬焉；据舌以分脏腑，配主方，而脏腑不差，主方不误焉。危急疑难之倾，往往无证可参，脉无可按，而惟以舌为凭；妇女幼稚之病，往往闻之无息，问之无声，而惟有舌可验。

凡病属实者，其舌必坚敛而兼苍老；病属虚者，其舌必浮胖而兼娇嫩。阴虚阳盛者，其舌必干；阳虚阴盛者，其舌必滑；阴虚阳盛而火旺者，其舌必干而燥；阳虚阴盛而火衰者，其舌必滑而湿。如此分别，则为阴为阳，谁实谁虚，显然可见。

《辨舌指南·辨舌明体质禀赋之鉴别》：盖体格之良否，虽关于健康，然于疾病发生时，以及日后可治与不可治，亦多有研究价值。

《辨舌指南·绪言》：舌为心之外候，苔乃胃之明征，察舌可占正之盛衰，验舌以识邪之出入。

《辨舌指南·辨舌审内脏经脉之气化》：辨舌质可决五脏之虚实，视舌苔可察六淫之浅深。

《望诊遵经·诊舌胎垢条目》：夫苔因病生，病以苔著，察色而不观苔，究难辨其虚实，观苔而不察色，安能测其盛衰，且三因百病，莫不有苔，则亦莫不可验，岂特伤寒而已哉。

《察舌辨证新法·苔色变换吉凶总论》：无论何证，若用药当，皆由白而黄，由黄而退，由退复生新薄白苔，此谓顺象。无论何证，若用药不当，则由黄而白，由白而灰，由灰而黑，由活苔变为死苔，此逆象也。骤退骤无，不由渐退，此陷象也。

《辨舌指南·辨舌之颜色》：苔色由白而黄，由黄而黑者，病曰进；苔色由黑而黄，由黄而白，病曰退。

《形色外诊简摩·杂病舌苔辨证篇》：其脾胃湿热素重者，往往终年有白厚苔，或舌中灰黄，至有病时，脾胃津液为邪所郁，或因泻痢，脾胃气陷，舌反无苔，或比平昔较薄。

《辨舌指南·观舌心法》：王秉衡曰：淡白舌苔亦有热病；黄厚满舌，亦有寒证；舌绛无津，亦有痰证；当以脉证参勘。

《辨舌指南·察舌辨证之鉴别》：顺逆舌苔有由白而黄，由黄而黑者，顺症也；有由白而灰，由灰而黑，不由黄转黑者，此谓之黑陷苔，逆证也。此因误用温燥之药过多之故，难得挽救。其由黄而黑者，乃阳明热结之故，润下得法，胃腑炭气得以外出也，故曰顺症也。若黄转黑枯者，真阴将绝也。

《辨舌指南·辨舌之苔垢》：常变感变缓变者吉，暴变骤变者凶。

《重订诊家直诀》：凡舌苔，以匀薄有根为吉，……忽厚忽薄者，在轻病为肺气有权，在困病，为肾气将熄。

《形色外诊简摩·舌质舌苔辨》：舌苔无论何色，皆属易治。舌质既变，即当察其色之死活。活者，细察底里，隐隐犹见红活，此不过血气之有阻滞，非脏气之败坏也；死者，底里全变，干晦枯萎，毫无生气，是脏气不至矣，所谓真脏之色也。故治病必察舌苔，而察病之吉凶，则关乎舌质也。

《温热经纬·叶香岩外感温热篇》：再论其热传营，舌色必绛，绛深红色也。初传绛色，中间黄白色，此气分之邪未尽也，泄卫透营，两和可也。纯绛鲜色者，包络受病也，宜犀角、鲜生地、连翘、郁金、石菖蒲等。再有热传营血，其人素有瘀伤宿血，在胸膈中，挟热而搏，其舌色必紫而暗，扪之湿，当加入散血之品，如琥珀、丹参、桃仁、丹皮等。……若紫而肿大者，乃酒毒冲心，若紫而干晦者，肾肝色泛也，难治。

三、危重舌象

《感症宝筏·验舌诀死症法》：舌如去膜猪腰子者，危。舌如镜面者，危。此俗名镜面苔。舌糙刺如砂皮而干燥裂者，危。舌敛束如荔子肉而绝无津液者，危。舌如朱红柿者，危。舌如烘糕者，危。舌本强直转动不活而语言謇涩者，危。舌卷短痿软枯小者，危。舌起白苔如雪花片者，不治，此俗名雪花苔。舌竟无苔，久病胃气绝者，不治。舌卷而囊缩者，不治。舌淡灰转黑，淡紫转蓝，邪毒攻心已甚，而伤腐脾胃者，不治。舌黑烂而频欲啮必烂至根而死。舌底干燥不拘苔色黄白，形如豆腐渣者或如碎饭子者，皆死，此俗名饭花苔。舌与满口生白衣如霉苔，或生糜点，胃体腐败也，多死。舌干晦枯萎而无神者，必死。舌绛无苔，干枯红长而有直纹透舌尖者，心气内绝也，必死。舌燥苔黄中黑通尖，下利臭水者，胃肠腐败也，十不救一。舌色皓白兼青，此中焦生气已绝也，多死。若孕妇面舌俱青，母子俱死。

以上所列，皆垂死危候也。然有不必要如此而死者，有即至如此，而灼见藏府阴阳虚实，竭力挽回，则亦得生者，医者即操活人神技，须存寿世婆心，即于百不一活之症，当

作万有一生之想。纵使修短有数，彭殇难齐，破格出奇，终于莫救，致抬从旁浮议，同道中伤，病家归咎，然而问心无愧也。

【研究进展】

一、舌苔脱落细胞检测的应用研究

舌苔脱落细胞学是近十几年来在中医舌苔研究中发展起来的临床细胞学的一个分支，即应用现代临床细胞学检验技术检测分析舌粘膜表面脱落细胞的动力学和病理学微观变化及其与舌苔变化的关系，以为中医临床辨证和疾病诊断提供较为客观的舌苔诊断依据。归纳起来，主要有以下几方面的应用研究。

(一) 舌苔形成原理的研究^[8~11]

中医诊断理论认为，舌苔是散布于舌体上面的一层苔垢，是由脾胃之生气上熏，胃津上潮，凝聚于舌而所生。现代研究表明，舌苔的形成，主要是丝状乳头分化，复层鳞状上皮分化成完全角化、不全角化的角化树，在角化树空隙中，填有脱落的角化上皮细胞，并与唾液、食物碎屑、细菌、渗出的白细胞等混合而形成舌苔。可见舌苔的形成与舌粘膜上皮细胞的角化脱落关系十分密切。对于脾胃生气与舌苔脱落细胞的关系，兰州医学院许自诚等曾对 114 例胃肠疾病患者与正常人舌苔脱落细胞的变化进行观测，发现所有脾胃虚寒病人舌苔脱落细胞的角化程度普遍低于正常人。他们对其中 50 例患者通过“调理脾胃”治疗，使脾胃功能有所恢复，舌苔明显好转的同时，其舌苔脱落细胞的角化程度均有普遍升高。因而提示，舌苔细胞的角化程度与脾胃生气的盛衰有关。脾主运化，当脾胃功能低下，人体消化食物、营运养料的机能均受影响，致使“开窍于口”的舌粘膜细胞因营养障碍，代谢迟缓而角化减慢，从而也影响了舌苔的变化。对此，贺祖喜提出“胃粘膜可能产生一种因子，影响舌部及舌苔”。国外学者 Bloom 则认为，疾病时消化道有障碍，舌粘膜角化细胞的正常脱落时间延缓。这些观点和中医“舌苔乃脾胃之气所生”的理论似有暗合。

(二) 正常舌苔脱落细胞的常值研究^[12~19]

我国健康人正常舌苔的舌脱落细胞的常值如何，国内上海、云南、山东、天津和湖南等地进行过研究，但目前尚无完全统一的数据。综合分析，我国健康成年人正常舌苔脱落细胞的常值有以下几方面特征：①印片背景：60%以上背景清晰，除有脱落的角化上皮细胞之外，仅有少量白细胞、细菌及杂质。②分布状况：85%以上的视野脱落细胞分布均匀，或呈散在分布，偶有数个细胞重迭。③脱落上皮细胞总数：往往因制片方法、放大倍率、检测视野数的差别而不尽一致，约 14~200 个。湖南袁氏等综合国内研究状况，在推片法制片、巴氏染色、放大 40×10 倍、10 个视野等条件下观测的结果平均为 33.21 个脱落细胞。④脱落细胞分类记数：健康人舌苔脱落细胞镜下所见主要是完全角化、不全角化和角化前细胞及少量白细胞（中性粒细胞）组成，个别偶见中层细胞。国外 Miller 氏研究认为，正常人舌背脱落细胞中角化细胞占 81%，角化前占 14%。国内观测结果，不全角化者为 60%~95%，完全角化细胞低于 10%，而角化前细胞在 8.6%~45.7%之间，平均 18.2%。这些脱落细胞大多呈多角形，胞浆丰富，无形态变异。正常人很少发现变性上皮细胞。

此外，袁氏等对男女性别差异、女性不同月经周期对健康人舌苔脱落细胞的影响进

行观察分析，提示妇女舌诊时，亦须考虑性别及机体所处月经周期生理因素的影响。因此，在全国范围内制定严格可行的检测规程，在大量普查基础上建立统一的观察指标和正常值，是使舌苔细胞学研究深入开展，推广应用的一项十分重要的工作。

(三) 病理舌苔脱落细胞变化规律的研讨

1. 白苔^(16,20~22) 薄白苔一般见于健康人，但亦可见于病人，而有不同的意义。秦氏曾将 31 例薄白苔病人与 70 例健康人薄白苔舌脱落细胞检测结果进行比较，结果前者舌苔上皮细胞角化程度、白细胞数目等均较后者明显差异。袁氏等对健康人正常舌象（淡红舌，薄白苔）、健康人舌苔正常舌质异常和病人正常舌象 3 组受检者舌苔脱落细胞进行检测比较，结果较之健康人常舌组，后两组的不全角化细胞显著减少，渗出的白细胞却明显增多。表明舌苔细胞学的变化，不仅与形成舌苔的丝状乳头代谢有关，也与舌质的局部代谢有关，或因疾病影响到舌组织血运、营养，致使舌粘膜上皮组织的生理特性发生变化有一定联系。

厚白苔的观察，许多学者认为其背景较脏，可见到较多的上皮细胞、细菌、霉菌，有的白细胞成堆出现，可有单核或多核细胞。此类舌苔者常因消化功能紊乱，食欲减退或轻度发热等，影响舌的自洁作用。

2. 黄苔^(23~25) 甘肃中医学院徐氏等观察了 81 例黄苔舌脱落细胞，发现其中性粒细胞、淋巴细胞均明显增高。进一步分析表明，出现消化症状者中性、淋巴细胞均高于无消化症状者；燥黄苔较其他黄苔中性粒细胞升高。袁氏等人对薄黄、厚黄、黄腻苔三类黄苔进行镜检分析，表明黄苔者各项舌苔细胞微观指标的异常率均高于正常薄白苔者，且呈薄黄苔组<厚黄苔组<黄腻苔组的趋势，与临床邪热程度一致。这一研究结果为不同黄苔病人临床辨证提供了较为客观的微观舌诊依据。黄苔病人往往由于发热、消化功能障碍或植物神经功能紊乱，代谢失调，致使舌的丝状乳头增殖，口腔唾液分泌减少，故舌苔脱落细胞堆积；加之口腔卫生不良，舌面微生物繁殖，局部炎性渗出，大量白细胞存于舌面，某些产色微生物的着色作用，共同形成黄苔。

3. 灰黑苔^(25~27) 山东中医学院秦氏等研究了 200 例各类病理舌苔，发现黑苔者上皮细胞计数增多，有重叠现象，其背景较脏，较之白厚苔、黄厚苔更为显著。黑苔者可见成堆的白细胞，胞浆不易着色，浆中颗粒粗大，部分细胞破碎，甚至仅能看到裸核。湖南医科大学附二院黄氏等人观察表明，无论是实证或虚实夹杂证，黑厚苔舌脱落细胞中完全角化细胞的比例较其他各组均高，显示出过度角化的趋势。陈泽霖教授认为，灰黑苔形成的过程可分为两个阶段：首先因肝肾阴竭，机能衰退，使舌乳头代谢缓慢，细胞角质层一直不脱落，突起过长，呈细毛状，颜色呈淡黄或灰色；此后若高热、阴亏，毒素刺激，病菌繁殖，产色微生物增殖等因素，致使过长的细毛转黑，而此时在角化层间有很多脱落细胞、细菌、霉菌菌落等。

4. 腻苔^(25,27~29) 国内多家研究认为，无论是白腻或是黄腻苔，其制片的背景较脏，细菌较多，脱落细胞有堆积现象，而黄腻苔者尤甚。腻苔者脱落上皮细胞均有超角化现象，完全角化的细胞>10%者在白腻苔中占 75.0%，在黄腻苔中达 82.3%，两者均明显超过薄白苔者。黄腻苔者的脱落细胞体积较大，部分上皮细胞变性，甚至破碎；其中性粒细胞和淋巴细胞都大量出现。腻苔病人常因脾虚湿阻，纳差食少，舌面磨擦机械因素减少，致使舌丝状乳头密度增加，乳头角化树分枝增多，互相纠缠交叉，不易脱落，乳头间充

满舌苔脱落细胞、细菌、白细胞等，致使舌苔呈油腻状舌苔。

5. 剥落苔^[30~32] 上海医科大学邱氏、胡氏，湖南中医学院袁氏，山东中医学院秦氏等研究认为，剥落苔者舌苔细胞成片、成堆分布，背景中见到较多的白细胞。其脱落细胞增多，10个中心视野细胞总数达 116.67 ± 33.36 个，较正常舌苔显著增多。制片中可见到较多的中层细胞，并且有不同程度的细胞坏死现象，如胞核固缩、碎裂，核染色质增粗、浓缩、深染，胞浆内有空泡。普遍认为细胞的坏死变性是光剥苔的重要标志。剥落苔者由于机体抵抗力低下，外界生物因素的侵袭，致使大量累及浅棘层上皮细胞变性、萎缩、坏死、脱落，最后导致舌粘膜上皮除基底细胞以外全部剥光，舌乳头萎缩，粘膜变平，光如镜面。可见舌上皮细胞的过度角化，渐进性坏死后脱落，是形成剥落苔的病理基础。

(四) 辨证辨病与舌苔脱落细胞学研究

1. 辨证分型舌苔细胞学研究

(1) 八纲辨证^[33~34,46~49]：湖南医科大学黄氏等对161名虚证、实证及虚实夹杂证病人的舌象和舌脱落细胞进行观察，认为三类证型由于病理改变不同，其舌象和舌苔微观均有差别。其中虚证患者舌苔细胞角化的平均数高，完全角化细胞平均数低；实证者舌苔完全角化细胞的百分率较虚证和正常人都高，苔面的细菌也多；而虚实夹杂证患者介于虚、实二证检测结果之间。山东中医学院秦氏等从中医辨证的角度探讨了阴虚证、阳虚证病人舌苔细胞学的特点，认为二证病人均有舌上皮细胞过度角化的倾向。两组比较，阴虚组以不全角化细胞增高为主，且背景清晰，有时可见到中层细胞；阳虚组以完全角化细胞增高为主，背景较脏，上皮细胞、白细胞、细菌较多。湖南中医学院李氏等对慢性萎缩性胃炎寒热辨证与舌苔脱落细胞变化的关系进行观察，发现寒证患者细胞角化的水平明显低于热证者，而角化前细胞的计数则明显高于热证组；两组患者舌苔制片中都存在大量白细胞，但寒证组以中性粒细胞高于热证组，淋巴细胞则少于热证组。作者认为这与寒证患者机体机能低下，代谢缓慢，上皮细胞更新较慢有关。

(2) 脏腑辨证^[35~36,53~55]：兰州医学院许氏观察了胃肠疾病脾胃虚寒、肝胃不和、脾胃湿热、胃阴不足和气滞血瘀各证型的舌苔脱落细胞的改变均有一定差异，特别是脾胃虚寒型病人舌苔细胞的角化程度明显低于其他各组，这种现象可能与机体处于“虚”和“寒”的病理状态时，全身代谢迟缓，舌苔角化程度延缓所致。湖南中医学院钱氏等对胃脘痛的火郁证、阴虚证、气虚证和虚寒证患者舌苔脱落细胞进行观察，认为各证型各具有特征性改变，可较敏感地反映出胃肠疾病寒热虚实辨证规律。湖南中医学院吴氏等运用细胞化学技术对胃脘痛脾虚证候舌苔脱落细胞进行研究，发现脾虚病人舌苔细胞PAS、DNA较正常人及非脾虚组显著增高，而SDH、ANAE显著降低，而脾阳虚者变化较之脾气虚者更明显。这种变化提示脾虚证病人细胞氧化及合成代谢低下，表明脾胃功能的盛衰在舌苔上皮细胞的代谢上有明显的反映。

(3) 卫气营血辨证^[37~38,56]：重庆市第一工人医院何氏等发现，卫分证时，由于病位浅，病理变化尚未影响口腔唾液的分泌，故舌苔薄白而润，其舌苔角化细胞不多(67.5%)；到气分证时，证虽入里，但正气尚强，此时舌苔角化细胞增至79.9%；营血阶段，病位最深，病邪入里，舌苔角化细胞分别达到91.4%和90.9%。此外，舌苔上渗出的白细胞亦随卫气营血不同病理阶段，病邪的进展而相应变化。湖南中医学院袁氏通过对121例

温病患者舌脱落细胞分析,表明温病卫、气、营、血四类证型在舌微观上都存在着一定的与各类证型病理本质相应的时相性特征;舌微观指标异常程度呈现出卫分证<气分证<营分证<血分证的递增趋势,反映了温病病情演变的连续性特征。

(4) 其他辨证^[39,50,55]:山东中医学院秦氏等对中医不同辨证患者(湿热证、瘀血湿热证、阴虚证、阳虚证、气血两虚证)舌苔脱落细胞酯酶反应进行观测,结果表明辨证各组非特异性酯酶含量明显高于正常,其中阴虚证组明显高于阳虚证组;阴虚患者舌象变化明显,其酶的含量增高也明显,因而认为舌苔细胞非特异性酯酶染色对研究病理状态下舌细胞的变化及中医阴虚、阳虚辨证分型有参考价值。

2. 病情诊断舌苔细胞学研究

(1) 消化道疾病^[40~41,54]:舌是暴露在外的消化器官,与消化系统关系十分密切。不同的消化道疾病舌脱落细胞有无特异性,至今尚无定论。锦州铁路中心医院贺祖喜等发现胃癌病人舌苔涂片中出现一种“浅染疏松大细胞”,并认为胃粘膜可能参生一种因子影响舌上皮,当胃癌发生时,此种因子减少或改变性质,可引起舌上皮细胞过早角化变性,并出现“浅染疏松大细胞”。山东中医学院秦去华等观察了50例胃癌病人舌苔涂片,发现有较多体积小,染色深暗的小角化细胞,并认为这与胃癌病人舌上皮细胞代谢障碍,角化过程受阻有关。江苏省中医研究所张珊珊等对100例消化道肿瘤病人(食道癌、胃癌、肠癌)与慢性胃炎病人舌象细胞学观察,发现肿瘤病人舌苔细胞学与正常人、胃炎病人均有差别,而这些差别的产生与舌苔的变化有密切联系。兰州医学院许氏等研究认为,慢性胃病、溃疡病及癌肿患者舌脱落细胞均有不同程度的改变,慢性胃炎和胃肠道癌症舌苔角化细胞“低于95%者”较多,占70%以上,而溃疡病则不明显。

(2) 妇产科疾病^[42~44,61]:一些学者应用舌苔细胞学检测与阴道细胞涂片对照,探讨妇科、产科疾病。妇女乳腺增生者舌苔脱落细胞核致密指数在月经周期的增生期与正常人相似,但在分泌期则不下降,呈持续高水平状态。这一现象给临床治疗,有效用药时间提供一定线索,即排卵期开始用药,更有利于控制此期雌激素水平,从而提高疗效。

(3) 口腔疾病^[45]:上海医科大学邱氏等采用自拟中药方剂治疗复发性口咽溃疡36例,同时作舌苔制片检查。结果表明治疗前舌苔标本片6项指标(即细胞分布、各类细胞数、深棘层小多角细胞数、细胞总数、细胞坏死、全片背景)的阳性率观察组显著高于对照组,与病情相符,舌印片可反映病情轻重;治疗后两组舌印片的6项指标阳性率均下降,表明舌苔印片检查有助于判断本病疗效及估计预后。

总之,中医舌苔细胞学诊断是一门发展中的诊断方法,值得今后进一步探索。舌苔制片检查对舌苔形成的机制研究是有价值的,并提供了中医辨证学中本来所不具有的微观舌诊信息^[46~62]。由于舌苔细胞学检查设备简单,取样方便,操作安全,病人无痛苦,可反复多次检查,动态观察,适宜于中医医疗研究,有希望成为中医病证诊断的常规检查方法。但是,在应用此方法研究中医诊断学时,必须注意加强整体观念、动态观念和临床观念;同时应将舌苔脱落细胞检测与其他舌诊研究方法相结合,从多方面、多角度、多层次观察舌上皮细胞的变化,从而从整体上揭示中医舌苔变化的客观规律。

二、影响舌象形成的各种因素

对于舌象形成的原理:国内外不少学者通过较为细致的解剖、组织、病理、生理及

临床方面的研究，已取得显著的成果。虽然对于舌象形成的机理尚未完全清楚，但一般与下述因素关系密切，它们常常共同起着作用。

(一) 炎症感染^[2,3,7,55,56]

严重感染时可出现红绛舌，可能是由于毒素刺激后血管扩张所致，甚至导致舌丝状乳头剥落，遗留充血突起的蕈状乳头分布在光滑裸露的舌面上。有人对黄苔患者因病死亡后舌全层病理切片中，均有炎症细胞浸润，说明炎症感染与黄苔的形成关系密切，并推测是由于舌上皮内局灶感染，脓性细胞渗出，附着于延长的丝状乳头而使舌苔转成黄色。黑苔的发生似与炎症（全身性或口腔局部性）有一定关系，有人统计在 50 例黑苔患者中，炎症患者 24 例。由于炎症感染，细菌毒素刺激，可诱发丝状乳头增殖，在加上产色微生物的染色而成黑色。此外，亦有国外学者认为，所有炎症性疾病均可影响到舌质肥大，从而形成锯齿形舌边。

(二) 唾液分泌^[20,21,27]

口腔的环境与唾液腺功能关系较为密切。舌苔干燥常为伤阴耗津的表现，其形成一般认为在副交感神经张力减低而交感神经张力亢进时，则唾液之浆液性分泌减少，代之以粘液性分泌；此外，若因脱水而血粘稠度增高时，口腔唾液分泌也减少，故舌面干燥。有些患者舌粘液腺变性或萎缩，病人常感舌面干燥少津，口干而燥。口腔唾液过多并不少见，可能由于某些代谢产物作用于腺细胞或分泌神经所致。由于口腔唾液分泌较多，或由于气管内痰液分泌增多，浸软了舌的角化细胞或角化不全细胞而表现肿胀，不易脱落，加之新的角化又增加，故使舌苔呈现厚腻。由于唾液常为连续分泌，人类每 24 小时约分泌 1000~1500 毫升，具有清洁口腔的功能。若此生理状态失调，将导致口腔内容物如食物残渣、脱落上皮细胞、细菌等滞留口腔，影响卫生，形成多种病理舌苔。

(三) 口腔微生物^[14,23,28,31,56]

有学者通过对舌苔细菌的培养及细菌定量分析，初步认为舌苔的形成与口腔正常菌族中某些细菌在疾病条件下优势增殖有关，其苔色与优势菌落的颜色相关。在白苔灰白菌落占 72%；黄苔中灰黄菌落占 65%。另有文献报道，在伸长的黑色丝状乳头内曾分离出各种微生物，如葡萄球菌、链球菌、旋毛菌，各种霉菌，故很多学者支持这种黑苔形成的寄生理论。由于口腔的条件适合于细菌或霉菌的生长，尤其是在口腔自洁作用受到影响时，舌苔增厚，更可作为微生物的良好培养基，而局部微生物的产色作用，则可能是各种颜色舌苔形成的机制之一。

(四) 舌面酸碱度^[20,21,27,31,32]

正常舌苔和薄苔类的 pH 值呈弱碱性，厚苔类偏酸性。由于厚苔者舌面偏酸性，H⁺游离增多，细胞间正离子与细胞膜表面负电荷相互吸引，增加了细胞间的粘着力，也阻断了丝状乳头角化上皮细胞的正常脱落，造成角质层增厚，形成厚苔。至于厚苔 pH 值呈酸性的原因则可能与口腔内细菌繁殖多，各种酸性代谢产物增多有关。剥落苔者舌而 pH 值比厚苔者更低，其原因可能是一方面致使某些溶酶体活性受抑，舌上皮细胞营养障碍，影响患者舌角蛋白的形成，舌细胞角化过程受阻，故舌粘膜上皮层次减少；另一方面亦可导致舌上皮血供不良，微循环及细胞代谢障碍，变性、坏死，大量剥落，形成剥落苔。而薄苔患者因口腔 pH 值变化较小，并未影响舌丝状乳头角化上皮细胞的代谢过程，故呈薄苔。

(五) 舌组织病理改变^[8,1,63]

研究表明,舌的结缔组织增生,舌组织水肿是形成舌体胖嫩、舌边有齿痕的原因之一,而由于低血压或缺铁性贫血等原因引起的舌肌肉张力丧失又是导致舌边锯齿形变化的因素之一。舌上皮萎缩,伴有舌血管增生,则往往舌色发红。由于舌乳头上皮逐渐萎缩,角化物质脱落,丝状乳头向蕈状乳头转化,而致蕈状乳头数目明显增多,可出现红如草莓一样的红刺舌质;若至后期蕈状乳头也逐渐萎缩,则成为舌面光滑萎缩之镜面舌。舌体的色素沉着与青紫舌有一定关系,舌上的色素呈点状、斑状或片状,多分布于舌两侧粘膜层下,色素透过正常红舌的舌质,使舌呈青紫蓝色。有报道有的人舌蕈状乳头的色素沉着是过去舌上陈旧性出血,经吸收而遗留的色素,证实了中医关于舌上瘀点反映血瘀的正确性。

(六) 其他舌局部因素^[8,1,64,65]

人类的咀嚼、谈话、吞咽、唾液分泌等活动,均可产生舌的自洁作用。一般舌边易于清洁,舌苔较薄,而舌根部与口腔的上部接触不多,摩擦较少,故难于清洁而舌苔偏厚。若病人习惯张口呼吸,或昏迷病人张口呼吸,使舌苔水份蒸发,干燥而不易脱落,常见厚苔。若精神紧张,使口腔内及上消化道酸度增加,而白色念珠菌在pH5~6时生长最好,使舌苔增厚。此外,其他如吸烟、口腔不洁、进食软硬等因素,皆可使舌苔发生变化。

(七) 循环障碍^[4,5,6,66,67]

不少文献报道,循环系统障碍时舌常为紫蓝色。在充血性心力衰竭或先天性心脏病患者,向下伸舌1分钟后,即可看到舌转青紫色,且舌下两静脉扩张。在肝硬化初期,肝细胞损害,结缔组织增生,门静脉循环受阻,即可影响舌的血管网而显出舌缘充血的变化;随着肝硬化的发展,舌蓝红色变深,亦伴有舌表面水肿样改变。古人所谓“酒毒”所致之青紫舌,亦可能是间接造成门静脉性肝硬化,产生门静脉高压所致。充血性心衰则常常影响了上腔静脉的回流,致使静脉压力增高,静脉血流凝滞,血流不畅,静脉血中还原血红蛋白成份增高,颜色较深而呈青紫舌。

有学者对不同舌色的病人进行舌尖微循环、甲襞微循环和皮肤毛细血管脆性试验,结果提示舌质淡红、红绛和瘀紫在多项指标上均有明显差异,舌在一定程度上反映了全身或内脏器官的微循环变化。由于舌蕈状乳头中微血管祥长而丰富,对全身血液循环的反应较为敏感,在发热、中毒、感染时易于充血而呈红色;在血液成分改变,血液粘度异常时又首先发生血流瘀滞,血管扩张之青紫舌体征。

(八) 血液状态^[68~71]

全身循环血液的状态对于人体舌质的变化影响较大。有人认为恶性贫血是导致淡白舌的原因之一,舌色减淡,大致和贫血的程度成正比,舌质淡白是全身血量和血色素减少的征象之一。血色素较低的病人,舌蕈状乳头中血管细而成点状,丝状乳头柱中血管不易见到,有些蕈状乳头血管甚至瘪塌或栓塞,与正常人鲜红血管明显不同。恶性贫血导致舌的病理变化,称Hunter's舌炎,也常使舌质发红,而口腔粘膜则苍白萎黄。由于贫血,致使舌蕈状乳头萎缩,且上皮脱落,神经末梢之上仅一层薄鳞状上皮覆盖,致神经过敏,呈现出光红舌体。若红细胞数量增多,真性红细胞增多症患者的舌多呈紫舌。这可能是由于缺氧后人体的一种代偿机能,红细胞浓度增高而使静脉血呈较深的青紫色,从

而导致舌色青紫。此外亦有关于贫血患者发生黑毛舌苔，经适当治疗，贫血改善，黑毛苔亦消失的报道。

一般认为，绛舌是舌组织的毛细血管极度充血的现象，从弥漫性血管内凝血学说的角度来看，与血液高凝状态有关，故有学者提出，将绛舌作为弥漫性血管内凝血早期诊断的参考指标之一。青紫舌质者与血中寒冷凝集素增高有关，文献报告凡血中寒冷凝集素显著增高者，虽在夏季也有发生青紫舌者。血氧含量的降低常常导致青紫舌。在慢性支气管炎、哮喘、肺气肿、肺部感染的病人因肺功能不良、肺换气不良，引起缺氧而致紫绀，舌色青紫。

(九) 神经系统障碍^[64,72~75]

中枢神经系统功能紊乱与舌象变化的联系尚待研究，但有人观察到部分昏迷、神志不清的患者，在神志障碍之后1~2天内可出现红绛舌，究其原因可能与昏迷的同时有代谢紊乱、脱水等因素有关。此外亦有报道中枢神经系统机能紊乱可能也为黑苔的形成原因之一。患者交感神经机能亢进，除易于激动，焦虑烦躁、心悸不寐，面红升火等之外，亦可使唾液分泌发生变化，舌面干燥少津。

(十) 内分泌及酶代谢障碍^[8,1,43,76~79]

甲状腺机能减退，尤其是当基础代谢降低至-9或者更低时，舌色淡白十分显著；由于基础代谢功能低，使舌上粘膜脱屑迟钝，排水功能失调，以致结缔组织水肿，形成肿胀舌及齿痕舌。从临床病种分析的结果来看，淡白舌的形成与肾上腺皮质机能及甲状腺机能不足关系密切，但光红舌质与甲状腺机能亢进有一定联系。另有研究认为，阴虚证舌红绛光剥苔患者的成因，与蜘蛛痣、肝掌的形成原因近似，即肝脏对雌激素灭活作用减退，致使血中雌激素含量增加，导致周围毛细血管扩张而成。激素是维持机体内外平衡的一个重要调节系统，对物质代谢有十分重要的影响。过量的甲状腺素能在氧化磷酸化过程中起折偶联因子作用，以致能量代谢过程中可利用的ATP产量降低，无法储存之能量变成热能而散发，故病人有虚热感；因可利用之ATP降低而细胞代谢不全，舌上皮细胞出现萎缩；加之甲状腺素促进血液循环，扩张舌中毛细血管，故舌质光红少苔。

某些酶系统对舌象的影响，除与营养缺乏有关的酶系有关之外，有人发现舌丝状乳头粘膜上皮的角化与脱屑过程可从酶的活性中反映出来，由于某些原因致使葡萄糖6磷酸脱氢酶及琥珀酸脱氢酶明显降低而使舌粘膜萎缩，而当治疗恢复时，其活性增加，舌苔亦渐增厚。琥珀酸脱氢酶不仅与舌之味觉有关，而且此酶存在于舌组织中的浓度的高低标志着舌组织的代谢率变化。

(十一) 消化、营养障碍^[79~83]

舌质的胖嫩、肿胀、淡白与蛋白质缺乏关系密切。当患者肝有病变，使肝脏合成蛋白的能力降低，血浆蛋白减少，或肾脏疾病时血浆蛋白滤过而排出，或消化吸收不良等均使体内蛋白代谢紊乱，血浆蛋白低下，致使血浆胶体渗透压随之降低，水份由血液进入组织、体腔，形成水肿。这一点从胖嫩舌、肿胀舌、淡白舌的全层病理切片中，发现舌粘膜上皮水肿，棘细胞体积变大有空泡等可以证实。若对动物饲以缺乏蛋白质的饲料，可致舌上皮萎缩，舌苔光滑，故有人认为舌上皮的变为人体蛋白营养方面提供了指标。

研究表明，维生素B族的缺乏是影响舌质舌苔变化的重要因素。国外学者认为，维生素B族缺乏，使舌质发红，如在烟草酸缺乏的早期，其舌尖与舌边呈红色而肿胀，进

一步舌变火红而光滑。核黄素缺乏可使舌边血管充血，舌净少苔，舌乳头大而平，舌面粗糙有裂纹。由于维生素B族存在于所有代谢之中，是细胞氧化还原过程中的重要辅酶，任何一种维生素的缺乏均可阻断细胞代谢过程的一连串反应，故其终末反应均是使舌粘膜乳头萎缩，成为光滑萎缩舌。红绛舌质患者尿中的维生素B族的排出率高于正常人1倍，而维生素C的排出量低于正常人6倍，致使体内经常处于缺乏状态，影响机体氧化过程，细胞营养障碍，导致舌乳头及粘膜的变化。

有统计表明，在100例淡白舌患者，有腹胀、纳呆症状者75人，有便溏或腹泻者33人，由于消化功能紊乱，阻碍营养的吸收摄入，导致营养状况不良者达88人，可见消化障碍与淡白舌的形成有一定关系。黄苔的形成与消化不良亦有联系，绝大多数的黄苔病人都有一个或数个胃肠道功能紊乱的症状。有学者认为黄苔舌最多见于夏秋之间的湿阻病中，大多饮食呆滞，精神不振，乃因胃肠障碍，舌局部丝状乳头增殖，口腔腺体分泌异常，再加之局部着色作用，形成黄苔。黑苔患者亦有一半左右出现消化功能紊乱，但大多并见于高热患者，由于细菌毒素的刺激而使胃肠功能紊乱，并与黑苔共同组成实热症群。

(十二) 其他全身影响因素^[8,23,84~85]

发热是影响舌象变化的重要因素。红绛舌多出现于急性感染病发热的病程中，由于高热或其他因子使机体内维生素等营养物质缺乏，致引起舌炎充血所致。黄苔患者多见于热证，由于炎症发热，导致植物神经系统功能紊乱，代谢失调，消化功能改变及舌苔局部细胞代谢障碍所致。但是亦有并无发热而见黄苔者，此类患者多有口苦咽干、心烦失眠，溲黄便秘等内热现象，与植物神经功能紊乱，代谢失调关系密切。黑苔的出现与发热时间的长短有一定关系，这类病人的舌苔逐渐由白转黄，再由黄转为灰黑。发热后出现黑苔可能与大量运用广谱抗菌素等因素有关。青紫舌与发热确有一定联系，但不同于上述红绛舌、黄苔、黑苔，除发热之外，多伴有血氧饱和度下降，静脉郁血及血液粘滞度改变等，才会使舌紫暗。

脱水时，不仅出现口渴、皮肤干燥、弹性减退等症状，往往同时出现红绛舌、燥裂苔或光剥苔。由于脱水、失钾，舌上皮萎缩而舌质光红。脱水而舌粘稠度增高时，唾液水样分泌明显减少，故舌面干燥。

参 考 文 献

- [1] 匡调元. 中医病理研究. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 1989. 264~267
- [2] 陈泽霖, 等. 淡红、淡白、红绛、青紫四类舌质的舌尖微循环研究. 上海中医药杂志, 1983, (6): 43
- [3] 袁肇凯. 淡红、红绛、青紫舌质显微观察的初步分析. 浙江中医杂志, 1982, 17 (11~12): 520
- [4] 袁肇凯, 等. 高血压病血瘀辨证与舌尖微观变化的初步研究. 中医杂志, 1982, 23 (11): 865
- [5] 贾钰华. 中老年心律失常的中医辨证与微循环关系的初步观察. 上海中医药杂志, 1992, (6): 38
- [6] 赖真, 等. 冠心病心绞痛气虚血瘀和气滞血瘀的微循环变化. 湖南中医学院学报, 1994, 14(3): 44
- [7] 袁肇凯, 等. 温病微观舌诊的临床研究. 中国医药学报, 1993, 8 (5): 11
- [8] 陈泽霖, 陈梅芳. 舌诊研究. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 1982. 79, (158~170), 178
- [9] 许自诚, 等. 114例胃肠道疾病的中医辨证分型与舌粘膜脱落细胞的变化观察. 兰州医学院学报, 1979, (2): 1
- [10] 贺祖喜, 等. 舌苔细胞学检查诊断胃癌及胃溃疡的初步探讨. 辽宁医药, 1980, (7): 3

- [11] Bloom W, et al. A Textbook of Histology. 10th ed. London Toronto; W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1975: 603
- [12] 邱曾秀, 等. 321例正常人舌印片脱落细胞的研究. 上海医科大学学报, 1986, (4): 297
- [13] 张修炎. 云贵地区100例健康者舌印片脱落细胞观察. 云南中医杂志, 1986, 7(6): 5
- [14] 秦去华, 等. 舌象细胞学初步研究. 山东中医学院学报, 1981, 5(4): 61
- [15] 天津中医学院. 舌苔刮片脱落细胞的观察. 全国中基实验教学研讨会交流资料. 1986(上海)
- [16] 袁肇凯, 等. 155例薄白舌苔脱落细胞检测结果分析. 中国医药学报, 1989, 4(1): 35
- [17] 中国医学科学院. 临床肿瘤学细胞图谱. 北京: 人民卫生出版社, 1976. 103
- [18] 袁肇凯. 男女性正常舌象之舌炎、甲皱微循环及舌苔脱落细胞检测结果分析. 江苏中医, 1988, 9(3): 39
- [19] 袁肇凯. 女性月经周期舌象、舌尖微循环和舌苔脱落细胞观测结果的初步分析. 陕西中医, 1989, 10(7): 325
- [20] 秦去华, 等. 不同舌象病人唾液生化及舌苔细胞学研究. 中西医结合研究学术论文汇编(四诊专辑). 1983
- [21] 宋桂琴, 等. 关于舌苔的探讨. 辽宁中医杂志, 1984, 11(12): 4
- [22] 吴章芳, 等. 100例舌苔脱落细胞的观察. 福建中医药, 1982, 13(1): 33
- [23] 徐鸿达, 等. 81例黄苔临床分析与脱落细胞的观察. 新医药学杂志, 1974, (10): 17
- [24] 袁肇凯. 152例黄苔舌脱落细胞检测分析. 湖南中医学院学报, 1990, 10(3): 128
- [25] 秦去华, 等. 200例不同舌苔病人舌象细胞学检查. 中医药学报, 1985, (6): 38
- [26] 黄道生, 等. 虚、实及虚实夹杂证的舌象观察和脱落细胞检查. 浙江中医杂志, 1982, 17(1): 17
- [27] 北京市中医研究所舌象研究小组. 舌象的初步研究. 中医杂志, 1965, 76(2): 21
- [28] 谭绪怒. 舌象的细菌学、细胞学研究. 医学检验资料汇编. 1979
- [29] 匡调元. 中医病理研究. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 1989. 267~271
- [30] 邱曾秀, 等. 镜面舌30例临床分析与舌印片脱落细胞观察. 中西医结合杂志, 1984, 4(12): 735
- [31] 胡庆福. 阴虚光剥舌形成机理的研究. 中西医结合杂志, 1989, 9(3): 1
- [32] 袁肇凯. 舌苔消长舌脱落细胞舌面酸碱度检测分析. 辽宁中医杂志, 1994, 21(7): 1
- [33] 秦去华, 等. 阴虚阳虚病人舌象客观指标的初步分析. 中医杂志, 1978, 19(2): 61
- [34] 李颖, 等. 慢性萎缩性胃炎寒热辨证与舌苔脱落细胞结构变化的关系. 中西医结合杂志, 1989, 9(6): 343
- [35] 钱立伟, 等. 胃脘痛的舌脱落细胞学研究. 湖南中医学院研究生论文集. 1985~1986. 21
- [36] 吴正治, 等. 胃脘痛脾虚辨证舌苔上皮及免疫细胞之间细胞化学研究. 湖南中医学院研究生论文集. 1985~1986. 58
- [37] 何健村, 等. 脱落细胞学在温病舌象的实验观察. 成都中医学院学报. 1980, (10): 54
- [38] 袁肇凯. 温病微观舌诊的临床研究. 中国医药学报, 1993, 8(5): 11
- [39] 秦去华, 等. 中医不同辨证患者舌苔细胞酯酶反应的初步研究. 中西医结合杂志, 1989, 9(8): 478
- [40] 秦去华, 等. 胃癌患者舌象与舌上皮细胞关系初探. 中西医结合杂志, 1987, 7(1): 30
- [41] 张珊珊, 等. 消化道肿瘤舌象细胞学的初步观察. 江苏中医杂志, 1985, 6(7): 14
- [42] 祝君远, 等. 对乳腺增生病人舌苔脱落细胞初步观察. 上海中医药杂志, 1985, (10): 21
- [43] 陈其五, 等. 舌象与雌激素和排卵间关系初探. 第一届全国中医诊断学术会议论文. 1987
- [44] 马永华, 等. 舌苔脱落细胞变化与女性月经周期的关系. 铁道医学, 1985, (5): 274
- [45] 邱曾秀, 等. 复发性口咽溃疡的舌印片观察及其临床意义. 中西医结合杂志, 1989, 9(3): 150
- [46] 吴建红, 等. 晚期血吸虫病性肝硬化虚实辨证舌苔细胞酶定量的初探. 宜昌医学专科学校学报.

- [47] 吴正治,等. 胃脘痛虚实辨证舌苔客观指标的定量细胞化学探讨. 浙江中医杂志, 1990, 25 (4): 173
- [48] 吴正治,等. 常见舌苔细胞化学变化规律的定量研究. 中国医药学报, 1993, 8 (1): 15
- [49] 吴正治. 寒热辨证舌苔上皮定量细胞化学初探. 陕西中医, 1990, 11 (5): 232
- [50] 王实敏. 舌象的细胞形态学研究进展. 黑河医药, 1989, (1): 1
- [51] 邱曾秀,等. 阳虚舌苔与腻、厚、正常苔印片对照观察. 中国医药学报, 1989, 4 (3): 29
- [52] 余小瑛,等. 正常人与硬皮病患者舌苔脱落细胞的观察. 湖南医学院学报, 1987, (3): 239
- [53] 邹治文,等. 小儿常见病舌苔细胞学的初步观察. 中西医结合杂志, 1983, 3 (2): 100
- [54] 杨梅贞,等. 胃脘痛病例临床中医分型与胃镜象及舌苔脱落细胞关系的初步探讨. 福州中医, 1982, (1): 49
- [55] 翁侯年,等. 舌苔的细胞学观察. 湖北中医杂志, 1991, 13 (2): 41
- [56] 刘碧清,等. 温热病证候舌苔脱落细胞和舌尖微循环研究. 泸州医学院学报, 1990, (2): 97
- [57] 钱立伟. 舌苔脱落细胞临床研究概况与发展. 辽宁中医杂志, 1989, 16 (1): 35
- [58] 钱立伟. 舌上皮萎缩坏死细胞与胃脘痛阴虚证关系的初步探讨. 中医杂志, 1993, 34 (4): 241
- [59] 李灿东,等. 正常妊娠与非孕妇女舌象和舌印片的对照观察. 福建中医学院学报, 1992, 2 (1): 53
- [60] 秦去华,等. 230例正常人舌苔细胞活体染色研究. 山东中医学院学报, 1992, 16 (2): 50
- [61] 刘进德,等. 舌组织发生的观察. 佳木斯医学院学报, 1988, (3): 211
- [62] 刘尽德,等. 精神疾病中的舌诊观察. 全国中西医结合基础理论研究新思路研讨会论文集, 76
- [63] 王赤兵. 诊舌方法与观苔察舌. 嘉州医药, 1985, (1): 22
- [64] 薛吉栋,等. 肺心病急性发作 81 例次舌诊观察. 山东中医学院学报, 1985, 9 (1): 20
- [65] 张问渠,等. 舌诊在心血管病上的运用. 福建中医药, 1984, 14 (3): 36
- [66] 孟智宏,等. 43例再生障碍性贫血舌色测定研究. 天津中医, 1992, 9 (4): 41
- [67] 徐江,等. 关于舌诊与血液粘度的研究. 国外医学. 中医中药分册, 1990, (2): 16
- [68] 洪秀华,等. 91例重症血液病脉象、舌象的动态变化与疗效预后的关系. 新疆中医药, 1988, (2): 57
- [69] 钱士明,等. 32例出血热的舌象及血液流变学观察. 南京中医学院学报, 1985, (4): 22
- [70] 刘宝录. 137例精神病人舌象的临床观察. 中华全国中医脑病学术研讨会 (1989) 论文.
- [71] 谢惠芬,等. 60例脑梗塞病人的舌象观察及临床意义. 河北中医, 1989, (1): 22
- [72] 路桂英,等. 100例中风病人舌象分析及其临床意义. 新疆中医药, 1988, (4): 24
- [73] 陈可冀,等. 60例急性心肌梗塞舌象分析. 中西医结合杂志, 1984, 4 (4): 212
- [74] 侯永茂,等. 100例糖尿病舌象分析. 内蒙古中医药, 1992, (4): 34
- [75] 徐正福,等. 红绛舌、淡白舌与血清某些微量元素、性激素的关系的探讨. 中西医结合杂志, 1987, 7 (7): 402
- [76] 肖珙,等. 舌苔与混合涎液中酶及免疫球蛋白的初步观察. 山东医学院学报, 1984, (3): 32
- [77] 陈泽霖,等. 阴虚光刺舌的研究. 医学研究通讯, 1988, (3): 封3、4
- [78] 王毅. 慢性胃炎与舌象关系的探讨. 成都中医学院学报, 1989, (4): 22
- [79] 钱心如,等. 齿印舌患者临床调查分析. 中医杂志, 1991, 32 (1): 33
- [80] 石美辉,等. 670例消化系统疾病的胃镜象与舌象对照分析. 浙江中医杂志, 1983, 18 (7): 300
- [81] 仲相英,等. 脾虚舌象组织化学观察. 北京中医杂志, 1983, (3): 34~36
- [82] 刘碧清,等. 温病舌象与热势、证型的实验研究. 泸州医学院学报, 1990, (4): 288
- [83] 李雁,等. 舌体诊法的研究进展. 上海中医药杂志, 1990, (3): 44

第三章

闻 诊

【基本内容】

闻诊是通过听声音和嗅气味来诊断疾病的方法。听声音是指诊察了解病人的声音、呼吸、语言、咳嗽、呕吐、呃逆、暖气、太息、喷嚏、呵欠、肠鸣等各种声响。嗅气味是指嗅病体和排出物及病室的异常气味。

声音和气味都是在脏腑生理活动和病理变化中产生的，所以通过声音和气味的异常变化可以诊断病证。

一、听声音

听声音是指听辨病人言语气息的高低、强弱、清浊、缓急变化，以及脏腑病理变化所发出的如咳嗽、呕吐等异常声响，来判断疾病寒热虚实的诊察方法。

声音，是气的运动通过空腔、管道、器官产生振动而形成的。语言声音是喉、会厌、舌、齿、唇、鼻等器官直接作用发出的，并与肺、心、肾等内脏的虚实盛衰息息相关。其它脏腑病变时，既可出现特异的声响，亦可通过经络影响语言声音。因此，临床根据声音的变化，既可诊察发音器官的病变，也可推断脏腑和整体的变化。

(一) 正常声音

正常语声，发声自然，声调和谐，柔和圆润，语言流畅，应答自如，言与意符，无其它病理性声音。是宗气充沛、气机调畅的表现。正常语声，由于性别、年龄、禀赋等个体的差异和情志的变化而各有不同。

(二) 病变声音

病变声音是指疾病反映于语言声音的变化。

1. 声音 主要是辨别病人的语声、鼻鼾、呻吟、惊呼等。辨别时要注意语声的有无，语调的高低、强弱、清浊、钝锐以及有无异常声响等。通过声音的变化可以判断机体正气的盛衰，邪气的性质及病情的轻重。语声高亢宏亮有力，声音连续者，多属阳证、实证、热证，是阳盛气实，机能亢奋的表现。语声低微细弱，懒言，声音断续，或前重后轻，多属阴证、虚证、寒证，多为禀赋不足，气血虚损所致。

(1) 声重：语声重浊者为声重，多属外感风寒或湿浊阻滞，以致肺气不宣，鼻窍不通所致。

(2) 音哑、失音：语声嘶哑者为音哑；语而无声者为失音。两者若属新病者，多系实证，多因外感风寒或风热，或痰湿壅肺，肺失清肃，邪闭清窍所致，即“金实不鸣”。

若属久病者，多系虚证，多由阴虚火旺，肺肾精气内伤所致，即“金破不鸣”。暴怒喊叫或持续高声喧讲而致者，亦属气阴耗伤。妊娠后期出现者，称为妊娠失音，多为胞胎阻碍经脉，肾精不能上荣所致，分娩后即愈。

(3) 鼻鼾：是指熟睡或昏迷时喉鼻发出的声响。熟睡鼾声多因慢性鼻病或睡姿不当；昏迷病人鼾声不绝者，多属高热神昏或中风入脏之危候。均是气道不利所致。

(4) 呻吟：指病痛难忍所发出的痛苦哼哼声，多为身有痛楚或胀满所致。声高有力者为实证、剧痛；声低无力者为虚证。临床应结合姿态变化，判断病痛部位。

(5) 惊呼：指患者突然发出的惊叫声。其声尖锐，多为剧痛或惊恐所致。小儿阵发惊呼，多是惊风；成人惊呼属剧痛，或精神失常。

痫病发作时，口中发出如猪羊叫声，系风痰上逆而致。小儿啼哭不止，多因过食生冷、脘腹疼痛，或心脾蕴热，或食积、虫积、惊恐等而致。

2. 语言 主要是分析病人语言的表达与应答能力有无异常、吐字的清晰程度等。

言为心声，语言的异常主要是心神的病变。一般认为沉默寡言，语声低微，时断时续者，多属虚证、寒证；烦躁多言，语声高亢有力者，多属实证、热证。

(1) 谵语：是指神识不清，语无伦次，声高有力的症状。多属热扰心神之实证。

(2) 郑声：指神识不清，语言重复，时断时续，语声低微模糊的症状。是心气大伤，精神散乱所致的虚证。

(3) 独语：指患者自言自语，喃喃不休，见人语止，首尾不续的症状。多因心气不足，神失所养，或气郁痰结，阻蔽心窍所致。

(4) 错语：指语言错乱，语后自知言错但不能自主的症状。多因心气不足，神失所养；或痰湿、瘀血、气滞阻遏心窍而成。

(5) 呓语：指睡梦中说话，吐字不清，意思不明的症状。病中出现呓语，多因心火、胆热和胃气不和所致。久病虚衰出现者为虚呓，多系神不守舍所致。

(6) 狂言：指精神错乱，语无伦次，狂躁妄言的症状。多系情志不遂，气郁化火，痰火互结，内扰心神所致，属阳证、实证。

(7) 语言謇涩：指神志清楚，思维正常但吐字困难，或吐字不清，说话缓慢涩滞，含糊不清的症状。因习惯而成者，不属病态；若与舌强并见者，多因风痰阻络所致，为中风先兆或中风后遗症。

(8) 夺气：指语言低微，气短不续，欲言不能复言的症状。是中气大虚之征。

神志昏迷、不知言语者，多属中风或小儿惊风。

3. 呼吸 闻呼吸是诊察病人呼吸的快慢是否均匀通畅，以及气息的强弱粗细，呼吸音的清浊等。病人呼吸正常是形病气未病；呼吸异常是形气俱病。呼吸气粗，快出快入者属热证、实证。呼吸气微、慢出慢入者属寒证、虚证。

(1) 喘：指呼吸困难，短促急迫，甚则张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧的症状。其病多与肺肾有关。若发病急骤，呼吸深长，气粗声高息涌，胸中胀满，惟以呼出为快者为实喘，多系风寒袭肺或痰热壅肺，肺失肃降所致。虚喘病势缓慢，时轻时重，喘声低微，呼吸短促难续，得一长息为快，动则喘剧，是肺肾亏损，气失摄纳所致。

(2) 哮：指呼吸急促似喘，喉间有哮鸣音的症状。多因新感引动宿痰，或因久居寒湿之地，或过食酸咸生冷所诱发。

喘以气息急迫，呼吸困难为主；哮以喉间哮鸣声为特征。喘不兼哮，哮必兼喘。

(3) 短气：指呼吸气急短促，数而不能接续，似喘而不抬肩，呼吸虽急而无痰声的症状。虚证短气，兼有形瘦神疲，声低息微等症，多因体虚或元气大虚所致；实证短气，兼见呼吸声粗，或胸部窒闷，或胸腹胀满等症，多因痰饮、胃肠积滞、气滞或瘀阻所致。

(4) 少气：指呼吸微弱而声低，气少不足以息，言语无力的症状。多为内伤久病体虚或肺肾气虚所致，故属诸虚劳损证。

4. 咳嗽 是肺失肃降，肺气上逆的一种症状。有声无痰谓之咳，有痰无声谓之嗽，有痰有声则为咳嗽。本症多因外感或内伤直接犯肺，或累及肺脏而发病。诊察咳嗽，应从咳声，痰的色、量、质和发病时间、病史及其兼症等方面进行分辨，以鉴别病证的寒热虚实。咳声重浊沉闷，是寒痰湿浊停聚，肺失肃降所致，为实证；咳声轻清低微，多因肺气虚损，失于宣降所致，为虚证。咳声不扬，痰稠而黄，不易咯出，属热证，多系热邪犯肺、肺津被灼之故；咳有痰声，痰多易咯，属痰湿阻肺。干咳无痰，或痰少而粘、不易咯出，多属燥邪犯肺或阴虚肺燥所致。咳声短促、阵发，发则连续不断，咳声终止时作鹭鹭叫，称顿咳，又称百日咳，多因风邪与痰热搏结，阻遏气道所致。咳声如犬吠，伴有语声嘶哑，吸气困难，是肺肾阴虚、火毒攻喉，闭塞气道所致，多见于白喉。

5. 呕吐 指饮食物、痰涎等胃中内容物从胃中上涌，由口中吐出的症状。有物无声为吐；有声无物为干呕；有物有声为呕吐，三者皆为胃气上逆所致。临床可根据呕吐的声响、吐势、呕吐物的性状、气味及兼症来判断寒热虚实。吐势徐缓、声音微弱、吐物清稀为虚寒证；吐势较猛、声音壮厉，吐出粘痰黄水，或酸腐或苦者属实热证。呕吐呈喷射状，属热扰神明。

呕吐者，暴病多实，久病多虚。若进餐后发生吐泻者，可能为食物中毒；吐泻并作为霍乱或类霍乱；朝食暮吐或暮食朝吐为反胃，多属脾阳虚；食入即吐为胃热；口干欲饮，饮后则吐者为水逆。

6. 呃逆 是胃气上逆，从咽部发出的一种声短而频，不由自主的冲击声，呃呃作响。

呃声频作，其声高亢，短而有力者，属实证、热证；呃声低沉，声弱无力者，属虚证、寒证。新病呃逆，其声有力，多属寒邪或热邪客于胃；久病、重病呃逆不止，声低气怯无力者，属胃气衰败之危候。

7. 噯气 古称噯气。是胃中气体上出咽喉所发出的声音，声长而缓。属胃气失和而上逆所致。根据噯声和气味的不同，以辨别虚实。噯气酸腐兼脘腹胀满者，多为宿食停滞之实证；噯声频作而响亮，噯后脘腹胀减，并随情志变化而增减者，多为肝气犯胃之实证。噯气低沉断续，兼见纳差食少者，多为胃虚气逆之虚证。噯气频作，兼脘腹冷痛者，为寒邪客胃之寒证。

8. 太息 指情绪抑郁，胸闷不舒时发出的长吁或短叹声。是情志不遂、肝气郁结的表现。

9. 喷嚏 是肺气上冲于鼻而发出的声响。新发喷嚏，兼有恶寒发热，鼻流清涕者，多因风寒袭表，刺激鼻道之故；久病阳虚之人，突发喷嚏，多为阳气回复，病势好转趋势。

10. 呵欠 是张口深舒气，微有声响的一种表现。因困倦欲睡而欠者，不属病态。若呵欠频频不止为数欠，多为阴盛阳衰，体虚之故。

11. 肠鸣 是腹中胃肠蠕动漉漉作响的症状。肠道传导失常或阻塞不通时，则肠鸣声

高亢而频急。胃肠部鸣响如囊裹浆，振动有声，行走或推抚脘部，其声下行者多为饮聚于胃；鸣响在脘腹，如饥肠漉漉，得温得食则减，饥寒则重者，为中气不足，胃肠虚寒所致；腹中肠鸣如雷，脘腹痞满，大便泄泻者，多为风、寒、湿邪而致胃肠气机紊乱所为；腹内微有肠鸣，腹胀纳少者，多属胃肠气虚，传导功能减弱所致。肠鸣音消失，腹部胀满疼痛者，属胃肠气滞不通之重证。

二、嗅气味

嗅气味，是指嗅辨与疾病有关的如病室、病体、分泌物、排出物等的异常气味。气味酸腐臭秽者，多属实热；微有腥臭者，多属虚寒。

（一）病体气味

1. 口气 指从口中散发出的异常气味。口中散发臭气者为口臭，多与口腔不洁、龋齿或消化不良有关。口出酸臭气，属胃肠积滞；口出臭秽气者，属胃热；口气腐臭或兼咳吐脓血者，多是内有溃腐脓疡。若口气臭秽难闻，牙龈腐烂者，为牙疳。

2. 汗气 指汗液所散发的气味。汗出腥膻，是风湿热邪久蕴皮肤，蒸变津液所致。汗出臭秽，可见于瘟疫或暑热火毒炽盛之证。腋下随汗散发阵阵臊臭味者，是湿热内蕴所致。

3. 痰、涕之气 若咳吐浊痰脓血、腥臭异常的为肺痈，系热毒壅肺所致。咳痰黄稠味腥者，是肺热壅盛所致。咳吐痰涎清稀味咸，无异气者为寒证。鼻流浊涕腥秽如鱼脑者，为鼻渊。鼻流清涕无气味者，为外感风寒。

4. 二便之气 大便酸臭难闻者，为肠有郁热；大便溏泄而腥者，为脾胃虚寒；大便泄泻臭如败卵，矢气酸臭者，是宿食停滞。小便黄赤混浊，有臊臭气者，为膀胱湿热；尿甜并有苹果样气味者，为消渴病。

5. 经、带、恶露之气 月经臭秽者为热证，气腥者为寒证。带下黄稠而臭秽者为湿热，色白质稀而腥臭者为寒湿。崩漏或带下奇臭，并夹见异常颜色者，常见于癌病。恶露臭秽者，多属湿热下注。

6. 呕吐物之气 呕吐物清稀无臭味者属胃寒；气味酸臭秽浊者属胃热；气味酸腐夹有未消化食物者为食积；无酸腐味者属气滞；腥臭夹有脓血为内有溃疡。

（二）病室气味

病室气味多由病体或排出物所散发。气味从病体发展到充斥病室，说明病情严重。病室臭气熏人多为瘟疫；若室内充有血腥气，为病人患失血证；室内散有腐臭气，为病人患有溃腐疮疡。室内有尸臭，多为病者脏腑衰败；室内有尿臊气（氨气味），见于水肿病晚期；室内有烂苹果气味（酮体气味），为消渴病晚期。

【补充阐发】

一、五声、五音诊病理论

古代医家将五声、五音诊病法视为闻诊的基础。声和音的含义既有区别而又密切相关。声是指高低、清浊、大小等不同的声调。音则是指声的浑厚、尖细等不同的韵率。《四诊抉微》谓：“音者杂比也，声者单出也。”声为音之本，音以声而生，故声音不能截然分开。

呼、笑、歌、哭、呻五声，均为生理和病理状态下所常见，所谓以人之情，感物成

声。宫、商、角、徵、羽五音，是古代音乐中的五个音级，从宫到羽的顺序相当于现代简谱中的1、2、3、5、6。

《医宗金鉴·四诊心法要诀》指出，五音的发音和音韵特征是：舌头居中，音自喉出，为宫之正音，有沉洪雄厚之韵；开口张腭，音自口出，为商之正音，是五音中次低次长而浊之音，有铿锵清肃之韵；内缩舌尖而发，为角之正音，是五音中长短、高低、清浊居中之音，有条畅中正之韵；以舌抵齿而发，为徵之正音，是五音中较高、短、清晰之音，有抑扬咏越之韵；撮口而发，音自唇出，为羽之正音，是五音中最高亢而短清晰的音，有柔细尖利之韵。

五音随喉、会厌、舌、齿、唇五者的结构变化和功能状态而不同，所谓五者相须，故成五音。声音是人的喜怒哀乐等精神状态、情绪变化的外在反映，与五脏的虚实盛衰密切相关。五声、五音分属五脏，一般情况下，声音相应则无病，音乱声变则生病。

正常五声的特征是：呼属肝，音应角，呼而条畅和缓；笑属心，音应徵，笑而抑扬咏越；歌属脾，音应宫，歌而沉洪雄厚；哭属肺，音应商，哭而铿锵清肃；呻属肾，音应羽，呻而柔短清晰。此音声相应，为无病常态。

五脏受病，则五声也常随之改变。如肝气实，多呼声忿急；心气实，多笑声雄壮；脾气衰，则歌声怠慢；肺气伤，则哭声悲嘶；病深伤肾，则呻声低微。此音乱声变，多属病态。

五音在正常状态下相互杂合，各种发声抑扬流畅而难以一一区分。患病之后，脏气改变，且发声之时，喉、会厌、舌、齿、唇五者不能相需，从而导致音韵变化。病在一脏则其音偏多或不及，一脏之音全无则表明其脏气已绝。如脾气虚弱，湿伤中土之病，则语声低沉重浊不清，声如室中言而偏于宫音；肝风内动，舌卷短者，语音即偏角音；心神蒙闭，舌强直者，则语音偏于徵音；肾阳衰惫，形寒战慄，则语音偏于羽音。

一般而言，轻浅疾病，声音变化小。病及脏腑，声音变化大。久病苛疾，声音必变，且与预后相关。但由于医者听觉分辨力有限，此法尚未得到广泛应用。目前，利用现代声频频谱技术对声调和音韵方面进行客观化研究，将会使五声、五音诊法得到新的发展。

二、音哑、失音的虚实辨析

音哑、失音是多种急慢性疾病中的一个症状。有病在喉者，有病在脏腑而渐及于喉者，故分清标本，辨明虚实尤为重要。《景岳全书·杂病谟》说：“音哑之病，当知虚实。实者其症在标，因窍闭而暗也；虚者其症在本，因内夺而暗也。”卒然发病者，称为“暴暗”或“暴哑”，多属实证，易于诊断。久病声嘶渐致失音，则称“久暗”，多属虚证，但亦常有虚实夹杂，痰瘀阻滞，阳虚阴盛者，又不可不辨。

若突然起病，声音粗浊，音调降低，甚则嘶哑，或兼喉痒喉痛，咯痰不爽，或有咳嗽之声，常伴发热恶寒者，则多为外感风寒、风热所致。若兼咳痰黄稠，咽喉红肿疼痛，口干口苦，则为痰火郁闭，均属金实不鸣。

若发病缓慢，声嘶日渐加重，日久不愈，咽喉色红痒痛，干咳少痰，或见喉部粘膜溃疡，常伴潮热盗汗，形瘦，腰痠耳鸣，则属肺肾阴虚，金破不鸣。

现代临床认为，音哑长期不愈，甚则逐渐加重，咽干痛，喉镜检查见声带肥厚或生小结，或见声带息肉，或见喉部肿瘤，舌质紫暗；或因颈部或胸中肿瘤阻压络脉，而见头面颈胸水肿、青紫，喉部正常而声音嘶哑者，则属瘀血暗哑。又有起病缓慢，唇厚舌

大，言语迟缓，发音不清，音调粗哑，常伴面容壅肿愚钝，眉发稀疏，皮肤苍白或蜡黄、干燥干厚，似肿而按之不凹陷，畏寒肢冷，反应迟钝，舌淡胖，脉沉迟细弱者，则属脾肾阳虚暗哑。上两者虽见于久病，但均非金破不鸣。

若突然音哑，或呈发作性，由悲忧恚怒而诱发，自觉胸闷咽塞，但喉部正常，多见于青年女性。此为肝郁肺气一时闭塞，乃属肝郁暗哑。

三、对谵语、郑声寒热虚实的认识

谵语、郑声之名，均出自《伤寒论·阳明病篇》，曰：“实则谵语，虚则郑声。”郑声又名重语，谵语在《素问·热论》称为谵言。

谵语、郑声二症，皆属于神志昏乱的失神危候。谵语多为热扰心神之实证，但亦有阴竭阳脱、阴阳两虚及阴盛格阳者。郑声多属心神散乱之虚证，但亦有见于阳热之证者。故二者的寒热虚实尤当辨清。

实热谵语多在急性热病的极期出现，有热入心包、痰热扰心、热结阳明、湿热蒙闭心神、热入血室及痈疽毒邪内陷、疔疮走黄等不同。临床表现又有轻重之分，轻者睡中呢喃，重者不睡亦语言错乱。若间有妄错，与人言犹有伦次，是热尚未极。若目不识人，神昏而无所见，甚则喊叫，是热邪已极。故《医学心悟·谵语》说：“由其热有轻重，故谵语亦有轻重也。”

虚证谵语多见疾病后期或误治之后，常有阴竭阳脱、阴阳两虚与阴盛格阳之分。若热病汗出过多，而见身热，而赤，口渴，肌肤干燥或汗出，四肢厥冷，幻觉，躁动，谵语，狂妄而渐至神昏，舌干红，脉细数无力，则为阴竭阳脱。《伤寒论》指出：“发汗多，若重发汗者，亡其阳，谵语，脉短者死。”即多指这种证候。亦有阴阳两虚者。《广温热论·里证》说：“至若屡经汗、下、清里，二便已清利，胸腹无阻滞，六脉虚数、结代、微弱面谵语者，阴阳两虚，神无所倚也。”阴盛格阳之谵语，多见于下利清谷，里寒外热之假热证。《证治准绳·伤寒》指出：“大便秘，小便赤，身热烦渴而妄言者，里实之谵语也。小便如常，大便洞下，或发躁，或反发热而妄言者，乃阴盛格阳之谵语也。”

郑声或见于亡阴，或见于亡阳，或因心脾肾气严重耗伤，多为大虚之候。但对于郑声的闻诊尚有两种不同的认识。一种认为郑声与谵语无需分别，皆是语言错乱，郑声只是声低气短而已，虚证谵语即是郑声。如《瘟疫论·神虚谵语》曰：“郑声、谵语，态度无二，但有虚实之分，不应另立名色。”另一种认为郑声是重言复语，谵语是胡言乱语，二者虚实属性虽不同，但临床闻诊还必须脉症合参。如《医宗金鉴·伤寒心法要诀》指出：“凡谵语、郑声，与阳经同见者，均属热证”，“与阴经同见者，总属寒证”。以上两说虽不同，但均强调了脉症合参在判别谵语、郑声寒热虚实属性中的重要性。

四、关于喉中痰鸣与哮、喘

喉中痰鸣是指痰阻气道，肺气不利而呼吸鸣响有声，是痰涎壅盛的指征。因痰涎稀、稠、多、少及气机壅塞之状而鸣声不同，故有如“吹管声”、“鼾声”、“呀呷之音”、“水鸡声”、“痰声漉漉”、“喘鸣”、“哮鸣”等不同名称。一般而言，痰多而稠粘，滞于气道，则音低如鼾声；痰多而稀薄，呼吸冲击，则多漉漉之声；气机壅塞，肺管不利，则哮鸣如哨笛。咳吐痰去，则鸣声稍息。喉中痰鸣不仅可见于哮病，亦可见于痰喘、中风、痫病以及其它疾病垂危之时，故必辨别清楚。

哮病发作则呼吸困难，呼气长而费力，喉中哮鸣如哨，或如水鸡之声。《医宗必读·

喘》说：哮发则喉中“有呀呷之音，呷者口开，呀者口闭，开口闭口，尽有音声”。

喘见于多种急慢性疾病之中，有痰喘、气喘之不同。《景岳全书·杂病谏》说：“实喘者，胸胀气粗，声高息涌，膨膨然若不能容，唯以呼出为快也；虚喘者，慌张气怯，声低息短，皇皇然若气欲断，提之若不能升，吞之若不相及，劳动则甚，而唯气促似喘，但得引长一息为快也。”此言气喘之虚实。痰喘与气喘稍有不同。《丹溪心法·喘》指出：“有痰喘，有气急喘。……痰喘者，凡喘必有痰声；气急喘者，呼吸急促而无痰声。”《医宗金鉴·伤寒心法要诀》亦指出：“若喘而唾痰稠粘，喉间漉漉有声，此痰喘也。”痰喘多属实喘或虚实夹杂之证。其喘促胸闷，痰鸣有声极似哮病，但不若哮病有反复发作的特点。痰喘日久，可因新邪旧邪相引而转变成哮。《医学入门·痰类》指出“痰喘必有痰声”，哮“即痰喘甚而常发者”，即说明了二者之间的区别和联系。

中风入脏，肝风夹痰壅塞气道，亦可见喉中痰鸣。痲病发作，喉中痰鸣，为痰蒙清窍，气机壅滞之象。久病、重病，气息低微，无力咳吐，喉中痰声漉漉者，则为肺肾气绝之候。《景岳全书·杂病谏》曰：“若杂证势已至剧，而喉中痰声漉漉，随息渐甚者，此垂危之候。”

五、关于咳嗽与肺咳的概念

咳嗽单名咳或嗽。然古代曾将咳与嗽加以区分，如刘河间《素问病机气宜保命集·咳嗽论》说：“咳谓无痰而有声，……；嗽谓无声而有痰，……；咳嗽谓有痰而有声。”究之临床，很难将两者截然分开，如《读医随笔·论咳嗽》说：“前人每以有声无痰、有痰无声细分咳嗽二字，今概不取。无声不得为咳嗽矣，且亦安能无痰？”故现今一般通称为咳嗽。

以往对于“咳嗽”的定义，尚不够科学、严谨。如全国统编教材《中医内科学》（第五版）在咳嗽的概述中称：“咳嗽是肺系疾病的主要证候之一。”“咳嗽既是具有独立性的证候，又是肺系多种疾病的一个症状。本篇讨论范围重点在于以咳嗽为主要表现的病证。”疾病、症状、证候、病证的概念有何异同？所论咳嗽到底是指症状，还是病名，抑或是证候？对其基本的病因病机病位病性与诊治规律更未阐明，因此，咳嗽的概念是模糊而欠确切的。

应该说，咳嗽是指肺气上逆作声，并咯吐痰液的症状。咳嗽为肺系疾病最常见的表现，它脏病变亦可影响到肺而伴见咳嗽，故前人有咳嗽“不离于肺”、“不止于肺”之说。如《景岳全书·咳嗽篇》说：“咳症虽多，无非肺病。”陈修园《医学三字经·咳嗽》也说：“《内经》云：五脏六腑皆令人咳，非独肺也。然肺为气之主，诸气上逆于肺则呛而咳，是咳嗽不止于肺，而亦不离乎肺也。”

外感或内伤的多种原因，如六淫外邪袭肺、有害气体刺激、痰饮停肺、气阴两虚等，导致肺气失于宣发、肃降，均可使肺气上逆而发为咳嗽。故赵献可《医贯·咳嗽论》说：“盖肺为清虚之府，一物不容，毫毛必咳。又肺为娇脏，畏寒畏热，火刑金故嗽，水冷金寒亦嗽。故咳嗽者必责之于肺。”程文囿《医述·肺痹》亦说：“肺为清虚之脏，喜通利，恶壅塞，毫发不可干之。”

临床以咳嗽作为主症的疾病主要有肺热病（风温肺病）、肺咳、哮病、肺痿、肺胀、肺痹、肺癆、肺岩、顿咳、尘肺、肺绝、肺水、喉咳、肺虫病等。由其它脏腑的病变影响到肺而出现咳嗽的症状，则难以一一列举，《素问·咳论》在“五脏六腑皆令人咳”的总体认识下，详

细论述了五脏咳与六腑咳的症状，确立了咳嗽的脏腑分类方法，可以参考。

这里有必要指出的是“肺咳”一病。《素问·咳论》说：“肺咳之状，咳而喘息有音，甚则唾血。”可见“肺咳”不是一个症状，它有病位一肺，有主症一咳，有伴随症一喘息有音，甚至唾血，因此，“肺咳”可以是一个病名。病位在肺，以咳嗽为突出表现，并且不属肺癆、肺痿、肺胀、肺痈等已定病名的疾病，我们可以将其称之为“肺咳”，即以往诸书及内科教材中通称的“咳嗽”。但“咳嗽”为症名，“肺咳”为病名。我们可给“肺咳”作这样的定义：“肺咳是因外邪犯肺，或痰浊内蕴，气阴亏虚等，使肺失清肃而肺气上逆，表现以咳嗽为突出症状的肺系非特异性疾病。其新起病程短者为新肺咳，病久而反复发作者为久肺咳。其与西医所说气管—支气管炎相类似。”所谓“非特异性疾病”，是指除肺癆、哮喘、肺痈、肺胀、肺岩等肺脏有特征病理形态改变以外的疾病，也就是说，肺咳虽为肺的极常见疾病，但除咳嗽的主症以外，并无明显的病理形态等方面的特征性改变，这样，“肺咳”一病，与西医所说“气管—支气管炎”（是由感染、物理化学刺激或过敏等引起的气管、支气管粘膜及其周围组织的非特异性炎症，临床以咳嗽、咳痰或伴有喘息为主要症状，可分为急性气管—支气管炎和慢性支气管炎）便极为相似。

总之，“咳嗽”是肺系病变的一个极常见症状。肺系疾病一般都有咳嗽，并常常是其主症，因此，临床不宜直接以咳嗽作为病名。但是，可以咳嗽这一主症作为轴心，用以归类肺系病变，包括肺癆、肺痿、肺胀、肺痈等等疾病，称为“咳嗽病类”，于是咳嗽又可以是“病类”概念。临床当病位在肺，以咳嗽为主症，无特异性病理改变，在除外其它肺系特异性疾病的基础上，我们可将该病诊断为“肺咳”。因此，“肺咳”病以“咳嗽”为主症，是“咳嗽病类”中的一种常见疾病。

六、少气、短气与喘的区别和联系

虚证短气必兼少气。古代医家常将二者相提并论。《诸病源候论·短气候》说：“肺虚则少气，亦令短气，其人气微，常如少气，不足以呼吸。”《内外伤辨·辨少气气盛》亦指出：“内伤饮食劳倦者，心肺之气先损，……故口鼻中皆短气、少气，上喘懒言，人有所问，十不欲对其一。”

虚证短气甚则虚喘。故古代医家有以短气为虚喘者。如《明医指掌·喘症》说：“胃虚喘者，抬肩擗腹，喘而不休，此不足之喘也。若肺气太虚，气不能布息，呼吸不相接续，出多入少，名曰短气，此虚之极也。”《医碥·喘哮》指出：“再按古人以短气即喘，而喘分实喘、虚喘。……若依后人分短气与喘为二，则短气为虚喘，而喘单就实者言，未为不可也。”故《景岳全书·杂病谟》亦称实喘为“真喘”，而称虚喘声低息短为“似喘”。

少气、短气与虚喘的联系与区别在于：肺肾气虚或元气虚弱之人，轻则口鼻气弱，徐出徐入，言懒无力，谓之少气。重则言而微，终日乃复言，谓之夺气。甚则息微，气急短促而频数，谓之短气。再重则气不接续，动则益甚，或张口抬肩，谓之虚喘。三者既有联系，但亦有轻重、缓急、动静之分。

实喘者亦必短气。尤其是心下有支饮，微则短气，重则喘咳。故《中医症状鉴别诊断学·少气》指出：实证短气，气逆不通，“可归属于‘气喘’。”短气病因甚多，病机复杂，病及表证、里证，总是气逆不通，呼吸不得舒缓悠长。有胸中痰饮，胸中瘀血，痰热结胸，胸痹心痛短气者。有癆嗽肺伤，气积胸中，窒闷短气者。又有心水肿胀，胃肠

积滞，热结阳明，腹满短气者。或为实证，或为标实本虚。故《伤寒明理论·短气》说：“经所谓短气者众，实为难辨之证，愚医莫识之。”辨识要点在于：实喘多因邪伤及肺，肺失肃降。而实证短气病位未定全在肺，凡胸、肋、腕、腹中邪气阻碍，呼吸升降不利，皆可短气。故闻诊时必详审形候，分清标本。

七、对咳逆、上气的认识

咳逆，是指咳嗽而气上逆不止，胸胁胀满，身体疼痛的一种症状。日久严重则不得平卧，身面浮肿。常见于肺痈，支饮，肺胀等病。如《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》说：“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”《诸病源候论·咳嗽诸病候》指出：“咳逆者，是咳嗽而气上逆也。……其状，咳而胸满气逆，髀背痛，汗出，尻、阴股、膝、膈、骭、足皆痛……夫气久逆不下，则变身面皆肿满。”

上气，是指呼吸气急，呼多吸少，常兼身而浮肿的一种症状。与喘相似，有虚证、实证之分。因外邪袭肺者，常伴有发热恶寒，咳嗽上气，甚则面目浮肿。如《灵枢·五邪》说：“邪在肺，则病皮肤痛，寒热，上气喘，汗出，咳动肩背。”因肺痈初起、痰饮阻肺者，常见胸胁胀满，痰涎壅塞，面目浮肿，咳嗽气喘，《金匱要略》称之为“咳逆上气”。因肺肾阴虚火旺者，常见口燥咽干，咽喉不利，咯痰不爽，咳嗽气喘，《金匱要略》称之为“火逆上气”。

咳逆、上气均为古代症状名称。咳逆为咳嗽中较重的一种类型，隋唐之前症状学中已作相对性区别。宋、金、元期间，部分医家将其与呃逆混淆。明清以后，症状名称趋于简化，统称咳嗽。如《景岳全书·杂病谟》说：“咳逆者，咳嗽之甚者也。”《医宗金鉴·订正伤寒论注》也指出：“咳逆，即今之喘嗽”。

上气与喘在隋唐以前症状学中并未作严格区别，且常相提并论。《内经》中就有“暴上气而喘”、“上气肩息”等症状描述。《金匱要略》中咳逆上气并称，实际即咳喘症状。金元以后，将上气、喘息、喘逆、逆气等以呼吸困难、急促为特征，甚则张口抬肩的症状统称为喘。而将“上气喉中如吹管声”、“上气鸣息”等伴喉中哮鸣音者，重新命名为哮，则更为实用。

八、呕、吐、哕、噎的相关概念

呕、吐、哕、噎在汉以前已区别应用，后世医家对它们的症状概念又不断补充。

呕费力而声物俱出；吐不费力而物出无声，但多数情况下二者难以截然分清，故后世症状学多呕吐并称。现称呕吐，实即古代文献中所谓之呕。呕，有呕饮食、呕痰涎、呕血之类。吐，有吐食、吐涎、吐酸水、吐血、吐蛔之类。若朝食暮吐，或暮食朝吐，或食入一二时而吐，则谓之反胃。若小便不通而致呕吐不止，则谓之关格。若大小便不通而呕吐不止，则谓之走哺。若顷刻之间，吐泻交作，剧烈频繁，吐泻物如米泔水而不臭者，为霍乱；所吐为食物残渣，所泻为黄水臭秽者，为类霍乱。

干呕症名出自《伤寒论》。《诸病源候论·呕哕病诸候》说：“但呕而欲吐，吐而无所出，故谓之干呕。”哕，出自《丹溪心法》，哕即俗称呃忒。自唐·孙思邈以哕为咳逆之后，哕的概念出现混淆。如《伤寒明理论·哕》曰：“哕者，俗谓之咳逆也。”《丹溪心法》既曰：“咳逆为病，古谓之哕，近谓之呃。”又云：“凡有声有物谓之呕吐，有声无物，谓之哕。”哕、咳逆、干呕、呃逆在唐以后出现了混淆与概念的转换。明清以来，通过治法反证研究，基本上得到统一：唐以前的哕、哕逆，即金元以后所谓之呃逆。金元以后

症状学中之嘔，即唐以前之干呕。咳逆是咳嗽气逆较重者。呃逆亦有称餽、吃逆、吃忒、呃忒、呃逆者。干呕与嘔虽为一症，但又有轻重之分。干呕乃嘔之微，嘔乃干呕之甚，干呕声轻小而短，嘔之声重浊而长。

噫，《说文》：“饱食息也。”《伤寒论》称噫气、干噫食臭，认为胃中不和。《诸病源候论》称噫醋，指为脾胃有宿冷。宋代方书多称噫气吞酸，视为脾胃病。《丹溪心法》始有噯气之名，认为胃中有火、有痰。其后则噫、噯通用。如《证治要诀及类方》称：“噫败卵臭，是伤食之证。《内科摘要》列吞酸噯腐，是脾胃亏损。明清以后，则基本上以噯气代替噫气症名。噯气常与吞酸、嘈杂、痞满等症并见，甚则与脘痛、恶气、呕吐相伴，总属脾胃之病，胃气上逆。

九、肠鸣、矢气的病机

·肠鸣，亦称腹鸣。《医碥·杂症》说：“大抵气与水相冲击而成声。气多则响高，水多则响沉。或无水而有痰食之闭塞，气闭忽通则鸣也。……是故气之和平而流畅者不鸣也，必其或热或寒，有塞有通而后鸣。”《内经》论肠鸣病机有五：一是脾虚；二是中气不足；三是邪在大肠；四是土郁；五是热胜。《伤寒杂病论》论肠鸣证候有三：一是下利，腹中雷鸣；二是腹满痛，呕吐，腹中雷鸣；三是痰饮，水走肠间，漉漉有声。凡肠鸣下趋小腹，漉漉水声者，多为泄泻之征兆。腹满痛，呕吐、肠鸣高亢而不能下趋小腹者，多为实邪闭阻，肠道不通。至于孕妇七八月，而腹中鸣响，则称子鸣，多为气虚不运所致。

矢气，又称转矢气。矢气偶作，不属病态。矢气频多既与气滞、气陷有关，又是肠道通闭与否的标志。若矢气频频，声响不臭，或腹胀欲排不出，为气滞肠道。若久病体弱，小腹坠胀，矢气连连，甚则脱肛，为气虚下陷。若腹胀痛，矢气臭如败卵，为食滞中焦。若伤寒热病，谵语，潮热而转矢气，为阳明腑实。《医学心悟·阳明腑病》说：“转矢气何以属阳明腑证？答曰：矢气者，气下泄也，病人内有燥粪，结而不通，则气常下矢。”若腹满胀痛而无矢气，治疗后，矢气频转，是肠道气机疏通之征。

【古代文献】

一、听声音

《难经·六十一难》：闻而知之者，闻其五音，以别其病。

《医门法律·闻声论》：凡闻声，不能分呼笑歌哭呻，以求五脏善恶，五邪所干，及神气所主之病者，医之过也。

《难经正义·六十一难》：是以发言歌咏，出于五脏神之五志，故有音声。语言不清者，当责之心肝；能言而无音声，当责之脾肺；能言语有音声，而气不接续者，当责之两肾。此音声之原委也。

《医宗金鉴·四诊心法要诀》：五声失正则谓之变，变则病生也。肝呼而声急，肝声失正，故知病生肝也。心笑而声雄，心声失正，故知病生心也。脾歌而声漫，脾声失正，故知病生脾也。肺哭而声促，肺声失正，故知病生肺也。肾呻而低微，肾声失正，故知病生肾也。

《内外伤辨惑论·辨气少气盛》：外伤风寒者，故其气壅盛而有余；内伤饮食劳役者，其口鼻皆气短促，不足以息。何以分之？盖外感风寒者，心肺元气初无减损，又添邪气助之，使鼻气壅塞不利，其面赤。不通其鼻，中气不能出，并从口出，但发一言，必前

轻而后重，其言高，其声壮厉而有力。是以伤寒则鼻干无涕，面壅色赤，其言前轻后重，其声壮厉而有力者，乃有余之验也。伤风则鼻流清涕，其声嘎，其言响如从瓮中出，亦前轻而后重，高扬而有力，皆气盛有余之验。内伤饮食劳役者，心肺之气先损，为热所伤，热既伤气，四肢无力动，故口鼻皆少气、上喘、懒语，人有所问，十不欲对其一，纵勉强答之，其气亦怯，其声亦低，是其气短少不足之验也。

《通俗伤寒论》：声虽发于肺，实发自丹田。其轻清重浊，虽由基始，要以不异平时为吉。而声音清朗如常者，形病气不病也。始病即气壅声浊者，邪干清道也。病未久而语声不续者，其人中气本虚也。脉之呻吟者，痛也。言迟者，风也。多言者，火之用事也。声如从室中言者，中气之湿也。言而微，终日乃复言者，正气夺也。衣被不敛，言语善恶不避亲疏者，神明之乱也。出言懒怯，先重后轻者，内伤元气也。出言壮厉，先轻后重者，外感客邪也。攒眉呻吟者，头痛也。噫气以手抚心者，中脘痛也。呻吟不能转身，坐而下一脚者，腰痛也。摇头以手扞腮者，齿颊痛也。呻吟不能行步者，腰脚痛也。诊时吁气者，郁结也。摇头而言者，里痛也。形羸声哑者，劳瘵，咽中有肺花疮也。暴哑者，风痰伏火，或怒喊哀号所致也。语言蹇涩者，风痰也。诊时独言独语，不知首尾者，思虑伤神也。伤寒坏病，声哑，唇口有疮者，狐惑也。平人无寒热，短气不足以息者，痰火也。此皆证之大要也。

《医宗金鉴·四诊心法要诀》：言语心主之也，心气实热而神有余，则发为谵语，谵语为实，故声长而壮，乱言无次数更端也。心气虚热而神不足，则发为郑声，郑声为虚，故声短而细，只将一言重复呢喃也。盖神有余，则能机变而言乱，神不足，则无机变而只守一声也。

《四诊抉微·闻诊》：喘粗气热为有余，喘急气寒为不足。息高者，心肺之气有余；吸弱者，肝肾之气不足。怒骂粗厉者，邪实内热也；怒骂微苦者，肝逆气虚也。鼻塞声重喷嚏，风寒未解也。言语轻迟气短，中气虚也。呻吟者，必有痛也。噫气者，脾乃困也。噎气者，胃中不宽也。噎逆冷气者，胃之寒也。呕吐酸苦者，肝之火也。……干咳无痰者，胃中伏火也。嗽痰作而清白，寒也；稠黄，火也。谵语收财帛者，元已竭也；狂言多与人者，邪方实也。

《景岳全书·杂证谟·声喑》：声音出于脏气，凡脏实则声宏，脏虚则声怯。故凡五脏之病皆能喑。如以忧思积虑，久而致喑者，心之病也。惊恐愤郁，卒然致喑者，肝之病也。或以风寒袭于皮毛，火燥刑于金脏，为咳为嗽而致喑者，肺之病也。或以饥饱，或以疲劳，致败中气而喘促为喑者，脾之病也。至于酒色过伤，欲火燔烁，以致阴亏而盗气于阳，精竭而移稿于肺，肺燥而嗽，嗽久而喑者，此肾水枯竭之病也。

《张氏医通·诸气门·喑》：失音，大都不越于肺，然需以暴病得之为邪郁气逆，久病得之为津枯血槁；盖暴喑总是寒包热邪，或本内热而后受寒，或先外感而食寒物。……若咽破声嘶而痛，是火邪遏闭伤肺。……肥人痰湿壅滞，气道不通而声喑。……至若久病失音，必是气虚挟痰之故。……更有舌喑不能言者，亦当分新久，新病舌喑不能言，必是风痰为患。

《内科摘要·元气亏损内伤外感等症》：卒中昏愤，口眼喎斜，痰气上涌，咽喉有声……若遗尿，手撒，口开，鼾睡，为不治。

《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》：病人语声寂然，喜惊呼者，骨节间病；语

声喑喑然不彻者，心膈间病；语声啾啾然细而长者，头中病。

《广瘟疫论·多言》：时疫多言者，谵语之渐也，疫热蒸心之所致，治同谵语。

《形色外诊简摩·闻法》：谵语者，言语谬妄，非常所见也，邪热乱其神明故也。有燥屎、有瘀血、有凝痰、有血热、热入血室，皆有余之证，下之清之而愈，宜养津液，疏心包络。若亡阳谵语，为神离其舍，喃喃一二句，断续不匀，是汗多，津液无以养其心也。初起可治，急滋心阴，稍久延，即不治矣。仲景曰：身热脉浮大者生，逆冷脉沉细者不过一日死。又曰：直视谵语喘满者死。又曰：循衣撮空，直视谵语，脉弦者生，涩者死。

《医学心悟·阳明腑病·谵语》：问曰：谵语何以属阳明腑证？答曰：……今胃中热盛，上乘心肺，故神气昏愤而语言错乱。轻则呢喃谬妄，重则喊叫骂詈，不避亲疏。由其热有轻重，故谵语亦有轻重也。又问曰：经云谵语有虚有实者，何也？答曰：实则谵语，虚则郑声。谵语者，乱言无次，数数更端；郑声者，郑重其辞，重迭频言，不换他言也。盖气有余，则能机变而乱语，气不足，则无机变而只守一音也。又问曰：妇人伤寒，昼则明了，夜则谵语者，何也？答曰：此热入血室证也。

《景岳全书·伤寒典下》：郑声为虚，虚者，神虚也。……少有差谬，无不即死。治此者速宜察其精气，辨其阴阳，舍其外症，救其根本。……甚至有自利身寒，或循衣撮空，面壁啐啐者，尤为逆候。

《伤寒指掌·瘥后诸病新法》：伤寒热退之后，其舌转动不灵，语言蹇涩不清者，亦邪留肝脾所致。……凡伤寒热病，每有身凉热退之后，其人如痴，言语谬妄者，此心神虚散不复所致。

《张氏医通·神志门》：癫之为证……精神恍惚，语言错乱，或歌或哭，或悲或泣，如醉如狂，言语有头无尾，秽洁不知，经年不愈，皆由郁痰鼓塞心包，神不守舍，俗名痰迷心窍。

《医学入门·癫狂》：癫者，异常也。平日能言，癫则沉默；平日不言，癫则呻吟，甚则僵卧直视，心常不乐，此阴虚血少，心火不宁，……。狂者，凶狂也。轻则自高自是，好歌好舞，甚则弃衣而走，逾垣上屋，又甚则披头大叫，不避水火，且好杀人，此心火独盛，阳气有余，神不守舍，痰火壅盛而然。

《医学正传·哮喘》：大抵哮以声响名，喘以气息言。夫喘促喉中如水鸡声者，谓之哮；气促而连属不能一息者，谓之喘。

《证治汇补·哮喘》：哮为痰喘之久而常发者，内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭阻气道，搏击有声，发为哮喘。

《医宗金鉴·杂病心法要诀·喘吼总括》：呼吸气出急促者，谓之喘急。若更喉中有声响者，谓之哮吼。气粗胸闷，不能布息而喘者，实邪也；而更有痰稠便硬者，热邪也。气乏息微，不能续息而喘者，虚邪也；若更痰稀清冷，寒邪也。

《类证治裁·哮喘》：大率新病多实，久病多虚。喉如鼾声者虚，如水鸡声者实。遇风寒而发者为冷哮，为实。伤暑热而发者为热哮，为虚。其盐哮、酒哮、糖哮皆虚哮也。

《医宗必读·喘》：喘者，促促气急，喝喝痰声，张口抬肩，摇身撷肚。短气者，呼吸虽急而不能接续，似喘而无痰声，亦不抬肩，但肺壅而不能下。哮者与喘相类，但不

似喘开口出气之多，而有呀呷之音。

《四诊抉微·诊息》：气短不续，言止复言，乃为夺气。气来短促，不足以息，呼吸难应，乃为虚甚。素无寒热，短气难续，知其为实。吸而微数，病在中焦，下之则愈。实则可生，虚则不治。上焦气促，下焦吸远，上下睽违，何以施疗。

《杂病源流犀烛·少气》：少气，肺肾二经病也，……肾虚则气无所生，即不克壮气之原；肺虚则气无由藏，又不克充气之府。曰少者，犹言所剩无多，虚虚怯怯，非如短气之不相接续也。

《素问病机气宜保命集·咳嗽论》：咳谓无痰而有声，肺气伤而不清也；嗽谓无声而有痰，脾湿动而为痰也；咳嗽谓有痰而有声，盖因伤于肺气，动于脾湿，咳而为嗽也。

《赤水玄珠·咳嗽门》：干咳嗽者，无痰出，而咳咳连声者是也。此本于气涩，涩之微者，咳十数声方有痰出，涩之甚者，虽咳十数声亦无痰出。

《医学入门·杂病分类·咳嗽》：风乘肺，咳则鼻塞声重，口干喉痒，语未竟而咳……。寒乘肺，咳则胸紧声哑……。遇寒则咳者，谓之寒暄，乃寒包热也……。暑乘肺，咳则口燥声嘶吐沫……。湿乘肺，咳则声重，骨节烦疼洒淅……。火咳，声多痰少。五更咳多者，食积湿热，火流肺中……。上半午咳多者，胃有实火……。下半午咳多者，阴虚……。黄昏咳多者，火浮于肺……。郁咳，即火咳久者，干咳无痰，乃肾水焦枯，邪火独炎于肺……。痰咳，痰出咳止，胸膈多满。……瘀血咳，则喉间常有腥气。

《灵枢·口问》：黄帝曰：人之欠者，何气使然？岐伯答曰：卫气昼日行于阳，夜半则行于阴。阴者主夜，夜者卧。阳者主上，阴者主下。故阴气积于下，阳气未尽，阳引而上，阴引而下，阴阳相引，故数欠。……黄帝曰：人之哕者，何气使然？岐伯曰：谷入于胃，胃气上注于肺。今有故寒气与新谷气，俱还入于胃，新故相乱，真邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为哕。……黄帝曰：人之噫者，何气使然？岐伯曰：寒气客于胃，厥逆从下上散，复出于胃，故为噫。……黄帝曰：人之噎者，何气使然？岐伯曰：阳气不利，满于心，出于鼻，故为噎。……黄帝曰：人之太息者，何气使然？岐伯曰：忧思则心系急，心系急则气道约，约则不利，故太息以伸出之。

《景岳全书·杂病谟·呕吐》：呕吐一证最当详辨虚实。实者有邪，去其邪则愈；虚者无邪，则全由胃气之虚也。

《医学从众录·呕吐哕》：吐者有物无声；哕者有声无物；呕者声物俱出。总属于胃……寒者，口和身冷，或兼腹痛，脉必迟细……；热者，或为热渴，或为烦躁，脉必洪数，吐必涌猛，形气声色必皆壮厉。

《随息居重订霍乱论·病情篇第一·热证》：凡伤暑霍乱，有身热烦渴，气粗喘闷，而兼厥逆躁扰者，慎易认为阴证。但察其小便必黄赤，舌苔必粘腻，或白厚……，察其吐出酸秽，泻下臭恶，小便黄赤热短，或吐下皆系清水，而泻出如火，小便点滴，或全无者，皆是热伏厥阴也。

《景岳全书·杂病谟·呃逆》：哕者，呃逆也，非咳逆也。咳逆者，咳嗽之甚者也，非呃逆也。干呕者，无物之吐，即呕也，非哕也。噫者，饱食之息，即噎气也，非呃逆也。……凡杂证之呃，虽由气逆，然有兼寒者，有兼热者，有因食滞而逆者，有因气滞而逆者，有因中气虚而逆者，有因阴气竭而逆者，但察其因而治其气，自无不愈。若轻易之呃，或

偶然之呃，气顺则已，本不必治。唯屡呃为患，及呃之甚者，必其气有大逆，或脾肾元气大有亏竭而然。然实呃不难治，而唯元气败竭者，乃最危之候也。

《类证治裁·噯气》：凡病后及老人脾胃虚弱者多有之。顾亦有肝气逆乘，噯酸作饱，心下痞硬，噯气不除者。

《医碥·卷二》：仲景云：其人清涕出，发热色和者善嚏，可见嚏由气盛，郁勃使然，故阳虚者无嚏，得嚏则为佳兆。

《灵枢·口问》：阳气和利，满于心，出于鼻，故为嚏。

《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证并治第十》：夫中寒家喜欠，其人清涕出，发热色和者，善嚏。中寒，其人下利，以里虚也。欲嚏不能，此人肚中寒。……腹中寒气，雷鸣切痛，胸胁逆满，呕吐……。

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》：其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮。

二、嗅气味

《疫疹一得·卷上·口秽喷人》：口中臭气，令人难近。使非毒火侵炙于内，何以臭气喷人乃尔也。

《疡科心得集·卷上·辨走马牙疳风热牙疳牙菌论》：李东垣曰：走马疳者，肾经热毒上攻，……始则口臭，继遂龈烂，色如干酱，后则齿黑，有时牙龈出血，或脓臭成虫，侵蚀口齿，甚则腮颊红肿。

《形色外诊简摩·嗅法》：病人尸臭不可近者，死。口气重者，胃热盛也，阳气尚充，其病虽剧，可治。汗出稠粘，有腥膻气或色黄者，风湿久蕴于皮肤，津液为之蒸变也，风湿、湿温、热病失汗者，多有之。唾腥吐涎沫者，将为肺痈也。唾脓血腥腐者，肺痈已成也。小便臊甚者，心与膀胱热盛也。不禁而不臊者，火败也。大便色坏，无粪气者，大肠气绝胃败也。小儿粪有酸气者，停滞也。病人矢气极臭者，为胃有停食，肠有宿粪，为内实，易治；若不臭者，在平人为气滞；病剧而出多，连连不止者，为气虚下陷，恐将脱也。

《景岳全书·杂病谟·鼻证》：鼻渊者，总由太阳、督脉之火，甚者上连于脑，而津津不已，故又称为脑漏。此证多因酒醴肥甘，或久用热物，或火由寒郁，以致湿热上熏，津液溶溢而下，离经腐败，有作臭者，有大臭不堪闻者。

《素问玄机原病式·六气为病》：吐利腥秽：胃肠寒则转化失常……而吐利腥秽也。腥者，金之嗅也。由是热则吐利酸臭，寒则吐利腥秽也。亦犹饭浆，热则易酸，寒则水腥也。

《傅青主女科·带下》：妇人带下而色青者，甚则绿如绿豆汁，稠粘不断，其气腥臭，所谓青带也。夫青带乃肝经湿热。……妇人带下色黄者，宛如黄茶浓汁，其气腥秽，所谓黄带是也。夫黄带乃任脉之湿热也。

《广瘟疫论·卷之一》：风寒，气从外收敛入内，病无臭气触人，间有作臭气者，必待数日转阳明腑证之时，亦只作腐气，不作尸气。瘟疫，气从中蒸达于外，病即有臭气触人，轻则盈于床帐，重则蒸然一室，且专作尸气，不作腐气。以人身脏腑、气血、津液，得生气则香，得败气则臭。瘟疫，败气也，人受之，自脏腑蒸出于肌表，气血、津液逢蒸而败，因败而溢，溢出有盛衰，充塞有远近也。……若瘟疫乃天地之杂气，非臊、

非腥、非焦、非腐，其触人不可名状，非鼻观精者，不能辨之。

《儒门事亲·卷六·口臭》：赵平尚家一男子，年二十余岁，病口中气出，臭如发厕，虽亲戚莫肯与对话。戴人曰：肺金本主腥，金为火所炼，火主焦臭，故如是也。久则成腐，腐者肾也。此极热则反兼水化也。

【研究进展】

一、国内外对声诊的研究

声诊是中医诊断学中闻诊的重要内容之一。它历史悠久，内容丰富，具有独特的诊法和较完整的理论，是历代医家凭听觉诊察病人声音的变异来辨别邪正虚实与内脏病变的经验结晶。这些经验说明，凡从人体发声器官发出的而能被别人听到的声音，都包含着显示其人个性特征以及他所处的生理和心理状态的大量信息。显然，人的听觉系统，具有提取、理解和识别这种信息的自然智能。然而这种测听的方法对中医病证的诊断仍有很多问题需进一步研究。如①个人的听觉有差异，其诊断不够客观；②测听信息的有效提取识别往往只限于临床经验丰富的中医师，对临床经验缺乏的医生则很难识别；③人的听觉与生理有关，譬如随年龄增大而听力会衰退；④测听时间较长容易疲劳，说话人多又容易发生混淆等等。均给诊断带来了困难，从而造成临床上的漏诊或误诊。要解决这些问题，必须开展声诊客观化的研究。为此，应用现代科学仪器（如数字声图仪等测试）来代替凭听觉诊断疾病的传统声诊方法，客观地对声诊的内容进行定性、定量分析，科学地作出判断，从中得出规律性认识，以提高诊断的准确性。

（一）声音有关的基本概念

中医认为声音的发出，和肺、喉、会厌、舌、唇、齿、口鼻等有关。肺主声音，喉是声音之通路，会厌开阖，为声音之门户，舌是声音之枢机，又以唇齿为声音之扇助，如此而组成发音器官，再根据喉的宽隘，舌的锐钝，会厌、唇的厚薄，齿的疏密，从而产生不同的声音。又根据呼、笑、歌、哭、呻，角、徵、宫、商、羽声音的不同，而以五脏所主。认为五脏各有正声，以合乎五音。如肝声主呼，音主角；心声主笑，音主徵；脾声主歌，音主宫；肺声主哭，音主商；肾声主呻，音主羽等。在病理上，肺主声音，肺虚则发音的能量减弱，外邪犯肺，肺失宣降则直接影响气流的调制，根据其影响于肺的性质和程度的不同，所发出的声音亦就有相应的病理改变。

西医学认为，声音的发出，是由发音器官产生的。人的发音器官，是通过长期的进化过程形成的。现代人的发音器官是由上唇、下唇、上齿、下齿、齿龈、硬腭、软腭、小舌、鼻腔、口腔、咽头、舌尖、前舌面、后舌面、会厌、食道、气管、喉头、声带等十九个不同的组织器官组成^[2]。肺呼吸空气，在声道中形成气流，它推动声带振动发音，是发音的能量，在中枢神经支配下，声道中的不同部位以不同的方式运动，从而对气流的声波振动进行调制，使其负载一定的信息，再以大气声波的形式辐射传播出去。由于发音器官的结构和使用方法存在着个体差异，于是声音有大小，音调有清浊，并具有个性^[3]。

人的发音是一个复杂的声学现象。声音是由物体振荡而产生的^[4]。一般来说，各种物体的振动均属于复合振动。由此而产生复合波，它是由频率和不同振幅所确立的若干谐振动组成。人体声带是发音的振源，从而产生基础频率，音波气流注入声道就会引起共

鸣，当声带所产生的基础频率与声道的固有频率相接近或完全一致时，就会产生共振峰。在物理上任何物体振动时都会产生杂音，杂音是非周期性的音波，它的出现是无规律性的。正常人的声音也不例外，只是所含杂音成分极少，与病理性杂音相比，其含量就可以明显区分。由于母音的不同都有比较固定的位置。这种规律构成了某一母音音响的结构式。从而应用声图仪就可分析其生理病理之声音，对声音的变异给予客观的显示。

一般声源均为复杂的振动，即组合振动。声音具有三个基本特征，一是频率（专指基频）；二是振幅；三是倍频成分。相应于人耳感觉，基频频率高低称为声调高低；振幅的大小给人耳以声音强弱的感觉，声源发声的强弱叫声强，经传播一定距离到人耳，人对声音强弱的主观感觉叫响度。倍频成分决定着声音的品色，是人耳区别声音倍频组分的主观感觉，通常称之为音质或音色。基音频率、振幅或声强、倍频组分是声音的客观特性。而声调或音调、响度、音色是主观特性，即人耳对声音客观特性的主观感觉^{〔1〕}。

（二）国内对声诊的研究

张华^{〔5〕}对声病进行了多年的研究。他以为声病涉及整个基础医学及各门临床学科，又吸收了物理学及心理学各门学科的理论知识和实施方法，使声病学的基础逐渐扩大。自电子科学技术的兴起与应用以来，给声病学在诊断方法上的飞速发展创造了有利条件。对声诊的现代研究方法，他提出了5种。①空气动力学诊断法：利用空气动力学检测仪，弄清空气压力与声门阻力两者相互作用而产生声音的实际过程，利用仪器可将所有记录的数值显示出来。②喉动态镜诊断法：现代电子喉动态镜在声诊中的临床用途概括如下：A. 声音生理的研究；B. 诊断各种急、慢性语声障碍；C. 诊断急、慢性嗓音障碍；D. 特殊和非特殊性声带病变的鉴别诊断及喉、声带的良性和恶性肿瘤等。③声谱分析图诊断法：利用声图仪将人的声音信号通过电处理，转换为描记图的形式显示出来的一种声音诊断方法。④X线诊断法：用于观察声音的生理功能，方法是观察膈肌的位置和状况，喉及软腭的活动情况，及食管发音的病理及生理性活动。借病变所显示的暗影，可以说明有关的声音症状。⑤肌电图诊断法：利用现代电子技术，记录肌肉的生物电活动，借以诊断声音系统器官肌肉所处的功能状态。一种是生理性肌肉活动，另一种是在发声时电极所致的机械性活动，即微音效应。

王晓岚等^{〔6〕}对肺结核病人的语声进行了研究。她把61名肺结核病人按辨证标准分为3组，并设53名正常人为对照组。用电子计算机对病人和正常人的语声进行了声学分析，以期探讨中医声诊的客观定量方法，寻找辨证、辨病的客观声诊指标。检测结果，元音[a:]的振幅扰动各组间差异有显著性（ $P < 0.05$ ，或 $P < 0.01$ ），提示电子计算机检测系统对肺结核病的辨证是客观的、先进的。并具有实用价值，若改变某些硬件和软件，则可广泛用于中医声诊的研究。

顾立德等^{〔7〕}应用国产连续式声图仪对噪音进行了研究。他对80名被测试的声样，按频率、强度和时间的三维坐标，共制成声图1500米后，逐厘米地进行分析。结果表明：①国产连续式声图仪用于研究噪音具有可行性和应用价值；②用声学分析法能给主观听觉以客观的显示。

余永真应用电子计算机对正常人及喉病患者的音调扰动进行了研究；王丽萍应用电

子计算机对正常儿童嗓音参数进行了检测；韩仲明^[8]把电子计算机应用于嗓音分析。他们的研究结果均表明：电子计算机检测系统用于声诊研究是可行的、先进的、客观的。

莫新民等^[9]应用数学声图仪进行了咳嗽声诊的研究。选择门诊和住院病人，以及经体检、胸透合格的健康人共 120 例。其中肺气虚咳嗽患者 30 例，肺阴虚咳嗽患者 30 例，实证咳嗽患者 30 例，正常人 30 例，进行声频频谱分析和研究。仪器采用美国 KAY 电子仪器公司产的 7029 型声图仪，以及录音机、电影录制盘式磁带、配带电咏话筒、记录纸等。实验在安静的室内进行，被测试者取舒适静坐体态，情绪稳定，呼吸均匀，发声自然。先由广播电台播音员反复示教（事先录制好的 5 个单韵母，以下简称母音，即 e（鹅）、i（衣）、a（啊）、u（乌）、o（喔）），学会后发音者口离电咏话筒 20 厘米，在 2.4 秒内发完 5 个母音和按研究者的要求诱发咳嗽声样 1~2 次，以 9.5 厘米/秒的带速将信号通过录音机录制在盘式磁带上待测。上述声样共制成声图 210 张后逐张进行分析。每张声图都能显示出 2.4 秒发音材料的声学特性。对所获声频图测量，分析 5 个单韵母的谐波次数、顶频值、振幅值、共振峰、杂音及咳嗽声的顶频值、振幅值、基频持续时间，顶频持续时间、杂音七项指标。其结果各母音及咳嗽声各组诊断的特异性均较高，尤其是咳嗽声很为理想，所有母音及咳嗽声各组的诊断特异性和诊断敏感性相加均 >160% 以上，都具有临床使用意义。研究结果表明：①声音变异与疾病有关；②说明中医声诊的理论符合于临床实际；③声图仪对中医的病证诊断符合率较高，从而证实了声图仪可用于临床诊断和作为中医声诊的研究手段。

（三）国外对声诊的研究

早在 1741 年，法国 Ferrein 用离体喉研究声带振动，开创了现代声学概念。Hippocrates 时代已知发声需要气流，19 世纪 70 年代 Lootens 第一个从离体牛喉声带振动时显示正负气压变化；Fonndort 又采用气流动力学定律的 Bernoulli 公式计算和解释发声时的声门闭合活动；继而 Van-den. Berg 等用离体喉及喉模型研究发声现象。Titze 采用计算机模型-生物力学模型，用于临床诊断声带的一些局部病变。近 20 年来，由于声图仪和计算机的广泛应用，使声诊的研究有了一个显著的进展，许多声学参数可客观地定量地反映疾病的特性，对研究中医声诊客观化发挥了一定的作用^[10]。

Nessel 等应用声图仪对声音嘶哑患者进行了研究，结果发现声音嘶哑的特征是低音成分被噪音取代，并且几乎所有声音嘶哑的患者在 5kHz 以上均可看到噪音成分。并指出谐噪比（H/N 或 S/N）是声音嘶哑的一个客观指标（谐波成分减少，噪音成分增加）。所谓谐波成分是指持续发元音时无论在哪个周期上都呈现一定的波形，可分解出基频和基频整数倍频率的正弦波。噪音成分是呈现连续不规则的波形波谱，平均振幅为零。Woo 利用动态镜对 146 例声嘶病人进行了检测，并制定了级别量化标准，以能对诊断或治疗提供新的依据，其实用性等级为“0”；如果对已作出的诊断有帮助或有助于排除其他可能的病因，则为“1”；如果它提供有意义的依据，既改变了非动态镜检查的诊断，又对没有诊断的病人提供关键的诊断依据，则为“2”。然后将结果输入进行统计学分析。结果认为动态镜有助于诊断和治疗的实用性^[11]。

汤本英二^[12]利用谐噪比公式对 42 例正常人（男 22 例，女 20 例）及 87 例喉病患者进行了测定。结果认为谐噪比对发现疾病、判断疗效有重要的意义。

森和^[13]等提出闻诊客观化的标准是声音，并指出音是物理性的，包括周波数（调子

高低)、音压(响度、大小)、波形;声是心理性的,如调子高低、频率、大小等。还对声音的构型作了分析。并应用声波摄谱(声纹图)分析了心、肝、脾、肺、肾五声。即用电磁示波器,将声波的成分通过1/3音组周波分析器,把声调作音调计数,把声纹作声波摄谱,把声的周波特性及成分用音谱分析器及资料相关计进行分析,将所得结果用电子计算机进行个体差异分类,通过图像解析系统处理、综合。构成评价指标,进行多元回归分析,使传统的中医“五声”理论得到了客观表述。他们还调查了婴儿365种痛苦哭泣声,指出声音高低与临床诊断有很高的相关性。

北岛、智利^[14]应用电子计算机对69名喉病患者进行了分析研究,分析结果显示,喉癌的临床诊断符合率为最高(100%)。

Winkel、柳原、Leberman、Koike、Von-Leden、moore等人分别应用声图仪和电子计算机对噪音进行了研究。指出:病态噪音的特征是谐波成分的能量减少,噪音成分和频率微扰增加。Koike、VonLeden和Koibe等还注意到了声波的振幅微扰,通过正常及病态噪音数值系列对比图表发现,振幅微扰的周期性是某些病态噪音的一个特征。Moore指出噪音粗糙是由于声带振动的频率及振幅的不规则扰动所致^[15]。

目前,日本声学研究室^[16]正在进行声波纹和疾病关系的研究。他们对29名患者(肺癌5,支气管炎10,胃癌5,胃溃疡9)进行了あ(啊)、い(衣)、う(乌)、え(哀)、お(奥)等5个清音的频率分析。结果为:胃溃疡患者在5000Hz左右有空白;胃癌患者测不出3000Hz以上的成分,肺癌患者测不出4000Hz以上的成分。从统计辨别率来看,上述结果和疾病相符的准确率可望达90%以上。

(四) 声诊研究展望

声图仪和电子计算机用于声音的分析,它可把直流至16kHz范围内的各种声音信息动态频进行分析后,变换成用时间、频率和强度表示的三维声谱图。把它用之于临床,就能把声诊的内容(各种病理性声音)变换成声图,使听起来象流水一般的声音变为静止的、可见的图象固定下来,这样在识别时,不仅能用耳朵听,还能用眼睛看,使每个病人声音的谱图以及发音的各种个性特征都能分辨出来。因而弥补了传统诊法的听觉差异,避免了由于人的听觉误差而造成临床上的漏诊或误诊。

声诊是用听觉来作病证诊断的总称。声诊的内容有咳嗽、呼吸、语言、呕吐、呃逆、嗝气、太息、喷嚏、呻吟、喘息、啼哭、肠鸣等,它们都有各种声学特性表现。所以扩大分析对象,建立新的客观指标,应用声图仪和电子计算机测定声音属性的各种物理量,从中寻找共同的和特有的声图表现及声学参数,是分析声音成分,揭示声音共性与个性的实验诊断学途径。它将不仅为声音生理、病理研究提供客观依据,而且对临床诊断、科研与教学均具有实用价值^[17]。

二、国内外对嗅气味的研究进展

人体气味包括口腔气味、躯体气味及排泄物气味,这些气味由机体代谢产生的挥发性成分组成。因此,在临床上分析这些气味的改变,对一些疾病的快速诊断大有帮助。中医历代医家非常重视嗅气味这一诊断方法,并积累了丰富的临床经验。嗅气味的最早记载见于《内经·金匱真言论》,提出了“五臭”的概念。西晋王叔和《脉经》记载了扁鹊诊断危重病人的方法,“病人尸臭,不可近者,死。”认识到病人出现腐血败肉之臭气是病危的征兆。几千年来嗅气味一直指导着中医临床,并不断升华,成为中医诊断不可缺

少的方法。但由于缺乏客观指标，闻气味仍主要是凭借医者的主观嗅觉而定，而医者的感官有个体差异，心理状况、闻气味的经验、环境也不相同，因此闻气味带有很大的随意性，闻气味的标准化、客观化，是急待解决的问题。

(一) 嗅觉试验

嗅气味的第一步离不开人的嗅觉器官，而嗅觉功能复杂。与视觉、听觉相比，人们对嗅觉的认识是肤浅的。近十多年来临床医生逐渐认识到它的重要性，世界各地建立了不少嗅觉研究中心，并取得了进展。对嗅觉的测定主要包括嗅阈测定、阈上测定、嗅觉的享受梯度测定，经研究发现：①女性比男性嗅觉灵敏；②受年龄影响，年龄增加嗅觉下降；③每个人对物质敏感程度不同，各人有较敏感的物质；④长期生活在某种气味中其阈值下降，可谓“人芝兰之室而不闻其香，入鲍鱼之肆而不觉其臭”；⑤嗅觉受心理因素影响。因此对气味的判断，单凭嗅觉器官是不准确的^[18]。

气味由多种挥发性物质混合而成，这些化合物成分繁多，化学性质复杂且不稳定、易挥发，有些气味的组成成分尚不为人们所知。因此，对气味的研究关键是将其保持原貌地分离，再进行定性定量分析，这就需要运用物理化学方法及高精密度、高灵敏度分析仪器。

英国生物化学家、诺贝尔奖获得者 A. J. P. Lartin 等人于 1952 年创立了一种新型物理化学分离分析技术—气相色谱技术 (GC) 以来，以其本身特有的优越性，强烈地吸引着医学科学工作者，对人体及微生物的代谢性气味进行了广泛地研究，取得了一定的成果。

(二) GC 对人体气味研究的进展

气相色谱技术分析气味，主要是利用混合物在流动相与固定相中有不同的吸附能力或其他亲和力的差异，当两相作相对运动时，混合物则分离开。由于这种方法在分析中不发生化学反应，能保持样品的原貌，因此给气味的分析带来极大的方便。

1. 正常人口腔呼出气味分类 P. Jwne 等人运用气相色谱将已测出之正常人的 69 种气味分成三大类：第一类物质有 43 种，是与人体代谢有关的物质，如丙酮、乙醛、乙烯酮、二甲基三氯甲烷等。甲基异丙基酮多与脂肪酸代谢有关，异戊二烯的出现，多见于轻度忧郁的人，这类人常感胸闷，在中医中被认为是肝气郁结。这个猜测得到 Larsson 的支持，他发现异戊二烯出现在成人呼出气体中，而刚出生的婴儿却没有。此外还有几种物质的产生可能与饮食有关，也可能与代谢相关，如三氯甲烷、二氯甲烷。第二类物质是空气中存在的物质，包括空气中的污染物质，如苯、三氯二氟甲烷等 13 种。第三类物质是原因不明成分，如甲苯环己烷、邻甲苯等 13 种物质^[19]。

2. 影响呼出气味成分的主要因素

(1) 运动：运动会强烈地影响代谢率或清除率，特别是快速代谢的产物或血液中可溶解的产物；

(2) 性别：呼出气味的成分与性别有关，如三氯甲烷呼出率男性 > 女性，而丙酮呼出量则女性 > 男性；

(3) 饮食状态：饮食直接影响呼出气味成分，如吃油炸圈饼可使气味中丙酮量增加 1~3 倍；

(4) 微生物的干扰：经测定挥发性脂肪酸主要是由于肠道细菌对糖、脂肪、氨基酸

分解而产生；

(5) 体内脂肪：躯体肥胖的结果是使甲烷呼出减少；

(6) 呼吸功能昼夜变化的影响：凌晨 4 时呼吸气体中挥发性成分含量最低，中午 12 时含量最高；

(7) 排卵期的影响：妇女排卵期月桂酸含量较平常增加 10 倍，甲基硫酸盐增加 2~4 倍^[20]。

3. 几种病证的气味研究 根据国外资料，已测出的人体呼出气味有 200 多种，与各种疾病有关，这些化合物可分为五大类：酯的降解产物，如丙酮是诊断糖尿病的有力指标；芳香族化合物，主要有甲苯、吡喃等；含硫化合物，常在肝硬化及排卵期出现；氮类化合物，对肝脏疾病与尿毒症有诊断意义；卤化物，多由于呼吸大气中污染物所致，对工业毒理学研究有意义^[21,22]。

(1) 糖尿病：运用最广泛的是对糖尿病人气味中的丙酮含量测定。气味中丙酮含量可以作为检查糖尿病的一个附加量度，当它与血中葡萄糖的浓度相互参照时，可知血糖浓度增高主要有 4 种类型^[23]。然而测定气味中丙酮，并不适用于酮酸中毒的糖尿病患者。有人发现胰岛素依赖型患者气味中丙酮浓度在早晨最高，与非胰岛依赖型糖尿病相比较，它对丙酮浓度变化更敏感，因为当血中葡萄糖浓度没有变化时，气味中丙酮含量已经增高^[25]。

(2) 减肥：有人通过测定口腔中丙酮的含量，来判断肥胖症患者的日常饮食与发胖相关性。食用低糖食物的人，第 2 天气味中丙酮含量增加 1 倍，第 3 天或第 4 天则大约增加 5 倍。同时可根据口腔气味中丙酮含量增加程度来判断减肥效果。如果减肥者呼出气味中的丙酮含量达到 500 纳摩尔/小时，每周可减轻体重 0.23 千克^[24]。

(3) 肝病：在肝硬化病人口腔气味中，发现二甲基硫醚、硫醇、硫酸二甲酯等成分浓度增加。肝硬化病人与正常人相比较，重症肝炎与轻微胃出血的患者相比，前者口腔气味中硫酸二甲酯显著增多，但慢性肝炎病人口腔气味中硫酸二甲酯没有明显增加。继发于心血管系统疾病的肝硬化病人，气味中甲基硫醚和乙基硫醚增加。服蛋氨酸使正常人口腔气味中硫醇增加 1 倍，但肝硬化病人则没有增加，这是因为肝硬化病人中甲基硫醚的显著增加取代了硫醇。有人认为口腔中的二甲基硫醚浓度与肝硬化病人恶臭气味及肝昏迷有关^[25]。氨在正常人口腔气味中也可出现，但在肝炎病人口腔气味中增高，与血氨浓度成正比。

(4) 肾病：在尿毒症患者口腔气味中，已发现有高浓度的乙烷和三甲胺，经肾透析后气味中和血清中的这些物质可恢复至正常水平^[6]。

(5) 肺癌：S. M. Gondon 等人运用气相色谱-质谱技术对肺癌患者呼出气体作了分析测定，在肺癌病人的气相色谱-质谱图上其挥发性成分与正常人图谱完全不同，在肺癌组中有 preti、n-popano、methylethyketionl、o-甲苯胺 4 个峰值出现，而正常人却没有。这些特定的挥发性有机成分可能作为肺癌早期诊断的一个指标，然而作为肺癌早期诊断还需加大样本量及采样方法自动化的实现^[26]。

(三) 对口臭气味的研究

口臭是影响大多数成年人社交的一种常见症状。它不仅给周围人带来不愉快的感觉，同时也给自己带来心理上的压力。然而由于参数太多，对口臭的测定就相当困难，如繁

多的分子种类、取样困难、时间的变化、观察对象的选择及不同参照指标的制定等。

大多数情况下口臭可分为两大类：口腔病源性口臭，多数因口腔微生物代谢产物所致；非口腔病源性口臭，由全身疾病所致，包括呼吸系统疾病，神经与内分泌异常，各种系统性疾病及使用某种药物、食物所致口臭。

1. 口腔病源性口臭 这类口臭通常被认为是口腔微生物代谢后产生大量甲硫醇、硫化氢等硫化物引起，但近年来研究发现，其他一些挥发性物质也是导致口臭的主要原因，如吡啶、甲基吡啶、酚、p-甲酚等。同时有实验结果表明，口臭变化与以下因素有关：①口腔卫生后及使用防腐口腔清洁剂后口臭减轻；②口腔干燥时口臭更明显，这是因为致臭分子留在粘膜中，覆盖着口腔肌肉，当组织干燥时这些分子更容易挥发；③气味特征峰由几十至几百种挥发性成分组成；④尽管口腔中多种挥发性物质混合成一种气味，但当这些物质单独存在时闻起来并不象口臭，如硫化氢、甲基硫醇^[27]。

有人对牙周病口臭的生化及临床因素进行分析研究，发现牙周病患者的口腔气味中挥发性硫化物是正常人的8倍，同时发现：①二硫化氢的含量与牙周间隙深度成正比；②60%的硫化物来源于舌表面；③病例组舌苔数量是对照组的1~4倍，当去掉舌苔时硫化物明显减少；④在牙周病唾液中2-酮丁盐较高，这意味着有牙周袋的牙病患者中，甲硫胺代谢成分甲基硫醇增加了。总之，这些结果提示，牙周病患者不仅是微生物，而且舌苔、唾液都可以导致硫化物增多，而出现口臭^[28]。

2. 非口腔病源性口臭 常见疾病有肾病、肝硬化、糖尿病、肺结核、肺癌等。然而这些不同疾病口臭患者口腔气味的成分有何异同？能否作为这些疾病的诊断指标？针对这些问题，Georg等人对此进行了研究，并将已鉴定出来的特征化合物加以归纳，认为与以下几类疾病有关。

(1) 先天性代谢障碍：这些疾病由于酶缺乏或酶运转障碍所致。它有来自全身的异味。经测定他们呼出的气体中，含大量的挥发性硫化物(VSC)、硫化氢等物质。有2例病人口腔气味最浓，离几步远都能闻到，经口腔及全身检查均无异常，研究者对病人的胱氨酸进行反复测试，发现其中一人含大量的硫胱氨酸，另一人则含大量胱硫醚。提示了含硫氨基酸代谢障碍，可能是导致胱胺酸尿症和半胱胺甲硫胺酸尿症的原因。所以含硫氨基酸多的成年人出现持久的口臭。

(2) 自发性口臭：这类病人经两个或两个以上医生或牙科专家诊断无任何临床原因，确认其异常气味来源于口腔或鼻腔，呼气中出现的三甲胺也在尿、汗中存在。初步推测可能与肝脏解毒功能有关，因正常人体中的三甲胺主要在肝脏转化为无气味的代谢产物，通过粪、尿排出，当肝脏转化功能下降，则三甲胺不能转化成无气味的物质，直接从口腔中及汗、尿中排出，其次可能与腋下及生殖部产生的异味有关。但经解剖、生理检查却没发现任何联系，尚待作深入地研究^[29]。

3. 中医对口臭的研究 中医著作中关于口臭的论述很多，从整体观上分析了口臭的形成，主要与胃寒、胃热、瘀血、劳累等因素相关。湖南中医学院刘莺^[30,31]等运用GC-MS技术对胃热口臭患者进行了定性定量分析，结果发现口臭患者中主要挥发性成分有吡啶、吡啶、3-甲基吡啶、甲基吡啶、苯等，并对不同病种进行了鉴别分析，各成分含量有显著性差异。这些成分是否可以成为口臭辨证的客观指标之一，还应扩大样本量深入研究。

(四) 嗅气味方法的研究

1. 红外光谱法 红外光谱已用于测定和鉴定呼吸气息成分。在此过程中,众多的混合物可在浓度相当低的情况下得以鉴定和定量,但碳氧化合物不能由红外光谱检出,这是由于它们的光谱极相似。一般而言,光谱法均有缺陷,这主要是对混合物中的众多成分不能进行分离和定量,特别是在这些成分有相似的光谱时^[32]。

2. 直接顶空分析 Green 用 Llawly-Arnol 分子分离器记述了质谱过程,这种分离器有一种除水装置。他调查了呼吸气息样品和前臂所发出的气息,并对两种样品作了检测。其结果发现呼吸中的浓度远远大于前臂气息中浓度。Jasson 和 Larsson 采用直接注入塑料袋收集呼吸样品,通过气相色谱-质谱来分析甲烷、乙醇、异戊二烯、丙酮、甲醇。这种气相色谱-质谱联用的方法运用最广泛,且简便易行,对入体气味的分离提供了合适的方法。

3. 气相-液相色谱分析 通过 GC 法用 Tenax 收集的样品置于 GC 柱中分离,然后用大型分光仪或其他检测系统作定量分析。

(五) 嗅气味研究展望

综上所述,气味变化对很多疾病诊断是一个有价值的指标,而且这种检验方式与一般检验方式相比较有以下优点:①样本易得又非损伤性;②密切反应生物物质在动脉血中的浓度又避免采血样;③样本不需经过复杂的预处理;④可直接提供呼吸功能的资料;⑤对直接暴露于挥发性毒性物质环境中的人员进行动态适时检查;⑥可用于一些疾病的快速诊断,如癌、微生物感染及中毒等。然而现在中医对气味的研究还很少,并限于口腔气味中口臭的分析,对臭味的分类、口腔其它气味,以及与心理因素的关系、躯体其它气味的分析却没有开展。欲对人体各种气味进行广泛的研究,建立完整的人体气味学,并运用于临床诊断还存在几个问题:①进一步完善采样-浓缩-分析鉴定系统,使之自动化;②开发和规定人体正常气味与异常气味的参照标准,建立各种疾病气味的数据库。这将为临床提供有力的工具。

参 考 文 献

- [1] 谈正卿,等. 中医工程学概论. 上海:上海中医学院出版社,1990
- [2] 马大猷. 声学手册. 北京:科学出版社,1983
- [3] 邬祥光. 汉医四诊的现代标准化. 国外科技,1979,(5):29
- [4] 胡纪湘. 医用物理学. 湖南科技出版社,1982.66
- [5] 张华. 简明声病学. 北京:人民卫生出版社,1985
- [6] 王晓岚,等. 肺结核病辨证闻诊初探. 湖南中医学院研究生论文摘要,1992,(3):29
- [7] 顾立德,等. 国产连续式声图仪在嗓音研究中的应用. 中华耳鼻喉科杂志,1984,(2):86
- [8] 韩仲明,等. 电子计算机在嗓音分析中的初步应用. 临床耳鼻喉科杂志,1990,4(1):36
- [9] 莫新民. 利用声图仪对肺虚咳嗽声诊的初步研究. 中医药研究杂志,1987,(3):43
- [10] 汤建国,等. 声学研究进展. 国外医学·耳鼻喉科学分册,1989,(5):280
- [11] 黄忠华,等. 动态镜检查对声嘶病人的诊断价值. 国外医学·耳鼻喉科学分册,1992,(5):294
- [12] 汤本英二,等. 嗓音研究进展. 耳科临床,1983,76:2151~2168
- [13] 俞雪如. 日本汉医对四诊客观化的研究. 浙江中医杂志,1984,19(6):285
- [14] 北岛和智利. 喉病研究. 耳科临床.1973,66(11):1195~1213

- [15] 王丽萍. 正常及病态声学分析中的某些进展. 国外医学·耳鼻喉科学分册, 1988, (5): 262
- [16] 良育. 用听声音来诊断疾病. 科学画报, 1994, (4): 17
- [17] 莫新民. 中医声诊初探. 湖南中医杂志, 1997, 13 (3): 9
- [18] Dabice R. L. Asian Med News. 1985, (22): 16
- [19] James P. Arch Environ Health. 1975, (30): 290
- [20] Antony Manolis. CLIN CHEN. 1983, (29): 5
- [21] Rooth C. Lancet. 1966, 1102
- [22] Simanhoff, M. N. Engl J Med. 1977, (297): 132
- [23] Grofford, O. Trans. Am. Clin. Climatol, Assoc. 1977, (88): 128
- [24] Walther, A. Acta Biol. Med Ger. 1969, (22): 117
- [25] Kaji, H. Clin. Chim. Acta. 1978, (85): 279
- [26] S. M. Gordon. CLIN. CHEM. 1985, (31): 1278
- [27] Mel Rosenberg. J Periodontol September. 1992, (63): 776
- [28] Ken Yaegaki. 同上. 1992, (63): 783
- [29] George preti. 同上. 1992, (63): 790
- [30] 刘莺. 闻气味的研究与展望. 中医药信息, 1991, (1): 9
- [31] 刘莺, 等. 口臭患者口腔气味成分与证型关系的研究. 湖南中医学院学报, 1996, 16 (4): 37
- [32] Pebay-peyrouia, F. Poumon Coeur. 1970, (26): 853

第四章

问 诊

问诊是医生通过对患者或其陪诊者进行有目的地询问,以了解疾病的起始、发展、治疗经过、现在症状和其它与疾病有关的情况,从而诊察疾病的方法。

有关问诊的记载,最早见于《内经》,如《素问·征四失论》曰:“诊病不问其始,忧患饮食之失节,或伤于毒,不先言此,卒持寸口,何病能中。”明·张景岳将问诊内容概括为十问,言简意赅,较易掌握。清·喻嘉言论述问诊的内容更为全面,拟定了病案的格式,对问诊的一般项目、现病史、既往病史等内容作了详细的规定,为现在中医病案的书写打下了基础。

第一节 问诊的意义、方法和内容

【基本内容】

一、问诊的意义

疾病是复杂多变的,影响疾病的因素很多。问诊的目的在于充分收集其他三诊无法取得的病情资料。如疾病发生、发展、变化的过程及治疗经过,患者的自觉症状、既往病史、生活习惯、饮食嗜好等,只有通过问诊才能获得。而这些资料,是医生分析病情、判断病位、掌握病性、辨证辨病的重要依据。尤其是在某些疾病的早期,患者尚未呈现客观体征,仅有自觉症状时,也只有通过问诊才能抓住诊断的线索。此外,通过问诊还可了解患者的思想动态及其它与疾病有关的情况,有助于诊断和指导患者疗养。历代医家都将问诊作为诊断疾病必不可少的重要环节,而视为“诊病之要领,临症之首务”。

二、问诊的方法

问诊不是医患之间的简单交谈,也不是无目的的泛泛而问,而是要根据患者的主诉,进行科学的思维,有目的有步骤地进行询问。

临床问诊要做到及时、恰当、准确,简要而无遗漏,必须熟悉问诊内容外,还应掌握一定的方法,如抓准主症仔细询问,问与主症相关的伴随证候,从整体出发问全身其他情况,边问边辨进行问辨结合等。

同时在问诊时尚应注意以下事项:

问诊应选择较安静适宜的环境进行。对某些不便当众表述的病情应单独询问,以便其无拘束地叙述病情。医生询问病情,宜直接向患者本人询问。若因病重意识不清而不能自述者,可向知情人或陪诊者询问。待病人能陈述时,应及时加以核实或补充,以使

资料准确、可靠。

医生要关心体贴病人疾苦。态度既应严肃认真，又要和蔼可亲，细心询问、耐心听取患者叙述病情。遇病情较重或较难治的患者，医生切忌有悲观、惊讶的语言或表情，以免增加患者思想负担。

医生询问病情，切忌使用患者听不懂的医学术语，否则不利于患者与医生的配合。

问诊中发现患者对病情叙述不够清楚时，可对患者进行必要的、有目的地询问或作某些提示，但绝不可凭个人主观意愿去暗示、套问患者，以免所获资料片面或失真。医生应重视患者主诉，要善于围绕主诉深入询问。既要重视主症，还应注意了解一般兼症，以免遗漏病情。此外，对危急病人应扼要地询问，不必面面俱到，以便迅速投入抢救，待病情缓解后，再进行详细询问。

三、问诊的内容

问诊的内容主要包括一般情况、主诉、现病史、既往史、个人生活史、家族史等。

(一) 一般情况

一般情况包括姓名、性别、年龄、婚否、民族、职业、籍贯、工作单位、现住址等。

询问一般情况的意义是：一方面便于与患者或家属联系，做好随访观察。另一方面可获得与疾病有关的资料，为诊断治疗提供一定依据。年龄、性别、职业、籍贯等不同，各有不同的多发病。如水痘、麻疹、顿咳多见于小儿；胸痹、中风、癌症多见于中老年。妇女有月经、带下、妊娠、孕育等疾病；男子可有遗精、阳痿等病证。青壮年气血充盛，抗病力强，患病多属实证；老年人气血已衰，抗病力弱，患病多属虚证。职业不同，工作环境不同，可有某些不同的致病因素，如长期从事水中作业者易患寒湿痹病；矽肺、汞中毒、铅中毒等病与职业有关。某些地区因水土关系而使人易患瘰疬病；疟疾在岭南等地发病率较高；蛊虫病见于长江中下游一带等。

(二) 主诉

主诉是患者就诊时最痛苦的症状或体征及其持续的时间。根据主诉可初步估计疾病的范畴与类别、病势的轻重缓急。对主诉的询问，医生一是要善于抓准主诉，二是要将主诉所述症状或体征的部位、性质、程度、时间等询问清楚，不能笼统、含糊，以便做出正确诊断。

(三) 现病史

现病史是指主诉病证从起病到此次就诊时的发生、发展和变化，以及治疗的经过。现病史应从发病情况、病变过程、诊治经过等3个方面进行询问。

问现在症状也属于问现病史的内容，因其是问诊最主要的内容，故另节专门讨论。

1. 发病情况 主要包括发病时间的新久、发病原因或诱因，最初的症状及其性质、部位，当时曾作何处理等。一般凡起病急、时间短者，多为外感病，多属实证；凡患病已久，反复发作，经久不愈者，多为内伤病，多属虚证或虚实夹杂证。询问病人的发病情况，对辨别疾病的病因、病位、病性有重要作用。

2. 病变过程 了解病变过程，一般可按疾病时间先后顺序进行询问。注意各阶段出现症状的时间、性质、程度有何变化，变化有无规律等。询问病变过程，对了解疾病邪正斗争情况及病情发展趋势有重要的临床意义。

3. 诊治经过 有些病人在就诊前已经医院诊断和治疗。了解既往诊断和治疗情况，

对当前诊断与治疗有重要参考价值。所以，对初诊者应询问曾作过哪些检查，结果怎样；作过何种诊断，诊断的依据是什么；经过哪些治疗，治疗的效果及反应如何等。

（四）既往史

既往史又称过去病史，主要包括病人平素身体健康状况，以及过去曾患疾病的情况。

1. 既往健康状况 病人素日健康状况常与其现患疾病有一定关系，故可作为分析判断病情的依据。一般来说，素体健壮，现患疾病多为实证；素体衰弱，现患疾病多为虚证。

2. 既往患病情况 既往患病情况应询问曾患过何种疾病，是否接受过预防接种，有无药物或其它物品过敏史，作过何种手术治疗等。询问既往病史，对诊断现患疾病有一定作用。

（五）个人生活史

个人生活史主要包括生活经历与习惯、精神情志、生活起居、饮食嗜好、工作情况、婚姻生育等。

1. 生活经历 应询问病人的出生地、居住地及经历地，应注意某些地方病或传染病的流行区域，以便判断所患疾病是否与此相关。

2. 精神情志 精神情志的变化，对某些疾病发生、发展与变化有一定影响。了解病人的精神情志状况，有助于对病情的诊断和辅以思想上的开导。

3. 饮食起居 饮食偏嗜、生活起居失调是某些疾病发生的原因之一。了解病人饮食嗜好、生活起居情况，对分析判断病情具有一定意义。如素嗜肥甘者，多病痰湿；偏食辛燥者，易患热证；贪食生冷者，易患寒证。喜热恶凉者，多为素体阴气偏盛；喜凉恶热者，素体多阳气偏盛。

4. 婚姻生育 对成年患者，应注意询问是否已婚，结婚年龄，爱人的健康状况，以及有无传染病或遗传病。育龄女性应询问月经初潮年龄或绝经年龄、月经周期、行经天数和带下的量、色、质等变化。已婚女性还应询问妊娠次数、生产胎数及有无流产、早产、难产等。

（六）家族史

家族史，是指病人直系亲属或者血缘关系较近者的患病情况。包括询问病人的父母、兄弟姐妹、爱人、子女等健康和患病情况，必要时应注意询问直系亲属的死亡原因。有时还应询问与患者接触最多的其他人的患病情况。从而为传染病和遗传病提供诊断依据。

【补充阐发】

一、现病史和既往史的界定与关系

现病史是指当前所患病证的病史，包括就诊疾病从起病到就诊时病情演变与诊治的全部过程，以及就诊当时的全部自觉症状；既往史是指过去所患疾病的病史，包括既往健康情况，曾患过何种疾病及其诊治的主要情况。二者的概念似乎非常清楚，区别并不困难。其实不然，临床要将二者分清并不容易，因为现在与过去是相对的概念，其间并无明确的界线，现在就诊的疾病可能既往已经存在，而既往的疾病现在可能并未消除。这就使得有的病情是该作现病史，还是写为既往史，往往难以确定。

那么，怎样区分现病史和既往史呢？主要是应根据主诉所定病证及其所记时间而定。

即主诉所述病证及其时间之内者属现病史的内容，主诉所述疾病及其所定时间以外的其它疾病则属既往史的内容。

如某患者经常头晕、血压高，已有5年，今晨突然仆倒，神志昏迷，喉间痰鸣。若以昏仆、喉间痰鸣3小时作为主诉，则头晕、血压高等病情，应属既往史的内容。若以经常头晕、血压高5年，昏仆3小时作为主诉，则现病史应记载该病5年来发生发展及演变的经过。同时，主诉以外的其它疾病，即使其病程未超过主诉所述病证的时间，一般也应记在既往史内，如以关节疼痛反复发作4年为主诉，则4年之内所患过的如痢疾、尿出砂石、外伤骨折等病证，仍应属既往史的内容。

由此可知，现病史与既往史的内容及时间界定，实际是由主诉决定的。因此，临床时一定要确定好主诉的内容及其限定时间，否则将给现病史与既往史的询问和书写带来困难。

二、“十问歌”的演变与意义

“十问歌”始见于《景岳全书·传忠录·十问篇》，其内容为：

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，
九因脉色察阴阳，十从气味章神见，
见定虽然事不难，也须明哲毋招怨。

后见于清·陈修园《医学实在易·问证诗》，改为：

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，再兼服药参机变，
妇人尤必问经期，迟速闭崩皆可见，
再添片语告儿科，天花麻疹全占验。

近又据卫生部中医司《中医病案书写格式与要求》通知精神，改编为：

问诊首当问一般，一般问清问有关，
一问寒热二问汗，三问头身四问便，
五问饮食六胸腹，七聋八渴俱当辨，
九问旧病十问因，再将诊疗经过参，
个人家族当问遍，妇女经带并胎产，
小儿传染接种史，痧痘惊疳嗜食偏。

十问歌之产生，是张景岳对前人诊疗过程的经验概括，并且加上了个人的临床体会而总结写成。它不仅可作为初学中医者临床问诊的准绳，而且亦规范了医家问诊的范围，所以张景岳曾说：“十问者，乃诊治之要领，临证之务也。明此十问，则六变俱存，而万病形情俱在吾目中矣。医之为难，难在不识病本，而施误治耳。误则杀人，天道可畏；不误则济人，阴德无穷。学者欲明是道，必须先察此要，以定意见，以为阶梯，然后再采群书，广其知识，又何误焉？有能熟之胸中，运之掌上，非止为人，而为己不浅也，慎之宝之。”识此其意自明矣。

但是张景岳的十问歌，不仅指问诊的内容，而且尚有察色脉、明阴阳，以及药物的气味等方面的知识，因而一概归为“十问”则有不妥。《医家四要》所修定的“十问歌”，

不仅重现景岳十问歌之要，而且更展其所不及，拓宽了妇人与儿科问诊的条项，使之问诊更为完善。最近改编的问诊歌，不仅具有原十问歌之优点，而且更具时代精神，超越了原来仅局限于现在症问诊的范围，补充了一般问诊、家族史、小儿接种史等有关情况，为辨证提供了更充分的依据。

【古代文献】

一、问诊的意义

《素问·三部九候论》：必审问其所始病，与今之所方病，而后各切循其脉。

《素问·疏五过论》：凡欲诊病者，必问饮食居处。

《难经·六十一难》：问而知之谓之工。

《素问·征四失论》：诊病不问其始，忧患饮食之失节，起居之过度，或伤于毒，不先言此，卒持寸口，何病能中。

《存存斋医话稿续集》：脉居四诊之末，望、闻、问贵焉。其中一问字，尤为辨证之要。

《景岳全书·传忠录·十问篇》：右十问者，乃诊治之要领，临证之首务也。

《医门法律·明问病之法·律一条》：凡治病，不问病人所便，不得其情，草草诊过，用药无据，多所伤残，医之过也。

《薛氏医案·本草发挥·卷之四》：王海藏云：至于得病之由，及所伤之物，岂能以脉知乎？故医者不可不问其由，病者不可不说其故。孙真人云：未诊先问，最为有准。东波亦云：只图愈疾，不图困医。二公之言，良为有理。

《冷庐医话·诊法》：六经提纲，大半是凭乎问者。至于少阳病口苦、咽干、目眩，及小柴胡汤证往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕等，则皆因问而知。此孙真人所以未诊先问也。

《冷庐医话·求医》：惟问可究病情，乃医之自以为是者，往往厌人琐语，而病家亦不能详述，此大误也。故凡求医诊治，必细述病源，勿惮其烦。

二、问诊的方法

《素问·疏五过论》：凡诊者，必知终始，有知余绪，切脉问名，当合男女。……问年少长，勇怯之理，审于分部，知病本始。

《医学入门·观形察色问症·问症》：凡初症题目未定，最宜详审，病者不可讳疾忌医，医者必须委曲请问，决无一诊而能悉知其病情也。

《医门法律·明问病之法·问病论》：医，仁术也。仁人君子，必笃于情，笃于情，则视人犹己，问其所苦，自无不到之处。古人闭户塞牖，系之病者，数问其情，以从其意。诚以得其欢心，则问者不觉烦，病者不觉厌，庶可详求本末，而治无误也。……人多偏执己见，逆之则拂其意，顺之则加其病，莫如之何。然苟设诚致问，明告以如此则善，如彼则败，谁甘死亡，而不降心以从耶！……如疑难证，著意对问，不得其情，他事间言，反呈真面。若不细问，而急遽妄投，宁不伤人乎。

《医原·问症求病论》：工于问者，非徒问其证，殆欲即其证见，以求其病因耳。

三、问诊的内容

（一）一般情况

《灵枢·师传》：入国问俗，入宾问讳，上堂问礼，临病人问所便。

《医部全录·医学准绳六要·问病必详》：凡诊病，必先问所看何人，或男或女，或老或幼，或婢妾，或童仆，次问得病之日，受病之源，及饮食胃气如何。

《医原·问证求病论·问妇人病》：妇人问其有无胎产，月事先后期，有无胀痛。

（二）主诉

《侣山堂类辨·问因论》：盖得其因，则能定其名；能定其名，则知所以治矣。……故当详审其受病之因，所病之苦。

（三）现病史

《医门法律·问病论》：至于受病情形，百端难尽。如初病口大渴，久病口中和，若不问而概以常法治之，宁不伤人乎？如未病素脾约，才病忽便利，若不问而计日以施治，宁不伤人乎？如未病先有痼疾，已病重添新患，若不问而概守成法治之，宁不伤人乎？

《医部全录·身经通考·问证》：问其病起于何日？日少为新病，实证居多。日多为久病，虚证居多。……及问初起何证？如初起头疼、发热、恶寒，属外感。如初起心腹疼痛及泻痢等证，属内伤。后变何病？如痢变泻、变疟为轻，疟变泻、变痢为重。先喘后胀，病在肺。先胀后喘病在脾。先渴后呕为停水之类。

《医原·问症求病论》：再问其病，初起何因，前见何症，后变何症。恶寒发热，孰重孰轻。有汗无汗，汗多汗少，汗起何处，汗止何处。口淡口苦，渴与不渴，思饮不思饮，饮多饮少，喜热喜凉。思食不思食，能食不能食，食多食少，化速化迟。胸心胁腹，有无胀痛。二便通涩，大便为燥为溏，小便为清为浊，色黄色淡。种种详诘，就其见症，审其病因，方得轩岐治病求本之旨。岂徒见痰治痰，见血治血而已哉！

（四）既往史

《医原·问证求病论》：法当先问其人之平昔有无宿疾，有无恚怒忧思，饮食喜淡喜浓，喜燥喜润，嗜茶嗜酒，……再问其病，初起何因，前见何证，后变何证。

《医法心传·诊病须察阴脏阳脏论》：凡人阴脏、阳脏、平脏，本性使然。如素系阴脏者，一切饮食必喜热物，偶食生冷，腹中即觉凝滞不爽；……若系阳脏者，一切饮食必喜寒冷，偶食辛热之物，口中便觉干燥，……临证先当询问，再辨其病之阴阳。阳脏所感之病，阳者居多；阴脏所感之病，阴者居多。不独杂病，伤寒亦然。

（五）个人生活史

《甲乙经·问情志以察病》：所问病者，问所思何也？所惧何也？所欲何也？所疑何也？问之要，察阴阳之虚实，辨脏腑之寒热。疾病所生，不离阴阳脏腑、寒热虚实，辨之分明，治无误矣。

《医门法律·明问病之法·问病论》：饮食起居，失时过节。忧愁恐惧，荡志离魂。所喜所恶，气味偏殊。所宜所忌，禀性迥异。不问何以相体裁方耶？所以入国问俗，入家问讳，上堂问礼，临病人问所便。便者问其居处动静、阴阳寒热、性情之宜。

《医部全录·古今医统·问证》：好食甘者为脾虚，好食辛者为肺病，好食酸者为肝虚，好食咸者为肾弱，嗜食苦者为心病。此皆顺应而易治。若乃心病爱咸，肺伤欲苦，脾弱喜酸，肝病好辣，肾衰嗜甘，此为逆候。病轻必危，危者必死。治得其法，服药预防，犹可回生。

第二节 问现在症状

【基本内容】

问现在症状是指对患者就诊时所感到的痛苦和不适，以及与其病情相关的全身情况进行详细询问。

症状是病理变化的反映，是诊病辨证的主要依据。临床上很多症状是病人的痛苦感觉，如痞闷、胀满、困重、疼痛、麻木等，无客观指征可查，只有通过问诊方可得知。因此，问现在症状对确诊病情具有极重要的意义。

问现在症状的内容很多，医生应熟悉询问的症状内容及其临床意义，并应根据病情而询问时有主有次、有先有后，不乱、不漏。

张景岳在总结前人问诊经验的基础上写成“十问歌”，后人又将其略作修改，成为“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，再兼服药参机变，妇女尤必问经期，迟速闭崩皆可见，再添片语告儿科，天花麻疹全占验。”十问内容言简意赅，现今仍有指导意义。

一、问寒热

问寒热是指询问患者有无怕冷或发热的感觉。寒与热是临床常见症状之一，是辨别病邪性质和机体阴阳盛衰的重要依据。

寒热即怕冷、发热。怕冷是患者的主观感觉，有恶寒和畏寒之别。凡患者自觉怕冷，多加衣被，或近火取暖，仍感寒冷不能缓解的，称为恶寒；若患者身寒怕冷，加衣覆被，或近火取暖而寒冷能缓解的，称为畏寒。所谓发热，除指患者体温高于正常者外，还包括患者虽体温正常，但自觉全身或某一局部发热，如五心发热等。

寒与热的产生，主要取决于病邪的性质和机体阴阳盛衰情况两方面。因寒为阴邪，其性清冷，故寒邪致病，则多见恶寒；热为阳邪，其性炎热，故热邪致病，多见发热。在机体阴阳失调时，阳盛则热，阴盛则寒，阴虚则热，阳虚则寒。即寒热是阴阳盛衰的表现，寒为阴象，热为阳征。因此，通过询问患者恶寒与发热情况，可作为辨别病变性质和阴阳盛衰变化的依据。

在询问寒热症状时，应首先了解怕冷与发热是同时出现，还是单独出现，然后问清寒热的轻重程度、出现的时间、持续时间的长短、表现特点及其兼症等。临床常见的寒热症状有恶寒发热，但寒不热，但热不寒，寒热往来4个类型。

（一）恶寒发热

恶寒发热是指患者恶寒与发热同时并见，即发热的同时又感到恶寒，恶寒的同时又有发热。多见于外感病的表证阶段，历代医家都将恶寒与发热并见作为诊断表证的重要依据。在外感病中，恶寒是主症，是发热的前奏。其机理是外邪侵袭肤表，卫阳被遏，正邪抗争于表，肌表失煦则恶寒，卫阳失宣则郁而发热。

由于感受外邪的性质不同，寒热症状可分以下3种类型：

1. 恶寒重发热轻 即患者感觉恶寒明显，并有轻微发热。是外感风寒的特征，主风寒表证。因寒为阴邪，寒邪袭表伤阳，故恶寒明显；又因寒性凝滞，致使卫阳郁闭失宣，故同时出现轻微发热。

2. 发热重恶寒轻 即患者感觉发热较重，同时又感轻微怕冷。是外感风热特征，主风热表证。因风热皆为阳邪，阳邪致病则阳盛，阳盛则热，所以发热较重；又因风热袭表，使腠理开泄，所以同时有轻微恶寒。

3. 发热轻而恶风 即患者感觉轻微发热并恶风。所谓“恶风”，即遇风觉冷，避之可缓的症状，较恶寒轻。是外感风邪的特征，主伤风表证。因风性开泄，腠理疏松，阳气郁遏不甚，所以发热恶风皆轻。

外感表证寒热的轻重，不仅与病邪性质有关，而且和邪正盛衰密切相关。一般说来，邪正俱盛者，恶寒发热皆较重；邪轻正衰者，恶寒发热均较轻；邪盛正衰者，多为恶寒重而发热轻。

此外，里证也有寒热并见者。如疮疡火毒内发的早期，或酿脓的中期，以及疮疡已溃而毒邪未去，正不胜邪的末期，均可出现寒热并见的症状。

（二）但寒不热

但寒不热是指病人只感怕冷而不觉发热的症状。根据发病急缓，病程长短，可分为两种类型：

1. 新病恶寒 可见于外感病初起尚未发热之时，或是寒邪直中脏腑经络。突起恶寒，四肢不温，或腹部冷痛，或咳喘痰鸣者，为里实寒证，多因感受寒邪较重，阳气郁遏，皮毛失其温煦所致。

2. 久病畏寒 亦称畏冷。指患者经常畏寒肢冷，得温可缓，为里虚寒证。多因阳气虚衰，形体失于温煦所致。

（三）但热不寒

病人只发热不觉寒冷，或反恶热的，称但热不寒。多属阳盛阴亏的里热证。根据发热的轻重、特点、时间长短等不同，可分为壮热、潮热、微热 3 种类型。

1. 壮热 患者高热（体温 39℃ 以上）持续不退，不恶寒反恶热的，称为壮热。多因风寒入里化热，或风热内传，阳热炽盛所致。多见于外感病的“阳明病证”或“气分证”阶段，属里实热证。

2. 潮热 发热如潮汐之有定时，即按时发热，或按时热更甚，有一定规律，称为潮热。外感及内伤疾病中皆可见到。有日晡潮热与午后及夜间潮热之分：

日晡潮热：因其常于日晡即申时（下午 3~5 时）发热明显，且多为高热，故称日晡潮热。并见口渴饮冷，腹满而痛，大便秘结等症。因其为胃肠燥热内结所致，故又称阳明潮热。

午后及夜间潮热：病人午后发热明显，并有身热不扬（肌肤初扪之不觉很热，但扪之稍久即感灼手）等特点，属湿温发热，系湿郁热蒸之故。午后及夜间发热，且多为低热，并表现有五心烦热，骨蒸发热等特点者，属虚热证，乃阴虚火旺所致。

3. 微热 发热不高，一般不超过 38℃，或仅自觉发热，称为微热，或称为长期低热。微热大多发病时间较长，病因与病证较复杂，如温病后期；内伤阴虚、气虚；情志不舒，气郁化火等均可表现为微热。

此外，小儿在夏季气候炎热时，长期低热不已，至秋凉时不治自愈，称为小儿夏季热。是因小儿气阴不足，不能适应夏令炎热气候所致。

（四）寒热往来

寒热往来又称往来寒热，是指恶寒与发热交替发作，其寒时自觉寒而不热，其热时

自觉热而不寒。是邪正相争，互为进退的病理表现，为半表半里证的特征，可见于少阳病、温病和疟疾。

1. 寒热往来，发无定时 即指患者时冷时热，一日发作多次，无时间规律，可见于少阳病，主半表半里证。由于外感病邪达半表半里阶段，正邪相争，相持不下，邪气既不能遽然入里，正气也不能祛邪使之外出，故恶寒与发热交替而作。

2. 寒热往来，发有定时 即寒战与高热交替发作，发有定时，每日发作1次，或2、3日发作1次，兼头痛剧烈、口渴、多汗等症，常见于疟疾。由于疟邪伏藏于半表半里，入与阴争则寒，出与阳争则热，故其寒热往来，休作有时。

此外，气郁化火，有时也可出现寒热往来，似疟非疟；妇女月经期间，出现寒热往来，经水时来时断，为“热入血室”之证。

二、问汗

《素问·阴阳别论》曰：“阳加于阴谓之汗。”汗是阳气蒸化津液，从腠理达于体表而成。汗的有无、多少，是体内阴阳平衡或失调的表现之一。正常人在体力活动、进食辛辣、气候炎热、衣被过厚、情绪激动等情况下出汗，属生理现象。

若当汗出而无汗，不当汗出而汗多，或仅见身体的某一局部汗出，属病理现象。病理性无汗或有汗，与正气不足和病邪侵扰有密切关系。由于病邪的性质和正气亏损等程度不同，可出现各种不同情况的病理性汗出。故了解患者汗出的异常情况，对诊察病邪的性质及入体阴阳盛衰有重要的意义。

询问时，应了解患者有汗无汗，出汗的时间、多少、部位及其主要兼症等。

（一）有汗无汗

在疾病过程中，尤其对外感病入，询问汗的有无是判断感受外邪的性质和卫阳盛衰的重要依据。

1. 表证有汗 外感病初期有汗出，多属中风表虚证，或为风热表证。由于风性开泄，热性升散，风热袭表，腠理疏松，故见汗出。若卫阳素虚，肌表不固，则更易汗出。

2. 表证无汗 外感病初期不出汗，多属外感寒邪所致伤寒表实证。因寒性收引，腠理致密，玄府闭塞，因而症见无汗恶寒、头身疼痛、脉浮紧等。

3. 里热汗出 发热甚而汗出多，多属里热炽盛，迫津外泄所致里实热证。常伴有烦渴饮冷等症。

4. 里证无汗 内伤久病，多因津血亏耗，汗无化源所致，或由阳气不足，无力蒸化津液使然。

（二）特殊汗出

所谓特殊汗出，是指具有某些特征（出汗的时间、出汗的状况等）的病理性汗出。主要有以下4种：

1. 自汗 经常日间汗出不止，活动后尤甚，称为自汗。多见于气虚、阳虚证，常伴气短乏力、畏冷等症。由于阳气亏虚，不能固护肌表，玄府不密，津液外泄，故见自汗。每当活动则更加耗伤阳气，因而汗出尤甚。

2. 盗汗 入睡之后汗出，醒后则汗止，称为盗汗。多见于阴虚内热证，常伴有潮热颧红等症。因入睡时，卫阳入里，肌表不固，虚热蒸津外泄，故睡时汗出；醒后卫阳复

归于表，肌表固密，虽阴虚内热，也不能蒸津外出，故醒后汗止。

3. 绝汗 指在病情危重的情况下，出现大汗不止，每可导致亡阴或亡阳，又称脱汗。若病势危重，在高热烦渴，脉细数疾的情况下，见汗出如油，汗热粘手者，为亡阴之汗。若病势危重，在身凉肢厥，脉微欲绝的情况下，见大汗淋漓，汗稀而凉者，属亡阳之汗。

4. 战汗 在病势深重时，先见全身恶寒战栗，而后汗出，称为战汗。战汗是邪正相争，病变发展中好转与恶化的转折点，应注意观察病情的变化。若汗出热退，脉静身凉，是邪去正复之佳象；若汗出而身热不减，仍烦躁不安，脉来急疾，为邪盛正衰之危候。

（三）局部汗出

指身体的某一局部汗出（有时实际是某部不出汗）。其病证有寒热虚实之别。应注意询问具体部位及兼症。临床常见的局部汗出有以下几种：

1. 头汗 仅见头部或头顶部汗出较多者，谓之头汗，或称但头汗出。其因有四：上焦热盛，迫津外泄；中焦湿热蕴结，湿郁热蒸；阴寒内盛，元气将脱，虚阳上越，为亡阳之象；素体阳气偏盛，热蒸于上。

2. 半身汗出 指身体的一半出汗，另一半无汗，或见于左侧，或见于右侧，或见于上半身，或见于下半身。多因风痰或痰湿、风湿之邪闭阻经络，气血运行不周所致，故无汗的半身为病变的部位。多见于中风、痿病及截瘫等病人。

3. 手足心汗 手足心微汗出者，一般为生理现象。热郁于内或阴虚阳亢，逼津外出而达于四肢，故见手足心汗出。可见于阴经郁热熏蒸，阳明热盛，中焦湿热郁蒸等证。

4. 心胸汗 指心胸部位易汗出或汗出过多。多见于心脾两虚或心肾不交之证。

此外，问汗还需注意了解汗的冷热、色泽等，以作辨证之依据。一般来说，冷汗多由阳气虚衰所引起，热汗多由外感风热或内热蒸迫所致。汗出粘衣，色黄如黄柏汁者，谓之黄汗，多因风湿热邪交蒸之故。

三、问疼痛

疼痛是临床常见的自觉症状之一。可出现在患病机体各个部位。导致疼痛的原因很多，概括为虚实两类：一是感受外邪，或气滞血瘀，或痰浊凝滞，或食滞虫积等，阻滞气机，血流不畅，“不通则痛”，属因实而致痛；二是因气血不足，或阴精亏损，脏腑经络失养，“不荣则痛”，属因虚而致痛。

问疼痛，应注意询问疼痛产生的因素、部位、性质、程度、时间、喜恶等。

（一）疼痛部位

问疼痛的部位，可诊断病变所在的脏腑经络。

1. 头痛 指整个头部，或头的前后部位、或两侧、或头顶部的疼痛。根据头痛部位，参照经络的循行部位，以辨别病属何经。如头项痛者，属太阳经；两侧头痛者，属少阳经；前额连眉棱骨痛者，属阳明经；巅顶部痛者，属厥阴经等。

引起头痛的原因很多，外感风、寒、暑、湿、火邪以及痰浊、瘀血阻滞所致，多属实证；气血精髓亏少，不能上荣于头者，则为虚证。结合询问头痛的性质及兼症，可作为辨证求因的依据。

2. 胸痛 指胸部正中或偏侧疼痛。多为心肺病变。问胸痛首先应注意分辨胸痛的确切部位，如胸前“虚里”部位作痛，或痛彻臂内，病位在心；胸膈部位作痛，病位在肺。

根据胸痛部位，结合疼痛的性质及兼症，综合分析判断疾病的原因。如“虚里”部

位憋闷，痛如针刺者，多属血瘀心脉；胸痛咳吐脓血腥臭痰者，多为肺痈等。

3. 胁痛 指肋的一侧或两侧疼痛。多与肝胆及其经脉的病变密切相关。如肝郁气滞、肝胆湿热、肝胆火盛以及悬饮等病证，常有胁痛。

4. 脘痛 指上腹部剑突下疼痛。临床所见寒、热、食积、气滞等原因，均可导致胃脘疼痛，应根据疼痛的性质及兼症进行辨证。一般进食后痛势加剧者，多属实证；进食后疼痛缓解者，多属虚证。

5. 腹痛 腹部的范围较大，可分为大腹、小腹、少腹三部分。脐以上为大腹，属脾胃；脐以下至耻骨毛际以上为小腹，属肾、膀胱、大小肠、胞宫；小腹两侧为少腹，是足厥阴肝经所过之处。临床问腹痛常与按诊密切配合。首先查明疼痛的部位，判断病变所在脏腑，然后结合疼痛的性质及兼症，来了解引起疼痛的原因，以辨病证虚实。如因寒凝、热结、气滞、血瘀、食积、虫积等所致者为实证；若由气虚、血虚、阳虚等所致者为虚证。

6. 背痛 脊背痛多与督脉、足太阳经、手三阳经脉病证有关。如脊痛不可俯仰者，多因督脉损伤所致；背痛连及项部，常因风寒之邪客于太阳经所致；肩背作痛，多为风寒湿邪阻络所致。

7. 腰痛 指腰脊正中或腰部两侧的疼痛。多为肾及局部经脉组织的病变。腰脊或腰骶部疼痛，多属风湿痹病，或为瘀血阻络，或由肾虚所致。腰痛以两侧为主者，多属肾虚。临床常结合按诊，询问病人腰部两侧有无叩击痛，作为诊断肾病的重要指征。若腰脊疼痛连及下肢者，多属经络阻滞。腰痛连腹，绕如带状，则为带脉损伤。

8. 四肢痛 指四肢肌肉筋脉及关节疼痛。多因风寒湿邪侵袭，或湿热蕴结所致。亦有脾胃虚损而四肢作痛者。若独见足跟或胫膝痠痛者属肾虚。

9. 周身疼痛 指头身、腰背、四肢等部位均感觉疼痛。问诊应注意询问发病时间，病程长短。一般新病周身疼痛多属实证，以感受风寒湿邪居多；若久病卧床不起而周身作痛则属虚证，乃气血亏虚所致。

（二）疼痛性质

询问疼痛的性质和特点，可作为分析疼痛病因病机的依据。

1. 胀痛 指疼痛且有撑胀饱满的感觉。是气滞作痛的特点。如胸胁脘腹等处的胀痛，时发时止，多属气滞证。但头目胀痛，则多见于肝阳上亢或肝火上炎的病证。

2. 刺痛 指疼痛如针刺之状，多为固定不移。是瘀血致痛的特征之一。全身各部的瘀血证，均可出现刺痛。

3. 走窜痛 指痛处游走不定，或走窜攻痛。胸胁脘腹疼痛而走窜不定，称为窜痛，多因气滞所致；肢体关节疼痛而游走不定，称为游走痛，多见于风湿痹病。

4. 固定痛 指痛处固定不移。胸胁脘腹等处固定作痛，多属血瘀；肢体关节疼痛固定不移，亦多瘀血，或为寒湿痹病。

5. 冷痛 指疼痛有冷感而喜暖。常见于腰脊、脘腹及四肢关节等处。因寒邪阻络所致者，属实证；阳气不足，脏腑、肢体失于温煦而致者，属虚证。

6. 灼痛 指疼痛有灼热之感，且喜冷恶热。常因火邪窜络，或阴虚火旺，组织被灼所致。

7. 绞痛 指疼痛剧烈如刀绞。多因有形实邪阻闭气机，或寒邪凝滞气机所致。如心

脉痹阻引起的“厥心痛”；结石阻塞尿路引起的少腹痛；寒邪内侵肠胃所致的气腹痛等，往往都具绞痛的特点。

8. 隐痛 指疼痛不剧烈，尚可忍耐，但绵绵不休。常见于头、腕、腹等部位。一般多由精血亏损，或阳气不足，导致经脉气血运行缓慢所致。

9. 重痛 指疼痛并有沉重之感。常见于头部、四肢、腰部及全身，多因湿邪困阻气机而致。头部重痛，亦有因肝阳上亢，气血上壅所致者，应与湿盛头重如裹相区别。

10. 掣痛 指抽掣牵扯而痛，由一处而连及其它处。也称引痛、彻痛。多因经脉失养或阻滞不通所致，由于肝主筋，故多与肝的病证有关。

11. 空痛 指疼痛有空虚之感。一般多见于头部或小腹部，多由气血精髓亏虚所致。

总之，新病疼痛，痛势较剧，持续不解，痛而拒按者，多属实证；久病疼痛，痛势较缓，时痛时止，痛而喜按者，多属虚证。

四、问头身胸腹不适

问头身胸腹不适，是指“十问”中问头身、胸腹部位除疼痛感觉之外的其它不适，如头晕、胸闷、心悸、胁胀、腕痞、腹胀、身重、麻木等症状的有无、程度及特点等。

（一）头晕

头晕是患者自觉头脑有晕旋之感，病重者感觉自身或景物旋转，站立不稳。询问应注意了解引发或加重本症的因素及兼症。如头晕而胀，脉弦数者，多为肝火上炎；头晕面白，舌淡脉细者，多为气血亏虚；头晕且重，如物裹缠，苔白腻者，多为痰湿内阻；若外伤后头晕刺痛者，多属瘀血阻络。

（二）胸闷

胸闷指胸部有痞塞满闷不舒之感，亦称胸痞、胸满。与心、肺等脏气机不畅有密切关系，外邪束表，肺气不宣；心气不足，心阳不振；心血瘀阻；痰湿内阻，肺气壅滞；肝气郁结，气滞胸中等均可见胸闷的症状。

（三）心悸

心悸指患者经常自觉心跳、心慌、悸动不安，甚至不能自主的一种症状。多是心神或心脏病变的反映。

因受惊而心悸，或心悸易惊，恐惧不安者，称为惊悸。惊悸的全身情况较好，其病情较轻；若精神状态不佳甚至失常者，则病重。

心跳剧烈，上至心胸，下至脐腹者，称为怔忡。怔忡常是惊悸的进一步发展，每由内因引起，稍劳即发，全身情况较差，其病情较重。

惊悸、怔忡均属心悸，其形成原因较多，临床上应根据心悸的轻重、特点及兼症的不同来进行辨证。

（四）胁胀

胁胀是指肋肋的一侧或两侧有胀满不舒的感觉。多见于肝胆病变，如肝气郁结、肝胆湿热等。

（五）腕痞

腕痞指患者自觉胃脘部胀闷不舒，又称脘胀。是脾胃病变的反映，如饮食伤胃、脾胃虚弱等。

（六）腹胀

腹胀指患者自觉腹部胀满痞塞不舒，如物支撑的症状。腹胀喜按属虚，多为脾胃虚弱；腹胀拒按属实，多为食积胃肠，或实热内结等。若腹胀如鼓，皮色苍黄，腹壁青筋暴露者，称为臌胀。

（七）身重

身重指身体有沉重痠困的感觉。多与肺、脾二脏病证有关，如风邪外袭，肺失宣降，或脾虚失运，湿邪阻困，以及久病气阴两伤的病人，可有身重之症。

（八）麻木

麻木指患者肌肤感觉减退，甚至消失的症状，又称不仁。多因气血亏虚，或肝风内动，或痰湿瘀血阻络所致。

此外，恶心、神疲、乏力、气坠、心烦、胆怯、身痒等，亦属头身胸腹不适的问诊范围，临床中不容忽视。

五、问耳目

询问耳目听视状况，不仅可了解耳目局部有无病变，而且有助于推断全身生理病理变化。

（一）问耳

指询问患者有否耳鸣、耳聋、重听等听觉的异常变化。听力减退，轻者为重听，重者为耳聋。耳鸣、耳聋可单独出现，亦可同时并见。耳鸣可进一步发展成耳聋。临床应注意询问其特点、新久、程度及兼症等，以作为辨证的依据。

1. 耳鸣 患者自觉耳内鸣响，如闻蝉鸣，或如潮声，或单侧或双侧，妨碍听觉者，称为耳鸣。凡突发耳鸣，声大如蛙聒，或如潮声，按之鸣声不减者，多属实证。多因肝胆火盛，上扰清窍所致。若渐觉耳鸣，声音细小，如闻蝉鸣，按之鸣声减轻或暂止者，多属虚证。常是肝肾阴虚，肝阳上扰所致；或由肾虚精亏，髓海不充，耳失所养而成。

2. 耳聋 患者有不同程度的听力减退，甚至听觉丧失，不闻外声，谓之耳聋。一般耳暴聋者，多属实证，常由外感风寒，清窍失灵，或肝胆火逆，上壅于耳而成。若温病出现耳聋，多由热邪蕴结上焦，蒙蔽清窍所致。久病或年老而耳渐聋者，属于虚证，多因精气虚衰，不能上充清窍所致。

3. 重听 听力减退，听音不清，声音重复，称为重听。日久渐致重听，以虚证居多，常因肾之精气虚衰，耳窍失荣所致，多见于年老体衰的患者。若耳骤发重听，以实证居多，常见原因是痰浊上蒙，或风邪上袭耳窍所致。

（二）问目

目疾病症繁多，设有专科讨论。此仅讨论几个常见症状的含义及其临床意义。

1. 目痒 指眼睑、眦内或目珠有痒感，轻者揉拭则止，重者极痒难忍。临床应注意询问目痒程度及兼症。目痒甚者，多属实证，如肝经风火上扰。若两目微痒而势缓者，多属血虚，目失濡养所致。

2. 目痛 单目或双目疼痛，谓之目痛。目痛原因较为复杂，一般痛剧者，多属实证，如肝火上炎、风热袭目等；痛微者，多属虚证，如阴虚火浮等。

3. 目眩 视物旋转动荡，或眼前有蚊蝇飞动之感，谓之目眩，或称眼花。风火上扰清窍，或痰湿上蒙清窍所引起的目眩属实；中气下陷，清阳不升，或肝肾不足，精亏血

虚，以致目窍失于充养所致的目眩属虚。

4. 目昏、雀盲、歧视 视物昏暗不明，模糊不清，称为目昏。若白昼视力正常，每至黄昏视物不清，如雀之盲，故称雀盲，或称雀目、鸡盲、夜盲。视一物成二物而不清，谓之歧视，或称视歧。目昏、雀盲、歧视三者均为视力不同程度减退的病变，各有特点，其病因、病机基本相同，多由肝肾亏虚，精血不足，目失充养而致，常见于久病或年老、体弱之人。

六、问睡眠

睡眠是人体正常的生理活动，人体为了适应自然界昼夜节律性变化，维持人体阴阳的协调平衡，故睡眠具有一定的规律性。在正常的情况下，卫气昼行于阳经，阳气盛则醒；夜行于阴经，阴气盛则眠。睡眠除与人体卫气循行和阴阳盛衰相关外，还与气血的盈亏及心肾的功能相关。

问睡眠主要是询问睡眠时间的长短、人睡的难易、有无多梦等情况，以便了解机体阴阳气血的盛衰，心脾肝肾等脏腑功能状况。睡眠失常主要有失眠、嗜睡。

（一）失眠

失眠又称不寐或不得眠。是以经常不易入睡，或睡而易醒不能再睡，或睡而不酣时易惊醒，甚至彻夜不眠为特征的病证。失眠的主要病因病机：一是营血亏虚，心神失养，或阴虚火旺，内扰心神。二是邪气干扰，如痰热上扰心神而失眠，或食滞内停的“胃不和则卧不安”等。

（二）嗜睡

嗜睡是指患者不论昼夜，睡意很浓，经常不自主地入睡，又称多寐、多睡眠。多因痰湿内盛，阳虚阴盛，脾失健运，清阳不升所致。大病之后，精神疲乏而嗜睡，是正气未复的表现。若病人精神极度疲惫，神识朦胧，似睡非睡，肢冷脉微，属心肾阳衰。至于温热病出现昏睡，是热盛神昏之象；中风病人若见昏睡，为痰瘀蒙蔽心神之征，二者均不属嗜睡，而属昏迷之类。

七、问饮食口味

问饮食口味是指对病理情况下的口渴、饮水、进食、口味等的询问。应注意了解有无口渴、饮水多少、喜冷喜热，有无食欲、食量多少、对食物的喜恶，口中有无异常味觉和气味等。通过询问饮食口味的情况，可了解体内津液的盈亏及输布是否正常，脾胃及有关脏腑功能的盛衰等，对临床疾病的诊断具有重要意义。

（一）口渴与饮水

口渴是指口干渴的感觉；饮水是指实际饮水的多少。临床上应注意询问口渴的特点及其兼症。

1. 口不渴饮 指病人口不渴，不欲饮水。说明津液未伤，多见于寒证、湿证。由于寒邪或湿邪不耗津液，津液未伤，故口不渴不欲饮。或见于无明显燥热症状的病证。

2. 口渴欲饮 指病人感到口渴欲饮水，是津液损伤的临床表现。多见于燥证、热证，如外感温热病初期，或里热炽盛的阳明经证等。

口渴多饮，小便量多、多食易饥、体渐消瘦者，为消渴。

渴喜热饮、饮水不多，多为痰湿内停，或阳气虚弱所致。

口渴而不多饮，多属湿热证。

口渴饮水不多，也可见于温病营分证。

先渴饮而后作呕，或饮后即吐，多为饮停于胃的“水逆”证。

先见呕吐而后渴欲饮水者，是津液耗伤，饮水自救之征。

若口干，但欲漱水而不欲咽，兼见舌有紫色斑点者，属内有瘀血。

（二）食欲与食量

食欲是指进食的要求和对进食的欣快感觉；食量是指实际的进食量。询问食欲与食量，对于判断脾胃功能强弱以及疾病的预后转归有重要意义。

1. 食欲减退 包括不欲食、纳少与纳呆。不欲食指不想进食，或食之无味，食量减少，又称食欲不振。纳少，指进食量减少，常由不欲食所引起。纳呆，指无饥饿感及进食要求，可食可不食，甚则恶食。

新病食欲减退，一般是正气抗邪的保护性反应，故病情较轻，预后良好；久病食欲减退，兼神疲倦怠、面色萎黄、舌淡、脉虚者，多属脾胃虚弱。纳呆食少，伴有头身困重、脘闷腹胀、舌苔厚腻者，多由湿盛困脾所致。

2. 厌食 厌恶食物或恶闻食味，称为厌食或恶食。可因饮食不节，食滞胃脘，或脾胃、肝胆湿热内蕴所致。

孕妇若见厌食呕吐，为妊娠恶阻，是因妊娠冲脉之气上逆，胃失和降所致，轻微者属生理反应，可逐渐消失。

3. 消谷善饥 指食欲过于旺盛，食后不久即感饥饿，进食量多的症状，又称多食易饥。乃胃火炽盛所致。若消谷善饥，形体反见消瘦者，多见于消渴病。

4. 饥不欲食 指患者虽有饥饿感，但不欲进食，或进食不多。多因胃阴不足，虚火内扰所致。

5. 偏嗜食物 因地域与生活习惯不同，饮食偏嗜，一般不会发生疾病。若偏嗜过甚，亦可导致疾病。妇女妊娠期间，嗜酸择食，不属病态。若嗜食生米、泥土等异物的，称为嗜食异物。常见于小儿，多属虫积。

此外，在疾病过程中，食欲渐复，食量渐增，是胃气渐复，疾病向愈之兆；若食欲逐渐不振，食量渐减，是脾胃功能逐渐衰弱的表现，提示病情加重。若久病患者，本不能食，若突然欲食或暴食，称为“除中”，是脾胃之气将绝的征象，属病危。

（三）口味

口味是指口中有无异常的味觉和气味。口味异常多为脾胃功能失常或其它脏腑病证的反映。

1. 口淡 指口中无味，味觉减退的症状。多为脾胃气虚，或见于寒证。

2. 口苦 指自觉口中有苦味。多见于肝胆火旺、胆气上逆的病证。

3. 口甜 指自觉口中有甜味。若口中甜而粘腻不爽，舌苔黄腻者，多属脾胃湿热。若舌苔薄净，口中涎沫亦稀薄者，多属脾虚。

4. 口酸 指自觉口中有酸味。多由肝胃蕴热、肝胃不和所致。若口中酸馊，则属伤食。

5. 口涩 指口中有如食生柿子后口涩之感觉。每多与舌燥同时出现。为燥热伤津或脏腑阳热偏盛，气火上逆所致。

6. 口咸 指自觉口中有咸味。多与肾虚及寒水上泛有关。

7. 口粘腻 指口中粘腻不爽，常伴舌苔厚腻。多由湿浊停滞、痰饮食积所致。若口中粘腻而甜，多为脾胃湿热。若口中粘腻而苦，多属肝胆湿热。

此外，还有口麻、口腔疼痛等症，虽不属口味异常，但有临床意义。亦归纳在问口味一节。若口舌麻木而感觉减退者，应注意肝阳化风或是否因某些药物过量所致。口腔疼痛者，多为脾胃火热上炎或阴虚火旺证。

八、问二便

大小便的排出是正常的生理现象，若排泄异常，属病理表现。询问大小便的排泄状况，是判断脾胃运化功能、水液代谢状况及疾病寒热虚实的重要依据。

问二便应注意了解大小便的性状、颜色、气味、时间、量的多少、排便次数、排便感觉及兼有症状等。其中颜色、气味详见望诊和闻诊。

(一) 大便

健康成人一般每日大便1次，成形不燥，干湿适中，排便通畅，多呈黄色，便内无脓血、粘液及未消化的食物等。本节重点讨论询问便次、便质以及排便感异常的临床意义。

1. 便次异常 指大便次数多少的变化。包括便秘和泄泻两种情况：

便秘 大便秘结不通，排便时间延长，或欲便而艰涩不畅的，称为便秘或大便难。多因热结肠道，或津液亏少，或阴血不足所致，亦有因气虚或阳虚寒凝者。临床注意从兼症之不同，来判断病证的寒热虚实。

泄泻 便次增多，便质稀薄，甚至便稀如水样，称为泄泻。内伤饮食、感受外邪、机体阳气不足、情志失调等均可引起泄泻。一般新病泻急者，多属实证；病久泄缓者，多属虚证。临床应注意询问泄泻的性状及兼症。若泻下黄糜，腹痛，肛门灼热者，多属湿热所致。黎明前腹痛作泄，泄后则安，形寒肢冷，腰膝痠软者，称为“五更泄”，多由肾虚命门火衰所致。

2. 便质异常 除便秘、泄泻必然伴有便质的干燥、稀薄之外，常见者尚有：

完谷不化 即大便中经常含有较多未消化的食物。多见于脾胃虚寒或肾虚命门火衰所致的泄泻。

溏结不调：即大便时干时稀，或先干后溏。前者多因肝郁脾虚，肝脾不调所致；后者多属脾胃虚弱。

脓血便：大便中夹有脓血粘液，多见于痢疾。此外，若先便后血，便血紫暗为远血；先血后便，便血鲜红为近血。

3. 排便感异常 排便中的异常感觉有以下几种：

肛门灼热：指排便时肛门有灼热感。多因大肠湿热下注，或大肠郁热下迫所致。多见于热泻或湿热痢。

里急后重：腹痛窘迫，时时欲便，肛门重坠，便出不爽，称为“里急后重”。多因湿热内阻，肠道气滞所致。为痢疾的主症之一。

排便不爽：即排便不通畅，有滞涩难尽之感。可因湿热蕴结，肠道气机不畅；肝气犯脾，肠道气滞；食滞胃肠等所致。

滑泻失禁：指大便不能控制，滑出不禁，甚则便出而不自知，故称大便失禁或滑泻。多因脾肾虚衰，肛门失约所致。多见于久泻患者。

肛门气坠：即肛门有下坠之感。常因劳累或排便而加重。多属脾虚中气下陷，常见

于久泻或久痢不愈者。

（二）小便

健康成人在一般情况下，日间排尿 3~5 次，夜间排尿 0~1 次。每昼夜总尿量约 1000~1800 毫升。尿次和尿量受饮水、温度、出汗、年龄等因素的影响。了解小便有无异常变化，可诊察体内津液的盈亏和有关脏腑的气化功能是否正常。一般应询问尿量的多少、排尿的次数及排尿时的感觉等。

1. 尿量异常 指尿的量次明显增多或减少。

尿量增多：指尿次、尿量明显超过正常量次。临床常为诊断某些疾病的重要依据，如消渴病出现的三多症之一即为多尿。在一般病证中，小便清长量多者，属虚寒证。

尿量减少：指尿次、尿量皆明显少于正常量次。多由热盛津伤；或汗下伤津；或肺、脾、肾功能失常所致，多见于各种热病和水肿病。

2. 尿次异常 指尿的次数明显增多或减少。

小便频数：即排尿次数增多，时欲小便。如新病小便频数，短赤而急迫，是膀胱湿热。小便频数，量多色清，夜间尤甚，为下焦虚寒，多因肾阳不足，肾气不固，膀胱失约所致。

癃闭：小便不畅，点滴而出为癃；小便不通，点滴不出为闭，一般统称为癃闭。因肾阳不足，气化失常，或由肾阴亏损，津液内匿所致者，多属虚证；若因湿热下注，或有瘀血、结石阻塞而成者，多属实证。

3. 排尿感异常 指排尿时的异常感觉。

小便涩痛：即小便排出不畅而痛，或伴急迫、灼热等感觉，多因心火下移或膀胱湿热所致，可见于淋病。

余沥不尽 小便后点滴不尽，又称尿后余沥。多因肾关不固而致，常见于老年或久病体衰者。

小便失禁：指小便不能随意控制而自遗。多属肾气不固或下焦虚寒所致。若神昏而小便自遗，属于危重证候。

遗尿：指睡眠中小便自行排出，俗称尿床。多由肾气不固所致。

九、问经带

妇女有月经、带下、妊娠、产育等生理、病理特点。对妇女的问诊，尚应注意月经、带下、妊娠、产育等情况。

妇女月经、带下的异常，不仅是妇科常见疾病，也是全身病理变化的反映。因而即使一般疾病也应询问月经、带下情况，作为诊断妇科或其它疾病的依据。

问妊娠、产育的目的是了解妊娠、产育与所患疾病的关系，以便指导正确的诊断治疗。妇女在非妊娠、产育期患病，对于妊娠、产育的情况可作为个人生活史询问。

（一）月经

月经是指有规律的、周期性的子宫出血。一般每月 1 次，信而有期，故又称月汛、月水或月信。健康女子，一般到 14 岁左右月经便开始来潮，称为初潮。到 49 岁左右，月经便停止，称为绝经。

问月经应注意了解月经的周期，行经的天数，月经的量、色、质，有无闭经或行经腹痛等表现。必要时可问末次月经日期，以及初潮或绝经年龄。

1. 经期异常 指月经周期的异常变化。正常月经周期，约 28 天左右行经 1 次，行经期一般为 3~5 天。

月经先期：若月经周期经常提前 8、9 天以上，称月经先期，或称月经超前。多因气虚，冲任不固所致，或因阳盛血热、肝郁血热、阴虚火旺，以致热扰冲任所致。

月经后期：若月经周期经常错后 8、9 天以上，称月经后期，或称经迟。虚者多因营血亏损，或因阳气虚衰，血源不足之故。实者多为气滞血瘀，或寒凝血瘀所致。

经期错乱：月经或前或后，经期不定，称经期错乱，或称月经先后不定期。多因肝气郁滞，气机不调，或脾肾虚损，或瘀血阻滞所致。

2. 经量异常 经量是指健康女子经期排出的血量。经量一般为 50~100 毫升，由于个体素质、年龄等不同，经量的多少，可略有差异。

月经过多：月经量较以往明显增多，周期基本正常者，称为月经过多。多因血热、气虚或血瘀胞络所致。

崩漏：不在行经期间，阴道内大量出血，或持续下血，淋漓不止者，称为崩漏。一般来势急，出血量多者称崩，或称崩中；来势缓，出血量少者称漏，或称漏下。崩与漏在病势上虽有缓急之分，但发病机理基本相同，崩与漏常互相转化，交替出现，故统称为崩漏。其原因或由热伤冲任，迫血妄行；或因脾肾气虚，冲任不固；或因瘀阻冲任，血不归经所致。

月经过少：月经周期基本正常，经量明显减少，甚或点滴即净，称为月经过少。虚者多因营血衰少或肾气亏损所致。实者多因寒凝、血瘀或痰湿阻滞引起。

闭经：在行经年龄停经 3 个月以上而又未受孕，或不在哺乳期月经不来潮，称为闭经。气虚血亏所致者，属虚证；气滞血瘀或寒凝痰阻而致者，为实证。

3. 经色、经质异常 经色是指月经的颜色，正常月经色正红。经质是指月经性状，正常经质不稀不稠，不夹杂血块。若色淡红质稀，为血少不荣；经色深红质稠，乃血热内炽；经色紫暗，夹有血块，兼小腹冷痛，属寒凝血瘀。

4. 痛经 正值经期或行经前后，出现周期性小腹疼痛，或痛引腰骶，甚或痛剧不能忍受，称为痛经，或称经行腹痛。若经前或经期小腹胀痛或刺痛，多属气滞或血瘀；小腹冷痛，遇温则减轻者，多属寒凝或阳虚；经期或经后小腹隐痛，多属气血两虚所致。

(二) 带下

带下是指妇女阴道内的一种少量乳白色、无臭味的分泌物，具有润泽阴道的作用。若带下过多，淋漓不断，或有色、质的改变，或有臭味，即为病理性带下。问带下应注意量的多少、色质和气味等。临床常见者有白带、黄带、赤白带。

1. 白带 带下色白量多，质稀如涕，淋漓不绝，多属脾肾阳虚，寒湿下注。

2. 黄带 带下色黄，质粘臭秽，多属湿热下注。

3. 赤白带 即白带中混有血液，赤白杂见，多属肝经郁热，或湿热下注。

十、问小儿

儿科古称“哑科”，问诊较困难，临床主要是通过询问陪诊者，来获得有关小儿疾病的资料。

小儿在生理上具有脏腑娇嫩，生机蓬勃，发育迅速的特点；在病理上有发病较快，变化较多，易虚易实的特点。问小儿除一般问诊内容外，还要注意以下几点：

（一）出生前后情况

新生儿（出生后至1个月）的疾病多与先天因素或分娩情况有关，故应着重询问妊娠期及产育期母亲的营养健康状况，有何疾病，曾服何药，分娩时是否难产、早产等，以了解小儿的先天情况。

婴幼儿（1个月至3周岁）发育较快，需要供给充足的营养，但脾胃功能又较弱，如果喂养不当，易患营养不良、腹泻以及五软、五迟等病。故应重点询问喂养方法及坐、爬、立、走、出牙、学语的迟早情况，从而了解小儿后天营养状况和生长发育是否符合规律。

（二）预防接种、传染病史

小儿6个月~5周岁之间，从母体获得的先天免疫力逐渐消失，而后天的免疫机能尚未形成，故易感染水痘、麻疹等急性传染病。预防接种可减少感染发病。患过麻疹者可获终身免疫。若密切接触传染病患者如水痘、丹痧等，则容易感染发病。询问上述情况，可作为诊断的重要依据。

（三）易使小儿致病的原因

小儿脏腑娇嫩，抵抗力弱，调节功能低下，易受气候及环境影响而发病。如可因感受六淫之邪而导致外感病，出现发热恶寒、咳嗽、咽痛等症；小儿脾胃薄弱，消化力差，极易伤食，出现呕吐、泄泻等症；婴幼儿神志发育不完善，易受惊吓，而见哭闹、惊叫等症。了解上述小儿常见致病原因，有利于抓住问诊的重点。

【补充阐发】

一、要善于抓住主症进行询问

主症是指疾病中的主要症状与体征，它是疾病病理本质的外在表现。每一病证都有其特定性的主症。主症可以是一个，也可由若干个组成。抓住主症进行询问，就是以主症作为认识疾病本质的中心、关键而进行诊断思维的方法。临床若能准确抓住主症，并能围绕主症进行询问，且通过主症进行分析思考，则有利于对疾病本质的认识，为准确治疗提供可靠依据。

主症一般是病案中的主诉。但也不尽然，譬如《伤寒论》太阳病的提纲，“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”对于一个外感表证的患者来说，脉浮显然不会作为其主诉，恶寒也可能不是病人就诊的主要痛苦，医生多半不会将其作为主诉，因此其主诉很可能是头项强痛。然而恶寒对于诊断太阳病来说，则是必有的症状，因而应是太阳表证的主症，所以有人在注解此句而恶寒之“而”字时，认为是“必”恶寒。又如厥阴病的提纲说：“消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔。”如果是一个蛔厥病（蛔虫窜胆）、虫扰胆膈证的病人，则其第一个症状一消渴，可能既不是主症、也不是主诉，饥而不欲食一般也不是主症，因此，其主症应该是上腹部疼痛并伴呕吐蛔虫。

准确的认识主症，并不是一件容易的事。因为主症是病证本质的客观表现，是对病证诊断起决定作用的症状，因而不等于病人的主诉，而是必须通过医生分析思考以后才能确定，也就是说病证本质所反映的主要症状，而不等于病人所说的主要症状。因为有时可能病人自认为很重要的痛苦，或者首先所讲的是一些次要症状，其实并不一定是病证所反映的主症。

临床时，定准主症以后，就要围绕主症这一中心线索进行询问和思考，并且要问症

与辨证（即边询问边分析）相结合，减少盲目和防止遗漏。如以“腹痛”为主症，则首先应询问腹痛的发生时间、发生的原因，疼痛的具体部位、性状、程度、喜恶等；其次询问与主症密切相关的情况，如有无恶心呕吐？有无腹胀腹泻？饮食如何等；然后询问全身其它病情，如有无恶寒发热？有无汗出？小便如何等等；最后是进行舌脉等项检查。由此可见，临床上的问诊，并不是机械地按“十问”的顺序进行，实际是要以主症为中心开展询问。所以对于问现在症的方法，可以这样归纳：首定主症问深全，次问主症紧相关，再问全身不适感，十问顺序可以参。

二、怎样理解“恶寒发热”的病状

“恶寒发热”是指恶寒发热并见。为外感病常见的一个症状，并且是诊断有无表证的最主要依据。正如《医碥·问证》所说：“外感则寒热齐作而无间，内伤则寒热间作而不齐。”

临床上六经辨证中的太阳病证，卫气营血辨证中的卫分证，三焦辨证中的上焦病证，均可见恶寒发热。其具体证候有风寒束表证、风寒犯肺证、太阳中风证、风湿犯表证、太阳伤暑证、暑温寒湿证、湿遏卫表证、秋燥犯表证、风水相搏证等。

恶寒与发热是两种相反的症状，从理论上讲，二者是不能同时出现的。但临床却实际存在，因为发热是一个过程，从发热的过程来看，恶寒发热见于发热的初期，恶寒时体温已开始上升，故恶寒是发热的伴随症状。其具体表现为：病人感到恶寒，而只是偶尔觉得轻微发热，甚至加衣覆被、向火取暖，其恶寒仍不得缓解，但切诊或探测则可有客观发热存在；或者是病人虽感发热，但同时又有恶寒的感觉，如《中医临证备要》说：“有的一边发热，一边仍觉恶寒”；也有的表现为去衣则恶寒，加衣则发热，如《症因脉治·寒热病》曰：“寒热病之症，头疼身痛，恶寒发热，去衣则凛凛，著衣则烦躁。”

在恶寒发热中，“恶寒”是病人的主观感觉，而“发热”则既可是主观的，也可是客观的。因此，所谓“恶寒发热”的关键，是病人一定要既有恶寒、又有发热的感觉，如果只觉恶寒而毫无发热之感，则即使体温很高，也不能称作“恶寒发热”，而只能是“恶寒”。

《素问·刺热》“肺热病者，……恶风寒，舌上黄，身热”，《伤寒论》“病有发热恶寒者，发于阳也”。“恶寒发热”是外感表证的特征性表现，其机理是风、寒、暑、湿、燥、火、温毒等邪，外犯肌表，玄府失调，卫阳之气被遏，不得外达而失其温分肉的作用则恶寒；体内正气（阳气）奋起抗邪，邪正相争，失于宣发而郁于肌表，不得外泄则发热。因此，有一分恶寒发热，便有一分表证。

但是，恶寒发热并不局限于外感表证，亦见于里热证。从临床看，虽然恶寒发热见于表证者最多，见于里证者较少，但里实热证之恶寒发热，病情较之表证更为严重，是邪正激烈斗争的反映。如邪毒内陷、脓毒流注、肝胆湿热、肝痈、肠痈等病证，均可见恶寒发热，其时恶寒愈重发热愈高，病情显然比表证为严重，乃火毒内蕴，正邪相争，局部气血壅滞，营卫不调所致。因此所谓“有一分恶寒，便有一分表证”的说法带有片面性。陈立功在《外科正宗》中明确指出：疮疡初期发热恶寒是外感风热或火毒内发，中期发热恶寒是疮疡等将要作脓，疮疡溃后发热恶寒是气血虚极的表现。火毒内发、疮疡作脓和溃后恶寒发热，显然都不是表证，而是属于里证。疮疡之病，因其具有局部红肿热痛、化脓等症状，或体内痈疮必伴相应脏腑证候，故不难与单纯外感表证的“恶寒发

热”相区别。

三、感寒发热与气虚发热

《素问·热论》说：“人之伤于寒也，则为病热”。外感寒邪不仅可出现恶寒、发热，头身疼痛，无汗，脉浮紧的表实寒证，其时病人常自觉轻度发热，触摸测量亦常见皮肤烫热、体温升高。同时，外寒不从表解，常可化热入里，而表现为以发热为主，但热不寒的里实热证。所以，感受寒邪可成为多种发热性疾病的始因之一。

感受的是寒邪，为何反致发热？中医认为：表里寒热诸证，都是机体正气对致病因素所产生的全身性反应。由于外寒侵袭肤表，寒邪有收引的特性，使人毛窍腠理闭伏而无汗，则阳气被郁遏于内而不得外泄（相当于散热减少），同时由于感受的是阴寒之邪，机体阳气必起而与邪相争（相当于产热增加），这样，只要体质较强、阳气不衰而又表闭无汗，则虽为感寒，而发热已成必然。

气虚发热又称脾虚发热，或称阳虚发热。其病机颇为特殊，有各种不同的观点。大致有两种情况：一种是“气不散精，阴不敛阳”。即脾气虚弱，则精微不能吸收与升散，致营血内亏而阳气无依，当活动劳累、病久耗气等情况下，则阳气更被耗伤而浮越，从而表现为烦热、气喘、汗出、心悸、脉数等症，这如同无力之人承担稍重的劳动，就表现出种种的不适情况相似，此种“身热而烦，气高而喘”，并非实热所致，而是营亏气乏、阳气浮动的现象，即《内经》所谓“阳气者，烦劳则张”的道理，故治当用“劳者温之”、“损者益之”的甘温之品，以健脾益气，收敛浮阳。

另一种是“气虚体弱，兼感外邪”。由于脾肺之气先虚，抵抗力减弱，易致风寒外袭，或湿邪内生，临床表现虽有邪困发热的证候，但其本质是由气虚所致，故治疗当在补气扶正的基础上佐以祛邪，热方可退。

四、潮热的表现与辨证

潮热，是指发热有一定的规律性，盛衰起伏如潮水涨落，一日一次，按时而发，按时而止。若一日数发则为发热，不属潮热范围。正如《杂病证治准绳·寒热门》所说：“潮热有作有止，若潮水之来，不失其时，一日一发。若日三五发，即是发热，非潮热也。”

对潮热的称谓，有以时间命名者，如日晡潮热、午后潮热、夜间潮热等；有以病状命名者，如骨蒸潮热；有按病性命名者，如阳明潮热、阴虚潮热、湿温潮热等。

潮热一症，多属里证，热势有高有低，病证有虚有实，多见于外感热病之中后期及某些内伤病等。《伤寒论》阳明腑证之日晡潮热，其特点是午后发热加剧。有些内伤病出现潮热多是阴虚，因此称为阴虚潮热。凡久热不退，气血不荣，形体消瘦，其热似骨髓蒸发而出者，称为骨蒸潮热。导致潮热的常见病机有阳明腑实、湿温邪留气分、肺肾阴虚、阴虚火旺、瘀血内停等。

潮热的辨证首当分虚实。实证潮热多由外感，病程较短，热势较高，常常热退不清；虚证潮热，多由劳倦内伤所致，病程多较长，热势较低，或仅有自觉发热，午后或夜间潮热，天明热退身凉。然实证久延、失治、误治，则可转为虚实夹杂证或虚证。《张氏医通·潮热》说：“有潮热者，当审其虚实。若大便坚涩，喜冷畏热，心下悒然，睡卧不着，此皆气盛，所谓实而潮热也，……若胃气消乏，精神憔悴，饮食减少，日渐羸瘦，病虽暂去，而五心常有余热，此属虚证。……有每遇夜身发微热，病人不觉，早起动作无事，饮食如常，既无别证可疑，只是血虚，阴不济阳。”可资借鉴。

五、对寒热往来机理的认识

所谓寒热往来，是指恶寒与发热交替出现，寒时自感恶寒而不自觉热，热时自觉发热而不自觉冷，一日一发或数发。此是邪在少阳半表半里之间，邪气不太盛，正气也不衰，正邪相争处于相持阶段。正胜则热，邪胜则寒，一胜一负，一来一往。故《中藏经》说：“人之寒热往来者，……此乃阴阳相胜也。”《景岳全书·伤寒典》亦说：“寒热往来者，阴阳相争，阴胜则寒，阳胜则热也。盖热为阳，寒为阴，表为阳，里为阴，邪之客于表者，为寒邪与阳相争则为寒栗，邪之传于里者，为热邪与阴相争则为热躁。邪在半表半里之间者，外与阳争则为寒，内与阴争则为热。”

万友生《伤寒知要·少阳病证治》指出：往来寒热是因邪入少阳，与正气相搏，正邪分争于半表半里所致。但注意对“正邪分争，往来寒热”的病机，有的认为是“出与阳争则寒，入与阴争则热”。如唐容川说：“邪在腠理，出与阳争则寒，入与阴争则热。”有的认为是“出与阳争则热，入与阴争则寒”。如徐忠可说：“寒热往来为少阳，邪在半表半里故也。疟邪亦在半表半里，故人而与阴争则寒，出而与阳争则热，此少阳之象也。”其实这是一个问题的两个方面，即前者是从“正邪分争”的邪方面看，这就是说，“出与阳争则寒”，为寒邪外束，正阳内敛；“入与阴争则热”，为邪热内炽，正阳外张。后者是从“正邪分争”的正方面看，也就是说，“出与阳争则热”，为正气向外抗邪，正阳外张；“入与阴争则寒”，为正被邪遏向内，正阳内敛。但其病机关键则在于正阳的内敛与外张，即在正阳内敛时，则邪胜而恶寒，而在正阳外张时，则正胜而发热。由于“正邪分争”于少阳半表半里的阴阳交界之处，时而出阳，时而入阴，所以呈现往来寒热之症。正如尤在泾所说：“少阳者，阴阳之交也。……阴阳出入，各有其时，故寒热往来，休作有时也。”至于往来寒热的休作有时，应当包括有定时和无定时的发作两种情况在内。

六、从“阳加于阴谓之汗”理解汗的机理

《素问·阴阳别论》指出：“阳加于阴谓之汗。”《临证指南医案·汗》说：“阳加于阴谓之汗，由是推之，是阳热加于阴，津散于外而为汗也。”吴塘亦说：“汗也者，合阳气阴精蒸化而出者也。……故汗之为物，以阳气为运用，以阴精为材料。”所以，无论生理性或病理性的汗之有无、多少，都应从阴阳盛衰及其相互关系是否协调来加以理解。

汗受体内阴阳相互作用的影响，汗的分泌与调节主要由卫气主持。汗又有调节体温，保持机体阴液与阳气的平衡，排出废物与邪气的作用。体内阴阳基本平衡时，一般无明显汗出，体内阳气偏旺则汗出可以散热；外界气温低时，肌腠闭伏而无汗出，以保持热能。

在病理情况下，阳气亏虚不能固护卫表，腠理不密，则常自汗出；阳气虚而无力蒸腾阴液，津液不能气化成汗，则又为无汗或少汗；阴液津血不足，汗无化源，常为无汗而皮肤干燥；阴虚火旺或内热，蒸迫津液外泄，则常见盗汗；里热炽盛，逼津外泄，故汗多；寒邪外束，肤表固密，故无汗；风邪外袭，营卫失调，则汗自出；经络瘀滞，阴阳气机升降受阻，津液不布，可为半身汗出；湿浊内蕴，阳热薰蒸，则汗出不彻或头额汗出；病情危重时，阴阳离决，常以“绝汗”为审证要点。……总之，理解了“阳加于阴谓之汗”，便可加深对汗出是否正常及其病理机制的认识。

七、为何阳虚自汗、阴虚盗汗

病人体虚，时常汗出，活动劳累尤甚者，称为自汗。因其常伴有形寒、疲乏、易感

风寒等阳气亏虚的证候，故多称“阳虚自汗”（或作“气虚自汗”）。其机理是阳气亏虚，卫外不密，活动劳累则能更加耗伤阳气，肤表开泄，于是汗液自出。正如张景岳所说：“自汗者，属阳虚，腠理不固，卫气之所司也，人以卫气固其表，卫气不固，则表虚自汗，而津液为之发泄也。”有人用皮层兴奋性（相当于“阳”）减弱（相当于“虚”），皮层下各级排汗中枢脱其抑制（相当于“卫表不固”），故在通常情况下不能引起排汗反射的内外环境因素刺激下（如活动劳累），则可引起排汗反射而汗出的道理来解释，似能帮助理解。

寐（入睡）时汗出，寤（清醒）则汗止，称为盗汗。因其一般伴有烦热、失眠、脉细数等阴虚内热之症，故常称“阴虚盗汗”。对于盗汗的病机，书上虽有多种解释，如“阴虚者，易阳亢浮越，汗液随阳外泄”；“阴虚则阳无所附，而液随阳泄”；“心阴虚，阳不摄阴”；“阴气虚弱不能敛阳”等等，似难说明寐汗寤止的道理。可用以下认识帮助理解：阴虚则生内热而阳气偏旺，入睡时阳气行于内而伏藏，使卫表暂时不密，在内热的逼迫之下，津液外泄而为盗汗；当醒寤时，阳气复行于外，能固护肤表，因而汗止。清·吴仪洛《成方切用·理血门》所说：“阴虚有火，睡去则卫外之阳乘虚陷入阴中，表液失其固卫，故濈濈然而汗出。及觉则阳用事，卫气复出于表，表实而汗即止。”正是此理。

八、盗汗不尽是阴虚，自汗非皆属阳虚

盗汗之名，最早见于《金匱要略·血痹虚劳病篇》：“男子平人，脉虚弱细微者，喜盗汗也。”在《内经》则称为“寤汗”。其主病，临床习以阴虚论治。自汗之名，首见于《伤寒论》，称“自汗出”。陈无择《三因极一病证方论·自汗证治》曰：“无问昏醒，浸浸自出者，名曰自汗。”可见宋以前并未明确自汗一定是白天出汗，也不认为自汗一定是阳气亏虚，只要是全身性汗出异常，都可称之为自汗。

“自汗属阳虚，盗汗属阴虚”的说法，大约起于明代医家的认识，如明·龚廷贤《寿世保元·汗症》曰：“自汗者，无时不濈濈然出，动则为甚，属阳虚，卫气之所司也。盗汗者，寐中汗出，通身如浴，觉来方止，属阴虚，营血之所主也。”明·薛铠《保婴撮要·盗汗》亦曰“自汗属阳虚，盗汗属阴虚”。然《景岳全书·汗症》却说：“自汗亦有阴虚，盗汗亦多阳虚也。……所以自汗盗汗亦各有阴阳之证，不得谓自汗必属阳虚，盗汗必属阴虚也。”

临床实践印证，自汗之因确不止于阳虚一端，盗汗之由亦不止于阴虚一途。如宋·朱肱《类证活人书》说：“伤寒……自汗者，九证：卫不和、伤风、风温、中湿、中暑、阳明病、亡阳、柔痉、霍乱，皆自汗。”元·朱震亨《丹溪心法·自汗》曾说：“自汗属气虚、血虚、湿、阳虚、痰”，“盗汗属血虚、气虚”。根据诸家报道，临床所见除阳虚自汗、气虚自汗以外，尚有血虚自汗、阴虚自汗、气阴两虚自汗、营卫不和自汗、脾胃湿热自汗、肝胆湿热自汗、膀胱失司自汗、瘀血内阻自汗、肝气郁结自汗、阳气亢盛自汗、风邪袭表自汗、痰阻自汗、惊恐自汗等等。盗汗除常见于阴虚以外，还有气虚盗汗、阳虚盗汗、气血两虚盗汗、脾胃气虚盗汗、营卫不和盗汗、邪郁少阳盗汗、外感风寒盗汗、内伤胃热盗汗、湿热交蒸盗汗、湿浊困阻盗汗、肝胆火盛盗汗、脾虚湿阻盗汗、痰湿盗汗、血瘀盗汗、肾元不足盗汗等等。

九、疼痛的病因与病机

疼痛是临床上最常见的症状，可以发生于很多脏器、组织、部位，有各种不同性质、不同程度的疼痛。很多疾病中都有不同程度的疼痛，甚至有的疾病是以疼痛为主要表现。

某些特定部位、特定性质的疼痛，对辨证、诊病具有重要的意义。

对于疼痛的病机，中医学常以“不通则痛”进行解释，即气血阻滞不通，经气不利，气化不行，是引起疼痛的最常见病机，这主要是针对实证所致疼痛而言。但张景岳《质疑录·论诸痛不宜补气》云：“夫实者，固不宜补，岂有虚者而亦不宜补乎？……凡属诸痛之虚者，不可以不补也。有曰：‘痛则不通’，又曰‘痛随利减’。人皆以为不易之法，不知此为治实痛者言也。故王海藏解‘痛利’二字，不可以‘利’为‘下’，宜作‘通’字训。此说甚善。”裘庆元《三三医书·经历杂论·诸痛论》云：“古人谓：‘通则不痛，痛则不通’。盖为实痛而言，若执此以治诸痛则谬矣。……夫痛亦各病中之一症也，必详其所因而后治之，始无差谬也。……当辨其外感六淫是何邪所伤，内伤七情是何脏受病，更有不内不外，乃人事之乖者，如跌打震动、刀伤失血等类，此所以致痛之因也。”可见疼痛的病因病机绝不止“不通则痛”一说，疼痛还有另外一类主要因机。

《素问·举痛论》云：“脉涩则血虚，血虚则痛。”《金匱翼》曰：“精气不足，则经脉虚而痛”，“阴虚血燥则经脉失养而痛”。《临证指南医案》亦曰：“营气日虚，脉络枯涩”，“络虚则痛”，“络脉空乏为痛”。这就是说，疼痛的另一类主要因机是“因虚而痛”、“不荣而痛”，即阴阳气血等亏虚，络脉空虚，脏器、经络等组织失于温煦、濡润、充养，也可导致疼痛，这主要是针对虚证所致疼痛而言。“不荣而痛”，具有起病缓慢，病程较长，喜按喜暖，时痛时止，劳累后加重，多为隐痛、绵绵作痛、空痛、冷痛等特点。

根据疼痛部位的不同，主要可以辨别疾病的病位。根据疼痛性质的不同，主要可以辨别疾病的性质。由于风邪善行而数变，故肢体疼痛呈游走性，此起彼伏，痛无定处者，多属风邪所致；寒性凝滞收引，故寒邪所致疼痛，具有冷痛固定，遇寒痛增，得温痛减的特点；湿性重浊、滞腻，故湿邪致痛的特点是痛有定处，沉重酸痛；火热之邪致痛者，灼痛而伴红、肿，遇热则痛增，得凉则痛减；气滞所致疼痛，以胸胁脘腹等处胀闷窜痛、得气行觉舒等为特点；血瘀致痛具有固定刺痛、夜间痛甚等特点。实痛则拒按，按之则痛剧；虚证所致之痛，痛而喜按，按之痛减。张景岳《质疑录·论诸痛不宜补气》云：“故凡痛而胀闭者多实，不胀不闭者多虚；痛而喜寒者多实热，喜热者多虚寒；饱而甚者多实，饥则甚者多虚；脉实气粗者多实，脉虚气少者多虚；新病壮实者多实，愈攻愈剧者多虚；痛在经者脉弦大，痛在脏者脉沉微。兼脉症以参之，而虚实自辨。”此为辨痛之虚实的大法，可以参考。

十、五更泄泻、日晡潮热的机理

有些病症的发作时间常有一定的规律，这可能与存在于人体及病原体内的所谓“生物钟”有关。

病人天明之前，腹痛欲便，泻后而安者，称为五更泄泻，也称黎明泄、鸡鸣泄。中医学认为是肾阳亏虚，命门火衰之故。为什么肾阳虚恰在五更泄泻？《素问·金匱真言论》说：“平旦至日中，天之阳，阳中之阳也；日中至黄昏，天之阳，阳中之阴也；合夜至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也；鸡鸣至平旦，天之阴，阴中之阳也。”昼为阳，夜为阴，傍晚至半夜，为阴中之阴，阴气渐盛，阳气虽蛰伏潜藏，但可借有白昼阳气的资助，阴寒尚未能凝集为犯，阴阳之气未形成搏击之势，故夜寐尚安。夜半至黎明，为阴中之阳，阳气渐长，常人肾中之阳每于夜半发动，五更携诸阳上升。肾虚火衰之后，夜半几无阳气推动，则阴寒凝聚，气结而不见泄泻。待到黎明之前，正是外界阴寒极盛（一昼夜中

气温最低)的时候,也是体内阳气(尤其是肾阳)最微的时候,然阴极而阳生,时近天明,阳气开始萌动,诸阳应运而升,起而与阴寒相争,但终因阳衰不能温化寒凝,上升之势反转为下降,故觉腹痛欲泻,存积的阴寒之邪随泻而得以外泄,故泻后病状缓解。阳气随着时间的推移而渐隆,故白昼即安。如此周而复始,则形成五更泄泻之病症。

病人发热按时,或按时热甚者,称为潮热。有规律的在下午出现潮热者,常称午后潮热,或称日晡潮热。日晡潮热在时间规律上、阴阳盛衰的机理上,恰与五更泄泻相反。正午之后,外界气温最高,体内阳气最旺,热盛阳亢,体内阴液被阳热耗损,同时午后“气门乃闭”(《素问·生气通天论》),阳热的散发相对减少,故下午发热明显。其病情多属阴虚内热证、阳明腑实证。其实除非外感新起之时,发热可无明显的时间限定,其余则一般都是下午或夜间为甚,因而其所主病证不只是阴虚和腑实两端。

十一、五更泄泻的时间,病机并非皆阳虚

有人指出,一般多将五更泄与鸡鸣泄、晨泄混称。而实际上五更、鸡鸣以及晨是更点记时法的不同时段。五更相当于寅时,即3~5点;鸡鸣相当于丑时,即1~3点,相当于四更;晨,《说文》:“晨,作晨,早昧爽也。从日从辰,辰,时也”。疏:昧是晦冥,爽是未明,谓夜向晨也。所以晨的含义是指从天亮到8、9点钟的一段时间,一般7~9点相当于晨时。由于五更、鸡鸣、晨所指的时段不同,因而所应脏腑亦异,五更脾之所应,鸡鸣肝之所应,晨为脾胃之所应。故发生于不同时间的泄泻,其脏腑病机不尽相同。

五更泄泻的病机,一般认为是脾肾阳虚,脾虚运化失常,肾虚后阴不固所致。故治疗常以温补脾肾,四神丸、真人养脏汤为其代表方剂。如《景岳全书·泻泄门》云:“肾为胃之关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足,则命门火衰,……阴气盛极之时,即令人洞泄不止也。”

肾阳亏虚而五更泄泻,此为言其常。明·秦景明《症因脉治·附五更泄泻》说:“五更泄泻,多属肾虚。然亦有酒积、寒积、食积、肝火之不同。病机既多,变化用药,尤贵圆通。”《张聿青医案·泄泻》说:“肾泄又名晨泄,每至黎明辄暴迫而注者是也。然肝病亦有至晨而泄者,以寅卯属木,木气旺时,辄乘土位也。疑似之症,将何以辨之哉?盖肾泄是命门火衰而无抑郁之气,故暴注而不痛;肝病而木旺克土,则木气抑郁,多痛而不暴注。”

据报道,五更泄泻有属于阴虚内热者,有属于心脾气血两虚者,有属于湿热阳郁者,有属于瘀血阻滞者,有属于营卫不和者,有属于伤食宿积者,有属于肺气不宣者,有属于肝郁脾虚者,有属于气陷湿积者,等等。可见,对于五更泄,既应重视时辰与脏气的对应关系,但更应综合考察全身病症情况,而进行辨证,切不可一见五更泄,便统统视之为肾虚、阳虚,否则仅凭时辰而定证,必然致误。

十二、热入营血为何口反不甚渴

《温病条辨·上焦篇》说:“太阴温病,寸脉大,舌绛而干,法当渴,今反不甚渴,热在营中,清营汤去黄连主之。渴乃温之本病,今反不渴,滋人疑惑!而舌绛且干,两寸脉大,的系温病。盖热邪入营,蒸腾营气上升,故不渴。不可疑不渴非温病也。”

“反不甚渴”,即口不甚渴,不是口不渴。是说邪入营分之后,口渴的程度与气分之口大渴相比较,反而轻了一些。热入营分,为何口反不甚渴?有以下几点理由进行解释:

一是热入营血,能蒸腾营阴上升,上潮于口,故不甚渴,犹沸水盛于器皿之中,热

气上蒸则其盖得湿也。

二是气分证是高热、大汗出，而在营分发热不如气分证时高，伤津耗液的程度反不如在气分时重，且经过气分阶段的大渴引饮，多少也补充了一部分水分。

三是热在气分耗伤津液，饮水可以自救，而热在营血则是耗伤营阴，营阴亏损，水不能济，故饮水无快意，而饮亦不多。

四是热入营分，多见有神志异常、感觉失灵，对口渴未能灵敏地反映出来。

五是胃中有蓄瘀之故。热邪深入营血，迫血妄行，热窜血络，在外可见斑疹隐隐，及各种出血症状；在内则因胃为气血之腑，受热邪干扰易于出血，瘀血蓄积胃中，热蕴于瘀血之中，可以蒸发其中的水分上潮于口，故胃中有瘀血亦不欲饮水，而口不甚渴。这与单纯的热盛伤津的口渴不同，与单纯的瘀血内停，阻滞气机，气不布津的渴不欲饮也不同。

十三、但欲漱水不欲咽的病状与病机

《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病篇》：“病入胸满，唇痿，舌青，口燥，但欲漱水不欲咽，无寒热，……为有瘀血。”二版教材《金匱要略讲义》认为：“瘀阻之处，必有郁热，故口燥欲漱水；但病在血分，虽燥而不欲咽。”又说：“这是瘀血郁热的轻重问题。瘀热不甚，故仅欲漱水不欲咽；瘀久郁热加甚，则口干燥而渴。”

但欲漱水不欲咽的机理，《血证论·瘀血》说：“瘀血在里则口渴，所以然者，血与气本不相离，内有瘀血，故气不得通，不能载水津上升，是以发渴，名曰血渴，瘀血去则不渴矣。”瘀血内阻，气化不利，津液不能上承则口燥，亦属津液输布障碍，但并非津液匮乏，故但欲漱水不欲咽，为蝶斑疮、臃胀、干燥病、伤寒蓄血证、温病热入营血等之常见征兆。

十四、虫积为何嗜食异物

《幼幼集成·虫痛证治》指出：“凡腹内有虫，必口馋好甜，或喜食泥土、茶叶、火炭之类。”然而应当首先指出的是，嗜食异物并不一定都是虫作祟。临床所见，嗜食异物，虫积者有之，非虫积者亦有之；小儿有之，成人亦有之；从病机而论，脾胃气虚者有之，非脾胃气虚者亦有之。如报导有心脾两虚嗜食糯米者，胃阴亏虚嗜食猪油者，胃热炽盛嗜食污泥者，热毒积滞嗜食樟脑丸者，成人湿郁嗜食黄土者，成人血虚、成人脾虚湿阻、老年脾虚嗜食生盐者等。《景岳全书·杂证谟·饮食》说：“凡喜食茶叶、喜食生米者，多因胃有伏火，所以能消此物。……又有喜食炭者，必其胃寒而湿，故喜此燥涩之物，亦当察脉症。”因此嗜食异物，其因机非止虫积，当凭脉症而辨证。

应当说，虫积者嗜食异物，一方面是在长期医疗实践中总结出来的经验，嗜食异物者，多见于小儿疳积，脾胃运化失纳等病证，而此类病证多伴有虫积。另一方面也不可否认，这是古人在无法解释嗜食异物这一症状时的一种理论推测，即为何会嗜食异物呢？可能是体内有虫，虫才会嗜异物也。

对于嗜食异物的机理，有人解释是因虫积于肠道，吸食体内营养，导致机体营养缺乏和失衡，脾胃功能紊乱，清浊升降失司，燥湿不调，刚柔不济，或郁而化火，或水液停蓄而生寒湿，故嗜食奇特之物，如煤炭、生米、谷物、泥土、茶叶等，以稀用异物之性纠正身体之偏性，或补充体内某种特殊营养物质之亏虚。从上面所引张景岳的话以及所报道的病例看，所嗜之物中可能正是含有体内所缺乏的某种物质之成分，这是有可能

的。另外所嗜异物为何会消化呢？有人以为可能是因为虫体内含有消化这些物质的酶之类成分，如白蚁之专食木料也。

十五、“除中”的机理分析

除中是指久病重病之人，本已失神，已久不能食，而突然一反常态，出现欲进饮食，甚至暴食。这是一种反常的表现，往往食已而随之是死亡，故称之为“除中”。成无己《注解伤寒论》说：“除，去也；中，胃气也。言邪气太甚，除去胃气，胃欲引食自救，故暴能食，此欲胜也。”所以“除中”实际上是中气衰败的死亡前兆，属残灯将灭，“回光反照”的一种表现。

假神的出现是精气衰竭已极，阴不敛阳，虚阳外越，神气外现所致。因为精气、阴阳是神气内存的物质基础，今精竭、阴绝、阳微，神失依存，故浮而外越，本神暴露。此种欲食甚至暴食，则为胃之本能的一种表现。这种本能就是维持生命生存的能力，胃之本能欲维持脾胃后天之本，以保生命的延续，必最后引食纳谷以自救。但因胃气本身已失去存在的物质基础，即使勉强食之，却已无化谷之能，而更加重其负担，以致能量无继而告罄，胃之本气反绝，于是神去机息，迅速导致死亡。

十六、口苦、口酸、口甜、口咸的主要病机

口中味觉的异常称为“口溢”，常常反映脏腑的病变。因为五味归属于五脏，当脏腑的精气外泄时，可因脏气的偏盛上溢人口而见口味异常，也可因为脏腑之虚，不能摄纳精气而外漏见口味的异常。

所谓口苦，指未进食苦味食物或药物而自觉口中有苦味。《灵枢·邪气脏腑病形》说：“胆病者，善太息，口苦。”《素问·奇病论》更说：“口苦者，病名为何？何以得之？岐伯曰：病名曰胆瘴……胆虚气上溢而口为之苦。”《素问·痿论》亦说：“肝气热则胆泄口苦。”《伤寒论》云：“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也。”柯韵伯注：“苦、干、眩者，皆相（胆）火上走空窍而为病也”。说明胆热、肝热是形成口苦的主要原因。在时行热病中口苦主热无可非议，且口苦不作主症，热清则口苦自除。然在内伤杂病中，口苦亦有主寒者，如《圣济总录·胆门》曰：“治胆虚生寒，气溢胸膈，头眩口苦，常喜太息，多呕宿水，天雄丸方。”《脉因症治》谓：“胆热则苦，口苦亦有肝虚寒者。”虚寒证之口苦，其症口苦而淡，渴不思饮而饮亦不多，或口苦而咸涩多涎，或口多清水，舌淡苔白而润滑。口苦主寒的病机是中焦虚寒，湿痰浊邪壅滞，肝木乘脾，胆气上溢而成，多见于消化机能紊乱等慢性胆胃病变之中。

所谓口酸，不因食酸物或吞酸噎腐，而口中常有酸味感觉，且恶酸。因肝味酸，故口酸常为肝气之上溢，如《素问玄机原病式》说：“酸者，肝之味，由火盛制金，不能平木，则肝火自甚，故为酸，如饮食热，则易于酸也。”意即肝热上蒸致味酸。再者土虚木乘亦可作酸，除见口酸外，常有纳食不香，食少，脘胀，嘈杂泛酸等症。

所谓口甜，为口中作甘而不喜甜。因为甜为脾味，故口甜又称脾瘴。如《素问·奇病论》说：“有病口甘者，……此五气之溢也，在名曰脾瘴。”其病机则是“夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也。”意为脾之精气上溢人口则口甜。如过食肥腻厚味，郁积化热，积湿于脾，热蒸脾气上溢，口甜之则生。少数亦为脾虚，虚火迫脾津上溢而口味作甘。还有脾为湿困，精气失于运化，上泛口中亦作口甜。

所谓口咸，乃口中常有食盐之咸味。咸为肾味，肾液上溢则口中作咸。其产生机理

常为肾阳虚而不摄，肾液上泛，或肾阴虚，虚火逼肾液上乘而成。

十七、“嗜睡”、“昏迷”与“昏睡”的鉴别

嗜睡在《素问·诊要经终论》称为嗜卧。是指神志清醒但睡意很浓，常不自主的入睡，呼之则醒，醒后又睡，甚至不分场合，卧倒即睡，醒后回答问题准确。《诸病源候论·嗜眠候》说：“其气行于阴而迟留，其阳气不精神明爽，昏塞，故令嗜眠。”《太平圣惠方·治胆热多睡诸方》说：“夫胆热多睡者，同营卫气涩，阴阳不和，胸膈多痰，腑壅滞，致使精神昏浊，昼夜耽睡，此皆积热不除，肝胆气实，故令多睡也。”说明痰湿困阻，清阳不升；脾气虚弱，中气不足；胆热内积；瘀血阻窍；暑热伤气；卫气行迟，阴气偏盛，清气不能上荣，皆可使精明之府失于清阳之荣，故出现嗜睡。

嗜睡与《伤寒论·少阴病篇》所说“但欲寐”不同，但欲寐是指精神疲惫，困倦欲睡，似睡而非睡的状态，呼之能应，并非真正熟睡，为正气极度亏虚的一种疲倦表现。

昏迷是指神志模糊，不省人事，或者昏睡不醒，呼之不应，对外界刺激无任何反应的一种临床表现。成无己《伤寒明理论》说：“昏冒而神不清也，世谓之昏迷是也。”常见于外感热病重证，内伤杂病中的中风、痫病和厥病类疾病、重度外伤等。其常见病机有热闭心神（包）、腑热熏蒸、热毒攻心、暑热闭神、湿热蒙蔽、风痰内闭、热盛动风、瘀血乘心、阴竭阳脱等。

昏睡是病中日夜沉睡，虽能唤醒，但神识朦胧，答非所问，偶能正确对答，后旋即复睡。昏睡多为昏迷之先兆，即浅意识的昏迷，若进一步发展，易成昏迷。

【古代文献】

《景岳全书·传忠录·十问篇》：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，九因脉色察阴阳，十从气味章神见，见定虽然事不难，也须明哲毋招怨。

《医学实在易》：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，再兼服药参机变，妇人尤必问经期，迟速闭崩皆可见，再添片语告儿科，天花麻疹全占验。

一、问寒热

《东垣十书·内外伤辨惑论·辨寒热》：皮肤毛腠者，阳之分也，是卫之元气所滋养之分也。以寒邪乘之，郁遏阳分，阳不得伸，故发热也。……其恶寒也，虽重衣下幕，逼近烈火，终不御其寒。……其寒热齐作，无有间断也。……内伤不足之病，表上无阳，不能禁风寒也。……与外中寒邪，略不相似。其恶风寒也，因脾胃不足。……若胃气平常，饮食入胃，其荣气上行，以舒于心肺，以滋养上焦之皮肤，腠理之元气也。……其心肺无有禀受，皮肤间无阳，失其荣卫之外护，故阳分皮毛之间虚弱，但见风见寒，或居阴寒处，无日阳处，便恶之也，此常常有之，无间断者也。但避风寒及温暖处，或添衣盖，温养其皮肤，所恶风寒便不见矣。

《丹溪手镜·恶寒》：不待风而寒，虽身大热而不欲去衣，厚衣犹言冷也，向火不能遏其寒。又云：身大热不欲去衣，表热里寒也；身大寒不欲衣者，表寒里热也。有虚实之别：汗出恶寒，表虚也，可解肌；无汗恶寒，表实也，可汗。有阴阳之别：恶寒而踈，脉沉细而紧者，发于阴也，可温之；寒热相继者，发于阳也，可发汗。

《景岳全书·传忠录·十问篇》：问寒热者，问内外之寒热，欲以辨其在表在里也。人伤于寒则病为热，故凡病身热、脉紧、头疼、体痛拘急无汗，而且得于暂者，必外感也。盖寒邪在经，所以头痛身疼，邪闭皮毛，所以拘急发热。若素日无疾，而忽见脉证若是者，多因外感。……若无表证，而身热不解，多属内伤，然必有内证相应，合而察之，自得其真。……凡内证发热者，多属阴虚，或因积热，然必有内证相应，而其来也渐。盖阴虚者必伤精，伤精者必连脏，故其在上而连肺者必为喘急咳嗽；在中而连脾者或妨饮食，或生懊恼，或为躁烦焦渴；在下而连肾者或精血遗淋，或二便失节。然必倏热往来，时作时止，或气怯声微，是皆阴虚证也。……凡内伤积热者，在症痞必有形证，在血气必有明征，或九窍热于上下，或脏腑热于三焦。若果因实热，凡火伤在形体而无涉于真元者，则其形气声色脉候，自然壮丽，无弗有可据而察者，此当以实火治之。凡寒证尤属显然，或外寒者阳亏于表，或内寒者火衰于中，诸如前证。但热者多实，而虚热者最不可误，寒者多虚，而实寒者间亦有之，此寒热之在表在里，不可不辨也。

《景岳全书·杂证谟·寒热》：病有寒热者，由阴阳之有偏胜也。凡阳胜则热，以阴之衰也；阴盛则寒，以阳之衰也。故曰发热恶寒者发于阳也，无热恶寒者发于阴也。

《医编·发热》：昼热夜静，是阳邪自旺于阳分也；昼静夜热，是阳邪下陷于阴分也；昼夜俱热，烦躁，是重阳无阴，当亟泻其阳，峻补其阴。

《医编·恶寒》：夜寒者，阴气旺于阴分，昼寒者，阴邪加于阳分，昼夜俱寒者，重阴也。按阳虚则畏寒而恶阴，故旦安而暮乱，阴虚则畏热而恶阳，故夜宁而朝争，此正虚之候也。阳邪实者遇阳而愈旺，故朝热而暮轻，阴邪实者，逢阴而更强，故夜寒而昼减，此邪实之候也。阳虚而阴邪乘于阳分，则气行阳二十五度而病发，故日寒而夜息，阴虚而阳邪陷于阴分也，则气行阴二十五度而病发，故夜热而昼凉，此正虚挟邪之候也。其有昼夜俱热甚者，为重阳无阴；昼夜俱寒甚者，为重阴无阳；昼寒夜热者，为阴阳交错也。其有久病虚弱，无分昼夜，作止不时者，以正气不能主持，而阴阳相乘，胜复无常也。

二、问汗

《景岳全书·传忠录·十问篇》：问汗者，亦以察表里也。凡表邪盛者，必无汗。而有汗者邪随汗去，已无表邪，此理之自然也。故有邪尽而汗者，身凉热退，此邪去也。有邪在经而汗在皮毛者，此非真汗也。有得汗后，邪虽稍减而未得尽全者，犹有余邪，又不可因汗而必谓其无表邪也，须因脉证而详察之。凡温暑等证，有因邪而作汗者，有虽汗而邪未去者，皆表证也。总之表邪未除者，在外则连经，故头身或有疼痛，在内则连脏，故胸膈或生躁烦，在表在里，有证可凭，或紧或数，有脉可辨，须察其真假虚实，孰微孰甚而治之。

《景岳全书·杂证谟·汗证》：汗证有阴阳，阳汗者热汗也；阴汗者，冷汗也。人但知热能致汗，而不知寒亦致汗，所谓寒者非曰外寒，正以阳气内虚，则寒生于中，而阴中无阳。阴中无阳则阴无所主而汗随气泄。故凡大惊、大恐、大惧，皆能令人汗出，是皆阳气顿消，真元失守之兆，至其甚者，则如病后、产后，或大吐、大泻、失血之后，必多有汗出者是岂非气去而然乎。故经曰：阴胜则身寒，汗出，身常清，数栗而寒，寒则厥，厥则腹满死，仲景曰：极寒反汗出，身必冷如冰。是皆阴汗之谓也。

《张氏医通·汗》：自汗虽由卫气不固，胃中之津液外泄，而实关乎脏腑蒸发使然。心

之阳不能卫外而为固，则自汗出，包络之火郁发也；肾之阴不能退藏于密，则盗汗出，阴火乘虚蒸发也。

《医碥·问证》：外感身热有汗为伤风，无汗为伤寒。盗汗为邪初传阳明，又为阳入扰阴。自汗为阳明邪实（手足心、腋下皆汗），又为表虚不固。自汗身重鼾睡为风温。服药后得汗，表应解，不解是汗未彻也（必汗出至足乃为彻）。……凡热汗必涩（肌肉热而涩也），冷汗必滑（肌肉冷而滑也）。汗味淡而不咸，缀而不流者为绝汗，即死。

三、问疼痛

《素问·举痛论》：按之则热气至，热气至则痛止矣。

《素问·藏气法时论》：肝病者，两胁下痛引少腹。

《灵枢·经脉》：胆足少阳之脉，……是动则病口苦，善太息，心胁痛不能转侧。

《灵枢·邪气脏腑病形》：胃病者，腹腹胀，胃脘当心而痛。

《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证治》：身劳汗出，衣里冷湿，久久得之，腰以下冷痛，腹重如带五千钱。

《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证并治》：心痛彻背，背痛彻心。

《圣济总录·心痛门》：心痛诸候，……其候不一，有寒气卒客于脏腑，发卒痛者；有阳虚阴厥，痛引喉者；有心背相引，善瘦伛偻者；有腹胀归于心而痛甚者；有急痛如针锥所刺者；有其色苍苍，终日不得太息者；有卧则从心间痛，动作愈甚者；有发作肿聚，往来上下，痛有休止者，或因于饮食，咸从于外风，中脏既虚，邪气客之，痞而不散，宜通而塞，故为痛也。若夫真心不痛，痛即实气相搏，手足厥冷，非治疗之所及，不可不辨也。

《丹溪心法·痛风》：如肥人肢节痛，多是风湿与痰饮，流注经络而痛，……如瘦人性急躁而肢节痛发热，是血热。

《卫生宝鉴·气虚头痛治验》：清阳之气愈亏损，不能上荣，……所以头苦痛。

《古今医统·身体痛》：身体痛者，种种不同，风、寒、湿、痰者多。风寒痛，明知得于寒邪，而脉浮紧，湿痰留滞关节，一身尽痛。有风湿相搏，肢体重痛；有阴毒伤寒，身如被杖之痛者；有湿郁而周身作痛，有伤食滞而身作痛；痰滞经络而作块痛；致于骨节酸疼，或寒或热，皆宜随证审其病机，……所感寒热虚实而施治之，无不中也。

《古今医鉴·胁痛》：胁痛者，……若因暴怒伤触悲哀气结，饮食过度，冷热失调，颠仆伤形，或痰积流注于血，与血相搏，皆能为痛。

《景岳全书·传忠录·十问篇》：问其头可察上下，问其身可察表里，头痛者邪居阳分，身痛者邪在诸经，前后左右阴阳可辨，有热无热内外可分，但属表邪，可散之而愈也。凡火盛于内而为头痛者，必有内应之证，或在喉口，或在耳目，别无身热恶寒在表等候者，此热盛于上，病在里也，察在何经，宜清宜降，……凡阴虚头痛者，举发无时，是因酒色过度，或遇劳苦，或逢情欲，其发则甚，此为里证，或精或气，非补不可也。凡头痛属里者，多因于火，此其常也。然亦有阴寒在上，阳虚不能上达而痛甚者，其证则恶寒呕恶，六脉沉微或兼弦细，诸治不效，余以桂附参熟之类而愈之，是头痛之有阳虚也。凡云头风者，此世俗之混名，然必有所因，须求其本，辨而治之。

《景岳全书·传忠录·十问篇》：凡身痛之甚者，亦当察其表里，以分寒热，其若感寒作痛者，或上或下，原无定所，随散而愈，此表邪也。若有定处而别无表证，乃痛痹

之属，邪气虽亦在经，此当以里证视之，但有寒热之异耳。若因火盛者，或肌肤灼热，或红肿不消，或内生烦渴，必有热证相应，治宜以清、以寒。若并无热候而疼痛不止，多属阴寒，以致血气凝滞而然。经曰：痛者寒气多也，有寒故痛也。……凡劳损病剧，而忽加身痛之甚者，此阴虚之极，不能滋养筋骨而然，营气惫矣，无能为也。

《景岳全书·杂证谟·心腹痛》：胃脘痛证，多有因食、因寒、因气不顺者，然因食因寒，亦无不皆关于气。盖食停则气滞，寒留则气凝。

《证治汇补·腹痛》：腹痛乃脾家受病，或受有形而痛，或受无形而痛。盖暴伤饮食，则胃脘先痛而后入腹；暴触怒气，则两胁先痛而后入腹；血积上焦，脾火熏蒸，则痛从腹而攻上；血积下部，胃气下陷，则痛从腹而下坠；伤于寒者，痛无间断，得热则缓；伤于热者，痛作有时，得寒则减；因饥而痛者，过饥即痛，得食则止；因食而痛者，多食则痛，得便乃安；吞酸腹痛，为痰郁中焦，痞闷腹痛，为气搏中州；火痛，肠内雷鸣，冲斥无定，痛处觉热，心烦口渴；虫痛，肚大青筋，饥即咬啮，痛必吐水，痛定能食；气虚痛者，痛必喜按，呼吸短浅；血虚痛者，痛如芒刺，牵引不宁。

《医学真传·心腹痛门》：夫痛则不通，理也。但通之之法各有不同，调气以和血，调血以和气，通也，……虚者助之使通。

《冯氏锦囊秘录·杂症·方脉腰腿痛合参》：腿痛者，有属湿者，六脉沉濡或伏，两膝隐隐作痛，或麻木作肿，遍身沉重，天阴益甚，初宜微表，后兼分利。有属湿热者，脉濡细而数，痛自腰胯以至足肿，或上或下，或肿或红，小便赤涩。……有属痰流注者，脉沉滑或弦，腰脐一块互换作痛，及恶心头眩者，痰也。……有属阴虚者脉细而数，或两尺洪盛，肌体羸瘦，足心及胫俱痛，不能任地。……有属阳虚者，脉沉弱，或虚大，两足浮肿，大便不实，小便短少，痛不能动，属命门火衰，真阳虚极，补中益气加桂附或金匱肾气丸。

《东医宝鉴·外形篇·腰》：腰痛有十：有肾虚，有痰饮，有食积，有挫闪，有瘀血，有风，有寒，有湿，有湿热，有气，凡十种。

《医学心悟·腰痛》：腰痛拘急，牵引腿足，脉浮弦者，风也；腰冷如冰，喜得热手熨，脉沉迟，或紧者，寒也。……腰痛如坐水中，身体沉重，腰间如带重物，脉濡细者，湿也。……若腰重疼痛，腰间发热，痿软无力，脉弦数者，湿热也，恐成痿症。……若因闪挫跌仆，瘀积于内，转侧若刀锥之刺，大便黑色，脉涩，或扎者，瘀血也。……走注刺痛，忽聚忽散，脉弦急者，气滞也。……腰间肿，按之濡软不痛，脉滑者，痰也。……腰痛似脱，重按稍止，脉细弱无力者，虚也。

《医学心悟·身痛》：身体痛，内伤外感均有之，如身痛而拘急者外感风寒也。身痛如受杖者，中寒也。身痛而重坠者，湿也。若劳力辛苦之人，一身酸软无力而痛者，虚也。

《医碥·头痛》：头为清阳之分，外而六淫之邪气相侵，内而六腑经脉之邪气上逆，皆能乱其清气，相搏击致痛，须分内外虚实。实者其人血气本不虚，为外邪所犯，或蔽复其清明，或壅塞其经络，或内之实火上炎，因而血瘀涎滞，不得通行而痛，其痛必甚，此为实。虚者其入气血本虚，为外邪所犯，或内之浊阴上干，虽亦血瘀涎滞，不能通行，而搏击无力，其痛不甚，此为虚。

四、问头身胸腹不适

《灵枢·海论》：髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。

《素问·至真要大论》：诸风掉眩，皆属于肝。

《证治汇补·上窍门·眩晕》：眩者，言视物皆黑。晕者，言视物皆转，二者兼有，方曰眩晕。

《景岳全书·传忠录·十问篇》：凡眩晕者，或头重者，可因之以辨虚实，凡病中眩晕，多因清阳不升，上虚而然。如丹溪云：无痰不作晕。殊非真确之论，但当兼形气分久暂以察之。观《内经》曰：上虚则眩，上盛则热。痛其义可知。至于头重，尤属上虚，经曰：上气不足，脑为之不满，头为之苦倾。此之谓也。

《景岳全书·杂证谟·眩运》：丹溪则曰：无痰不能作眩，当以治痰为主，而兼用他药，余则曰：无虚不能作眩，当以治虚为主，而酌兼其标。

《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》：胸痹，心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之。

《景岳全书·杂证谟·怔忡》：怔忡之病，心胸筑筑振动，惶惶惕惕，无时得宁者是也。然古无是名，其在《内经》则曰：胃之大络，名曰虚里，出于左乳下，其动应衣，宗气泄也。在越人、仲景则有动气在上下左右之辨，云诸动气皆不可汗下也。凡此者，即皆怔忡之类。此证惟阴虚劳损之人乃有之。盖阴虚于下，则宗气无根而气不归源，所以在上则浮撼于胸臆，在下则振动于脐旁。虚微者动亦微，虚甚者动亦甚。

《医编·悸》：悸者，心筑筑惕惕然，动而不安也。

《济生方·怔忡》：夫怔忡者，由心血不足也。……血富则心君自安矣。多因汲汲富贵，戚戚贫贱，久思所爱，触事不意，真血虚耗，心帝失辅，遂成怔忡。

《红炉点雪·惊悸怔忡健忘》：惊者，心卒动而不宁也；悸者，心跳动而怕惊也；怔忡者，心中躁动不安，惕惕然如人将捕之也。

《医学入门·惊悸怔忡健忘》：怔忡因惊悸久而成。

《秘传证治要诀及类方·怔忡》：怔忡……与惊悸若相类而实不同。

《灵枢·水胀》：鼓胀如何？歧伯曰：腹胀，身皆大，大与肤胀等也。色苍黄，腹筋起，此其候也。

《丹溪心法·厥》：手足麻者，属气虚；手足木者，有湿痰死血。十指麻木，是胃中有湿痰死血。

《张氏医通·痿痹门》：著痹者，肢体重著不移，疼痹麻木是也。盖气虚则麻，血虚则木，治当利湿为主，祛风解寒，亦不可缺，更须参以理脾补气之剂。

五、问耳目

《灵枢·海论》：脑为髓之海，……髓海不足，则脑转耳鸣。

《灵枢·决气》：精脱者，耳聋，……液脱者，……耳数鸣。

《灵枢·口问》：故上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣。

《医学入门》：耳鸣乃是聋之渐。

《景岳全书·杂证谟·耳证》：凡暴鸣而声大者多实；渐鸣而声细者多虚；少壮热盛者多实；中衰无火者多虚；饮酒味厚，素多痰火者多实；质清脉细，素多劳倦者多虚。

《杂病源流犀烛·耳病源流》：然耳聋者，音声闭隔，竟一无所闻者也。亦有不至无闻，但闻之不真者，名为重听。其症之来，或由风气壅耳，常觉重听，头目不清，或由

肾经热，致右耳听事不真，不得竟为耳聋，……若乃耳鸣者，聋之渐也。

《医学心悟·耳》：凡伤寒邪热耳聋者，属少阳证。……若病非外感，有暴发耳聋者，乃气火上冲，名曰气闭耳聋。……若久患耳聋，则属肾虚，精气不足，不能上通于耳。

《医贯·耳论》：耳鸣以手按之而不鸣，或少减者，虚也；手按之而愈鸣者，实也。

《杂病源流犀烛·目病源流》：雀目者，日落即不见物也。此由肝虚血少，时时花起，或时头痛，久则双目盲。

六、问睡眠

《素问·逆调论》：胃不和则卧不安。

《类证治裁·不寐》：惊恐伤神，心虚不安。由思虑伤脾，脾血亏损，经年不寐。

《景岳全书·杂证谟·不寐》：如痰如火，如寒气水气，如饮食忿怒之不寐者，此皆内邪滞逆之扰也。舍此之外，则凡思虑劳倦，惊恐忧疑，及别无所累而常多不寐者，总属真阴精血之不足，阴阳不交，而神有不安其室耳。

《灵枢·寒热病》：阳气盛则瞋目，阴气盛则瞑目。

《脾胃论·脾之脾胃虚论》：脾胃之虚，怠惰嗜卧。

《丹溪心法·中湿》：脾胃受湿，沉困无力，怠惰好卧。

七、问饮食口味

《景岳全书·传忠录·问饮食》：问饮食者，一可查胃口之清浊，二可查脏腑之阴阳。病由外感而食不断者，知其邪未及脏，而恶食不恶食者可知。病因内伤而食饮变常者，辨其味有喜恶，而爱冷爱热者可知。素欲温热者，知阴脏之宜暖；素好寒冷者，知阳脏之可清。或口腹之失节以致误伤，而一时之权变，可因以辨。故饮食之性情，所当详察，而药饵之宜否，可因以推也。凡诸病得食稍安者，必是虚证；得食更甚者，或虚或实皆有之，当辨而治也。

《景岳全书·传忠录·问渴》：问渴与不渴，可以察里证之寒热，而虚实之辨亦从以见。凡内热之甚则大渴，喜冷冰水不绝，而腹坚便结，脉实气壮者，此阳证也。凡口虽渴而喜热不喜冷者，此非火证，中寒可知，既非火证何以作渴？则水亏故耳。凡病人问其渴否，则曰口渴，问其欲汤水否，则曰不欲，盖其内无邪火，所以不欲汤水，真阴内亏，所以口无津液。此口干也，非口渴也，不可以干作渴治。

《证治汇补·上窍门·口病》：心热口苦，……肝热口酸，……脾热口臭，……肺热口辛，……肾热口咸，……如谋虑不决，胆虚口苦，……如中气不足，木乘土位口苦。

《医碥·问证》：外感邪未入里，则知味而食如常，入里则不思食矣。喜冷者，内热也。喜热者，内寒也。得食稍安者，虚也。得食更甚者，实也。

《医法心传·诊病须察阴脏阳脏论》：凡人阴脏、阳脏、平脏，本性使然。如素系阴脏者，一切饮食必喜热物，偶食生冷，腹中即觉凝滞不爽；大便一日一度，决不坚燥，甚则稀溏，食不消化。若系阳脏者，一切饮食必喜寒冷，偶食辛热之物，口中便觉干燥，甚则口疮咽痛；大便数日一次，必然坚燥，甚则燥结。

《医学已任篇·口渴》：有一等中气虚寒，寒水泛上，逼其浮游之火于咽喉口舌之间者，渴欲引饮，但饮水不过一二口即厌，少顷复渴饮，亦不过若此。……又有一等口欲饮水，但饮下少顷即吐，吐出少顷复求饮，药食毫不能下，此是阴盛格阳，肾经伤寒之证。

八、问二便

《景岳全书·杂证谟·秘结》：阳结证，必因邪火有余，以致津液干燥，……凡因暴病，或以年壮气实之人，方有此证。……凡下焦阳虚，……不能传送而阴凝于下，此阳虚而阴结也；下焦阴虚，则精血枯燥，……此阴虚而阴结也。

《丹溪心法·泄泻》：寒泄，寒气在腹，攻刺作痛，洞下清水，腹内雷鸣，米饮不化。……热泻，粪色赤黄，肛门焦痛，……小便不利。

《医述·泻》：泻黄腹痛者，湿也；泻白腹痛者，寒也；痛一阵泻一阵，泻后涩滞者，火也；痛一阵泻一阵，泻后痛减者，食也；腹中胀痛，泻不减者，肝气也；腹中绞痛，暴泻烦渴者，霍乱也；腹中绞痛，下无休止，去如蟹渤者，气食交并也；腹中隐痛，下如稠饮者，痰也。

《赤水玄珠·癃闭门》：小便频而清白长者为虚寒，频而少，黄赤涩者为热。及脉洪数，有力，无力，或滑、或涩、参验之，始无差误。凡热天小便少，寒月小便多，寒热之理亦易见尔。

《医宗金鉴·杂病心法要诀·小便闭癃遗尿不禁总括》：膀胱热结，轻者为癃，重者为闭。膀胱寒虚，轻者为遗尿，重者为不禁。闭者，即小便闭无点滴下出，故少腹满胀痛也。癃者，即淋漓点滴而出，一日数十次，或勤出无度，故茎中涩痛也。不知而尿出，谓之遗尿。知而不能固，谓之小便不禁。

九、问经带

《景岳全书·妇人规·经脉类》：妇人之病，当以经血为先。

《景岳全书·妇人规·经脉类》：凡血色有辨，固可以察虚实，亦可以察寒热。若血浓而多者，血之盛也；色淡而少者，血之衰也。……至于紫黑之辨，……紫赤鲜红，浓而成片成条者，是皆新血妄行，多由内热；紫而兼黑，或散或薄，沉黑色败者，多以真气内损，必属虚寒。……或如屋漏水，或如腐败之宿血，是皆紫黑之变象也。

《医原·问症求病论》：妇人问其有无胎产，月事先期后期，有无胀痛。

《医述·女科原旨·崩漏》：崩为急证，漏是缓病。

《四库全书·先醒斋医学广笔记·带下》：白带多属气虚，……带下如浓泔而臭秽特甚者，湿热。

《妇人良方·带下》：妇人带下其名有五，……若伤足厥阴肝经，色如青泥，伤手少阴心经，色如红津，伤手太阴肺经，形如白涕，伤足太阴脾经，黄如烂瓜，伤足少阴肾经，黑如衄血。

十、问小儿

《备急千金要方·卷五》：夫初生一腊之内，天在八风之邪岂能遽害，良由在胎之时，母失爱护，……蕴毒于内，损伤胎儿，降生之后，故有胎热，……胎黄，诸病生焉。

《临证指南医案卷十·幼科要略》：婴儿肌肉柔脆，不耐风寒，六腑五脏气弱，乳汁难化，内外二因之病自多。

《医述·幼科集要·杂病》：小儿百病，先从热起。有感风热者，则恶风头痛，脉浮嗽嚏。有伤食热者，则手心热甚，暖气吐食。有癖积热者，则颊赤口疮。有痘疹热者，则耳鼻尖冷，两目含泪，耳纹现，中指冷。有惊热者，则面青心悸，啼叫恍惚。有疳热者，则形瘦多渴，骨蒸盗汗，泄泻肚大。种种不同，随证治之。

【研究进展】

一、症状规范化研究

问诊的内容非常丰富，但相当多的症状的表述不精确，缺乏一致性。如就问饮食口味而言，其中“食少”又称纳呆，或食欲不振，这就导致了概念的混淆不清。因此，应当进行症状规范化的研究^{〔1〕}。

1. 问寒热 对“怕冷”的寒，可区分为恶寒、恶风、畏寒、寒战。如湖南中医学院1990年编《中医诊断学》明确指出：

恶寒：以无风自冷，加衣被或近火取暖不可缓解为特点的怕冷感，临床称为“恶寒”。

恶风：以遇风觉冷，避之可缓为特点的怕冷感，称为“恶风”。

畏寒：病人经常怕冷，但加衣被或近火取暖可以缓解的，称为“畏寒”，或称畏冷。

寒战：因恶寒严重，而伴有全身发抖者，称为“寒战”，亦叫“寒栗”。

恶寒为表证的特征，恶风为太阳中风或卫表不固的特征，畏寒为阳虚的特征。这样的规范，澄清了混乱，明确了概念。

2. 问饮食口味 口味一词，其含义有多种。一是“口味好”与“口味不好”，指食欲。口味好，指食欲好而食知味；口味不好，指食欲不好，严重时“如同嚼蜡”而不知味。二是指病人口中气味浓烈，为他觉之征，为嗅（闻）诊所知，称为“口味很重”或“口气很重”，甚者称“口臭”，此多为“胃火”之征。三是口中有异常的感觉，为自觉，此不同于“口气（味）很重”的他觉，如口苦、口酸、口淡等。

就吃东西而言的欲望（食欲）、多少（食量）以及味觉（口味），三者既有联系，又有区别。规划教材《中医诊断学》讲到：食欲减退，包括不欲食、纳少与纳呆，三者含义虽很相似，但又不完全等同。不欲食，是指不想进食，或食之无味，食量减少，又称食欲不振。所谓纳少，主要是指进食量减少，常由不欲食所致。所谓纳呆，是指无饥饿和要求进食之感，可食可不食，甚则恶食。这种定义，有一定的积极意义，但从分类学看，若能从欲望（食欲）、多少（食量）和味觉（口味）三方而加以规范，则标准明确，境界分明。

从欲望（食欲）讲，分正常、降低、亢进三种。

食欲正常：见于健康人。

食欲减退：其表述应指对食物的要求较健康人降低，所以有“不欲食”、“食欲不振”，以及“纳呆”、“纳谷不香”等说法。

食欲亢进：指对食物的要求较健康人亢进。

从多少（食量）言，分正常、食少、食多3种。

食量正常：见于健康人。

食量减少：或称食少、纳少、纳差，是指进食量因病（非其它因素）而降低。

食量增多：进食量因病（非其它因素）而增多。

从口味（味觉）言，分味觉正常，味觉减退，通常不提（无）味觉亢盛或增强。此外，还有口味（味觉）异常，如口苦。

味觉正常，见于健康人。

味觉减退：严重时称食不知味。

食欲、食量、味觉功能三者的一般关系：

食欲减退，通常食量减少，味觉减退；

食欲亢进，通常食量增加，味觉正常，此称消谷善饥。

此外，还有厌（恶）食、厌油腻、饥不欲食、偏嗜异物等特殊症状表现。

二、症状的计量诊断研究

症状计量诊断的研究包括两个方面，一是对症状的严重程度进行定量，如口渴，分为口微渴、口渴、口大渴三种，以示轻中重的程度。二是对症状在“证”的诊断中予以加权计分，如口渴，在热证诊断中计（+5）分，在寒证诊断中计（-5）分。

1. 症状程度计量 中医籍以诊断疾病、辨别证候的指标是通过四诊所得的症状、体征。因而辨证诊断的定量首先要从症的定量入手。

限于古代的科学技术水平，中医经典医籍中对作为诊断指标的症状、体征在量上的变化，其描述是简朴、粗略或模糊的，如头痛，可有“有点痛”、“很痛”、“剧痛”等描述。虽然这样，但由于它经历了长时间的经验积累，加上我们今天还不可能一下子就将全部粗略的描述代之以精确明晰的数字，更不需说模糊有其本身的特长，因此这种诊断方法在今日临床仍有着现实的意义与作用。临床上以症定量得到广泛应用。

从症状有无进行定量分析。如温热病辨证中，无口渴（或口不渴）说明热邪伤津尚不甚，提示病轻；口渴则说明津液已伤，可进一步分为口微渴、口渴、口大渴等级别。

用具体时日多少来进行量的描述，如《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》曰：“伤寒，厥四日，热反三日，复厥五日，其病为进。寒多热少，阳气退，故为进也。”这里的时日虽不可看作僵死的东西，但却是一种定量方法。

以病变范围进行定量：涉及范围时，明确指出其症状、体征所发生的病变部位，如“但头汗出”、“汗出偏沮”、“全身汗出”、“目窠上微肿”、“腰以下（或以上）肿”、“身微肿”、“一身悉肿”等，都具有量的概念。

类比的方法进行定量：如“头重如裹”、“身重如带五千钱”、“阴下湿如牛鼻上汗”等，具有直观形象的量概念。

更多的是从程度进行定量描述，如上述的口微渴、口渴、口大渴，其它可说每一个症都可能有程度的差别，如微热、发热、高（或壮）热，微汗、有汗、大汗，尿少、癃（尿少严重呈点滴而出者）、闭（无尿，点滴不出），等等。

上述以症定量方法，在中医学中应用已久，各有其特定的量概念，其作用有时起辨病性的作用，但绝大多数还是起定量的作用。

近年来，人们越来越自觉地认识到定量的意义，因而有人⁽²⁾从虚证的量化入手，选出30个症状，按轻、中、重度分别计为1分、2分、3分，制定了虚证症状量级赋分法如下：

健忘：近事记忆力和远事记忆力均明显减退（3分）；近事记忆力减退，远事记忆力略减（2分）；近事记忆力减退（1分）。

失眠：日睡眠少于2小时（3分）；在2~4小时（2分）；在4~6小时（1分）。

腰膝酸软或酸痛：不经坐立即见（3分）；稍经坐立即见（2分）；坐立时间稍长可见，尚可小劳（1分）。

多梦：睡眠必作，梦境不清，醒后头昏脑胀（3分）；经常作梦，梦境时清时乱，醒

后头脑不适 (2分); 经常作梦, 梦境尚清, 醒后无明显不适 (1分)。

心悸: 无感触而发, 发作频繁, 持续时间长, 症状重 (3分); 有无感触均可发作, 间断出现, 时轻时重 (2分); 感触而发, 症状轻, 持续时间短 (1分)。

五心烦热: 不扰自作, 反复出现, 持续时间长, 症状显著 (3分); 有无感触均可发生, 午前轻, 午后重, 或昼轻夜重, 或间断出现 (2分); 感触而发, 或偶而发生, 症状轻, 自行缓解快 (1分)。

精神萎靡: 无感触而发, 持续时间长, 症状重 (3分); 有无感触均可出现, 或间断出现, 时轻时重 (2分); 感触而发, 症状轻, 自行缓解快 (1分)。

畏寒肢冷: 四季明显, 秋冬和阴雨天尤甚 (3分); 春夏轻, 秋冬重, 晴日轻, 阴雨天重, 时轻时重 (2分); 偶尔发生, 症状轻, 持续时间短 (1分)。

眩晕: 反复发作, 持续时间长, 不敢睁眼和转动身体, 或倾倒 (3分); 间断出现, 时轻时重, 姿态不稳 (2分); 偶尔发生, 症状轻, 自行缓解快, 略感头重脚轻 (1分)。

耳聋: 大声说话, 概不可闻 (3分); 大声说话, 基本可闻, 正常说话则不可闻 (2分); 正常说话则时可闻, 时不可闻 (1分)。

发脱: 发脱落顶 (3分); 顶发稀疏 (2分); 轻度脱发 (1分)。

发白: 大多数变白 (3分); 半数变白 (2分); 少数变白, 或白散发见 (1分)。

齿摇: 齿落或普遍松动, 难以咀嚼 (3分); 半数齿摇, 不耐咀嚼 (2分); 个别齿摇, 不耐硬食 (1分)。

阳痿 痿而不用 (3分); 时痿时举 (2分); 举而不坚 (1分)。

遗精: 每夜 ≥ 1 次 (3分); 每周 ≤ 2 次 (2分); 每半月2~3次 (1分)。

性欲减退: 拒绝性生活, 或者毫无兴趣, 勉强同房则痛感显著, 或疲惫不堪 (3分); 无性要求, 如勉强同房, 则周身不适 (2分); 尚能进行性生活, 但无快感, 且身体略感不适 (1分)。

懒言: 独处无语, 有问不答 (3分); 有问少答, 呈被动式 (2分); 可主动发话, 但言语短少 (1分)。

短气: 不劳即见, 稍劳更甚 (3分); 稍劳即见, 恢复较慢 (2分); 劳作时间稍长或稍重则见, 易于恢复 (1分)。

面黄: 晦黄而垢, 无光泽 (3分); 萎黄略垢, 稍有光泽 (2分); 淡黄不垢, 有光泽 (1分)。

自汗: 不劳汗多 (3分); 不劳皮肤潮湿, 或小劳汗多 (2分); 小劳即汗 (1分)。

盗汗: 每周发生6~7次, 症状重 (3分); 每周发生4~5次, 时轻时重 (2分); 每周发生2~3次, 症状轻 (1分)。

纳呆: 无食欲, 每日进食常量的1/3 (3分); 食欲不振, 每日进食常量的1/2 (2分); 食欲欠佳, 每日进食常量的2/3 (1分)。

餐后腹胀: 少食即胀满不舒, 活动不减, 常持续至下餐 (3分); 进食常量2/3则胀满不舒, 活动稍减, 常持续2小时左右 (2分); 进食常量则胀满, 活动则明显减轻, 常在1小时内消除 (1分)。

腹中冷痛: 疼痛频作, 剧烈难忍, 持续疼痛, 得热减轻 (3分); 间断出现, 时轻时重, 得温则减 (2分); 隐隐作痛, 偶尔发作, 得温则止 (1分)。

倦怠乏力：不劳即见（3分）；稍劳即见，且恢复较慢（2分）；不耐久劳，而较易恢复者（1分）。

浮肿：按之凹陷没指，不易平复（3分）；按之凹陷明显，平复较慢（2分）；按之略见凹陷，易于平复（1分）。

夜尿频：持续每夜 ≥ 3 次（3分）；持续每夜2次（2分）；持续每夜1次（1分）。

泄泻：持续出现，症状重，下利清谷（3分）；间断出现，清稀与溏薄交替，时轻时重（2分）；偶尔出现，症状轻，溏泄（1分）。

大便干：6~7日不便无所苦，但不能自便（3分）；4~5日不便，排便困难（2分）；2~3日不便，尚可自行排便（1分）。

上述对症状的量化方法，可供研究者参考。其中，健忘的量化借鉴了现代医学脑功能智力检测中远事和近事记忆力的测定方法。

对症状进行定量分析的目的还是为了辨证定量。证的等级计量，就是要将辨证所得之证，根据程度变化区分为轻、中、重或者说一级、二级、三级，并予以数量化。

目前，应用计算机模拟中医辨证，大多采用的数学计量方法是：确定各症状、体征在不同证的条件下的概率，将概率换成指数，再编制量化诊断表，以指数和的大小作为判别标准，即根据指数和的大者或最大者作出证的诊断。这种方法没有系统考虑症状、体征的程度因素，因而就无法确定证（如肝血瘀证、脾气虚证）的等级程度，也就无法指示其用药份量的区间。

作为等级计量诊断，我们不仅要考虑以不同权重（ w_i ）反映不同症状体征（ x_i ）的主次；还要考虑以不同记分反映症征的轻重程度变化（ g_i ），采用联合定量方法，使原有的定性计量诊断变成定性与定量（等级）相结合的计量诊断，见表4-1。

表4-1 症、征主次与程度联合计量表

权重分配	症 状						体 征			累计记分
	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	
$\sum w_i = 10$	(2.0)	(1.5)	(1.0)	(1.0)	(1.0)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0.5)	($\sum g_i w_i$)
程度记分 (g_i)	例1	+++ (10)	$10 \times (+++)$ (100)							
	例2	++ (8)	$10 \times (++)$ (80)							
	例3	+ (6)	$10 \times (+)$ (60)							

注：+++表示程度重的，也可以用记分法10表示之；++表示中等程度，记分为8；+表示程度轻，记分为6。如口微渴可记为(+)，或6分；口渴可记为(++)，或8分；口大渴可记为(+++)，或10分。

根据累计记分100（或 $10 \times (+++)$ ）、80、60作为证的轻重判别依据。

病证轻重的表现形式除反映在症、征的程度上，还表现在症、征表现多少方面。例如脾气虚证，有的病人食少、便溏、腹胀、气短、倦怠、消瘦、舌淡、苔白、脉弱；有的患者仅有食少、倦怠、脉弱、舌淡、苔白。其累计分是不同的，见表4-2。

在涉及证的科研工作中，人们通常选择典型证作为观察对象。诊断时亦有不少采用表4-2之形式作为纳入标准，将 $\sum w_i$ 为10者纳入，其它则排除。笔者认为累计积分之和的大小主要反映证是否典型。症征多，累计积分高，说明是典型证；反之，症征少，累计积分小，

说明病证不典型。虽同为脾气虚证,但治法、处方、用药均有相应的变化。教科书上同一性质的证,用同一方剂的理论模式与临床实际工作中的差别之一,也就在于此。

表 4-2 脾气虚证患者症、征多少计量表

权重分配	症 状					体 征				累计记分
	食少	便溏	气短	倦怠	腹胀	舌淡	苔白	脉弱	消瘦	
$\sum w_i=10$	(2.0)	(3.5)	(1.0)	(1.0)	(1.0)	(1.5)	(1.0)	(0.5)	(0.5)	($\sum w_i$)
例一	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
例二	+	+	-	+	-	+	+	+	-	7.5
例三	+	-	-	+	-	+	+	+	-	6

表中(+)表示有此症征,(-)表示无此症征。

从上可见,病证的轻重受症征多少和症征程度的影响,因此,证的等级计量诊断应考虑其联合量化,见表 4-3。

表 4-3 症征主次、程度与多少联合量化表

权重分配	症 状					体 征				累计记分
	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	
$\sum w_i=10$	(2.0)	(1.5)	(1.0)	(1.0)	(1.0)	(1.5)	(1.0)	(0.5)	(0.5)	($\sum g_i w_i$)
程 度 记 分	例 1	10	10	10	10	10	10	10	10	100
	例 2	10	8	8	8	8	10	10	10	91
	例 3	8	8	0	8	0	8	8	8	60
	例 4	6	0	0	6	0	8	8	6	11

表 4-3 中所列只是临床变化的一部分,还有若干种变化。就其一般规律而言,一个病证的症征表现多,亦常显示单个症征程度严重,症征表现少,其单个症征程度较轻。而特殊的则症征表现多而单个症征程度轻、症征少而单个症征重(程度记分高),通过这种联合量化能较好地反映其整体(综合)的病证程度。

上面讨论的是单一证,对于相兼证,还有两类不同情况。如脾虚食滞,可分为以脾虚为主或食滞为主和脾虚与食滞均等,各类又各有诸种情况之变化,经过标准化处理,累计积分各有差异,反映出虚实及兼证。

上述处理的证,具有计量特征,应用于临床、科研,在选药、用量、疗效判断等方面,属一种科学范畴。

有人结合实验研究,对心绞痛的症状进行了计量观察^[3],用其判断针刺对心绞痛的作用。其计量的具体方法为:

(1) 程度:衡量标准为以患者经历过的最严重的心绞痛为 10 分,无痛为 0 分。由患者自行确定本次或观察时的分数(1~10 分)。

(2) 范围:心绞痛局限于心脏区或胸骨下记 3 分,整个左胸或整个胸部记 6 分,限于左胸大部分记 5 分,放射至肩背加记 2 分,放射至手(臂)加记 2 分。

(3) 频率:观察疗程效应者,其心绞痛发作频率以星期为单位累计发作次数。

(4) 持续时间:心绞痛持续时间以秒(s)为单位计算。

(5) 运动诱发心绞痛出现时间:从运动开始时计算,至心绞痛出现止,以秒(s)为

单位。

(6) 运动诱发心绞痛消失时间：从运动终止时计算，至心绞痛消失时止，以秒(s)为单位。

应用计量方法分析针刺内关、神门、少海(双侧)和(或加)耳穴心、神门(双侧)对40例稳定型冠心病心绞痛的作用。结果表明：冠心病心绞痛患者经一次针刺(15例)和一疗程针刺(10例)后疼痛程度、范围均有显著改善($P < 0.001$)，一疗程针刺后疼痛发作频率、持续时间有显著改善；15例针刺穴位后与同组针刺非穴位后比较，运动中心绞痛出现时间晚($P < 0.01$)、心绞痛消失时间快($P < 0.05$)，针刺非穴位与未施针刺间无显著差异($P < 0.05$)。这种方法对于诊断的准确性，疗效判断均有特点，更为具体。

2. 症状加权记分 症状加权记分首先用于中医辨证论治电脑系统。朱文锋教授认为：“研究每一病状对于不同病种、各项病机的不同诊断价值，全面地确定其间的定性、定量关系，使之规范化，是辨证论治电脑系统实现准确诊断的关键所在。中医学过去对此基本上只有定性的论述，而忽视定量的规定”^[4]。

为获得较为准确的诊断权值(又可称为函数值，或直接称为分数)，可从四个方面进行研究：一是查阅大量的医籍文献资料，从理论上进行概括整理；二是广泛收集临床医师的实践经验，分析诊断的关键所在；三是运用数学统计方法，对已知病例进行回归分析；四是对初定数据进行大批量的临床验证考核，反复修改数据。

在初步规定各病状的诊断权值时，首先应确定统一的阈值。所谓“阈值”，是指各病种、各病机达到辨证、辨病诊断水平的基本定量值。中医辨证论治电脑系统所设病机的常规阈值为19，病种的固定阈值为18。

各病状的诊断权值，必须围绕阈值的规定，根据病状间的排类组合关系，病种、病机出现病状的多少，是主观症还是客观症等情况而确定。其基本要求是当临床判断某几个(也可为一个或十几个)病状出现，可构成某种诊断时，则其病状对该诊断权值之和，应大于或等于阈值，否则相反。

单个症状对各病种、病机的诊断权值，最高者可达阈值(如胸腔积液对于“饮”的诊断)，最低者可为0，还可为负值(如症状痰色黄对于寒证的诊断值为负6)。

现将朱文锋教授在研究中医数字辨证机过程中所制订的部分虚证辨证定量权数摘录于下，供辨证时参考。见表4-4。

表4-4 虚证部分病状计量表

病 状 病 情	气 虚	血 虚	阴 虚	阳 虚	津 伤	精 亏	气 陷	不 固	亡 脱	病 状 病 情	气 虚	血 虚	阴 虚	阳 虚	津 伤	精 亏	气 陷	不 固	亡 脱
劳累病重	4	2		2			3			经常畏冷			-3	8	-2				
久 病	2	2	2	2		1				经常肢冷			-3	7	-2				
新产, 流产, 手术	4	6								久有低热	3		6						
经常恶风	6			2				3		五心烦热			10	-3	2				
极易感冒	6			2				2		骨蒸热		-1	10	-3		2			

续表

病状病情	气虚	血虚	阴虚	阳虚	津伤	精亏	气陷	不固	亡脱	病状病情	气虚	血虚	阴虚	阳虚	津伤	精亏	气陷	不固	亡脱
肢厥身凉			-4	10					11	久喘	8			4					
冷汗淋漓	4			6					11	口微渴			4		4				
自汗	7			8				7		口渴引饮			2		7				
盗汗	1		10							渴不欲饮				3					
空痛		4								渴欲饮热				4					
灼痛			2	-2						咽干			4						
冷痛			-3	6						无热饮特多			4		8				
隐痛	2	2		2						久不欲食	4								
痛喜按	4	4		3						饥不欲食	2		4						
头晕	2	4	2			1				口淡	3			4					
眼花	1	4	3			2				胃脘嘈杂	2		4						
眼干涩		4	4							经常腹泻	4			4				2	
视物模糊	1	4	4			1				五更腹泻	4		-3	10				3	
耳久鸣,久失聪	1		2			4				经常便秘		4	4		3				
心慌	4	4	4	4						新起便秘		2	3		4				
惊悸		2	6							久有便溏	4			4					
怔忡	5	2		6						完谷不化	5		-3	10					
乏力	4						4			肛门坠胀	3							7	
气下坠感	4						8			大便失禁	5			6					11
腰痠膝软	2		3			4				久有尿频急	4			4					
肢体麻木		4	2							夜尿多	5			6					4
神疲	4						4			尿清长				4					
失眠		2	4							小便不利	4		2	4					
多梦		4	4							尿特多	6		5	4					6
健忘	1	4				4				遗尿或失禁	6			2					12
嗜睡	3		-2				3			余溺不尽	6			2					11
烦躁			2							尿浑浊	2							3	
胆怯易惊	3		3							尿如脂膏	1		4					7	8
声低气短	6						5	3		月经提前	2		1						
干咳			4		3					月经推迟				4					
痰少质稠			3		2					月经量多	3								

续表

病 状 病 情	气 虚	血 虚	阴 虚	阳 虚	津 伤	精 亏	气 陷	不 固	亡 脱	病 状 病 情	气 虚	血 虚	阴 虚	阳 虚	津 伤	精 亏	气 陷	不 固	亡 脱
月经量少	2	6	2							咽喉赤烂			4						
经 闭	1	4	2	3		2				气息微弱	6			5					8
月经淋漓	4	2						4		子宫脱垂	6								10
月经稀淡	3	4		2						脱肛	6								10
带下多而稀	2			6						形体素弱	2	2		2					
遗 精			4			7		6		形体消瘦	2	2	4		3				
阳 痿	4			4		4				形体肥胖	2		-2	2					
早 泄	4		4	2		4		11		形体倦卧	2		-3	6					
性欲减退	4			4		4				经常浮肿	2	1		4					
咳 血		1	4							皮肤干燥			2		5				
鼻 衄			2							肌肤甲错		4	1		2				
紫 癜	4	1						2		指端青紫				4					
血色浅淡	3	8	-2							指甲淡白		8							
面色少华	4	5		3						肢体痿软	5	4							
面色萎黄	3	5								肌肉萎缩	4	2	1						
面色晦暗				4						舌淡嫩	4	8	-2	1					
面色淡白	3	6		4						舌淡胖紫			-4	6	-3				
面色苍白	2	6		8				8		舌淡红小	2	2	2						
面色黧黑			2	3		8				舌红绛	-4	-5	4	-5					
颧红			4							舌边尖红	-3	-4	2	-3					
发白,色枯,易脱		6				4				舌有裂纹			6		5				
眼睑色白		8								舌边齿痕	2	1	-2	4					
眼睑下垂	4						7			舌体萎软	5	1	2						
眼眶凹陷			4		9					舌白如镜	3	10	-5	4					10
眼眶暗黑			2	3		7				舌燥少津			4	-2	7				
口鼻气冷				5				11		苔少或无	3	1	3						
唇燥			2		4					脉数			4						
嘴唇淡白	4	8								脉细	2	4	4		3				
嘴唇红赤		-5	3	-5	3					脉无力	5	2		4			2		
嘴唇紫暗				4						脉微	6	4		8					11
口腔赤烂			3							脉涩		4	1			1			
牙龈萎缩	3		2	2		6				脉结代	3			4					
牙齿松动	3		2	2		6				尺脉弱	2		2	2		3			

注：以上仅就虚证而言，实证未列。虚证所见症状也不只是上述内容。

李氏等以概率论为理论基础，通过统计运算，编制成诊断指数表，作为临床诊断寒热虚实的依据^[5]。现将计量辨证表的程序和临床应用介绍如下：

(1) 计量辨证表的编制程序：在编制计量辨证表之前，收集了国内文献报导和临床病例（内科、外科、妇科、儿科、五官科等）8260例，统计出了100种常见症状、体征（舌苔，脉象）的百分率，在寒热虚实辨证中出现的频率，然后将数字代入“概率论”中“最大似然法”，计算公式是 $10(\log \text{频率} + 1)$ ，得出的是一个症状在寒热虚实各证中的辨证指数，编制成表供临床应用。

(2) 临床应用：临床由医生和患者合作填表，即通过问诊和查体，将阳性症状和体征（苔脉）标记于表上，然后分别按序号相加各数，并以计算结果之最大数字作为诊断寒热虚实证的数据，如计算表之 D_1 为寒， D_2 为热， D_3 为虚， D_4 为实。结果数字大的即为该证，如 D_1 数字大为寒证， D_2 数字大为热证， D_3 数字大为虚证， D_4 数字大为实证；第二位大数为兼证，如 D_1, D_3 数字大即为虚寒证， D_2, D_4 数字大为实热证等。见表4-5、表4-6。

表 4-5 计量法与临床辨证结果表

临床 辨证 计量 辨证	实热证	虚热证	实寒证	虚寒证	实证	虚证	虚实夹杂证	合计	百分比
符合数	230	93	2	3	96	30	36	490	71.1%
基本符合数	34	15	2	4	21	10	58	144	20.99%
不符合数	5	9	9	1	24	6	1	55	8%
合计	269	117	13	8	141	46	95	689	

例：患者 男性 28岁 临床诊断：膀胱炎。
临床辨证：下焦湿热

表 4-6

计量序号	症状	D_1	D_2	D_3	D_4
1	发 热	-10	7	-4	6
2	恶 寒	8	0	0	7
14	烦 躁	-8	7	5	3
44	腹 痛	0	7	-2	6
18	纳 少	-3	4	7	3
54	便 干	-6	7	4	5
79	尿 急	-10	7	-10	7
78	尿 频	0	0	2	0
77	尿 痛	-10	7	-10	7
80	苔 白	4	5	1	5
92	脉 细	4	4	7	-9
	合 计	-31	55	0	40
计量辨证：	实热证				

三、问诊的具体内容之深入研究

问诊的具体内容包括问寒热、问汗、问疼痛、问二便等。作为一些难以微观定性定量的内容，如问寒热、问疼痛、问饮食口味等，中医研究较为深入，这在前面已有论述。但如何就现代医学认识有较大优势的一些内容从中医方面进行研究，尚需探讨，如对小便的认识，现代医学侧重微观，认识比较深入。中医侧重宏观，如何从宏观研究入手，为中医辨证施治服务，仍不乏其积极意义。有人对此作了较为深入的研究整理，将摘要于后。

(一) 诊察尿液用以分析病机

1. 根据小便色(白)、质(浊)，明辨该淋证之病机为中气下陷和命门不固。《景岳全书·淋浊篇》中云：“淋久不止及痛涩皆去，而膏液不已，淋如白浊者，此惟中气下陷和命门不固之证也。”

2. 根据小便通利与否分析病机 《石室秘录》说：“凡久病后小便点滴不出，乃肾气不能行于膀胱也。补肾气，则小便自出。”从辨证分析看，此肾气亏之征一是久病，二是小便点滴不出。

3. 根据小便多少分析病机 《诸病源候论·小便病诸候》说：“小便利多者，由膀胱虚寒，胞滑故也。”这种小便量多，当有色清，以及形寒、小腹冷等。

(二) 诊察尿液变化用以分析病因

宋·朱肱《活人书》云：“小便色黄者，中有热也，宜瞿麦滑石之类泻之。”《医学心悟》说：“小便不通，为之癃闭。……渴而小便不利者，热在上焦气分也，宜用四苓散加山栀、黄芩等药以分利之；若大便亦闭，加大黄、元明粉之类；不渴而小便不利者，热在下焦血分也，宜用滋阴化气之法，是滋肾丸之类。”此即是据其小便不通畅和渴与不渴之兼症，辨热邪在气在血之浅深，在上在下之部位，以利于更具体的指导立法施治，处方选药。其它如“脾胃湿热，中焦不清，浊气渗入膀胱为(尿)浊”(《医学入门》)。“小便涩滞，或茎中作痛，属肝经湿热，用龙胆泻肝汤。……若小便涩滞，或补而益甚者，乃膀胱热结也”(《薛氏医案》)。均是察尿液之变而辨其病因。

(三) 诊察尿液变化用以判断病位

1. 判断表里病位 例如，《伤寒论》原文56条：“伤寒，不大便六七日，头痛有热者，与承气汤；其小便清者，知不在里仍在表也，当须发汗，……宜桂枝汤。”伤寒头痛有热，六七日不大便，属阳明里热承气汤证，而在表之太阳桂枝汤证亦有此症，疑似之际，仲景验之于小便。小便短赤，知为里热，用承气汤，下之无误；今其小便清，虽头痛有热，六七日不大便，而并非里热实证，病位仍在太阳之表，故治宜用桂枝汤发汗解表。

2. 判断上下病位 《伤寒论》131条：“太阳病，小便利者，以饮水多，必心下悸，小便少者，必苦里急也。”太阳病，饮水多，小便通利，是水不在下而在上也，故见心下悸；小便少，即小便不利也，是膀胱气化不行，水停于下，所以少腹胀满急迫。此乃视小便通利与否来判断水饮停聚的上下病位。

3. 判断脏腑病位 例如《医学入门》云：“渴而小便不利者，肺中伏热，水不能降，宜气薄淡渗之药，清金泻火，以滋水之上源，清肺饮子。……不渴而小便不利者，肾与膀胱无阴而阳气不化，水枯火升，宜气味俱阴之药，除热泻闭，以滋水之下源，肾滋丸，肾气丸。”《素问·脉要精微论》说：“水泉不止者，是膀胱不藏也。”《灵枢·口问》篇说：

“中（脾胃）气不足，溲便为之变。”张景岳说得更为具体，“水由气化，故中气不足，则溲便异常，而或为黄赤，或为短涩，多有情欲劳倦，过伤精气使然。”又如《证治准绳》说：“肾虚则小便数，膀胱热则水下涩，数而且涩，则淋漓不宣。”如此等等，从诊断角度而言，即可诊察小便之不同改变而判断脏腑病位。

（四）诊察尿液变化用以鉴别病证

例如，《伤寒论》原文 71 条：“太阳病，……若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之。”与 128 条：“太阳病六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂，以热在下焦，……，小便自利者，下血乃愈。所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也，抵当汤主之。”前者言蓄水，后者言蓄血，二者均有太阳表证。至于其神志和脉象虽然不同，但最根本的区别在于小便，小便不利是热与水结，故用五苓散化气行水；小便自利是表邪随经内陷，为热与血结，故用抵当汤下血乃愈。又如《伤寒论》129 条：“太阳病，身黄，脉沉结，小腹硬，……小便自利，其人如狂者，血证谛也。”138 条：“太阳病，……若不结胸，但头汗出，余处无汗，剂颈而还，小便不利，身必发黄。”200 条：“阳明病，脉迟，食难用饱，饱则微烦头眩，必小便难，此欲作谷疸。”此三条虽均有“身黄”之共同见症，但所病各异，藉“小便”不同，可资鉴别。129 条小便自利，主热与血结，蓄于下焦而身发黄，证属血瘀黄疸，因其主证为血病，与水气无涉，故小便自利。138 条小便不利，但头汗出，余处无汗，是热与湿合，搏于上焦，热不得从汗解，湿不得从溺泄，郁蒸于内而为阳黄是也。200 条小便难，是中焦脾胃虚寒。中焦者，水饮上达下输之枢机也，枢机不利，水湿不运，郁于中焦，不得下达，故小便难，此欲作阴黄谷疸之证。

诊察尿液的变化，还可用于证候真假的鉴别。某些疾病，在其发展过程中，尤其在疾病的危重阶段，往往出现一些假象而掩盖着疾病本质的真象。此时，临证如何透过现象抓住疾病的本质，寻找具有特异性诊断价值的症状或者体征，对证之真假严格加以鉴别，就显得特别重要。例如，虚阳浮越证与阴虚阳亢证，二者均可出现面红、咽干等上热的症状，但虚阳浮越以阳虚为本，故下部见寒证；阴虚阳亢以阴虚为本，故下部见热证。因此，尿清长，下肢冷者，是虚阳浮越；尿短黄，下肢不冷者，是阴虚阳亢。其鉴别要点是小便颜色的变化，正如吴又可《温疫论》在论阳证似阴时所说：“捷要辨证，凡阳证似阴，外寒而内必热，故小便血赤；凡阴证似阳者，格阳之证也，上热下寒，故小便清白，但以小便赤白为据，以此推之，万不失一。”这确是察小便辨别寒热真假的经验之谈。

（五）诊察尿液变化用以辨识病性

寒与热、虚与实是疾病截然相反的不同属性。“寒者热之”，“热者寒之”，“虚则补之”，“实则泻之”。因此分清疾病的寒热虚实属性，是决定温清补泻治疗大法的前提，然而古人往往通过尿液改变的观察，来帮助辨识疾病属性。例如，明·李中梓《医宗必读》云：“睡则遗尿，皆责之虚，所以婴儿腠气未固，老人下元不足，多有此证。”《景岳全书·遗溺不禁论》说：“凡睡中遗溺者，此必下元虚寒，所以不固，宜大菟丝子丸、缩泉丸之类主之。”又说：“何有热证，因热而小水频数，其证则淋漓点滴，不能禁止而小水必不利，且或多痛涩，方是热证。”又如《伤寒论》244 条：“病人小便不利，大便乍难乍易，时有微热，喘冒不能卧者，有燥屎也，宜大承气汤。”大承气汤用于阳明腑实之证，但病是否属实，本条虽列有热、喘、不能卧等症以资凭据，然而张仲景将“病人小便不

利”一症置于本条之首，足见在此条辨证中诊察“小便”是不容忽视的。上列各家诸说，即是察尿液，辨病性之代表例证。

（六）诊察尿液变化用以指导治疗

根据尿液的变化来确定治疗原则，早在《内经》中就有论述。例如《素问·标本病传论》说：“小大不利，治其标；小大利，治其本。先小大不利，而后生病者，治其本。”在具体治法上，如《金匱要略》中云：“妊娠，小便难，饮食如故，当归贝母苦参丸主之。”“病人腹大，小便不利，脉沉绝者，有水，可下之。”但是，病人“渴而下利，小便数者，皆不可发汗。”因病中出现渴而下利，小便数的症状，表明体内津液已伤，若再用汗法，有导致津液枯竭的危险。又如《医学入门》中说：“下虚内损，则膀胱不约，便溺自遗，或尿后余沥，皆火盛水不得宁，治宜补膀胱阴血，泻火邪为主，而佐以山茱萸、牡蛎、五味子之类，不可温药。”特别是《伤寒论》对诊察小便而指导处方治疗，更有见地。例如原文 253 条：“得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证，烦躁，心下硬，至四五日，虽能食，以小承气汤少少与微和之，令小安，至六日，与承气汤一升。若不大便六七日，小便少者，虽不能食，但初头硬，后必溏，未定成硬，攻之必溏，须小便利，屎定硬，乃可攻之，宜大承气汤。”伤寒病二三日，既无太阳表证，又无柴胡汤的半表半里证，烦躁，心下硬，是有阳明燥结在里之征，理应当下。但是否用大承气汤峻下，必审大便是否已硬，何以为凭？当视其小便利与不利，故张仲景特别强调“须小便利”，乃可用大承气汤攻之。

（七）诊察尿液变化用以推测预后

例如《伤寒论》114 条：“太阳病中风，以火劫发汗，邪风被火热，血气流溢，失其常度。……久则谵语，甚者至哕，手足躁扰，捻衣摸床，小便利者，其人可治。”太阳中风属表病，治当汗解，不宜用火。今误用火劫发汗，气血受损，血气沸腾，失其常度，因而病变丛生。病至此时，患者谵语，胃逆致哕，手足躁扰，循衣摸床，是阴竭阳越之危候，但“小便利者”，知其津液未亡，化源未竭，医者不必惊慌，尚可图治，故仲景曰：“其人可治”也。《金匱要略》云：“病下利后，渴饮水，小便不利，腹满因肿者，此当病水，若小便自利及汗出者，自当愈。”即是说患痢疾、泄泻之后，出现渴欲饮水，小便不利腹满而肿大症状者，此为水肿病。若见小便通利，体表也有汗，则水湿既从小便排出，又可从汗孔外泄，从而推测此水肿自易消退，其病“自当愈。”但在《金匱要略·呕吐哕下利病篇》则说：“呕而脉弱，小便复利，身有微热，……难治，四逆汤主之。”本条是论阴盛格阳的虚寒性呕吐。呕而脉弱，是胃气已虚，而五脏之中，肾主水开窍于二阴，主命火而为生命之根。此时，见“小便复利”，是肾之阳气虚衰可知。病既累肾，动摇命根，其患非浅，故推断其病难治。

“清阳出上窍，浊阴出下窍”（《素问·阴阳应象大论》），人体新陈代谢的相当一部分有害产物，是通过尿液而排泄于体外的，若小便闭阻不通，体内有害代谢产物不能及时排出而聚积于体内，就会出现各种中毒症状（例如尿毒症），甚至危及生命。对此，祖国医学早有认识，例如《素问·标本病传论》说：“肾病，少腹腰脊痛，脘酸，三日背脂筋痛，小便闭，……三日不已死。”明·张介宾对此论述更为具体，“小水不通，是为癃闭，此为最急证也。水道不通，则上侵脾胃而为胀，外侵肌肉而为肿，泛及中焦则为呕，再攻上焦则为喘，数日不通则奔迫难堪，必至危殆”（《景岳全书·癃闭论》）。这些都是诊察尿的改变来测知预后的。

综上所述,诊察尿液的形、色、量、质及通利与否的种种变化,能资助分析病机,判别病位,辨别病性,识别病因,鉴别病证,指导治疗和推测预后,可见诊察“尿”在祖国医学中有着不可忽视的重要临床意义。中、西医对尿液宏观与微观的认识,各有所长,各有特点。

四、问诊练习软件

问诊虽说“人人会”,但从专业的角度讲,却需要讲究方法。《难经·六十一难》说:“问而知之谓之工”。这里所说的“工”,是指技巧。所谓技巧,概括起来主要包括:

(1) 抓住主症进行深入细致的询问:如腹痛,进一步询问具体部位是脘腹痛而不是小腹痛;部位确定之后,当分辨寒热性质,所以应当询问疼痛的性质是冷痛还是灼痛?是寒冷的冬天好发还是夏天好发?疼痛与饮食的冷热关系如何?当病人明确是冷痛,每到冬天便容易发作,且局部喜温,喝水宜热,连夏天都不能吃冰棒时,应进一步确定虚实情况,如疼痛隐隐,反复发作日久,痛时喜按等,知其为虚。

(2) 围绕主症作相关情况的询问:如上述胃脘痛的病人,其相关情况首先是饮食口味和大便情况。

(3) 最后作全面的一般性询问:可参考“十问歌诀”所提示的内容。

上海中医药大学徐建国等所制的问诊软件练习,就是将许多主诉作纲,结合问诊方法,以测试练习者是否掌握了问诊的要领。

总之,问诊内容的规范,症状的等级计量,以及问诊信息的计算机处理,问诊练习软件的编制,其研究各有侧重,但又密切相关,难以截然分开。如“DME 在中医证候规范研究中的运用”一文^[6],谈到规范问题时指出“首先应使四诊信息客观、量化”。

参 考 文 献

- [1] 周小青,等.浅析证的等级计量诊断.辽宁中医杂志,1992,19(6):11
- [2] 梁茂新,等.中医症状量化的方法初探.中国医药学报,1994,9(3):37
- [3] 周小青,等.计量分析针刺内关等穴对冠心病心绞痛的作用.中国中西医结合杂志,1993,13(4):212
- [4] 朱文锋,等.中医辨证论治电脑系统研究技术报告.湖南中医学院(内部资料),1987
- [5] 李学中,等.计量诊断法在中医四诊中的应用.吉林中医药,1984,3(2):17
- [6] 申春梯,等.DME 在中医证候规范研究中的应用.中国医药学报,1990,5(5):67
- [7] 孙弼纲.脾虚证分度定量诊断研究.中国中西医结合杂志,1994,14(3):135
- [8] 邱向红.脾虚证计量诊断的前瞻性研究.广州中医学院学报,1994,11(1):13
- [9] 方水奇,等.痰证宏观辨证的计量化观察.辽宁中医杂志,1995,22(11):490
- [10] 贺石林.病证诊断与疗效判断的量化问题.中国医药学报,1991,6(1):61
- [11] 瞿岳云.试论祖国医学对尿的辨识.辽宁中医杂志,1982,6(4):12

第五章

脉 诊

脉诊亦名切诊，是医生用手指切按患者动脉，根据脉动应指的形象，以了解病情，辨别病证的诊察方法。

脉诊有着悠久的历史。公元前5世纪，著名医家扁鹊擅长候脉诊病。《黄帝内经》记载了“三部九候”等脉法；《难经》弘扬“独取寸口”候脉言病。东汉张仲景确立了“平脉辨证”的原则。西晋王叔和著《脉经》，确立了二十四脉，是我国现存最早的脉学专著。宋·崔嘉彦的《脉诀》以浮、沉、迟、数四脉为纲，将二十四脉分别求属其下，且增补革、牢二脉。明·张景岳《景岳全书·脉神章》对脉神，正脉十六部，脉之常变，脉之从舍，顺逆等论述甚详。李时珍《濒湖脉学》载二十七脉，编成“七言诀”。李士材《诊家正眼》增定脉象二十八种。此外，李延罡《脉诀汇辨》；张璐《诊宗三昧》；黄宫绣《脉理求真》；周学霆《三字禅》等脉学专著，对于脉理辨析，临证经验互相印证，颇为实用。

学习脉诊既要熟悉脉学的基本知识，又要掌握切脉的基本技能，反复训练，仔细体会，才能识别各种脉象，并有效地运用于临床。

第一节 脉 诊 概 说

【基本内容】

一、脉象形成的原理

脉象是脉动应指的形象。脉象的产生与心脏的搏动，心气的盛衰，脉道的通利和气血的盈亏直接有关。所以，脉象能反映全身脏腑功能、气血、阴阳的综合信息。

（一）心、脉是形成脉象的主要脏器

心脏搏动是生命活动的标志，也是形成脉象的动力。心气和心血是心脏生理活动的物质基础，心阴和心阳被视作心脏的功能状态。心阳概括了心搏加强，心率加速，气血运行加快，精神情志兴奋等功能状态；心阴概括了心搏减弱，心率减慢和精神情志宁静、抑制等功能状态。

脉为血之府，不仅是运行气血的必要通道，尚有约束和推动血流顺从脉道运行的作用，是气血周流不息，正常循行的重要条件。因此，脉的功能状态能直接影响脉象。

（二）气血是形成脉象的物质基础

气、血是构成人体组织和维持生命活动的基本物质。气属阳主动，血液的运行全赖

于气的推动，脉的“壅遏营气”有赖于气的固摄，心搏的强弱和节律亦赖气的调节。宗气“贯心脉行血气”，宗气的盛衰亦可在脉象上反映出来。若气血不足，则脉象细弱或虚豁而无力；气滞或血瘀，可以出现脉象细涩而不利；气盛血流薄疾，则脉多洪大滑数；（阳气升腾则脉浮而大）；气虚下陷则脉沉而细等。

（三）其他脏腑与脉象形成的关系

脉象的形成不仅与心、脉、气、血有关，同时与整体脏腑功能活动的关系亦很密切。

肺主气，司呼吸。肺对脉的影响，首先体现在肺与心，以及气与血的功能联系上。由于气对血有运行、统摄、调节等作用。所以，肺的呼吸运动是主宰脉动的重要因素。另一方面，“肺朝百脉”的功能将肺气与血脉的功能紧密联系。肺气对脉率、脉形都有影响。

脾胃运化水谷精微，为气血生化之源，后天之本。气血的盛衰和水谷精微的多寡，表现为脉之“胃气”的多少。脉中的胃气虽可看作脾胃运化功能的反映，但实际上更直接地反映了全身营养状况的优劣和能量的储备状况。临床上根据胃气的盛衰，可以判断疾病预后的善恶，故有“脉以胃气为本”之说。

肝藏血，有储藏血液，调节血量的作用。肝主疏泄，可使气血调畅，经脉通利，脏腑功能正常。肝的生理功能失调，可以影响气血的正常运行，从而引起脉象的变化。

肾藏精，为元气之根，是脏腑功能的动力源泉，亦是全身阴阳的根本。肾气充盛则脉搏重按不绝，尺脉有力，是谓有“根”。

二、诊脉的部位和方法

（一）诊脉部位

1. 寸口诊法 寸口又称气口或脉口。寸口诊法是指单独切按桡骨茎突内侧的一段桡动脉的搏动形象，以推测人体生理、病理状况的一种诊察方法。

诊脉独取寸口，一是由于寸口位于手太阴肺经的原穴部位，是脉之大会。手太阴肺经起于中焦，所以，在寸口可以观察胃气的强弱；二是脏腑气血皆通过百脉朝会于肺，所以脏腑的生理病理变化能反映于寸口脉象。

寸口脉分为寸、关、尺三部。腕后高骨（桡骨茎突）内侧的部位为关，关前（腕侧）为寸，关后（肘侧）为尺。两手各有寸、关、尺三部，共六部脉。桡骨茎突处的桡动脉行径比较固定，解剖位置比较浅表，毗邻组织比较分明，诊脉方便，宜于辨识，故为诊脉的理想部位。

寸、关、尺三部又可施行浮、中、沉三候。《难经·十八难》说：“三部者，寸、关、尺也；九候者，浮、中、沉也。”

关于寸、关、尺分候脏腑的问题，根据文献记载有几种不同的说法，现在临床上大致认为：左寸候心，右寸候肺，并统括胸以上及头部的疾病；左关候肝胆，右关候脾胃，统括膈以下至脐以上部位的疾病；两尺候肾，并包括脐以下至足部疾病。

此外，也有不分寸、关、尺，但以浮、中、沉分候脏腑的方法，如：以左手浮取候心，中取候肝，沉取候肾；右手浮取候肺，中取候脾，沉取候肾（命门）。

2. 三部九候诊法 《素问》三部九候诊法，又称遍诊法，是遍诊上、中、下三部有关的动脉。上为头部，中为手部，下为足部。在上、中、下三部又各分为天、地、人三候，三三合而为九，故称为三部九候诊法。

3. 人迎寸口诊法 人迎寸口诊法，是对人迎和寸口脉象互相参照，进行分析的一种

诊脉方法，它比遍诊法简单。

4. 仲景三部诊法 张仲景在《伤寒杂病论》中常用寸口、趺阳、太溪三部诊法。其中以寸口脉候脏腑病变，趺阳脉候胃气，太溪脉候肾气，现在这种方法多在寸口无脉搏或诊察危重病人时运用。

(二) 诊脉方法

1. 指法 诊脉的指法是指医生诊脉的操作方法，正确运用指法可以获取比较丰富、准确的脉象信息。

三指平齐：是指诊脉者的手指指端要平齐，手指略呈弓形倾斜，与受诊者体表约呈45°左右为宜，这样的角度可以使指目紧贴于脉搏搏动处。指目即指尖和指腹交界棱起之处，与指甲二角连线之间的部位，形如人目，是手指触觉较灵敏的部位，指目便于推移，以寻找指感最清晰的部位，并调节适当的指力。

中指定关：即三指下指时，先以中指按在腕后高骨内侧动脉处，然后用食指在关前（远心端）定寸，用无名指按在关后（近心端）定尺。

布指疏密：布指的疏密要与患者手臂长短和医生的手指粗细相适应。病人的手臂长或医生的手指较细时，布指宜疏，反之宜密。小儿寸口部位甚短，一般多用“一指（拇指或食指）定三关”，而不细分寸、关、尺三部。

举法：是指医生的手指用较轻的力量按在寸口脉搏跳动部位，以体察脉象。用举的指法取脉称为“浮取”。

按法：是指医生的手指用力较重，甚至按到筋骨，以体察脉象。用按的指法取脉称为“沉取”。医生用适中的指力，按至肌肉以体察脉象的方法称为“中取”。

寻法：寻是寻找的意思，医生往往用手指从轻到重、从重到轻，左右推寻，或在寸、关、尺三部指指交替，细细找寻脉动最明显的部位，或调节最适当的指力，统称为寻法，以捕获最丰富的脉象信息。

循法：即用指目沿脉道的轴向上下指指相移的诊脉法，以体会脉动应指范围的长短和脉搏来势的虚实。

推法：推为推动、移动的意思，推法即指目对准脉脊后，顺应脉搏的动势，左右内外微微推动，以进一步体会脉率快慢，了解脉搏的力量和趋势。

总按：即用三指同时用力诊脉的方法，从总体上辨别寸、关、尺三部和左右两手脉象的形态，脉位的浮沉等。总按时一般指力均匀，但亦有三指用力不一致的情况。

单按：用一个手指诊察一部脉象的方法。主要用于分别了解寸、关、尺各部的脉象形态特征。

2. 平息和体位 平息是要求医者在诊脉时保持呼吸调匀，清心宁神，以自己的呼吸计算病人的脉率。平息的主要意义有二：一是以医生的一次正常呼吸为时间单位，来检测病人的脉搏搏动次数。另一方面，在诊脉时平息，有利于医生的思想集中和专一，以便仔细地辨别脉象。

诊脉时病人的正确体位是正坐或仰卧，前臂自然向前平展，寸口与心脏位置处于同一水平，手腕伸直，手掌向上，手指微微弯曲，在腕关节下面垫一松软的脉枕，使寸口部充分伸展，局部气血畅通，便于诊察脉象。

3. 诊脉时间 诊脉的时间，以清晨（平旦）未起床、未进食时为最佳。清晨未起床、

未进食时，机体内外环境比较安定，脉象能比较正确地反映机体的基础生理情况，同时亦比较容易发现病理性脉象。但这样的要求很难做到，特别是对门诊、急诊的患者，要及时诊察病情，就不能拘泥于平坦，但必须要让病人在比较安静的环境中休息片刻，以减少各种因素的干扰，这样诊察到的脉象才比较真实。

每次诊脉的时间至少在1分钟以上，一则有利于仔细辨别脉象的节率变化，再则切脉时初诊和久按的指感有可能不同，对临床辨证有一定意义。

三、脉象要素及图述

脉象是手指感觉脉搏跳动的形象，或称为脉动应指的形象。只有从理论上掌握各种脉象的要素，再结合切脉的经验，才能比较清楚地识别各种不同脉象。

(一) 构成脉象的八个要素

近代通过对脉学文献的深入理解和实验研究的资料总结，可将构成各种脉象的主要因素，大致归纳为脉象的部位、至数、长度、宽度、力度、流利度、紧张度、均匀度8个方面：

脉位：指脉动显现部位的浅深，脉位表浅为浮脉，脉位深沉为沉脉。

至数：指脉搏的频率。

脉长：指脉动应指的轴向范围长短。即脉动范围超越寸、关、尺三部称为长脉。应指不及三部，但见寸部或关部称为短脉。

脉力：指脉搏的强弱。脉搏应指有力为实脉，应指无力为虚脉。

脉宽：指脉动应指的径向范围大小，即手指感觉到的脉道粗细（不等于血管的粗细）。脉道宽大的为大脉，狭小的为细脉。

流利度：指脉搏来势的流利通畅程度。脉来流利圆滑者为滑脉；来势艰难、不流利者为涩脉。

均匀度：一是脉动节律是否均匀；二是脉搏力度、大小是否一致。

(二) 脉象图述

长期以来，历代文献主要以语言、文字，通过比喻和描绘来叙述各种脉象的特征，但在概念上尚不够明确和完整，后学者往往容易产生误解。为了弥补语言文字表述的不足，很早就有人用图象示意方法来表述各种脉象。为了比较全面地反映脉搏在多维空间的动态变化，目前多用指压（P）—指感（H）趋势图，脉宽图，脉长图，脉波图4组图像组合，表示脉象的多种特征。

1. 指压—指感趋势图 指压—指感趋势图以指压（P）为横坐标，指感（H）为纵坐标。坐标的趋势曲线，表示随着切脉的压力由轻到重，脉动应指力量相应变化的过程，可以反映脉位的浅深，脉力的大小和趋势的变化。

(1) 脉位浅深：趋势曲线呈正态型（图5-1A）。表明指感在中取时最佳，则为脉位居中，不浮不沉，是平脉的一个特征。

趋势曲线呈渐降型，则为“轻取即得，重按反减”的特征，表明脉位浅，称为浮脉（图5-1B）。

趋势曲线呈渐升型，则为“轻取不应，重按始得”的特征，表明脉位深，称为沉脉（图5-1C）。

(2) 脉力强弱：指感弱小为无力脉，属于虚脉，P—h趋势图呈低平型曲线（图5-2

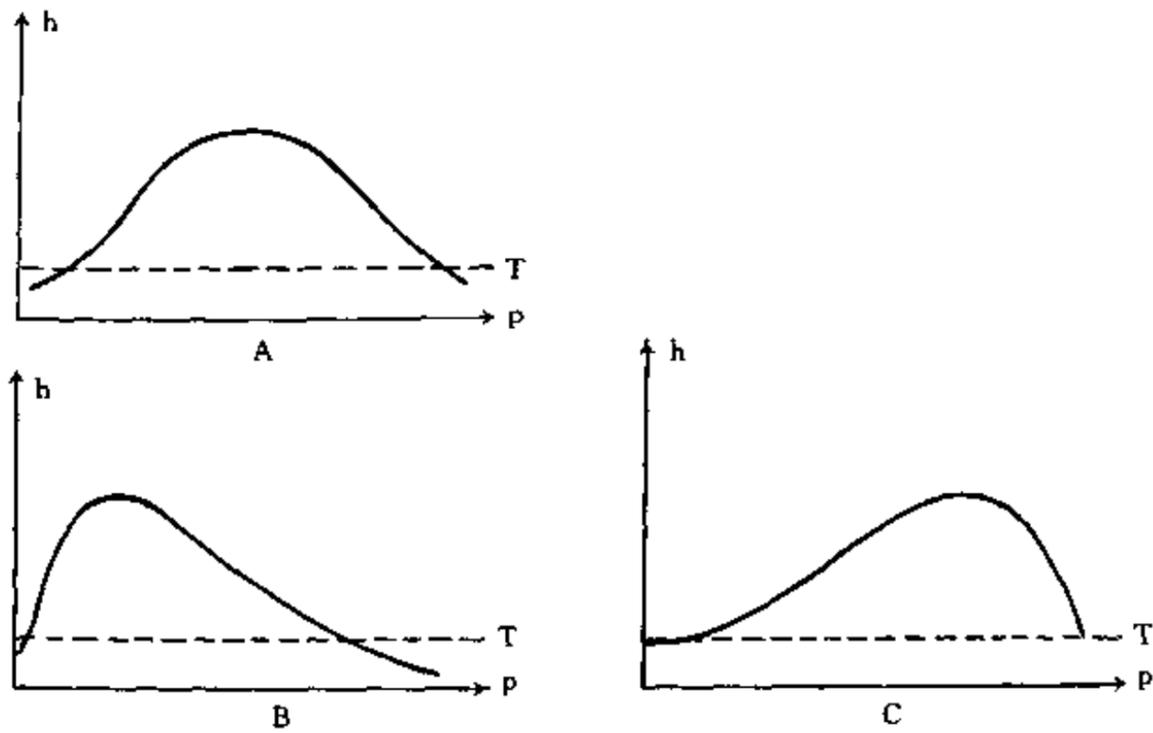


图 5-1 P-h 趋势曲线 (示脉位)
A. 正态型曲线; B. 渐降型曲线 .C. 渐升型曲线

①)。

指感清晰,强而有力为有力脉,属于实脉,P—h 图趋势图呈高大型曲线(图 5-2②)。

指感不强不弱,处于中等力度,则是平脉的又一特征(图 5-2③)。

(3) 脉势虚实:轻取时指感有力,稍加压力时指感立即减弱或消失,趋势曲线呈“无根型”,表现为浮大、空豁、无根的特征,属于虚脉(图 5-3①)。

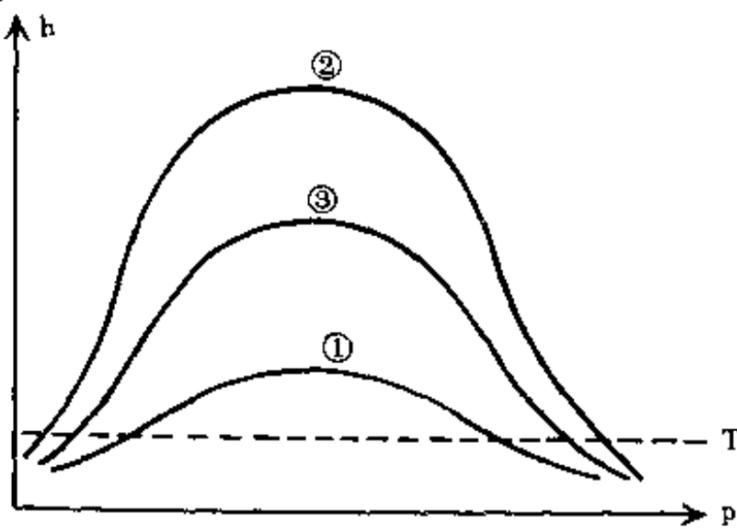


图 5-2 p-h 趋势曲线 (示脉力)
①低平型曲线; ②高大型曲线; ③中等型曲线

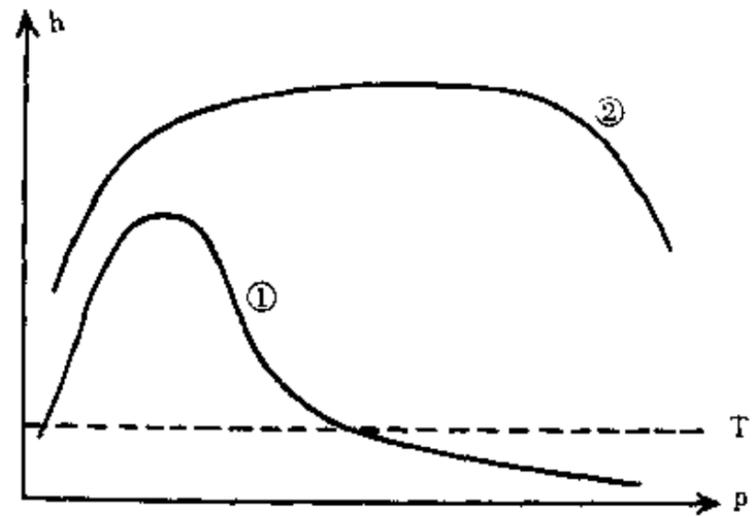


图 5-3 p-h 趋势曲线 (示脉势)
①无根型曲线; ②满实型曲线

反之,随指压增加,指感压力不减,趋势曲线呈满实型,表明脉道充盛,则为实脉(图 5-3②)。

综上所述,指压—指感曲线有以下几种情况:

中等正态型曲线:表示脉位、脉力居中(平脉)。

渐升型曲线:表示脉位深沉(沉脉)。

渐降型曲线:表示脉位表浅(浮脉)。

高大型,或满实型曲线:表示脉力过强(实脉)。

低平型曲线:表示脉力弱(虚脉)。

无根型曲线：表示脉力弱，且不耐压，重按即无（虚脉）。

2. 脉宽图 脉宽图是表述脉动应指的径向范围，即切脉时手指感觉到的脉体粗细。横坐标表示脉形宽度，明显增宽者为大脉，明显缩小者为细脉（图 5-4）。

3. 脉长图 脉长图是表述脉动应指的轴向范围的长短。指感范围长度超过寸、关、尺三部为长脉，不及三部或仅见于某一部为短脉。（图 5-5）。

4. 脉波图 用脉象仪直接测绘的脉搏搏动的轨迹，称为脉波图（简称脉图）。脉波图可以比较直观地反映脉象多方面的信息，表述脉动应指的形态，包括紧张度、流利度、力度、均

