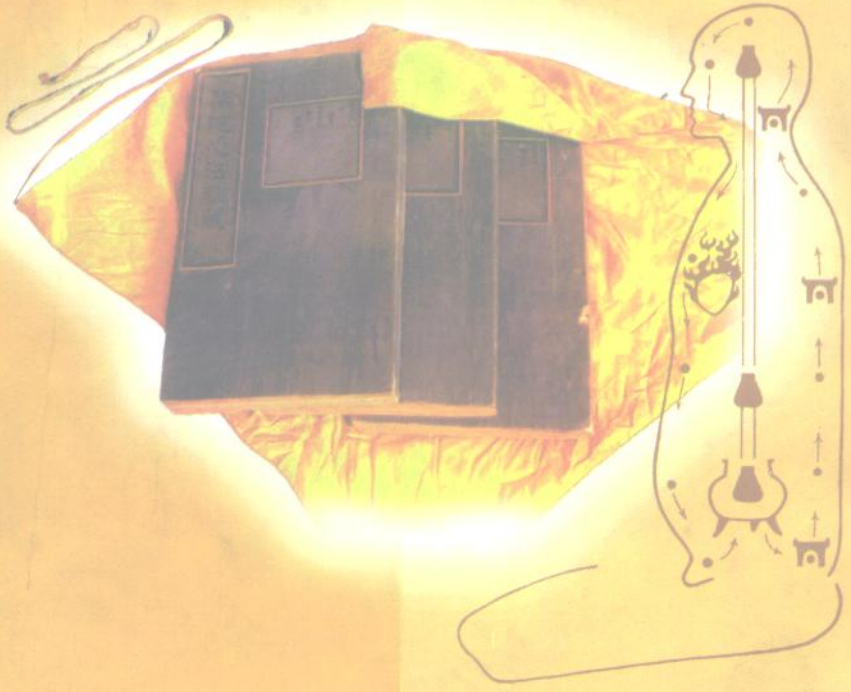
中国医术名家精华

中医诊法精华

依书学诊病 名师名医亲授
九百种诊示 寒疾防病自修
能够早期发现 等于治好一半



中国中医药学会会长
王绵之／主编

世界图书出版公司

中医诊法精华

中国医术名家精华之一

张登本 著

编者 张登本 孙理军 黄广平
高新彦 苗彦霞 田正良

北京中医药大学图书馆



0113055

00579401

世界图书出版公司
西安 北京 上海 广州

（陕）新登字第014号

ZK22/22

中医诊法精华①

张登本　著
责任编辑：刘玉其
世界图书出版西安公司　出版发行
（西安市西木头市34号　邮编：710002）
河北衡水冀峰印刷股份有限公司印刷
新华书店北京发行所总发行
850×1168　1/32　印张：18.75　字数500千
1998年2月第1版　1998年2月第1次印刷
印数：20300册
ISBN 7-5062-3580-3/R·184
WX3580　定价：33.80元

《中国医术名家精华》丛书编委会

主　　编：王绵之（中国医药学会会长）

执行主编：顿宝生

副 主 编：张登本　王文安　邢玉瑞　张喜德
李亚军

总 策 划：刘玉其

编　　委：（按姓氏笔划排序）

王绵之　王文安　王应歌　巨守人　田正良
田学柱　吴生安　刘玉其　刘智斌　邢玉瑞
孙　伟　孙理军　李亚军　李彦民　李永锋
李庆升　季秦安　张登本　张喜德　苗彦霞
段延萍　顿宝生　郭教礼　高新彦　高玉伟
黄广平

前　言

数千年来，中华民族在同疾病作斗争的过程中，积累了丰富的诊断方法经验，形成了一门独特的学科。这一学科是根据中医学的理论体系，研究疾病的诊察，证候的判断，疾病种类的识别，因而是一门集中医基础理论、临床基本知识、辨证识病基本技能于一体的专门学科。

《中医诊法精华》在广泛地搜集了中医常用的诊察方法，临床各种证候的辨证方法，以及临床各科疾病的识辨方法的基础上，运用严谨的逻辑分类组合方法编著而成，贯彻了临床实用为主的原则，使之贴近实践，趋于实用。

《中医诊法精华》所涉内容有四：一曰“诊法概述”，一曰“诊察方法”，一曰“证候辨证”，一曰“疾病诊法”。

“诊法概述”部分，系统地介绍了中医诊断方法的形成发展过程。上自西周春秋，下逮明清现代，以时间演变为主线，用各医家在诊断方法方面的贡献为细目，要言不繁地加以概述，将历代诊断方法研究成就展现于读者。内中还介绍了中医诊断方法的基本原则和基本特点，使读者对中医诊断方法的概貌有所认识。

“诊察方法”部分，详细介绍了望诊方法、闻诊方法、问诊方法、切脉方法、按诊法、其他诊法的内容。这部分内容均以各诊察方法的具体操作特征为出发点，用临床所见的各种症状充实其间，使读者一目了然，易于把握操作，学有所用。正因为该部分内容是以症状为论述核心，体现各诊法的特点，故可称为“症状诊法”。

“辨证方法”部分，悉列中医内、妇、儿、外、伤、五官、肛肠诸科临证所用的十四种诊法、468个证候的诊断辨证。此章以法为纲，以证为目，用法统证，证应于法，法与证丝丝相扣。大凡中医临证所

用之法可见于此，中医临床所见之证亦见于此。缘该章是以证候为核心，体现各种辨证方法及诊察方法的具体运用，因而亦可谓之“证候诊法”。

“疾病诊法”部分，囊括了临床7科540余病的诊法。该部分内容以病为焦点，先据中医对病名确立的原则进行概念介定，然后简述其病因病机和主要临床特征，再呈现相关诊察方法在该病诊断中的具体运用，然后提出该病易显的证候及相似病的鉴别。

《中医诊法精华》的编写，突出了症、证、病的区别与联系，使三者的诊断有机地进行结合，浑然一体，可分而不可离。

症、证、病是中医诊断方法中最基本的概念，三者之间的关系是以“症”为最基本的要素和出发点，把“病”和“证”有机地结合在一起。“症”是病、证本质的客观反映，离开了“症”就不能作出证和病的诊断，只有抓住了“症”这个基本点的诊察，才能将其升华到“证”乃至“病”的高度。

“证”是疾病阶段性本质的体现，疾病的全过程又可形成不同的“证”，对“证”的辨识，既能探究“症”形成机理，又可加深对病的全过程和阶段性的认识。

“病”是在致病因素的作用下，机体邪正交争，平衡失调，出现具有一定发展规律的演变过程。这一过程又会表现出若干特定的症状和各阶段相应的证候。病是症、证集中反映的集合体。所以，通过认症、识证、辨病三过程，既能抓住疾病的本质，又符合临床辨证思维程序。这也是《中医诊法精华》编写的整体思路。

限于编者的水平，错误之处，敬祈赐教！

编者　1997年8月

目　录

第一章　诊法概述

第一节　中医诊法史略

一、夏商春秋时代的诊法成就 …… (1)
二、先秦两汉时期的诊法成就 …… (3)
三、两晋隋唐时期的诊法成就 …… (5)
四、两宋金元时期的诊法成就 …… (6)
五、明清时期的诊法成就 …… (10)
(一)明清时期的脉学成就 …… (10)
(二)明清时期的舌诊成就 …… (12)
(三)明清时期的四诊成就 …… (12)
(四)明清时期的辨证学成就 …… (13)
(五)明清时期温病辨证的成就 …… (15)
六、现代中医诊法成就 …… (17)

第二节　中医诊法原理

一、司外揣内 …… (19)
二、见微知著 …… (19)
三、以常衡变 …… (20)

第三节　中医诊法特色

一、整体察病 …… (20)
二、诸诊合参 …… (21)
三、辨证求本 …… (22)
四、辨病辨证结合 …… (23)

第二章　诊察方法

第一节　望诊方法

一、整体望诊法 …… (26)
(一)望神 …… (26)
(二)望色 …… (27)
(三)望形体 …… (29)
(四)望姿态 …… (31)
二、局部望诊法 …… (33)
(一)望头 …… (34)
(二)望面 …… (35)
(三)望目 …… (38)
(四)望耳 …… (43)
(五)望鼻 …… (45)
(六)望口唇 …… (47)
(七)望齿 …… (49)
(八)望龈 …… (50)
(九)望咽喉 …… (51)
(十)望舌 …… (53)
(十一)望颈项 …… (62)
(十二)望胸胁 …… (64)
(十三)望腹部 …… (66)
(十四)望腰背 …… (66)

(十五)望四肢 …… (68)
(十六)望皮肤 …… (70)
(十七)望下窍 …… (74)
(十八)望排出物 …… (76)
(十九)望伤损 …… (79)

第二节 闻诊法

一、听声音诊法 …… (81)
(一)听发声 …… (81)
(二)听语言 …… (81)
(三)听呼吸 …… (82)
(四)听咳嗽 …… (82)
(五)听呃逆 …… (83)
(六)听嗳气 …… (83)
(七)听太息 …… (83)
(八)听喷嚏 …… (83)
(九)听肠鸣 …… (84)
二、嗅气味诊法 …… (84)
(一)嗅病体气味 …… (84)
(二)嗅病室气味 …… (85)

第三节 问诊法

一、一般情况问诊法 …… (85)
二、生活习惯(生活史)问诊法 ……
…… (86)
三、家族病史问诊法 …… (86)
四、既往病史问诊法 …… (87)
五、现在病史问诊法 …… (87)
(一)问主诉 …… (88)
(二)问现在症状 …… (88)
1. 问寒热 …… (89)
2. 问汗 …… (90)
3. 问疼痛 …… (92)
4. 问睡眠 …… (93)
5. 问食欲食量 …… (94)
6. 问口渴饮水 …… (95)
7. 问头 …… (96)
8. 问面部 …… (97)
9. 问目 …… (98)
10. 问耳 …… (99)
11. 问鼻 …… (100)
12. 问口 …… (101)
13. 问咽喉 …… (103)
14. 问颈项 …… (104)
15. 问胸胁 …… (105)
16. 问胃脘 …… (106)
17. 问腹 …… (106)
18. 问背 …… (107)
19. 问腰 …… (107)
20. 问四肢 …… (108)
21. 问皮肤 …… (109)
22. 问伤损 …… (111)
23. 问前阴 …… (112)
24. 问后阴 …… (112)
25. 问大便 …… (113)
26. 问小便 …… (114)
27. 问月经 …… (115)
28. 问带下 …… (116)
29. 问胎孕 …… (117)
30. 问产后 …… (117)
31. 问小儿 …… (118)

第四节 切脉诊法

一、三部九候诊脉法 …… (119)
二、三部诊脉法 …… (120)
三、人迎寸口二部诊脉法 …… (120)

四、寸口诊脉法 …… (120)
(一)诊浮类脉 …… (122)
(二)诊沉类脉 …… (123)
(三)诊迟类脉 …… (123)
(四)诊数类脉 …… (124)
(五)诊虚类脉 …… (124)
(六)诊实类脉 …… (125)
(七)诊怪脉 …… (125)
(八)诊相兼脉 …… (126)
五、妇人脉诊法 …… (127)
(一)诊月经脉 …… (128)
(二)诊带下脉 …… (128)
(三)诊妊娠脉 …… (128)
(四)诊临产脉 …… (128)
(五)诊产后脉 …… (128)
六、小儿脉诊法 …… (128)

第五节 按诊法

一、面目按诊法 …… (130)
二、虚里按诊法 …… (131)
三、胸胁按诊法 …… (131)
四、乳房按诊法 …… (132)
五、腹部按诊法 …… (132)
六、尺肤按诊法 …… (133)
七、肌肤按诊法 …… (134)
八、四肢按诊法 …… (135)
九、伤损按诊法 …… (135)
十、疮疡辨脓按诊法 …… (136)
十一、骨伤测量法 …… (137)
十二、骨伤按摸法 …… (139)
十三、肛门病位标示法 …… (140)
十四、烧伤面积计算法 …… (140)
十五、烧伤深度计算法 …… (141)

第六节 其他诊法

一、腧穴诊法 …… (141)
(一)腧穴一般检查法 …… (142)
(二)腧穴温差检查法 …… (142)
(三)腧穴红外线热图检查法 ……
…… (143)
(四)腧穴冷光信息检查法 … (143)
(五)腧穴皮肤电检查法 …… (143)
二、爪甲诊法 …… (143)
三、小儿食指络脉诊法 …… (144)
四、鱼际络脉诊法 …… (145)
五、脐部诊法 …… (146)
六、人中诊法 …… (146)
七、手部诊法 …… (147)
(一)诊形态变化 …… (147)
(二)诊色泽变化 …… (148)
(三)诊温度及汗 …… (148)
(四)诊动态 …… (149)
(五)诊手纹 …… (149)
八、耳部诊法 …… (149)
(一)耳廓解剖名称 …… (150)
(二)耳穴分布 …… (150)
(三)耳廓身形分区的主要穴位 ……
…… (150)
(四)耳部信息诊断方法 …… (154)
九、第二掌骨侧速诊法 …… (161)
(一)第二掌骨侧的全息穴位群 ……
…… (161)
(二)第二掌骨侧速诊法的操作方法
…… (163)
十、释梦诊法 …… (163)
(一)气盛之梦 …… (163)

(二)气虚之梦 …… (164)
(三)邪犯之梦 …… (164)
(四)体滞之梦 …… (164)
(五)情溢之梦 …… (164)
(六)直叶之梦 …… (164)
(七)比象之梦 …… (164)
(八)反极之梦 …… (165)
(九)厉妖之梦 …… (165)

第三章　辨证方法

第一节　八纲辨证方法

一、表里证辨证法 …… (167)
(一)辨表证 …… (168)
(二)辨里证 …… (168)
(三)辨半表半里证 …… (169)
二、寒热证辨证法 …… (169)
(一)辨寒证 …… (170)
(二)辨热证 …… (170)
(三)辨表寒证 …… (170)
(四)辨里寒证 …… (170)
(五)辨表热证 …… (171)
(六)辨里热证 …… (171)
三、虚实证辨证法 …… (171)
(一)辨虚证 …… (172)
(二)辨实证 …… (172)
(三)辨表虚证 …… (172)
(四)辨表实证 …… (173)
(五)辨里虚证 …… (173)
(六)辨里实证 …… (173)
(七)辨虚寒证 …… (173)
(八)辨虚热证 …… (173)
(九)辨实寒证 …… (174)
(十)辨实热证 …… (174)
四、阴阳证辨证法 …… (174)
(一)辨阴证 …… (175)
(二)辨阳证 …… (175)
(三)辨阴虚证 …… (175)
(四)辨阴盛证 …… (176)
(五)辨阳虚证 …… (176)
(六)辨阳盛证 …… (176)
(七)辨阴阳两虚证 …… (177)
(八)辨真阴不足证 …… (177)
(九)辨真阳不足证 …… (177)
(十)辨亡阴证 …… (177)
(十一)辨亡阳证 …… (178)

第二节　气血津液辨证方法

一、气病辨证法 …… (179)
(一)辨气虚证法 …… (179)
(二)辨气陷证 …… (179)
(三)辨气滞证 …… (180)
(四)辨气逆证 …… (181)
(五)辨气闭证 …… (181)
(六)辨气脱证 …… (182)
二、血病辨证法 …… (182)
(一)辨血虚证 …… (183)
(二)辨血瘀证 …… (183)
(三)辨血热证 …… (184)
(四)辨血寒证 …… (184)
(五)辨血脱证 …… (184)
(六)辨血燥证 …… (185)
三、气血同病辨证法 …… (185)
(一)辨气滞血瘀证 …… (186)
(二)辨气虚血瘀证 …… (186)
(三)辨气血两虚证 …… (186)

(四)辨气不摄血证 …… (187)
(五)辨气随血脱证 …… (187)
(六)辨气阴两虚证 …… (187)
四、津液病辨证法 …… (188)
(一)辨津液不足证 …… (188)
(二)辨水湿泛滥证 …… (189)
(三)辨阴水证 …… (189)
(四)辨阳水证 …… (189)
(五)辨水饮内停证 …… (190)
(六)辨痰证 …… (190)
1. 辨风痰证 …… (191)
2. 辨寒痰证 …… (191)
3. 辨热痰证 …… (191)
4. 辨燥痰证 …… (192)
5. 辨湿痰证 …… (192)
6. 辨气郁痰凝证 …… (193)

第三节 病因辨证方法

一、六淫辨证法 …… (194)
(一)辨风淫证候 …… (194)
1. 辨风邪侵表证 …… (194)
2. 辨风客肌肤证 …… (195)
3. 辨风袭经络证 …… (195)
4. 辨风历关节证 …… (195)
(二)辨寒淫证候 …… (196)
1. 辨寒邪束表证 …… (196)
2. 辨寒中于里证 …… (196)
3. 辨寒凝经脉证 …… (196)
4. 辨寒湿证 …… (197)
(三)辨暑淫证候 …… (197)
1. 辨暑冒肺卫证 …… (198)
2. 辨暑灼阳明证 …… (198)
3. 辨暑兼湿热证 …… (198)
4. 辨暑湿困阻中焦证 …… (198)
5. 辨暑兼寒湿证 …… (199)
6. 辨暑伤津气证 …… (199)
7. 辨暑伤心肾证 …… (199)
(四)辨湿淫证候 …… (200)
1. 辨湿遏卫阳证 …… (200)
2. 辨湿阻气分证 …… (201)
3. 辨湿流关节证 …… (201)
4. 辨湿热证 …… (201)
5. 辨湿热弥漫三焦证 …… (201)
(五)辨燥淫证候 …… (202)
1. 辨燥热伤肺卫证 …… (202)
2. 辨凉燥证 …… (202)
3. 辨燥伤肺胃证 …… (203)
(六)辨火淫证候 …… (203)
二、疫疠证候辨证法 …… (203)
(一)辨瘟疫证候 …… (204)
(二)辨疫疹证候 …… (204)
(三)辨瘟黄证候 …… (204)
三、七情证候辨证法 …… (205)
(一)辨喜伤心证候 …… (205)
(二)辨怒伤肝证候 …… (205)
(三)辨思伤脾证候 …… (206)
(四)辨悲伤肺证候 …… (206)
(五)辨恐伤肾证候 …… (206)
(六)辨惊伤证候 …… (206)
(七)辨忧伤证候 …… (207)
四、饮食劳逸证候辨证法 …… (207)
(一)辨伤食证 …… (207)
(二)辨伤饮证 …… (207)
(三)辨伤虫证 …… (208)
(四)辨劳逸所伤证 …… (208)

(五)辨房室所伤证 …… (208)
五、外伤病辨证法 …… (209)
(一)辨金刃伤证候 …… (209)
(二)辨虫兽伤证候 …… (209)
(三)辨跌打伤证候 …… (210)

第四节 脏腑辨证方法

一、心与小肠病辨证法 …… (211)
(一)辨心气虚证 …… (211)
(二)辨心阳虚证 …… (212)
(三)辨心阳暴脱证 …… (212)
(四)辨心血虚证 …… (213)
(五)辨心阴虚证 …… (213)
(六)辨心火亢盛证 …… (213)
(七)辨痰火扰心证 …… (214)
(八)辨痰迷心窍证 …… (214)
(九)辨湿浊困心证 …… (215)
(十)辨心脉痹阻证 …… (215)
(十一)辨心气阴两虚证 …… (216)
(十二)辨心气血两虚证 …… (216)
(十三)辨心阴阳两虚证 …… (216)
(十四)辨水气凌心证 …… (217)
(十五)辨小肠气滞证 …… (217)
(十六)辨小肠虚寒证 …… (218)
(十七)辨小肠实热证 …… (218)
(十八)辨虫积小肠证 …… (218)
二、肺与大肠病辨证法 …… (219)
(一)辨肺气虚证 …… (219)
(二)辨肺阳虚证 …… (220)
(三)辨肺阴虚证 …… (220)
(四)辨风寒束肺证 …… (220)
(五)辨寒邪客肺证 …… (221)
(六)辨痰湿阻肺证 …… (221)
(七)辨风热犯肺证 …… (222)
(八)辨热邪壅肺证 …… (222)
(九)辨燥邪犯肺证 …… (222)
(十)辨水寒射肺证 …… (223)
(十一)辨寒痰阻肺证 …… (223)
(十二)辨肺气衰竭证 …… (224)
(十三)辨肺气阴两虚证 …… (224)
(十四)辨大肠湿热证 …… (224)
(十五)辨湿阻大肠证 …… (225)
(十六)辨大肠结热证 …… (225)
(十七)辨大肠液亏证 …… (225)
(十八)辨肠虚滑泻证 …… (226)
三、脾与胃病辨证法 …… (226)
(一)辨脾气虚证 …… (227)
(二)辨脾阳虚证 …… (227)
(三)辨中气下陷证 …… (228)
(四)辨清阳不升证 …… (228)
(五)辨浊阴不降证 …… (228)
(六)辨脾不统血证 …… (229)
(七)辨脾阴虚证 …… (229)
(八)辨寒湿困脾证 …… (230)
(九)辨湿热蕴脾证 …… (230)
(十)辨胃阴虚证 …… (231)
(十一)辨胃气虚证 …… (231)
(十二)辨胃阳虚证 …… (231)
(十三)辨胃阴阳两虚证 …… (232)
(十四)辨胃气上逆证 …… (232)
(十五)辨胃腑气滞证 …… (232)
(十六)辨食滞胃脘证 …… (233)
(十七)辨胃寒证 …… (233)
(十八)辨胃热证 …… (234)
(十九)辨胃腑血瘀证 …… (234)

四、肝与胆病辨证法 …… (234)
(一)辨肝气郁结证 …… (235)
(二)辨肝火上炎证 …… (236)
(三)辨肝阳上亢证 …… (236)
(四)辨肝气虚证 …… (237)
(五)辨肝阳虚证 …… (237)
(六)辨肝阴虚证 …… (237)
(七)辨肝血虚证 …… (238)
(八)辨肝风内动证 …… (238)
1.辨肝阳化风证 …… (238)
2.辨热极生风证 …… (239)
3.辨阴虚动风证 …… (239)
4.辨血虚生风证 …… (239)
(九)辨肝经湿热证 …… (240)
(十)辨寒滞肝脉证 …… (240)
(十一)辨肝血瘀滞证 …… (240)
(十二)辨肝胆湿热证 …… (241)
(十三)辨胆郁痰扰证 …… (241)
(十四)辨胆气虚证 …… (242)
(十五)辨虫扰胆腑证 …… (242)
(十六)辨胆热证 …… (242)
五、肾与膀胱病辨证法 …… (242)
(一)辨肾气虚证 …… (243)
(二)辨肾阳虚证 …… (244)
(三)辨肾阴虚证 …… (244)
(四)辨肾阴阳两虚证 …… (245)
(五)辨肾气不固证 …… (245)
(六)辨肾不纳气证 …… (245)
(七)辨肾精不足证 …… (246)
(八)辨肾阳虚水泛证 …… (246)
(九)辨肾经寒湿证 …… (246)
(十)辨膀胱湿热证 …… (247)
(十一)辨膀胱虚寒证 …… (247)
六、脏腑兼病辨证 …… (247)
(一)辨心脾气虚证 …… (248)
(二)辨心脾阳虚证 …… (248)
(三)辨心脾血虚证 …… (249)
(四)辨心脾两虚证 …… (249)
(五)辨心肾不交证 …… (249)
(六)辨心肾气虚证 …… (250)
(七)辨心肾阳虚证 …… (250)
(八)辨心肾阴虚证 …… (250)
(九)辨心肾血虚证 …… (251)
(十)辨心肝血虚证 …… (251)
(十一)辨心肝火盛证 …… (251)
(十二)辨心肺气虚证 …… (252)
(十三)辨心肺阳虚证 …… (252)
(十四)辨心肺阴虚证 …… (253)
(十五)辨心胃火盛证 …… (253)
(十六)辨心胆不宁证 …… (253)
(十七)辨脾肺气虚证 …… (254)
(十八)辨脾肾阳虚证 …… (254)
(十九)辨脾湿肝郁证 …… (254)
(二十)辨脾胃湿热证 …… (255)
(二十一)辨脾胃气败证 …… (255)
(二十二)辨胃强脾弱证 …… (255)
(二十三)辨脾胃阳虚证 …… (256)
(二十四)辨脾肺肾阳虚证 … (256)
(二十五)辨肺肾阴虚证 …… (257)
(二十六)辨肝肾阴虚证 …… (257)
(二十七)辨肝脾不调证 …… (257)
(二十八)辨肝脾两虚证 …… (258)
(二十九)辨肝火犯肺证 …… (258)
(三十)辨肝胃不和证 …… (258)

(三十一)辨肝肾欲绝证 …… (259)

第五节 经络辨证方法

一、手太阴肺经病证辨证法 …… (260)
二、手阳明大肠经病证辨证法 …… (260)
三、足阳明胃经病证辨证法 …… (260)
四、足太阴脾经病证辨证法 …… (261)
五、手少阴心经病证辨证法 …… (261)
六、手太阳小肠经病证辨证法 …… (261)
七、足太阳膀胱经病证辨证法 …… (261)
八、足少阴肾经病证辨证法 …… (262)
九、手厥阴心包经病证辨证法 …… (262)
十、手少阳三焦经病证辨证法 …… (262)
十一、足少阳胆经病证辨证法 …… (263)
十二、足厥阴肝经病证辨证法 …… (263)
十三、督脉病证辨证法 …… (263)
十四、任脉病证辨证法 …… (264)
十五、冲脉病证辨证法 …… (264)
十六、带脉病证辨证法 …… (264)
十七、阴维阳维脉病证辨证法 …… (264)
十八、阴跷阳跷脉病证辨证法 …… (265)

第六节 六经辨证法

一、太阳病证辨证法 …… (266)
(一)辨太阳中风证 …… (267)
(二)辨太阳伤寒证 …… (267)
(三)辨太阳中风经输不利证 …… (268)
(四)辨太阳伤寒经气不利证 …… (268)
(五)辨太阳表寒里热证 …… (268)
(六)辨太阳表寒里饮证 …… (269)
(七)辨太阳表郁不解证 …… (269)
(八)辨太阳热邪迫肺证 …… (270)
(九)辨太阳水气上逆证 …… (270)
(十)辨太阳中虚里急证 …… (270)
(十一)辨太阳心气阴两虚证 …… (271)
(十二)辨太阳蓄水证 …… (271)
(十三)辨太阳蓄血证 …… (271)
(十四)辨大结胸证 …… (272)
(十五)辨小结胸证 …… (272)
(十六)辨寒实结胸证 …… (273)
(十七)辨脏结证 …… (273)
(十八)辨热痞证 …… (273)
(十九)辨热痞兼表阳虚证 … (274)
(二十)辨寒热互结痞证 …… (274)
(二十一)辨水停食滞痞证 … (274)
(二十二)辨胃虚气逆痞证 … (275)
(二十三)辨胃虚痰阻证 …… (275)
(二十四)辨上热下寒证 …… (275)
(二十五)辨悬饮证 …… (276)

(二十六)辨痰阻胸膈证 …… (276)
二、阳明病证辨证法 …… (276)
(一)辨阳明表里俱热证 …… (277)
(二)辨阳明胃热津气两伤证 ……
…… (278)
(三)辨阳明水热互结证 …… (278)
(四)辨阳明燥实证 …… (278)
(五)辨阳明痞满证 …… (279)
(六)辨阳明痞满燥实证 …… (279)
(七)辨脾约证 …… (279)
(八)辨阳明湿热里实证 …… (280)
(九)辨阳明湿热兼表证 …… (280)
(十)辨阳明湿热证 …… (280)
(十一)辨阳明瘀血证 …… (281)
三、少阳病证辨证法 …… (281)
(一)辨少阳半表半里证 …… (282)
(二)辨少阳兼里实证 …… (282)
(三)辨少阳邪气弥漫三焦证 ……
…… (283)
(四)辨少阳兼里热证 …… (283)
(五)辨热入血室证 …… (283)
四、太阴病证辨证法 …… (284)
(一)辨太阴虚寒证 …… (284)
(二)辨太阴寒湿郁结证 …… (285)
五、少阴病证辨证法 …… (285)
(一)辨少阴阳虚阴盛证 …… (286)
(二)辨少阴阴盛格阳证 …… (286)
(三)辨少阴阳虚水泛证 …… (287)
(四)辨少阴阳虚寒凝证 …… (287)
(五)辨少阴虚寒滑脱证 …… (287)
(六)辨少阴阴虚火旺证 …… (288)
(七)辨少阴阴虚水热互结证 ……
…… (288)
(八)辨少阴兼表证 …… (288)
(九)辨少阴气郁四逆证 …… (289)
六、厥阴病证辨证法 …… (289)
(一)辨蛔厥证 …… (289)
(二)辨热厥证 …… (290)
(三)辨厥阴肝寒犯胃证 …… (290)
(四)辨厥阴血虚寒郁证 …… (290)
(五)辨厥阴热迫大肠证 …… (291)
(六)辨病后虚羸气逆证 …… (291)

第七节 卫气营血辨证方法

一、卫分证候辨证法 …… (292)
二、气分证候辨证法 …… (293)
(一)辨热扰胸膈证 …… (293)
(二)辨邪伏膜原证 …… (294)
(三)辨热结胃肠证 …… (294)
(四)辨暑伤肺络证 …… (294)
三、营分证候辨证法 …… (295)
四、血分证候辨证法 …… (295)
(一)辨气营两燔证 …… (296)
(二)辨气血两燔证 …… (296)
(三)辨痰热相搏证 …… (296)
(四)辨阴虚火旺证 …… (297)
(五)辨热极生风证 …… (297)
(六)辨湿热化燥证 …… (297)
(七)辨热毒炽盛证 …… (298)
(八)辨内闭外脱证 …… (298)
(九)辨津气欲脱证 …… (298)
(十)辨阴虚风动证 …… (299)
(十一)辨邪留阴分证 …… (299)
(十二)辨痰浊内蒙心包证 … (299)

第八节　三焦辨证方法

一、上焦病证辨证法 …… (300)
(一)辨邪犯肺卫证 …… (301)
(二)辨逆传心包证 …… (301)
二、中焦病证辨证法 …… (301)
(一)辨阳明胃热证 …… (301)
(二)辨大肠燥热证 …… (302)
(三)辨太阴湿热证 …… (302)
三、下焦病证辨证法 …… (302)
(一)辨温邪伤肾真阴不足证 ……
…… (303)
(二)辨温邪伤肝阴虚风动证 ……
…… (303)

第九节　妇科常见证候辨证方法

一、冲任伤损病证辨证法 …… (304)
(一)辨冲任虚衰证 …… (304)
(二)辨冲任不固证 …… (304)
(三)辨冲任瘀阻证 …… (305)
(四)辨冲任瘀湿凝结证 …… (305)
(五)辨冲任虚热证 …… (305)
(六)辨冲任实热证 …… (306)
(七)辨冲任郁热证 …… (306)
(八)辨冲任虚寒证 …… (307)
(九)辨冲任实寒证 …… (307)
二、胞宫病证辨证法 …… (307)
(一)辨胞宫寒凝证 …… (308)
(二)辨胞宫虚寒证 …… (308)
(三)辨痰湿阻胞证 …… (309)
(四)辨湿热内蕴胞宫证 …… (309)
(五)辨胞宫阴虚血燥证 …… (309)
(六)辨胞宫气滞血瘀证 …… (310)
(七)辨胞热内盛证 …… (310)
(八)辨胎热证 …… (310)
(九)辨胎寒证 …… (311)
(十)辨产后败血上冲证 …… (311)

第十节　儿科常见证候辨证方法

一、痰热咳嗽证辨证法 …… (312)
二、风寒闭肺证辨证法 …… (312)
三、风热闭肺证辨证法 …… (313)
四、心脾积热证辨证法 …… (313)
五、虚火上浮证辨证法 …… (313)
六、脾胃积热证辨证法 …… (314)
七、惊恐呕吐证辨证法 …… (314)
八、腹部中寒证辨证法 …… (314)
九、脏腑虚冷证辨证法 …… (315)
十、脾虚夹积证辨证法 …… (315)
十一、疳证辨证法 …… (315)
(一)辨疳气证 …… (315)
(二)辨疳积证 …… (316)
(三)辨干疳证 …… (316)
(四)辨眼疳证 …… (316)
(五)辨心疳证 …… (317)
(六)辨疳肿胀证 …… (317)
十二、痰食惊风证辨证法 …… (317)
十三、惊恐痉厥证辨证法 …… (318)
十四、土虚木亢证辨证法 …… (318)
十五、惊痫证辨证法 …… (318)
十六、瘀血痫证辨证法 …… (319)
十七、邪陷心肝证辨证法 …… (319)
十八、水毒内闭证辨证法 …… (319)
十九、麻毒证候辨证法 …… (320)
(一)辨麻毒闭肺证 …… (320)
(二)辨麻疹热毒攻喉证 …… (320)
(三)辨麻疹邪陷心肝证 …… (320)

二十、丹痧毒在气营证辨证法 …… (321)
二十一、白喉证候辨证法 …… (321)
(一)辨风热疫毒证 …… (321)
(二)辨白喉阴虚燥热证 …… (321)
(三)辨白喉疫毒攻喉证 …… (322)
二十二、小儿麻痹病证辨证法 …… (322)
(一)辨小儿麻痹邪郁肺胃证 …… (322)
(二)辨小儿麻痹邪注经络证 …… (322)
(三)辨小儿麻痹气虚血瘀证 …… (323)
(四)辨小儿麻痹肝肾亏损证 …… (323)
二十三、疫毒痢病证辨证法 …… (323)
(一)辨疫痢毒邪内闭证 …… (323)
(二)辨疫痢内闭外脱证 …… (324)
二十四、赤游丹毒辨证法 …… (324)
(一)辨赤游丹邪风火热毒证 …… (324)
(二)辨赤游丹邪毒入营证 … (324)
第十一节 眼科病证辨证方法
一、眼科六经辨证法 …… (325)
(一)辨太阳目病证 …… (325)
1.目病太阳伤风证 …… (325)
2.目病太阳伤寒证 …… (326)
(二)辨阳明目病证 …… (326)
1.目病阳明经证 …… (326)
2.目病阳明腑证 …… (326)
(三)辨少阳目病证 …… (326)
1.目病少阳表证 …… (326)
2.目病少阳里证 …… (326)
(四)辨太阴目病证 …… (326)
1.目病太阴表证 …… (326)
2.目病太阴里实证 …… (326)
3.目病太阴里虚证 …… (327)
(五)辨少阴目病证 …… (327)
1.目病少阴里虚证 …… (327)
2.目病少阴里虚火证 …… (327)
(六)辨厥阴目病证 …… (327)
1.目病厥阴实热证 …… (327)
2.目病厥阴里虚证 …… (327)
二、眼科五轮辨证 …… (327)
(一)辨肉轮病证 …… (327)
1.辨肉轮湿热证 …… (327)
2.辨肉轮风热证 …… (328)
3.辨肉轮血瘀证 …… (328)
4.辨肉轮气虚证 …… (329)
(二)辨气轮病证 …… (329)
1.辨气轮风热证 …… (329)
2.辨气轮湿热证 …… (229)
3.辨气轮热盛血瘀证 …… (330)
(三)辨血轮病证 …… (330)
1.辨血轮实热证 …… (330)
2.辨血轮虚热证 …… (330)
(四)辨风轮病证 …… (331)
1.辨风轮湿热证 …… (331)
2.辨风轮热毒证 …… (331)
(五)辨水轮病证 …… (332)
1.辨水轮阴亏证 …… (332)
2.辨水轮气虚证 …… (332)

3. 辨水轮实热证 …… (332)
4. 辨水轮痰湿证 …… (333)
5. 辨水轮头风痰火证 …… (333)
6. 辨水轮气虚血瘀证 …… (333)
7. 辨水轮气虚血少证 …… (334)
三、眼病脏腑辨证 …… (334)
(一)辨花翳内陷,肝肺风热证 ……
…… (334)
(二)辨花翳内陷,热炽腑实证 ……
…… (335)
(三)辨肝胆热炽,风火攻目证 ……
…… (335)
(四)辨痰火动风,上阻清窍证 ……
…… (335)
(五)辨肝郁气滞,气火上逆证 ……
…… (336)
(六)辨肝胃虚寒,饮邪上犯证 ……
…… (336)
(七)辨阴虚阳亢,风阳上扰证 ……
…… (336)
(八)辨湿浊上泛证 …… (337)
(九)辨虚火伤络证 …… (337)
(十)辨风热火毒攻目证 …… (337)

第十二节 耳鼻喉口齿科病辨证方法

一、耳病辨证法 …… (338)
(一)辨风邪热毒犯耳证 …… (338)
(二)辨肝胆湿热犯耳证 …… (338)
(三)辨髓海不足伤耳证 …… (339)
(四)辨热入心包犯耳证 …… (339)
(五)辨肺经风热犯耳证 …… (339)
(六)辨脾虚湿浊内困证 …… (340)
二、鼻病辨证法 …… (340)
(一)辨肺经郁热犯鼻证 …… (340)
(二)辨肺气虚鼻塞证 …… (340)
(三)辨风热犯肺鼻息不利证 ……
…… (341)
(四)辨胆腑郁热犯鼻证 …… (341)
(五)辨脾经湿热犯鼻证 …… (341)
(六)辨肺经湿热犯鼻证 …… (342)
三、咽喉疾病辨证法 …… (342)
(一)辨风热犯喉证 …… (342)
(二)辨风寒袭喉证 …… (342)
(三)辨虚火灼喉证 …… (343)
(四)辨痰浊瘀阻咽喉证 …… (343)
(五)辨气结咽喉证 …… (343)
(六)辨湿热内蕴犯喉证 …… (344)
(七)辨气滞血瘀犯喉证 …… (344)
(八)辨肺肾阴虚犯喉证 …… (344)
(九)辨肺胃热盛犯喉证 …… (345)
四、口齿疾病辨证法 …… (345)
(一)辨风热邪毒口齿证 …… (345)
(二)辨脾胃湿热口齿证 …… (346)
(三)辨心脾积热口齿证 …… (346)
(四)辨气血不足口齿证 …… (346)
(五)辨风寒邪毒口齿证 …… (347)
(六)辨络脉瘀阻口齿证 …… (347)

第十三节 外科疾病辨证方法

一、疮疡病辨证法 …… (347)
(一)辨阴证阳证 …… (348)
(二)辨肿 …… (348)
(三)辨痛 …… (349)
(四)辨痒 …… (350)
(五)辨脓 …… (351)

(六)辨善恶顺逆 …… (352)
(七)辨癌 …… (353)
(八)辨痈 …… (353)
(九)辨疽 …… (354)
1.辨寒湿凝滞筋骨证 …… (354)
2.辨毒热壅阻肌肤证 …… (354)
3.辨邪毒瘀滞深部肌肉证 … (355)
(十)辨疔 …… (355)
1.辨火毒蕴结肌肤证 …… (355)
2.辨疫毒蕴结肌肤证 …… (355)
(十一)辨疖 …… (356)
二、皮肤病证辨证法 …… (356)
(一)辨皮肤风热证 …… (356)
(二)辨皮肤湿热证 …… (356)
(三)辨皮肤血虚风燥证 …… (357)
(四)辨湿热下注证 …… (357)
(五)辨湿毒蕴肤证 …… (358)
(六)辨血热风燥证 …… (358)
(七)辨血虚肝旺证 …… (358)
第十四节 骨伤科辨证方法
一、骨伤气血辨证法 …… (359)
二、骨伤经络辨证法 …… (360)
三、骨伤分期辨证法 …… (360)
四、骨伤分型辨证法 …… (361)
第四章 疾病诊法
第一节 内科疾病诊法
一、外感病诊法 …… (364)
(一)诊感冒 …… (364)
(二)诊风温 …… (364)
(三)诊春温 …… (365)
(四)诊暑温 …… (365)
(五)诊湿温 …… (365)
(六)诊伏暑 …… (366)
(七)诊秋燥 …… (366)
(八)诊大头瘟 …… (366)
(九)诊中暑 …… (367)
(十)诊暑湿 …… (367)
二、急症诊法 …… (367)
(一)诊急黄 …… (367)
(二)诊昏迷 …… (368)
(三)诊痧症 …… (368)
(四)诊中毒 …… (369)
三、肺系疾病诊法 …… (370)
(一)诊咳嗽 …… (370)
(二)诊肺痿 …… (370)
(三)诊肺痈 …… (370)
(四)诊风温肺热病 …… (371)
(五)诊哮病 …… (371)
(六)诊喘病 …… (372)
(七)诊肺胀 …… (372)
(八)诊肺痨 …… (372)
四、心系疾病诊法 …… (373)
(一)诊心悸 …… (373)
(二)诊胸痹心痛 …… (374)
(三)诊不寐 …… (374)
(四)诊健忘 …… (374)
(五)诊痴呆 …… (375)
(六)诊多梦 …… (375)
(七)诊嗜寐 …… (376)
(八)诊百合病 …… (376)
(九)诊癫病 …… (377)
(十)诊痫病 …… (377)
(十一)诊狂病 …… (378)

五、脾胃疾病诊法 …… (378)
(一)诊胃脘痛 …… (378)
(二)诊泄泻 …… (379)
(三)诊痢疾 …… (379)
(四)诊腹痛 …… (380)
(五)诊霍乱 …… (380)
(六)诊便秘 …… (381)
(七)诊噫膈 …… (381)
(八)诊呕吐 …… (382)
(九)诊反胃 …… (382)
(十)诊胃缓 …… (383)
(十一)诊痞满 …… (383)
(十二)诊吐酸 …… (383)
(十三)诊呃逆 …… (384)
六、肝胆疾病诊法 …… (384)
(一)诊胁痛 …… (384)
(二)诊黄疸 …… (385)
(三)诊臌胀 …… (385)
(四)诊眩晕 …… (386)
(五)诊中风 …… (386)
(六)诊痉病 …… (387)
(七)诊奔豚气 …… (387)
(八)诊卑惵 …… (388)
七、肾系疾病诊法 …… (388)
(一)诊淋病 …… (388)
(二)诊乳糜尿 …… (389)
(三)诊癃闭 …… (389)
(四)诊关格 …… (390)
(五)诊腰痛 …… (390)
(六)诊遗精 …… (390)
(七)诊阳痿 …… (391)
(八)诊阳强 …… (391)
(九)诊早泄 …… (391)
(十)诊不射精 …… (392)
(十一)诊血精 …… (392)
(十二)诊阴冷 …… (392)
(十三)诊缩阳 …… (393)
(十四)诊房事茎痛 …… (393)
(十五)诊色厥 …… (393)
(十六)诊不育症 …… (394)
(十七)诊天宦 …… (394)
(十八)诊耳鸣、耳聋 …… (395)
八、气血津液病诊法 …… (395)
(一)诊郁病 …… (395)
(二)诊厥病 …… (395)
(三)诊出血 …… (396)
1. 咯血 …… (396)
2. 吐血 …… (396)
3. 便血 …… (397)
4. 尿血 …… (397)
5. 紫斑 …… (397)
(四)诊积聚 …… (398)
(五)诊悬饮 …… (398)
(六)诊水肿 …… (399)
(七)诊消渴病 …… (399)
(八)诊自汗、盗汗 …… (400)
(九)诊内伤发热 …… (400)
(十)诊虚劳 …… (401)
九、经络肢体病诊法 …… (401)
(一)诊头痛 …… (401)
(二)诊风湿痹 …… (402)
(三)诊怔痹 …… (402)
(四)诊骨痹 …… (403)
(五)诊肌痹 …… (403)

(六)诊痛风 …… (404)
(七)诊瘘病 …… (404)
(八)诊颤症 …… (404)
(九)诊麻木 …… (405)
(十)诊脚气 …… (405)
十、虫病诊法 …… (406)
(一)诊蛔虫病 …… (406)
(二)诊钩虫病 …… (406)
(三)诊绦虫病 …… (407)
(四)诊丝虫病 …… (407)
(五)诊蛲虫病 …… (407)
(六)诊血吸虫病 …… (408)
(七)诊疟疾 …… (409)

第二节 妇科疾病诊法

一、月经病诊法 …… (410)
(一)诊月经先期 …… (410)
(二)诊月经后期 …… (410)
(三)诊月经先后无定期 …… (411)
(四)诊月经过多 …… (411)
(五)诊月经过少 …… (411)
(六)诊经期延长 …… (412)
(七)诊痛经 …… (412)
(八)诊经间期出血 …… (412)
(九)诊闭经 …… (413)
(十)诊崩漏 …… (413)
(十一)诊经行发热 …… (413)
(十二)诊经行头痛 …… (414)
(十三)诊经行身痛 …… (414)
(十四)诊经行泄泻 …… (414)
(十五)诊经行吐衄 …… (414)
(十六)诊经行口糜 …… (415)
(十七)诊经行风疹块 …… (415)
(十八)诊经行眩晕 …… (415)
(十九)诊经行浮肿 …… (415)
(二十)诊经行情志异常 …… (416)
(二十一)诊经断前后病候 … (416)
(二十二)诊经前乳胀 …… (416)
二、带下病诊法 …… (416)
(一)诊白带 …… (417)
(二)诊黄带 …… (417)
(三)诊赤白带 …… (417)
(四)诊五色带 …… (418)
三、妊娠病诊法 …… (418)
(一)诊妊娠恶阻 …… (418)
(二)诊妊娠腹痛 …… (418)
(三)诊胎漏、胎动不安 …… (419)
(四)诊堕胎、小产 …… (419)
(五)诊滑胎 …… (419)
(六)诊胎萎不长 …… (420)
(七)诊胎死不下 …… (420)
(八)诊子烦 …… (420)
(九)诊子肿 …… (420)
(十)诊子满 …… (421)
(十一)诊妊娠眩晕 …… (421)
(十二)诊子痫 …… (421)
(十三)诊子悬 …… (421)
(十四)诊子喑 …… (422)
(十五)诊子喘 …… (422)
(十六)诊子淋 …… (422)
(十七)诊妊娠小便不通 …… (422)
四、产后病诊法 …… (422)
(一)诊产后血晕 …… (424)
(二)诊产后痉病 …… (423)
(三)诊产后腹痛 …… (423)

(四)诊产后血崩 …… (424)
(五)诊产后恶露不绝 …… (424)
(六)诊产后大便难 …… (424)
(七)诊产后发热 …… (424)
(八)诊产后身痛 …… (425)
(九)诊乳泣 …… (425)
(十)诊产后缺乳 …… (425)
(十一)诊产后乳汁自出 …… (425)
五、妇科杂病诊法 …… (426)
(一)诊阴挺 …… (426)
(二)诊阴痒 …… (426)
(三)诊阴疮 …… (426)
(四)诊阴痛 …… (427)
(五)诊阴吹 …… (427)
(六)诊女阴白色病变 …… (427)
(七)诊癥瘕 …… (427)
(八)诊不孕症 …… (428)
(九)诊脏躁 …… (428)
(十)诊热入血室 …… (428)
(十一)诊盆腔疼痛 …… (428)

第三节 儿科疾病诊法

一、小儿常见病诊法 …… (429)
(一)诊小儿感冒 …… (429)
(二)诊小儿咳嗽 …… (429)
(三)诊小儿哮喘 …… (430)
(四)诊肺炎喘嗽 …… (430)
(五)诊鹅口疮 …… (431)
(六)诊小儿呕吐 …… (431)
(七)诊小儿泄泻 …… (431)
(八)诊小儿腹痛 …… (432)
(九)诊厌食 …… (432)
(十)诊积滞 …… (432)
(十一)诊疳病 …… (433)
(十二)诊惊风 …… (433)
(十三)诊小儿痫病 …… (433)
(十四)诊小儿蛔虫病 …… (434)
(十五)诊小儿姜片虫病 …… (434)
(十六)诊小儿水肿 …… (434)
(十七)诊夏季热 …… (435)
(十八)诊疰夏 …… (435)
(十九)诊遗尿 …… (436)
(二十)诊尿频 …… (436)
(二十一)诊多动症 …… (436)
(二十二)诊营养性贫血 …… (436)
(二十三)诊汗症 …… (437)
(二十四)诊五迟、五软 …… (437)
(二十五)诊夜啼 …… (437)
二、小儿传染病诊法 …… (438)
(一)诊麻疹 …… (438)
(二)诊风疹 …… (438)
(三)诊丹疹 …… (439)
(四)诊水痘 …… (439)
(五)诊痄腮 …… (439)
(六)诊顿咳 …… (440)
(七)诊白喉 …… (440)
(八)诊小儿暑瘟 …… (441)
(九)诊小儿麻痹病 …… (441)
(十)诊疫毒痢 …… (442)
三、新生儿病诊法 …… (442)
(一)诊胎黄 …… (442)
(二)诊奶癣 …… (443)
(三)诊奶麻 …… (443)
(四)诊五硬 …… (443)
(五)诊解颅 …… (443)

(六)诊赤游丹 …… (444)
(七)诊脐风 …… (444)
(八)诊脐湿、脐疮、脐血、脐突 ……
…… (444)

第四节 眼科疾病诊法

一、胞睑病诊法 …… (445)
(一)诊针眼 …… (445)
(二)诊眼丹 …… (445)
(三)诊胞生痰核 …… (446)
(四)诊椒疮 …… (446)
(五)诊粟疮 …… (447)
(六)诊睑弦赤烂 …… (448)
(七)诊风赤疮痍 …… (448)
(八)诊胞肿如桃 …… (448)
(九)诊胞虚如球 …… (448)
(十)诊上胞下垂 …… (449)
(十一)诊胞轮振跳 …… (449)
(十二)诊目剧 …… (449)
(十三)诊睑内结石 …… (450)
二、瞤部病诊法 …… (450)
(一)诊流泪病 …… (450)
(二)诊漏睛 …… (451)
(三)诊漏睛疮 …… (451)
(四)诊赤脉传睛 …… (451)
(五)诊胬肉攀睛 …… (452)
三、白睛病诊法 …… (452)
(一)诊暴风客热 …… (452)
(二)诊天行赤眼 …… (452)
(三)诊金疳 …… (453)
(四)诊火疳 …… (453)
(五)诊白睛青蓝 …… (453)
(六)诊白涩病 …… (454)
(七)诊白睛溢血 …… (454)
(八)诊时复病 …… (454)
(九)诊神水将枯 …… (455)
四、黑睛病诊法 …… (455)
(一)诊银星独见 …… (455)
(二)诊聚星障 …… (456)
(三)诊花翳白陷 …… (456)
(四)诊凝脂翳 …… (456)
(五)诊黄液上冲 …… (457)
(六)诊蟹睛病 …… (457)
(七)诊混睛障 …… (457)
(八)诊风轮赤豆 …… (458)
(九)诊赤膜下垂 …… (458)
(十)诊血翳包睛 …… (458)
(十一)诊宿翳 …… (458)
(十二)诊疳积上目 …… (459)
(十三)诊正漏 …… (459)
(十四)诊暴露赤眼生翳 …… (460)
(十五)诊黑翳如珠 …… (460)
五、瞳神病诊法 …… (460)
(一)诊瞳神紧小 …… (460)
(二)诊绿风内障 …… (461)
(三)诊青风内障 …… (461)
(四)诊圆翳内障 …… (462)
(五)诊云雾移睛 …… (462)
(六)诊血灌瞳神 …… (463)
(七)诊视瞻昏渺 …… (463)
(八)诊暴盲 …… (463)
(九)诊青盲 …… (465)
(十)诊高风雀目 …… (465)
六、其他眼病诊法 …… (466)
(一)诊能近怯远 …… (466)

(二)诊目偏视 …… (466)
(三)诊辘轳转睛 …… (466)
(四)诊眉棱骨痛 …… (467)
(五)诊鹘眼凝睛 …… (467)
(六)诊突起睛高 …… (467)
(七)诊振胞瘀痛 …… (468)
(八)诊物损真睛 …… (468)
(九)诊目痒 …… (469)

第五节　耳鼻喉口齿病诊法

一、耳病诊法 …… (469)
(一)诊耳疖 …… (469)
(二)诊耳疮 …… (469)
(三)诊旋耳疮 …… (470)
(四)诊耳壳流痰 …… (470)
(五)诊耳胀、耳闭 …… (470)
(六)诊脓耳 …… (471)
(七)诊耳根毒 …… (471)
(八)诊脓耳口眼㖞斜 …… (471)
(九)诊黄耳伤寒 …… (472)
(十)诊异物入耳 …… (472)
(十一)诊聋耳 …… (472)
(十二)诊暴聋 …… (472)
(十三)诊久聋 …… (473)
(十四)诊耳眩晕 …… (473)
二、鼻病诊法 …… (474)
(一)诊鼻疔 …… (474)
(二)诊鼻疳 …… (474)
(三)诊伤风鼻塞 …… (474)
(四)诊鼻窒 …… (475)
(五)诊鼻槁 …… (475)
(六)诊鼻鼽 …… (475)
(七)诊鼻渊 …… (476)
(八)诊鼻息肉 …… (476)
(九)诊鼻腔异物 …… (476)
(十)诊鼻损伤 …… (476)
(十一)诊鼻衄 …… (477)
三、咽喉病诊法 …… (477)
(一)诊乳蛾 …… (477)
(二)诊急喉痹 …… (478)
(三)诊慢喉痹 …… (478)
(四)诊喉关痈 …… (478)
(五)诊阴虚喉痹 …… (479)
(六)诊急喉喑 …… (479)
(七)诊慢喉喑 …… (479)
(八)诊急喉风 …… (480)
(九)诊梅核气 …… (480)
(十)诊骨鲠 …… (480)
四、口齿病诊法 …… (480)
(一)诊牙痈 …… (481)
(二)诊牙龈痈 …… (481)
(三)诊牙宣 …… (481)
(四)诊飞扬喉 …… (481)
(五)诊口疮 …… (482)
(六)诊口糜 …… (482)
(七)诊唇风 …… (483)
(八)诊骨槽风 …… (483)

第六节　外科疾病诊法

一、疮疡病诊法 …… (483)
(一)诊疖 …… (484)
1. 暑疖 …… (484)
2. 蝼蛄疖 …… (484)
3. 多发性疖 …… (485)
(二)诊疔 …… (485)
1. 颜面疔 …… (485)

2.手足疔 …… (486)
3.红丝疔 …… (486)
4.烂疔 …… (487)
5.疫疔 …… (487)
(三)诊痈 …… (488)
1.痰毒 …… (488)
2.脐痈 …… (488)
3.委中毒 …… (489)
4.锁喉痈 …… (489)
5.臀痈 …… (490)
(四)诊有头疽 …… (490)
(五)诊发颐 …… (491)
1.急性发颐 …… (491)
2.慢性发颐 …… (491)
(六)诊流注 …… (492)
(七)诊无头疽 …… (492)
1.附骨疽 …… (492)
2.关节疽毒 …… (493)
3.腋疽 …… (493)
(八)诊疮疡内陷 …… (493)
(九)诊疔疮走黄 …… (494)
(十)诊流痰 …… (495)
(十一)诊瘰疬 …… (495)
二、瘿病诊法 …… (496)
(一)诊瘿痈 …… (496)
(二)诊气瘿 …… (496)
(三)诊肉瘿 …… (497)
(四)诊石瘿 …… (497)
三、乳房病诊法 …… (497)
(一)诊乳头破碎 …… (497)
(二)诊外吹乳痈 …… (498)
(三)诊内吹乳痈 …… (498)
(四)诊乳疽 …… (498)
(五)诊乳发 …… (499)
(六)诊乳痨 …… (499)
(七)诊乳疬 …… (500)
(八)诊乳癖 …… (500)
(九)诊粉刺性乳痈 …… (500)
(十)诊乳漏 …… (501)
(十一)诊乳衄 …… (501)
(十二)诊乳核 …… (502)
四、瘤病诊法 …… (502)
(一)诊气瘤 …… (502)
(二)诊肉瘤 …… (502)
(三)诊筋瘤 …… (503)
(四)诊骨瘤 …… (503)
(五)诊脂瘤 …… (503)
(六)诊上石疽 …… (504)
五、岩病诊法 …… (504)
(一)诊乳岩 …… (504)
(二)诊肾岩 …… (505)
(三)诊失荣 …… (505)
六、内痈诊法 …… (506)
(一)诊肝痈 …… (506)
(二)诊肠痈 …… (507)
七、肠壁漏管诊法 …… (507)
八、外阴病诊法 …… (507)
(一)诊疝气 …… (507)
(二)诊水疝 …… (508)
(三)诊子痈 …… (508)
(四)诊子痰 …… (509)
(五)诊囊痈 …… (509)
(六)诊脱囊 …… (510)
(七)诊精瘕 …… (510)

(八)诊精浊 …… (510)
(九)诊阴肿 …… (511)
(十)诊阴蚀 …… (511)
九、甲疽诊法 …… (511)
十、臁疮诊法 …… (512)
十一、褥疮诊法 …… (512)
十二、周围血管、病诊法 …… (512)
(一)诊脱疽 …… (512)
(二)诊青蛇毒 …… (513)
(三)诊股肿 …… (513)
十三、外伤病诊法 …… (514)
(一)诊水火烫伤 …… (514)
(二)诊冻疮 …… (515)
(三)诊毒蛇咬伤 …… (515)
(四)诊破伤风 …… (516)
(五)诊疯犬咬伤 …… (516)
十四、丹毒诊法 …… (517)
十五、皮肤病诊法 …… (517)
(一)诊热疮 …… (518)
(二)诊蛇串疮 …… (518)
(三)诊疣目 …… (518)
(四)诊扁瘊 …… (519)
(五)诊鼠乳 …… (519)
(六)诊尖锐湿疣 …… (519)
(七)诊传染性红斑 …… (520)
(八)诊脓窝疮 …… (520)
(九)诊类丹毒 …… (520)
(十)诊麻风 …… (521)
(十一)诊雪疮 …… (522)
(十二)诊白秃疮 …… (523)
(十三)诊肥疮 …… (524)
(十四)诊圆癣 …… (524)
(十五)诊鹅掌风 …… (524)
(十六)诊湿脚气 …… (525)
(十七)诊灰指(趾)甲 …… (525)
(十八)诊紫白癜风 …… (526)
(十九)诊疥疮 …… (526)
(二十)诊虫咬皮炎 …… (526)
(二十一)诊湿疮 …… (527)
(二十二)诊黄水疮 …… (527)
(二十三)诊接触性皮炎 …… (528)
(二十四)诊药毒 …… (528)
(二十五)诊四弯风 …… (529)
(二十六)诊瘾疹 …… (530)
(二十七)诊土风疮 …… (530)
(二十八)诊摄领疮 …… (531)
(二十九)诊风瘙痒 …… (531)
(三十)诊顽湿聚结 …… (531)
(三十一)诊疳子 …… (532)
(三十二)诊皲裂疮 …… (532)
(三十三)诊鸡眼 …… (532)
(三十四)诊胼胝 …… (533)
(三十五)诊猫眼疮 …… (533)
(三十六)诊瓜藤缠 …… (533)
(三十七)诊脂瘤疽 …… (534)
(三十八)诊风热疮 …… (534)
(三十九)诊白疕 …… (535)
(四十)诊紫癜风 …… (536)
(四十一)诊流皮漏 …… (536)
(四十二)诊红蝴蝶疮 …… (536)
(四十三)诊天疱疮 …… (537)
(四十四)诊火赤疮 …… (539)
(四十五)诊登豆疮 …… (539)
(四十六)诊皮痹 …… (539)

(四十七)诊狐惑病 …… (540)
(四十八)诊白驳风 …… (540)
(四十九)诊黧黑斑 …… (541)
(五十)诊白屑风 …… (541)
(五十一)诊面游风 …… (541)
(五十二)诊粉刺 …… (542)
(五十三)诊酒渣鼻 …… (542)
(五十四)诊油风 …… (543)
(五十五)诊蟹足肿 …… (543)
(五十六)诊淋病 …… (543)
十六、肛门、直肠病诊法 …… (544)
(一)诊内痔 …… (544)
(二)诊赘皮外痔 …… (545)
(三)诊静脉曲张性外痔 …… (545)
(四)诊血栓痔 …… (545)
(五)诊混合痔 …… (546)
(六)诊肛裂 …… (546)
(七)诊肛痈 …… (546)
(八)诊肛漏 …… (547)
(九)诊脱肛 …… (547)
(十)诊悬珠痔 …… (548)
(十一)诊息肉痔 …… (548)
(十二)诊骶尾部畸胎瘤 …… (548)
(十三)诊骶尾部囊肿窦 …… (548)
(十四)诊肛门直肠狭窄 …… (549)
(十五)诊肛门失禁 …… (549)
(十六)诊直肠前突 …… (549)
(十七)诊盆底肌痉挛综合征 ……
…… (550)
(十八)诊肛门瘙痒病 …… (550)
(十九)诊肛门湿疡 …… (550)
(二十)诊锁肛痔 …… (551)
(二十一)诊沿肛痔 …… (551)
十七、肠梗阻诊法 …… (551)

第七节　骨伤科病诊法

一、骨折诊法 …… (553)
二、脱位诊法 …… (554)
三、落枕诊法 …… (555)
四、颈椎病诊法 …… (555)
五、肩周炎诊法 …… (555)
六、肩关节扭伤挫诊法 …… (556)
七、肱二头肌长头腱腱鞘炎诊法 …
…… (556)
八、冈上肌肌腱炎诊法 …… (556)
九、肩峰下滑囊炎诊法 …… (556)
十、肘关节软组织扭挫伤诊法 ……
…… (557)
十一、肘后滑囊血肿诊法 …… (557)
十二、桡骨小头半脱位诊法 ……
…… (557)
十三、肱骨外上髁炎诊法 …… (557)
十四、腕关节扭挫伤诊法 …… (558)
十五、腕三角纤维软骨损伤诊法 …
…… (558)
十六、桡骨茎突狭窄性腱鞘炎诊法
…… (558)
十七、桡侧腕伸肌腱周围炎诊法 …
…… (558)
十八、掌指关节扭挫伤诊法 ……
…… (559)
十九、掌指关节侧副韧带损伤诊法
…… (559)
二十、屈指肌腱狭窄性腱鞘炎诊法
…… (559)

二十一、髋关节一过性滑膜炎诊法 …… (559)
二十二、股骨头缺血性坏死诊法 …… (560)
二十三、股内收肌损伤诊法 …… (560)
二十四、股四头肌扭挫伤诊法 …… (561)
二十五、髌上滑囊血肿诊法 …… (561)
二十六、膝部滑囊炎诊法 …… (561)
二十七、膝关节交叉韧带损伤诊法 …… (561)
二十八、膝关节侧副韧带损伤诊法 …… (562)
二十九、膝关节半月板损伤诊法 …… (562)
三十、膝关节创伤性滑膜炎诊法 …… (562)
三十一、髌下脂肪垫损伤诊法 …… (562)
三十二、髌骨软化症诊法 …… (563)
三十三、胫骨结节骨骺炎诊法 …… (563)
三十四、踝关节扭伤诊法 …… (563)
三十五、腓骨长短肌腱滑脱诊法 …… (564)
三十六、跖跗关节扭伤诊法 …… (564)
三十七、跖管综合征诊法 …… (564)
三十八、腱鞘囊肿诊法 …… (564)
三十九、背肌筋膜炎诊法 …… (565)
四十、急性腰扭伤诊法 …… (565)
四十一、腰肌劳损诊法 …… (565)
四十二、腰椎间盘突出症诊法 …… (566)
四十三、棘上韧带损伤诊法 …… (566)
四十四、第三腰椎横突综合征诊法 …… (566)
四十五、骶髂关节损伤诊法 …… (567)
四十六、腰椎椎管狭窄症诊法 …… (567)
四十七、梨状肌综合征诊法 …… (567)
四十八、臀上皮神经损伤诊法 …… (568)
四十九、头部内伤诊法 …… (568)
五十、胸部内伤诊法 …… (568)
五十一、腹部内伤诊法 …… (569)
五十二、四肢挤压伤诊法 …… (569)
五十三、筋膜间隔区综合征诊法 …… (569)
参考资料目录 …… (570)

第一章　诊法概述

中医诊法，是研究诊察疾病方法，收集各种病证临床资料、症状和体征，阐明其理，并运用于疾病诊断过程的科学。为了使中医诊法得到广泛地普及和传播，造福于人类，这是本书所试图完成的任务。因此，《中医诊法精华》仅在广泛收集中医传统诊法基础上，运用深入浅出的语言加以阐述，使临床工作者便于理解，易于操作，使之得以发扬光大。这是编写本书的宗旨。

第一节　　中医诊法史略

一、夏商春秋时代的诊法成就

《尚书序》云："古者伏羲氏之王天下者也，始画八卦。"《帝王世纪》也说："伏羲画八卦，所以六气、六腑、五脏、五行、阴阳、四时、水火、升降，所得者有象，百病之理，得以类推。"说明此时中医理论已具雏形，八卦之中，许多卦象都与人体健康、疾病有关。故运用八卦可以推演预测人体健康、病灾、寿夭，从这个角度讲，八卦亦是一种独具特色的中国民间诊病方法。

关于中医诊法的最早文字记载，可以上溯至西周，在《周礼·天官》中就有了疾医、疡医、食医、兽医分工不同的医师职务。在《周礼·天官·冢宰下》中云："医师 之政令，聚毒药以共医事，凡邦之有疾病者，疕疡者造焉，则使医分而治之。""疾医掌养万民之疾病，四时皆有焉。春时有痟首疾，夏时有痒疥疾，秋时有疟寒疾，冬时有咳、上气疾。""疡医掌肿疡、溃疡、金疮、折疡"。说明至迟到西周时期，已经有

了粗略的临床分科，以及临床病证的诊断和命名。其诊法水平已有相当的基础。其中的“疾医”相当于内科医师，所掌管诊治的四时病证，皆属内科范畴，并“以五气、五色、五声、五色，眡(shì 同“视”)其死生”。“疡医”相当于外科医师，所诊治的病证属外科无疑。这些文献记载，足以说明西周时期的诊法学已初具轮廓。

最早以精湛的诊法技术而名扬于世的医学家是春秋战国时代的秦越人(约公元前 407～前 310 年)，他创造性地运用“切脉、望色、听声、写形，言病之所在。”尤其体现在诊虢太子的“尸厥”证，诊齐桓公由表及里的病传过程，以及诊越成侯的血脉病方面，充分反映了他那高超的诊法技艺，故《史记》有“至今天下言脉者，由扁鹊也”之评价。

现今发现最早的诊法专著是长沙马王堆汉墓出土的医学帛书《脉法》和《阴阳脉死候》两书。《脉法》是论述据脉诊病的专著，《阴阳脉死候》则是论述经络诊法的专书。虽然两书内容简略，然在两千多年前能有此诊法专著出现，亦是十分宝贵的，从一个侧面反映了当时医界已有人专攻诊法并初显成就。

这一时期已有相当的医学内容的记述文字，如疾目、疾耳、疾齿、疾舌、疾身、疾足等分科性的病证诊断，并对多种瘙痒性皮肤病、疮疡病、发音障碍性疾病有记载，可见当时对人体各部分疾病已有了较系统的认识，而且对耳鼻喉口腔科疾病的诊断，以及疮疡诸疾的诊断已有较高水平。例如《五十二病方》中的外科病诊断丰富多彩，包括有：外伤性疾患的诊断，如金疮、刀伤、出血和毒鸟喙(即箭簇损伤中毒症)等。痈疽病，如颐痈、首痈、股痈、骨疽、内疽、血疽、气疽、烂疽等病的命名诊断，说明当时对痈疽的诊断与鉴别诊断已具一定水平。

痔疾，书中记载有牡痔、牝痔、脉痔、州出等病的症状表述，分别与今日的外痔、内痔、痔出血、脱肛等病相符合，是迄今为止有关痔疾的最早记载。更值得提出的是本书中在明确的诊断基础上，确切地记录了用结扎加切除的方法治疗痔核，用切除管道方法治疗肛门瘘疮，反映了当时已经采用了与现代手术原则有较大吻合的手术方法治疗肛门疾患，这从另一方面反映了当时在肛门疾患的诊断方面已具相当水平，实属难能可贵。

在皮肤病的诊断方面，《五十二病方》中所记载的多种皮肤病，分别与现代医学的色素脱失性皮肤病、瘙痒性皮肤病、皮脂溢出性皮肤病相符合，说明有关皮肤病的诊断已被当时医生所重视。

综上所见，这一时期，医学知识，尤其是中医诊法知识还缺乏一定的深度和系统性，但却为诊法理论的形成积累了相当丰富的实践资料，完全有理由说，这一时期是诊法理论的萌芽期。

二、先秦两汉时期的诊法成就

《黄帝内经》(以下简称《内经》)的成书年代尚无定论，就其内容而言，有上至战国时代而成者，也有东汉时期补入者。就其成编言之，最晚也在西汉中晚期，即刘歆等编著《七略》之前。《内经》一直被尊为医学之宗，她的成书是对这一时期之前医学知识的总结和升华，就中医诊法学而言，《内经》的出现，标志着中医在诊法领域从实践到理论认识过程的完成，为后世中医诊法学的发展奠定了坚实的基础。

首先，《内经》第一次确切地提出了“诊法”的概念。在《素问·脉要精微论》之开篇即云：“诊法何如?”此处虽然以言脉法为主，但却引发了包括脉法在内的诸种诊法内容，同时也初步确立了诊法在医学领域的重要地位。

其次，《内经》详论了“察色”、“视形”、“按脉”、“审尺”、“问症”、“诸诊合参”、“判断预后死生”诸方面的诊法内容。就“望色”诊法而言，有集中论述望色内容的《灵枢·五色》篇，文中举例论述了面部的分部望诊及脏腑肢节的颜面色部的分部。尤其论及了察色要点，文曰：“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。”此段论述是后世提出的望色十法的理论依据。此外，《素问·脉要精微论》、《素问·平人气象论》、《素问·经络论》等篇皆有“望色”诊法的内容。

《内经》中“望形”诊法内容亦甚丰富，尤以《素问·脉要精微论》的论述尤为精详实用。原文说：“夫五藏者，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，行将偻附，

筋将惫矣；骨者，髓之府，不能久立，行将振掉，骨将惫矣。得强则生，失强则死。”此外，《灵枢·师传》篇还论及五脏外候及其原理，六腑的外候和身形的诊断意义。

“按脉”（即切脉）诊法是《内经》论诊法中最为详备精深的。就诊脉部位而言，《内经》记录了“三部九候”全身遍诊法（详见《素问·三部九候论》）、“人迎寸口二部合参诊法”（详见《灵枢·经脉》、《灵枢·四时气》），以及“独取寸口诊脉法”（详见《素问·五脏别论》）。脉象的变化，则有常脉病脉之分，病脉种类达到71种（单脉）及329种兼脉（见陕西中医学院首届研究生《论文汇编》），论及最多的病脉亦有20余种。于此可见，《内经》作者十分重视诊脉方法的临证运用。

《内经》的“问诊”内容亦甚广泛。如有问诊的态度和问诊的方法（见《素问·移精变气论》）；有问诊时所要掌握的重点，并批评问病不详，草率诊病的不良作风（见《素问·征四失论》）；有问疼痛、问二便、问梦、问病人患病前后的思想情绪变化，如“尝贵后贱”、“尝富后贫”、“始乐后苦”、“忧恐喜怒”、“离绝郁结”等；还要询问饮食起居的变化，以及“故伤败结”、“或伤于毒”等既往病史；还要“审问其所始病与今后所方病”，此即意在探求疾病的演变过程。

《内经》还记载了一些特殊诊法，如体质诊法（见《灵枢·阴阳二十五人》、《灵枢·论勇》等）、释梦诊法（见《素问·脉要精微论》、《灵枢·淫邪发梦》）、尺肤诊法（见《灵枢·论疾诊尺》）、腹诊法（《灵枢·水胀》）、络脉诊法（《灵枢·经脉》）等。

《内经》作者在对各种诊法进行广泛深入论述的同时，还认为要诸诊合参，全面诊察，方能整体的把握疾病的总画面。正如《素问·阴阳应象大论》所云：“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。”说明只有将各种诊法全面运用，相互配合，才能作出正确客观的诊断，从而使治疗不发生差错。此外还详论了多种病证的诊法。

综上所见，《黄帝内经》已奠定了中医诊法的基础，是中医诊法理论框架形成的标志。

公元前2世纪的西汉名医淳于意创立"诊籍"是世界医学史中，第一部病案史书，为临床诊断提供了原始的完整医案记录，从诊法角度看，所记录的25例病案中，皆以诊脉为主，并强调"审诊，起度量，立规矩，称权衡，会色脉，辨表里，有余不足，顺逆之法，参其人动静，与息相应，乃可以论。"

公元3世纪，东汉伟大医学家张仲景，总结了前人的诊疗经验，在《内经》的诊法理论基础上，将病、脉、证、治相结合，创立了辨证论治理论，以六经为纲辨治伤寒，以脏腑为纲辨治杂病，将理、法、方、药有机地结合在一起。在其《伤寒杂病论》中，奠定了据脉辨证的基础，他不仅创立了"人迎寸口趺阳三部脉法"，还十分强调要把望色、察形、听声、诊脉诸诊综合运用。张氏在疾病的分类方面，基本作到了概念清楚，层次分明，具有很高水平，至今仍沿用其整体模式。

东汉末年名医华佗的诊病学术思想记载于《中藏经》中，其论症、论脉、论脏腑寒热虚实顺逆之法，甚为精当，对后世颇有影响。

三、两晋隋唐时期的诊法成就

晋唐时代的医家，大多把诊法与治疗结合起来进行研究，但亦有把诊法作为专门学科加以探究者，其突出代表为西晋王叔和。他所著的《脉经》。集汉以前脉学研究之大成，共分10卷98篇。书中把病脉归纳为浮、芤、洪、滑、数、促 、弦、紧、沉、革、实、微、涩、细、软、弱、虚、散、缓、迟、结、代、动、牢24脉，对每一种脉象的体状作了确切详尽的阐述，并把相似脉进行比较，推广运用了《难经》所创的寸、关、尺三部定位诊法。该书对世界医学曾产生过广泛的影响，早在公元562年，该书就传到朝鲜、日本等国。阿拉伯医学家阿维森纳(公元980～1037年)的《医典》就吸收其脉学的内容。到17世纪，该书已被译成多种文体在欧洲流传。

晋代的有关医籍中，对于传染病、内外妇儿各科疾病的诊断已有比较翔实、具体的记载，如葛洪的《肘后备急方》对天花、麻风等传染病基本上都从发病特点和临床症状上作出诊断。该书还记载："初唯觉四肢沉沉不快，须臾见眼中黄，渐至面黄及举身皆黄，急令溺白纸，

纸即如黄柏染者，此热毒入内。”这是对黄疸病人进行实验观察的最早记载。这一时期成书的《刘涓子鬼遗方》在痈疽的诊断上，首次记载了以局部有无“波动”感为特征的辨脓方法，至今仍有临床意义。

隋代著名医学家巢元方等编著的《诸病源候论》，是我国第一部论述病源与证候诊断的专著。全书分67门，详列各种疾病1739候，虽以内科诸疾为多，但其他各科病证也有详细记载，如外科仅金创就有27候，眼科38候，妇科140候。该书内容丰富，诊断指标明确。所论多种病证都涉及到具体诊法的运用，如描述妇女阴中息肉为“状如鼠乳”，可见当时就运用了妇科内窥检查。同时对一些传染病、寄生虫病、妇科病、儿科病、耳鼻口齿喉科病的诊断，更有不少精辟论述。例如对疥疮的观察记载道：“疥者，有数种……并皆有虫，人往往以针头挑得，状如水内病虫”，“疥疮多生于手足指间，染渐生至于身体，……其疮里有细虫，甚难见。”巢氏确认该病为疥虫感染所致，这一发现较之18世纪Linne氏的同样报导要早的多。

唐代大医学家孙思邈所著的《备急千金要方》、《千金翼方》是这一时期医学发展的代表作。其内容博大精深，影响深远，就其中医诊法学方面的贡献而言，认识到消渴病与痈疽的关系，一再告诫人们应警惕消渴病与痈疽的关系，任何来自外界的不洁刺激，都可能增加感染机会而导致痈疽的发生。首先记载了“气胸”的诊断方法。在确定胸膜有无损伤时，《备急千金要方》收载了“验透膈法”以帮助诊断，具体方法是把纸片封贴在胸、背部疮口上，让患者随意呼吸，若封纸随呼吸而动，便证明已经“透膜”。孙思邈还首先作出了对尿潴留的确切诊断，并首创用葱管插入尿道的“导尿”方法。孙氏还最早对水银中毒引起的口腔炎提出了诊断。

四、两宋金元时期的诊法成就

两宋金元时代的诊法学，有了较大的发展。这一时期对诊法突出贡献的医家有钱乙、陈言、施发等人。

钱乙的《小儿药证直诀》是现存最早的儿科专著，在儿科诊断上，钱乙根据小儿脉微难见，又怯生人，多啼哭吵闹，脉象难凭等特点，所

以钱乙重视对小儿的面部观察和眼神观察，并提出了以五脏为纲的辨证方法。指出“肝病：哭叫、目直、呵欠、顿闷、项急；心病：多叫哭、惊悸、手足动摇、发热饮水；脾病，困睡、泻泄、不思饮食；肺病：闷乱、哽气、长出气、气短、喘息；肾病：无精光、畏明、体骨垂。”这种五脏病证诊法要点，既合《内经》之旨，又体现了儿科临证特征，切合实际，临证实用。钱乙不愧为儿科宗师，清代《四库全书总目提要》说：“小儿经方，千古罕见，自乙始别为专门，而其书亦为幼科之鼻祖。”实际上，钱乙的学术思想超出了儿科学的范围，极大地丰富了中医学术体系的宝库。

陈言所著的《三因极一病证方论》，把病因学说加以系统化，首倡病因辨证方法，对各科疾病的诊断分类也更加详细而准确。在详述诸科病证的同时，充实了 24 脉主病的内容。

南宋的施发所著的《察病指南》是诊法的专著，沿用了“七表八里九道”24 脉主病的分类方法，并绘制脉图 33 种，以图示脉，在世界上最早把图示引入脉学研究，此外尚能将切脉诊法与听声音、察气色、嗅气味诸诊法相结合，对疾病进行全面考察。

陈自明在《妇人大全良方》中对妇产科诊法作出了突出贡献，如他在用药物验胎方法中说：“妇人经水不行，已经三月，欲验有胎，川芎为末，空心浓煎，艾叶调下三钱，腹内微动则有胎。”这是最早运用药物刺激子宫使其收缩增强以验胎动的方法。

《卫济宝书》首先论述了疡科的“五善七恶”诊法。古人经过长期的临床实践认识到，在痈疽病的进程中，证候的善与恶和疾病的转归关系十分密切，因此该书指出，诊察此类病证的善恶，对判断其发展预后尤为重要。所谓“五善”，是指饮食如常；实热而大小便涩；内外症候相应；肌肉好恶分明；用药如所料等。所谓“七恶”，是指发渴而喘；睛明眼角向鼻，大小便反滑；气绵绵而脉濡与病相反；目中不了了，睛明陷；未溃肉黑以陷；已溃青黑腐，筋骨黑；发痰、发呕等逆证。掌握了这一诊法，能提高对疮疡病的辨证和预后判断的准确性。

此外，尚有南宋的崔紫虚所著之《崔氏脉诀》，以浮沉迟数为纲，分论 24 脉，对后世亦颇具影响。

金元时代，专攻诊断者不乏其人。有敖氏者，著《点点金》及《金镜录》，论伤寒舌诊，分12图，是舌诊第一部专著，惜其已佚，后经杜清碧增补36舌图，整理成为今之所见的敖氏《伤寒金镜录》，开创了舌诊研究之先河。

此期专攻脉诊者众，如戴起宗所撰《脉诀刊误集解》，针对六朝高阳生之《脉诀》，以《内》《难》之理，刊其谬误，穷究其理，于脉学发展大有裨益。滑寿的《诊家枢要》专载诊法，他据华佗等人的理论，指出："脉者气血之先也，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，气血平则脉治。"同时，滑氏在继承前人小儿指纹诊法内容的基础上，又有了新的发展。此法始见于唐代王超的《仙人水镜图诀》，是从《灵枢·经脉》诊鱼际络脉发展而来。后世如钱乙的《小儿药证直诀》等，对此诊法都有论述。滑氏指出："小儿三岁以下，首先看虎口三关纹色，紫热红伤寒（即外感风寒表证）；青，惊风；白，疳病；惟黄色隐隐，或淡红隐隐，为常候也。"后经清代陈复正《幼幼集成》精详论述，使之广泛运用于儿科临床，对小儿病证的诊断具有重要意义。

危亦林的《世医得效方》，结合《内经》中有关死脉的内容，如肺之死脉，"如风吹毛"；肝之死脉，"如新张弓弦"；脾之死脉，"如鸟之喙，如鸟之距，如屋之漏"；肾之死脉，"发如夺索，辟辟如弹石"（《素问·平人气象论》）等内容，命名并论述了釜沸脉、鱼翔脉、弹石脉、解索脉、屋漏脉、虾游脉、雀啄脉、偃刀脉、转豆脉、麻促脉等十怪脉，使危重病证的脉诊规范化。

"金元四大家"于诊法理论的发展也作出了突出的贡献。刘完素生长于宋代，当时运气学说盛行，刘完素深受影响，他将《内经》的运气理论进一步具体化，他认为人体的内在因素和外界的环境有着密切的关系，因而自然界气候的变化，对人体的生理和病理有着极为密切的影响。因而他在医疗实践中广泛地运用运气学说理论进行诊病，并用之探讨疾病的机转，他是成功的将运气学说用之于疾病的诊断治疗的优秀者。所以他说："不知运气而求医无失者，鲜矣。"

张从正师承于刘完素，对《内经》、《难经》、《伤寒论》等经典著作

颇有研究，对内、妇、儿、外各科都有独到见解，尤擅长于时病的诊断治疗，他对时病的辨证治疗，主张“六门”分类辨证法。所谓六门，即风、寒、暑、湿、燥、火六淫邪气。无论内伤或外感诸疾，张氏皆按“六门”归类诊断，并重视症状的鉴别诊断。如他对斑疹伤寒与其他发疹性疾病的鉴别，甚为明确。

李杲诊脉重视四诊合参，他认为：“持脉有道，虚静为保。但可澄神静思。调息宁心，视精明，察五色，听音声，问所苦，方始按尺寸，别浮沉。以此参伍，决死生之分矣。复观患人身形、长短肥瘦、老少男女、性情缓急，例各不同。故曰形气相得者生，参伍不调者病。”李氏尤注重内外伤的辨证诊断。例如据内伤、外感的有余不足，辨别证之属阴属阳；运用《内经》的“人迎寸口二部诊脉法”，辨内伤外感病证。他认为：人迎脉大于气口，其见于左手为外伤；外感寒邪，则左寸、人迎脉浮紧，按之洪大紧急；外感风邪则人迎脉缓而大于气口一倍或两倍、三倍。气口脉大于人迎，其见于右手为内伤；内伤饮食，则右寸气口脉大于人迎一倍；劳役过甚，则心脉变见于气口，气口脉急大而涩数，时一代。此外，李氏还据患者之寒热、手心手背之温度、口味、渴与不渴诸方面辨内伤与外感。这些诊断方法，都是李氏临证经验的结晶。

朱震亨诊病，主张从外知内。他指出：欲知其内者，当以观乎外，诊于外者，斯以知其内。盖有诸内者必形诸外，故不相参，而断其病邪之顺逆，不可得也。震亨认为临证治病，最重要的是莫过于辨证，不能执一方而通治诸病，于是他在《局方发挥》中说：“医者，意也。以其传受虽好，造诣虽深，临机应变，如对敌之将，操舟之工，……医之视病，问证已得病之情矣，然病者一身血气有浅深，体段有上下，脏腑有内外，时月有久近，形态有苦乐，肌肤有厚薄，能毒有可否，标本有先后，年有老弱，治有五方，令有四时，某药治某病，某经用某药，孰为正治反治，孰为君臣佐使，合是数者，计较分毫，议方治疗，贵乎适中。”朱氏的见解，正符合现代医疗条例所规定的“医生非亲自诊察，不得处方用药”的原则。

金元时期在外科的诊断方面得到了较大发展。外科在传统上多以医方为主，其主要倾向是只重视疮疡的名候、部位，轻视脉象、舌苔

变化在外科临床上的意义。这几乎成为此前外科医者的一大弊端。元御医院太医齐德之在《外科精义》一书中，首次把26部脉象变化和外科临床紧密结合起来，旨在扭转外科轻视脉诊的不良倾向，从而为外科整体观念的建立作出了贡献。与此同时，在诊断上详述了诊候入式法、辨脓法、辨虚实法、辨深浅法、辨善恶法等，使中医外科的诊断有了本质上的突破。

另外，这一时期的王好古也十分重视临床辨证，他的辨气血之体、辨阴证阳证、辨内外伤、辨伤寒六经传变等辨证方法，都很实用。尤其在阴证的辨证方面，王氏很注意色、脉的诊断，认为："若面现青黑，脉浮沉不一，弦而弱者，伤在厥阴；若现红赤，脉浮沉不一，细而微者，伤在少阴；若面现黄洁，脉浮沉不一，缓迟者，伤在太阴。"此对伤寒三阴证的辨证诊断作了示范。

五、明清时期的诊法成就

明清以来，对于脉诊和舌诊的发展尤为突出，对于诊病、辨证原理，更有进一步的阐明。可以说，明清时期是中医诊法学的成熟期。

（一）明清时期的脉学成就

明·张介宾《景岳全书·脉神章》，详述《内经》、《难经》、仲景及诸家脉义，对脉神、正脉十六部、脉之常变等，论述其为详细。张氏之所以研究脉理精深，是基于他对脉理的深刻认识，正如《景岳全书·脉神章》中说："脉者，血气之神，邪正之鉴也。有诸中必形诸外，故血气盛者脉必盛；血气衰者，脉必衰；无病者，脉必正；有病者脉必乖。矧(shěn 况且)人之疾病无过表里寒热虚实，只此六字，业已尽之。然六者之中，惟虚实二字为最要。凡以表证、里证、寒证、热证，无不皆有虚实。……欲察虚实，无踰脉息，虽脉有二十四名，主病各异，然一脉能兼诸病，一病亦能兼诸脉，其中隐微大有玄秘，正以诸脉中亦皆有虚实之变耳。"其"脉神章"凡二卷，择诸家珍要精髓，以测病情。

李时珍所撰《濒湖脉学》撷取诸家脉学之精华，分析27脉，把其中的同类异脉的特点、鉴别点和各种脉象所主病证编为歌诀，于读者习诵极为方便。他在《奇经八脉考》中说："内景隧道者，惟反观者能照

察之。”意即脏腑内景和经络隧道，只有具有内视本领的人才能看到。张世贤则把《脉诀》加以图注，撰成《图注脉诀辨真》一书，使学者以图解脉，使抽象的脉理形象化、具体化，对后世脉诊影响颇深。

清代李延昰(shì 同“是”)所著的《脉诀汇辨》十卷，书中汇集古今各家脉论，参以家学，特别是其叔李士材的《诊家正眼》的 28 脉，他都详加校阅，并附其晚年未尽之秘，以脉参证，据脉论证，体现了脉诊的灵活性和实用性。

此外，清代医家在前人经验的基础上，研究脉理多与生理、病理以及证候紧密结合起来，以详究脉理。如清·贺升平《脉要图注详解》，其内容包括脉学总论、各科脉法、运气、28 脉、奇经八脉、骨度、经脉、络脉、经别、经筋，以及身形、脏腑、营卫、颜色、五音、五形等诊法。博采众说，附图示文，内容丰富。周学霆的《三指禅》，也是清代重要的脉诊著作。其论脉以缓脉为评判诸脉的标准，以浮、沉、迟、数为四大纲脉，统论 27 脉，并运用对比的方法鉴别各种不同脉象。周氏论述疾病时脉症相参，联系病因病机辨析其理，切合实用，很受推崇。最突出的是沈金鳌，他所著的《沈氏尊生书》中有《脉象统论》一卷，《诸脉主病诗》一卷，论述脉理，较前人更为详明。他认为：“人之有病，七情所感，六淫所侵，重则脏受，轻则腑受，深则经受，浅则肤受，象现于脉，脉诊于指，人与人异，指与肉隔，气有长短，质有清浊，不有犀照，何能毫厘不差。”论述脉理，精深可取。还有周学海的《重订诊家直诀》，是《周氏医学丛书脉学四种》之一，本书撷取了《脉义简摩》和《脉简补义》之精要，综论脉象，诊脉指法，以及病脉主病，并用对比的方法阐述 24 脉的体象及主病之不同，又以脉象的位、形、势、数、微、甚、兼、独八要素作为分析脉象的切入点，纲目清晰，甚为切要。还有罗浩所辑撰的《诊家索隐》，撷取了崔紫虚、余抑庵、张石顽三家之说，并按李士材所论 28 脉，增以张石顽所增附之脉，又据宋·刘立之的浮、沉、迟、数为纲，附以弦、短、长脉三部，对诸脉的体象、考辨、主病及参变诸方面，论述甚详。管玉衡的《诊脉三十二辨》，在脉诊三十二辨中，论述诊脉大法，用浮、沉、迟、数、滑、涩六脉，统领 29 脉，独具见解。

综上所见，时至明清，脉学的发展日趋成熟，已成为独具特色的

中医诊病方法。

(二)明清时期的舌诊成就

自元代杜清碧增补整理敖氏所著的《点点金》、《金镜录》为《伤寒金镜录》的舌诊专著问世后，明清时期，舌诊得到医家的广泛的重视而予以深刻地专题研究，舌诊研究的专著也相继问世。十六世纪后叶，申斗垣集当时舌诊研究之大成，著成《伤寒观舌心法》。至清康熙七年，有张诞先取申氏舌诊研究成果，正其错误，削其繁芜，参入其父张璐及其个人经验，著成《伤寒舌鉴》，附图120幅。此书详述伤寒观舌心法，观舌辨证，颇为扼要。另有傅松元所著的《舌胎统志》，把舌分为枯白舌、淡白舌、淡红舌、正红舌、绛色舌、紫色舌、青色舌、黑色舌八种。内容丰富，经验颇多，切合实际，倍受推崇。刘以仁所编著的《活人心法》一书中，载有王文选《舌鉴》，摘录张诞先《伤寒舌鉴》中的120舌，杜清碧的《伤寒金镜录》中的36舌，段正义《瘟疫论》中的13舌，辑录其中149舌而论之，并对温热病的辨舌经验加以补充。随后，梁玉瑜对张氏的《伤寒舌鉴》推崇备至，于是将其原文逐条加以辨析，并增入杂病观舌辨证之法，辑成《舌鉴辨证》，载图149幅，可谓是明清以来形成并发展成熟之观舌诊法的总结。此外，叶天士《外感温热病篇》，王孟英《温热经纬》中关于热病的辨证验舌，经验可贵，值得重视。

(三)明清时期的四诊成就

明清时期，在脉诊和舌诊研究取得很大进展的同时，对于四诊的综合研究，亦有了瞩目的成就。

明·张三锡《医学六要》将四诊的综合运用列为他主张的医学六个重要方面之一，是较早运用"四诊"概念者。其在"四诊法"专卷中，内容虽偏重于切脉，但也详实地记述了五官、色脉、声音、问病、辨舌等诊察方法。

明·张介宾所著《景岳全书》是其治学于医的结晶，辟"传忠录"一章，评述"十问"之法。并在"脉神章"中，对于那种专注脉诊而忽视其他诊法的倾向予以批评，他在"脉神章"的"四诊"内容中说："凡诊病之法固莫妙于脉，然有脉病相符者，有脉病相左者，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，亦岂知脉证最多真假，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。故《难经》以切居四诊之末，其意深矣！”

清代在四诊综合运用方面有较大贡献。《医宗金鉴·四诊心法要诀》汇集前人有关望、闻、问、切四诊的研究成果，撮其要旨，以四言歌诀简要地介绍四诊理论与方法，便于习诵，这对于四诊方法的广泛运用起到了不可估量的作用，尤其是由国家政府责成吴谦领衔编纂的《四诊心法要诀》是第一部诊法教材，更具历史意义。

清·林之翰的《四诊抉微》，所论内容更为全面，注重色脉并重，四诊互参，撷取古今有关四诊论述编纂而成。着重指出四诊不但同样重要，而且相互关联，既不要偏于切脉，也不能忽视望、闻、问三诊。他在望诊内容中，详论神气、形色、颜面、五官、苗窍、齿、项、爪甲等各种形色变化，并附有小儿指纹的诊法。闻诊中指出要听声审音，可察盛衰存亡。林氏认为问诊是审察病机之关键，要尤为重视。在诊脉部分，详于脉理，并能结合诸诊进行诊断。书中盛赞张介宾的“十问篇”，详细中的，纲举目张，有体用兼赅之妙。林氏对诸家脉诀，尤为重视，誉《濒湖脉学》为诸家之最优秀者。

此外，还有清·何梦瑶的《四诊韵语》（即《乐只堂人子须知韵语》卷一），首列十二经脉歌，次对四诊心法撮要，辨阴证阳证要诀，脉诊、望色、察面、五官、唇、齿、辨舌，并于闻声及问诊等分别予于以论述。另有周学海的《形色外诊简摩》、陈修园的《医学实在易·四诊易知》，论述四诊内容简明扼要。又如汪宏的《望诊遵经》搜集历代有关望诊资料，说明气色与疾病变化的关系。从眼睑、口、舌、齿、须、发、腹、背、手、足等部位的形态色泽和汗、血、便、尿的色、质变化，通过综合分析对比，以辨析病证的表、里、虚、实、寒、热、阴、阳，并预测其顺逆安危吉凶，其内容精要实用，是不可多得的诊法学习参考书。

（四）明清时期的辨证学成就

辨证思路肇端于《内经》，其中已有寒热虚实证候的概念介定，如

《素问·通评虚实论》对虚证实证的辨证即是其例。对外感热病的六经分证(见《素问·热论》)即是外感病辨证的发端;对杂证的脏腑分证(如《灵枢·邪气脏腑病形》、《素问·咳论》、《素问·风论》、《素问·痹论》、《素顺·痿论》等)亦有论及。东汉张仲景则完善了伤寒六经辨证,以及杂病的脏腑经络辨证方法。仲景的辨证方法影响并延续至今。至明清时代的医家,在承袭前人经验基础上,诊病辨证更加深入。《景岳全书·传忠录》首先深入地论述了"两纲六变"的辨证思路,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。"明确地提出八纲辨证的重大作用。紧接着张氏在"六变辨"中分别对"表证"、"里证"、"寒证"、"热证"、"虚证"、"实证"进行了辨证分析,为后世的临床辨证作了示范。

清·喻嘉言《寓意草》为喻氏医案,撰于1643年(明崇祯十六年)。全书集疑难治案六十二则,以内科杂病为主。其首有医论两篇,一曰:"先议病;后用药";二曰:"与门人定'议病式'"。在治案中,皆反复推论,务求阐明审证用药之所以然,较之各家医案只泛言某病用某药愈者,实胜一筹。至于如何议病,喻氏提出了极其具体的议病格式,值得称誉。更重要的是喻氏所谓的"议病用药",实质上就是在诊察的基础上进行辨证论治。

清代陈士铎《辨证录》,十分明确的将"辨证"作为自己的著作名称。在其著作中,分叙伤寒、中寒、中风等126门,七百余证,其辨证着重于症状的鉴别分析。程国彭《医学心悟》认为对疾病的诊断错误,要穷究其因。程氏认为辨证中的失误虽有百端,但其中最重要的是辨证中切脉不真,浮沉迟数辨识不清的缘故。与此同时,程氏在继张介宾之后指出,诊病有其总要,即寒热虚实表里阴阳八字而已,认为病情变化概不外此,而辨证之法,亦不外此。

关于"八纲"辨证的原则,据有关资料研究表明,明清时期的医家都很重视。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。"明代医家对八纲辨证思路和内容已广为重视和接受。如陶节庵《伤寒六书·伤寒家秘本》中说:"审得阴阳表里寒热虚实真切,复

审汗下吐泻和解之法，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。”可见，将八纲作为辨证的纲领，实乃成熟于明代。

对于杂病的辨证，沈金鳌《杂病源流犀烛》一书，博采前人经验，结合个人见解，加以归纳整理，内容以叙述杂病为主，包括脏腑、奇经八脉、六淫、中伤外感、面部、身形等类，每类分若干病种，每病各述其

在清代温病学派中，最有影响者，首推叶桂。叶氏所著《温热论》，为温病学的发展提供了理论与辨证的基础，被后世尊为温病学派的宗师，力倡“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”之说。他精于诊断、察脉、望色、写形。对于温病传变规律的认识尤为精辟，认为：“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；入血就恐耗血动血，直须凉血散血。”（《温热论》）并由此创立了卫、气、营、血的辨证论治体系。

吴瑭受吴有性和叶桂的的影响和启迪，潜心于温热病的研究，所著的《温病条辨》一书，专论温病的三焦辨证方法，对后世颇有影响。吴瑭认为：“伤寒与温病，如水火之分。伤寒之原在于水；温病之原在于火。伤寒病之邪为寒邪，是水之气；膀胱者水之府，寒邪先伤足太阳膀胱经，是以水病水。温热病之温邪，是火之气；肺者金之脏，温邪先伤手太阴肺经，是以火乘金”，这便是伤寒与温病机理之最根本的区别。由于吴氏采用了三焦辨证纲领以别于伤寒六经分证，并认为温病的病机是三焦演化而来，故又把风温、温热、湿热、温疫、秋燥等病，都分为上、中、下三焦进行诊断辨证。因而，吴氏之三焦分论，与仲景的六经辨证，不仅有纵横之妙，且与叶氏的卫气营血辨证相辅相成。（俞慎初《中国医学简史》福州·福建科技出版社，1983年，第344页）。

明清时期出现了不少关于传染病方面的诊疗专著。如明·卢之颐《痘疹论疏》，专论疹疾病的诊法与治疗；张绍修的《时疫白喉捷要》，是我国最早以白喉命名的专著，着重阐明了白喉病证的诊断治疗。许佐廷的《喉科白腐要旨》，对白喉的诊断及辨证论治，用药分析均甚明晰。陈葆善《白喉条辨》汇集了诸家之长，结合个人的经验，对白喉的病源、辨脉辨色，察喉辨伪膜以及辨证施治、处方用药、救误善后、调补宜忌均有发挥。

此外关于小儿传染病的研究著述亦丰。明万全的《片玉痘疹》，着重于小儿痘疹的特征和辨证施治的诀窍，为后来的温病学说形成提供了条件。清·谢玉琼的《麻科活人心法》，是其目睹小儿死于麻疹颇多的事实，抱着济世活人之志，广收有关麻疹资料，经过精心研究整理而成。是书对麻疹的顺逆、兼症、并病、后遗症的诊断尤为精详，在

儿科麻疹专科学术史上有承先启后作用。

另有王孟英的《霍乱论》、罗芝园的《鼠疫约编》等，对霍乱、鼠疫的诊断和辨证，均有较详的论述。

综上所见，明清时期是中医诊法学蓬勃发展阶段。无论从脉法、舌诊、四诊、辨证诸方面都得到了长足发展，已经使诊法成为一门完整独立的学科门类，使之更切合临床实用，并且广泛地运用于临床各科。