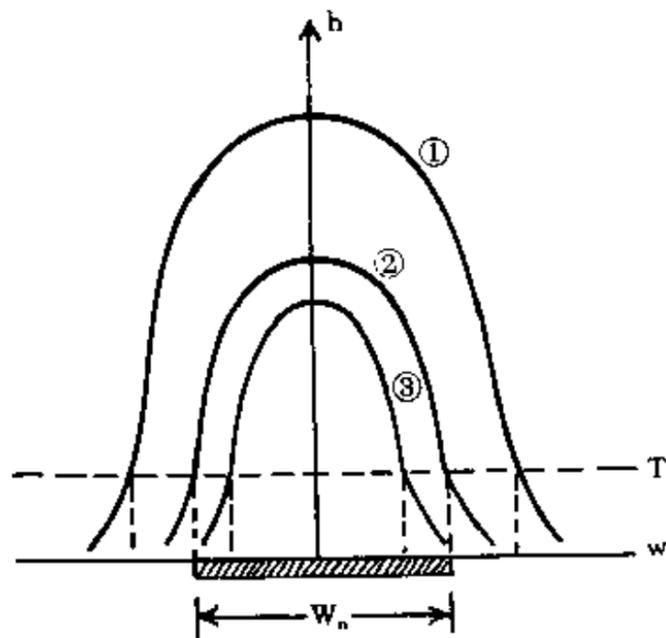


图 5-4 脉宽图

h : 指感脉力大小; w : 脉道宽度; T : 指感阈值;
 w_n : 平脉脉道宽度; ①大脉; ②平脉; ③细脉

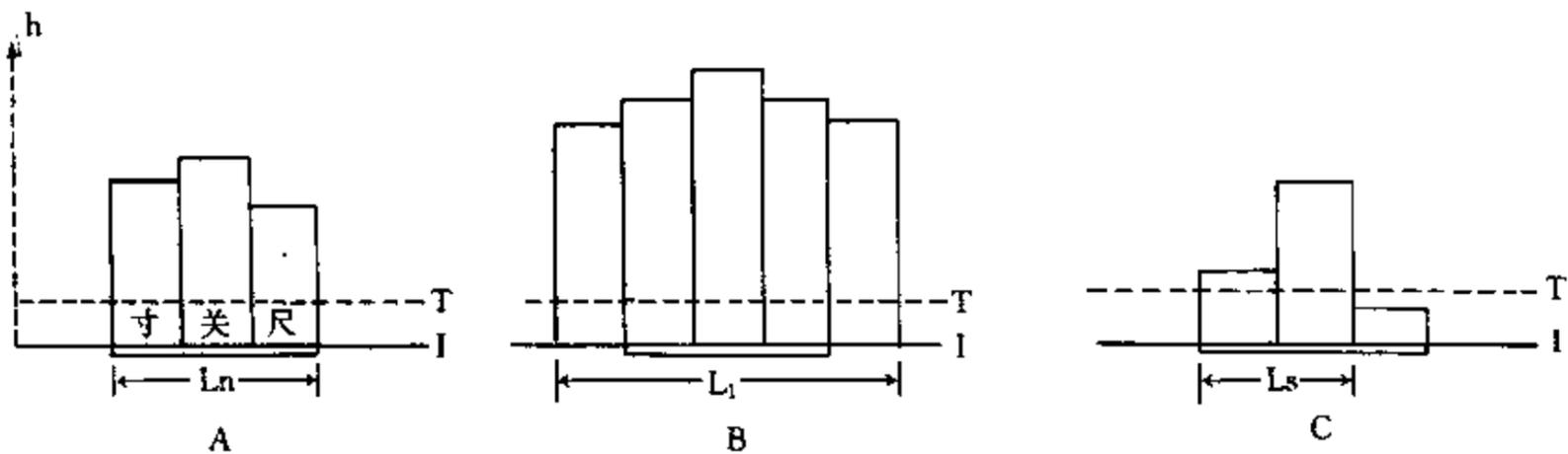


图 5-5 脉长图

h : 指感脉力大小（后略）; l : 脉道长度; T : 指感阈值; L_n : 平脉脉道长度;
 L_l : 长脉脉道长度; L_s : 短脉脉道长度; A. 平脉（脉应三部）;
B. 长脉（脉过三部）; C. 短脉（不及三部）

匀度与至数等。如脉波图的时值，反映脉率的快慢，脉律的均匀与否。脉图的波幅大小与脉力强弱相应。脉波曲线的形态与紧张度、流利度等有密切的联系。因此，脉波图虽然尚不能完全等价于指下的脉象，但已能反映常见脉象的基本特征，是脉诊研究客观化的重要指标。

脉图由升支和降支组成主波，降支上尚有重搏前波、降中峡和重搏波。升支和降支的斜率及其夹角的大小，重搏前波，重搏波的幅度和降中峡的位置，均是构成各种脉象的主要因素。不同的脉象有不同的波形。如：

平脉呈三峰波，三个波的幅值依次降低，反映一个脉动周期中脉管内压力的逐渐变化，所以在切脉时指感从容和缓（图 5-6A）。

滑脉主波峰陡直，重搏前波出现在降中峡附近，或者消失，呈双峰波，反映一个脉动周期中脉管内压力起伏明显，故指感充实，流利而圆滑（图 5-6B）。

弦脉重搏前波升高，接近主波与主波融合成宽大主波，反映脉管内压力升高的持续时间较长，与端直以长的指感相应（图 5-6C）。

经过多年来各地工作的积累，目前已初步定型的脉有平、浮、沉、迟、数、弦、濡、

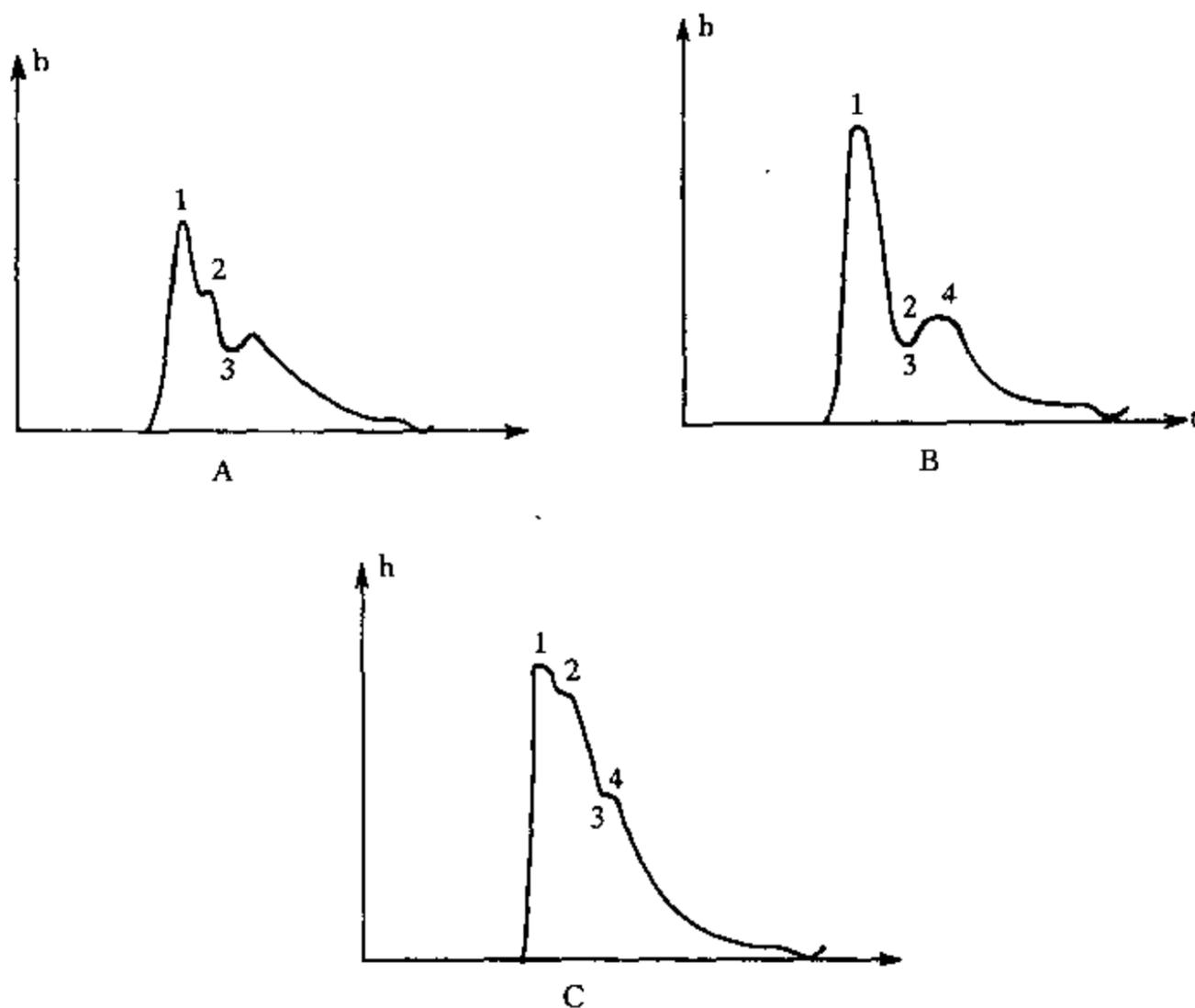


图 5-6 脉波图

h: 脉力大小; t: 时间; 1: 主波; 2: 重搏前波; 3: 降中峡; 4: 重搏波
A. 平脉波图; B. 滑脉波图; C. 弦脉波图

滑、涩、促、结、代等脉图。上海中医药大学还根据脉图的特征参数等进行仿生模拟，研制了脉象模型，用脉象仪测绘的模具脉图与人体脉图基本一致，并可以产生比较逼真的脉象指感，实现了脉象信息的重演。由此也验证了脉波图形态与脉象指感的一致性。

四、正常脉象

正常脉象是指正常人在生理条件下出现的脉象，亦称为平脉。平脉是正常生理功能的反映，具有一定的变化规律范围，而不是固定不变的一二种脉象。不同的年龄、季节、昼夜等，脉象亦会产生不同程度的变化。疾病过程中见到平脉，表明病情轻浅，正气未伤，预后良好。

(一) 正常脉象的特点

正常脉象的主要特征是：一息四~五至，相当于 70~80 次/分；不浮不沉，不大不小，从容和缓，流利有力；寸、关、尺三部均触及，沉取不绝。

这些特征在脉学中称为有胃，有神，有根。

1. 有胃 脉有胃气表现在：①脉位居中，不浮不沉；②脉率调匀，不快不慢；③脉力充盈，不强不弱；④脉道适中，不大不小；⑤脉势和缓，从容流利。

2. 有神 脉神的特征主要是 2 个方面：①应指有力柔和；②节律整齐。

3. 有根 脉之有根主要表现在尺脉有力，沉取不绝两个方面。

胃神根是从不同的侧面强调了正常脉象所必备的条件，三者相互补充而不能截然分

开。

平脉反映机体气血充盈，脏腑功能健旺，阴阳平衡，精神安和的生理状态，是健康的象征。

（二）脉象的生理变异

脉象和人体内外环境的关系非常密切。

脉象与年龄、性别、形体等因素有关，儿童脉象多小数，青年脉象多平滑，老人脉象多弦硬，妇人脉象较男子濡细而带数。妊娠脉象多滑数。肥胖者脉多沉细，消瘦者脉较浮。身材高大者脉象较长，矮小者脉象较短。运动、饱餐、酒后脉多滑数有力；饥饿时脉来多软弱。

精神情志亦可引起脉象的明显变化。如：怒则伤肝而脉多弦细；惊则气乱而脉动无序等。

季节气候的各种变化，反映在脉象上表现为四季脉象：春胃微弦，夏胃微钩，秋胃微毛，冬胃微石。

除了季节的影响外，脉象还有昼夜节律的变化。昼日脉象偏浮而有力，夜间脉象偏沉而细缓。

此外，地理环境对脉象亦有一定的影响。北方之人多强实，南方之人多软弱，但也不能一概而论。

尚有寸口不见脉搏，而由尺部斜向手背，称为斜飞脉。若脉象出现于寸口的背侧，称为反关脉。都是桡动脉解剖位置的变异，不属于病脉。

【补充阐发】

一、寸口诊脉及分候的原理

独取寸口脉能够诊断全身病证的原理，一般都遵循《素问·五脏别论》、《素问·经脉别论》和《难经·一难》的解释，即肺朝百脉、寸口为脉之大会的道理。实际上，独取寸口的原因还可有以下几点：①脉动明显一寸口处覆盖组织较薄，脉动十分明显，脉下有桡骨衬托，便于运用指法，人迎处虽脉动亦明显，但不便于施用指法，且易引起瘙痒之感。②诊脉方便—古人拘于“礼”的束缚，不便解衣、触头、按足来进行诊脉，而诊寸口脉病人伸手即可取，操作极其方便。③脉气准确—诊脉时，寸口脉与心脏处于同一水平，较之人迎、趺阳，离心脏的距离适中，心脏耗费的能量与输出的血量之间，在人迎则耗能量大于血流量，在趺阳则耗能量小于血流量，而寸口则可能相等。④经验丰富—由于长期习惯于寸口诊脉，所以诊寸口脉较其他任何部位的脉象，体会最多、经验更丰富，对病情的判断更有把握。

寸口脉分三部九候，虽首见于《难经·十八难》：“三部者，寸、关、尺也；九候者，浮、中、沉也。上部法天，主胸以上至头之有疾也；中部法人，主膈以下至脐之有疾也；下部法地，主脐以下至足之有疾也。”但其学术思想仍渊源于《内经》。如《素问·脉要精微论》说：“尺内两旁，则季肋也，尺外以候肾，尺里以候腹。中附上，左外以候肝，内以候膈；右外以候胃，内以候脾。上附上，右外以候肺，内以候胸中；左外以候心，内以候膻中。前以候前，后以候后，上竟上者，胸喉中事也；下竟下者，少腹股膝胫足中事也。”张仲景对于寸关尺的分候，仍继承上候上、下候下、左候左、右候右的认识，如

《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证篇》说：“诸积大法，脉来细而附骨者，乃积也。寸口，积在胸中；微出寸口，积在喉中；关上，积在脐旁；上关上，积在心下；微下关，积在少腹；尺中，积在气冲。脉出左，积在左；脉出右，积在右；脉两出，积在中央。各以其部处之。”王叔和《脉经》则不仅有寸关尺分候部位的内容，“寸主射上焦，出头及皮毛竟手；关主射中焦，腹及腰；尺主射下焦，少腹至足。”同时引《脉法赞》语“肝心出左，脾肺出右，肾与命门，俱出尺部”。并且首次提出了寸关尺的脏腑分候，曰：“心部在左手关前寸口是也……以小肠合为腑”；“肝在左手关上是也……以胆合为腑”；“肾在左手尺中是也……以膀胱合为腑”；“肺在右手关前寸口是也……以大肠合为腑”；“脾在右手关上是也……以胃合为腑”；“肾在右手关后尺中是也……以膀胱合为腑”。

在寸关尺分候脏腑上，古人有不同的认识，如表 5-1 所示：

表 5-1 寸关尺分候脏腑表

文献	寸		关		尺		说明
	左	右	左	右	左	右	
难经	心	肺	肝	脾	肾	肾	大小肠配心肺是表里相属，右肾属火，故命门亦候右尺
	小肠	大肠	胆	胃	膀胱	命门	
脉经	心	肺	肝	脾	肾	肾	
	小肠	大肠	胆	胃	膀胱	三焦	
景岳全书	心	肺	肝	脾	肾	肾	大肠配左尺是金水相从，小肠配右尺是火居火位
	心包络	膻中	胆	胃	膀胱大肠	三焦命门小肠	
医宗金鉴	心	肺	肝	脾	肾	肾	小肠配左尺，大肠配右尺是以尺候腹中的部位相配，故又以三焦分配寸、关、尺三部
	膻中	胸中	膈胆	胃	膀胱小肠	大肠	

虽然历代医家对于寸口的分候，认识有差异，但可从中看出，在五脏的所候位置上基本相同，主要是大小肠的位置不同。寸口分候的认识基础是按部位划分，同时三焦应是三个部分而不宜单独配于尺部，故寸口脉的脏腑分候应以《医宗金鉴》所述为恰当。

寸口脉分候五脏，也并非毫无疑义。比如肾属水、属阴，而右为阴，故肾应在右尺；命门属火、属阳，而左为阳，故命门应在左尺，为什么二者会反易其位呢？《难经·十八难》提出的原则是“此皆五行子母相生养也”，亦即《类经附翼》所说“经文虽无五行所属之分，而后世诸贤以左尺为水，生左关木，木生左寸火，君火类从于右尺而为相火，火生右关土，土生右寸金而止，甚属有理”。张璐《诊宗三昧·脉位》则说：“火旺于南，故心居左寸；木旺于东，故肝居左关；金旺于西，故肺居右寸；土旺于中，而寄居西南，故脾胃居于右关；水旺于北，故居两尺”。陈修园《医学实在易》又说：“天为阳，地为阴，东南为阳，西北为阴，天一生水，水生木，木生火，是以心肝居左也。地二生火，火生土，土生金，是以脾肺居右也。此先天之五行，本于阴阳水火，分而上生，非脏体之谓也。又心主脉，肝主血，血脉生于水精，是以左手三部俱主血；肺主周身之气，脾主元真之气，气生子火，是以右手三部皆主气，此皆阴阳互换之妙。”总之，寸关尺所候脏腑，是按脏器的上下位置分的，脏器配候于左右手，则是按五行生克制化、上下升降、阴阳

互换的原理而确定的。

由于解剖结构等方面的原因，寸关尺部的脉象可稍有差异，如《难经·三难》说：“关之前者，阳之动也，脉当见九分而浮”；“关之后者，阴之动也，脉当见一寸而沉”。但是一般说六部脉是大体一致的，如《脉经》说：“脉三部大都欲等”，浮则俱浮，数则俱数，故寸口分候不必人人详分，应按清·周学霆所主张的“分而不分，不分而分”，即可分则分，不能机械对待。临床上当某部脉出现明显独异时，如独大、独小、独盛、独弱等，则提示其所候脏器发生病变之可能，如左关弦、右关弱，常示肝气犯脾，或肝部脾虚；肺热盛者，可见右寸脉大；肝阳上亢、上实下虚者，有的出现关弦尺弱、寸大于尺等脉象，诊脉时应加以注意。

有人认为由同一心脏射出、流在同一血管中的血流，不可能反映出脏腑的不同信息，因而对寸口分候持否定态度。应该看到，临床上确有某部脉独异而提示病情者，故不可一概否定。

寸口脉分候脏腑的原理，可用乐器加以比拟说明。吹笛子时，笛管长度的不同，启闭不同的笛孔，使吹人的气流在管中产生不同类型的驻波，从而发出不同的声调，这与切寸口脉的原理是颇相类似的。人的左右手寸口脉，也好像二胡的两根琴弦，而寸关尺则好比是不同的音阶，弹按不同的琴弦与音阶，会发出不同的音响，而寸关尺为什么不可以反映出机体脏器的不同内在状况呢？此外，古人还曾用弓弩之发、水之下岸等比喻寸口诊脉的原理，如《灵枢·动输》说：“气之过于寸口也，……卒然如弓弩之发，如水之下岸，上鱼以反衰，其余气衰散以逆上，故其行微”。毫无疑问，气血流过寸口这一特定部位时，在流体动力学上必然发生复杂的变化，且必然受到内在各个脏器不同功能状态的影响。因此，寸口局部的脉象变化，是完全有可能反映出整个身体的生理病理信息的，只是限于当前科学技术的条件，尚不能获得和识别出寸口脉象所反映的全部信息，尚未提出有充分说服力的客观资料，因此我们对此应积极地加以研究，而不能简单地予以舍弃。

二、寸口脉分候脏腑别议

虽六脉分候脏腑之说，至今仍为众多中医所沿习，但早在明代就有人提出疑议。如张三锡认为“强分部位，起于王叔和……立论背经，遗害后世”。当代任应秋先生在其所著《脉学研究十讲》中，也明确提出分候法“上不宗内经，下不符科学”，是“凭空臆说”。

颜之亨在北京中医学院学报 1985 年第 5 期载文，对寸口脉分候脏腑提出质疑。他以古今著名医案为依据，对六部脉分候脏腑的理论进行统计分析，其结果如下：

明代江瓘著《名医类案》，收有 1300 余例医案。从中随机抽得 145 则医案，其中记录有脉象者为 51 例，此中有 7 例所述与分候脏腑定位理论相符，符合率为 13.7%。

秦伯未编《清代名医医案精华》，载有叶天士、薛生白、吴鞠通、尤在泾、王旭高、马培之、王九峰、金子久、丁甘仁等 20 位医家的验案 2145 例。对其记录了脉象的医案进行统计，符合脏腑分候者仅占 7.9%。

现代 10 位医家的医案（包括张锡纯《衷中参西录·五·医案》，《施今墨临床经验集·内科疾病》，《蒲辅周医疗经验·医案·内科病案》，《岳美中医案集》，《张伯臾医案》，《李聪甫医案·内科》，《冉雪峰医案》，《程门雪医案》，《章次公医案》，《黄文东医

案》), 共得 2160 例, 记录了脉象的 1952 例, 符合者 56 例, 总符合率仅为 4.3%。

再从“寸、关、尺”某一具体分候脏腑部位来看, 右手寸脉主候肺的病变。从《清代名医医案精华》中, 查出可以明确为肺部疾患的 246 例, 与“寸部候肺”相符者 15 例, 符合率亦只为 9.9%。

对于外感时病的统计, 以何廉臣选编的《重印全国名医医案类编》为对象, 该书包括“四时六淫病案”和“传染病案”两集, 共收医案 371 例, 全为外感时病, 其中记录了脉象的 309 例, 符合分候脏腑定位的有 25 例, 符合率为 8.1%。

上述资料提示, 寸口分候脏腑的理论, 尽管在临床上有一定的参考价值, 但从总的方面来说, 单以寸口脉象分候面判断病位是不足以为凭的。因此, 今后还需对寸关尺分候脏腑定位的诊法及其应用价值作进一步的深入探讨。

三、遍诊法的诊脉部位及临床意义

从中医脉诊的发展史看, 先是在全身各有脉动的部位进行诊察, 视其何部之异面判断病在何处。并逐渐总结各处诊脉断病的经验, 从中发现某些具有特殊意义的诊脉部位, 然后才演变为独取寸口诊脉法。因此, 可以认为三部九候遍诊法是一种局部诊法, 或者说是分经诊脉法。三部九候诊法的诊脉部位及临床意义如表 5-2 所示:

表 5-2 遍诊法诊脉部位及临床意义表

三部	九候	相应经脉和穴位	所属动脉	诊断意义
上部(头)	天地人	足少阳经(两额动脉) 太阳穴 足阳明经(两颊动脉) 巨髎穴 手少阳经(耳前动脉) 耳门穴	颞浅动脉 面动脉(颌内动脉) 颞浅动脉	候头角之气 候口齿之气 候耳目之气
中部(手)	天地人	手太阴 寸口部的太渊穴、经渠穴 手阳明 合谷穴 手少阴 神门穴	桡动脉 拇主要动脉 尺动脉	候肺 候胸中之气 候心
下部(足)	天地人	足厥阴 五里或太冲穴 足少阴 太溪穴 足太阴 箕门穴或足阳明冲阳穴	腓背动脉 胫后动脉跟支 股动脉或足背动脉	候肝 候肾 候脾胃

对于诊察三部九候以判别病情的方法, 《素问·三部九候论》说:“察九候独小者病, 独大者病, 独疾者病, 独迟者病, 独热者病, 独寒者病, 独陷下者病。……九候之相应也, 上下若一, 不得相失。一候后则病, 二候后则病甚, 三候后则病危。所谓后者, 应不俱(俱犹同也)也。察其腑脏, 以知死生之期, 必先知经脉, 然后知病脉。”义即在了了解诊脉部位的所属经脉基础上, 察其何处独异, 而辨别病变所在的脏腑经脉。

四、趺阳脉的诊法与临床意义

《素问·评热病论》说:“胃脉在足也”, 《素问·气交变大论》说:“冲阳绝者, 死不治”, 《灵枢·邪气脏腑病形》说:“两跗之上, 脉坚若陷者, 足阳明病, 此胃脉也”, 说明趺阳脉能诊断脾胃疾患。张仲景《伤寒杂病论》中对趺阳脉的论述达 29 处之多, 并指出“人迎趺阳, 三部不参”的错误。王叔和《脉经》有 39 处提到趺阳脉, 并对其专主脾胃疾病以及与脾胃相关的肺、肠等主症作了很好的论述。宋·许叔微更有“趺阳胃脉定死生, 少阴肾脉为根蒂”之说。国家中医药管理局所颁发的《中医病案书写规范》规定了“必要时切人迎、趺阳脉”。

趺阳脉即冲阳脉，为足背动脉，其位在足背第二、三跖骨间，体表约2~4cm能触到搏动者即是。诊脉时应以医者一指（拇指或食指）顺脉行方向平行触到脉搏为切脉姿势，用浮中沉的轻中重按压程度和脉的搏动速度及形状等，以分辨其脉象，从而判断病情及预后。尤其是当病情危重时，若寸口脉很微弱，甚至触不到，此时应注意诊察趺阳脉动情况，若趺阳脉亦触不到，说明胃气已绝，多主死证，若趺阳脉仍搏动比较明显，说明胃气犹在，尚存生机。

五、我国最早的脉象示意图

为了弥补语言文字对脉象表述的不足，很早就有人用图象方法来表述各种脉象。如宋·施发1241年所著《察病指南》，就是现存最早运用图解来说明脉象特征的，书中绘制有脉象示意图33幅，如图5-7所示：

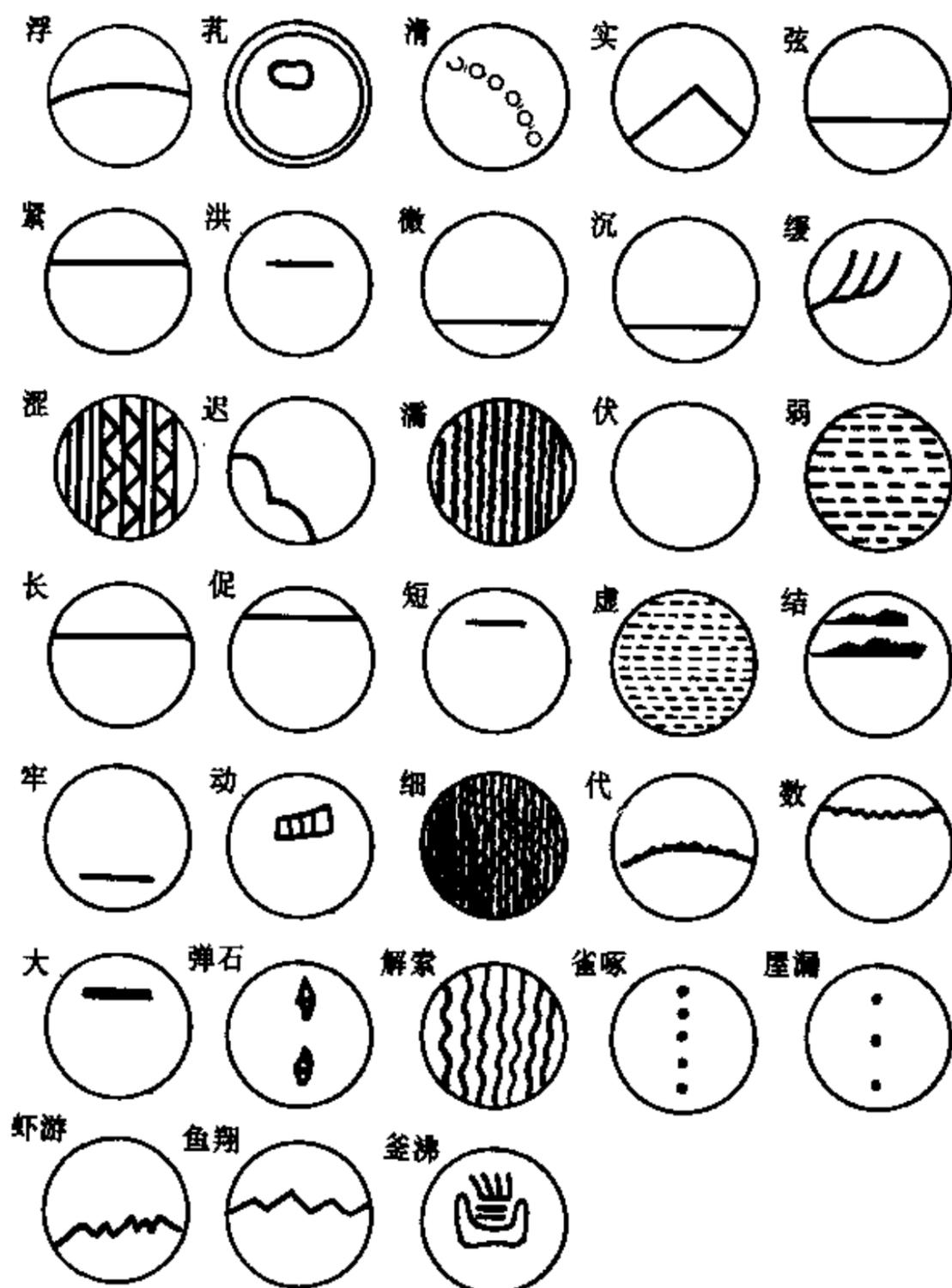


图 5-7 《察病指南》脉象示意图

继《察病指南》之后，明·张世贤著《图注脉诀》，载七表八里九道脉图；明·沈际飞编著《人之脉影归指图说》，载有七表八里九道十六怪脉脉图。这些脉象示意图，比较

形象地表述各种脉象的主要特点，对当时脉诊的传授和推广起了一定的作用。

六、“平脉”的含义与脉象

“平脉”亦称正常脉象，是健康无病之人的脉象，也就是指人们在正常生理条件下所表现出来的脉象。平脉的定义看来似乎十分明了和简单，亦为大家所熟知，然而，真正理解并掌握“平脉”却非易事。“平脉”的定义至少包含了两方面的内容：一是“平脉”的典型脉象特征；二是“平脉”的生理变异以及由此涉及的与若干其它脉象的关系问题。

关于平脉的典型脉象，历代文献有诸多的描述，如：《素问·平人氣象論》云：“人一呼脉再动，一吸脉亦再动，呼吸定息，脉五动，闰以太息，命曰平人，平人者不病也。”《景岳全书》曰：“凡从容和缓，浮沉得中者，此是平人之正脉。”《脉诊》曰：“不浮不沉，不迟不数，恰在中部，来去从容，一息四至的缓脉，是表示脾胃调和，健康无病，谓之平脉。”张元素描述更为具体：“应指和缓，往来甚匀。……不浮不沉，恰在中取，不迟不数，正如四至，欣欣然，悠悠然，洋洋然，从容柔顺，圆净分明。”历代医家从平人脉象的脉位、至数以及形、势等方面进行了表述，后世医家据此逐步完善并标定了典型的正常脉象特征：“三部有脉，一息四至，不浮不沉，不大不小，从容和缓，柔和有力，节律一致，尺脉沉取有一定力量。”用“脉象要素”来分析表述平脉的脉象特征，可以理解为：脉位居中，不浮不沉，沉取不绝；至数适中，不快不慢（一息四~五至）；脉律均匀；脉宽、脉长适中，不大不小、不长不短、寸关尺三部均有脉；脉力、紧张度适中，和缓而有力、不强不弱；流利度适中，从容而滑利。至此，典型的平脉特征有了比较完整的表述。

由于“正常生理条件”是一个相当宽的范围，它包含了年龄、性别、形体、饮食、情志、劳逸等多方面的因素，同时包含了因不同的季节、气候、地理环境等自然条件的影响而作出的正常生理反应性变化。因此，“平脉”实际上也包含了相当宽的范围，由于不同的个体和环境而有相应的变异。如王叔和《脉经》云：“小儿呼吸八至者平，九至者伤，十至者困。”指出了小儿的正常脉象，其脉率比成人快。《脉经》又云：“妇人脉小软。”《千金方》也云：“妇人之脉常濡弱于男子。”说明男女不同性别的脉象差异。《素问·三部九候论》中还注意到形体肥瘦等对脉象的影响，其云：“以候奈何？岐伯曰：必先度其形之肥瘦。”清·董西园《医级》也云：“瘦者肌肉薄，其脉轻手可得，应为浮状；肥者肌肉丰，其脉重按乃见，当为沉类。”清·周学海在《脉义简摩》中描述更为具体，其云：“人之禀赋各有不同，而脉应之，如血气盛则脉盛；血气衰则脉衰。血气热则脉数；血气寒则脉迟；血气微则脉微，血气平则脉和。长人脉长，短人脉短。性急人脉急，性缓人脉缓。肥人脉沉，瘦人脉浮，寡妇室女脉濡弱，婴儿稚子脉滑数，老人脉弱，壮人脉强，男子寸强尺弱，女子尺强寸弱。又有六脉细小同等，谓之六阴；洪大同等，谓之六阳。至于酒后脉数大，饭后脉洪缓，久饥脉空，远行脉疾，临诊者皆须详察。”又云：“浮沉有得之禀赋者，趾高气扬脉多浮，镇静沉潜脉多沉……肉坚者脉多实，虚泡者脉多虚……皮肤绷紧者脉多紧，宽松者脉多缓也。”至于在不同的自然条件下人体脉象的生理变异，《素问·脉要精微论》中明确指出：“万物之外，六合之内，天地之变，阴阳之应，彼春之暖、为夏之暑，彼秋之忿、为冬之怒，四变之动，脉与之上下。”《素问·玉机真藏论》亦曰：“脉从四时。”《素问·平人氣象論》中具体描述了人应四时的四季平脉：“春胃微弦曰平；……夏胃微钩曰平；……秋胃微毛曰平；……冬胃微石曰平。”《四诊抉微·卷五》云：

“东夷之地，四时皆春，其气暄和，民脉多缓。南夷之地，终年皆夏，其气炎蒸，民脉多大。西夷之地，终年皆秋，其气清肃，民脉多劲。北夷之地，终年皆冬，其气凛冽，民脉多石。东南卑湿，其脉软缓。居于高巅，亦西北也，西北高燥，其脉刚劲。”

由此可见，平脉的典型特征与生理变异是平脉不可缺少的两个方面。判断正常脉象须结合考虑诸多的条件才能确定，否则就易流于机械或导致错误。当然这些条件或因素对脉象的影响，只能在适当的程度之内，超过了就会是异常脉象。因此，理解和掌握平脉（正常脉）并不是轻而易举、十分简单的事情，其中还涉及了平脉与若干其他脉象在一定条件下的关系等问题。有时候，同样的脉在这个人是平脉，在那个人就未必是平脉。例如：弦脉，在老年人可以是平脉，在青年人则多半是病脉，而且属于老年人正常脉象的弦脉，只能“弦”在一定的程度以内，超过了则亦是病脉。所以从某种意义上说，平脉只是一类与众多脉象不能绝然分开的相对脉象，而且必须是有条件的。故明·张介宾《景岳全书》曰：“持脉之道，须明常变。凡众人之脉，有素大素小、素阴素阳者，此其赋自先天，各成一局也。”

七、对脉象“胃、神、根”的理解

大凡诊脉察病，历代医家无不注重脉象的“胃、神、根”，并将其列为诊脉要领之首。如程钟龄曰：“脉有要诀，胃神根三字而已。”之所以如此，是因为脉象中的“胃、神、根”实际上是人的正气在脉象中的反映或体现。所以，脉有胃、有神、有根为平脉；少胃、少神、少根为病脉；脉无胃、无神、无根为死脉，是病情十分危重的表现。

“胃”：亦称胃气。中医学认为：胃为后天之本，气血生化之源。因此，胃气直接和间接地反映了脾胃运化功能的强弱以及全身气血的盛衰、营养状况的优劣。显然，在脉象所反映的人体生理信息中，势必包含了胃气的盛衰。所以《素问·平人氣象论》指出：“人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死。”说明脉亦以胃气为本。关于脉之有胃气的表现，古人描述很多，如《素问·玉机真藏论》云：“脉弱以滑，是有胃气。”此处所说的“弱”非虚弱之意，是指与强相对而言不太过的意思。《灵枢·终始》云：“邪气来也紧而疾，谷气来也徐而和。”认为脉来和缓、徐和从容就是有胃气。《景岳全书·脉神章》则云：“大都脉来时，宜无太过、无不及，自有一雍容和缓之态，便是有胃气之脉。”指出了“无太过、无不及”的雍容和缓之态。戴起宗对于胃气更有具体的指述：“凡脉不大不细、不长不短、不浮不沉、不滑不涩，应指中和，意思欣欣难以名状者为胃气。”提出了“中和”是脉有胃气的特点。所谓“中和”就是不大不细、不长不短、不浮不沉、不滑不涩，也就是张介宾“无太过、无不及”之意。综上所述，古人对脉有胃气的描述，主要是指：“和缓”、“从容”、“徐和”、“和匀”、“中和”、“无太过、无不及”。

然而，尽管前人反复地、不厌其详地描述脉中胃气的形态，可总觉得笔墨难以形容，使人难以领会。为此，也有一些医家提出“胃脉无形”的观点，认为欲得胃气之真实形态，全在心领神会。如李中梓、戴起宗等在解释脉之胃气时，虽都指出了“和缓”、“从容”、“中和”之意，但最后都还是提到了“意思欣欣、悠悠扬扬、难以名状”。祝如穹则更明确地指出：“其在脉中，难取形状。诊脉者，指下浑浑缓缓，无形可拟者为平脉也。”《辨脉指南》亦云：“胃气本不可拟，而欲拟示人，不可拟其略似耳。昔人拟以依依杨柳，又曰口中吐出重气，若浑浑缓缓，无名可拟者是也。盖二十八脉俱为病脉，一有可拟便非胃气。”《中医脉诊学》对此作了解释，书中曰：“《黄帝内经》早已指出‘胃者，平人之

常气也。’健康无病之人，脉中自有胃气。所谓无形可拟者，正是这平人常气。所谓拟其略似者，正是因为缓脉与胃气相似。所以，若以健康人论之，则不必求其形，若以病人论之，则在和缓之中。”

“胃脉无形”观点的提出，虽似有些绝对，其实也有一定道理。它反映了传统文字描述的不足与欠缺。现代脉学提出了应用“脉象要素”来分析脉象的理论，为我们提供了较为客观地分解、剖析存在于脉象中的“胃气”，表述“脉中胃气”指感特征的新手段。

因此，脉有胃气的典型表现是：脉位适中，不浮不沉；脉率调匀，不快不慢；脉宽适中，不大不小（不宽不细）；脉长适中，不长不短；流利度适中，从容徐和滑利、不滑不涩（流畅而不过分滑利）；紧张度、力度适中，和缓有力、不弦不濡、不强不弱。归纳起来是：在脉象要素的各方面都处于“中和”的状态，无太过、无不及。

除此之外，脉有胃气的表现，还在于脉应四时而动，《灵枢·岁露》曰：“人与天地相参也，与日月相应也。”胃气亦随天地阴阳之气的变化而变化。《素问·脉要精微论》曰：“四变之动，脉与之上下。”脉的这种对自然界的适应能力，就是有胃气的表现。胃气充足，则脉应四时，故《素问·平人气象论》曰：“春胃微弦曰平；……夏胃微钩曰平；……秋胃微毛曰平；……冬胃微石曰平。”若脉之变动太过或不及均为疾病的表现，如《素问·平人气象论》所曰：“……弦多胃少曰肝病，但弦无胃曰死；……钩多胃少曰心病，但钩无胃曰死；……毛多胃少曰肺病，但毛无胃曰死；……石多胃少曰肾病，但石无胃曰死。”

综上所述，脉有胃气是指脉中胃气充沛，其脉象特征的典型表现是：脉来从容和缓，在脉象要素的各个方而都呈“中和”之态，而且能随四时等内外因素作相应的调节，无太过、无不及。

“神”：神是人体生命活动的综合反映。神不仅反映了人的精神、思维活动，也反映了机体脏腑、气血的功能盛衰，是人体生命现象的高度概括。神气的充足与否，主要通过目光、面色、神情、形态以及舌、脉表现出来。所以诊脉时，强调“脉贵有神”，如张景岳曰：“善为脉者，贵在察神，不在察形。察形者，形千形万，不得其要，察神者，惟一惟精，独见其真也。”

脉中之神的表现，医家多崇李东垣“有力即有神”之说，其曰：“脉中有力，即有神矣。”《景岳全书·脉神章》载云：“东垣曰，不病之脉不求其神而神无不在也，有病之脉，则当求其神之有无，谓如六数七极热也，脉中有力即有神矣；……若数极迟败中不复有力为无神也。”着重指出了脉搏有力是有神的标志。其余如刘河间、龚廷贤、吴山甫等亦都以脉之有力为有神。当然“脉中有力”是在一定的范围之内，应是如平人脉象之有力而又柔和，即如东垣所曰：“无病之脉不求其神而神无不在也。”太过不及均反映了脉中神气的不正常。陈士铎则在此基础上进一步有所补充，他将脉中神气分为三等，其曰：“按指之下，若有条理先后秩序不乱者，此有神之至也；若按指充实而有力者，有神之次也；其余按指而微微鼓动者，亦谓有神。”综合前人之说，脉有神气的主要特征是：①应指有力、柔和从容；②井然有序、节律整齐。

由于平人脉象是有胃、有神的典型表现，脉之有神须是有力而带柔和之象，与脉有胃气之和缓从容难以截然分开，二者均有冲和之象，故前人又有“有胃即有神”之说。只是脉之“胃气”与“神气”虽有其相互包容、重叠的一面，但二者的侧重还是略有不同：

脉之胃气重点表现在脉气之和缓、流利，脉之神气则主要表现为脉律整齐和应指有力。

“根”：脉之有根，古人的认识较为一致，认为都与肾有关。因为肾为先天之根本，是人体脏腑功能活动的原动力。若肾气充足，则脉象必有根。《难经》曰：“夫脉之有根，犹树之有根，枝叶虽枯槁，根本将自生。”临床诊脉，以沉取候肾、以尺部候肾，故脉之有根主要表现为：三部脉沉取有力，或尺脉沉取有力。

综上所述，脉象之有胃、有神、有根，从不同的侧面强调了正常脉象所必备的条件，三者相互补充而不能截然分开。临床诊脉以胃、神、根作为辨识脉象常与变之要领，只有理解、掌握脉象之胃、神、根，才能审察正气，辨识病脉。

八、“四季平脉”的脉象特征与生理基础

“四季平脉”是正常人脉象随四时而发生的变化。中医“天人相应”学说十分重视人与自然界的关系，认为人体的生理活动、病理变化，与外界自然环境如昼夜、季节、气候等等因素密切相关。如《素问·宝命全形论》曰：“人以天地之气生，四时之法成。”《灵枢·岁露论》也曰：“人与天地相参也，与日月相应也。”人体的气血运行、脏腑功能活动都随着外界环境的改变而发生相应的变化，而这些变化都可在脉象上反映出来。因此，“四季平脉”实际是“天人相应”在脉象上的体现。

脉象的四季变化，早在《黄帝内经》中就有较全面的论述。如《素问·脉要精微论》曰：“春日浮，如鱼之游在波；夏日在肤，泛泛乎万物有余；秋日下肤，蛰虫将去；冬日在骨，蛰虫周密。”从脉位方面描述了四季脉象的浮沉变化。又如《素问·玉机真脏论》曰：“春脉如弦，……夏脉如钩，……秋脉如浮，……冬脉如营。”从脉形方面描述了四季的脉象。元·滑伯仁《诊家枢要》则进一步作了补充：“凡诊脉须要先识时脉……谓春三月，六部中俱带弦，夏三月，俱带洪，秋三月，俱带浮，冬三月，俱带沉……凡人腑脏脉既平，胃脉和，又应时脉，乃无病者也，反此为病。”明·李言闻《四言举要》根据上述原则，明确指出：“春弦夏洪，秋毛冬石，四季和缓，是谓平脉。”当今学者亦有不少对四季平脉作了观察研究，《中国脉诊研究》中记载了应用脉象仪测试四季脉图所得的结果：夏季脉较洪大而浮，冬季脉象较沉细。春、秋两季则分别处于冬、夏之间的过渡阶段。提出了脉象的四季变化与《灵枢·顺气一日分为四时》所述“春生、夏长、秋收、冬藏”的自然规律基本相符的观点。

夏季炎热，万物茂盛，自然界的阳气长盛。人应“夏长”之气，脉道充盛，气血畅达，易趋于表，机体代谢旺盛，故脉来洪大易取。如《素问·玉机真脏论》所述：“夏脉如钩，何如而钩？岐伯曰：夏脉者心也，南方火也，万物之所以盛长也，故其气来盛去衰，故曰钩，反此者病。”又如《素问·脉要精微论》所述：“夏日在肤，泛泛乎万物有余。”对于夏脉之“钩”，李中梓《诊家正眼》曰：“洪者大也，以水喻也。又曰钩者，以木喻也，夏木繁滋，枝叶敷布，重而下垂，故如钩也”，认为“钩即是洪，名异实同”。

冬季寒冷，地冻冰封，万物封蛰，自然界的阳气潜藏。人应“冬藏”之气，腠理致密，阳气内潜，气血趋向于里，故脉沉而细小。如《素问·玉机真脏论》曰：“冬脉如营，何如而营？岐伯曰：冬脉者肾也，北方水也，万物之所以合藏也，故其气来沉以搏，故曰营，反此者病。”又如《素问·脉要精微论》曰：“冬日在骨，蛰虫周密。”对于冬脉之“石”与“在骨”，清·董西园《医级·卷十脉诀》曰：“石即沉也，冬脉也，水也，象万物之闭藏也。”明·龚信《古今医鉴》曰：“冬日在骨，阳气伏藏，故其脉沉而软滑。”

至于春、秋两季，由于二者皆处于寒暑更易、阴阳交替的过渡阶段，气温、气候变化跨度较大，故在春、秋的不同阶段，可以出现不同的脉象。

初春之时，植物萌芽，蛰虫复苏，自然界的阳气开始生长，如李中梓所述，初春为“阳中之阴，天气犹寒”，故脉“如琴弦之端直而挺然，稍带一分之紧急也。”此处“带一分之紧急”即《素问·平人气象论》所述，春脉“微弦”之意。春脉之“弦”是弦而柔和，乃有胃气之“微弦”，而非病脉之“弦”。故《素问·玉机真藏论》曰：“春脉如弦，何如而弦？岐伯对曰：春脉者肝也，东方木也，万物之所以始生也，故其气来，软弱轻虚而滑，端直以长，故曰弦。反此者病。”随着气候渐暖，自然界的阳气渐生。人应“春生”之气，阳气渐渐向外舒展，气血渐趋于表，故脉渐浮。如《素问·脉要精微论》曰：“春日浮，如鱼之游在波。”但此时终不及夏季之阳盛，故明·龚信《古今医鉴》曰：“虽出犹未全浮”。可见“春日浮”亦是稍浮、微浮之意，在程度上不如“夏日在肤”，且无“泛泛乎万物有余”之洪大之势。

初秋之时，自然界阳热之气尚盛，故脉仍较浮。但终因暑夏之时人体阳气发泄而有所损耗，故入秋后脉力较夏季之洪大而有所减弱，因此脉见浮软而“微毛”。深秋之时，凉意渐深，草木凋谢，昆虫蛰伏，自然界的阳气日渐收敛，如清·董西园《医级·卷十脉诀》所述：“象爽肃之气下临，而万物成实也。”人应“秋收”之气，故脉渐下沉。如《素问·脉要精微论》曰“秋日下肤，蛰虫将去。”

综上所述，“四季平脉”的内涵在于，随着四时阴阳消长，寒暑更迭，正常人脉象存在着与自然界“春生，夏长，秋收，冬藏”相适应的变化规律。

掌握四季平脉的变化规律，对于观察和推测病情有一定的意义。《素问·平人气象论》根据五行学说的属性及其生克规律，阐述四时脉象和五脏的关系，并以此来判断病情。如肝应春时，所以春脉微弦是肝的本脉；心应夏时，所以夏脉微洪是心之本脉；脾应长夏，所以长夏脉微软而缓是脾的本脉；肺应秋时，所以秋脉微浮为肺之本脉；肾应冬时，所以冬脉微石是肾的本脉。这是以五行属性来分析五脏的本脉，也即是五脏的正常脉象。如果春季出现了秋季的浮脉，即是金乘木，在夏季出现了冬季的沉脉，即是水克火，均提示病态。当然全凭五行学说的推论来诊断疾病是机械的，但若脉象的变化不顺应四时，则提示机体的生理功能和适应性调节机制失常，却是可以肯定的。

九、“脉象要素”与脉象的表述

脉象，是脉搏跳动应指的形象。此形象是靠医生用手指来感应的，因此是立体的、动态的。它包括了脉象位置的深浅，脉象的长短、粗细，质感的软硬和弹性，脉动的幅度、力量和流畅程度，脉跳的频率、节律等等。长期以来，历代文献主要以语言来比喻和描绘各种脉象的形象。例如：浮脉“如水漂木”，芤脉“如按葱管”，弦脉“如按琴弦”，紧脉“如绞绳索”，革脉“如按鼓皮”，滑脉“如珠走盘”，细脉“脉细如线”。这些描绘虽然颇为生动，但总欠规范，概念往往不够明确、不够完整，使后学者每每难以认识和领会。

为了比较规范地、客观地表述各种脉搏的形象，文献中常从“位、数、形、势”四个方面来分析、归纳各种脉象。近代通过对脉学文献的深入理解和实验研究资料的总结，从分析脉搏这一立体的、动态的形象着手，运用“脉象要素”来分解、剖析脉象的体状、质感和动势。

所谓“脉象要素”即是构成脉搏指感形象的主要因素，它包涵着“脉搏”的多种静态、动态的物理量。实际上也可理解为用来表述或检测各种脉搏形象的统一的物理指标：脉位、脉长、脉宽、紧张度、流利度、脉力、至数和均匀度。显然，正确理解“脉象要素”对于规范脉象的表述、体会脉搏形象、掌握指感特征是至关重要的。

脉位：指脉搏跳动显现部位的深浅。脉位浅表者属于浮脉类，脉位深沉者属于沉脉类。必须指出，脉搏显现部位的深浅，与脉管解剖位置的深浅有一定的关系，但脉位并不完全等同于血管的解剖位置。它还与血管的舒缩状态，皮下组织的弹性等多种因素有密切关系。

脉长：指脉搏应指轴向范围的长短，也即脉搏显现部位的长短。脉动应指范围长，两端超越寸、尺属于长脉；应指范围短，两端不满寸、尺，或者但见于关部或寸部属于短脉类。

脉宽：指脉搏应指径向范围的宽度，也即手指感觉到的脉搏的粗细。脉宽与血管的粗细有一定的关系，但也并不等同于血管的粗细，还与皮下组织、血管的舒缩状态、充盈状况等因素有关。脉道宽大的属于大脉类，脉道细小的属于细脉类。

紧张度：指脉管的弛缓与紧急的程度。它与脉管的弹性、软硬，以及轴向与径向的张力有关。脉道绷紧者属于弦、紧脉，脉道弛缓者属于缓、濡脉类。

流利度：指脉搏来势的流利通畅程度。体会流利度时要注意体察每一次脉搏跳动的流畅程度。比较流利的脉如滑脉，其每一次脉搏跳动都是比较通畅地在指下经过，因此有应指圆滑，如珠在指下滚过的感觉，而不同于数脉的频率快。相反，脉来艰涩而不流利者为涩脉。

脉力：指脉搏应指力量的强弱。脉搏应指无力者属虚脉类，脉搏应指过分有力者属实脉类。

至数：指脉跳频率的快慢。脉率快，一息五、六至为数脉。脉率慢，一息三至为迟脉。

均匀度：指脉动节律是否规则，以及脉力大小是否一致。一般而言，大多数脉象之脉律、脉力都均匀规则，只有少数脉如促脉、结脉、代脉等脉律不齐或兼有脉力大小不一。

脉象要素的确立，为我们提供了比较规范、统一的辨识或表述各种脉象的标准。每一种脉象的基本特征，均可用八个脉象要素来进行全面的分析。在二十八脉中，有些脉象仅主要表现为某一个脉象要素方面的改变。如：浮脉、沉脉主要表现在脉位上的异常，浮脉主要就是脉位浮；沉脉主要就是脉位沉。迟脉、数脉、疾脉主要表现为至数方面的改变，迟脉至数慢，一息三至；数脉至数快，一息六至；疾脉更快，一息七至以上。滑脉、涩脉主要在于流利度的改变，滑脉往来流利，涩脉往来艰涩。弦脉主要表现为紧张度的增高，如按琴弦。细脉主要表现在脉宽的细小。长脉、短脉主要在脉长度方面的异常，前者脉长，后者脉短。虚脉、实脉的特点主要在于脉力的异常，虚脉无力，实脉过分有力。这些脉象在其它七个脉象要素方面则一般没有明显的变化。若有变化，则属于相兼脉，如浮数脉、沉细脉、弦滑脉、沉涩脉等等。而有些脉象本身就表现为两个或两个以上脉象要素方面的变化。如：促脉、结脉表现为至数与均匀度的改变，促脉数而脉律不齐，结脉缓而脉律不齐。洪脉、弱脉表现为脉位、脉力、脉宽上的改变，洪脉浮大而有力，弱脉沉细而无力。濡脉表现为脉位、脉宽、紧张度、脉力的变化，即浮细软而无力。

【古代文献】

一、脉象形成的原理

《素问·五脏生成》：心之合脉也。

《素问·平人氣象》：胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应手（手，原作衣，根据《甲乙经》改），脉宗气也。

《灵枢·邪客》：宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉。

《灵枢·动输》：黄帝曰：经脉十二，而手太阴、足少阴、阳明独动不休，何也？岐伯曰：是阳明胃脉也。胃为五脏六腑之海，其清气上注于肺，肺气从手太阴而行之。其行也，以息往来，故人一呼脉再动，一吸脉亦再动，呼吸不已，故动而不止。黄帝曰：气之过于寸口也，上十焉息？下八焉伏？何道以还？不知其极。岐伯曰：气之离脏也，卒然如弓弩之发，如水之下岸，上于鱼以反衰，其余气衰散以逆上，故其行微。

《灵枢·五十营》：黄帝曰：余愿闻五十营，奈何？岐伯答曰：天周二十八宿，宿三十六分，人气行一周，千八分。日行二十八宿，人经脉上下、左右、前后二十八脉，周身十六丈二尺，以应二十八宿，漏水下百刻，以分昼夜。故人一呼脉再动，气行三寸，一吸脉亦再动，气行三寸，呼吸定息，气行六寸。十息，气行六尺，日行二分。二百七十息，气行十六丈二尺。气行交通于中，一周于身，下水二刻，日行二十五分。五百四十息，气行再周于身，下水四刻，日行四十分。二千七百息，气行十周于身，下水二十刻，日行五宿二十分。一万三千五百息，气行五十营于身，水下百刻，日行二十八宿，漏水皆尽，脉终矣。

《中藏经·脉要论》：脉者，乃气血之先也。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，气血平则脉缓。

《四言举要》：脉乃血脉，气血之先，血之隧道，气息应焉。其象法地，血之府也，心之合也，皮之部也。资始于肾、资生于胃……脉不自行，随气而至；气动脉应，阴阳之谊。气如橐籥，血如波澜；血脉气息，上下循环。

二、诊脉的部位与方法

（一）诊脉的部位

《素问·三部九候》：帝曰：何谓三部？岐伯曰：有下部，有中部，有上部。部各有三候，三候者，有天、有地、有人也。必指而导之，乃以为真。上部天，两额之动脉；上部地，两颊之动脉；上部人，耳前之动脉。中部天，手太阴也；中部地，手阳明也；中部人，手少阴也。下部天，足厥阴也；下部地，足少阴也；下部人，足太阴也。故下部之天以候肝，地以候肾，人以候脾胃之气。帝曰：中部之候奈何？岐伯曰：亦有天，亦有地，亦有人。天以候肺，地以候胸中之气，人以候心。帝曰：上部以何候之？岐伯曰：亦有天，亦有地，亦有人。天以候头角之气，地以候口齿之气，人以候耳目之气。三部者，各有天，各有地，各有人，三而成天，三而成地，三而成人，三而三之，合则为九。

《灵枢·禁服》：寸口主中，人迎主外，两者相应，俱往俱来，若引绳大小齐等。春夏人迎微大，秋冬寸口微大。如是者，名曰平人。

《伤寒论·序》：按寸不及尺，握手不及足，人迎趺阳，三部不参，动数发息，不满五十。短期未知决诊，九候曾无仿佛，明堂阙庭，尽不见察，所谓窥管而已。夫欲视死

别生，实为难矣。

《难经·二难》：脉有尺寸，何谓也？然：尺寸者，脉之大要会也。从关至尺是尺内，阴之所治也；从关至鱼际是寸口内，阳之所治也。故分寸为尺，分尺为寸。故阴得尺内一寸，阳得寸内九分，尺寸终始，一寸九分，故曰尺寸也。

《素问·五脏别论》：帝曰：气口何以独为五脏主？岐伯曰：胃者，水谷之海，六腑之大源也。五味入口，藏于胃，以养五脏气，气口亦太阴也。是以五脏六腑之气味皆出于胃，变见于气口。

《难经·一难》：十二经皆有动脉，独取寸口，以决五脏六腑死生吉凶之法，何谓也？然：寸口者，脉之大会、手太阴之动脉也（按原文为脉动，根据《甲乙经》改之）。

《素问·经脉别论》：食气入胃，散精于肝，淫气于筋。食气入胃，浊气归心，淫精于脉。脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。毛脉合精，行气于府。府精神明，留于四肢，气归于权衡。权衡以平，气口成寸，以决死生。

《素问·脉要精微论》：尺内两旁，则季肋也。尺外以候肾，尺里以候腹。中附上，左外以候肝，内以候鬲；右外以候胃，内以候脾。上附上，右外以候肺，内以候胸中；左外以候心，内以候膻中。前以候前，后以候后。上竟上者，胸喉中事也；下竟下者，少腹腰股膝胫足中事也。

《难经·十八难》：脉有三部，部有四经，手有太阴、阳明，足有太阳、少阴，为上下部，何谓也？然：手太阴、阳明金也，足少阴、太阳水也，金生水、水流下行而不能上，故在下部。足厥阴、少阳木也，生手太阳、少阴火，火炎上行而不能下，故为上部。手心主、少阳火，生足太阴、阳明土、土主中宫，故在中部也。此皆五行子母更相生养者也。

《脉经·两手六脉所主五脏六腑阴阳逆顺第七》：肝心出左、脾肺出右，肾与命门俱出尺部……心部在左手关前寸口是也，即手少阴经也，与手太阳为表里，以小肠合为府。合于上焦，名曰神庭，在鸠尾下五分。肝部在左手关上是也，足厥阴经也，与足少阳为表里，以胆合为府。合于中焦，名曰胞门，在太仓左右三寸。肾部在左手关后，尺中是也，足少阴经也，与足太阳为表里，以膀胱合为府。合于下焦，在关元左。肺部在右手关前寸口是也，手太阴经也，与手阳明为表里，以大肠合为府。合于上焦，名呼吸之府，在云门。脾部在右手关上是也，足太阴经也，与足阳明为表里，以胃合为府。合于中焦脾胃之间，名曰章门，在季肋前一寸半。肾部在右手关后，尺中是也，足少阴经也，与足太阳为表里，以膀胱合为府。合于下焦，在关元右。左属肾，右为于户，名曰三焦。

《景岳全书·脉神章·部位解》：左寸，心部也，其候在心与心包络，得南方君火之气，脾土受生，肺金受制，其主神明清浊。右寸，肺部也，其候在肺与膻中，得西方燥金之气，肾水受生，肝木受制，其主情志善恶。左关，肝部也，其候在肝胆，得东方风木之气，心火受生，脾土受制，其主管禄贵贱。右关，脾部也，其候在脾胃，得中央湿土之气，肺金受生，肾水受制，其主财帛厚薄。左尺，肾部也，其候在肾与膀胱大肠，得北方寒水之气，肝木受生，心火受制，其主阴气之寿元。右尺，三焦部也，其候在肾与三焦、命门、小肠，得北方天一相火之气，脾土受生，肺金受制，其主阳气之寿元。

《医宗金鉴·四诊心法要诀》：右寸肺胸，左寸心膻。右关脾胃，左肝膈胆。三部三焦，两尺两肾。左小膀胱，右大肠认。

（二）诊脉的方法

《素问·方盛衰论》：圣人持诊之道，先后阴阳而持之，奇恒之势，乃六十首，诊合微之事，追阴阳之变，章五中之情，其中之论，取虚实之要，定五度之事。知此乃足以诊。是以切阴不得阳，诊消亡。得阳不得阴，守学不湛。

《素问·脉要精微论》：持脉有道，虚静为保。

《素问·脉要精微论》：诊法常以平旦，阴气未动，阳气未散，饮食未进，经脉未盛，络脉调匀，气血未乱，故乃可诊有过之脉。

《灵枢·根结》：一日一夜五十营，以营五脏之精。不应数者，名曰狂生。所谓五十营者，五脏皆受气。持其脉口，数其至也。五十动而不一代者，五脏皆受气；四十动一代者，一脏无气；三十动一代者，二脏无气；二十动一代者，三脏无气；十动一代者，四脏无气；不满十动一代者，五脏无气。予之短期，要在终始。所谓五十动而不一代者，以为常也。

《难经·五难》：脉有轻重，何谓也？然：初持脉，如三菽之重，与皮毛相得者，肺部也。如六菽之重，与血脉相得者，心部也。如九菽之重，与肌肉相得者，脾部也。如十二菽之重，与筋平者，肝部也。按之至骨，举指来疾者，肾部也。故曰轻重也。

《难经·十八难》：脉有三部九候，各何主之？然：三部者、寸关尺也，九候者，浮中沉也。上部法天，主胸以上至头之有疾也；中部法人，主膈以下至脐之有疾也；下部法地，主齐以下至足之有疾也。

《诊家枢要》：持脉之要有三：曰举，曰按，曰寻。轻手循之曰举；重手取之曰按；不轻不重，委屈求之曰寻。

《千金方·平脉大法》：夫诊脉当以意先自消息，压取病人呼吸以自同，而后察其脉数，计于定息之限，五至者为平人，若有盈缩，寻状论病源之所宜也。

《南阳活人书》：凡初下指，先以中指揣按得关位，乃齐下前后二指，为三部脉，前指寸口也，后指尺部也。若人臂长，乃疏下指；若臂短，乃密下指。先诊寸口，浮按消息之，次中按消息之，次重按消息之；次上竟消息之，次下竟消息之；次推指外消息之；次推指内消息之。凡诊脉以气息平定方下指，以一呼一吸为一息。其一息之间，脉息四至或五至，不大不小，与所部分四时相应者，为平和脉也。

《太素脉诀·诊视法》：大凡诊视，坐定调息已之气，呼吸平和，然后先以中指于彼者掌后高骨之旁，揣定关位；次以食指按寸口之位，又以无名指按尺下之位、人长则指疏，人短则指密。凡一指必三般诊，先轻以取其浮，次稍重以取其中，又最重以取其沉。

《医宗必读·新著四言脉诀》：诊人之脉，令仰其掌，掌后高骨，是名关上。关前为阳，关后为阴，阳寸阴尺，先后推寻。

《重订诊家直诀·指法总义》：诊脉之指法，见于经论者，曰举，曰按，曰寻，曰推，曰初持，曰久按，曰单持，曰总按。无求子消息七法，曰上竟下竟，曰内推外推，曰浮按中按沉按。更有侧指法，挽指法，辗转指法，俯仰指法。举而复按，按而复举，是操纵指法。若是者，皆有旧论可考也。至子私心所创获，与得诸益友所训示者，则又有移指法，直压指法。夫脉有四科：位、数、形、势而已。位者，浮沉尺寸也；数者，迟数促结也；形者，长短广狭厚薄粗细刚柔，犹算学家之有线面体也；势者，敛舒伸缩进退起伏之有盛衰也。势因形显，敛舒成形于广狭，伸缩成形于长短，进退成形于前后，起

伏成形于高下，而盛衰则贯于诸势之中，以为之纲者也。此所谓脉之四科也，指法即由此而辨。曰举按以诊高深也；曰上下以诊长短也；曰寻推以诊广狭厚薄曲直也。曰初持久按以诊迟数滑涩止代也；曰单持总按以诊去来断续也。病者气口处骨肉不平，须用侧指法，病者不能平臂而侧置，须用挽指法；俯仰者，三指轻重相畸也；辗转者，一指左右相倾也；操纵者，举按迭用，以察根气之强弱，难经所谓按之软，举指来疾者此也。唯三指总按，横度三关，三指缝中，各有其隙。若三部脉形不同，如寸涩尺滑，前小后大，即无由得其接续之真迹。昔有同学示以移指法，如先诊三关，再略退半部，以食指加寸关之交，中指加关尺之交，终以有隙，而其真不见，后乃自创一指直压之法，以食指直压三关，而真象尽露矣。小儿脉位狭小，以食指横度脉上，而展转以诊之。

《重订诊家直诀·单诊总按不同》：脉有单诊总按不同者，或单诊强，总按弱也。或单诊弱，总按强也。或单诊细，总按大也。或单诊大，总按细也。凡单按弱总按强者，此必其脉弦滑。一指单按，气行自畅，无所搏激。三指总按，则所按之部位大，气行不畅，而搏激矣。此脉本强，而总按更强于单按也。单按强，总按弱者，此必其脉气本弱，但食指较灵，单指按下较显。名中二指较木，总按即不显其振指也。此脉本弱，而总按更弱于单按也。单按细，总按大者，是其脉体弦细，而两旁有晕也。总按指下部位大，而晕亦鼓而应指矣。单按大，总按细者，必其人血气虚燥，脉体细弱，而两旁之晕较盛也，食指灵而晕能应指，名中二指木，而晕不能应指矣。更有单按浮，总按沉，单按沉总按浮者，其浮即晕也。抑或脉体本弱，轻按气无所搏，力不能鼓，重按气乃搏鼓也。

三、正常脉象

《素问·平人气象论》：人一呼脉再动，一吸脉亦再动，呼吸定息，脉五动，闰以太息，命曰平人。平人者，不病也。

《素问·平人气象论》：平人之常气禀于胃，胃者，平人之常气也。人无胃气曰逆，逆者死。

《素问·平人气象论》：人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死。所谓无胃气者，但得真脏脉不得胃气也。所谓脉不得胃气者，肝不弦，肾不石也。

《难经·八难》：寸口脉平而死者，何谓也？然：诸十二经脉者，皆系于生气之原。所谓生气之原者，谓十二经之根本也，谓肾间动气也，此五脏六腑之本，十二经脉之根，呼吸之门，三焦之原，一名守邪之神。故气者，人之根本也，根绝则茎叶枯矣，寸口脉平而死者，生气独绝于内也。

《难经·十四难》：上部有脉，下部无脉，其人当吐，不吐者死。上部无脉，下部有脉，虽困无能为害，所以然者，譬如人之有尺，树之有根，枝叶虽枯槁，根本将自生。脉有根本，人有原气，故知不死。

《景岳全书·脉神章》：凡诊脉须知胃气。如经曰：‘人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死。’又曰：‘脉弱以滑者是有胃气。’又曰：‘邪气来也紧而疾，谷气来也徐而和。’又曰：‘五味入口，藏于胃以养五脏气，是以五脏六腑之气味，皆出于胃而变见于气口。’是可见谷气即胃气，胃气即元气也。夫元气之来，力和而缓；邪气之至，力强而峻。高阳生曰：‘阿阿软若春杨柳。’此是脾家四季脉，即胃气之谓也。故凡诊脉者，无论浮沉迟数，虽值诸病叠见，而但于邪脉中得兼软滑徐和之象者，便是五脏中俱有胃气，病必无害也。何也，盖胃气者正气也，病气者邪气也。夫邪正不两立，一胜则一负。凡

邪气胜则正气败，正气至则邪气退矣。若欲察病之进退吉凶者，但当以胃气为主。察之之法，如今日尚和缓，明日更弦急，知邪气之愈进，邪愈进则病愈甚矣；今日甚弦急，明日稍和缓，知胃气之渐至，胃气至则病渐轻矣。即如顷刻之间，初急后缓者，胃气之来也；初缓后急者，胃气之去也。此察邪正进退之法也。至于死生之兆，亦惟从胃气为主。夫胃气中和，王于四季，故春脉微弦而和缓，夏脉微钩而和缓，秋脉微毛而和缓，冬脉微石而和缓，此胃气之常，即平人之脉也。若脉无胃气，即名真脏脉见。真脏何以当死？盖人有元气，出自先天，即天气也，为精神之父；人有胃气，出乎后天，即地气也，为血气之母。其在后天，必本先天为主持；在先天，必赖后天为滋养。无所本者死，无所养者亦死。何以验之？如但弦、但钩、但毛、但石之类，皆真脏也。此以孤脏之气独见，而胃气不能相及，故当死也。且脾胃属土，脉本和缓；土惟畏木，脉则弦强。凡脉见弦急者，此为土败木贼，大非佳兆。若弦急之微者，尚可救疗；弦急之甚者，胃气其穷矣。

《医宗必读·脉以胃气为本》：至哉坤元！万物资生，唯人应之，胃气是也。故脉以胃气为本。夫肝心肺肾四脏之气，各有偏胜，但赖胃气调剂之，使各得和平，故曰土位居中，兼乎五行。

《诊家枢要·脉贵有神》：不病之脉，不求其神，而神无不在也。有病之脉，则当求其神之有无。谓如六数七极，热也。脉中有力即有神矣，为泄其热。三迟二败，寒也。脉中有力，即有神矣，为去其寒。若数极迟败，中不復无力，为无神也，将何所恃耶？苟不知此，而遽泄之去之，神将何以依而主耶？故经曰：脉者，气血之先。气血者，人之神也。

《灵枢·终始》：谨奉天道，请言终始，终始者，经脉为纪，持其脉口人迎，以知阴阳有余不足，平与不平，天道毕矣。所谓平人者，不病，不病者，脉口人迎应四时也，上下相应而俱往来也，六经之脉不结动也，本末之寒温之相守司也，形肉血气必相称也，是谓平人。

《素问·玉机真脏论》：黄帝问曰：春脉如弦，何如而弦？岐伯对曰：春脉者，肝也，东方木也，万物之所以始生也。故其气来软弱，轻虚而滑，端直以长，故曰弦。反此者病……帝曰：善。夏脉如钩，何如而钩？岐伯曰：夏脉者，心也，南方火也，万物之所以盛长也，故其气来盛去衰，故曰钩。反此者病。……帝曰：善。秋脉如浮，何如而浮？岐伯曰：秋脉者，肺也，西方金也，万物之所以收成也，故其气来轻虚以浮，来急去散，故曰浮。反此者病。……帝曰：善。冬脉如营，何如而营？岐伯曰：冬脉者，肾也，北方水也，万物之所以合藏也，故其气来沉以搏，故曰营。反此者病。

《难经·十五难》：经言，春脉弦，夏脉钩，秋脉毛，冬脉石，是王脉耶？将病脉耶？然：弦钩毛石者，四时之脉也。春脉弦者，肝东方木也，万物始生，未有枝叶，故其脉之来，濡弱而长，故曰弦。夏脉钩者，心南方火也，万物之所茂，垂枝布叶，皆下曲如钩，故其脉之来疾去迟，故曰钩。秋脉毛者，肺西方金也，万物之所终，草木华叶，皆秋而落，其枝独在，若毫毛也，故其脉之来，轻虚以浮，故曰毛。冬脉石者，肾北方水也，万物之所藏也，盛冬之时，水凝如石，故其脉之来，沉濡而滑，故曰石。此四时之脉也。

《素问·脉要精微论》：春日浮，如鱼之游在波；夏日在肤，泛泛乎万物有余；秋日下肤，蛰虫将去；冬日在骨，蛰虫周密，君子居室。故曰：知内者，按而纪之，知外者，

终而始之。此六者，持脉之大法。

《素问·至真要大论》：帝曰：其脉应，皆何如？岐伯曰：差同正法，待时而去也。《脉要》曰：春不沉，夏不弦，冬不涩，秋不数，是谓四塞。沉甚曰病，弦甚曰病，涩甚曰病，数甚曰病，参见曰病，复见曰病，未去而去曰病，去而不去曰病，反者死。故曰：气之相守司也，如权衡之不得相失也。

《素问·平人气象论》：夫平心脉来，累累如连珠，如循琅玕，曰心平。夏以胃气为本。……平肺脉来，厌厌聂聂，如落榆莢，曰肺平。脉以胃气为本。平肝脉来，软弱招招，如揭长竿末梢，曰肝平。春以胃气为本。平脾脉来，和柔相离，如鸡践地，曰脾平。长夏以胃气为本。平肾脉来，喘喘累累如钩，按之而坚，曰肾平。冬以胃气为本。

《脉经·平脉视人大小长短男女逆顺法》：凡诊脉当视其人大小长短及性气缓急。脉之迟速大小长短皆如其人形性者则吉，反之者则为逆也。脉三部大都欲等，只如小人，细人，妇人，脉小软。小儿四五岁，脉呼吸八至细数者吉。

《南阳活人书·问消息之证》：长人脉长，短人脉短；性急则脉急，性缓则脉缓。

《河间六书·原脉论》：人性候躁急，僇促，迟缓，软弱，长短，大小，皮坚肉厚，各随其状，而脉应之。……长人脉长、短人脉短；肥人脉沉，瘦人脉浮，大人脉壮，小人脉弱。

《脉诀汇辨·因形气以定诊论》：形体各有不同，则脉之来去，因之亦异，又不可执一说一概病情也。何则肥盛之人，气居于表，六浮常带浮洪；瘦小之人，气敛于中，六脉常带沉数；性急之人，五至方为平脉；性缓之人，四至便作热医；身长之人，下指宜疏；身短之人，下指宜密；北方之人，每见实强；南方之人，恒多软弱；少壮之脉多大，老年之脉多虚；醉后之脉常数，饮后之脉常洪；室女尼姑多濡弱，婴儿之脉常七至。

《医学正传·卷一·医学或问》：或问：有人寸、关、尺三部之脉按之绝无形迹，而移于手阳明经阳溪与合谷之地动者，何与？曰：手太阴经肺与手阳明经大肠，一脏一腑，相为表里，其列缺穴，乃二经之络脉，故脉从络而出于阳明之经，此为妻乘夫位，地天交泰、生成无病之脉耳。

《医学准绳六要·反关脉》：平人正取无脉，即侧手于大指后外廉一路诊之乃得，名反关脉。……有平生六脉极清虚，不禁寻按者，不可便断为虚。贵人多此，稍大易常，即是有病矣。

《太素脉诀·诊脉要法说》：又有反关脉，在三部之后或背侧。若过寸口上至鱼际者，名曰鱼际脉。有左大右小者，有左小右大者。有人两手清微如无脉者，此阴脉主贵；有两手俱洪大者，此阳脉主贵。

【研究进展】

一、脉象客观描记仪器的研究

长期以来，人们就渴望对脉象用客观的描记分析来代替主观的经验感觉。早在宋代·施发著的《察病指南》就有 33 种脉象示意图；明代张世贤的《图注难经脉诀》、沈际飞的《人元脉图影归指图说》用脉影示意图来说明脉象的“体位”及“性状”。近年来，王德州的《脉搏示意图》等都在以上基础上，发展为脉冲波示意图，给人们使用仪器描记以启迪。在国外方面 1860 年 Vierodt 创制了第一台弹簧杠杆式脉搏描记器，描绘了脉搏

图,使脉象图由示意图进入波示图阶段。我国在1953年朱颜首先将杠杆式脉搏描记器用于中医脉象研究,1958年陈可冀用自制的压电式脉搏拾振器联接脑电图仪,在三种不同压力下,描记研究了若干高血压病弦脉脉象的波形图。60年代,上海医疗器械工业公司中心实验室研制出“20型三线脉象仪”,该仪器曾在上海中山医院应用四年,取得不少数据。七十年代以来,随着电子技术和医学工程技术的发展,各种脉象仪和脉象传感器相继问世,大大地推动了脉象研究的发展。从总的研究趋势来看,脉象客观仪器的研制,从弹簧杠杆式描记器→电子换能式脉象仪→多功能智能式脉象仪→影像式脉象仪→超声式脉象仪发展;从图形而言,从示意图→单一的波示图→多项因素波示图→影像图→声像图发展;传感器从单点式→多点式发展,不主故常,咸与惟新。国内常见的脉象客观描记仪器简介如下:

(一) 脉象传感器研究

传感器又称换能器,脉象传感器的基本功能是将切脉压力和桡动脉脉搏搏动力这个生物信息的非电量物理量转换成可以测量的电量。它在脉象仪器检测系统中是至关重要的部分。有电阻应变片式、光电式、电阻抗式、电磁式、超声多普勒式;从对皮肤软组织接触面的触头而言,有刚性触头和软性触头;从检测信号的范围而言,有单点式和多点式之分。除已形成脉象仪的传感器在脉象仪中介绍外,其他常用的脉象传感器的材料、性能简介如下:

1. 硅杯传感器⁽¹⁾ 该传感器为单晶硅制成的力敏弹性器件—硅杯型软接触脉搏传感器。传感器由传感膜、硅油腔、硅杯及底座、外壳等部分组成。传感膜用理化性能好的高分子材料制成半球型软膜,把它放置在桡动脉上面,可以与皮肤保持良好的接触,在传感膜与硅杯感压面之间充满硅油,硅油乃是传导压力的介质。传感器的主要技术参数是:

测量范围: 0~0.5 千克/平方厘米

电阻值: 3~5 千欧

工作电流: 1~2 毫安

满量程输出电压: ≥ 50 毫安

基本误差: $< 1\%$

2. 气囊加压小区多点式传感器⁽²⁾ 孔祥骝等认为,根据人体皮肤及软组织特征,脉象传感器应该具备如下5个条件:①多点的,有阈值;②压觉小体在表皮和真皮之内;③只感知不均匀的压力;④能将指法压力和脉动响应同时分别加以记取;⑤拾取脉搏变动信号的传感器应工作在入体软组织力学特性的线性微段中。

据上述条件,孔祥骝等设计了一种气囊加压小区多点式传感器,压缩空气囊的压力,相当于切脉指法压力,可连续调节并显示,弹性悬臂梁触头相当于压觉小体,为一个七点式,六点均布于圆周,一点在圆心,乳胶薄膜下切脉部位脉管上软组织各点的非一致波动,可被工作在自然状态邻近范围的弹簧小片所感知,乳胶薄膜模仿手指的表皮和真皮,被压在压缩空气和寸口软组织之间,其法具有很大的柔度,不影响腔内悬臂梁在交变作用下的振动。七根悬臂梁的刚度是用机械方法调整统一的,其力灵敏度是用调整桥源电压的方法使其一致。乳胶膜由气体作用压在脉管上,由触杆感受胶膜的位移而进行测量;仪器的输出与脉管搏动的位移成正比,又称位移式传感器。经第四军医大临床测

试性能良好，只是气囊在测试中不方便。

3. AZM-1 型无创血流动力学定量分析仪用传感器^[3] 该传感器是软接触式的液导结构形式。乳胶膜和液囊及橡皮—金属组合膜片，构成了感压装置，弹性元件采用悬臂梁式形式，并固定于外壳上。两片半导体应变片组成半桥电路。换能器的基本特性为：

输入量程：1000 毫米水柱

受压耦合面积：1 平方厘米

输出灵敏度：满量程 20 毫伏/伏

精度：在使用范围内优于 1%（包括非线性和滞后误差）

输出阻抗：120 欧

使用温度：0°~40℃

外形尺寸：45×20×15 毫米

4. HMX-4C 型脉象传感器^[4] 该传感器是多功能复合型压力传感器，是在 MX-3 型传感器的基础上改进、设计研制而成。它由母传感器和子传感器排列复合而成。母传感器采用特殊的双曲线型触头，以保证脉波检测的稳定性和重复性；子换能器结构上附属于母传感器，但又有独立的功能，它由七只微型传感器在一个很小面积上排列，输出各自独立的脉波信息。用复合传感器放置在诊脉部位时，母传感器的输出主要反映了平均脉象信号和切脉取法压力值，而子传感器的输出却反映了作用部位上脉动横向的压力波分布，客观上反映了脉管粗细。

（二）国产脉象仪

1. Bys-14 型心电脉象仪^[5] 该仪器由六个基本部分组成

（1）脉象换能器：由具有压阻效应的半导体应变电阻和固定电阻各两只构成惠登斯电桥。采用恒压供电方式（±4V）。当换能器放在切脉点上时，悬臂梁受力端便受到两个力的作用，一为操作者的取法压力，二为被测者脉动的反弹力。在这两个力的合力作用下，悬臂梁产生应变，贴在梁上的两个应变电阻，也随之变化，在电桥的输出端得到与之对应的电信号。

（2）脉象前置放大器：由两级放大器、电压比较器和钳位保护三部分组成。两级放大器主要是对检测电桥输入的脉象信号进行放大，一路送主放大器，一路送斜率运算器，另一路送电压比较器；电压比较器主要是比较脉象取法压力的大小，在脉象图的升支段加上一个可辨认的切迹，取法压力越大，切迹越低，以此来确定取脉的浮、中、沉部位；钳位保护电路，主要防止前置放大器输出过大而损伤热笔，它使热笔偏转不超过±20 毫米。

（3）主放大器：为电压放大、功率放大两部分。输出到描笔记录，与走纸系统共同组成记录器，主放大器接有频率反馈系统，由描笔线圈，带通滤波器组成，在记录频响范围内，当描笔工作在较高频率时，反馈系统使放大器增益提高，从而有效地提高了整体放大器的幅频特性，将频率响应范围扩展到 100 赫兹。通过调整滤波器、改变记录器的频响范围，并调理描笔的阻尼特性，推动描笔在±20 毫米内偏转或微调、调零等功能。

（4）脉象斜率运算器：供分析脉象图使用，它由微分器、放大器和保护电阻组成。能对脉象自动连续进行微分运算，并可作为脉象的触发信号送到时差部件。

（5）心电脉波传扩时间（时差）：由心电 R 波甄别电路、斜率触发电路、双稳态触发

器和高线性度积分器组成。能自动运算心电图波传导时间。

(6) 心电图前置放大器：由场效应管 3DJTF 与运算放大器 8FC₂ 组成低噪声高输入阻抗放大器，并引入共模负反馈，使第一级放大器输入阻抗达到 10 兆欧，共模抑制比大于 80ab，第二级与第一级之间用阻容耦合，时间常数大于 1.55；保证有一个宽的低通带，微调第二级放大的增益，能精确调整整个放大器的增益，为 54ab (500 倍)，经过衰减器，得到 $\times 1$ 和 $\times 1/2$ 两档送到主放大器和时差部件。

该仪器可同步检测心电图、脉象、脉象斜率、时差或心电图及寸、关、尺三部脉象。

2. MX-3C 型脉象仪^[19]

(1) 换能器：为双曲线型刚性触头悬臂梁应变式切脉压力调节范围，适用于各种体型患者浮、中、沉取脉时的需要，换能器的灵敏度能与各种脉力强弱信息相适应，脉搏波的频谱上限是 40 赫兹的频带内有本值的频响。经过配对精选的两片半导体应变片分别贴于悬臂梁弹簧片上下两面。并用电缆线与换能器接续器相接。在接续电路中，应变电阻与其它固定电阻组成惠斯登电桥。电桥中设有调零平衡电位器。接续器中还设有桥路稳压电源、温度补偿、灵敏度补偿、桥路输出总阻补偿电路。

(2) 脉象仪：为具有脉象、速率、时差三种检测功能的仪器。脉象信号放大部分是由集成化运算放大器组成的线性放大器，放大器有良好的幅频特性、相频特性和较大的动态范围，因而保证了脉象检测信号的可信度。连接心电图机描记。

3. ZM-1 型脉象仪^[6] 整机仪器电路包括如下几个基本组成部分：

(1) 换能器：与 MX-3C 型相类似。

(2) 高输入阻抗电桥放大器：由结型场效应晶体管 G_1 、 G_2 和运放 A_9 、 A'_9 组成高输入阻抗负反馈式电桥放大器，它对来自换能器的取脉压力信号和脉搏波信号电压进行混合放大。

(3) 脉搏波放大器：本级放大器由 A_8 运放组成，放大器的低频截止频率低于 0.06 赫兹，高频截止频率大于 3 千赫兹，可保证信号低频、高频成分不失真，放大器的放大倍率设 $\times 1/2$ 、 $\times 1$ 、 $\times 2$ 、 $\times 4$ 四档， $\times 1$ 档是仪器正常运算运用状态。

(4) 取脉压力指示器：由 A'_4 积分器和微安电流表组成取脉压力指示器，电流表指示 1 小格代表 25 克压力，电流表满刻时表示 250 克压力。

(5) 取脉压力值和放大器倍率标记电路：本级电路的作用之一是将取脉压力值变换成一串特定宽度和矩形脉冲波，以便将其叠加在脉搏波图形上，矩形脉冲波的宽度即代表取脉压力值。

(6) 脉图微分电路：运放 A'_3 和 A'_4 两个运放器组成脉图微分电路，对脉搏放大器的输出信号进行微分处理。

(7) 心电图放大器：由场效应管 G_5 、 G_6 和运放器 A_{10} 组成，本级电路的作用是得到心电图与脉搏的混合，称心电图—脉搏波时差图形。

(8) 2.5 赫兹振荡器：它能输出 5 毫伏的矩形方波以作为放大器灵敏度的校正信号。

(9) 脉幅指示器：由运放器、驱动电路和 10 个发光二级管线列组成。用于监视换能器检出脉搏信号的频率、节律及幅度的大小。

(10) 模拟量输出电路：即脉象波幅模拟量输出电路，以配计算机 A/D 的输入电平。

(11) 小信号输出电路：本电路输出脉象微分波及脉象，电路输出电压设 ± 1 毫伏、

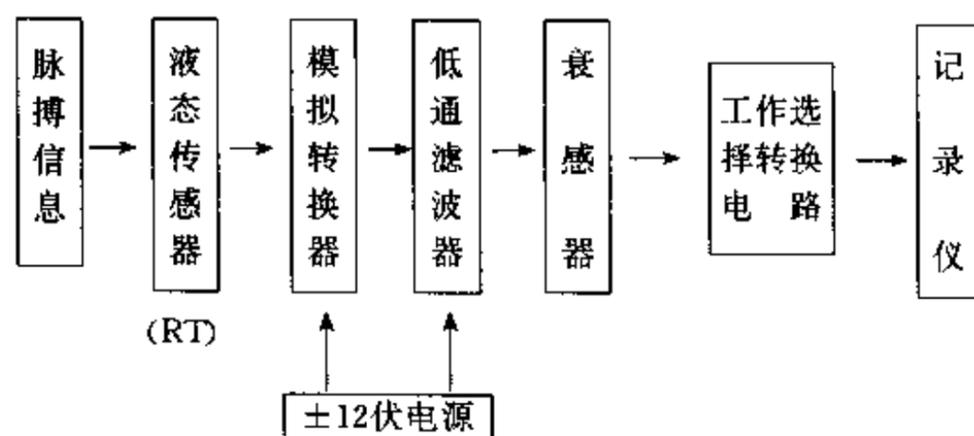
±10毫伏、±1伏三档，例如±1毫伏插孔接心电图机，±1伏插口与慢扫描示波器及磁带记录仪等连接。

(12) 直流稳压电源：提供整机电路的全部电源。

4. MX-811型脉象仪^[7] 液态传感器。是一种将单位长度动脉管段内血液体积随时间的变化量转换成导电液柱电阻改变的换能装置，它所描记的图形是动脉控制段体积变化的轨迹。液态传感器下端盛水银适量，作为一个活动电极；另一固定电极插入导电液中，用乳胶膜水银封闭作为感受面，其直径为10毫米。要求膜的张力 $F(t)$ 与水银重力 $F(g)$ 处于平衡状态。即 $F(t) = F(g)$ 。

当用传感器压置于脉搏上取图时，脉搏搏动在10毫米长的动脉管壁所发生的运动，使乳胶膜发生相应的弹性位移，因而就使传感器中的液体容积产生相应的改变量。这种液体容积的变量是被测控制段各点动脉壁搏动量的积分，它被成正比例地转化为液柱升降，即得到导电液柱体电阻的改变量 $\Delta R(T)$ 。

整机由液态传感器、模拟转换电路及低通滤波器组成，接心电图机进行描记。原理见方框图：



5. ZH-2型同步脉象仪的研制^[8] 该仪器由宛新铮等于1992年研制成功。仪器由四块印刷电路板及附属元器件构成，内中一块是高精度直流稳压电源板，另外三块是讯号测量桥路放大板。仪器面板上有平衡兼压力指示装置、输出衰减调整器，另有波段开关控制同步或分步讯号输出。背板装有三组对应的寸关尺讯号输入及放大输出插座。仪器采用半导体应变片作换能器，利用该应变片的压阻效应，将人体脉搏的压力位移变化呈线性地变换成电量，经晶体管桥路放大后送入配套仪器描记，显示出时间变化的脉波图。经临床使用表明，仪器灵敏度高，失真小，重复性好，联机性能好，可单按、总按，并能显示出轻举、中取、重按不同操作条件下的脉波图，脉图清晰、稳定，通过操作调节螺丝，还可以测估脉体管径的大小。

6. 光电血管容积脉图仪^[9] 袁肇凯、张渝寒等根据中医气血理论和光电转换的原理，研制了一种智能型光电血管容积脉图仪。该仪器能同步检测中医望色及切脉，1995年已投入临床运用。

其整机主要由传感器、接口电路、功能电路、A/D变换、单片机处理系统、显示器、打印机和键盘等组成。其中传感器采用桥式应变片可调压力传感器和光敏电阻等组成，既反映了信号采集时压力情况，又如实反映了受检血管容积变化的真实信息。根据中医临床要求，系统软件具有键盘监控、A/D变换、数据采集和处理、实时显示或选择及打印脉图曲线、结果等功能，不仅能自动输出压力、率律、时间、波幅、面积、比值等22项

脉图参数,也能同时输出 14 项心血管功能参数。此外,本机设有多个接口电路,可与心电图机、心电示波器及计算机连接,以扩大其应用功能。

临床实验表明,本仪器测量方法可靠,数据处理速度快,整机稳定,不仅能应用于面部色诊、舌诊等微区血管容积变化检测,也可用于人迎、寸口等较大动脉容积变化的检测。

7. 九路脉象检测及计算机处理系统^[10] 上海孙汉钧等在多年研究的基础上,发现单点、单道式脉象仪对反映脉象浮沉、血管径向搏动力,及脉象的宽度有不足,因而研制了该系统。它由传感器和计算机处理系统两大部分(硬件)组成。

(1) 九路脉象传感器:由 9 个独立的测力传感器组成,有 2 个外围传感器,1~7 为 7 个而积为 0.8×1 平方毫米的中心触点。9 个触点设计在 6.8×6.8 平方毫米的同一平面内,并固定在同一框架上。两外围传感器的结构设计采用性能稳定的复式悬臂梁结构。梁上贴有美国 Entran 公司生产的半导体应变片,组成全桥电路。最大工作压力设计为 300 克。灵敏度标定为 0.5 毫伏/克。经温度补偿后,温漂误差控制在不大于 $2\%F.S(0 \sim 40^{\circ}C)$ 范围内。7 个中心传感器采用等截面悬臂梁结构,探杆和悬臂梁经线切割加工成一体,在每个梁上贴有二片半导体应变片,组成半桥电路。每个梁的最大工作压力设计为 40g,灵敏度标定为 4.5 毫伏/克,温漂也控制在 $2\%F.S$ 内。

(2) 计算机处理系统:该研究除保留了单探头脉象检测系统所能反映的全部参数外,着重建立了 4 种新的力学参数,即桡动脉径向搏动力、脉管轴向张力系数、脉管系统硬度及脉宽系数。并通过 PC 机对脉象信息进行各种分析计算,打印或显示出各种结果报告。

8. 智能脉象仪的研制^[11] 肖一之等于 1990 年研制成功。其后又对此进行临床应用,效果满意。

(1) 系统构成:系统由传感器及其固定装置、放大器、压力显示电路、滤波器、A/D 转换器、数据处理机、液晶显示器、功能选择键和微型打印机等部分构成。

(2) 传感器及其固定装置:由具有压阻效应的半导体应变电阻和固定电阻构成的惠氏检测电桥,采用可调压力的单头传感器并置于固定装置上,其固定装置具有一副用于搁置手臂的凹槽式底座,在底座上端设有一块中部开通的上盖,在上盖设有一副可作横向移动的滑动框架,将传感器卡在滑动框架的两纵向边框的内槽中,并使其可依槽沿纵向移动,传感器上设有一个调压螺钉。

(3) 软件设计:软件设计主要采用模块化结构和功能调用模式。其程序包括主程序、“左关中取”处理程序、自动计算程序、人工找点处理程序、其他取法处理程序、数据采集和数字滤波程序等。可对脉图及其微分图进行自动测量和光标手动测量。

(4) 可提供的脉象图及其微分图的主要参数若干项,检测结果所获得的脉象图及其 25 个参数可立即打印,较好地反应了形成各种脉象的因素,特别是脉率、脉位、脉律、脉图形态和脉体长短等要素,满足定脉的需要。

9. 实时环形脉象自动分析系统^[12] 陈振中等经过几年努力,在 86 年研制成功实时环形脉图自动分析系统。

硬件方面:①传感器:直接式恒流阻抗容积脉图仪为主机,传感器用气囊袖带加压固定;②拟模量放大及电平调整电路;③A/D 转换器;④微机系统。

软件方面:①采样模块,8 个通道,可任意多路信息分时采样,脉图检测采样频率为

250 赫兹；②数据预处理模块；③测量计算模块；④诊断模块。

10. MTY-A 型脉图仪^[13] 80 年代魏韧等将复杂的脉象还原成 7 种最基本的指下感觉，以 3 张图表分段表示。医务工作者能使用这 3 张图表直接读出《濒湖脉学》中的 27 种脉象及各种兼脉。采用脉管粗细换能器及电子扫描开关电路，模仿切脉时用“指目”对脉管“推”、“寻”的手法，作出粗细示意图；采用浮、沉自动加压电路及描记自动控制电路，模仿切脉时“举按”手法，作出浮沉趋势图；采用国内较成熟的等应力樑应变片换能器，在最佳取法压力下，作出传统波示图。通过以上三张图，可以得出寸、关、尺一部脉象图。欲描记寸、关、尺三部脉图，可将探头在滑道上移动一次，就可得完整的三部九候脉图。其脉图描记包括：

粗细示意图的描记：用 7 组相邻中心距为 1 毫米的成梳状排列的复合探头来模仿医生的手指头对脉道均匀加压。由于压在脉道正中的探头测得的幅度必然最大，设它为 F ，而略偏的探头则为 $F\cos x$ ，基于以上原因，利用一套电子开关对多探头顺次扫描，以描笔用慢速同步描记，可得一张血管粗细示意图，分出最细、细、正常、略粗、粗 5 种。

浮沉趋势图的描记：举、按手法的模拟，将探头轻轻接触皮肤，直至推筋著骨全过程，分成 7 次加压，采用探头压力反馈控制，伺服电机拖动钢丝绳，探头对脉道分 7 次等压力间隔均匀加压，同时用慢速（1 毫米/秒低速）记录脉波幅度。在描记完毕后，波幅的顶点轨迹就是浮沉趋势图，可分为渐降、渐升、中空、底实、正常 5 种类型。

传统脉波图的描记：脉形、节律、脉率的拾取。脉象传感器是由铍青铜等应力樑柱形传感钉，1K 半导体应变片组成的半桥电路组成。

该仪器存在问题是只有定型机，未推广应用；寸、关、尺三部脉的描记调整费时费力，只能单按，不能总按。

11. MX-5 型多功能中医脉象仪^[14] 该脉象仪是以微处理机为基础的智能化仪器，它能接收来自 HMX-4C 型换能器的各道信号，进行采集、存贮、冻结、组合、编辑、计算、打印、传输等多种功能的处理，适应科研和临床诊断的需要。

仪器主要由换拟通道和数字通道两大部分组成。

换拟通道主要完成放大、滤波、增益控制等功能。放大器有主通道和七路子通道，共八路放大器，由低噪声、低漂移、高增益和高输入阻抗之集成运放组成，滤波器主通道采用高阶低通滤波器，子通道采用双 T 网路滤波器来抑制 50Hz 干扰，增益控制有手动和自动两种，自动增益控制由微处理机进行。

数字通道的核心是微机系统，它包括 8031 单片微处理器，8 路 8 位 A/D 转换器，2 路 8 位 A/D 转换器，容量为 32K 的存贮器，用作程度固定存贮和动态数据和波形的存贮，整个面板路置专用按键 28 只，10 只数字键，18 只功能键作用工作方式选择、处理功能选择、加压方式控制等，微机配有专用的 RS-232C 接口，可实现将所采集的波形和数据串行传输，以供示波显示和笔式记录等，仪器配有彩色打印绘图仪，可立即打印各种波形和数据，供诊断分析用。

仪器主要特点是采用多功能复合换能器和微机系统，实现仪器的多功能，可以检测脉位浮沉、脉幅大小、脉力强弱、脉波形态、脉势虚实、脉道形态、脉搏频率、节律和脉体长短。

12. 脉象显影器^[15] 脉象显影器由台湾万寿永等研制。是采用光学原理，利用液晶

体的偏光效应制成的。

第1层为偏光镜，第2层为液态晶体，第3层橡胶薄膜，薄膜上镀一层反光金属膜。使用时将脉象显影器放置于手的寸、关、尺部位，第3层接触于脉搏上方皮肤，并对显影器用充气之气囊施加不同大小的压力，得到浮、中、沉三部脉动影像。当压力稳定后显影器趋于透明，只有脉搏跳动处显现脉动影像，若脉振动部宽，显影就宽，若圆则显影就圆，若跳得有力则显影颜色较浓，反之则较浅，如此运用不同且适当的压力，就可得到浮、中、沉各部影像，进而判断出浮、沉、滑、涩、紧、弦、长、数、缓等各种脉象及其兼脉。

(三) 国外脉象检测仪器(装置)介绍

1. 冈田腾^[16]提出用压电陶瓷元件作为适用于浮、中、沉取3种压力的传感器元件，测试结果完全满足他提出的4点中医切脉的要求。该装置忠实地再现了桡动脉的波形，描绘出了寸口桡动脉无异变重量改变时，左右桡动脉寸、关、尺等部位的浮、中、沉脉波；正常人左右波形无差异，而病人左右脉波振幅和波形都有差异，该传感器测得的波型基线平隐，寸、关、尺三部位浮、中、沉各波有较好的对应关系，并有各自特征。

2. Sook Hyang yoon 等^[16]认为，由于脉诊基于检查者的主观感觉，不同的检查者要获得同样的诊断是困难的，它用三个压力传感器，同时记录检查者用手指诊脉时所感受的压力变化，从而获得诊脉的客观记录，三个传感器的传感装置放置在每个桡动脉端的表面寸口部位，传感器是一个直径3厘米，平坦、厚度为0.2厘米的半导体元件。来自传感器的输入信号被分成两个通道，同步直接输入直流(DC)和交流(AC)放大器，直流放大器记录检查者对病人施加的绝对压力，交流放大器记录脉波的振幅，三个传感器放置在寸、关、尺部位，采用50、100、150的绝对压力，记录脉压变化。因食指和无名指指头部位的不同(寸部、尺部)及浅、深(浮沉)不同，与左右手腕不同，其压力变化亦因之而异。对桡动脉插管测量三个部位的桡动脉压力时，未见压力变化，而切脉时压力变化不同，他认为可能与寸口部解剖上的不同有关。

3. 一种针灸临床用的新型无创脉波记录仪^[6]。仪器的研制者是美国医学博士John. H. laub。样机中三个脉象换能器采用重力补偿式的小型压电传感器。使用时将三个换能器固定在一个特制的手套中，并且通过电缆线与三道纸带记录仪联接。检测时，操作者可任意从浮取到沉取变化指压，并且可按需记录一部脉或三部脉。为了在记录波形的同时测量和记录切脉压力的大小，对初样换能器进行了改进，设计了一个复合式换能器组件，改进后的换能器是一个应变式测力换能器与压电式压力换能器紧密相结合的组合体，压电换能器的感压面与病人取脉点接触，测力应变换能器的工作面与医生指尖接触，测力应变换能器的工作面与医生指尖接触。测力换能器的输出电压用毫伏表或者以毫米汞柱标定的记录器来测量。这台脉波记录仪有两个特点：一是对切脉压力的测量和脉波图形的记录分别由两个换能器完成(用应变式换能器测量切脉压力，用压电式换能器记录脉波图形)；二是将三个换能器安装在特别的手套中。

4. 压力、脉搏测定装置^[6]。由日本的田口贤辉发明。该装置的换能器部分由一个测力换能器(测定指压力)和一个压电式脉搏波换能器复合而成。其结构特点是诊疗台，上面设计了一个门形支架件，换能器组件安装在加压杆的下端，加压杆带有弹簧缓冲结构，目的是调节阻尼，减少杂波干扰。电动机通过减速器带动齿轮而使得加压杆上下运动，切

脉压力和脉搏波分别由两个换能器检出并送进记录、显示装置中。该装置的最大加压力是7千克/平方厘米。加压方法可以从零开始无阶梯连续加压,也可以1、2、3、4…7千克/平方厘米的步骤阶梯加压。

5. 局部加压型检脉装置^[6]。由日本的代田文彦模拟医生手指的指面性质和加压力的特点,设计了一种结构简单的软性接触面的检脉装置。该装置由空气贮气瓶、换能器装置及支架等主要部分组成。换能器由固定气腔和滑动气腔组成,固定气腔安装在支架上,滑动气腔的工作端面用橡胶膜包封,并且将传递杆的圆形触头包装在橡胶膜内部,橡胶膜的工作面制成椭圆形,目的是模拟手指切脉时指面与皮肤表面接触形成的真实形象。当压缩空气通过气瓶及导气管进入空气腔后,由于腔内压力增加,滑动腔便向下滑动并按压在病人手臂的动脉管上。于是动脉管的搏动通过触头和传递杆的传导使换能元件工作。输出电缆将信号接入记录、显示仪。取脉压力即为空气腔内和气瓶内的气压值,压力值通过测压管接入血压计进行测量。

(四) 脉象模拟装置的研制

对于中医脉象的模拟,实际是将传统脉学中脉象的文字描述和比喻,以一种能让人直接触知的具体指感形态保存下来。可用于中医诊断教学,给学生以具体而形象的感性认识,进行切脉和辨脉技能的训练,还可以用作脉象机理研究。

1. 中医脉象模拟模型^[5] 上海中医学院诊断教研室与上海交通大学人体科学研究室协作,根据中医脉学理论进行仿生模拟,研制了中医脉象模拟模型。全套模型有4只模型手,共能模拟常见脉象10余种,用脉图仪测录其脉图与人体实测脉图基本一致。

2. 脉搏波模拟实验装置^[17] 清华大学席葆树等人用力学模拟实验的方法,按照相似原理,保证被研究对象在生理条件几乎相似、运动相似和动力相似的情况下进行模拟试验,并建立了一套脉搏模拟实验装置。它由三部分组成:循环系统、驱动系统、测量和数据处理系统。循环系统主要包括与人体生理条件相似的心房、心室、主动脉弓以及桡、尺动脉(包括掌深弓、浅弓)手臂模型和模拟血管顺应性、阻抗的液容及阻力器。驱动器部分是循环系统的动力,由任意波形发生器产生与人体心室容积变化相似的电信号,驱动直线电机带动活塞反复活动,以液体压缩弹性心室,使心室产生与人体相似的收缩与舒张。调节任意波形发生器可以产生不同需要的波形,心率在60~150次/分任意改变。流量计测量流量。波形除显示和记录外,可用计算机实时采样,对脉搏波进行频谱分析。目前已调试出弦、滑、弦滑、平、涩等几种脉搏波形,并就顺应性对滑脉各阶段谐波的影响进行了初步研究。实验结果表明,该装置能近似地模拟人体生理条件,调节方便灵活,性能良好。

(五) 脉象仪器研制略评

中医脉象的概念是立体的、多维的,人体是个复杂的有机整体,影响脉象的因素很多。近年来在客观化仪器研制方面虽做了大量的工作,但由于目前国内外的脉象仪和传感器基本是在测力和测量血管壁位移的原理上研制,多数又是单触点、单道脉象仪,这样就将医生切脉时多维精细感受器简化、点代,反映的乃是血管径向搏动和血管轴向张力等各种力的综合量,它不能区分各种分力对形成中医各种脉象的影响程度,因此不能全面反映表达中医脉象信息特征。脉象研究领域学者们已感到这点的不足,并力图改进。如魏韧 MTY-A 型脉图仪的研制;孙汉钧等九路脉象检测方法的研究;郑行一 PVDF 压

电薄膜材料传感元件的多维脉象传感器的研究^[18]；李景唐等 HMX-4C 型脉象传感器的研究等。有的虽不成熟，或者只是样机而未投放市场，然而也展现了我国在脉象客观仪器研究方面的新进展，是有意义的探索和新的苗头。

二、脉象信息特征与分析

(一) 脉象反映的生物信息^[20]

生物信息包含有生物体本身在生命运动过程中所产生的生理、生化信息，也有生物体受外界刺激所产生的信息。祖国医学认为疾病的根本原因是机体内的阴阳平衡状态受到破坏，因而引起脏腑气血的变化，脏腑气血等的变化带来了脉象的变化，所以说脉象反映的是人体的（生物）信息。

现代医学认为，脉象为心脏机能状态、血管机能状态、血液的质和量三个因素的共同作用，相互影响的表现。脉象不但反映了整个血液循环系统的机能状态，同时由于循环系统受植物神经及内分泌系统的控制。所以脉象也就反映了整个机体的植物神经和内分泌系统的机能状态，脉象的变化能对很多种疾病的性质和发展趋势提供重要的指征。

血液循环系统、植物神经、内分泌等之间的联系、配合，主要是通过各自的信息系统完成的，因为机体内的脏腑、组织之间都有取得使用、保持和传递信息的方法，正常人用感受器接受外来的信息，把它变换成为神经冲动，沿神经纤维把神经冲动传递给神经中枢，在神经中枢中，把这些信息加工处理，并发出命令，作出反应。神经系统的功能受各种不同信息通道的制约，不同通道对应不同功能，假如与某种功能相对应的信息通道受到损害，使信息流阻塞、中断，那么就会出现疾病。

由此可见，机体脏腑组织都各有自己的一套信息系统，各信息系统汇集到中枢神经，中枢神经作出反馈，因此各个信息系统之间都有取得、使用、保持、传递、反馈信息的功能，将机体的各个部分有机地联系在一起，组成为一个整体，以保持机体的稳定平衡。中医称“阴平阳秘，精神乃治”的健康状况，脉象的表现为“不浮不沉，不快不慢，从容和缓，节律一致”，是有胃气的脉。如果由于疾病，机体的阴阳平衡状态遭到破坏，脉象也会随之发生变化，因此病脉也可看作疾病的一种信息。诊脉时医生通过运动感受器官，将获得的病人脉象信息作用于中枢神经，同医生大脑中已储存的信息进行分析、比较、分类、排列、选择、判断，这就是信息的加工处理，然后作出诊断。

信息论的研究还证明，一个脏腑或组织中的信息量，是这个脏腑或组织之组织化程度的度量，它的熵就是组织有序的度量。因而信息熵可以反映该脏腑组织的有序状态。所以人们可以通过测定这个熵来确定生命机体组织结构的复杂程度和有序状态；可以判断机体是否处于正常状态。在疾病的情况下，机体受外界环境的影响，所产生的变化，脉象的反应较为灵敏。几千年来，经历代医家的整理，对于脉象的诊法积累了丰富的临床经验。不同的疾病，出现不同的变化，疾病的转归、轻重、预后等情况，都可以通过脉象加以判断。以熵而言，疾病变化时熵也随之变化。疾病加重时，相应的信息熵值就增加，当疾病好转时，相应的熵值就减少。脉象是否是信息熵的特殊表现形式？若是，便可对脉象变化用信息熵的变化来解释。这些都是值得多学科学者结合，进一步深入探讨的。

总之，运用信息论的方法，对脉象信息进行研究，可能会提示出其中一些规律和内涵，亦可解释一些临床上确有一定意义，而人们认为玄妙的问题（如寸、关、尺脏腑定位），而显露出其科学含义。

(二) 脉象信息的特点

脉象是一种生物信息,和其它生物信息一样具有随机性,并有如下特点:

(1) 重复性差:除生物体个体之间存在着一定的差异性以外,就是对同一个体作重复实验,由于外界环境及生物体本身内部状态的影响,也很难获得完全相同的信号。

(2) 生物体的整体性和可调性:脉象是循环系统中一个能在外部测得的信号,与人体其它系统功能有密切关系。从人体本身而言,人体是一个复杂系统,每一个环节均以前一环节的输入为输出条件,各部分存在着强烈的相互影响。此外,生物与非生物系统的区别,还在于其功能有高度的自调性,有些环节至今尚未被认识和察觉,使得所采集的信号易被伪迹污染或掩盖,或误认为是伪迹。

(3) 非线性:生物体各组织的性质,如与脉象关系最密切的心、血管、血液等,都具有非线性。由于非线性,输入信号或实验条件的微小变化,都可能引起信号大的波动,因此测量到的信号与欲提取的信息之间往往存在一定距离。

(三) 脉象信号的提取^[21,22]

怎样才能最大限度地提取脉象信息,检测信号的真伪,对信号进行定量的辨识,最终建立生物过程的机制。为此 Bimmel 提出了信号分析的两个阶段。

(1) 信号测量与预处理阶段:将所提取的信号进行一段预处理及相关分析。如脉象仪的设计,主要是通过对脉象信号的变换、提取、放大、滤波及相关分析,然后确定出数学模拟参量,使脉图信号能尽量真实地反映脉象的信息。

(2) 系统辨识阶段:目的是估计出信息中的未知参量以及研究系统的机理,常使用参数定量和参数辨识的方法。如通过脉象信息定量鉴别,可了解病人生理与病理,正常与异常及脉象与各种病、证之间的关系;对脉象信息进行参数辨识可得出压力波的传扩速度、血管弹性、血流动力学参数。并可应用系统分析方法进行血流动力学研究,探讨其生理过程的调节与控制。如张大祥等^[24]用脉搏波对体循环动力结构系统功能的估计。

(四) 脉图分析方法

脉图分析方法有时域分析和频域分析两种方法。国内在时域分析方面应用较多,而国外以频域分析为主。

1. 时域分析法^[23]

(1) 脉图几何图形的分析:主要从脉波各波的时间,主波、潮波、重搏波及降中峡的高度,各高度的比值,升支及降支的夹角,脉图的面积及波高度与时间的比值、斜率、时差等,进行直观形态的定量分析。

[附] 国内脉图编号命名的几种方法

甲. 湖南中医学院方法(见图 5-8)。

图中主波高度 AA' 、潮波高度 BB' 、降中峡高度 DD' 、脉图总面积 AT 、脉图舒张期面积 Ad 、脉波起点至降中峡的时间(又名收缩间期) OD' 、降中峡至脉波终点的时间(又名舒张间期) $O'D'$ 、主波上 $1/3$ 宽度 W_3 、脉动周期时间(脉图起点至终点的时间) t 、升支上升时间(又名快速射血时间) OA' 、升支最大斜率 E 、降支主波与潮波间斜率 F (又名降斜 I)、降支潮波与重搏波之间斜率 G (又名降斜 II)、潮波高度比主波高度 BB'/AA' 、降中峡高度比主波高度 DD'/AA' 、主波上 $1/3$ 宽度比脉动周期时间 W_3/t 、QRS 波起点至脉波起点的时间比脉波起点至降中峡的时间 $Q-O/Q-D$ 、T 波起点至降中峡的时间

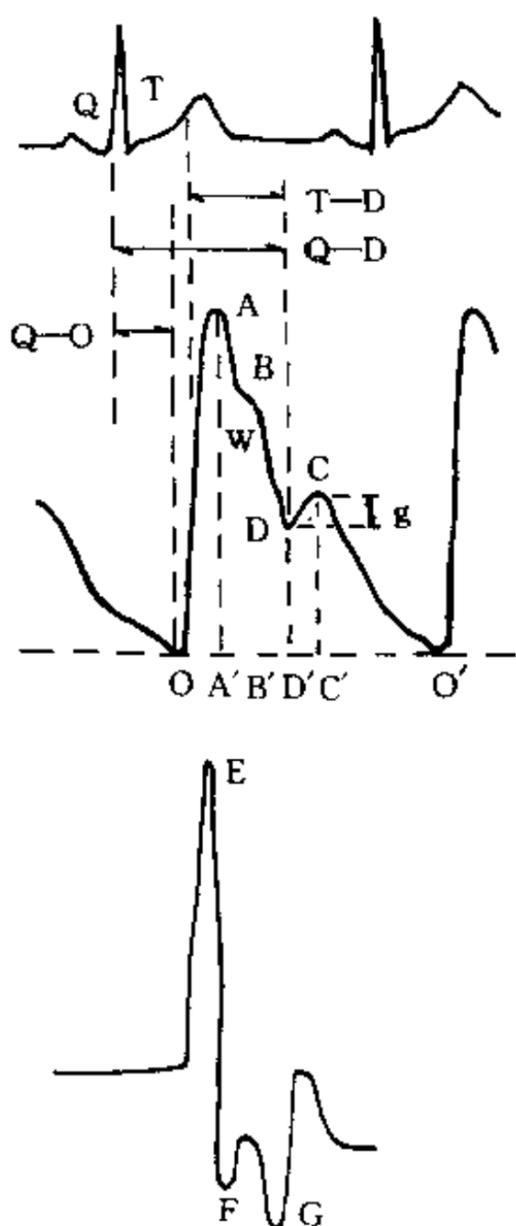


图 5-8 心电图、脉图、斜率图的命名及主要测量参数

T-D 比 OD' 减 OA' T-D/A-D、阻力系数 $R'Ad/AT$ 、每搏工作量 SV' 即 AT^2/Ad 、弹力系数 $E'/SP-Pd$ (PS 收缩压、Pd 舒张压)、T-D/O-D。A 波：主波、B 波：潮波 (又名重搏前波)、C，重搏波 (又名降中波、fg 降中波波幅)。

- 乙. 上海中医学院方法 (见图 5-9)。
- 丙. 北京 301 医院方法 (见图 5-10)。
- 丁. 山东中医学院方法 (见图 5-11)。
- 戊. 北京中医学院方法 (见图 5-12)。

主波幅：指从主波顶点到基线的距离，以毫米计。基线乃是脉波起点到下一个脉波起点之间的连线，一般为水平位置。如主波与潮波融合在一起，不能分辨时，则以融合波顶点到基线的距离作为主波幅。

降中峡幅/主波幅：指降中峡的最低点到基线的距离，与主波幅的比值，以百分数表示，标志降中峡的相对高度。

潮波：按其波峰的位置分为三级，凡波峰位于主终线 (从主波顶点到脉波终末点之间的连线) 右上方者，称为“非常显著”，潮波与主波融合为一者也属于此级；波峰位于主终线与主峡线 (从主波顶点到降中峡最低点之间的连线) 之间者，称为“显

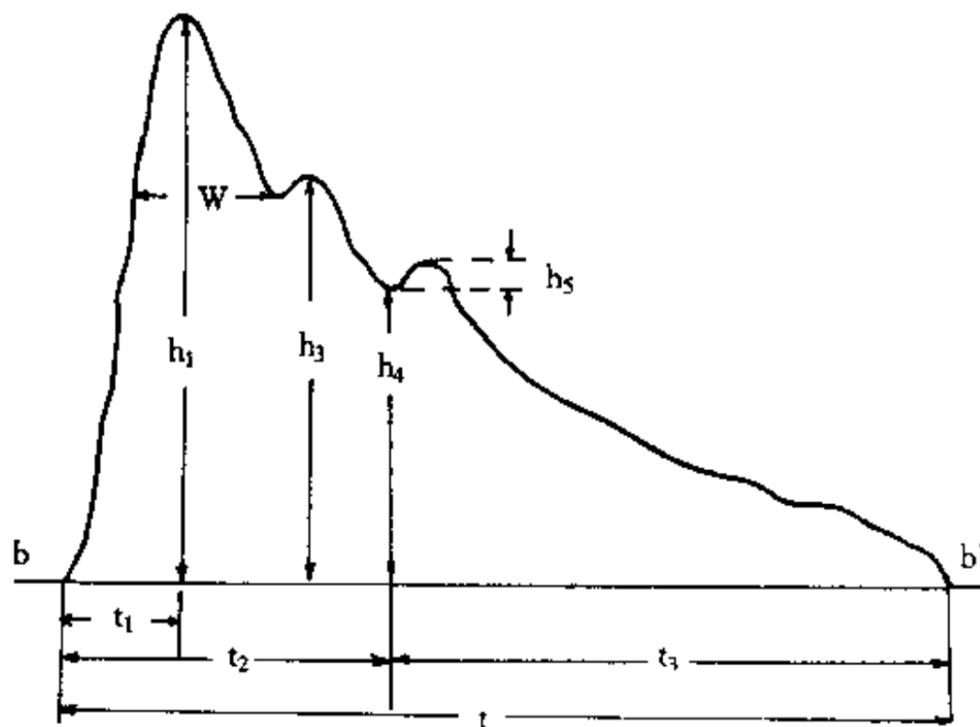


图 5-9 脉图的命名及主要测量参数

h_1 : 主波高度; h_2 : 降中峡高度; h_3 : 重搏前波高度; t : 脉动周期;
 h_5 : 重搏波高度; t_2 : 心缩期时值; t_1 : 快速射血期时值; W : h_1 上端 1/3 处宽度; t_3 : 心舒期时值

著”；波峰位于主峡线左下方者，称为“不显著”。

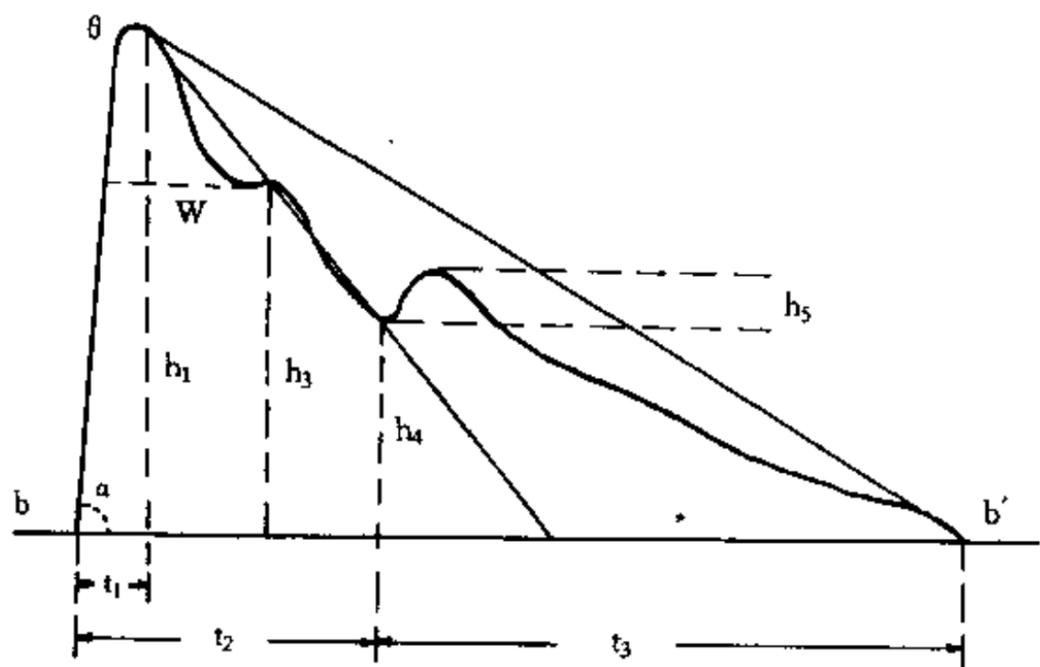


图 5-10 脉图的命名及主要测量参数
 h_1 : 主峰波高度(mm); h_4 : 重搏波峡高度(mm); h_5 : 重搏波高度(mm);
 t_1 : 升支时间(秒); t_2 : 收缩期时值(秒); t_3 : 舒张期时值(秒); $b-b'$: 动脉周期(秒)
 W : 重搏波峡至主峰波1/2处升降间距(mm); α : 升支角(度); θ : 主峰角(度); h_3 : 重搏前波高度(mm)

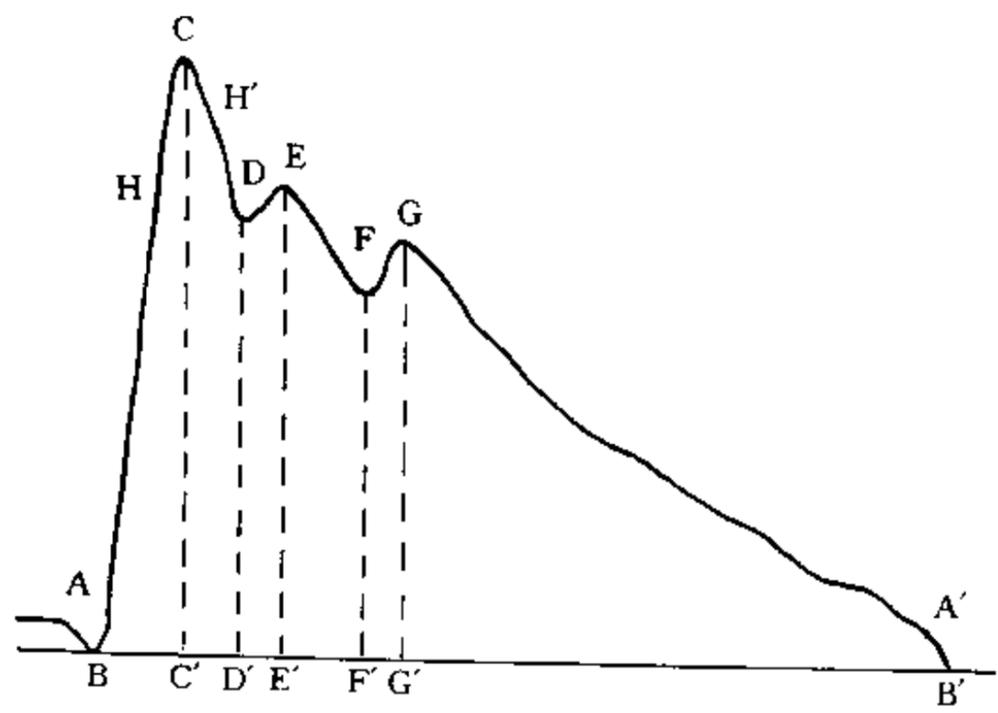


图 5-11 脉图标号及常用测量参数

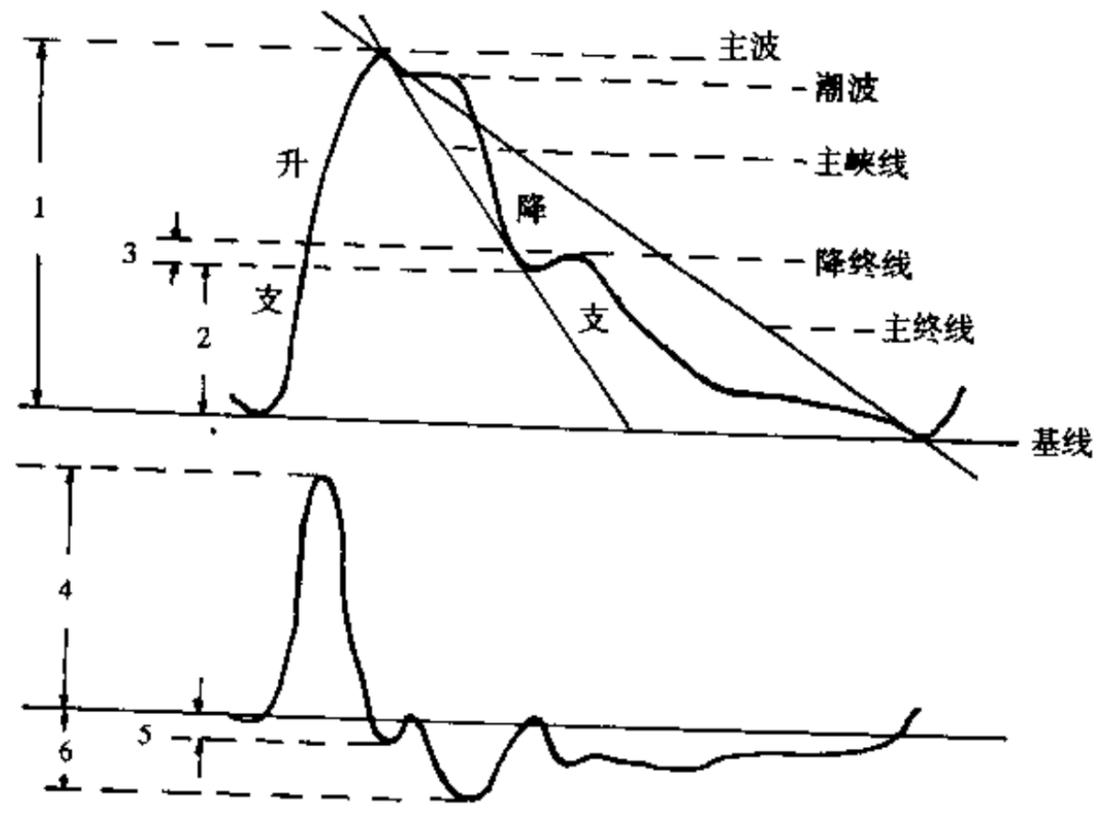


图 5-12 脉图(上)、斜率图(下)的命名及主要测量参数
 1. 主波幅; 2. 降中峡幅; 3. 降中波幅; 4. 升支最大斜率; 5. 降支在主波与潮波间的最大斜率; 6. 降支在潮波与降中峡间的最大斜率

降中波幅：表示方法是以降中峡的最低点为基准，测量降中波波峰高于此基准的毫米数。如低于此基准时，则计以负值。

脉搏图的斜率：它是脉波曲线上每个对应点的瞬时速度，可以反映脉波曲线升降的坡度。测量升支的最大斜率，降支在主波与潮波之间的最大斜率（简称降斜₁），以及降支在潮波与降中峡之间的最大斜率（简称降斜₂）。不论升降，一律取绝对值，单位以毫米/秒计。

降中峡幅/心舒期：降中峡至脉波终末点的时间与心舒期相当，因此，降中峡幅/心舒期反映脉波降支在降中峡以后的坡度。单位以毫米/秒计。

以上各项参数，在每个实例中，均取5个脉波曲线的平均值。

(2) 脉图、心音图、心电图、胸阻抗微分图同步检测分析：主要对心血管功能状态及脉象与心血管功能变化的关系进行分析^[24]（见图 5-13）。

(3) 运用脉图曲线^[25]：用体循环动力结构理论的数学方法建立脉图曲线方程组和脉象特征公式及参数。

南昌市第二医院脉图标志及其测量方法（见图 5-14）。

a 波（心房收缩波）：是脉图起始部的一小隆起波，常呈单峰或双峰形，它反映心房收缩至左心室等容收缩的压力影响，一般为 2~4 毫米高，4~6 毫米宽。a 波起始点 a 点是心房收缩的起始点。

b 点（主动脉瓣开放点）：是整个脉图的低点，相当于动脉充盈压（或称舒张末期血压）的水平。它反映主动脉瓣开始开放的压力转折点，此后，由于动脉内压力急剧上升，形成陡直的 bc 段。

c 点（主动脉最高压力点）：是整个脉图最高点，相当动脉最大收缩压（或称收缩期最大血压）的水平，它是左室排空量和主动脉排空量相等，主动脉内压停止增压的标志点。

d 点（主动脉扩张降压点）：c 点压力下降后的第一个拐点，它是主动脉受到左心室喷血的冲击发生惯性运动所造成，其后的压力可能继续下降或上升，由于主动脉的弹性振动，d 点以后可能出现振幅逐渐衰减的 M-N 曲线。c-dMN 波即主动脉弹性振动波。

e 点（左心室停止射血点）：是 d 点或 c-d-M-N 波后的第一个拐点。它是左心室压力

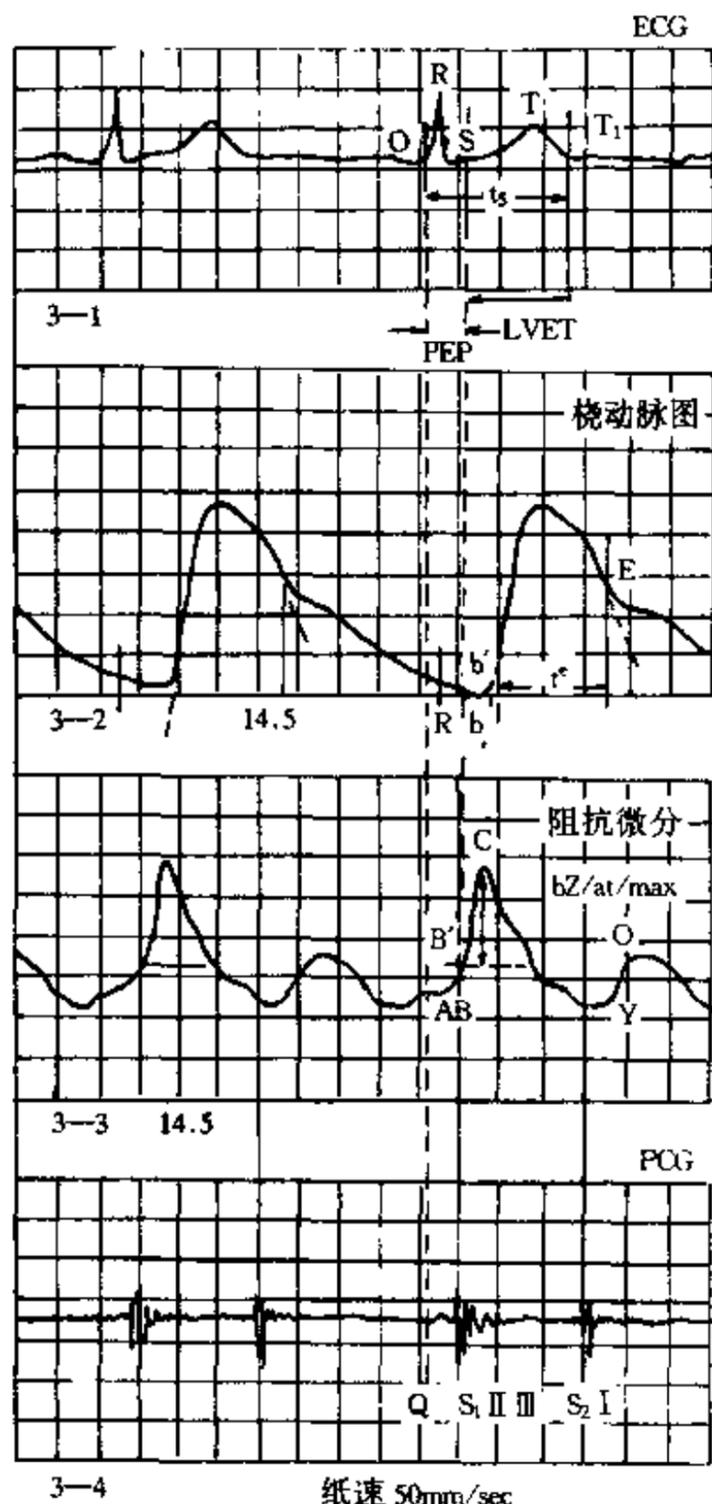


图 5-13 多道同步法（心电、脉图、胸阻抗、心音）测定心缩间期 ST_1 和心搏出量 SV

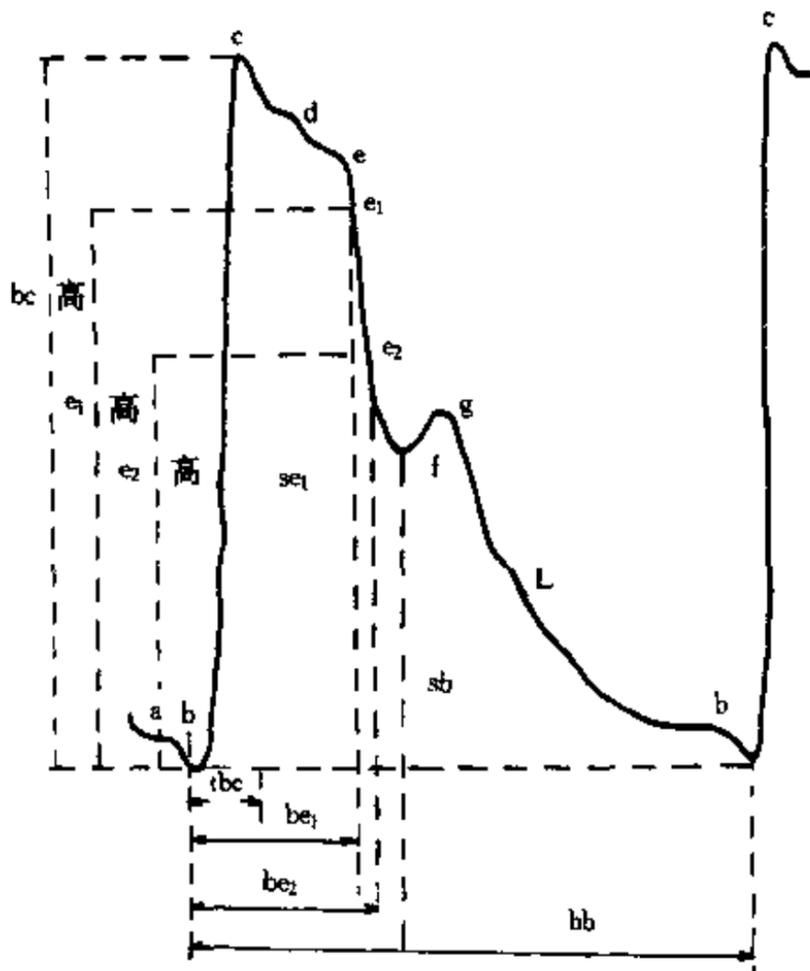


图 5-14 脉图标志点及其测量参数

与主动脉压力达到相等的一个标志点。
be 时间一般为 4~5 格。

e₁ 点 (左心室舒张开始点): 是脉图迅速下降的一个转折点, 它是左心室收缩期结束, 舒张期开始的标志。通常 e→e₁ 经过一个很短的平段和很短的弧形下降段。e₁ 是这个粗短的弧形转折线与迅速下降的细线条的交点。正常的 be₁ 时间为 27.0±16.8 厘米秒。

e₂ 点 (主动脉瓣关闭点): 是 te₁ 以后几乎垂直下降的细线段转为较小斜率下降粗线段的拐点, 它是主动脉瓣关闭的标志, 它大约在 te₁f 段的下 1/3 处, 正常 be₂ 时间为 29.0±15.6 厘米秒。

f 点 (二尖瓣开放点): 是 e₂ 点以后动脉内压继续下降的最低点, 在此脉图形成一个切迹, 它是房室瓣开始开放, 左心室开始充盈的标志。

g 波 (主动脉弹性回缩波): 是 f 点以后动脉内压继续上升的一个高峰。它反映在动脉压急剧下降到 f 点后, 动脉弹性回弹又引起压力回升, 直至 L 点压强抗压强平衡为止。并非主动脉瓣突然关闭拍击振动主动脉所形成。

L 点 (主动脉静压排空开始点): 是脉图曲线持续下降过程中的一个拐点, 有时显示为一切迹, 它反映左心室舒张期动脉内压强与血管抗压强由不平衡达到新的平衡之点。在 L 点以后脉图呈一类似的指数曲线逐渐下降, 直至下一个心动周期的 a 点。L-b 段称主动脉静压排空段。

(4) 肖洪^[26]、李冰星^[27]等运用多项脉图参数, 建立逐步回归、逐步判别或聚类分析等方法, 鉴别各种脉象或对病、证进行诊断。

2. 频域分析方法^[21,22] 将脉象信号记录后, 用频谱仪或计算机进行分析。

(1) 单个样本的频谱分析: 自相关分析: 平稳数据的自相关函数, 是功率谱密度函数的逆付里叶变换, 可以检测随机数据中的同期分量 (见图 5-15)。

功率谱密度函数分析: 平稳随机数据最主要特性的描述, 就是功率谱密度函数, 它确定数据的频率结构, 可以得到有关系统动态特性的信息, 功率谱曲线下的面积等于数据的方差。图 5-16 为桡动脉功率谱密度函数图。

(2) 一组样本资料频谱处理方法: 相关性检验: 对同一个体, 在同时所提取的不同的生物信息, 如心电与心音、脉压与脉象、臂动脉与桡动脉, 对它们之间的关系进行分析。

不相关数据的等效性检验: 这在随机数据分析中是很重要的一步, 但往往被忽视, 常常把单个样本记录分析的结果一一地罗列出来, 这种重复性的数据表示方法是没有价值的, 如果在各子样本单独处理之前先进行联合分析, 即进行权平均计算, 可以得到更精

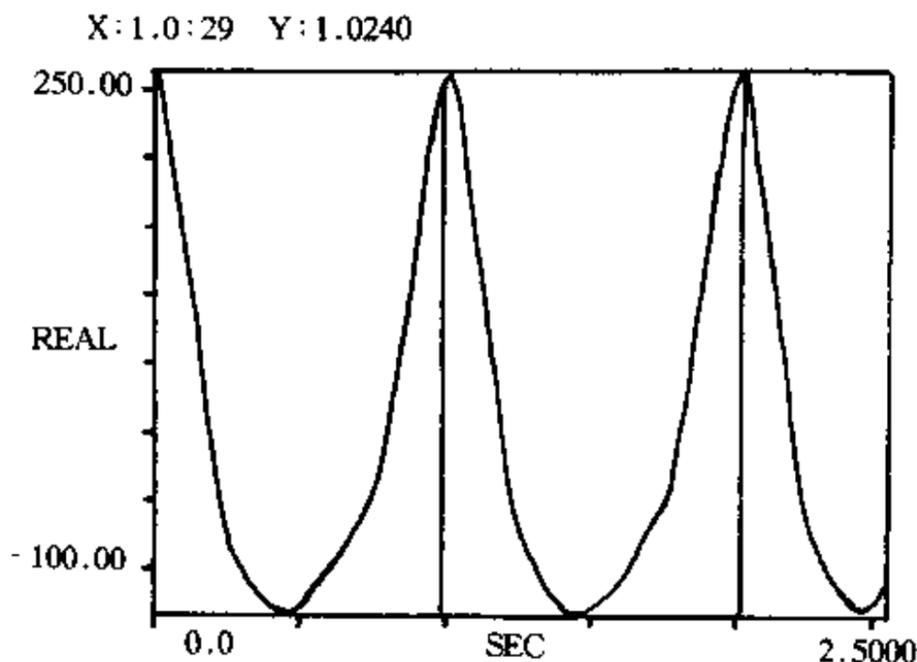


图 5-15 桡动脉自相关函数图

供有关线性关系,频率响应,滞后时间的测量,线性预测,仪器滤波等方面的应用较多。

国内在频谱分析方面近几年来也做了很多工作。如西安交大孔祥骝等与⁽²⁸⁾四军医大合作,对正常人和房颤病患者的脉图进行了自相关和功率谱的实时记录(见图 5-18、图 5-19)。

上海中医学院⁽²⁹⁾对 13 种常见脉象的脉图进行了频谱分析,结果显示:①平(缓)脉频谱特征为第 1 次谐波后的基线比正常人滑脉抬

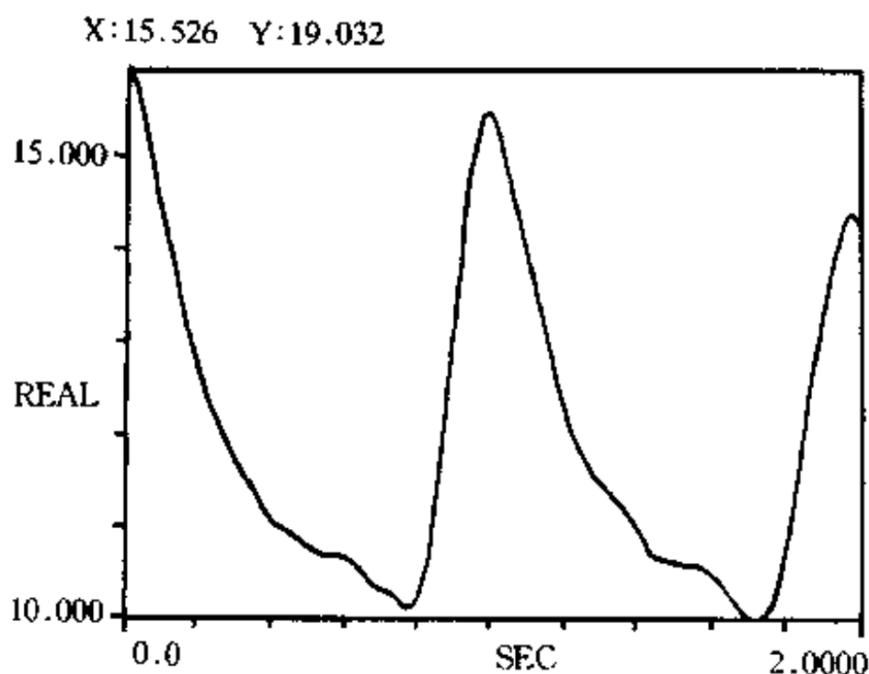


图 5-17 臂动脉与桡动脉互相关函数

确的结果。

互相关分析:互相关与互功率谱密度函数也是一对傅里叶变换。它不仅可以检测两个样本记录的相关性,也可以作为互功率谱密度估计的中间运算,如图 5-17 所示为臂动脉与桡动脉两测点脉搏波的互相关函数,通过滞后时间可估计出压力波的波速及血管弹性膜量等血流动力学参数。

以上列举的仅仅是脉象频谱分析中常用到的几种方法。频谱分析的方法很多。如互谱密度函数可提

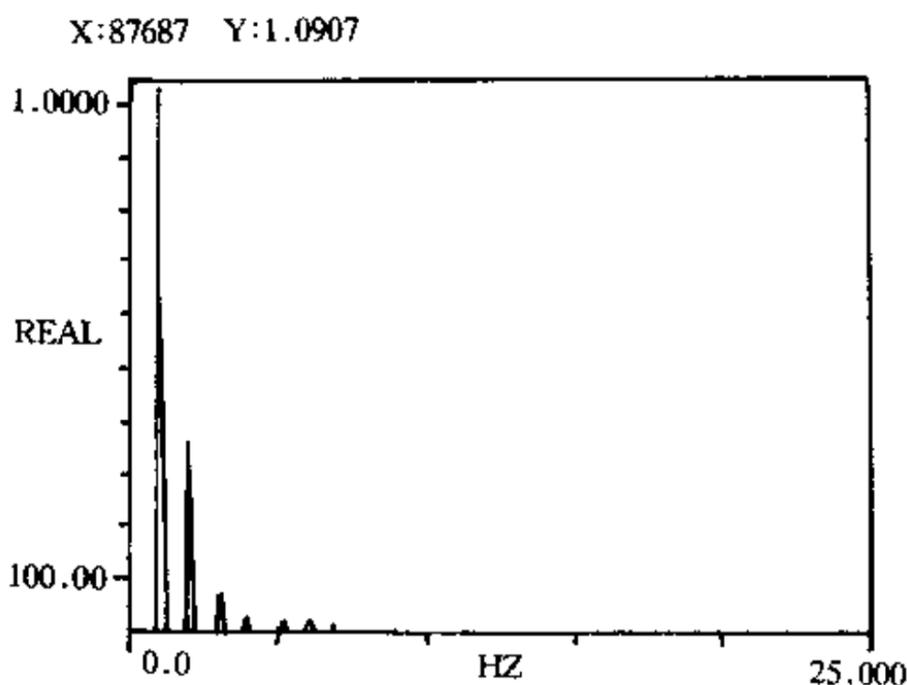


图 5-16 桡动脉功率谱密度函数图

高 10db 左右,第 4~6 次谐波后,谐波相连而分不清,没有谐波的峰与峰之分(见图 5-20);②病理滑脉频谱特征为基波、谐波底部之间已连起来,基线不存在断续,谐波之间各相对于正常人滑脉频谱图上升 10db 左右,高次谐波的波形相对较宽,基波幅度仍为 60db 左右,谐波间隔清楚,谱线分布均匀(见图 5-21)。

贵州华有德等⁽³⁰⁾运用现代生物力学,信息离散谱研究中医脉象。从血液流变学、生物组织学、心血管

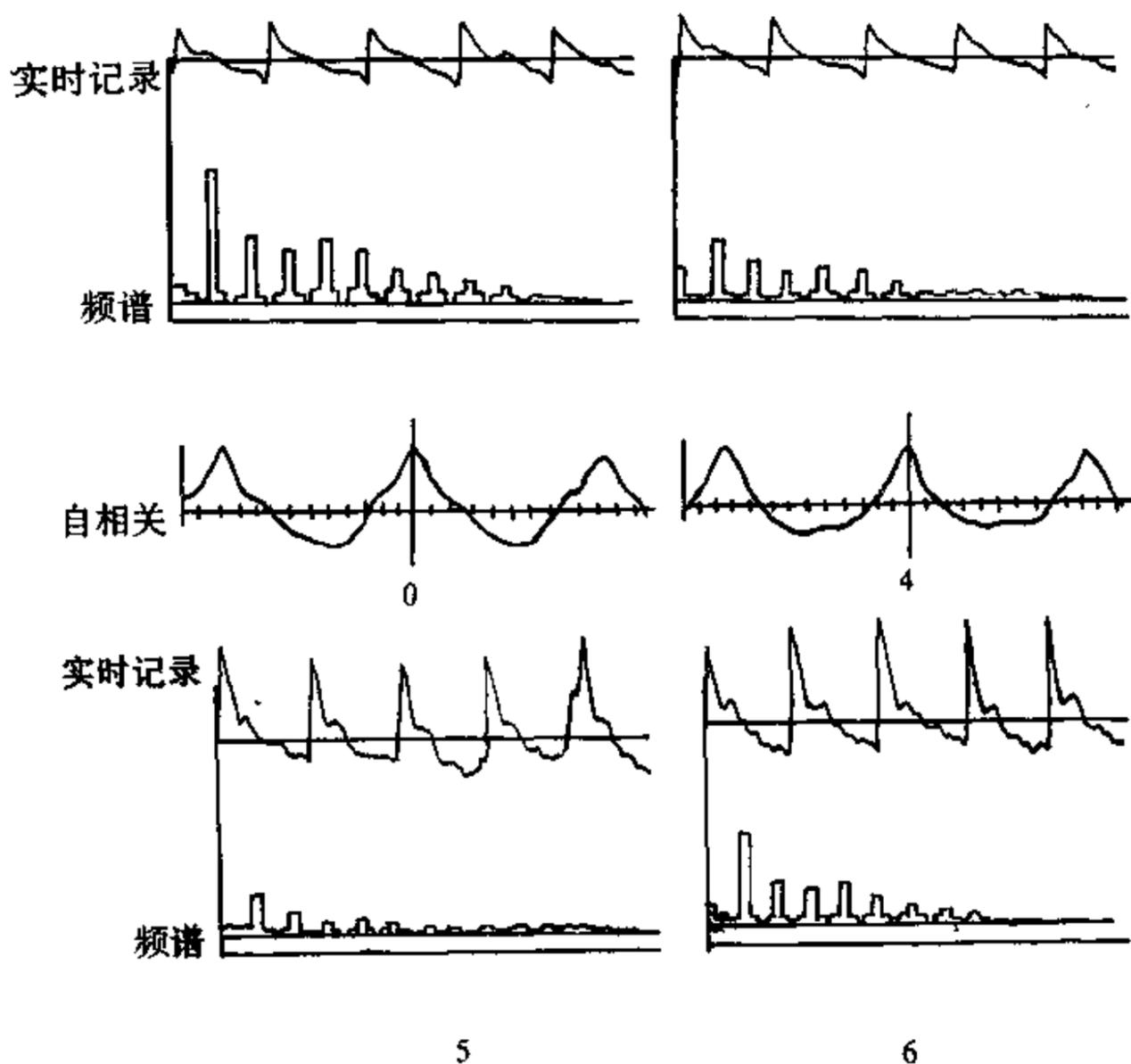


图 5-18 某健康人的脉图分析

流体力学的角度，探讨了某些脉象的生物力学原理，对阻抗、弦脉、滑脉等作了频谱分析，并设立对照组，对弦脉、滑脉的某些机理进行了探讨，他们对压力波与流量波的一系列信息离散谱，包括互相关函数、自相关函数、功率谱、互谱、响应函数、凝集函数等分析了弦、滑脉的阻抗频谱特性。

洪治平等^[31]对弦、滑脉中的平弦、平滑、病弦、病滑、弦滑、弦Ⅲ、弦Ⅳ、平等常见脉象进行研究。通过对较大样本的幅度谱、相位谱、功率谱及微分功率谱的分析，从中提取了 K_a （功率谱中，基频功率与总交流功率比值）、 S_i （幅值归一化后的脉冲冲量）、 DKM （微分功率谱中 5、6、7、8 级谐波功率与总交流功率比值）、 AI （幅值归一化后的基频幅值）、 $\Delta\varphi$ （相关迁移）、 KD （功率谱中 4、5、6 级谐波功率和与总交流功率的比值）、 KC （功率谱中总交流功率与 3、4 级谐波功率的比值）等 7 个特征参量。根据上述脉象所具有的不同特征参量值，对以上 8 种脉象加以区别，即使是对外观图形极为相似的平弦脉和病弦脉、平滑脉和病滑脉，也能区别开来。

岳恒等^[32]将 34 例健康人弦脉，44 例有严重疾病患者的弦脉输入计算机进行频谱分析，发现了一批比较敏感的特征量——相位迁移，即 Nyquist 平面上 1、2 级谐波矢量之间的夹角，功能性弦脉相位迁移小，病理性弦脉则偏大，以 33 度为界，误判率仅为 5.1%。他们最近的这一研究，为脉象分析方法研究提供了新的思路。

总之，通过 20 余年来医学工作者与其它学科工作者的结合，对脉象分析方法进行了大胆的探讨，从简单到复杂，从单因素至多因素，从时域分析到频域分析不断发展。但是脉象要真正反映中医脉诊特点，在分析方法方面仍是有待解决的重要问题。

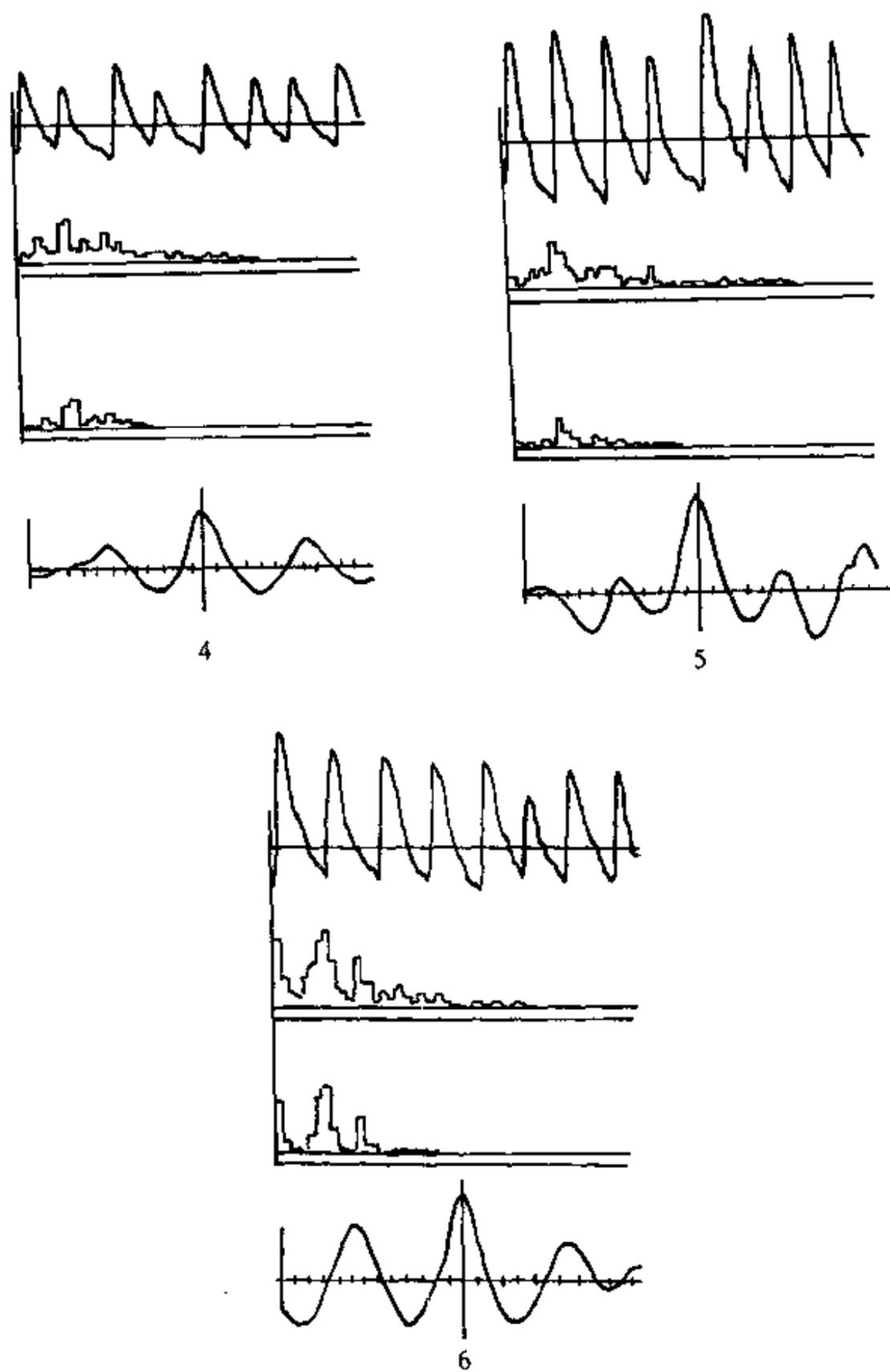


图 5-19 某房颤患者脉图分析

(五) 脉象分类方法的研究

中医脉象种类繁多，如何执简驭繁，使医师诊脉时抓住重点，准确判断，古人在这方面做了大量的工作。《内经》以阴阳为总纲下分大小、滑涩、沉浮（或缓急）六纲；《脉经》以阴阳为总纲，下分浮沉、长短、滑涩六纲。古代各家对纲脉的提法大同小异，近代对脉象分类也很重视，提出了一些好的分类方法，对脉象特征量的提取，计算机的检测及脉象机理研究等都大有裨益。

朱文锋、邓明仲等^[30]认为，脉象的种类虽多，但归纳起来不外“位”（浮、中、沉、伏）、“数”（脉的速率）、“形”（脉体大、小、长、短及节律）、“势”（脉来应指的强度及充盈度）4个方面，单一因素或相互参合排列组合而成各种脉象。



图 5-20 正常缓(平)滑脉频谱图

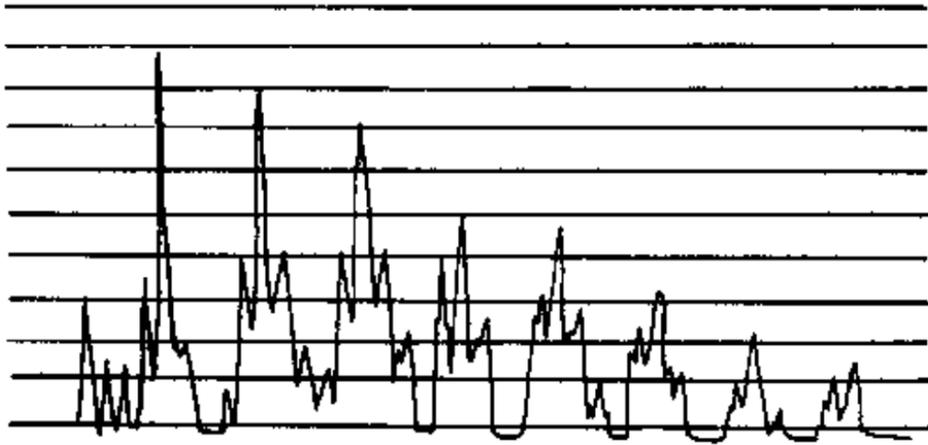


图 5-21 病理性滑脉频谱

马美仁^[36]认为,脉象应包括脉位、脉率、节律、脉力、脉管紧张度、流利度、虚实、粗细、长短等 9 项基本指标。数学上可以用九维的线性空间, 9 种信息的模糊集合。

华有德等^[30]根据传统中医脉象与生物流体力学基本参量压力 P 、流量 Q 、血管半径 r 、血管半径变化率 Δr 及粘度 n 间的关系, 把常见脉象归纳为沉浮、迟数、虚实、弦滑四大类。

罗克聪等^[33]结合生物力学的一些概念, 讨论了中医在桡动脉处提取信息的优越性, 进而运用 Windkessel 理论及 Poiseuille 定律, 对中医脉象的临床分类特点作了探讨, 他们认为结合中医切脉特点, 运用生物力学概念, 28 种脉象大致上可分为弦滑、迟数、虚实、沉浮、粗细、长短 6 类, 并用血管内压力 P 、心率 f 、血管的管径 r 、位移 dr 、位移的变化 dr/dt 、动脉血管顺应性、脉波的反射及共振现象进行了解释。

张大祥等^[34]将 407 例脉象和脉图对照分析、分类归纳, 抽出了构成脉象的 6 种基本要素, 认为各种脉象只不过是这 6 种属性从不同的角度排列组合的结果, 即沉浮—脉道的深浅状况; 虚实—血液在血管中的充盈度; 滑涩—脉动流的流利状况; 弦软—脉道的张力状况。并定出了代表 6 个方面的 8 项脉图指标: 沉浮是最佳脉图出现部位压力的大小; 迟数是脉动周期时间及均匀度; 大小是脉图指标 bc/bc 比值及 $Se * EK$ 的变化; 虚实是脉图指标 bc 、 SA 的改变; 滑涩是 fg/bc 比值的变化; 弦软主要是 $\angle al/bc$ 比值及 $T \cdot$

g 的改变 ($EK = (PS - Pd) / bc$ 、 $T.g = (e_1 b * SA * (PS - PD) / cb * be_2$)。他们认为从生物力学的角度看：浮沉所描述的是应力与应变的非线性程度，位置的深浅；迟数所描述的是心脏的速率和节律的变化状况；大小所描述的是动脉周向应变 $(r_1 - r_0) / r_0$ ，即以指面大小为控制段的指下血管体积的大小；弦软所描述的是动脉的周向与轴向张应力的大小；虚实所描述的是血管内充盈压力 (Pd 、 Pi) 的大小；滑涩所描述的是轴向入射波与物理反射波，血管性生理反射波与心源性反流波之间的关系，它们决定了桡动脉脉波的形态，波幅及波速度；紧脉与散脉突出的描述了扭转波的强弱。

费兆馥等^[35]结合教学和研究实践，将脉象的指感分解为 8 个主要因素：①脉位：脉动部位的深浅；②脉宽：脉道应指的粗细；③脉力：脉动搏指的有力无力；④脉率：脉动频率的快慢；⑤流利度：脉动来势的流利与艰涩；⑥紧张度：脉管壁的松弛与软硬；⑦均匀度：脉搏节律和力度的参差；⑧长度：脉搏应指轴向范围的长短。为了全面地反映脉搏在多维空间的动态变化，他们对上述诸因素的表述，设计了 4 幅坐标图：①指压 (P)—指感 (h) 趋势图；②脉宽图；③脉长图；④脉波图，4 幅脉图组合，可以使脉象的多种特征全面直观地表达清楚，有助于初学者掌握各种脉象的形态特征。

三、脉象机理研究

脉象是心脏收缩射血活动引起的血液、血管壁的周期性振荡运动，是循环系统的力学现象，用生物力学这门交叉的学科对脉象进行研究，对影响脉象的各种因素进行分析，建立相应的生物力学、数学模型，了解它的系统特性及生理活动规律、运动特征，建立本构方程和血流动力学参数表述方程，是近 30 年来国内外脉动流研究的方法。以下是现代研究脉动流的几种主要理论和生物力学模型及在脉象研究中的应用。

1. 弹性管道脉动流理论^[37] 这一理论是通过研究脉波在充满粘性液体的弹性管道中传播的规律，来研究血流动力学，它不是首先建立动脉波表述方程，而是对动脉压力、脉波振幅、速度在管道传输过程中的影响因素（管壁弹性模量、管壁内粘滞摩擦力和阻尼系数、波的频率、色散、群速度和相速度、波的反射等）进行精辟分析，在此基础上推导出有关血液动力学参数的理论式。

2. 弹性腔理论^[37,38] Otto Frank 的弹性腔模型，是由一个空气小室，动力泵和末端有阻抗的弹性管道所组成，这个模型给予了 3 个假定条件：①把整个动脉系看做一个弹性腔，并且腔内各点压力相等，腔本身无阻抗，只有终端才有阻抗存在；②假定脉波速度无穷大；③动脉系管壁应力与应变呈线性关系，体积弹性系数 $C = dv/dp$ ，据此导出表述方程：

$$\frac{dp}{dt} = \frac{1}{c} (Q_{in} - Q_{out}) \quad Q = \frac{\int_a^b P(t) dt}{R}$$

式中 Q 为流量、 P 为压力、下标 in 为进入弹性腔， out 为流出弹性腔， R 为末端阻抗。

1979 年柳兆荣等^[38]在研究脉搏波波形图的生理含义中，发现用弹性腔理论可以建立起脉搏波波形面积与心血管参量之间的定量关系，从而建立了心血管系统弹性腔模型，提出利用压力脉搏波波形图无创检测心血管参数的方法，在上海脉象协作组中得到应

用。

心血管系统弹性腔模型的基本方程，是根据弹性腔模型，将大动脉等效成一个弹性腔，那么心室则为这个腔的输入端，静脉则为这个腔的输出端，介于弹性腔（大动脉）和输出端（静脉）之间的小动脉和毛细血管则为弹性腔终端阻力。在此基础上，推导出血流动力学参数之间应满足的数学方程。

(1) 连续方程：设单位时间流入动脉弹性腔的血液体积为 Q_{in} ，单位时间由动脉弹性腔经终端阻力 R 流入静脉腔的血液体积 Q_{out} ，并设单位时间内弹性腔的体积改变量为 dv/dt ，由于血液是不可压缩的，动脉弹性腔的输入量、输出量、自身体积改变量，三者处于平衡状态，即血液流量是守恒的，故血液流量的连续性方程可表述为：

$$Q_{in} = Q_{out} + \frac{dv}{dt} \quad (\text{收缩期 } 0 \leq t < T_s) \dots\dots\dots (1)$$

$$0 = Q_{out} + \frac{dv}{dt} \quad (\text{舒张期 } T_s \leq t < T) \dots\dots\dots (2)$$

T_s 为心收缩、主动脉瓣开启持续时间、 T 为一个脉动周期。

(2) 输出端压力降与流量的关系方程：

$$\frac{P - P_v}{R} = Q_{out} \dots\dots\dots (3)$$

$P - P_v$ 为动脉弹性腔输出端的血流流量，在经小动脉和毛细血管时所产生的压力降， R 为所遇到的阻力。

(3) 动脉管腔体积与压力关系式：动脉管壁由于血液压力作用可产生弹性扩张，动脉管段的压力与体积关系曲线一般可表达为： $V = V(p)$ ，曲线所对应的斜率为 $C = dv/dp$ 。 C 为动脉管段的顺应性，即相当于动脉管段内血液压力改变一个单位时所对应的体积变化量，当顺应性 C 较大时，表示该动脉管段的可扩张度较大，或者说动脉弹性较好，反之如果动脉顺应性 C 较小，即表示动脉的可扩张度小、弹性差。若将 $C = dv/dp$ 改写成 $dv = C * dp$ 则表示动脉体积与压力之间的关系。若将 $P - P_v/R = Q_{out}$ 与 $dv = C * dp$ 代入连续方程 (1)、(2) 则得出：

$$C \frac{dp}{dt} + \frac{P - P_v}{R} = Q_{in} \quad (0 \leq t < T_s) \dots\dots\dots (4)$$

$$C \frac{dp}{dt} + \frac{P - P_v}{R} = 0 \quad (T_s \leq t < T) \dots\dots\dots (5)$$

这就是在动脉弹性腔中 P 于心室收缩期和舒张期分别应满足的两个方程。方程中 P_v 为静脉腔血压，可近似看作一个常量，通常在人体取 $P_v = 9.3 * 10^2 - 17.3 * 10^3 \text{ kPa}$ (7—13mmHg)，但为了计算方便，也有近似取为零的。此外，外周阻力 R 已取作为压力 P 无关的常量，心室进入动脉腔的血液流量 Q_{in} 随时间 t 而变化，可用实验方法测出。而动脉顺应性 C 可出现两种情况：一是常量，即动脉弹性腔体积与压力呈线性关系；二是随血压而变化的变量，动脉腔的压力与体积呈非线性关系。由此而区分为线性弹性腔与非线性弹性腔理论。

3. 线性弹性腔理论^[40,41] 线性弹性腔理论是弹性腔理论中最简便的一种处理方法。它以动脉顺应性 C 为常数，动脉压力与体积呈线性关系为前提，通过解弹性腔理论的基本方程，进而讨论动脉顺应性、外周阻力、心输出量、血压以及与脉图之间关系的影响。

通过对弹性腔理论基本方程的推导,导出压力脉图面积与心血管动力学参量的关系式:① $R=1/sv (As+Ad)$; ② $C=Ad/ (As+Ad) * Sv/ (Ps-Pd)$; ③ $\bar{P}=1/T (As+Ad) * Pv$ 用于临床, SV 为每搏输出量、 Ps 为收缩期血压、 Pd 为舒张期血压、 As 为脉图总面积、 Ad 为脉图舒张期面积、 \bar{P} 为平均动脉压、 R 为外周阻力、 C 为血管顺应性、 Pv 为静脉腔血压 (可看作一个常量)。但此模型在使用中发现较为粗略,与实际血管功能状态不很一致,后来柳兆荣等又将非线性弹性腔理论用于脉图参数估计心血管功能。

4. 非线性弹性腔理论在脉图中的应用⁽³⁹⁾ 非线性弹性腔理论是以动脉腔压力与体积不成线性关系,即将动脉顺应性看作依压力而变的变量为前提,来讨论压力脉波图与心血管动力学参量的相互关系。

(1)非线性弹性腔动脉顺应性:Ramington 等人曾对离体的人体主动脉做了大量的动脉腔灌注压 P 和体积 V 关系的测定,发现对于人体主动脉存在一个确定的压力 P^* ,当压力 $P \leq P^*$ 时,动脉腔的体积 V 随灌注压 P 的上升而上升,且在 P 较小时呈直线上升,这是动脉管壁中弹性纤维和平滑肌弹性的反映。而当 $P > P^*$ 时,动脉腔体积 V 保持不变,这是动脉管壁中胶原纤维的张力抵抗动脉管壁继续扩张的结果。Cope 曾经对 Ramington 的实验结果,直接用二次抛物线来拟合 $V(p)$ 曲线的 $P < P^*$ 部分,得到如下表示动脉管的 $V-P$ 关系的抛物方程:

$$\left. \begin{aligned} V &= a_1 P^2 + a_2 P + a_3 & (P \leq P^*) \\ V &= a_1 P^{*2} + a_2 P^* + a_3 = \text{常量} & (P > P^*) \end{aligned} \right\} \dots\dots\dots (6)$$

(P^* 为在臂动脉测得的临界血压值),Cope 指出二次多项式在 $6.67 \sim 22.7 \text{kPa}$ ($50 \sim 170 \text{mmHg}$) 的范围内与实验数据点拟合最好,故取临界压力值 $P^* = 26.7 \text{kPa}$ (200mmHg)。同时,经实验数据的线性回归方法发现二次多项式系数间满足如下关系:
 $a_1 = (-3.0a_2 + 0.9) * 10^{-3}$ (a_1 单位: ml/mmHg , a_2 单位: ml/mmHg)。

由此导出非线性弹性腔模型的动脉顺应性 C 的表达式可通过 (6) 式的一阶微分得到。

$$C = \frac{dv}{dP} = \left\{ \begin{aligned} 2a_1 P + a_2 & & (P \leq P^*) \\ 2a_1 P^* + a_2 & & (P > P^*) \end{aligned} \right\} \dots\dots\dots (7)$$

用此来分析非线性弹性腔动脉顺应性 C 与压力 P 的关系:当 $P \leq P^*$ 时,顺应性 C 与压力呈线性关系。由于系数 a_1 证明是小于零的量,则有顺应性 C 随压力 P 的上升呈线性下降的趋势,直到 $P = P^*$ 时,顺应性 C 为零,当 $P > P^*$ 时顺应性总是保持为零,即动脉弹性腔体积不再随压力的上升而增加。

(2) 利用非线性弹性腔模型的基本方程计算血流动力学参量:将 (7) 式代人基本方程 (4)、(5) 得出 $P \leq P^*$ 时,(收缩期) 的压力、流量、阻抗关系式:

$$\left\{ \begin{aligned} (2a_1 P + a_2) \frac{dp}{dt} + \frac{P - Pv}{R} &= Q_{in} \quad (0 \leq t < T_s) \\ (2a_1 P^* + a_2) \frac{dp}{dt} + \frac{P - Pv}{R} &= Q \quad (T \leq t < T) \end{aligned} \right\} \dots\dots\dots (8)$$

当 $P > P^*$ 时,(舒张期) 的压力、流量、阻抗关系式:

$$\left\{ \begin{array}{l} \frac{P-P_v}{R} = Q_{in} \quad (0 \leq t < T_s) \\ \frac{P-P_v}{R} = Q \quad (T \leq t < T) \end{array} \right\} \dots\dots\dots (9)$$

柳兆荣等借助上面 (8)、(9) 基本方程，建立起压力脉图面积与心血管动力学参数间的联系式，通过一系列推导演算，推导出无论 $P_s \leq P^*$ 还是 $P_s > P^*$ 的情况下，外周阻力的表达式均为 $R = 1/SV (A_s + A_d)$ 。

$$a_2 = \begin{cases} \frac{[Ad - 0.9 \times 10^{-3} (P_s^2 - Pd^2)] / R}{(P_s - Pd) - 3 \times 10^{-3} (P_s^2 - Pd^2)} & (P_s \leq P^*) \\ \frac{[Ad - 0.9 \times 10^{-3} (P^{*2} - Pd^2)] / R}{(P^* - Pd) - 3 \times 10^{-3} (P^{*2} - Pd^2)} & (P_s > P^*) \end{cases}$$

再进一步推导出动脉顺应性随压力 P 而变化的表达式：

$$C = (6.0a_2 + 1.8) \times 10^{-3} P + a_2$$

这样就可以利用实测的脉图积分面积、血压和每搏输出量的数值测算出外周阻力和不同压力下的血管顺应性。此方法在上海脉象协作研究组中得到临床应用。

5. 脉搏波的线化理论在脉图分析中的应用^[42,43] 线性弹性腔和非线性弹性腔理论用在脉搏波方面，通过脉搏波图对动脉压力流量、流阻、动脉顺应性等进行的分析检测，都把大、中动脉集中看作一个弹性腔为前提。然而，脉搏波在动脉系统内的传播规律，尤其是桡动脉处脉搏波随生理参数变化的规律，仍需进一步探讨。五十年代以来有人研究了动脉弹性管系中压力波的传播规律，但未考虑脉搏波在端点的反射情况。

柳兆荣等在将臂动脉比拟为一根均匀弹性管，并不计及血液粘度的前提下，将臂动脉输入波形用若干阶梯波代替，然后在线化条件下求得桡动脉处瞬态压力的分析表达式，详细讨论了心动周期臂动脉弹性、臂动脉端点阻力对桡动脉压力脉搏图形的影响，为进一步阐述脉图形态的变化机理提供了新的途径。

通过理论分析及推导，建立了桡动脉瞬态压力分析表达式。根据这一表达式讨论了桡动脉处脉图主波的形态及形成机理，并在心血管实验模拟装置上对推理进行了实验验证，取得与理论分析一致的结果。

在临床应用中他们引进了三个无量纲参量 M 、 N 和 H_1 ， $M = ts / (4L/a)$ 。 TS 为主动脉瓣开启时间，为第一心音高频成分的第二主要成分到第二心音高频成分的第一主要成分， L 为桡动脉到臂动脉始端的距离，取 $0.4 \sim 0.7m$ ， a 为脉波在臂动脉的传播速度，取 $8 \sim 16m/s$ ； $N = \delta_0 \delta_l$ (δ_0 为臂动脉始端反射系数， δ_l 为臂动脉终端反射系数， δ_0 有 < 0 、 $= 0$ 、 > 0 三种情况， $\delta_l > 0$)； $H_1 = (h_2 - h_1) / h_1$ ， h_1 为脉图主波高度， h_2 为主波后沿第一阶梯波的切迹，反映主波后缘第一阶梯波和主波之间的相对差距)。

无量纲 M 主要反映了脉波传导速度相关的动脉管壁弹性， N 和 H_1 反映了臂动脉的端点阻抗，可认为是与外周阻力有关的参量。喻方亭等^[48] 应用脉搏波线化理论对 70 例弦脉脉图进行了分析。张镜人^[44] 等将脉搏波的线化理论用于正常人及冠心病病人脉图分析；陈德奎等^[45] 将脉搏线化理论用于实验性弦脉脉图的研究，并探讨了脉图形态变化及形成机理。

6. 体循环动力结构理论对脉搏波的分析^[37] 脉搏波动是循环系统功能活动的一个显著讯息，张大祥等认为，对脉搏波进行分析，研究脉图与心血管血流动力学的关系，在

有生命的机体整体的前提条件下,解决体循环动力结构的一系列生理和病理变化过程中出现的问题,采用中医脉象信息进行无创研究是一个好的方法。

他从宏观出发把体循环看作是一个动力系统,这个系统是由左心室、动脉系、微循环和静脉等系统组成,根据系统论理论,系统的行为取决于:成分或分系统的特性;成分与分系统间的联络结构;系统的输入变量;系统的特性作用于输入就是输出。这个系统是一个非独立系统,它是整个循环系统中的一个分系统,它的特性和功能活动受其它系统特性的控制。系统内部维持着恒定的压力梯度、速度梯度,构成一个远离平衡有结构的状态,这种结构是靠不断的从系统外提供能量、质量来补偿系统内的能量、动量和质量流的消耗。在正常情况下系统处于相对稳定的有序状态,虽然任一固定空间内,流体、流量是瞬变的,但是,是周期性的变化,在每一周期中相应瞬时的流体参量是基本相同的,系统的压力梯度、流速梯度是稳定的,因而是有秩序的。系统为非平衡状态,物理几何因素十分复杂,特性太多,特性之间多呈非线性关系。由于神经体液调节机能的存在,分系统或成分间,存在一系列反馈途径,系统的输入为系统的输出所控制,系统中的流体是生物流体。

依据上述特征,张氏认为从力学和生命科学相结合的角度来看,可以把人体血液循环系统看成是一般力学规律基础上还具有生命现象所独有的高级运动形式的动力体系,是一个受整个机体内环境制约的,处于高度严密的控制和调节之下的,非平衡的有序的相对稳定的结构。这种结构不仅依靠系统内的耗散过程来维持,而且还依靠系统内外一系列的不同等级的自动控制 and 调节作用,才能维持系统状态的相对稳定和有序性。因此他从体循环动力结构的特征出发,采用系统论和控制论的理论和分析方法,对中医的脉搏波信息进行分析,建立了脉图曲线的各段表述方程组,体循环动力结构表述方程组,状态函数及反馈方程体系,63项血流动力学参数表述方程,8项脉象参数表示式,从70年代开始用于临床。

7. 袁龙蔚^[46]认为,从流变力学的观点看,脏腑气机的变化反映在寸口脉象上具有下列特征:①涉及前毛细血管括约肌控制作用的人射效应具有重大作用。②涉及毛细血管径与可变形细胞尺寸的 \sum 效应显著。③涉及血液循环的动量方程中的对流加速度 v 、 ΔV 局部加速度 $\delta V/\delta t$ 更重要,从而运动方程非线性化。④涉及脉波发生与传播的局部压力梯度是轴向空间变量 Z 和时间 t 的函数。⑤涉及脉气强弱的脉动流入射效应所产生的边界层效应,是Reynolds数 $Re=\rho Vd/\mu$ 、血管壁性质、红细胞形态及尺寸的函数。

袁氏认为据此特征,可将繁多的脉象分成虚、实两大类,以能给予医生诊断感觉的入射效应显著与否为主要标志,提出两个基本特征量,即血液脉动速度分布与红细胞微旋分布,并应用Laplace变换与有限Hankel变换的联合变换对这两个基本参量进行了计算,采用Eringen微极流体理论的方程代替国际上研究脉动流常用的Navier-Stokes方程,而把后者作为不计微观效应的极端情况包括在内。

8. 心跳谐振波与器官共振的物理模式 台湾张修诚等^[47]提出心跳谐振波与器官共振的物理模式,以模拟体内血液循环与寸口诊脉波形的变化,并据此讨论各脏腑不同的共振特征以及对应压力脉搏波形的可能影响。他们认为各脏器与相连动脉协同共振,该共振频率以落在心跳的谐波上时有最大的共振效果,共振越好、阻力越小,血液便能顺利地出入其间,器官在获得充分的营养后才能发挥正常生理功能。五脏六腑各依其共振

特性，选择适当谐波频率来共振，以减少血液循环阻力，顺利地从小动脉中分取压力波与血液的供应，然后才能发挥其正常功能，如果某一脏腑有病，器官机能降低，血液循环不佳，阻力增大，甚至共振频率改变不能与谐波共振很好，则与其共振的谐波频率受影响，故脉波频率谱特征改变，中医即可从脉波的浮、沉、迟、数、滑、涩来判断脏腑的虚实。1987年王唯工等以血液流体力学及器官与相关动脉协同共振的理论说明了中医脉诊的可能性；1989年台湾大学杨顺聪等以动物实验证实此共振关系；1990年台湾大学龙景良等人从肝癌、肝硬化、肾病患者脉波谐波频谱研究也证明体内脏器确与特定心跳谐波密切关联；1993年台中中医药学院张修诚等以脉搏谐波频谱分析探讨中医脏象学说与器官共振理论的相关研究，为中医脉诊的形成和机理提供了一个新的研究方法。

四、三部九候研究

中医三部九候的提出，首见于《内经》，它分头、手、足三部，每部又分上、中、下三处，是诊全身动脉的方法，后世称之为“遍诊法”^[49]。自《难经》以后，三部九候有了新的解释，即指寸口脉（桡动脉）分寸、关、尺三部，每部又有浮、中、沉三种取法，一直沿用至今，是中医脉学有别于西医学研究脉波的关键所在。然而，寸口部位的桡动脉只3~5厘米长，在此用不同的加压取脉方法，是否能取出更多的脉波信息？这是长期以来令人费解的问题。近年来的研究工作在这方面取得了一些有说服力的进展，为“三部九候”诊法提供了理论和客观依据。

（一）机理研究

陈先农等^[50]用组合式平面三探头压力式脉波传感器及一个单探头压力式脉波传感器，按中医切脉时的取法压力对桡动脉寸、关、尺三部的脉波变化进行了观察。从实验得出，在尺部阻断桡动脉血流后，位于阻断点远心侧的寸部仍然有脉波存在，并且寸部脉波的升支时间延长，出现了显著的脉波平滑现象。从前臂及手部动脉的解剖特点考察，肱动脉在肘横纹附近分叉为桡、尺二支动脉进入前臂，桡、尺动脉在手掌部具有掌深弓和掌浅弓动脉通道。因此，在寸口某一部位将桡动脉血流完全阻断时，在阻断点的近心侧脉波仍由桡动脉直接传至；在阻断点的远心侧，脉波则改由尺动脉经掌深弓及掌浅弓旁路至桡动脉血流阻断点的远心侧（寸部）。陈氏称此现象为“掌弓旁路效应。”

为了进一步考察这一效应对寸口脉波的影响，设计了图5-22的实验。实验中，平面型传感器的三个探头在受试者右关部沿桡动脉轴向排列，被测部位由三探头划分为近（近心侧）、中（中间区）、远（远心侧）三小区域。图中a-d与a'-d'分别为尺动脉自然导通与被加压阻断血流时，在右关部由轻渐重加四种不同的取脉压力时测取的脉波。

从图中可以观察到，当人为地把尺动脉血流阻断后，由于引起“掌弓旁路效应”的动脉通道已不起作用，只要探头的取脉压力足以阻断桡动脉血流，在阻断点远心端就无脉搏出现。这就充分证明了，在尺动脉正常导通时，桡动脉血流阻断点远心端的脉波主要是从尺动脉传播而来的。同时也说明了当中间区的正向脉波消失时（图5-22，d），中间探头下的桡动脉血流已被阻断。

从上图a，b和a'、b'还可看出，在尺动脉血流未阻断及被阻断二种情况下，即使取脉压力较轻，所记录的远心侧脉波间也是有重大差别的。这表明“掌弓旁路效应”不仅对沉取时的脉波形态有决定性的影响，而且对较轻取脉时的脉波形态也有不可忽略的贡献。

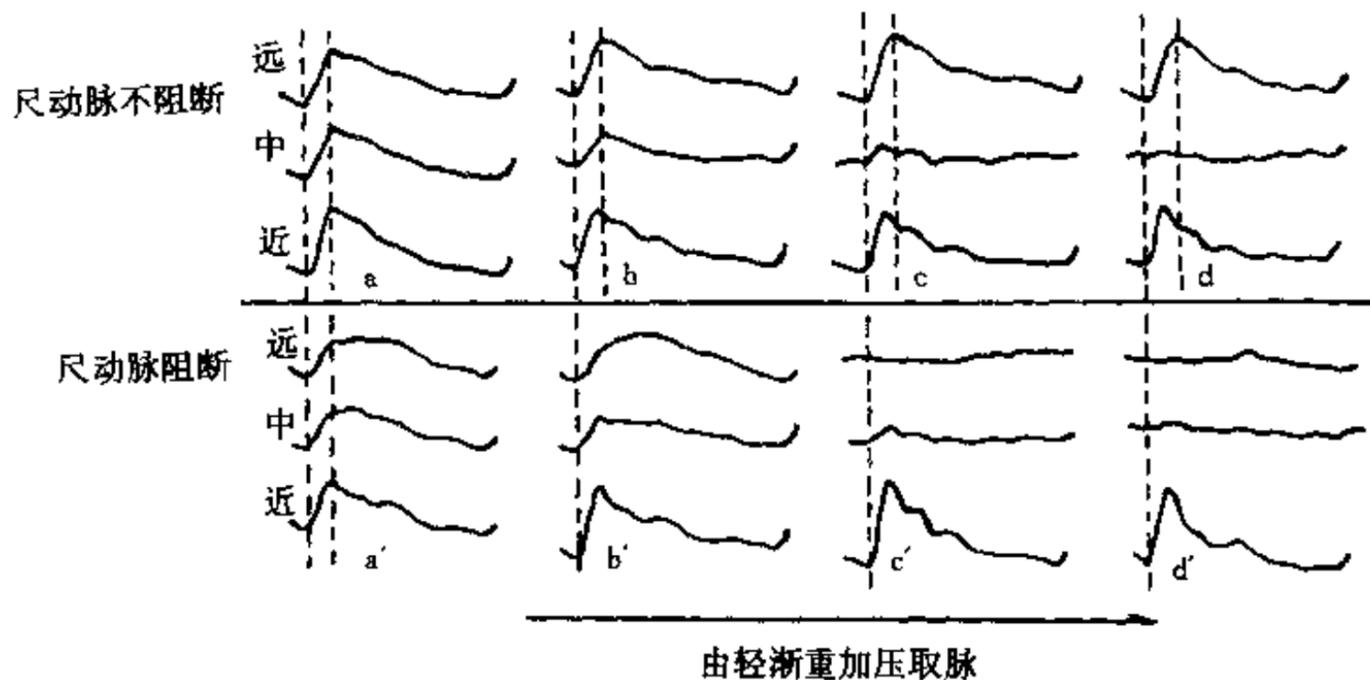


图 5-22 “掌弓旁路效应”与“取脉压阻效应”

上图实验的另一目的是考察取脉压力对脉波形态的影响。对照上图 a、b 和 a'、b'，在“掌弓旁路效应”不起作用的情况下，桡动脉压阻点远心侧脉波出现了更显著的波形平滑化现象。尤其是在 b' 图中，远心侧脉波的主峰，重搏前波、重搏波已不能分辨。

寸口这一小段桡动脉在不受任何外压的情况下，其流阻近似为零，可以认为无血压梯度存在。但是，在加压取脉时桡动脉会产生显著的变形，其流阻随之急剧增大，在血流被阻断时其流阻趋于无穷大。陈氏将由于这种原因引起脉波变化的作用称为“取脉压阻效应”。

在通常的加压取脉条件下，“掌弓旁路效应”和“取脉压阻效应”是同时对寸口脉波产生影响的。如上图 a~d 所示，随着取脉压力的加大，取脉部位沿桡动脉轴向各小区域的脉波发生有规律的分化：中间区脉波急剧衰减、畸变；近心侧脉波出现升支时间缩短等陡化现象；远心侧脉波出现升支时间增长等平滑化现象；远、近心侧脉波起点间及峰点间出现时差。

为了探讨寸口桡动脉压阻点近、远心侧脉波变化、平滑化的原因，陈氏在清华大学生物力学实验室人工心血管模拟循环装置上做了实验。实验表明：①当模拟装置中没有“手部顺应性”或其数值很小时，远心侧脉波比近心侧（尺部）的陡化；②当加入较大的“手部顺应性”时，远心侧脉波的升支比近心侧平滑化；③当“手部顺应性”调节在合适范围时，压阻点近心侧的波形在压阻后较阻前陡化。因此陈氏认为，手部动脉顺应性是引起寸口桡动脉压阻点近、远心侧脉波陡化、平滑化的一个重要因素。陈氏同时用三个单探头压力式脉波传感器分别置寸、关、尺三部模拟中医三部九候取脉方法进行实验。结果表明：随着取法压力的加大，尺部脉波出现升支的时间缩短等陡化现象，而寸部脉波出现升支时间延长等平滑现象，关部脉波当取脉压力较重时出现畸变并最后正向脉波消失；寸、尺部脉波起点间与峰点间出现时差。从图 5-23 可看出寸、关、尺加压时脉波的差别与变化。

由于寸口加压取脉处桡动脉流阻增大或血流被阻断，压阻点对近、远心侧血流状态起了一定的隔离作用。压阻点近心侧是连接大、中动脉的一端，它与血液循环中枢部分间的流阻较小；而远心侧是与手部外周血液循环密切相关的一端，它与中枢部分间的流

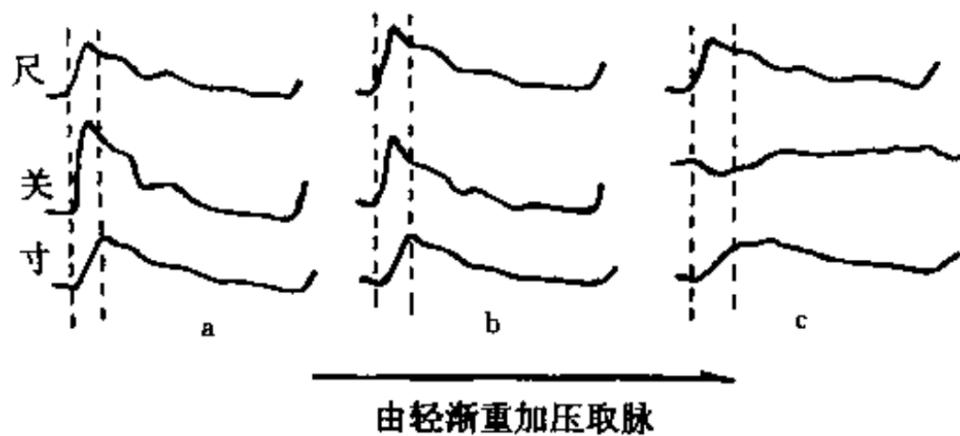


图 5-23 加压取脉时寸、关、尺脉波的差别与变化

阻较大。因此，陈氏认为近心端脉波能较好地反映整体血液循环的情况，而远心侧脉波能较好地反映外周血液循环的情况，它们具有不同的生理意义。

可见，中医三部九候在中医脉学中的意义是重要的，也是有科学依据的。

龚安特等^[51]从上肢动脉及中医切脉的特点出发，建立了“三部九候”及上肢动脉的力学模型。

模型条件及方法是：①由于主动脉管径比桡动脉大 8 倍左右，经计算主动脉单位长度的液感与液阻仅为桡动脉的 0.02%~1%，而液容却大 69 倍以上，故可将主动脉简化为一个无液阻、液感的“体积元件”。②假设血管为均匀的薄壁圆管，将上肢动脉无分枝的 A、B 两段视为“管路元件”。（见图 5-24）而分枝管路，则将用阻抗为 Z' 的“分枝元件”代替。③医师指头按压在桡动脉“寸口”处的圆形脉管将变成椭圆形脉管。假设形变后血管壁周长不变，但面积变小，液阻增大，血流量减少。于是则可导出层流条件下，医师指下血管的液阻为：

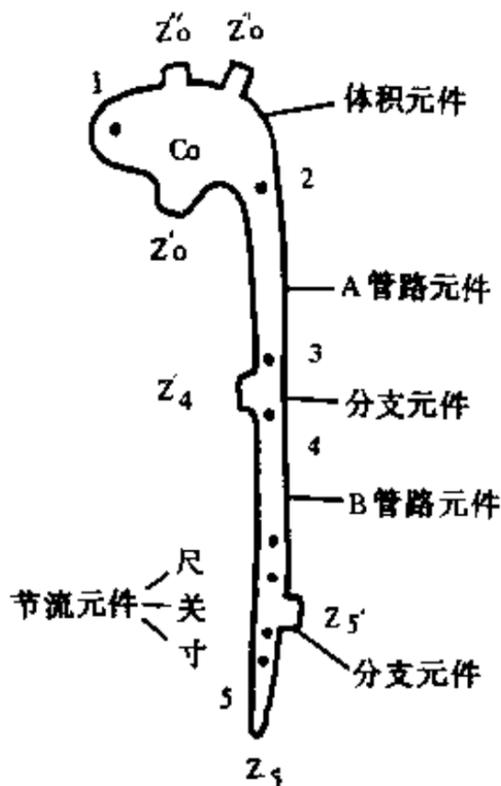


图 5-24 上肢动脉系力学模型

条件下，医师指下血管的液阻为：

$$R_1 = \frac{64\eta (1+K^2) E'}{\pi^5 K^3 r_0^4} \quad (1-1)$$

式中 $K=a/b$ 为轴长比； η 为血液粘度； r_0 为圆形血管壁的内半径

$E' = \int_0^\pi \frac{1}{2} [1 - e^2 \sin^2 \theta]^{1/2} d\theta$ ；第二类椭圆积分 (1-1)'

$e = [1 - K^2]^{1/2}$ ；椭圆偏心率

对于圆管， $K = \frac{a}{b} = 1$ ，代入 (1-1)，(1-1)'

得： $e=0$ ， $E' = \pi/2$ ，于是液阻 $R_0 = 8\eta/\pi r_0^4$ (1-2)

所谓浮取、中取、沉取，就是中医利用轻重不同的指力改变桡动脉的轴长比 K ，使脉管的液阻及流量发生变化。因此将医生指下血管段假设成一液阻为 $R = R_1 - R_0$ 的“节流元件”。

他们认为在动脉中流动的血液是粘性液体，是有红细胞、白细胞、血小板等多种有

形颗粒的悬浮液体，但由于红细胞直径约 $8\mu\text{m}$ ，为上肢动脉最小直径 $1/125$ 。根据这一特点建立了动脉管中血液的动态微分的本构方程、运动方程和连续方程，并探讨了上肢动脉长度为 L 的始端及终端压强与流量的关系。

在对上肢动脉力学模型中的四种基本元件列出各基本元件的传递矩阵的基础上，建立了上肢动脉的传递矩阵，并计算出上肢动脉系统的终端阻抗 $Z_n = P_n/Q_n$ ，及动脉中任一处的阻抗 $Z_i = P_i/Q_i$

脉搏波的反射：连续方程中入射波和反射波对脉波的影响，计算出终端反射系数及桡动脉终端压强、流量和阻抗。

根据上述结论，医师在临床中可采用两次按脉法，来判断终端阻抗和压强的大小，若桡动脉传递矩阵已知，则可求出整个桡动脉直至主动脉的压强、流量和血流参量。因此，中医“三部九候”的切脉手法获取的生理、病理信息远比“一部脉诊”为多。

陈氏的“掌弓旁路效应”及“压阻效应”；龚氏的上肢动脉力学模型，血液在血管中流动的微分方程，脉波的传递矩阵及脉波反射等，对中医“三部九候”原理的探索，为中医传统的诊脉方法提供了实验及理论依据。

(二) 寸口三部九候测脉方法的探讨

费兆馥等^[52]用 MX-1 型脉象仪三探头换能器，以随机调压方法，经对各种取脉方法进行探讨和研究，通过切脉动作和操作过程的分解，及临床切脉经验总结，确定了以脉波幅 H 和取法压力 P 为主的评价最佳脉图的基础指标。

具体加压组合方式有：

单按加压法：以单个换能头逐级加压（每级压力 25 克，加压范围 25~250 克）分别测试同侧寸、关、尺三部脉象。

总按加压法：①三个换能头同时以相同的压力逐级加压取脉；②根据寸、关、尺各部单按的最佳脉图压力组合成三个换能头的压力加压取脉；③根据总按加压方法①中寸、关、尺各部的最佳脉图取脉压力组合成三个换能头的压力加压取脉④根据正交设计，随机调节三个换能头的压力加压取脉。

总按最佳脉图的确定，是以关部最佳脉图为基准，寸、尺二部尽量逼近其单按时最佳脉图主波波峰值和形态的一组脉图。

各种加压组合方法中的最佳脉图主波幅值 H （毫米）是：

H_1 ：单按加压法中各部最佳脉图主波幅值（分 $H_{寸}$ 、 $H_{关}$ 、 $H_{尺}$ ）；

H_2 ：总按加压法①中各部最佳脉图主波幅值。

H_3 ：总按加压法①中以关部最佳脉图为主，同一压力段下各部最佳脉图主波峰值；

H_4 ：总按加压法②中各部最佳脉图的主波幅值。

H_5 ：总按加压法③中各部最佳脉图的主波幅值。

H_6 ：总按加压法④中各部最佳脉图的主波幅值。

各种加压组合法中最佳脉图的取脉压力 P （克）是：

P_1 ：单按加压方法各部最佳脉图的取脉压力；

P_2 ：总按加压方法①各部最佳脉图的取脉压力；

P_3 ：总按加压方法②各部最佳脉图的取脉压力；

P_4 ：总按加压方法③各部最佳脉图的取脉压力。

每个P值中又具体分出： $P_{寸}$ 、 $P_{关}$ 、 $P_{尺}$ 。

将上述资料进行显著性t检验或方差检验，从中筛选出最佳脉图的加压组合方案，并且对与最佳脉图取脉压力(P)值有关的所有参数进行逐步回归分析。观察各种参数对最佳脉图取脉压力(P)值影响的大小，求出相互间的相关系数R，列出最佳脉图取法压力(P)值与单探头加压以及简便的三探头同等压力方法之间的校正方程，并通过回代检验校正公式可靠性。结果表明：正常人最佳脉图取法压力 P_0 值主要与单探头加压及三探头同等压力加压方法之间有着较恒定的联系，可通过校正方程从两者中推算求得。

当F值在10水平时，可得方程：

寸 $P_0 = 1.0959 \pm 0.8095 (P_{0寸})$

关 $P_0 = 3.3548 + 0.0612 (P_{1关}、P_{3关})$

尺 $P_0 = 1.6679 + 0.415 (P_{2尺}) + 0.0309 (P_{1尺}、P_{2尺})$

组内回代率(%) 寸：71，关：81，尺：83

组外回代率(%) 寸：46，关：79，尺：67

以上校正方程为临床采集三部最佳脉图提供了方法，为进一步开展寸口三部九候脉图的研究奠定了一定的基础。

(三) 临床研究

费兆馥等^[53]对健康青年学生151例，男性老年病人10例用三头脉象换能器对其三部九候脉象进行观察。测试结果：①正常人寸、关、尺三部脉图形态相似，青年人多出现平滑脉，老年人以弦脉为主；②单按时寸、关、尺三部取法压力无显著差异（右寸 189.741 ± 46.49 ，右关 181.42 ± 48.85 ，右尺 190 ± 39.44 ，左侧相似，单位：克），总按时寸、关二部脉的取法压力较单按时浮，尺脉比单按时沉（右寸 172.92 ± 42.89 ，右关 174.32 ± 47.55 ，右尺 217.59 ± 33.99 ，左手相似），符合临床三指总按，指感清晰，寸关偏轻取，尺部偏于重按。③单按、总按时寸、关、尺三部最佳脉图的主波幅值 h_1 比较：单按时寸、关部脉图 h_1 显著大于尺部（左寸： 19.33 ± 10.10 ；右关 20.29 ± 6.69 ，右尺 11.50 ± 5.12 ，单位毫米），左手相似， $P < 0.05$ 或 $P < 0.001$ ；而总按时右关脉图主波幅值 h_1 显著大于右寸、尺主波幅（右寸 18.87 ± 0.49 ，右关 21.39 ± 7.88 ，右尺 18.27 ± 7.66 ， $P < 0.001$ ），寸、尺的主波相似。左侧三部脉图主波幅无显著差异。④总按时两手六部脉图比较：左寸比右寸浮，右关比左关大，左尺比右尺沉，总的来看，右关 h_1 最大，应指最有力，寸、尺 h_1 相似，所以切脉时体会到三部脉力匀称，右关比较有力的特征，尺脉F最大（F为取脉压力）；尺脉部位深沉，右关有力象征脉以胃气为本（右关候脾胃），尺脉沉而有力象征元气充盛。脉来有根（尺脉候肾，沉亦候肾），六脉调和，从容有序是脉来有神的表现。只有三部总按得到的脉图，才能比较全面地反映正常人平脉的特征。⑤在比较单按、总按的脉图中，提示大多数总按的寸脉小于单按时寸脉（符合率为89.29%），总按时的关脉大于单按关脉（符合率84.43%），总按尺脉大于单按尺脉（符合率67%），这种现象可能和三部加压时力的相互作用、血管状态和远端反射等因素有关，当尺部（或关部）取法压力加大出现较大脉象时，关部（或尺部）的图象显著变小，此可能与血管受到压迫，前端血流不畅有关。而当寸部（或关部）适当加压时，尺脉和关脉变大，可能与远端反射有关。但在尺脉过小，部位太沉的情况下，寸、关加压尺脉亦不增大。

李绍芝等^[54]观察了40例正常人寸关尺三部脉图变化,结果显示:①关部脉图主波高度、脉图总面积、脉图舒张期面积等三项参数较尺部和寸部大,关部与尺部比较均值差别有非常显著意义($P<0.01$),关部与寸部比较,差别较小,均值差别无显著意义($P>0.05$);②寸关尺三部取法压力关部 $<$ 寸部 $<$ 尺部,女性 $>$ 男性。

冯新为等^[55]在肾炎患者的脉波描记中,发现左尺特别弱,符合左尺候肾的论述,又说:“早妊时的脉波曲线出现明显变化,各波都比正常波大,尺脉旺,寸脉亦盛。费光馥等^[53]也观察到肾气虚衰的病人,尺脉过小、部位太沉,寸关加压尺脉亦不增大(而正常人增大),由此他们用寸关适当加压,观察尺部变化的大小来探测元气盛衰。同样亦发现高血压动脉硬化病人,尺脉加压时寸、关脉不变小,反映血管弹性差。江启中等^[56]对33例高血压患者三部九候脉图观察结果显示:①高血压组右尺的脉力显著小于健康组($P<0.001$),而左寸、左关、右关的脉力高血压组偏大,右寸、左尺的脉力高血压组偏小;②高血压组左、右寸部和左尺的脉位比健康组显著沉($P<0.01$),而左关、右尺的脉位,高血压组亦偏沉,右关则高血压组偏浮,总的倾向是高血压组六脉大而偏沉;③高血压组与健康组比较,两组的脉力、脉位各自六部之间总体比较均有极显著差异($P<0.01$),高血压组同侧三部间,尺脉沉小较正常组明显:左尺比左寸、左关、右尺比右寸、右关都是显著沉小($P<0.05$),两手对应部位间左尺脉力显著大于右尺($P<0.01$),而健康组无显著差异。

费兆馥等^[52]用3MX-1型三头脉象仪测绘43例肝脏肿瘤患者的三部九候脉图,平均年龄为45岁。从同步等压递增条件下测绘的脉图资料表明:肝脏肿瘤病人三部脉形大致相同,弦脉占90.9%,比同年龄组正常人弦脉出现率显著增高,两手尺脉图 h_1 显著减少,指感尺脉比较无力,与肿瘤病人元气虚损有关,左关脉图 h_1 有“独大”、“独小”、或“先大后小”等异常表现。出现率为47.6%,而右关异常率仅9.52%,提示肝脏肿瘤病人左关脉图变化比右关显著增加,可能与左关候肝有一定关系。在辨证方面三部九候脉图也有一定意义,如晚期肿瘤病人,全身情况极差,精神萎弱,脉图主波幅 h_1 小,切脉指感无力,显示虚脉的特点。尺脉的最佳取脉压力大而脉图 h_1 小,故指感沉而无力。关部脉图 h_1 较大,寸、尺部脉图 h_1 较小,使动脉应指范围不及三部,呈现短脉的特征,关部脉图先大后小,指感轻取虚大,面按之空豁。以上均为正气虚弱的征象。有的病人寸、关脉图 h_1 比尺部显著增大,与指感寸关弦亢,尺部沉弱相一致,符合肝肾阴虚肝阳上亢的病理特征,湿热内阻型患者显示二关部脉图 h_1 独大,是肝脾实证的表现。临床症状虚实夹杂者则三部脉图特征不明显。

徐蓉娟等^[57]用三头脉象仪对62例慢性胃炎病人的寸口六部脉图,同步采集三部九候脉图资料。经多元逐步回归法分析,结果表明同一病人寸口六部的脉位、脉形、脉力可显著不同,寸口脉象变化与辨证分型有关,临床表现为脾胃功能失常或肝脾不和为主者,脉象变化主要在左右关部,并以右关部变化更为显著。脾胃气虚组右关脉明显减弱,湿困脾胃组右关脉增强,两组虽有虚实之分,但病机主要在脾胃,因此脉图的变化主要反映在与之对应的右关部,肝郁气滞组病机为肝木侮脾,涉及肝脾二脏,故反映左右关部均增大。阴虚内热组,左关脉减小。不同证型的脉力大小的改变,提示了证虚脉虚、证实脉实的规律,从各部脉图的变化,客观地显示了寸口六脉分脏腑的临床意义。

以上研究结果客观证实了中医三部九候诊法有一定科学道理和临床价值,值得脉诊

研究者在研究方法上进一步探讨,使之更符合中医传统诊法的分析方法。

五、正常人脉象研究

脉诊是一种“以常衡变,以变测病”的诊察方法,《素问·平人气象论》曰:“常以不病调病人。”正常人脉象是指人体在当时自然环境中,无明显的自觉症状,依据当时医疗技术条件检查无病理体征,同时无明显的外界因素或内在精神因素影响,所呈现的脉象。

(一) 正常人脉象变化特点及与年龄性别的关系

宣文虎等^[58]对 245 例青年人脉象调查分析结果显示:两手脉象一致者 189 例,占 77%,多为单纯脉象,主要为细、弦、滑脉,其中弦脉 55 例,滑脉 37 例,细脉 69 例,其它脉 28 例;相兼脉象 56 例,占 23%,多为细弦,细滑或略弦滑。宣氏认为,可能因为此项调查在春天进行,因此弦脉比较多,但这种弦脉端直以长中兼有柔和之象,滑亦为均匀和缓中略滑,是平滑脉。

费兆馥等^[59]对 185 例 21~93 岁不同年龄的正常人脉象调查结果:21~30 岁平脉占 57.1%,平滑脉占 31%,平弦脉占 12.3%;31~40 岁,平脉占 55.5%,平滑脉占 9.3%,平弦脉占 35.2%;41~50 岁,平脉占 17.9%,平滑脉占 7.7%,平弦脉占 74.6%;51~60 岁,平脉无,平滑脉 8.3%,平弦脉占 91.6%;61~93 岁,平弦脉占 100%。由此可见,随着年龄的增加,平脉和平滑脉逐渐减少,而弦脉逐渐增加。30 岁以下的青年人以平、滑脉为主,是肾气充盛的表现,40 岁以上弦脉逐渐增加,弦度也随年龄的增大而硬度增加,这种变化规律与人体随年龄增大而产生的血管退行性变化一致,与心血管功能随年龄而衰退有密切关系。《素问·上古天真论》曰:“女子……六七,三阳脉衰于上,面皆焦,发始白;七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子。”“丈夫……五八肾气衰,发堕齿槁,六八阳气衰竭于上,面焦,发鬓颁白;七八肝气衰,筋不能动……。”可见年四十阴气自半,肝肾亏损,精血衰少,脉无水而不软,故见端直以长的弦脉。

张承恩等^[61]用 BYS-14 型心电图仪对 488 例正常青年人脉象检测结果:①488 例青年中,细、缓(平)、平弦脉居多,占 81.96%,男女之间差别有显著意义,男性弦脉多于女性,脉图参数男性也大于女性;②脉图升支光滑均匀,上升速度快,但并不骤然,上升时间为 0.06~0.1 秒,脉波顶峰持续时间 0.06~0.12 秒,整个脉图形态光滑;③缓脉(指平脉)脉图主波高度适中,升支速度,时值及脉图上 1/3 宽度都在细脉和弦脉之间;平细脉上升支坡度和主波幅比缓脉小,降中波等于降中峡水平;平弦脉主波幅较高,潮波显著,降中峡相对高度略高,降中波明显,其波峰高于降中峡。

丁学民等^[62]用 BYS-14 型心电图仪对 16~45 岁的 500 例健康人脉图进行了分析,结果显示:①500 例健康人中以平、细、弦三种脉象最多,其中平脉 227 例占 45.4%,细脉 162 例占 32.4%,弦脉 64 例占 12.8%。男性以平、弦为主占男性总数的 70.87%,女性以平、细脉为主占女性总数的 82.66%。三种脉象的共同特征是:从容和缓,节律均匀,不浮不沉,不迟不数,脉图主波幅 82.2%的健康人以中取最高,脉动周期平均为 0.85 ± 0.006 秒,相当于一息四至,无一例不整脉。从脉图分析,平脉的升支坡度和速度不大不小,不快不慢,主波幅、降中峡幅、降中峡相对高度,重搏波幅等均不高不低,顶峰持续时间不长不短,潮波一级占 59.91%,二级占 36.12%。细脉主峰持续时间较平脉长,降支第一段下降缓慢,升支坡度及速度类似平脉,潮波一级占 56.17%,二级占 37.65%。

弦脉升支坡度和速度均大于平脉，主波幅高度、降中峡高度、重搏前波高度均比平脉高，潮波一级 62.5%，二级 28.13%。由此可见正常人弦脉脉图特点是陡、高而尖，细脉是缓而低平，平脉则处于两者之间，正常人细脉与平脉比较各项参数差别无显著意义，正常人弦脉与平脉比较仅有升支最大斜率、降斜 I，差别有显著意义；②该项研究分工种统计时，不同工种间脉图指标差别无显著意义；③男女性别之间有 3/4 的指标差别有显著意义，其中 AA'，平均升支斜率、降斜、升支最大斜率、OD'、OO'、D'O'/OO'、CD 等八项指标男性大于女性，OA'、OA'/OO'、顶峰持续时间、DD'/AA'、OD'、OD'/OO' 等六项参数女性大于男性；④在年龄分组时，可见绝大多数指标都有随年龄增减而上升或下降的趋势。

张珍玉等^[63]对 114 例正常人脉图分析结果显示：①各项脉图参数男性与女性比较，主波幅、降中峡幅、降斜 I、降中波幅值男性大于女性，两者均值差别有非常显著意义；②各年龄组脉图参数比较，29 岁以内成人各组差别无显著意义，随着年龄的增长，主波幅、降中峡幅、降中峡幅/主波幅，降斜 I 均值逐渐增大，降斜 I、降中波幅，时差均值逐渐减小。

张泰怀等^[64]对 190 例正常人脉波图分析结果显示：主波高度均值 40 岁以前各年龄组较低，40 岁后增高，60 岁以后增高更明显，性别之间各组差别无显著意义；重搏前波高度从 15 岁起随年龄增大而增大，男女性别间差别无显著意义；重搏波幅 40 岁前较明显，40 岁后降低，男女之间差别无显著意义；随年龄增长降中峡位置抬高。

李冰星等^[65]对 464 例正常人脉图参数观察结果显示：①正常人临床脉象以平、细、弦脉为主，平脉随年龄增大逐渐减少，弦脉出现频率随年龄增大逐渐增加，与费氏研究结果颇同；②正常人脉象和脉图均以中取为主，中取占 83.6%；③脉图参数 BB'/AA'、DD'/AA'、AT（脉图总面积）、W/t、OA'（上升支时间）等五项参数均值随年龄增大逐渐增大，以 40 岁以上和 40 岁以下差别最明显，提示正常人随年龄的增大脉象逐渐变弦；④男性与女性比较，潮波高/主波高（BB'/AA'）、降中峡高度/主波高（DD'/AA'）、脉图主波上 1/3 宽度/脉动周期时间（W/t）女性大于男性；主波高度、升支最大斜率，脉图总面积男性大于女性，两组间均值差别有非常显著者意义。

陈德奎等^[67]分析了 20~93 岁不同年龄组的有关心血管动力学参数，结果表明：随年龄增大，动脉血管弹性模量增大，血管顺应性下降，外周阻力上升，而且脉压增大，每搏心输出量减小。特别在平均年龄 60~69 岁时这些变化更为急剧，动脉的固有顺应性 C，很快的降到 1，表明动脉管有明显的硬化，这与眼底动脉检查和甲皱微循环观察到的结果一致。人体脉象自幼儿期的细弦，到青壮年时期的平、滑，直到老年期脉弦的演变过程，符合机体生、长、壮、老、已的自然变化规律，与机体适应外界条件的自身调节功能及促进生长发育的内分泌激素等急剧变化密切相关，是心血管系统出现生理性老年化倾向的反映。

张镜人等^[60]对 175 名正常人脉象及脉图采用脉搏波线化理论进行了分析，结果显示：①正常人脉象可分为细弦、细、弦、细滑、滑、弦滑、平等 7 种脉象，弦脉者的平均年龄，收缩压、舒张压， H_1 值 [$H_1 = (h_2 - h_1) / h_1$ ， h_1 为主波高、 h_2 为主波后沿第一阶梯波的切迹]，M 值 [$M = ts / (4L/\alpha)$ （ ts 为主动脉瓣开启时间， L 为桡动脉到臂动脉始端的距离，一般为 0.4~0.7m， α 为脉波在臂动脉的传播速度）] 显著大于滑脉；细弦

脉者的平均年龄、 H_1 、 N 值大于细滑脉，而 H_1 、 M 、 N 大于细脉；细脉的 M 、 H_1 大于细滑脉，这些均属于生理范围的变化，非病理脉象。② M 、 H_1 、 N 值均随年龄增大而增大，20~29 岁组与 60~89 岁组比较，两组间差别有非常显著意义 ($P < 0.01$)；50~59 岁组男、女之间 H_1 值差别有非常显著意义 ($P < 0.01$)。③随着年龄的由小到大，重搏前波相对位置由低到高，主波宽度增大，故切脉感觉由平、缓向弦的方向发展。张氏根据上述规律和各正常年龄组的代表脉图，建立了桡动脉压力脉图随无量纲量 M 、 N 的变化脉图图谱，对所描记的脉图可用简易的目测法对照分析及报告，对预测动脉是否衰老及其衰老程度，以及脉图是否为病理改变，均有一定意义。

综以上各家研究结果，正常人脉象及脉图的特点为：

(1) 脉象一般应为不浮不沉、不大不小，不急不徐，从容和缓，脉律均匀，一息四至闰以太息，五十至内无间歇的脉象。但是不偏不倚的平脉只是一部分，青年人比较多见，随年龄的增大，平脉出现频率逐渐减小。一般在切脉时有偏弦、偏滑、偏细的指感，但不失从容和缓的感觉。研究结果也显示正常人弦脉、细脉、滑脉仅少数参数与平脉有差别，与病理的弦脉、滑脉、细脉比较差别显著，梁骅等^[66]称正常人弦、细、滑脉为“平弦”、“平细”、“平滑”脉，从而与病理细、弦、滑脉象相区别。

(2) 正常人脉图特点：上升支直立陡峭，主波峰尖锐但柔和或略圆滑，有一倾斜的下降支，下降支的重搏波及降中峡明显，位置适中，重搏前波明显低于主波，节律整齐均匀，脉率为 60~90 次/分之间，浮取与沉取主波幅接近，中取最佳。

(3) 正常人脉象及脉图有随年龄而变化的特点，青年人脉略滑，表示肾气充盛，血管顺应性好，中年人逐渐变弦，老年人以弦脉为主。正常人脉象的这一变化，与人体 40 岁以后随年龄的增加，心血管功能状态的自然衰退，以及血管顺应性退行性变化一致，也与中医“年四十阴气自半”，肝肾阴亏有关。脉图参数变化表现为：随年龄的增大，顶峰持续时间延长，重搏前波，降中波位置上移，重搏前波高/主波高、降中峡高/主波高，主波高度及脉图总面积随年龄的增大而增大；降中波幅，升支最大斜率，随年龄的增大而减小，以 40 岁上、下变化最显著。

(4) 正常人脉象“平弦”脉男性多于女性，“平细”脉女性多于男性。脉图参数：重搏前波高/主波高，降中峡高度/主波高度，主波上 1/3 宽度/脉动周期时间女性大于男性；主波高、升支最大斜率男性大于女性。

(5) 正常人平脉脉图特点：主波幅不高不低，升支坡度略缓（与平弦脉比），潮波可以不显著（占多数），也可以显著，降支在潮波前下降的速度比潮波后下降的速度显著地增加（即降斜 I > 降斜 II）。降中峡的相对高度适中（低于平弦脉和平细脉，高于平滑脉）。降中波明显可见，其波幅高于降中峡，主波幅值以中取时最大，脉动周期时间 0.96~0.76 秒（65~79 次/分）。

（二）正常人四季及昼夜脉象及脉图变化的研究

祖国医学认为，人与自然密切相关，人体的气血活动、脏腑功能都随四时气候的变迁，昼夜阴阳的盛衰而发生相应的变化，脉象亦与之相应。

1. 四季脉象及脉图变化的研究 脉象对于四时气候变迁的反映，古人将其概括为春弦、夏钩、秋毛、冬石。应当说弦、钩、毛、石中而不失柔和之象的微弦、微洪、微浮、微沉，是有胃气的脉象，脉象能适应四时变化的表现，它反映了健康人在不同气候条件

下对外界环境的适应性调节正常,如果在病理情况下,这些正常调节则可能发生改变,甚至丧失。

为了进一步探讨四季脉象变化的规律,徐建国等^[68]应用 MX-3 型脉象仪及 HMX-3C 型换能器对 16 例 18~25 岁正常男性 1 年 24 节气的脉象进行了检测,同时记录血压、体温、室温等,并于春分、夏至、秋分、冬至四大节气时检测心功能及尿 17 羟 24 小时排泄量。结果显示:①脉图参数和切脉指感均有明显的季节性变化,其中以各波幅值 h 变化最为显著,并与四季温度变化呈正相关。全年主波高度 h_1 、降中波高 h_2 、潮波高 h_3 、降中峡高 h_4 等均值在夏至前后的芒种、大暑时最高,冬至后的小寒、大寒为最低,春、秋两季分别处于由低到高、由高到低的过渡阶段。脉图波幅与脉象指感的强弱有关, h_1 均值夏季高,故切脉时较洪大而略浮,冬季 h_1 低,故脉象指感细小而沉,经统计学处理,春分、夏至、秋分、冬至之间 h_1 、 h_2 、 h_4 均值差异有非常显著意义。上述四个季节脉图波幅,及切脉指感的变化与《内经》“四变之动,脉与之上下”的论述相符。②从脉图的形态看:春、夏、秋、冬四季按各脉图参数值绘成的脉图形态基本相同,都属于正常平滑脉图。③脉位方面:指感冬季稍沉、夏季脉较浮,最佳脉图的取法压力冬季比夏季大,但均值差别无显著意义;脉动周期时间夏季延长,心率变慢。④四季脉象的节律测定表明正常人脉象变化存在近似年节律。

肖洪等^[69]对 1131 幅四季脉图分析结果显示:①春、夏、秋、冬四季脉图主波幅、脉图面积等五项参数 (X_1 、 X_8 、 X_{18} 、 X_{25} 、 X_{54}) 夏季>春季>秋季>冬季,春夏二季>秋冬两季。冬、春二季脉象呈紧、弦者多,而夏、秋脉呈洪大、浮者为多,冬季脉沉者较多;②四季脉图特征指标平均值中春 $X_1=2.32$ 、 $X_8=16.311$,夏 $X_1=2.39$ 、 $X_8=21.33$,秋季 $X_1=2$ 、 $X_8=16.33$,冬季 $X_1=2.15$ 、 $X_8=14.91$,其中冬、春二季上 1/5 相对宽度为最大,故冬季脉呈紧的趋向,而春季脉呈弦的趋向。其中女性春季弦的比例最大;③夏季升支斜率最大 (X_{16}) 为 9.98 毫米/秒,明显大于其它三季,说明脉来势盛,冬季则升支上升斜率最小为 6.7 毫米/秒,较其它三季为低,说明脉图来势缓。《濒湖脉学》曰:“春弦、夏洪、秋毛、冬石,四季和缓是谓平脉”该实验证明正常人四季脉象变化特点与古人论述基本相符。

朱传湘等^[70]对 46 例正常青年大学生四季脉象变化进行了观察,结果显示:①主波高度、潮波高度,春、冬较高,夏秋较低, W/t 、 BB'/AA' ,秋、夏高而春、冬低,与上海、山东等地结果有一定差异,可能与 89 年被测者生活及情绪不够稳定有关;②对脉图参数主波高 (AA')、潮波高 (BB')、降中峡高 (DD')、 BB'/AA' 、 $DD'/AA'/W/t$ 及取法压力进行圆统计学处理,结果表明一年四季上述参数的变化有一定集中趋势, r 值有显著意义,说明脉象的变化存在一定的节律性。

胡敏麟等对 93 例 372 幅四季平脉脉图分析结果,与古人对四季脉象的论述一致。

综合以上研究结果表明,随着四时阴阳消长,寒暑往来,正常人脉象存在着与自然界春生、夏长、秋收、冬藏的变化规律相适应的季节性变化,脉象及脉图变化特点与《素问·玉机真脏论》及《素问·平人气象论》和《素问·脉要精微论》中关于四时平脉的描述一致,并存在着近似年节律,其变化机制可能与心血管功能及下丘脑-交感-肾上腺髓质机能活动的适应性调节有关。

2. 昼夜脉象及脉图变化的研究 《素问·金匱真言论》曰:“平旦至日中,天之阳,

阳中之阳也；日中至黄昏，天之阳，阳中之阴也；合夜至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也；鸡鸣至平旦，天之阴，阴中之阳也，故人亦应之。”

朱传湘等^[72]的研究结果显示：①午夜（23→0点）脉图有BB'/AA'、DD'/AA'、t三项参数较早晨（5~6点）增大，两组间差别有显著意义（ $P<0.01$ ），上午（11~12点）AA'增大与下午（18~19点）比较差别有非常显著意义（ $P<0.01$ ），说明午夜阴中之阴时脉象偏弦，脉率偏慢，而上午脉略平滑，脉率较午夜略快，与昼夜阴阳的变化一致；②对一日四时脉图的十项参数进行圆统计，各项指标r值均有显著意义（ $P<0.01$ ），说明正常人昼夜脉象的变化存在一定节律性。

费兆馥等^[71,72]对69例正常人脉图参数昼夜变化的分析结果显示：①白天脉率较快，晚上脉率较慢，中午脉略浮，经统计学处理压力值10点比22点、6点比22点、6点比2点，P值均小于0.05；②平旦到日中脉图的主波幅度升高（6点比14点 $P<0.001$ ），重搏前波高比主波高，降中峡高比主波高降低（ h_3/h_1 、 h_4/h_1 ，6点比10点、6点比14点 $P<0.01$ ）， w/t 变小（6点比10点、6点比14点， $P<0.01$ ），即脉象出现平滑有力的特点。而日西至夜半，脉图主波幅逐渐降低，（ h_1 值14点比22点， $P<0.01$ ，14点比2点， $P<0.001$ ），重搏前波上升（ h_5/h_1 ，14点比22点、14点比2点， $P<0.001$ ），主波变宽（ w/t 值，14点比22点、14点比2点， $P<0.001$ ），即脉图逐渐出现弦的特征。

综上两家研究结果，昼夜脉图变化特点的夜间脉图由平变弦，脉率减慢；白天脉图参数向平滑转变，脉率略快，沉弦者阴也，平滑者阳也，人体在脉象上反映的昼夜阴阳变化与自然界昼夜阴阳的变化基本相符。

（三）正常人脉象和脉图变化与地域、种族的关系

李杰等^[73,74]观察了高原地区（西宁市）100名健康青年人脉图参数的变化，并与76名上海市青年大学生作对照，结果显示：西宁地区健康青年人以平、弦、滑脉多，与上海市基本一致；将脉图参数 h_1 、 h_4 、 h_5 、 t 、 w 、 h_4/h_1 、 h_5/h_1 、 w/t 进行比较，两地差别无显著意义，西宁地区海拔2200米以上，与内地（上海市）比较，气候干燥，大气压、氧分压均较上海低，风沙多，冬季长，夏季短，属于高原干旱寒冷地区，健康青年人脉图参数，常见脉象的出现频率与上海基本一致，说明健康青年人“阴平阳秘，精神乃治”，具有较好的适应和调节能力。而老年人有明显的区别^[74]。

王坤等^[75]对长住呼和浩特地区健康人与长沙地区同龄健康人进行对照，观察了北方与南方、蒙族与汉族的脉图循环动力学变化，探讨了地理环境及气象对脉图血流动力学参数的影响，结果表明：北方组喷血前相、左室总泵力、心脏功率、左房最大充盈压较南方组增大，左室有效功率增强，心输出量增加，从而改善了人体重要生命器官的低氧状态，外周阻抗与平均动脉压增加，相应的射流压力时间常数下降，有利于各种代谢状态的改善，这种生理性的变化是机体为适应低氧环境的一种代偿性表现，证明了不同地理环境及气候条件等因素对人体心血管血流动力学方面的影响，也进一步证明了祖国医学“天人相应”的理论。对长期居住在呼和浩特地区的汉族与蒙古族脉图血流动力学参数比较，结果显示：蒙古族平均动脉压力、左室喷血压力、左室有效功率比汉族高；而改善机体需氧量、微循环方面，蒙古族组毛细血管前动脉及括约肌顺应性比汉族组增高，提示微小动脉及毛细血管开放数目增高，可以看出蒙古族健康成人的心肌力能及微循环功能均较汉族强。

以上结果说明不同地域、不同民族的脉图循环动力学存在差异，此改变可能与这些地区的地理环境，生活习惯和种族遗传等因素有关。

(四) 正常人脉象及脉图变化与职业关系的研究

王尔辛等^[76]对 71 例从事脑力劳动者正常人脉图的分析结果显示：71 例中弦脉占 11.30%，弦滑脉占 32.4%，滑脉占 14.1%，平脉占 7.04%，细弦占 35.2%。不同性别比较，女性弦与弦细脉多，男性滑脉与滑弦多见，而对照组为体力劳动者，滑脉与弦滑脉占 99%；脑力劳动组主峰均值减小， h_4/h_1 、 w/t 增大，两组间差别有非常显著意义。以上结果说明，脑力劳动者平日用脑频繁、活动量小，体质较弱，故脉象以弦及弦细脉为主，长期的工作性质和环境的影响使脉象也能产生一定的变化。

(五) 正常人脉象的胃、神、根研究^[71,77,78]

胃、神、根是中医诊察脉象的三要素，是根据脉象诊断疾病凶吉、进退及预后的重要标准。

《素问·平人气象论》曰：“人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死。所谓无胃气者，但得真脏脉，不得胃气也。”《素问·五机真脏论》在论述平人四时、五脏之平脉时，虽有弦、钩、毛、石之别，然其要则，为有胃为平，胃少为有病，无胃为死，所以说脉有胃气与否，是辨别正气盛衰和病邪进退的标志。《灵枢·终始》又曰：“谷气来也，徐而和。”说明有胃气的脉象应指从容和缓，节律均匀，脉率不快不慢，脉体不大不小，其中脉势从容和缓尤为重要，张景岳曰：“善为脉者，贵在察神，不在察形，察形者形千形万，不得其要，察神者唯一唯精，独见其真也。”从应指而言，应为从容柔和有力，井然有序。根指肾气，肾气不绝，生机尚存，尺以候肾，沉以候肾。所以脉之有根主要反映在尺脉不绝、沉取有力。

从脉图特征而言，黄士林等^[78]认为：胃气的脉图特征：①脉律整齐有序，各脉动周期时间相差不得超过 0.12 秒，脉率 60~100 次/分（有些资料为 60~90 次/分）；②主峰角柔和 $<42^\circ$ ，重搏波明显，居中位；③脉来从容和缓，主波不高也不得低，顶峰持续时间小于 0.1 秒。有神脉图特征：①脉波形态正常，各波清晰；②上升支直立，无转折；③主峰角柔滑 $<42^\circ$ ；④升支上升时间 <0.1 秒；⑤重搏波明显，位于降支中段；⑥主波幅适中。其中①为神的综合指标，②③⑤项表示血管柔软、弹性好，即脉来柔和，④⑥项为心阳充沛，心血丰盛，脉来有力的表现。根基脉图特征，①浮、中、沉三种压力描记的脉象图以中取最佳，②寸、关、尺三部脉图均较清晰；③脉波频率 60~100 次/分（部分资料为 60~90 次/分或 65~90 次/分），取法压力区间适中。

脉象的胃、神、根是不能绝然分开的，也是密切相关的，胃气中有神态，神态中又含有根基，所谓无根难有神，无神胃难存。三者是互相依存的。

参 考 文 献

- [1] 莫政. 硅杯脉搏传感器(使用说明书). 1983 年全国脉图检测方法交流会
- [2] 孔祥骝, 等. 气囊加压小区多点式传感器. 西安交通大学学报, 1982, (1): 102
- [3] 中国科学院合肥智能机械研究所. 血流动力学元创宣分析的研究与应用. 半导体应变片及传感器应用例集, 1984, (2): 10
- [4] 王高嶽, 等. HMX-4C 型传感器简介. 第二届全国中西医结合四诊会议论文汇编, 1987, 226

- [5] BYS-14 型心电脉象仪说明书. 北京医疗仪器厂. 1982
- [6] 费兆馥, 等. 中医脉诊研究. 上海中医学院出版社, 1991. 87: 91
- [7] MX-811 型脉象仪说明书. 南昌无线电八厂. 1982
- [8] 宛新铮. 3H-2 型同步脉象仪研制. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992. 122
- [9] 张渝寒, 等. 光电血管容积脉图仪. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992. 122
- [10] 孙汉钧, 等. 九路脉象检测处理系统. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992. 34
- [11] 肖一之, 等. 智能脉象仪的研制. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992. 36
- [12] 实时环形脉图自动分析系统. 第二届全国中西医结合四诊会议论文汇编. 1987. 150
- [13] 魏韧. 多因素识脉法. 医疗器械. 1981, (2): 1
- [14] 王高嶽. MX-5 型多功能中医脉象仪简介. 第二届全国中西医结合四诊会议论文汇编. 1987, 227
- [15] 万寿永, 等. 脉象显影器及太空医学. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992. 38
- [16] 中国中医研究院图书情报研究所. 中医“七五”攻关课题情报分析预测专辑. 1990, (2): 112
- [17] 席葆树, 等. 脉搏波模拟实验研究. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992. 182
- [18] 郑行一. 多维脉象信息检测. 医疗器械, 1985, (5): 1
- [19] 李景唐, 等. MX-3C 型脉象换能器. 医疗器械, 1979, (5): 4
- [20] 赵恩俭. 中医脉诊学. 天津科学出版社, 1990. 637
- [21] 耿长松, 等. 脉象力学参数的辨识. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992. 184
- [22] 李枝. 中医常见脉象的波形识别. 数理医药学杂志, 1993, (1): 19
- [23] 蔡光先. 传统中医基础现代研究. 湖南科技出版社, 1990. 179
- [24] 姜灿文, 等. 二尖瓣狭窄患者弱脉的血流动力学、血液流变学机理探讨. 中西医结合杂志, 1988, 8 (5): 273
- [25] 张崇, 等. 脉象图与脉学研究的初步结果. 江西中医药, 1980, 11 (3): 38
- [26] 肖洪, 等. 中医脉象的计量鉴别诊断. 全国中西结合研究会议论文. 1983
- [27] 李冰星, 等. 气、阳虚脉图参数多元逐步回归分析. 湖南中医学院学报, 1990, 10 (4): 213
- [28] 孔祥骝, 等. 气囊加压小区多点式传感器. 西安交通大学学报, 1982, (1): 104
- [29] 上海市脉象协作组. 运用现代方法对中医脉象的探讨. 全国中西结合研究会议论文汇编. 四诊专辑. 1983
- [30] 施诚. 谈谈中医脉学研究. 中医药研究资料, 1979, (8): 21
- [31] 洪治平, 等. 弦、滑脉类的频谱特征. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992. 251
- [32] 岳恒, 等. 功能性弦脉与病理性弦脉频谱分析. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992. 251
- [33] 罗克聪, 等. 生物力学在中医脉象分类中的应用. 中医药研究资料, 1983, (1): 21
- [34] 张大祥. 从生物力学角度看中医脉象分类的形态. 江西中医药, 1980, (1): 100
- [35] 费兆馥. 中医诊法学. 上海中医学院出版社, 1987. 204
- [36] 马美仁, 等. 中医脉象基本指感客观化的探讨. 浙江中医杂志, 1985, 20 (1): 39
- [37] 张大祥. 体循环动力结构特征和表述它的几种理论. 江西中医药, 1980, 11 (3): 1
- [38] 柳兆荣, 等. 弹性腔理论及其在心血管系统分析中的应用. 上海医学, 1980, 3 (7): 8
- [39] 李惜惜, 等. 非线性弹性腔理论与心血管参数的无创伤检测. 医疗器械, 1981, 5 (3): 7
- [40] 柳兆荣, 等. 桡动脉脉搏波的分析 I. 上海力学, 1980, (1): 12
- [41] 柳兆荣, 等. 桡动脉脉搏波的分析 II. 上海力学, 1980, (3): 28
- [42] 柳兆荣, 等. 桡动脉压力波随机生理参数的变化. 力学学报, 1982, (3): 244
- [43] 费兆馥. 中国脉诊研究. 上海中医学院出版社, 1991. 133
- [44] 张镜人, 等. 脉搏波的线化理论在冠心病脉图上的应用. 中国生物医学工程学报, 1986, (3): 175

- [45] 陈德奎, 等. 弦滑脉的血液动力学分析. 中西医结合杂志, 1983, 3 (4): 232
- [46] 袁龙蔚. 中医脉象流变力学与生物场数学模式. 科学探索, 1981, (1): 97
- [47] 张修诚, 等. 脉搏波频谱分析—中医脉诊研究新方法. 中国中西医结合杂志, 1995, 15 (12): 743
- [48] 喻方亭, 等. 应用脉搏波的线化理论对 70 例弦脉脉图的研究. 中西医结合杂志, 1989, 9 (10): 603
- [49] 邓铁涛, 等. 中医诊断学. 上海科技出版社, 1984. 62
- [50] 陈先农, 等. 中医脉波的“掌弓旁路效应”与“取脉压阻效应”. 中国生物医学工程学报, 1984, 3 (2): 95
- [51] 龚安特, 等. 中医三部九候切脉的力学机理. 湖南医药杂志, 1985, (3): 12
- [52] 费兆馥, 等. 中医脉诊研究. 上海中医学院出版社, 1991. 100; 172
- [53] 费兆馥, 等. 三头脉象换能器测绘脉图的意义. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编. 四诊专辑, 1983, 22
- [54] 李绍芝, 等. 40 例正常人寸关尺三部脉图的初步研究. 湖南中医学院学报, 1991, 11(4): 35
- [55] 冯新为, 等. 对中医脉象的初步研究. 武汉医学院学报, 1959, (1): 5
- [56] 江启中, 等. 高血压患者寸口三部九候脉图的分析. 第二届全国中医诊断学术会议论文, 1991
- [57] 徐蓉娟. 62 例慢性萎缩性胃炎寸口三部脉图与中医辨证关系探讨. 上海中医药杂志, 1987, (10): 45
- [58] 宣文虎. 青年人常脉 245 例春季脉象分析. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编. 四诊专辑. 1983
- [59] 费兆馥, 等. 弦脉客观化研究. 中西医结合杂志, 1984, 4 (4): 203
- [60] 张镜人. 脉搏波的线化理论对正常人桡动脉脉图和脉象分析. 中国生物医学工程学报, 1987, 6 (3): 168
- [61] 张承恩, 等. 488 例正常人脉图分析. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编. 四诊专辑, 1983
- [62] 丁学民, 等. 500 例健康人脉图分析. 衡阳医学院学报, 1983, 12 (2): 10
- [63] 张珍玉, 等. 正常人脉图参数的研究. 山东中医学院学报, 1982, 6 (1): 58
- [64] 张泰怀, 等. 190 例正常人脉图分析. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编. 四诊专辑, 1983, 77
- [65] 李冰星, 等. 464 例正常人脉图参数变化观察. 七五攻关望、闻、切三诊检测方法研究论文汇编, 1990, 13
- [66] 梁骅, 等. 193 例健康青年人脉象观察. 天津医药, 1981, 6 (1): 59
- [67] 陈德奎. 健康老年人的血流动力学分析. 中华老年医学杂志, 1984, 3 (1): 1
- [68] 徐建国, 等. 正常人脉象四季变化规律的初步探讨. 上海中医药杂志, 1984, (10): 42
- [69] 肖洪, 等. 正常人四季脉图 1131 幅分析. 山东中医学院学报, 1984, 2 (1): 13
- [70] 朱传湘, 等. 正常青年人四季及昼夜脉象变化的观察. 湖南中医学院学报, 1991, 11 (1): 36
- [71] 费兆馥, 等. 平人昼夜脉象及胃、神根的观察. 上海中医药杂志, 1981, (7): 45
- [72] 殷文治, 等. 从脉象的昼夜变化探讨“天人相应”学说. 中西医结合杂志, 1984, 4 (4): 240
- [73] 李杰, 等. 高原地区 100 例健康大学生脉图分析. 第二届全国中医诊断学术会议论文. 1991
- [74] 李杰, 等. 高寒地区老年人脉图分析. 第三届全国中医诊断学术会议论文汇编. 1996. 36
- [75] 王坤, 等. 北方与南方、汉族与蒙族的脉图循环动力学观察. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编, 1987, 202
- [76] 王尔辛, 等. 71 例从事脑力劳动者脉图初步分析. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编. 四诊专辑, 1983, 73
- [77] 蔡光先, 等. 传统中医基础理论现代研究. 湖南科学技术出版社, 1990. 184
- [78] 黄士林, 等. 中医脉象研究. 人民卫生出版社, 1986. 40

第二节 常见脉象及临床意义

【基本内容】

(一) 浮脉

【脉象特征】 轻按即得，重按反减；举之有余，按之不足。其脉动显现部位表浅，可以理解为“浅脉”。

【临床意义】 主表证，亦见于虚阳外越证。

如邪盛而正气不衰时，脉浮而有力；如虚人外感或邪盛正虚时，脉多浮而无力；外感风寒，脉多浮紧；外感风热，脉多浮数。虚阳外越，可见脉浮无根，是病情危重的征象。

除病理性浮脉外，桡动脉部位浅表，或因夏秋时令阳气升浮，而出现浮脉，则不属于病脉。

(二) 沉脉

【脉象特征】 轻取不应，重按始得；举之不足，按之有余。其脉动显现的部位较深，可以理解为“深脉”。

【临床意义】 为里证的主脉。

邪郁于里，气血内困则脉沉有力；脏腑虚衰，正气不足，则脉沉无力。

脉沉而无临床症状者，可见于正常人。如肥胖者脉多沉；冬季脉象亦偏沉。

有的人两手六部脉象都沉细，但无病候，称为六阴脉，亦属于正常生理现象。

(三) 迟脉

【脉象特征】 脉来缓慢，一息脉动 3~4 至（一分钟不满 60 次）。

【临床意义】 为寒证的主脉，亦可见于邪热结聚的里实证。

迟而有力为实寒；迟而无力为虚寒。但邪热结聚，经遂阻滞，也可以出现迟脉。

此外，运动员或经过体力锻炼的人，在静息状态下脉来迟缓和缓；正常人人睡后，脉率亦可见迟，都属于生理性迟脉。

(四) 数脉

【脉象特征】 脉来急数，一息 5~6 至（每分钟 90 次以上）。

【临床意义】 为热证的主脉，亦可见于虚证。

邪热亢盛，脉数有力；虚热内生，脉数无力或细数；浮大虚数，数而无力，按之空豁则为虚阳浮越。

正常人在运动或情绪激动时脉率可加速。此外，小儿脉率亦较快，一息约 6 至左右。

(五) 虚脉

【脉象特征】 举之无力，按之空豁，应指松软，是一切无力脉的总称。

虚脉以指感势力弱为特点。主要可分为两类：宽大无力类，如芤脉、散脉，细小无力类，如濡脉、弱脉、微脉。

【临床意义】 主虚证。

气虚则脉道松弛，按之空豁；血虚则脉细无力。迟而无力多阳虚；数而无力多阴虚。

(六) 实脉

【脉象特征】 脉来亢盛有力，其势来盛去亦盛，应指幅幅，举按皆然，为一切有力

脉的总称。

【临床意义】 主实证。

脉实而偏浮数为实热证，实而偏沉迟为寒实证。

实脉见于正常人，必兼和缓之象。

若两手六部均实大，但无病候，称为六阳脉，属正常生理现象。

(七) 洪脉 (附大脉)

【脉象特征】 脉形宽大，来盛去衰，来大去长，应指浮大而有力。滔滔满指，呈波涛汹涌之势。

【临床意义】 主热甚。

浮大有力多由邪热亢盛所致；若浮取盛大而沉取无根，或见躁疾，此为阴精耗竭，孤阳将欲外越之兆。

此外，夏令脉象稍见洪大。

【大脉】 脉体宽大，但无脉来汹涌之势。可见于健康人，其特点为脉大而和缓从容，寸口三部皆大。疾病时出现脉大，提示病情加重。脉大而数为邪实；脉大而无力为正虚。

(八) 细脉

【脉象特征】 脉细如线，应指明显，切脉指感为脉道狭小，按之不绝。

【临床意义】 主气血两虚，诸虚劳损；又主伤寒、痛甚及湿邪为病。

营血亏虚，气虚不足，则脉道细小而软弱无力；暴受寒冷或疼痛，则脉细而兼弦紧；湿邪阻遏脉道，则脉象细缓。

(九) 滑脉

【脉象特征】 往来流利，如盘走珠，应指圆滑，往来之间有一种回旋前进的感觉，可以理解为流利脉。

【临床意义】 主痰饮，食滞，实热等证。

滑而和缓，为平人之常脉，多见于青壮年。育龄妇女脉滑而停经，应考虑妊娠。

(十) 涩脉

【脉象特征】 形细而行迟，往来艰涩不畅，脉率与脉力不匀，应指如轻刀刮竹，可以理解为不流利脉。

【临床意义】 主精伤血少，痰饮内停，气滞血瘀等证。

精血衰少，津液耗伤，脉涩而无力；痰食胶固，血瘀气滞，则脉涩而有力。

(十一) 弦脉

【脉象特征】 端直以长，如按琴弦，从中直过，挺然指下，应指有挺直和劲急之感。

临床上弦脉的程度随病情而有不同，平人脉弦则“轻虚以滑，端直以长”；病情轻者，“如按琴弦”；病情重者，“如张弓弦”；若脉象“如循刀刃”，而有锐利坚韧的指感者，为无胃气的真脏脉。

【临床意义】 主肝胆病，痛症，痰饮等。亦见于老年健康者。

弦为肝脉。阴寒为病，脉多弦紧；阳热所伤，脉多弦数；痰饮内蓄，脉多弦滑；中气不足，肝木乘脾土则脉来弦缓；肝病及肾，则脉来弦细。

春季平脉微弦。健康人中年之后，脉多兼弦，老年人脉多弦硬。

(十二) 紧脉

【脉象特征】 脉形紧急，如牵绳转索，或按之左右弹指。其脉感比弦脉更加绷急有力。

【临床意义】 多见于风寒搏结的实寒证，以及痛症及宿食内阻等。

(十三) 缓脉

【脉象特征】 舒缓均匀，一息4至。或脉来缓怠，小驶于迟。

【临床意义】 脉来和缓见于正常人，是脉有胃气的表现，属生理脉象。

脉来缓怠则主湿证；脉势纵缓乏力，多由脾虚气血不足所致。

(十四) 长脉

【脉象特征】 脉动应指的范围长度超过寸、关、尺三部，脉体较长。

向上超逾寸部至鱼际者，称为溢脉；向下超逾尺部者，称为履脉。

【临床意义】 主阳证，实证，热证。

脉长而洪数为阳毒内蕴；长而洪大为热深、狂病；长而搏结为阳明热伏；长而弦为肝气上逆，气滞化火；细长而不鼓者为虚寒败证。

长脉亦见于正常人，气血旺盛，精气充满，脉长而柔和。老年人两尺脉长而滑实者多长寿。

(十五) 短脉

【脉象特征】 脉动应指范围不足本位，只出现在寸或关部，尺脉常不显。

【临床意义】 主气病。

短而有力为气郁；短而无力为气损。

(十六) 微脉

【脉象特征】 极细极软，按之欲绝，若有若无。

【临床意义】 主阴阳气血诸虚。久病见之为正气将绝，新病见之为阳气暴脱。

(十七) 弱脉

【脉象特征】 极软而沉细。

【临床意义】 主阳气虚衰或气血俱虚。

(十八) 散脉

【脉象特征】 浮大无根，应指散漫，按之消失，伴节律不齐或脉力不匀。

【临床意义】 为元气耗散，脏腑精气将绝，病情危重的征象。

(十九) 濡脉

【脉象特征】 浮而细软，应指少力。又称软脉。

【临床意义】 主诸虚或湿困。

多见于崩中漏下，虚劳失精，内伤泄泻，自汗喘息等病证。

湿困脾胃，阻遏阳气，也可以出现濡脉。

(二十) 芤脉

【脉象特征】 浮大中空，按之如葱管，应指浮大而软，按之上下或两边实，而中间空。

【临床意义】 在血崩、大咯血、外伤性大出血或严重吐泻时均可出现。

(二十一) 革脉

【脉象特征】 脉位浮，搏指弦，中空外坚如按鼓皮。

【临床意义】 多见于亡血、失精、半产、漏下等病证。

(二十二) 牢脉

【脉象特征】 脉形沉而实大弦长，轻取中取皆不应，沉取始得，坚着不移。亦称为沉弦实脉。

【临床意义】 多见于阴寒内盛，疝气癥瘕之实证。

(二十三) 伏脉

【脉象特征】 脉动部位比较深，需重按着骨始可应指，甚至伏而不现。

【临床意义】 常见于邪闭、厥病和痛极的病人。

暴病出现伏脉为阴盛阳衰，或阴阳乖戾，常为厥脱病证的先兆；久病见之多为气血亏损，阴枯阳竭。

(二十四) 动脉

【脉象特征】 脉动见于关部，并有滑、数、短三种特征。

【临床意义】 多见于惊恐、疼痛之症。

(二十五) 促脉

【脉象特征】 脉率较速，兼有不规则的歇止。

【临床意义】 主阳盛实热或邪实阻滞之证，其脉来促而有力。如因脏气衰败，阴液亏耗，真元衰惫，而见脉促者，必促而无力。

(二十六) 结脉

【脉象特征】 脉率比较缓慢而有不规则的歇止。以脉律慢，节律不齐为主要特征。

【临床意义】 主阴盛气结。

由气滞、血瘀、痰阻、食滞及寒邪阻遏经络，致心阳被抑，脉气阻滞者，结而有力；气虚血少者，脉结而无力。

(二十七) 代脉

【脉象特征】 一般指有规律的歇止脉，或伴有形态的变化。

脉来迟缓，脉力较弱，呈有规律的歇止，间隔时间长。包含了节律、形态和脉力等方面的参差不齐。

【临床意义】 一般主脏气衰微。若痹病疼痛、跌打损伤或七情过极等而见代脉，则脉代而应指有力。

结、代脉有时可并见，即脉来歇止，有时有规律，有时无规律。多见于心脏器质性病变。

(二十八) 疾脉

【脉象特征】 一息7至以上。

【临床意义】 疾而有力，多见于阳亢无制，真阴垂绝之候；疾而无力，为阳气将绝之征。

【补充阐发】

一、关于“浮脉主表”与“沉脉主里”

浮脉是临床常见的脉象之一，浮脉的脉象特征表现为脉动显现部位浅表，即脉位较

浅。切诊时用较轻的指力取脉（浮取），即可感到明显的脉搏跳动，而指力加重时（沉取），反觉脉搏跳动减弱。浮脉多见于表证，此乃外邪侵袭肌表，机体为抵御外邪，气血趋向于表，与入侵之外邪抗争，故而脉气鼓动于外所致，脉见浮而有力。这是浮脉的主要临床意义之所在，故历代诸家都曰：“浮脉主表”。浮而兼数为表热，浮而兼紧为表寒。但是在临床实际中，还应认识到“浮脉主表”并不是说反过来凡是表证必现浮脉。临床上确有表证并不现浮脉者，这可能是由于表邪轻微，人体气血反应轻微，脉象尚未表现出来；或可能由于原来脉较沉细，表证时浮脉可不明显。此外，除了表证以外，浮脉亦可见于里证。如久病体虚，正气严重损耗，虚阳外越而致浮脉，表明病情危重，故周学霆曰：“里虚而浮精血脱。”《濒湖脉学》曰：“久病逢之却可惊。”此类浮脉，脉虽浮，但浮而无力，而且重按无根。

沉脉与浮脉相反，其脉象特征表现为脉动显现部位较深，切诊时须用较重的指力按脉（沉取）才可感到脉搏跳动，即脉位深沉。沉脉多见于里证，此乃邪郁于里，如阴寒痰食凝滞等，气血内困；或因正气不足，如阳虚气陷、亡血失精、阴血不足等，气血无力鼓动于外所致。前者属实，脉见沉实有力；后者属虚，脉见沉而无力。这是沉脉的主要临床意义之所在，故曰“沉脉主里”。但是，更应该强调指出的是，“沉脉主里”绝不能理解为凡是里证均见沉脉。临床上有一定数量的里证并不现沉脉，这是因为里证的范围十分广泛，属于里证的病证种类繁多，如阳热、阴寒以及气血阴阳诸虚等都属里证。这诸多的里证，远非一个沉脉所能概括，而常可见多种其他脉象，如：洪、芤、革、濡、弦、散、滑、涩、促、结、代脉等等。事实上，28脉中除了浮脉明确主表外，其他诸脉或单独主里，或与沉脉相兼而主里。此外，沉脉亦可见于表证。如寒邪束表，阳气严重受遏时，亦可出现沉脉。

二、脉之迟、数与证之寒、热

迟脉是脉率不及之脉象，《诊家枢要》曰：“迟，不及也，以至数言之，呼吸之间，脉仅三至，减于平脉一至也。”《脉诀汇辨》曰：“迟脉属阴，象为不及，往来迟缓，三至一息。”然而也有将一息不足四至归于迟脉范围的，如《诊宗三昧》曰：“迟脉者，呼吸定息，不及四至，举按皆迟。”《景岳全书·脉神章》曰：“迟脉者，不足四至者皆是也。”

关于迟脉主病，历代医家多崇《难经》“迟则为寒”之说而言迟脉主寒证，如《景岳全书·脉神章》曰：“迟脉，乃阴寒阳亏之候，为寒为虚。”迟而有力为阴寒，迟而无力为阳亏。然而在临床上，迟脉所主之寒证，有其一定的范围，并非凡是寒证皆见迟脉。此类情况临床甚多，例如：表热证见浮数脉，但表寒证则多见浮紧脉而非浮迟脉。表寒证之所以见浮紧脉，是因为寒邪侵袭肌表，此时寒邪对机体的影响，主要是导致肌表经脉收引，脉道紧缩而拘急，故见脉浮紧。虽然亦有认为表证者脉浮迟，但事实上表寒证的脉率一般不会“迟”（一息三至），往往是“稍数”或“不数”而已。故《伤寒论·辨太阳病脉证并治》载：“脉浮而数者，可发汗，宜麻黄汤。”《景岳全书·脉神章》说得更明确：“外邪有数脉，凡寒邪外感，脉必暴见紧数。……此外感之数，不可均以为热也，若概用寒凉，无不杀人。”因此，表寒证一般不见迟脉。前人曾注意到这一点，如《脉经》曰：“迟者脏也，迟即生寒。”《濒湖脉学》也曰：“迟脉主脏，有力冷痛，无力虚寒。”《四诊抉微·管窥附余》也曾曰：“……迟脉属脏主寒，此一定之理，乃其常也。”上述诸家皆明确指出，迟脉主寒、属脏。可见，迟脉主寒，主要是指里寒证，而不包括表寒证。

结合临床实际，我们还可进一步发现，在诸多的里寒证之中，并非都见迟脉。中医学认为，心主神明而统血脉，脉搏跳动、至数快慢，源于心之鼓动。从临床实际来看，迟脉之出现，或里实，或里虚，往往直接或间接地与心阳、心气之鼓动有关，或为阴寒等邪气凝滞，影响于心，以致心之阳气被遏，鼓动受阻（里实寒），故脉迟而有力；或为心阳心气亏虚，鼓动不及（里虚寒），故脉迟而无力。此外，亦有少数迟脉见于热证，如阳明腑实证之脉迟；热入血室、瘀热互结而脉迟等。此类迟脉（有的是相对数脉而言，应属于缓脉，并非真“迟”），究其原因亦是由于瘀热浊邪壅结，间接影响于心所致。

数脉是脉率太过之脉象，《医学入门》曰：“数，太过也，以呼吸息数取之。”《诊家枢要》曰：“数，太过也，一息六至，过平脉两至也。”《脉理求真》曰：“数则呼吸定息，每见五至六至，应指甚速。”临床一般以脉来一息5至以上、7至以下为数脉。

关于数脉主病，《难经》载：“数者为热”，诸家皆从之。临床上数脉最多见于热证，故数脉主热证已为常理。但这仅是数脉主病的一个方面，数脉还可主虚证。《景岳全书·脉神章》曰：“凡患虚损者，脉无不数，数脉主病，唯损最多，愈虚愈数，愈数则愈危，岂数皆热病乎。若以虚数作热数，则万无不败者矣。”说明虚证也多见数脉，而且数脉的频率与虚损的程度成正比。

虚证包括气虚、血虚、阴虚、阳虚，临床均可出现数脉。如《四诊抉微》曰：“久病脉数或浮数空软，阳浮于上，治以温补；沉细数涩，阴竭于下，法必滋阴。”《四诊正法》曰：“数大而虚，则为精血销竭之脉。”《景岳全书·脉神章》曰：“凡患阳虚之数者，脉必数而无力；……又有阴虚之数者，脉必数而弦滑。”诸虚之中，阴虚者即虚热证，脉见沉细而数，属于“数脉主热”范畴，临床颇为常见。然而，阳虚、气虚者，脉见数而无力，或浮大虚数，血虚者，脉见沉细数而无力等，临床亦不少见。故《医学衷中参西录·医方》曰：“世俗医者，遇数脉之证，大抵责之阴虚血涸，不知元气虚极莫支者，脉可至极数。”

此外，实寒证亦可见数脉。如《伤寒论》所载，太阳伤寒（表寒证）脉浮而紧数；《金匱要略》载：“太弦数，有寒饮，冬夏难治。”可见，数脉主病，寒热虚实皆可，非单主热。对此，张介宾《景岳全书》论述较为全面：“数脉为寒热，为虚劳，为外邪，为痲痲。暴数者多外邪，久数者必虚损，数而无力仍是阴证。”

综上所述，“迟脉主寒，数脉主热。”临床不可机械理解。迟脉主病仅以里证为主。虚寒、实寒以及个别热证，须直接影响于心之鼓动，方见迟脉。数脉主病较广，表里寒热虚实皆可见之。

三、弦脉、紧脉的脉象与鉴别

弦脉以脉硬有形、端直以长为脉象特征。其形成可能与周围神经机能失调而影响血管平滑肌的舒收，脉管弹性状况较差等因素有关。脉波图示波峰较钝、切迹高而显，故顶似平坦，且降支呈弧凸状，这与脉来挺然直过、长硬如弦的指下感觉是一致的。弦脉属有力脉是指其脉硬欠柔、按之不移而言，实际上脉势并不很强，因而弦脉当是阳中之阴脉，这与弦脉主要候肝胆疾患，而肝病有肝气易郁、肝阳易亢、肝阴肝血易亏的病理特点是相符的，即气郁则脉势欠盛、脉道舒收失调，阳亢阴血亏则使血管壁硬而失柔、弹性降低。

紧脉以紧张有力、绷急弹指为脉象特征。紧脉主实寒证。一方面由于寒性收引，既

可使脉管在纵的长度上收引绷紧，又可使脉管在横的管径上收缩紧束，因而脉道处于绷紧紧束的状态。另一方面由于新病突起，正气本非虚衰，故阳气亢奋以胜寒，血行旺盛以祛邪，因而脉势冲击有力。这样，气血旺盛的脉势，冲击着绷紧紧束的脉管壁，因而指下感觉脉体虽然不大，但脉势却弹指有力、状若转索。李濒湖“紧乃热（“阳”字更为恰当）为寒束之脉”的说法，有助于对紧脉主实寒及其脉象的理解。

《濒湖脉学》所说“紧言其力弦言象”，是弦紧二脉辨别的要点。即紧脉是以脉势强盛、弹指有力为特点；弦脉是以脉象挺然、管硬有形为特点。

【古代文献】

《脉经·脉形状指下秘诀》：浮脉：举之有余，按之不足（浮于手下）。芤脉：浮大而软，按之中央空，两边实。（一曰手下无，两旁有）。洪脉：极大在指下。（一曰浮而大）。滑脉：往来前却，流利展转，替替然与数相似。（一曰浮中如有力；一曰漉漉如欲脱）。数脉：去来促急（一曰一息六七至，一曰数者进之名）。促脉：来去数，时一止复来。弦脉：举之无有，按之如弓弦状。（一曰如张弓弦，按之不移；又曰浮紧为弦）。紧脉：数如切绳状。（一曰如转索之无常）。沉脉：举之不足，按之有余（一曰重按之乃得）。伏脉：极重指按之，著骨乃得。（一曰手下裁动；一曰按之不足，举之无有；一曰关上沉不出，名曰伏）。革脉：有似沉伏，实大而长微弦。（《千金翼》以革为牢）。实脉：大而长微强，按之隐指愔愔然。（一曰沉浮皆得）。微脉：极细而软，或欲绝，若有若无。（一曰小也；一曰手下快；一曰浮而薄；一曰按之如欲尽）。濡脉：细而迟，往来难且散，或一止复来。（一曰浮而短；一曰短而止）。细脉：小大于微，常有但细耳。软脉：极软而浮细。（一曰按之无有，举之有余；一曰小细而软）。弱脉：极软而沉细，按之欲绝指下。（一曰按之乃得，举之无有）。虚脉：迟大而软，按之不足，隐指豁豁然空。散脉：大而散，散者气实血虚，有表无里。缓脉：去来亦迟，小驶于迟。（一曰浮大而软，阴浮与阳同等）。迟脉：呼吸三至，去来极迟。（一曰举之不足，按之尽牢；一曰按之尽牢，举之无有）。结脉：往来缓，时一止复来。（按之来缓，时一止者，名结阳；初来动止，更来小数，不能自还，举之则动，名结阴）。代脉：来数中止，不能自还，因而复动。脉结者生，代者死。动脉：见于关上，无头尾，大如豆，厥厥然动摇。

《脉经·平杂病脉》：滑为实、为下，（又为阳气衰）；数为虚、为热；浮为风、为虚；动为痛、为惊；沉为水、为实，（又为鬼疰）；弱为虚、为悸；迟则为寒；涩则少血；缓则为虚；洪则为气（一作热）；紧则为寒；弦数为疰。疰脉自弦，弦数多热，弦迟多寒。微则为虚，代散则死。紧为痛痹（一作浮为风疰）。偏弦为饮，双弦则胁下拘急而痛，其人漉漉恶寒。脉大，寒热在中，伏者霍乱。

《脉诀》：七表脉：浮一，浮者阳也。指下寻之不足，举之有余，冉冉寻之如太过，曰浮。主咳嗽，气促，冷汗自出，背膊劳倦，夜卧不安。

按之不足举之余，冉冉寻之指下浮，脏中积冷荣中热，欲得生精用补虚。寸浮中风头热痛，关浮腹胀胃虚空，尺部见之风入肺，大肠干涩故难通。

芤二，芤者阳也。指下寻之，两头即有，中间全无，曰芤。主淋漓，气入小肠。

指下寻之中且虚，邪风透入小肠居，病时淋漓兼疼痛，大作汤圆必自除。寸芤积血在胸中，关内逢芤肠里痛，尺部见之虚在肾，小便遗沥血凝脓。

滑三，滑者阳也。指下寻之，三关如珠动，按之即伏，不进不退，曰滑。四肢困弊，脚手酸疼，小便赤涩。

滑脉如珠号曰阳，腰间生气透前肠，胫酸只为生寒热，大泻三焦必得康。滑脉居寸多呕逆，关滑胃寒不下食，尺部见之脐似冰，饮水下焦声沥沥。

实四，实者阳也。指下寻之不绝，举之有余，曰实。主伏阳在内，脾虚不食，四体劳倦。

实脉寻之举有余，伏阳蒸内致脾虚，食少只缘生内壅，温和汤药乃痊除。实脉关前胸热甚，当关切痛中焦凭，尺部如绳应指来，腹胀小便应不禁。

弦五，弦者阳也。指下寻之不足，举之有余，状若筝弦，时时带数，曰弦。主劳风乏力，盗汗多生，手足酸疼，皮毛枯槁。

弦脉为阳状若弦，四肢更被气相煎；三度解劳方始退，常须固济下丹田。寸部脉紧一条弦，胸中急痛状绳牵，关中有弦寒在胃，下焦停水满丹田。

紧六，紧者阳也。指下寻之，三关通度，按之有余，举指甚数，状若洪弦，曰紧。主风气压阳上冲，化为狂病。

紧脉三关数又弦，上来风是正根源，忽然狂语人惊怕，不遇良医不得痊。紧脉关前头里痛，到关切痛无能动，隐指寥寥入尺来，激结绕脐常手捧。

洪七，洪者阳也。指下寻之极大，举之有余，曰洪。主头痛，四肢浮热，大肠不通，燥粪结涩，口干，遍身疼痛。

洪脉根源本是阳，遇其季夏自然昌，若逢秋季及冬季，发汗通肠始得凉。洪脉关前热在胸，到关反胃几千重，更向尺中还若是，小便赤涩脚酸疼。

八里脉

微一，微者阴也。指下寻之，往来极微，冉冉寻之，若有若无，曰微。主败血不止，面色无光。

指下寻之有若无，渡之败血小肠居，崩中日久为白带，漏下多时骨本枯。微脉关前气上侵，当关郁结气排心，尺部见之脐下积，身寒饮水即呻吟。

沉二，沉者阴也。指下寻之似有，举之全无，缓度三关，状如烂绵，曰沉。主气胀两胁，手足时冷。

按之似有举还无，气满三焦脏腑虚，冷气不调三部壅，通肠健胃始能除。寸脉沉兮胸有痰，当关气短痛难堪，若在尺中腰脚重，小便稠数色如泔。

缓三，缓者阴也。指下寻之，往来迟缓，小于迟脉，曰缓。主四肢烦满，气促不安。来往寻之状若迟，肾间生气耳鸣时，邪风积气来冲背，脑后三针痛即移。缓脉关前搐项筋，当关气结腹难伸，尺上若逢癥结冷，夜间常梦鬼随人。

涩四，涩者阴也。指下寻之似有，举之全无，前虚后实，无复次第，曰涩。主遍身疼痛，女子有孕胎痛，无孕败血为病。

涩脉如刀刮竹行，丈夫有此号伤精，妇人有孕胎中病，无孕还须败血成。涩脉关前胃气并，当关血散不能停，尺部如斯逢逆冷，体寒脐下作雷鸣。

迟五，迟者阴也。指下寻之，重手乃得，隐隐曰迟。主肾虚不安。

迟脉人逢状且难，遇其季夏不能痊，神工诊得知时候，道是脾来水必乾。寸口脉迟心上寒，当关腹痛饮浆难，流人尺中腰脚重，厚衣重覆也嫌单。

伏六，伏者阴也。指下寻之似有，呼吸定息全无，冉冉寻之，不离三关，曰伏。主毒气闭塞三关，四肢沉重，手足时冷。

阴毒伏气切三焦，不动荣家气不调，不问春秋与冬夏，徐徐发汗始能消。积气胸中寸脉伏，当关肠癖常瞑目，尺部见之食不消，坐卧非安还破腹。

濡七，濡者阴也。指下寻之似有，冉冉还来，按之依前却去，曰濡。主少力，五心烦热，脑转耳鸣，下元极冷。

按之似有举之无，髓海丹田定已枯，四体骨蒸劳热甚，脏腑终传命必殂。濡脉关前人足汗，当关气少精神散，尺部绵绵即恶寒，骨与肉疏都不管。

弱八，弱者阴也。指下寻之，如烂绵相似，轻手乃得，重手稍无，快快不前，曰弱。主气居于表，生产后客风面肿。

三关快快不能前，只为风邪与气连，少年得此须忧重，老弱逢之病即痊。关前弱脉阳道虚，关中有此气多疏，若在尺中阴气绝，酸疼引变上皮肤。

九道脉

长一，长者阳也。指下寻之，三关如持竿之状，举之有余，曰长；过于本位，亦曰长。主浑身壮热，夜卧不安。

长脉迢迢度三关，指下将来又却还，阳毒在脏三焦热，徐徐发汗始能安。

短二，短者阴也。指下寻之，不及本位，曰短。主四肢恶寒，腹中生气，宿食不消。短脉阴中有伏阳，气壅三焦不得昌，脏中寒食生寒气，大泻通肠必得康。

虚三，虚者阴也。指下寻之不足，举之亦然，曰虚。主少力多惊，心中恍惚，小儿惊风。

恍惚心中多悸惊，三关定息脉难成，血虚脏腑生烦热，补益三焦便得宁。

促四，促者阳也。指下寻之极数，併居寸口，曰促。渐加即死，渐退即生。

促脉前来已出关，常居寸口血成斑，忽然渐退人生也，若或加时命在天。

结五，结者阴也。指下寻之，或来或往，聚而却还，曰结。主四肢气闷，连痛时来。积气生于脾脏劳，大肠疼痛阵难当，只宜稍泻三焦火，莫漫多方立纪纲。

代六，代者阴也。指下寻之，动而复起，冉冉不能自还，曰代。主形容羸瘦，口不能言。

代脉时时动若浮，再而复起似还无，三元正气随风去，魂魄冥冥何所拘。

牢七，牢者阴也。指下寻之即无，按之却有，曰牢。主骨间疼痛，气居于表。

脉入皮肤辨息难，时时气促在胸前，只缘水火相刑克，欲待痊愈更问天。

动八，动者阴也。指下寻之似有，举之还无，冉冉寻之，不离其处，不往不来，曰动。主四体虚劳，崩中血痢。

动脉根源气主阴，三关指下凝沉沉，血山一倒一年月，志士名医只可寻。

细九，细者阴也。指下寻之，细细似绵，来往极微，曰细。主胫酸髓冷，乏力泻精。

乏力无精胫里酸，形容憔悴发毛干，如逢冬季经霜月，不疗其病必自痊。

《四言举要·脉诀》：浮脉法天，轻手可得，汎汎在上，如水漂木。有力洪大，来盛去悠；无力虚大，迟而且柔；虚甚则散，涣漫不收；有边无中，其名曰芤；浮小为濡，绵浮水面；濡甚则微，不任寻按。沉脉法地，近于筋骨，深深在下，沉极为伏。有力为牢，实大弦长，牢甚则实，愒愒而强；无力为弱，柔小如绵，弱甚则细，如蛛丝然。迟脉属

阴，一息三至，小快于迟。缓不及四；二损一败，病不可治；两息夺精，脉已无气。浮大虚散，或见芤革；浮小濡微，沉小细弱。迟细为涩，往来极难；易散一止，止而复还。结则来缓，止而复来；代则来缓，止不能回。数脉属阳，六至一息；七疾八极，九至为脱。浮大者洪；沉大牢实；往来流利，是谓之滑；有力为紧，弹如转索；数见寸口，有止为促；数见关中，动脉可候；厥厥动摇，状如小豆。长则气治，过于本位；长而端直，弦脉应指。短则气病，不能满部；不见于关，唯尺寸候。

一脉一形，各有主病，数脉相兼，则见诸证。浮脉主表，里必不足；有力风热，无力血弱。浮迟风虚，浮数风热，浮紧风寒，浮缓风湿，浮虚伤暑，浮芤失血，浮洪虚火，浮微劳极，浮濡阴虚，浮散虚剧，浮弦痰饮，浮滑痰热。沉脉主里，主寒主积；有力痰食，无力气郁。沉迟虚寒，沉数热伏，沉紧冷痛，沉缓水蓄，沉牢痼冷，沉实热极，沉弱阴虚，沉细痹湿，沉弦饮痛，沉滑宿食，沉伏吐利，阴毒聚积。迟脉主脏，阳气伏潜；有力为痛，无力虚寒。数脉主腑，主吐主狂；有力为热，无力为疮。滑脉主痰，或伤于食，下为蓄血，上为吐逆。涩脉少血，或中寒湿，反胃结肠，自汗厥逆。弦脉主饮，病属肝胆；弦数多热，弦迟多寒。浮弦支饮，沉弦悬痛，阳弦头痛，阴弦腹痛。紧脉主寒，又主诸痛；浮紧表寒，沉紧里痛。长脉气平，短脉气病。细则气少，大则病进。浮长风痛，沉短宿食。血虚脉虚，气实脉实。洪脉为热，其阴则虚。细脉为湿，其血则虚。缓大者风，缓细者湿，缓涩血少，缓滑内热。濡小阴虚，弱小阳竭，阳竭恶寒，阴虚发热。阳微恶寒，阴微发热，男微虚损，女微泻血。阳动汗出，阴动发热，为痛为惊，崩中失血。虚寒相搏，其名为革，男子失精，女子失血。阳盛则促，肺痈阳毒；阴盛则结，疝瘕积郁。代则气衰，或泄脓血；伤寒心悸，女胎三月。

《诊家枢要·脉阴阳类成》：浮，不沉也。按之不足，轻举有余，满指浮上，曰浮。为风虚动之候，为胀，为风，为痞，为满不食，为表热，为喘。

沉，不浮也。轻手不见，重手乃得，为阴逆阳郁之候。为实，为寒，为气，为水，为停饮，为癥瘕，为胁胀，为厥逆，为洞泄。

迟，不及也。以至数言之，呼吸之间，脉仅三至，减于平脉一至也。为阴盛阳亏之候，为寒，为不足。

数，太过也。一息六至，过平脉两至也。为烦满，上为头疼上热，中为脾热口臭，胃烦呕逆，右为颊热目赤，左下为小便黄赤，大便秘涩。

虚，不实也。散大而软，举按豁然，不能自固，气血俱虚之诊。为暑，为虚烦多汗，为恍惚多惊，为小儿惊风。

实，不虚也。按举不绝，愒愒而长，动而有力，不疾不迟。为三焦气满之候，为呕，为痛，为气塞，为食积，为气聚，为利，为伏阳在内。

洪，大而实也。举按有余，来至大而去且长，腾上满指。为荣络大热血气燔灼之候，为表里皆热，为烦，为咽干，为大小便不通。

微，不显也。依稀轻细，若有若无。为血气俱虚之候，为虚弱，为泄，为虚汗，为崩漏败血不止，为少气。

弦，按之不移，举之应手，端直如丝弦。为血气收敛，为阳中伏阴。或经络间为寒所入，为痛，为疝，为拘急，为寒热，为血虚盗汗，为寒凝气结，为冷痹，为疝，为饮，为劳倦。

缓，不速也。往来迂缓，呼吸徐徐，以气血问衰，故脉体为之徐缓尔。为风，为虚，为痹，为弱，为痛，在上为项强，在下为脚弱。

滑，不涩也。往来流利，如珠走盘，不进不退，为血实气壅之候，盖血不胜于气也。为呕吐，为痰逆，为宿食，为经闭。滑而不断，经不闭；其断者，经闭。上为吐逆，下为气结。

涩，不滑也。虚细而迟，往来极难，参伍不调，如雨沾沙，如轻刀刮竹然。为气多血少之候，为少血，为亡汗，为血痹痛，为伤精。女人有孕为胎痛，无孕为败血病。

长，不短也。指下有余，而过于本位，气血皆有余也。为阳毒内蕴，三焦烦郁，为壮热。

短，不长也。两头无中间有，不及本位，气不足以前导其血也。为阴中伏阳，为三焦气壅，为宿食不消。

大，不小也。浮取之若洪而浮，沉取之大而无力。为血虚，气不能相人也。经云：大则病进。

小，不大也。浮沉取之，悉皆损小。在阳为阳不足，在阴为阴不足，前大后小，则头痛目眩，前小后大，则胸满短气。

紧，有力而不缓也。其来劲急，按之长，举之若牵绳转索之状。为邪风激搏伏于荣卫之间，为痛，为寒。

弱，不盛也。极沉细而软，怏怏不前，按之欲绝未绝，举之既无。由精气不足，故脉息痿弱而不振也。为元气亏耗，为痿弱不前，为瘤冷，为关热，为泄精，为虚汗。

动，其状如大豆，厥厥动摇，寻之有，举之无，不往不来，不离其处，多于关部见之。动为痛，为惊，为虚劳体痛，为崩脱，为泄痢。阳动则汗出，阴动则发热。

伏，不见也。轻手取之，绝不可见；重取之，附著于骨。为阴阳潜伏，关膈闭塞之候。为精聚，为瘦疝，为食不消，为霍乱，为水气，为荣卫气闭而厥逆。关前得之为阳伏；关后得之为阴伏。

促，阳脉之极也。脉来数，时一止复来者，曰促。阳独盛而阴不能相和也。或怒气逆上，亦令脉促。促为气涌，为狂闷，为瘀血发狂。又为气，为血，为饮，为食，为痰。盖先以气热脉数，五者或有一留滞其间，则因之而为促，非恶脉也。虽然，加即死，退即生。亦可畏哉！

结，阴脉之极也。脉来缓，时一止复来者，曰结。阴独盛，而阳不能相入也。为癥结，为积聚，为七情所郁。

芤，浮大而软。寻之中空旁实，旁有中无。诊在浮举重按之间，为失血之候。大抵气有余血不足，血不能统气，故虚而大，若芤之状也。

革，沉伏实大，如按鼓皮，曰革。气血虚寒，革易常度也。妇人则半产漏下，男子则亡血失精。又为中风寒湿之诊。

濡，无力也。虚软无力，应手散细，如绵絮之浮水中，轻手若来，重手却去。为气血俱不足之候，为少气，为无血，为疲损，为自汗，为下冷，为痹。

牢，坚牢也。沉而有力，动而不移，为里实表虚。关中气促，为劳伤痿极。大抵其脉近乎无胃气者，故诸家皆为危殆之脉。亦主骨间疼痛，气居于表。

疾，盛也。快于数为疾，呼吸之间脉七至，热极之脉也。在阳犹可，在阴为逆。

细，微渺也。指下寻之，往来微细如线。盖血冷气虚，不足以充故也。为元气不足，乏力无精，内外俱冷，痿弱洞泄，为忧劳过度，为伤湿，为积，为痛在内及在下。

代，更代也。动而中止，不能自还，因而复动，由是复止，寻之良久，乃复强起，为代。主形容羸瘦，口不能言。若不因病而人羸瘦，其脉代止，是一脏无气，他脏代之，真危亡之兆也。若因病而气血骤损，以至元气不续，或风家痛家，脉见止代，只为病脉。故伤寒家亦有心悸而脉代者，腹心痛。亦有结涩止代不匀者，勿以为凶。盖九痛之脉不可准也。又妊娠或有脉代者，此必三月余之胎也，亦无虑焉。

散，不聚也。有阳无阴，按之满指，散而不聚，来去不明，漫无根柢。为气血耗散，腑脏气绝。在病脉主虚阳不敛，又主心气不足。大抵非佳脉也。

《外科精义·论脉证名状二十六种》：夫脉之大体二十六种，此诊脉之纪纲也。细而论之，毫厘少差，举治必远。总而言之，逆从虚实阴阳而已。两者议之，以要其中。谨于诸家脉法中撮其机要，剪去繁芜，载其精义。

浮脉之诊，浮于指下，按之不足，举之有余，冉冉寻之，状如太过，瞥瞥然见于皮毛间。其主表证，或为风，或为虚。

洪脉之诊，似浮而大，按举之则泛泛然满三部，其状如水之洪流、波之涌起。其主血实积热疮肿。论曰：脉洪大者，疮疽之病进也。如疮疽结脓未成者，宜下之；脓溃之后，脉见洪大则难治；若自利者不可救治。

滑脉之诊，实大相兼，往来流利如珠，按之则累累然滑也。其主或为热，或为虚，此阳脉也。疮疽之病，脓未溃者，宜内消也。脓溃之后，宜托里也。所谓始为热，而后为虚也。

数脉之诊，按之则呼吸之间动及六至，其状似滑而数也。若浮而数则表热也；沉而数则里热也。又曰诸数为热。仲景曰：脉数不时见，则生恶疮。又曰：肺脉洪数，则生疮也。诊诸疮洪数者，里欲有脓结也。

散脉之诊，似浮而散，按之则散而欲去，举之则大而无力。其主气实而血虚，有表无里。疮肿脓溃之后，而烦痛尚未全退者，诊其脉洪滑粗散难治也，以其正气虚而邪气实也。又曰：肢体沉重，肺脉大则斃，谓浮散者也。

芤脉之诊，似浮而软，按之中央空两边实。其主血虚，或为失血。疮肿之病，诊得芤脉，脓溃后易治，以其脉病相应也。

长脉之诊，按之则洪大而长，出于本位。其主阳气有余也。伤寒得之，欲汗出自解也。长而缓者，胃脉也，百病皆愈，谓之长则气治也。

牢脉之诊，按之则实大而弦，且沉且浮，而有牢坚之意。若瘰疬结肿，诊得牢脉者，不可内消也。

实脉之诊，按举有力而类结曰实。经曰：邪气盛则实。久病则虚，人得此最忌。疮疽之人得此，宜急下之，以其邪气与脏腑俱实故也。

弦脉之诊，按之则紧而弦。其似紧者，谓弦如按弦而不移，紧如切绳而转动，以此为异。春脉浮弦而平，不时见则为饮为痛，主寒主虚。疮疽论曰：弦洪相搏，外紧内热，欲发疮疽也。

紧脉之诊，似弦而紧，按之如切绳而转动。其主切痛积癖也。疮肿得之，气血沉涩也，亦主痛也。

涩脉之诊，按之则散而复来，举之则细而不足。脉涩则气涩也，亦主血虚。疮肿溃后得之，无妨也。

短脉之诊，按之则不及本位。《内经》曰：短则气病。以其无胃气也。诸病脉短皆难治也。疮肿脉短，真气短也。

细脉之诊，按之则萦萦如蜘蛛之丝而欲绝，举之如无而似有，细而微。其主亡阳衰也。疮肿之病，脉来细而沉，时直者，里虚而欲变证也。

微脉之诊，按之则软小极微，其主虚也。真气复者生，邪气胜者危。疮肿之病，溃后脉微而匀，举自差也。

迟脉之诊，按举来迟，呼吸定息，方得三至，其脉似缓而稍迟。痼疾得之则善，新疾得之则正气虚惫。疮肿得之，溃后自痊。

缓脉之诊，按举似迟，而稍快于迟。仲景曰：阳脉浮大而濡，阴脉浮大而濡，阴阳同等，谓之缓脉。见长缓，百疾自瘳。凡诸疮肿溃后，其脉涩迟缓者皆易愈，以其脉候相应，是有胃气也。

沉脉之诊，举之不足，按之方见，如烂绵。其主邪气在脏也，水气得之则逆，此阴脉也。疮肿得之，邪气深也。

伏脉之诊，比沉而伏，举之则无，按之至骨方得，与沉相类，而邪气益深矣。

虚脉之诊，按之不足，迟大而软，轻举指下豁然而空。经曰：脉虚则血虚。血虚生寒，阳气不足也。疮肿脉虚，宜托里和气养血也。

软脉之诊，按之则如帛在水中，极软而沉细，亦谓之濡。其主胃气弱。疮肿得之，补虚排脓托里。

弱脉之诊，似软而极微，来迟而似有。仲景曰：微弱之脉，绵绵如泻漆之绝。其主血气俱虚，形精不足。大抵疮家沉迟濡弱，皆宜托里。

促脉之诊，按之则去数来时一止而复来。仲景曰：阳盛则促。主热蓄于里也，下之则和。疮肿脉促，亦急下之。

结脉之诊，按之则往来迟缓，时一止而复来。仲景曰：阴盛则结。

代脉之诊，按之则往来，动则中止不能自还，因而复动者，曰代脉也。代者气衰也，诸病见之不祥。大凡疮肿之病，脉促结者难治，而况见代脉乎？

动脉之诊，见于关上，无头尾，如豆大，厥厥然而动摇者是也。《脉经》曰：阴阳相搏，故谓之动。动于阳，则阳气虚而发厥；动于阴，则阴气虚而发热。是阳生于尺，而动于寸；阴生于寸，而动于尺，不可不辨也。

《濒湖脉学》：浮脉，举之有余，按之不足，如微风吹鸟背上毛，厌厌聂聂如循榆荚，如水漂木，如捻葱叶。

体状诗：浮脉惟从肉上行，如循榆荚似毛轻，三秋得令知无恙，久病逢之却可惊。

主病诗：浮脉为阳表病居，迟风数热紧寒拘，浮而有力多风热，无力而浮是血虚。寸浮头痛眩生风，或有风痰聚在胸，关上土衰兼木旺，尺中洩便不流通。

沉脉，重手按至筋骨乃得。如绵裹砂，内刚外柔，如石投水，必极其底。

体状诗：水行润下脉来沉，筋骨之间软滑匀，女子寸兮男子尺，四时如此号为平。

主病诗：沉潜水蓄阴经病，数热迟寒滑有痰；无力而沉虚与气，沉而有力积并寒。寸沉痰郁水停胸，关主中寒痛不通，尺部浊遗并泄痢，肾虚腰及下元痼。

迟脉，一息三至，去来极慢。

体状诗：迟来一息至惟三，阳不胜阴气血寒，但把浮沉分表里，消阴须益火之源。

主病诗：迟司脏病或多痰，沉痼痲痲仔细看。有力而迟为冷痛，迟而无力定虚寒。寸迟必是上焦寒，关主中寒痛不堪，尺是肾虚腰脚重，洩便不禁疝牵丸。

数脉，一息六至，脉流薄疾。

体状诗：数脉息间常六至，阴微阳盛必狂烦，浮沉表里分虚实，惟有儿童作吉看。

主病诗：数脉为阳热可知，只将君相火来医，实宜凉泻虚温补，肺病秋深却畏之。寸数咽喉口舌疮，吐红咳嗽肺生疡，当关胃火并肝火，尺属滋阴降火汤。

滑脉，往来前却，流利展转，替替然如珠之应指，漉漉如欲脱。

体状诗：滑脉如珠替替然，往来流利却还前，莫将滑数为同类，数脉唯看至数间。

主病诗：滑脉为阳元气衰，痰生百病食生灾，上为吐逆下蓄血，女脉调时定有胎。寸滑膈痰生呕吐，吞酸舌强或咳嗽，当关宿食肝脾热，渴痢痲淋看尺部。

涩脉，细而迟，往来难，短且散，或一止复来，参伍不调，如轻刀刮竹，如雨沾沙，如病蚕食叶。

体状诗：细迟短涩往来难，散止依稀应指间，如雨沾沙容易散，病蚕食叶慢而艰。

主病诗：涩缘血少或伤精，反胃亡阳汗雨淋，寒湿入营为血痹，女人非孕即无经。寸涩心虚痛对胸，胃虚胁胀察关中，尺为精血俱伤候，肠结洩淋或下红。

虚脉，迟大而软，按之无力，隐指豁豁然空。

体状相类诗：举之迟大按之松，脉状无涯类谷空，莫把芤虚为一例，芤来浮大似葱葱。

主病诗：脉虚身热为伤暑，自汗怔忡惊悸多，发热阴虚须早治，养营益气莫蹉跎。血不荣心寸口虚，关中腹胀食难舒，骨蒸痿痹伤精血，却在神门两部居。

实脉，浮沉皆得，脉大而长、微弦，应指愔愔然。

体状诗：浮沉皆得大而长，应指无虚愔愔强，热蕴三焦成壮火，通肠发汗始安康。

主病诗：实脉为阳火郁成，发狂谵语吐频频，或为阳毒或伤食，大便不通或气痛。寸实应知面热风，咽痛舌强气填胸，当关脾热中宫满，尺实腰肠痛不通。

长脉，不小不大，迢迢自若，如循长竿末梢，为平；如引绳，如循长竿，为病。

体状相类诗：过于本位脉名长，弦则非然但满张，弦脉与长争较远，良工尺度自能量。

主病诗：长脉迢迢大小匀，反常为病似牵绳，若非阳毒痲痛病，即是阳明热势深。

短脉，不及本位，应指而回，不能满部。

体状相类诗：两头缩缩名为短，涩短迟迟细且难，短涩而浮秋喜见，三春为贼有邪干。

主病诗：短脉惟于尺寸寻，短而滑数酒伤神，浮为血涩沉为痞，寸主头痛尺腹疼。

洪脉，指下极大，来盛去衰，来大去长。

体状诗：脉来洪盛去还衰，满指滔滔应夏时，若在春秋冬月份，升阳散火莫狐疑。

主病诗：脉洪阳盛血应虚，相火炎炎热病居；胀满胃翻须早治，阴虚泄痢可踌躇。寸洪心火上焦炎，肺脉洪时金不堪，肝火胃虚关内察，肾虚阴火尺中看。

微脉，极细而软，按之如欲绝，若有若无，细而稍长。

体状相类诗：微脉轻微澌澌乎，按之欲绝有若无，微为阳弱细阴弱，细比于微略较粗。

主病诗：气血微兮脉亦微，恶寒发热汗淋漓，男为劳极诸虚候，女作崩中带下医。寸微气促或心惊，关脉微时胀满形，尺部见之精血弱，恶寒消瘴痛呻吟。

紧脉，来往有力，左右弹人手，如转索无常，数如切绳，如纫箠线。

体状诗：举如转索切如绳，脉象因之得紧名，总是寒邪来作寇，内为腹痛外身疼。

主病诗：紧为诸痛主于寒，喘咳风痛吐冷痰。浮紧表寒须发越，紧沉温散自然安。寸紧人迎气口分，当关心腹痛沉沉，尺中有紧为阴冷，定是奔豚与疝疼。

缓脉，去来小快于迟，一息四至，如丝在经，不卷其轴，应指和缓，往来甚匀，如初春杨柳午风之象，如微风轻贴柳梢。

体状诗：缓脉阿阿四至通，柳梢袅袅贴轻风，欲从脉里求神气，只在从容和缓中。

主病诗：缓脉营衰卫有余，或风或湿或脾虚，上为项强下痿痹，分别浮沉大小区。寸缓风邪项背拘，关为风眩胃家虚，神门濡泄或风秘，或是蹒跚足力迂。

芤脉，浮大而软，按之中央空，两边实，中空外实，状如葱葱。

体状诗：芤形浮大软如葱，边实须知内已空，火犯阳经血上溢，热侵阴络下流红。

主病诗：寸芤积血在于胸，关里逢芤肠胃痛，尺部见之多下血，赤淋红痢漏崩中。

弦脉，端直以长，如张弓弦，按之不移，绰绰如按琴瑟弦，状若筝弦，从中直过，挺然指下。

体状诗：弦脉迢迢端直长，肝经木旺土应伤，怒气满胸常欲叫，翳蒙瞳子泪淋浪。

主病诗：弦应东方肝胆经，饮痰寒热疰缠身，浮沉迟数须分别，大小单双有重轻。寸弦头痛膈多痰，寒热癥瘕察左关，关右胃寒心腹痛，尺中阴疝脚拘挛。

革脉，弦而芤，如按鼓皮。

体状主病诗：革脉形如按鼓皮，芤弦相合脉寒虚，女人半产并崩漏，男子营虚或梦遗。

牢脉，似沉似伏，实大而长，微弦。

体状相类诗：弦长实大脉牢坚，牢位常居沉伏间，革脉芤弦自浮起，革虚牢实要详看。

主病诗：寒则牢坚里有余，腹心寒痛木乘脾，疝癩癥瘕何愁也，失血阴虚却忌之。

濡脉，极软而浮细，如帛在水中，轻手相得，按之无有，如水上浮沤。

体状诗：濡形浮细按须轻，水面浮绵力不禁，病后产中犹有药，平人若见是无根。

主病诗：濡为亡血阴虚病，髓海丹田暗已亏，汗雨夜来蒸人骨，血山崩倒湿浸脾。寸濡阳微自汗多，关中其奈气虚何，尺伤精血虚寒甚，温补真阴起沉疴。

弱脉，极软而沉细，按之乃得，举手无有。

体状诗：弱来无力按之柔，柔细而沉不见浮，阳陷人阴精血弱，白头犹可少年愁。

主病诗：弱脉阴虚阳气衰，恶寒发热骨筋痿，多惊多汗精神减，益气调营急早医。寸弱阳虚病可知，关为胃弱与脾衰，欲求阳陷阴虚病，须把神门两部推。

散脉，大而散，有表无里，涣漫不收，无统纪，无拘束，至数不齐，或来多去少，或去多来少，涣散不收，如杨花散漫之象。

体状诗：散似杨花散漫飞，去来无定至难齐，产为生兆胎为堕，久病逢之不必医。

主病诗：左寸怔忡右寸汗，溢饮左关应软散，右关软散肝腑肿，散居两尺魂应断。
细脉，小于微而常有，细直而软，若丝线之应指。

体状诗：细来累累细如丝，应指沉沉无绝期，春夏少年俱不利，秋冬老弱却相宜。

主病诗：细脉紫紫血气衰，诸虚劳损七情乖，若非湿气侵腰肾，即是伤精汗泄来。寸细应知呕吐频，入关腹胀胃虚形，尺逢定是丹田冷，泄痢遗精号脱阴。

伏脉，重按著骨，指下裁动，脉行筋下。

体状诗：伏脉推筋著骨寻，指间裁动隐然深，伤寒欲汗阳将解，厥逆脐疼证属阴。

主病诗：伏为霍乱吐频频，腹痛多缘宿食停，蓄饮老痰成积聚，散寒温里莫因循。食郁胸中双寸伏，欲吐不吐常兀兀，当关腹痛困沉沉，关后疝疼还破腹。

动脉，动乃数脉，见于关上下，无头尾，如豆大，厥厥动摇。

体状诗：动脉摇摇数在关，无头无尾豆形圆，其原本是阴阳搏，虚者摇兮胜者安。

主病诗：动脉专司痛与惊，汗因阳动热因阴，或为泄痢拘挛病，男子亡精女子崩。

促脉，来去数，时一止复来，如蹶之趣，徐疾不常。

体状诗：促脉数而时一止，此为阳极欲亡阴，三焦郁火炎炎盛，进必无生退可生。

主病诗：促脉惟将火病医，其因有五细推之，时时喘咳皆痰积，或发狂斑与毒疽。

结脉，往来缓，时一止复来。

体状诗：结脉缓而时一止，独阴偏盛欲亡阳，浮为气滞沉为积，汗下分明在主张。

主病诗：结脉皆因气血凝，老痰结滞苦沉吟，内生积聚外痈肿，疝瘕为殃病属阴。

代脉，动而中止，不能自还，因而复动，脉至还入尺，良久方来。

体状诗：动而中止不能还，复动因而作代看，病者得之犹可疗，平人却与寿相关。

主病诗：代脉原因脏气衰，腹痛泄痢下元亏，或为吐泻中宫病，女子怀胎三月兮。

《诊家正眼·诊脉法象论》浮脉（阳）

体象：浮在皮毛，如水漂木，举之有余，按之不足。

主病：浮脉为阳，其病在表。寸浮伤风，头疼鼻塞。左关浮者风在中焦；右关浮者风痰在膈。尺部得浮，下焦风客，小便不利，大便秘涩。

沉脉（阴）

体象：沉行筋骨，如水投石，按之有余，举之不足。

主病：沉脉为阴，其病在里。寸沉短气，胸痛引肋；或为痰饮，或水与血。关主中寒，因而痛结，或为满闷，吞酸筋急。尺主背痛，亦主腰膝，阴下湿痒，淋浊痢泄。

迟脉（阴）

体象：迟脉为阴象，为不足，往来迟慢，三至一息。

主病：迟脉主脏，其病为寒。寸迟上寒，心痛停凝；关迟中寒，癥瘕挛筋；尺迟火衰，小便不禁，或病腰足，疝痛牵阴。

数脉（阳）

体象：数脉属阳，象为太过，一息六至，往来越度。

主病：数脉主腑，其病为热。寸数喘咳，口疮肺痛；关数胃热，邪火上攻；尺为相火，遗浊淋癯。

滑脉（阳中之阴）

体象：滑脉替替，往来流利，盘珠之形，荷露之义。

主病：滑脉为阳，多主痰液。寸滑咳嗽，胸满吐逆；关滑胃热，壅气伤食；尺滑病淋，或为痢疾，男子溺血，妇人经郁。

涩脉（阴）

体象：涩脉蹇滞，如刀刮竹，迟细而短，三象俱足。

主病：涩为血滞，亦主精伤。寸涩心痛，或为怔忡；关涩阴虚，因而中热；右关上虚，左关胁胀；尺涩遗淋，血痢可决；孕为胎病，无孕血竭。

虚脉（阴）

体象：虚合四形，浮大迟软，及乎寻按，几不可见。

主病：虚主血虚，又主伤暑。左寸心亏，惊悸怔忡；右寸肺亏，自汗气怯。左关肝伤，血不荣筋；右关脾寒，食不消化。左尺水衰，腰膝痿痹；右尺火衰，寒证蜂起。

实脉（阳）

体象：实脉有力，长大而坚，应指愔愔，三候皆然。

主病：血实脉实，火热壅结。左寸心劳，舌强气涌；右寸肺病，呕逆咽痛。左关见实，肝火胁痛；右关见实，中满气疼。左尺见之，便闭腹痛；右尺见之，相火亢逆。

长脉（阳）

体象：长脉迢迢，首尾俱端，直上直下，如循长竿。

主病：长主有余，气逆火盛。左寸见长，君火为病；右寸见长，满逆为定。左关见长，木实之殃；右关见长，土郁胀闷。左尺见之，奔豚冲兢；右尺见之，相火专令。

短脉（阴）

体象：短脉涩小，首尾俱俯，中间突起，不能满部。

主病：短主不及，为气虚证。短居左寸，心神不定；短见右寸，肺虚头痛。短在左关，肝气有伤；短在右关，膈间为殃。左尺短时，少腹必疼；右尺短时，真火不隆。

洪（阳）

体象：洪脉极大，状如洪水，来盛去衰，滔滔满指。

主病：洪为盛满，气壅火亢。左寸洪大，心烦舌破；右寸洪大，胸满气逆。左关见洪，肝脉太过；右关见洪，脾土胀热。左尺洪兮，水枯便难；右尺洪兮，龙火燔灼。

微脉（阴）

体象：微脉极细，而又极软，似有若无，欲绝非绝。

主病：微脉模糊，气血大衰。左寸惊怯，右寸气促。左关寒挛，右关胃冷。左尺得微，髓竭精枯，右尺得微，阳衰命绝。

细脉（阴）

体象：细直而软，累累萦萦，状如丝线，较显于微。

主病：细主气衰，诸虚劳损。细居左寸，怔忡不寐；细居右寸，呕吐气怯。细入左关，肝阴枯竭；细入右关，胃虚胀满。左尺若细，泄痢遗精；右尺若细，下元冷惫。

濡脉（阴中之阳）

体象：濡脉细软，见子浮分，举之乃见，按之即空。

主病：濡脉主阴，髓竭精伤。左寸见濡，健忘惊悸；右寸见濡，腠虚自汗。左关逢之，血不营筋；右关逢之，脾虚湿侵。左尺得濡，精血枯损；右尺得濡，火败命乖。

弱脉（阴）

体象：弱脉细小，见于沉分，举之则无，按之乃得。

主病：弱为阳陷，真气衰竭。左寸心虚，惊悸健忘；右寸肺虚，自汗短气。左关木枯，必苦挛急；右关土寒，水谷之疴。左尺弱形，涸流可徵；右尺若见，阳陷可验。

紧脉（阴中之阳）

体象：紧脉有力，左右弹指，如绞转索，如切紧绳。

主病：紧主寒邪，又主诸痛。左寸逢紧，心满急痛；右寸逢紧，伤寒喘嗽。左关人迎，浮紧伤寒；右关气口，沉紧伤食。左尺见之，脐下痛极；右尺见之，奔豚疝疾。

缓脉（阴）

体象：缓脉四至，来往和匀，微风轻飏，初春杨柳。

主病：缓为胃脉，不主于病；取其兼见，方可断证。浮缓风伤，沉缓寒湿。

弦脉（阳中之阴）

体象：弦如琴弦，轻虚而滑，端直以长，指下挺然。

主病：弦为肝风，主痛主疟，主痰主饮。弦在左寸，心中必痛；弦在右寸，胸及头痛。左关弦兮，痙疴癥瘕；右关弦兮，胃寒膈痛。左尺逢弦，饮在下焦；右尺逢弦，足挛疝痛。

动脉（阳）

体象：动无头尾，其形如豆，厥厥动摇，必兼滑数。

主病：动脉主痛，亦主于惊。左寸得动，惊悸可断；右寸得动，自汗无疑。左关若动，惊悸拘挛；右关若动，心脾疼痛。左尺见之，亡精为病；右尺见之，龙火迅奋。

促脉（阳）

体象：促为急促，数时一止，如趣而蹶，进则必死。

主病：促因火亢，亦因物停。左寸见促，心火炎炎；右寸见促，肺鸣咯咯。促见左关，血滞为殃；促居右关，脾宫食滞。左尺逢之，遗滑堪忧；右尺逢之，灼热为定。

结脉（阴）

体象：结为凝结，缓时一止，徐行而怠，颇得其旨。

主病：结属阴寒，亦主凝积。左寸心寒，疼痛可决；右寸肺虚，气寒凝结。左关结见，疝瘕必现；右关结形，痰滞食停。左尺结兮，痿蹙之疴；右尺结兮，阴寒为楚。

代脉（阴）

体象：代为禅代，止有常数，不能自还，良久复动。

主病：代主脏衰、危恶之候；脾土败坏，吐利为咎；中寒不食，腹疼难收。两动一止，三四日死；四动一止，六七日死。次第推求，不失信旨。

革脉（阳中之阴）

体象：革大弦急，浮取即得，按之乃空，浑如鼓革。

主病：革主表寒，亦属中虚。左寸之革，心血虚痛；右寸之革，金衰气壅。左关遇之，疝瘕为祟；右关遇之，土虚而痛。左尺诊革，精空可必；右尺诊革，殒命为忧。女人得之，半产漏下。

牢脉（阴中之阳）

体象：牢脉沉分，大而弦实，浮中二候，了不可得。

主病：牢主坚积，病在乎内。左寸之牢，伏梁为病；右寸之牢，息贲可定。左关见

牢，肝家血积；右关见牢，阴寒痞癖。左尺牢形，奔豚为病；右尺牢形，疝瘕痛甚。

散脉（阴）

体象：散脉浮乱，有表无里，中候见空，按则绝矣。

主病：散为本伤，见则危殆。左寸之散，怔忡不卧；右寸之散，自汗淋漓。左关之散，胀满壅坏；右关之散，当有溢饮。居于左尺，北方水竭；右尺得之，阳消命绝。

芤脉（阳中之阴）

体象：芤乃草名，绝类葱葱，浮沉俱有，中候独空。

主病：芤脉中空，故主失血。左寸呈芤，心主丧血；右寸呈芤，相傅阴亡。芤入左关，肝血不藏；芤现右关，脾血不摄。左尺如芤，便红为咎；右尺如芤，火炎精漏。

伏脉（阴）

体象：伏为隐伏，更下于沉，推筋着骨，始得其形。

主病：伏脉为阴，受病入深。伏犯左寸，血郁之愆；伏于右寸，气郁之殃。左关值伏，肝血在腹；右关值伏，寒凝水谷。左尺伏见，疝瘕可验；右尺伏藏，少火消亡。

疾脉（阳）

体象：疾为急疾，数之至极，七至八至，脉流薄疾。

主病：疾为阳极，阴气欲竭。脉号离经，虚魂将绝。渐进渐疾，旦夕殒灭。左寸居疾，勿戢自焚；右寸居疾，金被火乘。左关疾也，肝阴已绝；右关疾也，脾阴消竭。左尺疾也，涸辙难濡；右尺疾也，赫曦过极。

《医学入门·诸脉体状》：浮脉不足举有余，沉按有余举则无；迟脉一息刚三至，数来六至一吸呼。滑似累珠来往疾，涩滞往来刮竹皮；大浮满指沉无力，缓比迟脉快些儿。洪如洪水涌波起，实按偪力自殊；弦若张弓弦劲直，紧似牵绳转索初。长脉过指出位外，芤两头有中空疏；微似蛛丝容易断，细线往来更可观。濡全无力不耐按，弱则欲绝有无间；虚虽豁大不能固，革如按骨最牢坚。动如转豆无来往，散漫乍时注指端；伏潜骨里形方见，绝则全无推亦闲。短于本位犹不及，促急来数喜渐宽；结脉缓时来一止，代脉中止不自还。

《医学入门·诸脉主病》：浮风芤血滑多痰，实热弦劳紧痛间。洪热微寒脐下积，沉因气痛缓肤顽。涩则伤精阴败血，又闻迟冷伏格关。濡多自汗偏宜老，弱脉精虚骨体酸。长则气理短则病，细气少兮代气衰。促为热极结为积，虚惊动脱血频来。数则心烦大病进，革去精血亦奇哉。

《景岳全书·脉神章·正脉十六部》：浮脉，举之有余，按之不足。浮脉为阳，凡洪、大、芤、革之属皆其类也。为中气虚，为阴不足，为风，为暑，为胀满，为不食，为表热，为喘急。

沉脉，轻手不见，重取乃得。沉脉为阴，凡细、小、隐伏、反关之属皆其类也。为阳郁之候，为寒，为水，为气，为郁，为停饮，为癥瘕，为胀实，为厥逆，为洞泄。

迟脉，不及四至者皆是也。迟为阴脉，凡代、缓、涩、结之属，皆其相类，乃阴盛阳亏之候，为寒，为虚。

数脉，五至六至以上。凡急疾、紧促之属，皆其类也。为寒热，为虚劳，为外邪，为痲痲。……暴数者多外邪，久数者必虚损。

洪脉，大而实也，举按皆有余。洪脉为阳，凡浮、芤、实、大之属，皆其类也。为

血气燔灼，大热之候。

微脉，纤细无神，柔软之极，是为阴脉。凡细、小、虚、濡之属，皆其类也。乃血气俱虚之候。为畏寒，为恐惧，为怯弱，为少气，为中寒，为胀满，为呕哕，为泄泻，为衄崩，为虚汗，为食不化，为腰腹疼痛，为伤精失血，为眩晕厥逆。此虽气血俱虚，尤为元阳亏损，最是阴寒之候。

滑脉，往来流利，如盘走珠。凡洪、大、芤、实之属，皆其类也。乃气实血壅之候。为痰逆，为食滞，为呕吐，为满闷。……妇人脉滑数而经断者，为有孕。若平人脉滑而和缓，此自营卫充实之佳兆。

涩脉，往来艰涩，动不流利，如雨沾沙，如刀刮竹，言其象也。涩为阴脉，凡虚、细、微、迟之属皆其类。为血气俱虚之候。为少气，为忧烦，为痹痛，为拘挛，为麻木，为无汗，为脾寒少食，为胃寒多呕，为二便违和，为四肢厥冷。男子为伤精，女子为失血，为不孕，为经脉不调。

弦脉，按之不移，硬如弓弦。凡滑、大、坚搏之属，皆其类也。为阳中伏阴，为血气不和，为气逆，为邪胜，为肝强，为脾弱，为寒热，为痰饮，为宿食，为积聚，为胀满，为虚劳，为疼痛，为拘急，为疟痢，为疝痹，为胸胁痛，为疮疽。

芤脉，浮大中空，按如葱管。芤为阳脉，凡浮豁、弦、洪之属，皆相类也。为孤阳亡阴之候。为失血脱血，为气无所归，为阳无所附，为阴虚发热，为头晕目眩，为惊悸怔忡，为喘息盗汗。芤虽阳脉而阳实无根，总属大虚之候。

紧脉，急疾有力，坚搏抗指，有转索之状。凡弦、数之属，皆相类也。紧脉阴多阳少，乃阴邪激搏之候。主为痛，为寒。

缓脉，和缓不紧也。缓脉有阴有阳，其义有三：凡从容和缓，浮沉得中者，此平人之正脉；若缓而滑大者多实热，如《内经》所言者是也；缓而迟细者多虚寒，即诸家所言者是也。

结脉，脉来忽止，止而复起，总谓之结。旧以数来一止为促，促者为热，为阳极；缓来一止为结，结者为寒，为阴极。通谓其为气，为血，为食，为痰，为积聚，为癥瘕，为七情郁结。浮结为寒邪在经，沉结为积聚在内，此固结促之旧说矣。然以予之验，则促类数也，未必热；结类缓也，未必寒。但见中止者总是结脉，多由血气渐衰，精力不继，所以断而复续，续而复断，常见久病者多有之，虚劳者多有之，或误用攻击消伐者亦有之。但缓而结者为阳虚，数而结者为阴虚，缓者犹可，数者更剧。此可以结之微甚，察元气之消长，最显最切者也。

伏脉，如有如无，附骨乃见，此阴阳潜伏，阻隔闭塞之候。或火闭而伏，或寒闭而伏，或气闭而伏。为痛极，为霍乱，为疝瘕，为闭结，为气逆，为食滞，为忿怒，为厥逆水气。

虚脉，正气虚也，无力也，无神也。有阴有阳。浮而无力为血虚，沉而无力为气虚，数而无力为阴虚，迟而无力为阳虚。虽然微、濡、迟、涩之属，皆为虚类，然而无论诸脉，但见指下无神者，总是虚脉。

实脉，邪气实也，举按皆强，鼓动有力。实脉有阴有阳，凡弦、洪、紧、滑之属，皆相类也。为三焦壅滞之候。表邪实者，浮大有力，以风寒暑湿外感于经，为伤寒瘧疾，为发热头痛，鼻塞，头肿，为筋骨肢体酸痛，痲毒等症。里邪实者，沉实有力，因饮食七

情内伤于脏。为胀满，为闭结，为癥瘕，为瘀血，为痰饮，为腹痛，为喘呕咳逆等症。火邪实者，洪滑有力，为诸实热等证。寒邪实者，沉弦有力，为诸痛滞等证。凡在气在血，脉有兼见者，当以类求。

《医宗金鉴·四诊心法要诀》：一呼一吸，合为一息，脉来四至，平和之则。五至无病，闰以太息。三至为迟，迟则为冷。六至为数，数则热证。转迟转冷，转数转热。迟数既明，浮沉须别。浮沉迟数，辨内外因。外因于天，内因于人。天有阴阳，风雨晦明。人喜忧怒，思悲恐惊。浮沉已辨，滑涩当明。涩为血滞，滑为气壅。浮脉皮脉，沉脉筋骨，肌肉候中，部位统属。浮无力濡，沉无力弱，沉极力牢，浮极力革。三部有力，其名曰实。三部无力，其名曰虚。三部无力，按之且小，似有似无，微脉可考。三部无力，按之且大，涣漫不收，散脉可察。惟中无力，其名曰芤。推筋着骨，伏脉可求。三至为迟，六至为数。四至为缓，七至疾脉。缓止曰结，数止曰促。凡此之诊，皆统至数。动而中止，不能自还，至数不乖，代则难痊。形状如珠，滑溜不定。往来涩滞，涩脉可证。弦细端直，且劲曰弦。紧比弦粗，劲左右弹。来盛去衰，洪脉名显。大则宽阔，小则细减。如豆乱动，不移约约。长则迢迢，短则缩缩。浮阳主表，风淫六气，有力表实，无力表虚。浮迟表冷，浮缓风湿，浮濡伤暑，浮散虚极，浮洪阳盛，浮大阳实，浮细气少，浮涩血虚，浮数风热，浮紧风寒，浮弦风饮，浮滑风痰。沉阴主里，七情气食。沉大里实，沉小里虚，沉迟里冷，沉缓里湿，沉紧冷痛，沉数热极，沉涩痹气，沉滑痰食，沉伏闭郁，沉弦饮疾。濡阳虚病，弱阴虚疾，微主诸虚，散为虚剧。革伤精血，半产带崩。牢疝癥瘕，心腹寒疼。虚主诸虚，实主诸实，芤主失血，随见可知。迟寒主脏，阴冷相干，有力寒痛，无力虚寒。数热主腑，数细阴伤，有力寒热，无力虚疮。缓湿脾胃，坚大湿壅。促为阳郁，结则阴凝。代则气乏，跌打闷绝，夺气痛疮，女胎三月。滑司痰病，关主食风，寸候吐逆，尺便血脓。涩虚湿痹，尺精血伤，寸汗津竭，关膈液亡。弦关主饮，木侮土经，寸弦头痛，尺弦腹疼。紧主寒痛，洪是火伤。动主痛热，崩汗惊狂。长则气治，短则气病，细则气衰，大则病进。脉之主病，有宜不宜，阴阳顺逆，吉凶可推。

《脉义简摩·主病类》：浮，轻手乃得，重手不见，为阳为表。浮而中空为芤，主失血。浮而搏指为革，主阴阳不交。浮而不聚为散，主气散。沉，轻手不见，重手乃得，按至肌肉以下，为阴为里。沉而几无为伏，主邪闭。沉而有力为牢，主内实。迟，一息三至或二至，为在脏，为寒。迟而时止为结，主气郁、血壅、痰滞。亦主气血渐衰。迟而更代为代，主气绝，亦主经隧有阻，妊妇见之不妨。数，一息五六至，为在腑，为热。数而牵转为紧，主寒邪内痛，亦主表邪。数而时止为促，主邪气内陷。数见关中为动，主阴阳相搏，主气与惊，男子伤阳，女子血崩。虚，不实也，应指无力，浮中沉三候俱有之，前人谓豁然空大见子浮脉者非，主虚。虚而沉小为弱，主血虚。虚而浮小为濡，主气虚，亦主外湿。虚而模糊为微，主阴阳气绝。虚而势滞为涩，主血虚，亦主死血。虚而形小为细，主气冷。虚而形缩为短，主气损，亦主气郁。实，不虚也，应指有力，浮中沉俱有之，主实。实而流利为滑，主血治，亦主痰饮。实而迢长为长，主气治，亦主阳盛阴衰。实而涌沸为洪，主热极，亦主内虚。实而端直为弦，主肝邪，亦主寒、主痛。大，即洪脉而兼脉形之阔大也，邪气盛则胃气衰，故脉大而不缓。缓，脉来四至，从容不迫，主正复。和缓之缓主正复；息缓之缓主中湿。数者，脉息辐辏，六至以上，主阳盛燔灼，侵剥真阴之病，为寒热，为虚劳，为外邪，为痼疽。

【研究进展】

一、脉象浮与沉的研究^{〔1-5〕}

脉象的浮与沉，多数医者认为主要是反映脉位的浅与深，取决于医师切诊时三指施加压力的大小，浮脉压力小，沉脉压力大。因此，近年来用脉象仪客观描记脉图研究，也多基于这一认识。但是，各家所用仪器及压力单位的不同，标准不一致。傅聪远等^{〔6〕}认为取脉压力单位采用压强单位“kPa”较好，这样在不同类型的传感器间可通用，较为方便，拟以5~10kPa为浮取，20~25kPa为沉取。

随着脉象研究的进一步深入，发现浮、沉不能简单的用取法压力来表示，取法压力的绝对值意义不大，而加压后主波幅的变化趋势可以判断脉象之浮沉（称趋势图）^{〔1〕}，取法压力-主波幅关系曲线图呈渐降型的为浮取，取法压力-主波幅关系曲线图呈渐升型为沉取。从浮、沉的机理而言，近年的研究也打破了单纯从血管解剖位置浅深来探讨浮、沉的方法，而是从生理、病理及生物力学的角度进行了一些研究。徐建国、费兆馥等^{〔7~8〕}从正常人四季脉象及外感发热病人脉象观察中发现，脉象的浮沉除与血管的解剖位置、皮下组织及粘弹性等因素有关外，还与血管的舒张状态有关。龚安特等^{〔9〕}认为脉象的几何位置是不易改变的，医生指下所感知的浮沉变化主要是由于血压、脉管半径、脉管刚度、脉管外周软组织刚度4个因素相互作用的结果，而这些因素随人体生理、病理及环境影响而变化。张大祥等^{〔10〕}认为中医诊脉时的浮、沉变化是基于：①动脉应力与应变的非线性关系；②区分管壁张力与管内压力波的振幅大小。梁壁光等^{〔10〕}研究了取法压力-主波幅曲线与局部跨壁压力的关系，浮取时呈渐降型趋势图时跨壁压力小，而沉取时跨壁压力大，所以趋势图呈渐升型；并发现血管平滑肌主动张力的变化对取法压力-主波幅曲线和脉象的沉浮有一定影响。牛欣等^{〔11〕}认为取法压力-主波幅曲线趋势图客观的反映了脉的浮、沉变化规律，并从桡动脉的径向扩张与收缩，轴心位移，桡动脉上方组织厚度的变化及压力脉波的基频功率值，阻抗血流的功率谱和心血管参数的变化等探讨了脉位浮变与沉变的机理。张崇等^{〔12〕}对1000余例脉图血流动力学资料分析结果，浮脉与沉脉的大循环容量及心脏功能相同，但沉脉组的压力梯度容量及动脉壁张力大于浮脉。

（一）浮脉的研究

浮脉的脉图特征：①轻按（压加）时波幅较高，中取、沉取压力下主波幅逐渐降低、取法压力-主波幅曲线峰值左移呈渐降型；②单纯性浮脉的脉图特点为各波清晰，但波群形态发生明显变化，常呈双峰型，上升支陡直，上升时间较平脉缩短，降中峡高/主波高低于30%，费兆馥等^{〔7〕}从外感发热病患者的脉图观察到浮脉脉图有降中峡加深，其中约40%左右患者的脉图降中峡极低，甚至低于基线，重搏波升高，符合典型的扩张波型，但是约有60%左右患者仅有降中峡降低的特征，而降中波无明显增大，甚至平坦，与上述扩张波不完全相同，而两者都有浮的指感，但后者浮而兼有弦紧的指感，往往恶寒发热并见。日本学者山本岩等的观察结果与此相同；③浮脉常因兼脉的不同，脉图形态发生一定变异，常随兼脉而改变。

浮脉的形成机理：研究结果显示浮脉的产生多因外周血管扩张，血管弹性降低，血流量增加，血管对血流产生的侧压力及阻抗减少，血流速度加快，因此应指浅表。这是由于各种病理因素，如外感发热、风水、皮水，或药物因素，如使用异丙肾上腺素、妥

拉苏林、毛冬青等均可出现上述血流动力学变化，而形成浮脉。黄士林等^[5]通过对 30 余例发热患者观察，发现外感发热患者浮脉的出现是鉴别病毒性感染和细菌性感染发热的一项重要体征。

（二）沉脉的研究

沉脉的脉图特征：①取法压力增大，取法压力—主波幅曲线图峰值右移，趋势图呈渐升型；②无病时的沉脉脉图形态正常，主、潮、重三波明显，主波幅较正常略低；时令沉脉图多表现为沉而平弦的图形；病理性沉脉都合并有兼脉，图形特征随兼脉而改变。

沉脉的形成机理：诸家研究表明，除脉管位置较深外，尚有如下原因：①心搏血量少时血压下降，血管内压力减小，血管充盈不足，血流缓慢，如心脏及其它脏腑功能虚衰，低血压等常出现沉脉；②周围血管收缩，外周阻力增加，脉道变小，管内压力增高；③天气寒冷，体表浅动脉收缩，肌肤绷紧；④体肥或高度浮肿，表皮及脉管间的组织增厚而使脉管位置相对变深。脉象出现沉位时可因心脏功能不同，心搏出量的多少，外周血管所处状态及外周阻力的大小而出现不同的兼脉，如沉弦、沉细、沉缓、沉而有力、沉而无力等。

（三）芤脉的研究

芤脉属于指感较浮的脉象，《脉经》：“浮大而软，按之中央空，两边实”。近年来采用人体无创实验、动物的放血实验等，对芤脉的形成机理及脉图特点进行了研究。肖一之等^[13]观察了 14 名健康飞行员，在下肢负压（LBNP）作用下出现实验性芤脉的血流动力学变化。结果显示：心输出量（SV、CO、CI）明显减少，收缩压明显下降，舒张压及平均动脉压变化不大，心率加快，总外周阻力增高，以上变化与大失血、失水所致的血流动力学变化近似，同时出现芤脉的指感和脉图。肖氏认为芤脉的形成机理是大量出血或失水引起循环血量减少，心排出量减小，从而收缩压下降，心率加快和外周阻力增加是其代偿性反应。傅聪远等^[14]采用 Valsalva 试验，观察到使受试者出现实验性芤脉时的心血管功能状态除上述改变外，尚有舒张压升高、收缩压降低、脉压变小、动脉顺应性增大、脉速缓慢、射血前期时间延长、左室射血时间缩短、PEP/LVET 比值增大，傅氏认为以上变化可看作是芤脉形成的病理、生理基础，其中心搏指数和心指数降低是主要的。黄士林等^[5]认为芤脉为大失血时出现的一过性脉象，临床常出现，但不易见到，动物实验及临床实验证明，只有当失血者年龄较大，血管弹性降低，失血达一定量时（临床中一般出血在 400~600 毫升之间），造成循环容量不足，而机体的失血性调节反应尚未能使血管强烈收缩时，才能出现芤脉。黄作福等^[15]对芤脉形成与每搏输出量及外周阻力的关系进行了研究，结果显示：①随每搏输出量的逐渐减少，脉图主波幅及降中峡逐渐降低，潮波消失，降中波幅逐渐明显，并发现降低外周阻力后再减少每搏输出量易导致芤脉的出现；②脉图参数降中峡高与每搏心输出量的减少呈负相关，降中峡高与每搏心指数、脉压呈正相关，相关系数有显著意义；③芤脉血流动力学变化与前面学者的实验结果一致。

芤脉的脉图特征，肖氏研究结果表明，芤脉脉图为降中峡高度明显降低，重搏波明显增高，重搏前波消失，脉图升支上升时间缩短。傅聪远等 Valsalva 性芤脉脉图除肖氏所述变化外，尚有主波高度变小。并发现老年人以非典型性芤脉为主，降中峡位置略高，可能与老年人动脉硬化有关。

二、脉象迟与数的研究

张崇等^[12]认为脉象的迟与数取决于控制心动周期的神经体液机制,心率的变化受多种因素的影响,又是心脉与代偿机能的一个综合表现。杨天权等^[18]将其归入心律失常脉象。

(一) 数脉的研究

数脉是指脉律基本整齐,而脉率增快的单一因素为主的脉象。现代一般将90次/分以上(或90~120次/分)定为数脉,亦有定为100次/分以上者。黄士林等^[5]认为数脉本身无特异性的诊断意义,常是多系统、多种疾病所引起的一种重要体征,在无病时,数脉是一种生理反应,如体力活动、情绪激动、饮酒等均可出现数脉,使用某种药物,如阿托品、肾上腺素等也可引起心率加快,脉率变数。病理情况下,如失血、心功能不全,急性心肌梗死、发热、严重感染、甲状腺机能亢进等都可出现数脉,脉率的进行性增快,常是某种疾病加重的表现。

潘文昭等^[17]认为数脉除热证外,主要提示疾病在发展,如急性阑尾炎、肝炎、胃肠炎、气管炎等的急性期,脉象多弦滑数,病情好转后脉象缓和,脉象动数不静是病情未稳定的表现,如各种出血,尤其是内出血,可作为是否继续出血的一项体征。叶日乔等^[19]对100例各型阑尾炎脉率观察后认为,对阑尾炎病人连续观察脉率变化,可了解病情的发展情况,对治疗方案的选择有一定的参考价值,急性化脓性和坏疽性阑尾炎,数脉出现率分别为90%和100%,而20例单纯性阑尾炎中,数脉出现率仅28%,说明脉率变化可以反应阑尾炎的轻重程度。

数脉因其疾病的不同,机理不一。陈素云等^[20]对58例血液病患者数脉心功能的观察,结果显示:数脉组以每搏心输出量减少、左室射血时间缩短为损伤特点,与非数脉组和正常组比较差别有非常显著意义($P < 0.01$),这种虚证的数脉有数而无力特点。朱传香等^[21]观察结果:数脉脉动周期 0.64 ± 0.04 秒,降中峡高度比主波高度、降中波高度比主波高度、脉图总面积等均降低,提示数脉除脉率增快外,脉图参数向滑的方面改变。黄士林等^[5]认为数脉频率为100~139次/分之间,脉动周期时间在0.6~0.43秒之间,单一数脉图形和正常脉图相同,数脉常与其它脉相兼出现,如浮数、滑数、弦数、细数等,其脉图形态随兼脉而变化。

(二) 迟脉的研究

迟脉是指脉率较慢,频率低于正常的单一因素脉象,单纯性迟脉脉律基本规整,脉率41~59次/分(有的定为40~56次/分)。朱传湘等^[21]对迟脉脉图参数的观察结果:脉动周期时间 1.16 ± 0.05 秒,脉图总而积,潮波高比主波高、降中波高比主波高、降中峡高比主波高,较平脉略增大,提示迟脉除脉率减慢外,脉形比较丰满,脉图参数略向弦方而改变。

迟脉有生理性迟脉和病理性迟脉之分,李国彰等^[24]对病理性迟脉和生理性迟脉脉图及心功能状态研究表明,虽然迟脉为频率依从性的单因素脉象,但生理性迟脉和病理性迟脉之间,甚至同为冠心病迟脉,因其兼脉不同,脉图参数及心血管参数有明显差异。黄士林等^[5]认为迟脉因其产生的原因不同,机理各异,健康人中长期坚持体育锻炼的运动员,或经常从事体力劳动的人,迟脉为强烈的体力活动者保持了气血的供给(每搏输出量增加)。病理性迟脉中有神经性迟脉,如颅内压升高,梗阻性黄疸、神经官能症、呕吐、压迫颈动脉窦及眼球或尿路结石绞痛时均可出现迟脉,是因为迷走神经过度紧张,或反

射性迷走神经兴奋；药物性迟脉常见于使用利血平、心得安、洋地黄、奎尼丁后，应根据病情进行药物或剂量的调整；心脏病性迟脉，常见于心肌病或心脏病引起的心肌病变，如冠心病、心肌炎、心肌病、心肌肿瘤、风湿性心肌炎、急性心肌梗死等，这些疾病出现迟脉有重要的临床意义，尤其是急性心肌梗死出现迟脉时，可能出现严重的心律紊乱，或为心脏停搏的先兆，应特别重视，并要迅速采取对症处治的措施，病毒性心肌炎或风湿性心肌炎出现迟脉，预示心脏骤停的可能，病态窦房结综合征脉率小于50次/分的迟脉，提示窦房结功能明显衰减。

临床中最常见引起迟脉的直接病因，窦性心动过缓，完全性房室传导阻滞，病态窦房结综合征，二度二型房室传导阻滞或2:1窦房传导阻滞。张镜人等^[26]观察到35例迟脉中，窦性心动过缓27例、窦性心律不齐3例、房室传导阻滞3例、结性逸搏2例。姜建国等^[22]根据《伤寒论》中有关迟脉的论述，联系临床和血流动力学探讨迟脉脉理，认为一是阳虚寒凝，血失鼓动，或血虚失养，运血无能；二为邪热壅结，阻滞经脉，或痰瘀阻络，血行不畅，血管阻力增加等。临床常见窦性心动过缓、颈动脉窦过敏、颅内压增高、粘液性水肿、梗阻性黄疸、流行性感音、心肌炎、冠心病下壁心肌梗死、甲状腺机能减退、营养不良及电解质紊乱（高血钾）等。李冰星等^[23]通过历代文献整理、名老医师临床诊脉经验调查，调查中发现名老中医100%以一息三至作为迟脉的定脉标准，结合迟脉的脉图分析，提出迟脉规范化初步意见即迟脉为以脉率单因素异常为主的脉象，脉率40~56次/分，脉动周期为 1.16 ± 0.04 秒，脉律基本整齐，脉图特征常随兼脉而改变。

三、促、结、代脉象的研究

促、结、代脉是脉律异常，或脉率和脉律均异常的脉象。周跃辉^[25]观察了迟、涩、结、代四脉和心电图的关系，认为此四脉的病理基础都是正气虚损，心气不足，故用养心益气，敛阴复脉法可以促进心肌代谢，提高窦房结兴奋性，达到治疗效果。张镜人等^[26]测绘了促、结、代、脉图与心电图对照，50例结脉图患者中窦性心律不齐3例，房性早搏10例，室性早搏20例，心房纤颤15例，房室传导阻滞1例，结性逸搏1例；30例代脉中窦性心动过缓3例，房性早搏17例，室性早搏10例；5例促脉均为心房纤颤。薛芳^[27]认为结、代、促脉可以反映一些比较常见的心律失常，促脉在心电图上表现为窦性心动过速，心房率、心室率超过100次/分，偶见期前收缩，临床常见感染性中毒性心肌炎；结脉在心电图上的表现为窦性心律，心房率、心室率60~70次/分，且偶有过早搏动或心房纤颤；代脉在心电图上的表现有3种，即窦性停搏，Ⅱ度窦房阻滞，过早搏动形成二联律、三联律、四联律等。不论何种脉律失常脉象，按之有力的大多是机能性的，为实证；按之无力的大多属器质性，为虚证。

（一）结脉的研究

结脉是脉律失常中常见的一种脉象，由于心脏跳动的异常而致脉搏产生不规则歇止，即在一次完整的脉搏之后，脉搏停搏或发生一次小的搏动，而后出现一个不完全或完全的代偿间歇期，脉率可迟、可缓。李冰星等^[28]的调查结果，75%临床医师认为结、代脉脉势应指略艰涩。

黄士林等^[5]将心跳次数多于脉搏次数者称为“结阴脉”，其脉图特征为：在一个常态脉波波群后有1~2个提前出现的插入性小波，一般波幅较小，波群的形态也多有改变，波群之后常有一段时限延长期，呈完全性或不完全性代偿，也可无代偿期；脉搏至数与

心搏次数相同者则为“结阳脉”，其脉图特征：系在一个常态脉波群之后，有一段明显延长的时限，但无插入性小波，间歇后的脉波波群相同于前一个脉波波群，主波幅稍增高，脉图基线常明显降低，下一个波起点下移。

结脉的产生机理：来自于心律失常中的各种过早搏动，或传导阻滞等，当心脏出现期前收缩时，不论房性、交界性或室性期前收缩，均可引起暂时性血液动力学障碍，其障碍的程度，与心动提高的程度有关。早搏越早，心室舒张充盈时间越短，心室充盈不足，心血容量减少，心排出血量亦少，而导致血管内血容量不足，脉搏小而弱，甚至难以触知，脉图上在脉波指数曲线段出现插入性小波；另一型则多因二度 I 型房室传导阻滞、窦房传导阻滞、窦性静止及并行心律等而出现心室暂时性停搏时，无血液排出，无脉搏搏动，脉搏图象上指数曲线段明显延长并下移，无插入性小波，间歇后的脉波波群形态如前，起点下移。

结脉在临床上可见于多种疾病，常见于各种器质性心脏病，如冠心病、风心、甲亢性心脏病、肺心病等。由于广泛性缺血、缺氧对心肌的损害，造成异位节律点兴奋性增高，和快、慢纤维的传导功能障碍，而引起期前收缩，或是心肌发生退化性病理改变，而发生房室传导阻滞，导致结、代脉的产生；六淫邪气内伤心质，如病毒性心肌炎、感染性心肌病，都可出现结、代脉，如果是在急性期危害性较大，若炎症已完全恢复而留下的纤维瘢痕性病变，可以发生期前收缩而出现的结、代脉，对机体影响不大。其次强烈的情绪变化、思虑太过也可致心气和心阴损伤，长期失眠、过度疲劳、过量烟酒可致植物神经功能失调，交感神经或迷走神经兴奋，使心肌加快，慢纤维的兴奋性失去均衡致使传导发生变化而引起期前收缩，导致结代脉的发生；饮食不节，损伤脾胃，吐、泻过度而致津液亏损，电解质紊乱，钾离子浓度降低，或钠离子浓度升高，导致快纤维的自搏性增强，易发生多发性期前收缩，出现结、代脉。

偶发性的结脉（每分钟 7 次以下），若无心脏病史，又无自觉症状及体征，患者比较年青，多为功能性结脉，可作如下检查：①让受诊者做 15~20 次起蹲运动后，如脉率增快，结脉次数减少或消失，或脉率逐渐减慢而结脉虽仍有发生，但次数较运动前少者，往往是功能性结脉（但本试验不适于冠心病患者）。②心电图检查证明为室性期前收缩者，多为功能性结脉，若为房性或其它性质的早搏，则以器质性病变较多。

（二）促脉的研究^[5,23,27]

促脉为脉率快（数或疾）而节律异常（有歇止）的脉象。黄士林等^[5]认为促脉的脉率在 90~160 次/分之间，同时出现间歇，脉图特征有两种情况：①在几个规则脉波形态后，有一个不规则波，此波指数曲线段延长，基线下移，使下一个波的起点下移，有明显歇止；②在几个规则脉波形态后，有不完全代偿间歇期的脉波，脉图指数曲线可见一异常的插入性小波。临床中常见于感染性或中毒性心肌炎、心肌病、窦性心动过速伴偶发的期前收缩、非阵发性的结性心动过速伴部分传导阻滞，或心房扑动持续 2:1 房室传导阻滞伴部分 4:1 传导阻滞时。李冰星^[23]认为历代文献对促脉的描述有二种：一为急促而无歇止，一为数而时一止复来。后者为现代临床医师诊察促脉的唯一标准，100 名老中医诊脉经验调查中，100% 的人以“数而时一止复来”作为促脉的诊脉标准，根据文献、调查及脉图检测结果提出诊断促脉的标准如下：①脉率 90 次/分以上，有明显歇止；②除歇止以外的脉波应指均匀，无乍大乍小，乍数乍疏指感；③脉图可见几个规则性脉波后有

一插入性小波，或几个规则脉波后有一不规则的脉波，促脉的血流动力学改变与结脉相同。

（三）代脉的研究

代脉是脉律异常的脉象。黄士林等^[5]归纳古、今文献对代脉的描述，认为有3种概念：①脉来忽见软弱，乍数乍疏，乍大乍小，完全没有规律，表明强弱与至数的不均匀；②脉来动而中止，不能自还，良久复动，表现为较长的间歇时间；③脉来动中有止，止有常数。李冰星^[28]认为代脉止有常数是李中梓为了将代脉与促脉和结脉区别而提出的，在临床中没有实际意义，同时与代脉的主病不符。后世医家把止有常数作为诊断代脉的唯一标准，值得商榷。李氏认为除以上所述外，尚有脉来应指无力，脉图可见各脉波波形大小不一，脉动周期时间、主波高度、脉图面积等完全不一致。赵恩俭^[29]认为代脉的诊断标准除上述3条外，还可把结、促脉以外的歇止脉都看作代脉。

代脉的血流动力学变化与结脉相同，有时在程度上比结脉更重，现代临床医师诊脉时常将歇止脉统称为“结代”脉。

结、代脉在临床上是一种常见的心律失常脉象，多数为心脏一种病理现象表现于外的体征之一。也可以见于心脏以外的疾患，病情危重时所出现的“怪脉”也属于心律失常脉象，心律失常亦可见于正常人，所以说心律失常脉象，情况是复杂的，必须四诊合参，结合心电图，全面分析。

四、脉象弦与软的研究

张大祥等^[4]认为脉象的弦与软所描述的是动脉的周向与轴向张力的大小。张崇等^[12]认为脉的弦与软是动脉壁的体积弹性模量和动脉内的容量与压力所决定的。细弦脉常可见心脏泵力心肌耗氧量及血管紧张度增加等交感神经功能亢进的表现，弦而有力脉则常有主动脉弹性系数及冠脉必需阻抗减小等动脉硬化的表现。可见脉象的弦、软与血管刚度和紧张度关系密切。

（一）弦脉的研究

弦脉是临床上较常见的一种脉象，近年来对弦脉的研究报道较多，对正常人“平弦”脉，很多种疾病中出现的弦脉及弦脉脉图特征，形成机理等进行了研究。

对弦脉形成的机理，主要从心血管、神经体液等方面做了一些工作。殷文治^[30]等借助于现代医学的心功能指标和无创检测心功能方法，分析弦脉形成的主要因素。结果表明，出现弦脉时的外周阻力增高，血管顺应性降低，心输出量减少。

费兆馥^{[36][40]}以 Kubicek 阻抗法测算每搏心输出量，以桡动脉脉图的面积、波幅和血压的换算系数等弹性腔理论代入非线性方程，求得外周阻力 R 、动脉顺应性 C （包括 C_0 、 $C_s C_D$ 、 \bar{C} ）以及对应的动脉弹性模量 E （包括 E_0 、 E_s 、 E_D 、 \bar{E} ）、脉图斜率 $1/R\bar{C}$ 和时相平均压 \bar{P}_t ，参考吉村正藏的心力系数近似法，求出心力系数 FI ，并从心电图、心音图测得左心收缩功能 $PEP/LVET$ 。经分析 112 例平、弦、滑、涩、代脉的心血管功能，得知：由平脉演变为弦脉，以及弦脉由功能性进入器质性变化时，弦脉的心输出量低于平脉，心力系数减少，左心收缩时间间期部分延长，表明心脏功能减弱，外周阻力增高，血管顺应性小，提示血管弹性变差，张力增加，与平、滑脉时的心血管功能有显著差异。在以上基础上进一步分析指感刚柔不同的弦脉脉图的心血管功能（弦 I、II 和弦 III、IV）。观察资料表明，弦脉由功能性（弦 I）变到器质性（弦 IV）时，主要是血管顺应性显著减

小，而滑脉变为弦脉时，主要是外周阻力增大。不论是功能性弦脉还是器质性弦脉兼滑时，其循环功能都比单纯的弦脉好，尤其是外周阻力减小更为显著。

陈德奎^[31]从血液动力学的角度，在非线弹性腔理论建立的数学模型基础上，通过脉图测出动脉顺应性、弹性模量等参数，并以眼底及甲皱微循环为对照检查，发现动脉零压顺应性 $C_0 < 1.5$ 时，已有不同程度的动脉硬化，从而将弦脉中 $C_0 < 1.5$ 者归属为硬化性弦脉， $C_0 > 1.5$ 者为功能性弦脉。同时证明动脉硬化阶段，心输血量比正常低得多，外周阻力的提高，均由毛细血管前细动脉的痉挛所引起。

赵冠英等^[32]对 643 例正常成年人脉搏图与同侧上肢电阻抗图进行同步观察，结果提示，弦脉时的肢体血流量和每 100 毫升组织血流量均少于平、滑脉、弦Ⅲ、弦Ⅳ型的肢体血流量而每 100 毫升组织血流量更少。海军军医学校^[37]等单位以脉图法测算高血压病弦脉图，每搏心输出量、心指数比平脉明显增加，与其他单位测量结果不同。

关于弦脉的心输出量问题，傅聪远^[33]认为，虽然实验测试结果出现弦脉的心输出量有增大和减少两种情况，但这两种情况并不互相矛盾。因为外周阻力与心输出量分别在控制主动脉根部血液的流出量和流入量中起主要作用，即共同决定着管腔内的血流增量，从而产生一定的张力变化。在一定的外周阻力下，心输出量的增加对弦脉形成可起促进作用，但它却不是形成弦脉的必要条件。相反，当外周阻力加大到一定程度以后，在心输出量减少的情况下，仍可产生具有弦脉特征的脉搏张力变化，而且这恰好是在某些心血管病人中常见的现象。因为外周阻力增加，使动脉血压升高，往往最后导致心输出量减少，这也许是生理性弦脉与病理性弦脉形成的不同之处。生理性弦脉的脉管富有张力，主要由于心输出量比较充盈，而动脉外周阻力仍正常，是机能旺盛的表现；病理性弦脉的高脉搏张力，主要由于外周阻力异常增加，而心输出量不大，甚至减少，是疾病或不健康的表现。

此外，宛新铮等^[34]用生物力学知识，按桡动脉解剖及该处脉搏运动特点，运用流体瞬变线化理论，确定影响弦滑类脉象的主动脉瓣开启的持续时间、臂动脉入口处与终端的反射系数、臂动脉中脉搏波的传播速度等 5 个因素，结合心血管系统特点，通过电子计算机数值模拟改变其中某些参量，如主动脉下段血流量、主动脉开启时间、臂动脉压力波的速度等能复制典型的弦脉波形。柳兆荣^[35]在线性化条件下，计算血液粘度，求得描述桡动脉处压力脉搏图的分析表达式，在此基础上讨论脉搏波图，随某些生理参数（血管弹性、血液粘度、外周阻力、心功能等）变化规律，弦脉脉搏图主波后缘阶梯波宽而高，通常阶梯的高度接近甚至高于主波，切脉时医生指而有“端直而长”感觉，主波后缘有高而宽的阶梯，将意味着对应的无量纲参量 η_1 与 η_2 较大，对应的血液阻力较大，使血管壁的弹性较差，切脉时指感是患者血管很硬，因而指面上有“如张弓弦”感觉。

综上所述研究结果说明：弦脉的形成是外周阻力、心脏射血机能和动脉弹性等因素综合作用的结果，其中外周阻力升高与动脉弹性模量增大常常起着主导作用。

此外，神经体液对心血管系统的调节功能亦及时反映在脉象上，当交感神经兴奋时，脉象变弦。费兆馥^[36]在观察阴虚火旺患者时，发现体内儿茶酚胺升高与弦脉的出现率平行。陈可冀^[41]曾对正常人用 0.4mg% 去甲肾上腺素葡萄糖液以 20 滴/分的速度作静脉滴注，1 分钟内舒张压升高至 90mmHg，同时可出现 I ~ II 期弦脉图，而肌肉注射肾上腺素 0.5mg 及口含生姜片时，只能产生缓而有力的脉象。可见心脏收缩力增强或心输出量增

加并未能引出弦脉,只有在周围血管阻力增加时,弦脉方能产生。熊鉴然^[37]和陈德奎^[31]同样在动物实验中采用缩血管药物去甲肾上腺素引出平脉向弦 I ~ 弦 IV 的演变过程,与临床实验观察结果相吻合。以上提示交感神经兴奋,或缩血管类血管活性物质含量增加等都是形成弦脉的重要因素。如遇疼痛、寒冷、激怒、紧张等刺激,使交感神经兴奋,缩血管神经介质或内分泌激素分泌增加,或肝脏疾病使肝脏的灭活功能衰减等,都可导致脉象变弦。

张家庆^[38]测得弦脉的脉波传导速度平均为 7.6 米/秒,比同年龄平脉组 6.30 米/秒大为增加,熊鉴然^[37]、殷文治^[39]等亦测得狗的实验性弦脉组,脉波传导速度加快,认为主要与血管壁紧张度增高有关。

从上述研究可以阐明弦脉脉图特征的生理含义:①弦脉主波高度和陡度增大,反映心脏射血量和主动脉压力升高的速度;②重搏前波抬高是由于血管弹性增大,引起压力波传导速度加快,使外周反折波来回叠加的次数增加;③随外周阻力增大,主动脉中的血流排空减慢,舒张压升高,所以弦脉时的降中峡亦较高;④重搏波明显衰减亦与血管硬化、零压顺应性小有关。弦脉之所以具有“如按琴弦”之感,主要是血管顺应性减小和外周阻力增加,因此降中峡高/主波高增大 $>50\%$,潮波高/主波高 $>75\%$,主峰角增宽 $>42^\circ$,升支角 $>84^\circ$ 。

对于弦脉主病的研究,费兆馥等^[40]根据文献弦脉主病记载对高血压病、外科急腹症、慢性肝炎、慢性气管炎、恶性肿瘤、子宫肌瘤、慢性肾炎等病人进行脉图检测和分析,统计结果:慢性肝炎组、高血压病组的弦脉构成比显著高于正常人同年龄组($P<0.02$; $P<0.05$),而其他各疾病组与正常同年龄组比较无显著差异。陈可冀^[41]观察高血压病人弦脉出现率为 156/168,不同等级的弦脉图又与高血压程度相应,所以认为弦脉是高血压病诊断的一个重要依据,并可用以判断高血压病情的轻重和治疗效果。徐鸿达^[42]及上海肿瘤医院^[50]均发现弦脉组病人的肝血流图异常者多,而平、滑脉组的肝血流图正常者多。以上提示弦脉与中医的肝脏功能有关。高血压病出现的肝阳上亢、肝火上炎、肝风内动以及慢性肝炎出现的肝气郁结、肝脾(胃)不调、血不养肝等证,均属中医肝病的范畴,故都以弦脉为主。

(二) 濡脉的研究

濡脉是一种脉位偏浮、脉体细、脉势无力而柔软的复合脉。陈冰灿等^[16]用 HMX-C4 型脉象换能器及 MX-5 型脉象仪对濡脉进行了观察,结果显示:濡脉在脉道形态示意图中显示浮取压力波动态在 4、5、6 通道较其它通道明显,切脉压力大时,脉搏波急剧下降,脉道形态呈压平状态,符合濡脉轻手即得,按之无有的特征;从脉位趋势图可见,最佳切脉压力在浮位,当切脉压力继续增加时,脉波波幅急剧下降,呈明显柔软象,脉波形态可见主波幅小,主峰宽度窄,重搏波不明显,脉图总面积较小,符合波动无力指感。魏韧^[1]观察到濡脉趋势图为渐降无力型,血管图细,仅占二格宽,脉小面柔。黄士林等^[5]认为濡脉可见于胃肠型感冒、急性胃肠炎;或于吐泻过度造成体内津液不足,致使脉浮细无力,或咯血日久,或患崩漏均可见濡脉。李冰星等^[48]观察到 539 例虚证中仅见 1 例濡脉为气虚患者,238 例非虚证中,5 例濡脉,主要是湿困脾胃的女性患者。

五、脉象滑与涩的研究

滑与涩是完全不同的两种应指感觉,滑指应指流利,涩指应指艰涩。张崇等^[12]认为脉的滑涩是由心肌收缩动量、动脉弹性模量及终端阻抗所致的血液流变学状况所决定的。

(一) 滑脉的研究

滑脉是指感流利、圆滑的一种脉象，可见于正常人（青年及运动员），脉来和缓滑利，是有胃气的表现，亦可见于妊娠妇女，反映气血充盈和畅；当热邪内盛或痰饮、食滞等病变时，也可出现滑或弦滑、滑实的脉象。傅聪远等^[43]用硅杯传感器测绘桡动脉脉图，同步记录Ⅱ导心电图、心音图、心尖搏动图、颈动脉图、指端容积脉波图及胸阻抗血流图和微分图，测算各项心功能指标，结果显示：正常人生理滑脉和妊娠滑脉的脉图比较接近，滑化程度比较高，具有典型滑脉图的特征。心功能指标比较，四组均有心率加快，动脉脉波传导速度减慢，指端容积脉波图均显现扩张波、容积脉波的切迹系数较小（DI相当于 h_4/h_1 ），而阻抗系数（RI）较大，反映末梢血管扩张。两种生理性滑脉比两种病理性滑脉的DI值小，而RI值却比病理性滑脉大，表明生理性滑脉末梢血管扩张的程度超过病理性滑脉。生理性滑脉的每搏和每分心输出量、心指数及动脉顺应性均比对照组大，而总外周阻力比对照组小。两种病理滑脉则恰好相反。PEPI（射血前期）LVETI（收缩期）、PEP/LVET与QSI等心室收缩时间间期参数，在各滑脉组与其他对照组之间几乎无明显差别。以上说明，末梢血管扩张和动脉弹性模量减小是滑脉形成的基本因素。然而在具体形成各种不同类型的生理或病理性滑脉时，还必须具备各自的特征因素。如生理性滑脉末梢血管扩张的程度较大，心输出量增多，而总外周阻力降低；病理性滑脉则心输出量减少，而总外周阻力略增大。其他因素如心率、心肌收缩力、血液的容量和质量等都是通过影响心输出量和总外周阻力而影响滑脉的形态。傅氏又通过观察献血员和正常人饮酒后心血管功能改变引出滑脉，这种试验性滑脉都具有心输出量减少的特点，与上述病理性滑脉形态相似。而用静脉输入右旋糖酐溶液，或静脉滴注扩张血管药物桑寄生提取液等，可出现实验性滑脉，其血流动力学特点与人体出现生理性滑脉时所具备的心血管机能特征相同，从另一方面为滑形成提供了实验例证。

黄士林等^[44]通过对147名健康人、80名妊娠妇女、340例病人滑脉检测和12只次狗的滑脉造型实验，以多项客观参数证明了滑脉的客观存在及滑脉的脉图，发现滑脉的基本图型有三种：双峰型（由明显的主波与高振幅的重搏波构成），三峰型（由明显的主波、潮波和重搏波组成），四峰型（由主波、潮波、重搏波及第四波组成，黄氏将此型称为重滑脉）。临床及动物实验结果还显示，滑脉的形成机理为血管内膜壁光滑，血管弹性良好，和诸种因素导致血液粘滞度降低。黄氏按滑脉的图型、滑的程度不同分成三度：即稍滑脉常见于正常人；滑脉见于孕妇滑脉及病理滑脉；重滑脉为病情严重时的滑脉，预示某些疾病的恶化、活动或进展。临床检测结果，滑脉可见于多种疾病，依其程度的不同，可作为一项判断病情和疗效的指征。

李浩然等^[45]对滑脉进行观察，发现外感发热将汗之际，滑脉患者占95.8%，支气管咯血及肺结核、肾结核、溃疡病等患者，出血之前均见滑脉。观察23例经治疗缓解的急性阑尾炎出现滑脉者，其中22例停药后3~10天复发，仅1例停药后三天滑脉消失而获近期治愈，认为滑脉是病根未除表现之一。李氏又在高热患者治疗中发现，热退后仍现滑脉者均在2~3天复发。此外，菌痢、肺结核、尿路感染以及慢性肾炎等病患者，即使临床治愈而仍见滑脉者，均非痊愈之征象。

殷文治等^[39]运用桡动脉脉图法对临床病人的弦、滑脉进行血流动力学分析，结果表明滑脉的心血管功能与平脉比较，滑脉时的心输出量大，外周阻力降低，血管顺应性好。

反映在脉图上，左心室射血时主动脉根部血容量增加而血管扩张明显，故主波陡耸；外周阻力低，血液从主动脉向外周流出快，故主波顶峰持续时间短，降支下降速度快，降中峡相对幅度低；因血管顺应性好，外周反折波传导速度减慢，故重搏波出现推迟，多落在远离主波而接近降中峡附近，往往使重搏前波不明显，出现典型双峰波滑脉图。

综上各家研究结果，滑脉的形成机理及脉图特征可概括如下：

形成机理：健康人稍滑脉主要是血管弹性好，心输出量正常，外周阻力小；病理性滑脉主要是末梢血管扩张，动脉弹性模量减少，血管内膜壁光滑，血液粘度降低等因素影响而产生；妊娠滑脉参见妇女、小儿脉象研究。

脉图特征：①主波升支陡耸，主波顶峰持续时间短，上升支时间 0.07~0.09 秒，主峰角小，在 17°~22°之间。②重搏波明显，常 >2mm。③降支下降快，潮波常微小或不显著，有时分辨不出，降中峡位置较低，降中峡高比主波高 30%左右。（以上三条为病理滑脉脉图）

正常人滑脉脉图与平脉脉图近似，但潮波的位置较低，主、潮、重可见。

（二）涩脉的研究

涩脉是以指感不流利为主要特征的一种脉象，心电图检查发现涩脉的病人绝大多数为心房纤维性颤动，少数为室性、房性早搏及Ⅰ度房室传导阻滞。心房纤维性颤动时心排量降低，心律完全不规则，故脉律不齐，脉搏强弱不匀。涩脉的心血管功能与平脉比较，心脏每搏和每分输出量显著减少，PEP/LVET 延长，FI（心力系数）降低，外周阻力增大，血管顺应性降低，表明涩脉时心血管功能明显损害。

王双英^[47]观察了 60 例冠心病涩脉患者，临床辨证为“心阳不振”、“心血瘀阻”，结合临床症状和心脉功能分析，对涩脉形成的机理进行初步探讨。涩脉的脉图特征为主波幅较低，脉力较弱，主波升支与降支速度缓慢，主波和潮波融合，主夹角增大，有的脉图主波升支上有顿挫，降中峡界限不清或较低，降支不光滑。部分涩脉脉率迟缓，节律不整，脉势强弱不均，这些变化与切脉指感相符。心阻抗微分图特征表明，A 波加深，C 波幅度降低，D 波呈平坦、宽大、高尖等改变，心功能指标皆低于正常值，表明心肌收缩力减弱，心输出量减少，血管弹性降低，外周阻力增加，血液流速、流量减少等变化，是形成涩脉的主要因素。

六、脉象洪与细的研究

（一）洪脉与细脉的对比研究

张崇等^[12]认为脉象的洪与细是由左心室的心泵力、有效泵力、大循环容量、动脉压力梯度容量所决定的。魏韧^[1]用多因素脉图描记到洪脉与细脉是完全不同的两种形态。洪脉脉图：趋势图为渐降型有力，血管图为粗宽度大占 5 格宽，脉象图略滑；细脉脉图：趋势图为渐升型无力，血管图宽度小占 2 格，脉象图柔。费兆馥等^[8]观察外感病人脉象时有 3 例洪脉、11 例细数脉，分析其脉图特征及心血管功能结果显示：细脉图的主要特征为主波幅度比较低，脉图面积较小；洪脉图的主波高大，脉图面积较大。从心血管功能比较，细脉时的脉压差较小，每搏心输出量相对减少，血管零压顺应性低，外周阻力比较高；洪脉时的心输出量大，血管零压顺应性佳，外周阻力较小，脉压差大于正常。

（二）细脉的研究

细脉是脉道细小应指显然的一种脉象。张崇等^[12]观察了细脉的血流动力学变化规

律,发现细脉有效循环血容量显著减少,心脏喷血阻抗增加,每搏心输出量明显减少,与《脉经》“脉细血少病在心”的论述相吻合。在循环功能方面,细脉组与正常对照组比较,细脉组显示血流速度减慢,血流半更新率减少,血流半更新时间延长,血流平均滞留时间延长。由于心输出量减少,微循环不良,血流迟滞,组织血液灌流状况不佳,氧化和组织代谢不足。与正常组比较有显著差别($P<0.01$ 或 $P<0.001$),但细脉组的平均动脉压与正常组比较无显著差异($P>0.05$),这是由于在每搏心输出量降低的情况下,机体为维持其一定的动脉压,以保证主要器官的血液灌流,便通过加速心率,提高每分心输出量和心指数,并增加动脉血管床的张力,使其弹性系数减少,动脉血管床容积减少,以维持充盈的压力梯度,从而使减慢的血液速度相对增加。此外,细脉组的动脉血管弹性系数比正常对照组明显减少($P<0.001$),以上两方面的代偿机制都是由交感神经的兴奋性提高所致,故脉细弦数常伴见头晕目眩、心悸怔忡、气短失眠、易倦易怒等气阴不足、心肝阳亢的症状。这些症状可能与组织血液灌注不足,特别是脑血流灌注不足,大脑皮层机能降低,扩散集中,内抑制等机能降低,以及心脏血管代偿反应有关。当机体的自身适应性调节失代偿时,能量代谢、组织代谢随血液灌注不足而降低,出现脉象沉细无力,伴见倦怠乏力,动则气短,心悸畏寒,面色晄白等一系列气虚阳虚症状。

李敏等^[47]用MX-5型脉象仪对50例细脉进行研究,结果显示:细脉者有左心舒张内径较小,桡动脉舒张期内外径均显著变小,心脏每搏血量与平均动脉压降低,动脉血流量偏低,与非细脉组比较差别有非常显著或显著意义($P<0.001$ 或 0.05);动脉壁张力较小($P<0.005$)。并发现细脉者脉道图七个压力峰值依序下降,速率较快而且平均值亦较低,这符合中医细脉脉体细小的特征。李绍芝等^[49]对43例细脉患者进行了脉图和超声心动图检测,并与26例滑脉、30例平脉进行对照,结果显示细脉患者主波高度、脉图总面积均减小,心搏血量降低,与对照组比较差别有非常显著或显著意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$),李氏认为心搏血量减少是形成细脉的主要原因。

李冰星等^[48]对539例虚证、238例非虚证、225例正常人临床脉象进行分析,发现细脉虽多见于虚证,亦可见于正常人,正常人中平细脉占22.67%,但正常人细脉多略滑略沉而兼和缓,为胃气充足的表现。高鼓峰曰:“细脉必沉,但得见滑,即为正脉,平人多有之。”;细脉在气虚组和血虚组中以细弦和沉细、细弱为主,阴虚组以细弦、细数为主,两者占89.3%,阳虚组以沉细和迟细为主,两者占74.02%。五脏虚证中,心气虚证患者比其它脏腑虚证患者出现细脉的比例高。

综上所述,细脉的形成机理及脉图特点可概括如下:

形成机理:细而无力的脉象多因心脏舒缩功能减弱,血容量不足,不足以充盈脉道,或外周阻力增加,有效循环容量减少,血流速度缓慢而致脉细如线;细而有力的脉象常因体内有某些缩血管物质存在,使血管处于收缩状态而显脉细如线,多呈细弦。

脉图特征:①主波幅降低,上升支和下降支均缓慢。②重搏波幅低或不明显,重搏波高度常等于或小于降中峡高度。③降中峡高比主波高55%左右。

参 考 文 献

[1] 魏韧. 多因素识脉法. 医疗器械, 1981, (2): 1

- [2] 李景唐. 中医脉象客观描述和检测的可能性及中医脉图谱设计. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文. 1987
- [3] 李美仁, 等. 中医脉象基本指感客观化探讨. 浙江中医杂志, 1985, 20 (1): 89
- [4] 张大祥, 等. 从生物力学看中医脉象形态. 江西中医药, 1980, 11 (1): 100
- [5] 黄士林, 等. 中医脉诊研究. 人民卫生出版社, 1987
- [6] 傅聪远, 等. 脉诊浮、沉、虚、实客观指标探讨. 中西医结合杂志, 1990, 10 (10): 603
- [7] 费兆馥, 等. 外感发热患者的脉图观察. 上海中医药杂志, 1985, (12): 40
- [8] 徐建国, 等. 中医脉象四季及昼夜变化的生物节律. 上海中医药杂志, 1984, (10): 42~43
- [9] 龚安特, 等. 试论中医脉象浮、沉的力学内涵. 辽宁中医杂志, 1986, 13 (1): 11
- [10] 梁璧光, 等. 脉象取法压力-主波幅曲线与跨壁压关系探讨. 上海中医学院学报, 1988, 2 (2): 36
- [11] 牛欣, 等. 脉位浮变与沉变的心血管生理机制. 第三届全国中医诊断学术会议论文汇编. 1996. 23
- [12] 张崇, 等. 脉象图与脉学研究初步结果. 江西中医药, 1980, 11 (3): 38
- [13] 肖一之, 等. 实验性芤脉的形成机理及脉图特征. 中医药工程研究与应用. 中国中医药出版社, 1992, 251
- [14] 傅聪远, 等. 实验性芤脉脉图特征及形成机理探讨. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编. 1987. 178
- [15] 黄作福, 等. 芤脉形成机理的实验研究. 第三届全国中医诊断学术会议论文汇编, 1996. 109
- [16] 陈冰灿, 等. 濡脉在综合性中医脉图谱中的动态表现. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编, 1987. 192
- [17] 潘文昭. 数脉在临证中的意义. 广西中医药杂志, 1982, 5 (2): 21
- [18] 杨天权, 等. 心律失常和脉诊. 辽宁中医杂志, 1986, 13 (2)
- [19] 叶日乔. 100例各型阑尾炎脉率临床观察. 广西中医药杂志, 1986, 9 (2): 19
- [20] 陈素云. 数脉主虚的心功能探讨. 第三届全国中医诊断学术会议论文汇编. 1996. 111
- [21] 朱传湘, 等. 迟、数、缓脉脉图参数观测. 湖南中医学院学报, 1992, 12 (2): 42
- [22] 姜建国. 从《伤寒论》迟脉主病联系血流动力学探讨迟脉脉理. 山东中医学院学报, 1982, 6 (4): 21
- [23] 李冰星. 迟、数、缓、促、结、代六脉规范化探讨. 中医诊断学杂志, 1996, (2): 22
- [24] 李国彰, 等. 病理性迟脉与生理性迟脉的脉图和心血管功能状态的对比研究. 北京中医药大学学报, 1996, 19 (1): 35
- [25] 周跃群. 迟、涩、结、代脉象的初步研究. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编(四诊专辑). 1983. 64
- [26] 张镜人, 等. 结、代、促、迟脉象的初步研究. 上海中医药杂志, 1981, (9): 44
- [27] 薛芳. 心律失常在脉象上的反映及其治疗. 新医学, 1978, 9 (11): 56
- [28] 李冰星. 迟、数、缓、促、结、代脉形态综述. 中医诊断学杂志, 1996, (1): 60
- [29] 赵恩俭. 中医脉诊学. 天津科学技术出版社, 1990. 297
- [30] 殷文治, 等. 桡动脉脉图法检测几种脉象循环功能. 上海中医药杂志, 1983, (1): 47
- [31] 陈德奎, 等. 弦、滑脉的血流动力学分析. 中西医结合杂志, 1983, 3 (4): 232
- [32] 赵冠英, 等. 643例左侧脉搏图与同侧上支电阻抗图同步观察. 中西医结合杂志, 1987, 7 (4): 221
- [33] 傅聪远. 脉象形成机理探讨. 中西结合四诊研究进展学习班讲稿汇编. 1985
- [34] 宛新铮, 等. 192例肝炎脉波图的初步分析. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编(四诊专辑). 1983. 79

- [35] 柳兆荣, 等. 弹性腔理论在心血管参数检测中的应用. 上海医学, 1980, 3 (7): 44
- [36] 费兆馥, 等. 弦脉的客观化研究. 中西医结合杂志, 1984, 4 (4): 243
- [37] 熊鉴然. 弦脉与血流动力学关系实验研究. 中西医结合杂志, 1982, 2 (3): 72
- [38] 张家庆. 弦脉和滑脉脉波速度的初步探讨. 新医药学杂志, 1974, (10): 21
- [39] 殷文治. 家兔动脉粥样硬化与脉波传播速度. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编. 1987. 183
- [40] 费兆馥. 弦脉的探讨. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编 (四诊专辑). 1983. 27
- [41] 陈可冀, 等. 高血压病弦脉的血液动力学分析. 中华内科杂志, 1962, 10 (10): 638
- [42] 徐鸿达. 100例弦脉与肝血流图关系的分析. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编 (四诊专辑). 1983. 80
- [43] 傅聪远. 滑脉的实验研究. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编. 1987. 109
- [44] 黄士林, 等. 滑脉实验研究与临床意义. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编. 1983
- [45] 李浩然, 等. 滑脉机理的临床印证. 浙江中医杂志, 1985, 20 (10): 45
- [46] 李敏等. 细脉客观化研究. 辽宁中医杂志, 1992, 19 (11): 1
- [47] 王双英. 涩脉机理探讨. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编. 1987. 193
- [48] 李冰星, 等. 虚证脉象临床研究. 浙江中医杂志, 1991, 26 (3): 126
- [49] 李绍芝, 等. 细脉者脉图参数和心输出量的初步观测. 辽宁中医杂志, 1988, 15 (1): 42
- [50] 上海肿瘤医院. 脉图与肝血流图关系初探——正常人弦脉与滑脉时的肝血流图表现. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编 (四诊专辑). 1983. 74

第三节 脉象类比、相兼和真脏脉

【基本内容】

一、相类脉比较

1. 脉位类 平脉脉位居中, 不浮不沉。浮脉脉位浅显, 轻按即得。芤脉浮大中空, 有边无中; 虚脉浮大而无力; 革脉浮而弦, 按之中空, 如按鼓皮; 濡脉浮而细软; 散脉浮而散乱, 按之无根。沉脉脉位深沉, 重按始得。伏脉脉位更深, 推筋着骨始得; 弱脉沉而细软无力; 牢脉沉而弦大有力。

2. 脉率类 平脉一息四至 (少于五至)。数脉一息五至以上; 疾脉一息七至; 促脉数而时止; 动脉滑数而短。迟脉一息三至 (少于四至); 缓脉稍快于迟, 一息四至。

3. 脉宽度类 平脉脉宽适中, 不宽不细。大脉脉宽于寻常; 洪脉浮大有力, 来盛去衰, 有波涛拍岸之势; 实脉脉大有力, 浮沉皆然; 芤脉浮大中空, 如按葱管。细脉脉细如线, 应指明显; 微脉极细而软, 似有若无; 濡脉浮细而软, 轻取而得; 弱脉沉细而软, 重按乃得。

4. 脉长度类 平脉应指及寸、关、尺三部。长脉脉动应指超逾三部; 弦脉端直以长, 如按琴弦。此外, 牢、洪、实脉亦有脉长的特征。短脉脉动应指不及三部; 动脉短而滑数。

5. 脉流利度类 滑脉往来流利圆滑; 动脉短而滑数, 厥厥动摇。涩脉往来不利, 其势艰难, 脉力不匀, 似止非止。

6. 脉紧张度类 脉象应指紧急的有弦、紧、革、牢四脉。紧脉比弦脉更有力而紧急; 革脉则浮取弦大, 重按中空, 如按鼓皮; 牢脉重按弦实而长。脉管弛缓的有濡、弱、缓、

微、散等脉。这些脉的特征是软而无力。

7. 脉力度类 濡、弱、微脉的共同点是细软无力，虚、散、芤、革脉的共同点是浮大无根或中空。实、洪、长、弦、紧、动等脉皆搏指有力。

8. 脉均匀度类 一是节律不齐，如促、结、代脉。促脉数而时止，止无定时；结脉缓而时一止，止无定数；代脉缓而时止，止有定数。二是节律伴脉力、形态都不一致，如涩、散、代等脉象。

二、相兼脉

凡是由两种或两种以上的单因素脉同时出现，复合构成的脉象，即称为“相兼脉”或“复合脉”。

在 28 脉中，有些脉本身就是由几种单因素脉复合构成的，如弱脉是由沉、细、虚三种因素合成；濡脉是由浮、细、虚三种因素合成；动脉是由滑、数、短三者合成；牢脉是由沉、实、大、弦、长 5 种因素合成。

只要不是性质完全相反的脉，一般均可相兼出现，称为相兼脉。其主病往往就是各种脉象主病的综合。如：浮紧脉，主表寒证，或风寒痹病疼痛。浮缓脉，主风邪伤卫，营卫不和的太阳中风证。浮数脉，主表热证。沉迟脉主里寒证。沉细脉，主阴虚内热或血虚。弦紧脉，主寒主痛。弦数脉，主肝郁化火或肝胆湿热、肝阳上亢。弦滑数脉，多见于肝火夹痰、肝胆湿热或肝阳上扰、痰火内蕴等证。弦细脉，主肝肾阴虚或血虚肝郁，或肝郁脾虚等证。滑数脉，主痰热、湿热或食积化热。洪数脉，主外感热病，气分热盛。

三、真脏脉

真脏脉是在疾病垂危期出现的脉象，其特点是无胃、无神、无根。为病邪深重，元气衰竭，胃气已败的征象，又称“败脉”、“绝脉”、“死脉”、“怪脉”。

根据真脏脉的主要形态特征，大致可以分成三类：

1. 无胃之脉 以无冲和之意，应指坚搏为主要特征。如脉来弦急，如循刀刃称偃刀脉；脉动短小而坚搏，如循薏苡子为转豆脉；急促而坚硬如石称弹石脉等。均提示邪盛正衰，胃气衰败，是病情重危的征兆之一。

2. 无神之脉 以脉律无序，脉形散乱为主要特征。如脉在筋肉间连连数急，三五不调，止而复作，称雀啄脉；如屋漏残滴，良久一滴者称屋漏脉；脉来乍疏乍密，如解乱绳状，称解索脉。提示神气涣散，生命即将告终。

3. 无根之脉 以虚大无根或微弱不应指为主要特征。如浮数之极，至数不清，如釜中沸水，浮泛无根，称釜沸脉；脉在皮肤，头定而尾摇，似有似无，如鱼在水中游动，称鱼翔脉；脉在皮肤，如虾游水，时而跃然而去，须臾又来，伴有疾促躁动之象称虾游脉。均为三阴寒极，亡阳于外，虚阳浮越的征象。

【补充阐发】

一、怪脉的脉象特征与主病

怪脉，或称绝脉、败脉、死脉，是中医脉学二十八脉以外的极度异常的脉象。其特点是无胃、无神、无根。由于无胃气而真脏之气外泄，故又称真脏脉。《素问·玉机真脏论》曰：“五脏者，皆禀气于胃，胃者，五脏之本也；脏气者，不能自致于手太阴，必由于胃气，乃至于手太阴也。……故病甚者，胃气不能与之俱至于手太阴，故真脏之气独

见，独见者，病胜脏也，故曰死。”怪脉的出现，绝大部分表示病邪深重，元气衰竭、胃气已败，是病情十分危重，濒临死亡的征象。

怪脉首见于《黄帝内经》，此后《难经》、《脉经》、《千金方》等书中均有记载，后经元·危亦林整理，在《世医得效方》中记载怪脉10种，并作了比较全面的描述，始称为“十怪脉”：釜沸脉、鱼翔脉、虾游脉、屋漏脉、雀啄脉、解索脉、弹石脉、偃刀脉、转豆脉、麻促脉。

1. 釜沸脉 脉在皮肤，浮数之极，至数不清，如釜中沸水，浮泛无根。《脉经》曰：“三部脉如釜中汤沸，朝得暮死，夜半得日中死，日中得夜半死。”《世医得效方》曰：“釜沸，脉在皮肤，有出无入，如汤涌沸，息数俱无。乃三阳数极，无阴之候。”《医学入门》曰：“釜沸脉在肉，有出无入，涌涌如羹上肥，皆死脉也。若用药饵刻伐立亡，暴见者急宜参、芪、归、附救亡，多有复生。”此外，《素问·大奇论》所载：“脉至浮合，浮合如数，一息十至以上，是经气予不足也。微见九十日死。”文中虽未提及“釜沸”，其实是同一意思。

应用脉象要素来归纳上述文献，可见釜沸脉有如下特征：脉位极浅表，至数极快，脉律基本规则，脉力弱且重按无根。中医学认为釜沸脉的出现，是由于三阳热极，阴液枯竭所致，病情危急。

2. 鱼翔脉 脉在皮肤，头定而尾摇，似有似无，如鱼在水中游。《世医得效方》曰：“脉在皮肤，头定而尾摇，浮浮泛泛。”《医学入门》曰：“鱼翔脉在皮肤，其本不动而末强摇，如鱼在水中，身首帖然，而尾独悠随之状，肾绝也。”《脉诀乳海》曰：“鱼跃者，鱼翔脉也。迟疑掉尾者，头不动而尾摇，撇然一厥也。”

应用脉象要素来归纳上述文献，可见鱼翔脉的特点是：脉位极浮，至数极慢，脉律严重不齐，脉力极弱、似有似无、重按无根。中医学认为，鱼翔脉为三阴寒极，亡阳于外之候。故危亦林曰：“当以死断。”

3. 虾游脉 脉在皮肤，来则隐隐其形，时而跃然而去，如虾游冉冉、忽而一跃的状态。《世医得效方》曰：“脉在皮肤，如虾游水面，杳然不见，须臾又来甚急，又依前隐然不动。”《脉经》曰：“虾游者，冉冉面起，寻复退没，不知所在，久乃复起，起辄迟而没去速者是也。”《医学入门》曰：“虾游脉在皮肤，始则冉冉不动，少焉瞥然而去，久之倏尔复来。脾胃绝也。”《四诊抉微》曰：“虾游脉，始则冉冉不动，沉时忽一浮。”《脉诀乳海》曰：“虾游者，冉冉而起，及细寻之，不知脉之所在，久而复起，迟迟辄没，言来迟去速也。”

应用脉象要素来归纳上述文献，可见虾游脉的特点是：脉位极浮，至数极慢，脉律严重紊乱，脉力极弱而不匀，时而突然一跳随即隐没，重按无根。中医学认为，虾游脉是阴绝阳败的表现，主死。

4. 屋漏脉 脉在筋肉之间，如屋漏残滴，良久一滴，溅起无力，状如水滴溅地貌。《素问·平人气象论》曰：“如屋之漏，如水之流。曰脾死。”王冰注：“……水流屋漏，言其至也。水流，谓平至不鼓，屋漏，谓时动复住。”《脉经》曰：“屋漏者，其来既绝而止，时时复起而不相连属也。”《四诊抉微》曰：“屋漏脉，如残漏，良久一滴。”

应用脉象要素来归纳上述文献，可见屋漏脉的特点是：脉位居中或沉，至数极慢、一息二至，脉律规则或不规则，脉力弱。中医学认为屋漏脉是脾气衰败，化源枯竭，以至

胃气荣卫俱绝。

5. 雀啄脉 脉在筋肉之间，连连数急，三五不调，止而复作，如雀啄食之状。《脉经》曰：“雀啄者，脉来甚数而疾，绝止复顿来也。”《世医得效方》曰：“脉在筋肉间，连连凑指，忽然顿无，如雀食之状，盖来三而去一也。脾无谷气已绝于内，醒者十二日死，困者六七日死。”《四诊抉微》曰：“如雀啄食，连三五至忽止，良久复来。”《脉诀刊误》曰：“其脉来指下，连连凑指，数急殊无息数，但有进无退，顿绝自去，良久准前又来，宛如鸡践食之貌。”《脉诀乳海》曰：“凡雀之啄食，必连连啄之，时一回顾，恐人将捕也。怪脉之来，连连数急，时复一止，如雀啄食之状。又曰雀啄者，脉来甚数而疾，绝止复顿来也。”

应用脉象要素来归纳上述文献，可见雀啄脉的特点是：脉位居中或沉，至数快，脉律不齐，在连续三、五次快速搏动后出现一次较长的歇止，反复出现，并伴有脉力不匀。中医认为，雀啄脉是脾之谷气绝于内。

6. 解索脉 脉在筋肉之间，乍疏乍密，散乱无序，如解乱绳状。《脉经》曰：“脉……去如解索者，死。……解索者，动数而随散乱，无复次序也。”《世医得效方》曰：“解索，脉如解乱绳之状，散散无序。肾与命门之气皆亡。戊己日重笃，辰巳日不治。”《医学入门》曰：“解索脉如解乱绳之状，指下散之无复次第，五脏绝也。”《脉诀乳海》曰：“解索者，谓如索之朽坏，解散无复次序也。若谓解结之解则误矣。”

应用脉象要素归纳上述文献，可见解索脉的特点是：脉位居中或沉，至数时快时慢（80~150次/分），脉律严重紊乱、散乱无序，脉力强弱不等、绝无规律。中医学认为，解索脉是肾与命门之气皆亡的表现。

7. 弹石脉 脉在筋骨之间，如指弹石，辟辟凑指。《素问·平人氣象论》曰：“死肾脉来，……辟辟如弹石。”《脉经》曰：“脉来如弹石，……弹石者，辟辟急也。”《脉诀乳海》曰：“弹石者，如指弹于石上，劈劈而坚硬也。”《世医得效方》曰：“弹石，脉来劈劈凑指，急促而坚，乃真脏脉见。”

应用脉象要素归纳上述文献，可见弹石脉的特征是：脉位偏沉，至数偏快，脉律基本规则，紧张度极高，毫无柔和软缓之象。中医认为，弹石脉是肾水枯竭、孤阳独亢，风火内煽的阴亡液绝征象。

8. 偃刀脉 如抚刀刃，浮之小急，按之坚大而急。《医部全录》曰：“偃，仰也，脉如仰起之刀，口利锐而背坚厚，是以浮小急而按之坚大也。”《世医得效方》曰：“脉如手循刀刃，无进无退，其数无准。由心亢血枯，卫气独居，无所归宿。见之四日难疗。”

应用脉象要素来归纳上述文献，可见偃刀脉的特征是：紧张度极高、坚硬而毫无柔和之象，脉宽度细，脉律不齐。中医认为偃刀脉是肝肾阴液耗竭、孤阳独亢的表现。

9. 转豆脉 脉来累累，如循薏仁之状。《世医得效方》曰：“转豆，脉形如豆，周旋展转，并无息数。脏腑空虚，正气飘散，象曰行尸。其死可立待也。”《脉经》曰：“脉如转豆者，死。”

应用脉象要素来归纳上述文献，可见转豆脉的特征是：至数极快，脉长度短，过于流利而躁动不安。中医认为转豆脉是脏腑空虚，正气飘散的征象，是心之死脉。

10. 麻促脉 脉如麻子之纷乱，细微至甚。《世医得效方》曰：“脉如麻子之纷乱，细微至甚。盖卫枯荣血独涩。轻者三日死，重者一日殁矣。”《脉经》曰：“脉有表无里者，死。”

经名曰结，云即死。何谓结？脉在指下如麻子动摇，属肾，名曰结，去死近也。”

应用脉象要素来归纳上述文献，可见麻促脉的特征是：脉位极浮，至数极快，脉律极不规则，脉宽度极细，脉力极弱，重按无根。中医认为麻促脉是由于气衰血枯，气不运血，卫枯荣血独涩所致。

综上所述，怪脉之无胃、无神、无根的特点，在总体上主要表现为以下几个特征：①脉位极浮或极沉；②脉率极数或极迟；③脉律极度紊乱；④脉力极弱；⑤紧张度极高，毫无柔和之象。每一种怪脉，往往至少有上述特征中两点以上的极度异常。

应该指出的是，临床出现怪脉，过去文献一向认为是无药可救，必死无疑。但随着医学的不断发展，通过不断的研究和临床实践，对怪脉已有了新的认识，其中大部分是由于严重的心脏器质性病变所造成的。怪脉的出现，预示疾病已发展到极其严重的阶段，但并非必死无疑，仍应抓住时机，尽力救治。

二、不能相兼的脉象

由于疾病是复杂的，病理改变往往是多方面的，因此，临床上的脉象大部分是相兼存在的。如脉滑数、脉浮紧、脉弦细数等。

然而也并不是所有的脉象都可以随意相兼。一是完全对立的脉自然不能相兼，如同一病人其脉不可能既浮又沉、既迟又数、既滑又涩等。二是有些脉类上属于对立的脉也不能相兼，如濡脉为浮细无力，面弱脉为沉细无力，故不能称濡弱脉；结脉是缓而中止，止无定数，代脉则是止有定数，故结脉与代脉不会在同时出现（有时可以交替出现），而促脉则是数而中止，故不能与结、代脉相兼。三是有的脉象本来就是由多个脉象要素综合构成的，因此不能又将单因素的脉象与之相兼，如洪脉是脉体洪大而脉势汹涌，浮沉均很明显，故不能称脉洪浮、沉洪、洪而有力；微脉是脉搏极细极弱，若有若无，因此严格地说，所谓脉微细、脉微弱都是不恰当的；虚脉是无力脉的总称，因此若称脉虚无力则是重复赘语。此外紧脉主实寒，脉道因寒邪所遏而绷急紧束，故紧脉的脉势虽甚有力但其脉体不可能是大，因而不会有洪紧、脉紧而大之类的脉象。

【古代文献】

一、相类脉比较

《素问·疏五过论》：善为脉者，必以比类奇恒，从容知之，为工而不知道，此诊之不足贵，此治之三过也。

《濒湖脉学》：

浮如木在水中浮，浮大中空乃是芤，拍拍面浮是洪脉，来时虽盛去悠悠。浮脉转平似捻葱，虚来迟大豁然空，浮而柔细方为濡，散似杨花无定踪。

沉帮筋骨自调匀，伏则推筋着骨寻，沉细如绵真弱脉，弦长实大是牢形。
脉来三至号为迟，小快于迟作缓持。迟细而难知是涩，浮而迟大以虚推。
数比平人多一至，紧来如数似弹绳。数而时止名为促，数见关中动脉形。
滑脉如珠替替然，往来流利却还前。莫将滑数为同类，数脉惟看至数间。
参伍不调名曰涩，轻刀刮竹短而难。微似秒芒微软甚，浮沉不别有无间。
举之迟大按之松，脉状无涯类谷空。莫把芤虚为一例，芤来浮大似葱葱。
实脉浮沉有力强，紧如弹索转无常。须知牢脉帮筋骨，实大微弦更带长。

洪脉来时拍拍然，去衰来盛似波澜，欲知实脉参差处，举按弦长幅幅坚。
中空旁实乃为芤，浮大而迟虚脉呼，芤更带弦名曰革，芤为失血革血虚。
弦来端直似丝弦，紧则如绳左右弹，紧言其力弦言象，牢脉弦长沉伏间。
浮而柔细知为濡，沉细而柔作弱持，微则浮微如欲绝，细来沉细近于微。
数而时止名为促，缓止须将结脉呼，止不能回方是代，结生代死自殊途。

《医学入门·诸脉相类》：浮似芤，芤则中断浮不断；浮似洪，力薄为浮厚者洪；浮似虚，轻手为浮无力虚。滑似动，滑珠朗朗动混混；滑似数，滑利往来数至多。实似革，革按不移实大长。弦似紧，弦言其力紧言象。洪似大，大按无力洪有力。微似涩，涩短迟细微如毛。沉似伏，伏极其沉深复深。缓似迟，缓比之迟仍小快。迟似涩，迟息三至涩短难。弱似濡，濡力柔薄弱如无。结促代，结缓促数止无定，代歇有常命鲜回。散似大，散里全无大翕翕。

《医宗必读·脉有相似宜辨》：洪与虚皆浮也，浮而有力为洪，浮而无力为虚。沉与伏皆沉也，沉脉行于筋间，重按即见；伏脉行于骨间，重按不见，必推筋至骨乃见也。数与紧皆急也，数脉以六至得名；而紧则不必六至，惟弦急而左右弹状如切紧绳也。迟与缓皆慢也，迟则三至，极其迟慢；缓则四至，徐而不迫。实与牢，皆兼弦大实长之四象合为一脉也，实则浮中沉三取皆然，……牢则沉取而见也。濡与弱皆细小也，濡在浮分，重按即不见也；弱主沉分，轻取不可见也。细与微皆无力也，细则指下分明；微则似有若无，模糊难见矣。促、结、涩、代皆有止者也，数时一止为促；缓时一止为结；往来迟滞，似止非止为涩；动而中止，不能自还，止有定数为代。

《脉诀汇辨·审象论》：迟之与缓，似乎同也，而迟则一息三至，脉小而衰；缓则一息四至，脉大而徐。沉之与伏，似乎同也，而沉则轻举则无，重按乃得；伏则重按亦无，推筋乃见。数紧滑似乎同也，而数则来往急迫，呼吸六至；紧则左右弹指，状如切绳；滑则往来流利，如珠圆滑。浮虚芤似乎同也，浮则举之有余，按之不足；虚则举之迟大，按之则无；芤则浮沉可见，中候则无。濡之与弱，似乎同也，而濡则细软而浮；弱则细微而沉。微之与细，似乎同也，而微则不及于细，若有若无，状类蛛丝；细则稍胜于微，应指极细，状比一线。弦长似乎同也，而弦则状如弓弦，端直挺然而不搏指；长如长竿，过于本位而不搏指。短与动似乎同也，而短为阴脉，无头无尾，其来迟滞；动为阳脉，无头无尾，其来数滑。洪之与实，似乎同也，而洪则状如洪水，盛大满指，重按稍弱；实乃充实，应指有力，举按皆然。牢之与革，似乎同也，而牢则实大而弦，牢守其位；革则虚大浮弦，内虚外急。促结涩代，似乎同也，而促则急促，数时暂止；结为凝结，迟则暂止；涩则迟短涩滞，至带止，三五不调；代则动而中止，不能自还，止数有常，非蹙之比。

一曰对举，以明相反之脉，有可因此而悟彼，令阴阳不乱也。如浮沉者，脉之升降也，以察阴阳，以分表里。浮法天为轻清，沉法地为重浊也。迟数者，脉之急慢也，脉以四为平，如见五至，必形气壮盛，或闰以太息，五至皆为无病之象。不及为迟，太过为数。迟阴在脏，数阳在腑。数在上为阳中之阴，在下为阴中之阳；迟在上为阳中之阴，在下为阴中之阳。虚实者，脉之刚柔也，皆以内之有余不足，故咸以按而知。长短者，脉之盈缩也，长有见于尺寸，有通于三部；短只见于尺寸。盖必质于中而后知，过于中为长，不及于中为短。滑涩者，脉之通滞也。千金曰：滑者血多气少，血多故流利圆滑；涩

者气多血少，血少故艰涩而散。洪微者，脉之盛衰也。血热而盛，气随以溢，满指洪大，冲涌有余，故洪为盛；气虚而寒，血随以涩，应指而细，欲绝非绝，故微为衰。紧缓者，脉之张弛也。紧为寒伤营血，脉络激搏，若风起水涌，又如切绳转索；缓为风伤卫气，营血不流，不能疾速。数见关上，形如豆大，厥厥动摇，异于他部者，动也。藏于内，不见其形，脉在筋下者，伏也。结促者，脉之阴阳也，阳甚则促，促疾而时止；阴甚则结，脉徐而时止。至于代、牢、弦、革、芤、濡、细、弱八脉，则又不可对举也。

二、相兼脉

《脉经·平杂病脉》：浮而大者，风。浮而大者，中风，头重、鼻塞。浮而缓，皮肤不仁，风寒入肌肉。滑而浮散者，瘫缓风。滑者，鬼疰。涩而紧，痹病。浮洪大长者，风眩癫疾。大坚疾者，癩病。弦而钩，肋下如刀刺，状如蜚尸，至困不死。紧而急者，遁尸。洪大者，伤寒热病。浮洪大者，伤寒，秋吉，春成病。浮而滑者，宿食。浮滑而疾者，食不消，脾不磨。短疾而滑，酒病。浮而细滑，伤饮。迟而滑，中寒，有癥结。快而紧，积聚，有击痛。弦急，疝瘕，小腹痛，又为癖病，（一作痹病）。迟而滑者，胀。盛而紧，曰胀。弦小者，寒癖。沉而弦者，悬饮，内痛。弦数，有寒饮，冬夏难治。紧而滑者，吐逆。小弱而涩，胃反。迟而缓者，有寒。微而紧者，有寒。沉而迟，腹藏有冷病。微弱者，有寒，少气。实紧，胃中有寒，苦不能食，时时利者，难治（一作时时呕，稽留难治）。滑数，心下结，热盛。滑疾，胃中有热。缓而滑，曰热中。沉（一作浮）而急，病伤寒，暴发虚热。浮而绝者，气急。辟大而滑，中有短气。浮短者，其人肺伤，诸气微少，不过一年死，法当嗽也。沉而数，中水，冬不治自愈。短而数，心痛，心烦。弦而紧，肋痛，脏伤，有瘀血（一作有寒血）。沉而滑，为下重，亦为背脊痛。脉来细而滑，按之能虚，因急持直者，僵仆，从高堕下，病在内。微浮，秋吉，冬成病。微数，虽甚不成病，不可劳。浮滑疾紧者，以合百病，久易愈。阳邪来，见浮洪。阴邪来，见沉细。

《四言举要·脉诀》：一脉一形，各有主病，数脉相兼，则见诸证。浮脉主表，里必不足，有力风热，无力血弱。浮迟风虚，浮数风热，浮紧风寒，浮缓风湿，浮虚伤暑、浮芤失血，浮洪虚火，浮微劳极，浮濡阴虚，浮散虚剧，浮弦痰饮，浮滑痰热。沉脉主里，主寒主积，有力痰食，无力气郁。沉迟虚寒，沉数热伏，沉紧冷痛，沉缓水蓄，沉牢痼冷，沉实热极，沉弱阴虚，沉细痹湿，沉弦饮痛，沉滑宿食，沉伏吐利，阴毒聚积。迟脉主脏，阳气伏潜，有力为痛，无力虚寒。数脉主腑，主吐主狂，有力为热，无力为疮。滑脉主痰，或伤于食，下为蓄血，上为吐逆。涩脉少血，或中寒湿，反胃结肠，自汗厥逆。弦脉主饮，病属胆肝。弦数多热，弦迟多寒，浮弦支饮，沉弦悬痛，阳弦头痛，阴弦腹痛。紧脉主寒，又主诸痛，浮紧表寒，沉紧里痛。长脉气平，短脉气病，细则气少，大则病进。浮长风痛，沉短宿食，血虚脉虚，气实脉实。洪脉为热，其阴则虚，细脉为湿，其血则虚。缓大者风，缓细者湿，缓涩血少，缓滑内热。

《诊家枢要·脉阴阳类成》：浮大伤风鼻塞，浮滑疾为宿食，浮滑为饮。沉细为少气，沉迟为痼冷，沉滑为宿食，沉伏为霍乱，沉而数内热，沉而迟内寒，沉而弦心腹冷痛。浮而迟，表有寒；沉而迟，里有寒。浮数表有热，沉数里有热。浮而微者，阳不足，必身恶寒；沉而微者，阴不足，主脏寒下利。浮缓为风，沉缓血气虚。滑数为结热。浮紧，为伤寒身疼；沉紧，为腹中有寒，为风痛；浮结，为寒邪滞经；沉结，为积气在内。

《诊家正眼》：

浮脉（阳）兼脉：无力表虚，有力表实，浮紧风寒，浮迟中风，浮数风热，浮缓风湿，浮芤失血，浮短气病，浮洪虚热，浮虚暑惫，浮涩血伤，浮濡气败。

沉脉（阴）兼脉：无力里虚，有力里实，沉迟痼冷，沉数内热，沉滑痰饮，沉涩血结，沉弱虚衰，沉牢坚积，沉紧冷疼，沉缓寒湿。

迟脉（阴）兼脉：有力积冷，无力虚寒，浮迟表冷，沉迟里寒，迟涩血少，迟缓湿寒，迟滑胀满，迟微难安。

数脉（阳）兼脉：有力实火，无力虚火，浮数表热，沉数里热，阳数君火，阴数相火，右数火亢，左数阴戕。

滑脉（阳中之阴）兼脉：浮滑风痰，沉滑痰食，滑数痰火，滑短气塞。滑而浮大，尿则阴痛；滑而浮散，中风瘫痪；滑而冲和，妊娠可决。

实脉（阳）兼脉：实而且紧，寒积稽留；实而且滑，痰凝为祟。

紧脉（阴中之阳）兼脉：浮紧伤寒；沉紧伤食；急而紧者，是为遁尸；数而紧者，当主鬼击。

缓脉（阴）兼脉：缓大风虚，缓细湿痹，缓涩脾薄，缓弱气虚。

弦脉（阳中之阴）兼脉：浮弦支饮，沉弦悬饮，弦数多热，弦迟多寒，弦大主虚，弦细拘急，阳弦头痛，阴弦腹疼，单弦饮癖，双弦阴痼。

《脉诀汇辨·卷四》：缓脉兼脉：缓为胃气，不主于病，取其兼见，方可断证。浮缓伤风，沉缓寒湿，缓大风虚、缓细湿痹，缓涩脾薄，缓弱气虚。左寸涩缓，少阴血虚；左关浮缓，肝风内鼓；左尺缓涩，精宫不及。右寸浮缓，风邪所居；右关沉缓，土弱湿侵；右尺缓细，真阳衰极。

三、真脏脉

《素问·玉机真脏论》：真肝脉至，中外急，如循刀刃责责然，如按琴瑟弦，色青白不泽，毛折，乃死。真心脉至，坚而搏，如循薏苡子累累然，色赤黑不泽，毛折乃死。真肺脉至，大而虚，如以毛羽中人肤，色白赤不泽，毛折乃死。真肾脉至，搏而绝，如指弹石辟辟然，色黑黄不泽，毛折乃死。真脾脉至、弱而乍数乍疏，色黄青不泽，毛折乃死。诸真脏脉见者，皆死不治也。黄帝曰：见真脏曰死，何也？岐伯曰：五脏者，皆禀气于胃，胃者五脏之本也。脏气者，不能自致于手太阴，必因于胃气，乃至于手太阴也。故五脏各以其时，自为而至于手太阴也。故邪气胜者，精气衰也。故病甚者，胃气不能与之俱至于手太阴。故真脏之气独见，独见者，病胜脏也，故曰死。

《素问·平人氣象论》：死心脉来，前屈后居，如操带钩，曰心死。……死肺脉来，如物之浮，如风吹毛，曰肺死。……死肝脉来，急益劲，如新张弓弦，曰肝死。……死脾脉来，锐坚如鸟之喙，如鸟之距，如屋之漏，如水之流，曰脾死。……死肾脉来，发如夺索，辟辟如弹石，曰肾死。

《素问·大奇论》：脉至浮合，浮合如数，一息十至以上，是经气予不足也，微见九十日死。脉至如火薪然，是心精之予夺也，草干而死。脉至如散叶，是肝气予虚也，木叶落而死。脉至如省客，省客者，脉塞而鼓，是肾气予不足也，悬去枣华而死。脉至如丸泥，是胃精予不足也，榆莢落而死。脉至如横格，是胆气予不足也，禾熟而死。脉至如弦缕，是胞精予不足也，病善言，下霜而死，不言，可治。脉至如交漆，交漆者，左右旁至也，微见，三十日死。脉至如涌泉，浮鼓肌中，太阳气予不足也，少气味，韭英

而死。脉至如赭土之状，按之不得，是肌气予不足也，五色先见黑，白羸发死。脉至如悬壅，悬壅者，浮揣切之益大，是十二俞之予不足也，水凝而死。脉至如偃刀，偃刀者，浮之小急，按之坚大急，五脏菹热，寒热独并于肾也，如此其人不得坐，立春而死。脉至如丸滑不直手，不直手者，按之不可得也，是大肠气予不足也，枣叶生而死。脉至如华者，令人善恐，不欲坐卧，行立常听，是小肠气予不足也，季秋而死。

《世医得效方·十怪脉》：一曰釜沸，二曰鱼翔，三曰弹石，四曰解索，五曰屋漏，六曰虾游，七曰雀啄，八曰偃刀，九曰转豆，十曰麻促。

釜沸：脉在皮肤，有出无入。如汤涌沸，息数俱无。乃三阳数极，无阴之候。朝见夕死，夕见朝死。

鱼翔：脉在皮肤，头定而尾摇。浮浮泛泛，三阴数极曰亡阳。当以死断。鱼翔脉似有似无。

弹石：脉在筋肉间，辟辟凑指，促而坚。乃肾经真脏脉见。遇戊己日，则不治。曰：弹石硬来寻即散。

解索：脉如解乱绳之状，散散无序。肾与命门之气皆亡。戊己日笃，辰巳日不治。

屋漏：脉在筋肉间，如残雷之下，良久一滴，溅起无力。状如水滴溅地貌。胃气荣卫俱绝，七八日死。

虾游：脉在皮肤，如虾游水面，杳然不见，须臾又来甚急，又依前隐然不动。醒者七日死，困者三日死。

雀啄：脉在筋肉间，连连凑指，忽然顿无，如雀啄食之状，盖来三而去一也。脾元谷气已绝于内。醒者十一日死，困者六七日死。

偃刀：脉如手循刀刃，无进无退，其数无准。由心元血枯，卫气独居，无所归宿。见之四日难疗。

转豆：脉形如豆，周旋展转，并无息数。脏腑空虚，正气飘散，象曰行尸。其死可立待也。

麻促：脉如麻子之纷乱，细微至甚。盖卫枯荣血独涩。轻者三日死，重者一日殁矣。

《医学入门·死脉总诀》：万机四脉既包含，生死何尝另有元。浮散沉无迟一点，数来无数病难痊。雀啄连来三五啄，屋漏半日一滴落。弹石硬来寻即散，搭指散乱真解索。鱼翔似有又似无，虾游静中跳一跃。更有釜沸涌如羹，旦占夕死不须药。

《脉影归指图说·论十六怪脉图》：歌曰：十六怪脉少人知，出天诀内自推依。羹上鱼翔并雀啄，虾游屋漏偃刀危，覆莲盏口兼弹石，大极藤蔓及脱尸，翻败土丸解索段，脉依三部命难追。

虾游者，如虾之在水，三部俱动，息数全无，一呼一至，动之击指，如虾戏也。得之三日死，或伤寒后肾部见之则一日死，名曰散尸。

鱼翔者，如鱼不行而但掉尾，指下时复一动一止，一呼中或一指动，如鱼在水。伤寒伏阴得之二日死，老人得之半日死，名曰决尸。

偃刀者，如刀之偃手也，来之速，去之急，急数，一呼一吸得之二至。此名欲绝，肺病齁衄，得之则二日死，久肺病者一日死，名曰行尸。

覆莲者，如莲之倒于指下也。来之则前小后下，息数不匀，主胸满气短喘促，老年诸病得之三日死，少年得之一日死，名曰送尸。

羹上肥者，如肥珠浮于羹上，来之微大，去之且衰，亦名釜沸，息数十二至而一代，皆一呼一吸是也。关上脾部见之三日死，名曰浮尸。

盖口者，如盖之仰于指下也。两头沉，中央虚之来箫索然应指。一呼一吸八至或九至，则一日死也，或更加者，则一时死也，名曰传尸。

雀啄者，指下来数而急，如雀啄食于指下也，亦名乳藏。或呼吸有三至及八至九至，皆三日死，或脾部见之则一时死也，名曰次尸。

屋漏者，移时复相迟，如屋之漏水，几三而绝，呼吸之间，来盛去衰。老年得之一旬死，少年得之三日死，脾部见之一日死，名曰病尸。

弹石者，劈劈急也，如弹丸击石，息数无复次第，此足少阴肾气以绝，来盛去如吹毛。呼吸或一至，或两呼两吸一至，皆一日死，名曰鬼尸。

解索者，动数而散，无次绪，如索股之解，息数之间，或一至来之且散，去之且迟，如循藤之侧。得之三日死，肾部见之一日死，名曰滞尸。

藤蔓者，如藤萝之蔓延浮散指下，按之不足，举之满指。息数九至及十至者，来之且长，去之无势。足少阴肾经见之一日死，名曰飞尸。

土丸者，如小土丸，指下实大无头尾。一呼一吸之间，其脉九至及十至，二日死。若足少阴肾部见之则肾气绝，一日死，名曰绝尸。

翻败者，如二小豆在水，浮于指下而见之，来之且盛，去之且迟。一呼一吸之间其脉七至八至，伤寒狂热得之则一时死，名曰脱尸。

大极者，如指板之状，来之且大，去之且盛，来而不止，或一至时，一呼一吸再来且衰，衰而复盛。得此脉则一时死也，名曰耗尸。

解股者，如线之细，来之微，无头绪而慢动，而不能自还，元气已绝也。脉至多少而来，一呼一吸之间，或十至而止，一日死，名曰哭尸。

脱尸者，如琴弦之紧也，来之且急，去之且速，前大后小，如琴弦之状，几三条紧急不止。一呼一吸之间，或一至，或八至而止，一日死，名曰归尸。

【研究进展】

一、十怪脉的研究^[1,2,4]

十怪脉即釜沸脉、解索脉、雀啄脉、鱼翔脉、麻促脉、虾游脉、转豆脉、屋漏脉、弹石脉、偃刀脉。是中医 28 脉以外的非常脉象，形象表现复杂，切诊难度较大，不易掌握，但常可预示异乎寻常的病变。临床实践证明“十怪脉”是客观存在的，其中绝大部分是某种疾病的危重脉象，在临床中具有重要的实用价值。黄士林等通过临床及动物实验的研究结果证明，十怪脉是心率过快或过慢，心律严重失常，血管发生超强改变，和心脏功能不全等诸多因素交错形成的脉象。主要反映心血管系统病变，有的是临床死亡前的先兆，虽属少神、无根和缺乏胃气的真脏脉，预后一般较差，但绝非都是绝证的脉，有的及早发现，救治及时，可延长患者生命，争取治疗时间。熟练的掌握，结合其它检查，及时判测病情，有的是可以治愈或缓解的。

（一）釜沸脉的研究

古今中医文献对釜沸脉特征的描述有以下三点：①脉浮在皮肤，搏动浅表；②脉来有出无入，脉率极快，息数俱无；③脉律基本规则。现代研究认为：釜沸脉是一种心率

在181次/分以上，脉率极快，测数困难，脉搏搏动浅表无力，脉律基本规则的脉象。有突然发作，突然终止的特点。

脉图特征：①脉波频率在181次/分以上，脉动周期时间 <0.33 秒，脉波节律规则。②主波幅显著降低。③波群常态消失，呈丘状波型。

形成机理：釜沸脉由一种快速的心律失常所致，临床常见于阵发性室上性心动过速及器质性心脏病，频发的室性心动过速易转化成室颤和室扑而猝死，实验性釜沸脉出现于注射高浓度的异丙基肾上腺素后。常常在心率为181次~250次/分之间出现。由于心率骤然增加，心脏舒张缩短，心室舒张不全，心血充盈减少，使心脏搏出量下降，血液对血管壁侧压作用力明显减弱，而出现极端浮而无力的脉象。

釜沸脉可见于各种器质性心脏病；无器质性心脏病的人，由于情绪激动、劳累过度、饮酒过量或吸烟过多等亦可引发；电解质紊乱时的低血钾症；洋地黄、锑剂中毒，去甲肾上腺素、异丙肾上腺素过量等也可发生釜沸脉。一般无器质性心脏病患者多为室上性心动过速，釜沸脉发作持续时间短者仅有心悸、恐惧、头昏、手足麻木感；持续时间长者，也可出现心衰、休克，甚至造成死亡；有器质性心脏病患者出现釜沸脉多见于室性心速，可使原病症状加重，而出现心衰、休克或心肌梗死，甚至脑缺血症状。所以发现釜沸脉必须及时救治。

处理要点：①针刺内关、人中穴；②摒气法；③压迫人迎脉（颈动脉窦处）；④按压眼球；⑤积极选用相应的药物治疗。

（二）解索脉的研究

归纳古今中医文献对解索脉的描述：①脉率乍疏乍密，快慢交替出现但无规律；②脉力强弱不等；③脉象散乱无序，如解绳索状。现代研究认为解索脉是一种脉律散乱，脉力大小不等，脉率时快时慢反复出现，且脉率多在80~150次/分之间的紊乱脉象。解索脉临床可分为阵发性和持久性两型。阵发性发作时间仅为数秒、数小时或数日；持久性可持续数日甚至半年。反复发作的阵发性可发展为持久性解索脉，阵发型脉率常较快，而持久型的脉率多数在100次/分以下。

脉图特征：①脉动周期时间不相等，其差值 >0.12 秒。②主波幅大小不等。③波群形态有变异或不规整。

形成机理：主要为心房颤动所致。心房颤动时，房性冲动到达房室连接组织，但同时遇到房室连接组织的绝对和不同阶段的相对不应期，而发生完全性或不完全性干扰。由于心房率不规则，房室连接组织内的不规则传导，而引起心室率快慢不匀和心室搏动强弱不同，使脉率的快慢和强弱不等，以90~130次/分时，解索脉的形象最为典型。

出现解索脉的患者90%以上患有器质性心脏病，如冠心病、高血压性心脏病、先天性心脏病房间隔缺损、肺心病、心肌炎、风湿性心脏病、二尖瓣狭窄及关闭不全的患者常有解索脉。①二尖瓣狭窄者心率低于80次/分，患者耐受力强时，可无明显症状；②解索脉突然发生于重度二尖瓣狭窄者，脉率又较快时，可导致心阳衰竭及肺瘀血，预后较差。

（三）雀啄脉的研究

归纳古今中医文献描述雀啄脉的特征有：①连连急数，三、五跳不等；②顿然歇止，良久复来，反复发作。主病为脾亢气绝。现代研究认为雀啄脉是一种脉搏连续快速搏动

3次以上(或5、6次),后出现一次较长时限的歇止,并有频频发作的短阵性不规则脉象。临床上可突然发作,骤然终止,也可由结脉发展而来。

脉图特征:①脉波节律不整齐,在常态波形后出现3~5个小波群,小波群频率较快,脉动周期明显缩短。②小波群的主波幅低于常态脉波的主波幅,且形态有变异。③小波群之后常表现一段间歇代偿期,脉图指数曲线段延长,基线下移。

形成机理:主要由于短阵频发性室上性或室性心动过速所引起。数次过快的心室收缩,心室充盈不足,心脏排血量减少,动脉血压降低,发作时其脉动周期 <0.37 秒,所以表现有连连急数有进无退之感。突发骤止,反复发作,发作之后有一较长时限的间歇代偿期,所以脉搏表现三、五不调,止而良久复来的特征。雀啄脉患者可见心悸、头晕或颈部胀感,或有焦虑、恐惧。情志失调、劳伤太过、低血钾、洋地黄中毒等引起的雀啄脉多为短阵房速所致;严重广泛的心肌损害,如急性心肌梗死、心肌缺氧、严重器质性心脏病发生的雀啄脉为短阵性室速所致。测得雀啄脉时,应及时进行心电图检查。雀啄脉的出现常预示病情的进展或危重,应及时急救治疗。发作时可使用针刺或指压内关穴,亦可用体位法、深呼吸法、按压人迎脉法,增高迷走神经张力,使短阵房速转为正常的窦性心律。

(四) 麻促脉的研究

麻促脉临床中少见、难辨,因此古代文献记述较少,《世医得效方》:“脉如麻子之纷乱,细微至甚”。现代研究认为,麻促脉是一种严重心律紊乱时的脉象,脉率快(160次/分以上),脉律极不规整,心室输出量显著减少,血压较低时脉搏细而微弱。

脉图特征:①脉波频率速,160次/分以上。②脉波节律不齐,波群间存在间期差异,各波间脉动周期时间,时差 >0.12 秒。③主波幅显著降低,波群形态有变异,但大多数波群相似。

形成机理:主要为多源性室性心动过速(紊乱性心室律),心室率极快而紊乱,心搏血量低,充盈不足,故脉体细弱无力而紊乱。

临床中器质性心脏病而引起的心室收缩不协调,阵发性心室搏动和室颤,也可见于严重的低血钾症,洋地黄中毒,及濒死病人,是心阳欲脱,阴阳离决的危象,预示短时间内将发生室颤,是死亡的先兆。

(五) 虾游脉的研究

归纳古今中医文献对虾游脉的描述:①脉位浮在皮肤,如虾游水面之浅;②脉来甚急,搏动无力而隐约可见;③时而跃然而去,杳然不见。其中以第3条为主要特征。现代研究认为:虾游脉是一种严重心律紊乱,是危证的脉象。脉率160次/分以上,脉位浅而无力,反复出现隐脉现象,隐没时血压为零,临床上此种现象持续时间较短,仅数秒或数分钟。

脉图特征:①脉波频率多在160次/分以上;②主波幅极低;③有短阵隐约波,一般每次3~10个,隐约波振幅呈渐减或渐升,波群形态变异,隐约波反复出现。

形成机理:虾游脉是心脏发生扭转型室性心动过速时的脉象,主要见于低血钾症。由于心肌细胞内的钾离子大量丢失,心肌细胞动作电位产生不同程度的延长,使超常期兴奋性提高,心室自律性亦提高而产生异位心律,出现扭转型室速,以致心排血量明显减少,血压和脉搏消失,反复出现,致使脉搏时隐时现,隐隐有形,跃然而去,形成虾游

之状。所以与雀啄脉相似，也可能是临终前脉象。

（六）鱼翔脉的研究

归纳古今中医对鱼翔脉的描述，可有如下特征：①脉率极快；②浮泛无力；③似有似无。现代研究认为，鱼翔脉也是一种严重心律紊乱的脉象，脉率160~200次/分之间，发作初期脉体尚清楚，持续时间不长则脉突然减弱，脉弱无力呈似有似无现象，可转化为麻促脉和虾游脉。

脉图特征：①脉波频率在160~200次/分之间；②主波幅明显降低，但波群形态无异常，潮波消失，重搏波明显，降中峡极低；③脉动周期小于0.37秒，间期常不等；④连续记录的脉波中主波幅有逐渐（或突然）减低的表现。

形成机理：是一种严重心律失常引起的脉象，临床常见于室性心动过速而导致严重的血循环异常；由于心动过速，心室的充盈不足，从而使心排血量减少，动脉压下降，冠状动脉对心肌的供血不足，加上舒张时间短，不利于消除心肌疲劳，致使心肌收缩力降低，脉搏突然潜伏，似有似无。可见于各种心脏实质严重损害的疾病，如冠心病、重症心肌炎、风心病、梅毒性心脏病等。临床中必须及时救治，救治不当可发生室颤，而致心脏停搏。所以古人认为鱼翔脉主病为三阴寒极，肾绝亡阳之兆。

（七）屋漏脉的研究

归纳古今中医文献对屋漏脉特征的描述有：脉来良久一至，如屋漏水；脉位在筋肉间；脉律不规整或规整。现代研究认为：屋漏脉是脉率缓慢，一息二至，脉率21~40次/分之间，多数为35次/分左右，脉律基本规整的脉象。

脉图特征：①脉动周期时间 >1.5 秒，脉律整齐，脉波频率40次/分以下；②主波幅增高显著；③主峰持续时间延长，常 >0.2 秒。

形成机理：由于心室率缓慢，心脏舒张时间延长，心室充盈血量大，每搏输出量增加，以致收缩压升高，而舒张压每因心室舒张期延长而降低，造成脉压差大，所以脉来如潮水之大，去时则缓而无力，三部脉充盈，有水冲脉，并伴手指甲床可见毛细血管搏动和颈动脉搏动增强。屋漏脉可见于风湿性心瓣膜病、冠心病急性心肌梗死、病态窦房节综合征、完全性房室传导阻滞等。长期屋漏脉者，表示心肌病变弥漫，症状严重，预后较差。因精神过度疲劳，迷走神经张力增强而出现短暂的屋漏脉，预后良好。

（八）弹石脉的研究

归纳古今中医文献对弹石脉的描述：急数，辟辟凑指，脉体硬而坚。现代研究认为，弹石脉是一种脉率快速，脉管发生高度硬化，弹性极差，触摸血管时毫无柔和及软缓感，同时外周阻力明显增加的脉象。

脉图特征：脉波频率100~160次/分，脉动周期时间 <0.37 秒，节律整齐；主峰角圆滑或增宽，潮波和重搏波消失（或不明显）；脉波波幅大小变化无规律性。

形成机理：由于各种原因产生的动脉粥样硬化，受累动脉表现为内膜有类脂质的沉着，引起血管内膜增生，其后内膜的中层逐渐退化或钙化，使动脉失去弹性而变硬，因此触诊感沉，脉管坚硬如石。动脉硬化的病变分布，在体内多为散在的，如肾动脉粥样硬化，可使肾实质缺血、缺氧而分泌大量肾素，使全身细小动脉痉挛及纳、水潴留，形成顽固性高血压，累及心脏致左心室扩大，心率加快，或心肌损害，心率过速等，而致脉象辟辟急数，状如弹石。弹石脉是一种无胃气的真脏脉，预示病至晚期，预后较差。

（九）转豆脉的研究

归纳古今中医文献对转豆脉的描述，其特征有：脉率快速，难于计数；脉形如豆，辗转如循薏仁，极滑。现代研究认为：转豆脉是一种心脏节律过速，血液粘滞度降低，血流加快而出现的一种滑而数的脉象。

脉图特征：①脉率100次/分以上，脉动周期 <0.59 秒，脉律规整；②脉图升支直立，主峰角尖锐，潮波不显著；③降中峡位置极低，降中峡高比主波高，在15%以下；④重搏波波幅异常增高；⑤浮取时波群形态清晰，中取主波幅降低。

形成机理：中医认为转豆脉产生的原因为血虚内热，或毒热内蕴。现代研究认为：①严重贫血时，由于血液携氧量明显减少，从而引起全身各组织与器官缺氧而产生相应的变化。血液循环产生明显代偿变化，心搏及动脉与毛细血管搏动增加，脉压增宽，循环时间缩短，心输出量增加，红细胞因贫血而压积减小，血沉加快，血液粘度降低，血流加快，所以脉出现滑数无力；②恶性疾病进展末期或病毒感染，病理产物所致红细胞表面负荷减少，聚集加大，血沉加快，或因发热、心肌受损，使心动过速，而出现转豆脉。因此转豆脉主要见于重度贫血、病毒性心肌炎，恶性疾病如白血病、红斑狼疮性心肌病等，预示疾病的恶化和心肌受累。

（十）偃刀脉的研究

归纳古今中医文献对偃刀脉特征的描述：①脉体坚硬，细如手循刀刃；②至数无一定。现代研究认为：偃刀脉是一种动脉硬化并合并有中小动脉血管紧张度显著增强时出现的脉管极细而弦坚的脉搏形象。临床中可见于肾性高血压及高肾素性高血压病并动脉硬化的重型病例。

脉图特征：①重搏波不明显或消失，脉图上升支直立有转折；②降中峡谷较深，可降至基线以下；③主峰角呈尖峰状，主波幅增高；主峰角顶圆或平顶状时主波幅稍低。

形成机理：经临床及动物实验表明其形成主要为在动脉硬化的基础上，有中、小动脉的紧张度增高，小动脉过强收缩，使外周血管阻力增加，血管紧张度增大，而出现极细面弦坚的偃刀之象。

偃刀脉多见于肾性高血压，原发性高血压。及早查出原因，审因论治能获得较好效果。

附：鬼祟脉的研究

归纳古今中医文献对鬼祟脉形象的描述特征：①脉力表现忽大忽小，脉体表现忽长忽短；②脉象强弱的变化、交替与反复出现。因古人认为主病多为鬼神作祟，难治而得名。现代研究认为：鬼祟脉是一种心率节律正常，心肌收缩力发生强弱的改变而导致脉搏出现忽大忽小、强弱交替的脉象，预示心肌存在严重而广泛的病变。

脉图特征：脉波波幅大小不等，高与低可为1:1（或1:2）交替出现，各波群形态基本相同，节律整齐，脉动周期时间基本相等，基线平稳。

形成机理：心室收缩时参加收缩的心肌纤维数量不同，部分心肌处于相对不应期。主要因为心肌结构的广泛损害而引起心脏收缩功能的强弱变化而产生的。

鬼祟脉的出现多提示心肌严重而广泛的损害。黄氏对100例心功能不全者的脉象检测，鬼祟脉10例，占10%，其中冠心病急性心肌梗死3例，冠心病合并肺心病3例，病毒性心肌炎1例，心肌病3例。一般预后都较差。

二、临终前脉象图形初步探讨

刘宝顺等^[3]用脉象仪对 13 例 24 小时内死亡的患者进行了脉图及脉象检测, 13 例中 7 例血压消失为零, 6 例平均血压 80/62mmHg, 平均心率 115 次/分, 对照组为同年龄的健康人 23 例。用八类因素对两组病人脉图进行归纳分析, 观察组微兼数脉 5 例, 微兼散脉 3 例, 弱兼数脉 3 例, 细数脉 1 例, 促脉 1 例, 与对照组比较差别有高度显著意义。结果表明: 观察组脉象均有无胃、无根、无神的特点, 提示临床中若遇微或弱, 兼有数和散的脉象, 预后极差, 脉图形态与疾病之间无特异性关系。

参 考 文 献

- [1] 杨天权, 等. 心律失常和脉诊. 辽宁中医杂志, 1986, 13 (3): 44~46
- [2] 黄士林, 等. 鬼祟脉的临床与实验研究. 北京中医学院学报, 1985, 2 (1): 16
- [3] 刘宝顺, 等. 对临终前的脉象图初步探讨. 全国中西医结合四诊会议论文汇编. 1987. 221
- [4] 黄士林, 等. 中医脉象研究. 北京: 人民卫生出版社, 1987

第四节 诊妇人脉与小儿脉

【基本内容】

一、诊妇人脉

妇人有经、孕、产、育等特殊生理活动和与之有关的病理变化, 这些生理病理变化也会不同程度地在脉象上反映出来。如:

已婚妇女平时月经正常, 而突然停经, 脉来滑数冲和兼有饮食偏嗜等症状者, 是妊娠的表现。凡孕妇之脉沉而涩, 多提示精血不足, 胎元已受影响; 涩而无力是阳气虚衰, 胞中死胎或为痞块。

孕妇临产即将分娩的脉象可表现为二类: 一是尺脉急转如切绳转珠。二是中指顶节之两旁动脉明显搏动, 即离经之脉。

二、诊小儿脉

诊小儿脉与诊成人脉有所不同。小儿寸口部位狭小, 难以区分寸、关、尺三部, 故后世医家有一指总候三部的办法, 简称“一指定三关”。操作方法是: 握住小儿的手, 对三岁以下的小儿, 可用大拇指按于腕后高骨部脉上, 不分三部, 以定至数为主。亦有用食指直压三关, 或用食指拦度脉上而辗转以诊之。对四岁以上的小儿, 则以高骨中线为关, 以一指向两侧滚转寻察三部。

小儿脉象一般只诊浮沉、迟数、强弱、缓紧, 以辨别阴阳、表里、寒热和邪正盛衰, 不详求 28 脉。

【补充阐发】

一、妊娠脉象的辨识

妊娠脉象, 一般均以脉滑为其代表, 其实临床可有几种情况:

1. 停经而脉象如常 《素问·腹中论》云:“何以知怀子且生也? 岐伯曰, 身有病而无邪脉”。是指妇女突然停经, 并有饮食口味异常, 如嗜酸、作呕等类似疾病的一些症状

反应，而脉象无异常的表现，此时应考虑妊娠可能。所谓“无邪脉”，《难经》有较具体的说明：“三部脉浮沉正等，按之无绝者，有妊也。”《诊家枢要》也曰：“三部脉浮沉正等，无他病而不月者，妊也。”所谓“浮沉正等”，即仲景《金匱要略·妇人妊娠病脉症并治》所讲的“妇人得平脉”的引申，亦即人虽病而脉仍正常之谓。清·林之翰《四诊抉微》引王宏翰之说，则描述更为具体：“按脉浮沉正等者，即仲景所谓寸关尺三处之脉，大小浮沉迟数同等也。”

2. 阴搏阳别 《素问·阴阳别论》：“阴搏阳别，谓之有子。”所谓“阴搏阳别”，唐·王冰《重广补注黄帝内经素问》曰：“阴，谓尺中也。搏，谓搏触于手也。尺脉搏击，与寸口殊别，阳气挺扬，则为有妊之兆。何者？阴中有别阳故。”清·林之翰《四诊抉微》引王宏翰之说，作了更具体的解释：“细释《内经》，并诸家之论，谓阴搏阳别，则尺脉搏击于手者，乃数滑有力，而寸脉来微，有别异于尺，则是寸脉来微，殊别于尺脉之滑数，是有子之象也……此节之经文，乃寸微尺数之旨也。”可见妊娠时脉象可表现为尺脉滑数有力（阴搏），寸脉较尺脉稍微弱（阳别）。这是由于尺脉属肾属阴，肾主胎胞，妊娠者胎气鼓动，故两尺滑数搏指。

3. 手少阴脉动甚 《素问·平人气象论》曰：“妇人手少阴脉动甚者，妊子也。”对于“手少阴脉”的理解，历代有三种注释：一种认为是指左寸部，因为是男左女右，妊于者左脉明显，手太阴属心，分属于左寸部。此说欠妥，关键在于“妊于者”。泛指妊子女而已，因《素问·平人气象论》中未再提及“妊女者”的脉象。第二种认为是指两手尺部，因为尺脉属肾，肾藏精、主胎胞，故两手尺脉动甚。此说与“阴搏阳别”有相似之处。第三种认为是指神门穴处的动脉，如王冰《重广补注黄帝内经素问》注曰：“手少阴脉，谓掌后陷中者，当小指动而应手也”。理由是手少阴为心经之脉，神门穴为心经之原穴。心主血，血聚养胎，胎气鼓动，故神门穴处脉动甚。对于此说，启玄于评曰：“手少阴脉……盖指心经之脉，即神门穴也，其说甚善。”

综上所述，人是复杂的有机整体，由于个体的差异，包括妊娠时间、孕妇体质等不同，妊娠脉象可有多种表现。临床辨识妊娠脉象宜结合停经、身体情况等从多方面考虑，同时还须与有关的病脉进行鉴别才能确定。

二、离经脉的特征及其形成原因

产妇临产时的脉象变化，古人统称为离经脉。清·林之翰《四诊抉微》曰：“离经者，离乎经常之脉也。”明·李延罡《脉诀汇辨》曰：“此言产中之脉也，其脉与十月怀妊平常常见者忽异；假如平日之脉原浮，临产则脉忽沉；平日之脉迟，临产则脉忽数；至如大小滑涩，临产皆忽然而易。”可见，临产时脉象可有多种变化。近人赵恩俭等《中医脉诊学》归纳临产脉象的变化，约有以下4种：

(1) 脉浮：晋·王叔和《脉经》卷九曰：“妇人怀妊离经，其脉浮。设腹痛引腰脊，为今欲生也。但离经者，不病也。”

(2) 尺脉转绳如珠：隋·巢元方《诸病源候论》曰：“孕妇诊其尺脉，转急如切绳转珠者，即产也。”

(3) 沉细而滑：高阳生《脉诀》曰：“欲产之脉离经，沉细而滑亦同名。”

(4) 中冲脉异常搏动：《医存》曰：“又须知，两中指顶节之两旁，非正产时则无脉，不可临盆也，若此处脉跳，腹痛连腰，一阵紧一阵，二目乱出金花，乃正产时也，速临

盆。”目前有人单以中指顶节两旁动脉的异常搏动称为离经脉。

《中医脉诊学》分析离经脉形成的原因，可能因临盆时产妇高度精神紧张，努挣忍痛等，导致气血发生相应的改变，而使原来的脉象变异。明·李延罡《脉诀汇辨》曰：“盖十月胎气安定，一旦欲落，气血动荡，胞胎迸裂，自与经常离异，而脉也非平昔之状貌矣。”

【古代文献】

一、诊妇人脉

《素问·平人气象论》：妇人手少阴脉动甚者，妊子也。

《素问·阴阳别论》：阴搏阳别，谓之有子。

《素问·腹中论》：何以知怀子之且生也？岐伯曰：身有病而无邪脉也。

《脉经·平妊娠分别男女将产诸证》：脉平而虚者，乳子法也。经云：阴搏阳别，谓之有子。此是血气和调，阳施阴化也。诊其手少阴脉动甚者，妊子也。少阴，心脉也，心主血脉。又肾名胞门子户，尺中肾脉也，尺中之脉按之不绝，法妊娠也。三部脉沉浮正等，按之无绝者，有妊也。妊娠初时，寸微小，呼吸五至。三月而尺数也。脉滑疾，重以手按之散者，胎已三月也。脉重手按之不散，但疾不滑者，五月也。妇人妊娠四月，欲知男女法：左疾为男，右疾为女，俱疾为生二子。

《四言举要·脉诀》：妇人之脉，以血为本。血旺易治，气旺难孕。少阴动甚，谓之有子；尺脉滑利，妊娠可喜。滑疾不散，胎必三月；但疾不散，五月可别。左疾为男，右疾为女；女腹如箕，男腹如釜。

《医学入门·妇人脉法》：妊孕初时，寸微五至。三部平匀，久按不替。妊孕三月，阴搏于阳。气衰血旺，脉正相当。肝横肺弱，心滑而洪。尺滑带散，久按益强。或关滑大，代止尤忙。渴且脉迟，其胎必伤。四月辨质，右女左男。或浮或沉，疾大实兼。左右俱盛，胎有二三。更审经脉，阴阳可参。但疾不散，五月怀胎。太急太缓，肿漏为殃。六七月来，脉喜实长。

《医学准绳六要·妇人脉》：妇人脉三部浮沉正等。按之不绝者妊也。崔子虚曰：妇人有病而无邪脉，此孕，非病。所以，不月有病，谓经闭，恶心，阻隔饮食，脉来和平是也。尺按之数而旺，亦然。左手尺脉滑实者男，右手浮滑者女。经曰：阴搏阳别，谓之有子。又法：尺脉左偏大为男，右偏大为女。经水不通，脉尺数寸微，其胎已三月也。脉滑重，以手按之散者，五月也。左右皆大产二子。……妇人怀妊离经，其脉浮。设腹痛引腰脊，为今欲生也。但离经者，不病也。又法：妇人欲生，其脉离经，夜半觉，日中则生也。

《脉经·平妊娠胎动血分水分吐下腹痛证》：寸口脉洪而涩，洪则为气，涩则为血。气动丹田，其形即温。涩在于下，胎冷若冰。阳气胎活，阴气必终。欲别阴阳，其下必殒。假令阳终，蓄然若杯。

《医学准绳六要·妇人脉》：孕妇脉弦急，憎寒壮热，唇爪俱青，面黄黑，是胎气损也。当再问胎动否？若不动反觉上攻，抢心闷绝，或下血，当作死胎治。

《诸病源候论·卷四十三·妇人将产病诸候》：产妇腹痛而腰不痛者，未产也。若腹痛连腰甚者，即产。所以然者，肾候于腰，胞系于肾故也。诊其尺脉，转急如切绳转珠

者，即产也。

《四言举要·脉诀》：欲产之脉，其至离经，水下乃产，未下勿惊。新产之脉，缓滑为吉，实大弦牢，有证则逆。

《医存·妇人宜平日熟悉胎产并正产脉证》：又须知两中指顶节之两旁，非正产时则无脉，不可临盆也；若此处脉跳，腹疼一阵紧一阵，二目乱出金花，乃正产时也，速临盆。

《脉义简摩·妇科诊略》：妇人欲产，浆破血下，浑身疼，诊其脉当洪大而有骨力，尺泽透而长，方是正产。

《医存·经至之脉》：妇人右关、尺忽洪大于左手者，口不苦，身不热，腹不胀，经至时也。

《医学入门·妇人脉法》：经病前后，脉软如常。寸关虽调，尺绝痛肠。沉缓下弱，来多要防。微虚不利，间月何妨？浮沉一止，或微迟涩；居经三月，气血不刚；三月以上，经闭难当。心脾病发，关伏寸浮，心事不足，左寸沉结。少阳卑沉，少阴脉细，经前病水，水分易瘳。寸脉沉数，跌阳微弦，少阴沉滑，血分可愁。

《医学准绳六要·妇人脉》：妇人女子，尺脉常盛而右手大，皆其常也。若肾脉微涩，或左手关后尺内脉浮，或肝脉沉急，或尺滑断绝不匀，皆经闭不调之候也。脉微弱而涩，年少得此为无子，中年得之为绝产。

《景岳全书·脉神章》：若虚寒者，必缓而迟细，为阳虚。……女人为经迟血少，为失血下血。

二、诊小儿脉

《脉经·平小儿杂病证》：小儿脉，呼吸八至者平，九至者伤，十至者困。诊小儿脉，法多雀斗，要以三部脉为主。若紧为风痫，沉者乳不消，弦急者客忤气。小儿是其日数应变蒸之时，身热而脉乱，汗不出，不欲食，食辄吐衄者，脉乱无苦也。小儿脉沉而数者，骨间有热，欲以腹按冷清也。小儿大便赤，青瓣飧泄，脉小，手足寒难已；脉小，手足温易已。

《脉诀·小儿生死脉歌》：小儿乳后辄呕逆，更兼脉乱无忧虑；弦急之时被气缠，脉缓即是不消乳；紧数细快亦少苦，虚濡邪气惊风助；痢下宜肠急痛时，浮大之脉归泉路。

《医学准绳六要·小儿脉》：小儿三岁以下，看虎口三关纹：紫热红伤寒，青惊白色疳，黑纹知中恶，黄色应脾端。大抵黄色隐隐淡红为吉，黑色凶。其他纹色在风关为轻，气关渐重，命关尤重也。及三岁以上，乃以一指按其寸关尺，当以六七至为率，添则为热，减则为寒。若脉浮数表热为乳痈、风热、五脏壅。虚濡为惊风，紧实为风痫，紧弦为腹痛，弦急为气不和，牢实为便秘，沉细为寒。大小不匀为祟。或小或缓，或沉或短，皆为宿食不化。脉乱身热，汗出不食，食则吐，此为变蒸也。浮为风，伏沉皆为物聚，单细为疳劳。

《幼幼集成·小儿脉法》：浮脉主表，病在外；沉脉主里，病在内；迟脉主脏，病为寒；数脉主腑，病为热。五至四至为迟、为寒、为不足，浮迟外寒，沉迟内寒，有力实寒，无力虚寒。七至八至为数，为热，为太过，浮数表热，沉数里热，有力实热，无力虚热。

《脉义简摩·儿科诊略》：凡诊小儿，既其言语不通，尤当以脉为主，而参以形色声

音，则万无一失。小儿之脉非比大人之多端，但察其强弱缓急四者之脉，是即小儿之肯綮。盖强弱可以见虚实，缓急可以见邪正。四者既明，则无论诸病，但随其症以合其脉而参此四者之因，再加以声色之辨，更自的确无疑，又何遁情之有。……小儿之脉，气不和则弦急，伤食则沉缓，虚惊则促急，风则浮，冷则沉细，脉乱者不治。凡看脉先定浮沉迟数，阴阳冷热。沉迟为阴，浮数为阳。浮主风，沉迟主虚冷，紧主癫痫，浮缓主虚泻，微迟有积、有虫，迟涩胃不和，沉主乳食难化，紧弦主腹痛，牢实主大便秘。沉数而细，骨中有热；弦紧而数，惊风。浮洪胃热，沉紧寒痛，虚濡者有气，又主慢惊，芤主大便利血。

小儿之脉，其主病与大人同。但部位甚狭，难于分辨。然小儿病因无多，脉象当无多变，正不必多立名色以自炫奇。又小儿六七岁以下，肾气未至，脉气止在中候，无论脉体素浮素沉，重按总不能见脉，若重按见脉，即与大人牢实动结同论。但亦不可太浮，无根耳。……八至为平者，三岁以下也。六至为平者，五岁以上也。

【研究进展】

一、妇女脉象的研究

月经、妊娠、分娩是育龄妇女特有的生理现象，近年来部分学者对其脉象的变化进行了研究。

(一) 月经期脉象研究

朱安娜等^[1]对妇女月经期与非月经期正常女大学生群体脉象及脉图参数变化进行了3个月经周期的脉象自身对照研究。结果显示：月经期的脉象及脉图参数变化为滑脉较多，月经末期及经后多沉细脉。吴仲如等^[2]用BYS-14型心电脉象仪，对非月经期及月经期的妇女进行了观察。发现月经期妇女多为滑脉，非月经期妇女多为平脉，月经初期（第1天）多为平脉，月经中期（第2天、3天）多为滑脉，月经末期及月经期后多为细脉。

(二) 妊娠期脉象及脉图研究

赵承筠等^[2]用MX-3型脉象仪对400例妊娠滑脉进行了观察，结果显示：①妊娠滑脉的脉象大概能分为滑、滑细、滑数、滑弦4型。脉图特点：呈双峰波型，主波、重搏波明显可见，主峰角小，重搏波切迹位置较低，脉率较快。②根据《脉诀》“左疾为男，右疾为女。”《妇人良方》：“诸阳脉皆为男，即为大、疾、数、滑、实之类也，当怀男子；诸阴脉，三部脉沉细之类是也，当怀女子。”对247例妊娠滑脉胎儿性别鉴别分析，从切脉强弱及流利度来比较判别，符合率为51.4%；脉图描记判别，符合率为77.7%。③对20例孕妇产前产后脉象图对照分析，结果显示：产后大多以细弱脉为主，与产前比较，脉图参数的变化差别均有显著意义。④400例妊娠滑脉，177例缓（平）脉，27例涩脉进行比较，差别有显著意义。妊娠滑脉呈双峰波，主峰尖锐高耸突出，重搏波切迹较低，脉率加快，高峰持续时间缩短。与现代医学认为妇女妊娠后血容量增加，血液稀释，心输出量增加，外周阻力降低，脉压差增大；祖国医学认为“妇人以血养胎”，气血充实、血流加快，因而往来前却，流利辗转，替替然如珠之应指是相符合的。

黄士林等^[1]对30例妊娠2~9个月妇女作了脉图、血液流变学观察，发现妊娠2月后即能表现滑脉，以4个月后滑脉最明显，直至产后2个月或人工流产后，滑脉渐减或消

失。妊娠滑脉是一种生理反映,是代谢旺盛,营卫充实的表现。临床和实验资料表明,妇女在妊娠期间,血液各项粘度均值降低,这主要由于妊娠期雌性激素的作用,血容量增加,但血浆增加约为40%,而血细胞增加约为20%,故呈生理性稀血状态,而使血细胞比积显著降低,红细胞沉降率加快,妊娠末期时红细胞沉降率约为正常时的5倍。另一方面雌性激素可使血管内、外的水分滞留,使血液稀释,血液粘滞度降低,血流滑利、快速而呈现滑脉。

刘永欣等^[5]对300例次妊娠脉图进行了分组分析,分为妊娠早期组(孕40天~12周)、妊娠中期组(16周~18周)、妊娠晚期组(孕30周~分娩前)、正常妊妇产后(产后42天~5个月)、妊娠高血压孕妇晚期组、妊娠高血压产后组。结果显示:①从各组 h_2/h_1 、 h_3/h_1 的比值划成的曲线图看,随着妊娠月的增大而曲线下降,说明妊娠中、晚期的外周阻力减少,与血液流变学的改变相符;②高血压孕末期孕妇与正常孕末期孕妇的脉图比较,高血压孕妇组由于病理变化,脉图参数 h_2/h_1 、 h_3/h_1 的比值大于正常孕妇末期组, T_2 时值也比正常孕妇末期组缩短,说明高血压孕妇外周阻力大于正常孕妇末期组。

赵冠英等^[6]对妊娠26周以上与同龄未孕妇女脉图分析,结果显示:①正常妇女135例,其中滑脉6例,占4.44%,孕妇53例,滑脉43例,占81.13%,两组差别有非常显著意义;②将孕妇分成3组,Ⅰ组(26~29周)、Ⅱ组(30~32周)、Ⅲ组(32周以上)进行比较,结果显示:随孕周的增加,心率加快, w/t 增大,Ⅲ组与Ⅰ、Ⅱ组比较,差别有显著意义,但主峰波宽度和主峰角差别无显著意义;③随孕周的增加,主波高、降中峡高、舒张间期三指标均变小,Ⅰ与Ⅱ、Ⅲ组比较差别有显著意义,Ⅲ组心动周期缩短,弹力系数 h_2/h_1 下降,心缩间期与心舒间期比值缩小,与Ⅰ、Ⅱ组比较,差别有显著意义;④孕妊滑脉与正常妇女的滑脉比较,主要区别为主波升高,收缩期(t_4)延长, w 变窄,心率加快,舒张期和心动周期缩短, t_2/t_3 及主峰角 θ 减小。

中医学认为孕妇所以产生滑脉,是由于妇人受孕之后,肾精充沛,阴血旺盛所致,《濒湖脉学》曰:“滑为阳气有余,故脉来流利如水,脉者,血之腑也,血盛则脉滑,故肾脉宜之。”现代医学对妊娠生理的认识,则认为当卵子受精后,体内HCG(绒毛膜性腺激素)逐步上升(早孕时),使机体的代谢改变,血容量增加,血液稀释,心输出量增大。有实验证实,妊娠28周左右心输出量达高峰,可比孕前增加25%~40%,外周阻力降低,血流速度加快,脉压差增加,故出现滑脉,形成医师指下流利如滚珠的感觉。

(三) 正常分娩过程的脉图研究

徐建国等^[7]用MX-3型脉象仪对21例健康适龄产妇正常分娩过程中的平卧位左尺、左关脉图进行了观察。按产科学将产程分为Ⅰ(第1产程潜伏期)、Ⅱ(第1产程活跃期)、Ⅲ(第2产程,宫口全开时)、Ⅳ(分娩后1小时)4个阶段,分4次记录脉象,作自身对照,结果显示:①分娩过程中尺脉脉图参数 h_3/h_1 、 h_4/h_1 、 w/t 、 w/t_4 ,从Ⅰ至Ⅳ阶段增高,表示脉图弦的程度增加,Ⅲ阶段上述各参数减小,表示向滑转变,为弦滑脉图,Ⅳ阶段上述参数变小,弦度消失,加上分娩中气血耗损呈细滑脉。Ⅰ阶段出现弦的原因与此过程中腹痛最甚有关,与中医“弦主痛”理论相符;②尺部与关部脉图比较结果显示,在分娩过程中相邻的二期之间,尺脉的脉图参数 h_3/h_1 、 h_4/h_1 、 w/t 、 w/t_4 ,多数都显示出显著差异。说明在分娩过程中尺脉脉图变化较关脉明显。此结果与中医认为女子受孕,怀胎及分娩都与肾有关,而肾气通于尺。《诸病源候论》强调临产观察尺脉的

变化，是有一定道理的。

（四）临产离经脉研究

自晋·王叔和提出“妇人欲生，其脉离经”以来，后世诸家，众说云云。《医学入门》曰：“临产六至，号曰离经。”《医宗必读》曰：“欲产之脉，散而离经。”《诊家正眼》又曰：“离经者，谓离于经常之脉，如昨大今小，昨涩今滑，昨浮今沉之类。”张景岳云：“离经脉，即歇止者也。”唯有明代薛立斋在《女科撮要》中进行了详尽的论述：“欲产时，觉腹内转动，即当正身仰卧，待儿转身向下，其时作痛，试捏产母手中指中节或本节跳动，方临盆即产。”

尤昭玲等^[8]采用传统手法诊中指脉与仪器识别相结合对 35 例非孕，105 例不同孕月的健康妇女及 210 例次正常产妇进行了系统的临床观察，结果显示：①临产组左手中指第 1、2 诊区脉诊率 91% 以上，尤以第 1 诊区最高占 71%，与非孕组及妊娠 5、7、9 月比较，差别有非常显著意义。②阻抗容积脉波波幅上升时间、流入容积速度、流出容积速度等，非孕组 < 孕 5 月 < 孕 7 月 < 孕 9 月 < 临产组。③阻抗容积脉波波幅与临产组宫口扩张度呈正相关，相关系数 $r=0.952$ ($P<0.001$)，尤氏用所测容积脉波波幅值与宫口扩张度两者关系建立回归方程，可根据波的幅值计算宫口扩张度，从而减少肛检的损伤。不失为一无创简便的好方法。

二、小儿脉象及脉图研究

近年来有关健康成人及病人脉象的研究屡见报道，而小儿脉象及脉图的研究报道则较少。

李丽霞等^[9]用 BYS-14 型心电图脉象仪对 89 例 4~6 岁健康小儿左手脉象及脉图进行了观察。结果显示：①脉象：该组主要脉象有细、弦、滑三种，不浮不沉者 72 例，占 80.9%，16 例偏沉，占 18%，一例兼浮（占 1.18%）；虽有偏细、弦、滑之分，但都不急不徐，和缓有力，节律一致，为有胃、有神、有根之正常脉象，平均脉率 97 次/分；②脉图特点：细脉脉图主要表现为主波、潮波、降中波幅度较低，潮波及降中峡与主波的比值较滑脉组高，上升支速度较缓，脉波升支角度较小，降斜 I < 降斜 II；弦脉组的主波、潮波、降中波幅较高，上升支陡峭，潮波与降中峡的相对高度均高，脉波上升速度快，升支角度大，降斜 I > 降斜 II；滑脉组脉图主波幅较高，上升支陡，升支斜率大，近似弦脉，但潮波与降中峡的相对高度较低，降斜 I > 降斜 II。小儿因心率快，整个脉动周期时间，心缩时间和心舒时间相应缩短。李氏认为小儿的生理特点及个体的差异与健康成人一样，脉象出现偏弦、偏细、偏滑是完全可能的。

钱静庄等^[10]用脉图和无创心功能检测法，观察了 113 例学龄儿童（平均年龄 10.75 ± 0.82 岁）的心血管功能，并与 79 例健康青年对照（平均年龄 26.18 ± 4.66 岁），结果显示，学龄儿童脉图主波高显著低于青年组，潮波相对高度（潮波高/主波高）、降中峡相对高度（降中峡高/主波高）均较青年组高，最佳取法压力较低；血流动力学指标的每搏输出量（SV）、心输出量（CO）、心指数（CI）、平均顺应性（C）显著低于青年组，提示学龄儿童心血管功能明显弱于青年组，这可能是学龄儿童脉象以细为主，脉图主波幅小，上升支缓慢，潮波及降中峡相对高度较高的原因，与洪曼丽等^[11]对 110 名 3~5 岁正常小儿脉搏图多见细脉的报道一致。

以上结论符合小儿脏腑娇嫩，血少气弱，形气未充，精、血、津液、肌肤等有形之

质皆未充实、完善，各脏腑功能活动均属幼稚和不稳定状态，而新陈代谢旺盛，交感神经占优势的生理特征。所以脉象和脉图有细而数或细弦而数的特点。

参 考 文 献

- 〔1〕 朱安娜，等. 月经周期中的脉象变化. 上海市脉象研究资料汇编. 1982. 88
- 〔2〕 吴仲如，等. 月经期妇女脉象的观察. 中西医结合研究会论文汇编（四诊专辑）. 1983. 81
- 〔3〕 赵承筠，等. 妊娠滑脉 400 例分析. 上海中医药杂志，1981，（11）：47
- 〔4〕 黄士林，等. 滑脉的实验研究与临床意义. 中西医结合研究会论文汇编（四诊专辑）. 1983
- 〔5〕 刘永欣，等. 300 例妊娠各期脉图分析. 中西医结合研究会论文汇编（四诊专辑）. 1983. 72
- 〔6〕 赵冠英，等. 妊娠 26 周以上脉图分析与同龄未孕妇女脉图比较. 第二届全国中西医结合四诊会议论文汇编. 1987. 175
- 〔7〕 徐建国. 正常分娩过程中的脉图变化. 第二届全国中西医结合四诊会议论文汇编. 1987. 224
- 〔8〕 尤昭玲. 妇科离经脉与正常产程关系的初步研究. 天津中医，1986，（1）25
- 〔9〕 李丽霞，等. 89 例健康小儿脉象观察. 广州中医学院学报，1985，2（2）：27
- 〔10〕 钱静庄，等. 113 例学龄儿童脉图与心血管功能的观察. 上海中医药杂志，1992，（10）：46~49
- 〔11〕 洪曼丽. 3~5 岁正常小儿脉搏图 110 例. 甘肃医药，1982，（增刊）：70

第五节 脉诊的意义

【基本内容】

中医整体观指出，人体是一个有机整体。机体各部分的生理病理信息，都通过脉象的动脉变化及时地反映出来。脉象的盛、衰、正、乖都是气血邪正的外在表现，通过诊脉可以了解气血的虚实，阴阳的盛衰，脏腑功能的强弱以及邪正力量的消长，为治疗指出方向。

脉诊在临床中的意义，归纳起来有以下方面：辨别病情，阐述病机，指导治疗，推断预后。

一、辨别病情

各种脉象都能在一定程度上反映病证的病理特点，如数为热，迟为寒，浮为表，沉为里，滑大为实，涩小为虚等。所以脉诊是辨别病情，判断证候的重要指标。

二、阐述病机

病脉的形成与疾病的机理有着密切的联系，因此在中医文献中，也常有症状简略而脉象具体，并以脉象来讨论疾病机理的现象。如《伤寒辨脉法》曰：“脉浮而紧，浮为风，紧为寒，风则伤卫，寒则伤荣，荣卫俱病，骨节烦疼”。即是以脉象浮紧的原因和形成的机理来解释，“骨节烦疼”是由风邪袭表，寒邪入络，血脉收引，经气失宣所致。

三、指导治疗

脉症合参，辨明病机，对确定治则，选方用药有重要的作用，尤其当单从症状方面难以论治的时候，审查脉象，具有决定性意义。

四、推断预后

通过诊脉可以判断病情的轻重，推测预后的吉凶，观察疗效的好坏，如久病而脉象和缓，或脉力逐渐增强，是胃气渐复，病退向愈之兆。久病气虚，或出血、泄泻而脉虚

大，则多属邪盛正衰，病情加重的征兆。

观察脉象推断疾病的进退和预后，必须结合症状，脉症合参。脉象和症状都是疾病的表现，二者反映的病机通常相符，若脉与症不一致时，则提示病情比较复杂，治疗比较困难，预后较差。

【补充阐发】

一、脉症顺逆与从舍

脉与症都是疾病征象的反映。由于疾病种类繁多，有简单、有复杂，更有新病宿疾集于一身者，故临床变化莫测，脉症表现有典型、非典型以及反于常态等等。因此，一个正确的诊断，须经过医生全面收集病情资料，并作周密分析后才能确立。在对脉症进行分析的过程中常会遇到两种情况：一种是症状表现与脉象一致。如症见恶寒发热、头身疼痛、无汗、鼻塞流清涕、口不渴等一派风寒外感之象，脉见浮紧，脉与症二者一致。古人称之为“脉症相应”。这是发病的一般情况。另一种是症状表现与脉象不一致。如高热、面赤、烦躁、口干、腹满疼痛、大便秘结等一派实热之象，而反见迟脉，脉与症不相吻合。此为“脉症不应”。

一般而言，脉症相应为顺，脉症不应为逆。对此，张介宾曾有详细的论述，《景岳全书·脉神章》曰：“凡内出不足之证，忌见阳脉，如浮、洪、紧、数之类是也；外入有余之病，忌见阴脉，如沉、细、微、弱之类是也。如此之脉，最不易治。”又曰：“凡有余之病，脉宜有力有神，如微、涩、细、弱而不应手者，逆之兆也；凡不足之病，脉宜和缓柔软，若洪、大、实、滑、浮、数者，逆也。凡暴病脉来浮、洪、数、实者，为顺；久病脉来微、缓、软、弱者，为顺。若新病脉沉、微、细、弱，久病脉浮、洪、数、实者，皆为逆也。凡脉症贵乎相合，设若症有余而脉不足，脉有余而症不足，轻者亦必延绵，重者即危亡之兆。”归纳起来，张氏所述“脉症相应”有二：一是“有余之病”，如外感、暴病等等，邪盛而脉见洪、数、滑、实者，谓之脉症相应。反映邪虽盛而正气尚充盛，足以抗邪，故“为顺”。二是“不足之病”，如内伤、久病、正气虚衰，脉见沉、细、微、弱者，亦谓脉症相应。此乃正虽虚而邪不盛，病情尚属单一、明了，治疗容易对症下药，故亦“为顺”。至于“脉症不应”，亦有二：一是“有余之病”，如新病、外感，邪盛而反见沉、细、微、弱之脉，谓之脉症不应。说明邪盛而正衰，正不胜邪，易致正气内陷，故“为逆”。二是“不足之病”，如内伤、久病、正气虚衰而反见浮、洪、数、实之脉，亦谓脉症不应。表明正衰而邪盛，或是虚阳浮越，病情复杂、危重，故亦“为逆”。

应该指出的是，顺与逆是相对的，而不是绝对的。脉症相应之顺，并不就是指病情轻、预后好、治疗容易。有时候往往病情并不轻，只是病机比较明了，诊断比较明确而已。如久病、重病、正虚严重而见微弱之脉，可谓脉症相应，但病情严重，难以治疗，预后并不好。脉症不应之逆，也并不全是病情危重，予后不良。有时候只是病机比较复杂，诊断难以明确而已。除此之外，脉症顺逆还体现在脉与四时的逆从。如《素问·平人氣象论》“脉得四时之顺，曰病无他；脉反四时及不间脏，曰难已。”等所载便是。

由于“脉症不应”是症状表现与脉象不相一致，因此其中必有一方反映疾病本质，而另一方则与本质不符合或是假象。所以临床辨证时必须以反映疾病本质的一方为诊断依据，而舍弃另一方，此即所谓的“脉症从舍”。如陶节庵《伤寒家秘的本》曰：“大抵病

人表里虚实不同，邪之传变有异，……有症变者，或有脉变者，或有取症不取脉者，或有取脉不取症者。”若症真脉假，则“舍脉从症”；症假脉真，则“舍症从脉”。

所谓“舍脉从症”，是在脉症不应的前提下，医生经过分析，认为症状反映了疾病的本质，而脉象与疾病本质不符，也即症真脉假。因此以症状作为辨证的依据而舍弃脉象。例如：症见腹部胀满、疼痛拒按，大便燥结，舌红苔黄厚干燥，而脉迟细者。此时症状所反映的是实热内结肠胃的本质，而脉象所反映的似是虚寒之象，症真脉假，故须舍脉从症。此外，临床上某些慢性病因发病时间较久，脉象无显著变化，诊断用药往往多根据症状而定。还有，根据前人经验，对于某些病症，辨证时主要凭症而定。如周学霆有：“偏正头痛不问脉”、“痿症不从脉”、“老痰不变脉”之说。这当然不能一概而论，但亦是前人经验之谈，有一定参考价值。

所谓“舍症从脉”，是指脉症不应而症假脉真时，以反映本质的脉象作为辨证的依据，而舍弃与本质不符、甚至是假象的症。例如：热闭于内，症见四肢厥冷，脉象滑数。此时脉象所反映的是阳热内盛的本质，而四肢厥冷似是寒象，症假脉真，故须舍症从脉。

值得注意的是，对于脉症之“从”与“舍”，不能机械地理解。实际上从与舍也是相对的，往往是“从中有舍”，“舍中有从”。这一方面是由于对不同的疾病以及在发病的不同阶段，脉与症在辨析疾病上各有侧重与专长，其所发挥的作用不尽相同。另一方面是脉与症的辨证意义都有常、有变，有一般的规律与特殊的规律。“症真脉假”时“舍脉”，此时的“脉假”只是对一般的常规来讲属假。但如从其特殊的规律而言，实际还是“真”。例如，阳明腑实证之“脉迟”，对于“迟脉主寒证”这一常规而言，是“假”。但如考虑到“迟脉也可见于热证”这一特殊规律而言，“脉迟”也就无所谓“假”，自然就不必“舍”了。同样，“症假脉真”时“舍症”，也有类似情况。例如，邪热内闭时“四肢厥冷”，对于四肢厥冷一般属于寒象而言，此时的“肢冷”与邪热内盛的本质不符，是谓假象。但若考虑到“热深厥深”、“阳盛格阴”这一特殊规律时，“肢冷”也就无所谓“假”，自然就不必“舍”了。此外，就“舍症从脉”之“舍症”而言，并不是将全部症状都舍弃，而单凭脉象就作出诊断。事实上，病人患病时的诸多症状不可能全部是假象。所谓的“症假”只是指少数乃至个别的症状，而多数的症状显然还是与疾病本质相符的。

由此可见，“舍脉从症”也好，“舍症从脉”也好，其实质是在于告诫我们，诊病辨证时要全面收集病情资料，并对其进行全面的综合分析，对脉与症互勘互证，知常达变，透过现象，去伪存真，揭示疾病本质，从而作出正确的诊断。

至于脉症从舍的具体方法，张景岳曾有精辟的论述，可资参考。其曰：“凡治病之法，有当舍症从脉者，有当舍脉从症者，何也？盖症有真假，脉亦有真假，凡见脉症有不相合者，则必有一真一假隐于其中矣。故有以阳症见阴脉者，有以阴症见阳脉者，有以虚症见实脉者，有以实症见虚脉者。此阴彼阳，此虚彼实，将何从乎？病而遇此，最难下手，最易差错，不有真见，必致杀人。矧今人只知见在，不识隐微，凡遇症之实而脉之虚者，必直攻其症而忘其脉之真虚也。或遇脉之弦大而症之虚者，亦必直攻其脉而忘其症之无实也。此其故正以似虚似实，疑本难明，当舍当从，熟知其要？医有迷途，莫此为甚。余尝熟察之矣，大都症实脉虚者，必其症为假实也；脉实症虚者，必其脉为假实也。何以见之？如外虽烦热而脉见微弱者，必大虚也；腹虽胀满而脉见微弱者，必胃虚也。虚火虚胀其堪攻乎？此宜从脉之虚不从症之实也。其有本无烦热而脉见洪数者，非火邪

也；本无胀滞而脉见弦强者，非内实也。无热无胀，其堪泻乎？此宜从症之虚，不从脉之实也。凡此之类，但言假实，不言假虚，果何意也？盖实有假实、虚无假虚。假实者病多变幻，此其所以有假也；假虚者亏损既露，此其所以无假也。大凡脉症不合者，中必有奸，必察其虚以求根本，庶乎无误，此诚不易之要法也。真实假虚之候，非曰必无，如寒邪内伤，或食停气滞而心腹急痛，以致脉道沉伏，或促或结一证，此以邪闭经络而然，脉虽若虚，而必有痛胀等症可据者，是诚假虚之脉，非本虚也。又若四肢厥逆，或恶风怯寒而脉见滑数一症，此由热极生寒，外虽若虚而内有烦热便结等症可据者，是诚假虚之病，非本虚也。大抵假虚之症，只此二条。若有是实脉而无是实症，即假实脉也；有是实症而无是实脉，即假实症也。知假知真，即知所从舍矣。

近见有治伤寒者，每以阴脉作伏脉，不知伏脉之体，虽细虽沉，亦必隐隐有力，亦必明明有症，岂容任意胡猜以草菅人命哉！仁者必不然也。又有从脉从症之法，乃以病有轻重为言也。如病本轻浅别无危候者，但因见在以治其标，自无不可，此从症也。若病关脏气，稍见疑难，则必须详辨虚实，凭脉下药，方为切当。所以轻者从症十惟一，重者从脉十当八九，此脉之关系非浅也。虽曰脉有真假，而实由人见之不真耳，脉亦何从假哉！”

二、脉学著作简介

中医脉学渊源流长，脉学著作浩如烟海，为帮助读者学习、研究中医脉学理论，现将历代有代表性的脉学著作介绍如下。

《黄帝内经》虽非脉学的专著，但已有大量专篇论述脉学理论和切脉方法，其中专篇论述脉学的有《素问·玉版论要》、《素问·脉要精微论》、《素问·平人气象论》、《素问·玉机真藏论》、《素问·三部九候论》、《灵枢·论疾诊尺》等。记载有“三部九候”的遍诊法、“寸口诊法”以及“人迎气口”等诊脉法；提出“平旦诊脉”、“以息计数”等诊脉基本要求；对于“平脉”、“病脉”如：大、小、长、短、滑、涩、浮、沉、迟、数、软、缓、急、虚、实、散、代、细、弱、弦、疾、洪、微等脉，以及“真脏脉”等的脉象形态、临床意义等均有较明确的论述；对生活起居、气候环境、时令季节、昼夜变化等因素对脉象的影响也作了概述。

《史记·仓公传》中载有丰富的脉诊内容，仓公淳于意继承了汉以前的脉学理论，记载了弦、大、浮、平、代、紧、小、弱、急、滑、数、实、坚、散、躁、浊、涩、盛、静、希等 20 余种脉象。

扁鹊（秦越人）所撰《难经》，继承和发展了《黄帝内经》中的脉学，首倡诊脉“独取寸口”之说，书中以问难的形式讨论脉的阴阳虚实，四时的常脉病脉，五脏疾病与证的关系，以及脉诊的寸关尺分部、脏腑分属、指法等。

东汉·张仲景撰著《伤寒论》和《金匱要略》，均以脉诊为辨证的重要依据，仲景诊脉并不局限于“寸口”，还常诊察“趺阳”、“太溪”脉，全称仲景三部脉法。仲景在书中列举了 20 余种脉象，并把脉象分为阴、阳两大类，以起执简驭繁的作用，大、浮、数、动、滑为阳脉，沉、涩、弱、弦、微为阴脉。

西晋·王叔和所撰《脉经》是我国现存的第一部脉学专著，它集汉以前脉学之大成，不仅对我国脉学影响巨大，而且远传国外，影响深远。书中对寸口脉法的寸关尺部位作了比较明确的说明，并对两手寸口六部脏腑分属作了比较具体的论述。书中对以前记载

的各种脉象进行整理，筛选出 24 种脉象：浮、芤、洪、滑、数、促、弦、紧、沉、伏、革、实、微、涩、细、软、弱、虚、散、缓、迟、结、代、动脉。明确了名称，并对每一种脉象的形态作了比较明确的表述，其中许多描述成了后世的典范。书中还对各种脉象的病理意义亦作了比较详细的叙述。书中提出了八对相类脉：浮与芤、弦与紧、滑与数、革与实、沉与伏、微与涩、软与弱、缓与迟，强调要注意相类脉的鉴别。此外，《脉经》还讨论了脉象的阴阳、顺逆、虚实、生死以及各种病证的脉象变化。

《脉诀》，又名《王叔和脉诀》，多数认为是六朝人高阳生所著，用歌诀的形式阐述脉理和脉象形态。书中长短歌诀共二百余首，内容包括脉赋，诊脉候入武歌，五脏六腑歌，诊生死、顺逆歌，察色观病候歌，脉类、左右手诊脉歌。由于作者水平所限，书中错误之处较多，如“七表、八里”的分类方法，矛盾很大，谬误显然。故后世滑伯仁《诊家枢要》、戴起宗《脉诀刊误》等不少书籍对此进行了评述，考核辨妄，详为订正。尽管《脉诀》存在这样、那样的错误，由于其内容要而不繁，文字通俗易懂，易于诵记，所以流传很广。此后崔嘉彦仿此体例著《崔氏脉诀》亦颇有影响。

南宋·施发所撰《察病指南》，是现存最早运用图解来说明脉象特征的书籍，书中绘制 33 幅脉象示意图，该书以脉诊为主，但亦有听声、察色、考味等内容。此后，明·张世贤著《图注脉诀》附图 22 幅；沈际飞《人元脉影归指图说》附图 21 幅。

李时珍《濒湖脉学》由二部分组成，一部分系其父李言闻删补《崔氏脉诀》而成《四言举要》，文体为四言诀；另一部分文体为七言诀，由李时珍所编著。书中列举了 27 种脉象的指下形态与主病。该书比喻生动，言浅意深，便于习诵，后世推崇为初学脉诊的入门书。此后吴谦《医宗金鉴·四诊心法要诀》、林之翰《四诊抉微》、周学霆《三字禅》等，都是以此为蓝本而作。

除上述之外，明清两代脉学专著甚多，如明·吴昆《脉经》，张介宾《景岳全书·脉神章》，邹至夔《脉理正义》，李中梓《诊家正眼》，清·李延罡《脉诀汇辨》，张璐《诊宗三昧》，王贤《脉贯》，黄蕴今《脉确》，郭至《脉如》，徐灵胎《洄溪脉学》，黄宫绣《脉理求真》，张福田《脉理宗经》，余显庭校订的《脉理存真》，周学海《脉义简摩》等，都是较有影响的著作。

现代较有影响的脉学著作有：恽铁樵《脉学发微》，刘冠军《脉诊》，邢锡波《脉学阐微》，徐明《脉学纵横谈》，黄士林、孙明异《中医脉象研究》，费兆馥、徐建国等《中国脉诊研究》，赵恩俭等《中医脉诊学》等。其中，后 3 部书从文献整理、脉图研究、临床应用等方面，全面系统地研究、论述了传统的脉学理论及其现代研究，对于中医脉诊客观化具有较大影响。

【古代文献】

一、辨别病情

《素问·脉要精微论》：夫脉者，血之府也。长则气治，短则气病，数则烦心，大则病进，上盛则气高，下盛则气胀，代则气衰，细则气少，涩则心痛。浑浑革至如涌泉，病进而色弊，绵绵其去如弦绝，死。

《难经·十四难》：脉来一呼再至，一吸再至，不大不小曰平。一呼三至，一吸三至，为适得病。前大后小，即头痛目眩；前小后大，即胸满短气。一呼四至，一吸四至，病

欲甚，脉洪大者，苦烦满；沉细者，腹中痛；滑者伤热；涩者中雾露。一呼五至，一吸五至，其人当困，沉细夜加，浮大昼加，不大不小，虽困可治；其有大小者，为难治。一呼六至，一吸六至，为死脉也，沉细夜死；浮大昼死。一呼一至，一吸一至，名曰损，人虽能行，犹当着床。所以然者，血气皆不足故也。再呼一至，再吸一至，呼吸再至，名为无魂。无魂者当死也，人虽能行，名曰行尸。上部有脉，下部无脉，其人当吐，不吐者死。上部无脉，下部有脉，虽困无能为害，所以然者，譬如人之有尺，树之有根，枝叶虽枯槁，根本将自生，脉有根本，人有元气，故知不死。

《难经·九难》：数者，腑也。迟者，脏也。数则为热，迟则为寒。诸阳为热，诸阴为寒。

《灵枢·邪气脏腑病形》：黄帝曰：请问脉之缓、急、大、小、滑、涩之病形何如？岐伯曰：臣请言五脏之病变也。心脉急甚者为瘕疝；微急为心痛引背，食不下。缓甚为狂笑；微缓为伏梁，在心下，上下行，时唾血。大甚为喉疝；微大为心痹引背，善泪出。小甚为善嘔；微小为消瘴。滑甚为善渴；微滑为心疝引脐，小腹鸣。涩甚为痞；微涩为血溢，维厥，耳鸣，颠疾。

肺脉急甚为癫疾；微急为肺寒热，息惰，咳唾血，引腰背胸，若鼻息肉不通。缓甚为多汗；微缓为痿痿，偏风，头以下汗出不可止。大甚为胫肿；微大为肺痹，引胸背起，恶日光。小甚为泄；微小为消瘴。滑甚为息贲上气；微滑为上下出血。涩甚为呕血；微涩为鼠痿，在颈支腋之间，下不胜其上，其应善痿矣。

肝脉急甚者为恶言；微急为肥气，在胁下若覆杯。缓甚为善呕；微缓为水瘕痹也。大甚为内痛，善呕衄；微大为肝痹，阴缩，咳引小腹。小甚为多饮；微小为消瘴。滑甚为瘕疝；微滑为遗溺。涩甚为溢饮；微涩为瘕挛，筋痹。

脾脉急甚为瘕疝；微急为膈中，食饮入而还出，后沃沫；缓甚为痿厥；微缓为风痿，四肢不用，心慧然若无病。大甚为击仆；微大为疝气，腹里大脓血在肠胃之外；小甚为寒热；微小为消瘴。滑甚为瘕癥；微滑为虫毒，蛭蝎，腹热。涩甚为肠痿；微涩为内瘕，多下脓血。

肾脉急甚为骨癩疾；微急为沉厥，奔豚，足不收，不得前后。缓甚为折脊；微缓为洞，洞者，食不化，下嗝还出。大甚为阴痿；微大为石水，起脐已下至小腹睡睡然，上至胃脘，死不治。小甚为洞泄；微小为消瘴。滑甚为瘕痿；微滑为骨痿，坐不能起，起则目无所见。涩甚为大痲；微涩为不月，沉痔。……诸急者多寒；缓者多热；大者多气少血；小者血气皆少；滑者阳气盛，微有热；涩者多血少气，微有寒。

《素问·平人气象论》：脉盛滑坚者，曰病在外。脉小实而坚者，曰病在内。脉小弱以涩，谓之久病。脉滑浮而疾者，谓之新病。脉急者，曰疝瘕，少腹痛。脉滑曰风。脉涩曰痹。缓而滑，曰热中。盛而紧，曰胀。

《难经·十八难》：人病有沉滞久积聚，可切脉而知之耶？然：诊在右肋有积气，得肺脉结，脉结甚则积甚，结微则气微。诊不得肺脉，而右肋有积气者，何也？然：肺脉虽不见，右手脉当沉伏。其外痼疾同法耶？将异也？然：结者，脉来去时一止，无常数，名曰结也。伏者，脉行筋下也。浮者，脉在肉上行也。左右表里，法皆如此。假令脉结伏者，内无积聚；脉浮结者，外无痼疾。有积聚，脉不结伏；有痼疾，脉不浮结，为脉不应病，病不应脉，是为死病也。

《脉经·平三关病候并治宜》：寸口脉浮，中风，发热，头痛……寸口脉紧，苦头痛，骨肉疼，是伤寒。……寸口脉微，苦寒为衄。……寸口脉数，即为吐，以有热在胃管，熏胸中。寸口脉缓，皮肤不仁，风寒在肌肉。……寸口脉滑，阳实，胸中壅满，吐逆。……寸口脉弦，心下怫怫，微头痛，心下有水气。……寸口脉弱，阳气虚，自汗出而短气。……寸口脉涩，是胃气不足。……寸口脉芤，吐血；微芤者衄血，空虚，去血故也。……寸口脉伏，胸中逆气，噎塞不通，是胃中冷气上冲心胸。……寸口脉沉，胸中引胁痛，胸中有水气。……寸口脉濡，阳气弱，自汗出，是虚损病。……寸口脉迟，上焦有寒，心痛咽酸、吐酸水。……寸口脉实，即生热，在脾肺，呕逆气塞；虚即生寒，在脾胃，食不消化。……寸口脉细，发热，吸吐。……寸口脉洪大，胸胁满。

二、阐述病机

《素问·病能论》：黄帝问曰：人病胃脘痛者，诊当何如？岐伯对曰：诊此者，当候胃脉，其脉当沉细。沉细者气逆，逆者人迎甚盛，甚盛则热。人迎者，胃脉也。逆而盛，则热聚于胃口而不行，故胃脘为痛也。

《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证并治第九》：夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。

《金匱要略·水气病脉证并治第十四》：脉浮而洪，浮则为风，洪则为气，风气相搏，风强则为隐疹，身体为痒，痒为泄风，久为痲癩；气强则为水，难以俯仰。风气相击，身体洪肿，汗出乃愈。

《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治第十一》：趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则坚，其脾为约。

《金匱要略·黄疸病脉证并治第十五》：寸口脉浮而缓，浮则为风，缓则为痹。痹非中风，四肢苦烦，脾色必黄，瘀热以行。趺阳脉紧而数，数则为热，热则消谷，紧则为寒，食即为满。尺脉浮为伤肾，趺阳脉紧为伤脾。

三、指导治疗

《伤寒论·太阳病篇》：太阳中风，阳浮而阴弱。阳浮者，热自发；阴弱者，汗自出；啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。

《伤寒论·太阳病篇》：太阳中风，脉浮紧，发热恶寒身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。若脉微弱，汗出恶风者，不可服之。服之则厥逆，筋惕肉瞤，此为逆也。

伤寒脉浮缓，身不疼，但重，乍有轻时，无少阴者，大青龙汤发之。

脉浮紧者，法当身疼痛，宜以汗解之。假令尺中迟者，不可发汗。何以知然，以荣气不足，血少故也。

四、推断预后

《素问·玉机真脏论》：脉从四时，谓之可治。脉弱以滑，是有胃气，命曰易治。……脉实以坚，谓之益甚。脉逆四时，为不可治。

《灵枢·四时气》：持气口人迎以视其脉，坚且盛且滑者，病日进，脉软者，病将下。诸经实者，病三日已。

《难经·十七难》：经言病或有死，或有不治自愈，或连年月不已，其死生存亡，可切脉而知之耶？然：可尽知也。诊病若闭目不欲见人者，脉当得肝脉强急而长，而反得肺脉浮短而涩者，死也。病若开目而渴，心下牢者，脉当得紧实而数，反得沉涩而微者，

死也。病若吐血，复衄衄血者，脉当沉细，而反浮大而牢者，死也。病若谵言妄语，身当有热，脉当洪大，而反手足厥逆，脉沉细而微者，死也。病若大腹而泄者，脉当微细而涩，反紧大而滑者，死也。

《景岳全书·脉神章·胃气解》：若欲察病之进退吉凶者，但当以胃气为主。察之之法，如今日尚和缓，明日更弦急，知邪气之愈进，邪愈进则病愈甚矣。今日甚弦急，明日稍和缓，知胃气之渐至，胃气至则病渐轻矣。即如顷刻之间，初急后缓者，胃气之来也。初缓后急者，胃气之去也。此察邪正进退之法也。

《景岳全书·脉神章·逆顺》：凡内出不足之证，忌见阳脉，如浮、洪、紧、数之类是也。外入有余之病，忌见阴脉，如沉、细、微、弱之类是也。如此之脉，最不易治。凡暴病脉来浮、洪、数、实者为顺，久病脉来微、缓、软、弱者顺。若新病而沉、微、细、弱，久病而浮、洪、数、实者，皆为逆也。凡脉证贵乎相合，设若证有余而脉不足，脉有余而证不足，轻者亦必延绵，重者即危亡之兆。凡元气虚败之证，脉有微极欲绝者，若用回阳救本等药，脉气徐徐渐出渐复者，乃为佳兆。若陡然暴出，忽如复元者，此假象也，必于周日之后复脱如故，……若各部皆脱，而惟胃脉独存者，犹可冀其万一。

【研究进展】

一、脉象的动物实验及动物模型研究

为了阐明脉搏波形成的机理，脉波图的变化与血流动力学、血液流变学的关系，近年来很多学者借助动物实验和动物模型作了很多有益的探索，为脉象的形成提供了实验依据。

(一) 脉搏图曲线及脉速的动物实验及模型研究

熊鉴然等^[1]用固态压力脉象传感器，将信号经自制脉象放大器输入 RMP-6008 多导生理记录仪，首先在全麻下暴露狗颈部和四肢主要动脉，反复描记，比较压力脉波，确定仪器可描记动脉最小直径为 1.2 毫米。脉图资料表明，正常狗颈总动脉脉波多呈单峰形，升降支有明显拐角，重搏波多不明显；股动脉脉波呈双峰形，看不到重搏前波；肘动脉脉波呈三峰形，主波、重搏前波和重搏波均较明显，脉波波形接近人的桡动脉平脉图。而且狗股动脉的解剖位置比较表浅，容易定位和固定，与桡动脉同属上半身中小动脉，故能较好地反映心血管血液动力学状态。熊氏还观察了狗的实验性弦脉和滑脉脉图及血流动力学变化，结果与陈氏、杨氏的结果颇一致。并进一步观察了狗的实验性弦脉、滑脉的脉波传导速度，测量各组狗的颈总动脉、股动脉、肘动脉脉搏的 QO 时间和主动脉瓣（体表投影点）至各检测点距离（校正值），计算和比较各组脉波平均传导速度均高于正常对照组（ $P < 0.001$ ）与动脉收缩压、舒张压及平均脉压有非常显著关系，滑脉为主组的脉波传导速度还与心率、心输出量关系非常密切，除肘动脉弦脉组外，其余各组脉波传导速度主要与全血容量、血管紧张度等因素有关。实验还提示脉波图 B（潮波）、C（重搏波）峰的出现时间与脉波传导速度等因素有关，B 波主要与来自上（前）半身中大动脉的反射波有关，而 C 波主要同来自下（后）半身大中小动脉的反射波叠加有关，所以认为弦脉脉图的 B、C 波峰变化是由于血液动力学因素的影响，使脉波反射加强，传导加速，反射波提前叠加而致。

殷文治等^[2]以动物实验的方法探索动脉粥样硬化、动脉血压和脉速三者的关系，实验

用雄性家兔 30 只,其中 15 只经 104~109 天高脂喂养造型后,复制成动物粥样硬化模型,另一组用普通颗粒饲料喂养 110 天作为成年对照组。实验分组为:①给饲喂高脂膳食前 12 只家兔脉速为幼年对照组;②饲喂颗粒饲料 110 天后未见动脉硬化者的脉速为成年对照组;③动脉硬化造型后测算脉速者为成年硬化组。观察结果:①成年对照组脉速显著快于幼年对照组 ($P<0.01$),血压低于对照组,提示月龄对脉速有明显影响;②成年硬化组的血压和脉速显著高于和快于成年组 ($P<0.01$)。进而观察血压变化与脉速的关系,用药物改变血压水平,用恒流泵匀速注射去甲肾上腺素或酚妥拉明,逐级增大注射速度,以急性升高或降低动脉血压的方法,测算从 9.33~21.33kPa (70~160mmHg) 每 1.33kPa (10mmHg) 跨度为一等级的 9 个不同血压水平时的主动脉脉速,表明血压水平较高时,脉速增快更为显著,脉速与动脉血压呈良好的正相关 (三组相关系数分别为 0.95、0.98 和 0.96),说明脉速随动脉血压的升高而加快。为分析动脉粥样硬化与动脉血压、脉速、月龄的关系,取三组未用药时的资料,以动脉血压、脉速、月龄为自变量,动脉粥样硬化为因变量,求得多元线性回归方程复相关系数 $R=0.7986$,然后再进行逐步回归分析,显著性水平取 0.05 时 $r=-7.543+2.798x_2$ (脉速) 相关系数为 0.7545。由于脉速可大致评定主动脉粥样硬化的程度,为脉搏波传导速度推测动脉硬化程度的研究提供了动物实验的基础。

杨文等^[3]的动物实验结果还显示:脉图主波高度与心肌收缩力、心输出量、收缩压以及脉压呈正相关,与总外周阻力呈负相关, h_3/h_1 、 h_4/h_1 、 w/t 与心肌收缩能力、心输出量呈负相关,与收缩压、舒张压、平均动脉压及总外周阻力呈正相关;心脏泵功能和脉压是形成和影响脉图升支的主要因素,心脏泵功能增强,脉压增宽时,脉图升支高陡,反之则升支缓慢或降低;外周血管收缩是形成和影响降支速度的主要因素,外周血管收缩,脉图重搏前波和降中峡位置抬高、 h_4/h_1 、 h_4/h_2 增大,心输出量及循环血量减少将导致脉图面积减小,由此可见桡动脉压力脉搏图的形成正是循环血量、心脏泵功能、外周血管收缩与舒张,以及心血管系统其它诸因素共同作用的结果。

(二) 模拟“芤脉”的动物实验研究

傅聪远等^[4]以狗为对象,用从动脉大量放血的方法,复制出失血性芤脉模型,并分析其脉图特征和心血管功能状态。用损伤性直接法测量血压,胸阻抗图采用细铜丝为测试电极,脉图用中国医学科学院基础所研制的硅杯传感器与 PW-1 型放大器,采集狗肱动脉脉搏信息,同步描记心电图、胸阻抗微分图,放血方法采用多次间歇方法,每次放血量为 5 毫升/千克 (部分实验为 10 毫克/千克),放血前和放血后 5 分钟,描记肱动脉脉图及心电、胸阻抗微分图,当放血不继续引起降中峡高发生变化,所呈现的芤脉图形稳定时,即终止放血。在 19 只狗 28 次实验中,有 16 只狗 23 次实验放血后出现实验性芤脉。狗实验性芤脉的出现与失血量有关。开始出现芤脉的最小失血量为 $17.8\pm 8.4\%$ (占全血量的百分比),开始呈现芤脉稳态的失血量为 $29.8\pm 13\%$,由芤脉转变为非芤脉的失血量为 $46.1\pm 25.1\%$ 。但亦有 3 只狗 5 次实验,放血量达到或超过上述芤脉的水平,并不出现芤脉,这些狗实验前脉图降中峡位置特别高,总外周阻力和心搏指数分别大于及小于正常。而出现芤脉的狗,实验前的总外周阻力和心搏指数均正常,狗失血性芤脉的脉图特征,基本与人的相同,只是降中波波幅较小,出现失血性芤脉时的心功能指标变化也和人的基本相似,脉图降中峡高度与失血呈负相关。

(三) 模拟“弦脉、滑脉”的动物实验

陈德奎等^[5]对狗在静脉麻醉状态下进行上肢动脉的腔内测压,同时记录压力波形,开胸在主动脉根部用电磁流量计测心输出量,用去甲肾上腺素在下肢静脉内滴注,观察并记录心输出量、血压及压力脉搏波形。另外用桑寄生的提取液(扩血管药物)作静脉推注,同上法描记上述指标,发现用去甲肾上腺素时,出现心输出量降低,外周阻力增加,动脉弹性模量增加,脉图波形由平脉逐步向弦Ⅰ→弦Ⅱ→弦Ⅲ过渡;当用桑寄生注射液时,出现每搏输出量增加,外周阻力降低,动脉弹性模量降低,脉图波形由平脉逐步向滑脉过渡,他们用5只狗,做了5次上述实验,均得到一致的现象。陈氏认为弦脉中重搏前波由弦Ⅰ→弦Ⅱ的逐步抬高,是由于压力波在周围血管中反折叠加而成,随着血压的升高,外周阻力增加,引起终端血管的反射系数增大,以及血管壁在高压状态时的弹性模量增大,引起压力波传播速度加快,二者使反折波来回叠加显著增加,而使重搏前波逐步抬高。滑脉的情况与此相反,外周阻力降低,末梢血管扩张,使终端反射系数减小,血管弹性模量降低,压力波传播速度减小,反折来回叠加显著减小,使重搏前波比平脉低,以致完全消失不见,形成滑脉的脉图特征。动物实验结果,更进一步说明了弦、滑脉的形成机理。陈氏还运用改变动脉顺应性的方法,把降主动脉与腹主动脉换成硬管,与原来的主动脉软管作对照,进行狗的实验观察,结果显示:在自身的软管中,上肢的压力脉波图类似人类的平脉脉图,上升支迅速,重搏前波清晰,与主波的分界明显,重搏波亦很明显。当调换成硬管的通道时,脉图立即改变为类似老年人的动脉硬化性弦脉,上升支缓慢,重搏前波与主波融合呈土堡型,重搏波完全消失。再调换软管时图型复归。在调换硬管时脉压明显增大,主要是收缩压明显升高,心输出量略有降低,外周阻力增大,而动脉顺应性显著降低,这是造成重搏前波提前,与主波融合成宽大主波,降中峡抬高,重搏波平坦等主要特点的力学基础。

黄士林等^[6]模拟人体滑脉特征,对12只狗采用肝素抗凝法(5只)、稀释血液法(7只)进行滑脉造型,测量实验前后各组血液粘滞度、全血比粘度、红细胞压积、血流速度、血沉等血液流变学的变化。结果显示:除血沉外,以上各参数造型后均降低,与实验前比较,均值差别有非常显著意义,提示血管内膜壁光滑,血管弹性良好,以及各种原因造成的血液粘度降低、血流速度加快是产生滑脉的主要机制之一。

杨文等^[3]用杂种狗23只(体重8~15千克,雌雄皆有),以戊巴比妥钠(30毫克/千克)静脉给药,施正压人工呼吸,于呼气末停止人工呼吸,同步描记Ⅱ导心电、胸阻抗微分,左桡动脉脉图及股动脉血压波,测算主波高度(h_1)、潮波高度(h_3)、降中峡高度(h_4)和 h_1 高度的上1/3宽度(w)及它们的比值 h_3/h_1 、 h_4/h_1 、 w/t 等7项脉图参数;同时测算每搏输出量(SV)、心率(HR)、每分心输出量(CO)、Heather指数、收缩压、舒张压、脉压、平均动脉压、PEP/LVET、总外周阻力等10项血流动力学指标。观察静脉注射异丙肾上腺素、酚妥拉明、去甲肾上腺素、心得安及股动脉放血后,血流动力学和脉图参数的变化,并用恒流泵分级递增药物的注射速度和逐次增加放血量,观察血流动力学指标和脉图参数变化规律之间的对应关系。结果显示:动物麻醉后,实验前对上述指标进行检测,根据脉图参数分型,23只狗中平脉脉图11幅、滑脉脉图5幅,弦脉脉图7幅;静脉注射异丙肾上腺素和酚妥拉明后,记录到滑脉脉图或以上两种脉图向滑脉脉图转化时,即可见脉图主波幅增高,重搏波和降中峡的位置降低, h_3/h_1 、 h_4/h_1 、 w/t 均减

小, 血流动力学参数 PEP/LVET 减小, 心率加快, 心输出量增大, 脉压增宽, 舒张压、平均动脉压和外周阻力降低, Heather 指数增大, 以上实验结果提示, 狗滑脉脉图的形成主要由于心脏泵功能增强和外周血管扩张。

杨氏进一步观察到将实验狗注射去甲肾上腺素时, 脉图主波增大, 重搏前波和降中峡位置升高, h_3/h_1 、 h_4/h_1 、 w/t 增大, 血流动力学可见 PEP/LVET 减小, Heather 指数增大, 心率减慢, 心输出量减少, 收缩压、舒张压, 平均动脉压和总外周阻力增加; 而注射心得安和放血均使脉图主波幅降低, 而 h_3/h_1 、 h_4/h_1 、 w/t 增大、PEP/LVET 增大, Heather 指数减小, 每搏输出量和每分输出量减少, 收缩压降低, 脉压缩小, 总外周阻力增大, 但使用心得安后心率减慢, 而放血后心率加快。由此可见注射去甲肾上腺素、心得安和放血均可记录到弦脉脉图(放血后应为弦细脉脉图)或各种脉图向弦脉脉图演变。随去甲肾上腺素注射剂量的逐渐增大, 脉图可由弦 I → 弦 II → 弦 III 演变。结果提示弦脉脉图的形成与外周血管收缩, 心脏泵功能减弱和循环血量减少有关。

(四) 模拟“缓、涩、芤”脉的动物实验

施诚等^[7]选健康雄性狗三只麻醉后剥离暴露狗的股动脉、股静脉、颈动脉、桡动脉, 用应变片探头固定于左股动脉、右颈动脉、左桡动脉描记脉波图, 并同步记录心电图、心音图、血压, 发现正常狗的桡动脉脉波呈三峰形, 主波、潮波、重搏波均明显可见, 与人的桡动脉脉波相似, 滴注去甲肾上腺素后脉图类似弦脉特征, 静滴异丙肾上腺素或静推酚妥拉明后, 脉图图形与滑脉相似, 脉图参数及血流动力学变化, 与杨氏实验结果大致相同, 他认为异丙肾上腺素主要作用于 β_1 、 β_2 受体, 表示出心肌收缩力加强, 心率增快, 血管扩张, 外周阻力降低; 酚妥拉明的降压作用是阻断 α 受体, 只兴奋 β 受体使血管舒张, 外周阻力下降, 可见滑脉与外周阻力降低及心率加快有关。注射心得安后狗桡动脉脉波中的上升支及下降支均较缓慢, 主波峰顶圆钝或平顶, 潮波和重搏波均不明显, 脉动周期时间延长, 类似缓脉脉图的特点。快速滴注甘露醇及推注速尿后, 当排尿 10000 毫升以上时, 狗桡动脉脉波出现上升支较陡直, 下降支缓慢, 主波峰顶呈平顶或双峰形, 重搏波后有一些小波, 类似涩脉脉图, 大量排尿后, 血容量减少, 血液粘度增加, 因此, 施氏认为涩脉的出现与粘度的增加有关。静滴低分子右旋糖酐时, 狗桡动脉出现主波峰较滑脉时相对变宽, 潮波位置升高, 下降支较缓, 类似弦脉脉图, 低分子右旋糖酐可增加血容量。结扎狗股动脉, 狗桡动脉波出现主波峰较宽, 潮波升高, 重搏波及降中峡位置明显升高, 类似弦脉脉图, 由此说明血容量增加, 外周阻力增大是弦脉形成的主要因素。将狗颈动脉放血 300 毫升时, 主波峰变窄, 上升支及下降支均陡, 重搏波很低或低于基线, 波谷不明显, 脉动周期时间缩短, 类似芤脉脉图。放血 600 毫升时, 主波波幅明显降低, 波形已不规则, 放血 700 毫升时, 已测不出脉波。可见大量出血, 血容量骤然降低, 机体各部分供血不足, 由此出现外周血管弛张, 血压下降, 心率增快等现象时, 脉象出现芤脉的特征。

(五) 模拟“迟脉”的动物模型实验

郑小伟等^[8]模拟中医迟脉形成的病因病机——寒邪伤阳, 鼓动无力, 血失温运, 流动减慢, 以致脉迟, 或为寒性凝滞, 血行不畅致使脉道滞涩, 而呈迟象。将大鼠置于低温环境中造型。实验方法: ①取 100 只正常大鼠称重、编号, 用 3% 戊巴比妥钠溶液按 0.1 毫升/100 克量由腹腔注射, 然后将大鼠固定, 测量心率、呼吸频率、肛温。②随机抽取

30只大鼠造模，将其置于有铁网罩的大鼠盘上，放入低温冰箱，箱内温度调至 -15°C ，待数小时后，大鼠出现寒战停止，畏寒喜温，蹇缩竖毛，矇眈欲睡，呼吸微弱，尿清便溏，唇周发黑，舌、目、尾部色淡暗，肌肉僵硬等症状，说明此时动物已处于兴奋减弱期，将鼠取出冰箱，进行心率、呼吸频率、肛温测量，并进行自身对照；造模后进行药物反证。结果显示：①造型后心率、呼吸频率、肛温显著下降，与造型前比较，差别有显著意义($P<0.001$)；②动物造型后对大鼠迟脉模型随机取10只腹腔给中药注射治疗(称药物恢复组)，其余的腹腔注射0.9%的生理盐水(称自然恢复组)，观察两组心率、肛温恢复正常的时间，药物恢复组仅用 225 ± 84 分，而自然恢复组 333 ± 85 分，两组差别有显著意义($P<0.05$)，该项实验，模拟中医迟脉的病因、病状，建立迟脉的动物(大鼠)模型，并以温阳活血药反证。对论证中医传统理论，开拓新的中医脉象造模方法都有一定意义。

综上所述，在脉象的动物实验及模型研究中大致有以下几方面内容：

(1) 病理脉象动物模型的制作：根据人体脉象及脉图的特征，用药物，或物理刺激，调换血管，改变饲养条件等造成与中医病因病机较为一致的动物模型。

(2) 通过动物模型对弦脉、滑脉、涩脉、迟脉、芤脉等进行形成机理及与心血管关系的研究。

(3) 通过动物模型对脉图各波(主、潮、重)及上升支、下降支等形成机理进行了探讨。

(4) 对脉波波速的形成机理进行了探讨。

但是，由于人与动物有很大差异，又加上动物模型制作复杂，有待进一步的深入、完善，所以动物实验的结论只能在临床中参考慎用。

二、脉象、脉图与病、证关系研究

(一) 以病为主脉象、脉图的研究

1. 外感病及其辨证与脉象及脉图的关系 外感病初起阶段，临床中以恶寒发热为主症。杨天权等^[9]观察105例外感病卫分证的脉象及脉图，结果显示：数脉占89.5%、滑脉占84.81%、浮脉占21.9%、弦脉占18.1%、平脉占2.86%，可见外感表证患者以数脉、滑脉居多，其次为浮脉。相兼脉以滑数脉多见共38例，其次为浮滑数脉13例。随着病情好转，数脉、滑脉、浮脉分别减至退热后的4.29%、19.72%、5.63%；部分患者退热后变为平脉、弦脉。71例在发热时和退热后所测脉图有关指标比较结果显示：除主波高 h_1 外，最佳取法压力、脉率、脉动周期时间 t 、降中峡高 h_4 、 h_4/h_1 热退后增大， w/t 、 t_5/t_4 亦增大，与退热前比较差别有非常显著意义($P<0.05\sim 0.01$)。滑脉与数脉在表证发热时常可见到，这与邪正抗争肌表，心率加快，血流加速等因素有关。热退后邪去正复，随之出现生理性弦脉、平脉，提示外感病表证的辨证中，脉象具有一定的诊断价值。浮脉主表，外感病的早期，浮脉极为常见，此项观察结果浮脉仅占21.9%，但71例发热患者最佳取法压力显著低于退热后压力(发热时 101.76 ± 22.49 克，热退后 110.21 ± 21.79 克， $P<0.05$)，这可能是由于外感表证发热时桡动脉扩张，致使脉象偏浮。可见表证虽可见浮脉，但不能作为辨别表证的唯一脉象；但从发热时及热退后的脉率变化说明外感病辨证时从脉数与否，推断热势盛衰是不应忽视的。

张泰怀等^[10]用MX-1型心电图脉象仪检测了辨证为温病气分证的患者148例，并与189名正常人脉波图进行比较，结果显示：①温病气分证脉波图较正常组低的指标有主波

高、降中峡高、降中峡高/主波高、收缩间期，舒张间期，脉动周期时间等；②较正常组高的指标有重搏波、重搏波高/主波高。这可能是在温病气分阶段时，正邪斗争剧烈，全身应激能力尚佳，发热使全身循环加快，脉率加快，外周阻力有所下降，相应脉波图上反映出收缩期、舒张期、脉动周期明显缩短，所测值显然较正常为低；与心搏血量、外周阻力等有关的主波高、降中峡高、降中峡高/主波高所测值也较正常低；重搏波幅，重搏波高/主波高所测值较正常为高，两组比较，差别有非常显著或显著意义。因此上述指标的改变对温病气分证探讨有一定意义。

费兆馥等^[11]观察 62 例外感热病病人，病程 2 小时至 2 天，体温 38~40℃，自身对照的时间为热退后 1 周内。比较外感病人发病时和病愈后的脉图和心功能并进行统计分析，结果表明：恶寒发热时 73.87% 以上的病人脉图为浮紧数或浮数。脉图在取法压力 50 克左右就显现，而在 150 克左右消失。脉图主波幅值 (h_1) 与取脉压力 (P) 的趋势曲线峰值呈左移，符合浮脉的特征。脉率增快，脉形呈双峰波，降中峡位置与发热恶寒程度相关，热甚者降中峡低，甚至低于基线；恶寒甚时降中峡偏高，反映血管张力的变化。经桡动脉心功能测试，浮脉可能与血管扩张而血液充盈相对不足、血管内压减少等因素有关。

2. 高血压病及其辨证与脉象及脉图的关系 高血压是一种常见的慢性病，大多由神经系统功能紊乱引起持续性动脉血压升高。近年来对高血压病的研究报道较多，结果也比较一致。陈可冀等^[12]用压电式脉搏拾振器描绘了弦脉脉图，并以主波 (C)、潮波 (D)、重搏波 (e) 点的位置为重要标志，定出不同分级的弦脉，在 168 例高血压中有 156 例呈现不同程度的弦脉图，所以认为弦脉是高血压病诊断的一个重要依据。而且各级弦脉，能相应地反映出高血压的病情轻重，亦可为治疗过程中病情改善的依据，如 c、d 下降、c 变浅与舒张压下降有关，和临床症状改善一致，是病情减轻的标志。经脉图与多项实验观察分析，弦脉的形成与桡动脉血压、血管运动中枢机能、微循环状态等因素有关，而直接的影响因素是外周血管的阻力增大。

赵恩俭^[13]对高血压病的脉图研究中，亦认为脉图的弦紧程度一般与血管的紧张度和病情轻重成正相关，随动脉血压和张力增强，在弦脉图基础上出现不同程度的重搏波切迹（降中峡）抬高和重搏前波抬高。高血压病的早、中期，多见单纯型、平顶型和双峰型弦脉图；病程较长者出现斜峰、宽腰型弦脉图。高血压早期病人脉象弦而兼浮或洪；晚期病例弦兼沉细，重型病例多兼涩脉。高血压病兼有涩脉者多有心脏血管罹损。

不少单位从血液动力学的角度，采用非线性弹性腔理论，在建立数学模型的基础上，通过脉图测得外周阻力、动脉顺应性和动脉弹性模量等心血管参数。陈德奎^[14]等屡经临床观察以及多指标实验资料分析，确定动脉零压顺应性 $C_0 < 1.5$ 时，具有动脉硬化特征，为中风预报提出了重要指标。

傅聪远等将 164 例高血压患者，分为 3 组，A 组：阴虚阳亢肝阳上亢为主；B 组：阴虚阳亢肝肾阴虚为主；C 组：气阴两虚心气虚弱为主。经同步测定多种心血管功能指标和脉图参数，发现 A、B、C 3 组间，血压差别小，且无明显规律性，心脏每搏输出量和心脏指数按 A>B>C 顺序递减，而总外周阻力则递增，组间差别显著。但脉图参数 A、B、C 三组间的差别则不显著。结果提示：高血压患者心血管功能指标的变化与脉图参数变化，并不是一致的。将各项脉图参数与各项心血管指标作单相关分析，发现绝大多数脉

图参数都同时与几项或十几项心血管功能指标相关显著。从心血管功能指标作因变量(Y), 脉搏图参数作自变量(X), 可以配合一系列的多重线性回归方程。利用这些方程, 可以从脉图参数估计各项心血管功能指标的数值, 判断心血管系统功能损害的程度(因高血压病心血管系统功能的程度, 基本按A、B、C3组顺序逐渐加重)。从而有助于中医辨证分型。由于测定脉图参数比测定其它心血管功能指标简便易行, 故具有一定的实际意义。

高血压患者大多数出现弦脉及其兼脉, 还可出现沉细、细、涩、滑脉。一般早期弦而兼浮或洪, 晚期脉弦而偏沉细, 重症兼心血管功能严重受损者可见涩脉。弦脉脉图参数的变化也可反映病情的轻重, 通常随血压的升高与血管硬度增强, 在脉图上可出现潮波增大、位置上移, 由小变得十分显著, 然后超过主波, 最后与主波融合为一。随潮波及降中波的变化, 可将弦脉分为弦I、II、III、IV型, I期高血压以I型弦脉为多见, II期高血压多为II、III型弦脉, III期高血压患者III型弦脉为主, 出现IV型弦脉。可见随高血压病情的加重, 脉图形态发生变化, 弦度增高。

3. 冠心病及其辨证与脉象及脉图的关系 冠心病是临床常见的心脏病, 以中、老年多见, 临床症状有心悸、心前区疼痛、胸闷等, 中医称胸痹, 脉象可见弦、弦滑、细、涩、结代等。李绍芝等^[16]观察了冠心病心气虚患者(30例)脉图及心输出量的变化, 并以冠心病心阴虚(12例)、冠心病血瘀(21例)、正常人(30例)作为对照, 结果显示: 冠心病心气虚患者脉图参数有主波高度(h_1)、潮波高度(h_3)、降中峡高度(h_4)均降低, W增宽, 脉图总面积减小, 心输出量明显减少。李氏认为心输出量减少是冠心病心气虚脉图参数改变的主要原因。谭达人等^[17]观察了冠心病“阳虚”和“阴虚”病人的血液流变性, 发现心阴虚者脉细为多, 阴虚火旺者则脉多细数, 细数脉患者的血液粘度增高, 心脏功能减退, 病情比较复杂。

张镜人等^[18]对60例冠心病患者的脉象和心血管功能进行分析。其中42例为心肌梗死, 平均年龄60.4岁(29~80岁)。在描记桡动脉脉图的同时, 以非线性弹性腔理论作了心血管功能的测算和分析。所测冠心病患者的脉象有细脉12例, 弦脉22例, 细弦脉17例, 计3类。其中弦脉组的零压动脉顺应性为2.78ml/mmHg, 系3组中最小; 细脉组和细弦脉组分别为3.39和3.58ml/mmHg, 两者差异不大。外周阻力弦脉组为1.21mmHg·sec/ml, 系3组中最大; 细脉组和细弦脉组分别为1.05和1.17mmHg·sec/ml, 两者亦较为接近。弦脉组零压动脉顺应性偏小、外周阻力偏高的特点, 与弦脉组动脉有硬化、平均年龄较大有关。加上弦脉组每搏心输出量 S_v 、脉压 P_p 均较另两组略高, 则形成了弦脉组“端直以长, 如按琴弦”的高张力脉象。至于细弦脉组与细脉组均比较弦脉组零压顺应性偏大, 外周阻力偏小, 同时两组脉的收缩期脉图面积 A_s 和脉压 P_p 也比较一致, 说明该组细弦脉的脉象是以细为主脉, 弦为兼脉。该文还报道, 有一例心肌梗死患者在应用丹参、红参等治疗后, 外周阻力降低, 脉图波形转为滑脉。当停用丹参等药后, 滑脉消失, 出现弦脉。提示脉图和心血管动力学参量的同步观察, 可作为治疗过程中病情变化、药物疗效的监视指标。

费兆馥等^[19]观察50例冠心病和30例健康人的寸口六部脉图, 并结合心血管功能进行相关分析, 发现冠心病病人左寸脉图独小。在冠心病组左右寸脉比较, 左寸脉图主波 h_1 低于右寸(与正常人相反), 阻力系数 h_4/h_1 左寸高于右寸。冠心病组与正常组比较, 冠

心病组左寸 h_1 低于正常组。左寸脉图 h_1 与各项心功能指标呈显著相关性,如 h_1 与 dz/dt 、 HI 、 FI 、 $PEP/LVET$ 、 SV 、 CO 、 Pa 、 Pd 等呈正相关,与 R 呈负相关,而其他各部脉图 h_1 与上述指标的相关性不显著。将各部脉图 h_1 与各项心功能指标进行逐步回归分析,左寸 h_1 与 SV 相关系数 r 最高,冠心病组 $r=0.5407$ ($F=19.83$, $P<0.01$);健康组 $r=0.5705$ ($F=14.35$, $P<0.01$)。由此得出有关方程,将上两方程分别进行组内回代检验,其回代率分别为 84%和 63%。观察结果提示,左寸部脉图变化能比较灵敏地反映心输出量,从一个侧面证实了寸口脉中“左寸属心”的说法有一定意义。在大量资料的基础上,单桂秋等^[39]对高血压病、心绞痛、冠心病及正常人的脉图数据进行多元分析,建立差别方程,有助于冠心病和高血压病的诊断。上述工作虽然尚属探索阶段,但随着研究的不断深入和完善,可以逐步丰富心血管系统的无创检测。

宋一亭^[20]在对冠心病人的血流动力学变化观察中,发现冠心病入常见的滑、弦和微三种脉象,均有平均动脉压和总外周阻力的变化。滑脉的每搏心输出量、心指数以及 Heather 指数都接近平脉;弦脉的心指数较平脉明显降低;微脉的每搏心输出量和心指数较平脉、弦脉和滑脉都显著降低,Heather 指数亦较平脉小,而射血前期时间明显延长,射血前期时间/射血时间显著增大,与平滑脉相比有统计学意义。因此观察冠心病人的脉象对病情轻重的估计以及预后推测有一定意义。一般说来,病人从弦脉转为细弦或沉弦脉,提示病情可能变重;而脉象转滑时为外周阻力降低,病情有望改善。

以上研究结果说明冠心病患者以弦和细脉多见,但也可出现滑、弦滑、微、弱、结代脉。这几种病脉的心血管功能状态的异常程度为滑、弦(细弦或沉弦)、弦滑、弱、结代、微的排列顺序。

4. 肝脏病及其辨证与脉象、脉图的关系 肝炎、肝硬化、肝癌是常见的肝脏疾病,肝炎急性期一般以发热、食欲减退、黄疸、肝肿大、肝区痛、舌苔黄腻为主要症状,中医辨证多属脾胃、肝胆湿热范畴,脉图多见弦滑数。慢性肝炎的临床主要症状为乏力、肝区胀痛、腹胀、食欲不佳等,舌苔薄腻,辨证多为肝郁气滞证,脉图以弦为主;晚期肝硬化病人出现神疲乏力,胁痛腰酸,午后低热,舌质红,苔薄或光剥,辨证多为肝肾两虚,血瘀气滞证,脉图以沉、细、弱、涩为多见。宛新铮等^[21]对 192 例肝炎脉图分析,提出肝病和高血压病的弦脉出现率虽然都显著高于其它病,但肝病弦脉和高血压弦脉又有不同。高血压弦脉的潮波位置高,甚至超过主波,这是由于脉波传播速度快,脉搏波在血管中多次反折叠加,加之外周阻抗增大所形成。肝病时虽外周阻力比较高,但脉搏波传播速度比较慢,以致重搏前波滞后,大部分内容叠加在重搏波上,造成重搏波升高,所以肝炎脉图有弦滑脉图特点。宛氏还观察了肝炎病脉象及脉图与辨证的关系,也认为肝炎辨证基本可分为 3 个主要类型:①湿热型多见于急性黄疸型肝炎,也可见于部分中医辨证偏湿的急性无黄疸型肝炎,一般病程较短。此型脉象以滑数或滑为主,弦滑脉亦较多;②肝郁气滞型多见于肝炎慢性迁延期及部分急性无黄疸型肝炎,一般病较长,此型以弦脉为主或弦脉的兼脉;③虚证型多见于慢性迁延性肝炎后期,此型较为复杂,有沉细涩弱等,脉象互相交错,如肾虚型以弱脉、细脉、细数脉为多,脾虚型以弦脉为多,细脉、沉缓脉也常见;④血瘀型以弦滑脉、滑数脉为多。从脉图与辨证关系看,观察了 h_4/h_1 、 Hd/h_1 (h_1-h_2) / (h_1-h_4)、 $LVET/T$ 等指标,肝郁气滞型以弦脉为主,故代表外周阻力的指标 h_4/h_1 、 Hd/h_1 均大于其它两组,湿热型以滑脉为主,故上述指标在三型中最

小，虚证型脉象比较复杂，上述指标介于其它两型之间。

费兆馥等^[19]用 3MX-1 型三头脉象仪测绘 43 例肝脏肿瘤患者的三部九候脉图。脉图资料表明，肝脏肿瘤病人三部脉形大致相同，弦脉占 90.9%，比同年龄正常人组弦脉出现频率显著增高。两手尺脉脉图主波 h_1 显著减小，指感尺脉比较无力，与肿瘤病人元气虚损有关。左关脉图 h_1 异常者占 47.6%，而右关异常率为 9.52%，提示肝脏肿瘤病人左关脉图变化比右关显著增加，可能与左关候肝有一定联系。晚期肿瘤病人，全身情况差，神态萎靡，脉图主波幅 h_1 小，切脉指感无力，显示虚脉的特点。尺脉的最佳取脉压力大而脉图 h_1 小，故指感沉而无力。关部脉图 h_1 较大，寸、尺部脉图 h_1 极小，使脉动应指范围不及三部，呈现短脉的特征，关脉图 h_1 先大后小，指感轻取虚大，而按之空豁。以上均为正气虚弱的征象。肝肾阴虚、肝阳上亢的病人寸、关脉 h_1 比尺部显著增大，与指感寸关弦亢尺部沉弱相一致，湿热内阻型患者显示二关部脉图 h_1 增大，是肝脾实证的表现。临床症状虚实夹杂者则三部脉图特征不明显。

5. 脾、胃病及其辨证与脉象及脉图的关系 慢性胃炎临床以食欲不振，上腹部不适和疼痛、嗝气、恶心呕吐等为主症，中医辨证多属肝胃不和或脾胃虚弱。不同证型的胃炎病人出现的脉图形态不同，肝郁气滞型脉象多弦或细弦，湿热内阻型多弦滑脉，阴虚内热型多细数脉。张镜人等^[22]报道 100 例慢性胃炎，其中以慢性胃窦炎最为多见，占 56%，中医辨证共分 4 型：①肝郁气滞型：常见于慢性胃窦炎或并有肝炎疾患，脉象以弦脉或细弦脉为主，脉图分为两型，弦 I 型脉图主波比滑脉、细脉为宽，重搏前波位置较高，临床上常诊为细弦脉；②湿热内阻型：多见于慢性糜烂性或胆汁返流性胃炎，脉象多见滑脉，可兼弦或数，其脉图呈滑脉图形；③阴虚胃热型：见于慢性萎缩性胃炎，脉象多见细脉或兼数，其脉图主波幅较低、波峰窄、W 值较小，兼数脉者，t 值明显缩短；④虚实夹杂型：常见于慢性胃炎病程较长者，脉象多见细弦，其脉图主波宽而呈圆顶状，上升支和下降支均较缓慢，稍加压力其脉图即变形而低下，似有脉搏无力之象，外周阻力指数 h_4/h_1 ，弦脉 I 型最大 (0.79 ± 0.15)、滑脉最小 (0.31 ± 0.07)，两者差别有显著意义 ($P < 0.01$)。总之慢性胃炎以肝郁气滞，横犯脾胃为多见，故多见弦脉，占 44%；滑脉在病理状态下往往是热证的特征，故湿热内阻型脉象多见滑脉；细数脉常为阴虚伴内热，故阴虚胃热型脉象多见细脉亦可兼数，脉图分析， h_1 在四组中以细脉组最小，符合细脉特征。

孙善林等^[23]观察了 533 例慢性萎缩性胃炎的脉象，结果显示：脉细者居多，出现率占 55.20%，次为弦脉占 43.3%，弱脉占 15.2%，数脉占 12.4%，缓脉占 11.1%，其它占 15.2%。从辨证而言，临床以阴虚内热证居多，故脉图为弦细，细脉的出现率亦高，提示气血虚衰。

徐蓉娟等^[24]用三头脉象仪观察慢性胃炎病人的寸口六部脉图，经多元逐步回归分析，发现慢性胃炎病人的寸口六部脉位、脉型、脉力显著不同，脉图的变化与辨证分型有关。临床所见慢性胃炎病人的症状以脾胃气虚或肝胃不和为主，所以脉象变化表现在左右关部为主，并以右关部变化更为显著。脾胃气虚组右关脉明显减弱，湿困脾胃组右关脉增强。肝郁气滞型病机为肝木侮脾，涉及肝脾二脏，故反映在左右两关脉增强，此与“右关候脾，左关候肝”的论述相符。阴虚内热组左关脉减弱，同时不同证型的脉力大小亦揭示了证实脉实、证虚脉虚的一般规律。

6. 精神病脉象、脉图及节律关系 精神病人多由七情内伤引起, 中医认为属痰浊蒙心或痰火上扰心神而发。现代医学将精神病分为4型。钱静庄等^[25]观察到精神病人脉图的形态与病情分型有关, 如青春型精神病平脉和弦脉出现率高于妄想型和单纯型, 而后两者的滑脉出现率高于前者, 其中以妄想型最多。对慢性精神分裂症患者的脉图和血流动力学指标又进行日、年节律的探讨, 结果表明, 慢性精神分裂症病人春分节气时的昼夜脉中, 男性脉图主波 h_1 存在似半日的超日节律(12小时); 女性呈24小时主单峰节律。秋分时男女都出现似半日节律, 峰相位比正常人超前。钱氏又对30例慢性精神分裂症病人的脉图进行13个月的年节律观察, 经 Haberg 的余弦法统计分析, 结果表明: 正常人脉图主波 h_1 和其他参数, 以及心血管参数的年节律呈单峰型(12个月为周期), 峰相位在长夏和立秋之间; 而慢性精神分裂症病人的脉图 h_1 出现奇异的节律, 男病人一年峰值呈三峰型(4个月为周期), 峰值出现在雨水、夏至和霜降节气之前后, 女病人一年中 h_1 呈二峰型(六个月为周期), 峰值出现在春分、秋分前后。精神分裂症病人的脉位与正常人相比严重反转, 即春季变沉, 脉沉往往与发病或病情加重有关, 精神分裂症病人的心血管指标中 SV、CO、CI、HI、C 等项参数, 一年中最大值和最小值均非常显著地低于正常人, 而 TPR、MAP、E、 MVO_2 非常显著地高于正常人, 提示心血管功能比正常人显著减退, 并与气象因素不相关。可见精神分裂症病人适应外界自然环境变化的自我调节能力消失, 甚至反常。以上节律变化可能与精神分裂症发病有一定联系。

7. 休克^[18]的脉象与脉图研究 休克是病人濒临死亡边缘的危重阶段, 目前国内外对休克的机理尚未完全阐明, 以致休克的死亡率仍然很高。因此, 对休克的早期诊断、监护是防治休克的重要措施。中医脉诊在一定程度上对休克的诊疗有意义, 随着休克的加重, 先是寸脉减弱以致消失, 然后关、尺脉依次减弱和消失。滴注高浓度缩血管药物, 可使脉象沉细; 用解痉药和补充体液后, 脉象则充盈有力; 滴注异丙基肾上腺素后, 虽然血压仍仅 9.3/6.7kPa (70/50mmHg), 而脉搏强而有力。所以脉力强度的改变往往先于血压变化, 临床应予重视。如高血压病人, 当其高血压尚在 12~13.3/8~9.3kPa (90~100/60~70mmHg) 时, 寸脉已消失, 提示已发生休克或低血压; 血压虽低但寸脉有力, 反映心排出量仍正常或高于正常。使用扩血管药物而补液量不足时, 寸脉可转为低沉, 提示血容量不足, 需加快补液。脉诊对临床诊断和治疗可以提供重要信息, 正如先贤所谓切脉有“决死生”之能。

费兆馥等曾测绘和分析了52例休克病人的脉图, 感染性休克和低血容量性休克各26例, 比较其休克抢救过程中脉图和血压的变化情况, 结果表明: 休克血压回升时脉图参数 h_1 、 h_3 、 h_4 和 t_1 、 t_4 、 t_5 、 t 以及升支斜率的变化与血压呈正相关, 与休克时脉象微弱而数疾或血压回升后脉象和缓有力的指感一致。同时以平均动脉压和脉图面积的比值(MP/AS)为判断外周阻力指标, 在休克期的脉图变化中非常灵敏, 休克早期的脉图变化为 t 减小, t_1/t 、 w/t 增大, 脉率加速; 休克期的脉图特点为 A 减少, MP/AS 增大。取脉压力和休克程度呈正相关, 故脉象沉细无力。经治疗后, 上述指标恢复, 提示休克改善, 预后良好。如血压回升而 MP/AS 比值增大, 提示病情恶化, 预后不良; 血压回升而 MP/A 减少则预后良好。他们又测录和分析了51例硬膜外麻醉腹部手术过程中, 低血压、休克、高血压等情况下的脉图变化, 探讨脉图与血压的变化关系, 发现收缩压下降 4kPa (30mmHg) 或舒张压下降 1.3kPa (10mmHg) 时, 脉象由弦滑变为涩、细、弱(占 55/

71); 血压在 12/9.3kPa (90/70mmHg) 时, 44% 的脉图为细脉, 54% 的脉图为细弦、涩脉。表明血压与脉图参数 h (波峰) 和 AS (面积) 的变化趋势一致。血压偏低、偏高或脉压偏小时, 脉图均出现相应变化, 分析脉图有关参数, 对了解机体心血管状态有一定帮助。更有意义的是脉图参数变化有时先于血压变化, 即脉图变化比当前袖带式的血压测定更为灵敏。所以分析脉图形态, 不仅可以作为麻醉前估计循环功能的特殊检查方法之一, 也可反映麻醉药和升压药的药理作用, 对控制药物的用量和滴速有一定参考意义。中医脉象可能作为硬膜外麻醉下腹部手术病人麻醉和手术过程中的一项新的循环功能无创性监护指标。

(二) 虚证的脉象及脉图研究

虚证可分气虚、血虚、阴虚、阳虚四大类及其脏腑虚证, 各种虚证虽有不同症状, 但它们的病理基础是正气虚。因此在脉象研究中, 有从其共性进行研究者, 也有从不同证型特点进行研究者, 或综合研究者。

1. 虚证脉象与脉图的综合研究 李冰星等^[26,27,15]对虚证的脉象及脉图进行了如下观察: ①对 539 例虚证 (其中气虚证 254 例、阳虚证 146 例、阴虚证 78 例、血虚证 61 例) 进行了临床脉象出现频率调查分析, 并以非虚证 238 例、正常人 225 例作为对照, 结果显示: 虚证临床常见脉象以弱、细、虚、代脉为主, 其中气虚以弱脉、虚脉为主, 占 57.88%, 血虚以细脉为主, 占 54.15%; 阴虚以细弦、细数脉为主, 占 71.79%; 阳虚以沉细、迟细脉为主, 占 52.74%。代脉主要见于心气虚和心阴虚; 弱脉、虚脉主要见于脾气虚和肾气虚。细脉在各类虚证及正常人中均可见, 但正常人细中有从容和缓之势, 诊脉医师常用细缓或平细与病理细脉区别。濡脉在虚证中仅见 1 例, 而非虚证中 5 例, 主要是湿困为患者。通过调查分析, 客观地证明了虚证的主脉及其脉象与辨证分型的关系。②用 BYS-14 型心电脉象仪配中科院研制的硅杯传感器对 164 例不同病种虚证及同一病种虚证与非虚证脉图变化进行了观察, 各虚证组脉图变化的共同特点是: 脉图总面积 (AT)、主波高 (AA')、潮波高 (BB')、重搏波高 (CC') 均低, 升支缓慢 (升支最大斜率减小), 上升时间 (OA') 延长, Q-O/O-D、T-D'/D'-O 延长, 与正常组及非虚证组比较差别有非常显著意义 ($P < 0.01$); 气虚、血虚、阴虚、阳虚四组脉图参数比较, 气虚与血虚组各项参数差别无显著意义, 阳虚组 BB' 增大与气虚组及阴虚组比较差别有显著意义。阴虚组 OA'、R' (阻力系数) 较气虚和阳虚组低, 差别有显著意义; 心气虚、脾气虚、肾气虚组分别与正常组比较, 差别有显著意义, 脉图参数的病理改变, 心气虚 > 脾气虚 > 肾气虚。结果说明在同为虚证的不同证型间脉图参数的变化也有一定差别, 从不同层次观察到了虚证脉图变化特点, Q-O/O-D、T-D'/D'-O 延长说明虚证患者脉图参数的变化与心脏舒缩功能减弱有关。李氏还对气虚、阳虚病人脉图参数进行了逐步回归分析^[26]并建立了回归方程, 回归方程回顾性检验符合率为 74.1%, 同时发现多因素提取的六项脉图参数比单因素分析合理, 基本排除了指标间的相互影响。这六项参数是脉图积分面积减小、脉图上升时间延长、重搏波高比主波高比值减小、升支及降支斜率降低、Q-O/O-D (相当于 PEP/LVET) 比值延长, 提示气虚病人心脏收缩功能减弱, 心肌力能减退, 外周阻力减少。王德堃等^[29]运用脉图及心功能测定, 对虚证患者的心血管功能状态进行了分析, 发现心指数降低、循环血量减少、组织灌注不足是造成乏力、脉虚无力的主要原因。

2. 心气虚证的脉象及脉图研究 心气虚以心悸气短为主症,脉象以沉细弦为主要特点,常伴结代或涩。张镜人等^[31]观察心气虚 37 例的脉象,其中细脉及兼脉 27 例,占 85%,缓脉兼弦结 5 例,弦脉(含兼脉) 5 例。可知心气虚细脉及相兼脉最为多见。据心缩间期测定,左室收缩功能减损率为 70.3%,PEP/LVET、IVT/LVET 比值大于正常。因此,初步认为通过桡动脉脉图来测定左室收缩功能的变化,可列为心气虚辨证的一项客观指标。该组有 3 例迟脉,脉率 46~54 次/分,中医辨证为心气虚寒,其 PEP/LVET 均正常,其原因是心率减慢时左心室充盈时间延长。根据 Starling6 定律,左心室收缩力因而加强,故 PEP/LVET 可正常。

李绍芝等^[30]用 MX-3 型脉象仪对心气虚病人脉图参数变化进行了观测,结果显示:心气虚组脉图的主波高(AA')、潮波高(BB')、降中峡高(DD')、脉图总积分而积(AT)等 4 项参数比正常组显著减小,主波上 1/3 宽度(W)增大,心阴虚组脉图潮波比正常组增大,与正常组比较差别有显著意义。李氏认为以上结果提示脉图参数可以反映心气的盛衰强弱,作为诊断心气虚证的一项客观指标,亦可作为心气虚、心阴虚、心脉痹阻证之间的鉴别诊断指标。而不同病种的心气虚证之间脉图参数变化无明显差异。冠心病病人出现弦脉、细脉的血流动力学基础是每搏心输出量减少和外周阻力增大,比较特殊的是冠心病病人中常出现“弦硬”及“弦滑硬”脉,有别于其它病的脉象。

3. 脾胃虚证的脉象及脉图研究 脾虚证以纳呆、腹胀、便溏、困倦、四肢乏力等为主症,脉象以弦缓为主。兰州军区军医学校^[32]对脾胃虚证病人的脉图进行分析,总结脾虚脉图的特征是主波波幅低、升支斜率减小,由左心功能不足所致;潮波低是由于血管张力减小,与植物神经应激功能低下,患者抗病调控反应性差有关;降中峡低,降支下段坡度小,间接反应动脉血流的静压排空速度小。表明脾虚证的心搏量和血流速度较实证小,心力系数降低,间接反映机体能量代谢缓慢。而绝对脉压大(脉压与主波幅比值),表明血管弹性良好。

4. 肝郁脾虚证的脉象及脉图研究 胡随瑜等^[34]对 100 例肝郁脾虚患者的脉图进行了观察,并以正常人 100 例为对照,结果显示:①肝郁脾虚组的脉象以弦细脉居多;②脉图特征为主波波幅降低,升支斜率减小,降支斜率稍大,降斜 I 大于降斜 II,脉波波速稍快,以上特征与细弦脉参数相近似;③上述脉图产生的原因,胡氏认为是因为慢性肝炎患者比例较大,大多因消化不良、营养欠佳、体质差等,可能影响心排血速度和心输出量及血管状态。

5. 肝肾阴虚证的脉象及脉图研究 肝虚证以肝阴血不足为主,常见眩晕目涩,经脉失养诸症,脉象多见细弦,心脏指数与平均脉压降低,但心力系数正常。

张镜人^[33]观察到在 65 例不同病种造成的贫血患者中,气血两虚型以细脉多见,血流动力学表明有效循环血容量减少,心脏射血阻抗增加,因而每搏心输出量降低。肝肾阴虚型贫血以细弦脉为主,虚实夹杂型可出现滑脉。

6. 阴虚火旺证的脉象及脉图研究 阴虚火旺证大多由肾阴不足、心肝火旺所引起,其主要临床表现为心烦易怒,五心烦热,盗汗失眠,舌于红等。胡随瑜^[34]观察到高血压阴虚阳亢型病人以弦脉居多,其形成可能与不同程度的心输出量增加、动脉硬化、外周阻力增大等因素有关。

费兆馥等^[35]根据阴虚火旺辨证标准,对高血压病、更年期综合征进行研究,以甲状

腺机能减退等阳虚证作对照。结果发现,阴虚肝火旺组弦脉构成比为100%,比同年龄正常组的弦脉构成比74.3%显著增加,其中弦滑脉占33.3%。阳虚组弦脉构成比为80%,与同年龄正常组73.4%比较接近,其中弦滑脉占16.67%。病人脉图形态,肝火旺组脉弦大兼滑,心火旺组脉弦大而数,阳虚组脉弦小而迟。脉图舒张期和收缩期比值(t_5/t_4),以累计百分比分析,85%以上的火旺患者小于1.8,因此 t_5/t_4 可作为火旺型脉图的主要指标之一。从尿17-羟排量和尿儿茶酚胺排量的坐标图上观察弦、滑、弦滑脉的分布情况,表明随尿17-羟排量增高出现滑脉较多,随尿儿茶酚胺增高则弦脉出现较多,提示滑脉的形成可能与皮质醇升高有关,弦脉的形成可能与儿茶酚胺增高有关,而当两项指标均稍高于正常时,脉象多呈弦滑。从阴虚火旺病人昼夜脉图的资料中发现,阴虚火旺患者失去脉象昼夜变化的一般规律,脉图指标日夜维持在高于正常人的水平,呈现弦亢状态,表明脉象变化与临床症状同时反映了交感神经的兴奋状态。肝火旺者出现垂体-肾上腺皮质功能亢进的病理现象,心火旺者大多出现交感-肾上腺髓质功能亢进的病理现象,可以推理,肾上腺激素异常分泌或肝脏灭活功能损害,或代谢功能紊乱是造成阴虚火旺症状和这类弦脉的重要体液因素。

(三) 实证—痰火证的脉象及脉图研究

痰是由机体津液代谢失常而产生的内源性致病因素。痰常蒙蔽心窍、阻滞经络、留着于脏腑之间而造成多种功能和器质性的病理变化,如头晕、神蒙、肢麻等。火则概括了具有火热特征的致病因素或病理状态,如面红目赤、心烦扰动等。痰与火二者可单独出现,亦可合并出现,临床症状很多,涉及病种亦多。金友^[36]报道210例高脂血症者中有48.7%舌体胖大,同时有38.86%脉缓,辨证属痰湿内阻证,无肝火夹杂,以祛痰化湿法诊治有效。崔金才^[37]对脑血管意外者脉图进行分析,发现出血性中风证,中医辨证为肝风内动、痰热交阻、上扰神明者,弦滑脉占多数(59.9%)。焦树德^[38]观察到脑卒中痰热腑实证脉图亦以弦滑脉为主。脉图血流动力学检测表明:左室有效泵力、左室喷血压力、左室舒张末期容量、每搏心输出量、平均收缩压、平均舒张压、动脉输运系数等多项指标都比正常人明显增高,这些表示了“力”和“功”的增强,是阳热盛的征象,属于标实;其次心肌能量转化系数、心肌功能指数、有效大循环容量的均值较正常人组增高,说明心肌和动脉血管的紧张度加大,血管张力增高,是形成弦和弦滑脉的基础。一组急性缺血性脑卒中病人,治疗后的血流动力学分析表明,其中左心室有效泵力、左心室喷射压力、射流压力、每搏心输出量等指标明显下降,说明急性期过后,标实变为次要方面,而本虚的一面尤为突出。

三、脉诊研究的展望与未来^[40~45]

对于脉诊的研究,特别是近20年来,可说是百家争鸣,百花齐放。研究出的客观化仪器及探头,从单部到三部,从单点到多点,从单功能到多功能智能式,种类繁多,材料、性能、规格各一,分析方法从单因素几何图形分析到多因素参数方程、频谱分析以及结合超声多普勒的声像图分析,在机理研究方面,从心血管生理、生物力学研究到多学科结合的研究。总之,近些年来由于科学技术的迅速发展,脉象的研究发展迅速,内容丰富,为中医脉诊现代化研究奠定了基础。

中医脉诊研究经历了70~80年代的全盛时期后,90年代以来,研究者们面对几十年众多的研究报道,开始对脉诊研究方法和现状有了更多的思索。感到了研究中的不足,如:

临床诊脉的规范化；传统中医脉法的去粗取精、去伪存真的全面整理研究；压力脉图研究，不能全面解决脉诊客观化；仪器、分析方法种类繁多；脉图图谱名同面图形有别，重复性不好；不便于广泛用于临床等。并提出一些新的思路、方法和对策。通过一段的反思，和一些新方法、新思路的提出，我们相信传统中医脉学理论的优化；临床诊脉的规范化；研究仪器的性能、规格和测试方法、参数选用及命名等的统一，不久的将来会提到脉象研究的议事日程上。然而，中医脉学研究涉及的学科较广，不但与医学基础理论、临床医学、生理学有关，而且与数学、物理学、心理学、流变力学、电子工程、计算机技术、系统工程等有密切关系，因此必须建立有组织、有计划的多学科协作攻关，在现有研究的基础上，靠系统工程的综合力，将中医脉诊现代化研究这一巨大的系统工程走上轨道，随着年青精干的脉象研究队伍的掘起，多学科学者的参与，中医脉象的研究一定能走出困境，出现新的飞跃。

参 考 文 献

- [1] 熊鉴然. 弦脉与血液动力学关系的实验研究. 中西医结合杂志, 1982, 2(3): 172
- [2] 殷文治, 等. 家兔动脉粥样硬化与脉搏波传播速度. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编. 1987. 183
- [3] 杨文, 等. 狗桡动脉脉搏图的形成机理和影响因素. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编. 1987. 185
- [4] 傅聪远, 等. 实验性乳脉的脉搏图特征及其形成机理探讨. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编. 1987. 178
- [5] 陈德奎, 弦滑脉的血流动力学分析. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编 (四诊专辑). 1983. 24
- [6] 黄士林, 等. 滑脉的实验研究与临床意义. 全国中西医结合学术研讨会论文 (四诊专辑). 1983
- [7] 施诚, 等. 脉波图动物模型的复制及形成机理的实验研究. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编. 1987. 181
- [8] 郑小伟, 等. 模拟“迟脉”实验动物模型的研究. 浙江医学院学报, 1990, (6): 29
- [9] 杨天权, 等. 中医辨证与脉诊. 辽宁中医杂志, 1986, 13 (7): 41
- [10] 张泰怀, 等. 148例温病气分证患者脉波图分析. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编. 四诊专辑. 1983. 78
- [11] 费兆馥, 等. 外感发热患者脉图观察. 上海中医药杂志, 1985, (12): 40
- [12] 陈可冀, 等. 高血压弦脉的血流动力学分析. 中华内科杂志, 1962, 10 (10): 638
- [13] 赵恩俭, 等. 高血压88例脉图分析. 天津医药, 1982, (1): 38
- [14] 陈德奎, 等. 弦滑脉的血流动力学分析. 中西医结合杂志, 1983, 3 (4): 232
- [15] 李冰星, 等. 50例气虚病人脉图参数变化观察. 湖南中医学院学报, 1983, 3 (1): 29
- [16] 李绍芝, 等. 对细脉者脉图参数和心输出量的初步观察. 辽宁中医杂志, 1987, 14 (1): 42
- [17] 谭达人, 等. 脉图诊断高血压和冠心病的初步研究. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编. 1987. 213
- [18] 张镜人, 等. 冠心病患者的脉图和有关心血管功能的定量分析. 黑龙江中医药, 1982, (4): 15
- [19] 费兆馥. 中医脉诊研究. 上海中医学院出版社, 1990. 170
- [20] 宋一亭. 冠心病中医辨证与心功能关系初步探讨. 上海中医学院首届研究生论文集. 1982. 152
- [21] 宛新铮, 等. 192例肝炎脉波图初步分析. 全国中西医结合学术研讨会论文汇编. 四诊专辑. 1983. 79
- [22] 张镜人, 等. 慢性胃炎脉象初探. 浙江中医杂志, 1984, 19 (4): 171

- [23] 孙善林, 等. 533 例慢性萎缩性胃炎舌象观察. 四川中医, 1982, (创刊号): 61
- [24] 徐蓉娟, 等. 62 例慢性胃炎寸口三部脉图与中医辨证关系探讨. 上海中医药杂志, 1987, (10): 45
- [25] 钱静庄, 等. 精神分裂病人脉图参数和心血管指标的年节律. 上海中医药杂志, 1990, (10): 45
- [26] 李冰星, 等. 虚证临床脉象分析. 浙江中医杂志, 1991, 26 (3): 126
- [27] 李冰星, 等. 虚证诊法客观化、定量化研究. 全国第三届中医诊断学术会议论文汇编, 1996. 77
- [28] 李冰星, 等. 气、阳虚患者脉图参数多元逐步回归分析. 湖南中医学院学报, 1990, 10 (4): 213
- [29] 王德望. 脉象实质及其客观指标的探讨——中医脉象与心血管功能状态的关系. 医学研究通讯, 1980, (6): 19
- [30] 李绍芝. 心气虚病人脉图参数初步观测. 中医杂志, 1987, 28 (2): 57
- [31] 张镜人. MX-3 脉象仪测定左室收缩间期及其对气虚证的意义. 辽宁中医杂志, 1984, 11 (6): 26
- [32] 兰州军区军医学校. 关于脾胃虚证病人脉象的研究. 陕西中医学院学报, 1983, (1): 56
- [33] 张镜人. 65 例贫血患者中医辨证与脉象关系探讨. 辽宁中医杂志, 1985, 12 (2): 1
- [34] 胡随瑜. 肝郁脾虚证病人脉图特征观察. 湖南医学, 1986, (3): 154
- [35] 费兆馥. 阴虚火旺证脉象的初步观察. 辽宁中医杂志, 1982, 9 (7): 1
- [36] 金友. 230 例高血脂症舌脉分析. 中医药学报, 1983, (1): 44
- [37] 崔金才, 等. 脑血管意外 173 例脉诊分析. 浙江中医杂志, 1982, 17 (2): 80
- [38] 焦树德. 脑卒中痰热腑实证脉图分析的初步探讨. 辽宁中医杂志, 1984, 11 (9): 13
- [39] 单桂秋. 脉图诊断高血压冠心病的初步探讨. 第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编, 1987. 213
- [40] 牛欣, 等. 论脉诊的“位、数、形、势的属性”. 北京中医学院学报, 1990, 13 (6): 14
- [41] 朱欣, 等. 桡动脉的三维运动与脉诊位、数、形、势. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (7): 4
- [42] 王强. 中医脉诊现代化研究的困境与对策. 河南中医, 1994, 14 (3): 138
- [43] 王强. 《脉经》二十四脉的雷达图与星座图. 北京中医学院学报, 1983, 6 (1): 8
- [44] 傅聪远. 中医脉诊研究述评. 北京中医学院学报, 1993, 16 (2): 3
- [45] 杨天权, 等. 脉诊研究的若干方法学问题. 辽宁中医杂志, 1986, 13 (12): 38

第六章

按 诊

【基本内容】

按诊是医生用手直接接触或按压病人某些部位，以了解局部冷热、润燥、软硬、压痛、肿块或其它异常变化，从而推断疾病部位、性质和病情轻重等情况的一种诊察方法。

按诊是切诊的重要组成部分，早在《内经》中就有较详细的记载。到汉代，张仲景在《伤寒论》和《金匱要略》中对按诊的论述更多，并将胸腹部按诊作为鉴别病证的重要依据。按诊发展至今，不仅在应用范围方面得到进一步拓宽，而且在方法上也有所创新，并注意配合望、闻、问诊，以求诊断的正确性。

一、按诊的方法与意义

根据按诊的目的和准备检查的部位不同，应采取不同的体位和手法。诊前首先需选择适当体位，然后充分暴露按诊部位。一般病人应取坐位或仰卧位。病人取坐位时，医生可面对病人而坐或站立进行。用左手稍扶病体，右手触摸按压某一局部。这种体位多用于对皮肤、手足、腧穴的按诊。按胸腹时，病人须采取仰卧位，全身放松，两腿自然伸直，两手臂放在身旁。医生站在病人右侧，用右手或双手对病人胸腹某些部位进行切按。在切按腹内肿块或腹肌紧张度时，可让病人屈起双膝，使腹肌松弛或做深呼吸，以便于切按。

按诊的手法主要是触、摸、按、叩四法。

触是以手指或手掌轻轻接触病人局部皮肤，如额部、四肢及胸腹部的皮肤，以了解肌肤的凉热、润燥等情况。以分辨病属外感还是内伤，是否汗出，以及阳气津血之盈亏。

摸是以手指稍用力寻抚局部，如胸腹、腧穴、肿胀部位等，来探明局部的感觉情况，有无疼痛及肿物的形态、大小等，以分辨病位及虚实。

按是用重手按压或推寻局部，如胸腹或其它肿胀部位，了解深部有无肿块及肿块的形态、质地、大小、活动程度等，以分辨脏腑虚实和邪气的痼结情况。

以上三法的区别表现在指力轻重不同，所达部位浅深有别。触者轻用力诊皮肤，摸者稍用力达于肌层，按则重指力诊筋骨或腹腔深部。临床操作时可综合运用。一般是先触摸，后按压，由轻而重，由浅而深，先远后近，先上后下地进行诊察。

叩即叩击法，是医生用手叩击病人身体某部，使之震动产生叩击音、波动感或震动感，以确定病变性质和程度的检查方法。叩击法有直接叩击法和间接叩击法两种。

直接叩击法是医生用手指直接叩击体表部位。如直接叩诊臌胀病人腹部，根据叩击

音和手感，可辨别气胀或水胀。

间接叩击法是医生用左手掌平贴在体表，右手握成空拳叩击左手背，边叩边询问患者叩击部位的感觉，以推测病变部位和程度。如腰部有叩击痛，除考虑局部骨骼疾病外，主要与肾脏疾病有关。

按诊时应注意：①必须根据疾病的不同部位，选择适当的体位和方法。②医生举止要稳重大方，态度要严肃认真。手法要轻巧柔和，避免突然暴力或冷手按诊。③注意争取病人的主动配合，使病人能准确地反映病位的感觉。④要边检查边注意观察病人的表情变化，以了解病痛所在的准确部位及程度。

通过按诊不仅可进一步探明疾病的部位、性质和程度，同时也使一些病证表现进一步客观化，它是望、闻、问诊所获资料的补充和完善，为全面分析判断病情提供重要的指征和依据。

二、按诊的内容

按诊的运用相当广泛，临床常用的有按胸胁、按脘腹、按肌肤、按手足、按腧穴等。

(一) 按胸胁

指根据病情需要，有目的地对前胸和肋部进行触摸、按压或叩击，以了解局部及内脏病变的情况。

胸胁的部位：胸胁即前胸和侧胸部的统称。前胸即缺盆（锁骨上窝）至横膈以上。侧胸部又称肋部，即胸部两侧，由腋下至十一、十二肋骨端的区域（见图 6-1）。

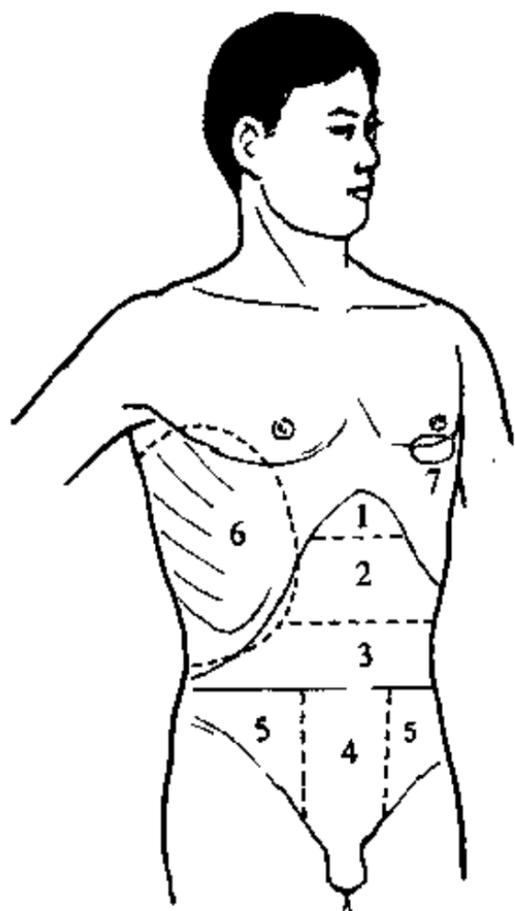


图 6-1 胸腹部位划分图

1. 心下；2. 胃脘；3. 大腹；4. 小腹；
5. 少腹；6. 肋肋；7. 虚里

胸内藏心肺，肋内居肝胆，所以胸胁按诊除排除局部肌肤、骨骼之病外，主要是诊察心、肺、肝、胆等脏腑的病变。

按胸胁包括按胸部和按肋部两部分。

1. 按胸部 按胸部可了解心、肺及虚里病变的情况。

前胸高起，按之气喘，为肺胀；叩之膨膨然，其音清者，可见于气胸；若按之胸痛，叩之音实者，常为饮停胸膈；胸部外伤则见局部青紫肿胀而拒按。

虚里位于左乳下第四、五肋间，乳头下稍内侧，即心尖搏动处，为诸脉之所宗（见图 6-1）。诊虚里是按胸部的重要内容。按虚里可测知宗气之强弱、疾病之虚实、预后之吉凶。尤对危急病证，当寸口脉难凭时，诊虚里具有更重要的诊断价值。

正常情况下，虚里搏动不显，仅按之应手，其搏动范围直径约 2~2.5cm，动而不紧，缓而不怠，动气聚而不散，节律清晰，是心气充盛，宗气积于胸中的正常征象。

诊虚里时，病人取仰卧位，医生站其右侧，用右手平抚于虚里部，注意诊察动气之强弱、至数和聚散。

虚里按之其动微弱者为不及，是宗气内虚之征。若动而应衣为太过，是宗气外泄

之象。

按之弹手，洪大而搏，或绝而不应者，是心气衰绝，证属危候。

孕妇胎前产后，虚里动高者为危候。虚损劳瘵之病，虚里日渐动高者为病进。

虚里其动欲绝而无恶候者，多见于痰饮等病。搏动迟弱，或久病体虚而动数者，多为心阳不足。

胸高而喘，虚里搏动散漫而数者，为心肺气绝之兆。虚里动高，聚而不散者为热甚，多见于外感热邪或小儿痘疹将发之时。

此外，若因惊恐、大怒或剧烈运动后虚里动高，片刻即能平复如常者，不属病态。肥胖之人因胸壁较厚，虚里搏动不明显者，亦属生理。

2. 按胁部 肝胆位居右肋，其经脉分布于两肋，故按胁部主要是了解肝胆疾病。

按胁部除在胸侧腋下至肋弓部位进行按、叩外，还应由上腹部向肋弓方向轻循，并按至肋弓下，以了解肋内脏器状况。胁痛喜按，多为肝虚。肋下肿块，刺痛拒按，多为血瘀。右肋下肿块，按之表面凹凸不平，应注意排除肝癌；右肋胀痛，摸之有热感，手不可按者，可能为肝痈；疟疾后左肋下触及痞块，按之硬者为疟母。

（二）按脘腹

是通过按胃脘部及腹部，了解局部的凉热、软硬、胀满、肿块、压痛等情况，以推测有关脏腑的病变及证之寒热虚实。

脘腹各部位的划分：膈以下为腹部。上腹部剑突下方，称为心下。胃脘相当上腹部。脐上部位称大腹。亦有称脐周部位为脐腹者。脐下部位至耻骨上缘称小腹。小腹两侧称为少腹（见图 6-1）。

按脘部主要是诊察胃腑病证。脘部痞满，按之较硬而疼痛者属实证，多因实邪聚结胃脘所致。按之濡软而无痛者属虚证，多因胃腑虚弱所致。脘部按之有形而胀痛，推之漉漉有声者，为胃中有水饮。

按腹部主要是诊断肝、脾、小肠、大肠、膀胱、胞宫及其附件组织的病证。通过腹部的冷热、软硬、胀满、肿块、压痛等异常变化反映出来。一般来说，腹部按之肌肤凉而喜温者，属寒证；腹部按之肌肤灼热而喜凉者，属热证。腹痛喜按者，多属虚证；腹痛拒按者，多属实证。

腹满有虚实之分，凡腹部按之手下饱满充实而有弹性、有压痛者，多为实满。若腹部虽膨满，但按之手下虚软而缺乏弹性，无压痛者，多为虚满。腹部高度胀大，如鼓之状者，称为臌胀。臌胀中气臌和水臌的鉴别，主要是通过按诊。具体方法是：两手分置于腹部两侧对称位置，一手轻轻叩拍腹壁，另一手若有波动感，按之如囊裹水者为水臌；一手轻轻叩拍腹壁，另一手无波动感，以手叩击如击鼓之膨膨然者为气臌。肥胖之人腹大如鼓，按之柔软，无脐突、无病症表现者，不属病态。

检查腹部肿块要注意肿块的部位、形态、大小、硬度、有无压痛和能否移动等情况。凡肿块推之不移，痛有定处者为积，病属血分；痛无定处，按之无形，聚散不定者为聚，病属气分。

左少腹作痛，按之累累有硬块者，多为肠中有宿粪；右少腹作痛而拒按，按之有包块应手者，多见于肠痈。

腹部肿块大者为病深；形状不规则，表面不光滑者为病重；坚硬如石者为恶候。

若腹中结块按之起伏聚散，往来不定或按之形如筋状，久按转移不定，或按之手下如蚯蚓蠕动者，多为虫积。

（三）按肌肤

是医生用手触摸某些部位的肌肤，从肌肤的寒热、润燥、滑涩、疼痛、肿胀、疮疡等，分析疾病的寒热虚实及气血阴阳盛衰的诊察方法。

1. 诊寒热 按肌肤的寒热可了解人体阴阳的盛衰、表里虚实和邪气的轻重。一般来说，肌肤寒冷者，为阳气衰少；若肌肤寒冷而大汗淋漓、面色苍白、脉微欲绝者，为亡阳之征象。肌肤灼热，体温升高者，为阳气盛，多为实热证；若汗出如油，四肢肌肤尚温而脉躁疾无力者，为亡阴之证。身灼热而肢厥者，为阳热壅盛，格阴于外所致，属真热假寒证。外感病汗出热退身凉，为表邪已解；皮肤无汗而灼热者，为热甚。

局部病变中，皮肤不热，红肿不明显者，多为阴证；皮肤灼热而红肿疼痛者，多为阳证。

2. 诊润燥滑涩 通过触摸患者肌肤的滑润和燥涩，可了解汗出与否及气血津液的盈亏情况。一般来说，皮肤干燥者，尚未出汗；干瘪者，为津液不足；湿润者，为已出汗。肌肤滑润者，为气血充盛；肌肤枯涩者，为气血不足；肌肤甲错者，多为血虚失荣或瘀血所致。

3. 诊疼痛 通过触摸患者肌肤出现疼痛的程度，可辨疾病的虚实。一般来说，肌肤濡软，按之痛减者，为虚证；按之硬痛拒按者，为实证。轻按即痛者，病在表浅；重按方痛者，病在深部。

4. 诊肿胀 用手按压肌肤肿胀之处，以辨水肿和气肿。按之凹陷，不能即起者为水肿；按之凹陷，举手即起者为气肿。

5. 诊疮疡 触按疮疡局部的软硬及有无灼手之感，可辨阴阳及是否成脓。凡疮疡按之肿硬而不热，根盘平塌漫肿者，多属阴证；红肿灼手，根盘紧束者，多属阳证。按之硬而热不甚者，为无脓；按之边硬顶软而热甚者，为有脓。

此外，自《内经》以来还有“按尺肤”之记载，即触摸从肘部内侧至掌后横纹处之间的皮肤。根据其缓急、滑涩、寒热等情况，来判断疾病的性质。若尺肤热甚，脉洪滑数盛者，为温热证；尺肤凉，脉细小者，多为泄泻、少气；尺肤粗糙如枯鱼之鳞者，多为精血不足或脾阳虚衰、水饮不化之痰饮病。

（四）按手足

是通过触摸病人手足部位的冷热，来判断疾病的表里寒热虚实及顺逆。一般来说，凡手足俱冷者，是阳虚寒盛之寒证；手足俱热者，多为阳盛热炽之热证。但亦有因阳热太盛以致阳气闭结于内，不得外达而手足厥冷之里热证，是热深厥亦深的表现，应注意鉴别。热证见手足热者，属顺候；热证反见手足逆冷者，属逆候，是病情严重的表现。

诊手足时，还可做比较诊法。如手足心与手足背比较，若手足背热甚者，多为外感发热；手足心热甚者，多为内伤发热。另外，手心热与额上热比较，额上热甚于手心热者，为表热；手心热甚于额上热者，为里热。

在儿科方面，小儿指尖冷，主惊厥；中指独热，主外感风寒；中指指尖独冷，为麻疹将发之象。

此外，诊手足寒温对判断阳气存亡，推测疾病预后，亦有重要意义。若阳虚之证，四

肢犹温者，为阳气尚存，病虽重尚可治疗；若四肢逆冷者，多预后不良。

（五）按腧穴

按腧穴是按压身体某些特定穴位，通过穴位的变化和反映来判断内脏某些疾病的方法。

按腧穴要注意发现穴位上是否有结节或条索状物，有无压痛或其它敏感反应，然后结合望、闻、问诊所得资料综合分析判断内脏疾病。如肺俞穴摸到结节，或按中府穴有压痛者，为肺病的反应；按上巨虚穴有明显压痛者，为肠痈（阑尾炎）的表现；肝病患者在肝俞或期门穴常有压痛等。

临床上诊断脏腑病变的常用俞穴有：

肺病：中府、肺俞、太渊。

心病：巨阙、膻中、大陵。

肝病：期门、肝俞、太冲。

脾病：章门、太白、脾俞。

肾病：气海、太溪。

大肠病：天枢、大肠俞。

小肠病：关元。

胆病：日月、胆俞。

胃病：胃俞、足三里。

膀胱病：中极。

【补充阐发】

一、可按者可有实，拒按者亦有虚

通过按压病体的有关部位，用以了解疾病的寒热、虚实变化，以资助辨证诊断，是中医切诊的内容之一。例如腹内有肿块，按之坚硬，推之不移，且痛有定处者，为癥为积，多属血瘀；肿块时聚时散，按之无形，痛无定处者，为瘕为聚，多属气滞。

对于虚实的辨别，自张景岳在《景岳全书·杂证谟》中提出“可按者为虚，拒按者为实”的观点后，一致为后人所尊奉。但是，在临床实践中，也常常遇到这种情况，如肝癌、蛔厥等病的患者，腹痛剧烈，大多自按以图缓解，此二病为气滞血瘀、虫扰胆膈所致的实证，然而可按。一些胃痿、胃溃疡等病患者，常年脾运不足，时而失血，多见一派气血两虚证候，而其中不乏疼痛拒按者。

其机理，正如江之兰在《医津一筏》中所说：“夫按则气散，即实亦有因之而痛减者；虚则气壅而为痛，复按之，气愈壅，即虚亦有因之而益痛者。正未可执此而定其虚实也。”《素问·举痛论》中有“寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引故痛，按之则气血散，故按之痛止。”外邪客于肠胃，导致气滞血瘀，显然是“邪气盛则实”之痛，却“按之痛止”。而“寒气客于侠脊之脉，则深按之不能及，故按之无益也。”（《素问·举痛论》），此仍为实证，因部位较深，故“按之无益”。又如“寒气客于背俞之脉，则脉泣，脉泣则血虚，血虚则痛，其俞注于心，故相引而痛。按之则热气至，热气至则痛止矣”（《素问·举痛论》），此证虽性质属实，而病因则为寒，寒得热气故实证之痛亦可得缓解。由此可见，《内经》并未将拒按与实证、可按与虚证简单划等号，而是根据邪气

性质、发病部位、机体对邪气的耐受性、反应性等方面，综合判断疼痛的虚实。痛之“可按者为虚，拒按者为实”，只是反映了一般的辨证情况。临床上也有“可按为实，拒按为虚”者，故不可徒执其端而误判证之虚实。

二、中医腹诊的概念

腹诊的概念有广义、狭义之分。狭义的腹诊是指按压腹部，仅为医者用手触按患者腹部而获取病理征候，用以诊断疾病和分析证候。广义的腹诊，包括有望、闻、问、切四种诊法，通过四诊而全面获取人体脏腑病理变化反映于腹部的客观指征，用以诊断疾病及指导辨证论治。

中医腹诊的另一概念是关于腹征、腹症、腹证。腹征，即腹部表现出的各种征象，这些征象主要是他觉的（当然也含有某些自觉的成分），要通过医生运用望、闻、问、切（按）等诊断方法和手段，方能获悉的腹部征象。腹症，即一切有关腹部的异常感觉，这些症状为患者本人感觉到的不适，如痞、满、胀、闷、疼痛等，要通过询问方能获得。腹证，即腹部征象与症状的总合及其产生的原因和病机，它是疾病的症结所在，是客观存在的，但必须通过医生的分析方能得到结论，因此，腹证是各种腹部征象、症状与病因病机的综合反映，它包含有病因、病位、病性、病势等多种因素，是内脏疾病反映于腹部的全面、客观的实质体现。这种腹证，可以直接指导施治，在张仲景《伤寒论》与《金匮要略》中就已具有了这一模式。如大、小、调胃承气汤，五苓散与桃仁承气汤等所主的腹部征象及症状，就已上升到了腹证的水平，即三承气汤、五苓散、桃仁承气汤等是在腹证的指导下产生的方药，这些方药各自代表了一种腹证，如大承气汤之腹证，是指胃肠实热，燥屎内结，气机闭塞而产生的腹痛、腹满坚硬等腹征与腹症的综合体现。这种腹证与方药的结合，体现了中医腹诊的特色与独到之处，它与单独的诊察腹部征象与症状，有着本质上的差别。

三、腹诊的基本内容及临床意义

（一）观外形

通过观察腹部外形的变化，可以推测人体内在脏腑之阴阳气血的盛衰及循行状态。

（1）腹部膨满：腹部除自觉胀感外，还见有膨满凸起。属于病理状态者，最多见于气腹痛、肠痹、肠结等病；伴有腹壁显露青络，多见于肝积或腹腔内有肿瘤。腹膨满多以软而喜按者为虚证；坚而拒按者属实证。腹膨满的病因病机有种种不同，可由食积、水饮、瘀血以及寒、热、湿浊诸邪，或情志内伤，致使脾胃气滞或脾胃气虚、脾肾阳虚、肝脾不和等，而产生此种腹征。临床应当各随其腹征的特点及伴见的舌脉与症状进行辨证施治。如热结胃肠，燥屎内结，气机闭塞的阳明腑实证所见的腹满，多外有膨满之状，根据这一腹征的轻重程度及其他不同特点，就可以决定三承气汤的取舍。“其脉沉实滑数，心下痛满坚硬及脐腹者，大承气汤急下之。如大便不甚坚燥，腹满硬痛不甚者，小承气汤微和之。如大便燥硬而证未剧，心下不甚胀满者，调胃承气汤润燥以和之”（《伤寒指掌·阳明总要述古》）。又如少腹满的腹征，多见于蓄水证与蓄血证。蓄水证的少腹满较轻，按之稍硬，一般无压痛；蓄血证的少腹满则较重，按压少腹坚硬而有压痛，从腹征的这些不同特点，即可以辨别蓄水与蓄血二证，参之以症状，前者小便短少不畅或闭阻；后者小便畅通无阻，伴有如狂或发狂的精神失常表现，由此腹征与症状合参，则辨证更为准确。

(2) 脐腹凹陷：这种腹征是以脐腹为中心的腹部下陷成凹形，腹肌多瘦削，腹皮多皱折。又称为舟状腹。其产生是由于久病，元气、精血亏损，或者中气不足所致，也可以由于新病吐泻太过，以致气阴、津液耗损而成。

(3) 腹脐凸出：为脐部出现的圆形隆起，仰卧则脐平。此腹征常见于脐疝；成人多由久咳或大量腹水所致；婴幼儿常因啼哭腹压增高而产生。

(4) 少腹凸块：表现为两侧少腹部位（或单侧）有圆形肿块突起，时起时消，站立时明显，平卧时消失。此多为肝之气机失调，疏泄功能失常，或年老气虚下陷，腹内脏器由腹股沟管后壁薄弱处突出而形成狐疝。

（二）按腹力

腹力是以脐为中心的腹部内压力，它是元气充盈与否的体现。脐部，即神阙穴，是肾间动气贯注的腧穴，也是人体元气、元精汇聚处。因此，脐腹内压力的状态，可以反映元气、精血的虚实，由此可推断脏腑气血的病机变化以及疾病的转归。

其检测是用手按于脐腹，候其举指而起的腹力大小（被诊者自然呼吸）。手按下后随即放松，腹起举手无力而脐腹软弱者，属虚证。这种腹征多为丹田之气（元气）不足及脾肾亏虚之象。若按其脐腹不软，腹壁的张力较强，按之凹陷度小，手下觉有抵抗之感，松手脐腹凹陷迅即恢复原状，但手下有腹力不实，举指乏力之感。此种征象多为虚中夹实之证，系元气亏虚，而病邪居内，其势尚盛而成。而纯属实证之腹力表现，多为脐腹按之坚实，或指下如触石板，按之凹陷度极小，因而手下难有腹力之感，此为正气尚盛，病邪搏结，气机阻滞甚剧所致。一般正常人元气充盛，其脐腹按之柔软，腹壁不弛缓亦不紧张，凹下可随所按指力之大小而变化，升降自如，手下亦无抵抗之感，而是感觉力量充实；所按之手放松后，脐腹即自然恢复原状，其上举之力欣然应手，显得根基厚实。总之，腹力之测定，其部位要以脐腹为中心，而并非以全腹或脐下小腹为检测之部位，因为只有此部位才能真正反映体内元气（丹田之气）的状况。这是诊察和判别腹力的关键和要点。

（三）测腹温

用手触按于腹部，以测异常的冷暖感觉。正常腹部体表的温度感，随季节而有不同。一般夏季腹部肌肤有凉感；冬季腹部肌肤有温暖感。如果腹部触之不温暖，或局部有冷感者，属于寒证。诊有胃脘部与脐腹部不温者，多为寒邪扰于足太阴经脉或素体脾胃虚寒之证；脐腹或小腹部不温者，常由肾阳不足或肠中积冷所致；少腹不温者，可责之肝经有寒。同时，局部的冷感，还与经脉的通达、气血的调畅与否有着一定的联系。经脉失于通达，气血运行失于调畅，则阳气不能抵达而失于温煦，由此亦可产生局部的冷感。如果触按腹部感觉灼热烫手者，多属于热证，腹部不同部位出现灼热感，也应随其部位所属的经脉、脏腑而究其病机变化。若触之全腹灼热烫手，病属新起者，多为外感里热之证。

（四）触痞鞭

腹部出现痞鞭，是气、血、水、食、痰饮等产生的一系列病机变化所出现的病理征象。用手触觉或通过询问，即可获得。此种腹征，可以推断其所属的病理变化，以确定疾病所属之证。常见的腹部痞鞭征象有：

(1) 心下痞与心下痞鞭：心下痞是指心下部位（胃脘部）闷塞不舒，为一种自觉症

状。这种自觉症状，伴有触按心下部较软弱（相对于坚硬之状而言），抵抗感也比较弱，属实证居多；伴有全腹按之无力而软弱的，则属于虚证。按压心下部有坚硬之感，即是心下痞硬征。这种腹征大多属于实证，或者为虚中夹实的证候。导致心下痞及痞硬腹征的病因病机有多种情况，宜参照脉症以辨证施治。无形热邪聚于心下所致的热痞，则见“心下痞，按之濡”（《伤寒论》第159条）；“心下痞，而复恶寒汗出者”（《伤寒论》第160条），则为热痞兼有表虚之证；“痞不解，其人渴而口燥、烦，小便不利者”（《伤寒论》第161条），则为水气内停，障碍气机升降而致。结胸病所见的痞硬，多心下部疼痛较剧烈，按之硬，甚或按其心下部至小腹部都如石硬之状，并且拒按。这种腹征即“心下痛，按之石硬者”（《伤寒论》第139条），是由于水与热结于心下而产生的。又有“小结胸病，正在心下，按之则痛”（《伤寒论》第142条），这种腹征在心下部位按之有疼痛反应，但无如石硬之状的感觉，是由于热邪与痰结于心下所致。又有“寒实结胸，无热证者”（《伤寒论》第146条），为寒饮结于胸胁及心下部所致的结胸痞硬，这种痞硬，在胸腹部触之无灼热而觉有不温之感。此外，还有痞硬由于水饮停聚于胸胁，以致胸阳被遏，气机壅滞而产生者，其腹征多见有胸腹膨满，按腹可以闻得水声；胃虚痰阻所致心下痞硬，其腹征为心下部触之觉有石硬之状，噎气而痞硬之状不减。另外，“心下坚”、“心下痞坚”这类腹征，较痞硬尤甚，“坚”比“硬”的腹壁紧张度更强，弹性更差，硬如板状。如枳术汤所主的“心下坚，大如盘”（《金匱要略·水气病篇》）之腹征，为水饮所致；木防己汤所主的“心下痞坚”（《金匱要略·痰饮咳嗽病篇》）之腹征，是水饮停聚胸膈所致，属于支饮重证。

（2）胁下鞭满与胸胁苦满：前者除有胸胁部满闷不舒的自觉症状外，在胁下部位触按时，还有如触及石硬之状的腹征；后者以自觉胸胁部满闷不舒为主，以及触压肋骨下多有抵抗与压痛。这二种腹征，都可由外感病邪侵入少阳，以致少阳经气不利所产生，也可因情志内伤导致肝胆气机阻滞，或痰饮内停，或瘀血阻络等因素而致。此外，《伤寒论》第172条还提到有一种“脏结”病证，也有胸胁痞满，并伴有痞块及癥块阻于胁下，扣之可以触摸到肿块，这种腹征，是因脏气大衰，阴寒凝结于脏，以致气血不和，脉络闭阻所致，可见于肝积、脾积、肝癌、胆癌等病，多是病势危笃之征象。

（五）揣拘急

腹中拘急，为自觉腹部有挛急的感觉，并且可以见到腹壁紧张、腹肌拘挛之腹征。《伤寒论》及《金匱要略》中所述的“里急”、“弦急”、“支结”等腹征，虽同属拘急之类，但各有其特点。“里急”，即一般腹中拘急；“弦急”，是拘急之比较剧烈者，按腹肌则有坚紧尤剧的感觉；“支结”，与拘急也有相似之处，但触按感觉紧张异常，如象有物支撑结聚于腹中。拘急腹征的病因病机也有种种不同：“心下急”，多是邪犯少阳之证；“心下支结”，也多属少阳证，均系少阳经气不利，横逆于中而致，多伴有寒热往来、口苦、咽干、目眩等症。心下痞与心下急、心下支结三种征象均出现在心窝部至脐之间的部位，都有堵塞之感。所不同者，心下痞为自觉的或通过按压而感觉到心下窒闷及堵塞，其堵塞感较轻，按之该部腹壁较软弱，重按指下无抵抗之感觉；心下急则为自觉心下部位拘急或堵塞，其堵塞感为中等程度，按之则有腹皮拘紧之感，轻触时腹壁似较紧张，而重按则指下有抵抗感但不甚剧；心下支结表现为自觉该部位其内如有物聚结支撑，堵塞感严重，用手接触则感觉腹壁紧张度强，重按时觉指下有较强的抵抗，或可触及到肿块，其

或固定不移，或推之移动，揉之可散。此外，还有“胁下拘急”，若见于外感疾病，亦属于邪犯少阳；“少腹弦急”及“少腹拘急”若兼有腰痛，小便不利，多属肾阳亏损。体质素虚或久病而见诸里急之腹征，多为阳气亏虚，脏腑失于温养，经气失于和畅所致。

（六）诊压痛

按压腹部的某一部位或某一经络的腧穴，如果出现疼痛反应，或者按之而自觉疼痛加剧或减轻，这是脏腑、经络的病理反应。总的来说，按压时疼痛较剧而且拒按者，属于实证；按压时疼痛较轻或者疼痛喜按，按之即觉舒适者，多为虚证。虚证久按压或用重力按压时，也有出现拒按的情况；虚中夹实的病证，也多有拒按的现象。如“心胸中大寒痛，呕不能饮食，腹中寒，上冲皮起，出见有头足，上下痛而不可触近”（《金匱要略·腹满寒疝宿食病篇》），这是脾胃阳虚，寒邪内盛，虚中夹实之证。

（七）视络脉

在腹部外表，由于脏腑、经络的病理变化，常会出现浅青色或紫红色络脉，或者出现红斑及白斑。一般来说，腹部体表显现出青络及红紫络脉，是判断瘀血证的特异征象，因血瘀于经脉，则气血运行受到阻碍，而使血络充盈粗张显露出来；如果腹壁青络怒张与腹膨满之腹征并见，是属于瘀血兼有蓄水的征候。腹部白斑，近人发现与癌肿有关；红斑（包括红点），是热邪扰于阴血的征象。

（八）探癥块

在胁下或腹部扪及大小不等的结块（肿块），质地或硬或软，推之移动，或者固定不移，此为积聚（癥瘕）之类。积聚大多是由于寒温不调，饮食不化，病邪与脏气搏结，以致阴阳受损，气血凝滞，不能宣通经络而逐渐形成的。癥积主要责之于瘀血凝结，因此，这种腹征是特定的瘀血征象；瘕聚一般责之于气机阻滞。二者又兼有寒、热、虚、实的病机演变，临床当仔细揣摩，辨别分析其腹征特征，以便进行准确的辨证。

（九）扪动悸

动悸，此处指表现于腹部的异常脉动，可自觉及触觉到，甚者可观见其动起伏之状态。多见于心下部位及脐旁四周。此种腹征可以反映脏腑、阴阳、气血的盛衰及经脉的通达、经气的循行状况。

（1）心下动悸：可见到心窝下部筑筑而动，用手触摸，即可明显感觉到搏动，并可伴有自觉的心悸、心慌。这种腹征与虚里动悸有所不同，此动悸表现于心下，即心窝至脐上部位；其病机与虚里动悸亦有区别，此是由于心中气血亏虚，阳气不能撑持于内，或由于水气、痰饮凌心，水火相争于内所致。属于阴阳气血亏虚者，动悸之处多喜按压，而脉象多有结、代。由于痰饮内停者，多伴有吐痰涎的见症；水气所致者，则多兼有小便不利，这二种原因所产生的心下动悸，多不喜按压。“其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者”（《伤寒论》第64条），是由于心阳亏虚，心脏失于温煦和充养所致；“脉结代，心动悸”（《伤寒论》第182条），为心中阴阳、气血亏虚所致；“小便利者，以饮水多，必心下悸”（《伤寒论》第131条），是因水气上凌于心，心阳为阴邪所犯，水火不能相容而成。

（2）脐旁动悸：指发于脐旁上下左右，甚或连及胸胁与虚里之处亦有动悸。脐为神阙，是人体元气贯注之处，元气宜守固而不宜泄漏，丹田之元精、元气充盛，则气血通调，经脉畅达，五脏六腑安和。如若元精元气亏虚，以致肾不纳气；脾虚失运，水饮内停；经脉失畅，气血不和，或心阳虚损，则可在脐旁出现显而易见的动跳征象。即“动

气者，筑筑然而动于脐旁上下左右，甚则连及虚里心胁而浑身振动也，此病由于妄汗妄下，血气大亏，以致肾气不纳，鼓动于下而作也”（《伤寒指掌·动气》）：“发汗后，其人脐下悸者，欲作奔豚”（《伤寒论》第65条）等。

四、腧穴压诊的诊断原理

一般来说，腧穴是人体脏腑、经络之气血出入、输注、汇聚于体表的部位。因此，当脏腑功能出现异常，阴阳平衡失调而产生疾病时，就会沿着有关的经络反映到体表相应的腧穴，即所谓“有诸内，必行诸外”。疾病反映中，最直接和最为敏感的是相关经络之腧穴出现压痛反应。因此，这些腧穴的压痛反应，就可以作为诊断内脏疾病的依据。

1. 俞穴与募穴 十二经之俞穴，是五脏六腑之气输注于背部的一些特定穴位。脏腑的俞穴都分布在背部足太阳膀胱经上，是督脉之气通于足太阳经并输注于内脏的部位，因而俞穴反映内脏病变更为直接与快捷。募穴，是脏腑之气聚集于胸腹的一些特定穴位，与背俞相对应，其分布一前一后，其属性一阴一阳。募穴在前胸腹部，属阴，它与脏腑的生理病理反应十分密切，当脏腑受邪时多反映于募穴，最常见的反应是募穴压痛。因此，按压背俞穴与募穴对临床诊断疾病、辨别病位有着十分重要的作用和价值。

2. 经外奇穴 在分布于十四经脉的腧穴（361个）之外，还分布有一些“经外奇穴”，有些经外奇穴，是内脏疾病反映于外的特异性部位。因此，这些“经外奇穴”除对某些疾病与症状具有特殊的治疗作用之外，又对诊断和辨别某些疾病和证候具有特异性，在临床上有其独特的价值，是推断病证的重要依据。

五、穴位诊断的临床运用

穴位压痛诊断法运用于临床，是遵循“视其外应，以知其内脏，则知病矣”（《灵枢·本脏》）的原则；同时，穴位压痛反应也是一种辨病与辨证相结合的比较准确的客观指标。体表腧穴压痛与脏腑病变，是通过经络特定的内在联系而表达的，这种特定的内在联系方式是：脏腑病变→经脉→腧穴压痛；而穴位压诊诊断疾病及辨证以确定病位的途径则是：腧穴→经络→脏腑。腧穴压痛在临床中诊断疾病准确率比较高的有：

（1）肺俞、中府：肺癆、肺咳、肺胀等，即现代医学的肺结核、肺气肿、支气管炎、支气管扩张等疾病。

（2）心俞、巨阙、膻中：胸痹心痛、心痹、心绝、心动悸等，或现代医学的冠心病、肺心病、风心病、心律失常等疾病。

（3）肝俞、期门：肝热病、黄疸、肝著、肝积等，或现代医学的急性与慢性病毒性肝炎、肝硬化等疾病。

（4）脾俞、章门（左侧穴位）：脾积，或现代医学的脾肿大。

（5）胆俞、日月、右内日月（经外奇穴）：胆瘕、胆胀、胆石等，或现代医学的急性与慢性胆囊炎、胆结石、肝胆管结石等疾病。

（6）胃俞、中脘、上脘、梁门：胃脘痛、胃疡等，或现代医学的急性胃炎、慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡，十二指肠球炎、胃下垂等疾病。

（7）肾俞、京门：肾水、石淋等，或现代医学的急性与慢性肾小球肾炎、肾结石、输尿管结石等疾病。

（8）膀胱俞、中极：热淋、劳淋等，或现代医学的急性与慢性膀胱炎、盆腔炎等疾病。

(9) 天枢：急泻、久泄、大瘕泄等，或现代医学的急性胃肠炎、慢性结肠炎等疾病。

(10) 次髎：子宫旁瘕、肠覃等，或现代医学的子宫内膜炎、卵巢囊肿等疾病。

(11) 定志（经外奇穴，位于大椎穴旁开2寸5分）：痫病，或现代医学的癫痫。

(12) 肾俞、环跳：腰痹、偏痹等，或现代医学的肥大性脊椎炎（腰椎骨质增生）、坐骨神经痛等疾病。

(13) 生殖点（经外奇穴，位于第二骶后孔内5分，即次髎穴内5分处）、肾俞：精癯、精浊等，或现代医学的慢性前列腺炎、前列腺增生等疾病。

(14) 大肠俞、孔最：痔疾、脾约等，或现代医学的痔疮、习惯性便秘等疾病。

(15) 阑尾穴（经外奇穴，位于外膝眼直下5寸，即足三里穴下2寸处）：肠痈，或现代医学的急性与慢性阑尾炎。

(16) 大杼、天宗：项痹，或现代医学的颈椎关节病（颈椎骨质增生）。

(17) 肩髃、天宗：肩痹，或现代医学的肩关节周围炎。

(18) 胆囊点（经外奇穴，位于腓骨小头前下方，阳陵泉穴下1寸处）：胆瘕，胆胀等，或现代医学的急性与慢性胆囊炎、胆结石等疾病。

除上述诊断率比较高的腧穴外，尚有很多未被发现的有诊断价值的十二经腧穴及经外奇穴。这还有待于今后进一步研究及不断发现与探讨。

六、尺肤诊法的运用

诊察尺肤的情况，以作为了解全身病情的一部分依据，称为诊尺肤，或称尺肤诊法。

诊尺肤的方法，最早载于《内经》，《灵枢·论疾诊尺》有：“余欲无视色持脉，独调其尺，以言其病，以外知内，为之奈何？岐伯曰：审其尺之缓急小大滑涩，肉之坚脆，而病形定矣”。此后，历代医家认识不一，而临床运用甚少。目前，关于诊尺肤需要进一步理解与研究的方面是：

1. 关于“尺肤”的部位 一般认为“尺”指尺肤，其部位在肘至腕（手掌横纹到肘部内侧横纹）之皮肤。这种理解比较普遍，但此部位应包括内与外两侧之肌肤。而有学者认为“尺”之部位应为胸腹，因鸠尾至脐（神阙）之间，约为一尺之距，故“尺”即言胸腹之意。其依据是《内经》中尚有“尺内两旁，则季肋也”之谓。这种认识，日本汉方学者比较注重。

2. 诊“尺”不只属按诊 《内经》诊“尺”之法，其所诊内容为诊察该部位皮肤之润泽与粗糙，肌肤之寒热，以及肌肉的坚实与瘦削。在这些诊察内容中，就包含有使用“望”与“触按”的诊察手段。因此，诊尺肤之法，并非完全属于按诊之范畴，而应属于一种综合诊法。

3. 诊尺肤的机理 尺部与全身脏腑经气相通，并有一定的相应部位。通过尺肤可以了解全身五脏六腑的信息。《素问·脉要精微论》说：“尺内两旁，则季肋也；尺外以候肾，尺里以候腹；中附上，左外以候肝，内以候膈；右外以候胃，内以候脾；上附上，右外以候肺，内以候胸中；左外以候心，内以候膻中。前以候前，后以候后。上竟上者，胸候中事也；下竟下者，少腹腰股胫足中事也。”这段原文的意思，即认为尺肤是全身脏腑、组织器官的缩影。如“上竟上”、“上附上”、“中附上”、“尺内”、“下竟下”，即是从腕至肘，依次而下，十分准确地对应着从头至足的肢体和器官。其次，尺肤乃是左右两手对称，所候脏腑组织完全相同，这与耳穴、体穴等所反映的左右对称的客观规律相一致。

《内经》的论述，即是将人体从头至足按比例缩小，依次排列在尺肤上，因而尺肤诊法亦是生物全息律在中医诊断学上的一个典型例证。所以说，尺肤为全身皮肤的缩影，五脏六腑于尺肤部位皆有全息投射区域，故诊皮肤往往可以独取尺肤，诊尺肤和诊寸口等一样，可以反映全身脏腑组织器官的病变，可以判断内脏的盛衰虚实。正如《灵枢·论疾诊尺》说：“审其尺之缓急大小滑涩，肉之坚脆，而病形定矣。”

4. 诊尺肤的临床意义 从尺肤部位包括内外二侧肌肤这一观点及角度来看，由于尺肤是手三阳经、手三阴经循行经过的部位，故其辨病定位为：尺肤阳面（即手背侧）主要诊察大肠、小肠、三焦的病变；尺肤阴面（即手掌面侧）主要诊察心、肺、心包的病变。从尺肤肌肤的张力与弹性程度，以及润泽与寒热状况，如缓、急、滑、涩、冷、热、浮、沉等，可以推测出疾病的阴阳、虚实、寒热、表里之病理变化。大体可归纳为八法八纲：

(1) 尺肤缓：即尺肤部位的肌肤缓纵不急，其证主热、主气虚，多见于温热病及久病虚损。热性开泄，故热邪可使肌肤弛缓不收；气虚不能充养肌肤，则尺肤缓纵不急。

(2) 尺肤急：尺肤部肌肤拘急绷紧而不弛缓，其证主寒、主痛，属实，多见于外感风寒及寒痹、诸痛。寒性收引、凝涩，寒束于肌肤与经脉，则尺肤拘紧；寒凝血脉，不通则痛。

(3) 尺肤滑：尺肤部肌肤光滑而润泽，有流利光彩之容。其证属阳，主阳气淖泽，多见于风病，亦多为正常之象。阳气充盛则外泽温煦肌肤，以使尺肤润泽而滑；风为阳邪，外风袭于肌表，卫气为之激荡，而可使尺肤扬溢光泽，亦显滑利。

(4) 尺肤枯：尺肤部肌肤枯涩、粗糙或肌肤甲错。其证属阴，主阴血亏虚或气血瘀阻，多见于血痹、虚劳之病。阴血不足，肌肤失于濡养滋润，则尺肤之部见枯萎蹇涩之貌；气血凝滞，经脉失畅，肌肤供养失调，以致尺肤部之肌肤失荣而枯涩、粗糙，严重者则出现肌肤甲错。

(5) 尺肤浮：即表现为尺肤部位之肌肤贲然沸起，肌肤丰满，呈升腾浮发之状。其证主表，属实，多见于诸病初起，外感风湿、湿温病等。邪气入侵肌腠，正气奋起抗御，正邪均盛，故为实证、表证。

(6) 尺肤沉：征见尺肤形损而减，肌肉瘦削，显萎缩沉伏之态。其证主气血亏虚，津液耗损，多见于久病、虚劳，以及大吐大泻。气血大虚或吐泻津液大损，肌肤失于充养及濡润，以致尺肤形损而减，肌肤不丰。

(7) 尺肤冷：尺肤部肌肤有自觉冷感，触之不温，甚或有如触及冰块之感。其证主寒，主阳虚，多见于外感、虚劳。风寒袭于肌表，或寒邪直中太阴，或阳气亏虚，以致肌肤为寒邪所束，阳气不能外达，或阳气不足，失于温养，则出现尺肤冷感或触之有不温发凉之感。

(8) 尺肤热：自觉尺肤部灼热，触之觉有烫手之感，或见尺肤红肿而热。其证主热，主阳盛阴虚，多见于外感热病、中暑、肺热咳嗽等病。阳明实热内盛，或暑热外袭，或邪热蕴肺等，均可使肌肤炎灼，而出现尺肤部灼热烫手，或自觉温热难受。

5. 诊尺有待研究的问题 从诊尺肤的基本内容来看，其诊法及临床意义是比较局限的。如何拓宽诊尺肤的范围，今后在临床中应加以探索和研究。在此提供二条途径：一是从经络与腧穴入手，深入研究疾病在该部的病理反映，从而获得新的诊察内容；二是

从“生物全息律”的理论入手，研究该部的人体胚胎图形，以深入探讨该部的病理反映及辨病与辨证的定位关系，从而拓展诊尺肤的领域，以增加更新的内容，深化其临床意义。

【古代文献】

一、按诊的方法与意义

《史记·扁鹊仓公列传》：绕腹为病，腹大，上肤黄粗，循之戚戚然。

《素问·调经论》：实者外坚充满，不可按之，按之则痛。……虚者，聂辟气不足，按之则气足以温之，故快然而不痛。

《厘正按摩要术》：中手寻扪，问疼不疼者，以察邪气之有无；重手推按，更问疼否？以察脏腑之虚实。

《通俗伤寒论·按胸腹》：故胸腹为五脏六腑之宫城，阴阳气血之发源。若欲知其脏腑何如，则莫如按胸腹。……其诊法，宜按摩数次，或轻或重，或击或叩，以察胸腹之坚软，拒按与否，并察胸腹之冷热，灼手与否，以定其病之寒热虚实。又如轻手循抚，自胸上而脐下，知皮肤之润燥，可以辨寒热。中手寻扪，问其痛不痛，以察邪气之有无。重手推按，察其硬否，更问其痛否，以辨脏腑之虚实，沉积之何如。

二、按诊的内容

（一）按胸肋

《望诊遵经》：胸膈之上，心肺之部也。肋肋之间，肝胆之部也。脐上属胃，脐下属肠，大腹属太阴，脐腹属少阴，少腹属厥阴。

1. 按胸部 《素问·平人气象论》：胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。盛喘数绝者，则病在中；结而横，有积矣；绝不至曰死。

《通俗伤寒论·按胸腹》：按之胸痞者，湿阻气机，或肝气上逆。按之胸痛者，水结气分，或肺气上壅。……胸前高起，按之气喘者，则为肺胀。……水结胸者，按之疼痛，推之漉漉；食结胸者，按之满痛，摩之噎腐；血结胸者，痛不可按。……按之微动而不应者，宗气内虚。按之跃动而应衣者，宗气外泄。按之应手，动而不紧，缓而不急者，宗气积于膻中也，是为常。按之弹手，洪大而搏，或绝而不应者，皆心胃气绝也，病不治。虚里无动脉者必死。即虚里搏动而高者，亦为恶候。孕妇胎前症最忌。产后三冲症尤忌。虚损癆瘵症，逐日动高者切忌。唯猝惊疾走大怒后，或强力而动肢体者，虚里脉动虽高，移时即如平人者不忌。……寸口脉结者，虚里脉亦必结。往往脉候难凭时，按虚里脉确有可据。

2. 按肋部 《金匱·疟病脉症并治》：病疟……如其不差，当云何？师曰：此结为癥瘕，名曰疟母。

《诸病源候论·痰饮病诸候·癖饮候》：此由饮水多，水气停聚两肋之间，遇寒气相搏，则结聚而成块，谓之癖饮。在肋下，弦亘起，按之则作水声。

《诸病源候论·癖病诸候·久癖候》：在于两肋下，经久不瘥，乃结聚成形，段而起，按之乃水鸣，积有岁年，故云久癖。

《通俗伤寒论·按胸腹》：按其肋肋胀痛者，非痰热与气互结，即蓄饮与气相搏。……若肝病须按两肋，两肋满实而有力者肝平。两肋下痛引小腹者肝郁，男子积在左肋下者

属疝气。女子块在右肋下者属瘀血。两肋空虚，按之无力者为肝虚。两肋胀痛，手不可按者为肝痛。

（二）按脘腹

《素问·气厥论》：涌水者，按腹不坚。

《灵枢·水胀》：水始起也，……足胫肿，腹乃大，其水已成矣。以手按其腹，随手而起，如裹水之状。

《灵枢·水胀》：肠覃何如？……其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下。

《灵枢·刺节真邪》：肠溜，久者数岁乃成，以手按之柔。……昔瘤，以手按之坚。

《金匱·腹满寒疝宿食病脉证治》：病者腹满，按之不痛为虚，痛者为实。……按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤。

《金匱·疮痈肠痈浸淫病脉证并治》：肠痈之为病，其身甲错，腹皮急，按之濡，如肿状，……薤苡附子败酱散主之，……肠痈者，少腹肿痞，按之即痛如淋，小便自调，……大黄牡丹汤主之。

《金匱·呕吐哕下利病脉证治》：下利三部脉皆平，按之心下坚者，急下之。

《诸病源候论·癥瘕病诸候·谷瘕候》：人有能食而不大便，初亦不觉为患，久乃腹内成块结，推之可动，故名为谷瘕也。

《诸病源候论·水肿病诸候·水瘕候》：水瘕者，……在于心腹之间，抑按作水声，但欲饮而不用食，遍身虚肿是也。

《景岳全书·杂证谟·积聚》：积聚之病，……诸有形者，或以饮食之滞，或以脓血之留，凡汁沫凝聚，旋成癥块者，皆积之类，其病多在血分，血有形而静也。诸无形者，或胀或不胀，或痛或不痛，凡随触随发，时来时往者，皆聚之类，其病多在气分，气无形而动也。

《通俗伤寒论·按胸腹》：胃家者，指上中二脘而言。以手按之痞硬者，为胃家实。按其中脘，虽痞硬而揉之漉漉有声者，饮癖也。如上中下三脘，以指抚之，平而无涩滞者，胃中平和而无宿滞也。凡满腹痛，喜按者属虚，拒按者属实；喜暖手按抚者属寒，喜冷物按放者属热。按腹而其热灼手，愈按愈甚者伏热；按腹而其热烙手，痛不可忍者内痈。痛在心下脐上，硬痛拒按，按之则痛益甚者食积；痛在脐旁小腹，按之则有块应手者血瘀，……唯虫病按腹有三候，腹有凝结如筋而硬者，以指久按，其硬移他处，又就所移者按之，其硬又移他处，或大腹，或脐旁，或小腹，无定处，是一候也。右手轻轻按腹，为时稍久，潜心候之，有物如蚯蚓蠢动，隐然应手，是二候也。高低凸凹，如畎亩状，熟按之，起伏聚散，上下往来，浮沉出没，是三候也。若绕脐痛，按之磊磊者，乃燥屎结于肠中。

《杂病源流犀烛·身形门·腹少腹疮疡》：若少腹痛，……痛连阴茎，按之则止，肝血虚也；……痛而按之有块，时胀闷，其痛不移处，瘀血已久也。

（三）按肌肤

《素问·脉要精微论》：尺内两傍，则季肋也，尺外以候肾，尺里以候腹中。附上，左外以候肝，内以候膈；右外以候胃，内以候脾。上附上，右外以候肺，内以候胸中；左外以候心，内以候膻中。前以候前，后以候后。上竟上者，胸喉中事也；下竟下者，少

腹腰股膝胫足中事也。

《素问·生气通天论》：汗出偏沮，使人偏枯。

《灵枢·官能》：审皮肤之寒温滑涩，知其所苦。

《灵枢·胀论》：三焦胀者，气满于皮肤中，轻轻然而不坚。

《灵枢·卫气失常》：营气濡然者，病在血气。……膏者其肉淖，而粗理者身寒，细理者身热。脂者其肉坚，细理者热，粗理者寒。

《灵枢·论疾诊尺》：审其尺之缓急、小大、滑涩，肉之坚脆，而病形定矣。……尺肤滑其淖泽者，风也；尺肉弱者，解体；安卧脱肉者，寒热，不治；尺肤滑而泽脂者，风也；尺肤涩者，风痹也；尺肤粗如枯鱼之鳞者，水泆饮也；尺肤热甚，脉盛躁者，病温也，其脉盛而滑者，病且出也。尺肤寒，其脉小者，泄、少气。尺肤炬然先热后寒者，寒热也。尺肤先寒，久大之而热者，亦寒热也。

《灵枢·邪客》：持其尺，察其肉之坚脆、大小、滑涩、寒温、燥湿。

《灵枢·邪气脏腑病形》：脉急者，尺之皮肤亦急；脉缓者，尺之皮肤亦缓。

《金匱要略·水气病脉证并治》：皮水其脉亦浮，外证附肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，不渴，当发其汗。

《诸病源候论·水肿病诸候·水肿候》：其状，目裹上微肿，如新卧起之状；颈脉动，时咳，股间冷；以手按肿处，随手而起，如物裹水之状；口苦舌干，……小便黄涩是也。

《诸病源候论·水肿病诸候·水通身肿候》：水病者，……令人上气体重，小便黄涩，肿处按之随手而起是也。

《诸病源候论·水肿病诸候·风水候》：风水病者，……令人身浮肿，如裹水之状，颈脉动，时咳，按肿上凹而不起也，骨节疼痛而恶风是也。

《诸病源候论·水肿病诸候·皮水候》：身体面目悉肿，按之没指，而无汗也，腹如故而不满，亦不渴，四支重而不恶风是也。脉浮者，名曰皮水也。

《诸病源候论·肿病诸候·日游肿候》：日游肿，其候与前游肿相似，但手近之微痛，如复小痒为异。

《诸病源候论·丁疮病诸候·丁疮候》：丁疮者，……亦有全不令人知，忽以衣物触及摸著则痛，若故取便不知处。

《三因极一病证方论·痈疽证治》：欲知有脓无脓，以手掩肿上，热者，为有脓，不热，为无脓。

（四）按手足

《素问·三部九候论》：以左手足上，上去踝五寸按之，庶右手足当踝而弹之，其应过五寸以上，蠕蠕然者不病；其应疾，中手浑浑然者病；中手徐徐然者病；其应上不能至五寸，弹之不应者死。

《素问·通评虚实论》：何谓从则生，逆则死？歧伯曰：所谓从者，手足温也。所谓逆者，手足寒也。帝曰：乳子而病热，脉悬小者何如？歧伯曰：手足温则生，寒则死。

《灵枢·厥病》：真头痛，头痛甚，脑尽痛，手足寒至节，死不治。……真心痛，手足清至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死。

《灵枢·论疾诊尺》：视人之目窠上微痛，如新卧起状，其颈脉动，时咳，按其手足上，窅而不起者，风水腹胀也。……肘所独热者，腰以上热；手所独热者，腰以下热。肘

前独热者，膺前热；肘后独热者，肩背热。臂中独热者，腰腹热；肘后粗以下三四寸热者，肠中有虫。掌中热者，腹中热；掌中寒者，腹中寒。……婴儿病，其头毛皆逆上者，必死。耳间青脉起者，掣痛。大便赤瓣飧泄，脉小者，手足寒，难已；飧泄，脉小，手足温，泄易已。

《伤寒论·辨少阴病脉证并治》：少阴病，下利，若利自止，恶寒而倦卧，手足温者，可治。……少阴病，恶寒身倦而利，手足逆冷者，不治。

《东垣十书·辨手心手背》：内伤及劳役饮食不节病，手心热，手背不热。外伤风寒，则手背热，手心不热。

（五）按膻穴

《灵枢·背膻》：胸中大膻在杼骨之端，肺膻在三焦之间，……则欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其膻也。

《灵枢·九针十二原》：五脏有疾也，应出十二原，而原各有所出，明知其原，睹其应，而知五脏之害矣。

【研究进展】

一、有关中医腹诊的研究

早在春秋战国时期的中医典籍《黄帝内经》中，对中医腹诊的基本理论、诊断方法以及临床运用，就有了记载。尔后，历代医家又不断在临床中充实和丰富了中医腹诊的内容。但其理论与诊法未成系统，各执所论，散见于各类医籍之中。近代对中医腹诊的研究，取得了可喜的成就。

（一）腹诊基本原理的研究

腹诊的概念，有狭义与广义两种认识。狭义的腹诊，一般认为仅指用手触按腹部而进行诊察；广义的腹诊，则是用望、闻、问、切四种诊法对胸、胁、腹进行全面的诊察。刘智壺^{〔1〕}指出：此种诊法主要属于切诊，但也包括有望、闻、问的诊法内容。它通过诊察腹部与胸胁部表现的各种征象，以判断疾病及病因病机，为辨证施治提供依据。

刘氏认为腹诊之所以能诊断疾病及辨别其病因病机，是由于胸腹与脏腑、经络及某些重要膻穴有着生理、病理的内在联系。基于此种联系，脏腑疾病及其病因病机，则在胸腹反映出一些不同的病理征候。通过胸腹表现出的病理征象，就能推断内部脏腑之病变。

胸腹与脏腑的关系，表现在人体五脏六腑皆位于胸腹之中，因而胸腹有着重要的生理和病理意义。在生理上，胸胁腹为脏器所藏之处所，对五脏六腑有保护作用；五脏六腑皆位于胸腹之中，脏腑之气血则皆汇聚胸腹。尤其是胸中聚有宗气；大腹又有中气充盈其中，且脾胃为后天之本，为气血生化之源；肾居脐腹两侧，又为先天之本，中藏元阴元阳，又受五脏六腑之精而藏之，所以，胸腹为阴阳气血之发源。同时，通过经络的联系，沟通了胸腹内部脏腑与胸腹体表的联系，使胸腹体表部不同的区域又归属于不同的脏腑。在病理反映上，由于脏腑在胸腹内的分布各有一定的位置而与体表相对应，加之经络的内外循行联络，脏腑病变则反映于胸胁腹的一定部位，出现各种自觉或他觉之病理征候。并且，随脏腑的不同病因病机，而可在胸胁腹表现各种相应的征候。

胸腹与经络的关系，表现在胸胁腹是很多经络循行通过的部位，与十二经及奇经八

脉之任、督、冲、带等经脉有着密切的联系。循行于胸腹内外而在胸腹体表有腧穴分布的有任脉、足少阴肾经、足阳明胃经、足太阴脾经、手太阴肺经、足厥阴肝经、足少阳胆经、手厥阴心包经。刘氏指出，经脉循行于胸腹体表而有腧穴分布的，在腹诊上十分重要，根据征候出现的部位所属之经脉，以及经脉腧穴之病理反映，就可以判断脏腑之病位。此外，循行于胸腹内而体表之胸腹肋部无腧穴分布的经脉有：手阳明大肠经、手少阴心经、手太阳小肠经、足太阳膀胱经、手少阳三焦经、督脉、冲脉、带脉、阴跷脉、阴维脉。刘氏认为，胸腹内部经络之循行联络，也可使该脏腑的病理变化反映于其循经胸腹的相应部位，据此就能分辨某些胸腹征候所属之脏腑病位。冲、任二脉在腹诊尤为重要，因任脉行于前，统任诸阴，为阴脉之海；冲脉为脏腑之海，藏血最多。所以，五脏六腑之阴阳、气血的病理变化，皆可反映于此二脉。因此，冲、任脉在腹诊为必诊之部位。

胸腹部的重要腧穴主要有募穴。募穴皆位于胸腹肋部，为脏腑之气聚汇之处，因而募穴是反映脏腑气机的重要腧穴。虚里为胃之大络，由于宗气为脾胃运化之水谷精微，与肺吸入之清气结合而成，有行呼吸和推动心血运行的作用，其行于十二经脉之中，为脏腑经脉之宗。所以，虚里为宗气汇聚之处，其动态能直接反映胃气和宗气以及脏腑气血的病机变化。神阙（即脐）为人体之元精及元气固藏汇通之处，与脏腑气血之盛衰，以及人体生命活动密切相关，脐又通达四旁，故脐的状态与脐旁动气，可以反映脏腑的病机。所以，刘氏认为，由于募穴、虚里及神阙，与脏腑、阴阳、气血有着特殊的内在联系，因此，从募穴、虚里、神阙处，可以判别出疾病以及脏腑阴阳气血之盛衰、疾病的预后。

以上关于中医腹诊原理及基本理论的研究，可以认为，已基本上用传统的中医学理论阐明了腹诊的机理，从宏观上揭示出了中医腹诊的生理病理学基础，并使其基本理论趋于系统化和规范化。但不足的是，关于中医腹诊的原理尚未进行微观领域的研究，中医基本理论亦很少采用现代科学的实验方法，加以深入的探讨与剖析。如胸腹与脏腑的关系，仅从简单的解剖部位与胸腹的对应关系以及经络循经的部位来说明，这只是一种抽象的理论认识，如果深入到细胞的水平上，用细胞光态等原理研究其内脏与胸腹体表部位的相关性，则更能科学地从微观上加以阐明。关于经络与脏腑及胸腹体表的相关性，今后可以用同位素示踪等方法加以深入的探讨和研究，从而使传统的经典中医腹诊理论上升到细胞及分子理论的水平。

（二）腹诊临床意义的理论研究

腹诊运用于临床，其作用具体体现在诊断疾病、分析病证、推测预后等方面。在这些方面，腹诊具有其独自的特点，而能补充望舌、诊脉之所不及。

用于诊断疾病方面，对于传统医学疾病的诊断，刘智壺^[2]认为，胸腹症状及体征是诊断某些属于中医学范畴疾病的重要依据。这是因为有些中医学疾病，是以胸腹症状和体征为主要临床表现。所以，腹诊能够比较客观和直观地加以诊察与判断，并能以此与其他疾病相鉴别。在古代文献研究的基础上，刘氏总结提出了真心痛、厥心痛、胃脘痛、蛔虫腹痛、肝痈、肠痈、肺胀、臌胀、肠覃、石瘕、水瘕、水臌、石水、涌水、疝气、痿痹、肥气、息贲、伏梁、痞气、贲豚、脏结、结胸、肠痹、龟胸、肝胀、胆胀、胃胀、大肠胀、小肠胀、膀胱胀、乳痈、乳核、乳岩等 35 种疾病的腹诊征象。腹诊与四诊合参辨

病，也为腹诊临床运用之要旨。王琦等^[3]提出了胸胁苦满、心下痞、心下痞满、心下痞硬及痞坚、心下急及支结、心下濡、心下痛、心下悸、脐上悸、腹胀满、腹痛、少腹急结、少腹拘急等病症的腹征诊断特点。对于现代医学疾病的诊断，刘氏认为，出现在胸腹的疾病征象，对临床初步判断某些现代医学疾病有重要的意义。而某些以胸腹征象为主症的中医学疾病又与现代医学的某些疾病相似或相同，这些疾病可以互参，以作为诊断现代医学疾病的临床资料。此外，胸腹腧穴压痛对临床诊断某些现代医学疾病，有重要的参考价值。刘氏的研究提出，有些疾病常通过经脉反映于胸腹体表的某些特定的“点”，这些特定的点大多是中医学经脉上的腧穴，因此，腧穴压痛能初步判断某些现代医学疾病，这也是中医腹诊独具特色的方面。刘氏提出了肺结核、重症肝炎、肝硬化、冠心病、高血压性心脏病、心律失常、慢性胃炎、十二指肠球炎及十二指肠球部溃疡、急性胆囊炎、慢性胆囊炎、胆囊折叠、慢性结肠炎、急性膀胱炎、输尿管及膀胱结石、子宫内膜炎、输卵管炎等疾病的胸腹腧穴诊断依据。

用于分析病证方面，研究证明，腹诊在辨证方面，根据胸腹征象的不同状态和性质，可以分析出疾病的病位及所属的病因病机。对此，刘氏提出了腹诊可具体用于辨别脏腑病位、辨别表证与里证、辨别寒证与热证、辨别虚证与实证、辨别瘀血证、辨别水饮证、辨别宿食证、辨别燥屎证、辨别虫积证等。孙忠年等^[4]认为，腹诊的辨病证，包括以腹症辨病证之性质，即阴阳、表里、寒热、虚实之属性；又辨病证之形态、程度，以鉴别诊断各类病证。这些研究，使腹诊的辨证趋向规范化。

用于推测预后方面，有些反映于胸腹的病理征象，对于判断疾病的预后，把握疾病的转归，有一定的临床意义。刘氏根据文献研究提出了①虚里动甚，触按弹手有力，或虚里动气移位、散乱；②腹满膨凸，按之坚硬，腹壁青络怒张；③胁及腹内巨大癥块，质地坚硬，固定不移；④脐腹（神阙）部深陷，肌肤瘦削、折皱，腹力空乏；⑤左胸部或心窝处突发性剧烈疼痛，势如刀绞状等五方面的胸腹征象，为预后险恶的主要客观指标。同时，还提出了①虚里动气和缓，欣然应指；②脐腹（神阙）部饱满，腹力充实；③腹部平坦，腹肌壮实，按腹柔软，胁腹之内无癥块等三方面，是预后良好的胸腹征象。

以上关于中医腹诊临床意义的研究，可以认为，在腹诊用于诊断疾病、辨别证候、推测预后诸方面的探讨，已经为临床提出了一些比较确定的诊断辨证指标及有价值的诊断辨病依据。但这一方面的研究仍需进一步深化和拓展，如胸腹腧穴在诊断疾病方面的意义，更应拓宽领域，以发现和确定某些具有特异性诊断价值的腧穴；在辨证方面，要进一步探讨胸腹征象在辨证中的特殊性，以为中医辨证提供规范化的客观指标，从而使中医腹诊的临床意义更具有实用性和可操作性。理所当然，这一方面的研究和探讨，应以临床观察与实验研究为基础，用中医腹诊方法与理论指导来进行，这样才不致失去中医腹诊的特色。

（三）腹诊的临床运用与实验研究

由于中医腹诊近十余年来得到较为广泛地推广，因而在临床运用中逐步使腹诊理论得以证实，并有所拓展与创新。如金鸿伟^[5]总结分析 200 余例中风患者的腹诊情况发现，腹诊对中风有独特的诊断价值，为中风的辨证论治提供了较为客观的体征。金氏认为，中风腹诊之要点是以两侧腹部的肌力对比审察病位深浅；以腹部抵抗力的大小诊断病之虚实；以腹肌的强直情况，即心下痞硬、腹部胀满与腹部硬痛辨析风、痰、热、瘀，又以

腹泻与腹痛决定通流两法，这些要领简明、直观，又易于掌握，确为中风的诊断与辨证开辟了新径。李灿东^[6]在对31例肠痈患者的诊断中，以腹诊方法进行观察，据其观察结果，认为腹诊对诊断肠痈之病，乃至其他急腹症都有十分重要的诊断及辨证意义。

叶橘泉^[7]认为，腹诊的临床意义，主要是鉴别体证的虚实，诊察瘀血、痰饮、水气等病征。叶氏还指出，急性热性疾患以脉症为主，而慢性无热性疾患，则腹诊较之脉诊重要。因而，叶氏将腹诊广泛地运用于各种疾病的诊断之中。如对脏躁一病的诊断，发现本病一般具有明显的胸胁苦满，腹部左侧动悸亢进，腹直肌拘挛紧张；对少女狂躁型精神分裂症，据其少腹急结，投与桃核承气汤；胆囊炎、胆结石、胰腺炎诊有心下急、腹满痛之腹征，并伴有郁郁微烦、呕吐、寒热往来者，施以小柴胡汤随症加减；妇女月经不调，诊得下腹急结之腹征，治与桂枝茯苓丸方，往往应手而效。王琦^[8]在临床中广泛运用腹诊诊断各种疾病，其经验是，据腹证活用经方，察局部整体论治，分部位因势利导。

潘德孚^[9]使用腹诊对闪挫伤诊见有两侧腹直肌挛急如弓弦，脐周有硬块疼痛者，辨其为热实型瘀血症；对上肢及腰背部疼痛走窜者，据其胸胁苦满一征，施以小柴胡汤治疗，获得满意疗效。潘德年^[10]在临床诊断消化道癌肿中，发现胸及剑突周围、腹部出现圆形或椭圆形白斑，境界清楚，散在或密集分布，直径在0.2~1厘米之间，不高出皮肤，表面光滑者，诊为胃癌阳性率为71%、食管癌阳性率为62%、肝癌阳性率为44%、肠癌阳性率为38%。

杨卫平^[11]在小儿科临床中运用腹诊，认为其意义在于辨别虚实、寒热，确定病之表里及所属脏腑，从而据此审病求因，以进行辨证施治。杨氏指出，常见小儿特殊腹候，如腹壁板硬者，多为“脐风”；脐凸肿胀者，多为“脐突”；腹壁凹陷如舟状者，多为重症腹泻；全腹膨胀，且见有压痛，腹中雷鸣者，多属肠结；腹膨胀兼腹壁红肿、光亮者，常属“锁肚”；腹绞痛兼肠鸣者，为“盘肠气痛”；若阵发性加剧，位于右上腹者，提示“蛔虫钻胆”；疼痛见于右下腹，有压痛及反跳痛者，提示“肠痈”；肚大青筋，若现波动感者，多为“水肿”，兼见肋下有痞块者，常属“癖积”，若兼见面黄肌瘦者，多属“疳疾”。

孙忠年^[4]认为，腹诊经络的变化主要是在经络循行的部位上出现条索状或色泽等（红线、苍白、瘀点、丘疹、脱屑）的变化，或牵引、放射性疼痛之沿经络循行方向，如大叶性肺炎可引起上腹部疼痛；心胸痛可牵引同侧肩背疼痛；肝胆疾患可引起两侧胸胁及同侧臂放射痛；少腹寒疝痉挛引胁痛，胁痛而又牵引少腹隐痛。

临床中用现代科学实验方法研究腹诊，近十余年来也进行了一些有益的探索，这些研究从宏观征象深入到微观领域，阐明了某些腹诊征象的病理变化，从而在某种程度上揭示了其临床意义。刘智壶^[1]以60例患者随机分组，对属于5种类型（即《内经》中提出的五形人）的患者，结合辨证分为痰湿内阻、气滞血瘀、气血两虚，再测定其胆固醇、甘油三酯，以进行腹征与血脂的对照观察，从而研究高脂血症腹征。其研究表明，血脂增高者多为土形之人（大头、圆面、多肉、大腹），占96%，并且多属痰湿内阻之证型。从而揭示了腹征一病一证的相关性。

吴秀惠^[12]研究“胸胁苦满”这一腹征时，指出现代研究有两种类型，一种为真皮、结缔组织的浆液性炎症；一种为腹肌紧张。前者为真性胸胁苦满，是全身性胶原组织免疫性炎症的部分表现；后者是假性胸胁苦满，是与精神、神经相关联的症状。胸胁苦满为

免疫性炎症，是机体防御反应的一种，所以当体力下降时，有关表现也即消失。如患肝炎时有胸胁苦满，而肝硬变时则消失，所以它是可逆性的。田仁德^[13]应用大建中汤治愈克隆病（局限性回肠炎），经胃肠钡餐检查所见回肠远端左下腹部呈痉挛性蠕动，与腹诊的腹部蠕动不安是十分吻合的。

中国中医研究院腹诊课题组对腹诊的研究，更从腹征诊断的标准化、客观化入手，制订了胸胁苦满、心下痞、心下痞满、心下痞硬、心下支结、心下痛、心下悸、腹胀痛、腹痛、少腹急结等 20 多个常见腹征及其类症的诊断标准，并创制出腹诊仪，从而获得了客观的、定性和定量的诊断标准^[4]。孙汉钧等在《中国医疗器械杂志》1994 年 4 期报导了“微机腹力探测仪的研制”。王琦等^[14]运用由中国中医研究院与清华大学合作研制的我国第一台 QZ-1 型中医腹诊参数检测仪，在临床中对寒证与腹部胀满之虚、实证进行了验证。其对 300 例辨证确定为寒证的患者进行了募穴温度的测定。结果表明，寒证组治疗前十二经募穴穴位温度均比正常组显著降低；治疗后十二经募穴穴位温度又均升至正常组水平，特别是中脘、关元穴深部穴温明显低于正常组，而经治疗后深部穴温又恢复至正常水平。这证明了中医寒证是有一定的生理、病理基础的，从而为中医腹诊辨别寒热证候提供了有益的客观定量指标及依据。其对 200 例腹胀病人进行检测的结果表明，实胀组的腹壁施以外力时，无论是轻、中、重用力，其移位（即腹壁下陷的程度）量，均比正常组明显减小，说明实胀患者皮肤较为紧张，不容易按下，这与腹胀属于实证之腹满较甚，呈持续性，腹壁抵抗较明显，有弹力，不喜揉按或按后胀满更甚的腹诊征象完全一致。而经治疗后，其腹壁位移量又均有所增加，与正常组无显著差异；虚胀组轻度用力施按时，其腹壁位移量与正常人组没有显著差异，但施加中、重度力时，腹壁位移量明显增大，与正常组相比有显著性差异，表明虚胀者之腹壁紧张度和抵抗力比正常人要低，这与腹胀虚证之轻按腹壁觉有抵抗，重按则觉无抵抗力的征象相符合。而治疗后，虚胀组患者的腹壁位移量又均有所下降，与正常人组无显著差异。这一观测证实了腹胀虚实证候客观的腹诊征象，为中医辨证提供了依据。

何新慧等^[15]对腹力，胸胁苦满，心下痞硬和振水音，脐旁、S 状部及回盲部压痛进行了临床验证。其诊察结果表明，腹力软的病例中虚证的出现率最高（21 例，占 42%）；腹力偏软或中等的病例中实证出现率高（28 例，占 74.9%）；腹力偏实或实的病例中虚实夹杂证的出现率最高（偏实者 7 例，为 87.5%；实者 5 例，为 100%）。胸胁苦满在各种病证中的出现率以胁痛为最高（占 74%），其余依次是饮证（48%）、黄疸（33%）、胸痛（27%）、胃脘痛（26%）、咳嗽（21%），其他病证中胸胁苦满的出现率均在 20% 以下。其辨证分型所见肝胆湿热出现率为 88%；肝气郁结、胆失疏泄为 64%；肝气郁结、肝血瘀阻为 58%；单纯肝气郁结为 50%。而心下痞硬及振水音与中医辨证的关系为，心下痞硬在各病证中的出现率以胃脘痛最高（68%）；其次是黄疸（33%）、胁痛（30%）、腹痛（22%），其他病证心下痞硬的出现率均在 20% 以下；在胃窦炎、消化性溃疡、慢性胃炎等疾病中，振水音与心下痞硬同时出现者高达 88%，在 6 例有振水音的胃下垂患者中，仅 1 例伴有心下痞硬，2 例有振水音的幽门水肿、憩室的患者，均不伴有心下痞硬。其从中医辨证分型分析，可见胃脘痛患者的证型主要是肝气犯脾、肝气犯胃、脾不统血、湿热中阻、脾虚气滞血瘀、胃阴不足等，各证型中心下痞硬的出现率相接近，均在 60%~75% 之间。47 例有振水音的患者其辨证有湿浊的为 13 例、舌苔腻的为 31 例。又观察脐旁、S

状部及回盲部压痛点与中医辨证的关系,提示冲任气滞血瘀型压痛点在脐下、S状部及回盲部出现的频数最高,而肠痛的压痛点主要在回盲部,胃脘痛者伴有脐上压痛的频数最高;胁痛症的压痛点以在脐上、脐右、回盲部的频数为较高。这些临床研究的结果证实了几种常见腹诊征象在辨病与辨证方面的临床意义,对规范中医腹诊的辨病与辨证提供了颇有价值的依据。

日本汉方学者对腹诊也进行了一些有意义的临床实践研究。据麻仲学^[16]编著的《中国医学诊法大全·躯体诊法·诊腹》所引用的资料:柴田良治氏研究瘀血腹征认为,瘀血初为流动的血液(包括淋巴液、组织液)受到炎症等因素的影响后,导致水肿、血液粘稠度增高、循环障碍,而引起腹征变化。用中药治疗后,不仅腹诊所见的腹征消失,而且放射线征象亦有明显改善。土佐宽顺等对136例(其中女性89例)平均年龄为51.7岁,腹诊有心下痞硬腹征者,发现与胃的形态学改变(胃窦部有气影及粘膜皱壁壁影等)呈正相关关系。土佐宽顺氏等还研究了心下痞硬腹征与血清儿茶酚胺的关系,其对11例患者采取禁食3小时,于上午10时抽血后腹诊。患者心窝部抵抗感和压痛明显者记为(++) ,无抵抗及压痛者记为(-) ,属于二者之间的记为(+)。结果表明,心下痞硬患者血中去甲肾上腺素明显增高,从而得出心下痞硬腹征的产生与交感神经功能失调有关的结论。小林沼司氏等分别对30例原因不明的不快感患者(平均年龄男性25岁、女性35.7岁)进行腹诊,记入腹诊构造分析表,共计51项,各分《难经》中的痛积、牢积、动积三种,共135个变量,筛选其中有统计学意义的30个变量,然后用东洋医学影像测定装置(明治针灸大学研制),用光谱分析法将腹征立体影像化,由此产生的腹诊图像如山脉一样高低起伏变化,以此对应地反映腹诊各变量数值的大小。光藤英彦氏研究出一种腹诊“人工指”,该装置用测按腹部产生的血液流变学变化,代替手指的触觉,从而把腹诊征象变为可读出的数字指标,使腹诊得以量化和标准化。

关于中医腹诊的临床运用与实验研究,应该说目前已经进入到科学化的轨道。无论是用于诊断疾病或用于辨证施治,其研究已经使用了多种现代化的科学手段和仪器,并得出了一些有意义的结论。因此,在这一方面的研究和探索,具有科学性和先进性。所存的问题是,至今对中医腹诊之症、征、证一体化的综合探讨尚有不及;胸腹腧穴诊断尚有待进一步证实和拓展,以使其在最大的程度上能作为特异性的诊断依据;胸腹症征也必须进一步使其标准化和规范化。关于腹诊仪的研制,目前尚处于初级阶段,其设计还可从细胞光态与经络电阻、腧穴电流量,以及全息胚穴位点的振动频率检测等方面深入研究,使其成为具有高科技化,而又能体现中医特色的中医腹诊诊断仪器,以用于指导中医临床的诊断与辨证施治。

二、有关腧穴按诊的研究

(一) 腧穴、穴位压痛及按穴辨别病证的探讨

1. 对穴位的认识 穴位是人体脏腑经络之气输注并散发于体表的部位。《内经》将穴位称为“气穴”,其功能特点是“脉气”所发,为“神气”所游行出入。脉气是经络之气,或称为经气,包括了对气血运行起主导作用的宗气和神气。盖国才认为^[17],穴位既然是经络之气散发出入的部位,所以不要把它看成是孤立静止的位于人体体表上的点,而应当把它看成是与经络之气相贯通的具有活动变化的穴道。一般学者都认为,穴位是经络学说的一个重要组成部分,它与经络系统在生理、病理上有着不可分割的联系。

从广义上说，穴位也是经络，它是属于经络系统中的孙络部分。近年来，对循经感觉传导的研究引起了国内外学者的重视，严智强等^[18]对200多例不同年龄、性别、职业及健康状况之人的体表进行了数万次测试，结果表明，每个人的体表都在不断地发出超微弱的可见光，并发现人体体表经穴可见光强度及其变化是人体正常生理状态及病理状态的信息。这种信息变化规律与经络、脏腑、气血理论的部分阐述相符合。

有关全息穴的研究，王世豪认为^[19]，人体各个独立节段都包含着一组与人体全息对应的穴位群，机体的不同器官各有其特定的正常振动频率，就象不同的电台所发射不同频率的电磁波一样，而人体各器官与其对应的全息胚上的穴位点的振动频率又是相同的，因而产生共振。研究表明，人体器官有病，振动频率发生变化，与其对应的全息胚上穴位点，也就出现病态振动频率，并产生压痛等反应。

这些传统理论与现代实验研究，对认识穴位的性能，理解经络学说，了解穴位诊断及指导临床辨证施治，有着十分重要的意义。

在十四经脉分布的腧穴中，有一些特定的要穴，由于它在十四经络中具有特殊性能，因而给以特别命名。这些特定要穴，包括有四肢肘膝关节以下的五腧穴、原穴、络穴、郄穴、八脉交会穴、下合穴，以及在躯干的脏腑俞穴和胸腹部的募穴、八会穴、交会穴等。盖氏认为，俞穴、募穴、郄穴在穴位诊断中具有独特的意义。俞穴，是五脏六腑之气输注于背部的一些特定穴位。脏腑的俞穴都分布在背部足太阳膀胱经上，为督脉之气通于足太阳膀胱经，并输注于内脏的部位。这些认识揭示了脏腑与背俞穴之间有着十分密切的联系。募穴，是脏腑之气聚集于胸腹部的一些特定穴位，与背俞穴相对应，其分布一前一后，其属性一阴一阳；募穴在前胸腹部属阴，俞穴在后背部属阳。盖氏认为，由于脏腑的俞穴和募穴是脏腑之气通达体表的部位，所以，与脏腑的生理、病理反应十分密切。郄穴，是脏腑经络之气，曲折汇聚的孔隙，穴位大多分布在肘、腕、膝、踝关节附近，这些穴位也都与脏腑的生理、病理，即五脏六腑的阴阳、气血的盛衰有着紧密的相关性。因此，它能反映脏腑、经络的病理变化，是穴位接诊中的重要部位。

2. 体表穴位压痛 由于腧穴与脏腑、经络在生理上及病理上有着密切的联系，因而，在疾病情况下，穴位具有反映疾病的特性，即可以反映脏腑、经络的病理及病机演变。

国内外学者所做的大量试验表明，有关经络穴位与非经非穴均有不同程度的差异，因而，穴位与非穴位，特定穴与一般穴位，以及有关经络的穴位与无关经络的穴位，在反映内脏疾病的功能上，具有相对的特异性。这种特异性，随着经络所归属的脏腑和穴位的性能而有所不同。

关于体表穴位压痛点，一般学者认为，这是由于脏腑阴阳失去平衡，气血运行失于和畅，从而导致相关经络的穴位经气凝滞，不通则痛。盖氏认为，现代医学所称之海特氏过敏带，即是按身体分节构造以体节性出现，当内脏有病时，与其相当的脊髓所支配的皮肤区内会出现感觉过敏，其中有些部分较为显著，称为“极点”。海特氏极点和经络学上的穴位相一致。因此，当内脏有病时，就会沿着有关的经络传至体表穴位，这也是“有诸内，必行诸外”理论的体现，如心胸疾患，在手厥阴心包经的郄门穴会出现压痛反应。

一般学者都认为，经络气血阻滞而不通畅，就会造成有关部位的疼痛或肿胀；气血郁积而化热，则会出现红、肿、热、痛，而且拒按，这些都是经络的实证；如果气血亏

虚，运行贯注不足，就会在有病的部位或经络穴位出现麻木、痠痛，喜按压等，这是属于经络的虚证。在此，穴位压痛是主体，是由于内脏病变之原因所产生的结果，也即脏腑病变是因，穴位压痛是果。这种因果关系，正是穴位诊断的基础。

3. 穴位按诊辨病与辨证的结合 体表穴位的压痛，是一种疾病状态的反映，在一定程度上反映了机体的功能障碍。盖氏认为，经络是脏腑的反应带，穴位则是疾病的反应点，因而，内脏病变是因，穴位压痛是果，内脏病变与穴位压痛是因果关系。穴位按诊就是根据内脏病变与穴位压痛的这种因果关系来进行诊断的。穴位压痛诊断，其作用体现在辨病与辨证的结合，这也是穴位压痛诊断法的独到之处。通过穴位压痛反应，一方面可以诊断出中医学的病证及某些现代医学的疾病，有些特定的穴位压痛点，可作为临床诊断的重要体征；另一方面，穴位压痛又能对疾病进行辨证分析，从而判断出疾病的病位，以确定其所属的脏腑及经络，并且根据压痛反应的特性，又可推断出疾病属虚属实的病机变化。

刘智壺^[20]认为，实证一般穴位压痛较剧烈，多按压之后遗留有痛感，患者多有拒按的反应；属于虚证者，一般穴位压痛较轻，且按之有舒适感，故患者有喜按之反应。穴位按诊所具有的独特作用，尤其体现在直接将辨病与辨证的结合，临床通过穴位压痛既可明确疾病的初步诊断，又可辨别出疾病的病位及病性。盖国才^[17]在大量的临床病例中进行验证诊断，即以西医临床明确诊断的700例病人，普查了78400个穴位（次），以进行综合分析，初步证实了某些特定穴位对现代医学疾病的诊断意义与临床价值，获得了穴位压痛与疾病关系的新概念。刘氏^[1]研究穴位压痛与辨证的关系，对35例巨阙、膻中穴压痛组进行了证候与压痛等级的临床观察。结果表明，痰湿内阻与气滞血瘀二类实证者，其2、3级压痛明显高于气血两虚证。

（二）膻穴压痛诊断疾病的临床研究

膻穴压痛反应对诊断某些疾病及辨别脏腑病位有着特殊的临床意义。近十余年来，国内学者对此进行了一些临床探索。

刘智壺^[2]对99例门诊患者进行随机分组，对巨阙、膻中穴压诊有无疼痛反应与心电图作对照观察，结果表明，巨阙、膻中穴有压痛者心电图阳性率高，并发现巨阙、膻中穴压痛与冠心病有相关性；同时，该临床观察提示巨阙、膻中穴之压痛反应是临床判断心血管发生病变的重要体征之一，对于中医辨别脏腑病位有显著的临床意义，可以作为心病定位之客观依据。此外，刘氏^[2]还以胃纤维镜检查与上脘、中脘穴压诊进行对照观察。在所观察的47例患者中，上脘穴压痛27例，中脘穴压痛4例，二穴同时出现压痛者16例。其观察结果为，27例上脘穴压痛病例中，胃镜检查诊断为慢性浅表性胃炎7例、慢性胃炎2例、胃溃疡2例、胃及十二指肠球炎13例、十二指肠球部溃疡3例；4例中脘穴压痛病例中，胃镜检查诊断为慢性浅表性胃炎1例、胃及十二指肠球炎2例、十二指肠球部溃疡1例；16例上脘穴及中脘穴同时出现压痛的病例中，胃镜检查诊断为慢性浅表性胃炎1例、慢性胃炎3例、胃及十二指肠球炎9例、十二指肠球部溃疡3例。对照观察的结果表明，47例上脘、中脘穴压痛者，胃纤维镜检查全部显示出阳性（即有各种不同的胃及十二指肠病变），阳性率为100%；刘氏又以胆囊B型超声波检查与日月穴及右内日月穴（刘氏新发现而定名的经外奇穴，在右上腹肋缘下，当日月穴与胸骨剑突连线的中点处）压痛反应进行对照观察，所观察的90例中，甲组（日月穴压痛组）有慢

性胆囊炎（或伴有胆囊折叠）18例，胆囊炎伴胆结石者8例，正常者4例，即阳性共26例，阴性4例；乙组（右内日月穴压痛组）30例中，慢性胆囊炎（或伴胆囊折叠）20例；单纯胆结石（包括肝内胆管结石）1例，胆囊炎伴结石8例，正常者1例，即阳性共29例，阴性1例；丙组（无压痛组）30例中，慢性胆囊炎（或伴有胆囊折叠）13例，正常者17例，即阳性共13例，阴性17例。三组B型超声波检查阳性率比较，经统计学处理表明，甲组与乙组无显著性差异（ $P>0.05$ ）。甲、乙组与丙组均有极显著性差异（ $P<0.01$ ）。所获结果揭示了日月穴与内日月穴（右）压痛，对诊断胆道疾患具有重要的临床价值，也证实了中医经络学说中胆募日月穴的正确性。

盖国才^[17]对117例胃溃疡与十二指肠溃疡的观察结果表明，以中脘、右溃疡点（经外奇穴，在胃仓穴旁开2寸处）压痛诊断十二指肠溃疡，其结果接近X光钡餐造影。盖氏还对住院确定诊断的35种疾病，计2085例患者进行了重点验证，其穴位按诊诊断与临床诊断的总符合率为96.64%。

又据盖氏《穴位诊断法·疾病普查》中资料介绍：湖北省监利县人民医院对1000多例患者进行了穴位压诊检查，共计86种疾病，符合率较高，特别是对消化系溃疡、泌尿系结石、肺结核、胆道蛔虫症、胆结石、癌肿具有显著的诊断价值。该院还对40例癌症患者进行了全面检查，除2例诊断上有差异外，其余38例均与现代医学检查相符，符合率为95%。由此证明，新大郟穴（在承扶穴与委中穴连线之中点，偏外5分直下5分处，压痛在卅以上）加定位穴（即俞、募穴及局部阿是穴），对诊断癌症有明显的临床意义。松滋县第二人民医院用穴位压诊对粉尘作业工人进行了调查，发现渊液穴在尘（矽）肺早期诊断较足临泣穴更有价值。该院将1404例尘（矽）肺患者的穴位压痛反应与X线胸片相对照，符合率为78.36%，从而总结出渊液穴可作为尘（矽）肺早期诊断的一个重要穴位。湖北省襄樊市中医院对高血压病人进行穴位压诊时，发现患者血压点（经外奇穴，位于第6颈椎棘突旁开2寸处）均有不同程度的明显压痛。朱择甫认为^[21]，肺部疾患多在病灶侧的中府穴按之疼痛，或在肺俞穴处有按痛；肺上部的病变，于缺盆穴上、下按之痛闷感明显，肺下部的病变，于肋下（阿是穴）按痛较剧，并有拘急之感。

以上这些有关腧穴按诊的临床研究，对诊断现代医学疾病，以及中医辨证、确定疾病所涉的经络与脏腑病位，都具有较重要的临床价值，所揭示的有关腧穴的压痛反应，是临床诊断的客观体征和重要依据。今后应进一步拓展穴位按诊的疾病诊断范围，并探索其具有特异性诊断意义的穴位（单穴或多穴联合），从而使腧穴按诊辨病与辨证不断完善及规范化。

（三）全息穴压痛诊断法

生物全息律理论认为，生物体的每一个组成部分，都隐藏着整个生命最初形态的基本结构特征。而人体各器官与其对应的全息胚上的穴位点的振动频率又是相同的。所以，人体器官有病，振动频率则发生变化，与其对应的全息胚上穴位点也就出现病态振动频率，并产生压痛等反应。全息穴的具体位置各人不完全一样，但一般有一个大体的位置。而有学者认为，全息穴实际上是指反射区的压痛点。据王世豪《简易穴位按摩疗法·全息穴》载^[19]：

1. 第二掌骨侧全息穴 第二掌骨侧存在着一个有序穴位群；近心端是足穴，远心端是头穴；头穴与足穴连线中点为胃穴；胃穴与头穴连线中点为肺心穴；肺心穴与头穴连

线三等分，从头穴端算起的中间两个分点，依次是颈穴和上肢穴；肺心穴与胃穴连线中点为肝穴；胃穴与足穴的连线分为六等分，从胃穴端算起五个分点依次为十二指肠穴、肾穴、腰穴、下腹穴、腿穴。

2. 耳全息穴 耳全息穴的分布，象一个在子宫内倒置的胎儿：头部朝下，臀及下肢朝上，胸腹躯干在中间。头面部部位的耳穴，分布在对耳屏和耳垂；上肢分布在耳舟；躯干分布在对耳轮；下肢及臀分布在对耳轮上脚和下脚；盆腔分布在三角窝；消化道分布在耳轮脚周围；腹腔分布在耳甲艇；胸腔分布在耳甲腔；鼻咽部分布在耳屏；内分泌分布在屏间切迹。

3. 脚全息穴 全息穴在脚底的分布规律是：头面部穴位（反射区）分布在脚趾；胸和上腹部穴位（反射区）分布在脚底的上半段；下腹部穴位（反射区）分布在脚底的下半段；盆腔和生殖腺的穴位（反射区）分布在脚跟。

4. 手全息穴 全息穴在手掌面的分布规律是：头面部穴位（反射区）分布在手指；胸和上腹部穴位（反射区）分布在手掌面的上半部；下腹部穴位（反射区）分布在手掌面的下半部；盆腔和生殖腺的穴位（反射区）分布在手掌面的掌跟部。

全息穴压痛点既反映了人体内部脏器的病理变化，又是穴位接诊的主要部位。所谓“生物全息诊断仪”就是根据此种理论，而研制的全息穴位接诊诊断仪。它通过测试出全息穴的病态振动频率或导电量（疾病状态时相应耳全息穴的电阻下降），即可测出全息穴的压痛反应，从而推测出人体所患的内脏疾病。在临床运用中，全息穴用于诊断现代医学疾病，有一定的临床参考价值。主要有：①肾：诊断各种肾脏疾患，如急、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、肾结核、肾结石等。②膀胱：诊断泌尿系疾患，如急、慢性肾盂肾炎、膀胱炎、输尿管结石、尿道炎等。③脑垂体：诊断内分泌功能失调、遗尿、更年期综合征。④额窦：诊断头痛、梅尼埃病、脑动脉硬化、额窦炎、失眠等。⑤脑干：诊断颅脑疾患，如脑萎缩、癫痫、脑血栓等。⑥肾上腺：诊断各种炎症及过敏性疾患，如支气管哮喘、荨麻疹等。⑦枕：诊断晕车、晕船，急、慢性支气管炎、瘰病等。⑧脾：诊断肝脾肿大、消化不良、贫血、胃炎等。⑨腹腔神经丛：诊断神经性疾患，如神经官能症（胸闷、心慌、失眠等）、过敏性结肠炎（腹痛、腹胀、腹泻等）、胃痉挛等。⑩淋巴腺（脚全息穴）：诊断急性淋巴结炎、何杰金氏病等。⑪神门（耳全息穴）：诊断神经衰弱，急、慢性支气管炎，急、慢性咽喉炎等。⑫脑点（耳全息穴）：诊断垂体功能疾患，如尿崩、低血压症等。⑬心穴：诊断各种心律失常、冠心病、风湿性心脏病、肺源性心脏病、高血压性心脏病等。⑭皮质下（耳全息穴）：诊断神经衰弱、瘰病等。⑮内分泌：诊断甲状腺机能亢进、甲状腺机能减退、甲状腺瘤等。⑯甲状旁腺（脚全息穴）：诊断甲状旁腺疾患，还可诊断白内障、癫痫（大发作）等。

全息穴压痛诊断疾病的研究，可以认为是近年来中医学研究的一个突破，它虽然已经超出了中医经络学说的范畴，但可以说它仍然是中医脏象学说的创新和拓展，也是《内经》所谓：“有诸内，必形诸外”（《灵枢·外揣》）、“视其外应，以知其内脏”（《灵枢·本藏》）的内涵与外延。尽管如此，全息穴压痛诊法在临床中的实际运用，也还有待进一步探索和完善。

三、接诊研究的展望

接诊是中医传统诊法中的一种重要诊断方法，虽然它属于切诊的范畴，但后世医家

都有重切脉，而轻按诊的倾向。建国以来，国内学者以中医腹诊及腧穴诊断为主体的按诊研究逐渐展开，并不断深化。近年来，生物全息律的全息穴压痛诊断法，又为中医按诊增添了新的内容。可以预见，今后中医按诊之诊法研究，将会以多学科的渗透而不断拓展创新。

1. 中医腹诊研究方面 从基本理论的阐明到临床运用与验证，以及实验研究，都必须进一步深化。

(1) 中医腹诊主要基本理论的阐明：应从中医基本理论的特点，尤其是中医脏腑特殊的生理功能及气的特殊表现与腹诊的关系加以探讨和研究，重点从宗气、中气、元气（真气）等方面，进行实质性的研究，以阐明中医腹诊的理论基础，使腹诊理论进一步科学化和规范化。

(2) 从宏观腹诊征象进入微观领域：中医腹诊主要是以表现于胸腹的体征和症状作为诊察内容，以进行诊断和辨证分析；宏观的胸腹征象，是内在脏腑（脏器）病理变化的反应，从腹征推断疾病及剖析证候，目前基本上还停留在运用传统理论的分析，或只是“黑箱”式的推测运用，尚未更多地深入探讨。故今后应更加拓宽实验研究，从宏观的腹诊征象进入到微观领域，具体地从细胞及分子水平阐明其腹征与辨病及辨证的机理，如瘀血腹征可以从血液流变学结合细胞光态的新理论方面进行深入研究，以揭示瘀血腹征的病理特点与辨病及辨证意义。

(3) 现代科技手段的运用：传统的腹诊法是入的手与脑的运用，由于每一个人感觉与思维都会存在差异，因此，对腹征的判断与分析也就存在着一定的主观性。所以，今后应将现代科学技术的方法和手段（包括电脑技术）引进运用，以对腹征进行综合检测，使腹诊指标及诊断与辨证不断客观化、规范化和标准化。如“腹诊指”的研制，应使用光电检测、温度检测、压力及振动检测、电脑等技术及仪器，这样才能使中医腹诊法在中医基本理论的指导下向前发展。

(4) 关于腹证的研究：腹证与腹征、腹症，在概念上有本质的区别。自仲景之后，历代医家对腹诊的探讨多单纯从腹部（包括胸胁部）征象与症状入手，从而使腹诊的意义产生了局限性，以致使腹诊的内容及目的仅仅只是在于求得某种辨病与辨证的客观指标。这也是目前国内中医腹诊研究所存在的问题。在这方面，日本汉方学者对腹诊的研究，反而保存和发扬了仲景腹诊学术的精髓，至今始终是以腹证研究为主体和目标，而避开了单纯地研究某一腹部征象与症状的缺陷，采取直接以腹证一方药的研究方式。当然，日本汉方医学的这种腹诊方法，也有其比较机械（呆板）的一面，这一不足主要是对中医的基本理论理解不够深入所造成的。

鉴于目前国内中医腹诊研究的状况，今后应在腹征与腹症的基础上，着力于腹证的深入研究，以使其规范化和标准化，这样就会自然地体现出中医腹诊的优势和特色，以及与现代医学诊腹相比较所具有的独到之处。

(5) 腹诊辨病与辨证的深入研讨及有机结合：中医腹诊不但能辨别诊断出属于中医范畴的疾病，而且还能初步诊断出某些现代医学之疾病。这是因为中医学中的某些疾病是以胸腹的征象为主体表现的，这样，通过腹诊就能比较明确地辨别出所属的疾病。另一方面，腹诊通过腧穴的按诊又能辨别诊断出某些现代医学疾病，这是以分布在胸腹部的重要腧穴为基础的。胸腹部的重要腧穴主要是脏腑的募穴，募穴压痛能直接反映出所

属脏腑的病变，目前国内有学者已对其中的某些募穴进行了临床研究，证实了某些募穴对诊断现代医学疾病在临床上具有显著的意义。这方面的研究，今后还应更进一步深入下去，运用现代科技的检测手段和实验方法，对那些尚未临床研究的募穴进行探索，以证实其对某种或某些疾病的临床诊断意义，如天枢穴诊断慢性结肠炎；京门穴诊断肾及输尿管结石；中府穴诊断肺结核、支气管扩张；中极穴诊断膀胱炎；石门穴诊断慢性前列腺炎，等等。这些都有待于今后在临床中加以研究，以求得科学的结论。

腹诊用于诊断疾病，比其他中医诊法更具有直观性和客观性，它体现了中医学的特色。在运用腹诊诊断疾病的同时，腹诊又能根据各种腹部征象和症状的性质与特点，以分析其病理及病机演变，从而以此作为辨证的依据。这是中医腹诊的又一优势，在今后的临床研究中，如何使腹征、腹症与腹证三者有机地结合，以形成比较规范的三位一体化，以指导施治用药。这方面的研究，无疑是中医腹诊所要解决的重要课题。

综上所述，展望中医腹诊方面的研究，如果在以上方面能取得拓展和突破，那将会使中医腹诊在传统诊法中独树一帜，也将会使古朴高深的中医腹诊法得以创新，从而使中医诊断学中的这颗明珠，显得更加绚丽多彩。

2. 腧穴按诊研究方面 随着对经络研究的深化以及生物全息律、体表经穴可见光的发现，腧穴按诊将会拓宽研究途径，不断引向深入。

(1) 经穴可见光与腧穴按诊：近代研究结果表明，人体体表都在不断地发出超微弱的可见光。人体体表经穴可见光强度及其变化，是人体正常生理状态及病理状态的信息，并且，这种信息变化规律与祖国医学关于经络、脏腑、气血理论的部分阐述相符合。因此，今后腧穴按诊的深入研究，可通过研究经穴发光变化的规律，寻找与循经感传相关的内脏病理变化的客观指标，以使腧穴按诊更为客观化、标准化。

(2) 全息穴按诊的深入探讨：由于生物全息律理论的创立，将会使全息穴按诊的临床运用不断拓展和完善。依据生物全息律理论，目前已研制出了“生物信息诊断仪”（如HB-EDT袖珍多功能型耳穴诊断治疗仪、TD-500型经络耳穴诊治仪、电脑DCL-4M型肿瘤及常见病耳穴探诊专家系统，等等），主要用以探测耳全息胚穴位（即耳全息穴）出现的病态性振动频率及穴位电阻，从而推测诊断人体组织与器官发生的各种病变。此种“生物信息诊断仪”诊法，是中医按诊的发展与创新，但目前临床运用尚处于初级阶段。此外，对全息胚穴位的光态变化亦缺乏研究，这些都有待今后进一步总结与探索。

(3) 腧穴按诊与现代科学技术的结合：电脑的临床运用与腧穴按诊的结合，将使传统的中医按诊法研究与临床运用跃上一个新的台阶。若能将“经络知热感测定”、“穴位导电量测定”、“全息穴诊断”等诊断方法，与电脑配套使用，将其测到的各种病理信息输入电脑，系统地全面自动分析出全息胚穴位、体表腧穴与经络的异常情况，从而诊断出疾病及所属的证型，这是十分有意义的研究。现已在临床中使用的“经络知热感测定”、“穴位导电量测定”等诊断方法，都属于按诊的现代科技检测手段，是现代科学技术与中医传统按诊法相结合的产物，今后应在临床中广泛运用，以进一步总结及深入研究，从而使腧穴按诊日趋科学化、现代法。