六、现代中医诊法成就

鸦片战争前后，西方医学传入中国，对中医学产生了很大的冲击作用，这其中不乏有其积极意义。唐宗海、张锡纯等人，在其诊治疾病过程中，就汲取了西方医学的精髓，成为近代中医史上名声赫赫的中西汇通、衷中参西的杰出代表人物。中西汇通倡导者吴瑞甫认为："乃知中西医学，有宗旨悬歧者，有名词不同，而理法并无差别"，故中西医学是可以"参互考证，以汇其通"的。遂以中西汇通为已任先后著有《中西脉学讲义》、《诊断学讲义》等书，较早提出用中西医两法诊病。（俞慎初《中国医学简史》福州·福建科技出版社，1983年，第418页）

恽铁樵早年从事编译事业，年近不惑，尝问学于伤寒名家汪莲石。他的医学著作颇丰，在诊法方面有《脉学发挥》一书传世。在如何给病证定名问题上，他认为用西医病名取代中医病名之法不可取，他说："西洋医法，以病灶定名，以细菌定名；而中国则以藏腑定名，以气候定名，不可强合而为一。"又说："今欲统一病名，自当以旧名为主。若中国本无其名则不得不取于译名，如要之统一之名，当取其名实相符，一望可知。"这一思想对中医病名的介定问题上，如何参照西医病证名称，起到了重要的提示作用。

杨则民是浙江人，他对中医理论敢于创新，将其心得体会，著之于书，达30余种，其中如《症候学通论》就属于中医诊法学方面的专著，是最早的症状鉴别专书。他晚年的著述多采用中西结合的形式，对疾病加以分类，如他在《医林独见·辨证与辨病》中说："中医重辨证，西医重识病，辨证之目的在应用药治，识病之目的在于了病所。"

可见，杨氏是最早论述辨证与辨症关系的医家。

民国年间亦有不少的诊法专著刊行。如丁甘仁的《脉学辑要》，张山雷的《脉学正义》，何廉臣的《儿科诊断学》，裘吉生的《诊断学》等，均是医家们为弘扬中国医学，培养医学英才而编著的中医诊法教材。曹炳章编撰出版的《彩图辨舌指南》是诊法史上第一部附有彩色图谱的舌诊专著。全书共分五编，首编为辨舌总论，论述舌之生理解剖及其功用，并阐明舌生苔垢之种种原理；二编为观舌总纲，阐明辨察舌之形态、舌质、神色、津液和苔色苔质的要领；三编为辨舌论治，以识诸家察舌辨证方法及舌病治法；四编为辨舌各论，详论各种病态舌象的主病及用药，并附舌苔彩图 119 幅；五编为杂论，罗列诸家辨舌精论及察舌辨证之验案，以示规范。此书是舌诊著作中之精品，诚如周氏在是书序中所言："篇中援引古今名家医书，不下百数十家；东西洋近译名家医书，亦不下数十家。且旁及各埠医报杂志，无不广罗博采。弃其糟粕，撷其精华，……条理井然，且有论有图，有治法，有医案，又有药方，可谓毫发无遗憾矣。自此书出，庶使后之学者，辨舌察病，审病用药，不致茫无依据，则此书洵不啻南针之指也。"

1949 年以后，中医诊法学取得了让人鼓舞的成就，五十年代起有人采用杠杆式脉搏描记器记录脉图，经过测录脉象仪器的完善，从而为建立脉象图谱创造了条件。六十年代初有陈泽霖的《舌诊研究》到八十年代初，上海等研究了莹光光谱"舌色仪"，这些结果有待进一步完善和推广。八十年代赵金铎主编的《中医症状鉴别诊断学》、《中医诊候鉴别诊断学》等，尤其是各版《中医诊断学》教材的编著，使中医诊法学的内容更为系统、完整和准确。

第二节　中医诊法原理

中医学认为，人体是一个有机的整体，事物之间存在着相互作用和因果关系，局部病变是全身病理反应在局部的体现。因而，全身的病理变化可反映于局部，局部可反映和体现于全身，任何内脏的病理变化都必然会通过种种迹象表现于体表，而通过审察这种种表现于

体表的症状和体征，就能测知其在内的疾病本质，这便是中医诊法的基本原理所在，正如《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。"

一、司外揣内

"司外揣内"，是《内经》首先创立的诊法原理。《内经》作者认为人体是一个内外相应的统一体。五脏六腑在人身之内虽不可见，但其一切生理活动、病理变化，"若鼓之应桴，响之应声，影之似形"，(《灵枢·外揣》)必然有其相应的现象反映于体表，正如张介宾在《类经》中注解那样，"五音五色见于外，因脏气而彰明也。五脏之气藏于内，因形色而发露也，外之不彰明者，知内之波荡也。即如鼓非桴也，得桴而后鸣；响非声也，得声而后应；影非形也，得形而后见，是皆内外相袭而然。"因此，认识了这一现象与本质间的辨证关系，作到"合而察之，切而验之，见而得之"(《灵枢·外揣》)，那么临证时，对于深藏于内的五脏病证就会做到"若清水明镜之不失其形"(同上)一样的明晰清楚。这便是《内经》作者提到的"司外揣内，司内揣外"的诊法原理。《丹溪心法》对比作了进一步阐发，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。"

二、见微知著

"见微知著"是中医诊法的又一基本原理，语出程钟龄的《医学心悟·医中百误歌》。此语之意为，医者通过患者细微的变化，就可以测知整体的情况。机体局部的变化，蕴含着整体的生理、病理信息。

这一原理体现于中医诊法的诸多方面。例如《灵枢·五色》篇中的五色明堂诊法即是其例，原文论述了五脏六腑，形体肢节的病理变化在面部的反应区域，然后根据面部的色泽及其浮沉、清浊、泽夭、散抟和上下等情况，可以辨别疾病的性质、部位、间甚、新久，推断疾病的发展趋向及转归预后等，进而根据色部的变化以调治疾病，这便是察面部以测全身病变的具体描述，也是"见微知著"原理的具体体现。

《素问·五藏别论》之独取寸口诊法，是通过两手寸口脉，以候全

身五脏六腑的病证，所以《难经·一难》强调说："独取寸口以决五脏六腑死生吉凶之法"。于是详审寸口之三部九候，以推断全身疾病的方法，一直沿用至今。此法更体现了《素问·阴阳应大论》所言的"见微得过"之理。

此外，耳廓的不同部位能反映全身各部病变；舌与内脏关系密切，故舌的变化可以反映脏腑气血盛衰及病证的寒热虚实；五脏六腑皆上注于目，故诊目可了解人体的神气盛衰，并以此可察全身腑腑器官的变化，等等。大量的实践证明，某些局部的改变，确实可以诊断全身疾病。

三、以常衡变

"知常达变，以常衡变"，是中医诊法自古以来所遵循的一条基本原则。这条原则强调医者必须在掌握认识正常生理特征的基础上，才能发现那些与正常现象有所区别的太过、不及的异常变化，从而认识事物的本质及变动的规律。中医诊法中的望、闻、问、切诸法，莫不据此。正如《素问·平人气象论》中说："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。常以不病调病人，医不病，故为病人平息以调之为法。"在诊断疾病时，一定要注意正常的神、色、形、态、舌、脉的特点，从常中求异，以常测变，进而认识疾病的本质，这就是所谓的"以我知彼"，"以观过与不及之理"的诊法原理的应用。

第三节 中医诊法特色

中医诊法是一门独具特色的学科，其特色可以归纳为以下几方面：

一、整体察病

"整体察病"，就是要把疾病看成是病人整体失调的表现，既要细察机体的外在表现，以详审机体内在的异常变化；同时，还应把病人

与外在的自然环境紧密结合起来，进行综合诊察，全面地了解病情。

人是一个有机的整体，内在脏腑与体表的形体官窍之间是密切相关的，当人体脏腑、气血、阴阳协调平衡，能适应社会，适应自然环境的变化时，便是身心健康的表现。否则，内外环境不能维持在一定范围内的和谐一致，便可发生疾病。因此，人体一旦患了疾病，局部的病变就可以影响于全身，脏腑的病变可以造成气血津液阴阳营卫的失常和精神情志活动的障碍，任何局部的病变，都会或多或少地影响到整体而具有整体性的变化。

疾病的发生，是机体自身整体失调的结果。人体以五脏为中心，通过经络系统的联络沟通和感应传导，将六腑、形体、官窍、四肢百骸等全身组织器官有机地加以联系，并通过气血津液的作用完成机体的统一活动。各脏腑组织虽然有各自不同的生理功能，但它们之间又是紧密联系，相互协同，互相制约，共同维持着机体生理状态下协调平衡的总"画面"，因此人体一旦发生疾病，就是整体失调的反映。局部的病理变化，往往与全身的脏腑经络、气血阴阳的盛衰变化有关，而局部的病理变化又可对全身产生相应的影响，例如目赤肿痛多为肝火上炎所致，而肌肤疮疡又可引起全身性的热象。正因为如此，就决定了中医诊法可从形体色脉等外在变化，判断其内脏病变，并把每一局部出现的病理变化视为整体失调的结果。从人之整体及人与外在环境（社会的、自然的）关系中，全面地认识疾病，从整体的、宏观的角度把握疾病的本质。

二、诸诊合参

"诸诊合参"，是指诊察疾病时，要将诸法相互参合，全面、客观地了解病情，并把所收集的全部病情资料进行综合考察。

中医诊法种类虽多，但彼此不是绝然孤立的，而是彼此相互关联，相互补充的。临床上应当注意综合运用，相互对照参考，才能获得全面信息，对病情作出正确判断。诸法合参中，最基本的原则是四诊合参，即望、闻、问、切的配合运用。

关于诸诊合参的重要性，历代医家均有论及。如《素问·脉要精

微论》中说："切脉动静，而视精明，察五色，观五藏有余不足，六府强弱，形之盛衰，以此参伍，决死生之分。"《素问·阴阳应象大论》也说："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。"唐代孙思邈在《千金翼方·色脉》中说："夫为医者，虽善于脉候，而不知察于气色者，终为未尽要妙也。"这些论述均说明诸诊合参的重要性，只有诸诊合参，全面获取病史资料，才能做到去粗取精，去伪存真，方能作出正确的判断。张介宾就态度十分鲜明地提出："有当舍证从脉者，有当舍脉从证者。"若不能合参诸诊，何以能做到从舍？所以诸诊是从各种不同角度检查病情，所搜集的资料，各有不同意义，这正如喻昌《医门法律》所云："望闻问切，医之不可缺一。"李延昰更为形象地说："望闻问切，犹人有四肢也。一肢废不成其为人；一诊缺不成其为医。"这些至理名言均强调了将各种诊法合参的重要性。

另外，在诸诊合参的基础上，还应注意兼参其他诊法。古代的医家往往都把时辰、运气、体质等内容融会贯通于诸诊之中，正如汪宏在其《望诊遵经》中说："将欲治之，必先诊之，非诊无以知病，非诊无以知其治也。顾欲知其诊之所然，必究其诊之所以然，则凡天地古今之理，南北高下之宜，岁时气候之殊，昼夜晴阴之变，以至禀赋强弱之不齐，老少居养之各异，莫不见诸于四诊焉。"说明任何疾病所表现的症状、体征，都不能孤立地对待，应该联系到四时气候、地方水土、生活习惯、性情好恶、年龄长幼、体质强弱、性别之男女等诸方面的内容，进行综合考察。

实际上在临床诊病时对诸诊的运用中常常难以将其截然分开，比如对排出物的诊察，往往既要望其色、质、量，又要兼闻其气，同时要问其排出时的感觉。另如在进行腹部按诊时，要望其腹之外形，腹壁之色泽，叩其腹而听其声，并通过切按而知其冷热、软硬，及对按压的反应等等。这都说明临证时必须做到诸诊合参，全面分析。

三、辨证求本

"辨证求本"，是指在对病证的诊察分析时，必须寻求导致病证发

生的本源，为进一步治病求本提供依据。任何疾病的发生发展，都是机体在诸种致病因素作用下，脏腑经络，气血津液，营卫阴阳失去平衡的结果，然后又通过种种症状、体征表现于外。然而这些症状和体征，都是疾病过程中的外在表象，虽可反映本质，然却不等于本质，而且有些表象和内在本质还有相当的差距，这就要求医者要熟练地运用中医理论，对诸诊所搜集到的资料、症状和体征进行分析，辨清其原因，探明其病位，识别其病情，判断其邪正关系及病变发展趋势，寻求其本质，才能指导治疗用药。例如同样是一失眠症状，就有心肾不交之失眠，有心脾两虚之失眠，有食滞胃脘之失眠，有胆郁痰扰之失眠，有心血虚之失眠，有心阴虚之失眠等等，只有结合诸诊资料，全面分析，辨证求本，才能探明引起失眠之本质所在，也才能取得好的治疗效果。

四、辨病辨证结合

在中医学中，“病”和“证”是密切相关的两个不同概念。

辨证是在诊法的基础上，运用中医理论，经过逻辑思维，对临证资料进行综合分析，以揭示疾病现阶段本质变化的诊断方法和认识过程。

辨证方法是医生识别证候，探求病因、分辨病位、区别病性、审察病机和病变趋势的具体手段。中医辨证方法具有下列独特的特点：一是临床思维的重要形式。其正确地运用各种辨证思维方法，既善于综合考察病人各方面的情况，又重视分析病人对各种致病因素的具体反应，强调病变阶段邪正斗争的结果。具有综合判断与具体分析、注重整体与灵活应变相统一的思辨特点。二是正确处理临证资料。辨证能从全面、详细而又复杂纷繁的临证资料中，立足于疾病现阶段的变化状况，判断先后因果，分辨轻重缓急，分清矛盾主次，抓住主要症状，并据此而揭示特定阶段的病理本质。例如失眠是一个症状，若与心悸、心烦、五心烦热、盗汗、舌红少苔少津、脉象细数并见时，则为心阴虚证；若与心悸、面色萎黄不华、唇舌甲色淡、脉象细弱并见时，则为心血虚证；若与心悸、面色萎黄、腹胀纳差、便溏乏力等症状共见

时，则为心脾两虚证；若与惊悸、头晕目眩、舌苔黄腻、脉濡数并见时，则为胆郁痰扰证。辨证就是要立足于最突出的主要症状，然后由此及彼地将那些与主症相关的其他症状联系在一起进行分析，辨别它们互相之间是否构成特定的证候。因而辨证具有从症辨证，突出联系、从现象探求本质的特点。

“病”与“证”的概念不同，如清代医家徐灵胎说：“病之总者为之病，而一病总有数证”。这就是说，病可以概括证，如伤寒病有就太阳证、阳明证、少阳证、太阴证、少阴证、厥阴证；温病有卫分证、气分证、营分证、血分证的不同。临证时，辨证和辨病都很重要。辨病有利于从疾病的全过程、特征上把握疾病的本质；而辨证则有利于随时掌握疾病特定阶段的病位、病理和邪正盛衰。临证时，可以先辨病而后辨证，也可先行辨证而后辨病。这是因为经过辨病确定了病名，便可根据该病的一般规律提示常见的证型，在辨病的基础上进行辨证。也可先辨证而后进行辨病，当疾病的本质反映不够充分时，则辨证不仅有利于当前的治疗，而且可以通过对证的认识，更有利于对疾病本质的揭示，从而确定病名。辨病与辨证相结合，既重视了疾病的基本矛盾，又能抓住疾病特定阶段的特殊矛盾。所以，辨证与辨病相结合，是中医诊法的又一显著特征。

第二章　诊察方法

诊法，是中医诊察收集病情资料的基本方法。诊法主要包括望、闻、问、切和其他特殊诊法。其中望诊法是医生运用视觉对病人整体的神、色、形、态变化和局部表现及排出物的色、质、量、形等情况，以了解病情。闻诊是通过听病人的语言、呼吸、咳嗽、哮、喘等声音及嗅病人机体所发散的异常气味，和病室气味以辨别病情。问诊是询问病人有关疾病的相关情况，从而了解患者的各种病态感觉和疾病的发生、发展、诊疗经过等情况。切诊是通过切按脉搏及触按病人身体的有关病位，以了解病体变化情况的方法。

第一节　望诊方法

望诊方法，是指医生运用视觉对病人全身和局部的一切情况及其排出物进行有目的地观察，以了解其健康或疾病状况的方法。

中医学通过长期的临床实践，认识到人体的外部表现可以反映内在的脏腑、气血、津液、经络的变化。人以五脏为中心，通过经络的联系，与六腑、体表、五官、四肢密切相联，在生理和病理上均可互相影响，故其外部表现，特别是精神、面色、形体、姿态、舌象的变化，以及排出物的色、质、量的异常，均与内在脏腑器官的虚实寒热和气血阴阳的盛衰关系密切。当人体脏腑、气血、经络、阴阳等发生了病理改变时，必然会反映于体表的相关部位，所以观察病人外部的表现，可以作为诊察内在病变的重要客观依据。

望诊在中医诊法中占有极为重要的地位。《难经·六十一难》有“望而知之谓之神”之说。这是因为人的视觉在认识客观事物中具有

重要作用，病人诸方面的外部表现只有通过望诊才能了解。所以医生在诊病时要充分利用视觉观察，并注意培养和训练敏捷、准确的观察能力。

望诊方法包括总体望诊（望神、色、形、态）、局部望诊（望头、面、五官、躯体、四肢、二阴、皮肤）、舌诊（望舌质、舌苔）、望排出物（望痰涎、大便、小便）等内容，但在临床运用时，无须严格区分。

一、整体望诊法

整体望诊法又叫全身望诊法，是医生首先对病人的神、色、形、态等整体表现进行扼要地观察，以获取有关疾病总体印象的诊察方法。

（一）望神

望神诊法，通过对人体形色、目光、神志、呼吸、形态的观察，以了解有神、无神、假神和神乱等不同情况的方法。神的表现虽然是多方面的，但望神的重点在于目光、神志、面色和形态等。具体要求为以神会神，正如《医原·望病须察神气论》言："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。泥则和意一起，医者与病者神气相混，反觉疑似，难以促摸，此又以神会神之妙理也。"望神的内容具体分为：

1. 望有神

有神也称得神，是神气充足的表现。在病中，则虽病而正气未伤，属于轻病。望诊时可见其神志清楚，语言清晰；目光明亮，精彩内含；面色荣润含蓄，表情丰富自然；反应灵敏，动作灵活，体态自如；呼吸平稳，肌肉不削。

2. 望少神

少神也称神气不足，是轻度的失神，常见于疾病状态，是正气不足的表现。望诊时仍遵上述重点，可见其精神不振，嗜睡倦怠，声低懒言，动作迟缓无力等，多见于心脾两虚、心肾阳虚等证。

3. 望失神

失神又称无神，是精气亏损，神衰的表现。望诊可据不同表现，辨其五脏衰败情况，若见神识不清，精神萎靡，面色晦暗，表情淡漠者为

心的精气衰败；若见目光黯淡呆滞，表情淡漠，动作失灵，强迫体位者，是肝肾精气衰败；若见呼吸异常，节律强弱不齐，形肉已脱，是肺脾精气衰竭；若见循衣摸床，撮空理线，神昏谵语，是邪陷心包，阴阳离决的危候。以上望诊所见，均为失神表现，反映脏腑功能衰败，预后不良。

4. **望假神**

假神是垂危病人出现精神暂时好转的假象，是临终前的预兆，并非佳兆。望诊时发现久病重病之人，本已失神，但突然精神转佳，目光转亮，言语不休；原来面色晦暗无荣，突然两颧发红如妆；或原来数日不食，突然饮食增加，古人谓之“除中”。这是精气衰竭已极，阴不敛阳，以致虚阳外越而出现一时“好转”的假象。

5. **望神志错乱**

神志错乱也称“神乱”，是指思维紊乱，行为怪诞，语无伦次的临床表现。神志错乱主要表现为狂、癫、痫几方面。望诊时重点观察其行为、语言、表情、目光等。具体内容参见癫、狂、痫病证诊法。

(二)望色

望色是通过肤色(主要是面色)的观察，了解内脏气血盛衰变化的方法。知常方能达变，故望色应先掌握正常的肤色特点。正常人的皮肤颜色是红黄隐隐，明润含蓄，是为有胃气有神气的神的常色。所谓有神气，即光明润泽；所谓有胃气，即隐约微黄，含蓄不露。由于体质和禀赋的不同，以及生理活动变化和外界条件的影响，面色都有相应变化，但都是常色而非病色。

由于有上述诸种因素的影响，所以临证时首先注意观察分辨常色中的主色与客色。

主色：一生中始终以一种色调为主的面色，即为主色。无论是遗传，或地区，或工作条件等因素造成某些人面色或白，或黑，或红，或黄，或青等，只要终生不变者，都是主色。

客色：由于生活条件的变动，人的面色、肤色也相应变化就叫客色。如昼夜四时、晴阴变化、四季气候变化时，人的面色肤色也相应变化。或因劳逸、饥饱、饮酒、运动等也会导致面色改变，这也是生理范

围的，比较短暂，也属客色。

其次，要部位色泽合参。部位有明堂周身部位相应，面貌分应脏腑，五官分应五脏；色泽则有五色分应五脏，五色交错合参，五色十诊合参等。将气色与部位合参，即可应用中医之理论，对错综复杂的病情进行多方面的分析。

其三，远近动态观察。望色之始，先从远处作整体的全面观察，以便发现面部较突出的色泽和其他异常；再在近距离内，按脏腑相应部位的顺序，依次进行更详细的观察。

最后，尚须考虑光线的变化，避免因光源色彩对肤色的影响。

1. 望色十法

望色十法是《望诊遵经》根据《内经》理论，结合个人长期临床实践总结的望色纲要。

望浮沉，辨病位之表里。浮是色泽显露于皮肤之间，主病在表、在腑；沉是色泽隐约于皮肤之内，主病在里、在脏。初浮后沉是病由表入里；初沉后浮为病由里至表。

察清浊，辨病性之阴阳。清是色泽清润，主病为阳；浊是色泽暗浊，主病为阴。色从清转浊，是病由阳转阴；色从浊转清，是病由阴转阳。

观微甚，辨邪正之虚实。微是其色浅淡，多为正虚；甚是其色深浓，属邪实。若色由微变甚则表明病由虚致实；若色由甚转微，则是病由实转虚。

视散抟，辨病程之长短。散是其色疏离散开，主病近将解；抟是色泽壅滞，主病久而转深。先散后抟，主病近而渐聚；先抟而后散者，虽病久而病情渐减。

别泽夭，辨预后之吉凶。泽是肤色润泽，气血未伤，主吉；夭是气血枯竭，气血严重受损，主凶。由夭转泽为精神复盛；先泽后夭，是病趋严重。

总之，望色十法可从总体上辨病之表里、阴阳、虚实、久近、吉凶成败，在望色诊法中有重要意义。

2.望五色善恶顺逆法

这一诊法是通过对病色明润含蓄或晦暗暴露的观察，以及五色交错的察看，以判断疾病的轻重和预后吉凶的方法。

(1)**善恶**。凡五色光明润泽者为善色，说明虽病而脏腑精气未衰，预后良好；凡五色晦暗枯槁者为恶色，说明脏腑已有衰败，胃气已竭，多预后不佳。显然，察五色善恶的要点是以病色明润含蓄还是晦暗暴露来区分的。五色均有善恶之分。《素问·五脏生成》和《素问·脉要精微论》具体描述了察五色善恶的模式，临证可作参考。若青如翠羽如苍璧之泽，赤如鸡冠如白裹朱，黄如蟹腹如罗裹雄黄，白如豕膏如鹅羽，黑如乌羽如重漆色，都是主生的善色。若青如草兹如蓝，赤如衄血如赭，黄如枳实如黄土，白如枯骨如盐，黑如炲如地苍等，都是主死的恶色。观察色之善恶时要注意体会古人所比附的相关实物的色泽。

(2)**顺逆**。主要通过五色交错的观察，判断病之顺逆吉凶。病与色相应为正病正色，若反见它色，病与色不相应，称为病色交错，又[illegible]相生相克的善恶关系，相生为顺，病情多不严重；相克为逆，证多凶险。例如肝病见青色，谓之相应，是正病正色，若见其他颜色便为不相应。其中若见黑色(水生木)或赤色(木生火)，都是相生关系，称之为顺，皆主吉；若见白色(金克木)或黄色(木克土)，都是相克关系，属逆证，主病重。其他四脏可以类推。同时也可从望诊中所见相兼之色的出现推理。病人面部有时有相兼的颜色出现，相兼之色可以分见于不同部位，如白色兼黑色、兼黄色者为相生之色，若兼青色、兼赤白色者为相克之色，依旧相生为顺，相克为逆。临床上应灵活应用，不可过于拘泥。

(三)望形体

望形体诊法，是指观察病人形体的强弱、胖瘦、体质形态等情况，作为临床诊病的方法。早在《内经》中就有望形体诊病的内容，如《素问·三部九候论》就说："必先度其形之肥瘦，以调其气之虚实。"《素问·经脉别论》也说："观人勇怯、骨肉、皮肤，能知其情，以为诊法也。"因本法对于疾病的诊断有重要作用，故为历代医家所重视。

1. **望强弱**

观察形体的强弱，要将形体的外在表现与机体的功能状态、神气的衰旺等方面相结合，进行综合判断。

(1)**体强**。体强即形体强壮。其表现为骨骼粗大，胸廓宽厚，肌肉丰满坚实，皮肤润泽。同时精力充沛，食欲旺盛。说明体魄健壮，内脏坚实，气血旺盛，阴阳协调，抗病力强，是为健康。即或有病，也为易治，预后亦佳。

(2)**体弱**。体弱即形体虚弱。其表现为骨骼细小，胸廓狭窄，肌肉瘦削松软，皮肤枯槁。同时其精神疲惫，食少乏力。这说明其形体虚衰，内脏虚弱，气血不足，阴阳失衡，抗病力弱。即或有病，亦病虚证难治，预后也差。

2. **望胖瘦**

正常人的形体适中，匀称协调。过胖过瘦，均为异常。观察形体胖瘦时，应注意其内在精气的强弱盛衰，将两者结合起来，才有临床意义。

(1)**体肥**。对于体胖之人，不能一概视为病态。若体胖能食，肌肉坚实，神旺有气力者是为形盛气盛，为精气完足，身体健康的表现。若体胖食少，肌肉松驰，神疲乏力者，是为形盛气弱，为阳气不足，多痰多湿的表现。此类人易患痰饮病、中风病等。此即《医门法律》所谓"肥人湿多"之意。

(2)**体瘦**。对于体瘦者，亦不可统统论为异常。若虽体瘦，但肌肉坚实，食欲旺盛，精力充沛，有气力者，仍属正常。若瘦而无气力，神疲倦怠者，是形气俱虚，多见于脾胃虚弱，后天不充之人。此类人易患中气下陷之证。若形瘦而多食易饥，是中焦有热；若形瘦颧红，皮肤干枯，多属阴血不足，内有虚火表现，此类人易患肺痨咳血，故《医门法律》谓之"瘦人火多"。若久病极度消瘦，骨瘦如柴，习称"肉消著骨"、"大肉已脱"，此为气虚至极，津液干枯，脏腑衰败，是为无神之险候。

3. **望体质**。

体质是个体在其生长发育过程中形成的形体结构与机能方面的特殊性。体质在一定程度上反映了机体脏腑经络、气血阴阳盛衰的禀

赋特点，以及对疾病的易感性。不同体质的人，即或所感邪气相同，但其所患病证的性质及疾病的预后转归均有较大的差异。所以观察病人的体质形态，同样有助于了解病人阴阳气血的盛衰和疾病的性质、预后转归。有关体质形态与疾病的关系，在《素问·异法方宜论》、《灵枢·通天》、《灵枢·寿夭刚柔》和《灵枢·阴阳二十五人》等篇中都作了较详细的阐述和探讨。《内经》对人的体质形态分类虽然复杂，但其中有关体质与疾病关系的认识是正确的，后世基本宗此。

(1)**阳脏人**。阳脏人的体形特点多偏于瘦长，头型也长，颈细长，肩距狭窄，胸廓平坦狭长，背微驼，身体多呈前倾资势。平素多喜凉恶热，性情开朗急躁，大便多干。其机体内环境多呈阳偏旺而阴偏亏特征。患病后，邪气易从阳化热，正如《医法心传》所说："阳脏者阴必虚，阴虚者多火"，"阳脏所感之病，阳者居多。"

(2)**阴脏人**。阴脏人的体形特点多偏于短胖，头呈方、圆型，颈粗短，肩宽平，胸廓宽扩短圆，身体多呈后仰姿势。平素多喜暖怕冷，性格内向抑郁。其机体内环境多为阳较弱而阴偏盛特征。患病后邪气易从阴化寒，湿浊亦易内停。故《医法心传》说："阴脏者阳必虚，阳虚者多寒"，"阴脏所感之病，阴者居多，不独杂病，伤寒亦然。"

(3)**阴阳和平之人**。阴阳和平之人则无偏盛偏衰，其气血匀调，阴阳和谐，体形适中，性格随和。这是大多数人的体质特征。其发病随邪气性质而变。

总之，强弱、胖瘦、体质形态是察形的重要内容，是从不同角度反映着形体的盛衰，正气的盈亏及与发病的关系，临证诊病时，即要将此三者结合起来，同时也要与其他诊法相参为进一步判断疾病提供依据。

(四)望姿态

望姿态诊法，是观察病人的动静状态和肢体的异常动作进行诊病的一种方法。病人的动静状态和特殊的动作，体位都是病变的外在反映，不同的疾病往往表现出特有的动静姿态、动作和体位。因此，对患者的姿态、体位和肢体异常动作的观察，就可以判断疾病的性质和邪正的虚实。正如汪宏在《望诊遵经》中所说："善诊者，观动静之常，

以审动静之变，合乎望闻问切，辨其寒热虚实。”

1. 望动静姿态

望动静姿态，是指观察病人处于相对动的状态下的身体活动情况。病人的动静姿态和所患的疾病密切相关，不同性质的疾病会表现出不同的姿态。如眼睑、颜面、口唇、手指(足趾)不由自主地颤动、抽动，在外感病中多为发痉的先兆；在内伤疾病中，多为血虚阳亏，筋脉失养之风动。前者见于热极生风，以小儿为多见；后者可因肝阳化风、血虚生风、阴虚风动所致。

四肢抽搐、拘挛、项背强直、角弓反张者，属于痉病。就其病因，有因于湿，有因于风，有因于热，也有因于虚者。就其证候言之，多见于热极生风，小儿惊风，温病热入营血，也可见之于久病血虚阴亏，筋脉失养之证。此外，痫病、破伤风病、狂犬病等，亦可动风发痉。

战栗不止，体见寒热往来，见于疟疾病；若恶寒战栗，发无定时者，是外感病，即在半表半里之少阳，为邪正交争，欲作战汗之兆。

两手撮空理线，循衣摸床，伴全身极度虚衰者，是无神之危候。

肢体动作困难，甚至关节僵直、变形、伴有关节疼痛，严重者四肢不能随意运动，是为风湿痹痛。

手足软弱无力，行动不便，并有肌肉松弛萎缩者，是为痿病，多由阳明湿热，或脾胃虚弱，或肝肾不足，或“肺热叶焦”所致。

突然昏倒，不省人事，口眼㖞斜，半身不遂者，是中风病。若持续昏迷不醒者为风中脏腑证。在风中脏腑证中，伴见目闭口张，手撒遗尿者，是中风脱证；若见牙关紧闭，两手紧握，呼吸气粗者，是中风闭证。若突然半身不遂，口眼㖞斜，或语言不利，而神志始终清楚，或有短暂轻度意识障碍者，为风中经络。若突然昏倒，不省人事，伴有四肢抽搐，口吐白沫，或喉中痰鸣，或口中有异样叫声，并有反复发作史者，是为痫病。若在盛夏或高温作业，突然昏倒，汗出面赤，是中暑证，也谓暑厥证。若因过度悲忿恼怒而后突然昏仆，但呼吸平稳，检查肢体活动无障碍者，多是气厥证。

痛病也往往因病位不同而有特殊的体态。如以手护腹、行走时弯腰屈身，多为腹部疼痛；如果上腹剧烈阵痛，辗转反侧，呻吟不止，用

手紧按疼痛部位者，多为胆道蛔虫证，亦称蛔厥证；若以手护腰，弯腰曲背，转动艰难者，多为腰痛；行走或正在工作之中，突然停止活动，以手护胸，面唇青紫，多为真心痛；若疼痛见于右下腹，拘急拒按，右下肢不能伸直，此为肠痈腹痛；若见患者蹙眉捧头，俯首不欲仰者，多为头痛。

此外，若见病人畏缩多衣，卧时抱缩成团者，必是恶寒怕冷；若见患者欲揭衣被，袒胸露腹，卧时仰面伸肢者，定然发热恶热。如此等等，都是相关疾病的特有姿态。

2. **望体位**

望体位是指观察患者处于安静状态时身体所处的状态。

患者身体各部分活动自如，称为主动体位，见于轻证或疾病的早期。病人不能自己调整变换体位，称为被动体位，见于极度衰竭，正气亏损，或者无神的病人。

患者为了缓解痛苦，常常被迫采取一些特殊体位，此时的特殊体位对于相关病证的诊断具有重要的意义。如病人卧时身轻自能转侧，但常面向外，向着通风流畅的阳面者，多提示所患病证为阳、热、实证；若卧时身重难于转侧，常面向里，面向背光避风的阴面，伴有精神萎靡者多为阴、寒、虚证。

从坐式来看，若患者坐于床沿，两手下垂或扶持床边者，多见于心肺阳虚，或心阳不足，水气凌心之人；若但坐不能平卧，平卧则气逆憋闷，多为咳喘肺胀，或痰饮停于胸膈；若坐卧不宁，是烦燥之证，或腹痛胀满之证，如肝胆湿热之胆石病，或蛔虫病，或阳明腑实证者多见此状。

二、局部望诊法

局部望诊法，也叫分部望诊法。是指医生在整体望诊的基础上，根据临床诊断的需要，对病人某些局部进行有重点地，深入细致地观察。望局部时，一定要熟悉各部位的生理特征及其与脏腑经络的内在联系，把病理体征与正常表现进行比较，再结合其他诊法，从整体角度对局部表现进行综合分析。

(一)望头

望头部诊法是指对病人头形、头态、头发、囟门的观察,作为临床诊病的方法。头为诸阳之会,是精明之府,内藏脑髓,为元神所居处。手足三阳经、督脉、任脉、足厥阴经皆上达于头,故望头部情况,可察脏腑精气盛衰,尤其是肾、脑的病变。望头部应着重观察头形、头态、头发及囟门的变化。

1. 望头形

通过观察头之外形,以诊察脑及相关内脏病变的方法。头形望诊的重点是头形的大小、形状、囟门(主要是小儿)、头部有无肿大、疮疡以及色泽等。

望头颅大小形态。若小儿头颅过大,为先天脑积水;头颅过小,为肾精不足,发育不良;头顶又尖又小,前额狭窄,为先天不足;方颅畸形,多见于佝偻病,属肾之精气不足。

望头面皮色。若头面皮色红而肿胀,色如涂丹而疼痛,称"抱头火丹",多因风热火毒上攻所致;头面肿大如斗,面目肿盛,称"大头瘟",系天行时毒,毒火上攻。

2. 望头态

指对头部动静姿态的观察。

(1)**望头位之偏正**。垂头倾斜,无力抬举者为头倾,若伴见面黄体弱,气短神疲,纳差便溏者为中气不足;若伴见耳鸣耳聋,腰膝酸软者为髓海不足。若仰头不下,目睛上吊者,常见于破伤风、小儿急惊风。若头偏一侧,个转艰难,多属扭伤,也见于瘿瘤或痈疽,或先天性斜颈,或一侧落枕。

(2)**望头之摇动**。头不能自制或不自主地摇动者,多为风气内动;若头摇眩晕,面红口苦,多为风阳上扰之征;若头摇发于热病后期,伴见烦热盗汗,舌红少苔者为阴虚风动;年迈血虚,头摇不已者为血虚风动证。

3. 望囟门

囟门望诊,是观察幼儿囟门的发育及外形情况。正常之小儿后囟,在出生 3～4 个月闭合,前囟在 12～18 个月闭合,若小儿囟门迟

闭，骨缝不合，称为“解颅”，多为肾气不足；囟门下陷者称“囟陷”，多属虚证，见之于吐泻伤津，或气血不足，或脾胃虚寒，或先天不足，发育不良；囟门高突，称为“囟填”，多属实热证，多因外感时邪，火毒上攻。

4. 望头发

通过头发色泽的观察，以了解肾之盈亏，血之盛衰的方法。主要观察头发的色泽、发质和脱发状况。

(1)**望发色**。中老年头发斑白或全部白发者，或青少年白发，或老年发黑，若无其他病理表现者，均不以病变论之。若青少年发白，伴腰膝发软，头晕耳鸣者，为肾气亏虚；青少年发白，伴见心悸失眠，口干舌燥者系营血亏虚，虚热上扰；短期内头发大量变白，燥躁易怒，面红目赤口若者，系肝郁化热，劫伤营阴之故。

(2)**望发泽**。无论发色有何变化，若有光泽者，说明阴血充盛。若发黄干枯系精血不足。

(3)**望发质及脱落**。久病之后，头发脱落稀疏，多为气血亏损；头发稀疏而软，伴头晕眼花，腰膝酸软，多属精血亏虚；小儿发结如穗，形体羸瘦，腹胀肚大，多见于疳积。若突然斑片状脱发，痒如虫行，名曰“斑秃”，又叫“鬼剃头”，属血热生风所致；头发均匀脱落，日渐稀疏，发细软而干燥不痒，为气血两虚；头发部分或全部脱落，日久不长，面晦头痛，乃属瘀血阻滞。

(二)望面

面部望诊法是观察面部的色泽形态和表情变化，以观察脏腑精气盛衰的方法。

1. 面部望色脏腑定位法

面部望色定位诊法始见于《灵枢·五色》篇，这一诊法是指颜面各部位分属不同脏腑，与望色诊法相结合，进一步了解病情，有助于临床对疾病定位、定性判断的方法。

首先将面部划分为若干区域并用不同名称表示。根据《灵枢·五色》原文，整个面部名称分部为：鼻—明堂，眉间—阙，额—庭(颜)，颊侧—藩，耳门—蔽。

再将各部分属于不同相关的内脏：庭—首面，阙上—咽喉，阙中（印堂）—肺，阙下（下极、山根）—心，下极之下（年寿）—肝，肝部左右—胆，肝下（准头）—脾，方上（脾两旁）—胃，中央（颧下）—大肠，挟大肠—肾，明堂（鼻端）以上—小肠，明堂以下（水沟两旁）—膀胱子处。

此外，《素问·刺热论》把五脏与面部相关部位作以下简明划分：左颊—肝，右颊—肺，额—心，颏—肾，鼻—脾。

临床望诊中，以前一种划分为主。总之，病有深浅，色有显晦，病情变化复杂多样，所以对部位的观察不能过分机械呆板，必须灵活，诸诊合参，但也不放过部位望诊，因为部位的划分是色诊的基础。

2. 望面色

这一诊法是指对面部青、赤、黄、白、黑五色的观察，辨别其不同主病的方法。

青色：其应在肝。主风、主寒、主痛、主惊和瘀血。望诊时应结合具体部位分辨其不同性质，如目下色青白，伴精神抑郁，手指发麻，小腿转筋，多为肝虚风证；颜面青色，善怒胁痛，咽干，多为肝实风证；面目青黑，突然不能说话，四肢软弱而不能站立，多为肝虚寒证；面色青灰，口唇青紫，为心阳不足，心血瘀阻；小儿面色发青，以鼻柱和两眉间及口唇四周多见，伴有高热者，为将发惊风之兆；妇女面青，少食多怒，月经不调，必为肝强脾弱；鼻头色青，多为腹中痛。

另外，还应观察面部其他部位伴青色而出现的兼色、兼症。如若面青颊赤，多为寒热往来之少阳证；面青目赤，多为肝火；两颊青黄，眩晕呕吐，为痰厥头痛；面色青赤而晦暗，多为郁火；脾病见青色为难治。

赤色：其应在心。主热证。首先要察其面赤之微、甚。若微赤者即为虚热；赤甚者为实热。其次，察面赤的具体部位，以定病位病情。若满面通红，多为阳盛之外感发热，或脏腑实热；若两颧潮红娇嫩，则属阴虚火旺的虚热；若久病、重病，面色苍白，却两颧泛红如妆，嫩红带白，游移不定，为虚阳浮越之"戴阳"证。

黄色：其应在脾胃，主虚证、湿证。首先应根据黄色的特点进行辨证。若为"萎黄"，属脾虚，气血不足，其特点是面色淡黄无华；若为"黄

胖”，多属脾气虚衰，湿邪内阻所致，其特点是面色黄白虚浮；身目俱黄者为“黄疸”，若黄色鲜明如橘子色者，属“阳黄”，是湿热熏蒸之故；若黄色如烟熏而晦暗者为“阴黄”，是寒湿阻滞之故。其次，还要结合兼见的体征分辨之。若黄而枯瘦者为胃病虚热；面黄肌瘦，但腹胀者，虚胀也；若面色苍黄，腹部青筋怒张者多为臌胀；小儿面黄而肿，或乍黄乍白，腹大青筋者为疳积。

白色：其应在肺。主虚证、寒证、脱血、夺气。首先应观察白色的不同特点。若㿠白虚浮，多为阳虚；若白而无华为血虚或夺血；淡白多为气虚，亦可见于肺胃虚寒。再结合兼症观察，若面色苍白伴剧烈腹痛或战栗时为里寒证；若突然苍白，伴冷汗淋漓，手足肌肤发凉，为阳气暴脱。

黑色：其应在肾。主肾虚、寒证、痛证、水饮和瘀血。先据黑色在面部出现的部位进行观察辨证。若颧与颜黑为肾病；眼眶周围发黑，往往是肾虚或水饮或寒湿下注之带下病；若心病额见黑色为逆证；口唇黧黑多为肾绝。再据色黑之不同特点观察辨证。若面黑而干焦，多为肾精久虚，虚火灼阴；黑而浅淡，为肾病水寒；凡黑而暗淡，不论病之新久，总是阳气不振。

3. **望面形**

面形望诊法是对面形的变化进行望诊的方法。望面形时要注意观察面部的丰满、削瘦、有无肿胀等及其他改变，及其发生的确切部位、缓急、颜色等。颜面丰满，气色明润，是健康长寿之貌；若颜面过于瘦削，大肉尽脱，则是久病气血消亡或亡阴脱液所致。面部浮肿，常见于水肿病者，乃因水湿上泛之故，有阴水、阳水之分。若面肿热痛，或麻或痒，多为风热火毒上攻所致。久病重病突见面肿，则是土败脾绝之候。阳水肿起较速，眼睑头面先肿；阴水肿起较慢，先下肢然后波及于头面部。若腮部肿胀，面赤咽痛，此为“痄腮”；若在颧骨之下，腮颔之上，耳前一寸三分处发疽肿起，名为“发颐”，属阳明经热毒上攻所致；面鼻色赤生粉刺者，为肺经血热所致；面色雀斑，色淡黄或黑褐，为火郁经络，风邪外搏；面部纹如蟹爪，与皮肤相平，多由忧思抑郁，血弱不华，火燥结滞而成。

4. 望面态

是指观察面部的动静状态。若睑、面、唇不时的颤动、抽动，在外感病中，多见发痉的预兆；在内伤杂病中，多是血虚阴亏，经脉失养。口眼歪斜，肌肤不仁无半身不遂者，为风痰阻络；若伴有半身不遂、为风中经络，或中风后遗症。

5. 望面容

是指对患者所表现的特殊面容的观察。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。"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。"狮状面"，即面部出现凸凹不平的结节，可见于麻风病人。

(三)望目

望目诊法是指对目的形态、色泽、目视的观察进行诊病。

1. 望五轮

是指观察五轮的外表特征，推测相应腑脏病变的方法，五轮指肉轮(胞睑)、血轮(两眦)、气轮(白睛)、风轮(黑睛)和水轮(瞳神)。《河间六书》称："眼通五脏，气贯五轮。"

(1)**水轮**。水轮即瞳神，又名瞳子、瞳仁、瞳人、金中等。它有广、狭之分。狭义瞳神仅指位于黑睛后方，黄仁中央可以展缩之圆孔。而广义者指瞳仁及其后方眼内组织，包括"神水"、"黄精"、"神膏"、"神衣"等。

望瞳神首先审察有无神光，其次验看瞳神之大小形态及气色。正常瞳神等大等圆，阳看则小，阴看则大，展缩自如，气色清莹透彻，能明视万物。望瞳神的重点要望其形态和气色。

形态：凡瞳神散大、缩小或变形，变色或外观如常而视力障碍者，皆属"内障"病，常因脏腑内损，真元耗伤，精气不能上奉所致，多属于虚证。但亦有因火毒热盛，痰湿郁滞成肝风上冲，或外伤破损引起，属实证者也不少见。

若见瞳神紧缩，甚者细如针孔，失却展缩功能，伴见神水不清者，谓之"瞳神紧小"，常因风热或肝胆实火上犯于目所致。若望见瞳神失却正圆，边缘如锯齿或虫蚀，或状如梅花，谓之"瞳神干缺"，多因肝肾

阴虚所致；若瞳神开大，不能敛聚，阳看时亦不能变小，称为“瞳神散大”，多因七情内伤，精气不敛，或过食辛辣炙煿，积热生火，耗伤气阴；或由痰火上攻所致。久病见瞳神散大，为将亡之兆；暴病瞳神不收，多见于中风。若见瞳孔极度开大，似无黄仁，瞳神与黄仁通混不分者，称为“通瞳”，乃由突受惊恐，气机逆乱；或肝经风邪上壅，黄仁不成关锁；或外伤血瘀阻络而成。若见瞳神歪斜，或如杏仁桃核，或如月牙之角者，谓之“瞳神倚侧”，此乃肝肾阴精消灼，目失所养之故。若见单侧瞳神区内有两个或两个以上大小不等，形态不一，阳看小，阴看大，展缩如常的瞳仁，称“虚瞳”，多因胎儿发育异常，与生俱来。

望瞳神气色：若见瘀血积于瞳神下方或全掩瞳神，或瞳神内隐约透见一点殷红或暗红色，谓之“血灌瞳神”，多因肝胆火炽，迫血妄行，灌入瞳子；亦有外伤撞击而致。若视见瞳神内黄精色隐隐淡白，或边缘如枣花样，或如油点浮于水面，或白亮如冰，或如鳞点乍青乍白，或白如银针，暗大明小，或白点隐隐，向日始见，或白色如银，横格于瞳神中心，或白气一尾，隐似新月，逐渐遮蔽神光，而瞳神之阴阳开合，展缩自如，统谓之“圆翳内障”。据其病变形态和程度不同，分别称为“冰翳”、“枣花翳”、“仰月翳”、“横翳”等，不外是脾虚、阴亏、火盛、阳衰数端，临床以老年人多见。若新生儿即见黄睛部分或全部呈白色，谓之“胎患内障”，多因母体饮食失常，劳逸失度，惊恐刺激，或服药不当而造成胎儿发育障碍。若因眼珠外伤，黄睛被损，新变为灰白或乳白色，谓之“惊震内障”。若见瞳神内微混，隐呈青色，视野渐缩，眼珠逐渐变硬，谓之“青风内障”，多由忧郁忿怒，肝气郁滞，化火生风；或因视觉疲劳，肝肾阴亏所致。若见瞳神散大，色呈淡绿，眼珠胀痛，视力严重下降者，称“绿风内障”，多因悲忿恼怒，肝胆火炽，或风邪、痰饮阻遏，神水积滞而成。若见瞳神内气色昏暗，如浓烟重雾，视力日渐模糊者，称“乌风内障”，多由风痰所致，或贪欲太过，精气受损之故。若见瞳神散大，视力下降，眼前黑花，且有头眼胀痛者，谓之“黑风内障”，多因肝风痰火所致，或因肾虚肝旺而成。若见瞳神散大难收，气色混浊不清，而呈淡黄色，神光欲绝，称为“黄风内障”，多因绿风内障失治而成。

(2)**风轮**。风轮疾患主要是星膜翳障,翳可见于"银星独见"、"聚星障"、"聚开障"、"风轮赤豆"、"天行赤眼暴翳"、"光热眼"等病,望诊时主要观察翳的大小、形状和数目的多少及在风轮上分布情况。详见"病名诊断"条。风轮上的膜包括"赤膜下垂"、"血膜包睛",望诊时主要根据其色,然后结合膜走向分布的观察以诊断(详见各条)。黑睛破溃外突,包括"旋螺突起"、"蟹睛"、"旋脖泛起"、"钉翳根深"等病。临证时主要通过对溃破情况、脓液、敛口及形状特征的观察进行辩证(详见各条)。

(3)**气轮**。气轮望诊主要是观察其色泽和形态。望色泽要结合发病的骤缓、病因以辨之,若白睛色红者,可见之于"天行赤眼"、"暴风客热"、"赤丝虬脉"等眼疾。若见白睛表层有瘀血者为"白睛瘀血"。若见白睛上起白膜者为"白膜侵睛"。若见其深层有青灰色或紫蓝色斑,或白睛变为蓝色者为"白睛青蓝"等。望形态指察看白睛上突起之物的形状、数目、大小和颜色,可以辨"金疳"、"火疳"、"偏漏"、"瘀血灌睛"、状如鱼胞"、状若悬胆"、"形如虾座"、"目珠管"、"鱼子石榴"、"黄油障"等病。

(4)**血轮**。望血轮主要察看血轮之色泽、血脉数目、形状及延伸部位、泪窍、泪泉的色泽形态,有无红肿及分泌物的稀稠颜色等。以此可以辨别下列诸病,如"赤脉传睛"、"胬肉攀睛"、"迎风流泪"、"漏睛疮"、"眦漏"、"漏睛"、"窍漏"、"大眦漏"、"小眦漏"等。

(5)**肉轮**。望肉轮虽有望色和望形之分,但二者常同时进行,望诊时不可截然分开。临床常见的肉轮色泽有如下几种情况:如胞睑虚浮而肿者,主风、主虚;赤肿者,主风热;眼圈青色者,主肝寒、伏饮;二目黯黑,肌肤甲错,多有瘀血;睑内色淡白者,主血虚脏寒;睑内色滞黄白者,主食积;有粟状白粒者,主虫积。

肉轮色泽与形态结合望诊,若胞睑生疮,红赤肿痛,甚而腐烂成脓者为"实热生疮",常因脾胃蕴热,或心火内发,或肝火上炎。若胞睑皮红赤如涂丹,生有小水泡,糜烂渗水,为"风赤疮瘙",由脾胃湿热,复感风邪所致。若睑弦红赤、溃烂、刺痒,伴有灼热、羞明流泪、眵泪胶粘的眼病,称"睑弦赤烂",多为风湿热合邪致病。若胞睑红肿热痛,燉

赤如丹，称为“眼丹”，为热毒内盛，复感风热所致。若睑弦或眦头忽起小包，微红肿痛，继而硬结成脓，形似麦粒，谓之“针眼”。

2.**望目色**

指对全目及眼的局部（眼胞、白珠、眦等）颜色的观察，作为了解眼之局部及内脏病证的方法。《灵枢·论疾诊尺》说：“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。”这是目部色诊法在望色定位方面具体应用的范例。临床应用这一方法时，要分全目的色诊和局部色诊。并且，以色为主，兼察其形、态乃至全身相关的体征。若察全目红肿，多为肝经风热。在分部色诊时，望诊检查的顺序是由前到后，先外后内，先察眼睑、两眦，再看白睛、神水、黄仁、瞳神、晶珠。

（1）**眼睑**。上眼睑肿胀红赤，多是脾经风热；下眼睑肿胀红赤，多由胃家火热；眼睑皮红湿烂，多是脾热挟湿；若见红肿硬结者为针眼；不红不肿之硬结为眼内痰核；睑内颗粒累累，色红而坚，状如花椒者为椒疮；睑内颗粒累累，色黄而坚者为粟疮；睑弦红赤、溃烂、刺痒为睑弦赤烂；眼睑皮肤红赤起泡，甚至溃烂者为风赤疮痍；眼睑红肿难睁，为胞肿如桃；眼睑肿胀不红，皮色如常为胞虚如球；睑内生细小颗粒色白质硬如石，为睑内结石；睑黑颊赤者为痰热；胞黑面如土色而四肢痿痹者，是风痰；眼睑上下有青晕者，多为劳欲太过，眼睑色青者，为脾胃有寒；睑青常闭，时时小惊者，将痫。

（2）**两眦**。眦青为肝病；目眦赤烂为心火；大眦赤烂，系上焦风热外攻；小眦赤烂，为胆腑郁热；伤寒目眦红者，为疹疡之先兆；眦角色淡者属血虚；若目眦赤脉向白睛蔓延，为赤脉传睛；若目眦有赤色胬肉窜贯白睛者为胬肉攀睛。

（3）**白睛**。白睛色赤者多为肺火，亦有风热为患；白睛色淡红者，为虚热；白睛色黑者为劳；白睛色黄者为黄疸，黄如橘色鲜明者为阳黄，多为湿热上壅；浊如烟熏者，为阴黄，多为寒湿所致。白睛色淡黄者为脾虚泻利，或脾有积滞或积聚；白睛色老黄者，为肺脾受邪，疳证也。若白睛表层发生如玉米粒样小泡，其周围绕以赤脉者为“金疳”。若白睛傍黑睛边缘发生紫红色肿胀隆起者，名为白睛青蓝。

(4)**黑睛**。望黑睛的色泽及是否透明。如有白色混浊,应察看其位置是否在黑睛的中或偏旁,其形状的大小、片状、树枝或地图状,以及混浊的大小深浅等,有无血丝深入。黑睛上如有膜状物,应察看其色为白为红,厚薄如何等。若见黑睛骤生多个细小星翳者为聚星障;若黑睛生翳,四周高起,中间低陷,形如花瓣者为"花翳白陷";若见黑睛生翳,形如凝脂,多伴有黄脓液为"凝脂翳";若见黑睛深层呈现一片白翳障,混浊不清,妨碍视力者为"混睛障";瞳神散大,瞳色发绿为"绿风内障"。

(5)**神水**。注意神水是否混浊,有无闪光现象,有无积血或积脓。

(6)**黄仁**。望黄仁是否颜色正常,有无颜色变淡或肿胀等。

(7)**瞳神**。除察看瞳神的颜色外,还应看其大小、形态、位置及对光反应等。

(8)**晶珠**。要察看晶珠前有无色素沉着,晶珠有无混浊。若有混浊,要注意形态位置等。若晶珠混浊,视力缓降者,为圆翳内障。

3. **望目态**

指对眼睑及眼球动静姿态的察看方法。先望眼睑的动静姿态。若眼睑高肿难睁,皮色红肿,谓之"胞肿如桃";若上睑下垂,不能随意抬举,影响瞻视者为"上胞下垂",又叫"睢目"、"睑废",多为气血虚,或脾虚不举;若双侧眼睑下垂对称者,是属先天发育所致;若胞睑不能自控而搐搦惕动,称"胞轮振跳",此为过劳,或肝脾血虚;胞睑频频眨动,不能自主,谓之"目瞀(zhà 扎)",多见于小儿,由饮食不节,脾虚肝旺所致;若胞睑筋肉紧缩拘挛,谓"倒睫卷毛"多为椒疮、粟疮的并发症。

若目开不合,多为阳盛;若目合不开(非睡眼)为阴盛,或足阳明之别、足少阳、厥阴、少阴病、三阳合病等。若目视正圆,手撒戴眼者,为太阳经绝。

次察眼球的位置及能否转动自如。凡目珠偏离正位,无论其或左或右,或上或下,程度如何,均谓之"目偏视",多系脏腑气血亏虚,风邪乘虚而入,或先天所致。若见黑珠突然偏斜,转动受限,伴有复视者,为"风牵偏视",是卫外失固或风痰阻络之故。若黑睛翻于一侧,欲

转不能，甚者只见白睛，称“瞳神反背”，因风热攻脑之故；若眼珠拽向下方，不能上转，称为“坠睛”，为风寒攻入眼带所致；若单侧或双侧目珠偏向上方不能下转者，称为“目仰视”或“目上视”，多属火热上扰或痰涎壅盛而成。若双侧目珠不自主地、有节奏地颤动或旋转，称为“辘轳转关”，多为风邪所袭，或肝经积热之故；若双目珠如火赤，骤然胀起，暴出眶间，不能运转，称为“鹘(hǔ 指古代一种鸟)眼凝睛”，多由五脏风热上侵；若单眼目珠突然胀起，转动失灵，为“突眼高起”，系风热火毒所致；若眼珠骤然突出眶外，谓之“珠突出眶”，为火热亢盛或暴逆气逆之故；若目珠内多膏者，为“膏伤珠陷”多为外伤，或五脏虚极所致。

(四)望耳

望耳诊法主要是通过对耳的色泽、形态、耳道分泌物和耳道赘生物的观察以了解相关疾病的方法。“耳者，宗脉之所聚也”。手足少阳经、手足太阳经和足阳明胃经均循过其周围，因而，虽有肾开窍于耳、心寄窍于耳之说，但与全身均有关系，所以望耳可以诊察肾、胆及全身的病变。

1. 望耳部色泽

是指对耳轮色泽的望诊方法。正常的耳轮肉厚而红润，乃其先天肾精充足。望诊时单视其色，如若其色异于其常者，即病态。淡白主气虚、主寒、主肺气不足；㿠白多见血虚、血脱；色青紫者多主惊痫、热邪，或风寒入腹掣痛；色青黑者主肾水不足；黑色主肾绝，也主肾之实证；浅黑为肾病虚证；青白者主慢脾风；赤色主热，久病微赤者，多为阴虚火动；微黄主病将愈，淡黄为胃气尚存，也见于湿盛；深黄者为黄疸。

察色望泽法合诊时，若见耳轮枯焦而黑者，见于肾阴虚热；焦枯垢泥者病在骨。察色要结合望形，若色白而耳瘦薄者属寒证；色白而厚者主气虚有痰湿；耳黄而肿痛者为风邪入肾。望耳轮血络时，若耳背有红络，耳根发凉者，为麻疹先兆；耳后有红筋者痘疹。

2. 望耳部形态

指察看耳轮的厚薄、耳道的形态变化及耳部纹理状况的方法。就

耳轮外形望诊而言，耳厚大者是肾气盛足；耳薄小者形亏肾虚；耳薄或黑或白或青者为肾败；耳肿胀者是邪盛；耳枯萎皱薄者是肾气竭绝；耳轮甲错者为瘀血或肠痈。就耳道望诊而言，若见耳内生出息肉，以其形状不同有不同名称，如樱桃或奶头者为“耳痔”，若头大蒂小者为“耳蕈”，若形如枣核细长为“耳挺”，皆因肝胆火盛，或胃火积热，或肾中相火使然。

望耳部纹理时要分别观察耳纹之形和耳纹之色。就纹形望诊言，要察看其分支的多少和辨认是否清楚；有竹丫形，形干直而分枝少，约二三条，主无病或病轻；树枝形分支多，约四五条，主有病且重；网状形者分支多且杂乱，状如珠网，主病危。视纹色者，赤主热，青主气滞血瘀兼风，紫主热邪内闭，黑主寒邪内伏。一般规律是红轻、紫重、黑危。

3. **望耳道分泌物**

指对耳道分泌物的色、质、量进行望诊的方法。对耳道分泌物进行望诊时，重点察看分泌物的颜色。若脓液来自耳内，量多，质粘成脓性，耳道不红不肿或微痛者为“脓耳”；若为黄脓者为“聤耳”；白脓者为“缠耳”；红色脓液者为“耳风毒”；臭脓而黑者为“耳疳”；清稀脓者为“震耳”。皆由足少阳、手少阳风热上壅，或肝胃湿热，肝胆湿热，肾经虚火等所致。

察耳道分泌物时，还要结合对其周围官窍形态的观察及有关兼症的察询。若脓耳日久，致耳萎僻、口眼歪斜者，为“脓耳口眼歪斜”，属邪毒炽盛，或气血亏损；脓耳兼头痛、呕吐、发热、神昏、抽搐者，为“黄耳伤寒”；外耳道红肿、溃疡、渗液，为“耳疮”；耳后皱裂，耳前或耳廓局部潮红、糜烂、渗液、结痂，兼灼热、瘙痒、疼痛者，为“旋耳疮”；若周身症状轻，仅发热烦躁或局部糜烂灼痛，黄水淋漓较多者，属风热侵袭；耳轮肿起而皮色不变，不热不痛，按之柔软，抽之为黄色脓液，抽后肿消，不久又肿起者，为“耳壳流淡”，属痰浊凝滞；若耳壳红肿疼痛，继而成脓溃烂，甚至断落，缺损，畸形，为“断耳疮”，为湿热搏于气血。

4. **望耳道赘生物**

指对外耳道所生赘生物进行望诊的方法。正常人的耳道清洁或有少许脱落的上皮细胞。若耳窍内有小肉突出者，即属病态。望诊时主要观察赘生物的形状，若其形如樱桃或羊奶头者，称为耳痔；若头大，蒂小，其状如蕈者，称为"耳蕈"；若状如枣核细长，窝出耳外，触之痛者，为"耳挺"。此三者形状、名称虽异，但皆因肝经郁火或肾经相火，或胃火郁结上蒸所致而成。若耳孔泌出液体与进入耳中之垢结成硬块者，称为"耵聍"，又名"耵耳"，俗谓耳垢、耳屎。甚者可致耳道堵塞，影响听力，此与上述三者不同。

（五）望鼻

望鼻诊法主要是通过对鼻的形色、动态、排出物等变化的观察以了解相关脏腑的病变。鼻为肺之外窍，主嗅觉。足阳明胃经、督脉循鼻，故察鼻可诊肺、脾胃等脏的病变。

1. **望鼻部色泽**

观察鼻部色泽变化，以了解内脏病情变化的方法。鼻为肺所主，但通过诸多经脉与肾、脾胃及胆等脏腑相连，因此，望鼻之色泽不仅可以察知鼻窍本身的病变，而且可以了解相关内脏的病理变化。鼻部色诊时应当注意以下几个方面：一是要注意观察鼻部不同部位的不同颜色，结合五色主病和脏腑明堂分布，判断病情和病位；二是要观察色与泽的关系；三是要对比观察鼻部与周围面颊色泽；另外要结合主要兼症和其他体征。如见鼻头明，山根（鼻根）亮，鼻色明润，鼻粘膜淡红润泽，此乃常人之鼻色；若见鼻粘膜淡白主寒证，粘膜潮红主内热；鼻头色赤主肺脾实热，鼻头微赤主脾经虚热；女子面王（鼻翼）色赤，主经闭；小儿鼻柱红紫而无泽，主气虚有痰；鼻头色黄干燥枯槁，主脾火津枯，属脾绝之证；鼻头色白主气血少，又主亡血，在小儿则主脾虚泻泄，乳食不化；鼻头色白无泽如枯骨者是肺绝，是恶候；鼻头色青主腹中痛，脾土虚寒；鼻准（即鼻尖）青黄色者，多见于淋证；鼻头微黑主水饮内停；鼻头黑且焦枯者，房劳之征；鼻头色黑黄且亮，主瘀血证；男子鼻翼现黑色，主大腹痛，其下连人中，则主阴茎睾丸痛；女子鼻翼出现黑色，常主膀胱子宫病痛，其色连及人中，主伤中，淋漏之

疾；若面部色黑而鼻色亮润者可治；若鼻色枯槁者难治；鼻头色黑而冷滑者主阴冷之极。鼻尖（鼻准）青冷连颐，主肺胃气绝；病中鼻黑如煤，为大凶之兆；小儿山根青黑，有频逢灾殃之症；妇人产后鼻黑者，为肺胃败绝之征；病人鼻色明润者主胃气未伤，或胃气来复之征。

2. 望鼻形

指对鼻部的形质变化的观察方法。

望鼻形时，要重点观察诸如山根、年寿（鼻梁）、准头（鼻头、鼻尖）、鼻孔等不同部位的形质改变；二要观察是鼻部漫肿高起或某一局部肿起及其形状大小；三要观察肿起所伴的色之改变；四要观察鼻部有无塌陷及畸形改变等。

鼻肿胀主邪气壅盛；若突然肿胀，疼痛异常，名为鼻肿，为肺经火毒上熏；鼻红肿生疮多为血热；鼻头色赤，有小丘疹，久之皮肤色紫，皮肤变厚，表面隆起，高低不平，为“酒渣鼻”，又名“鼻赤”，乃肺胃炎热；鼻部生小疙瘩，形如黍屑，色赤肿痛，破后出血色粉汁，名为“肺风粉刺”，由肺经血热而成；鼻头生出粟粒状小颗粒，根脚坚硬，红肿燃痛，此为“鼻疔”，为肺经火毒；若疔头紫暗漫肿，顶陷无脓，高热神昏，乃为热毒内陷心包、疔疮走黄之证；鼻柱色坚硬、麻木为“鼻疽”，系肺经热毒凝聚而成。

鼻腔粘膜肿胀，交替阻塞，反复发作者，为“鼻窒”；粘膜肿而色暗，凹凸不平，呈桑葚样，香臭不辨，为“鼻齆（wèng）”；鼻内生赘肉，渐大下垂，淡红光滑，堵塞鼻窍，此为“鼻痔”，即鼻息肉，又叫鼻菌；鼻粘膜生出粟粒样丘疹，红肿糜烂，燃痒灼热，痛如火炙，经久难愈，常复发者，名曰“鼻疮”，多为风热客肺之故。

临证中若见鼻陷下者多主正虚。若见鼻翼肥厚，鼻窍内粘膜溃烂，鼻毛脱落，鼻柱崩坏塌陷，形如马鞍，此乃骨已先死，是麻风恶候，又名“疠风”。鼻窍湿烂，粘膜有暗红色斑疹和杨梅，继而结节增生，腐烂穿溃，疮口凹陷，臭秽不堪，经年不愈，乃至鼻准萎缩，鼻梁塌陷如鞍，系“杨梅结毒”犯鼻。也有因外伤而致鼻部畸形者，询问病史可知。

3. 望鼻态

鼻态望诊，主要观察鼻孔两翼（即鼻翼）的开合状态，正常呼吸不

会出现鼻孔两翼煽动(即"鼻煽")之态,若见之,多属病态。望诊时,先察其有无鼻煽,再视其煽动的幅度大小,有时要结合其他兼症。若见微煽,咳嗽痰少,胸闷气粗,舌红脉数者,为风热袭肺;若煽动频繁,呼吸急促,在新病者系痰热壅肺,多见于小儿,在久病见之乃为肺肾将绝之危候。

4. 望鼻道分泌物

鼻道分泌物的望诊法,指对鼻道分泌物的色、质、量的观察以了解有关病情的一种方法。鼻道正常情况下有少量无色透明无气味的液体润泽鼻道,为肺之液。对其察望时主要通过其色之黄、白或血性,质的稀与稠,量的多与少观察,常结合有关兼症以辨相关病证。

非血性的病理性分泌物,通常称之为涕或鼻涕。若鼻流清涕,兼有鼻塞、喷嚏者,多是外感风寒;若鼻涕色黄而稠,量多,伴有鼻塞及其他表证见症者为外感风热;涕色黄、质粘、量少,或偶带血丝,多为燥邪所致;若久流浊涕,腥臭不止者,为"鼻渊",亦称"脑漏",多为邪热内蕴所致;年迈体衰,时流清涕如水,不能收摄,遇冷增多,是肺肾气虚之故;若为全血性者,即为鼻衄,出血量多,色红、质稠者多为血热或里热证;出血量少,时出时止,色淡红而稀者,多为脾不统血之虚证;妇女经期鼻衄者,为"倒经"、"逆经",多为肝火犯肺之故。

(六)望口唇

望口唇,主要指观察口唇的色泽和形态变化以诊断疾病。口为脾之窍,唇为脾之华,手足阳明脉、冲任二脉、足厥阴肝脉皆循行于此,故通过口唇色泽的望诊,可察候脾胃及相关脏腑及其经脉的病情。

1. 望口唇色泽

是指对口唇之色泽、润燥的观察,以了解脾胃及其相关内脏病证的方法。

口唇色诊与面部色诊基本相同,因唇粘膜薄而透明,其色泽变化更为明显,望诊更为方便,可结合润燥一并望诊。正常唇色红而明润。若唇色淡白,主血亏;若唇白如纸,唇四周起白晕,为亡血之候;唇白而肿者为脾绝;唇白如枯骨者其证凶险;唇色淡红为虚为寒;唇色鲜红主阴虚火旺;唇色深红主实热证;唇红绛而干燥主热伤津液或热入

营血；久病面白而突然唇红者多为虚阳外越；唇色紫绀而干者为郁热；唇青主里寒，小儿环口发青为惊风先兆；唇紫而润主阳衰或瘀血；青黑主寒冷至极和痛极；中风病人上唇青黑，吐沫身直者，难久于世；唇黄主脾虚有湿；环口黧黑，身出冷汗者为脾绝；突然肢厥，身冷唇青者为危候；唇如樱桃红者为煤气中毒。

2. **望唇形**

唇形望诊，是指对口唇的形质进行观察，判断脾胃及其相关内脏疾患的方法。

主要指口腔之外上下唇及口角的外形改变情况。望诊时要详察是上唇还是下唇，是唇之哪一具体部位，疮肿的具体形态，有无分泌物，病程长短及红紫、痛、痒、麻，有无分泌物及分泌物的性质等。小儿鼻下至上唇红肿为疮，主虫积食积；人中满者内有水气内停；重病人中短缩，唇卷缩不能覆齿者，称为"唇反"，主脾阴绝；上唇上翻且人中饱满，主脾阳已绝；口唇二角出现水泡灼痛或痛痒，为里热较甚；口唇红肿流水，痛痒如火灼，破裂脱屑，状若无皮，多发于下唇，为"唇风"，又名"驴嘴风"，为阳明风火上攻；若唇上初结似豆，渐大如茧，坚硬而痛，为"茧唇"，乃胃中痰热流注于唇；如久治不愈，胬肉翻花，痛极难忍，有唇癌之可能；"唇疽"生于唇上，色紫有头，如刺李大，肿而坚硬，时觉木痛，因脾胃积热而成；"恼唇疳"生于小儿嘴唇四旁，红赤无皮，不时燥裂，为阳明湿热上攻而成；口唇突然肿胀，扪之燃热，疼痛不甚，或有麻木感，不坚硬，无疮头，名为"木唇"，脾胃之热上攻；唇角生疔，不能张口者，名为"锁口疔"，此疔若生于唇上，唇口外翻，名为"翻唇疔"，此二证初起形如粟米，色紫坚硬，肿甚，麻痒不痛，寒热交作，俱属危证，是火毒上攻而成；疔生于人中名"龙须疔"，生于人中两旁者为"虎须疔"，均初起如粟粒，如针着骨，根盘漫肿不透，乃火毒上攻而然。上述诸疔疳若出现口噤神昏，名"走黄疔"，又叫疔疮走黄，为邪毒内陷心包所致；唇生核，色赤，按之坚硬，名"唇核"，是脾经湿热凝结而成；口唇肿起，翻突如菌状，触之不痛，名"唇菌"，是心脾积热之故；总之唇肿破裂，溃烂流水，或溃烂成片，表面如糜粥样，多为脾不化湿，湿热上蒸；溃烂处呈灰白色，周围淡红，多为脾阴虚证；疟疾在

唇口生疮，乃为病邪欲解之征；若口唇干燥欲裂，或裂开出血，为“唇裂”，主津液已伤，唇失滋润，多为外感热甚或脾经有热；唇口干枯，焦黑燥裂，主热毒盛极。

望口唇还须察看口腔粘膜的形质变化。若口腔粘膜糜烂色白，形如苔藓，名为“口糜”，多为阳旺阴虚或脾经湿热内郁；婴幼儿口腔粘膜糜烂，白屑满口，多为胎中伏热，或外感热毒，或心脾有热；若白屑延及咽喉，迭迭肿起，喉间痰鸣，面青唇紫，可造成呼吸窒息。唇边颊腭上有黄白色豆大溃烂点，红肿灼痛，间有微热者，为“口疮”，又称“口疳”，实证者为心脾积热，虚证者为阴虚火旺；口颊粘膜近臼齿处出现细小白色斑点，周边红晕，周围粘膜发红，名为“麻疹粘膜斑”，系麻疹初起。另外，下唇内侧出现多个半透明的白色小颗粒是蛔虫之征；上唇内正中之系带上出现白色小点，提示有痔核；若小白点在唇系带正中线上，提示外痔；小点在正中线之侧，提示内痔；小白点色白且硬，提示痔核时间久；色红而软，提示痔核形成时间较短，若唇系带上有条状结节，提示有瘘管形成。

3. 望唇态

唇态望诊，是指对口唇动静状态的观察，以判断相关脏腑病变的方法。

主要观察其张、噤、撮、僻、振、动等动静姿态的变化。口开不闭，主虚证。若口张气但出不返者，是肺气将绝之候；口张摇头伴有异样叫声者多为痫病；口张如鱼口，不能复闭者，为脾气将绝。口闭不开为“口噤”，主病实。若口噤不语，兼抽搐，多为痉病惊风；若兼半身不遂者，为风中脏腑之重证；孕妇口噤，多为子痫；若唇口窄小，难以开合，饮食受限，多为“紧口”，多由风痰入络所致。唇口收缩，变窄变小，不能开合，名为“撮口”，见于破伤风。口角呈或左或右的㖞斜之状，称口㖞、口歪，见于中风或风痰阻络。口唇上下振摇，寒粟鼓颔，主阳气虚，常见于疟疾初起。口开合频繁，不胜自禁，名为“口动”，为胃气将绝之候。口唇颤动不能自制者，名为“唇眴动”，乃脾虚不摄，血虚化风之证。

（七）望齿

望齿诊法指对齿色、泽、形态的观察，了解肾及相关内脏的盛衰

变化之方法。齿为骨之余，肾所主。望齿主要观察牙齿的润燥、色泽、形态，常常将几者结合起来，综合观察。

若牙齿洁白润泽，为津液内充，虽病亦知津液未伤；牙齿干燥为津液已伤；牙黄而干燥为热盛伤津；牙齿干燥如石，为阳明热盛；牙齿毫无光泽，色如枯骨，为肾阴已竭；牙齿干燥，根部有垢，主肾胃精枯。

齿缝结有血瓣，色紫而干，为阳明之热动血；齿缝间出血，口臭而牙不动摇者为胃经实热证；若出血色淡，口不臭而齿摇者，为肾亏之象；牙齿松动，齿根宣露，为肾气亏虚或虚火上炎所致。

若病中咬牙，多因胃热；若咬牙啮齿，牙关紧闭者为肝风内动；牙关紧闭者多见于风痰阻络或热盛动风；睡中啮齿，多为内热、食积、虫积。

龋齿腐洞，为"龋齿"；小儿齿出不正主阳明气虚；小儿牙齿久久不生为"齿迟"，为先天不足之五迟之一；外伤齿折为"斗齿"；中年齿落，乃肾气早衰之故。

（八）望龈

望龈指对牙龈的色泽、形态进行观察，以了解相关脏腑病证的方法。牙龈通过经脉与内脏紧密相连，其中足阳明胃经入上齿龈，手阳明大肠经入下齿龈。因此，诊察牙龈的色泽、形态变化，可验胃和气血的盛衰变化。望牙龈首先要察色之淡白、红或紫、蓝之色；二要观察其形之肿、烂及有无赘肉生出或萎缩；三要察牙龈有无出血等。由于牙龈部位局限，故望诊时将数者一并结合。正常之龈色红润，若其淡白为血虚不荣；红肿疼痛为外感风热或胃火上炎；牙龈肿胀，不红而痛，乃为外受风寒；牙龈微红不肿，牙齿动，咬物时痛，午后痛显为肾阴不足。

若牙龈红肿出血，多为胃火上冲；齿龈出血而不红肿为虚火；龈肉萎缩色淡主胃虚或肾亏；龈生赘肉为"齿壅"，多系好食动风之物；龈肉溃烂，血液渗出，多属肾虚；牙龈腐烂，脓液清稀秽臭，则为虚火上炎；牙龈赘肉翻花，肿硬增生，腐烂凹蚀，恶臭剧痛，为火毒痰浊所致；牙龈胀肿，龈肉日渐腐颓，以致牙根宣露，牙齿动摇，常渗脓血，为"牙宣"，为胃经积热；牙缝间肿起，形为粟米，痛连腮项，名为"牙疔"，

为胃火上攻；牙龈肿胀、燃红疼痛，颊腮俱肿，不能咀嚼，为“牙痛”，为胃火所致；牙根肉皮钻出骨尖如刺，疼痛，名为“钻牙疳”，多发于小儿，是肝胃之热上攻；牙龈红肿赤烂，疼痛剧烈，流腐臭血水，为“风热牙疳”，为热毒攻胃而成；若牙根溃烂迅速，变为黑腐、臭秽，甚者穿腮破腭，鼻柱塌陷，或见神昏，为“走马牙疳”；若盘牙尽处腮颊与牙龈之间肿痛，牙关不能开合，发热，名为“牙龂痈”，为阳明湿热熏蒸；若溃不收口，经久不愈，引起齿槽缺损，齿与牙床俱落，转变为“齿槽风”；牙齿萎缩，周边溃烂色赤，为肾经虚火；溃烂边缘色淡，龈肉灰白，为气血两亏。另外，若见牙与龈之际有蓝迹一线，此为铅汞之毒所致。

（九）望咽喉

望咽喉指对咽喉部位色泽、形态以及分泌物的观察，了解局部及肺胃和相关脏腑病证的方法。咽喉位于口腔的下部，食管的上端，下连气道，与肺胃相通，又为全身诸多经脉交会的要冲，因此，通过咽喉部位的诊察，可帮助判断疾病之寒热阴阳，脏腑气血之盛衰及病情预后。望咽喉主要观察其色泽、形态变化，局部分泌物的色、质、量，同时要结合询问患者吞咽、呼吸时咽部感觉，还要结合伴见的主要兼症等。

为了能准确清晰地对咽喉部位进行观察，望诊时应让患者端坐，张口，将舌伸出，医生左手拇指和食指持消毒纱布捏住患者舌头并牵出口外，食指将上唇推开，无名指和小指托住颏部，便可清晰地观察咽喉部位的色泽、形态、分泌物、溃疡或其他异物。还要注意这些病理变化发生在咽部两侧还是一侧的乳蛾，或是悬壅垂等。

就色泽望诊而言，正常者淡红润滑。若红赤主肺胃郁热；深红多主火毒壅盛；红而娇嫩主肺肾阴虚；若见色白干燥，口渴微痛，吞咽疼痛加重者，乃气阴不足；色白无光而肿闭者，乃阳气浮越，神气外泄之危候；色红而暗滞，漫肿者，多主痰湿凝聚，气滞血瘀；淡白而肿者多为虚寒证。

咽喉部望诊重点是形态。正常者不肿不痛，吞咽顺利，乳蛾也无红肿胀大溃烂，表面光滑，色泽与周围粘膜无异。若乳蛾红肿胀大，形似蚕蛾者，名为“风热乳蛾”，乃肺胃火热或风热搏击于喉之故，单侧

病轻，双侧病重；若乳蛾常年肿大，不红不痛，名为“石蛾”，是为邪气滞留于此之故；若乳蛾生出白腐污秽，状若苔膜，呈片状或点状，强力剥去则出血，旋即又生者为“白喉”。

乳蛾周围部位通称咽喉，色淡红润泽，若咽部肿胀疼痛，吞咽困难者，为“喉关痈”；若咽部肿痛迅速，痰涎壅盛，呼吸不利，言语难出者为“紧喉风”，若伴有牙关紧闭者为“锁喉风”；咽喉两旁生出疔疮，盘根紧深，痒麻剧痛者为“喉疔”；咽喉生有小瘤，形如龙眼，表面光滑，名为“喉瘤”，因于肝肺郁热；喉部有小赘肉突起，形如樱桃，不痒不痛，名为“喉息肉”；咽部红肿灼痛，吞咽不利，伴有表热证者为“风热喉痹”；一般而言，咽部高起漫肿其色深红，发病迅速者为外感邪热，或火毒结喉，为实热证；肿胀与疼痛均不明显或朝轻暮重者，多为肺肾阴虚；若病久漫肿，淡红质硬，疼痛不显者为痰浊。

悬壅垂又叫“小舌”，色淡红与口腔咽喉粘膜色泽无异，光滑柔软。若见悬壅垂变粗变长，垂至舌根，咽中有异物感，名为“悬壅肿”，因热毒上攻，气滞血壅而成；若悬壅垂生有血泡者为“悬旗风”，为脾胃积热。

咽喉粘膜易生溃疡、痈肿之疾，应结合望色及病程辨之。若疾病初起，咽喉粘膜腐烂分散而表浅者为热毒上攻；溃烂微肿，色黄赤者，为胃肠积热；久病溃烂，分散表浅，反复发作，主虚火上炎；溃烂日久，色灰白，干而不润，周边不红不肿，主内伤虚证；溃烂日久，凹凸不平，触之质硬，状若翻花，主气血瘀结，阴毒内生；溃烂而肿胀，擦之痛者，易愈；若觉察不知痛者为死肉；局部糜烂，名“缠喉风”，常由喉痈、小儿急喉喑、白喉发展而成；咽部溃烂红肿，呈点状分散，大小不一，白点周围有红晕，名“喉疳”，为外感风热或肾经虚火上攻；亦有杨梅结毒所致者，在上腭或咽喉，肿烂突起，呈点状或片状洼陷，其色黄、白不一，可侵及鼻窍，为难治；口腭血泡初生则为紫色，破溃后出现糜烂，疼痛剧烈，称为“飞杨喉”，系脾胃积热上熏；咽喉干痛、红肿、溃烂，泌出黄色污秽液体，形如苔藓，为“阴虚喉癣”；咽部见粟粒状疱疹，晶莹似珠，紫红或黄白色，破后溃烂成疮，名为“帘珠喉”，又叫“风热喉喑”，为脾胃积热上犯；咽喉及乳蛾红肿疼痛，溃烂、汤水难下，同

时见颈项胸腹有痧疹，名“疫喉痧”、“烂喉痧”，即今之“猩红热”，系肺胃火热上蒸而成；若咽部生肿瘤，溃烂，肌骨被蚀，名为“杨梅喉癣”，又叫“天白蚁”，为杨梅毒气结喉之故。

若咽部红肿高突，周围有红晕紧束，高热不退，提示正在酿脓；若以物压之则柔软洼陷者，脓液已成；脓液黄而粘稠属实证；清晰、长流不止主脾虚湿滞或正虚；脓液易于排出为正气充盛，创面愈合也快；脓液难以消除为正虚，溃面也难愈合。

(十)望舌

望舌指通过观察病人舌质、舌苔的变化以诊察疾病的方法，简称舌诊。

舌诊的部位大体可分为舌尖、舌中、舌根、舌边四部分。舌尖候心肺，舌中候脾胃，舌之两边察肝胆，舌根以候肾。此外还应观察舌下脉络的充盈形态与色泽。诊舌时让患者舌体自然伸出，不要用力；光线要充足，尤以自然光线为准；要注意周围有色物体的反光对舌色的干扰；要注意饮食，药物对舌的影响；此外，年龄、体质、季节等因素对舌象也有影响。必要时可用消毒的压舌板对舌面进行揩刮，以探察苔之松腐与坚敛，有根与无根。望舌的顺序多是先察舌苔之有无、厚薄、腐腻、色泽、润燥；次察舌质的色泽、斑点、胖瘦、老嫩及动态。从部位上，可先舌尖后舌根，先舌面，后舌底。具本方法详见各条。

1. 望舌质

指对舌的肌肉、脉络及舌面上小颗粒的神、色、形、态的观察，以测内脏之虚实，病位之深浅，预后之吉凶的方法。故《辨舌指南》云：“辨舌质，可辨五脏之虚实”，“观舌质，可验其证之阴阳虚实”。正常的舌质，其体柔软，运动自如，颜色淡红而鲜明，其胖瘦、大小适中，无异常改变。临证望舌质时，要注意观察舌体有神无神，舌色的变化，舌形的改变及舌体的动静姿态等。

(1)**舌神**。指对舌质的荣枯活动情况的观察方法。荣，是指察见舌质荣润而有光彩；舌色红活，有生气，此为舌有神气之象，虽病亦属善候。枯，是指察见舌质晦暗无光，干枯死板，运动失灵，此时无论苔之有无厚薄，视舌体枯瘪者，为神气全无，属凶险恶候。总之，察舌神之

有无，可反映脏腑气血阴阳之盛衰，了解疾病预后之吉凶。

(2)**望舌色**。通过对舌质颜色的观察，以了解疾病有关情况的方法。由于正常人气血充足，阳气和畅，血运正常，所以舌质的颜色是淡红、活泼、润泽。对病态舌色的望诊，应注意分辨淡白、红、绛、紫、青、蓝、黑七种不同舌色，同时要结合其润燥荣枯，舌形之胖瘦肿胀、芒刺、苔之有无及厚薄颜色等进行观察。

①**淡白舌**：较正常淡红舌之色浅淡，主虚证、寒证或气血两虚。若淡白而润，兼舌体胖嫩，多为阳虚证；淡白光莹，或舌体瘦薄者，则属气血两虚。

②**红舌**：舌色深于正常，主热证，但有虚热实热之分。若舌鲜红而起芒刺，或兼黄厚苔者，多属里实热证；若鲜红而少苔，或有裂纹，或光红无苔，则属阴虚内热证。

③**绛舌**：较红舌更深的红色。主病有外感与内伤之分。外感病之绛舌，或有红点、芒刺，为温病热入营血。在内伤杂病，舌绛少苔或无苔，或裂纹，为阴虚火旺；另外，舌绛少苔而润者为瘀血证。

④**紫舌**：察见舌质色紫者为紫舌。主病有寒热之分，故当详视其润燥、兼色及紫色之深浅。苔绛紫而干枯少津，属热盛津伤，气血壅滞；淡紫或青紫湿润者，多为寒凝血瘀。

⑤**青舌**：察见舌色如皮肤上暴露之"青筋"，缺少红色者，称为青舌。又云水牛舌。主寒凝、阳郁和瘀血，寒邪直中肝肾或阳气不宣者则见全舌色青；若仅见边尖色青者为内有瘀血。

⑥**蓝舌**：若见舌质呈蓝色者为蓝舌。蓝舌虽主危重之证，但还要观老嫩润燥、舌苔并结合其他诊察方法予以判断。如果有苔者，虽然脏腑受损，但未至严重阶段；若光蓝无苔，是气血亏极，难治；若仅见舌中部色蓝，苔质滑腻者，为湿痰或痰饮内停。

⑦**黑舌**：凡舌质见黑色者为黑舌。主气血败伤。不是热极便是寒极，是属险证。望诊时应分辨嫩滑湿润还是干焦粗涩。若黑而润滑者为虚寒；黑而干焦为火热之极。

(3)**望舌形**。指对舌的形体特征进行观察的方法。主要观察其胖瘦、老嫩、厚薄，以及有无裂纹、齿痕、芒刺、肿胀、疔疮、出血等。还应

结合舌色、润燥及舌苔的有关情况察视，才能对疾病作出更精确的判断。常见的病理舌形有以下几种：

①**老嫩**：对此两种舌形，重点观察舌体纹理。老舌是舌质纹理粗糙，形色坚敛苍老，凡见此舌，不论苔色如何，都属实证。嫩舌是舌质纹理细腻，形色浮肿娇嫩，一般都属虚证。红润而嫩，为心经虚热；光剥无苔而嫩为亡血失津。

②**胖大**：视其舌体较正常为大，伸舌满口者称胖大舌，多因水湿痰饮阻滞而致。若兼见舌苔水滑者，属脾肾阳虚，积水停饮；若红而胖大，伴黄腻苔，是脾胃湿热。

③**肿胀**：视见舌体肿大，盈口满嘴，甚者不能闭口，不能缩回，称为肿胀舌。苔色鲜红而痛者，为心脾有热；若舌紫而肿胀为饮酒太过；若舌肿胀而色紫暗者为中毒血凝所致。也有先天发育所致者，如血管瘤者即是。

④**瘦薄**：视见舌体较正常瘦小而薄者为瘦薄舌，主虚证。若兼见色淡者为气血两虚；若兼见色红干燥者，多是阴虚火旺。

⑤**点刺**：点指视见舌面有红色、白色或黑色星点，也叫“红星舌”所见红点多系温毒入血，或热毒乘心；白点多为脾胃气虚挟热毒攻冲，为将糜烂之兆；黑点为血中热盛。刺是指芒刺，指视见舌面上生软刺及颗粒增大，渐成尖峰，高起如刺，摸之棘手者。见舌生芒刺者，是热邪内结所致，须进一步辨苔质苔色，刺生于舌之何部。若兼焦黄苔者为气分热盛；绛色无苔而生芒刺者，是热入营血，阴分已伤；舌尖生刺为心火亢盛；舌中生刺为胃肠积热等。若舌面有大小不一、不突出舌面的青紫色或紫黑色斑点者为瘀斑。舌见瘀斑者在外感热病为热入营血，将要发斑；在内伤杂病则为瘀血。

⑥**裂纹**：指视见舌面上有多少不等、深浅不一、形态明显的裂沟，称裂纹舌。凡见此舌，统属阴血亏损。再据舌色分辨，苔红绛而有裂纹，多是热盛伤津，或阴虚液涸；若见淡白色而有裂纹，多为血虚不润；若淡白胖嫩，边有齿痕而有裂纹者，是脾虚湿渍。

⑦**光滑**：视见舌面光洁如镜，光滑无苔，称光滑舌，也叫“镜面舌”、“光莹舌”。见此舌者，再视舌色予以详辨。若淡白而光莹，是脾胃

大伤，气血亏极；若红绛光莹，是水涸火炎，胃肾阴竭。总之，凡见此舌，无论何种舌色，皆是胃气将绝的危候。

⑧**齿痕**：视见舌边缘有牙齿痕迹者，称齿痕舌或齿印舌，主脾虚和湿盛。若兼见其色淡白而湿润，属寒湿盛；淡红而有齿痕者，为脾虚或气虚。

⑨**重舌**：舌下血络肿起，如同又生一小舌者，称为重舌。若见二三处血脉肿起，连贯而生者称莲花舌，主心经火热上冲。

⑩**舌衄**：指视见舌上出血者，多见于心火、胃火、肝火炽盛，其舌色多红；也可见于脾虚，脾不统血，此时舌色偏淡。

⑪**舌痈**：舌上生痈，红肿突起，延及下颏者。生于舌面者为心经火盛；生于舌下者，脾胃积热。

⑫**舌疔**：舌上生出豆核大的紫色血泡，根脚坚硬，伴有剧痛者称为舌疔。多由心脾火毒引起。

⑬**舌疮**：舌生疮疡，如粟粒大，散在舌的上下四周，疼痛，称为舌疮。再察疮面高突或洼陷，若疮面高突而痛者为心经热毒上壅；若疮面洼陷，不甚痛者，为下焦阴虚，虚火上浮而成。

⑭**舌菌**：舌生恶肉，初如豆大，形如“泛莲”、“菜花”或“鸡冠”，表皮红烂，流涎极臭，剧痛，多由心脾郁火，气结火灼而成，溃烂者，多属恶候；若生长极慢，不溃不痛者，预后较好。

(4)**望舌态**。指对舌体的动静姿态进行观察的方法。着重观察舌体运动时灵活情况及有无异常活动。

①**强硬**：指舌体极硬强直，运动不灵，以致语言謇涩者称为“舌强”。可见于外感热入心包，或内伤之风痰阻络等。此舌主病为热入心包；或高热伤津，痰浊内阻；中风或中风先兆。因此要进一步据舌色、舌形或舌苔加以辨别。因热者，舌色多深红；因痰者，舌体多胖而苔厚腻；中风者，舌淡红或青紫。

②**痿软**：指舌体软弱，无力屈伸，萎废不灵，称“痿软舌”。若久病色淡而痿者，多是气血俱虚；新病舌干红而痿，是热灼津伤；久病舌绛而痿，是阴亏已极。

③**颤动**：指舌体震颤抖动，不能自主，称“颤动舌”，亦称“颤抖”或

“舌战”。若伴色淡者为气血两虚；若干红无苔者为热极津伤动风；色淡红或青紫者可见于酒毒病人。

④**歪斜**：舌体偏向一侧者，称为“歪斜舌”。多因风邪中络或风痰阻络所致。若色紫势急者为肝风发痉；色淡红势缓者，为中风偏枯。

⑤**吐弄**：舌体常伸出口外者为“吐舌”；若见舌体伸出口外，立即收回，或上下左右舐唇，抖动不停者，叫“弄舌”。两者皆因心脾有热所致。吐舌多见于疫毒攻心或正气将绝，往往见全舌色紫；弄舌多见于动风先兆，或小儿发育不良。

⑥**短缩**：舌体紧缩不能伸长，称为“短缩舌”。临床结合舌色、舌形、润燥辨之有四：若伴舌色淡白或青紫湿润者为寒凝筋脉；若伴见舌胖苔粘腻者为痰浊内阻；若见舌色红绛而干是热盛伤津动风；若见舌色淡白胖嫩者为气血俱虚。总之，凡见此舌，无论虚实，皆属危候。

⑦**舌纵**：舌伸于口外，内收困难，或不能回缩者为“舌纵”。临床结合舌色、舌形、润燥的观察进行详辨。若见舌色深红，舌体胀满，舌形坚干者为实热内炽，痰火扰心；若见舌体舒宽、麻木不仁是气虚；若见干枯无苔，伸出不缩者为危候；伸出能缩，舌体津润者病轻。

⑧**舌麻痹**：指舌体运动不灵，自觉麻木者称“舌麻痹”，多为血虚肝风内动或风气挟痰。

2.**望舌苔**

指对舌苔的色、质进行观察，以了解疾病变化情况的方法。望舌苔，包括观察舌苔的颜色和舌苔的质地。

舌苔是指舌面上附着的一层苔垢，禀胃气而生成。正常人仅有一层薄白苔，不滑不燥，是胃气充足的表现。病苔是胃气挟邪气上蒸而成，故观察舌苔变化，对判断病因、推测病位、确定病性乃至预测预后吉凶都有重要意义。

诊舌苔，主要通过望诊进行诊断，着重观察舌苔的颜色及舌苔的质地，有时为了进一步了解苔的再生情况及其真假、滑涩、润燥、苔下舌面及舌体情况，也辅助采用扪、擦、揩、刮等方法进行观察。

(1)**望苔色**。通过对舌苔白、黄、灰、黑等不同颜色的观察，以辨别病位、病性的诊察方法。

①**白苔**。白苔最为常见，主病也最为复杂。多主表证、寒证，也主里证、热证、虚证、实证、临床主要结合苔质的观察，也要诸诊合参。方可无误。

薄白苔：苔薄色白，颗粒细腻均匀，干湿适中，舌色淡红而清爽。此为正常人之舌苔，亦可见于六淫犯表，尚未传里之证。

薄白干苔：苔薄色白，舌面津液较少而显干燥，一为风温袭表；二是燥邪伤肺；三是气虚气不化津之故。

薄白滑苔：苔薄色白，舌面湿润水滑，可见于寒湿伤犯，或痰饮水湿上溢之故。

白滑腻苔：苔色白，质地腻，多为湿浊上泛所致。

白厚腻苔：苔色白，质厚腻，舌面水湿较多，如稠豆浆抹舌一般，系脾阳不振，水饮停聚，或湿饮停聚。

白厚干苔：苔白而厚，苔面干燥少津，此为胃燥气伤，津液亏损，或湿浊化燥之象。

白厚腐苔：苔白厚如腐渣，多为内有食积痰浊，胃腑积热之故。

白糙裂苔：苔白或薄或厚，颗粒粗松，干而且硬，望之似砂石，扪之糙手，为内热暴起，津液暴伤之中暑证。

雪花苔：苔色洁白，津少光亮，形如雪花，散落舌面，此乃脾阳衰竭之象。

霉苔：舌面罩着一层夹有粘液的灰白色垢腻，颜色晦暗，或杂有小白点，为胃败脏绝，难治。

②**黄苔**。一般主里证、热证，也可见于表证、虚证和寒证。临证时要察望黄色的深浅浓淡、厚薄润燥等，也要结合黄苔所兼见的舌色进行辨证。

淡黄苔：指薄白苔中带淡黄色，是为淡黄苔。此苔由薄白转变而来，表明证候已由寒化热，由表入里。多主风热表证，或风寒表证化热。

黄薄润苔：苔薄而黄，但苔面湿润不干者。是表邪初入于里，里热不甚，津液未伤。

黄厚腻苔：苔色正黄而厚，颗粒细腻而密，湿润光滑，多见于湿温

病，或湿热内结。黄苔愈厚，痰湿愈盛，积食愈多。

黄干苔：苔色黄，干而少津。总属邪热伤津。若呈干黄，满舌厚积之黄厚干苔，为里热实证。

黄苔当有老嫩之分。若苔呈嫩黄，为里热未盛，津液未耗；若苔色黄，干枯不润者为老黄，甚至为焦黄色，为热积于内，胃液干枯。

另外可据黄色在舌面分布部位之不同而辨其邪热所在之病位。如根黄尖白苔，为表邪逐渐入里化热之征；尖黄根白苔，为热在上焦；若见舌之两旁各有一条形黄色苔，其余为薄而色白之苔者，为表邪入里，表证未罢，而里热已成；若见舌之一边为黄色苔，一边为白色苔，为半黄半白苔，多为邪郁肝胆之候。

③**灰苔**。指苔色呈浅黑色者。可见于里热证，亦主里寒证。当观察苔之润燥，舌质之形色，以别病之深浅和寒热虚实。

灰润苔：苔色灰而湿润有津。多主痰饮内停、寒湿中阻；始病初见，多为中寒夹食；灰苔而兼面黑神乱者为蓄血证。

灰干苔：苔色灰而乏津，甚或干燥者，其舌质多深红，故主热炽伤津；若为由白而黄而灰者，不拘在舌之何部，均为外感后传经邪热。

灰中夹黄苔：要进一步观察舌面是何部位为黄苔，是何部位为灰苔，因为不同部位主病不同。如尖灰根黄，为热转厥阴；如中灰边黄，为脏腑本热，毒疫复中脾胃所致；若灰中生芒刺，多为实热又误服温燥之品；若根灰中黄舌赤者，多为胃肠燥热所致。