(4) 特定腧穴及经外奇穴的验证与发现：特定腧穴在按诊中占有重要的位置，尤其是募穴与俞穴，在生理、病理上与脏腑有着密切相关性，可以直接反映出五脏六腑的病理变化。脏腑病变在经络及腧穴的反应虽然有多种多样的方式，如压痛、穴位处皮下硬

结、条索状物，或疹点等，但以压痛反应最普遍，在病理反映上，具有灵敏度高特点，是用于判断内脏病变的最重要的临床指征。《内经》所谓“视其外应，以知其内脏，则知所病矣”（《灵枢·本藏》），正是指导腧穴压痛辨病与辨证的理论依据。为此，今后在临床运用的研究中，要采取大范围地对某些特定腧穴诊断现代医学疾病的临床观察，具体可运用现代科学的诊断仪器检测与腧穴按诊进行诊断的分组对照，将所获得的结果以统计学方法进行处理，从而求得某些特定腧穴对诊断相关的疾病，是否有显著性意义，以明确其在诊断某种或几种疾病方面的临床价值。此外，除十四经分布的腧穴之外，尚有较多的有特殊诊断与辨证意义的“经外奇穴”，这些经外奇穴在腧穴按诊中，有着十分重要的临床意义，它往往具有诊断某种疾病的特异性。因此，今后在临床中还要注意不断地发现新的有诊断价值的“经外奇穴”，来充实和丰富腧穴按诊的内容，从而完善腧穴按诊诊断法。

综上所述，展望腧穴按诊若能在经穴可见光、全息穴、特定穴与经外奇穴等方面的研究有所拓展和创新，并将腧穴按诊的检测手段与现代科学技术（或高科技方法和技术）紧密结合，形成多学科新技术的渗透，那么，腧穴按诊的研究将会产生新的飞跃，腧穴按诊诊断法也将会揭示人体更多的奥秘，从而使传统的中医按诊法放发出新的异彩。

参 考 文 献

- [1] 刘智壺. 中医腹诊基本理论及临床意义的初步探讨. 湖南中医学院学报, 1982, 2 (3): 48
- [2] 刘智壺. 中医腹诊与练腹长寿妙法. 山西科学技术出版社, 1991
- [3] 王琦, 等. 常见腹病的诊断. 云南中医杂志, 1988, 9 (6): 54
- [4] 孙忠年, 等. 中医腹诊学. 陕西科学技术出版社, 1991
- [5] 金鸿伟. 腹诊在中风临证中的应用. 浙江中医杂志, 1987, 22 (7): 385
- [6] 李灿东. 腹部切诊法在肠痈病证中的应用. 福建中医药, 1988, 19 (4): 39
- [7] 叶橘泉. 腹诊方法及治疗举例. 浙江中医杂志, 1982, 17 (10): 441
- [8] 王琦, 等. 论腹诊源流原理及其运用. 中医药国际会议文集. 北京: 中国学术出版社, 1987
- [9] 潘德孚. 腹诊浅识. 浙江中医杂志, 1979, 14 (8): 284
- [10] 潘德年, 等. 中医望诊法在消化道癌临床诊断应用初探. 中医杂志, 1985, 26 (6): 51
- [11] 杨卫平. 小儿腹诊的临床运用. 云南中医杂志, 1986, 7 (5): 18
- [12] 吴秀惠. 仲景腹诊征象类辨. 安徽中医学院学报, 1985, 4 (4): 1
- [13] 田仁德. 中医与汉方医腹诊. 中医腹诊学. 陕西科学技术出版社, 1991
- [14] 王琦, 等. 中医腹诊参数检测仪临床验证报告. 中医杂志, 1985, 26 (8): 489
- [15] 何新慧, 等. 日本《伤寒论》派腹诊与中医辨证的比较研究. 中医杂志, 1991, 32 (8): 42
- [16] 麻仲学, 等. 中国医学诊法大全. 山东科学技术出版社, 1990
- [17] 盖国才. 穴位诊断法. 北京: 科学技术文献出版社, 1981
- [18] 严智强, 等. 循经感传与经穴发光变化之间关系的探讨. 中医杂志, 1980, 21 (8): 53
- [19] 王世豪. 简易穴位按摩疗法. 上海科学技术出版社, 1995
- [20] 刘智壺. 中医腹诊概述. 湖南医药杂志, 1982, (2): 24, 2 (3): 48
- [21] 朱泽甫. 北京市老中医经验选编. 1985. 135

第七章

八纲辨证

辨证论治是中医学的特点与精华。对疾病进行辨证诊断，是中医应有的、特殊的诊断内容，它是治疗立法处方的主要依据。掌握了辨证论治，即使病名诊断尚未明确，也能对疾病进行治疗。

表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八纲，是中医辨证的纲领。八纲并且是中医学的认识论纲领，较为突出地反映了中医学的辨证法思想。因此，学习和掌握八纲辨证，对整个辨证体系的学习和运用具有重要的指导意义。

第一节 八纲辨证的概念与源流

【基本内容】

一、八纲辨证概念

八纲，就是表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八个辨证的纲领。

医生对通过诊法所收集的各种病情资料，运用八纲进行分析综合，从而辨别病变位置的浅深，病情性质的寒热，邪正斗争的盛衰和病证类别的阴阳，以作为辨证纲领的方法，称为八纲辨证。

八纲是从各种具体事物中抽象出来的概念。八纲证候是从各种具体证候的个性中抽象出来的带有普遍规律的共性。用八纲辨别归纳证候，是分析疾病共性的辨证方法，是八纲概念在中医学中应用的一个方面。

八纲作为辨证纲领具有重要的意义。八纲中的表和里，是辨别疾病位置最基本的纲领，寒热虚实，是辨别疾病病因病性最基本的纲领；阴与阳则是区分疾病类别、归纳证候的总纲。因为任何疾病的辨证，从大体上说，都离不开病位的表或里、病性的寒与热、邪正关系的虚与实、病证类别的阴或阳。

由于八纲是对疾病过程中机体反应状态最一般的概括，是对辨证诊断提出的最基本的原则性要求，通过八纲可找出疾病的关键，掌握其要领，确定其类别，预测其趋势，为治疗指明方向。因此，八纲辨证具有广泛的实用性，在辨证诊断过程中，可起到执简驭繁、提纲挈领的作用。它适用于临床各科、各种疾病的辨证。

八纲辨证是从八个方面对疾病作出纲领性的辨别。但是，这并不意味着八纲辨证只是把各种证候简单、截然地划分为八个区域。由于八纲之间不是彼此孤立的，而是相互联系的、可变的，其间可以相兼、错杂、转化，如表里同病、虚实夹杂、寒热错杂、表

证入里、里邪出表、寒证化热、热证转寒、实证转虚、因虚致实等，并且有可能出现证候的真假，如真热假寒、真寒假热、真实假虚、真虚假实等，这样大大增加了八纲证候的复杂程度，从而可组合成许多种较为具体的类证纲领，如表实寒证、表寒里热证等，于是扩大了对病情进行辨证的可行性、实用性。临床上的证候尽管复杂、多变，但都可用八纲进行概括。

中医学的辨证方法有多种，如病因辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、经络辨证等，八纲是最基本的辨证方法，而其它辨证分类方法则是八纲辨证的具体深化。

二、八纲辨证源流

在《内经》中虽无“八纲”这一名词，但其具体内容已有散在性论述，并且基本确立了其间的辨证关系；张仲景初步运用八纲进行辨证论治；明代许多医家实际已经接受了八纲的概念与内容，已将八纲作为辨证的纲领，尤其是张景岳的“二纲六变”，明确了八纲之间的关系；近人祝味菊正式提出了“八纲”之名；《中医诊断学》教材的出版，正式将八纲列为专章，使八纲辨证得以在全国普及推广。

【补充阐发】

一、八纲且可作为类病的纲领

八纲对于辨证确有提纲挈领、执简驭繁的作用，因而认为是辨证的纲领，名曰“八纲辨证”。这样一来，则似乎八纲只在辨证学上有意义。

其实，八纲不仅是辨证的纲领，同时也是类病的纲领。举例如下：

其一、八纲中的阴阳，可以直接归类病证，如可将风水、皮水、石水、正水、心水、肾水等水肿类疾病，按其病之新久缓急虚实等的不同，而分为阳水和阴水两大类。

其二、每一疾病都有基本的病理性质，病性虽有种种差别，但同样可用虚实阴阳等加以归类。如神劳、肾劳、脾劳、血劳、髓劳等劳病类疾病；心衰、肾衰、肺衰，血脱、液脱等绝脱类疾病；遗尿、尿崩、遗精、早泄、崩漏、大便失禁、乳泣等不固性疾病；上胞下垂、胃缓、肾垂、脱肛、阴挺、乳悬等松弛下垂性疾病等，一般可称之为“虚病”。而各个部位的癌、瘤、息肉、痔、疣等赘生占位性疾病，一般可称之为“实病”。实热性、积聚性、闭阻性疾病等，同样也属于“阳病”；慢起势缓、久病迁延、虚弱不足等性质的疾病，同样也属于“阴病”。

其三、在辨证时，体表的病变不等同于表证，内脏的病变也可有表证。但在对疾病进行病位归类时，则体表的疾病，如疔、癣、疥、湿疹以及肢体的痿、痹、痲等，可归属于表病；内脏的疾病，如劳、胀（著）、厥、脱以及内脏的瘵、痹、痿、痲等，可归属于里病。疔痲与疽相对而言，疔与痲的病位较浅而易成脓、易溃、易愈，故属表、属阳；疽（尤其是无头疽）的病位较深而难消、难溃、难敛，故属里、属阴。

由于“病”是对疾病全过程规律的概括，“证”是对疾病现阶段主要矛盾的概括，因此八纲对证的归类与对病的归类就可以有同有异。很可能出现阳性病当前为虚证，阴性病当前为实证，体表的病辨证属里证，病在内脏而辨证为表证等等，于是便会有病虚证实、病实证虚、病寒证热、病热证寒、阳病阴证、阴病阳证等不同概念，从这一角度来说，又进一步可体会到中医自身的辨病与辨证相结合的重要性。

二、八纲概念形成的沿革

我国现存最早的医学专著《内经》中并无“八纲”这一名词，但已奠定了八纲辨证的理论基础，并且基本规定了其相互间的辨证关系。对其具体内容也有不少论述，如“善诊者，察色按脉，先别阴阳”；“阳虚则外寒，阴虚则内热”；“邪气盛则实，精气夺则虚”，“有者为实，无者为虚”等，便是八纲辨证的原则性提示。

张仲景的《伤寒杂病论》，虽同样未见“八纲”之名，但已具体运用八纲对疾病进行辨证论治，如方隅在《医林绳墨》中曾说：“仲景治伤寒，着三百九十七法，一百一十三方，……然究其大要，无出乎表里虚实阴阳寒热，八者而已。若能究其的，则三百九十七法了然于胸中也。”

到了明代，八纲辨证的概念与内容，已为许多医家所重视和接受。如陶节庵《伤寒六书·伤寒家秘的本》中说：“审得阴阳表里寒热虚实真切，复审汗下吐温和解之法，治之庶无差误。”王执中《伤寒正脉》亦说：“治病八字，虚实阴阳表里寒热，八字不分，杀人反掌。”张三锡《医学六要》也说：“锡家世业医，致志三十余年，仅得古人治病大法有八，曰阴、曰阳、曰表、曰里、曰寒、曰热、曰虚、曰实。”张景岳《景岳全书·传忠录》中的“阴阳篇”、“六变篇”，即所谓“二纲六变”，并以二纲统六变，这实际就是八纲辨证的完整体现。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。”可以非常明显地看出其将二纲六变作为辨证纲领的观点。因此，将表、里、寒、虚、实、阴、阳八者作为辨证的纲领，实际上是形成于明代。

近人祝味菊在《伤寒质难》中说：“所谓‘八纲’者，阴、阳、表、里、寒、热、虚、实是也。古昔医工观察各种疾病之证候，就其性能之不同，归纳于八种纲要，执简驭繁，以应无穷之变。”这是“八纲”名称的正式提出。

三、八纲的内容宜增上下两纲

对于八纲的内容，古今学者提出了不同的观点。有认为阴阳两纲不能与表里寒热虚实并列者，如张景岳就称其为二纲六变。特别是有些学者提出八纲当增标本两纲，或增上下两纲。

提出增上下两纲的理由是：表里与上下是横与纵的关系，如徐灵胎说：“夫人身一也，实有表里上下之别。”吴瑭说：“万病诊法，实不出此一纵一横之外。”《内经》言表里上下往往相提并论，如《素问·至真要大论》“病机十九条”中明确提出：“诸厥固泄，皆属于下；诸痿喘呕，皆属于上”，却没有归纳出皆属于表或里。《素问·六微旨大论》所谓“故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。”说明生理上气机的升降出入便是上下表里的体现。《素问·刺节真邪》“阳病者，上行极而下；阴病者，下行极而上。故伤于风者，上先受之；伤于湿者，下先受之。”便是说上下与病因病机之间的关系。疾病中不仅病势有表里内外的传变，并且有上下升降的运动，如肝阳上亢、中气下陷、肺胃气逆、下元不固、火热上炎、湿热下注等等，都体现了病位病势有上下的不同。在诊断中，《素问·五常政大论》有“上取下取，内取外取，以求其过。”《素问·脉要精微论》有“推而外之”、“推而内之”、“推而上之”、“推而下之”等说法，提示辨证诊断时不仅要辨表里，并且要别上下。治疗方面，《素问·阴阳应象大论》说“其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中满者，泻之于内；……其在皮者，汗而发之。”汗、吐、下、和、温、清、消、补治疗八法，各有一定的针对性，其中的吐下两法以及平肝潜阳、升

阳提气、降逆下气等等，都是针对上下的病位与病势而言的。

另一方面，不仅表里与寒热虚实阴阳之间存在着密切的关系，而且上下与寒热虚实阴阳之间也存在着相互关系。如《灵枢·阴阳知日月》“腰以上者为阳，腰以下者为阴”；《素问·刺节真邪》“上寒下热……上热下寒”；《素问·脉要精微论》“上实下虚……上虚下实”。说明上下与八纲之间不是隶属关系，而是相互联系的关系。《素问·太阴阳明论》中更可以清楚地看出，阴阳、表里、上下、寒热、虚实是五对不同的矛盾概念。

四、正确理解八纲中的辩证法思想

八纲不只是简单的表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八个字，我们更不能把八纲辨证仅仅理解为只是几类较为笼统证候的简单归纳，而应认识到八纲的概念通过其相互间的关系，较为突出地反映了辩证法的思想。

中医学的许多辩证观点，都是通过八纲的关系而体现出来的。理解了八纲之间的辩证关系，就可以认识到疾病中的各种事物是处在相互联系的矛盾之中、变动之中，矛盾着的事物不仅有对立面的存在，并且是与对立面相对比而确定的。八纲中的表与里、寒与热、虚与实、阴与阳，虽然是对立的两极，但彼此间有中间、过渡阶段，如半表半里、虚实夹杂、寒热错杂等，这实际上又是多极的。八纲中的四对矛盾，有时并不只是对立的关系，而是可以同时处于一个矛盾体中，如表里同病、寒热同存、阴阳两虚等。尤其是八纲中对立的双方，在一定条件下，可以相互转化，如热极转寒、表证化热入里等。

总之，八纲概念的确立，标志着中医学辩证逻辑思维的完善，它反映了逻辑思维的许多基本内容，抓住了疾病中带普遍性的主要矛盾。这对于其它辩证方法的学习，对于临床正确认识疾病过程，具有极重要的指导意义。

【古代文献】

《重修政和经史证类备急本草·序例上》：夫治病有八要，……一曰虚，五虚是也；二曰实，五实是也；三曰冷，脏腑受其积冷是也；四曰热，脏腑受其热是也；五曰邪，非脏腑正病也；六曰正，非外邪所中也；七曰内，病不在外也；八曰外，病不在内也。

《东垣先生伤寒正脉·卷一》：治病八字，虚实阴阳表里寒热，八字不分，杀人反掌。

《赤水玄珠·凡例》：凡证不拘大小轻重，俱有寒热虚实表里气血。

《医学心悟·医有彻始彻终之理》：医道至繁，何以得其要领，而执简以驭繁也？……至于变症百端，不过寒热虚实表里阴阳八字尽之，则变而不变矣。

《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》：病有总要，寒热虚实表里阴阳八字而已。病情既不外此，则辨证之法，亦不出此。

第二节 八纲基本证候

【基本内容】

表证与里证、寒证与热证、虚证与实证、阴证与阳证，是四对既互相对立又互有联系的八个方面证候，各自都不是一个完整而具体的证。

一、表里辨证

表里辨证是辨别病位外内浅深以及病势进退的一对纲领。表里辨证具有辨病位、测

病势的意义。

部位的表与里是相对概念，脏腑、组织、经络等之间的表里部位是相对的位置概念。如皮肤肌腠为表，脏腑为里；腑为表，脏为里；三阳经为表，三阴经为里等。脏器组织部位的表里划分，不等于病位的表里。

表里病位的简单划分，一般是外（皮毛、肌腠、经络）有病可属表，病较轻浅；内（脏腑、血脉、骨髓）有病属里，病较深重。但是，辨表证与里证绝不能简单、机械地按部位划分，而应以证候表现作为主要依据，内脏病变可有表证，皮肤肌腠的病变不等于表证，而可为里证。

表里辨证可测病势，外感病人病邪由表入里为病势进而加重；病邪由里出表是病势退而减轻。

表里辨证对外感病辨证尤为重要，其理由是内伤杂病一般属里证；外感病一般具有从表入里、由轻而重的传变发展过程，表里辨证则有助于划分外感病的浅深轻重，认识疾病的发展趋势。

六经辨证与卫气营血辨证，可以理解为是表里浅深轻重层次划分的辨证分类方法。一般太阳病证、卫分证属表证范畴，少阳病证属半表半里证，其余阳明病证、三阴病证、气分证、营分证、血分证等，都属里证范畴。

（一）表证

表证是指六淫、疫疠等外邪经皮毛、口鼻侵入，正气（卫气）开始抗邪阶段所表现的轻浅证候。多见于外感病的初期阶段。对表证的概念应全而理解，不可机械地以为表证的病位一定在体表，不能认为皮毛等处的病变就是表证，应据表证的特征性证候等理解其病位。

表证的一般特点是起病多急，病程较短，病情较轻，病性一般属实，主见于外感病初期阶段，有感受外邪之因可查，多能较快治愈，若外邪不解，则可发展成半表半里证或里证。

表证的证候，主症为新起恶寒发热（或自觉无发热）；常见头身疼痛，脉浮；鼻塞、流鼻涕或喷嚏为表证的特征性表现，咽喉痒或痛，微咳等为或有症状；舌淡红，苔薄为一般表现。其病机是外邪客于皮毛肌腠，阻遏卫气的正常宣发所致。

常见的表证类证候有风寒束表证、风热犯表证、风湿遏表证、燥邪（温燥、凉燥）犯表证、暑湿袭表证、风袭表疏证等的不同。这些证在表证证候中各有一定的特殊性，但一般以新起恶寒、发热并见，内脏症状不明显为共同特点。

（二）里证

里证是泛指病位在内，脏腑、气血、骨髓等受病所反映的证候。

里证与表证相对而言，其概念非常笼统，范围非常广泛，凡不是表证（及半表半里证）的特定证候（新起恶寒发热并见及鼻塞、喷嚏等，或寒热往来），一般都可属于里证的范畴。因此有“非表即里”之说。

里证多见于外感病的中、后期阶段，或内伤疾病之中。

形成里证的途径有3种，一是表证不解，病邪传里，形成里证；二是外邪“直中”脏腑，成为里证；三是情志内伤、饮食劳倦等，或脏腑气血失调，气血津精等受病所表现的种种证候。

由于里证是一个非常广泛、笼统的概念。其具体病位有上下、脏腑、气血、骨髓等的不同。阳明、太阴、少阴、厥阴病证，气分证、营分证、血分证，均属里证范畴。由于有各种不同的里证，因此，很难举出哪几个症状为里证的代表性证候，其基本特点是无新起恶寒发热并见，并以脏腑症状为主要表现，其起病可急可缓，一般病情较重、病程较长。

各种里证的病位虽同属于里，仍有浅深轻重之别，一般病变在腑、在上、在气者，较为轻浅；在脏、在下、在血者，较为深重。

里证按八纲分类，可有里寒证、里热证、里虚证、里实证的不同。其具体辨证，必须结合脏腑辨证、六经辨证等进行。

（三）半表半里证

半表半里证在六经辨证中常称为少阳病证。是指外邪从表入里的过程中，邪正分争、少阳枢机不利，病位处于表里进退变化之中所表现的证候。以寒热往来，胸胁苦满等为特征性表现。

（四）表里证鉴别要点

主要审察寒热症状、内脏证候是否突出、舌象、脉象等变化，并参考起病原因、发病缓急、病情轻重、病程长短等因素。表证是恶寒发热并见，头身疼痛等症常见，内脏证候不明显，舌象变化不明显，脉象多浮；里证是但热不寒或但寒不热，内脏证候为主，舌象多有变化，常见沉脉及其他多种脉象；以寒热往来、胸胁苦满为主症者，属半表半里证。

二、寒热辨证

寒热是辨别疾病性质（病性）的纲领。

由于寒热能较突出地反映疾病中机体阴阳的偏盛偏衰，病邪基本性质的属阴属阳，而阴阳是决定疾病性质的根本，所以寒热是辨病性的纲领。

病邪有阳邪与阴邪之分，正气有阳气与阴液之别。阳邪致病，或机体阳气偏盛，则表现为阳盛则热的实热证；阴邪致病，阴寒内盛，常表现为阴盛则寒的实寒证；阳气亏虚，失却温煦，多表现为阳虚则寒的虚寒证；阴液亏少，火热偏旺，则表现为阴虚则热的虚热证。

恶寒、发热虽是辨别寒证、热证的主要依据之一，但恶寒、发热是疾病的现象，寒证、热证是对疾病本质的认识，故二者不能等同。

（一）寒证

寒证的分类及各自含义为：外界寒邪侵袭，或过服生冷寒凉所致，起病急骤，体质壮实，符合寒证、实证的特点者为实寒证；体弱，内伤久病，阳气耗损而阴寒偏胜，符合寒证、虚证的特点者为虚寒证；寒邪侵袭肤表，符合表证特点，以新起恶寒为主者为表寒证；寒邪客于脏腑，或因阳气亏虚，以内脏证候为主者为里寒证。

各类寒证的表现不尽一致，其常见证候有恶寒怕冷、喜温，口淡不渴，小便清长，大便稀溏，痰、涎、涕清稀，面色白，苔白润，脉迟或紧等。寒证各症的机理是寒邪遏制阳气，或阳虚阴盛，失却温煦，津液未伤。

（二）热证

热证的分类及各自含义为：火热阳邪侵袭，或过服辛辣温热之品，或体内阳热之气

亢盛，病势重，形体壮实，符合热证、实证特点者为实热证；体弱，内伤久病，阴液亏少，阳热偏旺，符合热证、虚证特点者为虚热证；风热之邪侵袭肤表，符合表证特点，发热重恶寒轻者为表热证；阳热盛于脏腑，或阴液亏虚而火热偏旺者为里热证。

各类寒证的表现不尽一致，其常见证候有发热、恶热、喜凉，口渴欲饮，烦躁不宁，尿黄，便结，痰、涕黄稠，面赤，舌红、苔黄，脉数等。热证各症形成的机理是阳热盛，阴液耗，或阴液亏虚而火热偏旺。

（三）寒热证鉴别要点

应对病情的全部表现进行综合分析，尤其是恶寒与发热的症状及对寒热的喜恶，口渴与否，面色的赤白，四肢的温凉，二便、舌象、脉象等为辨证的主要依据。寒证怕冷喜温，口不渴，排出物清稀，面色白，舌苔白，脉迟或紧；热证发热喜凉，口渴，尿黄便结，面赤，舌红苔黄，脉数。

三、虚实辨证

虚实是辨别邪正盛衰的纲领，即虚与实主要反映病变过程中人体正气的强弱和致病邪气的盛衰。

《素问·通评虚实论》说：“邪气盛则实，精气夺则虚。”《景岳全书·传忠录》亦说：“虚实者，有余不足也。”“实，言邪气实；虚，言正气虚。”

邪正斗争是疾病过程中的根本矛盾，阴阳盛衰及其所形成的寒热证候，亦存在着虚实之分，所以分辨疾病过程中邪正的虚实关系，是辨证的根本要求。因而《素问·调经论》有“百病之生，皆有虚实”之说。通过虚实辨证，可以了解病体的邪正盛衰，为治疗提供依据。虚证宜补，实证宜泻，故虚实辨证准确，才能免犯虚虚实实的错误。

（一）实证

实证是指人体感受外邪，或疾病过程中阴阳气血失调而以阳、热、滞、闭等为主，或体内病理产物蓄积，所形成的各种临床证候的概括。实证以邪气充盛、停积为主，但正气尚未虚衰，有充分的抗病能力，故邪正斗争一般较为剧烈，而表现为有余、强烈、停聚的特点。

实证是非常笼统的概念，范围极为广泛，临床表现极为复杂，其病机主要可概括为两个方面：一是风寒暑湿燥火、疫疠以及虫毒等邪气侵犯人体，正气奋起抗邪，病势较为亢奋、急迫，以寒热显著、疼痛剧烈、呕泻咳喘明显、二便不通、脉实等为突出表现，故《素问·玉机真脏论》说：“脉盛，皮热，腹胀，前后不通，闷瞀，此谓五实。”二是内脏机能失调，气化障碍，导致气机阻滞，以及形成痰、饮、水、湿、脓、瘀血、宿食等，有形病理产物壅聚停积体内。因此，风邪、寒邪、暑邪、湿邪、燥邪，疫毒为病，痰、饮、水气、食积、虫积、气滞、血瘀、脓等病理改变，一般都属实证范畴。

由于感邪性质的差异，致病的病理产物不同，以及病邪侵袭、停聚部位的差别，因而各自有着不同的证候表现，如《景岳全书·传忠录》说：“阳实者，为多热恶热；阴实者，为痛结面寒；气实者，气必喘粗而声壮厉；血实者，血必凝聚面痛且坚。”所以很难以哪几个症状作为实证的代表。临床一般是新起、暴病多实证，病情剧烈者多实证，体质壮实者多实证，故《难经·四十八难》有“急者为实”、“人者为实”的说法，《类经·疾病类》亦说：“凡外入之病多有余，如六气所感，饮食所伤之类也。”

（二）虚证

虚证是对人体正气虚弱、不足为主所产生的各种虚弱证候的概括。虚证反映人体正气虚弱、不足而邪气并不明显。

人体正气包括阳气、阴液、精、血、津液、营、卫等，故阳虚、阴虚、气虚、血虚、津液亏虚、精髓亏虚、营虚、卫气亏虚等，都属于虚证的范畴。根据正气亏虚程度的不同，临床又有不足、亏虚、虚弱、虚衰、亡脱之类模糊定量描述。

虚证的形成，可以由先天禀赋不足所导致，但主要是由后天失调和疾病耗损所产生。如饮食失调；思虑太过、悲哀卒恐、过度劳倦等；房事不节；久病失治、误治；大吐、大泻、大汗、出血、失精等，使阴阳气血耗损，均可形成虚证。

各种虚证的表现极不一致，如《灵枢·决气》说：“精脱者，耳聋；气脱者，目不明；津脱者，腠理开，汗大泄；液脱者，骨属曲伸不利，色夭，脑髓消，胫酸，耳数鸣；血脱者，色白，天然不泽，其脉空虚，此其候也。”《素问·玉机真脏论》说：“脉细，皮寒，气少，泄利前后，饮食不入，此谓五虚。”所以很难用几个症状全面概括虚证的表现。临床一般以久病、势缓者多虚证，耗损过多者多虚证，体质素弱者多虚证，故《难经·四十八难》有“缓者为虚”、“出者为虚”的说法，《类经·疾病类》亦说：“内出之病多不足，如七情伤气，劳倦伤精之类也。”

四、阴阳辨证

阴阳学说在辨证诊断上的应用，主要有两个方面。

（一）阴阳是类证的纲领

由于阴、阳分别代表事物相互对立的两个方面，故疾病的性质、临床的证候，一般都可归属于阴或阳的范畴，因而阴阳辨证是基本的辨证大法。《素问·阴阳应象大论》说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”《类经·阴阳类》亦说：“人之疾病，……必有所本，或本于阴，或本于阳，病变虽多，其本则一。”《景岳全书·传忠录》又说：“凡诊病施治，必须先审阴阳，乃医道之大纲。阴阳无谬，治焉有差？医道虽繁，而可以一言蔽之者，曰阴阳而已。”足见古人对阴阳辨证的重视。

根据阴阳学说中阴与阳的基本属性，临床上凡见兴奋、躁动、功能亢进、色泽明亮等表现的表证、热证、实证；症状表现于外的、向下的、容易发现的；病邪性质为阳邪致病；急起新病，病情变化较快等等，一般都可归属为阳证。凡见抑制、沉静、衰退、功能低下、色泽晦暗等表现的里证、寒证、虚证；症状表现于内的、向下的、不易发现的；病邪性质为阴邪致病；慢性久病，病情变化较慢等等，一般都可归属为阴证。

由于阴阳是对各种病情从整体上作出最基本的概括，八纲中的阴阳两纲又可以概括其余六纲，所以说阴阳是证候分类的总纲，阴阳是辨证归类的最基本纲领。

（二）阴阳有具体的辨证内容

由于中医学中阴阳不仅是抽象的哲学概念，而且已经有了许多具体的医学内容，如阴液、阳气、心阴、脾阳等，都是有实际内容的医学概念。所以，阴阳辨证又包括有许多具体的辨证内容，其主要者有阳虚证、阴虚证、阳盛证、阴盛证，以及亡阳证、亡阴证等。此外，阳亢证、虚阳浮越证等，亦可是阴阳失调的病理变化。所谓阴盛证实际是指实寒证，所谓阳盛证实际是指实热证。

1. 阳虚证 阳虚证是指体内阳气亏虚，机体失却温煦，推动、蒸腾、气化等作用减

退所表现的虚寒证候。属虚证、寒证的性质。

阳虚证的临床表现，以经常畏冷，四肢不温，口淡不渴，或渴喜热饮，或自汗，小便清长或尿少浮肿，大便溏薄，面色白，舌淡胖，苔白滑，脉沉迟（或为细数）无力为常见证候，并可兼有神疲、乏力、气短等气虚的证候。阳虚证多见于病久体弱者，病势一般较缓。

阳虚多由病程日久，或久居寒凉之处，阳热之气逐渐耗伤，或因气虚进一步发展，或因年高而命门之火不足，或因过服苦寒清凉之品等所致。由于脏腑机能减退，机体失却阳气的温煦，不能抵御阴寒之气，而寒从内生，于是形成畏冷肢凉等一派病性属虚、属寒的证候，阳气不能蒸腾、气化水液，则见便溏、尿清或尿少浮肿、舌淡胖等症。

阳虚可见于许多脏器组织的病变，临床常见者有心阳虚证、脾阳虚证、胃阳虚证、肾阳虚证、胞宫（精室）虚寒证，以及虚阳浮越证等，并表现有各自脏器的证候特点。

阳虚证易与气虚同存，即阳气亏虚证；阳虚则寒，必有寒象并易感寒邪；阳虚可发展演变成阴虚（即阴阳两虚）和亡阳；阳虚可导致气滞、血瘀、水泛，产生痰饮等病理变化。

2. 阴虚证 阴虚证是指体内津液精血等阴液亏少而无以制阳，滋润、濡养等作用减退所表现的虚热证候。属虚证、热证的性质。

阴虚证的临床表现，以形体消瘦，口燥咽干，潮热颧红，五心烦热，盗汗，小便短黄，大便干结，舌红少津少苔，脉细数等为证候特征。并具有病程长、病势缓等虚证的特点。

阴虚多由热病之后，或杂病日久，伤耗阴液，或因五志过极、房事不节、过服温燥之品等，使阴液暗耗而成。阴液亏少，则机体失却濡润滋养，同时由于阴不制阳，则阳热之气相对偏旺而生内热，故表现为一派虚热、干燥不润、虚火躁扰不宁的证候。

阴虚证可见于多个脏器组织的病变，常见者有肺阴虚证、心阴虚证、胃阴虚证、脾阳虚证、肝阴虚证、肾阴虚证等，以并见各脏器的病状为诊断依据。

阴虚可与气虚、血虚、阳虚、阳亢、精亏、津液亏虚以及燥邪等证候同时存在，或互为因果，而表现为气阴亏虚证、阴血亏虚证、阴阳两虚证、阴虚阳亢证、阴精亏虚证、阴津（液）亏虚证、阴虚内燥证等。阴虚进而可发展成阳虚、亡阴，阴虚可导致动风、气滞、血瘀、水停等病理变化。

3. 亡阳证 亡阳证是指体内阳气极度衰微而表现出阳气欲脱的危重证候。

亡阳证的表现，以冷汗淋漓、汗质稀淡，神情淡漠，肌肤不温，手足厥冷，呼吸气微，面色苍白，舌淡而润，脉微欲绝等为证候特点。

亡阳一般是在阳气由虚而衰的基础上的进一步发展，但亦可因阴寒之邪极盛而致阳气暴伤，还可因大汗、失精、大失血等阴血消亡而阳随阴脱，或因剧毒刺激、严重外伤、瘀痰阻塞心窍等而使阳气暴脱。由于阳气极度衰微而欲脱散，失却温煦、固摄、推动之能，故见冷汗、肢厥、面色苍白、神情淡漠、息弱、脉微等垂危病状。

临床所见的亡阳证，一般是指心肾阳气虚脱。由于阴阳互根之理，故阳气衰微欲脱，可使阴液亦消亡。

4. 亡阴证 亡阴证是指体液大量耗损，阴液严重亏乏而欲竭所表现出的危重证候。

亡阴证的表现，以汗热味咸面粘、如珠如油，身灼肢温，虚烦躁扰，恶热，口渴欲

饮，皮肤皱瘪，小便极少，面色赤，唇舌干燥，脉细数疾等为证候特点。

亡阴可以是在病久而阴液亏虚基础上的进一步发展，也可因壮热不退、大吐大泻、大汗不止、严重烧伤致阴液暴失而成。由于阴液欲绝，或仍有火热阳邪内炽，故见汗出如油，脉细数疾，身灼烦渴，面赤唇焦等一派阴竭而阳热亢盛的证候。

亡阴所涉及的脏腑，常与心、肝、肾等有关，临床一般不再逐一区分。亡阴若救治不及，势必阳气亦随之而衰亡。

亡阳和亡阴均出现于疾病的危重阶段，故必须及时、准确地辨识，若贻误诊疗，极易导致死亡。在病情危重的基础上，若突然汗出，往往是亡阴或亡阳之兆，根据汗质的稀冷如水或粘热如油，结合病情，身凉或身灼、面白或面赤、脉微或数疾等，一般不难辨别亡阳与亡阴。

【补充阐发】

一、对表证病位的理解

表里由普通名词变为中医术语，并作为八纲的内容，是中医学术的不断发展。辨表里本意指判断疾病的病位是在表或在里，但由外感学说提出“表证”概念以后，它成为八纲中外延最清楚的概念。里证则不同，其外延很广。我们应把里证作为一个负概念，就是除外表证者都是里证，即“非表即里”之谓。

以往有的书称：“狭义的表里，是指身体的皮毛、肤腠、经络为外；脏腑骨髓为内。外有病属表，内有病属里。”这主要是从解剖部位来区分表里，并不是言真正的表证、里证。

从解剖上说，“表”一般是指皮毛、肌腠等组织结构。因而对于表证的病位，也常认为是浅在皮毛、肌腠。但我们绝不能将解剖上的体表与辨证的表证等同起来。否则就会把一切皮肤上的疮疖、瘙痒、皮下水肿、斑疹、肌肤甲错、皮肤发黄等，统统都认为是表证，而把一切皮肤肌腠等处未发现明显病理改变的病变，都会当成是里证。这样，表证、里证就不必医生根据病情去“辨”，只要进行解剖观察就行了。其实，中医学所指的病位，基本上是一种理论上的抽象，不能作机械地理解。如脾气下陷不等于脾脏下陷，肝气郁结不等于肝脏实质有病。

因此，对于表证的概念，可以认为“表证是六淫、疫疠等邪气经皮毛、口鼻侵入机体，正气（卫气）抗邪所现轻浅证候的概括。表证主要见于外感病初起阶段。”这样便对表证的邪正关系、病程、病位、证候等作了较为全面地概括。然而，这仍然只是给表证下了一个形式化的抽象定义，这个定义并无益于对表证的认识，因此中医还要通过症状描述来确定表证的内涵。就是说是否为表证，一定要以临床表现为依据，即应有新起恶寒发热、头身疼痛、脉浮等组合成的表证特征性证候。皮肤肌腠等部位的病变，若无表证的特征性表现，仍不得称为表证；内脏的某些病变，若有表证的特征性证候时，仍当诊断为表证。

有表证的特征性证候，再加上有感受外邪等起因，一般便可作出表证的诊断，所以表证是一个概念很清楚的证。当代中医关于表证的概念与实际已很一致。现代西医承认表证事实，但至今没有很满意的病理解释，故表证的病理是很值得研究的课题。由于里证的外延过广而不清，故不宜选作具体的研究对象。

表证的确切病位到底在何处？一般认为表证主要包括六经辨证中的太阳病证和卫气

营血辨证中的卫分证。关于太阳病证的病位，众说纷纭，很不统一，有指膀胱者，有认为在肺者，有认为是心肺者。关于膀胱说的观点是：膀胱主一身之表，有“气化”与“排泄汗液”的功能等。其实固护肤表、抵御外邪的入侵乃卫气之功，而卫气宣发于肺。肺主卫气而统一身之表，其位最高，开窍于鼻，故无论邪气从外经皮毛而入，或是从上经口鼻而入，其直接病位一般都应归属于肺。表证的病位归属于肺的认识，对于温病卫分证的脏腑定位来说，诸家的认识较为一致，如叶天士《外感温热篇》说：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。肺主气属卫……。”“邪尚在肺，肺主气，其合皮毛，故云在表。”

对于表证的辨证，一般认为新起恶寒发热并见是辨别表证的主要依据，并且有“有一份恶寒，便有一份表证”之说。但临床也有恶寒发热并见不属表证者，当引起注意。如瘟疫等邪所致急性传染病，在高热的同时，往往伴有恶寒，甚至寒战。然此种发热恶寒，绝非表证，而是里热炽盛，气机郁闭，阳气不得宣达所致。正如《寒温条辨》所说：“在温病，邪热内攻，凡见表证，皆里证郁结，浮越于外也。虽有表证，实无表邪。”

二、肌表、表、表证的区别及关系

“肌表”，是指人体一定的解剖部位而言。它泛指身体的表层组织，包括毫毛、皮肤、皮下组织及附属腺体（如汗腺），以及浅在的肌肉及这些组织间的神经血管等。肌表具有重要的生理功能。其一是防御屏障机能，它对外邪的侵袭具有抵挡作用；其二是排泄部分浊水及调节体温，机体在代谢过程中产生的浊水，除大部分通过小便排泄于体外，少部分则是通过汗液和呼吸而排出的，另外，当体内热量过盛，机体通过排汗可使部分热量外散，以维持机体体温恒定。肌表的这种功能，主要靠卫气的作用来实现。正如《灵枢·本脏》所说：“卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合者也。”

“表”，虽然也指部位而言，但它是一个相对的概念，是与里相互对应的。它不象肌表具有特有的规定性，它可以根据相对范围的改变而改变。如就肌表与内脏而言，肌表在外属表，内脏在内属里。若就内脏而言，六腑传化水谷，实而不满，属阳为表；五脏贮藏精气，满而不实，属阴为里。由此可见，“表”的确定完全是与里相互对应、互为存在的前提和依据。没有表也就没有里，没有里，表也就不存在。

“表证”是一种证候。是指外邪侵犯入体肌表阶段，以卫气功能失常为主要病理改变，临床以恶寒发热，脉浮，苔薄白等为主症的证候。常见于外感病的初期阶段。所以表证所反映的不是一个单纯的空间概念，它既包含有空间概念-病因是感受外邪，病位是浅在肌表；又包含有时间概念-病程为疾病初起，开始阶段；程度-病势较轻；病理变化-卫气功能失常。所以说，表证实质是指人体在一定的时空区限，对外邪侵袭机体所产生的全身性病理反应的综合概括，是病理学上的概念。

肌表与表证虽然有别，但它们都是“表”在一定的范围内的具体表现。如就内脏与肌表而言，内脏在内为里，肌表在外为表；如从外邪作用于人体后在不同时空区限所发生的病理反应而言，则有表证与里证的区分。

肌表也不同于表证。肌表属解剖学上的概念，指机体的一定部位而言，而表证则完全属病理学上的概念。虽言表证是病理浅在“肌表”，但这种肌表与解剖学上的肌表，决不可简单的视为等同。表证的病理浅在肌表，实质是对人体在一定的时空区限内对外邪侵袭所产生的全身性病理反应的一种理论上的抽象。正因如此，我们也不能把肌表上出现的病变都简单的认为是表证。如皮肤病、外科疮疡等病变，虽病位都浅在肌表，但均

不一定属表证范围。所以说表证病位虽浅在“肌表”，但病位在肌表者未必皆为表证。

由此可以看出，表、肌表、表证三者有一定的区别，因而不可乱用，应当明辨，准确使用。

三、对表证“恶寒”而不“畏寒”的理解

恶寒是指病人自觉寒冷，加衣复被、近火取暖而不解其寒的表现。畏寒则是指经常寒冷，但加衣复被、近火取暖，其寒可以缓解。恶寒多见于外感表证，畏寒则多见于阳虚失温所致的虚寒证。然而，为什么表证寒冷是恶寒而不是畏寒呢？其理由如下：

表证是指六淫等邪气经过口鼻、皮毛侵入机体为患的初起阶段，由于邪居肌表，邪居卫位，卫气郁遏，不能正常地宣达于肌表，肌表因之失温，故见寒冷。这种寒冷是因卫气被邪郁遏，不得达表，肌表失温而人体产生的一种能动反应，即毛窍伏闭，以减少体热散失所形成，故此时虽加衣复被、向火取暖，可护阳保暖以增温，但却不能使在表之邪得以祛除，不能改变机体主动抗病的反应状态，邪气不除，卫不达表，肌表仍然得不到温煦，故寒冷虽加衣复被、向火取暖仍难以缓解或消失。只有通过发汗，使在表之邪随汗而外解。邪气一去，卫气宣通，肌表得温，恶寒自然消失。

畏寒，主要是由于机体正气亏虚，阳气不足，温煦作用减退，机体失却阳气的温煦而形成。之所以加衣复被、近火取暖可以缓解，是因为加衣复被可防止体内阳气耗散，近火取暖，可资助体内虚弱之阳气，故寒冷可以缓解。

四、半表半里证辨

“半表半里”一词，首先是成无己在《注解伤寒论·辨少阳病篇》中提出：“邪在少阳，为半表半里。”但未明言其具体位置，故后世对此意见不一。

许多书上提到，半表半里证是“病变既不在表，也不在里，而是处于表里之间”，或者说是“病邪已离太阳之表，尚未进入阳明之里”的阶段。若从字而上理解，这实际上成了“不表不里”、“非表非里”或“无表无里”证，而其病位则是在理想的“表里之间”，因此，这种说法是欠恰当的。

所谓“半表半里证”，是指病邪既未完全脱离肌表，又未完全入里，邪正徘徊、相持出入于表里之间所现证候的概括。故主要表现是寒热往来，以及胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦咽干，目眩，脉弦等。正由于其病变是既有在表的成分，而又不是单纯、典型的表证，既有在里的成分，而又不是单纯、典型的里证，故曰“半表半里”，或曰“表里之间”。

这种对半表半里证的认识，与《伤寒论》六经病证中的少阳证相符。一般认为，三阳主表，三阴主里，少阳居于三阳之末，三阴之前；少阳为枢，枢机得利，外或开，内可合，开则为表，合则为里，故云少阳为半表半里，或主半表半里。

温病学家对于具有寒热往来，胸胁苦满等典型表现的半表半里证的病位认识有两种：其一为膜原，即胸膜与膈肌之间的部位，如《温疫论》说：“病邪自口鼻而入，则其所客，内不在脏腑，外不在经络，舍于膻之分界，是为半表半里，即《针经》所谓膜原是也。”“其邪去表不远，附近于胃，……邪在膜原，正当经胃交关之所，故为半表半里。”《湿热病篇》亦说：“膜原者，外通肌肉，内近胃腑，即三焦之门户，实一身之半表半里也。”其二为三焦，《外感温热篇》说：“气分有不传血分，而邪留三焦，亦如伤寒中少阳病也。彼则和解表里之半，此则分消上下之势，随证变化。”

以上多种关于半表半里的不同提法，实际上都是对具有寒热往来，胸胁苦满等一系列典型表现的病位概括，它可见于不同的疾病，其具体表现也不尽相同，治法当然有别。

至于表里同病，则是既有恶寒发热、脉浮身痛等表证的特定证候，又有内脏病变的主要症状，这便是其与半表半里证相区别之处。半表半里证是邪虽不盛，正亦不强，既有寒象，又有热候，既不完全在表，又未完全入里，所以其治疗是采用攻补兼施、寒温并用、和里以解表的所谓“和解”法。

五、寒热两纲的逻辑问题

在八纲中，寒与热是最典型的对立概念。中医学把寒热视作针锋相对的病理过程。中医辨别寒证、热证的证候指标，完全是同类指标的两极值。故对寒热的实验研究，完全可选用同类指标而按其阈值来判断寒热。这种情况与表里、虚实是不同的。

从理论上讲，中医较难解释为什么感受寒邪会出现发热的症状并可以转变成热证，而为什么感受热邪则往往并不表现为恶寒的症状（外感表热证有轻微恶寒是因为夹有风邪）。这可选择作为研究的内容。前人一般是用“热化”来进行说理，并认识到体质因素（主要是阳气的盛衰）对是否热化及其程度具有重要意义。这一点应当在临床和实验研究中受到足够重视。

现代医学基本上没有病因病理的寒热与治疗上的寒热温凉之说，引进中医寒热的概念开展研究，对中西医学都有益。

六、《内经》中有关虚实的不同概念

《内经》所论虚实，不单指辨证学上的虚证、实证。其概念有四。

《素问·通评虚实论》说：“邪气盛则实，精气夺则虚。”实指邪气，虚指正气。所谓邪实，是指邪正相争为病的开始或盛极阶段，机体的反应表现为邪盛正不衰的证候；所谓正虚，是指邪正相争两败俱伤，机体的反应表现为以气血津液亏虚和五脏亏损为特征的证候。

《素问·调经论》说：“有者为实，无者为虚。”是指人体气血阴阳的偏盛偏衰。“有者”即有余，指阴阳气血的偏盛偏亢，“无者”即不足，指阴阳气血的偏衰偏虚。

《灵枢·百病始生》说：“两虚相得，乃客其形；两实相逢，众人肉坚。”此虚实均是指外邪与正气两方面而言。“两虚”指自然界能致人于病的反常气候（虚邪）和人体正气的虚弱；“两实”指四时之正常气候变化与入之壮实体质。

《灵枢·岁露》有“三虚”、“三实”之说，均是指外界因素，包括岁气之盈虚，月亮之圆缺，时令之乖调。

陈钢在《辽宁中医杂志》1987年8期曾载文：从“有无”、“有余不足”看虚证实证的涵义。认为如能依据《内经》“有者为实，无者为虚”，“虚者不足，实者有余”的观点，可有助于正确认识虚证与实证。

有无，原指事物的存在与否，在此是指邪气的有无。“有者为实，无者为虚”，即有邪为实证，无邪为虚证。所谓“邪”，是指六淫、痰湿、水饮、宿食、瘀血、气滞等邪气。

凡是有邪，即为实证，何必邪正俱实。邪正俱盛，固然为实，但它不能很好地解释虚实夹杂证中的实。如阳明腑实证就存在着“亡津液，胃中干燥”，不能说此时为“正气充盛”；又如少阴阳虚，水气内停为患，这种虚实夹杂证中“实”的形成，显然不是因为正气盛。所以，凡有邪气，皆为实证，只是正气不虚者为纯实证，正气亏虚者为虚实夹

杂证。

凡无邪气，而病在正气（主要指精气津液血、脏腑经络形身等物质基础）亏虚，称为虚证。当然虚证之中也可有邪，只是邪气不盛，主在正虚罢了。

虚实是相对概念，为对立关系，在虚证实证之间还有一个证候，即既有邪气又有正虚者，为虚实夹杂证。它兼容了虚证与实证二者的特征，既不是纯虚证，又不是纯实证。根据邪正盛衰的先后和程度，虚实夹杂证大体上可分为虚中夹实证、实中夹虚证，虚多实少、实多虚少、虚实各半等类型。

有无指邪气的有无。虚证实证则是病理概念。实证反映了亢盛有余的病理变化，而引起这类病变的必需条件是有邪气。虚证代表了虚衰不足的病理，而引起这类病变的必需原因是正气亏虚。中医学的虚实病理，主要是根据外在表现来确定，故辨证是虚证或是实证，抑或是虚实夹杂证，主要应根据表现为亢盛或虚衰的证候。证候表现为亢盛、有余，则辨为实证，也就认定有邪气存在；证候表现为虚弱、不足，则辨为虚证，也就说明正气亏虚是为矛盾的主要方面。

七、精气夺因为虚，邪气盛未必实

虚证与实证是八纲辨证中两个最基本而又重要的纲领。历代医家对虚证实证的理解，基本上都是以《素问·通评虚实论》“精气夺则虚，邪气盛则实”为依据。然这一理论有一定的片面性。

虚与实是一个广泛而相对的概念，并非单是对“证”而言。《任应秋论医集》指出，虚实这一对概念在中医学中至少有7种不同的含义：①正气盛衰分虚实；②邪盛正衰分虚实；③病与不病分虚实；④病变微甚分虚实；⑤寒热分虚实；⑥病形分虚实；⑦风邪方隅分虚实。从证的角度来看，无论是虚证，还是实证，都是对疾病状态所表现的证候的概括。“虚证”、“实证”中的虚与实，是指“证候”的虚与实，而不是正虚和邪实，虽然它们之间关系密切，但却不是同一概念。正气是一个概念，它有自己的内涵与外延，它是对人体抵抗疾病能力的总概括。邪气是另一概念，也有自己的内涵与外延，它是指一切致病的内外因素。而疾病的产生，是由于正气与邪气双方斗争表现出来的“证”，这又是一个新的概念，它的内涵和外延与“正气”、“邪气”的概念已经不同了。“证”的性质（属虚或属实）是由正、邪这一对矛盾运动的表现形式来决定的。因此，在表述“证”的概念时，绝不能单独抽出其中的一面来论述，因为缺少了正、邪双方的任何一面，就谈不上矛盾双方的斗争，就不成其为“证”。“证”的产生是以疾病反映状态为前提的，正如日本丹波元简所说：“邪气之客于人身，其始必乘精气之虚而入。已入而精气旺，与邪俱盛则为实，如伤寒胃家实证是也。若夫邪入而客，精气不能与之相抗，为邪气所夺则为虚，如伤寒直中是也。”

从临床实践来看，精气夺—无论是气血、阴阳、精髓、津液的损伤与不足，必然因此而致抗病能力减退，正气不足，邪正相争，机体反应性低下，从而产生虚证。但“邪气盛”却未必都产生实证，因为实证的产生，是邪气与正气激烈斗争的反映，它取决于邪正双方斗争力量的消长。邪气盛，正气亦盛，机体反应性强的状态下，邪正斗争激烈，此时所产生的证候是实证；如果邪气过于强盛，邪正力量悬殊，正气无力与之抗争，或者正气很快被邪气消耗、击败，此时所产生的证候往往不是实证，而是虚证。邪气盛所产生的实证，固然多见，而邪气盛所导致的虚证，临床亦屡见不鲜，如春瘟、痢疾、胆

痲、肺热病、严重中暑、各种急性中毒等病中，由于邪气过于强盛，就常出现亡阳证。

由邪气盛所产生的虚证与由精气夺所产生的虚证有所不同。由邪气盛所产生的虚证多系病邪内侵，起病急，病程短，变化快，病势险，往往是病情迅速恶化的表现，若抢救不及时，常由虚至竭而亡。由精气夺所产生的虚证，多属内伤，起病缓慢，病程较长，其病情多是逐渐加重，病势不一定很急，治疗取效也慢。

八、虚实之间的辨证关系

虚实在八纲中最重要，每一病证实际都存在着虚实关系问题。虚实与寒热不同，不是完全相对的病理过程或现象，不能用同类指标的不同阈值来判断。

有关虚实的定义是“邪气盛则实，精气夺则虚”。这对于虚实的概念似乎很清楚了，但其中仍有很大的疑问。即所谓“虚”与“实”均只强调了矛盾的一个方面，矛盾的另一方如何呢？因此，必须用辨证的观点来加以解释。

证的虚实不完全由邪气的盛衰所决定，也不完全由正气的虚实所决定，而是要综合判断正邪斗争的状态。

邪气的盛衰在古代无客观衡量标准，中医所说的六淫之“邪”外感，往往是通过辨证而求得，即便有明显的受邪史，也无法将进入人体的邪气进行客观衡量。西医虽可检测出某些致病外因的毒力，但病证的轻重虚实并不全由毒力所决定。所以“邪气盛”是一个相对的概念。

应该说凡病都有一定的正气虚，不能想象正气在病后反较病前更加充实。所谓邪气盛是因为正气足以与邪气激烈抗争而外现亢奋之象。这种亢奋并不是正气的有余。所以虚证与实证的邪气盛与精气夺，实际上是指二者在疾病过程中何者居于矛盾的主导地位。

实证的另一个含义是指有形之实邪停聚。痰饮、水湿、瘀血之类“实邪”从何而来？它可以因为正虚运化无力等所致，此时则未必为邪气盛。因此，对于这种“实证”又应作辨证地思考，这里强调的是有形实邪的停聚，并不等于正气强盛能与邪争而形成病势亢奋的实证。

九、阳虚症状的两重性

朱文锋在《辽宁中医杂志》1981年第7期载文，指出阳虚症状具有两重性。

《素问·调经论》说：“阳虚则外寒，阴虚则内热”，《景岳全书·传忠录》说：“阳虚者，火虚也，……阴虚者，水亏也”。可见阳虚是指机体的热能阳气亏少，乃至脏腑机能减退，从而表现为一派虚寒的证候。

提到阳虚的表现，医生都会想到主要有畏冷，肢凉，自汗，不渴，大便溏泄，小便清长，舌淡胖，面色白，脉沉迟无力等等。然而，这只是阳虚证候的一个方面，或者说只是阳虚的“一般”证候。其实，阳虚还可反映为另一方面的“特殊”证候。如少汗或无汗，渴不欲饮或渴欲饮热，大便秘而不通，尿少不利或短黄，面色泛红如妆，唇舌紫暗，脉弱而数等。阳虚的这些症状，临床上也是屡见不鲜的。

阳虚的症状具有两重性，这是因为人体的阳气，一方面能起温煦推动作用，关系于气化，另一方面又有司开合的功能，涉及到汗、尿的收摄与排泄等之故。

阳虚之证，或见便秘，尿少，口渴，脉数等，常有人认为是阳虚的假象。其实这些症状对于真寒证来说，确实为假，可称之为真寒假热，但将其识之为阳虚的假象则不可。因为所谓假象，应是与疾病本质相反的表现，而这些症状则仍是阳虚本质的反映。如阳

虚生寒，阴寒凝结，肠道失却温煦而活动迟缓不运，故可导致腹部冷痛而大便秘；命门火衰，气化无权，不能蒸腾津液，泌别尿浊，故可见尿少而浮肿；阳虚卫表不固可致自汗，但阳虚蒸化无力则常致无汗或少汗；阳虚气血不荣，多见面色淡白，而阳虚血行瘀滞，则色见紫暗；心阳不振，鼓动乏力，虚阳浮动，则常见脉数而无力；面色泛红如妆则是阴盛于下，虚阳浮越于上的表现……。由于这些症状正是从另一角度揭示了阳虚的本质，所以在辨证时切不可将这些症状视作假象而予以舍弃。对阳虚所表现的两重性症状，只要从阳气的不同作用机制去认识，则并不难理解。

阳虚症状既然有两重性，既可是此，又可是彼，临床如何掌握？首先是“阳虚则寒”，说明阳虚应是久病体虚，以经常畏冷肢凉为主要表现。其次阳虚的“一般”症状往往同时出现，而其“特殊”症状则常不会同时存在，因此只要全面分析，并不难抓住疾病的本质。再次，从这些“特殊”症状，亦可区分其实质，如口虽渴但欲热饮而饮亦不多，大便虽秘而便质并不干燥，脉虽数而必然无力，虽面红如妆而下肢必然厥冷等，这与实热证、阴虚证等，自不相同。

十、阴虚火旺与戴阳、格阳

中医学有一种治法叫做“引火归原”。顾名思义，就是引火归于本原。那么此离原之“火”是指什么火？它的原在什么地方？为什么会离原？

中医学认为命门为元气之根，真火之宅，命门之火是推动人体脏腑各种功能的原动力。因此引火归原的“原”应是指命门。命门之火要以阴精为材料，真阴真水为制约。阴阳相系，水火相济，相辅相成。这种“阴阳”、“水火”的平衡关系一旦被破坏，便会产生病变。然而由于阴阳平衡失调的病理变化，可有阴虚阳盛，或阳虚阴盛等情况，故对引火归原之“火”可有不同的理解。

一种认为是当真阴亏损，肾阴不足时，命门之火失去阴液的维系，便可浮游于上，燔灼脏腑，表现出虚火上炎的证候。这种火是由于阴虚所致，故属虚火，又称龙雷之火、浮游之火、无根之火。另一种认为，此种离原的无根之火是指命门火衰，阳气无根，而虚火上浮，包括“戴阳”、“格阳”及其他上热下寒证候。即阴寒内盛而将阳气格越于外；阴寒下盛而逼使阳气浮游于上。

这两种所谓离原之火的病理，有本质上的区别。虽然都可以表现为上部、外部的“火热”证候，但其内部、下部的病理大异：前者为阴虚，阴不制阳，火热亢盛于上，其火热证候为真象；后者为阳虚，阴盛逼阳，其火热现象为假。虽然两者的治疗，均可称为引火归原，均可用到肉桂等作为引火之药，但前者是在大队滋补药中少佐肉桂以“引”火；后者是直接以肉桂、附片等大补阳气之品为主药，以壮阳而消散阴寒之邪。

十一、中日两国对阴虚证和阳虚证理解的异同

刘晓艳在《辽宁中医杂志》1994年第9期载文：试论中日两国对阴虚证和阳虚证理解的异同。文中指出：

日本汉方医学与我国中医学属于同一学术体系，但在其历史发展过程中，不断吸取我国医学的成就，并结合自己的实践经验，逐渐发展成为具有日本民族特点的传统医学，而与我国中医学存在若干不同之处。其中对于阴虚证和阳虚证的见解，有相似点亦有不同之处。

日本汉方医学尊崇《伤寒论》，其古方派十分重视对《伤寒论》的研究，认为其与

《内经》无关，剔除了其中阴阳五行的思辩合理主义的思想，将其日本化，对于《伤寒论》中的三阴三阳，忠实地称为“三阴三阳”而未加“经”字，分析病证时也未引入八纲辨证。将三阳病称为阳证，将三阴病称为阴证。其所说阴阳是指寒热，以之解释病情，认为阳证就是热证，是三阳病见有热象的时期；阴证就是寒证，是三阴病见有寒象的时期。阳证中有虚证和实证之分，阴证中亦有虚证和实证之分。因而阴虚证即指阴证时出现虚的情况，而不包括阴液的虚损或阴虚阳亢的含义，仅仅意味着既是阴证，又是虚证，是阴证和虚证两个概念的凑合，实际是里虚寒证，恰与中医的阳虚证概念相同，而与我国的阴虚证概念相反。其阳虚证是指阳证时出现虚的情况，故阳虚证乃热证中的虚证，即三阳病中的虚证，实为我国的所谓太阳中风证，与我国所说的阳虚证也不相同。如在日本汉方医学杂志《汉方临床》中，诊为三阴病中的虚证者，有时分写为“阴证”、“虚证”，有时直接写成“阴虚证”，在解释真武汤、麻黄附子汤、四逆汤、附子汤等所治病证时，皆认为是“阴虚证”。

中医学认为《伤寒论》源于《素问·热论》，虽然《伤寒论》是以汤辨证，《内经》是从病人外象来推论证，但认为《伤寒论》与《内经》的学术思想一脉相承。医家习称三阴三阳为“六经”、“六经辨证”，并用《伤寒论》中所未载的八纲辨证作为六经辨证的基准。我国中医学认为阴证和阳证是从各个不同方面笼统地表示阴的状态和阳的状态，阴证包括里、寒、虚证，阳证包括表、热、实证。阴虚证、阳虚证是从病机属性抽象出来的概念。阴虚证即指阴液亏虚，阴不制阳，虚热内生所产生的证候；阳虚证即指机体阳气亏虚，机能衰减，形体失却温煦所产生的证候。

如《伤寒论》316条少阴病真武汤证，在日本称为“阴虚证”；在中国则属于阳虚证。303条少阴病黄连阿胶汤证，在我国称为阴虚证；在日本则认为是在虚证中表现出热证，且与其“阴虚证”即“里寒证”的“虚证”不符，因此不能叫“阴虚证”，又不能称“阳虚证”，因而只能将其称为“泻心汤之虚证”。

虽然日本古方派在日本具有较大优势，在日本汉方医学界占有重要地位，对阴阳的理解至今仍为日本汉方医学所公认，但是近几十年来，特别是近十年来，许多日本汉方医学者学习研究我国中医学基础理论，对阴阳虚实的含义有了新的理解，对于阴虚证和阳虚证的理解摆脱了古方派就《伤寒论》所述阴虚证、阳虚证的束缚，基本与我国阴虚证、阳虚证的含义相同。如江部康二在“肝肾阴虚型腹水治验”、“肝阳上亢二例”，伊藤良在“对脾阴虚的初步认识和临床治验”中，其所说肝肾阴虚、肝阳上亢、脾阳虚、脾阴虚等，与我国中医学基本一致。

【古代文献】

一、表里辨证

(一) 表证

《素问·玉机真脏论》：今风寒客于人，使人毫毛毕直，皮肤闭而为热，当是之时，可汗而发也。

《素问·热论》：伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强。

《素问·骨空论》：风从外人，令人振寒，汗出头痛，身重恶寒。

《伤寒论·太阳病篇》：太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。

太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名曰中风。

太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。

《类证活人书·问表证》：发热恶寒，身体痛而脉浮者，表证也。

《注解伤寒论·辨太阳病篇》：汗出而恶寒者，表虚也；汗出而不恶寒，但热者，里实也。

《医统正脉全书·伤寒锁言》：如有一毫头痛、恶寒，尚在太阳，便是表证未罢，不可攻里。

《景岳全书·传忠录·表证篇》：表证者，邪气之自外而入者也。凡风寒暑湿火燥，气有不正，皆是也。经曰：清气大来，燥之胜也，风木受邪，肝病生焉；热气大来，火之胜也，金燥受邪，肺病生焉；寒气大来，水之胜也，火热受邪，心病生焉；湿气大来，土之胜也，寒水受邪，肾病生焉；风气大来，木之胜也，土湿受邪，脾病生焉。又曰：冬伤于寒，春必病温；春伤于风，夏生飧泄；夏伤于暑，秋必痲症；秋伤于湿，冬生咳嗽。又曰：风从其冲后来者为虚风，伤人者也，主杀主害者。凡此之类，皆言外来之邪。但邪有阴阳之辨，而所伤各自不同。盖邪虽有六，化止阴阳。阳邪化热，热则伤气；阴邪化寒，寒则伤形。伤气者，气通于鼻，鼻通于脏，故凡外受暑热而病，有发于中者，以热邪伤气也。伤形者，浅则皮毛，深则经络，故凡外受风寒而病，为身热、体痛者，以寒邪伤形也。经曰：寒则腠理闭，气不行，故气收矣；炅则腠理开，营卫通，汗大泄，故气泄矣。此六气阴阳之辨也。然而六邪之感于外者，又惟风寒为最，盖风为百病之长，寒为杀厉之气。人身内有脏腑，外有经络。凡邪气之客于形也，必先舍于皮毛，留而不去，乃入孙络，留而不去，乃入络脉，留而不去，乃入经脉，然后内连五脏，散于肠胃，阴阳俱感，五脏乃伤，此邪气自外而内之次也。然邪气在表，必有表证，即见表证，则不可攻里，若误攻之，非惟无涉，且恐衰虚，则邪气乘虚愈陷也。表证既明，则里证可因而解矣，故表证之辨不可不为之先察。

人身脏腑在内，经络在外，故脏腑为里，经络为表。在表者，手足各有六经，是为十二经脉。以十二经脉分阴阳，则六阳属腑为表，六阴属脏为里；以十二经脉分手足，则足经之脉长而且远，自上及下，遍络四体，故可按之以察周身之病。手经之脉短而且近，皆出人于足经之间，故凡诊伤寒外感者，则但言之足经，不言手经也。然而足之六经，又以三阳为表，三阴为里，而三阳之经，则又以太阳为阳中之表，以其脉行于背，背为阳也；阳明为阳中之里，以其脉行于腹，腹为阴也；少阳为半表半里，以其脉行于侧，三阳传遍，而渐入三阴也。故凡欲察表证者，则但当分前后左右，而以足三阳经为主。然三阳之中，则又惟太阳一经包覆肩背，为周身之纲维，内连五脏六腑之膏肓，此诸阳之主气，犹四通八达之衢也，故凡风寒之伤人必多自太阳经始。

足三阴之经，皆自足上腹，虽亦在肌表之间，然三阴主里，而凡风寒自表而入者，未有不由阳经而入阴分也。若不由阳经，径入三阴者，即为直中阴经，必连脏矣。故阴经无可据之表证。

寒邪在表者，必身热无汗，以邪闭皮毛也。

寒邪客于经络，必身体疼痛或拘急而酸者，以邪气乱营气，血脉不利也。

寒邪在表而头痛者，有四经焉。足太阳脉挟于头顶，足阳明脉上至头维，足少阳脉上行两角，足厥阴脉上会于巅，皆能为头痛也。故惟太阴、少阴，皆无头痛之症。

寒邪在表多恶寒者，盖伤于此者必恶此。所谓伤食恶食、伤寒恶寒也。

邪气在表，脉必紧数者，营气为邪所乱也。

太阳经脉起自内眦，上顶巅、下项、挟脊、行腰膂。故邪在太阳者，必恶寒、发热而兼头项痛、腰脊强，或膝膂酸疼也。

阳明经脉起目下，循面鼻、行胸腹。故邪在阳明者，必发热，微恶寒，而兼目痛、鼻干、不眠也。

少阳为半表半里之经，其脉绕耳前后，由肩井下肋肋。故邪在少阳者，必发热而兼耳聋、胁痛、口苦而呕，或往来寒热也。

以上皆三阳之表证，但见表证则不可攻里。或发表，或微解，或温散，或凉散，或温中托里而为不散之散，或补阴助阴而为云蒸雨化之散。呜呼！意有在而言难尽也，惟慧者之心悟之。

表证之脉，仲景曰：寸口脉浮而紧，浮则为风，紧则为寒，风则伤卫，寒则伤营，营卫俱病，骨节烦疼，当发其汗也。《脉经》注曰：风为阳，寒为阴，卫为阳，营为阴，风则伤阳，寒则伤阴，各从其类而伤也。故卫得风则热，营得寒则痛，营卫俱病，故致骨节烦疼，当发汗解表而愈。

浮脉本为属表，此故然也。然有邪寒初感之甚者，拘束卫气，脉不能达，则必沉而兼紧。此但当以发热身痛等表证参合而察之，自可辨也。又若血虚动血者，脉必浮大；阴虚水亏者，脉必浮大；内火炽盛者，脉必浮大；关阴格阳者，脉必浮大；若此者，俱不可一概以浮为表论，必当以形气病气有无外证参酌之。若本非表证而误认为表，杀人于反掌之间矣。

外感寒邪脉大者，必病进，以邪气日盛也。然必大而兼紧，方为病进。若先小而后大，及渐大渐缓者，此阴转阳，为胃气渐至将解之兆也。

寒邪未解，脉息紧而无力者，无愈期也。何也？盖紧者，邪气也，力者，元气也；紧而无力，则邪气有余而元气不足也。元气不足，何以逐邪？临此证者，必能使元气渐充，则脉渐有力，自小而大，自虚而实，渐至洪滑，则阳气渐达，表将解矣。若日见无力，而紧数日进，则危亡之兆也。

病必自表而入者，方得谓之表证。若由内以及外，便非表证矣。经曰：从内之外者，治其内。从外之内者，治其外。从内之外而盛于外者，先治其内而后治其外。从外之内而盛于内者，先治其外而后调其内。此内外先后之不可不知也。

伤风中风虽皆有风之名，不可均作表证。盖伤风之病，风自外入者也，可散之温之而已，此表证也。中风之病，虽形症似风，实由内伤所致，本无外邪，故不可以表证论治，法具本条。

发热之类，本为火证，但当分辨表里。凡邪气在表发热者，表热而里无热也，此因寒邪，治宜解散邪气；在里发热者，必里热先甚而后及于表也，此是火证，治宜清凉，凡此内外皆可以邪热论也。若阴虚水亏而为骨蒸夜热者，此虚热也，又不可以邪热为例，惟壮水滋阴可以治之。

湿燥二气虽亦外邪之类，但湿有阴阳，燥亦有阴阳。湿从阴者为寒湿，湿从阳者为湿热；燥从阳者因于火，燥从阴者发于寒。热则伤阴必连于脏，寒则伤阳必连于经，此所以湿燥皆有表里，必须辨明而治之。

湿证之辨，当辨表里，经曰：因于湿，首如裹。又曰：伤于湿者，下先受之。若道路冲风冒雨，或动作辛苦之人汗湿沾衣，此皆湿从外入者也；若嗜好酒浆生冷，以致泄泻、黄疸肿胀之类，此湿从内出者也。在上在外者，宜微从汗解；在下在里者，宜分利之。湿热者，宜清宜利；寒湿者，宜补脾温肾。

燥证之辨，亦有表里。经曰：清气大来，燥之胜也，风木受邪，肝病生焉。此中风之属也。盖燥胜则阴虚，阴虚则血少，所以或为牵引，或为拘急，或为皮腠风消，或为脏腑干结，此燥从阳化，营气不足而伤于内者也，治当以养营补阴为主。若秋令太过，金气胜而风从之，则肺先受病，此伤风之属也。盖风寒外束，风应皮毛，故或为身热无汗，或为咳嗽喘满，或鼻塞声哑，或咽喉干燥，此燥以阴生，卫气受邪而伤乎表者也，治当以轻扬温散之剂，暖肺去寒为主。

《伤寒大白·宜发表论》：恶寒身痛者，宜发表。肢节烦痛者，宜发表。头痛项强者，宜发表。四肢常冷者，宜发表。四肢拘紧不能转侧者，宜发表。面赤身热，两足常冷，或脉沉伏者，宜发表。时刻呻吟，语言不足，无汗烦躁者，宜发表。身体乍轻乍重，转侧或难或易，宜发表。身痛乍在四肢，乍在胸背，到底无定者，宜发表。洒洒恶风，皮肤大热，宜发表。以上三阳经表邪之证，故用发表之法。

《医门法律·中寒门》：未汗而恶寒，邪盛而表实；已汗而恶寒，邪退而表虚。

《医方集解·发表之剂》：但有一毫头痛恶寒，尚为在表。

《杂病源·表证》：风寒在表，脉必浮紧。浮则为风，紧则为寒。风则伤卫，寒则伤营。营卫俱伤，骨节烦痛，当发其汗也。风为阳，卫亦为阳，寒为阴，营亦为阴，阳邪伤卫，阴邪伤营，各从其类也。卫得风则热，营得寒则痛，营卫俱病，故骨节烦痛也。

（二）里证

《伤寒论·阳明病篇》：阳明病，脉迟，虽汗出不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也。手足濇然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之。

《伤寒论·少阴病篇》：少阴病，脉细沉数，病为在里。

《类证活人书·问里证》：不恶寒，反恶热，手掌心并腋下濇濇汗出，胃中干涸，燥粪结聚，潮热，大便硬，小便如常，腹满而喘，或谵语，脉沉而滑者，里证也。

《景岳全书·传忠录·里证篇》：里证者，病之在内、在脏也。凡病自内生，则或因七情，或因劳倦，或因饮食所伤，或为酒色所困，皆为里证。以此言之，似属易见，第于内伤外感之间，疑似之际，若有不明，未免以表作里，以里作表，乃至大害，故当详辨也。

身虽微热，而濇濇汗出不止，及无身体酸疼拘急，而脉来不紧数者，此皆非在表也。证似外感，不恶寒，反恶热，而绝无表证者，此热盛于内也。

凡病表证，而小便清利者，知邪未入里也。

表证已毕，而饮食如故，胸腹无碍者，病不及里也。若见呕恶口苦，或心胸满闷不食，乃表邪传至胸中，渐入于里也。若烦躁不眠、干呕、谵语、腹痛自利等症，皆邪入于里也。若腹胀、喘满、大便结硬、潮热、斑黄、脉滑而实者，此正阳明胃腑里实之证，可下之也。

七情内伤，过于喜者，伤心而气散，心气散者，收之养之；过于怒者，伤肝而气逆，肝气逆者，平之抑之；过于思者，伤脾而气结，脾气结者，温之豁之；过于忧者，伤肺

而气沉，肺气沉者，舒之举之；过于恐者，伤肾而气怯，肾气怯者，安之壮之。

饮食内伤，气滞而积者，脾之实也，宜消之逐之；不能运化者，脾之虚也，宜暖之助之。

酒湿伤阴，热而烦满者，湿热为病也，清之泻之；酒湿伤阳，腹痛泻利呕恶者，寒湿之病也，温之补之。

劳倦伤脾者，脾主四肢也，须补其中气。

色欲伤肾而阳衰无火者，兼培其气血；阴虚有火者，纯补其真阴。

痰饮为患者，必有所本，求所从来，方为至治。若但治标，非良法也，详具本条。

五脏受伤，本不易辨，但有诸中，必形诸外。故肝病，则目不能视而色青；心病，则舌不能言而色赤；脾病，则口不知味而色黄；肺病，则鼻不能闻香臭而色白；肾病，则耳不能听而色黑。

《伤寒论纲目·表里》：里证，有虚、有实、有寒、有热。其邪之入里也，皆为里证，不专指邪实、阳盛一边说也。

《医宗金鉴·伤寒心法要诀》：里证宜下不大便，恶热潮热汗蒸蒸，燥干谵语满硬痛，便溏为虚不可攻。

《医彻·伤寒·里证论》：伤寒传里，发热口干，胸满烦躁，甚则谵语揭衣，皆里实也。攻之无疑，又何慎焉？

（三）表证与里证鉴别

《类证活人书·卷第三》：治伤寒，须辨表里，表里不分，汗下差误。古人所以云：桂枝下咽，阳盛则毙；承气入胃，阴盛以亡。

《医碥·口问》：凡平素无病，而突然恶寒发热，多属外感，必有头痛、体痛、拘急、无汗或有汗等表证，浮紧浮大等表脉可据。若无表症、表脉，病由渐至者，属内伤。外感则寒热齐作而无间，内伤则寒热间作而不齐。外感恶寒，虽近烈火不除；内伤恶寒，得就温暖即解。外感恶风乃不禁，一切风寒内伤恶风，惟恶失些小贼风。外感手背热，手心不热；内伤手心热，手背不热。

《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》：一病之表里，全在发热与潮热，恶寒与恶热，头痛与腹痛，鼻塞与口燥，舌苔之有无，脉之浮沉以分之。假如发热恶寒，头痛鼻塞，舌上无苔，脉息浮，此表也。假如潮热恶热，腹痛口燥，舌苔黄黑，脉息沉，此里也。

《伤寒绪论·总论》：有里恶寒，认作表恶寒者。初起不热，但恶寒而体倦怠微，脉沉迟无力，此寒中三阴，里恶寒也；若初起恶寒，而体重气促，脉阴阳俱紧，为表恶寒，始虽恶寒，后必发热也。

《伤寒绪论·背恶寒》：人身背为阳，背恶寒者，阳虚之验也。然阳气内陷，亦有此症，是以背恶寒有阴阳之分异。若内寒在表，则一身尽寒矣。但背恶寒者，阴寒气盛可知。

《重订通俗伤寒论·表里寒热》：有一分恶寒，即有一分表证。

二、寒热辨证

《素问·至真要大论》：诸胀腹大，皆属于热；……诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热；……诸转反戾，水液浑浊，皆属于热；诸病水液，澄彻清冷，皆属于寒；诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。

《素问·刺志论》：气实者，热也；气虚者，寒也。

《素问·调经论》：经言阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒，余已闻之矣，不知其所由然也。岐伯曰：阳受气于上焦，以温皮肤分肉之间，今寒气在外，则上焦不通，上焦不通，则寒气独留于外，故寒栗。帝曰：阴虚生内热奈何？岐伯曰：有所劳倦，形气衰少，谷气不盛，上焦不行，下脘不通，胃气热，热气熏胸中，故内热。帝曰：阳盛生外热奈何？岐伯曰：上焦不通利，则皮肤致密，腠理闭塞，玄府不通，卫气不得泄越，故外热。帝曰：阴盛生内寒奈何？岐伯曰：厥气上逆，寒气积于胸中而不泻，不泻则湿气去，寒独留，则血凝泣，凝则脉不通，其脉盛大以涩，故中寒。

《灵枢·刺节真邪》：阳气有余而阴气不足，阴气不足则内热，阳气有余则外热，内热相搏，热于怀炭。

《景岳全书·杂证谟·饮食门》：素喜冷食者，内必多热；素喜热食者，内必多寒。故内寒者不喜寒，内热者不喜热。

《明医杂著·或问东垣丹溪治病之法》：大抵病热，作渴饮冷，便秘，此证属实，为热故也。或恶寒发热，引衣踰卧，或四肢逆冷，大便清利，此属真寒。

《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》：一病之寒热，全在口渴与不渴，渴而消水与不消水，饮食喜热与喜冷，烦躁与厥逆，溺之长短赤白，便之溏结，脉之迟数以分之。假如口渴而能消水，喜冷饮食，烦躁，尿短赤，便结，脉数，此热也；假如口不渴，或假渴而不能消水，喜饮热汤，手足厥冷，溺清长，便溏，脉迟，此寒也。

《景岳全书·传忠录·寒热篇》：寒热者，阴阳之化也。阴不足则阳乘之，其变为热；阳不足则阴乘之，其变为寒。故阴胜则阳病，阴胜为寒也；阳胜则阴病，阳胜为热也。热极则生寒，因热之盛也；寒极则生热，因寒之盛也。阳虚生外寒，寒必伤阳也；阴虚则内热，热必伤阴也。阳盛则外热，阳归阳分也；阴盛则内寒，阴归阴分也。寒则伤形，形言表也；热则伤气，气言里也。故火旺之时，阳有余而热病生；水旺之时，阳不足而寒病起。人事之病，由于内；气交之病，由于外。寒热之表里当知，寒热之虚实亦不可不辨。

热在表者，为发热、头痛，为丹肿，斑黄，为揭去衣被，为诸痛疮疡。

热在里者，为昏闷、胀满，为烦渴、喘结，或气急叫吼，或躁扰狂越。

热在上者，为头痛、目赤，为喉疮、牙痛，为诸逆冲上，为喜冷舌黑。

热在下者，为腰足肿痛，为二便秘涩，或热痛遗精，或溲混便赤。

寒在表者，为憎寒，为身冷，为浮肿，为容颜青惨，为四肢寒厥。

寒在里者，为冷咽肠鸣，为恶心呕吐，为心腹疼痛，为恶寒喜热。

寒在上者，为吞酸，为噎膈，为饮食不化，为噎腐胀啰。

寒在下者，为清浊不分，为鹜溏痛泄，为阳痿，为遗尿，为膝寒足冷。

病人身大热，反欲得近衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。此表证之辨。若内热之甚者，亦每多畏寒，此当以脉症参合以察之。

真寒之脉，必迟弱无神；真热之脉，必滑实有力。

阳脏之人多热，阴脏之人多寒。阳脏者，必平生喜冷畏热，即朝夕食冷，一无所病，此其阳之有余也。阴脏者，一犯寒凉，则脾肾必伤，此其阳之不足也。第阳强者少，十

惟二三；阳弱者多，十常五六。然恃强者，多反病；畏弱者，多安宁，若或见彼之强，而忌我之弱，则与侏儒观场、丑妇效颦者无异矣。

三、虚实辨证

(一) 虚实证候

《素问·通评虚实论》：邪气盛则实，精气夺则虚。

《素问·调经论》：有余有五，不足亦有五，帝欲何问？帝曰：愿尽闻之。岐伯曰：神有余有不足，气有余有不足，血有余有不足，形有余有不足，志有余有不足，凡此十者，其气不等也。帝曰：人有精气津液，四肢九窍，五脏十六部，三百六十五节，乃生百病，百病之生，皆有虚实。……神有余则笑不休，神不足则悲。……气有余则喘咳上气，不足则息利少气。……血有余则怒，不足则恐。……形有余则腹胀，泾溲不利，不足则四肢不用。……志有余则腹胀飧泄，不足则厥。

《素问·玉机真脏论》：脉盛，皮热，腹胀，前后不通，闷瞀，此谓五实。脉细，皮寒，气少，泄利前后，饮食不入，此谓五虚。

《素问·奇病论》：身热如炭，颈膻如格，人迎躁盛，喘息气逆，此有余也。

《灵枢·决气》：黄帝曰：六气者，有余不足，气之多少，髓之虚实，血脉之清浊，何以知之？岐伯曰：精脱者，耳聋；气脱者，目不明；津脱者，腠理开，汗大泄；液脱者，骨属屈伸不利，色夭，髓消，胫酸，耳数鸣；血脱者，色白，天然不泽，其脉空虚。此其候也。

《灵枢·五禁》：黄帝曰：何谓五夺？岐伯曰：形肉已夺，是一夺也；大夺血之后，是二夺也；大汗出之后，是三夺也；大泄之后，是四夺也；新产及大血之后，是五夺也。此皆不可泻。

《灵枢·海论》：气海有余者，气满胸中，惋息，面赤；气海不足，则气少不足以言。血海有余，则常想其身大，怫然不知其所病；血海不足，亦常想其身小，狭然不知其所病。水谷之海有余，则腹满；水谷之海不足，则饥不受谷食。髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。

《难经·四十八难》：脉之虚实者，濡者为虚，紧牢者为实。病之虚实者，出者为虚，入者为实；言者为虚，不言者为实；缓者为虚，急者为实。

《伤寒质难·退行期恢复期》：所谓虚实者，指正邪消长之形势而言也。机能有亢盛、有虚弱，物质有缺乏、有过剩，此正气有虚实也。病毒袭人，有良性者，有恶性者，有限制于一部者，有蔓延于遍体者，邪伏有深浅，邪发有迟速，此邪毒之虚实也。

《读医随笔·虚实补泻论》：有以病在气分无形为虚，血分有形为实者……。有以病之微者为虚，甚者为实者……。有以病之动者为虚，静者为实者，在脏曰积，在腑曰聚是也。有以病之痼者为实，新者为虚者，久病邪深，新病邪浅也。……有以寒为阴实阳虚，热为阳实阴虚者，阴阳对待，各从其类之义也。有以气上壅为实，下陷为虚，气内结为实，外散为虚者，是以病形之积散空坚言之也。

《景岳全书·传忠录·虚实篇》：虚实者，有余不足也。有表里之虚实，有气血之虚实，有脏腑之虚实，有阴阳之虚实。凡外入之病，多有余；内出之病，多不足。实言邪气实，则当泻；虚言正气虚，则当补。凡欲察虚实者，为欲知根本之何如，攻补之宜否耳。夫疾病之实，固为可虑，而元气之虚，应尤甚焉。故凡诊病者，必当先察元气为主，

而后求疾病。若实而误补，随可解救，虚而误攻，不可生矣。然总之，虚实之要，莫逃乎脉。如脉之真有力、真有神者，方是真实证；脉之似有力、似有神者，便是假实证。矧脉之无力、无神，以至全无力、全无神者哉。临证者，万毋忽此。

表实者，或为发热，或为身痛，或为恶热掀衣，或为恶寒鼓栗。寒束于表者，无汗；火盛于表者，有疡。走注而红痛者，知营卫之有热；拘急而酸痛者，知经络之有寒。

里实者，或为胀为痛，或为痞为坚，或为闭为结，或为喘为满，或懊侬不宁，或躁烦不眠，或气血积聚结滞腹中不散，或寒邪热毒深留脏腑之间。

阳实者，为多热恶热，阴实者，为痛结而寒；气实者，气必喘粗而声色壮厉；血实者，血必凝聚而且痛且坚。

心实者，多火而多笑；肝实者，两胁少腹多有疼痛，且复多怒；脾实者，为肿满气闭，或为身重；肺实者，多上焦气逆，或为咳喘；肾实者，多下焦壅闭，或痛，或胀，或热见于二便。

表虚者，或为汗多，或为肉战，或为怯寒，或为目暗羞明，或为耳聋眩晕，或肢体多见麻木，或举动不胜劳烦，或为毛槁而肌肉削，或为颜色憔悴而神气索然。

里虚者，为心怯心跳，为惊惶，为神魂之不宁，为津液之不足，或为饥不能食，或为渴不喜冷，或畏张目而视，或闻人声而惊；上虚则饮食不能运化，或多呕恶而气虚中满；下虚则二阴不能流利，或便尿失禁，肛门脱出而泻泄遗精；在妇人，则为血枯经闭及堕胎崩淋带浊等症。

阳虚者，火虚也，为神气不足，为眼黑头眩，或多寒而畏寒。阴虚者，水亏也，为亡血失血，为戴阳，为骨蒸劳热。气虚者，声音微而气短似喘。血虚者，肌肤干涩而筋脉拘挛。

心虚者，阳虚而多悲。肝虚者，目眈眈无所见，或阴缩筋挛而善恐。脾虚者，为四肢不用，或饮食不化，腹多痞满而善忧。肺虚者，少气息微而皮毛燥涩。肾虚者，或为二阴不通，或为二便失禁，或多遗泄，或腰脊不可俯仰而骨酸痿厥。

诸痛之可按者，为虚；拒按者，为实。

胀满之虚实。仲景曰：腹满不减，减不足言，当下之；腹满时减复如故，此为寒，当与温药。夫减不足言者，以中满之甚，无时或减，此实胀也，故当下之。腹满时减者，以腹中本无实邪，所以有时或减，既减而复满如故者，以脾气虚寒而然，所以当与温药，温即兼言补也。

《内经》诸篇，皆惓惓以神气为言。夫神气者，元气也。元气完固，则精神昌盛，无待言也。若元气微虚，则神气微去，元气大虚，则神全去。神气去，则机息矣，可不畏哉。《脉要精微论》曰：夫精明者，所以视万物，别黑白，审长短。以长为短，以白为黑，如是则精衰矣。言而微，终日乃复言者，此气夺也。衣被不敛，言语善恶不避亲疏，此神明之乱也。仓廩不藏者，是门户不要也；水泉不止，是膀胱不藏也。得守者生，失守者死。夫五脏者，身之强也。头者，精明之府，头倾视深，精神将夺矣；背者，胸中之府，背曲肩垂，腑将坏矣；腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣；膝者，筋之府，屈伸不能，行则偻俯，骨将惫矣；骨者，髓之府，不能久立，行则振掉，骨将惫矣。得强则生，失强则死。此《内经》之言虚证也，当察其意。

虚者宜补，实者宜泻，此易知也。而不知实中复有虚，虚中复有实。故每以至虚之

病，反见盛势；大实之病，反有羸状。此不可不辨也。如病起七情，或饥饱劳倦，或酒色所伤，或先天不足，及其既病，则每多身热、便秘、戴阳、腹满、虚狂、假斑等证，似为有余之病，其因实由不足，医不察因，从而泻之，必枉死矣。又如外感之邪未除，而留伏于经络；饮食之滞不消，而积聚于脏腑；或郁结逆气，有不可散；或顽痰瘀血，有所留藏。病久致羸，似乎不足，不知病本未除，还当治本。若误用补，必益其病矣。此所谓无实实、无虚虚，损不足而益有余，如此死者，医杀之耳。

附：《华元化·虚实大要论》曰：病有脏虚脏实，腑虚腑实，上虚上实，下虚下实，状各不同，宜深消息，肠鸣气走，足冷手寒，食不入胃，吐逆无时，皮毛憔悴，肌肉皱皱，耳目昏塞，语声破散，行步喘促，精神不收，五脏之虚也。诊其脉，举指而滑，按之而微，看在何部以断其脏也。又按之沉小微弱、短涩软濡，俱为腑虚也。饮食过多，大小便难，胸膈满闷，肢节疼痛，身体沉重，头目闷眩，唇口肿胀，咽喉闭塞，肠中气急，皮肉不仁，暴生喘乏，偶作寒热，疮疽并起，悲喜时来，或自痿弱，或自高强，气不舒畅，血不流通，此脏之实也。诊其脉，举按俱盛者实大也，又长浮数疾，洪紧弦大，俱曰实也，看在何经而断在何脏也。头痛目赤，皮热骨寒，手足舒缓，血气壅塞，丹瘤更生，咽喉肿痛，轻按之痛，重按之快，食饮如故，曰腑实也。诊其脉，浮而实大者是也。皮肤瘙痒，肌肉臃胀，食饮不化，大便滑而不止，诊其脉，轻手按之得滑，重手按之得平，此乃腑虚也，看在何经而正其腑也。胸膈痞满，头目碎痛，饮食不下，脑项昏重，咽喉不利，涕唾稠粘，诊其脉，左右寸口沉结实大者，上实也。颊赤心忪，举动颤栗，语声嘶哑，唇噤口干，喘乏无力，面少颜色，颐颌肿满，诊其左右寸脉弱而微者，上虚也。大小便难，饮食如故，腰脚沉重（当作酸重），脐腹疼痛，诊其左右尺中脉伏而涩者，下实也。大小便难，饮食进退，腰脚沉重，如坐水中，步行艰难，气上奔冲，梦寐危险，诊其左右尺中脉滑而涩者，下虚也。病人脉微涩短小，俱属下虚也。

本篇虚实证有未尽者，俱详载虚损门，当互察之。

《医宗必读·水肿胀满》：先肿于内而后肿于外者为实，先肿于外而后肿于内者为虚。小便黄赤，大便秘结者为实，小便清白，大便溏泻者为虚。滑数有力者为实，弦浮微细者为虚。

《弄丸心法·杂论》：表虚者，汗液大出，而九窍空虚也；表实者，汗液不出，腠理闭塞，而九窍壅滞也。里虚者，上则吐之，而下则二便不禁也；里实者，上则痞闷，而下则二便不通也。

《儿科醒·虚证第七》：小儿虚证，无论病之新久，邪之有无，但见面色青白，恍惚神疲，口鼻虚冷，嘘气佛郁，肢体倦怠软弱，喜热恶凉，泄泻多尿，或乍冷乍温，呕恶惊惕，上盛下泻，夜则虚汗，睡而露睛，屈体而卧，手足肢冷，声音短怯，脉象缓弱虚细，是皆属虚之证。

（二）虚证与实证的鉴别

《素问·调经论》：实者外坚充满，不可按之，按之则痛。……虚者聂辟气不足，血泣，按之则气足以温之，故快然而不痛。

《伤寒论·阳明病篇》：夫实则谵语，虚则郑声。郑声者，重语也。

《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》：一病之虚实，全在有汗与无汗，胸腹胀痛与否，胀之减与不减，痛之拒按与喜按，病之新久，禀之厚薄，脉之虚实以分之。假如病中无

汗，腹胀不减，痛而拒按，病新得，人禀厚，脉实有力，此实也。假如病中多汗，腹胀时减复如故，痛而喜按，按之则痛止，病久，禀弱，脉虚无力，此虚也。

四、阴阳辨证

(一) 阴证与阳证

《素问·阴阳应象大论》：善诊者，察色按脉，先别阴阳。

《伤寒论·太阳病篇》：发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。

《笔花医镜·表里虚实寒热辨》：凡人之病，不外乎阴阳，而阴阳之分，总不离乎表、里、虚、实、寒、热，六字尽之。夫里为阴，表为阳；虚为阴，实为阳；寒为阴，热为阳。良医之救人，不过能辨此阴阳而已；庸医之杀人，不过错认此阴阳而已。

《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》：至于病之阴阳，统上六字而言，所包者广。热者为阳，实者为阳，在表者为阳；寒者为阴，虚者为阴，在里者为阴。

《卫生宝鉴·阴证阳证辨》：凡阴证者，身不热而手足厥冷，恶寒踡卧，面向壁卧，恶闻人声，或自引衣盖覆，不烦渴，小便自利，大便反快，其脉沉细而微迟者，皆阴证也。

凡阳证者，身须大热而手足不厥，卧则坦然，起则有力，不恶寒，反恶热，不呕不泻，渴而饮水，烦躁不得眠，能食而多语，其脉浮大而数者，阳证也。

《世医得效方·大方脉杂医科·集证说》：伤寒有阴阳表里。阳证多语，阴证无声；阳证则昼剧，阴证则夜争；阳证似阴；粪黑而脉滑；阴证似阳，面赤脉微矣。

《类证活人书·卷第四》：治伤寒须识阴阳二证，……阳务于上，阴务于下；阳行也速，阴行也缓；阳之体轻，阴之体重；阴家脉重，阳家脉轻；阳候多语，阴证无语；阳病则旦静，阴病则夜宁；阳虚则暮乱，阴虚则夜争；阴阳消息，症状各异。

《医学集成·舌辨阴阳水枯三证》：阴证……其证必目瞑嗜卧，声低息短，少气懒言，身重恶寒，此辨阴证十六字诀。

阳证……其证必张目不眠，声音响亮，口臭气粗，身轻恶热，此辨阳证十六字诀。

《伤寒质难·退行期恢复期》：所谓阴阳者，盖指病能而言也。阴为物质，阳为机能。形体有缺，名曰阴损，机能不全，是为阳亏。营养不足者，都为阴虚，动作无力者，尽是阳衰。一切废料郁结，弊在阴凝，举凡非常兴奋，咎出阳亢。疾病多端，非机能之失调，即形质之有变。病之分阴阳，所以别体用之盛衰，测气质之变化也。至于寒化为阴，火化为阳，入里为阴，出表为阳，虚者为阴，实者为阳，隐然又执八纲中之大纲矣。

《医学汇海·疗病三法》：凡阴证则身静，声音缓弱，呼吸力微，目睛不了了，口鼻气冷，水浆不入，二便不禁，而上恶寒有如刀刮。

凡阳证则身动，声音粗重，呼吸有力，目睛了了，口鼻气热，或饮冷水，二便不滑，面上无寒素之状也。

《杨氏提纲·要领·阴阳绪论》：认证先别阴阳。如畏热者为阳，怯寒者为阴；在表者为阳，在里者为阴；病在上者为阳，病在下者为阴；喜冷者为阳，喜热者为阴；好动者为阳，好静者为阴；喜明者为阳（应为阴），喜暗者为阴（应为阳）；多言者为阳，不语者为阴；面赤者为阳，面黯者为阴；新病朝急者为阳邪盛，暮急者为阴邪盛也；久病昼静者为阳虚，夜静者为阴虚也。

(二) 阴阳偏盛

《素问·阴阳应象大论》：阴胜则阳病，阳胜则阴病。阳胜则热，阴胜则寒。重寒则

热，重热则寒。

阳胜则身热，腠理闭，喘粗为之俯仰，汗不出而热，齿干以烦冤，腹满死，能冬不能夏。阴胜则身寒，汗出，身常清，数栗而寒，寒则厥，厥则腹满死，能夏不能冬。此阴阳更胜之变，病之形能也。

《素问·脉要精微论》：是知阴盛则梦涉大水恐惧，阳盛则梦大火燔灼，阴阳俱盛则梦相杀毁伤，上盛则梦飞，下盛则梦堕。

阳气有余为身热无汗，阴气有余为多汗身寒，阴阳有余则无汗而寒。

《重订严氏济生方·痼冷积热门》：一阴一阳之谓道，偏阴偏阳之谓疾。夫人一身不外乎阴阳气血相与交通耳。如阴阳得其平，则疾不生；阴阳偏盛，则为痼冷积热之患也。所谓痼冷者，阴毒沉痼而不解也；积热者，阳毒蕴积而不散也。故阴偏盛则偏而为痼冷，阳偏盛则偏而为积热。故贤云：偏盛则有偏害，偏害则致偏绝，不可不察也。

（三）阴阳偏虚

《医学启蒙汇编·医略·先天元阴病证论》：真阴亏损则精神恍惚，夜卧不安，其目则眈眈然羞明怕日，白昼虚见蛇行鼠走，或妄见烟火满室，或恶人与火，喜静则畏动，所恶所见皆阳也。

《医理真传·辨认一切阳虚证法》：凡阳虚之人，阴气自然必盛，外虽现一切火证，近似实火，俱当以此法辨之，万无一失。阳虚病，其人必面色唇口青白无神，目瞑倦卧，声低息短，少气懒言，身重畏寒，口吐清水，饮食无味，舌青滑或黑润青白色，淡黄润滑色，满口津液，不思水饮，即饮亦喜热汤，二便自利，脉浮空细微无力，自汗肢冷，爪甲青，腹痛囊缩，种种病形，皆是阳虚的真面目。

《医理真传·辨认一切阴虚证法》：凡阴虚之人，阳气自然必盛，外虽现一切阴象，近似阳虚证，俱当以此法辨之，万无一失。阴虚病，其人必面唇口红色，精神不倦，张目不眠，声音响亮，口臭气粗，身轻恶热，二便不利，口渴饮冷，舌苔干黄或黑黄，全无津液，芒刺满口，烦躁谵语，或潮热盗汗，干咳无痰，饮水不休，六脉长大有力，种种病形，皆是阴虚的真面目。

《医学指南·阴虚证论》：阴虚者，火亏其源。如口渴咽焦，引水自救；或躁扰狂越，欲卧泥中；或五心烦热，而消瘵骨蒸；或二便秘结，而尿如浆汁；或吐血衄血，咳嗽遗精；或斑黄无汗者，由津液枯涸；或中风痲疯者，以精血败伤。凡此皆无根之焰，有因火不归根，皆阴不足以配阳，病在阴中之火也。

《医学指南·阳虚证论》：阳虚者，水衰其本。火亏于下，则阳衰于上。或神气昏沉，或动履困倦，或头目眩晕而七窍偏废，咽喉哽咽而呕恶气短，皆上焦之阳虚也。有饮食不化，面吞酸反胃，痞满膈塞而水泛为痰，皆中焦之阳虚。有清浊不分而肠鸣滑泄，阳痿精寒而脐腹多痛，皆下焦之阳虚。又或恶寒洒洒，火脏之阳虚不能御寒也。肌肉臃胀，土脏之阳虚不能制水也。……此皆阳虚之证也。

《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》：假如脉数无力，虚火时炎，口燥唇焦，内热便秘，气逆上冲，此真阴不足也；假如脉大无力，四肢倦怠，唇淡口和，肌冷便溏，饮食不化，此真阳不足也。

《医粹精言·水弱火弱论》：阳虚之候多得之愁忧思虑以伤神，或劳逸以伤力，或色欲过度而气随精去，或素禀元气不足，而寒凉致伤等证，皆阳气受损之所由也。阴虚者

多热，水火不济而阴虚生热也。此病多得于酒色嗜欲或愤怒邪思，流荡狂劳以动五脏之火，而先天之阴不足者尤多。

（四）亡阴亡阳

《灵枢·经脉》：六阳气绝，则阴与阳相离，离则腠理发泄，绝汗乃出，故旦占夕死，夕占旦死。

《医学汇海·伤寒变证》：亡阳证者，下多失其真阴。证亦头眩目晕，肉瞤筋惕，脉虚无神。攻下过剂多有此证，失治则死。亡阳证者，汗多而伤损真阳也。其证头眩目晕欲倒地，或肉瞤筋惕，脉虚无神，发表太多多有此证，若再失治，死无救矣。

《医学心悟·医门八法·论汗法》：……寸脉弱者，不可发汗，汗则亡阳。尺脉弱者，不可发汗，汗则亡阴也。

《医学源流论·亡阴亡阳论》：医者能于亡阴亡阳之交分其界限，则用药无误矣。其亡阴亡阳之辨法何如？亡阴之汗，身畏热，手足温，肌热，汗亦热而味咸，口渴喜凉饮，气粗，脉洪实，此其验也；亡阳之汗，身反恶寒，手足冷，肌凉，汗冷而味淡微粘，口不渴而喜热饮，气微，脉浮数而空，此其验也。

《素问·逆调论》：黄帝问曰：人身非常温也，非常热也，为之热而烦满者何也？岐伯对曰：阴气少而阳气胜，故热而烦满也。帝曰：人身非衣寒也，中非有寒气也，寒从中生者何？岐伯曰：是人多痹气也，阳气少，阴气多，故身寒如从水中出。

人有四肢热，逢风寒如炙如火者，何也？岐伯曰：是人者，阴气虚，阳气盛，四肢者，阳也，两阳相得而阴气虚少，少水不能灭盛火，而阳独治，独治者不能生长也，独胜而止耳，逢风而如炙如火者，是人当肉烁也。帝曰：人有身寒，汤火不能热，厚衣不能温，然不冻栗，是为何病？岐伯曰：是人者，素肾气胜，以水为事，太阳气衰，肾脂枯不长，一水不能胜二火，肾者水也，而生于骨，肾不生则髓不能满，故寒甚于骨也。

【研究进展】

八纲是古人通过长期对疾病的观察而归纳出的辨证纲领。错综复杂的临床表现均可通过八纲而得到归类判断。八纲是中医基础理论的重要组成部分，与病因、病机、治法、方药等组成统一的中医临床理论体系，形成了相互依存，不可分割的关系，是历代医家在诊疗中遵循的准则。现代观点认为，八纲不仅是理论逻辑（抽象）概念，而且也可找到相应的病理、生理变化规律，是对机体在疾病情况下出现的病理反应态的一种特别归纳和概括。

一、阴阳、寒热现代研究进展

《素问·阴阳应象大论》：“水火者，阴阳之征兆也。”张景岳注：“征，证也。兆，见也。阴阳不可见，水火即其证而可见也。”《景岳全书》：“寒热者，阴阳之化也。”《素问·阴阳应象大论》：“阳胜则热，阴胜则寒。”阴阳即寒热，是辨病性的两极。现代研究提示，阴阳、寒热与肾上腺皮质轴、甲状腺轴、性腺轴、交感-副交感神经功能及前列环素与血栓素、环核苷酸、物质能量代谢等有关。

1. 阴阳寒热与下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴功能 下丘脑通过分泌促肾上腺皮质激素释放激素（CRH），促进垂体前叶释放促肾上腺皮质激素（ACTH），进而促进肾上腺皮质激素的分泌。类固醇是在肾上腺皮质合成的激素，其中糖皮质激素（皮质醇、皮质

酮),对糖代谢具有强大的调节作用,如促进肌肉蛋白质的分解,减少氨基酸的摄取及蛋白质合成,增加糖异生和糖元合成等。50年代末,有人发现阳虚患者尿17-羟类固醇偏低,而阴虚患者偏高^[1]。以后的研究又发现阳虚患者尿17-酮类固醇也降低^[2],血浆促肾上腺皮质激素也低于正常^[3]。17-羟类固醇降低与阳虚(尤其是肾阳虚)有关,而类固醇的降低又是由于下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴功能异常改变(减退)所致。

但对阴阳寒热与下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴功能的关系也有不同认识,有研究观察发现肾阳虚患者血浆皮质醇昼夜节律曲线呈A、M或L型异常改变,且ACTH试验延迟或低下反应,因此说明肾阳虚证的表现(皮质功能不足),可能源于中枢的下丘脑(或更高中枢)、垂体^[4~6]。另一种研究认为,肾上腺皮质是人类调节机体适应体内和外界各种刺激以及环境变化的主要内分泌腺,许多疾病都可导致肾上腺皮质功能的异常。因此,肾阳虚证由于病种差异,病情不同,可以影响到肾上腺轴的不同水平(下丘脑或垂体或肾上腺皮质),但主要表现仍以肾上腺皮质激素分泌不足为显著。于是提出将肾阳虚证分为三度,Ⅰ度为临界性肾阳虚,表现为尿17-OH低于正常,无阳虚外证,或仅轻度表现;Ⅱ度称狭义肾阳虚,表现为尿17-OH排量降低,并符合肾阳虚辨证(临床)标准;Ⅲ度为肾阳损证,表现为尿17-OH排量显著下降及典型的肾阳虚证表现,多表现为内分泌功能失代偿,临床多见于皮质功能减退症。认为尿17-OH排出量降低是诊断肾阳虚证的重要病理指标^[7]。

2. 阴阳寒热与下丘脑-垂体-甲状腺轴功能 下丘脑通过分泌促甲状腺激素释放激素(TRH),促进垂体合成和分泌促甲状腺激素(TSH),促甲状腺激素具有刺激甲状腺细胞,增加甲状腺素分泌的功能。甲状腺素具有增强基础代谢率,促进生长发育,增强高级神经的活动,动员儿茶酚胺释放等作用。甲状腺素增多时,代谢产热增加,体温升高,食欲亢进,心率快,或出现消瘦等表现。现代对阴阳寒热与下丘脑-垂体-甲状腺轴功能关系的研究是从寒证患者机体热量不足,热证则是热量过剩的认识开始的,如临床观察发现,甲状腺机能亢进患者多偏阴虚(如有舌光红、消瘦、脉数等表现),而甲状腺机能减退患者则多辨证为阳虚^[8~9]。形态学研究则发现阴虚患者甲状腺有萎缩或退形改变,阳虚患者则呈甲状腺机能活动低下或静止^[10]。实验检测也证实,阳虚患者甲状腺素分泌减少^[11],而阴虚火旺患者表现为甲状腺素分泌增多,阴虚证也可表现为甲状腺功能正常或偏低^[12]。

对阴阳寒热与下丘脑-垂体-甲状腺功能的关系,沈自尹等也作了对高级中枢功能的检测研究,发现肾阳虚患者存在有轻微的下丘脑-垂体-甲状腺轴储备功能减退。同时他们还同步检测了肾阳虚患者下丘脑-垂体-肾上腺轴功能,结果提示肾阳虚证患者甲状腺轴和肾上腺轴两轴异常值之间未见明显相关关系。但两轴的异常病例数都较多,且异常改变的情况符合上述规律^[13]。

3. 阴阳寒热与交感-副交感神经功能 交感神经分布于躯干、四肢、皮肤血管、汗腺竖毛肌,以及心脏等内脏器官,交感神经兴奋可引起心血管系统活动亢进,出汗、竖毛,以及消化吸收、泌尿生殖系统的运动、分泌活动抑制等改变,人们在精神兴奋或运动时,交感神经系统活动亢进。而副交感神经系统的功能则相反,副交感神经兴奋可引起心血管系统活动抑制,消化吸收系统活动增强等改变,人们在休息或睡眠期间,副交感神经系统活动亢进。交感神经还可刺激肾上腺髓质分泌儿茶酚胺,构成交感-肾上腺髓质系统,是儿茶酚胺分泌、合成的主要途径。儿茶酚胺可增加心率,升高血糖,有生热效应,可

促进脂肪分解，与皮质醇、甲状腺素也有功能关系。

现代研究发现，阳虚患者副交感神经功能占优势，阴虚患者交感神经功能占优势^[14]，热证（虚热、实热）患者交感神经活动增强，尿中儿茶酚胺排出量增多，寒证则相反^[15]。也有研究发现，阴虚火旺和单纯阴虚之间，尿儿茶酚胺排量存在显著差异^[16]。虚寒证患者血浆多巴胺-β-羟化酶活性及尿中儿茶酚胺排出量均低于正常，虚热证患者则高于正常^[17]。梁月华等通过对患者副交感神经功能指数的降低（负值）与升高（正值），具有和寒热证性质及其相关指标尿儿茶酚胺排出量改变相一致特点的分析提出，寒证患者交感神经-肾上腺髓质功能低下，热证则增强。并提出寒凉药可能具有抑制交感神经介质的合成与释放的作用，温热药则可能有直接刺激有关神经和组织，促进多巴胺和去甲肾上腺素的合成，并促使其释放增多的作用^[15]。

梁氏等检测副交感神经平衡指数的方法是，通过每日或间断地测量患者的唾液量、血压、体温、心搏间隔、呼吸间隔等数值，代入方程，求出综合表示上述指标变化的总趋势。回归方程式如下：

$$y = -28 - 0.194x_1 + 0.031x_2 + 0.025x_3 - 0.792x_4 - 0.131x_5 + 0.649x_6$$

其中： x_1 为唾液量（毫升/3分钟）， x_2 为收缩期血压（mmHg）， x_3 为舒张期血压（mmHg）， x_4 为心搏间隔（秒）， x_5 为呼吸间隔（秒）， x_6 为口腔温度（℃）。

此方程式是根据 165 名正常人的测量结果求出的。正常人 y 值为 0 ± 0.56 （即 $y = 0 \pm 0.56$ ）， y 为正值表示交感神经系统活动增强， y 为负值则表示交感神经系统活动减弱或副交感神经系统活动增强^[15]。

4. 阴阳寒热与下丘脑-垂体-性腺轴功能 下丘脑通过分泌促性腺激素释放激素（Gn-RH）而调节促性腺激素的分泌，垂体前叶分泌促性腺激素（FSH、LH），促进性腺的发育和功能活动。雄性激素具有促进雄性器官发育，增强基础代谢，促进蛋白质合成，使性欲亢进等作用，雌激素则具有促进雌性器官发育，促进促肾上腺皮质激素-肾上腺皮质激素的分泌，刺激甲状腺发育，使性欲亢进等作用，孕酮则具有妊娠准备及维持中枢调节、升高基础体温的作用。现代研究发现肾阳虚患者均有肾上腺、甲状腺、睾丸、卵巢等腺体不同程度的萎缩和退行性变化^[8]。对寒热体质动物的观察研究则发现，热体大鼠孕酮含量远高于寒体组，睾酮含量也较寒体组高^[18]。经用实验的方法，将大鼠的肾上腺和甲状腺切除后，造成卵巢功能减退，动物即表现为典型的阳虚，经用温补肾阳治疗，大鼠卵巢 HCG/LH 受体功能提高，下丘脑-垂体-性腺轴功能改善^[19]。

5. 阴阳寒热与物质能量代谢 细胞的物质代谢活动都伴随有能量转化，而三磷酸腺苷（ATP）是机体储能和直接供能的物质，与细胞的生理活动密切相关，细胞中消耗能量最多的是钠泵（ $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶），伴随能量代谢的改变还有耗氧量、代谢产乳酸、肌酐、尿素氮等的改变，且物质能量的代谢还受神经-内分泌等因素的调节和影响。上海第一医学院研究发现，肾阳虚患者红细胞糖酵解率较正常低，肾阴虚者较正常高，治疗后则趋于正常^[20]。阴虚内热与钠泵活性有关，阴虚患儿红细胞钠泵活性显著高于正常儿童，而肾阳虚者则较正常低^[21]。上海中医学院研究发现，阴虚火旺者尿肌酐明显高于单纯阴虚者及正常人，甲亢、高血压病阴虚火旺者尿尿素氮、尿儿茶酚胺量均明显高于正常人及单纯阴虚者，说明阴虚火旺病人体内的能量消耗较大^[22]，对甲亢的观察发现，阴虚火旺者的尿羟脯氨酸排量显著高于正常人及非阴虚火旺者。对慢性肾炎阳虚、阴虚患者的

观察发现,阳虚患者肌酐系数、尿尿素氮、尿钾、尿磷、尿镁量均明显降低,阴虚患者肌酐系数明显增高,说明阳虚证有机体营养不良和能量代谢降低,阴虚证营养状况尚正常,而能量代谢增高^[23];上海中医学院对寒热体质动物的研究发现,热体动物的能量生成(ADK活性)和利用($\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性)都比寒体动物高,新陈代谢率要快^[17]。

6. 阴阳寒热与环核苷酸及前列腺素 1956年 Sutherland 发现了环核苷酸 cAMP, 1968年提出了第二信使学说,1963年 Ashman 等又发现了另一种环核苷酸 cGMP。大部分多肽类激素以及儿茶酚胺类中一部分胺类激素都是和靶细胞的细胞膜表面的受体相结合,由于膜内的腺苷酸环化酶被激活,进而使细胞内的环磷酸腺苷(cAMP)浓度升高,激素的效应才得以发挥。因此,两个信使学说认为,激素是第一信使,以细胞膜为界,将激素的信息向细胞内传输的 cAMP 系列是第二信使。作为激素受体的腺苷酸环化酶复合体是由可以识别特定激素并能与之结合的调节亚单位以及活性受它调控的催化亚单位两个部分所组成,激素和调节亚单位一经结合就可激活催化亚单位,腺苷酸环化酶的作用因而出现,使细胞内 ATP 合成 cAMP,由此调节细胞的代谢机能,cAMP 的调节作用主要又是通过激活各种蛋白激酶实现的。环磷酸鸟苷(cGMP)也是广泛存在于生物界的一种物质,一般认为 cGMP 的生理活性和 cAMP 相反,在多数情况下表现为拮抗作用。1973年美国生物化学家 Goldberg 通过观察研究认为,cAMP 和 cGMP 的这种双向控制系统是许多不同生物调节现象的阴阳学说的基本原理所在。

上海第二医学院研究发现,阴虚患者其血浆 cAMP 占优势,阴虚火旺者其血浆 cAMP/cGMP 的比值明显高于正常,阳虚则 cGMP 占优势,cAMP/cGMP 比值明显低于正常^[24]。上海中医学院研究发现慢性气管炎阴虚型或阳虚型病人 cGMP 均较正常人升高,阴虚型 cAMP 也较正常人升高,阳虚型则较正常人降低,cAMP/cGMP 比值则两型均较正常人低^[25]。李澄贻等研究发现,阴虚、阳虚患者血、尿 cAMP 含量均在正常范围,但经对病人膻中穴兔脑嗅叶埋藏刺激后,阴虚组血、尿 cAMP 含量明显增高,而阳虚组则无明显改变^[26]。

前列腺素是存在于生物体内的一族自然物质,它具有强大、广泛的生物活性,机体需要时,可由各种组织产生和释放,以调节局部细胞功能,属局部激素。前列腺素可分为 9 个系列,前列腺素的前体是花生四烯酸,在各种刺激物对细胞膜的作用下,花生四烯酸从细胞膜磷脂游离释放,随后立即被环氧化酶和脂氧酶迅速代谢为两类氧化产物,通过环氧化酶途径花生四烯酸可生成 PGG_2 ,然后再合成 PGE_2 、 PGD_2 、 $\text{PGF}_{2\alpha}$ 、 TXA_2 、 PGI_2 等。目前认为 PGI_2 、 PGE_2 有扩血管和抗血栓作用, TXA_2 、 $\text{PGF}_{2\alpha}$ 则具有收缩血管和促血栓形成的作用,河北医学院研究发现肾性高血压阴虚患者血浆 $\text{PGF}_{2\alpha}$ 升高^[27]。北京医科大学中西医结合研究所研究发现虚寒证患者尿中 PGE_2 排出量下降, $\text{PGF}_{2\alpha}$ 排出量升高, $\text{PGE}_2/\text{PGF}_{2\alpha}$ 比值明显下降,而虚热证患者尿中 PGE_2 排出量升高, $\text{PGF}_{2\alpha}$ 无明显变化, $\text{PGE}_2/\text{PGF}_{2\alpha}$ 比值升高^[28]。

7. 阴阳寒热与其他生理、病理功能 上海中医学院研究发现,阳虚多 E-玫瑰花环形成率降低,提示细胞免疫功能低下^[29]。陈松涛等研究发现,阴虚、阳虚患者“淋转”试验均降低^[30]。陈汉平等通过对甲亢阴虚和甲减阳虚患者的研究发现,甲减阳虚患者自身花环形成细胞(ARFC)数目明显高于正常,说明其免疫自身识别能力处于亢进状态,而甲亢阴虚患者则相反,甲减阳虚患者还表现为淋巴细胞亚群之一的辅助性 T 细胞数及

OKT₄⁺/OKT₈⁺ 比值明显高于正常人, 甲亢阴虚患者则低于正常^[31]。

黄松章等研究发现, 阳虚患者红细胞压积升高, 全血粘度升高, 阴虚患者则见红细胞压积降低, 纤维蛋白原增多, 血浆粘度升高, 血沉加快^[32]。朱玫等研究发现, 阴虚阳虚患者均有血清 Cu 增高及 Zn/Cu 比值降低, 而阴虚的程度更甚, 阴虚患者血清 Fe 降低, 阳虚患者血清 Br 降低^[33]。刘福春等研究发现, 老年阳虚患者血清 Zn、Cu 较正常人及老年对照组明显降低, SOD-1 也较老年对照组降低, 而血清 Zn 降低与 SOD-1 呈正相关^[34]。邱保固等研究发现, 阳虚、阴虚患者头发中微量元素锌和铬降低, 而铁含量明显升高, 女性患者铜含量也下降^[35]。

此外, 谭达人等对普遍认为血液流变学有异常改变的冠心病患者进行分型研究, 结果发现血液流变学指标全血粘度(比)、全血还原粘度(比)由低到高的顺序是阳虚型→单纯阴虚型→阴虚火旺型。同时可见血液流变学指标的异常增高项目主要见于阴虚患者, 阳虚患者则很少见。他们认为, 阳虚患者血液粘度虽在正常范围内, 但并不能说明阳虚冠心病患者血液流变性正常, 其主要问题可能表现在微循环障碍^[36]。王鸿观察发现, 肾阳虚患者微循环障碍的特点是底色浅黄透明, 管襻数目减少, 或血流速度缓慢; 阴虚患者则表现为管襻数明显增多, 管襻内血色深红, 血液性状浓厚等^[37]。还有研究发现阳虚患者指尖血管容积和描记显示血液灌注不足等。曾昭俭等观察发现, 寒证患者甲皱微循环表现为, 视野底色微红, 管襻清晰, 无渗出与毛边, 管襻长, 发夹型, 排列整齐, 充盈良好, 偶见“断节”和“空虚”现象。热证为, 视野底色红或微红, 管襻整齐, 大都有扩张(偶见痉挛), 血流充盈良好, 流速增加^[38]。

总结阴阳寒热的微循环特点为, 阴虚证: 血色鲜红或暗红, 管襻清晰, 管襻数>9条/mm, 管径较粗, 管襻长度增加(>0.45mm), 排列不规则, 畸形管襻≥30%或见乳头下静脉丛, 血流加快, 呈线状持续流动。阳虚证: 血色淡红, 管襻短小, 管径较细, 或管襻模糊, 分枝型管襻较多, 血流速度减慢, 流态呈虚线状。热证: 血色多为鲜红, 血流快, 线流, 管襻扩张, 分枝较多, 管襻较长, 管径增粗, 血流量增多, 异形管襻增多, 或轮廓模糊等^[39]。

泰茂林等研究发现火郁证患者血液中中分子物质含量增多^[40]。

董子亮等通过测指端皮温研究发现, 表热证指端皮温较正常人高, 手指在 10℃水中浸浴(2分钟)后指端皮温及复温时间(温度上升至 25℃的时间)——体表耐寒能力较正常人及表寒证升高。表寒证患者指端皮温与正常人相似, 但复温时间明显延长。提示表寒证可能以散热减少, 体内产热增加为主, 表热证则机体处于产热和散热基本平衡的状态。里热证患者指端皮温及体表耐寒能力无明显改变, 里寒证则表现为指端皮温及体表耐寒能力降低^[41]。

冯栋年等通过检测白细胞抗原(HLA), 并结合 Rohrer 指数及肋弓角测定分析了阳虚证患者的遗传学特征发现, 在 HLA 频率分布方面阳虚组 HLA-B₅、CW₃ 及 A₉ 较健康人组低, 说明阳虚患者可能存在某些免疫学方面的遗传特点。Rohrer 指数及肋弓角测定结果则提示阳虚组患者以肥胖人居多^[42]。何裕民等对 1257 例体型与体质的调查也表明, 肥胖人群中阳虚比例偏高, 瘦削人群中阴虚比例偏高^[43]。

8. 阴阳寒热与熵 熵是一个物理学概念, 它表示热力体系中不能利用的热能的多少。60 年代末被用于研究远离平衡态的有序现象——耗散结构, 使薛定谔提出的熵对生

命体的意义研究得到进一步深入。人体的生命过程是一个不可逆过程，因此必然伴随着熵的增加，但人体又是一个开放体系，因此可借熵流和负熵化使之消除。人体的熵通常维持在恒定体温下合成代谢与能量代谢相匹配的较低水平，合成代谢旺盛，负熵化就强；体温调节中枢健全，散热正常，则熵流畅通，这是人体健康的基本条件。

无论是熵流受阻（人体不能正常地向环境释放热量）、产熵过多（长期劳累或异常的代谢产热旺盛）或出现非热熵（热对生命大分子长期侵蚀，可转化为结构中的非热熵，合成代谢和能量代谢共轭过程中，放能反应的部分能量也可直接转入合成代谢产物的结构中，成为产物的非热熵——构型熵），均可出现熵的累积，使人体生病（熵病）或衰老^[44]。

根据以上理论，张氏提出阴阳交感过程是熵减少过程，阴阳反作过程则是熵增加的过程，新陈代谢不断增加负熵，才使得阴阳交感有序现象得以发生^[45]。冯氏对阴阳寒热与熵关系的分析则认为，阴虚内热是合成代谢本身的速度由于某种原因（如酶的活力下降或营养不良），跟不上消除热熵的侵蚀及非热熵出现的需要。阳虚生寒则可理解为能量代谢速率跟不上合成代谢与其共轭的需要，即合成代谢缺乏推动力，因而难以消除积熵（尤当身体向环境做功时，用于共轭的ATP更显不足）。使用清热类中药的目的在于排熵导热，同时减缓能量代谢使之不过于旺盛。滋阴药的目的则在于强化合成代谢，消除非热熵。使用温热中药的目的在于强化能量代谢，然后再强化合成代谢，以消除积熵。即通过调理生理功能而使人体恢复健康^[44]。

二、虚实、表里现代研究进展

虚实是辨机体正气盛衰的纲领，邪气盛则实，精气夺则虚。现代研究认为，虚证涉及的范围很广，几乎包括所有的慢性疾病和部分急性疾病以及先天不足、虚弱、衰老等情况下机体所处的状态，实证则多见于急性疾病、温热病及癥瘕积聚等机体状态。表里是辨疾病病位深浅层次的两纲，表证是指邪在肌表、肺卫，里证是指邪在脏腑、骨髓。

1. 虚实与免疫系统功能 免疫功能是机体的一种防御机制，免疫系统功能由胸腺、血液淋巴细胞及抗体等构成。机体内的淋巴细胞分为T细胞和B细胞两类，T淋巴细胞（约占70%）参与细胞免疫功能，B淋巴细胞（约占30%）参与体液免疫功能，二者协同作用在免疫反应中起主要作用。此外，巨噬细胞具有摄取和吞噬抗原细胞，分泌带有抗原信息的物质，参与免疫反应的作用。常用来反映免疫功能的指标和方法有玫瑰花环试验，淋巴细胞转化试验、植物凝集素刺激试验、外周淋巴细胞酸性酯酶、T淋巴细胞亚群、补体C₃、IgG、IgM、IgA等。

现代研究发现，虚证的一个共同特点是机体的免疫功能低下，尤其是细胞免疫功能低下。综合研究结果提示，包括慢性支气管炎、哮喘、肺结核、肺癌、消化性溃疡、慢性胃炎、消化系肿瘤、肝炎后肝硬化、冠心病、风心病、慢性肾炎、白细胞减少症、白血病等多种疾病的虚证均表现为细胞免疫功能低下。沈氏观察发现，支气管哮喘患者血清IgE呈现明显的季节性升高，且具有抑制性T细胞功能降低，经温补肾阳治疗后，能抑制血清IgE的升高，并提高抑制性T细胞功能^[46]。虚证时体液免疫和非特异性免疫功能也多有改变，但尚未发现一定规律，可能与不同疾病及细胞免疫低下的类型有关。中药扶正治疗则可改善机体免疫功能，如补益类中草药具有调节和提高虚证患者免疫功能的作用。许多研究者还提出，免疫功能低下可能是虚证患者抗病能力降低的一个重要方面。

章氏等研究发现,与虚证不同,实证患者(包括急性菌痢、急性阑尾炎、急性胆囊炎、大叶性肺炎、尿路感染、上呼吸道感染、肿瘤等)E-花环形成率、血清补体C₃与正常人无明显差异,而IgG、IgM含量则高于正常人^[47]。许氏等对直肠癌虚、实证的对比观察研究也得出类似的结果,实证二型细胞及体液免疫水平接近正常,虚证三型则明显降低,尤其是ANAE、ERFT及补体C₃。虚证组IgG、IgA、IgM也偏低^[48]。

2. 虚实与神经、内分泌功能 对虚证与神经、内分泌功能的研究,较多的是阳虚、阴虚证,有关内容已在阴阳寒热中综述。此外,总结各研究结果还表明,冠心病、糖尿病、高血压、慢性支气管炎、妇科疾病及老年人肾虚患者均存在不同程度的下丘脑-垂体-性腺轴功能紊乱,主要表现为血浆E₂、E₂/T升高,LH-RH试验呈延迟反应等^[49]。脾气虚患者尿17-羟、17-酮排出量观察结果,有的升高,有的降低,无一定规律。祁氏等报道,慢性胃炎脾虚患者尿胃蛋白酶活力及17-羟排出量与正常人相似,脾肾虚组则见尿胃蛋白酶活力及17-羟排出量均明显低于正常人^[50]。北京中医研究所观察发现,脾虚患者不仅有胃肠道方面的改变,而且还表现为副交感神经功能偏亢,交感神经张力降低^[51]。广西中医学院研究发现,肺气虚患者细胞免疫(淋转)和体液免疫(IgG、IgM)均明显低于健康对照组。同时血清真性胆碱酯酶(CNE)含量升高,提示肺气虚证患者以副交感神经功能亢进为主。因此,肺虚患者多表现为易感和自汗^[52]。谢氏等观察发现,实热证患者尿儿茶酚胺排量明显增加,提示实热证患者交感神经兴奋性增强^[53]。

3. 虚实与物质能量代谢 上海中医学院观察发现,慢性支气管炎肾虚患者红细胞ATP含量明显降低,补肾治疗后可接近正常^[49]。福建省慢支协作组观察发现,脾虚患者基础代谢低,蛋白质代谢水平低下^[49]。现代研究还发现,肺虚患者红细胞ATP含量与正常人无明显差异,而肾虚患者却明显低于正常^[49]。刘氏等研究则发现,虚证患者超氧化物歧化酶SOD-1较正常人降低^[54]。因此,有研究者提出,虚证患者(除阴虚火旺外)多表现为能量代谢不足,尤久病及肾等时;实证能量代谢则处于亢奋状态。

4. 虚实与血液流变学及微循环 宋氏等通过对111例以心脑血管病为主患者的血液流变学观察发现,各组血浆比粘度及血清总胆固醇都较正常对照组增高。但偏实证组(无明显虚证表现的血瘀、气滞、痰浊、湿热或癥积患者)伴有全血比粘度明显增高,阴虚组(尤女性患者)也有增高趋势,阳虚及阴阳两虚组则不伴有全血比粘度增高。偏实证组还表现为血浆纤维蛋白原和血球压积显著增加,而其他组变化不明显。提示全血比粘度的增高与邪实的关系更密切,且邪实不仅血瘀,气滞、痰浊、湿热和实火等证,均可见血液趋于高粘滞状态^[55]。

曾氏等观察发现,虚证患者甲皱微循环多表现为视野底色苍白或微黄,管襻清晰,排列整齐,无渗血及毛边,血流中可以清楚看见单个血细胞缓慢流动,甚至可见“断节”现象。实证则多表现为视野底色红或黄红,管襻形长,排列整齐,血流通畅,充盈度好,速度快,管襻有无渗出或毛边则视病程长短而异^[38]。胡氏总结微循环研究报道结果提出,气虚证的微循环特点为血色淡红,管襻纤细短小、模糊不清,管襻数减少(<7条/毫米),长度缩短(<0.2毫米),张力差,血流速度慢,流量小,流态多呈虚线,管襻排列不规则,畸形管襻≥30%,渗出和出血点多。血虚证的微循环特点为血色淡红或苍白,管襻变细,充盈度差,管襻模糊或尚清楚,管襻数减少(<7条/毫米),长度变短(<0.2毫米),血流减慢(中等),流态持续或呈虚线、断线、粒流,管襻排列不规则,畸形管襻

≥30%，有片状渗出。实证的气滞证表现为血色暗红或鲜红，管襻清晰或尚清楚，管径较细，扭曲管襻比例较大，管襻偏短、数目较少、排列不规则，血流速度缓慢，流量减少，断续流较多，襻顶可见瘀血、扩张，微血管周围有渗血、出血，可见乳头下静脉丛。痰湿证则表现为管襻间隙扩大、明亮等^[39]。

5. 表里证的研究 董氏等通过测量指端皮肤温度发现，表寒证患者指端皮肤温度及体表耐寒能力（以手指在10℃水中浸浴2分钟后的温度值及变温时间表示）明显高于里寒证组，而且表热证患者的指端皮温及体表耐寒能力也显著高于里热证组。提示指端皮温及体表耐寒能力的高低似乎与病邪是否在表及卫阳的反应状态有关^[41]。曾氏等通过观察微循环改变提出，表证是外邪入侵的初期反应，病属轻浅，全身性干扰较小，故微循环变化不显著。随着病情发展，由表及里，引起脏腑病变、气血不调（里证），微循环观察则可见视野底色苍白或微黄，管襻形态多样化，排列不齐，多有渗出或毛边，血流不均匀，缓慢，瘀阻，或有“空虚”“断流”等现象^[38]。

三、八纲的动物病理模型

（一）寒、热、阳虚、阴虚证模型

1. 寒凉、温热中药致寒、热证模型^[56~59]

【材料与方法】

动物：大鼠，雌性，体重170~230克。

方法：寒凉中药由知母、石膏、黄柏、龙胆草按1.5:2:1:1的比例组成（或龙胆草12克、黄连12克、黄柏10克、银花10克、连翘10克、石膏20克），温热中药由附子、干姜、肉桂按1:1:1的比例组成（或附子12克、干姜10克、肉桂10克、党参10克、黄芪10克、白术6克），制成100%水煎剂，每日4毫升，1次灌服，寒药连续灌胃3周，热药2周。

【结果】

寒证组动物在给寒凉中药10天后渐出现心率减慢，尿量增多，尿内肾上腺素及17-羟皮质类固醇排出量减少。热证组动物在给温热中药3天后渐出现心率加快，饮水量增多，尿量略少，尿内肾上腺素、去甲肾上腺素及17-羟皮质类固醇排出量增多。与临床寒、热证患者的观测结果一致。此外，寒证组动物痛阈增高，热证组降低，电针足三里，三阴交后两组动物痛阈的增高与降低更明显，同样寒证组动物惊厥阈升高，热证组降低。对中枢及内脏儿茶酚胺、5-羟色胺的观察发现，寒证组动物脑内各区5-羟色胺含量明显增高，去甲肾上腺素及多巴胺变化不大。热证组动物间脑区去甲肾上腺素含量略高，其他变化不大。寒证组脊髓腰膨大区去甲肾上腺素、5-羟色胺含量略低，颈膨大区5-羟色胺略低，去甲肾上腺素略高。热证组脊髓腰膨大区5-羟色胺含量偏低，去甲肾上腺素略高，颈膨大区去甲肾上腺素、5-羟色胺含量均下降。寒证大鼠肺内5-羟色胺含量相对增多，胃、十二指肠、大肠的5-羟色胺含量相对增高，儿茶酚胺含量变化不大。热证大鼠胃、十二指肠、大肠的儿茶酚胺含量相对增高。寒证组尿17-羟皮质类固醇及血孕酮含量偏低，热证组偏高或接近正常。

该模型形成的机理是，通过中药药性的寒凉与温热，大剂量施加于健康大白鼠，使其出现寒证和热证的表现，即过用寒凉、辛热之剂而致寒热病证的发病学思想。实验主要从交感-副交感神经功能及其递质探讨了寒热证形成的规律，提示寒证5-羟色胺含量升

高，儿茶酚胺含量降低或变化不大，热证则相反，与临床对寒、热证病人交感-副交感神经功能及其他相关指标的观测结果一致。此后也有将这两种模型称为中药所致虚寒、虚热证模型。

2. 糖皮质激素致阳虚模型^[60~87,81]

【材料与方法】

动物：小鼠，昆明种或瑞士种，雄性或雌雄兼有，体重16~25克。

方法：醋酸氢化考的松0.75毫克/只/天，或氢化考的松0.5~1毫克/只/天，或醋酸强的松龙100毫克/20克体重/天，臀部肌肉注射或股四头肌注射，连续给药5~10天。

【结果】

给药3~5天即出现明显的外观改变，表现为毛疏松、无光泽、逐渐消瘦、肢冷、蜷曲、拱背、活动迟缓、精神萎靡、反应迟钝、闭眼，直至死亡。用药剂量越大，时间越长，症状越重，死亡动物越多。同时模型小鼠体重减轻，耐冻试验死亡率增高。模型动物DNA合成率明显减少，肝细胞核固缩，异染色质增多，边集于核内膜下，核内膜与异染色质间有小空隙。线粒体肿胀变形，嵴发生溶解以至消失，糖原颗粒显著增多，肝细胞RNA含量明显下降，AKP活性反应增强，枯氏细胞与肝细胞核均呈阳性反应，ACP活性反应较正常对照组减弱。脾淋巴细胞数减少，脾小梁结缔组织增多，PAS反应增强，脾淋巴细胞RNA含量下降，AKP反应增强，ACP反应也较对照组增强。心肌糖原含量增多，心肌纤维中能见到细小颗粒，呈紫红色。模型小鼠抗体形成细胞功能较对照组严重低下，血凝抗体滴度降低，淋巴细胞刺激指数降低等。

该模型形成的机理是，通过使用大剂量外源性糖皮质激素（约相当于正常成人日分泌量的80倍），引起动物耗竭现象的一系列虚弱表现，从某些方面看与中医阳虚证类似。这种模型始见于60年代邝安堃先生的研究报告，是多年来中医药研究中被采用最多的一种阳虚证动物模型。但近年有研究指出这种模型实属一种急性或亚急性的药物中毒，与临床所见的阳虚不尽相同，因此，不如将此模型称为“氢化考的松模型”或“皮质醇模型”，更符合实际。还有实验用氢化考的松琥珀酸钠及地塞米松酸钠水溶剂造模，未能引起实验动物明显的耗竭现象。

药物反证表明，温阳中药可使模型动物外观有所改善，对肝细胞亚微结构、DNA复制及RNA、蛋白质的合成有一定保护和调整作用，对模型动物体液和细胞免疫功能均有增强作用，助阳和益气助阳药可使模型动物肝、脾DNA合成率明显增加，甚至接近正常。但也有实验用助阳和滋阴药治疗该模型进行对比研究，结果发现滋阴药在实验的前5天有使外观改善，肝脾组织结构及肝脾RNA、PAS等改善的作用，认为实验动物前5天内可能出现阴虚证。

附：糖皮质激素致阴虚模型

【材料与方法】

动物：小鼠。

方法：氢化考的松1.25毫克/只/天，肌肉注射，连续给药4天。

【结果】

由于大剂量使用皮质激素，致使动物体内的外源性皮质激素过多，从而抑制了动物下丘脑-垂体-肾上腺轴的正常调节功能，而出现相当于人的医源性柯兴氏综合征表现。该

模型持续时间短，随着时间延长，证候即发生改变。也有报道用氟氢可的松造模。

3. 切除（或烧灼）肾上腺致阳虚模型^{〔68~72〕}。

【材料与方法】

动物：大鼠。

方法：无菌操作，切开腹腔，暴露肾脏，确定肾上腺。然后切除左侧肾上腺，同时挖去右侧肾上腺髓质和大部分皮质，常规抗菌治疗、缝合。术后给动物饮用1%氯化钠溶液。

【结果】

术后大鼠血压逐渐上升，至第6周达到并稳定在较高血压水平。当用温热药附子、肉桂治疗后血压下降，动物死亡率减少，而用六味地黄汤治疗，动物病情恶化。同时可见术后大鼠醛固酮的尿排出24小时总量升高，尿激肽释放酶明显降低，18-羟脱氧皮质酮无明显改变，脑组织各区亮-脑啡肽含量偏低。且可见胸主动脉内膜内皮下层增厚，其结缔组织细胞间隙明显增大、增多，内皮细胞向管腔突起，甚者脱落，细胞外形不规则且界线模糊。当使用附子、肉桂或单味肉桂治疗后，以上指标大多可以得到改善。

该模型形成的机理是，通过手术的方法将动物造成肾上腺髓皮质再生性高血压（Skelton型高血压）模型，经实验指标及中药治疗观察，推测该模型可能属中医阳虚证。还有报道，用火烧或钢针烧灼大鼠肾上腺也可作出相同模型，其手术方法只是将切除改为烧灼，因此模型的形成机理也相同。

附：抑制糖皮质激素的生物合成造阳虚模型：有研究者提出可用氨基导眠能造模，其机理也与以上模型相类似，只是通过药物的方法造成动物医源性的肾上腺皮质功能减退。

4. 甲状腺切除虚证（阳虚）模型^{〔73~77〕}

【材料与方法】

动物：家兔，杂种或纯种，雌雄兼有，体重2.0~2.6千克。

方法：乙醚麻醉，无菌操作，实验组行甲状腺切除术，对照组切开皮肤，分离皮下组织与肌肉，暴露腺体，不切除。待实验动物表现出虚证症状时，再稳定1周，硫喷妥钠麻醉下处死动物，解剖观察，并作病理切片等有关实验观察。

【结果】

实验组家兔于术后8~15天先后出现了体温降低，呼吸、心率减慢，食欲减退，精神萎靡，嗜睡，喜蹇缩，反应迟钝，毛竖无光泽，部分动物出现呼吸困难，心律不齐等，对照组无明显改变。病理形态学观察，模型兔心脏多扩张呈球形，心腔内有中等量淡黄色微混浊积液，心肌间质水肿，有点、灶状坏死及间质炎细胞浸润，少数动物出现心肌粘液变性。肺部见有重度局灶性间质性肺炎，少数动物出现了小叶性肺炎。肝脏主要表现为肝细胞变性和坏死，变性的肝细胞肿胀增大，胞浆疏松，颗粒减少而透亮，部分细胞极度肿大呈气球样。胃粘膜下层常见水肿，肾间质多有灶性间质性炎细胞浸润等。此外，模型兔肝细胞糖原含量明显减少，肝细胞线粒体数减少，且细小似尘末，色浅淡染，融合成片，状如云絮，有溶解消失现象。或线粒体大小如针尖，数量极度减少，分布不均，聚集在细胞核周围融合成块或贴近胞膜。或线粒体形状不规则，肿胀呈小滴状，融合成大小不等的小块状，色深浓染。或线粒体肿大呈球形，沿胞膜排列，状似项链。

该模型的临床表现与虚证，尤其是气虚、阳虚类似。Smith等曾提出，“气”与现代

生物学中的能——ATP 的概念一致，本实验动物肝细胞线粒体数及糖原含量均较对照组减少，表明该虚证模型动物能量生成不足。因为甲状腺素促进组织细胞物质、能量代谢的功能与线粒体有关，主要是使线粒体数目增多，功能增强。因此，甲状腺切除导致虚证的机理是，切除甲状腺后，甲状腺素分泌障碍，供应不足，引起机体大多数细胞线粒体的数量减少和形态异常，继而能量生成障碍，供能不足，以致各器官功能减退，临床出现虚证的症状和体征。该模型现多认为属阳虚证范畴。

附：甲状腺切除致阳虚模型的实验

【材料与方 法】

动物：新西兰纯种白兔，雌性，体重 1.7~2.0 千克。

方法：同上行甲状腺全切术，术前后分别测血清钙，确认甲状旁腺未受损伤。

【结果】

术后，兔表现为喜好温暖，肢端温度显著下降，直肠温度降低，心率减慢，饮水量减少。外观表现为精神萎靡、反应迟钝、嗜睡懒动、动则气喘、毛零乱无泽等。同时测得模型兔耗氧量明显降低， TT_3 、 TT_4 水平明显下降，血清皮质醇含量减少。药物反证用补肾温阳中药 11 味治疗组，以上各项指标均有改善。有临床报道，甲减病人多属阳虚，而阳虚病人中约有半数可检出血甲状腺激素水平低于正常，因此该模型符合临床，是较典型的阳虚模型。

【模型动物畏寒指标的定量观测法】

装置分冷热两端，由一个 80×30×70 厘米铁丝笼和两端的冷热风机组成（见图 7-1），热端置一接点温度计，沿观测笼长轴侧壁由热端至冷端依次等距安装四支精密气象温度表，以测各区气温。

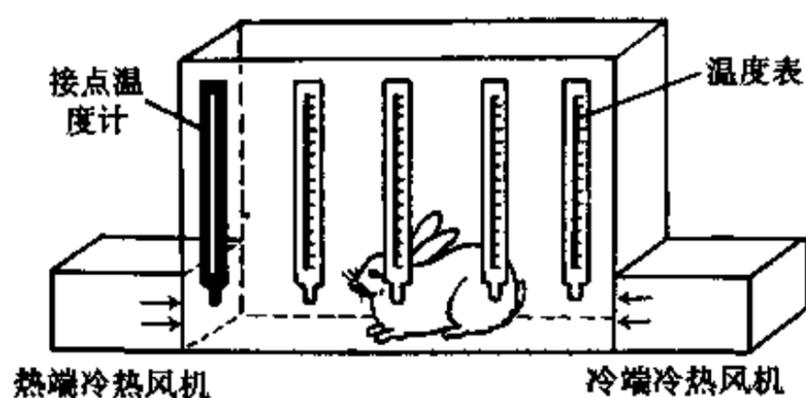


图 7-1 冷热动物实验笼

观测前将室温调至 $20 \pm 2^\circ\text{C}$ ，相对湿度控制在 62%~70%，将精密风速表置观测笼两端连线中点处，调整冷热风机与网笼间距离，使两侧风速相等。热端鼓热风，使接点温度计读数维持在 42°C ，冷端只鼓风，不加热，于是笼中便形成了一个由 42°C 至 20°C 不等的四个区域温度梯度。检测时将兔置观测笼中，先适应半小时左右，再观察记录兔自选的喜好位置及温度。

5. 羟基脲致阳虚模型^[78]

【材料与方 法】

动物：小鼠、昆明种，雄性，体重 22~28 克。

方法：羟基脲 15 毫克/毫升，每日取 0.5 毫升，用胃管喂饲动物，连续用药 13 天左右。

【结果】

动物灌饲羟基脲 13 天左右即出现了萎靡、蹇缩、活动迟缓等一般虚损的表现。同时测得耐冻时间及冰水游泳时间缩短，耐力及耐寒力降低，出现类似怕冷、畏寒的客观反

应。且动物体重下降、皮温降低，脾脏及睾丸重量减轻，尿 17-羟、17-酮皮质类固醇显著下降，肝、脾 DNA 合成率显著降低。

该模型形成的机理是，羟基脲（一种抗肿瘤药物）通过抑制核苷酸还原酶，从而抑制 DNA 的合成，影响核酸代谢，使脂肪、蛋白质代谢发生相应改变，而出现虚损症状。羟基脲又通过抑制睾丸 DNA 的合成，致使睾丸功能低下，从而可见睾丸重量下降，17-羟、17-酮皮质类固醇降低。羟基脲对骨髓有一定抑制作用，但本实验检测了模型动物外周血象，未发现明显异常。该模型与阳虚病人全身各系统功能均处于一种低水平状态的认识相一致，药物反证用淫羊藿、肉苁蓉合剂治疗组，模型动物各项指标均得到纠正。

【模型动物畏寒指标的定量观测法】

畏寒是阳虚证的特征表现，但对动物来说如何判定其是否畏寒，是造模研究中的一个难题，最早的方法是观察动物蹒缩、相互挤靠，但难以作出准确的判断。于是便有人用耐冻和冰水游泳实验来判定。

耐冻试验：将模型动物与对照组动物同时放入 -6°C 的冰箱中，每只小铁笼装 1~2 只小鼠，计算动物被冻僵的时间。

冰水游泳试验：将模型动物和对照组动物同时放入 4°C 冰水中，每次放入冰水游泳的动物数不宜过多，计算动物在冰水中游泳疲劳死亡的时间。

这两种方法更多的是反映动物应激反应和耐受能力，因此，现代药理实验也常采用这二种方法。

6. 腺嘌呤诱发肾阳虚模型^[79]

【材料与方法】

动物：大鼠，SD 系，雄性，体重 160 克左右。

方法：动物常规喂养适应 3~5 天后，实验组动物给含 0.5% 腺嘌呤的饲料喂养，对照组仍用普通饲料喂养。观察 10~30 天。

【结果】

模型大鼠随着进食腺嘌呤饲料日数的增加而日益消瘦，10 天后体重有所回升，出现体温降低，多尿，毛干枯不齐、稀疏、脱落，畏寒、肢冷，蹒缩拱背，精神萎靡，反应迟钝，少动闭眼，尾部苍白。模型鼠尿量增加，约为对照组的 4 倍，尿渗透压仅约为正常组的 1/6。

解剖观察发现，模型大鼠睾丸呈萎缩状态，大部分曲细精管退化变性，管腔内生殖上皮变薄，各级精细胞变性，精子产生明显减少或缺如，曲细精管之间结缔组织增多，间质细胞数量明显减少。同时模型组动物血睾丸酮 (T) 和雌二醇 (E_2) 含量明显降低，较对照组分别降低 80% 和 32%，模型组促黄体生成素 (LH) 和绒毛膜促性腺激素 (CG) 较正常组分别降低了 23% 和 41%。模型组动物 T_3 、 T_4 及皮质醇 (F) 与正常组比较分别降低 80%、27% 和 16%，血浆 cAMP 含量较正常组高 2.3 倍，肾组织中 cAMP 含量也呈升高倾向，但血浆、肾组织中的 cGMP 含量变化不大。

肉眼观察肾脏体积增大，肿胀，颜色苍白。镜检肾实质呈退化改变，肾小体数量明显减少，同样视野内只有 3~4 个肾小体，肾球囊腔扩大，肾小管尤其是近曲小管管腔内和间质中有棕黑色的 2, 8 二羟基腺嘌呤结晶沉积。有结晶沉积的近曲小管上皮变薄，管腔扩大，腔内有脱落上皮及嗜中性白细胞等结缔组织肉质增生。组织化学观察，模型鼠

肾血管球及肾小管基膜 PAS 反应接近正常，但近曲小管刷状缘反应显著减弱，腺嘌呤产物结晶沉积于肾小管上皮细胞刷状缘，AKP 反应显著降低，肾小管酶反应显著降低。而正常组动物肾血管球和肾小管基膜及近曲小管刷状缘的 PAS 反应呈强阳性，为紫红色，肾小管上皮细胞刷状缘的 AKP 反应呈强阳性，为棕黑色，G-6-P 含量较高，肾小管细胞质中充满酶反应颗粒，肾小体及胞核均为阴性反应。

该模型形成的机理是，动物大剂量摄入腺嘌呤后，由于异常高浓度的腺嘌呤在黄嘌呤氧化酶的作用下，转变成极难溶解于水的 2,8-二羟基腺嘌呤，沉积于肾小管引起肾功能衰竭。同时由于其毒性作用，而使肾组织中与糖、脂肪、蛋白质代谢有关的多种酶活性受抑制。临床表现出类似肾阳虚生化功能不足，水液代谢异常及生殖机能减退等一系列证候。药物反证用右归丸治疗组，该模型各项指标均得到改善。

7. 他巴唑致阳虚模型^[80~82]

【材料与方法】

动物：大鼠，Wistar 系，雌雄各半，体重 100~140 克，或同窝小鼠，雄性，7~8 周龄。

方法：大鼠给饮用含他巴唑 0.04% 的饮水，连续喂养 68 天。小鼠给饮用含他巴唑 0.03% 的饮水，共 2~3 月。

【结果】

造模后大鼠毛蓬竖，精神萎靡，团缩，食量减少，嗜睡少动，形体偏小，体重下降，体温降低，耗氧量降低。解剖观察，胸腺萎缩，心脏扩大呈球形，甲状腺重量减低，肾上腺重量增加。

组织学观察，模型大鼠甲状腺组织呈弥漫增生，滤泡变小，泡腔内类胶质极度稀薄或消失，上皮为高柱状，部分增生突进腔内形成乳头体，间质变小，血管扩张充血。肾上腺皮质各带分界模糊，束状带细胞增大，类脂质增加。睾丸曲细精管各层生精细胞明显减少，精子瘦小而细长，数量减少，甚至上皮细胞变性、萎缩，胞浆呈网状，精子缺如，间质细胞萎缩变小，间质水肿。卵巢体积缩小，各期卵泡数目减少。脑垂体前叶兼色细胞明显增多，细胞增大，胞浆内见有大小不等的空泡，间质血管扩张充血。心肌纤维呈灶状纹理消失，肌细胞肿胀，见有空泡变及点、灶状坏死，间质有少量炎细胞浸润。三组（模型组、正常对照组及参附汤治疗组）动物均有不同程度的间质性肺炎。模型大鼠肝细胞多肿胀、增大，胞浆疏松透亮呈空泡状，肝窦狭窄。胸腺小叶皮髓质分界不清，皮质内淋巴细胞数量减少，网织细胞增生，部分呈梭形，并见有少量多核巨细胞，髓质内胸腺小体相对增多，多变形，小叶内及叶间纤维组织增生，并有单核细胞、嗜酸性和嗜中性白细胞浸润。脾脏淋巴组织反应活跃，白髓增大，脾小体生发中心扩大，其中充满较大的淋巴母细胞，中央动脉周围淋巴细胞较稀疏，红髓内嗜中性白细胞浸润，网织细胞增生和浆细胞增多明显。其他未见明显异常。

药物反证用参附汤治疗组，多项指标均得到改善。

用小鼠造模时，当小鼠服他巴唑 2~3 月后，耗氧率明显降低，给模型小鼠注射氨甲酰胆碱后血浆 cGMP 峰值明显升高（高于正常对照组），注射异丙肾上腺素后血浆 cGMP 峰值改变不明显。药物反证用附子肉桂合剂治疗组，耗氧率升高，在氨甲酰胆碱激动下 cGMP 峰值降低，用生地、龟板合剂治疗则见相反结果。

该模型形成的机理是，通过他巴唑抑制甲状腺素的合成，造成医源性的甲状腺机能减退症（与甲状腺切除阳虚模型类似），与临床甲减患者的辨证分型多属阳虚（或肾阳虚）的报道吻合。

8. 甲状腺素致阴虚模型^[61,81~83]

【材料与方法】

动物：大鼠，纯种，雌性，体重160~230克，或同窝小鼠，雌性，7~8周龄。

方法：甲状腺素片160毫克/只/天，混悬于饮水中，让大鼠自由饮完后再给饮清水（宜每笼1只饲喂）。或给大鼠灌喂含甲状腺素2.5mg的水溶液2毫升/只/天，连续观察1~4周。小鼠造模则给甲状腺素片3毫克/只/天，利血平0.02毫克/只/天，共研粉，生理盐水稀释，灌胃。或给小鼠L-甲状腺素钠盐0.4毫克/只/天，皮下注射，连续给药4~5天。

【结果】

大鼠服用甲状腺素后，先表现为兴奋好斗，喜饮多食，继而明显消瘦，血清 T_3 、 T_4 增高，TRH下降。同时可见大鼠肝、肾、小肠粘膜中 Na^+ 、 K^+ -ATP酶活性显著升高，脑组织的 Na^+ 、 K^+ -ATP酶活性无明显变化。小鼠用药4~5天（或6天）后处死，发现肝脾DNA合成率、肝RNA合成率均升高，肝糖原显著减少。同时可见小鼠耗氧率增加，给模型动物注射异丙肾上腺素后，血浆cAMP峰值增高（高于正常对照组），注射氨甲酰胆碱后，血浆cGMP峰值无明显改变。以上模型用滋阴（或滋阴泻火）药治疗后，各项指标可得到改善，实验还提示，小鼠模型若造模用药至8天以后，便不属阴虚，似表现为阴损及阳，阴阳两虚。

该模型形成的机理是，大剂量使用外源性甲状腺素，使动物出现甲亢状态。由于临床资料表明，甲亢病人多可辨证为阴虚火旺，本实验用药物反证也表明模型动物在滋阴（或滋阴泻火）治疗后，有关指标可得到改善，认为该模型属阴虚证。此后又有研究者提出，给动物注射三碘甲状腺原氨酸造成的甲亢模型也属阴虚。

附：三碘甲状腺原氨酸（ T_3 ）致甲亢（阴虚）模型

【材料与方法】

动物：大鼠，SD系，雌性，体重180~220克。

方法：每天早晨8点左右腹腔注射 T_3 50微克/100克体重，连续注射7天。

【结果】

模型大鼠肝脏DNA含量偏高，肝细胞核 T_3 R最大结合容量增加，RNA聚合酶活性上升，肝匀浆 Na^+ 、 K^+ -ATP酶活性增加，肝组织ATP含量明显降低，全血ATP含量增高。使用益气养阴泻火药治疗组，以上指标均有改善。

9. 高血压阴虚模型^[72,84]

【材料与方法】

动物：大鼠，Wistar系，2~3月龄。

方法：无菌手术下，分离左肾动脉，用0.2毫米内径银夹造成左肾动脉狭窄，右肾则保持完整，术后每周测量血压1次，连续观察4~10周。

【结果】

大鼠造模后1周血压即明显升高，第4周后达到并稳定在高水平，同时模型大鼠血

浆肾素 (PRA) 活性升高, 尿酸固酮 (UA) 浓度升高, 血清血管紧张素 I 转换酶 (ACE) 及尿激肽释放酶 (UKa) 活性与正常对照组相似。模型大鼠脑干、下丘脑和纹状体三个脑区的甲-脑啡肽 (MEK) 及亮-脑啡肽 (LEK) 均降低。模型大鼠心脏重量指数增大, 心肌羟脯氨酸浓度升高。药物反证使用附子、肉桂治疗后, 血压继续升高, 尿酸固酮浓度稍升高, 脑区 MEK、LEK 进一步降低, 左心室壁羟脯氨酸浓度继续上升了 18.1%。用六味地黄方治疗则见模型动物血压稳定, 三个脑区 MEK 及 LEK 均普遍升高, 心肌羟脯氨酸浓度降低 (约降低 25.1%)。说明该模型可能属阴虚证。

该模型形成的机理是, 通过手术的方法将动物造成肾血管性高血压 (Goldblatt 型高血压) 模型, 此模型为肾素依赖性高血压。通过实验指标及中药治疗观察, 推测该模型可能属中医阴虚证。

10. 小肠侧瘻阴虚模型^[85]

【材料与方法】

动物: 家兔, 体重 1.7~2.5 千克。

方法: 麻醉, 无菌操作, 打开腹腔, 行人工高位小肠侧瘻造瘻术, 术后测体温、心率, 记录肠瘻液体量, 并观察粪、尿情况等。

【结果】

手术 3 天以后, 动物逐渐出现精神萎靡, 食欲减退, 口渴欲饮, 四肢无力, 明显消瘦, 皮肤弹性减低, 体温下降, 耳根较冷, 粪便量少稍干, 尿少。后期可出现睑结膜充血及溃疡, 脱毛等。血生化检查, 红细胞数量及血色素增加, 血氯偏低, 钠、钾偏高, 蛋白含量变化不大。

舌象观察, 早期变化不明显, 到后期相继出现红、干、瘦、舌尖光莹等特征。镜检舌尖部蕈状乳头较突出, 血管充血, 丝状乳头突起几乎完全消失, 舌中部蕈状乳头少, 血管不易见, 丝状乳头变平、变钝。组织学观察, 舌表皮生发层核染色深, 核分裂多见增生活跃。生发层及棘细胞层均有不同程度的空泡样变性, 表面角化细胞因脱屑过快而仅有 1~2 层残留, 丝状乳头上的角化丝脱落, 整个表皮层变薄, 乳头变平, 乳头间隙增宽。表皮下结缔组织充血, 但不水肿, 乳头中偶见出血, 近表皮层处中度淋巴细胞浸润。

该模型形成的机理是, 通过小肠高位造侧瘻手术, 使大量体液及消化酶丢失, 从而导致血液浓缩, 消化吸收等代谢功能障碍, 因此, 出现舌象等方面的改变。从模型动物出现的症状及舌象结果看, 符合阴虚的临床表现。

(二) 表、里、虚、实证模型

1. 风寒犯肺模型^[86]

【材料与方法】

动物: 阉割后的食品猪, 体重 87~131 千克。

方法: 20% 乌拉坦麻醉 (5 毫升/千克), 耳静脉注射, 麻醉后在猪的两侧放置冰块, 并以电风扇距离 1 米吹风, 持续 2 小时。

【结果】

模型猪出现呼吸频率加快等症状, 测球结膜微循环见微血管网交点数明显减少, 微血管管径明显增粗, 与实验前及对照组比较差异显著。

该模型形成的机理是, 通过模拟风寒刺激, 以达到风寒邪气侵袭肌表肺卫的目的。风

寒袭肺，肺失肃降，故呼吸急促，寒邪束表，使浅表微血管痉挛收缩、关闭，故微血管数减少，微血管血流受阻而扩张、管径增粗。该模型可属表证。

2. 啤酒酵母致虚证模型^[87]

【材料与方法】

动物：小鼠，昆明种，雄性，体重 22~40 克。

方法：新鲜啤酒酵母，60℃烘干，用时以生理盐水临时配制成 10% 的混悬液，于小鼠颈背部皮下注射 0.2 毫升/10 克。观察 5~25 天，皮下注射不宜过浅，注射部位也可在背部。

【结果】

注射啤酒酵母 5 天后，模型小鼠的开阔行为活动减少，被动学习过程中错误数增加，脾脏肿大，耐缺氧能力减弱，15 天后皮层 M 受体数减少，纹状体 M 受体数增加。

该模型形成的机理是，通过皮下注射啤酒酵母而引起动物无菌性的炎症及发热反应，属久病致虚。

3. 劳倦、饥饱致脾虚模型^[51,88,90]

【材料与方法】

动物：大鼠，Wistar 系，雌雄兼有，体重 160~320 克。

方法：采用自制的劳倦振荡装置，将实验组鼠笼固定于振荡器托盘上，启动振荡器，每振动 20 分钟停 10 分钟，每天振动 6.5~10.7 小时，白天振荡，夜晚休息，持续 8~33 天。同时采取隔天投 1 次饲料，每次投饲料量不限（保证吃饱），除振动时间除外，不限饮水。

【结果】

造模后动物表现为眼眯小，懒动，毛乱，无光泽，拱背，粪便异常（或干或溏），耳色淡白，尾灰白，尾细，体重减轻。模型动物游泳下沉时间缩短，消化道排空时间缩短，提尾排便阳性率增高（类似肠鸣、便意频）。多导生理记录仪显示，肠蠕动波幅度明显降低，频率加快。血液检查，红细胞膜 ATP 含量降低，红细胞膜上唾液酸含量降低，血清淀粉酶、亮氨酸氨基肽酶活性增高，红细胞 ConA 受体变构，故影响糖酵解的酶类，导致能量合成不足。解剖见模型动物心、肝、胃、肾上腺、胸腺重量减轻。电镜观察见，模型动物骨骼肌线粒体肿胀，线粒体嵴消失，胸腺皮质变薄，胸腺细胞明显减少，脾小体数减少，体积缩小，中央静脉鞘周围淋巴滤泡和边缘带细胞均减少。血液 T 淋巴细胞（%）降低，IgA 含量无改变。

药物反证用四君子汤治疗后，以上各指标恢复，较自然恢复时间明显缩短。

该模型形成的机理是，“劳倦伤脾”“形体劳役则脾病”（《脾胃论》）“劳则气耗”（《素问·举痛论》）。振荡为单调长时间的条件刺激，同时保证动物一定的耗力，因此，通过振动再加饥饱失常，则可使动物体力持续消耗，使大脑皮层产生抑制而致疲劳。同时白天振荡影响了动物的睡眠休息，日久则可出现类似脾（气）虚的证候表现。

4. 控制饲料量致气虚模型^[88]

【材料与方法】

动物：小鼠，雄性，体重 16~20 克。

方法：每天喂以控制量饲料（100 克/千克体重），另辅食白菜 2 克/只/天，每天上午

称重添食，清理残留食物和粪便，观察并记录小鼠一般状态及症状变化，至实验第 21 天做耐寒试验，22 天做游泳试验，处死动物作其他有关实验。

【结果】

动物将配给饲料全部吃完，无死亡，7 天内体重逐日下降，第 8 天开始上升，第 12 天恢复到第 3 天水平，此后趋于平稳。在实验开始的 1~2 天内动物精神不振，以后异常活跃，急切觅食，第 7 天后渐安静，第 15 天后精神不振，毛枯槁、竖立、脱落，尾绀、稍凉、角化。实验第 21 天将动物置 -4℃ 环境中 1.5 小时，动物呈寒战状，缩成一团，置室温下能很快恢复。实验第 22 天游泳实验提示，模型小鼠游泳下沉时间缩短。解剖取脏器称重发现，小鼠胸腺、肾及肾上腺重量系数下降，尤胸腺更明显。作核酸含量及 T 淋巴细胞测定发现，模型小鼠胸腺和肝脏中 RNA 含量明显下降，胸腺中 DNA 含量下降，肝脏中 DNA 升高，T 淋巴细胞（%）明显降低。

该模型形成的机理是，“人之所受气者，谷也。”（《灵枢·玉版篇》），“谷不入半日则气衰，一日则气少矣。”（《灵枢·五味篇》）胸腺是机体的免疫中枢器官，担负着促进 T 细胞发育、成熟、分化等作用，与机体免疫功能密切相关，实验动物出现胸腺萎缩明显，T 细胞（%）下降，与临床气虚患者多免疫功能低下的报道一致。此外，肝细胞萎缩，肝糖原大量耗竭，使 DNA 含量反而升高，是代谢异常的表现，也是导致气虚的原因之一。该模型的特点是简便易行，用四君子汤治疗组以上各项指标均得到明显改善。

5. 几种简便的虚证模型^[89]

【材料与方法】

动物：家兔，体重 2.25~3 千克。

方法：方法一：生大黄 500 克，水煎，取煎液 1000 毫升，每只家兔一次灌服冷煎液 75~100 毫升，给药后随时观察体征，且每 24 小时测耳部发光强度。方法二：家兔停食、停水，每 24 小时测耳部发光强度。方法三：采用股动脉放血或注射器心脏采血法，使家兔急性失血，每只家兔一次采血 15~75 毫升，观察体征，测耳部发光强度 15~40 分钟。

【结果】

灌服大黄后，家兔出现腹泻（持续水泻至稀便 1~2 周），体重减轻，毛杂乱无光泽，活动能力降低，食欲减退。解剖发现胃肠胀气，测发光强度见每只家兔的体表发光强度均明显降低。

停食、停水后家兔出现精神萎靡，体重减轻，行动迟缓，毛杂乱无光泽，耳部发光强度大幅度降低。

急性失血状态下，家兔耳部发光强度很快便显著下降，10 分钟后下降逐渐缓慢。

四、八纲研究展望

八纲是中医辨证论治的基础，《内经》言：善诊者，先别阴阳。治病必求于本，本于阴阳。因此，阴阳是辨证的总纲，就实际运用而言又主要是寒热、虚实、表里六纲。寒热是矛盾概念，是病理性质中对立的两个方面，现代研究也基本是在这一思想指导下进行的，而大多研究结果也显示，一些观察指标确实因寒热性质不同而向相反方向发生改变。由于寒热的这种对立性特点，给现代研究带来了很大方便，因此，在八纲的现代研究中阴阳寒热的研究最多。

阴阳寒热方面研究的主要成果是，提示了寒、热证（包括阳虚、阴虚）在内分泌调

节、神经功能及代谢水平等方面表现出抑制或亢奋的不同方面，尤其是对肾上腺皮质轴功能的研究较深入，研究发现尿 17-羟皮质类固醇降低与阳虚证诊断尤有关系，具有一定的临床指导意义。此外，研究提出的阳虚、阴虚（寒、热）在神经活动及能量代谢方面具有不同改变特点，切合临床实际。因此，寒热的现代研究是卓有成效的。存在的主要问题是，运用这些现代指标诊断寒热证（阳虚、阴虚）似并不比传统的四诊更便捷或准确，而对药物研究似更有价值。其次寒热虽是矛盾的双方，但它们是在相互对立、依存和转化过程中，以整体的形式呈现的，因此，不同的寒热证（阳虚、阴虚）其对立表现的形式或程度可能并不相同。那么从某个时期孤立的个别生理指标来推论寒热的一般规律，似还不够全面，而临床相同证候可能存在的不同表现也给研究带来了很大困难。因此，突出和保持中医特色，以及实用和深化并重是将来继续研究中应注意的问题。

虚实表里则是相对概念，虚相对于实而存在，实相对于虚而存在，虚实反映病理过程中邪正双方相互作用的趋势。然而在现代虚实证研究中，大多并没有涉及虚实这两种状态和趋势之间的本质区别和联系，而是虚证研究较多，实证较少，个别脏腑的虚证及阴、阳虚证研究较多。表相对于里是病变部位在体表的一种表现，从病变的发生发展过程看，表多为初起、新病，日久不愈便多向里发展，因此，有时表里又可以是疾病发展中的连续过程。在表里证的研究中，由于中医理论对表里概念的界定不够清楚、具体（即过分强调其相对性），因此，对研究有一定干扰，相对寒热虚实，表里的研究还比较薄弱。在表里二纲中表证的概念相对具体而单纯，中医论治表证也大多可见良好效果，因此，将来似可以在表证方面更多地作一些研究。中医理论认为，表证和里证的病因与发病都不相同，表证只与感受六淫邪气、时疫温邪有关，而里证则可由表证发展而来，也可以由六淫邪气直接致病，或七情内伤等所致，因此，研究中可将表证看作是一类相对独立的证候。

从实验和临床两方面看，实验（模型）研究较全面。通过多种模型的深入研究，揭示了八纲的某些生理病理规律，更直观地反映了八纲的某些含义，尤其是阴阳寒热相矛盾概念的一般表现形式。但模型研究中大多是以现代某个别疾病的病理改变来概括作为多种疾病因素下机体反应态的八纲，似乎还不能说现代生理病理学诠释了八纲的全部含义。因此，将来可在自然疾病模型等更接近临床的方面多作研究，在结合并深化临床研究的同时，逐步解决现代科研中动物（模型）如何辨证的问题。使八纲的研究能够得到新的突破。

参 考 文 献

- 〔1〕上海第一医学院脏象组. 肾阴、肾阳中西医结合辨证施治规律的初步探讨. 上海中医药杂志, 1962, (1): 19
- 〔2〕江部康二, 等. 肾阳虚和肾阴虚患者尿中 17-羟类固醇和 17-酮类固醇排泄值. 日本东洋医学会杂志, 1981, (12): 143
- 〔3〕查良伦, 等. 人血浆 ACTH 放射免疫测定在肾阳虚病人中的应用. 中华内科杂志, 1982, (4): 202
- 〔4〕上海第一医学院脏象研究组. 肾阳虚病人下丘脑、垂体、肾上腺皮质系统功能的观察. 上海中医药杂志, 复刊号: 21
- 〔5〕张士义, 等. 慢性布鲁杆菌病肾阳虚患者肾上腺皮质轴功能状态及治疗观察. 中西医结合杂志, 1991, 11 (4): 220

- [6] 沈自尹. 从垂体-肾上腺轴讨论阴阳常阈调节论. 上海中医药杂志, 1979, (5): 3
- [7] 樊益, 等. 肾阳虚证在肾上腺皮质轴上的根本表现及肾阳虚证的量化分度. 南京中医学院学报, 1994, 10 (6): 6
- [8] 赵伟康, 等. 甲亢患者阴虚火旺证的初步研究. 上海中医药杂志, 1982, (7): 43
- [9] 沈自尹, 等. 老年人与“肾阳虚”患者甲状腺轴功能对比观察. 中西医结合杂志, 1982, 2(1): 9
- [10] 重庆医学院新医病理学研究小组. “八纲”之病理解剖学基础初探. 新医学杂志, 1975, (3): 8
- [11] 邱保国, 等. 阳虚证与甲状腺素的关系. 中西医结合杂志, 1983, 3 (3): 168
- [12] 高亮, 等. 阴虚阳虚与甲状腺功能. 陕西中医, 1984, 5 (8): 37
- [13] 沈自尹, 等. “肾阳虚”证的下丘脑-垂体-甲状腺轴初步观察. 上海中医药杂志, 1982, (2): 42
- [14] 重庆医学院新医病理学研究小组. 虚损之病机探讨. 新医药杂志, 1973, (11): 34
- [15] 梁月华, 等. 中医寒热本质的初步研究. 中华医学杂志, 1979, (12): 705
- [16] 唐树德, 等. 阴虚火旺与肾素、血管紧张素系统关系的初步探讨. 陕西中医, 1984, 5 (2): 43
- [17] 赵立业, 等. 虚寒证、虚热证患者血浆 D_βH 活性及尿中 CA 水平的临床研究. 中西医结合杂志, 1991, 11 (10): 603
- [18] 张伟荣, 等. 寒体、热体的实验研究 (I). 中西医结合杂志, 1991, 11 (8): 477
- [19] 李炳如, 等. 补肾补脾中药对大鼠甲状腺、肾上腺切除后卵巢功能减退的补偿治疗作用. 中西医结合杂志, 1984, 4 (4): 227
- [20] 何开玲, 等. 肾虚疾病中能量代谢的研究. 中华内科杂志, 1964, 12 (4): 310
- [21] 陈锐群, 等. 阴虚内热证初探——知母对钠泵作用的大鼠体内实验. 中西医结合杂志, 1983, (4): 235
- [22] 顾文聪, 等. 阴虚火旺甲亢患者尿羟脯氨酸排量的初步观察. 上海中医药杂志, 1983, (9): 46
- [23] 毛良, 等. 从尿中肌酐、尿素、钾、磷、镁的排泄量探讨慢性肾炎患者阴虚、阳虚的病理基础. 中西医结合杂志, 1984, 4 (4): 209
- [24] 邝安堃, 等. 阳虚病人内分泌、免疫和环核苷酸变化的初步观察. 中华内科杂志, 1979, 18 (2): 105
- [25] 陆鸿元, 等. 慢性气管炎“辨虚治本”与血浆环核苷酸含量变化的关系——附 106 例疗效分析. 中医杂志, 1980, 21 (4): 258
- [26] 李澄贻, 等. 环核苷酸与中医阴虚阳虚关系的初步探讨. 新医学, 1980, 11 (5): 237
- [27] 李恩, 等. 肾性高血压中医分型与血浆前列腺素、肾素、血管紧张素 I、环核苷酸变化的观察. 中西医结合杂志, 1983, 3 (3): 165
- [28] 郭宇光, 等. 虚寒证、虚热证患者尿中 PGE₂、PGF_{2α} 排出量的临床观察. 中西医结合杂志, 1990, 10 (10): 593
- [29] 卢君健, 等. 100 例虚证分型与免疫关系的探讨. 中西医结合杂志, 1982, 2 (3): 143
- [30] 陈松涛, 等. 中医虚证理论的初步探讨——阴虚、阳虚时细胞免疫功能变化. 中西医结合杂志, 1982, 2 (3): 140
- [31] 陈汉平, 等. 对甲状腺机能减退阳虚证细胞免疫学的观察. 上海中医药杂志, 1989, (11): 363
- [32] 黄松章, 等. 从血液流变学探讨阴阳转化的基本原理. 上海中医药杂志, 1982, (10): 463
- [33] 朱玟, 等. 阴虚、阳虚病人血清中某些微量元素变化的初步观察. 中医杂志, 1981, 22 (8): 26
- [34] 刘福春, 等. 老年阳虚患者超氧化物歧化酶与血清锌铜关系的初步研究. 中西医结合杂志, 1991, 11 (8): 473
- [35] 邱保国, 等. 虚证病人头发五种微量元素分析. 中医杂志, 1985, 26 (1): 58
- [36] 谭达人, 等. 冠心病“阳虚”病人血液流变性的初步观察. 中医杂志, 1981, 22 (8): 31
- [37] 王鸿. 肾虚患者甲皱微循环改变的观察与探讨. 中医杂志, 1980, 21 (9): 31
- [38] 曾昭俭, 等. 应用微循环于八纲辨证的初步观察. 四川医学, 1981, 2 (5): 264

- [39] 胡晓梅, 等. 中医证型与微循环障碍研究概况. 江苏中医, 1991, 12 (9): 47
- [40] 泰茂林, 等. “上火”证与中分子物质关系初步探讨. 广东医学, 1990, 11 (6): 31
- [41] 董子亮, 等. 寒、热证与指端皮肤温度的关系. 北京中医学院学报, 1985, 8 (4): 32
- [42] 冯栋年, 等. 阳虚证患者遗传学特征探讨. 中西医结合杂志, 1989, 9 (1): 24
- [43] 何裕民, 等. 论肥人多阳虚痰湿、瘦人多阴虚火热——附 1257 例体型与体质的调查分析. 中西医结合杂志, 1985, 5 (11): 674
- [44] 冯昭仁. 熵病——熵与疾病关系的探讨. 自然杂志, 1982, 5 (4): 269
- [45] 张启明. 机体阴阳交感现象的熵变分析. 山东中医学院学报, 1990, 14 (5): 2
- [46] 沈自尹, 等. 温阳片预防支气管哮喘季节性发作及其原理研究. 中西医结合杂志, 1986, 6 (1): 17
- [47] 章育正, 等. 虚证和实证病人的免疫状态. 上海中医药杂志, 1984, (6): 44
- [48] 许继平, 等. 从免疫功能的观察探讨直肠癌患者辨证分型之间的关系. 中西医结合杂志, 1985, 5 (2): 92
- [49] 沈自尹主编. 中医理论现代研究. 南京: 江苏科学技术出版社, 1988. 8~10, 11, 15, 53
- [50] 祁建生, 等. 慢性胃炎中脾虚、肾虚证尿胃蛋白酶和 17-OHCS 测定结果分析. 中西医结合杂志, 1985, 5 (1): 27
- [51] 北京中医研究所, 等. 有关脾气虚实质的临床观察和实验研究. 中华医学杂志, 1982, 62 (1): 22
- [52] 广西中医学院中医基础理论研究室. 肺气虚的实验研究. 广西中医药, 1981, 4 (6): 43
- [53] 谢竹藩, 等. 从尿中儿茶酚胺及 cAMP、cGMP 的排出量探讨中医寒证、热证的本质. 中西医结合杂志, 1986, 6 (11): 651
- [54] 刘福春, 等. 虚证病人超氧化物歧化酶的初步研究. 河南中医, 1991, 11 (6): 13
- [55] 宋一亭, 等. 阴阳虚实辨证的血液流变学研究. 中西医结合杂志, 1986, 6 (8): 471
- [56] 梁月华, 等. 寒凉药与温热药对交感神经、肾上腺及代谢机能的影响. 北京医科大学学报, 1987, 19 (1): 53
- [57] 梁月华, 等. 电刺激对寒证、热证动物痛阈及惊厥阈值的影响. 中医杂志, 1982, 23 (11): 68
- [58] 梁月华, 等. 寒热本质动态研究——虚寒、虚热状态大鼠对有关刺激反应特征的观察. 中西医结合杂志, 1988, 8 (6): 349
- [59] 梁月华, 等. 寒证热证时中枢、内脏、尿内儿茶酚胺及 5-羟色胺的变化. 中医杂志, 1991, 32 (12): 38
- [60] 邝安堃. 某些助阳药对于大剂量皮质素所致耗竭现象的影响. 中华内科杂志, 1963, 11 (3): 113
- [61] 上海中医学院正常人体学教研组. 阳虚、阴虚造型以及某些助阳药和滋阴药作用的初步研究. 新医药学杂志, 1977, (9): 33
- [62] 施玉华, 等. 研究助阳药和滋阴药对于“阳虚”动物模型的作用. 上海中医药杂志, 1981, (12): 39
- [63] 彭国瑞, 等. 不同糖皮质激素所致“阳虚”动物模型的实验研究. 中医杂志, 1984, 25 (4): 74
- [64] 施玉华, 等. 某些助阳药对阳虚动物模型的作用. 上海中医药杂志, 1980, (2): 6
- [65] 耿排力, 等. 温阳药及其有效成分对阳虚动物模型某些免疫功能的影响. 中医杂志, 1983, 24 (3): 61
- [66] 张家庆, 等. “阳虚”的临床和实验研究. 中医杂志, 1981, 22 (10): 73
- [67] 张家庆, 等. “阳虚”动物脱氧核糖核酸合成率和助阳药作用的研究. 中医杂志, 1982, 23 (3): 64
- [68] 邝安堃, 等. 中医阴阳的实验研究 (I). 附子、肉桂和六味地黄丸对实验性高血压的影响. 中西医结合杂志, 1984, 4 (12): 742
- [69] 顾德官, 等. 中医阴阳的实验研究 (I). 附子、肉桂和六味地黄方对高血压大鼠尿醛固酮等的影响. 中西医结合杂志, 1985, 5 (1): 48

- [70] 顾德官,等. 中医阴阳的实验研究(Ⅲ). 附子、肉桂和六味地黄方对高血压大鼠脑组织脑啡肽的影响. 中西医结合杂志, 1985, 5(2): 105
- [71] 邝安堃,等. 中医阴阳的实验研究(V). 附子、肉桂对肾上腺再生高血压大鼠的作用. 中西医结合杂志, 1986, 6(6): 353
- [72] 邝安堃,等. 中医阴阳的实验研究(VI). 在Goldblatt和Skelton高血压模型中附子、肉桂相互作用的分析. 中西医结合杂志, 1988, 8(3): 164
- [73] 任宏义,等. 阳虚证型病机学探讨. 河南中医, 1990, 10(2): 37
- [74] 徐敏,等. 甲状腺机能低下阳虚兔模型研究. 中医杂志, 1990, 31(6): 45
- [75] 徐敏,等. 甲低“阳虚”兔模型畏寒主证的定量观测方法. 广州中医学院学报, 1988, 5(4): 219
- [76] 任宏义,等. 虚证病机学进一步探讨——家兔甲状腺切除后病理变化的观察. 河南中医, 1984, 4(2): 39
- [77] 赵伟康,等. 温补肾阳药对甲状腺机能减退动物能量代谢的影响. 中医杂志, 1982, 23(9): 698
- [78] 刘福春. 羟基脲所致小鼠“阳虚”及补阳药作用的初步研究. 中医杂志, 1985, 26(2): 65
- [79] 郑平东,等. 腺嘌呤诱发“肾阳虚”动物模型的研制. 中国医药学报, 1990, 5(3): 68
- [80] 夏宗勤,等. 中医虚证理论的初步探讨. 中医杂志, 1979, 20(11): 2
- [81] 夏宗勤,等. 四种“虚证”模型的建立及其与环核苷酸系统的关系. 中西医结合杂志, 1984, 4(9): 543
- [82] 邝安堃,等. 助阳、清热养阴中药对实验性低甲及高甲大鼠血清TRH、T₃、T₄的影响. 中西医结合杂志, 1987, 7(11): 674
- [83] 沈松法,等. 益气养阴泻火药对甲亢大鼠能量代谢的影响. 上海中医药杂志, 1991, (9): 46
- [84] 邝安堃,等. 中医阴阳的实验研究(IV). 附子、肉桂和六味地黄方对肾血管性高血压大鼠心肌的作用. 中西医结合杂志, 1985, 5(3): 167
- [85] 上海第二医学院附属广慈医院舌象研究小组. 舌象之研究. 上海中医药杂志, 1964, (5): 1
- [86] 陈克进,等. 风寒犯肺(猪)模型球结膜微循环的观察. 中国中医药科技, 1994, 1(6): 8
- [87] 潘思源,等. 皮下注射啤酒酵母引起的小鼠“虚证”模型初探. 中药药理与临床, 1992, 8(2): 41
- [88] 周梦圣,等. 模拟中虚气虚模型的研究. 中医杂志, 1989, 30(9): 41
- [89] 严智强,等. 虚证动物模型体表冷光信息的研究. 中医杂志, 1982, 23(1): 70
- [90] 傅湘琦,等. 过劳和饮食失节塑造大白鼠脾气虚模型的研究——肝脏线粒体超微结构的观察. 云南中医杂志, 1986, 7(5): 10

第三节 八纲证候间的关系

【基本内容】

表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八纲,在辨证过程中,均有各自不同的证候特征,然而由于临床上疾病的病理变化及其临床表现极其复杂,因此,八纲证候间并不是彼此孤立、静止不变、绝对对立的关系,随着疾病的发展变化,证候也不断发生变化。因此,八纲之间是互相交织在一起,呈现出不可分割的关系。

在辨证时,既要注意对八纲基本证候的辨识,又要了解它们之间的兼夹关系,还要注意到彼此间在一定条件下的相互转化,以及证候的真假等,才能对病情作出全面、正确地判别。

八纲证候间的关系,主要有证候相兼、证候错杂、证候转化、证候真假。

一、证候相兼

证候相兼，是指八纲之中两纲以上证候相兼并见。由于疾病的证候反映，不可能只涉及到病位而无病因病性，反之，也不可能只有病因病性而无病位，而表里、寒热、虚实各自只是从不同的侧面反映疾病某一方面的本质，不能互相概括、替代。因此，证候相兼在临床上极其常见的，论病位之在表或在里，必然要进而区分表证、里证的不同性质；辨病情之属寒属热，必然要审察其是属邪气盛所致，抑或是精气夺所致，寒或热的病位是在表还是在里；分析邪正的盛衰，应当辨别属于何种性质之虚，何种原因所成之实。

证候相兼是从表里病位、寒热虚实病性等不同角度，对病情进行综合辨别。如新起恶寒发热，脉浮，苔薄白，此为表证。但其性质如何？若无汗、脉浮紧，则为表寒证；若有汗、脉浮数，则为表热证。这就是病位与病因病性相兼辨证的结果。表寒证、表热证，即属证候的相兼。

八纲辨证在临床上常见的相兼证候有表实寒证、表实热证、里实寒证、里实热证、里虚寒证、里虚热证等，其临床表现一般是有关纲领证候的相加。按理尚应有表虚寒证、表虚热证、表里虚寒证、表里虚热证。但所谓表虚，除卫表不固证（卫阳不固，偏于虚寒）外，以往常是将表证有汗者，称之为“表虚”，表证无汗者，称之为表实。其实表证的有无汗出，只是在外邪的作用下，毛窍的闭与未闭、邪正相争的不同反映而已，毛窍未闭、肤表疏松而有汗出，不等于疾病的本质属虚。所以，表虚寒证、表虚热证、表里虚寒证、表里虚热证，实际上分别是阳气虚衰所致的里虚寒证和阴液亏少所致的里虚热证。

二、证候错杂

证候错杂，是指八纲中两种互相对立的证候在疾病某一阶段同时出现，因而证候显得相互矛盾、错杂。它包括有表里同病、寒热错杂、虚实夹杂三类。

错杂的证候中，所含矛盾着的两个方面，都反映了疾病的本质，但是临床应当辨别表里病位的缓急，寒热虚实病性的主次。

（一）表里同病

在疾病过程中，同时既有表证，又有里证，称为表里同病。

表里同病，而寒热虚实性质并无矛盾者，如有表里实寒证、表里实热证等。

表里同病，且寒热性质相同，但虚实性质相反者，如有表实寒里虚寒证、表实热里虚热证等。

表里同病，且虚实性质相同，但寒热性质相反者，有表实寒里实热证，即所谓“寒包火”证。

表里同病，且寒热、虚实性质均相反者，除可有表实寒里虚热证外，其余组合临床极少见到。

在表里同病的情况下，疾病的证候一般是由内在的病理本质所决定，如内有积热或阳气偏亢者，其外感表证多从热化；内在阳气不足者，其外感表证很少见有表热证者。所以，理论上的所谓表实热里虚寒证、表虚寒里虚热证、表实寒里虚热证、表虚热里实寒证之类，临床上实际难以见到。

（二）寒热错杂

在同一病人身上，既有寒证，又有热证，寒热交错，称为寒热错杂。

寒热错杂是就病情的性质而言，尚应结合病位，除表里同病中所说表实寒里实热证、表实寒里虚寒证等之外，还有上下寒热的错杂，如上热下寒证、上寒下热证等。

（三）虚实夹杂

在同一病人身上，既有虚证，又有实证，虚实证候夹杂出现，称为虚实夹杂。虚实夹杂的辨证关键，在于分辨其虚实的孰多孰少？邪正孰缓孰急？

1. 虚证夹实 病情的性质以虚为主，而又夹有某些实证的表现，即为虚证夹实。如脾胃虚弱之人，复伤饮食，出现脾虚食滞的虚中夹实证。虚证夹实常见于久病不愈者。

2. 实证夹虚 病情的性质以实为主，而又夹有某些虚弱证候，即为实证夹虚。如外感温热病中，常见实热伤津的证候。实证夹虚常见于新病势急者。

三、证候真假

某些疾病的发展过程中，特别是病情危重的阶段，可以出现一些与疾病本质相反的“假象”，甚至掩盖病情的真象，这叫证候真假。所谓“真”，是指与疾病的内在本质相符的证候；所谓“假”，是指疾病表现的某些不符合常规认识的所谓假象，即与病理本质所反映的常规证候不相符的某些表现。对于证候的真假，必须认真辨别，才能抓住疾病的本质，当机立断，作出正确的诊断和处理。

（一）寒热真假

1. 真热假寒 即内有真热，外见某些假寒的热极似寒证候。其临床表现是恶寒、手足逆冷、大便下利、苔黑、脉沉等，好象是寒证，但病人虽然恶寒，却不欲盖衣被；虽手足逆冷，但体温增高、胸腹灼热；虽大便下利，但其气味特别臭秽，或夹燥屎；舌苔虽黑，但干而不润；脉虽沉，但按之有力，更见咽干口臭、渴喜冷饮、舌质红绛、唇红或焦等，故寒象是假，内热才是疾病的本质。

这种真热假寒的证候，是由于内热炽盛，阳气闭郁于内，不能布达于外而形成的。或者说是由于阳盛于内，以致阴阳之气不相顺接，而出现所谓“阳盛格阴”、“阳极似阴”的现象。据其阳郁热盛而四肢厥冷的特点，又习惯将其称为“热厥”、“阳厥”，即所谓“热深厥亦深，热微厥亦微”。

2. 真寒假热 即内有真寒，外见某些假热的寒极似热证候。其临床表现是身热、面色浮红如妆、躁扰不宁、咽痛、脉大等，好象是热证，但病人虽觉身热，却胸腹并不灼热，并有下肢厥冷；面色浮红为时隐时现，而不似真热之满面通红；虽口渴却欲热饮，且饮水不多；咽喉虽痛，但不红肿；虽躁扰却疲乏无力；脉虽大，但按之无力，并可见到尿清、便溏、舌淡苔白等症，故热象是假，阳虚寒盛才是疾病的本质。

这种真寒假热的证候，是由于久病而阳气虚衰，阴寒内盛，逼阳于外，形成虚阳浮游于上、格越于外的阴极似阳现象，也就是阴盛于内、拒阳于外的阴盛格阳证，又称为虚阳浮越证、戴阳证。

《瘟疫论》指出：“凡阳证似阴，外寒而内必热，故小便血赤；凡阴证似阳者，格阳之证也，上热下寒，故小便清白。但以小便赤白为据，以此推之，万不失一。”确为辨别寒热真假的经验之谈。

（二）虚实真假

《内经知要》所谓“至虚有盛候”、“大实有羸状”，便是指证候的真假。

1. 真实假虚 本来是实证，大实反见某些虚羸现象，称为真实假虚。如热结肠胃，痰

食阻滞，湿热内蕴，瘀血停蓄，大积大聚，以致经脉不通，气血不能畅达，因而出现一些类似虚证的假象，如神情默默、不愿多言、身体倦怠、大便下利、脉象沉细等。但仔细观察，病人虽神疲懒言，但语声高亢而气粗；身倦而动之觉舒；大便下利却泻后反快；脉虽沉细但按之有力，因而病变的本质是实而不是虚。

2. 真虚假实 本来是虚证，反见充实之状，称为真实假虚。如脏腑虚衰，气血不足，运化无力，因而出现腹部胀满、腹痛、呼吸喘促、二便秘涩、脉沉等类似实证的假象。但病人虽然腹部胀满，却有时减轻，不似实证之常满不减；腹虽痛，但不拒按，而是按之痛减；虽喘促而气短息弱；大便虽秘而腹部并不坚硬胀满；脉虽沉，但重按则无力，并可有舌淡胖，面色萎黄或苍白等症。所以病变的本质是虚而不是实。

《古今医案按》杨六乘曰：“证有真假凭诸脉，脉有真假凭诸舌。果系实证，则脉必洪大躁疾而重按有力；果系实火，则舌必干燥焦黄而敛束且坚牢也。岂有重按全无脉者，而尚得谓之实证；满舌俱胖嫩者，而尚得谓之实火哉？”可见舌脉是辨别虚实真假的关键。

临床上反映于虚实方面的证候，往往是虚实夹杂者为多，即既有正虚的证候，又有邪实的证候。病性的虚实夹杂与虚实“真假”较难截然区分。

四、证候转化

八纲中相互对立的证候，在一定的条件下，可以发生证候转化。

证候转化，是一种证候转化为与之对立的另一证候，矛盾的性质已变，现象与本质都已变换。但是证候转化这种质变之前，往往有一个量变的过程，即转化之前常表现为证候的相兼和夹杂。

（一）表里出入

1. 表证入里 疾病在发展过程中，正邪相争，表证不解而内传，变成里证，即为表证入里。其表现是先有表证，然后出现里证，并且表证随之消失，其病机谓外邪入里。常见于外感病过程中的初、中期阶段，是病情由浅入深，病势发展的反映。如外感病初期，症见恶寒发热，头身疼痛，脉浮，苔薄白，此为表证。若病情发展，出现但发热不恶寒，汗出口渴，舌红苔黄，脉洪数等，则为表证已转化为里（热）证。

2. 里邪出表 是指在里之病邪，有向外透达之势，是邪有出路的好趋势，一般对病情向愈有利。如麻疹患儿，热毒内闭则疹不得出而见发热、喘咳、烦躁，若麻毒外透，则疹出而烦热喘咳亦除；外感温热病中，高热烦渴之里热证，随汗出而热退身凉；热入营血，随斑疹的出现而身热、谵语、烦躁减轻。又如有的肝胆湿热随黄疸的出现而胁肋胀痛、发热呕恶等症减轻；病位较深的痈疽，若向外溃破而脓出毒泄等，一般都可视为在里之邪毒有向外透达之机。但这并不是里证转化成了表证，因此不能称为“里证出表”，因为其既不具备恶寒发热并见、脉浮等表证的特有证候，也不是里证的消除。所以《景岳全书·传忠录》说：“病必自表而入者，方得谓之表证。若由内以及外，便非表证矣。”

（二）寒热转化

1. 寒证化热 寒证化热是指先有寒证，然后表现为热证，并且寒证随之消失的证候。常见于外感寒邪未及时解散，而机体阳气偏盛，阳热内郁到一定程度，则寒证转化为热证；或是寒湿之邪郁遏而机体阳气不衰，常易由寒而化热；或因使用温燥之品太过，亦可使寒证转化为热证。如哮喘患者，因寒引发，痰白清稀，久之而见舌红苔黄，痰黄而稠，脉滑数，则为寒证转化为热证的表现。

2. 热证转寒 热证转寒是指原为热证，后出现寒证，并且热证随之消失的证候。常见于邪热毒气严重的情况下，或因失治、误治，以致邪气过盛，耗伤正气，正不胜邪，机能衰败，阳气散失，故而转化为虚寒证甚至表现为亡阳的证候。

寒证与热证的相互转化，是由邪正力量的对比所决定的，其关键又在阳气的盛衰。寒证转化为热证，是人体正气尚强，阳气较为旺盛，邪气才会从阳化热，提示人体正气尚能抗邪；热证转化为寒证，是邪气衰而正气不支，阳气耗伤并处于衰败状态，提示正不胜邪，病情险恶。

（三）虚实转化

1. 实证转虚 实证转虚是指病情开始表现为实证，由于失治、误治，以及邪正斗争的必然趋势等原因，以致病邪耗伤正气，或病程迁延，虽邪气渐却，但阳气或阴血已伤，渐由实证变为虚证。实证转虚临床上极其常见，基本上是病情演变的一般规律。

2. 虚证转实 临床上真正的虚证转实极其少见，实际上常常是因虚而致实，形成虚实夹杂的证候。

所谓虚证转实是指病情本来表现为以虚为主的证候，由于积极的治疗、体养、锻炼等，正气逐渐来复，能与邪气相争，以祛邪外出，从而表现为属实的证候。如腹痛加剧，或出现发热汗出，或咳嗽而吐出痰涎等，此时虽然症状反映激烈、亢奋，但为正气奋起欲祛邪外出，故脉象较前有力，这对病情有利。还有一种情况，患者素为虚证，因新感外邪，或伤食、外伤等，以致当前症状表现以实为主，虚证症状暂时不够突出，辨证诊断应为实证。这虽然不是直接由虚证转化成实证，但从虚证与实证之间的先后诊断来看，亦可视为是一种虚证转实。另外，本为虚证，由于正气不足，气化失常，以致病理产物等停积体内，而表现某些实的证候者，一般不能理解为是虚证转实，而应属于虚实夹杂的范畴。

【补充阐发】

一、“表虚”证，当质疑

自宋以降，习将太阳伤寒称为表实证，太阳中风称作表虚证。

从实质上看，辨证时所说的“表”，主要是指病位在外，并含有病程较短等含义在内；“虚”是指疾病的性质属虚，而一般所指的“虚证”，在概念上是“精气夺则虚”，诸如气虚、血虚、阴虚、阳虚之类。

把太阳中风证称作表虚证的临床依据，主要是“汗出”（以及脉缓等），在这里，汗出是症状、是现象，是否就是本质、就是虚证呢？显然不能这样简单地理解，否则大汗出之阳明白虎汤证、濇濇汗出之承气汤证，岂不是亦非实证而属于虚证了吗？

前人之所以将太阳中风证称为表虚证，分析其原因大约有二：一是言肤表处于疏松状态，而不是毛窍闭伏；二是与伤寒麻黄汤证表实的概念相对比而言。然而，太阳中风证虽卫表疏松而有汗，病人体质亦可能较弱，所引起的邪正相争可能不如麻黄汤证剧烈，但若将其病理本质视作虚证，则是欠妥的，因其毕竟是感受外界风寒之邪为主，仍属“邪气盛则实”的范畴，故桂枝汤一般归属于发表之剂，而不列入补虚之剂。

临床上，除了把太阳中风证称为表虚证外，还把玉屏风散、牡蛎散等所主治的汗出、恶风、易感风邪、脉浮弱等，亦说成是表虚证。在这里，虚的本质是对的，但对“表”的

概念却不能作“表证”理解。因为这种汗出等症，一则从本质上看，不是因为感受外邪而引起的、机体卫阳抗邪于表的表证证候，二则其病理本质并不仅仅是“体表”的病变，而是由于内在阳气等不足，以致不能固护肤表，不能耐御外邪，虽病变的关键症状是“汗出”，病变反映的场所主要是在“表”，然而将其称为表虚证，则不仅与感受外邪所引起的表证在概念上容易造成紊乱，且使人忽视病变在里的病理本质。

那么，既有体虚，又感外邪，形成头痛身疼，汗出恶风，脉浮缓等症，即所谓体虚外感，是否可称为“表虚证”呢？这种称谓固然无明显错误，但是病情总有一方为主，若是以虚为主，则其证应归属于虚证，其治以补虚为主；若是以外感为主，则属于表证范畴，其治当以解表为主。

总之，虽从理论上说，八纲中表里寒热虚实之间，其证候可以任意组合存在，但以上所说的两种“表虚证”，在概念上都有不够严格之处，容易造成误解。故前者宜称作风寒表疏证，或太阳中风证，或称风中卫表证，后者宜称为里虚表疏证，或气虚表疏证之类，而不可笼统地使用表虚证的概念。

二、寒热有多少类型

这是一个伸缩性很大的问题。最基本者宜从寒热的定义考虑，张景岳说：“寒热者，阴阳之化也。”即寒热是由阴阳的盛衰变化而来。结合《内经》经文“阳盛则热，阴盛则寒”，“阳虚则外寒，阴虚则内热”，说明阴阳的偏盛偏衰变化，可产生4种最基本的寒热类型：阳盛可表现为实热证，阴盛可表现为实寒证，阳虚表现为虚寒证，阴虚可表现为虚热证。以阴阳变化而论，除上述4种外，还可以有阴阳俱盛、阴阳俱虚、阴盛阳虚、阳盛阴虚等证型。

八纲中寒热结合表里，可有表热、里热、表寒、里寒、表热里寒、表寒里热、表里俱寒、表里俱热等证型。寒热结合上下病位，则又有上热下寒证（如胃热肠寒证、肾阳虚的虚阳浮越证等）和上寒下热证（如中焦寒湿或虚寒，合并膀胱湿热证）的不同。寒热结合虚实，也有多种变化，如虚热，就有气虚发热、血虚发热、阴虚发热、阳虚发热等。

至于寒热结合表里虚实辨证，则其证型更多，其中除表实寒里实热（即所谓“寒包火证”）较为常见者外，而表虚寒里实寒证、表虚热里实热证、表虚热里虚寒证、表虚寒里虚热证、表虚热里实寒证、表虚寒里实热证等6种组合证候，理论上虽可存在，但临床实践中则很少见到，其原因是内在阳气往往起着决定性的作用。内在阳气不足者，其在表的证候一般不易表现为热证；内在阳热亢盛者，其在表的证候也往往表现为热象。

寒热的类型还因各种辨证而有不同，结合病因病性的风、暑、湿、燥、气滞、血瘀、痰、食等等，便有风寒、风热、寒痰、热痰等等的不同；结合脏腑辨证，又有五脏六腑的区别，再参与虚实和病因病性，更呈现出多种排列组合；六经和卫气营血辨证中的寒热类型，也是多种多样的。

三、虚证转实的可能性

虚实夹杂证不同于虚实转化。实证转虚为疾病过程中的一般规律，临床极为常见，故理解并无难处。临床有无“虚证转实”呢？庄泽澄在《辽宁中医杂志》1988年第4期载文“关于虚实转化问题的探讨”，肯定了虚证转实的存在。

由于邪气盛所致的暴虚，通过正确地治疗，积极地抢救，可以出现“虚证转实”的

现象。如某些新生儿肺炎、休克型肺炎等，由于邪气壅肺，正气不支，常见体温不高，四肢厥冷等，表现为一派虚寒证候，通过扶正祛邪等有效治疗之后，邪气受到抑制，阳气得以恢复而有力与病邪相争，从而表现出实热的证候。

这种由邪盛所致的暴虚，不可受“邪气盛则实”之说的束缚，因为当时的临床表现完全是一派虚寒证候，因此不得诊为实证或虚实夹杂证，而应诊断为虚证。

四、邪气出入与证候转化的关系

邪气出入，实际指表邪入里和里邪出表两种情况。邪气的出入进退，对疾病的轻重转归有着必然的影响，与证候的转化也有密切关系。

表邪入里，是指先出现表证，随着邪气的深入，而后出现里证，里证出现、表证消失，也即表证转化为里证。常见于外感病的发展过程中，是疾病向纵深发展的反映。如外感初起，出现恶寒发热、头痛、脉浮、苔薄白等表证，如失治或误治等原因，可致病邪在表不解，正不胜邪，病邪就会由皮毛、经络内传脏腑，这时表证的表现就会随里证的产生而消失，出现高热、面赤、口渴、烦躁、舌红苔黄、脉洪数等一派里实热证的表现。此时之治，就不需辛温解表，而是应清泻里热。

由此可以看出，表邪入里与证候转化，是因果相连，同步进行，密不可分的。证候的转化，是病邪由表入里的具体反映，也是表邪入里的必然结果。这一认识无论理论上或实践上均能得到证实。

然而，严格来说，表邪入里与证候转化属于两个不同范畴的概念。但正因其二者同步进行，密为一体，所以言表邪入里，实际也寓表证转化为里证，言表证转化为里证，也含表邪入里，似乎二者分与不分无关紧要，所以在有的中医书籍中则称“表邪入里”为“表证入里”。但是这种合二为一的提法，无论从逻辑学角度或教学角度来看，均为不妥。它不仅容易在概念上产生混乱，而且也容易造成对表里两纲关系的认识产生误解。即既然有“表证入里”，也肯定会有“里证出表”，这种联想必然带来不必要的麻烦。

里证能否转出为表证？这与对表里及表证、里证概念的理解有关。从理论上说，里证并不是不可以转出为表证。如宋本《伤寒论》187条言太阴转为阳明；322条言少阴转为阳明；379条言厥阴转为少阳，都是三阴转出阳明或少阳。温病学家叶天士也说“入营犹可透热转气”，认为营分证可以通过透热而转出于气分。

实际上，里邪出表，虽然也决定着病情的轻重转归，但并不伴随证候的转化。如里邪达表，邪从外解，病情减轻，疾病向愈。但里邪达表并不意味着先患里证，随着邪气外达，表证出现而里证消失，即并非里证转化成了表证。里证转为表证，临床上很难举出这样的实例，就《中医诊断学》各版教材对此问题阐释所列举的例子来看，里证内热烦躁，咳逆胸闷，继而汗出热解，或见斑疹透露；或麻疹患儿疹毒内陷，这时加强护理，准确治疗，因势利导，托邪外出，可使疹毒外透，疹点再现，热退喘平。但是，例中汗出、斑疹外透等表现，仅仅能反映病邪外透，由里达表，邪有出路，随着上述症状的出现，使部分邪气从肌表外解，所以病情也随之减轻，但是并没有变成表证的证候，没有形成证候的转化。

里邪出表，只是说病邪有了向外透达的趋势，即病邪由较深的层次转出于较浅的层次，而并不是说由里证转变成了表证。这里所说的“表证”，则是指具有恶寒发热，头身疼痛，脉浮苔薄白等表证特征性表现的证候。故不能将“里邪达表”称之为“里证出

表”。这一点明代张景岳早有告诫：“……自表而入者，方得谓之表证，若由内以及外，便非表证矣。”所以，“里证（邪）出表”虽然提法上与“表证入里”相对应，但“表邪入里”之“里”，不仅反映着病邪由浅入深，也寓意了表证已经转化为里证。而“里证（邪）出表”的“表”，只反映着机体驱邪外出的途径，切不可误认为是里证转化为表证的简称。因为“里邪出表”并不伴随着证候的转化。

临床上有本为里证，然后又出现了表证，甚至表证比里证的证候更为明显，这属于旧病合并新感，或者是表里同病，也并不是里证转变成了表证。

五、“至虚有盛候，大实有羸状”辨析

“至虚有盛候，大实有羸状”，语出宋·苏轼《求医诊脉说》。原著云：“脉之难明，古今所病也。至虚有盛候，大实有羸状，差之毫厘，疑似之间，便有死生祸福之异。”文中强调病人诊病必须与医生积极配合。

《景岳全书·虚实篇》说：“虚者宜补，实者宜泻，此易知也。而不知实中复有虚，虚中复有实，故每以至虚之病，反见盛势，大实之病，反有羸状，此不可不辨也。如病起七情，或饥饱劳倦，或酒色所伤，或先天不足，及其既病，则每多身热便闭，戴阳胀满，虚狂假斑等症，似为有余之病，而其因实由不足，医不察因，从而泻之，必枉死矣。又如外感之邪未除，而留伏于经络，饮食之滞不消，而积聚于脏腑，或郁结逆气有不可散，或顽痰瘀血有所留藏，病久致羸，似乎不足，不知病本未除，还当治本，若误用补，必益其病矣。此所谓无实实，无虚虚，损不足而益有余，如此死者，医杀之耳。”

《医宗必读·疑似之症须辨论》说：“至如大实有羸状，误补益疾；至虚有盛候，反泻含冤。……盖积聚在中，实也，甚则嘿嘿不欲语，肢体不欲动，或眩晕昏花，或泄泻不实，皆大实有羸状也。正如食而过饱，反倦怠嗜卧也。脾胃损伤，虚也，甚则胀满而食不得入，气不得舒，便不得利，皆至虚有盛候也。正如饥而过时，反不思食也”。

所谓“大实有羸状”，即指真实假虚之证。大实，指邪气虚实的内在本质；羸状，指正气不足的外在表现。疾病本质是邪气盛实，当邪气盛实发展到一定程度，由于病理变化的复杂，而往往导致出现一些虚弱的“羸状”。而这些虚羸的症状出现，并不是由正气不足的内在因素所致，正因为其与病本表现不一，不能直接反映病本，所以称其为“假象”。如《伤寒论》阳明腑实证，有形邪热阻滞于内，故临床表现为潮热、谵语、腹胀满痛、大便秘结甚至大便不通，舌红苔黄燥等盛实之象，但因热结于内，腑气不通，经气不利，气血周流不畅，阳气不得通达，所以还可见神情默默，身寒肢冷，脉象沉迟等似正气不足之虚羸症状。但若仔细察辨，便可知病人虽表现神情默默，但呼吸气粗，语声洪亮；虽有身寒肢凉，但自觉发热口渴；脉虽沉迟，但按之实而有力。由此可见，阳明腑实，邪热炽盛为病之本质，而神情默默等症皆为病理过程中表现的假象。

所谓“至虚有盛候”，是指真虚假实之证。至虚，是正气虚甚的内在本质；盛候，是邪气有余的外在表现。疾病本质是正气不足，当正气虚至一定程度，由于病理变化的复杂，可能产生某些“盛实”的表现。而这些盛实的表现，并没有邪气内盛的内在基础，所以盛实表现是假象。如脾胃气虚，脾不健运，水谷不化，气血生化无源，主要表现食少纳呆，大便溏薄，少气懒言，四肢倦怠，舌淡，面色萎黄不华等，但由于脾胃运化无力，中焦转输不利，而出现脘腹胀满作痛，或脉弦等似邪气有余之盛候。如再仔细察辨，便可发现虽腹满不舒，但时有减轻，不似实证之常急不缓；虽有腹痛，但不拒按，甚或喜

温喜按；虽有脉弦，但常与沉迟脉并见，且按之无力。如是分析，便可知此“盛候”，正是由于正气不足的本质所致，而与邪气盛的本质恰好相反，故为假象。

六、重阴必阳、重阳必阴与阴盛格阳、阳盛格阴不同

重阴必阳、重阳必阴与阴盛格阳、阳盛格阴，其在概念与具体证候上都有根本的区别。

重阴必阳、重阳必阴中的“重”，为重叠，亦作极。指阴气或阳气过盛呈重叠状态，必然向其对立的阳气或阴气方面转化，即寒证化热、热证转寒。故重阴必阳、重阳必阴是指寒热、阴阳证候的转化。此阴阳、寒热转化，无论是转化前或转化后，其所表现的证候都属疾病的真象，所谓“重”是阴阳寒热转化的条件。

阴盛格阳、阳盛格阴中的“格”，为阻格不通、格拒。如《灵枢·脉度》说：“阳气太盛，则阴气弗能荣也，故曰格。”所以，阴盛格阳、阳盛格阴，是指阴阳寒热的相互格拒，为真寒假热证、真热假寒证的病理机制所在。阳盛格阴指阳热亢盛于内，阻滞壅塞，拒阴于外，阳不外达，故身壮热、口渴、舌红苔黄而外可现四肢厥冷；阴盛格阳指阴寒极盛，阳无所附而被格拒于外、浮游于上，故脘腹冷痛或下肢逆冷、小便清长而可见面红如妆、烦热脉浮数等症。可见阴盛或阳盛为真寒或真热之疾病本质所在，格阳、格阴所表现出来的“热”症、“寒”症则为与疾病本质不符的假象。

还应指出，虽为“阴盛”，按理其证应为实寒证，但临床实际所见，则既可是寒邪暴侵，拒阳于外所表现的实寒证，更常见于病久阳气亏虚，虚寒内生，阳气浮越而表现为虚寒证候。所以“格阳”的概念中包含有“戴阳”、“浮阳”的内容。格阳与戴阳相对而言，则一般是将阴阳寒热上下的格拒，即表现为下真寒而上假热的证候者，称为“戴阳”；将阴阳寒热内外的格拒，即表现为内真寒而外假热的证候者，称为“格阳”。

七、热深厥深的病机分析

热深厥深，是后世对《伤寒论》“前热者，后必厥，厥深者，热亦深，厥微者，热亦微”的简称。它是中医厥类病证的重要病机之一。热者，多种疾病所致热证也；厥者，手足逆冷是也；深者，盛也、剧也。热深厥深常见于疾病的危重阶段，因而对其病理机制的研究，历来为医家们所重视。热深为何厥亦深？热深是否一定会厥深？热深厥深的病理本质究竟是什么？

1. 《内经》与《伤寒论》热厥之异同 “厥”之名，在中医最早的经典著作《内经》已有明确记载，并将其分为大厥、煎厥、薄厥、六经之厥等名，但归纳起来主要为寒厥和热厥。热厥者，《素问·厥论》说：“阴气衰于下，为热厥。帝曰：热厥之为热也，必起于足下者何也？岐伯曰：阳气起于足五趾之表，阴脉者，集于足下而聚于足心，故阳气盛则足下热也。”张仲景对热厥又作了进一步的论述，并较为明确地提出了“热深厥深”这一概念性的病机名称。《伤寒论》原文第335条云：“伤寒一二日至四五日，厥者，必发热。前热者，后必厥，厥深者，热亦深，厥微者，热亦微，厥应下之，而反发汗者，必口伤烂赤。”

《内经》与《伤寒论》虽都已论及热厥，但《内经》所言热厥，对病理的分析，重在正气，是阴气衰于下，阴虚生内热的虚热。所以病状表现是手足皆热，其热是真象，正面反映了疾病的本质，故治宜壮水之主，以制阳光，用益阴之法。《伤寒论》所言厥，对病机的分析，重在邪气，是热极阳郁之实热，病状表现是手足皆寒而与《内经》相反，其

寒是热极似寒的假象，未能从正面反映病热的本质。其治疗尚须视其有无腑实而分别采用清泄、泻下之法，以达解郁透阳之目的。

由此可见，《内经》和《伤寒论》热厥之名虽同，但病机、证候、治则则迥然有别。《伤寒论》热厥的论述，虽然是源于《内经》，但《内经》并未明确“热”与“厥”之间的关系。因此可以说，《伤寒论》所述热厥，是对《内经》热厥之说的进一步发展，并将其灵活运用于外感热病之中，补充了《内经》偏于内因病机的不足。

2. 关于热深厥深的病机解释 由于《伤寒论》对厥的描述，有“厥”、“厥逆”、“厥冷”等的不同，或加“手足”二字，如“手足厥逆”、“手足厥冷”，故又有称“四逆”者，因而引起历代医家对厥的程度和厥的范围大小的研究，各有见地而看法不一。此处所说以手冷至腕、足冷至踝为“厥”作为认识基础。

热深反见手足厥逆的病机，其一般解释是：邪热过盛，深伏于里，致阳气内郁，不能通达四肢，故手足厥冷。张仲景本人则认为认为是人体阴阳之气失去了相对平衡，不能相互贯通。即《伤寒论》337条所云：“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者是也。”正是由于这种厥冷的出现，往往多发生在热的盛极之时，故也有人从哲学的角度，用“物极必反”的观点来解释这种真热假寒的矛盾现象，谓之“热极似寒”。但实际上，“物极”并不一定都“反”，临床上并非所有热盛的病人都出现四肢厥冷。因此，哲理上的这种解释尚不十分令人满意，而表现出一定的局限性。

仲景“阴阳气不相顺接”之说，“厥”字前冠以“凡”字，可见是指诸厥而言。对热厥证来说，造成这种“不相顺接”的原因是由于热盛深伏，阳气内郁之故。热为阳邪，其性开泄、升散，“气主温之”，阳气者，需运行不息而温养周身。此时，邪热内伏，阳气被阻，二者“争先恐后”，都企图外达，其结果反倒造成“欲速不达”，谁也出不去，导致机体阴阳失调而不相顺接。热不得越，故胸腹灼热；阳气不达，则四肢厥冷；“随热之浅深而为厥之微甚也”（《伤寒贯珠集》），故热深厥亦深。

从现代观点看，热深厥深可能与“血液集中化”有关。临床上，《伤寒论》所指的热厥，多见于现代医学所说急性感染性疾病和传染性疾病发生体克的病例，其发病机理，是病菌所产生的内毒素，引起血管痉挛，血管壁通透性增加，有效循环血量急剧降低，重要器官的血液灌注量明显不足，导致严重微循环功能障碍。机体针对此种危急情况，采取紧急的防御措施，有效地调动已减少的有效循环血量，来保护身体重要器官脑和心脏，赖以维持生命，其他部位如四肢的血管，则呈明显收缩状态，维持最少的循环血量。所以，其临床表现是靠近心脏的躯干部位皮肤灼热，而四肢由于缺血则厥冷。

【古代文献】

一、证候错杂

《灵枢·刺节真邪》：一经上实下虚而不通者，此必有横络盛加于大经，令之不通，视而泻之，此所谓解结也。上寒下热，先刺其项太阳，久留之，已刺则熨项与肩胛，令热下合乃止，此所谓推而上之者也。上热下寒，视其虚脉而陷之于经络者取之，气下乃止，此所谓引而下之者也。

《灵枢·师传》：胃中寒，肠中热，则胀而且泄；胃中热，肠中寒，则疾饥，小腹痛胀。

《伤寒论·太阳病篇》：太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。

伤寒汗出解之后，胃中不和，心下痞硬，干噫食臭，胁下有水气，腹中雷鸣，下利者，生姜泻心汤主之。

伤寒，胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者，黄连汤主之。

《伤寒论·少阴病篇》：少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。

《伤寒论·厥阴病篇》：厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蚘。下之利不止。

《重订通俗伤寒论·表里寒热》：凡勘伤寒，必先明表里寒热：有表寒，有里寒，有表里皆寒；有表热，有里热，有表里皆热；有表寒里热，有表热里寒；有里真热而表假寒，有里真寒而表假热。发现于表者易明，隐伏于里者难辨。

凡温病伏暑将发，适受风寒搏束者，此为外寒束内热。一名客寒包火。但要辨表急里急，寒重热重。外寒重而表证急者，先解其表，葱豉桔梗汤加减。伏热重而里证急者，先清其里，柴芩清膈煎加减。

《重订通俗伤寒论·气血虚实》：总而言之，纯虚者不多见，纯实者则常有。虚中夹实，虽通体皆现虚象，一二处独见实证，则实证反为吃紧；实中夹虚，虽通体皆现实象，一二处独见虚症，则虚证反为吃紧。景岳所谓“独处藏奸”是也。医必操独见以治之。

二、证候转化

《素问·阴阳应象大论》：寒极生热，热极生寒。

《灵枢·论疾诊尺》：四时之变，寒暑之胜，重阴必阳，重阳必阴。故阴主寒，阳主热，故寒甚则热，热甚则寒。故曰寒生热，热生寒，此阴阳之变也。

《伤寒论·太阳病篇》：服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之。

发汗病不解，反恶寒者，虚故也，芍药甘草附子汤主之。

发汗，若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。

《景岳全书·杂证谟·积聚》：凡脾肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病。盖脾虚则中焦不运，肾虚则下焦不化，正气不行，则邪滞得以居之。若此辈者，无论其有形无形，但当察其缓急，皆以正气为主。

《医学心悟·伤寒纲领》：传经之邪，在表为寒，入里即为热证。不比直中之邪，则但寒而无热也。

《伤寒质难·退行期恢复期》：所谓表里者，指疾病之部位而言也。病灶之所在，近表者为表病，附里者为里病；病势之趋向，外越者为邪出于表，向内者为邪入于里；病发于躯壳之外层者为表，深藏于躯壳之内部者为里。病在表为轻，在里为重，出表为顺，入里为逆。病之分表里，所以明内外，定远近，别亲疏，知逆顺也。何以故？人体主要脏腑，蕴藏于里，犹树之有根也；肌腠皮毛，骨肉经络，附丽于人体，犹枝干叶苗也。邪之中人，在表为微，在里为甚，入腑为重，入脏为危。病由里出表者为顺，由表内陷者为逆。所以然者，部位不同，影响亦异也。

《读过伤寒论·卷一》：三阳有三阳之表里，三阴有三阴之表里，便有三阳三阴之其外、其表、其里。盖从表面透入一层，层层是里，不言里则言内。从里面透出一层，层

层是表，不言表则言外。此十二经阴阳离合之表里。

三、证候真假

《伤寒论·太阳病篇》：病人身大热，反欲得衣者，热在皮肤，寒在骨髓也。身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。

《伤寒论·少阴病篇》：少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出者，通脉四逆汤主之。

《伤寒论·厥阴病篇》：伤寒，一二日至四五日，厥者必发热，前热者后必厥，厥深者热亦深，厥微者热亦微。

《古今医案按·伤寒》：症有真假凭诸脉，脉有真假凭诸舌。果系实证，则脉必洪大躁疾，而重按愈有力者也。果系实火，则舌必干燥焦黄，面敛束且坚牢者也。岂有重按全无脉者，而尚得谓之实证；满舌俱胖大者，而尚得谓之实火哉？

《医学源流论·寒热虚实真假论》：病之大端，不外乎寒热虚实，然必辨其真假，而后治之无误。假寒者，寒在外而热在内也，虽大寒面恶热饮；假热者，热在外而寒在内也，虽大热而恶寒饮。此其大较也。

《顾氏医镜》：心下痞痛，按之则止，色猝声短，脉来无力，虚也；甚则胀极而不得食，气不舒，便不利，是至虚有盛候。

聚积在中，按之则痛，色红气粗，脉来有力，实也；甚则嘿嘿不欲语，肢体不欲动，或眩晕眼花，或泄泻不实，是大实有羸状。

《类证活人书·卷第四》：物极则反，寒暑之变，重阳必阴，重阴必阳，阴证似阳，阳证似阴，阴盛格阳，似是而非，若同而异，明当消息，以法治之。

《医学正传·病有真假辨》：经云：病有逆从者，以病有微甚，病有微甚者，以病有真假。不知寒热有真假，真者正治，知者无难；假者反治，乃为难耳！如寒热之真假者：真寒则脉沉而细，或弱面迟；为厥为逆，为呕吐，为腹痛，为飧泄、下利，为小便频即，发热必得衣；此浮热在外，沉寒在里也。真热则脉数有力，滑大而实；为烦躁喘满，为声音壮厉；或大便秘结，或小便赤涩，或发热掀衣，或胀痛热渴，此皆真病。真寒者宜温其寒，真热者宜解其热，是当正治也。

至若假寒者，火极似水，阳证似阴也。外虽寒而内热。脉数有力，或沉鼓击，或身恶衣，或身热便秘，或烦渴引饮，或肠垢臭秽。此则恶寒非寒，明是热证，所谓热极反兼寒化，亦曰阳盛格阴也。假热者，水极似火，阴证似阳也。外虽热而内则寒。脉微而弱，或数而虚，或浮大无根，或弦芤断续，身虽炽热而神色自静，语虽谵妄而声音则微，或虚狂起倒，禁之则止，或蚊迹假斑而色红细碎，或喜饮冷水而所饮不多，或舌面赤而衣被不彻，或小水多利而大便不结。此则恶热非热，明是寒证，所谓寒极反兼热化，亦曰阴盛格阳也。此皆假病。假寒者清其内热，内清则浮阴去舍矣。假热者温其真阳，中温则虚火归元矣。是当从治者也。

又如虚热实热，实者泻之，虚者补之，此不易之法也。然至虚有盛候，则有假实矣；大实有羸状，则有假虚矣。总之，虚者正气虚也，为色惨形瘦，为神衰气怯，或自汗不收，或二便不禁，或梦遗精滑，或呕吐膈塞，或久病攻多，或短气似喘，或劳伤过度，或暴困失志；虽外证似实，而脉弱无神者，皆虚证之当补也。实者邪气实也，或外闭于经络，或内结于脏腑，或气壅而不行，或血流而凝滞，必脉病俱盛，乃实证之当攻也。

然而虚实之间最多疑似，有不可不辨。其真者，如经云：邪气盛则实，精气夺则虚。此虚实之大法也。设有人焉，正气夺而邪方盛者，将顾其正而补之乎？抑先其邪而攻之乎？见有不的，则死生系之，此其所以宜慎也。夫正者本也，邪者标也。若正气既虚，则邪气虽盛，亦可不攻。盖恐邪未去而正先脱，呼吸变生，则措手不及。故治虚邪者，先当顾其正气，正气存则不至于害，且补中自有攻意，世未有正气复而邪犹不退者。此治虚之道也。若正气无损者，邪气虽微，自不宜补。盖补之则正无与，而邪反盛，适足藉寇兵而资盗粮。故治实证者，必直去其邪，邪去则身安，但法贵精专，使至速效，此治实之道也。要之，能胜攻者便是实证，不能胜攻者便是虚证。惟是假虚之证不多见，而假实之证最多也。假寒之证不难治，而假热之证治多误也。世有不明真假本末，而云知医，我敢轻许乎哉！

《景岳全书·传忠录·寒热真假篇》：寒热有真假者，阴证似阳，阳证似阴也。盖阴极反能躁热，乃内寒而外热，即真寒假热也；阳极反能寒厥，乃内热而外寒，即真热假寒也。假热者，最忌寒凉；假寒者，最忌温热。察此之法，当专以脉之虚实强弱为主。

假热者，水极似火也。凡病伤寒或患杂证，有其素禀虚寒，偶感邪气而然者；有过于劳倦而致者；有过于酒色而致者；有过于七情而致者；有原非火证以误服寒凉而致者。凡真热本发热，而假热亦发热，其症则亦为而赤躁烦，亦为大便不通，小便赤涩，或为气促，咽喉肿痛，或为发热，脉见紧数等症。昧者见之，便认为热，妄投寒凉，下咽必毙。不知身虽有热而里寒格阳，或虚阳不敛者多有此证。但其内证则口虽干渴必不喜冷，即喜冷者饮亦不多；或大便不实，或先硬后溏，或小便清频，或阴枯黄赤；或气短懒言；或色暗神倦。或起倒如狂而禁之则止，自与登高骂詈者不同，此虚狂也。或斑如蚊迹而成浅红细碎，自与紫赤热极者不同，此假斑也。凡假热之脉，必沉细迟弱，或虽浮大紧数而无力无神，此乃热在皮肤，寒在脏腑，所谓恶热非热，实阴证也。凡见此内颓内困等证，而但知攻邪，则无有不死。当急以四逆、八味、理阴煎、回阳饮之类，倍加附子填补真阳，以引火归源，但使元气渐复，则热必退藏而病自愈。所谓火就燥者，即此义也。故凡身热脉数按之不鼓击者，此皆阴盛格阳，即非热也。仲景治少阴证而赤者，以四逆汤加葱白主之。东垣曰：而赤、目赤、烦躁、引饮、脉七八至，按之则散者，此无根之火也，以姜附汤加人参主之。《外台秘要》曰：阴盛发躁，名曰阴躁，欲坐井中，宜以热药治之。

假寒者，火极似水也，凡伤寒热甚，失于汗下，以致阳邪亢极，郁伏于内，则邪自阳经传入阴分，故为身热发厥，神气昏沉，或时畏寒，状若阴证。凡真寒本畏寒，而假寒亦畏寒，此热深厥亦深，热极反兼寒化也，大抵此证必声壮气粗，形强有力，或唇焦舌黑，口渴饮冷，小便赤涩，大便秘结，或因多饮药水，以致下利纯清水，而其中仍有燥粪及矢气极臭者，察其六脉必沉滑有力，此阳证也。……若杂证之假寒者，亦或为畏寒，或为战栗，此以热极于内，而寒侵于外，则寒热之气两不相投，因而寒栗，此皆寒在皮肤，热在骨髓，所谓恶寒非寒，明是热证。但察其内症，则或为喜冷，或为便结，或小水之热涩，或口臭而躁烦，察其脉必滑实有力。凡见此证，即当以凉膈芩连之属，助其阴而清其火，使内热既除，则外寒自伏，所谓水流湿者，亦此义也。故凡身寒厥冷，其脉滑数，按之鼓击于指下者，此阳极似阴，即非寒也。

《类经·十二卷·论治类》：然至虚有盛候，则有假实矣，大实有羸状，则有假虚矣，

总之，虚者正气虚也，为色惨形疲，为神衰气怯，或自汗不收，或二便失禁，或梦遗精滑，或呕吐膈塞，或病久攻多，或气短似喘，或劳伤过度，或暴困失志。虽外证似实而脉弱无神者，皆虚证之当补也。实者邪气实也，或外闭于经络，或内结于脏腑，或气壅而不行，或血留而凝滞，必脉病俱盛者，乃实证之当攻也。

《重订通俗伤寒论·表里寒热》：凡口燥舌干，苔起芒刺，咽喉肿痛，脘满腹胀，按之痛甚，渴思冰水，小便赤涩，得涓滴则痛甚，大便胶闭，或自利纯青水，臭气极重，此皆里真热之证据。惟通身肌表如冰，指甲青黑，或红而温，六脉细小如丝，寻之则有，按之则无。吴又可所谓体厥脉厥是也。但必辨其手足自热而至温，从四逆而至厥，上肢则冷不过肘，下肢则冷不过膝。按其胸腹，久之又久则灼手，始为阳盛格阴之真候，其血必瘀，营卫不通，故脉道闭塞而肌肤如冰，治宜先用烧酒浸葱白紫苏汁出，用软帛浸擦胸部四肢，以温助血脉之运行。内治宜桃仁承气汤急下之，通血脉以存阴液。

其证有二：一寒水侮土证，吐泻腹痛，手足厥逆，冷汗自出，肉腠筋惕，语言无力，纳少腹满，两足尤冷，小便清白，舌肉胖嫩，苔黑而滑，黑色止见于舌中，脉沉微欲绝，此皆里真寒之证据。惟肌表浮热，重按则不热，烦躁而渴欲饮水，饮亦不多，口燥咽痛，索水至前，复不能饮，此为无根之阴火，乃阴盛于内，逼阳于外，外假热而内真阴寒，格阳证也。一肾气凌心证，气短息促，头晕心悸，足冷溺清，大便或溏或泻，气少不能言，强言则上气不接下气，苔虽黑色直抵舌尖，而舌肉浮肿而嫩，此皆里真虚寒之证据。惟口鼻时或失血，口燥齿浮，而红娇嫩带白，或烦躁欲裸形，或欲生卧泥水中，脉则浮数，按之欲散，或浮大满指，按之则豁然空，虽亦为无根之阴火，乃阴竭于下，阳越于上，上假热而下真虚寒，戴阳证也。

《温疫论·论阳证似阴》：捷要辨法，凡阳证似阴，外寒而内必热，故小便血赤；凡阴证似阳者，格阳之证也，上热下寒，故小便清白。但以小便赤白为据，以此推之，万不失一。

第八章

病因与气血津液辨证

病因与气血津液辨证，是在中医学理论的指导下，对病人所表现的各种症状等进行分析、综合，从而确定疾病当前证候的原因及性质，即辨别病因与病性，是判断现阶段病理本质的辨证方法。

八纲辨证与病因及气血津液辨证之间有着密切的关系。八纲是辨证的纲领，其中寒、热是辨别病因的纲领，又是辨别疾病性质的纲领；虚、实是辨别邪正盛衰的纲领，也是辨别疾病性质的纲领。病因与气血津液辨证，均属辨别病因病性的具体内容，这些内容主要可用虚实以及寒热为纲进行归类。

由于病因与气血津液辨证是对疾病当前病理本质的认识，因而是辨证的关键。由于病因病性是对疾病一定阶段整体反应状况的概括，是对邪正相互关系的综合认识，因此，要辨别证候的原因与性质，一般应对全部症状、体征以及体质、环境、病程等情况进行综合分析才能确定。

辨别证候的原因与性质，直接关系到治疗方法的确定。因而对任何疾病的辨证都必不可少，是完整证名中必有的内容。

中药、方剂中所提到的散寒、清热、燥湿、祛痰、补气、养血、滋阴、温阳、生津、行气、化痰、消积、驱虫、逐饮、利水等治法、功效等，都是针对病因病性而明确的治疗方法，并与病因病性之间存在着对应关系。

第一节 病因辨证

【基本内容】

临床上没有无原因的证候，任何证候都是在致病因素的作用下，患病机体所产生的某种病态反应。因此，广义地说，病因辨证就是辨别导致当前证候的原因，实际上也是对证候的性质进行判断。

病因学所指的病因与辨证学所指的病因之间，既存在着密切的关系，而其概念又有很大的不同。病因学所指的病因，如六淫外感、七情刺激、饮食不慎、外伤、劳损等，一般是指原始致病因素，是当时发病的必要条件。辨证学所说的病因，主要是通过对疾病当前所表现证候的辨识而确定（也结合对原始致病因素的分析），即所谓“审证（症）求因”，是综合了邪正两方面的情况而对疾病当前病理本质所作的结论。因此，病因学所指的病因，重在论述原始致病因素的致病作用；辨证学所确定的病因，主要是对当前病变

本质所作的结论。原始病因与辨证所确定的病因，在名称上虽可以相同，如感受寒邪常见寒证，感受火热之邪常患火热证等。但其结论又可不同，如虽为感受寒邪，但寒可化热而成热证；七情刺激，情志不舒所致证候常为气滞；外伤所致证候则多见血虚、血瘀等，因此又不能将二者的概念等同起来。

一、外风证

风证有外风证、内风证之分。应当掌握外风证与内风证在概念上、成因上、证候表现上的异同。

内风证是由于机体内部的病理变化所致，以出现类似风性动摇的症状为主要表现。形成内风证的常见因素有热盛、阳亢、血虚、阴虚等，并非感受外界风邪所致。内风证的证候，是在热盛、阳亢、血虚、阴虚等证候的基础上，以眩晕、瘙痒、麻木、震颤、瘛疝、抽搐等为“风动”的突出表现。

外风证是指感受外界风邪（其中可能包含着某些生物性致病因素，如风毒等）为病，表现出符合“风”性特征的证候。各种外风证可有不同的临床表现，如风邪袭表证（又称伤风证、太阳中风证），是具有表证的共有特征而以汗出、恶风、脉浮缓为特点；风邪犯肺证是以咳嗽、喉痒、鼻塞或喷嚏为常见症，且有表证证候；风邪（包括风毒）侵袭肤腠、经络等部位，常表现为皮肤瘙痒、丘疹、痞瘤、麻木不仁、口眼喎斜、颈项拘急、口噤不开、肢体抽搐，肢体关节游走作痛（风痹），突起面脸肢体浮肿（风水）等。

外风所致证候及病证的机理是外感风邪及风毒，邪犯肤表，腠理开合失调；或侵袭肺系，致肺气不利；或阻滞经络，而经气不通；或符合痒、麻、动、抽等风邪致病的证候特点。

外风证根据其所反映病位与证候的不同，其常见证名有风邪袭表（风袭表疏）证、风邪犯肺证、风袭水泛证（风水相搏证）、风邪中络证、风袭肌肤证、风毒窜络证等。

外风常可与寒、热、火、湿、痰、水、毒等邪兼并为病，而有不同的名称，如风寒、风热、风火、风湿、风痰、风毒等。

二、实寒证

寒证有实寒证与虚寒证之别。虚寒证即阳虚证。实寒证与虚寒证（阳虚证）在概念、成因、病势、证候表现、病机以及治法等方面既有联系，又有区别。

实寒证的病因病机是感受阴寒之邪，体内阳气未能御制寒邪而致病。感受寒邪的常见途径有淋雨、下水、衣单、露宿、在冰雪严寒处停留、食生、饮冷等。

实寒证的辨证依据，一般是新病突起，病势较剧，有感寒原因可查，表现出寒冷为主的证候特点。

实寒证常可分为“伤寒”和“中寒”。伤寒证与中寒证在病因、病位、证候表现、病机等方而有异有同。

“伤寒证”是指寒邪外袭于肤表，阻遏卫阳，阳气抗邪于外所表现的表实寒证。伤寒证的别称有外寒证、表寒证、寒邪束表证、太阳表实证、太阳伤寒证等。伤寒证的证候，一般有新起恶寒，或无发热之感，或虽有发热但感觉以恶寒为主，头身疼痛，无汗，鼻塞或流清涕，舌苔白，脉浮紧等。

“中寒证”是指寒邪直接内侵脏腑、气血，损伤或遏制阳气，阻滞气机和血液运行所表现的里实寒证。中寒证的别称有内寒证、里实寒证等。寒邪客于不同脏腑等，则有不

同的命名及其证候特点，有实寒证的辨证依据（感受寒邪、新起病剧、寒冷为主症等），如以咳嗽、哮喘、咯白痰为突出表现者为寒邪客肺证，以脘腹疼痛、呕吐腹泻为突出表现者为寒滞胃肠证，此外还有寒滞肝脉证、寒滞心脉证、寒凝胞宫证等，均可见肢厥、无汗、面白或青、苔白、脉沉紧或沉迟有力甚至脉伏等症。

实寒证的病机，与寒邪的致病特点直接相关。即寒为阴邪，其性清冷，能遏制或损伤阳气而不消水，寒性凝滞、收引，阻碍气血运行，郁闭肌肤，阳气失却温煦，故见恶寒、疼痛、无汗、口不渴、分泌物与排泄物清稀，苔白，脉紧等症。

实寒常与风、湿、燥、痰、饮等病因共存，而表现为风寒、寒湿、凉燥、寒痰、寒饮等证候。寒邪侵袭常可导致寒凝气滞证、寒凝血瘀证，耗伤阳气则可演变成虚寒证，甚至导致亡阳。

三、暑证

暑与火热的性质同类，但暑邪致病有严格的季节性，其病机与证候也与一般火热证有一定的差别。

暑证是指夏月炎暑之季，感受暑热之邪所致的证候。

暑证的常见表现有恶热，汗出，口渴喜饮，气短神疲，四肢困倦，尿黄，舌红，脉虚数等。暑证的病机是暑性炎热升散，耗津伤气，常夹湿邪。

暑证除暑伤津气证外，其常见者尚有暑湿袭表证、暑闭气机证、暑闭心包（心神）证等，各自可表现出不同的证候特征。如暑闭气机证可见胸闷、腹痛、呕恶、无汗等症；暑闭心神证则常见神昏、惊厥等症。

四、湿证

湿与湿证的概念并不完全相同。湿是指外界湿邪侵袭，或体内水液运化失常而形成的一种呈弥漫状态的病理性物质。湿证是指由湿邪所导致的证候。

湿证的常见表现有头身困重，胸闷脘痞，口腻不渴，纳呆呕恶，嗜睡，酸痛，大便稀溏，小便浑浊，妇女可见带下量多，或为局部渗漏湿液，而色晦垢，舌苔滑腻，脉濡缓等。湿证具有病势缠绵的特点。

湿证既可因外湿侵袭，如淋雨下水、居处潮湿、冒受雾露等而形成，一般称为外湿；又可因脾失健运，水液不能正常输布而化为湿浊，或因多食油腻、嗜酒饮冷等而湿浊内生，一般称为内湿。但湿证常是内外合邪而为病。湿邪致病的病机主要是阻滞气机、困遏清阳，故以困重、闷胀、酸楚、腻浊、脉濡缓等为主要证候特点。外湿、内湿在证候表现上，有一定的差异，外湿以肢体重、酸痛为主，或见皮肤湿痒，或有恶寒微热，病位多在体表，是因湿郁于肤表，阻滞经气所致；内湿以脘腹痞胀、呕恶便溏等为主，病位多在内脏，是因湿邪阻滞气机，脾胃运化失调所致。

湿邪为病，病势多缠绵。湿的性质偏阴，故多寒湿证；但湿郁则易于化热，而为湿热证；此外，尚有风湿、暑湿、水湿、痰湿、湿毒等证。

临床常见湿证多是湿与其它病邪合并命名，其证名很多，如湿遏卫表证、寒湿困脾证、寒湿凝滞筋骨证、湿热蕴脾证、肝胆湿热证、膀胱湿热证、肠道湿热证、湿热下注证、湿痰犯头证等，各自可表现出不同的证候特点。

五、外燥证

外燥证是指外界气候干燥，燥邪外袭，耗伤人体津液，所表现的干燥证候。因系外

界燥邪所致，故称外燥证。

外燥证的临床表现，具有干燥不润的证候特点，包括皮肤、口唇、鼻孔、咽喉、舌苔、大便干燥，口渴饮水，或见干咳少痰，小便短黄等，脉象常无特异性变化。其病机是外界气候干燥，以致体内津液亏少而失于濡润，即《素问·阴阳应象大论》“燥胜则干”之谓。

外燥证多见于秋季，或气候干燥少雨之地。外燥证据其兼见症状的不同，而可推知燥邪的偏寒、偏热之异，于是外燥证又有凉燥、温燥之别。

由于皮肤、清窍、肺系与外界接触最密，故津液损伤常以这些部位的症状最为明显，因而燥证的常见证名有燥邪犯表证、燥邪犯肺证、燥干清窍证等，但实际上常同时受累，而难以严格区分。

外燥与内燥的区别与相互关系为：外燥是感受外界燥邪而致病，故除“干燥”证候外，常兼有恶寒发热等“表证”的证候；内燥是因血虚、阴津亏损等，以致机体失却濡润，故同样可表现为干燥的症状，但必有血虚或阴亏等证候表现。然而，内外燥之间又可以相互为因，或内外合病。

六、火热证

火、热、温邪的性质同类，但一般有轻重、缓急等程度之别。

辨证中火证与热证常通称，均是指温热性质的证候，其概念基本相同。

火热证主要有实热（实火）、虚热（虚火）之分。虚热（虚火）证主要是由阴虚所致，即阴虚内热证、阴虚火旺证。

实热（实火）证的形成有多种原因，外界阳热之邪侵袭，如高温劳作、感受温热邪毒、火热烧灼伤、过食辛辣温热之品，或寒湿等邪郁而化热，或情志过极化火，或脏腑气机过旺等。火热实证的病机是体内阳热之气过盛，阴液未能御制阳热之邪，火热燔灼急迫，耗伤阴液。

实热（实火）证的主要证候有发热恶热，烦躁，口渴喜饮，汗多，大便秘结，小便短黄，而色赤，舌红或绛，苔黄干燥或灰黑，脉数有力（洪数、滑数、弦数等）等。为一派阳热炽盛，阴液受伤的表现。并具有新病突起，病势较剧的特点。

实热（实火）既是病性，又是导致新的病理变化的原因。由火热所导致的病理变化，最常见者为伤津耗液，甚至亡阴；火热迫血妄行可见各种出血；火热使局部气血壅聚，血肉腐败而形成痈肿脓疡；火热炽盛可致肝风内动；火热扰闭心神则见神昏谵语、烦躁不宁等，其中不少为危重证候。

按八纲归类，火热证有表实热、里实热之分。热邪外袭，卫气抗邪于外为表实热证；邪热传里，或火热之邪直接内侵，或体内阳热有余，以热在脏腑、营血等为主要表现者，为里实热（火）证。

实热（火）可表现为多个脏腑、组织的火热证候，其常见证名有风热犯表证、肺热炽盛证、心火亢盛证、胃热炽盛证、热扰胸膈证、肠热腑实证、肝火上炎证、肝火犯肺证、热闭心包证、火毒入脉证、热入营血证、热（火）毒壅聚肌肤证等等，并表现出各自的证候特点。

实热证与虚热证在概念与证候表现上有异有同。均属“热证”范畴，均有发热、口渴、舌红、脉数等热与阴津不足的证候。但实热证以阳热之邪有余为主，发热较甚，病

势较剧，当为洪滑等有力脉；虚热证以阴液亏虚为主，多为低热、五心烦热，病较久而势缓，脉必细而无力。

外感温热类疾病的基本病因病性是热，卫气营血辨证则主要是说明火热病变证候的不同阶段、层次以及轻重、演变等。

实热（实火）常与风、湿、暑、燥、毒、瘀、痰、饮等病理变化同存，而为风热、风火、湿热、暑热、温燥、热毒、火毒、瘀热、痰热、热饮等证候。

七、毒证

中医学所说的“毒”有多种含义。可指某些特殊的病因，因而属病因学概念；可指某些病理变化，而为辨证内容之一；各种中毒又可以是疾病的病名。

辨证及证名中所指的“毒”，是一个比较抽象的病因病性概念，可归纳为4种含义。一是指具有强烈传染性的特殊病因，即疫疠之气，又名毒气，如麻毒、疫毒；二是指某些有特殊毒性作用的病因，如蛇毒、食毒、虫毒；三是指邪盛病重之证候，如热毒、火毒、湿毒、痰毒等；四是外科疮疡类疾病，如痈、疽、疔、疖等，常以毒字代表其病因病性。

中医学常将毒与其它病因病性合称，其理由是虽已认识到“毒”的客观存在，但还不够具体，尚不能对各种毒一一加以区别，故常结合证候特点而命名，如风毒、火毒、湿毒、寒毒、痰毒、麻毒等，或笼统地称为时毒、邪毒、疫毒等。

八、脓证

“脓”是因火热毒邪等阻滞气血运行，或使气血壅聚，邪毒与气血搏结而瘀积，使血败肉腐，而酿成的一种气腥臭、质较浓稠的粘液状病理性产物。

“脓”的证候表现，以脓液积聚为特点，位于体表的痈疽疮疖等，其局部未溃时可触及柔软有波动感的肿起（脓肿），溃破后有脓液排出。体内的痈疡，可见咳吐脓痰，或呕吐脓血，或排出脓尿，或排脓便等。并多有发热等兼症，其舌苔多厚腻，脉象多滑数。

对脓的辨证，不仅要辨脓的有无（未成已成）、未熟已熟、部位浅深，并且应从脓的质地、色泽、气味，全身证候及舌、脉等，辨别脓的性质、邪正盛衰等。

脓可见于身体的各个部位和组织器官，以及酿成脓的病因及兼症的不同，故临床可有不同的证名，如脓痰蕴肺证、脓毒蕴积肌肤证等。

九、食积证

食积证是指因饮食不节，或脾胃运化失常，以致食物停滞胃肠所表现的证候。

食积证的主要表现为纳呆厌食，噯腐吐酸馊，大便酸腐，脘腹痞胀疼痛，舌苔厚腻，脉滑有力等。常有饮食不慎的病史。

食积证的病位在胃肠，证名有食积胃肠证、脾虚食积证。

十、虫积证

虫积证是指虫积体内，阻碍气机、耗伤营血所表现的证候。

虫积可以是病类概念，可包括多种具体的虫病，如蛔虫病、蛲虫病、钩虫病、血吸虫病等。

辨证中所说的虫积证，主要是虫体积聚于肠道、肝胆等部位所表现的证候，如有虫积肠道证、虫积肝胆证、虫扰胆膈证、虫结肠闭证等。

此外，“虫毒”是指蜈蚣、蜂、蝎、蚊虫、蛊虫等有毒虫类所含的毒素。虫毒常侵袭

肌肤而见皮肤瘙痒、红肿、溃烂，或形成疮、疖、癣、疥等；虫毒窜肺可见咳嗽、咳血等症。虫毒的辨证以“毒”为主，不属虫积证。

【补充阐发】

一、“病性”的概念与内容

“病性”即病理改变的性质，亦即病理变化的本质属性。

方药中《辨证论治研究七讲》称第一步为脏腑经络定位，包括心、肺等共10项；第二步为定性，包括阴、阳、气、血、表、里、虚、实、风、火、湿、燥、寒、毒共14项。欧阳琦《证治概要》将辨证内容分为三型21项，第一型为五气为病共5项；第二型为脏腑主病计10项；第三型为邪留发病有6项。1979年朱文锋研制的中医辨证机，分为辨病位，共有19项；辨病因病性，含风、寒、暑、……痰、饮、……气虚、血虚、阴虚、阳虚、……气滞、血瘀等20项；辨病势，包括气逆、气陷、阳亢、脱等7项。《秦伯未医文集》列“十四纲要辨证”，包括风、寒、暑、湿、燥、火、疫、痰、食、虫、精、神、气、血。黄柄山“中医内伤性疾病辨证规律初探”（《中医药学报》1982年1期）等文，认为虚证、实证是基本病证的核心，具体内容包括气虚、气滞、气逆、血虚、血瘀、血热、出血、阴虚、痰饮、湿邪、阴盛、阳虚、阳盛、阳亢，共为14项。张震“中医辨证规范化”（《云南中医杂志》1985年4期），将辨证内容分为核心证候，包括虚、实、寒、热、气、血、阴、阳；病位证候，包括心、肝等；基础证候，包括阴虚、气虚、血虚、阳虚、气滞、气逆、血瘀、湿热、痰浊等。1984年4月卫生部在北京召开中医证候规范化学术研讨会，明确对“证”的初步定义为：证候是疾病本质的反映，在疾病发生发展的过程中，它以一组相关的脉症表现出来，能够不同程度地揭示病位、病性、病因、病机，为治疗提供依据，并指明方向。上海中医学院柯雪帆主编的《中医辨证学》之第一章为病邪辨证，第二章为病性辨证，……。

从上可知，各家的思路基本接近，都在于提出和确定辨证的基本内容，只是在具体项目上各有出入而已。并可看出，辨“病性”的概念已经确定，其具体内容总不外风、寒、暑、湿、燥、火、热、疫毒，气滞、气逆、血瘀、食积、虫积、痰、饮、水、脓，气虚、血虚、阴虚、阳虚、津液亏虚、精亏、气陷、气脱、血脱、亡阴、亡阳、阳亢，……总计约在30项左右。

二、略论“病势”

朱文锋在《湖南中医学院学报》1982年4期“略论病势”一文中，首先正式提出了“辨病势”的概念。

由于疾病不是处于静止、不变的状态，而是处于邪正相争的运动、变化之中，因此，临床诊断时，除了要辨别疾病的原因、性质和病变的部位以外，还应注意审察病势。

对于病势的辨别，中医学历来是重视的。早在《内经》中就强调要知病情的标本缓急，掌握病变的传变规律，如《素问·玉机真脏论》说：“五脏相通，移皆有次，五脏有病，则各传其所胜。”说明疾病的传变是有一定的趋势的。《神农本草经·序录》中更明确提出“病势已过，病将难全”，说明诊断和治疗，都应把握疾病的趋势。《难经》的作者，不仅在五十三难中提出了五脏之间“次传”、“间脏”的传变观点，并且在七十七难中提出了“所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之与脾，故先实其脾气”的著名论断。

“势”有趋势、情势、形势、气势之义。所谓“病势”，是指病情的轻重缓急与病证演变发展的动态趋势。辨病势的内容，一般可分为三个方面。

一是病情缓急之势，即情势。如阳证病势较急，阴证病势多缓；火热疫毒，其性急迫，为病一般较急剧，寒湿之邪，其性氤氲粘滞，故为病一般势较缓；一般虚证的病势较缓，亡脱闭厥之证则多势急而危重。吴鞠通《温病条辨·上焦篇》说：“湿温较诸温，病势虽缓而实重，……病势不甚显张”，说明病势的缓急与病情的轻重，虽有密切关系，势急者多病重，势缓者病较轻，但二者并不完全相等，因病势的缓急，一般是由邪正力量的相互作用而决定的。邪正俱盛，斗争激烈，其病势常显亢奋、急迫，但并不等于病情危重，故“三阳病”常可自愈而无死证。反之，邪虽不甚，但正气大亏，其病势一般消沉、平静，但并不等于病无险境，邪气隐蔽，正气不支，治疗往往难获显效，故脉微细、但欲寐的少阴病，反多危证、死证。

二是疾病的演变之势，即趋势。如表邪不解，一般传变入里而变成里证；热在气分不除，可以深入营、血分；热盛阳亢，势必耗伤阴液；大吐大汗，剧呕暴泻，不仅有亡阴之势，且有亡阳之虑；温热病传变的顺传、逆传，六经病证的循经传、越经传、表里传；以及《金匱要略》中所谓“欲作奔豚”、“欲作刚痉”、“欲作风水”等等，都是指疾病随着病程的演变，使“证”发生变化，从而形成各种疾病的不同发展演变趋势。

三是证候的动态之势，即证势。如脾气下陷、肝阳上亢、肝胃气逆、寒湿下注、湿热熏蒸、肾气不固、虚阳浮越、阳气欲脱、卫阳不固、疮毒内陷、疔疮走黄、风火上扰、腑气不降、热毒内闭；阳明经证为热势弥漫面充斥内外，阳明腑证系邪热与糟粕搏结于内等等，都是证候的动态之势。即证候在病位与病机上具有向上、向下、向内、向外等特殊动态形式。证候的动态之势，在病位上虽未脱离脏腑、上下、内外等部位概念，但向上者不等于病位在上，向外者不等于病位在表，而是提示病势处于升降出入的运动状态。证候的动态之势，一般是由病性所决定的，如气陷不固的本质一般是气虚，阳浮、亡阳的本质主要是阳虚，内闭之证常由痰热瘀毒阻滞所致，风火上炎、水湿下趋，则又与病邪的性质有关。因此，证候的动态之势，是由病性所决定，反映在病位上的特殊形式。

辨别病势，具有重要的临床意义。了解病情的缓急之势，不仅可估计疾病的预后，并且可确定治则的标本缓急。把握疾病的演变之势，可以洞察病情全局，获得诊疗的主动权，阻断病势的发展。认识证候的动态之势，有利于选用“因势利导”，或治其“气反”的方法。

三、风邪客于皮肤的常见病证鉴别

在高等中医院校教学参考丛书《中医诊断学》风淫证候中，提到风客肌肤的辨证论析，所述为：人体肌肤虚，游风袭入皮肤，与营卫相搏，与虚热相并，则皮肤瘙痒。风热相搏，则成风疹，风偏盛则疹多色白而为白疹；热偏盛则疹色赤而为赤疹。风气搏于肌肉与热气并，则生痞瘤，状如麻豆，甚者渐大；由于风性善行而数变，故抓之即为风块，漫无定处，此起彼伏，变幻无常。《诸病源候论·风病诸候·风瘙痒候》：“此由游风在于皮肤，逢寒则身体疼痛，遇热则瘙痒。”风瘙隐疹生疮候：“入皮肤虚，为风邪所折，则起隐疹，寒多则色赤，风多则色白，甚则痒痛，搔之则成疮。”风痞瘤候：“夫人阳气外虚则多汗，汗出当风，风气搏于肌肉与热气并，则生痞瘤，状如麻豆，甚者渐大，搔之成疮。”以上三候从瘙痒、隐疹、痞瘤，以辨别其发生原因的同中有异，如风邪搏于皮肤

的发为瘙痒；皮肤虚为风邪所折的发为隐疹；阳虚汗多，风气搏于肌肉与热气并则生痞瘤。说明人体内在因素的不同，同一风邪，其发病亦随之而有所差异。

其中风客皮肤一证，以皮肤瘙痒为主症，临床辨证应与《医说·辨诸风证》所载的头风、毒风、刺风、顽风、疔风、瘡风、气风、血风、皮风、肌风等瘙痒证相鉴别：头风：头皮瘙痒而多白屑；毒风：痒而面上生疮；刺风：痒痛状如针刺；顽风：麻木不识痛痒；疔风：痒而颈项斑剥；瘡风：痒而面生米点；气风：瘙痒而肌肉如虫行；血风：阳囊湿痒；皮风：痒而赤白癩癣；肌风：遍体瘙痒而无皮疹；体风：身生肿毒而不痒。上列诸证，虽名为风，且病位亦多在肌肤之间，但瘙痒非其主症，或虽痒而无皮疹与痞瘤，所以，不属风客肌肤。惟肌肤遍体瘙痒属于本证范围。

四、因寒致痛的机理

寒为阴邪，其性杀厉、收引、凝滞，最易伤人阳气，影响气血活动，引起疼痛等症。

疼痛是寒邪致病的主要表现之一。寒邪客于不同部位，可表现为不同部位的疼痛，并且可表现为不同的病形。有暴痛者，有久痛者，有卒然痛止者，有痛甚不休者，有按之可缓者，有按之无益者，但一般均有得热则疼痛停止可缓解的特点。

寒邪致痛的病理机制在《素问·举痛论》有详细论述。曰：“寒气客于脉外则脉寒，脉寒则缩踈，缩踈则脉绌急，绌急则外引小络，故卒然而痛。得炅则痛立止，因重中于寒，则痛久矣。寒气客于经脉之中，与炅气相搏则脉满，满则痛而不可按也。寒气稽留，炅气从上，则脉充大而血气乱，故痛甚不可按也。寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引故痛，按之则血气散，故按之痛止。寒气客于侠脊之脉，则深按之不能及，故按之无益也。寒气客于冲脉，冲脉起于关元，随腹直上，寒气客则脉不通，脉不通则气因之，故喘动应手矣。寒气客于背俞之脉则脉泣，脉泣则血虚，血虚则痛，其俞注于心，故相引而痛，按之则热气至，热气至则痛止矣。寒气客于厥阴之脉，厥阴之脉者，络阴器系于肝，寒气客于脉中，则血泣脉急，故肋肋与少腹相引痛矣。厥气客于阴股，寒气上及少腹，血泣在下相引，故腹痛引阴股。寒气客于小肠膜原之间，络血之中，血泣不得注于大经，血气稽留不得行，故宿昔而成积矣。寒气客于五脏，厥逆上泄，阴气竭，阳气未入，故卒然痛死不知人，气复反则生矣。寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕也。寒气客于小肠，小肠不得成聚，故后泄腹痛矣。”

因寒引起的各种痛症，其原因是，始因寒气客于脉外，引起脉寒，寒则凝滞，脉寒则凝涩而缩踈，缩踈则脉绌而急，绌急则外引小络，寒气客之，所以卒然而痛。得炅（炅即阳热）即得阳热之气，阳热能温散凝涩之寒，则痛立止。由于寒气客于经脉、肠胃、小肠以及冲脉等部位的不同，故其病形亦有各异。如寒气客于冲脉，冲脉起关元，故病见有“喘动应手”；寒气客于背俞之脉，其俞注于心，“故相引而痛”；寒气客于厥阴之脉，“肋肋与少腹相引而痛”等。

五、暑证的常见证候辨析

张景岳谓：“暑有八症：脉虚、自汗、身热、背寒、面垢、烦渴、手足微冷、体重是也”。程钟龄认为辨暑证法，以自汗、口渴、烦心、溺赤、身热、脉虚为是。

以暑为主所致的疾病有伤暑、中暑、闭暑等的不同：伤暑为暑热或暑湿侵袭人体而引起，感暑较轻，其症以烦热、口渴、汗出、疲乏等为主要表现。中暑是感暑较重，系因夏季在高温或烈日下劳作，或处于气候炎热湿闷的环境，暑热或暑湿秽浊之邪卒中，热

闭心神，或热盛津伤，引动肝风，或暑闭气机，以高热汗出或肤燥无汗、烦躁、口渴、神昏抽搐，或呕恶腹痛、头痛为特点。中暑以汗大出，面白、血压低等为特点者称为暑脱；以高热、昏闷不醒，或呕恶腹痛等为主要表现者称为暑厥（暑闭）；以高热、神昏、抽搐等为主要表现者称为暑风（暑痉）。另《景岳全书》有“阴暑”之名，指内伏暑气，外为风寒所闭，其症头痛身重，发热恶寒者，为风寒闭表；口渴烦心者为暑热内伏之征。

疰夏与夏季热也是发生于暑季的时令性疾病。疰夏是因暑湿之气外侵，困阻脾胃，或暑热耗伤正气，脾失健运所致，以夏季倦怠嗜卧、低热、纳差为临床特点。夏季热发于小儿，因小儿体质未充，入夏以后，不能适应外界炎热气候熏蒸而引起，以长期发热、口渴、多尿、无汗或少汗为临床特点。

六、“湿证”、“燥证”的寒热病性区分

湿与燥是一对相互对立的病因与证候。《易经·乾》称“水流湿，火就燥”，因面一般认为湿性属阴寒，燥性属阳热。如吴昆《医方考》曰“湿为阴邪”，叶天士《外感温热篇》曰“湿胜则阳微也”，喻昌《医门法律》曰“燥者火类，所以火就燥也”、“燥终属热”，余奉仙《医方经验汇编·论秋燥》曰“燥字从火，秋字亦从火，火者热之亢，乃夏后有余不尽之热，入秋偏亢，受其气者，复加新凉以触之，则成燥病。”即认为湿从水，水火相对属阴属寒，故湿的本质为阴；火热甚则干，燥亦干，故燥的本质属阳。

但是对此有不同看法，认为湿与燥在中医学上主要是指水分津液的多少，其本身不应与寒热温凉并列相通。实际上湿有寒湿、湿热之分，燥有凉燥、温燥之别。如《伤寒悬解·伤寒类证》说：“湿为土气，土居水火之中，水阴而火阳，阴阳交感，水火相蒸则生湿气。火盛则湿化而为热，水盛则湿化而为寒。湿热者治以燥凉，寒湿者治以燥温。”《医碥·伤燥》说：“所以致燥有二：一因于寒，秋风清肃，夏令之湿至是而干，所谓风胜湿也；一因于热，夏时热盛，有湿以润之，至秋则湿退而热犹未除故燥，所谓燥万物者，莫燥乎火也。”《重订通俗伤寒论·伤寒兼证》亦说：“秋深初凉，西风肃钉杀，感之者多病风燥，此属燥凉，较严冬风寒为轻；若久晴无雨，秋阳以曝，感之者多病温燥，此属燥热，较暮春风温为重。”《六气感证要义·燥》更进一步明确说：“热燥寒燥，随乎时令之寒热，言其常耳。若时应热而反寒，时应寒而反热，则变热燥为寒燥，变寒燥为热燥，固有之矣。在乎临证详审，又不得以时拘也。”因此在辨证时不能认为湿就是寒证，燥就是热证，面应当以临床证候作为辨证的依据。

七、湿邪与他邪相兼致病之机理及临床鉴别

高等中医院校教学参考丛书《中医诊断学》湿淫证候指出：湿邪致病常与其它病邪相混合，湿淫为病可发生于人体各部，湿邪重浊向下，伤人下部，与风淫之病相反。《医贯·湿论》：“有在天之湿，雨露雾是也。在天者本乎气，故先中表之营卫。有在地之湿，泥水是也。在地者本乎形，故先伤肌肉筋骨血脉。有饮食之湿，酒水乳酪是也，胃为水谷之海，故伤于脾胃。有汗液之湿，谓汗出沾衣，未经解换者是也。有太阴脾土所化之湿，不从外入者也。阳盛则火胜，化为湿热；阴盛则水胜，化为寒湿。其证发热恶寒，身重自汗，筋骨疼痛，小便泌涩，大便溏泄，腰痛不能转侧，跗肿肉如泥，按之不起。”

在临床上，一般湿邪侵入人体，又随人身之阴阳强弱变化而为病。上论所谓“阳盛则火胜，化为湿热；阴盛则水胜，化为寒湿”。阳盛和阴盛临床上的鉴别，叶天士《外感温热篇》曾指出湿邪为害：“而色白者，须要顾其阳气”，因面白是阳气衰微的征象。阳微

阴盛者，湿从寒化，多为寒湿；“面色苍者，须要顾其津液”，因面苍是阴虚液亏的征象。阴虚阳盛者，内火易动，湿从热化，易为湿热。叶氏还指出：“在阳旺之躯，胃湿恒多；在阴盛之体，脾湿亦不少，然其化热则一。热病救阴犹易，通阳最难。救阴不在血，而在津与汗，通阳不在温，而在利小便。然较之杂证，则有不同也。”

此外，魏荔彤认为：“湿为无往着之邪，必依附于物而后行。外感之湿，非附于风寒，不能中于表；内蕴之湿，非附于寒热，不能肆于里。”湿气伤人，无处不到。在上则头重目黄，鼻塞身重；在中则痞满不舒；在下则足胫跗肿；在经络则日晡发热；在肌肉则肿满如泥；在肢节则屈伸强硬；在隧道则重着不移；在皮肤则麻；在气血则倦怠；在肺为喘满咳嗽；在脾为痰涎肿胀；在肝为胁满癥疝，在肾为腰痛阴汗；人腑则泄泻肠鸣，呕吐淋浊；入脏则昏迷不醒，等等。还有伤风湿者，里虚者宜实脾，挟风者宜解肌，挟寒者宜温散。总之，湿有二证，湿热证多，湿寒证少。当从脉症辨之：如脉滑数，尿赤涩，苔黄，自汗为湿热；脉缓濡，大便溏，苔腻，身疼无汗为寒湿。

八、关于虚火实质不是火的理由

高等中医院校教学参考丛书《中医诊断学》火淫证候中指出：火虽有虚实，但是虚，实质不是火。因为在人身火得其正，即为阳气，此人之火不可无，亦不可衰，衰则为阳气之虚；火失其正，是为邪热，此火之不可有，尤不可甚，甚则真阴消灼。然阳以元气言，火以病气言。所以凡病在元气者，又不可以火论。为什么呢？因为人之元气，止于充足，那得有余，既然不是有余，就不可以视之为火，所谓“无形者其化虚”，就是这个道理。惟病在形体者，乃可以察火证，因为其病变不在气即在血，所谓“有形者其化实”，就是指此而说的。故清·吴仪洛《成方切用·泻火门》说：“故凡火之为病，其在外形者，必见于皮肉筋骨；其在内者，必见于脏腑九窍，如果有热证可据，则火性急袭，诚可畏也。然实火止随形质，因谓之凡火，又谓之邪火，不过病之标尔，洗之涤之，又何难哉！惟虚火则本于元气之虚，而再攻其火，非挺即刃矣。”

虚火，属不足之火，亦称虚热。其势缓涩，凝滞于此，或涩于彼，既不能升，又不能降。一般多见于火淫诸病的后期阶段。亦可见于风寒暑湿燥邪入里化热，消灼真阴的病者。清·程杏轩《医述》引罗赤诚说：“虚火之患甚多，不可偏热一途。有津液之阴不足，而致火动者；有营血之阴不足，而致火动者；有精髓之阴不足，而致火动者；有阴气不足，阳气不乘阴分而生热者；又有营血衰少，外感风邪，乘虚陷入阴分，至夜发热咳嗽，而似乎阴虚火动者；有感寒邪留滞于经络阴血与骨髓之分，郁久生热，面似乎阴虚火动者；有因饮食时，或惊或恐，与食相挟，致伤阴气，留积于阴分而为患者。此皆阴分受邪，故至夜发热，而似乎阴虚火动之证。”

九、关于毒虫伤的证候特征

在高等中医院校教学参考丛书《中医诊断学》虫兽伤证候中指出：毒虫螫伤，《诸病源候论·杂毒病诸候》载有蜂螫、蝎螫、蚤螫、蜈蚣螫、蚝虫螫等。人被螫后，其毒从伤口侵入，开始聚于局部，使局部红肿作痛，或发疹，或牵引四肢皆痛、麻木。继而毒随营卫气，袭入经络，则出现头昏、倒闭等严重症状。《诸病源候论·兽毒病诸候·蚝虫螫候》说树上毛虫，以其毛刺能螫人，“此毒益轻，不至深毙，然亦甚痛，螫处作疹……。”

毒虫螫伤在《中医临床诊疗术语——病名》中统称为“恶虫叮咬”。包括蠓虻伤、蜈蚣螫伤、蜂螫伤、蝎螫伤、蜘蛛咬伤、松毛虫病、射工伤等病。

十、辨证中有关“毒”的概念

时逸人《中国急性传染病学·传染病导论》：“凡侵入血中而起变化者，曰血液毒。此类物质甚多，大部分有气体及固体之别。气体侵入，以呼吸器为道路，被吸收而入于血分。固体侵入，以表皮之创伤，或饮食中之杂质等，皆能传袭于内，成血液中毒症。”

方药中《温病汇讲·温病卫气营血研究的概况》：“‘毒’随邪来，热由‘毒’生。因为……温热病之发热，引起‘热’的致病因素就是‘毒’，中医的‘毒’包括了致热原在内。”

李鹏图在《中医诊断学杂志》1995年一期发表“试论‘毒’因辨证”一文，指出：“毒”的概念在中医学中应用得十分广泛，例如在病因学中的火毒、风毒、麻毒、疫毒；在病名中的丹毒、委中毒、疔毒、疫毒痢；在证候中的毒侵肺卫、肺卫热毒、毒壅气分、寒毒凝滞；在治法中的清热解毒、拔毒、托毒、驱毒；在药物性能中的大毒、小毒、常毒等，以及在方剂命名中冠以毒字者也比比皆是。古人论“毒”，最早见于《内经》，以后诸家均多有论述。但是，由于受历史条件的限制，历代中医文献对“毒”的涵义并不十分清楚，在分析认识毒的病因学特点、毒的病理机制、毒的证候等问题上，似无系统的论述，故而直接影响到对毒邪证候治疗的临床疗效。

（一）“毒”在病因学中的涵义

毒字涵义具有多样性，在《辞源》中毒的本意是指：①恶也，害也；②痛也，苦也；③物之能害人者皆曰毒。由此可见，凡是对人体有严重损害，使人痛苦的致病因素，就可以认为是毒的作用。具体到中医病因学，“毒”是一类致病物质的总称。毒的涵义，可为：

1. “毒”是存在于自然界中具有生物活性的致病物质 在古代条件下，人们不可能对毒进行直接了解和分析，故有“戾气”、“杂气”之称，亦有更加明确的称谓，如“疫毒”、“温毒”、“麻毒”等。实际上，“毒”即现代医学中的某些致病微生物，极易引起温病、疮疡。

2. “毒”与六淫之邪关系密切 毒本身不属于六淫范畴，但是二者关系十分密切，六淫之邪是毒的存在条件，即“毒寓邪中”或“毒自邪生”，所以《素问·五常政大论》中就有寒毒、热毒、湿毒、燥毒等邪毒的称呼。当自然界气候反常，六淫之邪肆虐之时，“毒”也就极易随之侵入机体成为邪毒伤人。毒借六淫之势，六淫借毒之威，二者相兼为患，致病极重且速，所以六淫是毒侵入体导致发病的重要条件。

3. 自然界中某些有害物质侵入机体凝聚成毒 由于水源、大气的污染，化肥农药的广泛应用，食物污染霉变，加之人体疏于防护，通过长期吸入、食物及皮肤接触等，将上述有害物质不断摄入体内，日久则凝聚化毒，成为致病毒邪。例如癌病病因中，就有上述诸多有害物质侵入人体形成的“癌毒”。

4. 含有毒素的虫兽咬伤、螫伤人体 当这些虫兽咬伤、螫伤人体后，将毒腺中的毒液通过伤口处注入人体，使之中毒。常见的有毒蛇咬伤、疯狗咬伤、毒蜂或蝎子、蜈蚣螫伤咬伤。

5. 误食误吸有毒物品 过量食入有毒药品、食品如乌头、附子、有机磷农药、毒草等；误吸有害气体，如一氧化碳气等是引起中毒的常见原因。

（二）“毒”的特性与致病的特点

1. “毒”性暴戾 毒的暴戾性表现为以下3个方面。

(1) “毒”的致病性强：虽说毒侵入机体的发病机理是通过邪正斗争，但由于毒的致病性十分强烈，正气稍弱者，触之即病。甚至有时毒会成为发病主宰，无论正气强弱，感之即发。

(2) 大多数“毒”致病发病急骤，病势凶险，病情严重，容易传变；因毒而致的温病，有始病即见高热气分证候；有病发很快内陷营血证候；甚则“毒”可直中心脑，猝然昏仆痉厥，再如虫兽所伤或中毒患者，倾刻之间即可出现全身严重中毒症状。

(3) “毒”有一定的传染性：在气候恶劣反常的环境条件下，常可造成温病流行。

2. “毒”性火热 温热病的发生，无不与“毒”相关，由毒致热是高热急症的主要病机，这是由于毒的火热性质所致，即所谓“热由毒生”，而非传统认识上的“由热生毒”。毒作用于温病全过程，热也贯穿于温病各阶段，但是不同毒邪为病，可有热势、热型、热程之不同。由毒所致的疮疡类疾病，病灶处也具有热、痛、红、肿之特点，甚则会导致全身发热。此外，临床治疗温病、疮疡的解毒药，多属寒凉之品，寒以治热，也证明了“毒”的火热特性。

3. “毒”性秽浊 由毒所致病证的临床表现，多具秽浊的特性。如某些温病病人的吐泻物、分泌物臭秽难闻；某些疮疡溃脓和内痈排脓腐臭秽浊；某些癌病病灶腐溃；分泌物亦臭秽难闻。此外，“毒”在腐败污秽物中更易活动繁殖；而芳香药物可以辨解毒，亦可说明“毒”具秽浊之性。

(三) 常见“毒”病一般辨证规律

1. “毒”与温病辨证 “毒”在温病学中占有重要地位，温病的卫气营血发生、发展和演变过程，以及温病转归与防治，均与“毒”密切相关。

卫分毒热证。乃温病初起，临床除一般卫分证特征，还需辨清“毒”自何邪而来。如风毒证候，见皮肤红肿发痒，或游走疼痛，或泛发疱疹，或头面红肿；热毒证候，见热势亢盛，咽喉肿痛势重，烦躁头痛；暑毒证候，见头胀痛如劈，心胸烦闷，小便短赤，舌苔浊腻；燥毒证候，见目赤睑肿，咽痛干燥，声嘶耳鸣。

气分毒热证。“毒”入气分后，热势炽盛，津液受损，脏腑失和。临床除壮热口渴、舌红苔黄、脉弦数等里热证外，若毒热壅肺证，并见咳喘胸痛，痰稠带血，烦躁，甚或谵语；热毒阻肠证，见高热如焚，烦躁谵语，腹胀痛拒按，大便不通，舌苔焦黄芒刺；湿毒热邪阻滞中焦，见高热腹胀，胸脘痞闷，神志时清时昧，溲赤、黄疸，舌苔色黄浊腻。

营血热毒证。机体阴血津液明显耗伤，脏腑实质损害与功能障碍更严重。热毒入营证，见身热烦躁，斑疹隐隐，甚则谵语痉厥；热毒迫血证，见高热紫斑，口鼻诸窍出血，神识昏愤，甚则津气或阳气外脱。

在温病中，尚有更具典型特色的邪毒证候，例如温热时毒所致烂喉痧，具有咽喉肿痛糜烂、肌肤丹痧密布、舌红绛起刺如杨梅等特征；风热时毒上攻头面的大头瘟，则憎寒壮热，烦躁，头面赤肿痛，舌红苔黄脉数；麻疹之麻毒内陷证，或疹色紫暗，或白而不红，或疹出即收，并伴高热神昏，喘息鼻煽等症状。

2. “毒”与疮疡辨证 疮疡与“毒”关系密切，尤以“热毒”、“火毒”为最，正如《外科心法要诀·痈疽总论》说：“痈疽原是火毒生”。

痈乃因外感六淫毒邪，或过食膏粱厚味，内生湿热火毒。痈虽据发病部位不同而名

称有别，但共同特点是初起红肿热痛，乃因热毒壅聚，气血凝滞；继而成脓，肿势高突，按之波动，乃毒盛肉腐成脓；终则破溃，流出稠厚黄白脓液，为毒去之象。

疽的含义，是气血为毒阻而不行，临床分为有头与无头两类。有头疽是皮肤肌肉急性化脓性疾患，初起即见脓头，因部位不同命名多达几十种，其病因均为外感风温湿热，内有脏腑蕴毒，凝聚肌表而成。初期局部肿块有粟粒样脓头，痛痒；继而肿势扩大，脓头增多，热痛剧，并伴寒热头痛；溃脓期疮头腐烂，形如蜂窝，并伴壮热口渴，苔黄腻，脉滑数。若阴液不足或气血两亏，毒滞难化，则疮形平塌，不易化脓，腐肉难脱，脓水稀薄。

无头疽发于骨骼或肌肉深部，是由五脏风毒积热或寒痰凝滞。症见漫肿无头，皮色不变，不红不热，酸多痛少，难消、难溃、难敛。

此外，尚有脱疽，是因寒毒凝聚，瘀阻经络，多发于足趾、足踝。症见足趾麻木剧痛，肤色紫暗发凉，甚则紫黑腐溃，死骨脱落。

疔疮又称疔毒，是一种发病迅速危险性较大的疮疡，多发于颜面、手足，是由风热毒火凝结，或外伤染毒所致。疔疮初起如粟粒大结节，色白根深而硬，或麻或痒，继而疼痛加剧，肿势扩大，脓头破溃。疔疮若顶端色黑无脓，根脚散漫，肿势漫延，伴有寒战高热，烦躁，神昏谵语，喘促呕逆，为疔毒走黄或疔毒内陷证。

3. 毒与癌病辨证 癌病的发生，与“毒”密不可分，即所谓“因毒致癌”。反复感受自然界中的病毒微生物，或环境污染而致毒热蕴结，或肝脾失调、气郁痰凝、气滞血凝而致痰毒凝聚，日久则化毒成癌。发于表浅部位的癌病多有明显临床表现。例如乳癌，多因痰毒凝聚，初起便见坚硬肿块，不红不热，不痛不痒，经年累月，乳房缩小变硬，肿块增大固定，痛无休止，皮肤呈桔皮样，甚则溃烂流臭秽血水。再如子宫颈癌，是因湿毒下注，症见阴道出血，带下腥臭，日久宫颈糜烂坏死，大量出血，或呈菜花样改变。发于体内脏腑癌病亦因毒邪凝于脏腑，但是需经特殊检查才能确诊。癌病晚期都会发生扩散和转移，此乃毒邪弥漫，流窜脏腑所致。

4. “毒”与内痈辨证 内痈乃内脏生痈，如肺痈、肠痈、肝痈、胃痈等。病因虽有感受六淫、饮食不节、脏腑失和等，但咎其根本，均由染“毒”所致，若无毒邪侵入则难于成痈。肺痈，乃因毒挟风寒风热犯肺，毒热瘀结，伤及肺络，蕴酿成痈。初则寒热咳嗽，胸痛，痰粘量少，苔黄白，脉浮数，为肺卫热毒证；继而但热不寒，咳吐脓痰，腥臭带血，苔黄腻，脉滑数，乃热毒成痈证；进而咳吐脓血，或如米粥，量多腥臭，喘息难平，面赤身热，为毒盛溃脓。

肝痈病名首见于《素问》，“期门隐隐痛者，肝疽，其上肉微起者，肝痈”，此由火毒蕴盛，郁阻于肝，成痈化脓。初则寒战高热，呕恶纳差，肝区隐痛微肿，舌红苔黄白，脉弦数；中期高热口渴，便秘溲赤，右肋肿痛，皮肤红紫，脉滑数；后期潮热盗汗，面色少华，右肋刺痛，创口流脓，为正虚毒恋证。

肠痈病甚者，症见高热不退，腹痛剧烈，腹肌紧张，压痛弥漫，反跳痛，烦渴呕吐，舌红绛，苔黄厚，脉洪数，此乃毒热蕴结成痈且毒邪已有扩散之势。

5. 虫兽毒伤辨证 毒蛇咬伤后，因蛇毒侵入机体导致中毒。症见伤口疼痛麻木出血，全身症状见头昏嗜睡，肌肉关节酸痛，甚则不能言语，吞咽困难，瞳孔散大，呼吸困难，乃至昏迷死亡。

疯犬咬伤，创口接触唾液中的病毒而发病。症见头痛乏力，恐惧感，声光电刺激可引起喉部紧缩感，甚则抽搐烦躁，口渴不能饮水、闻水、见水，否则引起喉部痉挛，继而瘫痪息微，瞳孔散大，最终死于呼吸、循环衰竭。

毒蜂螫伤、蜈蚣咬伤、蝎螫伤等毒虫伤害病证，均因毒腺中毒液注入伤处肌肤而发病。症状表现大同小异：被咬、螫伤处皮肤红肿疼痛，或痛痒俱作，伤处灼热，或见红丝漫延，病程较短，甚则寒热眩晕，恶心呕吐，乃至危及生命。

（四）中毒辨证

中毒范围十分广泛，可通过食入、吸入、皮肤接触使毒物侵入体内而发生中毒症状。煤气中毒，轻者头痛头昏，乏力，恶心呕吐，甚则神昏，气息微弱，最终死于呼吸麻痹。口唇呈现樱桃红色是其重要特征。

有机磷农药中毒，见腹痛泄泻，呕吐流涎多汗，振颤抽搐，语言障碍，二便失禁，甚则昏迷、呼吸麻痹。瞳孔缩小是其重要特征。

乌头、附子中毒，症见口舌、全身麻木，恶心呕吐，心悸气短，心律失常，面色苍白，口唇紫绀，四肢厥冷，继而四肢抽搐，牙关紧闭，最终死于呼吸衰竭。

总之，通过对“毒”因证候的研究，不仅可以发展病因辨证理论体系，系统掌握毒因辨证规律与特点，进而开展中医解毒、抑毒方药及其经验运用的研究，对提高当前中西医疑难杂症的诊治水平，都具有十分重要的意义。

【古代文献】

一、六淫病证

《景景室医稿杂存》：六淫者，即天地之六气，风、寒、暑、湿、燥、火也。六气各异，变化无穷。外感各病，悉从六气阴阳之偏驳而致。

《医学真传·六淫外感》：六淫在入而不在天。凡有所病，皆本人身之六淫，而非天之六淫也。

《医学一贯·万病一源说》：天之六淫伤人，亦乘其虚处感化。阴虚者，易感风燥暑火；阳虚者，易感寒湿雾露。

（一）外风证

《素问·生气通天论》：风者，百病之始也。清静则肉腠闭拒，虽有大风苛毒，弗之能害，此因时之序也。故病久则传化，上下不并，良医弗为。

《素问·风论》：故风者，百病之长也，至其变化，乃为他病也。无常方，然致有风气也。

《医碥·中风》：风有外风，有内风。内风者，即入身中之气也。外风由于外感，内风由于内伤。

《成方便读·祛风之剂》：风者，六淫之首，百病之长。其性则善行数变，其病则出入无方。

《临证指南医案·风》：风为百病之长。盖六气之中，惟风能全兼五气，如兼寒则曰风寒，兼暑则曰暑风，兼湿曰风湿，兼燥曰风燥，兼火曰风火。盖因风能鼓荡此五气而伤人，故曰百病之长也。其余五气，则不能互相全兼，如寒不能兼暑与火，暑亦不兼寒，湿不兼燥，燥不兼湿，火不兼寒。由此观之，病之因乎风而起者自多也。然风能兼寒，寒

不兼风，何以辨之？如隆冬严寒之时，即密室重帟之中，人若裸体而卧，必犯伤寒之病，此本无风气侵入，乃但伤于寒而不兼风者也。风能兼寒者，因风中本有寒气，盖巽为风，风之性本寒，即巽封之初爻属阴是也。因风能流动鼓荡，其用属阳，是合乎巽之二爻三爻，皆阳爻也。如炎歊溽暑之时，若使数人扇一人，其人必致汗孔闭，头痛恶寒，骨节痛等，伤寒之病作矣。斯时天地间固毫无一些寒气，实因所扇之风，风中却有寒气，故令人受之，寒疾顿作，此乃因伤风而兼伤寒者也。故有但伤寒而不伤风之症，亦有因伤风而致伤寒之症，又有但伤风而不伤寒之症。有因伤风而或兼风温、风湿、风燥、风火等症，更有暑湿燥火四气，各自致伤，而绝不兼风之症。

《医学求是·伤风分内外因说》：人有鼻塞流涕，喷嚏时作者，谓之伤风。盖偶感风邪，由项后风池而入，皮毛闭塞，肺气郁遏；而鼻为肺窍，气不宜达，上循鼻窍，激为喷嚏；气既壅遏，水湿蒸淫，溢而为涕。此外伤于风之正伤风也。又有人居密室，未犯微风，或饮食后喷嚏大作，清涕时流，身微热有汗，俗亦谓之伤风，又谓为热伤风，其实乃胃气之不降也。饮食稍多，中宫胀满，阻遏肺气，不得下行，蒸于皮毛，泄为微汗。……故治外感之伤风，以散邪为先，……治内郁之伤食，以降胃为主。

《备急千金要方·论杂风状》：风邪客于肌肤，虚痒成风疹瘙疮。风邪入深，寒热相搏则肉枯，邪客半身入深，真气去则偏枯；邪客关机中即挛；筋中亦然。

《医学摘要·中风》：人必本气先伤，而后风邪得以中之。故邪中于络，口眼歪斜。邪中于经，手足不遂。

《四圣悬枢·风寒异邪》：四时感伤之因，有风有寒，寒者天地之阴气，风者天地之阳气。阳主开，阴主阖，伤于寒者，皮毛开而寒束之，故窍闭而无汗；中于风者，皮毛闭而风泄之，故窍开而有汗。气统于肺，金性清凉而降敛，血司于肝，水性温暖而升发。肺气清降则窍阖，肝血温升则窍开。人之汗孔秋冬则阖者，气清而敛之也；春夏则开者，血温而发之也。秋冬窍阖而有偶开，则寒气伤之；春夏窍开而有时偶闭，则风气中之。此四时之邪感伤之因也。

《杂病证治·辨证》：外风所伤，鼻流清涕，咳吐有痰，痰必清稀；内热内风，鼻流浊涕，咳甚有痰，痰必稠浊。夫风为阳邪，循经彻络，传变多端，与伤寒相似。但伤风必鼻塞流涕且多恶风，若居暖室之中则坦然自如；伤寒必头痛恶寒且多呃逆，虽近烈火之傍仍复恶寒也。故伤风在表有汗手足微烦；伤寒在表无汗而手足微冷。伤风在表，肺热而皮肤发疹；伤寒在里，胃热而肌肉发斑。

（二）实寒证

《素问·离合真邪论》：寒则血凝泣。

《灵枢·岁露论》：寒则皮肤急而腠理闭。

《素问·举痛论》：寒则气收，……寒则腠理闭，气不行，故气收矣。

《简明医彙·伤寒》：夫寒邪中人，阳经受病，……寒主收引，腠理闭塞其阳气，为遍身热，可即以发散药服之。腠理开，汗出而邪解，阳气得泄，身凉而愈。

《医学摘粹·杂证要法》：感寒者，触受风寒也。四时俱有感寒之证，脉浮或紧，头痛发热无汗，或恶寒，或咳嗽不禁，即伤寒之浅者。

《医学心悟·医门八法·论汗法》：风寒初客于人也，头痛发热而恶寒，鼻塞身重而体痛，此皮毛受病，法当汗之，若失时不汗，或汗不如法，以致腠理闭塞，荣卫不通，病

邪深入，流传经络者有之，此当汗不汗之过也。

《医醇賸义·中寒》：寒气中人，为祸最烈。……伤寒者，寒从外来；中寒者，寒从内发。伤寒多发热之候；中寒则但有厥冷，而无发热之候。此必其人之真阳先亏，坎中之火渐为水掩；又必有澄寒痼冷，伏于脏腑，一遇寒气，积病猝发，极为危险。……见症列后：真心痛者，水来克火，寒邪直犯君主，脘痛，呕吐，身冷，手足青至节，甚则旦发夕死，……厥心痛者，中寒发厥而心痛也。虽在包络，然已是心之外府，故手厥逆，身冷汗出，便溺清利，甚亦朝发夕死；……直中少阴，肾气厥逆，腹疼下利，手足厥冷，小便清利；……直中厥阴，肝气厥逆，胁下及腹中绞痛，下利，手足厥冷，指爪皆青。

（三）暑证

《素问·生气通天论》：因于暑，汗，烦则喘渴，静则多言，体若燔炭，汗出而散。

《灵枢·岁露论》：暑则皮肤缓而腠理开。

《丹溪心法·中暑》：暑乃夏月炎暑也，盛热之气者，火也。

《治病法轨·中暑》：暑者，天气郁热之称，人在暑天，如在蒸笼之内，热气逼迫，致毛孔开而汗大泄，将人身阳气发泄无遗。

《古今图书集成·医部全录·卷二百三十一·暑门》注：天之阳邪，伤人阳气；气伤外弛，故汗出也。气分之邪热盛，则迫及所生；心主脉，故心烦。肺乃心之盖，故烦则喘渴。如不烦而静，此邪仍在气分而气伤，神气虚故多言也。天之阳邪，伤人阳气，两阳相搏，故体若燔炭。阳热之邪，得吾身之阴液而解，故汗出乃散也。

（四）湿证

《弄丸心法·伤湿》：湿之为害亦大矣。然有内外之分，又有风湿、热湿、寒湿之异。

《临证指南医案·湿》：湿为重浊有质之邪，若从外而受者，皆由地中之气升腾；从内而生者，皆由脾阳之不运。……其伤人也，或从上，或从下，或遍体皆受，此论外感之湿邪，著于肌躯者也。……如其入饮食不节，脾家有湿，脾主肌肉四肢，则外感肌躯之湿，亦渐次入于脏腑矣。亦有外不受湿，而但湿从内生者，必其人膏粱酒醴过度，或嗜饮茶汤太多，或食生冷瓜果及甜腻之物。治法总宜辨其体质阴阳，斯可以知寒热虚实之治。若其人色苍赤而瘦，肌肉坚结者，其体属阳，此外感湿邪，必易于化热；若内生湿邪，多因膏粱酒醴，必患湿热、湿火之证。若其人色白而肥，肌肉柔软者，其体属阴，若外感湿邪，不易化热；若内生之湿，多因茶汤生冷太过，必患寒湿之证。

《温病条辨·上焦篇·寒湿》：湿为阴邪，自长夏而来，其来有渐，且其性氤氲粘腻，非若寒邪之一汗而解，温热之一凉则退，故难速已。

《伤寒绪论·时行》：天之热气下，地之湿气上，人在是气之中，无隙可避，故病之繁而且苛者，莫如夏月为最。以无形之热，蒸动有形之湿，即无病之人感之，尚未免于为患，况素有湿热，或下元虚人，安得不患湿温之证乎？

《证治汇补·湿症》：湿气伤人，在上则头重目黄，鼻塞声重，在中则痞闷不舒，在下则足胫跗肿。

《杂证会心录·论湿病》：湿病有外因、内因之不同，湿热、寒湿之各别。外因之湿，有感天地之气者，则雨露水土；有中阴湿之气者，则卧地湿衣，多伤人皮肤筋脉者也。内因之湿，有由于饮食者，则酒酪炙博；有由于停积者，则生冷瓜果，多伤人脏腑脾胃者也。其见症也，在肌表则为发热，为恶寒，为自汗；在经络则为痹重，为筋骨疼痛，为

腰痛不能转侧，为四肢痿弱酸痛；在肌肉则为麻木附肿，为黄疸，为按肌肉如泥；在脏腑则为呕恶胀满，为小水泌涩黄赤，为大便泄泻，为后重癫疝等证。然在外者为轻，在内者为重，及其甚也。则未有表湿而不连脏者，里湿而不连经者。况湿从内生，多由气血之虚，水不化气，阴不从阳而然。即湿从外入，亦由邪之所凑，其气必虚之故。

（五）外燥证

《素问·六元正纪大论》：燥胜则干。

《素问玄机原病式·燥类》：诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属于燥。

《医门法律·伤燥门》：燥胜则干。夫干之为害，非遽赤地千里也。有干于外而皮肤皴揭者；有干于内而精血枯涸者；有干于津液而荣卫气衰、肉灼而皮着于骨者。

《重订通俗伤寒论·伤寒兼证》亦说：“秋深初凉，西风肃钉杀，感之者多病风燥，此属燥凉，较严冬风寒为轻；若久晴无雨，秋阳以曝，感之者多病温燥，此属燥热，较暮春风温为重。”

《杂病源流犀烛·燥病源流》：夫阳明燥金，乃肺与大肠之气也。故燥之为病，皆阳实阴虚，血液衰耗所致。条分之，虽有风燥、热燥、火燥、气虚燥之殊，要皆血少火多之故。是以外则皮肤皴揭，中则烦渴，上干咽鼻干焦，下则溲赤便难，阳有余而阴不足，肺失清化之源，肾泛滋生之本，痿消噎挛，皆本乎此，治法惟以滋金养血为主。所为热燥，病在里者也，耗人津液，故便秘消渴生焉。所谓风燥，病在表者也，皮肤枯，毛发槁，故干疥爪枯生焉。所谓火燥，病亦在里者也，东垣云：饥饱劳役，损伤胃气，及食辛辣厚味而助火，邪伏于肺中，耗散真阴，津液亏少，故大便燥结；而其燥结，又有风燥、热燥、阳结、阴结之殊，治法总惟辛以润之，苦以泻之。

（六）火热证

《素问·五运行大论》：南方生热，热生火。……在天为热，在地为火。

《素问·至真要大论》：诸热瞀瘵，皆属于火。……诸禁鼓慄，如丧神守，皆属于火。……诸逆冲上，皆属于火。诸胀腹大，皆属于热。诸躁狂越，皆属于火。……诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热。诸病附肿，疼酸惊骇，皆属于火。诸转反戾，水液浑浊，皆属于热。

《素问玄机原病式·热类》：诸病喘呕吐酸，暴注下迫，转筋，小便混浊，腹胀大，鼓之如鼓，痲疽疮疹，瘤气结核，吐下霍乱，瞀郁肿胀，鼻塞鼾衄，血溢血泄，淋闷身热，恶寒战栗，惊惑悲笑，谵语，衄衄，血汗，皆属于热。手少阴君火之热，乃真心小肠之气也。

《素问玄机原病式·火类》：诸热瞀瘵，暴瘖冒昧，躁扰狂越，骂詈惊骇，附肿疼酸，气逆冲上，禁慄如丧神守，噎呕疮疡，喉痹，耳鸣及耳聋，呕涌溢食不下，目昧不明，暴注眦瘵，暴病暴死，皆属于火。手少阳相火之热，乃心包络三焦之气也。

《医醇賸义·火》：肺火自本经而发者，缘燥气相逼，清肃之令不能下行，故肺气焦满，微喘而咳，烦渴欲饮，鼻端微红，肌肤作痒。……心火炽盛，五中烦躁，而红目赤，口燥唇裂，甚则衄血吐血。……肝胆火盛，胁痛耳聋，口苦筋痿，阴痛，或淋浊溺血。……脾有伏火，口燥唇干，烦渴易饥，热在肌肉。……肾火者，龙火也。龙不蛰藏，飞腾于上，口燥咽干，面红目赤，耳流脓血，不闻人声。……胃火炽盛，烦渴引饮，牙龈腐烂，或牙宣出血，面赤发热。……小肠火，心经之火，移于小肠，溲溺淋浊，或涩或痛。……大

肠火，肺经之火，移于大肠，大便硬秘，或肛门肿痛。……风火，风助火势，其性上升，面红目赤，口燥咽痛。

二、毒证、脓证、食积证、虫积证

(一) 毒证

《伤寒瘟疫条辨·伤寒温病根源辨》：杂气者，非风非寒非暑非湿非燥非火，天地间另为一种，偶荒旱涝，疵疠烟瘴之毒气也。

《证治准绳·疡医·时毒》：时毒者，为四时邪毒之气，感之于人也。

《金匱要略心典·百合狐惑阴阳毒病篇》：毒者，邪气蕴蓄不解之谓。……邪在阳者为阳毒，邪在阴者为阴毒也。

《内外伤辨惑论·肾之脾胃虚方》：夫六气之胜，皆能为病，惟寒毒最重，阴主杀故也。

《医学衷中参西录·治瘟疫瘟疹方》：疫者，感岁运之戾气，因其岁运失和，中含毒气，人触之即病。

《医学汇海·瘴气》：瘴气者，山湿蒸蕴之气也。受其毒者人迷闷，甚则躁狂，亦有哑不能言者。皆毒气暴盛之故也。

《疡科心得集·总论》：故毒入于心则昏迷，入于肝则痉厥，入于脾则腹疼胀，入于肺则喘嗽，入于肾则目暗、手足冷。入于六腑亦皆各有变象，兼证多端，七恶叠见。

《医宗金鉴·外科心法要诀·痈疽总论》：痈疽原是火毒生。

《外科证治全生集·论证》：痈疽二毒，由于心生，心主血而行气，气血凝滞而发毒。

《洞天奥旨·疮疡阴阳论》：夫疮之痛，乃毒发于阳；疮之痒，乃毒发于阴也。

(二) 脓证

《灵枢·痈疽》：热胜则肉腐，肉腐则为脓。

《金匱要略·痈疽肠痈浸淫病篇》：诸痈肿，欲知有脓无脓，以手掩肿上，热者为有脓，不热者为无脓。

《医灯续焰·痈疽脉证》：痈者，壅也。疽者，阻也。荣卫气血，壅塞阻滞，郁热成脓之所致，有阴阳脏腑之分。……阳有余则气聚而热胜，阴不足则荣不行而热亦胜，两热相搏，营卫不行，故化脓而成痈疽也。

(三) 食积证

《严氏济生方·宿食门》：《难经》云：脾气通于口，口和则知谷味矣；心气通于舌，舌和则知五味矣。是知谷味五味，莫不由口舌而入于胃也。善摄生者，谨于调和，使一饮一食，入于胃中，随消随化，则无滞留之患。若禀受怯弱，饥饱失时，或过餐五味、鱼腥、乳酪，强食生冷果菜，停蓄胃脘，遂成宿滞。轻则吞酸呕恶，胸满噎噎，或泄或利；久则积聚，结为癥瘕，而黄羸瘦，此皆宿食不消而主病焉。

《证治准绳·伤饮食》：伤食之证，胸膈痞塞，吐逆咽酸，噎败卵臭，畏食头痛，发热恶寒，病似伤寒，但气口大于人迎数倍，身不痛耳。

(四) 虫积证

《诸病源候论·九虫病诸候》：诸虫依肠胃之间，若腑脏气实，则不为害，若虚则能侵蚀，随其虫之动，而能变成诸患也。

《景岳全书·杂证谟·诸虫》：虫之为病，人多有之。由于化生，诚为莫测，在古方

书虽曰由湿由热，由口腹不节，由饮食停积而生，是固皆有之矣。然以常见验之，则凡脏强气盛者，未闻其有虫，正以随食随化，虫自难存。而虫能为患者，终是脏气之弱，行化之迟，所以停聚而渐至生虫耳！然则或由湿热，或由生冷，或由肥甘，或由滞腻，皆可生虫，非独湿热已也。然以上数者之中，又惟生冷生虫为最，即如收藏诸物，但着生水，或近阴湿，则最易蛀腐，非其义乎？

《医碥·虫》：虫由湿热郁蒸而生。或杂食生冷肥甘，厚味停滞，或五脏劳热，病后气血郁积。凡可以致湿热者，皆能生虫。

第二节 气血辨证

【基本内容】

气血辨证，是根据气血的生理活动和病理特点，分析、判断疾病中是否有气血亏损或运行障碍的证候存在。

《素问·调经论》说：“气血不和，百病乃变化而生。”气血证候的分类，一方而为气血的亏虚，主要包括气虚、血虚，属虚证的范畴，气脱、血脱、气陷、气不固，一般是气血虚的特殊表现；一方而为气血的运行失常，主要有气滞、血瘀，一般属实证的范畴，所谓气逆、气闭，一般属气滞的范畴。血热证、血寒证实际为血分的热证、寒证。

气与血之间密切相关，在病理上二者常互相影响，或者同时发病，或者互为因果。临床常见的气血同病证候有气血两虚、气滞血瘀、气不摄血、气随血脱、气虚血瘀等。

气血的病变，与脏腑机能失调的病理是不可分的。掌握了气血病变的一般规律，可以为辨别脏腑病变的病理性质打下基础。

一、气虚类证

气虚类证包括气虚以及气陷、气不固、气脱。

(一) 气虚证

气虚证是指元（真）气不足，气的推动、温煦、固摄、防御、气化等功能减退，或脏器组织的机能减退所表现的虚弱证候。

气虚证的基本表现为声低气短，神疲乏力，脉虚，舌质淡嫩，或有头晕目眩，自汗，动则诸症加重。

形成气虚证的病因病机为久病、重病、劳累等耗伤元气；先天不足、后天失养，而致元气匮乏；或因年老体弱，脏腑机能减退而元气自衰等。

由于元气不足，脏腑机能衰退，故出现气短、声低、懒言、神疲、乏力；气虚不能上荣，则头晕目眩，舌淡嫩；卫气虚弱，不能固护肤表，故为自汗；“劳则气耗”，故活动劳累则诸症加重；气虚鼓动血行之力不足，故脉象虚弱。

由于元气亏虚，往往导致整个脏腑组织的机能活动减退，故气虚的常见证有心气虚证、肺气虚证、脾气虚证、肾气虚证、胃气虚证、肝胆气虚证等，并常常几脏气虚同时存在，而表现出各脏腑的气虚证候。

气陷、气不固、气脱等常是气虚的发展，或为其特殊表现。

气虚可由多种原因所导致，而气虚又可能导致多种病理变化。如气虚而机能减退，运化无权，推动无力，可导致营亏、血虚、阳虚、生湿、生痰、水停、气滞、血瘀，易感

外邪，食积、虫积等。同时气虚可与血虚、阴虚、阳虚、津亏等兼并为病，而为气血两虚、气阴两虚、阳气亏虚、津气亏虚等证。

（二）气陷证

“气陷”，是指气虚无力升举，清阳之气不升而反下陷，或内脏位置不能固定而下垂所表现的虚弱证候。气陷证的常见证候为眩晕，气短，疲乏，气下坠感，或见内脏下垂、脱肛、阴挺等。气陷多是气虚的发展，或为气虚的一种特殊表现形式。气陷一般是指脾（中）气的下陷。

（三）气不固证

“气不固”，是指气虚失其固摄之能所表现的虚弱证候。气不固包括不能固摄汗液、血液、小便、大便、精液、胎元等，分别名为卫气不固证、气不摄血证、肾气不固证等，说明气不固与肺、脾、肾等脏腑气虚的关系密切。其辨证是有气虚证的一般证候表现，并有各自“不固”的证候特点。

（四）气脱证

“气脱”，是指元气亏虚已极，气息奄奄欲脱的危重证候。气脱证的表现为呼吸微弱而不规则，或见昏迷或昏仆，汗出不止，口开目合，二便失禁，面白脉微，舌质淡嫩，舌苔白润等。气脱与气虚、气不固、血脱、亡阳等的关系密切，即气脱常是气虚、气不固的发展；因大失血所致者，称为“气随血脱”；常与亡阳同见，除气脱以气息微弱欲绝为主要特征，亡阳以肢厥身凉为必有症外，其余症状均基本相同，故临床常称阳气虚脱。

二、血虚类证

血虚类证包括血虚和血脱。

（一）血虚证

血虚证是指血液亏少，不能濡养脏腑、经络、组织而表现的虚弱证候。

血虚证的临床表现，主要为颜面、眼睑、口唇、舌质、爪甲的颜色淡白，眩晕，心悸，多梦，手足发麻，妇女月经量少，色淡，延期甚或经闭，脉细无力等。血虚证候产生的机理为赤色的血液亏少，机体组织失其充养、濡润。

导致血虚的原因可归纳为五个方面，一是失血过多，新血未及补充；二是脾胃运化机能减退，或进食营养不足，以致生血减少；三是劳神太过，阴血暗耗，或因虫积肠道，耗吸营血；四是瘀血阻塞脉络，使局部血运障碍，或影响新血化生；五是久病、大病等，耗伤营气精血，以致血液亏虚。

血虚主要是指心血虚证和肝血虚证，并可有血虚肠燥证、血虚肤燥生风证。

血虚可与气虚、阴虚、血瘀等兼并存在，而为气血两虚证、阴血亏虚证、血虚夹瘀证。血虚发展可致血脱。血虚可生寒（虚寒）、化燥（内燥）。

（二）血脱证

“血脱”又名“脱血”，是指因呕血、便血、崩漏、外伤失血等，以致血液突然大量耗失，或因长期失血、血虚进一步发展，以致血脉空虚所表现的危重证候。血脱的诊断依据是有大失血、严重血虚等病史，并见面色苍白，眩晕，心悸，舌色枯白，脉微欲绝或芤等症。由血脱可致气脱、亡阳。

气脱、血脱、亡阳、亡阴等之间，常相互影响而同时存在，四者均为危急重证，临床诊断主要是辨别何种亡脱在先，除亡阴表现热、红、干、数之特征外，气脱、血脱、亡

阳的证候相近。

三、气滞类证

气滞类证包括气滞以及气逆、气闭。

(一) 气滞证

气滞证又称气结证、气郁证。是指人体某一部分或某一脏腑、经络的气机阻滞，运行不畅所表现的证候。许多疾病过程中都或多或少的存在着气机不畅的病理改变，但临床所诊断的气滞证是指以气机阻滞为主的证候。

气滞证的证候特点为胸胁脘腹等处的胀闷或疾病，疼痛性质可为胀痛、窜痛、攻痛，症状时轻时重，部位不固定，按之一般无形，胀痛常随嗳气、肠鸣、矢气等而减轻，或症状随情绪变化而增减，脉象多弦，舌象可无明显变化。气滞证候的主要机理为气机不畅则痞胀，障碍不通则疼痛，气得运行则症减。气的运行发生障碍而不通，不通则痛，故气滞以胀闷疼痛为主要临床表现。

引起气滞证的原因很多，如情志不舒，饮食失调，感受外邪，外伤闪挫等，均可引起气机阻滞；痰饮、瘀血、宿食、蛔虫、砂石等病理物质的阻塞，也常使气的运行发生障碍而致气滞；阳气虚弱、阴寒凝滞等，亦可使脏腑经络之气机不畅而形成气滞证。气滞一般在疾病的早期阶段即可出现，故有“初病在气”的说法。

临床常见的气滞证有肝气郁结证、胃肠气滞证、肝胃气滞（不和）证等，并表现出各自的证候特征。

气滞常可导致血行不畅而形成血瘀或气滞血瘀；气机郁滞日久，可以化热、化火；气机不利，可影响水液代谢而出现生痰、生湿、水停等病理变化。气滞一般是气逆、气闭的病理基础。

(二) 气逆证

“气逆”，是指气机升降失常，气上冲逆而不调所表现的病理变化，气逆是在气滞基础上的一种表现形式。气逆主要是指肺胃之气不降而上逆，或肝气升发太过而上逆，故临床有肺气上逆、胃气上逆、肝气上逆的不同。其各自可由外邪侵袭、痰饮瘀血内停、寒热刺激等不同的原因而形成，并表现出不同的证候特征。如肺气上逆以咳喘为主症；胃气上逆以呃逆、呕恶、嗳气等为主症；气从少腹上冲胸咽，或头痛眩晕、昏厥、呕血等，其中有的称为肝气上逆。

其实气逆并不是一个完整的证名，应注意辨别病因，再加病位、气逆而构成完整的辨证诊断，如胃寒气逆证，胃火气逆证，痰饮阻肺、肺气上逆证等。

(三) 气闭证

“气闭”，是指因大怒、暴惊、忧思过度等过极的情志刺激，或因砂、石、虫、痰等阻塞脉络、管腔等，导致气机闭塞，而表现出气的实证类急性重证。气闭的证候特点为突发、势急、症重，或为昏迷、昏厥、肢厥，或为内脏出现绞痛，大小便闭塞，呼吸气粗，声高，脉沉实有力等。气闭与气脱、亡阳等证候有实与虚的本质区别；气闭与热闭、痰厥、寒厥、暑闭等虽同属急重实证，但必有各自的证候特点及原因可查。

四、血瘀证

瘀血与血瘀证的概念不全相同。凡离经之血未能及时排出或消散，而停留于某处，或血液运行受阻，壅积于经脉或脏器，呈凝滞状态，失却生理功能者，均属瘀血。由瘀血

内阻所导致的证候，称为血瘀证。

血瘀证具有疼痛、肿块、出血、色脉改变等主要证候。其疼痛的特点是刺痛、痛处拒按、固定不移、常在夜间痛甚；肿块的性状是在体表者包块色青紫，腹内者可触及质硬而推之不移的肿块；出血的特征是色紫暗或夹血块，或大便色黑如柏油状，或妇女血崩、漏血；色脉改变的主要内容有面色黧黑、或唇甲青紫、或皮下紫斑、或肌肤甲错、或腹露青筋、或皮肤出现丝状红缕、或舌有紫色斑点或舌下络脉曲张、脉多细涩或结、代、无脉等。

血瘀证候的机理主要为瘀血内积，气血运行受阻，不通则痛，并有刺痛、固定、拒按等特点，夜间血行较缓，故夜间痛增；血液瘀积不散而凝结成块，则见肿块，血未流行，故肿块色紫暗，或唇甲青紫；血不循经而溢出脉外，则见各种出血；血行障碍，气血不能濡养则见皮肤干涩、肌肤甲错、面色黧黑；脉络瘀阻，则见络脉显露、丝状红缕、舌现斑点、脉涩不畅等症。

瘀血形成的原因可有多个方面，一是外伤、跌仆及其它原因造成的体内出血，离经之血未及时排出或消散，瘀积于内而为瘀血；二是气滞而血行不畅，或气虚、阳虚而运血无力，以致血脉瘀滞而成瘀血；三是血寒而使血脉凝滞，或血热而使血行壅聚或血受煎熬，以及湿热、痰浊阻遏，脉络不通，血液瘀塞而成瘀血。

瘀血可阻滞于各种脏器、组织，而有不同的瘀血证名，如心脉瘀阻证、瘀阻脑络证、胃肠血瘀证、肝经血瘀证、瘀阻胞宫（精室）证、瘀滞胸膈证、下焦瘀血证、瘀滞肌肤证、瘀滞脉络证等，并表现出各自脏器、组织的证候特点。

血瘀与气滞可互为因果，或同时为病，而为气滞血瘀证或血瘀气滞证，简称瘀滞证。血瘀可与痰、热等合并为病，而为瘀痰互结证、瘀热互结证。瘀血内阻还可导致血虚、水停等。

五、血热证

血热证是指火热内炽，侵迫血分所表现的实热证候，即血分的热证。

由于热在血分，故血热证的表现，一方面是迫血妄行而见各种出血，另一方面是使血行壅滞而成疮痍脓疡。血热证的审证依据是出血色深红，或斑疹显露，或为疮痍，有发热、口渴等症，舌绛，脉滑数或弦数等。

血热证常见于外感温热病中，即卫气营血辨证中的血分证；又可见于外科痈疡病中、妇科月经病中、其他杂病之中。

六、血寒证

血寒证是指寒邪客于血脉，凝滞气机，血行不畅所表现的实寒证候，即血分的寒证。

由于寒在血分，必然阻滞血液运行，故血寒证的证候表现，一般为手足冷甚至冷痛、肤色紫暗发凉，或为少腹拘急冷痛，或为痛经、月经衍期、经色色暗、夹有血块等。以见寒证，局部拘急冷痛，舌淡紫，苔白，脉沉迟弦涩等为审证的依据。

血寒证属实寒证的范畴，故实寒证中的寒滞肝脉证、寒凝胞宫证、寒凝脉络证等，即属血寒证。

【补充阐发】

一、气血同病的辨证

生理上气与血相互依存，相互资生，相互为用。在病理上，当气病或血病发展到一

定的程度，往往影响到另一方的生理功能而发生病变，从而表现为气血同病的证候。临床常见的气血同病证候有：

（一）气滞血瘀证

指气机郁滞而致血行障碍出现瘀阻的证候。其临床常见症状有胸胁胀闷或走窜疼痛，性情急躁，胁下痞块刺痛拒按，舌暗或有斑点，脉涩。妇女可见经闭或痛经，经色紫暗或挟块，或乳房胀痛等。外伤、手术等所致肿胀刺痛或胀痛等。多见于肝郁气滞不解，或跌仆损伤等之后。属于实证范畴。

（二）气虚血瘀证

指因气虚动血无力，以致血行瘀滞所表现的证候。常见既有身倦乏力，少气懒言等气虚证候，又有腹内癥积，刺痛固定，拒按等血瘀证候。并有面色无华，舌淡紫，脉涩无力等症。一般气虚证候在先，病情发展到一定程度便出现血瘀证候，故气虚为本，血瘀为标，本虚而标实。

（三）气血两虚证

指气虚与血虚的证候同时存在。如见少气懒言，神疲乏力，自汗，面色淡白无华或萎黄，口唇、爪甲、眼睑淡白不荣，心悸失眠，舌淡嫩，脉细弱无力等。可由气虚不能生血而致血虚，亦可因血虚而导致气虚，总以气血虚弱证候同时存在为诊断依据，多见于慢性久病，纯属虚证。

（四）气不摄血证

指气虚不能统摄血液运行而致各种出血的证候。其出血可表现为吐血、衄血、便血、溲血、崩漏、皮下紫斑等，同时又有气短懒言，神疲乏力等气虚证候，以及面白、舌淡、脉弱等症。其病程多久而出血势较缓，一般在出血之前已有气虚的证候存在，属虚证范畴。

（五）气随血脱证

指由于大量失血，而气机亦随之而欲亡脱的危重证候。以大失血时，突然出现面色苍白，四肢厥冷，大汗淋漓，喘促神衰，甚至昏厥，舌质淡白，脉微细欲绝或散大无根等症为诊断依据。其证发展迅速、变化快、病势急、病情重，易致气血虚脱而死亡。

二、关于血瘀证的概念与范围

（一）古代有关血瘀证的认识和描述

“瘀”字最早出于《楚辞》“形销铄而瘀伤”；《说文解字》曰：“瘀，积血也”；《内经》中有血凝泣、血脉凝泣、恶血、留血、凝血、着血、石痕等名；张仲景称瘀血、蓄血、瘀热、血结、干血、癥瘕、疔母等；《千金要方》又有血痕、黑血，《诸病源候论》有结血，《校注妇人良方》有积聚癥瘕、积血，《证治准绳》有污血，《普济方》有血癥，《医林改错》有血瘀，《血证论》有败血、旧血、离经之血、紫血，《儒门事亲》有瘀癥，《名医别录》有老血，《温热论》有宿血，《医宗必读》有死血等等称谓。这些概念说明瘀与淤相通，瘀血即体内的血液流行不畅，血液污浊、瘀积。

在《活血化瘀资料》一书中，秦万章等认为，祖国医学对“瘀血”的说法很多，大致可归纳为三种含义：停积的血，如“积血”、“蓄血”、“留血”等；污败的血，如“污血”、“败血”；离开血液循环，且不可恢复为具有生理功能的血，如“离经之血”、“衄

血”、“恶血”、“干血”、“死血”等。以上三种含义及其中医原称，其共同性可用“静止之血”来表示，如积、蓄、留均为静止之意；“污血”及“败血”虽然没有静止之意，但从实验结果来看，“污秽之血”其后果也造成血液流动缓慢；至于离开血液循环之血，由于失去了心脏的推动力及离开血管，且在血管周围淤积，因此“静止之血”是中医各种瘀血称呼的共同特征。

在《活血化瘀资料》一书中，李明富对瘀血的含义，指出其几个有代表性的解释为：《说文》说：“瘀，积血也”；《证治准绳》、《皇汉医学》认为：“污秽之血为瘀血”；《临证指南》、《医林改错》认为：“久病入络即瘀血”；《血证论》认为：“离经之血为瘀血”。故瘀血是指瘀积不行、污秽不洁和已离经脉的血液，以及久病影响脉络时所出现的病变。中医著作里，和瘀血同类的名称尚有滞血、留血、闭血、蓄血、干血、老血、死血、败血、恶血、贼血等。名目虽多，其目的都在于想从不同的角度（如轻重、新久、危害等）描绘出瘀血的性质。其中滞血、留血、闭血等名称的含义和瘀血类似，是指血液瘀积不行，滞碍留闭；蓄血一般多指起病较急，病在下焦的瘀血症；干血、老血、死血是指瘀积已久，短时难于祛散的瘀血；败血是言其血已败坏而失却正常的生理功能；恶血、贼血则又是形容瘀血对人体的危害如恶如贼。所以上述名称总的可以用“瘀血”一名加以概括，其中以血郁、血瘀、血结作为区分瘀血轻重、新久三种不同程度的名称。

瘀血的概念有广义狭义之分。

（二）现代对血瘀概念和本质的认识

现代医学认为，瘀血多与下列因素有关：局部缺血缺氧；血液循环障碍，特别是微循环障碍；血液流变性异常；血液凝固系统；动脉粥样硬化；结缔组织代谢异常；炎症病理过程；免疫功能障碍；细胞增殖性病变、内脏病理肿大；内脏与肢体血流量的分布异常。

在《活血化瘀资料》一书中，秦茂林对血瘀的概念论述为：中医瘀证的概念与现代医学的“瘀血”并不完全相同，现代医学中的“瘀血”多指静脉血液循环障碍，进而导致局部或全身的某些病理改变，如肺郁血。中医的瘀证有广义狭义之分。狭义的瘀证是指积血、留血、恶血、蓄血、干血、死血、败血等。临床上对中医的“瘀证”大致可概括为五个方面，一是指血液运行不畅，郁滞或停积于脏腑或局部组织之中，如心力衰竭引起之肺、肝郁血、下肢静脉曲张等。二指血液不循脉道妄行脉外又未流出之血，即离经之血，如脑溢血、眼底出血、外伤瘀血、皮下出血斑等。月经中止、人工流产、外科手术后皆可能有离经之血而造成瘀；三指污秽之血，为血液成分异常或受感染后所致，如严重高血脂症之血液混浊如牛乳状，败血症除有皮下血斑外，同时还有血液浓粘凝聚的改变；四指“内结为血瘀”，多为血管本身和血液凝固性升高的病变，如缺血性中风、心肌梗死等。五是泛指由于痰浊、食滞、瘟疫、暑热、寒湿、情志刺激等因素引起脏腑经络出现气滞血瘀的复杂多样的临床病象而言，如炎症、肿瘤、硬皮病、烧伤瘢痕、淋巴结核、痈疔疮疡等，甚至还包括精神、神经方面的一些病变，如癫痫。

（三）瘀、瘀血、血瘀、血瘀证的区别与定义

狭义的瘀血（血瘀）是血液运行不畅而停滞。广义的瘀血（血瘀）是凡因多种病因导致血液流行不畅，或积于脉内，或溢于脉外，或形成血栓，以及导致血液相关系统异常，使血液功能、性质、成分发生改变者，都可以为血瘀。因血瘀而出现的一系列临床

证候群称为血瘀证。

在《活血化瘀资料》一书中，秦万章等对瘀、瘀血、血瘀的概念认为：中医对瘀有三种含义，即“瘀”、“瘀血”、“血瘀”。“瘀”的范围最广，“血瘀”其次，“瘀血”较窄。一般“瘀血”系指“静止之血”；“血瘀”则除静止之血以外，还包括一切与心脏、血管、血液功能异常造成血流缓慢的血液循环障碍的各种病变；“瘀”包括“瘀血”、“血瘀”及组织的“变性”、“积聚”、“成块”等，含义最广。

（四）血瘀证的范围

随着临床和实验研究的进展，血瘀证的概念、范围有不断扩大的趋势。血瘀证的概念和范围不应无限制地扩展，应紧扣血液、血管，最终以血液的瘀变为前提，否则血瘀证将和其他证候混同；血瘀证外延的扩大，涉及到其它的病和证，因而血瘀证应结合病及兼证作细致的分型归类，其治法亦应改变。血瘀证范畴的划分应该是：符合血瘀证的概念、病理变化而表现出来的相应证候，即属血瘀范畴，而治疗上则应是以活血化瘀药物为主。

三、有瘀象非皆瘀证，瘀证非皆见瘀象

瘀象，即瘀血之象。它是指瘀血证表现于外的一系列征象。一般而论，瘀血证必有瘀血之象表现于外，凭借外在瘀象即可诊为内有瘀血之证。

然而，有瘀象未必皆瘀证。如肌肤甲错，是指皮肤粗糙干燥，如干鱼鳞甲重迭之状，为诊断瘀血的客观表现之一，如《金匱要略·血痹虚劳病篇》就说：“内有干血，肌肤甲错”。但《灵枢·论疾诊尺》则说：“尺肤粗如枯鱼之鳞者，水泆饮也”，此乃溢饮所为；《金匱要略·水气病篇》又说：“黄汗为病，……若汗出已，反发热者，其身必甲错”，此为黄汗汗出后，热灼津液，肌肤失其濡润所致；《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病篇》说：“咳有微热，烦满，胸部甲错，是为肺痈”，《金匱要略·疮痈肠痈浸淫病篇》说：“肠痈之为病，其身甲错”，皆属气血为内痈所伤，不能外荣肌肤之故；《金匱要略·妇人杂病篇》亦说：“妇人之病，因虚积冷结气，……或结热中，痛在关元，脉数无疮，肌若鱼鳞”，此为虚冷结气，干犯肝脾，化热结中所致。以上几项虽见肌肤甲错，却皆非瘀血之证。

舌体有紫暗色斑点，或舌质青紫，是诊断瘀血证的重要依据。但是绝大部分外伤所致瘀血病证，舌质并不见有瘀象。有人观察过50余例外伤患者的舌质，并访问过一些外科、骨科行家，结论是凡新伤致瘀证，无论跌扑闪挫、重力撞击、金刃所伤，还是伤外损内，舌质均不易见到瘀斑或瘀点。新伤初期，几乎是百分之百的没有；时间稍长，如一个月至半年，也很难见到舌瘀现象；只有少数陈旧性损伤，偶尔可从舌质上观察到瘀点或瘀斑。外伤致瘀，系临床最多见的瘀血病证，若以舌质是否有瘀象为凭，对此几乎无诊断价值。就妇科杂病而言，多数瘀血闭经患者，舌诊无瘀象。有人观察过30例闭经患者，病程最长1年零4个月，最短3个月，其中辨证属瘀血证者将近一半，但除2例以外，其余舌质竟然均无瘀点或瘀斑。其它妇科疾病，诸如痛经、月经不调、少腹癥积等，病机属瘀而舌无瘀象者，亦屡见不鲜。

然而在临床上，对于某些疑难杂证、怪病痼疾，审察舌象脉象、形体症征，并无瘀象可观，但根据“怪病多瘀”、“奇病多瘀”立论，处用活血化瘀之品而获效者，则每有报道。

四、瘀血证的病因和病机

在《活血化瘀资料》一书中，医家对瘀血的病因病机进行了论述。如：

秦茂林认为瘀既是某些致病因素导致的病变结果，又是引起许多疾病的原因。所以瘀血既是病理产物，又是一种致病因素。一般来说如下因素可引起瘀证：①气机逆乱：中医认为：“气为血之帅，气行则血行”，故气机逆乱是形成血瘀的主要原因之一。如沈金鳌在《杂病源流犀烛》中说：“气运乎血，血本随气以周流，气凝则血亦凝矣。夫至气滞血瘀，则作肿作痛，诸变百出”。②脏腑病变：因肝主疏泄，主通调气机，调和气血，故久病肝郁气滞，可导致血瘀，如《灵枢·百病始生》说：“若内伤于忧怒，则气上逆，气上逆则六输不通，温气不行，凝血蕴裹而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣”。因心主血脉，为血液循环之动力，心气虚则无力推动血脉，故可导致血液停滞而生瘀。如《灵枢·经脉》：“手少阴气绝则脉不通，脉不通则血不流”。因肺主气，宗气积于胸中，为十二经运行动力之始，故肺气虚，可使经血运行不畅而瘀。如《素问·调经论》：“悲则气消，消则脉虚空，……则血泣气去”。其他如脾主运化、肾藏原气，其病变亦可影响气血运行，故亦可发生血瘀证。③六淫：寒——寒性收引凝滞，血遇寒则凝滞不通而成瘀。《素问·调经论篇》说：“寒气积于胸中而不泻，不泻则温气去，寒独留，则血凝泣，凝则脉不通”。热——热为阳邪，热盛则煎熬津液，易使血液粘滞经络瘀塞。《医林改错》：“血受寒，则凝结成块；血受热，则煎熬成块”。湿——湿性重着粘滞、秽浊，故湿浊内犯，或脾肾阳虚不能气化致水湿内留，既易损伤阳气，又易阻塞气机，从而引起气滞血瘀。④由于伤：闪挫扑跌、坠落撞击，皆可致脉络破损出血致瘀。其特点是局部青紫，刺胀作痛，痛处不移，或局部青肿虽消，但仍作痛不已。《诸病源候论·卷四十八》：“血之在身，随气而行，常无停积，若因坠落损伤，即血行失度……皆成瘀血”。⑤出血后瘀血：由于种种原因致内脏出血，血无直接通路外排，即可留而成瘀。既或出血之后有路可排，亦可因猝然止血而留瘀。

李明富将瘀血形成的原因归纳为七个方面：①气机阻滞。②寒邪凝滞。③热。瘀在《内经》大都归因于寒，张仲景《伤寒论》与《金匱要略》中则认为多属热病所致，清·王清任《医林改错·积块论》：“血受寒，则凝结成块，血受热，则煎熬成块”。④损伤堕坠，负重努力，跌坠挫闪拳踢等。⑤病后。《三因方》说：“病者或因发汗不彻，及吐衄不尽，瘀蓄在内。”王清任在《医林改错》说：“伤寒瘟病后头发脱落，……皮里肉外血瘀，阻塞血路，新血不能养发，故发脱落。”⑥出血以后。月经行时因某种因素而中止，产后恶露不尽，人工流产，开胸破腹造成出血，均可造成瘀血之证。⑦由于情绪和生活失宜。《灵枢·百病始生》“忧怒……凝血蕴里而不散。”《证治准绳·蓄血篇》：“夫人饮食起居一失其宜，皆能使血瘀滞不行。”

五、瘀血所见的病证表现

秦茂林在《活血化瘀资料选编》中，将血瘀所致的病证归纳为 14 个方面：

(1) 疼痛：中医认为“不通则痛”，瘀血阻滞经络，阳气阴精不得通行，肌腠筋骨失养，故见疼痛。瘀血疼痛的特点是剧痛、久痛、刺痛，痛处固定，痛而拒按，活动加剧。《血证论》说：“瘀血在经络脏腑之间，则周身作痛，以其堵塞气之往来，故滞碍而痛”。

(2) 出血：瘀血内积，气血流行不畅，致血不循经故出血。《血证论》说：“故凡吐衄，无论清凝紫黑，总以去瘀为先”。如产妇胎盘残留、死胎不下，易致出血不止；肝硬变、

脾肿大亦常有各种出血倾向。

(3) 发热或寒热交作：瘀痹脉络，气血壅塞，卫气内留，久而发热，正邪搏斗于表里之间，故见寒热如疟。《金匱要略》说：“产后……少腹坚痛，此恶露不尽，不大便，烦躁发热”。这些描述似为瘀血内留的吸收热和感染发热，如败血症。

(4) 咳喘：瘀血阻滞气道，肺失宣降，故见喘咳；邪热蕴肺，气阻血瘀，久则灼伤肺络，故见喘促咳血，如大叶性肺炎、肺心病等既有瘀血内留，又有咳喘。《血证论》说：“盖人身气道，不可有壅滞，内有瘀血，则阻碍气道，不得升降，是以壅而为咳……须知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血，则痰水自消”。《丹溪心法》：“肺胀而嗽，或左或右，不得眠，此痰挟瘀血碍气而病”。

(5) 癥瘕积聚：瘀血阻内，经络闭塞，久而气血废浊凝聚，遂成癥瘕痞块。瘀血痰浊凝聚于脏腑经络之间可形成癥瘕，亦可发展成血瘤，见腹大，青筋暴起，按之有块如盘。《金匱要略》说：“妇人少腹满如敦状……此为水与血俱结在血室也”。《血证论》：“瘀血在经络脏腑之间，则结为癥瘕”。所谓癥瘕积聚，大致包括炎性包块、囊肿、肝脾肿大，良性、恶性肿瘤和胃肠胀气等。

(6) 精神症状：心主血，血养心，瘀血内阻，心窍失灵，心神遂闭塞昏蒙，故见癫狂神昏之症。《伤寒论》：“阳明证，其人喜忘者，必有蓄血”。《医林改错》：“癫狂一证，哭笑不休，詈骂歌唱……乃气血凝滞脑气，与脏腑不接，如同作梦一样”。

(7) 痈肿：瘀血内阻，气血凝滞，蕴久化热，腐灼血肉，化为痈疮。《灵枢·痈疽》：“寒邪客于经络之中则血泣，血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反，故痈肿”。《血证论·疮血》：“疮者，血所凝结而成者，或是寒凝，或是热结，或是风肿，或是湿郁，总是凝聚其血而成”。

(8) 经闭、经痛、不孕：月经出于血海，胎靠血养，血瘀则气滞，经血不畅，精微不运，致血海瘀滞，胞宫失养，故见经闭、经痛、不孕等。《血证论》说：“妇人经闭，脏坚癖不止者，中有干血。”

(9) 肢体废用：肢体偏枯废用是肝风妄动、瘀血痰浊随风阻窜经络、气血壅塞所致。血瘀经脉，筋骨肌肉失养，故见偏枯废用。《七松岩集》说：“盖瘫者，举动艰难也；痿者，不能移动也……全借宗营二气导引，血脉得以流通，流通则机关便捷。若营卫之气偏闭于左则左废，偏闭于右则右废”。

(10) 心悸怔忡：脉者，血之府，瘀血阻脉或败血冲心，或血虚使心脉运行无力，心神失养，故见心悸怔忡。《血证论》说：“有瘀血亦怔忡”。

(11) 烦渴：血载气行，气滞则敷布无能，水谷精微不得散布周身，故见烦渴。《血证论》说：“瘀血在里，则口渴，所以然者，血与气本不相离，内有瘀血，故气不得通，不能载水津上升，是以发渴，名曰血渴，瘀血去则不渴矣”。

(12) 唇舌、皮肤改变：瘀阻经络，必形于外，若外伤则局部见红肿青紫，若瘀于内，则气机不利，血行不畅，故见唇舌青紫、皮肤有瘀斑；瘀血久留，则精血不能濡养肌肤经筋而见肌肤甲错，或见皮肤肥厚隆起，或见皮肤僵如皮革，而色黧黑无光，或见胸腹青筋显露、蜘蛛痣。《素问·调经论》：“孙络外溢，则经有留血”。《金匱要略》：“病人胸满、唇萎、舌青，必有瘀血”。《医林改错》：“青筋，非筋也，现于皮肤者，血管也，血管青者，内有瘀血也”。

(13) 大小便：内脏出血，常由六腑外排，故见黑便，小便自利或不畅，如湿浊内蕴、蕴久化热、煎津成石、阻滞尿道，亦要阻气伤络而成瘀证，故见尿血、尿痛等症。《伤寒绪论》说：“大便溏腻如漆者为蓄血，若黑燥者为燥结”。《血证论》：“身有寒热，口渴腹满，小便不利，溺血疼痛，宜仲景桃仁承气汤治之”。

(14) 脉象：瘀血内阻，必然会引起脉象变化。如崔嘉彦《脉诀》说：“瘀血内蓄，却宜牢大，沉小涩微，反受其害”。其实，此说不一定正确，一般认为，瘀证原因繁多，故脉象不尽一致，如中风后瘀血内阻多见弦紧或弦细脉；若瘀闭心脉，因阳气不得外泄，多见细数脉或结代脉；若局部血脉瘀闭，如脱疽，病肢冲阳脉甚至无脉。

引起瘀证原因众多，症状亦较复杂，临床若见有瘀血为患的特征，都应考虑有无瘀证的可能；其次，凡有外伤、手术、月经、胎产、中风、疮疡、严重急性热性病等病史者可能有瘀血证；第三临床虽无瘀证表现，但病理分析可能有瘀证者，如慢性肾炎；第四临床上瘀证虽不显，但服他药无效，服活血化瘀药有效者亦为瘀证。

姜春华指出瘀血的体征尚有：

(1) 自觉腹满：《伤寒论》：“伤寒有热，少腹满……为有血也”，《金匱要略》：“腹不满，其人言我满，为有瘀血”。

(2) 少腹硬满急结：不仅是病者的感觉，医者按之亦有坚硬感。《伤寒论》：“少腹硬满，下血乃愈”，“太阳病……少腹硬……小便自利……血证谛也”，“太阳病不解，热结膀胱……血自下，下者愈……但少腹急结者，乃可攻之”，《金匱要略》：“妇人少腹满如敦状……此为水与血俱结在血室也”。

(3) 腹内肿块：《内经》之“积聚”、“石瘕”皆由血瘀造成，《诸病源候论》对于瘕瘕积聚则不涉及瘀。《金匱要略》之“干血着脐下”、“瘕固害”皆有形之块物。唐容川说：“瘀血在经络脏腑之间，则结为瘕瘕”。

(4) 唇、舌、鼻、皮、指爪诸候：《灵枢·经脉》：“血不流则鬻色不泽，故其面黑如漆柴者”，《金匱要略》：“病人胸满、唇萎、舌青……为有瘀血”，《诸病源候论·卷三十六》：“夫有瘀血者……唇萎舌青”，口唇有黑斑，舌边有青紫斑或全舌紫黯、齿龈暗红，眼球结膜有青紫斑点，面颊有蟹爪纹（微血管扩张）或红点红纹（蜘蛛痣），糟鼻子（鼻尖微血管扩张）、皮肤粘膜有紫黑斑点、指甲青紫暗红、按压指甲颜色变化慢、皮肤呈鱼鳞状者属瘀血。仲景称此为“其身甲错”、“胸中甲错”、“肌肤甲错”。

秦万章等提出血瘀证的体征大致有：

1. 体表肤色：舌质绛紫、青紫、紫斑；唇、肢端紫斑；皮下紫斑、黄铜斑；面色灰黯、色素沉着。

2. 体表血管：鼻翼、面颊等毛细血管扩张；舌下、下肢、腹壁静脉曲张；沉涩脉、迟涩脉或无脉症。

3. 固定性疼痛：心绞痛；脑部血瘀症的头痛；脉管炎患者下肢疼痛；肝肿大，肝区疼痛；妇科腹痛。

4. 出血：内脏，内腔，皮下，消化道，外伤性出血。

5. 病理性块状物形成：肝脾肿大、硬化，腹满感；瘤样物出现；肌肤粗糙、增厚、硬化；皮下结节；皮肤赘生物。

6. 妇科：月经过少或闭经；月经过多；恶露。

7. 缺血、瘀血后继发性病变：麻木，肢冷，水肿，坏死，溃疡等。

8. 其他：如精神症状、狂躁、癫狂、失眠、健忘、脱发等。

六、关于温病血瘀的临床表现

张之文在《活血化瘀资料选编》撰文：温热病中应用活血化瘀法则的探讨一文对温病血瘀的临床表现归纳如下：

发热夜甚：吴又可说：“……至夜发热者，热留血分……，至夜独甚者，瘀血也”。

意识障碍：神昏如狂，形如惊骇，喜笑怒骂，见人欲啖，或昏厥不省。叶天士说：“清邪中上，肺位最高，既入胞络，气血交阻”，“瘀血与热为伍，阻遏正气，遂变如狂发狂之证”。俞根初说：“热厥心包，昏厥不省”，又说：“热陷包络，夹痰瘀互结清窍，症必痉厥并发，终日昏睡不醒，或错语呻吟，或独语如见鬼状”。何廉臣把上述表现归结于“邪热结瘀，血毒攻心”所致。

斑疹紫黑：斑色紫黑，宛如浮萍之背，形干而滞，紧束枯萎，如从皮里钻出，如履透针。其形成，张璐玉指出为“血热不散”，他说：“夫热则伤血，血热不散，里实表虚，热气乘虚出于皮肤而为斑”。何廉臣说：“络血热而毒瘀则色黑，名曰黑瘀”。

固定性疼痛：肠道蓄血、热结血室，则少腹剧痛、按痛。若素有瘀伤宿血，血瘀之处，如胸胁、四肢等，则疼痛不移。俞根初说：“……须细询其胸腹肋肋四肢，有痛不可按而拒手者，即为瘀血”。此外，温毒咽喉糜烂而痛、头而肿痛，也有瘀血阻滞。

舌色紫暗：如叶天士说：“其入素有瘀伤宿血在胸膈中，挟热而搏，其舌色必紫而暗”。已有的研究提示，青紫舌是由于血粘稠度增高，血流相对变慢，还原血色素比例增高所致。

牙齿结瓣：结瓣色紫如干漆，或黄如酱瓣。其形成为“病深动血，结瓣于上”。

大便色黑：粪便紫黑，虽硬而排便反易，或自利酱粪。

肢厥甲青：四肢厥冷，指（趾）甲青黑。俞根初说：“惟通身肌肤如冰，指甲青黑……，六脉细小如丝，寻之则有，按之则无，吴又可所谓体厥脉厥是也……。始为阳盛格阴之真候，其血必瘀，营卫不通，故脉道闭塞如冰……”。

血液妄行：表现急性、多部位的出血。其吐血，正如巢元方所说：“诸阳受邪热，初在表，应发汗而不发，致热毒入，深结于五藏，内有瘀血积，故吐血也”。再如暑瘀咯血，为暑逼络伤，沸腾经血，瘀滞脉络，则血热妄行。它如衄血、便血、尿血、阴道出血等均均为热逼瘀阻造成。

脉象：或芤或涩。

七、血瘀证的分类与现代解释

秦万章等在《活血化瘀资料》所撰“血瘀证的临床及其实验研究”一文中提出：关于血瘀证的分类：似可分为两大类，即血管内血瘀证与血管外血瘀证。前者包括内结为血瘀、污血为血瘀及久病入络为血瘀；后者为恶血留内、离经之血为血瘀。这两种血瘀证在一定条件下可相互转化和共存。

血管内血瘀指的是各种原因引起血管内血流不畅或停滞，其原因可能有心脏性：如心脏泵作用力之不足；血管性：如血管硬化、畸形；血液性：如血液流变学上的浓粘凝聚化。

血管外血瘀指的是因为血管壁器质性或生理性变化引起的出血，所出之血瘀积在受

损部位的周围、组织内或腔室内，引起血肿、瘀块、瘀斑，这就是通常中医所称的“恶血留内”、“离经之血”导致“血瘀”的现象。

血管内血瘀发生后，由于受损区血管壁缺氧，通透性也发生改变，可以发生某些血液渗出血管的现象，即发生血管外血瘀；在血管外血瘀中，由于局部区域水肿，形成肿块、瘀块，也将压迫其他周围血管供血不足，而发生血管内血瘀。因此血管内外两种血瘀在一定条件下可以相互转化共存。

血瘀证的现代科学解释：在一定的内因和外因作用下，致使机体心脏、血管、血液发生组织学、生理生化、生物物理学上的改变，使血流缓慢或停滞，或血液离开血管产生瘀积，血液由动态变为静态，这是血瘀证的基本环节，也是它们的共性，在病理生理上表现为血液循环障碍和受累组织的损害以及组织细胞炎症、水肿、变性、糜烂、坏死、硬化、增生等继发性改变，故血瘀证应包括血液停积、血流不畅或停滞、血液循环障碍的发生、发展及其继发变化的全部病理变化过程。

血瘀证的体征，基本上可认为是血液停积、血流不畅或停滞，血液循环障碍的发生发展及其继发变化过程中的微观性、宏观性的表现。

八、中西医对血瘀证认识的异同

《活血化瘀资料》一书中，载秦万章等“血瘀证的临床及其实验研究”一文，文中提出：“瘀”及“血瘀”两词与西方医学中 stasis 一词颇为接近，stasis 是指“任何体液在它的循环中停积”，因此，从广义上来讲是任何体液和组织液的停积。从狭义上来理解是血液循环中的血液的停积。因此 stasis 一词在广义上理解与“瘀”相类似，从狭义上理解与“血瘀”相似。但中医“瘀”、“血瘀”、“瘀血”中“瘀”的含义，还包括一系列出血现象，特别指出血后血液停积在组织内的现象以及出血局部区域的水肿、坏死、溃烂、及机体修复的全过程，而西医中把这类出血现象归纳为“hemorrhage”截然与“stasis”分开。

在血液流变学和微循环研究中，stasis（瘀积）是极常用的词语，往往把 sluggish（缓慢）看作是 stasis 的先兆，而把 sludge（泥化）和 stasis（瘀积）看成是 sluggish（缓慢）的继续。thrombosis（血栓形成）或 coagulation（凝固）看作是 stasis（瘀积）的进一步恶化。

对 stasis 的本质认为与血液粘度增大、血流速度缓慢（即切变速度=0）、红细胞表面电荷丧失导致相互之间聚集性（aggregation）增加、红细胞膜表面蜕化变性（degeneration）、血小板聚集、血液或血浆粘度增加等因素有关，一旦机体血管内发生 stasis 以后，则可进一步影响血管和血液的异常变化，如血液中纤维蛋白原变成纤维蛋白凝块，即红色瘀血血栓形成，使血管闭塞不通；并伴随着血管壁本身养料供给受损，则导致通透性增加，血浆外渗；红细胞表面遭受蜕化变性，则进一步导致“溶血”或“泥化”；淤血还可导致组织中 ADP 及血小板本身 ADP 的释故，这样进一步导致血小板粘附和聚集发生。我们认为西医学中对 stasis 的先兆发生、继发变化的描述，与上述血管内血瘀的发生、发展、继发变化的过程是基本一致的。

九、痰瘀相关理论与实践

董汉良在《中医杂志》1980年第9期撰文“试谈痰瘀相关”。指出：

痰瘀同源、同病、同治的理论和实践，早在《内经》已有记载，丹溪首创“痰挟瘀血、遂成窠囊”之说，唐容川更为明确地说，“须知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血，

则瘀水自消”，叶天士亦强调“瘀凝血瘀病，以通络之法祛瘀化瘀为治”，因此瘀瘀关系密切。①瘀瘀依存互根关系，治疗用药时必须瘀瘀同治，治瘀勿忘瘀，治瘀常须顾瘀。②瘀瘀互相转化关系，津血留滞成瘀瘀，瘀瘀内结致津血于亏耗，唐容川曰：“血积既久亦能化为瘀水”、“瘀血化水亦发水肿”，因此瘀转化为瘀，瘀能转化为瘀。③瘀瘀共同消长关系，促使疾病的转化，瘀滞则血瘀，血瘀则瘀滞，形成恶性循环，治疗时消瘀则瘀亦治，治瘀则瘀亦消。可见瘀瘀之间有不可分割的内在联系，这是瘀瘀相关的客观性，它们之间互相联系，相互转化，共同消长，这是瘀瘀相关理论与实践依据。

十、瘀水互患与血瘀水停

张斯特等在《河南中医》1981年第4期撰文“试探瘀水互患的必然性”。作者认为：瘀水之所以互患，关键在于两者皆要阻滞气机的流畅，由气机的障碍而相互影响，产生互患。临床实践中水或瘀的各种病症证实两者有某种共存的必然性，如肺心病，充血性心衰，慢性肝炎，慢性肾炎，中医的黄疸和水肿等都有明显的瘀水互患的症状。由于瘀水这一对矛盾有相互掩盖的倾向，外在症状的暴露要有一定的过程，只有对两者相互影响有足够的认识和注意，才能趁早预防，防微杜渐，避免积重难返的后果。

周端等在《中国医药学报》1989年第1期撰文“‘瘀可致水’理论的研究”，认为：瘀可致水的理论渊源《内经》。《灵枢·刺节真邪》提出“血道不通，日大不休，俯仰不便，趋翔不能，此病荣然有水。”《金匱要略》有“血不利则为水”之说，《血证论》称“血积日久，其水乃成”，《内经》治水原则“开鬼门，洁净府，去宛陈”即含祛瘀利水之义，故《素问·针解》曰“宛陈则除之者，去恶血也”。通过对肝硬化、肾病、心功能不全等水肿患者的临床研究，回顾性分析100例，前瞻性研究30例，观察舌紫暗或舌体瘀斑、舌下静脉曲张或瘀血、腹部肿块或肝脾肿大、固定疼痛或刺痛、肌肤甲错、血栓形成或栓塞、脉弦细涩或结代等见症，瘀血符合率达90%以上；对30例前瞻性研究的病员进行血液流变学测定，其中红细胞电泳、血沉、血沉方程K值的平均值超过正常值，有统计学意义。临床研究证实不少水肿病员确有瘀血存在。瘀血是引起水肿的一个重要原因，“瘀可致水”理论是对传统中医理论中水肿病机的一个补充。

十一、动血、动风与血热、血寒

“动血”是指吐血、衄血、崩漏、斑疹等一类具有出血特点的症状。“动风”是指抽搐、振颤、眩晕、痒麻等一类具有“风”性动摇特点的症状。动血、动风，均常于证名中出现，如血虚动风证、血热动血证等。其实，动血、动风，只是对症状特征的抽象概括，虽不等于单个症状，但与疼痛、呕吐、发热、咳嗽等并无本质之别，仍只是疾病的现象，须进一步探讨其所导致的病理本质，如气虚、阳亢、血瘀等。所以，动血、动风，本不属辨病性的基本内容，只是疾病的现象或后果，且往往在病名中已概括了其特点。但是肾阳虚水泛证，脾气虚水停证等，既然可将“水”作为辨证的基本内容，那么动血、动风也可列为辨证的基本内容。只是辨证时一定要明确导致动血、动风、水停等的原因，如肝血虚动风证、肝肾阴虚动风证、血热动血证等，而不宜使用肝风内动证、肠道动血证、水液泛滥证等病因病性不够具体的证名。

“血热”、“血寒”是带有病位与病性相结合性质的病理概念，即“血”代表了病位是在血分或血液；“寒”或“热”则是病因与病性概念。因而“血热”、“血寒”与表寒、胃热等概念有类似之处，故一般可不作为单独的病性内容或病位内容列出，而于证名中则

是可以使用的，且可不另外强调病位，如可为血热伤阴证，而不一定称心（或肝）血热伤阴证。

【古代文献】

一、气虚类证

《素问·举痛论》：余知百病生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，寒则气收，炅则气泄，惊则气乱，劳则气耗，思则气结，九气不同，何病之生？岐伯曰：怒则气逆，甚则呕血及飧泄，故气上矣。喜则气和志达，荣卫通利，故气缓矣。悲则心系急，肺布叶举，而上焦不通，荣卫不散，热气在中，故气消矣。恐则精却，却则上焦闭，闭则气还，还则下焦胀，故气不行矣。寒则腠理闭，气不行，故气收矣。炅则腠理开，荣卫通，汗大泄，故气泄。惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣。劳则喘息汗出，外内皆越，故气耗矣。思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。

《脉因证治·劳》：喜怒不节，起居不时，有所劳倦，皆伤其气。

《景岳全书·杂证谟·血证》：若素多劳倦思虑，或善呕吐，或善泄泻，而忽致吐血下血者，此脾虚不能摄血，非火证也。

《景岳全书·杂证谟·脱肛》：大肠与肺为表里，肺热则大肠燥结，肺虚则大肠滑脱，此其要也。固有因久泻久痢脾肾气陷而脱者，有因中气虚寒不能收摄而脱者，有因劳役吐泻伤肝脾而脱者，有因酒湿伤脾、色欲伤肾而脱者，有因肾气本虚关门不固而脱者，有因过用寒凉降多亡阳而脱者，有因湿热下坠而脱者。然热者必有热证，如无热证，便是虚证，且气虚即阳虚，非用温补，多不能效。凡小儿元气不实者，常有此证。故陈自明曰：大肠虚寒，其气下陷，则肛门翻出，或因产努力，其肛亦然。是诚确见之论。

《寿世保元·血气论》：气有一息之不运，则血有一息之不行。

《医林改错·论抽风不是风》：元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。

《医学源流论·元气存亡论》：故诊病决死生者，不视病之轻重，而视元气之存亡，则百不失一矣。

《医权初编》：气聚则生，气壮则康，气衰则弱，气散则死。

二、血虚类证

《景岳全书·杂证谟·血证》：万物生成之道，惟阴与阳。非阳无以生，生者神其化也，非阴无以成，成者立其形也。人有阴阳，即为血气。阳主气，故气全则神王；阴主血，故血盛则形强。人生所赖，惟斯而已。然人之初生，必从精始。精之与血，若乎非类。而丹家曰：涕、唾、精、津、汗、血、液，七般灵物总属阴。由此观之，则凡属水类，无非一六所化，而血即精之属也。但精藏于肾，所蕴不多，而血富于冲，所至皆是。盖其源源而来，生化于脾，总统于心，藏受于肝，宣布于肺，施泄于肾；灌溉一身，无所不及。故凡为七窍之灵，为四肢之用，为筋骨之和柔，为肌肉之丰盛，以至滋脏腑，安神魂，润颜色，充营卫，津液得以通行，二阴得以调畅。凡形质所在，无非血之用也。是以人有此形，惟赖此血，故血衰则形萎，血败则形坏，而百骸表里之属，凡血亏之处，则必随所在，而各见其偏废之病。

《医贯·血症论》：凡失血之后，必大发热，名曰血虚发热。

《证治汇补·血症》：血虚者，其症朝凉暮热，手足心热，皮肤干涩甲错，唇白，女

子月事前后不调，脉细无力。法宜补之。

三、气滞类证

《素问·举痛论》：百病皆生于气也。

《诸病源候论·气病诸候·上气喘息候》：肺主于气，邪乘于肺，则肺胀，胀则肺管不利，不利则气道涩，故气上喘逆，鸣息不通。

《备急千金要方·调气法》：气息得理，即百病不生，若消息失宜，即诸疴竟起。

《景岳全书·杂证谟·心腹痛》：痛证当辨有形无形，无形者，痛在气分。凡气病而为胀为痛者，必或胀或止，而痛无常处，气聚则痛而见形，气散则平而无遗迹，此无形之痛也。但宜顺气，气顺则痛自愈矣。

《景岳全书·杂证谟·诸气》：夫百病皆生于气，正以气之为用，无所不至，一有不調，则无所不病。故其在外，则有六气之侵；在内，则有九气之乱。而凡病之为虚、为实、为热、为寒，至其变态，莫可名状。欲求其本，则止一气字足以尽之。盖气有不調之处，即病本所在之处也。是惟明哲不凡者，乃能独见其处，撮而调之。

《金匱钩玄·气作阳动作火论》：今七情伤气，郁结不舒，痞闷壅塞，发为诸病。当详所起之因，滞于何经，有上下部分脏气之不同。

《临证指南医案·郁》：郁则气滞，其滞或在形軀，或在脏腑，必有不舒之现证。盖气本无形，郁则气聚，聚则气似有形而无实质，如胸膈似阻，心下虚痞，胁胀背胀，腕闷不食，气虚攻冲，筋脉不舒。医家不察，误认有形之滞，不知情志之郁，由于隐情曲意不升，故气之升降开合枢机不利，虽《内经》有泄、折、达、发、夺五郁之治，犹虑难获全功。

《重订通俗伤寒论·气血虚实》：肺气实而上逆，则有胸痞头眩，痰多气壅等症，甚则喘不得卧，张口抬肩。胃气实而中满，则有嘈杂懊恼，噎腐吐酸等症，甚则食不能进，呕吐呃逆。肝气实而上冲，则有头疼目眩，呕酸吐苦等症，甚则消渴，气上冲心，心中疼热。

四、血瘀证

《素问·五脏生成》：卧出而风吹之，血凝于肤者为痹，凝于脉者为泣，凝于足者为厥。

《灵枢·百病始生》：阳络伤则血外溢，……阴络伤则血内溢。

《素问·调经论》：孙络外溢，则经有留血。

《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》：病人胸满，唇痿舌青，口燥，但欲漱水不欲咽，无寒热，脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血。病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也，当下之。

《寿世保元·血气论》：血之为病，妄行则吐衄，衰涸则虚劳，蓄之在上，其人亡，蓄之在下，其人狂，逢寒则筋不荣而挛急，挟热毒则内瘀而发黄，在小便为淋痛，在大便为肠风，妇人月事进退，漏下崩中，病症非一，凡此诸疾，皆血使之也。

《伤寒全生集·辨内伤瘀血症发热状类伤寒例》：凡跌仆损伤，或被人踢打，或物相撞，或致闪肭，一时不觉，过至半日或一二三日而发者有之，十数日或半月一月而发者有之。一般寒热交作，其心胸胁下小腹满痛，按之手不可近者，此有瘀血也。或一时伤重，就发寒热，瘀血上冲，则昏迷不省，如死之状，良久复苏。

五、血热证

《神农本草经疏·论治气血诸病》：血热……则为痈肿疮疖，为鼻衄，为齿衄，为牙龈肿，为舌上出血，为舌肿，为血崩，为赤淋，为月事先期，为热入血室，为赤游丹，为眼暴赤痛。

《侣山堂类辨·辨血》：有因肝火盛者，有因暴怒肝气逆而吐者。

六、血寒证

《素问·举痛论》：寒气客于厥阴之脉，厥阴之脉者，络阴器系于肝，寒气客于脉中，则血泣脉急，故胁肋与少腹相引痛矣。厥气客于阴股，寒气上及少腹，血泣在下相引，故腹痛引阴股。寒气客于小肠募原之间，络血之中，血泣不得注于大经，血气稽留不得行，故宿昔而成积矣。

《灵枢·百病始生》：血溢于肠外，肠外有寒，汁沫与血相搏，则并合凝聚不得散，而积成矣。

《灵枢·水胀》：石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衄以留止，日以益大，状如杯子。

《金匱要略·妇人杂病脉证并治》：妇人之病，因虚、积冷、结气，为诸经水断绝，至有历年，血寒积结胞门。

《诸病源候论·妇人杂病诸候·月水不利候》：风冷客于经络，搏于血气，血得冷则壅滞，故令月水来不宣利也。

七、气血同病证类

(一) 气滞血瘀证

《灵枢·百病始生》：卒然外中于寒，若内伤于忧怒，则气上逆，气上逆则六输不通，温气不行，凝血蕴里而不散，津液涩渗，着而不去，而积皆成矣。

《济生方·胁痛》：积气攻注，攻于左则左胁痛，攻于右则右胁痛，移逆两胁，则两胁俱痛。久而不愈，……则胁下结块。

《寿世保元·血气论》：盖气者血之帅也，气行则血行，气止则血止，气温则血滑，气寒则血瘀，气有一息之不运，则血有一息之不行。病出于血，调其气犹可以导达；病原于气，区区调血，又何加焉？故人之一身，调气为上，调血次之，先阳后阴也，若夫血有败淤滞泥诸经，壅遏气之道路，经所谓去其血而后调之，不可不通其变矣。

《类证治裁·积聚》：诸有形而坚着不移者为积；诸无形而留止不定者，为聚。积在五脏主阴，病属血分；聚在六腑，主阳，病属气分。《难经》既以积聚分属脏腑，《巢氏病源》别立癥瘕之名，以不动者为癥，动者为瘕，亦犹《难经》之积聚而已。第无形之瘕聚，其散易，有形之积其破难。治之者先辨有形无形，在气在血，可略其概矣。其生于五脏者，肺之积曰息贍，在右肋下；肝之积曰肥气，在左肋下；心之积曰伏梁，在脐上，上至心下；脾之积曰痞气，在胃脘；肾之积曰奔豚，发于少腹，上至心，上下无时。其见于脐下为癥瘕，症者按之不移，即血癥、食癥之属。瘕者瘕物成形，为血鳖石瘕之类。见于胸肋为痞癖，痞乃结块，在肌肉而可见。癖由内着，结隐僻而难纵、既分其部，必原所起，初由寒气瘀血痰沫，交结于育膜，久而盘踞坚牢，至元气日削，盘踞日深，攻补两难措手。

《血证论·瘀血》：瘀血在经络脏腑之间，则结为癥瘕。瘕者，或聚或散，气为血滞，

则聚而成形，血随气散，则没而不见。方其既聚，宜以散气为解血之法，九气丸治之。

《灵兰要览·气病治肾》：盖未有气滞而血能和者，血不和则气益滞矣。

（二）气虚血瘀证

《素问·玉机真脏论》：急虚身中卒至，五脏绝闭，脉道不通。

《景岳全书·杂证谟·诸气》：血无气不行，血非气不化。

《医林改错·论抽风不是风》：元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀……。以一气虚血瘀之症，反用散风清火之方，安得不错。

（三）气血两虚证

《重订通俗伤寒论·气血虚实》：凡呼吸微，语言懒，动作倦，饮食少，身洒淅，体枯瘠，头眩晕，而晄白。皆真虚纯虚之候，前哲所谓气血两亏。

（四）气不摄血证

《诸病源候论·妇人杂病诸候·崩中候》：崩中者，腑脏伤损，冲脉、任脉血气俱虚故也。冲任之脉，为经脉之海，血气之行，外循经络，内荣腑脏。若无伤则腑脏平和而气血调适，经下以时；若劳动过度，致腑脏俱伤，而冲任之气虚，不能约制其经血，故忽然暴下，谓之崩中。

《张氏医通·吐血》：诸失血后，倦怠昏愤，面失色，懒于言动，浓煎独参汤。

《医学心悟·便血》说：凡下血症，……若脉细无力，唇淡口和，喜热畏寒，或四肢厥冷，是为有寒，宜用温药止之，理中加归、芍主之。

（五）气随血脱证

《景岳全书·杂证谟·血证》：暴吐暴衄，失血如涌，多致血脱气亦脱，危在顷刻者，此其内伤败剧而然。当此之际，速宜以气为主。盖有形之血不能即生，无形之气所当急固，但使气不尽脱，则命犹可保，血渐可生。

《傅青主女科·血崩昏暗》：盖血崩而至于黑暗昏晕，则血已尽去，……而无形之气必且至尽散。

《血证论·脉证死生论》：夫载气者，血也；而运血者，气也。人之生也，全赖乎气，血脱而气不脱，虽危犹生，一线之气不绝，则血可徐生，复还其故。血未伤而气先脱，虽安必死。

《血证论·吐血》：刀伤出血，血尽而气亦尽，危脱之证也。

《读医随笔·气能生血血能藏气》：前贤谓气能生血，血不能生气，固矣。然血虽不能生气，气必赖血以藏之……。常见人之少气者，及因病伤气者，面色络色必淡，未尝有失血之症也，以其气力已怯，不能鼓化血汁耳！……所谓血藏气者，气之性情慄悍滑疾，行而不止，散而不聚者也。若无以藏之，不竟行而竟散乎！惟血之质，为气所恋，因以血为气之室，而相裹结不散矣。故人之暴脱血者，必元气浮动而暴喘；久脱血者，必阳气浮越而发热；病后血少者，时时欲喘欲呕，或稍劳动即兀兀欲呕，或身常发热。此皆血不足以维其气，以致气不能安其宅也……。明乎此，则知气血相资之理，而所以治之者，思过半矣。血虚者，当益其气；气暴者，尤当滋其血也。

【研究进展】

一、气虚证实验研究进展

(一) 气虚证动物模型的研制

1. 控制饲料量造模法 根据中医“饥则损气”的理论,通过控制饲料量造成气虚证动物模型。周氏等^[1-3]选择同一品系雄性健康小鼠,体重16~20克,月龄在30天左右。编号称重,随机分为5组,每组5只,单笼饲养,饲料为固定配方的小鼠精饲料。每组每日喂食的饲料量依次为250、150、100、50和30克/千克体重。每日每只另辅食白菜2克。每日上午称重添食,清理残留食物和粪便,观察并记录小鼠一般状态及症候出现的变化。至实验第21天,将各组动物同时做耐寒试验,于实验第22天做游泳试验后,将全部动物处死,取出大部分脏器称重。实验结果证明,减少食量到一定的程度后,经过一定时间就会出现体重下降,精神萎靡,皮毛枯槁脱落,尾巴发黄无光泽,四肢无力,耐寒能力下降,游泳时间缩短等虚弱症状。经解剖各脏器均呈明显萎缩,尤以胸腺、脾、肝、肾及肾上腺等为甚。但以脏器重/体重的比值计算,控制饲料时间愈长,各脏器比值反而有上升趋势。这说明控制饲料时间较长时,动物的体脂减少量比脏器实质的萎缩更甚。其中唯有胸腺随着控制饲料时间的延长,其比值仍持续明显下降。肝细胞萎缩首先是肝糖原的大量耗竭,致使萎缩肝细胞的单位重量、DNA含量反而明显升高,从而影响各种代谢功能,这可能是导致气虚的本质。并认为用控制饲料量复制模拟气虚证的模型基本与中医气虚证一致,每日饲料量以控制在100克/千克体重为宜。

2. 强迫游泳造模法 根据中医过劳伤气的原理制造气虚证动物模型。宋氏等^[4]将大鼠放入水温 $43\pm 0.5^{\circ}\text{C}$ 、水深35厘米的恒温水槽中游泳,以每只大鼠出现自然沉降的时间为每只大鼠游泳耐疲劳的时间,当全组50%的大鼠出现自然沉降时,全组动物停止游泳,连续游泳14天。认为迫使大鼠连续游泳两周,使大鼠处于高度应激状态,造成大鼠体力逐步衰弱,这可能和中医所说的极度劳倦所致气虚证的发生过程相似。

(二) 气虚证本质的研究

1. 气虚证与甲皱微循环的关系 气虚证患者存在着甲皱微循环的异常表现。胡氏等^[5]采用WDX-微血管测量仪,WX-753B型双目多部位微循环显微镜,三蝶1346型电视摄像机检测了160例气虚证患者的甲皱微循环,并以22名健康人作为正常对照组。结果显示,气虚证患者的甲皱微循环变化有其特殊性,主要表现为管袢轮廓模糊,血色淡红、暗红,流态断线状,管袢发夹状减少,扭曲状增加,血流速度降低。上述表现在心气虚、肺气虚、脾气虚各组间无显著差异($P>0.05$)。说明是种共性的表现。为了论证气虚证患者在甲皱微循环方面的特殊表现的可靠性,选择补气合理血药,随机选择40例气虚证患者治疗30天后,复测甲皱微循环,显示微血管发夹状管袢明显增加,血流速度明显加快,血流量显著增加。姚氏^[6]对148例气虚证和91例气滞证患者采用生物显微镜进行了甲皱微循环检测,发现气虚证患者主要表现为血流缓慢,以及血球悬浮不良和较多的断线血流,表明气虚证时,气的鼓动力不足,致使推动血液运行的力量减弱是气虚证发生的重要因素。而气滞证主要表现为微循环瘀血,微血管口径增大,血管袢畸变较多等。吕氏等^[7]采用锦州产YQX-1型微循环显微镜及其光源系统,上海产ST-1型数字体温仪,分别测定室温($27\sim 30^{\circ}\text{C}$)及皮温($24\sim 34.6^{\circ}\text{C}$)时左手无名指甲皱微循环。实验发现气虚组患者与其它组患者相比较主要表现为血色淡红出现率增多;管袢模糊不清的出现率增高;管袢长度相对缩短;血流减慢;管袢排列不规则出现率减少;管袢异形以扭曲为主要改变的出现率明显减少。

2. 气虚证与免疫功能的关系 气虚证患者存在着免疫功能低下的表现。王氏等^[8]将手指血制成均匀薄片,以 ANAE 染色法进行染色,以显微镜油浸镜检 100 个或 200 个淋巴细胞,酯酶的形态在细胞质中呈点状棕褐色反应,凡在细胞中有 1~3 颗棕褐色斑点者为阳性细胞,即 T 淋巴细胞,无此斑点者为阴性细胞。计数 100 个淋巴细胞中所见的阳性细胞的百分数,即为 T 淋巴细胞的阳性率。结果气虚组 50 例 ANAE 阳性率为 $38.60 \pm 4.83\%$, 阴虚组其阳性率较气虚组更低,为 $33.19 \pm 6.79\%$, 两组均明显低于正常组 ($54.32 \pm 6.50\%$), 有显著性差异 ($P < 0.01$)。说明气虚证患者存在着机体免疫功能的低下。刘氏等^[9]对 22 例有典型气虚症状的白细胞减少症进行了 IgG、IgA、IgM、C₃、免疫复合物 (CIC)、淋巴细胞刺激指数的观察,结果发现气虚白细胞减少病人淋巴细胞刺激指数明显下降, CIC 阳性率升高。许氏等^[10]用 SAC 诱导的³H-TdB 掺入法全血 B 淋巴细胞转化试验 (B 淋转), PHA 诱导的³H-TdR 掺入法全血 T 淋巴细胞转化试验 (T 淋转), 循环免疫复合物 (CIC); 补体 3 (C₃); 免疫球蛋白 (IgG、IgA、IgM), 发现 31 例恶性肿瘤气虚证患者的免疫功能低于正常人和阴虚证患者。

3. 气虚证与物质代谢的关系 周光耀^[11]等采用 Barker 和 Summerson 二氏方法测定 66 例气虚证患者的外周血红细胞糖酵解活力,并采用苦味酸盐显示法测定尿酸和采用尿素酶-纳氏试剂显示法测定尿素氮。实验结果表明,气虚证患者血液红细胞糖酵解活力明显低于正常人,按脏腑辨证,心气虚、脾气虚和肾气虚各组的红细胞膜糖酵解活力都低于正常人。经补气中药治疗后,除肾气虚组因复查例数太少 (仅 4 例),统计学差异不显著外,其余两组,其红细胞糖酵解活力均较治疗前有明显增加。气虚证患者的尿肌酐、尿酸和尿素氮含量也较正常人明显降低。结果表明气虚证患者呈现有能量代谢的障碍。郑俐俐^[12]等采用放射免疫技术对气虚证患者进行了血浆环核苷酸 (cAMP、cGMP) 含量测定,并与阴虚、阳虚患者及健康人进行对比观察。气虚组与健康人组相比较,其血浆中 cAMP、cGMP 含量均出现有意义下降,但气虚证与健康人组的血浆 cAMP/cGMP 含量之比差异无显著性,提示气虚组血浆 cAMP、cGMP 是处于同等量的下降,两者之间仍保持着低水平的相对平衡,故气虚证即无寒象也无热象,说明气虚既不同于阴虚又不同于阳虚。刘福春等^[9]发现气虚白细胞减少病人血清中 Cu、Zn 处于低水平,但 Cu/Zn 比值与正常人相近。

4. 气虚证与血液流变性的关系 唐惕凡等^[13]参照全国中西医结合虚证与老年病防治学术会议制定的《中医虚证参考标准》,选择肺结核气虚病人 42 例,采用日本 ELD 型旋转粘度计检测全血粘度,上海第一医学院毛细管粘度计检测血浆比粘度及血沉、红细胞压积和红细胞电泳时间。实验证明,肺结核气虚患者具有全血粘度、红细胞电泳时间。实验证明,肺结核气虚患者具有全血粘度、血浆比粘度增高,血沉加快,电泳时间延长的特点,说明气虚可以导致血液流变性的异常,而这种血液流变性的异常,为中医“气虚无力推动血液”、“气行则血行”的理论提供了实验依据。北京市中医研究所生化室^[14]亦借助细胞电泳测定技术对气虚患者的细胞电泳进行了研究,同时亦进行了动物实验观察。结果显示,在气虚情况下红细胞电泳率明显变小,说明气虚存在着红细胞表面电荷的密度降低。

5. 气虚证患者的其他检测异常

(1) 血清中微量元素的变化:刘福青等^[15]采用北京第二光学仪器厂生产的 WFD-Y2

型原子吸收分光光度计改装后,检测具有典型气虚症状的白细胞减少症病人 22 例血清 Zn、Cu、Fe、Mg 微量元素。结果显示,与正常人比较,气虚证者 Zn、Cu 降低非常显著。为了探讨这种现象是白细胞减少病本身的病理改变,还是气虚证的症状,又对同样具有气虚症状的非白细胞减少病人(即慢肝、迁肝病人)进行对比研究,结果后者血清 Zn 的变化与白细胞减少症气虚基本一致。提示这两种疾病血清中 Zn 的降低可能是气虚证的物质基础之一。

(2) 心血管植物神经系统功能的变化:张镜人等^[16]对 40 例气虚患者心血管植物神经系统功能进行了无创伤性测定。受检者取平卧位,在平静呼吸状态(每分钟呼吸 16~18 次间)记录 30 秒钟,测深呼吸时最大与最小心搏间距(R-R 间期),算出深吸气与深呼气时每分钟心率之差(呼吸差);继而测定从卧位突然直立的心率 1 分钟,再以 R-R 间距转算成每分钟心率,算出立位与卧位时每分钟心率差(立卧差);测定立位时心电图第 30 次与第 15 次心搏 R-R 间期时间的比值(30/15 比值);测卧、立位血压差,并计算出卧、立位的收缩压之差。结果表明,气虚组与 100 名健康人对照组在呼吸差、立卧差及 30/15 比值上相比较,均有显著性差异($P < 0.01$)。在卧立位血压差上两组也存在明显区别。反映气虚患者存在着心血管植物神经系统功能紊乱。并认为心搏间距变化测定可为气虚患者植物神经功能提供客观依据,方法简便易行,重复性强,无需特殊设备,可以作为气虚患者临床观察的一项可靠依据。

(3) 脑电图、脑血流图的变化:陆卫东等^[17]采用上海电子仪器厂生产的 ND-82B 型 8 道脑电图机,电极安装采用国际 10/20 系统安装法,在铜网屏蔽室内进行常规单导和双导描记,并在单导描记中作睁闭眼、深呼吸 3 分钟诱发试验。

脑血流图仪采用上海医用电子仪器厂生产的 RG-2B 型全晶体管化电桥式血流图仪,导联选择额神经乳突标准导联,取坐位进行单导描记。

选择气虚患者 85 例与 30 例健康人作为脑电图观察研究。结果表明气虚患者脑电图的异常率明显高于健康对照组,证实了中医脏腑之气对大脑机能作用的理论。气虚患者在脑电图的改变上,显示以慢波增多,调幅不佳,深呼吸前后变化波动明显 3 个方面为主。脑血流图能反映颅内部分血流动力学综合情况,结果显示气虚组的异常率为 50.6%,高于对照组 36.7%。

(4) 血压的变化:郭光瑗^[18]对 74 例气虚、34 例痰浊内阻、24 例肝阳上亢和 48 例肝阳上亢夹有痰浊的病人的收缩压进行了研究,发现气虚证与其他三型患者收缩压的差别有高度显著性($P < 0.01$)。气虚病人其收缩压多低于 12.65kPa(可信限 95%)。认为当收缩压低于 12.65kPa 时,多有气虚证存在,当临床症状复杂难辨时,不妨参照此标准作出是否气虚证的最后判定。

(5) 脉图参数的变化:李冰星等^[19]采用 BYS-14 型心电图脉象仪对 50 例气虚病人与 50 例健康人进行了脉象图特征对比检测,发现气虚病人的脉图参数与健康人相比较,存在着脉图面积减少、升支和降支的斜率均降低,提示气虚病人心输出量不足,心脏射血速度缓慢;气虚病人 Q-O/Q-D 增高, Q-O/O-D 增高, OA'/AA' 增高, OD'-OA'/AA'-DO' 增高,提示气虚病人心脏功能降低。通过对气虚、正常人各 60 例,阳虚 40 例,共 28 个脉图参数的多元逐步回归分析,得出气虚与正常、气虚与阳虚、阳虚与正常人的逐步回归,结果发现,气虚病人脉图参数的多元线性逐步回归方程分析提取的特征参数有脉图

总面积 AT、重搏波高度比主波高度 CC'/AA' 、脉图上升时间 OA' 、降斜 G、潮波 BB' 、 $Q-O/O-D$ ，气虚证与正常人比较，AT 减小， $Q-O/O-D$ 、 OA' 延长，G 降低， CC'/AA' 略低于正常，脉图呈现细、软、无力的脉象特征改变，说明气虚病人心肌收缩力减弱^[20]。

(6) 面部色泽的变化：蔡光先等^[21]采用日本 CPbR1001 型携带式色差计，对正常人、气虚证、血虚证各 30 例进行了面部色泽定量检测。病人和正常人取坐位测试，用仪器的探头依次紧贴病人左右颧部和额部，取 3 点的平均值。结果显示，正常人是泽度高，红光高，黄光低，故在肉眼看来是淡黄红润而有光泽。气虚证组是泽度高，红光低而呈白色，黄光正常，故在肉眼看来是白而有光泽，即晄白。血虚证组是泽度低，红光低面呈白色，但是黄光特别高，是黄白相兼以黄为主，而且少光泽，故肉眼看来是萎黄。实验提示，不但病人与正常人的面部色泽不同，而且在同一血液病的情况下，气、血虚证患者之间的面色泽同样有明显差异。说明中医有关色诊理论具有正确性，同时也为气虚证的诊断与鉴别诊断提供了实验依据。

(三) 气虚证诊断标准的研究

1982 年 11 月全国中西医结合虚证研究与老年病防治学会议拟订了《中医虚证辨证参考标准》^[22]，经过几年的试用，全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会于 1986 年 5 月在郑州对《中医虚证辨证参考标准》进行了深入讨论，并作了一次修改，修改后的《中医虚证辨证参考标准》中的气虚证辨证参考标准为：①神疲乏力；②少气或懒言；③自汗；④舌胖或有齿印；⑤脉虚无力（弱、软、濡等）。具备 3 项^[23]。

(四) 气虚证研究述评

气虚证的研究取得了一定的进步，但依然存在着不少的问题，目前应加以注意的有：

1. 关于气虚证动物模型的复制 中医证的确立主要是基于临床症状和体征，不论采取何种手段复制气虚证动物模型，首先应注意造模后动物所出现的临床症状和体征。在现阶段还无法揭示气虚本质时，尤其应严格对照气虚证诊断标准来核审所造模型是否属于中医气虚证的范围，而不是把重点放在造模后动物某些生化指标或病理学方面的改变上。饮食失调无疑是导致气虚的常见原因之一，但控食造模法所复制的动物模型，是否就是复制了一个单纯气虚证的模型？从造模后动物的临床表现来看，还无法排除兼有其他虚证的可能。如何改进造模的方法，复制出更加符合中医气虚证诊断标准的动物模型，值得进一步研究探讨。

2. 关于气虚证本质的研究 要揭示出气虚证的本质，取决于气本质的研究，由于气实质的研究目前还没有获得重大突破，故气虚证本质的研究短时期内还很难取得重大进展。从现在气虚证客观指标的研究来看，研究的方法还比较落后，具有特异性的客观指标还很少，如何改进气虚证研究的方法，提高气虚证客观化研究的档次，值得今后重视。

3. 关于气虚证诊断标准的研究 现有的气虚证诊断标准只能定性，不能定量，无法判断气虚证病情的轻重。这也是目前中医病证诊断标准中的一个通病。一个较为完善的气虚证诊断标准，应该既能回答气虚证的有无，又能提示气虚证的轻、中、重程度。开展气虚证计量诊断方法的研究，也是今后研究工作中一个不可忽视的问题。

二、血虚证实验研究进展

血虚证是临床上常见的证候，经过 10 余年来的努力，人们在血虚证的流行病学、本质研究和动物模型的研制等方面取得了较大的进展，现将近 10 余年来有关血虚证的实验

研究文献加以整理报道如下。

(一) 血虚证流行病学的研究

流行病学方法在现代医学的病因研究中发挥了较大的作用, 并已开始被中医学者应用。刘卫民^[24]等采用流行病学的方法, 对河北省承德地区及湖北省武汉市的 17 个单位进行了调查, 在 3312 人中共查出血虚证患者 183 例, 血虚证的总体患病率为 5.53%。调查采用 1:1 配对方法, 对其中配对完整的 175 对病例资料, 应用条件 Logistic 回归分析, 探讨了血虚证的病因。将血虚证可能的致病因素列为 16 项, 分别为: 家庭条件、体力强度、脑力强度、出生时体质、平素体质、父母体质、饮食分级、不良饮食习惯、情志因素、疾病病程、脾胃病史、药毒损伤史、失血史、手术外伤史、生育因素、寄生虫史等项目。结果发现, 从相对危险度 (RR) 的数值来看, 药毒损伤对血虚证发病的贡献最大, 以下依次为情志因素、不良饮食习惯、生育因素、失血史、出生时体质、疾病病程。而从标准化回归系数的数值来看, 情志因素对方程的贡献最大, 以下依次为不良饮食习惯、平素体质、疾病病程、失血史、生育因素、药毒损伤和出生时体质。分析所得的结果与中医传统的血虚证的认识相符合。认为避免有害物质的损害, 保持愉快的心理环境, 加强体育锻炼, 养成良好的饮食习惯, 少生优生, 对防止血虚证的发生有重要意义。

(二) 血虚证本质的研究

1. 血液流变性异常 王平等^[25]选择 89 例血虚证患者, 采用 XN-3 型自动电脑计时, 玻璃毛细管式粘度计进行了血液流变学观测。发现: ①老年血虚患者的血液流变学特点为全血粘度、血浆粘度、红细胞压积及全血还原粘度降低。②血虚证轻、中、重型与血液流变学指标的关系十分密切, 其中全血粘度、红细胞压积等参数值明显表现出一种趋势: 轻度血虚大于中度血虚大于重度血虚。③老年血虚时, 血细胞比容下降, 从而降低了血液的粘滞性, 在单位容积内所含的血细胞减少使血细胞不易凝聚, 凝血因子受到一定的影响, 故血液呈稀、淡、清的状态。周氏等^[26]采用日本 ELD-50 型血液流体特性装置, 对 27 例血虚病人进行了血液流体临床观察。亦发现血虚证病人的全血粘度明显下降, 与正常人组比较差异有高度显著性 ($P < 0.01$)。唐氏^[27]采用 BME-1 型生物学微电脑和粘度计系列仪器, 对 206 例血虚脉细患者进行了血液流变学指标观察。结果表明, 血虚脉细患者血液流变学各项指标明显降低, 血液呈低粘状态, 说明血虚患者血液流变呈一种“细脉—低粘”的关系。而血瘀脉涩患者血液流变学各项指标明显升高, 血液流变呈高粘状态。说明血瘀脉涩与血流变呈一种“涩脉—高粘”关系。庄氏^[28]对 28 例以血虚为主的再生障碍性贫血患者作血液流变性观察, 发现全血比粘度、红细胞压积、血沉、全血还原比粘度均明显低于正常组。由此可见, 血液流变学参数作为血虚证的客观诊断指标具有一定的临床价值。

2. 心功能减退 朱氏等^[29]对 63 例血虚患者, 采用放射免疫方法检测了其血浆心钠素 (ANP) 的含量, 结果发现对照组 (31 名) 血浆 ANP 为 $494.28 \pm 48.76 \text{ pg/ml}$, 血虚组 (43 例) 为 $1251.77 \pm 234.88 \text{ pg/ml}$, 血虚组较对照组明显升高, $P < 0.01$ 。血浆 ANP 显示心脏内分泌水平, 在一定程度上反映心脏功能的强弱及循环机能的调节作用, 血浆 ANP 高于健康人, 提示血虚证患者的心脏循环及调节功能不足。同时采用阻抗法, 使用 RM-6000 八道生理记录仪对血虚证患者的心功能亦进行了检测。通过分析心阻抗微分图, 计算出心率, 射血前期等, 依 Kubecik 公式计算出心输出量等, 经统计处理两组心

功能指标,其中心功能指数(PEP/LVET)、心输出量(CO)等10项指标血虚组有明显差异。这些变化反映了血虚证患者的心肌收缩力减弱,影响心脏射血功能,因而出现心输出量减少,外周阻力增加。这一结果从整体上显示出血虚证患者的心功能明显弱于健康人,心脏功能的减退是产生血虚证的重要原因之一。

3. 微循环异常 血虚证患者的微循环改变具有一定特异性。邓氏等^[30]采用双目显微镜加测微计,低电压强光灯泡作光源,聚光后45度角射于左手无名指甲皱部皮肤,对74例常见血液病以血虚为主要表现的患者及26例正常人的甲皱微循环进行了观察,发现血虚证患者甲皱微循环在形态学上的改变为:管袢淡红或苍白者48例,占64.8%;视野模糊者31例,占41.8%;管袢排列不齐者共27例,占36.4%;管袢平均数减少,与对照组比较差异有显著性($P<0.05$)。血虚证患者微循环血液动力学的改变为:血液断线或粒流。孙氏等^[31]亦发现血虚者微循环的变化为管袢色泽淡红居多,充盈度差,流态多虚线,流速多中等。桂氏等^[32]亦有血虚证存在着微循环障碍的类似报道。

4. 免疫功能降低 郑氏等^[33]观察了51例血液病血虚患者的巨噬细胞、T细胞、B细胞的免疫功能,发现属于血虚的再障、急性白血病患者,多具有IgG、IgA降低与正常人比较差异有显著性;急性白血病处于血虚阶段时E-REC、淋转、IgG均较正常人显著降低。结果说明,血液病患者多具有细胞免疫和体液免疫的缺陷。另外发现,急性白血病患者IgM的水平与血虚导致人体的正气虚弱有一定的关系。

5. 血谷胱甘肽过氧化酶和血硒的改变 方氏等^[34]对32例血虚证患者的谷胱甘肽过氧化酶的活性和血硒进行了测定,发现血虚证患者全血谷胱甘肽过氧化酶的活性和血硒较正常组降低,差异有高度显著性($P<0.01$)。血虚证患者血谷胱甘肽过氧化酶与血硒的降低呈正相关关系。结果说明,血虚证患者机体抗氧化系统对自由基的清除率减弱,从而促使了血虚证的发生发展。

(三) 血虚证动物模型的研制

1. 溶血性造模法 贲氏等^[35,36]用大鼠造模,给予2%乙酰苯肼(APH),按体重1毫克/100克皮下注射,第2天大鼠开始出现精神萎靡,行动迟缓,团缩,毛蓬竖少泽,眼裂变窄(闭目),眼睛色淡红,唇绀,耳尾苍白而凉,血呈暗红,嗜睡,喝水较多。随着实验的进行上述变化逐渐加重,经三次注射后大鼠形体消瘦,体重下降,呼吸急促,行动摇幌,易惊。并发现血红蛋白和红细胞计数降低,网质红细胞和海氏小体急剧增多,中性粒细胞中ACP、ALP、ATP酶,STH活性反应均不同程度地高于正常;肝小叶结构明显破坏,肝细胞肿胀,肝血窦扩大,窦内含有大量含铁血黄素,肝细胞内核糖核酸和糖原颗粒随APH注射次数的增加而逐渐减少。除ALP活性明显增高外,ACP、ATP酶、G-6-P以及SDH、MAO、CCO活性则随APH注射次数的增多而逐渐减弱。认为实验所做的动物模型虽不能完全代表中医的血虚证,但它属于中医血虚证的范畴,反映了中医血虚证的主要特征。

2. 失血性造模法 黄氏等^[37]报道,采用180只健康雄性小鼠,体重18~22克,剪去鼠尾尾尖约0.3厘米,采血化验,然后把小鼠尾部伤口浸入37℃左右的温水中,用手指轻捋鼠尾,放血约0.5毫升。放血24小时后,再采血化验,确定血虚状态指标。经处理前的两次采血和放血,实验小鼠明显出现毛粗蓬松而无光泽,弓背,活动减少,眼睛无神,尾巴颜色苍白,便未见异常。周氏^[38,39]亦报道,取20克左右雄性小鼠,以75%酒精

棉球擦拭尾部,使血管扩张充血,剪去鼠尾尖端(0.25~0.3厘米)。立即采血测定Hb及RBC,然后将鼠尾伤口浸入37℃左右温水中直至小鼠失去血液约0.5毫升,于失血后24小时再在小鼠尾端采血测定Hb、RBC值,结果证明小鼠失血后Hb、RBC值均显著低于正常值。本法指标明确,方法简单,但小鼠尾端出血达0.5毫升不很容易。上海中医研究所在1977年采用特制毛细吸管从小鼠眶后静脉放血,隔日1次,共7次,放血首次量为总血量的20%,以后各次均为15%,并限食。处理后动物能存活15天以上,其主要生物学特征为动物皮毛疏松,无光泽,体重下降,萎靡不振,少动,红细胞计数及血红蛋白含量均明显低于对照组^[40]。

3. 其他造模法 中医研究院^[40]采用给小鼠连续注射马利兰35天,造成再生障碍性贫血血虚证动物模型。造模后动物主要表现为面、耳、尾苍白,耳廓小血管色淡,骨髓中造血干细胞、骨髓有核细胞数量明显减少,外周血血红蛋白、红细胞计数明显减少等。

(四) 血虚证研究展望

随着中医科研水平的提高,血虚证的研究已从临床研究进入了实验研究的阶段,经过十余年的努力,已取得了一定的进展,但亦存在着一定的问题,有待于今后进一步探讨。

1. 关于血虚证本质的研究 目前实验研究的水平还处于初级阶段,研究的范围还十分有限,所研究的血虚证客观指标,其特异性和先进性均未达到理想的程度。今后研究的重点应放在探讨具有高度特异性、计量性和动态性的指标上,尽可能利用最先进的技术设备,从亚细胞水平和分子水平研究血虚证的本质。现行血虚证诊断标准还存在着不完善的地方,为了进一步探索血虚证的本质,制定严格的血虚证计量诊断标准有其重要的意义,希望能引起重视。对血虚证本质的研究,在尚无新的诊断标准情况下,应该严格按照现行血虚证诊断标准^[41]进行病例筛选,原则上应不含兼证,以便准确地揭示血虚证的本质。

2. 关于血虚证动物模型的研究 血虚证动物模型的研制已迈出了可喜的第一步,具有可行性和必要性。现有的血虚证模型局限于移植现代医学的手段进行造模,模型虽具有血虚证的一般表现,但因为其模型没有根据中医病因学说进行研制,故存在着一定的片面性,不能完全符合中医血虚证的要求。目前造模的方法仅从失血、溶血和生血的角度进行考虑,模型的制作没有从导致中医血虚证的病因方面加以考虑。中医血虚证不完全是由于失血过多或生血不足所致,今后如何在血虚证动物模型的研制时,遵循血虚证病因学的要求进行造模,应为不可忽视的一点。

三、血瘀证实验研究进展

(一) 血瘀证动物模型的研制

血瘀证动物模型的建立,既可作为血瘀证病理生理的研究对象,又可用于筛选和研究有效的活血化瘀方药。一个好的血瘀证动物模型,应该既能体现血瘀证相关的脉症,如癥瘕、舌质青紫、瘀斑、出血等,又能反映血瘀证的病因、病机,如寒凝、创伤、气虚等。目前,对血瘀证动物模型的研究报道很多,在血瘀证动物模型的制作方法上具有3个特点。第一,造模多以血液流变学、血凝学、微循环检查、血细胞检查、有关激素和酶水平的测定以及脏器、组织的病理学检查作为验证模型的重要内容。第二,造模因素考虑到了中医经典的病因学理论,即通过直接或间接地模拟中医的致病因素来复制模型,尤其是近10年来研制的血瘀证模型,其造模方法均与中医致病因素有一定的关系。第三,

部分造模在研制中,针对所造模型证候的不同,分别以活血化瘀为主的中药进行了反证,进一步论证了模型的可靠性和代表性。

1. 根据血瘀证的病因造模

(1) 外伤血瘀证动物模型的研制

【击伤法】^[42] 采用重物击伤大鼠单侧后肢来造模,并以“皮未破而内损”为度,打击的轻重根据物理学的势能(PE)来定量。

外伤后于不同的时相观察动物的血样,对照组为同批未经外伤的动物。结果表明,在外伤后很短时间内(1小时之内),血液流变学指标的主要改变为凝血时间的缩短、凝血粘度上升率增加的趋向。在血液粘度方面未见明显规律性改变。说明外伤后出现短时间的血液高凝状态。

在外伤后3小时即出现凝血时间的延长及粘度上升率的减小趋势,这说明外伤后的高凝时相已转入低凝时相,低凝时相的特点为复钙时间 t_r 的偏长,以及凝血粘度上升率 $d\eta/dt$ 的减小,也表现在热沉蛋白的增多,此时相一般维持在1~3天,尤其以外伤后第一天为显著。

实验结果表明,血瘀的发生发展有着鲜明的相对性,外伤后,先出现短时相的血液高凝状态,随后较长时相的低凝状态,继之以回复过程。整个过程近1周。从动物的表现来看,具有“病理性肿块”、“瘀血”、“固定性疼痛”等情况,即与血瘀的诊断依据相符。

【压伤法】^[43] 选择体重在2~2.5千克雄性家兔,随机分成对照组(A组),外伤1天组(B组),外伤3天组(C组)。将动物固定于兔台上,应用杠杆压力器在右后肢大腿内侧肌肉上加压75kg,持续1.5小时,对照组同样捆绑但不加压。观察结果为:①压伤后后肢肌温、腿径的改变:压伤后B组伤侧局部的肌肉温度比健侧降低,平均降低 0.62°C ;C组平均降低 0.20°C 。表明压伤后局部肌肉肿胀,血流受阻。B组大腿周径比A组增大29%,厚度比A组增大56.7%,差异有显著性。C组局部肿胀有所消退。压伤对肢体血流的影响(见表8-1)。B组光电容积图、阻抗血流图波幅,伤侧比健侧及对照组均明显

表 8-1 压伤后家兔后肢股动脉血流量、光电容积波、阻抗血流图变化

分 组 (n)	左	右 (压伤)
A (10) 股动脉血流量	5.6 ± 0.6	5.6 ± 0.6
光电容积波	12.9 ± 1.0	12.7 ± 1.2
阻抗血流图	0.02 ± 0.01	0.02 ± 0.01
B (16) 股动脉血流量	5.0 ± 0.8	$4.0 \pm 0.5^*$
光电容积波	15.0 ± 1.4	$3.0 \pm 0.5^{**}$
阻抗血流图	0.03 ± 0.01	$0.004 \pm 0.001^{**}$
C (16) 股动脉血流量	6.15 ± 0.6	$8.6 \pm 0.7^{**}$
光电容积波	19.8 ± 1.8	$7.1 \pm 1.1^{**}$
阻抗血流图	0.02 ± 0.002	$0.004 \pm 0.001^{**}$

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, 以下各表同此。

减小($P < 0.05 \sim 0.01$)。伤侧股动脉血流量也明显降低($P < 0.05$)。说明压伤后患肢肌肉肿胀,血管受损引起血流明显降低。C组容积波及血流图波幅仍处于低水平,但股动脉

血流量患侧明显增加,超过健侧和对照组 ($P < 0.01$)。说明3天后后肢血管扩张,血流量增大。电磁流量结果与光电容积波、阻抗血流图不相一致,反映了外周血管损伤的特点。②压伤后球结膜微循环的改变(见表8-2)。③压伤对血液流变的影响(见表8-3):压伤后血液流变多种指标引起明显改变。B组全血粘度、血浆粘度、血沉、纤维蛋白原明显增加,凝血酶原时间及凝血酶时间明显缩短。C组部分指标恢复正常。④压伤对血中去甲肾上腺素、超氧化物歧化酶、酯酶的影响(见表8-4):压伤后SOD、ANAE含量均明显下降,与对照组比较,差别有高度显著性 ($P < 0.01$)。说明外伤引起机体抵抗力减退。⑤压伤引起的病理组织学变化:压伤后局部高度肿胀,皮下肌肉出血,瘀血水肿,以3天组尤为明显。皮下组织出血水肿坏死,大量中性白细胞浸润,肌纤维肿胀变性坏死,横纹模糊不清,有的肌纤维断裂。毛细血管、中小静脉扩张瘀血,红细胞聚集,有血栓形成。肾小球有不同程度肿胀瘀血,毛细血管内红细胞聚集;散在出血,有微血栓,皮质髓质间毛细血管和中小静脉高度扩张瘀血。此外,在肾上腺、肺、肝等脏器均见到相应血管扩张瘀血及局灶性出血。电镜检查结果与上述一致。⑥X线造影结果:压伤后动脉狭窄、充盈差,静脉变粗,毛细血管床增加,后肢软组织瘀血。对照血瘀证诊断标准,压伤法造模法可导致动物局部压伤红肿,发热疼痛,拒按,局部瘀血肿块,肢体偏瘫跛行,肢体血管异常等,均符合血瘀证的临床表现。此外,从整体分析血瘀证,其主要表现为微循环障碍,血液流变异常,血小板功能亢进以及血流量降低,免疫功能和生化代谢异常等。压伤法所造成的模型,绝大多数指标的改变都是与经典血瘀证临床及实验室指征相符,较好地再现了血瘀证的各种特点。

表 8-2 压伤后家兔球结膜微循环变化

项目	A (12)	B (16)	C (16)
血管轮廓	清晰	多数模糊,个别清晰	多数模糊,少数清晰
血色	鲜红	暗红	暗红,鲜红
管壁	光滑	多数不光滑,个别光滑	多数光滑少数不光滑
毛细血管网	清晰	隐没	可见
A:V	1:2	1:3~4	多数1:3~5,少数1:2
血流	均匀、快	断线状、粒状、缓慢	粒状、均匀、慢
渗出	无	有	多数无,少数有
出血	无	个别有,多数无	无

表 8-3 压伤后家兔血液流变指标的变化

项目	A	B	C
全血粘度	4.3±0.2	7.0±0.9*	4.4±0.12
血浆粘度	1.6±0.04	1.9±0.04**	1.6±0.03
血沉	1.7±0.3	10.9±2.06**	4.1±0.7*
纤维蛋白原	272.8±19.7	467.6±25.1**	385.9±14.0**
凝血酶原时间	11.2±2.2	6.7±0.3**	7.4±0.4*
凝血酶时间	11.8±1.6	6.8±0.4**	6.5±0.2**

表 8-4 压伤后家兔血中去甲肾上腺素、超氧化物歧化酶、酯酶的变化

分组 (n)	NE	SOD	ANAE
A (10)	164±7.8	2873±287	59.3±2.7
B (16)	207±19.0	2681±141**	45.8±2.0**
C (16)	179±9.8	1942±95**	39.8±2.1**

(2) 热毒血瘀证动物模型的研制^[44]

【造模方法】 经琼脂培养基转种 14 小时的绿脓杆菌菌落，生理盐水洗脱。以 1% BaCl₂ 和 1% H₂SO₄ 配成梯度比浊管，用 721 分光光度计在 λ=520nm 处测 OD 值，从标准曲线得知所含菌数，再稀释成 1 亿/毫升绿脓杆菌菌液备用。取健康雄性青紫蓝兔，体重 2.5kg 左右，静脉注射绿脓杆菌 1 亿/千克。于感染后 24、48、72 小时进行各项指标检查，并进行病理解剖。

表 8-5 热毒引起家兔体温、白细胞总数及分类的变化

项目	造模前	造模后			
		5h	24h	48h	72h
体温	38.7±0.4	40.7±0.5	39.8±0.5	40.0±0.5	40.1±0.7
白总	8513±2025	5882±2184	12345±3065	11616±6732*	10268±2151*
L	50±12	27±12	33±10	30±10	22±7
N	50±12	73±12	67±10	70±10	78±7

注：与造模前比较：* P<0.05，其余每个数据均为 P<0.01。

【观察结果】 ①热毒对体温和白细胞的影响（见表 8-5）：造模后体温明显上升，5 小时平均增加 2℃，24~72 小时增加 1℃以上，保持在 40℃左右的水平。白细胞总数在 5 小时明显下降，24 小时明显增加，至 72 小时仍维持在较高水平。淋巴细胞百分比减少，中性多核白细胞百分比值明显增加。上述现象基本符合急性感染性炎症现象。②热毒对微循环的影响：微血管形态：造模后微血管形态由于细菌毒素的影响均有明显异常改变，轮廓和管壁全部模糊不清，微动、静脉口径比例失常（1:3 以上）达 70%~90%，毛细血管网模糊或消失者达 50%~90%，造模后 5、24、48、72 小时与造模前比较各项指标的变化，均达到高度显著性差异（P<0.01）。微血流流态：出现红细胞贴粘血管壁，微小血栓形成。呈粒状、断线状和摆流流态，微循环障碍，血流瘀滞和血色暗红。5、24、48、72 小时与造模前比较，各项指标的差异均有高度显著性（P<0.01）。

微血管周围的变化：管壁渗出增加。5、24、48、72 小时与造模前比较，差异有高度显著性（P<0.01）。③热毒对血液流变性的影响（见表 8-6）：造模后血浆粘度明显增加，红细胞变形能力下降，与正常组比较，差异有显著性或高度显著性（P<0.05~0.01）。④热毒对凝血因素的影响（见表 8-7）：造模后血中纤维蛋白元含量明显增加，造模时间愈长，增加愈多。凝血酶时间和凝血酶元时间缩短。说明热毒感染可引起血液系统促凝作用亢进。⑤热毒对 TXB₂ 和 6-Keto-PGF_{1α} 的影响（见表 8-8）：造模后 6-Keto-PGF_{1α} 日渐减少，说明血小板聚集功能亢进，血栓形成和血管内皮损伤。⑥热毒对去甲肾上腺素、超氧化物歧化酶、酸性 α-萘乙酸酯酶的影响（见表 8-9）：造模后超氧化物歧化酶（SOD）3 组均明显增加，酸性 α-萘乙酸酯酶（ANAE）24 小时增加，48 小时下降，72 小时低于正

常。⑦病理形态学改变：大体观察：心、肝、脾、肺、肾、脑均有不同程度的肿胀、瘀血和出血，脑膜瘀血，脑腔血性积液。光镜检查：心、肝、脾、肺、肾、肾上腺和脑实质细胞浊肿变性，血管内皮细胞肿胀，毛细血管及小血管高度瘀血、渗出及出血；并有微血栓形成，间质小静脉和毛细血管高度扩张瘀血，白细胞浸润。电镜检查：组织病变基本同光镜检查。肝、肺、脑毛细血管扩张瘀血，内皮细胞高度肿胀，吞饮活跃，表面糖衣消失，腺粒体水肿，基底膜分裂，血栓内血小板粘集，留下空泡密集的泡浆和纤维素。实验结果表明，绿脓杆菌血行感染所制备的热毒血瘀证模型符合血瘀证基本特征。

表 8-6 热毒对家兔血液流变的影响

项目	正常组 n=26	造模后 n=10		
		24h	48h	72h
全血粘度	4.11±0.37	4.02±0.21	3.88±0.36	3.86±0.61
血浆粘度	1.55±0.09	1.65±0.08**	1.78±0.13**	1.77±0.15**
血沉	1.85±1.43	6.2±10.43*	17.7±0.61**	17.2±14.3**
红细胞压积	33.3±3.04	33.5±2.92	32.4±5.36	31.5±2.37
红细胞变形能力	0.12±0.03	0.19±0.11*	0.14±0.03	0.21±0.06**

注：与正常组比较 *P<0.05, **P<0.01, 以下各表同此。

表 8-7 热毒对家兔 Fb、TT、PT 的影响

项目	正常对照组 n=26	造模后 n=10		
		24h	48h	72h
Fb	199±53.1	374±126.1**	386±68.5**	408±60**
TT	13.5±3.5	10.9±1*	7.6±15**	8.1±2.1**
PT	11.4±4.1	9.8±2	8.8±1.8*	8.4±2*

表 8-8 热毒对家兔 TXB₂ 和 6Keto-PGF_{1α} 的影响

项目	正常对照组 n=26	造模后 n=26		
		24h	48h	72h
TXB ₂	188.69±153.06	262.4±166.4	199.8±68.56	224.8±62.41
6Keto-PGF _{1α}	199.38±54.4	115±95.3**	98.2±54.63**	59.4±14.58**

表 8-9 热毒对家兔 NE、SOD 和 ANAE 的影响

项目	正常对照组 n=26	造模后 n=10		
		24h	48h	72h
NE	188±73.8	195.3±78	159±60.8	146.6±40
SOD	3050±656	3718±698.6*	3757.8±650.7*	3636±767.7*
ANAE	53±6.24	75.2±13.2**	52.8±5.7	43.5±9.6**

(3) 寒凝血瘀证动物模型的研制^[45]

【造模方法】 选用健康青紫蓝家兔，雌雄不拘，体重 2.5 千克左右，分为 4 组，即冻后 1 天、3 天、5 天和正常对照组。每组 10 只。剪净家兔两侧后腿上的毛，用 70% 酒精消毒，上、下、左、右围置冰袋（3 份冰+1 份结晶氯化钙，粉碎混合，温度降至零下

20℃~25℃), 冰冻 1.5 小时, 在 45℃ 温水中复温 5 分钟 (室温 12℃)。

【观察结果】 ①家兔的发病表现: 家兔两侧后腿局部冷冻后, 显示精神萎靡不振, 两后肢匍匐, 瘫而跛行。冻后 1 天, 后肢足背肿胀, 其足背周径为 13.25 ± 2.30 厘米, 皮肤呈紫色, 出现耸毛、不活泼、蹒跚少动、反应迟钝、心跳加快、呼吸急促。冻后 3~5 天, 足背肿胀、紫色, 足背周径 3 天为 13.55 ± 3.10 厘米, 5 天为 13.00 ± 2.80 厘米, 正常对照组为 7.0 ± 1.50 厘米。3 组足背周径, 明显大于对照组 ($P < 0.05$)。多数兔足背、脚趾见有大小不等的水泡, 趾间皮温升高 (3 天为 $26.80 \pm 6.30^\circ\text{C}$, 5 天为 $27.20 \pm 6.70^\circ\text{C}$, 1 天为 $23.70 \pm 5.10^\circ\text{C}$, 正常对照为 $20.30 \pm 4.0^\circ\text{C}$), 明显高于对照组 ($P < 0.05$)。②血液流变和凝血指标的观察 (见表 8-10): 三实验组经局部冷冻后, 血沉在冻后 3~5 天明显加快。压积在冻后 3~5 天明显下降。纤维蛋白原在冻后 1~5 天都有明显增加。血浆粘度在冻后 3 天明显增加, 提示有血瘀形成。③微循环观察: 冷冻后兔的眼球结膜毛细血管的轮廓、管壁模糊不清。血管的血色、血流、网交点都显示异常。血管有渗出的异常变化。与对照组比较, 差别有显著性或高度显著性。④6-酮-前列腺素 $F_{1\alpha}$ 和血栓素放射免疫测定 (见表 8-11): 冷冻后, 6-酮-前列腺素 $F_{1\alpha}$ 在冻后 5 天均未见明显改变。血栓素在冻后 1~3 天有明显增加。⑤肢体血流量测定 (见表 8-12): 肢体阻抗血流图、肢体光电容积波、股动脉血流量, 在冻后 1~3 天均发生明显改变, 出现血流缓慢、流量减少。至第 5 天, 血流量虽有减少, 但不十分明显。⑥超氧化物歧化酶 (SOD) 的测定: SOD 冻后 1~5 天均有不同程度的下降 (正常对照 $2700.3 \pm 195.45 \mu\text{gHb}$, 冻后 1 天 $1894.5 \pm 163.11 \mu\text{gHb}$, 冻后 3 天 $2010.40 \pm 180.31 \mu\text{gHb}$, 冻后 5 天 $2042.40 \pm 183.57 \mu\text{gHb}$) 和对照组相比差别有显著性或高度显著性 ($P < 0.05 \sim 0.01$)。提示冷冻刺激使体内 SOD 下降, 自由基增加, 机体的有害因子增加, 导致脏器和细胞的损伤。⑦病理形态学观察: 光镜检查见足背皮肤出血、瘀血、水肿、坏死, 中小细静脉弹力纤维拉直断裂, 血管壁坏死, 见有纤维素性和混合性血栓形成, 弥散分布。在肺组织中发现有出血、瘀血、中小细静脉内膜增厚, 内皮细胞肿胀、弹力纤维拉直断裂, 红细胞聚集, 见有纤维素性和混合血栓形成。少数肌性小动脉见有血管内膜增厚, 内皮细胞肿胀, 有混合性血栓形成。在肾、肝、脾、脑中也见有瘀血, 散在出血。电镜观察到足背皮肌细胞坏死, 核和细胞器崩解, 肌丝断裂, 间质出血、瘀血、水肿。肺泡腔出血、瘀血、水肿, 肺间隔上皮细胞坏死, 肺泡隔毛细血管内皮坏死。以上病变以 3~5 天最为明显。根据第 2 届全国活血化瘀研究学术会议修订的血瘀证诊断标准对照寒凝血瘀模型, 认为绝大多数指标的改变都与经典的血瘀证临床及实验指标相符。模型较好地再现了血瘀证的各种特点外, 还具备有可逆性, 一般维持一星期左右即可逐渐恢复, 为活血化瘀治则的研究提供了实验手段。

(4) 血虚血瘀证动物模型的研制^[46]

表 8-10 血液流变和凝血指标的观察 (n=10)

组别	正常对照	冻后 1 天	冻后 3 天	冻后 5 天
纤维蛋白原	210.3 ± 30.88	$333.78 \pm 85.76^{**}$	$440.4 \pm 87.50^{**}$	$396.89 \pm 84.60^*$
血沉	3.4 ± 0.83	5.22 ± 0.87	$12.7 \pm 3.4^*$	$9.33 \pm 2.1^{**}$
压积	39.9 ± 4.46	38.11 ± 4.51	$33 \pm 3.46^{**}$	$30.44 \pm 3.91^{**}$
血浆粘度	1.58 ± 0.08	1.59 ± 0.09	$1.79 \pm 0.25^*$	1.68 ± 0.08

注: 与对照组相比 * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。以下表格同此。

表 8-11 四组血栓素和 6-酮-前列腺素 F_{1α} 的比较

组别	正常对照	冻后 1 天	冻后 3 天	冻后 5 天
血栓素 (PG/ml)	251.1±30.52	376.1±29.26*	405.8±23.88**	297.5±31.03
6-酮-前列腺素 F _{1α}	164.0±15.89	271.2±36.5	277.2±40.11	194.9±26.62

表 8-12 肢体血流量测定

组别	正常对照	冻后 1 天	冻后 3 天	冻后 5 天
阻抗血流图 (h)	0.019±0.003	0.011±0.002*	0.013±0.005*	0.015±0.008
光电容积波 (mm)	15.4±2.02	7.75±1.17**	9.02±1.95*	12.4±2.02
股动脉血流量(ml/min)	12.3±1.90	4.1±1.0**	6.1±1.2*	9.3±2.1

【造模方法】 选取雄性青紫蓝家兔，体重 2.7kg 左右，按随机法分为 3 个观察组（1 天组、3 天组、5 天组）。先做造模前各项指标测定，然后用股动脉放血的方法制备血虚模型。放血量为体重的 3%，分 2 次放，1 天 1 次放 1.5%，总放血量占家兔自身总血量的 50% 左右。3 组分别于放血结束后的 24 小时、72 小时、120 小时复测各项指标，再处死进行病理检验。

【观察结果】 ①造模后血常规的变化：造模后 3 组家兔的红细胞数、血红蛋白含量都明显减少 ($P < 0.05 \sim 0.01$)，网织红细胞数在 72 小时组、120 小时组明显增多 ($P < 0.05$)。白细胞总数无明显变化。②造模后血液流变的变化（见表 8-13）：大失血后，由于代偿作用，从组织进入血液循环内的水份增加，血管外的蛋白也被动员进入血浆内，血液被稀释，全血粘度降低，并与红细胞数、红细胞压积、血红蛋白的减少成平行关系。红细胞变形能力下降。③造模后凝血酶时间 (TT)、凝血酶原时间 (PT)、纤维蛋白原 (Fb) 含量的变化（见表 8-14）：造模后 TT、PT 缩短，Fb 增多，提示失血时由于代偿作用促凝血系统活跃。④造模后球结膜微循环的变化（见表 8-15）：造模后球结膜微血管模糊，管壁不光滑，血流呈异流，毛细血管网模糊消失，有渗出，但无出血。⑤造模后肢体血流量的变化：用阻抗式血流图仪、光电容积血流图仪和电磁流量计测家兔左侧后肢及股动脉血流量。结果前二者无明显变化。后者股动脉血流量 3 组都有明显增加 ($P < 0.01$)。⑥造模后 NE、ANAE、SOD 的变化（见表 8-16）：造模后，由于失血导致应激状态的出现，交感神经兴奋，NE 大量释放耗竭，故放血后 24 小时、72 小时血栓时降低，120 小时时逐渐恢复。ANAE 在 24 小时组升高，72 小时组、120 小时组下降，说明在失血应激状态下酯酶阳性率增加，但随时间的延长阳性率下降，免疫功能减弱。SOD 含量降低。⑦造模后 TXB₂ 和 6-Keto-PGF_{1α} 的变化（见表 8-17）：造模后 TXB₂ 在 72 小时组、120 小时组升高，6-Keto-PGF_{1α} 无明显改变，二者比值升高，可促进血管收缩和血瘀的发生。⑧造模后病理变化：光镜观察：肺泡壁毛细血管扩张瘀血，部分肺泡腔呈弥漫性、局灶性出血，间质见有混合性血栓，肺泡腔水肿。心肌纤维变性、灶性坏死，间质毛细血管扩张瘀血，中小静脉红细胞聚集，偶见混合血栓。肾小管上皮细胞浊肿，肾小球毛细血管变性、坏死，间质有血栓。肝细胞浊肿、变性、肝窦瘀血。脑实质少数神经细胞核深染、固缩、变性、坏死。肾上腺有出血、瘀血。电镜观察：脑：1 天组突触内小泡数目略有减少，脑血管外套中积液极少。5 天组脑胶质细胞增生，尤以小胶质细胞增生显著，且

被活化,表现为表面微绒毛状细长伪足增多,胞体中溶酶体增多,突触空泡减少。肝:1天组肝细胞极度肿大,使细胞间间隙狭窄,绒毛短或消失,肝细胞胞质疏松,糖元消失,粗面内质网扩张,间质轻度水肿。5天组亨利氏袢部呈水样变性,粗面内质网和线粒体水肿,扩张,毛细血管和小静脉高度扩张。肺:1天组肺泡腔轻度出血,I型上皮局灶性胞浆呈丛状、花冠状突入肺泡腔内。5天组肺泡腔内出血,并可见成团的粘集血小板和纤维素。

(5) 阳虚血瘀证动物模型的研制^[47,48]

表 8-13 家兔造模后血液流变的变化

项目	造模前(n=10)			造模后(n=10)		
	24h	72h	120h	24h	72h	120h
全血粘度	4.43±0.47	3.87±0.40	4.24±0.64	2.39±0.24**	2.85±0.50**	3.58±0.97
血浆粘度	1.56±0.09	1.49±0.12	1.52±0.08	1.82±0.4	1.74±0.32*	1.53±0.12
血沉(mm/h)	1.0±0.0	1.3±0.7	1.0±0.0	13.5±20.1	2.4±2.5	1.0±0.0
红细胞压积(vol%)	38.7±4.2	36.6±2.7	38.2±3.3	15.7±1.9**	21.3±2.4**	28.9±4.0**
红细胞变形能力	0.072±0.055	0.075±0.02	0.076±0.031	0.109±0.048	0.15±0.054**	0.15±0.076*

注:造模前后相比 *P<0.05, **P<0.01。以下表格同此。

表 8-14 家兔造模后 TT、PT、Fb 的变化

项目	造模前(n=10)			造模后(n=10)		
	24h	72h	120h	24h	72h	120h
TT(秒)	20.79±11.29	15.34±3.46	30.48±17.4	9.65*±1.39	10.38**±2.66	21.53±15.1
PT(秒)	23.64±14.74	24.68±17.74	38.14±19.10	8.70*±0.68	6.90*±1.69	17.46*±11.52
Fb (mg%)	216.9±29.8	192.1±32.5	182.8±24.2	246.8±86.7	281.1**±36.7	213.5±71.6

表 8-15 家兔造模后球结膜微循环的变化

项目	造模前	造模后			
		24h	72h	120h	
血色	鲜红	30	0	2	7
	淡红	0	10**	8**	3*
口径比例	正常	28	4	4	10
	异常	2	6**	6**	0
充血、血栓	无	29	7	7	4
	有	1	3	3	6**

表 8-16 家兔造模后 NE、ANAE、SOD 的变化

项目	造模前(n=10)			造模后(n=10)		
	24h	72h	120h	24h	72h	120h
NE(ng/ml)	150±64.2	218.7±47.4	158.1±86.4	81.3*±41.5*	119.4*±91.2	211.1±119.1
ANAE(个%)	59.4±12.1	51.6±9.1	53.7±14.7	78.7**±11.6	33.3**±6.2	33.5*±13.8
SOD(u/g·Hb)	2486.2 ±241.9	2423.3 ±240.7	2579.4 ±542.6	731.2** ±275.0	1512.5** ±247.2	1421.7** ±390.2

表 8-17 家兔造模后 TXB₂ 和 6-Keto-PGF_{1α} 的变化

项目	造模前(n=10)			造模后(n=10)		
	24h	72h	120h	24h	72h	120h
TXB ₂ (pg/ml)	227.6±74.5	167.7±101.2	131.3±74.9	227.6±90.8	283.4*±121.2	264.2**±117.4
6-Keto-PGF _{1α} (pg/ml)	149.7±70.9	138.4±40.3	194.9±76.7	202.7±86.3	154.6±74.6	184.2±81.2

【造模方法】 健康 SD 大鼠，雄性，体重 120~160 克，称重，编号。作整体健康状况观察后，分别装入固定盒内，盖上盒盖，露出鼠尾，待鼠尾静脉充分充血后，用手术剪刀剪去尾尖，用手轻轻从尾根向尾尖部挤几下，以血红蛋白吸管采血，进行正常血小板直接计数。用 3% 戊巴比妥钠溶液，按 1 毫升/千克体重的剂量由腹腔注射麻醉。令大鼠侧卧位，将左侧耳廓置于“耳托”上，呈平面展开；涂上无味液体石蜡，斜落射光照明，80 倍微循环显微镜绿色滤光下观察耳廓背侧中缘中部微循环情况，并拍照。主要观察内容包括集合毛细血管清晰度、管径、流速、红细胞聚集情况、血色、渗出等。

将大鼠先后置于有铁网罩的小瓷盘上，放入低温冰箱，在零下 15℃ 的冷环境中，持续受冻 4 小时左右，脱离冷环境，麻醉后进行耳廓微循环检查。

【观察结果】 ①造模后动物的一般表现：受冻 4 小时后，动物出现畏寒喜暖，蹒跚少动，朦胧欲睡，眼中无神，反应迟钝，呼吸微弱，被毛蓬松竖立无光泽，小便色清，大便湿烂，唇周发黑，耳色暗红，爪尾部紫黯，舌黯红，体温下降和心跳减慢等症状，说明此时动物处于兴奋减弱期。②造模后耳廓微循环的改变（见表 8-18）：冷后大鼠集合毛细血管清晰度下降，管径增宽，血流减慢，差异有高度显著性（ $P < 0.01$ ）。同时，从血流状态、红细胞聚集情况、血色、渗出等变化来看，说明寒冷刺激可使大鼠耳廓微循环发生障碍。③造模后血小板计数的改变：冷冻前血小板计数为 28.71 ± 4.40 万/立方毫米，冷冻后血小板计数为 10.72 ± 1.78 万/立方毫米。实验结果表明，大鼠冷冻前后血小板计数比较，差异有高度显著性（ $P < 0.01$ ），提示寒冷刺激可以降低血小板计数。④造模后药物反证：将冷冻后造模大鼠随机分为用药组（药物恢复组）30 只，对照组（自然恢复组）30 只。前者经腹腔注射由附子、党参、丹参、红花等组成制剂（浓度为 2 克全药/毫升，pH 值为 5.9），剂量为 9 毫升/千克体重；后者则腹腔注射 0.9% 的生理盐水，剂量同前。用药后发现：血流速度的恢复：在用药或生理盐水后，每隔 30 分钟观察一次集合毛细血管血流速度，直至恢复正常，记录时间。药物恢复组为 213 ± 40 分钟，自然恢复组为 296 ± 49 分钟。两组之间的差异有高度显著性（ $P < 0.01$ ），提示中药附子、丹参等温通活血药对血流速度的恢复有明显促进作用。血小板数的恢复：在用药或生理盐水后，每隔 12 小时检查一次血小板计数，直至恢复正常。比较两组血小板计数恢复正常所需时间（见表 8-19）。实验结果显示，用药组与自然恢复组相比较，血小板恢复正常所需时间明显缩短，差异有高度显著性（ $P < 0.01$ ）。说明附子、丹参等温阳活血药对血小板数的恢复有促进作用。

模型研制者认为，该实验以经典的中医理论为指导，运用现代科学技术的手段，将模拟病因，模拟症状，进行微循环和血小板检查和药物反证四者融为一体，所建立的阳虚血瘀动物模型，为研究阳虚血瘀证的本质和温阳活血化瘀作用的原理及其药物的筛选，为指导临床和充实中医实验教学内容，提供了又一新的、成功的动物模型。

表 8-18 造模前后大鼠耳廓微循环自身对照

	清晰度 (只)			管径 (μm)	血流速度 ($\mu\text{m/s}$)	血流状态	红细胞 聚集	血色	渗出
	清	尚清	模糊						
冷冻前	56	4	0	27.67 \pm 4.25	486 \pm 37	线粒或粒线流	无	鲜红	无
冷冻后	0	20	40	40.10 \pm 7.66*	178 \pm 18*	粒线或粒流	中、重度	黯红	有

注: *P<0.001。

表 8-19 大鼠用药组与对照组血小板数恢复至正常所需时间比较 ($\bar{X}\pm\text{SD}$)

	动物数	体重 (克)	冻前计数 (万/ mm^3)	冻后计数 (万/ mm^3)	血小板数恢复至 正常所需时间 (h)	P
药物恢复组	30	138 \pm 20	31 \pm 4.31	10.77 \pm 1.89	41.6 \pm 6.9	<0.01
自然恢复组	30	139 \pm 19	29.12 \pm 4.61	10.67 \pm 1.69	51.6 \pm 6.42	

(6) 疼痛致血瘀动物模型的研制⁽⁴⁹⁾

【造模方法】 选择体重 2.5 千克左右的雄性健康家兔,分为正常对照、疼痛刺激 1 小时、5 天、10 天、15 天、20 天共 6 组。于家兔双耳皮下分别刺入针灸针,然后用导线连接到 G-6805 型电针仪上,采用断续波,每隔 10 分钟刺激 1 次,每次持续半分钟,使家兔突然疼痛出现惊叫逃跑,蹬足等惊恐现象,每天刺激 6 小时,于刺激前(即正常对照组),刺激 1 小时、5 天、10 天、15 天、20 天分别心脏采血测定血浆去甲肾上腺素、红细胞内超氧化物歧化酶、淋巴细胞内酸性 α -萘胺醋酸酯酶阳性百分率、眼球结膜微循环、血液流变指标,并将动物处死取脑、肺、胃、舌等组织作病理检查。

【观察结果】 ①疼痛刺激对家兔去甲肾上腺素 (NE) 含量、红细胞内超氧化物歧化酶 (SOD)、淋巴细胞非特异性酸性 α -萘胺醋酸酯酶 (ANAE) 的变化 (见表 8-20): 正常对照组家兔血浆 NE 平均含量为 178.3 \pm 32.5 纳克/毫升,疼痛刺激 1 小时后急增至 309.2 \pm 29.8 纳克/毫升,与刺激前比较差异很明显,这时家兔从行为上表现惊叫逃跑、咬断导线等抗伤害反应十分强烈。当刺激 5 天、10 天后,其含量虽有下降,但仍然很高,直至刺激 15 天后血浆 NE 含量才与正常对照组比较差异无显著性,随着疼痛刺激时间延长,血浆 NE 含量逐渐降低,家兔抗伤害反应渐趋减弱,似乎表现出有一定的耐受性,但受刺激的家兔往往经常蹬足、咬破舌头,以示十分气怒。正常对照组家兔 SOD 平均值

表 8-20 不同时间疼痛刺激家兔血 NE、SOD、ANAE 比较 ($\bar{X}\pm\text{SD}$)

组别	n	血浆 NE 含量 (ng/ml)	SOD 活力 (μgHb)	ANAE 阳性率 (%)
正常对照	13	178.3 \pm 32.5	3040 \pm 654	54.2 \pm 7.3
刺激 1 小时	5	309.2 \pm 29.8 $\blacktriangle\blacktriangle$		
刺激 5 天	12	261.1 \pm 76.5 $\blacktriangle\blacktriangle$	2400 \pm 728 \blacktriangle	57.2 \pm 6.7
刺激 10 天	16	225.4 \pm 57.3 $\blacktriangle\blacktriangle$	2108 \pm 429 $\blacktriangle\blacktriangle$	38.1 \pm 6.2 $\blacktriangle\blacktriangle$
刺激 15 天	12	198.7 \pm 61.8	2464 \pm 440 \blacktriangle	39.9 \pm 9.5 $\blacktriangle\blacktriangle$
刺激 20 天	12	189.6 \pm 62.1	1545 \pm 430 $\blacktriangle\blacktriangle$	38.2 \pm 8.2 $\blacktriangle\blacktriangle$

注: 与正常对照组比较 \blacktriangle 为 P<0.05, $\blacktriangle\blacktriangle$ 为 P<0.01。

3040 \pm 654 $\mu\text{g}\cdot\text{Hb}$,受疼痛刺激 5 天后 SOD 活力较刺激前平均下降 21%,刺激 10 天后平均下降 31%,与对照组比较差异有高度显著性 (P<0.01),SOD 活力下降,体内自由

基（超氧负离子）相对增多，显示家兔受疼痛刺激后对脏器细胞带来更多的损害。淋巴细胞内 ANAE 阳性百分率，在受刺激的 5 天稍有上升，当刺激 10 天后 ANAE 阳性百分率明显下降，与正常对照组比较 $P < 0.01$ ，这表明家兔对疼痛刺激的反应，开始是细胞免疫功能呈动员状态，以后由于受过多的刺激则由动员转入下降，机体处于不良状态。②疼痛刺激对家兔眼球结膜微循环的影响（见表 8-21）：家兔经疼痛刺激 5 天，一半以上的动物眼球结膜微血管轮廓模糊，管径轻度扩张，血流均匀减退而渐呈线粒状，血色变得暗红甚至有渗出。当受疼痛刺激 10 天后，上述改变更加明显而正常对照组基本上无改变，结果表明：家兔受较长时间的疼痛刺激可以导致眼球结膜微循环障碍即血瘀现象。③疼痛刺激对家兔血液流变的影响（见表 8-22）：家兔经疼痛刺激 5 天，其血浆粘度、全血粘度、纤维蛋白元含量均较正常对照组增加，红细胞形变能力变差，但未达到统计学差异；当刺激 10 天以后，上述各参数有不同程度增加，与对照组比较差异有显著性（ $P < 0.05 \sim 0.01$ ），其中血浆粘度与纤维蛋白元含量增加尤其明显，结果表明：家兔经疼痛刺激可以引起血液流变障碍，导致血瘀证现象。④疼痛刺激对家兔病理形态学和组织学的影响：家兔经疼痛刺激 5 天，1/3 动物在脑膜、肺胃粘膜及舌表面已部分出现水肿，小血管瘀血、表面有紫褐色斑点、斑块等病理改变；当刺激 10 天以后，已有 2/3 以上动物有上述改变。镜检：脑实质、胃粘膜、舌间质均有毛细血管扩张，小静脉瘀血，肺毛细血管扩张，瘀

表 8-21 不同时间疼痛刺激家兔眼球结膜微循环的观察比较 (n)

观察项目	正常对照组 (n=10)	刺激 5 天组 (n=12)	刺激 10 天组 (n=16)	刺激 15 天组 (n=12)	刺激 20 天组 (n=12)
血管轮廓	清晰	8	1	5	2
	略模糊	2	11	11	10
血管壁	光滑清晰	9	2	3	1
	略模糊	1	10	13	11
血色	鲜红	10	4	6	4
	暗红	0	8	10	8
血流	均匀	10	3	4	2
	线粒状缓流	0	9	12	10
管径	正常	10	4	6	3
	轻度扩张	0	8	10	9
渗出	无	10	6	8	4
	+~++	0	6	8	8

注：各组均与正常对照组比较 $P < 0.01$ 。

表 8-22 不同时间疼痛刺激家兔血液流变指标比较 ($\bar{X} \pm SD$)

组别	例数	全血粘度 (η_b)	血浆粘度 (η_p)	纤维蛋白元含量 (mg/dl)	红细胞形变能力 (秒的比值)
正常对照	18	4.34 ± 0.53	1.64 ± 0.12	261.6 ± 91.1	0.13 ± 0.02
刺激 5 天	12	4.43 ± 0.41	1.88 ± 0.09▲▲	297.5 ± 52.7	0.15 ± 0.04
刺激 10 天	16	4.71 ± 0.62▲▲	1.88 ± 0.15▲▲	381.6 ± 85.1▲▲	0.20 ± 0.05▲
刺激 15 天	12	4.54 ± 0.28	1.75 ± 0.14▲	393.1 ± 113.6▲▲	0.17 ± 0.03
刺激 20 天	12	4.55 ± 0.27	1.82 ± 0.17▲	375.7 ± 105.8▲▲	0.17 ± 0.03

注：▲为与正常对照组比较 $P < 0.05$ ，▲▲为与正常对照组比较 $P < 0.01$ 。

血并有散在性出血和血栓形成。

家兔受疼痛刺激后出现的种种表现，完全符合血瘀证判断标准。研究结果表明：疼痛刺激可以引起家兔血瘀证。

2. 根据血瘀证的病理生理异常造模 在长期的研究过程中发现，血瘀证患者往往具有血流动力学障碍、血液流变性异常及血液凝固性增高等病理生理异常。所以中医血瘀证的现代医学概念可能与这些病理生理过程密切相关，根据这些病理生理过程而制作的各种类型的血瘀证动物模型，可用作血瘀证证本质的实验研究。目前较常用和公认为有以下几种：

(1) 高分子右旋糖酐静注致微循环障碍造模^[50,51]

【造模方法】 健康家兔，雌雄不拘，体重2~2.5公斤，由家兔耳缘静脉注入10%高分子右旋糖酐液（分子量49万），用生理盐水配制，每次剂量15毫升/千克。每周静注2次（周一、周五），历时10周。将造型家兔随机分为两组，每组10只；对照组不予任何药物治疗，川芎治疗组给予20%川芎注射液，剂量1毫升/千克，每日1次，历时10周。主要观察指标有：球结膜微循环每2周观察一次，每次均于静注高分子右旋糖酐后2天进行；实验结束时对部分家兔进行颅骨开窗，观察软脑膜微循环；实验结束时用20%尿酯麻醉，开颅取大脑、小脑和脑干，用10%中性福尔马林液固定，采用冠状切面取材，一般取10块，每只实验家兔取材均包括额区、海马区、中脑区、小脑区等进行病理形态学检查；部分家兔取左侧额顶叶标本后，立即用磷酸缓冲液配制的戊二醛进行表面固定，10分钟后取下已被硬化的脑组织切成小块，继续用戊二醛及锇酸进行双重固定，然后用逐渐升高浓度的酒精脱水，EPD 812包埋，用醋酸锇及枸橼酸铝染色，用电镜进行脑组织观察。

【观察结果】①球结膜微循环的变化：微小静脉：对照组在注入高分子右旋糖酐3周后，静脉呈普遍扩张，血流速度缓慢，大部分微小静脉血液流态呈虚线状或絮状，小部分呈淤泥状态，可见部分血流停止，部分有明显血细胞渗出。随注入高分子右旋糖酐时间的延长，上述变化，尤其淤泥状态更为明显。川芎治疗组微小静脉均未见扩张，有2只家兔见轻度血细胞渗出，血流速度快，大部分家兔血液流态呈线状流，个别有粒状流和絮状流。微小动脉：对照组每次注入高分子右旋糖酐后，均可出现微小动脉痉挛，口径变细，血流速度稍缓慢，一般在半小时内可恢复正常。注射高分子右旋糖酐4周以后，每次注入右旋糖酐时，上述变化更为明显，其持续时间可达2小时以上。川芎治疗组微小动脉口径正常，血流速度快，一半家兔呈线流状，另一半家兔为粒流状。毛细血管：对照组大多数毛细血管网收缩，仅可见到直接通路有血流通过，血流速度缓慢，血流呈分节状，部分家兔有血细胞渗出、血流停止。上述变化愈到晚期愈为明显。川芎治疗组毛细血管开放数明显增加。血细胞凝聚：对照组注入高分子右旋糖酐后，均可引起明显的血细胞凝聚。在早期这种变化是可逆的，自身可以恢复，而在反复注入右旋糖酐后，这种变化日益加重，在受试的10只家兔中均可见到血细胞凝聚呈团块状，其中7只家兔有部分血流停止，属重度血细胞凝集。实验1~4周这些变化在注入高分子右旋糖酐后1天就可恢复，而4周后这种变化的自身恢复能力渐见减弱，常常在注入高分子右旋糖酐3天后仍可见到血细胞凝集现象。川芎治疗组10只家兔中，7只为轻度血细胞凝集，2只未见血细胞凝集，1只有中度血细胞凝集。②软脑膜微循环的变化：实验开始后10周亦即

实验结束时观察软脑膜微循环。这种变化和同期球结膜微循环相比较则病变程度较轻。对照组均见微小静脉扩张，血流速度稍慢，其中1只家兔可见淤泥现象。3只家兔中有1只家兔见部分微小动脉血流缓慢，其余2只流速正常。毛细血管开放数目明显减少，个别毛细血管见分节状血流。2只轻度血细胞凝集，1只家兔为中度血细胞凝集。川芎治疗组微小动脉口径正常，血流速度快；微小静脉口径正常，流速快；毛细血管开放数目正常。均未见血细胞凝集。③脑组织光学显微镜病理形态学的为化：镜下见对照组在海马、皮质、小脑等区域50微米直径的小动脉和小静脉有不同程度的扩张和瘀血。在血管腔内充满凝聚的红细胞，在管腔四周亦有凝聚的红细胞，这些变化在脑膜及脑实质中的血管中广泛存在。另外可见到血管内皮细胞增生肥大，管壁增厚，部分血管腔变窄。脑膜下脑组织的大小血管周围及脑实质皆见点状，甚至大片状出血，在10只家兔中仅有2只未见出血，有的见血管周围有少许血球渗出。对照组所有实验动物的脑组织均有脑水肿，主要为毛细血管周围有水样间隙，在50微米直径的小动脉和小静脉周围也可见到这种环状间隙。间隙直径可达60微米，间隙内时可见到沉积的红色纤维蛋白细条。发现脑水肿与血管扩张瘀血程度一致。在少数动物血管内可见到透明血栓形成，上述病理改变通常在50~60微米以下的血管较为明显。川芎治疗组病变较对照组明显为轻，本组实验动物，虽见有不同程度的瘀血，但程度很轻，10只家兔中只有2只家兔可观察到血管内红细胞凝集，未见有树枝状透明血栓。额叶、海马区、中脑、小脑等处12~100微米的小动脉和小静脉的管腔增厚和内皮细胞增生肥大，远较对照组为轻。在12微米以下的微血管管腔内通畅，管壁正常完整。仅有一只家兔在软脑膜下和脑实质有出血。在10只家兔中仅有1只家兔可见脑水肿。④脑组织电子显微镜观察结果：对照组额叶、顶叶皮质的8微米以下的微血管，在电镜下见到内皮细胞损伤变性，毛细血管周围有明显水肿，血管内有纤维样蛋白沉积物粘附，线粒体水肿明显，周围神经细胞树突有轻度变性，软脑膜血管内有大量血小板聚集。川芎治疗组8微米以下的微血管内皮细胞损害较对照组为轻，毛细血管周围水肿不明显，神经细胞树突无明显病变，微血管管腔内仅有少量纤维样蛋白粘附，其程度远较对照组为轻。结果说明高分子右旋糖酐所制造的模型可以初步看作是中医血瘀慢性动物实验模型。

(2) 静注内毒素造模法^[52]

【造模方法】①家兔实验：家兔体重1.7~2.5千克，雌雄兼有，以25%尿酯1克/千克作静脉麻醉。用微循环镜（徐州医用光学仪器厂产）观察兔眼球结膜微循环，选择血流稳定，微血管清晰的区域作为观察视野，并作显微摄影。观察后，自耳缘静脉注入内毒素。采用的内毒素系大肠杆菌“0”101型（中央生物制品检定所提供）内毒素的粗制品（由湖南微生物研究所制备），含菌数为 1.005×10^{11} 个/毫升，用量为 5.46×10^{11} 个/千克。注内毒素4小时后再观察微循环血流状态、红细胞聚集情况，以及微血管渗出情况。②家犬实验：取8~15千克的家犬，雌雄不拘，雌者无孕。用戊巴比妥钠（30毫克/千克）麻醉。分离双侧股动脉，一侧用来测量动脉压（股动脉插管法），一侧取血作凝血象及生化检查。然后静脉注入内毒素（品种来源同前），剂量为 LD_{75} （ 3.852×10^9 个/千克，体积恰为0.5毫升/千克）在注入内毒素前、注入后5分钟、1小时、5小时分别记录动脉压，取血作凝血象及生化检查。凝血象检查方法按常规法进行，包括血小板计数、凝血酶原时间、凝血酶时间、纤维蛋白原定量（双缩脲法），纤维蛋白（原）降解产

物 (FDP), 血浆鱼精蛋白副凝 (3P) 试验及血浆游离血红蛋白 (苯息丁法) 等七项。生化检查包括血糖测定 (按改良邻甲苯硼酸法), 血清乳酸测定 (按 Barker-Summerson 氏法), 血清谷草转氨酶测定 (按金氏法), 血清组织蛋白酶测定 (按改良的 Anson 氏法) 及血清酸性磷酸酶测定 (按 β -甘油磷酸法) 共五项。

【观察结果】 ①家兔微循环改变: 注内毒素后兔微循环主要有以下改变: 血流速度变慢, 由注内毒素前的线流为主变成以线粒流为主; 血细胞聚集程度增高; 出现微血管周围渗出。前后对比各变化均很明显 (见表 8-23)。②凝血象的改变 (见表 8-24): 注入内毒素后, 犬循环血中的血小板数显著减少 ($P < 0.0001$); 血浆纤维蛋白原含量显著降低 ($P < 0.001$); 凝血酶原时间延长 ($P < 0.001$); FDP 与 3P 试验的计分均值增大 ($P < 0.001$); 血浆游离血红蛋白含量显著增高 ($P < 0.001$)。所有这些指标的改变表明注入内毒素后家犬产生了急性弥散性血管内凝血。③动脉压的改变: 家犬动脉压在注入内毒素后急剧下降, 注入内毒素前动脉压是 133.90 ± 4.30 , 注毒后 5 分钟动脉压是 31.60 ± 3.00 , 注毒后 5 小时是 97.70 ± 4.80 , 整个血液循环的动力降低, 出现休克状态。但注入内毒素后 5 小时; 动脉压又有所回升, 机体出现应激代偿。④生化指标的改变 (见表 8-25): 注入内毒素后, 家犬血糖先升高 ($P < 0.01$) 后降低 ($P < 0.001$); 血清乳酸显著增高 ($P < 0.001$); 血清谷草转氨酶、组织蛋白酶升高 ($P < 0.001$), 酸性磷酸酶升高 ($P < 0.01$)。这些改变在一定程度上反应了脏器的功能状态。

表 8-23 注内毒素前后兔球结膜微循环改变

	流 态			血细胞聚集 (度)					微血管渗出			
	线流	线粒流	泥流	0	1	II	III	无	轻微	明显	出血	血栓
注内毒素前 30 分钟	18	2	0	18	2	0	0	19	1	0	0	0
注内毒素后 4 小时	0	16	4	0	2	16	2	0	3	10	4	3

注: 血细胞聚集程度划分标准: 0 度, 无聚集; 1 度, 2~3 个细胞聚集在一起; II 度, 4~5 个细胞聚集在一起; III 度, 6 个以上细胞聚集在一起, 或有部分血流停止。

表 8-24 注内毒素前后休克犬凝血象的改变 ($\bar{X} \pm SD$, $n=14$)

测定项目	注前	注后 1 小时	注后 5 小时
血小板 (万/mm ³)	15.1 ± 1.3	9.4 ± 0.8	8.3 ± 0.9
纤维蛋白原 (mg/dl)	236.0 ± 20.2	185.9 ± 24.7	157.9 ± 24.8
凝血酶原时间 (秒)	16.8 ± 2.2	18.9 ± 2.5	19.8 ± 2.5
凝血酶时间 (秒)	12.4 ± 0.7	22.2 ± 5.1	16.4 ± 1.2
纤维蛋白 (原) 降解产物 Δ	0.25 ± 0.14	2.10 ± 0.18	2.20 ± 0.18
鱼精蛋白凝试验 Δ	0.65 ± 0.21	2.00 ± 0.19	2.50 ± 0.15
血浆游离血红蛋白 (mg/dl)	14.0 ± 3.0	28.9 ± 6.7	62.8 ± 13.8

注: Δ 按等级计分, 0, \pm , +, ++, +++ 分别计为 0, 1, 2, 3, 4 分。

(3) 高脂饮食造模法^[53]

【造模方法】 健康青紫蓝家兔雌雄不限, 体重 3.0~3.5 千克, 兔龄 4~6 个月, 喂饲含微量元素及多种维生素的基础饲料 (饲料由东北制药厂提供)。将兔子于实验前一个月移入实验观察室; 适应性喂养, 同时进行心电图、血脂检查。将入选合格的 25 只兔统一

喂饲胆固醇（美国产，天津分装）1克/日/只，猪油3克/日/只，每周6次。经四周血脂达到一定高度后，根据血脂水平随机分成中药益气活血治疗组（9只，下简称益气活血组）、安妥明治疗组（7只，下简称安妥明组）、造模对照组（9只，下简称对照组）。中药按不同比例煎成百分之百的药液，15毫升/日/只灌胃；安妥明（沈阳药学院制药厂生产）375毫克/日/只灌胃。在实验第8周时，胆固醇减量至0.5克/日/只，猪油1.5克/日/只，第9周始恢复原剂量，持续至第13周，用耳缘静脉气体栓塞法将动物处死。

表 8-25 注内毒素前后犬部分生化指标的改变 ($\bar{X} \pm SD$, n=16)

测定项目	注毒前	注毒后 1 小时	注毒后 5 小时
血糖 (mg%)	92.2±4.1	124.2±8.6	78.6±6.5
血清乳酸 (mg%)	19.0±1.5	30.7±2.5	26.2±1.6
谷草转氨酶 (μ/ml)	137.9±20.4	260.0±49.4	337.8±47.7
组织蛋白酶 (μ%)	3.7±0.4	6.3±1.1	11.8±3.9
酸性磷酸酶 (μ%)	5.85±0.95	6.93±1.44	13.82±3.19

【观察指标】 状态：A、活泼情况：自喂饲高脂饮食后，每周1次，将兔按组分别放出笼外，让其自由活动，观察活动状况。B、进食量：喂养食槽为100克装，24小时基本吃净为+++，吃进2/3为++，吃进1/3为+，基本不食为±。C、排便情况：正常为-，稀便持续1~3天为+，4~6天为++，7~9天为+++。D、观察皮毛的营养状况。

血脂测定：实验开始至实验结束每4周测血脂1次，包括血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白。

红细胞变形能力的测定：于实验前及结束时取血，应用核孔膜滤筛法：系用上海医科大学研制的DXC-200型RBC变形能力测定仪，美国产聚碳酸酯滤过膜，在20~25℃室温下测定。

主动脉病变的病理学检查：A、主动脉脂质斑块面积测量：动物处死解剖后立即取出主动脉；纵行剪开平铺硬滤纸上，1%福尔马林固定，用透明方格纸分别计算每条主动脉脂质斑块面积和总面积，求出病变面积的百分比。B、动脉病变镜下观察：主动脉自弓部取材，分别做HE、Verhott、VG、AB-PAS染色。

病变部位的电镜观察：每组取2例主动脉斑块部位取材，JER-100CX型电镜观察组织超微结构并摄片。

【观察结果】 ①动物状态：活动情况：在造型第2周后，家兔出现少动。从第5周开始用药，在用药2周后逐渐发生变化。益气活血组，除一只前爪有伤外，其它全部兔活动良好，较难抓住回笼。而安妥明组2只，对照组4只兔活泼性差，易抓住回笼。进食量：在造型4周内，喂饲胆固醇的家兔进食量下降，经给药1周后，各组兔有不同程度的恢复。如果按前述的标准，将每只兔每天进食所得的“+”号数加起来，再除以观察天数得出用药观察期间的平均进食量。可以看出益气活血组兔进食量明显多于其它两组，而且益气活血组与对照组比较有显著差异。排便情况：益气活血组仅有1只兔出现稀便，持续3天，另两组兔出现稀便较多，且持续时间长，尤以对照组为重。益气活血组与对照组比较差异显著。皮毛营养状况：益气活血组兔皮毛光泽与长短是一致。而安妥明组1只，对照组3只兔皮毛欠光泽，并出现毛打卷，拼毡现象。用清水冲洗并自然

凉干后仍不消失。②血脂测定结果：实验前，三组兔血胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白(HDL/ch)基本一致。造型4周后，血胆固醇、甘油三酯明显升高，而HDL/ch下降，但仍无组间差异。喂饲药4周后，益气活血组胆固醇明显下降，安妥明组缓慢上升，对照组快速上升。甘油三酯，益气活血组缓慢下降，安妥明组基本平稳，而对照组缓慢上升。血中HDL/ch三组均有回升，益气活血组最快，对照组次之，安妥明组最慢。用药8周后，益气活血组、安妥明组胆固醇继续下降，对照组快速上升。甘油三酯：益气活血组趋于平稳，安妥明组缓慢下降，对照组继续上升。血HDL/ch：益气活血组平稳，安妥明组缓慢上升，对照组明显下降。整个实验过程中益气活血组的胆固醇、甘油三酯明显低于安妥明组。而益气活血组的HDL/ch比值则高于其它两组。实验进行到12周末，组间差异更为明显($P < 0.05 \sim 0.01$)。③红细胞变形能力测定结果：实验前3组兔血中RBC变形能力无明显差异，经造模，用药12周后各组兔RBC变形能力均较实验前明显下降，即RBC滤过指数升高。但以对照组升高最为明显，安妥明组次之，益气活血组升高程度最小。详见(表8-26)。④主动脉形态学变化：主动脉脂质斑块而积的百分比：益气活血组为27.26%，安妥明组为55.12%，对照组为60.25%。组间差异显著($P < 0.05$)。各组主动脉病变以弓部及分支开口处为重。组织学检查：规定镜下泡沫细胞0~5层为I级，6~10层为II级，11~15层为III级，16层以上为IV级，结果见(表8-27)。对照组除泡沫细胞层数多外，严重时可见到细胞崩解，VG染色示内膜平滑肌细胞增生，中膜平滑肌细胞向泡沫细胞间纵行延伸；Verhett染色提示中层弹力纤维膨松、破碎，有的溶于脂样物质中而使弹力纤维减少；AB-PAS染色提示对照组斑块内酸性粘多糖基质较多，而益气活血组上述表现均较轻。安妥明组的改变介于上两组之间。

表 8-26 RBC 变形能力 (滤过指数) 的比较 $\bar{X} \pm SD$

组别 (n)	测试时间	
	实验前	实验第 12 周
益气活血组 (9)	0.3 ± 0.1	0.956 ± 0.38**
安妥明组 (7)	0.34 ± 0.09	1.54 ± 0.4*
对照组 (9)	0.31 ± 0.125	2.07 ± 0.5

注：** 益气活血组与对照组比较 $P < 0.01$ ；
* 益气活血组与安妥明组比较 $P < 0.05$ 。

表 8-27 主动脉粥样硬化程度比较

组别	组 别				P 值
	I	II	III	IV	
益气活血组 (9)	6	3			$< 0.01^{**}$
安妥明组 (7)	1	1	2	3	$< 0.05^*$
对照组 (9)		1	4	4	

注：**、* 同表 1。

透射电镜观察：对照组斑块表层大多数未见内皮细胞，泡沫样细胞暴露于管腔面。有的处于崩解状态和粥样脂肪样结构，平滑肌细胞增生，胞质中线粒体减少，有大量的空泡和次级溶酶体存在，有的基质中脂质体处于溶解状态。胶原纤维排列紊乱，其间出现脂质体。安妥明组改变基本同对照组一致，但程度较轻些。益气活血组有的平滑肌细胞基本正常，大多可见到内皮细胞。胞质中线粒体有些肿胀，嵴减少。有的胞质中有脂质空泡存在，次级溶酶体增多。

总之，本实验采用的造模方法，使家兔出现少食，便溏，少动，皮毛欠光泽等脾气不旺，水谷不化的气虚表现，同时，RBC变形能力明显下降，证明实验动物处于高凝状态。认为采用高脂饮食造成的动脉粥样硬化家兔模型属于中医的气虚血瘀模型是成立的。

(4) 肾上腺素加冷刺激造模法^[55]

【造模方法】 采用 Wistar 杂交种大鼠，雌雄不拘，体重 200~250 克。为重复验证，

共进行三批实验（见表 8-28）。

表 8-28 大白鼠“血瘀”模型实验分组

组 别	动物数	处 置 方 法	处死时间
I. 空白对照组	三批 [56]	与实验组同批同饲养条件	停处置后 18 小时
II. 冰水对照组	[17]	浸入冰水 (6℃左右) 5min 不游泳。	停处置后 18 小时
III. Adr 一日组	[16]	⑩ Adr 0.1%~0.2ml/只, Bid	停处置后 18 小时
IV. Adr+冰水一日组	二批 [35]	⑩ Adr 0.1%~0.2ml/只 Bid+冰水 5min Qd, 一日	停处置后 18 小时
V. Adr+冰水二日组	二批 [33]	同上处置, 共二日。	停处置后 18 小时
VI. 同上	[15]	同上处置, 共二日。	停处置后 42 小时

注: Adr: 肾上腺素; Bid: 1日2次; ⑩: 皮下注射; Qd: 1日1次。

以上各组动物皆从颈动脉放血处死。血以肝素钠抗凝。用 XN₃ 型血粘细胞电泳自动计时仪测定下列指标:

全血粘度 (比) (低切变速度 70~20 秒⁻¹, 高切变速度 700~600 秒⁻¹)

血清粘度 (比)

血浆粘度 (比)

红细胞 (RBC) 压积

RBC 电泳时间

纤维蛋白原粘度 (比) = 血浆粘度 (比) - 血清粘度 (比)

全血还原粘度比 = $\frac{\eta_b - 1}{H}$ η_b —全血粘度 (比)

【观察结果】 ①Adr+冰水刺激处置后 18 小时, 即可见血液呈粘、浓、凝状态 (粘—高、低切速全血粘度及血浆粘度升高; 浓—RBC 压积增高; 凝—纤维蛋白原粘度升高)。未见增聚 (RBC 电泳时间不变) (见表 8-29)。

当处置停止 42 小时后, 血液虽仍增粘 (高切速全血粘度增高)、增凝 (纤维蛋白原粘度增高), 但其值已比停止处置 18 小时者明显降低。其余各值皆无明显差异。说明 Adr+冰水刺激处置一日后 18 小时即可使血液呈粘、浓、凝状态。处置二日除血粘有所增高外, 其余指标变化并未明显加重。②Adr+冰水刺激处置 1 日组与 2 日组相比, 除处置 2 日组之高切速全血粘度较高外, 其余各值皆无明显差异。说明 Adr+冰水刺激处置 1 日后 18 小时即可使血液呈粘、浓、凝状态。处置 2 日除血粘有所增高外, 其余指标变化并未明显加重。③单纯 Adr 处置 1 日组, 可见血液增粘 (高、低切速之全血粘度、血清及血浆粘度皆升高、增浓 (RBC 压积增高), 但未见增凝。且可见 RBC 电泳时间缩短。④单纯冰水刺激, 只见高切速全血粘度升高, 但除去 RBC 压积影响因素后, 其高切速全血还原粘度未见明显改变。说明单纯冷刺激对血液流变性无明显影响。⑤在重复实验中, 处置 1 日及处置 2 日之血液粘、凝状态仍能出现。但 RBC 压积无明显改变, 亦即未见浓的状态。说明此法引起之血液流变性改变—粘、凝状态基本稳定。

此外, 肾上腺素加冷刺激亦可引起模型大鼠异常红细胞增多, 红细胞膜渗透脆性、膜微粘度升高。

3. 其他与血瘀有关的模型^[56~59]

表 8-29 肾上腺素加冰水刺激对大白鼠血液流变性影响

日期	组别	例数	全血粘度(比)[全血还原粘度(比)]		血清粘度 (比)	血浆粘度 (比)	纤维蛋白原粘度 (比)	RBC电泳时间 (比)	RBC压积 (%)
			低切速 70~20 秒 ⁻¹	高切速 700~600 秒 ⁻¹					
82 年 9 月	I	19	16.10±1.07 [34.87±2.32]	6.46±0.21 [12.66±0.46]	1.67±0.01	1.91±0.02	0.24±0.02	17.32±0.19	43.1±0.47
	II	17	18.51±2.37 [40.60±4.77]	7.76±0.30 ^B [13.76±0.62]	1.68±0.02	1.87±0.02	0.19±0.02	16.75±0.21	42.4±0.64
	III	16	40.11±6.49 ^C	8.07±0.49 ^B	1.75±0.03 ^A	2.15±0.05 ^C	0.37±0.05	16.34±0.29 ^F	45.4±0.77 ^B
	IV	20	52.32±16.47 ^A	7.89±0.29 ^C	1.67±0.03	2.30±0.07 ^C	0.62±0.05 ^{CF}	17.21±0.22	45.0±0.56 ^A
	V	11	44.41±6.40 ^C	9.70±0.55 ^{CD}	1.63±0.02	2.19±0.07 ^C	0.55±0.06 ^C	17.38±0.20	44.8±0.97
	VI	15	40.11±17.75	7.49±0.52 ^E	1.59±0.02 ^C	1.92±0.12	0.38±0.03 ^C	17.17±0.32	42.3±0.97
83年 3月	I	15	13.96±1.73	5.85±0.24	1.72±0.04	1.95±0.03	0.23±0.02	19.62±0.24	46.3±1.18
	IV	15	35.26±13.39	7.00±0.23 ^B	1.75±0.04	2.15±0.02 ^C	0.41±0.04 ^C	21.86±0.80 ^A	46.8±1.08
83年 9月	I	22	19.74±1.28	5.90±0.18	1.71±0.03	1.92±0.03	0.21±0.03	18.30±0.22	47.1±0.84
	V	22	34.22±4.64 ^B	6.84±0.19 ^C	1.63±0.02 ^A	2.09±0.04 ^B	0.46±0.02 ^C	18.70±0.27	49.4±1.08

注: 1. 表中数值为 $\bar{X} \pm SE$ 。

2. A, 各组与空白组相比 $P < 0.05$; B, $P < 0.01$; C, $P < 0.001$; D, V组与N组相比 $P < 0.01$; E, M组与V组相比 $P < 0.01$; F, N组与III组相比 $P < 0.01$ 。

(1) 动脉血栓形成法

①颈总动脉血栓形成：以 250~350 克大鼠，戊巴比妥钠麻醉，剖离一侧颈总动脉长约 15 毫米，以塑料布遮盖伤口周围组织，测颈总动脉远心端的表面温度 3 次取均值。用不锈钢电极轻轻提起暴露的颈总动脉，以 1.5 毫安直流电刺激 7 分 30 秒，刺激后的 60 分钟内，每隔 2 分钟测颈动脉向头端的表面温度，绘制曲线。颈动脉内由于血栓形成致动脉血不能流向头端，故向头端的温度突降。从开始刺激至温度突降 1℃ 以上的时间为堵塞时间，其长短可作为判定药物疗效的指标。本法在保证刺激电流强度稳定的条件下，效果可靠，为国外筛选抗血栓药常用的方法。②颈总动脉血小板血栓形成：以 250~350 克大鼠，戊巴比妥钠麻醉，分离右颈总动脉及左颈外静脉，在聚乙烯管中段放一根长 6 厘米的丝线，管内充满肝素（5 单位/毫升），将管一端插入左颈外静脉后，向管内注入肝素（50 单位/千克）抗凝，再将聚乙烯管的另一端插入右颈总动脉。当打开血流后，血流从右颈总动脉经聚乙烯管流回左颈外静脉，开放血流 15 分钟后中断血流，迅速取出丝线称重，总重减去丝线重即得血栓湿重。将对照组与给药组进行显著性测验，求 P 值。本法简单、重复性强，常用作抗动脉血栓药物的筛选。③脑动脉血栓形成：体重 2.5~3.8 千克兔，戊巴比妥钠麻醉，分离左颈内、外动脉，结扎左颈外动脉，左颈内动脉插入聚乙烯管；分离左颈总动脉及左股静脉，分别插入聚乙烯管测平均动脉压及中心静压，于颅骨左侧额顶区作长约 1 厘米切口钻一小孔，嵌入银质脑电极至硬膜外，记录皮层脑电图。待各项指标稳定后，从左颈内动脉插管注入花生四烯酸钠 0.2 毫克，每隔 5 分钟重复注射 0.1 毫克，直至 EEG 出现明显变化（一般 10~35 分钟内便出现明显变化），对照组注射 0.2 毫升碳酸钠（花生四烯酸钠的赋形剂）共 2 次。实验进行 4 小时后活杀动物，立即取两半球组织各 1 克，称湿重，置 80℃ 烘箱内至恒温，测干重，从干重与湿重的比求含水量（毫升/克干重）。另取重约 400 毫克脑组织制备 2 毫升生理盐水匀浆，离心取上清液测乳酸脱氢酶活性，在无冰冻离心机的条件下可测颈内静脉或矢状窦血浆中的乳酸脱氢酶及磷酸肌酸激酶活性。本法灵敏，脑缺血早期 EEG 即变平坦，4 小时后出现脑水肿，但由于早期会发生低血压，应用多巴胺维持血压，同时花生四烯酸钠不易获得。④冠状动脉血栓形成：体重 18~20 千克狗，戊巴比妥钠麻醉，气管插管作正压呼吸，开胸剪开心包膜，左心房插管备注射药物，分离冠状动脉左旋支，放电磁流量计探头记录血流量，以 28 号聚四氟乙烯管包裹连上皮针头的银导线，穿过左旋支管壁作刺激电极，其尖端（2~3 毫米）与管壁内膜接触，电极连 250 000Ω 电位针，9V 镍-镉电池及数字电流计，将盘状电极缝于胸部皮下，用 15 微安直流电刺激左旋支 6 小时，记录动脉血压，心外膜心电图。处死动物前从左心房插管注射 20% 活性蓝（1 毫升/5 千克）以测定左旋支内血栓形成及左室心肌梗死的大小，取出心脏，剥离左旋支，纵行剪开血管，取出粘于管壁上的血栓称湿重；自心尖至心底切开心腔并切成厚 1 厘米的环状组织，剖出未被活性蓝染上的左室肌的梗死区称重，梗死区的重量以左室总重量的百分数表示。本法所形成的血栓不论从血栓组成或形态学特点都近似人的冠状动脉血栓形成，常用以筛选抗冠状动脉血栓形成的药物。

(2) 静脉血栓形成法：主要为下腔静脉血栓形成。将大鼠麻醉后开腹分离下腔静脉，于左肾静脉下方用粗丝线结扎下腔静脉；缝合腹壁。结扎后 2 小时重新开腹，在结扎下方 2 厘米处夹闭血管，剖开管腔，取出血栓置真空干燥器内干燥 24 小时后称重，计算血

栓形成百分率。本法在结扎后 2 小时约 60%~80% 的动物出现红色血栓, 6 小时后 100% 的出现血栓。从 1~4 小时血栓重逐渐增加, 2 小时的栓重为 6 小时最大栓重的一半。本模型是用以筛选抗静脉血栓形成的药物。

(3) 实验性微循环障碍

①大鼠肠系膜微循环障碍: 将大鼠麻醉开腹牵出盲肠系膜铺于有机玻璃灌流盒的圆柱顶部, 通过恒温灌流保持系膜微循环的生理状态, 以聚光灯投射于显微镜反光镜上, 观察微循环口径、流速、流态及毛细血管网的交点计数并摄影, 然后从股静脉快速推注 10% 高分子右旋糖酐 (6 毫升/千克), 作给药前后自体对照, 本法常用以筛选抗微循环障碍的活血化瘀药物。②兔软脑膜微循环障碍: 将兔麻醉, 作颅骨开窗外, 剪开硬脑膜暴露一侧大脑半球的额顶区, 以解剖显微镜观察软脑膜微循环, 静脉快速推注 10% 高分子右旋糖酐 (15 毫升/千克), 于 10~40 分钟出现微循环障碍, 观察指标同上。本实验专用作筛选抗脑血管疾病的药物。

(4) 实验性心肌缺血法: 将兔麻醉, 开胸剪开心包膜, 用眼科弯圆针于冠状动脉前降支近根部穿线结扎, 于其下 0.5cm 再穿线结扎, 关闭胸腔。术后 15、60 分, 24、48 小时, 3、4 天各测心电图并用硝基四氮唑蓝大体标本染色法, 判断心肌梗塞的面积。

(5) 实验性脑缺血法

①低压低灌流法: 将大鼠麻醉分离双颈总动脉及股动脉, 一侧股动脉记录平均动脉压, 夹闭双颈总动脉, 从另一股动脉快速放血至平均动脉压达 50mmHg, 当 EEG 变平坦为脑缺血开始, 观察缺血 15 分钟的 EEG 变化与给药组比较求 P 值。本模型简单易作、重复性好。②脑血管自身血凝块栓塞法: 从体重 200~300 克雄性大鼠心脏取血 0.1 毫升, 置室温 48 小时形成血块, 作成含 <100u 的血块碎片生理盐水混悬液 0.2 毫升, 48 小时后再麻醉该动物分离左颈内、外动脉, 暂时阻断颈总动脉及颈外动脉血流, 自颈内动脉注入上述混悬液, 伤口以指压迫或用外科粘合剂止血, 然后恢复颈总动脉及颈外动脉血流, 缝合伤口, 观察体征、大脑形态学变化。本实验用动物自身血凝碎片比其他异物更近似人的脑梗塞, 且模型的重复性高, 动物死亡率低, 但血块应控制在 0.1~0.2ml 的血之间。

4. 血瘀证动物模型制作中存在的问题 一个好的血瘀证动物模型应该既符合中医的传统理论, 具备血瘀证的临床症状, 又有较肯定的病理生理变化, 用活血化瘀代表方治疗可使血瘀状况得到改善或逆转。目前具备的动物模型得到肯定的虽不少, 但尚需进一步完善。

(1) 制模因素过于简单: 导致血瘀证的原因确实很多, 这些原因之间往往存在一种互相联系难以分割的关系, 事实上血瘀证的产生经常是多种致病因素长期相互作用的结果, 但目前在模型制作中完全忽视了这一点, 仅以单一因素制作的模型是否能真正代表血瘀证的发病本质值得商榷。

(2) 缺乏标准化和规范化: 科学实验手段的标准化和规范化是衡量实验结果是否准确的关键, 在血瘀证模型制作中, 由于受种种客观和主观因素的限制, 实验难以做到标准化和规范化。如疼痛致血瘀模型, 制作时须用电针刺激, 这种刺激引起血瘀改变的最佳强度和最佳输出频率应是多少? 不同种系动物对刺激的耐受程度有无差异? 刺激时间的长短对血瘀的形成有无影响? 这些均无标准可循, 完全凭实验者的感觉和经验, 因而

还有待于今后进一步探讨。

(3) 对模型观察只注重实验室指标的变化而相对忽视了外在客观征象的观察：目前对血瘀证的研究比较深入，这为血瘀证模型的研制提供了较好的思路和方法，但只注重病理学的改变而忽视外在客观征象的观察，只会给模型的代表性打上折扣。从经典意义上看，血瘀证有四大主症（征），即疼痛、肿块、瘀斑和出血，判断是否为血瘀，这四大症（征）必居其一。如果不对模型动物细致观察其外在表现，仅以某些实验室指标的改变作为依据，说服力不够。如血液流变学改变是血瘀证的病理生理基础之一，但其它证候也可能出现血液流变的异常，因此，要复制经典意义上的血瘀证模型，除了观察实验室指标外，必须把血瘀的特征性症状和体征考虑进去。

(4) 目前所制作的血瘀证动物模型以急性模型为主，如静脉注射去甲肾上腺素、结扎动脉、注射内毒素等，而血瘀是一个慢性的病理过程，所以要寻找较理想的慢性血瘀模型。

(5) 缺乏病证结合的动物模型：病证结合在中西医结合中处于十分重要的地位，既有利于证本质的研究，又有利于加深对特定疾病的认识，对临床中西医结合治疗起着有益的指导作用。在证本质研究中以病拟证已寻找到比较理想的病证结合模型，如用甲状腺激素拟阴虚模型；用他巴唑制作甲减模型代表阳虚证。在活血化瘀研究中较理想的病证结合动物模型尚属少见，一方面是因为血瘀证常以兼证出现，如气虚血瘀、阴虚火旺致血瘀、血虚血瘀等，难以寻找较明确的病证结合模型；另一方面一种疾病常在疾病不同阶段出现证型变换，或疾病本身具有多种证型的分类，而难以找到较明确而稳定的病证结合血瘀模型。病证结合动物模型方面的探索，将进一步完善血瘀证本质的研究。

(二) 血瘀证诊断标准的研究

为了明确血瘀证的本质，验证活血化瘀法及方药对有关病种血瘀证的治疗效果和作用机理，需要首先把血瘀证的现代辨证诊断标准确定下来。为此，近10余年来人们进行了不断地探索，制定出了一系列的血瘀证诊断标准。

1. 全国第二届活血化瘀会议血瘀证诊断标准^[60] 1982年，中国中西医结合研究会制定了《血瘀证诊断试行标准》，经过4年的临床使用后，中国中西医结合研究会活血化瘀专业委员会1986年11月在广州召开了全国第二届活血化瘀研究学术会议，大会中许多单位结合不同病种，从不同学科入手，在宏观和微观水平上采用从定量到定性的方法，对血瘀证的本质及血瘀证的诊断标准提出了自己的见解，为血瘀证诊断的客观化、规范化提供了有价值的科学根据，并对《血瘀证诊断试行标准》进行了修改，拟定了《血瘀证诊断标准》。

(1) 主要依据：①舌质紫暗或舌体瘀斑、瘀点，舌下静脉曲张瘀血；②固定性疼痛，或绞痛，或腹痛拒按；③病理性肿块，包括内脏肿大，新生物，炎性组织增生；④血管异常，人体各部位的静脉曲张，毛细血管扩张，血管痉挛，唇及肢端紫绀，血栓形成，血管阻塞；⑤血不循经而停滞及出血后引起的瘀血、黑粪、皮下瘀斑等，或血性腹水；⑥月经紊乱、经期腹痛、色黑有血块、少腹急结等；⑦面部、唇、齿龈及眼周紫黑者；⑧脉涩，或结、代，或无脉。

(2) 其他依据：①肌肤甲错（皮肤粗糙肥厚、鳞屑增多）；②肢体麻木或偏瘫；③精神狂躁；④腭粘膜征阳性（血管曲张、色调紫暗）。

(3) 实验室依据：①微循环障碍；②血液流变性异常；③血液凝固性增高或纤溶活性降低；④血小板聚集性增高或释放功能亢进；⑤血流动力学障碍；⑥病理切片示有瘀血表现等；⑦特异性新技术显示血管阻塞。

(4) 判断标准：凡符合以下条件者可诊断为血瘀证：①具有主要依据 2 项以上；②具有主要依据 1 项，加实验室依据 2 项或其它依据 2 项；③具有其它依据 2 项以上，加实验室依据一项。

(5) 说明：临床血瘀证常有兼证，如气虚血瘀、气滞血瘀、痰阻血瘀或寒凝血瘀等，临床可根据中医理论及其它有关标准进行辨证，作出兼证诊断。

2. 血瘀证诊断标准记分^[61] 《中西医结合杂志》1988 年 10 期刊登王阶等的文章，提出了血瘀证诊断的记分标准（见表 8-30）。

表 8-30

舌质紫暗	(轻) 8 (重) 10	手术史	5
少腹部抵抗压痛	(轻) 8 (重) 10	唇粘膜征阳性	(轻) 4 (重) 5
脉涩	10	肢体偏瘫	(轻) 5 (重) 7
黑便	10	精神异常	(烦躁) 4 (狂躁) 8
病理性肿块	10	皮肤粗糙	(轻) 4 (重) 5
舌下静脉曲张	(轻) 8 (重) 10	全血粘度升高	10
脉结代	8	血浆粘度升高	5
无脉	10	体外血栓干重增加	10
腹壁静脉曲张	10	体外血栓湿重增加	8
皮下瘀血斑	(轻) 8 (重) 10	血小板聚集性增高	10
月经色黑有块	(轻) 8 (重) 10	血栓弹力图异常	8
持续心绞痛	10	微循环障碍	10
一般固定性疼痛	8	血流动力学障碍	10
口唇齿龈暗红	6	纤维活性降低	10
细络	5	血小板释放功能亢进	10
手足麻木	5	病理切片示血瘀	10
		新技术显示血管阻塞	10

注：判断标准以 19 分以下为非血瘀证；20~49 分为轻度血瘀证；50 分以上为重度血瘀证。

3. 日本寺泽氏瘀血计量诊断标准^[62,63] 日本寺泽捷年应用多元回归分析，主成分分析及判别分析方法，对 311 例受检者进行了 31 个症候的研究分析，因变量全部标准化，自变量除判别分析以外，也进行了标准化，得出瘀血诊断标准的客观记分表（见表 8-31）。综合判断结果以 20 分以下为非瘀血症，21 分以上为瘀血症，40 分以上为重度瘀血症。其后通过对全血粘度、血栓弹力图及血小板聚集性等血液学的研究结果，证明以 20 分划线是合理的。

表 8-31 寺泽氏瘀血诊断的分数计算法

	眼脸色素沉着	颧面色素沉着	肌肤甲错	口唇暗紫	齿龈暗紫	舌暗紫	毛细血管瘤扩张(细络)	皮下出血	手掌红斑	肝旁压痛抵抗(左)	肝旁压痛抵抗(右)	肝旁压痛抵抗(正中)	回盲部压痛抵抗	乙状结肠压痛抵抗	季肋部压痛抵抗	癥	月经失调
男性	10	2	2	2	10	10	5	2	2	5	10	5	5	5	5	10	
女性	10	2	5	2	5	10	10	5	5	5	10	5	2	5	5	5	10

永田胜太郎按寺泽捷年制定的瘀血诊断标准,将146例患者分为3组,即重症瘀血37例,瘀血61例,非瘀血48例,分别测定了B-TG(B-Thromboglobulin)、PF₄(Platelet Factor₄)、KSG(Korot-Koff sound graph)。结果发现瘀血状态和B-TG、PF₄之间呈有意义的相关,和KSG之间也是瘀血者多为异常型,而非瘀血者多为正常型,说明寺泽氏瘀血划分计算法的标准有一定客观性。他们还对应用活血化瘀药治疗的瘀血患者20例,按寺泽氏划分法观察到改善者16例,不变及恶化各2例。这20例的B-TG测定值,治疗后(33.7±11.4)比治疗前(53.4±29.1)呈有意义的下降(P<0.01)。说明按划线计算法所得分数和B-TG、PF₄、KSG呈平行的反映关系。

但也有些人对寺泽氏的诊断标准提出了不同的看法。伊原信夫认为诊断标准对大家确定瘀血证的诊断具有积极意义,但对其能否解决瘀血证的本质问题则有疑问,因为诊断标准是“静”的而具体病人则是“动”的。杉原芳夫认为,寺泽捷年的瘀血诊断分数计算法,仅能判断有无瘀血存在,并不能判定瘀血的轻重程度。斋藤隆从统计学角度提出,这个诊断标准还存在问题,各个项目的划分并无任何根据,是寺泽的主观分数。

小川新指出,寺泽捷年提出的瘀血诊断标准,虽然还不能令人满意,但它是一个重要提案,对日本研究瘀血证提出了一个重要课题。中国中西医结合研究会在第一届全国活血化瘀学术会议上,已制定出血瘀证诊断标准及气滞血瘀证诊断标准,而日本现在还没有在全国规模的学术会议上制定的诊断标准。他提出今后的课题是:①制定统一日本各家意见的诊断标准;②根据日中两国诊断标准的特点,研究制定国际性诊断标准的设想;③在制定出国际性诊断标准之前,要求既要采用日本的诊断标准,又要提出阐明自己观点的报告;④努力争取召开有关瘀血的国际性学术会议。

江西医学院第一附属医院李国贤等^[64]对中、日两国制订的血瘀证诊断标准有无明显差别作了研究,随机选择308例暗紫舌(男179例,女129例,平均年龄47.7岁)和143例非暗紫舌(男83例,女60例)作为标准组。采用双盲法按日本学者寺泽捷年提出的瘀血证诊断标准,诊断出血瘀组263例(男151例,女112例,平均年龄46岁);非血瘀证组188例(男110例,女78例,平均年龄40.02岁)。同样按中国中西医结合研究会第二届活血化瘀研究学术会议修订的血瘀证诊断标准(为便于比较,删除“实验室依据”),诊断为血瘀证330例(男187例,女143例,平均年龄46.86岁);非血瘀证组121例(男75例,女46例,平均年龄36.37岁)。以上各组分属于循环、消化、呼吸、生殖、泌尿、结缔组织、神经、外伤、其他等疾病的暗紫舌组依次为146、65、33、12、14、16、8、11、3例;非暗紫舌组为17、43、27、9、14、17、8、3、5例。按日本标准诊断的血瘀证组为125、68、24、10、9、12、3、7、5例;非瘀血证组为38、40、36、11、19、21、13、7、3例。按中国标准诊断的血瘀证组为150、79、31、11、16、20、7、10、6例。非血瘀证组为13、29、29、10、12、13、9、4、2例。然后进行统计学多组配对分析,分别计算出两国血瘀证诊断标准的灵敏度、特异度、假阳性率和假阴性率指标,再按卡方检验分别计算出两国标准各指标的显著性差异。并以暗紫舌和非暗紫舌组为标准,分别对照两国标准的诊断符合率。

结果:①两国血瘀证诊断标准与标准组对照:在暗紫舌组,符合和不符合血瘀证者,中国标准组分别为297例和11例,日本标准组分别为249例和59例,在非暗紫舌组,中国标准组分别为33例和110例;日本标准组分别为14例和129例。经统计学多组配对

分析,其结果提示它们之间有非常显著性差异 ($P < 0.0001$)。②中、日诊断标准各指标比较:中国标准灵敏度 98.5% (259/263) $>$ 日本标准灵敏度 78.5% (259/330, $P > 0.05$);中国标准特异度 62.2% (117/188) $<$ 日本标准特异度 96.7% (117/121), $P < 0.05$;中国标准假阳性率 37.8% (71/188) $>$ 日本标准假阴性率 1.5% (4/263) $<$ 日本标准假阴性率 21.5% (71/330), $P < 0.0001$ 。研究提示,中日两国血瘀证诊断标准有明显差别。为促进国际学术交流,制定国际血瘀证诊断标准势在必行。并建议国际标准:①以中日诊断标准为基础;②取中日诊断标准之长处;③要体现血瘀证的重要体征——舌象、脘粘膜征、目征、痔等。

4. 国际血瘀证诊断标准^[65] 1986年小川新提出了《国际瘀血诊断标准试行方案》。

(1) 必备项目:瘀血的腹证。

(2) 一般项目:①皮肤:甲错、粗糙、色素异常(颜色及全部体表)。②舌:暗紫色。③固定性疼痛(心、肺、肝、脾、脑、腰、臀、背、四肢)。④病理性肿块:包括内脏肿大,新生物、炎性或非炎性包块、组织增生变性。⑤血管异常:舌下、下肢、腹壁静脉扩张;毛细血管扩张(细络、手掌红斑);唇及肢端变绀;血管阻塞;手、足(少阴)脉象:涩、弦、结、无脉。⑥出血倾向、出血后引起瘀血(包括外伤后瘀血)。⑦月经紊乱(女)、排尿异常(男)。⑧肢体麻木或偏瘫。⑨精神狂躁或健忘,植物神经失调症。⑩精神异常(包括郁病、癫痫)。⑪口干、手足烦热。

(3) 实验室检查:①微循环障碍。②血液流变性异常。③血小板凝集性增高。④血液粘度:B-TG(B-血小板球蛋白)值。⑤脑及心血管造影或CT、心肌闪烁扫描示有血管栓塞。⑥骨盆腰椎的X线异常所见。

【说明】

(1) 瘀血的腹证是必须具备的条件。

(2) 在一般检查项目的11项中,如果具备1项以上,就可以进一步确认为瘀血。

(3) 在未病阶段,常常只有腹证。

(4) 实验室检查最早出现异常的是骨髓的X线像。

(5) 其它检查所见异常,在未病的早期虽不出现,但在瘀血导致的特定性疾病发生之前易出现。这些有益于血瘀所致疾病经过的观察。

(6) 手部涩脉,在其它场合也可出现,所以其客观性不确实。有时也出现芤脉。足部后胫动脉的沉、弱、伏、无脉等,多与瘀血的腹证一致,故应检查足脉(少阴脉)。

(7) 瘀血时不但女性出现血道症,而且男性也会出现排尿异常等前列腺征。

(8) 皮肤异常不仅在颜面,而且在全身体表各处均可出现。

(9) 本方案未列入中国血瘀诊断试行标准中的腹水症状,因为它是瘀血的结果。如将这些列入,有可能无限制地扩大诊断项目。

1988年10月在北京召开了血瘀证研究国际会议,对血瘀证进行了广泛深入的探讨,并重新修改了《血瘀证诊断参考标准》,其标准如下:

(1) 舌紫暗或有瘀斑瘀点;

(2) 典型涩脉或无脉;

(3) 痛有定处(或久痛、锥刺性痛或不喜按);

(4) 瘀血腹证;

- (5) 癥积；
- (6) 离积之血（出血或外伤瘀血）；
- (7) 皮肤粘膜瘀斑、脉络异常；
- (8) 痛经伴色黑有血块或闭经；
- (9) 肌肤甲错；
- (10) 偏瘫麻木；
- (11) 瘀血狂躁；
- (12) 理化检查具有血液、循环瘀滞的表现。

【说明】

- (1) 具有以上任何一项可诊断为血瘀证；
- (2) 各科血瘀证诊断标准另行制定；
- (3) 有关兼证应注意整体辨证。

5. 半健康人血瘀的诊断标准^[66] 随着对血瘀证诊断标准研究的深入，学者们开始了对半健康人血瘀证诊断标准的探讨，提出了半健康人血瘀的诊断特征如下：

- (1) 体形：肥胖与瘦型均可见到。
- (2) 头面部：面色发红或暗红、可见褐色斑等色素沉着、皮肤粗糙、毛细血管扩张、毛囊孔易堵塞发炎、头发易脱落、多头皮屑。
- (3) 皮肤：色暗、粗糙、脱屑、色素沉着、瘙痒、毛细血管扩张。
- (4) 眼：充血或有出血、巩膜色素沉着、角膜瘢痕、眼底微循环障碍。
- (5) 鼻：暗红或紫红、毛细血管扩张、表面不平、易过敏流涕。
- (6) 耳：耳鸣、听力下降。
- (7) 口咽部：口唇色暗红或暗紫、口干欲饮，咽红扁桃腺肿大，腭部血管扩张、色暗。
- (8) 肢体部：四肢肌肉疼痛或麻木、出现红斑、关节痛、肢体无力、指甲青紫凹凸不平、下肢静脉曲张。
- (9) 性格：烦躁易怒、呈“A”型行为，办事效率高，好胜倾向。
- (10) 性机能：逐渐减退、常与年龄不相称。
- (11) 月经：经血色黑有块或经行腹痛，亦有月经不调。
- (12) 舌象：舌质暗红或暗紫、可有瘀点、瘀血斑、舌下静脉曲张。
- (13) 脉象：弦、涩、结代之脉。
- (14) 腹部：腹满、按之有抵抗压痛。
- (15) 生理机能减退：体力下降、疲惫无力、消瘦或肥胖、记忆力减退、消化机能下降、耐力减低、睡眠减少、烦躁易怒、衰老、性机能减退等。
- (16) 症状出现：常见症状头痛、眩晕、胸闷、胸痛、耳鸣、皮肤瘙痒、听力减退、肌肉关节酸痛、肢体麻木或疼痛、月经失调、痛经、腹满、腹胀等，随着半健康状态的发展，症状可由少到多，且伴以异常体征与异常检测指标。
- (17) 血瘀实验室检查：①微循环异常：甲皱微循环可见改变，有血色变暗、血流缓慢、停滞、红细胞聚集、异形血管祥增多。②血液流变性异常：全血、血浆粘度增高，红细胞压积增加，红细胞聚集性增加，红细胞膜微粘度增加，变形能力降低。红细胞带电

荷减少，血流减慢，血小板聚集性、粘附性增加，血液凝固性增高，纤维蛋白增高，纤溶活性降低，体外血栓形成加大。③血液生化检查异常：血液胆固醇、甘油三酯升高，高密度脂蛋白降低，低密度脂蛋白增高，血糖增高。④CT、核磁共振、超声、心功能检查异常。

6. 对血瘀证诊断标准的评价 目前对血瘀证的诊断问题的研究取得了一定的进展，但仍有如下问题值得注意：

(1) 确定标准化的证候体系：应从临床入手有组织、有计划地对临床症状和体征进行系统、完善的科学阐述，对实验室指标进行全面的调查、筛选、反复验证，从而得出正确的结论。指标的调查、筛选、反复验证必须严格遵循统计学的要求。

(2) 病与证的有机结合：由于临床上存在着异病同证和同病异证的情况，所以研究血瘀证的实质必须结合病种进行。病与证的相结合研究是使证和治有机结合的有效途径，有可能发展成为微观辨证。随着各类活血化瘀药物药理作用机制的阐明，将来还有可能依据和参考血液流变学、微循环等检查指标而用药，这不失为中医科学用药的一条新途径。

(3) 寻找血瘀证具有普遍性和特殊性指标：舌质紫暗、舌下脉曲张、固定性疼痛等，可以说是血瘀证具有普遍性的指标，无论何种类型的血瘀多易出现这些症状和体征，而肢体偏瘫、月经色黑有块、口燥渴，则属较特异的症状和体征。在实验指标中，全血粘度、血栓形成以及血小板聚集、释放、粘附的异常，还有微循环障碍等，都是具有普遍性的指标，这些指标在诊断中如何定量，值得深入研究。另外，需在为数众多的实验检查中筛选出特异性强的指标来，成为临床血瘀证诊断常规指标。

(4) 开发血瘀证诊断的定量化研究

①半定量方法在诊断中有一定的可行性。在现阶段，作为向计量诊断的过渡，半定量方法在诊断中有一定的可行性。但各项指标的分值高低如何合理确定，有待临床试用改进。②采用多因素统计分析进行计量诊断的研究、计量诊断用于血瘀证诊断的研究，含义有二：一是临床表现出来的症状体征应予以定量的描述；二是各种实验室的定量数据应采用多因素统计分析确定其贡献度。我国诊断标准尚未引进定量化研究，而日本的诊断标准也未同时引入实验室依据。鉴于此，下一步的工作考虑采用多因素分析，对临床症状体征和实验室指标进行计量诊断研究。

(三) 血瘀证客观化研究

现代医学许多病种都表现有血瘀证，这就给血瘀证客观化研究带来了一定的困难。目前有关血瘀证的客观化研究大致可以归纳为如下几个方面：

1. 血瘀的眼部体征 眼部血管为人体中一显而易见的血管，且属终末血管，能较好地反应全身血液循环状况。秦大军认为血瘀证的眼部体征比舌脉征更有实用价值，并认为以下 10 种情况可作为血瘀证的主要眼部体征^[67]。

(1) 血管反光增强：眼底镜下视网膜动脉呈现一条反光带，超过血柱宽度的 1/4 为反光增强。多见于动脉硬化等。

(2) 血管粗细不均：视网膜或球结膜血管粗细不均，动脉血管表现为节段性收缩，静脉则多呈现动静脉交压压迹。二者多见于高血压、动脉硬化等。

(3) 血管蛇形弯曲：视网膜或球结膜静脉弯曲多见于静脉血栓形成；动脉多呈不规

则螺旋状弯曲，常见于高血压。

(4) 血管旁白鞘：视网膜静脉旁有白色条状物伴随谓白鞘，系静脉阻塞后的渗出物机化而成。白鞘紧贴血管，可影响血液循环，引起静脉血栓，多见于视网膜周围炎。

(5) 血管瘤：血管瘤系血管壁松弛而形成的球形隆起，视网膜或球结膜血管均可发生。动脉血管瘤较小如针尖，称微动脉瘤，多见于糖尿病；静脉瘤较大，多为胚胎发育畸形，二者均影响血液循环。

(6) 新生血管：可出现于角膜、虹膜、玻璃体、视网膜等，机理为血液阻塞，缺氧和出血或渗出物机化而引起的侧支循环。

(7) 暗红血斑：可出现于眼睑、结膜、前房、视网膜等，系瘀血停聚。

(8) 视盘色白：视盘色白为视神经缺血之征，系炎性渗出物、高眼压、肿瘤压迫视神经血管所致。

(9) 结膜乳头：眼结膜和球结膜乳头为病态，表现为暗红色点状隆起。其实质为扩张的微血管、淋巴管等。

(10) 眼肌麻痹：表现为上睑下垂、眼球运动受限。虽为炎症、肿瘤、血管硬化等所致，但诸因素均影响血液循环，除肿瘤外，用活血化瘀中药治疗有良效。

钟辉等^[68]为了探讨眼底视网膜血管的变化在血瘀证诊断上的意义，对眼科住院患者中确诊为血瘀证 45 例病人（高血压、动脉硬化症 18 例，糖尿病 5 例，急性白血病合并 DIC 14 例，视网膜中央静脉阻塞 5 例，红细胞增多症 2 例，无脉症 1 例），其中男 36 例、女 9 例，平均年龄 56 岁。用检眼镜观察视网膜血管变化结果，45 例中有血管的形态和颜色异常者占 80%~88%（动脉变细、直，静脉迂曲怒张，动、静脉比例改变者共 88%，动、静脉压痕明显者 80%，血管颜色有异常者 88%）；视网膜血管出血者占 28%~60%（线状和火焰状出血者 60%，以急性白血病为主；点片状出血 28%，以糖尿病为主；血管有团状渗出者 53%，以急性白血病为主；硬性渗出 26%，以动脉硬化症为主；星芒状渗出 13%，以肾性高血压为主）。因视网膜血管的形态、颜色的变化与血液粘稠度、血瘀证的发生率密切相关，故该变化可作为诊断血瘀证的直接指标。视网膜血管的出血和渗出可因不同类型疾病的血瘀证而异，和血瘀证的发生率也有一定程度的相关性，能够反映出血瘀证患者血管壁的病理变化和凝血因子的状况，故可作为诊断血瘀证的间接指标。

李国贤等^[69]在临床中发现目征与血瘀证有着密切的关系，按照中国中西医结合研究会第二届活血化瘀研究学术会议修订的“血瘀证诊断标准”，并假设标准中每项“主要依据”为 10 分，每项“其他依据”为 5 分，0~19 分者诊断为非血瘀证，>20 分者诊断为血瘀证（20~39 分为轻度血瘀证；40 分以上为重度血瘀证）。研究分血瘀证组 330 例（男 187 例，女 143 例，平均年龄 46.86 岁；其中轻度血瘀证 194 例，重度血瘀证 136 例），非血瘀证组 121 例（男 75 例，女 46 例，平均年龄 36.37 岁），可疑血瘀证组 451 例（男 262 例，女 189 例，平均年龄 44 岁，其中轻、重、非血瘀证者分别为 194、136、121 例）。以上三组依次分别属循环系统疾病为 150、13、163 例；属呼吸系统疾病为 31、29、60 例；消化系统疾病为 79、29、108 例；造血系统疾病为 11、10、21 例；神经系统疾病为 7、9、16 例；泌尿生殖系统疾病为 16、12、28 例；结缔组织疾病为 20、13、33 例；外伤为 10、4、14 例；其他为 6、2、8 例。健康人组 37 例为医学院职工、学生和输血员，均无任何疾病和血瘀等征。

研究方法:

(1) 观察项目及记分值: ①目周围皮肤色调暗红记 5 分, 青紫记 10 分。②球结膜微血管扭曲或呈波浪状畸形 3 条以上血管记 5 分, 6 条以上或畸形显著记 10 分。③球结膜微血管怒张, 粗细不一或呈瘤状 3 条以上血管记 5 分, 6 条以上或微血管明显怒张或呈瘤状记 10 分。④球结膜微血管呈网状畸形范围超过 1/8 或 1/4 球结膜区, 分别记 5 分或 10 分。⑤球结膜微血管色调暗红记 5 分, 青紫记 10 分。⑥球结膜有出血点记 5 分, 出血斑记 10 分。⑦球结膜有损伤点 (即微血管末梢上有瘀血点, 状如针头大小, 色为暗紫或黑色), 1~2 个损伤点记 5 分, 3 个以上记 10 分。设记分值 < 19 分为阴性目征, > 20 分为阳性目征 (20~29 分为轻度, 40 分以上为重度)。

(2) 观察方法: 患者取端坐位, 使自然光线正好射向双目。先观察目周围皮肤的色调, 然后术者用左手拇指或拇食指分开患者的右眼眼睑 (裂), 令患者眼球分别向上、下、左、右方向转动, 迅速仔细分别观察在四个不同方位目征的 (2) ~ (7) 项目, 并绘图记录或摄影记录。按同样方法再观察左眼的目征。

(3) 分别观察各组目征, 并比较经活血化瘀治疗两个月后, 部分血瘀组病例目征记分值的变化。

(4) 分别测定部分阳性目征和健康人组的体外血栓形成和血小板粘附率。仪器选用江苏无锡石塘湾医疗电子仪器厂生产的 WTP-A I 型体外血栓形成、血小板粘附两用仪。

(5) 随机选择部分阳性目征和健康人组作荧光摄影检查。

结果:

(1) 各组阳性目征灵敏度比较: 健康人组、非血瘀组和血瘀组的阳性目征灵敏度分别为 2.7%、11.6% 和 91.2%。X² 检验提示, 血瘀证组阳性目征灵敏度非常明显高于健康人组和非血瘀证组 ($P < 0.0001$); 非血瘀证组高于健康人组, 但无显著差异 ($P > 0.05$)。

(2) 阳性目征、暗紫舌的灵敏度和诊断符合率比较: 血瘀组中, 阳性目征和暗紫舌的灵敏度分别为 91.2% 和 90%, 经 X² 检验, 二者无显著性差异 ($P > 0.05$)。血瘀证组和非血瘀证组中, 阳性目征和暗紫舌对血瘀证的诊断符合率分别为 90.4% 和 90.2%, 经 X² 检验, 提示二者无显著性差异 ($P > 0.05$)。

(3) 轻、重度阳性目征与轻、重度血瘀证比较: 451 例可疑血瘀证组中, 诊断为轻度、重度阳性目征和阴性目征者, 分别为 190 例、125 例和 136 例, 诊断为轻度、重度血瘀证和非血瘀证者, 分别为 194 例、136 例和 121 例, 统计学多组配对分析提示它们之间无显著性差异 ($P > 0.05$)。

(4) 目征记分组治疗前与治疗后比较: 随机选择 76 例经过两个月活血化瘀治疗病例, 目征记分值在治疗后 (27.83 ± 8.73) 比治疗前 (33.36 ± 9.18) 显著下降 ($P < 0.0001$)。

(5) 体外血栓各值、血小板粘附率比较: 在阳性目征组和健康人组, 血栓长度分别为 26.9 ± 16.12 毫米和 15.2 ± 2.06 毫米, 血栓湿重分别为 91.74 ± 40.6 毫克和 50.64 ± 6.53 毫克, 血栓干重分别为 36.13 ± 18.19 毫克和 11.9 ± 2.39 毫克, 血小板粘附率 (%) 分别为 30.84 ± 6.76 和 22.54 ± 3.06 。体外血栓各值和血小板粘附率, 阳性目征组非常明显高于健康人组 (P 均 < 0.01)。

(6) 荧光摄影检查: 提示阳性目征者目微血管有阻塞、畸形等病理改变。

研究表明,目征与血瘀有着密切的关系,为血瘀证的重要体征之一,可作为诊断血瘀证的简易方法。借助目征诊断血瘀证有以下特点:①灵敏度较高,对血瘀证的诊断符合率,与暗紫舌基本一致;②可推断有无血瘀证及血瘀证之轻重;③肉眼可直接观察,不需要借助特别仪器;④观察方法简捷方便,不需要去专门诊察室检查;⑤可作为疗效观察的一项客观指标。

2. 血瘀证患者舌下络脉的变化^[70] 大量临床观察表明,舌下络脉对血瘀证诊断有较大意义,方法简便,易为患者所接受。

(1) 观察方法:自然光线下,使患者张口抬舌45度,观察舌体腹面舌脉的变化。将舌体腹面分为三个侧带和上下两个部分。以舌系膜带至伞襞为内侧带,伞襞至舌侧缘分为两等分,内为中侧带,外为外侧带。以系带终点为点划一水平线,将舌体腹面分成上下两部分。舌脉曲张主要分布于中侧带以内的下部,而无出血瘀斑(点)者,为舌脉Ⅰ度异常;外侧带和上部同时显示舌脉曲张或有明显出血瘀斑(点)者,为舌脉Ⅱ度异常。正常人舌脉分支无扭曲、扩张,舌脉干近端略隆起、远端平坦,无扭曲和扩张,无出血瘀点和瘀斑;舌脉分支主要在内侧带和部分中侧带可见由近而远、由大而小的舌脉分支。

(2) 结果:①对86例65~94岁健康老人、84例20~52岁健康成人和420例17~19岁健康青年人普查舌脉,3组依次舌脉正常、Ⅰ度、Ⅱ度变化分别为48、60、414例,33、22、5例和5、2、1例。老年组舌脉异常发生率为44.19%,成年组为28.57%,青年组为1.43%。经卡方检验老年组与成年人组相比 $P<0.05$,青年与老年组相比 $P<0.01$ 。说明随年龄增长,舌脉异常率增加,血瘀逐年明显。三组健康人舌脉总异常率为11.52%。②对1590例有典型血瘀证的患者(包括冠心病112例,心肌梗死30例,肺气肿278例,脑血管病277例,慢性肝炎80例,肝硬化52例,脉管炎28例,糖尿病并发症77例,紫癜21例,痛经37例,肿瘤149例)进行观察,舌脉异常发生率为75.78%,与前590例健康人(68/590)11.52%相比, $P<0.001$ 。同时观察到上述病种舌脉异常者,其他血瘀见证如胸痛、青紫舌、口唇青紫、肝脾肿大、出血、肿块、肢体肿痛、少腹痛等也较为明显。③对舌脉异常的血瘀患者进行了活血化瘀治疗前后血液流变、血小板聚集功能和微循环的动态观察,并与正常对照,发现舌脉异常的血瘀证患者均有明显异常,治疗后除以上各项指标有所改善外,53%的患者舌脉也有改善。说明舌脉变化与上述各项指标改变一致。④对200例舌脉异常的血瘀证患者,经活血化瘀药物(益气活血汤、通脉降脂胶囊、化瘀灵注射液)治疗1~3个月后,有129例舌脉干曲张减轻或消失(64.5%);113例舌脉分支曲张减轻或消失(56.5%);82例出血瘀点斑减轻或消失(41%),说明活血化瘀可以改善舌脉异常。

结果表明:舌脉异常是血瘀证的重要见证,可作为血瘀证诊断和判断活血化瘀药物疗效的主要依据之一。

靳士英等^[71]为研究舌下络脉变化在老年人瘀证患者的诊断意义,共观察了200例61岁以上老年人舌下络脉(舌深静脉)变化(瘀证组164例,非瘀证组36例),并观察其中100例老人全血维生素C、血液流变学和微循环的变化。发现老年人舌下络脉变化与年龄增长是正相关,瘀证组较非瘀证组的变化明显。该变化分度为:正常:长度<舌下肉阜至舌尖连线的3/5,管径<3毫米;Ⅰ度:长度>以上连线的3/5,管径<3毫米;Ⅱ度:在Ⅰ度基础上有扭曲扩张;Ⅲ度:在Ⅱ度基础上有毛细血管瘀血与鱼子酱样颗粒。瘀

证组与非瘀证组的舌下络脉正常者分别为 0%、19.4%；Ⅰ度为 34.1%、39.9%；Ⅱ度为 25.6%、25%；Ⅲ度为 40.2%、16.7%。两组第Ⅲ度例数比较,差异有非常显著性意义($P < 0.001$)。200 例中,青紫舌者 156 例,其中 152 例为瘀证患者,4 例为非瘀证患者,舌下络脉Ⅲ度变化者各占 42.8%、0%。此外,瘀证患者以涩弦脉多见,占 48.17%,其中 48.1%的患者伴有舌下络脉的Ⅲ度变化;非瘀证组涩脉仅占 8%,无舌下络脉Ⅲ度变化者。各病种出现舌下络脉Ⅲ度变化的比例为:肝硬化 62.5%,脑血管意外 54.5%,肿瘤与冠心病共为 50%,溃疡病 17%。舌下络脉Ⅰ度者的甲皱微循环类型,瘀证组与非瘀证组的正常型各为 3.8%、16.7%;瘀滞型各为 46.2%、50%;痉挛型各为 50%、33.3%,两组各型比较差异均有显著性意义, P 值分别 < 0.001 、 < 0.05 、 < 0.001 。瘀证组与非瘀证组的全血维生素 C 水平,舌下络脉变化Ⅰ度者各为 34.96 ± 5.13 微摩尔/升,($M \pm SD$ 下同)、 37.55 ± 5.13 微摩尔/升,Ⅱ度各为 34.38 ± 5.18 微摩尔/升、 56.92 ± 5.12 微摩尔/升;Ⅲ度各为 33.88 ± 5.24 微摩尔/升、 36.43 ± 5.13 微摩尔/升,两组间比较,各度的差异均有显著性意义, P 值均 < 0.01 。瘀证组舌下络脉变化Ⅲ度者的血液流变学六项指标均高于正常值,与非瘀组比较, P 值均 < 0.05 或 < 0.01 。以上资料表明,舌下络脉变化、全血维生素 C 水平降低及血液流变学的改变均可作为诊断老年瘀证的参考依据。

3. 血瘀证与微循环障碍^[72,73] 通过对血瘀证患者的微循环进行观察,发现血瘀证患者微循环障碍的具体表现为:

(1) 微血管畸形、微血流缓慢和瘀滞:对 46 例血瘀证患者与 26 例非瘀证患者的手指甲皱和球结膜微循环作了比较观察,发现瘀证患者微血管中血细胞流速明显减慢,严重时甚至停止。微血管祥的顶端有扩张、血液积聚。在瘀证的高血压、冠心病、动脉硬化,系统性红斑狼疮等病中,患者常有数目众多的微血管发生膨大呈瘤形、螺旋形和畸形扭曲等变化。在这些病变部位,血流缓慢、停滞、甚至瘀积,从而形成体内无效的微小血池。另外,在微循环血流缓慢、瘀滞的基础上可进一步发生微循环阻塞、组织缺血、缺氧、局部代谢产物堆积、血管通透性增高和血液浓缩。在统一瘀证辨证标准、控制皮温在 $20 \pm 5^\circ\text{C}$,病情相似的情况下,将 45 例冠心病病人分成血瘀明显组 25 例和血瘀不明显组 20 例,进行外周微循环检查发现,血瘀明显的病人微血流障碍发生率较血瘀不明显组明显增加 ($P < 0.05$)。

(2) 血细胞聚集和(或)红细胞变形能力降低:血瘀证患者外周微循环中常有明显的血细胞聚集现象,无论是眼球结膜微血流、手指甲皱微血流或舌乳头血管丛中的微血流,其流态都可以从正常的线状或带状变成絮状、粒状或虚线状。血细胞聚集常伴有血流缓慢,二者互相促进,互为因果,因而血行不畅,严重时可在血细胞聚集的基础上发生微血流的“淤泥化”和血管内凝血,导致血管闭塞。动物实验曾证实,创伤可直接导致微循环中的血细胞聚集。慢性支气管炎、肺心病等病人在冷刺激的作用下比一般人容易出现微血管中血细胞聚集的现象。这些与中医学外伤和寒冷可引起血瘀的原因颇为一致。由此可见,血细胞聚集与血瘀之间存在着联系。

蔡辉等^[74]对 150 例血瘀证组和 336 例非血瘀证组患者,采用 WX-753 型微循环显微镜进行了红细胞聚集状况的对比检查,发现血瘀组红细胞聚集的发生率及程度均高于非血瘀证组 ($P < 0.05$),结果见表 8-32。同时亦发现血瘀实证组和血瘀本虚标实组红细胞聚集状况无显著性差别 ($P > 0.05$),结果见表 8-33。

表 8-32 血瘀证组与非血瘀证组红细胞聚集状况

	例数	未聚集	轻度聚集	中度聚集	重度聚集
血瘀证组	150	11	70	44	25*
非血瘀证组	336	169	128	30	9

注：* 两组比较 $P < 0.05$ 。

表 8-33 血瘀实证组和本虚标实组红细胞聚集状况

	例数	未聚集	轻度聚集	中度聚集	重度聚集
血瘀实证组	80	6	38	23	13*
血瘀本虚标实组	70	5	32	21	12

注：* 两组间比较 $P > 0.05$ 。

近代医学的研究发现，红细胞的直径平均为 $7.4\mu\text{m}$ ，它可以通过变形、缩小直径，顺利地从小血管内挤过。还发现，毛细血管中的血流在光学显微镜下看来呈堵塞状，而在电镜下观察，血细胞与管壁之间留有 $0.5\mu\text{m}$ 左右的血浆间隙。这些间隙的存在，不仅对红细胞流动和保持微血流的通畅有一定意义，而且对血与组织间的物质交换起着重要作用。当产生血瘀时，红细胞变形能力降低，可阻塞微血管管腔，阻挡微循环血流的流动。

(3) 微血管周围的渗出和出血：通过对具有血瘀证表现病人进行甲皱微循环观察时发现，在微循环血流减慢、瘀滞的基础上，常有血管周围明显渗出，好转时消退。有明显血瘀证表现的反复发作的心绞痛和陈旧性心肌梗死的病人以及硬皮病、系统性红斑狼疮等结缔组织病中，毛细血管周围（特别是毛细血管袢顶）常有新旧不一的出血。

(4) 微血管缩窄和闭塞：据研究，冠心病病人中有 75% 以上患者具有血瘀表现，此种患者的冠状血管有不同程度的痉挛、狭窄或由于血栓形成而导致血管闭塞。血栓闭塞性脉管炎的情况也很类似，血瘀患者局部微循环障碍的严重程度与病情一致，有时甚至发生局部血管狭窄或闭塞。

蔡辉等对血瘀证患者甲皱微循环管襻清晰度、管襻数目减少、管襻长度缩短、管襻粗张或纤细、管襻顶瘀滞、管襻交叉畸形 $> 30\%$ 、管襻周渗出等进行了检测，发现血瘀证甲皱微循环一般项目发生率明显高于非血瘀证组 ($P < 0.05$)，结果见表 8-34。同时亦发现血瘀实证组和血瘀本虚标实组的甲皱微循环的改变存在着共同的特征，两组间异常改变发生率无显著性差别 ($P > 0.05$)，结果见表 8-35。

表 8-34 血瘀证组、非血瘀证组甲皱微循环一般项目观察结果

例数	管襻清晰度			管襻数目减少	管襻长度缩短	管襻粗张或纤细	管襻顶瘀滞	管襻交叉畸形 $> 30\%$	管襻周渗出	
	清晰	欠清	模糊							
血瘀证组	150	61	28	61*	108*	114*	127*	125*	137*	58*
非血瘀证组	336	323	9	4	110	139	67	168	138	35

注：* 两组比较 $P < 0.05$ 。

表 8-35 血瘀实证组和血瘀本虚标实组一般项目检查结果

例数	管襻清晰度			管襻数 目减少	管襻长 度缩短	管襻纤细 或粗张	襻顶 瘀滞	管襻交叉畸 形>30%	襻周 渗出	
	清晰	欠清	模糊							
血瘀实证组	80	34	15	31*	58*	66*	71*	64*	74*	34*
血瘀本虚标实组	70	27	13	30	50	48	56	61	63	24

注：* 两组间比较 $P>0.05$ 。

4. 血瘀证与血液流变性异常间的联系 不同病种的血瘀证其血液流变性的改变有共同的特征，主要为血液流变性皆呈“浓”、“粘”、“凝”、“聚”状态。“浓”：红细胞压积增加，球蛋白、 β -脂蛋白、胆固醇、甘油三酯明显增加；“粘”：全血比粘度、血浆粘度、还原粘度增加；“凝”：血液凝固性增加，纤维蛋白含量增加，纤溶活性降低，血浆复钙时间缩短；“聚”：红细胞及血小板在血浆中电泳速度减慢，血小板对 ADP 类诱导物质的聚集性增加。

赵淑媛等⁽⁷⁵⁾应用上海第一医学院研制的 XN-3 型血液粘度细胞电泳自动计时仪，分别抽取患者晨时空腹静脉血 3.5ml，测定了 59 例血瘀证和 120 例正常人全血比粘度（高切、低切）、血浆比粘度、红细胞电泳、红细胞压积、血沉等 5 项数值，发现血瘀证患者除红细胞电泳增高与正常人组比较差别无显著性 ($P>0.05$)，其余各项指标与正常人组相比较，差别有高度显著性 ($P<0.01$)。见表 8-36。

表 8-36 血液流变学测定结果

项目	正常人组 (3)	血瘀证组	t P
	X±S (n=120)	X±S (n=59)	
全血高切比粘 (与盐水之比)	3.30±0.26	4.11±0.53	9.00<0.01
全血低切比粘 (与盐水之比)	4.18±0.66	6.34±0.82	18.00<0.01
血浆比粘 (与盐水之比)	1.41±0.29	1.38±0.17	18.00<0.01
红细胞电泳 (秒)	17.40±3.03	20.66±4.96	1.00>0.05
红细胞压积 (%)	36.00±2.81	40.15±4.57	4.66<0.01
血沉 (mm/H)	0~20	0~20	6.38<0.01

不同病理过程致瘀的患者，血液流变学的变化有所不同⁽⁷⁶⁾

(1) 感受外邪，血脉凝涩致瘀：Poingle 氏等观察了以寒冷和精神紧张为主要诱因的雷诺氏病 22 例，发现患者的血液粘度增高，为对照组的两倍 ($P<0.01$)。另外有人也观察到，该病不仅全血粘度，且血浆粘度极高，伴红细胞聚集性升高，血沉加快。说明患者处于高凝及高血栓形成状态。热为阳邪，热盛则煎熬津液，使血液凝滞，经络瘀塞。据研究，流行性出血热病人的血液流变学指标，全血粘度在发热期低于对照组，低血压期高于对照组；还原粘度比各期均高于对照组；血浆粘度除发热期无变化外，其余各期均高于对照组，经统计学处理有明显差异。提示出血热患者血液粘度的变化，可作为划分出血热的 5 期经过，判断病程进展及病情轻重的指标。对流行性乙型脑炎患者在卫、气、营、血不同阶段的流变学多项指标的检测显示，各型间存在着显著性差别，提示邪热入血，亦可致瘀。而且血液流变学的改变，不仅可以反映现代医学的辨病分期，亦可作为祖国医学辨证分型的客观依据。

(2) 止血不当，败血内留为瘀：刘平等的工作显示，99 例功能性子宫出血病人中，39

例血气瘀滞型表现为全血比及全血还原比粘度、血球压积低于正常人，提示败血致瘀患者的流变性受出血量的影响，失血量多则为低浓低粘、失血量少则为高浓高粘。

(3) 久病正虚致瘀：宋崇顺等选择心气虚、心血瘀的冠心病心绞痛等患者 109 例，测定血液流变学指标，发现全血、血浆及还原比粘度增高，红细胞电泳时间延长，血球压积增加。

5. 血瘀证与血小板功能及生化代谢间的联系 多数单位观察到血瘀证患者的血小板聚集功能增强。有人采用 Schts 法观察到冠心病血瘀证病人血小板伸出不少伪足，伪足间互相交接，两个以上形成扩大型血小板，多则可有数十个聚集成团，造成微循环障碍，血小板聚集数也显著增高。采用比浊法测定冠心病血瘀证患者血小板聚集性也同样显著增高。血瘀证患者血小板释放功能（包括 B-TG、PF₁ 及 TXB₂ 等）与非血瘀证患者相比较明显增强。日本寺泽捷年等观察到血瘀证患者血小板丙二醛（MDA）产值增多，表明花生四烯酸代谢过程异常。

6. 血瘀证与血液动力学异常间的联系 血瘀证与血液动力学异常有密切联系，具体表现有：

(1) 心功能减弱：应用多导生理记录仪，同时记录心电图、心音与心前区高频阻抗图，观察其波形变化及射血前期和左心室射血时间的比例，发现冠心病、红斑性狼疮、视网膜中央静脉栓塞等血瘀证患者心脏收缩功能下降，心输出量减弱，甚至有心室顺应性降低以及心内瘀血等情况。冠心病心血瘀证患者还存在着冠状循环指数的降低^[77]。

(2) 内脏及肢体血流量的变化：缺血性脑中风血瘀证患者脑循环通过时间明显延长；冠心病血瘀证患者冠状循环血流量降低；肝硬化血瘀患者肝动脉搏动性血流量减少；下肢血栓闭塞性脉管炎血瘀证患者，小腿脉搏样波形的最大幅度明显高于健康人，而降支下降速度则明显低于健康人。

朱科伦等^[78]对 293 例肝病患者（包括急性黄疸型肝炎、慢性迁延型和活动型肝炎、肝硬化、肝癌等）进行肝血流图检测。按“血瘀”辨证，把病人分为 3 组。第 1 组（有“血瘀”组），本组病人有舌质紫色或舌边有紫纹、紫斑、紫点等，或涩脉、肝痛、肝肿大、脾肿大、面色晦暗、蜘蛛痣、肝掌等 7 个症状体征中有其中任何 4 个者。第 2 组（可疑“血瘀”组），本组病人只有涩脉、肝痛、肝肿大、脾肿大、面色晦暗、蜘蛛痣、肝掌等症状体征中任何一个者。第 3 组（无“血瘀”组），无上述两组的任何症状体征。另外，无患肝病，亦无“血瘀”表现的 448 例健康人作对照组。

检测结果：第一、二、三组和对照组，异常波型的百分率分别是 46.3、30.5、15.9、10.3 ($P < 0.01$)。收缩波时间与舒张波时间比值的异常率分别是 35.0、22.5、19.6、16.6 ($P < 0.01$)。总异常指数的平均值±标准误分别是 0.522 ± 0.022 、 0.374 ± 0.018 、 0.257 ± 0.017 、 0.173 ± 0.015 ($P < 0.01$)。男性收缩波幅的平均值±标准误分别是 0.031 ± 0.001 、 0.045 ± 0.002 、 0.073 ± 0.006 、 0.122 ± 0.003 ($P < 0.01$)。女性收缩波幅的平均值±标准误分别是 0.025 ± 0.012 、 0.051 ± 0.003 、 0.064 ± 0.005 、 0.098 ± 0.003 ($P < 0.01$ ，收缩波幅的单位是欧姆)。

从检测结果可见，有“血瘀”组的肝血流图与对照组比较有明显差异。可疑“血瘀”组的肝血流图与对照组比较亦有差异，但程度较轻。肝血流图的变化与肝病的“血瘀”临床表现有一定的平衡关系。认为肝血流图检测可协助对肝病的“血瘀”辨证诊断，

并对实现肝病的“血瘀”辨证诊断客观检测数据化有一定的帮助。

7. 其他检测

(1) 血瘀证患者环核苷酸的检测：秦万章等^[79]采用蛋白竞争结合分析法测定 cAMP，采用放射免疫分析法测定 cGMP，并同时计算 cAMP/cGMP 比值。发现具有血瘀证的各种胶原病及银屑病与正常人比较，cAMP 含量和 cAMP/cGMP 比值明显降低，而 cGMP 含量明显增高。结果见表 8-37。但苏州医学生化教研组^[55]却发现血瘀证患者的 cAMP 含量却明显高于正常组，差异有高度显著性 ($P < 0.01$)。

表 8-37 血瘀证患者 cAMP、cGMP 含量水平 (pm/ml)

组别	例数	cAMP	cGMP	cAMP/cGMP
正常	25	16.6 ± 2.56	4.32 ± 0.76	3.8
红斑狼疮	32	*** 8.64 ± 1.09	4.86 ± 0.96	** 1.78
其他胶原病	29	*** 8.56 ± 1.29	* 5.47 ± 0.76	** 1.59
银屑病	25	*** 8.33 ± 1.98	*** 6.46 ± 1.24	*** 1.3

注：表内数据为 M ± SD，下同 *** $P < 0.001$ ；** $P < 0.01$ ；* $P < 0.05$ 。

表 8-38 血瘀证患者的血清 N-乙酰神经氨酸的含量水平

组别	观察例数	N-乙酰神经氨酸的含量水平 mm/ml
正常	42	0.270 ± 0.046
系统性红斑狼疮	57	0.397 ± 0.073
硬皮病	6	0.385 ± 0.046
皮炎	10	0.386 ± 0.068
混合结缔组织病	11	0.390 ± 0.068
干燥综合征	5	0.399 ± 0.055
银屑病	59	0.324 ± 0.045

(2) 血瘀证患者 N-乙酰神经氨酸的检测：秦万章等^[38]为了探讨血瘀证的本质，按 Warren 改良法对具有血瘀证的各种胶原病及银屑病测定了 N-乙酰神经氨酸的含量(结果见表 8-38)。结果发现，血瘀证患者 N-乙酰神经氨酸含量均明显增高，与正常人相比较，差异有高度显著性，说明这些患者有 N-乙酰神经氨酸的

代谢障碍，也提示血瘀的本质可能和变态反应炎症有着相互关联。并发现血瘀证患者经采用活血化瘀治疗后，随血瘀证的改善，N-乙酰神经氨酸的含量可明显降低。

(3) 血瘀证患者血浆复钙时间、纤维蛋白原含量、纤溶活性的检测：苏州医学院生化教研组^[80]对 25 例正常人和 18 例血瘀证患者的纤溶活性、纤维蛋白原、复钙时间进行了对比观测(结果见表 8-39)，结果显示，瘀血症者血浆纤溶酶活性远较健康人组为低，纤维蛋白含量高于健康人组，而血浆复钙时间显著缩短。从血液凝固和纤维蛋白溶解两个对立的方向都说明“血瘀”证者的血液处于“高凝”状态。

表 8-39 正常人与瘀血症者血浆几种测定值的比较

测定项目	正常组		瘀血症组	
	例数	均数 ± 标准误	例数	均数 ± 标准误
纤溶活性(单位)	25	68.06 ± 3.82	18	42.44 ± 3.53**
纤维蛋白原(毫克%)	25	0.33 ± 0.02	18	0.42 ± 0.02**
复钙时间(秒)	25	175.88 ± 9.3	16	146.68 ± 8.5*

注：*与正常组相比， $P < 0.05$ ；**与正常组相比， $P < 0.01$ 。

(4) 血瘀证患者红细胞膜流动性的变化: 叶向荣等^[81] 为了进一步阐明血瘀证的本质, 探讨了红细胞膜流动性与血瘀证的关系。选择冠心病、高血压、糖尿病、脑血栓后遗症患者 47 例, 中医辨证均属血瘀证。其中气虚血瘀型 17 例, 气阴两虚血瘀型 7 例, 痰热血瘀型 9 例, 气滞血瘀型 7 例, 痰浊血瘀型 7 例。并以 31 名健康人作为对照, 其中青年组 17 名, 老年组 11 名。采用静脉取血, 枸橼酸钠抗凝, 离心分离红细胞, 制备 4×10^7 个/毫升浓度的红细胞悬液, 以 DPH 标记红细胞脂膜, 用 RF-540 荧光分光光度计测定红细胞膜的荧光偏振度。若偏振度数值增大, 表示膜的流动性降低, 反之则升高。研究结果表明, 血瘀证患者红细胞膜荧光偏振度和平均微粘度显著高于健康人。采用活血化瘀理气方加减治疗 30 天后, 气虚血瘀组和气阴两虚血瘀组患者红细胞膜流动性显著提高。

(5) 血瘀证患者血脂的变化: 许青媛等对 88 例冠心病按照中医辨证为气滞血瘀型 54 例和非气滞血瘀型 33 例。检测其血脂 (结果见表 8-40), 发现气滞血瘀患者血清总胆固醇、红细胞胆固醇、甘油三酯含量均高于非气滞血瘀型, 尤其是甘油三酯含量普遍升高 ($P < 0.001$); 高密度脂蛋白胆固醇含量明显低于非气滞血瘀组 ($P < 0.001$), 结果见表 8-41。认为甘油三酯或高密度脂蛋白胆固醇含量变化是构成中医气滞血瘀的生化基础。

表 8-40 气滞血瘀和非气滞血瘀组血脂变化 (mg% M \pm SD)

组别	例数	TC	红细胞胆固醇	HDL-C	TG
气滞血瘀	54	199.80 \pm 43.72	229.37 \pm 49.96	65.50 \pm 15.00 [△]	239.20 \pm 98.00 [△]
非气滞血瘀	33	188.00 \pm 40.50	224.60 \pm 53.00	77.00 \pm 19.90	96.27 \pm 28.27

注: Δ 与非气滞血瘀组比较 $P < 0.001$ 。

表 8-41 HDL-C 与 TG 含量水平比较 (mg% M \pm SD)

	气滞血瘀组 (54 例)	非气滞血瘀组 (33 例)
HDL-C	65.50 \pm 15.00*	77.00 \pm 19.90
LDL-C	88.70 \pm 34.60	91.30 \pm 38.00
HDL-C/TC	0.33	0.41
HDL-C/LDL-C	0.74	0.85
AI	2.14 \pm 0.72*	1.56 \pm 0.76
TG	239.20 \pm 98.00*	96.27 \pm 28.30

注: * 与非气滞血瘀组比较 $P < 0.001$ 。

参 考 文 献

- [1] 周梦圣, 等. 模拟中医气虚动物模型的研究. 中医杂志, 1989, 30 (9): 41
- [2] 周梦圣, 等. 四君子对控制饲料小鼠的肝脏和肠腺组织中核酸含量影响的实验研究. 辽宁中医杂志, 1984, 11 (3): 36
- [3] 周勇, 等. 参芪注射液对气虚证小鼠免疫反映影响的实验研究. 中西医结合杂志, 1989, 9 (5): 286
- [4] 宋顺崇, 等. 气虚证血液流变学的临床观察和实验研究. 中医杂志, 1981, 22 (10): 39
- [5] 胡国庆, 等. 气虚与甲皱微循环的研究. 上海中医药杂志, 1990, (5): 46
- [6] 姚丽珍. 气虚证与气滞证患者甲皱微循环观察. 北京中医杂志, 1989, (6): 45
- [7] 吕志平, 等. 71 例气、阴虚、气阴两虚、气虚血瘀证的中医辨证与甲皱微循环观察. 辽宁中医杂志, 1987, 14 (10): 34

- [8] 王冠庭,等. 虚证(气虚、阴虚)患者外周血淋巴细胞碱性酯酶的变化及意义. 中西医结合杂志, 1984, 4 (11): 660
- [9] 刘福春,等. 气虚病人微量元素与免疫功能关系初探. 中医杂志, 1985, 26 (11): 56
- [10] 许继平,等. 恶性肿瘤气虚、阴虚证患者免疫功能观察. 中西医结合杂志, 1987, 7 (12): 744
- [11] 周光耀,等. 中医气虚证的能量代谢研究. 中医杂志, 1991, 32 (6): 48
- [12] 郑俐俐,等. 气虚患者血浆环核苷酸的对比研究. 中西医结合杂志, 1989, 9 (1): 13
- [13] 唐惕凡,等. 肺结核气虚患者的血液流变性观察. 河北中医, 1980, (2): 8
- [14] 北京市中医研究所生化室. 关于气血理论探讨——对气虚的细胞电泳研究. 辽宁中医杂志, 1980, 7 (4): 11
- [15] 刘福音,等. 气虚辨证与血清中某些微量元素变化的关系. 河南中医, 1986, 6 (4): 17
- [16] 张镜人,等. 气虚患者心血管植物神经系统功能的变化. 中西医结合杂志, 1986, 6 (6): 351
- [17] 陆卫东,等. 85例气虚患者脑电图、脑血流图表现及分析. 浙江中医学院学报, 1992, (3): 32
- [18] 郭光瓊. 气虚证的血压变化分析. 山东中医杂志, 1989, (1): 30
- [19] 李冰星,等. 50例气虚病人脉图参数变化观察. 湖南中医学院学报, 1983, 3 (1): 29
- [20] 李冰星,等. 气虚、阳虚患者脉图参数多元逐步回归分析. 湖南中医学院学报, 1990, 10 (4): 213
- [21] 蔡光先,等. 气血虚证面部色泽定量的初步研究. 湖南中医杂志, 1985, 1 (3): 30
- [22] 沈自尹. 中医虚证辨证参考标准. 中西医结合杂志, 1983, 3 (2): 117
- [23] 沈自尹,等. 中医虚证辨证参考标准. 中西医结合杂志, 1986, 6 (10): 598
- [24] 刘卫民,等. 血虚证病因学的流行病学调查. 中国中医基础医学杂志, 1995, 1 (2): 48
- [25] 王平,等. 老年血虚证血液流变学变化规律初探. 湖北中医杂志, 1992, 14 (6): 31
- [26] 周跃群,等. 血虚证血液流体特征的临床观察. 辽宁中医杂志, 1990, 17 (7): 15
- [27] 唐荣德. 血瘀脉涩和血虚脉细患者血液流变学观察. 湖南中医学院学报, 1994, 14 (1): 41
- [28] 庄杰盾,等. 虚劳(慢性再生障碍性贫血)的血液流变学指标观察. 辽宁中医杂志, 1983, 10 (12): 48
- [29] 朱明方,等. 血虚证患者血浆心钠素与心功能变化的相关分析. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (7): 402
- [30] 邓成珊,等. 血液病血虚患者74例甲皱微循环初步观察. 中国医药学报, 1987, 2 (2): 20
- [31] 孙世道,等. 甲皱微循环的变化与气血关系. 上海中医药杂志, 1981, (2): 44
- [32] 桂金水,等. 外周微循环与中医辨证. 上海中医药杂志, 1981, (3): 43
- [33] 郑金福,等. 51例血液病血虚患者的免疫功能观察. 中西医结合杂志, 1986, 6 (3): 166
- [34] 方邦江,等. 血虚证血谷胱甘肽过氧化酶、血硒改变的临床研究. 四川中医, 1994, 12 (12): 5
- [35] 贲长恩,等. 血虚动物模型初探. 上海中医药杂志, 1981, (6): 38
- [36] 贲长恩,等. 血虚动物模型的进一步探讨. 中医杂志, 1981, 22 (6): 469
- [37] 黄广平,等. 补血法、补气法、益气补血法治疗小鼠实验性血虚证的疗效观察. 新疆中医药, 1987, (3): 28
- [38] 周京滋,等. 当归提取物的几项药理作用研究. 中药通报, 1985, 10 (4): 39
- [39] 李仪奎主编. 中药药理实验方法学. 上海: 上海科学技术出版社, 1992. 284
- [40] 陈如泉,等. 血虚证及养血方剂的实验研究进展. 中国医药学报, 1989, 4 (1): 57
- [41] 沈自尹,等. 中医虚证参考标准. 中西医结合杂志, 1986, 6 (10): 598
- [42] 廖福龙,等. 血瘀证动物模型的研究——外伤致血瘀的大鼠模型. 中西医结合杂志, 1988, 8 (10): 632
- [43] 华兴邦,等. 外伤血瘀证动物模型的研制. 南京中医学院学报, 1992, (1): 16

- [44] 王殿俊, 等. 热毒血瘀证动物模型的研制. 南京中医学院学报, 1992, (1): 18
- [45] 张珊珊, 等. 寒凝血瘀动物模型的研制. 南京中医学院学报, 1992, (1): 21
- [46] 常复蓉, 等. 血虚血瘀证动物模型的研制. 南京中医学院学报, 1992, (1): 23
- [47] 郑小伟, 等. 阳虚血瘀证微循环障碍动物模型的实验研究. 浙江中医杂志, 1992, 23 (11): 513
- [48] 郑小伟, 等. 阳虚血瘀证血小板减少动物模型的实验研究. 成都中医学院学报, 1993, (4): 43
- [49] 卢振初, 等. 疼痛所致家兔“血瘀证”模型研究. 南京中医学院学报, 1991, (3): 149
- [50] 史荫绵, 等. “血瘀”动物实验模型的初步研究. 中医杂志, 1982, 23 (8): 624
- [51] 张文宏, 等. 血瘀证动物模型制作的回顾与展望. 中国中西医结合杂志, 1996, 16 (3): 184
- [52] 彭芝配, 等. 急性血瘀证动物模型初探. 湖南中医学院学报, 1990, 10 (3): 154
- [53] 高明, 等. 家兔实验性动脉粥样硬化气虚血瘀模型的建立. 辽宁中医杂志, 1990, 17 (1): 39
- [54] 毛滕敏, 等. “血瘀”病理模型探索. 北京医科大学学报, 1985, (4): 246
- [55] 聂松青, 等. 肾上腺素加冷刺激对大鼠红细胞膜的影响. 中西医结合杂志, 1987, 7 (6): 360
- [56] 李麟仙, 等. 活血化瘀药物研究中动物模型的概况. 中西医结合杂志, 1985, 5 (4): 255
- [57] 喻国雄, 等. 血瘀证动物模型的研究现状及存在的问题. 中国医药学报, 1995, 10 (3): 47
- [58] 廖福龙, 等. 外伤血瘀与化瘀的凝血流变学实验研究. 中国中医药信息杂志, 1995, (3): 28
- [59] 蔡光先, 等. 传统中医理论现代研究. 湖南科技出版社, 1990
- [60] 第二届全国活血化瘀研究学术会议修订. 血瘀证诊断标准. 中西医结合杂志, 1987, 7 (3): 129
- [61] 王阶, 等. 血瘀证诊断记分标准. 中西医结合杂志, 1988, 8 (10): 585
- [62] 陈可冀. 关于血瘀证研究的国内外进展. 国外医学·中医中药分册, 1986, (4): 1
- [63] 李景德. 日本研究活血化瘀的动态 (之三). 国外医学·中医中药分册, 1986, (3): 5
- [64] 李国贤. 中日血瘀证诊断标准的比较研究. 中西医结合杂志, 1988, 8 (10): 629
- [65] 小川新. 国际瘀血诊断标准试行方案. 国外医学·中医中药分册, 1987, (4): 48
- [66] 翁维良. 血瘀证研究新进展——半健康人血瘀证诊断与防治. 中国中医药信息杂志, 1995, (1): 11
- [67] 秦大军. 血瘀证的眼部体征. 中西医结合杂志, 1988, 8 (10): 631
- [68] 钟辉, 等. 视网膜血管的变化对血瘀证诊断的意义. 中西医结合杂志, 1988, 8 (10): 632
- [69] 李国贤, 等. 血瘀证目征的研究. 中西医结合杂志, 1988, 8 (10): 630
- [70] 李蔚生. 舌脉对血瘀证诊断的研究. 中西医结合杂志, 1988, 8 (10): 629
- [71] 靳士英, 等. 老年瘀证患者的舌下络脉变化. 中西医结合杂志, 1988, 8 (10): 630
- [72] 金惠铭. 微循环障碍与“血瘀”及“活血化瘀”. 中西医结合杂志, 1982, 2 (3): 182
- [73] 上海第一医学院活血化瘀专题研究组. 血瘀本质及活血化瘀原理的初步探讨. 上海第一医学院学报, 1976, (1): 35
- [74] 蔡辉, 等. 血瘀证患者甲皱微循环检测的研究. 中国医药学报, 1995, 10 (3): 30
- [75] 赵淑媛, 等. 血瘀证血液流变学测定结果的报告. 陕西中医, 1987, 8 (12): 567
- [76] 杨宁, 等. 血液流变学探讨中医“血瘀证”研究进展. 江西中医药, 1986, 17 (3): 59
- [77] 李鹏, 等. 活血化瘀研究. 上海科学技术出版社, 1981
- [78] 朱科伦, 等. 肝血流图对肝病“血瘀”的初步探讨 (摘要). 中西医结合杂志, 1985, 5 (4): 254
- [79] 秦万章, 等. 血瘀证患者环核苷酸及 N-乙酰神经氨酸的含量水平及其活血化瘀研究的评价. 中西医结合杂志, 1985, 5 (3): 151
- [80] 苏州医学院生理教研组. 瘀血症者血浆复钙时间、纤维蛋白原含量、纤维活性及 cAMP 等变化的初步观察. 中医杂志, 1981, 22 (1): 45
- [81] 叶向荣, 等. 血瘀证红细胞膜流动性变化的临床观察. 中国医药学报, 1991, 6 (1): 48

第三节 津液辨证

【基本内容】

津液辨证是分析、判断疾病中是否有津液亏虚或水液停聚证候存在的辨证方法。

“津液”为体内各种正常水液的总称。津液是血液的组成部分，属“阴”的范畴，故津液与阴、血的关系密切。津液有滋润、濡养和平衡阴阳等作用。津液的代谢与病变，同肺、脾、肾等脏腑的气化作用密切相关。

津液的病证，可以由各种病因的直接侵扰而导致，亦可由脏腑机能失常而形成。津液生成不足或丧失过多，或外燥的侵袭，可形成津液亏虚的证候；津液的输布、排泄发生障碍，可导致水液停聚而为湿、水、饮、痰的证候。

一、痰证

“痰”与痰证的概念不全相同。“痰”是指体内水液停聚凝结而形成的一种质稠浊而粘的病理产物。由痰浊阻滞或流窜所表现出的证候，是为“痰证”。

痰证的常见表现，一般有咳嗽痰多，痰质粘稠，胸脘痞闷、呕恶纳呆，或头晕目眩，形体肥胖，或神昏而喉中痰鸣，或神志错乱而为癫、狂、痴、痫，或某些部位出现圆滑柔韧的包块，如瘰疬、瘰疬、乳癖等，舌苔腻，脉滑。

形成痰的原因与病机为诸种原因（如外感六淫、饮食不当、情志刺激、过逸少动等）影响肺、脾、肾等脏的气化功能，以致水液未能输布而停聚，被寒凝、火煎等，进而凝结浓缩而成痰。

“脾为生痰之源，肺为贮痰之器。”说明痰的生成与脾的运化功能失常，水湿不化而凝聚密切相关；痰浊最易内停于肺，而影响肺气的宣发肃降，故痰证以咳吐痰多、胸闷等为基本表现。痰浊中阻，胃失和降，可见脘痞、纳呆、泛恶呕吐痰涎等症；痰的流动性小而难以消散，故常凝积聚于某些局部而形成圆滑包块；痰亦可随气升降，流窜全身，如痰蒙清窍，则头晕目眩；痰迷心神则见神昏、神乱；痰滞于肌肤，则见形体肥胖；苔腻、脉滑等为痰浊内阻的表现。

痰浊为病，颇为广泛，证型复杂，见症多端。因而有“百病多因痰作祟”、“怪病多痰”等说法。诚如《丹溪心法附余·医略·杂论》所说：“凡有怪症，莫不由滋，丹溪十病九痰之论，岂欺我哉！”《症因脉治·痰症论》说：“痰之为病，变化百出。”《杂病证治·内因门》说：“痰之为病，随气升降，无处不到，为喘，为嗽，为呕，为眩晕心嘈，为怔忡惊悸，为寒热肿痛，为痞满膈塞，或胸胁漉漉如雷鸣，或浑身习习如虫行，或身中结核不红不硬，或头项成块似痲非痲，或塞咽喉状如梅核，或出咯吐形若桃胶，……甚至无端见鬼，似祟非祟，悉属痰证。”

根据痰的性状及兼症的不同，痰证有寒痰、热痰、湿痰、燥痰以及风痰、瘀痰、脓痰等之分，并各有不同的表现特点。

痰与其它病因病性兼并，可形成很多证候。临床常见的痰证有痰蒙心神证、痰热闭神证、痰火扰神证、痰阻心脉证、痰阻胸阳证、痰浊阻肺证、痰热壅肺证、痰热结胸证、痰热腑实证、燥痰结肺证、痰阻胞宫（精室）证、痰湿内盛证、痰阻经络证、风痰阻络证、痰气郁结证、脓痰蕴肺证、风痰闭神证、瘀痰阻络证等等，其证候除有痰的表现外，

必兼有其它病性及痰所停部位的症状。

二、饮证

“饮”与饮证的概念不全相同。病理性的“饮”，是指体内水液停聚而转化成的一种较痰清稀、较水浑浊的病理性产物。由饮邪停聚于胃肠、心肺、胸胁等处所表现的证候，是为“饮证”。

由于饮停部位的不同，可见不同的症状。饮停胃肠则见脘腹痞胀、水声漉漉、吐稀涎清水；饮停心包或肺多见胸闷心悸，咳吐清稀痰涎，或见哮喘有声；饮停胸胁常见胸胁饱满，支撑胀痛，转侧痛增等；饮阻清阳可见眩晕、呕吐；舌淡、苔滑、脉多弦。

“饮”的形成，可直接由外邪侵袭，影响脏腑对水液的气化，或为中阳素虚，复因饮食不慎，以致水液输布障碍，从而停聚为病。饮邪一般停于管腔等部位，其常见证有寒饮停肺证、饮停心包证、饮停胸胁证、饮留胃肠证等。饮邪主要影响不同脏腑气机的畅通，故有各自的见症。

饮邪的性质一般偏寒，故多称为寒饮，但临床亦可兼热证而称热饮者。

三、水停证

病理性的“水”，又常称“水气”。是指体内水液因气化失常而停聚，为质地清稀、流动性大的病理性产物。由水液停聚所导致的证候，称为“水停证”。

水液的流动性大，趋于低处，主要为泛滥肌肤或胸腹等腔隙，并可随体位改变而变动。故水停证的主要表现为头面、肢体甚或全身水肿，按之凹陷不易起，水聚而肿的部位可随体位改变而变化，或为腹水而见腹部膨隆、叩之音浊，小便短少不利，苔滑，脉濡等。

导致水停的病因病机，可为外邪侵袭，亦可为正气亏虚，皆是肺、脾、肾的气化失司所致。如风邪外袭，使肺失宣降，上窍不开而水道不通；或因湿邪内阻，脾胃运化失调，以致水液停聚；或因房劳伤肾，或久病肾虚，致肾气命火不能气化水液，而使水液泛滥。此外，瘀血内阻，经脉不利，亦可影响水液的运行，使水蓄腹腔等部位，而成血瘀水停。

根据形成水停的机理、脏器的不同，临床常见的水停证有风水相搏（风袭水停）证、脾虚水泛证、肾虚水泛证、水气凌心证等。

对于水停证，临床有阳水、阴水之分，主要是根据病之新久、邪正虚实所作的阴阳归类，而病理性的水一般属于阴性病理产物。

湿、水、饮、痰在形质、流动性、证候表现上有异有同，四者之间的关系密切。四者均属体内水液停聚所形成的病理性产物，其形成均常与肺、脾、肾等脏功能失调和对水液的气化失常有关。“湿”无明显形质可见而呈“汽态”，弥漫性大，以肢体沉重酸困等为主要表现；“水”质清稀为液态，流动性大，以水肿、少尿为主症；“饮”是一种较水浊而较痰稀的液态病理产物，常停聚于某些腔隙及胃肠，以停聚处的症状为主要表现；“痰”的质地稠浊而粘，常呈半凝固乳胶状态，流动性小，多停于肺，但可随气流窜全身，见症复杂，一般有吐痰多的主症。由于湿、水、饮、痰本属一类，其间难截然划分，且可相互转化、兼并，故又常互相通称，如有痰饮、痰湿、水饮、水湿、湿饮、湿痰等名。

四、津液亏虚证

津液亏虚证是指体内津液不足，脏腑、组织、官窍等失却滋润、濡养、充盈所表现的证候。

津亏、液脱的概念可有一定的差异，即津液损伤的程度较轻，仅水分丢失者，一般称为伤津、津亏；津液损伤的程度较重，水分及某些精微物质均受损者，一般称为液耗、液脱。但临床常通称而不作严格区分。津液亏虚与外燥、阴虚、气血虚等的关系密切，外界燥邪耗伤津液为病属外燥；津液亏虚则属内燥；津液亏虚又属阴虚的范畴；气、血虚与津液亏虚可互为因果或同病。

津液亏虚的临床表现，主要为口、鼻、唇、舌、咽喉、皮肤、大便等干燥，皮肤枯瘪而乏弹性，眼球深陷、口渴欲饮水、小便短少而黄、脉细数等。其病机皆系津液亏少，不能充养、濡润脏器、组织、官窍而成。

形成津液亏虚的原因，常由于大汗、大吐、大泻、发热、烧伤等，使津液耗损过多；或因阳气偏亢，津液暗耗；亦可因饮水过少，脏气虚衰，生化不足等而成。

津液亏虚的常见证有肺燥津伤证、胃燥津亏证、肠燥津亏证等，除干燥证外，并有各自脏器的证候表现。

由于津液亏虚，可形成阴津（液）亏虚、津枯血燥、津亏血瘀、气随液脱、津气亏虚等证候。

【补充阐发】

一、痰饮瘀血应属病机病证

鲁兆麟、彭建中在《中国医药学报》1990年第2期撰文“痰饮瘀血非病因论”。指出：中医学理论认为，主要的致病因素有外感六淫、内伤七情，以及疫疠、饮食劳倦所伤、金刃、虫兽外伤等。但近年来，一些著作或教材中，又将痰饮与瘀血归于病因，并似已得到中医界的认可。这其实不能成立，应将其归于病机、病证中阐发。

无论中医还是西医的病因概念，均是指导致疾病发生的起始因素，而不包括那些在各种病理过程中产生并能引起新的各种病证的因素。从中医病因学发展史来看，从未将病理过程中的各种继发因素作为病因来认识，并未包括痰饮、瘀血等内容。

《内经》有关恶血、积饮等，是以病证概念出现的。《金匱要略》“痰饮咳嗽病脉证并治”、“惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证并治”是将痰饮和瘀血作为两类病证进行论治。后世认识发展至今，认为痰饮、瘀血是多种病证的病机所在，即为人体病理变化的一个环节或过程，但诸家从未认为其是病因。

把痰饮、瘀血作为病因的一个理由，是认为痰饮与瘀血是脏腑功能失调的病理产物，但同时又能直接或间接地作用于机体的某些脏腑组织而引起各种疾病，故而也是致病因素之一。这是混同了病因学与因果关系的概念。因果关系在疾病过程中处处可以得到体现，若将痰饮、瘀血作为病因看待，则气滞、气逆、气陷、血虚等亦应当作病因对待，若如此，则中医的病因含义，已不仅是指产生疾病的致病因素，而是包含了病因与病理两部分内容，必然混淆病因与病理的概念，造成理论的混乱。

“辨证求因，审因论治”是中医治病的重要方法和特色。辨证求因的“因”，是指产生某些症候群的原因而非致病因子，其与症候群之间存在着因果关系并非是病因与疾病的关系。因此辨证求因之“因”与病因学之“因”不能混为一谈。

二、常见痰证的临床鉴别

痰之为患，病变多端，但总离不开脏腑经络等组织，其常见病证的表现如下：

痰在肺，多咯痰，常伴见咳嗽、气喘、胸闷等症。对于肺病咯出的痰，应辨别痰的量、质、色。一般来说，痰液量多为病重，量少为病轻；痰质稀薄多属寒，质稠厚腻多属热；色白多寒，色黄多热。其中白痰在肺热证中，亦能见到，这是火热灼津为痰，在肺系停留时间短暂的缘故。正如《医碥·痰》中所述：“盖火盛壅逼，频咳频出，停留不久，故未至于黄稠耳。”

痰在脾胃，《赤水玄珠·中风》中说：“津液生于脾胃，水谷所成，浊则为痰，故痰生于脾胃也。”痰在脾，名湿痰，其痰滑而易出，常伴见腹胀便溏，面黄神倦，肢体沉重，舌苔白腻，脉缓等症。痰在胃，多呕痰，色白质稀者多属寒，稠厚色黄者多属热。并常兼见脘痞纳呆，头晕目眩，苔腻脉滑等症。

痰在心，有痰迷心窍，痰火扰心之证，详见病辨证。

痰在肝经，若痰挟风阳上逆，可见卒然倒地，喉中痰鸣，手足抽搐或半身不遂等症，在中风、癫痫等病中，较为常见。若肝气上逆，与痰搏结咽喉，则咽部有异物感，咽之不下，吐之不出，不红不肿，其自觉咽部物体之有无，往往与情绪变动有关。

痰在肾经，面黑神倦，痰中有黑点而味咸，阳虚者痰液稀薄，阴虚者痰粘稠浊，故《锦囊秘录·痰饮大小总论》说：“盖痰者，水也，有肾虚不能制水，水冷为痰，是无火之痰，痰清而稀；阴虚火动，火结为痰，是有火之痰，痰稠而浊。”

痰在经络肌表，可见肢体麻木，或肌肤痰核，大小不一，皮色如常，或乳房结块，名曰乳癖等。若痰阻颈项，可见瘰疬气瘰。所以《丹溪心法·痰》中说：“凡人身上中下有块者，多是痰。”

三、痰证的命名特点

痰证可出现于人体任何部位，证候错综复杂，故历代医家对于痰的名称，有各种不同的提法，如有的联系病因病机，定名为湿痰、热痰、寒痰、风痰、燥痰、气痰、食积痰等；有的以五脏为重点，阐述痰证的不同属性和临床表现；在脾经者名曰湿痰，脉缓面黄，肢体沉重，嗜卧不收，腹胀食滞，其痰滑而易出。在肺经者名曰燥痰，脉涩面白，气上喘促，洒淅寒热，悲愁不乐，其痰涩而难出。在肝经者名曰风痰，脉弦面青，四肢满闷，便溺秘涩，时有燥怒，其痰青多泡。在心经者名曰热痰，脉洪面赤，烦热心痛，口干唇燥，时多喜笑，其痰坚而成块。在肾经者名曰寒痰，脉沉面黑，小便急痛，足寒面逆，心多恐怖，其痰有黑点面多稀……；有的泛指病变部位，面有痰在膈上、在中膈，在胁，在背，在头，在颈项，以及痰结咽喉，痰阻四肢，痰滞经络等称；有的根据痰液的胶粘难咯，病情的顽固程度，而描述为老痰、顽痰、胶痰、痰结窠囊等名。

【古代文献】

一、痰证

《丹溪心法·痰》：痰之为物，随气升降，无处不到。……凡人身上、中、下有块者，多是痰。

《赤水玄珠·中风》：痰乃津液之变。

《医林绳墨·痰》：痰者，人身之痰饮也。人之气道清顺，则痰不生，窒塞则痰壅盛。或因风、寒、暑、湿之外感，或因七情、饮食之内伤，以致气逆而液浊，则痰症成焉。是

以聚于肺者，则名气痰，其痰喘嗽上出；留于胃者，则名食痰，其痰积利下行；在肺经者，名为风痰，其痰青而多泡；在心经者，名为热痰，其痰坚而成块；在肾经者，名为寒痰，其痰有黑点而多稀。若夫痰滞于经络，则为肿为毒；痰存于四肢，则麻痹不仁；痰迷于心窍，则谵语、恍惚、悸、健忘；痰壅于中膈，则为痞、为满、关格、喉闭、胁痛、乳痈。乃其所因，则又不可不知。盖痰因于风，则眩晕动摇；痰因于火，则吐呕酸苦；痰因于湿，则肢节重痛，不能转移；痰因于寒，则吞酸恶心，呃逆涎沫；痰因于情郁感动，则劳瘵生虫，肌肤羸瘦；痰因于饮食、内伤，则中气迷闷，腹中不利，见食恶食，不食不饥；此皆痰之见于内而证于外者也。治疗之法，总宜豁痰为要，清气主之。盖气顺则痰清，痰行则病去。何也？气升痰亦升，气降痰亦降，气行痰亦行也。如专治其痰，而不善理其气，则气滞痰愈生矣。又有或为寒热，或为肿痛，或为狂越，或胸中漉漉有声，或为背膊紧冰冷，或为咽嗑不利，咯之不下，状如粉絮梅核，亦皆痰之所致也。……夫痰因火动，则宜治火为急；痰由滞坚，则宜行滞为先，即曰：热痰清之，湿痰燥之，风痰散之，气痰顺之，寒痰温之，郁痰开之，顽痰饮之，食痰消之，在上者吐之，在中者下之，在下者提之。然总不外痰生于脾胃者，宜实脾以行湿；痰生于肺肝者，宜开郁以行气而已。

《锦囊秘录·痰饮大小总论》：阴虚火动，火结为痰。

《临证指南医案·痰证》：阴虚劳症，龙相之火，上炎烁肺，以致痰嗽。

《存存斋医话稿·卷一》：痰属湿，为津液所化。盖行则为液，聚则为痰。

二、饮证

《素问·至真要大论》：岁太阴在泉，……民病饮积……；太阴之胜，……饮发于中……；太阴之复……饮发于中。

《素问·气交变大论》：岁土太过，雨湿流行……，饮发中满食减。

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》：夫饮有四，何谓也？师曰：有痰饮，有悬饮，有溢饮，有支饮。问曰：四饮何以为异？师曰：其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮。饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮，咳逆倚息，短气不得卧，其形为肿，谓之支饮。

《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》：此论饮之所得，其来有五：有愤郁而得之者，有困乏而得之者，有思虑而得之者，有痛饮而得之者，有热时伤冷而得之者，饮证虽多，无出于此。

《景岳全书·杂证谟·痰饮》：痰之与饮，虽曰同类，而实有不同也。盖饮为水液之属，凡呕吐清水及胸腹膨满，吞酸噎腐，溼溼有声等症，此皆水谷之余，停积不行，是即所谓饮也。若痰有不同于饮者，饮清彻而痰稠浊，饮惟停积肠胃，而痰则无处不到。水谷不化而停为饮者，其病全由脾胃，无处不到而化为痰者，凡五脏之伤皆能致之。故治此者，当知所辨，而不可不察其本也。

《医门法律·痰饮门》：《金匱》即从水精不四布，五经不并行之处，以言其患。……浅者在于躯壳之内，脏府之外，……由胃而上流于肠。一由胃而下流于肠，一由胃而旁流于胁，一由胃而外出于四肢，一由胃而上入于胸膈。始先不觉，日积月累，水之精华，精之混浊，于是遂成痰饮。必先困聚于呼吸大气难到之处，故由肠而胁，而四肢，至渐渍于胸膈，其势愈逆矣。

三、水停证

《素问·生气通天论》：因于气，为肿，四维相代，阳气乃竭。

《素问·评热病论》：有病肾风者，面胗癢然壅。……至必少气时热，时热从胸背上至头，汗出手热，口干苦渴，小便黄，目下肿，腹中鸣，身重难以行，月事不来，烦而不能食，不能正偃，正偃则咳甚，病名曰风水。

《素问·评热病论》：水者阴也，目下亦阴也，腹者至阴之所居，故水在腹者，必使目下肿也。……诸水病者，故不得卧，卧则惊，惊则咳甚也。

《素问·水热穴论》：帝曰：诸水皆生于肾乎？岐伯曰：肾者牝脏也，地气上者属于肾，而生水液也，故曰至阴。勇而劳甚则肾汗出，肾汗出逢于风，内不得入于脏腑，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为胗肿，本之于肾，名曰风水。所谓玄府者，汗空也。

《素问·平人氣象论》：颈脉动喘疾咳，曰水。目裹微肿如卧蚕起之状，曰水。……足胫肿曰水。

《金匱要略·水气病脉证并治》：心水者，其身重而少气，不得卧，烦面躁，其人阴肿。肝水者，其腹大，不能自转侧，胁下腹痛，时时津液微生，小便续通。肺水者，其身肿，小便难，时时鸭溇。脾水者，其腹大，四肢苦重，津液不生，但苦少气，小便难。肾水者，其腹大，脐肿，腰痛，不得溺，阴下湿如牛鼻上汗，其足逆冷，面反瘦。

《金匱要略·水气病脉证并治》：风水其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风。……寸口脉沉滑者，中有水气，面目肿大，有热，名曰风水。视人之目裹上微拥，如蚕新卧起状，其颈脉动，时时咳，按其手足上，陷面不起者，风水。……风水，脉浮身重，汗出恶风者，防己黄芪汤主之。腹痛者加芍药。……风水恶风，一身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热，越婢汤主之。

《诸病源候论·水肿病诸候·水通身肿候》：肾虚不能宣通水气，脾虚又不能制水，故水气盈溢，渗液皮肤，流遍四肢，所以通身肿也。

《丁甘仁医案·咳嗽》：脾肾之阳式微，水饮泛滥横溢，上激于肺则喘，灌溉肌肤则肿，凝聚募原则胀。阳气不到之处，即是水湿盘踞之所，阴霾弥漫，真阳埋没。

四、津液亏虚证

《赤水玄珠·中风》：津液者，血之余，行乎脉外，流通一身，如天之清露……。遍身上下，无处不到。

《临证指南医案·脾胃》：凡遇禀质木火之体，患燥热之症，或病后热伤脾胃津液，以致虚痞不食，舌绛咽干，烦渴不寐，肌燥熇热，便不通爽。此九窍不和，都属胃病也。

《伤寒指掌·救逆新法》：伤寒如经发表多者，则津液内竭，血不荣筋，以致手足挛疼，二便艰涩，当以加味逍遥散加熟地、枸杞、钩藤。

【研究进展】

一、痰证的流行病学调查

方氏等^{〔1〕}采用临床流行病学的方法，研究567例心脑血管病痰证的患病情况、危险因素及临床特点。结果表明：痰证患病率为0.462，其中以中风的痰证患病率为最高(0.579)；痰证病人年龄(60±10岁)大于非痰证病人(57±10岁)，P<0.01。且痰证

患病率随年龄增长而逐步上升；痰证中男性患病率明显高于女性；不同职业的痰证患病率基本相同；痰证多发于夏季而少发于冬季；肥胖、吸烟、嗜酒是痰证的易患因素，OR值分别为 2.135、1.960、2.136；痰证典型临床表现为咯痰、咳嗽、喉中痰鸣、肢麻、气短喘促、眩晕、嗜睡、舌胖苔腻、脉滑等。这些可以作为痰证临床辨证的指标。李氏等^[2]观察 263 例患者，痰病的患病率高于血瘀证。痰证多见于慢性支气管炎合并肺气肿患者，痰证和瘀证的函数式分别为： $Y_1 = -3.032 + 0.386X_1 + 3.5382X_2 + 1.7718X_3 + 1.1892X_4 + 4.0247X_5 - 0.574X_6$ ； $Y_2 = -4.1572 + 4.1695X_1 + 0.6552X_2 + 0.7206X_3 + 5.3918X_4 + 1.1823X_5 + 3.3986X_6$ 。其中 X_1 为胸痛， X_2 为咯痰， X_3 为气短喘促， X_4 为舌有瘀斑， X_5 为苔腻， X_6 为脉结代。

二、痰证与某些检测指标的关系

（一）痰证与血脂的关系

痰证患者存在着血脂、脂蛋白和载脂蛋白等生化指标的异常。徐氏等^[3]对 82 例痰浊型、28 例非痰浊型冠心病和 50 例正常人血脂进行了分析，发现具有痰浊的冠心病患者血清 TC、TG、LDL-C 含量明显增高，与无痰浊的冠心病患者和正常人组比较，差异有高度显著性 ($P < 0.01$)。并认为血清 TG 和 LDL-C 含量升高是冠心病痰湿和痰热两亚型特有的生化物质基础。沈氏等^[4]对 35 例冠心病痰浊型患者的血清载脂蛋白和脂蛋白组分进行了观测，研究发现，冠心病痰浊型患者与冠心病非痰浊型患者比较，血清 apoB、T-ch、TG、LDL-C、VLDL-C 水平及 AI 值 apoB/apoA-I 比值明显升高 ($P < 0.05 \sim 0.001$)，血清 HDL-C、HDL₂-C 水平及 HDL-C/T-ch、HDL-C/LDL-C、HDL₂-C/T-ch 比值明显降低 ($P < 0.02 \sim 0.001$)；与正常对照组比较，血清 HDL₃-C 水平及 HDL₃-C/T-ch 比值明显下降 ($P < 0.001$)，HDL₃-C/HDL₂-C 及 apoA-I/HDL-C 比值明显增大 ($P < 0.05 \sim 0.001$)，提示冠心病痰浊型与脂质代谢紊乱密切相关，载脂蛋白及脂蛋白组分的异常变化是痰浊型的病变基础之一，可作为其辨证的客观化指标。程氏等^[5]报道，冠心病痰浊型血清 TC、FC 含量明显高于非痰浊型 ($P < 0.05$) 和正常人 (分别为 $P < 0.05$ 和 0.01)，HDL-C、HDL₂-C 也明显高于非痰浊型 ($P < 0.05$)。结果提示，TC、FC、HDL-C、HDL₂-C 可作为鉴别冠心病痰浊型和非痰浊型的客观指标。熊氏等^[6]发现冠心病痰浊型 apoA₁ 显著降低，apoB₁₀₀ 及 apoB₁₀₀/apoA₁ 显著升高。林氏等^[7]亦证明冠心病痰浊型患者存在着脂质代谢异常。宋氏等^[8]采用药物反证的方法发现，化痰健脾中药组成的方剂（痰浊清）能明显地降低实验性高脂血症动物血清总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白 (LDL) 水平，并能升高 HDL/TC 之比值，降低动脉粥样硬化指数 (AI)，充分证明高脂血症与中医之痰浊确有十分密切的关系，在一定程度上实为中西医学上两个不同称谓的同一病证，其共同的主要特征是 TC、TG 和 LDL 的升高。因此，认为可将血清 TC、TG 和 LDL 升高作为血中痰浊的主要指标。

（二）痰证与血液流变性的关系

痰证患者常出现血液流变学方面的异常改变。王氏等^[9]采用 N2-4 型锥板粘度计对肥胖病人痰湿型体质、非痰湿型体质和正常人三组的血液流变学指标进行了检测，结果表明痰湿体质组全血粘度、血浆粘度、红细胞电泳、血沉、血小板聚集率中的 Agg^[5] 及纤维蛋白原均高于正常对照组，二者间差异有显著性 ($P < 0.01 \sim 0.001$)，反映痰湿体质者血液处于浓、粘、聚、凝的高粘状态。李氏^[10]通过对 91 例痰邪阻滞脉络所致缺血性中风患

者血液流变学的观察,探讨痰邪实质与血液流变学之间的关系。认为痰在血液流变学方面的改变是全血粘度比、全血还原粘度明显增高,血细胞压积、血浆比粘度、血沉增高,纤维蛋白原、红细胞电泳时间正常。说明痰邪实质是以血液稠浓、粘滞为特征,与血液凝固性无关。化痰法治疗能显著降低全血粘度比及全血还原粘度,降低血球压积、血浆比粘度、血沉,达到改善血液粘滞性,稀释血液的目的。李以义^[11]认为血液流变异常与津液不循常道便成痰浊的含义相同,选用化痰之品可以纠正血液流变的异常。方氏等^[12]采用微电脑自动处理数据,电视监测的可调式毛细血管粘度计和红细胞电泳仪,测定45例冠心病痰证病人的血液流变学6项指标,结果表明,冠心病人的全血粘度、血浆粘度、红细胞聚集指数和血沉等指标均高于正常对照组。提示红细胞聚集性增强和血浆粘滞性增高是冠心病痰证的主要血液理化基础。

(三) 痰证与血液循环的关系

临床研究显示,痰证患者存在着血液循环的异常变化。方氏等^[13]对293例痰证和273例非痰证血液循环进行了观测。发现痰证血液循环的变化主要为血液浓稠性、粘滞性、聚集性和凝固性增高,脑血流量减少,与非痰证比较, $P < 0.05 \sim 0.01$ 。此外,痰证组中眼底动脉硬化者(186/293)多于非痰证组(142/273), $P < 0.01$ 。痰证逐步回归方程为 $Y = 0.1387 + 0.0045X_1 + 0.0164X_2 + 0.0005X_3$ (式中 X_1 为收缩压, X_2 为nb, X_3 为FgQ)多元逐步回归分析结果表明,痰证突出的表现为血液凝固增高及脑血流量减少,且与年龄有关。

(四) 痰证与甲皱微循环的关系

王氏等^[9]采用WBX-811-型闭路电视系统微循环显微照相分析发现,痰湿体质者甲皱微循环的异常发生率高于正常对照组($P < 0.01 \sim 0.001$)。主要表现为异形管祥增多,毛细血管扭曲、扩张,管祥模糊,周围渗出,流速减慢,流态呈粒流、粒线改变。痰湿体质与非痰湿体质比较,异形管祥和流态异常增多,说明痰湿体质存在着微循环障碍。

(五) 痰证与其他检测指标的关系

1. 与血流动力学检测指标的关系 吴氏等^[14]采用脉搏图象法测定30例冠心病痰证病人血流动力学18项指标,其中心肌收缩力、功力增大,心脏每搏流量、流速增加,外周阻力增加,动脉血管紧张度加大,交感神经功能亢进,反映了冠心病痰证病人具有“功亢”为主的标实特征。另一方面,冠心病痰证病人具有心肌受损,心肌本身功能低下,有效循环血量不足,表明冠心病痰证病人有本虚存在,但不突出。运用血流动力学指标能客观地、定量地说明冠心病痰证的病理基础是本虚标实。本虚主要责之于心脾肾,标实为痰浊壅塞,痹阻心脉。

2. 与体重指数、腰围/臀围值的关系 沈氏等^[15]研究发现,冠心病男性患者体重指数(BMI)、腰围/臀围(WHR)及女性BMI值均明显高于非痰浊型和正常对照组($P < 0.01 \sim 0.001$);女性WHR值高于非痰证型,但无显著性差异($P > 0.05$),却明显高于正常对照组($P < 0.001$)。提示痰浊型病人形体明显趋于肥胖,印证了祖国医学“肥人多痰”之理论。检测WHR可作为痰浊型辨证客观化的一种简便可行的指标之一。

3. 与血糖、胰岛素、及红细胞 Na^+ , K^+ -ATP酶活性的关系 苏氏等^[16]对痰湿型体质血糖胰岛素和红细胞 Na^+ , K^+ -ATP酶活性进行了检测,研究显示,痰湿型体质者血糖和胰岛素水平显著高于非痰湿型体质,结果说明痰湿型体质存在着糖代谢的异常;红

细胞 Na^+ , K^+ -ATP 酶活性痰湿型体质显著低于非痰湿型体质, 揭示痰湿型体质具有能量转换水平偏低, 体内能量利用减少的特征。

三、痰证实验研究的展望

综上所述, 痰证的实验研究取得了一定的成绩, 但研究的深度和广度还距要求甚远, 在研究的方法上亦有待于改进。现阶段急需考虑的问题主要有:

1. 痰证的诊断标准问题 制定全国性痰证诊断标准具有十分重要的现实意义, 目前只有部分疾病的痰证诊断标准, 还缺乏一个广义痰证的诊断标准。有文献报道部分采用自行制定的标准, 导致不同研究者之间的纳入标准存在着人为差距, 影响了研究结果的可信性和重复性。例如, 王氏等^[9]认为痰浊体质血液处于浓、粘、聚、凝的高粘状态, 而李氏^[10]却报道痰邪是以血液稠浓、粘滞为特征, 与血液凝固性无关。出现这种矛盾的结果, 可能与纳入标准不尽相同有一定的关系。因此制定统一的痰证诊断标准, 并严格按照标准选择病例是一个值得考虑的问题。

2. 痰证的动物模型研制问题 中医某些证的动物模型研制取得了一定的成绩, 但痰证动物模型的研制还有待加强。如何遵循中医病因学的要求, 利用现代生物科学技术的先进方法, 研制出符合中医理论要求的痰证动物模型, 对中医痰证的实验和临床研究均将起到较大的推进作用。

3. 痰证研究的方法问题 目前采用的研究方法还较简单, 仍然局限于对痰证病人使用比较简单的功能、形态和生化等方面的检测。至今还没有发现对痰证诊断具有高度特异性价值的指标。如何利用最新科学技术和方法, 从亚细胞和分子水平的高度开展对痰证本质的研究值得认真思考。

参 考 文 献

- [1] 方水奇, 等. 心脑血管病痰证临床流行病学研究. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (1): 1
- [2] 李小兵, 等. 痰证和瘀证的临床比较分析. 中医杂志, 1993, 34 (1): 47
- [3] 徐济民, 等. 痰浊型冠心病与血脂水平的探讨. 中西医结合杂志, 1984, 4 (5): 265
- [4] 沈礼勇, 等. 冠心病痰浊型与血清载脂蛋白、脂蛋白组分的关系. 中国医药学报, 1991, 6(1): 36
- [5] 程小曲, 等. 痰浊型冠心病与血脂脂蛋白载脂蛋白的关系及痰浊形成机理的探讨. 新中医, 1994, (3): 7
- [6] 熊尚全, 等. 冠心病中医辨证与载脂蛋白关系的初步探讨. 福建中医学院学报, 1994, 4 (3): 7
- [7] 林求诚, 等. 冠心病中医辨证病理生理学基础初探. 福建中医药, 1989, 20 (3): 12
- [8] 宋剑南, 等. 高脂血症与中医痰浊关系的实验研究. 中国中医基础学杂志, 1995, (1): 49
- [9] 王琦, 等. 肥胖人痰湿型体质的血液流变及甲皱微循环研究. 中国中医基础学杂志, 1995, (1): 52
- [10] 李旭成. 缺血性中风病痰邪实质与血液流变学关系的探讨. 实用中西医结合杂志, 1992, 5(8): 453
- [11] 李以义. 论血液流变性异常与痰浊之关系. 新疆中医药, 1991, (3): 39
- [12] 方显明. 冠心病痰证病人的血液流变性探讨. 中医研究, 1990, 3 (2): 15
- [13] 方水奇, 等. 痰证的血液循环特征初探. 湖北中医杂志, 1992, 14 (6): 33
- [14] 吴凯, 等. 冠心病痰证脉图血流动力学规律的探讨. 中国中医急症, 1993, 2 (2): 52
- [15] 沈礼勇, 等. 冠心病痰浊型与体重指数、腰围/臀围值的关系. 实用中西医结合杂志, 1992, 5 (8): 451
- [16] 苏庆民, 等. 肥胖人痰湿型体质血脂、血糖、胰岛素及红细胞 Na^+ , K^+ -ATP 酶活性的检测及特征. 中国中医基础医学杂志, 1995, 1 (2): 39

第九章

脏 腑 辨 证

脏腑辨证是在认识脏腑生理功能、病理特点的基础上，将四诊所收集的症状、体征及有关病情资料，进行综合分析，从而判断疾病所在的脏腑部位、病因、病性等，为临床治疗提供依据的辨证归类方法。简言之，即以脏腑为纲，对疾病进行辨证。

脏腑辨证的形成，早在《内经》即提出了按脏腑进行辨证的观点。东汉张仲景《金匱要略》确立以脏腑病机立论进行辨证。《中藏经》有五脏六腑虚实寒热、生死顺逆脉证诸篇，从而使脏腑辨证初具系统性。唐宋金元时期，孙思邈、钱乙、张元素、李东垣等，均对脏腑辨证有较大的充实和发展。明清时期，张景岳、绮石、李中梓、王泰林、叶天士等，则对不同脏腑病证进行了分别研究而卓有成效。解放后，经广大中医工作者的整理、总结，形成了较为完善的脏腑辨证体系，并编入中医院校教材。

脏腑辨证的内容，主要包括脏病辨证、腑病辨证，以及脏腑兼病辨证。其中以五脏病证为辨证的重点，六腑病证通常归纳在脏病之中，脏腑兼病则仍以脏与脏病相兼为主。

学习、运用脏腑辨证，应注意如下思维方法。首先，脏腑生理功能及病理变化，是脏腑辨证的理论依据。脏腑生理功能不同，其病理变化亦异，故而不同脏腑发生病变，所反映出来的症状、体征也就必然有别，这正是确定脏腑病位的主要依据。其次，病因病性辨证是脏腑辨证的基础。在判断脏腑病位的同时，还应进一步辨明其病因病性。其中脏腑实证，一般可根据风、火、寒、湿、痰、瘀等病因的性质和致病特点的不同来判断；脏腑虚证，则可根据阴、阳、气、血等不足的规律来判断。所以，脏腑辨证与病因病性辨证之间，有着相互交织的“纵”、“横”关系。第三，进行脏腑辨证，应从整体观的角度来分析脏腑病变所属证候。由于祖国医学认为，人体是以五脏为中心的五个大系统，脏腑病变时，其临床表现则可发生在各系统的诸多方面。因此，辨析脏腑证候，则可据此辨明各种临床证候的内在联系，病理上也就必然存在着相互影响，从而形成诸多脏腑兼病证候。

脏腑辨证的意义在于，它是中医辨证体系中的重要组成部分，是其他辨证方法的基础，为中医临床各科辨证的必备基本方法。尽管中医的辨证方法较多，且各具特色，各有侧重，然而脏腑辨证则以其概念确切，内容具体，纲目清楚，系统完整等特点，更易于临床掌握运用，因而为中医内、外、妇、儿等科普遍采用。

第一节 心病辨证

【基本内容】

心居胸中，与小肠相表里，开窍于舌，在体合脉，其华在面。心的主要生理功能为主血脉和主神明。

心的病变主要反应在两方面：一是心脉本身及其主血脉功能的异常，多表现为心悸、怔忡、心痛、心烦、脉结代促等；二是心藏神的异常，即意识思维等精神活动的异常，多表现为失眠、多梦、健忘、神昏、神识错乱等。此外，舌体的病变，如舌痛、舌疮等，通常也应归属于心。

心病证候有虚实之分，虚证有阴、阳、气、血亏虚，实证多由火扰、痰阻、寒凝、气滞、血瘀等引起。

一、心血虚证

指由于心血亏虚，不能濡养心及心神所表现的证候。

【临床表现】心悸，头晕，失眠，多梦，健忘，面色淡白或萎黄，唇、舌色淡，脉细弱。

【机理分析】具有血不养心所致的心悸，失眠，多梦，健忘等症。并具有血虚不荣的一般症状，如头晕，面色淡白或萎黄，唇、舌色淡，脉细弱等。

以心悸失眠兼血虚证为辨证要点。

二、心阴虚证

指由于心阴亏虚，虚热内扰所表现的证候。

【临床表现】心烦心悸，失眠多梦，五心烦热，午后潮热，盗汗，两颧潮红，舌红少津，脉细数。

【机理分析】具有心失濡养、虚热扰心所致的心悸、心烦、失眠、多梦等症。并具阴虚阳亢的一般虚热证表现，如五心烦热、潮热、盗汗、颧红、舌红少津、脉细数等。

以心悸心烦不宁，失眠多梦及阴虚证为辨证要点。

心阴虚证与心血虚证均有心失濡养的病理改变，但前者是因心阴亏损，而后者是由于心血不足。二者在临床表现上均有心悸、失眠、多梦等症，但所伴随的阴虚证和血虚证的特点有所不同，可资鉴别。

三、心气虚证

指由于心气不足，鼓动无力所表现的证候。

【临床表现】心悸，气短，精神疲惫，活动后加重，面色淡白，或有自汗，舌质淡，脉虚。

【机理分析】以心气虚鼓动无力所致心动异常之心悸为主症。伴有气短、神疲，动则尤甚，面色淡白、自汗、舌淡、脉虚等一般气虚见症。

以心悸及气虚证为辨证要点。

四、心阳虚证

指由于心阳虚衰，鼓动无力，虚寒内生所表现的证候。

【临床表现】心悸怔忡，心胸憋闷或痛，气短，自汗，形寒肢冷，面色晄白，或面唇青紫，舌质淡胖或紫暗，苔白滑，脉弱或结代。

【机理分析】 一方面因心脏阳气虚衰，鼓动无力而见心悸怔忡，心胸憋闷或痛，气短自汗等症。另一方面因阳虚生寒，温运失职而见形寒肢冷，面色晄白，或面唇青紫，舌质淡胖或紫暗，苔白滑，脉弱或结代等寒象。

以心悸怔忡，胸闷或痛及阳虚证为辨证要点。

五、心阳虚脱证

指心阳衰极，阳气暴脱所表现的证候。

【临床表现】 在心阳虚证的基础上，突然出现冷汗淋漓，四肢厥冷，呼吸微弱，面色苍白，或心痛剧烈，口唇青紫，脉微欲绝，甚或神志模糊，昏迷不醒。

【机理分析】 在心阳虚证的基础上，突然出现心阳暴脱，故见冷汗淋漓，四肢厥冷，呼吸微弱，面色苍白，脉微欲绝，神志模糊，昏迷不醒等亡阳之征。

以心阳虚及亡阳证为辨证要点。

心气虚、心阳虚、心阳虚脱三证密切相关，而为三个不同病理阶段，以心气虚证为基础，进而心阳虚，进而心阳虚脱。临床辨证，以心悸及气虚证为心气虚；再兼虚寒之象者为心阳虚；更兼亡阳证者为心阳虚脱，不得混淆。

六、心火亢盛证

指由于心火内炽所表现的实热证候。

【临床表现】 心烦失眠，面赤口渴，身热，便秘尿黄，舌尖红绛，苔黄，脉数。或口舌赤烂疼痛，或小便赤、涩、灼、痛，或吐血、衄血，甚或狂躁谵语，神识不清等。

【机理分析】 具有心火内炽所致的心烦失眠，口舌赤烂疼痛，狂躁谵语，神识不清等症。具有火热炽盛之面赤口渴，身热，便秘，尿黄或赤涩灼痛，或吐血、衄血，舌红苔黄，脉数等里实热症。

以神志症状及里实热证为辨证要点。

心火亢盛证与心阴虚证均以心烦失眠为主症，并伴有热象，但前者为实热证，后者为虚热证。

七、心脉痹阻证

指由于瘀血、痰浊、阴寒、气滞等因素阻痹心脉，而出现以心悸怔忡，胸闷心痛为主症的一类证候。

【临床表现】 心悸怔忡，心胸憋闷作痛，痛引肩背内臂，时作时止。或痛如针刺，舌暗或有青紫斑点，脉细涩或结代；或心胸闷痛，体胖痰多，身重困倦，舌苔白腻，脉沉滑或沉涩；或遇寒痛增，得温痛减，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟或沉紧；或疼痛而胀，胁胀，善太息，舌淡红，脉弦。

【机理分析】 多因正气先虚，心阳不振，而致有形之邪阻痹心脉，故其性质属本虚标实。心脉痹阻不通，故见心悸怔忡，胸闷心痛，痛引肩背内臂。瘀血阻滞心脉则心痛如刺，舌紫暗或有斑点，脉结代或细涩；痰阻心脉则闷痛，体胖多痰，身重困倦，苔白腻，脉沉滑或沉涩；寒凝心脉则剧痛，得温痛减，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟或沉紧；气滞心脉则胀痛，胁胀，善太息，脉弦等。

以心悸怔忡，心胸闷痛为主症，伴血瘀、痰湿、阴寒、气滞的兼症为辨证要点。

八、痰蒙心神证

指由于痰浊蒙蔽心神，表现以神志异常为主症的证候。又称痰迷心窍证、痰迷心

包证。

【临床表现】 意识模糊，甚至昏不知人，或精神抑郁，表情淡漠，神志痴呆，喃喃独语，举止失常。或突然昏仆，不省人事，口吐涎沫，喉有痰声。并见面色晦滞，胸闷呕恶，舌苔白腻，脉滑。

【机理分析】 表现为痰浊蒙蔽心神之意识模糊，昏不知人或精神抑郁，神志痴呆等癫病证候；或为肝风夹痰，上蒙心神之突然昏仆，不醒人事，口吐涎沫等痫病证候。另有痰浊内阻所致的面色晦滞，胸闷呕恶，舌苔白腻，脉滑等症。

以神志异常和痰浊见症为辨证要点。

九、痰火扰神证

指由于火热、痰浊侵扰心神，表现以神志异常为主的证候。

【临床表现】 发热烦躁，面赤口渴，气粗，便秘尿黄，吐痰色黄，或喉间痰鸣，胸闷，心烦不寐，甚则狂越妄动，打人毁物，胡言乱语，哭笑无常，或神昏谵语，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

【机理分析】 具有痰火扰乱心神的见症，如心烦失眠，神昏谵语等，甚则发为狂越妄动，打人毁物之狂病证候。另见痰热内盛之症，如发热面赤，便秘尿黄，吐痰色黄或喉间痰鸣，舌红苔黄腻，脉滑数等。

以神志异常和痰火内盛之症为辨证要点。

痰火扰神证与痰蒙心神证，均以神志异常为主症，但前者表现为亢奋型，并伴有痰火之症；后者表现为抑郁型及一般痰浊见症而无热象。

十、瘀阻脑络证

指由于瘀血犯头，阻滞脑络，表现为头痛、头晕为主症的证候。

【临床表现】 头痛、头晕经久不愈，痛处固定不移，痛如锥刺，或健忘、失眠、心悸，或头部外伤后昏不知人，面晦不泽，舌质紫暗，或有瘀点瘀斑，脉细涩。

【机理分析】 一方而是脑络阻滞不通的头痛、头晕、健忘、失眠、心悸等症。另一方面为有瘀血之征，如刺痛不移，面色晦暗，舌质紫暗，或见瘀斑瘀点，脉细涩等。

以头痛、头晕及瘀血征为辨证要点。

【补充阐发】

一、“心移热于小肠”证辨析

心与小肠之间有经络相连，《灵枢·经脉》曰：“心手少阴之脉……出属心系，下膈，络小肠。”而“小肠手太阳之脉……入缺盆，络心……下膈，抵胃属小肠。”两者相互络属，便构成了表里关系，故称“心与小肠相表里”。心与小肠的内在联系，表现在病理上较为明显，《备急千金要方·心脏脉论》曰“左手寸口人迎以前脉阴阳俱实者，手少阴与巨阳经俱实也。病苦头痛、身热、大便难，心腹烦满，不得卧，以胃气不转水谷实也。名曰心小肠俱实也。”在该书之“小肠腑脉论”一篇中又指出：“左手寸口人迎以前脉阳实者，手太阳经也。病苦身热来去，汗不出，心中烦满，身重，口中生疮，名曰小肠实热也。则小便赤短淋漓，导赤饮加炒栀子、车前子、黄连、白芍、灯芯。”由此，“心移热于小肠”证又可称为“心与小肠俱实证”和“小肠实热证”。本证是由于心火内炽循经移热于

小肠，致使小肠里热实盛，分清泌浊之功能异常所产生的证候。主要临床表现为：心胸烦热，面色红赤，口渴欲饮，口舌生疮，小便赤涩、灼痛或尿血，或脐腹痞满，舌尖红赤，舌苔薄黄，脉数有力。

小肠实热证应与心火亢盛证及膀胱湿热证相鉴别。心火亢盛证是小肠实热证的病理基础，二证皆可见心烦口渴，口舌生疮，舌红苔黄，脉数等症。但小肠实热证以心火下移小肠，影响其泌别清浊的功能为基本改变，因此其重点在小便的异常，以小便赤涩，尿道灼痛，甚则尿血为主症。而心火亢盛证是以心火亢盛，内扰神明，上炎舌窍为基本病理改变，其重点在于神明被扰而以心烦失眠，甚则狂躁谵语，口舌生疮、糜烂为主症。凭其主症，可作出判别。膀胱湿热证与小肠实热证虽均有小便短涩，尿道灼痛或尿血等症，但二者的病因病机不同，前者是因湿热之邪，蕴结膀胱，阻滞气机所致，有尿频、尿急、尿痛的表现，其血尿多为终末血尿，小便前、中段多无血。而后者则系火热之邪为患，因心移热于小肠，影响其泌别清浊的功能所致，并伴有心火内炽的症状，但无尿频、尿急的表现，其血尿也多见于小便的前、中段，而后段多无血。此外，二者的鉴别尚应参照舌脉，膀胱湿热因兼有湿邪，故常见有舌红而苔黄、浊腻，脉弦数，且热象起伏；心移热于小肠证仅为邪热所致，且常伤心阴，故舌尖红赤，苔薄或少苔，脉细而数，热象多为微热、烦热或潮热。

二、论“心移热于小肠”之非

“心移热于小肠”之说，不知出于何人何书？大约是根据心与小肠相表里的道理，认为心有热可传于小肠，而为心与小肠俱热。症见心烦，口舌生疮，口渴，小便短赤甚或淋漓涩痛、尿血，舌尖红，脉数等。治宜导赤清心。

其实脏腑间移热的论述，出于《素问·气厥论》，但书中并无心移热于小肠之说，而是称“心移热于肺”，“胞移热于膀胱”，“膀胱移热于小肠”。

这里应引起重视的是“胞移热于膀胱”之说，以往对于“胞”的解释，吴昆、张景岳认为是指精室与女子胞，马蒔、王安道等则认为是膀胱之中又有一胞。考“胞”字，《内经》有多种含义，其一为指心包络，如《素问·痿论》“悲哀太甚，则胞络绝”，此“胞”当为心包络。心包可代心受邪，心有热即心包络有热，心包络有热，则可通过手厥阴心主之脉历络三焦而下移于膀胱。

《素问·气厥论》原文说“胞移热于膀胱，则癃溺血。”癃是指小便困难，甚至闭塞不通。心（心包络）移热于膀胱而见小便困难、溺赤甚或带血，这与所谓“心移热于小肠”的表现相似。清·程国彭认为“心主血，心气热，则遗热于膀胱，阴血妄行而溺血焉。”《古今医案按》俞震曰：“经谓胞移热于膀胱则溺血。故溺血……宜导赤散加栀、芩、淡竹叶……。”便是其证。

另一方面，《素问·气厥论》称“膀胱移热于小肠，鬲肠不便，上为口糜。”说明小肠热当为肠鬲塞而不大便，上则口疮糜烂。同时小肠与小便并无直接关系，因而把小便困难、尿赤涩痛、尿血等归属于小肠热也有不妥。

总之，“心移热于小肠”当是“心包移热于膀胱”，将心包移热于膀胱，膀胱移热于小肠，简化为心移热于小肠，省略膀胱这个中间环节是不对的。

三、心火亢盛证的分类

心火炽盛属于实热证，其证候表现一般有发热，心烦，口苦口渴，便秘尿黄，舌红

苔黄，脉数有力等症。由于心主血脉，又主神明，舌为心之苗，心与小肠相表里而涉及小便，因而当心火炽盛而影响到心脉、心神、舌等不同方面的生理活动时，其病情可以表现出不同的特点，因而心火炽盛证又可区分为不同的证候类型。

心火上炎证：火性上炎，又有弥漫的特点，因此火热证常有全身的证候表现，并且上部症状常较突出。火热上炎的证候其实不只是心火，肝火、肺火、脾胃火、肾火等证均可上炎（或上浮）。称心火上炎者，主要是指舌体的证候突出，即以舌赤、舌烂、舌痛、舌体生痈疮等为主症，这是由于舌为心之苗的理论所规定的。

火【热】扰【闭】心神【包】证：指全身有发热口渴等实热【火】证候，而以心烦、不寐，甚至神昏、谵语为主症者。其中以心烦失眠为主者，称热【火】扰心神证；以神昏谵语为主者，称热闭心神【包】证，二者有轻重之别，病机有扰乱与闭阻的不同。

心火迫血妄行证：由于心主血脉，心气能推动血液运行，当心火亢盛时，可以导致血热妄行，脉络被灼，甚至出血，而见脉滑数，吐血衄血等症。

心移热小肠证：实际是心火炽盛而影响小便，出现既有心烦口渴，舌尖红赤等心火证候，又有小便黄赤、灼热，甚至涩痛带血等因热而影响小便的证候。

四、中医脑病的病因病机及辨证

脑，藏于颅腔之内，上至颅凶，下至风府，是人体极为重要的一个器官。中医学将脑隶属于奇恒之府，其功能与肢体运动、视觉、听觉、嗅觉、语言以及一切神经精神活动有关。在现代社会快节奏的支配下，脑病已成为人类常见病、多发病之一，死亡率极高。近年来，随着中医急诊工作的开展，脑病研究亦取得了一定的进展。

1. **脑病的病因病机** 中医脑病的范围主要涉及到脑、神、头颅等方面。外感六淫、内伤七情、跌仆损伤及房劳过度等均可造成脑部病变。其病理基础不外有虚实两端，实则阴阳失调，气血逆乱；虚则脏腑内伤，脑髓不足。至于脑虚致衰老则是由于：①脑虚则神衰，神衰则意识活动异常，反应迟钝，感觉麻木等。②脑虚则形神失调，全身稳态被破坏。③脑虚则内脏精微物质不能会于高巅，全身各部失养。此外，先天性的脑、头颅实质性损伤残缺也是脑病产生的原因之一。

2. **脑病的临床表现及辨证** 脑病的临床表现是多种多样的，可略分为三类：一类主要表现出精神情志方面的改变，临床上常见有神情抑郁紧张，不寐或嗜睡，妄言躁动，反应迟钝，神识错乱，记忆力减退，甚至痴呆等。另一类主要表现出五官、感知、肢体运动感觉功能上的异常，临床上常见有耳鸣，耳聋，舌强，舌痿软，舌歪，肢体震颤抽搐，麻木不仁，口眼歪斜，半身不遂，甚则神识昏冒，不省人事等。还有一类是脑、头颅本身的病变，临床上常见有脑鸣，头摇，头倾，凶门的下陷或凸起，凶门不合等。此外，现代医学中的脑血管病，颅脑损伤，精神病，癫痫，震颤麻痹，脑积水，脑膜炎，脑脓肿，脑垂体前叶功能减退症等，也可列于中医脑病的范围。

脑病的辨证有虚实之分。实证方面：外感六淫、内伤七情以及湿、痰、饮、瘀血、虫等致病因素均可犯脑，使神明失司，气血阴阳逆乱，临床上根据病因及症状常辨有：火扰脑神证、热闭心包证、血热扰神证、暑热闭神证、痰蒙心神证、湿热闭神证、风痰闭神证、瘀阻脑络证、痰火扰神证、气闭神厥证、水饮积脑证等。虚证方面：主要是由于气、血、精、髓亏虚，脑失濡养所致。临床上常辨有：髓亏脑虚证、血亏脑虚证、神气亏虚证等。在生理功能上脑与心、肝、脾、肾等脏关系密切，因而脑病虚证亦常与心肝

脾肾等脏的亏虚有关。

中医对脑病的系统研究起步较晚，随着对大脑认识的越来越具体化，中医脑病的研究亦亟待进一步发展，尤其是对脑病产生的机制及临床辨证治疗方面的研究，以期对临床实践的指导更具有针对性和科学性。

【古代文献】

《医门法律·明络脉之法律》：凡治病，不明脏腑经络，开口动手便错。

《医林改错·脏腑记叙》：夫业医诊病，当先明脏腑。……著书立说不明脏腑，岂不是痴人说梦；治病不明脏腑，何异于盲子夜行！

《素问·五脏别论》：所谓五脏者，藏精气而不泻也，故满而不能实。六腑者传化物而不藏，故实而不能满也。

《黄帝内经太素·经脉之三》：五脏者，所以藏精神魂魄也。六腑者，所以受水谷而行化物者也。

《类经·脏象类》：象，形象也，脏居于内，形见于外，故曰脏象。

《血证论·脏腑病机论》：脏腑各有主气，各有经脉，各有部分，故其主病，亦各有见证之不同。有一脏为病，而不兼别脏之病者，单治一脏而愈；有一脏为病，而兼别脏之病者，兼治别脏而愈。业医不知脏腑，则病原莫辨，用药无方，乌睹其能治病哉？吾故将脏腑大旨，论列于后，庶几于病证药方，得其门径云。

《素问·灵兰秘典论》：心者，君主之官也，神明出焉。

《灵枢·邪客》：心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也。

《素问·五脏生成》：诸血者，皆属于心。

《素问·痿论》：心主身之血脉。

《素问·六节脏象论》：心者，生之本，神之变也，其华在面，其充在血脉。

《灵枢·本神》：心藏神，脉舍神。

《灵枢·本输》：心合小肠。

《素问·灵兰秘典论》：故主明则下安，……主不明则十二官危。

《脏腑虚实标本用药式》：心藏神，为君火，包络为相火，代君行令，主血，主言，主汗，主笑。本病：诸病昏愦，惊惑，谵妄烦乱，啼笑，詈骂，怔忡健忘，自汗，诸痛痒疮疡。标病：肌热，畏寒战栗，舌不能言，面赤目黄，手心烦热，胸胁满，痛引腰背肩胛肘臂。

《杂病源流犀烛·心病源流》：《保生秘要》曰：心为一身之主，统领血海。故心血少则神不定，寝不安，百病集作。

《素问经注节解·脏气法时论》：盖心生血而为一身之主宰，善动多虑，其血易亏，病则缓弱，是其常也。

《医理真传·内伤说》：凡属内伤者，皆心气先夺，神无所主，不能镇定百官，诸症于是蜂起也。

《顾氏医镜·症方发明·虚劳》：心者，血之源，故心安则真血日生，惟劳心过度，则心血日耗。

《不居集·虚劳病源》：凡劳伤虚损，五脏各有所主，而惟心最多，且心为君主之官，

一身生气所系，最不可伤，五脏之伤，惟心为本。

《素问·调经论》：神有余则笑不休，神不足则悲。

《诸病源候论·五脏六腑病诸侯·心病候》：心为脏，而主里。心气盛，为神有余，则病胸内痛，肋支满，肋下痛，膺背肩胛间痛，两臂内痛，喜笑不休，是心气之实也，则宜泻之。心气不足，则胸腹大，肋下与腰背相引痛，惊悸恍惚，少颜色，舌本强，善忧悲，是为心气之虚也，则宜补之。

《重订严氏济生方·五脏门·心小肠虚实论治》：若忧愁思虑伤之，因其虚实，由是寒热见焉。方其虚也，虚则生寒，寒则血脉虚少，时多恐畏，情绪不乐，心腹暴痛，时唾清涎，心膈胀满，好忘多惊，梦寐飞扬，精神离散，其脉浮而虚者，是虚寒之候也；及其实也，实则生热，热则心神烦乱，面赤身热，口舌生疮，咽燥头痛，喜笑恐悸，手心烦热，汗出衄血，其脉洪实者，是实热之候也。

《医学入门·脏腑·心》：热则火炎，喜笑而口糜，目黄，咽疮，甚则狂，渴，无汗，流衄。虚则神昏梦飞，而健忘，惊悸，不乐，甚则胸腹腰肋痛牵。

《血证论·脏腑病机论》：心者，君主之官，神明出焉。盖心为火脏，烛照事物，故司神明。神有名而无物，即心中之火气也。然此气非虚悬无着，切而指之，乃心中一点血液，湛然朗润，以含此气，故其气时有精光发见，即为神明。心之能事，又主生血，而心窍中数点血液，则又血中之最精微者，乃生血之源泉，亦出神之渊海。血虚则神不安而怔忡，有瘀血亦怔忡；火扰其血则懊恼。神不清明则虚烦不眠，动悸惊惕；水饮克火，心亦动悸；血攻心则昏迷，痛欲死；痰入心则癫；火乱心则狂。与小肠相为表里，遗热于小肠，则小便赤涩；火不下交于肾，则神浮梦遗。心之脉上挟咽喉，络于舌本，实火上壅为喉痹；虚火上升则舌强不能言。分部于胸前，火结则为结胸，为痞，为火痛；火不宣发则为胸痹；心之积曰伏梁，在心下大如臂，病则脐上有动气。此心经主病之大旨也。包络者，心之外卫。心为君主之官，包络即为臣，故心称君火，包络称相火。……凡心之能事，皆包络为之。见证治法，亦如心脏。

《灵枢·五邪》：邪在心，则病心痛。

《灵枢·厥病》：真心痛，手足清至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死。

《素问·举痛论》：经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。

《太平圣惠方·心痛论》：夫心痛者，由风冷邪气乘于心也。其痛发有死者，有不成病者。心为诸脏之主而藏神，其正经不可伤，伤之而痛者，为真心痛，旦发夕死，夕发旦死。

《医碥·心痛》：心为君主，不受邪，若邪伤其脏而痛者，谓之真心痛。其症卒然大痛，咬牙噤口气冷，汗出不休，而黑，手足青过节、冷如冰，旦发夕死，夕发旦死，不治。

《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证并治篇》：师曰：夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。

《医学正传·真心痛》：有真心痛者，大寒触犯心君，又曰污血冲心，手足青过节者，旦发夕死，夕发旦死。

《杂病广要·身体类·胸痹心痛》：古有犯胸痹者，心中急痛如锥刺，不得俯仰。蜀

医谓胸府有恶血故也。

《证治准绳·心痛胃脘痛》：有病久气血虚损，及素作劳羸弱之人患心痛者，皆虚痛也。

《医碥·杂症·胸痛》：须知胸为清阳之分，其病也，气滞为多。

《症因脉治·心痹》：心痹之症，即脉痹也。脉痹不通，心下鼓暴，噤干善噫，厥气上则恐，心下痛，夜卧不安，此心痹之症也。

《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证并治篇》：寸口脉动而弱，动则为惊，弱则为悸。

《重订严氏济生方·惊悸怔忡健忘门》：夫怔忡者，此心血不足也。盖心主于血，血乃心之主，心乃形之君，血富则心君自安矣。多因汲汲富贵，戚戚贫贱，又思所爱，触事不意，真血虚耗，心帝失辅，渐成怔忡。

《圣济总录·伤寒后惊悸》：伤寒病后，心气不足，风邪乘之，则令精神不宁，恍惚惊悸，此由忧愁思虑，致心气虚，邪气内乘，故神气不得泰定而生惊悸也。

《圣济总录·虚劳惊悸》：虚劳惊悸者，心气不足，心下有停水也。心藏神，其主脉，若劳伤血脉，致心气不足，因为邪气所乘，则令人精神惊惕悸动不定。水停心下，水气乘心，亦令悸也。

《医方类聚·惊悸门》：人之所主者心，心之所养者血，心血一虚，神气不宁，此惊悸之所肇端也。

《赤水玄珠·怔忡惊悸门》：丹溪云：怔忡，大概属血虚与痰。

《秘传证治要诀·虚损门》：怔忡，久思所爱，触事不意，虚耗真血，心血不足，遂成怔忡。

《证治准绳·悸》：心悸之由，不越二种，一者虚也，一者饮也。心气虚，由阳气内虚，心下空虚，火气内动而为悸也。血虚者亦然。其停饮者，由水停心下，心为火而恶水，水既内停，心不自安，故为悸也。

《景岳全书·杂证谟·怔忡惊恐》：怔忡之病，心胸筑筑振动，惶惶惕惕，无时得宁者是也。……盖阴虚于下，则宗气无根，而气不归根，所以在上则浮撼于胸臆，在下则振动于脐旁。

《景岳全书·杂证谟·不寐》：不寐症，虽病有不一，然惟知邪正二字，则尽之矣。盖寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐。其所以不安者，一由邪气之扰，一由营气之不足耳。有邪者多实证，无邪者皆虚证。

《圣济总录·心健忘》：健忘之病，本于心虚。血气衰少，精神昏愤，故志动乱而多忘也。盖心者，君主之官，神明出焉。苟怵惕思虑所伤，或愁忧过损，惊惧失志，皆致是疾。故曰：愁忧思虑则伤心，心伤则喜忘。

《症因脉治·心血虚不得卧》：心血虚不得卧之症，心烦躁乱，夜卧惊起，口燥舌干，五心烦热，此心血不足，心火太旺之症也。心血虚不得卧之因，曲运神机，心血耗尽，阳火旺于阴中，则神明内扰，而心神不宁，不得卧之症作矣。心血虚不得卧之脉，左寸细数，沉按多疾，若见钩洪，心火旺极，肝脉若数，木火通明，尺脉若数，水竭火盛。

《证治汇补·惊悸怔忡》：有阴气内虚，虚火妄动，心悸体瘦，五心烦热，面赤唇燥，左脉微弱，或虚大无力是也。

《素问·奇病论》：人生而有病癫疾者，病名曰何？安所得之？岐伯曰：病名为胎病，此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为癫疾也。

《素问·至真要大论》：诸躁狂越，皆属于火。

《难经·二十难》：重阳者狂，重阴者癫。

《三因极一病证方论·癫病叙论》：夫癫病病，皆由惊动，使脏气不平，郁而生涎，闭塞诸经，厥而乃成。或在母胎中受惊，或少小感风寒暑湿，或饮食不节，逆于脏气。详而推之，三因具备。风寒暑湿得之外，惊恐震慑得之内，饮食饥饱属不内外。三因不同，忤气则一，传变五脏，散及六脏，溢诸络脉，但一脏不平，诸经皆闭，随其脏气，证候殊分，所谓象六畜，分五声，气色脉症，各随本脏所感所成而生诸症。

《圣济总录·风狂》：风狂之状，始发则少卧不饥，自高自贤，自辨自贵。盖荣卫周身循环，昼夜不穷，一失其平，则有血并于阴，而气并于阳者，有血并于阳，而气并于阴者。阴阳二气，虚实不调，风邪乘虚而入，并于阳则谓之重阳，故其病妄笑好乐，妄行不休，甚则弃衣而走，登高而歌，或至数日不食，故曰狂也。

《圣济总录·伤寒发狂》：重阳者狂，谓阳气独盛也。伤寒热毒既盛，内外皆热，则阳气愤嗔而发为狂越。……若乃因火为邪，而发为惊狂；及内有瘀血，外症如狂。其为病虽不同，然其为阳气有余则一也。

《素问·刺热》：心热病者，先不乐，数日乃热，热争则卒心痛，烦闷善恶，头痛而赤无汗。

《医学入门·口舌唇》：口病有热亦有虚，心劳味厚病根除，热极偏盛口糜烂，中虚炎上亦难哺。

《医醇賸义·诸痛》：舌痛，舌卷而肿，塞口作痛，难于言语，此心阳炽盛也。

【研究进展】

心为君主之官，主血脉，主神志，列五脏之首。心病辨证研究很早就引起人们的重视，从70年代末期开始，人们开始将现代科学技术导入心病辨证研究领域，从临床症状体征分析、微观诊断、量化诊断、动物造模等多方面着手，探讨心病辨证的规律。据有人统计，现在已制成有关心病辨证的动物模型4种，有关研究多集中在心气虚、心阴虚、心脉痹阻等证型上，对心病辨证与脉象变化、舌象变化方面的研究亦较多，但很少有关于痰迷心窍、痰火扰心等证型的实验研究。目前一部分研究将辨证与辨病相结合，将中医辨证与现代医学的疾病诊断相结合，亦取得了不少成果。

一、心气虚证的研究进展

心气虚证是指由于心气不足，鼓动无力，表现以心悸为主症的虚弱证候。心气虚证实质上是心功能减退的表现。

1. 心气与心脏功能 中医认为心主血脉，由于心脏有节律地搏动，才能使血液在脉管中运行不息，周流全身，而心脏的搏动又主要依赖于心气的推动作用，心气是推动血运，维持血液循环的动力所在。近来的研究表明，心气的盛衰与左心室的机能状态有密切的关系。心气虚中的主要症状，如心悸、气短、乏力与心功能不全、左心室功能曲线密切相关。而一些心储备能力减退，以及射血比分（EF）虽然尚在正常范围，但左室舒张末期容积已经增加的潜在性左室心功能损害，可通过左心室功能曲线，在早期得以

诊断。

中医认为，心主身之血脉，心气的盛衰，心功能的状态可以通过脉搏变化得以反映，西苑医院的研究表明，从平脉至病脉的演变反映了心血管功能的改变，脉细、弱的程度越明显，其心血管功能也就会相应地出现改变，其心输出量、桡动脉血流量、外周血管阻力等具体指标也都随之改变。

陈振中等人^[1,2]运用心阻抗法，获取“心肌收缩性”指标，并用以量化“心气”水平的变化情况。在自愿者（正常人）吸入了阳性变力性药物后，“心气水平均有不同程度的提高，对各年龄组正常人 463 例所做的检测表明，“心气”水平与年龄有关，指标间的相关分析证明作者自创的“心血环”、“心气环”及其获取的各项指标，可以评价“心气”水平的变化。对患者 226 例检测发现，“心气虚”患者与同龄组正常人比较差异显著，运用本法与传统诊法诊断心气虚证的重复率为 68.84%~82.36%，经统计学处理无显著性差异，从临床演变过程分析，本法的诊断结果更为可靠。作者并对其自创的 $V_{\max-Z}$ 等指标与公认的 $V_{\max-p}$ 等指标进行了相关性和对比研究，结果表明，应用心阻抗法建立的 $V_{\max-Z}$ 等指标与 $V_{\max-p}$ 等有较好的相关性，提示 $V_{\max-Z}$ 等指标亦可以相对排除前、后负荷的影响，独立地反映心肌内在的收缩特性，具有更为本质的意义，从而可用于评价“心气”水平的变化，是一种无创伤性，简便易行的量化“心气”指标。

心气与心脏功能，特别是左心室的功能状态密切相关，可以通过检测心脏的功能确定心气的盛衰。从研究进展看，对心气进行量化似有一定的临床价值。

2. 心气虚的心功能改变 自 1981 年北京中日友好医院史载祥在国内首先采用心机能图对心气虚患者进行无创性检查以来，人们先后采用了心机械图、超声心动图、心阻抗微分图等手段对心功能进行检测，以获取左心室功能指标。史氏等^[3]对辨证属心气虚的冠心病心绞痛、急性心肌梗死患者左心室功能的观察结果表明，心气虚患者的 PEP、ICP、IRP 明显延长，LVET 明显缩短， $\alpha\%$ 、PEP/LVET 比值增大，LVET/ICT 比值减少，这些改变经统计处理均有显著意义。对辨证为心气虚而临床诊断为肺心病、支气管肺癌、胃及十二指肠溃疡、慢性肾炎等疾病的 104 例患者的左心室功能检测，也取得了与以上基本相同的结果。对辨证为脾气虚患者（27 例）和肾气虚患者的左心室功能检测中，未发现以上改变。鲍氏^[4]以 ACG、STI 为方法，观察 30 例辨证为心气虚的冠心病患者，结果 ACG 异常率为 50%，可疑异常率为 33.3%，STI 异常率为 83.3%，综合两方面测定参数，本组患者左心室功能异常率为 100%。樊氏等^[5]观察冠心病心气虚证患者 50 例（其中 12 例兼有阴虚），47 例 STI 有异常改变，占 94%，而阴虚、脾气虚及肾气虚患者 STI 未见异常改变，认为心气虚与左心室功能减退有密切关系。陈耀青等^[6]应用心阻抗微分图和收缩时间间期（STI）对冠心病患者进行检测时发现，冠心病证型不同和心功能减退的程度有一定关系，气阴两虚证患者比心气虚证患者的 Q-ZI 显著延长，射血前期/左室射血期（PEP/LVET）增大，心收缩力指数（HI）显著减小。李绍芝等^{[7][8]}用超声心动图对心气虚患者的左心舒缩功能进行测定时发现，本组病人存在着全部舒缩功能指标的异常。程伟等采用微机检测心机械图获取心功能参数，研究发现心气虚证与正常人相比，心气虚患者的左心室舒张和收缩功能低下，据认为左室舒张性能舒张时间振幅指数（DATI）较收缩性能指标（PEP/LVET）更为敏感，参考 DATI 能提高心气虚辨证的准确性。

张世枢等^[9]对 64 例冠心病患者进行了 STI、UCG 检测,其结果显示:心气虚组 PEPI 延长, LVETI 缩短,二者的比值 (PEP/LVET) 升高,与正常对照组和无心气虚组相比,差别有高度显著性 ($P < 0.01$)。UCG 的各项指标,心气虚组与非心气虚组相比,除左室后壁收缩速度 (SEVM) 外,差别有高度显著性 ($P < 0.01$)。提示左心室心肌收缩、舒张、泵功能等均下降,认为 STI 明显异常,左心室泵功能减退等可作为冠心病心气虚证的客观指标在临床上使用。

为了对心气虚证左心室功能作出全面表述,史载祥等^[10]在应用 ACG 观察心气虚证的 ERP (等容舒张期、RF (快速充盈期)、SF (缓慢充盈期)、 α/H (ACG 的 α 波垂直高度占收缩波高度的百分数) 的基础上,又使用 DZ-Y 软件,对心气虚证患者 ACG 及微分阻抗等检测指标进行了分析, DATI、TARTI 均显示异常,比同步描记的 STI 参数异常率高,提示左室舒张功能指标比左室收缩功能指标对心气虚证的表述更为敏感,两者结合起来更全面。

唐巍^[11]用核听诊器检测冠心病心气虚患者的心功能,结果表明冠心病“心气虚证”的轻重变化,与不同程度的左心功能不全密切相关。气虚轻证组心脏舒张功能减退 (前负荷增加) 在先,气虚重证组心脏泵血功能受损 (EF 降低,心搏出量减少) 在后,符合祖国医学理论中“气病在先,血病在后”气虚血瘀的病理机制。通过与 STI 的对比观察证明, PFR (高峰充盈率)、TPFR (高峰充盈时间) 对冠心病早期诊断具有更大的临床价值,为中医辨证“心气虚”提供了定性及定量的客观依据。贾宝善等^[12]用相同的方法得出了大致相同的检测结果。他认为气虚轻证者首先表现为舒张功能减退、PIP 降低、TPFP 延长,气虚重证者除有舒张功能减退外,还有收缩功能减退、EF 降低。与 STI 对照观察,气虚轻证者 STI,在正常范围。认为 PFP 和 TPFP 比 STI 更能及早反映心气虚的心功能不全,具有早期诊断意义。

潜在性心力衰竭 (LHF) 是临床表现不明显,但血流动力学检查显示心输出量明显减少,肺静脉压明显升高的一组疾患。据 200 例患者调查结果表明,60% 以上患者出现心悸、气短、倦怠乏力、自汗等症状,与我国目前采用的心气虚证辨证标准不谋而合^[13]。从而认为心气虚证的辨证在表达左心室功能低下方面,与潜在性心功能不全诊断的吻合面可能更大,从而以中医四诊合参,可以减少一些相对复杂的检查并有助于避免潜在性心功能不全的漏诊,防止发展为急性心衰,通过积极治疗,及时消除作为急性心肌梗死、脑卒中的这一重要基础病变,具有重要的临床意义。

在对心气虚证的计量诊断方面也有人做了大量的工作。任氏^[14]对 95 例不同辨证分型的患者进行了左心室收缩时间间期的测定,并进行对比分析。初步认为心功能的某些参数 (如 PEP 延长、LVET 缩短、PEP/LVET 比值增大、EF 值变小等) 可以作为心气虚证的定性、定量指标。心功能障碍、心搏出量减少、组织绝对或相对灌注不足,是产生心气虚证的病理基础。心功能不全可以从一个侧面反映心气虚证的本质。潘毅^[15]利用无创性的功能检测,结合多元分析方法和电子计算机技术,对心气虚证的计量诊断进行了初步探索。所选判别指标为 $x_1 =$ 射血前期与左心室射血时间比值, $x_2 =$ 心脏收缩力指数, $x_3 =$ 每分心输出量,得出心气虚证与正常人的判别式为 $Z = 11.16x_1 - 0.29x_2 - 0.0019x_3$; 心气虚证与非心气虚证的判别式为 $Z = 13.3x_1 - 0.15x_2 - 0.0011x_3$ 。两判别式的敏感度、特异度和判别符合率均较满意。

朱炎^[16]对 60 例冠心病病人及 30 例正常人的心功能进行检测,采用超声诊断仪取得 m 型二尖瓣波群并同步记录心电图、心音图、冻结图形测量和计算 SV、CO、CI、EF、 $\Delta D\%$ 、mVcf (C/S)、TPR、STI 等指标。在此基础上运用 Bayes 判别分析法筛选出对冠心病中医分型有重要诊断作用的 3 个心功能指标:心输出量 (x_1)、射血前期指数 (x_5)、外周阻力 (x_8),并建立了冠心病心气虚证的判别方程式:

$$Y_1 = -153.55 + 0.0262x_1 + 2.298x_5 + 0.0025x_8$$

$$Y_2 = -98.6933 + 0.001x_1 + 1.7286x_5 + 0.0075x_8$$

$$Y_3 = -109.5036 + 0.391x_1 + 1.7629x_5 - 0.038x_8$$

本组差别方程的各 Y 值分别判别 Y_1 心气虚证, Y_2 非心气虚证, Y_3 正常对照组,将冠心病心气虚证、非心气虚证及正常对照组各 30 例的超声心动图实测值数据分别代入判别方程式,哪个 Y 值最大即归为该组。经前瞻性及回代检验的符合率分别为 81.2% 和 87.7%,说明判别效果较好,值得进一步深入探讨。

目前应用 STI、ACG 测定左心室功能尚有一定局限性,如过度肥胖、明显呼吸困难时,图形记录有时较为困难。对于心瓣膜疾患,传导障碍,以及异位节律的患者,在以此法判定左室功能时常受到一定的影响和限制。此外,对另一些无明显心血管等基础疾患,但辨证为心气虚的神经官能症、神经衰弱患者,其左心室功能状态尚应进一步探索。

3. 心气虚证的脉图参数测定 李绍芝等人^{[18][19]}用脉象仪检测心气虚病人的脉图参数,发现心气虚患者的主波高度 h_1 、重搏波高度 h_3 、脉图总面积 SA 均值较正常人减小,降中峡高度 h_4 、主波上 1/3 处宽度 W 均值增大,同时检测心阴虚、心脉痹阻两型病人的指标,与正常人相比无显著性差异,但与心气虚相比却有显著差异,故可试将脉图参数作为鉴别诊断心气虚、心阴虚、心脉痹阻的方法之一。

朱炎^[20]对冠心病心气虚证、非心气虚证及正常人各 30 例进行了脉图检测,探讨脉图参数改变与血液动力学之间的关系,并在检测脉图参数的基础上,运用 Bayes 逐步判别分析法,分别建立了脉图的冠心病心气虚证、非心气虚证和正常人的判别函数,经回代检验,总判别符合率为 88.9%,冠心病心气虚证与正常人的差别结果为符合率 94.6%,敏感度 96%,特异率 92%;冠心病心气虚证与非心气虚证的判别结果为符合率 87.5%,敏感度 89.2%,特异度为 88.9%。检测结果表明,冠心病心气虚证患者与心脏泵血功能及心输出量外周阻力相关的脉图指标都有不同程度的改变。其表现主要是主波高度降低,降中峡高度降低,重搏波高度降低、主波上 1/3 宽度增加,脉图面积低小,与李氏报告基本一致。

唐农等人^[21]对冠心病心气虚患者寸口脉进行了超声多普勒血流图检查,发现冠心病心气虚组的射血期最大血流速度、舒张期最大血流速度、射血期平均血流速度、舒张期平均血流速度、血管阻抗指数等指标均值均比正常组减小, ($P < 0.01$),与心阴虚组相比较也有显著差异,而不同病种心气虚证患者的寸口脉多普勒血流图各项指标均值无显著差异,其检查结果不受病种限制。

4. 心气虚证的血液流变学、血液动力学及微循环的改变 有报告^[22]认为冠心病患者的全血高切粘度、全血低切粘度、全血还原低切粘度、红细胞压积、纤维蛋白原含量等均较正常人明显升高,而在不同的证型中,气虚型患者的粘滞性高于其它几型。但对此问题也有完全不同的报告。史氏等^[3]观察 13 例气虚型冠心病病人,全血比粘度仅有 1 例异

常。宋崇顺等^[22]选择有心气虚心血瘀的冠心病心绞痛、急性心肌梗死、风湿性心脏病、肺原性心脏病患者共 109 例,测定其血液流变学指标,发现全部或多数指标均有明显改变,表现为全血比粘度、血浆比粘度、全血还原比粘度增高,红细胞电泳时间延长,红细胞压积增高,以喂服大黄、醋酸泼尼松或游泳疲劳,分别造成三组虚损型大白鼠模型,测定其各项血液流变学指标,显示与上述患者类似的变化。以补气中药治疗的模型动物,其各项指标均较相应的造型组有改善。实验结果说明气虚可以引起血液流变学指标的异常,这种改变与气虚的轻重程度具有一定关系。

王兴等^[19]把 60 例冠心病心绞痛辨证分为气阴两虚、气虚、气虚血瘀、阳虚寒凝兼痰浊四型,各型血浆比粘度、全血比粘度均显著高于正常对照组,且按照气阴两虚→气虚→气虚血瘀→阳虚寒凝兼痰浊依次增高,按顺序相邻两组比较无显著差异 ($P>0.05$),相间两组比较有非常显著的差异 ($P<0.01$)。

王心文^[20]对心气虚患者 39 例、心阴虚患者 40 例、正常人 30 例进行血液流变学检测,结果表明,心气虚组、心阴虚组血沉和血沉方程 K 值明显高于正常人组,其余各项指标三组比较均无显著差异,提示血液粘度难以反映心气虚和心阴虚证的特征。

李爱忠等^[25]观察了冠心病心气虚患者的血液流变学指标,发现心气虚 I、II 级患者的全血比粘度、血浆比粘度、全血还原比粘度、红细胞压积较正常对照组明显增高,红细胞电泳时间明显延长,全血还原比粘度和红细胞电泳 II 级与 I 级男患者比较有显著差异。全血比粘度、血浆比粘度、全血还原比粘度、红细胞电泳 II 级与 I 级女患者比较有显著差异,提示血液流变学指标测定,对心气虚分级有一定意义。

由于各地在选择观察对象、检测方法上的差异,导致了结果有明显的不同,心气虚患者究竟在多大程度上存在血液流变学的异常变化,还有待于今后深入研究。

从血流动力学检测结果看,心气虚患者的左心室有效泵力 (VPE)、每搏心输出量 (SV)、每分输出量 (CO)、左心室有效泵力指数 (TPEL)、微循环半更新时间和微循环平均滞留时间长于正常人^[26]。亦有报道指出心气虚患者的低心排出量、低左心泵力与血液的高粘、高凝状态有关,与脾气虚患者相比,二者均表现为心排出量、左心泵功能降低,而脾气虚患者外周血管阻力较高。^[27]通过逐步相关回归分析可发现心电图、血压、左室收缩时间间期 (STI)、心阻抗血流图、(ICG)、心音图等指标的变化与心气虚的程度明显相关。^[28]

胡国庆等人^[29]的研究显示:心气虚患者的甲皱微循环的主要改变是轮廓模糊,血色淡或暗红,流态也与正常人有显著差异,形态发夹状减少、扭曲状增多、血流速度减慢、血流量降低。

5. 心气虚证的其他客观指标

(1) 心气虚患者的免疫功能变化:廖氏等^[22]对辨证为心气虚、心气阴两虚的病入作淋巴细胞转化试验、E-玫瑰花环试验和 ANAE 染色试验,结果显示上述指标有定性意义,但却无法定位。赵氏^[23]研究了心气虚患者的细胞免疫功能,结果心指数 (CL) 均显著低于正常人,总外周阻力 (R) 则显著高于正常人,心气虚证患者余血量显著少于正常人,而全血粘度高于正常人,心气虚、心气阴两虚及肾阴虚组 cAMP 含量均高于正常组,淋巴细胞转移率则明显低于正常,说明心气虚、心气阴两虚患者细胞免疫功能低下。

易宇明^[32]的研究结果显示心气虚患者的淋巴细胞转化率, E-花环形成及淋巴细胞酸

性 α -萘醋酸酯酶(ANAE)染色的测定均显示细胞免疫功能降低($P<0.001$),而反映体液免疫的三项免疫球蛋白中,IgM有增高趋势,IgA有降低趋势。

(2) cAMP-cGMP平衡检查:廖家祯等^[30]研究发现,冠心病心气虚者血小板内cAMP含量低于正常,cGMP高于正常,cAMP/cGMP比值明显低于正常人和心阴虚者,而心阴虚与正常组相比无明显差异,提示cAMP/cGMP比值对鉴别冠心病心气虚证和心阴虚证有一定意义,作者认为血红蛋白2,3-DPG含量增高可能是心气虚证的辨证指标之一。

(3) TxA₂-PGI₂平衡检查:过鑫昌等^[34]检测冠心病心绞痛患者的前列环素和血栓素A₂,发现心气虚证以前列环素的稳定代谢产物6-keto-PGF_{1 α} 降低为主,血瘀证患者以血栓素A₂的稳定代谢产物TXB₂增高为主。

(4) 血浆心钠素活性物质测定:俞兵等^[35]用放射免疫法,测定了心气虚重证组与轻证组、单纯心阴虚组和非虚证组四组患者的血浆心钠素样活性物质(irANP),发现其含量在上述各组 and 西医心功能I~IV级组中依次呈递减现象。说明irANP与左室射血分数明显相关。故认为irANP可作为心气虚证的客观指标之一。同时,老年前期及老年期心、脑血管疾病气虚血瘀证患者的血浆心钠素水平明显高于对照组($P<0.05$),可作为诊断老年心血管疾病的指标之一^[34,39]。

(5) 红细胞超氧化物歧化酶活性及血清过氧化脂质含量测定:罗陆一等人^[36]通过对47例心气虚患者观察结果表明:红细胞SOD活性,心气虚与心气虚兼痰瘀证均显著低于正常人;血清过氧化脂质含量,心气虚与心气虚兼痰瘀证均高于正常人。向从贵等人^[37]在探讨过氧化脂质及其清除剂与冠心病及中医证型关系时亦得出心阴虚组LPO显著升高,SOD明显降低;血瘀组LPO显著升高,而SOD无明显降低的结果。

与此相关,有人^[38]观察到冠心病心气虚型和气阴两虚型红细胞膜的流动性均较正常青年人明显降低,并分析可能与高血脂和脂质的过氧化有关。而使用益气活血药心气虚证患者的红细胞膜流动性明显增高,而气阴两虚型红细胞膜流动性无明显提高。

(6) 血脂变化:有人^[32]观察到冠心病心气虚患者血浆中甘油三酯明显高于血瘀组($P<0.01$),而总胆固醇水平无明显变化,说明甘油三酯增高与气虚的形成有关。

(7) 心气虚患者心血管植物神经功能变化:柳侃等^[40]发现心气虚患者呼吸差较正常人明显降低,立卧差明显降低,30/15比值明显降低,运动后心率复常时间明显延长,提示心气虚患者迷走神经功能减退,交感神经和迷走神经敏感性和协调功能显著紊乱,心脏自我调节功能明显减退。

(8) 心气虚患者的其他一些客观指标的变化:①心气虚者核酸总量、DNA含量以及RNA含量均明显低于正常,提示蛋白质的合成有一定的障碍。②24小时尿17-羟、17-酮皮质类固醇排出量与正常人相比,有增多的趋势,说明心气虚和肾阳虚有所不同,该项指标或许能有助于心气虚和肾阳虚的鉴别。③24小时尿去甲肾上腺素、肾上腺素含量均明显高于正常人,血胆碱脂酶活性无明显变化,说明心气虚植物神经功能变化以交感神经功能亢进为主,设想该指标有助于心气虚与脾气虚的鉴别^[13]。④心气虚患者血液红细胞糖酵解活力显著低于正常人^[41]。⑤男性冠心病心气虚患者的血浆雌二醇(E₂)及E₂/T(睾酮)值较男性正常人显著增高;与气滞血瘀证、痰浊证等患者比较,其增高也有显著差异。⑥心气虚患者舌分光定量分析,测定红光定量为 $17.55\pm 1.24\text{m}\bar{u}$ ($\bar{x}\pm\text{SE}$),比健康对照组($24.81\pm 1.24\text{m}\bar{u}$)明显降低,其舌表浅血流量($0.024\pm 0.01\text{ml/s}$)也比健康

对照组(0.037±0.002ml/s)明显减少^[13]。⑦有人观察心气虚患者53%有失眠多梦,有33%存在一过性神志失常^[13]。

目前对心气虚证的研究涉及范围较广,也有一定深度,对心气虚证的心脏机能减退也作了多方面的测定,得出了有意义的数据,并提出了若干量化公式。但目前对心气虚证的研究,大多仅局限于胸痹(冠心病等)之中,对于惊悸、不寐、虚劳等病中出现的心气虚证的研究尚有不足,有待于今后进一步探索。心主神志的研究目前有被忽略的倾向^[42]。

二、心阴虚证的研究进展

心阴虚证是心系病证中较常见的证型之一。近些年来对心阴虚证从心功能、血液流变性、微循环、神经、内分泌功能测定等方面进行了较深入的探讨,并取得了一些进展。

1. 心阴虚证的植物神经功能变化 许多研究表明,心阴虚证患者大脑皮层抑制过程减弱,交感神经功能偏亢^[43]。浙江省中医研究所心本质研究组^[44]对54例心阴虚患者进行卧立试验、心率、冷压试验,结果交感神经亢进者占46例,而33例对照组无1例亢进者。其中心率增高统计处理差异显著。用养阴药后心率下降,治疗前后对比有显著性差异。樊氏等^[5]观察冠心病心阴虚患者的血清多巴胺-β-羟化酶的均值增高,而心阳虚者降低,推测前者似与交感神经功能偏亢而后者与副交感神经功能偏亢有关。福建省人民医院^[29]对91例冠心病患者的检测表明,心阴虚呈交感神经偏亢者为50%左右。心阴虚患者比心脾阳虚、脾肾阳虚的24小时尿VMA的均值相对偏高,这可能提示心阴虚患者体内儿茶酚胺水平或交感肾上腺系统活动较阳虚者略高。他们还对54例冠心病患者进行冷刺激前后指尖血管容积的示波描记,发现心阴虚者对冷刺激反映快且较剧烈,但恢复也较快。说明外周舒缩血管功能属于交感神经偏亢状态,可能与α受体兴奋性增高有关。吴氏^[40]发现冠心病心阴虚者血清的酪氨酸浓度比正常人对照组显著升高,设想在排除其它干扰的条件下,该项检查似可作为心阴虚证的病理生化改变的参考指标之一。杨氏^[47]等提出心虚证的部分临床表现明显与心血管植物神经功能紊乱有关,ANC测定结果表明:心阴虚患者与正常人比较,静卧HR明显增快,呼吸HR差,立卧HR差。有人^[44]检测54例心阴虚患者全血胆碱酯酶,发现比对照组显著降低,似乎说明心阴虚与胆碱能神经活动偏亢有关。

2. 心阴虚证的内分泌功能变化 吴氏^[32]通过观察冠心病心阴虚病人尿17-羟皮质类固醇昼夜节律的变化,发现冠心病心阴虚患者24小时尿17-羟值比正常对照组显著升高,过夜尿17-羟值也显著升高,但白天尿17-羟值却升高不明显,提示HHACS分泌激素的昼夜节律变化,不是单纯的内分泌系统功能改变而与脑有关部位对HHACS(下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统)的调节功能异常有关。万氏^[33]观察28例阴虚心火旺的患者,有26例尿CA(儿茶酚胺)显著高于正常,有12例尿17-OHCS(17-羟皮质类固醇)显著增高,20例非阴虚火旺者两项指标均在正常范围。提示阴虚心火旺证者可能系交感-肾上腺机能活动亢进所致。

3. 心阴虚证的血液流变性变化 谭氏等^[50]观察了28例心阴虚患者的血液流变学改变,其全血粘度、全血还原粘度、血浆粘度及女性患者的血沉均较正常人明显增高,红细胞电泳时间明显缩短。结果显示心阴虚患者的血粘度普遍升高,其增高水平可能与阴虚发热的程度成平行关系。使用养阴益气药后,可使全血粘度、全血还原粘度明显降低。

吴氏等^[48]观察陈旧性心肌梗死心阴虚患者的血液流变学改变时发现,全血比粘度高、低切速、全血还原比低切速、血浆比粘度、血球压积、纤维蛋白原含量等项指标均高于正常人和阳虚患者。

李氏^[51]通过对 50 例冠心病人的微循环观测,发现心阴虚病人甲皱微循环管祥多表现为纤细,微血流流态多为线流,血流速度增快。

4. 心阴虚证的心功能变化 杨氏等^[52]采用心机图叠加技术,观察了 25 例心阴虚证病人,其结果与正常对照组相比,LVET 缩短,QU、PEPP 延长, $Q_u/LVET$ 、 $PEPP/LVET$ 比值增大,差异有显著性,提示心阴虚患者也可能存在左心功能的潜在或明显低下。杨氏等还发现心阴虚组的 $Q-T/Q-S_2$ 异常增大,此二者比值增大说明心肌能量代谢障碍,复极不良,机械收缩无力,这可能与心阴虚证的特殊病理实质有关。

5. 心阴虚证的其他改变 据浙江省中医研究所心本质研究组的研究^[44],①心阴虚病人色素与白细胞总数下降,血沉增快,血清丙种球蛋白升高;②心阴虚患者血糖含量比对照组增高,其糖耐量降低及血糖水平偏高,与脂质代谢障碍及粥样斑块的形成又有密切关系;③心阴虚组舌面 pH 值明显低于对照组,且比较稳定;④心阴虚组舌中与舌尖温度之差低于正常组,说明心阴虚病人舌尖温度相对偏高。

三、心脉痹阻证的研究进展

导致心脉痹阻的原因有瘀血、痰浊、阴寒、气滞等多种因素,其中瘀血最为常见。李相端等^[53]调查了 100 例陈旧性心肌梗死,其中属瘀血证者 61 例,痰浊证者 14 例,虚证 25 例;瘀血占半数以上,其病理表现血瘀证主要以高血脂为主。王玉明等^[54]研究了冠心病血瘀型与血小板体积及分布宽度的关系,发现冠心病血瘀型患者的 MPV 和 PDW 值均较冠心病非血瘀型患者和正常对照组增高 ($P < 0.001$),而非血瘀型与正常对照组比较则无显著差异 ($P > 0.005$)。吴氏^[55]的研究表明,冠心病瘀证病人血流动力学的 18 项指标均较对照组明显增高,提示心脏每搏流量、流速增加外周阻力增加,动脉血管紧张度加大等。

四、心病动物造模研究的有关进展

有关心病的动物造模,大体可分为两大类,一类为心脉痹阻型,一类为心虚证。

1. 心脉痹阻模型 制作心脉痹阻模型,可采用冠状动脉结扎法、冰水应激法、冠状动脉血栓形成法,异丙基肾上腺素应用法、垂体后叶素应用法及高分子右旋糖酐颈静脉注射法等。主要是造成心脏血流减少,或局部中断,或心脏冠状动脉痉挛,或血管内出现血栓,而影响心脉血液循行和供给,造成心脉痹阻的动物模型。实验动物可采用小鼠、大鼠、家兔、狗等。心电图观察造模动物可出现窦性心律失常、室性早搏、室性心动过速、T 波升高、低平、双相、倒置、S-T 段抬高、心率减慢等多种心肌缺血的变化。病理研究可见在电镜下心肌小血管内出现不同程度的血小板凝聚。从单个血小板粘附管壁到 2~3 个血小板聚集在一起,甚至成堆的血小板完全阻塞管腔。亦可能由心脉痹阻引起心肌细胞的变性坏死,严重时可导致心阳暴脱。

2. 心虚证动物模型 心虚证动物模型主要有 2 种,一种为中国科学院生物物理研究所孙福立^[56]于 1987 年建立的睡眠剥夺法心虚证模型;另一种为浙江中医学院金雁^[57]于 1989 年建立的高胆固醇性免疫损伤加慢性放血心虚证模型。

(1) 睡眠剥夺法心虚证动物模型:本法系利用“惊”和“劳”的因素制作心虚证模

型。用小站台水环境技术剥夺动物快速眼动相(REM)睡眠。据观察,在造模24小时后,心率加快,血压逐渐下降,构成“细数”脉,可考虑诊为“心阴虚证”,在造模96小时后,心率转而下降,不再有“数”脉体征,此时血压下降到造模前水平的60%,出现了“细弱”脉,心率变异功率谱的低频段也增加到最大值。可考虑到心气虚或气阴两虚偏气虚证。

(2) 高脂性免疫损伤加慢性放血法心虚证动物模型:本法是在免疫损伤合并高胆固醇性家兔动脉粥样硬化模型,造成动物心血管慢性损伤基础上,又采用多次少量放血以耗气的方法,复制出基本定位定性的心气虚证动物模型。这种模型虽有多次少量放血,但无明显贫血情况,不属于血虚证,但有气虚血瘀的表现。

本模型病理表现为左心功能下降,心电图心肌有缺血缺氧表现。全血粘度、血浆粘度均升高,红细胞压积增大、红细胞电泳时间延长、血沉加快,主动脉及冠状动脉均可见不同程度脂质斑块沉着,血cAMP/cGMP比值有减少趋势,体重下降,饮食减少,血清总胆固醇升高。

给予益气药(黄芪生脉液)后,每分钟心搏出量增加,低切速全血粘度比及血浆粘度比降低、红细胞电泳时间缩短、红细胞压积降低、血红蛋白含量升高、血清胆固醇降低、主动脉脂质斑块沉积减少。

此外,日本学者^[58]使用喂饲缺铁饲料及蒸馏水以造成动物缺铁性贫血的方法来制作心血虚证的模型,但该动物模型与血虚证的动物模型基本一致,缺乏心血虚证的特异性,故有进一步改进的必要,故在此不再赘述。

五、心病各证型客观指标的对比研究

从70年代末期开始,人们运用各种现代医学的方法,对心病各证型的客观指标变化进行了研究,试图找到能够区分各证型的微观指标,并对心病与其它脑器疾病的微观指标变化也进行了比较深入的研究,并取得了一些进展。

1. 心功能的分型研究 鲍延熙等^[4]观察了18例心气虚病人和12例心脉痹阻型病人的心室收缩间期时间,心气虚证的异常率为83.3%,而心脉瘀阻病人的异常率为33.3%。史载祥等^[3]对冠心病心绞痛患者49例进行分型观察,心气虚组的PEP/LVET值较脾气虚或肾气虚组增大,PEP明显延长。程伟等^[59]观察64例心气虚证患者发现心气虚患者左室舒张和收缩功能均低下,而肺气虚、脾胃气虚、肾气虚证患者与正常人比较,其参数无显著差别,而与心气虚证患者比较有非常显著的差别($P < 0.01$)。张宏伟等人^[60]观察发现冠心病各型HRV均与正常对照组有显著差异,除痰浊内阻型外各型VAI均低,除阴虚阳亢组略低于正常对照组外,其余证型VLI均增高。心脉瘀阻证组Pc低于正常对照组和气阴两虚组;阴虚阳亢组的Pd高于气阴两虚组;痰浊内阻型的Pc低于气阴两虚型,Pd高于气阴两虚;气阴两虚组的Pd低于正常对照组,胸阳痹阻型的Pd高于气阴两虚与阴虚阳亢组。

2. 血液流变学的分型研究 谭达人等^[61]发现冠心病心阳虚病人血粘度具有相对稳定性,阴虚型患者血液粘滞性增加。鲍氏^[4]发现血瘀型冠心病患者有66.7%全血比粘度异常,而气虚型冠心病患者仅有7.7%全血比粘度异常。李宗梅^[51]发现心阴虚病人的管祥多表现纤细,血流速度快,而心阳虚型管祥多瘀张,血流速度缓慢。

3. 血脂的分型研究 叶增茂等^[62]观察了40例冠心病、高血压等病患者,分阴虚组

19例,阳(气)虚组10例,阴阳两虚组11例,并与35例正常人作对照,结果表明阴虚组除总胆固醇外,其余各项指标均有显著变化,高密度脂蛋白明显降低,低密度脂蛋白、甘油三酯以及总胆固醇/高密度脂蛋白、低密度脂蛋白/高密度脂蛋白比值的上升都非常显著。阳虚组只有高密度脂蛋白降低显著,余项变化不明显,阴阳两虚组的变化与阳虚组相似,仅甘油三酯上升稍逊。徐济民等^[63]发现,属痰浊证的冠心病血清总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白含量均明显高于无痰浊证者,高密度脂蛋白的水平则按正常对照组、心虚组、心肾虚组、肾虚组依次递减,动脉粥样硬化指数则呈梯形升高。

胡氏等^[64]检测了57例冠心病及高血压病人的甘油三酯,结果表明凡气滞血瘀者,血清甘油三酯均普遍增高。王氏^[65]检测58例冠心病患者,44例属高脂血症,其中属于气滞血瘀型的有37例,气滞血瘀型与非气滞血瘀型的血清胆固醇、甘油三酯和 β -脂蛋白含量有显著性差异。

福建省人民医院检测132例冠心病患者,其中气滞型83例,血瘀型30例,痰阻型19例,虽然三型血清甘油三酯的含量均增高,而以痰阻型的均值最高,气滞型次之,血瘀型最低。

4. 心电图的分型研究 郭氏^[66]检测86例冠心病人的心电图,结果发现心阳(气)虚主要出现心律失常、传导阻滞以及陈旧性心肌梗死的变化;心阴(血)虚主要出现心肌梗死及心律失常的变化;气阴两虚主要出现单纯慢性冠状动脉供血不足和陈旧性心肌梗死的变化,气虚兼血瘀以单纯慢性冠状动脉供血不足为多;血瘀型出现单纯慢性冠状动脉供血不足和心肌梗死为多;痰阻型则以心律失常为突出表现。