灰滑苔：苔色淡灰而滑润、舌质淡者，多为太阴中寒证。

④**黑苔**。较灰苔色深者为黑苔。主里证，主热极，又主寒证。验此苔时，要结合苔之厚薄、润燥、有无芒刺及舌质颜色辨别。

薄黑苔：黑苔极薄，如煤烟所熏，苔黑舌质淡者，为中焦阴寒所致。

黑滑润苔：苔色黑而满布于舌，厚腻滑润，舌质色淡者多阳虚阴寒内盛；苔厚腻而粘，舌红，是痰湿挟热，伏于中焦。

黑燥苔：苔色黑而干燥，或薄或厚，多属邪热伤津之故。若舌中焦黑，四周无苔，为津液受伤，虚火所致；苔黑燥而生芒刺，为热极津涸之实热证。

黑刺白苔：白苔之中满布黑色芒刺者。若黑刺均润，扪之不碍手，拭之即脱落，为真寒假热证；反之，舌上无津，苔刺粗糙碍手，多为寒邪化热之象。

中黑边白滑苔：可见舌中部苔色黑滑，边尖均为白滑苔，舌淡嫩者，乃虚寒夹湿，多为脾阳不振，水饮内停之候。

黑腻边黄苔：舌的边尖部位都着黄苔，舌中心部呈黑腻苔，为湿热内蕴中焦，嗜酒之人亦可见之。

(2)**望苔质**。指对舌苔质地的厚薄、润燥、腻腐、剥脱、有根无根变化的观察方法。

①**厚薄**：望诊中对舌苔厚薄的分辨，以“见底”、“不见底”为标准，也就是透过舌苔能隐约见到舌质者为薄苔，不能见到舌体者为厚苔。观察舌苔的厚薄，能帮助了解病邪的轻重和病情的进退。

薄苔主病初起在表，邪气尚轻尚浅。苔薄而色白主表寒证，苔薄而黄主表热证。若舌苔厚者，主病邪在里，病情较重，或内有痰湿积滞。苔薄而黄燥主里热盛；苔厚而黄腻主湿热或痰热，或食积化热。再注意观察舌苔厚薄的转化情况。若舌苔由薄增厚者，表示病邪由表入里，病情由轻到重；若舌苔由厚变薄，则表示邪气消减，病情变轻。

②**润燥**：舌面滋润有津，润燥适中，不滑不湿者为润苔。若水液过多，湿润而滑，甚而流涎欲滴，是谓滑苔。苔面干燥少津，望之枯涸，称为燥苔。若舌干粗糙，扪门涩手，则为糙苔。可见，望舌苔润燥的关键为舌面津液之多少。

润苔多为寒湿内蕴、或阳虚不能化津而致水湿内停，或内有痰饮。燥苔是热盛伤津，阴液亏损、或阳不化津，津液不能上承；或燥气伤肺等。若见舌苔由燥转润，是热退津复之象；舌苔由润变燥，则表明津液渐伤，热势加重，或邪从热化。临证中，苔之润燥主要反映津液变化，所反映的具体证型，则要结合苔色、苔形、舌色、舌形的望诊及诸诊合参，予以判断。

③**腐腻**：若见舌面覆盖有一层浊而滑腻的苔垢，颗粒细密，刮之难去，是为腻苔。多见于湿浊、痰饮、食积、湿温等。若见苔质颗粒粗大，松软，形如豆渣，刮之易去者为腐苔。多主阳热有余、食积、痰浊。

临证时还要结合苔色及舌质的望诊乃至其他兼症进行辨证。

④**剥落**：苔的有无与消长，是邪正斗争的表现。若见舌苔骤然退去，不复再生，以致舌面光洁如镜，即为光剥舌，又叫镜面舌，是胃阴枯竭，胃气大伤的表现。若舌苔剥落不全，剥落处光滑无苔，称为花剥苔，又名地图舌，是属胃的气阴两伤之候。若见花剥兼有腻苔，说明痰浊未化，正气已伤，病情较为复杂。

有根与无根：若望见舌苔坚敛着实，紧贴舌面，刮之难去，舌与苔如同一体，即为有根苔，又叫真苔；而舌苔不着实，似浮涂舌上，刮之即去，即为无根苔，又叫假苔。察舌苔之有根无根，对辨别邪正虚实，胃气的有无，均有重要意义。一般而言，有根苔多为实证，表示有胃气；无根苔多见于虚证，表示胃气衰败。

⑤**偏全**：若望见舌苔满布于舌者为"全"，若见舌苔半布，或偏于某一局部者称为"偏"。察舌苔之偏全，可诊病变部位之所在。全苔主邪气弥漫。若见苔偏于舌尖者是邪气入里未深，而胃气先伤；若偏于舌根者是表邪虽减，胃滞依然。若见于舌之中、根部少苔，是胃阳不能上蒸，胃阴不能上濡，阴精气血皆伤；若中根部有苔，见于素有痰饮或胃肠积滞。若见舌苔偏于左右某一侧者，为邪在半表半里，或肝胆有病。

3. **望舌下脉络**。

指对舌下络脉的颜色、形状、充盈等情况进行观察，以帮助判断疾病的方法。正常的舌下络脉隐现于舌下（即舌底），脉色暗红，脉形柔软，无弯曲紧束等。望诊时让患者舌尖顶着上腭或上齿，然后依次观察络脉的颜色、形状、充盈等。若见色青紫，脉形粗胀者多为瘀血内阻；若见络脉粗胀色紫而柔软者为气滞血瘀；若见络脉粗胀色青而浅较软者，为气虚血瘀；若见络脉粗胀色青，脉形直而紧束者主寒凝血瘀；若见络脉粗胀色紫或蓝，脉软者主瘀或津伤血瘀。总之舌下络脉青紫曲张是气滞血瘀所致。

4. **舌质舌苔结合望诊**

舌苔和舌质的变化，所反映的生理意义及病理意义各有侧重。一般认为，舌体的色、形、质主要反映脏腑气血津液情况；舌苔的色、质

变化主要与所感邪气和病证的性质有关。所以《医门棒喝·伤寒论本旨》中说:"观舌本,可验其阴阳虚实;审苔垢,即知其邪之寒热浅深也。"因此在临床诊病时,不仅要分别详审舌质、舌苔的基本变化及其主病,还必须注意舌质与舌苔之间的相互关系,将二者结合起来考察病情。

舌质和舌苔的关系常有以下三种情况:

(1)舌质或舌苔单方面异常。如果舌质舌苔单方面发生异常,无论病之久暂,意味着病情单纯。可提示病邪性质,病程长短,病位深浅,邪正盛衰等情况。

(2)舌苔和舌质均有改变,而且变化一致。出现此种情况,可提示二者所主病机相同,主病为两者意义的综合。如舌质红,舌苔黄而干,所主病证为里实热证;舌质淡,苔白润,主病虚。临床舌象变化大多属此情况。

(3)舌质和舌苔均有改变,但变化不一致。遇此情况,应对二者病因病机和相互关系综合分析。对此要从三方面考虑:其一,要着重从舌质分析病机:如舌质淡胖而嫩,苔黄滑润者,则舌质反映其阳虚,苔滑润体现水湿不化,而黄色则不能从热而辨。其二,要着重从舌苔辨其病机,如淡红舌黄黑苔而干燥,此时舌苔反映了里热炽盛,且有伤津之象。其三,舌质舌苔变化虽不一致,但却提示体内存在两种以上病理变化,病情一般均较复杂,其主病必是二者意义之和,不要轻易从舍。如红舌白滑苔,主里热挟痰;红瘦舌黑苔,为热盛伤津;绛舌黄白苔,则主气营同病。

(十一)望颈项

望颈项诊法,是指对颈项部的外形进行望诊,以了解有关病情的方法。颈项,俗称脖子,前部为颈,后部为项,任脉行于前,督脉循于后,手足三阳并行两侧,为人体呼吸饮食之路径,是脑髓之门户,为三阳之通汇。因此对颈项的观察,除可察知局部病证外,对某些全身性疾病的诊断也有一定价值。

1. 望颈项外形

颈项外形的望诊要观察其外形有无肿瘤、疮疡、结节及其所生的

确切部位，外形大小、色泽，有无粘连，周边是否清晰；是疮疡还要察验其有无脓液，脓液的色、质、量等。

颈项肿瘤：若见颌与结喉间，有形如嗉囊，随吞咽而移动者，为颈瘿或侠瘿，多由肝气郁结，痰浊凝滞，或地方山岚水气偏胜所致。瘿色红，外形高突或下垂者，属阳；瘿色白，漫肿者，属阴。临证常有肉瘤、血瘤、筋瘤、气瘤、骨瘤之分。肉瘤属脾，察见皮色不变，边缘清楚，形如覆碗，软如棉团，硬似馒头，为脾有痰湿；筋瘤属肝，察其瘤色青紫质硬，青筋累累，为肝郁所致；血瘤属心，察见瘤色微红微紫隐约可见血丝，压之可暂时缩小或退色，多为心火所致；气瘤属肺，察见瘤软不坚，皮色不变，为劳伤元气，外邪搏结而成；骨瘤属肾，察见瘤色紫黑，坚硬如石，推之不动，按之不移，深贴于骨，多为肾亏火结而成。

颈项疮疡：生于颈项部位的疮疡名称很多，预后吉凶不一，故应详察所生部位、局部形态、脓液多少及质地，还应结合其他兼症辨之。若见生于项之正中哑门穴或风府穴附近者，称为项中疽、脑疽、对口疮。若生于结喉外正中者为结喉痈，又称“猛疽”，若见坚硬难溃，或脓成而内穿为逆，预后不良。生于对口之旁，疮面平塌，坚硬难溃者，为偏脑疽。生于天柱骨（颈骨）之间，为天柱疽，若出现溃烂、神昏、呕吐者为难治。初生耳前，形似瘰疬，颈项突然肿痛，渐攻至咽喉，肿塞疼痛，久则红肿绕肩绕背，坚硬难消者，名锁喉毒。初起颈部漫肿，数枚块状肿物环绕颈项，疼痛发热，胸闷咳嗽者，为百脉疽。生于颈项两旁，形如桃李，坚硬如石，皮色不变，难溃难消，溃后难敛者为石疽。生于肩项耳前耳后之恶疮，名为失荣或失营，为绝症之一。

结节：颈前项侧，皮里膜外结节如垒，小者为瘰，大者称疬，连贯成串者称瘰疬。溃破后此愈彼发者，称为“鼠瘘”或“鼠疮”，该证分类历代文献名目繁多，但究其病因不外是风毒、热毒所致。

2. 望颈项动态

颈项动态的望诊是指对颈项部的动静姿态进行观察，以了解有关疾病的方法。正常人的颈项转动自如，颈侧人迎脉搏动不明显，临证时要观察患者颈部的活动，颈部人迎脉搏动情况等。常见有以下几种情况：

颈项强直：指颈部肌肉筋脉牵强板直不舒，俯仰转动不灵，检查时让患者活动头及颈项即可察知。可见于外感风寒、风湿、阳明炽热、热扰营血、中风、小儿急惊风及破伤风等，落枕亦有此症。

颈项软弱：指望诊颈项，向一侧倾斜，头项不能举者，见之于大病之后，亦可见之于先天不足之"五软"；若久病阳气疲惫而见之者称"天柱骨倒"，多难治。

颈项歪斜：指察见颈项斜向一侧而不能转正者。病侧肌肉筋膜板强僵直，用力亦不能使其复正其位，头面偏转对侧。病久者可见肌肉萎缩。并可扪及条状筋键上下连接，可见于新生儿产伤，成人可因颈骨损伤或其他原因造成骨折畸形，或为先天性斜颈。

颈动不止：指察见病人颈项连带头部摇动而不能自控者，多因肝风、津伤阴亏、气血虚弱及中风后遗症等。

颈脉搏动：指见颈部人迎脉跳动较常人明显者，常见于心阴虚衰、水气凌心证，哮喘、怔忡亦可见之，常可作为正气虚弱的诊断依据。

（十二）望胸胁

望胸胁是指对胸胁部外形及动静姿态的观察，以了解相关内脏病情的方法。胸胁是人体外壳的一部分，内藏心、肺、肝、胆等。两乳之上至缺盆为胸，胸下两乳至鸠尾外为"膺"，一般统称为胸。乳下两旁至肋骨尽处为"胁"，肋骨尽处之下为"季肋"，左乳之下心尖搏动处为"虚里"。胸胁望诊，主要观察胸胁外廓的形态变化、乳房及虚里的搏动状况。

1. 望胸廓

望胸廓，是指对胸廓外形的观察，以诊断心肺病证的方法。包括察胸廓外形、动静状态、有无畸形等。

正常人的胸廓外形两侧对称，呼吸时活动自如，均匀，快慢适中。胸廓宜坚满均匀，不洼不偏，无桶状，肋骨微露，间隙不膨出，肌肉丰腴。若察见胸廓高突，尤以胸骨明显者，为"鸡胸"，多属先天不足；胸廓扁平，前后径明显小于左右径（正常人前后径是横径的 3/4）者，谓之扁平胸，多为营养不良及肺痨引起；若见胸廓如桶状，前后径增大，

而与横径等似者，称为桶状胸，多见于肺胀，久病咳喘。胁部肋间饱满，多为悬饮；若见肋如串珠，是为瘀痰久积，或肾精不足，骨软变形所致。

若见咳喘喜坐，多为痰涎壅盛的肺实证；坐而喜伏者为肺气虚；若静坐也感气短，活动更甚者，多为肾不纳气；但坐不卧，卧侧喘甚者为心阳不足，水气凌心；咳逆倚息不得卧，每于秋冬发作者，多内有伏饮。

若两侧胸廓不对称，一侧塌陷，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的病人。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。

2. **望虚里**

虚里，指心尖搏动处。对虚里的观察主要看其有无搏动，搏动范围大小、强度及频率、节律等。正常人虚里搏动外观不十分明显，但少数肌瘦之常人则例外，其搏动范围较小，搏动和缓有力，一息四至五次，节律整齐。若微而不见，为不足，主宗气内虚；若搏动明显，动而应衣为太过，谓之“虚里大动”，是宗气大泄之征；若时有一止，则瘀滞；若搏绝不至，主危急之候。

3. **望乳房**

指对乳房的大小、有无包块及乳头乳晕变化的观察，以了解有关病情的方法。包括男性和女性乳房，但以女性为主

两侧乳房大小应基本对称。女子乳房增大，且乳晕颜色加深、范围扩大，呈对称性者为妊娠的征象；乳房瘪小，为气血不足；乳房大小不一，内有结块，小者如枣栗，大者如鸡卵，皮色不变，按之坚韧，不痛或微痛，边界清楚，表面光滑，推之可动者为“乳癖”，多为肝火亢盛，痰湿阻络；若见男子乳大者为“乳疬”，可由胃火炽盛所致；女子乳房松驰下垂，多为胃虚血燥之故，或见于老年妇女，气血不足，乳房失养之故；若见一侧或两侧乳房红肿而痛，乳汁不畅，寒热不退，红肿增大，甚至破溃流脓是为“乳痈”。

女子乳头黧黑，为早孕表现；乳头洼陷，多属气虚；乳头红肿、皲

裂，多为肝火上扰；乳头泌汁，色白无味，也无外症者为哺乳期的正常现象；若乳头皲裂伴见分泌赤色液体，此为“乳头风”，多为肝火内炽之故；若乳中有结块，表面不平，按之坚硬，边界不清，后渐增大，疼痛不止，未溃时肿若堆栗，乳头内陷，溃后形如菜花，时流血水，此为“乳岩”。

（十三）望腹部

望腹部指腹部的望诊，主要是指对腹部色泽、形态的观察以了解内脏病情的方法。腹部范围较广，人体前面鸠尾以下，毛际以上统称为腹部。鸠尾以下为心下，俗称“心口”；心下鸠尾至脐之中线以上为上腹部，称胃脘，又从上到下分为上、中、下脘三部，属太阴、阳明经；大腹为脐周，内有小肠，脐下至耻骨联合毛际为小腹，属膀胱、子宫；小腹两侧为少腹，属厥阴肝。正常人的腹部肌肤细密润泽，颜色如常，上腹稍低，下腹稍丰，中间微洼，两旁略高，坚实但无障碍，腹肌张力适中，无硬结、肿块、动悸等，诊察腹部时应着重观看腹部的色泽、紧张度和外部形态。

望诊中，若见腹皮色黄者主黄疸或虫积；局部皮肤燋红为疮疡或内痈；皮肤粗糙如鱼鳞，久病见者为胃气大虚或瘀血之征；小腹痛而见皮肤甲错者为内痈；麻疹出于腹臂而忽隐，皮色白者为正气不足。外感时邪，腹皮卒然青黑者为危证。

腹肌清瘦，腹皮多皱折者见于久病精气亏损或中气不足；腹皮光亮绷急，抚之大热者为内痈重证；腹皮因胀满或腹水而致腹大无纹者为危证；腹大如鼓，腹臂青筋暴露者为臌胀，又叫单腹胀；小儿腹部膨隆，伴面黄肌瘦者为小儿疳积；腹部某一局部有包块，按之坚硬者为腹腔肿瘤；胃脘部隆起，或左右胁下按之有块，疼痛拒按，固定不移，为气滞血瘀；如腹部隆起，按之软，不痛且胀，时而隆起、消散或移动者为气滞；心下筑筑跳动，谓之心下悸，为心中气血亏虚或心阴不足，水饮上泛；婴儿脐中有块突出，皮色光滑，按之软，可推入脐者为脐疝，或叫脐突，多为发育不良所致。脐突周肿，腐烂流脓，叫脐疮。

（十四）望腰背

望腰背诊法，是指对腰部和背部的形状和动静姿态进行观察的

方法。

1. **望肩背**

背位于躯干后部，上连于肩项，下至季胁而连于腰，脊骨纵立正中，督脉贯脊而行，足太阳经分行循于两侧，正常人两肩对称，不抬下垂，高低适中，关节活动自如；背部两侧对称，脊骨微向后突，直而无侧弯，俯仰转侧自如。背部望诊时，主要观察其外形有无异常，是否是正常生理弯曲，活动情况，以及发生在不同部位的疮疡。因为疮疡在背部所生之处不同，名称各异，故望诊中应注意区别。

在肩背部外形及姿态的观察中，若见两肩随呼吸而抬举者，常见于哮喘，肺热壅盛之证；若见两肩下垂，无力耸起，是肺气亏虚之故；肩关节活动受限，上举、外展困难，因痛而无法活动者，常见于肩关节脱位、扭伤或“肩凝证”(又叫露肩风)。若见脊骨弯曲突起，形如龟之背壳者，谓之“龟背”，常见于小儿发育期之先天不足，或后天失养，而致脊骨变形；背部高耸，脊骨突出，腰曲不伸者，谓之“背偻”，又叫“伛偻”、“大偻”，俗称“驼背”，多因肾虚精血不足而成；若见背部肌肉消瘦，脊骨显露如锯齿，名为“脊疳”，可见于小儿疳证后期；若病中见其腰背向后弯曲，反折如弓，伴颈项强直为角弓反张，常见于破伤风或痉病。

痈、疽、疔、毒生于背部者，统称为“背发”，或曰“背搭”，多由火毒凝滞而成。望此类疾病时，除辨脓液已成未成，易溃难溃，脓液质地及敛口难易外，主要观察其所发生的具体部位。若有头疽生于脊背正中者，称为“背疽”，其形大者又名“发背”，有上、中、下之分，“上发背”生于天柱骨之下，又名“脾肚发”；“中发背”与心对称，又叫“对心发”；“下发背”与脐相对，又名“对脐发”。若有头疽生于背及腰之两旁，谓之“搭手”，也有上、中、下之分，生于背之上部者为“上搭手”；生于背之下半部分者谓之“中搭手”；生于腰部者为“下搭手”。小儿水痘聚生于背部者，名曰“聚背”，为外感时邪，内有湿热而成。

2. **腰部**

腰上至季胁连于脊膂，下至髂脊而连于尻尾。腰为肾之府，督脉位于脊里，足太阳行两侧，带脉绕其一周，故腰部病变多与肾及相关

经脉有关。正常人腰部两侧对称，俯仰转动自如。望腰部时要观察其外形是否对称、活动状态、有无疮疡等，有疮疡则要察其皮损特点。

望腰部外形时，若见腰间皮肤生有小水疱，如带状簇生，谓之“缠腰火丹”，又名“火带疮”、“蛇患疮”，有干、湿两型：干者色赤，形如云片，上起风粟，作痒发热，属心肝风火；湿者色黄白，水疱大小不一，溃烂流水，属脾肺湿热。若见水痘环聚于腰，称“缠腰”。若见肾俞穴处生脓性包块，强痛转侧不便者，多“肾腧虚痰”；若见生于腰胯间肿块，坚硬如石，皮色不变，溃破后脓水稀薄且有空腔形成，多由体虚，湿热蕴阻而成。

观察腰部的动静姿态时，若见腰部拘急，转侧不利者，可因寒湿侵袭，经气受阻；或外伤闪挫、血脉瘀阻而致。

（十五）望四肢

望四肢是指四肢的望诊法，是指对四肢外形、动态的观察以了解有关疾病的方法。四肢即两上肢和两下肢的总称，上肢包括肩、臑、肘、臂、腕、掌、指；下肢包括胯、髀、膝、胫、跗、趾等。四肢由皮、肉、筋、脉、骨组成，故四肢与五脏六腑，十二经脉都有关系，但四肢之疾，在脏则多责之于脾、肝、肾；在经则视其具体部位而定。四肢望诊的内容主要分为外形及动态两个方面。

1. 望外形

四肢肌肉萎缩，枯瘦如柴者，多见于痿证，鹤膝风等。若肌肉消瘦以肩、臀明显，上肢无力，下肢行走如鸭步者，证属脾虚；若见消瘦偏于一侧或一手一足，多与瘫痪、痿证、外伤有关。

四肢关节肿大常见于“尪痹”、“鹤膝风”是属风寒湿气侵袭所致。若四肢关节逐渐肿胀变粗，活动受限，多与水土有关，俗称“柳拐子病”、“大骨节病”。若指趾端呈杵状臃大，称“杵状指”，或名“鼓槌指”，多与气血瘀滞或中毒有关。若关节肿大，局部焮红热痛，溃破流脓者为“关节痈”，如“肘痈”、“膝痈”等。若见指趾皮肤紫青乃至发黑，疼痛剧烈，溃破流水，甚至皮肉筋骨脱落者为“脱疽”，是属寒伤血脉，气血瘀阻所致。

若下肢，尤其是小腿部青筋突起，称为“筋瘤”，立位时突起明显，

坐卧时减轻。

2. **动态**

正常人之四肢活动自如，运动有力。若见四肢驰缓，软弱无力，甚则手不能持物，足不能任身，关节如脱，肌肉萎缩者见于痿证，古人又有五体痿、五脏痿之分，其形与五脏均有关系，临证时结合四诊辨别。若仅见脚软无力、麻木、酸痛，或挛急，或肿胀，或萎枯等，是为"脚气"。小儿四肢痿软，多发于夏季者，称为"软脚瘟"、"软风"、"痿疫"等。若小儿生来手足软弱者，多因先天胎气不足，或后天失养而致。

四肢或某一侧，或双侧下肢瘫痪不用者称为瘫痪。可由痿证发展而来，也可见于中风后遗症，如为左或右侧者称为"偏枯"、"半身不遂"；若仅见于下肢者为"截瘫"。

若见四肢筋肉强硬，关节屈伸不利者称为四肢强直。多由外邪阻络，或肝阳化风而致。若半身上下肢强直不能屈曲，或伴有抽搐、痰鸣、为痰火动风；若头部外伤，或中毒后四肢强直，不能屈曲，神识不清者，证属血瘀。

若见四肢筋肉拘紧挛急，屈伸不利者为拘急。多因风寒外袭，或湿热浸淫，或寒湿蕴结，或热盛伤阴，或肝血亏虚，而致经气不利，或筋肉失养而成。临证见此症者，当结合四诊资料一并分析，方能细辨是何原因，属何证候。若拘急仅见于小腿者，谓之"转筋"、"抽筋"；若见于霍乱吐泻后者为"霍乱转筋"，又名"吊脚痧"；若仅为手指挛急，不能伸直者，为"鸡爪风"，多为血虚动风之故。

四肢不自主地伸缩、抽动、称为抽搐。常见于痉病、痫病、破伤风、惊风等。临床应结合其他诊察资料详辨。若伴见发热，或疮疡者为热极生风；若伴眩晕欲仆、头痛者为肝阳化风；若伴五心烦热、盗汗者为阴虚生风；若婴儿手足搐搦，发作较频缓解如常者为"婴儿手足搐搦症"，常因外感或受惊引发；妇人行经时抽搐，为血虚生风；若见突然昏倒，不省人事，抽搐，口吐涎沫，醒后如常，时有发作者多为痫病；若发于妊娠妇女者为"子痫"，又名"儿风"；若有外伤史，并见面呈苦笑面容者为"破伤风"；若患者闻及水声或见水而抽搐，并有狂犬咬伤史者为"狂犬病"，又叫"恐水病"。

若见手或足振摇颤动或蠕动症状者称为振颤，临证以手颤为多。可由肝阳化风，或风痰阻络，或脾虚，或血虚、阴虚化风而致。要结合其主要兼症进行辨证。若伴头晕目眩、头痛、耳鸣者为肝阳化风；若兼胸脘痞闷、呕恶者多风痰阻络；若伴四肢无力、纳呆便溏者为脾虚生风；若兼面色不华、头晕目眩、唇舌色淡者为血虚生风；若兼五心烦热、舌红少苔、盗汗者为阴虚风动。

四肢某一部位筋肉不由自主地跳动，时作时止者谓之"筋惕肉瞤"，多由气液耗伤，或营血不足，或阳虚筋脉失温而致。临证要结合兼症辨之。若汗、吐、泻太过而见此症者，为气液耗伤之证；若伴手足麻木，面色不华者为阴血不足候；若兼肢困振振不能站立、目眩、心动悸者为阳虚水气内动。

（十六）望皮肤

皮肤的望诊，主要是指对皮肤色泽、皮损形态进行全面地观察，来推断皮肤是何疾患，内应脏腑罹何病证的方法。皮肤是人体最外表皮，为人身之藩篱，卫气运行其间，受气血荣养，有保护机体的功能，虽然内应于肺，但通过十二皮部与各脏腑都有联系。因此，通过皮肤的诊察，可测病之新久、表里、轻重缓急、预后吉凶。

观察皮肤的方法，一要选择良好的场所，以自然光线充足，温度适宜，周围安静之处为佳；二要恰当地暴露要检查的部位，要使受检查的部位充分暴露，不可只检查主诉的局部；三要知常达变，了解正常人的皮肤形态色泽；四要注意是全身性改变还是局部；五要诸诊合参。

1. 望色泽

健康人皮肤红黄隐隐，荣润光泽，若失去正常色泽为有病之表现。主要观察面部的颜色与光泽。

皮肤发红：全身皮肤发红，色泽鲜明者，多属实热新病；皮肤逐渐发红，色泽欠润者，多属虚热久病，或有瘀滞；皮肤发红，伴有头痛发热，咽痛鼻塞者为外感风热；若皮肤潮红，伴见午后骨蒸者为阴虚内热；若局部皮肤发红，常见于许多皮肤病的皮损初期；皮肤突然发红，如染指涂丹，名曰"丹毒"，可发于身体任何部位，初起鲜红如云片，游

走不定，甚至遍及全身，若成为疮者为“火斑疮”；皮肤因暴晒而红者为“日晒疮”；冻伤、烫伤、小儿尿布湿渍过久等均可使局部发红。饮酒过度也可使皮肤发红。

皮肤发黄：若兼皮肤突然发黄，色泽鲜明属实证；渐渐发黄，其色不泽者属虚。肤黄可见之于黄疸、黄胖、萎黄、瘀血、湿病。身目俱黄为黄疸，又可据色泽晦鲜、发病之暴缓分为阳黄、阴黄；其余诸证均为身黄目不黄，要结合兼症别之。若兼易饥善食，嗜食异物者为黄胖；兼心悸眩晕为萎黄；兼见大便色黑，少腹硬满为瘀血；若见有一身尽痛为湿病。

皮肤发青：青色常与紫色相兼，多见于局部。如因寒冷、外伤者皆可见所伤部位青紫，新生儿皮肤常见青紫斑块，不久可自行消失，不属病态。

皮肤发白：此乃气虚血少，皮肤失荣所致。若阳虚血运不畅，或气虚血耗，或寒凝血涩均可致局部或全身发白。皮生白斑或遍身粉红斑中有白点者，是“白癜风”。

皮肤发黑：皮肤黄中显黑，黑而晦暗称为“黑疸”，又叫“女劳疸”。皮肤出现点状、片状、地图状黑斑，为“褐斑”。

2. **望皮损形态**

色斑：指不突出皮肤，呈点、片或网状皮损，边缘清楚，有红、白、紫、黑之分。红斑多主热，色红润泽稀少者为阳斑；色紫黑稠密为阴斑。若压之退色者多属气分有热；压之不退色者，多属血分有热。紫斑多主瘀，或因火热壅滞，或因气虚不能摄血，也可见于热郁阳明。白斑压之不退色者为气滞或气血不和；黑斑多因外伤、冻伤等；汗斑发于夏季，好发于颈胸，近乎白色或紫色斑片，多能自愈。

风团：皮损呈团块样隆起，甚至成片如云，扪之坚韧，色淡红带白，界限清楚，持续时间长短不一，多因内蕴湿热，或为血虚受风，郁于皮肤而成，或对某些药物、食物过敏所致。因其时隐时现，故又叫隐疹、瘖瘤，多骤发，不留后遗症。

皮肿：可分为水肿、气肿、虫毒及外科疮疡。水肿是水泛肌肤，按之可有压痕，可据发病分为阳水和阴水。气肿指气滞或痰湿阻滞，气

机不和而致，皮肤肿厚，色苍不泽，无压痕。血肿是局部皮肤肿胀高突，皮色青紫，伴有疼痛，为外伤所致。虫毒是虫咬后局部皮肤红肿高突，伴有疼痛者。外科疮疡，即疔、疖、痈、疽之类，局部红肿高大，根盘紧束，伴有发热疼痛者为痈，属阳证；局部漫肿无头，肤色不变，不热少痛者为疽，属阴证；初起如粟如米，根脚坚硬较深，麻木发痒，顶白而痛者为疔。若患处有一条红线，由远端向近端蔓延，称为"红丝疔"。疖，起于浅表，形小而圆，红肿热痛不甚，容易化脓，脓溃即愈。

瘢痕：指皮肤损伤后，遗留一种表面光滑，缺少正常皮肤纹理的改变，常见于外伤或疮疡痊愈之后。

鳞屑：指皮肤发生局限或广泛性干燥粗糙，形似鱼鳞蛇皮，触之棘手，可见于多种名称，如蛇鳞、白疕、干癣、肌肤甲错等，就其性质可分为干性和油性。

皲裂：指皮肤局部有裂隙，常发生在运动、受压、摩擦部位，多为气血不和之故。

糜烂：指皮肤溃破，渗出脂液而形成的潮湿溃烂创面。其损害表浅，愈合不留疤痕，常见于水疱、脓疮溃破之后。

溃疡：指皮肤溃破后，损害较深，溃破处湿烂渗脓，愈后有疤痕，临证又分急性和慢性两种。

3. **望皮肤病形**

出疹：疹形如粟粒，红而高起，摸之碍手，由于病因不同，又有麻疹、风疹、隐疹之别。

麻疹：是儿童常见传染病，在发热三四日后，疹点现于皮肤，从头面到胸腹四肢，色似桃红，形如麻粒，尖而疏稀，扪之碍手，逐渐稠密，微发热，耳有微汗，疹出透彻，色泽红润，疹隐热退者为顺。反之为逆证。

风疹：又叫风痧，疹形细小稀疏，其色淡红，瘙痒不已，时发时止，有热或无热，一般不妨碍饮食和工作，此为风热时邪所致。

隐疹：其疹时隐时现，肤痒，搔之连片，色淡红带白，不时举发，又叫荨麻疹。

丹痧：皮损细小，红晕如尘痧，故名"丹痧"，因伴有咽喉肿痛溃

烂，亦称“烂喉痧”，此即猩红热。

痱子：皮肤发生密集的点状或红色小粒，痒而刺痛，发于盛夏，是湿热郁于肌肤而致。

水痘：若见皮肤出现椭圆形水疱，表浅易破，大小不等，陆续出现，浆薄如水，晶莹透亮，不结厚痂，不留疤痕。

白痦：指皮肤出现一种白色小颗粒，晶莹如珠。白痦有晶、枯之分，色白，点细，形如粟，明亮滋润像水晶者为晶痦，是顺证；若显干枯者为枯痦，是津液枯竭，为逆证。

热气疱：是针头到绿豆大小的水疱，常为一群或二三群，有痒和烧灼感，好发于口角，或眼睑、外阴处，常见于高热病人。

缠腰火丹：多发于腰腹与胸胁部，初起皮肤灼热刺痛，出现成簇的水疱，如绿豆至黄豆大小，围以红晕。

湿疹：又名浸淫疮。初起多为红斑，迅速形成肿胀、丘疹或水泡，继而水疱破裂、渗出、糜烂，以后结痂。生于耳后的叫“旋耳疮”，生于鼻下曰“鼻匽疮”，生于口周曰“燕窝疮”，生于脐叫“脐疮”，生于阴囊者叫“绣球风”等。

褥疮：多发于久病卧床不起者之受压部位，或小儿臀部。初起皮肤潮红，继则溃烂。

痤疮：俗称粉刺，好发于颜面及胸背部。皮损呈大小不一的小圆锥形红色丘疹，或呈黑头粉刺，可挤出白色粉汁样物，易继发脓疱、结节、囊肿等。

漆疮：指感受漆毒而发的一种皮损疾患。接触部位红肿作痒，继之出现细小丘疹或水疱。严重者闻及漆味而发全身。

疥疮：好发于皮肤松软处，如指缝、腕肘屈侧、腋窝、外阴、大腿内侧等，局部见针头或粟粒大丘疹或水疱，表面灰黑色，挑破后内有白色小点，即为疥虫。可继发为脓疱、疖肿。

疣：生于表皮的一种针头至绿豆大小的赘生物，呈褐色、灰白色，形状各异。

杨梅疮：又叫“广疮”、“时疮”、“棉花疮”、“梅毒”等，先患下疳，后在皮肤起红晕，继而发斑片（名曰杨梅斑），形如风疹（杨梅疹），状如

赤豆，嵌入肉内（杨梅豆），疹粒溃破后肉翻突于外如翻花（名翻花杨梅），后期可流浸骨髓、关节、脏腑，甚则使鼻柱溃烂、崩塌。

麻风：又叫“疠风”、“大风”、“癞病”等，初期患处麻木不仁，次成红斑，继则溃烂无脓，日久可蔓及全身肌肤，出现皮损、眉落、目损、鼻塌、唇裂等重症。

（十七）望下窍

望下窍是指对前阴和后阴的形色变化进行观察的方法。

1. 望前阴

指对前阴的形态、功能活动及有关症状的诊察，以了解局部病变及相关内脏病理变化的方法。前阴为宗筋之所聚，又为太阳、阳明、冲任诸脉汇合处，肝脉循绕阴器，故前阴通过诸经与肝、肾有密切的关系。

（1）**男子**。男子前阴包括龟头、阴茎、包皮、阴囊、睾丸（肾子）、尿窍等。

诊男子前阴，首先要观察其形态变化，按龟头、包皮、阴茎、阴囊、睾丸及周围组织的顺序检查。若龟头紫肿疼痛，称龟头痈，又名阴头痈；阴茎煽肿痒痛、溃烂、疮口色红、流脓为阴茎溃烂；以上两证多由肝经湿热所致。阴囊肿胀，不红不痒者为阴肿，若作痛者为劳伤血分；若不作痛者为水肿。阴囊肿大透明为水疝；阴囊赤肿胀痛，初起触之热而较硬，继之化脓者为囊痈；阴囊肿大而透明，不坚硬，卧则入腹，立则入囊，有胀痛者，多狐疝；阴囊肿大显著，坚硬重坠，顽木不仁，缠绵难愈者为癫疝；阴囊肿而冰冷，控睾而痛为寒疝；睾丸肿大而硬，或阴囊皮肤红肿灼痛，化脓者为“子痈”；若睾丸渐渐肿大，并形成硬结，疼痛轻微，阴囊不红不热，较长时间后成脓，溃破后脓薄如痰，或溃久成瘘者，为“子痰”。阴茎、阴囊初起小疱，破后腐烂，血水淋漓者为“疳疮”；生于龟头下者为“下疳”，生在阴茎上者为“蛀疳”，包皮生疮者为“袖口疳”。若男子阴茎短小，或睾丸缺损者为“天宦”。诊前阴周围组织的病变，无论男女若痈生于会阴者为“悬痈”，或曰“骑马痈”、“穿裆发”；痈生于阴囊旁，大腿根部的鼠溪部，为“跨子痈”，若在鼠溪部有核坚硬不痛，微热不红者为“便毒”，又叫“便痈”，若溃后疮口较大者

为“鱼口”。

其次，要询问前阴的功能障碍情况及自觉症状，诸如阳痿、阳强、阴冷、遗精、早泄、不射精、茎中痒痛、阴囊瘙痒以及生育能力等。引起男子不育者古人纳之为五，曰“五不男”，即天（天宦，阴茎短小，睾丸缺无）、漏（遗精、滑精者）、犍（指阴茎、睾丸切除者）、怯（阳痿）、变（两性畸形）。

（2）**女子**。女子外阴包括阴户、阴道、尿窍、大小阴唇、阴蒂等。诊察顺序与男子同。察外阴形态，如古人所说致女子不育的“五不女”，即是外阴形态诊察，五者指“螺”，即见阴户口有螺旋纹者；“纹”，阴户及阴道狭小者，又叫“纹阴”、“石女”；“鼓”，阴户绷急似无窍者；“角”，又叫“角花”，阴蒂过大，即“阴阳人”；“脉”，终生不来月经者。若妇女产后阴户开而不合，阴道松弛如脱肛状为“阴脱”或“阴宽”；若见一侧或两侧阴唇结肿，破后流脓为“阴蚀”，或“阴疮”；若见阴中突出如梨状，甚则红肿溃烂为“阴挺”；妇人外阴发白，甚至延及会阴及肛门，瘙痒，皮肤干枯萎缩为女阴白斑；妇人前后二阴及咽部溃疡，伴有精神恍惚者为“狐惑”。

若闻及妇人前阴时时出气有声，如放屁者为“阴吹”；若阴中发出臭气为阴臭，是下焦湿热。

若询得阴户内缩（男子则阴茎、阴囊、睾丸内缩），痛引小腹者，为阴缩，是寒凝经脉所致；若阴户及阴道或阴唇瘙痒难忍，有灼热感者为阴痒；若阴中奇痒，带下量多，色黄如脓或呈泡沫样，为“阴蚀”，多为湿热下注；阴户或阴道胀痛难忍者，为“阴痛”，或名“小户嫁痛”，多由交媾损伤而致。

2. 望后阴

对后阴的观察，主要是指对后阴的形态和自觉症状进行诊察的方法。后阴即肛门，亦称谷道、魄门。肛门系于直肠，通于大肠。后阴诸疾不仅是局部的病变，而且与多脏腑有关，故《素问·五脏别论》云：“魄门亦为五脏使。”

诊察后阴时，主要通过望诊，察看肛门及其周围的形态变化，如见肛门有裂口出血者，为肛裂；肛门周围红肿者为肛肿。若肿块燃红

肿胀高突者多为痈肿初期，或下蹲过久、痔核脱出；若见肛门周围疮疡者为肛痈或肛疮；若见疮疡溃后不久不敛口，留有瘘管为肛瘘；如见直肠脱出为脱肛；若新生儿肛门无孔者为"肛门包皮"；若肛门口外生有小肉突出如峙者为外痔或肛门息肉。

另外要询问患者肛门及其周围的自觉症状，若云肛门周围皮肤奇痒难忍，灼热者，为肛门瘙痒，多因风、热、湿邪阻滞，或虫蛀、痔、瘘、裂等局部病变所致，可结合望诊辨之。若云肛门及其周围胀坠疼痛，即为肛门疼痛症，常见于肛门周围痈疽、肛裂及痔疮等。临证时结合局部色泽形态的观察和兼症的询问，便会辨其虚实寒热。若局部灼痛者为瘀证；色白而酸痛者为寒证；不胀不闷，稍一触按即痛者属实证；痛如撕裂局部微有肿胀者为瘀证。疼痛上下走窜，属风证；痛而肿胀者为气证。另要询问肛门排气情况，如频频矢气，不臭，排出为快者为气滞；若矢气奇臭，伴纳差，脘腹胀痛，恶心者为食滞；若久病体虚，矢气连连，伴有少腹坠胀脱肛者为中气下陷。

诊后阴时常要配合局部切诊。如对肛痈、肛疮是否成脓的辨别；对瘘管进行探针检查，辨其长短、深浅、有无分叉、是否与直肠贯通等；肛门肿胀者有无压痛；肛门指诊辨其有无内痔、肿块等。

（十八）望排出物

望排出物是指对人体排出体外的代谢废物（即排泄物）和官窍所泌物的液体物质（即分泌物）的观察方法。排出物包括呕吐物、痰、涎、涕、唾、粪便、尿以及月经的经血、孔窍的出血、带下、汗、泪、脓液等，其中粪、尿、经血、带下、汗液则在有关章节中介绍。

观察排泄物和分泌物时，要重点注意其色、质、量的变化、必要时结合闻诊、问诊等方法。因为排出物都是各相关脏腑生理活动和病理变化的产物，所以观察排出物的变化，能测知相关脏腑的盛衰和邪气的性质。

1. 诊出血

诊出血，主要是指对各种情况所致出血之色、质、量和出血部位进行诊察的方法。

首先，通过望诊方法，察辨出血的形质、血色及血量之多少。若血

色淡而清稀者为气不摄血证；纯血浓稠者为血热证；血出如丝状或痰中带血者为肺络受伤；血中夹有血块者，为血瘀证；血中夹有食物残渣者为呕吐，多为胃中出血。就察血色而言，若血色淡红者为气虚血亏证；血色鲜红者为实热证；血紫而无光者为气衰，或瘀血重证；血色紫黯夹块兼肤冷舌淡者属血寒证；若便血色黑如柏油者为瘀血重证。观血量：血出量多，色赤者为血热；血出量多色淡为气虚；出血先多后少为病减；反之出血先少后多，病渐剧。

其次，主要通过问诊，也可结合望诊，察其出血部位以判断病位。如鼻出血者为“鼻衄”，可为实热，也可见之于虚证。齿缝或牙龈出血为“齿衄”，有实火、虚火、气虚之别；耳内出血为“耳衄”，有虚火、实火之分；舌上出血为“舌衄”，多由心火上炎所致，也可见之于肾经虚火或脾不统血者；泪囊出血者为“目衄”，多为阳明燥热所致，或肝经有热；乳头流出血性液体为“乳衄”，多为肝不藏血、肝经火热或脾不统血之故；吐血又叫“呕血”，有实热、虚热、气虚、瘀血之分；咳血又叫“咯血”，有外感和内伤之分；尿血（无痛，故与血淋不同）有实热、虚热、气虚、瘀滞之分；便血可见之于风火下迫、脾虚湿盛、脾气虚衰、大肠湿热或痔疮下血等；肚脐出血，多为肝肾阴虚；血精，指精液夹血，多见于阴虚火旺，或下焦湿热所致；紫斑，临证有阳斑、阴斑之分，参见“望皮肤”。以上不同部位之出血症原因复杂各异，临证时要结合出血的色、质、量的观察，尤其是主要兼症的询问及脉舌特征进行辨别。

2. 诊泪、涕、涎、唾、呕吐物

这一诊法是指对泪、涕、涎、唾、呕吐物进行诊察作为了解相关内脏疾病的方法。泪、涕、涎、唾、呕吐物的诊察，主要靠对这些分泌物、排出物的形质、色泽的望诊观察，气味辨别，以及排出的时间、约量和主要兼症的询问。

就其质地而言。一般质稀者为寒、为虚；质稠厚者为热为实。如泪液清稀，冷泪频流者，为肝经血虚；泪液呈血水样，热泪频流者，为风热外袭；泪液粘稠，热泪如汤者，为热毒炽盛；泪液混浊，如浊酒豆浆者，为实热。如鼻流清涕，伴有表证症状者为风寒表证；若清涕日久不愈为气虚；若清涕长流，遇冷增多伴肾虚症状者为肾阳不足；若浊涕

如脓伴热象者是胆热、肝热或外感风热、阳虚火旺之候。

其次，要望其颜色，根据颜色辨证。涕色黄者为肺热；黄而粘稠为外感风热，或胆热上攻；黄稠似脓者属胆热之"鼻渊"；久病涕黄绿，鼻有臭气者为肺脾两虚，邪毒滞留；涕白多寒证、虚证。呕吐物中夹有不消化食物者为胃有宿食，夹有血块者为胃络出血，内杂脓血者为胃痈。

再次，要问其排出量之多少。若迎风泪出，拭之即有，无热感者为肝肾不足；泪多而热者为阴虚火旺；迎风冷泪出，量少目昏干涩者，多肝肾阴亏；目肿痛赤涩而泪少者，多为风火毒邪。涕量多而稀薄如水者，多为风寒外感；量多而稠浊，属肺经风热或脾经湿热；量少而粘稠者为燥热；量少遇冷增多兼肾虚症状者为肾亏；量多粘稠，日久不断者为肺脾气虚。呕吐物量多者为新病，属实证，呕吐物量少者，多为久病，为虚证。

另外，尚须注意辨其气味。如鼻流浊涕，腥臭难闻，为"鼻渊"，是肺热所致，涕腥不臭而稀薄者为肺气虚寒。若呕吐物如水者为肝胆郁热气逆；呕吐清水味淡为胃有痰饮停水；呕吐物味酸为胃有热；呕吐物秽臭腐气者为伤食积热；呕吐物有酒味者为酗酒；呕吐物味腥者多为出血；呕吐物有农药味者为误服农药所致。

对诸分泌物和排出物的诊察还要结合主要兼症询问，方能辨别其寒热虚实。如流泪一症有热泪与冷泪之分，主要询问泪流时的感觉，如泪如热汤者为肝经风热，或阴虚火旺；冷泪即迎风遇冷流泪，多为肝经风寒、肝肾亏损等。如涕较多清稀而兼恶风寒者为风寒表证；浊涕而发热者为风热；涕稀如水经久不愈者为肺脾虚寒等。小儿口角流涎为胃热虫积，成人口角流涎者可见于风中经络，或脾虚不能摄涎。多唾为脾肾两虚，唾多而粘稠为脾虚湿盛；多唾而稀为肾虚水泛等。

3. **望痰**

痰有广义和狭义之分，此处是指对狭义痰饮进行诊察，以了解相关内脏病证的方法。**临证诊痰饮时，主要通过望诊和问诊对痰饮的质地、粘度、颜色、气味及约量的诊察，以探知相关脏腑的虚实寒热。**

就望诊而言，若见痰粘稠成块为热痰；痰清稀者为寒痰；痰呈脓状者为肺痈；痰稀而起泡沫者为风痰。一般而言，见黄痰者主热，见白痰者主寒，见青痰者主风主寒，黑痰主湿盛或热结，见绿痰为热证，痰中带血为肺络受伤。凡见痰量多者为邪实，主有余；痰量少为正虚，主不足。

还要询问与痰饮有关的情况。就痰而论，痰粘稠或带血者，为风热伤肺证，或热伤肺络证；痰白稀薄者，为风寒伤肺证，或肺气虚寒证；痰多易咯者，为湿邪伤肺证；痰少难出者，为燥热伤肺证，或阴虚火旺证；痰色绿而粘为痰热久蕴不解；痰多而胶粘为食滞生痰；痰少而粘，结于咽，咯吐不利者，为气郁生痰；若痰多粘腻，每咯痰伴有呕吐状者，多为酒湿生痰。

就饮而言，其状清稀。若询其量多者为虚寒证；量少者为脾肺气虚；带有咸味者为水饮上泛证；带苦味者为胆寒气逆；带酸味者为肝郁肺虚证。

（十九）望伤损

望伤损是指伤损望诊，是指对外伤患者进行神色形态全面观察外，重点对损伤局部及其邻近部位进行察看的方法。其主要内容有望全身和望局部。

1. 望全身

首先察其神态色泽的变化。如见神色无明显改变者，伤势较轻；若面容憔悴，神气萎顿，色泽晦暗者，是正气已伤，伤情较重的表现；若见唇青面白，肤色苍白者，为损伤失血；若神志昏迷，神昏谵语，汗出如油，目暗睛迷，瞳孔缩小或散大，形羸色败，呼吸微弱，多属危急证候。其次要观察肢体形态的变化。形态的改变多为骨折、关节脱位以及严重伤筋表现。如下肢骨折时，多数不能直立行走；若见健侧手臂挟持患侧前臂，身体多向患侧倾斜者，多为肩、肘关节脱位；若见以手托颌，则为颞颌关节脱位；若见身体向患侧伛偻，且用手支撑腰部者，为腰部急性扭伤。

2. 望局部

包括望畸形、肿胀、瘀斑，望创口和望肢体功能等方面的内容。

望畸形则主要察看出现畸形部位有无隆起，凹陷和长短及变形情况。骨折及脱位后，肢体均有明显的畸形。若见原关节处出现凹陷而邻近处因骨脱出显著隆起，患肢可有长短粗细变化者，即为关节脱位。如完全性骨折患者的伤肢，因重叠移位而有不同程度的增粗和缩短，原来的骨位出现高突或凹陷等状；股骨颈和股骨转子间骨折，多有典型的患肢缩短和外旋畸形。若见脊柱弯曲者多为腰椎间盘脱出。陈旧性骨折和脱位，都因筋骨不活动而使局部筋肉萎缩和细弱。所以望畸形对外伤辨证很重要。

人体损伤，多伤及气血，以致气滞血凝，在肌表则为肿胀、瘀斑。故要观察其肿胀的程度以及色泽的变化。新伤瘀肿较甚，陈伤肿胀和色泽变化不明显。

对于开放性损伤，应注意观察创口的大小深浅，创伤边缘是否整齐，创面污染程度，色泽鲜红还是紫暗，以及出血多少等。如已感染，则应注意观察脓液是否流畅，脓液的稀稠及气味等。

此外，还应注意观察肢体功能活动情况，如上肢能否上举，下肢能否抬起及行走等。再进一步检查关节能否屈伸旋转等。如有活动障碍时应进一步察看明白是何种障碍。为了确切掌握其障碍的程度，除嘱其主动活动外，往往与摸法、量法结合进行。

第二节 闻诊法

闻诊法指凭医生的听觉和嗅觉辨别病人声音和气味变化以诊察疾病的方法。闻诊包括听声音和嗅气味两方面。听声音包括诊察病人的声音、语言、呼吸、咳嗽、呕吐、呃逆、嗳气、太息、喷嚏、肠鸣，以及骨折部位的骨摩擦音、婴幼儿的啼哭声等。嗅气味指嗅病人体内所发出的各种气味，如口气、汗气、鼻臭、身臭等，以及分泌物、排泄物和病室的特殊气味。

病人的声息、气味都是脏腑寒热虚实病理变化的外在表现，是临床不可缺少的辨证指标，特别是当临床上出现脉症不应，形色不符时，病人声音和气味的异常表现，往往会成为辨证的关键。

一、听声音诊法

听声音是医生通过听觉对病人身体所发各种异常声音的听诊，作为判断疾病的诊察方法。包括发声、语言、呼吸、咳嗽、呕吐、呃逆、嗳气、肠鸣等声音。

(一)听发声

听发声是在听发声诊病中，首先要听声音是否能正常发出。如果不能正常发声，多为音哑或失音，若新病音哑或失音，属实证，多为外感风寒或风热，寒或热邪袭肺，或痰浊壅滞以致肺气不宣，清肃失职，即所谓"金实不鸣"。久病音哑或失音，多属虚证，常是肺肾阴虚，虚火灼金，以致津枯肺损，声音难出，即所谓"金破不鸣"。有妊娠失音者，称为"子喑"，多为胞胎阻碍、肾精不荣所致。

其次，要注意闻听发声之强弱和音调之高低。发声高亢有力，声音连续，前轻后重，多是形壮气足，见之于实证、热证。若发声低微细弱，声音断续，前重后轻，或语声轻清，多是体弱气怯之人，见之于虚证、寒证。若闻及声音重浊而兼鼻塞者，为风寒湿邪所伤之外感证。

最后，要注意发声异常时的状态及伴见症状。若鼾声不绝，昏睡不醒，手撒遗尿者，多为中风危候。呻吟不止，多是身有痛楚或胀满不适者，若伴攒眉捧头，必为头痛；若伴躺卧不起者，多为腰腿痛；若伴见扪心护腹，多是胸脘腹痛；伴见用手护腮者，可能为齿痛。语声寂然，喜惊呼者，骨节间病，或病深入骨；阵发性惊呼，发声尖锐，表情恐惧，多是惊风证；小儿夜啼者亦多惊恐为病，或心脾有热，或脾寒腹痛。

(二)听语言

听语言是主要应闻听语言的多寡、有力无力及错乱情况。沉默寡言者属虚证、寒证。烦躁多言者，多属热证、实证。言语轻迟低微，欲言不能复言者为"夺气"，是中气大虚；语言急促高亢者多实多热。语言迟钝或言辞不流畅称为语言謇涩，是心神不清或邪阻舌络的病理反映，为中风病的特征，亦多见于热入心包。若闻及语言错乱，无有伦次者，要通过兼症及伴见异常表现予以辨识，临证可分为以下几种情

况：若语无伦次，声高有力，伴神识不清者为“谵语”，属热扰心神之实证，多见于温病邪入心包或阳明腑实证，有血热、瘀血、燥屎、痰凝之别；若语言重复，时断时续，声音低弱，伴神识不清者，为“郑声”，属心气大伤，精神散乱之证；若闻及患者自言自语，喃喃不休，见人即止者，为“独语”，属心气不足，神失所养之虚证；若闻得狂语笑骂，登高而歌，弃衣而走者为“狂言”，主要见之于狂证，多见于痰火扰心或伤寒蓄血证。

（三）听呼吸

听呼吸是要通过呼吸之强弱、节奏之快慢，辨其内伤外感，或虚或实。若呼吸气粗而快者，为外感邪气有余，属热证、实证；若呼吸气微而慢者，为内伤正气不足，属虚证、寒证。但久病呼吸气微，突然气粗而断续者为假实证；温热病，热在心包，气微而昏沉者为假虚证。呼吸微弱困难而短促，不足以息者，为元气大伤。

对病态的呼吸应通过闻诊注意辨别喘、哮、上气、短气、少气等病。

通过听喉中有无痰鸣音辨别喘与哮，前者无痰鸣音，后者有明显的痰鸣音。通常是哮与喘并作，故临证往往称为哮喘。若气道窒息，呼吸急促，呼多吸少者为“上气”，实证以痰饮阻肺或外邪袭肺多见，虚证多因于阴虚火旺；呼吸气急而短，不足以息者为“短气”，多因肺气不足所致，亦可见于水饮阻滞胸中气机，肺气不利；呼吸微弱，短而声低为“少气”，常见于中气不足，肺肾气虚之证。

（四）听咳嗽

咳嗽多见于肺脏疾病，然而与其他脏腑病变亦有密切关系。临证时应根据所闻咳嗽声音的变化，参考咳嗽久暂、发作时间，以及痰的色、质和其他兼症具体分辨寒热虚实。如果咳声紧闷，多属寒湿；咳声清脆，多属燥热；咳声不扬多属肺热；咳声不畅，多是肺气不宣。咳声连续片刻者，多属于风。若咳声连续不绝，终止时作“鹭鸶叫声”，名曰顿咳，也叫百日咳，常发于小儿，多由风邪与伏痰搏结所致。咳声如犬吠样者为“白喉”，多属肺肾阴虚，火毒攻喉；夜间咳甚者多为肾水亏虚；天亮咳甚者，脾虚所致，或寒湿在大肠。

要闻及咳声有力与无力。咳声高亢有力者多为肺之实证；咳声低微，兼气促者为肺虚。

如要进一步辨咳之所属寒热虚实燥湿或外感内伤者，则要结合相兼的体征和症状，详见“咳嗽”病的辨证方法条。

（五）听呃逆

呃逆是胃气上逆，从咽部冲出，发出一种不由自主的冲击声，古称之为“哕”。临证时可据所闻听呃声之长短、高低和间歇时间的不同，以诊察疾病之寒热虚实。

新病闻及呃声有力，多属寒邪或热邪客胃；久病闻呃，其声低怯，为胃气将绝之兆。呃声高亢有力，多属于实热；呃声低沉而长，音弱无力，良久一声，多属虚寒；若呃声不高不低，持续时间短暂，无其他兼症者，为进食仓促，或偶感风寒所致一时气逆。

（六）听嗳气

嗳气是胃气上逆，冲击咽喉而发出的声音，古名曰“噫”。临床当根据其声音高低、连续与否以及兼症以辨之。若食后偶有嗳气，不属病态。若嗳出酸腐气味，兼胸脘胀满者，是食滞胃脘；嗳声响亮，得嗳与矢气后脘腹宽舒，属肝气犯胃；嗳气声低弱而断续，兼气短乏力，为脾胃虚弱。

（七）听太息

太息是情志为病之声，故闻及太息者要结合对情绪变化的观察了解。若情绪抑郁，胸闷不舒，引一声长吁或短叹后，则觉舒适，多由心情不舒，愁闷抑郁所致，见之于肝气郁结之候。

（八）听喷嚏

喷嚏是自觉鼻中不适或发痒，快速张口吸气，稍顿而突然向外喷气所产生的较大声响。闻听喷嚏时，要根据嚏声高低，畅与不畅，以及原发病证的病程长短以辨之。若突然发作，声响气急，多为外感表证，再结合兼症辨其寒热。若喷嚏反复发作，病程较长者，为肺虚邪滞鼻窍所致；若嚏声气弱声低，或欲嚏不能，反复发作，多为肺气虚弱，鼻窍失养。若久病不愈，突然喷嚏阵作者，为正气恢复之佳兆。

(九)听肠鸣

肠鸣指腹中漉漉作响之声。虽系闻诊内容,但常于问诊中得知,故当闻问结合,闻其鸣声发出的部位、声音的特点可辨病性。若声在脘部,如囊裹浆,振动有声,此为痰饮留聚于胃;如声在脘腹,得温得食则减,受寒饥饿加重者,属中虚肠胃不实之病;若闻及腹中鸣声如雷,属风、寒、湿邪伤及于胃肠之故。

二、嗅气味诊法

嗅气味,是指对病体的气味和病室气味的嗅辨方法。包括病体气味之嗅辨和病室气味的嗅辨。健康的人体,气血运行流畅,脏腑功能正常,阴阳协调,故无异常气味发出。患病之后,脏腑气血津液受到病邪的侵袭困扰,而致气血失运,内脏功能失运,秽浊之物不除,腐败由生,故能产生异常气味。聚积人体不同脏腑的秽浊,加之病证寒热虚实的差异,会产生不同性质的异味,因而医生通过嗅闻病体散发的种种异味,可以鉴别病证的寒热虚实,也可以此判断疾病的轻重预后。

(一)嗅病体气味

嗅病体气味,是指对病人的口气、汗气、鼻气及其他部位气味的嗅闻。

口气:主要嗅辨口气的性质特点,并应结合询问主要兼症。若口气臭秽,主胃肠实热;口气臭腐并伴咳吐脓血、身热者,为肺痈已成;口气腥臭挟有血腥味者多为血证;口气如烂苹果之味者为消渴重证;口泛酒臭为酗酒者;水肿伴口泛尿味,为病情恶化;胁下疼痛,身现黄疸,而口中散发霉臭气味,预后不良。

汗气:主要嗅辨汗出时气味的特点。若汗出有臭气者,为急性风湿痹证;热病后汗出秽浊难闻,为热毒未清或夹湿浊内蕴。

鼻臭:鼻内泛臭味,多因肺脾两虚,气滞血瘀,邪触肌膜之证;鼻气腥臭,伴鼻干燥者,为肺阴不足,虚火上灼鼻窍;鼻出臭气,流浊涕经常不止者,是鼻渊证。

至于其他部位的气味,虽属闻诊,但须结合问诊,询问病人方能得知,故应和其他诊法结合。

（二）嗅病室气味

嗅病室气味，主要通过病室气味性质的嗅辨，作为诊察疾病的方法。若热病之始，病室即有臭气袭人者，即为瘟疫；若病室内有腐臭或死尸臭者，是内脏败坏，病属危候；室内有血腥臭者，多为失血证；若室内有尿臊气（氨味），多为水肿病晚期；有烂苹果样气味（酮体气味），多见于消渴病患者，均为危重证候。

第三节　问诊法

问诊法是医生以同病人或陪诊者进行交谈的方式，了解疾病的发生、发展、治疗经过、现在症状和其他与疾病有关情况的一种诊病方法。问诊是临床诊察疾病的重要一环，在诊法中占有重要地位，因为对于疾病的很多情况，如病人的姓名、年龄、性别、婚否、民族、职业、籍贯、现在住址等一般情况病人的生活经历、饮食嗜好、劳逸起居等生活习惯史；病人直系亲属的健康状况和病人既往病史，本次疾病发生发展等全过程，以及对现在症状等均须通过问诊方法掌握。

问诊时，首先要抓住病人的主要病痛，然后再围绕主要病痛进行有目的、有步骤的询问，既要重点突出，又要全面了解，并且要问辨结合，使问诊目的明确，做到详而不繁，简而不漏；其次，要以高度热忱的精神和认真负责的态度进行详细询问，对病人要寄予同情，谈话要和蔼可亲，通俗易懂，必要时可启发患者回答，但要避免暗示和套问，以免使问诊所得资料失真；其三，问诊中还应注意，不要给病人精神上带来不良刺激或产生不良影响，要鼓励病人建立起战胜疾病的信心；其四，问诊时要善于用正确的思维方法进行归纳分析，去伪存真，做出判断，以免犯逻辑思维的错误；最后，对于危重病人，医生要为抢救病人做扼要的询问和重点检查，及时进行抢救，最后对不详细之处再做补问，不可苛求完整记录而耽误对病人的抢救。

一、一般情况问诊法

问一般情况，主要包括病人的姓名、性别、婚否、民族、职业、籍

贯、现在住址、工作单位及工作性质等。了解上述情况，便于书写病历，对患者负责。同时也可作为诊断疾病的参考资料。例如问年龄则可根据婴幼儿、青壮年和老年人的体质不同，判断其身体的强弱，给以适当的药量进行治疗。性别不同，则有不同的生理病理特点，如妇女可有经、带、胎、产等方面的疾病，同时在其他疾病的辨证治疗上也有一定的参考价值。问职业可以帮助了解某些病因，如水中作业者，易感湿邪；高温环境中作业，容易中暑等。还可了解某些职业病，如矽肺、铅汞中毒等。问籍贯住址，往往与一些地方性、区域性的疾病有关，如可为大骨节病、瘿瘤病、吐黄水病（即克山病）、虫臌（血吸虫病）的诊断提供参考依据。

二、生活习惯（生活史）问诊法

指询问病人的生活习惯、社会经历、饮食嗜好、劳逸起居、工作情况等，作为了解与疾病有关信息的问诊方法。在询问生活经历时，应问患者的出生地、居住地及较长时间的生活地区。还应询问患者的精神状况如何。是否受过较大的精神刺激，以及社会地位、经济状况是否有较大的变化。并且要问其生活习惯，饮食嗜好，有无烟酒等其他嗜好。对女性患者尚应询问月经史、生育史（初潮年龄、月经周期、每次月经经血的色、质、量，有无小腹痛、腰痛、乳房胀痛，经行期间有无呕吐、腹泻、头痛、鼻衄、咯血等伴见症状，末次行经的天数等；老年妇女要询问其闭经年龄，及闭经后有关情况，如有无带下增多、带下色质有无异常等；已婚妇女应问妊娠分娩情况，妊娠和分娩的次数，有无流产、小产（包括人工流产次数），以及是否采取节育措施、何种用具等。对工作劳逸的问诊，主要指对劳动性质、劳动强度、劳动环境、作息时间是否正常等的询问。

三、家庭病史问诊法

家族病史的问诊，主要询问患者的直系亲属，如父女、兄弟、姊妹、配偶、子女等健康状况，以及曾经患过何种疾病，应特别注意有无先天性疾病及与患者类似的病史，必要时应注意询问直系亲属的死

亡原因。这是由于某些遗传性疾病常与血缘关系密切；有些传染性疾病，如肺痨、黄疸等，与生活接触有关。因而询问其家族病史，对诊断某些疾病极有帮助。

四、既往病史问诊法

问既往史，主要是询问既往健康状况，曾患何种病证，其诊治的主要情况，现在是否痊愈，或留有何种后遗症，是否患过传染病及其他重要疾病等。小儿则要询问是否患过麻疹、白喉、水痘、大头瘟、虾蟆瘟等；问其他重要疾病，主要指询问是否患过某些全身性疾病，脏腑急慢性疾病。如痹证、痿证、厥证、血证、积聚、伤寒、温病等。询问诊断情况主要是指问既往所患主要疾病于何时何地作过何种检查，诊为何病。问主要的治疗过程时，要注意问既往所患主要病证，曾使用过何种药物，效果如何，有无不良反应。如果现在仍未痊愈，则要问其尚有何种表现，对现在所患疾病有无影响，如肝病可传脾，出现脾病；久病多伤肾，出现肾的病变等。对小儿还应注意询问既往接受过何种预防接种等。

五、现在病史问诊法

现病史问诊是指询问疾病从初起到就诊时病情演变与诊察治疗的全部过程，以及就诊时的全部自觉症状，以此作为诊察疾病的一种方法。

询问现病史时，要询问起病的环境与时间，有无明显的起病原因或诱因，是否有传染病接触史，起病的轻重缓急、疾病初起的症状及其部位、性质、持续时间及程度等。

要按时间顺序询问从起病到就诊病情发展演变的主要情况，主要症状的性质、部位、程度，有无明显变化，其变化有无规律性，影响变化的原因或诱因是否存在等，要询问起病之初到就诊之前的整个过程中所作过的诊断与治疗情况，如曾到何处就医，作过何种检查，检查结果如何，诊为何病，作何治疗，服用何种药物以及剂量、用法、时间、效果如何，有无出现其他不良反应等。以上情况都应一一详细

询问并加以记录。

(一)问主诉

问主诉指对病人就诊时感受最明显或最痛苦的主要症状或体征及其持续时间的询问。主诉通常是病人就诊的主要原因,也是疾病的主要矛盾。准确的主诉可以帮助医生判断疾病的大致类别,病情的轻重缓急,也是调查、认识、分析、处理病人的主要根据。主诉包括不同时间出现的几个症状时,则应按其症状发生的先后顺序排列。一般主诉包含的症状只能是一个或两三个,不能过多。疾病的症状是复杂多样的,但实际上总有主次之分,尽管有时病人的陈述零乱而不分主次,医生在询问中要善于抓住其中主要癥结,并将其部位、性质、程度、持续的时间,一一询问清楚。如果病人的叙述不突出,或含糊不清时,要进一步深入地询问,耐心倾听,并加以认真分析。记录主诉时文字要简明准确。

问主诉时应当注意,不可将主症与主诉混为一谈。二者既密切相关但又有区别。一般通过询问得到的以全身症状,或特别严重的症状,或病人最感痛苦的症状为标准,这就是主症。主症和主诉虽然所反映的都是疾病的主要症状,但问主诉还应询问现在主要症状的持续时间,甚至包括询问疾病的病势,因此不可混淆。

(二)问现在症状

问现在症状,是指对病人就诊时所感到的痛苦和不适,以及与病情相关的全身情况进行详细询问的方法。

症状是病理变化的反映,是诊病、辨证的依据。但疾病的病理变化甚为复杂,往往缺乏客观征象,故临床难以察觉。如痞闷、胀满、困重、疼痛、麻木等症状,唯有病人自己能感知的,只有通过询问方可得知。诚如徐灵胎在《医学源流论》中所说:"病者之爱恶苦乐,即病情寒热虚实之征。医者望色切脉而知之,不如其自言之为尤真也。"因此,问现在症状,不但是问诊法的主要内容,而且在四诊中也占有相当重要的地位,对确诊病情有重要作用,中医历来极为重视。故《难经·六十一难》说:"问而知之谓之工",即谓只有熟练掌握和运用问诊技巧的人方可成为医生。

1. **问寒热**

问寒热，指询问病人有无冷与热感觉的一种问诊方法。寒，即患者有怕冷的感觉；热，即发热，指患者体温高于正常，全身或局部有热的感觉。怕冷和发热是临床常见症状，问诊时应注意询问病人有无寒或热的感觉；询问二者是单独出现或同时并见；还应注意询问寒热症状的轻重程度、出现的时间、持续时间的长短、表现特点及其伴见的兼症等。临床进行寒热问诊时应当注意以下几种情况：

(1)**恶寒发热**。恶寒发热的询问，即是指患者在发热的同时，问其是否有恶寒怕冷的感觉，若有之，则为恶寒发热并见，此为外感表证的主要症状和特有的寒热类型。在此基础上，还应当询问恶寒与发热孰轻孰重，汗之有无，以及其他主要兼症等项内容，尤其对兼症的询问一定要详细，因为往往个别兼症对进一步确定具体证候有重要意义。例如询问患者伴有咳嗽、吐清稀痰者，即为风寒束表证。

(2)**但寒不热**。是指病人只有怕冷的感觉而无发热的情况，一般应注意时间的长短，得温是否缓解、是否兼挟脏腑功能失常的症状。问诊时，首先要询问出现怕冷时间的长短。出现怕冷时间短者，可见于外感初起尚未发热之时(《伤寒论》曰："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。")，或者寒邪直中脏腑经络；若怕冷时间较久者，多为内伤。其次询问怕冷之状得温得热是否缓解，若加衣加被、近火取暖而其冷不减者为恶寒，属外感，多为实证；反之，则为畏寒，属脏腑阳虚证。再者要询问是不是兼挟脏腑功能失常的症状，如果不兼内脏功能障碍症状者，多为外感初起之表寒证；反之，若兼内脏功能失常症状者则为里寒证(包括寒邪直中的里实寒证及阳虚之虚寒证)。问诊时还应注意，在外感病中，恶风、恶寒、寒战作为恶寒轻重不同的三个等级，属于"模糊"定量分类，名异质同，皆属怕冷。问诊中，若病人言遇风则冷，无风可缓者，即为恶风，属恶寒之轻微者；病人言恶寒伴战栗者，为恶寒之重。在内伤病的问诊中，恶风与畏寒，亦仅为程度轻重之别，无本质之异。恶寒与畏寒大相径庭，这是辨但寒不热之属于外感与内伤的关键，不可混淆。

(3)**但热不寒**。指患者只感发热而无怕冷症状者。但临床上有壮

热、潮热、微热之分，故在问但热不寒时还应询问热势轻重、发热时间的长短及其发热有无规律等。

若问知病人有持续高热不退，体温超过39℃，每日波动不超过1℃，即为壮热，可见于伤寒病的阳明证，或温病的气分证。若得知病人定时发热，或定时热甚，有一定规律，即为潮热。由于潮热有阳明潮热、湿温潮热、阴虚潮热之别，所以在询问潮热时还要进一步追问潮热时热势高低和持续时间及伴见症状，其周期性发热是定时而增还是定时而发。若问得是定时而增，热势较高伴有腹痛胀满拒按、大便秘结者，为阳明潮热；若问得虽也是定时而增，但为身热不扬，伴头身困乏，胸闷，呕恶，便溏不爽者，为湿温潮热；若问得定时而发，伴五心烦热盗汗等症者，为阴虚潮热。

微热是指发热时间较长，热势较轻微，体温一般不超过38℃，此多继发于其他疾病，所以一定要注意病史（如有无温热病史）和兼症（如有无气短乏力、倦怠懒言、纳差便溏；或五心烦热、失眠盗汗，或干咳、咯血等）乃至发病的季节（如夏季）和年龄（如儿童）等的追问。可见之于温病后期，内伤气虚、内伤阴虚、痨瘵、小儿夏季热等病证中。

（4）**寒热往来**。是指怕冷和发热两种症状交替出现。若寒时只觉怕冷而不发热，发热时只觉发热不觉怕冷，界线分明，此即为寒热往来。因为此种类型可见之于伤寒病的少阳证、温病的伏暑证以及疟疾病，故在询问得知存在此症时，还须进一步询问这种寒热交替发作症状是一日一发，或数日一发，或一日数发，以及发病的季节和伴随的兼症。一日一发或数日一发者为疟疾；一日数发者为少阳证；虽一日数发但伴口渴，心烦脘痞，入暮尤剧，天明得汗，诸症稍减，胸腹灼热始终不除，多见于秋冬者为温病之伏暑证。

2. **问汗**

问汗，是指对出汗情况的诊察，预测脏器盈亏的方法。汗液是体内阳气蒸化阴液，自肌腠达于体表而成，与心肾关系密切。诊察汗液正常与否，对于辨别疾病的表里寒热虚实均有一定意义。诊汗方法主要运用望诊法和问诊法。着重了解病人有无汗出，出汗的时间、部位、颜色、汗量的多少，主要兼证以及出汗后症状的变化，个别情况也要

兼用闻诊法闻汗之气味及按诊以查汗之冷热。

首先，通过望诊察汗之颜色，正常的汗液为无色透明的液体，汗出有色，即为病候。若汗出黄如柏汁者为黄汗，可见之于表虚营卫不和，水湿浸淫，湿热交蒸等；若汗出色红，名曰红汗，又名汗血，多为胆经郁热。近年来临床有绿汗、黑汗的报导，凡见黑汗者为阴虚、肾亏；绿汗为肝郁、湿热，胆汁随汗外渍皮肤之故。

其次，须审汗出之有无。无汗可见于寒邪束表，腠理闭塞；或温病耗津，营阴亏少，汗失化源；或因久病阴虚血少、肺气不宣所致，当询问其病程之久暂，兼症如何以分辨之。有汗者当询问出汗的时间、量的多少及病程的长短。一般情况下，病人白天经常汗出不止，活动后尤甚，称为自汗，多缘于阳气虚弱；经常睡中汗出，醒则汗止，称为盗汗，多属于阴虚。然阳虚盗汗与阴虚自汗亦可见之，关键在于察其有火无火，则或阴或阳自明。若病人先恶寒战栗，而后旋即汗出者，称为战汗，主要见于外感热性病，是邪正交争剧烈的表现。

其三，要通过用手触摸辨其汗之质地和汗量多少。若汗出如油、淋漓不断，为阳气外脱之危候；若汗出粘衣者为湿热熏蒸；汗出如水，扪其肌肤冷冰为冷汗，多为亡阳。若短期内大量出汗者为大汗，多为实热；大汗若见四肢不温者为阳虚不固。

其四，局部汗出者要进一步明确其汗出部位，以确定病在经在络、何脏何腑、机体虚实盛衰、气血存亡等。头面多汗，伴有心胸烦闷不适，面赤口渴，为上焦郁热；伴有胃脘胀满不适，烦热口渴，纳呆，多属食积中焦。头面汗出多见于老年人，久病体虚，产后虚弱者，属正虚；若额汗如珠而粘，兼见四肢厥冷，气喘脉微者，是久病重病阴精耗竭，虚阳上越，津随阳泄；仅鼻头出汗，称为鼻汗，系中焦脾阳虚馁所致；若汗出如珠，且汗液冰冷者，为阳虚寒凝、心脾痛极之证。半身出汗或无汗者，可见于中风先兆、中风病、痿病、截瘫等病，属于患侧经络闭阻，气血运行不通，汗液不布所致。若见手足汗出，多为中焦蕴热或心肾阴虚，热迫津泄。心胸多汗又称"心汗"，气虚者责于心脾，多兼见心悸、气短、纳呆、便溏等；阴虚者责于心肾，多兼见五心烦热，骨蒸劳热等。两腋下汗出者为腋汗，或为肝胆湿热，或因肝阴亏虚，热迫津

出。腰间无故常自汗出，别无他苦，为肾气虚证。独阴囊汗出称为阴汗，汗冷者属肾虚阳衰，汗粘者为湿热下注。

个别情况还要通过闻诊，辨汗之气味，若汗出味淡不咸，汗出不止者，多为凶险之候；若腋下汗出而臭者为肝胆湿热；身汗腥膻味，是风湿热邪侵袭；汗出如尸臭是瘟疫所致等。

3. **问疼痛**

疼痛是临床常见的一种自觉症状，一般认为是身体发生的一种难以忍受的苦楚感觉。疼痛问诊法是指对疼痛产生的原因、性质、时间、缓解方法等内容的询问。

一要询问疼痛的起因。引起疼痛的原因很多，要询问有无外伤、七情所伤、饮食不节以及冒雨淋湿、感寒受惊等。

二是询问疼痛的骤缓久暂。一般暴痛多实，久痛多虚；剧痛多实，隐痛多虚。

三是询问疼痛的时间。持续疼痛者为实，时发时止者多虚；日间痛、上午痛者为阳，夜间痛、午后痛者属阴。

四要询问疼痛的性质。由于引起疼痛的病因病机不同，其疼痛的性质也不同，故应作为重点内容询问，常见有以下 10 种类型：

胀痛：指痛处有一种支撑胀痛的感觉。若时发时止，在太息或矢气、排便后有暂缓之感者，多为气机郁滞所致。

刺痛：指痛如针刺样，其特点是疼痛范围较小，多为固定不移。常为经脉瘀阻不通而致。

绞痛：指痛势剧烈如绞割，其特点是疼痛的范围较刺痛为大，其痛难以忍受，多为有形实邪突然阻塞经络，闭阻气机，或寒邪内客。可见于真心痛、石淋、蛔厥等。

窜痛：指疼痛部位游走不定，痛处不固定，无确切的疼痛部位。可见之于风痹病。

掣痛：指痛处有抽掣感或痛时牵引它处的疼痛。其特点是多呈条状或放射状，有牵扯感。可见之于瘀血性胸痹病或肝病。

灼痛：指疼痛伴有烧灼感，其特点是感觉痛处发热或触摸觉热，多属热，有实热、虚热之分。

冷痛：指痛处有冷感。多属阴寒证。

重痛：指疼痛伴有沉重感，多见于湿证。

空痛：指疼痛有空虚之感，多见于虚证。

隐痛：痛而隐隐，绵绵不休者，多见于虚证。

五要询问疼痛时对按揉、冷热的反应。一般喜按揉，或按揉可使疼痛减轻者为虚；拒按，或按之疼痛加剧者为实；痛处喜冷敷者属热；痛处喜热敷者属寒。

六要询问疼痛伴见的主要兼症。如痛而呕吐者，多为胃及肝胆病；痛而咳嗽者为肺之病证；痛而泻者多为脾、肠之病等。

七要问疼痛部位。如头痛、目痛、胸痛等详见各条。以上诸项是各部位疼痛问诊中都应注意的共性规律，故各部位疼痛的问诊应参阅此条并结合相关部位疼痛的特有情况询问。

4. **问睡眠**

睡眠是人体生理活动的重要组成部分，人体为了适应自然界昼夜节律性变化，维持体内阴阳的协调平衡，故人的睡眠有一定规律。在正常情况下，卫气昼行于阳，夜行于阴。行于阳则阳盛而寤；行于阴则阴盛而寐。睡眠还与人体的气血盈亏及心肾诸脏的功能活动相关。通过询问睡眠时间的长短、入睡的难易、有无多梦等情况，可以了解机体的阴阳盛衰，心肾等脏腑功能的强弱。问睡眠时应了解病人有无失眠和嗜睡。

(1)**失眠**。指不易入睡，睡后易醒，或彻夜不眠为其特点，并常伴有多梦，又称为“不寐”。本证有虚有实，应通过失眠的具体特征及主要兼症的询问进行辨别。若不易入睡兼有心烦多梦、潮热盗汗、腰膝酸软者，属肾阴亏虚、心火亢盛之心肾不交证；若睡后易醒、伴心悸、纳少、乏力者为心脾两虚证；若伴易惊、眩晕、胸闷、胆怯心烦、口苦恶心者，为胆郁痰扰证；若为夜卧不安，伴有脘闷嗳气、腹胀不舒者为食滞内停，此乃“胃不和则卧不安”者是；若坐卧不安，难以入眠，伴虚烦不宁，口渴胸闷，多为热病后期，余热上扰所致。

(2)**嗜睡**。指神疲困倦，睡意很浓，经常不由自主地入睡者，又称“多眠”、“多寐”，临证主要以询问其兼症辨之。若伴头目昏沉，身重脘

痞，四肢困重者为痰湿困脾；若饭后疲倦易睡，兼形体消瘦，食少纳呆，少气乏力者，为脾气虚弱；若兼面色无华，心悸气短，纳差便溏者为心脾两虚；若病人极度衰弱，神昏朦胧，困倦易睡，肢冷脉微者，为心肾阳虚；若昏睡谵语，身热夜甚，或发斑疹者为温病热入营血。

5.**问食欲食量**

食欲是指进食的要求及对进食的欣快感觉；食量是指实际的进食量。胃主受纳，腐熟水谷；脾主运化，转输水谷精微，二者同称为后天之本，气血化生之源。胃能纳降，脾气健运，则有食欲，并能保持正常的食量。如果脾胃和相关的脏腑发生病变，常可引起食欲和进食量的异常。所以，询问患者的食欲与进食量，对于判断患者脾胃功能强弱，以及疾病的预后转归均有重要意义。询问患者的食欲和食量，应注意结合其他兼症加以分析。

(1)**食欲减退**。食欲减退，又叫纳差、纳呆、纳少和不欲食，四者含义相近但不能等同。不欲食，是指不想进食，又叫食欲不振。纳少，主要指进食量少。纳呆，指既无饥饿感又无进食要求。纳差，指虽有饥饿感，但进食量少。

食欲减退是疾病过程中常见的病理现象。纳差伴见消瘦疲乏、腹胀便溏、气短懒言、舌淡脉虚等症，为脾胃气虚，纳呆，兼见胸脘痞闷、头身困重、便溏苔腻等症，为湿邪困脾。不欲食，甚则厌食，兼见嗳腐吞酸，苔腐脉滑者，为食滞胃脘之伤食证。若肝胆湿热者，可见纳少厌油腻，口苦尿黄之症。肝郁乘脾者，症见不思饮食、呃逆嗳气、精神抑郁、胸胁胀痛等。

(2)**多食易饥**。又称消谷善饥。是指病人食欲过于旺盛，进食量多，但食后不久又感饥饿者。多食易饥兼见口臭、口渴、尿赤、便秘、舌红苔黄脉数者，为胃火亢盛；若兼发热、少腹硬满、便秘色黑者，为阳明蓄血；若兼大便溏泻者，为胃强脾弱；若兼多饮多尿者为消渴病。

(3)**饥不欲食**。指患者虽有饥饿感，但不思进食，见此症者多为胃阴不足之证。

(4)**偏食**。指患者偏好喜食某种食物或异物的表现。五味偏食，多与相关脏腑病证有关。如偏嗜酸味者，多属肝病；偏嗜苦味者，多属心

病；偏嗜辛味者，多属肺病；偏嗜咸味者，多属肾病。

嗜食生米、泥土之类异物，兼见绕脐腹痛，消瘦者，多属虫积，以小儿为多见。

已婚妇女喜食酸味，伴有停经、恶心、呕吐、脉滑等症，属妊娠恶阻。

此外，询问病人在疾病过程中食欲和食量的变化，可以了解疾病的预后转归。一般而言，病人食欲好转，食量渐增者，提示胃气渐复，病情好转，预后良好；若病人食欲减退，食量渐减，提示胃气衰退，预后较差；但若久病、重病之人本不能食，而突然食欲大振，食量大增暴食者，称为"除中"，是脾胃之气将绝的危候。

6. 问口渴饮水

口渴与否，饮水多少，与机体津液的盈亏、输布情况和阴阳盛衰有密切关系，故询问病人的口渴与饮水情况，可以了解病人津液变化和疾病的寒热虚实。正如《景岳全书·传忠录》说："渴与不渴，可以察里证之寒热，而虚实之辨亦从以见。"问诊时要详细询问口渴的程度、饮水多少、喜冷饮还是喜热饮等。

口渴，是体内津液缺乏或津液不能上承口咽所致。问诊时先要问渴与不渴。不渴为津液未伤，可见于平人或寒证；若口渴则要进一步询问欲饮水与不欲饮水。口渴不欲饮水者有表证里证之别，则要通过兼症询问辨之，如伴有恶寒、发热、头痛、咽痛、周身不适等症状，多属外感表证；若伴腹冷便溏者，多属里寒证；若伴口中粘腻，头身困重，或有浮肿者，多属湿困脾阳所致。口渴欲饮水者，则要询问饮水之多少，以及主要兼症。口渴多饮，又称"大渴引饮"，指口渴明显，饮水量多的表现，是机体内津液大伤所致。若口渴喜冷饮，伴有壮热面赤，汗出者为里实热证；若伴小便量多，甚至饮一溲二，能食易饥，逐渐消瘦者，为消渴病；若剧吐、过汗或泻下、利尿过度者亦可见口渴大饮。

口渴不多饮水者，多是津伤不著，或津液布化障碍，不能滋润口腔之故。问诊时主要询问伴见之兼症，若有五心烦热、盗汗者，多属阴虚证；伴有身热不扬、脘闷身困者多属湿温、湿热证；若伴有烦躁谵语，身热夜甚者多为温病热入营血。

口渴者还应询问欲饮水之冷热及其兼症。若欲冷饮者，多为热证；若喜热饮，伴有头身困重、乏力、食少便溏，多属寒湿困脾；若喜热饮，伴自汗、畏寒、手足不温者，多属肾阳不足、阳不化水。

另外有两种情况在问诊中应当注意，即口渴欲饮，但饮入即吐，伴头晕目眩，或可闻及胃肠有振水声音，多属痰饮病。若病人口干，但欲嗽水不欲咽，伴有舌暗有瘀斑，多是瘀血内停。

7.**问头**

头部问诊主要指询问患者头部有无冷(寒)、热、痛、晕、胀、重、鸣等自觉症状及主要兼症。

(1)**头冷、头热**。如果问得患者自觉脑部寒冷，喜戴帽或以布带、毛巾等织物裹头方觉舒服，并有不胜风寒者，则为头冷，俗称"脑冷"，主要责之厥阴中寒证或督脉虚寒证。如有头部发热者为"头热"，可见于肝火上炎、肾阴不足、虚火上炎、阴盛格阳等。

(2)**头痛**。头部自觉痛楚不舒者为头痛，由于导致头痛的原因较多，证情复杂，故还须询问头部疼痛的具体部位，是整个头痛还是前额痛，或头的一侧痛，或两侧近太阳穴处痛，或近于耳部痛，或头顶痛，或后项痛等；问疼痛的程度如剧痛、微痛等；问疼痛的时间，如持续性痛，上午痛、中午痛，还是午后、夜间痛，有无规律性等。

问疼痛的性质，如重痛、灼痛、刺痛等；还应问与头痛伴见的主要兼症，如恶寒发热，或壮热口渴，或呕吐涎沫等。如此方能区别诸如阳明头痛、少阳头痛、厥阴头痛、太阳头痛、太阴头痛、外感头痛、内伤头痛、瘀血头痛、痰湿头痛、实证头痛、虚证头痛等不同的证型。

(3)**头晕**。若问得患者自觉头部眩晕。轻者闭目即止，重者视物旋转，不能站立者称为头晕。还须询问患者头晕时是否伴有胀疼、烦躁易怒；是否伴有头重如裹，胸闷呕恶；是否遇劳加重；是否兼见健忘耳鸣，或伴见刺痛不移等兼症，以便鉴别所致之肝火上炎、痰湿内阻、气血亏虚、肾气虚衰、瘀血等不同证型。

(4)**头胀**。若问得患者头部发胀如裂，即为头胀，对此还应进一步询问是否有头胀且痛，口干口苦；或是否有头胀身重，腹胀泛恶，以别其是肝火上炎或湿阻清阳。

(5)**头重**。若问得患者头部沉重者即为头重,也称头沉,因其主要有风湿上阻、湿热上蒸、湿阻清阳、中气不足之区别,还须询问是否兼有痛、胀痛、头晕之感;是否还有鼻塞恶风、阴雨天加重,或身热心烦,或胸脘痞闷、恶心吐涎,或神疲乏力、纳减便溏等兼症方能明辨之。

(6)**脑鸣**。若问得患者自觉头部有声音鸣响的症状,即为"脑鸣",也谓"头响"、"头脑鸣响"。因为此症主要有肾精不足、髓海空虚、心脾两虚、湿热上壅、肝气郁滞等原因,故还须询问是否兼有腰酸腿软、遗精、头晕耳鸣,或少寐多梦、气短乏力、纳呆食少,或有眩晕呕恶、脑生肿物,或有恼怒则甚、胁痛、胸闷不舒、善太息等,通过兼症的询问,以别其因。

(7)**头皮麻木**。若问得患者有头部皮肤不知痛痒,麻木不仁者,即为头皮麻木。主要责之于血虚和痰湿阻络两端。若询问兼见头晕心悸者为血虚;若兼见肢体沉重、呕恶、吐涎者为痰湿阻络。

8.**问面部**

面部问诊主要是指针对患者面部出现的诸如疼痛、麻木等自觉症状及其兼症的询问方法。

(1)**面痛**。面痛主要指颜面整体或部分皮肤疼痛。其主要责之于风热挟痰阻络、风寒挟痰阻络、肝郁化火、气虚血瘀诸方面。由于有寒、热、虚、实之不同,故在询知有面痛时还应询问疼痛的性质,这在本证诊察中占有重要地位。如有呈阵发性、烧灼样或刀割样痛者;有呈抽掣样阵发性疼痛、剧痛、遇冷加重者;有灼痛、遇怒加重者;有其痛日久,痛如锥刺,固定不移者。故通过疼痛性质的询问,即可依次鉴别导致面痛的上述四因。也要询问伴随的兼症,如痛时面红汗出,口干尿赤者为风热挟痰阻络;如痛时心烦胁胀,多为肝郁化火;若痛时兼有气短,面晦舌暗者为气虚血瘀证。

(2)**面麻**。若询知患者面部皮肤肌肉麻木不仁者,为面麻,主要责之于风邪外袭、肝风内动、阳明火邪、风痰阻络。临证时主要通过面麻发病的骤缓及所伴见的兼症询问,即可别之。若问知是突然麻木,伴口渴便干,为阳明火邪;若面麻发病缓慢,伴见头重脚轻,多为肝风内动;伴见语言不清,流涎不止,多为风痰阻络所致。

9.**问目**

对眼目的询问，主要是向患者询问目的感觉（包括痛、痒、涩、胀）、分泌物（眼眵、流泪）和视觉（目昏、目盲、夜盲、妄见、近视、远视）等内容的问诊方法。

（1）**目部感觉**。目部感觉异常以目痛的内容为多，证情复杂，故应详细询问，才能明确诊断。

目痛：除疼痛的一般问诊内容外，尤其应当注意问目痛的性质，若隐隐作痛，其红不甚者为虚；痛如针刺，持续不止者为火邪有余；胀痛如暴裂，多为气火上逆；眼球坠痛似脱多为肝胆火热。次要问目痛放散的部位，若目痛连及目眦，属少阳经受邪；痛连巅顶后项者为太阳经受邪；痛连额鼻齿者，属阳明经受邪；连及巅顶兼见呕吐清涎者为肝胃虚寒。对目痛伴见主要兼症的询问也不要忽视，如兼畏寒、呕吐清涎者，属虚寒；兼烦闷者为肝气实；兼畏寒者为阳虚；食后痛者为实；饥饿时痛者为虚；兼二便不利者为实火内燔；兼二便清利者为阳虚内寒或虚火上浮；如果头痛如劈，目痛如锥，甚则眼前昏黑，只辨"三光"者，称为"雷头风"等。

目痒：目痒多属风邪为患，也有虚实之辨。对此症的问诊着重询问痒时伴见的兼症，以辨别此症之属血虚生风，或湿热内蕴兼受风邪，或虚火入络，或眼内寄生虫（又叫"腊目"）。有时也应询问发作的时间，有无发作规律等。如常发于春夏，过时即愈，或不治自愈，翌年再发，如此反复者，即为"时复症"。

目涩：目涩一症，亦有寒热虚实之分，应重点询问伴见兼症以别之，如有无赤痛目痒、流泪畏光，或干涩不爽、瞬目频频、不能久视、外观不红不肿，或伴有白眼微红微痒者，通过上述兼症的询问，方可分别此症是属风热外袭、肝火上攻、水亏血虚、肺阴不足或肝肾阴虚。此外若小儿眼干涩刺痒，目眨频频，能食而瘦，掩面而卧，午后潮热，羞明喜暗者，为"疳疾上目"，乃由脾虚肝旺所致。

目胀：目胀是自觉眼珠憋胀不爽，时发时止，甚则眼珠胀痛剧烈难忍，也称为"神珠自胀"。此症在绿风内障、青风内障、黑风内障、黄风内障、雷头风、偏头风及眉棱骨痛等疾病中均可出现，临床要结合

病史、程度、兼症及视力综合询问辨之。

(2)**目部分泌物**。目的分泌物指眼眵和流泪。问诊时主要从量之多少、质地之稀稠、色泽及兼症方面询问。有眼眵者虽多热，但有虚实之分。若多而干结者为肺经实热；若量多色黄如稠脓者，为肺胃热毒炽盛；若量多而胶粘，则为脾肺湿热。

流泪者有寒热虚实之分，亦有外感内伤之别。若泪热如汤者，多为风热壅盛；兼赤肿疼痛者，肝经实热上攻居多；兼目痒多系肝经血虚有热。迎风流泪兼目痒或睑肿者，多因风邪外侵。冷泪长流，拭之不断，多属气血不足；时流冷泪，兼见目昏，多为肝肾两亏。

(3)**视力**。若外观端好而视力下降，或是逐渐目昏，要问是单眼或双眼视力障碍；是迅速下降、骤然丧失或是逐渐视力模糊不清；远看模糊，或是近看不清，还是视远望近皆昏朦，或是注视后才感不清。要问白昼和入幕何时目暗，眼前有无暗影飞舞；是否眼前某一方位有固定暗影，以及有无视一为二、视物变形、视物变色等情况。在问诊基础上可结合内眼检查，诸诊合参，测知病在何部位，在气还是在血。上述情况可见之于视瞻昏渺症(中心性视网膜炎)、暴盲(视网膜中心动脉阻塞)、青盲(青光眼性视神经萎缩)、雀目、高风内障、视惑、目晕、萤星满目症、云雾移睛、远视、近视等病。

10.**问耳**

指对耳鸣、重听、耳聋、耳胀、耳痛等自觉症状的询问，这是耳部病症的主要诊察方法。

(1)**耳鸣**。是指患者自觉耳内有声鸣叫或如潮水响或如蝉鸣的感觉。问耳鸣时应询问耳鸣音调的高低强弱：耳鸣呈高音调，多为肝肾或心肾虚损，气血不足之证；呈低音调，多属肝胆热盛，邪气壅实。问耳鸣发病缓急：若发病急骤，鸣声较大者多属肝胆为盛，或痰火上扰清窍；若鸣声缓而久者，多为肾虚。问耳鸣病程长短：病程短者属实、属热；病程长者属虚。问耳鸣对按压的反应：若暴鸣声大，手按之更甚者，属实证，多为肝胆三焦火扰；若鸣声小，按之暂减，后又复作者多为肾气亏虚。问与耳鸣伴见的主要兼症：若耳鸣兼头晕、头胀，面红目赤，口干口苦，烦躁易怒者为肝胆火盛；若耳鸣渐作，兼胸脘痞闷，恶

心呕吐，纳呆便溏为脾湿气陷；若兼头晕、健忘，腰膝酸软者为肾精亏虚，肾气不足证。

(2)**耳聋**。指听觉大减或丧失。可由外感、内伤等多种疾患所致。问耳聋发病之骤缓：突然暴聋者，多属实证，可见之于伤寒少阳证，或温病邪热蒙蔽清窍证，也可见之于七情化火，肝火上扰证；发病缓慢持久者为肾虚。问伴见的主要兼症：伴有鼻塞、头痛者为外感风寒证；伴有咽痛、口渴者为外感风热证；伴有口苦、头胀头晕等为肝火上炎证；伴有头晕目眩，气短乏力，面色㿠白者为气血两虚；伴有耳鸣、腰膝酸软者为肾精不足；若老年耳聋则为生理衰退。

此外，耳痛、耳胀(耳内胀闷堵塞，以胀闷为主)等均应参照耳鸣、耳聋病的问诊方法进行询问。

11. **问鼻**

指对患者诸如鼻塞、鼻痛、鼻干、嗅觉异常等自觉症状的询问。

(1)**鼻塞**。鼻塞有外感内伤以及寒热之别，通过询问发病之久暂及主要兼症可以辨别。初病鼻塞多为外感，若兼声音重浊，流清涕者为外感风寒；若流黄涕鼻窍内红肿者为外感风热。鼻塞日久，时轻时重，粘膜肿胀色淡为肺脾两虚；鼻塞持续不减，鼻甲肿大暗红，为气滞血瘀；鼻塞间歇，粘膜红肿，流黄稠涕者为胆火上冲。

(2)**鼻痒**。鼻痒多见于伤风感冒，因此需询问其兼症辨别不同证候。若兼咽痛口干者为风热上侵；若鼻痒而干燥乏津为肺经燥热证；若兼有流清涕、喷嚏，反复发作，为“鼻鼽”或“鼽嚏”，系肺卫不固，外感风寒之证；若小儿鼻痒，鼻窍糜烂潮红，流溢脂水黄涕，手足心发热者为“鼻疳”，又名“鼻蟨疮”，多因饮食不调，湿热郁蒸，或肺经风热上壅之故。

(3)**鼻酸**。鼻酸可见之于外感诸邪或内伤之证，主要通过询问伴随鼻酸时涕液的色质进行辨别。若兼流黄涕者，为外感风热，或肺中痰火上侵；兼流清涕者多为肺气不足，风寒之邪外袭；出涕白粘，气息不利，多为肺脾气虚。

(4)**鼻痛**。鼻痛指鼻内作痛，可见之于多种证候，临证时要通过痛的性质、鼻腔感觉及涕的色质进行辨别。鼻头酸痛，伴鼻塞流清涕，为

风寒外袭；鼻灼痛，流黄涕，为风热壅鼻；鼻剧痛，伴流黄涕为肺经郁热上攻鼻窍；鼻胀痛主湿重；鼻跳痛（波动性痛）多因邪热较甚；鼻痛兼有干燥灼热，局部有结痂，色红，多属阴虚肺热；兼有头痛，窍内生肿物，质脆易出血，当注意有鼻癌之可能。

（5）**失嗅**。失嗅又叫嗅觉异常、嗅觉失灵。嗅觉异常主要指嗅觉迟钝或丧失，临证有虚实之辨，主要问其病之久暂程度及其分泌物颜色。嗅觉迟钝指还能辨别不同气味，只是指其辨别能力减退而已，兼鼻粘膜淡白肿胀，主要为肺脾两虚，清阳不升。嗅觉丧失指鼻不闻香臭。若发病短暂，鼻粘膜红肿流黄涕者为外感风热；若发病时间短，鼻流清涕者为外感风寒；若发病日久，粘膜色暗红肿胀者，为邪滞脉络；若病久伴有鼻中冷气出者多预后不良。

12. **问口**

指对唇、口腔、牙、龈、舌、咽部自觉症状等有关病况的询问方法。主要问其痛、痒及口味感觉等。

（1）**口腔**。口腔的询问主要针对口腔干湿润燥程度和口味有无异常，前者指口渴，后者指口味异常。口渴的内容已于前述，此处仅论口味异常。

口味异常，指口腔有异常的味觉。询问患者口味异常，可以了解疾病的性质及脏腑功能盛衰，尤其是脾胃肠道疾病。问诊时，主要问患者口中有何种异味感觉及兼症。

口淡：是指口中无味。若伴有恶寒发热，多属外感风寒表证；若伴食少纳呆、乏力，多属脾胃气虚。

口甜：是口中有甜味，又称口甘。伴头身困重、脘闷不舒、口燥咽干，多属脾胃湿热，也往往是消渴证的前兆。

口粘腻：是指口中粘而不爽，多伴有舌苔厚腻。若兼渴不欲饮、胸闷呕恶，或大便不爽，多属湿困脾胃。

口苦：是指口中有苦味的感觉，属热证表现，若伴有苔黄，若伴身热而渴，心烦尿短赤，多属里热证，或伏邪初起气分证。若兼咽干、胸胁苦满、小便黄、大便干，多属肝胆火盛；若兼心烦、失眠、口渴、舌痛、小便短赤、为心火亢盛。

口酸：指病人口中有酸味感觉。若病人口泛酸水，伴有胸满胁痛，嗳气不舒，大便不调，多为肝胃蕴热；若口中有酸腐气味，胸满腹胀，不欲食者为伤食。

口咸：指口中觉有咸味。若兼有头晕、腰痛胫酸、烦热咽干者为肾阴虚、阴虚火旺；若伴有畏寒肢冷、小便清长，多为肾阳虚，阳不制阴之故。

(2)**口唇**。唇为脾之外华，故询问唇的有关情况，可了解脾胃病证。唇部问诊主要问其痛、痒及有关兼症。若口唇发痒，色红且肿，破裂流水，痛如火灼者名为"唇风"，多由阳明胃火上攻所致；若坚硬疼痛，初结如豆，渐大如茧，妨碍饮食者为"茧唇"，亦属胃中积热，痰火流注于唇之故。

(3)**齿**。齿为骨之余，虽为肾所主，但其病证与他脏他经有关。首先要询问痛与不痛，若牙痛，则应追问痛之骤缓久暂。暴痛者多为实证、热证；久痛、缓痛者多属虚证。再问牙痛发作的时间，若朝轻暮重者为阴虚见证；朝重暮轻者为阳虚之证。问其是上牙痛或为下牙痛，上牙痛为胃火上炎；下牙痛主大肠有热。问其对冷热的反应，若牙痛得凉减则为外感风热或胃火上炎；得热而痛减为外感风寒。问牙痛放散部位，痛连于头者多为风寒；痛如针刺者为瘀血攻齿。问有无牙齿的摇动不坚，若有之而不痛者，为肾水不足，病势较重。还应询问有无龋齿病史，龋齿痛时牙根有孔，反复发作。

(4)**龈**。是胃和大肠经循行部位，故对其有关症状的询问可以了解胃、大肠之病证。齿与龈密切相关，但所主病证有别，故问诊亦略有差异。对龈主要问其疼痛剧缓，有无出血、肿胀、溃烂等。若痛而红肿者，多因于外感风热；痛而不红不肿者为外感风寒；慢痛而溃烂者，或有食物刺激时痛者为虚火上炎；剧痛、溃烂色红者因于心脾积热上蒸；慢痛而肿胀甚者主湿热上攻，湿重于热。剧痛而肿不甚者主湿热上攻，热重于湿。齿龈出血为"齿衄"，伴有口臭，龈肿者为胃火上炎，属实证，病多轻浅；无口臭，龈不红肿，且伴有齿摇者，为肾水不足，病势较重。

(5)**舌**。问舌主要指对患者舌体自觉有无痒、麻、痛、强硬不灵活

状的询问。

舌痒：指患者自述舌痒难忍者，本证虽多为热，但有虚实之分，故应详问其兼症，若痒而彻心，伴心烦不寐者多属心肾阴虚，心火上炎；痒而烦热口渴，伴有舌痛者，多为心火炽盛；痒而兼症不著者，多由外风挟内火循经上扰所致。

舌麻：舌感觉如虫行其上，非痛非痒，味觉减弱者谓之舌麻，又称舌麻木。凡虚损、痰饮、瘀血皆可导致阴血不能上荣于舌而致，故要详问兼症。若时作时止，伴有全身虚弱者为虚之故，多为心血虚、心脾两虚之证；若麻而舌体胖大、痰涎多者为痰浊阻滞；若麻而时有颤动者，为肝风内动；麻而有胀感，不辨五味，望之紫暗者，乃瘀血内阻。

舌痛：舌有痛感而非疮疡所致者。舌痛皆由火气上攻，然有实火、虚火之不同，有心、肝、胃火之异。故当详问其舌痛的具体部位、性质及兼症。就部位而言，若问其为舌尖尤甚者为心火上炎，舌边甚者为肝火上冲，舌中部甚者为胃火上攻。就其疼痛性质及兼症而言，若问其为灼痛而燥者为实火；若胀痛兼麻木者属痰火上攻；若舌痛间作，痛不甚剧，而兼五心烦热、少寐者属虚火上炎。

舌强硬：指舌体强硬，运动失灵，屈伸不便，甚至不能转动者。强硬舌为邪干脏腑之重候，外感内伤皆可出现。此证虽也属患者自觉症状，但须结合望舌色辨证。详见“望诊”。

13. **问咽喉**

指询问咽喉部有无异常感觉及通畅与否的方法。咽喉为口腔下端，食道与气道的结合部，是呼吸之气出入之门户，饮食必经之通道。咽喉病以火热证居多，寒证亦可见之，故临证时要详问其痛、干、痒，以及有无其他异常感觉和吞咽困难等。

(1)**咽痛**。有咽痛者，要追问疼痛之性质、时间及伴随主要兼症。若新病见咽喉痛痒红肿者为风邪外感；疼痛剧烈主里热壅盛；咽喉痛尿赤，夜寐不宁为心火上炎，心肾不交。咽痛不显或仅有不适感者多属虚证；若灼痛而干，朝轻暮重，主肺肾阴虚，虚火上炎；午前咽痛明显者为阴虚。

(2)**咽干**。有咽喉干燥不润之感者，多为火盛，但有实火虚火之不

同，主要通过追问其兼症以别之。咽干口苦目眩，或伴烦躁易怒者，乃由少阳胆经郁热，或肝胆火热上灼；若咽干口燥，烦渴喜冷饮，口泛臭味者，则因胃火亢盛，上灼咽窍而成。以上均为实热实火所致。咽干之属于虚火者，问诊中常兼下列症状，如兼易饥嘈杂，乃为胃阴不足；若咽喉干痒，咳嗽少痰，或痰中夹杂血丝，为肺阴亏虚。也要通过病程长短以别实热虚热，新病咽喉干痛微渴，或有身热恶风者为外感风热袭肺；若咽喉微痛不适，久久不愈者多为气阴不足，咽嗌失养。要问咽干出现的时间，如咽干以夜间明显伴腰膝酸痠软，遗精眩晕，则因于肾阴不足；若发于孕妇或分娩之后，兼发音不利，乃气血不足。此外，如询问中患者述及咽干口燥，但欲漱水不欲咽者，乃由瘀血阻滞，而非火证。

(3)**咽痒**。有咽痒不适者，多见于外感风、寒、热、燥之邪之故，也有内伤所致，可着重询问其咽痒之新久及兼症，以资鉴别。新病咽痒，若咽痒咳嗽，恶风者，因于风邪袭肺；咽痒咳嗽，痰稀，恶寒发热无汗者，为风寒袭肺；咽痒灼热，咳嗽痰稠，或有身热恶风，是风热犯肺之故；咽痒口干，咳而少痰，或兼微恶风寒者为燥邪伤肺。久病咽痒干燥，干咳少痰，或痰中有血丝者为肺阴亏虚使然。

(4)**咽中有异物感**。如果患者叙述咽喉有梗阻感，吞之不下，咯之不出，无红无肿不痛，吞咽自如，若问得胸中伴有窒闷憋胀感，每与情志变化有关者，名为“梅核气”，是肝气郁结，气滞痰阻所致；若咽喉感异物刺激，干痛不适，多因于肺肾阴虚。

(5)**吞咽困难**。此症常见于噎膈患者，表现为吞咽受阻。

14. **问颈项**

是指对患者颈项部的疼痛、酸困、强直等感觉异常的询问方法。

(1)**颈项痛**。颈项痛，有风湿在表、颈项扭伤、落枕之分。因此临证主要询问病因及其兼症即可别之。风湿在表者，有感风受湿之起因，如冒雨淋湿或久居湿地等，并伴有恶寒发热，汗出不减，头身困重等。颈部扭伤者有受伤史，多为单侧痛，负重感，并向背部放散，活动后或深呼吸时疼痛加剧；落枕者多因睡眠姿势不当造成，多为两侧或一侧有放散肩背之感，头部转动时疼痛加剧。

(2)**颈项疲困**。本症有内伤外感之分，主要询问病之久暂及兼症进行区分。疲困日久，伴见腰疲胫软，阳痿遗精，小便频数者为纵欲伤肾或年老精血亏虚之故。若病为新发，多为风寒之邪伤及筋脉。

(3)**颈项强硬**。指颈项部牵强板硬的症状，常由寒湿阻络、邪犯太阳及虚风内动引起，询问病之新旧、原发病证及兼症以区别之。新发者，若伴恶寒发热，身困重，舌苔白腻等表证特点为外感寒湿之证，若兼有表实无汗症状者为刚痉，若兼表虚有汗症状者为柔痉，均为邪犯太阳之故。颈项强直继发于汗、吐、泻、失血之后或病久者，即为阴津亏损，或阴血亏损，筋脉失养之虚风内动证。

15.**问胸胁**

是指对胸胁部位诸如疼痛、满闷、烦热等症状的询问。问胸，了解人肺疾患，问胁可察知肝病症。

(1)**问胸**。胸部和胁部虽无严格的界线，但由于二者病痛所主内脏病证有别，故应问清症状发生在胸还是在胁。一般认为，两乳之上谓之胸，胸下两乳之间至鸠尾处为膺胸，二者统称为胸。胸部疾病，多属心肺疾患，故问胸部异常感觉，主要可以了解心肺病变。

问胸部症状性质。若胸部刺痛，固定不移者，属血瘀，多为跌打外伤，瘀血阻滞；若胸胀痛走窜，太息易怒者，属气滞为病，因情志不舒，气机不利之故；胸闷而不痛，咳嗽气喘，痰白量多者，属湿浊阻肺；胸满痞不痛，若兼胸冷，咳吐涎沫，为寒痞；兼烦渴，脉数者为热痞；兼少气，呼吸不畅，善太息为虚痞；兼痰多，脉滑，为痰痞。此乃胸部四痞症，主要通过兼症的问诊加以鉴别。

问胸痛放散部位。若胸痛憋闷，痛引肩臂者，为胸痹，是胸阳不振，痰浊内阻，或气虚血瘀而致心脉气血不畅所致；胸痛彻背，疼痛剧烈，面色青灰，手足青冷者为真心痛，是心脉骤然闭塞不通所致；胸痛引及胁痛，伴有灼热、易怒、目赤、口苦、咳嗽者，为肝火犯肺。

问胸痛伴见症状。若伴壮热面赤，喘促鼻煽者，属肺热壅盛；若伴潮热盗汗，咳痰带血者为肺阴亏虚；若兼身热，咳吐脓血痰，气味腥臭者属肺痈。

(2)**问胁**。乳下两旁至肋骨尽处，谓之胁，肋骨尽处之下，谓之季

胁，统为胁。胁为肝胆所居，是二者经脉所循之处，故询问胁部的异常变化，主要可以了解肝胆及其相关经脉的病变。

问胁部时要问胁部疼痛胀满的性质，如胁胀痛为气滞；刺痛为瘀血。问兼症，如兼面红目赤者为肝火郁滞；兼身目发黄为肝胆湿热蕴结之黄疸；若兼咳唾引胸胁痛，为饮邪停留于胸胁之悬饮证。若为伤寒病胸胁苦满，寒热往来，则为少阳证。若杂病胸胁胀痛，情志不遂，善太息，则为肝气郁结所致。

16. **问胃脘**

问胃脘，指对胃脘部异常感觉（主要是疼痛、胀满）的询问。胃脘部指上腹中部鸠尾下，是胃所在的部位，俗称心下、心口等。故询问脘部的异常情况（主要是疼痛），主要可以诊胃腑疾病的寒热虚实。

首先问疼痛的性质。若冷痛者属胃寒，灼热而痛者属胃热；胀痛者属气滞不畅；刺痛、痛有定处者属胃腑瘀血；隐痛者为胃虚。

其次询问缓解疼痛的因素。若得热减者为寒邪犯胃；若喜温喜按者为胃阳不足。

还要询问所伴兼症。若伴有消谷善饥、口臭便秘者是胃火炽盛；若兼嗳气、郁怒而痛甚者为气郁不行，肝气犯胃；若兼嘈杂，饥不欲食，口干者为胃阴不足，虚火内扰；若胀痛兼嗳腐吞酸、厌食者为伤食，食滞胃脘。

17. **问腹**

腹，包括大腹、小腹和少腹。问腹，是指对腹部感觉异常（主要是疼痛）等病理表现的询问方法。腹部范围较广，大腹当脐属太阴，脐至毛际为小腹，属膀胱、胞宫，小腹两旁为少腹，为厥阴肝经所过。故询问腹部的病理表现，可以察知相关部位所在，及脏腑病变之寒热虚实。

首先，要详问腹部异常感觉的准确部位，以辨别相应脏腑之病位。若大腹痛为脾病；小腹胀痛者为膀胱或妇科病；少腹痛而牵引阴部为足厥阴病。

其次，问感觉异常（尤其是疼痛的性质）和兼症以辨明病性之寒热虚实。如若大腹隐痛，伴便溏者为脾胃虚寒，运化失职；小腹胀痛，

小便不利者是膀胱气化不利之癃闭；小腹刺痛，小便自利者为膀胱蓄血证。

最后，问对按压、寒温的反应。凡腹痛暴急剧烈，拒按、得食痛甚者，多属实证；凡腹痛喜凉者多为热证。另外，绕脐痛，有包块，按之可移者为虫积。

18. **问背**

问背，是指对背部病理性感觉异常的询问方法。背位于躯干后部，上连于肩项，下连于腰，为心肺之所居，督脉行于正中，足太阳经夹循两侧。背部感觉异常的问诊，要问清楚是痛、疼、热、冷的哪一种。若为背痛，重点询问其疼痛的性质、放散部位、缓解方法及其主要兼症等才能分辨是风寒外袭、阳气虚寒或精气亏虚等因素所致。风寒外袭，邪客太阳经脉者，其痛板滞，连及于项，几几(jǐn jǐn，音紧紧。拘紧不舒的样子。)不利，并伴有恶风寒等表证表现；阳气虚衰，脊骨空痛，不可俯仰，是督脉失养所致；此外，若背痛连肩，游走不定者，多为风湿痹证；背部刺痛，固定不移为瘀血停滞；背痛伴咳喘气逆，发热汗出者，为肺热壅盛；背痛伴有凉感，多属肺气不足；久坐而痛，喜捶喜按者为气血不足。

若是背疼则多由湿邪阻络、气血不足或劳损所致。湿邪阻络者背部疼沉，阴雨冷湿天气时加剧；气血不足者，喜按喜温，伴头晕心悸；劳损者多为疼困部位固定，遇劳加重。

若是背部发热者，则要重点追问兼症。伴有身热、胸热者，多为肺热或阴虚火旺；其热午后加重，伴咳吐黄痰，胸背胀痛，为肺火郁阻；其热夜间甚，伴五心烦热，腰膝疼软，属肾阴亏虚。

若是背部自觉冷凉者应重点问其伴随兼症。伴有发热、烦渴，多见于伤寒邪归阳明或暑热燔炽阳明之候；背冷一片如掌大，伴咳痰稀白，胸脘痞闷，属饮停阳遏；伴咳痰黄稠，胸闷不舒，为痰火内伏；伴背部重着，畏寒肢冷，为寒湿凝滞。

19. **问腰**

问腰，指对腰部病理性感觉异常的询问方法。腰部上至季胁而连及背膂，下至髂脊而连于尻尾。腰为肾之府，督脉行于脊里，足太阳经

分行于两侧，带脉绕腰际一周，故腰病多及于肾及相关诸经。

腰部感觉异常的问诊，要问清是痛、痠、热、冷的哪一种。腰痛者，风寒湿热、瘀血、气滞、肾虚及外伤闪挫皆可致之，故要问其疼痛发病的骤缓、特征、加重的时间，但主要问其兼症以资辨别。若腰脊强痛且拘急，发病急，伴背痛项强，发热恶寒者，为风寒外袭；若腰部冷痛重着，静卧不减，阴雨天加重，为寒湿阻络；若伴热感，热天或雨天加重，为湿热壅阻；痛如针刺，固定不移，昼轻夜重，是瘀血阻滞；若为时痛时散，伴胁肋痛者为气滞之故；冷痛伴有小便清长，畏寒肢冷，属肾阳不足；腰痠痛，伴五心烦热，为肾阴亏损；若腰痛卒发，因体位变动，深吸气、咳嗽等时加剧，多由外伤闪挫。腰痛连及尾骶，喜温按抚摸者为肾虚，也可因于寒湿侵淫或挫伤。

腰痠楚不舒，绵绵不已者，主要通过兼症询问，可以辨别属肾虚、劳损或妇女带下之证。腰部发凉者可通过病程长短及兼症的询问，以辨别是命门火衰、或冷风乘袭；若冷而有沉重感者，多为肾着证或风水证。

腰部发热多见于缠腰火丹或湿热所致，主要通过病程长短及兼症辨之，前者还伴有皮损症状。腰部紧束若无其他兼症者，为带脉气结而致。若伴有腰间灼痛及胁痛口苦者，为肝经湿热所致。

20. **问四肢**

问四肢，是指对四肢部诸如疼痛、麻木、痠楚、乏力等感觉异常的询问方法。“四肢为诸阳之本”，脾胃所主，是形体之末端，故谓之“四末”，易为外邪所伤，故问四肢除可了解相关脏腑病证外，尚可察知筋骨之疾。

(1)**疼痛**。是四肢感觉异常中最常见的症状，应重点询问。此病有外感内伤、虚证实证之辨，而且以痹病居多，故以疼痛性质及兼症为问诊要点。若疼痛游走不定者为风痹，又名行痹；关节重痛，固定不移者为湿痹，又名著痹；关节疼痛剧烈，遇寒加剧者为寒痹，又名痛痹；关节剧痛不可触摸，局部灼热红肿，为热痹；肢节剧痛，如同被虎咬伤，历节走注不定，谓之“白虎历节风”，又名痛风；若关节掣痛，肿大变形，不得屈伸，呈对称性肿痛，为尪痹；若肢节痠痛，劳后加重，伴肌

肉消瘦，畏寒自汗，头晕心悸者属气血虚亏；若四肢热痛喜凉，骨痛夜甚，筋脉拘急，为肝肾不足。

另外，也要问疼痛及相关兼症发生在何关节。若肩痛不可抬举者为“漏肩风”，又叫肩凝证；若膝部肿痛不可近，伴见恶寒发热者为“膝眼毒”，亦可见之于膝痈；若膝关节疼痛，肿大变形者为鹤膝风。若疼痛仅见于足跟，不红不肿，但不能久立久行者，多属肾亏；若痛发于足心者，多为肾虚湿著。若指趾痛如火灼，皮色紫黯，筋骨腐烂，甚至指趾脱落者为脱疽，又叫脱痈。

(2)**麻木**。指四肢肌肤知觉消失，不知痛痒之症，可由多种原因引起，应重点询问伴见症状。若伴有恶风畏寒肢凉，为风寒入络；伴目眩呕恶，肩背沉重，属风痰阻络；伴肢体震颤，头晕眼花，属肝风内动；伴抬举无力，少气懒言者为气血亏虚。也要询问具体部位，若下肢麻木，且有困重乏力者为湿邪所伤或湿热郁阻。若一侧肢体麻木，为中风先兆。

(3)**痿软**。指四肢肌肉痿软不适，绵绵不已的症状。所致原因较多，临床主要以询问兼症及其特点、加重原因等辨别。若伴憋胀，身热肢困，属湿热阻络；若伴冷重，阴雨天加重，为寒湿蕴结；劳累加重，伴头晕心悸，少气懒言，为气血亏虚。也要问痿软的特征，若呈游走不定者为风湿侵袭；若如风吹样感者，属肾气虚弱。还应问具体部位，如若仅为膝痿困无力，多为肾虚；若四肢某一部位痿软不适，遇劳加重，休息也不减轻，全身无其他不适感者，为劳损所致。

(4)**乏力**。指四肢懈怠，疲乏无力为主的症状，临证时主要询问其兼症。若伴有困重感者为脾虚湿困；伴头晕心悸，少气懒言，属气血两虚；若于盛夏伴身热汗出，少气懒言，为暑热伤气之证。此症虽可见于多种病证中，但非主症，故不予讨论。

21.**问皮肤**

问皮肤，主要是询问患者皮肤的感觉及皮损改变情况，借以判断疾病的性质和预后。

(1)**皮肤疼痛**。要问是周身皮肤痛还是局部皮肤痛。若周身皮肉疼痛，多见于外感风寒或风湿之邪的表证；如身痛如杖打，面赤发斑，

称为"阳毒",是外感暑湿疫毒;若久病卧床不起而周身痛者,多由营气不足,气血不和所致。

若是局部皮肤痛者则为外科疮疡,故问局部皮肤疼痛在外科疮疡中有重要意义。在问诊时要结合病情演变过程辨其预后顺逆吉凶。凡局部皮肤色赤燃灼痛,痛在皮肉间,局限一处者,阳证居多,轻者易治;如皮色不变,疼痛较轻,阴证居多,重则难愈。肿疡以知痛者为顺,为易治;若日久如故,感觉不痛,而病位盘踞要害,则属痼疾难疗。若肿疡发在疏松的皮肉,则其痛较轻;若发于皮肉致密处,则疼痛较剧。溃脓后,痛减为吉为顺;若脓生痛不减,甚者痛剧,为毒邪未尽,气血大虚,或治疗不当,为凶为逆。若肿势急骤,而且跳痛,按之应指者,为疮疡化脓;初起隐痛,微胀,微热,皮色暗褐,继则皮色青紫而胀痛,局部喜按,按之痛减为虚证;皮肉拒按,按之痛剧者为实证。

问其疼痛性质可辨病位。刺痛者,病在皮肤;灼痛者,病在肌肤;裂痛者,病在皮肉;钝痛者可见于流痰、附骨疽转入慢性阶段。

问其疼痛与肿胀发生的先后可辨病位及病势转归。皮肤先肿后痛,病浅在肌肤;先痛后肿者,病在皮肉之间;痛发数处,痛肿并起,可见于暑湿时邪,或病后余毒流注;痛无定处,而无形肿者,由风胜所致;肿势蔓延而疼痛固定,是毒已渐聚,其形虽巨,但不凶险;肿势散漫,而无处不痛者,是毒邪四散,其势方张,变化难测。

(2)**皮肤瘙痒**。是皮肤病常见的症状之一,多因风、湿、热、虫之邪客于皮肤所致。主要通过痒的特征及结合局部皮损状况辨之。若其痒**走窜不定**,遍体作痒,抓破不致化脓,伴有干燥脱屑者为风淫所致;若**皮损区常有水肿、小水疱**,搔破后有水液淋漓,沿表皮蚀烂,越腐越痒,**多为湿淫所致**;若皮肤隐疹,燃红灼热作痒,或只发于常暴露部位,或遍及全身。**若毒热炽盛**,则肉腐、糜烂、化脓,热盛作痒,多为禀赋不足,皮肤**腠理不密之过敏性疾病**。痒如虫行皮中,奇痒难忍,皮损区多在阴隙多汗处,**且有浸淫漫延**,黄水频流特点,有较大的传染性,此为虫淫所致,**见之于疥疮**;皮肤变厚,干燥、脱屑、作痒,日轻夜重,**多为血虚生风化燥之故**;**疔疮痈疡**初起,常有痒感,此为毒热未聚的征兆;疮疡溃后,**疮面新肉红活如珠**,此时局部伴有痒感,多为气血充

盈，将要敛口的佳象。

(3)**皮肤麻木**。麻是非痛非痒，肌肉如有虫行，按之不止，搔之愈甚；木是不痛不痒，按之不知，掐之不觉，如木厚之感。由于二者常相伴发生，并称麻木。临证时主要询问麻木发生的部位及其伴随兼症。若颜面麻木，伴有口眼歪斜者，为风中经络；若四肢皮肤麻木，活动正常，伴关节痛者，见于痹证，发于上肢者为风湿，或气虚夹痰，发于下肢者以寒湿、湿热为多见；半身麻木，活动自如，多为中风先兆，伴有头晕目眩，气短乏力者为气血两虚；若伴有胁胀、嗳气、口苦者，为气滞；指趾麻木，伴爪甲色淡，指趾冷凉，头晕乏力者，为血虚生风；局部皮肤顽麻，知觉尚存，多为痰湿阻滞，或瘀血闭阻；周身皮肤麻木，多是营卫不和之故。

22.**问伤损**

问伤损是指对受损的时间、原因及功能活动等有关资料的询问方法。问诊是伤损诊法中非常重要的诊察方法，通过问诊，可以获取患者的主要症状，发病时间，受伤部位，受伤原因，以及体位、伤后肢体功能情况等资料。要重点询问以下几方面：

(1)**问外伤史**。主要问伤损的原因类型，如若自己跌仆、闪挫者，其伤势比较单纯；若因外力撞击、压砸或高处坠堕而受伤，其伤势较为复杂。临床上常根据外力性质、轻重、患者受伤时的体位及着力方向的询问，可以初步判断出伤损的部位及轻重程度。如高处坠落，足跟或臀部先着地，则易发生脊骨骨折或足跟骨折；如跌仆时身体斜向一侧，肩部先着地，则易发生锁骨骨折等。

(2)**问疼痛**。伤损后会产生不同程度的疼痛，应详问其疼痛的起始时间、部位、性质、程度及与发病的关系。如剧痛多见于骨折及急性伤筋，酸痛多见慢性伤筋，麻木可见于任何损伤等。

(3)**问受伤时间**。问受伤时间的长短，可判断伤损的新旧，掌握发病过程，如突然受伤，为急性伤损；如逐渐形成，属慢性劳损。一般伤损3周以上者即为陈旧性伤损。

(4)**问功能活动**。如有功能障碍者，应询问其是伤后还是过时而发，一般骨折、脱位后肢体活动功能多立即丧失；伤筋则大多在过一

段时间后随着肿胀而加重。

23.**问前阴**

问前阴，是指对前阴的感觉异常、性功能障等情况的询问。

(1)**问性功能活动**。凡青壮年男子，阴茎不能正常勃起，或勃而不坚，或坚而不久，致使不能进行房事者，即为阳痿，多因房劳过度，肾阳不足所致，也有心肾不交、湿热下注、肝气郁结引起，要通过对兼症的追询方能辨之。凡阴茎异常勃起，久而不衰，精液自溢者，为阳强，多属肝肾阴虚，虚火妄动之故。凡不经性交而精液自泄者，为遗精，有梦而遗精者为梦遗；无梦而遗精者为滑精。遗精有肾虚精关不固者，有阴虚相火妄动者，有湿热下注，扰动精室者，均可通过问其兼症以辨之。凡性交时间极短，或性交前即精液自泄，不能完成正常房事者，即为早泄，多属肾亏，或阴虚相火妄动，或因精神过度紧张所致。凡性交不能射精即为不射精，多为房事过度伤及肾气之故。凡无性欲或性交中无快感者为性冷淡，多见于女子。

(2)**问外阴异常感觉**。凡阴茎中发痒、疼痛者，即为茎中痛痒，可见于遗精、阳强、不射精等证，多为湿热下注，或肾气虚。女子阴户及阴中胀痛，多由郁热损及肝脾或交媾过度引起。阴囊作痒搔之有皮屑，抓破流水，热痛如火燎，为阴囊瘙痒，又叫“肾囊风”，俗称“绣球风”，多因血虚化燥，或肝经湿热所致。女子阴户或阴中瘙痒难忍，有灼热感，称为阴痒。若奇痒刺痛，带下量多，色黄或呈泡沫样，名为“阴蜃”(阴道滴虫病)，又称“阴蚀”。为湿热下注所致。若大腿根部与少腹部连接的折纹缝处生有肿块而痛者，为鼠溪肿痛，多为湿热流注、热毒壅聚、寒凝气滞所致，还要结合局部望诊切按辨证。凡前阴(包括阴茎、阴囊、睾丸)内缩及妇人阴户内缩，痛引少腹者为阴缩，多为寒伤厥阴，亦可见于亡阳虚脱，一实一虚，可据病史、兼症询问及全身症状诊察辨之。

24.**问后阴**

问后阴，是指对肛门及其周围皮肤感觉异常的询问方法。主要询问肛门瘙痒、肛门疼痛、肛门灼热等方面。

(1)**肛门瘙痒**。指肛门周围皮肤奇痒难忍者，多因风、热、湿邪郁

阻，或虫、痔、瘘、裂等引起。所以在询问此病时必须结合局部的望诊。小儿肛门瘙痒，不得安卧，肛门处有小白线虫爬出，为蛲虫病；若伴有肛门周围有扁平丘疹，呈串珠状，表面光滑者，为“肛门疣”；若会阴部有丘疹或小水泡，渐向周围扩大而成红斑，边缘清楚，上有薄屑，瘙痒极甚，称为阴癣，由于风湿浸淫而成。

(2)**肛门疼痛**。指肛门肿胀疼痛，甚至刺痛难忍者。常见于肛门周围痈疽、肛裂或痔疮等。凡寒、热、虚、实、脓、瘀皆可致痛，多为局部气血壅滞不通所致。临证时主要询问疼痛性质、对按揉的反应及其兼症辨之。若局部色赤而灼痛者属热；色白而酸痛者属寒；不胀不憋，揉按反应痛减者属虚；又胀又憋，一触即痛者属实；痛如撕裂，微有肿胀者为瘀；其痛时发时止者属风；痛而肿胀者为气滞。

(3)**肛门灼热**。指肛门有烧灼感。多见于肛痈、肛疮、肛痔、痢疾或久泻。主要通过兼症的询问及局部望诊辨别。

25.**问大便**

问大便，是指诊察大便色、质、量、气味的变化以了解疾病的方法。大便是人体饮食水谷经脾胃腐熟消化，肝的疏泄，命门的温煦，肠道吸收其精微成分后的残余部分。正常人每日或隔日排便一次，成形而绵软，不稀不燥，无脓血、粘液和不消化的食物，其色淡黄，排出通畅。如果大便的色质量气味发生异常变化，即属病理。临床诊察虽然可分望诊、闻诊、问诊诸法察知，但主要通过询问以了解有关情况。

就大便的性状、颜色及有无夹杂物而言，无论是医生直接观察，或通过患者间接获得，都属望诊内容，若大便糊状为肠中有热，如鸭粪而稀者为虚寒；粘稠为热盛津少，干结为津亏；如羊粪为噎膈晚期；夹白带脓为痢疾；夹有未消化食物为中阳不足或命火亏虚。色淡黄为虚热；深黄为实热；色黑为蓄血；色白为大肠虚寒；色绿为肝郁乘脾或受惊；色赤为赤痢；如鱼脑者是湿热痢；色青为风从脐入肠胃。

便之气味若酸臭者为伤食积热；腥臭为肠寒证；恶臭者为肠中积热。

问诊是诊大便的主要方法。首先，须问排便次数，若以大便稀薄，排便次数增多为主者称为“泄泻”，有湿热泻、热结泻、脾虚泻、肾虚泻

(五更泻)、肝气犯脾泻等;尚须结合便质便色及主要兼症辨别。若排便次数减少,数日一行,且干结难解者为大便秘结,证有热秘、冷秘、气秘、虚秘之分,要结合兼症辨之。

其次,要问排便感觉。如便时肛门有灼热感者是大肠湿热;腹痛欲泻,但排解又不爽利,为气滞所致;排便不爽,矢气多,是肝气乘脾;腹痛窘迫,肛门重坠,便出不爽者多见于痢疾。大便不能自控者为大便失禁,多为气虚或年迈体虚者。可见,问诊时不但要问便次,问排便感觉,同时也要询问与排便异常相伴的主要兼症,综合评判,才可作出准确的辨证。

26. **问小便**

问小便,是指诊察小便色、质、量、气味的变化,以判断疾病的方法。尿是人体津液代谢的产物,正常人的尿液为淡黄色透明液体,每日约 1000～2000ml,其生成排泄与脏腑组织津液代谢直接相关,因此仔细诊察尿液变化,对临床辨证治疗有十分重要意义。诊小便凭借望诊和问诊,望其性状、颜色,问其排尿约量、时间(便次)及排尿时的感觉。个别情况下也可借用嗅气味方法辨证。

(1)**小便性状**。就小便性状而言,若小便混浊者为湿热下注;小便清长者为阳虚或寒盛;小便白浊者为热注膀胱或脾虚不摄;小便夹有血丝或血块者为热伤膀胱血络;小便夹砂石为石淋;小便夹精者为热扰精室之故。

(2)**小便颜色**。就尿色而言,正常之尿液颜色为淡黄,可受出汗、气候、饮水量等因素影响,尿液可发生颜色变化。尿色黄为热;深黄为热盛;黄如茶水柏汁者为湿热黄疸;色清为寒;色赤如苏木色为血热;尿色黑如酱油为肾病;鲜红为血尿;色白如米泔为下焦虚寒,也可因下焦湿热引起。

(3)**尿量**。尿量多少虽属望诊,但须通过询问患者,或对住院病人尿量测量而知。尿量增多常见于虚寒、消渴等;尿量减少见于里实热证,或者汗、吐、下太过伤津,或肾阳虚衰日久,气化失司。此外,在辨尿量时要结合询问口渴与不渴,多饮与少饮。若尿多色清,口淡不渴者为寒证;尿少色黄,口渴冷饮者为热证。

(4)**问排尿时间及便次**。正常人排尿有一定的时间规律性,白天尿量多于夜间,冷天多于热天。夜尿增多,属肾阳虚衰;夜间尿床(遗尿)亦多虚证。患者小便次数增多者为小便频数,若兼有尿急、尿频、尿少者为湿热所致;若兼小便清长者为气虚之故;若兼尿少色黄,尿道灼痛者为阴虚火旺。

(5)**问排尿时的感觉**。若小便排出不利者,多为肺气不宣、脾气不运、肾气不振之故,此时多伴有浮肿。若小便不利兼有尿短赤、口苦口干者,多为湿热下注。外伤亦可致小便不利,则要察询外伤史。小便不通是又一排尿感觉异常,指尿液排出困难,可因多种原因引起,可通过询问兼症辨之。若兼气短乏力,无力使尿排尽者为气虚或肾亏;若伴有尿痛、尿急、尿频、尿道灼热者为湿热瘀阻。

(6)**小便气味**。另外,在特殊情况下可辨尿之气味,若尿呈烂苹果之气味者,为消渴病之重证。

27.**问月经**

问月经,是指对月经的周期、色、质、量及伴随症的诊察,以判断妇女气血的盛衰、寒热及脏腑经络虚实的方法。

月经是妇女在一定年龄阶段周期性的子宫出血。正常月经周期为30天左右,持续3～7天,每次经量为50～100ml,不稠不稀,不凝结,略带腥味而无秽臭。诊月经,主要靠问诊,其次是望诊和其他诊察方法。

(1)**月经周期**。问诊时应注意询问月经的周期,行经的天数、经量、经色、经质及有关兼症,必要时要询问末次月经的日期,初潮年龄及绝经年龄等。若问得经期异常,临床可分为三种情况,即月经先期:多见于血热和气虚。若兼量多、色红、质稠者为血热;若量多、色淡、质稀,舌淡脉虚者为气虚。月经后期:多见于血寒、血虚、气滞,可结合月经量、质和兼症询问辨之。若经色紫黯、有块、量少、畏寒肢冷者为血寒证;若兼量少有块,胁肋乳房发胀,小腹痛者为气滞或气滞血瘀证。月经先后不定期:多见于肝郁气滞或肾虚证。若追问兼见经量或多或少,色紫黯,有块,经行不畅,胸胁、乳房、小腹胀痛者多为肝郁气滞证;若兼量少、色黯淡、质稀和其他肾虚见症者为肾虚证。

(2)**月经血量**。要询问经量的改变情况。若经量超过正常者为月经过多，多见于血热和气虚；月经量少于正常者为月经过少，多见于血虚、寒凝、瘀血、肾亏诸证。临证都要进一步追问与月经有关的兼症方能辨之。若月经大下不止者为"崩"，多为血热所致；月经长期淋漓不断者为"漏"，多见于血瘀证或脾肾两虚证。另有"经闭"，除生理原因外，有虚实两端，虚者多见于肝肾不足，气血亏虚证；实者多为气滞血瘀，或痰湿阻滞证。上述情况都要结合月经有关情况及其兼症询问以辨之。

(3)**月经颜色质地**。经色、经质异常，虽属望诊内容，但仍需通过询问患者始能了解。一般而言，经色淡红，质稀，多属气血虚亏证；经色淡红，质稠者，多属于热；经色紫黯有块者，多为寒凝血瘀证；经色黯红有块者为气滞血瘀证。

(4)**经行异常感觉**。正常情况下，月经来潮时无不适症状，或可伴有轻微下腹及腰骶痠胀，乳房轻度胀痛，头晕，纳差等，病人仍可坚持正常工作，不作病态论处。若上述症状显著者则应视为病态。痛经者，实证多见于气滞血瘀证、寒凝胞宫证或湿热下注证；虚证者多见于气血虚弱证或肝肾虚损证。行经乳胀者多为气滞。

此外，临床常见伴随月经来潮而周期性的出现头痛、吐血衄血、呕吐、泻泄、身痛、紫癜等，都应一一询问，并作辨证施治的重要依据。

28.**问带下**

问带下，是通过诊带下的色、质、量、气味的变化，以辨识相关疾病的寒热虚实之方法。带下有广狭之分，此处指妇女自青春期开始，阴道内流出的少量无色、透明无臭味的液体。如其色、质、量、气味发生了异常即为带下病。对带下病的诊察虽然属望诊的内容，但临床上主要是通过询问患者而获得相应资料，故问诊是其主要方法。就带下之色而言，色白质粘，劳后增多者为脾虚湿盛；色白质稀，小腹发凉者为肾虚寒湿证；色白形如豆渣，伴外阴瘙痒者为下焦湿热；若色黄量多为湿热；色黄质稀，无臭味者为脾虚湿浊下注；若带下赤白相杂，而白多红少，阴部时痒者为肝郁湿火下注；若红白相杂，量多粘稠为湿热久结带脉。若带下颜色时有变化，时而如米泔水，或如血水，或如脓

液，且恶臭者为恶候，难治。

总之，带下质稀为虚寒，质稠为实热；如涕如唾者为脾虚湿注，如脓液者为疮脓。气味臭秽为热，腥臭为寒，恶臭为湿热蕴毒。

29. **问胎孕**

问胎孕，是指对妇女怀胎受孕及其有关情况进行诊察的方法。妇人胎孕诊法主要运用问诊及腹部切诊，临证时往往是四诊合参，综合考虑。已婚妇女素常月经正常，若突然月经闭止而无其他病理表现，脉滑数柔和者应考虑妊娠。对妊娠期间的妇女，应询问其全身有无不适反应和怀胎情况。若因妊娠而致厌食、恶心、呕吐者称为“妊娠恶阻”，或“妊娠呕吐”，又叫“子病”、“儿病”等，多因脾胃虚弱或肝胃不和所致。若妊娠后感到小腹下坠疼痛，继而腰疲，阴道少量流血者称为胎动不安，总因肾虚、气血虚弱或跌仆伤胎引起。

妊娠妇女还要察乳房。一般在妊娠后乳房膨胀，乳晕扩大色黯黑，若孕后初时乳房胀大，及后反见缩小，乳晕着色由深色转为淡色者，可能为胎萎不长或胎死腹中。

对妊娠妇女要注意闻及胎音变化。妊娠20周后，胎儿发育正常，可在腹壁相应部位听到胎音，可从胎音的强弱、节律判断胎儿发育情况。

妊娠后要进行腹部仔细扪按，了解子宫大小与妊娠月份是否相符。一般在妊娠三个月时，可在耻骨联合上扪及宫底，五六个月时宫底平脐，七个月时宫底达脐上三指，九个月时宫底在剑突下二横指。如妊娠后腹形明显大于妊娠月份，腹皮光亮，或自觉喘促者，可能是胎水肿满；如腹形明显小于正常，可能为胎萎不长；若胎音或胎动消失，则应确诊其是否为胎死腹中。

30. **问产后**

妇女分娩后，因其出血伤津，血室空虚，则易导致外邪乘虚侵入，引起多种疾病。临床常见的有恶露不绝和产后发热。

(1)**恶露不绝**。恶露是指产后阴道内排出的瘀浊败血，一般应在产后的20天内排尽，若产后恶露持续20天以上仍淋漓不断者，称为恶露不绝。若量多、色淡、质稀、兼面色萎黄、神疲乏力等症，为气虚；

若量多、色红、质粘稠，兼见面红、口干、便秘、尿黄、舌红、脉数等症，为血热；若紫黯有块、量少淋漓涩滞不爽，兼少腹刺痛、舌质紫黯有瘀斑者，为血瘀。

(2)**产后发热**。分娩后持续发热不退者，称为产后发热。常见有外感表证、邪毒内侵和阴血亏虚三种。若有恶寒发热、头痛、无汗(或有汗)、脉浮者为外感表证；若高热寒战、小腹疼痛拒按，恶露色如败酱、有臭气、口干口若、尿少色黄、舌红苔黄、脉数有力者，为邪毒内侵；若见产后低热、头晕、面舌色淡、心悸失眠、腹痛绵绵、大便干结等症，为阴血亏虚。

此外，对产后还应询问有无头晕、便干，以验津液盛衰；小腹是否疼痛，以辨有无瘀血；问乳汁及饮食如何，以察胃气之强弱等。

31.**问小儿**

儿科古称"哑科"。对小儿的询问不仅困难，而且也不一定准确，所以医生主要通过询问陪诊者，以获得有关疾病的资料。

小儿与成人不同，在生理上具有脏腑娇嫩，生机勃勃，发育迅速的特点；在病理方面具有发病较快、变化较多，易虚易实的特点。因此，对小儿病除一般问诊内容外，还要注意结合小儿的生理病理特点，着重从以下几方面询问。

(1)**问出生前后情况**。新生儿(出生至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，需要的营养远较成人为多，而脾胃功能又比较脆弱，如果喂养不当，易患营养不良、腹泻及五迟，五软等病。故应重点询问喂养方式及坐、爬、立、走、出牙、学语的迟早，从而了解小儿后天营养状况和生长发育是否正常。

(2)**问预防接种及传染病史**。小儿6个月至5周岁，从母体获得的先天免疫能力逐渐消失，而后天的免疫机能尚未完全形成，故易感染水痘、麻疹等急性传染病。预防接种可以帮助小儿建立后天免疫机能，以减少感染发病。患过某些传染病，常可获得终生免疫力，而不会

再患此病。若密切接触传染病患者，如水痘、丹痧、麻疹、痄腮及某些肝病，常可引起小儿感染发病。因此，询问上述情况，可作为确定诊断的重要依据。

(3)**问易使小儿致病的原因**。小儿脏腑娇嫩，抵抗力弱，自我调节功能低下，易受气候及环境影响，感受六淫外邪发病，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、泻泄、腹痛等症；婴幼儿元神未充，脑神经发育不完善，易受惊吓，而见哭闹、惊叫等症。所以，要了解小儿致病原因，应注意围绕上述情况进行询问。

第四节　切脉诊法

切脉诊法，是指医生用手指切按病人的脉搏，以获取辨证资料的诊病方法。

一、三部九候诊脉法

三部九候诊法，又称遍诊法，或全身遍诊法，是指对头、手、下肢三部之动脉进行切按，以诊察疾疾的诊脉方法。此法首见于《素问·三部九候论》，切脉的部位有头(上)、手(中)、下肢(下)三部，每部又分为天、人、地三部，三而三之，合而为九。上部天，即两额之动脉(即太阳穴)，属足少阳胆经，可候察头角之气；上部人，即两耳前动脉(耳门穴)，属手少阳三焦经，以候耳目之气；上部地即两颊之动脉(即巨髎穴)，属足阳明胃经，以候口齿之气。

中部天即寸口动脉，属手太阴肺经，以候肺气；中部人即神门穴处之动脉，属手少阴心经，以候心气；中部地即合谷穴处之动脉，属手阳明大肠经，以候胸中之气。

下部天即股动脉(五里穴)，或足大趾次趾间动脉(太冲穴)，属足厥阴肝经，以候肝气；下部人即膝上八寸股内侧之动脉(箕门穴)，或足背动脉(冲阳穴)，属足太阴脾经，以候脾胃之气；下部地即内踝后之动脉(太溪穴)，属足少阴肾经，以候肾气。

此法自仲景以后较少应用，《难经》将此三部九候之法作为独取寸口诊脉方法之依据，正如《难经·三十八难》云："三部者，寸、关、尺也；九候者，浮、中、沉也。"所以，"三部九候"古今名同质异，不可不别。

二、三部诊脉法

三部诊脉法是指对人迎、寸口、趺阳三脉进行切按，以获取辨证资料的方法。三部诊法始于汉代张仲景《伤寒论》，其中人迎动脉以候胃气，寸口动脉以候十二经之气血，趺阳动脉候察胃气。若人迎脉盛而紧者，主阳邪盛而病进，主病在表；人迎脉沉而滑，为病退正复。

趺阳脉从容和缓，是脾胃无病之脉。趺阳脉浮为胃气虚弱；趺阳脉浮而涩见于反胃病，或脾弱胃强之大便秘结；趺阳脉浮数为胃火盛；若浮而滑者为胃中实热；浮而紧者为脾虚寒凝；若浮大为气实血虚；沉数为脾胃实热；沉紧为寒盛；若大而紧者为中虚寒盛之下利，若趺阳脉绝不见者为脾胃将绝。

三、人迎寸口二部诊脉法

人迎寸口诊脉法，是将人迎寸口脉象相互参照，进行分析的一种诊脉方法。这种方法为《内经》所创，并广泛使用。认为寸口脉主要反映内脏阴分的情况，人迎脉主要反映体表阳分的病变，此即《灵枢·四时气》中"气口候阴，人迎候阳"之意。这两处脉象相应，来去大小一致，是为健康无病之象。若人迎脉大于寸口脉一倍、二倍、三倍时，说明病位在阳、在表、在阳经，如若人迎脉大于寸口脉四倍而数者为"外格"，是危证。反之，寸口脉大于人迎脉一倍、二倍、三倍时，为病在里、在阴、在内脏、在阴经，若寸口脉四倍于人迎者为"内关"，且大而数者亦为危象。如若人迎脉比寸口脉小，提示阳经不足。反之，寸口脉比人迎脉小者，为阴经、内脏之不足。故《灵枢·终始》篇说："持其脉口（即寸口）人迎，以知阴阳有余不足，平与不平。"

四、寸口脉诊法

寸口脉诊法是指医生用手指切按病人掌后高骨处手太阴肺经之

动脉，以获取与疾病有关资料的方法。

寸口又叫脉口、气口，分寸关尺三部，两手各有寸关尺三部，共六部脉。两手的寸关尺分候不同脏腑，历代分配方法不一，目前比较一致的意见是：左寸可候心与膻中，左关可候肝胆与膈，左尺可候肾与小腹。右寸可候肺与胸中，右关可候脾与胃，右尺可候肾与小腹。

独取寸口诊脉法是指仅仅切按桡骨茎突内侧的一段动脉的搏动形象，以推测人体的生理、病理状况的诊察方法。此法始于《内经》，详于《难经》，推广于王叔和的《脉经》。

诊寸口脉要掌握下列方法：

一是体位。要让病人坐或卧位，手臂与心脏水平位置，要平臂直腕，手心向上，并在腕关节背侧垫一布枕。

二是指法。医生与病人侧向坐，左手诊病人右手脉，右手诊病人左手脉。下指时，中指先按在掌后高骨内侧之关脉部，接着用食指按关前的寸脉部，无名指按关后的尺脉部。三指应呈弓形，指头平齐，以指端的指腹按触脉体。布指疏密要据患者身材决定，布指取准后，三指平布同时用力切按为总按。为了重点体会某一部脉象时，再用一指着力单按，两种方法要配合运用。

三是举按寻。这是诊脉时运用指力的轻重和挪移，以探索脉象的一种方法。用轻指力按在皮肤上叫举，又叫浮取或轻取，用重指力按在筋骨间时叫按，又叫沉取和重取；按力不轻不重，还可亦轻亦重叫寻。当三部脉有独异时，还必须挪移指位，内外推寻，故“寻”并不等于中取。

四是平调呼吸。医生在诊脉时呼吸要自然均匀，用呼吸来计算病人脉搏的至数。

五是要五十动。每次诊脉必满五十动，按每一侧脉时都应如此。此法一是可了解有无歇止，二是防止诊脉草率从事。

六要掌握正常人的脉象特征，知常达变。正常人的脉象又叫平脉，其特点是寸、关、尺三部皆有脉，一息四至，不浮不沉，不快不慢，从容和缓，节律一致（有胃气），柔和有力（有神气），沉取应指有力（有根）。反是者病。

七要在切诊时应分别从一息的至数、脉位显现的深浅长短、脉形变化特征以及脉势(应指力量)的大小等诸方面辨识。

在掌节律的齐与不齐、流制度、脉道管壁紧张度、管壁的弹性握了诊脉的具体方法后,还有几点注意事项必须熟悉:一要注意保持安静,这当中包括环境的安静,病人及医生心绪宁静等;二要注意避免不正确的体位,因为不正确的体位会影响局部血液运行而干扰脉象变化;三要注意指力的正确运用;四要注意正确的布指,过疏过密均可妨碍获取正确脉象资料;五要注意防止草率。

(一)诊浮类脉

诊浮类脉指对脉位表浅,用轻指力切按即可体察脉象全貌特征的一类脉象切按的方法。诊此类脉时,着指用力要轻,在轻指力(即举)切按之下体察脉体形象,不可重取,因随指力加大,脉体形象特征随之减弱。故要轻指力切按,以体会其脉形、脉势及至数等。此类脉包括浮脉、洪脉、芤脉、革脉、濡脉、散脉六种,虽都是轻取即得,但体象又有区别,主病也各不相同。

1. 浮脉

浮在皮毛,如水漂木;举之有余,按之不足者。主表证。浮而有力为表实,浮而无力为表虚;浮紧为表寒;浮数为表热;浮缓为伤风(或曰太阳中风证)。

2. 洪脉

脉形极大,状如洪水,来盛去衰,滔滔满指者。主热盛。盛夏脉洪而和缓者为常脉。

3. 芤脉

浮大中空,边软,如按葱管者。其脉位浮浅,脉形较大,来势弱而中空者。主失血、伤阴、失精。

4. 革脉

浮取搏指,中空边硬,如按鼓皮者。主亡血、失精、小产、崩漏等证。

5. 濡脉

脉位浮浅,细软无力,气势较弱者。主虚证,又主湿证。

6. **散脉**

浮散无根，至数不明，脉位浅，轻取似有；脉势弱，按之即无，不任寻按，中取沉候皆无者。主元气离散。

（二）诊沉类脉

诊沉类脉指对脉位深在，重按才能体现脉体全貌之类脉象的切按方法。此类脉象包括沉、伏、牢脉，切诊时均要着力重按，然后再体会其脉形。

1. **沉脉**

脉位深在，轻取不应，重按始得者。主里证。有力为里实，无力为里虚。

2. **伏脉病**

切诊时须重指力推筋着骨始得，甚者伏而不见者。主邪闭、厥病，也主痛极。

3. **牢脉**

切诊时在重指力切按基础上分辨脉势、脉位长短及脉形，其特点为沉按实大弦长。主阴寒内盛，疝气、癥瘕。

（三）诊迟类脉

诊迟类脉指对脉来至数不及四至一类脉象的切诊方法。此类脉包括迟、缓、涩、结、代五种。切诊时除应注意分辨至数外，还应体察其脉势、流利度及节律变化。

1. **迟脉**

指脉来迟，切诊时脉搏一息应指不足四至者。主寒证。

2. **缓脉**

切诊时，指下脉率虽为一息四至，但脉势来去怠缓，往来和匀之象。主湿证，也主脾胃虚弱之证。若久病其脉转缓者为正复。

3. **涩脉**

切诊时指下脉搏往来艰涩，不流畅，有如轻刀刮竹者。主伤精、血少，气滞血瘀，挟痰或挟食。

4. **结脉**

切诊时指下脉象来去缓慢，时有一止，止无定数者。主阴盛气结，

寒痰血瘀，癥瘕积聚。

5. **代脉**

切诊时指下脉来迟中一止，止有定数，良久复还者。主脏气衰微，也主风证、痛证，七情惊恐，跌打损伤。

（四）诊数类脉

诊数类脉指对脉率快、来去急促的一类脉象的切诊方法。此类脉象包括数、促、动、疾四种脉象。切诊此类脉象时，除应分辨其至数外，还应注意伴随出现的脉律变化、脉形、脉势及流利度等。

1. **数脉**

切诊时只需辨清其一息至数，若一息脉来五至以上者即为此脉。主热证，有力为实热，无力为虚热。若数而兼弦者为肝热，滑数为湿热或痰火。

2. **促脉**

切诊时，指下脉来数中一止，止无定数者。主阳盛实热，气血痰饮，宿食停滞。若浮中见促者为表热盛，促中兼洪者为阳明热盛；促而无力为心力衰竭，真元衰败；促而细小无力为虚脱。

3. **动脉**

指下脉来滑数有力，应指跳突如豆，但脉位短小者。主痛，主痈。

4. **疾脉**

脉来急疾，一息七八至者。主阳极阴竭，元气将者。婴儿见之为平脉。

（五）诊虚类脉

诊虚类脉指对脉势较弱，应指无力一类脉象的切诊方法。由于此类脉象应指无力，故切诊时着力要轻，指下稍一用力，脉搏应指之力骤减。包括虚脉、细脉、短脉、弱脉、微脉。

1. **虚脉**

诊脉时，寸、关、尺三部轻指力时脉搏应指即显无力，按之指下空虚者。主虚证。若虚而兼迟者为阳虚，虚而兼数者为阴虚。

2. **细脉**

诊脉时指下脉形窄细如线，但应指数分明者。主气血两虚，劳损，

又主湿证。外感见细数之脉为热入营血，内伤则为阴虚火旺。

3. **短脉**

诊脉时脉位首尾俱短，不满寸、关、尺三部者。但应与动脉相鉴别，动脉 虽然脉位亦短，但应指滑而有力，此为短脉所缺无。短而有力为气郁，短而无力为气虚。

4. **弱脉**

由于脉极软而沉细，故着力要适当者。主气血不足之虚证。

5. **微脉**

极细极软，按之欲绝，似有似无，模糊不清者。弱脉虽也细软无力，但其至数分明，此为二者区别点。微脉主阳衰气少，阴阳气血诸虚之候。

(六)诊实类脉

诊实类脉是对脉位长，应指有力一类脉的切诊方法。此类包括实、滑、紧、长、弦脉。切诊时首先辨脉搏应指力量，其次辨脉位长短，然后要注意辨脉形。

1. **实脉**

切诊时脉满寸、关、尺三部，无论是举按均应指有力者。主实证。实而兼紧者为寒积；实而且滑者为痰凝饮停；实而数者为里热炽盛。

2. **滑脉**

指下脉来流利，如盘走珠。虽似数脉，但脉率不快者。主痰饮、食滞、实热证。

3. **紧脉**

脉来绷急，脉形如牵绳转索者。主寒、主痛、主宿食。

4. **长脉**

脉位首尾俱长，超过本位者。主肝阳有余，阳盛内热之证。

5. **弦脉**

脉位端直而长，形如琴弦者。主肝胆病、痛证、痰饮、疟疾。

(七)诊怪脉

无胃、无神、无根之脉即为怪脉，又叫真脏脉。临证时对此类脉象的切诊方法即为怪脉诊法。怪脉的共同特征是节律极不整齐，脉形怪

异少见，故诊此类脉象时，要辨指下脉动至数是否清楚，脉形特征，脉搏节律，以及在重指力下脉体形象的变化情况等。

1. 釜沸脉

脉位浅在皮肤，浮数至极，至数不清，指下稍一用力，脉动全无，如釜中沸水泛起，浮泛无根者。主阳热之极，阴液枯竭。

2. 鱼翔脉

脉位浅在皮肤，头定尾摇，似有似无，至数模糊不清，如鱼在水中游动者。主阴寒盛极，阳亡于外。

3. 虾游脉：脉位浅在皮肤，如虾游动，时而一动，时而突然停止，至数极不规整者。主阴阳离绝，孤阳无附。

4. 屋漏脉

脉位深在筋肉之间，脉搏应指极慢，而且无力者。故切诊时从脉位、脉势及至数三方面分辨。主胃气将绝。

5. 雀啄脉

指脉位在筋骨之间，至数不齐，三五不调，止而复作，如雀啄食之状者。主脾气已绝。

6. 解索脉

脉位在筋骨之间，乍疏乍密，节律极不整齐，如解乱绳状者。主肾气将亡。

7. 弹石脉

脉位在筋骨下，部位深在，脉体硬无柔和之象，如指弹石者。主肾气将绝。

8. 偃刀脉

脉形弦细而坚急，迟缓而节律不齐者。主肝脏气绝。

9. 转豆脉

此脉特征是脉形短，应指虽有力但不柔和者。主心气将绝。

10. 麻促脉

脉位浮浅，应指无力，快而细弱，节律不齐者。主肺气将绝。

（八）诊相兼脉

疾病是一个复杂的过程，可由多种致病因素复合致病，因此，病

人的脉象经常是二种或多种相兼出现，这种由多个单因素脉同时出现的脉象即为“相兼脉”或“复合脉”。

在28脉中，有的脉象属于单因素脉，如浮、沉、迟、数、长、短、大、细、虚(无力之脉)、实(有力之脉)便属此类。有些脉 本身就是由几种单因素复合而成的，如弱脉是由沉、细、虚三因素合成；濡脉是由浮、细、虚三因素合成；动脉由滑、数、短三者合成；牢脉是由沉、实、大、弦、长五因素合成。

实际上临床所见脉象基本上都是复合脉。因为脉位、脉率、脉形、脉势等都只突出一个侧面，而诊脉时则必须从多方面进行综合考察。如数脉，必究其有力还是无力，是浮数还是沉数，是滑数还是细数等。这里尚需介绍其他一些复合脉，如浮数为二合脉，沉细而数为三合脉等，只要不是性质完全相反的脉，一般均可相兼出现，这些相兼脉的主病，往往是所兼各单脉主病的综合。现将常见的相兼脉及其主病论述如下：

浮紧脉：主外感寒邪之表寒证。

浮缓脉：主太阳中风证。

浮数脉：主表热证。

浮滑脉：主表证挟痰。

沉迟脉：主里寒证。

沉弦脉：主肝郁气滞，或水饮内停证。

沉涩脉：主血瘀。

沉缓脉：主阳虚水饮内停证。

沉细数脉：主阴虚内热证。

弦紧脉：主寒主痛，常见于寒滞肝脉症，或肝郁气滞，两胁作痛证。

弦数脉：主肝郁化火、肝胆湿热、肝阳上亢证。

弦滑数脉：见于肝火挟痰、肝胆湿热或肝阳上亢、痰火内扰证。

滑数脉：主痰热、湿热或食积内热证。

五、妇人脉诊法

是指诊察妇女脉象，以辨其经、带、胎、产病证的诊脉方法。妇人

有经、带、胎、产的生理特征和相关疾病，所以就会出现这方面的生理和病理脉象。

（一）诊月经脉

若妇人左关、尺脉，忽然洪大于右手，口不苦，身不热，腹不胀，是日经将至。月经已至，气血和畅，脉现滑而稍缓。如果脉来滑数，多为血热而致月经先期；脉来迟涩，常见寒凝而致月经后期，一般伴有痛经；脉来弦缓，每多见于肝脾不调之月经先后不定期；脉来虚大或尺脉细弱，常见于气虚或肾虚之崩漏证。

（二）诊带下脉

脉滑或濡者，带下量多；脉滑数或弦数，主湿热，故带下色黄臭秽；若沉迟而滑，主寒湿之清稀带下；若沉细而弱，主阳气不足之清稀量多之带下。

（三）诊妊娠脉

诊妊娠脉表现形式有四：一是三部浮沉均等，无病脉之象，伴有停经，择食，恶心，倦怠等；二是脉诊时尺脉搏动较寸脉明显；三是神门穴处之脉动应指明显者；四是六脉滑利搏指，尤以尺部明显者。如若已确定为怀孕，还可通过脉诊预测胎儿的生长状况。若脉来沉滑洪大，提示胎儿健壮；若脉滑而细小，往往因阴血不足，胎失所养；脉沉而细涩，或为胎元不固，或为胎死腹中，或为"胎萎"不长。

另外，临证要注意鉴别病脉与孕脉。闭经证多虚细而涩或弦涩；积聚证脉多弦紧沉强或沉伏，而孕脉必滑。

（四）诊临产脉

脉如《诸病源候论》所云之"急转如切绳转珠者，即产也"，或中指两侧之脉搏动明显者。

（五）诊产后脉

若产后脉虚缓和平，为正常，因产后气血偏亏之故。若脉微而涩，多为产后出血不止；脉细弱者见乳汁不足；若脉弦而紧者为受寒而产后腹痛。

六、小儿脉诊法

指诊察小儿脉象的方法。诊小儿脉与成人不同。一则脉气未充，

寸口部位狭小，难分寸关尺；二则临证时容易哭闹，每致脉乱而难以切按，故诊小儿脉有其特殊性。

临床上对小儿寸口脉的切按，常用一指三部定位法，即用左手握持小儿手，对3以下的小儿，用右手大拇指按在高骨脉上，分三部定息数；对4岁以上小儿，则以高骨中线为关，以一指向两侧滚转寻三部；七八岁者可挪动拇指诊三部；15岁以上者可按成人之法诊脉。对3岁以下的小儿，除了脉诊外，应注意形色、声音和诊食指络脉等法。

小儿之脉，3岁以下，一息七八至为平脉。五六岁者，六至为平脉，七至以上为数脉，四五至为迟脉。临证时诊脉只须辨脉位之浮沉，至数之迟数，脉势之强弱与缓急，以辨别阴阳表里寒热及邪正盛衰，不详求28脉。

如浮脉主表证，浮而有力为表实，浮而无力为表虚。沉脉主里，沉而有力为里实，沉而无力为里虚。数为阳热，有力为实热，无力为虚热；迟脉主寒，有力为实寒，无力为虚寒。沉滑为痰食，浮滑为风痰。

第五节　按诊法

所谓按诊，就是医生用手直接触摸或按压病人的某些部位，以了解局部的变化，从而推断疾病的部位、性质和病情轻重的诊病方法。按诊的手法大致有触、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、四肢及胸腹部的皮肤，以了解肌肤的凉热、润燥等情况，用于分辨病属外感还是内伤，是否有汗出，以及阳气阴津的盈亏。

摸，是以手指稍用力寻抚局部，如胸腹、腧穴、乳部等部位，探明局部的感觉，有无疼痛及肿块，及肿块的形态、质地、大小等，以辨病变部位及虚实。

按，是以重手按压或推寻局部，如胸腹、有肿物部位，以了解深部有无压痛或肿块，及肿块的形态、质地、大小、活动程度、肿胀程度、性质等，以辨脏腑虚实和邪气的所在。

上述三法只是在指力轻重的不同和所达部位浅深之别。触为轻

指力诊皮肤，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，由浅入深，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，以此来确定病变的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。

直接叩击法是医生用手指直接叩击体表部位。例如对臌胀病人可进行直接叩击，若腹部叩呈鼓音者为气臌；若叩呈浊音者为水臌。也可两手分别放于患者腹部两侧对称部位，用一手触击，若对侧手掌有波动感者，是腹腔有积水的表现。

间接叩击法是医生用左手掌平贴于体表，右手握拳叩击左手背，边叩边询问患者的感觉，以推测病变部位和程度。

按诊时应注意：一是必须根据不同部位，选择适当的体位和方法；二是医生举止要稳重大方，严肃认真，手法要轻巧柔和；三是要争取病人的主动配合，使病人能准确地反映病位的感觉；四是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。

一、面目按诊法

指对面部及眼睛进行触按的诊察方法。

面部：对半岁以内小儿有一种按眉端诊法。用无名指、中指、食指按于小儿发际额前眉心之间。小儿头在左，举右手；小儿头在右，举左手。食指在上，中指居中，无名指在下。若扪按之指俱热者，主伤风热；三指俱冷者，主感风寒，内伤饮食，发热吐泻等。中食二指热者主上焦热；无名指和中指热者主惊；食指独热者主胸中气满，乳食不消。

额部：主要指医生用手背触及患者额头的诊法。若热者为发热，额不热者，不发热。另外可将额与手心之温度进行比较以辨表热里热，若额部热甚于手心者为表热；手心热甚于额者为里热。

目部：对目部切诊主要用手掌触拭和双手指端触按。如辨眼胞肿胀时，以手掌触按而稍平，顷刻肿胀如故者为虚证；若触按灼热，疼痛加剧者属实。眼睑生肿物，须用手指触按其软硬及有无皮肤粘连。若

盘根粘着，推之不移者为麦粒肿；用拇指压按攒竹穴处疼痛明显者，为眉棱骨痛。若有剧烈头痛，恶心呕吐，眼珠胀痛欲脱，瞳神散大者，则用指端触按眼珠，坚硬如石，此为绿风内障或雷头风。若按泪窍有脓液渗出者为漏睛证。

二、虚里按诊法

指触摸和观察虚里搏动状况的诊察方法。虚里位于左乳下第四、五肋心尖搏动处，内应于心，是宗气所聚之处。虚里为胃之大络，十二经脉之气所宗，诊虚里搏动情况，可以了解宗气强弱，病之虚实，预后之吉凶。

诊虚里时，主要通过察看和用手掌触摸的方法，了解其搏动范围大小，搏动强弱，节律是否整齐，以及频率之快慢。

正常人中，除少数肌肉消瘦之人可隐约见到虚里搏动外，其他均不易察见，只在按诊时微感搏动应手，常人之虚里搏动，不紧不急，和缓有力。如虚里搏动明显，动之应衣，是为太过，多宗气外泄；搏动过速，为阳热太盛；按之弹手，洪大有力不柔和者为凶候；微而不显，扪之微动，应手无力为不足，是宗气内虚；按之搏动停止者为死候。至于惊恐、剧烈运动后虚里搏动明显而且加剧，但平静后如常者为生理，不作病论。

三、胸胁按诊法

指对胸胁膺乳进行轻按、叩摸的诊察方法。切胸胁时，医生以右手自患者颈下，顺锁骨上下部、左右胸部、膺，然后由胸中央而至左右胁肋处进行轻按、叩摸。正常的胸胁按之有弹性，随呼吸均匀运动，温度正常，润燥适中，无塌陷，无触压痛。若胸胁部按之痛剧，为血实；按之痛减为虚；两胸胁中部切痛，多为肺系之疾日久；胸骨压痛提示血癌；胁下按之痛显多为肝胆之疾。

胸胁部叩痛往往与外伤有关；胁痛部位局限，多系肝郁气滞；胸胁叩痛明显，伴有呼吸困难者，多为饮停胸胁。

四、乳房按诊法

指对乳房摸按的诊察方法。乳房无论大小外形如何，均为左右对称而有弹性，无压痛，无包块。切按乳房时，应将手掌贴于乳房内侧，由内向外轻轻推按。正常乳房内有数个小结，无触痛。若妇人乳房内有肿块，形如丸卵，边界整齐，表面光滑，其肿块随情绪或月经而有变化为"乳腺增生"，冲任不调所致。若中老年妇女乳房内有肿块，且多发，呈扁平形，或串珠样结节，大小不一，质韧不硬，与周围组织界限不清，病程较长，发展缓慢者为乳癖；如肿块迅速增大，质地变硬，有血性分泌物从乳头流出者为乳岩。已婚妇女，如见一侧乳房出现一个或数个结节状肿块，触之不痛，与周围组织分界清楚，数月后软化成脓者为乳痨。产后若一侧或两侧乳房结硬红肿触痛，即为乳痈之初起。

五、腹部按诊法

腹部按诊法是指切按腹部以判断有关病证的方法。腹部是脏腑之护卫，又赖脏腑气血之充养，故诊察腹部能推断内脏之病变。正常人的腹部坚实而无障碍，柔软而有力量，脐深而紧，腹部无膨胀、紧张，肌张力适中。切诊时让患者取仰卧位，两手置于体侧，下肢微屈，腹肌放松，医生站在患者右侧，用右手操作，手温适中，切诊时，手法柔和，以心下、胃脘、大腹、小腹、少腹为序，循序渐进，由上而下，先左后右，从轻到重，由表而里，边按边问，层层体察。切诊时着重注意诊察腹力、腹温、有无压痛、有无积块等。

腹力：若按下举指之力不足，甚或不能举指者，多为气虚。若腹壁拘挛，喜温喜按者为虚为寒；若腹壁拘挛呈板状，拒按或有反跳痛，多为气血壅闭或内痈之证。

腹温：腹部扪之冰冷，多为陈寒内积或阳虚所致；腹部灼热炙手者多为火热内盛引起。再按腹部分区判断相应内脏病证。

腹胀：若腹部胀满，按之充实，叩呈浊音为实满；若腹胀满，按之不实，叩呈空音为气胀虚满。腹部高度胀大，为臌胀，两手分置腹之两

侧，一手轻拍腹壁，若另一手触到波动感者，为水臌；如无波动感，叩呈鼓音者为气臌。高度肥胖之人亦腹大如鼓，但无脐突，这是与臌胀鉴别要点之一。

压痛：腹部压之疼痛者为实证，按之痛甚或拒按者为邪实内阻。胃脘胀闷，按之则痛者为小结胸；胸脘腹皆硬满疼痛，手不能近者为大结胸证；局部肿胀拒按者为内痈。

积块：切按腹部积块时，应注意其大小、形态、硬度、有无压痛、表面是否光滑，与周围组织有无粘连。积块大者病多深重；形态大者病多深重；生长迅速者往往预后不佳；形态不规则，表面和边缘不光滑，与周围组织粘连者属重证。

在切按肿块时还要辨清其具体部位。若脐之两旁筋脉拘急如臂如指者为痃气；妇人小腹有积块为血瘕；男子小腹有积块多为疝；若包块常在不消，痛有定处，按之有形不移者为积，病属血分；包块时聚时散，痛无定处，按之无形为聚，病属气分。左少腹作痛，按之累累有块者，肠中有宿粪；右少腹作痛，按之痛甚，有包块应手者，为肠痈。

脐间动气：腹部切诊不可忽略诊脐间动气，又叫诊冲任，是了解肾中精气充盛与否的重要手段。诊察时当密排三指，以按脐之上下左右，诊其搏动频率，搏动的形态，有力与无力等。凡动气和缓有力，一息四至，绕脐充实者，为肾气旺盛；一息六至者为冲任伏热；按之热躁，其动细数，上及中脘者为阴虚；按之分散，一息一至者，为元气虚败；按之不动，而指如入灰中，为冲任空竭。

冲任脉动高者主热；动而微主虚；久泻之后而冲脉 动跃震手者为亡阴之候；冲任脉动沉微，按之虚冷者为命火不足；冲任脉动甚，或并心胁皆振动者，为天一无根，真阴失守之大虚候。

六、尺肤按诊法

尺肤诊法最早见之于《内经》，且有专篇论述，内容较为详细，说明这一诊法在当时是较为广泛运用的一种诊病方法。所谓尺肤诊法，是根据尺肤部皮肤的变化，测知机体不同部位病变的方法。尺肤指腕肘横纹之间的皮肤。诊尺肤应当通过观察、触摸、切按的方法进行诊

察。诊尺肤之法当诊其缓急、滑涩、寒热及肉之坚软。凡尺肤滑者多为风邪为患；尺肤滞涩者，多为营血凝滞，主痹病；尺肤粗糙如枯鱼之鳞者，为血瘀；尺肤肌肉瘦削者为脾胃虚弱；尺肤热而灼手者必热；尺肤寒者必寒证。触摸尺肤温度时还应辨其具体部位，若近肘端热者为腰以上热；近腕端热者为腰以下热；尺肤中部热者，腰腹热；臂内侧热者胸膺热，臂外侧热者肩背热。寒亦同此。

七、肌肤按诊法

肌肤按诊法，是指对肌肤部的变化进行切扪，以了解内脏变化的方法。切诊肌肤，主要从其温度、润燥、软硬以及有无结肿等方面切循。

温凉：凡肌肤温热者阳气盛，发凉者多为阳气不足。切肌肤不仅能据温度以知寒热，更可辨其表里虚实。凡肌肤切循热甚，久按反转轻者，是热在肌表；若久按热反甚者，是邪热自里向外蒸发，为邪热在里。

润燥：切循皮肤的润燥，可以查知有汗无汗及津液的盈亏。凡皮肤润滑为有汗，津液未伤；皮肤干燥者为无汗，或津已损伤。若皮肤枯燥起甲错，为内有瘀血。

软硬：若肌肤扪按松软无弹性者为气血不足，或年迈正虚；若见之于局部某一肢体者多为痿证。若局部或全身皮肤发硬、光亮，呈蜡黄色皮损者，可见之于磨擦或内脏疾病。若发于磨擦部位者为"胼胝"；若见于全身或较大面积者为"硬皮病"，多为营卫失和，复感风寒湿邪之故。

结节：触摸皮里膜外，质硬，形如果核之肿块为结节。若其初生如豆大，肤色不变，触之坚硬可移，日渐增大，日久变软，破溃流脓，伴有午后发热者为痰火。若结节增大缓慢，不红不痛，不溃破者，多为气郁痰湿。

肤肿：凡按之凹陷不起者为水肿；按之凹陷，举手即起者为痰浊气阻；若下肢、阴囊、阴唇之皮肤粗糙变硬，肿胀按之不凹陷，或有皱折者为"象皮肿"。若局部红肿，扪之发热，按之痛者多为疮疡。

八、四肢按诊法

四肢按诊法，是指对四肢的肿胀、疼痛、温度的切按以了解疾病的诊察方法。

疼痛：若四肢部位有局限性疼痛，肿胀，按之痛甚，且有外伤史者，则为损伤筋骨或气血；若疼痛之局部扪之发热而红，是为疮疡。

浮肿：若四肢肌肤肿胀，按之凹陷者为水肿；若肌肤憋胀，按之即起，皮色不变者为气肿。两足浮肿，按之凹陷，皮色光亮者为湿热下注；妇女妊娠晚期足肿渐及下肢，且压痕不易起者，谓之子肿。

温度：切四肢还要诊察四肢温度，并将四肢温度与全身温度比较。凡手足俱凉者，多属阳虚寒盛；手足俱热者，为阳热炽盛。手足俱凉而身热面赤，烦躁便秘者为"热厥"（真热假寒证）；手足厥冷而见腹痛吐蛔者为"蛔厥"。切扪手足温度还须分辨手足心手足背温度差异。若手足背热甚者为外感发热；手足心热甚者为内伤发热。小儿足心热为热证，足胫凉为寒，手指尖冷主惊厥，中指独热主外感风寒，中指尖独冷为麻疹先兆，手足心俱热者为疳积。

九、伤损按诊法

伤损按诊法是指对伤损部位（主要是躯干四肢）进行切摸和度量，以判断损伤程度的方法。

（一）摸法

摸法，又称摸诊，即医者通过用手对局部进行认真触摸，以了解伤损的性质，有无骨折、脱位及其移位方向等。

首先摸损伤部位的温度。从肢体局部皮肤的冷热程度可以辨识是热证或寒证，了解患肢气血运行情况。热肿，多提示新伤，为瘀血壅滞所致；冷肿，多示为寒性疾患。若瘀肿肤色红嫩发亮，温度较高，跳动不已，数日不退者，示有转成脓疡之势；若肢体远端冰凉、麻木、脉搏减弱或消失，提示血运障碍。摸温度时以手背测试为宜。

其次摸压痛。根据肢体压痛的部位、范围、程度，可鉴别伤损的性质。一般触摸到骨折的断端时，会有明显的压痛。直接压痛可能是局

部有骨折或伤筋，而间接压痛则示有骨折的存在。横骨折压痛范围小，斜骨折压痛范围大，裂隙骨折只有裂缝处才有压痛。脱位及挫伤的压痛较骨折为缓和。

再者要摸畸形。骨折或关节脱位后均可出现不同程度的畸形，对伤处进行触摸，可了解骨折或脱位时移动方向及程度。如骨折断端的重叠位置可摸到阶梯状畸形，隆起者可摸到突起畸形，塌陷者可摸到凹陷畸形，弯曲者可摸到成角畸形。脱位的畸形则多种多样，如"脱掉"处可摸及关节处空虚等等。

还要摸肿块。如在伤损处触及肿块，则要辨明其部位、大小、硬度、移动性、边缘是否清楚等。在伤损诊断中应注意"望、比、摸"的综合运用，摸诊时要非常重视对比，只有在摸诊时善于将患侧与健侧作对比，才能正确地分析摸诊所得资料。

(二)量法

量法又叫量诊。是通过测量受伤肢体的长短、粗细，并与健侧作对照，来诊断伤损情况。若伤损侧长于健侧，为脱位标志，如肩关节、髋关节脱位等。若短于健侧，多为骨折，并在伤损处有畸形，如肱骨干骨折，或肘关节脱位。若粗于健侧，且有畸形者，多属骨折、脱位之重证；如无畸形而粗于健侧者，多为伤筋肿胀等。若细于健侧，多为陈旧性损伤所致之筋肉萎缩。

十、疮疡辨脓按诊法

疮疡辨脓按诊法，也叫诊脓方法。此种方法是对疮疡病脓的有无、深浅、形质、色泽、气味进行诊察，以了解人体气血盛衰，内毒变化的方法。脓是疮疡病在不能消散的阶段所呈现的主要症状之一，脓的出现是正气排毒外出的表现。诊脓液主要通过望诊和切诊，亦可通过嗅其气味以辨吉凶顺逆。

首先，通过触按辨脓之有无。具体方法有以下几种：单指测法：指食指指腹于肿疡中部来回掀按，测其应指否，此法适用于小的肿疡。两指测法：将两手的食指端相对地放在肿疡边缘内，一指用力掀按时，另一指放松，交互进行，并在纵横方向分别测试，如有脓则有波动

感。多指测法：指除两手拇指外，其余四指并排掀按，方法与两指诊法略同，此法适用于深部或肌肉丰厚处之疮疡。一般而言，按之灼热痛甚，有波动感者为脓成；按之局部微热，痛势不甚，肿块仍硬，无波动感者为脓未成；若皮亮火煽红，轻按应指为脓浅；肿块散漫坚硬，重按方有应指感者为脓深。

其次，当疮疡溃后有脓液者，须察视其脓之色泽。若黄白质稠，色泽鲜明者为气血充足佳象；若黄浊质稠，色泽不净，为气火有余；如黄白质稀，色泽洁净，气血虽虚，未为败象；若脓色绿黑稀薄者，为蓄毒日久，有伤筋损骨之可能；如脓中夹有瘀血块者，为血络受伤；如脓色如姜汁，则多兼黄疸，为重证。黄脓多为湿热；红脓多为肝胆火热。

还须观察脓液的形质。脓液宜稠不宜清，稠厚者，其人元气较充；稀薄者，其人元气较弱；若脓液由稠变稀者，说明元气渐衰，病情加重；若脓液由稀变稠，说明元气渐复；若脓水直流，其色不晦，气味不臭者，未为败象；若脓如败絮或粉浆，色晦腥臭，为气血衰败，毒气渐盛。

闻诊时，若脓液腥而不臭为顺证；腥而恶臭为逆证。

十一、骨伤测量法

骨伤测量法是骨伤科临床常用的一种诊法。其中包括测量肢体长度，测量肢体周径，测量关节活动度等。

（一）测量肢体长度

测量肢体长度时，先将肢体放在对称位置上，在骨突起处用笔做好标记，再用软尺进行测量。四肢各段长度的具体测量方法是：①上肢：肩峰至桡骨茎突（或中指尖）；②上臂：肩峰至肱骨外上髁；③前臂：肱骨外上髁至桡骨茎突；④下肢：髂前上棘至内踝下缘，或脐至内踝下缘；⑤大腿：髂前上棘至膝关节内缘；⑥小腿：膝关节内缘至内踝（图1）。测量肢体长度要求两侧对比，为了保证可比性，患肢与健肢必须放在完全对称的位置上，搭尺点要求准确且相同，软尺要拉紧。

(二)测量肢体周径

测量肢体周径时,测量肢体周径之目的在于了解肢体的肿胀情况及有无肌萎缩。多在病变最明显的部位测量,

或在髌上 10～15cm 处测量大腿周径,在小腿最粗处测量小腿周径。测量常用器具为软尺,也有采用医生双手合抱肢体观测两拇指指尖的距离测量者。无论选用哪种方法测量,一定要在两侧肢体相对应的同一水平进行。若应用软尺,测量时软尺不得打折或者弯斜,方能为患肢与健肢的对比提供可信的依据。

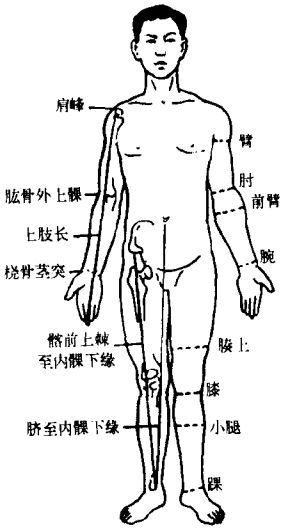


图 1 肢体长度测量

(三)测量关节活动度

测量关节活动度之法目的在于了解关节活动度是否正常,以及关节活动受限的程度。常用的测量方法有两种,即目测法和量角器测量法。目测法是测量者以等分直角进行估计近似值的一种方法,其优点是简便易行,缺点是有一定的误差。量角器测量法是先将量角器的轴心对准关节中心,量角器的两臂紧贴肢体并对准肢体的轴线。然后记录量角器所示的角度,并与健侧相对应的关节或与正常人相对应的关节比较。这种方法的优点是比较准确,但临床应用也有不方便之处。上述两种方法可根据临床具体情况和不同要求分别选用。关节活动度的计算和记录方法也有两种:邻肢夹角法和中立位 0°法。所谓邻肢夹角法即以组成关节的相邻肢体所构成的夹角来计算。例如,肘关节完全伸直时,上臂与前臂的夹角为 180°,完全屈曲时其夹角为 40°,活动范围则为 180°－40°＝140°。中立位 0°法:需先确定每一个关节的中立位为 0°,然后进行计算,仍然以肘关节为例,其完全伸直为中立位,即确定为 0°,完全

屈曲时为140°，那么关节的活动范围就是140°。目前临床上多趋向于采用中立位0°法来计算和记录关节活动度。

十二、骨伤按摸法

通过医生用手对损伤局部认真触摸，来了解和掌握损伤的性质、类型，从而为损伤疾病诊断提供依据的一种诊法。摸诊的主要用途有以下几点：①摸压痛点；②摸畸形；③摸肤温；④摸异常活动；⑤摸弹性固定；⑥摸肿块。

摸诊常用的方法有触摸法、挤压法、叩击法、旋转法、屈伸法等。

触摸法。即用手指指腹细心触摸伤处，来了解损伤的局部情况如了解有无压痛及痛点所在部位，有无畸形，有无异常活动，有无肿块及肿块的大小、硬度、活动度、边界是否清楚等。

挤压法。是用手指或手掌于患处的上下、左右、前后进行挤压。例如，当怀疑骨盆骨折时，常采用两手挤压两侧髂骨，出现疼痛的部位往往就是骨折的所在部位；而疑为肋骨骨折时，常采用一手掌按胸骨，另一手掌按相应椎骨，进行前后挤压，出现疼痛的部位则多为肋骨骨折所在部位。

叩击法。是利用对肢体远端的纵向叩击所产生的冲击力来检查损伤疾病的一种方法，多用于下肢。例如，当怀疑下肢骨折并且骨折特征又不明显时，常采用这种方法检查，检查者一手轻轻托起患肢，另一手握拳，在足跟部叩击，出现疼痛的部位往往就是骨折的所在部位。

旋转法。是医生拿住肢体远端进行轻轻旋转，通过旋转肢体远端来观察伤处有无疼痛及疼痛的程度等，从而帮助对损伤疾病的诊断。

屈伸法。是被动屈伸关节的一种检查方法，其主要目的在于掌握关节的活动度及被动屈伸时关节有无疼痛和特殊声响，从而为损伤疾病的诊断寻找依据。

应用摸诊时应该注意：①将患侧与健侧的相应部位进行对比，才能正确分析摸诊所获得资料的临床意义；②应该将摸诊、量诊以及四诊相结合，才能准确诊断。

十三、肛门病位标示法

运用时钟方向标示肛门病病位的方法。适用于痔疮、瘘管、肛裂、肛门息肉等肛门病病位的标示。中医多采用膀胱截石位标志记录，即前为12点，后为6点，左中为3点，右中为9点常见肛门病好发部位及记录方位。应该注意，临床上还有习惯于采用胸膝位进行标示记录者，即前为6点，后为12点，左中为9点，右中为3点，这与上述的膀胱截石位的位置恰好颠倒。因此，在使用肛门病位标示法时，首先应明确所采用的是哪一种方法，方不致于弄错病位。

十四、烧伤面积计算法

计算烧伤面积的诊断性方法。临床常用者有三种。

(一)中国九分法

此法计算快速，使用方便，容易记忆，适用于急救时采用。其方法是，将全身各部表面以9%为单位分为若干部分，即头部和颈部共9%，两上肢各9%，两下肢各2×9%，躯干前后各2×9%，以上共11个9%，即99%，剩余的1%为生殖器和会阴部。应该注意，该方法不完全适应于儿童。

(二)手掌法

手掌法是以病人自己手掌为准来计算烧伤面积的方法，手指并拢后，手指和手掌的面积占全身皮肤面积的1%；手指分开者占1.25%。此法主要适用于散在小面积烧伤，并常与中国九分法相结合应用。例如非完整性一个上肢或一个下肢烧伤者，可先用手掌法计算出未被烧伤的面积，然后在用中国九分法计算所得的面积中减去。

(三)小儿烧伤面积计算法

不同年龄的小儿身体各部体表百分比不同，年龄越小，头部相对体表面积越大，而下肢体表面积越小，其他部位相对体表面积与成人大致相同。因此对于头部及下肢多采用下列计算公式：头颈面部的面积为9+(12－年龄)＝%；下肢的面积为41－(12－年龄)＝%。

十五、烧伤深度计算法

计算烧伤深度的诊断性方法。临床上多采用三度四分法，即一度、二度、三度，其中二度又可分为浅二度和深二度。具体计算方法是

一度烧伤：烧伤深度达表皮角质层。烧伤局部主要表现为红、肿、热、痛，感觉过敏，全身反应极少，不会发生感染，一般约 2～3 天自愈，不留瘢痕。

浅二度烧伤：烧伤深度达真皮浅层，部分生发层健在。烧伤局部主要表现为剧痛，感觉过敏，有水疱，基底部呈均匀红色，潮红，局部肿胀。若不发生感染，一般在 2 周左右愈合，不留瘢痕，有色素沉着。

深二度烧伤：烧伤深度达真皮深层，有皮肤附件残留。烧伤局部主要表现为感觉迟钝，皮肤颜色苍白，潮湿，有不同密度的红色斑点，或有水疱。容易感染，创面可愈合，但速度较缓慢，一般需 3～4 周，愈后可产生瘢痕。

三度烧伤：烧伤深度达皮肤全层，甚至伤及皮下组织，肌肉或骨骼。烧伤局部主要表现为痛觉消失，皮肤颜色为苍白、棕褐或焦黑，皮肤失去弹性，触之坚硬，表面干燥。2～3 周后发生焦痂下液化，容易发生感染。焦痂脱落后露出肉芽组织。愈合极慢，上皮只有从伤面四周长入，愈后引起严重瘢痕挛缩。

计算烧伤深度时应该注意，早期检查时深二度与三度烧伤不易鉴别，需在治疗过程中反复检查方能确定。

第六节　其他诊法

这里介绍的其他诊法，是一些相对独立成诊的诊察方法。按照“生物全息律”的观点，独立成诊的部位是人体某些相对独立的部分，其功能是按照人体的整体成比例地缩小，寓藏着整个人体的生命信息，可以显示整体的生命功能或病理变化。

一、腧穴诊法

腧穴诊法是诊察体表某些穴位的反应变化，测知体内病变的一

种诊断方法。被诊察的穴位不但用作诊断的依据，而且还可作为病证的治疗穴位。

腧穴是脏腑经络之气转输之处，是内脏病变反映于体表的反应点。因此，早在《灵枢·背腧》中就记载："欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其输也。"

腧穴的诊察方法有如下几种：

(一)腧穴一般检查法

腧穴一般检查方法对被检查的穴位必须定点准确，然后望、按、压配合进行，按压时用拇指或食指按压、推拿、擦寻，指力应视患者敏感程度而定。要察其斑点、肌张力的强弱，有无凹陷、压痛、结节、条索状物等阳性反应。

脏腑病变，可在相应的背俞穴、募穴、郄穴、原络穴和下合穴上出现红晕、苍白、瘀斑、丘疹、脱屑、隆起、凹陷、皱折等异常反应。临证时通过这些异常现象，便可推知病变所在。一般来说，点状或片状红晕、充血，并有光泽，多属实证、热证、急性病；若见苍白色或暗灰色，晦暗无光，多属虚证、寒证、慢性病。若边缘有红色光晕者为慢性病的急性发作；瘀斑提示气滞血瘀或热毒炽盛；丘疹为湿热凝滞；脱屑或皮肤片状干黄多属阴虚内燥；皮肤隆起、皱折或皮肤增厚提示器官肿瘤、肿大、结核、痔瘘或增生性病；凹陷者提示正虚，精血不足。

通过询问患者之腧穴处有痛、麻、疲、重、凉、热之异常感觉，也可测知相关内脏病证，可结合切诊进行。

在切按腧穴时，多用指腹或工具(如针柄等)点压穴位，用点压、循按、触扪，指法可按自上而下，自左至右，先外后内，先背后腹的顺序进行。一般来说，是根据症状进行初步辨证，然后对重点的俞募穴切按，以便有的放矢，边切诊边询问有何异常感觉。

同时在切按时还应细心体察局部的阳性反应物，如圆形结节、扁平结节、梭形结节、椭圆形结节、条索状结节、链珠状结节、气泡样结节等。不同性质的结节所反映的病性有别，应详辨之。

(二)腧穴温差检查法

腧穴温差检查法是指用穴位探测仪检查穴位温度。在病理情况

下，相关穴位的温度比正常穴位温度偏离0.5℃以上的变化。

（三）腧穴红外线热图检查法

腧穴红外线热图检查法是指用红外线热象仪成象反应穴位温度变化，可作为温度差的补充，其结果更为客观。

（四）腧穴冷光信息检查法

腧穴冷光信息检查法是指用测光信息仪测定人体代谢过程中所见光的产生和变化的现象，就可发现病理性发光信息点。这些点多为发光不对称的经穴，据此可作为判断相关病证的参考资料。

（五）腧穴皮肤电检查法

腧穴皮肤电检查法是指用皮肤电阻仪测定皮肤导电量。因腧穴皮肤导电量可看作机体气血的导电值，故而可以反映气血的盛衰。一般以原穴的测定值作为生理或病理状态的参考指标。（参见张崇孝、张登本等编著的《中医诊断学》，贵州人民出版社　1988年版第160页）

诊断脏腑病变的常用腧穴有：

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、陵泉。

胃病：胃俞、足三里。

膀胱病：中极。

二、爪甲诊法

爪甲诊法也叫甲诊，是指对爪甲色泽、形态变化的诊察以了解有关疾病的方法。甲为筋之余，内以候肝胆。察爪甲不仅可测知肝胆疾病，而且对全身的疾病也可以作出判断。正常的爪甲色泽淡红，表面

光滑有一定弧度，质地坚韧，以手压之放开后血色立即恢复，若爪甲在色泽形态方面发生异常，则属病态。

(一)诊色泽

若苍白无华，无血色者主气血不足，尤以血虚多见。若色黑者主瘀主痛，黑而枯槁者，多为凶候；外伤呈青黑者，无大碍。若色红赤者为热盛；红而见紫者，主热挟毒；红紫而暗者，挟有瘀血，痰火风热阻于胸膈亦可见之。甲黄如柏汁熏染者为湿热熏蒸，见于黄疸。甲色青者多为寒证，瘀血亦可见之。

(二)诊形态

察甲须观形态，若生理弯曲消失而变为扁平者为"反甲"，主肝血虚，亦主气滞血瘀；甲干萎缩者多为肝热，心阴不足，肝血亏虚也可见到；若甲枯如鳞者多为肾亏，或脾虚水湿内停；疬风可见爪甲萎缩；若见爪甲剥离者多为气血不足，肝经血燥，甚者可致脱落；又可见有指肿、痛，然后爪周结脓，甚则爪甲脱落，此名"代甲"、"糟指"，是由热毒壅盛，气血不通所致，疬风、脱疽也可见之。若爪甲变薄脆裂者，无非气血亏虚，疬风、甲癣及久痹者可见。若爪甲毛糙老厚者，或为气虚血燥生风，或水渍所致。此外，爪甲外形还可表现为钩状、脊棱、沟槽、扭曲、筒状、球形等，究其原因，亦无非血虚、精少、气郁、血瘀数端。

在观察爪甲色泽变化时，可配合切按以判别其气血盛衰及运行情况。以手压甲端，旋即放松，血色迅速恢复为正常；若恢复迟缓，则提示有气滞血瘀或气血不足的病变存在。

三、小儿食指络脉诊法

小儿食指络脉诊法，古称小儿指纹诊法，是指对3岁以内小儿食指内侧络脉的形、色、部位进行观察以了解有关疾病的方法。小儿食指络脉为手太阴肺经的分支，所以诊小儿食指络脉与诊寸口脉同理。食指络脉的显现与分布，可分为风、气、命三关。食指的第一节为风关，第二节为气关，第三节为命关。诊察时光线宜充足，医者左手持患儿食指，用右手大拇指内侧从指尖向指根直推，用力适度，连推数次，其络脉便愈推愈明显，便于观察。

对小儿食指络脉的望诊，一要观察络脉在三关分布的部位：凡见络脉显现于风关者，是邪气入络，邪浅病轻；若见络脉从风关透至气关者，是邪气入经，主病邪深入而病重；若见络脉从风至气达命关时，是邪气入脏，可能危及生命；若见络脉直达指端叫“透关射甲”，主病凶险，预后不佳。

二要观察络脉色泽：正常者色泽淡红，红黄相兼，隐现于风关之内。若见紫红色者，主内热；色鲜红者，主外感表证；色青者主惊风，也主痛证；色淡为虚；紫黑色主血络郁闭，为病危之象。若见色深而浓者病重；色浅淡者病轻。色淡者为虚；色滞者为实。

三要观察络脉显现部位的浅深：若见络脉浮露者，主病在表，多见于外感证；络脉沉滞者，主病在里。

四要观察络脉的形状：正常儿的络脉多是斜形、单枝、粗细适中。若见络脉日渐增长，为病进；日渐缩短者为病退；络脉增粗者，多属热证、实证；变细者，多属寒证、虚证；单枝、斜形多属病轻；弯曲、环形、多枝者为病重，多实证。但粗细也与气候有关，气温高则变粗，天气冷则变细。长短也与年龄有关，1岁以内较长，随年龄增长则变短，这些生理变异在望络脉之形时不能不作考虑。

四、鱼际络脉诊法

鱼际络脉诊法，是指对手掌大指本节后肌肉丰满处之络脉形色的观察方法。鱼际属手太阴肺经之部，诊鱼际络脉的原理和切脉独取寸口的原理是一致的。此外络脉中的气血，是以脾胃为化生之源，胃气上至于手太阴，故诊鱼际络脉亦可候胃气。

《灵枢·经脉》篇曰：“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；胃中有热，鱼际络赤。”一般而言，鱼际络脉色青，多属寒、主痛，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。若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”，多见于肝郁血瘀的病人。

五、脐部诊法

脐部诊法，是指对脐部进行诊察，以了解内脏疾患的方法。诊脐属腹诊范围，因脐位于大腹中央，又叫“神阙”，是血脉之蒂，为精、神、气、血往来之要冲，与冲任二脉有密切关系，乃生气所系，内通五脏而系于肾。脐诊当与腹诊同步进行，令患者仰卧，两腿伸直，使脐部自然伸展，医者立于一侧，以手鱼际或密排三指切按脐部，一般运用举、按、推、寻手法作轻、重、浅、深之切按。正常人脐深而紧，按之坚固不移，轮廓约束，脐动和缓有力，深藏不露。诊脐时应注意病人的胖瘦，体胖者脐动不著，体瘦者脐动较为明显。诊脐时应注意以下几种情况：

其一，任脉坚硬。当以手触按脐之上下，任脉贯脐硬如箸者，为任脉硬坚，属脾肾之虚。胃痛、腰痛、痨瘵、头痛、眩晕等病亦时见之。

其二，脐硬及腹。若脐周硬满压痛，甚或延及全腹胀满之势，多见于腹痛、小儿疳积、呕逆等脾胃不和之疾。

其三，诊脐上动气。若触按脐上有动气，跳动躁急，腹肌板滞者，为下焦虚寒；若按得脐上筑筑而动，而腹壁软绵，环脐无力，此为阴精亏损；若按得脐上大动，虚跃不息，为下虚已极。

其四，诊脐部动气。若动气当脐，腹肌板滞，脐腹时痛，喜按，肠鸣有声者为脾胃虚寒，冲气逆动所致。若脐动明显，其势搏指，腹肌灼热，腹满虚胀而不拒按，此为肠热蕴结，阳明气逆而致。

六、人中诊法

检查人中部位的变化以测知体内病变的方法，称为人中诊法。

人中即鼻唇沟，又叫水沟。为任督脉所过，候膀胱子宫。故人体泌尿生殖病变可从人中处察知，诊察时以望诊为主，必要时配合以触诊和问诊，主要内容是形色和感觉。正常者肌肉丰满，深浅、宽狭、厚薄适中，其长度等于中指同身寸。