5. 其他指标的分型研究 张铁忠等^[67]报道,肾虚与心气虚证男性冠心病患者的血浆性激素水平与肝肾阴虚、气滞血瘀及痰浊三型比较,血浆 E_2 、 E_2/T 值的增加有显著差异;各证型血浆 E_2 水平按下列顺序递减:肾气虚型、心气虚型、肝肾阴虚型、气滞血瘀型、正常对照组。朱玫等^[68]报道冠心病阴虚、气虚、气阴两虚患者PGE、PGF水平高于正常人,而阳虚证患者低于正常人。吴氏等^[46]报道,冠心病心阴虚患者血清酪氨酸含量高于阳虚型患者和正常对照组,阳虚型患者和正常对照组无显著差异。樊良卿^[5]测定63例冠心病患者的血清多巴胺 β -羟化酶,发现其含量按下列顺序递减:心阴虚、心气虚、肾气虚、脾气虚。阴虚者均值高,气虚者均值低。廖氏^[69]发现心气虚和心气阴两虚患者的淋巴细胞内及血浆的cAMP都高于正常组,其中心气阴两虚患者的血浆及淋巴细胞内的cAMP含量明显高于心气虚组,血浆cGMP含量明显低于心气虚组,两组病人的淋转、E-花环试验以及ANAE染色阳性淋巴细胞百分率均较正常人低。

6. 临床证候的分型观察 林谦等人^[70]观察344例心气虚的患者,认为心气虚的共同症状为心悸、疲乏、气短,而心气虚证最常见的标证为血瘀证。王金荣等^[71]观察339例老年心虚证患者,发现其心悸、胸闷症状的出现率为100%,失眠、多梦的出现率为68.7%,健忘的出现率为49.6%,其脉象以结、代、细为多见。具体各证型分布大体为心气虚证占32.1%;心阳虚证占13.6%;心阴虚证为8.8%;心血虚证占2.1%;单纯心虚证占18.3%;气阴两虚证占12.1%;气血两虚证占10.6%;阴血两虚证占0.9%;阴阳两虚证占1.5%。屈松柏^[72]认为,随着年龄增长,在60岁以后,心气虚比心阴虚证更为多见,心阴虚证既可见于器质性心脏病,又可见于非器质性心脏病,心气虚证均见于器质性心脏病,且心衰、心律失常等的发生率均高于心阴虚证。

有关心病辨证的研究在分型辨证上还有人做了一些工作^[73~75]，但如何确切地通过微观指标进行证型鉴别，尚有待于进一步研究。

心是五脏六腑的主宰，占首要地位，不但主血脉循环，并且是人体生命活动的中心。在人体疾病中也占有极重要的地位。虽然近些年来对心的辨证研究有所加强，但还远远不能满足临床实际需要。有关心的辨证诊断标准虽然已经逐步建立（如陈振中等提出心气虚诊断标准、冠心病心绞痛辨证分型标准、胸痹的诊断及分型、疗效标准等），但有失系统，标准与标准之间有的稍有出入，有的缺乏特征性。大部分标准还只能定性，不能定量，客观指标数量少，特异性差，敏感性尚有待于提高。此外，有关心的辨证诊断动物模型的研究也有待进一步深入、提高，以制作出符合中医理论，更切合中医临床需要的新型模型。

参 考 文 献

- [1] 陈振中，等. 心气量化的临床研究. 中国医药学报, 1990, 5 (4): 21
- [2] 陈振中，等. 心气量化的实验研究. 中国医药学报, 1990, 5 (5): 7
- [3] 史载祥，等. “心气虚”患者左心室功能的研究. 中医杂志, 1982, 23 (12): 58
- [4] 鲍延熙，等. 对冠心病气虚和血瘀型患者的实验指标观察. 中医杂志, 1981, 22 (4): 28
- [5] 樊良卿，等. 冠心病中医辨证分型的客观指标探讨. 中医杂志, 1981, 22 (7): 28
- [6] 陈耀青，等. 冠心病气虚、气阴两虚证的心功能特点及生脉注射液的效应观察. 中西医结合杂志, 1988, 8 (9): 523
- [7] 李绍芝，等. 心输出量与脉图参数的相关性初探. 中国医药学报, 1992, 7 (2): 18
- [8] 李绍芝，等. 心气虚患者左心室舒缩功能的初步研究. 中医杂志, 1988, 29 (2): 50
- [9] 张世枢. 冠心病心气虚与心功能关系的初步探讨. 辽宁中医杂志, 1983, 10 (3): 148
- [10] 史载祥. 心气虚与左心功能不全研究概述. 上海中医药杂志, 1983, (8): 25
- [11] 唐巍. 冠心病心气虚与核听诊器检测心功能关系的初步探讨. 中医药学报, 1986, (6): 17
- [12] 贾宝善，等. 冠心病心气虚与核听诊器检测心功能关系的初步探讨. 中西医结合杂志, 1987, 7 (4): 203
- [13] 屈松柏，等. 实用中医心血管病学. 北京: 科学技术文献出版社, 1993. 512
- [14] 任村生，等. 心脏功能与心气虚证的内在联系. 天津中医, 1985, 2 (2): 36
- [15] 潘毅. 心气虚证的计量诊断初探. 广州中医学院学报, 1990, 7 (2): 78
- [16] 朱炎. 冠心病心气虚证的功能计量诊断的探讨. 湖北中医杂志, 1994, 16 (4): 50
- [17] 李绍芝，等. 心气虚患者脉图血液动力学参数的初步分析. 中国医药学报, 1988, 3 (4): 9
- [18] 朱炎. 冠心病心气虚证脉图计量诊断的探讨. 江西中医药, 1994, 25 (4): 21
- [19] 李绍芝. 冠心病心气虚患者脉图参数和心输出量的初步观测. 陕西中医, 1988, 9 (2): 91
- [20] 唐农，等. 冠心病心气虚患者寸口脉超声多普勒血流图的初步研究. 广西中医药, 1992, 15 (2): 46
- [21] 刘节珍，等. 冠心病中医辨证分型与血液流变学指标的关系. 山东中医学院学报, 1992, 16 (6): 41
- [22] 宋崇顺，等. 气虚证血液流变学的临床观察和实践研究. 中医杂志, 1981, 22 (10): 39
- [23] 王兴，等. 冠心病心绞痛证型与血液粘度关系的初步探讨. 中医药学报, 1988, (3): 46
- [24] 王心文. 心气虚证、心阴虚证的血液流变学研究. 云南中医杂志, 1991, 12 (6): 8
- [25] 李爱忠，等. 144例冠心病、肺心病心气虚分级的血液流变学观察. 湖南中医学院学报, 1992, 12 (3): 53

- [26] 董义芳, 等. 心气虚证的血流动力学研究. 甘肃中医学院学报, 1990, 7 (3): 36
- [27] 周宜轩, 等. 心气虚、脾气虚患者血液动力学、流变学的研究. 安徽中医学院学报, 1990, 9 (3): 46
- [28] 王延综. 心气虚证血液动力学的逐步回归分析. 中国医药学报, 1994, 9 (2): 26
- [29] 胡国庆, 等. 气虚证与甲皱微循环的研究. 上海中医药杂志, 1990, (5): 46
- [30] 廖家祯, 等. 冠心病心气虚证临床微观辨证初探. 上海中医药杂志, 1987, (11): 2
- [31] 赵家琪, 等. 心气虚患者的细胞免疫功能及补益中药对淋巴细胞作用的初步研究. 辽宁中医杂志, 1982, 9 (12): 47
- [32] 易宇明. 冠心病气虚型与血瘀型部分实验指标分析. 中西医结合杂志, 1995, 15 (3): 188
- [33] 过鑫昌, 等. 冠心病中医辨证分型与前列腺素、血小板功能、蛋白 C 抗原的关系. 中西医结合杂志, 1991, 11 (5): 263
- [34] 项慰寒, 等. 心钠素在心肺气虚诊断中的意义. 中西医结合杂志, 1988, 8 (9): 521
- [35] 俞兵, 等. 心虚证患者心钠素水平的初步观察及其临床意义探讨. 中西医结合杂志, 1989, 9 (9): 526
- [36] 罗陆一, 等. 心气虚证患者红细胞超氧化物歧化酶活性及血清过氧化脂质含量变化. 中医研究, 1993, 6 (1): 26
- [37] 向从贵. 过氧化脂质及其清除剂与冠心病及中医证型关系的探讨. 湖北中医杂志, 1994, 16 (4): 48
- [38] 张素芬, 等. 对冠心病不同证型红细胞膜流动性的观察. 山东中医学院学报, 1994, 18 (5): 342
- [39] 张玲瑞, 等. 心钠素对老年心脑血管疾病气虚血瘀证诊断的意义. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (1): 8
- [40] 柳侃, 等. 老年心气虚患者心搏调距变化和运动后心率复常时间检测的临床意义. 辽宁中医杂志, 1989, 16 (6): 19
- [41] 周光耀, 等. 中医气虚证的能量代谢研究. 中医杂志, 1991, 32 (6): 48
- [42] 闵存云, 等. 心气虚证的现代研究. 中国中医基础医学杂志, 1996, 2 (1): 58
- [43] 郑日清. 心阴虚证研究近况. 辽宁中医杂志, 1991, 18 (1): 47
- [44] 浙江省中医药研究所心本质研究组. 心阴虚的初步探讨. 浙江中医药, 1979, (6): 183
- [45] 郑日清. 心阴虚证研究近况. 中医药研究, 1991, (3): 58
- [46] 吴瑞荣, 等. 阴虚冠心病病人血清酪氨酸含量的变化. 中医杂志, 1983, 24 (3): 34
- [47] 杨振平, 等. 心虚证左心功能及心血管植物神经功能的研究. 中国医药学报, 1990, 5 (2): 12
- [48] 吴瑞荣. 阴虚冠心病病人尿 17 羟皮质类固醇昼夜节律变化与脑的关系. 中西医结合杂志, 1982, 2 (2): 100
- [49] 万校援, 等. 高血压病阴虚火旺证的研究. 上海中医药杂志, 1983, (1): 44
- [50] 谭达人, 等. 冠心病阳虚和阴虚患者血液流变性再探. 中医杂志, 1982, 23 (7): 41
- [51] 李宗梅. 冠心病心阴虚、心阳虚微循环的改变. 中医药学报, 1986, (5): 11
- [52] 杨振平, 等. 心系四虚证患者左心功能变化的初步研究. 陕西中医, 1989, 10 (2): 91
- [53] 李相端, 等. 100 例心肌梗死中医辨证分型与实验检查. 上海中医药杂志, 1982, (11): 20
- [54] 王玉明, 等. 冠心病血瘀型与血小板体积及分布宽度的关系. 中国中西医结合杂志, 1996, 16 (1): 49
- [55] 吴凯. 冠心病痰证脉图血流动力学规律的探讨. 中国中医急症, 1993, 2 (2): 52
- [56] 孙福立, 等. 试用睡眠剥夺方法建立心虚证的动物模型. 中西医结合杂志, 1987, 7 (1): 35
- [57] 陈小野. 实用中医证候动物模型学. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1993. 321

- [58] 贺玉琢. 汉方药补益作用的研究. 国外医学·中医中药分册, 1996, 18 (2): 3
- [59] 程伟, 等. 心气虚证左室舒张功能的临床及实验研究. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (3): 139
- [60] 张宏伟, 等. 冠心病辨证分型与非线性分析心率变异的关系. 中国医药学报, 1996, 11 (2): 25
- [61] 谭达人, 等. 冠心病“阳虚”“阴虚”病人血液流变性的初步观察. 中医杂志, 1981, 22 (8): 31
- [62] 叶增茂, 等. 几种心脑血管病虚证患者血清脂类变化与阴阳失调关系的观察. 中医杂志, 1982, 23 (12): 62
- [63] 徐济民, 等. 痰浊型冠心病与血脂水平关系的探讨. 中西医结合杂志, 1984, 4 (5): 265
- [64] 胡志坚, 等. 冠心病高血压病中医辨证分型及其生化基础. 新医药学杂志, 1977, (4): 17
- [65] 王秀云, 等. 冠心病中医辨证分型与血脂的关系. 河南中医, 1981, (1): 36
- [66] 郭伟星. 冠心病中医辨证客观化的研究进展. 山东中医杂志, 1986, (5): 36
- [67] 张铁忠, 等. 男性冠心病患者血浆性激素水平与中医证候类型关系的研究. 中西医结合杂志, 1983, 3 (2): 82
- [68] 朱玫, 等. 中医虚证与血浆前列腺素含量的变化. 中医杂志, 1983, 24 (1): 75
- [69] 廖家祯, 等. 冠心病患者免疫功能与中医辨证关系初探. 中西医结合杂志, 1982, 2 (4): 206
- [70] 林谦, 等. 心气虚证中医辨证规律的临床研究. 中西医结合杂志, 1990, 10 (3): 78
- [71] 王金荣, 等. 339例老年心虚证的临床研究. 中国中医基础医学杂志, 1996, 2 (2): 45
- [72] 屈松柏. 心脏病人心阴虚、心气虚证候特征探讨. 湖北中医杂志, 1995, 11 (3): 24
- [73] 张晓, 等. 心阴虚、心气虚证患者心功能及周围血管阻力研究. 湖北中医杂志, 1994, 16 (3): 35
- [74] 郭蛟, 等. 心、肺、脾气虚证的唾液淀粉酶测定. 广州中医学院学报, 1990, 7 (2): 87
- [75] 战丽彬, 等. TXA₂-PG/2 平衡与冠心病及其中医药研究. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (4): 45

第二节 肺病辨证

【基本内容】

肺居胸中, 与大肠相表里, 开窍于鼻, 在体合皮, 其华在毛。肺的主要生理功能为主气, 司呼吸, 又主宣发, 其性肃降, 通调水道。

肺的病变主要反映为: 一是肺系及肺失宣降, 表现为咳嗽、喘促、咯痰、胸痛、喉痛及声音变异, 鼻塞流涕等; 二是通调水道功能失常, 表现为水肿、痰饮等。

肺病证候, 虚证以气虚和阴虚常见; 实证多由风、寒、燥、热等外邪侵袭及痰饮停聚而成。

一、肺气虚证

肺气虚证是指肺机能减弱, 其主气、卫外功能失职所表现的虚弱证候。

【临床表现】 咳喘无力, 少气短息, 动则益甚, 语声低怯, 或自汗, 畏风, 易于感冒, 神疲体倦, 面色淡白, 舌淡苔白, 脉弱。

【机理分析】 一是具有肺气亏虚, 宣降失职的见症, 如咳喘无力, 咯痰清稀, 语声低怯等。二是具有一般气虚证的表现, 如少气短息, 神疲体倦, 自汗, 动则益甚, 面色淡白, 舌淡苔白, 脉弱等。

以咳喘无力, 咯痰清稀及气虚证为辨证要点。

二、肺阴虚证

肺阴虚证是由于肺阴不足, 失于清肃, 虚热内扰所表现的证候。若虚热内扰之症不

明显，则称为津伤肺燥证。

【临床表现】 干咳少痰，或痰少而粘稠，不易咯去，口燥咽干，形体消瘦，五心烦热，午后潮热，盗汗，颧红，或痰中带血，声音嘶哑，舌红少津，脉细数。

【机理分析】 具有虚热灼肺，肺失清肃的表现，如干咳少痰，或痰少而粘稠，不易咯去，或痰中带血，声音嘶哑等。另具有阴虚内热的一般特点，如口燥咽干，形体消瘦，五心烦热，潮热盗汗，颧红，舌红少津，脉细数等。

以干咳或痰少而粘及阴虚证为辨证要点。

三、风寒犯肺证

风寒犯肺证是指风寒之邪侵袭肺系，肺卫失宣所表现的证候。

【临床表现】 咳嗽，咯痰清稀，微有恶寒发热，鼻塞流清涕，喉痒，或见身痛无汗，舌苔薄白，脉浮紧。

【机理分析】 表现有风寒犯肺，肺失宣降的症状，如咳嗽，咯痰稀白，鼻塞等。兼有风寒袭表之症，如恶寒发热，或见身痛无汗，舌苔薄白，脉浮紧等。

以咳嗽，咯痰清稀及风寒表证为辨证要点。

四、风热犯肺证

风热犯肺证是指风热邪气侵袭肺系，肺卫受病所表现的证候。本证在三焦辨证中属上焦病证，在卫气营血辨证中属卫分证。

【临床表现】 咳嗽，痰稠色黄，鼻塞，流浊涕，发热微恶风寒，口微渴，或咽喉疼痛，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。

【机理分析】 具有风热袭肺，肺失清肃所致的咳嗽，痰稠色黄，鼻塞流浊涕，咽喉疼痛等症。兼有风热袭表，卫气受病之风热表证，如发热微恶风寒，苔薄黄，脉浮数等。

以咳嗽和风热表证为辨证要点。

五、燥邪犯肺证

燥邪犯肺证是指外界燥邪侵犯肺卫，肺系津液耗伤所表现的证候。又称燥气伤肺证、肺燥（外燥）证。据其偏寒、偏热之不同，又有温燥、凉燥之分。

【临床表现】 干咳少痰，或痰粘难咯，甚则胸痛，痰中带血，口、唇、鼻、咽干燥，或见鼻衄，咯血，便干尿少，苔薄而干燥少津，发热，微恶风寒，无汗或少汗，脉浮数或浮紧。

【机理分析】 表现有燥邪犯肺，肺失清肃的见症，如干咳少痰，或痰粘难咯，甚则胸痛，咯血等。有燥邪伤津，失于滋润的见症，如口、唇、鼻、咽干燥，便干尿少，苔燥少津等。有燥邪袭表的见症，如发热，微恶风寒，凉燥则无汗，脉浮紧等；温燥则少汗，脉浮数等。

以肺系症状及干燥少津表现为辨证要点。

本证与肺阴虚证均以干咳，或痰少难咯等为主症，且兼失润之干燥症。但本证为外燥证，病程短，伴有燥邪袭表的表卫失和见症；而肺阴虚属内燥证，病程长，伴有阴虚内热的虚热症状。

六、肺热炽盛证

肺热炽盛证是指邪热内盛于肺，肺失清肃而表现的肺经实热证候。简称肺热证或肺火证。本证在卫气营血辨证中属气分证，在三焦辨证中属上焦病证。

【临床表现】 发热，口渴，咳嗽，气喘，鼻煽气灼，胸痛，咽喉红肿疼痛，小便短赤，大便秘结，舌红苔黄，脉数。

【机理分析】 具有邪热炽肺，肺失清肃之症，如咳嗽，气喘，鼻煽气灼，胸痛，咽喉红肿疼痛等。另见有里热炽盛的共同表现，如发热，口渴，尿黄，便秘，舌红苔黄，脉数等。

以肺系症状和里实热证为辨证要点。

肺热炽盛证与风热犯肺证均为肺之热证，表现为咳嗽伴有热象，但前者是伴里实热证，后者是伴表热证。

七、痰热壅肺证

痰热壅肺证是指痰热互结，壅阻于肺所表现的肺经实热证候。又称痰热阻肺证。

【临床表现】 咳嗽，咯黄稠痰而量多，胸闷，气喘息粗，甚则鼻翼煽动，或喉中痰鸣，烦躁不安，发热口渴，或咳吐脓血腥臭痰，胸痛，大便秘结，小便短黄，舌红苔黄腻，脉滑数。

【机理分析】 具有痰热内壅于肺，肺失清肃的见症，如咳嗽，咯黄稠痰，胸闷，气喘息粗，鼻翼煽动，喉中痰鸣等；甚则热蒸肉腐，血败成脓而见咳吐脓血腥臭痰，胸痛等。兼有里实热证见症，如发热口渴，烦躁不安，便秘尿黄，舌红苔黄腻，脉滑数等。

以咳嗽，咯黄稠痰量多及里实热证为辨证要点。

痰热壅肺证与肺热炽盛证均见咳嗽及里实热证，但前者兼有痰浊壅盛的见症，后者则痰证不明显。

八、寒痰阻肺证

寒痰阻肺证是指寒邪与痰浊交并，壅阻于肺，肺失宣降所表现的证候。

【临床表现】 咳嗽痰多，痰质粘稠，或清稀色白，量多易咯，胸闷，或见哮喘痰鸣，形寒肢冷，舌质淡，苔白腻或白滑，脉濡缓或滑。

【机理分析】 症见寒痰阻肺，肺失宣降所致的咳嗽，胸闷，哮喘等表现。伴有寒痰内盛的表现，如痰多色白，质粘或清稀，喉间痰鸣，形寒肢冷，舌质淡，苔白腻或白滑，脉濡缓或滑等。

以咳喘和寒痰内盛的见症为辨证要点。

寒痰阻肺证与风寒犯肺证均属肺之寒证，皆以咳嗽，痰白清稀为主症，但前者为寒痰内盛的里寒证，后者则伴有风寒表证。

九、饮停胸胁证

饮停胸胁证是指水饮停于胸胁，气机受阻，表现为胸胁饱胀，咳唾引痛为主症的证候。

【临床表现】 胸胁胀闷疼痛，咳唾痛甚，气息短促，或眩晕，身体转侧或呼吸时胸胁部牵引作痛，舌苔白滑，脉沉弦。

【机理分析】 饮停胸胁，气机受阻，则症见胸胁胀闷疼痛，咳唾痛甚，或转身、呼吸时引痛，气息短促等。另有水饮内停之征，如眩晕，舌苔白滑，脉沉弦等。

以胸胁胀满疼痛，咳唾引痛为辨证要点。

十、风水相搏证

风水相搏证是指风邪侵袭，肺失宣降，不能通调水道，水湿泛滥肌肤所表现的证候。

属阳水范畴。

【临床表现】 眼睑头面先肿，继而遍及全身，来势迅猛，皮肤薄而亮，小便短少，并伴有恶寒，发热，无汗，舌苔薄白，脉象浮紧；或兼咽喉肿痛，舌红，脉象浮数。

【机理分析】 风邪侵袭，上先受之，风水相搏，肺失宣降，故见眼睑头面先肿，继而遍及全身，小便短少等症。若风寒犯肺则兼恶寒发热，无汗，舌苔薄白，脉浮紧等；若风热犯肺则兼咽喉肿痛，舌红，脉浮数等。

以骤然头面浮肿兼卫表症状为辨证要点。

【补充阐发】

一、肺阳虚证辨析

肺为娇脏，不耐寒温，故其为病，易为虚实。就其虚证而言，气虚、阴虚多见，是否有肺阳虚呢？历代文献资料少有系统论述，似乎否定了肺阳虚的存在。

但体内阴阳气血需保持动态的平衡协调。五脏皆分阴阳，若肺脏仅有肺阴而无肺阳，则其理不通，有失脏腑气血阴阳理论的完整性，因此，当有肺阳虚的存在。如体虚而寒邪反复伤肺；或久病咳喘，痰饮停聚于肺；或肺气亏虚，日久累及肺阳；或是脏腑间相互影响，如脾阳不足，土不生金，或肾阳亏虚无以温煦肺阳等，都可形成肺阳虚证。

肺阳虚证又称肺气虚寒证、肺中寒证、肺虚冷证。是由肺气虚进一步发展，或由久病大病，耗损阳气，或先天禀赋不足，素体虚弱而致肺阳虚衰，主气失司，虚寒内生所产生的证候。历代医家对肺阳虚的证候、病机及治疗均有较为详细的论述：如《金匮要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证并治》曰：“肺痿，吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。此为肺中冷，必眩，多涎唾，甘草干姜汤以温之。”再如《备急千金要方·肺虚实第二》曰：“肺虚冷，右手寸口气口以前脉阴虚者，手太阴肺经也。病苦少气，不足以息，嗑干不津液，名曰肺虚冷也。”诸如喻嘉言之《医门法律·咳嗽门》，林佩琴之《类证治裁》以及近人张锡纯之《医学衷中参西录》等著作中对肺阳虚都有较为详细的论述，此不一一赘引。总之，查阅中医历代文献可见，中医中虽无肺阳虚之名，但却有肺阳虚之实。

肺阳虚证之病因病机：外感寒邪，久患咳嗽，肺虚致母病及子，以及肾阳不足等，均可损伤肺中阳气而致肺阳虚证。肺阳虚证的病理变化：一是肺气虚寒，卫阳不足，易致阳虚外感；二是肺气虚寒，水津不布，聚而为饮；三是肺气虚寒，不能通调水道下输膀胱。肺阳虚证的主要临床表现为：面色晄白或晦暗，咳喘无力，声音低微，少气，动则益甚，易于感冒，咳吐涎沫清稀量多，呼吸气冷，畏寒肢冷，精神萎靡，口淡不渴，小便清长，舌质淡紫胖嫩而润，舌苔白滑，脉沉迟弱。

肺阳虚证应与肺气虚证、风寒犯肺证、寒痰阻肺证相鉴别。肺气虚证病变尚轻浅，没有寒象，而肺阳虚证病变较深重，且有寒象。风寒犯肺证与肺阳虚证虽均为肺之寒证，但二者一表一里，一实一虚，前者以表实为主，后者则以里虚为主。寒痰阻肺证属实证，临床上常伴有恶寒发热，少汗，身痛，脉浮等寒邪束肺，以及吐痰色白、量多而稠之症；而肺阳虚证属虚，临床上常伴有畏寒肢冷，气短息微，自汗，喘促，面白，神疲乏力等虚寒之征。

二、论肺血虚证

肺血虚证不仅在临床上可见，而且还有一定的理论基础。从生理上而言，肺与血脉有着密切的联系，如《素问·经脉别论》曰：“食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉。”中医诊法中的脉诊的基本原理亦是由于寸口属手太阴肺经，肺主气而朝百脉，故可候全身脏腑经络气血的情况。从现代医学解剖学观点来看，肺内有着许多大小不一的静脉和动脉，并参与体内的血液小循环，因而肺与血脉在生理上有密切关系。从中医基础理论及证候转变而言，气与血相互为用，肺气虚无力输布精微以滋养肺脏可使肺血虚；肺血虚亦能影响肺主气的功能而使肺气虚。阴与血在生理上同为一源，在病理上则多表现为伤阴必耗血，故肺阴虚与肺血虚之间亦可相互影响。中医古代文献中，虽无肺血虚证这一概念，但在实际临床治疗中常多论及，如唐·王焘在《外台秘要》一书中治疗肺痈成脓后，经久不愈，气血衰弱，表现为肺血虚证时，就用了《金匮要略》中所载桔梗汤加养血之品如当归、熟地等药，亦名桔梗汤。清·吴谦等著《医宗金鉴·删补名医方论》中在注释生脉饮时引李杲语：“夏日服生脉饮加黄芪、甘草，名生脉保元汤，令入气力涌出，更加当归、白芍名人参饮于，治气虚喘咳，吐血，衄血，亦虚火可补之例也。”人参饮子是针对肺血虚在生脉保元汤益气养阴的基础上，加当归、白芍养血之品，以补养肺血。

外感六淫、内伤七情、痰瘀水饮、劳倦、外伤以及久病耗伤等病理因素均可引起肺血虚证。肺血虚证的临床表现有：若因久咳或咳甚损伤肺之血络而致肺血虚者，常见有咳嗽，咯血，或痰中带血，或咳吐脓血；若合并肺气虚者，则可表现为神疲少气，咳喘无力，动则喘甚，声音低怯，易感冒，而色少华，头昏眼花，心悸，无汗或少汗，唇淡，脉细无力等症；若合并肺阴虚则可表现为面色少华，头昏眼花，心悸心慌，干咳短气，痰少而稠，或咳嗽带血，口燥咽干，声音嘶哑，形体消瘦，甚至午后潮热，盗汗，颧红，唇淡，舌红，脉细数等症。

【古代文献】

《素问·五脏生成》：诸气者，皆属于肺。

《素问·阴阳应象大论》：肺者，相傅之官，治节出焉。

《圣济经·体真篇》：肺为华盖，而主荣卫，故脏真高于肺，荣卫之气行焉。

《素问·经脉别论》：经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。

《素问·六节脏象论》：肺者，气之本。

《太平圣惠方·治肺气喘急诸方》：夫肺为四脏之盖，通行诸脏之精气，气则为阳，流行脏腑，宣发腠理，而气者肺之主也。

《素问·经脉别论》：饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺通调水道，下输膀胱。

《医方集解·清暑之剂》：肺为水之上源。

《素问·五脏生成》：肺之合皮也，其荣毛也。

《素问·至真要大论》：诸气贖郁，皆属于肺。……诸痿喘呕，皆属于上。

《脏腑虚实标本用药式》：肺藏魄，属金，总摄一身元气，主闻，主哭，主皮毛。本病：诸气贖郁，诸痿喘呕，气短，咳嗽上逆，咳唾脓血，不得卧，小便数而欠，遗失不

禁。标病：洒淅寒热，伤风自汗，肩背痛冷，臑臂前廉痛。

《针灸甲乙经·五脏六腑官第四》：肺病者，喘息鼻张。

《中藏经·论肺脏虚实寒热生死逆顺脉证之法》：肺者……凡虚实寒热，则皆使人喘嗽。

《诸病源候论·五脏六腑病诸候·肺病候》：肺家金，王于秋，其脉如毛而浮，其候鼻，其声哭，其臭腥，其味辛，其液涕，其养皮毛，其藏气，其色白，其神魄，手太阴其经，与大肠合。大肠为腑，主表；肺为脏，主里。肺气盛为气有余，则病喘咳上气，肩背痛，汗出，尻、阴、股、膝、踠、胫、足皆痛，是为肺气之实也，则宜泻之；肺气不足，则少气不能报息，耳聋，嗑干，是为肺气之虚也，则宜补之。

《理虚元鉴·劳嗽症论》：肺气一伤，百病蜂起，风则喘，寒则嗽，湿则痰，火则咳，以清虚之脏，纤芥不容，难护易伤故也。

《幼科发挥·肺脏兼证》：诸气喘促，上气咳嗽，面肿，皆肺脏之本病也。

《周氏医学丛书·幼科要略·风湿》：肺位最高，邪必先伤。

《本经疏证·卷六·干姜》：肺为娇脏，既恶痰涎之裹，尤畏火炎之铄。

《医学举要·治法合论》：肺为娇脏而朝百脉，主一身元气，形寒饮冷则伤肺，火则刑金亦伤肺。……肺位至高，六气著人，肺先受之。

《临证指南医案·肺痹》：肺为呼吸之橐龠，位居最高，受脏腑上朝之清气，禀清肃之体，性主乎降，又为娇脏，不耐邪侵，凡六淫之气，一有所著，即能致病。

《不居集·肺虚咳嗽》：肺虚者，肺家元气自虚也。惟其自虚，则腠理不密，故外则无风而畏风，外则无寒而怯寒。内则气怯息短，力弱神虚，面白神羸，情志郁结，嗜卧懒言，遗精自汗，饮食减少，咳嗽无力，痰涎清薄，六脉虚微而涩弱，按之无神，此为阳虚脉症。

《血证论·脏腑病机论》：肺为乾金，象天之体，又名华盖，五脏六腑，受其覆冒。凡五脏六腑之气，皆能上熏于肺以为病，故于寸口肺脉，可以诊知五脏。肺之令主行制节，以其居高，清肃下行，天道下际而光明，故五脏六腑，皆润利而气不亢，莫不受其制节也。肺中常有津液，润养其金，故金清火伏。若津液伤，则口渴气喘，痛痿咳嗽，水源不清，而小便涩，遗热大肠，而大便难。金不制木，则肝火旺，火盛刑金，则蒸热喘咳，吐血癆瘵并作。皮毛者，肺之合也，故凡肤表受邪，皆属于肺，风寒袭之，则皮毛洒淅；客于肺中，则为肺胀，为水饮冲肺。以其为娇脏，故畏火，亦畏寒。肺开窍于鼻，主呼吸，为气之总司。盖气根于肾，乃先天水中之阳，上出鼻，肺司其出纳。肾为水，肺为天，金水相生，天水循环，肾为生水之源，肺即为制气之主也。凡气喘咳息，故皆主于肺。位在胸中，胸中痛属于肺。主右肋，积曰息贲，病则右肋有动气。肺之为义，大率如此。

《诸病源候论·气病诸候·短气候》：肺虚则气少不足，亦令短气，则其人气微，常如少气不足以呼吸。

《明医指掌·喘证》：若肺气太虚，气不能布息，呼吸不相接续，出多人少，名曰短气，此虚之极也。

《景岳全书·杂证谟·咳嗽》：若内伤之嗽，则其病来有渐，或因酒色，或因劳伤，必先微嗽而日渐以甚，其证则或为夜热潮热，或为形容瘦减，或两颧常赤，或气短喉干，其脉轻者亦必微数，重者必细数弦紧。

《理虚元鉴·阴虚之证统于肺》：就阴虚成劳之统于肺者言之，约有数种：曰劳嗽，曰

吐血，曰骨蒸，极则成尸疰。其症有兼有不兼。有从骨蒸而渐至劳嗽者；有从劳嗽而渐至吐血者；有竟以骨蒸枯竭而死，不待成劳嗽者；有竟从劳嗽起，而兼吐血者；有竟从吐血起，而兼劳嗽者；有久而成尸疰者；有始终只一症，而或痊或毙者。凡此种种，悉宰于肺治。所以然者，阴虚劳症，虽有五劳、七伤之异名，而要之以肺为极则。

《外台秘要·卷十六》：肺劳热，损肺生虫。

《张氏医通·咳嗽》：外感咳嗽与阴虚咳嗽，尤宜辨晰。外感咳嗽则声盛而浊，先缓后急，日夜无度，痰涎稠粘而喘急；阴虚劳嗽则声怯而槁，先急后缓，或早甚、或暮甚，清痰少气而喘气也。

《临证指南医案·肺痿》：肺痿一症，概属津枯液燥，多由汗下伤正所致。夫痿者，萎也。如草木之萎而不荣，为津亡而气竭也。然致痿之因，非止一端。《金匱》云：或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数，或从便难，又被快药下之，重亡津液，故令肺热干痿也。肺热干痿，则清肃之令不利，水精四布失度，脾气虽散津液上归于肺，而肺不但不能自滋其干，亦不能内洒陈于六腑，外输精于皮毛也。其津液留贮胸中，得热煎熬，变为涎沫，侵肺作咳，唾之不己。故干者自干，唾者自唾，愈唾愈干，痿病成矣。

《明医杂著·劳瘵》：男子二十前后，色欲过度，损伤精血，必生阴虚火动之病。睡中盗汗，午后发热，哈哈咳嗽，倦怠无力，饮食少进，甚则痰涎带血，咯吐出血，或咳血、吐血、衄血，身热，脉沉数，肌肉消瘦，此名劳瘵。最重难治，轻者必用药数十服，重者期以岁年。然必须病人爱命，坚心坚志，绝房室，息妄想，戒恼怒，节饮食，以自培其根，否则虽服良药，亦无用也。此病治之于早则易，若到肌肉消铄，沉困着床，脉沉伏细数，则难为矣。

《医醇賸义·咳嗽》：肺虚而咳，肌表微热，神倦气短，不时火升，失血咽痛者，保肺济生丹主之。虚之甚者，火升体羸，咳嗽失血，咽破失音，此为碎金不鸣，症极危险。

《理虚元鉴·干咳嗽论》：干咳者，有声无痰，病因精血不足，水不济火，火气炎上，真阴燔灼，肺脏涩而咳也。丹溪云：此系火邪郁于肺中而不能发，水火不交所致，宜补阴降火。症从色欲来看，琼玉胶最捷。午后咳，阴虚也；黄昏咳，火气上感于肺也。

《景岳全书·杂证谟·咳嗽》：夫外感之咳，必由皮毛而入，盖皮毛为肺之合，而凡外邪袭之，则必先入肺。……外感之嗽，无论四时，必皆因于寒邪，盖寒随时气入客肺中，所以治咳但以辛温，其邪自散。

《读医随笔·论咳嗽》：卒然咳嗽，连声不可暂止者，此冷风随呼吸而袭肺也。此风袭肺则咳嗽。……外感风寒，恶寒发热，亦多有咳嗽者。此风寒由经入肺也，宜先表散，久则兼清降。其咳声清响，而昼夜相等。经曰：形寒饮冷则伤肺，咳逆而上气。然饮冷是由胃络入肺也，其声略重，宜温胃，略兼利湿。

《笔花医镜·肺部》：肺寒之证，外感居多，脉右寸必迟，其症为清涕，为咳嗽，为恶寒，为面色痿白。清涕者，寒搏其液也，……咳嗽者，金畏寒也，……恶寒者，阴忌其类也，……而色痿白者，寒伤正气也。

《素问·咳论》：皮毛者，肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从其合也。其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺，则肺寒，肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳。

《诸病源候论·咳嗽病诸候·咳嗽上气候》：夫咳嗽上气者，肺气有余也。肺感于寒，微者则成咳嗽。肺主气，气有余则喘咳上气，此为邪搏于气，气壅不得宣发，是为有余，

故咳嗽而上气也，其状咳嗽上气，多涕唾而而目跗肿，气逆也。

《医醇賸义·胀》：肺胀者，……肺为主气之脏，居于至高。寒气逆上，肺气壅塞，清肃之令不能下行，故虚满而喘咳。

《伤寒指掌·喘》：伤寒有暴感寒邪，恶寒无汗，头疼身痛，寸脉沉伏而喘急者，此寒邪郁于太阳，痰气交阻于肺也。

《张氏医通·咳嗽》：有一嗽痰即出者，脾湿胜而痰滑也。……形盛自汗，脉缓，体重，嗜卧之人咳者，脾湿胜也。

《时病论·秋伤于湿冬生咳嗽大意》：立秋以后，秋分以前，先伤于湿，湿气内踞于脾，酿久成痰，痰袭于肺，气分壅塞，治节无权，直待冬来，稍感寒气，初客皮毛，渐入于肺，肺气上逆，则潜伏之湿痰，随气而逆，遂成痰嗽之病矣。其脉必弦滑，或见微紧，右寸关必较余部不调，舌苔白润，胸次不舒，痰白而稀，口不作渴，此皆秋湿伏气之见症也。

《明医指掌·咳嗽》：痰嗽者，嗽动有声有痰，痰出嗽止是也。……若郁于肺经作嗽，胸满涎多。

《温热经纬·陈平伯外感温病篇》：风湿为病，春月与冬季居多。或恶风，或不恶风，必身热，咳嗽，烦渴，此风温之提纲也。……风温证，身热畏风，头痛咳嗽口渴，脉浮数，舌苔白者，邪在表也。

《伤寒指掌·风温》：凡温邪入肺，症见头疼恶寒发热，口燥舌干，脉数。……肺风痰热，如微寒发热，胸闷气逆，咳嗽兼喘，舌胎黄燥，或白刺，口渴脉数者，此风热客肺生痰也。

《笔花医镜·肺部》：肺有里证，亦有表证，肺主皮毛故也。邪在表，右寸脉必浮，其症为发热，为喷嚏鼻塞，为咳，为嗽，为畏风，为胸满痛，为喉疼，为鼻燥……。

《备急千金要方·肺虚实》：肺实热，右手寸口气口以前脉阴实者，手太阴经也。病苦肺胀，汗出若雾，上气喘逆，咽中塞如欲呕状，名曰肺实热也。

《伤寒指掌·喘》：若咳嗽口干，气逆而喘，而不头痛恶寒者，火邪在肺也。

《温热经纬·陈平伯外感温病篇》：风温证，身热咳嗽，口渴，下利，苔黄，谵语，胸痞，脉数。此温邪由肺胃下注大肠。

《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治》：曰：寸口脉数，其人咳，口中反有浊唾涎沫者何？师曰：为肺痿之病。若口中辟辟燥，咳即胸中隐隐痛，脉反滑数，此为肺痛，咳唾浓血。

《笔花医镜·肺部》：肺热之证，脉右寸必数，其症为目赤，为鼻衄，为咽痛，为吐血，为咳嗽浓痰，为酒积，为龟胸，为小便不利，为便血。

《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治》：问曰：病咳逆，脉之何以知此为肺痛？当有脓血，吐之则死，其脉何类？师曰：寸口脉微而数，微则为风，数则为热，微则汗出，数则恶寒。风中于卫，呼气不入，热过于营，吸而不出。风伤皮毛，热务血脉。风舍于肺，其人则咳，口干喘满，咽燥不渴，时唾浊沫，时时振寒。热之所过，血为之凝滞，蓄结痛脓，吐如米粥。始萌可救，脓成则死。

《临证指南医案·燥》：燥为干涩不通之疾，内伤外感宜分。外感者，由于天时风热过胜，或因深秋偏亢之邪，始必伤人上焦气分。

《金匱翼·燥咳》：肺燥者，肺虛液少而燥氣乘之也。其狀咳甚而少涎沫，咽喉干，氣哽不利。子和曰：燥乘肺者，氣壅不利，百節內痛，皮膚乾燥，大便秘澀，涕唾稠粘。

《症因脈治·傷燥咳嗽》：傷燥咳嗽之症，口渴唇焦，煩熱引飲，吐痰不出，或帶血縷，二便帶赤，喘急咳嗽，此傷燥咳嗽之症也。傷燥咳嗽之因，天行燥烈，燥從火化，肺被燥傷，則必咳嗽。傷燥咳嗽之脈，多見躁疾，或見數大，或見沉數，或見浮急。

《醫蘊·傷燥》：《經》曰：諸燥枯涸，干劲皴揭，皆屬於燥。燥為肺金之化，秋令也。所以致燥有二：一因於寒，秋風清肅，夏令之濕至是而干，所謂風勝濕也；一因於熱，夏時熱盛，有濕以潤之，至秋則濕退而猶未除故燥。所以燥萬物者，莫熯乎火也。其因於熱者，固熱矣，即陰於寒者，亦未始非熱，何則？秋令降斂，陽氣內入，寒氣外束，故每當秋涼，多覺口鼻氣熱，是其理也。……在外則皮膚皴揭枯澀，在上則鼻咽焦干，在下則二便固澀，在手足則痿弱無力，在脈則澀滯虛衰。

《醫醇賸義·秋燥》：愚謂燥者干也，對濕言之。立秋之後，濕氣去而燥氣來，初秋尚熱，則燥而熱，深秋既涼，則燥而涼。

《金匱要略·痰飲咳嗽病脈證并治》：夫飲有四，何謂也？師曰：有痰飲，有懸飲，有溢飲，有支飲。問曰：四飲何以為異？師曰：其入素盛今瘦，水走腸間，漉漉有聲，謂之痰飲；飲後水流在脇下，咳唾引痛，謂之懸飲；飲水流行，歸於四肢，當汗出而不汗出，身體疼重，謂之溢飲；咳逆倚息，短氣不得臥，其形如腫，謂之支飲。

《金匱要略·水氣病脈證并治》：風水，其脈自浮，外證骨節疼痛，惡風。……寸口脈沉滑者，中有水氣，面目腫大，有熱，名曰風水。視人之目窠上微，如蚕新卧起狀，其頸脈動，時時咳，按其手足上，陷而不起者，風水。

【研究進展】

一、肺病虛證的實驗研究

日本學者本間日臣指出，現代肺的概念的三大標志是呼吸、代謝和防禦。中醫學肺臟的概念與現代醫學的概念有着一定的聯繫，但並非等同。因此，研究肺病證候一方面要與現代醫學肺的生理病理概念相聯繫，另一方面而又不能囿於現代醫學肺的概念及其研究思路和方法。在近年的中西醫結合研究肺本質中，許多學者從多方而探討了肺氣虛證、肺陰虛證的生理病理基礎。

（一）肺氣虛證的實驗研究

1. 免疫功能 周夢聖等用酯酶標記法觀察了10例單純肺氣虛、9例肺腎氣虛的慢支患者的T、B淋巴細胞百分率，結果表明這兩型患者T淋巴細胞百分率低於正常人（ $P < 0.05$ ），提示其細胞免疫功能減低^{〔1〕}。廣西中醫學院對肺氣虛患者的免疫功能進行了較為深入的觀察，發現肺氣虛患者組E-玫瑰花結形成率、血清IgA、補體C₃與對照組差異無顯著性，但是淋巴細胞轉化率、血清IgM、IgG均低於對照組（ $P < 0.05$ ），提示肺氣虛組的細胞免疫功能和體液免疫功能低於健康人^{〔2〕}。溫州市醫藥科學研究所通過觀察發現，慢性支氣管炎肺氣虛證患者痰中IgA含量減低，痰溶菌酶濃度降低，提示呼吸道局部體液免疫功能低下，與中醫所說的肺虛者衛外功能低下相符^{〔3〕}。

2. 肺功能 肺功能的測定，是研究肺氣虛患者肺功能狀態的一項有效指標。王氏^{〔4〕}等將一組慢性阻塞性肺氣腫患者分為肺氣未虛和肺氣已虛兩組，分別測定其肺功能並與

健康对照组进行比较, 结果发现肺气未虚组患者的肺活量、最大通气量、第一秒用力呼吸容量、最大呼气中期流速虽然低于正常人, 但其均值仍在正常范围内, 而肺气已虚组上述各项指标与肺气未虚组相比差异均有显著性, 其中绝大多数患者达到中、重度通气功能损害的标准。此外, 肺气已虚组的气道阻力高于正常人和肺气未虚组。肺气未虚组的气道阻力均在正常范围内, 即 $<0.196\text{kPa/LIS}$, 而肺气已虚组中有34%的患者气道阻力大于 0.196kPa/LIS , 肺气未虚组的残气/肺总量% (RV/TLC%) 低于肺气已虚组。全面考核两组患者各项肺功能测定结果, 发现肺气未虚组53例患者中仅有10例出现肺功能异常, 而肺气已虚组的53例患者的肺功能均异常。两组患者肺功能异常率差异具有高度显著性。但上述资料所选的病种较单一, 必须采用多病种 (特别是非呼吸系疾病) 的肺气虚证患者进行测定, 才能更好地反映肺气虚证的“证”的水平 and 联系。

3. 血流动力学 金氏^[6]等研究了慢性支气管炎、慢性肺源性心脏病患者血液流变学检查和中医辨证分型的关系, 发现肺气虚患者全血比粘度、血浆比粘度、红细胞电泳时间、红细胞压积、血沉及血渗透压的异常率分别为30%、36.6%、3.3%、30%、23.3%和30%。广西中医学院报告肺气虚证患者肺血流图检查结果, 提示该型患者肺血管弹性较差, 肺动脉血流量减少, 肺循环阻力增加^[2]。

4. 肺部X线征象 陈氏^[6]等分析了306例慢支患者中医分型与肺部X线表现时发现, 肺气虚组纹理增多增粗, 但形态上和正常血管纹理不易区别, 表现为走向有规律的条索状阴影, 而异常肺纹理只局限于1/6~2/6肺野内。沈氏^[7]等报告慢性支气管炎肺气虚证患者肺纹理基本正常, 或虽有增多加深, 但排列仍正常。这些研究均是以慢支患者为对象, 上述肺X线征象是反映“病” (慢支) 还是“证” (肺气虚) 的水平值得进一步观察。

5. 胃肠功能 肺与大肠相表里, 提示肺与胃肠功能之间可能存在着一定的内在联系。陈氏^[6]等通过胃肠道钡餐透视观察了123例慢支肺气虚证患者的胃肠运动功能, 结果表明肺气虚证患者除部分有小肠排空时间延长外, 其余各项指标均无明显改变。但作者所选的病种单一, 观察指标也仅限于运动方面, 其肠道吸收、分泌功能有无改变则均有待于深入探讨。

6. 植物神经功能 温州市医药科学研究所^[3]比较了慢性支气管炎肺气虚、脾阳虚、肾阳虚等证患者的植物神经功能状态, 发现植物神经功能失调逐型加重, 以副交感神经亢进为主。广西中医学院^[2]研究结果表明肺气虚证患者血中真性胆碱酯酶 (ChE) 活性高于对照组, 也说明本证患者存在副交感神经功能亢进情况。

7. α_1 -抗胰蛋白酶 (α_1 -AT) α_1 -抗胰蛋白酶可保护肺组织不为弹性组织酶 (Elastase) 的作用所损伤。 α_1 -AT缺乏则使生理性保护作用削弱, 肺组织易受蛋白酶的损害, 并可导致肺气肿和肺气虚。广西中医学院^[2]研究结果表明, 肺气虚证患者的血清 α_1 -AT水平 $X \pm SD$ 为 2.407 ± 1.159 , 与健康对照组相比具有显著性差异, 故认为 α_1 -AT含量的降低可能是部分肺气虚证患者发病的病理生理学基础。但其中也有部分肺气虚证患者未出现异常, 甚至超过正常人的水平, 因此, 该指标用于肺气虚证本质的研究, 其特异性和阳性率需要进一步的论证。

8. 血清干扰素 (IFN) 李氏^[8]等报道, 肺气虚与干扰素水平有关。其实验研究结果表明, 肺气虚证患者 (40例) 全部的血清干扰素均值低于对照组 ($P < 0.01$), 说明肺气

虚与 IFN 降低有内在的相关性,即肺气虚同时存在 IFN 水平的低下。

9. 环核苷酸 古氏^[9]等检测了慢性支气管炎肺气虚证患者的血浆环核苷酸水平,发现本证患者血浆 cAMP 含量低于正常人 ($P < 0.05$),而 cGMP 含量与正常人比较差异无显著性 ($P > 0.05$)。林氏^[10]等还对慢性支气管炎分型与鼻腔分泌物环核苷酸含量的关系进行了探讨,发现肺气虚证患者鼻腔分泌物中的 cAMP 含量亦低于健康对照组。

10. 能量代谢 廖氏^[11]等观察了一组慢支患者能量代谢的若干生化指标,包括红细胞三磷酸腺苷含量、血清蛋白结合碘 (PBI)、血浆乳酸含量、血浆柠檬酸含量等,结果表明肺气虚证患者的 PBI 值低于健康对照组 ($P < 0.05$),而其余各项指标与健康组相比差异无显著性。

综上所述,根据目前的研究,肺气虚证的主要变化包括以下诸方面:细胞免疫和体液免疫功能降低,血浆 cAMP 水平降低,血清 α_1 -AT 水平降低,血清干扰素水平降低,副交感神经功能亢进,肺通气功能降低,气道阻力增加,不同程度的肺气肿,肺血管弹性减低,肺血流量减少,肺循环阻力增加,血液流变学异常等。

(二) 肺阴虚证本质的研究

1. 舌质的改变 胡氏^[12]观察了包括呼吸系统疾病在内的多病种阴虚光剥舌者,发现舌上皮细胞剥脱速率增快,丝状乳头消失,舌粘膜次级乳头缺如,舌上皮角质化过程障碍;微循环见蕈状乳头内微血管构型异常,血管内红细胞聚集,流速缓慢,微血管扩张瘀血,微循环呈瘀滞状态。同时发现患者唾液锌含量明显高于正常人,这可能也是舌质改变的一个病理因素。邱氏^[13]对 80 例各病种阴虚舌印片的脱落细胞作定性定量观察,结果表明阴虚舌的特征是小多角形细胞的出现,并有细胞分布堆、细胞总数显著增加,细胞坏死普遍存在及特殊背景出现等特点。

2. 鼻腔脱落细胞改变 李氏^[14]等对肺气虚、肺阴虚、肺实证者大体正常的鼻腔进行脱落细胞检查,测得肺阴虚组鼻腔脱落细胞中,纤毛细胞数量显著增加。肺虚证时鼻腔具有机械性防御机能的柱状纤毛细胞的脱落增加和具有非特异性免疫功能的嗜中性细胞减少,无疑降低了鼻腔的抗病能力,这应是肺虚易感的病理生理基础之一。

3. 肺扫描改变 郭氏^[15]等用肺灌注扫描检查 100 例慢性气管炎、支气管哮喘合并肺气肿、肺心病的“肺虚证”患者,以观察“肺虚证”肺血流情况。结果发现肺气阴两虚证患者的扫描图上呈现放射性缺损或稀疏区—血供差或无供血。

4. 血液流变学改变 刘氏^[16]通过研究包括呼吸道疾病在内的多种病人血液流变学后指出,阴虚之人存在着瘀血情况。其全血还原比粘度高切、血浆比粘度、红细胞电泳时间、血沉、血小板 I 相和 II 相聚集率均高于正常人,血球压积值明显低于正常人。从而说明阴虚证主要是血浆成分增高。

5. 免疫功能改变 邵氏^[17]测得阴虚证浸润性肺结核病人的 T 淋巴细胞计数的平均值低于正常值,选用细胞介导的细胞毒性试验 (CMC) 作为观察指标,观察患者的细胞免疫功能,阴虚型肺结核患者其 CMC 平均为 30.5 ± 7.6 ,其杀伤率为 32.1 ± 8.2 ,较正常值更为低下。何氏^[18]就 II 型肺结核病人的中医肺阴虚型的 NK 细胞活性进行了观察,结果发现 NK 细胞活性明显低于正常对照组,差异非常显著 ($P < 0.001$)。

6. 体温的变化 蔡氏^[19]等对肺癌为主的恶性肿瘤辨证为阴虚、阳虚、瘀血三种证型,并观测体温,结果发现阴虚组每日不同时刻体温波动明显,午后体温持续下降又复升,最

高体温出现在 18 点，此项观察结果为临床测量体温的时间及诊断证型提供了新的客观指标。

7. 微量元素的改变 邱氏^[20]等报道，以慢性支气管炎为主的阴虚证患者发锌含量与正常人比较，表现为明显下降。杨氏^[21]等对肺阴虚证患者发 15 种元素值的多元逐步回归分析结果表明，铁、铜、钙、镁、锌诸元素虽与肺阴虚证的发生有关，但并非本质因素，硒虽在单因相关分析中由于各种因素的正负作用抵消未呈现显著性，仅在多元逐步回归分析时呈现与肺阴虚证的发生有显著正相关，提示硒是肺阴虚证发病的重要因素。

8. 病理形态学改变 戴氏^[22]等通过对 19 例肺肾阴虚证患者的研究，认识到是由肺、肾二脏之阴不足为主所表现的证候，其主要病理变化特征表现为肾上腺皮质变薄，右心室室壁增厚，肺气肿、多脏器瘀血等。另外发现随着肺肾阴虚程度的加重，其病理损害可广泛累及肺、胃、心、肝、脾、胰腺、消化道等全身各组织器官。

综上所述，许多科研工作者对肺阴虚证做了有益的探索，并取得了相当满意的客观结果。就目前研究而言，肺阴虚证的主要变化包括以下几个方面：舌质的改变，鼻腔脱落细胞中纤毛细胞数量增加，肺血流减少，免疫功能下降，体温波动明显，发微量元素中硒含量下降等等，但有关其实质的研究还有待于更深的发展。

二、肺病实证的病理生理研究

对肺脏实证的研究目前开展得很少。靖氏^[23]等对肺心病的各证候从血气、酸碱及电解质等方面进行了比较观察。他将肺心病分为五个证型：肺肾气虚外感型、心脾肾阳虚水泛型、痰浊闭窍型、元阳欲绝型、热瘀伤络型。其研究表明，肺心病辨证分型在血气、酸碱及电解质等方面各具有特点，变化程度随病程长短、病位深浅和涉及脏腑的多寡面不同。提示辨证分型是与用现代科学方法检验的客观检查结果相对应的，这对于肺心病的防治及对肺脏实证证候本质的认识都是有益的。

三、肺病其他研究进展

1. 慢性阻塞性肺疾病与营养障碍的研究 慢性阻塞性肺疾病（简称 COPD）的营养障碍研究，已被认为是呼吸内科近几年的重大进展之一。屠氏^[24]等测定了 40 例 COPD 肾阳虚患者的氨基酸、微量元素、维生素及过氧化脂质。结果表明上述指标均出现代谢障碍，提示患者存在着严重营养不良，这与脾肾阳虚的病理机制具有一定的内在联系，尤其是肾阳虚损及脾阳虚时，对造成 COPD 的营养障碍至关重要。这也为本病的中医治疗，如培补脾肾及药膳配伍等的研究，提供了客观资料。

2. 肺心病痰瘀辨证与球结膜微循环的研究 周氏^[25]对 44 例肺心病患者作了 58 次球结膜微循环观察与辨证的比较分析，并与 30 例正常人作了比较，从而开拓了新的思路和提出了一定的参考数据。

(1) 肺心病与痰瘀辨证的关系：周氏从对 44 例肺心病患者的辨证分析得出：44 例中有 24 例患者有痰瘀并存的证候，占 54.5%，单纯痰饮证 20 例，占 45.5%，由此说明从祛邪角度考虑肺心病的治疗时，化痰和活血是基本治法，特别是痰瘀同治更应重视。

(2) 肺心病痰瘀病理与微循环障碍的关系：周氏发现 44 例肺心病患者中，20 例不具备血瘀证的依据，但却均与血气相关。周氏认为，非血瘀证可见微循环障碍的原因可能是：①痰饮证血液瘀滞尚未达到构成瘀血证的程度。肺心病的发展过程中，首先多为肺气壅塞，痰邪阻滞，痰饮逐渐阻碍气血，加之脏腑功能下降，输布津液、气血的作用减

退,因此,肺心病患者可在不表现出血瘀证时而有血液运行不畅的微循环改变(微血瘀),这种微血瘀并不是瘀证的指标,而是痰饮证中气血运行不畅的表现。②微血瘀为痰阻经络本身的表现。血浆、血清和体液(除血液外)的病理变化,按中医理论而言,主要是变生痰水。红细胞与血液的变化,即成为瘀血。这种因血清、血浆等物质所引起的微循环改变,是痰饮停聚本身的病理变化。

四、肺病研究评述与展望

对中医肺病证候本质的现代研究,虽然已经取得了一定的成绩,但从研究的本身来讲,只是刚刚起步。还存在着观察例数不多,指标不够全面等问题。此外,由于不同的作者选择病例的标准不尽一致,因此,某些方面的观察结果彼此不完全一致。还应当指出,多种疾病可能出现同一证候,如肺气虚证在许多肺病中都可出现,而目前研究肺气虚证时选择对象大都是慢性支气管炎患者,因此在研究证本质时只是偏重了对共性的研究而相对忽视了证自身的个性。所以,今后对肺病证候的研究应加强一证与其它证型以及同病异证、异病同证的同步比较研究,从而提高观察指标的特异性和阳性率。从研究的方法而言,要想真正认清肺病证候的本质及其发展规律,就必须采用多指标综合观察与评价的方法,从基础理论、临床观察和实验研究等几个方面入手深入探讨。

参 考 文 献

- [1] 周梦圣. 用脂酶法对肺气虚患者末梢血淋巴细胞的观察. 辽宁中医杂志, 1980, 7 (8): 17
- [2] 广西中医学院中医基础研究室. 肺气虚实验研究. 广西中医药, 1981, 4 (6): 43
- [3] 温州市医药科学研究所呼吸四病研究室. 慢性支气管炎肺气虚、脾阳虚、肾阳虚的实质探讨. 浙江中医杂志, 1980, 15 (3): 124
- [4] 王会仍, 等. 肺气虚与肺功能变化规律的初步观察. 中医杂志, 1983, 24 (2): 62
- [5] 金维岳, 等. 慢性支气管炎、肺源性心脏病患者血液流变学检查与中西医结合临床分型的关系. 江西医药, 1982, (3): 94
- [6] 陈永光, 等. 慢性支气管炎中医分型的X线研究(附306例X线分析). 福建医药杂志, 1981, 3 (5): 1
- [7] 沈家根. 慢支的中西医结合诊断分型的X线表现. 上海中医药杂志, 1982, (12): 23
- [8] 欧阳忠兴, 等. 中医呼吸病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1994
- [9] 古传琼. 慢性支气管炎中西医结合分型血浆cAMP和cGMP测定的初步观察. 天津医药, 1982, (2): 17
- [10] 林文森, 等. 鼻腔分泌物环核苷酸含量与慢性支气管炎辨证分型的关系. 浙江中医杂志, 1982, 17 (11): 522
- [11] 廖承济, 等. 慢支阴虚和阳虚患者能量代谢的某些生化指标观察. 福建中医药, 1981, 12 (5): 8
- [12] 胡庆福. 阴虚光剥舌形成机理的研究. 中西医结合杂志, 1989, 9 (3): 153
- [13] 邱曾秀. 阴虚舌苔与腻厚正常苔印片对照观察. 中国医药学报, 1989, 4 (3): 29
- [14] 李浩, 等. 肺部疾病辨证与鼻腔脱落细胞变化的初步研究. 中西医结合杂志, 1988, 8 (6): 333
- [15] 郭一钦, 等. 肺虚证与肺扫描的关系. 上海中医药杂志, 1988, (12): 6
- [16] 刘素蓉. 阴虚阳虚证与血液流变学研究. 中国医药学报, 1989, 4 (2): 12
- [17] 邵长荣. 肺结核阴虚证与细胞介导的细胞毒性试验. 辽宁中医杂志, 1986, 13 (1): 43
- [18] 何维, 等. 肺阴虚型浸润型肺结核患者的NK细胞活性缺陷. 中医药学报, 1991, (5): 47

- [19] 蔡光蓉,等. 阴虚阳虚瘀血三种证型肿瘤患者体温的观测. 中西医结合杂志, 1990, 10 (12): 26
- [20] 邱保国,等. 虚证病人头发五种微量元素分析. 中医杂志, 1985, 26 (1): 59
- [21] 杨德诚,等. 呼吸系疾病肺阴虚证人发 15 种元素值的多元逐步回归分析. 吉林中医药, 1994, (2): 41
- [22] 戴维正,等. 19 例肺肾阴虚证病理学特征的探析. 中医杂志, 1989, 30 (5): 45
- [23] 靖旭荔,等. 肺心病中西医结合分型 202 例次血气、酸碱和电解质变化规律探讨. 中西医结合杂志, 1985, 5 (8): 466
- [24] 屠伯言,等. 慢性阻塞性肺疾病肾阳虚患者营养障碍的生化研究. 上海中医药杂志, 1992, (5): 42
- [25] 周小青,等. 肺心病痰瘀辨证与球结膜微循环变化的初步观察. 湖南中医学院学报, 1989, 9 (3): 15

第三节 脾病辨证

【基本内容】

脾居中焦,与胃相表里,开窍于口,在体合肉,主四肢,其华在唇。脾的主要生理功能为主运化和主统血,其气主升。

脾的病变主要反映在脾失运化,症见腹胀或痛,纳少,便溏,困重,浮肿等;脾不统血,症见出血;清阳不升,症见下利,内脏下垂等。

脾病证候的虚证有脾气虚、脾阳虚、脾气下陷、脾不统血等;实证多由湿邪所致,有湿热蕴脾、寒湿困脾等证。

一、脾气虚证

脾气虚证是指脾气不足,运化失职所表现的证候。亦称脾失健运证。

【临床表现】 腹胀纳少,食后胀甚,大便溏薄,肢体倦怠,神疲乏力,少气懒言,形体消瘦,面色萎黄,或见肥胖、浮肿,舌淡苔白,脉缓弱。

【机理分析】 见脾气不足,脾失健运的表现,如腹胀纳少,便溏,消瘦或肥胖、浮肿等。伴有一般气虚见症,如神疲倦怠,少气懒言,面色萎黄,舌淡苔白,脉缓弱等。

以食少、腹胀、便溏及气虚证为辨证要点。

二、脾虚气陷证

脾虚气陷证是指脾气亏虚,升举无力而反下陷所表现的证候。又称脾气下陷证、中气下陷证。

【临床表现】 脘腹重坠作胀,食后益甚,或便意频数,肛门重坠,或久泄不止,甚或脱肛,或子宫下垂,或小便混浊如米泔。伴见气短无力,倦怠懒言,头晕目眩,面白无华,食少便溏,舌淡苔白,脉缓弱等。

【机理分析】 具有脾虚气陷,内脏下垂的主症,如脘腹重坠作胀,或便意频数,肛门重坠,久泄不止,甚或脱肛,或子宫下垂,或小便混浊如米泔等。伴有脾气虚的见症,如食少便溏,气短无力,舌淡苔白,脉缓弱等。

以体弱气坠及内脏下垂为辨证要点。

三、脾阳虚证

脾阳虚证是指脾阳虚衰,失于温运,阴寒内生所表现的证候。又称脾虚寒证。

【临床表现】 纳少腹胀，腹痛绵绵，喜温喜按，形寒气怯，四肢不温，面白无华或虚浮，口淡不渴，大便稀溏，或见肢体浮肿，小便短少，或见带下量多而清稀色白，舌质淡胖或有齿痕，苔白滑，脉沉迟无力。

【机理分析】 可见脾虚失运的一般表现，如纳少腹胀，腹痛便溏等。具有水湿不化，阴寒内生的表现，如肢体浮肿，或带下量多而清稀色白，喜温喜按，形寒肢冷，舌质淡胖或有齿痕，苔白滑，脉沉迟无力等。

以脾虚失运的见症和虚寒证为辨证要点。

四、脾不统血证

脾不统血证是指脾气虚弱，不能统摄血液而致血溢脉外所表现的证候。又称气不摄血证。

【临床表现】 面色萎黄或苍白无华，食少便溏，神疲乏力，气短懒言，并见出血，或便血、溺血，或肌衄、鼻衄，或妇女月经过多、崩漏，舌淡，脉细无力。

【机理分析】 具有脾虚失运的共同特征，如食少便溏，神疲气短懒言，舌淡，脉细无力等。并见脾失统血，血溢脉外之出血症，或便血、溺血，或肌衄、鼻衄，或妇女月经过多、崩漏等。

以脾气虚证和出血表现为辨证要点。

脾气虚、脾阳虚、脾虚气陷、脾不统血四证，既有区别，又有联系，其中以脾气虚为基础。脾气虚证以脾失健运的表现为其辨证要点；若兼失于温煦的虚寒证，则属脾阳虚证；若兼清阳不升的下陷表现，则为脾虚气陷证；若兼血失统摄的出血症，则是脾不统血证。

五、寒湿困脾证

寒湿困脾证是指寒湿内阻，中阳受困所表现的证候。又称湿困脾阳证、寒湿中阻证，在六经辨证中一般归属于太阴病证。

【临床表现】 脘腹痞闷或痛，口腻纳呆，泛恶欲吐，口淡不渴，腹痛便溏，头身困重，或肢体浮肿，小便短少，或身目发黄，其色晦暗不泽，或妇女白带量多，舌体胖，苔白腻或白滑，脉缓弱或沉细。

【机理分析】 具有寒湿内困，脾胃升降功能失常的表现，如脘腹痞闷或痛，泛恶欲吐，纳呆便溏等症。具有寒湿中阻的见症，如头身困重，浮肿少尿，或身目发黄而晦暗，或白带量多，舌体胖，苔白腻或白滑，脉缓弱或沉细等。

以脾胃纳运功能障碍及寒湿内盛的表现作为辨证要点。

寒湿困脾证与脾阳虚证均属脾病之寒证，均有运化失职，水湿不化的见症，但前者伴寒湿内盛的实寒证，后者伴阳虚失温的虚寒证。

六、湿热蕴脾证

湿热蕴脾证是指湿热内蕴中焦，脾胃纳运功能失职所表现的证候。又称中焦湿热证、脾胃湿热证。

【临床表现】 脘腹痞闷，纳呆呕恶，大便溏泻而不爽，肢体困重，渴不多饮，身热不扬，汗出不解，或身目鲜黄，或皮肤发痒，舌质红，苔黄腻，脉濡数。

【机理分析】 具有湿热内蕴，脾胃纳运功能失职的表现，如脘腹痞闷，纳呆呕恶，大便溏泄。并见湿热蕴结之象，如肢体困重，渴不多饮，身热不扬，汗出不解，或身目发

黄，或皮肤瘙痒，舌红苔黄腻，脉濡数等。

以脾胃纳运功能障碍及湿热内蕴的表现辨证要点。

湿热蕴脾证与寒湿困脾证均为湿困中焦而见脾胃功能障碍的表现，但有寒、热见症的不同。

【补充阐发】

一、有关脾阴虚证

脾阴虚证是由饮食不调，劳倦忧思或久病耗伤，或邪热内灼，或汗、吐、下利太过，损伤脾阴，以致运化失职，精微亏乏不布，虚热内生所表现的证候。

脾阴虚证这一概念是在李东垣阐明脾阳虚会导致“中气下陷”、“气虚发热”等病理之后，才引起人们的重视。朱丹溪补充了李东垣之说，明清以后，逐渐整理形成了脾阴虚、胃阴虚的病理生理理论。脾阴虚究其实质可认为是脾的“阴虚阳亢证”。清·秦皇士在其所著的《症因脉治·脾虚身肿》一书中指出：“脾虚有阴阳之分，脾阴虚者，脾血当耗，脾火上炎，脾虽虚而仍热，若服温补，则火愈盛而阴愈消，必得滋补脾阴，则阳退而无偏胜矣。”脾阴虚可由多种原因所致，但由于脾气虚进一步发展，使运化方面的濡养功能低下而发生者较为多见。脾阴虚证的临床表现主要有：不思饮食，食入不化，干呕呃逆，嘈杂胃痛，口干渴，大便干结，肌肉消瘦，舌红少津，苔少薄黄或无苔，脉细数。此外，脾阴不足，上不能滋生肺金，肺阴亏虚，则口干咽燥，干咳少痰；下不能充养肾精，肾精不足则头目眩晕，腰膝酸软；子病及母，营卫不足，心失所养，则心悸怔忡，失眠健忘；化源不足，木失滋荣，肝血不足，则眼干目涩，肢麻震颤。

脾阴虚证常可见于“胃痛”、“便秘”、“吐衄”、“便血”等病症中。值得一提的是，脾阴虚证与“脾约”均有大便干硬难解之症及津液不足的表现，但“脾约”以便硬为主症，其津液不足乃胃热所致，并非单纯之脾阴虚证，故张仲景又另立脾约之病机。脾阴虚之便干乃是兼症，其津液不足是病之本因，两者不尽相同。

二、对“阴火证”的认识

“阴火”一词系李东垣所创。“阴火证”主要是指一种患者自觉的“内热”表现。但这种“内热”并非属外感，而是由内伤所致，故李东垣命之为“阴火”，以与外感发热病所产生的“阳火”相区别。“阴火”可由饮食劳倦、七情内伤引起，关于“阴火证”的发病机理，李东垣在《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》中指出：“若饮食不节，寒温不适，则脾胃乃伤，喜怒忧愁，损耗精气。既脾胃气衰，元气不足，而心火独盛，心火者阴火也，起于下焦，其系于心，心不主令，相火伐之，相火，下焦包络之火，元气之贼也。火与元气不两立，一胜则一负。脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘土位。”这里所讲的“心火”并不是指心经本身的阳气，而是下焦冲脉之火，郁而上逆，仍属内热之阴火。“起于下焦，其系系于心”是指肾与心在经络上有联系。“心不主令，相火伐之”源于王冰注《素问·天元纪大论》：“君火以明，相火以位。”“包络之火”即冲脉之火，同冲脉起于包中，故又称相火为“包络之火”。所谓“火与元气不两立”，这里的火不再是发源于命门又名“肾阳”或“元阳”之“少火”，而是食气之“壮火”，故称为“元气之贼”、与元气不两立。阴火证的病机关键是脾胃元气受伤，气血生化乏源，导致相火侮土，与阴虚火旺之虚火不同。

阴火证所表现出的热象，常因人而异：有发热，恶热，烦渴，肌热如炼，扪之烙手，手足心热，倏热来去，虽热，其人宁静，舌淡口和，虽渴不多饮，二便无特殊等症。阴火亦可反映在脏腑，若阴火扰心，则心无所养，心乱而烦；若阴火冲肺，则气高而喘，口渴脉洪；若阴火入肝，则肝火妄行，胸胁满痛，口苦作呕，腹痛，淋瀝；若阴火侵肾，则肾中伏火，足不任身，脚下隐痛。

此外阴火证尚能表现出一些特殊证候：①气虚发热类白虎汤证，表现为气高而喘，身热而烦，头痛时发，口渴，其皮肤不任风寒而生寒热，倦怠嗜卧，四肢不收，脉洪大，舌质淡红苔润薄。②血虚发热类白虎汤证，表现为肌热烦躁，困乏，口渴，目赤面红，脉洪大，舌质淡红苔白干。此二证与白虎汤证的鉴别应着重于脉象的变化，白虎汤证所表现的脉象是洪大有力，而气虚发热证所表现的脉象虽洪却重按无力，血虚发热证的脉象则是虽洪大却虚且重按无力。阴火证与阴虚火旺证的鉴别要点在于舌脉象，阴虚火旺证的舌象多表现为舌红绛，少苔或无苔，而阴火证的舌象则常见舌淡苔薄白或润。此外，阴火证的脉象多为脉虚大无力而数，而阴虚火旺证的脉象则常见细数。

【古代文献】

《素问·经脉别论》：食入于胃，散精于肝，……浊气归心，淫精于脉。……饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺。

《素问玄机原病式·六气为病·火类》：故食入于胃，而脾为变磨，布化五味，以养五脏之气，而养荣百骸，固其根本。……故五脏六腑，四肢百骸，受气皆在于脾胃。

《素问·厥论》：脾主为胃行其津液者也。

《临证指南医案·脾胃》：太阴湿土，得阳始运，胃为燥土，得阴自安，以脾喜刚燥，胃喜柔润也。

《血证论·脏腑病机论》：脾称湿土，土湿则滋生万物，脾润则长养脏腑。胃土以燥纳物，脾土以湿化气，脾气不布，则胃燥而不能食，食少面不能化，譬如釜中无水，不能熟物也。故病隔食，大便难，口燥唇焦，不能生血，血虚火旺，发热盗汗。若湿气太甚，则谷亦不化，痰饮泄泻，肿胀腹痛之证作焉。湿气挟热，则发黄发痢，腹痛壮热，手足不仁，小水赤涩。脾积名曰痞气，在心下如盘，脾病则当脐有动气。居于中州，主灌四旁，外合肌肉，邪在肌肉，则手足蒸热汗出，或肌肉不仁。其体阴而其用阳，不得命门之火以生土，则土寒而不化，食少虚羸。土虚而不运，不能升达津液，以奉心化血，渗灌诸经。经云：脾统血。血之运行上下，全赖乎脾，脾阳虚则不能统血，脾阴虚又不能滋生血脉，血虚津少，则肺不得润养，是为土不生金，盖土之生金，全在津液以滋之。脾土之义，有如是者。

《素问·太阴阳明论》：四肢皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也。

《素问·痿论》：脾主身之肌肉。

《冯氏锦囊秘录·脾胃方论大小合参》：万物悉从土生，名为万物之母，其在人身，则脾胃主气，气血、精神、津液、筋骨、脏腑百骸，莫不禀气于胃也。

《太平圣惠方·治脾脏风壅多涎诸方》：夫脾受水谷之精，化为气血，以养脏腑，灌溉身形。

《诸病源候论·五脏六腑诸病候·脾病候》：脾气盛，为形有余，则病腹胀，溲不利，

身重，苦饥，足痿不收，跗善瘡，脚下痛，是为脾气之实也，则宜泻之。脾气不足，则四肢不用，后泄，食不化，呕逆，腹胀，肠鸣，是为脾气之虚也。

《脏腑虚实标本用药式》：脾藏智，属土，为万物之母，主营卫，主味，主肌肉，主四肢。本病：诸湿肿满，痞满噫气，大小便闭，黄疸痰饮，吐泻霍乱，心腹痛，饮食不化。标病：身体肤肿，重困嗜卧，四肢不举，舌本强痛，足大趾不用，九窍不通，诸瘕项强。

《脾胃论·脾胃盛衰论》：胃中元气盛，则能食而不伤，过时而饥。脾胃俱实，则能食而肥。脾胃俱虚，则不能食而瘦，或少食而肥，虽肥而四肢不举。

《难经·四十九难》：饮食劳倦则伤脾。

《奇效良方·宿食内伤门》：脾胃一伤，则真元之气败坏，致生诸虚百疾而夭人寿。

《备急千金要方·脾脏上》：脾气虚则四肢不用，五脏不安。

《素问·至真要大论》：诸湿肿满，皆属于脾。

《针灸大成·足太阴脾经穴歌》：《导引本经》：人惟饮食不节，劳倦过甚，则脾气受伤矣。脾胃一伤，则饮食不化，口不知味，四肢困倦，心腹痞满，为吐泄，为肠澼。

《丹溪心法附余·调胃》：人之一身，脾胃为主。……人惟饮食不节，起居不时，损伤脾胃，胃损则不能纳，脾损则不能化，脾胃俱损纳化皆难，元气斯弱，百邪易侵，而饱闷、痞积、关格、吐逆、腹痛、泄痢等症作矣。

《医方论·平胃散》：人非脾胃无以养生。饮食不节，病即随之，多食辛辣则火生，多食生冷则寒生，多食浓厚则痰湿俱生，于是为积累，为泻痢，种种俱见。

《医统正脉全书·活人书·呕吐啰》：盖脾之本性喜温恶寒，喜燥恶湿，喜香恶臭，喜通恶滞。若或虚寒不能营运，湿痰食积稽留，则致饮食不思而难进，虽进而难消，于是呕恶吞酸、倒饱暖腐、肠鸣泄泻、浮黄肿胀，诸症悉起。

《症因脉治·脾虚泄泻》：脾虚泻之症，身弱怯冷，面色痿黄，手足皆冷，四肢倦怠，不思饮食，时时泻薄，此脾虚泻也。脾虚泻之因，脾气素虚，或大病后，过服寒冷，或饮食不节，劳伤脾胃，皆成脾虚泄泻之症。脾虚泻之脉，脉多微弱，或迟而缓，或迟而涩，和缓易治，弦急为逆。

《素问·厥论》：太阴之厥，则腹满臌胀，后不利，不欲食，食则呕，不得卧。

《伤寒论·辨太阴病脉证并治》：太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸中结硬。自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也。当温之，宜服四逆辈。

《济生方·脾胃虚寒论治》：夫脾者，足太阴之经，位居中央，属乎戊己土，主于中洲，候身肌肉，与足阳明胃经相为表里。表里温和，水谷易于腐熟，运化精微，灌溉诸经。若饮食不节，或伤生冷，或思虑过度，冲和失布，因其虚实，由是寒热见焉。方其虚也，虚则生寒，寒则四肢不举，食饮不化，喜噫吞酸，或食即呕吐，或卒食不下，腹痛肠鸣，时自溏泄，四肢沉重，举多思虑，不欲闻人声，梦见饮食不足，脉来沉细软弱者，皆虚寒之候也。

《金匱翼·飧泄》：飧泄，完谷不化也。脾胃气衰，不能腐熟水谷，而食物完出。经所谓脾病者，虚则腹满肠鸣，飧泄食不化是也。又清气在下，则生飧食者，谓阳气虚则下陷。

《明医指掌·赤白浊精滑梦遗》：脾虚则化气不清，而分注于膀胱者，亦混浊而稠厚。

《金匱翼·中虚脱血》：中者，脾胃也。脾统血，脾虚不能摄血；脾化血，脾虚不能运化。是皆血无所主，因而脱陷妄行。其血色不甚鲜红，或紫或黑，此阳败而然，故多无热证，而或见恶心呕吐。宜理中汤温补脾胃，中气得理，血自归经矣。

《寿世保元·健忘》：思虑伤脾，不能摄血，致血妄行，或吐或下，或健忘，怔忡，惊悸，不寐，发热盗汗，或心脾伤痛，嗜卧少食，大便不调，或血虚发热，或肢体重痛，妇女月经不调，赤白带下。

《金匱翼·阳虚失血》：阳虚失血者，脾胃气虚，不能固护阴气也。仁斋《直指》云，血遇热则宣流。故止血多用凉剂，然亦有气虚挟寒，阴阳不相为守，荣气虚散，血亦错行，所谓阳虚阴必走是耳。外症必有虚冷之状，其血色必黯黑而不鲜，法当温中，使血自归经络。

《伤寒论·辨阳明病脉证并治》：伤寒发汗已，身目发黄。所以然者，以寒湿在里不解故也。以为不可下也，于寒湿中求之。

《伤寒指掌·湿证》：寒湿，脉沉迟而濡，身无热，但吐泻，口不渴，小便清利，身痛重着，或手足肿痛者，为寒湿。

《医醇賸义·诸痛》：脾本湿土，寒邪乘之，寒与湿凝，是为重阴，脘下至当脐胀满作痛。

《医林绳墨·湿热方论》：湿热者，因湿而生其热也，脾土为之病也。何也？脾属土，而土尝克水。湿者，水之象也，郁于中宫，化而为热，故曰湿热。其症头眩体倦，四肢无力，中气不清，饮食不进，小便黄浊，大便溏泄。此脏腑因湿之所伤也，其脉濡而缓，甚者发热恶寒，自汗时出，其脉濡而数。

【研究进展】

一、脾虚证诊断标准

1987年卫生部药政管理局颁布《中药治疗脾虚证的临床研究指导原则》，1993年卫生部颁布《中药新药临床研究指导原则》；1994年国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》等，这些标准均涉及到脾虚证的诊断与疗效标准，使脾虚证的辨证走向规范化。

近年，杨氏^[1]等在运用计算机对500例脾气虚证医案进行统计的基础上，根据脾气虚证症状发生率的高低，确定出每一症状的分值，制定了脾气虚证分级（轻度、中度、重度）量化诊断标准。邱氏^[2]通过以整群抽样取得的549例各科各系统病人（包括脾虚229例，非脾虚320例）的四诊资料对以往建立的“脾虚证诊断计分表”的诊断效果做了前瞻性的研究；该计分表诊断脾虚证的几项主要评价指标的结果为：患病率41.7%，准确度91.3%，敏感度93.0%，特异度90.0%，阳性预测值86.9%，阴性预测值94.7%，阳性拟然比9.30，阴性拟然比0.08，诊断效果满意。孙氏^[3]等通过对90例多系统多病种脾虚证患者的研究，采用多指标探索脾虚证的定量诊断方法，发现随着木糖吸收率的逐步降低，脾虚证各种症状的出现率不断升高；除周围血管阻力逐渐上升外，唾液淀粉酶活性、血液流变学检测、心功能、红细胞、血红蛋白及淋巴细胞转化率等指标值均逐渐下降，并与木糖吸收率呈正相关，有显著性意义；按照上述规律，将脾虚证分为Ⅰ、Ⅱ、

度，并列各度的症状出现率及检测结果，初步提出脾虚证分度定量诊断法。

二、脾虚证动物模型

北京师范大学生物系 1980 年报道运用中药大黄，首先塑造中医“脾虚”证动物模型。近年来，苦寒泻下、饥饱失常、甘肥过度、劳倦伤脾等各类脾气虚证模型相继问世。罗氏^[4]等采用偏食法（先食酒、后食醋）建立了 Wistar 大鼠脾气虚证动物模型，并从血液学、免疫学、组织化学、组织病理学以及超微结构等方面对该模型进行观察。傅氏^[5]等用劳倦与饥饱因素塑造大白鼠脾气虚证模型，并对该模型进行形态学研究。王氏^[6]等以马属动物驴为造模对象，以破气苦降的厚朴三物汤加饮食失节法塑造脾气虚证动物模型。阚氏^[7]等也报道了用耗气破气理论塑造脾气虚证动物模型。李氏^[8]等在采用劳倦、饥饱失节方法制造脾气虚大鼠模型基础上观察其骨骼肌细胞的组织化学改变。裴氏^[9]用番泻叶造成大鼠脾阳虚证模型，王氏^[10]则用大黄造成家兔脾阳虚证模型。梁氏^[11]等建立了以泻下与劳倦的脾气虚大鼠动物模型，此模型具有泻下药物用药剂量小，造模时间长的优点，造模因素更接近于临床脾气虚证的病因和久病致虚的特点，且易于复制。陈氏^[12]等建立了大鼠脾虚、胃病的证病结合模型，对证病结合模型研究进行了有益的探索。易氏^[13]等利用过劳、饮食失节法配合苦寒泻下法复制了大鼠脾阳虚证模型。张氏^[14]等以过量大黄水浸煎剂胃饲树鼯，实验第 8 天动物出现与临床脾虚相似的症状，如溏便、倦怠、不爱活动、皮毛枯槁、体重下降等；对其肝、十二指肠超微结构的研究表明，脾虚动物相邻肝细胞间紧密连接松弛，十二指肠粘膜上皮吸收细胞微绒毛变短，而在喂饲四君子汤后上述症状减轻而恢复正常。王氏^[15]等用 20% 番泻叶浸剂灌服豚鼠，3 天后肛门注入 5% 冰醋酸 0.1 毫升，复制了辨证与辨病相结合的豚鼠脾虚型溃疡性结肠炎模型。

三、脾虚证的临床与实验研究

对脾虚证的临床与动物实验研究，几乎涉及各大系统（消化、内分泌、神经、免疫、物质代谢、血液、肌肉运动及组织的病理形态等），根据中医“异病同证”，脾虚证是慢性消化系统疾病（慢性消化性溃疡、慢性胃炎、胃下垂、胃粘膜脱垂、慢性肠炎、慢性痢疾、消化不良、胰腺炎、肝炎等）的主要证型，亦是非消化系统的多种疾病（慢性支气管炎、功能性子宫出血、慢性肾炎、各种慢性出血疾病等）的常见证型，运用补脾药均可取得一定的疗效，故有治脾胃可以安它脏之说。

（一）脾主运化

对脾主运化的研究仍集中在消化系统，认为消化和吸收失常为主的疾患是脾虚证，因此胃肠道功能、胃肠道激素、胰腺功能等下降均可导致脾虚证。

1. 脾虚与胃肠道功能

（1）运动功能：马氏^[16]等报道了 47 例脾虚患者的胃超声图象，发现存在着胃的位置下移、空胃积液、低张胃、排空延迟或增快、胃壁层次及粘膜层光洁度改变等现象，认为可能是产生脾虚证候群的病理基础。王氏^[10]对大黄造模家兔的血清胆碱酯酶和胃肠推进运动进行观察，结果认为胃肠推进运动的加快和血清胆碱酯酶的降低可能是脾阳虚证的病理机制之一。曲氏^[17]等报道，与正常对照组比较，实验性脾虚动物胃电慢波节律无明显改变，慢波振幅显著减小，快波振幅也减小，胃运动明显减弱；自然恢复组胃电波振幅和胃运动波仅有轻度恢复，经四君子汤加味治疗后的大鼠胃电波和胃运动波恢复接近正常对照组水平；表明实验性脾虚证动物的胃电波和胃运动波有明显变化，四君子汤

加味能够明显予以改善。闻氏^[18]等采用大鼠小肠移行性综合肌电(MMC)指标,综合对比四君子汤、木香枳实合剂、丹参川芎合剂及复方对大黄所致脾虚大鼠小肠电活动的影响;结果表明:大黄所致脾虚大鼠十二指肠和空肠位相性收缩增强,四君子汤能明显阻断这种变化过程,健脾理气化瘀复方及丹参川芎合剂也有一定的复健作用,木香枳实合剂的作用较差。张氏^[19]等采用同步检测胃平滑肌电活动和腔内压力变化的方法及血浆胃动素放射免疫测定法,对63例各型脾虚证患者的胃运动功能进行研究,结果各型脾虚证患者胃电节律紊乱的程度和电-机械脱耦联率均显著高于健康人;腔内压力波的各项指标均较健康人降低;血浆胃动素水平呈增高趋势,并与胃电节律紊乱成正相关;提示各型脾虚证患者胃运动功能异常可能与血浆胃动素水平增高-胃电节律紊乱-胃机械运动功能障碍有关。

(2) 吸收功能:毛氏^[20]测定了30例脾阴虚证患者血浆蛋白,发现该证血浆总蛋白含量与正常人相近,但白蛋白减少,球蛋白中 α_1 与 γ 增加, α_2 与 β 有增加倾向,A/G比值降低;脾气虚患者蛋白总量降低,各类蛋白比的变化与脾阴虚证相似。陈氏^[21]等研究表明异功散口服液的健脾益气作用,可能与直接补充人体缺乏的氨基酸尤其是必需氨基酸,促进蛋白质的合成,改善机体的代谢功能有关。戴氏^[22]等测定了32例脾虚患者的血清游离氨基酸(FAA)含量,与20名健康成年人测定值比较,提示脾虚患者血清中有多种FAA含量降低,可能与肠道吸收不良有一定的关系,患者血清蛋白浓度及免疫功能低下可能与FAA水平降低有关。

(3) 胃肠病变:任氏^[23]等通过对慢性萎缩性胃炎脾虚证胃粘膜活检标本超微结构的观察,发现胃粘膜各类线粒体的退行性病变,是脾虚证发生的病理基础。

2. 脾虚与胃肠道激素 郑氏^[24]等发现71例脾虚证胃痛患者胃窦粘膜中D细胞数量显著减少。D细胞分泌生长抑素,有抑制胃泌素、胃酸和胃蛋白酶原分泌的作用,故推测D细胞减少是脾虚证患者的一个重要病理学形态指标。涂氏^[25]等发现脾阳虚型和胃阴虚型的血清胃泌素及尿胃蛋白酶值均高于正常对照组。张氏^[26]等对30例脾虚泄泻患者回肠末端、横结肠和乙状结肠粘膜中P物质(SP)和血管活性肠肽(VIP)进行测定,发现脾虚泄泻组结肠末端SP含量较无腹泻组和非脾虚泄泻组显著增加;脾虚泄泻组的乙状结肠粘膜VIP含量较无腹泻组也显著增加,与非脾虚泄泻组比较有增加趋势,提示SP和VIP可能与脾虚泄泻症状有关;根据脾虚临床表现和VIP的功能,在脾虚泄泻中,VIP可能起更重要的作用。李氏^[27]等用成年雄性大鼠50只,分为正常组、脾虚组、自然恢复组和治疗组,观察小肠粘膜组织结构及粘膜内胃泌素细胞和5-羟色胺细胞的变化,结果表明粘膜未见明显异常改变,脾虚组胃泌素细胞和5-羟色胺细胞分泌功能活跃,这可能与脾虚证发生有关。马氏^[28]等报道了大鼠脾虚模型组血浆、胃窦及结肠组织中生长抑素含量均较正常对照组显著升高,而且脾虚型血浆中生长抑素含量与胃窦组织中生长抑素含量呈显著正相关,故认为生长抑素含量的升高可能是脾虚证的病理基础之一。周氏^[29]等对大手术后脾虚患者血中激素水平测定,结果表明脾虚患者血中胃动素(MOT)含量明显高于正常对照组,胰多肽(PP)明显低于正常组,血管活性肠肽(VIP)、生长抑素(SS)、胰高糖素(Glu)、胰岛素(Ins)则与正常组无显著性差异。任氏^[30]等报道脾虚泄泻患者血浆、十二指肠降段的胃动素(MOT)低于对照组和非脾虚泄泻组,降结肠、直肠的前列腺素(PGE₂)高于对照组和非脾虚泄泻组;认为脾虚患者MOT和PGE₂含量

的异常可能是脾失健运的实质之一。

3. 脾虚与胰腺功能 金氏^[31]观察了115例不同疾病脾气虚患者的消化吸收功能,发现胰功肽和木糖均降低。毛氏^[32]观察到脾阴虚证胰功肽排出率降低,表明胰腺外分泌量减少,小肠吸收能力低下,其变化与脾气虚一致。杨氏^[33]等通过对血清淀粉酶、胰淀粉酶同工酶及胰脂肪酶的测定,发现脾气虚证大鼠模型和脾气虚证病人均存在上述酶活性的降低,且胰淀粉酶同工酶活性下降的幅度与脾气虚证的程度具有相关性,故认为胰腺外分泌功能降低可作为脾气虚证的病理机制之一。

(二) 脾主肌肉

李氏^[8]等通过对脾气虚证大鼠骨骼肌细胞化学的研究,发现脾气虚证大鼠肌肉PAS过碘酸雪夫反应(用于显示肌糖元含量)较正常组明显减弱;又通过对脾气虚证大鼠骨骼肌中琥珀酸脱氢酶(SDH)、细胞色素氧化酶(CCO)的观察,发现其两种酶活性均下降。裴氏^[9]观察脾阳虚大鼠横纹肌线粒体超微结构和血清肌红蛋白(Mb)含量,发现造模动物的Mb明显低于对照组;心肌和比目鱼肌线粒体明显减少,并有肿胀、嵴破坏和空泡变性等变化,提示存在着肌肉组织氧的运输和贮存不足,肌肉氧化代谢障碍,为脾主肌肉提供了实验依据。杨氏^[1]等对47例脾气虚证的胃病患者进行了血清肌酸磷酸激酶(CPK)及其同工酶的测定,发现脾气虚证患者治疗前的CPK及肌型肌酸磷酸激酶(CPK-MM)活性明显低于与之对照的脾胃湿热组和肝胃不和组,经扶正健脾治疗后,CPK及CPK-MM的活性升高,认为CPK-MM可在一定程度上反映脾气的盛衰。杨氏^[34]等又报道了脾虚证大鼠骨骼肌细胞中线粒体形态计量学分析,发现脾气虚时,线粒体的形态与数量均发生了改变,经过健脾益气药的复健,肿胀的线粒体基本消失,线粒体内膜和脊得到修复,形态计量学检测线粒体的面数密度与体积密度均接近于对照组,而自然恢复组不如药物组,这说明脾气虚的病理机制与骨骼肌线粒体结构的损伤有关。杨氏^{[35][36]}等通过多年的脾虚证与肌肉能量代谢关系的研究,已逐步将中医“脾主肌肉”的理论应用于运动医学领域,以提高运动能力、抗运动性疲劳等。

(三) 脾主统血

孙氏^[37]等报道利用补元饮(由红参、黄芪组成)治疗血液病脾不统血证30例,其结果为:显效7例,占23.3%;有效8例,占26.6%;进步11例,占36.6%;无效4例,占13.3%;总有效率86.5%。张氏^[38]将胃病患者分为脾不统血、脾气虚、血热妄行、胃中积热四个证型,并与正常人进行了红细胞免疫的对比研究,结果表明:红细胞免疫花环试验与中医“正邪相争”的理论有密切联系;脾不统血判断标准,与其它各型脾胃病的鉴别、标本缓急、病情轻重及病理转归之间的判断,红细胞免疫环试验成为一种重要参考指标。肖氏^[39]等观察193例,均经纤维胃镜确诊,包括急、慢性胃炎,胃炎伴十二指肠肠炎,胃、十二指肠复合性溃疡等病,辨证为脾不统血、脾气虚、脾中积热、血热妄行,结果:脾不统血组、脾气虚组的全血粘度均有下降,与正常组及其它两组比较有显著性差异($P<0.05\sim 0.01$);以脾不统血组下降更为明显;与脾气虚组比较有显著性差异($P<0.05$);脾不统血组、脾气虚组的红细胞比积均有下降;认为脾不统血组的全血粘度、红细胞比积均明显降低、血沉明显加快,反映了红细胞数量和质量的异常是本证的一部分实质。

(四) 脾虚证的其他研究

1. 脾虚证与微量元素 李氏^[40]等测定了 36 例脾气虚患者血浆与红细胞中的微量元素, 结果: 红细胞中铁升高, 铜降低, 经益气健脾治疗后铜升高, 铁降低; 血浆中锌降低, 铜、铁升高, 治疗后铜、铁降低, 锌升高, 差异均有显著性意义。马氏^[41]等观察了 40 例脾气虚患者, 结果锌与铜下降 ($P < 0.01$), 铜锌比值下降 ($P < 0.01$), 镁有升高倾向。焦氏^[42]等测得 54 例脾虚证血浆锌、铜含量均降低, 但铜锌比值升高 ($P < 0.05$), 硅降低 ($P < 0.05$), 钼有升高倾向。梁氏^[43]等测定了 53 例脾气虚证患者血清中锌、铜、钙、镁、铁的含量, 结果: 脾气虚组锌、镁的含量均明显降低, 与正常组相比均有非常显著性的差异 ($P < 0.01$); 脾气虚组铜的含量明显升高, 与正常组比较有显著差异 ($P < 0.05$); 脾气虚组铜锌比值明显高于正常组 ($P < 0.01$); 脾气虚组钙、铁的含量虽有轻微升高, 与正常组比较均无显著差异 ($P > 0.05$), 提示脾气虚患者存在有微量元素代谢的异常, 其含量的变化与中医脾虚证有一定的关系。

2. 脾虚证与微循环、血液流变学 杜氏^[44]观察了 50 例各类消化道疾病脾虚证患者, 其甲皱微循环血流缓慢、血球积聚袢顶 25 例, 管袢模糊、苍白和血管变异 23 例, 红细胞数减少 36 例。聂氏^[45]等观察了 5 种疾病共计 324 例脾虚证患者甲皱微循环变化, 发现管袢形态多有改变, 血流流态与袢周状态均有改变 ($P < 0.05 \sim 0.01$), 经治疗后改善。贾氏^[46]等观察到脾虚证甲皱微循环主要表现为微血流速减慢, 可出现红细胞聚集及血管袢周围出血、管袢交叉和畸形增多、清晰度下降、微血管袢顶瘀滞, 各型的积分值均显著高于正常人对照组 ($P < 0.01$), 舌尖微循环主要表现为异常管袢增多, 显著高于正常人对照组 ($P < 0.01$); 血液流变学改变的特点为全血粘度和血浆粘度增高、血沉增快、血小板聚集率增高、血沉方程 K 增大, 而血球压积、红细胞电泳、纤维蛋白原等指标则与正常人组无明显差异 ($P > 0.05$)。黄氏^[47]、任氏^[48]等从机体对药物作用特征的角度, 同步研究了健康与利血平致脾虚大鼠的血液流变学及磷酸川芎嗪 (TMPD) 灌胃后的药代动力学, 结果脾虚证的药物动力学特征为: TMPD 在体内的空间位置状态由双室变为单室模型; 药物浓度值增加, 血液浓度—时间曲线下面积 (AUC) 增加; 7 项血液流变学指标提示脾虚大鼠处于典型的“浓、粘、聚、凝”的血瘀状态, 认为脾主运化、四肢、肌肉与脾之气虚血瘀, 可能是脾虚大鼠特征性药物动力学的机制之一。黄氏^[49]观察脾虚证患者的血液流变表现为高粘状态、供血障碍、出血倾向, 并有贫血现象, 即血浆比粘度及红细胞硬化指数明显增高, 红细胞聚集指数及红细胞压积明显降低; 甲皱微循环则表现为组织器官供血不足。杨氏^[50]等报告运用血液流变学甲皱微循环检查方法对 34 例脾阴虚证患者进行了多项指标观察, 并与 35 例健康人对照分析, 结果显示脾阴虚证患者具有微观血瘀的征象, 其全血比粘度、血浆比粘度、红细胞硬化指数增高, 血沉增快; 甲皱微血管血色暗红、袢顶扩张、红细胞聚集、血流缓慢瘀滞, 甲皱微循环形态积分值、流态积分值、袢周状态积分值及总积分值均增高 ($P < 0.05 \sim 0.01$)。揭示了脾阴虚证与微观血瘀证同时共存的客观现象及两者内在的相关性。提示对于脾阴虚证患者, 在补益脾阴时, 佐以养血活血之品实属必要。

3. 脾虚证与免疫功能 丁氏^[51]等对 30 例脾虚证和 20 名正常人的末梢血 OKT 系统和 T 细胞亚群分类、淋巴细胞体外白细胞介素 2 (IL₂) 的分泌功能及局部免疫功能-唾液中分泌型免疫球蛋白 A (SIgA) 进行测定, 结果: 脾虚证患者与正常人相比, 末梢血中 T 淋巴细胞总数、辅助性 T 细胞 (T_H) 明显减少、抑制性 T 细胞 (T_S) 相对增多, T_H 与

T_s 比值异常,单位淋巴细胞体外分泌 IL₂ 功能无明显改变;唾液 SIgA 水平在酸刺激前明显高于正常人,负荷实验储备力降低;说明脾虚证患者细胞免疫功能降低,免疫调节机制紊乱,免疫抑制占优势,消化道局部免疫功能低下。刘氏^[52]等观察脾虚泄泻患者红细胞免疫功能,结果表明:脾虚泄泻组的红细胞 C₃b 受体花环率(RBC-C₃b-RR)显著低于脾虚非泄泻组和健康对照组(P<0.01);脾虚泄泻组的红细胞免疫复合物花环率(RBC-IC-R)显著高于脾虚非泄泻组和健康对照组(P<0.01);而且 C₃b-RR 与木糖吸收率、红细胞数、血红蛋白、血浆白蛋白等呈显著正相关,IC-R 与上述指标显著负相关(P<0.01),提示脾虚证者小肠吸收功能障碍所致的贫血、低蛋白血症,使红细胞 C₃b 受体数量减少或损伤,或活性下降,导致红细胞免疫功能降低,脾虚泄泻患者病变程度较重,故其红细胞免疫功能降低也较明显。

4. 脾虚证的其他研究 钱氏^[53]等观察到脾阴虚证,包括消化道疾病、甲状腺机能亢进、多种癌手术后和夏季热等,其血浆环磷酸腺苷酸(cAMP)降低、环磷酸鸟苷酸(cGMP)升高(P<0.05~0.01),变化趋势与脾气虚证相近。王氏^[54]等选择马属动物驴和大白鼠为实验对象,通过对骨骼肌、心肌、胃肠血管平滑肌等的研究,认为脾气虚证发生机理首先在脾主运化这一主要环节,有以下三个方面的变化:一是红细胞膜蛋白变构,使携氧能力下降;二是各组织的线粒体破坏和能源物质储存下降,导致氧化磷酸化作用受阻和酵解代谢增强;三是胃肠粘膜屏障和微绒毛破坏,影响吸收功能。李氏^[55]等对脾虚证研究表明:脾气虚证、脾阳虚证和脾阴虚证动物模型的血清脂质过氧化物升高,抗氧化酶活性下降,机体抗氧化能力显著降低,心肌、骨骼肌、肝和小肠线粒体超微结构异常,且有轻重之别,提示脾气虚证、脾阳虚证和脾阴虚证与生物膜的损伤及其损伤程度有密切关系。刘氏^[56]通过大白鼠脾阳虚模型的研究,结果提示脾阳虚时机体的过氧化速率增强,抗氧化能力下降,但机体仍存在着对过氧化作用进行应激反应的潜在能力,从而从分子生物学生物膜角度,为脾阳虚证是多系统损伤综合证候群的理论奠定病态膜学基础。

四、脾虚证研究述评与展望

脾虚证的现代研究,一直是学术界所瞩目的课题。研究所取得的累累硕果极大地丰富和发展了脾胃学说。随着国家“七五”攻关对脾脏本质研究课题的结束,胡氏^[57]等对脾虚证的研究概况进行了综述,危氏^[58]对脾胃学说与脾虚证研究的现状予以了评估。90年代以来,对脾虚证研究的热度出现降温的趋势,但国内仍有不少学者怀着浓厚的兴趣,采用现代科学技术和方法,从临床与动物实验角度,对脾虚证的现代研究做了大量有益的工作,主要集中在脾虚证的诊断标准、动物模型复制、脾主运化、脾主肌肉、脾主统血等方面。研究涉及脾气虚证、脾阳虚证、脾阴虚证、脾不统血证等。

(一) 研究特点

近4年来对脾虚证的研究较90年代以前,有以下显著特点:

1. 脾虚证的研究已逐渐转移到证病结合研究的轨道上来,如对脾虚证的诊断标准,制定了针对不同科或某些具体疾病的诊断标准;对脾虚证的证病结合动物模型研制上亦进行了有益的探索。

2. 对脾虚证的专题研究,如脾主运化的研究,主要集中在胃肠道功能、胃肠道激素、胰腺功能下降等方面的研究;脾主肌肉的研究,通过探讨脾虚证时肌肉与能量代谢间的

关系，已突破了原有的框架，将脾主肌肉的理论延伸到运动医学领域中，以提高运动能力、抗运动性疲劳等。

（二）存在问题

尽管对脾虚证的研究取得了累累硕果，但勿庸讳言，仍存在着不少值得思考的问题，主要有以下几点：

1. 脾虚证的动物模型 无论何种方法所塑造的脾虚证动物模型，尽管出现了某些类似人类脾虚证候的外观表现，但首先忽视了脾虚模型与人体脾虚证病程的差别，人体脾虚证多因先天禀赋不足、后天失养所致，病程较长，一般不经适当治疗和调护则自愈的可能性低；而脾虚证动物模型不用复健药亦可很快恢复至正常（如进食量顿时增加、便溏停止、体重迅速恢复等），这与临床实际情况难以吻合。其次塑造的动物模型往往并非单一的脾虚证，中医病因具有非特异性，劳倦、饥饱失常等往往是脾虚、肾虚、心虚、肺虚、肝虚等虚证的共同致病因素；中药大黄苦寒泻下所造成的脾虚证模型，在胃肠有超微结构的改变，在心与肾亦有同样超微结构的变化。大黄不仅伐胃，而且伤心与肾，所以这个脾虚模型，也存在着心虚、肾虚的问题，不应认为是单纯的脾虚模型^[59]，再加之脾虚模型的自然恢复，给什么补药（补脾、补肾、补心、补肺、补肝）都能奏效。因此以方测证，即以健脾益气法反证脾虚证模型的成功与否有待商榷。杨氏^[60]认为中医实验研制的“证”的动物模型面临着种种问题，指出目前尚未出现反映中医特色、能被广泛接受的“证”的动物模型，其原因是动物模型制作具有一定难度，证与方药之间关系不固定，证与症状、体征、实验指标之间关系不固定等。

2. 脾虚证的临床与实验研究 对脾虚证研究所涉及的范围之广，可谓盛况空前，但首先存在着低水平重复，致使某些检测指标的结果前后矛盾，难以揭示该证的实质。如环核苷酸、血液流变学、微量元素等往往结果不一致。匡氏^[61]、梁氏^[62]等已分别撰文对以血液流变学、环核苷酸为指标的“证”本质研究进行了剖析，对于脾虚证的研究亦存在同样的问题，在此不再赘述。其次在脾虚证本质研究中，所筛选的指标虽多，但特异性的较少且只能反映脾虚的局部；在脾虚证研究中估计有70余种实验指标，D木糖排泄率低下公认是反映脾虚证特异性较好而阳性率较高的指标之一，但它只能反映脾虚证的局部，因为D木糖试验是反映小肠的吸收功能障碍，而脾虚证的外延远远不只是小肠的吸收功能障碍所能概括的，至少还包括了胃和消化腺所分泌的各种消化酶的功能障碍，因此脾虚证不应等同于西医的“吸收不良综合征”。也提示在脾虚证的研究中，今后不应再把寻求反映证的特异性指标作为重点，因为证是病的阶段性变化，明显受到病的影响和制约，企图以西医还原分析方法从异病同证、同病异证这一良好的愿望中获得证的物质基础，可能并非良策。

3. 治疗脾虚证有效方药还有待开发 如对脾气虚证的治疗，目前优选方是补中益气汤、四君子汤等，这种固定主方的思路限制了该证治疗方药的深度和广度。以《普济方》治疗脾气虚弱为例有：脾气虚弱呕吐食不下证治、脾胃气弱不能饮食证治、脾气虚弱肌体羸瘦证治、脾虚泄痢证治、脾气虚腹胀满证治、脾气虚弱水谷不化证治等，载方数十种，说明对脾气虚弱证的治疗是多种多样的，并不拘泥于优选某方。故对脾虚证的治疗，临床上应拓宽思路，突破常规用药模式。

（三）研究展望

中医脾虚证的研究,既要符合中医理论,又要运用现代科学技术和方法予以阐释,如何有机地融合中西医两种医学体系?已不仅仅是脾虚证研究中所遇到的困惑,也是整个中医药现代化进程中所要解决的难题。任何偏废均不利于中医学术的发展。鉴于脾虚证研究已取得的成果和暴露出的问题,为了使脾虚证研究得以深入,今后应着眼于以下几个方面:

1. 明确脾虚证的内涵与外延,以及脾气虚证、脾阴虚证、脾阳虚证、脾不统血证等诸证之间的联系和区别;弄清楚这些基本概念,是深入脾虚证研究的重要基础,这需要从文献学、临床流行病学的角度进行发掘和整理。

2. 临床研究与动物实验并举。因脾虚证动物模型目前难尽人意,在此情况下应加强脾虚证临床的前瞻性研究。如脾主肌肉应着眼于对运动系统中骨骼肌的能量代谢的研究,脾主运化可集中于对消化系统中胃肠道激素、胃肠动力学的研究,脾主统血则侧重于对造血系统中有关的血液病的研究等,使脾虚证的研究以证病结合为主。

3. 脾虚证治疗方药的深度和广度需进一步深入。应在临床中针对不同系统疾病的脾虚证进行筛选药物,形成专病专方专药,从脾虚角度开发胃动力中药、开发提高运动能力及调节免疫功能中药,在复方基础上进行拆方研究以优化组方,确定药物的有效部位、活性成分及药物的作用机理等。

4. 脾虚证有待分化。中医脾脏被誉为后天之本,主运化、统血、主肌肉等,与西医脾的生理功能为造血、破血、储血,是人体最大的免疫器官相距甚远。若把脾脏进行剖析,就会发现脾的生理与消化系统中的消化水谷、吸收营养是不相干的,这可分化成胃、肠、胰及消化腺、胃肠道激素等的功能;而非消化系统中诸如脾主运化与水液代谢、脾虚与免疫、脾不统血与血证等则可视为脾本脏的生理病理。

参 考 文 献

- [1] 杨维益,等. 脾气虚证时肌酸磷酸激酶及其同工酶活性变化的临床研究. 中国医药学报, 1991, 6 (3): 3
- [2] 邱向红. 脾虚证计量诊断的前瞻性研究. 广州中医学院学报, 1994, 11 (1): 13
- [3] 孙弼纲,等. 脾虚证分度定量研究. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (3): 135
- [4] 罗光宇,等. 偏食法塑造大鼠脾气虚证模型研究. 中医杂志, 1990, 31 (4): 49
- [5] 傅湘琦,等. 大白鼠“脾气虚证”模型的形态学研究. 浙江中医杂志, 1990, 25 (1): 44
- [6] 王淑兰,等. 马属动物驹“脾气虚”证的实验研究. 中医杂志, 1990, 31 (6): 64
- [7] 阚甸嘉,等. 用耗气破气理论塑造脾气虚动物模型. 吉林中医药, 1990, (2): 32
- [8] 李乐红,等. “脾气虚”大鼠骨骼肌细胞化学研究. 中国医药学报, 1990, 5 (5): 16
- [9] 裴媛. 脾阳虚大鼠横纹肌线粒体超微结构及血清肌红蛋白含量的实验研究. 辽宁中医杂志, 1991, 18 (5): 43
- [10] 王学庆. 脾阳虚家兔模型血清胆碱酯酶和胃肠推进运动的实验研究. 辽宁中医杂志, 1991, 18 (7): 41
- [11] 梁嵘,等. 用泻下与劳倦因素塑造大鼠脾气虚证模型. 北京中医学院学报, 1992, 15 (4): 32
- [12] 陈小野,等. 大鼠脾虚型胃病模型的实验研究. 中国中医研究院年鉴, 1992, 92
- [13] 易杰,等. 脾阳虚大白鼠脂质过氧化一级引发作用及其抗氧化酶变化的实验研究. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (10): 43

- [14] 张启元, 等. 树鼯实验性脾虚模型建立. 北京师范大学学报, 1995, 31 (1): 111
- [15] 王玉良, 等. 固本益肠片治疗实验性豚鼠脾虚型溃疡性结肠炎的研究. 中国中西医结合杂志, 1995, 15 (2): 98
- [16] 马伟丰, 等. 脾虚患者胃形态和运动功能的超声图观察. 浙江中医杂志, 1991, 26 (4): 184
- [17] 瑞瑶, 等. 大鼠实验性脾虚证胃电波和胃运动波的研究. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (3): 156
- [18] 闻集晋, 等. 健脾理气化瘀方药对脾虚大鼠小肠移行性综合肌电的影响. 中医杂志, 1993, 34 (9): 558
- [19] 张兵, 等. 脾虚证患者胃运动功能的研究. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (6): 346
- [20] 毛炯, 等. 30例脾阴虚证患者的中医临床观察和血浆蛋白测定. 浙江中医杂志, 1990, 25 (8): 363
- [21] 陈陶后, 等. 中药异功口服液氨基酸含量及其对脾虚证小儿血浆游离氨基酸的影响. 实用中西医结合杂志, 1994, 7 (3): 156
- [22] 戴小华, 等. 脾虚患者血清游离氨基酸的变化. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (7): 403
- [23] 任宏义, 等. 慢性萎缩性胃炎脾虚证的病理组织学与超微结构观察. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (10): 593
- [24] 郑樾年, 等. 脾虚证胃痛与胃窦粘膜D细胞关系的探讨. 江苏中医, 1990, 11 (1): 36
- [25] 涂福音, 等. 慢性萎缩性胃炎103例中医证型与血清胃泌素、尿胃蛋白酶关系探讨. 福建中医药, 1990, 21 (2): 11
- [26] 张忠兵, 等. 脾虚泄泻患者肠粘膜中SP和VIP初步探讨. 中国中西医结合杂志, 1991, 11 (3): 144
- [27] 李玲凤, 等. 大鼠实验性脾虚证小肠粘膜内分泌细胞的免疫组织化学研究. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (8): 483
- [28] 马建伟, 等. 大鼠脾虚模型血浆及胃肠组织中生长抑素含量的实验研究. 辽宁中医杂志, 1992, 19 (8): 42
- [29] 周纹洛, 等. 大手术后脾虚患者血中激素水平测定. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (4): 219
- [30] 任平, 等. 对脾虚泄泻患者胃动素及前列腺素的初探. 中国医药学报, 1993, 8 (1): 22
- [31] 金敬善. 脾虚证病人消化吸收功能的同步观察. 北京中医, 1990, (3): 12
- [32] 毛炯. 30例脾阴虚证患者的胰腺外分泌功能测定. 浙江中医杂志, 1990, 25 (2): 77
- [33] 杨维益, 等. 脾气虚证与胰腺外分泌功能关系的研究. 中国中医基础理论杂志, 1995, 1 (4): 41
- [34] 杨维益, 等. 脾气虚证大鼠骨骼肌的形态学和形态计量学研究. 中国运动医学杂志, 1993, 12 (7): 157
- [35] 杨维益, 等. 健脾理气法对骨骼肌能量代谢影响的研究. 中国运动医学杂志, 1994, 13 (1): 228
- [36] 杨维益, 等. 健脾理气方药与能量代谢的关系. 北京中医药大学学报, 1994, 17 (2): 64
- [37] 孙颖立, 等. 补元饮治疗脾不统血症30例临床观察. 中国医药学报, 1991, 6 (3): 43
- [38] 张跃飞. 脾不统血红细胞免疫粘附作用的测定: 附164例临床测定资料. 中国中西医结合脾胃杂志, 1995, 3 (2): 96
- [39] 肖理儒, 等. 脾不统血证的血液流变学研究. 四川中医, 1991, 9 (9): 18
- [40] 李建生, 等. 脾气虚证与血浆红细胞中微量元素关系的研究. 中医研究, 1990, 3 (2): 19
- [41] 马建伟, 等. 脾虚证与血清锌铜镁关系探讨. 浙江中医杂志, 1990, 25 (10): 47
- [42] 焦君良, 等. 慢性胃病脾胃虚寒证病人血清中某些微量元素含量的观察. 辽宁中医杂志, 1990, 17 (6): 42
- [43] 梁民道, 等. 脾气虚证血清锌、铜、钙、镁、铁的变化及其意义. 中国医药学报, 1992, 7

(1): 22

- [44] 杜岁增. 脾虚患者基础生物电和甲皱微循环的观察. 实用中西医结合杂志, 1990, 3 (3): 165
- [45] 聂志伟, 等. 脾虚证五种疾病甲皱微循环观察. 辽宁中医杂志, 1990, 17 (10): 11
- [46] 贾钰华, 等. 脾虚证的微循环和血液流变学同步观察. 中医药研究, 1991, (6): 55
- [47] 黄贤樟. 脾虚证患者血循环特征的初步研究. 甘肃中医, 1992, 5 (4): 3
- [48] 任平, 等. 脾虚血瘀大鼠肠道菌群和川芎嗪的药物动力学特征初探. 中药药理与临床, 1994, 10 (2): 40
- [49] 黄熙, 等. 脾虚大鼠的川芎嗪药物动力学特征与血液流变学研究. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (3): 159
- [50] 杨建华, 等. 脾阴虚证与微观血瘀证的相关性研究. 中国中医药科技, 1995, 2 (4): 5
- [51] 丁洁, 等. 脾虚患者部分细胞和局部免疫功能指标的测定. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (2): 77
- [52] 刘健, 等. 脾胃泄泻患者红细胞免疫功能的临床研究. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (9): 531
- [53] 钱先, 等. 脾胃阴虚证血浆环核苷酸的对比研究. 中医杂志, 1990, 31 (1): 49
- [54] 王安民, 等. 脾虚证发生机理的研究. 中国中医研究院年鉴, 1992, 96
- [55] 李德新, 等. 脾虚证对生物膜结构与功能影响的研究. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (6): 39
- [56] 刘艳明, 等. 脾阳虚证大白鼠模型脂质过氧化速率和抗氧化能力的实验研究. 辽宁中医杂志, 1994, 21 (1): 13
- [57] 胡筱娟, 等. 近十年对脾虚实质研究的概况. 中国医药学报, 1991, 6 (5): 307
- [58] 危北海. 脾胃学说与脾虚证研究现状评估. 中医杂志, 1990, 31 (5): 305
- [59] 陈家旭. 证实质研究的若干思考. 中医研究, 1992, 5 (4): 3
- [60] 杨维益. 中体西用与“证”的动物模型. 北京中医药大学学报, 1994, 17 (6): 14
- [61] 匡莘璋. 论宏观辨证与微观辨证相结合的方法学问题. 中国医药学报, 1992, 7 (5): 8
- [62] 梁茂新, 等. 证本质研究的困扰和启迪. 医学与哲学, 1989, 10 (7): 1

第四节 胃肠病辨证

【基本内容】

胃居中焦, 与脾相表里, 其功能为主受纳、腐熟水谷。胃气以降为顺, 性喜润而恶燥。小肠主化物, 主分清别浊。大肠主传导糟粕, 并吸收水分。

胃的病变主要反映为受纳、腐熟功能障碍及胃失和降、胃气上逆等病理改变, 多表现为食少, 脘胀或痛, 呕恶, 呃逆, 暖气等。大肠、小肠的病变主要反映在传导功能和泌别清浊功能失常, 临床表现一是泄泻、便秘、下痢脓血等大便的异常; 二是腹胀、腹痛、肠鸣等腹部症状。

胃肠病证有虚实之分。虚证多为阳气不足、阴津亏虚; 实证多由饮食、痰饮停留及寒邪、热邪侵袭而成。

一、胃气虚证

胃气虚证是指胃气不足, 受纳、腐熟功能减退, 以致胃失和降所表现的证候。

【临床表现】 胃脘隐痛或痞胀, 按之觉舒, 不思饮食, 食后胀甚, 时作暖气, 口淡不渴, 面色萎黄, 气短神疲, 倦怠懒言, 舌质淡, 苔薄白, 脉虚弱。

【机理分析】 具有胃气亏虚，胃失和降的主症，如胃脘隐痛或痞胀，不思饮食，嗳气等。另有气虚证的共同特征，如面色萎黄，气短神疲，倦怠懒言，舌淡苔白，脉虚弱。以胃失和降的表现及气虚证为辨证要点。

胃气虚证和脾气虚证关系密切，常常并见。但二者的病理改变不尽相同，临床特点亦有差异。脾气虚证以脾失健运的见症为特点；胃气虚证以胃失和降的表现特点。

二、胃阳虚证

胃阳虚证是指胃阳不足，虚寒内生，以致胃失和降所表现的证候。又称胃虚寒证。

【临床表现】 胃脘绵绵冷痛，时发时止，喜温喜按，食后缓解，泛吐清水或夹有不消化食物，食少脘痞，口淡不渴，倦怠乏力，畏寒肢冷，舌质淡嫩或淡胖，脉沉迟无力。

【机理分析】 具有胃阳亏虚，胃气上逆的表现，如脘痛痞胀，食少，泛吐清水或夹有不消化食物等。兼有阳虚失温的一般虚寒见症，如冷痛喜温，畏寒肢冷，倦怠乏力，舌质淡嫩或淡胖，脉沉迟无力等。

以胃失和降的见症及阳虚证为辨证要点。

胃阳虚证与脾阳虚证同属中焦虚寒证，但前者主要导致失于和降的病理改变及表现，后者主要引起失于健运的病机变化及见症。当然二者亦可并见。

三、胃阴虚证

胃阴虚证是指胃阴不足，胃失濡润、和降所表现的证候。虚热证不明显者，常称胃燥津亏证。

【临床表现】 胃脘隐隐灼痛，饥不欲食，或胃脘嘈杂，或脘痞不舒，或干呕呃逆，口燥咽干，大便干结，小便短少，舌红少津，脉细而数。

【机理分析】 具有胃失滋润、和降的表现，如脘痛脘痞，饥不欲食，嘈杂，干呕呃逆等症。兼有阴津亏虚的表现，如口燥咽干，便干尿少，舌红少津，脉细数等。

以胃失和降的见症及阴亏失润的表现特点为辨证要点。

四、肠燥津亏证

肠燥津亏证是指大肠阴津亏虚，传导不利，表现以大便燥结，排便困难为主症的证候。

【临床表现】 大便秘结，干燥难下，数日一行，口干，或口臭，或伴见头晕，舌红少津，苔黄燥，脉细涩。

【机理分析】 便秘而干燥难下是阴津亏虚，肠道失润的表现。口干，或头晕，舌红少津，苔黄燥，脉细涩是阴津不足的表现。

以大便难下及津亏失润的表现特点为辨证要点。

五、寒滞胃肠证

寒滞胃肠证是指寒邪侵犯胃肠，表现以脘腹冷痛为主症的实寒证候。简称胃寒证、肠寒证。

【临床表现】 脘腹冷痛，痛势暴急，遇寒加剧，得温痛减，恶心呕吐，吐后痛缓，口淡不渴，或口泛清水，腹泻清稀，或腹胀便秘，面白或青，肢冷不温，舌苔白润，脉弦或沉紧。

【机理分析】 阴寒凝滞胃肠，失于通降，或见脘腹冷痛，恶心呕吐，吐后痛缓，或口泛清水，腹泻清稀，或腹胀便秘等症。肢冷不温，口淡不渴，面白或青，舌苔白润，脉弦或沉紧等，则是实寒证的一般表现。

以脘腹冷痛及实寒证为辨证要点。

本证与胃阳虚证均以胃脘冷痛及胃失和降的表现为主，但二者有实寒证与虚寒证兼症的不同，可资鉴别。

六、胃热炽盛证

胃热炽盛证是指胃中火热炽盛，胃失和降所表现的实热证候。又称胃热证、胃火证，或胃实热证。

【临床表现】 胃脘灼痛，拒按，渴喜冷饮，或消谷善饥，或口臭，或牙龈肿痛溃烂，齿衄，大便秘结，小便短黄，舌红苔黄，脉滑数。

【机理分析】 胃脘灼痛拒按，消谷善饥，牙龈肿痛溃烂，齿衄等，为火热灼胃的表现。渴喜冷饮，便秘尿黄，舌红苔黄，脉滑数等则是里实热证的一般表现。

以胃脘灼痛及实热见症为辨证要点。

胃热炽盛证与胃阴虚证均见胃脘灼痛及热象，但前者是伴里实热证的表现，后者则伴阴液亏虚的见症。

七、肠热腑实证

肠热腑实证是指邪热入里，与肠中糟粕相搏，燥屎内结所表现的里实热证候。在六经辨证中称阳明腑实证，在卫气营血辨证中属气分证，在三焦辨证中属中焦病证。

【临床表现】 高热，或日晡潮热，脐腹部硬满疼痛，拒按，大便秘结，或热结旁流，气味臭秽，汗出口渴，甚则神昏谵语，狂乱，小便短赤，舌质红，苔黄厚而燥，或焦黑起刺，脉沉数有力，或沉实有力。

【机理分析】 具有热结肠道，腑气不通的表现，如脐腹部硬满疼痛拒按，便秘或热结旁流，日晡潮热等。另有里热炽盛的见症，如高热，汗出口渴，尿黄，甚则神昏谵语，狂乱，舌红苔黄厚而燥或焦黑起刺，脉沉数或沉实有力。

以腹满硬痛，便秘及里热炽盛的见症为辨证要点。

八、饮留胃肠证

饮留胃肠证是指寒饮留滞胃肠所表现的证候。《金匱要略》称此为狭义的痰饮。

【临床表现】 脘腹胀满，胃中有振水声，呕吐清涎，肠间水声漉漉，口淡不渴，头目眩晕，舌苔白滑，脉沉滑。

【机理分析】 具有水饮停留胃肠，胃失和降的表现，如脘腹胀满，胃中有振水声，呕吐清涎，肠间水声漉漉等。口淡不渴，头目眩晕，舌苔白滑，脉沉滑是水饮内停的一般见症。

以胃中有水声，脘腹胀满及水饮内停的见症为辨证要点。

九、食滞胃肠证

食滞胃肠证是指饮食停滞胃肠，以脘腹胀满疼痛，呕泻酸馊腐臭为主症的证候。亦称食滞胃脘证。

【临床表现】 脘腹胀满疼痛拒按，噯腐吞酸，厌食，或呕吐酸腐食物，吐后胀满得减，或肠鸣腹痛，泻下不爽，便臭如败卵，或大便秘结，舌苔厚腻，脉滑或沉实。

【机理分析】 具有食积胃肠，胃失通降的见症，如脘腹胀满疼痛拒按，厌食，肠鸣腹痛，泻下或便秘等症。并有食滞内停的表现，如噯腐吞酸，呕吐，泻下酸腐，舌苔厚腻，脉滑或沉实等。

以脘腹胀满疼痛，呕、泻酸腐食臭为辨证要点。此外，询问有无伤食病史，对诊断亦有重要参考价值。

十、胃肠气滞证

胃肠气滞证是指邪气侵扰，或内脏气机失调，致使胃肠气机阻滞所表现的证候。

【临床表现】脘腹痞胀疼痛，痛而欲吐或欲泻，泻而不爽，或腹胀痛剧，肠鸣，走窜不定，矢气频作，矢气后胀痛得减，或胀痛剧而无肠鸣矢气，大便秘结，苔厚，脉弦。

【机理分析】脘腹痞胀疼痛，痛而欲吐或欲泻，矢气等，是气机阻滞胃肠，胃失通降的表现。胀痛，肠鸣走窜，矢气则痛减，苔厚，脉弦等，为气滞之见症。

以脘腹胀满疼痛，走窜不定等症为辨证要点。

十一、肠道湿热证

肠道湿热证是指湿热侵犯肠道，传导失职，表现为以泄泻下痢为主的证候。亦称大肠湿热证。在三焦辨证中属下焦病证。

【临床表现】腹痛，下痢脓血，里急后重，或暴注下泻，色黄而秽臭，肛门灼热，小便短黄，身热口渴，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

【机理分析】湿热阻滞肠道，传导失职则见腹痛、下痢脓血、里急后重，或暴注下泻，色黄而秽臭，肛门灼热等。湿热内蕴则见身热口渴，小便短黄，舌红苔黄腻，脉滑数等。

以下痢或泄泻及湿热征象为辨证要点。

十二、虫积肠道证

虫积肠道证是指蛔虫等积滞肠道所表现的证候。

【临床表现】胃脘嘈杂，时作腹痛，或嗜食异物，大便排虫，面黄形瘦，睡中齧齿，或鼻痒，面部出现白色虫斑，白睛见蓝斑，或突发腹痛，按之有条索状包块，甚至剧痛而汗出肢厥，呕吐蛔虫。

【机理分析】胃脘嘈杂，时作腹痛，或嗜食异物，大便排虫，或睡中齧齿，或鼻痒等是虫积肠胃，胃失和降的表现。突发腹痛，甚至肢厥汗出，呕吐蛔虫等则是蛔虫窜扰，侵犯胆道的见症。面部白斑，白睛蓝斑，腹部按之有条索状物等则是虫积之征。

以时作脐周腹痛及各种虫积征象为辨证要点。

【补充阐发】

一、论“胃强脾弱”证

胃强脾弱证是指胃腐熟水谷的功能过亢，脾运化功能减弱所致而出现的胃热脾虚的证候。究其病因，多由恣食肥甘，虫积或中焦热结所致。本证可见于多种疾病中，如黄疸、小儿疳积等病证。其常见临床表现为：消谷善饥，形体消瘦，嘈杂，食后腹胀，大便溏泄或食后即泄，心烦头眩，或发为黄疸，或嗜食异物，毛发干枯，舌红苔黄，脉细弦带数。胃强脾弱证的出现，提示脾胃已伤，在其疾病的演变过程中，可因胃热炼津而导致消渴，出现口渴多饮，消谷善饥及多尿等症。亦可因脾胃受损，日久导致中气衰败，元气亏损，出现形瘦，气短乏力，动则汗出，饮食不进，精神萎靡，胃气将绝的危重证候。

胃强脾弱证应与胃热证相鉴别，其要点在于：前者是脾胃同病，而后者的病变主要

在胃；二者虽都有胃热的临床表现，但前者有明显的脾气虚弱，脾运不化的症状，如食后作胀，大便溏泄等，而后者的热象较前者明显。

二、胃阴虚证与脾阴虚证的鉴别

胃阴虚证与脾阴虚证的临床表现常可互见，难于区分，但毕竟脏腑属性有所不同，因而各有其特点。从属性上看：脾为脏，藏精气而不泄，属阴；胃为腑，传化物而不藏，属阳；从功能上看：脾主升，胃主降，脾阴主营血，胃阴主津液；从特性上看：脾喜燥而恶湿，胃喜润而恶燥。二者虽可同有食少，嘈杂，呃逆，便秘，舌红少津，脉数等症状，但究其病因病机又不尽相同，胃阴虚证多得之于外感热病，热盛而津伤；脾阴虚证多由阴血暗耗，津亏而火旺。胃阴虚者其病急，或由高热，或得于大汗、大吐、大泄之后，或外科手术之后伤血耗阴所致；而脾阴虚者病情进展较慢。从治法上而言，胃阴虚者可生津增液养阴获速效，而脾阴虚者则重在育阴和营以图缓功。

三、肺胃气逆为病理概念而不是规范证名

气逆是气机升降失调的一种病理表现。其特点是气机升动太过而上逆，属于实证的范畴。

肺主宣发，其性肃降，肺失肃降则为病变。故外邪犯肺、痰浊阻肺、气阴亏虚等诸种原因，影响肺气主宣发的功能，导致“肺失肃降”时，最常见的基本表现为咳嗽气喘等症，而咳嗽气喘则是肺气上逆的主要特征。因此，肺气上逆是肺脏病变带有共性的病理机制，而不是一个真正的证名。由于肺病诸证均可有咳嗽气喘，即均有肺气上逆的表现，且肺气上逆并没有真正揭示证候的风寒燥火、痰饮、气虚阴亏等病因与病性，所以临床上若以肺气上逆作为辨证诊断，则该证名是不够规范和完整的。《医贯·咳嗽论》说：“肺为清虚之腑，一物不容，毫毛必咳。又肺为娇脏，畏热畏寒，火刑金故嗽，水冷金寒亦嗽。”可见诸种病因均可导致肺气上逆而表现为咳嗽等症。

六腑之气宜降，胃与脾相对而言，更是胃气主降而脾气主升。胃的病变，常以胃脘疼痛、痞胀、恶心呕吐、嗝气呃逆等为特征性症状，而这些症状产生的机理，一般常以“胃失和降”加以解释。形成胃病的种种原因，如寒邪凝滞、火热侵扰、痰湿瘀血内阻、情志刺激、饮食失调、阳气亏虚而失运、阴液亏虚而失濡等等，几乎都可导致胃气上逆，从而见胃痛脘痞、呕吐恶心等症。因此，胃气上逆是胃病共有的病理机制。所以临床辨证时，不能只知胃气上逆的病理，而应进一步分辨导致胃气上逆的病因，如胃寒气逆证、胃热气逆证等，方是完整而规范的证名诊断。《医方类聚·呕吐门》曰：“呕吐出于胃气之不和，人之所共知也。然有胃寒，有胃热，有痰水，有宿食，有脓血，有气攻，又有所谓风邪入胃，凡是数者，可不究其所自来哉。”这说明对于呕吐等病症，不能只满足于胃气上逆的认识，而应深究导致胃气上逆的原因。

四、肠道湿热证的证候特点

肠道湿热证主要见于痢疾、腹泻等病症中，与病位在其他部位的湿热证相较，由于病理的不同，其证候也有许多特殊之处。

肠道的病变以大便泻泄或便秘为主要表现。肠道湿热证除有舌红苔黄腻，脉滑数或濡数等症外，其大便的改变一般见泻泄，但其便质、便次等则因病种不同而有差别。可以是泻势急迫，便稀如水；可以为便溏不爽，或便如黄糜而腥臭；或下痢赤白有粘冻，并有里急后重。

肠道湿热证的病理特点之一是由于泻痢易伤阴津，故常为热盛而湿不太明显，高热、渴饮、尿短黄等症突出，而非身热不扬、渴不欲饮。其特点之二是病情易变，导致伤津亡阳而表现为西医所说的失水、酸中毒、休克等病变，正如《红炉点雪·火病泄泻》所说：“泄泻一症，为亡阴脱液之肇端”。

湿热泻泄与湿热痢疾的病因虽均为湿热，病位均在肠道，但病理不全相同。湿热泻泄常因暑湿热邪侵袭肠道（多以小肠病变为主），导致肠道气机紊乱，清浊相干，故以泻泄急迫、便质如水为主要表现，其治宜在清利湿热的同时，应注意升清降浊，分利小便；若湿热蕴结肠道，湿热与食浊糟粕相杂而腐败，则见便质如黄糜而腥臭，其治除清利湿热以外，尚应消食导滞；湿热痢疾系湿热疫毒内侵，壅阻肠道（多以大肠病变为主），与气血搏结而致肠道气滞血瘀，故见下痢脓血、里急后重等症，治应在清利湿热的同时，注意理气活血。

【古代文献】

《素问·灵兰秘典论》：脾胃者，仓廩之官，五味出焉。

《素问·五脏别论》：胃者，水谷之海，六腑之大源也。

《中藏经·论胃虚实寒热生死逆顺脉证之法》：胃者，人之根本也，胃气壮，则五脏六腑皆壮。

《临证指南医案·脾胃》：纳食主胃，运化主脾，脾宜升则健，胃宜降则和。

《明医杂著·枳术丸论》：胃司受纳，脾司运化，一纳一化，化生精气，津液上升，糟粕下降。

《医学衷中参西录·医论》：阳明胃气以息息下行为顺。为其息息下行也，即时时借其下行之力，传送所化饮食于小肠，以化乳糜，更传送所余渣滓，达于大肠，出为大便。

《素问·灵兰秘典论》：大肠者，传导之官，变化出焉。小肠者，受盛之官，化物出焉。

《灵枢·小针解》：言寒温不适，饮食不绝，而病生于肠胃。

《素问·举痛论》：寒气客于肠胃，厥逆上气，故痛而呕也。

《脏腑虚实标本用药式》：胃附土，主容受，为水谷之海。本病：噎膈反胃，中满肿胀，呕吐泻痢，霍乱腹痛，消中善饥，不消食，伤饮食，胃管当心痛支两胁。标病：发热蒸蒸，身前热，身后寒，发狂谵语，咽痹，上齿痛，口眼喎斜，鼻痛，鼯衄赤齁。

大肠属金，主变化，为传送之官。本病：大便闭结，泄痢下血，里急后重，痘痔脱肛，肠鸣而痛。标病：齿痛喉痹，颈肿口干，咽中如梗，鼯衄目黄，手大指次指痛，宿食发热寒栗。

小肠主分泌水谷，为受盛之官。本病：大便水谷利，小便短，小便闭，小便血，小便自利，大便后血，小肠气痛，宿食夜热旦止。标病：身热恶寒，噬痛颌肿，口糜耳聋。

《血证论·脏腑病机论》：胃者，仓廩之官，主纳水谷。胃火不足，则不思食，食入不化，良久仍然吐出。水停胸膈，寒客胃中，皆能呕吐不止。胃火炎上，则饥不能食，拒隔不纳，食入即吐，津液枯竭，则成隔食，粪如羊屎。火甚则结硬，胃家实则谵语，手足出汗，肌肉潮热，以四肢肌肉皆中宫所主故也。其经行身之前，至面上，表证目痛鼻干，发痉不能仰。开窍于口，口干咽痛，气逆则哕。又与脾相表里，遗热于脾，则从湿

化，发为黄疸。胃实脾虚，则能食而不消化。主燥气，故病阳明，总系燥热。独水泛水结，有心下如盘等证，乃为寒病。胃之大略，其病如此。

小肠者，受盛之官，变化出焉。上接胃腑，下接大肠，与心为表里，遗热则小水不清。与脾相连属，土虚则水谷不化。其部分，上与胃接，故小肠燥尿，多借胃药治之；下与肝相近，故小肠气痛，多借肝药治之。

大肠司燥金，喜润而恶燥。寒则滑脱，热则秘结，泄痢后重，痔漏下血。与肺相表里，故病多治肺以治之；与胃同是阳明之经，故又多借治胃之法以治之。

《笔花医镜·胃部》：胃之寒，唇舌必白，脉右关必沉迟。其症为胃脘痛，为呕吐，为霍乱，为吞酸暖腐。胃之热，唇舌红，口臭，脉右关必洪数。其症为三消，为嘈杂，为吐血，为齿痛，为黄胖而肿，为自汗，为舌黑燥渴，为斑疹，为便秘，为呃逆，为头痛。

《备急千金要方·胃虚实》：胃实热，右手关上脉阳实者，足阳明经也，病苦头痛，汗不出如温疟，唇口干，善哕，乳痈，缺盆腋下肿痛，名曰胃实热也。

《医学正传·胃脘痛》：《内经》曰：木郁之发，民病胃脘当心而痛。……多因纵恣口腹，喜好辛酸，恣饮热酒煎煇，复食寒凉生冷，朝伤暮损，日积月深，自郁成积，自积成痰，痰火煎熬，血亦妄行，痰血相杂，妨碍升降，故胃脘疼痛，吞酸暖气，嘈杂恶心，皆噎膈反胃之渐者也。

《金匱翼·口疮》：口舌生疮，其候有二：一者，心胃有热，气冲上焦，熏发口舌，其症口臭作渴，发热饮冷是也。

《灵枢·师传》：胃中热则消谷，令人悬心善饥。

《血证论·饮食》：夫人之所以能化食思食者，全赖胃中之津液。

《临证指南医案·脾胃》：凡遇禀质木火之体，患燥热之证，或病后热伤肺、胃津液，以致虚痞不食，舌绛咽干，烦渴不寐，肌燥焯热，便不通爽，此九窍不和，都属胃病也。

《医醇賸义·痿》：经曰：脾气热，则胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿。脾与胃皆属土而分燥湿，湿土既热，则燥土更烈，故胃干而渴。热郁于内，则脾阴耗损，故肉不仁而痿也。

《医林绳墨·伤饮伤食》：若有宿食停滞不行而发热者，两寸关脉必沉滑有力。其症必恶食，必噯气吞酸，或恶闻食气，或欲吐不吐，或恶心呃逆，或短气痞闷，或胃口遇食作疼，手按肚腹作痛，此其候也。

《时病论·食泻》：食泻者，即胃泻也。缘于脾为湿困，不能健运，阳明胃腑，失其消化，是以食积太仓，遂成便泻。其脉气口紧盛，或右关沉滑。其症咽酸暖臭，胸脘痞闷，恶闻食气，腹痛甚而不泻，得泻则腹痛遂松，当用查曲平胃法治之。

《诸病源候论·大便病诸候·大便难候》：邪在肾，亦另大便难。所以尔者，肾脏受邪，虚而不能制小便，则小便利，津液枯燥，肠胃干涩，故大便难。又渴利之家，大便亦难，所以尔者，为津液枯竭，致令肠胃干燥。

《兰室秘藏·大便结燥门》：若饥饱失节，劳役过度，损伤胃气，及食辛热味厚之物而助火邪，伏于血中，耗散真阴，津液亏少，故大便结燥。结燥之病不一，有热燥、有风燥、有阳结、有阴结，又有年老气虚津液不足而结燥者。

《时病论·火泻》：火泻，即热泻也。经云：暴注下迫，皆属于热。暴注者，卒暴注泻也；下迫者，后重里急也。其症泻出如射，粪出谷道，犹如汤热，肛门焦痛难禁，腹

内鸣响而痛，痛一阵泻一阵，泻复涩滞也，非食泻后觉宽之可比，脉必数至，舌必苔黄，溺必赤涩，口必作渴，此皆火泻之证也。

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治篇》：其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮。

《症因脉治·外感胃脘痛》：外感胃脘痛之症，向无此症。偶值时令暴寒，心下闷痛，恶寒厥冷，二便清利，口吐冷沫，此寒邪入胃，凝结痰饮食积，卒然暴痛之症也。

《病因脉治·外感腹痛》：寒气腹痛之因，腹主太阴，其人阳气不足，又冒外寒。《内经》云：寒气入经，卒然而痛，此寒气之能令人腹痛也。

《诸病源候论·腹痛病诸候》：腹痛者，由腑脏虚，寒冷之气客于肠胃募原之间，结聚不散，正气与邪气交争相击故痛。

《症因脉治·内伤腹痛》：虫积腹痛之症，腹中有块，块或耕起，痛而能食，时吐清水，或下长虫，而见白点，唇无血色，或爱食一物，肚大青筋，此虫积腹痛之症也。

第五节 肝胆病辨证

【基本内容】

肝位于右胁，胆附于肝，肝胆互为表里，肝开窍于目，在体合筋，其华在爪。

肝的主要生理功能为主疏泄和主藏血。足厥阴肝经循阴器，过少腹，布胁肋，系目上额交巅顶。胆的生理功能为贮藏和排泄胆汁以助消化，并“主决断”。

肝的病变主要反映在疏泄功能失常，见精神抑郁，或急躁易怒等；藏血功能失职，表现为月经失调等；以及肝经所过部位及肝系的症状，如胸胁少腹胀痛，睾丸疼痛，眩晕，目疾，肢体振颤，手足抽搐等。胆的病变则多见口苦，黄疸，消化异常及胆怯、惊悸等。

肝病证候的虚证多阴、血亏虚；实证多为气郁、火逆、阳亢、化风，以及寒、湿、火热之邪内犯所致，其中肝阳上亢、肝阳化风为本虚标实。胆病则有胆郁痰扰证及肝胆湿热证。

一、肝血虚证

肝血虚证是指肝血不足，所系组织器官失养所表现的证候。

【临床表现】 头晕目眩，面白无华，爪甲不荣，视物模糊或夜盲，或见肢体麻木，关节拘急不利，手足震颤，肌肉瞤动，或见妇女月经量少、色淡，甚则闭经，舌淡，脉细。

【机理分析】 见有肝血不足，所系组织器官失养的症状，如爪甲不荣，视物模糊或夜盲，或见肢体麻木，关节拘急不利，手足震颤，肌肉瞤动，或见妇女月经量少、经闭等。具有血虚证的一般见症，如头晕目眩，面白无华，血色淡白，舌淡脉细等。

以筋脉、目、爪甲失养的见症及血虚证为辨证要点。

二、肝阴虚证

肝阴虚证是指肝之阴液亏损，阴不制阳，虚热内扰所表现的证候。

【临床表现】 头晕眼花，两目干涩，视力减退，面部烘热或颧红，口咽干燥，五心烦热，潮热盗汗，或见手足蠕动，或胁肋隐隐灼痛，舌红少津，脉弦细而数。

【机理分析】 具有肝阴亏虚，头、目、筋脉失养的表现，如头晕眼花，两目干涩，视

力减退，或见手足蠕动，或胁肋隐痛等。并见阴虚内热的共同征象，如五心烦热，潮热盗汗，颧红，口咽干燥，舌红少津，脉弦细数等。

以头目、筋脉、肝络失于滋润的见症及阴虚证为辨证要点。

肝阴虚证与肝血虚证同是肝病虚证，均以头目、筋脉、肝系失养为主症，但前者伴阴虚证的虚热见症，后者伴血虚证的“淡白”色特征，应予鉴别。

三、肝郁气滞证

肝郁气滞证是指肝的疏泄功能异常，疏泄不及而致气机郁滞所表现的证候。又称肝气郁结证，简称肝郁证。

【临床表现】 情志抑郁，胸胁或少腹胀满窜痛，善太息，或见咽部异物感，或见癭瘤、瘰疬，或见肋下癥块。妇女可见乳房作胀疼痛，痛经，月经不调，甚则经闭。舌苔薄白，脉弦或涩。病情轻重与情志变化关系密切。

【机理分析】 具有肝失疏泄，气机郁结的见症，如胸胁或少腹胀满窜痛，善太息，情志抑郁，或妇女见乳房胀痛，痛经，病情变化与情志有关，脉弦等。并可见气郁痰凝，或气滞血瘀的表现，如梅核气、癭瘤、瘰疬，或肋下癥块，或妇女月经不调，经闭，脉涩等。

以情志抑郁，胸胁或少腹胀痛、窜痛、或妇女月经失调等为辨证要点。

四、肝火炽盛证

肝火炽盛证是指肝经火盛，气血上逆，而表现以火热炽盛于上为特征的证候。又称肝火上炎证、肝胆火盛证、肝经实火证，简称肝火证。

【临床表现】 头晕胀痛，痛势若劈，面红目赤，口苦口干，急躁易怒，耳鸣如潮，甚或突发耳聋，不寐或恶梦纷纭，或胁肋灼痛，或吐血、衄血，大便秘结，小便短黄，舌质红，舌苔黄，脉弦数。

【机理分析】 肝（胆）经火热炽盛，故见头晕胀痛，面红目赤，急躁易怒，耳鸣如潮，甚则耳聋，不寐或恶梦纷纭，或胁肋灼痛，口苦等。并有一般实热征象，如口干、便秘、尿黄，或吐血衄血，舌红苔黄，脉弦数等。

以肝经循行部位表现的实火炽盛症状为辨证要点。

肝火炽盛证与肝阴虚证均见肝经的症状及热象，但有实热与虚热的本质差异。

五、肝阳上亢证

肝阳上亢证是指肝阳亢扰于上，肝肾阴虚于下所表现的上实下虚证候。

【临床表现】 眩晕耳鸣，头目胀痛，面红目赤，急躁易怒，失眠多梦，腰膝酸软，头重脚轻，舌红少津，脉弦或弦细数。

【机理分析】 肝阳亢扰于上，则见眩晕耳鸣，头目胀痛，面红目赤，急躁易怒，失眠多梦等。肝肾阴亏于下则有腰膝酸软，头重脚轻，舌红少津，脉弦或弦细数等症。

以头目眩晕、胀痛，头重脚轻，腰膝酸软为辨证要点。

肝阳上亢证与肝火炽盛证均以阳热亢盛于上的症状为主，但前者伴肝肾阴亏于下的表现，病程较长；后者伴实火炽盛的里实热证，病程较短。

六、肝胆湿热证

肝胆湿热证是指湿热蕴结肝胆，疏泄功能失职所表现的证候。在三焦辨证中属中焦病证。

【临床表现】 胁肋灼热胀痛，厌食腹胀，口苦，泛呕，大便不调，小便短黄，或见寒热往来，身目发黄，或阴部瘙痒，或带下色黄秽臭，舌红苔黄腻，脉弦数或滑数。

【机理分析】 见有湿热蕴结肝胆的表现，如胁肋灼热胀痛，或阴部瘙痒，带下黄臭，或口苦，寒热往来，身目发黄等。并有湿热内蕴的见症，如厌食腹胀，泛呕，大便不调，小便短黄，舌红苔黄腻，脉弦数或滑数等。

以胁肋胀痛，厌食腹胀，身目发黄，阴部瘙痒及湿热内蕴征象为辨证要点。

肝胆湿热证与湿热蕴脾证均可见纳少便溏，身目发黄等证候，但前者以湿热内蕴肝胆，疏泄失职的表现为主症，后者则以湿热蕴结脾胃，纳运失司的表现为主症。

七、寒滞肝脉证

寒滞肝脉证是指寒邪侵袭，凝滞肝经，表现以肝经循行部位冷痛为主症的实寒证候。

【临床表现】 少腹冷痛，阴部坠胀作痛，或阴囊收缩引痛，得温则减，遇寒加甚，或见巅顶冷痛，形寒肢冷，舌淡苔白润，脉象沉紧或弦紧。

【机理分析】 具有肝经寒凝气滞的表现，如少腹冷痛，阴部坠胀作痛，或阴囊收缩引痛，或巅顶冷痛等。并有阴寒内盛之寒象，如形寒肢冷，得温痛减，遇寒加甚，舌淡苔白润，脉沉紧或弦紧等。

以少腹、阴部、巅顶冷痛，脉弦紧或沉紧为辨证要点。

八、胆郁痰扰证

胆郁痰扰证是指痰热内扰，胆失疏泄所表现的证候。

【临床表现】 胆怯易惊，惊悸不宁，失眠多梦，烦躁不安，胸胁闷胀，善太息，头晕目眩，口苦，呕恶，舌红，苔黄腻，脉弦数。

【机理分析】 痰热内扰，胆失疏泄，则见胆怯易惊，惊悸失眠，烦躁不安，胁胀，善太息，头晕目眩等症。口苦，呕恶，舌红苔黄腻，脉弦数，则是痰热内蕴之征。

以惊悸失眠，眩晕，苔黄腻为辨证要点。

九、肝风内动证

肝风内动证是对内生之风的病机、病状的概括，是指患者出现眩晕欲仆、抽搐震颤等具有“动摇”特点为主的一类证候。一般有肝阳化风、热极生风、阴虚生风和血虚生风等四种证候。

（一）肝阳化风证

肝阳化风证是指肝阳亢逆无制所导致的一类动风证候。

【临床表现】 眩晕欲仆，头摇，头痛，肢体震颤，项强，语言謇涩，手足麻木，步履不稳，舌红，苔白或腻，脉弦细有力。甚或突然晕倒，不省人事，口眼喎斜，半身不遂，舌强不语，喉中痰鸣。

【机理分析】 具有肝阳亢逆化风的见症，如眩晕欲仆，头摇，头痛，肢体震颤，项强，语言謇涩等。甚则见突然晕倒，不省人事，口眼喎斜，半身不遂，舌强不语，喉中痰鸣等卒中风的表现。并有肝肾阴亏的见症，如手足麻木，步履不稳，舌红，脉弦细等。

以在肝阳上亢证的基础上，而又突见动风之象，甚或突然晕倒，半身不遂为辨证要点。

（二）热极生风证

热极生风证是指邪热炽盛，伤津耗液，筋脉失养所表现的动风证候。在卫气营血辨

证中，归属血分证。

【临床表现】 高热烦躁，躁扰如狂，手足抽搐，颈项强直，两目上视，甚则角弓反张，牙关紧闭，神志昏迷，舌质红绛，苔黄燥，脉弦数。

【机理分析】 具有热邪燔灼肝经而动风的表现，如手足抽搐，颈项强直，两目上视，角弓反张，牙关紧闭等。并有热邪亢盛，扰乱心神的表现，如高热烦躁，躁扰如狂，神昏，舌红绛，苔黄燥，脉弦数等。

以高热兼动风之象为辨证要点。

（三）阴虚动风证

阴虚动风证是指阴液亏虚，筋脉失养所表现的动风证候。

【临床表现】 手足颤动，眩晕耳鸣，潮热，颧红，口燥舌干，形体消瘦，舌红少津，脉细数。

【机理分析】 参见肝阴虚证。

以动风兼阴虚证为辨证要点。

（四）血虚生风证

血虚生风证是指血液亏虚，筋脉失养所表现的动风证候。

【临床表现】 手足震颤，肌肉瞤动，肢体麻木，眩晕耳鸣，面白无华，爪甲不荣，舌质淡白，脉细弱。

【机理分析】 参见肝血虚证。

以动风兼血虚证为辨证要点。

肝风内动四证，均以见有风象为其辨证依据，但表现的特点及病机却各不相同，应予鉴别。肝阳化风证以眩晕欲仆，头摇，项强，肢颤，甚或突然昏倒，半身不遂等为特点，属上实下虚（本虚标实）之证；热极生风证以手足抽搐，颈项强直，角弓反张等伴高热为特点，属实热证；阴虚生风证以手足蠕动兼阴虚证为特点，属虚证；血虚生风证以手足震颤，肌肉瞤动，肢麻等兼血虚证为特点，亦属虚证。

【补充阐发】

一、论肝气虚证及肝阳虚证

五脏均有气血、阴阳之虚实和治法之补泻，然而对肝却极少有人提出用“补气”、“温阳”之法。在肝病的具体分型中，也未给予肝气虚及肝阳虚以一定的位置。历代医家多数持“肝为相火，有泻无补”、“肝常有余”之说。但是，随着中医理论与临床实践知识的不断丰富提高，以及从中医脏象学说的完整性和临床辨证治疗的准确性来看，肝气虚以及肝阳虚是客观存在的，不容忽视。

（一）肝气虚证

肝气虚证又名肝气不足证、肝气虚怯证、肝气衰证等。本证是由于素体气虚，或久病失养，或情志不遂，肝郁日久伤气耗气，或暴怒伤肝致肝气耗损，肝失条达所表现的证候。

其实对肝气虚证，历代文献均有不同程度的论述，如《素问·方盛衰论》云：“肝气虚则梦见菌香生草，得其时则梦伏树下，不敢起。”《灵枢·天年》云：“五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始灭，目始不明。”《诸病源候论·五脏六腑病诸候》曰：“肝气不足，

则病目不明，两胁拘急筋挛，不得太息，爪甲枯，面青，善悲恐，如人将捕之，是肝气虚，则宜补之。”《类证治裁·胁痛》云：“肝气虚胁痛者，悠悠不止，……善恐。”《血证论·吐血》又云：“又有肝经气虚，脏寒魂怯，精神耗散，桂甘龙牡汤。”

肝气虚证之证候与肝之功能活动范围关系极大，肝气虚对气血、津液、精神、运化等功能活动产生影响。肝气虚以至升发疏泄无权，使肝失条达，则可出现胁肋满闷，或隐痛悠悠喜揉按，四肢乏力，懈怠不耐疲劳，善恐、易怒、易悲，精神不畅，少气懒言，以及妇女月经不调；若肝失疏泄，血行不畅，不能滋荣于目、爪甲和四肢，则可出现视物不清或不耐久视，手足蠕动，爪甲不荣；气郁不能布津，则出现口干口苦；若木郁不能疏土，则又可出现腹胀不思食，食则胀甚，暖气泛酸等症。此外，肝气虚影响到胆汁的分泌与排泄，尚可出现目睛发黄等症。肝气虚证的舌质常见有淡白、淡紫，舌苔多为白腻或黄腻，脉多沉弦细或弦数。

（二）肝阳虚证

肝阳虚证又名肝阳不足证、肝虚寒证、肝阳虚衰证等。本证是由于肝气虚进一步发展而来，是指肝阳虚衰，阴寒内生，气机升降机枢不灵，机体失却温煦所表现的证候。

历代中医文献对肝阳虚证亦有论述，如《备急千金要方·肝虚实》云“左手关上脉阴虚者，足厥阴肝经也。病苦胁下坚，寒热，腹满不欲饮食，腹胀，悒悒不乐，妇人月经不利，腰痛，名曰肝虚寒也。”《重订严氏济生方·五脏门》云：“夫肝者，足厥阴之经……虚则生寒，寒则胁下坚胀，时作寒热，胀满不食，悒悒不乐，如人将捕，眼生黑花，视物不明，口苦头痛，关节不利，筋脉挛缩，爪甲干枯，喜怒悲恐，不得太息，诊其脉沉细而滑者，皆虚寒之候也。”再如《医学衷中参西录·论肝病治法》中云：“曾治有饮食不能消化，服健脾暖胃之药百剂不效，诊其左关太弱，知系肝阳不振，投以黄芪一两，桂枝尖三钱，数剂而愈。”

肝阳虚与肝气虚一样，表现出功能衰退的症状。肝阳虚则魂不安而神动，神动则惊；肝与胆相表里，肝虚则胆怯，胆怯则恐，故肝阳虚证常出现惊恐并见忧郁不乐的症状；阳气虚则筋失所养，可出现疲乏、懈怠、不能耐劳；阳气失于疏泄，可出现胁肋痞硬，或隐痛绵绵或胀痛，腹满纳呆；肝开窍于目，阳气不足，不能通达于目，必视物不明或眼生黑花；肝脉绕阴器，阳气虚则相火衰退，使人阳萎或囊冷筋缩，或入夜阴部如入冷水之中；女子以肝为先天，肝阳虚则冲任受损，妇女可出现漏下、月经不调或腰际少腹冷痛。肝阳虚的舌象多表现为舌质淡白或紫暗胖嫩，苔白润或滑，脉多弦迟细弱。

肝阳虚证与肝气虚证之鉴别要点，在于肝阳虚有阳虚生寒之症，一则表现为形寒怯冷，指甲淡白，二则表现为阳萎不举，阴部冷缩，三则可表现为脉迟或左关沉弱。以上寒象不必悉具，但见一二症便可断定为阳虚之证。

二、肝胆湿热证、脾胃湿热证、中焦湿热证之辨析

肝胆湿热证是肝胆脏腑本部及肝胆经循行部位有湿热之邪，留恋蕴蒸所产生的多种证候。其湿热的来源有：①外感湿热之邪。②平素偏嗜辛辣肥甘之品酿湿生热。③脾失健运，湿邪内生，郁而化热。脾胃湿热证是指湿热蕴结脾胃，脾失健运，胃失纳降而形成的证候。其湿热的来源有：①饮食不调，高粱厚味酿成湿热。②感受湿热之邪，交阻中焦。中焦湿热证为湿温或暑湿之邪，郁滞中焦而致的证候。其湿热主要来自于外，自表传入，由经络而脏腑，亦可由肺而脾胃。

三证均属湿热证，但究其病因、病机及病位又不尽相同。肝胆湿热证的病变在肝胆，脾胃湿热证的病变在脾胃。肝胆湿热证可出现腹胀呕恶，纳呆，但主要见肝胆疏泄失常，胆气上逆的胁肋胀痛，口苦，身目发黄，阴囊湿疹或睾丸肿胀热痛，妇女则见外阴瘙痒，带下黄臭，苔黄腻，脉弦数等症。脾胃湿热证则表现为脘腹痞闷，呕恶厌食，且有肢体困重，大便溏泄，泄而不爽，小便短赤不利，舌红苔黄腻，脉濡数等症。脾胃湿热证与中焦湿热证的病机均为脾胃蕴结湿热，故诸如脘腹痞闷，呕恶纳呆，便溏不爽，尿短赤不利等见症均相同，所区别者，内伤之脾胃湿热证主要由饮食不节，过食肥甘厚味、辛辣煎炙，多饮酒浆等而致脾胃湿热蕴结而成，外症常无发热，亦无外感热病病史及其传变过程可查；而中焦湿热证中的发热为必见症，且有明显的外感热病史及其传变过程证候表现。此外，脾胃湿热证常见有口苦口臭，面赤，而中焦湿热证则常见有多汗，而垢等症。总之，脾胃湿热证系内因所致，而中焦湿热证由外因所成，症虽相似，机理不同。

值得一提的是，中焦湿热证尚有湿重于热、热重于湿和湿热并重等三种类型。一般来说，湿邪偏盛或素体中阳不足者，多表现为湿重于热，病变偏重于脾；若热邪偏盛或素体中阳偏旺者，多表现为热重于湿，病变偏重于胃；若脾湿与胃热并重，则呈现湿热并重之证。因此临床上须详细审证，用药也需有所偏重。

三、肝火证的病因病机证候概要

肝火是病理名词，也是证名。凡肝之相火（阳气）偏旺或太过，出现热象及冲逆现象者，概称为肝火。肝火证的病因是肝气郁结化火，或外邪内传化火，其病机是肝之阳气升动太过。证候的性质是里实热证，其病变可致生风、动血、犯肺、伐胃、伤津、夹痰，故常见证型有肝火上炎证、肝火犯肺证、肝火犯胃证、肝火夹痰证、肝火伤阴证等。

肝火证在不同病人身上的表现不尽相同，一般以目赤肿痛，头胀头痛，耳轰鸣、暴聋或吐衄，烦躁易怒，口干口苦，便结尿短黄，舌红苔黄燥，脉弦数等为辨证标准。

肝热与肝火性质相同，但毕竟火甚于热，故肝热病轻，肝火病重。火性炎上，故肝火多见冲逆现象，而肝热则无。肝火证与肝阳上亢证都有病势向上的特点，但肝阳上亢证常有腰膝酸软、头重脚轻等肝阴不足、肝肾阴虚的表现。

四、肝病有郁结和上下横窜厥脱之变

朱广仁在《中医杂志》1995年第6期载文，认为肝病有郁结和上下横窜厥脱之变。

局部郁结：谋虑忧思，致肝失疏泄，气机郁结，表现以情志抑郁寡欢、悲忧善哭、喜叹息，以及胸胁、乳房胀痛等为主症的肝气郁结证。

上扰：木郁化火，是为肝火上冲，阴虚阳浮，而为肝阳上亢。均表现为循肝脉上扰头面和耳目诸窍的症状。肝火病势偏于激骤，纯属实证；肝阳病势偏于渐进，为上盛下虚。

下迫：肝阳虚衰，或寒滞肝脉，或湿热下注，可见少腹牵及阴部疼痛，或为睾缩、淋浊、经带等病症。

横逆：木横则乘土，犯及脾胃，致胃失和降，脾失健运，见有纳呆暖气，呕恶吞酸，胃脘胀痛，腹痛泻泄。

窜行：肝气和肝风都有窜行的特点。肝气循厥阴经络流窜于上（至巅）下（至足），痛无定处，时有轻重；肝风可致风阳扰及周身，而见眩晕、抽搐、筋惕肉瞤、痉厥、昏仆、麻木拘挛等症。

厥脱：厥证为肝经气机逆乱，阴阳之气不相顺接而引起昏仆不省人事的昏厥证；脱证为肝肾元真脱绝，阴阳之气不能依存而导致的神昏危候。

五、肝气、肝火、肝阳三证的关系与比较

肝郁气滞证、肝火炽盛证、肝阳上亢证三者之间，可存在着因果转化关系，如肝气郁结可以化火或上逆而致阳亢，同时又可兼并出现，临床上应当加以比较鉴别。

肝郁气滞证的临床表现以抑郁不乐，胸胁胀闷，不欲饮食等“郁”的症状为主，其特点是无明显的寒热征象，而与情志活动关系密切。其病理是郁结于内而未发泄于外，故可认为是内实而外虚，内实则胸胁胀闷不舒，外虚可表现为头晕、月经不调等症。故其治应疏肝解郁，促其疏泄。

肝火炽盛证以发热口渴，面红目赤，口苦，胁肋灼痛，烦躁易怒，便秘尿黄，舌红苔黄，脉弦数等一派“火”的症状为主，无明显阴虚表现的实热证候，头痛烦躁等症皆由火热上扰所致。一般病势较急而病程较短，治宜清热泻火。

肝阳上亢证以头晕耳鸣，头目胀痛，头重脚轻，烦躁易怒，脉弦有力等“上亢”的症状为主，系气血逆乱而并走于上，并常兼有阴虚的表现，为上实下虚，或曰肝实肾虚的虚实夹杂证候。上实则头重、头胀、头痛，下虚可见脚轻、腰膝酸软等表现，一般病程较长而病势略缓，同时发热口渴、舌红尿黄等火热证候并不明显。治当平肝潜阳，佐以滋阴。

李冠仙《知医必辨》说：“病者肝气郁结，或为人所制，有气不能发泄，郁而生火，作痛作胀，脉虽弦数而见沉意，投以逍遥，辛以散之，自然获效。若其人并无所制，而善于动怒，性不平和，愈怒愈甚，以致肝气肆横，胀痛交作，不时上炎，头疼头晕，脉来弦数而无沉意，此乃肝火化风。平之不及，而犹治以辛散，譬如一盆炭火，势已炎炎，而更以扇搨之，岂有火不愈炽而病不加甚耶？”从而对三者的病理与证治特点作了较好的阐释。

六、肝阳上亢证与肝肾阴虚阳亢证的区别

肝阳上亢证与肝肾阴虚阳亢证都有头晕耳鸣等主症，由于肝肾之间存在着肝肾同源、水能涵木等生理关系，而在病理上二证之间又常互相影响、转化，肝阳上亢日久可以转化为肝肾阴虚阳亢证，肝肾阴虚阳亢证的某些阶段亦可表现为肝阳上亢证。因此，实际上肝阳上亢证与肝肾阴虚阳亢证之间是难以严格区分的两个证候。

二者的区别主要在于病理的主次先后，即其人性格刚暴，急躁多怒，阳气易动者，其起病多为肝阳上亢证，属于以实为先为主的病变。其证候表现以急躁多怒，心烦失眠，头晕而红，头目胀痛，耳鸣如潮，脉弦有力等为主症，病势较急，形体多显壮实，虽可有腰酸膝软等虚的证候，但并不突出。当然阳亢日久则虚证必然逐渐明显，从而转化为以虚为主的肝肾阴虚阳亢证。

肝肾阴虚阳亢证多因失于调摄，房事太过，或因病而阴液耗损等，致肾阴亏虚，虚阳偏亢，水不涵木，故属以虚为先为主的病变。其证候表现以头晕耳鸣，五心烦热，咽干颧红，甚或盗汗，手足蠕动，舌红少津，脉弦细数等为主症，病程较久而病势较缓，形体多瘦弱，头目胀痛、急躁易怒等症一般不太明显。

应该说肝阳上亢证与肝肾阴虚阳亢证的病理及证候，存在着虚实性质上的先后主次之别。然而在以往的医学论述中，多将肝阳上亢的病理说成是阴虚为本，阳亢为标，即

认为是因肝肾阴虚而导致肝阳上亢，这实际上是混淆了二者间虚实主次先后的差别。若如此则肝阳上亢证就没有存在的必要了。

七、内风证的病机不只是四种

内风证是由于体内阴阳气血失调，而并非感受外邪所致。其证候具有眩晕、麻木、震颤、抽搐等特点的病变。一般认为，导致内风证的病机有肝阳上亢、热极生风、血虚动风、阴虚动风四种。其实引起内风证的原因尚有阳虚动风、气虚动风、气厥动风、痰迷动风等。

比如所谓小儿慢惊风，症见手足徐徐抽动，神疲面黄，嗜睡露睛，食少腹胀，大便清冷，四肢不温甚或厥逆，舌淡脉弱等，此种动风，辨证属于脾肾阳气亏虚所致，故为阳虚或气虚动风证。

又如痫病发作，突然昏仆，口吐涎沫，四肢抽搐，辨证多属风痰内扰所致，因而常称“风痫”，此种抽搐属于痰迷动风的表现。

“气厥”又名郁厥，是指因精神刺激，情志不舒，气机郁闭，导致突然昏厥，或见四肢抽搐、咬牙口噤等症，此种抽搐则应属气厥动风。

【古代文献】

《素问·灵兰秘典论》：肝者，将军之官，谋虑出焉。胆者，中正之官，决断出焉。

《素问·六节脏象论》：肝者，罢极之本，魂之居也，其华在爪，其充在筋，以生血气。

《素问·调经论》：肝藏血。

《质疑录·论肝无补法》：足厥阴肝，为风木之脏，喜条达而恶抑郁，故经云木郁达之是也。然肝藏血，入夜卧则血归于肝，是肝所赖以养者，血也。

《临证指南医案·肝风》：故肝为风木之脏，因有相火内寄，体阴用阳，其性刚，主动，主升，全赖肾水以涵之，血液以濡之，肺金清肃下降之令以平之，中官敦阜之上气以培之，则刚劲之质得为柔和之体，遂其调达畅茂之性。

《灵枢·本输》：肝合胆，胆者，中精之腑。

《素问·脏气法时论》：肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒，虚则目眈眈无所见，耳无所闻，善恐，如人将捕之。

《脏腑虚实标本用药式》：肝藏血，属木，胆火寄于中，主血，主目，主筋，主呼，主怒。本病：诸风眩运，僵卧硬直，惊痫，两胁肿痛，胸肋满痛，呕血，小腹疝痛痠瘦，女人经病。标病：寒热疟，头痛吐涎，目赤面青，多怒，耳闭颊肿，筋挛卵缩，丈夫癩疝，女人少腹肿痛，阴病。

胆属木，为少阳相火，生发万物，为决断之官，十一脏之主（主同肝）。本病：口苦，呕苦汁，善太息，憺憺如人将捕状，目昏不眠。标病：寒热往来，痞疔，胸肋痛，头额痛，耳痛鸣聋，瘰疬结核马刀，足小趾次指不用。

《血证论·脏腑病机论》：肝为风木之脏，胆寄其间。胆为相火，木生火也。肝主藏血，血生于心，下行胞中，是为血海。凡周身之血，总视血海为治乱，血海不扰，则周身之血，无不随之而安。肝经主其部分，故肝主藏血焉。至其所以能藏之故，则以肝属木，木气冲和条达，不致遏郁，则血脉得畅。设木郁为火，则血不和；火发为怒，则血

横决，吐血、错经、血痛诸证作焉。怒太甚则狂；火太甚则颊肿面青，目赤头痛；木火克土，则口燥泄痢，饥不能食，回食逆满，皆系木郁为火之见证也。若木挟水邪上攻，又为子借母势，肆虐脾经，痰饮泄泻，呕吐头痛之病又作矣。木之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化。设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，渗泻中满之证，在所不免。肝之清阳，即魂气也，故又主藏魂。血不养肝，火扰其魂，则梦遗不寐。肝又主筋，瘕疝囊缩，皆属肝病。分部于季肋少腹之间，凡季肋少腹疝痛，皆责于肝。其经名为厥阴，谓阴之尽也，阴极则变阳，故病至此，厥深热亦深，厥微热亦微，血分不和，尤多寒热并见。与少阳相表里，故肝病及胆，亦能吐酸呕苦，耳聋目眩。于位居左，多病左胁痛，又左肋有动气。肝之主病，大略如此。

胆与肝连，司相火，胆汁味苦，即火味也。相火之宣布在三焦，而寄居则在胆腑。胆火不旺，则虚怯惊悸；胆火太亢，则口苦呕逆，目眩耳聋，其经绕耳故也。界居身侧，风火交煽，则身不可转侧，手足抽掣。以表里言，则少阳之气，内行三焦，外行腠理，为营卫之枢机。逆其枢机，则呕吐胸满。邪客腠理，入与阴争，则热；出与阳争，则寒，故疟疾少阳主之。虚劳骨蒸，亦属少阳，以荣卫腠理之间不和，而相火炽甚故也。相火挟痰，则为癫痫；相火不戢，则肝魂亦不宁，故烦梦遗精。且胆中相火，如不亢烈，则为清阳之木气，上升于胃，胃土得其疏达，故水谷化。亢烈则清阳遏郁，脾胃不和。胸肋之间骨尽处，乃少阳之分，病则其分多痛。经行身之侧，痛则不利屈伸。此胆经主病之大略也。

《诸病源候论·五脏六腑病诸侯·肝病候》：肝气盛，为血有余，则病目赤，两肋下痛引小腹，善怒，气逆则头眩，耳聋不聪，颊肿，是肝气之实也，则宜泻之。肝气不足，则病目不明，两肋拘急，筋挛，不得太息，爪甲枯，面青，善悲恐，如人将捕之，是肝气之虚也，则宜补之。

《灵枢·四时气》：邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦，故曰呕胆。

《类证治裁·肝气》：肝木性升散，不受遏郁，郁则经气逆，为暖、为胀、为呕吐、为暴怒胁痛、为胸满不食、为飧泄、为瘕疝，皆肝气横决也。

《笔花医镜·女科证治》：肝气者，妇女之本病。妇女以血为主，血足则盈而木气盛，血亏则热而木气亢。木盛木亢，皆易生怒，故肝气唯妇女为易动焉。然怒气泄则肝血必大伤，怒气郁则肝血又暗损。怒者，血之贼也。其结气在本位者，为左胁痛，移邪于肺者，右肋亦痛，气上逆者，头痛、目痛、胃脘痛，气旁散而下注者，手足筋脉拘挛，腹痛、小腹痛，瘕疝，乳癌，阴肿、阴痒、阴挺诸症，其病变也不一。

《济生方·肝胆虚实论治》：夫肝者……谋虑过制，喜怒不节，疲劳之极，扰乱其经，因其虚实，由是寒热见焉。……及其实也，实则生热，热则心下坚满，两肋下痛，痛引小腹，令人喜怒气逆，头晕眊赤，悒悒先寒后热，颈直背强，筋急不得屈伸，诊其脉浮大而数者，皆实热之候也。

《中藏经·论肝脏虚实寒热生死逆顺脉证》：肝者与胆为表里，足厥阴少阳是其经也。……肝中热，则喘满而多怒，目疼，腹胀满，不嗜食，所作不定，睡中惊悸，眼赤视不明，其脉左关阴实者是也。

《笔花医镜·肝部》：肝热之证，脉左关必弦数。其症为眩晕，为目赤肿痛，为口苦，为消渴，为头痛，为胁痛，为瘕疝，为聩耳。

《血证论·吐血》：肝为藏血之脏，血所以运行周身者，赖冲、任、带三脉以管领之，而血海胞中，又血所转输归宿之所，肝则司主血海，冲、任、带三脉又肝所属，故补血者，总以补肝为要。……且世上虚劳，多是肝虚，此理自东垣《脾胃论》后少有知者。肝血虚，则虚烦不眠，骨蒸梦遗。

《质疑录·论肝无补法》：举世皆曰伐肝，故谓肝无补法。不知肝气有余不可补，补则气滞而不舒，非云血之不可补也。肝血不足，则为筋挛、为角弓、为抽搐、为爪枯、为目眩、为头痛、为胁肋痛、为少腹痛、为疝痛诸症。凡此皆肝血不荣也，而可以不补乎？

《笔花医镜·肝部》：肝之虚，肾水不能涵木而血少也，脉左关必弱或空大，其症为胁痛，为头眩，为目干，为眉棱骨眼眶痛，为心悸，为口渴，为烦躁发热，……水不养目也。

《金匱翼·肝虚肋痛》：肝虚者，肝阴虚也。阴虚则脉绌急，肝之脉贯膈布肋肋，阴虚血燥，则经脉失养而痛。其症肋下筋急，不得太息，目昏不明，爪枯色青，遇劳即甚，或忍饥即发者是也。

《临证指南医案·眩晕》：头为太阳之首，耳、目、口、鼻，皆系清空之窍，所患眩晕者，非外来之邪，乃肝胆之风阳上冒也。

《类证治裁·眩晕》良由肝胆乃风木之脏，相火内寄，其性主动主升。或由身心过动，或由情志抑勃，或由地气上腾，或由冬藏不密，或由年高肾液已衰，水不涵木，或由病后精神未复，阴不吸阳，以致目昏耳鸣，震眩不定。

《医醇賸义·诸痛》：有因于火者，肝阳上升，头痛如劈，筋脉掣起，痛连目珠，当壮水柔肝，以息风火，不可过用风药，盖风能助火，风药多则火势更烈也。

《类证治裁·肝气》：夫肝主藏血，血燥则肝急。凡肝阴不足，必得肾水以滋之，血液以濡之……。凡肝阳有余，必需介类以潜之，柔静以摄之，味取酸收，或佐酸降，务清其营络之热，则升者伏矣。

《临证指南医案·中风》：内风，乃身中阳气之变动。肝为风脏，因精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢，内风时起。

若肢体拘挛，半身不遂，口眼喎斜，舌强言謇，二便不爽，此本体先虚，风阳挟痰火壅塞，以致营血脉络失和。

《医编·内风证》：内伤亏败日久，极则必发，不必有所感触也。……由将息失宜，五志过极，心火暴盛，肾水虚衰，不能制之，热气郁拂，心神昏冒，故卒倒无知。病微则僵仆，气流畅通，筋脉不挛，发过如故；重则气血郁结不通，阴气暴绝，阳气后竭而死。

《类证治裁·肝气肝火肝风》：肝阳化风，上扰清窍，则巅痛头晕，目眩耳鸣，心悸寢烦。由营阴内虚，水不涵木，火动痰升，其实无风可散，宜滋液和阳。

《素问·至真要大论》：诸暴强直，皆属于风。

《时病论·暑风》：暑风之病，良由暑热极盛，金被火刑，木无所畏，则风从内而生。此与外感风邪之治法，相悬霄壤，若误汗之，变证百出矣。夫木既化乎风，而脾土未尝不受其所制者，是以卒然昏倒，四肢搐搦，内扰神舍，志识不清，脉多弦劲或洪大、或滑数。

《温热经纬·余师愚疫病论·疫证条辨》：筋属肝，赖血以养，热毒流于肝经，……筋脉受其冲激，则抽惕若惊。

肝属木，木动风摇，风自火出。《左传》云：风淫末疾。四末，四肢也，肢动即风淫之疾也。

《重订通俗伤寒论·六经病证》：六经感证，兼带厥阴者，尚可救疗。若三阳经传至厥阴，入里极深，风木与相火两相煽灼，伤阴最速。阴液消耗，邪热内陷包络，则神昏谵语，甚则不语如尸；内陷肝络，则四肢厥逆，甚则手足发痉，热极生风，九窍随闭。所形皆败证矣。

《素问·举痛论》：寒气客于厥阴之脉，厥阴之脉者，络阴器系于肝，寒气客于脉中，则血泣脉急，故胁肋与少腹相引痛矣。

《笔花医镜·肝部》：肝寒之证，脉左关必沉迟，其症为小腹痛，为疝瘕，为囊缩，为寒热往来。小腹痛者，寒结下焦也。

《医醇賸义·胀》：肝胀者，肋下满而痛引小腹。肝为将军之官，气血皆盛，但木喜条达，寒气上逆，则两气相积，而肝木怒胀，肋下乃肝之本位，痛引小腹，则壅极而决矣。

《四圣心源·黄疸根源》：太阴湿土之令，以阳明戊土之燥，亦化而为太阴之湿。设使皮毛通畅，湿气淫蒸，犹得外泄。一感风邪，卫失开合，湿淫不得外泄。脾土堙浊，遏其肝木，肝脾双陷，水谷不消，谷气瘀浊，化而为热，瘀热前行，下流膀胱，小便闭涩，水道不利，膀胱瘀热，下无泄路，熏蒸淫肤，传于周身，于是黄疸成焉。

《临证指南医案·疸》：疸，身黄，目黄、溺黄之谓也。病以湿得之，有阴有阳，在腑在脏。阳黄之作，湿从火化，瘀热在里，胆热液泄，与胃之浊气共并，上不得越，下不得泄，熏蒸遏郁，侵于肺则身目诸黄，热流膀胱，溺色为之变赤。黄如橘子色。

《类证治裁·带下》：带下系湿热浊气流注于带脉，连绵而下，故名带下。……如肝经怒火下流者，加味道遥散，甚者龙胆泻肝汤。

《温热经纬·方论·温胆汤》：罗东逸曰：胆为中正之官，清静之腑，喜宁谧，恶烦扰，喜柔和，不喜壅郁。盖东方木德，少阳温和之气也。是以虚烦惊悸者，中正之官，以熇热而不宁也。热呕吐苦者，清静之腑，以郁久而不谧也。痰气上逆者，土家湿热反乘，而木不得遂其条达也。

《证治汇补·腹肋门·肋痛》：左右肋注痛有声者，痰饮也。

《杂病源流犀烛·肝病源流》：胁肋痛，肝经病也。……一曰痰饮，由痰流注于厥阴之经，以致胁肋痛，痛则咳嗽气急。

《金匱翼·肝虚肋痛》：肝虚者，肝阴虚也。阴虚则脉绌急，肝之脉贯膈布肋，阴虚血燥，则经脉失养而痛。

【研究进展】

一、肝郁气滞证的现代研究

肝郁气滞证是肝病的基础证，且随病机发展可演化成诸多相关证。此证涉及中医、西医多种疾病。近年来对肝郁气滞证的研究可概括为如下几个方面：

1. 发病病因学 肝郁气滞证发病病因非常复杂，与多种因素有关。潘氏等^{〔1〕}报道中医肝病流行病学调查结果，共调查病人 5606 例，其中辨为中医肝病证属肝郁气滞者 1013 例，占 18.07%。车氏等^{〔2〕}通过对 24319 份病例的统计分析和对 600 例病例进行观察，提

出肝郁气滞证是肝病证候的核心,占肝病总数的41.9%;该证以女性居多,占79.23%;脑力劳动者患病率较高,占57.3%;发病时间以春三月常见,占四季总数的58.37%;运用Dy量表对病人进行气质分析测定,认为太阴之人多见,占40.8%;情志致病居首位,占68.83%,而在情志病中又以郁怒伤肝最多见,占情志致病的49.5%。须氏等^[3]采用大鼠打斗这种较为自然激怒刺激的方法,复制出肝郁证的动物模型,也证明了“怒则伤肝”的中医理论。常氏等^[4]认为,肝能在丘脑-垂体-卵巢中起重要调节作用,很大程度上取决于情志变化对该性腺轴的影响。陈氏^[5]提出情志致病的机制大致为:情志心理紧张刺激大脑皮层功能改变→植物神经功能改变→内脏功能障碍→内脏形态等改变的病理模式。

2. 神经及内分泌功能紊乱 肝郁气滞证患者植物神经功能紊乱,其特征为交感神经活动偏亢,这一点已基本成为共识。周氏等^[6]用敏感方法和仪器检测肝郁病人100例和100例对照组的植物神经功能,结果表明肝郁组24小时尿儿茶酚胺含量、皮肤电活动明显高于对照组($P<0.01$, $P<0.05$),胃电频谱分析,其餐后胃运动优势幅值较对照组及正常人低($P<0.05$)。儿茶酚胺是肾上腺髓质所分泌的激素和肾上腺能神经元所释放的介质,它包括肾上腺素、去甲肾上腺素和多巴胺。这些物质与交感神经系统的功能活动密切相关,肾上腺髓质在结构和功能上已在神经内分泌学中看成是交感神经系统的组成部分^[7]。张氏^[8]观察了53例中医肝病者,其中42例有不同程度的植物神经功能失调,经辨证以肝郁居多(37例),植物神经紊乱又以交感神经偏亢为主(20例)。张氏等^[9]在临床研究发现,高血压肝郁证的病人中有5-羟色胺含量明显增高的情况,且经过疏肝理气药物治疗后,随着肝郁症状的缓解,5-羟色胺逐渐恢复正常。5-羟色胺为下丘脑神经分泌细胞产生的一种神经介质,它能直接刺激垂体分泌泌乳素(PRL)。王氏^[10]通过临床观察及实验研究证明,肝郁妇女及肝郁雌性大鼠模型的PRL均较正常人有不同程度升高,且伴有 E_2 、P含量的降低,说明情志异常可引起内分泌的紊乱。王氏等^[11]用放射免疫法检测50例肝郁患者血清PRL水平,与同期西医病种非肝郁对照组比较,PRL明显升高($P<0.01$),经加味逍遥散治疗,PRL基本恢复正常水平。因此认为肝郁患者PRL是一个具有特异性的指标,与患者雌激素、5-HT水平升高及情志异常密切相关。5-HT的变化反映了中枢活动状态,并和人的精神活动有一定关系。李氏等^[12]通过实验研究发现,高血压肝郁患者5-HT含量明显增高,提示患者长期恼怒、忧思、精神紧张造成高级神经活动的紊乱,这将直接引起交感中枢一系列情绪应激反应,主要涉及两个系统,一是交感特异性通路所支配的心脏系统和血管,另一是垂体-交感肾上腺系统。

3. 血液流变及微循环的变化 由于气血在生理上的密切关系,势必出现病理上的相互影响,所以肝郁气滞患者在血液流变与微循环方面出现异常变化是客观存在的。崔氏等^[13]测定60例肝郁气滞证的血液流变变化,结果发现全血比粘度、全血还原粘度与血沉方程K值都明显高于正常值。徐氏等^[14]通过对52例肝郁气滞证患者的血浆前列腺素含量测定,发现血栓素 A_2 的代谢产物(TxB_2)和前列腺环素 PGI_2 的代谢产物(6-酮- PGF_1)的含量比值均高于正常人,预示要出现血小板聚集和血管收缩现象,因而可以推断肝郁气滞证有出现出血的倾向。彭氏等^[15]对118例慢性乙型肝炎患者进行了甲皱微循环检测,发现肝郁气滞证患者的管袢数目减少,横径不增宽,色泽偏暗,红细胞聚集,绊顶瘀血,流速缓慢。李氏等^[16]的实验亦发现不同程度地存在着微循环障碍。室氏^[17]通过

临床实验提出,肝郁伴有血瘀现象,尤以血小板聚集率增高为甚,在血小板聚集过程中除 PGI₂ 与 TXA₂ 相互拮抗作用外,血小板内 PGE₁ 通过增加 cAMP 及 ADP 竞争受体等作用,在抑制血小板聚集过程中发挥着重要作用。

4. 其他方面的改变 王氏等^[18]经实验检测发现,肝郁患者肝功能异常(谷丙转氨酶升高,溴磺肽钠滞留,麝香草酚浊度试验异常),基础代谢率、尿 17-羟类固醇、尿-17 酮类固醇偏低,细胞免疫功能多数偏高,体液免疫变化不大。其中基础代谢率、尿 17-羟类固醇、尿 17-酮类固醇偏低,细胞免疫功能多数增高与西医肝病所表现的结果相矛盾,这是否为“肝郁”特有的征象,有待于进一步研究。张氏等^[9]通过疏肝理气药对 35 例高血压病肝郁患者的观察发现,血微量元素 Zn/Cu 比值治疗后显著下降。

5. 动物实验研究 肝郁动物实验研究,主要是病理模型的复制,各项客观指标的检测,以及药物治疗加以反证。在动物模型复制上,大多以药物注射造型,如湖南医学院用 CCl₄ 建立大小鼠急性中毒的“肝郁脾虚”证动物模型,观察肝组织、肝功能等各项指标,并同时用复方柴芪注射液治疗,各项指标均有好转^[19,20]。日本有滋用不同的方法在家兔身上复制出“胸胁苦满”的动物模型,用单味柴胡剂对胸胁苦满体征有防止的效应^[21]。须氏等^[3]从情志致病入手,激怒刺激复制大鼠肝郁模型,并从 10 项指标进行了血液流变学系统研究和血小板超微结构的电镜观察。结果表明:全血粘度、血浆粘度、血浆比粘度、热沉淀蛋白含量显著增高,扩大型血小板数量明显增多,血小板聚集率增高,血液存在着明显的粘、稠、凝、聚倾向。动物血小板超微结构观察表明,血小板由正常动物的光滑流线型呈分离状态,而变成明显的“粘性变态”——粘附聚集,与肝郁病人血小板所见几乎完全一致。这种肝郁证的动物模型比药物造型更接近临床肝郁证的病因与病症,值得进一步研究。

6. 肝郁气滞证动态演化及相关证实质的研究 证候的存在不是孤立的、静止的,而是随着诸多因素的影响不断发展、变化的。肝郁气滞,气机不畅,“气行则血行,气滞则血瘀”,最易累及血的运行;肝失疏泄,脾失健运,最易肝木乘土。

对于气滞导致血瘀的病理过程,李氏^[12]结合临床研究和动物实验研究结果,提出肝郁-气滞-血瘀的理论构图,其病理过程表现为 3 个层次:①气滞病理变化的最高层次为交感中枢的调节失常;②自此连锁引起气滞的病理变化的中间层次是:一方面交感肾上腺系统调控异常,继而神经体液异常,由此引起血液系统高粘凝倾向和血小板功能与形态异常,另一方面外周各交感特异性通路调节功能紊乱,引起心、心血管功能改变,尤其是外周阻力血管运动功能的紊乱,引起微循环的严重障碍;③气滞引起的基础层次的变化,发生在细胞水平和分子水平上。由于血小板、血流及血管功能的改变,加之上述各综合因素直接或间接引起血管内皮细胞的改变(形态损伤、PGI₂ 分泌减少、LPO 增多),继发产生血管活性物质 PGI₂-TXA₂ 及 cAMP-cGMP 的平衡失调,构成气滞病理变化过程的最后环节。血瘀是在三个层次综合影响下,最后造成血液有形成分的粘凝聚状态,或出现高脂浑浊血液,或渗出出血等病理特征。

唐氏等^[22]从门脉血液动力学的角度,指出慢性肝炎阶段,肝病血瘀证患者门脉平均血流速度明显减慢,门脉血流量明显增高,而门脉内径无显著增宽。进入肝硬化阶段后,变化更为明显。提示肝病血瘀证常有门脉血液动力学障碍的客观变化,其中门脉平均血流速度及门脉血流量,反映肝病血瘀最为敏感。张氏等^[23]对 30 例肝病血瘀证与非血瘀证

患者作对照,探讨两组病理学关系,检查提示,两组均有肝细胞明显肿胀,炎性细胞浸润。但血瘀证组的碎屑坏死、桥型坏死、界板破坏、嗜酸性等组织学改变明显高于非瘀血证组。表明肝病见有血瘀证,是病情恶化的一个重要标志。唐氏等^[24]对78例慢性肝病血瘀证和非血瘀证的血清球蛋白及 γ -球蛋白水平的观察发现,肝病血瘀证病人的血清球蛋白及 γ -球蛋白均明显高于非血瘀证病人。提示肝病血瘀可能与体液免疫反应有关。

对于肝郁脾虚证的研究,湖南医学院的实验显示,尿木糖排泄率降低,表明其小肠吸收功能减弱^[25]。顾氏^[26]指出,此证血液流变学变化出现血液粘度增高,红细胞电泳时间延长,提示患者血液流动性差,红细胞聚集,经治疗后有明显改善,认为血液流变学可作为肝郁脾虚证的客观指标之一。张氏等^[27]测定慢性肝病气阴两虚证与肝郁脾虚证指甲的微量元素铜、锌、铁、锰的含量。结果显示两证铜、锰均低于正常组($P < 0.05$);而铁值变化不大($P > 0.05$);锌以肝郁脾虚最低,与另两组间均有显著性差异。因此认为铜、锰的变化可能是虚证的共有变化,锌值可能是肝郁脾虚证的特征变化。谢氏^[28]检测103例慢性肝炎中肝郁脾虚和肝胆湿热证患者外周血NK细胞活性,并与30名健康人作对照,发现两证的NK活性均降低。NK细胞是人体免疫活性细胞之一,它的降低似可说明本虚部分的实质。沈氏等^[29]认为肝郁脾虚一般属CPH,肝细胞轻度炎症反应,HBV感染复制不明显,免疫功能与正常人差异不大,肝功各项指标基本正常,纤维化指标测质最低,微循环障碍最轻。邓氏等^[30]通过对74例肝硬化不同证型血清腺苷脱氨酶测定,肝郁脾虚 \rightarrow 热郁血瘀 \rightarrow 阴虚阻络是发展变化的趋势,而各证之间血清ADA有非常显著差异($P < 0.01$),并按发展的趋势依次递增。

二、肝胆湿热证的现代研究

肝胆湿热证多因感受湿热之邪,或嗜食肥甘厚味,湿热内生,或脾胃纳运失常,湿浊内生,土壅侮木,致使湿热蕴于肝胆所致。对肝胆湿热证的研究有几个方面:

1. 肝组织病理变化与肝功能异常 李氏^[31]对肝炎患者肝组织检查中病理变化典型、临床诊断明确的66例肝活组织切片进行观察分析,发现湿热型的病理变化有显著的肝细胞内胆汁潴留及较明显胆管内瘀阻,大部分有汇管区或间质慢性炎性细胞浸润。林氏^[32]的研究支持这一观点。白氏^[33]对病毒性肝炎作肝穿活检分析表明,肝胆湿热型的病理改变特点为肝细胞瘀阻,肝细胞胆色素颗粒沉着以及小胆管扩张等。韩氏^[34]认为肝胆湿热,病理上主要是慢性肝炎及慢活肝的早期。王氏等^[35]对118例肝病患者骨髓细胞内乙型肝炎病毒感染与中医分型关系的研究表明,HBV可感染骨髓细胞,并有复制现象,其中湿热未尽型亦达50%。因此认为临床上气滞血瘀型、湿热未尽型肝炎症状重,阳性体征多,治疗困难似乎与骨髓细胞受HBV感染轻重有关。张氏^[36]指出HBV感染是慢性肝炎产生湿热的原由,HBV的复制活跃程度和湿热轻重关系密切。在肝功检查方面,目前从研究看,湿热型比较特异性的指标是血清Bil的升高和血清ALT升高^[37~41]。郭氏^[42]认为慢活肝胆湿热型反复波动是湿热之邪与GPT平行相关。桂氏^[43]认为该型HBsAg平均滴度量高,半数患者HBeAg阳性,sGPT显著异常,而InTT、 γ -球蛋白变化不明显。韩氏^[44]则指出血清sGPT 77%显中等度以上升高,A/G比例45%倒置,TTT 62%升高,HBsAg阳性率61%滴度较高。

2. 血液流变与微循环的变化 汤氏等^[44]检测了136例不同证型肝病患者及47例正常人血液流变指标,揭示了湿热蕴结证全血粘度升高,提出湿热之邪是此型的主要原因,

湿热蕴毒，深伏营血，耗伤津液，致血液粘度升高。血流迟滞，组织供氧差，在低氧或缺氧状态下，红细胞特性劣化，变形性减低，增加血流阻力，血粘度升高，纤维蛋白凝块与红细胞停滞，血栓形成，致使微循环障碍。

彭氏等^[45]对 118 例慢性乙型肝炎患者进行了甲皱微循环检测，发现肝胆湿热证的微循环为管袢数目增多，横径增宽、色泽偏红、流速加快。盛氏^[46]在观察湿热、肝郁、阴虚三组证候的甲皱微循环中，亦证明了彭氏的观点。严氏^[47]通过对病毒性肝炎胆囊损害的中医证型进行血栓素、前列腺素、总胆红素检测，指出湿热是 TxB_2 、 $PGF_{1\alpha}$ 和 SB 高值以及胆囊损害的始动因子。

3. 免疫功能异常 近年来对肝胆湿热证虽然进行了细胞免疫与体液免疫测定，得出了一些客观化的指标，但结论不尽一致。如在细胞免疫方面，赫氏等^[41]认为淋巴细胞的转化率，辨证各型均值低于正常水平。而龚氏等^[48]认为湿热蕴结型细胞转化率高于正常。金氏等^[37]通过对肝病中医辨证各型患者的活性花环 (Ea-RFC) 与稳定性花环 (Es-RFC) 进行检测，提出湿热气滞证的细胞免疫功能无明显变化。NK 细胞也是人体免疫活性细胞之一，它的细胞毒活性，在感染性疾病天然宿主防御中担负着重要作用，是具有天然细胞毒性的杀伤细胞，已确认 NK 细胞具有抗病毒作用，而病毒可以损害 NK 细胞。谢氏^[28]检测 103 例慢性肝炎肝郁脾虚和肝胆湿热证患者外周血 NK 细胞活性，并与 30 名健康人作对照，发现两种证候 NK 活性均降低，而尤以肝胆湿热型显著，似乎可以说明本虚部分实质是客观存在的。

在体液免疫方面，郭氏^[42]总结近年来慢活肝湿热型与免疫关系的研究成果提出 IgG、IgM 升高，血清补体 C_3 多正常。张氏认为^[49] $C1q$ 的阳性率以肝经湿热型为多。韩氏^[34]认为慢肝湿热型 PHA 皮试低下，IgG、IgA、IgM 升高。有人报道^[50]湿热证只是 IgG 增高明显。

4. 计量诊断 陈氏等^[51]通过查阅文献、临床预试与专家咨询而完善辨证标准；采用在不同级别、不同地区综合医院进行流行病学调查 (5606 例)，属肝病的 1013 例中，肝胆湿热 135 例，占 13.3%；运用微机先将所查资料由定性变成定量指标，用逐步回归分析法进行多因素分析。对 100 例进行回顾性检验，肝胆湿热诊断符合率为 94%；对 69 例进行前瞻性检验，诊断符合率 95%。肝胆湿热证涉及西医病种 25 个。症状出现率在文献和调查中均超过 50% 者有：胸胁胀痛、口苦、纳呆厌油、呕恶暖气、尿黄浊涩痛、舌质红、苔黄腻、脉弦。文献中带下阴痒或带下黄臭和脉滑数出现率最高，而临床调查中腹胀腹痛、口干较常见，这些均为肝胆湿热的特征性症状。这种将中医症状按程度记分，把定性指标变为定量指标，应用微机处理，采用多因素分析建立判别方程，在辨证标准客观化方面也是一种尝试。

三、肝阳上亢证的现代研究

1. 与神经内分泌的关系 俞氏等^[52]选择 97 例高血压、更年期综合征、甲状腺机能亢进中医辨证属肝阳上亢的患者进行异病同治的临床研究和实验检测。发现三组肝阳上亢证组均出现以交感亢进为主的植物神经功能紊乱，尿 CA 增高，而尿 MHPG- SO_4 则降低，与健康人组比较， $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 。治疗后上述指标相应改善，治疗前后比较 $P < 0.01$ 。上述指标的改变揭示了肝阳上亢证的病理生理基础，主要可能为外周交感-肾上腺髓质机能亢进，而中枢去甲肾上腺素的水平却低下。金氏等^[53]通过对 170 例肝阳上亢证

患者进行了多项指标实验研究,其结果亦持这一观点,实验结果是①植物神经功能紊乱,交感神经亢进占 69.8%;②反映外周交感-肾上腺髓质功能的尿 CA、NE、TMN 含量均增高;③血浆 cAMP、cGMP 升高;④血浆 TxB_2 、6-K-PGF_{1 α} 含量增高;⑤红细胞内 ATP、ADP、NADP 含量增高,对诊断肝阳上亢有较好的特异性。

李氏等^[54]对肝阳上亢证进行血浆 P 物质(SP)放射免疫测定,发现肝阳上亢证 SP 含量降低,经中药治疗后 SP 含量上升,说明 SP 这种肽类物质在肝阳上亢中可能起体液调节作用。SP 和激素的关系,是否起相互调节和拮抗等作用,还有待进一步研究。朱氏等^[55]研究发现,肝阳上亢证患者的血清催乳素激素明显升高,与正常人比较差异明显 ($P < 0.01$)。PRL 的分泌与内外环境刺激,精神创伤有关,当交感神经系统功能活动增强时,机体的内环境处于紧张状态,PRL 的分泌必然会增高。与此同时,刘晓伟在研究中发现,许多患者的性机能在不同程度上都有减退的临床表现,这可能是由于高水平的 PRL 引起垂体促卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)的分泌异常,性腺轴的功能障碍所致。

2. 与血液流变及微循环的关系 刘氏^[56]认为外周交感-肾上腺髓质功能活动的增强,CA 等物质含量增加,导致血浆 cAMP、cGMP 的增高。申氏等^[57]指出 cAMP/cGMP 的比值下降,与此同时,反映前列腺素-血栓烷系统水平的 6-Keto-PGF_{1 α} 、 TXB_2 也发生与 cAMP、cGMP 一致的改变,因为前者是通过影响后者的代谢而发挥对血管和血小板的调节作用的。这两对生物活性物质的含量、比值的动态平衡,是构成机体内环境稳定的重要因素。翁氏^[52]指出肝阳上亢证的发生,正是这种平衡遭到破坏的结果,与中医阴阳失调之说可以相互印证。黄氏等^[58]观察 119 例高血压病例发现,其中肝火亢盛、阴虚阳亢证的 IR 值增高,说明两型的红细胞变形能力差。红细胞变形性是产生轴流现象的决定因素,对 Σ 效应及撤离现象具有重要意义,而上述现象的产生,对降低血流的外周阻力,保证微循环灌注是有重要意义的。廖氏^[59]指出当红细胞变性降低,一则血流阻力增加,二则临界半径增大,造成微循环灌注不足。王氏等^[60]对不同中医证型高血压 24 小时观察动态血压,发现肝阳上亢证中的阳亢组,血压昼高夜低的节律明显,而阴虚阳亢组则夜高昼低,反映了阴阳盛衰的影响。

3. 与微量元素的关系 李氏等^[61]采用电子吸收光谱法对肝阳上亢证患者全血锌、铜、铁、镁 4 种元素进行测试,发现患者全血铜低于健康组,而其他 3 种元素差异无显著性。现代医学证明缺铜可引起神经系统的病变,神经原减少等变化。刘晓伟提出肝阳上亢证患者常出现的头痛、眩晕、烦躁易怒等神经系统症状,是否与此有关?张氏^[62]对 70 例高血压病阴虚阳亢证患者,进行头发微量元素的对比观察,从高血压患者 Zn/Cu 比值显著降低推论,肝阳上亢,下虚上实,以虚为主,而且主要是阴虚为主伴有气虚。

4. 计量诊断 陈氏等^[63]对 2079 例患者进行流行病学调查,选择其中 4 种疾病 170 例肝阳上亢证作为研究的对象,用逐步回归方程进行回顾性及前瞻性检验。肝阳上亢证与阴虚阳亢证回顾性检验合格率前者为 98%,后者为 88%,平均 95%。前瞻性检验符合率前者为 100%,后者为 86%,平均为 93%。170 例肝阳上亢患者,此证症状出现率在 71%以上。并且不同疾病的肝阳上亢证既有共性,又有各自特性,为证候的标准化、规范化提供了新的方法手段与量化指标。

四、肝火炽盛证的现代研究

1. 与神经内分泌的关系 赵氏^[64]发现高血压肝火患者血浆肾素活性和血管紧张素

Ⅱ显著降低，交感神经兴奋。王琦^[65]对60例肝病的肝气郁结证、肝火上炎证和肝肾阴虚证用放射免疫法测定 T_3 、 T_4 与健康人作对照，发现肝火上炎证组 T_3 、 T_4 明显高于其他证型组和正常组，提示甲状腺素增多可能为肝火上炎证的重要因素之一。魏氏^[66]通过实验研究和临床实践，结合国内外研究报告，提出中医“肝”与前列腺素E、F有密切相关性，PGE、PGF₂可以做为中医“肝”实质研究的指标。临床出现疼痛、红、热的体征多责于“肝火”，PGE、PGF₂是一种作用很强的致痛物质，同时也是炎性介质，凡以红、肿、热、痛为主症的炎性组织皆含大量的PG。黄氏等^[67]发现肝火证患者血清 T_3 、 T_4 上升。

有人^[68,69]提出肝火证的病理生理基础是：①机体处于应激状态，肾上腺皮质、髓质机能增强；②炎症介质增加，血管内皮细胞损伤；③调节血管舒缩的活性物质变化，呈血管扩张，毛细血管通透性增加。肝火证还存在着过敏反应、代谢旺盛、能量消耗增加和贮备减少。

2. 计量诊断 陈氏等^[51]采用传统中医辨证、流行病学调查、专家咨询及微机处理等综合方法，制定证候标准和判别方程。表明肝火上炎证涉及西医病种28个，但眼科疾患占65.82%。肝火上炎的症状出现率在文献和临床调查中均超过50%者是：头痛头胀、目赤肿痛、眩晕、烦躁易怒、口干口苦、舌红、苔黄、脉弦。文献中耳鸣耳聋、衄血尿血及脉数出现率高；而临床调查尿黄、便秘较常见。用回归方程式对100个病例与69个病例检查，肝火上炎回顾性检验100%，前瞻性符合率为100%。

3. 其他方面研究 李氏^[31]指出热毒炽盛的肝细胞变性及片状坏死，同时见肝细胞内胆汁潴留。吴氏等^[70]观察78例乙型肝炎纤维化的辨证施治及与生化指标改变的关系，结果显示，肝炎纤维化者血清透明质酸(HA)、腺苷脱氨酶(ADA)、谷胱甘肽-S-转移酶(GST)显著高于健康人，其中热郁血瘀最明显。除此之外，张氏等^[71]用内毒素(ET)注射家兔复制肝火上炎模型，其结果为家兔皮肤温度升高，心率和呼吸增快，24小时饮水量增多，24小时尿量减少，而血清晶体渗透压呈升高趋势，与注射ET前比较有显著性差异($P<0.01$)。动物对刺激反应强烈，房水中的白细胞、蛋白含量、LTCP、PGE₂和PGF₂均显著升高。病理形态改变，光镜下见模型动物虹膜间质血管明显充血，部分小血管中凝集的血浆蛋白呈栅栏状(斑马条纹状)，个别毛细血管破裂出血，间质有渗出的血浆和轻度水肿，可见炎性细胞浸润，睫状体充血明显，血浆渗出较虹膜更加严重，部分可出现出血。用清肝泻火汤治疗后，诸症状得到改善。以方测证，认为本实验动物模型符合肝火证，并提示肝火证的病理与炎症介质的产生和释放有关。

五、肝风内动证的现代研究

1. 微观辨证 黄氏等^[72]对86例中风急性期的临床不同证型与CT对照。初步观察中经络的脉络空虚、风入中络；中经的肝肾阴虚、风阳上扰；中腑的阴闭和阳闭；中脏的脱证。在CT的变化依次为病变性质：脑出血和缺血脑梗塞是由少到多，腔隙性脑梗塞是由多到少；病变大小和部位：小深由少到多，小浅由多到少，大深仅见于中腑的阳闭和中经的脱证，而前者又稍少于后者。基本符合中脏和中腑的病位深、病情重；中经和中络的病位浅、病情轻的宏观辨证。CT为中风的辨证提供了微观辨证的依据，CT对中风病变不但可以作出定性的诊断，还可以作出定量的判断，如测量病灶，推算出脑出血量和脑梗塞的容积，并可推断预后。

胡氏等^[73]根据“肝开窍于目”的中医理论，选择视诱发电位(VEP)作为客观指标，

对 53 例肝阳化风、血虚生风、阴虚动风三种肝风患者进行检测。其结果 27 例肝阳化风异常率为 70.4%，15 例血虚生风异常率为 53.3%，11 例阴虚动风的异常率为 45.3%。三个证型均有视觉通路传导延迟 ($P < 0.05$)，表明肝风内动证的病理基础与眼的功能状态有密切联系。VEP 异常可否作为肝风内动证的客观指标还有待进一步研究。

2. 肝风与内分泌代谢的关系 魏氏等^[66]指出，前列腺素 (PG) 是局部刺激素，尤其是 PGE、PGF 处于随时合成、随时作用、随时灭活的状态，并随组织部位不同而产生不同现象，如风性往来无常，符合肝为风性的特点。对于 PG 及其代谢产物对中风的影响，有人经研究^[74,75]提出中风的发病机制以 6-keto-PGF_{1α}降低为本，TxB₂升高为标。实证 TxB₂升高是机体对致病动因作用下机能亢进的反应状态；虚证 6-keto-PGF_{1α}降低是机体对致病动因作用下机能不足的反应状态。出血性卒中患者 TXB₂水平也升高，说明中风发作急性期，中脏腑与中经络、出血性或缺血性中风可能均有共同病机，气血逆乱反映在血小板功能及 PG 代谢方面也有共同点，即血小板过度刺激，过度释放 TXA₂。林氏等^[76]通过对 16 例中脏腑、20 例中经络中风患者进行检测，也发现中风患者血小板丙二醛 (MDA) 生成量低于对照组，血浆 TXB₂ 高于正常对照组。这种异常值是中风急性期的共同特点，表明稳定血小板的正常功能在中风的预防及治疗中具有重要意义。张氏等^[77]用补阳还五汤治疗早期缺血性中风患者 60 例，并进行了治疗前后 SOD、MDA 的测定，与 65 例健康人对照分析。结果发现早期缺血性中风患者治疗前 SOD 显著低于正常对照组 ($P < 0.01$)，而 MDA 则明显高于对照组 ($P < 0.01$)，从而提示早期缺血性中风患者机体清除自由基功能降低，脂质过氧化损伤增强。治疗后与治疗前相比有显著性差异 ($P < 0.01$)，而与对照组无显著性差异 ($P > 0.05$)。不但说明了补阳还五汤的药物疗效，而且测定 SOD、MDA 可反映自由基对脑组织的损伤情况。

六、肝气虚证的现代研究

肝主疏泄，性喜条达而恶抑郁，故肝气郁滞证是肝病的基本证与常见证，而肝气虚证则常被人们所忽视。但肝气虚是客观存在的，近年来无论从理论的探源^[78~81]，还是临床实践^[82~84]以及实验研究，都证明了这一学术观点。

1. 肝气虚证的实验研究 陈氏等^[85]对 98 例肝气虚患者进行了血清乳酸脱氢酶及同工酶、GPT、总蛋白、白蛋白及 A/G 比值、多巴胺 β 羟化酶、微量元素等多项指标检测。得出的结论为：①肝气虚证与 LDH 及同工酶的关系：脾气虚证、肝气虚证（肝病组与非肝病组）、健康人组之间 LDH 及其同工酶活性变化不一致，据此可作为证候之间的鉴别参考指标；②肝气虚与 DBH 活性的关系：肝气虚组其 DBH 活性较健康组有显著变化，即交感神经处于紊乱状态，这与肝气虚证的异常情志有关；③肝气虚证与微量元素的关系：Zn 值均较健康人组显著降低，与脾气虚一致，因此 Zn 值的减少可能反映气虚的共性；④肝气虚证肝病组血清 TP、Alb、A/G 均较健康人组、非肝病组显著降低，而 GPT 显著增高，提示肝脏有实质性病理损害，指出从肝脏合成蛋白质这一方面，研究肝气虚证，应区别肝病与非肝病病种。

2. 肝气虚血滞证实验研究 郑氏^[86]对 83 例异常老年人的检验进行分析。其实验结果为：①96.4% 病例符合肝气虚血滞证微观定量化辨证标准，说明此证是老年病理生理中较为常见的证候；②老年肝气虚证表现在轻度贫血现象为轻度低蛋白血症、肝重量减轻；血滞证则表现在血液高凝与纤维蛋白溶解系统亢进同时并存的失衡状态；③首次发

现本组老年肝气虚证 100% 有不同程度的肝内淋巴细胞浸润, 提示这种现象与肝胆疾患并无直接关联, 可能为自身免疫现象表现; ④通过单克隆抗体进行淋巴细胞特异性表面抗原标记, 结果表明肝气虚血滞淋巴细胞肝内浸润大部分是 T 细胞, 极少部分是 B 细胞。对 T 细胞亚群分类, 与肾脏等其它脏器不同, CD8⁺ 细胞有所增高, 可能为老年肝脏的固有现象, CD4⁺/CD8⁺ 比值因此降低, 提示老年人免疫功能失调; ⑤此证病例 NK 细胞肝内浸润频度为 75%。从肺炎、肝外肿瘤、肝内肿瘤比较来看, 老年肝气虚血滞证肿瘤免疫功能较感染免疫更低; ⑥IL-2 受体淋巴细胞阳性率低下非常显著, 提示细胞免疫反应低下。

七、肝病证候现代研究略评

近年来国内外学者采用现代科学手段, 对肝病进行了深入的研究与探讨。在植物神经、内分泌、血液流变、微循环、免疫及微量元素等方面, 提出了许多客观化指标, 其中有些已达成共识; CT 用于中风辨证分型、计算机对肝病进行计量诊断, 是对中医辨证从定性走向定量的尝试, 它不但揭示了肝病的某些规律, 也为临床治疗提供了可靠的依据。

但由于中医的肝脏不仅是解剖形态概念, 更重要的是对多系统生理机能的概括, 肝具有疏泄与藏血两大功能, 所以肝病证候涉及的病种广泛, 病机复杂, 症状多端。对肝病证候实质的研究还存在着许多问题。如肝病证候辨证标准尚未规范统一, 缺少量化指标; 肝病证候的研究不平衡, 有些证候研究甚少; 涉及的病种单一, 体现不了中医不同疾病可出现同一证候的特点; 对证候的研究缺乏特异与综合指标; 动物模型复制的手段简单与中医证候的病因、病机、症状相差较远。这些都尚待今后研究中得以解决。

参 考 文 献

- [1] 潘其民, 等. 中医肝病流行病学调查. 中西医结合杂志, 1991, 11 (3): 153
- [2] 车桂燕, 等. 肝郁气滞证发病学及病因学探讨. 黑龙江中医药, 1989, (5): 8
- [3] 须惠仁, 等. 肝郁证动物实验研究. 中医杂志, 1991, 32 (6): 44
- [4] 常东, 等. 疏肝活血对正常大鼠血清 PRL、E₂、P 含量影响的实验研究. 辽宁中医杂志, 1996, 23 (6): 284
- [5] 陈家旭. 情志因素在中医诊断中的意义. 吉林中医药, 1995, (4): 1
- [6] 周大桥, 等. 肝郁患者植物神经功能状态探讨. 湖北中医杂志, 1991, 13 (1): 41
- [7] 程治平. 内分泌生理学. 北京: 人民卫生出版社, 1984
- [8] 张震. 从“肝病”患者植物神经功能失调看“流泻”的实质. 云南中医杂志, 1982, 3 (1): 1
- [9] 张问渠, 等. 高血压肝郁证的临床研究. 中西医结合杂志, 1987, 7 (7): 396
- [10] 王希浩. 肝郁型月经病与血清泌乳素关系的研究. 中医研究, 1992, 5 (2): 26
- [11] 王霞灵, 等. 肝郁患者血清泌乳素测定临床意义探讨. 湖北中医杂志, 1995, 17 (5): 53
- [12] 李凤文, 等. 肝郁气滞血瘀的临床和实验研究. 中医杂志, 1991, 32 (10): 46
- [13] 崔向阳, 等. 60 例肝郁气滞及相关证候病人的血流变性变化的初步研究. 黑龙江中医药, 1989, (5): 49
- [14] 徐淑文, 等. 肝郁气滞证患者血浆 TXB₂、6-酮-PGF_{1α} 含量分析. 黑龙江中医药, 1989, (5): 49
- [15] 彭汉光, 等. 慢性乙型肝炎患者甲皱微循环检测与中医辨证分型的关系. 中西医结合肝病杂志, 1996, 6 (1): 25
- [16] 李爱中, 等. 60 例肝郁气滞及其相关证候病人的甲皱微循环变化浅析. 黑龙江中医药, 1989,

(5): 50

- [17] 室田诚逸, 等. PGめぐる新物质. 东京化学同人株式会社, 1988
- [18] 王伯祥, 等. 中医肝脏脏象“肝郁”的研究. 新医药通讯, 1979, (1): 14
- [19] 湖南医学院附一院中医基础理论研究室. 肝郁脾虚的理论与实验研究. 湖南医学院学报, 1979, 4 (3): 131
- [20] 湖南医学院附一院中医基础理论研究室. 复方柴芪注射液治疗实验性“肝郁脾虚”时有关机能生化形态学研究. 湖南医学院学报, 1979, 4 (3): 144
- [21] 杜茹竹. 中医“证”的动物模型研制的思路和方法初探. 辽宁中医杂志, 1985, 9 (3): 41
- [22] 唐智敏, 等. 肝病血瘀证与门脉血液动力学的关系. 中国中西医结合杂志, 1996, 16 (4): 216
- [23] 张赤忠, 等. 肝病血瘀证临床病理学特点和肝功能变化. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (4): 210
- [24] 唐智敏, 等. 肝病血瘀证与血清球蛋白的关系. 中医杂志, 1995, 36 (7): 423
- [25] 湖南医学院附一院中医基础理论研究室. 肝郁脾虚证研究资料, 1984, 81
- [26] 顾永华. 肝郁证实质及动物模型研究进展. 中西医结合杂志, 1989, 9 (9): 575
- [27] 张羽忠, 等. 慢性肝炎气阴两虚证和肝郁脾虚证患者指甲微量元素含量测定. 北京中医杂志, 1990, 9 (1): 33
- [28] 谢学军. 慢性肝炎中医证型NK细胞活性的研究. 浙江中医杂志, 1995, 30 (1): 38
- [29] 沈吉云, 等. 慢性肝炎中医辨证客观化指标研究进展. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (11): 11
- [30] 邓银泉, 等. 肝硬化患者血清腺苷脱氨酶与辨证施治关系探讨. 中国医药学报, 1993, 8 (4): 27
- [31] 李延福. 肝脏疾病辨证分型与某些客观化指标的联系. 湖北中医杂志, 1983, 5 (2): 43
- [32] 林宗广. 肝病及其它部分论文情况综述. 中西医结合通讯, 1984, (10): 9
- [33] 白玉良. 病毒性肝炎中医辨证分型与肝脏病理变化关系探讨. 中西医结合杂志, 1983, 3 (3): 161
- [34] 韩康玲. 慢性肝病证候分型与临床化验及组织病理检查关系. 天津医药, 1983, (10): 615
- [35] 王宝义, 等. 肝病骨髓细胞内乙型肝炎病毒感染与中医分型的关系. 中医杂志, 1992, 33 (9): 45
- [36] 张俊富. 慢性乙型肝炎中医辨证和乙肝病毒复制关系的初步探讨. 中医杂志, 1989, 30 (12): 729
- [37] 金实, 等. 慢性乙型肝炎中医辨证分型与免疫指标关系的探讨. 中医杂志, 1989, 30 (2): 30
- [38] 杨兴中, 等. 慢性乙型肝炎中医辨证分型与客观化指标关系的探讨. 山西中医, 1991, 7 (2): 9
- [39] 蒋开平, 等. 慢性乙型肝炎分型与肝功能变化及肝组织病理类型的关系. 新中医, 1995, 27 (4): 44
- [40] 刘克州, 等. 慢性乙型肝炎中医辨证分型的论证. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (1): 11
- [41] 郝玉明, 等. 肝功能和免疫指标在肝炎辨证中的意义. 中医药研究, 1992, 9 (1): 32
- [42] 郭朋. 中医治疗慢性肝炎近况. 山东中医学院学报, 1989, 13 (2): 49
- [43] 桂秀雄. 慢性乙型肝炎中医辨证与生化免疫指标关系的探讨. 江苏中医, 1988, 9 (12): 588
- [44] 汤少玲, 等. 血液流变学与肝病关系初探. 实用中西医结合杂志, 1995, 8 (1): 37
- [45] 彭汉光, 等. 慢性乙型肝炎患者甲皱微循环检测与中医辨证分型的关系. 中西医结合肝病杂志, 1996, 6 (1): 25
- [46] 盛定中. 38例病毒性肝炎甲皱微循环检查与临床辨证的关系. 浙江中医杂志, 1980, 15 (9): 408
- [47] 严润民. 病毒性肝炎胆囊损害与“湿”、“瘀”关系的初探. 上海中医药杂志, 1994, (2): 11
- [48] 龚远明, 等. 病毒性肝炎的中医分型与免疫关系. 陕西中医, 1993, 14 (1): 32
- [49] 张育轩. 中西医诊治肝病某些化验指标的临床含义及评价 (3). 中西医结合杂志, 1987, 7 (11): 694
- [50] 陈华燮, 等. 病毒性慢性迁延性肝炎阳虚证患者IL-2R活性及中药对其影响的研究. 中医杂志,

1989, 30 (12): 41

- [51] 陈泽奇, 等. 肝火上炎证与肝胆湿热证临床辨证标准的研究. 黑龙江中医药, 1992, (4): 12
- [52] 翁伟强, 等. 肝阳上亢证的临床研究. 中西医结合杂志, 1989, 9 (5): 266
- [53] 金益强, 等. 肝阳上亢证的本质研究. 中西医结合杂志, 1988, 8 (3): 136
- [54] 李学文, 等. 肝阳上亢证患者血浆 P 物质的变化意义. 中西医结合杂志, 1988, 8 (12): 730
- [55] 朱虹, 等. 肝阳上亢证植物神经功能及其递质的实验研究. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (3): 3
- [56] 刘亚光. 现代自然科学与中医理论. 福州: 福建科学技术出版社, 1983. 290
- [57] 申京建, 等. 前列环素 (PGL₂) 受体研究的一些进展. 北京第二医学院学报, 1984, (1): 70
- [58] 黄炎明, 等. 高血压病中医辨证与红细胞变性关系的研究. 四川中医, 1993, 11 (9): 11
- [59] 廖福龙. 临床血流变学. 天津: 天津科技翻译出版公司, 1987, 65
- [60] 王裕颐, 等. 高血压病人 24 小时动态血压与中医证型关系的观察. 中国医药学报, 1993, 8 (5): 15
- [61] 李惠明, 等. 肝阳上亢证患者全血四种元素测定及分析. 中西医结合杂志, 1988, 8 (8): 463
- [62] 张文安. 高血压病阴虚阳亢证微量元素变化的观察. 辽宁中医杂志, 1983, 10 (8): 33
- [63] 陈国林, 等. 肝阳上亢证辨证标准探讨. 中西医结合杂志, 1988, 8 (9): 549
- [64] 赵伟康. 高血压阴虚火旺患者肾素-血管紧张素-醛固酮系统的观察. 上海中医药杂志, 1986, (10): 45
- [65] 王琦, 等. 中医肝病与 T₃、T₄ 浓度变化的关系. 江西中医药, 1991, 22 (3): 55
- [66] 魏雅川. 肝与前列腺素 E、F 的关系. 中医杂志, 1995, 36 (2): 107
- [67] 黄晖, 等. 中医肝病 121 例血清甲状腺素的观察. 中医杂志, 1992, 33 (10): 10
- [68] 何光明, 等. 急性脑卒中患者血浆 ANP 含量与中医辨证的关系. 中西医结合杂志 (日本语版), 1994, 5 (2): 52
- [69] 鄢东红, 等. 五脏证候实验指标及病理生理学基础研究评述 (I). 湖南中医杂志, 1996, 12 (1): 39
- [70] 吴嘉庚, 等. 乙型肝炎纤维化辨证施治与生化指标改变的关系. 国医论坛, 1995, 10 (1): 30
- [71] 张俊男, 等. 清肝泻火汤对内毒素诱发家兔肝火证的疗效和机理. 中西医结合杂志, 1996, 16 (2): 95
- [72] 黄贤权, 等. 中风病急性期主要临床证型与 CT 对照的价值和意义. 上海中医杂志, 1996, (4): 8
- [73] 胡随瑜, 等. 肝风内动证病人视觉诱发电位检测. 实用中西医结合杂志, 1992, 5 (6): 355
- [74] 刘众, 等. 川芎对急性实验性脑缺血大白兔血浆中 β -TG、PF₄ 及 TXB₂、6-酮-PGF_{1 α} 含量的影响. 中西医结合杂志, 1990, 10 (9): 59
- [75] 方思羽, 等. 出血性卒中脑脊液和血液中 PGS、SOD、GSH-PX、MDA 含量变化的研究. 中国神经精神疾病杂志, 1993, 19 (3): 169
- [76] 林仲香, 等. 中风急性期辨证与血小板丙二醛生成及血浆 TXB₂ 水平关系. 中西医结合杂志, 1991, 11 (12): 714
- [77] 张道杰, 等. SOD、MDA 测定对补阳还五汤治疗早期缺血性中风疗效评估. 新中医, 1996, (5): 59
- [78] 孙炜. 肝气虚与肝阳虚. 江苏中医, 1988, (2): 34
- [79] 胡玉伦. 关于肝阳 (气) 虚的几个问题. 新中医, 1986, (5): 51
- [80] 陈家旭. 对肝气虚的初步认识. 湖北中医杂志, 1995, 17 (3): 22
- [81] 潘文奎, 等. 肝气虚证的探讨. 江苏中医, 1982, 3 (1): 3
- [82] 唐惕凡. 肝气虚证初探. 江西中医药, 1985, 16 (6): 7

- [83] 陈家旭. 略论肝气虚证. 中医杂志, 1994, 35 (5): 264
- [84] 王树谦. 也谈“肝气、肝阳虚”. 新中医, 1981, (4): 25
- [85] 陈家旭, 等. 肝气虚证临床证型的病理生理学初步研究. 中西医结合杂志, 1995, 15 (2): 67
- [86] 郑洪新, 等. 老年人肝气虚血滞证肝内淋巴细胞浸润及其表面抗原的研究. 辽宁中医杂志, 1991, 18 (1): 43

第六节 肾与膀胱病辨证

【基本内容】

肾居腰部, 左右各一, 与膀胱相表里, 在体合骨, 其华在发, 开窍于耳及二阴。肾的主要生理功能是藏精, 为“先天之本”, 主水以及主纳气。膀胱主要有贮尿和排尿的功能。

肾的病变主要反映为: 一是藏精的异常, 以致生长、发育和生殖机能障碍, 表现如腰膝酸软, 耳鸣耳聋, 齿松发脱, 阳痿遗精、精少, 女子经少、经闭, 不孕等; 二是主水的异常, 以致水液代谢失常及二便失常, 表现如水肿, 遗尿, 小便失禁, 五更泄泻等; 此外, 纳气的异常可致呼吸功能障碍, 症见呼多吸少等。膀胱的病症主要为尿频, 尿急, 尿痛, 尿闭等。

肾多虚证, 有“肾无实证”之说, 其虚多为阴、阳、精、气亏损。膀胱病多湿热证。

一、肾阳虚证

肾阳虚证是指肾阳虚衰, 温煦失职, 气化失权所表现的一类虚寒证候。

【临床表现】 面色㿔白或黧黑, 腰膝酸冷, 形寒肢冷, 尤以下肢为甚, 神疲乏力, 男子阳痿、早泄、精冷; 女子宫寒不孕、性欲减退, 或见便泄稀溏, 五更泄泻或小便频数、清长, 夜尿多, 舌淡, 苔白, 脉沉细无力, 尺部尤甚。

【机理分析】 具有肾阳虚衰, 生殖机能减退的症状, 如腰膝酸冷, 面色黧黑, 男子阳痿早泄, 女子宫寒不孕、性欲减退等症。可见火不生土或气化失权的表现, 如便稀, 五更泻, 或小便频数清长, 夜尿多等。并见阳虚生寒之象, 如神疲肢冷, 面色㿔白, 舌淡苔白, 脉沉细无力等。

以性与生殖机能减退, 伴形寒肢冷, 腰膝酸冷等虚寒之象为辨证要点。

二、肾虚水泛证

肾虚水泛证是指肾阳亏虚, 气化失权, 水湿泛滥所表现的证候。

【临床表现】 身体浮肿, 腰以下尤甚, 按之没指, 畏寒肢冷, 腰膝酸冷, 腹部胀满, 或见心悸气短, 或咳喘痰鸣, 小便短少, 舌质淡胖, 苔白滑, 脉沉迟无力。

【机理分析】 见有温化失权, 水湿泛滥的表现, 如浮肿、腹部胀满, 小便短少, 或凌心犯肺的心悸、咳喘痰鸣等。并见肾阳虚之象, 腰膝酸冷, 舌质淡胖, 苔白滑, 脉沉迟无力等。

以水肿, 腰以下肿甚伴腰膝酸冷, 畏寒肢冷等虚寒证为辨证要点。

三、肾阴虚证

肾阴虚证是指肾阴亏损, 失于滋养, 虚热内生所表现的证候。

【临床表现】 腰膝酸软而痛, 眩晕耳鸣, 齿松发脱, 男子遗精、早泄, 女子经少或

闭经，或见崩漏，失眠，健忘，口咽干燥，五心烦热，潮热盗汗，或骨蒸发热，颧红，形体消瘦，小便黄少，舌红少津，少苔或无苔，脉细数。

【机理分析】 具有肾阴亏虚，脏腑组织、官窍失养及精室受扰的表现，如腰膝酸软而痛，眩晕耳鸣，齿松发脱，失眠健忘，男子遗精、早泄，女子经少经闭，或崩漏等。并有阴虚内热的一般见症，如口咽干燥，五心烦热，潮热盗汗，骨蒸颧红，形瘦，尿少，舌红少津，少苔或无苔，脉细数等。

以腰膝酸痛，眩晕耳鸣，男子遗精，女子月经失调伴虚热证为辨证要点。

四、肾精不足证

肾精不足证是指肾精亏损，表现以生长发育迟缓，生殖机能低下，早衰为主症的证候。

【临床表现】 小儿发育迟缓，身体矮小，囟门迟闭，智力低下，骨骼痿软，动作迟钝；男子精少不育，女子经闭不孕，性机能低下；成人早衰，耳鸣耳聋，健忘恍惚，两足痿软，发脱齿摇，神情呆钝，舌淡，脉细弱。

【机理分析】 肾精不足，不能化气生血，充肌长骨，故小儿发育迟缓，身体矮小，囟门迟闭，骨骼痿软无以充髓实脑，故智力低下。肾精不足，生殖无源故男子精少不育，女子经闭不孕；肾之华在发，精不足则发易脱；齿为骨之余，精失充则齿摇早脱。肾开窍于耳，脑为髓海，精少则髓亏，故有耳鸣耳聋，健忘恍惚，神情呆钝等症。舌淡，脉细弱，为肾精不足之象。

以小儿生长发育迟缓，成人生殖机能低下及早衰的见症为辨证要点。

肾精不足证与肾阴虚证同属阴精亏损的证候，但肾阴虚证必兼阴虚内热的表现，而肾精不足证则无，此乃二证的主要区别。

五、肾气不固证

肾气不固证是指肾气亏虚，封藏固摄功能失职所表现的证候。

【临床表现】 腰膝酸软，神疲乏力，耳鸣失聪，小便频数而清，或尿后余沥不尽，或遗尿，或夜尿频多，或小便失禁，男子滑精早泄，女子月经淋漓不尽，或带下清稀而量多，或胎易滑，舌淡，苔白，脉弱。

【机理分析】 肾气亏虚，失于充养，故见腰膝酸软，神疲乏力，耳鸣失聪，舌淡苔白，脉细数等症。肾失封藏固摄，故见小便频数清长、余沥不尽、遗尿失禁、夜尿频多等；或见男子滑精、早泄，女子月经淋漓不尽、带下清稀量多，胎动易滑等症。

以膀胱或肾不能固摄的见症为辨证要点。

六、膀胱湿热证

膀胱失热证是指湿热蕴结膀胱，气化不利所表现的以小便异常为主症的一类证候。在三焦辨证中属下焦病证范围。

【临床表现】 尿频尿急，小腹胀痛，尿道灼热，小便黄赤短少，或浑浊，或尿血，或有砂石，可伴有发热，腰部胀痛，舌红，苔黄腻，脉滑数。

【机理分析】 具有尿频尿急尿痛，尿短黄或浑浊，尿血或有砂石，腰及小腹胀痛等症，是湿热蕴结膀胱，气化不利所致。发热，舌红，苔黄腻，脉滑数等则是湿热之征。

以尿频尿急，排尿涩痛伴见湿热之象为辨证要点。

【补充阐发】

一、有关肾实证

宋代医家钱乙提出“肾主虚，无实也”之说，对后世影响颇深。有关肾实证及其病理变化，一直被后世许多医家忽视。但查阅历代中医文献，可以发现，关于肾实证的记载可溯源至《内经》，如《灵枢·本神》谓：“肾气虚则厥，实则胀。”《灵枢·胀论》曰：“肾胀者，腹满引背央央然，腰髀疼。”《素问·调经论》曰：“志有余则腹胀，飧泄。”（按：因肾藏志，故志有余实乃肾有余、肾实之谓也。）华佗《中藏经·论肾脏虚实寒热逆顺生死之法》曰：“实则烦闷，脐下肿，热则舌干口焦而小便涩黄。”再如明·张景岳在《景岳全书·传忠录》中指出：“肾实者，多下焦壅闭。或痛或胀，或热见于二便。”此外如朱橚之《普济方》，王肯堂之《医学津梁》，孙文胤之《丹台玉案》，蒋示吉之《医宗说约》，朝鲜许浚之《东医宝鉴》以及日本丹波元简之《杂病广要》等著作中，均有关于肾实证的记载。在《千金方》、《圣济总录》、《太平圣惠方》等著作中，尚记载有治疗肾实证的泻肾汤、泻肾大黄汤、泻肾玄参散等一些方剂。因此可见，肾实证在临床上客观存在的。

肾实证之病理机制归纳起来有三个方面的：一为外邪入侵犯肾；二为他脏有病影响及肾；三为肾本脏内伤，邪气盛实。临床上常见之肾实证有风寒湿邪内著于肾经者，称为“肾着”，表现为腰髀酸痛，腹胀痛拒按，小腹拘急，大便秘结，小便不利，经闭痛经，脉沉实有力；有湿浊困肾者，则表现为少尿或尿闭，头痛而晕，视物朦胧，耳鸣耳聋，甚则神昏痉厥，不省人事，此者病程较长，湿浊留滞，久之则为溺毒，形成危重证候；有湿热蕴肾者，可表现为小便色黄或赤或白浊，尿频，尿急，尿涩，灼热而痛，甚则痛连腰背，口干口苦，睑面或全身浮肿，或出现尿砂石，脉弦数；有瘀血阻肾者，表现为腰背疼痛，或有压痛，活动障碍，阳痿不举。此外尚有肾经气化失常之“水肿”等等。

总之，肾实证在临床上并不少见，其脉因证治，医者不可忽视。不能简单地把实证归咎于膀胱，把虚证责之于肾，必须详细审证，认真辨析，才不致于犯“虚虚”、“实实”的错误。

二、肾气不固有五个方面的不固

肾气不固是肾病的常见证型。由于肾藏精，主生殖，肾又主水，并司二便。因年幼而肾气不充、先天不足，或劳倦内伤、肾气大伤，或年高而肾气衰惫，或久病气虚伤及于肾，以致肾气亏虚，封藏固摄之权失职时，除可有腰膝酸软、神疲耳鸣等肾虚的一般症状外，主要以下元不固为证候特点，而可表现为精液、经带、胎儿、小便、大便等的不能控摄。

肾精不固：肾虚封藏失职，在男子主要表现为精关不固，见遗精、滑精、早泄等症。

经带不固：肾虚冲任亏损，在女子可以表现为带下清稀量多，或月经淋漓不尽，甚至血崩漏下等症。

胎气不固：由于肾虚血海不足，带脉失固，胎气不举，则易出现滑胎、小产，或怀孕而见阴道漏血等病变。

小便不固：由于肾气亏虚，膀胱失约，故小便不禁，或尿后余溺不尽，或夜间遗尿，亦或为小便浑浊如米泔等。多见于小儿肾气未充，或年高体弱，或病久肾气极其亏虚者，急性病中出现神志昏迷而小便失禁者则不属此类。

大便不固：肾关失约，不能固摄后阴，可表现为久泄不止，滑泄失禁，或五更泻泄等症。

肾气不固证以下元不固的症状为特征性表现，阴虚而热、阳虚而寒的症状一般均不甚明显。若并有畏寒肢冷，或烦热咽干等阳虚或阴虚证候者，则辨证应有阳虚或阴虚的诊断。

肾气不固所致病症，自当以固摄肾气为主，正如《景岳全书·新方八阵·七固略》所说：“固方之制，固其泄也。……久遗成淋，而精脱于下者，宜固其肾；小水不禁者，宜固其膀胱；大便不禁者，宜固其肠脏；……在下者、在里者，皆宜固精，精主在肾也。然虚者可固，实者不可固；久者可固，暴者不可固。当固不固，则沧海亦将竭；不当固而固，则闭门延寇也。”

【古代文献】

《素问·上古天真论》：肾者主水，受五脏六腑之精而藏之。

《景岳全书·传忠录·命门余义》：命门为精血之海，脾胃为水谷之海，均为五脏六腑之本。然命门为元气之根，为水火之宅，五脏之阴气，非此不能滋，五脏之阳气，非此不能发。

《医方类聚·五脏门·五脏主配》：肾者主蛰，封藏之本，精之处也。其华在发，发者，血之余，脑之所养。肾主于髓，而脑为髓海，其充在骨，骨者，肾之外应。开窍于二阴，二阴者，前后便也。

《素问·逆调论》：肾者水脏，主津液。

《灵枢·脉度》：肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣。

《素问·灵兰秘典论》：膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。

《素问·宣明五气》：膀胱不利为癃，不约为遗尿。

《济生方·肾膀胱虚实论治》：夫肾者，……虚则生寒，寒则腰背切痛，不能俯仰，足胫酸弱，多恶风寒，手足厥冷，呼吸少气，骨节烦疼……是肾虚之候也。

《金匱翼·肾水》：肾为水脏，而元阳寓焉。肾虚阳弱，水无所制而泛滥，肢体浮肿，咳嗽喘息，腰重足冷，小便不利。

《诸病源候论·虚劳病诸候·虚劳热候》：虚劳而热者，是阴气不足，阳气有余，故内外生于热，非邪气外来乘也。

《医碥·虚损癆瘵》：五脏之伤，肾为最重，肾虚则骨蒸潮热，或午后或子后潮热。自汗盗汗，形体消瘦，声音嘶哑，口干咽燥，消渴淋浊，遗精失血，易生嗔怒，干咳痰嗽，不眠烦躁，恍惚怔忡，皆水虚火炎所致。

《景岳全书·传忠录·命门余义》：命门有阴虚，以邪火之偏胜也。邪火之偏胜，缘真水之不足也。故其为病，则或为烦渴，或为骨蒸，或为咳嗽吐血，或为淋浊遗泄。此虽明是火证，而本非邪热实热之比。

《医醇賸义·痿》：经曰：肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。……腰者肾之府，脊者肾之所贯，肾伤故腰脊不举。

《脏腑虚实标本用药式》：肾藏志，属水，为天一之源，主听，主骨，主二阴。本病：诸寒厥逆，骨痿腰痛，腰冷如冰，足胫肿寒，少腹满急，疝瘕，大便闭泄，吐利腥秽，水

液澄彻清冷不禁，消渴引饮。标病：发热不恶热，头眩头痛，咽痛舌燥，脊股后廉痛。

命门为相火之原，天地之始，藏精生血，……主三焦元气。本病：前后癃闭，气逆里急，疝痛奔豚，消渴膏淋，精漏精寒，赤白浊，溺血，崩中带漏。

膀胱主津液，为胞之府，气化乃能出，号州都之官，诸病皆干之。本病，小便淋沥，或短数，或黄赤，或白，或遗失，或气痛。标病：发热恶寒，头痛，腰脊强，鼻塞，足小指不用。

《血证论·脏腑病机论》：肾为水脏，水中含阳，化生元气，根结丹田，内主呼吸，达于膀胱，运行于外，则为卫气。此气乃水中之阳，别名之曰命火。肾水充足，则火之藏于水中者，韬光匿彩，龙雷不升，是以气足而鼻息细微。若水虚，则火不归元，喘促虚劳，诸证并作。咽痛声哑，心肾不交，遗精失血，肿满咳逆，痰喘盗汗。如阳气不足者，则水泛为痰，凌心冲肺，发为水肿，腹痛奔豚，下利厥冷，亡阳大汗，元气暴脱。肾又为先天，主藏精气，女子主天癸，男子主精，水足则精血多，水虚则精血竭。于体主骨，骨痿故属子肾。肾病者，脐下有动气。肾上交于心，则水火既济，不交则火愈亢。位在腰，主腰痛。开窍于耳，故虚则耳鸣耳聋。瞳人属肾，虚则神水散缩，或发内障。虚阳上泛，为咽痛颊赤。阴虚不能化水，则小便不利；阳虚不能化水，小便亦不利也。肾之病机，有如此者。

膀胱者，贮小便之器，经谓：州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。此指汗出，非指小便。小便虽出于膀胱，而实则肺为水之上源，上源清则下源自清；脾为水之堤防，堤防利则水道利；肾又为水之主，肾气行，则水行也。经所谓气化则能出者，谓膀胱之气，载津液上行外达，出而为汗，则有云行雨施之象，故膀胱称为太阳经，谓水中之阳，达于外以为卫气，乃阳之最大者也。外感则伤其卫阳，发热恶寒。其经行身之背，上头项，故头项痛、背痛、角弓反张，皆是太阳经病。皮毛与肺合，肺又为水源，故发汗须治肺，利水亦须治肺，水天一气之义也。位居下部，与胞相连，故血结亦病水，水结亦病血。膀胱之为病，其略有如此。

三焦，古作瞧，即人身上下内外相连之油膜也。唐宋人不知焦形，以为有名而无象，不知《内经》明言焦理纵者、焦理横者，焦有文理，岂得谓其无象。西洋医学，斥中医不知人有连网，言人饮水入胃，即渗出走连网而下，以渗至膀胱，膀胱上口，即在连网中也。中国《医林改错》一书，亦言水走网油而入膀胱。观剖牲畜，其网油中有水铃铛，正是水过其处，而未入膀胱者也。此说近出，力斥旧说之谬，而不知唐宋后，古瞧作焦，不知膜油即是三焦，是以致谬。然《内经》明言三焦者，决渎之官，水道出焉。与西洋医法，《医林改错》正合，古之圣人，何尝不知连网膜膈也哉。按两肾中一条油膜，为命门，即是三焦之原，上连肝气胆气，及胸膈，而上入心，为包络，下连小肠大肠，前连膀胱，下焦夹室，即血室气海也，循腔子为肉皮，透肉外出，为包裹周身之白膜，皆是三焦所司。白膜为腠理，三焦气行腠理，故有寒热之证。命门相火，布于三焦，火化而上行为气，火衰则元气虚，火逆则元气损，水化而下行为溺，水溢为肿，结为淋。连肝胆之气，故多挟木火，与肾心包相通，故原委多在两处，与膀胱一阴一阳，皆属肾之腑也，其主病可知矣。

《金匱翼·肾虚耳聋》：肾藏精而气通于耳。肾虚精少，其气不通于上，则耳聋不聪。《经》云：精脱者，耳聋是也。其候颊颜色黑，瘦悴力疲，昏昏愒愒，因劳则甚，亦谓之

劳聋。

《诸病源候论·小便病诸候·小便不禁候》：小便不禁者，肾气虚，下焦受冷也。肾主水，其气下通于阴，肾虚下焦冷，不能温制其水液，故小便不禁也。

《诸病源候论·小便病诸候·尿床候》：夫人有于眠睡不觉尿出者，是其禀质阴气偏盛，阳气偏虚者，则膀胱肾气俱冷，不能温制于水，则小便多，或不禁而遗尿。

《傅青主女科·小产》：妊娠有畏寒腹痛，因而堕胎者，人只知下部太寒也，谁知是气虚不能摄胎乎。

《类证治裁·遗泄》：凡脏腑之精，悉输于肾，……有精关久泄不梦而泄者，宜固摄止脱，桑螵蛸散，金锁玉关丸。有房劳过度，下元虚惫，寐则阳陷而精遗不禁者，宜升固八脉之气，固精丸，或六味加鹿茸、菟丝、五味、龙齿、茯苓。

《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》：淋之为病，小便如粟状，小腹弦急，痛引脐中。

《诸病源候论·淋病诸候·诸淋候》：淋者，由肾虚而膀胱热固也。……肾虚则小便数，膀胱热则水下涩，数而且涩，则淋漓不宣，故谓三淋。

《笔花医镜·膀胱部》：膀胱之热，左尺必数，其为小便不通，为膏淋，为石淋，为便脓血，为发狂。

《备急千金要方·膀胱虚实》：膀胱实热，左手尺中神门以后脉阳实，足太阳经也。病苦逆满，腰中痛，不可俯仰劳也，名曰膀胱实热也。右手尺中神门以后脉阳实者，足太阳经也。病苦胞转不得小便，头眩痛，烦满，脊背强，名曰膀胱实热也。

【研究进展】

一、肾虚动物模型的研究

自 60 年代始，报道的肾阳虚模型造模方法有：过量皮质激素^[1]、损伤肾上腺^[2]，这两种模型的病理效应是下丘脑-垂体-肾上腺皮质机能减退；过量甲状腺素^[3]，使用抑制甲状腺功能药物^[4]、切除甲状腺^[5]，这三种模型的病理效应是甲状腺机能减退；使用羟基脲模型^[6]的病理效应是核糖核酸代谢障碍；深度 X 线照射睾丸^[7]及用腺嘌呤饲喂大鼠^[8]的肾阳虚模型的病理效应是睾丸损害，后者同时产生慢性肾功能不全及氧自由基代谢异常^[9]。

肾阴虚的造模方法有：过量甲状腺激素^[5]模型，产生的病理效应是甲状腺机能亢进；甲状腺素加利血平^[1]模型，产生的病理效应是甲状腺机能亢进加交感神经兴奋性增加；条件反射，或结扎肾动脉^[10]模型，其病理效应是神经性肾性高血压；过量皮质激素^[11]模型，其病理效应是肾上腺皮质机能亢进；热性中药^[12]模型则是根据中医过热阳亢、阳盛阴虚、火热伤阴而设。

二、肾主生长发育和生殖的异常与内分泌失调的关系

大量研究提示：下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴、下丘脑-垂体-甲状腺轴以及下丘脑-垂体-性腺轴功能，与中医肾主生长发育和生殖有关。

早在 50 年代，上海就已开展了肾虚本质与肾上腺皮质激素及其代谢产物关系的研究，并不断深化^[13]，沈氏等首先用“异病同治”方法来探寻“肾”的物质基础，从大量的指标测试中筛选出不同病种的肾阳虚病人的 24 小时尿 17-羟皮质类固醇（17-OHCS）

普遍低于正常值这一重要指标^[14]。为进一步探寻肾阳虚病人尿 17-羟低下的原因,他们又进行了 ACTH 二日静脉滴注试验,结果发现肾阳虚病人反应多有延迟,而在补肾调整阴阳后即可复原,从而说明肾阳虚病人的尿 17-羟值低下可能继发于垂体功能低下或垂体以上的中枢功能紊乱^[15]。该课题组按中医辨证分别对肾阳虚、肾阴虚、无肾虚的哮喘患者作尿 17-OHCS 测定,除部分肾阴虚患者 17-OHCS 值在正常范围内,其余各型哮喘患者较低(包括无肾虚者)。而肾阳虚哮喘患者 ACTH 试验、血浆皮质醇昼夜节律测定与血浆 ACTH 的测定均有一定程度的紊乱。提示哮喘患者通过分型可观察到下丘脑-垂体-肾上腺轴上的改变。用温阳补肾法治疗哮喘,获得较好的远期疗效^[16]。沈氏对老年慢性支气管炎肾阳虚组与正常人或老慢支无特殊见证组作了肾上腺皮质功能全套测定(ACTH 静脉二日滴注试验、血浆 ACTH 浓度测定、血浆皮质醇昼夜节律测定),发现 9 例慢支肾阳虚组中仅 2 例表现完全正常,其他 7 例均有 1~3 项不同环节的异常值,此 27 项测定中就有 12 项为异常,经温补肾阳治疗后,ACTH 试验之延迟反应、血浆 ACTH 浓度低下均能恢复正常^[17]。杜氏研究结果发现,慢性肾小球肾炎患者尿 17-羟类固醇和 17-酮类固醇的排泄量低于正常人,其中肾虚型下降最明显,脾虚型次之,肺热型再次之,各型间均有明显差异^[18]。吴氏对阴虚冠心病病人尿 17-羟皮质醇昼夜节律变化与脑的关系研究发现,下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统分泌激素的昼夜节律性变化不是单纯的内分泌腺功能的变化,而与大脑有关部位的调节功能异常有关^[19]。日本学者报道,肾阴虚病人尿中 VMA 明显升高,而肾阳虚病人的尿 VMA 量则明显减少,由于 VMA 是大脑神经介质的代谢产物,实验结果提示肾阴虚与肾阳虚的本质可能有大脑介质的参与^[20]。用皮质酮塑造肾阳虚模型,发现模型大鼠下丘脑室旁核小细胞区促肾上腺皮质激素释放因子(CRF)阳性神经元及正中隆起 CRF 阳性神经纤维、垂体前叶及 ACTH 阳性细胞等明显减少,免疫组化 ABC 法染色变浅,肾上腺萎缩特别是束状带变薄,胸腺萎缩,淋巴细胞与胸腺小体明显减少,血浆 ACTH、CORT 以及淋巴细胞增殖反应,IL-2、 γ -IFN 诱生能力降低。提示模型动物下丘脑-垂体-肾上腺-胸腺轴功能失调,用命门合剂(仙灵脾、附子、地黄、枸杞)不仅直接提高 HPAT 轴功能,而且能间接纠正 HPAT 轴失调导致的全身各系统紊乱^[21]。谢氏等研究发现肾阳虚证血浆皮质醇含量明显低于健康中老年人对照组^[22]。张氏临床研究及动物实验发现,在垂体水平,老龄大鼠单位视野中 ACTH 分泌细胞数量下降明显,且分泌细胞的着色变浅,说明分泌颗粒减少;在肾上腺皮质水平,老年人的唾液皮质醇基值浓度虽无明显降低,但在促肾上腺皮质激素制剂 cortrosyn 刺激后,其肾上腺皮质反应能力明显减退,表现为老年人在刺激后 60min 和 120min 皮质醇浓度较基值的增长倍数显著低于成年人,说明其肾上腺皮质的储备功能不足。老龄鼠的血浆皮质酮水平虽无明显下降,但体外培养的肾上腺皮质细胞分泌皮质酮的能力则明显低于青龄鼠;血皮质酮水平变化不明显可能与老龄鼠体内的皮质激素降解速度同时下降有关,老年人的皮质醇水平无明显下降可能也是这个原因,而补肾填精法能显著提高老年肾上腺皮质储备能力^[23]。

王氏对老年人以及同病种同年龄的肾阳虚型与无特殊见证型患者的甲状腺功能对比观察发现:老年人的促甲状腺释放激素(TRH)兴奋试验 80%呈低弱反应,肾阳虚者 50%呈延迟反应,说明肾阳虚患者的下丘脑-垂体-甲状腺轴功能有提前衰老的征象^[24]。陈氏对尿毒症肾虚患者甲状腺功能进行观察,发现肾阳虚者甲状腺素(T_4)明显降低,阴虚者

降低不明显；两组的三碘甲状腺原氨酸（ T_3 ）、促甲状腺素（TSH）均明显降低，提示尿毒证肾虚患者有下丘脑-垂体-甲状腺轴的变化^[25]。熊氏亦证实慢性肾衰阳气虚证的病理基础是甲状腺功能低下，尤其表现为在体内起活性作用的 FT_3 值随肾衰程度的加重而降低^[26]。高氏对 60 例慢性肾炎患者作血清总 T_3 、 T_4 含量测定，发现慢性肾炎患者存在不同程度的甲状腺功能紊乱。阳虚证病人的 T_3 含量均值低于正常范围， T_4 含量均值虽在正常范围，但属于正常值的低限，其中低于正常者 50%，说明肾阳虚患者存在着甲状腺功能不同程度的减退倾向。阴虚组病人 T_3 含量均值在正常范围，而总 T_4 有 16.7% 的病人高于正常范围，说明肾阴虚患者相对于肾阳虚患者存在不同程度的甲状腺功能亢进^[27]。沈氏测定慢性支气管炎具有肾阳虚见证者 1 的血 T_3 值并与同样为慢性支气管炎无特殊见证者的比较发现，肾阳虚证总 T_3 平均值极显著低于正常组，而 T_4 平均值与正常组比较无显著差异。约半数病人 TRH 兴奋试验呈延迟反应。无特殊见证组其下丘脑-垂体-甲状腺轴功能测定基本正常。肾阳虚组治疗后低 T_3 值全部恢复正常，TRH 兴奋试验则部分恢复^[28]。石氏通过慢性支气管炎肾阳虚、肾阴虚患者甲状腺功能的对比研究，发现慢支肾阳虚（包括单纯肾阳虚）患者血清总 T_3 、 T_4 浓度减低，而 TSH 浓度轻度升高，提示血清总 T_3 、总 T_4 及 TSH 浓度等变化可作为肾阳虚证的客观指标^[27]。范氏研究发现肾虚证系统性红斑狼疮（SLE）（肾阳虚与肾阴虚）均呈低 T_3 综合征与血、尿 β -微球蛋白（ β_2 -MG）升高，但这一共性改变有程度差异，以肾阳虚证为著，且肾阳虚证的血清 T_3 与血、尿 β_2 -MG 水平呈高度负相关，而肾阴虚则无此相关性，经补肾法为主治疗后，这种低 T_3 、高血、尿 β_2 -MG 现象依然存在，但程度上随着外在证候好转而明显改变，且肾阳虚证的这种相关性消失^[30]。邝氏通过补肾阳药对甲减造模动物的形态影响观察，证实补肾阳药可减轻甲减模型动物下丘脑、肾脏、心脏和子宫等组织所出现的退行性病理改变^[31]。徐氏等的动物实验研究也证实温肾助阳药可促进甲状腺合成，分泌甲状腺激素，稳定和调节血中 T_3 含量，此外，还可能直接作用于甲状腺以外的环节，纠正病体的能量代谢紊乱状态^[32]。韩氏用温阳益气之复肾汤治疗慢性肾炎脾肾阳虚型患者，发现随着病情改善，血清 T_3 、 T_4 值明显提高^[33]。

王氏等用放射免疫法测定了 23 例阳痿病人的性激素水平，发现肾阳虚组的雌二醇（ E_2 ）浓度明显高于正常对照组，血清睾丸酮（T）浓度则明显低于正常对照组；肾阴虚组 E_2 浓度亦有所升高，T 浓度也低于正常组，但均不如肾阳虚组改变明显^[34]。沈氏等的研究亦表明，男性肾阳虚组 E_2 及黄体生成素（LH）测定均高于同年龄男性性功能减退组和正常组，且有半数患者 LRH 兴奋试验呈延迟反应，而性功能减退组 LRH 兴奋试验均正常，可见男性肾阳虚者有性腺轴不同环节、不同程度的功能紊乱，而仅有阳痿、早泄症状者性腺轴功能基本正常^[28]。廖氏观察了 100 例闭经、稀发月经女性腺功能变化与肾虚的关系，提示肾阳虚、肾阴虚和无特殊见证组之间 E_3 均值差异极显著， E_3 均值水平依次为肾阴虚组，无特殊见证组，肾阳虚组；LHRH 垂体兴奋试验，肾阳虚与肾阴虚患者多数呈低下或延迟反应，无特殊见证组与正常对照组比较无显著差异，说明月经障碍肾虚与下丘脑功能紊乱有一定关系^[35]。孙氏对 9 例多囊卵巢综合征患者进行下丘脑-垂体-卵巢各级内分泌腺体功能测定，虽可见 4 例 LH 水平在 10 纳克以下，但 5 例水平较高，而其中就有 4 例垂体无明显反应，说明本病致病主要环节在下丘脑的功能紊乱。用补肾化痰法治疗获排卵率 82.7%^[36]。俞氏对 9 例患者进行 9 种激素动态变化的测定，进

一步证实了补肾药的作用水平可能在下丘脑,促排卵作用和 LH/FSH, T/E₂ 比值的下降直接相关,且前者先于后者,二个比值的下降主要是血清 FSH、E₂ 值的上升^[37]。中医辨证为肾阳虚和肾阴虚的慢性肾衰患者,不仅症状表现有差异,而且有性激素改变的不同。肾阳虚者 E₂ 无变化, T 明显降低, E₂/T 显著升高;肾阴虚的 E₂ 值显著高于肾阳虚者,肾阳虚和肾阴虚性激素的改变与肾功能均无显著相关^[38]。邝氏对育龄女性 II 型糖尿病患者血清和唾液性激素变化与肾虚关系进行研究,结果显示 18 例中 5 例停经者血清 E₂、孕酮及 T 水平均较正常对照组明显降低, 13 例有月经者血清和唾液 E₂、孕酮水平显著下降, T 水平上升,且 E₂/T 显著下降,经 3 个月以上中西医结合补肾治疗,肾虚症状明显改善,血清、唾液性激素趋向正常^[39]。张氏研究发现老年前期男性单纯肾虚、肾阳虚、肾阴虚三组间 T 均值无明显差异,但却明显低于正常人组及非肾虚组,说明老年前期男性肾虚病人血浆 T 较健康人及非肾虚组是下降的^[40]。梁氏对老年人尿促性腺激素 (UGn) 与肾虚关系进行探讨,结果表现:肾虚组 UGn 值明显高于非肾虚组^[41]。谈氏对 48 例不同年龄男性血清 LH 作了免疫测定和生物测定,发现与成年组 (≤40 岁) 比较,增龄组 (≥50 岁) 免疫测定值 (I-LH) 虽呈上升趋势,但生物测定值 (B-LH) 却呈下降趋势, B-LH/I-LH 比值明显降低。表明男性 LH 生物活性随增龄下降,不再具备成年时期相应的对性腺的刺激作用。服用补肾药 (葆春丸) 后,增龄组血清 LH 生物活性明显上升,血清 T 也显著升高,表明补肾法具有多层次调节衰老性腺轴功能的作用^[42]。赵氏通过动物实验发现老年雄性大鼠血清 E₂ 和双氢睾酮 (DHT) 受体数量明显减少,胸腺胞浆 E₂ 和 DHT 受体数量明显减少,而核受体数量显著增加。推测胸腺 E₂, DHT 受体由胞浆到核的活化转位能力可能随着增龄明显提高,或核膜通透性发生改变。尽管血清 E₂、DHT 含量随增龄而下降,但由于其核受体数量的明显提高,实际上是加强了 E₂ 和 DHT 对胸腺的抑制和致萎缩作用。具有补肾益精作用的固真方能明显提高胞浆 E₂ 和 DHT 受体数量,并相应减少核 E₂ 和 DHT 受体数量,而对血清 E₂ 和 DHT 含量的老龄化无明显纠正作用,提示固真方似乎主要是直接作用于胸腺和 E₂ 和 DHT 受体而延缓胸腺衰老^[43]。张氏实验研究亦显示老龄大鼠血液中 T 浓度明显下降, E₂ 没有变化, E₂/T 比值明显升高。下丘脑 LRH、TRH 的含量明显下降,腺垂体 LRH、TRH 总量没有明显变化,表明老龄大鼠下丘脑 LRH、TRH 神经分泌细胞的合成能力下降。用补肾中药“寿而康”治疗,老龄大鼠下丘脑 TRH 含量明显高于老龄组,腺垂体 TRH 单位含量也有所升高,表明补肾法对老龄大鼠下丘脑-垂体-性腺的老年性变化有一定的改善作用^[44]。王氏从性腺的不同水平,观察补肾药的延缓衰老作用:在脏器水平,补肾组经 4 个月治疗,血清 T 较治前明显升高;在细胞水平,老龄补肾组经 6 个月喂饲,可见曲细精管支持细胞数比老龄对照组明显增加,而与成年鼠无明显差异;在受体水平,大鼠下丘脑 DHT 受体,老龄补肾组的受体结合常数虽比成年鼠组明显降低,但比老龄对照鼠明显为高,说明补肾药可提高受体与激素结合的亲和力^[45]。周氏研究证实,中医补肾法能促使大白鼠经深度 X 线照射后睾丸损害的恢复,有类似促性腺激素的作用^[7]。

肾阳虚证的研究揭示以下丘脑为主要病理变化,并在下丘脑、垂体及三个靶腺轴上都有不同环节、不同程度的功能紊乱,而且靶腺功能衰退并不伴有垂体促激素代偿性升高,成为一种低水平(阈)的平衡^[46]。沈氏等对平均为 40~50 岁的典型肾阳虚病人和 65 岁以上的老年人进行了下丘脑-垂体及其所属三个靶腺轴全套测定的对比观察,发现肾阳

虚病人和老年人在甲状腺与性腺轴上具有相似的反馈调节能力异常表现，归结其主要发病环节都是在下丘脑，只是肾阳虚病人功能紊乱的程度较老年人为明显，前者的改变是阴阳两虚模式，而后者是阴阳失调反馈模式^[47,48]。因此，老年人虽不一定具有肾虚证的外象，却具有肾阳虚证内涵，故谓之“生理性肾虚”。通过微观辨证，揭示两者内环境具有相似的一面，也有不同的一面^[49]，在治疗上，用阴阳互根的观点温补肾阳以发挥整个神经内分泌系统的潜能，使肾阳虚的病人能恢复到常阈平衡，同时靶腺激素达到正常水平。而老年人的用药方式就不象肾阳虚病人那样相对的急而重，而是象太极拳那样轻而缓，增加大脑皮质保护性抑制作用，使下丘脑加强作用，促使垂体发挥潜能，从而提高靶腺激素水平^[50]。

除上述研究外，国内还进行了肾虚与内分泌系统其他内容相关性研究。毕氏对慢性肾炎血浆前列腺素、环核苷酸含量与中医肾虚的关系进行探讨，结果显示血浆 PGE 在肾阳虚和肾阴虚患者之间无明显差别，PGF_{2α} 含量肾阳虚者比正常人显著降低，肾阴虚者则无显著改变。血浆和尿中 cAMP 含量，均是肾阴虚高于正常人，肾阳虚者无显著变化^[51]。张氏对老年人肾虚证与交感神经机能的关系进行了研究，发现老年人血浆去甲肾上腺素 (NA)、多巴胺 (DA)、多巴胺 β-羟化酶 (DBH) 显著高于青年人，血小板中的单胺氧化酶 (MAO) 和淋巴细胞的肾上腺素能-β 受体 (βAR) 低于青年组。老年人中肾阴虚组以上 5 项指标均高于肾阳虚组，服用滋肾阴或温肾阳中药后随临床见证的改善，以上指标也有相应的变化，提示肾阴、肾阳与交感肾上腺能神经机能有关^[52]。张氏实验结果显示：老龄大鼠下丘脑 NA、DA 的含量明显低于成年对照组；5-羟色胺 (5HT) 和 5-羟吲哚乙酸 (5-HIAA) 含量无明显变化，5HT/NE，5HT/DA 比值明显上升，从而影响下丘脑神经分泌细胞的机能。通过补肾填精治疗，老龄大鼠下丘脑 NE、DA 含量明显高于老龄对照组，5-HT 和 5-HIAA 也有不同程度的升高，其中的 5-HIAA 的升高更为显著。表明其能改善下丘脑儿茶酚胺类神经元机能的老化，使吲哚类神经元的代谢加快^[52]。陈氏对伴轻度肾阳虚老年男性的生长激素 (GH) 基础值及睡眠值，GH 对生长激素释放素 (GRF) 的反应以及温肾助阳药对其影响进行了观察，发现老年人 GH 基础值与青年人无显著差异，而 GH 睡眠值较青年人明显降低；GH 对 GRF 反应亦较青年人明显降低，兴奋后各时相数值均有显著差别。温肾助阳药可改善老年人肾阳虚症状，提高 GH 睡眠值及 GH 对 GRF 的反应，提示老年垂体 GH 储备功能下降，可能是肾阳虚发生机制之一^[55]。夏氏对肾虚与血浆心房肽关系进行探讨，显示不同病种的肾阳虚患者血浆心房肽含量显著低于正常对照组和肾阴虚组^[54]。

三、肾主水异常与肾脏结构、功能的相关性

肾主水异常与现代肾脏的结构和功能具有一定相关性。肾小球疾病时，可出现水肿、癃闭等肾系病证。肾脏疾病患者中医辨证多有肾的证候，尤其是慢性肾炎，其病机以肾虚为主，虚实夹杂。根据光学显微镜、电子显微镜以及免疫荧光的表现，肾小球疾病具有代表性的病理类型包括微小病变、膜性肾病、系膜增殖性肾小球肾炎、膜增殖性肾小球肾炎、新月体性肾小球肾炎、局灶性肾小球肾炎、肾小球硬化以及终末期固缩肾^[55]。施氏研究提示，不同的病理类型所表现的临床症状与中医辨证分型有一定联系，脾肾阳虚型以膜型、膜增殖型、系膜硬化型肾炎多见，肝肾阴虚型以系膜增生型为多^[56]。刘氏研究结果提示，慢性肾炎中阴虚型和气阴两虚型患者病理改变多为系膜增生性肾炎、IgA 肾

病等^[57,58]。气虚型患者多为轻微病变型肾炎^[59]。胡氏等研究结果也提示系膜增生性肾炎中阴虚湿热和气阴两虚夹湿型占多数^[60]。此外,刘氏还探讨了45例肾小球疾病患者肾间质损伤与中医分型的相关性结果表明:随着肾间质损伤程度的加重,中医分型有从阴虚→气阴两虚→阳气虚转化的趋势,特别是由阴虚向气阴两虚的转化更为突出^[60]。

现代研究认为检测尿渗透压及尿血渗比不仅是诊断肾小管-间质疾病的敏感指标,也是原发性肾小球疾病发生慢性肾功能不全时最早出现的特征性改变,而且往往在血尿素氮和肌酐增高之间,尿渗透压已发生异常。宋氏研究发现,命门火衰证尿渗透曲线处于低水平,其变化幅度明显减少,尿溶质排量也明显减少;阴虚火旺证尿渗曲线处于高水平,其变化幅度较小,尿溶质排量明显高于命门火衰证,但仍低于正常人^[62]。张氏等通过对428例原发性肾小球疾病患者的观察提示,肾脏疾病时,肾虚证可出现尿渗及尿血渗比异常,而以阳虚更为明显^[63]。王氏通过对40例肾脏病患者尿血渗透压测定发现,凡属虚证及虚实夹杂者,肾脏浓缩与稀释功能均有明显下降,而属实证者,肾脏浓缩与稀释功能大多在正常范围^[64]。刘氏对75例经肾穿刺活检确诊的原发性肾小球疾病患者的血、尿渗透压进行了测定,结果正虚各型之间血渗透压无明显差异,但尿渗透压以阳虚型最低,而且阳虚型尿血渗比也最低,反应了阳虚患者肾小管功能受损较重,尿浓缩功能较差^[65]。陈氏研究表明,慢性肾衰阳虚型尿血渗比 <1 者多见,阴虚型尿血渗比 <1 者明显少于阳虚型,气虚型尿血渗比阳性率介于阴虚型与阳虚型之间^[66]。

慢性肾炎患者,阳虚型的内生肌酐清除率、肌酐系数、尿尿素氮非常显著低于正常人,阴虚患者与阳虚患者不同,他们的CCr显著地低于正常人,而Cr系数却显著增高,尿尿素氮含量则与正常人相似,随着患者肾功能的降低,Cr系数与尿尿素氮也逐渐降低,显示该三项指标密切相关^[67]。各种类型的肾小球疾病,都可出现尿细胞形态学的改变,包括红细胞、白细胞、肾小管上皮细胞在形态、数量上的变化及管型的出现。风水型及湿热型上述三种细胞均发生明显改变,脾肾阳虚型多属肾病型,尿中RBC、WBC及肾小管上皮细胞均极少,而此型后期如出现尿毒症,则表现为WBC和肾小管上皮细胞增多,出现破碎状或有RBC破碎、残缺、刺状等,提示病情重,预后差。肝肾阴虚型尿检三种细胞呈持续性、不稳定性改变^[68]。105例肾炎患者尿溶菌酶含量测定结果显示,肺热、脾虚肺热、脾阳虚三型的含量均在正常范围,而脾肾阳虚有52.2%含量高于正常,肾阳虚则全部高于正常值^[69]。周氏对慢性肾小球疾病尿酶变化与辨证分析的研究结果提示,LDH、NAG、RNase三种尿酶活性变化是肾功能损害的敏感指标,在肾脏疾病本证中(肺肾气虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚、气阴两虚)各型与正常人组三种尿酶含量有显著性差异^[70]。卿氏用放免法对53例慢性肾炎患者的血、尿 β_2 -微球蛋白(β_2 -M)进行了测定,结果表明脾肾阳虚型血 β_2 -M高于正常组和脾肺气虚组,脾肺气虚组血 β_2 -M也高于正常组。而尿 β_2 -M升高无统计学意义^[71]。徐氏对脾虚型与肾虚型肾脏疾患血清及尿中有关蛋白质含量的临床研究表明:脾虚型、肾虚型血、尿 β_2 -M、THP、ALB等含量均比正常组有较大改变,且肾虚型的改变比脾虚型更明显,从而在微观指标上进一步探讨脾虚型与肾虚型肾病的区别与转化^[72]。

四、肾主骨异常与骨密度的变化

郭氏等选择40~69岁受试者2068例进行了骨密度测试,研究发现,按同性别、同年龄比较,肾虚证骨密度明显低于正常值和无肾虚受试者,也区别于肺虚证、脾虚证受

试者,说明肾虚证有骨密度的相应变化,印证了中医肾主骨的经典理论。并提出将40~49岁年龄组骨密度的正常值减去2倍标准差的低限作为判断肾虚证的临界值,即男性骨密度 <0.6 克/平方厘米,女性骨密度 <0.5 克/平方厘米^[73]。蔡氏亦报道了184例肾虚证与非肾虚证尺、桡骨矿物含量的测定结果,不同疾病肾虚证组骨矿物含量显著低于非肾虚及对照组;非肾虚证组与对照组比较无显著性差异;同病种的肾虚证与非肾虚证组之间骨矿物含量有显著差别,说明肾虚证患者骨矿物含量有特征性改变^[74]。迟氏用 γ 线吸收法测量了189例绝经后肾虚证妇女的骨密度,结果表明,患有肾虚证妇女的骨密度明显低于无肾虚证同龄健康妇女;45岁以前绝经妇女的骨密度低于45岁以后绝经妇女,推测妇女月经停止越早,其骨密度可能越低,肾虚证越明显;绝经越晚,其骨密度下降的幅度少,肾虚证候也不明显^[75]。李氏通过分析老年与老年前期肾虚证骨矿含量,发现老年肾虚证骨矿含量较老年前期肾虚证低,提示不同年龄肾虚证骨矿含量不同^[76]。王氏对成年人群骨矿含量及中老年肾虚对骨矿影响的研究发现,人群骨矿分布随年龄不同而有较大的变化,男、女骨矿含量及骨密度的峰值年龄平均在25~35岁之间,中老年以后则逐渐减少,年龄越大其减少越明显。中老年人肾虚发生率随年龄的增长而逐渐升高,肾虚患者的骨密度明显低于同年龄健康人^[77]。郑氏对肾虚老年人骨矿物含量与血浆性激素水平关系进行研究,结果提示肾虚组的骨矿含量明显低于对照组,男性患者血浆睾酮低于对照组,而雌二醇高于对照组,骨矿含量减少与T的减少无关;女性肾虚患者骨矿含量随着血浆 E_2 的减少而降低^[78]。刘氏用地塞米松配合低钙饲料诱发大鼠骨质疏松,结果显示模型大鼠体内 E_2 、 $1,25-(OH)_2D_3$ 水平显著降低,通过补肾方药或钙剂治疗后,骨质疏松明显改善, E_2 、 $1,25-(OH)_2D_3$ 得到回升,提示 E_2 、 $1,25-(OH)_2D_3$ 降低和骨质疏松密切相关。中药补肾方药能影响 E_2 、 $1,25-(OH)_2D_3$ 的代谢,治疗骨质疏松^[79]。临床研究亦显示补肾中药对围绝经期妇女骨质疏松具有预防和治疗作用^[80]。

“骨者髓之府”,吴氏对“肾生髓”理论进行分子基础研究,用HPIC法分析了生理性肾虚老龄大鼠肝细胞DNA的甲基化水平,发现补肾生血药通过改善DNA甲基化水平,从而提高基因稳定性,维持正常基因表达,延缓衰老基因的启动^[81]。

五、肾开窍于耳与生化物质基础

俞氏通过对73例慢性肾病患者进行听力及血清微量元素测定,发现患者总高频听力障碍发生率为68.5%,平均听力损伤 35.1 ± 6.1 DB,而有肾虚证表现的55例患者中,高频听力障碍发生率为83.6%,明显高于无肾虚证(22.2%),有肾虚证表现患者血清微量元素铁、锌的含量也明显低于无肾虚证者及健康人,且血清铁的含量降低的程度与听力损伤的程度成正比,提示听力损害的程度以及血清微量元素铁、锌的含量可以作为肾虚辨证的客观依据之一^[82]。范氏研究显示20例慢性肾衰患者脑干听觉诱发电位(BAEP)明显异常者13例,异常4例,主要表现为I、II、V主波潜伏期(PLs)延长及I-II、I-V峰间潜伏期(IPLs)延长;8例平均血透4.2月者透析前后同体比较,透析后II、V pIs和I-II、I-V、IPLs缩短有显著性意义。各PLs与IPs与生化指标无显著相关性。BAEP测定及其动态观察为判断肾衰时内耳听觉神经系统损害提供了客观指标,亦为中医“肾”与耳关系学说提供了电生理研究的佐证^[83]。王氏对51例不同肾脏病患者(证属肾阳虚24例,肾阴虚13例,阴阳俱虚7例,虚实夹杂7例)进行了常规测听力检查,结果示双耳听力障碍30例,单耳听力障碍13例,听力障碍发生率为84.3%,其中高频听

力障碍 41 耳, 低频听力障碍 23 耳, 平坦型听力障碍 9 耳, 本组患者听力受损程度不同, 且绝大多数为青年患者, 可以排除年龄因素及其他引起耳聋的因素^[84]。朱氏观察发现肾虚证病人体感诱发电位 (SEP) 的 P₃ 波和 N₃ 波峰潜伏期比非肾虚组明显延迟, 并观察到肾虚病人平均听阈比非肾虚组明显增高, 听觉诱发电位 (AEP) 的 I 波缺率明显大于非肾虚组, 说明肾虚病人大脑皮质神经元及其神经传导通路存在不同程度的功能障碍, 听神经电位难于产生。提示观察肾虚对大脑神经元及听神经电位产生和神经传导功能的影响, 可作为肾虚的临床辨证客观指标之一^[85]。孙氏从豚鼠肾阳虚动物模型上观察到, 肾阳虚动物的内耳生物电波型异常振幅降低, 听阈升高, 电位持续时间缩短, 通过温肾治疗, 上述指标均有不同程度的改善。说明肾阳虚状况下的动物内耳功能受损^[86]。

大量研究提示, 肾主耳理论的物质基础可能为铁、醛固酮和钙。细胞色素氧化酶、过氧化物酶和琥珀酸脱氢酶都是耳蜗细胞生化代谢的重要环节, 对细胞功能有直接影响, 同时, 它们大都是含铁酶类, 在耳蜗各部的活性很强。王氏对 120 例感觉神经性聋患者进行了血清铁、运铁蛋白、总铁结合力的测定, 结果发现肾虚证患者各项铁生化指标下降, 与非肾虚证患者比较, 有显著性差异^[87]。孙氏曾通过临床研究发现, 肾虚型感觉神经性耳聋患者血清铁含量明显低于无肾虚见证者以及正常听力健康人^[88]。其后对肾虚见证的缺铁大鼠内耳含铁酶组织化学观察发现, 3 种含铁酶都有其程度不同的变化特征: 酶产物分布异常, 活性减弱或消失; 都有其相似的变化规律: 血管纹区酶活性变化最早出现, Corti 氏器酶活性变化往往是继发性的。而在无肾虚见证的缺铁大鼠, 耳蜗含铁酶活性变化则不明显。这一现象似乎可说明, 中医理论的“肾”主要经血管纹途径影响耳蜗含铁酶活性, 参与听毛细胞的细胞呼吸和生物氧化过程, 从而实现对耳蜗功能的制导作用^[89]。刘氏从钙磷代谢角度探讨肾虚耳鸣的物质基础, 通过对 56 例肾虚患者临床观察发现, 肾虚有耳鸣耳聋患者血清钙值较正常低, 尿钙值也偏低, 认为血钙值可作为肾精变化的指标之一^[90]。³H-醛固酮在豚鼠耳蜗和其他组织中分布的研究提示, 肾可通过醛固酮调节内耳淋巴液水盐平衡, 直接影响前庭功能。醛固酮是肾上腺分泌的一种盐皮质激素。大量临床研究表明, 肾阳虚与肾阴虚病人血及尿中皮质激素含量发生改变, 提示醛固酮为肾主耳理论的物质基础之一^[91]。

六、肾的病证与免疫、微循环及代谢等方面的联系

1. 肾虚与免疫 肾虚与免疫的关系是近年来肾本质研究中的另一热点。陈氏对 38 例尿毒证肾虚病例的临床研究发现, 阳虚组 IgG 明显下降, 阴虚 IgG 升高但无统计学意义, 而 IgM 显著升高, 与正常值比较, 有极显著意义^[25]。刘氏等报道慢性肾炎脾肺气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚三型 IgG 和 IgA 值除肝肾阴虚型 IgA 值与健康人无差别外, 余均降低; IgM 值除肝肾阴虚型偏低外, 余均增高。三型间, IgG 和 IgA 低下, 脾肺气虚和脾肾阳虚间无明显差异, 但此两型与肝肾阴虚间有显著性差异; IgM 三型间均有明显差异, 而以阳虚和阴虚更为显著, 血 C₃ 下降以脾肾阳虚型最多, 肝肾阴虚型次之, 脾肺气虚型最少, 型间差异显著^[92]。刘氏测定 81 例原发性肾小球疾病患者肾小球内补体成分 C₃ 和 clq 的沉积情况, 并探讨了其与中医分型的关系。结果肾小球内补体 C₃ 沉积阳性者与中医阴虚和气阴两虚密切相关, 而与阳(气)虚型关系不密切。同时肾小球内沉积的 C₃ 和 clq 与中医的湿热密切相关。从病理角度反映了中医阴虚易夹湿热的理论^[93]。吴氏运用细胞化学方法结合显微分光光度术研究发现, 慢性肾炎患者淋巴细胞 ANAE 阳性率、点状型

和弥散型的百分率及其单核细胞 α -醋酸萘酯酶含量均显著低于正常, 而肾阳虚组淋巴细胞 ANAE 含量的阳性率及点状型百分率显著低于肾阴虚组, 弥散型百分率则高于肾阴虚组, 从而提示细胞免疫功能低下是肾虚的共性, 但肾阳虚与肾阴虚又各有特点^[94]。李氏对系统性红斑狼疮肾炎患者外周血红细胞膜 C_3b 受体活性与辨证分型关系的研究结果提示: 4 个证型的 E- C_3bR 均较正常人组显著降低, 其下降顺序为正常人组 > 气阴两虚组 > 脾肾阳虚组 > 肝肾阴虚组 > 热盛湿蕴组。提示 E- C_2bR 与中医证型呈现一定的相关性, 但非特异性^[95]。章氏观察到老年慢性支气管炎患者的 OKT_3 、 OKT_4 细胞和 OKT_4/OKT_3 的比值明显低于正常对照组; OKT_8 细胞则显著高于对照组, 其他免疫指标如 E-花环百分率、补体 C_3 均低于正常值, 免疫球蛋白呈紊乱现象^[96]。詹氏研究发现作为血小板减少性紫癜主要抗体的血小板表面相关抗体 (PAIgG) 脾肾阴亏型明显高于脾虚失统型, OKT_8 值亦显著高于脾虚失统型, OKT_4^+/OKT_8^+ 比值则明显低于脾虚失统型, 提示脾肾阴亏型的免疫损伤程度较脾虚失统型严重^[97]。刘氏对 51 例再生障碍性贫血患者进行了辨证分型及 T 淋巴细胞亚群及红细胞 C_3B 受体花环率检测。结果 T 淋巴细胞亚群的变化以肾阴虚最重, 肾阴阳两虚型最轻, 肾阳虚介于二者之间。三型红细胞 C_3B 受体花环率均显著低于健康对照组, 表明再障各型 T 淋巴细胞亚群紊乱的程度不同, 红细胞免疫功能低下, 这种特征性的改变可作为其微观辨证的参考指标^[98]。范氏应用单克隆抗体 OKT 系列检测 57 例老年人肾虚证周围血 T 淋巴细胞亚群, 结果 T_3 、 T_4 较正常对照组显著降低, T_8 显著升高, T_4/T_8 显著下降; 且肾阳虚较肾阴虚明显, 肾阳虚组 T_4/T_8 与 IgA 呈高度正相关, 与 C_3 及 CIC 分别呈高度负相关^[99]。廖氏观察了健康老年人及肾虚患者红细胞免疫粘附活性在昼夜不同时辰的变化, 结果老年人红细胞 C_3B 受体花环率除酉时外均处于低水平, 肾虚患者却在卯时最高, 以后逐渐降低, CIC 老年人的峰值位于卯、子时, 而肾虚患者四个时辰几无改变, 提示生理性变态与病理性肾虚的区别和联系^[100]。胡氏采用抑制性 T 细胞 (TS) 功能测定、ConA 淋转和 PHA 淋转三项指标观察老年人 T 细胞功能, 结果老年组三项指标均较正常人组明显降低, 尤其淋转降低显著。提示老年人不但淋巴细胞的增殖反应能力下降, 而且其功能 (抑制功能) 也明显下降, 而补肾中药可能是维持老年人正常 T 细胞功能的一项有效措施^[101]。武氏探讨了 T 细胞亚群与肾气盛衰规律的关系, 结果提示 8~24 岁年龄组 T_3 、 T_4 较 25~40 岁组低, 与年龄呈中度正相关; 25~40 岁年龄组的 T_3 、 T_4 较其他两组均高, 与年龄无相关性; 41~64 岁年龄组 T_3 、 T_4 较 25~40 岁组为低, 与年龄呈中度负相关; T_8 有所增高, 与年龄呈轻度正相关。提示 T 淋巴细胞亚群变化与中医肾气盛衰规律有密切联系, T_3 、 T_4 、 T_8 水平的变化可作为肾气盛衰辨证的客观指标之一^[102]。徐氏研究发现肾虚证 C_3 、 CH_{50} 、 C_3B 受体花环率和补体 CRA 活性均低于正常人^[103]。陈氏从 46 例肾虚患者观察到: 肾虚病人外周血淋巴细胞 (LGL) 与健康人没有显著差别; 肾虚病人靶细胞结合百分率 (TBC) 比健康人减少, 但差异无显著性, 外周血自然杀伤细胞 (NKC) 明显低于健康人; 肾阳虚病人外周血 NKC 明显低于肾阴虚病人, 提示肾虚时 LGL 和 TBC 虽无相对减少, 但 NKC 的杀伤能力受到损伤, 表现为活性降低。因而为肾虚辨证提供参考^[104]。

2. 肾病辨证与微循环及血凝障碍的关系 王氏通过甲皱和皮肤微循环观察发现, 肾阳虚者甲皱微循环的改变主要是管袢开放数目减少, 管袢内血色浅红, 血流速度减慢, 而肾阴虚者则管袢开放数目增多, 管袢内血色深红, 血流速度稍慢, 提示肾阳虚和肾阴虚

均可导致血瘀^[105]。刘氏在慢性肾炎血液流变学指标观察中,发现本病辨证分型之间存在着不同程度和不同特点的高血粘状态:肺脾气虚以全血粘度增高明显,肝肾阴虚以血浆粘度增高为著,而脾肾阳虚则表现为全血粘度降低与血浆粘度增高^[106]。申氏研究了红细胞变形能力与肾虚证之间的关系,发现肾虚证患者RBC滤过指数明显高于非肾虚证和正常人,而非肾虚证患者和正常人之间则没有显著差异;肾阴虚和肾阳虚之间RBC滤过指数没有差异,而肾阴阳两虚证则高于单纯的阴虚和阳虚,说明肾虚证患者RBC变形能力受到了严重损伤^[107]。占氏等通过对220例慢性肾炎患者血纤维蛋白原、血尿纤维蛋白降解产物FDP含量测定,结果提示临床各型中血纤维蛋白原均高于正常值。在本虚证中的肺肾气虚、脾肾阳虚、气阴两虚型血尿纤维蛋白原的含量均高于正常,在标实证四型中以外感、湿热、血瘀三型血尿纤维蛋白原明显高于正常值^[108]。朱氏对60例慢性肾炎患者进行了血尿TXB₂、6-Keto-PGF_{1α}测定,结果提示阴虚型血浆TXB₂含量最高,然后依次为阳虚型>气虚型>对照组;阴虚型血浆TXB₂/6-Keto-PGF_{1α}比值增加;尿TXB₂和6-Keto-PGF_{1α}与对照组无显著性差异^[109]。刘氏曾探讨了108例原发肾小球疾病患者肾小球内纤维蛋白沉积与中医分型的关系,结果表明肾小球内纤维蛋白FRA的沉积与中医阴虚和气阴两虚密切相关;同时与中医的血瘀密切相关^[110]。李氏对164例肾炎患者血液流变学指标及其与血瘀证的关系研究结果提示:肾炎患者血液流变学(含血凝指标)检测值多显著高于正常对照组,并随着病情恶化而加重。血液高粘滞综合征(BHS)和血瘀证发生率,也随着病情恶化而显著增加,BHS分组与血瘀证分度、血凝指标与病变严重性均呈正相关。因此,BHS和血瘀证是肾炎病变恶化的一个重要原因^[111]。李氏对血浆α-颗粒膜蛋白140(GMP140)测定在原发性肾小球疾病血瘀证中的临床意义进行研究,结果显示原发性肾小球疾病患者GMP-140浓度明显高于对照组,血小板处于高度活化状态,其中血瘀证组显著高于非血瘀证组,血瘀证患者中气虚组高于非气虚组,说明GMP-140是反映慢性肾小球疾病血瘀证的客观指标^[112]。傅氏等观察了70例肾病综合征患儿的中医分型与总纤溶活力的关系,结果发现湿热型、脾虚型总纤溶活力显著低于正常对照组,湿热型与脾虚型之间也有显著性差异,且水肿患儿的总纤溶活力明显低于正常组,水肿程度越重,总纤溶活力越低,提示肾病综合征总纤溶活力下降不仅可作为中医分型的参考指标,而且为肾病综合征在治则上必须重视活血化瘀法以祛瘀生新提供了新的思路^[113]。

3. 肾虚与氧自由基 自由基学说是近年来对衰老机理研究中极为活跃的领域。陈氏等对66例肾虚证患者进行外周血细胞中超氧化物歧化酶(SOD)定量测定,发现肾虚患者SOD活性显著降低,与正常对照组相比有非常显著性差异,且肾虚病情愈重,病程愈长,SOD活性愈低,而肾阴虚和肾阳虚两组比较无差别,说明不论是肾阴虚和肾阳虚均存在SOD活性下降,即清除自由基能力的减弱^[114]。张氏研究发现,虽然健康人血浆过氧化脂质(LPO)的含量会随年龄增长而升高,但同是老年组中肾虚者LPO显著高于非肾虚者,提示LPO可作为衡量体内肾气是否充盛的重要指标^[115]。在慢性肾炎肾气虚患者中,罗氏发现SOD活性明显低于健康组^[116]。姚氏用金匱肾气丸治疗肾虚小鼠,结果小鼠血液及脑组织中SOD活性有显著提高,血液及脑组织中过氧化氢酶的含量也显著升高,提示金匱肾气丸可抑制体内过氧化物的生成,并提高SOD水平,对抗自由基的损伤反应^[117]。阳氏用腺嘌呤制作大鼠慢性肾功能衰竭动物模型,观察益气补肾冲剂的作用,研

究表明,益气补肾冲剂能显著降低模型动物的过氧化脂质,增加SOD、谷胱甘肽过氧化酶和维生素E的含量,并能显著降低模型动物血尿素氮、血肌酐和24小时尿蛋白,肾脏病理改变明显减轻。该结果提示益气补肾冲剂抗氧化能力在延缓慢性肾衰病程进展中发挥重要作用^[118]。

4. 肾病辨证的其他方面研究 汪氏对肾虚患者头发微量元素变化进行了观察,发现肾虚患者头发锌含量显著低于正常人组。人发中镁、钙含量在肾虚病人头发中有相应低下的改变^[119]。刘氏对100例肾小球肾炎病人血清锌、铜、铁含量变化与中医辨证分型的关系作了探讨,发现脾肾阳虚型血清锌、铜含量均显著低于正常人,肝肾阴虚型血清锌、铜含量也比正常人组偏低^[120]。冯氏报道肾小球疾病阴虚和阳虚组锌、铜与健康者比较均明显下降,而气阴两虚组血锌虽较阴虚、阳虚升高,但仍低于正常,说明阴虚、阳虚、气阴两虚各组均有血锌下降,属于虚证同一性^[121]。尹氏对肾脏病中继发性高脂蛋白血症与中医证型关系进行了探讨,发现肾阴虚主要表现为I₁型,肾阳虚主要表现为IV型,肝肾阴虚主要表现为I₁、I₂型;肾阴虚患者的血清总胆固醇水平显著高于肾阳虚者,而甘油三酯则显著低于后者;阴阳两虚型的血清总胆固醇及甘油三酯水平均有明显升高^[122]。郭氏分析了132例原发性肾小球疾病载脂蛋白水平与中医辨证分型的关系,发现脾肾气虚,气阴两虚,肝肾阴虚证载脂蛋白B(apoB)、apoB/载脂蛋白A-I(apoA-I)均高于正常值,而以脾肾气虚组升高最为明显,且明显高于气阴两虚组和肝肾阴虚组。兼有湿证者apoB、apoB/apoA-I显著高于不兼湿证者,故认为apoB、apoB/apoA-I可作为脾肾气虚及湿证辨证分型的客观指标^[123]。张氏发现随着年龄增加,甘油三酯(TG)水平逐渐升高,高密度脂蛋白(HDL-C)及HDL-C/TG比值逐渐降低,为老年肾虚证辨证提供了客观依据^[115]。杨氏测定了85例肾炎患者血清维生素A、E、D₃含量及其与中医分型的关系,结果发现脾肾阳虚患者维生素E、D₃含量明显高于正常人,而肝肾阴虚、气阴两虚、湿热型与正常人相比无明显差异,说明本病存在维生素代谢障碍,且各型之间存在差异^[124]。吴氏分析了肾虚证与生命质量的关系,发现有肾虚证者其生命质量下降,肾虚证的出现与生命质量各部分的下降均有随年龄增长而增长的明显趋势^[125]。日本学者对肾虚证进行计量观察,以老年痴呆患者为研究对象,以健康人作对照,用与计算机相连仪器,作为客观指标的定量测定肾虚证评价方法,一是以“肾虚得分”为标准进行了与身体精神症状相关的全面检查;二是用数字摄影机拍摄舌,用计算机取像,将舌体、舌质的颜色用颜色图像分析程序,以三原色为指标进行比较;三是用加速脉波装置测定指尖(特别是左手食指)的容积脉波、皮肤温度;用其他改良仪器测量手腕部、鼓膜、腹部皮肤温度。结果:肾虚得分老年痴呆患者明显增高;容积脉波的波幅老年痴呆患者明显增大;以舌体三原色色彩比较,老年痴呆患者三原色呈暗色,舌苔三原色虽呈同样结果,仍与舌体有明显差异^[126]。

七、肾的研究述评

综上所述,中医肾的辨证研究涉及西医多个系统和器官功能的紊乱。在上述研究中,对肾的辨证引进了现代医学的先进技术和研究成果,在较深入层次上,微观地认识肾的病变所产生的证候在机体的结构、代谢和功能的特点,为完整、准确、本质地阐明中医肾的病证实质提供了有益的线索。特别是下丘脑-垂体-肾上腺、下丘脑-垂体-甲状腺、下丘脑-垂体-性腺三个靶腺轴的功能改变与肾阳虚病证实质关系的阐明,为补肾法在临床

上广泛应用提供了理论依据；同时根据这些靶腺轴特异的病理变化，建立了多种肾阳虚的动物模型，为深入开展病证实质研究提供了方法学手段。

然而，从上述研究中亦可看出，尽管研究手段多样，研究指标不断更新，但总的来说，关于肾的病证实质研究中特异微观指标较少，大多未能肯定在异病同证时会出现足以诊断该证而与疾病没有联系的微观指标，诸如微循环改变、氧自由基等；再者，在肾的病证研究中，对肾阴虚、肾阳虚研究较多，而对其他证型研究较少，特别是在虚实夹杂的情况下，肾虚本质的微观表现及其与标实的特异性、相关性研究较少；此外，肾虚实质的研究与其他脏腑虚损如心阳虚、肝阴虚、脾阳虚等证候的本质区别和联系亦较少涉足；关于中医肾的病证与西医肾小球疾病的相关性，国内虽也做了一些工作，但就证型而言，从本虚方面探讨两者相关性较多，而从标实方面研究肾小球疾病中中医肾的实质较少，可能是受“肾多虚证”、“肾少实证”理论的影响。在肾小球疾病中如何在本虚证中分辨脏腑兼证与单纯肾虚的区别与联系，在标实证中揭示“肾实证”客观存在的微观依据，均是尚待研究的课题。关于肾虚证的病证模型，如前所述，造模方法都与特异的病理变化相联，然而就某一种模型而言，都只反映临床肾虚证病因的一个方面。寻找综合性肾虚模型，适合于多方面的病理研究，亦是需要进行研究和探讨的课题之一。

总之，肾的病证实质研究在证型规范、证候选择、适应范围的确定等总的框架上尚需做深入细致的工作，在研究时尽可能采取全国协作攻关，集中人力物力，结合现代医学的研究成果，特别是现代医学分子生物学领域的研究进展，更深层次地探讨病证实质，寻找具有实用价值的微观指标，推动中医辨证微观化、规范化进程，使中医学不断发展，以适应现代化需要。

参 考 文 献

- [1] 上海中医学院正常人体学教研组. 阳虚、阴虚造型以及某些助阳药的滋阴药作用的初步研究. 新医学杂志, 1977, (9): 33
- [2] 李之和. 微观望舌与肾病辨证论治. 山西医学杂志, 1977, (6): 16
- [3] 姜春华, 等. 祖国医学肾的研究. 第二版. 上海: 上海科学技术出版社, 1981
- [4] 梁茂新. 肾虚和补肾药对垂体-肾上腺皮质系统影响的研究进展. 辽宁中医杂志, 1981, 8 (12): 42
- [5] 殷文治, 等. 实验性甲状腺机能亢进对于离体兔小肠运动的影响. 上海第一医学院学报, 1957, (4): 289
- [6] 刘福春. 淫羊藿、肉苁蓉对羟基脲所致“阳虚”动物脱氧核糖核酸合成率的作用. 中西医结合杂志, 1984, 4 (12): 742
- [7] 周智恒. 补肾法促进睾丸生精原理的实验研究. 上海中医药杂志, 1992, (7): 24
- [8] 郑平东, 等. 腺嘌呤诱发睾丸功能损害肾阳虚模型的研究. 中国医药学报, 1989, 4 (3): 67
- [9] 阳晓, 等. 氧自由基在腺嘌呤所致大鼠慢性肾功能不全中的作用. 中国危重病急救医学杂志, 1996, (8): 43
- [10] 邝安堃, 等. 中医阴阳的实验性研究 (I) —— 附子、肉桂和六味地黄方对实验性高血压大鼠血压的影响. 中西医结合杂志, 1984, 4 (12): 742
- [11] 夏宗勤. 4种“虚证”模型的建立及其与环核苷酸系统的关系. 中西医结合杂志, 1984, 4 (9): 543
- [12] 杜茹竹. 中医“证”的动物模型研究的思路和方法初探. 辽宁中医杂志, 1985, 12 (3): 41

- [13] 沈自尹. 肾的研究进展与总结. 中国医药学报, 1988, 3 (2): 58
- [14] 沈自尹, 等. 中医基础理论研究进展. 中医杂志, 1982, 23 (1): 73
- [15] 上海第一医科大学脏象专题研究组. 对祖国医学“肾”本质的探讨. 中华内科杂志, 1976, (2): 80
- [16] 沈自尹, 等. 支气管哮喘采用补肾法防治及其内分泌和免疫方面的观察. 中医杂志, 1981, 22 (5): 341
- [17] 沈自尹, 等. 温肾法防治老年慢性支气管炎原理探讨. 中医杂志, 1981, 22 (10): 742
- [18] 杜锦海. 尿 17-羟类固醇、17-酮类固醇对肾炎患者中医辨证分型的意义. 中华肾脏病杂志, 1986, 2 (3): 164
- [19] 吴瑞莱. 阴虚冠心病病人尿 17-羟皮质类固醇昼夜节律变化与脑的关系. 中西医结合杂志, 1982, 2 (2): 100
- [20] 江部康二, 等. 肾阳虚和肾阴虚患者尿中 17-羟类固醇和 17-酮类固醇排泄值国外医学. 中医中药分册, 1982, 4 (3): 201
- [21] 蔡定芳, 等. 命门合剂对大鼠神经内分泌网络的影响. 中国中西医结合杂志, 1995, 15 (3): 159
- [22] 谢淑仪, 等. 肾阳虚患者及健康中老年人 114 例血浆皮质醇含量测定. 中西医结合杂志, 1988, 8 (9): 522
- [23] 张新民, 等. 补肾对神经内分泌老化调节作用研究 (I). 中医杂志, 1991, 32 (12): 41
- [24] 王文建, 等. 肾阳虚患者和老年人 (男性) 的下丘脑-垂体-性腺轴功能的初步观察. 中西医结合杂志, 1982, 2 (3): 149
- [25] 陈梅芳, 等. 尿毒证肾虚与内分泌及免疫状态的关系. 中西医结合杂志, 1983, 3 (6): 328
- [26] 熊宁宁, 等. 慢性肾衰阳气虚弱证与甲状腺激素和皮质醇关系的研究. 辽宁中医杂志, 1994, 21 (4): 147
- [27] 高菁等. 慢性肾炎辨证分型与血清总 T_3 和 T_4 含量的关系. 中医杂志, 1996, 37 (1): 44
- [28] 沈自尹. “证”实质的临床研究. 天津中医, 1986, 3 (2): 23
- [29] 石刚, 等. 慢性支气管炎肾阳虚、肾阴虚患者甲状腺功能的对照研究. 中西医结合杂志, 1986, 6 (3): 160
- [30] 范国荣. 补肾法为主治疗肾虚证 SLE 前后垂体-甲状腺轴功能改变及其与血、尿 β_2 -微球蛋白的关系. 中西医结合杂志, 1991, 11 (6): 346
- [31] 邝安堃, 等. 益气助阳补肾中药对甲减造型动物组织形态学的影响. 中国医药学报, 1986, 1 (1): 22
- [32] 徐敏, 等. 甲状腺机能低下阳虚兔模型的造模研究. 中医杂志, 1990, 31 (6): 45
- [33] 韩明向, 等. 复肾汤对慢性肾炎脾肾阳虚型患者甲状腺激素的影响. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (3): 155
- [34] 王琦, 等. 肾虚型阳痿患者性激素变化的临床观察和实验研究. 江苏中医, 1988, 9 (7): 43
- [35] 廖玘玲, 等. 闭经、稀发月经妇女“肾虚”与性腺功能变化的观察. 中西医结合杂志, 1986, 6 (10): 590
- [36] 孙月丽, 等. 补肾化痰法治疗多囊卵巢综合征 133 例. 上海中医药杂志, 1981, (6): 14
- [37] 俞瑾, 等. 补肾化痰治疗多囊卵巢综合征中对下丘脑-垂体-卵巢功能的调节. 中西医结合杂志, 1986, 6 (4): 218
- [38] 张庆怡, 等. 慢性肾功能衰竭患者性激素测定与中医辨证的关系. 中医杂志, 1989, 30 (5): 30
- [39] 邝安堃, 等. 育龄女性 I 型糖尿病患者血清和唾液性激素变化与肾虚关系. 中医杂志, 1989, 30 (8): 474
- [40] 张凤山, 等. 肾虚与血浆睾丸酮含量的关系. 中医杂志, 1982, 23 (2): 60

- [41] 梁国荣,等.老年人尿促性腺激素与肾虚关系初步观察.中华老年医学杂志,1988,7(4):214
- [42] 谈运良,等.补肾法对健康男性血清促黄体生成素生物活性增龄性改变的影响.中国中西医结合杂志,1992,12(11):660
- [43] 赵伟康.固真方对老年雄性大鼠下丘脑-垂体-性腺-胸腺轴作用的实验研究.中医杂志,1989,30(12):747
- [44] 张新民,等.补肾对神经内分泌老化调节作用研究(1).中医杂志,1991,32(11):683
- [45] 王文建,等.补肾法对老年男性下丘脑-垂体-性腺轴作用的临床和实验研究.中医杂志,1986,27(4):272
- [46] 沈自尹.论补肾药对虚证的多环节多途径的整体调节作用.中医杂志,1988,29(10):64
- [47] 沈自尹,等.从肾阳虚和老年人的不同反馈模式讨论阴阳学说.中西医结合杂志,1986,6(10):626
- [48] 沈自尹,等.肾阳虚证的下丘脑-垂体-甲状腺、性腺、肾上腺皮质轴对比观察.医学研究通讯,1983,10:21
- [49] 沈自尹.微观辨证和辨证微观化.中医杂志,1986,27(2):55
- [50] 沈自尹.从调理内环境着眼,论肾阳虚与老年人潜能的异同.中国中西医结合杂志,1993,13(6):362
- [51] 毕增祺,等.慢性肾炎血浆前列腺素、环核苷酸含量与中医肾虚的关系.中国医学科学院学报,1981,3(4):283
- [52] 张云如,等.老年肾虚证与交感神经机能关系的探讨.中医杂志,1994,35(3):169
- [53] 陈家伦,等.老年肾阳虚者生长激素变化及温肾助阳对其的影响.中西医结合杂志,1990,10(8):469
- [54] 夏伟华,等.肾虚与血浆心房肽关系的探讨.中国中西医结合杂志,1989,9(6):334
- [55] 王叔咸,等.肾脏病学.北京:人民卫生出版社,1987
- [56] 施赛珠,等.慢性肾炎的中医辨证分型与肾活检病理关系的初步探讨.中西医结合杂志,1984,4(4):44
- [57] 刘宏伟,等.38例原发性系膜增生性肾炎与中医辨证分型关系探讨.辽宁中医杂志,1990,17(5):5
- [58] 刘宏伟,等.45例IgG肾病与中医辨证分型关系探讨.江苏中医,1991,12(1):39
- [59] 刘宏伟,等.200例复发性肾小球疾病临床病理与中医辨证分型的相关性研究.中医杂志,1992,33(1):41
- [60] 胡仲仪,等.慢性肾小球肾炎病理分型与中医治疗分析.中国中西医结合杂志,1992,12(8):455
- [61] 刘宏伟.原发性肾小球疾病间质损伤与中医辨证分型的相关性研究.辽宁中医杂志,1992,19(11):20
- [62] 宋一亭,等.阴虚火旺、命门火衰病人十二时辰尿渗透压和尿量曲线的初步观察.中医杂志,1983,24(11):869
- [63] 张史昭,等.肾疾病时尿渗透压与虚实证型的相关性研究.中西医结合杂志,1990,10(5):286
- [64] 王莉珍,等.肾脏病尿血渗透压测定与中医辨证分型的相关性.上海中医药杂志,1992,(12):10
- [65] 刘宏伟,等.慢性肾炎辨证分型与实验室检查的关系.辽宁中医杂志,1991,18(5):13
- [66] 陈志伟,等.慢性肾功能衰竭中医辨证分型与实验室检查的关系.中西医结合杂志,1988,8(7):395
- [67] 丁伟璜,等.从慢性肾炎患者看中医阴虚、阳虚的病理生化学基础.上海中医药杂志,1983,

(4): 46

- [68] 黄维涵, 等. 肾小球疾病辨证分类与尿细胞改变的关系. 中西医结合杂志, 1988, 8 (1): 17
- [69] 杜锦海. 105 例慢性肾炎患者尿溶菌酶测定与中医分型的关系. 中西医结合杂志, 1988, 8 (3): 190
- [70] 周清发, 等. 慢性肾小球疾病尿酶变化与辨证分型的研究. 中医研究, 1995, 8 (6): 25
- [71] 卿玉玲, 等. 慢性肾小球肾炎中医分型与血、尿 β_2 微球蛋白的关系. 广州中医学院学报, 1990, 7 (2): 84
- [72] 徐重明, 等. 脾虚型与肾虚型肾脏疾患血清及尿中有关蛋白质含量的临床研究. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (5): 4
- [73] 郭素华, 等. 肾虚证与骨密度的关系. 中国中西医结合杂志, 1995, 15 (11): 655
- [74] 蔡新吉, 等. 肾虚证患者骨矿物含量改变的初步探讨. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (3): 154
- [75] 迟焕海, 等. 绝经早晚对骨密度的影响. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (3): 160
- [76] 李仁康, 等. 老年与老年前期肾虚证骨矿含量的分析. 中国医药学报, 1991, 6 (5): 19
- [77] 王际孝, 等. 成年人群骨矿含量及中老年肾虚对骨矿影响的研究. 中医杂志, 1990, 31 (9): 539
- [78] 郑关毅, 等. 肾虚老年人骨矿含量与血浆性激素水平的研究. 福建中医药, 1996, 27 (1): 42
- [79] 刘和娣, 等. 补肾方药对地塞米松诱发的骨质疏松大鼠体内雌激素和 1, 25 羟维生素 D_3 的影响. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (9): 544
- [80] 黄艳红, 等. 补肾中药对围绝经期妇女骨质疏松代谢的影响. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (9): 522
- [81] 吴志奎, 等. 肾生髓理论分子基础的研究. 中医杂志, 1996, 37 (2): 109
- [82] 俞军, 等. 慢性肾病患者听力损伤及血清微量元素与肾虚证关系的探讨. 中国中西医结合杂志, 1996, 16 (5): 274
- [83] 范亚平, 等. 慢性肾功能衰竭和血液透析患者脑干听觉诱发电位及“肾”与耳关系探讨. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (4): 220
- [84] 王景贤, 等. 从肾病临床检测探讨中医肾的功能概念. 中医杂志, 1992, 33 (11): 45
- [85] 朱世明. 肾虚证脑诱发电位变化研究“肾脑相关”和“肾耳相关”. 山东中医学院学报, 1994, 18 (6): 420
- [86] 孙启新. 肾与耳关系的探讨. 中国医药学报, 1988, 3 (31): 9
- [87] 王东方, 等. 感觉神经性耳聋铁生化测定与中医肾虚关系的初探. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (2): 49
- [88] 孙爱华, 等. 从感觉神经性聋患者血清铁变化探讨中医肾与耳的关系. 中医杂志, 1982, 23 (7): 546
- [89] 孙爱华, 等. 肾主耳理论的生化物质基础——缺铁大鼠肾虚证与内耳铁含量及含铁酶变化. 中医杂志, 1991, 32 (3): 44
- [90] 刘鲁明, 等. 试从钙磷代谢的角度探讨肾虚耳鸣的物质基础——56 例肾虚患者的临床观察. 中西医结合杂志, 1986, 6 (6): 538
- [91] 莫启忠, 等. 中医肾和耳联系的基础的探讨—— 3H -醛固酮在豚鼠耳蜗和其他组织中的分布. 中医杂志, 1982, 23 (7): 549
- [92] 刘宝厚, 等. 慢性肾炎中医辨证分型的探讨. 中西医结合杂志, 1991, 11 (6): 366
- [93] 刘宏伟, 等. 原发性肾小球疾病肾小球补体成分测定与中医辨证分型的关系. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (3): 1
- [94] 吴正治, 等. 慢性肾炎患者外周血细胞化学 ANAE 变化与中医辨证关系的研究. 中西医结合杂志, 1990, 10 (7): 399

- [95] 李俊彪,等. 系统性红斑狼疮肾炎患者外周血红细胞膜C_{3b}受体活性与分型的关系. 中医杂志,1995, 36(6): 356
- [96] 章育正,等. 补肾法对老年慢性支气管炎患者T细胞亚群及其免疫功能的作用. 中西医结合杂志, 1988, 8(11): 658
- [97] 詹文彦,等. 免疫性血小板减少性紫癜辨证分型与血小板表面相关抗体及T淋巴细胞亚群的关系. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(5): 283
- [98] 刘宝文,等. 再生障碍性贫血的辨证分型与外周血T细胞亚群、红细胞C_{3b}受体的关系. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(4): 22
- [99] 范国荣,等. 老年人肾虚证的T细胞亚群及对免疫调控的影响. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(9): 478
- [100] 廖品东,等. 老年人及肾虚患者红细胞免疫粘附活性的昼夜节律变化. 中西医结合杂志, 1990, 10(4): 217
- [101] 胡国让,等. 补肾法对老年人T细胞功能的影响. 中西医结合杂志, 1986, 6(5): 264
- [102] 武文斌,等. T细胞亚群与肾气盛衰规律的探讨. 辽宁中医杂志, 1995, 22(6): 242
- [103] 徐俊,等. 肾虚与红细胞免疫和补体溶解免疫复合物功能的关系. 中西医结合杂志, 1988, 8(9): 519
- [104] 陈小峰,等. 对肾虚与自然杀伤力细胞关系的观察. 中国医药学报, 1996, 11(2): 39
- [105] 王鸿. 肾虚患者甲皱微循环改变的观察与探讨. 中医杂志, 1980, 21(9): 31
- [106] 刘宝厚,等. 慢性肾小球肾炎辨证分型与血液流变学指标的关系. 中国医药学报, 1987, 2(4): 9
- [107] 申春娣. 肾虚证与红细胞刚性的研究. 中国中医基础医学杂志, 1995, 1(12): 28
- [108] 占求力,等. 慢性肾炎辨证分型与凝血纤溶的关系及其临床意义. 贵阳中医学院学报, 1993, 15(1): 61
- [109] 朱辟疆,等. 慢性肾小球疾病TXB₂, 6-Keto-PGF_{1α}的改变. 实用中西医结合杂志, 1991, 4(6): 338
- [110] 刘宏伟,等. 原发性肾小球疾病患者肾小球内纤维蛋白沉积与中医分型的关系探讨. 辽宁中医杂志, 1991, 18(4): 6
- [111] 李国贤,等. 164例肾炎患者血液流变学指标及其与血瘀证的关系. 中国中西医结合杂志, 1993, 13(9): 528
- [112] 李晓明,等. 血浆α-颗粒膜蛋白140测定在原发性肾小球疾病血瘀证中的临床意义. 中国中西医结合杂志, 1996, 16(6): 344
- [113] 傅纛,等. 小儿肾病综合征中医分型与总纤溶活力关系的探讨. 江西中医药, 1992, 23(3): 27
- [114] 陈晏珍,等. 肾虚与超氧化物歧化酶关系初探. 中医杂志, 1989, 30(4): 235
- [115] 张文彭,等. 老年肾虚证血浆过氧化脂质、高密度脂蛋白、胆固醇及其亚组分水平变化. 中医杂志, 1989, 30(2): 43
- [116] 罗陆一,等. 慢性肾炎肾气虚患者红细胞超氧化物歧化酶变化. 中西医结合杂志, 1987, 7(9): 587
- [117] 姚晓渝,等. 金匮肾气丸对阳虚模型动物血液和脑组织中SOD活力的影响. 中国药理学杂志, 1989, (5): 283
- [118] 阳晓,等. 益气补肾冲剂对慢性肾功能衰竭大鼠抗氧化作用研究. 中国中西医结合杂志, 1995, 15(基础理论研究特集): 167
- [119] 汪坤,等. 肾虚人发中微量元素测定的初步观察. 中西医结合杂志, 1983, 3(3): 171
- [120] 刘锐,等. 100例肾小球肾炎病人血清中锌、铜、铁含量变化与辨证分型的关系. 上海中医药杂

志, 1985, (8): 6

- [121] 冯函芳, 等. 慢性肾小球疾病的虚证患者中血清锌及铜的变化. 上海中医药杂志, 1985, (8): 4
- [122] 尹永洗, 等. 肾脏病的中医辨证与继发性高脂蛋白血症表型的关系. 中西医结合杂志, 1985, 5 (9): 546
- [123] 郭大庆, 等. 132例原发性肾小球疾病载脂蛋白水平与中医辨证分型的关系. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (7): 409
- [124] 杨世兴. 85例肾小球肾炎病人血清维生素A、E、D₃测定及其与中医辨证分型的关系. 西安医科大学学报, 1988, 9 (1): 83
- [125] 吴燕, 等. 肾虚证与生命质量关系的分析. 实用中西医结合杂志, 1994, 7 (4): 231
- [126] 武市昌市, 等. 肾虚证计量观察. 日本东洋医学杂志, 1995, 45 (5): 148

第七节 脏腑兼病辨证

【基本内容】

凡两个或两个以上脏腑同时发病者, 称为脏腑兼病。

脏腑兼病的发生, 通常是在具有表里、生克乘侮等内在联系的脏腑之间最易形成。其临床表现, 并不等于两个脏器证候的简单相加, 故辨证时应注意辨别其先后、主次、因果、生克等关系。

脏腑兼病证候, 有脏与腑相兼 (如肝胆湿热证)、腑与腑相兼 (如胃肠气滞证) 及脏与脏相兼等。这里主要讨论前面各脏腑病证中未涉及到的一些临床常见脏腑兼病证候。

一、心肾不交证

心肾不交证是指心肾水火既济失调所反映的心肾阴虚阳亢证候。

【临床表现】 心烦少寐, 惊悸多梦, 头晕耳鸣, 健忘, 腰膝酸软, 或遗精, 五心烦热, 或潮热盗汗, 口咽干燥, 舌红少苔或无苔, 脉细数。

【机理分析】 阴虚阳亢, 心神受扰则心烦少寐, 惊悸多梦等; 肾阴亏虚, 虚热内生则见腰膝酸软, 遗精, 头晕耳鸣, 健忘, 五心烦热, 潮热盗汗, 口咽干燥, 舌红少苔或无苔, 脉细数等症。

以惊悸失眠, 多梦, 遗精, 腰膝酸软伴阴虚证为辨证要点。

二、心肾阳虚证

心肾阳虚证是指心肾阳气虚衰, 温动无力, 致使血行瘀滞, 水湿内停所表现的虚寒证候。

【临床表现】 心悸怔忡, 形寒肢冷, 肢体浮肿, 小便不利, 神疲乏力, 甚则唇甲青紫, 舌质淡暗青紫, 苔白滑, 脉沉细微。

【机理分析】 心阳虚, 运血无力则心悸怔忡, 唇甲、舌质青紫; 肾阳虚, 气化不利则水肿, 小便不利等。形寒肢冷, 神疲乏力, 舌淡苔白滑, 脉沉细微则是阳虚的一般表现。

以心悸、怔忡, 肢体浮肿兼虚寒证为辨证要点。

三、心肺气虚证

心肺气虚证是指心肺两脏气虚, 表现以心悸、咳喘为主症的证候。

【临床表现】 胸闷心悸，咳喘气短，动则尤甚，吐痰清稀，头晕神疲，语声低怯，自汗乏力，面色淡白，或唇舌淡紫，脉沉弱或结代。

【机理分析】 心气虚，鼓动无力则心悸，唇舌淡紫，脉结代等；肺气虚，宣降失职则咳喘痰稀，胸闷等。头晕，气短，声低，自汗乏力，动则尤甚，面色淡白，舌淡苔白，脉沉弱等乃是气虚之见症。

以咳喘，心悸兼气虚证为辨证要点。

四、心脾气血虚证

心脾气血虚证是指心血不足、脾气虚弱而表现的心神失养，脾失健运、统血的虚弱证候。简称心脾两虚证。

【临床表现】 心悸怔忡，失眠多梦，头晕健忘，食欲不振，腹胀便溏，倦怠乏力，面色萎黄，或见皮下出血，女子月经量少色淡，或淋漓不尽，舌质淡嫩，脉细弱。

【机理分析】 心血虚，心失所养则见心悸怔忡，失眠多梦，头晕健忘等症。脾气虚，失于健运、统血则腹胀纳少便溏，倦怠乏力，面色萎黄，或皮下出血，女子月经量少色淡，或淋漓不尽，舌质淡嫩，脉细弱等。

以心悸失眠，食少腹胀，慢性出血伴见气血亏虚的表现为辨证要点。

五、心肝血虚证

心肝血虚证是指心肝两脏血虚，表现出心神及所主官窍组织失养为主的血虚证候。

【临床表现】 心悸健忘，失眠多梦，头晕目眩，两目干涩，视物模糊，或肢体麻木，震颤拘挛，或女子月经量少色淡，甚则闭经，面色无华，爪甲不荣，舌质淡白，脉细。

【机理分析】 心血虚则心悸健忘，失眠多梦，头晕目眩，面色无华等。肝血虚则目涩，视物模糊，或肢麻、震颤拘挛，或经少闭经，爪甲不荣，舌淡脉细等。

以神志、目、筋、爪甲失养伴血虚证为辨证要点。

六、脾肺气虚证

脾肺气虚证是指脾肺两脏气虚，出现脾失健运，肺失宣降的虚弱证候。

【临床表现】 食欲不振，腹胀便溏，久咳不止，气短而喘，声低懒言，乏力少气，或吐痰清稀而多，或见面浮肢肿，面白无华，舌质淡，苔白滑，脉细弱。

【机理分析】 脾气虚，失于健运则纳差、腹胀便溏，或面浮肢肿等。肺气虚，失于宣降则咳嗽日久不止，痰稀量多等。少气乏力，声低懒言，面白无华，舌淡苔白，脉细弱等则是气虚之征。

以食少便溏，咳喘气短伴气虚证为辨证要点。

七、肺肾气虚证

肺肾气虚证是指肺肾两脏气虚，降纳无权，表现以短气喘息为主的证候。又称肾不纳气证。

【临床表现】 喘息短气，呼多吸少，动则喘息尤甚，语声低怯，自汗乏力，腰膝酸软，舌淡脉弱，或喘息加剧，冷汗淋漓，肢冷面青，脉大无根。

【机理分析】 肺肾气虚，降纳失职，则见喘息，动则尤甚，呼多吸少、腰膝酸软等症。气短声低，自汗乏力，舌淡脉弱是为气虚的一般见症。若气虚及阳，肾阳衰微欲脱则喘息加剧，冷汗淋漓，肢冷面青，脉大无根等。

以久病咳喘，呼多吸少，动则益甚兼气虚证为辨证要点。

八、肺肾阴虚证

肺肾阴虚证是指肺肾两脏阴液亏虚，虚火内扰，肺失清肃而表现的虚热证候。

【临床表现】 咳嗽痰少，或痰中带血，口燥咽干，或声音嘶哑，腰膝酸软，或见骨蒸潮热，盗汗颧红，形体消瘦，男子遗精，女子月经不调，舌红少苔，脉细数。

【机理分析】 肺阴虚，肺失清肃则咳嗽痰少，痰中带血，或声音嘶哑。肾阴虚，虚热内扰则腰膝酸软，遗精，月经不调等。口燥咽干，消瘦，骨蒸潮热，盗汗颧红，舌红少苔，脉细数等则是阴虚内热的一般表现。

以咳嗽少痰，腰膝酸软，遗精兼虚热证为辨证要点。

九、肝火犯肺证

肝火犯肺证是指肝经气火上逆犯肺，而使肺失清肃所表现的证候。又称“木火刑金”证。

【临床表现】 胸胁灼痛，急躁易怒，头胀头晕，面红目赤，烦热口苦，咳嗽阵作，甚则咳血，痰黄稠粘，舌质红，苔薄黄，脉弦数。

【机理分析】 肝火内炽则症见胸胁灼痛，急躁易怒，头胀头晕，面红目赤，烦热口苦，舌红苔黄，脉弦数等。肝火灼肺，肺失清肃，则咳嗽，痰黄稠，甚则咳血。

以咳嗽，或咳血，胸胁灼痛，易怒伴里实热证为辨证要点。

十、肝胃不和证

肝胃不和证是指肝气郁结，横逆犯胃，胃失和降而表现以脘腹胀痛为主症的证候。又称肝气犯胃证、肝胃气滞证。

【临床表现】 胃脘、胁肋胀满疼痛，或为窜痛，呃逆嗳气，吞酸嘈杂，情绪抑郁，或烦躁易怒，善太息，食纳减少，舌苔薄白或薄黄，脉弦或带数。

【机理分析】 肝气郁结，疏泄失职故见胁痛，情绪抑郁或易怒，善太息，脉弦等症。肝气犯胃，胃失和降，故有胃脘疼痛，吞酸嘈杂，纳少，呃逆嗳气等症；化热则见苔黄，脉数。

以胸胁、胃脘胀痛或窜痛，呃逆嗳气为辨证要点。

十一、肝郁脾虚证

肝郁脾虚证是指肝失疏泄，脾失健运而表现以胸胁胀痛，腹胀便溏为主症的证候。又称肝脾不和证、肝脾不调证。

【临床表现】 胸胁胀满窜痛，善太息，情绪抑郁，或急躁易怒，纳呆腹胀，便溏不爽，肠鸣矢气，或腹痛欲泻，泻后痛减，或大便溏结不调，舌苔白，脉弦或缓弱。

【机理分析】 肝郁失疏则有胁痛，善太息，情绪抑郁或易怒，脉弦等症。肝郁乘脾，脾失健运则见纳呆腹胀，便溏或溏结不调，肠鸣矢气，或腹痛欲泻，泻后痛减，苔白脉缓弱等症。

以胸胁胀满，腹痛肠鸣，纳呆便溏为辨证要点。

十二、肝肾阴虚证

肝肾阴虚证是指肝肾阴液亏虚，阴不制阳，虚热内扰所表现的证候。在三焦辨证中属下焦证候。

【临床表现】 头晕目眩，耳鸣健忘，口燥舌干，失眠多梦，胁痛，腰膝酸软，五心烦热，盗汗颧红，男子遗精，女子月经量少，舌红少苔，脉细而数。

【机理分析】 肝肾阴亏，失于濡养则头晕目眩，胁痛，腰膝酸软，耳鸣健忘，失眠多梦，男子遗精，女子经少等，并有口燥咽干，五心烦热，盗汗颧红，舌红少苔，脉细数等阴虚内热的一般病理表现。

以腰膝酸软，胁痛，耳鸣，遗精，眩晕兼阴虚证表现为辨证要点。

十三、脾肾阳虚证

脾肾虚证是指脾肾阳气亏虚，温化失权，表现以泄泻或水肿为主症的虚寒证候。

【临床表现】 面色㿔白，形寒肢冷，腰膝或下腹冷痛，久泄久痢不止，或五更泄泻，完谷不化，粪质稀冷，或面浮身肿，小便不利，甚则腹胀如鼓，舌质淡胖，苔白滑，脉沉迟无力。

【机理分析】 脾肾阳虚，温运失职，水液内停，则见腰膝或下腹冷痛，久泄久痢，或五更泄泻，完谷不化，下痢清谷，或面浮肢肿，小便不利，腹胀如鼓等症。面色㿔白，形寒肢冷，舌淡胖苔白滑，脉沉迟无力，则是阳虚虚寒之征。

以泻痢浮肿，腰腹冷痛伴虚寒证为辨证要点。

【补充阐发】

一、心肾相交理论的历史源流

“心肾相交”理论，是从阴阳五行、水火升降理论逐渐发展而来的，《内经》首先确定了“阴阳”“水火”的关系，“水火者，阴阳之征兆也”（《素问·阴阳应象大论》）。《素问·宣明五气》“咸走血，……苦走骨”之论，已寓含心肾交济之义，正如皇甫谧《甲乙经·卷六》注解所说：“苦走心，此云走骨者，水火相济，故骨气通于心也”。《华氏中藏经》亦有“水来坎户，火到离扃，阴阳相应，方乃和平”之说，这就是坎离水火阴阳通济相应观。刘河间以水火升降，论述了坎离相交，其在《素问病机气宜保命集》中说：“坎中藏真火，升真水而为雨露也；离中藏真水，降真火而为利气也”。

《难经·七十五难》从治疗学的角度，提出了“泻南方火，补北方水”的方法。张仲景《伤寒论》曰：“少阴病，得之二三日以上，心中烦热，不得卧，黄连阿胶汤主之。”虽未明确提到“心肾不交”一词，但其所指实为今日所称“心肾不交”之证的表现，黄连阿胶汤更是治疗“心肾不交”的常用方剂。唐代孙思邈《备急千金要方》则明确提出了“夫心者，火也；肾者，水也；水火相济”的观点，明·周慎斋《慎斋遗书》中说：“心肾相交，全凭升降，而心气之降，由于肾气之升；肾气之升，又因心气之降……；欲补心者，须实肾，使肾得升；欲补肾者，须宁心，使心得降；乃交心肾之法也”。至此，首次正式提出了“心肾相交”这一名称。

心肾如何相交，历代医家有从阴阳、坎离论者，有从五行、水火论者，还有从经络、气化论者。综合诸家所论，可概括为：心位居于上，其性属阳，五行配火，八卦为离；肾位居于下，其性属阴，五行配水，八卦为坎。心火下降于肾，以资肾阳，共温肾阴，使肾水不寒；肾水上济于心，以助心阴，共养心阳，使心火不亢。如此阴阳和平，水火相济，坎离上下交通，则为“心肾相交”。

二、心肾不交的病理本质

从病理角度，首先明确提出“心肾不交”这一概念的医家，是宋代严用和。其在《济生方·卷一·虚损》中说：“思虑伤心，疲劳伤肾，心肾不交，精元不固”。

然而“心肾不交”一词，是一个较为笼统模糊的概念。它对心与肾之间的病理本质的揭示是不够具体的。因为从理论上说，所谓“心肾不交”可以构成心阴不交肾阴、心阴不交肾阳、心阳不交肾阳、心阳不交肾阴、心之阴阳不交肾之阴阳等多种矛盾。到底是心与肾的什么不相交呢？

现在一般所称“心肾不交证”的临床表现，主要有虚烦失眠，心悸健忘，头晕耳鸣，腰膝酸软，遗精滑泄，潮热盗汗，舌红少苔，脉细而数等。其病机一般解释为肾水不能上济于心火，心火偏亢而下耗肾阴。由于肾阴亏虚，心阳失肾阴之约而偏亢，致神不守舍，则表现为失眠多梦，心悸头晕等症，病因在下，症见于上；心阳偏亢，耗伤肾阴，扰动精室，则表现为遗精滑泄，腰酸膝软等症，病因在上，症见于下。如此上下互相影响，形成恶性循环，心肾之阴不足而心肾之阳偏亢，即为心肾不交的病理本质所在。

其实，心肾间发生阴阳失调，不只是阴虚阳亢这一方面，应该还存在着阴盛阳虚的另一面。临床上常见的心悸怔忡，胸闷气喘，形寒肢冷，尿少浮肿，苔白滑，脉沉微等症，实际上也是一种“心肾不交”证，只是习惯称之为“肾水凌心”罢了。后者的病理机制，是心阳不能下济肾阳，以共制肾阴，从而肾水泛滥，上凌心火，故现一派阳虚火衰而阴寒内盛、水液泛滥的症状。

三、“心肾不交”证辨析

“心肾相交”与“心肾不交”是心肾两脏在生理和病理方面对立存在的概念。其理论始见于《内经》。《素问·六微旨大论》谓：“相火之下，水气承之；君火之下，阴精承之。”在其后的历代文献中，均有关于心肾不交，水火失济病理改变的论述。如《张氏医通·健忘》曰：“按内经之原健忘者，俱责之心肾不交……心火不降，肾水不升，神明不定而健忘，六味丸加五味、远志。”《折肱漫录·遗精》曰：“梦遗之证，……大半起于心肾不交。凡人用心太过则亢于上，火亢则水不升而心肾不交矣。”再如《辨证录·不寐门》中曰：“夫心肾之所以不交者，心过于热，而肾过于寒也。心原属火，过于热则或炎于上而不能上交于肾，肾原属水，过于寒则水沉于下而不能上交于心矣。”

心肾不交证可由久病、劳倦、房事不节或思虑过度，情志郁而化火，或外感热病损伤心肾之阴而引起。但心肾不交证在不同疾病中的病因病机及所表现的症状特点不尽相同，常可见以下几种情况：①火旺引起水亏：本证以舌红苔黄少津，大便干，小便赤，口干，脉数为特征；标证以心悸，失眠，遗精为多见。②阴虚导致阳亢：本证以消瘦，乏力，五心烦热，舌红少苔，脉细数为特征；标证以心悸怔忡，失眠，健忘为多见。③心气不足，肾气不纳：本证以胸闷气短，神倦乏力，舌质淡，脉细数为特征；标证以健忘，耳鸣，心悸，多梦为多见。④肾阳不足，蒸化无力所致肾水不升，心火独亢：本证以发热，口干口苦，腰膝冷，心烦，时而失眠，便秘，舌质淡红为特征；标证以心悸，失眠为多见。

心肾不交不能单纯地理解为水亏火旺，而水亏火旺也并不都是心肾不交。临床上必须既见有肾水亏，心火旺或心肾阳虚之本证，又要有心悸不寐，健忘，失眠多梦，遗精等标证，才能辨证为心肾不交证。对于心肾不交证的治疗则应当是补心须实肾，补肾须实心。既要泻，又要交，既要补，又要通。诚如周慎斋所云：“欲补心者须实肾，使肾得升，欲补肾者须宁心，使心得降……乃交心肾之法也。”

四、肾不纳气证及其类证鉴别

肾不纳气证又称肾气不得归元证、肺肾气虚证。本证是由于禀赋不足，或年老体衰，

或房劳过度，或久病咳喘，肺虚及肾，导致肾气亏虚，摄纳无权，气不归元，以气短喘息，呼多吸少为主要表现的证候。肾不纳气作为一个病理名词，大约始于宋，而倡于明清。其首见于宋·杨士瀛《仁斋直指方》一书中，他谓：“肺出气也，肾内（纳）气也。肺为气之主，肾为气之本，凡肾嗽引动百骸，自觉从脐下奔逆而上者，此肾虚不能收气归源。当以地黄丸类主之，毋徒从事于肺，此虚则补子之义也。”其后医家各有论述，如周慎斋及其门人在《医家秘奥·慎斋师授记录》中曰：“肾不纳气者，肾气虚而气不归也，亦有气上逆而不归者，补中益气汤加黄柏亦纳肾气之法，欲上下相停而无偏盛也。”又如《类证治裁·喘症》曰：“虚喘者，呼长吸短，肾不纳气，孤阳无根，治宜固摄。”《东医宝鉴·喘嗽上气出于肾虚》曰：“凡咳嗽暴重，动引百骸，自觉气从脐下逆奔而上，此肾虚不能收气也。……下元虚冷，肾气不得归元，上喘气息，宜安肾之八味丸。”再如《寿世保元·眩晕》中云：“淫欲过度，肾家不能纳气归元，使诸气逆奔而上，此眩晕出于气虚也明矣。”

肾不纳气证的形成，多由于久咳久喘，肺损及肾，或因劳伤肾气而累及肺气亦虚，故肾不纳气证往往又被称为肺肾气虚证。肾不纳气证的主要临床表现为喘息气短，气不接续，呼多吸少，惟以吸气为快，动则喘息，甚至汗出肢冷，小便常随咳出，舌质淡，脉沉细弱。该证候常见于喘症、哮病等病症中。肾不纳气证是肾虚证中的危重证候，若进一步恶化，可能会出现汗出肢冷，面青，心动悸等厥脱证候，因此必须予以高度重视。

该证尚须与肺气虚证、肺气衰绝证及脾肺气虚证相鉴别。肾不纳气证与肺气虚证：肾不纳气证若由肺气虚证发展而来者，除有喘促气短，声音低怯，自汗等肺气虚证的表现外，尚有动则气喘，咳则遗溺，或是冷汗淋漓，脉虚浮无根等肾气虚而气不归元，肾失摄纳等临床表现，与单纯的肺气虚证有明显的区别。肾不纳气证与肺气衰绝证：肺气衰绝证乃肺气竭绝，呼吸失主，肺功能衰至极点，故呼吸断续，汗出如珠，甚则呼吸停止，脉浮数无伦。此证多由肺脏衰竭，宗气衰败所致，也是病人临终前常见病证，二者在临床上可以鉴别。肾不纳气证与脾肺气虚证：脾肺气虚证病在中上二焦，除有咳喘短气，自汗等肺气不足症状外，必兼有脾气不足之食少，脘胀，便溏，倦怠等症状，二证不难区分。当然，脾肺气虚证可进一步发展影响及肾，形成肾不纳气证，若以病情进展而论，脾肺气虚证较轻而肾不纳气证则较重。

五、肝肾阴虚证与肝阳上亢证的辨析

肝肾阴虚证是由于肾阴不足导致肝阴不足，或肝阴不足引起肾阴亏损而成的一种证候。临床上具有肝肾两脏阴虚之表现。肝阳上亢证是指肝脏阴不配阳以致肝阳不潜，或肝气升发太过，阳气浮动于上引起的一系列临床表现。两证的关系较近，因为肝阳上亢证由肝肾阴虚证转化而来的最为多见，鉴别的要点在于：肝肾阴虚之内热多属静态表现，而肝阳上亢之烦热则有向上升浮的动态表现；静则为阴，故其热多在夜晚，出汗亦多在入寐之后，喜静，没有亢阳的僭上亢越之势；动则为阳，故其烦热多在阳时，并有阵发性的烘热自汗，常见有亢阳升浮逆上的目眩面微赤，头晕且胀且痛，泛漾呕恶，心烦易怒等症候。从脉象上看，肝肾阴虚证之脉象常表现为沉弦细数，而肝阳上亢证之脉象则多表现为弦劲出关，上越至寸，且因阳亢之故，细脉可暂时消失。此外，肝肾阴虚证除了有肝阴虚之外，还存在肾阴虚的病机及临床表现，如腰膝酸软，五心烦热，耳鸣、健

忘，阳事易举易泄，遗精，带下等症，这些都是临床鉴别的依据。

【古代文献】

《难经·五十三难》：经言七传者死，间脏者生，何谓也？然。七传者，传其所胜也。间脏者，传其子也。何以言之？假令心病传肺，肺传肝，肝传脾，脾传肾，肾传心，一脏不再伤，故言七传者死也。假令心病传脾，脾传肺，肺传肾，肾传肝，肝传心，是母子相传，竟而复始，如环无端，故言生也。

《难经·七十七难》：经言上工治未病，中工治已病者，何谓也？然。所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之与脾，故先实其脾气，无令得受肝之邪，故曰治未病焉。中工者，见肝之病，不晓相传，但一心治肝，故曰治已病也。

《辨证录·不寐门》：人有昼夜不能寐，心甚躁烦，此心肾不交也。盖日不能寐者，乃肾不交于心；夜不能寐者，乃心不交于肾也。今日夜俱不寐，乃心肾两不相交耳。

《罗氏会约医镜·论怔忡》：健忘者，心肾不交也。为事有始无终，言谈不知首尾。治者，宜补肾而使之上交，养心而使之下降，则水火交济，何健忘之有。

《理虚元鉴·心肾不交论》：虚劳初起，多由心肾不交，或一念之烦，其火翕然上逆，天精摇摇，精离精邃。浅者梦而遗，深者不梦而遗，深之极者，漏而不止。

《济生方·遗浊》：肾藏精，藏精者不可伤。皆由不善卫生，喜怒劳逸，忧愁思虑，嗜欲过度，起居不常，遂至心火上炎而不息，肾水散漫而无归，上下不得交养。心受病者，令人遗精、白浊。肾受病者，亦令人遗精、白浊。此皆心肾不交，关键不牢之致也。

《伤寒论·辨少阴病脉证并治》：少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。

《温病条辨·下焦篇》：少阴温病，其阴欲竭，壮火复炽，心中烦，不得卧者，黄连阿胶汤主之。

《重订严氏济生方·惊悸怔忡健忘门》：夫健忘者，常常喜忘是也。盖脾主意与思，心亦主思，思虑过度，意舍不清，神官不职，使人健忘。

《杂病广要·脏腑类·健忘》：健忘者，陡然而忘其事也。皆主于心脾二经，盖心之官则思，脾之官亦主思。此由思虑过多，伤于心，则血耗散，神不守舍，伤于脾，则胃气衰惫而虑愈深。二者皆令人遇事则卒然而遂忘也。

《景岳全书·杂证谟·虚损》：思本乎心。《经》曰：心怵惕思虑则伤神，神伤则恐惧自失，破胭脱肉，毛悴色夭，死于冬。此伤心则然也。然思生于心，脾必应之，故思之不已，则劳伤在脾。《经》曰：思伤脾。又曰：思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。凡此为病，脾气结则为噎膈，为呕吐，而饮食不能运，食不运则血气日消，肌肉日削，精神日减，四肢不为用，而生胀满、泄泻等症，此伤心脾之阳也。

《血证论·阴阳水火气血论》：火为阳而生血之阴，即赖阴血以养火，故火不上炎，而血液下注，内藏于肝，寄居血海，由冲、任、带三脉行达周身，以温养肢体。男子则血之转输无从觐验，女子则血之转输月事时下。血下注于血海之中，心火随之下济，故血盛而火不亢烈，是以男子无病而女子受胎也。如或血虚，则肝失所养，木旺而愈动火，心失所养，火旺而益伤血，是血病即火病矣。

《明医指掌·惊悸怔忡健忘证》：耳闻大声，目击异物，遇险临危，触事丧志，则心

为之忤，使人有惕惕之状，始则为惊悸，久而心虚停饮，水气乘心，胸中渗漉，虚气流动，水既上乘，心火畏之，心不自安，故怏怏然而怔忡也。

《医醇賸义·痹》：心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干善噫，厥气上则恐。此一条乃心经主病而兼肾病也。心为生血之脏，百脉皆朝于心。心脉支者挟咽，直者上肺。心营不足，故脉不通，心气不舒，故心下鼓，暴上气而喘。嗌干善噫，则支脉与直脉俱病也。厥气，乃肾之邪，水来克火，神衰而恐。恐属于肾，肾病应于心，故为兼病也。

《医碥·五脏生克说》：肾阴太盛，寒气上冲，心为之忤，或肾寒甚而逼其龙火上乘，心为之烦，皆肾水克心火也。若饮食过多，停蓄不行，心火被逼不安而悸者，与肾无涉。

《诸病源候论·咳嗽病诸候·久咳逆上气候》：肺感干寒，微者，则成咳嗽。久咳逆气，虚则邪乘于气，逆奔上也。肺气虚极，邪停于心，时动时作，故发则气，奔逆乘心，烦闷欲绝。少时乃定，定后复发，连滞经久也。

《医门法律·咳嗽续论》：盖膈上为阳气所治，心肺所居。支饮横居其中，动肺则咳，动心则烦，搏击阳气则痛，逼处其中，营卫不行，神魂无依，则悴死耳。

《医原·湿气论》：内伤寒湿……，总由阳虚不能输水所致。其病天气也，肺阳伤则水冷金寒，气不化水，有霾雾蔽空之象。肺阳遏，心阳亦为其所掩，有阴云蔽日之象。或水泛高原，为喘满，为痰嗽；或饮邪凌心，为心悸；或上干于头，为眩晕、呕吐。

《脾胃论·脾胃胜衰论》：肺金受邪，由脾胃虚不能生肺，乃所生受病也。故咳嗽、气短、气上，皮毛不能御寒，精神少而渴，情惨惨而不乐，皆阳气不足，阴气有余，是体有余而用不足也。

《辨证录·咳嗽门》：人有久嗽不愈，用补肾滋阴之药不效，反觉饮食少思，强食之而不化，吐痰不已者。人以为肺经尚有邪留于胃中，而不知乃脾胃虚寒，不能生肺，使邪留连于中脘而作嗽也。夫肺金之母，脾胃二经之土也。土旺则金旺，土衰则金衰，不补母以益金，反泻子以损土，邪即外散，肺且受伤，况留余邪未散乎！毋怪其久嗽而不愈也。然则治之之法，不可仅散肺之邪，而当急补肺之气；不可仅补肺之气，而尤当急补脾胃之土矣，然不可徒补脾胃也。

《济生方·补益》：人之有生，不善摄养，房劳过度，真阳衰虚，坎火不温，不能上蒸脾土，冲和失布，中洲不运，是致饮食不进，胸膈痞塞，或不食而胀满，或已食而不消，大便溏泄，此皆真火衰虚，不能蒸蕴脾土而然。古人云：补肾不如补脾。余谓：补脾不如补肾。肾气若壮，丹田火径上蒸脾土，脾土温和，中焦自治，膈开能食矣。

《医宗必读·肿胀》：虚人气胀者，脾虚不能运气也。虚人水肿者，土虚不能制水也。水强制于脾，实则统于肾，肾本水脏，而元阳寓焉。命门火衰，既不能自制阴寒，又不能温养脾土，则阴不从阳而精化为水，故水肿之证多属火衰也。

《罗氏会约医镜·论泄泻》：凡泄泻之病，多小水不利，水谷分则泻自止。……若病久者，阴不足者，脉症多寒者，形虚气弱者，口干非渴而不多饮，又不喜冷者，皆不可利。盖虚寒之泻，本非水有余，实因火不足，本非水不利，实因气不行。

《临证指南医案·痢》：痢症……因脾肾之阳素虚，阴邪从中而下者，先伤太阴，继伤少阴，关闸大开，痛泄无度，戊癸少化火之机，命阳无蒸变之力，此不饥不食，为呕为胀，理宜然矣，与邪多积热之候相比，绝然不同。

《景岳全书·杂证谟·咳嗽》：肺属金，为清虚之脏，凡金被火刑则为嗽，金寒水冷亦为嗽，此咳嗽所当治肺也。然内伤之嗽，则不独在肺。盖五脏之精皆藏于肾，而少阴肾脉从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，挟舌本，所以肺金之虚，多由肾水之涸，正以子令母虚也。

《金匱翼·劳热》：热劳者，因虚生热，因热而转虚也。其症心神烦躁，面赤，唇焦，身热，气短，或面舌生疮是也。

《杂病广要·内因类·骨蒸》：或谓痰火之证，本于亡血夺精，而其精之与血，皆真水真阴，有形有质，难成易亏者也。夫所谓痰火者，言末而忘本也。盖真水既亏，则相火随炽，壅迫津液为痰，故曰痰者火之标。然以癆瘵之症，谓曰阴虚火动者，盖以一言而括尽病之标本矣。

《医宗必读·乙癸同源论》：古称乙癸同源，肾肝同治，其说维何？盖火分君相，君火者居乎上而言静，相火处于下而主动，君火惟一，心主是也，相火有二，乃肾与肝。肾应北方壬癸，于卦为坎，于象为龙，龙潜海底，龙起而火随之。肝应东方甲乙，于卦为震，于象为雷，雷藏泽中，雷起而火随之。泽也、海也，莫非水也，莫非下也，故曰乙癸同源。东方之木，无虚不可补，补肾即所以补肝。北方之水，无实不可泻，泻肝即所以泻肾。……故曰肾肝同治。然木既无虚，又言补肝者，肝气不可犯，肝血自当养也。血不足者濡之，水之属也，壮水之源，木赖以荣。水既无实，又言泻肾者，肾阴不可亏，而肾气不可亢也。气有余者伐之，木之属也，伐木之干，水赖以安。夫一补一泻，气血攸分，即泻即补，水木同府。总之，相火易上，身中所苦，泻水所以降气，补水所以制火，气即火，火即气，同物而异名也。故知气有余便知是火者，愈知乙癸同源之说也。

《医碥·眩晕》：经以掉眩属风木，风即火气之飘忽者，风从火生，火借风煽，观焰得风而旋转可见矣。……赵以德谓顺静宁溢者水之化，动扰挠乱者火之用，头以脑为主，脑者髓之海，目之童子亦肾之精，二者皆属肾。水喜宁静而恶动扰，宁静则清明内持，动扰则散乱昏惑，故曰眩脑转云云。

《证治汇补·目疾》：肝血不足，眼皆生花，久视无力；肾水欠盈，神光短少，看一成二，俱属阴虚。当壮水之主，以镇阳光。

《辨证录·燥证门》：有两肋胀满……是肝气之燥乎？夫肝藏血者也。肝中有血，则肝润而气舒；肝中无血，则肝燥而气郁。……肝燥必当润肝，然而肝燥由于肾亏，滋肝而不补肾，则肝之燥只可少润于日前，而不能久润于长久，必大滋乎肾，肾濡而肝亦濡也。

《景岳全书·杂证谟·泄泻》：凡遇怒气便作泄泻者，必先怒时夹食，致伤脾胃，故但有所犯，即随触而发，此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土，脾气受伤而然。

《医原·内伤大要论》：尝见情志怫郁，悲忧思虑过度，心阳郁结，而肝脾肺之气亦因之郁结。肝叶撑张，则为胀为痛，多怒多烦。脾不输精，肺不行水，则生痰生饮，噎腐吞酸，食减化迟，大便作燥，不燥则泻。

《临证指南医案·木乘土》：肝为风木之脏，又为将军之官，其性急而易动，故肝脏之病，较之他脏为多，而于妇女尤甚。肝病必犯土，是伤其所胜也。……又《内经》所载肝病，难以尽述，大凡其脉必弦，肋或胀或痛，偏寒偏热，先厥后热。若一犯胃，则恶心干呕，脘痞不适，吐酸涎沫。

《医醇賸义·诸痛》：肝气作痛：肝为将军之官，其体阴，其用阳，故为刚脏，一有郁结，气火俱升，上犯胃经，痛连胁肋。

《伤寒指掌·呃逆》：肝木犯胃，气逆呃忒，脉小舌白，厥逆寒战，此肝气犯胃。……肝火上逆，如呃逆，舌黄而渴，左脉弦数，此肝火上逆为呃也。

《张氏医通·呕吐哕》：呕苦，邪在胆经，木善上乘胃，吐则逆而胆汁上溢，所以呕苦也。……中酸，湿热郁积于肝，肝火逆上，伏于脾胃之间，饮食入胃，被湿郁遏，不得转化，故作中酸，所谓曲直作酸是也。……吐酸，《内经》以诸呕吐酸，皆属于热。东恒又以为寒热，何也？若胃中湿气郁而成积，由湿中生热，从木化而为吐酸。久而不化，肝木日肆，胃土日衰，当平肝扶胃，逍遥散服左金丸。

《症因脉治·肝经咳嗽》：肝经咳嗽之因，木气怫郁，肝火时动，火盛刑金，则为咳嗽。或肝经少血，肝气亏损，则木燥火生，亦为喘咳。二者肝经之咳嗽之因也。肝经咳嗽之脉，左关弦数，或见弦急，肝经有热；或见弦细，或见弦涩，肝经少血。

《医学衷中参西录·论肺病治法》：肝中所寄之相火，因肝木横恣，更挟虚热而刑肺，于斯上焦顿觉烦热，吐痰始则粘滞，继则腥臭，肋下时或作疼，其弦而有力，或弦而兼数，重按不实。

《血证论·咳血》：盖咳嗽固不皆失血，而失血则未有不咳嗽者。……由肝之怒火上逆而咳，此失血之实证，必致咳嗽者也。

《医贯·喘论》：《经》曰：少阴所谓呕咳上气喘者，阴气在下，阳气在上，诸阳气泻，无所依归，故上气喘也。……真元耗损，喘出于肾气之上奔，其人平日若无病，但觉气喘，非气喘也，乃气不归元也。

《类证治裁·喘症》：肺为气之主，肾为气之根，肺主出气，肾主纳气，阴阳相交，呼吸乃和，若出纳升降失常，斯喘作焉。

《医学入门·喘》：阴虚火从脐下起，气短不能续呼吸，肾冷元气不能纳。下元虚冷，肾气不得归元者，九味安肾丸、八味丸；甚者，黑锡丹以镇坠之。烦躁无脉，身冷神昏者，死。

《血证论·喘息》：肾虚喘息者，以气之根原于肾。失血家，火甚水枯，不能化气，是以气短而喘，咳逆喘息，颊赤咽干，宜大补阴丸加牛膝、五味子以潜降之。

第十章

其他辨证概要

其他辨证，主要指六经、卫气营血、三焦及经络辨证。这几种辨证方法，在中医辨证学发展史上曾占有重要地位，乃至目前仍是某些学科临床辨证的主要方法。

第一节 六经辨证概要

【基本内容】

六经辨证是汉·张仲景依据《素问·热论》六经分证，并结合临床实践而创立的一种外感伤寒病的辨证方法。所谓六经，即是太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴。六经辨证不仅归纳概括了外感伤寒病发展变化过程中的不同病位，而且区分了病变的寒热虚实属性。举凡病位偏表在腑、正气强盛不衰、邪正抗争激烈者，为三阳证；病位偏里在脏、正气衰弱不足、邪正交争于里者，为三阴证。

六经辨证是以外感伤寒病发展过程中所出现的不同证候为依据，而证候的产生又是脏腑、经络病变的具体反映。所以，六经病证实质仍是脏腑、经络的病变反映。三阳病证以六腑及阳经病变为基础；三阴病证以五脏及阴经病变为基础。六经病证虽然概括了部分脏腑及经络病证，但由于六经辨证的重点在于分析外感风寒所引起的一系列病理变化及其传变规律。因此，六经辨证又不完全等同于脏腑辨证及经络辨证。

一、太阳病证

太阳病证是外感伤寒病初期阶段所表现的证候。病变部位主要在肌表，或循经内入于膀胱之腑，根据受邪后的不同反应，太阳病证又有太阳经证和太阳腑证的不同。

(一) 太阳经证

太阳经证是指由于风寒之邪侵袭人体肌表，邪正相争，营卫失和所表现的证候。

【临床表现】 恶寒，头项强痛，脉浮。

【机理分析】 风寒外束肌表，使卫阳被遏，失其温煦肌表之能，故见恶寒；太阳经脉循行于头项背部，寒邪凝滞经脉，经气不利，故有头项及背部强痛；正邪交争于肌表，脉气鼓动于外，故脉浮。

上述见症为太阳经证的主症主脉。由于感受邪气及个体的差异，太阳经证又有太阳伤寒和太阳中风之分。

1. 太阳中风证 太阳中风证是指以风邪为主侵袭太阳经脉，致使卫强营弱而表现的证候。临床又称外感表虚证。

【临床表现】 发热，恶风，自汗出，脉浮缓，或见鼻鸣、干呕。

【机理分析】 风为阳邪，邪正交争于表而发热；风性开泄，致使腠理疏松，玄府开泄而见汗出、恶风；汗出营阴受损，脉道松弛而有脉浮缓。致于鼻鸣、干呕，乃是肺卫受邪，失于宣降之象。

以恶风，汗出，脉浮缓为辨证要点。

2. 太阳伤寒证 太阳伤寒证是指以寒邪为主侵袭太阳经脉，致使卫阳被遏，营阴郁滞所表现的证候。临床又称伤寒表实证。

【临床表现】 恶寒，发热，头项、肢体疼痛，无汗而喘，脉浮紧。

【机理分析】 寒为阴邪，束表遏卫，肌肤失于温煦则恶寒；邪正交争，卫阳奋起抗邪则发热；寒性凝滞收引，营阴郁滞，脉道不畅，则见不通则痛的头项、肢体疼痛。寒邪束表，腠理致密，玄府不开则无汗；寒邪束脉，脉体绷急则脉紧。致于喘症，乃是肺气失宣，气道不利之象。

以无汗，头身疼痛，脉浮紧为辨证要点。

（二）太阳腑证

太阳腑证是指太阳经证未解，又内传于膀胱之腑所表现的证候。根据病机和临床表现的不同，太阳腑证又有蓄水证和蓄血证的区别。

1. 太阳蓄水证 太阳蓄水证是指太阳经证未解，邪热内传膀胱之腑，与水互结，影响膀胱气化，水液停蓄所表现的证候。

【临床表现】 发热，恶寒，少腹满，小便不利，消渴，或水入即吐，脉浮或浮数。

【机理分析】 太阳经证未解，故恶寒，发热，脉浮仍见。邪热内传，与水内结于膀胱，膀胱气化不利，水液内停，故见少腹满、小便不利；邪水互结，气不化津，津不上承，故见口渴欲饮。饮多水停于胃而上逆，故见水入即吐。

以发热，恶寒与少腹满，小便不利并见为辨证要点。

2. 太阳蓄血证 太阳蓄血证是指太阳经证未解，邪热内传，与血互结于下焦所表现的证候。

【临床表现】 少腹急结或胀满，小便自利，如狂或发狂，善忘，大便色黑似漆，脉沉涩或沉结。

【机理分析】 太阳经证失治，邪热内传，与血互结于下焦少腹，而致少腹急结或胀满；病在血分，未影响膀胱气化，故小便自利；瘀热互结，上扰神明，心神受扰，则见如狂、发狂、善忘等神志错乱之状；瘀热下行，随便而出，则见便黑似漆。脉沉涩或沉结，乃是瘀热阻滞，脉道不畅所致。

以少腹急胀，小便自利，如狂便黑为辨证要点。

二、阳明病证

阳明病证是指伤寒病发展过程中，阳热亢盛，胃肠燥热所表现的证候。其性质为里热实证。

【临床表现】 身热，不恶寒，反恶热，汗自出，脉大。

【机理分析】 阳明病证由太阳经证表邪未解，入里化热，或因素体阳盛，病邪初感便入里化热而成。由于里热炽盛，热蒸于外则身热；热迫津泄则汗自出；阳热独盛故不恶寒、反发热；热盛血涌，脉道充盈而见脉大。

阳明病证以邪热炽盛，正气不衰为特点。临床辨证以身热，恶热，汗出，脉大为辨证要点。阳明病证又有阳明经证和阳明腑证的不同。

（一）阳明经证

阳明经证是指邪热亢盛，充斥阳明之经，弥漫全身，而肠中糟粕尚未结成燥屎所表现的证候。

【临床表现】 身大热，汗大出，口大渴而引饮，或心烦躁扰，气粗似喘，面赤，苔黄燥，脉洪大。

【机理分析】 邪热充斥阳明之经则身热；邪热蒸津外出则汗出；汗出津伤，则口渴引饮；热迫血涌，脉道充斥而面赤、脉大；热扰阳明，则心烦躁扰；热迫于肺，气道不利，则见气粗似喘；舌苔黄燥，亦为热盛伤津之象。

以大热、大汗、大渴、脉洪大为辨证要点。

（二）阳明腑证

阳明腑证是指邪热内炽阳明之腑，并与肠中糟粕相搏，燥屎内结所表现的证候。

【临床表现】 日晡潮热，手足濇然汗出，脐腹胀满疼痛，痛而拒按，便秘不通，甚则神昏谵语，狂乱不眠，舌苔黄厚干燥，或起芒刺，甚则苔焦黑干裂，脉沉实或滑数。

【机理分析】 阳明经气旺于日晡，肠腑实热弥漫于经，伤津蒸汗，故见日晡潮热，手足濇然汗出；邪热糟粕内结肠腑，腑气闭阻不通，则见脐腹胀满疼痛，便秘不通；邪热上扰心神，则见神昏谵语，狂乱不眠；苔黄厚燥或起芒刺、焦黑干裂，皆为燥热内结，津液被劫之象；燥热内结，脉道壅滞，则见脉沉实，若邪热迫急，亦可见脉象滑数。

以日晡潮热，手足濇然汗出，脐腹胀痛，大便秘结，苔黄厚燥，脉沉实为辨证要点。

三、少阳病证

少阳病证是指邪犯少阳胆腑，枢机失运，经气不利所表现的证候。本证之邪既不完全在表，又未完全入里，而是邪居半表半里，故又称少阳病证为半表半里证。

【临床表现】 口苦，咽干，目眩，寒热往来，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，脉弦。

【机理分析】 邪居半表半里，出与阳争则发热，入与阴争则恶寒，故有寒热往来之状；胆热上蒸伤津，则见口苦、咽干；邪热上扰清窍，则见目眩；邪郁少阳，经气不利，故见胸胁苦满；胆热扰于胃腑，使胃失和降，则见嘿嘿不欲饮食或呕；胆热扰心，则见心烦。脉弦为肝胆受病之象。

以寒热往来，胸胁苦满，脉弦为辨证要点。

四、太阴病证

太阴病证是指脾阳虚衰，邪从寒化，寒湿内生所表现的证候。太阳病证为三阴病证之轻浅阶段，以里虚寒为病变特点。

【临床表现】 腹满而吐，食不下，时腹自痛，自利，口不渴，四肢欠温，苔白腻，脉沉缓弱。

【机理分析】 脾虚邪入，运化无权，寒湿内生，阻滞中焦，脾胃升降失司，故见腹满而吐、食不下、时腹自痛；寒湿下注则下利；寒湿内盛则口不渴，苔白腻；脾阳不达于四末，故四肢欠温；脾虚湿盛，脉道弛缓，故见脉象缓弱。

以腹满时痛，自利，口不渴等虚寒之象为辨证要点。

五、少阴病证

少阴病证是对伤寒六经病变发展到后期，呈现全身性虚惫所见证候的概括。病位责之心、肾二脏。临床又有从阴寒化、从阳热化两类证候。

（一）少阴寒化证

少阴寒化证是指阳气虚衰，病邪入内，从阴化寒，阴寒独盛所表现的虚寒证候。

【临床表现】 无热恶寒，但欲寐，四肢厥冷，下利清谷，呕不能食，或食入即吐，脉微细甚则欲绝。或见身热反不恶寒，甚则面赤。

【机理分析】 少阴阳气虚衰，阴寒独盛，肢体、心神失于温养，故见无热恶寒，但欲寐，四肢厥冷；阳衰火不生土，脾胃升降纳运失常，故有下利清谷，呕不能食或食入即吐；阳衰不能鼓血盈脉，则见脉微细欲绝。至于身热反不恶寒或面浮红，为阴盛格阳，虚阳浮越之假热现象。

以无热，肢厥，下利，脉微为辨证要点。

（二）少阴热化证

少阴热化证是指阴虚阳亢，病邪入内，从阳化热所表现的证候。

【临床表现】 心烦失眠，口燥咽干，舌尖红，脉细数。

【机理分析】 邪入少阴从阳化热，灼耗真阴，心肾不交，水火失济，心火独亢，心神不宁，故见心烦不眠；阴液亏虚，津不上承，则见口燥咽干。舌尖红，脉细数，为阴虚阳亢之虚热征象。

六、厥阴病证

厥阴病证是对伤寒病发展传变的较后阶段，所出现的阴阳对峙、寒热交错、厥热胜复等证候的概括。临床以寒热错杂证为其提纲。

【临床表现】 消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔。

【机理分析】 足厥阴肝经属肝络胆而夹胃，故厥阴病证多以肝、胆、胃的病状为主。邪入厥阴，阴阳交争，寒热错杂。阳热趋上，灼劫阴津，则见消渴；肝热上逆，气冲心胸，则心中疼热；阴寒趋下，脾胃虚弱，更因肝木之乘，胃失和降，脾失健运，故有饥不欲食，强食则吐，若肠胃有蛔，也可见吐蛔。

七、六经病证的传变

六经病证依据脏腑、经络的相互联系，病证可以相互传变。一般可分为传经、直中及合病、并病等。

病邪自外而内逐渐发展，由某一经病证传变为另一经病证，称为“传经”。按六经顺序相传者，称“循经传”；若是隔一经或两经相传者，称“越经传”；若按相互表里的两经相传者，称“表里传”。

若伤寒初起病邪不经三阳经传入，而是径直入三阴经者，称为“直中”。

伤寒病不经传变，而是两经或三经同时出现病证者，称为“合病”。

伤寒病凡一经之证未罢，又见它经病证者，称为“并病”。

【补充阐发】

一、六病与六经之说

六经辨证创始于东汉张仲景的《伤寒论》，其在《伤寒论》中，原本以太阳、阳明、

少阳、太阴、少阴、厥阴“三阴三阳病”立论，分析了外感热病一系列病理变化及其传变规律。可是，自宋代朱肱著《类证活人书》，对此称之为“太阳经”、“阳明经”、“太阴经”等之后，清代汪琥积极响应此说，谓“仲景书止分六经，不言手足，其实则合乎经而皆病”（《伤寒论辨证广注》）。遂致“六病”以“六经”之说代而蔓延开去，沿袭至今，影响甚大。有关《伤寒论》研究的诸多曲解谬说，无不与这一“经”字有关。今当力斥其非，拨乱反正。北京王琦（《中医杂志》，1983，24（6）：4）曾就此专门撰文，对《伤寒论》研究中传统的“六经”之说，大胆地提出了异议。

（一）“六经”之说原著没有根据

《伤寒论》中三阴三阳六病，之所以不能称为“六经”的理由，首先是因为在原著中找不到根据。仲景在《伤寒论》中只言“辨太阳病脉证并治”、“辨阳明病脉证并治”、“辨太阴病脉证并治”等，从未说过“太阳经病”、“阳明经病”、“太阴经病”……。《伤寒论》全书找不到“六经”二字，可见“六经”之说，实属强加于仲景。诚如章太炎先生所说：“仲景本未用‘经’字，不烦改义”（《章太炎医论》）。然而有人说《伤寒论》的第4条：“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传；颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也。第5条：“伤寒二三日，阳明、少阳证不见者，为不传也”。第8条：“太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也；若欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈”。这三条就是讲传经的。恰恰相反，这三条却证明无传经之说。认为此是讲传经者，是抓住原文中“为传也”三个字在大作文章，说“传”就是“传经”。这就明明凭空在原著“传”字后面多加了一个“经”字。而且又将原文第8条的“再经”，强解为“传经”，无中生有，进行曲解。何谓“传”？此传非传递之义，乃使传变之意。如《素问·水热穴论》说：“人伤于寒，而传为热”。王冰注解云：“‘传’，为‘转’”。用今天的话来说，就是“变化了”的意思。故原文本意是说病有脉、症的变化，才有“传”；无脉、症的变化，就无所谓“传”；也就从根本上否认了外感伤寒，日传一经之说。正于清代柯韵伯所说：“本论传字之义，各各不同，必牵强为传经则谬”。由于《伤寒论》不讲“传经”，所以它根据各种情况分别用不同病理名词来表达，曰合病、曰并病、曰转属、曰转系、曰转人等，就是不言传经，如果硬以传经强解，那就不是张仲景的本意了。因此，把《伤寒论》所讲之“传”，强解为“传经”而作为“六经”之说的理由，是站不住脚的。

（二）“经”是病程期限——“经过”

《伤寒论》中所讲的“经”究竟是什么？如“太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也，欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈”。何谓“经”？何谓“经尽”？何谓“再经”？何谓“经不传”？若把诸“经”理解为六经之经，则属误解。《伤寒论》对外感病中的某些类型，大体以六日为一过程，称为“经”，即“经过”之义。第一个期限过了，就叫“经尽”；如果病未痊愈，又进入第二个过程，称之为“再经”。所以仲景说，太阳病头痛，经过七天以上，已经经过了一个期限，即“已行其经尽”之谓，故不言“传其经尽”。在外感病，包括急性传染病中，其发病和向愈转归都有一定的时间。值得指出的是，仲景言“行经”、“过经”等多与时间并提，如“太阳病，过经十余日”（103条），这是很好的启示，所谓六经循经传是讲不通的，盖经气之行，无有休止，各有所处，三阴三阳，难道值日受病不成？谁又见过疾病如此传变？由于持六经之说者，头脑里先存有“传经”之见，所以才处处看成传经。

《伤寒论》不讲传经，那么讲不讲经络呢？有没有经络病变呢？回答是肯定的。如“针足阳明”就是指阳明经。我们反对太阳病就是手太阳小肠、足太阳膀胱等某经配某病的提法，并不等于否认伤寒六病与经络脏腑的密切关系。六病的任何临床表现和特点，究竟系属何脏腑、何经络，或何脏腑经络的病变，得作具体分析。例如太阳病中的那么多证候，如果都笼统地以“太阳经”解之，实在无法说通。同理，其他如阳明病、少阳病、太阴病等中的诸多证候，代之以“阳明经病”、“少阳经病”、“太阴经病”的“六经”之说，显然于理难容。

（三）附会《内经》，误之又误

有人认为伤寒六经与《素问·热论》、《灵枢·经脉》一脉相承，传经之说源于《素问·热论》。其实，《热论》也不是讲传经。《热论》中所谓一日巨阳受之，二日阳明受之，三日少阳受之等等，“受之”并非“传之”，旨在说明三阳经受邪发病的时期有深浅先后的不同，并不是传经日期，并不是一经只病一日、日传一经。这一点《伤寒指掌》已经有所揭示，“传经”源于《热论》，实属加罪之词。再说《素问·热论》与《伤寒论》的三阴三阳，颇多区别。《热论》是指经脉，《伤寒论》则言六病；《热论》只言热证，《伤寒论》不仅言实热，而且讲虚寒；《热论》以三阳为表，为经络病，不涉脏腑，而《伤寒论》三阳、三阴病皆连及脏腑。程郊倩说：“《素问》之六经，是一病只见之六经；仲景之六经，是异病分布之六经。《素问》之六经，是因热病而源及六经；仲景之六经，是设六经以赅尽众病”。柯韵伯说得更为概括明了：“仲景六经，是‘经界’之经，而非‘经络’之经”。又说：“《热论》之六经，专主经络为病，但有表里之实热，并无表里之虚寒，但有可汗可泄之法，并无可温可补之例。仲景之六经，是六区地面，所赅者广，凡风寒湿热，内伤外感，自表及里，有寒有热，或虚或实，无所不包”（《伤寒论翼》）。事实上，国内外许多学者对“六经”之说早已竭力匡谬。如日本学者喜多村说：“本经无六经字而，所谓三阴三阳不过假标以表里寒热虚实之义，固非脏腑经络相配之谓也……本证所谓三阴三阳，所以标病位也，阳刚阴柔，阳动阴静，阳热阴寒，阳实阴虚，是即常理”（《伤寒疏义》）。恽铁樵说：“故问六经为何物？则径直答曰：六经者，就人体所署之病状为界说也，是故病然后有六经可言，不病直无其物。执不病之驱体而指某处是太阳，某处是阳明，是不可得而指名，然则何解于《灵枢》之经络？”（《伤寒论研究》）。

由上观之，《伤寒论》的三阴三阳与《素问·热论》根本是两回事，正如章次公先生所说：“我们必须认识到《伤寒论》的六经与《内经》绝对不同。……仲景的六经，是旧名词赋与新定义，含义各别，与仲景的六经混合解释，以致造成极大错误。我们一定要跳出前人窠臼，才能发现《伤寒论》的真正价值，已往的疑窦，就焕然冰释了”。

《伤寒论》与《灵枢·经脉》的区别是：《灵枢·经脉》主要讲的是动病、所生病，《伤寒论》六病各有主症主脉及寒热虚实辨证，不是“因经定症”，而是“因症定病”；《灵枢·经脉》所述病证与《伤寒论》三阴三阳所述病证根本不同，前者按十二经循行顺序阐述，后者则以三阴三阳作为对外感疾病的分类；《灵枢·经脉》治法只提一般治疗原则，且以针灸为主，而《伤寒论》则按每一病的病位深浅、寒热虚实属性、阴阳消长趋势、表里先后缓急而立法施治。两者有质的不同，无怪陆渊雷说：“用《热论》之文读《伤寒论》固误，用《经脉》读《伤寒论》误之又误，为其由经络附会《热论》，由《热论》附会《伤寒论》有两重误会”（《伤寒论概要》）。说明《伤寒论》六病与《素问·热

论》、《灵枢·经脉》虽然有密切联系，但有联系并不等于就是“一回事”。《伤寒论》六病与《内经》六经的关系，亦是如此。

《伤寒论》流传至今，争论的问题很多。还本仲景“三阴三阳”六病原貌，就可解释很多无谓的争议。过去，由于用某一经络脏腑与某一病机械配属，结果条文解释不通，常常回折穿凿，捉襟见肘，致一部灵巧活泼辨证专书，变得死板教条。去六经之说，则可去晦返真，澄清概念，重新回到三阴三阳六病的辨证体系中来。

三阴三阳是既有联系，又各立门户的并列的六病。六病之中，又包括阴阳表里寒热虚实种种证候，因此只能理解为外感病的六大类型。

二、强分经证腑证有悖仲景原旨

长期以来，中医学术界习惯于将《伤寒论》中的太阳病、阳明病分为“经证”和“腑证”来解释病机，中医高等院校的教材，也无不是执此而论之。然而却很少有人深思这样做的根据和正确程度，以致这种观点一直流传至今，通过分析、研究《伤寒论》有关原文，我们认为，太阳病和阳明病无须分为“经证”与“腑证”，强分的观点与张仲景原文旨意相悖，它严重影响了对《伤寒论》的理解和应用。

（一）太阳经证剖析

按照划分“经”、“腑”的说法，太阳经证，即太阳经脉的病变，是太阳经脉所络属之腑是膀胱，故太阳腑证则就是指膀胱的病变。然而以原著为本分析来看，就会发现这种观点是不符合实际的。

《伤寒论》太阳病篇，虽然多次提到“经”字，“如以行其经尽”、“附子温经”、“过经”、“到经不解”、“太阳随经”等，但这些条文并不就等于太阳经证。通观全篇，更无一处提到腑证，可见仲景当时并没有经证与腑证之分。经腑并提，首见于西晋王叔和所著的《伤寒例》，其曰：“此三经皆受病，未入于腑者，……已入于腑者，可下而已”。其文虽然引自《内经·热论》，但内容已不全同，主要是把“未入于脏”的“脏”字，改作“腑”字，并且补充了“已入于腑”一句，然而叔和之意，乃专指阳明腑实，而不是指膀胱。将太阳病分为经证、腑证，始于宋代成无己对《伤寒论》106条所谓“蓄血证”原文的注解，其云：“太阳，膀胱经也，太阳经邪热不解，随经入腑，为热结膀胱。其入如狂者，为未至于狂也，但不宁尔”。他又在对《伤寒论》124条作注释时说：“太阳，经也；膀胱，腑也；此太阳随经入腑者也”。到了明代，方有执又把“蓄水证”与膀胱腑联系起来，方氏云：“五苓散两解表里而得汗者，里属腑，腑者，阳也”。清初俞嘉言则进一步把“水逆证”与腑挂起钩来，说“邪入于腑，饮水则吐者，名曰水逆”。又谓：“自经而言，则曰太阳；自腑而言，则曰膀胱”。几经历代许多注家的发挥，于是就逐渐形成了太阳病分经、腑之论。沿袭至今，可原书不见明确记载。

再来剖析一下原著有关太阳病的具体条文，《伤寒论》原文中，提及“太阳病”或“太阳”者，约有七十二条。其中所论就有许多病变，不能仅以太阳经脉病来作解释。例如，第12条太阳中风之“鼻鸣干呕”，“鼻鸣”是肺气不利，“干呕”则为胃气上逆，均非太阳经脉所能概括。原书冠以“太阳病”的许多条文，有的具有表证的特点，有的则具有里证、热证、实证的特点，说明太阳病包括了多种病证，这些均难以仅用太阳经脉的病变来加以解释。太阳病，就是手太阳小肠经、足太阳膀胱腑等某经配某腑病的论点，显然不尽合理。对于《伤寒论》中所言太阳、阳明、厥阴等六病，究竟是属于何脏、何

腑、何经络的病证，皆应以其临床表现为依据作具体分析。例如，第94条“太阳病未解，脉阴阳俱停，必先振栗，汗出而解，但阳脉微者，先汗出而解；但阴脉微者，下之而解，若欲下之，宜调胃承气汤”。此虽言“太阳病”，可实际既不是太阳经脉的病证，又不是太阳膀胱腑的病变，而是胃肠燥结的病证。

为了支持“太阳经证”的立论，有学者还提出，所谓太阳经证，不是专指经络，而是指太阳经气，太阳与膀胱相表里，从经、腑来分析太阳病的病理，并据以划分太阳病的经、腑证型，有何不可？其实，对太阳经证的这种“经气”之说，早在明代李时珍就已经提出了不同的、符合实际的见解。他通过多方面的论证，得出了“然风寒之邪，皆由皮毛而入，皮毛者，肺之合也。肺主卫气，包罗一身，天之象也。是证虽属乎太阳，而肺实受邪气”的结论，并指出“麻黄汤虽发汗重剂，实发散肺经火郁之药也”。陶节庵也认为太阳病，并非太阳经脉、经气之病，而与肺的关系密切，故他提出了“气逆作喘，非肺经乎？”的诘问。结论《伤寒论》原文分析与临床实际，可以充分说明太阳病经证，绝不是限于其经脉的病变。

（二）太阳腑证剖析

依据太阳病分经、腑之论，太阳腑证即膀胱的病变。主要根据其小便“利”与“不利”及其他症状，历来又将太阳腑证分为“膀胱蓄水”证与“膀胱蓄血”证。它是以《伤寒论》太阳病篇第71条、72条、73条、74条原文所论病证为依据归纳而来的。可是这四条原文，无一提及“蓄水”及“膀胱”字样，更没有称其为“太阳腑证”，而仅言太阳病发汗后或自汗，出现了小便不利或烦渴，水逆等症的水气不化之证。而“水气不化”与肺、脾、肾以及三焦等许多脏腑的功能皆有密切关系，正如何韵伯所说：“小便由于气化，肺气不化，金不生水，不能下输于膀胱，心气不化，离中水虚，不能下交于坎，必上焦得通，津液得下。……必先上焦如雾，然后下焦如渎，何有烦渴癃闭之患哉！”既然如是，又怎么能独责之于膀胱呢？原文中的“消渴”、“水入即吐”难道也是因为“水蓄膀胱”吗？张令韶曾说：“小便不利者，乃脾不转输，水津不布而消渴，故用五苓散以散之”。说明“消渴”及“水逆”分别是脾输不利，水津不布及三焦转输不利所致，而不是“水蓄膀胱”的原因。因此，把上述四条原文所论之病证，概归责于膀胱功能失调，称为太阳（蓄水）腑证，是不符合实际的。

所谓“蓄血”证，其所依据的《伤寒论》原文亦有四条，即第106条、124条、125条、126条。从临床表现来看，四条“蓄血”证的主症是：小腹急结或疼痛，其人如狂或发狂。然而膀胱的功能与精神活动无关，血蓄膀胱为什么会引起“其人如狂”的精神症状呢？且膀胱主气化司小便，其有病者必然会影响排溺，但原文却反复强调，蓄血证当“小便自利”，可见其病变并不在膀胱。《素问·灵兰秘典论》说：“膀胱者，州都之官，津液藏焉”，何以有血蓄其中？难怪钱天来也提出质问：“若果膀胱之血蓄而不行，则膀胱瘀塞，下文所谓少腹鞭满，小便自利，又何自出乎？”故《医宗金鉴》说：“膀胱为水府，血本无以容蓄也”。从方剂作用来分析，桃核承气汤及抵挡汤皆义在通瘀，使血从肠道而出，大黄、桃仁、水蛭、虻虫诸药，无一味是作用于膀胱的。由此可见，所谓“蓄血”证，既非膀胱之病，更无血蓄于其中，“血蓄膀胱”的说法是不成立的。

综上所述，无论是“蓄水”证，还是“蓄血”证，皆非是或仅是膀胱的病变。因此，把它们称之为“太阳腑证”是不符合原著实际的。正如南京伤寒学专家陈亦人先生所说：

“把蓄水、蓄血说成膀胱腑证，全由附会而来，不足凭信”。

（三）阳明经证与腑证

象太阳病一样，《伤寒论》原书论阳明病，并没有什么经证、腑证之分。传统所称之“阳明经证”，即是表现为“大热、大汗、大渴、脉洪大”的白虎汤证；“阳明腑证”，即是指表现为“痞、满、燥、实、坚”的胃肠燥结之承气汤证。仅就阳明经证而言，《伤寒论选读》教材在此节项下列有原文六条，即第181条、350条、224条、26条、173条、175条。这里没有一条提到经证的概念。若依前述太阳病划分经、腑的说法，此岂能用阳明经脉的病变之理，解释得通这些病症？如果称白虎汤证为经证，承气汤证为腑证，那么阳明病中象中寒、中风、黄疸、呕吐等其他病症将何以待？将何以称？太阳病中的“中喝”之治，亦用白虎汤，难道也能称之为“阳明经证”吗？

仲景《伤寒论》以太阳、少阳、阳明和太阴、少阴、厥阴“三阴三阳”六病立论辨证，而在三阴病中，古今从未有人谈什么经证、腑证，即便同一三阳病，少阳病则伤寒诸书从不作经、腑论，不知唯独太阳、阳明病与其他四病有何特殊之理而言分经、腑证。硬从太阳病及阳明病中，强分出“经证”与“腑证”，实是仲景之所未言，而有悖仲景之旨意。既于原著中无依据，又在理论上站不住脚，对实践也无指导意义。

三、关于少阳病的位置

《伤寒论》六经辨证体系，将外感病发生、发展、变化的全过程概括为六个阶段，既为阶段，其间必有一般的次第联系。对于少阳病所处的阶段位置，历来颇多争论，说法不一，约之有三。

（一）认为少阳居三阳、三阴之间

理由是伤寒六经分证起源于《内经》。《素问·热论》有云：“伤寒一日，巨阳受之……，二日阳明受之……三日少阳受之……四日太阴受之”。张锡纯说：“至《伤寒论》六经之次序，皆以《内经》为法”。因此，少阳在阳经之末，阴经之前；少阳篇也在阳明篇之后，三阴篇之前；从某些条文（如第271条、270条）来看，少阳病是由阳入阴的过渡。所以程郊倩说：“少阳在六经中典开阖之枢，出则阳，入则阴”。张锡纯更为明确地说：“少阳之去路原为太阴之经”。喻嘉言也有“风寒之邪从阳明传入少阳”之说。诸如此类，便是此说立论的根据。

（二）认为少阳介于太阳、阳明之间

根据《内经》以少阳为枢之说，从经络循行来看，手足少阳均处太阳、阳明之间。虽然有人提出：“《伤寒论》中……六经之名，源虽出于《内经》，意义已非《内经》之旧，不宜以彼释此”（《伤寒论今释》）。但在《伤寒论》注释中，不少医家如皇甫谧、成无己、柯韵伯等，仍依之作为说理根据。而《伤寒论》原文（第266条），也有少阳病邪来自太阳经之说，且少阳主方主证也都放在太阳篇介绍。这些都是坚持此论的佐证。

（三）调和于以上两种意见之间

张锡纯说：“介于太阳、阳明之间者，手少阳也；传经在阳明之后者，足少阳也……，是以《内经》谓少阳为游部”。徐大椿认为，“然则少阳虽在太阳阳明之间，而传经乃居阳明之后，……盖以所居之位言，则少阳在太阳阳明之间；以从入之道言，则少阳在太阳阳明之内”。而喻嘉言更有“少阳之邪，来自阳明又还出阳明”之说。

可以认为，对于少阳半表半里证，不应单从文字上去推敲，也毋需争执不休，而应

探求其精神实质，着眼于临床实际。一切病证都不是静止孤立的，而是不时地变动着，少阳证固亦不例外。不管它何时出现，只要是少阳病证，就得承认它，有是证，则用是药，而不必拘泥于病位置处如何。

四、太阳中风证的虚实属性

太阳中风证，是指风邪侵袭太阳经，以致卫强营弱，营卫失调所表现的证候。它属伤寒六经病证中太阳病证的类型之一。因其是风邪为犯，故《伤寒论》将其称为“太阳中风”。又因其表现有汗出，脉浮缓，后世又将其称为“太阳表虚证”，与太阳伤寒无汗、脉浮紧互为对应。

太阳表虚证虽言“虚”证，但其并非正气虚弱之虚证。相反，其性质恰属实证。以下三方面均可说明。

其一，从《伤寒论》原意来看。专论太阳中风证的条文有2、10、12、13、95等。这些条文中，主要对太阳中风证的病因病机、脉症及治疗进行了具体论述，其中第12条论述病机时提出其形成是由于风邪侵袭，以致营弱卫强，除仅有“弱”字之外，其余均没有能反映太阳中风即为“虚证”之意。况且，此处“营弱”结合原文精神来看，也并非指营血亏虚，实质是与“阳浮者热自发”的这种“卫强”相对而言。正是由于“卫强”，才导致“卫”不能与“营”协调而形成本证的主要病理。这一点从53条、54条中均能明示。另外《伤寒论》第26条、111条、158等条的论述，还可以证得太阳中风证，之所以转化为虚证，均是由于误治而变生。可见，太阳中风证在误治之前并非虚证。再则，根据《伤寒论》有关桂枝汤证各条综合起来看，既没有一条说桂枝汤证是表虚证，也没有一处记载可用桂枝汤治疗表虚证。所以，从《伤寒论》中难能证明太阳中风表虚证的“虚”即为正气不足的虚证之“虚”。

其二，从病因病机来看。虚证，是指正气不足，机体抗邪能力低下，机能活动减退表现的证候。其病究之于先天不足或后天失养两个方面。

其临床表现以不足和脱失为特点。然而太阳表虚证，是风邪侵袭太阳经，卫气被扰，浮盛于肌表与邪气奋起抗争，而致“卫强营弱”所形成。这与虚证的正气不足显然不同。另外，就其主要脉症中的汗出、脉浮缓的“缓”，虽与虚证的某些表现相似，但它们在产生的机理上有着根本的区别。太阳表虚证的汗出，是由于卫气受邪，功能失常，不能固表，加之风性开泄，以致腠理疏松，故津液随之外泄而汗出。而虚证的汗出，主要是因为正气虚弱，卫气不足而无力固表，汗孔失固，津液外露而致。太阳表虚证的脉缓，是因风邪伤卫，肌腠疏松，营不内守而汗出所致；而虚证中的脉缓，是因脾胃虚弱，气血不足，无以充盈与鼓动脉道而成。再则，太阳表虚证的脉缓是与浮脉相兼，而虚证中的脉缓则常在沉位出现。从以上可以看出，病因病机也无法说明太阳表虚证即是正气虚弱的虚证。

其三，从治疗上来看。“虚则补之，实则泻之”，这是中医针对虚实不同的病证所制定的治疗大法。如果说太阳表虚证属正气虚弱的虚证，其治疗原则也应遵守大法，当用扶正解表。但是，《伤寒论》却对本证采用了与太阳伤寒论（太阳表实证）相同的治疗原则——即汗法，选用具有解肌发表，调和营卫功效的桂枝汤为主治方。所以说，从治疗上来看，对太阳中风证按正气虚弱的虚证来理解，也与理不能。虽然也有人以桂枝汤中有补益作用的药物，便作为本证属虚证的立论依据。但是综观《伤寒论》便可知仲景用桂枝汤目的全在于解表发汗，调和营卫。这一点在《伤寒论》的54条、57条、372条等

条文均可佐证。那么，仲景桂枝汤方中用补益药用意究竟何在？从桂枝汤的功效也显而易见，意在抑制“卫强”，促进营卫关系的正常化。因为，太阳表虚证的主要病机是由于“卫强”不与“营”和，才使二者关系失调，要使它们恢复正常协调关系，一方面通过解肌发汗，使邪随汗去而卫气恢复正常；另一方面利用节制“强卫”，用以防止邪汗太过而伤营，以利于营卫正常关系的恢复。这样只有桂枝汤才能不负重望。方中桂枝发表解表，白芍和营敛阴，二者配伍一散一敛，调和营卫，可使表邪得解，里气以和；生姜辛温发散，助桂枝解肌发汗，祛散表邪，抑制“强卫”，大枣甘缓益脾，助白芍和营敛阴，以防邪汗太过，甘草甘缓和中，调合诸药。诸药合用，恰与太阳表虚证病机合拍。所以说，仲景桂枝汤中用补药意并不在补，而重则和营。既然如此，从治疗中也难以支持太阳表虚证即为虚证的立论。

五、太阳中风与太阳伤寒的病机区分

太阳中风和太阳伤寒，是《伤寒论》中太阳病的两个证型。宋·成无己有中风证为“风并于卫，卫实而荣虚”，伤寒证为“寒并于荣，荣实而卫虚”之说。此论一出，后世遵崇，相沿至今。从两证的受邪性质、病变部位等方面分析，两证病机，实则不同。

（一）风和寒性质相同，仅程度上的差别

《伤寒论》中有关太阳中风和太阳伤寒的主要条文如下：

“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。”“太阳中风，……啻啻恶寒，渐渐恶风，……桂枝汤主之。”

“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”“太阳病，头痛发热，身疼腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。”^{〔2〕}

“恶风”与“恶寒”在两证中的错综出现，说明了这两个症状仅是程度上轻重的不同。“恶风”、“恶寒”，两者均为“厌恶风寒”之象。感受风寒较轻，而出现轻微恶风寒（有风则恶，无风则否），称为“恶风”；感受风寒较重，而出现较甚的恶风寒（无风亦发冷憎寒），称为“恶寒”。盖风者，冷气之行也，为来去不定，骤至骤往之寒。寒与风，均为阴冷之邪，且两者每每相因而至，因此常风寒并称。在造成太阳病的病理损害上，两者亦仅是程度上的轻重不同而已。明乎此，则可明瞭以《伤寒论》中常将“恶风”、“恶寒”作为互词了。但恶寒者必恶风，而恶风者不一定恶寒，显示出感邪的轻重差别，这是当分辨的。

由此可知，太阳中风和太阳伤寒，均是外感风寒所致。太阳中风感邪较轻，太阳伤寒感邪较重。这是两证在受邪性质及轻重上的异同。

（二）中风乃风寒犯营，伤寒乃风寒犯卫

清代陈修园，将太阳中风称为“表虚证”，太阳伤寒称为“表实证”。这种命名，揭示了受邪者不同的体质。就内因而言，“表虚”可理解为素体较弱，表阳卫气不足之人，腠理空虚；“表实”可理解为禀赋较强，卫气充实之人，腠理固密。

太阳主一身肌表而统营卫。就营卫而言，卫在外而营在内。表虚之人，若外感风寒，由于腠理空虚，卫气虚弱无力御邪，则风寒径入营血，形成“太阳中风”之证。表实之人，外感风寒，由于腠理固密，卫气强盛，则风寒不能深入，与卫气相争于体表，形成“太阳伤寒”之证。可见，“太阳中风”乃风寒犯营，“太阳伤寒”乃风寒犯卫。这是两证受邪部位上的不同。正是这种受邪部位深浅的不同及前述感邪之轻重差别，形成了两证

的不同症状和体征。

两证的鉴别，向来以太阳中风“恶风、汗出、脉缓”，太阳伤寒“恶寒、无汗、脉紧”为主要区别点。“恶风”、“恶寒”之义已如前述。中风证患者因卫气亏虚，故轻微之风寒即能为病，且寒邪直犯营血。营者阴津之属，汗者津血所化。邪正相争于营血，而腠理空虚，毛窍不闭，是以汗出。汗之出，乃营阴为邪所扰而致，亦为机体祛邪之一种反应。脉之缓，乃患者心阳不足，加之寒性凝滞阳，故脉来缓息。

伤寒证因患者正气较强，故较重之风寒方能致病，感邪后正与邪交争于表卫。卫者外卫之门，又司毛窍开合。卫气抗邪于体表，欲阻邪气深入，毛窍关闭，是以无汗。汗之无，与寒性收引有关，亦是卫气拒邪的一种表现。脉之紧，乃寒性收引，加之邪盛正强，邪正交争较剧使然。

综上，可知太阳中风的病机，乃“表卫虚空，寒犯营血”。在此证中，正弱表虚是主要的，正常的气温变化亦常使此类患者致病，形成卫虚营实（按：实指邪气实）之证，邪正交争于营分。太阳伤寒的病机，乃“寒袭皮毛，卫阳闭郁”。在此证中，外来之邪是主要的，一般在所感受的风寒邪气超过正常机体调节能力时，才能使此类患者致病，形成卫实之证。由于卫气不虚，奋起抗邪，故邪气尚未深入，邪正交争于卫分。《伤寒论》原文一曰“中”，一曰“伤”，二字已将受邪之深浅程度点明。（许积成·新中医，1995，27（4）：55）

【古代文献】

《素问·热论》：伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强。二日阳明受之，阳明主肉，其脉挟鼻终于目，故身热，目痛而鼻干，不得卧也。三日少阳受之，少阳主胆，其脉循胁络于耳，故胸胁痛而耳聋。三阳经络皆受其病，而未入于脏者，故可汗而已。四日太阴受之，太阴脉布胃中，络于嗌，故腹满而嗌干。五日少阴受之，少阴脉贯肾，络于肺，系舌本，故口燥舌干而渴。六日厥阴受之，厥阴脉循阴器而络于肝，故烦满而囊缩。

《伤寒论》：太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。（1）

太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名曰中风。（2）

太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名曰伤寒。（3）

太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。若发汗已，身灼热者，为风温。（6）

伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传。颇欲呕，若躁烦，脉数急者，为传也。（4）

中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入即吐者，名曰水逆。（74）

阳明之为病，胃家实是也。（180）

问曰：何缘得阳明病？答曰：太阳病，若发汗，若下，若利小便，此亡津液，胃中干燥，因转属阳明。不更衣，内实，大便难者，此名阳明也。（181）

问曰：阳明病外证云何？答曰：身热，汗自出，不恶寒，反恶热也。（182）

本太阳，初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明也。伤寒发热，无汗，呕不能食，而反汗出濇濇然者，是转属阳明也。（185）

少阳之为病，口苦，咽干，目眩也。（263）

少阳中风，两耳无所闻，目赤，胸中满而烦者，不可吐下，吐下则悸而惊。（264）

伤寒五六日中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕。或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，或咳者，小柴胡汤主之。(96)

伤寒，脉弦细，头痛发热者，属少阳。少阳不可发汗，发汗则谵语，此属胃，胃和则愈，胃不和，烦而悸。(265)

本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热，尚未吐下，脉沉紧者，与小柴胡汤。(266)

太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛，若下之，必胸下结硬。(273)

自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也，当温之。(277)

伤寒脉浮而缓，手足自温者，系在太阴，太阴当发身黄；若小便自利者，不能发黄；至七八日，虽暴烦下利日十余行，必自止，以脾家实，腐秽当去故也。(278)

太阴为病，脉弱，其人续自便利，设当行大黄、芍药者，宜减之，以其人胃气弱易动故也。(280)

少阴之为病，脉微细，但欲寐也。(281)

少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也。虚故引水自救。若小便色白者，少阴病形悉俱。小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也。(282)

病人脉阴阳俱紧，反汗出者，亡阳也。此属少阴。法当咽痛而复吐利。(288)

少阴病，八九日，一身手足尽热者，以热在膀胱，必便血也。(293)

少阴病，恶寒，身踡而利，手足逆冷者，不治。(295)

厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蚘。下之利不止。(326)

凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者是也。(337)

《伤寒百问歌·伤寒解惑论》：且冬言伤寒，夏日热病，通而言之为伤寒也。班固有言曰：有病不治得中医。且伤寒传六经，一日太阳膀胱之经，二日足阳明胃之经，三日足少阳胆之经，四日足太阴脾之经，五日足少阴肾之经，六日足厥阴肝之经。

《三因极一病证方论·伤寒证治》：足太阳膀胱伤寒，头项强，腰脊痛，无汗，恶寒。其经络流注去处，与伤风同，但脉浮洪紧数为异耳。惟足太阳寒水，为诸阳主气，故寒先伤之。

足阳明胃经伤寒，身热，目痛而鼻干，不得卧，不恶寒，腹满咽干，口燥而渴，其脉流注，与伤风同。以阳明主肉，故次传之。

足少阳胆经伤寒，胸胁痛，耳聋，口苦，咽干，往来寒热，目眩，干呕，其脉流注，与伤风同。以少阳主胆，属半表半里，故三传之。

足太阴脾经伤寒，手足温，自利，不渴，腹时痛，咽干，其脉流注，与伤风同。

足少阴肾经伤寒，口燥，舌干而渴，背恶寒，反发热，倦怠，其脉流注，与伤风同。

足厥阴肝经伤寒，烦满，发热，恶寒，往来如疟，或囊缩，小腹急痛，其脉流注，与伤风同。

《伤寒指掌·六经本病》：伤寒非必始太阳而终厥阴，亦非一经止病一日，亦非一经独病相传。大抵今之伤寒，无不兼经而病，即古人所谓合病、并病之症。后学不解此旨，而欲拘于六经传次，印证今病，宜无一症合其式矣。

《医效秘传·要书说》：伤寒之病，不外六经，当知其要。要者何？定其名，分其经，

审其证，察其脉，识阴阳，明表里，度虚实，知标本者是也。定其名者，是定其正伤寒，或感冒与风温、温毒之类也；分其经者，是分其阳经、阴经、直中之类；审其证者，是审其阳证、阴证、表证、里证、虚证、实证、寒证、热证之原；察其脉者，是察其有力、无力及浮、沉、迟、数、弦、滑之类也；识其阴阳者，谓识其阳病、阴病、阳虚、阴虚之候；明表里者，是明其在表、在里，或在半表半里之间；度虚实者，是度其表虚、里虚、表实、里实之病耳；知标本者，欲知其一经之中，而有标病、本病之类也。诚能若是，可谓知其要矣。既知其要，则仲景三百九十七法，一百一十三方，不出握中矣。

《伤寒论浅注》：六经之为病，仲景各有提纲。太阳以脉浮、头痛、项强、恶寒八字提纲；阳明以胃家实三字提纲；少阳以口苦、咽干、目眩六字提纲；太阴以腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛，若下之必心下结硬二十三字提纲；少阴以脉微细，但欲寐六字提纲；厥阴以消渴，气上冲心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止二十四字提纲。以提纲为主，参以论中兼见之症，斯无遁情矣。

《医学心悟·合病并病》：合并病者，伤寒传经之别名也。或两经同病，或三经同病，名曰合病；若一经病未已，复连及一经，名曰并病。伤寒书云：三阳有合病，有并病，三阴无合病，无并病。果尔则……三阴之证，何以相兼而并见乎？又何以三阳三阴之邪，互相交错而为病乎？是知合病、并病，有合于阳者，即有合于阴者；有并于阳者，即有并于阴者。……治法不论三阳、三阴，凡两经合病，则用两经药同治之，三经合病，则用三经药同治之。若一经病未瘥，复并一经，则相其先后、缓急、轻重而药之，斯无弊耳。然则合、并病者，非伤寒传经之别名欤！

第二节 卫气营血辨证概要

【基本内容】

卫气营血辨证是清代叶天士在其所著《温热论》一书中创立的一种诊察外感温热病的辨证方法。叶氏根据《内经》及历代医家有关卫气营血的认识，并结合临床实践体会，将外感温热病发展过程中各阶段的病机、证候，借用卫气营血做了理论性的概括归纳。用以说明外感温热病的病位浅深、病势轻重及其传变规律，进而指导温热病的临床治疗。

温热之邪侵袭人体，由表入里，由浅入深，一般分为卫、气、营、血四个阶段。卫分主表，邪在肺与皮毛；气分主里，邪在胸、膈、胃、肠、胆等；营分为邪入心营，病在心与包络；血分为邪入心、肝、肾，重在耗血、动血。温热病的这种由表入里的传变，也并非固定不变的，由于受邪性质及患者的差异，临床上也有起病则始于气分或营分，或可由卫分不经气分而直入营分者等等。因此，卫气营血辨证也必须根据疾病的不同情况，具体分析，灵活运用。

一、卫分证

卫分证是指温热之邪侵犯肌表，卫气失常，肺气失宣所表现的证候。卫分证是温热病的初期阶段。

【临床表现】 发热，微恶风寒，舌边尖红，脉浮数，常伴见头痛，咳嗽，口渴，咽痛等。

【机理分析】 风热之邪，外袭肌表，卫气被邪所遏，故见发热，微恶风寒；温为阳

邪，其性炎上、迫急，故有舌边尖红，脉数；温热上扰清空则头痛；温热伤津则口干渴；卫气被束，肺气失宣，气逆咽嗑则咳嗽；热灼咽喉而见咽喉疼痛。

以发热，微恶风寒，咽痛，舌边尖红，脉浮数为卫证的辨证要点。

二、气分证

气分证是指温热病邪内传脏腑，正盛邪实，阳热亢盛所表现的证候。气分证泛围较广，因邪入气分所犯部位和脏腑的不同，所见兼症也各有不同。

【临床表现】 发热，不恶寒反恶热，口渴，汗出，舌红苔黄，脉数有力。或可兼见咳喘，胸痛，痰稠色黄；或兼见心烦懊恼，坐卧不安；或兼见潮热，腹胀疼痛，拒按，大便秘结或利下稀水；或谵语，狂乱；或兼见口苦，胁痛，干呕等。

【机理分析】 气分证多由卫分证不解，邪热内传入里，或因温热之邪直入气分而成。邪热入里，正气未衰，邪正交争，阳热亢盛于里，故见发热，不恶寒反恶热；热盛蒸腾则汗出；伤津则口渴、苔黄燥；热迫血涌，脉道充斥而脉数有力。

若邪热壅肺，肺失清肃，肺气上逆，则见咳喘；热壅而灼津炼液，肺气壅塞，则见胸痛、痰稠黄。

若热扰胸膈，心神不宁，则见心烦懊恼，坐卧不安。

若热结肠腑，腑气不通，邪热盛实，则见日晡潮热，腹胀疼痛而拒按，便结不通，或见热结旁流而有下利稀水，秽臭不堪之状；若因热炽上扰心神，则有谵语、狂乱之象。

若热郁胆经，经气不利，胆气上逆，则见口苦，胁痛；或胆气犯胃，胃失和降，而见干呕等症。

气分证以但发热，不畏寒，反恶热，舌红苔黄，脉数有力为辨证要点。依据兼症所见，可进而判断病变所在的脏腑。

三、营分证

营分证是指温热病邪内陷，营阴被灼，心神被扰所表现的证候。营分证是温热病发展过程中较为深重的阶段。

【临床表现】 身热夜甚，口不甚渴，心烦不寐，甚或神昏谵语，斑疹隐隐，舌质红绛无苔，脉象细数。

【机理分析】 营分证可由气分证未解，邪热深入内传营分而成；或由卫分证未解，而感邪较甚，又素体营阴内亏，病邪未经气分而直入营分乃成（此称“逆传心包”）亦有营阴素亏，内有伏热，初感温热之邪较盛，来势急骤，起病即见营分证者。

邪热入营，劫灼营阴，阴虚生内热，故见身热夜甚；邪热蒸津循脉上潮与口，则见口不甚渴；邪热入营，内扰心神，则见心烦不寐甚或神昏谵语；热伤血脉则见斑疹隐隐。至于舌质红绛无苔，脉象细数，更是营阴劫伤，阴虚内热的表现。

以身热夜甚，心烦神昏，斑疹隐隐，舌质绛，脉象细数为营分证的辨证要点。

四、血分证

血分证是指温热病邪深入阴血，导致动血、耗阴、动风所表现的证候。血分证是温热病发展过程中最为深重的阶段。其病变罹及心、肝、肾三脏。

【临床表现】 身热夜甚，躁扰不宁，或昏狂谵妄，斑疹紫暗，吐血、衄血、便血、尿血，舌质深绛，脉象细数；或见抽搐，颈项强直，角弓反张，牙关紧闭，四肢厥冷；或见低热，朝凉暮热，五心烦热，神疲欲寐，形瘦耳聋；或见手足蠕动、瘈疝等。

【机理分析】 血分证可由营分证不解，邪热内传血分而成；或由气分证邪热亢盛，劫营伤血，径直内入血分而成；或因素体阴血内亏，已有伏热内蕴，温热病邪直入血分而成。

邪热内入血分，则灼伤阴血，阴虚生内热，故见身热夜甚；邪热内扰，心神不宁，则见躁扰不宁或昏狂谵妄；热盛迫血，血热妄行，故有出血诸症可见；阴伤血浓，血行涩滞，故见斑疹紫暗，舌质深绛，脉象细数。

若邪热炽盛，灼津耗液，筋脉失养，筋脉拘挛迫急，则见热盛“动风”诸症；邪热内郁，阳气不伸，四末失于温煦，则有“热深厥亦深”的四肢厥冷。

若邪热久羁，灼劫肝肾之阴，阴虚阳扰，阴阳失调，则有低热，朝凉暮热，神疲欲寐，形瘦耳聋等虚弱不足之状。甚则出现筋脉失养的手足蠕动、瘈疝等“虚风内动”之状。

血分证临床见症虽多，但不外热盛动血、热盛动风、热伤阴血等几类见症。

以身热夜甚，昏狂谵妄，斑疹紫暗，出血动风，舌质深绛，脉象细数为血分证的辨证要点。

五、卫气营血证的传变

温热病的发展传变，一般是由浅入深、由轻渐重，但由于感邪和机体反应情况的差异，临床上又有顺传、逆传及两种或两种以上证候同时并见的情况。

顺传：指病变循卫气营血顺序依次传变。这种传变体现了病邪由表及里、由浅入深，病情由轻至重、由实至虚的发展传变过程。

逆传：指病邪侵入卫气后，不经气分阶段而是直接深入营分或血分。实际上“逆传”只是“顺传”规律中的一种特殊类型。这种超越阶段的传变，多由于邪热炽盛，势不可挡；或由于阴液过伤，无力抗邪；或由于治疗失当，致邪迅速深入所致。这种情况一般反映邪盛正衰、病势急重。

此外，尚有不按上述规律传变，而是两种或两种以上证候并见者。如卫分证候未罢，又出现气分证候，称“卫气同病”；气证候未罢，又出现营分证或血分证，称“气营两燔”或“气血两燔”等等。所以，对于温热病的发展传变，既应了解和掌握一般的传变规律，也应了解和掌握其特殊的传变。

【补充阐发】

一、关于温病的概念

卫气营血辨证主要是适用于温病的辨证方法。然而，关于温病的概念，历代医家却有不同的论述。如《素问·热论》中说：“凡病伤寒而成温者，先夏至日者为病温，后夏至日者为病暑”。其中前者所说的“温”包括了发于春夏的伏气温病；后者所说的“病温”则专指发于春季的伏气温病。而《难经·五十八难》则把温病作为伤寒的一类病证，与中风、伤寒、湿温、热病并列。至宋代郭雍《伤寒补亡论》中又把温病作为春季多种外感温热病的总称，其中包括了“冬伤于寒至春发者”，又包括了“冬不伤寒，而春自感风寒温气而病者”，还包括了“春有非节之气中人为疫者”。在吴鞠通《温病条辨》中提出了温病有九：风温、温热、温疫、温毒、暑温、湿温、秋燥、冬温、温疟。由此可见，在《内经》时代，温病主要指春季伏气温病，以后，其概念所包括的范围逐步扩大，新

感时令之邪而病者及疫病也包括在内。但也有的医家对温病概念的论述又有所不同，如清代俞震《古今医案按》中说：“如至春分节后，天令温暖，感之而病者为温病”，则又指发生于春季的新感热病为温病。又有一些医家所说的温病，实指的是瘟疫，如杨栗山在《伤寒瘟疫条辨》中说：“风温、暑温、湿温、秋温、冬温……天地之常气为病也，于温病何相干涉？”又说：“温病得天地之杂气，邪毒入内，由血分而发出气血”。显然，其所指的温病不同于四时温病，而为瘟疫病。

因而必须为温病下一个统一而明确的定义。现在通常认为：温病是由温邪引起的，以发热为主症，热象偏重，易化燥伤阴的一类急性外感热病。由此可见，温病并不是一个具体的病种，而是多种外感热病的总称，即“温病”属“病类”概念，而不是具体的病名。

二、伤寒与温病之争

中医对外感温热病的辨证论治，在金元以前基本上都是以《伤寒论》六经辨证为基础而进行的。金元以后，特别是在清代温热学派兴起以后，不少温热学派学者，反对以伤寒法治疗温病，这就掀起了伤寒与温病之间的学派之争，至今尚未结束。如何看待这场争论？争论的焦点是什么？方药中（《中医杂志》·1984；25（2）：4）为此专门撰文，进行了剖析。

（一）寒温之争的源流

方氏认为：现代所谓的各种急性传染病，一般来说都可以包括在中医学所称的热病之中。对于急性热病，《素问》中的《热论》、《刺热》、《评热病论》，《灵枢》中的《寒热病》、《热病》等均有讨论。《素问》运气七篇更系统地论述了急性热病的病因、病机及其诊断治疗原则。在《素问·热论》中还明确提出“人之伤于寒也，则为病热”，“今夫热病者，皆伤寒之类也”，同时还提出了热病的六经传变及治疗原则。汉代张仲景继承《内》、《难》，据此撰《伤寒杂病论》一书，创立了六经辨证论治体系，自此以后至宋以前，中医对此基本上是以六经辨证为主，并无争论。到了金代，刘完素根据《内经》热病之说，倡“热病只能作热治，不能作寒医”之论，其弟子大阐其说，于是温病便逐渐从《伤寒论》中分离出来。元·王安道继河间之说，进一步提出伤寒、温病要严格区分，他说：“方书多言四时伤寒，故以春夏之热病与秋冬之伤寒一类视之而无所别。夫秋冬之伤寒，真伤寒也；春夏之伤寒，寒疫也，与温病热病自是两途，岂可同治。”（《医经溯洄集·伤寒温病热病说》）明·吴又可著《瘟疫论》也强调伤寒与瘟疫必须严格区分。到了清代，叶天士提出了新感温病的传入途径及传入后的变化，指出“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”，在诊断治疗上划分了卫气营血四个阶段，同时还补充了温病诊断治疗中察舌、验齿、辨疹、辨白痞等新的内容。并明确指出：“辨卫气营血虽与伤寒同，若论治法则与伤寒大异。”（《温热论》）吴瑭继承叶氏，对叶氏医案加以整理，并结合自己的心得体会著《温病条辨》。他以三焦为纲分论温病，并把温病分为温热与湿温两大类，从而确立了温病学说的理论体系，形成了温热学派。温热学派形成以后，受到了伤寒学派的坚决反对，因而就形成了伤寒与温病学派之争。

（二）寒温之争的焦点

根据伤寒学说与温病学说的有关论述，伤寒与温病学派之争的争论焦点，主要是在伤寒可不可以包括温病和《伤寒论》方可不可以治疗温病等两个方面。

伤寒学派承认温病是一类独立的疾病,但是认为它完全可以包含在伤寒范围之内,也完全可以用张仲景《伤寒论》六经辨证论治体系来对温病进行治疗。《伤寒论》中的白虎汤、承气汤、黄连阿胶汤、竹叶石膏汤、麻杏石甘汤、葛根芩连汤等,都是治疗温病的方剂。在温病学派未形成以前,这种论点即已为多数医家所主张。例如杨上善谓:“夫伤寒者,人于冬时,温室温衣,热饮热食,腠理开发,快意受寒,腠理固闭……五脏六腑受热为病,名曰热病。斯之热病,本因受寒伤多,亦为寒气所伤。得此热病,以本为名,故称此热病,伤寒类也。”(《黄帝内经太素》)温热病学派形成以后,伤寒学派则更是以前人有关论述为依据,直斥叶吴三焦卫气营血等为标新立异,对温热学派加以攻击。伤寒学派学者中,持此论点反对温热学派最力者,首推清·陆九芝。他说:“凡病之为风、为寒、为温、为热、为湿者,古皆谓之伤寒。乃人知风与寒为《伤寒论》中病,而于温与热谓不可用《伤寒论》中方,其意若同方既出于《伤寒论》,自是治寒方,必非治温法,岂有治温而用治寒方者,于是一遇温热病,无不力辟伤寒方,更无人知温热之病本隶于《伤寒论》中,而温热之方,并不在《伤寒论》外者。”(《世补斋医书·卷二》)“风、寒、湿、温、热,皆在论中,论中之方可治风寒,亦治温热。”(《同上》)近人陆渊雷也持此论,直斥温热学派之非。从上述可以看出,在伤寒与温热学派之争中,伤寒学派坚持伤寒可以包括温病,《伤寒论》方可以治疗温病,其理论根据就是《内经》中所提出的“人之伤于寒也,则为病热”,“今夫热病者,皆伤寒之类也”,以及《难经》中所提出的“伤寒有五”。

温热学派的认识则与伤寒学派完全相反,温热学派认为伤寒与温病完全不同。在病因方面,伤寒为寒邪,温病为热邪。在传入途径方面,伤寒由肌表面入,为横传,所以伤寒为六经;温病由口鼻而入,为竖传,所以温病分三焦。在治疗上伤寒用辛温,温病用辛凉,两者完全不同,绝对不能混称。并且认为《伤寒论》全部内容是为伤寒而立,不能治温病。温热学派的这种认识,在温热学派未形成以前,金·刘完素在《素问病机气宜保命集·伤寒论》中已直接提出了寒温有别,不能用《伤寒论》方治今之热病。此外,刘氏还提出了:“病有暴热者,病在心肺;有积热者,病在肝肾。”“上焦热无他证者,桔梗汤……有实热能食而热者,胃实也。……有病久憔悴,发热盗汗,谓五脏齐损……宜养血益阴。”(《素问病机气宜保命集·热论》)这是后世温病学派三焦辨证的起源。明以后的医家,认为寒温有别,《伤寒论》方不能治温热者更多。如李士材谓:“仲景方法为冬月即病之正伤寒设也,后世混将冬月伤寒之方,通治春温夏热之病,遗祸至今,未有能改。”(《伤寒括要·伤寒总论》)吴又可谓:“仲景虽有《伤寒论》,……盖为外感风寒而设,故其传法与温疫自是迥别。”(《瘟疫论·序》)温热学派形成以后,温病学家更是据此大声疾呼。其明朗者均据河间之论直认寒温有别,伤寒法不能治温病。如叶天士谓:“论治法则与伤寒大异”,“前贤刘河间创议迥出诸家,谓温热时邪当分三焦,投药以苦辛寒为主,若拘六经分证,仍是伤寒治法,致误多矣。”(《温热论》)吴瑭谓:“若真能识得温病,断不致以辛温治伤寒之法治温病”。其含蓄者,一方面虽然也承认伤寒有五,温病可以包含在伤寒之中,但另一方面也认为《伤寒论》详寒略温,在治温方面,法有未备。实际上也是不同意完全以《伤寒论》方来治温病。如王孟英谓:“五气感人,古人皆谓之伤寒,故仲圣著论亦以伤寒统之,而条分中风、伤寒、温病、湿、喝五者之证治,与《内经》渊源一辙,法虽未尽,名已备焉。”(《温热经纬·自序》)

从以上所述可以看出，伤寒学派认为伤寒可以包含温病在内，《伤寒论》方完全可以用以治疗温病，而温热学派的认识则与伤寒学派完全相反。

（三）寒温之争剖析

“伤寒”、“温病”、“六经”、“三焦”、“卫气”、“营血”等，均源于《内经》，也就是说伤寒学派和温病学派的理论基础都是以《内经》为根据的，既然两者的理论基础都是《内经》，何以寒温之争又是如此尖锐，冰炭不相容呢？方氏认为有必要从以下方面加以认真的剖析。

1. 从《内经》与伤寒、温病学派对于急性传染病的一般认识来剖析 关于病因学方面的认识：对于急性传染病的外因，《内经》认为主要是由于自然气候变化严重失常，人体感受此自然气候偏胜之气以及由此自然偏胜之气而产生的“毒气”。内因，《内经》则认为主要与人体正气强弱密切相关，认识到人体正气在发病过程中的决定作用，并作出了“正气存内，邪不可干”的精辟结论。伤寒学派完全继承了《内经》的病因学认识，强调了自然气候反常变化与疾病发生的关系，如“风气虽能生万物，亦能害万物……客气邪风，中人多死”。同时也强调了人体正气在发病上的决定作用，谓“若五脏元真通畅，人即安和”，“血弱气尽，腠理开，邪气因人”，和《内经》的病因学认识基本一致。

温病学派也继承了《内经》之说，认为运气偏胜是温病发生的外因，“不藏精”、“正气虚”是温病发生的内因。王孟英在所著《温热经纬·自序》中明确指出：“夫此五气原以化生万物，而人或感之为病者，非天气有偶偏即人气有未和也”。温病学派还把外因和内因密切结合起来，把气候变化和人体的生理及病理生理变化密切结合起来，把自然灾害和社会动乱密切结合起来，如所谓：“盖时和岁稔，天气以宁，民气以和，虽当盛之岁亦微，至于凶荒兵火之后，虽应微之岁亦盛，理数自然之道，无足怪者”。（《温病条辨》）这些认识应该说是完全正确的，而且是在前人认识的基础上的发展。于此可见，伤寒学派与温病学派对急性传染病的病因学认识上是一致的。

关于病机学方面的认识：在病邪性质与传入途径方面，《内经》认为外感邪气可以按风火湿燥寒加以分类，但总的来说可以按阴阳区分为阴邪和阳邪两大类。其传入途径主要是通过鼻道而传入体内。张仲景继承《内经》的认识，并将“邪气”进一步区分为“清邪”、“浊邪”、“大邪”、“小邪”、“繫饪之邪”。对此，后世注家虽注释不尽相同，但是可以肯定的是张仲景已经认识到邪气有多种，分布很广泛，有的在上，有的在下，毒力有大小，传入途径也有多种，从呼吸道传入者固多，从口而入经消化道而传入者亦不少。

温病学派对病邪的性质与传入途径方面的认识和《内经》、《伤寒》、《金匱》基本一样。在病邪方面，认为六淫之邪气与“疠气”、“毒气”均皆存在，并且认为“疠气”的流行又与四时不正之气有关，把“疠气”与“六淫”之邪密切结合起来。在传入途径方面，认为主要是从口鼻而入。如陶华谓：“时气者，乃天行暴疠之气流行人间，凡四时不正之气者，则有此气行也，若春应温而反寒，夏应热而反凉，秋应凉而反热，冬应寒而反温，此时行不正之气也。”（《全生集》）可见伤寒与温病学派之间，对此认识基本一致，并无根本的分歧。

在邪气侵入以后的传变及其与正气强弱之间的关系方面。《内经》谓：“邪之所奏，其气必虚”，而《伤寒论》谓：“血弱气尽，腠理开，邪气因人”，《瘟疫论》谓：“凡人口鼻之

气，通乎天气，本气充满，邪不易入，本气适逢亏欠，呼吸之气，自亦不及，外邪因而乘之，昔有三人冒雾早行，空腹者死，饮酒者病，饱食者不病，疫邪所害，又何异耶。”凡此说明伤寒与温病学派在这方面的认识都是继承《内经》的认识，完全一致，并无分歧。至于急性传染病在人体的传变方面，《内经》从不同的角度出发，提出了“循五脏、循经络”，“循阴阳”、“循上下”，“循营卫气血之序而传”等六个方面。后世医家在《内经》认识的基础上，就其中某一传变形式加以突出，于是就形成了今天所流传的各种辨证。伤寒学派突出了《内经》中循阴阳之序而传的形式，于是就形成了伤寒学派的六经辨证论治体系。温病学派突出了《内经》中对三焦、营卫气血的认识，于是就形成了温病学派的三焦、卫气营血辨证论治体系。两派在提法上虽有不同，但在急性传染病在体内的传变过程，总的来看却又都是“由表入里”，“由浅入深”，“由阳入阴”，“由上到下”。因此也就无实质上的矛盾和原则性的分歧。

虽然在临床的具体辨证论治中，伤寒学派是以六经辨证，温病学派是以三焦、卫气营血辨证，但这只是方法上的不同，从理论上来说，并无实质上的不同和根本分歧。于此可以看出，伤寒与温病学派之争，并没有充足的理论根据。看来之所以出现争论原因，只不过是一个谁统一谁的问题；发展和反发展的问题；百花齐放还是一家独鸣的问题。从学术上来说，意义不大。

2. 从当前中医对于急性传染病治疗实践来剖析 伤寒与温病学派之争，始于刘河间，继于吴又可，盛于叶天士、吴瑭，持续于今日。在争论中温病学派有一条主要理由，就是用伤寒方不能治疗温病，或者不能较满意的来治疗温病。这个提法有根据吗？方氏认为是有的。从以往文献上看，不少医家都提出过不能以治伤寒法来治温病。刘河间因为从实践中感到以治伤寒法治热病，不能取得较好的疗效，所以才“自制双解通圣辛凉之剂，不遵仲景法桂枝麻黄之药”。吴又可也因为温疫“时师强以伤寒法治之，未尝见其不殆”，“枉死不可胜计”，才根据“平日所用历验方法”，著《瘟疫论》一书，并大声疾呼。吴瑭也因为当时北京温疫流行，以治温法治温，活入甚众。同时有感于温病患者“死于世俗之手者，不可胜数”，才著成《温病条辨》，诸此均说明温病学说的兴起，温病学派的形成，是中医对急性传染病在治疗中的需要，是在实践中形成的。从近代中医对急性传染病的治疗实际情况来看，在防治急性传染病的实践中，当前则更是普遍地运用温病学说。1954年，河北石家庄地区首次系统运用温病学的理论和方法治疗流行性乙型脑炎，取得了显著的临床疗效。此后各地也普遍地以温病学的理论和方法治疗各种急性传染病，都取得了较好的疗效。近年来我国不少单位又对温病的卫气营血进行了比较系统的研究，推动了温病研究工作的开展。所有这些，说明温病学说的提出和温病学派的兴起，都并不是偶然的。温病学说是有很大的生命力和实践意义的，它的出现是由于实践的需要，历史发展所必然。

因此，我们应该正确的对待伤寒与温病学说。它们都是我国古代医学家长期与疾病作斗争的经验总结。二者的理论基础均是《内经》，它们对于急性传染病的认识基本一致，并无根本分歧。对于伤寒与温病，硬说这两种病根本不同，是不符合实际情况的，伤寒学派与温病学派在对传染病的认识及临床诊断治疗原则，从本质上来看，并无原则上的分歧。其不同者，是由于时代的原因，温病学派在对急性传染病的防治方面，观察更仔细，经验更丰富，归纳更合理，这是历史发展的必然。由于照顾传统的原因，在当前对

于急性传染病的中医辨证论治方面，用六经辨证，还是用三焦、卫气营血辨证，可以不必强求一律。说用《伤寒论》方不能治温病是不符合实际情况的，事实上《温病条辨》中已收集了《伤寒论》中的所有代表性方剂，因此此说可以不攻自破。但是如谓《伤寒论》就是那么完善无缺，也不符合事实。我们完全同意喻嘉言“仲景书详于治伤寒，略于治温”和王孟英“法虽未尽，名已备焉”的提法。温病学说中有很多卓越的认识和防治经验，确实是有功于《内经》，有功于仲景，确可补《伤寒论》之不足。因此，正确的态度是应该尽快地把伤寒与温病结合起来。伤寒与温病学派之争，可以休矣。

三、寒温之争是概念认识不一致

有学者（孟澍江，等·温病学·第1版·北京：人民卫生出版社，1989：25.）认为，之所以产生伤寒学派与温病学派的争论，其中重要原因之一，是在于对温病和伤寒的概念在认识上的不一致。这种认识的分歧，势必造成一系列的概念混乱和论争。

温病学是在《伤寒论》的基础上发展起来，并逐渐形成自身体系的，因而温病与伤寒的概念既有一定联系，又有一定区别。从中医历代文献来看，伤寒与温病的概念并非是一成不变的，在不同时代不同医学文献中，伤寒与温病的概念可以不尽相同，其包括的范围，所指的内容可以有大有小，因而在讨论温病与伤寒在概念上的关系时，必须首先明确他们各自的概念范围。

伤寒有广义和狭义之分。广义的伤寒包括的范围极广，可以作为一切外感热病的总称。即凡由外邪引起的急性热病概可称为伤寒。正如《素问·热论》中所说：“今夫热病者，皆伤寒之类也”。由此可见，广义的伤寒中既有风寒性质者，又有温热性质者。《难经·五十八难》中所说：“伤寒有五：有中风、有伤寒、有湿温、有热病、有温病”，其中伤寒、中风即为属于风寒性质，湿温、热病、温病即属于温热性质。“伤寒有五”之“伤寒”包括了多种急性热病，即为广义的伤寒，而其五种之一的“伤寒”则为感受寒邪而引起的外感，即属狭义伤寒。

温病隶属于广义伤寒，有别于狭义伤寒。广义伤寒概括了所有的急性外感热病，当然也包括了温病在内，而温病与狭义伤寒是两类性质不同的疾病，两者是并列关系。温病的概念及其范围也是在演变的，突出地表现在其包括病种的扩大，即许多具有温热特点的外感病都概括于温病之中。从而“温病”就不是作为某一种具体病种的病名，而是包括了风温、春温、暑温、湿温、伏暑、秋燥、烂喉痧等许多外感热病，与狭义的伤寒已不完全呈并列关系。

从历代中医文献来看，晋唐以前一般都把“寒”邪认作产生外感热病的主要病因，从而把外感热病统称伤寒，但由于发病季节不同，发生于冬季为伤寒，发于春季为温病，发于夏季为暑病，因而温病隶属于伤寒之中。至明清以后，随着温病学的发展和体系的形成，广义伤寒概念的运用就逐渐减少了，为了辨证论治的需要，许多医家强调要区别伤寒与温病，大声疾呼：“温病不得混称伤寒”，这实际上是强调温病与狭义伤寒的区别，与此同时，温病的概念范围逐渐扩大。

对以上概念演变认识不一致，势必导致争论的发生。推究历史上的伤寒学派与温病学派之争，其重要的原因是伤寒学派从广义伤寒的角度立论，温病学派则从狭义伤寒的角度立论；伤寒学派对温病概念的扩充认识不足，温病学派对古代伤寒的广义性认识不足，因而致成寒温学派之争。

四、伤寒与温病是对立的统一

张伯讷(《北京中医学院学报》, 1983; 1: 3)认为, 伤寒与温病是外感热病辨证论治应用中的对立统一。伤寒与温病之争, 归根结蒂, 是外感热病辨证论治认识上的“以寒立论”与“以热立论”之争。因此, 不能认为是守旧与革新之争, 也不能完全归咎于门户之偏见, 而是特定历史条件下的学术争鸣。

寒与热, 无论从中医理论, 或是临床辨证、立法处方方面, 都必须仔细分辨, 不能混淆。从这个意义上来说, 伤寒六经与温病卫气营血的辨证论治, 决不能偏废, 亦不能相互代替, 更不能以六经来统卫气营血, 或以卫气营血来统六经。但是, 伤寒与温病又都是论述外感热病的辨证论治, 又统一地应用于临床实践, 二者确实具备了统一的基础。这就是伤寒与温病在外感热病辨证论治中的对立与统一。

(一) 在病因学上寒与热的对立统一

伤寒与温病的对立, 首先体现在病因学上的寒与热的分歧。因于寒者为伤寒, 因于热者为温病。但从整个外感热病的病因学上来分析, 不外乎六淫与戾气。他们的致病特点与性质, 从理论上可概括为寒与热两类, 而寒邪或热邪, 均可成为外感热病的病因, 这就是寒与热在病因学上的对立统一。

(二) 在外感温热病过程中的对立统一

伤寒言寒, 寒邪伤阳, 甚至出现“亡阳”之危象; 温病言热, 热邪耗阴, 甚至“阴竭”, 看来似相对立。但实际上, 在外感热病的发展过程中, 这两类情况均能时常遇到。另外, 在一定条件下, 寒邪未必伤阳, 热邪未必伤阴, 亡阳与阴竭, 又可相继出现。如寒邪可化热而耗阴, 甚至阴竭而死亡; 热邪可寒化而伤阳, 甚至亡阳而虚脱, 这就是“寒邪伤阳”、“热邪耗阴”之变, 这是基于阴阳转化之理论, 在外感热病辨证论治过程中必须密切注意。这就是“伤阳”与“耗阴”, “亡阴”与“阴竭”的对立统一。

(三) 在治疗方法上的对立统一

寒邪在表, 首用辛温, 温热在表, 首用辛凉; 阳气外脱, 急以回阳, 阴液内竭, 法宜救阴。阴阳、寒热, 泾渭分明, 相互对峙, 但这两端, 却统一应用于外感热病辨证论治之中。外感热病初起时, 表寒与表热之辨别, 辛温解表与辛凉解表之应用; “亡阳”时的回阳救逆, “阴竭”时的救阴固脱, 均已成为外感热病辨证论治的基本常识。这就是在临床应用中的对立统一。

(四) 在辨证论治层次上的对立统一

外感热病, 无论是伤寒以六经为纲, 或温病以卫气营血为纲, 都是从总体上来阐述外感热病发生发展过程的辨证论治层次。虽然有人认为, 二者之间有寒热之分, 有“横看”及“竖看”之异, 存在着经络与三焦之别, 但实际上是统一于外感热病的辨证论治层次。

从外感热病的发生发展过程来分析, 无不存在着从发病期→热盛期→极期→后期恢复或死亡的过程。如果我们把六经分证与卫气营血分证, 放到这个过程中去进行考察, 则寒与热, “横看”与“竖看”, 六经与三焦, 实质上是统一于这个层次的。结合临床实际来分析:

发病期: 外感热病的发病初起, 多以表证为先。伤寒太阳病与温病卫分证, 虽有寒热之分, 临床表现各异, 但统一于表证。而且都把恶寒的有无作为辨别表证的主要标志。

仲景认为，不论“已发热或未发热，必恶寒体痛”；温病学家认为，“有一分恶寒，便有一分表证”。在治疗大法上，辛温与辛凉，都统一于“其在皮者，汗而发之”与“辛以散之”之中。麻黄汤与银翘散的组成配伍即是如斯。虽有温清之别，但统一于发汗宣肺，散邪解表之中。所以说，太阳病与卫分证统一于发病期的辨证论治层次。

热盛期：外感热病的热盛期，是辨证论治层次中非常重要的部分。由于外感热病的范围广，病种多，而且在这个时期，各个病种的特点已得到明显暴露，因此在辨证论治上就出现千差万别的变化。伤寒中的阳明经证与腑证，确是热盛期辨证论治层次的主要代表。而温病的气分证，确又充实了许多新内容，较详细地阐释了风温、湿温与温热等在气分证时的辨证论治的异同。伤寒论中的少阳病，是阴阳、表里、虚实、寒热之枢，一般认为是半表半里之证，但从临床表现的证情，疾病中矛盾的暴露以及邪正斗争的形势来分析，亦应归属于本期的辨证论治层次。温病中的湿热留连三焦，与伤寒之少阳病应属于大体相同的层次，正如叶香岩所说：“再论气病有不传血分，而邪留三焦，亦如伤寒中少阳病也。彼则和解表里之半，此则分消上下之势”。由此可见，伤寒之阳明病、少阳病和温病的气分证，同属于热盛期的辨证论治层次，在外感热病热盛期的层次上是对立的统一。

极期：是外感热病发展过程中最危重的时期，即邪正斗争异常激烈、决定疾病转归的关键时刻。外感热病的病种很多，各种热性病在极期时的临床表现和轻重程度也有悬殊差异。也可能由于得到正确和及时的治疗，未至极期而解。但是，从伤寒六经分证与温病卫气营血分证来分析，无疑其极期是指较危重的证情。伤寒的极期，主要指少阴病之阳气虚衰，急需回阳救逆；温热病的极期，是指邪陷营血、心包，而出现伤阴劫津，昏痉动血之证。这里虽有寒热、阴阳之异，但统一于外感热病极期辨证论治之层次。

后期恢复：继极期之后，即进入后期恢复阶段。伤寒厥阴病中之寒热错杂，厥热胜复以及温热病中的阴液耗伤之虚多邪少之证，其病机与证治虽各有不同，但同属于热病后期与恢复阶段的辨证论治层次。

综上所述，外感热病辨证论治中的“以寒立论”与“以热立论”的对立；伤阳与耗阴、亡阳与阴竭的对立；辨证体系上的六经分证与卫气营血的对立；治法上的“首用辛温”与“首用辛凉”、“回阳救逆”与“救阴固脱”的对立；直至经方与时方的对立，实际上都统一于外感热病辨证论治的纲领之中。因此，必须在中医理论、临床辨证、立法处方等各方面，正确认识伤寒与温病之间的对立统一，才能较全面地认识外感热病的发生发展及其辨证论治的规律。

五、论温病辨证分期审证论治体系

张文选(《北京中医药大学学报》1995, 18(2): 8)认为自“卫气营血辨证”这一概念提出以来，中医界普遍认为温病的辨证纲领就是卫气营血辨证。其实，这一概念仅仅是根据叶天士“卫之后方言气，营之后方言血”一段经文，以及章虚谷等人对此文的阐释总结而成的。它远远不能真实全面地反映叶天士辨治温病的经验；也远远不能适应当前温病临床辨证的实际需要。确切地说，单纯的卫气营血辨证不能作为温病的辨治纲领。相反，在明清温病学著作中，蕴藏着一种比卫气营血辨证更具体、更切合临床实际的辨治学思路，即“辨病分期审证论治体系”(下简称“辨病体系”)。现阶段温病临床上人们尤为关注的辨治方法实质上就是这种辨病体系。

所谓辨病分期审证论治体系的主要内容为：①注重辨病，强调抓不同温病的特征性表现而首先明确病的诊断。主张对临床常见温病以其各自的特征为依据，进行更加具体、更加细致的分类。②认为卫气营血的主要意义在于辨不同温病病机之浅深层次及动态变化，应视为辨温病之卫分期、气分期、营分期、血分期，不应将之称为卫分证、气分证、营分证、血分证。③主张在卫、气、营、血不同病程阶段中再行辨证，辨证的思路一是辨察不同温病病变所在之脏腑经络部位，及其脏腑气血阴阳的变化，抓住不同温病病邪主犯脏腑及病机的脏腑传变规律；二是审察病因的特殊性，寻找特异性病因，建立能揭示不同温病特征的病因学概念，为探索有效的对因疗法提供依据。总之，认为单纯的卫气营血辨证和三焦辨证均不能作为温病的辨证纲领。

作者认为，首先强调辨病，有利于把握疾病的本质。因为具体的病名概念一旦确定，该病自身所具有的本质属性就相应地确定了下来。因此，先辨病而明确病的诊断，将会给温病临床诊治带来不尽之惠，其主要表现在以下方面。

1. 可避免综合辨证的某些局限，提高辨证论治的准确度。临床事实表明：对临床表现的综合概括，往往难以揭示病变的本质，甚至会掩盖本质。上呼吸道感染和流行性出血热早期都会出现发热、微恶寒、头痛的邪郁卫表证，而两病的本质却决然不同，前者用辛凉表散可获速效而后者则不能，单纯辛凉疏透不但无助于发热、出血的控制，甚至可能加重病情。这并不是辨证是否有误，而是辨证方法本身的局限。若能首先辨病，找到两病的个性差异，这一难题就可迎刃而解。

2. 有利于把握病概念的完整性，系统认识某病自身固有的发生发展规律，提高临床诊治的预见性。例如麻疹，自明代龚信《古今医鉴》确定麻疹病名并与其他痘疹作出鉴别之后，中医对该病的发生、发展、预后等问题逐渐有了系统的、规律性的认识，以至暗合了西医麻疹的概念，因此，中医对该病的诊断就达到了西医的同等水平；在治疗方面，中医具有得天独厚的特色，能够分顺证、逆证、寒热虚实进行辨证施治，疗效之优，不容置疑。

3. 为辨病与辨证相结合的治疗提供了条件。吴又可《温疫论》曾提出过“一病只有一药之到病已，不烦君臣佐使品味加减之劳”的设想。但由于他在这方面实践经验的不足及认识上的局限，除强调用大黄攻逐之外，再没有发现针对每一温病的有效药物，而没有实现他自己的宿愿，但他的这种思想却给后人以很大的启发。喻嘉言受其影响曾提出：邪既入则逐秽为第一义，及顺应病变部位而驱逐病邪、兼以解毒的治疗方法。杨栗山在此基础上采撷陈良佐《二分析义》清热解毒诸方，制订以升降散为基础的治疫 15 方，重清热解毒疗法。余师愚创制清瘟败毒饮一方加减变化以治疫疹。近些年来，在临床上又相继涌现出一些对某种温病有较好疗效的单味药和专病专方，如鱼腥草用于肺炎等。这些治法往往是在明确病的诊断后使用的，也即是针对病因的，现代一般称之为辨病治疗，它与“辨证求因，审因论治”的疗法有着很大区别。通过辨证求出的“因”，常常不一定是疾病发生的原始病因，而是原始病因对人体损害的结果，实际上应把它看作是病机的一种特性，而这种病机特性可以是多种疾病在某一阶段的共同反映。因此，“审因论治”的疗法也是非特异性的。“辨病”治疗则不然，它是针对疾病原始病因的，它因病而异，却并不因人而施，所以，它是特异性的疗法。根据吴又可杂气论的观点，每种温病都有其相应的病因，在施治时，把这种对因的“辨病”治疗与传统的、综合的辨证施治结合

在一起，才是温病学治疗的完整思想，也才是握机达势，驱邪灭病的真正行之有效的治疗方法。由于各种版本的《温病学》教科书，均未重视吴又可的瘟疫学说，忽视辨病治疗的思路，从而使辨病治疗的理论未能得到很好的发扬。辨病分期审证论治体系的确立，将有益于阐扬辨病治疗，促进辨病疗法和辨证施治结合运用，从而提高温病的临床疗效。

4. 有利于促进温病分类的科学化。如前所述，古人就有过对单个温病的形象命名，如大头瘟、虾蟆瘟、绞肠瘟、软脚瘟、瓜瓢瘟、疔瘡瘟等；也有过等同、暗合于西医诊断的病名，如麻疹、疟腮等。对这些很能体现疾病个性的分类，不但没有很好地继承发扬，有些反而被抛弃了，造成了温病的类别越分越粗的状态（如四时温病）。随着人们对温病认识的不断深入，对各种温病的病因、发病特点、临床经过及预后等的了解必将日趋增多，肯定会出现更能体现病种特性的分类法，而辨病体系的建立必然会给这种分类奠定思想基础。例如，关于出血热的命名，有人说是伏暑，有人认为是伤寒，有人坚持是疫疹等等，其实疫区一线的中医大都能诊断出血热，从辨病的思路出发，完全可以将其命为“流行性出血热”，或曰“出血热疫”，中西医病名统一，更有利于反映该病的本质，无需将其划归于本来就很笼统的古病名之中。可见，阐明辨病体系，将有利于温病病名分类的具体化、科学化，促进中医辨病与西医诊断的相互接轨。

六、六经辨证与卫气营血辨证的关系

二者均是将外感病的病变过程中所反映的证候，分为若干个证型，并揭示外感病传变的一般规律，用以指导临床治疗。只是所习用的范围略有差异，一般是六经辨证多用于寒邪为主所致病变，卫气营血辨证多用于温热之邪为主所致病变。

六经辨证将外感病分为六个阶段，说明病变由表入里、由腑及脏、从阳至阴、从实到虚的病理变化；卫气营血辨证将外感病分为四个阶段，以示浅深层次轻重之别。虽有六者、四者之异，但都是把外感病的整个过程分为若干个阶段加以研究，从而区分证候类型，标志病情浅深轻重，概括传变过程，确定治疗方法，在反映外感病的病理变化及其传变过程方面具有共同之处。

太阳病证与卫分证均是反映外感病初期阶段，邪在肺卫肤表所表现的证候，只是太阳病证重于寒化，属风寒表证范畴；卫分证重于热化，属风热表证而已。

少阳病证的主症主脉，在卫气营血辨证中属气分证范畴，如胆火犯胃证、痰热郁阻证等，与少阳病证极相类似。

阳明病证有经证和腑证之分，在温病中均属气分证，气分证之胃热亢盛证、肠热腑实证与阳明病证雷同，均是反映胃肠的病变。

太阴病证在卫气营血辨证中亦属气分证，不过太阴病证以脾虚寒湿为特征；气分证之病在脾者，则以湿热蕴阻脾经为主。

少阴病证和厥阴病证在卫气营血辨证中属营分证、血分证。少阴病证属阴阳气血不足，且重点言心肾阳虚寒化的表现；营血分证亦是言心肝肾阴阳气血的亏虚，不过重点是指阴血的亏损所致证候，与少阴热化证相近似。厥阴病证由于寒热错杂，阴阳气不相顺接常见肢厥与烦躁昏厥；营血分证至后期，亦常见昏谵痉厥之象，说明二者的病位均在肝或心包络。

总之，六经辨证与卫气营血辨证同是运用于外感病的辨证方法，在形成上相互影响，互为补充。在认识外感病时，都是以外邪侵袭人体后引起脏腑、经络、气血、津液等的

病理变化为物质基础。在反映外感病的发展阶段上，均提示着共同的演变规律。虽然二者运用的重点有寒温之别，但二者是密切相关而不可分割的整体，二者应是互相补充、协调统一而不是对立互斥的关系。

【古代文献】

《素问·生气通天论》：冬伤于寒，春必病温。

《素问·金匱真言论》：夫精者，身之本也，故藏于精者，春不病温。

《素问·热论》：凡病伤寒而成温者，先夏至日者为病温，后夏至日者为病暑。

《灵枢·卫气》：其浮气之不循经者，为卫气；其精气之行于经者，为营气。阴阳相随，外内相贯，如环之无端。

《温热经纬·叶香岩外感温热篇》：温邪上受，首先犯肺，逆传心包。肺主气属卫，心主血受营。辨营卫气血，虽与伤寒同，若论治法，则与伤寒大异也。

盖伤寒之邪，留恋在表，然后化热入里。温邪则热变最速。未传心包，邪尚在肺，肺主气，其合皮毛，故云在表。……若病未不解，是渐欲入营也。营分受热，则血液受劫，心神不安，夜则无寐，成斑点隐隐。

气病有不传血分，而邪留三焦，亦如伤寒中少阳病也。彼则和解表里之半，此则分消上下之势。

大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血。在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气。……入血恐耗血动血，直须凉血散血，……否则前后不循缓急之法，虑其动手便错，反致慌张矣。

《温热经纬·叶香岩外感温热篇》章虚谷曰：仲景论六经外感，止有风、寒、暑、湿之邪；论温病由伏气所发，而不及外感。

仲景辨六经证治，于一经中皆有表里浅深之分，温邪虽与伤寒不同，其始皆由营卫，故先生于营卫中又分气血之浅深，精细极矣。凡温病初感，发热而微寒者，邪在卫分；不恶寒而恶热，小便色黄，已入气分矣；若脉数舌绛，邪入营分；若舌深绛，烦扰不寐，或夜有谵语，已入血分矣。

《温热经纬·叶香岩外感温热篇》雄按：邪始从上受，病在卫分，得从外解，则不传矣。第四章云：不从外解，必致里结。是由上焦气分以及中、下二焦者为顺传。惟包络上居膻中，邪不外解，又不下行，易于袭入，是以内陷营分者，为逆传也。然则温病之顺传，天士虽未点出，而细绎其议论，则以邪从气分下行为顺，邪入营分内陷为逆也。

《伤寒指掌·察舌辨证歌》：舌苔白润而薄，邪在卫分，可汗。……如舌苔白而厚，或兼干，是邪已到气分，只宜解肌清热。……若寒邪化热，过卫入营，或温邪吸入，竟入营分，则舌苔红绛而燥，惟羚、犀为妙品，以能透热入营中也。邪在营分不解，渐入血分，则发热不已，宜清血分之热，鲜生地、牡丹皮之类。

凡舌苔白中带黄，日数虽多，其邪尚在气分留连，可冀汗而解。若舌红绛中仍带黄白等色，是邪在营卫之间……。邵评：卫之后方言气，营之后方言血。卫气营血，逐层递进，须认明此四层施治。邪之入先到卫分，不解，然后入气分。营分不解，然后入血分。白内兼黄，仍属气分之热，不可用营分药。白苔边红，此邪入肺，灼干肺津，不可辛温过表，清轻凉散为当。此经辨邪入之路，有卫分、气分、营分、血分之不同，临证

时最宜细审。

【研究进展】

一、卫气营血的病理研究

匡调元等^[1]从临床病理组织学观察研究中提出,温病卫气营血的传变规律,与现代医学关于急性传染病的发展规律是共通的;认为卫气营血各期之临床见证,是可以现代病理学实践加以验证的。重庆、成都等地在对流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、败血症的死亡患者,进行尸体的病理解剖中发现,卫分证主要表现为发热、恶寒、咳嗽等,而其病理学变化,是属于急性传染病的前驱期或症状明显期之早期,以上呼吸道炎症与体表神经-血管反应为主,局部病理变化主要表现为充血、水肿;气分证主要见证为发热、便秘、伤津等,属急性传染病的症状明显期,出现毒血症状及由高热所致体液、电解质代谢紊乱为主,实质脏器混浊肿胀及功能紊乱,可见各种传染病的特异性病变,即可以某一组织或脏器的某部分病变为著,这些改变往往是可逆的;营分证可见神昏、斑疹、出血等,为极盛期,除各种传染病之特殊病变进一步加重外,还以显著的中枢神经系统变性、坏死、凝血功能紊乱,以及血管壁的中毒性损害进一步发展为特征;血分证突出表现为痉厥、伤阴,属衰竭期,多种重要器官如中枢神经、心、肺、肾、肝等损害更严重,机体反应性与抵抗性降低,出现弥漫性血管内凝血,暴发型病例往往伴有急性肾上腺皮质机能不全及广泛出血^[2~4]。戴氏对15例热入营血、气阴两虚证患者,进行病理解剖学特征的研究也发现,热入营血、气阴两虚证是一组病程相对较短的全身衰竭、消耗性病证,临床除均有较长时间的高热外,血液中的有形成分也有不同程度的损害;全身脏器、组织存在着较广泛并有一定深度的损伤,病理形态学变化以肝、肾上腺皮质、心、肺、肾等脏器变化为主^[5]。

以上研究均表明,邪在卫气分阶段,以组织器官的机能和代谢改变为主,病理变化以充血水肿和实质细胞变性为主;邪在营血分阶段,其病理变化以某些实质脏器或组织的变性坏死为主,同时伴有相应的机能紊乱与失调。

二、卫气营血的血液流变学与微循环指标测定

上海市传染病院对35例各型流行性乙型脑炎患者,进行了血液流变学指标的测定,结果显示营血型(重型)患者的血沉、K值、红细胞电泳、纤维蛋白原均高于正常值;而卫气型(轻型)仅一项红细胞电泳时间增加,提示各型流行性乙型脑炎患者的血液流变学诸指标的变化,差别有显著性^[6]。徐应杼等学者通过158例温病患者的血液流变学各种指标测定,结果发现白细胞总数、中性粒细胞、全血粘度(高、低切变速率)、全血还原粘度、红细胞及白细胞电泳时间、血小板电泳时间、纤维蛋白原、甘油三酯、胆固醇等,在卫气营血各病变阶段,差别均有显著或非常显著意义,符合其传变规律,说明这些指标可作为卫气营血辨证客观指标的参考标准^[7]。亦证明卫气营血病变过程,其血液流变学改变属“高粘综合征”,反映温病全过程均有“瘀血”存在,且随卫气营血的演变而逐步加重。可以推论,血浆粘度增高,白细胞总数增多、血细胞表面电荷减少而聚集、单位细胞压积产生增比粘度的能力增强、甘油三酯和胆固醇增加等,均可能为造成“高粘综合征”和“瘀血”的原因。因此,临床治疗温病时,除了遵循卫气营血辨证的传统治法,还要探求降低血粘度和改善微循环的途径^[8]。

徐氏等还对 103 例温病患者进行了微循环形态与功能的观察,检测毛细血管袢的清晰度、排列、外形、数目、长度、管径、袢顶亮度、乳头下静脉丛、管壁张力、乳头以及管袢内微血流的流态、袢顶血流、血色、毛细血管袢周围的渗出、出血和毛细血管袢的冷刺激、针刺刺激、微血管运动计数等十多项指标,然后用积分计算的方法,得出微循环诸指标改变的积分,结果在卫气、卫营、卫血、气营、气血、营血之间,差异皆有高度显著性($P < 0.01$)。表明卫气营血各病变阶段,都存在微循环形态改变与功能障碍,而且随其病程发展而逐渐加重^[8]。另外,还有人对比卫气营血各阶段微循环特点进行对比,发现营血阶段视野底色绛红,毛细血管管袢不清,有明显“毛边”、“渗血”,管袢区显示不规则“云片”,也说明了营血分证的微循环瘀滞,毛细血管的脆性增加及破损更为严重^[9]。

三、温病生化指标的测定

程远纶氏检测了表现为气分证的 60 例肺炎、11 例败血症患者的酸碱平衡失调情况,发现呼吸性碱中毒最多(16 例),其次为代谢性酸中毒及碱中毒(共 26 例),而呼吸性酸中毒比较少,且这些酸碱平衡紊乱多属代偿性,说明气分阶段机体代偿功能尚好,能够在此及时治疗,病情预后较好^[10]。也有人观察了 23 例营血分证病例的血钠、钾、氯水平,结果有 21 例患者的血钠、氯降低,提示高热失水伤津;而增高者仅 2 例,可能与发热,脱水有关;血钾测定结果则相反,仅 2 例降低,其余 21 例均增高,可能由于高热少尿或酸中毒,大量钾离子从细胞内移出所致^[4],这些变化也似可作为辨证的参考指标。

许志奇等采用放射免疫分析法,对 51 例温病气分证候表现的患者,进行了血浆皮质醇的动态测定(8、16、24 点),结果血浆皮质醇含量除 8 点与正常人无显著性差异外,其他各时点均高于正常人($P < 0.01$),说明气分阶段正邪斗争十分激烈;血浆皮质醇含量的增高,与机体受到外邪刺激而表现出的应激反应有关,反映出机体正气对外邪发出主动进攻而处于优势地位,符合气分阶段邪虽实而正亦盛的特点^[11]。

钱士明等对 61 例流行性出血热患者,按卫气营血不同病变阶段,检测了周围血液中中性粒细胞 NAP、POX 活力;结果表明,各型患者的 NAP 阳性率、积分值的差别有非常显著性意义($P < 0.01$),NAP 阳性率、积分值低于对照组,两者差别有非常显著性($P < 0.01$),NAP 阳性率、积分与血尿素氮、肌酐呈正相关,POX 阳性率、积分与血尿素氮、肌酐呈负相关,POX 积分与 NAP 积分呈负相关,NAP 阳性率、积分与白细胞计数呈正相关;说明中性粒细胞酶代谢,参与了流行性出血热的卫气营血病变过程^[4]。另外,徐氏等分别对 186 例患者,进行了卫气营血各阶段血中内毒素含量的动态观察,发现卫气营血各病变阶段均有内毒素血症的存在,但其无规律性变化^[12]。可见,卫气营血的病理变化,与热病中电解质、皮质固醇、酶等生化物质的代谢改变有密切的关系。

四、温病免疫指标的测定

有些学者认为白细胞是人体抗病能力的一种,属“正气”的范畴。根据临床资料观察、分析,卫气营血各病变阶段,白细胞是随着温邪由浅入深、病情由轻到重的发展而增加的,可象征“正气”的盛衰与“邪气”的轻重;邪在卫分,白细胞在 $6.1 \times 10^9 \sim 10 \times 10^9$ /升(6100~10000/立方毫米)之间,卫气同病与上相同且有向 $11 \times 10^9 \sim 15 \times 10^9$ /升(11000~15000/立方毫米)发展趋势,气分亦在 $11 \times 10^9 \sim 15 \times 10^9$ /升(11000~15000/立方毫米)之间,卫营同病上升至 $10 \times 10^9 \sim 25 \times 10^9$ /升(10000~25000/立方毫米)之间,营分与血分也多在 $16 \times 10^9 \sim 25 \times 10^9$ /升(16000~25000/立方毫米)之间^[13]。

程远纶氏等为了进一步探讨温病卫气营血各阶段的病变实质,采取现代科学方法,对温病气分阶段患者的免疫功能作了观察;通过 60 例肺炎和 11 例败血症患者气分阶段的免疫功能测定,发现肺炎组血清 IgG、IgM,败血症组血清 IgG,均较正常对照组高 ($P < 0.01$, $P < 0.05$);证明气分阶段正气旺盛,免疫能力较强,能动员和增强机体的抗病力,容易祛邪外出,于此阶段积极治疗,对提高温病的治愈率,降低死亡率有重要意义;同时也观察到,这类患者的血清 IgA、玫瑰花环结合率无明显变化 ($P > 0.05$)^[10]。上海市传染病院也对 35 例各型流行性乙型脑炎患者,做了 LBT、IgG、IgA、IgM 的测定。结果发现各型患者的 IgM 均增高,IgG 的变化不大,IgA 均略偏低;卫气型患者 LBT 偏高,气营型 LBT 则略低于正常,营血型均偏低,反映了邪陷营血、邪盛正虚与细胞免疫反应低下有关,而卫气型患者的细胞免疫功能亢进,则是正盛邪实的表现^[6]。中医对感染性高热急症,采用卫气营血辨证治疗,除了清热解毒药物对病原体的抑制或灭活之外,更重要的是通过调整机体的免疫功能,以达到“祛邪安正”的目的。因此,运用免疫学指标和原理,观察研究卫气营血辨证治疗的机理,对发展卫气营血理论,是有重要意义的。

五、温病卫气营血证动物模型的研制

1. 模型研制 四川医学院温病理论研究室。熊启逵等根据临床所见胆源性和血源性大肠杆菌败血性温病患者,可表现出典型卫气营血或/和痉厥闭脱等证候,用从败血性温病患者血中培养、分离出的同一株普通型大肠杆菌所制菌液,按 0.75 毫升/千克体重(每毫升含大肠杆菌 27 亿个),经耳缘静脉注入健康白毛家兔,成功地复制了实验性温病卫气营血证候的动物模型;动物模型的病因、症状、体征,均与人体大肠杆菌暴发性败血性温病相似。实验结果表明:①抓住恶寒或寒颤、发热渴饮、神经系改变、斑疹出血四大症征特点,对辨证诊断的可靠性获得病理佐证。②大肠杆菌败血性温病的一般发生发展自然转归,与叶天士“卫之后方言气,营之后方言血”的病机演变过程相吻合。③兔大肠杆菌暴发性败血性温病模型,常有稀便、便溏或水样大便等湿热下注,或热结旁流的症状,故认为该组温病动物模型,应命名为湿热类温病卫气营血模型更确切。④舌象的变化,是临床温病辨证的重要依据;该模型所见舌质变化较明显,但舌苔变化尚不显著^[14]。

2. 不同时相的连续性病理变化观察 实验性温病动物模型复制成功之后,曾国祥等^[15]又分别在卫、气、营、血各证候的不同时相处死动物,经肉眼和组织切片作常规及多种组织化学特殊染色进行观察,证实了温病卫气营血证候的各个时相,既有病理变化的连续性,更有不同的阶段性。从而论证了温病四时相,是受病机体多种物质变化和病理过程的反应。实验的大体标本观察可见,卫分组除双肺轻度充血外,四只动物中三只左肺或和右肺,有少数 0.1~0.5 厘米直径的出血点,其余与对照组未见明显差异;气分组除肺、肝、胃、脾、脑、肠等明显充血外,四只动物均出现大小不等、多少不一的点状或片状出血,有的相互融合(约 1×1 厘米),胆囊均充盈,舌苔淡薄、舌质红;营分组肺、肝、肾、脑、胃、肠、心、腹膜、耳静脉、眼结膜等处重度充血水肿,双肺可见较多的点、片状出血,并间有多少不等的针尖至米粒大小的脓点,有的尚可见肝脏脓点的形成,胃肠、心、脾有点状出血,舌苔多呈淡黄、舌质红绛;血分组各只动物除了营分组所述脏器组织的充血水肿、出血,及脓点形成且更严重外,还多伴皮下、心、脑有点、片状出血,肾上腺被膜内严重出血,腹腔内有少量淡红色液体形成,舌质绛紫、苔

淡黄晦暗。

实验的组织切片观察也发现：①肺、肝、脾的切片组织经 HE 染色观察，其病理变化也是从卫分到血分瘀血逐渐加重；②粘多糖性质的改变，经 AB/PAS 染色观察，在胃幽门腺等处，从卫分到血分，酸性反应呈不同程度的增强；③RNA 在大脑的神经细胞内变化，卫分组与正常对照组相似或偏高，由气分至血分递减，但脾与淋巴结内的 B 淋巴细胞和浆细胞数，则从卫分起递增，营分最高，到血分又下降；④多种胞浆内膜酶、线粒体酶以及溶酶体酶的活性等，在多数组织器官内，从卫分起到营分逐渐增高，到血分虽有不同程度的降低，但有的仍高于正常^[15]。

上述的观察结果表明，卫气营血证候的不同时相中，其病理变化的连续性和阶段性的理论，是有实验依据的：①大体改变和 HE 染色的一般病理改变，可将病变分为轻（卫）、中（气）、重（营）和最重（血）四个类型；②脾脏红髓内浆细胞增多的情况，卫分组与对照组差别有显著性（ $P < 0.05$ ），卫分组与气分组虽差异无显著性（ $P > 0.05$ ），但气分组与营分组差异有显著性（ $P < 0.05$ ），营分组与血分组差异无显著性（ $P > 0.05$ ），故认为卫气营血四个时相虽然不能截然划分，但至少可分为卫气和营血两大阶段；③粘蛋白的增减与粘多糖性质的变化，亦具有四个时相性；④肝糖原的变化，卫分组比正常对照组偏低，气分组增高，营血分组锐减，以营分组减少为著；⑤RNA 和胞浆内膜酶、线粒体酶、溶酶体酶等多种酶的活性，在连续的病理变化中，也寓有时相性，特别是在肝细胞内，能使糖原异生作用的 G-6-P 酶的活性，卫分组均比正常对照组偏低，气分组明显增高，营分组又比正常低，血分组降低更为明显^[15]。由此可见，卫气营血的连续性和阶段性的病理变化，是以受病机体的多种物质变化为基础。

3. 超微结构的病理变化观察 王远萍等用电子显微镜技术，对上述模型的兔肺与肝，进行卫气营血证候模型的超微结构病理变化观察。结果发现，肺泡壁上皮细胞内线粒体的肿胀和内质网的扩张程度、胞质内空泡和次级溶酶体的多少、毛细血管的充血和内皮细胞的肿胀及空泡变动性等项变化，表现出从卫分到营分损害逐渐加重，以致在血分时细胞器多呈减少而出现拉空现象；肝细胞内线粒体的肿胀、嵴的减少程度、粗面内质网和滑面内质网的扩张及粗面内质网的脱粒现象、肝细胞内次级溶酶体的增减、肝血窦和毛细胆管的扩张、狄氏间隙内微绒毛的增减程度等方面变化，也表现出肝细胞超微结构的损害，是以卫分到血分逐渐加重，而在血分时细胞器多呈减少的衰竭现象^[16]。这些方面的变化，虽然不能将卫气营血四个时期绝然划分，但也反映出其连续病理变化过程，也寓有相对的时相性。超微结构的观察方法，把卫气营血辨证研究引入更加深入的层次，也提示了卫气营血证候的病理变化，具有微观结构与功能变化的病理基础。

4. 遥控监测法的观察研究 神志变化是温病卫气营血辨证的证候表现之一。查忠斌等采用遥控监测法，对实验性温病卫气营血证候兔模型皮层脑电图变化，进行了系统的观察分析。结果表明：代表兔中枢神经活动处于兴奋状态的“ θ ”波，在温病卫气营血证候演变的不同时相中，呈现“W”形的变化；而代表中枢神经受阻抑的“ δ ”波，则呈现“M”形的变化。说明卫气营血证候传变过程中，神志变化的时相性具有脑电生理学变化的基础。提示脑电图的变化，可作为研究温病病机演变及重症患者的辨证诊断、病情监测和预后判断的一个重要指标^[17]。

5. 热厥气脱证动物模型 张文选等^[18,19]直接用精制大肠杆菌内毒素经兔耳缘静脉

注射，第1次注 $2\mu\text{g}/\text{kg}$ ，24小时后再次注射 $3\mu\text{g}/\text{kg}$ ，对照组注入等量生理盐水。

使用内毒素造模时，第1次注射内毒素后，出现兔耳充血通红，结膜充血，皮肤、四肢、耳部触之灼热，耸毛，拒食，口渴等表现，提示造模兔已发生类似温病（初期）的病变。第2次注射内毒素后，出现兔耳变苍白，摸之发凉，甚至冰凉，皮肤、四肢不温，结膜变浅，甚至苍白，蹇卧不动，或呈半瘫卧、瘫卧状，尿赤或呈褐色，呼吸困难，紫绀，软弱无力，反应迟钝，神志萎靡等表现，提示病变已深入血分，向热厥气脱发展。同时可见第1次注内毒素后，模型兔体温升高，第2次再注后体温骤降。观察血液学指标发现，BPC减少，FG降低，PT、KPTT、复钙时间延长，3Ptest阴性，提示实验动物在第2次注内毒素后已发生DIC，通过肺、脾、心、肾等形态学观察也证实了DIC的存在。血液流变学观察，第2次注内毒素后，模型兔红细胞聚集性增强，但血液粘度反而降低，与以往研究报道结果相反。本实验研究者通过对以上结果分析，提出即便同样是温病深入血分，但病机仍有深浅层次之别，而血液流变性的不同改变似可作为这种深浅不同层次的一个判别指标。

参 考 文 献

- [1] 匡调元. 中医病理研究. 上海: 上海科学技术出版社, 1980. 127
- [2] 重庆医学院新医病理学研究小组. 以近代病理学观点探讨温病传变的规律性. 新医药学杂志, 1974, (6): 16
- [3] 张之文. 温热病应用活血化瘀法则的探讨. 新医药学杂志, 1979, (1): 34
- [4] 马健, 等. 卫气营血证候实质的研究概况. 上海中医药杂志, 1988, (4): 32
- [5] 戴豪良等. 15例热在营血、气阴两虚证病理解剖学特征的初步探讨. 中医杂志, 1986, 27 (12): 54
- [6] 孟宪益. 从血液流变学探讨流行性乙型脑炎卫气营血辨证的机理. 上海中医药杂志, 1980, (6): 57
- [7] 徐应抒, 等. 温病卫气营血的血液流变学实验研究. 中西医结合杂志, 1986, 6 (5): 283
- [8] 徐应抒, 等. 温病卫气营血证候103例的微循环和血液流变学研究. 中医杂志, 1986, 27 (8): 39
- [9] 孙孝洪. 清营凉血方药的研究近况. 辽宁中医杂志, 1982, 6 (3): 31
- [10] 程远纶, 等. 温病气分阶段免疫功能及血气分析的初步观察. 四川中医, 1983, 1 (6): 57
- [11] 许志奇, 等. 温病气分阶段血浆皮质固醇含量的动态观察. 四川中医, 1983, 1 (5): 11
- [12] 徐应抒, 等. 解毒化瘀I号治疗温病的实验研究. 中医杂志, 1988, 29 (1): 48
- [13] 吴云山, 等. 对温热病运用卫气营血辨证施治的研究. 福建中医药, 1962, 7 (3): 6
- [14] 熊启遼, 等. 实验性温病卫气营血证候动物模型复制的研究. 四川医学, 1983, 4 (2): 65
- [15] 曾国祥, 等. 实验性温病卫气营血四个时相的病理变化. 四川医学, 1983, 4 (3): 129
- [16] 王远萍, 等. 实验性温病卫气营血四个时相肺肝超微结构的变化. 四川医学, 1984, 5 (1): 6
- [17] 查忠斌, 等. 遥控监测实验性温病兔皮层脑电图的变化及其意义的探讨. 四川医学, 1983, 4 (5): 260
- [18] 仝小林, 等. 热厥气脱证动脉模型的建立及其动态观察. 中国医药学报, 1990, 5 (2): 66
- [19] 张文选, 等. 大肠杆菌内毒素家兔温病邪入血分之热厥气脱证模型建立的初步研究. 中国医药学报, 1990, 5 (4): 70

第三节 三焦辨证概要

【基本内容】

三焦辨证是清代吴鞠通依据《内经》、《难经》及前贤有关三焦的论述，将外感温热病证候归纳为上、中、下三焦病证，借以阐明温热病过程中的病理变化、临床表现及其传变规律的一种辨证方法。

上焦病证，主要包括手太阴肺经和手厥阴心包经的病变。而手太阴肺经证候又多为温病的初起阶段；手厥阴心包经证候乃为肺经温热之邪内陷心包的证候。中焦病证，主要包括足阳明胃经和足太阴脾经病变。阳明胃主燥，邪入阳明易从燥化，多表现为里热燥实证；而太阴脾主湿，邪入太阴易从湿化，多表现为湿温病证，中焦病变证候多为温热病的中期或极期阶段。下焦病证，主要包括足少阴肾经和足厥阴肝经病变，多表现为肝肾阴虚之证，乃属温病的末期阶段。

一、上焦病证

上焦病证是指温热之邪侵袭上焦手太阴肺和手厥阴心包所表现的证候。

【临床表现】 以发热，微恶风寒，咳嗽，微汗，头痛，口干，舌边尖红，脉浮数；或见但热不寒，咳喘，多汗，口渴，苔黄，脉数；甚则神昏谵语或昏愦不语，舌謇，肢厥，舌质红绛。

【机理分析】 肺合皮毛，主表统卫。温热之邪袭表犯肺，致使卫气郁遏，肺失宣肃，故见邪在肺卫的发热，微恶风寒，微汗，咳嗽，头痛等表症；口干，舌边尖赤，脉浮数，更是温热伤津、在表之象。

若温热之邪入里，热盛肺壅，肺失肃降，气逆于上，则见咳嗽气喘；热盛于里，充斥身脉，故有但热不寒，苔黄脉数；热盛迫汗伤津，故见多汗，口渴之症。

若肺经之邪不解，内陷而内传心包，心神受扰，则见神昏谵语或昏愦不语；热邪扰心，舌失主宰，故有舌謇失灵；热灼伤津而见舌质红绛；邪热内郁，阳气被遏，四末失温，则见肢厥不温。

上焦病证，若邪居肺卫，当以发热，微感风寒，口干，咳嗽，脉浮数为辨证要点；若邪热入里或逆传心包，则以但热不寒，咳喘汗出，口渴，苔黄，或兼见神昏谵语，舌謇肢厥，舌质红绛为辨证依据。

二、中焦病证

中焦病证是指温热之邪侵犯中焦脾胃，邪从燥化或湿化所表现的证候。

【临床表现】 身热气粗，腹满便秘，口渴饮冷，口干唇燥，苔黄燥裂，或神昏谵语，脉象数实；或见身热不扬，头身困重，脘腹痞闷，泛恶欲呕，便滞不爽，苔黄而腻，脉象濡数。

【机理分析】 胃喜润恶燥，温热之邪内入阳明，则易化燥伤津，故见身热气粗，渴而喜冷，口干唇燥，苔黄燥裂等热盛津伤之象；邪热与肠胃燥屎内结，肠胃降泄不行，故有腹满便秘；燥热内炽，上扰心神，则见神昏谵语。脉象数实，为邪实有热之征。

脾喜燥恶湿，温热之邪内犯太阴，则易从湿化，湿热蕴郁中阻，脾胃升降失常，故见脘腹痞闷，泛恶欲呕，便滞不爽；湿遏热伏，郁干肌腠，则有身热不扬；湿性重着，留

恋不去，阻滞气机，则见头身困重。舌苔黄腻，脉象濡数，也为湿热之象。

中焦病证，当明析邪从燥化多表现为阳明实热证，以身热，腹满，便秘，渴饮，苔黄燥，脉数实等为辨证要点，邪从湿化多表现为太阴湿热证，以身热不扬，脘满泛恶，苔黄腻，脉濡数等为辨证要点。

三、下焦病证

下焦病证是指湿热之邪犯及下焦，以劫夺肝肾之阴为主所表现的证候。

【临床表现】身热颧赤，手足心热甚于手足背，口干咽燥，神倦，耳聋，舌绛少苔，脉虚数；或见手足蠕动。甚则瘈瘲，心中憺憺大动，甚或时时欲脱。

【机理分析】肾藏真阴，为一身阴液之根本，温病后期，邪热犯及下焦，最易耗损真阴。真阴既耗，神失所养则神倦，耳失所养则耳聋；阴虚生内热，阴虚则阳亢，故有身热颧红，手足心热甚于手足背，口燥咽干，舌绛，脉虚数等虚热之象。

肝为风木之脏，有赖于肾水之涵养，肝又为筋之主，温热久羁下焦，真阴劫耗，水不涵木，筋脉失养，虚风内动，故见手足蠕动，甚则瘈瘲，心中憺憺大动。

下焦病证以阴虚内热、虚风内动为病变特点，临床常以身热颧赤，神倦，耳聋，手足蠕动，舌绛少苔，脉虚数等为主要见症。

四、三焦病证的传变

三焦病证的传变，一般多由上焦手太阴肺经开始，自上而下，传入中焦，继而下焦，此为“顺传”。其标志着病情由浅入深，由轻渐重的病理过程。若病邪从肺卫而直入心包者，称为“逆传”，多因邪热过盛，说明病情危笃。

三焦病证的传变，与感邪的轻重及受病机体抗病能力的强弱密切相关。所以，上焦病证则有邪在肺卫之表、邪热入里或邪犯心包的不同；病传中焦则有邪从燥化、邪从湿化之分；病传下焦则有阴虚内热、虚风内动之别。三焦病证的传变顺序也并非固定不变，临床常有邪犯上焦，经治则愈，并不下传者；亦有上焦病证未罢，而又见中焦病证者；亦有自上焦径传下焦者；亦有起病即见下焦病证者。更有两焦、三焦病证错杂互见者。因此，对三焦病证的辨证也应灵活变通的全面综合分析。

【补充阐发】

一、三焦辨证与卫气营血辨证之异同

三焦辨证与卫气营血辨证，二者既有相似之点，又有不同之处。

共同点：①三焦辨证和卫气营血辨证皆是温病的辨证纲领，在归纳证候，阐明病机，辨别病位，明确传变，分清轻重，拟定治则等方面，都有着共同的重要意义。②虽然三焦辨证是从“纵”的方面来划分所病脏腑部位，概括温病病变过程、病理变化和传变规律，而卫气营血辨证是从“横”的方面来概括温病的病理变化和传变规律，即所谓“三个阶段”、“四个层次”，但无论是以“纵”的方法，或是“横”的方法，都能概括温病病理和传变。③两种辨证纲领虽然其理论阐述和归纳方法不尽一致，但其主要反映的内容和证候大部分相同。

不同点：①论证方法不同。二者对温病病理变化及其相互传变的阐述，有一“纵”一“横”之别。卫气营血辨证是从四个层次来辨别其发展规律和证候表现，三焦辨证则是从所病脏腑部位来划分病期及分析病理传变。②三焦辨证和卫气营血辨证之内容，各自有

主次和繁略之异。上中下三焦和卫气营血之间不能相互等同，如上焦手太阴肺卫的病变，相当于邪在卫分；热壅于肺而又无表证者，则属气分范围；逆传心包的病变却又属于营分范围。中焦足阳明胃和足太阴脾的病变，虽都属气分范畴，但邪在气分就不能仅限于脾胃之中焦病变。下焦肝肾的病变和邪在血分，其证候表现截然不同，前者是热伤肝肾之阴，其证属虚；后者为耗血迫血，其证属实中有虚。吴氏三焦辨证的下焦证，实是补充了卫气营血辨证之不足。

二、卫气营血与三焦证候的实质区别

长期以来，全国中医院校统编教材之《温病学》与若干温病学专著，对卫气营血与三焦辨证的论述，多是罗列卫气营血与三焦证的基本证型与见证，对其实质与区别并无进一步论述。《温病条辨》是将卫气营血与三焦辨证交混穿插并用的。有人认为，三焦辨证只作为脏腑定位，卫气营血与三焦辨证并存，不易掌握和运用，是该书的一大缺点。有人甚至主张将卫气营血、三焦辨证与六经、脏腑辨证统一起来，这样就从根本上抹杀了它们的本质与特点。如此等等，不一而足。但不难看出，他们多是强调事物的表面现象，夸大了两种不同事物的共性，忽视了对其本质、个性的认识。

随着理论与临证的深入，材料的逐渐积累，人们的认识也在逐步深化。

众所周知，温病为温邪所引起的外感急性热病。温邪是外来的邪气，本有温热与湿热之分，侵入人体之后而发病，就其病机本质而言，不外乎损伤人体的阴液与阻滞正常的气机升降出入；且二者又常相互影响。因侧重点不同，二者又有区别。

卫气营血，其具有浅深的分布层次和相应的生理功能。如卫，是人体的一种阳气，其有“温分肉、肥腠理、司开合”的作用。它分布于人体体表，具有保卫作用，部位在最浅层，由肺的宣发而抵达体表。气，为水谷所化生，因肺之宣发而达全身、五脏、六腑，而温养之。它分布部位较卫为深。营，为水谷之气化生而成。所谓“谷入于胃，以传于肺、五脏六腑皆受气”，其“清者为营”。又因其“注之于脉，化以为血”，知营是血的组成部分；“营行脉中”，可见其较气所在部位更深。血，则是血中的营养物质，其部位最深。

总之，卫气营血在人体中有浅深不同的分布层次，它是人的生命和人体各种功能活动的物质基础，也是我们研究卫气营血证候本质及传变的基础。

临床实践证明，卫气营血证候，即是“温邪”侵入人体后，“邪气”所在部位的层次分布，且其浅深与卫气营血的分布浅深层次一致。所以我们认为卫气营血证候中邪气的浅深，对人体的脏腑、器官的功能及实质的损害，与卫气营血分布的浅深，所涉及的脏腑、器官相一致。而“邪气”为什么会停留在某一个阶段或层次？是怎样深入的？在各个不同阶段的本质区别是什么？弄清这些问题则有利于温病理论与临床水平的提高。

对事物本质的认识，是在实践中得来的。卫气营血证候的本质，存在于临床见证之中。

卫分证因病轻邪浅，临床主要见症为：发热、微恶风寒、咳嗽、口微渴、舌边尖红，苔薄白、脉浮数等。其变化与深入皆由“口干”或“口渴”的程度变化而决定。因卫分证“邪”仅伤肺津或肺阴，且很轻，故只见“口微渴”，若阴伤而“口渴”增重说明“邪气”已深入了。可见阴伤程度的轻重，是决定“邪气”是否传变深入的关键。若热虽重而阴未伤，或阴伤很轻，则邪气并未突破卫分防线，而仍停留在卫分，此与发热的轻重、

时间的长短无关。这一点已被大量的临床实践所证明。有的虽发热十余日或更长，体温可高达40℃以上，但邪气仍然停留在卫分而未入气分，此时仍可用卫分方法治疗。为此，我们总结出邪气在卫分的判断标准是：①高热无汗——为卫肺郁闭的结果。②舌苔薄白、口不渴或微渴——邪浅且未伤阴。苔薄白一般只有口干、微渴，不会“口大渴”。③咳嗽——肺气郁闭。④脉浮——邪在肺卫之浅层。此时卫分证的特点是肺卫郁为主。因此我们认为，卫分证的本质是肺经郁热，微有阴伤。

气分证是邪在卫分伤阴后的深入与发展。临床的主要见症为：高热、烦渴，或大便干结，汗出，舌红，苔黄，脉数。“烦渴”即心烦口渴，或大渴，是热伤肺胃之阴的标志。其他见症如发热，舌红、苔黄，汗出，大便干等均随口渴程度的加重而加剧。肺胃阴伤是气分证的本质；阴伤与邪盛之高热、汗出、苔黄等则是气分证的表现形式；而汗出热不退，烦躁、口苦、腹满等为气机阻滞，邪热蒸灼的结果。所以我们说气分证的本质是邪热炽盛、肺胃阴伤。

营分证。肺胃之阴既伤，邪仍不解，进而则深入阴分，伤血中之阴而为营分证。其临床见症是：身热夜甚，口反不甚渴，心烦不寐，或斑疹隐隐，时有谵语，舌红绛，脉细数。营分证中舌绛、脉细、口反不甚渴均为阴伤更重的见证。舌质由红转绛为热入营分，营阴伤血浓稠又为热蒸所致；脉细，为脏阴之亏，脉数乃热象；热入营分，阴伤更重，本应口渴加重，为什么反而不甚渴呢？其原因是：①入营之热内扰心神，可出现神志不清，对渴的反应已不十分清楚，自己已无法分辨渴的程度；②深入于阴分之热，蒸营阴上潮于口，虽阴伤极重，但口中仍有津液濡润，故不觉口渴。

近几年来，一些地方对卫气营血证候的实验研究发现，随着卫气营血证候的变化，微循环功能障碍与血液流变学指标均递增，即为伤阴逐步增重的明显证明。

上海地区对流行性乙型脑炎的观察认为，温病进入营血阶段，其血沉、血沉方程K值、红细胞电泳、纤维蛋白原均明显高于正常值，而病在卫气阶段，只有红细胞电泳一项增高。说明这些血液流变学指标的改变是营血分证热伤营阴的结果。也有人对温病营血阶段血中钠、钾、氯进行测试比较，发现热重伤阴病人中，血内钠、氯降低为多见。由此可见，卫气营血证候的传变，热伤阴是其病理基础，卫气营血证候的本质是热伤阴浅深不同层次的分布。

血分证与营分证本质基本相同，只有程度的区别，一般说，血分证除热伤营阴较重外，又见热灼伤血络，热迫血妄行之证。热入营血，未动血者称为营分证，兼见动血者即称为血分证。

综上所述，卫气营血传变，是以邪热伤阴的程度为根据的，卫气营血证，实际是邪热伤阴程度浅深层次的病位分布，虽在不同阶段都兼有不同程度的气机阻滞，但病程阶段的划分的依据，仍是阴伤的程度。如同为肺经郁热，卫分证阴伤轻，症见“但咳，身不甚热微渴”；气分证阴伤较重，则见“咳嗽气粗、高热、烦渴”。同为心包证，虽皆可见神昏谵语，热陷心包证因伤阴重而舌绛为营分；湿热蒙蔽心包，伤阴轻，见舌红苔腻则为气分。

三焦是依人体脏腑所在部位而划分的三个区域，同时包括了所属脏腑的功能。而“三焦者，决渎之官，水道出焉”，则是所属有关脏腑功能的综合体现。胃上口以上为上焦，肺胃为中焦（胃上口至胃下口），胃下口以下为下焦。其所属脏腑为：上焦心（包括

心包)、肺;中焦脾、胃;下焦肝、胆、肾、大小肠、膀胱。人体的水液代谢,营养敷布,废物的排泄,是各个脏腑协作完成的,但就其功能而言,有上焦如雾、中焦如沤、下焦如渎之说。

所谓上焦如雾,主要是肺的宣降功能,即肺的宣发与肃降而布散水谷精微达全身,并由肺的宣降而促进人体气机的升降出入。由于肺与大肠相表里,大便干燥会影响肺气的宣降;而肺气的宣降对大便又有推荡之力;肺为上焦,是水之上源,膀胱为下焦,是水之下流。下焦闭塞,则影响肺的宣降;而肺气宣降又可促使小便通利。因之上焦病,主要是肺的宣降功能障碍的病变,若阴伤不重一般不涉及心与心包。

所谓中焦如沤,主要是指脾胃腐熟水谷升清降浊功能。脾升以运化水谷精微,胃降而传输糟粕。脾胃居中焦,是人体气机升降之枢,中焦不畅,则直接影响人体气机升降。因之中焦病是脾胃升降功能阻滞的病变,可为邪阻,也可为阴伤。

所谓下焦如渎,主要是指废物源源不断地被排出体外。下焦气机不畅,直接影响大小便的不通或不爽。肝肾同源,邪热耗伤精血也属下焦病候。

可见三焦证的本质,是三焦所属相应脏腑气机升降出入被邪气阻滞的病变。

因之,卫气营血证,是温邪伤阴程度浅重不同的浅深层次分布;三焦证是温邪阻滞气机的部位区别。温邪伤阴且阻滞气机,为卫气营血病变涉及三焦;湿热之邪阻滞气机,日久化热又可伤阴,则为三焦病变涉及卫气营血。(谢路.中国医药学报,1995,10(1):14)

三、寒温辨证方法能否统一

《伤寒论》创六经辨证,用以诊治外感热病,到金元时代提出了不同看法。刘河间主张“六气皆从火化”,认为仲景方不能适应很多热性病的治疗,开始了寒温之争。随着明清温病学说的形成和发展,由叶天士、吴鞠通创立卫气营血和三焦辨证,遭到了研究《伤寒论》学者的反对,从而加深了寒温之争的矛盾。因此,对六经、卫气营血、三焦辨证能否统一,形成了两派不同的意见。

(一) 不主张寒温辨证方法统一

不主张统一者,多是温病学家。他们认为温病从伤寒中分化出来是中医学的一大进步,而且临床实践中又有以伤寒之法治温病的失败教训,故极力主张寒温应当分家。

有人认为历来对伤寒与温病的认识不够精细,直到清代二者区别才渐趋明朗。但因久为伤寒束缚,不敢直接了当地予以批判,致使吴鞠通的温病专著——《温病条辨》也不能脱其局限。主张温病应该有自己的独特的诊治系统。(时逸人·《上海中医药杂志》1955;7:27)

也有人详细比较了温病和伤寒的不同,并根据临床体会,提出了《伤寒论》不能完全适合于温病,外感热病不能一律以治伤寒之法治之。主张温病应以吴鞠通治温之法为指归。

持寒温不能统一论者,主要从伤寒应有广义和狭义之分出发,认为温病和伤寒(狭义)是两类性质不同的疾病,具有不同的病因、病机、辨证方法和治疗方药。伤寒理论和温病学说是关于两类性质不同的热性病的临床医学理论,它们不仅在分类方法上有差别,而且各自反映了一定的疾病特性与一般的发展规律。伤寒学派和温病学派之争,其原因主要是两类病确有区别。他们看到了温病和伤寒(狭义)不同的一面,却忽视了温

病和伤寒统一的一面。温病自古就是广义伤寒的一种，温病和伤寒（狭义）同属于外感热病，这决定了寒温具有统一的基础。（梁少甫·《上海中医药杂志》1957，4：1）

有人从中医教育的角度进行分析，认为中医理论是朴素的，唯其朴素，且综合性很强，不能用一、二、三、四的形式讲得一清二楚。论与方也不能截然分开，更难以用表格来说明，只能用夹叙夹议，有论有方的形式来表达。而《伤寒论》和温病学说原著，正具有这种形式，所以主张《伤寒论》和温病学说原著是目前中医教材最好的形式。并大声疾呼，伤寒温病不能合并，原著要用作教材。如不用作教材，除非到了中医现代化的时候。

主张寒温辨证方法不能统一的人，目前已占少数，其论点虽有不足之处，但也给我们不少启示，固守于《伤寒论》的辨证论治方法，是不能取代整个外感热病的辨证与治疗的，如要统一，必须产生一种新的辨证体系。（金寿山·《河南中医》1981，1：15）

（二）主张寒温辨证方法统一

有人对吴鞠通的“寒温纵横看法”提出质疑，认为在伤寒学说中，不仅有横看的方面，也有竖看的方面，而且竖看的很严格。在温病学说中，不仅有竖看的方面，也有横看方面，而且横看的也很严格。伤寒与温病，同中有异，异中有同，既有矛盾的一方面，也有统一的一方面（万有生·《江西中医药》1957，1：52）。有的说温病与伤寒是“同源异名”或“同病异说”，或竟称伤寒与温病是同一疾病。由于寒温具有这些纵横交错的关系，因此主张寒温辨证方法应该统一（《中医研究通讯》1963，3：116）。

有人从方法论的角度分析，认为温病学与伤寒论的思想方法并无异致，六经也好，三焦也好，卫气营血也好，都是整体观念下创立的对热性病的辨证施治纲领。如果能对这三种辨证方法融会贯通，灵活运用，在热性病的治疗上，就会左右逢源，得心应手（《新中医药》1950，2：3）。

有人认为，中医治病是以辨别脉症的法则为核心的，只要掌握辨证治疗的原则，伤寒温病之争，是不必要的。急性热病，称之为伤寒固可，称之为温病亦无不可。只要辨证明确，伤寒法可治温病，温病法亦可治伤寒，不存在不可统一的矛盾。只要紧紧抓住“辨证施治”，寒温是完全可以统一的（孙砚孚·《上海中医药杂志》1958，9：8）。

也有人把六经、卫气营血和三焦看成是外感热病发展过程中，各阶段症候群的“代名词”。六经也罢，卫气营血或三焦也罢，无非都是把热性病的整个过程分成若干阶段加以研究，从而概括其发生发展的一般规律。主张应把这些“代名词”统一起来。

四、寒温辨证方法为何要统一

肖德馨认为至少有三个方面的原因：

统一是中医辨证论治体系系统化的需要。辨证论治是中医临床医学的特点和精萃，因此，如何进一步整理提高辨证论治的理论和方法，是继承发扬祖国医学遗产，实现中西医结合的一项重要命题。目前整理出较系统的辨证方法或体系就有八纲辨证、气血津液辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等，显得名目繁多，错综复杂，不易得其要领。如对同样一个外感病人，由于医者采用六经，或三焦，或卫气营血等不同的辨证方法，所用的语言、概念就不同，所得出的病证诊断也各异，使初学者如坠五里雾中。为便于广大中西医务人员学习和运用，以及对外传播交流，很需要对这些辨证方法，进一步整理提高，使中医辨证论治的体系臻于系统化、规范化和整体化。

统一是中医外感病学发展的必然趋势。纵观中医外感病学的历史，从它的理论渊藪《内经》，就创立了六经系统，用以概括外感病的证治规律；东汉张仲景在《伤寒杂病论》中，把它发展为理法方药完整的体系，不仅用于温热病，更用于风寒湿病，成了中医对一切外感病辨证论治的准绳。由于《伤寒论》主要是概括六淫之邪发病的共同规律，在个性（特异性）方面，则“详于寒而略于温”。因此后世对温热、湿温的证治规律和特点，不断进行补充和发展，弥补了《伤寒论》六经辨证体系的不足。虽然自金·刘河间就开始了伤寒与温病学派之争，但辨证体系还仍本于六经。只是到清代叶天士、吴鞠通创立了卫气营血和三焦辨证，辨证体系才出现分歧——卫气营血和三焦辨证。在历史和辩证唯物主义思想指导下，伤寒与温病学派的争鸣，在不断深入发展中，渐趋统一。不仅在病因、发病学上逐渐融合，在治法方药上取长补短，在辨证方法或体系上，也有越来越多的人在探求统一，如何把六经、卫气营血和三焦辨证三种方法，冶于一炉，融为一体，成为一个能兼取伤寒、温病学派之长，概括一切外感病辨证论治规律的体系。这样，两个学派的鸿沟也就不填自平了，统一的外感病学便水道渠成了。因而这种统一是在伤寒、温病两个学派分别发展而渐趋合流基础上的结合；是在对六淫之邪分别地、深入分析基础上的再度综合。这是辩证法的复归，是符合科学发展规律的，是中医外感病学发展的必然趋势。

统一是科学发展整体化趋势的要求。现代科学发展的趋势是整体化。这就要求探讨各种专业知识的综合方法，使原来互不联系的概念和理论联系起来，逐步形成各门学科的共同语言、概念和方法。因此，运用现代科学的知识和方法，来整理提高祖国医学遗产，使中医中药知识和西医西药知识结合起来，建立我国统一的新医药学，这是加速我国医药科学现代化的正确方向。在这种形势下，在中医外感病同一学科的辨证论治中，由于采用六经、三焦、卫气营血等不同的语言、概念，从而形成了多种不同的方法或体系。这不仅不利于中医理论体系的系统化、规范化，不利于中西医药知识的结合，也不利于我国医药科学的整体化、现代化。（肖德馨·北京中医学院学报，1981，3：1）

五、寒温辨证方法统一的种种设想

六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证究竟如何统一？研究寒温辨证统一论的学者，提出了很多有益的设想和方案，或以伤寒六经统一，或以卫气营血统一，或以八纲统一，或以脏腑统一，或以系统论方法统一，绘制了许多外感热病辨证体系的蓝图。

（一）以伤寒六经统一辨证

以伤寒六经作为外感热病的辨证纲领，是最经典的寒温统一论。俞根初的《通俗伤寒论》就持这种主张。其突出的观点是，《伤寒论》中所讨论的伤寒，其内容是广义的，包括了温病在内。卫气营血及三焦辨证可以囊括于六经病证之中，这种观点还认为，温病学说只不过是把伤寒学说中的温病部分，进一步发展和具体化。作为外感热病的辨证纲领，必须既是一个生理概念，又是一个病理概念，只有“六经”这一概念才符合上述要求，故主张以伤寒六经统一外感热病的辨证。

（二）以卫气营血统一辨证

不少人根据多年来中西结合的经验教训，认为用卫气营血进行外感热病的辨证论治，可取得较好的效果。寒温统一，不应该以伤寒概括温病的形式来实现，而应以统伤寒于温病的形式来完成。或者以卫气营血为纲，补充伤阴、伤阳而作为外感热病的辨证

纲领，或者以卫气营血为基础，适当吸收《伤寒论》六经学说中的主要部分，把热性病证候分成邪盛正实、邪衰正虚和邪去正复三个阶段进行辨证论治。

（三）以八纲统一辨证

有人对六经、卫气营血、三焦辨证和八纲辨证的内在联系进行了分析，认为三者都是建立在八纲辨证的基础上，始终贯穿着对八纲辨证的具体运用。六经辨证着重表明外感热病的脏腑气化关系；卫气营血辨证辨明邪在气、在血；三焦辨证突出了以脏腑为病变中心。从而主张伤寒和温病的辨证论治纲领应在八纲的基础上统一起来。或者提出把外感热病，分为实证和虚证两期。在实证期，又分为表证、半表半里证和里证三个阶段；在虚证期，有阳虚和阴虚两种类型。或者提出把寒温统一分为表证、半表半里证和里证三个阶段。在表证又分为表寒虚实和表热虚实，在半表半里证又分为少阳伤寒和少阳温病，在里证又分为里热虚实和里寒虚实等各种类型。或者提出以八纲辨证为纲，脏腑辨证为目，辨病分期，按证论治的寒温统一辨证方案。

（四）以脏腑气血统一辨证

有人认为，六经、卫气营血、三焦的基本病理变化，是脏腑、气的功能失常，因此，用脏腑气血辨证，可以统一和取代六经、卫气营血、三焦辨证。提出以脏腑为纲，以气血为辨，以八纲为用的统一的寒温辨证方案。

（五）以现代医学生理系统统一辨证

有人把寒温统一分为发热型、神经型、消化型、呼吸型、循环型、其他型六型，下分 34 个具体症状进行辨证论治。或者分为全身症状、局部症状、呼吸系、循环系、消化系、泌尿系、神经系七型，下分 31 个具体症状进行辨证论治。开始了在寒温统一辨证研究上的中西医结合尝试。

（六）以六经系统统一辨证

有人应用现代科学方法论的知识，对六经实质进行了探讨。其观点为六经是个“系统”概念，具有科学的内涵；六经辨证是“系统方法”的萌芽。主张以“六经系统”统一外感病的辨证论治。提出以“六经系统”的组成为纲、以“辨证论治”的主要步骤为目的的六经辨证纲要，为统一外感热病的辨证体系，做了新的探索。

以现代科学方法研究寒温统一，是在方法论上的一种新进展，不少人主张，我们除了应将《伤寒论》和温病学有机地联系起来学习外，还应吸取近代，尤其是解放后群众的发明创造，再结合现代科学的成就，创立新型的东方外感发热（传染）病学。

综上所述，伤寒与温病，经历了一个由合到分的发展过程。《内经》、《难经》和《伤寒论》都是寒温一体论，它们以“伤寒”为外感病的总称。明清以来，温病学得到了发展，便从伤寒中分化出来而自成一门独立的学说。对于伤寒与温病之争，目前已有一些共同的想法，认为其关键就是伤寒应分出广义和狭义的概念，才能对寒温之争做出正确分析。温病是在《伤寒论》的基础上发展起来的，又对外感热性病的认识和诊断治疗，作了不少发挥和创新。温病和伤寒是对立统一的。统一伤寒和温病是中医外感病学发展的要求，这种久分必合的趋势是符合科学技术整体化发展规律的。

如何统一伤寒和温病，是创立完整的中医“外感病学”迫切需要解决的问题。从以往的研究来看，以伤寒六经或温病卫气营血来统一都难以行通。以八纲辨证统一，虽最易被人接受，但也有其不足之处，正如李今庸先生所说：“八纲辨证概括了六经辨证、脏

腑辨证、卫气营血辨证和三焦辨证等具体辨证方法所反映的疾病的基本性质，但临床应用八纲辨证，又不能代替各种具体辨证方法。八纲辨证必须与这些具体辨证方法中任何一个相结合，才有实际意义。……光凭八纲辨证，尚不能确定疾病的具体部位和具体性质，当然也就不能拟定出具体的治疗方法”（《中医专题讲座资料汇编》1977. 53）。至于其它寒温统一方案，也各有利弊，这就意味着不可避免地会孕育与导致新的理论和方法的诞生。以现代系统论方法统一伤寒和温病，张氏为我们开辟了一条新的思路和途径，值得进一步探讨和研究。

六、寒温辨证方法统一的利与弊

主张六经、卫气营血、三焦辨证方法统一者逐渐增多，既倡统一，自然多往“利”处说，而忌讳谈“弊”。然天底下的事情，有利必有弊。图利而忘弊，前景未必美妙。余国俊等认为，寒温辨证方法统一，既有利，又有弊。

先说利：三种辨证方法的统一（简称“合三为一”），到底会带来多少利？据笔者粗略推测，“统一”之利，约有三端。

其一，便于编写一本《中医外感病学讲义》。现时中医院校的教材，有越编越多的趋势。可编来编去，就是编不出一本统一的外感病学讲义。为什么编不出？因为前面有只“拦路虎”——外感病的三种辨证方法不统一。尚不撵走这只拦路虎，而硬着头皮去编，则编出来的东西，很可能是《伤寒论讲义》和《温病学讲义》的机械相加，这显然是无效劳动。如来个“合三为一”，无疑是“整旧如新”，多少有点新意。听听“合三为一”的呼声，在中医教育界叫得最响亮，显得非常紧张、热烈、迫切，其源盖出于此。

其二，便于暂时消除寒温对峙之势。寒湿之争，由来已久，愈争愈烈。各以己之长，而轻彼之短，渐至寒温对峙，冰炭不容。虽近代不少有识之士，博采寒温之长，而斡旋其间，力图融会贯通，但终未统一为约定俗成的规范。若一旦“合三为一”，则在公开场合都得讲同一种语言。这样一来，寒温对峙之势就可以暂时消除。

其三，便于对外学术交流。现今海外风行科学“系统化”，而中医论外感病之治，竟有三种不同的方法，显得很系统，尤令外国人难以理解。一旦“合三为一”，自然赶上了世界潮流，有利于对外交流。

再说弊：“合三为一”之弊，比较隐晦，不是一眼可以看清的。由于统一的模式不同，产生的弊也不尽相同。这里所陈之弊，是以六经为模式之弊，而非八纲、脏腑两种模式之弊。因为在笔者看来，八纲模式，实际是从具体倒退到抽象；脏腑模式，实际上是求全而得偏。两者之弊，显明昭著，毋庸多赘。唯有六经模式，因其顺应现今“伤寒温病一体论”的潮流，使人产生“非此而何”的感觉，故其弊端，非陈不可。

其一，损毁了六经的整体。众所周知，六经是脏腑、经络、气化的有机结合，但在六经模式中，“气化”不翼而飞了。陆九芝说：“六经提纲，皆主气化。太阳之为病，寒水之气而为病也。寒为病故宜温散，水为病故宜利水。篇中凡言太阳病者，皆就寒水之病言也”。由此看来，六经的气化内容是委实取消不得的。

其二，压抑了温病学说的长处。温病学说的长处，主要体现在对营血分证候（包括闭、脱、痉、厥等危急重证）的辨证论治和理法方药上，它大大地发展、充实和超越了《伤寒论》。六经模式不仅将这种长处一古脑儿囊括于自己的体系中，而且将其割裂分解，分别隶属于各络的固有藩篱之内，使其如鸟入笼，如鱼入网，要想自由地独立地发展提

高，何其难哉！数百年来，中医救治急危证的能力之所以不断提高，不仅得力于伤寒学说的熏陶，而且得力于温病学说长处的启迪。两者共存则俱美，合之则两伤。当今之世，欲求中医学向更高阶段发展，而又要压抑温病学说的长处，岂不是南辕北辙！

其三，蕴酿着更激烈的争鸣。有人说分久必合，“伤寒温病一体论”是必然趋势。但另一方面，合久也必分。因为现在的合，不是两种学说自然而然、水到渠成的合，而是在很大程度上带着人为的因素。教育界呼声最高，科研界和之者寡，广大的临床医生们，则是漠不关心，或采取等着瞧的态度。所以这种合，必然是暂时的合。随着合的弊病的逐渐暴露，临床医生们是不会永远缄口不言的。所以更激烈的争鸣必将很快地到来。

基于以上“利弊”观的分析，作者认为，还是要让三种辨证方法长期共存，独立发展，各自发挥优势，互相取长补短。面不要人为地求苟合，不要一个吃掉两个，不要把“新体系”弄得非驴非马，不伦不类（余国俊·《北京中医学院学报》1983，1：7）。

七、外感病初期辨证简表（表 10-1）

表 10-1 外感病初期辨证简表

证 别	临 床 表 现	病 机	治 法	代表方剂
风寒表实	恶寒重，发热轻，头身疼痛，鼻塞流清涕，无汗而喘，舌苔薄白，脉浮紧	风寒束表，卫阳被遏	辛温发汗，宣肺散寒	麻黄汤，荆防败毒散
风寒表疏	恶风，发热，汗出，头痛，鼻鸣，舌苔薄白，脉浮缓	风寒袭表，营卫失调	辛温解肌，调和营卫	桂枝汤
风热袭表	发热，微恶风寒，少汗或无汗，头痛鼻塞，咳嗽，咽喉肿痛，口微渴，舌苔薄白或薄黄，脉浮数	风热外袭，肺卫失宣	辛凉清解，透汗祛邪	银翘散，桑菊饮
风湿困表	恶寒，发热，头痛，头昏且重，或一身痛胀，或骨节疼痛，无汗，肢体沉重，舌苔薄白而腻，脉濡或浮紧等	风湿外困，卫阳阻遏	解表祛风，散寒除湿	羌活胜湿汤，麻黄加术汤
湿热犯表	身热不扬，微恶风寒，头重痛昏蒙，胸闷不适，或微黄而腻，脉濡数。或兼恶心呕吐，腹胀纳呆等	湿热犯表，郁蒸肺卫	宣化湿热	藿朴夏苓汤
燥邪袭表	发热，微恶风寒，口渴心烦，鼻干咽燥，干咳少痰或痰中带血，头痛少汗，舌苔薄黄少津，脉浮数	燥热袭表，肺津受伤	宣肺透热润燥	桑杏汤

八、外感病极期辨证简表（表 10-2）

表 10-2 外感病极期辨证简表

证 别	临 床 表 现	病 机	治 法	代表方剂
热郁少阳 (热邪郁胆)	往来寒热，胸胁苦满，神情默默，不欲饮食，心烦喜呕，口苦咽干，目眩，舌苔黄，脉弦，或大便干结，小便短赤等	热郁少阳，病势徘徊，胆气不舒	和解表里清宣胆热	小柴胡汤大柴胡汤

续表

证 别	临 床 表 现	病 机	治 法	代表方剂
热扰胸膈	轻则身微热,心烦懊恼,坐卧不宁,舌苔微黄,脉稍数。甚则壮热,烦躁不安,胸膈灼热如焚,唇焦咽燥,口渴,小便短赤,大便干结,舌红苔黄厚或黄燥,脉数有力	热 扰 胸 膈,郁而 不达	清热除烦 凉膈泄热	栀子豉汤凉 膈散
邪热壅肺	身热恶热,汗出口烦渴,咳喘气急,甚则鼻翼煽动,胸痛、咳痰黄稠,舌红苔黄,脉数	邪 热 迫 肺,肺失 宣降	清热宣肺	麻杏甘石汤
热炽阳明 (胃热炽盛)	身大热,不恶寒反恶热,烦渴引饮。大汗出,小便黄赤,舌苔黄燥,脉洪数	阳 明 热 炽,胃津 灼伤	清热生津	白虎汤
热结肠道	高热或日晡潮热,汗出口渴,大便秘结,腹满硬痛,拒按,或“热结旁流”,气味恶臭,甚至神昏谵语,小便短黄,舌苔黄燥,或舌焦起刺,脉沉数有力	肠 道 热 结,腑实 不通	攻下热结	大承气汤
寒湿中阻	腹满呕恶,食少纳呆,或时腹自痛,喜温喜按,腹泻便溏,倦怠无力,口和不渴,四肢欠温,舌苔白腻,脉迟或缓弱	寒 湿 阻 中,脾阳 不振,运 化失职	温中散寒 除湿	实脾饮理中 汤
暑伤津气	身热汗出,口渴心烦,气短神疲,尿少而黄,舌红少津,脉细数无力	暑 热 内 迫,伤津 耗气	清暑益气 生津	清暑益气汤
湿热弥漫	身热不扬,或汗出热减,继而又盛,心烦口渴,或渴不多饮,头昏而闷,胸腹脘闷,恶心呕吐,不饥不食,身倦乏力,便溏不爽,小便短黄,或小便黄而混浊,或肤生白痞,舌苔灰黄而腻,脉濡滑或濡数	湿 热 郁 蒸,气机 阻滞	清化湿热 宣通内外 分利上下	三仁汤,杏 仁滑石汤
热扰心营	高热或身热夜甚,心烦不寐,甚则神昏谵语,躁扰发狂,舌蹇肢厥;口不甚渴,或斑疹隐隐,舌质红绛少苔,或舌色深绛,或舌色绛紫,脉细数或洪数。或卒然昏倒,不省人事,身热气粗,脉滑数	邪 热 内 扰,营阴 被灼,心 神不宁	清营透热 开窍醒神	清营汤
热盛动血	高热,或身热夜甚,神昏躁扰,斑疹透露,其色深红或紫黑,或吐血,或衄血,或便血,或尿血,或非其时而行经血,舌质深绛,脉数	血 热 炽 盛,迫血 妄行	清热凉血 止血	清热地黄汤
热盛动风	高热神昏,躁扰如狂,手足抽搐,颈项强直,甚至角弓反张,两目上窜,牙关紧闭,舌色红绛,脉弦数或洪数	热 盛 灼 肝,肝风 内动	清热熄风	羚角钩藤汤

九、外感病后期辨证简表

外感病后期辨证简表

证 别	临 床 表 现	病 机	治 法	代表方剂
余热未尽	夜热早凉,热退无汗,能食消瘦,精神倦怠,舌红少苔,脉细略数	阴津亏损 邪热羁留	养阴透热	青蒿鳖甲汤
阴液亏耗	肺胃阴伤 低热或热已退,口舌干燥,干咳不已,声音嘶哑或失音,纳食量少,大便干结,舌红少苔或无苔,脉细或略数	肺胃阴亏 失于润养	滋润肺胃	沙参麦冬汤
	肝肾阴亏 低热或手足心热,口舌干燥,头目昏眩,神倦欲眠,或失眠多梦,或耳鸣耳聋,或舌强不语,或肢体痿软不用,或神识痴呆。舌红少苔,或无苔,脉弦细或细数	肝肾阴亏 失于涵养	滋养肝肾	加减复脉汤
虚风内动	手足蠕动,或痲疯,眩晕神倦,口燥咽干,舌红少苔,脉细	肝肾阴亏 筋脉失养	养阴熄风	大定风珠
阳气虚衰	形寒肢凉,自汗神疲,舌淡苔白,脉迟无力或沉弱。或腹胀便溏,纳食不振;或肢体浮肿,小便不利;或心悸怔忡,气短喘咳;或小便失禁,遗尿,大便泻泄等	阳气虚弱 失于温运	温补阳气	四逆汤
气阴欲脱	身热骤退,大汗不止,气短喘息,精神萎靡,口渴食少,脉虚大,或细数无力	津气亏耗 正气欲脱	益气生津,敛阴固脱	生脉散
阳气欲脱	四肢厥逆,汗多肤凉,头晕气短,或神倦昏睡,面色苍白,脉微欲绝	阳虚欲脱	回阳益气,固脱	参附汤

【古代文献】

《灵枢·本输》：三焦者，中渎之腑也，水道出焉，属膀胱，是孤之腑也。

《灵枢·营卫生会》：上焦出于胃上口，并咽以上，贯膈，而布胸中。

中焦亦并胃中，出上焦之后，此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血，以奉生身，莫贵于此。

下焦者，别回肠，注于膀胱，而渗入焉。

上焦如雾，中焦如沤，下焦如渎，此之谓也。

《温病条辨·上焦篇》：凡病温者，始于上焦，在手太阴。伤寒由毛窍而入，自下而上，始足太阳。足太阳膀胱属水，寒即水之气，同类相从，故病始于此，古来但言膀胱主表，殆未尽其义，肺者皮毛之合也，独不主表乎。治法必以仲景六经次传为祖法。温病由口鼻而入，自上而下，鼻通于肺，始手太阴。太阴金也，温者火之气，风者火之母，火未有不克金者，故病始于此。必从河间三焦定论。再寒为阴邪，虽伤寒论中，亦言中风，此风从西北方来，乃感发之寒风也，最善收引，阴盛必伤阳，故首郁遏太阳经中之阳气，而为头痛身热等症。太阳阳腑也，伤寒阴邪也，阴盛，伤入之阳也。温为阳邪，此论中亦言伤风，此风从东方来，乃解冻之温风也，最善发泄，阳盛必伤阴，故首郁遏太阴经中之阴气，而为咳嗽、自汗、口渴、头痛、身热、尺热等症。

太阴之为病，脉不缓不紧而动数，或两寸独大，尺肤热，头痛，微恶风寒，身热自汗，口渴，或不渴而咳，午后热甚者，名曰温病。

太阴温病，脉浮洪，舌黄，渴甚，大汗，而赤，恶热者，辛凉重剂，白虎汤主之。

太阴温病，不可发汗，发汗而汗不出者，必发斑疹，汗出过多者，必神昏谵语。

《温病条辨·中焦篇》：面目俱赤，语声重浊，呼吸俱粗，大便闭，小便澹，舌苔老黄，甚则黑有芒刺，但恶热，不恶寒，日晡益甚者，传至中焦，阳明温病也。脉浮洪躁甚者，白虎汤主之。脉沉数有力，甚则脉体反小而实者，大承气汤主之。暑温、湿温、温症不有此例。阳明之脉荣于面，伤寒论谓阳明病，面缘缘正赤，火盛必克金，故目白睛亦赤也。谵语重浊，金受火刑，而音不清也。呼吸俱粗，谓鼻息来去俱粗，其粗也平等，方是实证，若来粗去不粗，去粗来不粗，或竟不粗，则非阳明实证，当细辨之。

阳明温病，纯利稀水无粪者，谓之热结旁流。

风热、温热、温疫、温毒、冬温之在中焦，阳明病居多。湿热之在中焦，太阴病居多，暑温则各半也。

湿之入中焦，有寒湿，有热湿，有自表传来，有水谷内蕴，有内外相合。其中伤也，有伤脾阴，有伤胃阳，有伤胃阴，有两伤脾胃。伤脾胃阳者，十常八九；伤脾胃之阴者，十居一二。彼此混淆，治不中窠，遗患无穷。临证细推，不可泛论，此统言中焦湿证之总纲也。

《温病条辨·下焦篇》：风温、温热、温疫、温毒、冬温，邪在阳明久羁，或已下，或未下，身热面赤，口干舌燥，甚则齿黑唇裂，脉沉实者，仍可下之。脉虚大，手足心热甚于手足背者，加减复脉汤主之。温邪久羁中焦，阳明阳土，未有不克少阴癸水者，或已下而分阴，或未下面阴竭。若实证居多，正气未至溃败，脉来沉实有力，尚可假手于一下，即伤寒论中急下以存津液之谓，若中无结粪，邪热少面虚热多，其人脉必虚，手足心主里，其热必甚于手足背之主表也。

温热误表，津液被劫，心中震震，舌强神昏，宜复脉法，复其津液。

热邪深入下焦，脉沉数，舌干齿黑，手指但觉蠕动，急防痉厥。

下焦温病，热深厥甚，脉细促，心中憺憺大动，甚则心中痛。

《重印全国名医验案类编·火淫病案·温热病》：何廉臣按曰：盖胃为五脏六腑之海，位居中焦，最善容纳，邪热入胃，则不复他传，故温热病热结胃腑，得攻下而解者，十居六七。陆九芝谓温热病热自内播，其最重者，只有阳明经腑两证，经证用白虎汤，腑证用承气汤，有此两法，无不可治之温病矣。其意专重阳明，若温病决不涉及别经者，其言亦未免太偏。总之温病邪热蒸郁，入于阳明者居多，热在于经，犹属无形之热，其症烦渴，多汗，狂谵，脉洪，此白虎证也。若热结于腑，则齿垢，唇焦，晡热，舌苔焦黄，神昏谵语，脉沉实，此承气证也。只要认证清楚，确系热在于胃，则白虎承气，依法投之，可以取效反掌，切勿因疑生怯，反致因循贻误也。即温病发斑之际，用清营透络，解毒化斑，而斑仍不透，往往用攻下逐毒，腑气一通，而斑始大透。伏邪从斑而解者，亦常见之。

第四节 经络辨证概要

【基本内容】

经络辨证，是运用经络理论对患者所反映的症状、体征进行分析、综合，从而判断病证属于何经、何脏、何腑及确定其病因、病性、病机的一种辨证方法。

经络是人体内独特的运输、传导、联络系统，其内联脏腑，外络肢节，沟通上下。所

以，内脏病变可以通过经络反映于体表，而体表受邪又可内传脏腑。明代医家李念莪在《内经知要》中谓：“脏腑者，经络之本根；经络者，脏腑之枝叶。谙于经络，则阴阳表里气血虚实，了然于心目。”经络与脏腑，在生理上相互为用，在病理上相互影响，脏腑病变可在经络上出现症状，经络失调又可造成脏腑功能失常。所以，讨论经络证候必然涉及脏腑，而言及脏腑病证又常涉用经络，二者是互相关联不可分割的。例如肺脏疾患，则可内见咳嗽、气喘，外见肺经循行部位的酸痛、麻木；肝脏疾患，除见情志异常外，又常伴有胁肋胀痛等等。可以认为，经络辨证是对脏腑辨证的补充和辅助。特别是在针灸、推拿等专科诊治中，经络辨证更为常用。

经络辨证，以十二经脉病证和奇经八脉病证为主要内容。

一、十二经脉病证特点

十二经脉，包括手三阳、三阴经；足三阳、三阴经。手足三阳经联属于腑；手足三阴经联属于脏。依据各经的具体循行部位及其所联属的脏腑不同，各经脉的证候虽各有不同，但从总体而言，十二经脉病证又都具有以下几个特点：

一是经脉受邪，经气不利，所表现的病症多与该经的循行部位有关。如足太阳膀胱经受邪，可见头、项、腰背、髀、脘、踡、小趾作痛。

二是脏腑病候，以本经所属脏腑见症为多见。如手太阴肺经病症，可见胸满、咳嗽等肺气不利、肺气上逆之状。

三是一经受邪可累及它经，而表现有多经合病之象，特别是表里经病状同时并存更为多见。例如脾经病变可兼见胃脘疼痛、噎气、呕逆等胃经病状；肝经病变可兼见口苦、善太息等胆经之状，甚至可见脘腹胀满，呕吐或泄泻等脾、胃大肠经的病状。

十二经病证的辨识是有规律可循的。只要明确经脉循行部位及其联属脏腑，并掌握其病证特点，便可帮助我们辨别病变所在的经脉和脏腑。

二、奇经八脉病证特点

奇经八脉是指循行于十二经脉以外的冲、任、督、带、阴维、阳维、阴跷、阳跷八条经脉而言。奇经八脉具有联系、调节十二经脉和平调人身气血阴阳的作用。

奇经八脉的病证特点决定于各脉的特殊功能及其循行部位。

任、督、冲脉同源而三歧，皆起于下极，任脉行于腹里身前，总任一身之阴，为“阴脉之海”；督脉行于身后脊里，总督一身之阳，为“阳脉之海”；冲脉起于气街，并少阴夹脐而行，与阳明胃、少阴肾联系密切，为十二经气血之要冲，总领诸经气血，为“经脉之海”；带脉环腰一周，使冲、任、督脉互相沟通而共同调气血、主生殖。因此，督、任、冲、带四脉病证，临床多见生殖机能异常或阴阳气血失调诸症，诸如男性性机能减退，妇女经、带、胎孕异常等等，每可以从温督、固冲、调理冲任论治。阴跷脉起于跟中，循内踝，上行于身之左右，主一身左右之阴；阳跷脉起于跟中，循外踝，上行于身之左右，主一身左右之阳。二脉均能使机关跷捷，其病多表现为肢体痿弱无力、运动障碍。

阴维脉起于诸阴之交，以维系诸阴经；阳维脉起于诸阳之会，以维系诸阳经。阳维脉病多寒热；阴维脉病多见心胸、脘腹、阴中痛等。

奇经八脉病证的辨识，重在明确各脉生理功能特殊性的基础上，分析辨别临床见症的经脉所属。一般生殖机能异常每与督、任、冲、带四脉相关；肢体肌肉运动障碍每与阴、阳跷脉相关；经脉之气的阴阳失调每与阴、阳维脉相关。

【补充阐发】

一、关于是动病、所生病

十二经脉内属脏腑，外络肢节，循环有序。因此，在病因作用下，受累的经脉以及所络属的脏腑必然会产生相应的病理变化。《灵枢·经脉》在详述十二经脉循行径路的基础上，列举了每一经脉在病因作用下产生的一系列病候，提出了“是动病”、“所生病”的问题。

关于是动病、所生病的含义，历代注家从不同的角度作了许多有益的探讨和解释。其中具有代表性的观点，主要有以下几种：

1. 是动在气，所生在血 《难经·二十二难》云：“经言脉有是动，有所生病，一脉辄变为二病者，何也。然，经言是动者，气也；所生病者，血也。邪在气，气为是动；邪在血，血为所生病。气主煦之，血主濡之。气流而不行者，为气先病也；血壅而不濡者，为血后病也。故先为是动，后所生病也”。这一观点，后世注家多认为是不符合经文本意的。如马蒔说：“难经二十二难，以是动为气，所生为血，即动生二字，分为气血，乃难经之臆说耳。”张景岳则说：“观此以是动为气，所生为血，先病为气，后病为血，若乎近理。然细察本篇之义，凡在五脏，则各言脏所生病，凡在六腑，则或言气，或言血，或脉或筋，或骨或津液，其所生病，本各有所主，非以血气二字，统言十二经者也。难经之言，似非经旨。”

2. 是动在经络，所生在脏腑 张景岳认为，是动病，“则变常而为病”，所生病，即脏腑所生病。如在肺，即为肺所生病；在心，即为心所生病。提出了一个辨别病位在经络、在脏腑的问题。后人加以延伸扩大，推论出是动病在经络，所生病在脏腑的观点。

3. 是动因于外，所生因于内 张隐庵认为，是动病因于外，所生病因于内。凡病有因于外者，有因于内者。有因外而及于内者，有因内而及于外者。有外内之兼病者。本篇统论脏腑经气，故曰肺、手太阴之脉，曰是动，曰所生。治病者，当随其所见之证，以别内外之因，又不必先为是动，后及所生，而病证之毕具也。张氏虽然提出了从病因不同来区别是动病、所生病，但是在临床上，他又主张不必拘执。实际上也无法拘执，因为从经文本身看不出是动病因于外，所生病因于内。

4. 《灵枢经白话解》认为，是动病，就是“指本经经脉因外部的引动而发生的疾病”；所生病“指与本经相连属的脏腑所发生的疾病”。简言之，是动病，病因是外邪，病位在经脉；所生病，病因是内伤，病位在脏腑。这实际上是上述两种观点的综合。

综观各家之说，大致是从病因和病位两个方面来解释和区分是动病、所生病。如《难经》的在气在血之说，后世的在经在脏之说，都是从病位上来解释的。张隐庵则是从病因上来解释的。但是，不论是从病因还是从病位上，都没有能够圆满地解释或区分是动病和所生病，正如丹波元简所说：“盖是动所生，其意不明晰，亦未知孰是。”

我们认为，本篇列举十二经脉是动病、所生病和虚实病候的意义，在于提出经络辨证的诊断方法和纲领。古人根据临床经验和当时的人体知识，把大量的、常见的病候，与经脉的循行规律，结合经脉所络属的脏腑的生理病理特点，以及经气的逆顺和调作了广泛的联系，进行了粗略的定位归类，分属于十二经脉。又结合人迎、气口脉象的变化进一步诊断疾病的虚实分类。这一归类，基本上能够通过经络辨证诊断出疾病的部位和性

质，为治疗提供依据，如选择针刺的穴位和手法，还可以根据药物的归经规律，按经选药。这样，就有效地指导了临床。

至于是动病和所生病的意义，由于当时对人体实际知识的不足，还不大可能从病位或病因上作出严格的区分和严密的定义。同时，由于经络和脏腑在生理上病理上密切相关，因此，在是动病中，必然既有在经络的病候，又有在脏腑的病候。在所生病中，也是如此。至于所列举的是动病、所生病的证候，仍属举列的性质。如果我们用现代的观点，给是动病、所生病下一个严密的定义，勉强去区分是动病、所生病，往往会导致脱离经文本义。

二、十二经病证的特点 (表 10-3)

表 10-3 十二经病证的特点

十二经	临床表现			病证范围	联系脏腑
	脏腑症状	所属部位病症	经脉受邪反应		
1. 肺经	咳喘,气逆,肺胀,胸满	缺盆、肩、背、臑、臂内侧前缘疼痛	寒热汗出,咽喉肿痛	肺、肺系及其经脉所过部位的病证	大肠、胃、肾
2. 大肠经	目黄,口干,喉痹,便秘	齿痛,颈肿,鼻塞,或衄,肩前臑内作痛,食指痛而不能动	经脉所过发热而肿,或身寒而栗	面、齿、五官、咽喉及本经所过部位的病证	肺、胃
3. 胃经	惊惕发狂,不欲见人,登高而歌,弃衣而走,消谷善饥,温淫汗出,溺黄胀满	衄衄,颈肿,喉痹,膝腘肿痛,缘胸、乳、伏兔、足胫外缘、足背等处痛,足中指不用	洒洒振寒,善呻,数欠,身热,汗自出,恶人与火	面、胃、腹及本经所过部位的病证	脾、心、大肠、小肠
4. 脾经	腹胀,善噫,得后与气则舒,身重不能转侧,食少,泄痢,黄疸	股膝内侧肿痛,足大指不用	舌本强,唇青,食后作呕,胃脘疼痛	脾胃及本经所过部位的病证	胃、心、肺、肠
5. 心经	心痛	嗑干,目黄,胁肋胀满疼痛,臑臂内后廉痛厥,掌中热痛	渴而欲饮,臂厥	心、胸部及神志病	小肠、肺、肾
6. 小肠经		耳聋,目黄,颊肿,颈、颌、肩、臑、肘、臂外侧后缘疼痛	嗑痛颌肿,不可以顾,肩似拔,臑似折	肩、颈、头、眼、耳、咽喉部病证,神志病,本经所过部位病证	心、胃
7. 膀胱经	癫狂	头、颈、背、腰、尻、踞、腘及脚部疼痛,足小指不用	寒热鼻塞,头项强痛,目似脱,项似拔,脊痛腰似折,髀不可以曲,腘如结,踞如裂	头项、腰、背部病症;与本经背俞穴相关的脏腑病	肾、脑、心
8. 肾经	而如漆柴,咳唾面喘,不得卧,善恐易惊,烦心,心痛	嗑干肿痛,脊、股内后廉痛,下肢痿软而厥冷,足心热痛	头昏目眩,腰脊疼痛,口热舌干,咽肿气逆	肾精、元阳及本经所过部位的病证	膀胱、肝、肺、心
9. 心包经	烦心,心痛,心中憺憺大动,甚或喜笑不休	胸肋支满,掌中热	手心热,臂肘挛急,腋肿面赤,目黄	心、胃、胸、肋病,神志病,本经所过部位病	三焦

续表

十二经	临床表现			病证范围	联系脏腑
	脏腑症状	所属部位病症	经脉受邪反应		
10. 三焦经		外眼角痛, 颊痛连及耳后, 肩、臑肘、臂外侧痛, 小指次指不用	耳聋咽肿, 喉痹, 自汗出	侧头、耳、眼、喉部及胸胁病证, 本经所过部位病证	心包络
11. 胆经	口苦, 善太息, 心胁痛, 不能转侧	额角、下颌及眼外角痛, 缺盆肿痛, 腋下肿, 马刀夹瘰, 胸、肋、肋、膝等部外侧直至胫骨诸节皆痛	足外侧发热, 汗出, 振寒如疟, 面微有尘	头颞、肋肋、肝胆疾病, 本经所过部位病证	肝、心
12. 肝经	胸胁满或痛, 呕逆, 飧泄	嗌干, 狐疝, 遗尿, 癰闭	腰痛不可以俯仰, 男子癰疝, 女子小腹痛	肝、胆及前阴病, 本经所过之处病证	胆、肺、胃、肾、脑

表 10-4 奇经八脉病证与病机

奇经	病证	病机
1. 督脉	脊强反折, 不得仰俯	经气壅塞, 阳不运转
2. 任脉	男子内结七疝, 女子带下瘕聚	阴沉于下
3. 冲脉	女子绝孕, 胎漏, 气逆里急	冲脉失调, 气虚不摄, 气逆太过
4. 带脉	腹满, 腰溶溶如坐水中, 足痿, 赤白带下	带脉不和, 诸经遗热于带
5. 阳跷脉	瞋目, 阴缓而阳急	阳气盛
6. 阴跷脉	瞑目, 阳缓而阴急	阴气盛
7. 阳维脉	苦寒热, 腰痛	阳气不和
8. 阴维脉	苦心痛, 腰痛	阴气不和

三、奇经八脉病证与病机 (表 10-4)

四、《内经》经络诊断法

郑少祥在《浙江中医杂志》1995年第3期载文, 通过对《内经》经络理论的分析认为, 经络有如下诊断意义:

1. 依据经络所过部位色泽变化来诊断 《灵枢·邪气脏腑病形》篇云:“见其色, 知其病, 命曰明。”通过观察经络显露于外色泽的变化是察视经络的主要内容之一。当内在的脏腑发生病变后, 通过经络的传导作用, 可反映在人的体表上络脉的变化, 由于疾病属性不同, “夫络脉之见也, 其五色各异, 青、黄、赤、白、黑不同” (《素问·经络论》)。《灵枢·经脉》篇详细地给我们介绍了依据络

脉色泽的变化诊断方法:“凡诊络脉, 脉色青则寒且痛, 赤则有热。胃中寒, 手鱼之络多青矣; 胃中热, 鱼际络赤; 其暴黑者, 留久痹也; 其有赤有黑有青者, 寒热气也; 其青短者, 少气也……。”通过观察经脉循行部位络脉色泽的变化, 以判断某经、某脏腑发生病变, 以及疾病的属性, 从而决定针刺补泻的方法也受到了现代医家的重视, 如刘西安氏发现患有急性乳腺炎的病人, 可在患侧肩胛区内出现数个、或数十个淡红色, 如米粒大小, 不高出皮肤, 压之不褪色的点, 通过挑刺此反应点出血治疗 512 例, 其中痊愈者达 389 例^[1]。

2. 依据经络所过部位感觉异常来诊断 《灵枢·邪气脏腑病形》篇云:“小肠病者……当耳前热, 若寒甚, 若独肩上热甚, 及手小指、次指之间热; 膀胱病者……肩上热, 若脉陷, 及足小指外廉及胫踝后皆热; ……”该篇概述了脏腑病变表现于外经脉所过部位感觉异常的种种反应。《灵枢·经脉》篇在叙述十二经脉“是动病”和“所生病”

时，各条经脉均有其特殊的感觉异常病候，如“大肠手阳明之脉……肩前臑痛，大指次指痛不用”；“胃足阳明之脉……膝腘肿痛，循膺、乳、气街、股、伏兔、骭外廉、足跗上皆痛，中指不用”等，从而为医者提供了诊断和循经取穴的依据。

3. 依据经脉所过部位形态变化来诊断 《灵枢·经脉》篇云：“凡此十五络者，实则必见，虚则必下。”《灵枢·邪气脏腑病形》篇云：“两跗之上脉竖陷者，足阳明病，此胃脉也”等。均说明了当内在脏腑经脉发生病变后，可反应于外经脉形态上的变化，主要指的是络脉的变化。其形态表现各异，如《灵枢·血络论》云：“血脉者，盛坚横以赤，上下无常处，小者如针，大者如筋。”由于这些变化用肉眼能看得见，用手能摸得着，所以作为诊断依据，具有一定的实际变化。故《素问·离合真邪论》篇要求医者在针刺治疗前“必先扞而循之，切而散之，推而按之，弹而怒之，抓而下之”，循着经脉，用上述5种手法，详细察看、触摸，以检查是否有异常的变化，从而决定针灸补泻和取穴原则。笔者曾对60例胃病患者进行经络检查，用双手拇指指腹在胸11~12脊椎棘突两旁，用力均匀由下向上推压，以触及皮下，查有无阳性反应，其结果全部病例均有不同程度异常变化，有呈点状；有呈条索状；有呈圆形状结节，而对照组30例无胃病史，经检查无1例异常反应。

4. 察看一些特定穴的反应来诊断 《灵枢·九针十二原》篇云：“五脏有疾，应出十二原。”从国内外学者对俞穴机理的研究来看，一些特定穴和内在脏腑确有着密切的关系，如盖国才氏通过大量病例观察，发现当内在脏腑发生病变后，可在本脏腑所属的原穴上出现，如腧穴表面络脉色泽的变化、压痛、皮下结节、皮肤隆起、凹陷，以及皮肤电阻变化等^[2]；张菱氏用高灵敏度测温仪，测定26例冠心病患者和20例正常人的左右十二经井穴的温度，发现健康组十二经井穴左右温差明显低于疾病组（ $P < 0.05$ ），从而说明了内脏发生病变时，往往通过经络反应于体表的井穴^[3]。其它诸如背俞穴、郄穴等，也是临床上常用的扞诊部位。

5. 依据三部九候脉象变化来诊断 古代三部九候诊脉部位与十二经脉有着密切的关系，在经络切诊中，它是诊断真邪离合的主要依据，如《素问·离合真邪论》篇云：“审扞三部九候之盛虚而调之，察其左右上下相失及相减者，审其病藏以期之。”以判定邪气在某经，“待邪之至时而发针泻矣”，从而把握好针刺补泻的时机。所以该篇一再强调：“刺不知三部九候病脉之处，虽有大过且至，工不能禁也。”此法现代针灸临床虽已不多应用，但笔者以为，在针灸治疗中，运用此法对于判断经气的虚实，及邪气的准确部位，以决定针灸补泻原则仍有一定的意义，不可忽视。

综上所述，察视经络的变化对于针灸治疗有着重要的意义，《内经》所介绍的察视经络方法，扩大了中医诊察疾病的范围，对于临床医生验证和修订所辨病证之性质、部位均有一定的帮助，为创立新的诊治手段打下了良好的基础。

【古代文献】

《灵枢·经脉》：肺手太阴之脉，……是动则病肺胀满，膨膨而喘咳，缺盆中痛，甚则交两手而瞀，此为臂厥。是主肺所生病者，咳，上气，喘渴，烦心，胸满，臑臂内前廉痛、厥，掌中热。气盛有余，则肩背痛，风寒汗出中风，小便数而欠。气虚则肩背痛、寒，少气不足以息，溺色变。

大肠手阳明之脉，……是动则痛齿痛，颈肿。是主津液所生病者，目黄，口干，衄衄，喉痹，肩前臑痛，大指次指痛不用。气有余则当脉所过者热肿；虚则寒栗不复。

胃足阳明之脉，……是动则病洒洒振寒，善呻，数欠，颜黑，病至则恶人与火，闻木声则惕然而惊，心欲动，独闭户塞牖而处。甚则欲上高而歌，弃衣而走，贲响腹胀，是为肝厥。是主血所生病者，狂疟，温淫汗出，衄衄，口渴，唇疹，颈肿，喉痹，大腹水肿，膝腘肿痛，循膺、乳、气冲、股、伏兔、胛外廉、足跗上皆痛，中趾不用。气盛则身以前皆热，其有余于胃，则消谷善饥，溺色黄；气不足则身以前皆寒栗，胃中寒则胀满。

脾足太阴之脉，……是动则舌本强，食则呕，胃脘痛，腹胀，善噫，得后与气，则快然如衰，身体皆重。是主脾所生病者，舌本痛，体不能动摇，食不下，烦心，心下急痛，溏瘦泄，水闭，黄疸，不能卧，强立，股膝内肿、厥，足大趾不用。

心手少阴之脉，……是动则病嗌干，心痛，渴而欲饮，是为臂厥。是主心所生病者，目黄，胁痛，臑臂内后廉痛、厥，掌中热痛。

小肠手太阴之脉，……是动则病嗌痛，颌肿，不可以顾，肩似拔，臑似拆。是主液所生病者，耳聋，目黄，颊肿，颈、颌、肩、臑、肘、臂外后廉痛。

膀胱足太阳之脉，……是动则病冲头痛，目似脱，项如拔，脊痛，腰似折，髀不可以曲，脘如结，踡如裂，是为踝厥。是主筋所生病者，痔，疝，狂，癰疾，头凶项痛，目黄，泪出，衄衄，项、背、腰、尻、腘、脚皆痛，小趾不用。

肾足少阴之脉，……是动则病饥不欲食，面如漆柴，咳唾则有血，喝喝而喘，坐而欲起，目眈眈如无所见，心如悬若饥状。气不足则善恐，心惕惕如人将捕之，是为骨厥。是主肾所生病者，口热，舌干，咽肿，上气，嗌干及痛，烦心，心痛，黄疸，肠癖，脊、股内后廉痛，痿厥，嗜卧，足下热面痛。

心主手厥阴之脉，……是动则病手心热，臂肘挛急，腋肿，甚则胸胁支满，心中憺憺大动，面赤，目黄，喜笑不休。是主脉所生病者，烦心，心痛，掌中热。

三焦手少阳之脉，……是动则病耳聋，浑浑焯焯，嗌干，喉痹。是主气所生病者，汗出，目锐眦痛，颊痛，耳后、肩、臑、肘、臂外皆痛，小指次指不用。

胆足少阳之脉，……是动则病口苦，善太息，心胁痛，不能转侧，甚则面微有尘，体无膏泽，足外反热，是为阳厥。是主骨所生病者，头痛，颌痛，目锐眦痛，缺盆中肿痛，腋下肿，马刀侠瘰，汗出振寒，疝，胸、胁、肋、髀、膝外至胫、绝骨、外踝前及诸节皆痛，小趾次趾不用。

足厥阴肝经之脉，……是动则病腰痛不可以俯仰，丈夫癧疝，妇女少腹肿，甚则嗌干，面尘，脱色。是主肝所生病者，胸满，呕逆，飧泄，孤疝，遗溺，闭癰。

《素问·骨空论》：任脉为病，男子内结七疝，女子带下瘕聚；冲脉为病，逆气里急。

督脉为病，脊强反折……此生病，从少腹上冲心而痛，不得前后，为冲疝；其女子不孕，癧，痔，遗溺，嗌干。

《灵枢·寒热病》：阴跷、阳跷，阴阳相交，阳入阴，阴出阳，交于目锐眦，阳气盛则瞋目，阴气盛则瞑目。

《素问·刺腰痛》：阳维之脉，令人腰痛，痛上佛然肿。

《难经·二十九难》：阳维维于阳，阴维维于阴，阴阳不能自相维，则怅然失志，溶

112203
中医诊断学

溶不能自收持。阳维为病苦寒热，阴维为病苦心痛。阴跷为病，阳缓而阴急，阳跷为病，阴缓而阳急。冲之为病，逆气而里急。督之为病，脊强而厥。任之为病，其内苦结，男子为七疝，女子为瘕聚。带之为病，腹满，腰溶溶若座水中。此奇经八脉之为病也。

【研究进展】

一、经穴压痛和经络辨证诊断研究

经络或经穴某些特殊感觉的变化，常常可以反映该经或所属脏腑的病变。十二经脉的“是动”和“所生病”就是这些感觉变化和脏腑以及全身病变的具体体现。

临床上体表的过敏点或较大范围的过敏线（带）不仅对接触、叩击或循摄发生异常过敏，而且皮下组织的硬度也可发生变化，有时还可以扪及圆形或呈索条状的硬结构，这些循经或穴位的变化，成为近代针灸学家临床进行辨证诊断和治疗的依据。

祝氏等^[1,2]报道对 475 例胃、肝、肺、肠、心及肾病的患者进行了穴位检查，发现不同的病在不同的穴位有明显的病理反应，而且穴位反应随病情的转化而变化，病愈时则反应消失，例如胃的疾患可以在腹部的上脘、中脘，背部的胃俞、脾俞和四肢梁丘、足三里等处有压痛；肝的疾患在右期门、日月、膈俞、肝俞、胆俞、中都、阳陵泉等处有压痛；呼吸系统疾患常在大杼、风门、肺俞以及前臂的肺经有关穴位出现压痛等；肠道疾患和阑尾炎在上巨虚有压痛；结肠炎在三阴交有压痛；肾炎、泌尿系结石在肾俞、承山有压痛；冠心病在内关、冠心点有压痛^[3]。

刘氏等^[4]认为募穴主深、久之病，俞穴主初、浅之病，郄穴主急症。并以触到结节、索条状物及指下感觉硬胀为阳性征象，认为孔最主呼吸道、皮肤疾患；郄门主神经衰弱、高血压疾患；阴郄主心血管疾患；温溜主大便不调；左养老主疝气，右养老主阑尾炎；中都主肝炎、眼目疾患及高血压；地机主消化不良、脾胰疾患。另外，发现若同时在几个郄穴触到结节条索，则另有不同主病，如孔最、水泉同时触之者则为结核；中都、水泉同时触之者为脑神经耳目疾患；金门、水泉同时触之者主肾炎；会宗、中都同时触之者主肝炎、肝硬化；中都、地机、水泉同时触之者主肝硬化重症；中都、地机同时触之者主妇女病及血液病。

进入 80 年代以来，由于循经感传现象的再发现，以及各种生理学和生物物理学方法证实经络系统的客观存在^[5]，因而穴位和经络诊断研究工作也有了发展。盖氏等^[6]根据经络是人体内的一种信息传递系统的原理，认为经络一方面将体内病变和功能改变以信息方式传递到体表穴位上，另一方面将物理性或化学性刺激，以信息方式传送到内脏达到治疗作用，并开始在临床上将已经明确诊断的病人为对象，观察其脏腑病变与相关经穴上所出现的特殊压痛反应。以十二经的募穴、俞穴、郄穴作为定位穴，把临床治疗某种疾病效果好的穴位作为定性穴，二者结合起来进行辨病诊断。确定了 157 个穴位，用于 126 种疾病的诊断。并对 208 例患者验诊了 35 种疾病，符合率达到 96.6%^[6]，这一结果显示经络穴位压痛，有其相对特异性作用。盖氏更进一步将此总结成较完整的“穴位压痛辨病诊断法”，被一些诊疗机构应用。

刘氏等^[6]对循经性疼痛和异样感现象作了大量研究，并证实古人论述的循经证候群客观存在。吴氏等^[7]对经络和穴位的感觉和形态异常进行了观察，方法是用拇指或食指的指腹在穴位上轻压和滑动，通过患者的感觉和术者指下的感觉进行判断，结果发现疾病

的轻重与相关穴位的压痛和穴位下面出现的阳性反应物(即结节和索条)有平行关系。侯氏等^[7]更进一步对穴位索条状物的出现和内脏疾病的关系进行了研究,例如在检查血管神经性头痛、颈肩臂痛患者时,发现相关的部位组织失去了柔软,均匀而有弹性的组织结构可触到索条状、结块状或弥漫的皮下硬变、粘连、增厚和压痛,在肯定这些穴位下索条状异常结构的出现和这些疼痛症状的相关的前提下,采用穴位注射透明质酸酶的方法以分解这些异常的结缔组织,结果症状得到缓解,索条状硬结消失。

穴位压痛不仅有助于辨病,而且有助于辨证,如阳明头痛在阳白压痛;太阳头痛在天柱压痛;外感风寒头痛常在攒竹、天会压痛;高血压头痛在期门压痛者为肝火上亢^[3,8]。

二、经络穴位诊断的客观指标研究

随着对经络现象研究逐渐客观化和对经络实质研究的逐步深入,近年来应用现代科学手段,从声、光、电、热等不同的方面对经络经穴诊断进行了研究,并建立了一些客观指标^[11]。尤其是在电、热等方面其研究成果有的已应用于临床,从而使经络穴位诊断的研究由对主观感觉的描述逐步转入到客观的实验记录。

1. 经穴皮肤电阻测量的研究 从50年代开始,我国一些学者就开始对经穴电阻进行了测定^[12],70年代至今不少人对经络路线的皮肤是否真正具有低阻抗进行较多的研究。包氏等^[12]利用“恒流式皮肤电阻率测定仪”测定皮肤电阻做为研究体表与内脏病变的相关指标,结果表明正常人与病患者的皮肤电阻率差异明显,以左右侧电阻率与中位数相比较,远离中位数的一侧为病经,提示相对应的脏腑有疾病存在。这对于辅助诊断某一疾病有一定的意义。萧氏^[13]认为在疾病过程中出现“良导络”、“良导点”是由于交感神经兴奋性提高的结果,而交感兴奋性提高是可用电流量的多少来测定的,故通过测定电流量的多少来诊断何经为病,并进一步研究认识到要“知内脏之害”只须测定其原穴的左右电流量,观其左右差,就可判定病在哪一经。并指出聋哑多三焦、肾经有病;神经衰弱多肝、胆、肾经有病等^[1]。还有人指出眩晕患者的井穴一般呈低电阻值,但其络穴尤其是足部的络穴则呈高电阻值,治疗后呈平衡化倾向。侯氏等^[7]根据“经络体系和机体组织小血管运动的控制调节功能相关”的设想,测定十二经脉的前臂和小腿的各区段的电阻抗,并绘成图像,所绘图像的阻抗值是该部位组织血流容积变量的函数,反应区段组织的血流状况,发觉该图像具有循经变异性,如急性心肌炎可见心包经高幅波,其首波波幅和相邻的肺经、心经比较增高40%~50%;偏头痛患者出现三焦经的三峰波改变;慢性虚证患者见低幅波等。尽管对经穴的电学特性尚未取得完全一致的结论,但多数研究者最后均认为皮肤低阻点的分布,确有其循经特点。

2. 经穴光、热学失衡现象的研究 左右两侧经脉线和穴位的失衡现象,除可以反映在经络的电学特性上,还可以反映在光、热学特性的差异上^[14]。六十年代初就有人用加热的方法发现两侧十二经井穴对热的反应灵敏度,因不同疾病而有差别,这种差别可作为诊断有关疾病虚实状况的依据^[15]。并对肺心病患者做了经络知热感测定的观察和分析,提出心包经是直接反映右心功能情况的特殊经脉^[3],肯定了经络知热感测定在肺心病诊断中的应用价值。林氏等^[16]对肝实热证患者的太冲、肝俞进行了穴温测定,结果与正常人比较平均穴温均增高,其中肝实热盛的重型组肝俞穴温比健康人组增高0.7℃,太冲穴温增高1.55℃,两者差异有非常显著性意义。严氏等^[18]对冠心病患者针刺前后并穴温度失衡状态作了观察,并与健康人组对照,结果发现疾病组病人治疗前穴温左右差值显

著高于健康人组，而针刺后又趋于健康人组水平。李氏等^[17]对经细胞学检查诊断为肺癌患者的定性穴——新大郤、定位穴——肺俞的穴温及两侧对应穴的温度进行测定，并与健康人比较，其结果有非常显著性意义。所以穴温可以作为反映和探索内脏病变的客观指标之一。

此外盖氏等^[5]应用红外线热象仪，对人体背俞穴进行观察发现，如果某穴位处的明暗度与周围有明显差异或左右不对称，即为异常显示。并在有明确诊断的患者中进行试验，结果患病脏腑所属的背部俞穴，大多数都出现了异常显示，与临床诊断对照，其符合率为95%左右。

利用人体冷光信息对穴位诊断进行研究，建立客观指标也是近年来引人注目的项目。严氏等^[18,19]根据人体在新陈代谢过程中伴随可见光的产生和变化，通过对体表冷光进行研究，发现无论是特定穴或非特定穴，都分别具有较非穴部位非常显著的高发光特性，正常人双侧相同部位发光对称，而病人有左右发光不对称的穴位，称其为病理发光信息点。这种病理发光信息点在心脏病表现在少冲、少泽；感冒表现在少商；肌肉痉挛表现在商阳、中冲；高血压病人表现在中冲等。

3. 经穴力学失衡现象的研究 应用经络穴位的力学特性诊断脏腑疾病的研究，主要是根据膀胱经的背俞穴分别与十二经密切相关，而利用各背俞穴对毫针的抵抗力的差别来判断各经病证的虚实。方法是先将毫针刺入背俞穴，深度为5毫米，然后应用一个张力计将毫针以每分钟20毫米的速度提起，同时记录皮肤对毫针提起时的阻力，称为“经穴力”正常的“经穴力”值为24，超过者为实，不足者为虚，两侧同一背俞穴的差异反映该经的失衡^[1]。说明通过经穴力学的测定可以显示经络的虚实状况。

除此以外，还有人通过对穴位声发射信号、液晶热象图和辐射场照相术等方面，能经络诊断开展了一些研究，但尚有待进一步深入。

参 考 文 献

- [1] 祝总驷，等. 针灸经络生物物理学. 北京出版社，1989
- [2] 吴秀锦. 内脏体表联系的观察—150例胃、肝病患者的穴位反应. 全国针灸针麻学术讨论会论文摘要（一）. 1979. 230
- [3] 成秀梅. 经络穴位诊断法的研究概况. 江苏中医，1990，（10）：4
- [4] 盖国才. 穴位诊断法. 北京：科学技术文献出版社，1981
- [5] 盖国才，等. 穴位诊断法发展概况. 第二届全国针灸针麻学术讨论会论文摘要. 1984. 175
- [6] 刘澄中. 循经性疼痛与循经性异感. 全国针灸针麻学术讨论会论文摘要（一）. 1979. 223
- [7] 侯湘. 关于经络经穴实质的讨论意见. 第二届全国针灸针麻学术讨论会论文摘要. 1984
- [8] 卞玉荣. 经络辨证治疗头痛118例. 中国针灸，1986，（4）：11
- [9] 蓝大田. 经络多元诊疗仪及其应用. 中国针灸，1989，（6）：35
- [10] 李豫. 中医经络诊断仪和治疗仪诊治色觉障碍的初步研究. 云南中医杂志，1991，（1）：37
- [11] 房兴业. 中医经络诊断中经穴电位测量方法的研究. 航天医学与医学工程，1991，（3）：208
- [12] 包凤芝，等. 经线——经穴电阻率变化与脏腑疾病相关的分析. 中国针灸，1984，（3）：19
- [13] 萧友山. 从皮肤通电抵抗所看到的经络形态. 中医杂志，1958，（2）：121
- [14] 何广新. 经络失衡临床意义的实验观察. 中国针灸，1985，（6）：22
- [15] 王本显. 国外对经络问题的研究. 人民卫生出版社，1984

- [16] 林惠兰. 第二届全国针灸针麻学术讨论会论文摘要. 1984
- [17] 李佩群, 等. 多穴温探索内脏与体表的联系. 中国针灸, 1988, 8 (2): 32
- [18] 严智强, 等. 人体十二经脉穴位冷光规律探讨. 中国针灸, 1984, 4 (2): 24
- [19] 严智强, 等. 人体经穴病理发光信息的研究——300名受试者观测结果. 中医杂志, 1981, 22 (8): 51

第十一章

诊法与辨证运用

【基本内容】

诊法与辨证是认识疾病的前后阶段。病情资料的完整、准确，是正确辨证的必要前提，而辨证思维、技巧的熟练，又为及时掌握病情提出了要求与方法。因此，诊法与辨证是诊察与判断、感性认识与理性认识的关系。

一、病情资料的综合处理

所谓病情资料，是医生运用望闻问切等诊法所收集到的临床表现，它包括病史、症状和体征等，是诊病、辨证的依据。

1. 判断病情资料的完整性和系统性 患者的临床症状和体征多种多样，对病情资料的收集应力求完整而具有系统性。如果忽视病情资料的完整性，若有遗漏或过于简单，往往导致漏诊、误诊；忽视病情资料的系统性，若杂乱无章、主次不明，则往往难以下结论。所以，在收集临床资料时，要求从诸诊合参的原则出发，发挥医者的主导作用，将诸种诊法综合运用，多层次、多角度、多方面收集病情资料，而不能只凭一个症状或体征便仓促作出诊断，不应片面强调或夸大某种诊法的作用，而必须对患者进行全面而系统的调查。此外，还要发掘疾病深层次的社会、心理因素；按整体观察的原则，要做到诊察局部与审察全身，以及察形与神、察机体与环境等的统一。

2. 评价病情资料的准确性和客观性 为了使病情资料真实可靠，必须准确地运用每一种诊法，不允许有“按寸不及尺，握手不及足”（《伤寒论·序》）的不认真态度；同时应防止主观性和片面性，避免先入为主、主观臆测或暗示的方法。对有诊断或鉴别诊断意义的病情资料之或有或无，或轻或重，应当明确并尽量争取予以分级量化，不能含混其词、似是而非。采用实事求是的态度，对病情资料进行反复调查和动态观察，以及借用一些客观检查手段（包括现代医学的实验检测等），以证实病情资料的可靠性，这些都是正确诊断之前提。病人由于受到文化程度、年龄、对病情关心程度、敏感性及耐受力等因素的影响，也会对病情的准确性和客观性产生一定的影响，因此，评价病情资料的准确与客观与否，还要看病人是否如实地、准确地反映了病情。

3. 分析病情资料的一致性程度 大多数情况下，症状、体征等各种病情资料所提示的病理意义，即所主病证是一致的，可用统一的病机来解释，称脉症相应、舌脉相应、症舌相符等。这种病情资料单纯、明显，临床意义一致的病例，说明疾病的本质不甚复杂，因而有脉症相应为顺，舌脉相符为吉之类说法。

但是在八纲辨证中提到的寒热真假、虚实真假，即所谓热深厥深、虚阳浮越、至虚有盛候、大实有羸状等，其表现则有典型的不一致性。这说明病情各方面的资料表现不一致，临床意义不相同，甚至似乎存在着矛盾的情况，即所谓脉症不相应、舌脉不符、症舌相反等，这在临床上也是客观存在的，它反映了疾病过程中的特殊规律，体现了疾病的复杂性。

病情资料不一致的原因可有多个方面。如由于病情发展的特殊性，因果交替、标本相错，有的症状、体征已经发生了变化，而有的尚停留在原有状态，未被感知，或舌脉等未引起明显变化等，同样均提示着病情的性质或趋势；或是病情本来就很复杂，有多种病机存在，寒热夹杂、虚实相兼、多病同存等等，不同的病情资料反映着不同的病理本质；此外还可能受到治疗措施等的影响，如热性病可因大量输液而小便并不短黄，长期使用肾上腺皮质激素可致舌红而胖大等。

前人有所谓舍症从脉、舍脉从症，舍舌从脉、舍脉从舌，舍症从舌、舍舌从症之类提法，就是说当临床上的病情资料所示病理本质不一致时，应重点抓住反映疾病本质的那些资料进行分析判断，而可以舍弃某些未反映病理本质的资料。

其实任何病情资料都有一定的临床意义，都可能是“真”而并不是“假”，即使是不一致，甚至是矛盾的资料，都有可能反映着不同的病机，关键在于能否用中医学理论去正确分析、认识其中的机理，因此，临床时我们切不可简单地舍弃某些病情资料。要说“舍”，只能说是舍弃那些常规的、一般的认识，只能说是医者未能了解其所提示的特殊的临床意义罢了。如数脉虽然主热，但当心阳亏虚时亦常见数脉；阳虚者虽多见小便清长、自汗，但阳虚不能气化、蒸腾津液时则可又可见尿少、口渴、无汗；舌有裂纹多主阴津耗损、舌短一般主风痰阻络或危重病情，然而舌之裂纹与舌短亦有属于先天生理性者；腹胀满痛、拒按、便秘一般属里实证，若又见脉迟，则是因邪气阻滞而脉气不畅之故，并非就是寒证。如果只知其常而不知其变，只知其一而不知其二，自然便会对某些特殊现象不可理解而以为是假象，其实是各自均反映着一定的病机。因此，医者应当全面掌握病情资料，熟悉中医学理论，并善于分析思考，方可从纷纭复杂的病情中把握病证的本质。

4. 病情资料属性的分类 病情资料可划分为如下5类。

(1) 必要性资料：是指这种资料对某些疾病或证候的诊断是必然见到的，缺少了就不能诊断为这种病或证。所谓必然性资料，一般是指病证的主症。任何病或证都有各自的主症，是辨病或辨证的主要依据，所以在诊法过程中，要善于及早确定主症，并围绕主症进行收集资料 and 进行病情分析。如胃脘痛是胃疡的主症，它为胃疡病的必要性资料，无它则一般不能诊断为胃疡，但是也既不能仅凭胃脘痛就诊断为胃疡，因胃疡必然还会有其他一些症状，同时也不能将所有的胃脘痛都诊断为胃疡，因胃脘痛还可见于胃瘕、胃络痛、胃癌等胃的多种疾病之中。

(2) 特征性资料：又称特异性资料。是指这种资料仅见于该种病或证，而不见于其他的病或证，但该种病证又并不一定都见到这种症状。因此，只要出现这种资料，即可诊断为该种病证；若没有这种资料，却也不能排除该病证的可能性。如尿中夹有砂石只见于石淋，而不见于其他疾病，故只要见到尿中有砂石，便可诊断为石淋，但是尿中没有砂石也不能排除石淋的可能性。又如五更泻泄，常是肾阳虚衰的特征性资料；寒热往

来有定时，常是疟疾的特征性资料。此外，特征性资料还可包括一些非异性资料的有机组合，如阳明经证的大热、大汗出、大烦渴、脉洪大等，“四大症”组合在一起，则对阳明经证的诊断具有特异性。

(3) 偶见性资料：是指这些资料在病证中的出现率较少，或可出现，或可不出现，随个体差异、病情变化而定。一般认为，偶见性资料对于诊断的价值不大。如咳嗽对于表证来说；健忘对于癫狂病来说，便是偶见性资料。又如少阳病小柴胡汤证以往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕等为常见症，而“胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者”（《伤寒论》第95条），即为其偶见性资料。

(4) 一般性资料：是指某一症状对任何病证的诊断既非必备性、又非特异性，只是具有一般诊断意义的资料。比如口和不渴，食纳减少，或者是脉弦，舌淡红苔薄白，可以在很多疾病中出现，而对任何证或病的诊断意义都不是很大。但是，一般性资料不等于没有意义，因为当此一般性资料与其他资料组合在一起的时候，便可显示出其临床意义。比如神疲、乏力、不欲食、思睡、脉沉无力等，这些表现单独出现时，只能是一般性资料，甚至几乎多数病人都有可能出现，但当它们组合在一起，或者其中某些症状表现突出时，则提示有气虚或者有湿的可能。

(5) 否定性资料：是指某些症状或某些阴性资料，对于某些病或证的诊断具有否定意义的资料，亦即某一病或证在任何情况下都不可能出现的资料。比如四肢厥冷而胸腹灼热者，必不是真寒证；面色浮红而下肢厥冷、小便清长者，定然不是实热证。本恶寒者不恶寒，说明不再是表证；有恶寒发热等表证而无汗出，说明并非太阳中风。又如肝风内动证可由多种病机导致，若患者“动风”时并无发热的症状，显然不属于热极生风。因此，若能把握住相关病证的否定性资料，则往往能将类似病证加以鉴别而使诊断变得果断迅速。

总之，必要性资料和特征性资料是诊断病证的主要依据；偶见性资料提示诊断的可能性，但难以确定诊断；一般性资料具有综合定性的意义；否定性资料则能为鉴别诊断提供依据。因此，在病情资料中，不仅要有揭示病证的阳性症状或体征，而且要有鉴别病证的阴性症状或体征。

二、辨证思维的方法与步骤

辨证的过程主要是在对感性阶段的病情资料进行分析的基础上，在正确的思维方法的指导下，运用辨证的基本知识，进行推理活动，求得证名诊断。

1. 辨证诸法的综合运用 中医学在长期的医疗实践中，创立出了八纲辨证、脏腑辨证、经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证以及辨病因（六淫、疫疠等）病性（气、血、津液）等多种辨证归类的方法。熟悉各种辨证方法的特点及其相互关系，有利于临床时的正确运用。

八纲辨证是辨证的基本纲领，表里、寒热、虚实、阴阳可以从总体上分别反映证候的部位和性质。脏腑辨证、经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证，是八纲中辨表里病位的具体深化，即以辨别疾病现阶段的病位（包括层次）为纲，而以辨病因病性为具体内容。其中脏腑辨证、经络辨证的重点是从“空间”位置上辨别病变所在的脏腑、经络，主要适用于“内伤杂病”的辨证；六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证则主

要是从“时间”上区分病情的不同阶段、层次，主要适用于“外感时病”的辨证。辨病因病性则是八纲中寒热虚实辨证的具体深化，即以辨别病变现阶段的具体病因病性为主要目的，自然也不能脱离脏腑、经络等病位。其中辨病因主要是讨论六淫、虫、食等邪气的侵袭或停聚为病，与六经、卫气营血、三焦等辨证的关系较为密切；辨病性主要是分析气、血、津液等正气失常所表现的变化，与脏腑辨证的关系尤为密切。总之，八纲是辨证的纲领；辨病因病性是辨证的基础与关键；脏腑、六经、卫气营血、三焦等辨证，是辨证方法在内伤杂病、外感时病中的具体运用。

临床可根据具体的病情而灵活选择恰当的方法进行辨证。一般可首先分析一下是属于外感时病还是内伤杂病，并用八纲进行分析，以初步明确基本病性与病位。如果是内伤杂病，一般以脏腑辨证为主，结合病因与气血津液辨证等进行辨证；如果是外感时病，一般可选用卫气营血辨证及六经辨证的三阳病证，并注意结合六淫、疫疠等内容进行辨证。至于三焦辨证，其实质是将三焦所属部位的常见证进行归类，临床很少单独运用；六经辨证中的三阴病证实际上是脏腑辨证的内容；经络辨证主要是针灸推拿诊疗时运用较多，经络循行部位的证候明显时，亦应根据经络理论进行辨证。

2. 辨证基本内容的掌握 辨证基本内容可概括为辨病位与辨病因病性两个方面辨病位，即确定疾病现阶段证候所在的位置，其中又可分为空间性位置和层次（时间）性位置。大的位置概念有表证、里证（以及半表半里证），以及上、下。心、心神（或称脑、心包）、肺、脾、肝、肾、胃、胆、小肠、大肠、膀胱、三焦，以及胞宫、精室、清窍、咽喉、口唇、齿龈、头、鼻、目、肌肤、筋骨、经脉、经络、胸膈、脑络、脉络等等，皆为空间病位概念。层次性病位可有不同的称呼，如卫分、气分、营分、血分，太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴，上焦、中焦、下焦等，皆有浅深层次的含义。辨病位不仅要区分证之表里，并一般以脏腑辨证为主。

辨病因病性，就是辨别导致疾病当前证候的本质性原因，亦即疾病现阶段证候的本质属性。辨证中涉及到的病因病性概念，可有笼统与具体之分。虚、实，阴、阳，标、本等，属于抽象的病性概念。辨病因病性的具体内容主要有：风、寒、暑、湿、燥、火、热、毒（疫疠），脓、痰、饮、水、食积、虫积、石，气滞、气逆、气闭、血瘀、血热、血寒，气虚、气陷、气不固、气脱、血虚、血脱、阴虚、亡阴、阳虚、亡阳、阳亢、阳浮、津液亏虚、精亏、髓亏、营亏等等。辨病因病性首应区分证之寒热虚实，并以病因与气血津液辨证为主。

3. 辨证与诊法的关系 诊法与辨证是不可分割的，二者之间是诊断过程中感性材料与理性结论之间的辨证关系。同时临床往往是边诊边断、边断边诊。

举例若病人主诉咳嗽，前人的理论有咳嗽“不离于肺”、“不止于肺”之说。因此，证候“咳嗽”，在医生头脑中首先应该考虑的可能是肺的病变，但同时也应考虑其他脏器病变的可能，如果肯定病位在肺，那又是肺的什么病？什么证？这就是辨证、思考。要对此作出结论，显然仅孤立地凭咳嗽一个病状是难以确定的，此时便要进一步通过诊法获取全面的资料。经过检查，如果并有气喘、咯痰等症，而其他脏器的病状不明显，则可知病位确实在肺，需进一步明确病种与证候，如果检查肺部无特异性病理改变，则一般可诊为肺咳，若胸部紧闷、哮喘有声则应为哮喘，再结合舌、脉、面色、痰的色质、全身其他病状等进而辨别证的寒热虚实性质。

从上可见，临床诊断是一个诊法与辨证相结合、交替应用的过程。通过诊法所收集的病情资料是否准确、全面，症状、体征的主次轻重是否清楚，是辨证准确与否的前提。而诊法的运用，往往又是在辨病、辨证思考的同时，根据分析的线索、可能、疑问等，而进行有目的的询问、检查。

4. 辨证的逻辑思维方法 辨证过程中的基本思维形式，主要有分析、综合、推理与判断。临床常用的辨证思维方法有以下几种。

(1) 类比法：又称对比法。即将患者的临床表现和已知的某一常见证进行比较，若二者主要特征相吻合，此证之诊断便可成立。如患者表现为发热、腹痛、里急后重、大便少而夹有脓血，这是痢疾具有特征性的典型表现，因而据之而诊断为痢疾并不困难。潮热、盗汗、颧红、舌红少苔、脉细数等是阴虚证的证候，当这些症状组合出现时，即可诊断为阴虚。因此，熟练掌握各常见病证的临床表现及诊断要点，是采用类比法的先决条件。类比法具有迅速、简捷的特点，它不需要作更大范围内的思考，当病情不复杂而表现又很典型时，类比法诊断的准确性就愈高。临床上常用的从病分证，再从其常见证型中选择最符合患者病情的某证作为诊断，这便是类比法。

(2) 归纳法：当病情资料很多，或者比较复杂时，最宜采用的方法是归纳法。归纳法是将患者表现的各种证候，按照辨证的基本内容进行分类归纳，从而抓住疾病本质的思维方法。比如某患者以黄疸为主诉，且有胁肋胀痛、右肋下肿块，知病位在肝；又有恶心欲呕、腹胀、便溏不爽，则知脾胃亦已受病；身热、口苦、尿黄、舌红、苔黄、脉数等，其病性属热；渴不欲饮、苔腻、脉滑以及恶心、便溏等，为有湿邪之征；胀痛、腹胀，又为气滞的表现；肋下肿块且触痛明显，说明有血瘀的可能。这样将分散的各个病状进行归纳分析，便可全面认识病情，并作到条理清晰。此病涉及肝、脾胃、湿、热、气滞、血瘀等，在中医理论指导下进行综合判断，其辨证主要为肝脾湿热证。

(3) 演绎法：是对病情进行层层深入的辨证分析方法。如患者前晚淋浴受寒而于夜间新起恶寒，头身疼痛，知其属外感病范畴；昨日但发热，已不恶寒，并有口渴、舌红、脉数，是为表证已不存在，而是里热证；现咳嗽明显、气喘、咯黄粘痰，则知病位在肺，故本证为肺热炽盛证。另外，根据脏腑、气血等的生理基础，而推导其病理变化，以及“久病入络”、“久病及肾”等；或者根据适合于病情最恰当的方剂，再据该方的适应证，而得出证名诊断，即所谓“以方测证”，也都可视之为演绎法。

(4) 反证法：又称否定法。是指从反面寻找不属于某证的依据，通过否定而达到确定诊断的目的，这对类似证候难以从正面进行鉴别时，是比较好的辨证思维方法。如《伤寒论》第61条说：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕，不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。”六经皆有“烦躁”，究竟是何证呢？仲景用“无表证”否定其为太阳病证；用“不呕”否定其为少阳病证；用“不渴”否定其为阳明病证。而结合“脉沉微，身无大热”，便可确认其为少阴阳虚证。

此外，尚有所谓“预测法”，即根据疾病发生发展的一般规律，判断或预测新的证型，如原为长期腹部隐痛、腹泻便溏、畏冷，一般为脾阳虚证，当出现完谷不化时，则为脾肾阳虚之证；“试探法”或称试治法，是指通过治疗而肯定或否定某证，如便秘多日，不知属实属虚？可稍与小承气汤试攻之，药后转矢气者为燥结腑实，药后便溏者属脾虚。

对于一些疑难杂病、疑似证、危急重症的诊断，还应运用特殊的思维方法。如对疑

难杂病，常有经验再现、线索追溯、病因穷举以及试验性治疗等；有名望的中医之所以对疑难杂病辨证准确且疗效好，无不与其有丰富的辨证论治的临床经验有关。对疑似证的诊断与鉴别，关键在于应有求异的思维，因疑似证之间的临床表现相似，但症状特点及病因病机方面则不全相同。对危急重症的诊断，应准确、果断、迅速，并注意诊治并举，急救为先。

5. 辨证的内容与步骤 有的书上主张将辨证的具体内容分解为7个方面或若干步骤，即：探求病因，落实病位，分辨病性，判断病情，阐释病机，确定证名。这实际上是通过辨证面应明确的基本内容，并非辨证的步骤。在辨别病位病性等时，应注意以下问题。

(1) 以主症为中心进行辨证：通过主症的辨析常可确定病变位置。如以新起小便淋漓涩痛为主者病位在膀胱；白睛卒然红赤、生眵流泪为主者病位在目等。有时主症对明确病性亦有特殊的意义，如潮热虽可由外感或内伤等诸种病变导致，但其一般多提示阳热亢盛或阴液亏虚；自汗多属阳气亏虚；盗汗常说明阴虚内热；水肿为水湿内停等等。

(2) 全面分析以判断病因病性：由于疾病的病性的寒热虚实、痰湿瘀滞等等，一般不是凭一二个症便可确定的，而是要综合全部资料进行判断。因此，辨证时除应抓准主症以外，也应注意对其余症状、体征的分析认识。如以胃脘疼痛为主症的患者，其病位一般责之于胃，但寒、热、虚、实、伤食、气滞、血瘀、虫扰、毒邪刺激等等均可导致，要分辨其真正属于何证，则必须结合其他症状、体征，才能得出结论。

(3) 个别症状可能是辨证的关键：有时个别关键症状的发现与正确认识，可能成为分析鉴别的重要依据。比如阴虚火旺的病人与虚阳浮越的病人，都可出现头面部的“头热”现象，而阴虚与阳虚的本质正好相反，到底是阴虚还是阳虚？下肢的不冷或冷、小便的短黄或清长等，往往是辨别的关键。

6. 辨证结论及证名的具体要求

(1) 内容要准确全面：一个规范的证名，一般应包括有病位、病性，有的虽由于病位笼统（如阳明经证、余热未清证、亡阴证等），或病位已从病名诊断中（如疟腮、肛痈、瞳神紧小、股骨骨折等）得到明确等原因，而可不标明病位外，但是病性或病因是绝不可少的，否则就不成其为证名。

(2) 证名要精炼规范：常用的证名一般只有4个字左右，其用词是非常精炼的，应具有高度的概括性，应当规范、符合中医理论。如风热犯肺证、肝郁血瘀证、脾肾阳虚证、瘀阻脑络证等，每个字都代表一定的本质，每个证名都有各自的特异性。因此证名所用的词不能随意生造，应符合中医理论特色，要既能反映证候的本质，又能为中医界所理解。

(3) 证候变则证名亦变：由于疾病是一个邪正斗争而不断变化的过程，因此疾病中所表现的证候也是会不断变化的。原来是薄白苔，现已为黄腻苔；昨日恶寒发热，今日但热不寒；原为病势剧烈，日久已是虚象为主；昨日尚在气分，明日可能已入营分或血分等。病情有了一定的变化，自然其证候本质有可能不同。因此，一旦证候变化，其证名诊断也应随之而变。

(4) 不能受证型的拘泥：临床较为常见、典型的证，可称为证型。书本所列各证及其所述证候，都是常用而公认、证候典型的证。故辨证时应力求以单一证概括全部临床

表现，首先考虑常见、典型证的诊断。但临床上的证候却不一定典型、单纯，可能数证兼挟、复合。故病情复杂者，可考虑兼挟、复合证的诊断。

总之，辨证诊断要既全面又精炼，既灵活又规范，以能准确地揭示疾病当前阶段的病理本质为总的要求，从而指导当前的治疗。

【补充阐发】

一、證、证、症、候的沿革与证候的本来含义

韦黎在《中国医药学报》(1996年第2期)载文，专论“證、证、症、候研究”。指出：《说文解字》对證的解释是“告也，从言，登声”。对证的解释是“諫也”，諫的解释是“证也”，二字互训。历经1千多年的沿革，到清代段玉裁的《说文解字注》里，证随之演变为證的俗字。其在证字条下注云：“今俗以证为證验字，遂改吕览之证为證。”

段玉裁以后，证在文字学中几乎形存实亡。證是包括证的含义在内的规范字，而且其含义不断引申、扩大。最典型是成书于1915年的《中华大字典》。其中證的含义共8项：告也；验也；諫也；諫也；则也；候也、质也；病證也；六證。而证的含义仅2条：諫也；人名(《唐书·宗室表》之司农卿证)。因此应该说，證也是历代中医用以表述疾病状态的规范字。

症，首见于宋·李昉英的《文溪集》(“症候转危，景象愈蹙”)，不过此处并非指疾病，而是譬喻当时环境。最早以症指示疾病者，是明·万历进士谢肇淛的《五杂俎·物部》(“人有阴症寒疾者”)。但此二人皆非医家，而且明代医书中确未见过症字。清代《康熙字典》中没有症字。症字在中医文献中出现是清代乾隆年以后的事。如1744年出版的《方症会要》，全书在应当用證的地方全部代之以症。但在乾隆以后150年的《中华大字典》虽将症字收入，却对证的解释只有3个字——“俗證字”。1926年谢观编撰的《中国医学大辞典》亦无症字，1973年出版的《中医名词术语选释》和1979年出版的《简明中医辞典》中都没有症字的影子。因此从文字沿革的角度来看，中医文献中症字至今仍不是约定俗成的规范字。

候，《说文解字》释为“伺望也”，原指在路旁等待、观望宾客的到来。段玉裁在《说文解字注》中云：“凡覲伺皆曰候，因之以时为候”。从段玉裁之注来看，候字包含空间与时间两方面含义：一有观察到的现象之义，二有对现象观察的过程之义。“候”，《辞源》有“射有张布谓这候”的古代用法，即是把“候”作为射箭的靶子讲；我们可引伸为标志或征象的意思。《内经》、《诸病源候论》等古代医著，都把“候”作为病证表现用，如病候、证候等。所以候与症的意思相同，皆指疾病的症状和表现，两者合用也是这个意思。但症状往往指单个的临床表现，症候则多表示两个以上或一组症状。

在中医学里，最早把證与候连成一个词的是南北朝时期的陶弘景。他在《肘后方》序中说：“其论诸病證候……”从此證候就成为中医学中的一个专用名词术语了，陶弘景在《说文解字》之后的200年左右，由此推之，陶氏之言證的含义应最接近證、候二字的原来含义，即包括病人告诉的和医师观察的两方面的病理状态及其变化过程。1947年编撰的首版《辞海》解释说：“證者，谓之体内病状发现于外，如事物之有对證也。候者，病之转变，随乎时期……旧说七日为一候是也。合言之则曰證候”。这一解释与《中国医学大辞典》證字的解释相似，但将病人告诉的證与医师观察的候都归于證，是其不足之处。

不过它从候字的另一层含义上强调了疾病演变的时间特性，也是难能可贵的。

《内经》只有一处用到證字，即《素问·至真要大论》“气有高下，病有远近，證有中外，治有轻重，适其至所为故也。”但在《素问·五运行大论》中“夫候之所始，道之所生，不可不通也”之说，指出了候就是临床所获知的各种表现，也就是说，證候是中医学研究的对象，代表了中医学的本质属性。其实，證候的论述在《内经》中无处不在、无处不有，只是当时没有规范出證候这一个词而已。应该说《内经》中举凡象、候、色脉、病能（能古字为态字之通假字），以及所有关于疾病表现与转化的描述，都是关于證候的描述。《伤寒杂病论》中没有證候一词，不过各篇篇名的辨某病某病脉證并治的脉證二字，其实就是證候一词的原形。该书与《肘后方》及《说文解字》在同一时代，故其基本意思应该是一致的。

文字沿革是文化变迁、发展的正常现象，所以1964年3月7日由国家颁布的汉字《简化字总表》的出现和简化字的推选是无可厚非的。问题在于证作为證的简化字的同时，症却成为与证并存的新的规范字，而不再是證的俗字了。由含义单一的一个字变为证、症并存的两个字，对这两个字的重新解释，以及与其组成的概念的重新定义，则成为中医面临的首要困惑。30年来，几乎在此期间的每一本书、每一篇文章都存在着证、症不规范和规范不合理的问题。连1980年新修订的《辞海》，也是此一处称症候，彼一处称证候，令人莫衷一是。

对于表述中医研究对象与本质属性的中心字与中心概念的长期不规范问题，一方面是发端于文字沿革，另一方面是中医在西医学学术观点的强大冲击下，概念逐步肢解，理论日趋淡化的反映。因为语词是概念的载体，概念是理论思维的细胞，概念不规范，则必然导致理论思维的混乱。

二、关于“症”的音、义

《简化字总表》颁布后，症字变为两声字。症的读音一为(zhèng)，是医学专用字，即症状；一为(zhēng)，是繁体字癥的简化字。

一声的症字，源于中医“癥瘕积聚”之说，凡腹内聚而不散的结块，即谓癥病，以后引申为“事情弄坏或者不能解决的关键”，成为社会用语。近年来由于症状与证候相混淆，中医文献中症状一词比比皆是，又因为症状与证候常常缩写（误写）为症，进一步导致与癥瘕之症相抵牾的局面。

随着本世纪西医学在中国的广泛传播，从翻译伊始，症字在中文的西医学文献中便是一个规范字了。症状(symptom)一词首见于西医学文献，一般是指病人主观不舒适、不正常的感觉或某些病态改变，如头痛、发热、咳嗽、呼吸困难等，这是通过病人的主诉和对病人的问诊而得来的。医师通过对病人的体格检查而得到的客观表现称为体征(sign)，如杂音、罗音、肝脾肿大等。广义的症状可包括体征。

在中医学中，症虽为古代證字的俗字，但现代已约定为指症状。然而中、西医学对“症”的认识仍有差别：

(1) 观察内容有侧重：如中医非常重视分部位望神色、望舌，切诊中的切脉象，西医学却重视不够；除病人主诉外，中、西医的问诊内容各随其理论特点而差异很大；中医的闻诊（包括闻声音、气味）西医往往不大关注。而西医的体征检查大多是中医所没有的。

(2) 说明病性有不同：西医重视症状的特异性，即症状与病灶、致病因子之间直接的、必然的关系，如干性、湿性罗音与肺疾病，心区杂音与心脏病，麦氏压痛点反跳痛与阑尾炎，麻疹粘膜斑与麻疹等等。中医望、闻、问、切所获知的证候大多是非特异性的，如弦脉主寒、主饮、主痛、主肝气不舒，又为春季之正常脉象；咳嗽除外感、内伤，属寒、属热外，《内经》中早就有五脏咳、六腑咳之说。所以，只有联系中医基础理论，并在医师的理论思维中从感性的具体抽象概括，形成对疾病病理机制的判断后，这时与病理机制完全相应的证候，才具有诊断的价值，即特异性。

(3) 临床意义的差别：西医的症状“是认识疾病的向导，并能为诊断疾病提供重大的线索”，但不是诊断的根本依据，一旦经过实验室检查或者以某种仪器查明致病因子或病灶后，症状在疾病诊断和治疗上的意义随之淡化。而中医的证候及其变化，始终是临床诊断的主要依据，贯穿于辨证论治的全过程，有时甚至以其作为疾病的病名。

三、证的概念的演变

张震在《北京中医学院学报》1984年第5期“证候探微”一文中，认为：按照人类认识发展的道路，先辈们在漫长的岁月中，首先接触到的不过是各种疾病的表象及其外部联系，这里，证（证候）概念还不可能产生，人们所熟悉的仍然是各种病症概念。如成书时间早于《内经》的长沙马王堆出土的医简，其中未见证（证候）的名称及有关概念的记述。但是，随着时间的推移和医疗实践的持续，在不同病种的患者当中，一些同样的现象或情况反复出现于医者的面前；而且在同一种疾病的患者群中，又常遇到某些具有一定差异性的病状态或类型。这就促使古代医家在病种病名和患者的具体病情之间不断地觉察到异中之同，同中之异。当这样的诊断学思维材料积累到一定程度时，于是便在认识上产生了由感性向理性的推移，在识“病”的基础上独树一帜形成了辨“证”的概念。对于不同的病种，证（证候）概念可以反映疾病的共性，而对于患同一种疾病的不同患者，则证（证候）又在一定程度上揭示其个体差异。

杨维益在《中医杂志》1996年第6期发表“关于中医证的概念及其定义的思考”一文，具体分析了证的概念的演变。

由于人们对客观对象的认识是不断深化的，并且客观对象本身也是发展变化的，所以任何概念的内涵和外延都不是一成不变的，而是不断发展变化的。在古代“证”这一词语所表达的概念与症状的“症”同义。如《素问·至真要大论》中提出“病有远近，证有中外”。这里的“证”，指的是症状。以后，《难经·十六难》中的“是其病，有内外证”，也是把症状称为证。但是，在中医辨证论治的经典著作《伤寒论》中，就存在着两种认识。如第16条中的“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。这里的证，前者为临床的表现即症状，后者是诊断的结论。同一书中，对证就有不同的解释，致使近世医家对证的概念产生了无休止的争论。秦伯未氏提出证是证据，是现象，在医学上代表疾病的临床表现。朱颜氏也认为证是整个外观病象的总和，相当于综合征或证候群。他们的观点与《伤寒论》将证解释为症状的原意相近。以后，任应秋氏提出证是整体病变的证候。这与《伤寒论》将证当作诊断的结论类似。

1986年，方药中等将证的范围加以扩展，认为“证”就是判断疾病性质的各种证据（注：不是单一的证据，而是证据的集合体）。凡与疾病有关的各种因素如患者年龄、性别、平素健康状况、直接病因、发病季节、气候、时间、地域、临床表现、病程、治疗

情况等，均属于中医学中证的范围。综合分析上述有关的各种证据，对不同病人的患病状况，作出不同的相应判断，就是辨证。方氏等把天时、地理、体质等诸因素及疾病临床表现统统归入证内，融天、地、人、病于一炉，使“证”成为一个复杂的庞然大物。以后，有人进一步提出，“证”是反映疾病本质的阶段性诊断，有动态的概念，证在疾病中可呈有一定规律的飘移，由甲证转为乙证，还可由乙证返回甲证。综上所述，一些学者认为证是具有丰富的内涵，在一定条件下可以向其他证转化的疾病概念。

日本的有地滋更进一步提出证是由遗传因子或遗传因子加上环境因子所形成的在临床上的综合病理、生理变化的反应，以及针对这种临床表现的治疗依据。客观指标有HLA、血液粘度等。这就是说，证与遗传基因有关。换言之，构成证的某些因素可能是固定不变的。但是，由于证可随疾病发展而改变，与遗传基因有关的证显然只能是少数。对于多数的证来说，这个观点有待商榷。

在八十年代，人们提出“病”、“证”及“症”三个词所表达的概念的区别。“病”是对疾病全过程的特点与规律所作的概括；“证”是对疾病某些阶段本质的反映，受疾病的特殊本质所制约；“症”是疾病的单个症状、体征，是病或证的外在表现，是诊病或辨证的依据。这样就把“证”与“症”区别开了。

目前多数人认为中医的证（也称证候），是在中医理论的指导下，对通过四诊所收集的症状、体征进行综合分析，得出的诊断性结论。是对疾病发展到某一阶段的病因、病位、病性，正邪关系及病势等所作的高度概括，反映了疾病发展过程中某阶段的疾病变化实质。按照上述定义，“证”的内涵应包括疾病在某一阶段的病因、病位、病性、正邪关系及病势等。

四、诊断的思维方式与特征

中医学属于传统医学范畴，其理论体系中存在着名词术语深奥晦涩难懂，一词多义、多词一义普遍存在，对疾病的描述还停留在直观的基础上，对病证的诊断主要依据较原始的症状与体征，推理成分较多，给学医者带来了很大的困难。但中医学在几千年的临床实践中发展起来的独特的辨证思维体系经久不衰，且能经受住西医的冲击，因此，应研究中医辨证的思维方式与特征，揭示其合理内涵，从而提高辨证的准确性。

一般认为，人类自身的思维活动可划分为抽象思维、形象思维与灵感思维三大类。抽象思维属逻辑学范畴，而后二者为非逻辑思维。在中医诊断思维过程中，医者不可能纯粹单一地以某种思维进行推理，往往不自觉地将多种思维方式交织地运用。

1. 诊断的整体性思维 所谓整体性思维，是从整体而非局部的方式进行诊断，其主要特征是强调诊断过程的整体性原则，主张把患者的外在征象始终作为一个有机联系的整体进行分析，在辨证思维中体现出整体、联系、有序、动态的特点。因为，中医学将人体看作为一个有机的整体，局部病变是全身病变在局部的反应，同时又可以反作用于全身；此外，人与自然环境、结构与功能、精神情志与形体器官等具有整体性，故辨证的整体思维，不仅注意局部病变，且注重从宏观整体上去认识病证，对病证的诊断强调动态分析，且呈时空性的有序观察，从阴阳、表里、寒热、虚实等多个侧面来概括证候。

2. 诊断的发散性思维 所谓发散性思维，是指一种寻求变异，将一个现象从多方面考虑以得出病证诊断结论的思维方式。思维活动常常是随机应变，触类旁通，思维的方向具有多角度、多层次、多侧面的特点。中医辨证诊断遵循一种发散性思维，在诊断病

的过程中，常以主症定病名，然后根据病因学说辨析病因，根据寒热、虚实、气血等辨析病性，根据脏腑、经络等明确病位等。这种发散性思维又多运用联想推理，即以病人主诉的症状为原始依据，以医生所具备的知识和经验为基础，运用演绎、类比方法，对症状进行联想、分析，从而判断病证的病因、病性、病位等。中医对于常见多发性病证尤其是疑难病证的诊断，常常以类比、演绎进行联想式的发散性思维，展开想象的“翅膀”，从不同方向在思维的的天空中进行探索，以寻求对病证诊断的最佳答案。如病人主诉头晕眼花，中医诊断为“眩晕”病，依据中医理论，在医生的头脑中就应联想发散到造成眩晕的病因病机有肝、风、痰、火、血虚、气虚、阳亢等等可能。

3. 诊断的直觉性思维 所谓直觉性思维，是在实践经验基础上而形成的，对客观事物的一种比较迅速的、直接综合判断的思维方式。直觉的灵感，是由于在长期沉思之后，在处理信息时突然出现的一种稍纵即逝的过程，通常也称之为“顿悟”。直觉或顿悟，似乎是“未加思索”而偶然产生的，但其实是“水到渠成”的必然结果；只有平常“众里寻她千百度”，方能出现“蓦然回首，那人却在灯火阑珊处”的景象。这种直觉性思维在诊断中广泛运用，可以帮助医生在复杂的证候群中抓住主要矛盾。在中医典籍中，就记载着扁鹊望齐侯之色，仲景决王仲宣生死等典型的、流传千古的医疗佳话，这些古医者与其说似乎有某种“超然脱俗”的特异本能，倒不如说这反映了他们独特而高超的直觉思维能力。在临床错综复杂的病证中，往往瞬息突变，甚者生死易于反掌，这就要求医生具有对病证敏锐的思维洞察力，才能在病证丛生的关键时刻茅塞顿开，从而得出正确的诊断结论。

4. 诊断的形象性思维 所谓形象性思维，是借助具体形象进行思考的一种思维方式。中医学中经常运用“比类取象”的方法来阐释人体生理、病理，因而长于形象性思维对病证进行诊断。中医诊断不可缺少形象性思维的活动形式，这是因为：中医医生在缺少仪器观察条件下，多采用直接观察，依靠视、听、嗅、触等感觉器官的协调配合来开展四诊活动以获取感性材料，具有笼统而模糊的特点；中医形象性思维活动中，主要的思维工具是意象和形象性语言，以反映病证形象的主要特征；中医习惯于“比类取象”，用自然界中具体事物的形象特征、运动变化规律来描述形色变化、舌脉特征、病证的本质及变化等。

五、辨证的基本要求

1. 以主症为中心进行辨证 在四诊过程中，以主症为中心进行收集病情资料，可使病情资料系统条理、重点突出、主次分明。到了辨证阶段，仍应抓主症并以主症为中心进行辨证；若辨不清谁是主症，谁是次症，势必将辨证引入歧途。如病人见咳嗽、痰稀色白、恶寒发热、头身疼痛、无汗、苔薄白、脉浮紧等，主症是咳嗽、痰稀色白时，应辨为风寒束肺证；主症是恶寒发热、头身疼痛、无汗时，则辨为太阳伤寒表实证。

以主症为中心进行辨证，要注意结合其它症状，即要以多数症状作为辨证依据，因为不同的症状，都是从不同侧面反映证的属性；虽然主症能反映证的本质，但是进一步综合其他症状，则能更全面揭示证的本质。如咳嗽、痰稀色白均为风寒束肺证、寒邪客肺证、饮停于肺证的主症，但若结合有恶寒发热、头身疼痛等则可辨为风寒束肺证；若结合有气喘、形寒肢凉、脉迟等则可辨为寒邪客肺证；结合咳痰量多呈泡沫状、胸闷、心悸、倚息不能平卧、苔白滑等则辨为饮停于肺证。

次症或个别症状虽然在辨证中一般只是辅助资料，但也要注意其在辨证中应有的诊断意义，如寒热、虚实的错杂证；尤其要注意少数个别症状和多数症状出现相反属性时，应引起高度警惕，如寒热、虚实的真假等。

2. 以单一证概括全部表现 临证时，对患者的临床表现应力求以一种证型来概括；如果用多种证型来解释，势必抓不住重点，治疗目的性亦不强，给立法遣方用药带来不便。但是，由于病证的复杂性及脏腑的相关性，也有-一种以上证的复合、兼挟存在的可能性。因此，若出现了难以用单一证型来概括临床表现时，可以考虑有复合证、兼挟证的存在。如肝胃不和证、虚中挟实证、脾气虚兼血瘀证等。

3. 首先考虑常见与多发证 常见与多发证是临床上经常见到的，所以应首先考虑到此种诊断，这种方法可以简化辨证的复杂性。但是对于疑难杂病、危急重症等，则应考虑到少见与罕见证的可能性，如怪病从痰、瘀论治等。对久治不愈的病人，尤应考虑到罕见证之可能性。一般认为，各辨证体系中所列，诸如脾气虚证、血虚证、太阳中风证、卫分证、气分证等均为常见、多发证。

4. 辨证需不断修正和补充 证候有由不典型到典型、由简单到复杂的过程，再因其他因素的干扰，使证候的临床表现出现差异。所以辨证有一个从表到里、从现象到本质、从感性到理性的认识过程。所提出的初步证名诊断是一种假说，其正确与否还有待于验证，尤其在复诊中应对前次诊断进行认真分析，故辨证需不断予以修正和补充完善。如咳嗽，初起由外邪犯肺所致，病变以肺为中心，病机为肺气不宣；若病久反复发作或治疗不当，可由实转虚，病变渐累及心、肾等脏。

5. 注意处理各种辨证关系 中医整体观视人为一有机整体，天人相应、形神合一，以及机体脏腑、气血、经络、内外、上下相互联系，因此辨证应注意机体与环境、形与神、局部与整体间的辨证关系。而疾病是邪正斗争的过程，且证是反映疾病阶段性的病机特征，因此辨证还应注意邪气与正气、病与证的辨证关系。就证候的临床表现而言，一般现象与本质是一致的，但特殊情况下，现象与本质不一致，如寒热、虚实的真假；同一证候由于发生在不同疾病中或发生在不同患者上，其临床表现亦不尽相同；此外，既要重视中医宏观辨证的依据，也不可忽视化验、仪器检查的结果。所以，辨证应注意现象与本质、共性与个性、宏观辨证与微观辨证等的辨证关系；且不应忽视社会因素、体质因素、心理因素诸多方面对病证的影响。

6. 掌握证的特点，鉴别证间差异 每一证均有其临床特点。所谓辨证要点是对该证临床表现的高度概括，起到以点带面的作用。因此，掌握证的辨证要点，以利于本证的诊断和鉴别诊断，从而提高辨证的准确性。如气虚证以全身机能活动低下的表现为辨证要点，血虚证以体表皮肤粘膜组织呈现淡白及全身虚弱为辨证要点。但对于辨证要点又不可僵化看待，因它的运用主要适宜于典型证候的诊断与鉴别，而对于复杂证候应综合多方面的特点，切忌以偏概全。

7. 分清证的主次，注意主证转化 在复合、兼挟证等复杂证候中，应辨明其起主要作用的证候，即主证。辨主证仍要以主症为中心，通过抓主症而得；也可从病因病机进行比较，分析什么证最能反映其病理本质，且对病情发展起关键作用，那么它就是主证。如有一胁痛患者，证候比较复杂，既有胁肋胀痛、头晕目胀、情绪不宁等肝气郁结表现，又有纳呆、腹满、便溏等脾虚表现，且每因情志不舒时而诱发或加重以上诸症。若按发

病原因及病理机制分析，应辨肝气郁结为主证，而脾虚证则为次证或兼挟证。

主证并不是始终不变的，在诸如体质、药物、情志、饮食、调护等一定条件作用下便可以转化。如寒证与热证、虚证与实证之间的转化。又如胃脘痛者，病情急性期症见胃脘灼痛、吞酸嘈杂、烦躁易怒、脉弦等，辨为肝胃不和证；经过疏肝和胃药物治疗及饮食调护后，患者胃脘灼痛、吞酸嘈杂二症消失，却出现纳食不馨、腹胀便溏、倦怠肢软、脉由弦转细，此为脾虚证。可见主证已由实转虚。

8. 详审病证标本，区分先后次序 辨证之标本，即区分证候矛盾双方的主次关系，是辨证的重要内容之一。所谓本，是指发生病证的根本，为主要矛盾或主要矛盾方面；所谓标，是指病证表现于外的现象，为次要矛盾或次要矛盾方面。以病因论，引起证发生的病因为本，而临床表现为标；以邪正双方关系来说，正气为本，邪气为标；以证本身言，原发证、旧证是本，继发证、新证是标。故一切复杂的证候，总不离乎标与本，辨出标与本，从而抓住病变的主要矛盾或主要矛盾方面，进而按标本缓急的原则确定治疗。如脾肾阳虚证，若因肾阳虚衰不能温养脾阳，至脾肾阳气俱伤，则原发肾阳虚证为本，继发脾阳虚证为标。

9. 辨明寒热虚实，识别真假本质 在辨证过程中，典型证候的典型症状较易识别，但不典型的证候中，有些症状互相矛盾，甚至出现假象，则较难识别。如最常见的是寒热、虚实的真假，即所谓“真寒假热”、“真热假寒”，“大实有羸状”、“至虚有盛候”；还有危急重症濒死的病人出现“回光返照”的假神等。因此，要辨清孰真孰假，不为假象所迷惑。辨明真假，首先要注意其出现的时机性，因为真假易出现在“极”的关键之时，如寒极、热极时分别出现似热、似寒的假象，大实、至虚时分别出现羸状、盛候等；其次应从四诊合参中，找出关键性指征，如古人多以脉象为根据识别虚实真假，诚如张景岳说：“虚实之要，莫逃乎脉。如脉之真有力、真有神者，方是真实证；似有力、似有神者，便是假实证。”此外，脉与症不相应的情况下，也要辨明真假，或舍症从脉，或舍脉从症。

六、辨证的内容及步骤

对辨证论治步骤的研究，具有代表性的有秦伯未氏三步、方药中氏五步（原为七步）、郭振球氏七步、任应秋氏十步及欧阳琦氏三段十步、肖德馨氏三段十二步。其中有的仅就辨证过程设立步骤者，也有集诊察、辨证、论治为一体，综合设立步骤者。步骤差异主要在“诊察”、“论治”方面，就辨证过程而言，各家认识大致相同，因辨证的目的是寻找疾病发生发展某一阶段的病因、病性、病位等，并确定证名。所以辨证就要探求病因、分清病性、落实病位等，并最终确定证名。其具体内容有如下7个方面。

1. 探求病因 探求病因是指询问病史找病因，通过审症求病因。辨病因就是探求病证发生的根本原因，是辨证的主要内容。任何病证都可寻求到其发病的原因，一般可通过问诊，直接询问发病时的各种因素，如湿痹多因久居湿地、淋雨涉水所致，泄泻多因饮食不洁、过食生冷所致，肝气郁结多因情志不畅、肝失疏泄等。但有些病因不能直接获得，故对病因的探求更重要的是通过审症求因，即从对病情资料的分析来探求病证之因。如外感风邪发病，病因是风寒或是风热，只有对临床表现的分析才可以认识；又如气滞、瘀血、食积、痰饮等病理变化作为继发性病因，也是通过审症而求得的。

2. 落实病位 落实病位是指明确病变所在的上下表里、脏腑经络、官窍形体等。致病因素作用于人体而发病时，一般总是有一定的部位，如脏腑、经络、五官九窍、四肢

百骸以及气血津液等都可能成为病位。病位不仅要落实在脏腑等具体部位上，而且应该结合从生理病理变化去探求病位之所在。另外，病证传变的层次也可视作病位，如表与里是病位，卫、气、营、血是病位等。辨病位在辨证中具有重要意义，因为病位不同，症状有异。常用定病位的方法有如下4种。

(1) 表里定位法：是病证横向传变的定位方法，在外感病证中运用广泛。六经病证中，太阳主表，少阳为半表半里，三阴主里；而卫气营血病证，病位由表入里顺序排列。

(2) 上下定位法：是病证纵向传变的定位方法，在六淫邪气致病和湿热温病辨证中运用。如风邪侵上，湿邪伤下；湿热温病辨证中有上、中、下三部位之不同。

(3) 气血定位法：是辨别病证在气、在血的定位方法，通常运用于杂病辨证中。一般新病入气，久病及血；病轻浅者位在气分，病深重者在血分。

(4) 脏腑定位法：是辨别证候在不同脏腑部位的定位方法。此定位法涉及的范围较广。结合脏器与病因方面的关系定位，如风伤肝、火伤心、湿伤脾、燥伤肺、寒伤肾等。结合脏器与季节相应的关系定位，如春病位在肝、夏病位在心、长夏病位在脾、秋病位在肺、冬病位在肾等。结合脏腑所属经络循行路线定位，如肝之经脉绕阴器、抵少腹、布胁肋等，因此上述部位的病症可定位在肝。结合五脏与五体、五志、五液等的关系定位，如肝开窍于目、在体为筋、其华在爪、在志为怒、在液为泪，故以上方面的病症变化可定位在肝。结合脏腑与体表局部的对应关系定位，如寸关尺脉分候脏腑等。结合脏腑各自生理特点和临床病理表现定位，如肺主气，肺病证表现有咳嗽、气喘、吐痰或咯血等，因此见咳、痰、喘等可定位在肺。

3. 分辨病性 分辨病性是指区分寒热虚实病性及具体的痰、湿、瘀、滞、虫、食，气血津液精髓的亏虚等。辨病性就是分清证候性质。病证的发生，根本在于邪正斗争引起的阴阳失调，故病性总体表现为阴阳的偏盛偏衰；但具体表现在寒热、虚实的属性上，所以寒热、虚实是最基本的病性。

(1) 寒热定性：可从病因的寒热定性，如感受寒邪多为寒证，感受热邪多为热证。但主要从临床表现特点定性，如寒证以冷、凉为特点，热证以温、热为特点。一般证的寒热属性，在外感时病中，常可揭示邪气的性质；在内伤杂病中，则常揭示体内阴阳盛衰的变化，如阳盛则热、阴盛则寒，阳虚则外寒、阴虚则内热等。但应注意在某些情况下，病性与病因不一致，如阳盛体质的人，感受寒邪可从阳化热而表现为热证。也应注意在内伤杂病中，某些证并无明显的偏寒偏热的属性，如脾气下陷证、肾精不足证等。

(2) 虚实定性：从病因病性定性，邪气盛则实，故六淫、痰饮、食积、瘀血等有形之邪所致病证可定性为实；精气夺则虚，故先天不足、后天失养、久病重病、房劳过度等所致病证可定性为虚。从体质特点定性，素体强壮者多实，素体虚弱者多虚。从临床表现特点定性，凡机体处于虚弱、衰退、不足状态，抗病能力低下者，可定性为虚；凡机体处于亢奋、有余、兴奋状态，邪正交争剧烈者，可定性为实。

对病证属性的定性，除寒与热、虚与实两端以外，同样要注意他们之间的错杂与真假。

4. 阐释病机 阐释病机是指根据中医学理论，将证候的因、性、情、势综合起来进行分析，作出全面统一的机理解释。辨病机就是阐明病证发生发展变化的机理，也就是将病因、病位、病性等内容有机地结合起来，揭示其内在的联系，得出对病证发生发展

变化的整体、动态的全面认识。因为病因、病位、病性等都只是侧重于病变过程中某一方面的认识，而证候的病机，则能全面解释临床表现发生的机理。病机主要从临床症状的分析而确立，有的单一症状或体征即可反映病机，如盗汗为阴虚，舌红苔少亦为阴虚；但有的症状病机复杂，需结合多方面病情资料分析，如潮热有阳明腑实、湿温、阴虚等多种病机。

5. 判断病情 判断病情是指辨别病情的轻重、标本、缓急，以及阻、积、闭、扰、虚、衰、亡、脱等。辨病情就是辨别疾病浅深、轻重的程度。一般表证病较轻浅，里证病较深重。辨病情相对于辨病性而言，是定量的方法，早在《内经》应有“揆度”之称，以判定病情之深浅，还有“五度”、“十度”等诊法，但仍有待完善。

6. 审度病势 审度病势是指把握病变发展演变的趋势，推测病证的转归与预后。详审病势的目的在于从整体动态的思维中，推测病证的预后和转归。辨病势要将病证特点、患者体质、病邪性质、感邪轻重、治疗作用等因素结合考虑。如外感时病病势急，内伤杂病病势缓；体质强者抗病能力亦强，病证亦趋好转，否则易趋恶化；感受火热之邪病势多急，感受寒湿之邪病势多缓；感邪轻预后较好，感邪重预后较差；治疗正确，药中病机则病愈，否则失治误治，则病当传变。

7. 确定证名 确定证名是指通过对病因、病性、病位、病势等的高度概括，提出完整而规范的证名诊断。辨证名就是确定辨证的最后结论。证名要求用规范性术语高度概括疾病所处阶段性的病理变化。对证名的确定，必须以辨病因、辨病性、辨病位、辨病机、辨病势、辨病情等为依据，其中病因、病性、病位、病机是基本。如肝胆湿热证，病位在肝胆，病性为湿热；风寒束肺证，病因为风寒，病位在肺，病机为束。

以上实际上是通过辨证而应明确的基本内容，并非辨证的步骤。因为辨证的步骤不可能诸病一律、前后固定不变，有的可能是先定病位，有的则是先辨因性，还有的是先察情势，所以对辨证步骤不能机械地理解。

七、证（证候）的内容

张震在《北京中医学院学报》1984年第5期“证候探微”一文中，认为证（证候）是经过医生仔细认察之后，用于说明病情状况的一种专门术语。此种术语，具有一定的优越性，为祖国医学所特有。因为它可以在概括疾病共性的基础上，进而不同程度地揭示每个患者的病机特点和个体差异性，比较集中地反映疾病的原因、性状、部位、范围、动态等多方面的信息，从而给医者提示处治疾病的具体方向。

中医学所说的“证”，基本上是从病体内部阴阳失调状态、正邪消长趋势等有关机能变化特点等方面，集中地反映疾病的原因、性状、部位、范围、动状等病理要素的综合性诊断概念。因此，其内容是比较丰富的。若就证所反映的人体病理变化的本质属性以及机能变化的主要特点而言，大约包涵如下内容：第一，标志着人身对于致病因素的一些最基本的反映状态和类型；第二，按照中医学理论体系揭示病理变化的范围、部位和机能异常的特点；第三，反映中医病因学和发病论的基本观点或某些特有观念；第四，概括了某些外感性疾病发展过程中固有的阶段性，并在一定程度上提示可能出现的定向演进趋势或动态变化。

按照这个定义，证为中医学专用术语，自然不等于症状（体征）。证的概念内涵有五：①系四诊获知的包括病人主观讲述与医师客观诊察两方面的临床表现，与西医学的体征

以及仪器、实验室检查的客观标准有本质的区别。②证在时间和空间两方面反映了疾病过程，包括了疾病表现上的连续性、因果性、相互依存的关系。③“整体层次”，包括人身整体与天人相应两方面。④“机体反应状态”，是疾病在生物、自然流露的疾病在表现的总和。⑤证候的不断变化，源于病理机制的不断变化。

总之，证的内容常由二种病机要素所构成，这是一切证候赖以存在的基础。现在所用的八纲辨证，脏腑辨证，六经、六淫、卫气营血和三焦辨证等概念，都从各个不同的侧面反映着证的内容。它们的巧妙组合和互补，便构成各式各样的具体证候。

肖敏材则认为，将“证”作为中医的诊断概念，在规定“证”的涵义时，应当考虑下列要素：

- (1) “证”不是病人的异常感觉，也不是医生通过四诊所获得的病的征象。
- (2) “证”是医生运用中医理论对四诊获得的“资料”进行分析后得出的病情诊断。所谓“资料”，主要是指症候（包括脉舌），同时还包括病人的体质、精神状态、社会环境、自然环境（如季节、气候、地域）和治疗反应等。
- (3) “证”一般不会表现为单个症候，而是由一些相互关联的症候构成的。
- (4) 不同的“证”用一定的名称代表，证名的构成应当包括病因病机、病理性质、病变部位，以及疾病阶段、发病特征等，每一证名常包含上述二个以上的因子。

八、证名的表述形式

张震在《北京中医学院学报》1984年第5期撰有“证候探微”一文中，认为现在用来表述证概念的普遍形式，一般以气血、阴阳、虚实、寒热等为核心，再与脏腑、六淫、六经、卫气营血、三焦、痰、食等有关概念有机地结合而共同组成。临床习用的各种具体的证候名称，多半属于复合形式，其概括能力一般比较强。因此，运用证名形式表达具体诊断概念时，通常要求医者从每个病员实际情况出发，具体问题具体分析，尽可能地概括其病况、病性、病位、病因等主要内容，然后用相应的简洁恰当的术语明白晓畅地表达出来。

由于临床的证候内容丰富，故其证名表达形式自然也是多式多样的。从形式与内容相互关系的性质看，则用来表述证候的形式尚可进一步划分为内在形式与外部形式两种。证名形式与内容之间的关系不是随心所欲和漫无边际的，并非同一个病理内容可以随意采取任何一种形式去表达，也不是用一种形式便可以随意表达出任何的病理内容，更不可含糊其辞而使概念处于模棱两可之间。归根结底，形式仍是由内容决定的，所以证候名称应该力求具体而确切，忌用笼统含混之词或使用外延太宽的名词术语。在表述每一具体证候时，应防止外部形式的无原则膨胀，文字当力求简洁扼要、精练确切，用词一般以4~8个字为宜，否则易使人感到繁琐啰嗦，其内在形式定要做到结构严谨、术语恰当、符合逻辑。只有这样，才能获得表述中医证候诊断概念的最佳形式。

朱文锋对中医学“证”的命名形式进行了分析。认为由于历史的原因，中医学的证名，很不规范。其常见的命名形式可归纳为以下数种：

(1) 病位加病因命名：如肝火证、胃寒证、膀胱湿热证、食积胃肠证、虫积肠道证、风轮热毒证等。

(2) 病位加病性命名：如肝郁气滞证、脾肾阳虚证、心脾气血两虚证、瘀滞胞宫证等。

(3) 病位因性加病理名词命名：如寒湿困脾证、痰热壅肺证、瘀阻脑络证、风毒蕴肤证、暑湿袭表证、热毒攻喉证、热入血室证、痰蒙心神证等。

(4) 病位加病势命名：如肺气上逆证、肝阳上亢证、热毒内陷证等。

(5) 病位加病因、病性命名：如胃热津亏证、胆郁痰扰证、痰瘀滞膈证等。

(6) 病位加病性、病势命名：如脾虚气陷证、蛔结肠闭证、肾气不固证等。

(7) 单以病性病机命名：如气不摄血证、气随血脱证、虚阳浮越证、气滞血瘀证等。

(8) 病位或病性笼统的证名：如邪留三焦证、心脾两虚证、心肾不交证、肝胃不和证、冲任失调证、表寒里热证、湿热下注证等。

(9) 单以病因病性命名：如血热证、痰饮证、暑证、寒证、气虚证、亡阳证、阴虚火旺证、风水相搏证、余毒未尽证等。

(10) 以特定含义命名：如太阳经证、太阳腑证、厥阴病证、水不涵木证、木火刑金证、坎离不交证等。

(11) 病位病性均模糊的名称：如上盛下虚证、邪伏膜原证、营卫不和证、脏腑亏虚证、疫毒内侵证等。

(12) 以疾病分期代替辨证：如出疹期、成脓期、恢复期、初期、末期等。

(13) 以主症代替证名：如喘证、哮证、感证、汗证、脓耳变证、痿证、痛证、消渴证等。

(14) 证与病或症结合命名：如湿热痢疾、痰痢、风寒咳嗽、血虚头痛等。

(15) 以方剂命名：如桂枝汤证、小柴胡汤证、大承气汤证等。

(16) 其他形式：如善证、恶证、顺证、逆证、术后遗毒证等。

上述 1 至 7 条所举，对疾病的病位与病因病性的揭示比较准确，因而是规范的证名。8 至 12 条所举，则还不够标准，在对病位或病因病性难以具体明确的情况下允许使用。13 至 16 条则为不规范的、非正式的名称，未能揭示证候的本质，因而不应该作为证名使用。

总之，中医“证”的命名形式多样，杂乱而不规范。今后应加强证名规范的研究，在医教研工作中要尽量使用规范的证名。

九、“证”的结构与层次

张震在《北京中医学院学报》1984 年第 5 期“证候探微”一文中，认为客观事物和现象，一般都遵循着有秩序分层次的自然结构法则，中医学的“证”同样也有其自身的结构和层次。如表证与里证，大体上便反映出一种以空间因素为坐标的圈层式结构层次；而温病的卫分证、气分证、营分证、血分证，以及伤寒的六经证候等，则明显地包含着以时间等因素为坐标的连续式层次结构，处于连续层次中的各种证之间，不仅具有相邻的关系，而且还有相继的关系。所以，叶天士曾经指出，“大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血”等。至于各种脏腑证候，则又属于平而或扇形等层次结构。

不同层次的证，虽然具有相对的独立性，且各有其自身的特色，但是各有关层次的证之间实际上又常处于普遍联系和相互作用的状态中，因此，他们除了自身所固有的特点外，通常还遵循着一些共同规律。若用现代层次分析法去探寻证候的结构规律，则中医学的证既有其核心，也有基础部分的定位标帜，以及这些成分共同组成的、由简到繁的各种具体证。一般地说：如虚、实、寒、热、气、血、阴、阳等的病机与症状，即是证的核心，或可称为“核心证”。又如心、肝、脾、肺、肾、卫、气、营、血等的病机与

症状，即是证候的定位标帜，或可视为“病位证”。而如阴虚、气虚、血虚、阳虚、气滞、气逆、血瘀、湿热、痰浊等，则是核心构成的比较基础的部分，可称为“基础证”。基础证，实际上也就是用来划分证候门类的一些最基本的中医诊断学概念，至于已经揭示出病位，标明了病变所在的各种更为具体的证名概念，如肾阴虚、肺气虚、肝气郁滞、膀胱湿热、热入营血、热结阳明、脾肾阳虚等，则是由基础证与病位证共同合成的“具体证”。具体证也就是中医日常用以表述疾病诊断概念的、比较规范化的证名。

具体证，特别是具体的复合证，其目的均在于较全面而有重点地反映不同病员现实的病机特点，尽可能地去揭示疾病原因、表明病况、确定病性、标出病位等，以便指明治疗方向。因此，对于各种具体证，尤其是多级复合证，其组织结构都应主次分明、严谨有序。通常宜将主证排列于首，次要证或兼夹证居后，这样才便于议法论治、选方用药。如“湿热阻中、气滞血瘀”这一证名，湿热当是主证，阻中标出病位，表明湿热之邪，阻滞于中焦脾胃；气滞血瘀则是合并证或继发证，故列于后。前者是病理变化的主流，后者属于次要矛盾，但在整体病机中亦占一定的地位，有时甚至可互为因果、彼此影响。因此，治疗措施宜在明确重点的基础上统筹兼顾、合理安排。据此选方用药，才能做到方向明确、心中有数，从而使临床治疗具有更强的针对性。

综上所述，中医学的证，从总的方面看来无疑存在着三个大的层次，即核心证、基础证、具体证。而具体证的形成，又有赖于病位证的补充。这样的层次结构似乎可以更加接近于自然，在一定程度上改变原来八纲证候、六淫证候、六经证候、气血证候、脏腑证候、卫气营血证候及三焦证候相互并列的状态，使中医证候层次更加分明、结构略趋于立体化，有利于进一步去探示更加接近于自然的、最优的层次结构模式。这样既能从根本上增强中医证概念本身的稳定性，同时各种具体证候命名的规范化和诊断依据的标准化，这对于肩负辨证论治任务的医生说来，其复杂程度不但不会增加，反而更能以简驭繁。

十、证候的分类

运用科学方法进行分类，可使复杂的认识对象归于系统化和条理化，从而有助于我们去把握其相互间的内在联系，并为进一步探索更深的客观规律创造条件或提示方向。

科学的证候分类法，应当具有明确的划分原则和统一的分类标准。首先须使分出的类别名称与实际内容相应而且相称，保证各子项之和正好与母项相等。例如气虚证、血虚证、阳虚证、阴虚证（包括精亏、津伤、液耗等），这些“子证”之和便恰好相当于虚证这一“母证”。其次证候分类必须有一个统一的标准，否则便易出现分类过宽或分类重叠的现象。如单纯使用八纲证候分类，则觉过于广泛。若令伤寒六经证候与温病卫气营血证候长期并列，则从有关证候的主要病机和临床表现看，如伤寒阳明经证与温病气分热炽之证便有较多的重叠。同时，科学的分类法还要求严格地按照一定的层次逐级进行，否则便可能产生越级划分的逻辑错误。如把所有的证候直接分为伤寒证候、温病证候、气血津液证候、脏腑证候等，使之作为一级划分标准，则不但难体现级间的内在联系，而且未免有越级之嫌。反之，若首先把所有的证候先从大范围内按病因分为外感诸证与内伤诸证两大类，然后再细分，则比较符合现代分类学原则。但是即如此划分，也完全脱离现象分类法的影响，仍带有一定的人为性质，并未达到深刻的本质的自然分类的要求，因此不能充分反映有关证候的本质特征和内在联系。

现行证候分类法，形成于50年代，是在前人认识基础上的重要发展。此种分类法符合证候概念的认识发展史，体现了分类工作的时代需要和一定的先进性。但是和现代科学分类学原则尚有距离，所以难以概括中医学领域内各科证候的现状和全貌，不易准确地反映各证候系统之间的内在联系与相互关系，不能适应中医学学术发展的要求。因此，进一步探索更合理的分类法，就成为完成证候规范化工作的当务之急。

十一、证型的含义与局限

证型说是60年代在中西医辨病与辨证相结合的形势下逐步形成的。其基本形式是将西医或中医的某一疾病，分为几个不同的证候类型进行治疗。应当承认，作为中、西医在临床上相互合作或配合的初级形式，辨证分型有其一定积极意义，因为它不过是一种经验性概括，归纳了疾病的常见、典型证候，便于初学者掌握。但是“型”者，模型也，模型是固定不变的，而中医学的辨证论治极其灵活复杂，不能照几个简单的证型而对号入座。因为，其一，证型之“型”只突出了疾病的空间属性而淡忘了疾病的时间属性。其二，证型说把疾病演变的真实的、活生生的过程人为地简单化、固定化了。

其实，不论中医还是西医的某一种疾病，从辨证论治的观点来看，疾病无论是从时间上或是空间上，都是相互依存交织的不断变化的病理机制。所以用有限的几个证型来代替无数的不断变化的病理机制和临床表现，丢掉的恰恰是中医圆机活法的辨证法灵魂。

十二、“辨证”的涵义

“辨证”一词，源出《伤寒论》。《伤寒论》序中提出“平脉辨证”，各篇均以“辨某某病脉证并治”为篇名，显然其“辨证”是“分析症候”之意。

最早使用“辨证施治”一语的中医文献是明·周之干的《慎斋遗书》。该书卷二专列“辨证施治”一篇，简述了辨证施治的重要性和某些症候的辨析要点。周氏言道“见病医病，医家大忌。盖病有标本，多有本病不见而标病见者，有标本相反而不相符者。若见一证，即医一证，必然有失。惟见一证，而能求其证之所以然，则本可识矣。”不难看出，周氏之“辨证”，是要从分析症候而求得病本，而不是现代意义上的辨证。又秦景明《症因脉治》原序说：“先辨其症，次明其因，再切其脉，据症、据因、据脉用治，庶节节可证，而法不谬施。”也明确道出了“辨证”一词的本意。

今人对“辨证”一词涵义的理解，已表现出脱离原意的倾向，作“确定证（证候）”解。究其原因，在于中医界已倾向于把“证”作为中医对病情的诊断，将“辨证论（施）治”理解为“确定证，然后对证进行治疗”。

在中医和中西医结合队伍中，有不少人主张“辨证论治与辨病论恰相结合”。他们把中医的诊断总称为“证”，而把西医的诊断总称为“病”。这样，“辨证”的涵义，就无限的扩大了，已不是“分析症候”，而是代表中医对整个病情的诊断。

朱文锋在《辽宁中医杂志》1987年第1期谈到辨证的含义时，指出当前对于辨证的概念有多种不同的理解：

一是指对病状（症状、体征）的辨识及分析其临床意义。如发热是属于潮热还是壮热，疼痛性质是刺痛还是胀痛，其病性是属于阴虚还是热盛，是瘀血还是气滞等。又如眼科的常见证候辨证，就包括辨痒痛、辨视觉、辨眵泪、辨翳膜、辨红肿、辨外障内障等，亦主要是对症、征的辨析。这种认识是辨证的最早本义。

二是指对疾病不同阶段特点的划分，如外感温热病分为卫分证、气分证等，顿咳的

辨证分为初咳期、痉咳期、恢复期等，皆称为辨证。其实，疾病的分期严格地说并不等于辨证，因为任何疾病都可以分期，而各病的每个期其证候并不相同，期不能完全揭示疾病某阶段的病因病性、病位等本质。

三是指根据症状、体征等临床资料，在中医学理论指导下，进行综合分析，以认识疾病现阶段的病理本质，并作出具体证名诊断的过程。这是当前对辨证所作的准确定义。

四是将对病情善恶、顺逆判断称为辨证。如麻疹、疮疡等病，都强调辨证当审善恶顺逆。

五是指对病种的辨别。如五版《中医外科学》指出，“红丝疔的辨证是，有红丝一条发于手臂或小腿部，迅速走窜，伴有明显全身症状，有时不消可以化脓，甚或走黄。”其对乳癖的辨证指出，“多发于青年妇女，肿块为卵圆形，单个，边界清楚，平滑，活动度大。”显而易见，这些都是指的辨病。

六是指对原始致病因素的辨别。如五版《中医诊断学》的疫疔证候、七情证候、饮食劳伤、外伤等。这些内容其实属于病因学，而不属辨证学。

从上可见，由于以往对症、证候、证名等概念未严格区分，因此使得“辨证”的概念也随之泛化，“辨证”变成了中医“诊断”的通用词。应当明确，根据约定，只有上述第三种才是当代所指的辨证。

十三、“证”与“病理过程”的关系

李振英、王克万在《辽宁中医杂志》1986年第8期发表“试论‘证’与‘病理过程’的相关关系”一文，认为中医所说“证”与西医所说“病理过程”有许多共同之处。

西医以疾病为临床医学单位，中医以证为临床医学单位，这是各自的理论体系所决定的。由于两种体系的传统理论，在人们头脑中所形成的思维定势法则影响的结果，多年来只把注意力集中于病与证的结合，而忽略中医的证与西医的病理过程的相互关系。

中医以“证”作为认识和处理疾病的临床单位，西医认识疾病的临床单位是疾病，而不是病理过程，但其处理疾病一般是以临床过程为临床单位。证与病理过程虽不在同一医学体系，但二者可能有许多共同特征，同时设想证与病理过程还可能有共同的病理生理学基础，即必然的内在联系。

证是对疾病发展过程中一定阶段所表现出来的症状、体征及其内在生理病理学变化的综合，包括病因、病位、病性及正邪消长等因素。病理过程是指疾病时所发生的某些功能、代谢和结构的变化，是具有一定时相发展的综合过程，它较疾病为单纯，但比病理反应复杂。证与病理过程的内涵及共同特征可有以下几点：

(1) 二者都是研究疾病过程的一个横断面，即在疾病发展的一定阶段探求人体生理、病理状况的综合，并通过证与病理过程的建立，达到时间、空间的统一。

(2) 二者都没有研究疾病那样的严格特异性，在疾病过程中出现的证与病理过程可以是单一的，也可是复合的，可出现于同一疾病的不同阶段，也可出现于不同疾病的同一阶段。就不同疾病而言，它们本身呈横向发展，并在有关疾病中起着横向联系的作用。

(3) 二者的外部表现包括症状和体征，其内在因素则都包括着病因、病位、病性和机体反应性等生理、病理状况。

(4) 二者都是基于整个有机体的生理、病理状况（即整体观念）而建立的，并且都已经或正在广泛、深入地研究患病机体与外界环境的密切关系。

(5) 证与病理过程都可以是多因素、多层次、多变量的。

证与病理过程虽然具有以上共同特征，但二者所赖以产生的历史根据不同，因此它们之间又存在着认识层次上的明显差别。中医证的建立，其优越性在于对宏观世界的高度概括，即主要从高层次来认识疾病。病理过程毕竟是脱胎于“细胞病理学”，主要沿着分析的、还原的方法，其优越性在于对微观世界的精密分析，即主要从低层次来认识疾病。

以往在“中西医结合”的途径上，总是把西医的病与中医的证拉在一起，无形中打破了中医的理论体系。因为西医的病主要是从纵向发展上探求疾病的规律；中医的证则主要是从横向联系中探求疾病的规律。一个纵向发展的与一个横向发展的事物之间，可以找到一个交叉点，但一般说来不可能存在着平行的相关关系；而病理过程和证都是从横向发展中探求疾病规律的，所以完全有可能在二者之间找到平行的相关关系。而且，如果能够具体分析两种医学理论体系的长短，从而扬长避短、取长补短，则证与病理过程两个概念有可能在多层次上找到统一性。

十四、中医误诊原因分析

误诊是医生对患者所患病证的一种错误诊断，包括将某种病证诊断为另一种病证，将有病诊断为无病或将无病诊断为有病，以及将两种或两种以上的病证（如合病、并病、复合证、兼挟证）诊断为其中某一种病证。误诊无疑会导致治疗上的失误，任何医生都应力求避免。导致误诊的原因有主、客观两方面的因素，客观上，病证的复杂性、多变性、不典型性，是误诊出现的基础；倘若加上医者主观因素，如四诊不全、思维僵化、惑于辨病，就直接导致了误诊。此外，因历史不同，时代对医学要求不同，中医必须掌握一定的西医基本诊断知识，方可避免不致误诊。

1. 四诊不全导致误诊 临床病情资料收集完备与准确，是正确诊断的前提。在临床诊断中，任何方面的临床资料，甚至有些微不足道的线索有时也是不容忽视的，否则若四诊不全，忽视诸诊合参，忽视整体观念，病因病史不明等，均易导致误诊。徐建在“临证失误原由综述”（《吉林中医药》1993；（3）：41）一文中，分析临证失误的原因为：

(1) 因季节导致误诊。如某医曾治一热在气分、热重于湿的湿温患者，其时正值仲春之季，因误投白虎汤而致病势反增。经仔细辨证，终以苍术白虎汤而愈。其按曰：“本案机械地看季节，为其失误的原因之一。长夏虽是湿温病的好发季节，其它春、秋、初冬亦有湿温发生。”

(2) 因病史不详导致误诊。如某医曾治一脑外伤综合征患者，因将中气不足，清阳不升，清空失养之虚证误为实证治疗，或从痰治，或从瘀治，而头痛始终未已。经详尽病史，方悟其头痛属虚，终以益气聪明汤而愈。

(3) 因拘于舌脉导致误诊。如某医曾治一黄腻苔患者，因拘于舌象而辨为肝胆湿热，中州受困，而久治不愈。转诊后，他医亦多治以清热利湿之法，而舌苔黄腻如初。后经一老中医会诊，见脉濡缓，结合临床见证，舍苔从脉，辨为脾胃虚寒、湿浊不化之证，投以健脾益气温中的香砂六君子丸而收功。

(4) 因诊察不全而导致误诊。如某医曾治一阴道流血水伴外阴生小疙瘩40余天的患儿，经中医辨证后，服中药治疗，数日后，患儿不能坐板凳，走路不便，经仔细诊察，乃发现阴道口有一白果大小之海绵块，异物取出后，仅以外洗方善后而愈。患儿病情之所

以拖延 50 余天，其误在于幼儿主诉能力低，医生亦未详细诊察所致。

2. 思维僵化导致误诊

(1) 认识的绝对性：有的将症状视为绝对可信。症状是患者的自我感觉，或多或少带有主观性，有些症状可能因患者主观描述不清，或夸大病情程度而不甚可靠，因此，若不进行仔细分析，就可能凭借虚假的症状导致误诊，甚至将诈病诊为危重病。有的将继往的诊断视为绝对错误。在不少复诊转诊病例中，对于未见明显疗效的既往诊治，乙医生往往会对甲医生的诊治别出心裁地予以修改，或“另辟溪径”而辨出新的证，或作出新的病名诊断。其实，对于既往的诊治，不能一律视为误诊误治，否则就可能将本来正确但尚未见效的诊治误判为“误诊”，从而作出新的诊断、拟出新的治疗，而导致真正的误诊。

(2) 认识的片面性：典型的病证是经过科学抽象而总结出来的，书本上所述病证与临床或多或少存在一定的差异，故必须将病证与个体结合在一起加以分析，否则易导致误诊。如同一疾病，有的患者反应轻微而症状不明显，有的却症状很重而病情变化很快，因此对病证的诊察不应忽视个体的差异性。此外，医者未能系统分析病情，过高估计自己的临床经验，都可能导致误诊。

(3) 认识的固定化：临床病证是经常处于动态的变化过程，病证早期一般症状不典型，到一定的阶段才充分表现出来，随着病情的发展，又可能有兼挟或合并之病证，因而是一个从无到有、从少到多、从简单到复杂的过程。因此，只有动态观察才能把握住病变的全过程，才能明确疾病之新久、深浅、预后之顺逆，否则误诊难以避免。诚如徐大椿《医学源流论》所言：“故识病之人，当直指其病在何脏何腑，何筋何骨，何经何络，或传与不传，其传以何经始，以何经终，其言历历可验，则医之明者矣。”

3. 思维定势导致误诊：所谓思维定势，是指由一定的思维所形成的决定同类后继思维活动的趋势，包括经验性思维定势与理论性思维定势，这种思维定势容易导致误诊。《名医类案》中载一病人小便不利，目睛突出，腹胀如鼓，膝以上坚硬，皮肤欲裂，饮食不振，李东垣按常法利小便，以甘淡渗泄之药治疗，然不效；方思王冰语“无阴则阳无以生，无阳则阴无以化”，甘淡气薄皆阳热，独阳则阴无以气化，乃以滋肾丸而愈。这一案例告诉我们，即便是著名医家在诊疗中，往往也因其经验思维定势导致误诊。冷方南“名医误诊挽治案析”（《云南中医杂志》1983；（2）：28）一文，曾重点对近代名医误诊误治案进行了剖析。把患者的症状、体征与先贤固定的经验相对照而进行辨证，总以古人为是，把某些学术经验当成是不可逾越的鸿沟，这是经验性思维定势的一种表现。另一常见表现是医者将自己以往诊治某病证的经验奉为准绳，或墨守成规，出现所谓的“经验再现”，这往往形成以牢固而潜在的经验思维定势处理病人而误诊。思维定势也受到医生知识结构的影响，当前临床分科越来越细，医生往往把自己诊治病证的思维局限于本专科上，如头痛患者，内科医生怀疑为脑血管疾病，五官科医生怀疑为内耳疾病，神经科医生怀疑为神经衰弱。理论性思维定势多发生于刚毕业的医生，无经验积累，面对复杂多变的具体病证，只照搬书本知识，必然束手无策而致误诊，因书本所述仅为典型的病证。

4. 惑于辨病导致误诊：现代中医具备一定的西医关于疾病诊疗知识是非常必要的，但不应与中医辨证等同起来，若生搬硬套，往往弄巧成拙而导致误诊。而这种现象目前

在中医、中西医结合界普遍存在，如将西医的“××炎”与中医的“火”、“热毒”等同，将“血液流变学异常”的相关疾病与中医“血瘀证”等同。如某医曾治一泌尿系感染患者，因惑于西医病名诊断，将西医的“炎”同中医的“火”两种不同学术体系的概念等同起来，未细辨证，投以清热泻火、祛湿利尿之八正散而致病情加重，而此案实属肾阳衰弱，膀胱气化无力，开阖失司，治以温补肾阳、益气通窍，投济生肾气丸加减而效。

十五、辨证的不足

辨证是中医诊断学的特色之一，由于历史的原因，辨证只局限于通过机体外在的变化，通过类比，进行归纳、分析、推理而得出证名结论。现象虽可以反映本质，但不能代表本质，因病有内异外同，亦有外异内同者，况且还有许多假象。在临床辨证中，虽有舍症从脉或舍脉从症，以及寒热真假的判断，但不易掌握；临床病情资料的收集亦受主客观因素的影响，具有个体经验性；且辨证标准不统一，由此导致同样一患者，因不同的医家而辨证不一，甚至得出相反的结论。这些均不利于中医学的继承与发展，不利于中医临床诊治水平的提高。此外，体内已有微小的变化但不足以出现外在变化时，如无症状性病毒携带者，这常使中医陷入“无证可辨”的困境。

辨证代替不了辨病，因病是根本，证是对疾病现阶段的本质的反映，辨病是解决基本矛盾，而辨证则只是解决疾病当前的主要矛盾。在中医学发展史上，一直存在着以疾病为对象进行专病专方专药诊治的模式。当今，由于西学东渐，为了有别于西医学，学者们认为辨证论治为中医学特色之一，也正因为如此，在强调辨证的特色同时，人们渐渐忽略了辨病论治同样也是中医诊治疾病的重要手段，因而在中医界广泛存在着重辨证轻辨病的负而影响，致使中医辨病发展缓慢。而辨证论治的范围似乎在无限扩大，但是否某些可见于一切病之中？而某病也可以辨出一切证？临床是否一切病、症均可以或均有必要进行辨证论治？

不可否认，辨证论治对某些病、症的治疗的确具有良好的效果，其特色至少体现在：其一，临床上，疾病表现错综复杂，在目前对许多疾病认识不清且缺乏针对性治疗的前提下，而辨证论治不仅可能在某种程度上改善症状，调整机体状态；且能因人、因时、因地治疗，是较高级的对症处理。其二，临床上，对于诸如“身体不适”的第三状态，不需辨病同样可辨证治疗，从而弥补无病可辨、可治的不足。

但辨证论治并非中医诊治病证的唯一最高层次，辨证存在的问题主要有：它受主客观不确定因素的影响，加之所辨得的病因（如六淫、七情等）、病性（寒、热、虚、实、气虚、血虚、气滞、血瘀等）、病位（肝、心、脾等）都是代名词，故“司外揣内”究竟“揣”到了什么？是否能根据表面症状来如实推测内部的病变？不难看出，依据症状、体征获得的辨证结论，属于较原始的诊断，难以反映病变的本质。在此情况下，有学者提出微观辨证、“潜证”等概念，认为这样就可以弥补宏观辨证的不足之处。但微观辨证与西医辨病有无异同？微观指标的植入是否就有利于中医辨证？如是否认为纤维镜下有红肿、糜烂就是“热证”？某些生化指标的低下就认为是“××虚证”？这些微观指标的改变是反映病的特性还是证的共性？此外，新的病种如艾滋病、综合征不断出现，如林丽蓉等编著的《医学综合征大全》（中国科学技术出版社，1994），就收集了2242个综合征，而中医证似乎凝固不变，故现行教科书中所列常见证，是否能满足临床辨证的需要？即能否以不变应万变？对此不能不产生怀疑。

中医辨病也存在局限，尤其在病、证、症概念混淆不清的情况下，故有必要结合西医学之现代诊断手段辨病，以摆脱中医无证（症）可辨的困境。目前，中医辨证结合西医辨病已成为不可抗拒的潮流。与此同时，应加强中医自身学术体系的建设，如进行中医病名、证名的规范化，加强中医病名的诊断，明确辨证的适应范围等。

【古代文献】

《素问·疏五过论》：帝曰：凡未诊病者，必问尝贵后贱，虽不中邪，病从内生。名曰脱营。尝富后贫，名曰失精。五气留连，病有所并，医工诊之，不在脏腑，不变躯形，诊之而疑，不知病名。身体日减，气虚无精，病深无气，洒洒然时惊。病深者，以其外耗于卫，内夺于荣。良工所失，不知病情。此亦治之一过也。

凡欲诊病者，必问饮食居处，暴乐暴苦，始乐后苦，皆伤精气。精气竭绝，形体毁沮，暴怒伤阴，暴喜伤阳，厥气上行，满脉去形，愚医治之，不知补泻，不知病情，精华日脱，邪气乃并。此治之二过也。

诊有三常，必问贵贱。封君败伤，及欲侯王。故贵脱势，虽不中邪，精神内伤，身必败亡。始富后贫，虽不伤邪，皮焦筋屈，痿躄为挛。医不能严，不能动神，外为柔弱，乱至失常，病不能移，则医事不行。此治之四过也。

凡诊者，必知终始，有知余绪。切脉问名，当合男女。离绝菟结，忧恐喜怒，五脏空虚，血气离守，工不能知，何格之语。尝富大伤，斩筋绝脉。身体复行，令泽不息。故伤败结，留薄归阳，脓积寒灵。粗工治之，亟刺阴阳，身体解散，四肢转筋。死日有期。医不能明，不问所发，唯言死日，亦为粗工。此治之五过也。凡此五者，皆受术不通，人事不明也。

故曰：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，诊必副矣。

《素问·阴阳应象大论》：善诊者，察色按脉，先别阴阳。审清浊而知部分；视喘息、听音声而知所苦；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。