若见其色萎黄，伴肌肉松薄者，为脾胃虚弱；下段呈淡紫色，多为胃肠气虚血瘀；全呈淡白色，为肠痈。在妇女，人中青主寒性痛经；紫

红色为瘀血痛经；色淡干燥者为血枯经闭；人中下段潮红者属血热崩漏；上段淡白色者多为血虚崩漏。

重病之人，人中短缩而唇薄者病危；人中胀满者为脾阳绝；满而翻唇者主阴阳离决。人中浅而皖白为癃闭；人中浅松而短者为水毒犯心；人中歪斜者，为动风；人中不及同身寸长者为膀胱子宫病，男性则多为阳痿、精少等。女子人中小于同身寸者为子宫偏小，若小于同身寸1/3以上者为子宫发育不良；人中长于同身寸者为子宫脱垂；其沟深者为子宫后位，浅者为前倾；宽阔者为子宫肌瘤。

若人中烘热为阴火上乘；灼热为血热崩漏；清冷为血寒痛经；麻木抽搐者示厥逆、肝风之兆。

七、手部诊法

手能反映人体的生理功能和病理变化，诊察手的异常反应来判断病证的方法，称手诊法。

手之阴经，从脏走手；手之阳经，从手走头，从而把体内各脏腑组织联系起来。通过经络气血的联系，手掌与人体前部的各器官组织相通，手背与身体后部各器官组织相应，手的变化反映整体的病变。

手部的诊察，着重诊察手掌、手背、手指各部的肌肤、纹理、脉络形态、色泽、温度及动态的异常变化。

(一)诊形态变化

手瘦小，指纤细，多主气血不足，或禀赋素弱；指节粗如梭状，伴疼痛者，多为痹病；鱼际至腕的肌肤呈黑色或黯紫色条状变化，常为肾虚腰痛；指端粗大如鼓棰状，多属气虚血瘀，提示有久病咳喘、痰饮、积聚、肺胀及心阳虚证等；小指和无名指关节部若现青筋暴露，常提示胸痹；手掌虚浮无纹，或手背肿至手腕，触之冷冰，自觉麻木者，为心阳虚衰，或阳虚气结；若手掌杂纹密集紊乱，多提示内脏失常而多病。

指部以丰满、圆润、有力，指端红润，中指与掌基本等长，食指、无名指等长且均达到中指远端第一节之中点，拇指粗壮圆长，小指挺长，达到或超过无名指第一节横纹，每指的各指节间长度均等为健康

之兆；若各指比例不调，每指的各指节长度不匀等，某指瘦小，偏曲，指节纹路散乱等为素体较差，特别是五指并拢时，指间空隙较大者，为禀赋虚弱之征兆。

若拇指过于粗壮者，多为肝火旺盛；过于扁平者体虚；极弱小者易患癫狂；第二节散乱纹多者易患头痛、失眠等病；拇指过短者为胆气不足；节短硬且不易弯曲者多为阴虚阳亢，胸痹、中风患者；新生儿出生七日内拇指隐于其余四指内揭示先天不足。

若食指过长或过短者，多为青年时期营养不良、多病；过粗者肾虚，偏曲、缝隙大兼纹理散乱者多为脾虚肝旺，苍白瘦弱者为肝血不足。

中指过长者多为郁证，易患心痛，中风等病；细长者多为肝郁气滞、肝胃不和，过短者肝火旺，老年时易患肺肾症证。

无名指（又叫药指）过短且苍白细小者，常为肾虚不孕；第二节边缘有杂纹者为体弱多病；过长者，骨、齿不健康；偏曲、漏缝者常有七情病或泌尿系统疾病。

小指短者老年易患心、脾、肾虚损之证；过于弯曲且纹理杂乱者多有不育之证；第三节有红斑者多为肺阴不足；色苍白瘦弱多为脾虚，特点是小指弯曲、指节漏缝太大者。（麻仲学　中国医学诊法大全　山东科学技术出版社　1991年版　第421页）

（二）诊色泽变化

鱼际肌肤干涩无光，多为血虚或津液不足；色红赤，可是胃热；色青者，多为脾胃虚寒；色呈青、黑、赤交错，多为寒热往来之证；色紫黑者为瘀血气滞。掌面黯红或布紫色斑点，多见于肝郁积聚；手肌肤色黄，可为湿热之肝胆病或严重之血虚证。

（三）诊温度及汗

手部肌肉瘦薄而冰凉，多为气血不足，或阳气虚少之证；手足心热，多为阴虚火旺；手部厥冷，多为阳虚；手部灼热是为热证，若手背较手心热者，为外感发热；若手心较手背热者，为内伤发热；手心多汗，为湿热内蕴，或脾胃不调；妇人两手皮肤皲裂，手掌赤热汗出者，主月经不调，或心肝血虚证。

（四）诊动态

手颤多为肝肾阴虚，手颤指伸不灵，多为风痰；两手紧握，伴牙关紧闭、身热、神昏，多为邪热内闭；手指搐搦，血虚生风；久病两手松散，多为元气衰败；手肌松弛无力握物，为痿证；手指瘦削枯萎，痛而活动不灵者为痹证；手指躁扰，捻衣摸床者，为元气散乱。

（五）诊手纹

掌部有三大主纹，即地纹，也称生命纹，紧靠大鱼际的粗大纹。人纹，也称智慧纹，此纹在地理纹上方。介于天地纹之间。天纹，也称感情纹，此纹位于手掌上方指根之下，此三纹以深长、清晰、中间不间断、淡红色、无斑点、无过多杂纹干扰，成一弧形为理想形状。

地理纹与人的健康、疾病、寿命的关系密切。色青为肝脾不和，色淡白者体虚，色黑者有胃疾，过赤者为热证，易患中风，色黄者多为肝胆湿热。

人纹与心理因素有关。纹赤红者为肝阳上亢，青白色者气虚体弱，苍白且有黑气、人纹低垂者多为中气不足；纹过弱者易患头痛、眩晕；若人纹横贯掌心（也称悉尼线）者可能患白血病，先天愚钝的倾向。

天纹与感情生活有关。纹深切明晰者感情深刻；无纹或过于浅者，感情冷落。色赤为相火妄动，毛纹者情绪不稳，容易波动；支纹向下且不真切者，提示曾有较大的精神创伤。

总之，手诊法是我国医学诊法中的一种重要方法，周代即有之，历史上有不少专著流传于世，在一些国家和地区甚是盛行，其内容颇为丰富，此处仅介绍了手诊的最一般内容。

八、耳部诊法

耳部诊法，又叫耳部信息诊断法，简称为耳诊。是通过耳廓脏腑身形区域的温度、色泽、形态、生物电的改变，测知人体相关病证的方法。在耳诊方法的研究方面，近三十多年来取得了很大进展，除古老的诊察方法得到发扬外，还利用现代技术进行诊察，如电测定法、压痛法、压痕法、耳廓染色法、耳痛原因分析法、耳温测定法、耳穴知热

感度测定法，以及心耳反射或心脉反射法等。

耳为肾之外窍，心寄窍于耳，又为“宗脉之所聚”，十二经脉，三百六十五络，其别气走于耳，所以耳通过经络气血的作用，将之与五脏六腑，四肢百骸密切地联系在一起，故能反映整体的病变。

（一）耳廓解剖名称

1. 耳廓正面解剖部位名称：（见后图）

2. 耳廓后面解部名称图（见后图）

（二）耳穴分布（见后图）

（三）耳廓身形分区的主要穴位

1. 耳廓正面区穴。

（1）耳甲腔：心、肺、气管、脾、三焦。

（2）耳轮脚周围：口、胃、食道、十二指肠、小肠、大肠、阑尾。

（3）三角窝：子宫、盆腔、卵巢。

（4）对耳屏：腮腺、脑点、枕、额。

（5）对耳轮：颈椎、胸椎、腰椎、骶椎、颈、胸、腹、甲状腺、乳腺。

（6）对耳轮上脚：趾、跟、踝关节、髋关节、膝关节。

（7）对耳轮下脚：臀、坐骨神经、交感神经。

（8）耳甲艇：肾、坐骨神经、交感神经。

（9）耳舟：锁骨、指、肩、肘、腕。

（10）耳屏：肾上腺、外鼻、内鼻、咽喉。

（11）屏间切迹：内分泌、目、升压。

（13）轮屏切迹：脑干。

（14）屏上切迹：外耳。

（15）耳轮脚：膈、耳中。

（16）耳轮：肝、耳尖、痔、外生殖器、尿道、直肠下段、睾丸、肛门。

2. 耳轮后面区穴。

（1）三角窝后：脊髓。

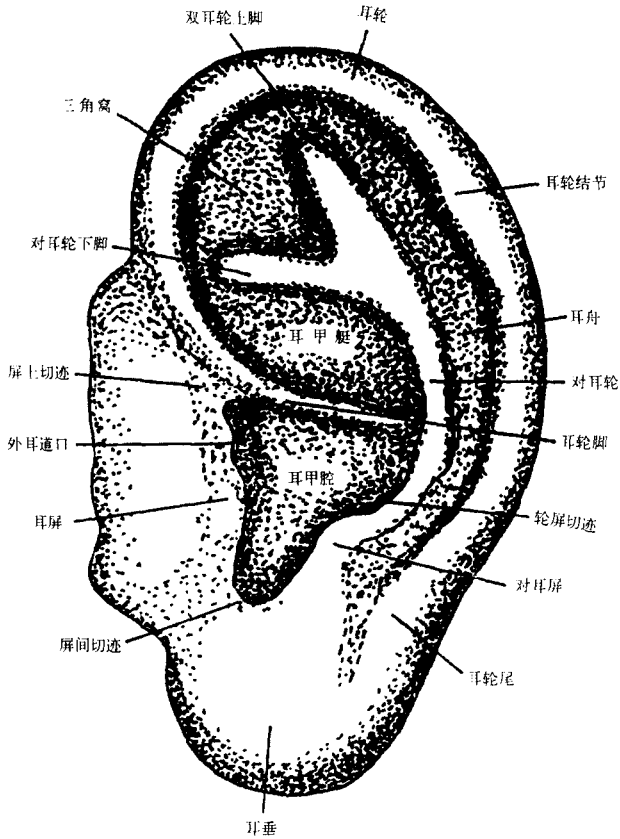


图 1　耳廓正面解剖名称图

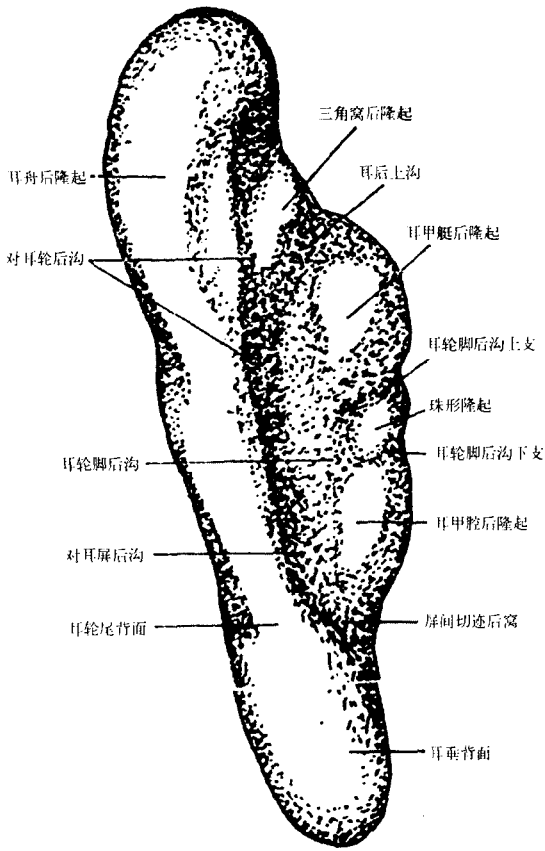


图 2 耳廓后面解剖名称图


扁桃体一
耳尖
阑尾点
肝阳一
阻
扭
指
踝
寻麻塘区
对耳轮上脚
相当于下肢
直肠下段
降压点
膝关节
肝阳二
三角窝
相应于盆腔
高血压
肝炎点
轮一
外生殖器
外生殖器
子宫
嘴点
尿道
交感
胰点
神门
腕关节
肘
肝阳三
坐骨
神经
对耳轮下脚
相当于臀部
前列腺
膀胱
腹部
耳舟
相当于上肢
尿道
大肠
输尿管
胰
胆
耳甲腔
相当关腹腔
阑尾
腹水
小肠十二
指肠
轮二
直肠下段
神经官
能症
外耳
扁桃体二
耳轮角
相当于脑
乳腺
对耳轮
相当于脊柱
口
贲门
左肺
心脏点
屏尖
下腹
食道
支气管
肝
耳甲腔
相当于胸腔
咽喉
渴点
气管
肺
轮三
哑门
外鼻
牙痛点
颈部
耳屏
相当于鼻咽部
饥点
上腹
肾点
脑干
高血压
肾上腺
支气管
扁桃体一
对耳屏
相当于头部
皮质下
腮腺
内鼻
垂体
睾丸
下颌
肺
太阳
内分泌
点
顶
轮四
鼻间切迹
相当于内分泌
上颌
舌
耳垂
相当于面部
下颌
拔牙麻醉点
上颌
拔牙麻醉点
神经衰弱点
轮五
眼
内耳
扁桃体四
轮六
上耳根
降压沟
上耳背
阳维
耳迷根
中耳 背
下耳背
下耳根

图 3 耳穴示意图

(12)耳垂:扁桃体、内耳、牙、上颌、下颌、上腭、下腭、舌、眼、面颊区。

(4)耳轮脚后沟:中背。

(5)耳舟后:脊柱。

(6)对耳轮后沟:降压。

(四)耳部信息诊断方法

耳部信息诊断方法是近些年发展起来的一种新诊法,是人体信息科学的一部分。此种诊断的方法较多,常用者有如下数种:

1.压痛法

压痛法是在耳廓寻找压痛点,压痛点的测试是近代耳诊法中较常用的诊法,具有重要的临床意义和价值。压痛点,即用正确的方法在患者耳廓上进行触压,患者自我感觉有痛感的地方,压痛点即压痛敏感点,称压痛点阳性。压痛点反应常在形态变化、内脏病理变化反应前发生,据此可作早期诊断。在探找压痛敏感的穴区后,再根据敏感穴(区)点所对应的解剖生理功能部位或脏腑进行分析诊断。如肝区出现压痛敏感点阳性时,提示可能有肝病;肾区出现压痛点阳性时,可能有肾病、腰痛等病,其余类此。若在多个穴区出现压痛点阳性时,就要进行比较,寻找最为敏感的区穴,则提示该区穴所对应的内脏器官可能有病。在诊断时应考虑脏腑的联系,相互影响,不能简单的以穴定病。

2.观察形色变化法

对耳穴形色变化的观察,也是耳诊中常用的诊病方法。耳穴形色变化常出现棕色点或片状,或出现棕灰色、白色丘疹、凹陷、结节、隆起等,应观察上述变化出现的区穴,可以推测与之相应的内脏病变。如脾胃病,多在相应耳穴出现点状或片状充血红晕;肝硬化或肝癌患者,常在肝穴、脾穴等处出现索状或隆起结节。耳廓形色反应点的多少,常与病情轻重成正比。

3.电测测定法

电测测定法是采用信息诊断仪或耳穴探测仪,通过探查耳穴生物电的改变(主要是电阻变低)的部位作为躯体、内脏病证诊断的参考,故称为良导法。所探查到的穴点也叫良导点。对耳穴所探测的良

导点，应根据脏象学说理论进行分析，如脉管炎患者在心、肺区穴有阳性反应，胃炎病人在肝穴有阳性信号，可据“心主血脉”、“肺朝百脉”、“肝气犯胃”理论进行分析。多数情况应该根据阳性反应点所在区域与内脏器官的对应关系定位判断。还可根据经络理论分析，如睾丸病、外阴病在肝区出现明显信号，不能误认为肝病。

4. 耳穴压痕法

耳穴压痕法是用压痛法的手法，在耳穴上压痕进行观察分析的参考诊断的方法。主要根据压痕点颜色红、白和凹陷恢复的快慢来决定有关病证的虚实。压痕颜色淡、甚至不发红，或凹陷恢复的时间缓慢者，多为虚证。压痕颜色深暗，发红或凹陷恢复时间快者，为实证。

5. 耳廓染色法

人体在有病时，相应耳穴神经末稍感受器的兴奋性提高，代谢加快，皮肤角质层更新更快。由于耳廓各处角质层不均匀，角质层薄的耳穴处就容易染色。这种通过染色使耳廓有病理变化的区穴着色以分析诊断疾病的染色方法就叫耳廓染色法。

染色前先洗耳廓去脂去垢，清洗干净。染色时用棉球蘸着染色液，连续把耳部均匀地深擦两遍后（大约 30 分钟）立即分化，然后马上擦干，观察耳部着色区，再据着色区的部位，判断相应脏腑组织的病理变化。

6. 耳痛原因分析法

耳痛是许多常见病的症状之一，引起耳痛的原因除耳源性耳痛外，亦可揭示全身其他部位的许多疾病，这种根据耳痛的性质和放散部位来作为辅助诊断疾病的方法称之为耳痛原因分析法。

7. 耳温测定法和耳穴知热感度测定法

两种方法都是测定两耳相应部位有无温度不平衡现象，若出现不平衡则推断相应躯体、内脏的病证。（麻仲学：中国医学诊法大全，山东科技出版社，48～55 页，1991 年版）

8. 常见病在耳廓上的病理反应

列表如下，以供临床参考：

常见病在耳廓上的病理反应

疾　病	部　位	反　应
先天性双侧肾发育不良(粘多糖Ⅰ型)	耳　廓	耳廓低位(耳廓上缘低眼角线),前倾,软骨发育不良,听力障碍等
脂溢性皮炎	全耳廓	呈糠皮样脱屑,不易擦掉,有油脂
鱼鳞状皮炎	全耳廓	呈干枯无光泽、鱼鳞样翘起
吸收功能障碍	全耳廓	呈干枯脱屑、无光泽
冠心病	心区、小肠、耳垂	①染色阳性(点状、片状或成群状着色为阳性) ②耳褶征(耳垂斜皱纹)
心绞痛	心区、左神门、交感、皮质下	①充血、红晕、脱屑、凹陷等 ②低电阻
心动过速	心　区	低电阻
风湿性心脏病	心　区	呈片状白色,边缘不清,少数有光泽
多梦、失眠、心律不整、期外收缩	心　区	呈皱折圆圈,中心有光泽,少数中心白色
神经衰弱	心区、神门、脑点	有压痛
美尼尔氏病发作期	眩晕点	呈白色凸起样,压之呈凹陷性水肿,随病情好转而消失
各种头痛、头晕	脑干、脑点、额、皮质下	呈点状红晕或点状白色,边缘红晕,一般有光泽
高血压	脑点、脑干、额、皮质下	呈点状红晕或点状白色,边缘红晕,一般有光泽,以肾上腺区呈点状或片状红晕,心区呈皱折圆圈,降压沟上$\frac{1}{3}$有点状白色或边缘红晕约为收缩压 150mm 左右,中$\frac{1}{3}$有反应时,约为收缩压 200mm 左右

续表1

疾病	部位	反应
低血压	脑干、脑点、额、皮质下	头部穴位同高血压反应，肾上腺区无反应，降压沟下$\frac{1}{3}$有点状白色或边缘红晕为低血压
肝大	肝区、右耳肝区、脾区、胃区	呈白色片状隆起(如半个瓜子仁样)边缘清楚(右耳为肝右叶大、左耳为肝左叶大)，低电阻
肝炎	右耳肝区、脾区、胃区	低电阻
急性肝炎	肝区、右耳肝区、脾区、胃区	①呈片状或点状红晕②边缘红晕，中心白色，一般有光泽③低电阻
肝癌	肝区	①局部有梅花样排列之环形凹陷 ②呈黄色，可见结节状隆起，局部肥厚坚硬，有压痛 ③有的可见圆形水纹状皱褶 ④有的耳廓软骨增生
黄疸型肝炎	肝区	良导阳性
脾大	脾区	呈白片状或边缘红晕，少数隆起
间日疟	脾区、疟区	①多数出现变色，点状红色、点状或片状白色。点状白色其边缘有红晕，少数有变形、丘疹、脱屑等 ②疟区染色阳性，呈点状片状黑色
胆囊炎	相应区	染色阳性，有压痛
急性胃炎	胃区	呈点状或片状红晕，有光泽
慢性胃炎	胃区	呈片状白色，边缘不清，少数皮肤增厚(多见肥厚性胃炎)
慢性胃炎急性发作	胃区	①片状或点状白色，边缘红晕，有光泽 ②点状或片状红晕或充血
胃下垂	胃区	胃区的外缘，近对耳轮，呈片状白色隆起，边缘不清
胃溃疡	胃区	①呈点状白色，边缘清楚 ②白色或黯灰色，边缘红晕，一般均有光泽
胃大部切除术	整个消化道区	①良导阳性②染色阳性

续表 2

疾病		部位	反应
十二指肠溃疡		十二指肠	①呈点状白色，边缘清楚 ②白色或暗灰色，边缘红晕，一般均有光泽
十二指肠溃疡手术后		整个消化道区	①良导阳性②染色阳性
食道癌手术后		上消化道区	良导反应阳性
菌痢		大、小肠	有压痛
慢性肠炎		大、小肠、脾、胃区	①呈片状或丘疹充血，油脂较多②低电阻
便秘		大、小肠区	呈片状白色或有糖皮脱屑，无光泽
急性阑尾炎		阑尾区	呈点状或丘疹充血
慢性阑尾炎		阑尾区	多数呈点状凹陷或隆起，少数白色或暗灰色
慢性阑尾炎急性发作		阑尾区	呈点状白色，边缘红晕或片状红晕
血吸虫病		血基点、直肠大肠	低电阻
疝修补术后遗症		大、小肠、膀胱区	良导阳性
痔核		痔核点、直肠下段	呈点状或片状白色，边缘红晕，少数呈暗灰色点状或片状
肛裂		痔核点、肛门	呈点状白色，边缘呈齿轮状红晕，有少数点状红晕，呈放射状
肾炎		肾区、膀胱、内分泌、肾炎点	良导阳性
肺结核	活动期	肺区 心区 大肠	呈点状或丘疹充血，有光泽，少数用棉球擦即可出血(下为同侧、上为对侧)，低电阻
	钙化期	肺区	呈针尖样凹陷一个至数个
急性肺炎		两肺间	呈点状或丘疹红晕，有的点状白色，边缘红晕，有光泽
肺气肿		肺区、心区、大肠区	①呈白色片状或点状密集成片、边缘不清，发作期有光泽 ②良导反应阳性
矽肺		肺区、矽肺点	①染色阳性，良导阳性②肝、脾区隆起，有压痛，呈片状白色、棕色或3～6个点状白色隆起

续表 3

疾病	部位	反应
矽肺	肺区、肝、脾穴	①良导阳性②呈片状白色、棕色或3—6个点状白色或隆起③耳垂折痕
急性支气管炎	气管	呈点状或丘疹红晕，少数点状白色，边际红晕，有光泽
慢性支气管炎	气管、肺区、心、大肠	①呈点状或片状白色，边缘清楚，少数白色丘疹、均无光泽②低电阻
慢性支气管炎急性发作	气管	呈点状或片状白色或丘疹，边缘红晕，均有光泽
痛经	子宫区	呈点状白色或红晕，有油脂
月经及白带过多	子宫区	呈点状丘疹、充血
月经过少或短期闭经	子宫区	呈点状或片状白色，无光泽，少数有结节、皮脱屑
宫颈炎	子宫、附件区	低电阻
妊娠毒血症	子宫区、相应区	有压痛
早孕	子宫区	有压痛
良性肿瘤	相应部位	呈皮下结节隆起，推之有移动，边缘清楚，无压痛，(病例不多，有待探讨)
恶性肿瘤	相应部位	①呈软骨隆起，边缘不清，无移动 ②有的片状呈暗灰色，压痛明显(病例不多，有待探讨)
各种手术后	相应部位	呈白色线条和半圆形的疤痕，少数是黯灰色的
内服避孕药反应	子宫、耳甲艇、内分泌、耳甲腔	呈白色片状脱屑
急性关节扭伤	相应部位	呈点状或片状红晕
肩关节高举困难	肩、肩关节	低电阻

续表 4

疾　病	部　位	反　应
陈旧性关节炎	相应部位	呈点状或片状白色
慢性关节炎急性发作	相应部位	呈点状白色，边缘红晕，均有光泽
脊椎变形或肥大、骨折	相应部位	①呈索状或结节隆起，有的索状凹陷，纵横不一②低电阻
慢性鼻炎	外鼻、鼻炎穴、肺区、内分泌	有压痛
暴发性火眼	耳垂上	有压痛，呈粟粒大小之结节状，穴点皮色与周围皮色略异
眼内病	眼、目$_1$、目$_2$、新眼	低电阻
下颌关节功能紊乱	颞颌穴	有压痛，有小丘疹突起

9. 耳病与全身病症的关系

列表如下，以供参考。

耳痛与病症关系

分类	分部	病　症
耳源性	外耳	耳廓外伤、血肿、软骨发炎，带状疱疹，急性湿疹、丹毒、溃疡，先天性耳瘘孔感染，外耳道外伤、异物入耳内、耳疖、突发性外耳道炎、耵聍栓塞诱发感染等
	中耳	中耳鼓塞、鼓膜外伤、鼓膜炎、中耳炎、合并脑膜炎、静脉窦炎、脑脓肿等

续表

分类	分部	病症
牵涉性和反射性	口腔、咽喉	龋齿、智齿生长障碍、舌炎、舌癌、阿夫他口腔炎、急慢性咽炎、奋森氏咽峡炎、卢德维氏咽峡炎、急慢性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、扁桃体手术后、、喉炎、喉癌、喉结核等
	颈部	颈动脉炎、颈椎病、颈部肌肉酸痛、甲状腺囊肿、腺瘤、桥本氏病、甲状腺癌等
	耳周围	腮腺炎、下颌关节炎、耳周淋巴结炎
	神经	耳大神经痛、枕小神经痛、三叉神经痛、鼓室神经痛
其他	全身各部	糖尿病、痛风、贫血、白血病、失眠、神经衰弱、癔病、恶心、呕吐、腹泻、月经不调、卵巢功能低下、长期噪音刺激、各种原因的头痛等

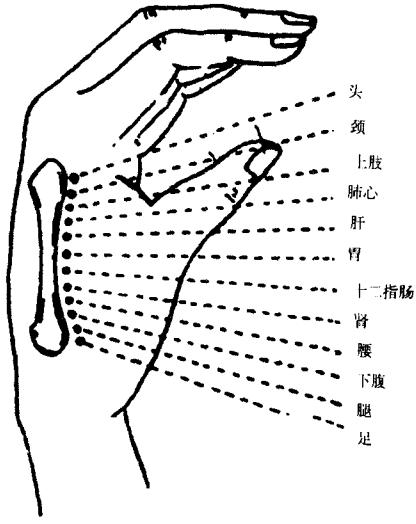
九、第二掌骨侧速诊法

1973年，张颖清发现了第二掌骨侧的一个新的有序的穴位群，尔后在此基础上创建了“第二掌骨侧速诊法”。

（一）第二掌骨侧的全息穴位群

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，恰似是整个人体在这里的大致缩小。头穴与足穴连线的中点为胃穴。胃穴与头穴连线的中点为肺心穴。肺心

穴与头穴连线分为三等份，从头穴端算起，中间两点依次为颈穴和上肢穴。肺穴与胃穴连线的中点为肝穴。胃穴与足穴连线分为六等份，从胃穴端算起，五个点依次为十二指肠穴、肾穴、腰穴、下腹穴、腿穴。第二掌骨节肢系统包含着整个人体各个部的生理、病理的信息，所以这一穴位群被称为第二掌骨侧的全息穴位群。示意如下图。



第二掌骨侧全息穴群图

这些穴位所对应的不仅是穴名所指的部位或器官，而且还包括着与这些部位或器官处于同一横截面及其邻近的其他部位或器官：

头穴：头、眼、耳、鼻、口、牙。

颈穴：颈、甲状腺、咽、气管上段、食道上段。

上肢穴：肩、上肢、肘、手、腕、气管中段、食道中段。

肺心穴：肺、心、胸、乳腺、气管下段、支气管、食道下段、背。

肝穴：肝、胆。

胃穴：胃、脾、胰。

十二指肠穴：十二指肠、结肠。

肾穴：肾、大肠、小肠。

腰穴：腰、腰周、大肠、小肠。

下腹穴：下腹、子宫、膀胱、直肠、阑尾、卵巢、睾丸、阴道、尿道、肛

门、氐。

腿穴：腿、膝。

足穴：足、踝。

（二）第二掌骨侧速诊法的操作方法

诊察的具体手法是在上述穴位群中，从头穴至足穴的顺序，依次按压一次或数次双手的第二掌骨各穴，根据压痛点的有无和位置即可确定人体哪部位或器官有病或无病。以测右手第二掌骨为例，测试者与患者相对，用右手托起患者右手，让患者右手松如握鸡卵状，肌肉自然放松。虎口朝上，测试者用左手拇指尖在患者第二掌骨顺着骨长轴方向轻轻来回按压，可觉有一沟槽，新穴即分布在这些沟槽内，逐个按压穴位，在揉压时并注意观察患者表情并询问对按压的反应。如有明显的麻、胀、重、酸、痛的感觉，则此处为压痛点。

如果某一穴位是压痛点，即提示人体相应部位或邻近器官有病。若右侧较左侧压痛感强，则提示病在右侧；左侧压痛感强，则提示病在左侧。一般地说，内脏组织病变部位明确，其压痛感也明显，反之，病位不明确，压痛点及感觉也不十分确定。

十、释梦诊法

释梦诊法，是指根据梦与人体生理病理关系从多角度对梦进行解析，以判断人体脏腑之强弱、邪正盛衰及病变部位之所在的诊病方法。梦与人的社会环境、心理因素及形体状况有着不可分割的联系，如果人经常、反复、规律出现的梦，一般提示机体阴阳盛衰状况，亦可因脏腑之气血不和，或邪气从外侵袭体内，窜扰脏腑，致使魂魄飞扬、精神不安而作梦。释梦诊法，古已有之，在《灵枢·淫邪发梦》中已有专篇论述，在《素问·方盛衰论》、《素问·脉要精微论》中都有论之。《中国医学诊法大全》对梦的解析分为九类：

（一）气盛之梦

凡梦见涉水而感恐惧者为阴气盛；梦见大火而感灼热为阳气盛；梦见相互残杀斗殴为阴阳俱盛；梦见飞腾、飘荡、登高等向上的内容则多患眩晕、耳鸣、头痛等上盛疾病；梦有下坠、跌落者，多患脱肛、痔

核、泄泻、子宫脱垂等下部疾患；梦见向别人索取东西多见于饥饿；梦中送物予人则多为过饱；梦怒为肝盛；梦哭为肺气盛；梦喜笑为心气盛；梦歌唱娱乐、身体沉重难举为脾气盛；梦见腰脊分离为肾气盛；梦见众人聚集则腹中寄生虫多。余者以此类推。

（二）气虚之梦

如梦见白色、悲伤之事为肺气虚；梦见舟楫、溺水为肾气虚；梦见菌香生草为肝气虚；梦见救火和见到太阳或雷电，为心气虚；梦见饮食不足为脾气虚。余者类推。

（三）邪犯之梦

如梦见山丘烟火弥漫为邪犯于心，而致心气不足；梦见飞扬、腾越，或见金属之物，为邪犯于肺；梦见丘陵和大湖，以及破房漏屋，为邪气犯脾之脾气不足，土虚水犯；梦被水淹为邪犯于肾，肾气不足；梦见四处游荡为邪犯膀胱；梦见饮食，为邪犯于胃；梦见置身四野为邪犯大肠；梦见聚众于交通要道为邪犯小肠；梦见与人斗殴、打官司，为邪气犯胆；梦中性交为邪犯外阴等。

（四）体滞之梦

梦中见蛇，多为垫着带子而寐，背部受压所致；梦见尽力说话而说不出，则多为口中含物而眠；梦见用力行走而仆倒，多为下肢受被褥缠裹；梦中登高处坠落，则多是头坠枕头，头部受压，这些梦多是因躯体局部受压，该处气血阻滞所致。

（五）情溢之梦

如梦中喜笑颜开，则由于过喜所致；梦见神情呆滞，甚则昏倒，为过怒而致；梦中自己躲躲藏藏，则由于过度恐惧引起；梦中生气、不满，是由于过度忧患；梦中遇险得救，是过哀而致；梦中狂闹不宁，是由受惊引起。总之，七情过度，精神受伤，最易导致种种恶梦。

（六）直叶之梦

即见君梦君，见甲梦甲，或梦鹿见鹿，梦花见花。此类梦，多数在醒觉后的第二天确有其事，而印象淡薄，一旦见梦，反觉神奇。

（七）比象之梦

梦大鱼将要下雨，梦见龙将要提升等。

(八)反极之梦

如梦寄衣是身体受凉;梦见有丰盛食物则多为饥饿之人;梦中所有之物,为平时所缺无,如此等等,为反极之梦。

(九)厉妖之梦

如梦见死于非命,大多为平时做恶多端;梦中性交,多为平素心猿意马,想入非非。

自古以来,人们对梦的产生做出了种种猜想和解释。近来对梦的最新研究认为,每个人之所以会有极为奇异的形象会成,可能与大脑皮层有的神经联系紊乱有关。中医学解梦,仍然用阴阳五行学说,用整体观念,从脏象学说来分析梦的病因病机。具体言之,可从以下七方面对梦进行诊断:(1)阴阳为辨梦总纲;(2)用五行属性分析梦的病机;(3)梦可反映生理上的需要满足;(4)体现情欲及其他;(5)反映局部病变;(6)梦对病机方向有指示意义;(7)梦可提示病证虚实。

第三章　辨证方法

辨证是在诊法的基础上，运用中医理论，经过逻辑思维，对临证资料进行综合分析，以揭示疾病阶段本质变化的诊断方法和过程。

辨证方法是医生识别证候、探求病因、分辨病位、区别病性、审察病机和病变趋势的具体手段。中医辨证方法独具特色：其一，辨证是临床思维的重要形式。其正确而合理地运用辨证思维，既善于综合考察病人各方面的情况，注重发病条件、起病过程、具体症状的前后变化；又重视具体分析病人对各种致病因素的反应，强调病变阶段邪正斗争的结果。细辨机体失调状态，注意症状的特点，充分遵循因人因地因时的原则，分清"同病异证"和"异病同证"，因而中医辨证具有综合判断与具体分析、注重整体与灵活应变相协调的特点。

其二，辨证能正确处理临证资料。其能从全面详细却又复杂纷繁的资料，即病因、病史、现在症状、体征、环境因素的变化中，立足于疾病现阶段的发展，辨别因果，分清轻重缓急，辨清主次，抓住主要症状，据此揭示特定阶段病变的本质，因而中医辨证具有突出重点，取舍得当，强调动态变化的特点。

其三，以症为据，探求病本。中医辨证能从构成不同证候的不同症状的组合关系中，透过疾病的症状（现象），找出该证候所反映的疾病本质。辨证就是立足于一些突出的主要症状，由此及彼地将其与其他症状联系起来进行全面分析，辨别这些症状相互间是否构成一定的证候，并由症状之表象，揭示病变内在的本质。

第一节 八纲辨证方法

八纲辨证方法，是指在通过四诊掌握病情资料的基础上，根据病位的深浅、病邪的性质及盛衰，人体正气的强弱等，对疾病加以综合分析，归纳为阴、阳、表、里、寒、热、虚、实八类证候的一种辨证方法。

八纲辨证是各种辨证的总纲。任何一个病症，都可以用八纲辨证法来分析归纳。疾病的类别，不属于阴，便属于阳；疾病的病位，不在表就在里；疾病的性质，不属于寒，便属于热；邪正的盛衰，不是正虚，便是邪实。因此，运用八纲辨证可将错综复杂的临床表现，归纳为表里、寒热、虚实、阴阳四对纲领性证候。其中阴阳为八纲的总纲。表、热、实证属阳，里、寒、虚证属阴。这样可以找出疾病的关键，认识疾病的本质，掌握其要领，确定其类型，预决其趋势，为治疗指出方向。八纲反映了病变过程中各种矛盾的几个主要方面，但在临床应用时，它们之间又是相互联系，不可分割的，如辨别表里必须与寒热虚实联系，辨别虚实又必须与表里寒热联系。此外还有表证入里、里证出表、寒证化热、热证转寒、虚实互变以及寒热真假等。因此，运用八纲进行辨证时，不仅要熟练掌握八类证候各自的特点，还要注意它们之间的相互关系以灵活运用。

八纲是分析疾病共性的辨证方法，是各种辨证的总纲，在诊断疾病过程中有执简驭繁，提纲挈领的作用，适应于内、外、妇、儿、眼、耳鼻喉等各科疾病的辨证，应注意表与里、寒与热、虚与实、阴与阳证之间的鉴别。

一、表里证辨证法

表里辨证，是指辨别疾病病位内外和病势轻重深浅的一种辨证方法。

表里是一个相对的概念，一般来说，身体的皮毛、肌腠、经络居

外为表，受病统属表证；脏腑骨髓居内为里，受病统属里证。但其中就脏腑而言，脏属里，腑属表；就经络而言，三阳经属表，三阴经属里。外感病的病邪是从体表或口鼻呼吸道入侵，由表到里，由浅入深的发展。因此，病在表的病邪浅，病势轻，病在里的病邪已深入，病邪深，病势重，病程也长。表邪入里为病进，里邪出表为病退。病邪入里一层，病深一层，病重一层；出表一层，病浅一层，病轻一层。掌握疾病的表里，就能掌握其轻重深浅及病理变化趋势，取得治疗上的主动权，采取适当的治疗措施。表证与里证的辨证要点主要是审察病症的寒热是否并重，舌苔变化的多少及脉象的沉浮。

本法适应于外感病的辨证，对伤寒六经辨证和温病卫气营血辨证尤为重要。

(一)辨表证

辨表证指对表证即六淫、疫疠邪气经皮毛、口鼻侵入人体肌表、经络所表现证候的一种辨证方法。

表证的病因是外感时邪，病位在皮毛肌腠，病机变化为外邪乘虚侵袭，正邪交争，肺卫失调。诊断依据：主症表现为发热恶寒(或恶风)，头身疼痛。次症表现为鼻塞流涕、咳嗽、咽喉痒痛。舌苔薄白，脉浮。辨证要点：必须具备主症之一加典型舌脉，或次症之一加典型舌脉。具有起病急、病程短、邪浅病轻的特点。

本法常用于对外感病初期阶段的辨证，应与里证相鉴别。

(二)辨里证

辨里证指对疾病病位深在于脏腑、气血、骨髓等部位所表现证候的一种辨证方法。

里证是与表证相对而言的，凡非表证的一切证候皆属里证。里证的成因：一是表邪不解内侵脏腑，二是外邪直接侵犯脏腑，三是情志、饮食、劳倦、房事等因素直接损伤脏腑。其病因复杂，病位广泛，症状繁多，常以或寒、或热、或虚、或实的形式出现。诊断依据：症状表现为但热不寒或但寒不热，或无寒热，壮热恶热或微热潮热，烦躁神昏，口渴引饮，或畏寒肢冷，蜷卧神疲，口淡多涎，大便秘

结，小便短赤，或大便溏泄，小便清长，腹痛呕恶，伴见病变脏腑功能失常的症状。舌苔黄或白厚腻，脉沉。辨证要点：必须是沉脉与上述两项症状和病变脏器症状共见。具有病位深在，病情较重，病程较长的特点。

本法常用于对外感病的中后期或内伤病的辨证，应与表证相鉴别。

（三）辨半表半里证

辨半表半里证指对外邪由表内传，尚未达于里，或里证出表，尚未至于表，邪正相搏于表里之间所表现证候的一种辨证方法。

半表半里证是对具有寒热往来（或寒热如疟），胸胁苦满等一系列典型表现之病理概括。诊断依据：主症表现为寒热往来，胸胁苦闷。次症表现为心烦喜呕，嘿嘿不欲饮食，口苦咽干，目眩。舌淡苔薄白，脉弦。辨证要点：必须具备一项主症和三项次症加典型舌脉。

本法可用于对多种不同疾病的辨证，详见六经辨证中的少阳病证。应与表证、里证相鉴别。

二、寒热证辨证法

寒热证辨证法，是指辨别疾病性质属寒属热的一种辨证方法。

疾病的发生无外乎是机体阴阳失调，寒证和热证则反映了机体阴阳的偏盛与偏衰的实质，《素问·阴阳应象大论》说："阳盛则热，阴盛则寒。"《素问·调经论》也说："阳虚则外寒，阴虚则内热。"阴盛或阳虚的表现即为寒证，阳盛或阴虚的表现即为热证。辨证要点：寒证即为一组有寒象的症状和体征，热证为一组有热象的症状和体征。寒证与热证的区别点主要表现在对寒热的喜恶、口渴与不渴、面色的白赤、四肢的冷热、大小便的质地及舌象、脉象的变化。一般分为表寒证、里寒证、表热证、里热证。

寒证与热证虽有阴阳盛衰的本质不同，但在疾病过程中可以错杂出现，如上热下寒，上寒下热，表寒里热，表热里寒，还可相互

转化，如寒证转化为热证，热证转化为寒证，以及出现寒热真假，如真寒假热，真热假寒，故应注意鉴别。

本法可用于对各科疾病的辨证。还应与恶寒、发热的症状相鉴别。

(一)辨寒证

辨寒证指对感受寒邪或阳虚阴盛，机能衰减所表现证候的一种辨证方法。

寒证的诊断依据：症状表现为恶寒喜暖，面色㿠白，肢冷蜷卧，口淡不渴，痰、涎、涕清稀，小便清长，大便稀溏。舌淡苔白而润滑，脉迟或紧。辨证要点：必须具备两个以上症状加典型舌脉。

本法常用于对各科疾病的辨证。寒证由于病因和病位的不同，可分为表寒证、里寒证、虚寒证、实寒证，应注意鉴别。

(二)辨热证

辨热证指对感受热邪或阴虚阳盛，机能亢进所表现证候的一种辨证方法。

热证的诊断依据：症状表现为恶热喜冷，口渴喜冷饮，面红目赤，烦躁不宁，痰、涕黄稠，吐血衄血，小便短赤，大便秘结。舌红苔黄而干燥，脉数。辨证要点：必须具备两个以上症状加典型舌脉。

本法常用于对各种疾病的辨证。根据热证的不同病因和病位，可分为表热证、里热证、虚热证、实热证，应注意鉴别。

(三)辨表寒证

辨表寒证指对寒邪侵袭肌表所表现证候的一种辨证方法。

表寒证诊断依据：主症表现为恶寒重，无汗。次症表现为发热轻，头身疼痛。舌淡苔薄白润，脉浮紧。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。具有起病急，病程短的特点。多有外感寒邪病史。

本法常用于对外感病的辨证，应与里寒证相鉴别。

(四)辨里寒证

辨里寒证指对寒邪直中脏腑或阳气虚衰所表现证候的一种辨证方法。

里寒证诊断依据：主症表现为形寒肢冷，面色㿠白。次症表现为口淡不渴，或渴喜热饮，静而少言，小便清长，大便稀溏。舌质淡苔白润，脉沉迟。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉，或两项以上次症加典型舌脉。具有起病较缓，病程较长的特点。

本法常用于对外感病的中后期或内伤病的辨证，应与表寒证相鉴别。

（五）辨表热证

辨表热证指对温热病邪侵犯肌表所表现证候的一种辨证方法。

表热证诊断依据：主症表现为发热，微恶风寒，口渴。次症表现为头痛，咽痛，或有汗。舌边尖红，脉浮数。辨证要点：必具主症加典型舌脉。具有起病较急，病程较短的特点，多有感受温热病邪的病史。

本法常用于对外感病的辨证。应与里热证相鉴别。

（六）辨里热证

辨里热证指对外邪传里化热，或热邪直中脏腑致里热炽盛，或阴液亏损、虚热内生所表现证候的一种辨证方法。

里热证诊断依据：主症表现为面红身热，烦躁口渴。次症表现为善饮冷水，多言，大便干结，小便黄赤。舌红苔黄，脉数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉，或两项以上次症加典型舌脉。具有起病较缓，病程较长的特点。

本法常用于对外感病的中后期或内伤病的辨证。应与表热证相鉴别。

三、虚实证辨证法

虚实证辨证方法，是指辨别疾病邪正盛衰的一种辨证方法。虚，是就正气而言，指正气虚，即人体的正气（包括精、气、血、津液等）不足。实，是就邪气而言，即邪气亢盛有余，凡正气虚所产生的证候属虚证，邪气亢盛有余所产生的证候为实证。二者诊断依据及区别为病程的长短、体质的强弱、精神的好坏、声息的强弱、疼痛喜按拒按、热势的高低、恶寒的轻重、舌质的老嫩、舌苔的多少厚薄及脉象有力无力。一般来说，虚证时邪气也不亢盛，实证时正气尚未虚弱，但临床上也

常见虚实错杂及转化，如实证夹虚、虚证夹实、虚实并重。虚实还与表里寒热相联系，形成多种证候，常见有表虚证、表实证、里虚证、里实证、虚热证、实热证、虚寒证、实寒证，应注意鉴别。

本法可用于对各种疾病的辨证。

(一)辨虚证

辨虚证指对人体正气不足，导致机体抗邪能力降低、生理机能减退所表现证候的一种辨证方法。

虚证包括阴、阳、气、血、精、津以及脏腑各种不同的虚损，表现各异。共同的诊断依据：主症表现为精神萎靡，身困乏力，形寒肢冷，或五心烦热，口咽干燥。次症表现为面色淡白或萎黄，心悸气短，自汗，大便滑脱，小便失禁，或消瘦颧红，盗汗潮热。舌淡胖嫩，脉虚沉迟或舌红少苔，脉虚细数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉，或两项以上次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多见于慢性、消耗性疾病。

本法常用于对各种疾病的辨证。应注意分辨是何种物质之虚以及虚损的病位。

(二)辨实证

辨实证指对外邪侵袭人体，邪气亢盛有余，或体内病理产物(痰饮、水湿、瘀血等)蓄积所表现证候的一种辨证方法。

实证病因复杂，表现亦各不同，常见的共同诊断依据：发热，腹胀痛拒按，胸闷，烦躁，甚至神昏谵语，呼吸气粗，痰涎壅盛，大便秘结或下利，里急后重，小便不利或淋沥涩痛，舌质苍老，舌苔厚腻，脉实有力。辨证要点：必须具备两项以上症状加典型舌脉。具有起病急、病程短的特点。

本法常用于对外感病及各科疾病的辨证。应与虚证相鉴别。

(三)辨表虚证

辨表虚证指对表虚卫外不固所表现证候的一种辨证方法。

表虚证分为外感表虚与内伤表虚。外感表虚指感受风邪所致的表证，内伤表虚指肺脾气虚，卫气不固，肌表疏松，易被外邪侵袭所致的表证。外感表虚的诊断依据：头痛、项强、发热、汗出恶风、舌淡苔

白、脉浮缓。辨证要点：必须具备恶风汗出症状和脉浮缓的脉象特征。具有起病急、病程短的特点。内伤表虚诊断依据：主症表现为平时常自汗出，易感冒。次症表现为面色淡白，气短，动则气喘，倦怠乏力，纳少便溏。舌脉表现为舌淡苔白，脉细弱。辨证要点：必具主症和两项以上次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，常见于久病体虚之人。

本法常用于对外感病的辨证。应与表实证、里虚证相鉴别。

（四）辨表实证

辨表实证指对寒邪侵袭肌表所表现证候的一种辨证方法。

表实证乃寒邪侵袭，阳气集于肌表，正邪相争，腠理致密所出现的证候。诊断依据：发热恶寒，头痛，身体疼痛，无汗，脉浮紧。辨证要点：无汗、头身疼痛、脉浮紧。具有起病急、病程短的特点。

本法常用于对伤寒外感病的辨证。应与外感表虚证相鉴别。

（五）辨里虚证

辨里虚证指对脏腑经络、气血阴阳亏损，机能减退所表现证候的辨证方法。详见脏腑经络、阴阳气血辨证。

（六）辨里实证

辨里实证指对邪气入里或脏腑经络邪气亢盛所表现证候的辨证方法。详见脏腑经络及病因辨证。

（七）辨虚寒证

辨虚寒证指对体内阳气虚衰、阴寒内生所表现证候的辨证方法。

虚寒证诊断依据：主症表现为精神不振，面色淡白，畏寒肢冷。次症表现为腹痛喜按，大便溏薄，小便清长，少气乏力。舌质淡嫩，脉微或沉迟无力。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉，或主症之一加两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多见于久病体虚及素体阳虚之人。

本法常用于对内伤病的辨证。应与实寒证相鉴别。

（八）辨虚热证

辨虚热证指对体内阴液亏虚，火热内生所表现证候的一种辨证方法。

虚热证诊断依据：主症表现为五心烦热，口咽干燥。次症表现为两颧红赤，潮热盗汗。舌红少苔，脉细数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉，或主症加次症。多见于素体阴虚和久病体虚之人。

本法常用于对温热病的中后期及慢性消耗性疾病的辨证。应与实热证相鉴别。

(九)辨实寒证

辨实寒证指对阴寒之邪侵袭人体所表现证候的一种辨证方法。

实寒证诊断依据：主症表现为恶寒喜暖，腹痛拒按或痰鸣喘嗽。次症表现为面色苍白，四肢欠温，肠鸣腹泄，口淡多涎，小便清长。舌苔白润，脉迟或紧。辨证要点：必须具备主症之一和两项以上次症加典型舌脉。具有起病急、病程短的特点。

本法常用于对多种内伤疾病的辨证。应与虚寒证相鉴别。

(十)辨实热证

辨实热证指对阳热之邪侵袭人体，或阴寒之邪由表入里化热所表现证候的一种辨证方法。

实热证诊断依据：主症表现为壮热喜冷，面红目赤。次症表现为口渴饮冷，烦躁或神昏谵语，腹胀满痛拒按，大便秘结，小便短赤。舌红苔黄而干，脉洪滑数实。辨证要点：必须具主症加一项次症及典型舌脉。具有起病急、病程短的特点。

四、阴阳证辨证法

阴阳证辨证方法指辨别疾病的性质属阴属阳的一种辨证方法。

中医学运用阴阳学说概括说明人体的生理、病理过程中对立统一的关系，疾病的证候虽然复杂多变，总不外阴阳两大类别，而诊病之要必然先辨明其性质属阴属阳，故《素问·阴阳应象大论》说："善诊者，察色按脉，先别阴阳。"因此，在诊断上可根据临床症状及体征的阴阳属性特点，将一切疾病分为阴阳两个主要方面。所以，阴阳是八纲辨证的总纲，可以概括其他六个方面的内容，即表、热、实属阳，里、虚、寒属阴，也即"二纲六要"。阳证的辨证依据是人体机能亢进，能量代谢增高所表现的症状；阴证的辨证依据是人体机能不足，能量

代谢低下所表现的症状。但阴阳证候之间不是截然分开的，往往阴中有阳，阳中有阴，应注意辨别。

本法适用于对一切疾病的辨证。注意阴证与阳证的鉴别。

(一)辨阴证

辨阴证指对符合"阴"的一般属性的证候的一种辨证方法。

阴证包括里证、寒证、虚证。不同疾病所表现的阴性证候不尽相同，各有侧重。一般常见的诊断依据：症状表现为面色苍白，或暗淡，身重蜷卧，倦怠无力，精神萎靡，语声低微，静而少言，呼吸怯弱，气短，形寒肢冷，纳差，口中无味，不烦不渴，或喜热饮，大便腥臭，小便清长或短少，腹痛喜按。舌质淡而胖嫩，舌苔润滑，脉沉微，或细涩，或微弱无力。辨证要点：具备上述三项症状加典型舌脉。多具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对一切疾病的辨证。应注意与阳证相鉴别。

(二)辨阳证

辨阳证指对符合"阳"的一般属性的证候的一种辨证方法。

阳证包括表证、热证、实证。不同疾病所表现的阳性证候也不尽相同，一般常见的诊断依据：症状表现为面色潮红或通红，发热，肌肤灼热，神烦狂躁不安，口唇燥裂，语声壮厉，烦而多言或骂詈无常，呼吸气粗，喘促痰鸣，口干渴饮，大便或硬或秘，或有奇臭，恶食，小便短赤，腹痛拒按，身热足暖。舌质红绛，苔色黄或老黄，甚则燥裂，或黑而起芒刺，脉浮数、洪大或滑实有力。辨证要点：具备上述三个以上症状加典型舌脉。

本法常用于对一切疾病的辨证。应与阴证相鉴别。

(三)辨阴虚证

辨阴虚证指对精血不足或津液亏损致阴虚液少，阴不制阳，虚热内生所表现证候的一种辨证方法。

阴虚证又称阴亏证，阴液亏损证。诊断依据：主症表现为五心烦热，咽燥口干。次症表现为午后潮热，颧红盗汗，形体消瘦，大便干结，尿少色黄，眩晕，失眠。舌红少苔或无苔，脉细数。辨证要点：须具备主症加典型舌脉，或一项主症和两项次症加舌脉。具有起病缓、病程长

的特点，多见于素体阴虚及喜食辛辣之人和多种慢性疾患中，每遇夏季加重，冬季减轻。本证在病机演化过程中，常见阴不制阳的阴虚动风证、迁延日久的阴阳两虚证和元气损伤的气阴两虚证。

本法常用于对虚劳、劳瘵、消渴，眩晕等病的辨证。应与血虚证、津液不足证等相鉴别。

（四）辨阴盛证

辨阴盛证指对阴寒之邪内盛，阳气受损，机体失温所表现证候的一种辨证方法。

阴盛证临床以明显的寒象、实象为特征。诊断依据：主症表现为四肢不温或厥逆，喜热怕冷。次症表现为腹部冷痛拒按，其势较剧；或泄泻清稀，甚则如水样；或大便秘结，小便清长。舌淡苔白或白腻，脉弦紧或沉迟或濡缓。辨证要点：须具备主症和两项以上次症加典型舌脉。具有发病急骤、病程较短的特点，多见于素体阳虚之人。

本法常用于对腹痛、泄泻、便秘等病的辨证。应与阳虚证相鉴别。

（五）辨阳虚证

辨阳虚证指对阳气不足，机能衰退，温煦失职所表现证候的一种辨证方法。

阳虚证又称阳气不足证，多由气虚证发展而来，临床以全身机能低下症状和寒象共见为特征。诊断依据：主症表现为面色㿠白，畏寒肢冷，倦怠乏力，少气懒言。次症表现为口淡不渴，自汗，小便清长，大便溏薄，腹痛隐隐喜按，水肿以腰以下为甚，心悸头晕。舌淡胖，脉虚迟或沉弱。辨证要点：必须具备主症和典型舌脉，或主症和两项次症。具有起病缓、病程长的特点，多见于禀赋不足、年高体弱、久病体虚之人。每遇夏季轻而冬季加重。本证在病机演化过程中常出现阳虚日久的阴阳两虚证和随之而生的水湿、痰饮及瘀血。

本法常用于对水肿、泄泻、心悸、虚劳、眩晕等病的辨证。应与气虚证、阴盛证相鉴别。

（六）辨阳盛证

辨阳盛证指对阳气亢盛，机能亢进所表现证候的一种辨证方法。

阳盛证临床以明显的热象、实象为特征。诊断依据：主症表现为

身热面赤，烦渴引饮。次症表现为消谷善饥，大便秘结，小便短赤，或尿多而混黄，口干口臭。舌质红绛，苔黄或老黄，甚则燥裂，脉洪数或滑数有力。辨证要点：须具备主症加典型舌脉，或两项主症加两项次症及舌脉。多见于素体阴虚之人。具有起病急、病程短的特点。

本法常用于对消渴、便秘、春温、暑温、冬温等病的辨证。应与阴虚证相鉴别。

（七）辨阴阳两虚证

辨阴阳两虚证指对阴阳俱虚所表现证候的一种辨证方法。

阴阳两虚证又称阴阳两亏证，临床以阳虚证与阴虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为潮热盗汗，形寒肢冷。次症表现为精神萎靡、形体瘦弱、倦怠乏力，少气懒言，心悸目眩，头晕耳鸣，五心烦热。舌胖嫩少苔少津，脉细数无力。辨证要点：须具主症加两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，往往表现为某些脏腑的阴阳虚损证候，多有阴虚或阳虚或气血亏虚病史，多见于久病虚弱之人。

本法常用于对虚劳、眩晕、心悸、胸痹心痛、肺痨等病后期的辨证。应与阴虚证、阳虚证、气血两虚证相鉴别。

（八）辨真阴不足证

辨真阴不足证指对肾阴不足所表现证候的一种辨证方法，详见“肾阴虚证辨证法”。

（九）辨真阳不足证

辨真阳不足证指肾阳虚衰所表现证候的一种辨证方法，详见“肾阳虚证辨证法”。

（十）辨亡阴证

辨亡阴证指对机体阴液突然大量耗损，全身机能衰竭所表现的危重证候的一种辨证方法。

亡阴证因阴虚而阳亢，表现为一系列热象。诊断依据：主症表现为身热肢暖，烦躁不安，口渴咽干，唇干舌燥，或大汗淋漓，汗温而咸。次症表现为皮肤皱折肌肉干瘪，小便极少，渴喜冷饮，肌热气粗。舌红干，脉洪实或躁疾，按之无力。辨证要点：具备主症加典型舌脉。具有起病急、病势重的特点。多有汗、吐、下太过，严重失水或大出血病史。

本法常用于对泄泻、呕吐、霍乱、血证等多种疾病严重阶段的辨证。应与亡阳证相鉴别。

(十一)辨亡阳证

辨亡阳证指对阳气突然大量亡失,全身机能衰竭所表现的危重证候的一种辨证方法。

亡阳证因阳虚而寒,表现为一系列寒象。诊断依据:主症表现为大汗出、汗冷味淡微粘,四肢厥冷。次症表现为口淡不渴,或喜热饮,气息微弱,蜷卧神疲。舌淡白润,脉微细欲绝。辨证要点:具备主症加典型舌脉。具有起病急、病势重的特点。多有失治、误治、失水、失血病史。

本法常用于对各种疾病严重阶段的辨证。应与亡阴证相鉴别。

第二节 气血津液辨证方法

气血津液辨证方法,是指对气血津液病变所表现证候的一种辨证方法。

气血津液是构成人体的基本物质,是脏腑、经络等组织器官进行生理活动的物质基础。气具有推动、温煦、防御、固摄、气化作用,血具有营养和滋润作用,津液具有滋润和濡养作用,三者性状和功能有各自的特点,因此产生病变之后,临床表现各异,故气血津液病变的诊断依据为各自功能失常的症状。又因气血津液的组成均离不开脾胃运化而生成的水谷精气,故气血津液在生理上相互依存、相互制约、相互为用,病变情况下,气病可以及血和津液,血和津液病变可以及气。气血津液的生成、运行及作用的发挥又依赖脏腑的功能活动,而脏腑生理功能的发挥又必须依赖气血津液作为物质基础。因此在病理上,脏腑发生病变,可以影响到气血津液的变化;而气血津液的病变,也必然要影响到脏腑的功能。故气血津液辨证不但要联系气血津液之间的关系,还要与脏腑辨证互相参照。

本法常用于对各科疾病,尤其是内科杂病及妇科病的辨证。气血津液病变主要有气病证候、血病证候及津液病证候和气血同病证候,

应注意它们之间的鉴别。

一、气病辨证法

气病辨证方法，是指根据气的生理功能，病理变化，分析辨认其所反映的不同证候的一种辨证方法。

气是维持生命活动的重要物质，具有推动血和津液运行及脏腑功能发挥，温煦组织，保持恒定体温，固摄精血和津液，化生精血，营养脏腑，濡润腠理以及抵御外邪的作用，气病的诊断依据即为上述功能失常的症状。气以升降出入的基本形式，遍布全身，无处不到，因此，气病范围极为广泛，凡是气之所至，皆可为病。而引起气病的原因很多，可因外感六淫、内伤七情等使气的功能紊乱或虚衰，从而产生多种气病，主要有气虚证、气陷证、气滞证、气逆证、气脱证、气闭证等，临证应注意鉴别。

本法可用于对各科疾病的辨证。

(一)辨气虚证

辨气虚证指对气的量的减少，脏腑组织机能减退所表现的以全身性虚弱症状为特征的证候的一种辨证方法。

气虚证又称元气虚证、元气不足证、真气不足证、气弱证。临床表现除共有的神疲乏力、呼吸气短特征外，随疾病出现的脏腑部位不同，表现各异。诊断依据：主症表现为少气懒言，神疲乏力，呼吸气短，活动时诸证加剧。次症表现为面色少华，头晕目眩，语音低微，自汗，平时易感冒，纳食不佳，肢体困怠。舌淡苔白，脉虚无力。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多见于禀赋不足、年老体弱、久病体虚及饮食劳倦所伤之人。

本法常用于对感冒、咳嗽、肺痿、喘病、呃逆、泄泻、便秘、淋病、癃闭、惊悸、健忘、癫病、痫病、眩晕、头痛、发热、心痛、虚劳、中风等病，尤其是五脏虚损、表卫不固病变的辨证。应与阳虚证、气陷证、血虚证等相鉴别。

(二)辨气陷证

辨气陷证指对脏气不足，经络失养而松弛，以致无力升举而反下

陷所表现证候的一种辨证方法。

气陷证多由气虚证进一步发展而成，临床以内脏下垂与气虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为内脏下垂，如子宫脱垂、脱肛等，头晕目花，少气倦怠。次症表现为久痢久泄，腹部有坠胀感，崩漏长期不愈，血多质稀，胎动易滑或习惯性流产。舌淡苔白脉弱。辨证要点：必须具备主症和一项次症并伴见气虚症状，多见于慢性杂病，病程一般较长。

本法常用于对泄泻、胃脘痛、脱肛、子宫脱垂、眼睑下垂、胃下垂、肾下垂、崩漏、腰痛等病的辨证。应与气脱证、气虚证、脾气下陷证等相鉴别。

(三)辨气滞证

辨气滞证指对人体某一脏腑、某一部位气机阻滞，运行不畅所表现证候的一种辨证方法。

气滞证又称气行阻滞证。诊断依据：主症表现为局部胀闷痞痛，时轻时重，部位多不固定，常见攻痛或窜痛，痞胀，可随嗳气或矢气而减轻，且与精神因素有关。次症表现可随病位、病性、病因不同而异。肝胆气滞者，可见精神抑郁，少腹两胁胀闷窜痛，胸闷善太息，梅核气；气滞生痰者，可见头胀痛，眩晕，面部时时发热；肝胃气滞者，可见胃脘、腹部胀痛，常连两胁，或呈游走性疼痛，嗳气频繁，吐酸嘈杂；肠胃气滞者，可见腹部胀痛，大便不爽，欲便不得；肝滞脾虚者，则见肠鸣腹泻，泻后痛减，随后又作，恼怒加甚；气滞胸中则见胸中攻冲作痛，游走不定，呼吸牵引作痛，俯仰转侧不利，或心前区憋闷、绞痛，重则牵引肩臂两侧，气窒呼吸不畅；气滞腰腑则见腰部胀满疼痛，连及腹胁，似有气走注，忽聚忽散，不能久立远行；气滞体表经络，则可遍身疼痛，游走不定；妇女可见乳房作胀疼痛，痛经，月经不调，甚至闭经，经行涩滞不畅。寒而滞者，痛而剧烈，喜暖喜按，得热则减；热滞者则局部胀痛，口渴喜冷饮，尿黄便结。辨证要点为局部胀闷疼痛。多有情志不畅，或饮食失调，或用力闪挫，或寒凝等病史。

本法常用于对胃脘痛、胸痹、腹痛、胁痛、腰痛、痛经、头痛、郁病、眩晕、便秘、泄泻等病的辨证。应与气逆证、气滞血瘀证、血瘀证、气闭

证等相鉴别。

(四)辨气逆证

指对气机升降失常,逆而向上所表现证候的一种辨证方法。

气逆证又称气机上逆证,临床以肺胃之气上逆和肝气升发太过的病变为多见。诊断依据:主症表现因肺气上逆见咳嗽、喘息;胃气上逆见呕吐、恶心、呃逆、嗳气;肝气上逆则见头痛、眩晕、昏厥、呕血。次症表现因肺气上逆见胸闷痰多,咽喉有声,如水鸡之鸣,肺胀,目如脱状,喘息有声,气息奔急,张口抬肩;胃气上逆见胃脘胀痛,不思饮食,反胃;肝气上逆则胸胁胀满,头晕胀痛,气急易怒,口苦吐酸,吐血衄血;此外,肾气上逆乘心则见气满支心,心下闷乱,不欲闻人声,休作有时,呼吸短气,手足厥逆,气从少腹上冲胸脘咽喉之奔豚;大肠气上逆见吐粪,腹胀满拒按;冲任气逆则见溢血、冲心、冲胃、冲肺等症兼月经、胎孕病变症状等。辨证要点:必须具备主症一项和次症两项。临床证候有寒有热,有虚有实,以实证为多。

本法常用于对咳嗽、喘病、呃逆、呕吐、反胃、肺胀、头痛、水饮、吐血、呕血等病的辨证。应与气闭证、气滞证等相鉴别。

(五)辨气闭证

辨气闭证指对各种邪气阻闭脏腑经络之窍隧所表现证候的一种辨证方法。

气闭证又称清窍被蒙证、九窍闭塞证。诊断依据:主症表现为神昏猝仆,不省人事,牙关紧闭,高热昏迷,痉厥。次症表现为猝然晕厥,四肢强直而厥冷,两手紧握,胸满气喘,呼吸气粗,面青或者面赤,唇紫舌红;或喉间痰鸣,口吐涎沫;或饱食后突然昏厥,口不能言,肢不能举,腹胀而嗳气腐臭;或中暑昏厥,身热汗出,气喘不语,牙关微闭或口开;或者身热神昏,躁扰不宁,妄言妄见,烦渴面赤,扬手掷足,循衣摸床,撮空理线;或昏迷烦躁,不知所苦,间有神清之时,懒于动作;目喜闭或目开不欲见光,身热不扬,渴不欲饮;或气闭结胸,心下硬痛,手不可近;或气喘不得平卧;或卒然声音嘶哑或失音,耳聋;或小便点滴而出或点滴不出;或大便不通,气闭关格。舌淡或红苔白或黄腻,脉伏、弦数、沉弦、沉、滑、滑实、弦劲等。辨证要点:必须具备主症,

或具备次症中任何一组症状与相应舌脉。具有起病急、病情重的特点。

本法常用于对中风、昏迷、癃闭、便秘、耳聋、小儿惊风、癫狂、音哑、晕厥等病的辨证。应与气脱证、气逆证、气滞证等进行鉴别。

（六）辨气脱证

辨气脱证指对机体正气虚怯，元气衰惫，气随血脱，阴阳欲离而出现的危重证候的一种辨证方法。

气脱证又称脱气证、阳气虚脱证。临床以昏迷及脏腑功能虚衰症状为特征。诊断依据：主症表现为突然大汗淋漓，呼吸微弱，昏迷或精神萎靡，气微肢冷，二便自遗。次症表现为面色苍白，目合口张，手撒，鼻鼾，口角流涎，四肢瘫软。舌淡胖、苔白润，脉微弱。辨证要点：具备两项主症加典型舌脉，或两项主症加一项次症。常见于阳气素虚、久病不愈、年高体弱之人，多有急病邪盛、久病不愈、外伤、崩漏、产后大出血、大汗、大吐泻等病史。气脱证与肺、脾、肾三脏关系密切，临床多因肺脾气虚，猝然大汗淋漓而致本证，亦可因脾肾气虚，骤然下利不止而致本证，常为病情突然变化而出现的危重证候，故应积极抢救。

本法常用于对昏迷、战汗、中风、崩漏、产后血晕等病的辨证。应与亡阴证、亡阳证、气厥证、气闭证等相鉴别。

二、血病辨证法

指根据血的生理功能、病理变化分析辨认其所反映的不同证候，用以指导临床诊察病证的方法。

血在人体经脉中循环不息，周流全身，可濡养脏腑百骸，是维持人体生命活动的重要物质，脏腑之营养，筋脉之柔和，肌肉之丰盛，容颜之润泽，体力之充沛，无不与血密切相关，正如《灵枢·营卫生会》所说："以奉生身，莫贵于此。"任何原因导致血液的生成及运行障碍，均可产生血的病变。病证有寒有热，有虚有实，病位广泛。

本法可用于对各种疾病辨证，血病证候主要有血虚证、血瘀证、血热证、血寒证、血脱证、血燥证。应注意相似证候间的鉴别。

(一)辨血虚证

辨血虚证指对体内血液亏虚、脏腑百脉失养所表现的全身性虚弱证候的一种辨证方法。

血虚证又称血亏证、血少证。临床以体表肌肤粘膜组织呈现淡白色以及全身性虚弱症状为特征。诊断依据:主症表现为面色无华或萎黄。次症表现为唇色、眼结膜淡白,爪甲苍白,头晕眼花,心悸失眠,手足发麻,妇女经血量少色淡、衍期甚或闭经。舌淡苔白,脉细无力。辨证要点:必须具备主症和两项次症加典型舌脉。常有禀赋不足、脾胃虚弱、久病不愈、瘀血内阻、劳倦内伤、思虑过度及各种急慢性出血等病史。

本法常用于对心悸、不寐、健忘、中风、虚劳、眩晕、头痛、痉病、血病、便秘、发热、月经不调、闭经、不孕等疾病的辨证。应与血脱证、阴虚证等相鉴别。

(二)辨血瘀证

辨血瘀证指对离经之血不能及时排出和消散,停留于体内,或血行不畅,壅遏于经脉之内及瘀积于脏腑组织器官所表现证候的一种辨证方法。

血瘀证又称血凝证、蓄血证。诊断依据:主症表现为固定性疼痛,或绞痛,或腹痛拒按;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;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;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;面、唇、齿龈及眼周紫黑;妇女月经紊乱,经期腹痛,色黑有血块,少腹急结等。次症表现为肌肤甲错(皮肤粗糙,肥厚,鳞屑增多),肢体麻木或偏瘫,腭粘膜征阳性(血管曲张,色调紫暗),精神狂躁。舌质紫暗或舌体瘀斑、瘀点、舌下静脉曲张瘀血,脉涩或结、代,或无脉。辨证要点:具备两项以上主症,或具备一项主症和两项次症,或两项次症加典型舌脉。多有外伤、脑震荡、出血、手术、月经异常及精神异常病史。常有气虚、气滞、痰阻、寒凝等兼证。

本法常用于对心悸、怔忡、发热、头痛、胸痛、胁痛、胃脘痛、腹痛、

腰痛、眩晕、中风、噎膈、黄疸、臌胀、癫狂、痉病、痛经、经闭等病的辨证。应与血热证、气滞证等相鉴别。

(三)辨血热证

辨血热证指对脏腑火热炽盛,热迫血分,耗伤阴血所表现证候的一种辨证方法。

血热证又称热搏于血证。临床以耗血、动血、伤阴症状与热象共见为特征。诊断依据:主症表现为吐血,咳血,尿血,衄血等。次症表现为身热,心烦,口渴,女子可见月经过多或崩漏。舌质红绛,脉弦数。辨证要点:具备主症之一加典型舌脉,或一项主症加两项次症。具有出血量多,色鲜红,病势较急的特点。血分火热炽盛有外感、内伤之别,本法论述的为内伤杂病,外感病血分邪热炽盛见"卫气营血辨证法"。

本法常用于对血证、月经先期、崩漏、疮疡、发热等病的辨证。应与血燥证、血瘀证、热入营血证等相鉴别。

(四)辨血寒证

辨血寒证指对局部脉络寒凝气滞,血行不畅所表现证候的一种辨证方法。

血寒证又称血冷证,寒客血脉证。诊断依据:主症表现为手足局部疼痛、肤色紫暗发凉,喜暖恶寒,得温痛减。次症表现为形寒肢冷,肢体麻木,心腹胃脘冷痛,得热痛减,面色青黑或苍白,月经衍期,经色紫黯,夹有血块,痛经。舌质黯淡苔白,脉沉迟涩。辨证要点:必须具备主症或具备次症中的任何两项加典型舌脉。常见于年高体弱、阳气素亏之人,多有感受外寒病史。

本法常用于对冻伤、中寒、脱疽、腹痛、月经不调、痛经等病的辨证。应与气滞证、血瘀证等相鉴别。

(五)辨血脱证

辨血脱证指对突然大量失血或长期慢性出血致严重阴血亏耗,阳气衰少,脏腑组织失养所表现证候的一种辨证方法。

血脱证又称脱血证。诊断依据:主症表现为出血,面色苍白,夭然不泽。次症表现为头晕眼花,四肢清冷,汗出如珠,口唇爪甲淡白,心悸怔忡,气微而短,甚则昏厥不省人事。舌淡白,脉空虚或芤,或微细

欲绝。辨证要点：须具备主症或出血症状兼两项次症加典型舌脉。有明显出血病史。

本法常用于对吐血、衄血、便血、咳血、呕血、崩漏、产后大出血等病的辨证。应与血虚证相鉴别。

（六）辨血燥证

辨血燥证指对体内精血亏夺而致机体失于滋润所表现证候的一种辨证方法。

血燥证又称内燥证、津枯血燥证、血液枯燥证、血分枯燥证。诊断依据：主症表现为皮肤干涩，口燥咽干，面色淡白无华。次症表现为毛发干枯，肌肉消瘦，或皮肤瘙痒，粗糙鳞屑，肌肤甲错，大便秘结，小便短少，心悸失眠，头晕眼花，肢体发麻。舌红苔干，脉弦细数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉，或主症之一加两项次症及典型舌脉。多见于年高体弱之人，常有津液耗伤病史。

本法常用于对多种疾病，尤其是慢性病后期，如噎膈、积聚、虚劳、便秘、闭经、湿疹、白疕等病的辨证。应与阴虚证、血虚证、血热证等相鉴别。

三、气血同病辨证法

气血同病辨证，是指对既见气病特征，又见血病特征的证候的一种辨证方法。

气和血是构成和维持人体生命活动的最基本物质，生理上二者相互依存、相互资生、相互为用，即“气为血之帅”，“血为气之母”。病理上当气病或血病发展至一定阶段时，往往影响另一方的功能而发生病变，气滞可致血瘀，血瘀可致气滞；气虚可致血虚、血瘀、失血；血虚、血瘀、失血亦可演变为气虚，甚至气脱。气血同病的证候主要有气滞血瘀证、气虚血瘀证、气血两虚证、气不摄血证、气随血脱证等，应注意其鉴别。

本法常用于对胸痛、头痛、胃脘痛、腰痛、腹痛、心痛、胁痛、积聚、臌胀、眩晕、痹病、耳鸣、耳聋、呃逆、中风、虚劳、心悸、怔忡、痿病、癫狂、不寐、月经不调、痛经、血病、崩漏等多种疾病的辨证。

(一)辨气滞血瘀证

辨气滞血瘀证指对气机郁滞,血行瘀阻所表现证候的一种辨证方法。

气滞血瘀证是气滞和血瘀的复合证候,临床以肝脏经脉部位出现的疼痛和痞块为特征。诊断依据:主症表现为胸胁胀闷,走窜疼痛。次症表现为性情急躁,胁下痞块刺痛拒按,面色晦黯或黧黑,妇女可见痛经、闭经,或经色紫黯夹有血块。舌紫黯或见紫斑,脉涩。辨证要点:必须具备主症或两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对胃脘痛、腹痛、噎膈、腰痛、心痛、胁痛、臌胀、积聚、痹病、头痛、眩晕、耳鸣、耳聋、呃逆等病的辨证。应与气虚血瘀证、血寒血瘀证、血热血瘀证等相鉴别。

(二)辨气虚血瘀证

辨气虚血瘀证指对气虚运血无力,血行瘀滞所表现证候的一种辨证方法。

气虚血瘀证以气虚和血瘀症状共见为特征,为虚中夹实之证。诊断依据:主症表现为面色淡白或晦滞,身困乏力,少气懒言。次症表现为疼痛如刺,常见于胸胁,痛处不移,拒按。舌黯淡或有紫斑,脉沉涩。辨证要点:必须具备主症和次症,或主症加典型舌脉。多见于慢性病变,尤以老年人发病率较高。

本法常用于对胸腹痛、癥积、中风等疾病的辨证。应与气滞血瘀证相鉴别。

(三)辨气血两虚证

辨气血两虚证指对气血亏虚,脏腑功能低下所表现证候的一种辨证方法。

气血两虚证又称气血两亏证、气血虚弱证、气血俱虚证。是气虚和血虚的复合证候。诊断依据:主症表现为面色淡白或萎黄,心悸气短。次症表现为头晕目眩,少气懒言,乏力自汗,失眠健忘,多梦,毛发不泽,唇甲淡白。舌质淡嫩,脉细弱。辨证要点:必须具备主症或具备次症中任何两项加典型舌脉。常见于慢性疾病的中、后期,具有起病

缓、病程长的特点，多有先天禀赋不足、久病失养、思虑劳伤心脾或失血病史。

本法常用于对虚劳、眩晕、心悸、怔忡、痿病、癫狂、不寐、月经不调、水肿、痹病、中风及各种出血性疾病的辨证。应与气阴两虚证、气虚血瘀证、阴阳两虚证相鉴别。

（四）辨气不摄血证

辨气不摄血证指对气虚不能统摄血液而致出血所表现证候的一种辨证方法。

气不摄血证以出血和气虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为吐血、尿血、便血、崩漏，皮下瘀斑，气短，倦怠乏力。次症表现为面色白而无华，消瘦自汗，头晕目眩，语言低微，活动后诸证加剧。舌淡，脉细弱。辨证要点：须具备主症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多见于产妇及年高体弱、久病体虚之人。

本法常用于对血证、崩漏、肺痿等病的辨证。应与脾不统血证、血热证等相鉴别。

（五）辨气随血脱证

辨气随血脱证指对大出血时气无所附所表现证候的一种辨证方法。

气随血脱证临床以大量出血时随即出现气脱之症为特征。诊断依据：主症表现为大出血时突然面色苍白，大汗淋漓。次症表现为四肢厥冷，呼吸微弱，精神萎靡，甚则昏厥。舌淡，脉微细欲绝或浮大而数。辨证要点：须具备主症加典型舌脉，或主症加一项次症。具有发病急、变化快、病势危的特点。

本法常用于对血证、崩漏、产后血晕、血厥等病的辨证。应与气脱证、气不摄血证相鉴别。

（六）辨气阴两虚证

辨气阴两虚证指对气虚、阴液亏损，机体机能减退，失于濡泻所表现证候的一种辨证方法。

气阴两虚证是气虚证与阴虚证的复合证候。诊断依据：主症表现为少气乏力，潮热盗汗。次症表现为气短懒言，精神疲惫，头晕目眩，

畏风自汗，动则尤甚，五心烦热，咽干口渴，尿少便结。舌红绛、苔少、脉细数无力。辨证要点：须具主症加典型舌脉，或具备主症加两项以上次症。多有久病耗气、热病伤津、久吐久泻、久服温燥之品病史，多见于素体气虚或阴虚之人，好发于夏秋季节。由于形成本证的病因、病性不同，病变可及肺、肾、脾、胃等不同脏器，并且在演化过程中又每兼郁、痰、瘀等病邪，临证应仔细辨析。

本法常用于对春温、暑温、湿温、秋燥、胃脘痛、肺痨、心悸、劳淋、消渴等病的辨证。应与气血两虚证、阴阳两虚证相鉴别。

四、津液病辨证法

津液病的辨证方法，是指根据津液的生理功能、病理变化，分析辨认其所反映的各种证候，以指导临床诊断的一种方法。

津液是人体正常水液的总称，遍布全身，随气流注，内外上下，无处不到，具有滋养脏腑、润滑关节、濡养肌肤等作用，其生成及输布与脾的运化、肺的通调、肾的气化密切相关。津液病变则不外阳气不足，水液无以温运；津液亏乏，脏阴耗损以及气机不畅，流行输布障碍几个方面，临床一般概括为津液不足和津液停聚二大方面的病变。主要证候有津液不足证、水湿泛滥证、阴水证、阳水证、水饮内停证、寒湿证、湿热证、风痰证、寒痰证、热痰证、燥痰证、湿痰证、气郁痰凝证等。应注意它们之间的鉴别。

（一）辨津液不足证

辨津液不足证指对津液亏少，全身或某些脏腑组织器官失于濡润滋养所表现证候的一种辨证方法。

津液不足证又称内燥证、津亏证、津伤证、津液亏损证。临床以肌肤口唇舌咽干燥现象及尿少便干为特征。诊断依据：主症表现为口咽干燥，唇燥而裂，皮肤干枯无泽，小便短少，大便干结。次症表现为干咳失语，目涩少泪、多饮。舌红少津，脉细数。辨证要点：必具主症、或一项主症加一项次症及典型舌脉。多见于燥热内结及素体阴虚之人。本证往往在外感、内伤疾患的病理演变过程中出现，多因痰、食、郁、瘀之邪，留滞不去，化热生火而成，进一步发展还会出现阴虚火旺证、

津亏血少证、血虚生风证、亡津脱液证，故临床应仔细辨析。

本法常用于对肺痿、便秘、消渴、噎膈、阳明病、风温、秋燥、暴泻等病的辨证。应与阴虚证、血虚证等相鉴别。

（二）辨水湿泛滥证

辨水湿泛滥证指对阴盛阳微，气化不利而致水湿潴留，泛滥于肌肤所表现证候的一种辨证方法。

水湿泛滥证临床以全身浮肿伴见湿阻症状为特征。诊断依据：主症表现为面目四肢浮肿，甚则出现胸水、腹水。次症表现为胸闷身重，纳呆，泛恶欲吐，小便不利。苔白腻，脉沉迟或滑。辨证要点：须具主症两项加典型舌脉，或一项主症和两项次症加典型舌脉。多见于素体阳虚之人。具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对水肿病的辨证。因本证虚实性质不同，临床又分为阴水证与阳水证，应注意其区别，另外还应与水饮内停证、水瘀互结证、湿阻脾胃证等相鉴别。

（三）辨阴水证

辨阴水证指对脾肾阳虚，不能温化水湿，以致泛滥面目、四肢、胸腹，甚至全身所表现证候的一种辨证方法。

阴水证为水肿病性质属虚属寒者，为水湿泛滥证之一种表现。多见于水肿病的中后期。诊断依据：主症表现为水肿，腰以下为甚，按之凹陷不起，或水肿日益加剧。次症表现为小便短少，脘闷腹胀，纳呆便溏，面色㿠白，神倦肢困，或小便不利，腰膝痠冷，四肢不温，畏寒神疲，面色㿠白，或灰滞。舌淡胖苔白滑，脉沉或沉迟无力。辨证要点：必须具备一项主症兼两项次症加典型舌脉。具有发病缓、来势徐、水肿先从足部开始的特点，多见于素体阳虚之人。

本法常用于对水肿病的辨证。应与阳水证相鉴别。

（四）辨阳水证

辨阳水证指对病邪侵袭机体，水液输布障碍，以致浸淫面目、四肢、胸腹，甚至全身所表现证候的一种辨证方法。

阳水证为水肿病变属实属热者，也为水湿泛滥证之一种表现。多见于水肿病的初中期。诊断依据：主症表现为头面浮肿，一般从眼睑

开始，继而遍及全身，来势迅速，皮肤薄而光亮；或全身水肿，来势较缓，小便短少。次症表现为恶风，恶寒发热，肢节疼重，或咽喉肿痛，或肢体沉重困倦，脘闷纳呆，泛恶欲吐。苔薄白，脉浮紧，或舌红脉浮数，或舌苔白腻，脉沉。辨证要点：主要抓住属实属热的病变性质，排除由正气不足引起的虚性水肿，必须具备一组主症兼两项次症加典型舌脉。

本法常用于对水肿病的辨证。应与阴水证相鉴别。

（五）辨水饮内停证

辨水饮内停证指对人体水液运行输布失常，水停为饮，水饮聚积于机体胸腹、胃肠或四肢等不同部位所表现证候的一种辨证方法。

水饮内停证又称水饮停聚证，常因阳气虚弱，气化不利而致，与肺、脾、肾、三焦关系密切。由于水液停积的部位不同，受侵脏腑不同，故其病机及临床表现亦有所不同。诊断依据：主症表现为咳唾清稀痰涎，喘急倚息不得平卧，或咳嗽痛引胸胁，脘痞腹胀，胃中或肠间有水声，泛恶欲呕。次症表现为眩晕，心悸，咳喘，胸闷气短，口不渴，四肢水肿，食欲减退。舌淡苔白腻或白滑，脉弦滑或弦紧。辨证要点：具备主症或一项主症与两项次症加典型舌脉。

本法常用于对痰饮、悬饮、支饮、溢饮、眩晕等病的辨证。应与水湿泛滥证、痰证相鉴别。

（六）辨痰证

辨痰证指对水液凝结之痰，停聚于脏腑经络组织之间所表现证候的一种辨证方法。

痰可出现于人体的肺、脾胃、心、肝经、肾经及经络体表等任何部位，证候错综复杂，临床根据其病因病机分为湿痰、热痰、寒痰、燥痰、风痰、气痰、食积痰等，其临床症状变化多端，所以古人有“诸般怪证皆属于痰”之说。诊断依据：主症表现为吐痰或呕吐痰涎，或神昏时喉中痰鸣，或肢体麻木，或见痰核。次症表现为咳喘咯痰胸闷，脘痞不舒，纳呆恶心，头晕目眩，或癫狂，或半身不遂，瘰疬，气瘿，乳癖，喉中异物感。苔白腻或黄腻，脉滑。辨证要点：具备主症加典型舌脉。由于痰为病理产物，其临床表现往往与原发病相关，故辨证时既要掌握痰

证的特有表现，又要分析原发病的生痰之因，才能辨清寒热虚实，抓住痰证的本质。

本法常用于对眩晕、癫狂、昏迷、梅核气、乳癖、咳嗽、喘病、哮病、呕吐、中风、瘰疬、肺痿、肺胀、肺痹、胸痹、不寐、厥病、郁病、痫病等病的辨证。应与水饮内停证相鉴别。

1. 辨风痰证

辨风痰证指对肝风挟痰，上扰清窍或风痰窜络，经脉失养致痰盛动风或外感风邪，风痰互结所表现证候的一种辨证方法。

风痰证为痰证之一，临床以风证与痰证共见为特征。诊断依据：主症表现为喉中痰鸣，恶心呕吐，吐出痰涎清白多泡沫。次症表现为头晕目眩，肢体麻木，甚或突然昏倒，不省人事，舌强不语，抽搐痉厥，或口眼㖞斜，半身不遂。舌苔厚腻，脉弦滑。辨证要点：须具备两项主症和一项次症加典型舌脉。多见于肝肾阴亏，肝阳上亢及肥胖壅盛之人。本证在病机演变过程中，往往以脾虚湿聚为痰之来源，以肝肾阴亏，阳亢化风为动风的基础，故常夹脾虚湿痰证与肝肾阴虚证。

本法常用于对眩晕、中风、痫病等病的辨证。应与热痰证、血瘀证、痰迷心窍证相鉴别。

2. 辨寒痰证

辨寒痰证指对寒与痰相互搏结，寒痰阻肺或肌肤关节所表现证候的一种辨证方法。

寒痰证又称冷痰证，为痰证之一。临床以痰证与寒象共见为特征。诊断依据：主症表现为恶寒肢冷，胸闷咳喘，咳吐稀白痰。次症表现为尿清便溏，骨节肿痛，肢节屈伸不利，胃脘胀闷。舌淡苔白滑，脉沉滑或浮紧。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。多见于年高体虚、素体阳虚之人，多发于北方地区，常易在秋冬季节发作或加重。本证在病机演变过程中，易兼夹脾阳虚证和肾阳虚证。

本法常用于对咳嗽、哮喘、呕吐、流痰等病的辨证。应与湿痰证、风寒犯肺证等相鉴别。

3. 辨热痰证

辨热痰证是指对痰与热结，痰热壅肺或痰火扰心所表现证候的

一种辨证方法。

热痰证又称火痰证、痰热证，为痰证之一。以热与痰结，阻滞气机，致心肺等脏腑功能失调为病变特点，临床以痰证与热象共见为特征。诊断依据：主症表现为痰稠色黄，或痰白而胶结难出，身热面赤，心烦口渴，尿黄便结。次症表现为咳嗽气喘，烦热胸痛，喉中有哮鸣声；或惊悸失眠，或神志狂乱，或喉痹、音哑。舌红苔黄腻，脉滑数或弦滑。辨证要点：必须具备主症两项加典型舌脉，或一项主症和两项次症加典型舌脉。多见于阳盛之人，本证在病机演变过程中常兼夹肺阴虚证。

本法常用于对咳嗽、哮喘、不寐、狂病、结胸、喉痹等病的辨证。应与风痰证、燥痰证、心火亢盛证相鉴别。

4. 辨燥痰证

辨燥痰证指对燥邪灼津，痰浊阻肺所表现证候的一种辨证方法。

燥痰证为痰证之一，临床以痰证与燥象共见为特征。诊断依据：主症表现为咯痰量少色白，粘稠不爽，或痰中带有血丝，口咽干燥。次症表现为咳嗽，咽痒，气喘，鼻干唇燥，皮肤干燥，大便干，尿少。舌红少津苔薄，脉弦细数或细涩。辨证要点：须具备主症加典型舌脉，或两项主症和两项次症。多见于年高阴虚之人及秋燥季节，本证在病机演变过程中易出现肺阴虚证。

本法常用于对咳嗽、肺痨、肺痿等病的辨证。应与热痰证相鉴别。

5. 辨湿痰证

辨湿痰证指对湿浊内停，日久生痰所表现证候的一种辨证方法。

湿痰证又称痰湿证，为痰证之一。临床以痰证与湿象共见为特征。诊断依据：主症表现为咳嗽痰多，色白清稀，或呕吐痰涎，胸部痞闷。次症表现为呼吸急促，喉间痰鸣；或呕恶纳呆，面色萎黄或虚浮，肢体困重；或头晕目眩，神识昏迷。舌淡胖，苔厚腻，脉濡滑。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。多见于肥胖之人，每在夏末湿盛之时加重，本证在病机演变过程中易兼脾虚湿困证与胃气上逆证。

本法常用于对咳嗽、喘病、呕吐、昏迷、肺痿等病的辨证。应与风

痰证、寒痰证相鉴别。

6. 辨气郁痰凝证

辨气郁痰凝证指对痰与气郁结于身体某部所表现证候的一种辨证方法。

气郁痰凝证又称郁痰证、气痰证、痰气互结证、痰气郁结证、痰气交阻证，为痰证之一。多在肝气郁结基础上发展而来，临床以痰证和气郁症共见为特征。由于痰气互结的部位不同，表现的病证也异。诊断依据：主症表现为胀闷，疼痛。次症表现为胸胁或脘腹胀痛痞满，嗳气呃逆或恶心呕吐，痰涎壅盛；或纳呆多寐，头晕目眩；或咽中梗阻不舒。舌苔薄腻或厚腻，脉弦滑或沉弦。辨证要点：须具主症加任何两项次症及典型舌脉。多有情郁气滞或思虑伤脾病史，多见于胸怀不畅情志抑郁之人，尤多见于妇女。本证在病机演化过程中易兼肝气郁结证、脾虚湿困证和胃气上逆证。

本法常用于对郁病、痰饮、癫病、中风、眩晕、噎膈、瘰疬、瘿瘤、胸痹、梅核气等病的辨证。应与肝脾不调证、肝胃不和证等相鉴别。

第三节　病因辨证方法

病因辨证方法指运用病因学的基本理论，根据各种病因的致病特点，综合分析各种病因侵入人体所致疾病的各种证候，推求患者之病因所在，从而给治疗提供依据的一种辨证方法。

导致疾病发生的原因是多种多样的，主要有六淫、疫疠、七情、饮食、劳倦以及外伤和虫兽所伤等，每种病因都有其不同的性质和致病特点，这些致病因素多在一定的客观条件下侵害人体发病。不同病因侵犯人体的不同病理变化，运用四诊方法的审察，都可以从其发病病史、症状、体征等方面，按病因学原理，推断出其病变形成和发展的原因，这一辨证方法即“审证求因”或“辨证求因”。具体方法有：六淫辨证法，七情证候辨证法，疫疠证候辨证法，饮食、房室、劳逸及外伤病证候辨证法。

一、六淫辨证法

六淫辨证方法，是指对风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪侵犯人体所表现病证的辨证方法。

六淫致病多侵犯肌表或从口鼻而入，或两者同时受邪，六淫邪气既可单独侵袭人体，也可以两种以上同时侵犯人体，其发病往往与季节气候、居处环境有关，在发病过程中，不仅可以相互影响，而且可以在一定条件下相互转化。在其病机演变过程中，因人体体质不同可从阳化热或从阴化寒，且病变可随其所兼外邪的偏盛而反映出邪气本身的状况，因此六淫病变是复杂多变的。但每一种邪气又都有其固定的特性和致病特点及典型证候。诊断依据为发病季节、表现特征是否符合某一淫的致病特点。

本法常用于对外感病的辨证，应注意六淫证候间的鉴别。

(一)辨风淫证候

辨风淫证指对风邪侵袭人体所表现证候的一种辨证方法。

风为春季的主气，为百病之长，属阳邪，其性轻扬开泄，易袭头面、肌表及肺脏等阳位，善行数变，具有发病急、变化快、游走不定的特点，常与其他病邪合并侵袭人体而致病。因其侵犯人体的部位不同而症状各异。凡见起病急、变化快、病位游走不定，以头面或肌表或肺部症状与汗出恶风症状和各种“动”的症状、体征为特征的病变，即可推断其病因为风，病属风证。

本法常用于对感冒、咳嗽、肺痿、肺痈、中风、头痛、眩晕及伤寒、温病等多种疾病的辨证。风淫证候主要有：风邪侵表证、风客肌肤证、风袭经络证、风历关节证，应注意它们之间的鉴别。

1.辨风邪侵表证

辨风邪侵表证指对风邪从皮毛或口鼻侵袭肌表，卫气不固所表现证候的一种辨证方法。

风邪侵表证诊断依据：主症表现为发热恶风，汗出。次症表现为头痛鼻塞流涕，喉痒，轻微咳嗽。舌淡苔薄白，脉浮缓。辨证要点：须具主症加典型舌脉，或主症加两项次症。具有起病急、病程短、病情轻的

特点，多见于体虚之人。

本法常用于对咳嗽、感冒、风温、冬温等病的辨证。应与寒邪在表证、风客肌肤证等相鉴别。

2. **辨风客肌肤证**

辨风客肌肤证指对人体肌肤正气亏虚，风邪乘虚侵入，阻于皮肤之间，营卫气血不和，肌肤失养所表现证候的一种辨证方法。

风客肌肤证诊断依据：主症表现为皮肤瘙痒。次症表现为皮肤风疹、风块，此伏彼起，漫无定处。舌淡苔薄白，脉浮。辨证要点：须具主症加一项次症。因其所兼外邪不同，分为风热和风寒两种情况，若见皮损色白，遇寒易发，苔薄白，脉浮紧为风寒；若皮损色红，遇热易发，苔薄黄，脉浮数，为风热。

本法常用于对白疕、痒风、血疳、牛皮癣、热疮、白秃疮、瘾风、瘾疹、风瘙痒、白癜风等病的辨证。应与风邪袭表证相鉴别。

3. **辨风袭经络证**

辨风袭经络证指对风邪袭入经络，流窜各部，致经气阻滞，经脉不利所表现证候的一种辨证方法。

风袭经络证诊断依据：主症表现为肢体或面目麻木，突然口眼㖞斜，颈项强直，四肢抽搐，甚则半身不遂。次症表现为语言不利，口角流涎，兼见恶寒发热，肢体拘急，关节疼痛。苔薄白，脉浮数。辨证要点：必须具备一项主症和两项次症加典型舌脉。具有起病急、病程短、无神志改变的特点。

本法常用于对面瘫、中风等病的辨证。应与风中脏腑相鉴别。

4. **辨风历关节证**

辨风历关节证指对风邪夹杂其他邪气乘袭人体，滞留关节，痹阻气血所表现证候的一种辨证方法。

风历关节证诊断依据：主症表现为关节疼痛，游走不定。次症表现为关节屈伸不利，或见恶风发热，自汗短气。舌淡苔薄白，脉浮弦或沉弱。辨证要点：具有主症即可。

本法常用于对痹病的辨证，应与风袭经络证相鉴别。

(二)辨寒淫证候

辨寒淫证候指对寒邪侵袭人体所表现证候的一种辨证方法。

寒为冬令的主气,属阴邪,其性清冷、凝滞、收引,易伤人体阳气及闭阻气机和经脉气血,导致疼痛等症,由于寒邪伤人的深浅部位不同,临床表现也不同。凡见到形寒肢冷,恶寒无汗,脉紧,疼痛固定不移,得温则缓,肢体拘急,消化机能低下,分泌物、排泄物澄彻清冷等特征的病变,便可推断其病因为寒,证候性质亦属寒证。

本法常用于对感冒、咳嗽、头痛、腹痛、泄泻、痹病、伤寒等多种疾病的辨证。寒淫证候主要有寒邪束表证,寒中于里证,寒凝经脉证,寒湿证,应注意它们的鉴别。

1. 辨寒邪束表证

辨寒邪束表证指对寒邪侵袭肌肤,卫气不宣所表现证候的一种辨证方法。

寒邪束表证又称寒邪在表证。诊断依据:主症表现为头项腰脊强痛,身体骨节皆痛。次症表现为发热恶寒,无汗,战栗,喘咳。苔薄白,脉浮紧。辨证要点:须具备主症一项和次症两项加典型舌脉。具有起病急、病程短的特点。

本法常用于对感冒、咳嗽等外感病初期的辨证。应与风邪侵表证、寒凝经脉证等相鉴别。

2. 辨寒中于里证

辨寒中于里证指对寒邪直接侵袭脏腑所表现证候的一种辨证方法。

寒中于里证又称寒中证,临床以寒象和疼痛共见为特征。诊断依据:主症表现为腹痛急暴,遇冷甚得温减,泄泻清稀如水样。次症表现为呕吐,肠鸣,脘闷食少,或见恶寒发热,鼻塞头痛,肢体疲痛。苔薄白,脉沉紧。辨证要点:必须具备主症和典型舌脉,或主症加两项次症,具有起病急、病程短的特点,常见于素体阳虚之人。

本法常用于对腹痛、泄泻等病的辨证。应与寒湿困脾证相鉴别。

3. 辨寒凝经脉证

辨寒凝经脉证指对寒邪凝滞经脉,气血不得流通所表现证候的

一种辨证方法。

寒凝经脉证诊断依据：主症表现为肢体关节痛甚，痛有定处。次症表现为局部肿胀，畏寒，皮色皖白，触之不温，遇寒则痛，得热痛减，手足拘急，四肢厥冷。舌淡苔白，脉弦紧。辨证要点：具备主症加舌脉，或具备主症加两项次症。具有起病急、疼痛甚的特点。

本法常用于对痹病的辨证。应与寒邪束表证相鉴别。

4. 辨寒湿证

辨寒湿证指对寒湿之邪外侵，或素体脾阳不振而致寒湿内生所表现证候的一种辨证方法。

寒湿证临床以寒象与湿象共见为特征。因感受寒湿的部位与轻重不同，症状上有偏表偏里之异。诊断依据：主症表现为头身困重，脘闷腹胀，形寒肢冷。次症表现为关节疼痛，屈伸不利，无汗，神疲畏寒；面浮身肿，腰以下为甚；胃脘疼痛，痢下白色粘冻，或白多赤少，腹痛，里急后重；或腹痛肠鸣，泻下清稀；或暴起呕吐下利，泻下清稀或如米泔水。舌淡苔白腻或白滑，脉濡缓。辨证要点：须具备两项主症和一项次症加典型舌脉。多见于年高体弱之人。

本法常用于对胃脘痛、泄泻、腹痛、痢疾、痹病、霍乱等病的辨证。应与脾虚湿困证、湿热证相鉴别。

（三）辨暑淫证候

辨暑淫证候指对暑邪侵袭人体所表现证候的一种辨证方法。

暑为夏季的主气，为阳邪。其性炎热升散，为病必见热象，最易耗气伤津；又因暑邪伤人迅速，故发病初起多冒犯肺卫和径入阳明胃经；加之夏令雨湿较多，天暑下迫，地湿上蒸，湿热之邪常相兼为病，故有“暑多挟湿”之说；此外，炎暑季节人们贪凉饮冷，故又有暑与寒湿相兼之证。因此，在夏季凡见到壮热心烦、脉象洪大等阳热症状和汗出伤津及四肢困倦，胸闷呕恶，大便溏泻而不爽等湿阻症状的病变，便可推断其病因为暑邪。暑邪致病具有起病急、病程短的特点，具有明显的季节性。

本法常用于对暑温、泄泻等病的辨证。应与火热证候相鉴别。

1.辨暑冒肺卫证

辨暑冒肺卫证指对夏令暑热之邪侵犯肺卫所表现证候的一种辨证方法。

暑冒肺卫证又称冒暑、伤暑。诊断依据：主症表现为身热口渴，汗出。次症表现为身困乏力，微恶寒，咳嗽无痰，尿黄，身重，头痛而晕，甚则喘促少气。舌红苔白或黄，脉虚数或滑数。辨证要点：必须具备主症和两项次症及符合发病季节，多发于体弱之人。

本法常用于对暑温的辨证。应与暑灼阳明证相鉴别。

2.辨暑灼阳明证

辨暑灼阳明证指对暑热炽盛，燔灼阳明，耗伤津液所表现证候的一种辨证方法。

暑灼阳明证又称中暑证、暑入阳明证。诊断依据：主症表现为发热面赤气粗，汗出不止，心烦。次症表现为头晕头痛，口燥渴饮，背部微恶风寒，或见突然昏倒，不省人事，角弓反张，昏迷惊厥。舌绛干燥，脉濡数。辨证要点：须具备主症加典型舌脉，或主症加任意两项次症，必发于盛夏之时。具有起病急、病程短的特点。

本法常用于对暑温、暑风病的辨证。应与暑冒肺卫证相鉴别。

3.辨暑兼湿热证

辨暑兼湿热证指对暑热之邪与湿邪相兼侵袭人体，弥漫三焦所表现证候的一种辨证方法。

暑兼湿热证又称暑热挟湿证、暑湿弥漫三焦证、暑湿郁蒸证。诊断依据：主症表现为身热面赤，胸闷脘痞，下利稀水。次症表现为耳聋，咳嗽，甚则痰中带血，不甚渴饮，小便短赤，烦躁，甚则神昏。舌红赤，苔黄滑或黄腻，脉滑数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉，必发于夏季，具有热重湿轻的特点。

本法常用于对暑湿、伏暑、暑秽等病的辨证。应与暑湿困阻中焦证等相鉴别。

4.辨暑湿困阻中焦证

辨暑湿困阻中焦证指对暑湿之邪蕴蓄于中，阻滞气机所表现证候的一种辨证方法。

暑湿困阻中焦证诊断依据：主症表现为身热有汗，脘腹痞满。次症表现为口渴，心烦，身体困重，恶心呕吐，小便短少。舌苔黄腻，脉洪大或滑数。辨证要点：须具备主症加典型舌脉，或两项主症加两项次症及舌脉。多有贪凉饮冷病史，好发于炎暑湿盛季节。

本法常用于对暑温、湿温、伏暑等病的辨证。应与暑兼湿热证相鉴别。

5. 辨暑兼寒湿证

辨暑兼寒湿证指对夏月伤暑又贪凉饮冷，致暑为寒湿所遏所表现证候的一种辨证方法。

暑兼寒湿证又称暑湿兼寒证、阴暑证。诊断依据：主症表现为发热无汗，头痛恶寒，脘闷心烦。次症表现为身形拘急，口渴、小便短赤，骨节疼楚或沉重疼痛，腹痛吐利。舌苔白腻，脉浮数或濡数。辨证要点：须具主症加典型舌脉，或次症两项加典型舌脉。起病较急，发于夏暑当令之时，多有起居不慎，贪凉饮冷病史。在病机演化过程中每因寒湿侵袭，内伤脾胃引起吐泄泻，若不及时治疗常使病情危笃。

本法常用于对暑温、夏令泄泻等病的辨证。应与暑冒肺卫证等相鉴别。

6. 辨暑伤津气证

辨暑伤津气证指对暑热之邪侵袭人体，致阴津阳气亏虚，津气两伤所表现证候的一种辨证方法。

暑伤津气证临床以津亏、气伤之象共见为特征。诊断依据：主症表现为身热，自汗，口渴，神倦。次症表现为心烦，喘喝欲脱，头重身困，便干尿黄，齿燥。舌红苔少色黄，脉虚无力。辨证要点：须具备主症加典型舌脉，或一项主症和两项次症加典型舌脉，多有正气素亏，或夏季劳倦等病史，好发于夏季。

本法常用于对暑温、伏暑等病的辨证。应与暑入阳明证相鉴别。

7. 辨暑伤心肾证

辨暑伤心肾证指对夏季伤于暑邪，暑热久羁，伤及心肾，导致水火不济所表现证候的一种辨证方法。

据：主症表现为心热烦躁，消渴不已。次症表现为形体消瘦，肢体麻痹，或有低热。舌红绛，苔黄燥，脉细数。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。有暑热久羁病史，多发于年高体弱之人。

本法常用于对暑温、伏暑等病的辨证。应与心肾不交证、暑伤津气证、暑灼阳明证相鉴别。

（四）辨湿淫证候

辨湿淫证候指对湿邪侵袭人体所表现证候的一种辨证方法。

湿为长夏之主气，为阴邪。四季均可发病，但多发于夏季或多雨季节。湿性重浊粘滞，其性趋下，湿邪为病，可发于人体各部，遍及脏腑、经络、肌肉、皮肤，最易伤人体下部阴位。湿邪滞留于脏腑经络，最易阻遏气机，损伤阳气，且湿性留着，粘滞难移，并常固定一处，病势缠绵，不易速愈。临床以沉重的症状，如身体困倦，头重如裹，四肢腰部沉重，以及各种秽浊不清的症状，如面垢眵多，大便溏泻，小便混浊，下痢脓血，带下黄浊等为特征。因此，在外感病过程中，凡见到沉重的症状及分泌物、排泄物量多，混浊不清，面垢苔腻，水肿，腹泻等便可推断其病因为湿，病属湿淫证候。湿邪为病还常与其他病邪相混合，如寒湿、风湿等。且可随人体阴阳强弱而变化，阴盛者，湿从寒化，多为寒湿；阳盛者，湿从热化，多为湿热。

本法常用于对泄泻、痢疾、水肿、痹病、痿病、带下、湿疹、湿温、淋浊、腹水、黄疸等病的辨证。湿淫证候主要有湿遏卫阳证、湿阻气分证、湿流关节证、湿热弥漫三焦证，应注意鉴别。

1. 辨湿遏卫阳证

辨湿遏卫阳证指对湿邪初袭肌表，束于躯壳，清阳被阻，卫气不宣所表现证候的一种辨证方法。

湿遏卫阳证又称伤湿证、湿郁肌表证。诊断依据：主症表现为恶寒发热，胸脘痞闷。次症表现为头胀而痛，口不作渴，身重而痛，体倦面垢，小便清长。舌苔白滑或腻，脉濡或缓。辨证要点：必须具备主症加两项以上次症及典型舌脉。多发于夏秋之交，常见于体弱之人，多有冒雨淋湿病史。

本法常用于对湿温病的辨证。应与湿阻气分证相鉴别。

2. 辨湿阻气分证

辨湿阻气分证指对湿邪侵袭肌表，郁阻气分所表现证候的一种辨证方法。

湿阻气分证又称湿郁气分证。诊断依据：主症表现为身热不扬，胸脘痞闷。次症表现为头重如裹，四肢懈怠，肢体疲重，腹胀纳呆，恶心呕吐，大便不爽，小便短赤。舌淡红苔滑腻或垢腻，脉濡缓。辨证要点：必须具备主症和两项以上次症加典型舌脉，好发于盛夏季节。

本法常用于对湿温、暑温、伏暑、瘟疫等病的辨证。应与脾虚湿困证、湿遏卫阳证等相鉴别。

3. 辨湿流关节证

辨湿流关节证指对湿邪侵入关节，气血不畅所表现证候的一种辨证方法。

湿流关节证诊断依据：主症表现为关节疼痛重着，部位固定，屈伸不利。次症表现为肌肤麻木，肢体沉重难举。舌苔白腻，脉濡缓或沉细。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉，多有冒雨淋湿，居住潮湿病史。

本法常用于对痹病、湿温等病的辨证。应与寒凝经脉证相鉴别。

4. 辨湿热证

辨湿热证指对外感湿热秽浊之邪，或脾胃不健，湿热内蕴所表现证候的一种辨证方法。

湿热证临床以湿象与热象共见为特征。诊断依据：主症表现为身热不扬，头身困重，渴不多饮，脘腹胀闷。次症表现为纳呆泛恶，便溏不爽，或里急后重，下痢赤白，肛门灼热，尿赤不利或点滴不通；或面目周身发黄，皮肤发痒，关节红肿热痛；女子带下黄稠，秽浊有味，或带下带血。苔黄腻，脉濡数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉，或一项主症加任何两项次症。多发于夏秋季节及脾胃虚弱之人。临证尚须明辨湿、热之轻重。

本法常用于对泄泻、痢疾、黄疸、臌胀、水肿、淋病、癃闭、痿病、痹病、湿温、伏暑、暑温、带下等病的辨证。应与寒湿证相鉴别。

5. 辨湿热弥漫三焦证

辨湿热弥漫三焦证指对湿热蕴于三焦，阻滞三焦气机所表现证候的一种辨证方法。

湿热弥漫三焦证又称湿热郁阻三焦证。诊断依据：主症表现为胸闷，腹胀，大便不爽或溏泄，小便短赤。次症表现为发热汗出，烦渴，恶心呕吐，身体重痛。舌苔灰白或黄腻，脉濡滑。辨证要点：必须具备主症加典型舌症，多发于夏秋季节及体弱之人。

本法常用于对湿温的辨证。应与暑湿困阻中焦证、湿阻气分证相鉴别。

（五）辨燥淫证候

辨燥淫证候指对燥邪侵袭人体所表现证候的一种辨证方法。

燥为秋季的主气，多从口鼻外侵人体。燥邪为干涩之病邪，易伤津液及肺脏。燥邪为病又有温燥、凉燥之分。初秋有夏热之余气，燥与温结合侵犯人体则见温燥病证；深秋又有近冬之寒气，燥与寒邪侵犯人体则见凉燥病证。因此，凡见到以津液亏乏的干燥枯涩症状和肺卫症状为特征的病证，便可推断其病因为燥邪，病属燥证。

1. 辨燥热伤肺卫证

辨燥热伤肺卫证指对燥热之邪侵袭上焦肺卫，肌表卫气被郁，肺失润降所表现证候的一种辨证方法。

燥热伤肺卫证又称上焦燥热证、外感温燥证、燥热袭肺卫证。诊断依据：主症表现为发热，微恶风寒，热重寒轻，咳嗽少痰，甚至痰中带血，胸痛，咽干鼻燥。次症表现为头痛，少汗，口渴，心烦。舌红苔薄而干，脉浮数或弦数。辨证要点：须具备主症及典型舌脉，或主症加两项次症，以发热、干咳、口鼻干燥为主要特征。

本法常用于对秋燥、风温等病的辨证。应与秋燥之凉燥证相鉴别。

2. 辨凉燥证

辨凉燥证指对燥兼风寒之邪侵袭肺卫肌表所表现证候的一种辨证方法。

凉燥证诊断依据：主症表现为头微痛，发热恶寒，寒重热轻，无汗，咳嗽痰稀。次症表现为喉痒，鼻塞，口不渴，咽干唇燥。舌白而干，

脉浮。辨证要点：须具备主症加典型舌脉，或主症加两项次症。多发于深秋季节。

本法常用于对秋燥的辨证。应与燥热伤肺卫证相鉴别。

3. **辨燥伤肺胃证**

辨燥伤肺胃证指对燥热之邪灼伤肺胃津液所表现证候的一种辨证方法。

燥伤肺胃证诊断依据：主症表现为身热，干咳，渴欲引饮。次症表现为咳而痰少，鼻咽干燥，形体消瘦。舌红无苔，脉细或细数。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。多发于秋季，常见于素体阴虚之人。

本法常用于对秋燥、消渴、肺痿等病的辨证。应与燥热伤肺卫证相鉴别。

（六）辨火淫证候

辨火淫证候指对火热之邪侵袭人体所表现证候的一种辨证方法。

火与热为阳邪，热次于火，热之极便是火，二者仅有程度上的差异，故火热常可混称。火热之邪性炎上，致病常上炎扰及神明，并易迫津外泄，消灼阴液，使人体阴津耗伤。火热之邪燔灼肝经，易生风；入于血分，则迫血妄行；聚于局部则易腐蚀血肉发为痈肿疮疡。临床以血热、动血及扰神症状为特征。诊断依据：主症表现为壮热口渴，面红目赤，烦躁。次症表现为咽痛，尿黄便干，衄血，吐血，血色鲜红，斑疹，谵妄，狂越，痈肿疮疡，红肿热痛。舌质红降，脉洪数或细数。辨证要点为两项主症加典型舌脉。

本法常用于对温病、血病、疮疡、癫狂等病的辨证。应与虚热证相鉴别。

二、疫疠证候辨证法

疫疠证候的辨证，是指对疫毒之气侵犯人体所致的传染性疾病的一种辨证方法。

疫疠又称瘟疫、疠气、戾气、异气、毒气、乖戾之气。是一种具有强

烈传染性的病邪，疠疫致病具有发病急骤、病情较重、症状相似、传染性强、易于流行的特点，其发生与流行多与气候变化、环境饮食、预防隔离措施及社会因素有关，多从口鼻或通过空气传染人体，可散发，亦可流行。因此，凡符合上述特征的疾病便可诊为疫疠病。

疫疠包括大头瘟、虾蟆瘟、疫痢、白喉、烂喉丹痧、天花、霍乱、麻疹、鼠疫等。临证时应注意它们的鉴别。

(一)辨瘟疫证候

辨瘟疫证候指对感受疫毒之气所表现证候的一种辨证方法。

瘟疫证候具有发病急剧、证情险恶、传染性强、能引起流行的特点，其疫毒性质偏热者为瘟疫，偏寒者为寒疫，偏暑者为暑毒，偏湿者为湿毒。诊断依据：初起憎寒壮热，继而但热而不憎寒，昼夜发热，日晡益甚，头痛，身痛，苔白如积粉，舌质红绛。辨证要点为上述症状及舌脉加瘟疫的致病特点。

本法常用于对大头瘟、虾蟆瘟、疫痢、白喉、天花、霍乱、鼠疫、出血热、伤寒等病的辨证。注意这些疾病的鉴别。

(二)辨疫疹证候

辨疫疹证候指对感染燥热疫毒之气，热毒内盛，外发于肌肤所表现证候的一种辨证方法。

疫疹证候诊断依据：初起发热，遍体炎炎，咽喉肿痛溃烂，头痛如劈，斑疹透露，或红或赤，或紫或黑，舌红起刺，脉数。如初起六脉细数沉伏，面色青，昏愦，昏迷，四肢逆冷，头汗如雨，其痛如劈，腹内搅肠欲吐不吐，欲泄不泄，摇头鼓颔为闷疫。辨证要点为发热，肌肤斑疹，咽喉肿痛溃烂，传染性强。

本法常用于对麻疹、白喉、烂喉丹痧等病的辨证。应与其他疫病相鉴别。

(三)辨瘟黄证候

辨瘟黄证候指对感受疫毒挟湿热之邪，湿热时毒燔灼营血所表现证候的一种辨证方法。

瘟黄证候诊断依据：初起可见发热恶寒，随即卒然发黄，白眼珠黄色深，名急黄。甚者变证蜂起，或四肢逆冷，或神昏谵语，或直视，或

遗尿旁流，或吐血、便血、衄血，或发斑疹，甚至舌卷囊缩，循衣摸床，舌红绛，苔黄燥，脉弦洪数。辨证要点为突然发黄，发热恶寒，舌红绛，苔黄燥，脉弦洪数。具有来势迅猛、传染性强、病情危笃的特点。

本法常用于对疫黄病的辨证。应与其他因素如温热蕴脾证、肝胆湿热证引起的黄疸相鉴别。

三、七情证候辨证法

七情证候的辨证，是指对七情因素引起疾病所表现证候的一种辨证方法。

七情即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志活动，是人体对客观事物的不同反映，作为致病因素，是指突然、强烈或长期持久的情志刺激超过了人体本身的正常生理活动范围，使人体气机紊乱，脏腑气血阴阳失调而致病。人的情志活动是以五脏精气为物质基础的，故与内脏气血密切相关，不同的情志变化对各脏腑有不同的影响，而脏腑气血的变化，也会影响情志的变化。因此，七情是造成内伤病的主要因素之一，故常说“内伤七情”。七情的致病特点是直接伤及内脏，导致脏腑气机失调，如：怒伤肝、喜伤心、思伤脾、忧伤肺、恐伤肾、“怒则气上”、“喜则气缓”、“悲则气消”、“恐则气下”、“惊则气乱”、“思则气结”。七情证候的诊断依据：一是情志异常的症状；二是相应脏腑功能失调的症状；三是有明显的情志刺激病史；四是病情随情志波动而变化。

本法常用于对多种内脏疾病的辨证。

（一）辨喜伤心证候

辨喜伤心证候是指对过喜伤心，心神失守所表现证候的一种辨证方法。

喜伤心证候诊断依据：喜笑不休，神情恍惚，心神不安，甚则语无伦次，举止失常。有明显七情不和病史。

本法常用于对癫狂等病的辨证。

（二）辨怒伤肝证候

辨怒伤肝证候指对暴怒伤肝，肝气横逆上冲所表现证候的一种

辨证方法。

怒伤肝证候诊断依据：面红目赤，气逆呕血，心烦，善怒，甚则可致神昏暴厥。有明显情志不遂病史。

本法常用于对癫狂、中风、血病、郁病、胁痛、眩晕等病的辨证。

（三）辨思伤脾证候

辨思伤脾证候指对思虑过度，伤及心脾，使脾失健运，心失濡养所表现证候的一种辨证方法。

思伤脾证候诊断依据：心悸，怔忡，失眠，多梦，健忘，倦怠，嗜卧，纳呆，腹胀，便溏，消瘦，脉沉结。有明显思虑伤脾病史。

本法常用于对心悸、怔忡、不寐、健忘、眩晕、咳嗽等病的辨证。

（四）辨悲伤肺证候

辨悲伤肺证候指对悲忧过度以致肺气抑郁，意志消沉，心肺之气耗伤所表现证候的一种辨证方法。

悲伤肺证候诊断依据：善悲欲哭，烦热躁乱，面色惨淡，神气不足，脉紧或结。有明显悲伤过度病史。

本法常用于对癫病、郁病等病的辨证。

（五）辨恐伤肾证候

辨恐伤肾证候指对恐惧过度伤及肾和心肝等脏所表现证候的一种辨证方法。

恐伤肾证候诊断依据：善恐，怵惕不安，常欲闭户独处，如人将捕之，二便失禁，骨痠痿厥，遗精。多有明显恐惧病史。

本法常用于对不寐、心悸、遗尿、遗精等病的辨证。

（六）辨惊伤证候

辨惊伤证候指对突受惊骇损及心与肝胆胃诸脏所表现证候的一种辨证方法。

惊伤证候诊断依据：突然受惊，惊慌失措，心动不宁，恶人与火，闻木声则惕然而惊，或受惊目睛不转，不能言，气短，自汗体倦，坐卧不安，多恶梦等。有突受惊吓病史。多见于小儿。

本法常用于对心悸、癫病的辨证。

(七)辨忧伤证候

辨忧伤证候指对忧愁不乐日久,抑郁气机,影响脾肺功能所表现证候的一种辨证方法。

忧伤证候诊断依据:忧愁不解,少气倦怠,腹胀胸闷,脉涩。有忧郁病史。

本法常用于对郁病的辨证。

四、饮食劳逸证候辨证法

饮食劳逸证候的辨证方法,是指对饮食不节、过劳所致的证候进行辨证的方法。

(一)辨伤食证

辨伤食证指对饮食不知节制,损伤肠胃所表现证候的一种辨证方法。

伤食证诊断依据:主症表现为腹胀、腹痛。次症表现为胃痛,恶闻食臭,饮食不佳,胸膈痞满,吞酸嗳腐,呕逆恶心,泄泻,或吐泻交作,腹痛如绞,或泄下黄白。舌苔厚腻或黄,脉滑有力,或滑疾,或沉实。辨证要点:必须具备主症和任意两项次症及典型舌脉。多有饮食不节病史。

本法常用于对胃痛、腹痛、反胃、呕吐、吐酸、泄泻等病的辨证。应与伤饮证相鉴别。

(二)辨伤饮证

辨伤饮证指对过饮茶汤、酒水等损伤脾胃所表现证候的一种辨证方法。

伤饮证诊断依据:主症表现为腹胀满,身热尿赤。次症表现为烦渴肿胀,面黄肌瘦,头痛眩晕,呕吐痰涎,神昏闷乱,胸满恶心,饮食减少,小便不利,甚者大醉之后,忽然战栗,手足厥冷,不省人事,名为酒厥。苔滑腻,脉细数无力。辨证要点:须具备主症和两项以上次症加典型舌脉。有明显饮酒过多病史。

本法常用于对呕吐、眩晕、厥病等病的辨证。应与伤食证相鉴别。

(三)辨伤虫证

辨伤虫证指对因吞食不洁之物而引起的肠道寄生虫病的一种辨证方法。

伤虫证诊断依据:主症表现为食欲不振,面黄肌瘦,喜食异物。次症表现:若为蛔虫病则脐腹部疼痛,时痛时止,严重者腹痛剧烈,并可在腹部触到索状物,时聚时散,心下疼痛,气上冲心,甚则呕吐,或手中厥冷者,是为蛔厥;若为蛲虫病则肛门奇痒,因痒而睡眠不安,病久则面色萎黄,嗜食异物;若为赤虫病则有食生菱角、生荸荠史,轻者腹痛,泄泻,或恶心呕吐,重者精神疲乏,腹胀,浮肿等。辨证要点:必须具备主症伴任何一组的两项次症,有明显饮食不洁病史,主要发生于儿童。

本法常用于对虫病的辨证,应注意几种虫病之间的鉴别。

(四)辨劳逸所伤证

辨劳逸所伤证指对过度劳累或过度安逸所表现病证的一种辨证方法。

劳逸所伤证候诊断依据主要有:过劳则精神困顿,倦怠乏力,嗜卧懒言,饮食减少,甚则气喘心悸,内热自汗,心烦不安;过逸则肢软乏力,体胖行动不便,动则喘喝,心悸短气。有明显过度劳累或过度安逸病史。

本法常用于对多种内科杂病的辨证。

(五)辨房室所伤证

辨房室所伤证指对性生活不节,房事过度所产生病证的一种辨证方法。

房室所伤证候以精、气、神不足为特点,诊断依据:主症表现为腰膝疲软,精神萎靡。次症表现为眩晕耳鸣,心悸怔忡,性机能减退,男子遗精、早泄、滑精、梦遗、阳痿,女子梦交、经少、宫寒不孕。舌淡胖,脉沉细无力。辨证要点:须具备主症和两项次症。有明显房事不节病史。

本法常用于对眩晕、耳鸣、腰痛、遗精、阳痿、不孕、不育等病的辨证。

五、外伤病辨证法

外伤病的辨证方法，是指对外受创伤、跌打、兽类咬伤及毒虫螫伤所引起的局部症状及整体所反映证候的一种辨证方法。

外伤病的诊断依据：轻则皮肤肌肉创伤，血脉瘀阻，局部疼痛，瘀斑，血肿，出血等。重则损伤筋骨、内脏，发生骨折、关节脱位、内脏出血或破裂，甚至中毒，虚脱等。辨证时注意查明发病的原因、病变所在之气血、脏腑、经络部位及其证候发展趋势。

本法常用于对外科病的辨证，应注意金刃所伤、虫兽所伤及跌打损伤证候的鉴别。

（一）辨金刃伤证候

辨金刃伤证候指对金属器刃损伤肌体所致的创伤病证的一种辨证方法。

金刃伤证除有局部的创伤、出血、疼痛之外，亦可伤筋、折骨，甚至引起虚脱、创伤感染以及破伤风等。若伤后挟感毒邪溃烂成疮者，称为金疮。本证诊断依据：主症表现为局部破损出血，疼痛红肿。次症表现为伤筋折骨，疼痛剧烈，肿胀明显，流血不止，若出血过多则引起面色苍白，头晕眼花，脉虚微等虚脱证候。如见寒热，筋惕，牙关紧闭不开，面如苦笑，阵发筋骨抽搐，角弓反张，痰涎壅盛等症则为破伤风。辨证要点为主症，或主症伴任何两项次症。有明显金刃损伤病史。

本法常用于对外伤、破伤风、骨折等病的辨证。

（二）辨虫兽伤证候

辨虫兽伤证候指对毒虫、毒蛇、狂犬等螫伤或咬伤所致病证的一种辨证方法。

虫兽伤证候诊断依据：轻则局部红肿疼痛，麻木或发疹，重则牵引四肢发麻或痛甚，头晕，胸闷，亦有出现瘀斑及出血者。若为狂犬咬伤或病猫抓、咬伤者，经一段潜伏期，可出现烦躁，惶恐不安，牙关紧闭，恐水，畏光，畏声等症。若为毒蛇咬伤则局部有齿痕，起水泡，甚至创口坏死，形成溃疡，严重者出现全身中毒症状。有明显虫兽伤病史。

本法常用于对外科虫咬皮炎、毒蛇咬伤、破伤风、疥疮、狂犬病等

的辨证。应注意各种虫兽伤证的鉴别。

(三)辨跌仆伤证候

辨跌仆伤证候指对因跌仆、殴打、闪挫、撞击、压轧、运动损伤及从高处坠下所致创伤性疾病的辨证方法。

跌仆伤证候诊断依据:伤处多疼痛,肿胀,伤筋,破损,出血,骨折,脱位等。若因挤压或从高处坠下,皆可引起吐血、下血、尿血。若陷骨伤脑则头晕不举,戴眼直视,口不能言,乃至昏厥等。

本法常用于对软组织损伤、外伤、骨伤、脑震荡等病的辨证。

第四节 脏腑辨证方法

脏腑病证的辨证方法,是指根据脏腑的生理功能、病理表现,对疾病证候进行分析归纳,借以推究病机,判断病变的部位、性质、正邪盛衰情况的一种辨证方法。

脏腑辨证法是利用四诊的方法及八纲辨证的原则,结合脏腑经络的理论,进行辨证而判断病变的脏腑和所患何证。由于各个脏腑的生理功能、经脉循行部位不同,因此脏腑辨证的诊断依据是各脏腑的生理功能异常及经脉循行部位的见症。凡见到哪一脏腑功能失常的症状表现,即可确定病在何脏何腑。例如:见到心悸、怔忡、心烦、心痛、失眠、多梦的症状应考虑为心脏病变;见到咳嗽、气喘、胸痛、咯血的症状,应考虑为肺脏病变,换言之,这就是该脏病变的辨证要点。临床的辨证方法虽然很多,且各有其特点,但要确切地辨明病证的部位、性质,并指导治疗,都必然落实到脏腑上,因此脏腑辨证是辨证施治的核心和基础,常用于临床各科,尤其是内伤病的诊断。由于脏腑之间及脏腑与各组织器官之间是密切相关的,因此在进行脏腑辨证时要从整体观念出发,注意脏腑间的联系和相互影响,全面正确地作出诊断。

脏腑辨证包括辨脏病、辨腑病、辨脏腑兼病三个方面的内容,由于脏腑之间具有表里关系,在病理上又易相互影响,故临床将腑病的部分内容归纳在脏病之中,以脏病辨证为主。

一、心与小肠病辨证法

心与小肠病的辨证，是指根据心与小肠的生理功能、病理表现，对心和小肠疾病证候进行分析归纳，从而判断心与小肠疾病的病机、性质及正邪盛衰情况的一种辨证方法。

心居上焦胸中，其主要生理功能为主血脉和主神明，开窍于舌，与小肠相表里；小肠位于脐腹部位，分清泌浊，具有化物的功能。因此，心与小肠病的诊断依据是心主血脉、主神明功能失常所产生的病理表现，即心悸、怔忡、心烦、心痛、失眠多梦、健忘、谵语等，以及小肠分清泌浊功能失常的病理表现，即口舌生疮，小便赤涩不利或清利，脐腹疼痛等。凡见到以上述一些症状特点为主的疾病，便可确定为心或小肠疾病。

心与小肠病辨证法常用于对心悸、怔忡、不寐、多寐、健忘、胸痹、汗病、虚劳、癫狂、痫病、郁病、厥病、腹痛、虫病、淋病、咳喘等病的诊断。心与小肠病证有虚有实，有心脏本脏证候，也有心与他脏相兼证候，主要有心气虚证、心阳虚证、心阳暴脱证、心血虚证、心阴虚证、心火亢盛证、痰火扰心证、痰迷心窍证、湿浊困心证、心脉痹阻证、心气阴两虚证、心气血两虚证、心阴阳两虚证、水气凌心证、小肠气滞证、小肠虚寒证、小肠实热证、虫积小肠证。应注意相似证候的鉴别。

(一)辨心气虚证

辨心气虚证指对心气虚衰，鼓动无力所表现证候的一种辨证方法。

心气虚证又称心气不足证，临床以心脏及全身机能活动衰弱为特征。诊断依据：主症表现为心悸怔忡，胸闷气短，活动后加重。次症表现为精神疲惫，声低懒言，面白自汗，或不寐、健忘，或多寐，或胸痛，或善悲欲哭，神思恍惚，或抽搐易惊。舌质淡嫩，苔白，脉弱，或数而无力，或促、结、代。辨证要点：必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。一般具有起病缓、病程长的特点，多有外邪暴伤心气，或先天禀赋不足，久病失养和年高体弱病史。

本法常用于对心悸、胸痹、失眠、多寐、癫痫、郁病、虚劳、自汗、健

忘等病的辨证。应与心阳虚、心阳暴脱、心血虚、心肺气虚、心胆气虚、心脾两虚等证相鉴别。

(二)辨心阳虚证

辨心阳虚证指对心阳不足,鼓动无力,温煦失职所表现证候的一种辨证方法。

心阳虚证又称心阳不足证、心阳不振证、心火虚衰证,是在心气虚的基础上出现虚寒症状,且胸闷气短、心痛、心悸怔忡症状较心气虚重,并具备面色滞暗,舌淡青等明显血行迟滞征象。诊断依据:主症表现为心悸气短,动则尤甚,畏寒肢冷。次症表现为心胸憋闷或作痛,神疲乏力,少气懒言,自汗,面色㿠白或滞暗,或多寐。舌淡胖嫩或淡青,脉迟或微,或数而无力,或促、结、代。辨证要点:必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。一般具有起病缓、病程长的特点,多有先天禀赋不足,或年高体衰,或久病失养,或感受外邪的病史。

本法常用于对心悸、胸痹、虚劳、自汗、多寐等病的辨证。应与心气虚、心阳暴脱、亡阳证、脾肾阳虚、心肾阳虚、水气凌心等证进行鉴别。

(三)辨心阳暴脱证

辨心阳暴脱证指对由心气虚、心阳虚,或心脉痹阻等证进一步发展致心阳虚脱,宗气大泄,神无所主所表现证候的一种辨证方法。

心阳暴脱证又称脱阳证、脱证、阳气暴脱证、心阳虚脱证。是心阳迅速亡失,病情急骤恶化所出现的危重证候,以心阳虚为病理基础,临床以在心阳虚或心脉痹阻的基础上突然出现虚脱亡阳症状为特征。诊断依据:主症表现为心悸怔忡,心胸憋闷或作痛,气短自汗,神疲乏力,畏寒肢冷,突然面色苍白,四肢厥冷,冷汗淋漓。次症表现为呼吸微弱,口唇青紫,神志模糊或昏迷。舌质淡或青紫,苔白润,脉微细欲绝。辨证要点:必须具备主症和次症之一加典型舌脉。素有心气虚、心阳虚或心脉痹阻的病史,具有起病急、病程短、病势重的特点。

本法常用于对胸痹心痛、中风、汗病、温病、厥病等病的辨证。应与心气虚、心阳虚、痰迷心窍、亡阳证等证进行鉴别。

(四)辨心血虚证

辨心血虚证指对心血不足,心失濡养,神不守舍所表现证候的一种辨证方法。

心血虚证又称心血不足证、心血耗伤证、心虚血少证、血不养心证。临床以心的常见症状与血虚之象共见为特征。诊断依据:主症表现为心悸,怔忡,失眠多梦,健忘。次症表现为面色淡白或无华,或萎黄,口唇爪甲色淡,头晕目眩。舌质淡,脉细弱。辨证要点:必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。除急性大失血引起者外,多具有起病缓、病程长的特点,多有失血史或久病失养或劳神过度的病史。

本法常用于对心悸、怔忡、不寐、健忘、盗汗、郁证、眩晕、头痛、内伤发热、虚劳等病的辨证。应与心阴虚、心气血两虚、心脾两虚等证相鉴别。

(五)辨心阴虚证

辨心阴虚证指对心阴亏虚,心失所养,虚热内扰所表现证候的一种辨证方法。

心阴虚证又称心阴不足证。临床以心的常见症状与阴虚证共见为特征。诊断依据:主症表现为心悸怔忡,心烦,失眠多梦。次症表现为五心烦热,潮热盗汗,两颧红赤,口咽干燥,健忘。舌红少津,少苔或无苔,脉细数。辨证要点:必须具备主症及次症中任何两项加典型舌脉。具有发病缓、病程较长的特点,多有劳神太过,或心血亏虚,或热病伤阴,或久病伤阴病史。

本法常用于对心悸、怔忡、不寐、健忘、盗汗、虚劳、内伤发热等病的辨证。应与心血虚、心气阴两虚、心肾不交、心肺阴虚等证相鉴别。

(六)辨心火亢盛证

辨心火亢盛证指对心火内炽,伤津扰神,上炎苗窍所表现证候的一种辨证方法。

心火亢盛证又称心火热甚证、心火旺证、心火上炎证。临床以心和舌脉等有关组织出现实火内炽的症状为特征。诊断依据:主症表现为口舌生疮或心烦失眠。次症表现为面赤口渴,溲黄便干,吐血衄血,狂躁谵语,或见肌肤疮疡,红肿热痛,发热。舌尖红绛,苔黄,脉数有

力。辨证要点：必须具备主症之一和次症中任何两项及典型舌脉。具有发病较急、病程较短的特点，多有情志郁结，或过食辛辣、温燥之品，或感受火热之邪的病史。

本法常用于对不寐、狂病、疮疡、吐衄等病的辨证。应与痰火扰心、肝火上炎、热灼营阴等证相鉴别。

（七）辨痰火扰心证

辨痰火扰心证指对火热内郁，炼津成痰，痰火互结，扰乱心神所表现证候的一种辨证方法。

痰火扰心证又称痰火闭心证、痰火内扰证、痰热扰心证。临床以心的常见症状和痰火症状共见为特征。诊断依据：主症表现为心悸，心烦失眠，或神志失常，狂躁妄动；或神昏谵语，高热痰鸣。次症表现为痰多胸闷，头晕目眩，多梦，发热气粗，面红目赤，渴喜冷饮，咳痰黄稠，尿赤便秘，语无伦次，哭笑无常，不避亲疏，打人毁物，力逾常人。舌红苔黄腻，脉滑数。辨证要点：必须具备主症之一和次症中任何两项加典型舌脉。外感病见此证以高热痰盛，神志不清为诊断要点；内伤杂病轻者以心烦失眠，重者以神志狂乱为诊断要点。

本法常用于对狂病、癫病、不寐、中风、外感热病、痫病、眩晕等病的辨证。应与痰迷心窍、热灼营阴、心火亢盛等证相鉴别。

（八）辨痰迷心窍证

辨痰迷心窍证指对痰浊蒙闭心窍神明所表现证候的一种辨证方法。

痰迷心窍证又称痰蒙心窍证、痰阻清窍证、痰阻心包证、湿痰蒙闭证。以痰气交滞，蒙闭心窍，阻闭心神为基本病理改变，有痰无火，其证属阴。诊断依据：主症表现为精神抑郁，表情淡漠，神识痴呆或神识昏蒙，似明似昧，或突然仆地，不省人事，口吐痰涎，四肢抽搐。次症表现为喃喃自语，举止失常，面色晦滞，脘闷作恶，不思饮食，胸闷痰多，喉中痰鸣。苔白腻，脉滑或濡。辨证要点：必须具备三大主症之一和次症中任何两项加典型舌脉。多有情志不遂，或感受湿邪，或跌打惊吓，痰伏心经的病史。

本法常用于对癫病、痫病、痰厥、湿温等病的辨证。应与痰火扰

心、湿浊困心等证相鉴别。

（九）辨湿浊困心证

辨湿浊困心证指对脾肾阳虚，水湿内停，浊阴上泛，困蒙心窍所表现证候的一种辨证方法。

湿浊困心证诊断依据：主症表现为畏寒肢冷，尿少身肿，嗜睡渐至昏迷。次症表现为面色苍白或晦滞，头晕头痛，视力障碍，腰膝疲软，恶心呕吐，不思饮食，胸闷腹胀，便溏，口有尿味。舌质淡胖，苔白腻或白滑，脉沉缓或沉迟无力。辨证要点：必须具备主症及次症中任何两项加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多见于水肿病的晚期，有脾肾阳虚的病史。

本法常用于对水肿、腹痛、呕吐、头痛、眩晕等病的辨证。应与痰迷心窍证相鉴别。

（十）辨心脉痹阻证

辨心脉痹阻证指对心脏脉络在各种因素作用下导致痹阻不通所表现证候的一种辨证方法。

心脉痹阻证又称心痹证、瘀血攻心证、污血冲心证、寒凝心脉证、瘀血阻闭病、心血瘀阻证、心脉瘀阻证、痰阻心脉证。多由瘀阻、痰凝、寒滞、气郁而发作，以心的阳气亏虚、无力行血致心脏本身及全身性血脉瘀阻为基本病理改变，以经久难愈，时发时止的胸部憋闷疼痛、痛引肩背内臂，重则剧痛死亡为临床特点。诊断依据：主症表现为心悸怔忡，胸闷气喘不得卧，或心胸憋闷疼痛，痛引肩背内臂，时发时止。次症表现为气短，神疲乏力，面色青紫滞暗，口唇青紫，咯血。舌质淡青，或有紫斑、紫点，脉沉迟或沉涩，或促、结、代。辨证要点：必须具备二大主症之一和次症中任何两项加典型舌脉。一般起病较缓、病程较长。临床时还应区分诱因进行辨证，瘀阻心脉的疼痛以刺痛为特点，伴见舌色紫暗、紫斑、紫点，脉细涩或结代等瘀血内阻的症状；痰浊停聚心脉的疼痛以闷痛为特点，伴见身重困倦，舌苔白腻，脉象沉滑等痰浊内盛的症状，患者多体胖多痰；阴寒凝滞心脉的疼痛，以痛势剧烈，突然发作，得温痛减为特点，伴见畏寒肢冷，舌淡苔白，脉象沉迟或沉紧等寒邪内盛的症状；气滞心脉的疼痛以胀痛为特点，其发

作往往与精神因素有关，舌淡红或黯红、苔薄白，脉弦，并多伴有肝气郁结的症状。

本法常用于对心悸、胸痹心痛、喘病等病的辨证。应与心阳虚证相鉴别。

(十一)辨心气阴两虚证

辨心气阴两虚证指对心气不足，心阴耗损，心失所养所表现证候的一种辨证方法。

心气阴两虚证又称心气阴不足证、心气阴两伤证。既有心气虚，又有心阴虚的征象。诊断依据：主症表现为心悸怔忡，胸闷气短乏力，心烦不寐，手足心热。次症表现为神疲欲睡，心神不宁，自汗盗汗，动则尤甚，潮热口干，多梦健忘。舌红少苔或舌质淡而光剥，脉细数或促、结、代。辨证要点：必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有心之气阴损伤的病史。

本法常用于对心悸、怔忡、胸痹、不寐、健忘、多寐、自汗、盗汗等病的辨证。应与心气虚、心阴虚、心气血两虚等证相鉴别。

(十二)辨心气血两虚证

辨心气血两虚证指对气血不足，心失所养所表现证候的一种辨证方法。

心气血两虚证又称心气血不足证、心气血两亏证、心气血两伤证。既有心气虚，又有心血虚的征象。诊断依据：主症表现为心悸怔忡，胸闷气短，失眠多梦健忘。次症表现为神疲乏力，眩晕，自汗，面色苍白或萎黄，口唇爪甲淡白。舌质淡嫩，脉细弱。辨证要点：必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有先天禀赋不足、久病失养、劳伤心神的病史。

本法常用于对心悸、怔忡、崩漏、不寐、健忘、眩晕等病的辨证。应与心气虚、心血虚、心脾两虚、心气阴两虚等证相鉴别。

(十三)辨心阴阳两虚证

辨心阴阳两虚证指对心阳虚，心机能衰减，心阴虚，心失濡养所表现证候的一种辨证方法。

心阴阳两虚证又称心阴阳两亏证、心阴阳不足证、炙甘草汤证。

既有心阴虚，又有心阳虚的征象。诊断依据：主症表现为心悸怔忡，胸闷气短，动则尤甚，形寒肢冷，心烦，手足心热。次症表现为精神萎靡，形体消瘦，少气懒言，倦怠乏力，眩晕，自汗盗汗，动辄汗出，或午后潮热，或不寐，健忘，颧红。舌质淡而光剥，脉结代或微细而数。辨证要点：必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。一般具有起病缓、病程长的特点，多有外邪内侵或久病耗伤心阴心阳的病史。

本法常用于对心悸、怔忡、不寐、健忘、自汗、盗汗等病的辨证。应与心阴虚、心阳虚、心气阴两虚等证相鉴别。

（十四）辨水气凌心证

辨水气凌心证指对水饮内停，上凌于心所表现证候的一种辨证方法。

水气凌心证又称水气乘心证、水饮停于心下证、水饮凌心证。多因脾肾阳虚或心肾阳虚发展而来，临床以心的常见症状与阳虚水盛症状共见为特征。诊断依据：主症表现为心悸怔忡，胸闷气短，小便不利，肢体浮肿。次症表现为恶心呕吐，形寒肢冷，胸脘痞满，渴而不欲饮，面色㿠白或晦暗或垢滞，神疲倦怠，头晕目眩，咳喘。舌质淡白胖嫩，苔白腻，脉沉弦或细滑或沉弱。辨证要点：必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。一般具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对心悸怔忡、眩晕、咳喘、水肿等病的辨证。应与心阳虚、肾阳虚等证进行鉴别。

（十五）辨小肠气滞证

辨小肠气滞证指对小肠气机郁滞所表现证候的一种辨证方法。

小肠气滞证又称小肠气痛证、心疝证、小肠疝气证、小肠气吊证。诊断依据：主症表现为小腹急痛连腰脊，或阴囊疝痛，痛引睾丸或阴户。次症表现为腹胀肠鸣，矢气则舒，少腹部或有聚气突起，重坠不舒，或阴囊肿大，时隐时现，痛剧时面色青晦，手足逆冷，冷汗自出。舌淡红苔白，脉沉弦。辨证要点：必须具备主症之一和次症中任何两项加典型舌脉。多有坐卧湿地或寒月涉水、饮食不节、寒温不调、负重过度的病史。

本法常用于对疝气、腹痛等病的辨证。应与小肠虚寒证、虫积小

肠证相鉴别。

(十六)辨小肠虚寒证

辨小肠虚寒证指对小肠阳气亏虚,受盛化物,泌别清浊功能衰减所表现证候的一种辨证方法。

小肠虚寒证又称小肠虚冷证。乃多种原因损伤脾阳,累及小肠所致。诊断依据:主症表现为小腹隐痛或急痛,喜温喜按,腹胀肠鸣,便溏或完谷不化。次症表现为面白神疲,少气乏力,头昏,时欲呕吐,食少,小便频数清长或清白而滞涩不爽,畏寒肢冷。舌淡白胖嫩,苔薄白而润,脉沉细而缓。辨证要点:必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,多有素体阳虚、饮食失调、贪凉饮冷,或劳倦过度,或其他慢性疾患损伤脾阳、胃及小肠的病史。

本法常用于对腹痛、泄泻等病的辨证。应与小肠气滞证、脾阳虚证、脾肾阳虚证相鉴别。

(十七)辨小肠实热证

辨小肠实热证指对小肠里热炽盛所表现证候的一种辨证方法。

小肠实热证又称心小肠俱实证、心移热于小肠证。多由心热下移小肠所致,临床以心火热炽及小便赤涩灼痛为特征。诊断依据:主症表现为心中烦热,小便赤涩,尿道灼痛。次症表现为口渴,口舌生疮,尿血,失眠。舌红苔黄脉数。辨证要点:必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。具有发病急、病程短的特点,多有心火亢盛病史。

本法常用于对淋病、尿血、不寐等病的辨证。应与心火亢盛证、膀胱湿热证相鉴别。

(十八)辨虫积小肠证

辨虫积小肠证指对虫邪积于小肠所表现证候的一种辨证方法。

虫积小肠证又称心肠痛证、肠中有虫病、虫心痛证。临床表现有轻有重、病势有缓有急,乃虫积小肠,扰乱脾胃气机所致。诊断依据:主症表现为脐周腹痛,时作时止。次症表现为胃脘嘈杂,甚或吐虫、便虫,腹中虫瘕,嗜食异物,较严重者见不思饮食,面黄肌瘦兼有面部白斑,神疲,睡中咬牙。舌淡白、苔花剥,脉濡。辨证要点:必须具备主症和次症中任何两项。多见于小儿,多有饮食不洁病史。

本法常用于对虫病、腹痛等病的辨证。应与小肠气滞证、小肠虚寒证相鉴别。

二、肺与大肠病辨证法

肺与大肠病的辨证，是指根据肺与大肠的生理功能、病理表现，对肺和大肠疾病证候进行分析、归纳，从而判断肺与大肠疾病的病机、性质及正邪盛衰情况的一种辨证方法。

肺居胸中，经脉下络大肠，与大肠相表里，其功能主气、司呼吸，主宣发肃降，通调水道，开窍于鼻，外合皮毛。大肠主传导，排泄糟粕。当肺脏功能失常，则常见咳嗽、气喘、胸痛、咯血等症状；大肠传导功能失常，则常见便秘或泄泻症状。凡见到以上述一些症状特点为主的疾病，即可确定为肺与大肠病变。

本法常用于对咳嗽、哮喘、汗病、虚劳、肺痿、肺痈、咯血、肺痈、感冒、水肿、发热、失音、衄血、痿病、消渴、胸痛、饮病、癃闭等病的辨证。肺与大肠病证有虚有实，有肺脏本脏证候，也有肺、大肠与其他脏器相关证候，主要有肺气虚证、肺阳虚证、肺阴虚证、风寒束肺证、寒邪客肺证、痰湿阻肺证、风热犯肺证、热邪壅肺证、燥邪犯肺证、水寒射肺证、寒痰阻肺证、肺气衰绝证、肺气阴两虚证、大肠湿热证、大肠液亏证、肠虚滑泻证、湿阻大肠证、大肠结热证。应注意相似证候之间的鉴别。

(一)辨肺气虚证

辨肺气虚证指对肺脏的功能不足，治节无权，宣降失职，肺卫不固所表现证候的一种辨证方法。

肺气虚证又称肺气不足证、肺虚气乏证。是肺脏功能活动减弱所表现的症候。诊断依据：主症表现为咳喘无力，气短不足以息，动则益甚。次症表现为面色淡白或㿠白，神疲体倦，痰液清稀，声音低怯，或自汗畏风，易于感冒。舌淡苔白，脉虚无力，辨证要点：必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。一般起病较缓，病程较长，多有久病咳喘病史。

本法常用于对感冒、咳嗽、自汗、喘病、水肿、胸痛、饮病、遗尿、虚

劳等病的辨证。应与肺阴虚、脾气虚、肺阳虚、肺气阴两虚、心肺气虚、脾肺气虚、肾不纳气等证相鉴别。

(二)辨肺阳虚证

辨肺阳虚证指对肺阳不足,气虚卫外不固所表现证候的一种辨证方法。

肺阳虚证又称肺气虚寒证、肺虚冷证、肺脏虚寒证、肺中阳气虚冷证。多由肺气虚进一步发展而成,临床以肺气虚与阴寒内生之形寒肢冷、背寒、咳吐涎沫、脉迟等阳虚症状共见为特征。诊断依据:主症表现为咳喘少气,气短息微,动则益甚,咳吐涎沫,清稀量多,形寒肢冷。次症表现为自汗,面白神疲,背寒,易感冒。舌质淡胖,苔白滑润,脉迟缓或迟弦。辨证要点:必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。多见于年高体弱、素体阳虚之人,好发于寒冷高原地区。

本法常用于对肺痿、哮喘等病的辨证。应与肺气虚证、风寒束肺证、寒痰阻肺证、水寒射肺证等相鉴别。

(三)辨肺阴虚证

辨肺阴虚证指对肺阴不足,虚热内生所表现证候的一种辨证方法。

肺阴虚证又称肺阴不足证、肺脏燥涩证、阴虚肺热证。是津液消耗、肺失濡养而出现阴津不足,宣降失职,虚热内生等临床表现的概称,故临床以肺病常见症状与阴虚内热症状共见为特征。诊断依据:主症表现为咳嗽无痰或痰少而粘,五心烦热,午后潮热。次症表现为口咽干燥,不寐,形体消瘦,盗汗颧红,甚则痰中带血,声音嘶哑。舌红少津,脉细数。辨证要点:必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,多见于久病体弱、素体阴虚之人,每遇秋燥季节加重。

本法常用于对咳嗽、肺痨、肺痿、咳血、盗汗、虚劳、不寐等病的辨证。应与燥邪犯肺证、肺气阴两虚证、肺肾阴虚证、心阴虚证相鉴别。

(四)辨风寒束肺证

辨风寒束肺证指对感受风寒,肺气被束所表现证候的一种辨证方法。

风寒束肺证又称风寒犯肺证，是风寒外邪侵袭于肺而出现的肺气不宣，清肃失职等临床表现的概称。临床以咳嗽兼见风寒表证为特征。诊断依据：主症表现为咳嗽，痰稀薄色白，恶寒。次症表现为鼻塞流清涕，轻度发热，无汗，咽痒。舌苔薄白，脉浮紧。辨证要点：必须具备主症和次症中任何一项加典型舌脉。多有感受风寒的病史，具有起病急、病程短的特点。

本法常用于对感冒、咳嗽、喘病、失音等病的辨证。应与风寒表证、风热犯肺证、寒痰阻肺证、水寒射肺证、寒邪客肺证、肺阳虚证等相鉴别。

（五）辨寒邪客肺证

辨寒邪客肺证指对寒邪直接侵入肺脏所表现证候的一种辨证方法。

寒邪客肺证又称寒邪乘肺证、寒邪犯肺证，为寒邪直接侵袭于肺所表现的证候。病位完全在肺，不兼卫分症状，临床以咳嗽突然发作，伴见寒象为特征。诊断依据：主症表现为突然发作性咳嗽，气喘，恶寒。次症表现为痰稀色白，声音重浊，口淡不渴，胸闷不舒，形寒肢冷，面色苍白，舌淡苔白润，脉迟或紧。辨证要点：必须具备主症和次症中任何一项加典型舌脉。具有病程较长，病势较剧的特点。一般无既往发作史。

本法常用于对咳嗽、哮喘、失音等病的辨证。应与风寒束肺证、饮停于肺证等相鉴别。

（六）辨痰湿阻肺证

辨痰湿阻肺证是指对痰湿阻滞肺系，肺失宣降所表现证候的一种辨证方法。

痰湿阻肺证又称痰浊阻肺证、湿邪伤肺证、痰浊阻肺证。是因痰湿偏盛，壅阻肺气，肺失宣降所产生的证候。临床以咳嗽痰多，质粘色白易咯出为特点。诊断依据：主症表现为咳嗽痰多，质粘稠，色白易咯。次症表现为呕恶，纳差，身困肢重，便溏，胸闷，甚则气喘痰鸣。舌淡苔白腻，脉滑。辨证要点：必须具备主症和次症中的任何两项及舌脉。本证可见于急性疾患，但以慢性疾病为多，急性发作属外感实证。

慢性发作为内伤，属本虚标实证，多有外感风寒、寒湿，或脾肺虚弱病史。

本法常用于对喘病、咳嗽、痰饮、胸痛等病的辨证。本证应与风寒束肺证、寒邪客肺证、饮停于肺证、寒痰阻肺证相鉴别。

（七）辨风热犯肺证

辨风热犯肺证指对风热之邪侵犯肺系，肺卫受损，失于宣降所表现证候的一种辨证方法。

风热犯肺证又称风热袭肺证，临床以咳嗽与风热表证共见为特征。诊断依据：主症表现为咳嗽，痰稠色黄，身热，微恶风寒。次症表现为鼻塞，流黄浊涕，口干咽痛，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。辨证要点：必须具备主症和次症之一及舌脉。此证多有外感风热或风寒化热病史，具有起病急、病程短的特点。

本法常用于对感冒、咳嗽、喘病、肺痈、咯血、衄血等病的辨证。本证应与燥邪犯肺证、痰热壅肺证、肺阴虚证、热邪壅肺证相鉴别。

（八）辨热邪壅肺证

辨热邪壅肺证指对热邪内壅肺金所表现证候的一种辨证方法。

热邪壅肺证，又称肺实热证、火灼肺金证、火热乘肺证、肺热壅盛证、痰热壅肺证、痰热阻肺证。是外邪犯肺，郁而化热，热伤肺津，炼液成痰；或素有宿疾，复感风热而出现痰热互结，壅阻于肺之证。临床以肺病的常见症状与里热证共见特征。诊断依据：主症表现为咳嗽，痰稠色黄，壮热口渴。次症表现为气喘息粗，烦躁不安，甚则鼻翼煽动，衄血，咯血，或胸痛，咳吐脓血痰，大便干结，小便短赤。舌红苔黄，脉滑数。辨证要点：必须具备主症和次症之一及舌脉。

本法常用于对咳嗽、哮、喘、肺痈、胸痛、失音等病的辨证。应与风热犯肺证、大肠实热证相鉴别。

（九）辨燥邪犯肺证

辨燥邪犯肺证指对感受秋令燥邪，侵犯肺卫所表现证候的一种辨证方法。

燥邪犯肺证又称燥气乘金证、燥火焚金证、肺燥证、肺燥津伤证。是外感燥邪，或感受风热，伤阴化燥，以肺津耗伤为主要临床表现的

一类症状的概称。临床以肺系症状表现干燥少津为特征。诊断依据：主症表现为干咳无痰，或痰少而粘，不易咯出。次症表现为唇、舌、咽、鼻干燥欠润，或身热恶寒，或胸痛咯血。舌红苔白或黄，脉数。辨证要点：必须具备主症和次症之一及典型舌脉。由于燥邪有温燥、凉燥之别，故兼见之表证也有偏凉与偏温之别，应加以区别。

本法常用于对咳嗽、失音、痿病、咯血、衄血、消渴、感冒、胸痛等病的辨证。应与肺阴虚、风热袭肺、肝火犯肺等证相鉴别。

（十）辨水寒射肺证

辨水寒射肺证指对寒邪和水气侵犯肺脏所表现证候的一种辨证方法。

水寒射肺证又称水寒犯肺证，是对宿患痰饮或水肿，复感寒邪，寒邪引动水饮所致肺气失宣，寒水逆阻等临床表现的概称。病本在脾肾，标在肺，以肺系症状与脾肾阳虚症状共见为特征。诊断依据：主症表现为咳嗽气喘，痰涎多而稀白，形寒肢冷。次症表现为面色苍白或晦暗，头晕目眩，甚则胸满息促，不能平卧，面目浮肿。舌淡胖苔白腻，脉濡缓或滑。辨证要点：必须具备主症和次症之一加典型舌脉。多有素体阳虚和水肿、饮病等水气病史。

本法常用于对饮病、水肿、癃闭、喘病等病的辨证。应与水气凌心证、肾阳虚水泛证、寒痰阻肺证等相鉴别。

（十一）辨寒痰阻肺证

辨寒痰阻肺证指对寒邪与痰交阻气道，肺失宣降所表现证候的一种辨证方法。

寒痰阻肺证病理特点为凝津为痰，临床以肺系症状与里寒证共见为特征。病本在肺脾，属实证或本虚标实之证。诊断依据：主证表现为咳嗽气喘，咯痰色白而清稀，畏寒肢冷。次症表现为面色晦暗，遇冷则甚，喉间痰鸣，胸膈满闷。舌淡苔白滑，脉沉迟。辨证要点：必具主症和次证之一。具有起病缓、病程长的特点，多有久病体虚、素体阳虚病史。

本法常用于对哮病、喘病、胸痛、感冒、咳嗽等病的辨证。应与水寒射肺证、风寒犯肺证、肺阳虚证相鉴别。

(十二)辨肺气衰竭证

辨肺气衰竭证指对肺脏功能衰竭所表现的危重证候的一种辨证方法。

肺气衰竭证又称肺气败绝证,是肺脏功能衰竭,不能主气而出现的宗气衰败、呼吸失司,甚则升降出入废止等临床表现的概称。诊断依据:主症表现为呼吸微弱,气不得续,或时断时续,喘息鼻张。次症表现为面色㿠白或紫暗,怯寒畏冷,汗出如珠,皮毛干枯,形体消瘦,甚则呼吸停止。舌淡或青紫,脉浮散无力或微弱无力。辨证要点:必须具备主症和次症之一加典型舌脉。多有慢性肺脏病史。

本法常用于对咳嗽、哮喘、肺痨、肺痿、肺痈、咳血、发热、自汗、感冒、水肿、癃闭等疾病后期以及外伤跌仆、误汗、产后失血等病的辨证。应与肺气虚、肺气阴两虚、肺肾气虚(肾不纳气)等证相鉴别。

(十三)辨肺气阴两虚证

辨肺气阴两虚证指对肺气不足,肺阴耗损所表现证候的一种辨证方法。

肺气阴两虚证又称肺气阴不足证、肺气阴两亏证。是肺气不足,津液消耗,宣降失职而出现的宗气虚弱,卫外不固,布津失常,肺气上逆等临床表现的概称。临床以肺气虚与肺阴虚症状共见为特征。诊断依据:主症表现为咳喘无力,动则气短,口咽干燥,自汗盗汗,五心烦热。次症表现为神疲少气,声音低怯,面白无华,潮热颧红,痰少而稠,或咳痰带血,形体消瘦。舌质光红少苔,脉细数无力。辨证要点:必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,多有久病耗损病史。

本法常用于对咳嗽、哮喘、肺痨、肺痿等疾病的辨证,应与肺气虚、肺阴虚、心气阴两虚等证相鉴别。

(十四)辨大肠湿热证

辨大肠湿热证指对湿热侵袭大肠所表现证候的一种辨证方法。

大肠湿热证又称湿热气薄肠胃证、热迫大肠证、肠道湿热证,系指湿热蕴结大肠,下焦气机壅滞,传导失常而引起的一系列症状的总称。临床以大便异常与湿热内阻症状共见为特征。诊断依据:主症表

现为大便次数增多，或下利粘冻，或下利黄色稀水。次症表现为腹痛，里急后重，或暴注下泄，色黄而臭，伴见肛门灼热，小便短赤，口渴，或有恶寒发热，但热不寒等症。舌红苔黄腻，脉濡数或滑数。辨证要点：必须具备主症和次症中任何两项加典型舌脉。多有饮食不节或暑湿热毒所伤病史。

本法常用于对痢疾、泄泻、腹痛、湿温、肠痈、痔瘘等疾病的辨证。应与大肠结热证、湿阻大肠证相鉴别。

（十五）辨湿阻大肠证

辨湿阻大肠证指对水湿之邪停滞大肠所表现证候的一种辨证方法。

湿阻大肠证又称湿停大肠证，乃水湿之邪影响大肠传导功能所致。诊断依据：主症表现为泄泻，腹胀。次症表现为腹满，肠鸣，口不渴，食少纳呆，尿少，恶心呕吐。舌苔白腻，脉濡缓。辨证要点：必须具备主症和次症之一加典型舌脉。

本法常用于对泄泻、腹满等疾病的辨证，应与脾虚泄泻证、大肠湿热证相鉴别。

（十六）辨大肠结热证

辨大肠结热证指对燥热实火结于大肠致大肠传导闭塞所表现证候的一种辨证方法。

大肠结热证又称大肠实热证、热秘证、结燥证。诊断依据：主症表现为大便干结，数日不通，身热。次症表现为腹胀满，疼痛拒按，面赤，肛门灼热，口干烦渴，小便短赤。舌红苔黄而燥，脉洪数有力，辨证要点：必须具备主症和次症之一加典型舌脉。

本法常用于对便秘、腹痛、伤寒阳明病、温病等的辨证。应与大肠湿热证、气滞证、大肠液亏证等相鉴别。

（十七）辨大肠液亏证

辨大肠液亏证指对津液不足，不能濡润大肠所表现证候的一种辨证方法。

大肠液亏证又称大肠津亏证、大肠燥涩证、大肠结燥证。诊断依据：主症表现为大便干燥难以排出。次症表现为口咽干燥，口臭头晕，

大便常数日一行。舌红少津，脉细。辨证要点：必须具备主症和次症之一加典型舌脉。具有病程长的特点，多见于素体阴亏之人。多有久病伤阴，或热病后津伤未复，或妇女产后出血过多等病史。

本法常用于对便秘、产后便秘等病的辨证。应与脾阴虚证、阳明腑实证、气虚便秘证、大肠结热证、大肠湿热证等相鉴别。

（十八）辨肠虚滑泻证

辨肠虚滑泻证指对大肠阳气虚衰不能固摄所表现证候的一种辨证方法。

肠虚滑泻证又称肠中寒证、大肠虚冷证、大肠虚泻证、大肠虚弱证。诊断依据：主症表现为便泄无度或失禁脱肛。次症表现为腹痛隐隐，喜热喜按，四肢不温，肠鸣。舌淡苔白滑，脉沉弱。辨证要点：必须具备主症和次症之一加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有久泻、久痢病史。

本法常用于对泄泻、痢疾、腹痛、脱肛等疾病的辨证。应与脾气下陷证、脾肾阳虚证等相鉴别。

三、脾与胃病辨证法

脾胃病的辨证，是指根据脾与胃的生理功能、病理表现，对脾和胃疾病的证候进行分析归纳，从而判断脾与胃疾病的病机、性质及正邪盛衰情况的一种辨证方法。

脾胃共居中焦，经脉相互联系，相为表里，脾主运化水谷，胃主受纳腐熟，脾主升，胃主降，共同完成对饮食物的消化、精微物质的吸收与转输，故脾胃合称为“后天之本”、“气血化生之源”。因脾主运化升清，还具有统血和主四肢肌肉的功能。脾脏功能失常则常见阳气虚衰，运化失调，水湿痰饮内生，不能统血的腹胀、腹痛、泄泻、便溏、浮肿、出血等症状；胃府功能失常则常见脘痛、呕吐、嗳气、呃逆等胃气上逆症状。因此，凡见到以上述症状为主的疾病，即可确定为脾或胃疾病。

本法常用于对泄泻、腹痛、胃脘痛、水肿、痰饮、痿病、虚劳、血病、眩晕、呕吐、呃逆、噎膈、消渴、崩漏、痢疾、黄疸、哮喘等疾病的辨证。

脾胃病变有寒有热，有虚有实，有脾胃本脏病变，也有脾胃与其他脏器相关证候。脾胃虚证多为阳气与阴液亏损，脾胃阳虚以脾为主，脾胃阴虚以胃为主；脾胃实证多为寒、湿、燥、热、食积所致。脾病多虚证，胃病多实证。脾胃病变证候主要有脾气虚证、脾阳虚证、中气下陷证、脾不统血证、脾阴虚证、寒湿困脾证、湿热蕴脾证、胃阴虚证、胃气虚证、胃气上逆证、胃寒证、胃阳虚证、胃热证、食滞胃脘证、胃腑气滞证、胃腑血瘀证、胃阴阳两虚证。应注意相似证候的鉴别。

（一）辨脾气虚证

辨脾气虚证指对脾气不足，运化失健所表现证候的一种辨证方法。

脾气虚证又称中气不足证、脾不健运证、脾胃虚弱证、脾胃气虚证。是脾气虚弱，运化失健，饮食物精微吸收不足，致机体失于充养所表现的证候。临床以运化功能减退和气虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为食少纳呆，腹胀，食后尤甚，大便溏薄。次症表现为肢体倦怠，少气懒言，面色萎黄或㿠白，或浮肿，或消瘦，口淡无味。舌淡或淡胖有齿痕，苔薄白，脉缓弱。辨证要点：必须具备两项主症和一项次症。具有起病缓慢、病程较长的特点。多有饮食不节，劳倦过度，情志失调，或病后体虚等病史。

本法常用于对泄泻、胃脘痛、腹痛、血病、水肿、痰饮、心悸、哮喘、痿病、虚劳、小儿疳积等病的辨证。应与胃气虚证、脾阳虚证、心脾两虚证、寒湿困脾证等相鉴别。

（二）辨脾阳虚证

辨脾阳虚证指对脾阳虚衰，阴寒内盛所表现证候的一种辨证方法。

脾阳虚证又称脾阳不振证、中阳不振证、脾虚冷证、中焦虚寒证。多由脾气虚、脾气下陷发展而来，是脾气虚进一步发展，损及脾阳，呈现虚寒状态时所表现的证候。临床以脾失健运和虚寒象共见为特征。诊断依据：主症表现为脘腹胀满疼痛，喜温喜按，食少纳呆，畏寒肢冷。次证表现为大便溏薄清稀，肢体困重，或周身浮肿，小便不利，或白带量多质稀。舌淡胖，苔白滑，脉沉迟无力。辨证要点：必须具备主

症两项和次症一项加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有脾气虚日久不愈，或过食生冷，过用寒凉药物损伤脾阳病史。

本法常用于对泄泻、痢疾、胃脘痛、腹痛、痰饮、水肿、臌胀等病的辨证。应与脾气虚、胃阳虚、脾肾阳虚、肾虚水泛等证相鉴别。

（三）辨中气下陷证

辨中气下陷证指对脾气亏虚，升举无力而反下陷所表现证候的一种辨证方法。

中气下陷证又称脾气下陷证、气虚下陷证、脾虚气陷证。多由脾气虚进一步发展而成。临床以脾气虚证和内脏下垂症状共见为特征。诊断依据：主症表现为脘腹重坠作胀，食入益甚或便意频数，肛门坠重，或久痢不止，甚或脱肛，或子宫下垂，或小便混浊如米泔。次症表现为气少乏力，肢体倦怠，声低懒言，头晕目眩，面白自汗。舌淡胖有齿痕，脉弱。辨证要点：必须具备主症之一和两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有久泻、久痢、劳倦过度等病史。

本法常用于对久泻、久痢、胃下垂、崩漏、脱肛、子宫脱垂等病的辨证。应与脾气虚、脾阳虚、脾不统血、脾肾阳虚等证相鉴别。

（四）辨清阳不升证：

辨清阳不升证指对清阳之气不升，不能温养头部、肌表四肢所表现证候的一种辨证方法。

清阳不升证为脾气虚证之一种表现，临床以脾气不足，清阳之气不能温养头面、肌表、四肢及脾气下陷的病变为特征。诊断依据：主症表现为眩晕、耳鸣、耳聋、泄泻、脱肛、痿蹙。次症表现为面色少华，神疲乏力，少气懒言，食少纳呆，腹胀便溏，畏寒肢冷。舌脉表现为舌淡嫩苔白，脉弱或虚。辨证要点：须具备一项主症和两项以上次症加典型舌脉。多见于素体瘦弱之人。

本法常用于对眩晕、耳鸣耳聋、痿蹙、泄泻、脱肛、子宫脱垂、崩漏等病的辨证。应与脾气虚证相鉴别。

（五）辨浊阴不降证

辨浊阴不降证指对脾胃阳气不足，升清降浊功能失常，营养物质和糟粕不能正常地消化吸收和排泄所表现证候的一种辨证方法。

浊阴不降证诊断依据：主症表现为头身困重，倦怠乏力，脘闷腹胀，食少便溏，或纳呆呕吐。次症表现为面色晦暗，精神萎顿，眩晕，小便不利或不通，下肢浮肿或腹水，妇女带下绵绵清稀。舌苔浊腻，脉濡滑。辨证要点：须具备主症和典型舌脉，或两项次症加典型舌脉。多见于肥胖体弱之人。

本法常用于对湿阻、水肿、癃闭、带下等病的辨证。应与脾胃虚弱证相鉴别。

（六）辨脾不统血证

辨脾不统血证指对脾气亏虚不能统摄血液所表现证候的一种辨证方法。

脾不统血证又称脾虚不能摄血证、脾不摄血证。是指由于脾气虚、中气下陷而不摄血，或由于脾阳虚而不摄血所造成的血溢脉外，以出血为主症的一种复合证候。临床以脾气虚和出血症状共见为特征。诊断依据：主症表现为便血、尿血、肌衄、齿衄，或妇女月经过多，崩漏等。次症表现为神疲乏力，少气懒言，食少便溏，面色无华。舌淡苔白，脉细弱。辨证要点：必具主症一项和次症两项加典型舌脉。多有脾气虚日久不愈之病史。

本法常用于对血病，如便血，崩漏、尿血、紫斑、吐血、咳血、齿衄等病的辨证。应与脾气下陷证、心脾两虚证等相鉴别。

（七）辨脾阴虚证

辨脾阴虚证指对脾阴不足，运化失职，虚热内生所表现证候的一种辨证方法。

脾阴虚又称脾阴不足证、脾生虚热证。临床以脾脏常见症状与阴虚内热症状共见为特征。诊断依据：主症表现为脘腹胀满，食少纳呆，心烦恶热，次症表现为食入难化，口干溲少，不欲饮，口淡乏味，神疲体瘦，面色萎黄，唇红干燥，便秘尿少。舌红少津苔少，脉虚细数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多有饮食不节，久病虚损，或邪热内灼，汗下太过等病史。

本法常用于对腹胀、泄泻、消渴、噎膈、虚劳等病的辨证。应与胃阴虚证相鉴别。

(八)辨寒湿困脾证

辨寒湿困脾证指对寒湿内盛,中阳受困表现证候的一种辨证方法。

寒湿困脾证又称寒湿中阻证、脾虚湿困证、湿困脾阳证、湿阻中焦证。其急性形成者,属外感寒湿,病证属实,病程较短;慢性形成者,多在脾阳虚的基础上发展形成,属本虚标实证。临床以脾的运化功能障碍和寒湿中遏症状共见为特征。诊断依据:主症表现为脘腹痞闷,食少便溏,泛恶欲呕,头身困重。次症表现为腹部胀痛,口淡不渴,面色萎黄,或肌肤面目发黄,黄色晦暗如烟熏,或肢体浮肿,小便短少,或妇女白带过多。舌淡苔白腻,脉濡缓。辨证要点:必须具备两项主症和一项次症加典型舌脉。多有外感寒湿和脾虚病史,常见于体虚肥胖之人。

本法常用于对痰饮、呕吐、泄泻、霍乱、黄疸、水肿等疾病的辨证。寒温困脾证有虚有实,有虚实夹杂和本虚标实多种证候表现,应注意与脾气虚证、脾阳虚证、脾肾阳虚证、阳虚水泛证相鉴别。

(九)辨湿热蕴脾证

辨湿热蕴脾证指对湿热内蕴中焦所表现证候一种辨证方法。

湿热蕴脾证又称脾胃湿热证、中焦湿热证、湿热伤脾证、湿热中阻证。是由于外感湿热之邪或中焦内生之湿热,蕴结于脾致脾之功能受阻,运化失司所表现的证候。病情有轻有重,重者可发"急黄",甚者引起死亡。临床以脾的运化功能障碍和湿热内阻症状共见为特征。诊断依据:主症表现为脘腹痞闷,纳呆呕恶,便溏尿黄,肢体困重。次症表现为口苦口粘,或面目肌肤发黄,色泽鲜明如橘子色,皮肤发痒,或身热起伏,汗出热不解。舌红苔黄腻,脉濡数。辨证要点:必须具备两项主症和一项次症加典型舌脉,多有外感湿热或饮食不节病史。本证有虚有实,有虚实夹杂和本虚标实的多种证候表现,且常相互转化,辨证时应抓住各自特点,仔细辨析。

本法常用于对黄疸、发热等病的辨证。应与寒湿困脾证、肝胆湿热证、食滞胃脘证等相鉴别。

(十)辨胃阴虚证

辨胃阴虚证指对胃阴亏虚,胃燥失润所表现证候的一种辨证方法。

胃阴虚证又称胃阴不足证、胃脘干槁证、胃津未复证、脾胃阴火上冲证。是多种慢性疾病引起胃之阴液亏虚,致胃受纳、腐熟功能失常所出现的一系列症状的概称。临床以胃的常见症状与阴虚证共见为特征。诊断依据:主症表现为胃脘隐痛,饥不欲食,口燥咽干。次症表现为脘痞不舒,干呕呃逆,形体消瘦,大便干结,小便短少,心烦低热。舌红少津,脉细数。辨证要点:具备主症和典型舌脉,或两项主症和两项次症加典型舌脉。多见于消瘦之人,多有胃病久延不愈,或热病后期阴液未复,或嗜食辛辣,肝郁化火,耗伤胃阴的病史。

本法常用于对胃脘痛、消渴、噎膈、呕吐、呃逆等疾病的辨证。应与脾阴虚证、胃阴阳两虚证、胃热证等相鉴别。

(十一)辨胃气虚证

辨胃气虚证指对胃气不足,受纳腐熟功能减退,胃失和降所表现证候的一种辨证方法。

胃气虚证又称胃气不足证、胃气虚弱证。临床以胃的常见症状和气虚证共见为特征。诊断依据:主症表现为胃脘隐痛、按之痛减、呕吐呃逆,不思饮食。次症表现为神疲少气懒言,语声低微,面色萎黄,腹胀不适,食后不易消化或食入即吐,胃脘嘈杂,形体消瘦。舌淡苔白,脉虚弱。辨证要点:必须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,常见于素体虚弱之人,多有饮食不节病史。

本法常用于对胃脘痛、嘈杂、呃逆、嗳气、呕吐、虚劳、妊娠恶阻等疾病的辨证。应与脾气虚、胃阳虚、中气不足、肝气犯胃等证相鉴别。

(十二)辨胃阳虚证

辨胃阳虚证指对胃阳不足,虚寒内生,胃失和降所表现证候的一种辨证方法。

胃阳虚证又称胃虚寒证、胃虚冷证、胃气虚寒证。多由胃气虚发展而来,临床以胃气虚和虚寒症状共见为特征。诊断依据:主症表现为胃脘隐痛,喜温喜按,得食痛减,呕吐清水。次症表现为神疲少气,

语声低微，面色㿠白，口淡不渴，不思饮食，食后不易消化，畏寒肢凉。舌淡苔白，脉沉迟无力。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长、病势较缓的特点。多有饮食不节，久病胃虚，素体虚弱病史。

本法常用于对胃脘痛、呕吐、噎膈、泄泻等疾病的辨证。应与胃寒证、胃气虚证、脾阳虚证等相鉴别。

（十三）辨胃阴阳两虚证

辨胃阴阳两虚证指对胃阴不足，胃阳虚弱所表现证候的一种辨证方法。

胃阴阳两虚证又称胃阴阳两亏证、胃阴阳不足证。诊断依据：主症表现为胃脘灼热，口燥咽干，畏寒喜暖，神疲乏力。次症表现为脘腹隐痛，时作时止，纳少嗳气，自汗盗汗，手足心热，手指发凉，形体消瘦。舌红少苔，脉弱。辨证要点：具备主症和典型舌脉，或两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点。多见于慢性胃病的晚期。

本法常用于对胃脘痛、虚劳、噎膈、呃逆、呕吐、汗病等病的辨证。应与胃阴虚证、胃阳虚证等相鉴别。

（十四）辨胃气上逆证

辨胃气上逆证指对胃失和降，反而上逆所表现证候的一种辨证方法。

胃气上逆证又称胃失和降证。诊断依据：主症表现为呕吐、恶心，不思饮食。次症表现为胃脘胀痛，嗳气，呃逆。舌苔薄白，脉弦滑。辨证要点：必须具备主症和一项次症。本证有虚有实，可见于多种疾病中，疾病不同，临床表现特点不同，在其演化过程中，还可挟痰而出现痰气上逆症状，兼郁出现气郁症状。老年久病，中气亏乏，出现胃气上逆的呃逆，属危重之象，应予以重视。

本法常用于对呃逆、嗳气、呕吐、反胃等多种疾病的辨证。应与肝气横逆证、冲气上逆证等相鉴别。

（十五）辨胃腑气滞证

辨胃腑气滞证指对肝失疏泄，横逆犯胃，胃失和降所表现证候的一种辨证方法。

胃腑气滞证又称肝气犯胃证、肝胃不和证、气郁脘痛症、肝胃气痛证。诊断依据：主症表现为胃脘胀满，疼痛连胁，嗳气频作。次症表现为嘈杂吞酸，呃逆呕吐，食少，烦躁易怒。舌红苔薄黄，脉弦。辨证要点：具备主症和典型舌脉，或具备两项主症和两项以上次症。具有肝胃合病的特点，多有情志不舒或饮食伤胃的病史，常见于七情怫郁之人，每遇情志不畅时复发或加重。

本法常用于对胃脘痛、呕吐、呃逆、嗳气等病的辨证。应与胃腑血瘀证、食滞胃脘证、胃气上逆证、胆郁痰扰证等相鉴别。

（十六）辨食滞胃脘证

辨食滞胃脘证指对饮食物停滞胃脘，不能腐熟所表现证候的一种辨证方法。

食滞胃脘证又称伤食证、食滞证、食积证、食痹证、饮食停滞证、宿食不消证、宿食留滞证。诊断依据：主症表现为胃脘胀闷，甚则疼痛，嗳腐吞酸，呕恶厌食。次症表现为口中腐臭，呕吐酸腐食物，吐后胀痛得减，或矢气、便溏，泻下物酸腐臭秽。舌苔厚腻，脉滑。辨证要点：必须具备两项主症和两项次症或主症加典型舌脉。具有起病急、病程短的特点，多有暴饮暴食，饮食不节病史，属实证，因胃气虚所致者，往往虚实共见。

本法常用于对胃脘痛、呕吐、泄泻等病的辨证。应与胃腑气滞证、胃腑血瘀证等进行鉴别。

（十七）辨胃寒证

辨胃寒证指对阴寒凝滞胃腑，胃失和降所表现证候的一种辨证方法。

胃寒证又称寒邪犯胃证、胃实寒证、胃中寒证、寒凝胃脘证。临床以胃脘疼痛与寒象共见为特征。诊断依据：主症表现为胃脘疼痛，轻则绵绵不已，重则拘急剧痛，遇寒加重，得温痛减。次症表现为面色青白，畏寒肢凉，脘痞作胀，口淡不渴，恶心呕吐，吐后痛缓。舌淡苔白滑，脉弦或沉紧。辨证要点：具备主症和一项次症加典型舌脉。具有起病急、病程短、痛势较剧的特点，多有过食生冷，脘腹受凉，劳倦伤中，寒邪袭胃病史。本证初期为实证，若病情迁延，必耗中阳，中阳虚更易

受寒发病，故还有越发越频繁、越发越重之特点，久病后成为本虚标实之证。

本法常用于对胃脘痛、呕吐、泄泻等病的辨证。应与胃阳虚证、脾胃虚寒证相鉴别。

（十八）辨胃热证

辨胃热证指对胃中火热炽盛，机能亢进所表现证候的一种辨证方法。

胃热证又称胃热亢盛证、胃火炽盛证、胃实热证、胃脘蓄热证。临床以胃病常见症状与热象共见为特征。诊断依据：主症表现为胃脘灼痛，渴喜冷饮，吞酸嘈杂，消谷善饥。次症表现为牙龈肿痛溃烂、齿衄、口臭、食入即吐、大便秘结、小便短赤。舌红苔黄，脉滑数。辨证要点：必须具备两项主症和两项次症加典型舌脉。多见于过食辛辣及膏粱厚味之人，多有嗜食辛辣香燥，或热邪犯胃、五志化火病史。本证多为实证，病久伤津，即虚实夹杂，进而可转变为胃阴虚证。

本法常用于对消渴、胃脘痛、牙龈肿痛、呕吐、便秘等病的辨证。应与阳明经证、阳明腑实证、胃阴虚证等相鉴别。

（十九）辨胃腑血瘀证

辨胃腑血瘀证指对瘀血阻滞于胃所表现证候的一种辨证方法。

胃腑血瘀证又称瘀血结胃证。诊断依据：主症表现为胃脘刺痛，痛有定处，疼痛拒按，日轻夜重。次症表现为吐血，血色紫黯，大便如柏油样，面色黧黑，肌肤甲错，唇色紫黯。舌质紫黯，有瘀斑或瘀点，脉细涩。辨证要点：具备主症，或两项以上次症加典型舌脉。多有气滞日久，或胃病久延，瘀血内结病史。

本法常用于对胃脘痛、吐血等病的辨证。应与食滞胃脘证、胃腑气滞证等相鉴别。

四、肝与胆病辨证法

肝胆病的辨证，是指根据肝与胆的生理功能、病理表现，对肝和胆疾病的证候进行分析归纳，从而判断肝胆疾病的病机、性质及正邪盛衰情况的一种辨证方法。

肝位居右胁、膈下腹中，以三焦分，属下焦部位。肝经布乳、胁肋，下抵少腹，循阴器，肝主疏泄，又主藏血，在体为筋，在窍为目，其华在爪；胆附于肝，经脉相互络属，二者相表里，胆贮藏、排泄胆汁，以助消化；肝胆均与情志活动有关。各种原因导致肝功能失常时，则常见胸胁少腹胀痛窜痛，烦躁易怒，头晕胀痛，肢体震颤，手足抽搐，以及目疾、月经不调、睾丸胀痛等；胆腑功能失常则常见口苦发黄，惊悸失眠等症。因此，凡见到以上述症状为主的疾病，即可确定为肝胆疾病。肝胆病变有寒有热，有虚有实，有肝胆本脏证候，也有肝胆与其他脏器的相关证候。肝体阴而用阳，虚证多见血亏及阴伤，实证多见气郁火盛及寒邪、湿热为患。

本法常用于对不寐、眩晕、耳鸣耳聋、头痛、胁痛、胃脘痛、腹痛、郁病、梅核气、虚劳、内伤发热、汗病、黄疸、积聚、臌胀、癫病、狂躁、惊恐、麻木、中风、偏瘫、厥病、血病、温病、雀盲、白睛涩痛、阳痿、阴缩、带下、崩漏、闭经、月经不调、不孕等病的辨证。肝胆病变证候主要有：肝气郁结证、肝火上炎证、肝阳上亢证、肝气虚证、肝阳虚证、肝阴虚证、肝血虚证、肝风内动证（包括肝阳化风证、热极生风证、阴虚动风证、血虚生风证）、肝经湿热证、寒滞肝脉证、肝血郁滞证、肝胆湿热证、胆郁痰扰证、胆气虚证、虫扰胆腑证、胆热证。应注意相似证候之间的鉴别。

（一）辨肝气郁结证

辨肝气郁结证指对肝失疏泄，气机郁滞所表现证候的一种辨证方法。

肝气郁结证又称肝气抑郁证、肝郁气滞证、肝气横决证。所谓郁结，既可表现有抑郁或气郁痰凝的现象，又可表现出气机逆乱的征象。一般以情志抑郁和肝经所过之处胀闷疼痛以及妇女月经不调等为特征。诊断依据：主症表现为情志抑郁，胸闷善太息。次症表现为胸胁乳房或少腹胀闷窜痛，烦躁易怒，或情绪苦闷，或发痈病，夜卧不安，或喜静喜睡，或咽部梅核气，或颈部瘿瘤，或胁下积聚、癥块、纳少、呃逆，妇女可见痛经，月经不调，甚或闭经。舌淡苔薄白，脉弦。辨证要点：必须具备主症和次症中任何一项加典型舌脉。多有明显的情

志抑郁或精神创伤史，病情多随情绪波动而发生变化。尤多见于妇女。

本法常用于对癫病、痫病、郁病、臌胀、不寐、胁痛、胃脘痛、腹痛、梅核气、积聚、痛经、月经不调等病的辨证。应与肝火上炎证、脾湿肝郁证等相鉴别。

(二)辨肝火上炎证

辨肝火上炎证指对肝气郁结化火，肝经气火循经上逆所表现证候的一种辨证方法。

肝火上炎证又称肝胆火盛证、肝实热证、肝经实火证、肝火冲激证、肝火燔灼证。一般以肝脉的循行部位头、目、耳、胁的实火炽盛症状为特征。诊断依据：主症表现为面红目赤，口苦口干，烦躁易怒。次症表现为头晕胀痛，眩晕，耳鸣耳聋，或耳内肿痛流脓，不寐或恶梦纷纭，胁肋灼痛，便秘，尿黄，或吐血衄血。舌红苔黄，脉弦数。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。病情随情志波动而加剧，多有情志不遂，郁怒伤肝病史。

本法常用于对头痛、眩晕、耳聋耳鸣、出血、不寐、吞酸、狂躁、胁痛等病的辨证。应与肝阳上亢证、胆热证等相鉴别。

(三)辨肝阳上亢证

辨肝阳上亢证指对水不涵木，肝阳偏亢所表现证候的一种辨证方法。

肝阳上亢证又称肝阳上郁证、阴虚阳亢证、阴虚肝旺证。是对在肝阴虚或肝肾阴虚的基础上阳失阴制致肝阳不潜或肝气升发太过，阳气浮动于上所引起的一系列临床表现的概称，为下虚上实，本虚标实之证。诊断依据：主症表现为烦躁易怒，身热面赤。次症表现为头目胀痛，眩晕耳鸣，目眩畏光或视物不清，甚则突然昏倒，不省人事；或失眠多梦，健忘心悸，腰膝酸软，头重足飘。舌红，脉弦有力或弦细数。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。每遇烦劳或情志波动而病情加重。

本法常用于对头痛、眩晕、耳鸣、耳聋、不寐、中风等病的辨证。应与肝火上炎证、肝风内动证、肝血虚证、肝阴虚证、肝肾阴虚证等相鉴

别。

（四）辨肝气虚证

辨肝气虚证指对肝气耗损、肝失条达所表现证候的一种辨证方法。

肝气虚证又称肝经气虚证、肝气不足证、肝气虚怯证。临床以疏泄功能衰退和气虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为胁肋满闷，喜揉按，善恐易悲易怒。次症表现为精神不畅，思维迟钝，视物不清或不耐久视，神疲肢倦，少气懒言，语言低怯，面色淡白，腹胀，不思食，食则胀甚，嗳气，口干酸苦。舌淡苔白润，脉弦细弱。辨证要点：必具主症和两项次症加典型舌脉。多有素体气虚，久病失养，肝郁日久耗气或暴怒伤肝病史。

本法常用于对郁病、雀盲、虚劳等病的辨证。应与肝气郁结证相鉴别。

（五）辨肝阳虚证

辨肝阳虚证指对肝阳虚衰，阴寒内生，机能减退所表现证候的一种辨证方法。

肝阳虚证又称肝阳不振证、肝阳虚损证、肝虚寒证。多由肝气虚进一步发展而成。临床以肝气虚和虚寒证共见为特征。诊断依据：主症表现为胁肋满闷，郁郁不乐，或善恐易悲易怒，气短懒言，形寒怯冷。次症表现为胁下坚胀作痛，小腹冷痛，视物不清或不耐久视，头身麻木，面色青白，爪甲枯淡，或筋寒挛缩，或性欲低下，阳痿不举，滑精，或阴器冷湿萎缩，女子可见少腹寒痛，月经不调，带下清稀，宫寒不孕。舌淡苔白，脉沉弦迟细弱。辨证要点：须具主症和两项次症加典型舌脉。

本法常用于对惊恐、阳痿、虚劳、不孕、带下病、滑精、月经不调等病的辨证。应与肝气虚、肾阳虚等证相鉴别。

（六）辨肝阴虚证

辨肝阴虚证指对肝脏阴液亏虚，肝系失润，虚热内生或阴不制阳所表现证候的一种辨证方法。

肝阴虚证又称肝阴不足证、肝阴虚损证。临床以肝病常见症状和

阴虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为胁肋灼痛，头晕耳鸣，两目干涩。次症表现为面部烘热，五心烦热，易怒，潮热盗汗，失眠多梦，口咽干燥，或见手足蠕动。舌红少津，脉细数。辨证要点：须具两项主症和一项次症及典型舌脉。多见于妇女及年老体弱，素体阴虚，久病耗损，或失治、误治，劫夺阴液的患者。

本法常用于对胁痛、眩晕、头痛、虚劳、内伤发热、汗病、不寐、白睛涩痛、雀盲、月经不调、闭经、崩漏等病的辨证。应与肝血虚证、肝肾阴虚证、肝火上炎证相鉴别。

（七）辨肝血虚证

辨肝血虚证指对肝脏血液亏虚，肝系失养所表现证候的一种辨证方法。

肝血虚证又称肝血不足证、血不养肝证、肝血内虚证。临床以肝病常见症状与血虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为胁肋隐痛，头晕目眩，两目干涩。次症表现为面白无华，爪甲不荣，变薄变脆易折，夜寐多梦，视力减退或雀盲，肢体麻木或拘急，手足震颤，肌肉瞤动，易惊易恐，妇女常见月经量少色淡，甚则闭经。舌淡苔白，脉弦细。辨证要点：须具主症和一项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多见于久病，年高体弱及失血过多、营血化生不足的患者，尤多见于妇女。

本法常用于对虚劳、眩晕、不寐、麻木、雀盲、胁痛、月经不调、痛经、不孕、胎动不安、乳少、腹痛等疾病的辨证。应与肝阴虚证相鉴别。

（八）辨肝风内动证

辨肝风内动证指对具有眩晕欲仆、抽搐震颤等“动摇”特点的证候进行辨证的方法。

肝风内动证主要有肝阳化风证、热极生风证、阴虚动风证、血虚生风证，应注意四者的鉴别。

1. 辨肝阳化风证

指对肝阳亢逆无制所表现的动风证候的一种辨证方法。

肝阳化风证又称肝风内沸证、厥阴化风证、肝风震动证、肝风内震证。是在肝阳上亢的基础上，由于肝阳升发亢逆无制而暴发的“内

风”，属上实下虚证。诊断依据：主症表现为眩晕欲仆，头摇肢颤，语言謇涩，或舌强不语，或卒然倒地，不省人事，偏瘫。次症表现为少寐多梦，头痛项强，手足麻木，步履不正或喉中痰鸣。舌红苔白或腻，脉弦有力。辨证要点：须具一项主症、一项次症及典型舌脉和肝阳上亢的病史。

本法常用于对眩晕、头痛、中风、偏瘫、厥病、昏迷、温病等的辨证。应与肝阳上亢证、热极生风证、风中经脉证等相鉴别。

2. 辨热极生风证

指对热邪亢盛，燔灼肝经而引动肝风所表现的证候的一种辨证方法。

热极生风证又称热甚动风证、热极风动证、热动肝风证、气热风动证、肝热动风证。一般以高热与肝风症状共见为特征。诊断依据：主症表现为高热神昏，面红目赤，手足抽搐，颈项强直。次症表现为躁扰如狂，两目上视，牙关紧闭，甚则角弓反张，大便秘结，小便短涩。舌红或绛，脉弦数有力。辨证要点：必须具备主症或两项次症加典型舌脉，即痉证与昏迷同时并见，高热与肝风共见。

本法常用于对痉病、风温、春温、暑温、瘟疫等病的辨证。应与阴虚动风证、肝阳化风证相鉴别。

3. 辨阴虚动风证

指对阴液亏虚，筋脉失润而引动肝风所表现的证候的一种辨证方法。

阴虚动风证又称阴虚生风证，临床以“风动”症状和阴虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为手足蠕动，甚或瘛疭。次症表现为午后潮热，五心烦热，口咽干燥，形体消瘦，皮肤干皱，神疲肢倦，目陷耳聋。舌红少津，脉弦细数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多见于素体阴亏或久病失养之人。

本法常用于对风温、春温、暑温、瘟疫等病的辨证。应与血虚风动证、肝阳化风证等相鉴别。

4. 辨血虚生风证

指对血虚筋脉失养，引动肝风所表现的证候的一种辨证方法。

血虚生风证又称血虚风动证、血虚动风证。临床以血虚和肝风症状共见为特征。诊断依据：主症表现为手足震颤，肌肉瞤动，关节拘急不利，肢体麻木。次症表现为眩晕耳鸣，面色无华，爪甲不荣。舌淡苔白，脉细。辨证要点：必具主症和两项次症加典型舌脉。多有急慢性出血或久病血虚病史。

本法常用于对眩晕、麻木、痉病等病的辨证。应与肝血虚证、阴虚动风证相鉴别。

（九）辨肝经湿热证

辨肝经湿热证指对湿热之邪蕴郁肝经，肝失疏泄所表现证候的一种辨证方法。

肝经湿热证又称肝经湿热下注证、湿热入肝证、湿热犯肝证。临床以肝的常见症状和湿热征象共见为特征。诊断依据：主症表现为胁痛，口苦，纳差。次症表现为恶闻荤腥，身困乏力，小便短赤，或黄疸，带下。舌红苔黄腻，脉弦滑数或濡数。辨证要点：须具主症和两项次症加典型舌脉。多见于嗜食肥甘厚味之人。

本法常用于对黄疸、胁痛、臌胀、带下等病的辨证。应与肝胆湿热证、脾胃湿热证等相鉴别。

（十）辨寒滞肝脉证

辨寒滞肝脉证指对寒邪凝滞肝脉，气血凝滞，经络痹阻所表现证候的一种辨证方法。

寒滞肝脉证又称肝经寒邪上逆证、小肠气痛证、寒凝肝脉证。诊断依据：主症表现为少腹痛或牵引睾丸坠胀冷痛，或阴囊收缩引痛，受寒则甚，得热则缓。次症表现为面色㿠白，形寒肢冷，口唇青紫，小便清长，大便溏薄。舌淡苔白滑，脉沉弦或迟。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。多见于男性。

本法常用于对少腹痛、睾丸胀痛、阴缩、疝气、痛经等病的辨证。应与下焦虚寒证、肝阳虚证相鉴别。

（十一）辨肝血瘀滞证

辨肝血瘀滞证指对瘀血阻于肝经所表现证候的一种辨证方法。

肝血瘀滞证又称肝脉瘀阻证、肝络血瘀证、肝血凝滞证、血壅肝

经证。临床以肝经所过部位疼痛伴瘀血征象为特征。诊断依据：主症表现为胁肋作痛拒按，或痛如针刺，固定不移，或痛引肩背少腹。次症表现为面色青黑不华，胁下或少腹癥积，按之疼痛，腹部膨隆青筋显露，或巅顶或偏侧头痛如锥刺，日轻夜重，腹胀，纳呆，体倦，肌肤甲错，口渴但欲漱水不欲咽，或发黄疸。舌质青紫或有瘀斑瘀点，苔薄润，脉弦涩。辨证要点：必须具备主症和典型舌脉，或具备两项次症和典型舌脉。

本法常用于对胁痛、黄疸、积聚、臌胀、肝着等病的辨证。应与胃脘瘀血证、阳明瘀血证相鉴别。

（十二）辨肝胆湿热证

指对湿热蕴结肝胆致其疏泄失常所表现证候的一种辨证方法。

肝胆湿热证又称湿热蕴结肝胆证，临床以肝胆常见症状与湿热征象共见为特征。诊断依据：主症表现为右胁肋部胀痛、灼热，纳呆，尿黄。次症表现为口苦，呕恶，腹胀，大便不调，小便短赤，或胁下有痞块，或见寒热往来，或阴囊湿疹，瘙痒难忍，或身目发黄，或睾丸肿胀热痛，或带下黄臭，外阴瘙痒。舌红苔黄腻，脉弦数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多有外感湿热，嗜食肥甘厚味或脾虚生湿病史。

本法常用于对胁痛、黄疸、阴囊湿疹、睾丸肿痛、妇女阴痒、带下、淋病、癃闭等病的辨证。应与肝经湿热证相鉴别。

（十三）辨胆郁痰扰证

辨胆郁痰扰证指对胆失疏泄，痰热内扰所表现证候的一种辨证方法。

胆郁痰扰证又称胆郁痰热证、胆经痰热证、痰热内扰胆胃不和证。诊断依据：主症表现为惊悸不寐，烦躁不宁，胸闷胁胀善太息，或呕吐痰涎。次症表现为口苦，头晕目眩耳鸣，小便黄赤或黄浊。舌淡红苔黄腻，脉弦滑。辨证要点：须具备主症和舌脉，或一项主症和两项次症加舌脉。多有情志不悦或精神创伤病史。

本法常用于对不寐、黄疸、胁痛、郁病、眩晕、耳鸣、耳聋等病的辨证。应与胆热证、心胆不宁证、肝胆湿热证相鉴别。

(十四)辨胆气虚证

辨胆气虚证指对胆虚气怯,决断无权所表现证候的一种辨证方法。

胆气虚证又称胆气虚怯证、胆虚证、胆虚寒证。诊断依据:主症表现为胆怯易惊悸,甚至心神恐畏不能独处,时有幻视幻听幻觉,遇事不决。次症表现为失眠多梦易醒,面色淡白,气短乏力,或伴头目眩晕,视物模糊。舌淡红,脉弦细。辨证要点:必须具备主症,或伴见两项次症。多有胆气素虚,突受惊骇病史。