《医学源流论·脉症与病相反论》：症者，病之发现者也。病热则症热，病寒则症寒，此一定之理。然症竟有与病相反者，最易误治，此不可不知者也。如冒寒之病，反身热而恶热；伤暑之病，反身寒而恶寒；本伤食也，而反易饥能食；本伤饮也，而反大渴口干。此等之病，尤当细考，一或有误，而从症用药，即死生判矣。

《医门棒喝·四诊合参与脉症从舍论》：望、闻、问、切，名曰四诊，医家之规矩准绳也。四诊互证，方能知其病源，犹匠之不能舍规矩而成器皿也。盖望者，望而色之明晦、舌苔之有无，以辨病邪之轻重进退也。闻者，闻声音之怯壮、语言之伦次，以辨神气之爽昧强弱也。问者，问得病之由、痛苦之处，以辨内伤外感、脏腑经络，尤为紧要也。切者，切脉之浮、沉、迟、数、有力、无力，以辨虚实阴阳，而与外证参合逆顺吉凶也。……殊不知一脉所主非一病，一病所现非一脉，若不察外症，而凭脉用药，未有不误人性命者。……又如病热者，其脉则数，若热甚伤气，其脉反迟。此一病所现，非止一脉矣。有实证而脉反微弱似虚者，以其邪气壅遏也，有虚证而脉反强旺似实者，以

其元气发露也。由此类推，难以枚举。故有舍脉从症者，审其脉假而证真也；有舍症从脉者，审其症假而脉真也。……阳证见阴脉者死，阴证见阳脉者生。可见自古医圣，莫不以脉症互印，是四诊之不可偏废，岂不彰彰乎哉？然则自谓切脉即能知病，而无藉于四诊者，其技果能超出轩岐、扁鹊、仲景乎？抑亦自欺，而又欲欺人乎？明者察诸，慎勿自误，而追悔莫及也。

《医编·脉症从舍》：凡脉症不相合，必有一真一假，须细辨之。如外虽烦热，而脉见微弱者，必虚火也；腹虽胀满，而脉见微弱者，必胃虚也。虚火、虚胀，若堪攻乎？此宜从脉之真虚，不从症之假据也。其有本无烦热，而脉见洪数者，非火邪也；本无胀滞，而脉见弦强者，非内实也。无热、无胀，其堪泻乎？此宜从症之真虚，不从脉之假实也。

《医学阶梯·审症论》：病有相似，症有不同。有寒症，有损症，有顺症，有逆症，有危症，有险症，有杂症，有坏症，症之名状，不一其等。……如斯，诸症务要审辨清白，若审辨不清，生死立决！医者岂可藉三指以定法，恃眼界以明高？凡遇疑难之症，辨而又辨，审而再审，尚有疑似难明，何况粗浮见解，其能尽症之理者几希？

《医学阶梯·症中症论》：凡有病必有症，有症必有论，论清则证明，证明则病易疗，非可以模棱两端，取效于疑似之间也。古人审病论症，着定七情、六淫十三字，千病万症，不能越此。然辨病定症，义颇深奥。……即如论六淫，则风有中风、伤风；寒有中寒、伤寒；暑有中暑、伤暑；湿有中湿、伤湿；燥有内燥、外燥；火有实火、虚火也。如论杂病，心痛、腰空、脊强、寒热、逆气、内结诸症，认病不的，愈治愈深。夫心痛之病，始自胃气，继归心包血少，养血不应，理气不效，久则方知阴维为病，苦心痛也。其腰空之病，尽归肾虚，及至补肾，亦不应手，方知带脉为病，腰溶溶如坐水中也。脊强之病，均认太阳非寒即湿，及至散寒驱湿，漠不相关，方知督脉为病，脊强反折也。寒热之病，外感认作少阳，内伤认作少阴，清寒热而不瘥，滋阴降火而不痊，方知阳维为病若寒热也。逆气之病，有平肝而泄肺者，有理气而降气者，用之不应，方知冲脉为病，逆气而里急也。内结之病，有不知名状者，又有不知治疗者，不知任脉为病，男子内结七疝，女子带下瘕聚也。

《笔花医镜·卷一·望闻问切论》：望者，看形色也；闻者，听声音也；问者，访病情也；切者，诊六脉也。四事本不可缺一，而唯望与问为最要，何也？盖闻声一道，不过审其音之低高，以定虚实；嗽之闷爽，以定升降，其他则无可闻者。切脉一道，不过辨其浮沉以定表里，迟数以定寒热，强弱以定虚实。其他则胸中了了，指下难明，且时大时小，忽浮忽沉，六脉亦难定准，故医家谓据脉定证，是欺人之论也。惟细问情由，则先知病之来历；细问近况，则又知病之深浅。而望其部位之色，望其唇舌之色，望其大小便之色，病情已得八九矣。而再切其脉，合诸所问所望，果相符否？稍有疑义，则默思其故。两两相形，虚与实相形，寒与热相形，表与里相形，其中自有把握之处，即可定断，慎斯术也以往，其无所失矣。

《医宗说约·问诊论》：望、闻、问、切，察病之四法也。望色、闻声、切脉，古人反复言之。至‘问而知之之谓工’，先哲尚未发明，不无有疑焉。何以故？如至病家，问其泻痢，以知其泻痢；问其寒热，以知其寒热，则浅矣！必非古人之意也。即至病家，问其病起于何日？曾食何物？曾有怒劳、房欲等事？及问初起何症？后变何病？今口渴思饮否？喜热喜冷否？口中淡若否？思食否？胸中宽否？腹中有无痛处否？大小便如常否？

足冷暖否？及平日劳逸喜怒忧思，并喜食何物？种种问法，实为活人之捷径。然以此而尽古人问而知之之义，尤未也。予于静定之中，若有所悟。盖今人之病，如咳嗽、发热、泻痢诸病，俱病之总名也。一症之中，各有火、有寒、有痰、有气、有虚、有实，致症之原不同。……因此一问，舍病名而治病原，庶合古人之心也。昔丹溪翁名擅千方，亦不过每症分出寒、热、虚、实、痰、火、血、气等件，随症调治。

《王氏医存·脉象主病不可拘泥》：表有风、寒、热、燥者，脉浮。而虚弱之病至阳脱时，久病临危时，脉皆浮。病在脏者，脉沉。而暴怒者、腹痛极者、水肿者、瘟疫汗不能出者，脉皆沉。寒病脉迟。而伤暑、滞食、困水及冷风迫汗，凝滞其气血者，脉皆迟。热证脉数。而内痛甚者、汗将出者、虚阳将越者，及泻痢、疮疡、初产、喘咳，脉皆数。故须参之望、闻、问以辨之。

《顾松园医镜·格言汇纂·乐集》：医者临证，当知常知变，辨证当由表及里，去伪存真，切忌只看表面，不察实质。

《温氏医案·咳嗽》：医不难于用药，而难于认症。

《医彻·医箴·疗医》：医之临病，胜于临敌。运筹帷幄之中，决胜千里之外，良将是也。存乎呼吸之间，而远退二竖之舍，良医是也。察色不可不精，审声不可不详，持脉不可不静，辨症不可不细。既责其有，又责其无，既求其始，又虑其后，既达其常，又通其变，必使有济无损，有利无害，谦于己而无怨于人，庶明德可积，冥谴可逃矣。

《医学源流论·卷上·躯壳经络脏腑论》：故识病之人，当直指其病在何脏何腑，何筋何骨，何经何络，或传或不传，其传以何经始，以何经终。其言历历可验，则医之明者矣。

《时病论·自序》：甚矣，医道之难也！而其最难者，尤莫甚于知时论证，辨体立法。盖时有温、热、凉、寒之别，证有表、里、新、伏之别，体有阴、阳、壮、弱之殊，法有散、补、攻、和之异，设不明辨精确，妄为投剂，鲜不误人。《本草思辨录·自序》：人知辨证之难，甚于辨药；孰知方之不效，由于不识证者半，由于不识药者亦半。证识矣而药不当，非特不效，抑且贻害。

【研究进展】

一、诊法原理的探讨

毫无疑问，“望、问、闻、切”是中医学诊断疾病的四种最基本的方法，在几千年的不断补充和发展完善中，现代中医学“四诊”的主要内容有了较大的发展，“四诊”的概念也新增了部分内涵，其诊断疾病的基本理论和方法，也发生了深刻的变化。主要反映在诊法研究中的主观和客观的具体统一、局部诊法与整体诊法的统一、以及“四诊”在微观领域的延续等等。

但是，中医研究的是整体层次上的机体反应状态及其运动、变化。具体地说，中医在不打开人体“黑箱”、不干扰活的生命过程的条件下，把人作为一个整体并与自然、社会联系起来进行考察。主要依靠望、问、闻、切四诊所收集的机体反应状态（即脉象、舌象、神色形态、症状等），从状态及机体运动过程总结人的生理与病理规律，是有其道理的，即传统的“四诊”诊察疾病的方法并不会因现代科技的进步而失去意义。因为中医学诊断疾病、治疗疾病都是要在辨证准确的基础上进行，所以，获取、收集辨证信息的

方法和手段只有在继承传统的“四诊”诊察疾病的特色上，创新发展。

（一）整体诊法理论

传统“四诊”的直观效应是辨证的基础，中医的基本特征之一是辨证论治，而传统的辨证方法是在八纲辨证、脏腑辨证、卫气营血辨证、三焦辨证以及经络辨证、气血津液辨证等具体形式下进行，辨证要素决定了辨证的准确与否，病位、病因、病性等这些辨证要素的建立，“望、闻、问、切”四诊具有独特的直观效应。中医临床辨证依靠四诊的方法而收集的研究对象，与直观的研究自然界的物候、气候不同，主观上显然有医生的刻意索求，客观上又存在有会思维、能讲话的研究客体（病人）的主动提供。因此，可以全面、具体、真实地把握客体的生理与病理状态。可见，不论是“辨证”信息获得形式，还是“辨证”与“辨病”相结合的诊治模式，主体意识和客观实在都是为了达到信息的高度综合。

整体观要求用“望、问、闻、切”四诊综合考察，来为辨证提供信息。中医学的整体观主要体现在三个方面。

1. 天人一体 天人时空合一是我们民族传统的思维方式。中医学将这种观念用于认识人的生命活动，集中体现在“生气通天”的论述中。其含义除认定天人阴精阳气对流互化以维持人体新陈代谢外，还表述自然节律通过其各种作用影响人体，并使人体形成适应这种节律的稳定机能结构。

2. 形神一体 中医将蕴含于身形之中的生命现象及其活动机制概括为神，认为形与神互相依存，互济互利，共为一体；从生命现象出发，取一个脏之名，却不囿于形态系统界限，按五行类属原则，把生命活动过程中包括精神活动在内的所有机能活动，自然、社会、心理等相关因素组合为五大类，作为规范形神一体的模式，因而，五脏被视为生命中枢。

3. 心身一体 中医学对心身关系的认识有两个基本点，一方面明确心身对立、互化互用的辩证统一关系，并融进自己的基本概念、理论模式和临床诊治体系，如“五神藏”理论。另一方面是将形态特征、机能类属与精神活动特点进行心身一体的综合归类分型，如阴阳五态人、五行五形人，为判断个体对不同病因的易感性、病理变化的倾向性服务，是辨证论治的重要依据。

整体观使中医学将天人、形神、心身合为一体。建构了五脏为中心的机能活动系统的理论，这种理论对于认识、分析和把握人体适应复杂多变的自然环境，躯体与机能、精神的辩证统一关系等生命活动机制及客观规律，有着重要的理论价值和临床指导意义。可见，中医学整体观对中医学理论体系的创立有着丰富的内涵，同样对中医诊法理论具有指导作用。

中医诊断学是揭示疾病、证候变化规律的基本方法和思维的科学。人体以脏腑、经络、皮、肉、脉、筋、骨和气血组成一个整体，其生命活动具体体现于精、气、神。诊断学的任务，首在知其生命之常，“揆度奇恒”，然后以常衡变。即在识其生命正常活动的基础上，然后别知疾病的异常变化。而这一“视死别生”的诊断方法，从人的声、色、臭、味和舌、脉等方面，运用望、闻、问、切四诊，凭着神圣工巧的敏察，“司外揣内”、“司内揣外”地以生命活动之常而察疾病、证候之变。“人法天地”，而人体生命的活动，“合于天地之道”，五脏藏于内，声色显于外，浑束而为一。日月丽天，绕地球环转不失

其光明之影；司天在上，司泉在下，如水与镜，不失其照应之形；动静有常，刚柔推荡，如鼓与响，不失其传应之声。“动摇则应和”，人体内外相应的变化，与天地时序变化息息相关。是以五音五色之彰明于外者，乃五脏之气所著，假如五脏波荡于内则五音不彰，五色不明。发病是一定的邪气，侵袭一定的脏腑，引发一定的病机，反映一定的病形。因此，邪气、脏腑、病形，是诊病辨证、谨守病机，各司其属的关键所在。

五脏受病，从脉变角度来说，其变无不以寒热、阴阳、气血为总领，而脉亦未出乎缓、急、大、小、滑、涩六者之变。《灵枢·邪气脏腑病形》：“心脉急甚者为瘵癎，微急为心痛引背，食不下；缓甚为狂笑，微缓为伏梁，在心下，上下行，时唾血；大甚为喉疝，微大为心痹引背，善泪出；小甚为善哕，微小为消瘿；滑甚为善渴，微滑为心疝引脐，小腹鸣；涩甚为暗，微涩为血溢，维厥，耳鸣，癎疾。”其他肝肺脾肾，均有缓急大小滑涩六脉之变所主的病证，这又从脉候的外应，以知内脏所病的真谛，为诊断思维的途径之一。

（二）局部诊法理论

中医局部诊法是中医诊断学的重要组成部分。它是在中医理论指导下，通过对人体某一部位、器官、组织、成分和信息等的直接观察，或借助仪器设备与现代方法的检测，从而对疾病进行诊断（包括中医辨证、辨病）的方法。与中医通过宏观观察、整体综合分析来进行诊病、辨证相对而言，它含有“微观”的概念。因此，也称为中医微诊。局部诊法主要采用比较的方法，以常测变，去认识各种病理征象。如以正常人群的面色、脉象、形体、姿态等特征，与病变个体的表现作比较；有时还以疾病过程中前后不同时期的局部临床表现作比较；或以全身表现与局部表现的性质特点作比较等，由此寻找诊断疾病的依据。从而形成了中医学诊断疾病的特点特色。

局部诊法有其悠久的历史，三千多年前的《周礼·天官》记载：“……以五气、五声、五色，视其死生”，“两之以九窍之变，参之以九脏之动。”说明古人在当时已认识到，通过望色以及观察体表某些器官的变化，可以推测内脏的病变和了解疾病的预后，这是有关微诊较早的文字记录。春秋战国时代的著名医学家扁鹊，就擅长于“切脉、望色”而言病之所在，并以此著称于世。《黄帝内经》在理论和方法上为中医微诊奠定了基础。历代医学家对于眼、耳、鼻、舌以及面部、四肢等的诊察分别都有详细的阐述，并形成了许多有价值的学术思想。

1. 以表知里，司外揣内 司外揣内就是指通过观察事物外在的表象，以揣测分析其内在变化的一种认识方法。对局部诊法而言，司外揣内的“内”是指机体内部脏腑器官；“外”是指机体的表象，包括通过望、闻、问、切等所获得的全部信息。中医学认为，人是一个有机的整体，不仅同自然界有密切的联系，而且人体体表组织器官与体内脏腑、局部与全身也有密切的联系。人体的这种整体联系，是以五脏为中心，通过经络的作用而实现的。脏腑虽居于内，但其生理和病理变化，必然会在相应的体表组织器官上反映出来，其中就包括形体组织、五官九窍在神、色、形、态、运动等方面的征象。医师通过洞察和触摸按压等诊察方法加以了解，并运用中医理论进行综合分析，便可推断体内脏腑的病变。所以《丹溪心法》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。”说明局部诊法的基本原理是“以表知里”、“司外揣内”和“以我知彼”（《素问·阴阳应象大论》）。

2. 身形五脏论、缩影理论与生物全息理论 《素问·调经论》说：“夫心藏神，肺藏气，肝藏血，脾藏肉，肾藏志，而此成形。志意通，内连骨髓，而成身形五脏。”此段经文说明身体每个部位及组织都有五脏六腑之气血灌注和功能表现，所以审察人体面部、寸口、舌体、耳部等狭小区域内的变化，便能测知全身五脏六腑的生理、病理状态，这就是“身形五脏论”的观点。根据中医学人体是一个有机的整体，局部与整体是辩证的统一，人体每一局部区域内的生理病理变化，都蕴涵着五脏六腑、气血阴阳的整体信息，即某一局部常具有全身“缩影”的特征，如头、面部、舌部、眼部、耳部、寸口、尺肤、躯干、第二掌骨侧、足部等，均是全身的缩影，这就是“缩影理论”。而生物全息学说的提出，也与《内经》上述有关理论的启发，通过对生物体形态的研究有关。上述理论说明了从身体某一局部所反映出来的信息，它包含了全身、整体的信息，可推知整体的病变。也就是说，局部诊法具有“见微知著”的价值。因而临床上有不少“神医”在临证时，不问病史、不闻气味等，而只望病人的面部、或眼睛、或耳部，或只切脉、或只按腹等就能诊断出患者所患的内部疾患。故局部诊法是中医四诊的延伸、精细与深入。

3. 网络学说和第三平衡论 我们知道，人体内脏与体表之间的联系是通过经络来进行的。经络系统又是由十二经脉、奇经八脉、十五络、十二经别、十二经筋、十二皮部以及许多孙络、浮络等所组成。如仅十二经脉就通过手足阴阳表里经的联接而逐经相传，构成了一个周而复始、如环无端的传注系统，其中阴经属脏络腑，阳经属腑络脏。经脉不仅具有《灵枢·海论》所说：“夫十二经脉者，内属于脏腑，外络于肢节”，即沟通内外、联系肢体的作用，而且还有运行气血、营养周身的作用，如《灵枢·本脏》说：“经脉者，所以行气血而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。”由于经络在人体内如网络一样四通八达，故有人将体表内脏之间的通路与作用系统，称为网络系统，或称为第三平衡论和整体区域全息论。也就是说，由于经络的联系和经络输注气血的作用，临床上通过诊察局部，就可测知经络及其相应脏腑的病变。

二、辨证体系的合理内核

“辨证”一词，首见于《伤寒杂病论·自序》。几千年来，历代中医学家从没有停止过对“辨证”的研究。从临床辨证、辨病到辨证与辨病相结合，从审因辨证、审机论治到系统辨证方法的研究，以及对“证”、“症”、“病”、“症病名”等概念的规范和“证”本质的客观化研究，其目的都是为了建立一个中医辨证的统一体系，达到辨证诊断的规范化、客观化、定量化，加快中医现代化的进程。

中医辨证学是辨证逻辑方法在中医学体系的运用，凝聚着历代医家的智慧，蕴藏着极为丰富的临床经验和理性思维，充满着辩证法思想，长期以来一直指导着中医医疗实践，是中医理论体系中不可分割的一部分。它的发展体现了认识论中的由低级向高级、由实践到认识再到实践的辩证过程。

中医辨证学思想，从《内经》奠定辨证论治的哲学基础，仲景创立疾病辨证的主体思想，到后期历代医家不断补充完善，创立了许多具体辨证方法，形成了一个庞大的宏观辨证系统。但由于整个中医学的发展研究缺乏规范统一性，各辨证方法之间未能达成协调统一的原则。八纲辨证、脏腑辨证、卫气营血辨证、三焦辨证以及经络辨证、气血津液辨证等，都是在稳定的知识结构和历史环境下产生的，有其各自相对的局限性，但他们之中存在着合理的内核。

中医辨证学的结构体系，在现行的全国统编教材《中医诊断学》中，是以“八纲”作为辨证的总纲，来领含其它辨证方法。并指出八纲的内容，阴、阳、表、里、寒、热、虚、实，在《内经》中早有论及，仲景更具体地运用于伤寒与杂病的诊疗，张景岳、程钟龄等对其进行了阐发。但“八纲”是辨证理论的高度概括，很少涉及临床各科疾病辨证的具体内容。“八纲”在于作为中医辨证学的思想纲领，具有宏观整体指导作用的合理内核。

脏腑辨证实际始于《中藏经》，复经孙思邈、钱乙等人增益，最后确定于张洁古。脏腑辨证是现今临床运用最多的一种辨证方法，它包括对五脏六腑的生理功能、病理变化的认识过程，他需要对疾病产生的病因、病性、病机有全面深刻的了解，是八纲辨证的具体实现，其他辨证方法，如六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等，其结果又能回到脏腑辨证的轨迹上来。可以说脏腑辨证既是八纲与其他辨证方法联系的桥梁，又是所有辨证方法所以实现的归宿。

六经辨证与卫气营血辨证、三焦辨证，都是对急性热病共性规律的反映，但是他们表现了不同的层次，反映了不同的疾病传变规律。伤寒六经辨证，不仅继承了《素问·热论》的六经证候分类及其顺序，而且有所发展，使原来的六经实证、热证发展为既有实证和虚证，也有热证及寒证，客观反映了各种急性热病正邪阴阳消长的共性规律。卫气营血辨证吸取了《内经》营卫学说的概念，将急性热病的共性规律，分为卫、气、营、血四个层次阶段，体现了动态的变化过程，可反映正邪消长的变化，但没有和脏腑定位紧密结合。三焦辨证认为温病过程的主要病机变化是由上焦传至中焦，再到下焦，即急性热病由浅入深的发展过程。可以说，卫气营血与三焦辨证重在定病位的浅深层次，体现了纵向传变的过程。因此，温病学派多将其结合起来判断病情、预后。

由于中医辨证学从一诞生就是在“圣人”哲学思想下产生的朴素的唯物主义世界观。仲景伤寒六经辨证体系的建立，自然是当时中医理论的一次伟大创举，它通过对疾病的病因、病位、病性、病势等客观因素的了解、分析、综合、归纳形成了一个高度概括、高度理性的辨证结论“证”的表述，代表了当时世界医学的领先水平。然而，亦正是这一划时代的辨证论治的思想体系，领导并统治了中医辨证体系几千年。后世华佗《中藏经》的脏腑辨证、叶天士《外感温热篇》的卫气营血辨证、吴鞠通《温病条辨》的三焦辨证理论等，都未能超脱出这一经典医学理论的影响。在一个漫长的历史时期，中医辨证体系的研究，都处在一个相对固定的和封闭的医学哲学体系和思维方式上的规范，尚未能建立起一个理想的、规范的辨证统一体系。而建立规范的、统一的中医辨证体系的必要性是中医现代化、社会化的前提。

三、辨病与辨证相结合

病与证是不同的诊断概念，各自从不同的角度对疾病本质作出判断。为了使病的诊断与证的诊断相互补充，加深对疾病本质的认识，人们提出了辨病与辨证相结合的问题。

(一) 中医学的辨病与辨证相结合

病与证的结合，首先应是中医学自身的辨病与辨证相结合。为此，对病、证、症的概念及相互关系进行了研究，指出病是对疾病全过程的特点与规律所作的概括，而证是对疾病当前阶段的病位、病因病性等所作的结论。病注重从贯串疾病始终的根本矛盾上认识病情，而证则主要是从反应状况上认识病情。因此，只有辨证与辨病相结合，才有利于对疾病本质的全面认识。那种认为中医只辨证而不辨病的观点，或者只重视辨证而

忽略辨病的作法,或者认为辨证与辨病相结合就是指西医的诊病与中医的辨证相结合,显然都是错误的。

应该说,辨病即诊断,是治疗的前提,中医强调“先议病”,“必须识病”,“能识病名而后求其病之所以生”,而求其病之所以生者,即为辨证之义。中医强调辨证论治,重视异病同治与同病异治,但中医的辨证是疾病在某一特定条件、特定阶段,在症候表现的异同中辨别病邪、病位、病性,以指导治疗,而对疾病全过程中各个阶段的相互联系以及各个阶段的特点和规律则认识不足,因而只有空间的概念,缺乏时间的概念,仍带有片面的、静止的观点。应该审病因、察病位、明病性、析病势的进退,从而掌握治疗的主动权,这便需要通过诊病而获得。所以说中医学本身,应当是既要重视辨证,又要注意辨病。

不可否认,一方面由于内、妇、儿等科疾病,其病变部位多在内部脏腑,中医学往往只能通过外部表象来推测内部的病理变化,因而这些科对病的认识应该说还是很不够的,其所谓病名也多数是主症,所以在不少情况下,还谈不上真正的辨病论治。为补其不足,于是注重从整体上考察机体的反应状况,从而创立了辨证论治这一法宝,从而大大丰富了中医学对疾病的处理能力。另一方面,骨伤、皮肤、肛肠、疮疡等科疾病,其病变部位偏于体表,对病的确定比较容易,因而这些科的病种分化、病名确立,也都比较完备,自然也就比较重视针对病种进行治疗,而其相对的则是对整体反应性的“证”重视不够,有的甚至只注重手法、外治等疗法,几乎未开展辨证论治。

作为对疾病作出完整的认识处理来说,上述两种情况都是不够的,内、妇、儿等科不能永远满足于只是主症性“病”的诊断,而应当加快对“病”的研究,认清各病的本质,分化病种,确定病名,对病的诊断认识深化,必然会探讨针对病的治疗方法,因而可提高辨病论治的水平。现有的各种辨证方法,对骨伤、皮肤、肛肠等科来说,往往缺乏特异性和针对性,因而这些科应当在辨证论治上深入开展研究,创立更加符合自身特点的辨证论治方法。因此,从中医学今后发展的趋势与要求来说,辨病与辨证相结合也是十分必要的,中医学自身在辨病与辨证两方面若都有新的发展,则对整个中医学术将起到很大的促进作用。

(二) 西医辨病与中医辨证相结合

辨病与辨证相结合,其次才是西医的诊病与中医的辨证相结合。西医所说的病,是完整的诊断概念,病的诊断一旦确定,则治疗等问题往往迎刃而解。西医的病之下虽也有分期、分型之类的判断,但没有象中医所说证的特殊含义,也就是说,西医的分期、分型远没有象中医的辨证那么受到重视。尤其是某些按西医辨病治疗效果不佳的病人,有时按中医辨证治疗竟取得意想不到的疗效。同时,人们也发现,中医所说的病,往往是一些主要症状,并不是真正意义上的独立疾病,中医所说的一个病(症),如发热、咳嗽、眩晕、胃脘痛等等,实际上可见于西医所说的多种疾病之中。对于许多无病状的疾病,仅靠望闻问切则有时会无证可辨,如肾炎浮肿消退后的尿异常,中医认为已是“阴平阳秘”而无症可辨,不必再治,这不可否认是中医辨病的局限性。所以在中西医结合,西医学习中医的过程中,自然提出了西医的辨病与中医的辨证相结合的问题,辨证与辨病互补,成为中、西医学临床结合的主要途径之一。

同时从深层次上说,西医学以微观辨病、实验定量为核心,而中医是以宏观辨证、动

态时空过程的定性为核心，辨证是中医学认识核心之精髓。因此，辨病与辨证相结合，有利于全面揭示疾病的本质，可以促进医学模式的转化。中西医学的有机结合，需要具有中医、西医两套学识，这就决定了他们诊疗疾病的思维逻辑，既不是因袭原来西医的一套，也不是走传统中医的老路，而是中医辨证和西医辨病相结合。

中医的“证”主要反映患者机体在疾病当时的反应状态。因为机体中没有哪一种细胞、组织、器官不参加由内环境不断变化着的条件所引起的适应性反应。因此机体在患病当时的状态，就是机体组织的机能、代谢、结构、神经体液调节、免疫反应平衡受到病因干扰影响，产生生理病理变化和抗病反应时的特定状态。用辨证手段直接地把握机体这种病理性偏倾状态，用针灸、中药等调整机体潜藏着的自稳调节功能，综合调动机体抗病能力，重建内环境平衡，这是中医辨证论治的优势。正是由于机体在患病当时的反应状态在许多疾病中有共同的规律，才可以理解为什么今天仍然能用辨证的方法有效地治疗古人没有见到过的放射病、化学药物中毒等疾病，甚至对目前西医仍感棘手的疾病（如慢性肝炎、胶原性疾病），也能通过辨证找到一些有效治法，是不足为奇的。中医的辨证施治虽然有许多优越性，但证是多种因素相互作用的综合反映，显得笼统。辨证施治与辨病治疗相结合，既能对疾病的病因和特异性病理有深入的认识，又不失时机地看到机体抗病的反应状态，从而可拓宽对疾病的纵横剖视。因此，西医是从病原因子致病特点和病理损害的多样性，具体地区别疾病的千差万别；中医是从机体对病因反应的复杂性，深刻揭示疾病的千变万化，从不同角度反映疾病的发生发展规律。其各自的长处，恰是对方的短处，相互取长补短是中西医临床结合的途径。

王琦等在《北京中医学院学报》撰文“辨证论治近三十年概况”总结了中医学研究“辨证与辨病的关系”时指出：第一，它们是共性与个性的辨证关系。对病而言，同病异证时，病是共性，证是个性；对证而言，同证异病时，证是共性，病是个性。因此，辨证与辨病相结合将有利于阐明疾病的共性与个性的关系，更深刻地认识疾病的本质。面在治疗上，则不但可以从辨证出发“同病异治”、“异证同治”，从而充分发挥两者的长处，提高临床诊疗水平。第二，它们是原因与结果的关系。病与证是因果关系，“证”是各种不同疾病的表现形式，由辨证方能识病，识病后才能施治，所以辨证与辨病应该统一起来，逐步走向辨西医之病而论治，使更多的疾病在西医明确诊断基础上进行针对性治疗。第三，它们是整体机能与局部形态的关系。辨证论治反映了整体机能的病变规律，辨病论治则主要反映病原及局部形态方面的改变，两者结合将使疾病的诊断具有病原、病理解剖、病理生理三重意义，从而加深对疾病的认识。匡调元则从机能、结构、代谢相统一的角度指出，证——整体机能性定型反应形式与病——局部结构性定型反应形式之间存在着一个缺口，由于机能、结构都是以代谢为基础的，是代谢的两种不同表现形式，因此，证与病可以在以生命物质的机能——代谢过程为主轴的人体新系上统一起来。第四，它们是基本矛盾与主要矛盾的关系，辨病论治是抓疾病全过程的基本矛盾，辨证论治则是认识和解决疾病过程某一阶段的主要矛盾，两者结合才能更全面地诊断疾病。

胡春福等在“论现代中医临床三种主要思维方法”一文（《中国中医药报》1996. 7. 1）中，认为辨证与辨病相结合的要求和优势主要表现在：

（1）宏观辨证与微观辨病互补：中医与西医由于方法和认识论上的差异，形成了各自的概念体系和指标系统，辨证是从社会、自然、群体、系统、器官等宏观上认识疾病

的本质特征，重视整体失调；而辨病是从细胞、分子等微观水平上，反映病因、病理和机体反应状态的实质，即偏重局部损伤。把这两种思维材料综合、归纳起来进行演绎、推理，不仅符合中医学的整体观念，而且更有利于对病情转变等动态变化的把握和治疗方案的优化，同时也弥补了医患主、客体思维的缺陷。如对恶性肿瘤和并发症的辨治，中西并用疗效较好。所以，宏观辨证结合微观辨病指标，可以产生微观辨证方法，辨病结合辨证思维方法，也可产生整体医学思路。

(2) 动态平衡与稳定进展结合：中医的证候，是疾病过程中某一阶段表现于外的病理态势、趋向和邪正关系的概括，辨证是对疾病横向性综合判断。从诊治反馈机制上认识，“证”是处于相对平衡状态和不断地运动变化中，即动态平衡，其灵活性大于稳定性。西医的疾病，是对贯穿于生命活动过程中机体结构各方面的病变指标和内在联系的概括，辨病是对疾病的纵向性综合认识，其变化进展易于量化和客观化。所以从中医临床思维上把两者的特性合理地结合起来，不仅是同病异治、异病同治的根本思想，而且还可以提高临床疗效。如常用西医诊断结合中医辨证分型论治；中医辨证论治，西医测效；西医专病，中医专方研究；中医惩前，西医毖后等。

(3) 抓住本质与纠正现象统一：一般而言，“证”虽然从中医学上认为是对病因、病机、病势的概括，但其“候”意仍具有现象范畴上的意义。诚然，本质与现象是相对而言的，如临床常有可辨之证却一时未发现病源；或有病变指标，却无证可辨。从治疗反馈上也有证候消除，病变指标仍在；或病理指标消失，而证候仍在。所以辨证和辨病那种认识能透过现象接近或反映病变实质，则其抓住本质的概率就大，因此辨证结合辨病是对疾病现象和本质统一的把握。

四、辨证体系的内容与特色

中医学素来重视人体本身的统一性、完整性，认为人体是一个有机的整体，在结构上是不可分割的，在功能上是相互协调、相互为用的，在病理上是相互影响的。因此，整体理论在传统中医诊断方面具有指导性的作用，这是中医学的基本理论，亦是宏观辨证的指导思想。

传统的中医辨证学研究，大都是从局部思路，建立对各疾病的辨证方法。各辨证方法之间，彼此独立性强，相互联系少，现代研究希望建立一套比较理想的辨证统一体系，实现辨证诊断规范化。有人提出的“二纲六要多变”的三层辨证模式，亦是以“阴阳”二纲为辨证之总纲，以其它六项“表里寒热虚实”为“六要”，“六要”中各个侧面的多种变化，如病因、病位、病势、脏腑、经络、气血津液等因素的影响为“多变”。然而，用分层模式建立辨证统一体系，似乎还是显得笼统，尤其是缺少临床实际考虑。

朱文锋长期从事中医辨证学之研究，从辨证的错综复杂事物中，把握住其内部本质的联系特点，总结、吸收其合理内核，形成了以宏观整体思想为指导以临床实际为目的的辨证学思想。运用科学的综合分析、辨证思维、客观定量等方法，创立了一整套完整的中医辨证统一体系，“症状——辨证要素——证名”辨证统一体系。通过对传统的八纲辨证、病因辨证、气血津液辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证以及《素问·标本病传论》等篇的审知标本，《灵枢·逆顺肥瘦》等篇的辨别体型气质等中医辨证方法和现代研究机理探讨等方法的科学思维、综合分析，从中医辨证的复杂性分析各种辨证方法的相互联系，明确规定、充分把握每一辨证的基本内容。将辨证要素概括

为辨病位、辨病性、辨病势，其具体内容包括基本病位，分：心、心神（有时称心包）、肺、脾、肝、胆、小肠、大肠、膀胱、胸膈（或称上焦）、表、半表半里、里、经络、筋骨关节等；基本病因病性，分：风、寒、暑、湿、燥、火热、痰、饮、水停、虫积、食积、血瘀、血热、气滞、气逆、气陷、气虚、血虚、阴虚、阳虚、精亏、津液伤、亡阴、亡阳、阳亢、阳浮、不固以及动风、动血、闭、厥等，共约 50 项。并由此组合成各种不同的证名，如肝胆湿热证、心脾气血虚证等。又以脏、腑、体为辨病位下的 3 个子系统，各证都可归属于 3 个子系统之中，自然 3 个子系统之间，在病证上有着相互传变、合病的病理关系。从而建立起以辨病位为纲，以辨病因病性为具体内容的辨证统一体系。

五、从客观指标加深对“证”的认识

中医学历来以“有诸内则形诸外”作为临床辨证的法宝，传统理论对“诸内”的认识，是通过临床四诊资料，综合分析后进行推断的结果。但是传统理论对“诸内”的认识，无不从外候推断，如《素问·脉要精微论》：“头者精明之府，头倾视深，精神将夺矣。背者胸中之府，背曲肩随，府将坏矣。腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣……。”后世医家莫不以此为宗，即使有新的认识和体会，基本方法并无改变。如张景岳《类经·脉色类》说：“因脉以知其内，因色以察其外。脉色明则参合无遗，内外明则表里具见，斯可万全无失矣。”此言四诊中可凭脉与色区分内外，实质上，脉与色均属外候表现。此言“内外明”也仅为切脉观色所推断的结果。这一传统方法，自然不能满足现代中医发展的需要，随着医学科学的发展，中医学也在不断地深化其自身的辨证水平。因此，对传统的“诸内”认识，不论内容、意义上，都发生了本质上的差异，对中医“四诊”客观化的认识和要求越来越高。

由于现代医学检测手段的进步，揭示了疾病的实质病态，这是前人不可想象的，如果我们仍然停留在前人的认识水平上，辨证论治的水平就不能提高。近代很多医学家已注意到这一状况，不少报道应用现代医学的检测结果，指导辨证论治，提高了疾病的诊疗水平。如，“微观辨证”、“隐性症状辨证”等的提出，都给人以启发性意义。但这些认识，还不能准确地运用中医基本理论反映其病理机制，不能概括此类内在的病理表现。现代研究提出了“内症”（内在症状）的概念。四十年来中医非常重视四诊客观化研究，在追求指标的定性、定量、规范时，研究出了扩展传统中医“四诊”范围的临床脉象仪、舌象仪、经络诊断仪以及运用现代科技的成果研究出的 B 超、计算机电子技术显象诊断、核磁共振等，使中医传统“四诊”理论和方法在新的技术革命的冲击下焕发了青春。“望、闻、问、切”在传统的基础上发生了深刻的变化。

有人总结了某些较为普遍一致微观指标的诊断意义。如早期根据临床三大常规的结果，在血常规中白血球增高时，于辨证中加入清热解毒药；对症状不明显的糖尿病，根据血糖升高而按中医“消渴”论治；大便潜血试验阳性则按“便血”辨证等。此类无明显临床症状而又经现代医学检验确诊的疾病，使中医在所谓“无证可辨”的情况下有了辨证的依据。经不少医家的努力，发现以中医理论结合现代医学检验结果和参照西医诊断认识进行辨证论治，确能提高中医临床诊治水平。如“胸痹”，由于对冠心病病理的明确，认识到“心脉瘀滞、心失所养”的病机，从而对“真心痛”的确实含义有了进一步的理解。胆石症的认识，也是得益于现代医学的检查，因而在原有理论基础上，发展形成了中医对该病的病机“湿热郁滞、肝胆不利”的认识。有人认为，通过 B 超检查，根

据 B 超观察胆囊的状态、功能，可以作为判断虚实辨证的微观指标。

可见，随着中医四诊研究与现代科技手段和方法的结合，“望、闻、问、切”的概念得以更新和延续。上文所指的“内症”概念，不同于传统的“诸内”认识，“内症”是指凭中医传统四诊难以发现的症候，故言“内在症状”。这类内症是通过现代医疗仪器或实验室检验发现的客观事实，并非传统凭外部征候的主观推断，因此更具科学性。相对于内症而言的“外候”，基本上指传统认识的四诊方法，是中医学整体辨证的依据和理论精华。通过内症与外候的结合进行辨证，较之传统的四诊辨证，应该更能反映疾病的客观和本质。

六、“证”实质的研究

证的实质研究，自 50 年代后期开始受到广泛重视。据不完全统计，全国约有 26 个省市地区及解放军的约百余个单位从事这方面的研究。研究内容涉及概念探讨、证候规范化、疾病辨证、宏观与微观辨证、证的实质、体质与证的关系、证的动物模型等，其中以证的实质与证的动物模型两个方面研究进展较大。

自侯灿于 60 年代从病理学角度探讨证的实质以来，研究证实质的工作均围绕着组织结构及代谢的病理改变进行。如陈泽霖等对 1980~1984 年生前诊断明确、死后系统尸检的病人进行检查，发现无论诊断为阳虚、阴虚、热证、瘀血、气滞证的病人，均有一定病理形态改变，揭示中医的“证”具有病理学基础。

八纲辨证方面，通过实验，从病理生理学角度提出：八纲是机体对致病诱因的典型反应状态的概况。其中，阴阳分别是机体机能或热量不足或过剩的表现；寒热分别是以热量不足或过剩为其共同发病原因的反应状态；虚实分别是以机能不足或亢进为其共同发病学原因的反应状态；表里分别是不伴有或伴有机能或能量代谢深刻障碍的反应状态。70 年代进一步从病理解剖学角度提出，表证多为上呼吸道炎症；里证多见内脏器官的实质性损害；寒证为内脏器官呈慢性炎症过程，并有全身及局部瘀血、缺血及水肿等；热证则多急性炎症、充血与出血；虚证多有组织器官与内分泌腺的变性或萎缩；实证多有急性炎症、瘀血、便秘等。70 年代后期邝安坤等从更高层次的亚细胞水平对阴、阳虚证进行研究，通过观察 20 多种疾病，发现阴虚病人血浆中的 cAMP 占优势，阳虚病人则为 cGMP 占优势，治愈后可恢复正常，揭示血浆中 cAMP 与 cGMP 含量的改变是阴、阳虚的特征之一。由于环核苷酸系统兼有双向与单向调节作用，故 cAMP、cGMP 与阴、阳之间不适于进行简单对比，需要进一步研究。在研究寒热的本质方面，除了从能量代谢角度如基础代谢率、红细胞糖酵解和氧利用率、ATP 含量、 T_3 、 T_4 等方面进行研究外，近年，从机体的神经-内分泌调节，特别是植物神经-肾上腺系统所作的研究较为系统，使寒热的实质获得部分阐明。

脏腑辨证方面，有研究发现血清 T_4 含量与心肾阴虚，血浆睾丸酮含量与肾虚，心肺功能及血液动力学变化与心、肺气虚等有关。有人以人型呼吸窘迫综合征及肺与大肠的粘液组织化学病变探索“肺与大肠相表里”的关系。也有从感觉神经性耳聋患者血清铁的变化、醛固酮在豚鼠耳蜗中的分布等探讨中医的“肾”与耳的关系；或从植物神经功能、环核苷酸 cAMP/cGMP 比值、血粘度、小肠吸收功能等方面研究肝郁脾虚证等。这些研究表明，脏腑辨证的研究，已从单纯研究某脏的生理功能、病理变化发展至脏腑之间的关系（肺与大肠相表里、肝脾相克），内脏与组织器官之间的关系（肾开窍于耳、肝

开窍于目), 标志着研究已日趋深入。

肾阴虚与肾阳虚证, 从神经内分泌学、植物神经与能量代谢、免疫功能等方面, 找到了相对可信的客观指标, 如肾阳虚在不同靶腺(肾上腺、甲状腺、性腺)轴有不同环节、不同程序之功能障碍。肾阳虚的病理发源地似在下丘脑。肾阳虚多呈副交感神经功能亢进等。并且, 对阴虚证、阳虚证、脾虚证、血瘀证, 以及八纲辨证、卫气营血辨证等都研究出了一些有意义的辨证客观指标。

气虚证的实验室指标除心肺功能、消化功能、内分泌腺功能、免疫功能等改变外, 近年又发现血中铜、锌、镁、环核苷酸、多巴胺、化酶、 α -抗胰蛋白酶等出现一定改变。血瘀证的实验室指标集中在观察血液流变性及血液粘度的改变, 具有“浓”、“粘”、“凝”、“聚”的特点。

七、宏观辨证与微观辨证的结合

“宏观”与“微观”是相对的概念。一般而论, 医学研究的对象, 是以“人体”为基本单元。医学研究, 以“人体”为基本单元, 向“微观”的精、深层次方向发展, 如器官水平、组织水平、细胞水平、分子水平等, 无疑是科学的进步。然而, 以“人体”为基本单元, 向“宏观”的广、高层次发展, 如考虑环境因素、社会心理因素、天人关系等, 同样也是科学的进步。因此, 宏观研究与微观研究, 应当是结合、互补的关系。

宏观辨证实际上是指中医传统的辨证方法, 且多强调辨证的规范化内容, 其方法论依据是“有诸内必形诸外”, 因而可“司外揣内”地来认识疾病, 由此而产生了“证”的概念。所谓微观辨证, 实际上是企图用某种或某些生理生化指标作为描述证候内在依据的一种方法, 多强调辨证的客观化标准, 其方法论依据则恰恰相反, 是“有诸外必根诸内”。

宏观辨证与微观辨证不是绝对独立的, 是中医辨证学两个层次的研究方法。宏观辨证与微观辨证相结合, 它的方法论本质就是要阐明内外之间、宏观与微观之间、上一层次与下一层次之间的联系。因此可以说, 宏观辨证与微观辨证相结合, 是中医研究与中西医结合的一大方法学进步, 它对当代中医学术的发展产生了深远的影响。

但是传统的宏观辨证与现代的微观辨证, 毕竟属于两个不同的认识层次。两者的参照与结合, 需要经过反复的比较和深入的探索, 绝不可能一挥而就, 在其发展过程中必然会出现正确与错误并存、发展与混乱同在的复杂情况。因此通过对诸如血瘀与活血化瘀研究这类微观工作开展较多的课题的分析比较, 以探讨宏观辨证与微观辨证相结合的方法学问题, 对于中医现代化研究的正确与深入地开展具有重要的意义。

微观辨证的一些指标为中医辨证提供了一定的客观依据, 特别是在“无证(症)可辨”的情况下, 有助于发现和揭示疾病的本质——“证”。但是中医根据自身理论和疾病中的临床表现所辨出来的“证”, 与通过微观指标分析所得出的有关“证”的概念, 其间存在着较多的歧异, 即通过宏观所辨得的证与微观辨证指标的改变不一定相符, 因此不能简单地以微观辨证代替宏观辨证。

在宏观辨证方面, 存在有许多问题值得研究, 如辨证分类的体系、方法有多种, 互相交织, 名实异同, 尚未建立起完整统一的辨证证体; 每一“证”的内涵、外延, 诊断依据等并未完全确定、统一, 很不规范; 对导致各证的内外因素、转归等的认识并不深刻, 缺乏流行病学的统计资料等。

在微观辨证方面，现在研究不少，积累了一定的资料，但存在着不少问题，如在设计上有许多没有真正按照中医的学术体系，而是“断章取义”；多为独立的、单指标、非同步的研究，难以反映病证的复杂性、相关性和因果关系；对研究结果的分析与评判，往往离开临床实际和整体综合分析，因而常出现每病都有“瘀”、人人皆有“虚”的结论，难以被中医界所承认。

因此，对于宏观辨证与微观辨证相结合，应当注意以下几点：①宏观辨证与微观辨证的理论、原理不同，是不同认识层次、不同认识方法、不同学科体系的不同概念与理论，其所使用的语汇虽可相似，但其内涵与外延则不完全相等；②要给微观辨证指标赋予某种辨证意义，需要经过严格的对比观察，避免只重阳性符合率的片面性；③宏观辨证的证应当规范化，应坚持中医自身的科学规范与概念体系，这是与微观辨证相结合的前提；④宏观辨证与微观辨证相结合，必须以宏观的证效相关为基础，微观指标只是参照，不能以微观指标代替宏观辨证；⑤微观指标的选择及其辨证意义分析，应考虑到“病”和“证”的不同，不能简单化一。

在坚持传统的宏观辨证理论、概念与方法的前提下，参照并检验现代科学提供的微观指标，通过逐病逐证的研究，将证的特异性从病的普遍性中区别开来，以此为基础归纳出可反映证的特征性的微观指标，并将其纳入宏观辨证的体系之中，同时可作为认识和解释“证”本质的部分依据，这便是宏观辨证与微观辨证相结合的意义所在。

八、数学方法在中医诊断中的运用

（一）计量诊断的意义

中医学是一门极其灵活、复杂的科学。中医诊断所研究的对象——症、病、证等，缺乏精确的数学描述，症状体征的性质状态具有不确定性，症状隶属的病、证具有模糊性，临床诊断主要是靠人脑的思维、理解的所谓经验。病状繁杂、缺乏数学上的精确描述，这是中医辨证的特点，也是中医学现代化研究中存在的主要缺陷。

科学的深化意味着对象的复杂化，复杂的东西又难于数学化、定量化，这是科学发展所面临的一个重要困难，也是中医学实现现代化的难点所在。然而，马克思曾说：“一门科学只有成功地运用数学时，才算达到了真正完善的地步。”随着科学技术的发展，过去一直被认为是数学禁区的学科，如生物学、心理学、语言学、社会学等，都迫切要求数学化、定量化。中医学也不能永远与数学无缘，有人认为实现中医研究和运用的数学化、定量化，是实现中医现代化的重要途径。近二十多年来，许多学者积极探索运用数学的方法进行中医辨证诊断，取得了一定的成效，获得了宝贵的经验。尤其是模糊数学在中医学中的成功运用，为提高中医诊断的客观性、定量化，开辟了一个崭新的天地，找到了一个很好的工具，使中医学与高新技术有机结合起来，缩小了两者之间的反差。

运用数理统计技术实现中医量化诊断，通常就是先将已知的一定数量的确诊病例（参照组）的症状和体征，按照一定的数学模型，经过统计计算归纳成一定的数学公式。当待诊病者就诊时，将其症状体征存在与否和（或）轻重程度，按事先规定的计量标准转换成为变量，代入公式即可得出以数量或概率大小表示的诊断结果。

（二）中医学可借用的几种主要数学方法

1. 概率与贝叶斯条件概率模型 概率是描述某一事件发生的可能性大小的一个量度，用 $P(A)$ 表示事件 A 出现的可能性，则 $P(A)$ 称为事件 A 的概率。肯定出现的事

件称为必然事件，它的概率为 1；肯定不出现的事件称为不可能事件，它的概率为 0；有可能出现，也有可能不出现的事件称随机事件，它的概率介于 0 与 1 之间。

贝叶斯公式是概率论中的一个重要公式，在医学诊断中得到了广泛的应用。运用贝叶斯公式作医学诊断的数学模型，其思维过程是分别计算出患者的一组症状出现时患各种可能疾病的概率，然后按概率的大小作出诊断。

然而贝叶斯条件概率模型要求事件具有独立性，即所作诊断的疾病之间是互斥的，对于同一个病人只能患其中一种疾病，不允许出现二种及其以上的诊断。但是中医的辨证诊断不可能是互斥的结论，即症与证之间并不是彼此单一的固定关系，而是一个症对多种病证都有诊断意义，证与证之间也并不是完全互斥的。因此，中医诊断难以满足事件独立性的要求，则贝叶斯条件概率模型对于中医诊断来说，并不是理想的数学方法。

2. 最大似然法 与贝叶斯条件概率模型相似，最大似然法也是医学中常用的概率模型，它是贝叶斯条件概率模型的简化。由于在实际应用时，很难确切地得到各证型的发病率，因此只能根据所研究的病证中，各症状出现的频率，将其换算成各症状对各证型相应的诊断指数（诊断指数在 10 与 ~ 10 之间取值），编制成量化诊断表，然后通过累计求和，取其中最大值的病或证作为最大似然诊断。

最大似然法运用于中医鉴别诊断，虽然有其缺陷，同样要求各变量独立，诸事件互斥。但是它具有直观性的优点，易为临床医师接受，而且诊断正确率亦较高，所以目前仍为医学界广泛应用。如颜文明氏等采用各种中医杂志、医案中的虚证病历资料 351 例，从 235 项症状指标中，求出气、血、阴、阳四虚证的条件概率，根据条件概率与诊断指数的整数之间的对应换算关系，制成气血阴阳四虚证鉴别诊断指数表，从指数表上取出某一病例各指标相应的计量值，然后分别将对应 Y_1 （气虚证）、 Y_2 （血虚证）、 Y_3 （阴虚证）、 Y_4 （阳虚证）的计量值相加，获得四证的四个数值，比较四个数值的大小，数值最大的即为计量鉴别诊断中最大可能的证候。用所得的计量鉴别诊断指数表对 351 例病例进行回顾性检验，结果符合率气虚证为 64.6%，血虚证为 100%，阴虚证为 98.9%，阳虚证为 88.3%，四证平均符合率为 87.9%。对 58 例病例进行前瞻性检验，结果也是气虚证符合率较低，为 66.6%，阴虚证为 83.3%，阳虚证为 77%（因血虚证病例太少，故未作前瞻性检验）。从而为中医虚证的研究提供了一个比较客观的诊断标准。

3. 多因素差别分析法 多因素差别分析法是数理方法在计量诊断方面的运用。判别和回归分析不要求证或症具有独立性和排斥性，所以它更适合于中医病证诊断的特点。现代开展中医微观辨证，或中医诊断客观化研究过程中，在病证诊断确定，研究类型较少的情况下，采用逐步回归分析法和逐步差别分析法，计算各微观指标、定量数据对所研究病证诊断的函数值，对鉴别病证具有较好的作用。

有人在考查血瘀证的辨证关系时，对冠心病血瘀证作了逐步回归分析，对 92 例冠心病患者 48 项检查的电子计算机分析表明：当 $F=2$ 时，选出心前区疼痛、舌质紫暗、红细胞变形性等 19 项因素对冠心病血瘀证的贡献最大，并经此建立了回归方程，与临床诊断的符合率为 89%。有人利用无创性心功能检测的有关参数，用 fisher 差别分析法，建立了心气虚证诊断的差别函数等。

方永奇等将 566 例患者分为痰证组与非痰证组，经卡方检验，将有意义的症状体征进行逐步判别分析，建立了痰证宏观辨证的方程式。结果显示，痰证主要辨证指标为咯

痰、喉中痰鸣、舌苔腻、脉滑；次要指标为胸腹痞满、嗜睡、肥胖、口干不饮、恶心呕吐、口眼歪斜。宏观辨证的回代检验结果表明，该辨证标准的敏感度为 0.923、特异度为 0.929、准确度为 0.926，具有临床实用价值。

颜文明氏等还根据逐步回归分析法和逐步判别分析法，演算出气、血、阴、阳四虚证气阳回归公式、气血回归公式、气血判别公式、气阳判别公式等多级判别公式。在进行回顾性检验时还发现，用多级判别分析法所得到的确诊符合率较最大似然法要高。

然而在多元回归方程的建立中，其统计因素是有限的，远远不能满足病证诊断复杂性的要求，而复杂性与精确性之间存在着不相容原理。因此仍应辨证地看待多元回归判别分析的准确性。

4. 模糊数学诊断模型 模糊数学是运用数学方法研究和处理具有“模糊性”现象的数学。自 1965 年美国自动控制论专家、应用数学家扎德 (L. A. Zadeh) 发表《模糊集合》的著名论文，创立模糊数学以来，利用这一新兴数学分支已经在许多学科领域研究中取得了世人瞩目的成就。

现实生活中充满着模糊事物、模糊概念，许多事物是模糊不清的，并不都是是非、有无、非此即彼的现象，而是亦此亦彼，是一个渐变的过程，其边界是模糊不清的，用数学表示则并不都是简单的二值逻辑，而是可以在 1 与 0 之间连续取值。扎德运用“模糊集合”作为表现模糊事物的数学模型，在此基础上逐步建立隶属函数运算、交换规律，通过研究就有可能对现实世界中大量模糊现象及其复杂的模糊系统进行定量的刻划和处理，从而在处理模糊现象方面、在模拟人脑对复杂事物作出精确判断方面具有独到之处。

要用经典数学的方法研究中医学及辨证诊断，试图对中医学的基本规律建立起各种精确的微分方程，其结果可能是劳而无功的。统计数学的方法，中医学运用起来也感到“别扭”。比如医学诊断中常用的贝叶斯公式、最大似然法等，它们要求各个病证、各个症状之间都互相独立，这在实际上是不可能的；其诊断的基本原理，是从既得的大量临床资料统计中，根据已知各病证之各种症状出现的频率，作为对病情进行判断的基础，即根据事前概率，计算事后概率，然而由于中医学的灵活性，目前尚难找到可供作处理的大量临床资料。同时还应看到，人类推理（包括中医学对病情的判断）所根据的信息，本质上是“可能性”，而不是出现的频率高低，如五更泄泻在临床上出现的频率并不高，但对脾肾阳虚的诊断价值却很大，而脉弦、缓，苔薄白等，在许多病证中出现的频率都会很高，但在诊断上的区分意义却不很大。

最近兴起的模糊数学，却比较接近中医学认识事物的思维规律和处理信息的过程。模糊数学采用隶属度的方法，确定相互关连的事物之间的隶属关系，即建立隶属函数。隶属函数是模糊数学促使模糊性向精确性转化的具体表现。同时模糊数学的截割理论，可以充分利用中介过渡的信息，通过演算规则及变换原理，最后在一个适当的阈值上进行截割，作出非模糊的判断。这就是质量互变的原理。模糊数学方法可以处理中医诊断的模糊概念，因而已成为中医学比较理想的数学工具。对此，孙益鑫在“论模糊数学与中医学”一文中，作了深入的阐发。

5. 特尔菲方法 特尔菲方法是本世纪 40 年代末，由美国的思想库兰德公司的物理学家诺尔·达尔琦 (Norman Dalkey) 和未来学家奥拉·海尔默 (Olaf helmer) 共同研制的一种直观预测技术。50 年代初，美国兰德公司在实施美国空军委托的一项称为“特尔

菲计划”的研究中正式予以使用。经过五、六十年代的研究和发展，到七十年代，已基本完善，并成为一种广为适用的预测方法和决策工具，已在人口、食品生产、核能源、空气污染、气候控制、自动化、教育、医学、农业、人才管理等领域运用。特尔菲方法是一种远期发展直观预测技术，它以匿名方式经过有控制的几轮函询征求专家们的意见，通过对每一轮专家意见的汇总、整理、反馈，使每一个专家有机会根据专家组的意见重新分析判断，提出新的意见，经过多次反复，使专家们的意见趋向一致的一组程序。

模糊集合中隶属函数的确定方法是多种多样的，没有一个统一的模式，其本质上是客观的，但允许带有一定的主观性。通常隶属函数是根据经验或模糊统计而定。中医诊断带有很大的经验成份，主要依据病人的自我感觉，常缺乏精确的定量标准，如何把医生的临床经验变成隶属函数值呢？即中医诊断如何进行模糊定量，并通过模糊计量而达到模糊判别呢？特尔菲方法便是一种比较理想的、进行模糊评估计量的方法，它可以通过多轮反复征询、逐步修正，而集合多数专家的临床经验，使模糊的经验变成为定量的数据。因此，中医学借用特尔菲方法，通过研究和预测与某证或某病相关的因素、症状或体征，并给予分级的赋权值处理，从而可制定出病证诊断标准，为临床诊断特别是计算机诊疗专家系统的研制服务。

（三）中医诊疗专家系统的建立

所谓“专家系统”，是一个具有大量专门知识与经验的程序系统。它应用人工智能技术，根据一个或多个人类专家提供的特殊知识、经验进行推理判别，模拟人类专家做决定的过程，来解决那些需要专家决定的复杂问题。简言之，专家系统是一种计算机程序，它可以以专家的水平（有时超过专家）完成专门的、一般是困难的专业任务。

专家系统一般由知识库、数据库、推理机、解释部分、知识获取部分组成。其中知识库的设计与建造，是专家系统中的关键性工作，专家系统性能的高低取决于知识库的可用性、确实性、完善性。设计专家系统的实质，就是实现人的知识向系统的转移，因此，知识的获得、表示和运用便是设计专家系统的基本技术，它需要领域专家和计算机工作者的相互沟通与协作。评价一个专家系统，一般是讲其符合率，而其准确率则基本取决于专家水平的高低。

随着学科间的相互渗透，计算机技术在中医领域得到了广泛应用。在中医药专家和工程技术人员共同努力下，研制出了一批中医专家诊疗系统。这些诊疗系统在医理设计、程序设计、选择合理的数学模型以及确定相应的数据结构等方面进行了有益的尝试，从而使一些名老中医的宝贵经验得以保存、代代沿革，并在其临床应用中取得了初步效果。这些专家系统涉及内、外、妇、儿、五官等科，如有关幼波肝病诊疗系统，罗元恺痛经辨证施治系统，邹云翔中医肾系统计算机诊疗、教学、护理和咨询系统，姚贞白妇科专家诊疗系统及医学智能通用编辑系统，计算机模拟钱伯煊月经病诊疗系统，梁宗翰儿科脾胃病专家诊疗系统，张怀安眼底四病专家诊疗系统，计算机模拟李敬之胸痹诊疗系统，李玉奇慢性胃炎辨证施治系统，中医妇科多专家咨询系统，孙同郊乙型肝炎专家系统等等。

在实现多病种的辨证论治综合诊疗系统方面，主要有袁冰等人设计的通用大病域辨证论治系统和朱文锋等人研制的中医辨证论治电脑系统。中医辨证论治电脑系统，是在研究中医辨证论治思维原理和基本规律的基础上，建立起完整的辨证论治统一体系，并

用计算机技术、模糊数学理论等研制成的全病域中医辨证论治系统。系统编制有 650 个病状，130 多个病种，48 项辨证基本要素，1500 个标准证名模式，常用方剂 250 个，中药 650 味，对病证有 8 种判断处理方法，能对内、妇、儿等科诸种疾病进行中医诊断和治疗。

九、专科特色辨证的研究

(一) 研究专科特色辨证的必要性

中医学对病、证的诊断，从整体上看，内、妇、儿等科对“病”的认识较为笼统，不够深刻，对“证”的辨析则比较精确；其他专科对疾病的诊断则较为具体，但对辨证却相对不足，缺乏特征性。现有的八纲辨证、脏腑辨证、卫气营血辨证、六经辨证等，主要都是适用于内妇儿科，特别是适用于内科疾病的辨证，对于其他专科辨证的特异性反映不够。怎样才能满足中医临床各科的实际需要，实现中医辨证论治的全面指导作用？

对于专科辨证的要求，应是在中医辨证论治基本思想的指导下，实现专科辨证在形式上、内容上的具体化。首先，在形式上要冲破局限于大内科辨证体系的格局，实现分专科辨证模式；其次，在内容上要使辨证要素（病位、病性、病势等）具有各专科的临床特点。否则，中医学的辨证论治研究，不可能再有大的前进。因此，要真正体现中医辨证论治的基本思想，提高中医临床各专科防治疾病的水平，应在中医辨证论治思想的指导下，反映具有各自特色的辨证论治基本规律，正确地建立临床各专科辨证模式，包括五官辨证、伤科辨证、外科辨证、推拿按摩科辨证、肛肠科辨证、皮肤科辨证等。这对于完善中医辨证体系的研究，具有重要的实际意义和理论价值。

(二) 五官辨证的特异性

辨证主要是辨别疾病当前阶段的病位与病因病性。在辨病因病性方面，主要是寒热虚实、痰饮水湿、气滞血瘀、阴阳气血虚等等，临床各科都是辨这些内容，科别之间一般没有项目上的区别，只是侧重有所不同。以往眼科、耳鼻咽喉科辨证虽也曾提到有独特的辨证内容，如中医眼科学“五版”教学大纲提出，眼科常用辨证方法，除八纲辨证、脏腑辨证等之外，眼科独特的辨证方法有辨外障与内障、辨红肿、辨眵泪、辨翳与膜、辨视觉、辨痛痒。但这实际上主要是分析症状的辨证意义，它与八纲辨证、脏腑辨证等不能相等。五官的病证，虽均可归属于以五脏为中心的辨证框架之中，离不开阴阳气血等中医学理论体系，但证名中往往只提示所属脏腑，而显不出病在五官的特点。笼统地称为“肝火上炎证”、“风热内扰证”，炎于何处？扰在何方？不能使人一目了然，病位不太确切。与内、妇、儿科同用一名而实则有别，往往不能更准确地指导临床治疗用药，从而影响疗效。因此，只有建立各临床专科独立实用的辨证体系，反映各专科辨证的不同特点，才能达到临床辨证论治的准确效果。这主要应从病位上加以区别。

为此，中医眼科根据《秘传眼科龙木论》关于五轮学说的理论，首先提出了“五轮辨证”。即以眼的五个轮位与五脏分属的理论为依据，以“轮”辨病位为主的一种眼科辨证方法。眼睑属脾为肉轮，两眦属心为血轮，白睛属肺为气轮，黑睛属肝为风轮，瞳神属肾为水轮。其实五轮辨证早已存在，诊察眼病时，可按其所属的轮位推断，如两眦赤烂属心经积热；白睛红赤为肺经有热；白睛红赤并见赤脉侵入黑睛，有星点翳膜者，为肝肺风热炽盛等。然而这种把轮位的病变直接归属于某脏或某经的辨证方法，虽指出了病位所在，但有时带有勉强，例如角膜（黑睛）溃疡等病变，常可因外伤所致，并不一

定有肝脏或肝经的证候。同时，这种病位仍显得笼统，即证名中并未突出其病位在眼的特点，因而难以通过证名理解其确切病位，而常与脏腑或某经的其他证相混淆。

有鉴于此，眼科辨证既然可以通过轮位再推之于“脏（或经）”而命证名，其实不如直接以“目”或“轮”作为病位而命证名。于是《中医病证诊断疗效标准》已有风火入目、风湿凌目等证名，明确指出其病位是在“目”。而最新制定的《中医临床诊疗术语-证名》中，更有气轮内热证、肉轮血瘀证、风轮湿热证、水轮阴亏证、血轮实热证等，这实际上已建立起了独具特色的眼科——“五轮辨证”体系，使病变的位置更为准确，不仅是指明了病位在目，而且可避免与脏腑病证的混淆。

在眼科的影响下，耳鼻咽喉口腔科现在也提出了自己独具特色的辨证内容，即直接以器官定病位，而不满足于以脏腑、经络的划分或归属定病位的局限，于是提出了“耳窍辨证”、“鼻窍辨证”、“口齿辨证”等，而有毒火犯耳证、风寒袭鼻证、气滞痰凝咽喉证、湿热蒸齿〔龈〕证、血瘀舌下证等证名。

（三）专科特色辨证的要求与意义

五官科疾病的辨证，除应注意从病位上体现其准确以外，在辨病因病性上也要有各自的特点，即这些证型可能有全身性的气滞血瘀、阴虚火旺等证候，但也可能全身证候不明显，而可有专科的特点，如鼻甲肿胀色淡白、白睛赤脉紫胀、眼底色暗晦而脉络细涩、声带振动乏力、口腔黏膜腐溃等。这样辨病因病性的内容也就会更加具体，更具有针对性。

建立五官辨证体系存在的问题是，五官具体证名与脏腑笼统证名容易混淆，即如何避免诊断上的歧义。如肺胃热〔火〕毒上攻咽喉，表现以咽喉红肿疼痛，吞咽困难，甚至溃烂、化脓，口气臭秽，壮热口渴，舌红苔黄，脉数有力等为常见症的证候，即可诊断为热毒攻喉证，又可称为胃（或肺）火上炎证。因此应当明确，临床诊断应当选用使辨证更为具体、准确的证名，而避免使用定位定性笼统的证名。

此辨证内容的提出，完善了中医的辨证体系，能较突出地反映出五官科的辨证特点，克服了以往将五官科疾病的证候笼统地称为肝胆火旺、肝肾阴血亏虚、肺热炽盛、肾精亏虚等诸如大内科的证名。从而使临床辨证用药更为精确，如肝胆火旺证一般用黄芩、黄连、丹皮、栀子等味，而气轮热毒证则需用野菊花、千里光、青葙子等。当然，五官辨证体系还刚刚提出，目前只是一个框架，需要中医五官科临床专家在医疗实践中不断修改完善，使之准确、实用。但应看到这是一种中医临床辨证体系的创新之举，对于发展五官科的辨证认识和实现五官科辨证规范化具有重要意义。

同样，中医学其他专科亦可有自己独立的辨证体系，关键的问题是要能根据各专科的特点特色和临床实际，正确地确定各自的辨证要素，包括辨病因、辨病位、辨病性。如皮肤的病变，既不宜因其病变在体表而称为“表证”，也不能因为肺主皮毛而称为肺的病证，若明确将其病位定为“皮”“肤”“毛发”“肌肤”等，则能提出较为确切的证名，如：风毒蕴肤证、虫毒蕴肤证、湿毒蕴结肌肤证、湿痰蕴结肌肤证、虫毒风热结肤证、瘀滞肌肤证、寒凝血涩肌肤证等。这样既体现了中医学辨证论治的实质精神，又具体明确了皮肤科疾病的病因、病位、病性等辨证要素。另外，象肛肠疾病中的“内痔”，临床有分一期、二期、三期，又有分一度、二度、三度之说，是分期辨证，还是按度辨证呢？仅用脏腑辨证体系来进行辨证分型论治，显然感到有不足之处。骨伤科、外科疾病的临床

辨证，则更具各自的特点特色。

因此，若皮肤、肛肠、骨伤、外科等都能根据自己的临床特点，逐步建立各自的辨证模式，提出各自具有特征性的辨证内容，使临床辨证更为具体、准确，则将是对中医辨证学的创新发展。

十、临床常见标准证名

中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语-证名》共收证名 800 条，分为 14 类。具有同义词的证名，用“；”排在正名之后。临床诊断时，应使用正名，避免使用同义词。证名中用方括号〔 〕所括起的部分，表示放在括号中间的词可以代替部分前面的词。证名中用圆括号（ ）所括起来的部分，表示可以省略。

（一）基本虚证类

- 1 气虚证
- 2 气陷证
- 3 气脱证；元气虚脱〔衰败〕证
- 4 血虚证
 - 4.1 血虚动〔生〕风证
 - 4.2 血虚风燥〔盛〕证；
血虚肤燥生风证
 - 4.3 血虚津亏证
- 5 血脱证
- 6 阴（液亏）虚证
 - 6.1 阴虚阳浮证
 - 6.2 阴虚血燥证
 - 6.3 阴虚动血证
 - 6.4 阴虚动风证
 - 6.5 阴虚津亏证；阴津亏虚证
- 7 亡阴证；阴脱证
- 8 阳虚证；阳气（亏）虚证；虚寒证；
阳虚内寒证
- 9 亡阳证；阳脱证
- 10 虚阳浮越证
- 11 气血两虚证
 - 11.1 气随血脱证
 - 11.2 气不摄〔统〕血证
 - 11.3 气血两虚动风证
- 12 气阴两〔亏〕虚证
- 13 阴血亏虚证
- 14 阴阳两〔亏〕虚证
 - 14.1 阴损及阳证
 - 14.2 阳损及阴证

- 14.3 阴竭阳脱证
- 15 津液亏虚证
 - 15.1 津亏〔伤〕证
 - 15.2 液亏〔脱〕证
- 16 津气亏虚证
- 17 精气亏虚〔不足〕证；精亏证
- 18 精血亏虚证
- 19 髓亏证
- 20 卫（气亏）虚证；卫表不固证
- 21 营（气亏）虚证

（二）基本实证类

- 1 外风证
 - 1.1 风邪犯表〔外袭〕证
 - 1.2 风湿犯表〔外袭〕证；风湿证
 - 1.3 风热外袭〔侵〕证；风热证
 - 1.3.1 风重于热证
 - 1.3.2 热重于风证
 - 1.3.3 风热俱〔壅〕盛证
 - 1.3.4 风热疫毒证
 - 1.4 风热痰毒〔凝〕证；风热挟痰证
 - 1.5 风湿挟毒〔毒聚〕证
 - 1.6 风热挟湿证
 - 1.7 风湿化热〔火〕证；
风湿郁热〔热郁〕证
 - 1.8 风寒化〔郁〕热证
- 2 寒凝证；外寒证
 - 2.1 寒湿阻〔凝〕滞证；
寒湿（内阻）证
 - 2.2 寒凝气滞证

- 2.3 寒凝血瘀证
2.4 寒湿化热证
2.5 寒湿瘀滞证
2.6 真寒假热证
2.7 寒热错〔挟〕杂证
2.8 血寒（凝滞）证
- 3 暑热（内郁）证
3.1 暑湿（内蕴）证；暑湿热郁证
3.2 暑热动风证
3.3 暑闭气机证
- 4 湿（浊困）阻证；湿邪阻滞证
4.1 湿阻气滞证
4.2 湿热（蕴结）证；
 湿热内蕴〔壅盛〕证
4.2.1 湿重于热证
4.2.2 热重于湿证
4.3 气分湿热证
4.4 湿热蕴蒸证
4.5 湿热壅滞证
4.6 湿热侵淫证
4.7 湿热毒蕴〔疫毒〕证
4.8 湿热瘀阻证
- 5.1 温燥证；燥热证
5.2 凉燥证；寒燥证
- 6 火〔邪〕热炽盛证；实火〔热〕证
6.1 气分（热盛）证；热炽气分证
6.2 营分（热盛）证；
 热炽营分证；营热炽盛证
6.3 血分证；
 血热（内扰）证；热炽血分证
6.3.1 血热动血证
6.3.2 血热动风证
6.3.3 血热风盛证
6.3.4 血热化燥证
6.3.5 血热瘀滞〔结〕证
6.3.6 血热挟湿证
6.4 热入营血证
6.5 卫气同病证
6.6 气营两燔证
- 6.7 气血两燔证
6.8.1 热盛动风证
6.8.2 热盛动血证
6.8.3 热盛〔郁〕气滞证
6.8.4 热（极肢）厥证；真热假寒证
6.8.5 热盛酿脓证；热盛肉腐证
- 7 痰证；痰浊（阻滞）（凝聚）证
7.1 风痰证
7.2 寒痰证
7.3 湿痰证；痰湿（阻滞）（内阻）证
7.4 热痰证
7.5 燥痰（蕴结）证
7.6 痰气互〔郁〕结证
7.7 痰瘀互〔搏〕结证；
 痰瘀内阻证；血瘀痰凝证
7.8 痰瘀化热证
7.9 痰热气滞证
7.10 痰热内扰〔阻〕〔盛〕证；
 痰热搏〔蕴〕结证；
 痰火郁结〔内扰〕证
7.11 痰热内闭证
7.12 痰热动风证
7.13 痰结毒滞证
7.14 痰食互结证
7.15 痰虫互〔搏〕结证
7.16 痰湿瘀滞证
7.17 痰核留结证
- 8 水饮内停证；饮证
9 水停〔气〕证；
 水湿内停〔停聚〕〔浸渍〕〔泛溢〕证
- 10 气滞证；气机阻滞〔郁结〕证
10.1 气滞血瘀证；气血瘀滞证
10.2 气滞〔郁〕痰凝〔阻〕证
10.3 气滞湿阻〔困〕证
10.4 气滞热壅证
10.5 气郁〔滞〕化火〔热〕证
10.6 气滞水停证
- 11 气（机上）逆证
12 气闭证；气机壅闭〔闭塞〕证

- 13 血瘀证；瘀血内阻〔阻滞〕证
 - 13.1 血瘀气滞证；瘀滞证
 - 13.2 血瘀动血证
 - 13.3 血瘀〔瘀滞〕化热证；瘀热内郁证
 - 13.4 血瘀水停证
 - 14 邪毒炽盛证
 - 14.1 毒邪流窜证
 - 14.2 风毒（炽盛）证
 - 14.3 火〔热〕毒（炽盛）证；热毒蕴结〔壅滞〕证
 - 14.4 火毒流窜证
 - 14.5 热〔火〕毒入〔陷〕营证
 - 14.6 热〔火〕毒内陷〔闭〕证
 - 14.7 湿毒（蕴结）证
 - 14.8 风火热毒证
 - 14.9 毒入营血证
 - 14.10 虫毒（结聚）证
 - 14.11 疫毒（侵袭）证
 - 14.12 疫毒内闭证
 - 14.13 脓毒（蕴积）证
 - 14.14 食毒证
 - 14.15 燥毒证
 - 14.16 胎毒（蕴结）（内蕴）证
 - 14.17 阴〔寒〕毒证
 - 14.18 蛇毒内攻证
 - 15 食积证；乳食内积证
 - 16 虫积证
 - 17 石阻证
 - 17.1 石阻气机证
 - 17.2 石阻气闭证
 - 18 真实假虚证
- （三）虚实夹杂证类**
- 1 气虚夹实证
 - 1.1 气虚发热证
 - 1.2 气虚痰结〔阻〕证
 - 1.3 气虚湿困〔阻〕证
 - 1.4 气虚水停证
 - 1.5 气虚寒凝证
 - 1.6 气虚气滞证
 - 1.7 气虚血瘀〔凝〕证
 - 1.8 气虚外感证
 - 2 血虚夹实证
 - 2.1 血虚挟瘀证
 - 2.2 血虚挟痰〔痰阻〕证
 - 2.3 血虚寒凝证
 - 2.4 血虚外感证
 - 2.5 血虚风袭证
 - 2.6 血虚内热证
 - 3 阴虚夹实证
 - 3.1 阴虚内热证；虚热证
 - 3.2 阴虚火旺〔炽〕〔炎〕证；虚火证
 - 3.3 阴虚阳亢证；虚阳偏亢〔旺〕证
 - 3.4 阴虚血热证
 - 3.5 阴虚外感证
 - 3.6 阴虚热郁〔郁热〕证
 - 3.7 阴虚气滞证
 - 3.8 阴虚血瘀〔瘀热〕证
 - 3.9 阴虚水停证
 - 3.10 阴虚湿阻〔困〕证
 - 3.11 阴虚湿热证
 - 3.12 阴虚痰热证
 - 3.13 阴虚痰湿〔浊〕证；阴虚痰〔湿〕阻证
 - 3.14 阴虚热盛证
 - 3.15 阴虚毒盛证
 - 4 阳虚夹实证
 - 4.1 阳虚气滞证
 - 4.2 阳虚湿困〔阻〕证
 - 4.3 阳虚饮停证；寒饮内停证
 - 4.4 阳虚水泛〔停〕证
 - 4.5 阳虚血瘀证
 - 4.6 阳虚痰凝〔阻〕证
 - 4.7 阳虚寒凝证
 - 4.8 阳虚外感证
 - 5 津亏热结证
 - 6 正虚邪恋〔留〕证
 - 6.1 气虚邪恋〔留〕证

- 6.2 气虚毒滞〔恋〕证
- 6.3 气虚余热证
- 6.4 正虚毒恋证
- 6.5 正虚毒陷证
- 6.6 阴虚邪〔毒〕恋证
- 6.7 血虚邪〔毒〕恋证
- 6.8 阳虚邪〔毒〕恋证
- 6.9 阴虚余热证
- 6.10 正虚脓毒证
- 7 风热血〔化〕燥证
- 7.1 寒凝阳虚证；阴盛阳虚〔衰〕证
- 7.2 寒凝血虚证
- 8 暑伤津气证
- 9 邪热伤阴证
- 9.1 血热伤阴〔阴虚〕证
- 9.2 火热〔热盛〕伤阴证
- 9.3 热盛伤津〔液耗〕证
- 9.4 热伤营阴证
- 10 痰热阴虚〔伤阴〕证
- 11 血瘀风燥〔盛〕证
- 12 余毒未清证
- 12.1 热毒伤血证
- 12.2 热〔火〕毒伤阴证
- 12.3 余热未清证
- 12.4 余毒攻窜证
- 12.5 余毒凝滞证
- 13 实中挟虚证
- 14 邪陷正脱证
- 15 内闭外脱证
- (四) 心系证类
- 1 心气〔亏〕虚证
- 2 心气虚血瘀证
- 3 心气血两虚证
- 4 心气阴两虚证
- 5 心阳〔亏〕虚证
- 5.1 心阳暴脱证
- 5.2 心阳虚脱证
- 6 心阳气虚证
- 7 心阳虚血瘀证

- 8 心血〔亏〕虚证
- 9 心阴〔亏〕虚证
- 10 心阴血虚证
- 11 心阴虚火旺〔阳亢〕证
- 12 心阴虚血瘀证
- 13 心阴阳两虚证
- 14 心血瘀阻〔滞〕证；
心脉瘀〔痹〕阻证
- 15 痰阻心脉证
- 16 寒滞心脉证
- 17 心脉气滞证；气滞心脉证
- 18 饮停心包证
- 19 心火炽〔亢〕盛证；心经积热证
- 20 心火上炎证
- 21 心热阴虚证
- 22 热闭心包〔神〕证；
热陷〔入〕心包证
- 23 热〔火〕扰心神证
- 24 热入心营证
- 25 血热扰神证
- 26 暑热闭神证；暑入〔闭〕心包证
- 27 痰火〔热〕扰神〔心〕证；
痰火闭窍证
- 28 痰迷〔蒙〕〔阻〕〔闭〕心窍〔神〕证
- 29 痰湿蒙闭心窍〔神〕证
- 30 风痰闭神〔窍〕证
- 31 浊毒闭神〔窍〕证
- 32 气闭神厥证
- 33 心虚神怯证
- 34 瘀阻脑络〔窍〕证
- 35 囊虫侵脑证
- 36 惊恐伤神证
- 37 忧伤神气证；忧郁伤神证
- 38 心神不宁证
- (五) 肺系证类
- 1 肺气〔亏〕虚证
- 2 肺气阴两虚证
- 3 肺阳虚证；肺虚寒证
- 4 肺阴〔亏〕虚证；肺虚热证

5 肺卫气虚〔不固〕证；肺虚表疏证
 6 肺虚邪恋证
 7 阴虚肺燥证；肺燥津亏〔阴虚〕证
 8 肺热炽〔壅〕盛证；
 肺实热〔火〕证；邪热壅肺证
 9 肺热阴虚〔津伤〕证；阴虚肺热证
 10 肺热移肠证
 11 风热犯肺证
 12 风热闭肺证
 13 肺经风热证
 14 肺经郁火〔热〕证
 15 肺热血瘀〔瘀滞〕证
 16 邪郁〔侵〕肺卫证
 17 暑伤肺络证
 18 痰热〔火〕壅〔蕴〕肺证
 19 痰热闭肺证
 20 痰浊〔湿〕阻〔蕴〕肺证
 21 痰瘀〔瘀痰〕阻肺证
 22 风寒袭〔束〕肺证
 23 风寒闭肺证
 24 寒饮停肺证；饮邪客〔犯〕肺证；
 肺寒饮停证
 25 肺郁水停证
 26 肺热饮停证；热饮阻肺证
 27 寒痰阻〔停〕肺证
 28 表寒肺热证
 29 燥邪〔气〕犯〔伤〕肺证
 30 凉燥袭肺证；燥寒犯肺证
 31 温燥袭〔伤〕肺证
 32 燥痰结〔阻〕肺证
 33 肺燥郁热证
 34 肺燥肠热证
 35 肺燥肠闭证
 36 瘀阻肺络证；瘀血停〔乘〕肺证
 37 热〔火〕毒闭肺证
 38 麻毒闭肺证
 39 虫毒犯〔侵〕肺证
 40 气郁伤肺证
 (六) 脾系证类

1 脾气〔亏〕虚证
 2 脾〔中〕气下陷证；脾虚气陷证
 3 脾气不固证
 4 脾气郁结证
 5 脾不统〔摄〕血证
 6 脾阳〔亏〕虚证；
 脾阳虚衰证；脾虚寒证
 7 脾阴〔亏〕虚证
 8 脾虚营亏证
 9 脾虚血亏证
 10 脾虚血燥证
 11 脾虚动风证
 12 脾阳虚动风证
 13 脾虚气滞证
 14 脾〔气〕虚水泛〔停〕〔湿〕证
 15 脾阳虚水泛〔停〕证
 16 脾虚湿困〔蕴〕〔盛〕〔泛〕证；
 脾虚夹湿证
 17 脾虚湿热证
 18 脾虚痰湿证
 19 脾虚食积〔夹食〕证
 20 脾虚虫积证
 21 湿热蕴〔困〕脾证；脾经湿热证
 22 痰热蕴脾证
 23 脾经风热证
 24 脾经热毒证
 25 寒湿困〔蕴〕脾证；湿困脾阳证；
 太阴寒湿证；寒湿中阻证
 26 思伤脾气证；思虑伤脾证
 27 胃气〔亏〕虚证
 28 胃气阴两虚〔亏〕证
 29 胃气虚血瘀证
 30 胃气上逆证
 30.1 胃热〔火〕气逆证
 30.2 胃寒气逆证
 30.3 胃滞气逆证
 31 胃阳〔亏〕虚证；胃虚寒证
 31.1 胃阳虚气滞证
 31.2 胃阳虚血瘀证

- 32 胃气滞血瘀证
- 33 胃阴(亏)虚证;胃虚热证
- 34 胃阴虚气滞证
- 35 胃阴虚血瘀证
- 36 胃火〔热〕(炽盛)证;胃实热证
- 37 胃热气滞证
- 38 胃热津伤〔亏〕证
- 39 胃热阴虚证
- 40 胃燥津伤〔亏〕证
- 41 寒邪犯胃证;
寒滞胃脘证;胃(实)寒证
- 42 寒饮停胃证;
胃寒饮停证;痰饮停胃证
- 43 瘀阻胃络证;胃脘瘀血证
- 44 寒滞肠道证
- 45 肠道〔大肠〕湿热证
- 46 肠道实热证
- 46.1 小肠实热证;心移热膀胱证
- 46.2 肠热阴虚证
- 46.3 肠热气滞证
- 47 大肠〔肠道〕热结〔实热〕证;
肠热腑实证;热结肠燥证
- 48 热毒蕴肠证
- 49 肠道〔燥〕津亏证;大肠津
〔液〕亏证
- 50 血虚肠燥〔结〕证
- 51 阴虚肠燥证;肠燥阴虚证
- 52 血热肠燥证
- 53 湿阻〔滞〕〔蕴〕肠道证
- 54 肠道寒湿证
- 55 肠道〔小肠〕气滞证
- 56 虫积肠道〔小肠〕证
- 57 蛔结肠闭证;虫积〔阻〕肠闭证
- 58 虫扰魄门证
- 59 风伤肠络证;肠风络伤证
- 60 肛门热毒证
- 61 肛门湿热证
- 62 气血瘀滞肛门证
- 63 脾胃气虚证
- 64 脾胃〔中焦〕阴虚〔虚热〕证
- 65 脾胃〔中焦〕阳虚〔虚寒〕证
- 66 脾胃〔中焦〕阳虚〔虚寒〕气滞证
- 67 脾胃气阴两〔亏〕虚证
- 68 脾胃〔中焦〕实热〔积热〕〔热
盛〕证
- 69 脾胃〔中焦〕湿热证;湿热中阻证
- 70 湿困脾胃证
- 71 胃热脾虚证
- 72 脾胃〔中焦〕不和〔气滞〕证
- 73 胃肠湿热证
- 74 胃肠实〔积〕热证
- 75 食滞〔积〕胃肠证
- 76 食滞胃热证
- 77 胃肠气滞证;气滞胃肠证
- 78 瘀滞胃肠证;肠胃瘀滞〔血瘀〕证
- 79 寒滞胃肠证
- 80 痰湿〔浊〕〔饮〕中阻证
- 81 肠道瘀滞证
- (七) 肝系证类**
- 1 肝阴(亏)虚证;肝虚热证
- 2 肝血(亏)虚证
- 3 肝气(亏)虚证
- 4 肝阳(亏)虚证;肝虚寒证
- 5 肝阳上亢〔上扰〕〔亢盛〕证
- 6 肝〔风〕阳暴亢证
- 7 肝阴虚阳亢证;阴虚肝旺证
- 8 肝郁(气滞)证;肝气郁结〔滞〕证
- 9 肝郁血虚证;血虚肝郁证
- 10 肝郁血瘀证;
肝血瘀滞证;肝瘀气滞证
- 11 肝郁阴虚证;阴虚肝郁证
- 12 肝瘀化热证
- 13 肝(血)瘀(阻)证;
肝经血瘀证;瘀滞肝络证
- 14 肝虚血瘀证;
血虚肝瘀证;肝瘀血虚证
- 15 肝阴虚血瘀证
- 16 肝气虚血瘀证

- 17 肝〔气〕郁化火证；肝经郁热证
 - 18 肝郁血热证
 - 19 肝郁痰火〔热〕证；痰热郁结证
 - 20 肝瘀痰结〔阻〕证
 - 21 肝火炽〔旺〕〔亢〕盛证
 - 22 肝火上炎证
 - 23 肝经火旺〔盛〕证
 - 24 肝经风热证
 - 25 肝经湿热证
 - 26 肝郁〔滞〕湿热证
 - 27 热毒淤〔瘀〕肝证
 - 28 肝热气滞证
 - 29 肝热血瘀证
 - 30 肝热阴虚证
 - 31 寒滞肝脉〔经〕证；
肝经实寒证；肝寒证
 - 32 肝风内动证
 - 32.1 肝阳化风证
 - 32.2 肝热动风证；热动肝风证
 - 32.3 肝阴虚动风证
 - 32.4 肝血虚动风证
 - 33 胆气〔亏〕虚证；胆虚气怯证
 - 34 胆郁痰扰证
 - 35 胆热痰扰证；胆经痰火证
 - 36 虫扰胆膈〔腑〕证
 - 37 肝胆湿热证
 - 38 肝胆火旺〔郁热〕〔实热〕〔火
热〕证
 - 39 胆经郁热证；胆火〔热〕证
 - 40 肝胆湿热气滞证
 - 41 肝胆湿热瘀滞证
 - 42 肝胆瘀滞证
 - 43 肝胆气滞证
- (八) 肾系证类**
- 1 肾气〔亏〕虚证
 - 2 肾气〔虚〕不固证
 - 3 肾虚水泛〔停〕证
 - 3.1 肾〔气〕虚水泛〔停〕证
 - 3.2 肾阳虚水泛〔停〕证
 - 4 肾阳虚证；
元阳亏虚〔虚衰〕证；命门火衰证
 - 5 肾阴虚〔热〕证；
真阴〔肾水〕亏虚证
 - 6 肾阴虚火旺〔内热〕证；
相火偏旺证
 - 7 肾精〔气〕亏虚证
 - 8 肾虚髓亏证
 - 9 肾阴阳两虚证
 - 10 肾虚〔经〕寒湿证
 - 10.1 肾虚寒凝证；阳虚肾寒证
 - 10.2 肾虚寒痰证
 - 10.3 肾虚血瘀证
 - 11 湿热蕴肾证；肾经湿热证
 - 12 脓毒蕴肾证；肾经脓毒证
 - 13 膀胱湿热证
 - 13.1 膀胱湿热气滞证
 - 13.2 膀胱湿热血瘀证
 - 14 膀胱蕴〔实〕〔积〕〔蓄〕热证；
热积膀胱证
 - 15 膀胱蓄水证
 - 16 膀胱蓄血证
 - 17 膀胱虚寒证
 - 18 寒凝〔滞〕胞宫证；胞宫寒滞证
 - 19 痰凝〔阻〕胞宫证；
痰湿凝结胞宫证
 - 20 瘀阻胞宫证；瘀滞胞脉证
 - 21 胞宫虚寒〔阳虚〕证
 - 22 胞宫湿热证；湿热蕴胞证
 - 23 胞宫血〔积〕热证
 - 24 冲任失〔不〕调证
 - 25 冲任不固〔亏损〕证
 - 26 冲任瘀阻证；瘀阻〔滞〕冲任证
 - 27 热入血室证
 - 28 湿热阻滞精室证
 - 29 痰湿阻滞〔凝结〕精室证；
痰阻精室证
 - 30 瘀〔血〕阻〔滞〕精室证；
精室瘀阻证

31 瘀浊阻滞精室证；精室瘀浊证

32 惊恐伤肾证；恐伤肾气证

(九) 脏腑兼证类

1 心肾阴虚〔虚热〕证

2 心肾不交证；
心肾阴虚阳亢〔火旺〕证

3 心肾阳虚〔虚寒〕证

4 水气凌心证；
肾水凌心证；心肾阳虚水泛证

5 心肾气虚证

6 心肾气阴两虚证

7 心肾阴阳两虚〔亏虚〕证

8 心肺气虚证

9 心肺阴虚证

10 心肺气阴两虚证

11 心肺阴虚血瘀证

12 心肺阳虚证

13 心肺热盛〔实热〕〔火旺〕证；
热炽心肺证

14 心肾火热证

15 心脾两虚证

16 心脾气虚证

17 心脾阳虚〔虚寒〕证

18 心脾气血两虚证

19 心脾积〔实〕热证

20 心肝火旺〔实热〕〔热盛〕证

21 心肝血瘀证

22 心肝血虚证

23 心肝阴虚证

24 心肝血虚挟瘀证

25 心肝气血两虚〔亏虚〕证

26 心肝气虚血瘀证

27 心胆气虚〔不宁〕证；心虚胆怯证

28 肝肾〔精血〕亏虚〔损〕证

29 肝肾阴虚〔虚火〕证

30 肝肾阴虚阳亢〔虚阳偏亢〕证；
水不涵木证；肾虚肝旺〔亢〕证

31 肝脾两虚证

32 肝脾气血两虚证

33 肝脾气阴两虚证

34 肝郁〔滞〕脾虚证；肝脾不调证

35 肝旺脾虚证；
肝木侮土证；脾虚肝旺证

36 肝脾〔中焦〕湿热证

37 肝脾气滞证

38 肝脾血瘀〔瘀滞〕证

39 肝热脾虚证

40 肝胃不和〔调〕证；肝气犯胃证

41 肝胃热盛〔积热〕证

42 肝火犯胃证

43 肝胃气滞证

44 肝胃气滞血瘀证；肝胃瘀滞证

45 肝胃气虚血瘀证

46 肝胃气滞阴虚〔阴虚气滞〕证

47 肝胃阴虚证

48 肝胃阴虚血瘀证

49 肝胃虚寒证

50 肝火犯肺证；木火刑金证

51 肝肺风热证

52 肝肺热盛〔实热〕〔实火〕证

53 肝肾气逆证

54 肝郁肾虚证

55 脾肺两虚〔气虚〕证；土不生金证

56 脾肺气阴两虚证

57 脾肾阳虚〔虚寒〕证

58 脾肾气虚证

59 脾肾两虚〔亏虚〕证

59.1 脾肾气虚水停证

59.2 脾肾阳虚水停证

60 脾肾〔气虚〕不固证；
脾肾气〔虚下〕陷证

61 肺肾阴虚证

62 肺肾气虚证；
肾不纳气证；肾失摄纳证

63 肺肾阳虚证；水寒射肺证

64 暑伤脾胃证；
暑耗脾胃津气〔气阴〕证

65 肺胃风热证

- 66 肺胃火热〔热盛〕证
 - 67 肺胃阴（津亏）虚证
 - 68 毒陷心肝证
 - 69 肺虚肠脱证
 - 70 脾虚肠脱证
 - 71 肾虚肠脱证
 - 72 肝肠气滞证
- (十) 卫表肌肤证类**
- 1 邪袭卫表证；卫表证
 - 2 风袭表疏证；风邪袭表证；表虚证
 - 3 风寒〔寒邪〕束表证；表实寒证
 - 4 风热犯表〔卫〕证；
风热表证；卫分证
 - 5 风湿袭表证；
湿郁卫分〔表〕证；表湿证
 - 6 暑湿袭表证
 - 7 外〔风〕燥袭表证
 - 8 风毒犯表证
 - 9 温毒袭表证；热〔火〕毒袭表证
 - 10 风湿蕴肤证
 - 11 风毒蕴肤证
 - 12 湿毒蕴结肌肤证；肌肤湿毒证
 - 13 热〔火〕毒蕴结肌肤证；
肌肤热毒证
 - 14 虫毒蕴〔袭〕肤证
 - 15 寒湿蕴肤证
 - 16 湿热蕴结肌肤证；肌肤湿热证
 - 17 湿痰蕴结肌肤证；肌肤痰湿证
 - 18 风热郁滞肌肤证；风热蕴肤证；
肌肤风热证
 - 19 虫毒侵袭肌肤证；肌肤虫毒证
 - 20 虫毒风热结肤证
 - 21 虫毒湿热结肤证
 - 22 风水（相搏）证；风袭水泛
〔停〕证
 - 23 表闭水停证
 - 24 瘀滞肌肤证；肌肤瘀滞证
 - 25 寒凝血涩肌肤证
 - 26 肌肤失养证

(十一) 头面官窍证类

- 1 实邪犯头证
 - 1.1 风寒犯头证
 - 1.2 风热犯头证
 - 1.3 风热痰毒犯头证
 - 1.4 风湿犯头证
 - 1.5 风痰上扰〔攻〕证
 - 1.6 痰浊〔湿〕犯头证
 - 1.7 风〔肝〕阳上扰证
 - 1.8 瘀血犯头证
 - 1.9 瘀热犯头〔上蒙〕证
 - 1.10 热毒壅聚头面证
 - 1.11 肝火犯头证
- 2 实邪犯目证
 - 2.1 风热〔火〕犯〔攻〕目证
 - 2.2 风湿凌目证
 - 2.3 外伤目络证
 - 2.4 虫积化疳证
- 3 气轮证
 - 3.1 气轮风热证；风热外袭白睛证
 - 3.2 气轮湿热证；湿热郁结白睛证
 - 3.3 气轮〔白睛〕血瘀证
 - 3.4 气轮热毒证
 - 3.5 气轮阴虚证
- 4 血轮证
 - 4.1 血轮实热证
 - 4.2 血轮虚热证
- 5 肉轮证
 - 5.1 肉轮血瘀证
 - 5.2 肉轮风热证；胞睑风热外袭证
 - 5.3 肉轮热毒证
 - 5.4 肉轮湿热证；胞睑湿热侵淫证
 - 5.5 肉轮痰湿证
 - 5.6 肉轮气虚证
 - 5.7 肉轮血虚证
- 6 风轮证
 - 6.1 风轮风热证
 - 6.2 风轮湿热证
 - 6.3 风轮热毒证

- 6.4 风轮阴虚证
- 7 水轮证
 - 7.1 水轮实热证
 - 7.2 水轮痰火证
 - 7.3 水轮痰湿证
 - 7.4 水轮阴亏证
 - 7.5 水轮气虚证
 - 7.6 水轮气虚血亏证
 - 7.7 水轮气虚血瘀证
 - 7.8 水轮气滞血瘀证
 - 7.9 水轮水湿停聚证
 - 7.10 水轮痰瘀互结证
 - 7.11 水轮火邪伤络证
 - 7.12 水轮血脉痹阻证
 - 7.13 水轮络痹精亏证
- 8 耳窍证
 - 8.1 肝火燔耳证
 - 8.2 毒火犯耳证；热毒犯耳证
 - 8.3 风热犯耳证
 - 8.4 湿热犯耳证
 - 8.5 痰湿泛耳证
 - 8.6 邪恋耳窍证
 - 8.7 气滞耳窍证
 - 8.8 血瘀耳窍证
 - 8.9 阴虚耳窍失濡证
 - 8.10 阳虚耳窍失煦证
 - 8.11 气虚耳窍失充证
 - 8.12 血虚耳窍失养证
 - 8.13 血虚耳燥证
- 9 鼻窍证
 - 9.1 风寒袭鼻证
 - 9.2 风热犯鼻证
 - 9.3 湿壅鼻窍证
 - 9.4 痰聚鼻窍证
 - 9.5 痰热犯鼻证
 - 9.6 湿热蒸鼻证
 - 9.7 燥伤鼻窍证
 - 9.8 火毒犯鼻证
 - 9.9 肺热薰鼻证
 - 9.10 气血瘀滞鼻窍证
 - 9.11 气虚鼻窍失充证
 - 9.12 血虚鼻窍失养证
 - 9.13 阴虚鼻窍失濡证
 - 9.14 阳虚鼻窍失煦证
- 10 咽喉证
 - 10.1 风寒袭咽〔喉〕证
 - 10.2 风热侵咽〔喉〕证；
 - 10.3 痰湿凝阻咽喉证
 - 10.4 气滞痰凝咽喉证
 - 10.5 痰毒壅喉证
 - 10.6 湿热蒸喉证
 - 10.7 热〔火〕毒攻喉证；胃火燔咽证
 - 10.8 气滞声带证
 - 10.9 瘀〔血痹〕阻声带证
 - 10.10 瘀〔血痹〕阻咽喉证
 - 10.11 气虚咽喉失充证
 - 10.12 阴虚咽喉失濡证
- 11 齿龈证
 - 11.1 风火〔热〕犯齿〔龈〕证
 - 11.2 胃火燔龈证
 - 11.3 胃火燔齿证
 - 11.4 湿热蒸齿〔龈〕证
 - 11.5 火毒犯齿〔龈〕证
 - 11.6 火毒犯龈证
 - 11.7 血瘀齿龈证
 - 11.8 阴虚齿燥证
 - 11.9 虚火灼龈证
 - 11.10 血虚龈肉失养证
 - 11.11 血虚齿槽失养证
 - 11.12 气虚齿动证
- 12 口舌证
 - 12.1 风邪犯唇〔口〕证
 - 12.2 毒火攻唇〔口〕证
 - 12.3 湿热蒸口〔唇〕证
 - 12.4 虚火灼口〔唇〕证
 - 12.5 血虚唇〔口〕燥证
 - 12.6 湿热蒸舌证
 - 12.7 热〔火〕毒攻舌证

- 12.8 血瘀舌下证
- 13 邪犯清窍证
- 13.1 燥干清窍证
- 13.2 瘀阻清窍证
- 13.3 湿蒙清窍证；湿浊蒙窍证
- 13.4 痰蒙清窍证；痰浊上蒙〔扰〕证
痰湿蒙窍证

(十二) 经脉筋骨证类

- 1 风中经络证；风邪袭络证
- 1.1 风痰入〔阻〕络证
- 1.2 风热中〔阻〕络证
- 1.3 寒滞经脉证；风寒袭〔阻〕络证
- 1.4 风毒入络〔脉〕证
- 1.5 火〔热〕毒窜〔入〕络证
- 1.6 湿热阻络证
- 1.7 寒湿阻〔入〕络证
- 1.8 痰湿阻络〔痹〕证
- 1.9 瘀热入络证；
血热伤络证；热蕴络瘀证
- 1.10 瘀血阻络证；瘀阻脉络证
- 1.11 虫湿壅络证
- 2 经气不利证
- 2.1 风胜行痹证
- 2.2 寒胜痛痹证
- 2.3 湿胜着痹证
- 2.4 热邪阻痹证
- 2.5 湿热阻痹证
- 2.6 风寒湿凝滞筋骨证；
风寒湿阻证
- 2.7 寒湿犯腰证
- 2.8 痰湿犯腰证
- 2.9 湿热犯腰证
- 2.10 瘀血犯腰证
- 2.11 伤损筋骨证；筋伤骨断证
- 2.12 瘀滞筋骨证
- 2.13 络伤出血证；外伤络损证
- 2.14 外伤瘀滞证
- 2.15 痰湿流注（经脉筋骨）证

(十三) 其他证类

- 1 邪扰胸膈证
- 1.1 热扰胸膈证
- 1.2 热实结胸证
- 1.3 寒实结胸证
- 1.4 痰热结胸证
- 1.5 痰气阻隔证
- 1.6 痰瘀阻隔证
- 1.7 饮停胸胁证
- 1.8 瘀阻〔滞〕胸胁证；胸络不和证
- 1.9 瘀血阻隔证；膈下瘀阻证
- 2 湿热弥漫三焦证；三焦湿热证
- 3 上焦湿热证
- 4 中焦湿热证
- 4.1 中焦实热证
- 4.2 中寒虫扰证
- 5 下焦湿热证
- 5.1 湿热下注证
- 5.2 瘟毒下注证
- 6 邪犯少腹证
- 6.1 少腹血瘀证
- 6.2 少腹气滞证
- 6.3 少腹热滞证
- 6.4 少腹湿热阻滞证
- 6.5 少腹瘀滞证
- 6.6 少腹瘀热证
- 7 邪入少阳证
- 8.1 邪伏膜原证
- 9 胎毒蕴热证
- 10 营卫不和证
- 11 术后遗毒证
- 12 表寒里热证
- 13 表热里寒证
- 14 表里俱〔实〕寒证
- 15 表里俱〔实〕热证
- 16 上盛下虚证
- 17 上热下寒证
- 18 上寒下热证
- (十四) 期、度、型等
- 1 六经病证

- | | |
|---------------|-------------|
| 1.1 太阳病证 | 2.3 后〔三〕期 |
| 1.1.1 太阳经证 | 2.4 晚期 |
| 1.1.1.1 太阳中风证 | 2.5 疹前期 |
| 1.1.1.2 太阳伤寒证 | 2.6 见形期 |
| 1.1.2 太阳腑证 | 2.7 出疹期 |
| 1.1.2.1 太阳蓄水证 | 2.8 收没期；疹回期 |
| 1.1.2.2 太阳蓄血证 | 2.9 成痈期 |
| 1.2 阳明病证 | 2.10 酿脓期 |
| 1.2.1 阳明经证 | 2.11 成脓期 |
| 1.2.2 阳明腑证 | 2.12 溃脓期 |
| 1.3 少阳病证 | 2.13 溃后期 |
| 1.4 太阴病证 | 2.14 未破损期 |
| 1.5 少阴病证 | 2.15 破损期 |
| 1.5.1 少阴寒化证 | 2.16 发作期 |
| 1.5.2 少阴热化证 | 2.17 缓解期 |
| 1.6 厥阴病证 | 3 分度 |
| 2 分期 | 3.1 一度 |
| 2.1 初〔一〕期 | 3.2 二度 |
| 2.2 中〔二〕期 | 3.3 三度 |

参 考 文 献

- 〔1〕 孟庆云. 中医理论研究四十年. 中国中医基础医学杂志, 1995, 1 (4): 9
- 〔2〕 陈少宗. 走出中西医结合研究中的误区. 医学与哲学, 1996, 17 (5): 247
- 〔3〕 瞿岳云. 祖国医学“缩影”理论初探. 辽宁中医杂志, 1982, 9 (5): 10
- 〔4〕 朱文锋. 中医学所揭示的“生物全息律”. 上海中医药杂志, 1982, (8): 44
- 〔5〕 孟昭威. 第三平衡系统——经络系统. 中国针灸, 1983, (1): 25
- 〔6〕 彭清华, 等. 中国民间局部诊法. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1995
- 〔7〕 侯灿. “八纲”病理生理学的一些实验研究. 中医杂志, 1965, (5): 37
- 〔8〕 匡调元. 中医病理研究. 上海: 上海科学技术出版社, 1980
- 〔9〕 邝安坤, 等. 阳虚(甲状腺功能减退)和阴虚(甲状腺功能亢进)病人血浆环核苷酸的对比. 中医杂志, 1979, 20 (7): 21
- 〔10〕 梁子钧, 等. 从血液流变学和血流动力学探讨中医的“血瘀”和“活血化瘀”. 新医药学杂志, 1978, (4): 5
- 〔11〕 王旭东. 辨证论治的历史观、辨证观. 中国医药学报, 1988, 3 (1): 53
- 〔12〕 郭振球. 中医辨证学的基本规律. 北京中医学院学报, 1984, 7 (2): 2
- 〔13〕 肖德馨. 辨证论治步骤的探讨. 北京中医学院学报, 1984, 7 (1): 5
- 〔14〕 王琦, 等. 辨证论治近三十年研究概况. 北京中医学院学报, 1984, 7 (3): 5
- 〔15〕 陆广莘. 论辨证与辨病问题. 中国医药学报, 1990, 5 (2): 3
- 〔16〕 李华. 从中西医学特点探讨中西医结合途径. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (7): 443
- 〔17〕 匡莘璋. 论宏观辨证与微观辨证相结合的方法学问题. 中国医药学报, 1992, 7 (5): 3
- 〔18〕 中国中西医结合学会心血管学会. 冠心病中医辨证标准. 中西医结合杂志, 1991, 11 (5): 257

- [19] 黄惠勇. 中医辨证学发展及合理内核. 中医诊断学杂志, 1995, (1): 34
- [20] 朱文锋. 建立辨证统一体系之我见. 北京中医学院学报, 1984, 7 (3): 2
- [21] 罗仁, 等. 肾虚证流行病学调查报告. 第一军医大学学报, 1992, (4): 357
- [22] 黄惠勇. 中医辨证学现代研究述评. 湖南中医学院学报, 1996, 16 (1): 56
- [23] 孔炳耀. 试论内症与外候结合的辨证意义. 中医药学报, 1996, (1): 3
- [24] 匡调元. 中医基础理论研究思路与方法学探讨. 中西医结合杂志, 1982, 2 (2): 115
- [25] 刘殿祥. 试论中医辨证论治的新思路、新方法. 天津中医学院学报, 1993, (2): 6
- [26] 罗仁. 辨病与辨证层次观. 中西医结合杂志, 1985, 5 (7): 48
- [27] 孙益鑫. 论模糊数学与中医学. 中国医药学报, 1996, 11 (1): 15
- [28] 颜文明, 等. 中医气虚、血虚、阴虚、阳虚的计量鉴别诊断. 科学探索, 1983, 3 (2): 53
- [29] 方永奇, 等. 痰证宏观辨证的计量化研究. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (11): 490
- [30] 赵天敏. 略论最大似然法计量诊断在中医辨证鉴别诊断中的应用. 云南中医杂志, 1994, 15 (4): 39
- [31] 高汉章, 等. 中医辨证诊断的数学模型. 中国医药学报, 1987, 2 (6): 27
- [32] 张衍芳. 模糊数学在中医辨证中的应用. 中医研究, 1992, 5 (1): 25
- [33] 杨景灿. 中医专家系统的知识表示和推理策略. 中国中医药科技, 1994, (4): 36
- [34] 秦笃烈, 等. 中医计算机模拟及专家系统概论. 北京: 人民卫生出版社, 1989
- [35] 国家中医药管理局. 中医临床诊疗术语——证名. 北京: 国家标准出版社, 1997

第十二章

疾病诊断概要

【基本内容】

中医诊断由两部分内容组成，一是证名诊断，一是病名诊断，病名诊断又称疾病诊断。

病名诊断是中医诊断不可缺少的主要内容。临床时，运用中医理论，对四诊所得各种临床资料（包括病史，症状，体征，理化检测指标等）进行综合分析，根据各有关病种的定义及诊断依据，全面考虑该病种的基本规律及特征，最后确定病人所患疾病的名称。这一诊断思维过程，称之为“辨病”。

一、“病”的概念与意义

疾病是中医学中的重要概念，深刻认识疾病的本质及疾病诊断的价值，使辨病（病名诊断）与辨证（证名诊断）有机结合、相得益彰，才能全面掌握疾病发生、发展、演化的内在规律，提高中医的诊断水平。

（一）“病”的概念及病、证、症的关系

1. “病”的概念 《说文解字》谓：“疾，病也”。《辞海》谓：“疾甚曰病”。“病：失去健康的状态。”可见，疾、病概念一致，差别仅为疾轻病重，二者可通称、互换或合称。病的概念有广义与狭义之分。

广义的病：是与健康相对而言，泛指人体一切失去健康的状态。

祖国医学从整体出发，认为健康是人体自身的生理活动与其所处的外界环境处于相互协调的动态平衡状态。健康与疾病是相对而言的，二者之间并无截然的界限。

一般地说，疾病是在病因的作用下，机体邪正斗争、阴阳失调，出现具有一定发展规律的演化过程，具体表现出若干特定的症状和各阶段的相应证候。

由此可见，广义的疾病是一个笼统的概念。它包括各类疾病，各具体病种的症状（症状和体征）、证候以及病因病机等内容。

狭义的病：指具体的病种。包括该病种的病因病机、主要临床表现、演化趋势、转归预后等全过程的特点与规律。

临床上，我们显然不能满足于是“疾病”（广义）还是健康的简单结论，而是要根据病人的有关资料，具体地诊断出疾病的病种（狭义的病）及其证，即作出病名诊断和证名诊断，才有临床意义。

各具体病种又分病名与病候。

病名是医学上对各具特异性的具体病种赋予的一个特定名称，是对该具体疾病全过程的特点（病因、病机、主要临床表现）与规律（如发病条件、演化趋势、转归预后等）所作的病理概括与抽象。病名是对该病种的本质性认识，也是该病种的代名词。例如：因湿热邪毒壅积于胆，胆汁及气血瘀滞而化热，出现以右上腹痛、呕吐、发热等为主症，或经X线检查见到肿大的胆囊阴影，或结石阴影，或经B超检查可见胆囊壁增厚的毛草现象，或有结石反射波的胆腑急性实热性疾病，称为胆瘕及胆石。

候：《辞海》谓：“候，随时变化之情形，如火候，气候。”引申为随时间变化而发生变化的表现、征象。

病候：即症状，又称病状、病形、病能（态），即指疾病的典型临床表现。例如虚眩（病名）的病候为：眩晕，面白，疲乏，短气，舌淡，脉弱，血压长期低于正常值，收缩压 $<12\text{kPa}$ （90mmHg）等。

2. 症、证、病的关系 中医辨证虽始于识病，但症、证、病的概念常混淆不清。在古代，“证”、“症”以及“征”相通，在医学上均指疾病的征象、证据、验证，常无严格区分，但现在已有较为明确的区分。

症：即症状，指病人患病时所发生的异常现象。包括病人主观的痛苦感觉（如头痛、腹胀、眩晕等），称自觉症状，亦称症状；通过医生诊察而得知的病态改变（如水肿、目赤、舌红、脉数等），称他觉症状，亦称体征。

证：释为证明、证据。“证”是中医学的特有概念，包括证名与证候。证名是对该具体证所赋予的特定名称，是对疾病所处一定阶段的病位、病因、病性、病机、病势等所作的综合概括。证候，是指能反映该证本质的特定临床表现。

症、证、病均是中医诊断学中的基本概念，在明确概念的基础上，要弄清由症这个点构成的证、病纵横交错的关系。

症状，是疾病的临床表现，是诊病辨证最基本的依据。症状是认识疾病的客观标志。是原始资料，属临床资料之一。然而，症状只是病、证的外在征象，不能代表疾病的本质。认识症只是诊病、辨证的初级阶段，属感性认识阶段。而病与证，才代表疾病的本质，要使认识上升到高级阶段、理性认识阶段，则必须诊病、辨证。症状与病、证的关系，就是现象与本质的关系。要作出病名与证名诊断，就必须通过四诊全面收集症状等临床资料，并进行综合分析，透过现象看本质，才能对病、证作出准确诊断。

病与证都是对疾病本质的认识，均包括病位、病因、病性、病机、主要临床表现等基本内容，均以症状作为诊断的主要依据。但两者是从不同角度去认识疾病本质，各有特点。病是对该疾病全过程的基本矛盾的认识，概括该具体病种全过程的特点与演化规律。证是对疾病处于某一阶段主要矛盾及其矛盾主要方面的认识，具阶段性。病是位于较证更高一层次的概念，病的本质一般规定着证的变动范围及证的表现特点，病可分为若干个阶段，即可形成各个不同的证。正如徐灵胎所说：“证之总者谓之病，一病总有数证。”但在疾病发展过程中，由于病机相同或相近，同一证可出现在不同的病种之中。也就是说，一种病可包含数个不同的证，一种证可见于数种病之中。因而病与证可理解为具有纵横交错的相互关系。故临床上又可出现同病异证及异病同证的情况。

同病异证：指数名患者，病名诊断相同，而证名诊断各异。即所患病种相同，但因各患者的内外环境、诊治经过、病变阶段不同，可表现为不同的证。这主要是疾病阶段

性的体现。

异病同证：指数名患者，病名诊断不同，而证名诊断相同。即所患病种不同，但因各患者体质相似，对不同的病因发生了相同的或相似的反映，或谓邪正斗争的机理相同或相似，而在病变过程中出现了病位、病性、病机基本相同的证。例如同一肾阳虚证，可见于阳痿、哮喘、肾水等多种疾病过程中。

（二）病名诊断的意义

每一病种是对该具体疾病全过程的特点与规律所作的病理概括。临床上，病名一经确定，该病的病位、病因、病性、主要症状以及病变趋势、发展阶段、转归预后、治疗原则即可明确。即是说，病名是对该具体疾病的总体认识，是指导临床辨证论治的纲领。它不能由西医病名或证名代替，否则必然难以按照中医有关“病”的概念进行思维，从而影响诊疗效果。

1. 把握病证规律 临床上，具体病种（即病名）明确之后，便可根据该病的一般发展规律，把握全局，采取积极有效的治疗措施。提倡早期诊断，早期治疗，以提高疗效。例如：麻疹的根本矛盾是麻疹病毒内伏体内，“麻为阳毒，以透为顺”，为其演化治疗规律。其初期阶段，易与感冒、风疹、肺热病等相混淆，若不能及时明确病种，就会限于祛风解表的一般治疗之中，不能有意识地“透疹”，选用辛凉透发的方药。若能早期明确麻疹诊断，其选方用药便胸有成竹，并从疹点的透发情况以及伴随症状判断病之顺逆，谨防出现邪毒内陷引起麻毒闭肺或麻毒化火，熏蒸心包，引起肝风。

每一规范病名的定义，均具备了“病”的各项基本内容。因此，病名诊断有利于把握病证发展规律，可综观全局，防止片面性。

2. 指导病证治疗 诊断的目的是为了治疗疾病，病名诊断不但决定着治疗原则，也指导着辨证施治的具体应用，并指导围绕某病的临床研究方向。

（1）可专病专方专药专法：历代医家在长期实践中总结了大量的专方专药以及专门治疗手段以治疗某病的经验。这种简捷、迅速、针对性强、疗效确切的方法，是中医学术发展和中医临床的一个重要内容。专病专方：如肠痈用大黄牡丹皮汤或薏苡附子败酱散；脏躁用甘麦大枣汤；蛔厥用乌梅丸。专病专药：如茵陈治黄疸；常山截疟；海藻、昆布治瘰。专病专门治法：如枯痔法治痔疮；心理法治郁病等。

（2）可指导同病异治与异病同治：同病异证而异治：作为一个具体病种来说，总有其独特的能够区别于其它病种的病因、病机、主要临床表现、演化规律，有一整套论治原则与方药。只要病名诊断相同，其治疗原则与方药从大方向上就会一致。但因人而异，或在疾病的不同阶段出现了不同的证（即证名不同），按辨证论治的原则应分别采取一些不同的治法。但这些属于同中之异。同病异治是强调了异的一面，并非完全不同。例如肺痿病，虽有肺阴亏损、阴虚火旺、气阴耗伤、阴阳两虚等不同的证，应分别施治，但滋阴杀虫的总原则则应始终贯穿于各证治疗之中。异病同证而同治：任何证都要受到该病基本病机的制约和影响。虽然临床上不同的疾病，由于体质及机能对病邪的反映性相同，有时可出现相同的证。但这只是大体情形相同，若仔细分析，由于各证处于不同的病种之中，各证之间具有不容忽视的差异性，这是异中之同。异病同治是强调了同的一面。但这也只能是大体相同的治法，而不是完全一概而论。因为治疗时，必须考虑各病的基本病机和治疗目标，治法各有侧重或谓区别。例如脾肾阳虚证均可出现于久泄和肾

水之中，治疗均应温补脾肾，但久泄应在温补的同时佐以固肠止泻，肾水则应佐以化气利水。

(3) 是指导疾病恢复期的治疗：每一具体病种的病程大约多长时间是一定的。不少病的临床症状经正确治疗可很快消失，但其病理改变的恢复则需较长时间。例如肾水，初期所见水肿及小便不利的症状，可能容易解除，以后则需较长时间的巩固治疗，其病理变化才能得以彻底转变而告病愈，而不能因症状消失，“无症可辨”而停止治疗，以防症状反复发作而加重病情。

另外，在临床工作中，出具诊断证明、劳动力鉴定及判断疗效、评定科研成果、分析医疗事故等各项工作，均需以明确规范的病名诊断作为依据。其次，病名诊断亦有利于临床诊疗工作的开展及学生对临床各科的学习。目前医院分科与疾病种类是有直接关系的。临床各科的教科书亦以病为纲、按病辨证论治。若忽视诊病，将会给临床诊疗及学习带来诸多不便。

(三) 辨病与辨证相结合

辨证是中医诊断的特色，但中医亦历来重视辨病。辨证与辨病是从不同角度去认识疾病的本质，各有其优势与不足。临床时只有将两者结合起来，互相补充，才能使中医的诊断更全面、更准确，论治水平才能提高。

1. 以病为纲，以证为目：先辨病，再辨证，可起到提纲挈领、纲举目张的作用。从病、证的概念及其关系上可看出：病是位于较证高一层次的病变全过程的概念，证是处于病下属的病变阶段性概念。因此，病为纲，证为目。临床诊断程序一般为：根据各种病情资料，对照各有关病种的定义及诊断依据，首先确定病种名称。病名即定，其病变的发生、发展、传变、转归及所含哪些证型，就有一定的规律。在此基础上去辨证，一般可缩小诊断范围，减少盲目，使辨证简便、准确。

2. 从病辨证，认识深化 辨病必须发展到辨证，辨证又能促进辨病，这样对病证本质的认识才可不断深化。辨病可识大局，掌握疾病发展的总规律，抓住贯穿疾病始终的基本矛盾，但是缺乏对疾病不同阶段的具体把握。因此，辨病仍显笼统、粗略，而辨证就可补其不足。证反映了疾病阶段性的主要矛盾及其主要矛盾方面。临床治疗时既强调辨病，也强调辨证。若只辨病不辨证，就无法对疾病目前阶段进行恰当、准确的治疗，为使对疾病的诊疗由粗到细，由笼统到具体，就必须立足当前，从辨病发展到辨证。只有辨病、辨证二者结合，才能体现出中医的诊疗特色。

其次，辨证亦有助于对病的认识。因为病的基本机理约束和影响病下各证，那么证便可反映病的一些基本特点及传变规律。尤其在疾病初期，病情尚不明显，症状不够典型，病种一时难以确定时，若能准确地辨证，抓住疾病现阶段的病位、病性、病机，并进行积极治疗与动态观察，不但可促其好转向愈，又可佐证和鉴别病种，加深对病的认识。即使是已知的病，通过不断的辨证论治，亦可达此目的。如初诊病人以水肿为主症，其病种尚难确定，可以水肿待查作为初步诊断，同时据症辨证论治，在治疗过程中完善各项检查，并不断总结分析，逐步认识病种，最后确诊是风水、皮水，还是肾水。

总之，辨病是为了了解疾病发展的总特点与基本规律，重点在于全过程；辨证是为了了解疾病目前阶段的主要矛盾及其性质，重点在于现阶段。病名诊断有利于提高辨证的预见性、简捷性；证名诊断又有助于辨病具体化、针对性。辨病与辨证互相结合，可

使中医诊断相得益彰，日趋完善。

二、疾病的命名

病名是中医学在长期临床实践中产生和发展起来的主要概念，是中医学学术体系的重要内容。回顾中医学对疾病命名的沿革，分析中医病名的命名形式及其优点与不足，进而确定中医命名的基本原则，规范中医病名，有利于发扬中医学学术，加深对中医特色、疾病本质的认识。

（一）疾病命名的概况

中医对病名很早就有认识，历代医籍中记载有大量的病名。远在商周时期的甲骨文中，就有疾目、疾首等病名记载，关于龋齿诊断比国外早 700 多年。《周礼·天官·疾医》指出：“四时皆有疠疾：春时有疠首疾，夏时有痒疥疾，秋时有疰寒疾，冬时有咳上气疾。”《山海经》记载有癫疾、蛊、骨疽等 38 种病名。

《内经》所载病名达 200 多种。《素问》中的“热论”、“咳论”、“痿论”、“痹论”以及《灵枢》中的“癫狂”、“痲疽”、“胀论”等都是论病专篇，各篇均详细阐述疾病产生的原因、病理变化、临床特征及治疗原则。《伤寒杂病论》所提病名达 160 种，以六经论伤寒病，以脏腑论杂病，均以病为纲，病脉证治并重，奠定了疾病诊断的基础。

晋隋时期，对于疾病的认识更为具体。如《肘后备急方》对天花、麻风等病基本上能从发病特点和临床症状上作出诊断。《刘涓子鬼遗方》对痈、疽、疮、疔等外科疾病诊断亦较明确。《诸病源候论》更是以病为纲，从源分候，全书共 67 门，列临床各科疾病，病下分症。其中以内科病为主，对于其他各科疾病也有详细记录，如外科仅金疮就有 27 种、眼科病 38 种、妇科病 140 多种。同时对一些传染病、寄生虫病、妇科、儿科等病名、证候的鉴别、病因病机等，均有不少精辟的论述。

唐宋以后，历代医家对各科疾病的认识逐渐深刻，临床医学的发展趋向专科化，出现了大量综合论述各科疾病的医著及专科医著。尤其是明清医家在温病方面的分类、命名以及鉴别诊断有了较完整的认识。如《时病论》对时行温热病名进行了系统整理，共分 8 类 76 病。《证治准绳》、《景岳全书》、《医宗金鉴》等书，以及近代临床各科中医教材，基本上都是按科类病，病下辨证论治。

总之，中医病名起源很早，代有发展。随着医学的进步，各科病种的鉴别越来越细，病名越来越多。但若使病名更科学、更严谨，充分发挥其应有的作用，则需有深入研究、系统整理、规范统一的细致工作过程。

（二）疾病命名的形式

由于各医家认识疾病的角度不同，多从各自的学术特点出发，又缺乏必要的交流，所以对疾病命名的标准及形式很不统一。但不管病名如何，多能符合“病”的概念，在长期临床实践中发挥了不可低估的指导作用。

总结中医对各种疾病的命名形式，可归纳为以下诸种：

1. 本质属性式 疾病的本质属性包括病位、病因、病性、主要症状等诸多因素，抓住其中最能代表疾病本质的某些因素命名疾病，便有助于认识疾病的本质。如耳胀、厌食、视歧、胎动不安等，是以主要症状命名；麻疹、上胞下垂、黄胖病、解颅等，是以主要体征命名；中暑、蛔虫病、破伤风、毒蛇咬伤、食蟹中毒等，是以主要病因命名；感冒、脏躁、痰厥、疔疮等，是以病理性质命名；春温、秋温、冬温、暑温等，是以时令

气候而命名。

2. 形象寓意式 某些疾病在体表有其特殊的体征，便以其外在病状结合比喻命名，使其形象生动，便于记忆，如狐臭、雀目、鱼鳞风、绣球风、崩漏、乳蛾等；有的病名含有特殊的寓意，如疟疾（病情酷症）、霍乱（挥霍之间，便致缭乱）、恶阻（有孕而恶心，阻其饮食）等。

3. 特征组合式 将几种本质属性组合起来命名疾病，这样的病名限定清楚、具体明确、清晰可辨，便于鉴别诊断。如病位加病理命名的胸痹、肺痈、肌痿等；病因加病性命名的蛔厥、暑疖、气瘤等；病因加病位命名的脏毒、脐风、肺虫病等；病因加体征而命名的蚕豆黄、漆疮、湿疹等；病位加主症而命名的腹痛、耳鸣、心悸等；病位加体征而命名的脐疝、旋耳疮、白睛溢血等；病理加体征而命名的呃逆病、抽筋痧、女劳疸等。

4. 附加条件式 在病名上添加限定条件词，便于突出该病特点。如天行赤眼、时疫发斑、疫痢等突出其传染性；暴瘖、慢惊风、休息痢、干日疮等提示病之新久缓急；经行发热、子嗽、产后郁冒、梦遗、童子癆、老人淋等阐述了发病条件。另外如脱肛痔、痿痹等，实际上是两病组合为一个病名。

（三）正确对待和运用中医病名

如何正确认识 and 对待中医病名，在总结经验的基础上，使之统一、规范，是继承、发展中医学术，提高中医医疗及教学科研水平的重要课题。

1. 中医病名的优势与不足 中医病名用字少，一般是2~4个字，有的甚至只有1个实词，如瘟黄、鹅口疮、缠腰火丹、哮、痢等。具有简捷、精炼、重视主症、重视整体病机的优点与特色。很多中医病名是很科学的，见其名便知其义，便于掌握，如破伤风、疟腮、丹毒等；有些病名一直为国内西医所沿用。现代的疾病病种，多数已有了中医病名，并具备中医学特色，能够说明该病特点，如落枕、疔夏、大瘕泄等。

但中医病名也存在一些不足之处。由于病名用字少，限定不足，且有相当数量的症状、体征病名，因而对疾病的内在本质，如病因、病性、病位等不能完全概括。另外，中医病名中病、证、症的概念时有混淆，有的病名定义欠妥，内涵外延不清，有的病种分化不够，病类与病种名称概念不清，还有一些主症性病名，如咳嗽、水肿、泄泻等，并不是真正具有独立意义的“病”。

2. 诊断标准与诊断形式 为了达到确诊和鉴别诊断的目的，对每一规范病种均应列出统一的若干条诊断标准（或谓诊断依据），其中可包括一些必要的现代理化检测指标。充分利用现代科学的检测仪器及检测指标，并加强其与中医理论及临床的联系与接轨，用以充实中医诊断的内容，促进中医诊法客观化，提高中医诊断的准确性，是很有必要的。若诊断标准不统一，诊断结果的可信度就不高，临床经验及科研成果就难以推广。

在诊断思维及表达技巧上可借鉴西医的合理成分来补充中医的不足。以往中医对疾病的诊断，一般只列1个病名，实际上多种疾病并存，或同类各病种之间出现相兼、转化的情况是较多的。例如既患感冒，又有肩痹宿疾；或肝瘕→肝著→肝癥→臌胀→肝绝。病名诊断时，对此种情形应表达清楚，按其因果、主次、缓急、秩序分别列出。

若因各种原因，疾病名称一时难以确认时，可仿效西医的诊断形式，以“××（主症）待查”、“××病待删”或“××病？”等作为初步诊断，这时即可利用中医辨证优势，先行治疗，并在治疗过程中，进一步完善各种检查，动态观察病情变化，待查之后，某

病的诊断依据具备或不具备，再作最后诊断，或诊断有误再行修正诊断。

三、疾病的分类

分类是在比较的基础上，将事物或现象根据其共性与个性，划分为若干类别。目的是使复杂的事物或现象系统化、条理化，便于掌握事物间的相互联系、彼此差别及发展变化，便于启发发现新的事物。

中医疾病分类，即是根据一定的分类原则，将中医疾病划分为具有一定从属关系的若干类别。正确地对疾病进行分类，不仅有利于诊断思维，比较异同，进行鉴别以明确诊断，同时，通过学习分类，可加深对疾病本质的认识和理解，合理安排科研，促进诊疗发展。

（一）疾病分类的概况

中医疾病的分类历史起源甚早。甲骨文时期，就按部位进行分类，《周礼·天官》有按科分病诊治的记载。《内经》中主要是脏腑分病，亦有按五体、病因、病机及经络分病，标准不统一，看不出有明显的分类体系。如痹证（病），因风、寒、湿三气各有偏胜，分为行、痛、着痹；又因邪气侵入皮、肉、筋、脉、骨而成为五体痹；又因邪气内舍五脏六腑，而又有脏腑痹。

汉·张仲景《伤寒杂病论》，奠定了疾病分类的基础。他首先将各种疾病分为“伤寒”与“杂病”两大类，这是第一级分类。其次，将“伤寒”分为太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴等六大类病，将“杂病”按医学分科分类，有内科病、外科病、妇产科病及其它疾病，这是第二级分类。然后，将病位、病因、病性相同或相近的分为一篇，如肺痿、肺痛、咳嗽上气为一篇，呕吐、哕、下利为一篇，这是第三级。在此基础上再次划分，如水气病中一开始就指出“病有风水，有皮水，有正水，有石水，有黄汗”等，这是第四级。这种对疾病的分类方法，概念清楚、层次分明、纲目合理、标准统一，在当时确实达到了极高水平。

至晋代，人们对疾病的认识较前更为具体、深刻。如《肘后备急方》指出，对于当时疾病的分类，皆能“分别病名，以类相续，不相混杂。”隋朝《诸病源候论》对疾病首先按科分类，有内、外、妇、儿、眼等科，次分各具体病种，在当时是较为完整的分类方法。后世医家又陆续有所发展，如《千金方》、《外台秘要》、《名医类案》、《医学入门》、《证治准绳》、《景岳全书》、《医宗金鉴》、《杂病源流犀烛》等书，在疾病类日和病种上有所增加，其分类形式，基本上是二种：一是以部位或脏器为主，二是以医学分科为主。这些都促进了疾病分类学的发展。但至今中医学尚无疾病分类的专著出现。

（二）疾病分类的方法

依据疾病的本质属性，按照一定的标准，将具有同样特性的疾病组织在一起，是谓疾病分类。同类疾病可具有某些共同的或相似的性质和特点。疾病本质属性可表现在病因、病位、病性、临床特征等多方面，因此，可根据需要从不同角度提取某一方面的特征作为分类的轴心（或称依据），建立起一个分类系统。疾病分类轴心的选择，主要根据有二点：一是选择最能说明疾病本质的特征，或病位、或病因、或病性、或临床特征；二是便于指导就诊分科，便于病案统计及科学研究。但是任何以单一轴心对疾病进行分类，均各有利弊，很难将所有疾病归类概括，不能满足各方面的需要。

1. 病位分类法 即以疾病所在的脏器、形体组织或部位作为分类疾病的主要依据。

如脑系病类、眼病类、耳鼻咽喉口齿病类、心系病类、肺系病类、脾胃病类、肝胆病类、肾系病类、肛肠病类、男子前阴病类、妇女经带病类、皮肤病类等，主要是按部位而划分的。有的在大类之下又可分为若干子类，如眼病可分为胞睑病、两眦病、白睛病、黑睛病、瞳神病及外伤等其他病；脾胃病可分为食管病、胃病、肠病、胰病、脾病等。每类及其子类中包括若干独立的病种，如肺系病类包括肺热病、肺咳、哮喘、肺胀、肺痿、肺癰等等；肛肠病类包括内痔、外痔、混合痔、裂肛、肛癰、肛痿、脱肛、肛门湿疡、息肉痔、锁肛痔等等。

以病位为主的疾病分类法，其优点是疾病的定位明确，与解剖、生理的系统性基本一致，病种概括较为完全，缺点是较难反映病理共性，病种多而病性各异，某些传染病、部位不明、涉及多个脏器组织的病不便归入。

2. 病性分类法 即以疾病的病理性质作为分类疾病的主要依据。如《内经》的热论、痹论、痿论、厥病、痛疽等篇，分别对病性相同的一类疾病进行讨论。临床上的许多疾病，都可按其基本病性归入劳病类、痹病类、郁病类、厥病类、绝（脱）病类、癥积病类、瘤病类、癌病类、痹病类、痿病类、淋病类、虫病类、中毒病类、痲病类、疔病类、癣病类、骨折病类、脱位病类、月经病类、内障病类、翳病类、疫病类、外感热病类等等。有的类之下亦可再分子类，如痲病类可分为内痲类、外痲类；痹病类可分为内脏痹、肢体痹。每类及其子类中包括若干独立的病种，这些病种一般是据病位不同而异名，如内痲类包括肺痲、肠痲、肝痲、胰痲等；外痲类包括颈痲、乳痲、腋痲腹皮痲、脐痲等；内脏痹包括脑络痹、心痹、胸痹、食管痹、肠痹等；肢体痹包括三痹（行痹、痛痹、着痹）、尪痹、热痹、肌痹、皮痹、脉痹、血痹、骨痹、偏痹、肩痹、项痹、腰痹、膝痹等。

以病性为主的疾病分类法，优点是疾病的病理性质明确、病机的共性突出，有利于指导治疗，其缺点是打乱了病位的系统性，病种难以全部概括，许多病只好归入“其他病类”。

3. 病状分类法 病状分类法，即以疾病的突出表现（症状或体征）作为分类疾病的依据。由于有的疾病是以主症作为病名，因而临床便可将以主症命名的病种归于一类，如黄（疸）病类、水（肿）病类、痛病类、出血病类等。每类之下可包括若干独立的病种，如水肿病类可有心水、肺水、脾水、肾水、风水、皮水、石水、正水等；厥心痛、厥头痛、头风痛、面风痛、气腹痛、干胁痛、痛经、经行乳房胀痛、儿枕痛等，都可以是独立的病种而归入痛病类。

以病状为主的疾病分类法，其优点是疾病的主症突出，临床易于掌握，但病状毕竟只是疾病的现象，多数疾病不宜以主症作为病名，因此，以病状分类疾病的方法，其应用范围是有限的。

4. 按科分类法 按科分类法，即以历史所形成的医学分科为基础，对疾病进行分类。历代许多医著基本上都是按科分类疾病，如《景岳全书》的伤寒典、杂证谟、妇人规、小儿则、痘疹论、外科铃；《证治准绳》分为杂病证治准绳、伤寒证治准绳、疡医证治准绳、幼科证治准绳、女科证治准绳；《医宗金鉴》有伤寒心法要诀、杂病心法要诀、妇科心法要诀、幼科心法要诀、痘疹心法要诀、外科心法要诀、眼科心法要诀、正骨心法要旨等。

以分科为主的疾病分类法，其优点是体现了各科诊疗的特点，有利于指导就诊，但

有的疾病归属的合理性尚值得研究，如肠痈应划属内科还是外科？蝶斑疮是皮肤病还是外科病，抑或是内科病等。

总之，对疾病可从不同角度进行分类，而各种分类形式均各有利弊，均难将所有疾病全部概括，分类不彻底，不能满足各方面的需要。因而在实际中只能采用混合轴心进行疾病分类，即以某一种轴心（如病位、病性或病状）为主，将其他分类方法结合其中，起辅助作用。但在同一级的分类上，则必须是相同的轴心，不能允许混合轴心存在，否则便会造成混乱。通过学习分类，可从疾病所反映的病位、病性、病状等各方面特性进行分析比较，鉴别异同，从而抓住疾病的本质，作出正确的疾病诊断。

【补充阐发】

一、健康与疾病的概念

传统的健康概念，主要是指一个生理功能状态良好，没有疾病或病征。这是一个比较抽象的概念。随着社会及医学的发展，人们对健康的认识逐渐深化。1948年，世界卫生组织在其签署的章程中对健康提出了新的定义；随后世界卫生组织又重新修改了关于健康的定义：“健康不仅仅是躯体没有疾病，而且还要具备心理健康、社会适应良好和道德健康。”新的健康概念比起传统的健康概念显然深刻、科学得多，它把“健康”这个高级生物一人的基本要求与社会及其文化因素紧密联系起来。新的健康概念不仅是对人们身体的判定，也是对人们的精神和社会行为的判定；它表明人的健康不仅是生理与心理精神的统一，而且也是人与环境、社会的统一；认定健康应当是整个社会努力的结果。

什么是疾病？这是一个难以确切回答的模糊概念，因而以往对其有许多不同的解释。实际上疾病与健康是相对而言的，而两者之间又没有截然可分的界限。

一般来说，“疾病”是指在一定的致病因素（包括六淫、七情、遗传、饮食营养、劳逸、外伤等等）的作用下，机体与环境的关系失调，机体内部的阴阳气血发生紊乱，生理状态被破坏，出现了机能或形态、神志活动等方面的异常变化，并反映为一定的症状或体征的邪正交争的病理过程。

实际上，有时对于机体的一些变动情况，到底是生理现象还是病理现象？是构成了疾病还是没有发生疾病？并不能作出绝对地判断。更何况一名临床医生不可能只满足于有病还是无病的简单结论，而是应根据病史和临床表现等，具体地诊断出疾病的病名和证名。因此，所谓“疾病”是一个非常广泛而笼统的概念，它可以包括各种具体的病种、证候、病状、病因、病机等内容。

二、病名的概念

由于各种疾病的病因、病机、病状、过程等各有不同，因而临床上对各具特色的病种，应当赋予一个特定性的名称，这就是“病名”。如感冒、痢疾、消渴、痛经、红丝疔、股骨骨折、凝脂翳、鼻渊、喉癌等等。

因此，每一具体病名是医学上对该具体疾病全过程的特点（如病因、病机、主要临床表现等）与规律（如发病条件、演变趋势、转归预后）所作出的病理性概括与抽象，是对该具体病变的本质性认识。

临床上，根据病人的病状、病史等特点，对照医书上所规定的各病的定义与特性，医生经过分析，从而判别病种、确定病名的思维过程，称之为“辨病”，其所作出的判断，

即“病名诊断”。

病名是反映疾病全过程的总体属性、特征或规律的概念，它是由病因、病位、主症或特征等某一方面或几方面综合后得出的。由于病名是指疾病全过程，概括了整个病程中各种证型，所以它不需要象证名一样出现多样性的综合和抽象，而只要能体现出疾病的主要矛盾或发生、发展规律就可以了。

三、证、病、症及证名、证候与病名的关系

从文字学及中医学的历史考证，“證”、“证”、“症”以及“征（徵）”字的含义有互通之处，在医学上是指疾病的征象、特征、验证、证据。然而，在近代中医学中，已逐渐约定了证、症、征的各自含义，今有进一步规范的必要。

疾病中所表现的各种现象，即为“病状”，古代亦有称为病形、病候、病能、病之形能者。病状主要包括“症”和“征”两部分，症即症状，指病人主观可以体会到的异常感觉，如疼痛、耳鸣、恶心、腹胀等。征即体征，指医生或病人自己可以发现的客观病理征象，如面色白、舌苔黄、脉涩、下肢水肿等，并指通过仪器设备检测所得到的病理指标，如血压高、大便中有虫卵、血色素低等。

症状和体征，又可统称为“症”。“症”是机体有了病变时的各种单个的（不是指有内在联系的一组）客观表现。是判断病种、进行辨证的主要依据，但它毕竟只是疾病的现象，而不是病变的本质。疾病过程中，各个具有内在联系的一组症状和体征，可将其称为“证候”，其意义则与单个症状或体征有所不同。

现代中医学所指的“证”，已经赋予了其特殊的含义，实际上一般是指有别于病名概念的证名，如痰热壅肺证、脾阳虚证、暑伤津气证等。“证”是中医学的特有概念，是对疾病所处一定阶段的病性、病位等所作出的病理性概括，是对致病因素与机体反应性两方面情况进行综合分析，而对疾病当前本质所作出的结论。证名是病变当前本质的代名词，其所反映出的特定的、具有内在联系的一组症状或体征，即为“证候”。故证的本质决定了表现的证候，而通过证候可以作出本质性的证名判断。

证名是中医病名之下对疾病进一步进行诊断的概念，它反映了疾病发展过程中某一阶段的本质。证名是通过对疾病的病因、病位、病机等多方面的概括和抽象形成的，所以现在往往把证名或证型与证候混同起来，其实是不够严格的。证是指证名或证型而言，而候当表现或征象讲，也就是构成某一证型的症征。我们通常说要证候规范化、标准化，就是要确定各种证型的症征，使各种证名的诊断有明确标准。

按照现代中医学的约定：症即病状，包括症状与体征，是疾病表现的单个现象；病指病名，代表该具体疾病全过程的本质性特征；证指证名，是对疾病过程中一定阶段的本质所作的结论。

症、病、证三者，含义各不相同，但都统一于“疾病”的总概念之中，都是由疾病的病理本质所决定。症是辨病、辨证的主要依据，病的本质一般规定病的表现和证的变动。病代表疾病全过程的根本矛盾，证代表病变当前的主要矛盾。病的全过程可以形成不同的证，而同一证又可见于不同的病之中，因而病与证可理解为具有纵横交叉的相互关系。

四、病名诊断的意义

中医学历史上是重视病名诊断的。在中医历代医籍中，记载有大量的病名，如《诸

《病源候论》就将黄疸分为二十八候，《圣济总录》更有九疸、三十六黄之分。不少中医病名的命名也非常科学，如破伤风、天行赤眼、鹅口疮、舌菌、阴吹等，精炼准确，见名知义，易于掌握。有的病名如痢疾、霍乱、疟疾、白喉、癫痫、哮喘、痛风、感冒、子痛、麻风等，一直为国内西医所沿用。

病名是中医在长期临床实践中产生和发展起来的重要概念，病人寻问所患为何病，疾病结论及证明所书为病名，临床各科教材及著作都是以病为纲。因此，病名是中医学学术体系的重要内容。

病名诊断是中医诊断不可缺少的部分，它不能由“辨证”或西医病名所替代，否则都必然难以按“病”的概念进行思维，从而影响诊疗效果。因为“辨病论治”的前提是正确的病名诊断，这样才能有针对性地选择适当方药，正如《旧唐书·许胤宗传》所说：“夫病于药，有正相当者，唯须单用一味，直攻彼病，药力既纯，病即立愈。”吴又可《温疫论》亦说：“能知一物制一气，一病只须一药之到而自己，不烦君臣佐使品味加减之劳矣。”又如对于消渴病的诊断与预后，《外台秘要·消渴消中门》中即有尿甜的发现，《证治要诀·消渴》则指出：“三消久病而小便不臭反作甜，气在溺桶中滚涌，其病为重。”《医宗金鉴·消渴》指出消渴的并发症有“湿多舌白滑者，病久则传变水肿泄泻；热多舌紫干者，病久则发痈疽而死也。”这些都是对消渴病的特殊本质的认识。说明临床应当重视对病的本质的认识，而不能满足于只是辨证论治。

正由于每一种病都有各自的因机可查、规律可循、治法可依、预后可测，所以，应当高度重视病名诊断的临床意义。诚如朱肱《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，而处病不差矣。”叶天士《外感温热篇》亦说：“必灼见初终转变，胸有成竹，而后施之以方，”否则“前后不循缓急之法，虑其动手便错，反致慌张矣。”

五、症、病、证概念的混淆应纠正

既然症、病、证三者是密切相关，又有严格区别的不同概念，那么中医学就应当纠正症、病、证称呼混淆的现象，而使症名、病名、证名规范。

如内科所列哮证、厥证、痢证、虫证、淋证、痹证、痿证，儿科的疳证，耳鼻喉科的脓耳变证等，实际上都应是病名，或者是一大类病（病类）的概念，有的书甚至称疟疾、感冒、痢疾等为疟症、感证、痢证者，均属不妥，应明确其为独立的病而不是证。

虽然中医学有不少病名是据主症而命名，即所谓“症病名”，如麻疹、白喉、偏头痛、脱肛、遗精等，但当这一主症一旦作为病名时，它便成了该病本质的代名词，而不再是单个症状的概念了。所以，伤科的所谓平足症，眼科的蟹睛症、白涩症等，都不能称症而应属病。

诊断学中有所谓“舍证从脉”、“舍证从舌”的提法，既然证为疾病当前的病理本质，自然不能舍弃，可舍者只能是某个症状，因而宜改称舍症从脉、从舌。

《伤寒论》中所谓太阳病、阳明病等，实际上都不是指疾病的全过程，而只是疾病过程中某一阶段的病理变化，因而较接近证的概念，而不是真正独立的病种。

以往常将某病种的不同病因病性、不同表现，即不同的证，称作不同的病，如久疟、虚疟、湿疟、温疟、瘧疟、痰疟……，其实疟疾才是独立的具体病种，温、湿、痰等均属证的范畴，因而这些名称实际是证、病合称的“证病名”，不能将其一一视为独立的病。

六、中西医病名的主要异同

中、西医的病名，一般都是由一些基本因素（本质属性）的相互组合而构成的，这些基本要素主要是各种病因、病性（病理）、病位和病状。在病位方面，中西医的大体解剖名称是相同的，但中医学的认识较笼统而西医学的概念更精细，且在各组织器官的生理、病性（病理）方面，中西医理论体系有所不同。在病因、病性（病理）方面，中西医的概念基本不同；中医称风寒湿热、痰饮瘀血、阴阳虚实、劳瘵痹厥、痲疽疔毒等等，西医则称菌毒、变态、免疫、炎症、综合征、亢进、减退、衰竭等等，而气、血、水、脓、毒、火（炎）等，则中西医均可将其视作基本的病理（病性）改变。

对于疾病的命名诊断，西医有病因（原）性诊断、病理解剖性诊断、病理生理性诊断等，并且注意几个方面的结合而作出完整的诊断。因而其病名冗长、复杂、限定清楚，至于临床表现，西医虽视其为诊断的重要依据，但一般不作为诊断用词。与之不同，中医学将主症既视作诊断依据，又常直接用以组成病名，至于病因与病性、病位诊断，则并非每一病名所必备，而可通过辨证诊断来补充，因而中医病名显得极其精炼，并不是将所有本质属性概括无遗。西医命病名重菌毒、重病灶，而中医命病名重病状、重性理，并常结合时令等而命名，这是中西医在病名诊断上的主要差别，也是中西医病名难以一一对应的主要原因。

某些病原体所引起的疾病，尤其是许多传染病、寄生虫病等，如伤寒、霍乱、麻疹、鼠疫、白喉、百日咳、淋病、鼻疽、破伤风、麻风、狂犬病、蛔虫病、绕虫病、绦虫病等，中西医病名基本相同。分析其原因，可能是一个中西医认识互相渗透的过程，即根据某病的表现，先按中医诊断定名，然后寻找该病的病原体，并以中医名称对该病原体命名或译名，如麻疹病毒、白喉杆菌、淋病双球菌、疟原虫、破伤风杆菌等，从而使中西医病名及认识趋同。但中医名所指的病，如伤寒、淋病、霍乱等，常不限于该病原体所致疾患，因而这些病名的中西概念，又不完全相等。这些都可作为我们开展病名规范研究时的借鉴。

七、病名中存在的问题

中医病名有自己的优点和特色，但也不可否认，其中存在不少问题。在病名规范研究中，有必要加以认识，并予以改进。

1. 病、证、症概念的混淆 病、证、症在古代常无严格地区分，以致混淆互用，有病反称证者，如郁证、痛证、疟证等，有证反作病者，如痰饮、瘀血、气逆、气滞涩等。有的医书还将病、证作为互词，如尤在泾《伤寒贯珠集》曰：“伤寒一证，古称大病。”吴坤安《伤寒指掌·自序》亦曰：“世之伤寒，正病绝少，类证殊多，寒证绝少，热病殊多。”《诸病源候论》所列 1739 候，这些“候”是指病还是证，抑或是症，尚难说定。内、妇、儿科疾病，常以主症为病名，以致在很多情况下，其所指不知是病还是症，难以区别。

2. 一病多名，多病同名 如历节风就有历节、白虎、白虎历节、痛风以及鹤膝风、行痹、痛痹等名，痢疾又有肠癖、下利、滞下等称呼。张仲景既将“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风”，又将“半身不遂，或但臂不遂者”认为是“中风使然”，后人为加以区别，又有真中风、类中风、外中风、内中风、似中风之谓。淋病本指小便滴沥涩痛为主的病变，古代却又称之为癰，过去亦有将性病称为淋病者。

3. 病名的内涵与外延不够明确 有的病名由于对其概念缺乏明确规定，尤其对病情

的演变规律、与近似病种的鉴别等研究和阐述不够，因而对同一病人，各人的理解不一，论证不同，从而造成混乱、误解。如现在所指的脚气病，与唐以前所称脚气的含义相同，但宋元以降所谓之脚气，大约不过指寻常的脚痛、脚痹之类。又如“关格”，在《灵枢》中本指阴阳偏盛，不得相荣的病理概念，后来引伸为病名，称小便不通为关，呕吐不已为格，小便不通而呕为关格，其实即癃闭之类；又有指呕吐而渐见大小便不通为关格者；亦有以大便不通名为内关，小便不通名为外格，二便俱不通曰关格者。

此外，病种分化不够，不少属于主症性的病类名；病类与具体病名的概念混淆；有的病名过于隐僻，甚至理涉神怪；有的病种的子项分名过于繁杂；有的虽有名而无具体病情论述等，也都是古代中医病名中存在的问题。

八、中医病名混乱的因素分析

1. 缺乏统一的命名标准 中医学术已有数千年的历史，在古代不可能制订统一的疾病命名标准，每位医家只能根据自己的见解而给定病名。因而各种病名称谓，有恰当者，有不恰当者，有互相交错者，甚至有抵触矛盾者，其实不足为奇。

中医学对疾病的认识有一个发展过程，开始认识的一般只是症，后来才由症发展到对病的认识，然后进一步认识到一种病中有不同的证，这之间并无明显界限，因而症、病、证出现混淆，也是可以理解的。

2. 学术交流少而有流派之分 由于历史的局限，古代医家难以穷尽所有医籍及其所含病名，又无临床会诊的可能，因而学术难以交流，往往是各承师说，临症各定病名。如有的为了自己学术观点的需要，将所有的外感病都混称伤寒，以致伤寒病名，五花八门，应有尽有，难怪雷少逸《时病论》专有“辟俗医混称伤寒”之论，曰：“尝闻专治伤寒家，有温病伤寒、热病伤寒、痧病伤寒、疮疡伤寒等名。不知温病、热病皆伏气，痧因沙秽，疮因湿热，岂可混称为伤寒乎？尤其夹痰伤寒、夹食伤寒、夹气伤寒、夹血伤寒等名，揆厥由来？痰、食、气、血，是伤寒之兼证，又岂可混称为伤寒乎？……至时俗混称伤寒之证，更为不通，见初起呕吐者，谓为齁齁伤寒；泄泻者，为漏底伤寒；胁痛者，为刺肋伤寒；寒不甚寒，热不甚热，绵绵难愈者，为瘰疬伤寒，即徽俗谓之混沌伤寒。名目极多，难以枚举。”更有的医者，本来识病不真，而胡凑病名，正如吴鞠通《温病条辨·伪病名论》所说：“病有一定之名，近有古无今有之伪名，盖因俗人不识本病之名而伪造者，因而乱治，以致误人性命。”

3. 书目编纂造成的影响 不少医籍的书名虽称之为“病”，但在编辑上并非都能以具体而独立的病名为纲目，而是病、证、症、病类等混为一团，罗列各种名称，而对其间的关系、鉴别比较，则论述不够。如余云岫所编《古代疾病名候疏义》，共有703个名目，虽曰“病疏”，而实际上只是将《尔雅》、《说文》、《十三经》等书中有关疾病方面的字、词等进行注疏，其中大量的为症，若将其均作病名看待，则显然不妥。他如《诸病源候论》、《万病回春》、《杂病源流犀烛》、《万病验方大全》、《杂病广要》等书所列病目，也不全都是真正的病。读者若不究其实质，皆以病名对待，则难免临床上不造成病名混乱。

九、疾病命名的原则

进行病名规范研究，或是保留原有病名，或对原名予以修改、分化，或是重新定义，或是创立新名，其目的在于使病名更能反映该病的本质，有利于病种间的鉴别，提高病名诊断的实用价值。然而对于古代的万千病名，根据什么原则进行分析、取舍或修正？对

于新的病种，又根据什么原则确定其病名？《荀子·正名》指出：“名无固实，约之以命实，约定俗成谓之实名。名无固善，径直而不拂，谓之善名。必将有循于旧名，必将有作于新名。”“惟名以系实，实以覆名。”荀子关于事物命名的约定公义、径直不拂、沿用继承、创立新名、名实相符等这些原则，同样适用于中医病名规范的研究。

1. 继承为主 各种具体的疾病，大部分已为前人所发现，并赋予了当时认为是恰当的病名。因此，病名规范应以中医原有病名为基础，尤应注意继承和挖掘古代的善名。

对于历代沿用，并能说明该病之特征的病名，如落枕、交肠病、儿枕痛等，自然均可采用。某些病名虽不能直接说明该病的本质属性，但已习用公认者，如强中、下疳、风疖、脏躁、百合病等，仍可采用。

后世少用，而古代实际已有之病名，应注意加以发掘，不必重新定名，如逆生、肠覃、卑慄、胃缓、鼻息肉、肺胀、大瘕泄、气胎、蝶斑疮、肾劳等等，都是很好的病名，不可遗忘。尤应指出，现代临床各科，尤其是内科教材，所载病名甚少，而不少医生仅从其中选取病名，置许多具体病名于不用，因而古代许多好的病名有被遗弃的危险。

2. 切合临床 病名是医家对客观病情的抽象，它应当以临床实践为基础。由于古代认识水平的局限，有的将疾病命名建立在推导、类比的基础上，以致有的病名不一定有客观的疾病存在，如五脏咳、六腑咳、五疔、五崩、五膈、五噎、五脏疔、六经疔等，对于这诸多病名的判断取舍，都必须以临床实践作为基础，临床确有者肯定之，否则应予废弃。

古代因检测手段所限，不少病只能据其主症等而作笼统的病名诊断，如胃脘痛、瘕瘕、泄泻、崩漏等，其实这些名称可能实际上包含着多种不同的疾病，现在的认识已有很大的进步，若病名仍停留在原有水平，不予分化，则远不能满足当前中医诊断的实际需要。

3. 创新合理 人们对疾病的认识是在不断发展的，新的病种也会不断出现或被发现，因而旧的病名概念、分类系统不可能一成不变，创立新名、革新概念是势所必然。古代病名是古人创定的，现代的新病应当由今人来研究。

但是，在创立新的病名时，一是要查明以前是否确无其病，或者确无恰当的病名，若以前已有，则一般不宜另创，而应尽量尊重创始之名，若有不恰当处，则加以改进即可。二是新名要符合中医学理论体系，即与中医学的基本理论、诊疗知识相适应，而能为广大中医药工作者所易于理解、接受，并不致产生惰性思维。

对于病种的确立、分化，参照西医学的认识是有益的，但由于中西医理论体系的差异，故一般不宜直接沿用西医病名，否则名实难以相符，如隐窝炎、乳腺增生病、何杰金病等，其实中医已有肛痈、乳癖、恶核疔等颇为精当的名称，若舍中名而用西名，则很不恰当。当然，某些新病中医尚无合适病名可取时，如艾滋病、农药中毒等，中医用之亦未尝不可。对于那些中西理论、概念已趋统一的病名，如各种骨折、寄生虫病、气胸等，则无需名分中西，因其对中医诊疗思维并不产生不利影响。

4. 弃劣择善 当一个病有多个名称时，应选择最能反映该病本质，有利于病种间的鉴别，易为临床所掌握运用的名称作为正式病名，其余作为异名或舍弃，如肾囊痈显然要比子痈之名为妥，白睛溢血要比色如胭脂症之名为好。又如内眦处按之脓出，甚至红肿成疮成瘻的病变，有漏睛、漏睛脓出、窍漏、眦漏等名，由于“睛”、“窍”的概念较

“毗”为笼统，而“毗漏”之名既能指明病变的准确部位，又能说明病理性质，故宜作规范病名。

对于某些病名辞意隐僻，理涉神怪，病候不定，未能反映病的本质，含义不确切，甚至容易产生误解的病名，如“髓溢”（指牙齿日长，渐至难食）、“痢风”（指痢后发生的鹤膝风）、“肾岩”（实指阴茎癌）、“胞漏疮”（阴囊处起粟作痒，破流脂水）、“痰包”（实际仅指舌下囊肿）等，以及某些过于隐僻而不径捷的病名，如“人面疮”（肘、膝部生疮，溃后疮面如人面）、“上水鱼”（腮窝折纹两梢处的肿疡）、“马脾风”（小儿急喘）、“土疔”（即针眼）等，均应予舍弃，改用能反映其本质属性的病名。

总之，中医病名应坚持中医学的理论体系，以临床实践为基础，保持和发扬中医病名贵简明、重性状之特色。在原有病名的基础上，或保留沿用，或改造修正，或分化补充，或创立新名，或严格定义，通过吸取精华、革弊创新之分析整理研究，使中医病名达到科学、严谨、规范、公认、乐用之目的，使病名更能反映该病的本质，以提高疾病诊断的临床实用价值。

【古代文献】

一、疾病概念

《素问·疏五过论》：医工诊之，不在脏腑，不变躯形，诊之而疑，不知病名。身体日减，气虚无精，病深无气，洒洒然时惊，病深者，以其外耗于卫，内夺于荣。良工所失，不知病情，此亦治之一过也。

《儒门事亲·汗下吐三法该尽治病论》：夫病之一物，非人身素有之也，或自外而入，或由内而生，皆邪气也。

《医学源流论》：凡人所苦，谓之病。

《伤寒寻源》：所谓病者，悉由阴阳之偏也。仲景治病诸法，第就其阴阳之偏胜，济其偏而病自己。故有时阳气亢极，但用纯阴之剂，不杂一毫阳药，非毗于阴也，育阴正以济阳；有时阴气盛极，但用纯阳之剂，不杂一毫阴药，非毗于阳也，扶阳正以济阴。其有阴阳气虽偏胜，而尚未至于偏极者，阳药方中，必少加阴药以存津；阴药方中，必少加阳药以化气。虽有时寒热互投、补泻兼进，似乎处方之甚杂，其实原乎阴阳互根之理，济其偏胜以协于中。

《子午流注针经·流注指微针诗赋》：疾居荣卫，荣者血也，卫者气者，由肠胃受谷化血气所为也。上焦出气，以温分肉，而养筋通腠理；中焦出气如露，上注溪谷而渗孙脉。津液和调，变化而为血，血和则孙脉先满，乃注络脉，皆盈乃注经脉。阴阳以张，因息乃行，行有纪纲，周有道理，与天合同，不得休止，切而调之。调护失度，致生其疾。疾者，百病之总名也。百病之始，缘因风寒暑温饥饱劳逸而得之，或起于阴，或起于阳，所伤各异，虚实不同。或著孙脉，或著络脉，或著经脉，或著于冲、任脉，或著于肠胃之膜原，邪气浸淫，不可胜论。

《世补斋医书·不谢方》：疾病二字，世每连称。然今人之所谓病，于古但称为疾，必其疾之加甚，始谓之病。病可通言疾，疾不可遽言病。……病之为言，困也，谓疾至此困甚也。

《中国分省医籍考·江西省·医说》：邪气有所侵犯之谓病，正气有所亏虚之谓病。外

攘以克其邪之谓治，内修以复其正之谓治。精于察脉，精于辨证，以究其病，而或短于治者有焉。脉证病俱善而又善于治，此医岂易遇哉！

《医权初编》：脏气之偏者为病，药气之偏者为毒。

《清代名医何元长医案·疟疾门》：夫“疾”、“病”、“证”、“候”，先世之遗言也。疾字从矢，谓六淫之中人也，此外因也；病字从丙从内，谓之从五脏者，其蒸徐徐，与七情比而为祟，此内因也；证字从干，证之证如病在太阳而头痛者，病在阳明而齿痛者，皆证也；候之为言，每一疾病俱有几候，即以中风一病而言，凡有三候，有中脏候，有中腑候，有中血脉候。

《医学源流论·知病必先知症论》：凡一病必有数症，有病同症异者，有症同病异者，有症与病相因者，有症与病不相因者。盖合之则曰病，分之则曰症。

《理瀚骈文·序》：人在气交之中，凡呼吸吐纳之气，皆天地之元气也。其或疾风暴雨，祁寒溽暑，山岚瘴疠之所触连，以及情志之自贼，饥饱劳役之伤，卒暴之变，元气因之而戕，则病生焉。

二、疾病命名

《素问·评热病论》：黄帝问曰：有病温者，汗出辄复热，而脉躁疾不为汗衰，狂言不能食，病名为何？岐伯曰：病名阴阳交，交者死也。

《素问·腹中论》：黄帝问曰：有病心腹满，旦食则不能暮食，此为何病？岐伯曰：名为鼓胀。……帝曰：有病胸胁支满者，妨于食，病至则先闻腥臊臭，出清液，先唾血，四肢清，目眩，时时前后血，病名为何？何以得之？岐伯曰：病名血枯，此得之年少时，有所大脱血，若醉以人房，气竭肝伤，故月事衰少不来也。

《素问·奇病论》：帝曰：病胁下满气逆，二三岁不已，是为何病？岐伯曰：病名曰息积。……帝曰：人有身体脾股骭皆肿，环脐而痛，是为何病？岐伯曰：病名曰伏梁。……帝曰：有病口甘者，病名为何？何以得之？岐伯曰：此五气之溢也，名曰脾瘴。……帝曰：有病口苦，取阳陵泉，口苦者病名为何？何以得之？岐伯曰：病名曰胆痹。……帝曰：人生而有病颠疾，病名曰何？安所得之？岐伯曰：病名为胎病。

《素问·长刺节论》：病在少腹，腹痛不得大小便，病名曰疝，得之寒……。病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹……。病在肌肤，肌肤尽痛，名曰肌痹……。病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹……。

《难经·五十六难》：五脏之积，各有名乎？以何月何日得之？然。肝之积名曰肥气，……心之积名曰伏梁，……脾之积名曰痞气，……肺之积名曰息贲，……肾之积名曰贲豚。

《难经·五十七难》：泄凡有几，皆有名不？然。泄凡有五，其名不同。有胃泄，有脾泄，有大肠泄，有小肠泄，有大瘦泄，名曰后重。

《时病论·辟俗医混称伤寒》：尝闻专治伤寒家，有温病伤寒、热病伤寒、痧证伤寒、疮疡伤寒等名。不知温病、热病皆伏气，痧因沙秽，疮因湿热，岂可混称为伤寒乎？尤其夹痰伤寒、夹食伤寒、夹气伤寒、夹血伤寒等名，揆厥由来！痰、食、气、血，是为伤寒之兼证，又岂可混称为伤寒乎？……至时俗混称伤寒之证，更不为通，见初起呕吐者，谓为齱齱伤寒；泄泻者，为漏底伤寒；胁痛者，为刺胁伤寒；寒不甚寒，热不甚热，绵绵难愈者，为瘧疫伤寒，即徽俗谓之混沌伤寒。名目极多，难以枚举。

《温病条辨·伪病名论》：病有一定之名，近有古无今有之伪名，盖因俗人不识本病之名而伪造者，因而乱治，以致误人性命。

《金匱篇解》：中医最难整理者莫如病名，一病数名，一名数称。初学之士，其不蹙额疾首者几希！皆缘著书漫不措意，随意定名。若循名以求病，必多错误。欲救其弊，惟有以病求名，以证定法，最为适当。

《寓意草·先议病后用药论》：从上古以至今时，一代有一代之医，虽神圣贤明，分量不同，然必不能舍规矩准绳，以为方圆平直也。故治病必先识病，识病然后用药，药者，所以胜病者也。识病，则千百药中，任举一二种用之且通神；不识病，则岐多而用眩。

《寓意草·与门人定义病式》：依经断为何病者，名正则言顺，事成如律度也。

《侣仙堂类辨·问因论》：盖得其因，则能定其名，能定其名，则知所以治也。

《医经精义·谢利恒序》：仆于中国医学源流论中，曾言中西汇通为今后医家之在业。然其人必深通西洋医术，又真能读中国之古书，详考脉症，确知中国古人所谓某病者，即西洋所谓某病，或某与某病确有相同之处。……盖中西医学，立说不同。生理之名词，既有出入；病理之推求，更有细菌、六淫之异。故据疾病以言名，则名不同；以言因，则因不同；以言理，则理亦不同。倘非中西各有深刻之研究，乌能实现汇通之道哉！

三、疾病分类

《素问·热论》：今夫热病者，皆伤寒之类也。

《难经·五十八难》：伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病，其所苦各不同。

《诸病源候论》：风病诸候，虚劳病诸候，腰背痛诸候，解散病诸候，伤寒病诸候，时气病诸候，热病诸候，温病诸候，疫疠病诸候，疟病诸候，黄病诸候，冷热病诸候；气病诸候，脚气病诸候，咳嗽病诸候，淋病诸候，小便病诸候，大便病诸候，五脏六腑病诸候，心痛病诸候，腹痛病诸候，心腹痛病诸候，痢病诸候，湿蠱病诸候，九虫病诸候，积聚病诸候，癥瘕病诸候，疝病诸候，痰饮病诸候，癖病诸候，否噎病诸候，脾胃病诸候，呕哕病诸候，宿食不消病诸候，水肿病诸候；霍乱病诸候，中恶病诸候，尸病诸候，注病诸候，蛊毒病诸候；血病诸候，毛发病诸候，面体病诸候，目病诸候，鼻病诸候，耳病诸候，牙齿病诸候，唇口病诸候，咽喉心胸病诸候，四肢病诸候；瘰疬等病诸候，丹毒病诸候，肿病诸候，丁病诸候，痈疽病诸候，癰病诸候，痔病诸候，疮病诸候，伤疮病诸候，兽毒病诸候，蛇毒病诸候，杂毒病诸候，金疮病诸候，腕伤病诸候；妇人杂病诸候，妇人妊娠病诸候，妇人将产病诸候，妇人难产病诸候，妇人产后病诸候；小儿杂病诸候。

《医学纲目·序例》：凡治法皆以正门为主，枝门旁考之。假如心痛门为正门，其下卒心痛、胎前心痛、产后心痛等枝门，皆以心痛正门治法为主，其卒痛、胎前、产后则旁考以佐之也。

《景岳全书》：伤寒典：伤寒总名，风寒辨，六经证，传经辨，阴证阳证辨，三阳阳明证，两感，表里辨，三阳阴证辨，温病暑病。杂证谟：诸风，非风，厥逆，伤风，风痹，汗证，痉证，瘟疫，疟疾，瘴气，寒热，暑证，火证，虚损，劳倦内伤，关格，饮食，脾胃，眩运，怔忡，不寐，三消，咳嗽，喘促，呃逆，郁证，呕吐，霍乱，恶心，吞

酸，反胃，噎膈，嘈杂，肿胀，积聚，痞满，泄泻，痢疾，心腹痛，胁痛，腰痛，头痛，面病，口舌，眼目，耳症，鼻症，声暗，咽喉，齿牙，遗精，淋浊，遗溺，血证，痰饮，湿证，黄疸，脚气，痿证，阳痿，疝气，脱肛，癫狂痴呆，癱闭，秘结，诈病，疔风，诸虫，诸毒，诸气，死生。妇人规：经脉类，胎孕类，产育类，产后类，带浊遗淋类，乳病类，子嗣类，癥瘕类，前阴类。小儿则：撮口脐风，惊风，急惊风，慢惊风，大惊卒恐，惊啼，发搐，夜啼，发热，外感发热，内热证，吐泻，霍乱吐泻，吐乳，腹胀腹痛，痞块，癩病，溺白，变蒸。痘疹论：麻疹，痘疮。外科铃：肿疡，溃疡，疮疡，发背，脑疽，耳疮，鬓疽，疔腮，瘰疬，疔疮，时毒，肺痈肺痿，乳痈乳岩，胃脘痛，腹痛，肠痈，附骨疽，臀痈，流注，鹤膝风，多骨疽，下疳疮，便毒，杨梅疮，囊痈，悬痈，脱疽，脚发，足跟疮，肾脏风疮，膝疮，天泡疮，赤白游风，翻花疮，痔漏，跌打损伤，杖疮，破伤风，类破伤风，斑疹丹毒，瘤赘。

《杂病广要》：外因类：中风，中暑，中湿，中寒，疟，瘧（附. 破伤风），历节，脚气。内因类：虚劳，骨蒸，水饮，痰涎，水气，胀满，积聚，寒疝（附. 瘕病），奔豚气，黄瘕（附. 黄胖），消渴（附. 强中），痼冷积热，恶寒发热，汗证。诸气病。诸血病：吐血，唾血，咳血，血衄，鼻大衄、九窍四肢出血，眼衄，舌上出血，齿间出血，肌肤出血，小便血，大便血，瘀血。脏腑类：脏腑总论，癫狂，惊悸，健忘，不眠，嗜眠，霍乱，关格，脾胃病，伤食，伤酒，呕吐，哕，恶心，噫醋，嘈杂，痞满，膈噎，虻虫，胃脘痛，泄泻，咳嗽，喘（附. 短气少气），暗，肺痈，滞下，大便不通（附. 大便失禁），大小便不通（附. 交肠），肠痈，痔（附. 脱肛），遗精，赤白浊，小便多，小便不通，淋病。身体类：痹（附. 舌麻），痿（附. 阴痿），厥，头痛，眩运，胸痹心痛，腹痛，胁痛，腰痛，身体痛（附. 身麻），肩背痛，臂痛（附. 臂细），四肢诸痛，疔。

《六气感证要义·凡例》：外感之证，不出风寒暑湿燥火六气。曰伤寒者，对杂证而言之。若对内伤而言，则伤寒亦同为外感。

【研究进展】

一、病名研究的概况

中医诊断应包括病名和证名诊断，而病名与证名的判断都主要是以症状和体征作为依据。因而在中医学中，有疾病、病名、证候、证名、病状、病类等概念，且常常混淆不清。80年代初，卫生部原中医司将中医病证规范列入重点科研课题以来，各地在规范化研究方面进行了大量的尝试。1990年6月，中国中医学会在长沙召开的“全国中医病名证候规范化研讨会”期间，通过对460余篇应征论文的评审，并听取了60余位与会代表的发言，会后以会议秘书组的名义发表了“研讨会纪要”，对病、证规范化研究进行了总结交流。

经过许多专家的多年辛勤钻研，尤其是国家中医药管理局医政司的领导与组织、支持，使中医病名与证名规范研究在许多方面都已取得了一些可喜的阶段性的成果。《中国医药学报》、《中国中医药信息》、《北京中医药大学学报》、《辽宁中医杂志》、《中医诊断学杂志》等均开辟了专题讨论。现在国家中医药管理局主持制定的中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》，中华人民共和国国家标准《中医病证分类与代码》相继公布。最近又制定了中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》，已正式颁发实施，其中对病名、

证名等有较为完整、系统的规定。

二、疾病的分类

分类是认识客观事物发展的必然手段之一，通过分类可使知识系统化，可以得知该门科学系统有关事物的相互联系和发展变化，启发发现新事物。疾病诊断实际上就是要把各种各样的病变从“疾病”这个总概念中分别开来，因而从某种角度来讲，医学是分类的学问。

疾病分类无论在理论上或实践上都是一个复杂的问题，“国际疾病分类（ICD）”，从1893年制订以来，约每10年进行一次修订，现已致ICD-10。我国接受ICD较晚，80年代开始，现已在全国推广，但尚未编制出ICD的中国适用本。

中医学以往也有疾病分类，病名规范必然要涉及到分类的问题，因而有必要在了解疾病分类的历史，明确分类的规则，比较各种分类法的利弊的基础上，探讨新的疾病分类框架。

1. 分类的规则 科学分类的根据是事物的本质属性，即把事物根据一定的标准按照同样的特性组织在一起，但是事物的本质属性可有多个方面，因而可根据需要或认识角度的不同，而提取特性作为分类的依据，所以，任何分类方法都不是尽善尽美、概括无遗的。

疾病的分类，应当遵循划分的一般规则，主要包括：①划分的标准必须统一，否则就会混淆根据；②划分的子项必须互斥，即不能互容，否则便难以鉴别；③划分的母项与子项必须相称，否则会多出子项或划分不全；④划分必须按层次逐级进行，不能超级划分。

具体地说，中医疾病分类，应注意以下问题：

(1) 明确概念与标志：《荀子·正名》指出：“故万物皆众，有时而又欲遍举之，故谓之物。物也者，大共名也。推而共之，共则有共，至于无共然后止。有时而又偏举之，故谓之鸟兽。鸟兽者，大别名也。推而别之，别则有别，至于无别然后止。”这就是说，事物有共性和个性，用共性归类事物，大至无共为止，用个性分别事物，小至无别方止。

疾病是总概念，其下可分若干大类，大类再分小类，然后才是具体的病种，而有的病种又可分为若干型或者分病。在这里，“病类”与具体“病名”是不能混淆的概念，应该严格区分。在医籍中与临床上，虽都称之为“病”，但病类只是归类病种，如胃病、牙病、月经病、肛门病、春温、风温、暑温，下至所谓血证、虫病、厥证、痰饮、脱位、淋病，上至温病、伤寒病、杂病、久病、急性病、外科病、妇科病等，都是不同性质、级别的病类概念，不能用以作为临床诊断名称。只有诸如感冒、疟疾、蛔虫病、痢病、疝痹、阴挺、肱骨骨折、沙眼、喉暗、鼻渊等具体病名，才是独立病种，才能正式作为诊断名称。急喉暗、慢喉暗，疫毒痢、休息痢、间日疟、正疟、痛痹、着痹、行痹等，则是具体病种下面的分病名，亦可作为正式诊断名称，且更为具体。

(2) 划分的标准必须统一：对各种各样的疾病，如何对其分级归类？每一级以什么作为划分的标准？这是在疾病分类研究时，必须首先考虑到的。每一级的划分标准必须统一，这是一条规则，否则就会造成“混淆根据”，就会导致将某病或子类病既可划属此，又可归入彼。

如《杂病源流犀烛》将所有疾病分为脏腑门、奇经八脉门、六淫门、内伤外感门、面

部门、身形门等六大部分，不仅既有按部位分，又有按病因分的弊端，而且互相混淆而难以划分，如感冒是归于六淫门，还是归入外感门？这是因为同级的划分标准不同所致。

又如《圣济总录》将各科病证分为六十多门，如诸风门、寒伤门、肝脏门、胆门、消渴门、胸痹门、大小便门、面体门、眼目门、妊娠门、小儿门……，这就更是将病因、脏腑、部分、器官、医学分科、病种等混同并列了，划分的标准极不规范。

当然，仅按某一个特性作为划分的标准，往往难以概括全面，总会有一些无法归类的中间环节。其处理办法一般可用“其他”、“杂项”、“特列”等形式解决，而不允许同级有多个标准并存的现象。

(3) 划分的母项与子项应当相称：划分的母项与子项相称，就是说母项的外延等于各子项之和，各个子项都应符合母项的内涵。

如内脏痿病类是指多因久病正虚，或年老体弱，内脏失却温煦濡养，以致脏器萎缩，气机痿弱的一类慢性虚弱性病变，因而内脏痿就应当包括肺痿、胃痿、脾痿、脑痿等子项之痿病，否则就会遗漏子项，出现“划分不全”；而各子项之痿病都应符合母项内脏痿的规定，否则就不应当将其纳入。

由于新的病种的出现，医学认识的不断发展，因而划分不全的现象是会时常存在的，但对疾病进行分类时，应尽量将现有病种归纳得完整、准确一些，并及时进行补充、修改。若是子项不合母项的内涵，则应特别引起重视，最好能修正子项的名称，或更改归属，如《金匱要略》将黄汗划归水气病类就有不妥；又如将针眼称作土疳则容易将思维引入“疳”病的歧途。

2. 分类轴心的选择 要建立一个分类系统，必须对事物的特性有所了解，选择恰当的特征作为分类的轴心（或称依据）。选择轴心的主要因素，一是事物的哪种特性（如疾病的病因、病位、临床特征等）最能可靠的收集、说明事物的本质；二是分类的目的性（如指导就诊分科、病案分类统计、科学研究等）。

评价分类系统的标准，一般应考察其先进性—能反映本门科学当代认识发展的先进水平；准确性—类与类之间彼此独立、互斥、不互含；本质性—最有利于反映事物的本质特性；一致性—所有同义语应能编于同一类；详尽性—同类之子项尽力包括齐全，“杂项”越少越好；适合需要—有利于达到分类的目的；适合来源—有利于对原始材料的充分利用。

事物的命名与事物的分类密切相关。一般而论，命名法一方面指导事物命名，同时又是分类法的基础。因为事物应根据一定的法则而命名，各种事物名称不同，则可分属不同的类。于是命名法在一定程度上可起到分类法的作用。

由于中、西医学理论体系、疾病名称不同，因而中、西医学的疾病分类也不尽相同。但是中、西医学均存在着疾病分类原则不一、分类粗细不等、划分不全等问题，从而形成多轴心分类、一病可划归多处等矛盾。

西医的病名诊断，包括病因、病理生理、病理解剖等内容，于是对疾病就可分别选择病因、病位、临床特性、病理等作为分类的轴心，而每一分类轴心都各有利弊，都不能满足疾病分类法各方面的需要。因此，国际疾病分类（ICD）也是利用混合轴心进行分类。

以往之中医病名，多数是以病因、病位为词头，病性、病状为词尾，如风温、痰喘、

肺痈、耳衄等，也有单以病因、病理、病位等而命名者。因而中医的疾病分类同样可以选择病变位置（如肺系、心脉、肝胆、五官等）、病理性质（如劳、癆、厥、郁、骨折、疔、疖、翳等）、病状特征（如痛、水肿、出血、疸等）以及病因等作为轴心。同样各有利弊，均非尽善之法。

此外，中、西医都有按医学分科而对疾病进行分类的方法，如内科疾病、外科疾病、眼科疾病等。

3. 中医疾病分类的不同框架 在中医病名规范研究中，对疾病的分类已有多种意见。

欧阳锴研究员主编的《临床必读》，系先分科，再分类，即：内科分四时病类、时行病类、温毒病类、头痛眩晕病类、咳喘病类、胸痛心悸病类、神志病类、厥逆闭脱病类、虚劳病类、斑疹出血病类，痹痿病类、黄疸消渴病类、呕逆胀满病类、肿胀病类、疝瘕积聚病类、癌瘤类、大便异常病类、小便异常病类、遗精早泄病类、虫病类、地方病类；外科分疔病类、痈疡病类、疽病类、疔病类、流痰流注病类，疮病类、风癣病类、瘰疬病类、外伤病类、肛肠病类；妇科分月经病类、带下病类、妊娠病类、临产病类、产后病类、妇人杂病类；儿科分新生儿病类、四时瘟疫病类、咳喘病类、吐泻病类、惊痫病类、佝偻病类、小便异常病类、虫积病类、出血病类、其他病类；眼科分胞睑病类、白睛病类、两眦病类、黑睛病类、内障病类、其他病类；耳鼻喉科分耳病类、鼻病类、咽喉病类、口腔病类；骨伤科分骨折类、脱位类、伤筋类、内伤类。

张震研究员主编的《中医疾病整理研究》，首按外感、杂病、外伤分篇。次按病性、科属分章，再按病类分节。即：第一篇外感，下分伤寒病，温热病（含温病类、热病类），时令病（含感冒类、暑邪类、疟疾类、痢疾类、霍乱类），瘟疫病（含瘟病类、疫病类、其他类），地域病等五章；第二篇杂病，下分内科病（含风病类、痉病类、著病类、消渴类、痛病类、痹病类、癩病类、狂病类、积聚类、痞病类、癖病类、癥病类、瘕病类、痿病类、厥病类、水病类、历节类、淋病类、浊病类、郁病类、极病类、气病类、湿病类、绝病类、胀病类、痰饮类、结胸类、泄泻类、黄疸类、斑疹类、眩晕类、惊恐类、咳嗽类、哮喘类、汗病类、噎膈类、瘰疬类、瘤病类、瘰疬类、虚劳类、虫病类、血病类、卒中类、痧病类、其他类），外科病（含疮病类、痈病类、疽病类、瘰疬类、疔病类、发背类、毒病类、丹病类、疔病类、疡病类、疔病类、痔病类、其他类），妇产科病（含月经病类、妊娠病类、乳房病类、产后病类、带下病类、前阴病类、其他病类）、儿科病（含胎病类、疳积类、惊风类、痧痘类、脐病类、发育类、其他病类），五官病（含眼病类、耳病类、鼻病类、喉病类、齿病类），皮肤病（含癣病类、疥病类、疣病类、其他类）等六章；第三篇外伤，下分骨伤、金创、跌挫伤、虫兽伤等四章。

台湾卫生署 87 年拟订中医临床分为九大类别专科。即：中医内科（下分心脏内科、肝胆内科、胃肠内科、肺脏内科、脑脊内科、泌尿内科、神经精神内科、风湿内科、内伤内科、中风内科），中医儿科，中医妇科，中医外科（下分皮肤外科、疮疡外科等），中医伤科（下分外伤挫伤科、接骨脱臼科等），中医耳鼻喉科，中医眼科，中医痔科，针灸科。

以上所选几家之见解，应该说各有一定依据，但因疾病分类上存在的固有矛盾尚难克服，所以这些分类法也必然还有不足之处，并且很难评判孰优孰劣。

4. 《中医临床诊疗术语—疾病部分》的疾病分类 对各种疾病可按病因、病性(理)、病位、病状、临床分科等分类而有多个轴心,或者综合运用而为混合轴心。中医疾病分类的基本轴心主要应是两种,一种是以病变部位(多为病名之词头)为主的分类法,一种是以病理性状(多为病名之词尾)为主的分类法。

中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语—疾病部分》的分类为:①传染病、寄生虫病类;②脑系病类;③心系病类;④肺系病类;⑤脾系病类;⑥肝系病类;⑦肾系病类;⑧男性前阴病类;⑨颈瘰病类、乳房病类;⑩疮疡病类;⑪皮肤病类;⑫妇女经、带、杂病类;⑬胎、产及其疾病;⑭新生儿病、小儿特发病;⑮眼病类;⑯耳鼻咽喉口齿病类;⑰肛肠病类;⑱躯体痹、痿、瘤等病类;⑲时行病、中毒及其他病类;⑳症状性名称。

骨伤科疾病因已采用现代解剖名称命名,故未纳入。

这种分类是采用以部位脏器为主的综合分类法,并且考虑到了临床分科归类的特点。

这种疾病分类与国际疾病分类的思路靠近(国际疾病分类的类目为:第一章传染病和寄生虫病;第二章肿瘤;第三章内分泌营养和代谢疾病及免疫疾患;第四章血液和造血器官疾病;第五章精神疾患;第六章神经系统和感觉器官疾病;第七章循环系统疾病;第八章呼吸系统疾病;第九章消化系统疾病;第十章泌尿生殖系统疾病;第十一章妊娠、分娩和产褥期的并发症;第十二章皮肤和皮下组织疾病;第十三章肌肉骨骼系统和结缔组织病;第十四章先天异常;第十五章起源于围产期的若干情况;第十六章症状、体征和不明朗的情况;第十七章损伤和中毒)。

当前中医内、妇等科所列病症,约有半数实际上是主症,或为病类概念,均可见于多种疾病。故该分类最后列有症状等不确定情况,当临床对某病的诊断暂不能确定时,可以“××待查”的形式作为暂时性诊断,并进行辨证论治。

三、病名的分化与定义

以往内妇儿等科的所谓“病”,实际上大部分属于“病类”的概念,如风温、温毒、伤寒、痹证、厥证等,各自都包括多种具体病种;或者是以主症(或体征)作为辨证论治的基本纲目,如咳嗽、发热、胃脘痛、泄泻、带下、崩漏等,其实都不是指某一具体的病,而是多种病共有的突出表现;有的书虽将疔、痢、痛、哮等作为病类对待,其下分若干病名,但实际上则只是一种病的不同类型或证候,内科病名中真正可视为具体和独立病种者很少,仅有感冒、肺痈、肺癆、胸痹、消渴、癰、痢、霍乱、疟疾等名。

因此,病种的分化势在必行。病种的分化、更名,则必然要对重新给定的病名作出恰当而准确的定义。

1. 主症可否作为病名 病名是医学上对疾病本质认识所作的概括。疾病的本质一般应包括致病因素、病理性质、主要症状或体征、演变规律及预后等。在一个用词很简短(常为1~4个字,一般为2个字)的中医病名中,要全面反映出该疾病的所有本质属性是很困难的,因而实际上往往只能提取其中某一、二个本质属性作为疾病的病名。

以疾病独特的致病因素、内在的病理性质作为病名,固然是好的,但应该看到,无论是中医学或西医学,对疾病的认识水平,至今仍然还是比较肤浅的,或者说不完整的。如疾病的形成往往是多因素的影响,病理变化往往涉及多个层次结构,单一病因、局部病变的结论不一定正确。对许多疾病的病因、病理,并没有真正、完全认识。因此,对

于疾病的病名，事实上很多是以其所反映的主要征象—症状或体征—进行命名的。如麻疹、白喉、顿咳、肛痿、高血压病、糖尿病，各种骨折等，其病名都没有脱离症状或体征。

症状与体征，在对疾病诊断的意义上，既有相同之处，又有不同之处，其同就在于都是疾病所反映的现象，医生通过对这些现象进行逻辑思维。其异就在于症状是病人的主观感觉，这种感觉有真切、灵敏的一面，现在能将生物信息还原为理化信息者仍然不多、不易，以致目前对病人的许多自觉症状，如痛、胀、酸、麻、晕等，尚缺乏很科学而简便可靠的检测方法，但又不可否认这些感觉的真实存在。然而干扰感觉的因素很多，如各人可有不同的阈值范围，尤其是容易受到心理因素的影响，因而显得不够客观，缺乏明确的定性定量标准。体征是可由医生检测得到的客观表现，并可借助仪器扩大或延伸人体感觉的认识范围，因而对体征的认识可以较为精细、准确。在临床诊断时，应当将症状与体征等综合起来进行分析判断。

以往的中医学病名中，尤其是内、妇、儿科疾病中，不少是以主症作为“病名”，如眩晕、腹痛、心悸等。严格地说，这些都确实只是症，而不是真正的病，因为它只是疾病的现象，而不是内在本质。在每一个主症中可能包含着多种不同的病变，如肺痿、肺癆、肺痈、肺癌、哮喘……，都可有咳嗽的主症；腹泻可见于痢疾、肠癆、大瘕泄、霍乱、肠痈……等疾病之中。从这点来说，如果简单地将主症一概作为病名，显然是不够严谨的。

然而，若认为主症一概不能作为病名，而必须以疾病内在的病理本质做为病名的话，那也是不符合中医学当前的客观实际的。同时，主症也是疾病的本质属性之一，以主症作病名并且有利于临床的掌握和运用。西医学的心绞痛、小舞蹈病、硬皮病、肢端肥大症、躁狂抑郁症、尿崩症等，同样是以主症（征）作为病名，麻疹、白喉、消渴、痢疾等，其实也属主症（征）性病名，谁也没有对其合理性提出疑义。因此，不能简单认为中医学以主症作病名为不科学。

实际上，病名只是客观疾病的一个代名词，西医学有不少是以洋人名字命作病名者就是其证，所以问题的实质并不在于主症能否作为病名，而关键在于能否对其作出准确的定义，并从概念、标志上严格区分该主症是独立作为病种的名称，抑或仍只是作为症状。

在病名规范研究时，对于涉及病种较少、特征明显、界定清楚的主症，如呃逆、黄汗、遗精、阳痿、厌食、遗尿等，可直接定名为“病”；对于涉及病种较多的主症，如腹痛、胃脘痛、咳嗽等，则应尽可能地将其病种进行分化，并逐一作出严格定义，指明其内涵，规定其外延，而不是笼统地以主症作为病名。同时，仍可保留常见主要症状，如心悸、眩晕、泻泄等，作为病种尚未确定时的暂时性诊断使用，并用以指导辨证论治。但在临床应用时，要尽量争取作出因性病名诊断，而不以主症待查之类的诊断形式为满足。

2. 病名分化的必要性 由于中西医是不同的医学体系，因此保留中医学的病名是十分必要的，然而现有中医临床各科教材总计才有 500 种左右的疾病名称，尤其是内科杂病仅列 49 种，确实显得不够，且其中不少是属于病类名称，或仅为主症性病名，确非真正独立的病种，对于不同的疾病，难以从全过程的角度深刻提示其特殊本质。因此，中医病名的分化是非常必要的，中医诊断不能永远停留在主症性或病类性病名诊断的水平

之上。

国际疾病分类 (ICD——9) 已收疾病名称 54000 多种 (含某些不正规的名称)。早在《诸病源候论》中便收载病变 1739 候, 张震研究员主编的《中医疾病的整理研究》(内部资料) 共收病名 3744 种, 其中虽不少同病异名和重复名称, 或仅是证候而非独立的病种, 但可肯定中医内科疾病决不只是数十种。因而病名的分化是客观的需要, 也只有分化才能与国际上对疾病分类是由简到繁、由粗到细的总倾向保持一致。

其实有些病中医学虽将其归于一类, 但亦认识到其间的差异。如“水肿”现一般视作一病, 其实为水肿病类, 并非单一病种, 早在《金匱要略》就有风水、皮水、正水、石水、心水、肺水、脾水、肝水、肾水等之分。在病名规范时, 如果我们据此而对各种水肿的病位、病性加以区别, 分为若干具体病种, 并给予严格定义, 那就既不是简单地取消水肿的概念, 而以肾炎之类病名相替代, 并且又加深了对疾病本质的认识, 而不至于笼统地称之为水肿, 既保持了中医学的理论特色, 更不会在名与实上出现“肾炎不炎”的悖论, 且有利于中西医学的对照、结合。

又如所谓“厥证”, 《内经》便已区分为尸厥、气厥、风厥、阳厥、骨厥、寒厥、热厥、煎厥、暴厥、薄厥等名。《素问·痹论》等书中早已将“痹证”分为风寒湿痹、周痹、众痹、血痹、五脏痹等名称, 这说明各科疾病病名的分化, 也是有基础的, 是完全可能的。古人已尽可能对症状性名称进行了分化, 而如果现在仅以水肿、厥证、痹证等诊断为满足, 则显然不合时宜。

实际上不少疾病的中西医认识在本质上无多大区别, 只是称谓有别, 同时由于中医学重辨证, 而对病名未加考究, 或受检查手段的局限, 对病位等还分辨得不够细致, 如各种“癆”、“癧(岩)”病的命名等, 今若将其结合病位而对其病种进行分化, 使认识判断更精细、更准确, 则不仅不会对中医诊疗思维产生负迁移, 并且有利于认识的深化、学术的发展。

既然要分化病种, 势必要增加一些新的病名, 除了尽量继承古代已有之善名而用之以外, 创立新的病名也是允许的, 只是要作到合理、准确。其实既然古代医家能够创立出千百种名称, 那么现在为达到分化病名, 使之有利于诊断与鉴别, 而改造、新创一些病名又何偿不可。

3. 病名分化的方法及举例 为了既保持中医学的特色, 而又使病名得以分化、具体, 可有以下措施:

一是参照西医学的病种, 而扩展中医学的鉴别分化认识。因为西医学所列病种较齐全, 区分较细, 鉴别较明显, 可补中医认识之不足。但对其病种要用中医术语定名, 否则名称与理论便难以相符, 甚至产生诊疗思维的负迁移。如可考虑将肾结核、肠结核分别称为肾癆、肠癆, 将非特异性溃疡性结肠炎定名为大瘕泄 (按: “大瘕泄”之名出自《难经·五十五难》, 有人认为即指痢疾, 但《医贯》认为是一种似痢证。用大瘕泄命名该病正好合拍, 盖“大”者病位在大肠, “瘕”者假也, 似痢而非痢, “泄”者言其主症), 将肠道阿米巴定名为奇恒痢 (按: 非通常之痢疾也) 等。这样, 即保持了中医病名的特色, 又可将许多具体病种分化开来, 而不致再笼统地称作癆病、胁痛、腹泻等名。

二是充分运用病理类别与具体病位间的共性与个性关系, 进行推导以扩充病名。如“虚劳”实际为病类概念, 是对各种虚损进行辨证论治, 并非独立的具体病名。我们在病

名分化时，则可将虚损为主要特点的疾病归入“虚劳病类”，并具体分为神劳（神经衰弱）、髓劳（再生障碍性和再生不良性贫血）、血劳（缺铁性、失血性贫血等）、瘵劳（甲状腺机能减退）、肾劳（肾上腺皮质机能减退）等。又如中医有“郁证”之名，并有气、血、痰、火、湿、食六郁之分，然皆属辨证的概念，根据“郁”乃情志拂郁而气机郁滞之义，可考虑设“郁病类”病变，所指相当于神经官能症、抑郁症、轻度的反应性精神病、植物神经功能紊乱等病症。并可分为神郁、心郁、胃郁、肠郁、脏躁、百合病等具体病种。这样，既有病类的共性，又有各病不同特点，从而有利于加深对疾病本质的认识。

三是充分运用中医学的病理名词，对主症所见的常见病变进行区分。如“胃脘痛”的常见病种可有胃溃疡（胃及十二指肠溃疡）、胃痞（萎缩性胃炎）、胃胀（肥厚性胃炎）、胃缓（胃无力、胃下垂）、胃癌、胃石、胃瘕（急性胃炎）、蛔厥（胆道蛔虫）等。又如食道癌、贲门痉挛等，临床较常见，中医以往一般皆称为噎膈，且进食梗隔的原因尚有其他，而癌与非癌其本质大不相同，因此，若将食管癌独立命名，而将贲门痉挛称作食管痹，将食管的炎性病变称作食管瘕，而只将其他因素所致之进食梗塞称作噎膈，则对疾病本质的提示要深刻、具体得多。

四是对具有中医学特色，符合中医学原理，临床实际存在的病名，即使西医学目前尚无相应的恰当病种，或认为无特异性者，仍应保留。如肺痿、脾约、鹤膝风、缩阴病、风痺等。

4. 病名的定义 每一疾病的定义，是对该疾病全过程的病理本质（如病因病机、病位病性、临床特征）与规律（如演变转归）等所作的概括性论述，是该病的总纲。由于中医病名的简要，只起着代名词、纲目的作用，因此，每病的定义，则是对该病认识的科学性、准确性的根本体现，务必十分严谨，要作到全面、准确、精炼、逻辑性强。

在中医古籍中，有许多疾病的定义是非常简捷的、准确的。如《灵枢·痈疽》指出：“寒邪客于经络之中则血泣，血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反，故痈肿。……发于足趾，名脱疽，其状赤黑，死不治；不赤黑，不死。不衰，急斩之，不则死矣。”又如《金匱要略·疮痈肠痈浸淫病篇》指出：“肠痈者，少腹肿痞，按之即痛，如淋，小便自调，时时发热，自汗出，复恶寒，其脉迟紧者，脓未成，可下之，当有血；脉洪数者，脓已成，不可下也；大黄牡丹汤主之。”两书分别对脱疽、肠痈的因机证候、诊治预后等作了非常简捷而精辟的论述。

但是也应看到，有不少病种的定义至今仍不够科学、严谨，如《中医内科学》五版教材在“咳嗽”的概述中称：“咳嗽是肺系疾病的主要证候之一。”“咳嗽既是具有独立性的证候，又是肺系多种疾病的一个症状。本篇讨论范围，重点在于以咳嗽为主要表现的病证。”疾病、症状、证候、病证的概念有何异同？所论咳嗽到底是指什么？对其基本的因机性位与诊断规律更未阐明，因而这样的概述是模糊而欠确切的。其实如果以咳嗽作为“病”的话，其严格地定义应该是：“咳嗽是肺系疾病的常见症状。肺咳（按：国家标准所定病名）是指外邪袭肺，或痰饮停肺等，致使肺失清肃，而以咳嗽为突出表现的肺系非特异性病变。其新起病程短者为暴咳，病久而反复发作者为久咳。”所谓“非特异性”即指不是因肺癆、肺痈、肺痿、肺胀、肺癌、尘肺、肺热病等特殊病变所致，亦即在删除肺系诸特异性病变的基础上，病位在肺，且以咳嗽为主症的病变，称为“肺咳”。

这实际上就基本类似于西医所称气管—支气管炎的诊断了。因而“肺咳”作为病名有其确切的概念，可以作为独立病种供临床应用。

按照逻辑学的规定，在给概念下定义时，不得直接、间接包含有被定义的概念。我们如果在给疾病下定义时，只是说“头痛是以头痛为主要表现的病变”；“鼓胀者，腹部膨胀如鼓者是也”等，这显然是不合逻辑要求的，犯了“同语反复”、“循环定义”的错误，失去了作为病名定义的意义。

为使病名诊断规范，各独立的具体病种之间一般应当互斥，应将似是而非的病种加以区别。对同一种病名概念，不允许有多个不同的含义，否则就会造成混乱。以“疝”为例，对其含义古代有多种解释，有泛指体腔内容物向外突出的病症；有指生殖器、阴囊、睾丸等部位的病变；有指腹部剧烈疼痛，兼有二便不通的病症等。假如不对“疝”的本质属性作出统一的规定，则疝病的范围就无法确定，病名规范就不可能真正实现。逻辑学要求定义必须是相应对称的，即定义概念的外延与被定义概念的外延是相等的，否则就会出现“定义过宽”或“定义过窄”的错误。前面所指三种“疝”的含义都显得定义过宽，难道前阴部的一切病症、所有腹痛而二便不通都可称为“疝”？如果体腔内容物向外突出的病症都称为“疝”的话，那么脱肛、阴挺、腹部外伤致肠胃暴露于外者，是否也可称为“疝”呢？相反，有的书称“疝气是指少腹痛引睾丸，或睾丸肿痛的一种疾病”，则又定义过窄，若如此，则脐疝、水疝、等均不得称为“疝”了。因此，“疝”的定义应以“体腔内容物向外突出。而其外仍有皮肤包护的病变，以及阴囊部肿大为主的病变”较为确切，并可据此对各种疝的名称进行分辨扬弃。

对于每一病种的定义，应力求完整而准确，争取做到无懈可击，比如“肺痿”的病理，一般认为是“肺叶枯萎”。然经X线检查则发现有的并无形质异常。因此，若将“肺叶枯萎”改为“肺叶萎弱”则更为妥当，它既可是阴津枯燥而肺叶不荣，又可是阳虚失煦而肺叶不用，肺之津气不能正常输布，故转化为浊唾涎沫。又如《坤宁集》称“凡九窍有肉突出，皆名为痔”，若如此，那么胛肉攀睛、阴挺等，皆为“肉突出”，岂不是亦可称为“痔”，可见此说有“定义不全”的错误。

对于一种真正具有独立意义的具体疾病。如哮喘、胸痹（心痛）、痢病、消渴、蛔厥、砂石淋、肌痿、蛲虫病、钩吻中毒等，应遵循属加种差的定义法，而给该病下定义，其一般形式可为：××（病名）是指因……所致（因机），以……（主要表现）为特征的××（病位）××性（类）疾病。

5. 规范病名的应用 医学是一种高度积累性的事业，任何规范都没有、也不可能解释所有的客观事实，更不能束缚人们对疾病认识的不断发展，因而国际疾病分类虽已历百余年，但现在还在继续修订，并有各国不同的适用本。中医病名规范研究，是一项学术性很强的工作，它不可能一蹴而就、一劳永逸，需要有一不断修订、完善的过程。

国家标准对疾病的病名与定义进行了规定，病种分化较为齐全，病名已增加至千余种，每一病种的定义较为严格、全面，这对发展中医学术，提高诊疗水平，应当有益。但尚不能说就已经完善无误了，其中还有一些困难尚难克服，如有的西医病种（如布氏杆菌、豆状核变性、甲状旁腺机能亢进等），还难以按中医学理论命以恰当的名称；有的病种之间，如胃热病、类霍乱、肾水、肾厥、肾衰等之界限与鉴别，也不一定完备与准确；有的病名虽然古已有之，如血风劳、奇恒痢、肝著等，但赋予了新的或特定的含义，在

认识上有一个适应的过程；有的病名还似乎不伦不类、不中不西，并不十分恰当，可能还要更改，不断实践，不断完善，中医界要互相理解、支持和共同奋斗。

中医过去对疾病的临床诊断，一般只列出一个病名，实际上有的病人可能是多病同存，病种间又可兼并和转化，如胆胀可合并胆石；患感冒，又有肩痹宿疾；某些肝病的全过程，可有肝热病→肝著→肝积→臌胀→肝厥等病名。因此数病同存而有多个诊断，或随病情转变而有不同病名，都是允许的，它与病间互斥（即同一病变不允许既可诊断为甲病，又可命名为乙病）是不同的概念。

借鉴西医在诊断思维、表达技巧上的合理成分，对中医临床诊断是有裨益的。如西医学有“发热待查”、“某病待删”、“某病？、某病？”等诊断形式，中医学可以仿效，对于主症突出而对具体病名尚难以确定时，不妨先以某某（主症）待查作为初步诊断，并进行辨证论治，采用“腹痛待查”、“疫斑热？”之类诊断用语，乃是一种科学的求实态度。

为了达到确诊和鉴别目的，对每病列出若干条诊断依据，其中包括某些必要的检测指标，如“癌”、“癆”的确诊指标，胃部的X线或胃镜观察指标，消渴的血糖与尿糖指标等，是有必要的。因为当代中医已经不是几百年前、更不是几千多年前，甚至不是几十年前的中医了，选用某些必要的客观指标，使之“洋为中用”，有助于提高诊断的准确性。

相对而言，规范病名的诊断要求是比较严格的，临床上的病变则不一定会“规范”，尤其是对于缺乏条件的医院，或学识不丰的医生来说，则不一定能按规范病名作出准确诊断。因此，理论上的规范与临床实际应用会有一些的矛盾与差距，误诊、漏诊、诊断不完整，规范病名不能完全反映、满足临床的实际等，总是会存在的。这只能通过不断学习、应用中获得提高，不断地得到修正、完善，而不能因噎废食，不能因此而放宽对病名规范的要求。

四、临床常见标准病名

中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语—疾病部分》收 930 个标准病名，并有症状性名称 49 个。标准中具有同义词的病名，用“；”排在正名之后。临床诊断时，应使用正名，避免使用同义词。病名中用方括号〔 〕所括起的部分，表示放在括号中间的词可以代替部分前面的词。病名中用圆括号（ ）所括起来的部分，表示可以省略。

（一）传染病、寄生虫病类

- | | |
|----------|-------------|
| 1 （时疫）霍乱 | 12 肝热病 |
| 2 鼠疫 | 13 肝瘟；瘟〔疫〕黄 |
| 3 春温〔瘟〕 | 14 痢疾 |
| 4 暑温〔瘟〕 | 14.1 暴痢 |
| 5 软脚瘟 | 14.2 疫毒痢 |
| 6 时行感冒 | 14.3 休息痢 |
| 7 麻疹 | 14.4 噤口痢 |
| 8 白喉 | 14.5 奇恒痢 |
| 9 百日咳；咳 | 15 湿温〔瘟〕 |
| 10 烂喉丹痧 | 16 疫斑热 |
| 11 疟腮 | 17 温〔瘟〕毒发斑 |

- 18 稻瘟病
 19 疟疾
 19.1 瘧症
 19.2 久疟
 20 狂犬病
 21 沙虱病
 22 炭疽；疫疗
 23 麻风
 24 梅毒
 24.1 下疳
 24.2 横痃
 24.3 杨梅疮〔疹〕
 24.4 杨梅结毒
 24.5 梅毒攻心
 24.6 梅毒致痿
 24.7 胎传梅毒
 25 花柳毒淋
 26 赤〔扁〕虫病
 27 肺（吸）虫病
 28 寸白虫病；绦虫病
 29 囊虫病
 30 包虫病
 31 丝虫病
 32 黄胖〔肿〕病；钩虫病
 33 蛔虫病
 34 蛲虫病
 35 鞭虫病
 36 肝虫病
 37 蛊虫病
 37.1 急性蛊虫病
 37.2 慢性蛊虫病
 37.3 晚期蛊虫病
- (二) 脑系病类**
- 1 痫病
 2 癲病
 3 狂病
 4 癲狂病
 5 多寐
 6 不寐
- 7 卑喋
 8 神劳
 9 脏躁
 10 百合病
 11 中风
 11.1 出血中风
 11.2 缺血中风
 12 风〔暗〕痲
 13 厥〔真〕头痛
 14 风厥
 15 气〔郁〕厥
 16 血〔脉〕厥
 17 痰厥
 18 冷〔阴〕〔寒〕厥
 19 酒厥
 20 尸厥
 21 中恶；卒忤
 22 脑癆
 23 脑瘤
 24 脑络痹
 25 脑萎
 26 痴呆
 27 颤病；脑风
 28 口僻；面瘫
 29 偏头风〔痛〕
 30 面风痛
 31 颅脑痛
 32 脑鸣
 33 晕动病
 34 头部内伤
- (三) 心系病类**
- 1 心痹
 2 心衰
 3 肺心病
 4 心瘵
 5 心动悸
 6 胸痹（心痛）
 7 厥〔真〕心痛
 8 高原胸痹

- 9 心厥
- 10 支饮
- 11 风眩
- 12 虚眩
- 13 蓄血病
- 14 血劳
- 15 髓劳
- 16 紫癜病
- 17 血溢病
- 18 恶核
- 19 血脱
- 20 液脱

(四) 肺系病类

- 1 肺热病
- 2 肺咳
 - 2.1 暴咳
 - 2.2 久咳
- 3 哮喘
- 4 肺胀
- 5 肺络张
- 6 肺痿
- 7 肺痈
- 8 肺癆
- 9 肺癌
- 10 肺水
- 11 肺厥
- 12 肺衰
- 13 尘肺
- 14 悬饮
- 15 干肋痛

(五) 脾系病类

- 1 呃逆病
- 2 膈疝
- 3 食管瘁
- 4 食管痹
- 5 食管癌
- 6 胃疡
- 7 胃瘁
- 8 胃络痛

- 9 胃痞
- 10 胃胀
- 11 胃缓
- 12 食瘕
- 13 胃反
- 14 胃癌
- 15 饥〔食〕厥
- 16 伤食
- 17 厌食
- 18 食亦
- 19 胃石
- 20 胃饮
- 21 类霍乱
- 22 暴泻
- 23 久泄
- 24 大瘕泄
- 25 伏梁
- 26 肠瘤
- 27 肠癌
- 28 肠癆
- 29 小肠瘁
- 30 肠痈
- 31 气腹痛
- 32 肠郁
- 33 肠痹
- 34 肠结
- 35 脾约
- 36 脾痿〔消〕
- 37 脾水
- 38 肥气
- 39 胰瘁
- 40 胰胀
- 41 胰痈
- 42 胰癌
- 43 消渴
- 44 消渴厥

(六) 肝系病类

- 1 肝痈
- 2 肝癆

- 3 肝癥〔痞〕
- 4 肝著〔着〕〔胀〕
- 5 肝积
- 6 臌胀
- 7 肝瘤
- 8 肝癌
- 9 肝厥
- 10 胆疽
- 11 血疽
- 12 蚕豆黄
- 13 胆瘁
- 14 胆胀
- 15 胆石
- 16 胆癌
- 17 蛔厥

(七) 肾系病类

- 1 风水
- 2 皮水
- 3 石水
- 4 肾水
- 5 正水
- 6 溢饮
- 7 肾瘁
- 8 肾著〔着〕
- 9 肾痈
- 10 肾垂
- 11 肾癆
- 12 肾癌
- 13 肾厥
- 14 肾衰
- 14.1 急性肾衰
- 14.2 慢性肾衰
- 15 热〔急〕淋
- 16 劳淋
- 17 石淋
- 18 癆淋
- 19 膀胱癌
- 20 癃闭
- 21 遗尿

- 22 尿崩
- 23 小便不禁
- 24 尿道痿
- 25 缩阴病
- 26 黑疸

(八) 男性前阴病类

- 1 子痈
- 1.1 急性子痈
- 1.2 慢性子痈
- 2 子痰
- 3 子岩
- 4 子隐
- 5 (肾) 囊痈
- 6 脱囊
- 7 绣球风; 肾〔阴〕囊风
- 8 血疔
- 9 筋疔
- 10 水疔
- 11 阴茎痰核; 玉茎疽
- 12 包茎
- 13 旋螺风
- 14 阴〔龟〕头痛
- 15 肾岩翻花; 阴茎岩
- 16 马口异位
- 17 遗精
- 17.1 梦遗
- 17.2 滑精
- 18 早泄
- 19 阳痿
- 20 强中
- 21 不育
- 21.1 精少
- 21.2 精薄
- 21.3 精冷
- 21.4 精凝
- 21.5 脓精
- 21.6 无精
- 21.7 不射精
- 22 血精

23 天宦

24 精癯

25 精浊

(九) 颈瘰病类、乳房病类

1 气瘰

2 肉瘰

3 瘰癧

4 石瘰

5 瘰气

6 瘰劳

7 侠瘰瘰〔瘤〕

8 乳痈

9 乳疽

10 粉刺性乳痈

11 乳癆

12 乳癭

13 乳发；脱壳乳痈

14 乳癖

15 乳疔

16 乳核

17 乳衄

18 乳癌

19 乳疔

20 乳泣

21 乳头风；乳头

22 乳头湿疹

23 乳悬

(十) 疮疡病类

1 疔

1.1 暑〔热〕疔

1.2 石疔；有头疔

1.3 软疔；无头疔

1.4 蜈蚣疔；鳍拱头

1.5 疔病；多发性疔

1.6 发际疮

1.7 坐板疮

2 疔疮

2.1 颜面部疔疮

2.1.1 唇疔

2.1.2 鼻疔

2.1.3 眉疔

2.1.4 颧疔

2.1.5 承浆疔

2.1.6 人中疔

2.2 手足部疔疮

2.2.1 蛇眼疔

2.2.2 蛇头疔；瘰疽

2.2.3 蛇肚疔；中节疔

2.2.4 托盘疔

2.2.5 蛇节疔

2.2.6 蛀节疔

2.2.7 合谷疔；虎口疔

2.2.8 蛇背疔

2.2.9 沿爪疔

2.2.10 水白疔

2.2.11 足底疔

2.3 红丝疔

2.4 烂疔

2.5 疔疮走黄

3 丹毒

3.1 内发丹毒

3.2 抱头火丹

3.3 流火；腿游风

4 痈；发

4.1 颜痈；承浆痈

4.2 颧痈

4.3 托腮痈

4.4 颊车痈

4.5 颈痈；夹喉痈

4.6 腋痈

4.7 臂痈

4.8 冬瓜串

4.9 肘痈

4.10 腕痈

4.11 丫痈

4.12 (穿)胁痈

4.13 脐痈

4.14 腹皮痈

- 4.14.1 中脘痈
- 4.14.2 冲疽
- 4.14.3 吓痈
- 4.14.4 幽痈
- 4.14.5 少腹疽
- 4.15 胯腹痈
- 4.16 腰带痈
- 4.17 悬痈
- 4.18 股疽
- 4.19 伏兔疽
- 4.20 膝痈
- 4.21 膝弯痈；委中毒胭窝毒
- 4.22 黄瓜痈
- 4.23 环项发
- 4.24 锁喉痈
- 4.25 臀痈
- 4.26 手背发
- 4.27 三里发
- 4.28 腓踡发；鱼肚痈
- 4.29 足背发
- 5 有头疽
- 5.1 玉顶疽；百会疽
- 5.2 眉心疽
- 5.3 鬓疽；太阳疽
- 5.4 颧疽
- 5.5 脑疽
- 5.6 天疽
- 5.7 天柱疽
- 5.8 背疽
- 5.9 肩疽
- 5.10 对脐发疽
- 5.11 臄中疽
- 5.12 脐上疽
- 5.13 石榴疽
- 5.14 厉疽
- 5.15 疽毒内陷
- 6 无头疽
- 6.1 附〔多〕〔咬〕〔朽〕骨疽
- 6.1.1 急性附骨疽
- 6.1.2 慢性附骨疽
- 6.2 环跳疽
- 6.3 尾闾发
- 6.4 井疽；溃〔穿〕心冷漏
- 6.5 胫疽
- 6.6 足踝疽
- 7 发颐
- 8 无名肿毒
- 9 流注
- 9.1 暑湿流注
- 9.2 余毒流注
- 9.3 瘀血流注
- 9.4 髓窝流注
- 10 流痰；骨癆
- 10.1 附骨痰
- 10.2 龟背痰
- 10.3 肾俞虚痰
- 10.4 肾俞漏
- 10.5 蛻螂蛀
- 10.6 腕疽
- 10.7 鹤膝痰〔风〕
- 10.8 穿拐痰
- 10.9 足跟疽
- 11 瘰癧
- 11.1 马刀侠癧
- 11.2 鼠癧
- 11.3 蟠蛇癧；锁颈癧
- 11.4 缺盆疽
- 11.5 胁疽
- 11.6 肋疽
- 11.7 渊疽
- 12 廉疮
- 12.1 内廉疮
- 12.2 外廉疮
- 13 大脚风；象皮腿
- 14 褥〔席〕疮
- 15 脱疽
- 16 股肿
- 17 青蛇毒

- 18 青筋腿
19 痿管
20 窦道
21 水火烫伤
22 冻疮
23 毒蛇咬伤
24 破伤风
25 猛兽伤
- (十一) 皮肤病类
- 1 热(气)疮; 火燎疮
2 蛇串疮; 蛇丹; 缠腰火丹
3 疣
3.1 疣目; 千日疣; 枯筋箭
3.2 扁瘡
3.3 鼠乳; 水瘡
3.4 线瘡
4 臊瘡
4.1 肛门臊瘡
4.2 外阴臊瘡
5 黄水疮; 滴脓疮; 脓窝疮
6 (白)秃疮
7 肥疮; 癩头疮
8 鹅掌风
9 脚湿气; 臭田螺
10 灰指甲
11 灰趾甲
12 田螺疱
13 脚蚓
14 脚气疮
15 圆癣; 钱癣; 金钱癣
16 阴癣
17 撮领疮; 牛皮癣; 顽癣
18 汗斑; 紫白癩风
19 疥疮
20 湿疮〔疡〕
20.1 眉癩疮; 恋眉疮
20.2 旋耳疮; 月蚀疮
20.3 痂疮
20.4 四弯风
- 21 汗浙疮
22 唇湿
23 瘾疹; 风疹块
24 风土〔土风〕疮
25 风瘙痒
26 顽湿结聚
27 血风疮
28 蛇皮癣
29 风热疮; 血疔疮
30 白疔; 白壳疮
31 油风脱发
32 发蛀脱发
33 白屑风
34 面游风
35 (肺风)粉刺; 酒刺
36 酒齶鼻
37 漆疮〔毒〕
38 药毒〔疹〕; 膏药风
39 粉花疮
40 日晒疮
41 水渍疮
42 火斑疮
43 湿皮疮
44 恶虫叮咬伤
44.1 蠼螋伤
44.2 蜈蚣螫伤
44.3 蜂螫伤
44.4 蝎螫伤
44.5 蜘蛛咬伤
44.6 松毛虫伤
44.7 射工伤
45 虱病
46 蚂蝗咬伤
47 野屎风; 粪块毒
48 水毒
49 疔瘤〔子〕
50 紫癩风
51 天疱疮
52 火赤疮

- | | | |
|-----------------------|---------------------|--|
| 53 松皮癣 | 12 经行发热 | |
| 54 猫眼疮；雁疮 | 13 经行头痛 | |
| 55 瓜藤缠 | 14 经行身痛 | |
| 56 红蝴蝶疮；蝶斑疮 | 15 经行泄泻 | |
| 57 蝶疮流注 | 16 经行吐衄 | |
| 58 流皮漏 | 17 经行口糜 | |
| 59 狐惑 | 18 经行风疹块 | |
| 60 白驳风 | 19 经行眩晕 | |
| 61 雀斑 | 20 经行浮肿 | |
| 62 黧黑斑 | 21 经行情志异常 | |
| 63 皴裂疮；手足皴裂 | 22 绝经前后诸症 | |
| 64 鸡眼；肉刺 | 23 经断复来 | |
| 65 手足逆胼；倒刺 | 24 带下病 | |
| 66 胼胝；牛程蹇；脚垫 | 25 不孕 | |
| 67 胼胝疽；驴眼疮 | 26 性冷 | |
| 68 蟹足肿 | 27 梦交 | |
| 69 登豆疮 | 28 热入血室 | |
| 70 翻花疮 | 29 盆腔炎 | |
| 71 石疽 | 30 石痕 | |
| 71.1 上石疽 | 31 肠覃 | |
| 71.2 中石疽 | 32 阴户囊肿 | |
| 71.3 下石疽 | 33 宫颈息肉 | |
| 72 茧唇 | 34 阴挺 | |
| 73 乌白癩 | 35 阴吹 | |
| 74 蜻蜓疮 | 36 阴痒 | |
| (十二) 妇女经、带、杂病类 | | |
| 1 月经先期 | 37 女阴湿疹 | |
| 2 月经后期 | 38 阴燥 | |
| 3 月经先后无定期 | 39 阴疮 | |
| 4 月经过多 | 40 尿瘕 | |
| 5 月经过少 | 41 粪瘕 | |
| 6 经期延长 | 42 女阴损伤 | |
| 7 痛经 | (十三) 胎、产及其疾病 | |
| 8 闭经 | 1 早孕 | |
| 9 崩漏病 | 2 假孕 | |
| 9.1 崩中 | 3 多胎 | |
| 9.2 漏下 | 4 异位妊娠 | |
| 10 经间期出血 | 5 葡萄胎 | |
| 11 经行乳房胀痛 | 6 恶阻；妊娠呕吐 | |
| | 7 胎漏 | |

- | | |
|---------------|------------------------|
| 8 胎动不安 | 44 新产出血〔血崩〕 |
| 9 滑胎 | 45 晚期产后出血 |
| 10 胎萎不长 | 46 产后血晕 |
| 11 胎水过少 | 47 产后痉病 |
| 12 胎水过多 | 48 (产后)恶露不下 |
| 13 暗产 | 49 (产后)恶露不绝〔净〕 |
| 14 堕胎 | 50 产后腹痛；儿枕痛 |
| 15 小产 | 51 产后大便难 |
| 16 早产 | 52 产后小便不通 |
| 17 过期不产 | 53 产后小便失禁 |
| 18 死胎 | 54 产后小便淋痛 |
| 19 胎死不下 | 55 产后发热 |
| 20 胞阻；妊娠腹痛 | 56 产褥中暑 |
| 21 子肿；妊娠肿胀 | 57 产后汗症 |
| 22 子眩；妊娠眩晕 | 58 产后身痛 |
| 23 子痛 | 59 缺乳；乳汁不行 |
| 24 子悬；胎气上逆 | 60 产后乳汁自出 |
| 25 子烦；妊娠心烦 | 61 血风劳；产后劳 |
| 26 子暗；妊娠失音 | (十四) 新生儿病、小儿特发病 |
| 27 子嗽；妊娠咳嗽 | 1 初生不啼；闷脐生 |
| 28 子淋；妊娠小便淋痛 | 2 初生不乳 |
| 29 转胞；妊娠小便不通 | 3 初生儿呕吐 |
| 30 妊娠瘙痒症 | 4 初生儿腹泻 |
| 31 孕痢 | 5 初生大便不通 |
| 32 妊娠下肢抽筋 | 6 初生小便不通 |
| 33 妊娠风疹 | 7 初生儿喘促 |
| 34 妊娠疱疹 | 8 鹅口疮；雪口 |
| 35 妊娠偏头痛 | 9 胎黄 |
| 36 妊娠贫血 | 10 脐风 |
| 37 妊娠紫癜 | 11 奶〔胎〕癣 |
| 38 妊娠消渴 | 12 脐疮 |
| 39 难产 | 13 脐湿 |
| 39.1 交骨不开难产 | 14 脐血 |
| 39.2 胎位异常难产 | 15 脐突〔疝〕 |
| 39.3 胎儿异常难产 | 16 滞颐 |
| 40 胞衣〔膜〕先〔早〕破 | 17 燕口疮；口吻疮 |
| 41 脐带绕颈 | 18 解颅 |
| 42 胞衣不下 | 19 夜啼 |
| 43 滞产 | 20 奶〔假〕麻〔疹〕 |

- 21 臀红；溼尻疮
 22 赤游丹
 23 疳病
 23.1 疳气
 23.2 疳积
 23.3 干疳
 24 积滞
 24.1 乳积
 24.2 食积
 25 肺炎喘嗽
 26 佝偻病
 27 呆小病
 28 小儿痴呆
 29 小儿惊风
 29.1 急惊风
 29.2 慢惊风
 30 (小儿) 客忤
 31 五硬
 32 五迟
 33 五软
- (十五) 眼病类**
- 1 针眼
 2 胞生〔睑〕痰核
 3 椒疮
 4 粟疮
 5 睑〔风〕弦赤烂
 6 迎风赤烂
 7 眦帷赤烂
 8 胎风赤烂
 9 风赤疮痍
 10 胞肿如桃
 11 胞〔脾〕虚如球
 12 上胞下垂；睢目；睑废；睑皮垂缓
 13 胞轮〔眼胞〕振跳
 14 目劄；目连札
 15 睑内结石
 16 鸡冠蚬肉
 17 鱼子石榴
 18 倒睫拳毛
- 19 风牵出睑
 20 脾〔皮〕翻粘睑
 21 脾肉粘轮
 22 眼丹
 23 冷泪
 24 窍〔眦〕漏；漏睛
 25 漏睛疮
 26 赤脉传睛
 27 胬肉攀睛
 28 暴风客热
 29 天行赤眼
 30 天行赤眼暴翳；暴赤生翳
 31 金疳；赤带抱轮
 32 火疳；乌轮赤晕
 33 白膜侵睛
 34 白睛青蓝
 35 白睛溢血
 36 白涩症
 37 (时复) 目痒
 38 赤丝虬脉
 39 黄油障
 40 聚星障
 41 银星独见
 42 偃月侵睛；枣花障
 43 花翳白陷
 44 凝脂翳
 45 黄液上冲
 46 旋螺尖起
 47 黑翳如珠
 48 蟹睛病；蟹睛突起
 49 正漏
 50 混睛障；气翳
 51 风轮赤豆
 52 赤膜下垂；垂帘障〔翳〕
 53 血翳包睛
 54 宿翳
 54.1 冰瑕翳
 54.2 云翳
 54.3 厚翳

54.4 斑脂翳
 55 睛黄视渺
 56 瞳神紧小
 57 瞳神〔人〕干缺
 58 五风内障
 58.1 青风内障
 58.2 绿风内障
 58.3 黄风内障
 58.4 乌风内障
 58.5 黑风内障
 59 雷头风
 60 圆翳内障；如银内障
 61 惊振内障
 62 胎患内障
 63 云雾移睛
 64 视直如曲
 65 视瞻昏渺
 66 青盲
 67 高风内障〔雀目〕
 68 暴盲
 69 血灌瞳神
 70 眯目飞扬
 71 惊振外障
 72 振胞疼痛
 73 物损真睛；真睛破损
 74 酸碱伤目
 75 电光伤目
 76 热烫伤目
 77 神水将枯
 78 疳积上目；疳眼
 79 目偏视；风牵偏视
 80 突起睛高
 81 辘轳转关
 82 鸬眼凝睛；鱼睛不夜
 83 近视；能近怯远
 84 远视；能远怯近
 85 老视
 86 视物易色
 87 (小儿)通〔斗〕睛

88 目倦；视疲劳

89 视歧；复视

90 目闭不开

91 逆经赤肿

(十六) 耳鼻咽喉口齿病类

1 耳疔

2 耳疮

3 耳廓痰包

4 断耳疮

5 耳胀

6 耳闭

7 脓耳

8 脓耳变症

8.1 耳根毒

8.2 脓耳口眼喎斜

8.3 黄耳伤寒

9 耳癢

10 耳眩晕

11 异物入耳

12 耳覃〔菌〕

13 盯耳

14 耳痔

15 聋哑

16 暴聋

17 久聋

18 鼻疳〔疮〕

19 伤风鼻塞

20 鼻塞

21 鼻槁

22 鼻衄

23 鼻渊

24 鼻息肉；鼻痔

25 鼻窦痰包

26 鼻血管瘤

27 鼻损伤

28 鼻腔异物

29 颌颞岩

30 乳蛾

30.1 急乳蛾

30.2 慢乳蛾
 30.3 石蛾
 31 喉痹
 32 喉痛
 32.1 喉关痛
 32.2 里喉痛
 32.3 颌下痛
 32.4 上腭痛
 33 喉暗
 33.1 暴暗
 33.2 久暗
 33.3 产后暗
 34 急〔锁〕喉风
 35 喉咳
 36 梅核气
 37 异物梗喉
 38 喉癣〔癆〕
 39 喉息肉
 40 喉瘤
 41 咽喉菌
 42 龋齿
 43 牙痛
 44 牙咬痛
 45 牙宣
 46 齿〔牙〕槽风；穿腮毒
 47 牙岩
 48 牙疳
 49 走马牙疳
 50 飞扬喉
 51 口疮〔疳〕
 52 口糜
 53 唇风；驴嘴风
 54 唇裂
 55 唇菌
 56 舌痛
 57 重舌；莲花舌
 58 舌菌〔岩〕
 59 木舌
 60 结〔连〕〔绛〕舌

61 口舌痰包

62 涎石

63 腮岩

(十七) 肛肠病类

1 内〔里〕痔

2 翻花痔；嵌顿痔

3 外痔

3.1 皮痔

3.2 气痔；〔脉〕痔

3.3 葡萄痔

4 混合痔

5 裂肛；肛裂

6 肛痈

7 肛毒

8 肛痿〔漏〕

9 穿肠痿

10 脱肛

11 肛肠痒；肛痒风

12 肛门湿疡〔顽湿〕

13 息肉痔

14 悬珠痔

15 肛门失禁

16 肛门狭窄

17 肛门挛急

18 锁肛痔

(十八) 躯体痹、痿、瘤等病类

1 三痹

1.1 行〔风〕痹

1.2 痛〔寒〕痹

1.3 著〔湿〕痹

2 尪痹

3 热痹

4 肌〔肉〕痹

5 筋痹

6 皮痹

7 血痹

8 脉痹

9 骨痹

10 偏痹

- 11 脊痹
- 12 落枕
- 13 顽痹
 - 13.1 项痹
 - 13.2 肩痹
 - 13.3 腰痹
 - 13.4 膝痹
 - 13.5 足跟痹
- 14 肢痹
- 15 痛风
- 16 肌〔肉〕痿
- 17 筋痿
- 18 痿躄
- 19 肢痿；痿痹
- 20 气瘤
- 21 血瘤
- 22 血痣
- 23 肉瘤
- 24 筋瘤
- 25 胶瘤
- 26 脂〔粉〕瘤
- 27 骨瘤
- 28 发瘤
- 29 骨蚀
- 30 (腓踡) 转筋
- 31 肉痉
- 32 眉棱骨痛
- 33 胁肋痛
- 34 侏儒
- 35 肥胖病
- 36 干燥病
- 37 脚气
 - 37.1 干脚气
 - 37.2 湿脚气
 - 37.3 脚气冲心
- 38 青腿牙疳
- 39 糙〔癩〕皮病
- 40 黄汗
- 41 狐臭

42 狐疝；疝气

43 腿风

(十九) 时行病、中毒及其他病类

- 1 感冒
- 2 风疹〔痧〕
- 3 水痘
- 4 湿阻；胃〔伤〕湿
- 5 伤暑
- 6 中暑
 - 6.1 暑脱
 - 6.2 暑厥〔闭〕
 - 6.3 暑风〔痉〕
- 7 疰夏
- 8 夏季热
- 9 钩吻中毒；断肠草中毒；水莽草中毒
- 10 雷公藤中毒；黄藤木中毒；红药中毒
- 11 乌头类中毒
- 12 杏仁中毒
- 13 毒蕈中毒
- 14 菜乌紫病
- 15 食物中毒
- 16 食郁肉中毒
- 17 食鱼蟹类中毒
- 18 煤气中毒
- 19 自缢
- 20 溺水
- 21 电击伤

(二十) 症状性名称

- 1 发热
- 2 抽搐
- 3 自汗
- 4 盗汗
- 5 头痛
- 6 眩晕
- 7 失眠
- 8 健忘
- 9 嗜睡

- | | |
|----------|-------------|
| 10 神昏 | 30 胁痛 |
| 11 目盲 | 31 黄疸 |
| 12 耳鸣 | 32 腹痛 |
| 13 耳聋 | 33 腹水 |
| 14 鼻衄 | 34 瘕积；腹内包块 |
| 15 牙痛 | 35 泄〔腹〕泻 |
| 16 齿衄 | 36 便秘〔闭〕 |
| 17 失音 | 37 便血 |
| 18 咳嗽 | 38 腰痛 |
| 19 气喘 | 39 崩漏 |
| 20 咳血 | 40 带下 |
| 21 胸痛 | 41 尿血 |
| 22 心悸 | 42 尿浊 |
| 23 心痛 | 43 水肿 |
| 24 呕吐 | 44 关节痛 |
| 25 呕〔吐〕血 | 45 瘫痪 |
| 26 噎膈 | 46 震颤；颤症〔振〕 |
| 27 胃脘痛 | 47 紫斑 |
| 28 嘈杂 | 48 出疹 |
| 29 腕痞 | 49 皮肤瘙痒 |

参 考 文 献

- 〔1〕 朱文锋. 内科疾病中医诊疗体系. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1994
- 〔2〕 朱文锋. 论中医病名规范之研究. 辽宁中医杂志, 1985, 12 (1): 1
- 〔3〕 朱文锋. 从中医教材看病、证规范. 中国医药学报, 1989, 4 (4): 53
- 〔4〕 陆广莘. 论辨证与辨病问题. 中国医药学报, 1990, 5 (2): 3
- 〔5〕 朱文锋. 中医疾病的命名形式与原则. 陕西中医, 1985, 6 (1): 7
- 〔6〕 朱文锋. 略论中医内科病名的分化. 湖南中医学院学报, 1994, 14 (1): 1
- 〔7〕 朱文锋, 等. 中医内科病名的分化研究. 中国中医药信息杂志, 1995, (11): 41, 1996; (2): 46
- 〔8〕 欧阳锜, 等. 临床必读. 北京: 中国中医药出版社, 1993
- 〔9〕 方药中, 等. 实用中医内科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1985
- 〔10〕 朱文锋, 等. 中医疾病分类的方法和基本框架. 中国医药学报, 1995, 10 (3): 4
- 〔11〕 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994
- 〔12〕 国家中医药管理局. 中医临床诊疗术语—疾病部分. 北京: 中国标准出版社, 1997

第十三章

病案书写

【基本内容】

中医病案是临床工作中记载病人的一般资料、病情、诊断、治疗及预后等中医医疗实践的案卷，是病人的诊疗档案。在医疗工作中，及时、正确的病案书写有着非常重要的意义。历代大量的病案中，保存、记载了丰富的防病治病的临床经验和学术思想。

一、病案的沿革与意义

（一）病案的沿革

殷商时代甲骨文中有关医事活动记载，可视为病案的萌芽。《史记》留下的西汉初医家淳于意“诊籍”25则，是我国、也是世界医学史上现知最早病案的雏形。宋代许叔微的《伤寒九十论》是我国第一部医案专著，该书记载了用伤寒法来施治的90例病案。

明清时期，著名的医案专著颇多，收集和研病案的工作受到了重视。明代江瓘、江应宿父子的《名医类案》收集了明以前历代名医的验案，分205门，内容丰富，病案格式包括姓名、身份、病史、症状、诊断、治疗和疗效等内容。清代魏之琇《续名医类案》和喻震《古今医案按》，均是广泛收集前人医案编辑而成。此外，明清时期出现了大量个人医案专著，如汪机《石山医案》、薛己《薛氏医案》、喻嘉言《寓意草》、叶天士《临证指南医案》等。其中喻嘉言的《寓意草》载有“议病式”，所列项目较全，是中医病案书写的雏形。

近代也出现了不少著名医案，如何廉臣《全国名医验案类编》、秦伯未《清代名医验案精华》以及徐衡之、姚若琴《宋元明清名医类案》等。

建国以后，随着中医事业的发展，对中医病案书写的规范要求日趋迫切。1953年卫生部召开医教会议，将医案、诊籍、病历等正式命名为病案。1982年拟定了《中医病历书写格式和要求》。1991年国家中医药管理局颁布了《中医病案书写规范》，从而使中医病案的书写走向规范化。

（二）病案的意义

病案为医、教、研提供第一手信息和资料，也是帮助解决医疗纠纷、判定法律责任等事项的一种事实依据。认真书写病案是培养中医临床医务人员业务水平和科学态度的主要途径之一，是临床工作者必须的基本功训练。其书写质量直接反映医务人员的学术水平和工作态度。病案建设也是医院科学管理的一项重要内容。其具体意义表现如下：

病案是医务人员对病人进行诊治的科学记录，不仅记录疾病发生、发展、变化、转

归、诊治等全部过程，而且反映了医务人员在诊治过程中的思维活动。因此，病案是保证病人得到正确诊断和治疗的先决条件之一，也是复诊、转诊、会诊等的重要资料。同时病案是考察医务人员工作质量、态度和业务水平的重要依据。故写好病案，能促进医疗质量的提高。

病案是教学中理论联系实践最有价值的资料，对培养学生独立分析和解决实际问题的能力起着重要作用。因此，指导学生书写病案是教学中不可缺少的环节，也是学生临床实践的重要步骤。

病案是临床科研的宝贵资料，通过对大量病案内容的统计分析，可总结极有学术价值的科学资料。病案建设是医院科学管理的一项重要内容，病案也是处理医疗事故和纠纷的法律依据。医院和所有临床工作人员以及患者均须对病案资料十分珍惜，慎重保管，不可丢失。

二、病案的内容与要求

(一) 中医病案书写通则

1. 书写病案必须严肃认真、实事求是，记录要全面、准确、及时。“住院病历”要求在患者入院 24 小时内完成；“门诊病案”和“急诊病案”中的各种记录要求当时完成；其它如“住院记录”、“手术记录”、“转入记录”、“抢救记录”、“死亡记录”要在 24 小时内完成；“交班记录”、“转出记录”、“出院记录”要事前完成；“首次病程记录”、“接班记录”要及时完成；“病案首页”要在患者出院后 48 小时内完成，试行按科室（或病区）集体签署首页的制度。

2. 中医临床重视症状学的观察，为此，症状描述必须详细，并要求使用中医术语。病案内容要求完整、精炼，语句通顺，努力做到重点突出、主次分明、条理清晰。注意前后病情演变的连贯性和系统性，体现整体观念和辨证论治理法方药完整统一的原则。

3. 要求按照中医四诊对病人进行系统检查，对于体格检查、实验室检查、各种特殊检查及诊断，应详细记录，进行必要的分析。

4. 对患者及家属叙述的每一症状，均应耐心听取，认真对待，细致分析。询问时尽量采用通俗语言，如“拉肚子”、“不想吃饭”等，而记录时则必须使用中医术语，如“腹泻”、“纳呆”等。

5. 中医诊断的病证名称，应按国家标准《中医临床诊疗术语》、《中医病证分类与代码》，并参照全国高等中医院校规划教材中的病证名称。有关西医的疾病诊断及手术名称依照国家标准《疾病与代码》，正确书写。

6. “住院病历”、“住院记录”、“首次病程记录”、“病程记录”、“死亡记录”、“转出记录”、“转入记录”、“出院记录”、“术前讨论记录”、“术后病程记录”等标题，单独占一行并用红色墨水笔书写于中央。病案书写内容一律用蓝黑墨水笔书写。

7. 病案中所有记录，每页上均应填写患者姓名、病案号和页序号。日期一律按×年×月×日顺序，用阿拉伯数字填写。

8. 病案每一次记录后，医师要用正楷签全名于右下方。各科主治医师，正、副主任医师及科室主任，应经常检查病案书写质量，发现问题及时纠正，上级医师用红色墨水笔批阅病案，并用蓝黑墨水笔正楷签全名于右下方，以示负责。

9. 手术记录的写法同西医手术记录。

(2) 急诊留观记录

急诊留观记录：书写格式同住院记录。

3. 住院病案

(1) 住院病历

姓名： 性别： 病案号：

年龄： 婚况：

职业： 出生地：

民族： 国籍：

家庭地址： 邮政编码：

入院时间： 病史采集时间：

病史陈述者： 可靠程度：

发病节气：记录急性疾患发病或慢性疾患急性发作时的节气。

问诊：

主诉：简要记录患者感觉最痛苦的主要症状（部位、性质）或体征、持续时间。一般不宜用诊断或检查结果来代替。多项主诉者，应按发生顺序分别列出，如心悸3年，浮肿1天，喘息4小时。

现病史：围绕主诉详细询问疾病发生发展及诊治过程，重点写明起病诱因、原因、时间、形式、始发症状，主要症状和伴随症状（部位、性质），病情发展与演变过程，检查、诊断、治疗经过，所用过的中、西药物的名称、剂量、用法和用药时间以及其它特殊疗法，治疗反应及症状、体征等病情变化情况，发病以来精神、饮食、睡眠、二便等变化及现在症状（结合“十问”加以记录），对有鉴别诊断意义的阴性表现也应列入。

既往史：记录既往健康情况，按时间顺序系统回顾过去曾患疾病的情况，及传染病接触史等。

个人史：记录出生地、居留地、居住环境和条件、生活和工作情况、饮食习惯、情志状态、特殊嗜好等。

婚育史：女性患者要记录经带胎产情况，月经史包括初潮年龄、行经期/周期、绝经年龄；生育史包括孕、胎、产情况，配偶及子女的健康状况。

过敏史：记载药物、食物及其它过敏情况。

家族史：记录直系亲属和与本人生活密切相关的亲属的健康状况，如亲属已死亡则应记录其死因、死亡时间及年龄。

望、闻、切诊：神色形态：包括神志、精神、体态及气色。声息气味：包括语言、呼吸、咳喘、呕恶、太息、呻吟、肠鸣及各种气味。皮肤毛发：毛发的疏密、色泽、分布；肌肤温度、湿度、弹性以及有无斑疹、疮疡、瘰疬、肿块、浮肿等。舌象：舌苔（苔形、苔色、津液），舌质（色、瘀点、瘀斑），舌体（形、态），舌底脉络（颜色、形态）。脉象：寸口脉，必要时切人迎、趺阳脉，两周岁以下小儿可写指纹情况。

头面、五官、颈项的望、闻、切诊：

胸腹部的望、闻、切诊：

腰背、四肢、爪甲的望、闻、切诊：

前后二阴及排泄物的望、闻、切诊：

体格检查：记录西医查体的阳性体征及有鉴别诊断意义的阴性体征。各科或专科特殊检查情况均可记录在此。

实验室检查（包括特殊检查）：记录入院时已取得的各种实验室检查结果及特殊检查结果，如血、尿、便常规，肝功、HBsAg、胸透、心电图、内窥镜、CT等。

四诊摘要：把四诊所得的资料（与辨证论治有密切关系的）进行全面、系统、扼要的归纳。

辨证分析：要求从四诊、病因病机、证候分析、病证鉴别、病势演变等方面进行书写。

西医诊断依据：指主要疾病的诊断依据，并非所有疾病。

入院诊断：

中医诊断：病（症）名

证名

西医诊断：病名

有几个病（证）就写几个病（证），病类与证类名称当另行写出，并与病（证）名错过一格，以示从属本病的病类、证类名称；西医诊断写在中医诊断的下方，有几个病写几个病，病名参照《疾病分类与代码》标准，凡超过2种以上诊断者，按主次先后顺序排列。

治则治法：治则是治疗的指导原则，治法指具体的治疗方法。

方药：运用成方要写出方名及加减，自拟方可不写方名。处方药物要求每行写四味药，药物名称右上角注明特殊煎服法，右下角写剂量，必要时写明煎法与服法。

辨证调护：指医师对调养、给药及食疗、护理等方面的要求。

实习医师签全名：×××

住院医师签全名：×××

主治医师签全名：×××

（2）住院记录

姓名： 性别： 病案号：

年龄： 婚况：

职业： 出生地：

民族： 国籍：

家庭地址： 邮政编码：

入院时间： 病史采集时间：

病史陈述者： 可靠程度：

发病节气：同住院病历要求。

问诊：

主诉：同住院病历要求

现病史：同住院病历要求。

既往史：按住院病历要求书写，但可不系统回顾。

其它情况：记录重要的个人史、婚育史、过敏史和家族史内容（特别是与此次疾病的发生和治疗有关者）。

望、闻、切诊：阳性所见及有鉴别诊断意义的阴性所见。

体格检查：记录阳性体征及有鉴别诊断意义的阴性体征。

实验室检查（包括特殊检查）：已有的各种实验室检查结果。

辨证分析：按住院病历要求简明书写。

入院诊断：有几个病（证）写几个病（证），按主次排列。

中医诊断：病（症）名

证 名

西医诊断：病 名

诊疗计划：

医师签全名：×××

(3) 病程记录：分为“首次病程记录”和“病程记录”。首次病程记录应由住院医师书写，病程记录可由实习医师书写，上级医师审阅修改。“首次病程记录”要求及时完成；“病程记录”入院及手术后前3天至少每日记录1次，之后，一般每周记录2次，危、急重症患者则要求随时记录，实行新的诊疗措施应随时记录。

①首次病程记录：

____年____月____日

患者姓名、性别、年龄、因（主症和时间）于（×年×月×日×时）经（门诊、急诊、转院）收入我病区或科。

重要病史、四诊及体格检查摘要、实验室检查和特殊检查已取得的结果。

入院诊断：

中医诊断：病（症）名

证 名

西医诊断：病 名

诊疗方案：包括治疗计划的安排，进一步明确诊断的检查计划，治法、处方（应用时间）及对调摄、宜忌、护理等的要求。

医师签全名：×××

②病程记录：

____年____月____日

患者四诊所见，症状、体征的变化，各项检查的回报结果，分析病情及病势发展顺逆，进一步检查治疗的设想，治则治法及方药调整以及随着病情变化对护理的要求等。如遇上级医师查房或会诊，要详细记录上级医师查房及会诊意见，执行情况要在以后的病程记录中加以描述。如遇危急重症需抢救时，应随时记录。若有与患者家属及单位谈话，要详细记录。病例讨论另有记录，所涉及的诊疗方案要在病程记录中显示出来。

医师签全名：×××

此外，在住院病案中因具体情况，还当包括交班记录、接班记录、阶段小结、转出记录、转入记录、病例讨论记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、出院记录等内容。

【补充阐发】

一、主诉的确定与书写

主诉是指病人就诊时最感痛苦的症状或体征及其持续时间。

正确地确定和书写主诉对临床具有重要的意义。一是可提示病情的轻重缓急及其救治原则，如以大出血、昏迷等作为主诉者，常应急救处理。二是往往可确定询问或检查的主次和秩序，因为询问和检查首先都应围绕主诉进行。三是确定病种和辨别病位或病性的主要依据，如定时寒热常为疟疾；胃脘痛多为病位在胃等。四是决定着现病史与既往史书写的内容，因为二者一般是以主诉所定时间作为区分的界限。

主诉的确定并不都是很容易的，因为有时并不是病人所诉说的第一个症状就是主诉，而是要医生经过分析以后才能确定，有时病人诉说了很多个症状，并不都是主诉，而是要从中挑选。

欲使主诉的书写达到准确、精炼，就必须深刻理解主诉的定义，即最痛苦的症状或体征及其持续时间。一是只能写症状或体征，而不能写病名、证名，如写感冒两天、风湿痹证反复发作三年、月经先期四月等都是错误的。二是要为主要症状或体征，主诉一般只允许有一至三个，如“恶寒发热无汗1天”中的无汗就不应是主诉，因为无汗虽对辨证有意义，但它不是主要痛苦。三是要将主诉的时间书写清楚，每一主诉都必须有明确的时间，如年、月、日、时、分钟等，对于复合（二个以上）主诉应按主诉出现的时间先后排列。四是尽可能将主诉的症状的确切部位、性质、程度等描述清楚，如阵发腹部绞痛、经常头晕、右肋下肿块、呕出蛔虫等。五是主诉应是精炼的医学术语，如心里想呕、晚上睡不着、肚子内有包等都是不允许的，而应是恶心、失眠、腹内肿块等。

二、病案中“诊断”的内容

中医病案书写中所规定的“诊断”内容，应包括中医诊断和西医诊断，中医诊断又包括病名诊断和证名诊断。

中医病名、证名诊断应当注意：一是要使用中医的病名、证名术语，而不能以西医病名、综合征等代替。也不能只满足于从教材所列有限的病种名称中选取病名和证名，而应从临床实际出发，准确给疾病和证候下结论，所用病名和证名应以中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》所列为准。二是病名与证名是不同的诊断概念，因而不能将病名与证名合并为一而进行诊断，如血虚眩晕、风寒咳嗽、肾虚腰痛、湿热痢疾等都是不对的。三是现在存在有几种病就写几个病名，可以包括主诉以外的疾病，并按疾病的主次先后顺序排列，如感冒，肩痹；内痔，闭经。四是证名诊断一般应将病位、病因病性等综合为一个完整名称，如肝瘀气滞、脾虚湿困证；脾肾阳虚、水气凌心证等，而不应将其分写成多个证名。尤其是证名不能只有病位而无病因病性，如“里证”、“手太阴肺经证”等，均不得作为正式的证名诊断。同时也不能将证名写成病机分析，如“肝郁血瘀，气血不利，不通则痛”等，其后面两句均非证名所应有的内容，而是病机阐释，故应删除。五是外科、骨伤科、小儿科等，有些病种目前允许以“期”、“型”等代替正式的证名诊断，如成脓期、溃后期、痉咳期、凹陷型、横断型等。此即教材所说“病类与证类名称当另行写出”的意思，如包括中脏腑、中经络，初期、晚期，阳证、阴证等，最好是写在（ ）内，并排在正式病名或证名之后。

三、搞好病案书写的内涵建设

内涵质量是病案的中心部分，是衡量病案质量的关键所在。应着重注意以下几个方面：

(1) 主诉必须简明扼要，准确地反映出病人最痛苦的主要症状、部位及时间，一般不宜用诊断或检查结果来代替。

(2) 现病史要符合该病的发病规律和演变过程，时间准确，主次分明，条理清晰；重点写明起病诱因、时间、形式、始发症状、主要症状和伴随症状（包括部位、性质）、病情演变过程、诊治经过及特殊疗法，对有鉴别诊断意义的阴性症状也应描述。现病史是否完整准确，对诊断治疗具有重要参考作用，亦是体现医生文字水平和业务水平的主要依据。

(3) 辨证分析是病案的核心内容，是指导治疗的关键所在。根据四诊所得资料，辨证结合地进行病因病机分析，标本分析，类证鉴别，预后转归分析，做到思路清晰，有理有据，能够明确病位，证候属性，标本缓急，虚实程度，从而得出辨证结论，确立治法治则。

(4) 上级医师查房记录，能代表及反映一个科室医疗水平的高低。主要是对疑难危重急症能够作出明确诊断，并提出相应的诊断依据，对不能作出明确诊断的病例提出可疑诊断及进一步确诊的思路和方法；对病情及病势发展的顺逆，需要作进一步检查项目，治则治法，方药调整，疾病的预后，护理要求等有较全面的分析；并对疑难病能引证古今文献进行分析，使三级医师查房制度及上级医师指导作用在病案中体现出来。

四、抓好病案质控管理的措施

中医病案质量控制是中医医院实施分级管理最重要的基础性工作，是中医医院能否上等达标的关键，是进行医院分级管理评审的主要客观依据，为强化病案质量管理，可采取如下措施：

1. 形成三级质控制度 首先是领导重视，人人参与，层层把关。实行住院医师、科室、医院三级质量控制制度，使各级医务人员明确病案质量在医院分级管理中的重要性及对病案质量应负的责任。医院成立中医病案管理委员会并下设质控办公室，并有专人负责，在业务副院长直接领导下行使对各科室病案进行协调、指导、检控职能。各科室设立病案质控员，由主治医师及以上职称者担任。各临床科主任、护士长对本科室的医护病案质量负有全面指导、督促和检查的责任，组织本科室人员反复学习《医院分级管理标准》及有关规定，认真学习《中医病案书写规范》并切实执行，有效地提高他们的业务素质 and 责任心；科室主治医师、总住院医师、质控员积极协助科主任负责本科室病案质控的日常具体工作，对本科病案质量负有具体管理责任；住院医师严格按照规定书写病历，把好质量关，对实习医生病历书写及病程记录负责修改、检查、督促，经住院医师签署实习医生所书写病案全部纳入住院医师工作业绩范围内。

2. 具体措施

(1) 医院医疗质量控制办公室每年对新分配的医师进行全院性病案规范培训、学习。

(2) 科室质控员协助科主任督促完成本科每份出院病历评分工作，严格把关，杜绝丙级病历。

(3) 院级质控员按《中医院分级管理标准》中住院病历评分标准评审每份归档病案，并分科室统计出中医疾病诊断准确率、入院证候诊断准确率、甲级病案率、丙级病案率、辨证论治优良率、辨证使用中成药率等，归纳各科病历中所存在的不足之处，上报医院质控办。

(4) 医院质控办每月对当月病案书写情况进行小结, 写成书面材料向医院领导汇报, 上报医院办公室实行奖金挂钩, 并及时向各科主任通报病案书写情况。

(5) 医院每年举办一次病案质量评比和优劣病案展览, 对优良者给予奖励, 对劣质病案进行曝光批评; 每季度组织科室自查、医院抽查的形式进行病案检查, 找出存在的问题和定出改进措施, 并进行一定的奖罚制度; 对病历书写质量低劣者或给予延期转正, 或作为考核业务水平的重要依据及晋升定级的参考条件。

五、中医病案的统一名称

为使病案规范化, 国家中医药管理局医政司规定病案中各种名称统一命名为:

(1) 病案: 指患者在门诊、急诊就诊和住院期间的全部诊疗资料。

(2) 门诊病案: 指患者在门诊就诊时的全部诊疗资料。分“初诊记录”、“复诊记录”。不用“门诊记录”名称。

(3) 急诊病案: 指患者在急诊就诊时的全部诊疗资料。分“急诊初诊记录”、“急诊留观记录”。不用“急诊记录”名称。

(4) 住院病案: 指患者在住院期间的全部诊疗资料。包括“住院病历”、“住院记录”等。

(5) 住院病历: 指由实习医师、进修医师和二年(含二年)以内住院医师书写的大病历。

(6) 住院记录: 指由2年(不含2年)以上住院医师及其以上职称医师书写的病案。不用“入院志”、“住院志”等名称。当患者再次住院时, 应写明“第×次住院记录”, 不用“再入院志”、“复入院志”等名称。

(7) 入院诊断: 不用“初步意见”、“意见”、“印象”、“拟诊”、“初步诊断”等名称。诊断暂不能确定时, 在诊断病名之后写“?”。

(8) 病程记录: 分“首次病程记录”和“病程记录”。不用“首次病程志”、“病程日志”、“治疗过程”等名称。抢救记录、会诊记录记载在病程记录中, 不另单列。

(9) 交班记录: 不用“交班志”、“交班小结”、“交班总结”等名称。

(10) 接班记录: 不用“接班志”等名称。

(11) 转出记录: 不用“转出志”、“转出病历”等名称。

(12) 转入记录: 不用“转入志”、“转入病历”等名称。

(13) 阶段小结: 不用“病程总结”、“病历小结”等名称。一般3~4周小结1次。

(14) 出院记录: 不用“出院志”、“出院小结”、“出院总结”等名称。

(15) 死亡记录: 不用“死亡小结”、“死亡总结”等名称。

(16) 留观记录、留观出院记录: 为急诊观察病案标题, 书写要求同“住院记录”和“出院记录”。

(17) 术前讨论记录。

(18) 手术记录: 不用“手术志”、“手术病志”等名称。

六、医案的起源与发展

1. 医案起源的探讨 医案的起源很早。甲骨卜辞中有“壬戌, 卜, 亘贞, 有疾齿, 唯有咎”, 意即在壬戌这天, 由名叫亘的贞人(执行占卜的人)占卜殷王武了的齿疾, 认为有鬼神作祟。此段卦辞虽然简短, 但已含病案的基本内容。

1975年出土的云梦秦简中，有一枚对麻风病作出明确诊断的竹简，论述有人怀疑某人得了麻风病，便叫他请医生检查。医生经过询问、诊察后说，病人眉毛脱落，鼻梁塌陷，刺激鼻腔也不打喷嚏，两足畸形，足底溃疡，手上无毛，说话声音嘶哑，是患了麻风病。可以认为，这是秦代留下来的1例接近于医案形式的记载。

2. 秦汉晋唐医书中的医案 汉代司马迁在《史记·扁鹊仓公列传》中记载了仓公的25例“诊籍”，是事后用回忆追述的方式写下的病案小结，其内容包括病人姓名、症候、脉象、病情经过、病机分析、诊断、治法、疗效、预后等。后世医案包含的项目，在“诊籍”中几乎全可找到。

在现存最早的医学经典《内经》中，亦可找到医案的痕迹。如《素问·奇病论》云：“岐伯曰：此五气之溢也，名曰脾瘕。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也，此肥美之所发也。此入必数食甘美而多肥也。肥者，令人内热；甘者，令人中满。故其气上溢，转为消渴。治之以兰，除陈气也。”其内容包括了症状、病因、病机、诊断、治法和药物等，可以视作为一例类似咨询的医案记载。

张仲景《伤寒杂病论》可以说是从大量个案中提炼出来的规律，如《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治篇》中，第35~40条，便是叙述服小青龙汤后出现的各种变化和随之而变的治疗方法，很象1份痰饮咳嗽的病案。

3. 方、论、药书附案的开创和医案专著的产生 在中医医案发展史上，从懂得医案的重要性到自觉利用医案为著书立说服务，这是一个飞跃，其重要的标志是方、论、药附案的开创。

以方附案方面，如孙思邈《备急千金要方·卷二十一》有二首“治一切丁（疔）肿方”，方后孙思邈写道：“余以正观四年，忽口角上生丁肿，造甘子振母为帖（贴）药，经十日不差。余以此药涂之得愈。已后常作此药以救人，无有不差者。”

医论后附案，孙思邈在消渴门中有“内消”论：“寻夫内消之为病，当由热中所作也。小便多于所饮，令人虚极短气。夫内消者，食物消作小便也，而又不渴。”论后附上梓州刺使李文博一案，使读者对内消之病有更具体的认识。

医案附于药物之后，用以说明其功效者，如《本草拾遗》在“女萎”条下载：“晋嵇绍有胸中寒疹（疾），每酒后苦唾，服之得愈”。

唐代虽开创了方、药、论附案的先河，但并不普遍，到了宋代方逐渐被固定下来。钱乙《小儿药证直诀·中卷》保存的23例医案，上挂病证之阐述，下连证治方药之效验，是方论附案的一种新形式。许叔微《普济本事方》收录370余方，不少方后都附有亲验医案。《本草衍义》以书证药，且注入自身在实践中目见亲验的大量材料，对各药考订阐述。宋代许叔微的《伤寒九十论》为我国第一部医案专著，全书以医案为单位编序，每论首记病例和治疗经过，然后以典籍为据，阐发病机与处方用药的心得，故又名《伤寒治验九十论》。

4. 明代的医案研究 明代的医案有了新的发展，不但数量、类型日益增多，内容格式更加具体完整，而且出现了对医案进行全面整理研究的专著。现存比较著名的明代个案专集有汪机的《石山医案》、薛己的《薛氏医案》、孙一奎的《孙文垣医案》、卢复的《芷园臆草存案》、程仑的《程原仲医案》、易大良的《易氏医案》、喻昌的《寓意草》等。还出现了象聂尚恒《奇效医述》、王肯堂《医学穷源集》这样的专题医案集。

明代医家开始对医案的内容、格式进行探讨，是医案成为专门学问的一个重要标志。如公元1522年韩懋在《韩氏医通》中明确指出，写医案要有一定的格式，“凡治一病，用此或一纸为案。首填某地某时，审风土与时令也。次以明聪望之闻之，不惜详问之，察其外也。然后切脉，论断处方，得其真也。各各填注。”从而提出了“六法兼施”的内容，即望形色、闻声音、问情况、切脉理、论病原、治方术六大部分。1584年吴昆在《脉语》中，对韩懋的“六法兼施”作了修改和完善，把病案格式规定为七部分内容，即：①书某年、某月、某地、某人；②书其人年之高下，形之肥瘦长短，色之黑白枯润，声之清浊长短；③书其人之苦乐病由，始于何日；④书初时病症，服某药，次服某药，再服某药，某药少效，某药不效；⑤书时下昼夜孰甚，寒热多少，喜恶何物，脉之三部九候如何；⑥引经旨以定病名，某症为标，某症为本，某症为急当先治，某症为缓当后治，某症当补，某症当泻；⑦书当用某方，加减某药，某药补某脏，某药泻某脏，君臣佐使之理，吐下汗和之意，一一详尽。明末喻昌在《寓意草》中列“与门人定议病式”一篇，专门讨论医案的规范化格式。吴、喻二人所定的医案内容，已初步达到了现代病案记录的基本要求。

医案成为专门学问进行研究的又一标志是江瓘父子编著的我国医学史上第一部总结研究医案的专著——《名医类案》。该书成于1552年，共12卷，分205门。集明以前医案之大成，内容涉及临床各科，所加按语，起到了“宣明往范，昭示来学”的作用。

5. 蔚为大观的清代医案 清代医案不仅大量出现，并有其特点。

一是个人医案大量涌现。如马倣的《印机草》、高鼓峰的《四明医案》、吕留良的《东庄医案》、叶天士的《临证指南医案》、徐灵胎的《洄溪医案》，程杏轩的《杏轩医案》、顾金寿的《吴门治验录》、王孟英的《王氏医案》、谢映庐的《得心集医案》、王旭高的《王旭高医案》、余听鸿的《诊余集》等。

二是实录医案逐渐盛行。这种医案是医家在门诊或出诊时，当场留下的诊疗记录。如《临证指南医案》、《丁甘仁医案》等。

三是医案汇编不拘一格。如有合编类：是以病症为纲汇编各家医案，其中有影响的是魏之琇的《续名医类案》和俞震的《古今医案按》等；合刊类：如有吴子音的《三家医案合刊》、王文谔合辑的《沈氏医案合钞》、姜成之编录的《龙砂八家医案》、柳宝诒选评的《柳选四家医案》等；专科类：如《马培之外科医案》、余听鸿编辑的《外证医案汇编》；专题类：如沈璠的《沈鲁珍驳正医宗必读案》、沈源的《奇症汇》等。

四是医案研究日趋活跃。自《名医类案》开评注医案先河后，清代较有影响的评按医案集有《东庄医案》、《四明医案》（杨乘六评按），《印机草》（周学海评注），《临证指南医案》（徐灵胎批注，华岫云等人附论），《洄溪医案》（王孟英评按），《续名医类案》（魏玉衡评按），《古今医案按》（俞东扶评按），《王旭高医案》（方耕霞评按）等等。这些按语和批注，对各家医案或钩玄提要，或发微补阙，或褒长贬短，或质疑驳误，使读者在阅读时，易于抓住要领，吸取精华。

6. 医案书写向病历的过渡 19世纪后半叶至20世纪初，随着西方医学在我国的广泛传播和发展，中西医汇通派开始形成，吸取西医病案书写的优点，创立了病历体医案的新形式。这种医案在记录病人的姓名、年龄、籍贯、住址、职业等后，即标明病证名，然后分项记录病因、症候、诊断（含治则治法）、处方、方解（有的无）、效果等。有时

候在效果之后还有说明、或问、附记等项，阐发医理或药理。这种医案形式，融合了传统医案和西医病案书写的长处，发扬了中医的特色，也有利于查考、统计和总结，从而具备了现代病案的某些功能。

如何廉臣在保持中医学特点的基础上，借鉴西医病案的写法，精心设计了医案的八项程式：一病者（包括姓名、性别、年龄、住址等）；二病名；三病因；四症候；五诊断；六疗法；七处方；八效果。并照此程式，登报向全国征求“初中末俱全之验案”，得到了包括名医张锡纯、丁甘仁、周小农、肖琢如等人的热烈响应和支持，从千余篇来稿中共选出 371 则验案，编成《全国名医验案类编》。这种类似西医病历的书写格式，使传统医案中有关理法方药和辨证论治的记述得到了更有条理的体现。

七、医案的分类

传统医案的分类，有多种形式。如从现代病案的书写要求来分，可分为完整（或大致完整）的医案和不完整的医案；从中医专业来分，可分为内科、外科、妇科、儿科、针灸科等各科医案；从治疗所采用的方法和方药剂型来分，可分为外治医案、膏方医案等；从疾病的缓急难易来分，可分为调理医案、急诊医案、疑难医案、常见病医案；从诊治的序次来分，可分为初诊医案、复诊医案；从治疗的正确与否及效果来分，可分为验案（成功医案）、误案（失败医案，或称坏案）等等。如果从医案写就的时间来划分，则不外乎临证体和笔记体两大类。

1. 临证体叙述式医案 这一般是指医家在诊病当时留下的诊疗记录，也称“脉案”，常直接写在处方笺上。它的前半部分是案语，概括病人就诊的症状、患病经过、引发原因及分析病机，提出诊断，列出治法等；后半部分为处方的具体内容。有的临证体医案在事后曾进行过适当的整理，如按一定格式折开来分项记述，或在案后加上按语之类的内容。这种医案的优点是真实可靠，能反映医家诊疗的原貌，但往往过于简略，或缺乏条理性。

临证体医案据其写作文体的不同，又可将其分为叙录式、骈文歌体式、病历式三类。

在临证体医案中，用比较自由的散文体叙录的医案占大多数，写法繁简不一，形式多样，可分为八类：第一类是仅列主症，或脉象，或舌象，不及其余。这类医案虽然简要，但因资料欠完整，故给读者带来困难。第二类是仅点明辨证结果或治疗大法，其余皆略。这类医案虽主症因机等已隐含其内，但仍嫌笼统而不完整。第三类是只谈病因和治法，略于病机、症状和舌脉。虽有理法而无脉症，给经验总结带来困难。第四类是以分析病因、病机为主，在分析中顺便带出脉症，然后确立治法及处方。此类医案往往说理过于冗长，不易综合分析，也不易读写。第五类是病因、病机、病史、症状、诊断、治疗等交融一体，夹叙夹议，互为阐发。其优点是概括性强，能表达诊疗中的关键，体现中医学理论和辨证论治精神，反映医家的经验，但仍欠条理，且往往有论虚大于言实之感。第六类是先概括性地阐明病机，后叙述症状、脉舌，再提出治疗意见与处方。此类医案具有理法突出，简洁明了等优点。第七类是先列症、因、脉、治、方药各项，然后针对诊治过程中的重点、难点、疑点，自设问答，提要钩玄，答疑解惑。此类自设问答部分最宜细看，是医家经验之谈，对提高诊疗水平大有裨益。第八类是先记述症状、病情经过和就诊的脉象、舌脉，然后分析病因、病机，最后下诊断、列治法、出方药。此类医案比较客观，内容记述完整，条理清晰，朴实无华。

骈文歌体式医案，是指用骈文或歌体写成的医案，除医学价值外，还有一定的文学鉴赏价值。

病历式医案是将传统医案的内容拆开，按病者、病名、病因、症候、诊断、疗法、处方、效果等分项记述。这类医案具有条理清晰，使读者对医案的脉因证治、理法方药等各项内容一目了然，且内容记载更为详尽，使医案的稽查、统计等价值得以充分发挥，可为整理研究提供宝贵的资料。

2. 笔记体式医案 笔记体医案是医者诊后用回忆追述的方式写下的医案，是事后经过医生本人提炼加工后形成的诊疗经验谈。一般有四个特点：一是诊疗过程交待得比较清楚；二是能比较详细地反映医家的临床思维、决策过程和辨证用药经验；三是大多为疑难危重或有发明、有新意的医案，平庸者较少，富有启发性；四是文字连贯，有分析、有体会，易读易懂。据其写作风格不同，又可大致分为四种：一为过程式，是注重于反映诊疗过程的医案，有助于学者把握病证的传变规律和医家相应的治疗对策；二为夹议式，这类医案在追述诊疗过程中，穿插了大段议论，或阐述病机，或说明药理，或引经据典，或借题发挥，种种不一；三为问答式，一般是通过回答有针对性的提问，将医家在诊治疾病过程中独到经验和认识提示出来；四为日记式，是指保存在日记中的医案，它在追述时，把诊治疾病的经过与记事结合在一起。

【古代文献】

《重订名医类案·叙》：《内经》以五运六气、三部九候原生人之疾病，诊有一定之法，刺有一定之针，此所谓案也。……其言也立，言立而案存，后虽有良医不能易，所谓南山可移，此案不可动也。……吾观太史公之传淳于意，则意之医案也；陈寿之传华佗，则佗之医案也；李延寿之传徐父伯，则父伯之医案也。后史以医为小道，传方术者略而不书，而案之存于史者盖寡。诸医之良者，自传其术，幸而不终于泯没。江氏赅而存之，意良善也。书久残失而字句讹缪，吾友魏玉璜氏精于医术，能穷其源，附以己见而议论不至混淆。鲍以文氏，博于考索，能知其故，刊其讹字而汤齐不致贻误。……语云：医者意也。黄帝有问岐伯，即知其人之病之由；雷公有问黄帝，即知其人之病之由。以意决之也，此即黄帝、岐伯之医案也。若其病不应脉，当思其病；脉不应病，当思其脉；药不应病，当思其药。三者相参，思之，思之，其有不合者寡矣！医之有案，盖未有出此三者。遵其道而用之，人人皆可以为良医，人人皆可以立案。

《重订名医类案·序》：医之有案，实权舆于左氏传、太史公。魏晋以降，多散见于史集，至丹溪始有专书，皆其门人所日记，亦小说、杂记之属。宋·张季明作《医说》十卷，首述轩岐，以发其宗，次列证治，以穷其变，又此编之鼻祖也。至于分门别类，间有未精审者，是在览者之鉴别。

《寓意草·与门人定义病式》：某年，某月，某地，某人。年纪若干？形之肥瘦长短若何？色之黑白枯润若何？声之清浊长短若何？人之形志苦乐若何？病始何日？初服何药？次后再服何药？某药稍效，某药不效？时下昼夜孰重，寒热孰多？饮食喜恶多寡？二便滑涩无有？脉之三部九候，何候独异？二十四脉中何脉独见？何脉兼见？其证或内伤，或外感，或兼内外，或不内外。依经断为何病？其标本先后何在？汗、吐、下、和、寒、温、补、泻何施？某药宜用七方中何方，十剂中何剂，五气中何气，五味中何味？以何

汤名为加减和合？其效验定于何时？一一详明，务令纤毫不爽，起众信从，允为医门矜式，不必演文可也。某年者，年上之干支，治病先明运气也。某月者，治病必本四时也。某地者，辨高卑燥湿五方异宜也。某龄、某形、某声、某气者，用之合脉，图万全也。形志苦乐者，验七情劳逸也。始于何日者，察久近传变也。历问病症药物验否者，以之斟酌己见也。昼夜寒热者，辨气分血分也。饮食二便者，察胃肠乖和也。三部九候，何候独异，推十二经脉受病之所也。二十四脉见何脉者，审阴阳表里无差忒也。依经断为何病者，名正则言顺，事成如律度也。标本先后何在者，识轻重次第也。汗、吐、下、和、寒、温、补、泻何施者，求一定不差之法也。七方：大、小、缓、急、奇、偶、复，乃药之制，不敢滥也。十剂：宣、通、补、泻、轻、重、滑、涩、燥、湿，乃药之宜，不敢泛也。五气中何气，五味中何味者，用药最上之法，寒热温凉平，合之酸苦甘辛咸也。引汤名为加减者，循古不自用也。刻效于何时者，逐款辨之不差，以病之新久五行定痊愈期也。

【研究进展】

一、问现在症常用术语

(一) 寒热

1. 恶寒 微恶寒，背恶寒，寒战，恶风，微恶风寒，畏冷（寒），腹部冷，下肢冷，四肢凉，四肢厥冷，关节冷，（某局部）冷。

2. 寒热 恶寒发热，恶寒重发热轻，发热重恶寒轻；寒热往来，寒热往来无定时，寒热往来有定时。

3. 发热 潮热，微热，长期低热，壮热，烦热，午后潮热，身热夜甚，夜热早凉，骨蒸发热，身热不扬，手足心热，五心烦热，烦躁觉热，劳累发热，头面烘热，（某局部）灼热。

(二) 出汗

无汗，少汗，微有汗出，大汗淋漓，喜汗出，自汗，盗汗，左/右/上/下半身无汗，但头汗出，汗出不彻，手足心出汗，（某局部）出汗，汗出如油，汗出粘手，汗质（液）清冷。

(三) 疼痛

1. 疼痛部位 头痛，头顶痛，偏头痛，前额痛，后头痛，眉棱痛；目痛，鼻痛，牙齿痛，咽喉痛，口腔痛，舌痛；头项强痛，身痛，肢体痛，背痛，肩痛，腰痛，腰脊痛，腰痛连足，骨节痛，足跟痛；胸痛，虚里疼痛，乳房疼痛，胁痛，腹痛，脘腹痛，左上腹痛，右上腹痛，脐痛，脐腹痛，小腹痛，少腹痛；阴器痛，肛门痛；（某局部、器官）疼痛。

2. 疼痛性质 冷痛，灼痛，胀痛，刺痛，窜痛，绞痛，挛痛，牵掣痛，游走痛，酸痛，重痛，闷痛，空痛；隐痛，剧痛；阵发痛，持续痛；痛处固定；痛无定处。疼痛喜按，疼痛拒按，疼痛喜冷，疼痛喜温，得食痛减，得气行（噎气、矢气、肠鸣等）痛减，活动痛缓；夜间痛甚。

(四) 饮食口味

1. 不欲食 久不欲食，食少，食欲不振，纳谷不馨，纳呆，厌食，厌食油腻，恶闻

食臭，进食无味，饥不欲食，拒食。

2. 多食 多食易饥，消谷善饥。

3. 偏食 饮食偏嗜，喜食异物，嗜食生冷，嗜食肥甘，嗜食辛辣，喜食香燥，嗜酒。

4. 口渴 口不渴，口干，口微渴，口大渴，口渴引饮，渴不欲饮，渴喜冷饮，渴欲饮热，但欲漱水不欲咽；口不渴。

5. 口味：口淡，口苦，口酸，口甜，口咸，口腻，口粘。

6. 呕吐：食后呕吐，纳药呕吐，朝食暮吐，暮食朝吐，呕吐急迫，干呕，呕吐酸水，呕吐苦水，水入即吐。

(五) 二便

1. 便秘 大便秘结，经常便秘，大便干燥，大便硬结，便如羊屎。

2. 泄泻 泻下如注，久泄不止，泻下不爽，滑泻，水泻，五更泄，晨泄，大便稀，便稀如水，大便溏泄（便溏），便如蛋汤，便如黄糜，便如鱼脑，泡沫样大便，大便清冷，完谷不化。

3. 便质异常 溏结不调，大便先干后溏，大便时结时稀，大便变细，大便变扁，大便灰白，大便脓血，便下粘液，大便酸腐，大便臭秽，大便下虫，便血，大便带血，便血量多，便血量少，便血鲜红，便血暗红，黑便。

4. 排便感异常 里急后重，腹痛欲泻，排便不畅，大便艰难，排便无力，大便不净，便意频数，大便失禁，遗尿，肛门灼热。

5. 尿量异常 尿多（小便量多），尿多如崩，尿少（小便短少），无尿，尿闭，小便不利，夜尿多。

6. 尿色、尿质异常 尿清，尿黄，尿黄褐，尿短黄，血尿，尿血鲜红，尿血淡红，尿中带血丝，尿中挟血块，尿血棕红；尿白，小便浑浊，小便中有沉淀，尿如脂液，尿如乳糜，尿后溢浊，尿中有砂石，尿中泡沫，

7. 排尿感异常 尿频（小便频数），余沥不尽，小便灼热，排尿疼痛，小便急迫，小便中断，遗尿，小便失禁，小便淋漓不尽，排尿无力，排尿艰涩，小便点滴而出，尿细如线。

(六) 睡眠

失眠，睡中易惊，睡后易醒，早醒，不易入睡，睡眠不实，夜寐不安，梦多，恶梦纷纭，梦呓，梦游。

嗜睡，饭后欲睡，突然入睡。喜伏卧，喜倦卧。

(七) 全身不适

1. 头晕，头昏，头重，头胀，头闷，头如蒙，头中鸣响，头皮麻木，头痒。

2. 神疲，困倦；健忘；心烦，性急，易怒；喜哭，抑郁，苦闷，忧思，焦虑，喜叹气；善悲；恐惧，胆怯，善恐；多疑；易惊。

3. 视物不清，视物模糊，视物昏蒙，视力下降；眼花，眼前黑影，眼前如蚊蝇飞舞，眼前生花，眼前闪光，眼前云雾飘移，荧星满目；视歧，妄见，复视，视物变形，视物颠倒，视定反动，视直如曲，视正反斜，视大为小，视小为大；视瞻有色，视物易色；目胀，眼干燥，眼砂涩；眼球胀硬；羞明；目痒，目痒如虫行，眼内迎风作痒；雀目；视野缩窄；不辨三光；失明；视近物不清；视远物不清。

4. 耳鸣，突起耳鸣，经常耳鸣，耳鸣如雷，耳如蝉鸣；重听；听力减退，耳聋，卒然耳聋，间歇耳聋；耳内蒙闭，耳内胀闷，耳内堵塞。

5. 鼻不闻香臭，嗅觉减退；鼻塞，交替性鼻塞，持续性鼻塞，间歇性鼻塞；鼻痒；鼻内酸胀，鼻内胀痛；鼻内干燥，鼻内灼热，鼻气灼热，口鼻气冷。

6. 咽干，喉干；咽痒，喉痒；咽喉灼热，咽部堵塞感，咽部紧缩感，咽喉不适；咽喉异物感，咽中如有梅核，咽中如有炙脔；吞咽不利，吞咽困难，吞食梗塞。

7. 颈酸，颈部发胀，项强，项背拘急。

8. 胸闷，胸部胀闷，憋气；气短，喜太息，气下坠感，胁胀，心悸，惊悸，怔忡，心慌。

9. 乳房发胀，乳房瘙痒，乳头痒。

10. 恶心，见食泛恶，食后泛恶，时时泛恶；心中懊恼，脘胀，食后脘胀，胃脘痞闷，嘈杂。

11. 腹胀，大腹胀，小腹胀，少腹胀，食后腹胀；胁下胀闷；腹部柔软喜按，腹部下坠感，腹部重坠，小腹空坠，少腹下坠，脐下悸动，肛门坠胀；气从少腹上冲；肛门异物感。

12. 背胀，腰胀，腰酸，腰部僵硬，腰部如绳束，腰部沉重，腰部重坠，腰部转侧不利，腰部俯仰不便。

13. 梦交，阳痿，早泄，射精过快，遗精，梦遗，滑精，血精，精液清冷，精液稠粘，精液量少，精液量多；性欲淡漠。

14. 身体沉重，四肢沉重，患肢沉重，下肢沉重，头重脚轻；身体困倦，四肢软弱，四肢无力，膝软无力，腿软，握力减弱；四肢/上肢/下肢/肌肉酸胀，患肢发胀，患病半身发胀；身体酸楚，腿酸，膝酸；筋惕肉跳。

15. 身麻，半身麻木，麻木不仁，四肢麻木，肩麻，臂麻，手麻，腿麻，足麻，指/趾尖麻木，口唇发麻，舌麻，舌木，（某局部）麻木；舌痒，手足瘙痒，手痒，足痒，脐痒，阴囊瘙痒，前阴瘙痒，肛门瘙痒，（某局部）瘙痒。

（八）月经带下

1. 经期、经量 月经提前，月经推后，月经先后不定期，经闭不行，经期延长，经血非时而下，经血不畅，月经间期阴道流血；月经量少，月经量多，经血如崩，月经淋漓不断；过早绝经。

2. 经色、经质 月经色淡，经色鲜红，经色深红，经色暗红，经色紫暗；月经稠厚，月经粘稠，月经清稀，经血挟块。

3. 带下 带下量多，带下绵绵不断；带下色白，带下色黄，带下色红，带下杂见五色；带下夹血，带下如水，带下清稀，带下如涕，带下粘稠，带下秽浊，带下气腥，带下腐臭，带下如脓，带下如豆渣状，带下如泡沫状。

4. 恶露 恶露不畅，恶露不下，恶露量少，恶露粘稠，恶露有块，恶露色红，恶露紫暗，恶露色淡，恶露不净，恶露量多，恶露清稀，恶露臭秽。

二、脉象、舌象术语

（一）脉象

1. 常见脉 脉浮，脉沉，脉迟，脉数，脉虚，脉实，脉洪，脉细，脉弦，脉紧，脉滑，脉涩，脉濡，脉弱，脉缓，脉结，脉代，脉促，脉微，脉散，脉芤，脉小，脉大，脉

伏，脉牢，脉疾，脉动，脉短，脉长，脉革。

2. 怪脉 釜沸脉，鱼翔脉，虾游脉，屋漏脉，雀啄脉，解索脉，弹石脉。

3. 反关脉，斜飞脉，无脉，趺阳脉搏动减弱、消失，太溪脉在，太溪脉搏动减弱/消失。

4. 小儿指纹 指纹浮露，指纹沉隐，指纹郁滞；指纹分枝/弯曲/环形，指纹单枝/斜形；指纹增粗，指纹变细；指纹色红，指纹色紫黑，指纹色青，指纹色淡；指纹现于风关，指纹现于气关，指纹现于命关，指纹透关射甲，指纹增长；指纹缩短。

5. 鱼际络脉 鱼际络脉青，鱼际络脉黑，鱼际络脉红赤。

(二) 舌象

1. 舌色 舌淡红，舌淡白，舌枯白；舌红，舌绛；舌紫，舌青；舌有白星，舌如杨梅，舌有红星，舌如猪腰，舌色赭黑，舌如火柿；舌有紫斑，舌有瘀点。

2. 舌形 舌荣，舌枯，舌老，舌嫩，舌胖大，舌肿胀，舌有齿痕，舌瘦薄，舌起芒刺，舌有裂纹；舌短缩，舌卷，绊舌。

3. 舌态 舌体痿软，舌纵不收，舌体强硬，舌体歪斜，舌颤动，吐舌，弄舌，啮舌。

4. 其他舌象 舌干，舌如砂皮，舌如干荔；舌光；舌生疮，舌面生疔；舌溃疡；舌破裂出血，舌出血；舌下痰包，重舌，莲花舌；舌下络脉青紫，舌下络脉瘀曲；舌菌。

5. 苔色 苔白，苔薄白，苔白厚，苔白干，苔如积粉，苔如雪花；苔黄，苔淡黄，苔深黄，苔焦黄，苔黄白相兼，苔如黄瓣；苔灰黑，苔灰，苔黑，苔如霉酱；苔色绿。

6. 苔质 苔薄，苔厚；苔润，苔滑，苔燥，苔糙，苔有裂纹；苔腻，苔垢腻，苔粘腻，苔滑腻，苔燥腻，苔白腻，苔黄腻；苔松，苔腐，苔如脓腐，苔如霉，苔霉腐。

7. 苔形 剥苔，苔前剥，苔中剥，苔根剥，苔花剥，苔类剥，舌剥如地图；苔偏外，苔偏内，苔偏左、右；有根苔，无根苔。

三、病案中望、闻、按诊常用术语

(一) 神识情志

神志模糊，神昏，昏倒，昏厥，突然昏仆，循衣摸床，撮空理线，妄见，精神恍惚；表情淡漠，神情呆滞，反应迟钝，动作失灵，神识痴呆；烦躁，情绪不宁，狂躁，神志错乱，神志狂乱，骂詈不避亲疏，登高而歌，弃衣而走；喜笑无常，忽哭忽笑。

(二) 面色

面色无华，面色少华；面色晦暗，面色青，面色紫暗，面色黑，面色灰黑，面色黧黑；面色黄，面色淡黄，面色萎黄；面色乍黄乍白，面色青黄；面色白，面色晄白，面色忽青忽白，面色苍白，面色淡白；面色红赤，面色潮红，面红如妆，颧红，腮部发红，满面通红。

(三) 身体形态

1. 形体：消瘦，大肉尽脱，肌肉萎缩，肥胖，肢体浮肿。

2. 动态：身振摇，角弓反张，全身抽动，肢体震颤，惊跳；瘫痪，软瘫，硬瘫，截瘫，半身不遂；不能站立，站立不稳，不能久立，不能坐起；不能直立挺胸；屈曲踈卧，仰卧伸足，卧起不安，辗转不宁；抱膝而坐，坐而喜伏，坐面喜仰；步履艰难，跛行。

(四) 言语、声音、气味症状

1. 言语 言语不清，言语不利，言语謇涩，言语断续，言语错乱，独语，失语，谵

语，郑声，喃喃自语，沉默寡言，言语无休，小儿言语迟缓。

2. 声音

(1) 语声：语声低微，言语无力，少气懒言；声浊，声重，声音低沉（声低），声音高亢；失音，语声难出，声音嘶哑。

(2) 咳喘：咳嗽，呛咳，干咳；咳声洪亮，咳声嘶哑，咳声重浊；咳嗽顿作，咳后有鸡鸣回声，咳如犬吠；哮喘，喉中水鸡声，喉中痰鸣，喉中声如拽锯；气喘息粗。

(3) 其他声音：鼾声不止，鼾声如雷；喷嚏，喷嚏频作；呵欠，呵欠频作；叹息，时时叹息；呕声壮厉，吐物无声，干呕有声；呃逆频作，呃声低沉，呃声高亢；暖气，暖气频作，暖声响亮，暖声低弱；胃中振水声，腹鸣，腹部转侧有水声，肠鸣漉漉；矢气多，矢气频作，无矢气；呻吟，呻吟喊叫；小儿啼哭，小儿哭声延绵，小儿哭声嘶哑，小儿哭声洪亮，小儿哭声细弱，小儿哭声尖锐；啮齿，睡中啮齿。

3. 气味 口臭，口中苹果气，口中尿臊气，口气腥；暖气酸馊，暖气臭腐；痰腥，痰臭；矢气臭秽，矢气腥臭，矢气腐臭，矢气酸臭，矢气无臭；大便臭如败卵，大便腥臭，大便腐臭，大便酸臭，大便无臭秽；尿臊，尿无臊气，尿有异气。

(五) 痰涎、呕吐物症状

1. 痰涎 吐痰，痰多质稠，痰多质稀，痰少质稠，痰少质稀；痰色白，痰色绿，痰色黄；泡沫痰，铁锈色痰，脓痰，痰中夹血，咯鲜血；痰滑易咯，痰粘难咯；口角流涎，口涎不收，流涎，涎多，多唾。

2. 呕吐物：呕吐不消化食物，呕吐清水，呕吐痰涎，呕吐馊腐，呕吐粪汁，吐蛔，呕血，呕吐鲜血，呕吐咖啡样物。

(六) 头面颈项症状

1. 头颅 头大，头小，头方，囟门不闭，前囟宽大，颅缝开解，前囟凹陷，前囟高凸；头皮下肿块，头皮血肿，头皮囊肿，疖肿串空头皮。头倾，头摇，头偏向左、右侧。

2. 头发 头发花白，头发全白，头发干枯，头发无泽，头发结穗，头发枯黄；脱发，头发稀疏，斑秃，全秃。

3. 面部症状 面部黑斑，面部褐斑，面部白斑，面部黄斑，面部红斑，面颊红斑如蝶，面部青/紫斑；额上青筋显现；颜面浮肿，面部肿胀，颜面抽动，面肌颤动，口角抽动；苦笑面容；面部生疔，颜面生疔，面部痤疮；面部疤痕。颌颌肿胀，腮部漫肿，腮颊肿胀（腮肿）；腮颊腐溃，前腮溃脓，腮管溢脓，腮颊流脓。

4. 眼部症状

(1) 眼睑症状：眼睑浮肿/水肿/下垂/生疮/肿核，胞睑色红/色黯/青紫，胞长菌瘤；睑弦潮红/赤烂，拳毛倒睫/稀疏/乱生；睑板色淡/色赤，睑内结石；脾肉粘连，胞肉胶凝，皮翻粘睑，脾急紧小；目割，眼胞振跳，睑不能闭，目闭不开，睡后露睛。

(2) 两眦症状：眦角赤烂，大/小眦赤脉传睛，眦生胬肉；经常泪下，遇风泪下，流冷/热泪；泪窍溢脓；大眦肿核；眵多，眵泪，眵黄，眵绿，眵白，目眵结块。

(3) 白睛症状：目黄，目赤，巩膜斑点，白睛蓝斑，白睛浅层红赤，抱轮红赤，白睛混赤；白睛溢血，白睛赤脉纵横，暴露赤眼；白睛浮肿，白睛结节，白睛形如虾坐，白睛泡状颗粒；眦部黄斑；鸡冠胬肉。

(4) 黑睛症状：黑睛生翳，黑睛星翳/花翳，翳如秤星/丝缕/螺盖/凝脂/腐渣，黑翳如珠，玉翳遮睛，翳如斑脂/浮云/冰瑕，黑睛厚翳，五花翳膜，旋螺尖起；膜入瞳仁；黑睛积脓；目如蟹睛；黑睛赤泡；黑睛混浊；白膜侵睛；偃月侵睛；黑睛赤脉；赤脉下垂；赤膜上冲；血翳包睛；睛珠干枯。

(5) 瞳神症状：对光消失，通瞳，瞳神散大/缩小/不圆/欹侧；瞳神淡绿/淡青；瞳神积血；神水混浊；瞳神闭锁，瞳神膜闭；重瞳子；晶珠混浊；白翳黄心；晶珠全/半脱位；日失光华。

(6) 眼位改变症状：目偏视，神珠将反，目下/上视，目直，睛珠颤转；目光呆滞，目睛晦暗；睛珠突胀/突赤；珠突出眶；眼突；眼球深陷。

5. 耳部症状 耳流滋水；耳道/耳内流脓，耳脓清稀，耳脓稠浊，耳脓如豆腐渣，耳脓臭秽，耳脓色黄/色红/色青/色白。耳廓糜烂/肿胀，耳廓糜烂渗液/结痂，耳后缝糜烂渗液/结痂；耳后皮肤充血；耳廓肿起柔软。耳后完骨部红肿。耳廓枯槁。

6. 鼻部症状 鼻衄，流清涕，流浊涕，脓涕，脓涕量多，脓涕带血，脓涕臭秽，涕稀如水；鼻气恶臭。鼻尖肿起，鼻准红赤；鼻梁凹陷；鼻部青紫肿起。

7. 口腔齿龈咽喉症状

(1) 口唇症状：口唇干燥，口唇皲裂，口眼歪斜，唇沟歪斜，口唇颤动；唇沟变浅，唇裂，口唇脱皮，口唇溃破，唇肿，唇上硬结，唇肿如杨梅/如茧/如粟；口唇破溃翻花，唇上赘疣；口唇色赤/色淡（淡白）/苍白/紫暗（青紫）/暗黑，环口色青，唇鲜红/紫红/暗红/樱红。张口困难，口张不合，口软唇弛。

(2) 口腔症状：口腔溃烂/糜烂/水疱/血泡；口中白屑；口腔粘膜斑，口腔粘膜鲜红/青紫/淡白；两颊麻疹粘膜斑，两颊粘膜白腐斑块；上腭粘膜白腐，上腭血泡，上腭痈肿，上腭腐溃。

(3) 齿、龈症状：牙龈色红/鲜红/暗红/晦暗/淡白/色黑/色蓝/青紫；龈上白色斑块；牙龈红肿/硬肿/萎缩/溃烂/溢脓/渗血；龈肉腐溃/高肿/光亮；牙龈流紫黑血水，牙根宣露，龈肉痿口溢脓。牙齿松动/脱落/缺蚀/残根/疏松/空洞/发黄/积垢/黄斑/黑斑/焦黑；齿燥如枯骨，牙槽骨腐坏。牙关紧闭，口开合不利，口噤不开；咀嚼困难，咀嚼无力。

(4) 咽喉症状：咽喉红肿，咽喉溃烂，咽喉白膜。

8. 颈项症状 颈项活动受限，颈项强直；小儿颈项软弱无力。颈粗，颈细；颈脉怒张，颈脉搏动明显；颈项肿胀；颈前瘰疬，瘰疬随/不随吞咽移动，瘰疬柔软/坚硬；颈部肿块如串珠，颈部脊核肿大/肿硬/肿痛。

(七) 胸腹腰背症状

1. 胸部症状

(1) 呼吸：呼吸喘促，张口抬肩，气息弱，气息微弱，呼吸胸高肋陷。

(2) 胸廓：胸廓变形，胸廓扁平，桶状胸，鸡胸，肋间胀满，左/右侧胸廓隆起/塌陷。

(3) 虚里：虚里动微不显，虚里动而应衣，虚里洪大而搏，虚里动而欲绝。

2. 乳房症状

(1) 乳房：乳房小，乳房增大，乳内肿块，乳内结核，乳房肿大；乳房皮肤色红（潮红），乳房皮肤橘皮样改变；乳房溃破，乳房生疔，乳房瘰疬；男子乳房发育；乳房

下垂。

(2) 乳晕、乳头：乳晕黯黑/湿烂/皲裂；乳头脱皮/破裂/皲裂/糜烂/腐脱/内缩/抬高。

(3) 乳汁：乳汁不通，产后乳少，产后无乳，溢乳，产后乳自溢，乳汁清稀，乳汁浓稠，乳窍溢脓，乳窍脓黄，乳窍溢血，乳窍挤出粉刺样分泌物。

3. 脘腹症状

(1) 肋下：肋下痞块，左肋下痞块，右肋下痞块。

(2) 脘腹：脘部痞硬，脘坚满，胃脘拘急。

(3) 大腹：腹部凹陷，腹凹如舟，腹大，腹大如鼓，腹部膨隆；大腹坚满，腹部拘急，腹硬拒按；腹内包块，腹中包块柔软/坚硬，腹中包块推之可移/不移。

(4) 小腹：小腹坚满，少腹坚满；小腹包块，右/左下腹包块；膀胱膨胀；脐下动悸。

(5) 脐：脐突，脐肿，脐红，脐边青黑，脐流脓水，脐中潮湿，脐糜烂，脐部瘵管，脐部出血。

(6) 其他：蜘蛛痣；白痞；玫瑰疹；腹部生疮/痈；腹部青筋暴露。

4. 背肩腰臀症状 圆背，驼背，脊柱歪斜，脊柱侧弯，脊椎凸出；肩耸，肩塌，肩凝；臂部外突，臂部疔肿，臂部生痈；臀部痈/疔，臀部皮肤潮红，臀部溃烂；髋部屈伸不利，髋部痈/疔。

(八) 四肢症状

1. 四肢形状 四肢瘦削，上肢/下肢/四肢萎缩，足萎；关节肿大/红肿/畸形；肢端肥大，指大如杵；鹤膝，膝外翻，膝内翻。

2. 四肢动态 肢体痿弱，手软下垂，足软弛缓，手撒，足下垂，四肢拘急，四肢抽搐，转筋，握拳，四肢震颤；手足蠕动/瘛瘲，手舞足蹈，手颤，下肢颤抖，手掌屈伸不利，手指屈伸不利。

3. 四肢肿胀 四肢肿胀，单侧肢肿，上肢/下肢肿胀，手肿，手背肿如覆碗，掌肿如托盘，指/趾肿，指通肿，足肿，肢体血肿，足踝水肿。

4. 四肢色泽 肢体发绀；指/趾黯红/青紫/苍白/紫黑/变黑坏死/骨节脱落/干枯/湿烂；手掌赤痕。

5. 指、趾甲 甲床淡白/青紫/淡红/残缺；指/趾甲菲薄腐烂，趾甲增厚；指(趾)甲色灰/色白/无泽/色黄/色黑，指/趾甲色斑；指/趾甲下脓肿，指/趾甲溃空/脱落，指/趾甲下血肿，甲房肿胀/溃烂，甲下赘肉突出；甲沟红肿/湿烂/色白；甲旁红肿；甲向内嵌，甲板翘起/萎缩/高低不平。

6. 其他症状 手足脱节，手掌脱皮/裂开，鸡眼，足/趾底鸡眼，手掌/足底角化；手足生疔；小腿溃疡，足背溃破腐烂，足底溃疡；前臂内侧红丝，小腿内侧红丝；下肢青脉显露，下肢青脉硬结。

(九) 男性前阴症状

1. 阴茎、包皮 阴茎短小/粗长/肿胀/湿疹/白斑，阴茎背部结节，阴茎溃烂、腐脱，阴茎部漏尿，阴茎勃起弯曲，阴茎隐缩。龟头丘疹/结节/疣状肿物/红肿/溃烂/破烂。包茎，包皮过长/水肿/嵌顿。

2. 阴囊、睾丸 阴囊瘙痒/肿大/水肿/硬肿/紧缩；阴囊皮肤顽厚/光亮/裂开/紫黑/

发红/暗红/潮湿/溃烂；阴囊溃破/流脓/瘻管；阴囊内肿物，阴囊偏坠一侧；阴囊透光阳性/阴性。睾丸肿大/坚硬，睾丸表面光滑/不光滑，睾丸部肿块，副睾硬结，睾丸外露。精索增粗/坚硬/结节/筋脉如蚯蚓状。

(十) 肛门症状

1. 肛门皮肤 肛门皮肤潮湿/潮红/溃疡/糜烂，肛门周围湿疹；肛门边缘皮赘，环状皮赘，皮赘柔软/肿胀/发红。

2. 肛周包块 肛周周围肿胀；肛周部包块；肛周部皮肤结节隆起，肛周结节柔软/坚硬/黯紫。

3. 痔核 痔核脱出肛门，痔核可/不能自行还纳，痔核表面光滑，痔核嵌顿/柔软/糜烂/出血/鲜红/黯红/灰白/青紫。

4. 瘻管 肛门周围皮肤见瘻口，瘻口高突/凹陷，瘻口色鲜红/色灰白，瘻口部脓水清稀/黄稠，瘻口部流脓血；肛周皮下瘻道，肛周皮下可触及条索状物。

5. 脱出物 肛门松弛；肛门脱出物柔软无弹性/壁厚有弹性，肛门脱出物色淡红/鲜红/紫红/黄白，肛门脱出物有蒂/无蒂/宽蒂。

(十一) 疮疡症状

1. 疮肿 疮痍高肿，痍肿结块/漫延/平塌下陷/坚实/木硬，痍肿簇生，肿疡作痒，疮肿范围局限/不局限，疮疡根脚收束/散漫/大/小/坚牢，疮肿而宣浮，疮肿根深坚硬如钉，痍疮中软/绵软/有波动感，痍疮表面光软无头/皮薄光泽，痍疮扪之有捻发感/不应指，痍疮溃破，疮形如脐。

2. 疮色 疮疡表面色红/晦暗/色黑/色紫/色黄/色灰白/有紫血泡。

3. 疮脓 疮疡有脓头，疮疡脓头如粟粒，疮顶陷黑无脓；疮口流脓，脓稀薄/稠厚，脓稀似痰，脓似粉浆/蟹沫，脓夹血样液，脓夹血块，脓夹败絮样物，脓腥臭/腐臭/恶臭，脓色黄/色白/色灰/色绿/色黑，脓出不畅，脓液畅泄，脓出痛减/痛剧，脓腐不透/旁串，指按有脓流出/有脓不流，脓液淋漓不止。

4. 疮面 疮口糜烂/干枯/凹陷/不敛，疮口凹陷不平/如岩石/如碟，疮口边缘不齐/削直/外翻/唇肉翻出，疮口上方有青筋显露，疮口上方动脉搏动消失，疮口死骨脱出，疮口纸捻探之有锯齿感，疮口外翻如菜花/如泛莲/如杨梅，疮边如缸口/如空壳；疮面湿润/糜烂，疮面光白板亮如镜，疮面色红/潮红/如牛肉，疮面肉色晦暗/灰白，疮而收口，疮面新肉生长/肉芽生长/新肉不生，疮面不知疼痛/痛觉减退/痛觉消失；疮疡溃后如蜂窝，溃疡底部有珍珠样结节，疮臭如鼠尿，疮疡溃后如蝼蛄穿穴，腐肉脱落，疮内有脓腔，护场。

5. 疮周 溃疡周围色素沉着/皮肤湿疹/肌肤紧张/皮肤水肿，疮疡周围暗红/紫暗/乌黑/有灰绿色水疱，溃疡作痒。

6. 疤痕 疮面愈后疤痕，疤痕结节/高突/坚硬/凹陷，疤痕色白/色红/色紫/色黑，疤痕光薄柔软。

7. 窦道 体表有窦道，窦道周围湿疹/脓疱/色素沉着。

(十二) 皮肤症状

1. 感觉 皮肤/肌肤麻木，肌肤不仁，皮肤感减退/消失/过敏，皮肤搔之不知痛楚，皮肤蚁行感。

2. 润燥 皮肤干燥/皲裂/干瘪起皱/粗糙, 皮肤油腻/潮湿/流滋/潮湿浸淫, 皮沟加深, 皮峭隆起, 皮肤萎缩, 肌肤甲错。

3. 胀硬破烂 皮肤紧张/肿胀/增厚/变硬/光亮/濡软; 皮肤溃烂; 皮肤苔癣; 皮肤擦破/抓痕/血痕/损伤出血/裂开。

4. 肤色 皮肤色素沉着/减退; 皮肤色黑/棕色/色紫; 皮肤发白/白化/苍白/晄白; 皮肤色黄/萎黄/暗黄/色黄如橘; 肤色潮红/丹红, 皮肤色赤按之退色/不退色。

5. 斑点 皮肤见白/黑色细纹; 皮下瘀斑; 皮肤红斑, 局部皮肤红斑, 皮肤斑点, 红斑对称分布, 红斑中心萎缩, 皮肤花斑/白斑/紫斑, 斑色玫瑰红/鲜红/丹红/紫红/晦暗; 皮肤红点/瘀点/黑点/白点; 皮肤丝状红缕, 蜘蛛痔, 珠砂掌。

6. 疹 皮肤丘疹, 皮疹瘙痒, 皮疹搔破出血, 皮疹搔之不知痛痒, 皮疹细小/稠密/稀疏/浸淫成片/糜烂; 皮疹色红/暗红/淡红/不红/紫红/色褐/色白; 皮疹如刺, 皮疹顶端脓疱, 皮疹中央凹陷, 皮疹挤出白汁; 皮疹脱屑/不脱屑; 皮疹结黄痂/结脓痂/结干痂/结血痂/结厚痂/结湿痂, 皮疹痂下长颗粒肉芽。

7. 疱 水疱混浊/饱满/晶亮/澄清/枯瘪, 水疱周围红晕/中央凹陷, 水疱大小相似/不一, 水疱壁薄/壁厚, 水疱色白; 皮肤脓疱; 皮肤血疱。

8. 风团 风团时隐时现, 风团色红/色白/色如云彩, 风团堆垒成片, 风团瘙痒。

9. 鳞屑 皮肤鳞屑, 鳞屑易/不易脱落, 鳞屑如糠秕, 鳞屑厚/薄, 鳞屑色白/色灰/色黑/色黄, 鳞屑下毛囊孔增多, 皮疹脱屑, 头皮/手掌/足部脱屑。

10. 肉芽、结节 肉芽色淡/红活/晦暗, 肉芽发痒, 肉芽烧灼感; 皮肤结节, 结节大小, 结节柔软/坚硬, 结节色红/暗红/鲜红/紫红/色黑/色褐。

11. 其他 烧伤创口基底红活/晦暗/色白/潮湿, 烧伤结焦痂; 烫伤起泡/脱皮, 烫伤皮肤色赤; 创口出血/干瘪/血肿/整齐/不整齐; 咬伤牙痕; 体毛干枯/脱落, 眉毛脱落, 阴毛脱落。

(十三) 肿瘤、脊核

1. 肿块形状 体表生肿瘤, 肿瘤浮浅/根深; 肿块对称发生, 肿瘤头大蒂小, 肿瘤悬垂; 肿块如复碗/如堆粟, 数个肿块连成一片, 肿块如疙瘩叠起, 肿块紧贴于骨, 肿块扣之呈分叶状; 肿块边界清楚/不清, 肿块推之可移动/不动; 肿块柔软/有弹性/绵软/坚实/石硬。

2. 肿块表面 肿瘤表面与皮肤粘连, 肿块表面光滑/高低不平, 瘤体表面血络丛集, 瘤体表面血络暗红/紫蓝, 瘤体表面青筋垒垒, 瘤体青筋盘曲成团块, 瘤体青筋盘曲如蚯蚓, 颈部瘤体青筋显露。

3. 肿块溃破 瘤体溃破, 瘤破脂浆溢出, 瘤溃臭秽, 瘤顶有针头大小黑色凹陷, 瘤中挤出有臭味的脂浆, 瘤破流黄浊液体, 瘤体红烂无皮, 瘤体疮口出血如喷射状, 瘤体透骨穿腮。

4. 脊核 脊核肿大, 结核累累/如豆, 脊结成块, 脊核结块按之坚实, 脊核结块石硬, 脊核结块推之可移/不移。

四、现代中医病案的管理与应用

(一) 现代病案的意义

现代中医病案是病人就诊时医疗活动的全部原始记录。能客观反映病人诊疗经过和

健康变化状况，故应按照一定要求集中保管。只有按照一定要求集中保管起来的疾病医疗记录资料，才是病案。病案不能是一份份孤立的疾病医疗记录材料，必须是有内在联系的、客观而全面地反映病人发病过程和医疗效果的整体。现代中医病案作为档案的一个门类，是国家档案宝贵财富的组成部分。

第一，中医病案记载着前人从事中医临床实践的成果和智慧结晶，可以传之后代，为后人造福。当今不少成果，就是在前人诊疗经验基础上，总结整理和提高而形成的。

第二，中医病案是中医学教学和科研的宝贵资料。临床科研中的病例资料，往往并非一人一时所能积累，而是要借助他人所写病案，现有很多中医科研论文，都是通过对病案的研究而完成的。

第三，中医病案是医务人员辛勤劳动的记实，其中有成功的经验，也有失败的教训，有典型病例，也有疑难杂病。这些都为提高医疗质量和技术水平提供了一个方面的依据。分析研究中医病案，能够促进医疗质量的提高。

第四，中医病案是评价中医医院管理水平、考核中医医务人员业务能力和医德的主要依据。对医院实行分级管理和评定的依据，很大一部分来自对病案的检查结果。还可从中衡量医护人员的责任心和业务水平，辨证施治能力和道德品质。

第五，中医病案也是医疗法律上的重要依据，为处理医疗纠纷和伤残事故以及为有关社会调查提供法律依据。

第六，中医病案可以从一个方面反映社会状况，具有广泛的社会性。有关部门可从医案中随机抽取一定数量的病案进行统计，分析常见病、多发病、死亡病种排列等，以便采取防治措施等。

（二）病案的管理

要提高中医病案的利用价值，首先要管理好病案。病案管理必须做到：

（1）集中统一管理。

（2）维护病案的完整与安全。

（3）便于查找利用。为此，病案的收集要及时；病案的整理要科学；病案的登记要科学（包括住院病人登记，出院病人分科和分病区登记，死亡登记，传染病登记，恶性肿瘤登记，诊断质量登记等）。

（4）病案的保管要妥善。要严格控制病案室的温度和湿度；防光、防火、防鼠、防霉、防尘、防虫等。

（三）病案的检索

（1）病人姓名索引卡：是为了根据病人姓名查找门诊或住院病案的目的而编制的。每建立一份病案，都要按病人的姓名、性别、住址、病区或科、主要诊断、病案号等项目，填写一张卡片。病案号是唯一的，其它则是用来鉴别、查找。

（2）疾病名称和手术名称分类卡：是病案最基本的查考工具。中医病证名称，应按中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语》和《中医病证分类与代码》所颁发的为准，并可参考中医院校全国规划教材及国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》。

（四）病案管理和检索的现代化

应用电子计算机管理和使用病案势在必行。国家中医药管理局与湖北中医学院附属

医院已编制了中医病案管理的计算机软件，在推广应用中得到病案管理和统计工作者的好评。

五、医案整理研究

(一) 医案整理研究的意义

个案总结是中医的传统。千百年来，医家的直接经验，通过医论、医案等形式流传于世。如今重视个案整理仍有重要意义。首先，个案整理有利于总结、交流老中医经验。其次，个案内孕育着新的理论或新的研究课题。整理个案是由特殊到一般的第一个认识过程，治疗疾病的规律性包含在有效的个别医案之中。如用东垣益气聪明汤治疗高血压眩晕，黄连降心火作用与降低尿儿茶酚胺等科研成果，都源于个案总结。

个案总结也存在明显的不足，它仅是实例而没有数量和对照，难以准确地反映出规律性，重复性差，但也不能因此否定个案的作用。医疗实践是一个一个病人的实践，个案总结是大量病例总结的基础。为了克服其不足，应根据已经发现的有效个案显示的苗头，进一步开展科学研究，揭示其中的规律。依据对照、可重复、随机化三原则设计科研方案，将取得的结果进行重复验证与扩大验证。这种对同一个病或同一个证的治疗，经过众多病例的验证，是医案整理的高级形式，可能取得更有价值的创造性成果，甚至填补医学空白，对促进中医学学术的发展和繁荣，能产生积极的影响。

前人给我们留下了难以计数的个案，分布于医案专著及中药、方剂、医话、史书等各类医籍中。系统开展医案的校勘，汇编各派医家的医案，类编名家验案，分科系统整理历代医案，发掘整理名家医案的精华等工作，可使各个流派、各位医家的学术思想、技术专长及诊疗经验得到继承和发扬。从而提高诊疗水平，并为科研人员提供许多有价值的信息或研究课题。

可见，积极开展医案整理研究工作，既能更好地继承古今医家的学术思想和医疗经验，有利于开展学术交流，亦能很好地发掘其中的精华，繁荣学术，为医疗、教学、科研服务。

(二) 医案整理研究的原则

历代医案的整理研究工作，大多出自一人或数人手笔，医家平时诊病缺乏较为完善的病案管理制度，医案编写缺乏规范可行的通则，各行其事，出现了种种弊端，如同夏应堂在《全国名医验案类编》序中所言：“研辞琢句，俚白俳黄，或则洋洒千言，或则寥落数字，但论词华，不言医理，举凡病理、病症、诊断、处方，均所不问，徒夸词藻之工，实乖医案之例，乃一二文学之士，倡之于前，便倭之徒，步之于后，相传辗转，风气遂成，此一弊也。理无全胜，学有专长，但出一编，必求全品，徒夸博洽，不问精粗，其方之合否不顾也，其治之效否不顾也，以多为贵，以博为能，如灵胎所谓记帐簿于者也，此二弊也。上工全九，中工全八，症有不治，药无十全，乃好大喜功，侈言治验，或出门人之手，为师讳过，或属自编之案，为己掩瑕，伪造验方，妄言效案，一若有治必愈，无病不痊，大言炎炎，欺人欺世，后人得之，真贗难辨，此三弊也。零缣断锦，剩玉残金，首尾不全，始末无考，虽珍敝帚，终属残葩，病变之转移无寻，治疗之步骤莫考，其效其否，固不可知，其是其非，又焉能晓，此四弊也。更或有案无方，但仰高深而莫测，更或有方无案，徒瞻方药而兴嗟。凡此诸端，悉为通病，各家名集，均所不免。”

因此在医案整理中，首先必须要求真实，即入选的医案必须真实可靠，尊重原始记

录。其次医案应当完整，首尾俱全，资料完整，效果明显，理法分明，方药齐全。第三是应当规范，应根据《中医病案书写规范》的精神，结合医案内容，作出若干规定，按统一规则整理。第四要作到可读，包括医案事实鲜明，分析清楚，文字流畅，一目了然，医案的内容要真正反映医家的学术思想与独到的医疗经验，具有新意，能启迪后学，增进他人学识。

（三）医案整理研究的步骤

第一，医案的收集。筛选高质量医案是编好医案专著的关键。可选医家祖传秘方或本人验方诊治的典型验案；医家运用辨证论治原则，古方新用等方面的验案；运用药物、毒药、配方等方面具有独特经验的医案；对疑难病、少见病等获得满意疗效的医案；运用新理论、新思路、新技术、新疗法、新药等而获效的医案；能反映某医家学术思想、独特经验的医案；科研成果中典型的医案等。

第二，医案的加工。主要是文字加工和体例加工。

第三，医案的别类。据医案的范围等，可采用不同的分类方法。如个人独著医案一般可以科为纲，以病证为目；数位医家合编或类编的医案，常以人为纲，以病证为目；亦可以病证为纲进行分类；也有按人体部位、方证、运气等进行分类的。

第四，医案的评析。即针对某案或某类病证撰写按语、总评、眉批、夹注、自注等形式的理论分析，阐隐发微、析疑解惑、褒贬分明，帮助读者掌握案中精义。其中按语的形式最为常见，按语的撰写内容常为言其得失，引经述理，类案比较，注释关键，质疑辨误，言明特点等。

（四）医案整理研究的方式

医案整理可以编撰医书，如编著名家医案，汇编各家医案，类编各家医案，以及用注、疏、辨、论等方式整理研究前人医案著作。

医案整理还可撰写论文，如个案整理研究，专题研究等。

医案可以运用计算机进行辅助整理。如将古今医案输入计算机，进行分类归纳、统计分析，并可编制名老中医的诊疗程序等。