本法常用于对惊悸、不寐、癫狂、郁病、厥病等病的辨证。应与心胆不宁证、肝气虚证相鉴别。

(十五)辨虫扰胆腑证

辨虫扰胆腑证指对肠内虫积因邪气扰动窜入胆道所表现证候的一种辨证方法。

虫扰胆腑证又称蛔厥证、蛔心痛证、蛔厥心痛证。诊断依据:主症表现为突然阵发右胁剧烈钻顶样疼痛,或绞痛连及胃脘或肩背。次症表现为恶心呕吐酸水或黄绿苦水,吐蛔,四肢厥冷。舌淡苔薄白,脉微或伏。辨证要点:必具主症和两项次症,多有蛔虫病史。

本法常用于对虫病、厥病的辨证。应与寒滞肝脉证相鉴别。

(十六)辨胆热证

辨胆热证指对邪热侵犯胆腑所表现证候的一种辨证方法。

胆热证又称胆经实热证。诊断依据:主症表现为口苦,或呕吐苦水。次症表现为头晕耳鸣,心烦不寐,面红目赤,胸胁苦满,或发为黄疸。舌红苔黄,脉弦数。辨证要点:必具主症和一项次症加典型舌脉,多有七情内伤或六淫外感病史。

本法常用于对眩晕、胁痛、黄疸、不寐、呕吐等病的辨证。应与肝火上炎证、肝气郁结证、肝胆湿热证相鉴别。

五、肾与膀胱病辨证法

肾和膀胱病的辨证方法,指根据肾与膀胱的生理功能、病理表现,对肾和膀胱疾病的证候进行分析归纳,从而判断肾和膀胱疾病的

病机、性质及正邪盛衰情况的一种辨证方法。

肾位腰部，左右各一，以三焦分属为下焦部位，其功能主藏精，主生殖，主骨生髓充脑，在体为骨，开窍于耳及二阴，其华在发，又主水，并有纳气功能，为先天之本。膀胱也位于下焦，具有贮尿排尿作用，经脉与肾相互络属，两者相表里。各种原因导致肾脏功能失调，则可见肾脏、水液、骨髓、脑、耳、发、二阴病变，常见症状有腰膝疲软而痛，耳鸣耳聋，发白早脱，牙齿动摇，阳痿遗精，精少不育，女子经少、经闭以及水肿，二便异常等。膀胱病变则常见尿频、尿急、尿痛、尿闭以及遗尿、小便失禁等症状。凡见到以上述症状为主的疾病即可确定为肾或膀胱疾病。肾藏元阴元阳，为人体生长发育之根，脏腑机能活动之本，一有损伤则诸脏皆病，故肾病多虚证，膀胱病变则多见湿热证。

本法常用于对心悸、不寐、眩晕、耳鸣、耳聋、哮喘、痰饮、虚劳、痿病、腰痛、水肿、泄泻、遗尿、尿血、尿浊、癃闭、劳淋、膏淋、消渴、胎动不安、不孕、不育、五迟、五软、解颅等病的辨证。肾和膀胱病变主要证候有：肾气虚证、肾阳虚证、肾阴虚证、肾阴阳两虚证、肾气不固证、肾不纳气证、肾精不足证、肾阳虚水泛证、肾经寒湿证、膀胱湿热证、膀胱虚寒证，应注意相似证候的鉴别。

(一)辨肾气虚证

辨肾气虚证指对肾中元气虚衰，肾功能减退所表现证候的一种辨证方法。

肾气虚证又称肾气不足证、肾气衰弱证。一般以肾部常见症状和气虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为腰膝疲软，倦怠乏力，遇劳累加剧。次症表现为眩晕，耳鸣耳聋，气短自汗，面色㿠白，小便频数，足跟痛，齿摇发落，阳痿，滑精早泄，女子带下，崩漏，月经不调。舌淡胖，脉细弱，尺部尤甚。辨证要点：须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有先天不足，劳倦过度，房事不节，年高体虚，久病伤肾的病史。

本法常用于对耳鸣耳聋、虚劳、眩晕、腰痛、阳痿、遗精、带下、崩漏、月经不调等病的辨证。应与肾阳虚证、肾不纳气证、肾气不固证等相鉴别。

(二)辨肾阳虚证

辨肾阳虚证指对肾脏阳气虚衰,温煦失职,气化无权所表现证候的一种辨证方法。

肾阳虚证又称肾阳不足证、肾阳不振证、真阳不足证、元阳不足证、下元虚寒证、下焦虚寒证、肾虚寒证、肾气虚寒证、命门火衰证。多由肾气虚衰进一步发展而来,临床以全身机能低下伴见寒象为特征。诊断依据:主症表现为腰膝疲软而痛,畏寒肢冷,尤以下肢为甚。次症表现为头目眩晕,精神萎靡,面色㿠白或黧黑,阳痿,早泄,遗精,精冷不育或宫寒不孕,带下清冷,小便清长,夜间多尿,大便久泄不止,完谷不化,五更泄泻,或浮肿,腰以下为甚,按之凹陷不起,甚则腹部胀满,全身肿胀,心悸咳喘。舌淡胖苔白,脉沉弱或沉细迟或微细。辨证要点:必具主症和两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,多有素体阳虚,久病或年高肾亏,房劳过度的病史。

本法常用于对眩晕、哮喘、泄泻、腰痛、癃闭、水肿、阳痿、遗精、不孕、带下等病的辨证。应与肾气虚证、肾阴阳两虚证、肾阳虚水泛证、脾肾阳虚证等相鉴别。

(三)辨肾阴虚证

辨肾阴虚证指对肾脏阴液不足,虚热内生所表现证候的一种辨证方法。

肾阴虚证又称肾阴不足证、肾水不足证、元阴不足证、真水下亏证、真阴不足证、命门火旺证。临床以肾病常见症状和阴虚内热证共见为特征。诊断依据:主症表现为腰膝疲痛,五心烦热。次症表现为眩晕,耳鸣,失眠多梦,潮热盗汗,咽干颧红,形体消瘦,溲黄便干,男子阳强易举,遗精,早泄,不育,妇女经少经闭,崩漏,不孕。舌红少津,脉细数。辨证要点:必具主症和两项次症加典型舌脉。起病缓、病程长、多有久病伤肾或房劳过度,或过服温燥劫阴之品,或先天不足等病史。

本法常用于对眩晕、失眠、腰痛、遗精、下消、虚劳、喜淋、尿血、崩

（四）辨肾阴阳两虚证

辨肾阴阳两虚证指对肾阴不足，肾阳亏虚，温煦濡养失职所表现证候的一种辨证方法。

肾阴阳两虚证又称元阴元阳俱虚证，临床以肾脏常见症状与阴虚、阳虚症状共见为特征。诊断依据：主症表现为腰膝疲软或疼痛，眩晕耳鸣，五心烦热，畏寒蜷卧。次症表现为身困乏力，失眠多梦，口咽干燥，喜热饮，小便清长或尿少，足胫浮肿，男子阳痿、遗精、不育，女子月经失调、带下、不孕。舌胖质稍红，舌根苔白，脉细弱，尺部尤甚。辨证要点：必具主症和两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有年高体虚，久病，房劳过度及慢性病史。

本法常用于对虚劳、腰痛、水肿、下消、关格、遗精、带下、不孕、癃闭、阳痿等病的辨证。应与肾阳虚证、肾阴虚证、肾气虚证等相鉴别。

（五）辨肾气不固证

辨肾气不固证指对肾气亏损，固摄无权所表现证候的一种辨证方法。

肾气不固证又称下元不固证、元阳不固证、真阳不固证、肾虚不固证。临床以精关不固，膀胱失约症状为特征。诊断依据：主症表现为小便频数而清，或尿后余沥不尽，或遗尿，或小便失禁，或夜尿频多，男子滑精、早泄，女子带下清稀，或胎动易滑。次症表现为腰膝疲软，面白神疲，耳鸣耳聋。舌淡苔白，脉沉弱。辨证要点：必须具备一项主症和两项次症及典型舌脉。起病缓、病程长、多见于年高或年少的体弱患者或多产妇女。

本法常用于对遗精、滑泄、遗尿、胎动易滑、带下、劳淋、尿浊、胎漏等病的辨证。应与肾气虚证、肾不纳气证等相鉴别。

（六）辨肾不纳气证

辨肾不纳气证指对肾气虚衰，气不归元所表现证候的一种辨证方法。

肾不纳气证又称肾气上逆证、肾虚喘息证、肺肾气虚证。诊断依据：主症表现为久病咳喘，呼多吸少，气不得续，动则益甚，或冷汗淋漓，腰膝疲软。次症表现为自汗神疲，声音低怯，肢冷面青，或面赤心

烦，咽干口燥。舌淡苔白，脉沉弱，或舌红脉细数。辨证要点：必具主症和一项次症加相应舌脉，多有久病咳喘，劳伤肾气等病史。

本法常用于对喘病、哮病、气脱等病的辨证。应与肾气不固证、肾气虚证、肺气虚证相鉴别。

（七）辨肾精不足证

辨肾精不足证指对肾精亏损，机体失养所表现证候的一种辨证方法。

肾精不足证又称肾精虚证、肾虚精气不足证、髓海不足证。诊断依据：主症表现为小儿发育迟缓，成人性机能减退，早衰。次症表现为小儿身材矮小，智力或动作迟钝，囟门迟闭，骨骼萎软；成人发脱齿摇，耳鸣耳聋，健忘恍惚，动作迟缓，足萎无力，精神呆钝，男子精少不育，女子经少、经闭、不孕。舌体瘦瘪，脉细无力。辨证要点：必具一项主症和两项次症。具有起病缓、病程长的特点，多有先天不足，后天失养，房劳过度，久病伤肾病史。

本法常用于对解颅、五迟、五软、痿病、眩晕、虚劳、阳痿、不孕、不育、月经不调等病的辨证。应与肾阴虚证等相鉴别。

（八）辨肾阳虚水泛证

辨肾阳虚水泛证指对肾阳虚衰，不能气化水液所表现证候的一种辨证方法。

肾阳虚水泛证又称肾虚水泛证、阳虚水泛证。临床以水肿兼见肾虚症状为特征。诊断依据：主症表现为尿少身肿，腰膝痠冷，畏寒肢冷。次症表现为面色㿠白虚浮，浮肿腰以下为甚，按之没指，或阴囊水肿，神疲气促，咳喘痰鸣，心悸，腹胀满。舌淡体胖，苔白滑，脉沉细或沉迟。辨证要点：必须具备主症和三项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有素体虚弱，久病失调，房劳过度，肾阳亏耗病史。

本法常用于对水肿、痰饮、心悸、咳喘、虚劳、嗜睡等病的辨证。应与肾阳虚证相鉴别。

（九）辨肾经寒湿证

辨肾经寒湿证指对寒湿之邪侵留腰肾，经气不利所表现证候的一种辨证方法。

肾经寒湿证又称肾着证、寒湿腰痛证。诊断依据：主症表现为腰部冷痛重着，转侧不利，逐渐加重。次症表现为腰痛引少腹，或痛连下肢，静卧痛不减，反复发作，遇阴雨天加重，口粘淡不渴，小便清利，手足不温，喜暖畏寒。舌淡白、苔白厚而腻，脉沉缓而弦。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多有久居冷湿之地，或涉水冒雨，劳汗当风，衣着湿冷等病史。

本法常用于对腰痛、痹病等病的辨证。应与肾阳虚证相鉴别。

(十)辨膀胱湿热证

辨膀胱湿热证指对湿热蕴结膀胱，膀胱气化失司，开合失常所表现证候的一种辨证方法。

膀胱湿热证又称膀胱实热证、膀胱热结证、热蓄(结)膀胱证。临床以小便异常伴热象为特征。诊断依据：主症表现为尿频，尿急，尿道灼热疼痛，尿黄赤短少。次症表现为小腹胀闷，或伴有发热腰痛，或血尿，或尿有砂石、尿浊，小便淋漓不畅。舌红苔黄腻，脉滑数。辨证要点：必须具备主症和典型舌脉。

本法常用于对血尿、尿浊、淋病、癃闭等病的辨证。应与下焦湿热证、心火亢盛证等相鉴别。

(十一)辨膀胱虚寒证

辨膀胱虚寒证指对肾失温煦，膀胱虚冷，气化失司所表现证候的一种辨证方法。

膀胱虚寒证又称膀胱虚冷证、膀胱不藏证。临床以小便异常改变与寒象共见为特征。诊断依据：主症表现为小便频数清长或余沥不尽，夜尿频多，遗尿，或尿失禁。次症表现为面白神疲，腰膝疲软，小腹冷痛，畏寒肢冷。舌淡苔薄白，脉沉细弱。辨证要点：必须具备主症和两项次症。多有先天不足，房事不节，劳伤过度，久病肾亏病史。

本法常用于对遗尿、小便失禁、癃闭等病的辨证。应与肾气虚证、肾阳虚证相鉴别。

六、脏腑兼病辨证

人体各脏腑虽各有不同的生理功能，但在人体整体生理活动中

又是一个协调统一的有机整体，因而在病变过程中各脏腑之间又常常相互影响，或由脏及脏，或由脏及腑，或由腑及脏，或由腑及腑等。凡两个或两个以上脏腑同时发病者，称为脏腑兼病。运用脏腑相关的理论分析脏腑兼病的辨证方法，就称之为脏腑兼病辨证。

脏腑兼病并不等同于两个以上脏腑器官证候的简单相加，而是在病理上有着一定内在联系且又相互影响的规律，有表里关系的脏腑之间，兼病较为常见；脏与脏之间的病变，可有生克乘侮的兼病关系。因此，辨证时应当注意辨别脏腑之间的表里、主次、因果、生克、乘侮等关系。只有熟悉各脏腑特有的证候特点及脏腑病证的传变规律，才能明确其病理机制，作出恰当的辨证。

（一）辨心脾气虚证

辨心脾气虚证指对心脾两脏精气亏虚，功能低下所表现证候的一种辨证方法。

心脾气虚证又称心脾气不足证、心脾气乏证。诊断依据：主症表现为心悸，食少腹胀。次症表现为面色萎黄或㿠白，自汗倦怠，神疲乏力，气短，食少纳呆，大便溏薄。舌淡苔白，脉虚无力。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有久病体虚病史。

本法常用于对心悸、水肿、虚劳、血病、自汗等病的辨证。应与心气虚证、脾气虚证等相鉴别。

（二）辨心脾阳虚证

辨心脾阳虚证指对心脾两脏阳气虚弱，鼓动无力，运化失司，虚寒内生所表现证候的一种辨证方法。

心脾阳虚证又称心脾阳气不足证、心脾阳衰证。是心阳虚和脾虚的复合证候，临床以心脾常见症状与虚寒症状共见为特征。诊断依据：主症表现为心胸憋闷疼痛，大便溏薄。次症表现为心悸，腹胀，食少肠鸣，神疲乏力，面色苍白，嗜卧自汗，畏寒肢冷。舌淡或紫暗苔白，脉沉迟无力。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有年高体衰、久病失养病史。

本法常用于对水肿、自汗、泻泄、心悸、失血、虚劳、多寐等病的辨

证。应与心脾气虚证、心脾两虚证相鉴别。

(三)辨心脾血虚证

辨心脾血虚证指对心脾两脏阴血不足,心神失养,健运失职所表现证候的一种辨证方法。

心脾血虚证又称心脾血亏证、心脾阴血不足证。临床以心脾常见症状与血虚证共见为特征。诊断依据:主症表现为心悸,失眠,食少,便溏。次症表现为面色不华,口唇色淡,怔忡,健忘,多梦,腹胀,月经量少色淡。舌淡苔少,脉细或结代。辨证要点:必须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,多有久病失养,劳神过度及失血病史。

本法常用于对心悸、失眠、健忘、虚劳、盗汗、内伤发热、眩晕等病的辨证。应与心脾气虚、心脾两虚等证相鉴别。

(四)辨心脾两虚证

辨心脾两虚证指对心血不足,脾气虚弱所表现证候的一种辨证方法。

心脾两虚证又称心脾俱虚证。临床以心血虚症状和脾气虚症状共见为特征。诊断依据:主症表现为心悸怔忡,失眠多梦,腹胀便溏。次症表现为面色萎黄,神疲乏力,食欲不振,眩晕,健忘,或皮下出血,妇女月经量少色淡,淋漓不尽。舌质淡嫩,脉细弱。辨证要点:必须具备主症和两项次症及典型舌脉。多有久病失调,劳倦思虑或慢性出血病史,具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对虚劳、心悸、怔忡、不寐、健忘、眩晕、出血、泻泄等病的辨证。应与心血虚、脾气虚、心气虚、心脾气虚等证相鉴别。

(五)辨心肾不交证

辨心肾不交证指对心肾水火既济失调所表现证候的一种辨证方法。

心肾不交证又称水火不济证,是由于肾阴不足,不能上济于心火,心火独亢或心火亢于上,不能下交于肾,水亏于下,火炽于上,心火不降,肾水不升,心肾阴阳水火失去了协调既济关系所产生的证候。诊断依据:主症表现为心烦失眠,腰膝疲软。次症表现为心悸不

安，头晕耳鸣，健忘，手足心热，口咽干燥，遗精，或伴见腰部下肢酸困发冷。舌红苔少，脉细数。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。多有久病伤阴，房事不节，思虑太过，五志化火或外感热病心火独亢病史。

本法常用于对不寐、心悸、怔忡、健忘、遗精等病的辨证。应与心火亢盛证、肾阴虚证、心阴虚证等相鉴别。

（六）辨心肾气虚证

辨心肾气虚证指对心肾两脏精气亏虚，机能低下所表现证候的一种辨证方法。

心肾气虚证又称心肾虚衰证。诊断依据：主症表现为心悸，滑精，早泄。次症表现为面色㿠白，倦怠乏力，气短自汗，腰膝疲软，耳鸣耳聋，小便频数，或尿后余沥或小便失禁。舌淡胖苔白，脉虚弱。辨证要点：须具主症和两项以上次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有先天不足，年高体虚，久病失养的病史。

本法常用于对心悸、水肿、遗精、咳嗽、喘病、眩晕、虚劳、自汗等病的辨证。应与心气虚、肾气虚、心肾血虚等证相鉴别。

（七）辨心肾阳虚证

辨心肾阳虚证指对心肾两脏阳气虚衰，阴寒内盛，血行瘀阻，水湿停滞所表现证候的一种辨证方法。

心肾阳虚证又称少阴阳虚火衰证。临床以心肾两脏阳气虚衰，全身机能活动处于低下状态为特征。诊断依据：主症表现为心悸、怔忡，畏寒肢厥，尿少身肿，以下肢水肿为甚。次症表现为心胸憋闷，口唇青紫，朦胧欲睡，小便不利，筋惕肉瞤，身倦乏力。舌淡暗或青紫，苔白滑，脉沉弱。辨证要点：必具两项主症和三项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点。多见于素体阳虚或年高、久病、劳倦体虚之人。

本法常用于对水肿、心悸怔忡、胸痹、癃闭等病的辨证。应与心阳虚、肾阳虚、脾肾阳虚等证相鉴别。

（八）辨心肾阴虚证

辨心肾阴虚证指对心肾两脏阴液虚衰，心肾失养，虚热内生所表现证候的一种辨证方法。

心肾阴虚证又称心肾阴气不足证、心肾阴亏证。临床以心肾两脏常见症状和虚热证共见为特征。诊断依据：主症表现为心悸，遗精，五心烦热。次症表现为失眠，健忘，腰膝疲软，牙齿松动，大便干结，小便黄赤，虚热盗汗，两颧发红，口咽干燥，眩晕耳鸣，形体清瘦。舌红少苔，脉细数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。起病缓、病程长、多有热病、久病伤阴病史。

本法常用于对虚劳、遗精、头痛、盗汗、眩晕、心悸、不寐、健忘、内伤发热等病的辨证。应与心肾阳虚证、心阴虚证、肾阴虚证等相鉴别。

（九）辨心肾血虚证

辨心肾血虚证指对心肾两脏阴血不足，心肾失养所表现证候的一种辨证方法。

心肾血虚证又称心肾血亏证。临床以心肾两脏常见症状与血虚症状共见为特征。诊断依据：主症表现为心悸，气怯。次症表现为面色不华，唇舌色淡，腰膝疲软，耳鸣目眩，少寐，多梦，健忘，盗汗，月经量少或经闭。舌淡苔少，脉细弱。辨证要点：必须具备主症和三项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有失血和久病失养病史。

本法常用于对虚劳、月经不调、心悸、不寐、健忘、盗汗、眩晕等病的辨证。应与心血虚证、心肾阴虚证相鉴别。

（十）辨心肝血虚证

辨心肝血虚证指对心肝两脏血液亏虚，失其濡养所表现证候的一种辨证方法。

心肝血虚证又称心肝两虚证。诊断依据：主症表现为心悸，健忘，两目干涩，面色无华。次症表现为失眠多梦，眩晕耳鸣，烦躁易怒，爪甲不荣，肢体麻木、震颤、拘挛，妇女月经量少、色淡，甚则经闭。舌淡苔白，脉细弱。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有久病体虚，劳倦思虑或长期出血病史。

本法常用于不寐、心悸、虚劳、眩晕、痉病、胁痛、耳鸣、手足麻木等病的辨证。应与心血虚证、肝血虚证、肝阴虚证等相鉴别。

（十一）辨心肝火盛证

辨心肝火盛证指对心肝两脏火热亢盛，上扰心神，疏泄失职所表

现证候的一种辨证方法。

心肝火盛证又称心肝实火证。诊断依据：主症表现为失眠，身热，口苦口干，烦躁易怒。次症表现为面赤口渴，溲黄便干，胸脘胀满，狂躁谵语，或吐衄。舌红苔黄燥，脉弦数有力。辨证要点：必须具备主症和典型舌脉。多有情志郁结或感受火热之邪的病史。

本法常用于对不寐、咳血、胁痛、衄血、吐血、头痛、狂躁、眩晕等病的辨证。应与心火亢盛证、肝火上炎证相鉴别。

（十二）辨心肺气虚证

辨心肺气虚证指对心肺两脏气虚，主血脉及宣降功能失职所表现证候的一种辨证方法。

心肺气虚证又称心肺两虚证，临床以心肺常见症状与气虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为心悸，咳喘，动则尤甚。次症表现为气短乏力，胸闷，面色㿠白，头晕神疲，自汗声怯，痰液清稀。舌淡苔白，脉沉弱或结代。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有慢性心肺病史。

本法常用于对咳病、喘病、虚劳、汗病等病的辨证。应与肺气虚、心气虚、心肺阳虚等证相鉴别。

（十三）辨心肺阳虚证

辨心肺阳虚证指对心肺两脏阳气虚弱，虚寒内生，血行不畅所表现证候的一种辨证方法。

心肺阳虚证又称心肺阳气不足证、心肺虚寒证，临床以心肺常见症状与虚寒症状共见为特征。诊断依据：主症表现为心胸憋闷疼痛。次症表现为心悸，咳喘少气，神疲自汗，畏寒肢冷，口唇紫暗，面色㿠白，咳吐涎沫，清稀量多。舌暗、舌体胖大、苔白滑、脉沉迟无力。辨证要点：必须具备主症和心肺阳虚症状各一项加典型舌脉。多见于年高体弱、素体阳虚之人。

本法常用于对心悸、胸痹、胸痛、水肿、饮病、自汗、肺痿、哮喘、虚劳等病的辨证。应与心肺气虚证、心肺阴虚证、心阳虚证、肺阳虚证相鉴别。

（十四）辨心肺阴虚证

辨心肺阴虚证指对心肺两脏阴液不足，脏窍失润，虚热内生所表现证候的一种辨证方法。

心肺阴虚证又称心肺阴亏证、心肺阴液亏虚证、心肺阴液不足证。临床以心肺常见症状与虚热症状共见为特征。诊断依据：主症表现为干咳，心悸，潮热。次症表现为咳嗽痰少而粘，不易咯出，心烦少寐多梦，口唇咽喉干燥，尿少，盗汗，五心烦热。舌红少苔而干，脉细数。辨证要点：必须具备主症或肺阴虚、心阴虚症状各一项加典型舌

本法常用于对惊悸、怔忡、不寐等病的辨证。应与胆气虚证、心气虚证相鉴别。

(十七)辨脾肺气虚证

辨脾肺气虚证指对脾肺两脏气虚,健运、宣降失职,痰湿内生所表现证候的一种辨证方法。

脾肺气虚证又称脾肺不足证、脾肺两虚证,是脾气虚和肺气虚的复合证候。诊断依据:主症表现为久咳不止,气短而喘,纳少,腹胀,便溏。次症表现为声低懒言,疲倦乏力,面色㿠白,甚则面浮足肿,痰多稀白。舌淡苔白,脉细弱。辨证要点:必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多有久病咳喘,饮食不节,劳倦内伤病史。

本法常用于对感冒、咳嗽、喘病、虚劳、痰饮等病的辨证。应与肺气虚证、脾气虚证相鉴别。

(十八)辨脾肾阳虚证

辨脾肾阳虚证指对脾肾两脏阳气亏虚,阴寒内生,气化失司所表现证候的一种辨证方法。

脾肾阳虚证又称脾肾虚寒证、脾肾虚衰证,是脾阳不足,肾阳虚衰的复合证候。诊断依据:主症表现为腰腹冷痛,久泻不止,面浮肢肿。次症表现为面色㿠白,畏寒肢冷,下腹冷痛,或五更泄泻,或下利清谷,或小便不利,甚则腹胀如鼓。舌淡嫩胖,苔白滑,脉沉细。辨证要点:必须具备主症和一项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,多有脾肾久病,久泻久痢,耗伤脾肾阳气病史。

本法常用于对水肿、泄泻、臌胀、虚劳、痢疾、痿病、便血等病的辨证。应与脾阳虚证、肾阳虚证相鉴别。

(十九)辨脾湿肝郁证

辨脾湿肝郁证指对湿困脾胃,肝郁不舒所表现证候的一种辨证方法。

脾湿肝郁证临床以脾虚湿困症状与肝气郁结症状共见为特征。诊断依据:主症表现为胸胁脘腹胀痛,纳呆便溏。次症表现为四肢困倦,神疲乏力,面色萎黄,恶心,胁肋胀痛,情志抑郁,烦躁易怒,小便短少,甚则肢体浮肿,肌肤面目发黄。舌苔厚腻,脉弦细或濡缓。辨证

要点：必须具备主症和肝郁、脾虚症状各一项以上加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点，多有脾虚久病失养病史，常见于体虚肥胖和情志不畅之人。

本法常用于对水肿、黄疸、泄泻、腹痛、胁痛等病的辨证。应与肝脾不调证、寒湿困脾证、肝气郁结证等相鉴别。

（二十）辨脾胃湿热证

辨脾胃湿热证指对湿热蕴结脾胃，纳运失职，升降失常所表现证候的一种辨证方法。

脾胃湿热证又称中焦湿热证。诊断依据：主症表现为脘腹痞闷懊侬，口苦而粘，呕恶厌食。次症表现为肢体困重，大便溏泄而恶臭，小便短赤，面目或肌肤发黄，或身热而汗出不解。舌红苔黄腻，脉濡数。辨证要点：须具备主症加一项次症及典型舌脉。多有饮食不节，恣食肥甘酒酪，或感受湿热之邪的病史。

本法常用于对胃脘痛、腹痛、呕吐、泄泻、黄疸等病的辨证。临证时应当注意与湿热蕴脾证、肝胆湿热证鉴别。

（二十一）辨脾胃气败证

辨脾胃气败证指对脾胃阳气败绝，升降运化无力所表现证候的一种辨证方法。

脾胃气败证又称中土气败证。诊断依据：主症表现为上吐下泻，完谷不化。次症表现为精神萎靡，语声低怯，昏昏欲睡，厌食或食入即吐，四肢清冷，肌肤甲错，大肉欲脱。舌光无苔，如去油猪腰，脉细弱结代。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多有脾胃气虚，久病不愈和饮食不节病史。

本法常用于对泄泻、虚劳等病的辨证。应与脾胃阳虚证等相鉴别。

（二十二）辨胃强脾弱证

辨胃强脾弱证指对胃腐熟功能过亢，脾运化功能减弱，致胃热脾虚所表现证候的一种辨证方法。

胃强脾弱证又称胃热脾约证。诊断依据：主症表现为消谷善饥，腹胀便溏。次症表现为形体消瘦，吞酸嘈杂，心烦头晕，口臭，牙龈肿

痛，或发为黄疸，或嗜食异物，毛发干枯。舌红苔黄，脉细数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多见于平素嗜食辛辣厚味及生冷食物者。

本法常用于对黄疸、小儿疳积等病的辨证。应与胃热证相鉴别。

（二十三）辨脾胃阳虚证

辨脾胃阳虚证指对脾胃阳虚气衰，纳运无权，寒湿内生所表现证候的一种辨证方法。

脾胃阳虚证又称中阳不足证、中焦阳虚证、脾胃虚寒证。诊断依据：主症表现为脘腹冷痛，形寒肢冷，大便溏薄。次症表现为食少纳呆，少气懒言，腹胀肠鸣，泛吐清水或痰涎，面色㿠白或萎黄，头晕唇淡。舌胖嫩，苔白或滑，脉虚弱或沉细。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多有过食生冷或投药过寒及久病失养，或肾阳虚，脾失温煦病史。

本法常用于对虚劳、胃脘痛、腹痛、呕吐、呃逆、反胃、泄泻、痢疾、便血、水肿、饮病等病的辨证。应与脾阳虚证、胃阳虚证、脾气虚证、脾肾阳虚证等相鉴别。

（二十四）辨脾肺肾阳虚证

辨脾肺肾阳虚证指对脾肺肾三脏阳气虚衰，不能化气行水所表现证候的一种辨证方法。

脾肺肾阳虚证又称脾肺肾阳虚水泛证。是指临床上同时具有肺气虚证、脾气虚（或脾阳虚证）、肾阳虚（或肾气虚证）的一种复合证候，多由肺气虚或脾肺气虚进一步发展而成。诊断依据：主症表现为咳嗽无力，动则气短，自汗怕冷，脘腹胀满，大便稀溏，肢体浮肿，少腹冷痛，腰膝疲软，小便不利。次症表现为面色㿠白，声音低怯，形寒肢冷，五更泄泻，食后腹胀，痰多色白，阳痿，女子宫寒不孕。舌淡胖或有齿痕，苔白滑，脉沉弱。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉，多有肺、脾或肾的慢性病史。

本法常用于对喘病、哮病、水肿、虚劳等病的辨证。应与肺脾气虚证、肺肾气虚证、脾肾阳虚证等相鉴别。

（二十五）辨肺肾阴虚证

辨肺肾阴虚证指对肺肾两脏阴液不足，失其滋润，虚热内生所表现证候的一种辨证方法。

肺肾阴虚证又称肺肾阴亏证、肺肾两虚证，是肺阴虚和肾阴虚的复合证候。诊断依据：主症表现为咳嗽痰少，腰膝疲软，骨蒸潮热。次症表现为口咽干燥，或痰中带血，声音嘶哑，形体消瘦，颧红盗汗，男子遗精，女子月经不调。舌红少苔，脉细数。辨证要点：必须具备主症和一项以上次症加典型舌脉，多见于久病或年老阴虚之人，或见于热病后期，燥热灼伤阴液，累及肺肾两脏，遂成本证。

本法常用于对咳嗽、喘病、失音、虚劳、消渴、咯血等病的辨证。应与肺肾气虚证、燥邪犯肺证、肝火犯肺证等相鉴别。

（二十六）辨肝肾阴虚证

辨肝肾阴虚证指对肝肾两脏阴液亏虚，失其濡润，虚热内生所表现证候的一种辨证方法。

肝肾阴虚证又称肝肾亏虚证、肝肾真阴不足证，是肝阴虚与肾阴虚的复合证候。诊断依据：主症表现为胁肋疼痛，腰膝疲软，五心烦热。次症表现为头晕目眩，耳鸣健忘，失眠多梦，咽干口燥，颧红盗汗，男子遗精，女子经少、经闭。舌红少苔，脉细数。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。多有久病失调，房事不节，情志内伤病史，常见于妇女及形体消瘦，先天不足之人。

本法常用于对胁痛、失眠、眩晕、腰痛、虚劳、血证、月经不调、痛经等病的辨证。应与心肾不交证、肾精不足证、肺肾阴虚证等相鉴别。

（二十七）辨肝脾不调证

辨肝脾不调证指对肝郁乘脾或木壅土郁致肝失疏泄，脾失健运所表现证候的一种辨证方法。

肝脾不调证又称肝脾不和证、肝郁脾虚证、肝气犯脾证、肝气乘脾证、肝木乘脾土证。诊断依据：主症表现为胸胁胀闷窜痛，烦躁易怒，纳呆，腹胀，便溏。次症表现为腹痛欲泻，泻后痛减，与情绪变化有关，肠鸣矢气，善太息。舌苔白或白腻，脉弦或弦缓。辨证要点：必须具备两项主症和两项次症加典型舌脉。多有情志不遂，郁怒伤肝或饮食

不节，劳倦伤脾病史。

本法常用于对泄泻、胁痛、臌胀、腹痛、月经不调、带下等病的辨证。应与肝胃不和证、肝脾两虚证等相鉴别。

（二十八）辨肝脾两虚证

辨肝脾两虚证指对肝血不足，脾气亏虚，疏泄运化失职所表现证候的一种辨证方法。

肝脾两虚证又称肝脾血虚证。临床以肝脾常见症状与血虚症状共见为特征。诊断依据：主症表现为头晕目眩，纳呆便溏。次症表现为面色淡白或萎黄，口唇色淡，神疲乏力，食后腹胀，爪甲不荣，胁肋隐痛，两目干涩，肢体麻木，妇女月经量少色淡，甚则闭经。舌淡苔白，脉弦细弱。辨证要点：必须具备主症和脾虚、肝血亏虚症状各一项加典型舌脉。多见于年高体虚、失血、久病之人，具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对眩晕、虚劳、麻木、雀目、胁痛、月经不调等病的辨证。应与肝脾不调证、肝血虚证等相鉴别。

（二十九）辨肝火犯肺证

辨肝火犯肺证指对肝经气火上逆犯肺，肺失清肃所表现证候的一种辨证方法。

肝火犯肺证又称肝经咳嗽证、肝火灼肺证、木火刑金证。诊断依据：主症表现为咳嗽痰黄，胸胁灼痛。次症表现为痰粘量少，甚则咳血色鲜红，急躁易怒，目赤口苦，烦热头晕，大便干结，小溲黄赤。舌红苔薄黄，脉弦数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多见于平素情绪急躁易怒之人，常因情感失调而引发和波动。

本法常用于对咳嗽、咯血等病的辨证。应与肺热壅盛证、肺阴虚证相鉴别。

（三十）辨肝胃不和证

辨肝胃不和证指对肝失疏泄，横逆犯胃，胃失和降所表现证候的一种辨证方法。

肝胃不和证又称肝气犯胃证、肝木犯胃证、气郁脘痛证、肝胃气痛证。临床常见两类表现：一为肝郁化火，横逆犯胃；一为寒邪内犯肝

胃。诊断依据：主症表现为胃脘胸胁胀闷疼痛。次症表现为嗳气呃逆，嘈杂吞酸，烦躁易怒，或巅顶疼痛，遇寒则甚，得温痛减，呕吐涎沫，形寒肢冷。舌红苔薄黄，脉沉弦紧。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多有情志不遂，气郁化火或寒邪内犯肝胃病史。常见于七情怫郁之人，多于情志不畅之时复发或加重。

本法常用于对胃脘痛、呕吐、呃逆、头痛、胁痛等病的辨证。应与肝脾不调证、胃气上逆证等相鉴别。

（三十一）辨肝肾欲绝证

辨肝肾欲绝证指对肝肾阴竭，虚风内动所表现证候的一种辨证方法。

肝肾欲绝证又称乙癸败绝证。诊断依据：主症表现为精神疲倦，气息奄奄，时时欲脱。次症表现为头晕目眩，手足蠕动，筋脉拘急，瘛疭，心中憺憺大动。舌绛苔少，脉细弱无力。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。常见于温病后期和久病伤阴之人。

本法常用于对痉证、中风、眩晕、耳鸣、虚劳等病的辨证，应与肝肾阴虚证、肝风内动证等相鉴别。

第五节 经络辨证方法

经络辨证方法，指运用经络的生理功能、病理变化及其与脏腑相互关系的理论，推求疾病发生的原因、性质、部位及邪正关系所属证候的一种辨证方法。

经络是运行全身气血，联络脏腑肢节，沟通上下内外的通路。当外邪侵入人体，经气失常，不能发挥其卫外作用及濡养调节机能时，病邪就会通过经络，逐渐传入脏腑。反之，如果内腑发生病变，同样也可循着经络反映于体表。每一经络均有其循行部位、所连脏腑，因此，经络能够规律地反映出若干证候，根据这些证候，有助于推断疾病发生于何经、何脏、何腑，从而进一步确定病变性质和发展趋势。经络病变的诊断依据：一是经脉循行部位的症状；二是相应脏腑功能失常的症状和经气厥逆症状；三是该经气血阴阳的盛衰，阳盛者多见热证，

阴盛者多见寒证。经络辨证时应注意当一症状发生于同一部位，而必须推求是某脏、某腑或某一经脉的特发病变时，当从同时出现的若干症状，或者是先后出现的一系列症状来对照经与经之间的关系，以及经脉与脏腑之间的络属关系，才能辨清每一症状是属于某经的病变，从而推求出病因病机与病名。

经络病证可错杂出现于脏腑、气血病证之中，可相互参照。经络辨证法可用于对多种病证，特别是针灸的临床辨证。应注意不同经脉病证的鉴别。

一、手太阴肺经病证辨证法

手太阴肺经病的辨证，是指对病邪侵及手太阴肺经所表现病证的一种辨证方法。

手太阴肺经病证以肺经所过之处经气不利症状及肺卫症状为特征。诊断依据：肺胀，咳喘，胸部满闷，缺盆中痛，肩背痛，或肩背寒，少气，洒淅寒热，自汗出，以及臑、臂前廉痛。

本法常用于对肩背痛、感冒、肺胀、咳嗽、喘病等病的辨证。

二、手阳明大肠经病证辨证法

手阳明大肠经病的辨证，是指对病邪侵及手阳明大肠经脉所表现病证的一种辨证方法。

手阳明大肠经病证以大肠经经脉循行部位症状和所合之肺脏津液不足及大肠传导失职症状为特征，多为热证。诊断依据：主要表现为齿痛，颈肿，喉痹，目黄，鼻衄，口干，便秘或泄泻，肩前臑痛，大指次指痛、不用。

本法常用于对齿痛、喉痹、鼻衄、便秘、泄泻、黄疸等病的辨证。

三、足阳明胃经病证辨证法

足阳明胃经病的辨证，是指对病邪侵及足阳明胃经所表现病证的一种辨证方法。

足阳明胃经病证以胃经经脉循行部位症状为特征，多属热证。诊

断依据：发热以身前较甚，鼻痛，鼽衄，齿痛，口喝，喉痹，颈肿，膝膑肿痛，循乳部、气街、股、伏兔、胫外廉、足面皆痛，足中趾不用等。

本法常用于对鼽衄、齿痛、喉痹、中风、温热病等的辨证。

四、足太阴脾经病证辨证法

足太阴脾经病的辨证，是指对病邪侵及足太阴脾经所表现病证的一种辨证方法。

足太阴脾经病证以足太阴脾经所过之处症状及脾胃功能失常症状为特征。诊断依据：舌本强，食则呕，胃脘痛，腹胀善噫，得后、矢气则快然如衰；身体皆重，体不能动摇，食不下，烦心，心下急痛，溏泻，瘕瘕，泄泻，水闭，黄疸，不能卧，股膝内肿厥，足大趾不用等。

本法常用于胃脘痛、呕吐、泄泻、瘕瘕、黄疸、不寐等病证的辨证。

五、手少阴心经病证辨证法

手少阴心经病的辨证，是指对病邪侵犯手少阴心经所表现病证的一种辨证方法。

手少阴心经病证以手少阴心经循行部位症状为特征，多属热证。诊断依据：主要表现为嗌干，心痛，渴而欲饮，目黄，胁痛，臑臂内后廉痛，厥，掌中热痛等。

本法常用于对心痛、目黄、胁痛等病的辨证。

六、手太阳小肠经病证辨证法

手太阳小肠经病的辨证，是指对病邪侵及手太阳小肠经所表现病证的一种辨证方法。

手太阳小肠经病证以手太阳小肠经循行部位经气不利症状为特征。诊断依据：主要表现为嗌痛颔肿，不可以顾，肩似拔，臑似折，耳聋，目黄，颊肿，颈、颔、肩、臑、肘、臂外后廉痛等。

本法常用于对喉痹、耳聋、目黄等病的辨证。

七、足太阳膀胱经病证辨证法

足太阳膀胱经病的辨证，是指对病邪侵及足太阳膀胱经所表现

病证的一种辨证方法。

足太阳膀胱经病证以足太阳膀胱经所过之处经气不利症状为特征。诊断依据：主要表现为寒热，鼻塞，头痛，目似脱，项如拔，背痛，腰似折，髀不可以曲，腘如结，腨如裂，足小趾不用等。

本法常用于对头痛、感冒、痹病等病的辨证。

八、足少阴肾经病证辨证法

足少阴肾经病的辨证，是指对病邪侵及足少阴肾经所表现病证的一种辨证方法。

足少阴肾经病证以足少阴肾经循行部位症状及肾阴精不足症状为主要特征，多属虚证、热证。诊断依据：主要表现为饥不欲食，面如漆柴，咳唾有血，喝喝而喘，心如悬若饥状，善恐，心惕惕如人将捕之，口热，舌干咽肿，上气，嗌干及痛，烦心，心痛，背、股内后廉痛，痿厥，嗜卧，足下热而痛等。

本法常用于对心悸、怔忡、咽喉痛、心痛、痿病、厥病、咳喘、消渴等病的辨证。

九、手厥阴心包经病证辨证法

手厥阴心包经病的辨证，是指对病邪侵及手厥阴心包经所表现病证的一种辨证方法。

手厥阴心包经病证以手厥阴心包经经脉循行部位症状及心功能失常症状为特征。诊断依据：手心热，臂肘挛急，腋肿，甚则胸胁支满，心中憹憹大动，面赤目黄，喜笑不休，烦心，心痛等。

本法常用于对心痛、癫、狂、心悸、怔忡、目黄等病的辨证。

十、手少阳三焦经病证辨证法

手少阳三焦经病的辨证，是指对病邪侵及手少阳三焦经所表现病证的一种辨证方法。

手少阳三焦经病证以手少阳三焦经所过之处经气不利症状为特征。诊断依据：耳聋，心胁痛，嗌肿，喉痹，汗出，目锐眦痛，颊痛，耳后、

肩、臑、肘、臂外皆痛，小指次指不用等。

本法常用于对心痛、胁痛、耳聋、喉痹、目疾等病证的辨证。

十一、足少阳胆经病证辨证法

足少阳胆经病证的辨证，是指对病邪侵及足少阳胆经所表现病证的一种辨证方法。

足少阳胆经病证以足少阳胆经经脉循行部位症状及胆功能失常症状为特征。诊断依据：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，头痛，颔痛，缺盆中肿痛，腋下肿，马刀侠瘿，汗出振寒，胸、胁、肋、髀、膝外至胫、绝骨外踝前及诸节皆痛，足小趾次趾不用等。

本法常用于对郁病、胸痛、胁痛、心痛、黄疸等病的辨证。

十二、足厥阴肝经病证辨证法

足厥阴肝经病的辨证，是指对病邪侵及足厥阴肝经所表现病证的一种辨证方法。

足厥阴肝经病证以足厥阴肝经经脉循行部位症状及肝脾失调症状为特征。诊断依据：腰痛不可以俯仰，甚则嗌干，胸满，呕逆，飧泄、狐疝，遗尿，闭癃，胁痛，妇人少腹肿等。

本法常用于对腰痛、郁病、呕逆、飧泄、疝气、遗尿、癃闭、胁痛等病的辨证。

十三、督脉病证辨证法

督脉病的辨证，是指对病邪侵及督脉所表现病证的一种辨证方法。

督脉为阳脉之海，总督一身之阳经，与脑、髓、肾有密切关系。督脉病证以督脉所过之处及相应脏器功能失常症状为特征。诊断依据：实则脊强反折，虚则头重。少腹气上冲心，大人癫疾，小儿风痫，癃，痔，遗尿，女子不孕。

本法常用于对癫疾、中风、小儿风痫、癃闭、痔瘘、遗尿、不孕等病

的辨证。

十四、任脉病证辨证法

任脉病的辨证，是指对病邪侵及任脉所表现病证的一种辨证方法。

任脉位于腹面正中线，为阴脉之海，总任一身之阴经，与女子妊娠有关。任脉病证以任脉循行部位症状及所连胞宫病变症状为特征。诊断依据：男子为疝气，女子为带下，瘕聚，少腹绕脐下引横骨、阴中作痛，腹中有气上冲于心，不得俯仰，拘急等。

本法常用于对疝气、带下、瘕聚、月经不调等病的辨证。

十五、冲脉病证辨证法

冲脉病的辨证，是指对病邪侵及冲脉所表现病证的一种辨证方法。

冲脉为气血之要冲，上行则灌诸阳，下行则渗诸阴，为十二经脉之海及血海，能调节十二经气血，同妇女月经有密切关系。冲脉病证以冲脉循行特点及月经病变为特征。诊断依据：气从少腹上冲胸、咽，咳，唾，气逆而里急，眩仆，四肢如火，心烦，恍惚癫狂，腹满胀急疼痛，胸满气逆，疝瘕，遗尿，胎漏，不孕等。

本法常用于对奔豚、月经病、眩晕、癫、狂、咳、喘等病的辨证。

十六、带脉病证辨证法

带脉病的辨证，是指对病邪侵及带脉所表现病证的一种辨证方法。

带脉起于胁下，围腰一周，犹如束带，能约束纵行诸经。带脉病证以带脉的循行特点为特征。诊断依据：腹部胀满，绕脐腰脊痛，冲心痛，腰溶溶如坐水中，足痿，月经不调，赤白带下。

本法常用于对腰痛、痿病、带下、月经病的辨证。

十七、阴维阳维脉病证辨证法

阴维、阳维脉病的辨证，是指对病邪侵及阴维、阳维脉所表现病

证的一种辨证方法。

阴维脉维络诸阴，阳维脉维络诸阳，阴维、阳维脉病证以营阴、卫阳病变症状以及阴阳不相维系症状为特征。诊断依据：阴维脉为病，苦心痛，或胁下实，腰痛，阴中痛；阳维脉为病，苦寒热，腰痛，肌肉痹痒。阴阳不能自相维系则怏然失志，溶溶不能自收持。

本法常用于对腰痛、心痛、外感等病的辨证。

十八、阴跷阳跷脉病证辨证法

阴跷、阳跷脉病的辨证，是指对病邪侵及阴跷、阳跷脉所表现病证的一种辨证方法。

阴跷、阳跷脉分主一身左右之阴和左右之阳，上会于目，有濡养眼目，司眼睑开合和下肢运动的功能。跷脉病证诊断依据：阴跷脉为病则阳缓而阴急，瞑目及少腹痛，阴厥，腰髋连腰中痛，男子阴疝，女子漏下等；阳跷脉为病则阴缓而阳急，瞋目及腰背痛，身体强直，癫痫，狂走，癔疭等。

本法常用于对腰痛、癫痫、狂、癔疭、中风、阴厥、疝气、崩漏等病的辨证。

第六节　六经辨证法

六经辨证，是东汉张仲景在《素问·热论》后基础上结合其临床体会新创立的一种适用于外感病的辨证方法。六经辨证，指用六经理论分析、认识外感病及杂病的病因、病位、病性、病理机转和病势趋向的一种辨证方法和论治准则。

六经即太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴。它概括了脏腑、经络、气血的生理功能和病理变化，并根据人体体质的强弱、气候因素和地理环境以及病因属性、脉症表现、病势的进退缓急，将外感病及杂病演变过程中所出现的各种证候进行分析、综合、归纳，从而讨论病变的部位、性质、病势、证候特点以及立法处方等问题，六经既是辨证的纲领，又是论治的准则。

六经病证是六经所属脏腑经络的病理变化反映于临床的各种证候。一般来说，六经中太阳、阳明、少阳叫做三阳，太阴、厥阴、少阴叫做三阴。三阳病证以六腑的病变为基础，多属于实证、热证；三阴病证以五脏的病变为基础，多属于寒证、虚证。三阳病证病人正气盛，抗病力强，邪气实，病情一般都呈现亢奋的状态；三阴病证病人正气衰，抗病力弱，病邪未除，病情都呈现虚衰的状态。六经病证既是脏腑经络病理变化的临床反映，而脏腑经络又是不可分割的有机整体，故一经的病变，常会涉及到另一经，从而出现相互传变，或为合病，或为并病等。六经病证的传变规律大多由表入里，由实而虚，但在正复邪衰的情况下亦可由里达表，由虚转实。一般来说，阳证大多从太阳开始，然后传入阳明、少阳，如正气不足，亦可传及三阴；阴证大多从太阴开始，然后传入少阴、厥阴，但亦有邪气直冲三阴的。疾病的传变与病邪的轻重、体质的强弱、治疗的恰当与否、护理调适好坏均有关系。

六经病证诊断依据为每一经的脉证纲领、病变部位及相应内脏的病理表现。

本法常用于对外感病及杂病的辨证。六经病证包括太阳病证、阳明病证、少阳病证、太阴病证、厥阴病证和少阴病证，应注意每一经病证及六经病证间的鉴别。

一、太阳病证辨证法

太阳病的辨证，指对人体感受外邪，正邪交争于人体浅表部位所表现病证的一种辨证方法。

太阳指足太阳膀胱经与手太阳小肠经而言。足太阳膀胱经起于目内眦，上额、交巅、络脑、下项、挟脊、抵腰，络肾属膀胱，行于背部阳分之地，主人体身之表，而肺又合皮毛，故太阳病以人体皮毛、肌腠等浅表层及肺部受邪发病为特点。辨证要点为："脉浮，头项强痛而恶寒"，头痛以后枕部为甚，下连项部强痛不舒，发热恶寒。由于病人的体质强弱不同，感邪轻重不同，故其病情轻重及病理变化各有特点，故太阳病本证就有营卫不调，营强卫弱，以发热、汗出、恶风为基本表现的太阳中风证；有外邪束表，卫阳被遏，营阴郁滞，以恶寒无汗，脉

浮紧为基本表现的太阳伤寒证和患表证时日较久，不得汗解，以发热恶寒呈阵发性为表现特征的风寒表证，即表郁轻证三种类型。太阳病虽比较轻浅，但若失治误治，每可表邪不解又兼其他证候，或表证虽罢又出现新的病证，即可出现各种各样的兼变病证。

本法常用于对外感热病的辨证。太阳病证主要有太阳中风证、太阳伤寒证、太阳中风（表虚）经输不利证、太阳伤寒经气不利证、太阳表寒里热证、太阳表寒里饮病、太阳表郁不解证、太阳热邪迫肺证、太阳水气上逆证、太阳中虚里急证、太阳心气阴两虚证、太阳蓄水证、太阳蓄血证、大结胸证、小结胸证、寒实结胸证、脏结证、热痞证、热痞兼表阳虚证、寒热互结痞证、水停食滞痞证、胃虚气逆痞证、胃虚痰阻证、上热下寒证、悬饮证、痰阻胸膈证，应注意相互间的鉴别。

（一）辨太阳中风证

辨太阳中风证指对外伤风邪，营卫失调所表现证候的一种辨证方法。

太阳中风证又称太阳表虚证、风寒表虚证、桂枝汤证，属于邪在肌表的太阳经证之一。诊断依据：主症表现为发热，恶风，汗出。次症表现为鼻鸣干呕，头项强痛。舌苔薄白，脉浮缓。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉。具有起病较急、病情轻浅的特点，发病前有感受风邪的病史。常见于外感病初起的表证阶段。

本法常用于对太阳病、感冒、水肿、中风、鼻渊、产后发热、腹痛、自汗、阴冷、皮肤瘙痒、荨麻疹等病的辨证。应与太阳伤寒证、太阳中风阳虚漏汗证、阳明胃热津伤证等相鉴别。

（二）辨太阳伤寒证

辨太阳伤寒证指对寒邪袭表，卫阳被束，营阴郁滞所表现证候的一种辨证方法。

太阳伤寒证又称太阳表实证、风寒表实证、麻黄汤证，属于邪在肌表的太阳经证之一。诊断依据：主症表现为发热恶寒，头痛身痛，无汗而喘。次症表现为呃逆。舌苔薄白，脉浮紧。辨证要点：具备主症和典型舌脉。具有起病较急、病情轻浅的特点，发病前有感受风寒病史。常见于外感病初起的表证阶段。

本法常用于对太阳病、感冒、咳喘、皮肤脱屑、药物过敏等病的辨证。应与太阳中风证、太阳伤寒经气不利证、太阳表寒里热证、太阳表寒里饮证、少阴阳虚寒凝证等相鉴别。

(三)辨太阳中风经输不利证

辨太阳中风经输不利证指对太阳中风，营卫不和，风寒客于经输，经脉失养所表现证候的一种辨证方法。

太阳中风经输不利证又称太阳表虚经输不利证、太阳中风经气不舒证、太阳中风兼项背强证、桂枝加葛根汤证。属太阳中风表虚证兼证之一。临床以太阳中风证与项背强几几(jin jin 紧紧，拘紧不舒的样子)症状共见为特征。诊断依据：主症表现为发热，汗出，微恶风寒，项背部强直不舒。次症表现为鼻鸣干呕。舌苔薄白，脉浮缓。辨证要点：必须具备主症和典型舌脉。具有起病急、病程短的特点，发病前有外感风寒病史。常见于外感病的表证阶段。

本法常用于对太阳病、感冒、自汗、鼻渊、水肿等病的辨证。应与太阳中风证、太阳伤寒证、太阳伤寒经气不利证等相鉴别。

(四)辨太阳伤寒经气不利证

辨太阳伤寒经气不利证指对外感风寒，卫阳被遏，营阴阻滞的同时，太阳筋脉受邪，经气不舒所表现证候的一种辨证方法。

太阳伤寒经气不利证又称太阳表实经气不利证、太阳表实兼项背强几几证、葛根汤证、太阳表实经气不舒证。属太阳伤寒表实证兼证之一。临床以太阳表实证与项背强几几证共见为特征。诊断依据：主症表现为恶寒发热，无汗身痛，项背强几几。次症表现为腰痛，骨节疼痛，喘。舌苔薄白，脉浮紧。辨证要点：具备主症加典型舌脉。具有起病急、病程短的特点，发病前有感受风寒病史。常见于外感病的表证阶段。

本法常用于对太阳病、感冒、咳喘等病的辨证。应与太阳中风证、太阳伤寒证、太阳表虚经气不利证相鉴别。

(五)辨太阳表寒里热证

辨太阳表寒里热证指对外感风寒之邪，卫阳被遏，营阴阻滞，腠理闭塞，郁甚化热所表现证候的一种辨证方法。

太阳表寒里热证又称太阳表实兼内热证、太阳伤寒里热证、风寒表实兼内热烦躁证、太阳表实兼内热烦躁证、大青龙汤证。属太阳伤寒表实证兼证之一，以风寒束表，里有郁热为主要病变特征，以太阳伤寒证与里热证共见为临床特点。此证外寒里热，寒热错杂。诊断依据：主症表现为恶寒发热，身疼痛，汗不出而烦躁。次症表现为身不痛但重，乍有轻时。舌苔白或黄，脉浮紧或浮数。辨证要点：须具备主症加典型舌脉。有外感风寒病史。常见于外感病初起的表证阶段。

本法常用于对太阳病、感冒、发热等病的辨证。应与太阳伤寒证、太阳中风证、太阳表寒里饮证等相鉴别。

（六）辨太阳表寒里饮证

辨太阳表寒里饮证指对素有宿饮，复感风寒，卫阳被遏，营阴阻滞，肌腠闭塞，肺失宣降，引动内饮所表现证候的一种辨证方法。

太阳表寒里饮证又称太阳伤寒兼内停水饮证、风寒表实兼水饮咳喘证、太阳表寒内兼寒饮证、小青龙汤证。属太阳伤寒表实证兼证之一。临床以表寒里饮、咳喘干呕为特征。诊断依据：主症表现为发热恶寒，头痛无汗，咳喘呕逆，痰白清稀量多呈泡沫状。次症表现为或渴或利，或噎，或小便不利，少腹满。苔白滑润，脉浮紧弦。辨证要点：须具备主症加典型舌脉。有外感风寒病史，常见于外感病初起的表证阶段。

本法常用于对太阳病、感冒、咳喘、哮病、水肿等病的辨证。应与太阳伤寒证、太阳表寒里热证、太阳蓄水证、少阴阳虚水泛证等相鉴别。

（七）辨太阳表郁不解证

辨太阳表郁不解证指对外感风寒，感邪轻微，但久郁不解所表现证候的一种辨证方法。

太阳表郁不解证又称太阳邪郁肌表证、太阳邪郁证、桂枝麻黄各半汤证。为太阳病本证之一。多因表证久延，阳气怫郁，正气抗邪外出，欲从汗解而汗出不彻所致。诊断依据：主症表现为发热恶寒如疟状，热多寒少，一日二三度发，面赤，汗出不彻，身痒。次症表现为不呕，二便自调，食欲正常，口渴，头痛，心烦。舌淡苔薄白，脉浮缓。辨证

要点：具备主症和典型舌脉。

本法常用于对太阳病、感冒、发热等病的辨证。应与太阳中风证、太阳伤寒证等相鉴别。

（八）辨太阳热邪迫肺证

辨太阳热邪迫肺证指对外感风寒，闭郁化热，热邪壅迫于肺，肺气上逆所表现证候的一种辨证方法。

太阳热邪迫肺证又称邪热壅肺证、邪热壅肺作喘证、麻杏石甘汤证，属太阳病兼变证热证之一。诊断依据：主症表现为咳嗽，喘促，发热。次症表现为鼻翼煽动，汗出，口渴，痰稠。舌红苔薄白或薄黄，脉浮数或滑数。辨证要点：具备主症加典型舌脉。具有起病急、病情重的特点，发病前有外感风寒病史。

本法常用于对太阳病、咳喘、发热等病的辨证。应与太阳伤寒证、太阳表寒里饮证、阳明病兼喘证等相鉴别。

（九）辨太阳水气上逆证

辨太阳水气上逆证指对伤寒误施吐下，损伤脾胃之阳，中虚水气上冲所表现证候的一种辨证方法。

太阳水气上逆证又称苓桂术甘汤证，属太阳病误用吐下后的一种变证。诊断依据：主症表现为心下逆满，气上冲胸，头目眩晕。次症表现为身体振振摇，心悸，气短，咳喘，呕吐清水痰涎。舌淡嫩，苔白滑，脉沉紧或沉弦。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。见于太阳病误施吐下之后。

本法广泛地用于对太阳病、痰饮、心悸、怔忡、咳喘、眩晕、呕吐、痹证等病的辨证。应与少阴阳虚水泛证、太阳阳虚水气欲冲证、胃阳不足饮停证等相鉴别。

（十）辨太阳中虚里急证

辨太阳中虚里急证指对伤寒初期，未经汗下之误，因里虚导致心悸而烦所表现证候的一种辨证方法。

太阳中虚里急证又称小建中汤证，属太阳病变证之一。乃里虚邪扰，气血不足，心无所主所致。基本病理为脾阳不足。诊断依据：主症表现为心悸而烦，腹中痛，虚怯少气，精神疲倦。次症表现为手足烦

热，口燥咽干，四肢疼痛，梦遗失精，鼻衄，里急。苔白润，脉涩或弦或缓或弱。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。多见于脾肾阳虚之人。

本法广泛地用于对太阳病、虚劳、胃脘痛、腹痛等病的辨证。应与太阳心阳不足证、太阳心气阴两虚证、太阳水气上逆证、脾虚水停证等相鉴别。

（十一）辨太阳心气阴两虚证

辨太阳心气阴两虚证指对伤于寒邪之后，气虚血少，心阴阳两虚所表现证候的一种辨证方法。

太阳心气阴两虚证又称炙甘草汤证，为太阳病变证之一。多由平素气血不足，心之阴阳俱虚，又复感寒邪，内犯于心所致。诊断依据：主症表现为心悸气短，虚烦失眠。次症表现为面色潮红，神疲乏力，咽干舌燥，大便干结。舌淡少苔，脉结代。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。多见于素体虚弱或久病体虚之人。

本法广泛地用于对太阳病、心悸、怔忡、不寐等病的辨证。应与太阳心阳不足证、太阳中虚里急证等相鉴别。

（十二）辨太阳蓄水证

辨太阳蓄水证指对太阳病不解，邪气随经入腑，寒水内停于膀胱所表现证候的一种辨证方法。

太阳蓄水证又称五苓散证，属太阳病变证之一，临床以表虚证与寒水内停症状共见为特征。诊断依据：主症表现为发热恶风，汗出，小便不利，不痹，烦渴或消渴。次症表现为渴欲饮水，水入即吐。苔白，脉浮。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。有太阳表证不解病史，见于外感病的表证阶段。

本法常用于对太阳病、水肿、臌胀、湿疹、小便不利等病的辨证。应与太阳表寒里饮证、少阳阴虚水热互结证、胃阳不足饮停证、少阴阳虚水泛证相鉴别。

（十三）辨太阳蓄血证

辨太阳蓄血证指对太阳表邪不解，外邪化热入里，与血结于下焦所表现证候的一种辨证方法。

太阳蓄血证又称蓄血证、桃仁承气汤证，属太阳病变证之一，临

床以少腹急结，神志错乱如狂为特征。诊断依据：主症表现为发热，少腹急结或硬满，疼痛拒按，如狂或发狂，小便不利。次症表现为或有身黄。舌质紫暗或有瘀斑，脉沉结或沉涩。辨证要点：必须具备主症加舌脉。有太阳表证病史。见于某些外感热病的表证阶段。

本法广泛地用于对太阳病、早产、产后腹痛、产后小便不通、经闭、子宫脱垂、癫狂、肠梗阻、痹证、尿血、癥瘕等病的辨证。应与太阳蓄水证、热入血室证、阳明瘀血证等相鉴别。

（十四）辨大结胸证

辨大结胸证指对表热内陷，与痰水结于胸膈，阻滞气机所表现证候的一种辨证方法。

大结胸证因其病变部位较广泛而名之，又称热实结胸证、大陷胸汤证，属太阳病变证之一。乃邪气结聚于胸、腹而发生的以疼痛为主的证候。诊断依据：主症表现为胸胁心下疼痛，硬满拒按，甚至从心下至少腹硬满而痛。次症表现为气短烦躁，心中懊侬，口渴，头汗出，或大便秘结，无大热。舌苔黄厚，脉沉紧或沉迟有力。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。多见于胸膈心下素有饮停聚之人。

本法常用于对太阳病、胸痛、胁痛、心痛等病的辨证。应与小结胸证、寒实结胸证、血结胸证、悬饮证、脏结证、太阳表虚经输不利证、阳明腑实证、少阳兼里实证等相鉴别。

（十五）辨小结胸证

辨小结胸证指对表邪入里或表证误下，邪热内陷，与痰饮互结于心下所表现证候的一种辨证方法。

小结胸证因其邪浅热轻，病位较局限，仅在心下胃脘而名之，又称小陷胸汤证，属太阳病变证之一，为热实结胸之轻证。诊断依据：主症表现为心下硬满，上不及胸，下不达腹，按之则痛，不按不痛。次症表现为呕恶，胸闷，心烦。舌淡苔微黄，脉浮滑。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。

本法常用于对太阳病、心痛等病的辨证。应与大结胸证、热痞证、寒热互结痞证等相鉴别。

(十六)辨寒实结胸证

辨寒实结胸证指对寒邪与痰饮相结于胸胁心下所表现证候的一种辨证方法。

寒实结胸证又称三物白散证,属结胸证,为太阳病变证之一。以有大结胸证的特征但无热象为特点。诊断依据:主症表现为胸胁或心下硬满疼痛,无身热、口渴、心烦。次症表现为大便不通,喘咳,气逆。苔白滑,脉沉紧。辨证要点:必须具备主症加舌脉。多有表证误下,素有寒饮,脾胃虚弱病史。

本法常用于对太阳病、胸痛、胁痛、心痛等病的辨证。应与大结胸证、小结胸证等相鉴别。

(十七)辨脏结证

辨脏结证指对脏虚阳衰,复被阴寒所凝而致里虚寒证的一种辨证方法。

脏结证多因太阳病误下,外邪乘虚而入,内结于脏而成,为太阳病变证之一。临床以状似结胸,然无热象,又类少阳,但无寒热往来,胸胁心下乃至少腹疼痛为特点。诊断依据:主症表现为胸腹部硬满疼痛,状如结胸,时时下利,饮食如故。次症表现为不伴见发热,口渴,心烦,无往来寒热。若胁下素有块,上及胁下,下连脐旁,痛引阴部,脏寒发作,痛引少腹阴筋上缩腹中者,则预后不良。舌苔白滑,脉寸浮无力,关小细沉紧。辨证要点:必须具备主症加典型舌脉。病势较为危笃。

本法常用于对太阳病、胸痛、腹痛等病的辨证。应与寒实结胸证、痞证、少阴阳虚阴盛证等相鉴别。

(十八)辨热痞证

辨热痞证指对无形邪热结于心下,致中焦气机痞塞不通所表现证候的一种辨证方法。

热痞证又称大黄黄连泻心汤证,为太阳病变证之一,多因太阳病误下,表邪内陷,邪热痞塞于中所致。诊断依据:主症表现为心下痞满,按之柔软,不痛。次症表现为心烦口渴,尿赤,吐血,衄血,口舌生疮,黄疸。舌红苔黄。脉浮数或滑数。辨证要点:必须具备主症和一项

次症及典型舌脉。

本法常用于对伤寒、太阳病、便血、吐衄等病的辨证。应与结胸证、寒热互结痞证、太阳蓄水证、胃虚气逆痞证等相鉴别。

(十九)辨热痞兼表阳虚证

辨热痞兼表阳虚证指对邪热结于心下,中焦气机痞塞不通,又兼表阳虚症状所表现证候的一种辨证方法。

热痞兼表阳虚证又称附子泻心汤证,为太阳病变证之一,多因表阳虚衰,复被邪热壅滞心下所致。以热痞证与表阳虚证共见为特征。诊断依据:主症表现为心下痞满,按之柔弱不痛,恶寒,汗出。次症表现为心烦,不发热。舌尖红苔白,或舌红苔黄,脉沉。辨证要点:必须具备主症加典型舌脉。多见于素体阳虚之人。

本法常用于对太阳病的辨证。应与热痞证、寒热互结痞证相鉴别。

(二十)辨寒热互结痞证

辨寒热互结痞证指对伤寒误下,损伤脾胃,邪热乘机内陷,寒热互结于中焦,致脾胃升降失常,气机痞塞所表现证候的一种辨证方法。

寒热互结痞证又称半夏泻心汤证,属太阳病变证之一。诊断依据:主症表现为心下痞满,按之柔软不痛。次症表现为恶心,呕吐,肠鸣,泄泻,或发热,口苦微渴,渴不多饮。舌苔厚腻,或白或黄,或舌色稍淡,脉沉弦或濡。辨证要点:必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多见于脾胃素弱之人。

本法常用于对太阳病、少阳病、呕吐、胃脘痛、泄泻、霍乱、痢疾等病的辨证。应与水停食滞痞证、胃虚气逆痞证等相鉴别。

(二十一)辨水停食滞痞证

辨水停食滞痞证指对太阳表实证汗解或汗不得法,损伤脾胃或脾胃素虚,外邪乘机而入,致寒热错杂,阻于中焦,胃气虚弱,水饮与食滞内停,脾胃升降失常,气机痞塞所表现证候的一种辨证方法。

水停食滞痞证又称生姜泻心汤证,属太阳病变证之一。本证为虚实夹杂之证,病情可实可虚,邪实甚于正虚。诊断依据:主症表现为心

下痞硬，按之不痛，干呕酸腐食臭。次症表现为胃脘满闷不舒，纳差，肠鸣，泄泻，腹胀，胁下作痛，口腻微苦不渴，微热，或渴不欲饮。舌苔厚腻或白腐，脉弦滑或濡数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多见于年老体弱或脾胃虚弱之人。

本法常用于对太阳病、呕吐、泄泻等病的辨证。应与胃虚气逆痞证、寒热互结痞证等相鉴别。

（二十二）辨胃虚气逆痞证

辨胃虚气逆痞证指对表证误下，损伤脾胃，升降失常所表现证候的一种辨证方法。

胃虚气逆痞证又称甘草泻心汤证，为太阳病变证之一。临床以痞、利俱甚为特征。诊断依据：主症表现为心下痞硬满闷，肠鸣，泄泻频作，完谷不化，不甚臭秽，甚则如水。次症表现为干呕，心烦不安，口微渴，但不多饮，纳差，四肢无力。舌淡苔薄白稍干，脉细弱稍数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。多见于平素脾胃虚弱之人。本证在演化过程中，可出现脾气下陷及脾肾阳虚等证。

本法常用于对太阳病、泄泻、痢疾等病的辨证。应与水停食滞痞证、寒热互结痞证等相鉴别。

（二十三）辨胃虚痰阻证

辨胃虚痰阻证指对伤寒汗不得法或吐下后损伤脾胃，脾胃运化功能失常则痰饮内生，胃虚气逆所表现证候的一种辨证方法。

胃虚痰阻证又称太阳胃气上逆证、旋覆代赭汤证，为太阳病变证之一。诊断依据：主症表现为心下痞硬，按之不痛，噫气频作，或呕吐呃逆。次症表现为肠鸣矢气，呕吐痰涎，或口泛清水，头晕目眩，食欲不振，大便秘结。舌苔白，脉弦缓。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对太阳病、呕吐、呃逆、眩晕、噎膈等病的辨证。应与水停食滞痞证、胃虚气逆痞证相鉴别。

（二十四）辨上热下寒证

辨上热下寒证指对伤寒病外有太阳表证存在，在内则上焦有热而欲呕，中焦有寒而腹痛，寒热错杂，升降失调所表现证候的一种辨

证方法。

上热下寒证又称黄连汤证，为太阳病变证之一。诊断依据：主症表现为胸中烦热，欲呕吐，腹中痛。次症表现为痞满不适。舌淡苔薄白，脉虚数，或舌红苔薄黄，脉数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。常见于胃中素寒之人。

本法常用于对太阳病、呕吐、腹痛等病的辨证。应与寒热互结痞证、阳明腑实证等相鉴别。

（二十五）辨悬饮证

辨悬饮证指饮水饮内停，结聚胸胁，气机升降失常所表现证候的一种辨证方法。

悬饮证又称水饮停聚胸胁证、十枣汤证，属痰饮病，为太阳病类似证之一，多因外感风邪，引动水饮，聚结于胸胁所致。诊断依据：主症表现为心下痞硬胀满，咳唾引胸胁作痛。次症表现为胸胁胀满疼痛，头痛目眩，时而汗出，不恶寒，呼吸短气，干呕不利。舌苔薄白或腻，脉沉弦。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对痰饮、咳嗽及太阳病并发症的辨证。应与太阳表虚证、支饮证、结胸证、水停食滞痞证等相鉴别。

（二十六）辨痰阻胸膈证

辨痰阻胸膈证指对痰浊结滞胸膈，阻塞气机升降所表现证候的一种辨证方法。

痰阻胸膈证又称胸膈痰实证、瓜蒂散证，属痰饮病，为太阳病类似证之一。诊断依据：主症表现为胸中痞硬或心下满，气冲咽喉不得息。次症表现为欲吐而不能吐，心烦，饥不能食，或手足厥冷，或发热，恶风，汗出。舌苔白，脉微浮乍紧。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。

本法常用于对伤寒太阳中风类似证、厥阴病之痰厥病、癫病、痰饮等病的辨证。应与太阳表虚证、结胸证等相鉴别。

二、阳明病证辨证法

阳明病的辨证，是指对太阳病或少阳病未愈，病邪逐渐亢盛入

里，侵袭阳明，使胃肠功能失常，邪从燥热之化所表现病证的辨证方法。

阳明指手阳明大肠经与足阳明胃经而言。胃主受纳，大肠主传导，人体所摄入之水谷，通过整个肠胃功能的生理活动，能化生躯体所赖以濡养的津液与旺盛的阳气。阳明病的形成可因患者阳气素旺，感受外邪之后，易化热入里；也可因受邪较重，虽发汗解表，未能透邪外出，传里化热；还可因误汗、误攻耗伤阴液，以致阳邪转盛，结于胃肠而成阳明之病。阳明病主燥热之候，邪正相争剧烈，邪实而正不虚，故每多见于外感病过程中阳热极盛阶段，属里热实证，以“胃家实”为内在病机，肠胃燥结者为实也。但当知有阳明热证和阳明实证之别。阳明病以阳气亢盛，阴津耗伤和胃肠通降失顺的症状表现为诊断依据。辨证要点：身热，汗自出，不恶寒，反恶热。阳明病可概括为阳明经证和阳明腑证两大类型，另外包括一些兼变证。由太阳病转化而来的，叫“太阳阳明”；由少阳病转变而来的，叫“少阳阳明”；自发于阳明者，叫正阳阳明。阳明为多气多血之经，故阳明病有气分热证，有血分热证，亦有气热而影响血分为病者。阳明病以实证、热证为主，也有寒证，临证应仔细审辨。。

本法常用于对春温、暑温、冬温、温疟、肠痈、胃脘痛、腹痛、便秘、黄疸等病的辨证。应与太阳病、少阳病相鉴别。阳明病主要证候有阳明表里俱热证、阳明胃热津气两伤证、阳明水热互结证、阳明燥实证、阳明痞满证、阳明湿热兼表证、阳明湿热证、阳明瘀血证。还应注意它们之间的鉴别。

（一）辨阳明表里俱热证

辨阳明表里俱热证指对邪热亢盛于阳明本经，热邪充斥内外，表里俱热，而肠中无燥屎内结所表现证候的一种辨证方法。

阳明表里俱热证又称白虎汤证，属阳明经证，为阳明热证之一，多因阳气素旺，感受外邪，化热入里；或病在太阳不解，随经转入阳明；或过用辛温发汗之品，或早用攻下，耗伤阴液，促使热邪内并于阳明而成。诊断依据：主症表现为身大热，汗大出，口大渴。次症表现为面赤或面垢，腹满身重，遗尿，手足逆冷，甚则昏睡谵语。舌干苔黄，脉

洪大或浮滑。辨证要点：必须具备主症和典型舌脉。常发于春夏两季，多见于阳盛阴亏体质之人。

本法常用于对阳明病、春温、暑温、冬温、温疟等病的辨证。应与胃热证、阳明胃热津气两伤证、阳明腑实证等相鉴别。

（二）辨阳明胃热津气两伤证

辨阳明胃热津气两伤证指对邪热亢盛于阳明本经，里热太盛，热极汗多，热极耗伤气阴所表现证候的一种辨证方法。

阳明胃热津气两伤证又称白虎加入参汤证，属阳明经证，为阳明热证之一，以白虎汤证与津伤耗气症状共见为特征。诊断依据：主症表现为大汗出，烦渴特甚欲饮水，甚至数升。次症表现为口干舌燥，时时恶风，背微恶寒。舌苔黄燥，脉洪大或脉大而芤。辨证要点：须具备主症和两项次症及典型舌脉。常见于素体阴虚之人，多发于春夏季节。

本法常用于对阳明病、温疟、暑温、中暑、春温、冬温等病的辨证。应与阳明表里俱热证、胃热证等相鉴别。

（三）辨阳明水热互结证

辨阳明水热互结证指对阳明里热下移膀胱，表寒已解，阴虚而水热互结所表现证候的一种辨证方法。

阳明水热互结证又称阴虚水热互结证、猪苓汤证，为阳明热证之一，多因伤寒下后津液受伤，阳明余热尚存，邪热与水气互结，膀胱气化不利所致。诊断依据：主症表现为渴欲饮水，小便不利，发热，心烦不得眠。次症表现为或咳嗽，或呕吐，或下利。舌红苔少或苔薄黄或薄腻，脉浮数。辨证要点：必须具备主症和典型舌脉。多见于素体阴亏之人。本证数日不解，水热结于下焦，伤及血络，常会出现尿血、尿痛、尿少，舌质红赤无苔，脉细数的热结膀胱之候。

本法常用于对阳明病、太阳病、少阳病、水肿、腰痛、淋浊、癃闭等病的辨证。应与太阳蓄水证、阳明经证、少阴阴虚火旺证、少阴阳虚水泛证等相鉴别。

（四）辨阳明燥实证

辨阳明燥实证指对阳明病邪热亢盛，津液耗伤，燥实内结，腑气

不通所表现的以燥实为主要特征的证候的一种辨证方法。

阳明燥实证又称调胃承气汤证，为阳明腑实证之一。诊断依据：主症表现为大便难，心下急而痛，烦闷欲吐。次症表现为蒸蒸发热，汗出不解，心烦口渴，或谵语。舌苔黄，脉滑数或沉实。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对外感热病、阳明病、春温、冬温、便秘、肠痈等病的辨证。应与阳明痞满证、阳明痞满燥实证等相鉴别。

（五）辨阳明痞满证

辨阳明痞满证指对阳明病邪热亢盛，津液耗伤，燥实内结，腑气不通所表现的以痞满为主要特征的证候的一种辨证方法。

阳明痞满证又称小承气汤证，为阳明腑实证之一。诊断依据：主症表现为潮热多汗，大便秘结，热结旁流，下利，腹胀满，谵语。次症表现为微烦，小便数。苔黄厚而燥，脉滑疾。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。为临床急症之一，可见于外感、内伤等多种疾病。

本法常用于对阳明病、春温、冬温、便秘、伏暑、肠痈、狂病等病的辨证。应与阳明燥实证、阳明痞满燥实证相鉴别。

（六）辨阳明痞满燥实证

辨阳明痞满燥实证指对阳明病邪热亢盛，津液耗伤，燥实内结，腑气不通所表现的以痞满燥实为主要特征的证候的一种辨证方法。

阳明痞满燥实证又称大承气汤证，为阳明腑实证之一。诊断依据：主症表现为不恶寒反恶热，大便五六日不下，腹胀满而硬，腹痛或绕脐痛而拒按。次症表现为烦躁，谵语，潮热，不识人，循衣摸床，或目中不了了，睛不和，手足 戴然汗出，喘急不得卧。舌苔黄燥或焦燥起刺，脉沉实有力。辨证要点：必须具备主症加两项次症及典型舌脉。为临床急症之一，可见于外感、内伤等多种疾病。

本法常用于对阳明病、春温、伏暑、冬温、肠痈、便秘、喘病、狂病等多种病的辨证。应与阳明燥实证、阳明痞满证等相鉴别。

（七）辨脾约证

辨脾约证指对阳明胃气亢盛，太阴脾阴不足，强阳凌劫弱阴，使脾之运化功能为胃热所约束，不能为胃行其津液，大肠失于濡润所表

现证候的一种辨证方法。

脾约证又称麻子仁丸证，属阳证、实证，以阴津亏少为主要病机。诊断依据：主症表现为大便干硬，数日不解而无所苦，小便数。次症表现为腹满。舌质嫩红，苔偏干，趺阳脉浮而涩。辨证要点：必须具备主症和典型舌脉。多见于素体阴亏或年老阴亏或素食辛辣及嗜好烟酒之人。本证的极期易出现神昏狂躁等症。

本法常用于对阳明病、便秘及热病愈后杂病的辨证。应与大肠津亏证、阳明腑实证等相鉴别。

(八)辨阳明湿热里实证

辨阳明湿热里实证指对邪热传至阳明与湿相合，湿热蒸腾于内不得外泄，熏于肌肤所表现证候的一种辨证方法。

阳明湿热里实证又称阳明郁热发黄证、茵陈蒿汤证，邪结较深，属里证，病情较重。诊断依据：主症表现为身目俱黄，黄色如橘，身热不扬，小便短赤，腹满。次症表现为身无汗，口渴引饮，心烦，皮肤瘙痒，大便秘结。舌苔黄腻，脉滑数。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对阳明病、黄疸等病的辨证。应与阳明湿热证、阳明湿热兼表证等相鉴别。

(九)辨阳明湿热兼表证

辨阳明湿热兼表证指对邪热失于表散，郁于阳明，汗不得出，瘀在里与湿相合，湿热熏蒸所表现证候的一种辨证方法。

阳明湿热兼表证又称麻黄连翘赤小豆汤证，临床以肤色黄如橘子色，兼发热恶风，身痒。脉浮等表证为特征。诊断依据：主症表现为身目俱黄，发热恶风，身痒，次症表现为无汗，小便短赤，食欲不振。舌苔薄黄而干，脉浮数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。病邪偏于肌肉，邪结较浅，病情较轻，属阳证、热证。

本法常用于对阳明病及黄疸病初期的辨证。应与阳明湿热里实证、阳明湿热证等相鉴别。

(十)辨阳明湿热证

辨阳明湿热证指对阳明湿热相蒸，三焦枢转津液的功能失调，胆

汁外渗皮肤所表现证候的一种辨证方法。

阳明湿热证又称栀子柏皮汤证。以身热发黄，无汗，无腹满里证为特征。诊断依据：主症表现为身目俱黄，发热，无汗，小便短赤，心烦懊侬。次症表现为心烦，口苦，食欲不振。舌红苔黄，脉数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。病邪偏于经脉，邪结较浅，病情较轻，属阳证、热证。

本法常用于对阳明病及黄疸病初期的辨证。应与阳明湿热里实证、阳明湿热兼表证相鉴别。

(十一)辨阳明瘀血证

辨阳明瘀血证指对邪热入于阳明，与胃肠素有的瘀血互结所表现证候的一种辨证方法。

阳明瘀血证又称抵当汤证，是外感热病进程中的一种蓄血证候。临证以喜忘，屎结，便易，色黑为特征。诊断依据：主症表现为大便干结，色黑，但易排出，喜忘，神思不敏。次症表现为发热恶寒，腹满，小便自利。舌质黯苔腻，脉沉结有力。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。多见于成年人及体内素有瘀血者。

本法常用于对阳明病、腹痛及急性热病阳明病阶段而有大便下血者的辨证。应与太阳蓄血证、胃脘瘀血证、脾不统血证等相鉴别。

三、少阳病证辨证法

少阳病的辨证，是指对病邪已离太阳之表，而又未入阳明之里，处于表里之间所表现的半表半里热证的一种辨证方法。

少阳包括手少阳经三焦和足少阳经胆。三焦主决渎而通调水道，又为水火气机运行之道路；胆附于肝，内藏精汁而主疏泄。胆腑清利则肝气条达，脾胃协调，枢机运转，三焦通畅。故外邪侵犯少阳，胆火上炎，枢机不运，经气不利则发为少阳病。诊断依据：主要为口苦，咽干，目眩，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，脉弦细，舌苔白。辨证要点：口苦，咽干，目眩。少阳病有从太阳之表而来者，有自发于少阳者，有少阳受病多日不解的，有因伤寒，或因中风者。多由于正气虚弱，病邪易入少阳。少阳外邻太阳，内近阳明，病邪每多传变，

证情常有兼挟，有少阳兼太阳表证者，少阳兼阳明里实证者，还有少阳兼水饮内停者，更有因失治、误治，导致病邪弥漫，表里俱病，虚实兼见者，还有妇人热入血室者，临证应仔细辨析。

本法常用于对外感热病、胁痛、腹痛、胃脘痛、郁病、呕吐、疟疾、黄疸等病的辨证。少阳病主要证候有：少阳半表半里证、少阳兼里实证、少阳邪气弥漫三焦证、少阳兼里热证、热入血室证等，应注意上述证候之间的鉴别及与太阳病证、阳明病证的鉴别。

（一）辨少阳半表半里证

辨少阳半表半里证指对邪犯少阳，胆火上炎，枢机不运，经气不利，邪结胁下少阳胆经部位所表现证候的一种辨证方法。

少阳半表半里证又称小柴胡汤证。诊断依据：主症表现为口苦，咽干，目眩，往来寒热，胸胁苦满，心烦喜呕，默默不欲饮食。次症表现为目赤，耳聋，口渴，腹痛，胁下痞硬，或胸中烦而不呕，心下悸，小便不利，身有微热，妇女经水时来时断，寒热如疟。舌淡红或舌尖红，脉弦或弦细。辨证要点：必须具备全部主症或两项主症和两项次症及典型舌脉，或三项主症加两项次症。

本法常用于对少阳病、感冒、疟疾、伏暑、胁痛、郁病、呕吐等病的辨证。应与热入血室证相鉴别。

（二）辨少阳兼里实证

辨少阳兼里实证指对少阳气机不利，阳明胃肠结热，少阳与阳明同病所表现证候的一种辨证方法。

少阳兼里实证又称大柴胡汤证，为少阳病变证之一，多因少阳病不解，邪热内传阳明，或太阳病过经不解，误用下法而致。临证以少阳半表半里证与里实证共见为特征。诊断依据：主症表现为往来寒热，胸胁苦满，呕吐不止，大便秘结或热结旁流。次症表现为发热，口苦，咽干，目眩，胃脘拘急疼痛，郁郁而烦，黄疸。苔黄而干，脉弦有力。辨证要点：具备主症，或次症加典型舌脉。

本法常用于对少阳病、胁痛、胃脘痛、呕吐、黄疸、疟疾、腹痛、便秘等病的辨证。应与少阳半表半里证、阳明痞满证、少阳兼里热证等相鉴别。

（三）辨少阳邪气弥漫三焦证

辨少阳邪气弥漫三焦证指对邪热弥漫三阳，表里俱病，虚实互见，寒热夹杂所表现证候的一种辨证方法。

少阳邪气弥漫三焦证又称少阳兼表及里虚实错杂证、少阳兼烦躁谵语证、柴胡加龙骨牡蛎汤证，为少阳病变证之一。多因伤寒病邪未解传里成实，而误用下法或失治所致。诊断依据：主症表现为胸胁满闷，烦躁谵语，惊惕不安，小便不利。次症表现为一身尽重，不可转侧，眩晕耳鸣，失眠易怒，心悸。舌红苔黄，脉弦数。辨证要点：具备全部主症或两项主症加两项次症及典型舌脉。

本法常用于对少阳病、心悸、眩晕、癫狂、癃闭、痫病、夜游等病的辨证。应与阳明腑实证、少阳半表半里证等相鉴别。

（四）辨少阳兼里热证

辨少阳兼里热证指对少阳、阳明并病，里热炽盛所表现证候的一种辨证方法。

少阳兼里热证又称柴胡加芒硝汤证，为少阳病变证之一，多因柴胡证治不得法，误用下法所致，此时患者正气较虚，里实不甚。诊断依据：主症表现为胸胁苦满，呕吐潮热，微利不止。次症表现为口苦，咽干，目眩，大便秘结。苔黄厚，脉弦数。辨证要点：具备主症加典型舌脉。

本法常用于对外感热病、少阳病、腹痛、便秘、呕吐、郁病等病的辨证。应与少阳兼里实证相鉴别。

（五）辨热入血室证

辨热入血室证指对妇女在经行期间感受外邪，邪热乘虚侵入胞宫，与血相搏所表现证候的一种辨证方法。

热入血室证又称血结胸证，病性属热，病位在胞宫。由于感邪深浅不同，又有经水适来与适断之异，临床表现不尽相同。诊断依据：主症表现为经期发热恶寒，发作有时，胸胁下满闷不适，如结胸状，谵语。次症表现为口苦微呕，胸胁苦满，烦躁易怒，昼日明了，夜则谵语，如见鬼状，大汗出，或下血，或发狂。舌质淡红，苔白或黄，脉沉数或沉实有力。辨证要点：必须具备全部主症或两项主症加两项次症及典型

舌脉。

本法常用于对妇女外感热病的辨证。应与阳明腑实证、小结胸证相鉴别。

四、太阴病证辨证法

太阴病的辨证，指对病邪侵入太阴，脾虚湿盛所表现病证的一种辨证方法。

太阴指足太阴经脾，脾与阳明胃相表里，胃阳旺则邪从燥热而化，脾阳不足则邪从寒湿而化，故阳明病属燥热伤津的里实热证，太阴病属寒湿为患的里虚寒证。太阴病的发生一是中阳不足，外受风寒，内伤生冷，太阴本身自病，即直中；二是太阳病误下，中伤邪陷，转属太阴；或由阳明病清下太过，损伤脾阳而致，即传经。病邪侵犯太阴，脾阳受损，运化失职、津液不能正常输转，则寒湿停聚，脾胃升降失常。故太阳病以脾脏虚寒症状为特征。辨证要点：腹满而吐，食不下，自利，时腹自痛，脉缓弱。由于脾胃同居中州，相为表里，故两经见症可以相互转化，如阳明中气虚者，可转属太阴病，而太阴病中阳渐复者，可转变为阳明病。

本法常用于对伤寒、温病、疟疾、泄泻、腹痛的辨证。主要证候有太阴虚寒证、太阴寒湿郁结证，应注意与阳明病证、少阴病证的鉴别。

(一)辨太阴虚寒证

辨太阴虚寒证指对邪犯太阴，脾脏虚寒所表现证候的一种辨证方法。

太阴虚寒证又称理中汤证、理中丸证。多因伤寒三阳病失治、误治以致里虚，邪传太阴，或素体脾胃虚弱，寒邪直中太阴所致。临证以虚寒下利及脾虚症状为特征。诊断依据：主症表现为腹满腹痛而喜温按，呕吐、食不下，下利清谷或便溏。次症表现为面色苍白或萎黄无华，神疲乏力，少气懒言，四肢不温，眩晕，面虚浮或水肿。舌淡胖苔薄白或润，脉沉缓无力。辨证要点：具备全部主症，或两项主症加两项次症及典型舌脉。一般具有起病缓、病程长的特点。常见于禀赋不足，久病虚损，饮食劳倦，内伤脾胃及素体脾虚者，以女性、儿童为多。多发

于夏季或夏秋之交。本证若失治、误治，日久不愈可转为少阴下利证或厥阴下利证。

本法常用于对伤寒太阴病、温病、痢疾、泄泻、腹痛等病的辨证，应与太阴寒湿郁结证、水停食滞痞证、胃虚气逆痞证、四逆汤证相鉴别。

（二）辨太阴寒湿郁结证

辨太阴寒湿郁结证指对太阴病寒湿中阻，肝胆疏泄功能失常，胆汁不循常道所表现证候的一种辨证方法。

太阴寒湿郁结证又称太阴寒湿发黄证，属阴黄范畴。临床以身目俱黄，黄色晦暗如烟熏症状和脾阳虚症状共见为特征。诊断依据：主症表现为身黄、目黄、尿黄，黄色晦暗不泽，食少纳呆，四肢困重，大便溏薄。次症表现为脘腹胀满，畏寒肢冷，小便黄，口淡不渴或渴喜热饮，四肢困重。舌淡苔白腻或白滑，脉沉缓或沉迟。辨证要点：具备全部主症，或一项主症加两项次症，或第一主症加典型舌脉。一般具有起病缓、病程较长的特点。多见于素体脾弱，或素体寒湿之人，以夏秋雨湿季节多发。

本法常用于对伤寒太阴病、温病、黄疸等病的辨证。应与阳明湿热里实证、阳明湿热证等相鉴别。

五、少阴病证辨证法

少阴病的辨证，指对病邪侵入少阴所表现的全身性虚寒证为主的病证的一种辨证方法。

少阴包括手少阴经心和足少阴经肾。心主血脉，又主神明，为君主之官，对人体生理活动起着统领作用；肾主藏精，内寓真阴真阳，为先天之本，故心肾两脏为人身之根本，心肾机能衰减，抗病力薄弱则为少阴之病。少阴病的发生，或由本经自感外邪，或由他经病传变而来，太阳与少阴为表里，太阳之邪最易陷入少阴，故有“实则太阳，虚则少阴”之说；太阴和少阴为母子关系，火能生土，当太阴脾阳虚甚时则累及肾阳，而为脾肾阳虚证。由于少阴为三阴之根，统水火之气，本阴而标阳，加之致病因素与患者体质的不同，少阴病不但有从阴化寒

的寒化证，而且有从阳化热的热化证。少阴寒化证表现为肾阳虚，阴寒内盛之象，以但欲寐及无热畏寒，身倦，呕吐，下利清谷，四肢厥逆，小便清长，舌淡苔白为特征。少阴热化证多为肾阴虚于下，心火亢于上，以心烦不得眠，舌红脉细数为特征。少阴病证还有阴寒太盛，格阳于外的真寒假热证，还可出现阴阳两虚或阳亡阴竭证，此外尚有寒化兼表证与热化兼里实证的证候及少阴咽痛证，临证应注意鉴别。少阴病为伤寒六经病变发展过程中的危重阶段，寒化证的预后取决于阳气的存亡，热化证的预后取决于阴液的存亡。

本法常用于对心悸、失眠、眩晕、头痛、喉痹、咳喘、呕吐、腹痛、腰痛、水肿、泄泻、痢疾、淋浊、痹病等病的辨证，应与太阴病、厥阴病相鉴别。

(一)辨少阴阳虚阴盛证

辨少阴阳虚阴盛证指对少阴病阳气衰弱，阴寒内盛所表现证候的一种辨证方法。

少阴阳虚阴盛证又称少阴阳衰阴盛证、阴厥证、寒厥证、四逆汤证。为全身性虚寒证候。诊断依据：主症表现为神疲，但欲寐，四肢逆冷，下利清谷，呕吐清水。次症表现为畏寒蜷卧，大汗出，腹痛，小便清长，口不渴或渴喜热饮。舌淡苔白滑，脉沉细。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉，多见于阳气素虚之人。

本法常用于对少阴病、呕吐、霍乱、腹痛、麻疹逆证、阴斑、淋、胸痹等病的辨证。应与少阴阴盛格阳证、寒邪犯胃证、浊阴上逆证等相鉴别。

(二)辨少阴阴盛格阳证

辨少阴阴盛格阳证指对少阴病阳气大衰，阴寒内盛，虚阳浮越于外所表现的真寒假热证候的一种辨证方法。

少阴阴盛格阳证又称通脉四逆汤证、“戴阳”证，为少阴病的极期，是“阴阳离决”，阳气欲脱的危重证候。诊断依据：主症表现为下利清谷，四肢厥冷，面赤，身反不恶寒。次症表现为或咽痛，或腹痛，或干呕，或利止脉不出，或汗出厥逆无脉。苔白润，脉微欲绝。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。常见于成年或老年体虚之人。

本法常用于对少阴病及某些杂病晚期的辨证。应与少阴阳虚阴盛证相鉴别。

(三)辨少阴阳虚水泛证

辨少阴阳虚水泛证指对少阴病阳虚阴盛,水气内停所表现证候的一种辨证方法。

少阴阳虚水泛证又称真武汤证。水饮内停可及人体上、中、下三焦各部,症状表现不尽相同,但均以浮肿、心悸、头晕为特征。诊断依据:主症表现为神疲欲寐,头眩,心下悸,气短,浮肿,畏寒肢冷,下利不渴。次症表现为腹满痛,小便不利,四肢沉重,呕逆,身眴动,振振欲擗地,或咳嗽,或发热,或小便利。舌淡胖,苔白滑,脉沉细或微细。辨证要点:具备全部主症或两项主症加两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对伤寒少阴病、咳嗽、哮喘、心悸、胸痛、臌胀、水肿等病的辨证。应与少阴阳虚寒凝证相鉴别。

(四)辨少阴阳虚寒凝证

辨少阴阳虚寒凝证指对少阴阳气虚衰,阴寒内盛,水寒不化所表现证候的一种辨证方法。

少阴阳虚寒凝证又称附子汤证、阳虚身痛证。临床以身痛,手足寒冷,背恶寒为特征。诊断依据:主症表现为背恶寒,手足寒冷,肢体骨节疼痛。次症表现为口中和,腹冷痛,小便清长。舌淡苔白滑,脉沉。辨证要点:具备主症或两项主症加典型舌脉。多见于素体阳虚之人。

本法常用于对伤寒少阴病、感冒、腰痛、痹病等病的辨证。应与太阳伤寒证、少阴阳虚水泛证相鉴别。

(五)辨少阴虚寒滑脱证

辨少阴虚寒滑脱证指对脾肾阳虚,寒湿中阻,统摄无权,大肠滑脱所表现证候的一种辨证方法。

少阴虚寒滑脱证又称少阴虚寒下利脓血证、桃花汤证。以下利脓血为主要特征。诊断依据:主症表现为大便脓血,甚则滑脱不禁,便色晦暗或血色浅淡,腹痛绵绵,喜温喜按。次症表现为里急后重,口淡不渴,小便不利,神疲欲寐,畏寒肢冷。舌淡苔白滑,脉沉细缓无力。辨证

要点：具备主症，多见于年老体弱或禀赋不足之小儿，具有起病缓、病程长、病情重的特点。

本法常用于对伤寒少阴病、痢疾等病的辨证。应与太阴虚寒证相鉴别。

（六）辨少阴阴虚火旺证

辨少阴阴虚火旺证指对伤寒病邪犯少阴，邪从热化，阴虚阳亢所表现证候的一种辨证方法。

少阴阴虚火旺证又称少阴热化证、黄连阿胶汤证。诊断依据：主症表现为心烦不得卧。次症表现为口燥咽干，手足心热，头晕目眩，多梦神疲，小便黄赤。舌红少苔，脉细数。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。多见于禀赋不足，素体阴虚，久病失养及年高体虚之人。

本法常用于对少阴病、心悸、失眠、眩晕及热病后期的辨证。应与热扰胸膈证、少阴阴虚水热互结证等相鉴别。

（七）辨少阴阴虚水热互结证

辨少阴阴虚水热互结证指对少阴病阴虚水停所表现证候的一种辨证方法。

少阴阴虚水热互结证又称猪苓汤证。诊断依据：主症表现为心烦不得眠，小便不利，发热，渴欲饮水。次症表现为咳嗽，呕吐，下利。舌红少苔，脉沉细数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。具有起病缓、病程较长的特点。多有外感热病，邪气久羁不去或素体阴津不足，久病失养病史。

本法常用于对伤寒少阴病、淋浊、水肿等病的辨证。应与太阳蓄水证相鉴别。

（八）辨少阴兼表证

辨少阴兼表证指对寒邪初犯少阴，而又外连太阳之表，少阴、太阳表里俱病所表现证候的一种辨证方法。

少阴兼表证又称少阴兼太阳证、麻黄附子细辛汤证，为少阴病表证之一。诊断依据：主症表现为发热恶寒，肢冷无汗，神疲嗜卧。次症表现为头痛身痛，少气懒言，面色晦暗，语声低微。舌淡苔薄白，脉沉

细无力。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。多见于先天禀赋不足，久病失养，年高体弱及素体阳虚之人。

本法常用于对太阳病、少阴病、感冒、头痛等病的辨证。应与少阴阴盛格阳证、太阳伤寒证相鉴别。

（九）辨少阴气郁四逆证

辨少阴气郁四逆证指对肝气郁结，气机不利，阳郁于里，不能布达四肢所表现证候的一种辨证方法。

少阴气郁四逆证又称少阴阳郁四逆证、四逆散证、肝胃气滞阳郁致厥证。因其四逆，故言少阴病，为少阴病变证之一。诊断依据：主症表现为手足厥冷，胸胁胀满不舒或疼痛。次症表现为腹痛，泄利下重，或咳，或心悸，或小便不利。舌淡苔白脉弦。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。多与忧愁、思虑、恼怒、紧张等情绪变化有关。

本法常用于对伤寒少阴病、胁痛等病的辨证。应与热厥证、蛔厥证相鉴别。

六、厥阴病证辨证法

厥阴病的辨证指对病邪侵犯厥阴经所表现证候的一种辨证方法。

厥阴指足厥阴肝经，厥阴病为伤寒病的后期阶段，由于厥阴为三阴之尽，又是阴尽阳生之脏，故病情演变多趋极端，不是极寒就是极热，而阴极则阳生，阳极则阴生，故厥阴病的证候特点为阴阳偏盛偏衰，寒热错杂症状混同出现。由于足厥阴肝经属肝络胆挟胃，故厥阴病虽极复杂，但归纳起来，多为肝和脾胃的证候。主要有肝木横逆犯胃乘脾的上热下寒证，正邪相争互为胜复的厥热胜复证和阴阳逆乱不相顺接的四肢厥冷证。

本法常用于对厥证、下利、呕哕等病的辨证，应与太阴病、少阴病相鉴别。厥阴病证候主要有蛔厥证、热厥证、厥阴肝寒犯胃证、厥阴血虚寒郁证、厥阴热迫大肠证，应注意其相互间的鉴别。

（一）辨蛔厥证

辨蛔厥证指对病邪侵及厥阴，寒热错杂，虚实并见而有吐蛔肢厥

症状证候的一种辨证方法。

蛔厥证又称乌梅丸证。诊断依据：主症表现为手足逆冷，腹痛阵作，甚则右上腹部剧痛，烦躁不安。次症表现为呕吐清水或胆汁，甚则吐蛔，饥不欲食，得食更甚，口渴不止，气上冲心，心中疼热。舌淡苔白，脉弦紧或微细。辨证要点：具备主症，及典型脉、舌。具有阵发性、突发性、起病急、疼痛剧烈的特点。男女老幼均可发病，尤见于儿童。多有喜食生冷不洁之物和患蛔虫病病史。

本法常用于对伤寒厥阴病、虫病的辨证。应与少阴气郁四逆证、热厥证等相鉴别。

（二）辨热厥证

辨热厥证指对伤寒厥阴病热盛于内，阳气不能达于外所表现证候的一种辨证方法。

热厥证又称阳厥证，多因外感六淫或温热病邪所致。诊断依据：主症表现为身热，汗出，烦渴，手足厥冷，不恶寒，反恶热，口舌干燥。次症表现为小便黄，谵语。舌红苔黄燥，脉洪大或浮滑。辨证要点：具备主症加典型舌脉。易见于儿童。

本法常用于对伤寒厥阴病、温病后期的辨证。应与蛔厥证、少阴气郁四逆证等相鉴别。

（三）辨厥阴肝寒犯胃证

辨厥阴肝寒犯胃证指对寒邪乘虚侵袭肝经，寒气上犯于胃所表现证候的一种辨证方法。

厥阴肝寒犯胃证又称寒邪犯胃浊阴上逆证、吴茱萸汤证。诊断依据：主症表现为呕吐涎沫或干呕，手足厥冷。次症表现为头顶痛，烦躁不安，口淡不渴，大便溏泄，小便清长，肢倦欲寐，或食后即吐，或胃脘疼痛，喜温喜按，吞酸嘈杂。舌淡苔白滑润，脉弦细迟。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。多见于素体中阳不足之人。

本法常用于对厥阴病、少阴病、阳明病及呕吐、泄泻、头痛等病的辨证。应与少阴虚寒滑脱证、太阳虚寒证等相鉴别。

（四）辨厥阴血虚寒郁证

辨厥阴血虚寒郁证指对病人血虚复感外寒，或阳虚内寒，血虚寒

郁，血流凝滞，四肢不得温养所表现证候的一种辨证方法。

厥阴血虚寒郁证又称血虚寒厥证、当归四逆汤证。诊断依据：主症表现为手足厥冷，腹中冷痛，头痛，或腰酸背痛，或四肢骨节冷痛，或腹部拘急疼痛。次症表现为面色苍白，背腰冷，妇女少腹冷痛，痛经，月经衍期，量少色淡。舌淡苔白，脉细欲绝。辨证要点：具备主症加典型舌脉，或主症加两项次症。多有平素气血亏虚，禀赋不足，年老体衰，阳气虚弱而感受寒邪病史，多见于妇女，多发于冬季。

本法常用于对厥阴病、头痛、痛经、寒疝、癥积、脱疽、血痹、脉痹、冻疮、痹病、腰痛等病的辨证。应与少阴阳虚寒凝证等相鉴别。

（五）辨厥阴热迫大肠证

辨厥阴热迫大肠证指对厥阴化热，阳热亢盛，热灼大肠血络或肝失疏泄，气滞湿聚热灼，湿热蕴结大肠所表现证候的一种辨证方法。

厥阴热迫大肠证又称厥阴热利证、白头翁汤证。诊断依据：主症表现为下利脓血，里急后重，肛门灼热疼痛，口渴，腹痛。次症表现为发热，面红目赤，小便黄赤。舌红苔黄，脉弦数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。病情较重，易兼挟其他证候。多发于夏季或夏秋之际，常见于小儿及年老体弱之人。

本法常用于对伤寒厥阴病、温病、痢疾、泄泻等病的辨证。应与太阳邪热下利证、太阴虚寒证、少阴阳虚滑脱证等相鉴别。

（六）辨病后虚羸气逆证

辨病后虚羸气逆证指对伤寒病愈之后，余热未清，津液耗伤，元气未复，津气两伤，胃失和降所表现证候的一种辨证方法。

病后虚羸气逆证又称竹叶石膏汤证。诊断依据：主症表现为身体虚弱消瘦，少气不足以息，呕恶欲吐。次症表现为发热汗多，口渴喜饮，舌干少津，咽干咳嗽，虚烦不眠，食少纳呆，尿赤量少。舌红少苔而黄，脉细数。辨证要点：必须具备主症加两项次症及典型舌脉。

本法常用于对伤寒、温病及各种热性病后期及呕吐等病的辨证。应与气阴两虚证相鉴别。

第七节 卫气营血辨证方法

卫气营血辨证方法是清代医家叶天士所创立的一种辨识外感温热病证的基本思路，此法是指对外感温热病过程中浅深轻重各异的四个阶段所表现证候的一种辨证方法。

卫气营血辨证是在伤寒六经辨证的基础上，运用脏腑理论，将外感温热病按其发展过程的深浅轻重分为卫分证、气分证、营分证、血分证。肺主气属卫，心主血属营，卫主表而气主里，卫是气的浅层；营与血同源于水谷精微，但生成又有先后，营为血中之气，故营又是血的浅层。当温热病邪侵入人体，由于卫气敷布于人体肌表，有卫外的作用，必先伤及卫分，邪在卫分郁而不解，势必向里传变而入气分；气分病邪不解，若其人正气虚弱，津液亏乏，病邪乘虚内陷，则入营分，营分有热，势必累及血分。卫分证主表，病在肺与皮毛，辨证要点为发热，微恶寒，口微渴，苔薄白；气分证主里，病在胸膈、肺、胃、肠、胆等脏腑，辨证要点为壮热，不恶寒，口渴，苔黄；营分证是邪热入于心营，病在心与心包，辨证要点为身热夜甚，心烦谵语，舌红绛；血分证则热已深入肝肾，重则动血，耗血，辨证要点为身灼热，斑疹，出血，舌绛。

温热病邪从口鼻而入，由卫及气，由气入营，由营入血，病邪步步深入，病情逐渐加重，这是温病传变的一般规律，但因感邪性质的差异，病人体质的不同及治疗的恰当与否，其传变规律又非一成不变，也有初起即见气分证，或卫气同病，或气营同病者。

本法常用于对温病的辨证，应注意四类证候间的鉴别。

一、卫分证候辨证法

卫分证候的辨证，是指对温热病邪初犯人体肌表，导致卫气功能失常所表现证候的一种辨证方法。

卫分为病之最浅层，温病初起，温邪由上而受，一般先犯肺卫，病机特点为温邪袭表，肺卫失宣。诊断依据：主症表现为发热，微恶风寒，口微渴。次症表现为头痛，无汗或少汗，咳嗽。舌边尖红，苔薄白，

脉浮数。辨证要点：须具主症加典型舌脉。具有发病较急、病位浅、病情较轻、病程短的特点。本证若感邪过重，或治不及时，则邪传气分而病势进一步发展，也可由于心阴素虚，或感邪较重，或失治误治，心气劫伤，使邪由肺卫逆传心包，则病势更重。多发于冬春两季气温过暖时节。

本法常用于对外感温热病如感冒、风温、麻疹等病初期阶段的辨证。应与气分证相鉴别。

二、气分证候辨证法

气分证候的辨证，是指对温热病邪内入脏腑，正盛邪实，正邪剧争，阳热亢盛所表现证候的一种辨证方法。

气分证的病理特点主要是邪入气分，热炽津伤，为里热实证，由于邪入气分所犯脏腑部位有胃、肺、肠、胆、胸膈等不同，故有热壅于肺、热盛阳明、热扰胸膈、热在肺胃、热迫大肠等不同证候表现，其中以热盛阳明最为常见。诊断依据：主要有身体壮热，不恶寒，但恶热，汗多，渴欲冷饮，舌苔黄燥，脉洪大等。辨证要点：发热不恶寒，口渴，苔黄，具有病程较长、病情较重的特点。

本法常见于对外感温热病入里而尚未入营动血阶段的辨证。应与卫分证相鉴别。

（一）辨热扰胸膈证

辨热扰胸膈证指对温热之邪阻于胸膈气分，郁而不达，或伤寒汗、吐、下后热邪留扰胸膈所表现证候的一种辨证方法。

热扰胸膈证又称热郁胸膈证、栀子豉汤证，为阳明热证之一。诊断依据：主症表现为虚烦不眠，心中懊侬，坐卧不安。次症表现为身热不甚，口不渴或微渴，欲呕不得呕。舌苔微黄，脉数。辨证要点：具备主症加一项次症及典型舌脉。多发于冬夏，常见于气分余热留于胸膈，或卫分之邪初传气分阶段。

本法常用于对太阳病、阳明病、厥阴病、不寐、郁证、虚劳、虚烦等病的辨证。应与邪热壅肺证、暑伤津气证、阳明经证、阳明腑实证、大结胸证等相鉴别。

(二)辨邪伏膜原证

辨邪伏膜原证指对温热疫气等盘踞于膜原半表半里之处,阻遏气机所表现证候的一种辨证方法。

膜原,内不在脏腑,外不在经络,舍于夹脊之内,去表不远,附近于胃,乃表里之分界,是为半表半里。疫气、湿、暑、热、寒等邪均可伏于膜原。诊断依据:主症表现为恶寒发热,或寒热往来,或寒甚热微,或但热不寒,日晡益甚,头痛,身痛。次症表现为汗出,口渴,心烦,恶心,胸脘痞闷,肢体沉重。舌苔白厚,或腻,或如积粉,脉数。辨证要点:必须具备三项主症和两项次症加典型舌脉。多发于夏秋季节,多见于老、弱、妇、婴。

本法常用于对瘟疫、湿温、暑温、疫疟等病的辨证。应与伤寒表证及风温初起相鉴别。

(三)辨热结胃肠证

辨热结胃肠证指对温热邪气郁于阳明,结于胃肠所表现证候的一种辨证方法。

热结胃肠证又称热结阳明证、温热在肠证、热结肠腑证。诊断依据:主症表现为日晡潮热,便秘,或纯利恶臭稀水,或便溏如酱而不爽。次症表现为身热,汗出,面红目赤,语声重浊,烦渴引饮,腹满痛拒按,时有谵语,或见肢厥。舌红苔黄燥或焦黑起刺,脉沉数有力。辨证要点:必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有病势较重、病程较短的特点,常见于胃肠素有积滞之人。

本法常用于对风温、春温、暑温、瘟疫等病的辨证。应与津枯肠燥证、肺热移肠证、痰热结胸证相鉴别。

(四)辨暑伤肺络证

辨暑伤肺络证指对暑热之邪炽盛,迫伤肺络所表现证候的一种辨证方法。

暑伤肺络证诊断依据:主症表现为身热,骤然咯血、衄血,胸闷,咳嗽气粗。次症表现为头目不清,口渴,烦躁。舌红苔黄,脉数。辨证要点:必须具备主症加典型舌脉。具有来势急、病程短、暑季发病的特点。

本法常用于对暑温、暑瘵等病的辨证。应与肝火犯肺证、肺阴虚证等相鉴别。

三、营分证候辨证法

营分证的辨证，是指对温热病邪深入，劫灼营阴，扰乱心神所表现证候的一种辨证方法。

营分证多由热在气分不得清泄，津灼正亏，或体内热邪郁伏，暗耗营阴而成。病理特点为营分热盛，热损营阴，心神被扰。诊断依据：主要有身热夜甚，口渴不甚，心烦不寐，甚或神昏谵语，斑疹隐隐，舌质红绛，脉象细数。辨证要点：身热夜甚，心烦谵语，舌质红绛。

本法常用于对温热病邪深陷的深重阶段的辨证。应与气分证、血分证相鉴别。

四、血分证候辨证法

血分证的辨证，是指对热邪深入引起耗血动血之变所表现证候的一种辨证方法。

血分证为温热病变的最深层，多由营分热邪未能及时透转出气，久留不解，或卫、气之邪未解，累及血分而成。热邪入血，对所病脏腑、经络均可造成严重损害，除使原有营分病变加重外，不但因热毒过盛，加重对血络的损伤而迫血妄行，还可因热邪耗血，血热相搏，形成脉络内广泛瘀结。故血分证的病理特点是热甚迫血，热瘀交结，病变多偏重于心、肝两脏。诊断依据：主要为身热，躁扰不安，或神昏谵狂，吐血、衄血、便血、尿血，斑疹密布，或兼抽搐、颈项强直，角弓反张，牙关紧闭。舌质红绛，脉数或弦数。辨证要点：舌质红绛，斑疹及出血见症。若邪热久羁血分，劫灼肝肾之阴，则转为血分虚证，病理特点为阴血亏虚，筋脉失养，诊断依据：主要为持续低热，暮热早凉，五心烦热，热退无汗，口干咽燥，神倦，耳聋，肢体干瘦，或见手足蠕动，瘛疭等，舌上少津，脉虚细。辨证要点为持续低热，暮热早凉，五心烦热，舌上少津，脉虚细，病多危重。

本法常用于对温病极期、后期的辨证。应与营分证相鉴别。

(一)辨气营两燔证

辨气营两燔证指对外感温热病发展过程中,气分邪热未解,而营分热邪已盛,热邪内炽于气营所表现证候的一种辨证方法。

气营两燔证又称气营同病,为温病常见证候之一。诊断依据:主症表现为壮热口渴,烦躁不寐。次症表现为头痛,神昏,斑疹隐隐。舌红绛苔黄,脉数。辨证要点:必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有来势较急、病情较重之特点,多有热在气分不愈病史,多见于小儿和素体阴亏或内有积热之人。

本法常用于对风温、春温、冬温、瘟疫、伏暑等病的辨证。临证时应与单纯的气分证、营分证、气血两燔证、血热实证相鉴别。

(二)辨气血两燔证

辨气血两燔证指对温热病发展过程中,气热内扰血分所表现证候的一种辨证方法。

气血两燔证多因气分病不愈或起病即见热毒充斥于里所致,为温病常见证候之一。诊断依据:主症表现为壮热,口渴,肌肤发斑,或吐血,衄血,便血等。次症表现为心烦躁扰,甚或昏狂谵妄,头痛,甚则痛如刀劈,或两目昏瞀,骨节烦痛,腰痛如被杖打。舌绛苔黄,甚或舌紫绛,苔焦燥,脉数。辨证要点:必须具备主症和一项次症及典型舌脉。具有来势凶猛、病情危重之特点。

本法常用于对风温、春温、冬温、瘟疫等病的辨证。应与气营两燔证和伤寒热入血室证相鉴别。

(三)辨瘀热相搏证

辨瘀热相搏证指对热邪入于营血,煎熬成瘀,热瘀相搏于下焦所表现证候的一种辨证方法。

瘀热相搏证又称热与血结证、血热蓄血证、热与血结于下焦证。诊断依据:主症表现为少腹急结,硬满,疼痛,小便自利。次症表现为神志如狂,或清或乱,身热夜甚,或夜热早凉,口干但欲漱水不欲咽,大便色黑。舌质紫绛色黯,或有瘀斑,脉沉实或沉涩。辨证要点:必具主症和两项次症加典型舌脉。多有温病邪热不解病史,多发于素有蓄血之人。

本法常用于对风温、暑温、伏暑等病的辨证。应与气营两燔证相鉴别。

(四)辨阴虚火旺证

辨阴虚火旺证指对温病热入少阴,伤及心肾,心肾阴液亏虚所表现证候的一种辨证方法。

阴虚火旺证又称阴虚火炽证。诊断依据:主症表现为身热,心烦躁扰不眠。次症表现为口干咽燥,尿黄。舌红苔黄,脉细数。辨证要点:必须具备主症和一项次症及典型舌脉。多发于春夏两季,常见于素体阴虚,年高阴亏或病后失调之人。

本法常用于对春温、暑温等疾病后期的辨证。应与邪留阴分证、热灼营阴证、胆郁痰扰证、热扰胸膈证等相鉴别。

(五)辨热极生风证

辨热极生风证指对温病邪热炽盛,燔灼肝经所表现证候的一种辨证方法。

热极生风证又称热盛动风证、热极风动证,为温病常见证候之一。诊断依据:主症表现为高热神昏,烦渴,手足抽搐,颈项强直,角弓反张,甚则痉厥。次症表现为头晕胀痛,手足躁扰或狂乱谵语,牙关紧闭。舌红绛苔黄燥,脉弦数。辨证要点:必须具备主症加典型舌脉。具有起病急、病势重、病程短的特点。发病前有高热病史,多见于小儿。

本法常用于对风温、春温、暑温、瘟疫等病的辨证。应与阴虚风动证、血虚生风证、肝阳化风证等相鉴别。

(六)辨湿热化燥证

辨湿热化燥证指对湿热蕴久,邪从燥化所表现证候的一种辨证方法。

湿热化燥证又称湿热伤阴证。临床以伤阴、耗津、动风、动血症状为特征。诊断依据:主症表现为身热,便血,发疹,神昏。次症表现为胸闷腹胀,烦躁口渴,发痉,谵语,小便短赤,甚则颜面苍白,汗出肢冷,便溏不爽,或便秘,痦色枯白,空壳无浆。舌红绛,干燥少津,苔黄腻,脉弦数或数而无力。辨证要点:必须具备主症加两项次症及典型舌脉。多发于夏秋之际,具有起病急、病势缠绵的特点。

本法常用于对湿温病的辨证。应与阴虚动风证、燥邪伤津证等相鉴别。

(七)辨热毒炽盛证

辨热毒炽盛证指对温病暑热疫毒之气炽盛,内侵脏腑,外窜经络,气血两燔所表现证候的一种辨证方法。

热毒炽盛证又称热毒充斥证、毒火燔炽证。诊断依据:主症表现为高热,头痛如劈,咽肿,唇舌肿,甚则头面肿,狂躁谵妄,四肢厥逆。次症表现为汗出,口渴,两目昏瞀,骨节烦疼,身痛如被杖打,吐衄,发斑,项强口噤。舌绛焦紫起刺,干黑无苔,脉浮大而数或沉数或乱。辨证要点:必须具备主症和两项次症。具有起病急、病势危重之特点,多发于久旱无雨,暑气亢盛之季。

本法常用于对风温、春温、暑温、温毒、瘟疫等病的辨证。应与阳明热盛证相鉴别。

(八)辨内闭外脱证

辨内闭外脱证指对温病热毒内闭,邪盛正虚,气脱亡阳所表现证候的一种辨证方法。

内闭外脱证诊断依据:主症表现为身热,昏谵,或昏愦不语,汗多,气短息促。次症表现为小便黄少,口唇干燥,口渴引饮,大便秘结。舌干绛色暗,脉细数无力。辨证要点:必须具备主症和一项次症加典型舌脉。具有起病急骤、病势凶险、病程短的特点,常见于素体阴亏及温病失治误治之人。

本法常用于对风温、春温、暑温、冬温、瘟疫等病的辨证。应与津气欲脱证相鉴别。

(九)辨津气欲脱证

辨津气欲脱证指对温病邪热已退,津气大伤,正气欲脱所表现证候的一种辨证方法。

津气欲脱证为温病过程中的危重证候。诊断依据:主症表现为身热已退,大汗不止,喘渴欲脱。次症表现为精神倦怠,唇干齿燥,口渴心烦。舌红而干,脉散大无根。辨证要点:必须具备主症和一项次症加典型舌脉。具有发病急、病程短、病情重的特点,多发于春夏季节,常

有高热大汗，剧烈吐泻，或发汗太过病史。

本法常用于对风温、春温、暑温、冬温、瘟疫等病后期的辨证。应与暑伤津气证、内闭外脱证等相鉴别。

（十）辨阴虚风动证

辨阴虚风动证指对温热之邪灼伤阴液，筋脉失养所表现证候的一种辨证方法。

阴虚风动证又称虚风内动证、阴虚动风证。诊断依据：主症表现为手足蠕动或瘛疭，消瘦神疲。次症表现为咽干唇裂，齿槁色如枯骨，或见低热，心中憺憺大动，目陷耳聋，时时欲脱。舌干绛少苔或光绛无苔，脉虚或沉细数。辨证要点：必须具备主症加一项次症及典型舌脉。具有来势较缓、病情较重的特点，多见于素体阴亏，或久病、亡血、攻伐太过之人。

本法常用于对风温、春温、暑温等病后期的辨证。应与热盛动风证、肝阳化风证、血虚生风证相鉴别。

（十一）辨邪留阴分证

辨邪留阴分证指对温病邪热未去，余邪留滞阴分，伤及营血所表现证候的一种辨证方法。

邪留阴分证又称邪伏阴分证。诊断依据：主症表现为夜热早凉，热退无汗。次症表现为能食形瘦，精神倦怠，口干舌燥，烦躁，脘闷。舌红少苔，脉数。辨证要点：必须具备主症加一项次症及典型舌脉。具有病情轻、病程长的特点，常见于素体阴亏之人。

本法常用于对春温、风温、暑温等病后期的辨证。应与邪留气分证、瘀热相搏证、阴虚火旺证等相鉴别。

（十二）辨痰浊内蒙心包证

辨痰浊内蒙心包证指对湿热郁蒸，酿成痰浊，蒙闭心包所表现证候的一种辨证方法。

痰浊内蒙心包证又称痰浊蒙蔽心包证、痰浊蒙闭心窍证。诊断依据：主症表现为神识昏蒙，似清似昧，或时醒时寐，时有谵语，朝轻暮重。次症表现为胸闷脘痞，嗜卧懒动，渴不多饮。舌苔黄垢腻，脉濡滑数。辨证要点：必须具备主症和一项次证及典型舌脉。多发于夏秋多

雨季节，有发病前湿郁气分不解病史和病势较重的特点。

本法常用于对湿温、中风、癫狂等病的辨证。应与热陷心包证、热痰内蒙心包证等相鉴别。

第八节　三焦辨证方法

三焦辨证方法肇端于叶天士，成熟完善于吴瑭（鞠通）。此种辨证方法是指用三焦理论分析温病在病变过程中由上及下、由浅及深的发展变化规律及病邪所犯脏腑的病理变化及其证候特点的一种辨证方法。

三焦病证归纳了温病初、中、末三个不同阶段。上焦病证包括手太阴肺经和手厥阴心包经，首先出现肺卫受邪症状。辨证要点为发热恶寒，咳嗽，口微渴，脉浮数。或身热，口渴，咳喘，苔黄。若邪陷心包，则以昏谵肢厥为辨证要点。

中焦病证包括足阳明胃、手阳明大肠和足太阴脾的证候，辨证要点为病邪在胃为壮热，汗多，渴饮，苔黄燥，脉洪大。在大肠为潮热便秘，苔黄黑而燥，脉沉有力。在脾为身热不扬，脘痞苔腻，脉濡。

下焦病证包括足少阴肾经和足厥阴肝经的证候。辨证要点为病变在肾为手足心热甚于手足背，口干咽燥，神倦脉虚。在肝为手指蠕动或瘛疭，舌干绛而瘁，脉虚弱。

三焦病变的传变取决于病邪的性质和受病机体抵抗力的强弱，一般多由上焦手太阴肺开始，可向中焦阳明传变，致胃热亢盛或热结肠腑，亦可传入心包，中焦病证不愈，则多传入下焦肝肾。

本法常用于对外感温热性疾病和多种内伤杂病的辨证，应注意上、中、下三焦证候的鉴别。

一、上焦病证辨证法

上焦病的辨证，指对邪在上焦手太阴肺和手厥阴心包所表现证候的辨证方法。温邪由口鼻而入，自上而下。鼻通于肺，属手太阴，所以温病开始的时候，即出现肺卫受邪的症状。心包亦位于胸，所以肺

卫之邪亦可逆传于手厥阴心包，而出现邪陷心包的证候。

（一）辨邪犯肺卫证

邪犯肺卫证的辨证，是指温病初期，肺卫受损证候的辨证方法。本证是温病的初起阶段，以邪犯肺卫，肺气失宣为其基本病理。具有起病急，病程短，病情较轻的特点，多发于冬春二季。

诊断依据：主症表现为发热，微恶风寒，咳嗽。次症为头痛，或咽喉疼痛，口微渴，或有微汗。舌苔薄白而干，脉浮数。辨证要点：必须具备主症和典型脉、舌。

本法常用于春温、风温、感冒等外感病初期的辨证。应注意与太阳中风证、风热犯肺证、卫分证相鉴别。

（二）辨逆传心包证

逆传心包证的辨证，是指对温病上焦病的邪犯肺卫证逆传于手厥阴心包，表现以神昏、肢厥、谵语为特点的证候的辨证。本证以心阳内郁，邪扰神明为其病机特点。本证病势急，病情重。

诊断依据：主症表现为高热，神昏，谵语，心烦，肢厥。次症为汗出，口渴，午后热甚，舌謇。舌红或绛，脉弦数或数。辨证要点：必须具备主症和典型脉舌，或兼一、二项次症。

本法常用于春温、风暑、暑温、大头瘟、痄腮、烂喉痧某些瘟疫的辨证。应用时当与营分证、血分证、痰火扰心证、热入血室证等诸证相区别。

二、中焦病证辨证法

中焦病的辨证，是指对邪在中焦的足阳明胃、足太阴脾、手阳明大肠所表现证候的辨证方法。病至中焦，邪热炽盛，多表现为实热之证。临证常表现为阳明胃热证、大肠燥热证、太阴湿热证。

（一）辨阳明胃热证

阳明胃热证的辨证，是指对上焦肺卫温热邪气下传中焦阳明胃腑所形成证候的辨证。胃为阳土、燥土，喜润而恶燥，燥则浊气不降而内郁，所以邪传于此，则化热化燥而成本证。临证以燥热而实，但无燥屎为其特征。

诊断依据：主症以发热不恶寒，反恶热，口渴。次症为面红目赤，汗出，呼吸气粗，尿短赤，舌红苔黄燥，脉洪大。辨证要点：必须具备主症及次症的一、两项和典型脉舌。

本法常用于风温、暑温、冬温、温病等病中期阶段的辨证。应与上焦证、下焦证、六经辨证中的阳明病证相鉴别。

（二）辨大肠燥热证

大肠燥热证的辨证，是指对上焦肺卫温热邪气不传中焦大肠，或中焦阳明胃热证邪热大量灼伤胃肠津液，致使肠道热结，腑气不通，热与肠中糟粕搏结成燥屎为其病机特征。

诊断依据：主症以日晡热甚，大便秘结为主症。次症为语言重浊，口臭，小便短涩。舌红苔焦黄或燥黑，脉沉而有力。辨证要点：必须具备主症和典型脉舌。

本法常用于风温、暑温、冬温、温病等病中期阶段的辨证。应与上焦证、下焦证、六经辨证中的阳明腑实证、大肠液亏证相鉴别。

（三）辨太阴湿热证

太阴湿热证的辨证，是指对上焦邪传足太阴脾所致证候的辨证。脾为阴土、湿土，其性喜燥而恶湿，湿则脾气抑遏而运化失常，故邪入中焦太阴，易从阴湿化，则出现太阴的湿热证候。本证以温热困脾，气机郁滞，脾失健运为病机特点。

诊断依据：主症以身热不扬，汗出热不解，胸脘痞闷，泛恶欲呕，身重困倦。次症为面色淡黄，头胀，小便不利，大便溏泄不爽。舌苔黄腻，脉细数或濡数。辨证要点：必须具备主症及典型脉舌。

本辨证方法常用于湿温、伏暑、暑湿病的辨证。应与湿热蕴脾证、寒湿困脾证、肝胆湿热证进行鉴别。

三、下焦病证辨证法

下焦病的辨证方法，是指对湿热病邪累及下焦肝肾时所表现证候的辨证方法。下焦病证多因湿热之邪久羁中焦，或阳明燥热，灼劫下焦肝肾阴液的真阴不足，致使乙癸同病，肝肾两伤，故尔有温邪伤肾真阴不足证和温邪在肝阴虚风动证。

(一)辨温邪伤肾真阴不足证

温邪伤肾真阴不足证的辨证，是指对温病后期，邪传于下焦，劫耗肾中真阴所致证候的辨证。此证的病机特点是热邪久留，其阴耗损，虚热内扰，以虚热内炽为其特征。

诊断依据：主症为身热，颧红，手足心热，舌绛干燥，脉象虚大。辨证要点：必须具备主症和典型的脉、舌。

本病常用于风温、春温、暑温等病的末期阶段的辨证。应与中焦证、肾阴虚证、肝肾阴虚以及卫气营血辨证中的营分证、血分证相鉴别。

(二)辨温邪伤肝阴虚风动证

温邪伤肝阴虚风动证的辨证，是指温病后期，邪传下焦所致阴虚风动之证的辨证。肝肾乙癸同源，常常一损俱损。而温病最易伤阴劫液，尤其在疾病晚期，病至肝肾之时，常会有其阴耗伤，水不涵木，筋脉失养而成阴虚风动之证。此即是本证的基本病理特点。

诊断依据：主症为手足蠕动，肌肉瞤动。次症为瘛疭，神倦，肢厥，心中憹憹大动，肌痿。舌绛而干，或舌萎，脉虚弱。辨证要点：必须具备主症和典型脉舌。

本法常用于风温、春温、暑温等病的末期阶段，或此类疾病的后遗症期的辨证。应与中焦证、温邪伤肾真阴不足证、肝阳化风证、血虚生风证相鉴别。

第九节　妇科常见证候辨证方法

中医妇科学是根据中医学的理论，认识妇女的解剖、生理、病理特点、诊疗规律和研究妇女特有疾病规律的一门临床科学。由于妇女在解剖上有子宫、胞脉、胞络、子门、产道、阴户等组织，生理方面有月经、妊娠、分娩、哺乳的特点，病证方面有月经病、带下痛、妊娠病、产后病、妇科杂病的不同种类，因而其辨证方法，除了上述所论之诸种辨证方法及其相应证候，尤其是气血津液辨证的内容，脏腑辨证内容在妇科诸疾均适用外，还有下列诸种辨证方法在此予以补叙。

一、冲任伤损病证辨证法

冲任二脉损伤，是妇产科疾病中最重要的发病机理。不论感受寒、热、湿邪，或生活劳逸所伤，内伤七情，体质因素，或脏腑功能失常，气血失调，往往直接或间接地损伤冲任，使胞宫、胞脉、胞络发生病理性变化，从而导致妇科疾病，出现经、带、胎、产诸方面病证，这种根据冲任二脉的生理、病理特点进行妇科疾病辨证的方法，就称之为冲任伤损病证的辨证法。

（一）辨冲任虚衰证

辨冲任虚衰证指对冲任二脉不足，肝肾亏损，血海不能按时盈满，导致生殖机能衰退所表现证候的一种辨证方法。

冲任虚衰证又称冲任不足证。冲任二脉与肾脏及女子月经关系密切，因此，冲任虚衰证在临床上以肾虚及经行错后，经血量少为特征。诊断依据：主症表现为月经后期、量少，或逐渐发展至闭经，不孕。次症表现为面色苍白或萎黄，头晕眼花，耳鸣，神疲乏力，腰膝疲软或足跟疼痛，性欲冷淡。舌淡苔白，脉沉细尺弱。辨证要点：须具备一项主症和两项以上次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点。多有早婚多产，房事不节及低温作业病史。本证的发生与年龄、体质、季节、气候、地域环境有关，多见于妇女青春期或中年期。

本法常用于对月经后期、月经过少、闭经、不孕等病的辨证。应与冲任虚寒证、冲任不固证等相鉴别。

（二）辨冲任不固证

辨冲任不固证指对冲任气虚血弱，虚不固摄，对经血阴液约制无力所表现证候的一种辨证方法。

冲任不固证又称冲任失摄证。临床以阴道下血和肾气虚证共见为特征。诊断依据：主症表现为月经先期，经行量多，或经血非时而至，崩中漏下，或带下清稀量多，或胎漏，小产，或产后恶露不绝。次症表现为面色萎黄，神疲乏力，腰膝疲软，小便频数。夜尿多，甚或失禁，动则气短。舌淡胖苔薄白，脉沉缓或沉滑尺弱。辨证要点：必须具备一项主症和两项以上次症加典型舌脉。具有起病急、病情重的特点。常

见于妇女青春期或更年期。

本法常用于对妇女月经先期、月经过多、崩漏、带下、胎漏、小产、恶露不绝等病的辨证。应与冲任虚衰证相鉴别。

(三)辨冲任瘀阻证

辨冲任瘀阻证指对瘀血凝结冲任致经气阻滞，血行不畅所表现证候的一种辨证方法。

冲任瘀阻证又称血瘀冲任证。临床以小腹疼痛拒按和月经病变为特征。诊断依据：主症表现为月经先期或后期，或经行腹痛拒按，或经闭不行，经水非时而下，崩中漏下，或恶露不绝，或少腹癥瘕。次症表现为胁痛，少腹痛，或乳房胀痛，性情急躁，情绪不稳定，尤以经前或经期为甚。舌质紫暗，或有瘀斑，脉弦或涩。辨证要点：必须具备一项主症和两项次症加典型舌脉。具有起病急，病情重的特点，常在经前或经期伴有明显的精神症状。

本法常用于对月经先期、月经后期、痛经、崩漏、闭经、癥瘕、恶露不绝等病的辨证。应与冲任瘀湿凝结证相鉴别。

(四)辨冲任瘀湿凝结证

辨冲任瘀湿凝结证指对瘀血凝结冲任，蕴而生湿所表现证候的一种辨证方法。

冲任瘀湿凝结证临床以月经病变和小腹疼痛与湿象共见为特征。诊断依据：主症表现为月经不调，崩中漏下，痛经，带下量多，色白或黄，或赤白相兼，或癥瘕不孕。次症表现为下腹一侧或两侧疼痛，拒按，以经前为甚，经色黯红有血块。舌红苔黄白而腻，脉滑数或弦滑。辨证要点：必须具备一项主症和两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长、病程逐渐加重的特点。

本法常用于对崩漏、痛经、带下、癥瘕、月经不调、不孕等病的辨证。应与冲任瘀阻证相鉴别。

(五)辨冲任虚热证

辨冲任虚热证指对体内阴虚火旺，热扰冲任，血海不宁所表现证候的一种辨证方法。

冲任虚热证临床以月经病变与虚热证共见为特征。诊断依据：主

症表现为月经先期或经期延长，或经血渐少以至闭经。次症表现为月经量少，色红质稠，或经行淋漓不尽，伴两颧潮红，手足心热，心烦，口渴，尿赤，消瘦。舌红少津少苔或无苔，脉细。辨证要点：具备一项主症和两项次症加典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点。多有失血伤阴病史。

本法常用于对月经先期、闭经、经期延长、带下、恶露不绝等病的辨证。应与冲任实热证相鉴别。

（六）辨冲任实热证

辨冲任实热证指对邪热亢盛，致热搏血分，扰及冲任所表现证候的一种辨证方法。

冲任实热证以月经病变与实热证共见为特征。诊断依据：主症表现为月经先期，或月经过多，或非时下血，崩中漏下，或经行吐衄，或产后恶露不绝，或产后发热。次症表现为经量多，色深红或紫红有块，质粘稠，面红口干，溲黄，大便干结。舌红苔黄，脉弦数或滑数。辨证要点：具备一项主症加两项次症及典型舌脉。具有起病急、病程短的特点，可发生于任何年龄的妇女，以青春期和生育期为多，尤其是生育期，因孕、产、乳耗血伤阴，或房事不洁，易引起感染。

本法常用于对月经先期、月经过多、崩漏、经行吐衄、恶露不绝、产后发热等病的辨证。应与冲任虚热证相鉴别。

（七）辨冲任郁热证

辨冲任郁热证指对情志不畅，肝郁化热，热扰冲任所表现证候的一种辨证方法。

冲任郁热证以月经病变和肝郁症状共见为特征。诊断依据：主症表现为月经先期，量或多或少，经色深红或紫红，质稠有血块。次症表现为烦躁易怒，或胸胁胀闷不舒，或乳房、小腹胀痛，口苦咽干。舌红苔薄黄，脉弦数。辨证要点：具备一项主症加两项次症。多有情志不遂病史，可见于任何年龄的妇女，尤以中年及更年期多见。

本法常用于对郁病、胁痛、月经先期、崩漏等病的辨证。应与冲任实热证、冲任虚热证等相鉴别。

(八)辨冲任虚寒证

辨冲任虚寒证指对阳虚寒凝冲任,血行不畅所表现证候的一种辨证方法。

冲任虚寒证临床以小腹疼痛、月经病变和阳虚证共见为特征。诊断依据:主症表现为经前或经后小腹疼痛,或月经周期延后,或闭经,或产后腹痛,宫寒不孕。次症表现为小腹痛喜温喜按,经行量少色淡或黯,质清稀,有小血块,手足不温,性欲冷淡。舌质淡胖或紫黯,少苔或无苔,脉沉细或沉迟。辨证要点:具备一项主症和两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长、病情重的特点,多见于年高体弱之人。

本法常用于对痛经、闭经、不孕、月经后期、产后腹痛等病的辨证。应与冲任实寒证相鉴别。

(九)辨冲任实寒证

辨冲任实寒证指对外寒之邪直客冲任,寒凝血瘀,阻滞冲任所表现证候的一种辨证方法。

冲任实寒证以腹痛和月经病变及寒象共见为特征。诊断依据:主症表现为经行延后,经前或经期小腹冷痛,或宫寒不孕,或产后腹痛。次症表现为经行量少,色黯红,有血块,小腹冷痛拒按,得热则减,面色青白、肢冷畏寒。舌紫暗或有瘀斑,苔白腻,脉沉紧或沉涩。辨证要点:具备主症和三项次症及典型舌脉。具有起病急、病程短的特点,多见于年轻体壮之人。

本法常用于对痛经、月经后期、产后腹痛、不孕等病的辨证。应与冲任虚寒证相鉴别。

二、胞宫病证辨证法

胞宫病证的辨证,是指胞宫受到伤损而发生经、带、胎、产方面病证的辨证方法。

胞宫又名胞脏、子脏、子处、血脏。《神农本草经·紫石英》条始称:"子宫"。《内经》将其列为奇恒之府,因其一方面形态似腑而功能似脏,另一方面因其对月经、妊娠有特定的藏泻作用,故与其他脏腑无表里匹配关系。

胞宫内有胞脉、胞络。冲、任、督三脉起于胞中，尤其与冲任二脉更为密切。经过经络的作用，胞宫直接受心、肝、脾、肾诸脏的影响，故对胞宫病证的辨证，大多情况下以冲任辨证，心、肝、脾、肾（尤以肝肾）辨证，以及气血辨证为基础。此处仅论及以胞宫独立命名的辨证方法，所涉及的病证主要是月经病、带下病、妊娠病和产后杂病。

（一）辨胞宫寒凝证

辨胞宫寒凝证指对寒邪乘虚袭扰胞宫，血为寒凝，致使血道滞涩，运行失常所表现证候的一种辨证方法。

胞宫寒凝证又称风寒袭胞证。诊断依据：主症表现为小腹冷痛，拒按喜温，得热痛减，月经或恶露行涩不爽，恶露不行，色紫黯，有血块，甚则凝滞不行，或产后胎衣过时不下，或产后腹痛，或带下量多，色白清稀如水，或阴冷，或不孕。次症表现为面青唇黯，肢冷畏寒，大便不实。舌苔薄白而润，舌质紫黯或有瘀斑，脉沉紧或沉迟。辨证要点：具备两项主症加典型舌脉。具有起病急、病情重的特点，多发于妇女初潮至绝经期以前，其伤于生冷者以夏季为多，风寒直客者以冬春为多。

本法常用于对痛经、月经后期、月经过少、闭经、胎衣不下、产后腹痛、恶露不尽、带下、阴冷、不孕等病的辨证。应与胞宫虚寒证相鉴别。

（二）辨胞宫虚寒证

辨胞宫虚寒证指对素体阳虚，或久病伤阳，或房劳过度，耗伤肾阳，致阴寒内盛，胞宫失于温养，气血生化不足所表现证候的一种辨证方法。

胞宫虚寒又称胞失温煦证。诊断依据：主症表现为小腹不温，喜热喜按，绵绵作痛，经色浅淡，质稀薄，月经延后或经行量少，痛经或闭经不行，或带下量多，或堕胎，或不孕，或胎漏，或妊娠腹痛，或胎动不安，或恶露不下。次症表现为腰膝疲软，形寒肢冷，大便溏薄，小便清长。舌淡苔薄白，脉沉细无力或沉迟无力。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。常见于中青年妇女。

(三)辨痰湿阻胞证

辨痰湿阻胞证指对素体阳虚,脾失健运,湿聚生痰,下注冲任,壅滞于胞宫胞脉所表现证候的一种辨证方法。

痰湿阻胞证又称胞宫痰阻证。诊断依据:主症表现为胸闷泛恶,月经后期,经量或多或少,或经闭不行,或带下量多,色白稠粘,或不孕,或伪胎,或癥瘕。次症表现为口淡纳少,头晕目眩,身体困重,倦怠嗜卧,便溏,面色㿠白。舌淡苔白腻,脉滑或弦滑。辨证要点:必须具备一项主症和两项次症加典型舌脉。多见于素体肥胖,禀受甚厚及恣食肥甘之妇女。

本法常用于对月经后期、月经过少、闭经、月经过多、带下、不孕、伪胎、癥瘕等病的辨证。应与胞宫虚寒证等相鉴别。

(四)辨湿热内蕴胞宫证

辨湿热内蕴胞宫证指对宿有湿热,注流胞宫;或产后(包括堕胎、小产)感受湿热,湿热蕴结胞宫所致证候的辨证方法。

湿热内蕴胞宫证,又叫湿热下注证。诊断依据:主症表现为行经小腹灼痛,经行发热,月经早期量多质稠,月经量多,带下色黄质稠腥臭,外阴瘙痒。次症表现为口甜粘腻,胸脘痞闷,呕恶,纳差,便溏不爽,或身热不扬,或小便短赤。舌苔黄腻,脉濡数。辨证要点:必须具备一项主症和两项次症及脉舌。

本法常用于对痛经、经早、月经量多、经行发热,黄带,阴痒等病的辨证。

(五)辨胞宫阴虚血燥证

辨胞宫阴虚血燥证是指对素体阴虚,或失血伤阴,或久病耗血,或过食辛辣灼伤津血,以致胞宫燥涩干涸所表现证候的辨证方法。

胞宫阴虚血燥证,又称为胞宫阴虚证、胞宫血燥证。诊断依据:主症表现为闭经,或月经量少而质稠,或阴道干涩。次症表现为五心烦热,午后低热,骨蒸劳热,颧红盗汗。舌红少苔少津,脉细数。辨证要点:一项主症兼见两项次症及脉舌。

本证可以用于闭经、经少、老年性阴道炎等病的辨证。

(六)辨胞宫气滞血瘀证

辨胞宫气滞血瘀证指对七情内伤,肝气郁结,或因经、产之时,胞宫正开,感受风冷寒邪,或内伤寒凉生冷;或因热邪煎熬成瘀。气滞则血瘀,血瘀必气滞,二者瘀阻胞宫之证的辨证方法。

胞宫气滞血瘀证,又叫气滞血瘀胞宫证。诊断依据:主症表现为痛经、闭经、经迟、癥瘕,不孕等。次症表现为月经数月不行,精神抑郁,胸胁胀满,少腹胀痛,或刺痛拒按,或产后腹痛、恶露不绝;或产后发热,舌质黯或有瘀斑。舌苔白润,脉弦或涩。辨证要点:一项主症兼见二、三项次症及脉舌。

本证常用于对痛经、闭经、经迟、癥瘕、不孕症、产后发热等病的辨证。

(七)辨胞热内盛证

辨胞热内盛证指对素体阳盛,或嗜食辛辣,或肝郁化火,热伏冲任,滞留于胞宫所表现证候的辨证方法。

胞热内盛证又叫胞宫热盛证、热壅胞宫证、热阻胞宫证。诊断依据:主症表现为经行发热,月经先期,或月经过多,经量多色红质稠,或经间期出血;或崩漏,或经行吐衄等。次症状表现为面红目赤,口苦口干思饮,或小便短赤,大便干结,烦躁易怒。舌红苔黄,脉弦数。辨证要点:一项主症及二、三项兼症和典型脉舌。

本法常用于对经行发热、经早、月经过多、经间期出血、经行吐衄、崩漏等病的辨证。

(八)辨胎热证

辨胎热证指对孕妇素体阴虚阳盛,或孕后脏腑经络之血下注冲任以养胎元,致使母体阴虚阳盛,热伏冲任,胎气有热所表现证候的一种辨证方法。

胎热证又称热损胎元证,临证以胎动不安,胎漏下血为特征。诊断依据:主症表现为妊娠后阴道不时下血,或为胎漏,或为躁动不安,或为滑胎,或为堕胎,心烦不安,口干舌燥。次症表现为淋漓下血,血色鲜红,腰腹坠胀作痛,便结溲赤,手足心发热,喜冷饮。舌红苔少或苔黄而干,脉滑数。辨证要点:具备主症加典型舌脉。多有素体阳盛,

嗜食辛辣，过服助阳之品或性情急躁易怒病史，常见于妊娠早期。

本法常用于胎动不安、滑胎、胎漏、半产等病的辨证。应与胎寒证、肾气不固证、外伤扰动胎气等证相鉴别。

（九）辨胎寒证

辨胎寒证指对孕妇素体阳虚或感受寒邪，阴寒内盛，胎失温养所表现证候的一种辨证方法。

胎寒证又称胎失温养证。诊断依据：主症表现为妊娠胎动不安或胎痿不长，或堕胎，或为小产，或为半产，或为滑胎，腰腹冷痛。次症表现为吞酸吐酸，或恶心呕吐，腹胀，泄泻。舌苔薄白，脉象沉迟。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。常见于素体阳虚之妇女。

本法常用于对胎动不安、妊娠胎痿、堕胎、小产、半产、滑胎等病的辨证。应与肾气虚证、妊娠寒中少阴证等相鉴别。

（十）辨产后败血上冲证

辨产后败血上冲证指对产后恶血当下不下，反逆而上冲脏腑所表现证候的一种辨证方法。

产后败血上冲证根据恶血上冲部位的不同，通常又分为冲心、冲肺、冲胃，合称产后三冲证，为妇人新产最险证候。诊断要点：主症表现为产后恶露停滞不下，或下之甚少，胸闷烦躁，或神志错乱，谵语，癫狂，或发昏晕，或面赤气急，或咳逆鼻衄，或闷绝呕逆，腹满胀痛，或呕恶不食。次症表现为产后恶露下之不爽，色黯紫，小腹疼痛拒按，或神昏口噤，两手握拳，牙关紧闭，面色紫黯。舌质紫黯，脉弦细或细涩。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。

本法常用于对产后败血冲心、产后妄言妄见、产后狂言谵语、产后血晕、产后心痛、产后恶血冲肺、产后败血冲胃、产后败血入脾、产后呕吐、产后腹胀、产后发哕、产后呕逆不食等病的辨证。应与产后气血暴虚证、产后胃寒证、产后血虚气极证相鉴别。

第十节　儿科常见证候辨证方法

小儿具有脏腑娇嫩，形气未充；生机蓬勃，发育迅速；发病容易，

传变迅速；脏气清灵，易趋康复；脏腑柔嫩，易虚易实的特点，临证时应根据这些特点进行辨证，即是小儿证候的辨证方法。

小儿寒暖不能自调，饮食不知自节，一旦调护不周，则外易为六淫所侵，内易为饮食所伤，因此外感时邪和肺、脾胃病证为多见。

小儿脏腑稚嫩，邪气极易鸱张，故患病容易出现高热惊风等证。

小儿患病之后，变化迅速，具体表现在疾病的寒热虚实容易相互转化或同时并见。也很容易出现液脱伤阴，甚或阴竭阳脱的危候。对儿科常见病的辨证除运用一般辨证方法外，还应运用下述的一些常见证候的辨证方法和一些小儿特有证的辨证方法。

一、痰热咳嗽证辨证法

痰热咳嗽证的辨证，是指对痰热交阻于肺，肺失宣降所表现证候的一种辨证方法。

痰热咳嗽证多由肝热，或心火素盛，炼液成痰，痰热逆乘于肺；或外感之邪入里化火，灼津成痰。临床以咳嗽，痰多而黄为特征。诊断依据：主症为咳嗽、痰多粘稠而黄。次症表现为发热面赤，唇赤目红；口苦口干作渴，烦躁不宁；小便短赤，大便干燥。舌红苔黄腻，脉滑数。辨证要点：必须具备主症和次症中任意一项和典型脉舌。

本法常用于对咳嗽、哮喘病的辨证，应用中要注意与风热犯肺证、热邪壅肺证、肝火犯肺证相鉴别。

二、风寒闭肺证辨证法

风寒闭肺证的辨证方法，是指对风寒之邪束闭肺卫，肺气失宣，呛咳气急证候的辨证方法。

本证为风寒外袭所得。诊断依据：主症为咳喘气急，发热无汗。次症为恶寒不渴，痰白而稀。舌苔薄白或白腻，脉浮紧。指纹色青，多在风关。辨证要点：必须具备主症和一项次症。

本法常用于对小儿肺炎咳嗽、小儿肺炎气喘病的辨证。应用中要注意与风寒束肺、寒邪犯肺、风寒束表证相鉴别。

三、风热闭肺证辨证法

风热闭肺证的辨证，是指对风热之邪犯肺，致使肺气郁闭而失于宣发所表现证候的辨证方法。

本证多为春季或春夏之交，触犯风热邪气所得。诊断依据：主症为咳嗽气喘、发热恶风。次症为微有汗出，口渴痰多，咽部红肿；高热不退，口燥烦渴。舌苔薄白微黄，脉象浮数，辨证要点：必须具备主症和一两项次症。

本法常用于对小儿肺炎所致的咳嗽、哮喘病的辨证，应用时要与风热束肺证、热邪壅肺证相鉴别。

四、心脾积热证辨证法

心脾积热证的辨证，是指对邪热蕴积心脾而致小儿口腔、舌面满布白屑病候的辨证方法。

本证多为婴儿胎热内盛，或感受秽毒之邪，或久病余热未尽，蕴积于心脾，熏灼口腔所致。诊断依据：主症为口腔舌面满布白屑，面红唇赤。次症为烦躁不宁，哭闹躁扰，口干或渴，大便干结，小便短赤。舌红脉滑。辨证要点：必须具备主症和一两项次症。

本法常用于对小儿鹅口疮、口疮、夜啼病的辨证。应用时当与虚火上浮证、脾胃积热证相鉴别。

五、虚火上浮证辨证法

虚火上浮证的辨证，是指对阴虚阳亢、虚火上浮所致小儿口舌散布白屑病候的辨证方法。

本证多因小儿先天禀赋不足，或后天乳食调养不当，或久病久泻，脾肾阴液受亏，虚火上浮，熏灼于口腔而发。诊断依据：主症为口舌散见白屑，周围红晕不著。次症为口舌糜烂，形体瘦弱，面白颧红，口干不渴。舌嫩红脉细。辨证要点：必须具备主症和一两项次症。

本法常用于对小儿鹅口疮、口疮病的辨证。应用本法时应与心脾积热证、脾胃积热证相鉴别。

六、脾胃积热证辨证法

脾胃积热证的辨证，是指对脾胃邪热蕴结而致口颊、舌边、上腭、齿龈发生溃疡病候的辨证方法。

本证多因小儿外感邪热，或饮食积滞化热，热蕴脾胃，灼熏于口而成。诊断依据：主症为口腔溃疡，周围红赤。次症为疼痛拒食，烦躁啼哭，口臭涎多，小便短赤，大便干结，面赤，舌红苔黄，脉滑数。辨证要点：必须具备主症及一两项次症。

本法常用于对口疮、鹅口疮的辨证，应用时应与心脾积热证、心火上炎证、虚火上浮证相鉴别。

七、惊恐呕吐证辨证法

惊恐呕吐证的辨证，是指对小儿因突受惊吓而致以呕吐为主症的证候的辨证方法。

本证是因跌仆惊吓而致，因小儿形气未充，神气尚未充健，故在突受惊吓之后，心神散乱，胆气不宁而横犯于胃，胃失和降而成本证。诊断依据：主症为突受惊吓，呕吐。次症为吐清涎或吐乳食，面色忽青忽白，烦乱哭闹，睡卧不宁。辨证要点：具备主症或主症兼见一项次症。

本法常用于对小儿呕吐、惊风、腹泻等病的辨证。应与肝气犯胃证、胃寒证相鉴别。

八、腹部中寒证辨证法

腹部中寒证的辨证，是指对小儿护理不当，腹部为风冷寒气所侵，或过食生冷而突发腹痛病候的辨证方法。

本证多因腹部为风冷寒气所侵，或恣食生冷之品，寒伤中阳，致使经络不通，气血壅塞所致。诊断依据：主症为腹部冷痛，得温则减。次症为面色苍白，痛甚则冷汗出；唇边青紫，肢冷；呕吐，腹泻，小便清长，舌苔多白滑。辨证要点：必须具备主症和一两项次症。

本法常用于对小儿腹痛、小儿呕吐、小儿腹泻等病的辨证。临证

时应当与脾胃虚寒证、脾肾阳虚证、胃寒证、肝气犯胃证相鉴别。

九、脏腑虚冷证辨证法

脏腑虚冷证的辨证，是指对中阳不足，脏腑虚冷所致腹痛病候的辨证方法。

本证常因素体阳虚，或病后体弱，脏腑虚冷，中阳不足，脾运失健而致。诊断依据：主症为腹痛绵绵，喜温喜按。次症为时作时止，得食缓解，面色㿠白，精神倦怠，四肢清冷，大便稀溏，纳食减少，食后作胀。舌淡苔白。辨证要点：必须具备主症和一两项次症。

本法常用于对小儿腹痛、呕吐、腹泻等病的辨证，临证应用时应与腹部中寒证相鉴别。

十、脾虚夹积证辨证法

脾虚夹积证的辨证，是指对脾虚失运，又有乳食积滞于中焦所致证候的辨证方法。

本证多为小儿脾胃素虚，失于纳运，复因乳食喂养不当，停蓄不消而成的虚实夹杂证。诊断依据：主症为面色萎黄，困倦无力，呕吐酸馊乳食。次症为不思乳食，食后饱胀，夜睡不安，腹满喜按，大便溏薄酸臭。舌唇色淡，舌苔白腻，脉沉细而滑，指纹青淡。辨证要点：必须具备主症和二三项次症。

本法常用于对小儿积滞、呕吐、腹痛、腹泻病的辨证。应用时应与食滞胃脘证、脾运失健证相鉴别。

十一、疳证辨证法

疳证的辨证是指对由于喂养不当，或因多种疾病的影响，使脾胃受损，气液耗伤而导致全身虚羸，面黄发枯的病候的辨证方法。

（一）辨疳气证

辨疳气证是指对脾胃受损，气液耗伤而致全身虚弱羸瘦，面黄发枯病候的辨证方法。

本证多由乳食不节，杂食乱投，饥饱失常，损伤脾胃引起。诊断依

据：主症为消瘦，面色萎黄，食欲不振。次症为毛发稀少，精神欠佳，烦躁不安，大便溏薄，或大便干燥。舌苔薄或微黄。辨证要点：必须具备主症和一两项次症。

本法常用于对小儿疳证的辨证。应用时要注意与疳积证、干疳证相鉴别。

（二）辨疳积证

辨疳积证是指对脾胃受损，气液耗伤而致全身虚弱羸瘦，面黄发枯病候的辨证方法。

本证多为疳气证发展而成，症状也较疳气证明显。诊断依据：主症为明显消瘦，肚腹臌胀。次症为腹壁青筋暴露，面色萎黄无华，毛发稀黄如穗结，精神不振，烦躁易动，睡眠不宁，或伴有咬指磨牙，动作异常，食欲减退等。辨证要点：必须具备主症和二三项次症。

本法适应于小儿疳证的辨证，应用中须与疳气证、干疳证相鉴别。

（三）辨干疳证

辨干疳证的是指对小儿脾胃受损，气液耗伤而导致全身虚羸瘦

三项。

本法适应于疳证晚期合并眼疾者，临证时应与干疳证鉴别。

（五）辨心疳证

辨心疳证是指对疳证晚期，病变及心，导致心火失制而偏亢证候的辨证方法。

本证见之于疳证后期，因脾胃受损，阴液化生不足，虚火上扰，引动心火，致使心火内炽而成。诊断依据：主症为身热，面赤，口舌生疮，消瘦，纳差。次症为口烂糜腐堆积，秽臭难闻，五心烦热，毛发干枯，哭闹无力等。辨证要点：必须具备主症和二三项次症。

本法适用于疳证晚期兼有心火炽盛者，临证时应注意与干疳证鉴别。

（六）辨疳肿胀证

辨疳肿胀证是指对疳证晚期，病及脾肾阳气，阳虚水湿不化，泛溢肌肤之证的辨证方法。

本证是疳证日久，损及脾肾，脾阳虚则水湿不运，肾阳虚则阳不化水，水湿内停，泛溢肌肤而成疳肿胀证。诊断依据：主症是肚腹胀大，精神萎靡，纳食极度不振，浮肿。次症为尿少，全身或眼脸肿胀，大便稀溏，面色无华等。辨证要点：必须具备主症和次症二三项。

本法适应于疳证后期合并肿胀者。临证应当与阴水证鉴别。

十二、痰食惊风证辨证法

小儿痰食惊风证的辨证，是指对饮食不节，或误食污染毒物食品后所致抽搐昏迷病候的辨证方法。

本证主要是因饮食不节，暴饮暴食；或误食污染毒邪的食物，郁结肠胃，痰热内伏，壅塞不消，气机不利，郁而化火生风而成。诊断依据：主症为发热，神昏，痉厥。次症为纳呆，呕吐，腹痛便秘，腹胀息粗，喉间痰鸣。舌苔黄腻，脉弦滑。辨证要点：必须具备主症和二三项次症及典型脉舌。

本法主要用于惊风的辨证。临证时应当与外感惊风，湿热疫毒惊风、惊恐痉厥鉴别。

十三、惊恐痉厥证辨证法

小儿惊恐痉厥证的辨证，是指对暴受惊吓而致痉厥抽风证候的辨证方法。

本证是因暴受惊吓所致。小儿神气怯弱，元气未充，若闻见异物异声，或不慎跌仆，暴受惊恐，伤神损志，致使神志不宁，惊惕不安，甚则引动肝风而惊厥。诊断依据：主症为惊惕频作，甚则痉厥。次症为面色时青时赤，大便色青，脉象数乱。辨证要点：必须具备主症及一两项次症。

本法适应于小儿惊风病的辨证。临证时应注意与痰食惊风证、湿热疫毒证和外感惊风证相鉴别。

十四、土虚木亢证辨证法

小儿土虚木亢证的辨证，是指对因脾土不足，肝木反盛而乘之所致神疲，时有抽搐之候的辨证方法。

本证多因暴吐暴泻，久吐久泻久痢，或急惊风治疗不当，过用峻利之药，以及其他病误汗误下，戕伐脾胃，致使中阳受损，土虚而木盛致成。诊断依据：主症为形神疲惫，纳差便溏，时有抽搐。次症为面色萎黄，嗜睡露睛，肠鸣腹泻，四肢不温，或下肢轻度浮肿。舌淡苔白，脉沉弱。辨证要点：必须具备主症和二三项次症及脉舌。

十五、惊痫证辨证法

小儿惊痫证的辨证，是指对小儿因突受惊吓而致的发作性神志异常病候的一种辨证方法。

本证是因小儿素体神气怯弱，突然遭受意外惊吓，神气动荡不宁而成。诊断依据：主症为阵发性吐舌惊叫急啼。次症为面色时白时红时青，惊惕不安如人将捕之状。脉弦滑乍大乍小，舌苔薄白。辨证要点：必须具备主症和一两项次症。

本法适用于小儿痫病的辨证。临证时应与惊风证、痰痫证相鉴

另

十六、瘀血痫证辨证法

小儿瘀血痫证的辨证，是指对外伤所致发作性昏仆、抽搐病候的辨证方法。

本证常因难产手术，或惊恐跌仆，脑部损伤，血络受损，血气外溢，瘀血滞留，元神受伤失守所致。诊断依据：主症为有外伤及产伤史，眩晕昏仆，抽搐。次症为大便干结，形体消瘦，肌肤枯燥色紫，面色泛青。舌红少津，脉细涩。辨证要点：必须具备主症及一两项次症。

本法用于小儿或成人痫病的辨证，应用时应与惊痫、风痫、痰痫等证相鉴别。

十七、邪陷心肝证辨证法

小儿邪陷心肝证的辨证，是指对小儿水肿病之热毒犯肝扰心所致病候的辨证方法。

本证是小儿水肿病之变证，常因外感风邪，内蕴热毒，邪热伤耗肝阴，动风扰心所致。诊断依据：主症为水肿，头晕，烦燥。次症为眩晕，视物模糊，抽搐，昏迷。舌红苔黄，脉弦数。辨证要点：必须具备主症及二三项次症。

本法适用于小儿水肿后期的辨证。应与痫病、惊风等病证相鉴别。

十八、水毒内闭证辨证法

小儿水毒内闭证的辨证，是指对小儿水肿病中因三焦气机失常，水毒内闭，而致全身高度浮肿所致证候的辨证方法。

本证属水肿病之变证、重危证。多由肾虚开合不利，湿浊壅闭三焦，气机升降失常，水毒内闭所致。诊断依据：主症为全身浮肿，尿少或尿闭。次症为头晕头痛，恶心呕吐，昏迷。舌苔腻，脉弦。辨证要点：必须具备主症和一两项次症及典型脉舌。

本法适应于小儿水肿病后期的辨证。临证时应与脾肾两虚证、水气上凌心肺证鉴别。

十九、麻毒证候辨证法

小儿麻毒证候的辨证，是指对麻毒外袭，表现以身热、咳嗽、全身布满红疹为特征的病证的辨证方法。

（一）辨麻毒闭肺证

辨麻毒闭肺证是对小儿麻毒炽盛，闭郁于肺所致证候的辨证方法。

本证是麻疹病最常见的逆证之一，多由护理不当，肺卫失宣，疹毒不得透发，郁闭于肺而成。诊断依据：主症为疹点不多，高热，咳喘。次症为疹见早回，疹点密集色紫，鼻翼煽动，口渴烦躁。苔黄舌红而干。辨证要点：必须具备主症和一两项次症及舌象。

本法适用于小儿麻疹逆证辨证，应与麻疹邪陷心肝证鉴别。

（二）辨麻疹热毒攻喉证

辨麻疹热毒攻喉证是指对麻毒炽盛，上攻咽喉所致证候的辨证方法。

本证是麻疹的逆证之一，由麻毒炽盛，循经上攻咽嗌而成。诊断依据：主症为咽喉肿痛。次症为疹点密布，或疹点出齐后渐回，声音嘶哑，咳嗽声重。舌红苔黄。辨证要点：必须具备主症和一两项次症及舌象。

本法常用于麻疹见疹期或疹回期伴见咽喉肿痛证的辨证。临证时应与外感风热证相鉴别。

（三）辨麻疹邪陷心肝证

辨麻疹邪陷心肝证，是指对麻疹毒热炽盛，内陷心包，出现神昏抽搐病候的辨证方法。

本证是麻疹病的险候之一。多发生于麻疹见疹期，是由于麻毒太盛，热陷心包，并引动肝风而成。诊断依据：主症为高热，烦躁，皮疹密集成片。次症为谵语，疹色紫红，鼻煽，神昏，抽搐。舌红绛而干。辨证要点：必须具备主症和次症二三项及舌象。

本法适用于麻疹见疹期之逆证的辨证，临证应与惊风、麻毒闭肺及风痧邪热炽盛等鉴别。

二十、丹痧毒在气营证辨证法

小儿丹痧毒在气营证的辨证，是指对小儿丹痧毒在气营，毒邪外泄，透发丹痧证候的辨证方法。

本证是丹痧疫毒从口鼻而入，咽喉肿痛溃烂、全身满布猩红皮疹之极期。由于疫毒壅遏气营，故有邪盛也有营阴被伤之象。诊断依据：主症为壮热，咽喉肿痛溃烂，皮疹密布全身，色如涂丹。次症为面赤，口渴，神昏，抽搐。舌红苔黄燥，脉数有力。辨证要点：必须具备主症和一两项次症及脉舌。

本法适用于丹痧极期辨证，应与白喉、麻疹热毒攻喉证鉴别。

二十一、白喉证候辨证法

白喉是小儿感染疫毒所引起的急性呼吸道传染病证，此处介绍其常见的证候辨证方法。

（一）辨风热疫毒证

辨风热疫毒证，是指对白喉初起，邪犯肺卫之证的辨证方法。

本证是感染疫毒，侵犯肺卫，并熏灼咽喉所致之证。诊断依据：主症为咽喉肿痛有点状假膜，恶寒发热。次症为头痛，有汗或无汗，吞咽困难。舌红苔薄白，脉浮数。辨证要点：必须具备主症及二三项次症和脉舌。

本法适用于白喉初期的辨证，应与丹痧初期、风热外感等证相鉴别。

（二）辨白喉阴虚燥热证

辨白喉阴虚燥热证，是指对白喉疫毒侵及咽喉，灼伤肺胃之阴所致证候的辨证方法。

本证多因平素阴液不足，或因气候干燥，故感染疫毒之邪化火灼阴。诊断依据：主症为咽喉红肿干痛，有假膜。次症为口咽干燥，发热，口臭，咳呈犬吠样，喉中假膜侵及上腭。舌红苔黄而干，脉细数。辨证要点：必须具备主症及二三项次症和脉舌。

本法适用于白喉见阴虚时的辨证。应与风热疫毒等证相鉴别。

(三)辨白喉疫毒攻喉证

辨白喉疫毒攻喉证,是指对白喉疫毒化火,蕴结肺胃,攻窜咽喉,邪毒凝聚之证的辨证方法。

本证是白喉病之重危证,多为疫毒化火,毒气攻冲聚结在喉而成。诊断依据:主症为咽痛剧烈,假膜延及部位广泛,身热,次症为颈部肿痛,声音嘶哑,咳声如犬吠样,呼吸气促,烦躁不安,喉间痰鸣,唇面青紫。舌绛苔黄燥,脉滑数。辨证要点:必须具备主症及二三项次症和脉舌。

本法主要用于白喉极期的辨证。临证时应与白喉阴虚燥热证,丹痧毒在气营证相鉴别。

二十二、小儿麻痹病证辨证方法

小儿麻痹是邪毒所犯,初起发热、咳嗽、咽红、身痛,继则肢体痿软、肢残为主要临床表现的病证。常见证的辨证方法有:

(一)辨小儿麻痹邪郁肺胃证

辨小儿麻痹邪郁肺胃证,是指对小儿麻痹初期,疫毒外邪侵犯肺胃,证情轻浅者的辨证方法。

本证是疫毒外邪夹湿热侵犯肺胃阶段。诊断依据:主症为发热,咽红咽痛。次症为有汗,咳嗽流涕,全身不适,头痛,呕吐腹痛泻泄,精神不振,或烦躁。辨证要点:必须具备主症和三四项次症。

本法适用于小儿麻痹初期的辨证,临证时应与风热感冒、风热犯肺和其他疫毒感染初期证候相区别。

(二)辨小儿麻痹邪注经络证

辨小儿麻痹邪注经络证,是指对小儿麻痹发病 3—4 天疫毒流注经络,涉及四肢百骸之证的辨证方法。

本证多在肺胃症状消失的 3—4 天后,疫毒流注经络,波及四肢百骸而成。诊断依据:主症为发热,肢体疼痛,转侧不灵。次症为哭闹不安,一侧或一肢、两肢瘫痪,口眼歪斜。辨证要点:必须具备主症和一两项次症。

本法适应于小儿麻痹瘫痪发生期的辨证。此期辨证准确,治疗及

时得当，便可减轻或免除后遗症的发生。

（三）辨小儿麻痹气虚血瘀证

辨小儿麻痹气虚血瘀证，是指对小儿麻痹病程6个月以上有气虚血瘀之候的辨证方法。

本证是小儿麻痹热退，肢体麻痹，病程逾6个月以上者。诊断依据：主症为肢体痿软无力。次症为面色萎黄，易出汗。其他症状不显。辨证要点：必须具备主症和一项次症。

本法适应于小儿麻痹已经瘫痪，诸症不显著者，临证应与小儿麻痹肝肾亏损证鉴别。

（四）辨小儿麻痹肝肾亏损证

辨小儿麻痹肝肾亏损证，是指小儿麻痹出现瘫痪，并有肝肾亏损见症时的辨证方法。

本证以长期瘫痪，病及肝肾，致使肝阴不足、肾阳不振为主要病理。诊断依据：主症为患肢肌肉明显萎缩、畸型。次症为患侧肢体短小而细，畸形，脊柱歪斜凸出。辨证要点：必须具备主症及一两项次症。

本法主要针对小儿麻痹顽固后遗症的辨证。

二十三、疫毒痢病证辨证法

疫毒痢的辨证，是对以发病突然，发热，抽风，昏迷为主症的急性病证的辨证方法。

（一）辨疫痢毒邪内闭证

辨疫痢毒邪内闭证，是指对外感湿热疠气，内蕴肠胃，迫犯心肝所致病证的辨证方法。

本证是暑邪湿热疠气所伤，内蕴肠胃，化火动风，内迫心肝所致。诊断依据：主症为突然高热，恶心呕吐，烦躁谵妄。次症为反复惊厥，神志昏迷，痢下脓血（或肛门内指检有粘液），小便黄赤。舌红苔黄燥灰黑，脉数有力。辨证要点：必须具备主症及二三项次症和脉舌。

本法主要适应于疫痢病的辨证，临证应与其他小儿常见的疫毒之气所伤证候相鉴别。

(二)辨疫痢内闭外脱证

辨疫痢内闭外脱证,是指对邪盛正虚之疫痢证的辨证方法。

本证多发于邪盛正虚或素体内亏,或湿热痢疾损伤正气者,皆为正不胜邪,导致正气内溃、阳气外脱之候。诊断依据:主症为突然面色青黑,四肢厥冷。次症为汗出肌肤不温,皮肤见有花纹,口唇紫绀,呕吐咖啡样血液,呼吸浅促,目无光彩,神志不清等。辨证要点:必须具备主症及三四项次症。

本法适应于疫毒痢的重危证候。临证应与疫痢毒邪内闭证相鉴别。

二十四、赤游丹毒辨证法

赤游丹毒的辨证,是指对多发于婴幼儿所患的皮色赤如涂丹,形如云片,局部燠热灼痛,继发小水泡的风火热毒证候的辨证方法。

(一)辨赤游丹邪风火热毒证

辨赤游丹邪风火热毒证,是指对因感受风热邪毒所致肌肤色赤如丹,成片游走不定证候的辨证方法。

本证是由于风热邪毒侵袭,入脉搏血,外发肌表而成。诊断依据:主症为皮肤局部红肿燠热,发热恶风。次症为局部燠热肿痛,游走不定,烦躁啼闹。舌红苔薄黄。辨证要点:必须具备主症和一两项次症。

本法主要适应用于赤游丹兼有表证之辨证。

(二)辨赤游丹邪毒入营证

辨赤游丹邪毒入营证,是指对热毒内盛,陷入营血,心神受扰之证的辨证方法。

本证是因风热邪毒较盛,内陷营血,犯扰心神所致。多由局部皮肤破损,脐部疾患、臀部外阴湿疹、虫咬等护理不善,又为外风邪毒所犯而致。诊断依据:主症为患部皮肤燠赤疼痛,高热,心烦。次症为唇燥口干,神昏,抽搐。舌绛苔黄而干。辨证要点:必须具备主症和一两项次症。

本法用于赤游丹病之重证的辨证。应与风火热毒证鉴别。

第十一节　眼科病证辨证方法

一、眼科六经辨证法

眼科六经病的辨证，是陈达夫教授将《伤寒论》的六经辨证体系移植应用于中医眼科而创立的一种眼科辨证方法。陈氏于1978年著《中医眼科六经法要》一书，全面阐述了这一方法，此法突破了历代中医眼科医家和有关医籍以症命名疾病的传统格局，用六经辨证归类命名和诊治一切眼科疾病，主要根据太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴六经所系脏腑的病理变化引起之眼疾，以及六经经络循环途径所出现的病变等来进行辨证，辨证基础为脏腑经络学说。

眼科六经辨证的基本方法为：①从眼发病的部位与六经循行的关系来归经，如目内眦属足太阳膀胱经，目外眦属足少阳胆经，眼眶属足阳明胃经；②从传统的眼五轮八廓所属脏腑来归经，如白睛部位系气轮，属肺主表，其病多属太阳表证；胞睑部位为肉轮，属脾胃，其病多属阳明热证等；③从眼病所出现的症状与脏腑经络的关系归经，如突然发病，白睛红赤，沙涩痒痛，伴汗出恶风、头项痛、脉浮等，为太阳伤风证；胞睑红肿，白睛红赤，泪热如汤，羞明疼痛，伴前额疼痛，口渴欲饮，苔黄脉洪等属阳明经证；④根据五脏主五色的的理论，从自觉异色辨证归经；⑤根据《伤寒论》之病理方药辨证。此法常与八纲辨证、脏腑辨证、五轮八廓辨证、卫气营血辨证等方法结合应用。一般来讲，三阳眼病多见于外障，三阴眼病多见于内障。

（一）辨太阳目病证

指病位于白睛的眼病。

1. 目病太阳伤风证

此证以突发眼病，白睛红赤，沙涩痒痛，或黑睛出现星翳，兼见恶风汗出，头项痛，脉浮等症为辨证依据。

2. 目病太阳伤寒证

此证以突然发病，白睛血丝淡红，无眵，畏光，涕泪频流，可兼有恶寒无汗，头项强痛，脉浮紧等症为要点。

（二）辨阳明目病证

因太阳目病未愈，邪传阳明，或风邪直入阳明化热而成此证。病位多在胞睑、眼眶、白睛等。

1. 目病阳明经证

此证胞睑红肿，白睛红赤，色红而紫，眵黄干结，泪热，羞明疼痛。可兼前额痛，口渴欲饮，舌红苔黄，脉数有力。

2. 目病阳明腑证

此证胞睑红肿而硬，白睛红赤紫暗，眼珠突出，眼眶疼痛。可兼大便干结，苔黄少津，脉数有力。

（三）辨少阳目病证

指病邪客于少阳所致的目疾之证。病位以黄仁、神水为主。

1. 目病少阳表证

此证以白睛抱轮红赤，畏光，眼珠胀痛。可兼太阳穴痛，口苦咽干，胁胀痛，苔薄黄，脉弦等为证候特点。

2. 目病少阳里证

此证以白睛抱轮赤甚，或白睛混浊，神水浊，黄仁肿胀变色，或风轮内不明洁，或黄液上冲，或瞳神干缺，眼痛羞明，目力下降。可兼两额角痛，口苦咽干，大便干结，舌红苔黄，脉弦数为证候特点。

（四）辨太阴目病证

此证为邪客太阴所致的目病证候。病位可在胞睑、白睛、眼底等处。

1. 目病太阴表证

此证胞睑红肿而硬，白睛红赤肿胀，梗痛羞明，热泪如汤，眵多黄稠。可兼涕稠而黄，舌红苔白，脉浮数等特点。

2. 目病太阴里实证

此证胞睑红硬、干烂，或黄斑区充血水肿，目力下降。可兼口干便干，尿黄，苔黄而干，脉数有力等特点。

3. **目病太阴里虚证**

此证胞睑浮肿软弛，或湿烂色白，流泪湿痒，或胞睑虚肿如球，或黄斑区弥漫性水肿，神物变小，视直为曲。可兼头重如裹，腹满食少，便溏，四肢不温，舌淡苔薄白，脉缓等。

（五）辨少阴目病证

此证为邪客少阴所致的目病证候。病位在内外眦、瞳神、睛珠、眼底等。

1. **目病少阴里虚证**

此证以外眼无异常，视物模糊，眼前黑花飞舞，圆翳内障，或睛珠混浊，瞳神散大。眼底可见视神经乳头苍白，视网膜上有陈旧病灶或退行性变。可兼头晕耳鸣，腰膝痠软，乏力等为特点。

2. **目病少阴里虚火旺**

此证两眦红赤不甚，痛如针刺，或视物昏花，如蚊蝇飞舞，或瞳神缩小。眼底可见视网膜出血。可兼咽干痛，烦躁不眠，头痛，舌红少苔，脉弦细而数。

（六）辨厥阴目病证

此为邪客厥阴所致之证。病位以黑睛、瞳神、眼底为主。

1. **目病厥阴实热证**

此证以黑睛外伤或溃烂，及一切黑睛生翳。可兼头顶痛，眼胀痛，口干苦，舌红苔薄，脉弦数等为特点。

2. **目病厥阴里虚证**

此证以妇女经前眼痛，涩痒，或黑睛生翳，口酸涩，头顶痛，脉细为特征。

二、眼科五轮辨证

是以五轮的理论分析眼病的辨证方法。

（一）辨肉轮病证

指对邪犯肉轮所致病变的辨证方法。

1. **辨肉轮湿热证**

指对湿热内蕴，浸淫目窍，滞留于肉轮脉络所表现证候的一种辨

证方法。

肉轮湿热证又称胞睑湿热证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为眼睑红赤肿胀，燎热疼痛或胞睑赤烂，或胞睑内生粟疮，眵泪胶粘。次症表现为睑弦赤烂，痛痒并作，睫毛成束或倒睫、秃睫，口苦咽干，纳食不佳，小便黄赤，大便干燥。舌红苔黄腻，脉滑数。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病情缠绵之特点。

本法常用于对针眼、睑弦赤烂、粟疮、胞生痰核等病的辨证。应与肉轮风热证等相鉴别。

2. 辨肉轮风热证

指对风热之邪客于胞睑所表现证候的一种辨证方法。

肉轮风热证又称胞睑风热证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为胞睑振跳或赤肿，痒痛，流泪。次症表现为睑弦部见麦粒状小肿，睑内微红，生椒疮，睑内丘疹如粟，睑弦红赤，干燥，起鳞屑皮痂，口渴咽干，头晕目眩，目赤涩痛，发热恶风。舌红苔薄白或黄，脉浮数。辨证要点：必须具备主症加两项次症及典型舌脉。多有不洁物揉眼的不良卫生习惯。

本法常用于对胞睑振跳、风牵出睑、眼丹、眼睑湿疹等病的辨证，应与肉轮湿热证相鉴别。

3. 辨肉轮血瘀证

指对脏腑积热，熏于肉轮，阻滞脉络所表现证候的一种辨证方法。

肉轮血瘀证又称肉轮热阻血瘀证、胞睑血瘀证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为胞肉内面瘀血紫胀，生红肉颗粒如椒粒、鱼子，沙涩磨痛。次症表现为羞明流泪，胞睑肿胀，视物模糊，口苦咽干，头痛，脱发、健忘。舌质瘀暗，苔黄，脉弦或细涩。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对椒疮、鱼子石榴、鸡冠蚬肉等病的辨证。应与肉轮湿热证相鉴别。

4. 辨肉轮气虚证

指对脾胃虚弱，运化失职，中气不足，胞睑开合失司，水湿上泛所表现证候的一种辨证方法。

肉轮气虚证又称胞睑气虚证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为胞睑虚浮、沉重、开启无力，甚则不能升举。次症表现为面色萎黄，神疲乏力，气短懒言，纳呆便溏。舌淡苔白，脉细弱。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对上睑下垂、胞虚如球、针眼等病的辨证。应与肉轮湿热证相鉴别。

（二）辨气轮病证

指对邪犯气轮所致病症的辨证方法。

1. 辨气轮风热证

指对风热邪毒上淫目窍，致白睛气血壅滞所表现证候的一种辨证方法。

气轮风热证又称白睛风热证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为白睛红赤，灼热眵多，羞明流泪，刺痒紧涩，甚则胞睑肿胀。次症表现为白睛下溢血成片，易传染流行，或胞睑内生颗粒，或白睛赤丝细脉，干涩不爽，全身伴见头痛，鼻塞，恶寒发热等症。舌苔薄白或微黄，脉浮数。辨证要点：必须具备主症加典型舌脉。

本法常用于对暴风客热、天行赤眼、白涩、目痒等病的辨证。应与气轮湿热证、气轮热盛血瘀证等相鉴别。

2. 辨气轮湿热证

指对脾虚不能运湿，湿邪内蕴化热，湿热上凌气轮所表现证候的一种辨证方法。

气轮湿热证又称白睛湿热证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为白睛污黄，眦角有白色泡沫状分泌物，拭之复生。次症表现为白睛淡赤，干涩隐痛，或白睛上生半透明的白色小泡样隆起，状若小管或串球，或白睛金黄，血络变粗。全身见口干咽燥，口粘口臭，小便黄赤等症。舌红苔黄或黄腻，脉濡数或滑数。辨证要点：必须具备

主症和一项次症加典型舌脉及全身症状。

本法常用于对气壅如痰、目生管珠、睛黄视渺等病的辨证。应与气轮风热证、肉轮湿热证相鉴别。

3. 辨气轮热盛血瘀证

指对热客肺经，气机郁遏，气血滞留气轮所表现证候的一种辨证方法。

气轮热盛血瘀证又称气轮热阻血瘀证、白睛热盛血瘀证，为眼科常见证候之一。诊断诊据：主症表现为白睛赤脉纵横，粗细不等，疏密不匀，甚则虬蟠旋曲，或血溢于白睛的结膜之下，日久变蓝，或白珠红赤紫胀。次症表现为涩痒刺痛，羞明流泪，口渴，咽干，便秘，尿赤。舌红苔黄，脉弦数。辨证要点：必须具备主症和四项次症及典型舌脉。具有反复发作，经久不愈的病史。

本法常用于对赤丝虬脉、瘀血灌睛、白睛溢血、金疳、火疳、白睛青蓝等病的辨证。应与气轮湿热证相鉴别。

（三）辨血轮病证

是指对邪袭血轮所致证候的辨证方法。

1. 辨血轮实热证

指对心经实火，炎灼目窍，血轮受病所表现证候的一种辨证方法。

血轮实热证又称血轮实火证、眦部实热证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为大小眦部红赤肿胀疼痛，或从眦部生出赤脉，贯经白睛而向黑睛，磨涩不舒。或大眦部生出胬肉，赤脉集布，横贯白睛，攀侵黑睛。次症表现为多泪多眵，头痛烦躁，口干咽燥，口舌糜烂，舌头碎痛，小便黄赤，灼热疼痛，大便秘结。舌尖红苔黄脉数。辨证要点：必须具备主症和一项次症及典型舌脉并心火亢盛的全身症状。

本法常用于对赤脉传睛、目赤、漏睛疮、胬肉攀睛等病的辨证。应与血轮虚热证相鉴别。

2. 辨血轮虚热证

指对心阴不足，心火内盛，上炎目窍眦部所表现证候的一种辨证

方法。

血轮虚热证又称眦部虚热证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为两眦隐隐淡红，生出赤脉贯向黑睛，刺痒紧涩，隐痛不舒。次症表现为虚烦不眠，烦热盗汗，口干咽燥，小便色黄。舌红少苔，脉细数。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对小眦赤脉传睛、目赤、胬肉攀睛等病的辨证。应与血轮实热证相鉴别。

（四）辨风轮病证

此指对邪伤风轮所致病证的辨证方法。

1. 辨风轮湿热证

指对体内湿热内蕴，随厥阴之脉上淫目系，蒸灼黑睛所表现证候的一种辨证方法。

风轮湿热证又称黑睛湿热证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为黑睛生翳，或如星点，或如花瓣，或如凝脂。次症表现为抱轮红赤，羞明流泪，目赤疼痛，视力下降。全身伴口苦咽干，胁痛腹胀，头重胸闷，纳呆便溏，口粘溲黄。舌苔黄腻，脉濡或弦滑。辨证要点：必须具备主症加两项次症及全身症状。具有反复发作、缠绵不愈之特点，多见于性情急躁易怒之人。

本法常用于对聚星障、花翳白陷、凝脂翳等病的辨证。应与风轮热毒证相鉴别。

2. 辨风轮热毒证

指对热毒之邪侵淫目窍，溃蚀风轮所表现证候的一种辨证方法。

风轮热毒证又称黑睛热毒证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为黑睛生翳，白睛混赤，热泪频流。次症表现为星翳溃深有凝脂之变，或向周围扩展串连，掩及瞳神，或黑睛溃陷，黄液上冲，变生蟹睛，瞳神紧小，或黑睛混浊，赤脉贯布，或黑睛赤豆突起，甚者风轮有破溃爆裂之忧，伴头目剧痛，胞睑肿胀，羞明流泪，身热，口渴喜饮，便秘尿赤。舌红苔黄，脉弦数或滑数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉及全身症状。

本法常用于对聚星障、花翳白陷、凝脂翳、混睛障、风轮赤豆、暴

赤生翳等病的辨证。应与风轮湿热证相鉴别。

(五)辨水轮病证

此指对邪伤水轮所表现证候的辨证方法。

1.辨水轮阴亏证

指对肾中真阴不足,不能濡养目窍瞳神所表现证候的一种辨证方法。

水轮阴亏证又称瞳神阴亏证,为眼科常见证候之一。诊断依据:主症表现为视物模糊,双目干涩昏花,起坐动辄眼前生花,瞳神散大。次症表现为晶珠混浊,视力缓慢下降,或眼前黑花飞舞,黑影渐渐增多,或视物变形,眼底水肿渗出,或眼底视神经苍白色,渐至失明,全身伴头晕耳鸣,腰膝疲软,神疲乏力。舌红少苔,脉细数。辨证要点:必须具备主症加次症之一及全身症状。具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对视瞻昏渺、瞳神散大、圆翳内障、云雾移睛目蒙、青盲等病的辨证。应与水轮气虚证相鉴别。

2.辨水轮气虚证

指对元气虚弱,无以升运头目,目窍失却濡养所表现证候的一种辨证方法。

水轮气虚证又称瞳神气虚证,为眼科常见证候之一。诊断依据:主症表现为视物昏渺,或视力疲劳,不耐久视。次症表现为视正物反觉歪斜,视物却非本色,或眼前有位置固定之点状、条形阴影,或眼前蚊蝇飞舞,眼底黄斑部见水肿、渗出灶,视力缓慢下降直至失明,或突然盲而不见,伴神疲倦怠乏力,面色萎黄,气短懒言,食少便溏。舌淡苔白,脉缓或细弱。辨证要点:必须具备主症和一项次症及全身症状,具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对视瞻昏渺、高风内障、云雾移睛、青盲、圆翳内障、暴盲、视正反斜、视物易色等病的辨证。应与水轮阴亏证、水轮气虚血少证、水轮气虚血瘀证等相鉴别。

3.辨水轮实热证

指对火热炽盛,炎蒸目窍所表现证候的一种辨证方法。

水轮实热证又称瞳神实热证,为眼科常见证候之一。诊断依据:

主症表现为眼前有黑影飘动，视物模糊或暴盲。次症表现为瞳神缩小，眼珠疼痛，胞轮红甚，神水混浊，黑睛后壁见脓液血液沉积；或眼珠突然有转动性牵引痛，目系充血、水肿、出血，全身见面赤口渴，心烦，大便秘结，小便黄赤，头痛耳鸣。舌红苔黄，脉弦数。辨证要点：必须具备主症和一项次症加典型舌脉及全身症状。

本法常用于对暴盲、瞳神紧小、云雾移睛、视正反斜等病的辨证。应与水轮头风痰火证相鉴别。

4. 辨水轮痰湿证

指对脾虚不能输布水湿，湿聚生痰，上凌目窍，病及水轮所表现证候的一种辨证方法。

水轮痰湿证又称瞳神痰湿证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为视物昏蒙，眼前黑影飘动，视物变形，甚则视力骤然丧失。次症表现为身重而软，倦怠喜卧，腹胀纳呆，便溏，胸膈满闷。舌苔浊腻，脉滑或缓滑。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对云雾移睛、暴盲、视瞻昏渺等病的辨证。应与水轮头风痰火证相鉴别。

5. 辨水轮头风痰火证

指对肝风与痰火相搏，上犯头目，病及水轮所表现证候的一种辨证方法。

水轮头风痰火证又称水轮肝风痰火证、瞳神肝风痰火证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为头目剧痛，眼胀欲脱，蜈视，眼压升高，瞳神散大，瞳色变绿，视力骤降，或瞳色微混如青水笼淡烟，视野缩窄，或骤然失明。次症表现为恶心呕吐，身热面赤，心烦心悸，眩晕，大便干结。舌红苔白或黄腻，脉弦数或弦滑数。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对青风内障、绿风内障、雷头风内障等病的辨证。应与水轮痰湿证、水轮实热证相鉴别。

6. 辨水轮气虚血瘀证

指对元气虚衰，气不摄血，或气不行血，致瘀血停滞于睛内，病及水轮所表现证候的一种辨证方法。

水轮气虚血瘀证又称瞳神气虚血瘀证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为视物模糊，视物变化，或突然盲而不见，眼底可见视网膜中央动脉或中央静脉瘀阻不通，或黄斑区有瘀血积滞，或血灌瞳神等。次症表现为神疲体倦，语声低微，体虚自汗，不耐久视。舌质紫暗或有瘀斑，脉虚无力。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有起病较缓、病程较长的特点。

本法常用于对暴盲、血灌瞳神、视直如曲等病的辨证。应与水轮气虚证、水轮气虚血少证相鉴别。

7. 辨水轮气虚血少证

指对气血俱虚，无以濡养目窍，病及水轮所表现证候的一种辨证方法。

水轮气虚血少证又称瞳神气虚血少证，为眼科常见证候之一。诊断依据：主症表现为视物模糊，视定物若有振动之感，或为颠倒错乱。次症表现为头晕目眩，面色苍白无华，神疲乏力，气短心悸。舌淡嫩，脉细弱。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对视瞻昏渺、视定若动、视物颠倒、暴盲、青盲等病的辨证。应与水轮气虚证、水轮气虚血瘀证、水轮阴亏证等相鉴别。

三、眼病脏腑辨证

眼病的脏腑辨证。是根据脏腑的生理、病理特点，对因脏腑失调而致的目病进行分析，辨明病位、性质和邪正斗争情况的一种辨证方法。

（一）辨花翳内陷，肝肺风热证

是指对花翳内陷，风热邪毒侵犯肝肺所致黑睛骤起白翳之证的辨证方法。

本证多因外感风热毒邪，肝肺火炽于内，内外相搏，攻冲风轮黑睛所致。诊断依据：主症表现为黑睛骤起白翳，状如花瓣。次症表现为患眼刺痛，眼胞肿胀羞明、红赤肿痛。舌红苔薄黄脉数。辨证要点：必须具备主症和一两项次症和脉象舌象。

本法主要适用于花翳内陷(类似于角膜溃疡病)的辨证,临证应与本病的热炽腑实证鉴别。

(二)辨花翳内陷,热炽腑实证

是指对花翳内陷,邪热入里,脏腑实热内结,腑实不通之证的辨证方法。

本证是风热毒邪侵犯肝肺未解,病邪深入,脏腑热炽,腑实燥结不通,邪无所泄,上攻于目,灼损风轮黑睛而成。诊断依据:主症表现为花翳内陷主症剧烈,黄液上冲,发热口渴、便秘。次症表现为胞睑红肿,泪热眵多,头目剧痛,尿黄。舌红苔黄厚而燥,脉数有力。辨证要点:必须具备主症和一两项次症及典型舌脉。

本法适应于花翳内陷(角膜溃疡)、凝脂翳等病的辨证。

(三)辨肝胆热炽,风火攻目证

是指对肝胆热盛,风火相煽,交攻于目所致绿风内障病的辨证方法。

本证是因肝胆热盛,热盛动风,风火交攻于目所致。诊断依据:主症表现为发病急骤,头痛如劈,眼珠胀痛欲脱,视力下降。次症表现为肉轮红赤或白睛混浊,瞳神散大内呈淡绿色,眼珠变硬甚至胀硬如石,恶心呕吐,恶寒发热,溲赤便结。舌红苔黄,脉弦数。辨证要点:必须具备主症及二三项次症和脉象舌象。

本法适应于绿风内障病和青风内障病的辨证。临证应与痰火动风,上阻清窍证;肝郁气滞,气火上逆证鉴别。

(四)辨痰火动风,上阻清窍证

是指对痰风火毒搏结,上壅于目所致的绿风内障病的辨证方法。

本证多因素有脾湿而化痰,肝郁日久而化火,痰因火动,火盛生风,痰火挟风流窜经络,攻冲于目所致。诊断依据:主症表现为发病急骤,头痛如劈,眼珠胀痛欲脱,视力骤降。次症表现为身热面赤,动辄眩晕,恶心呕吐,溲赤便干。舌红苔黄腻,脉滑数。辨证要点:必须具备主症及二三项次症和脉象舌象。

本法适用于绿风内障病的辨证,临证应与肝胆热炽,风火攻目证;肝郁气滞,气火上逆证相鉴别。

(五)辨肝郁气滞,气火上逆证

是指对因情志不遂,气郁化火,气火上逆所致证候的辨证方法。

本证多因患者平素情志不遂,肝失疏泄而使气机郁滞,气郁日久化火生热,气火上逆,犯扰清窍而成。诊断依据:主症表现为急性发作,头痛剧烈,眼珠胀痛欲脱,视力下降。次症表现为情志抑郁,善太息,胸闷嗳气,食少纳呆,呕吐泛恶,口苦。舌红苔黄,脉弦数。辨证要点:必须具备主症及二三项次症和脉象舌象。

本法适应于绿风内障病和青风内障病的辨证。临证时应与肝胆热炽,风火攻目证;痰火动风,上阻清窍证相鉴别。

(六)辨肝胃虚寒,饮邪上犯证

是指对肝胃阳虚受寒,素有痰饮内停,阴寒邪气挟痰上逆犯目之证的辨证方法。

本证多是患者素有肝胃阳虚,或受寒日久,损伤肝胃之阳,阳虚不能蒸化水液而生痰饮,阴寒邪气挟痰饮上逆,循肝经上冲目窍而成。诊断依据:主症表现为眼珠胀痛,连及于头顶,瞳散视昏。次症表现为四肢不温,干呕吐涎,食少神疲。舌淡苔白,脉弦。辨证要点:必须具备主症及一两项次症和脉象舌象。

本法适应于青风内障和绿风内障之病情较缓者。

(七)辨阴虚阳亢,风阳上扰证

是指对肝肾阴虚,阴不制阳,虚火挟同上亢之肝阳侵扰目窍所致的目疾重候之辨证方法。

本证是患者素有肝肾阴虚,阴不制阳,虚阳上扰,加之阴虚火旺,虚火挟及肝阳上逆,侵扰目窍而成。诊断依据:主症表现为头目胀痛,瞳神散大,视物昏朦。次症表现为眼珠变硬,观火有虹晕,心烦失眠,眩晕耳鸣,口燥咽干。舌红少苔少津,脉弦细数。辨证要点:必须具备主症及二三项次症和脉象舌象。

本法适应于绿风内障、青风内障病之病情较缓者。临证应与肝胆热炽,风火攻目证;痰火动风,上阻清窍证;肝郁气滞,气火上逆证相鉴别。

(八)辨湿浊上泛证

是指对湿浊上泛，神膏不清而致视物昏朦，眼前有飞蝇之候的辨证方法。

本证是体内痰湿久踞不除而上泛，致使神膏不清而成。诊断依据：主症表现为视物昏朦，自觉眼前有黑影如蚊蝇飞舞。次症表现为检视眼内玻璃体有尖状或点状混浊，头重胸闷，面白或黄，食少痰多，神倦乏力，或心烦口苦，舌淡苔白。辨证要点：必须具备主症和一两项次症及舌象。

本法适用于云雾移睛病的辨证。

(九)辨虚火伤络证

是指对阴虚火旺，热入血分，灼伤眼底脉络所致玻璃体混浊病的辨证方法。

本证多为素有阴虚体质，虚热久积，入血灼络，致使眼底出血，渗于玻璃体内而成。诊断依据：主症表现为眼前黑花飞舞，视力下降。次症表现为检视玻璃体有点状或絮状混浊，眼底有出血性病变，头晕耳鸣，心烦少寐，口咽干燥。舌红少苔，脉弦细数。辨证要点：必须具备主症及一两项次症和舌象脉象。

本法适应于云雾移睛病之辨证。临证应与湿浊上泛证鉴别。

(十)辨风热火毒攻目证

指对风热火毒上攻于目，致胞睑、白睛红赤肿胀，眼珠或眶内灌脓病候的辨证方法。

本证是风热火毒攻目所致，类似于化脓性炎性突眼病。诊断依据：主症表现为发病急，眼痛难忍，泪热如汤，视力下降。次症表现为检视胞睑，白睛红赤肿胀，眼珠或眶内灌脓，睛高突起，发热头痛，恶心呕吐，甚则昏迷。舌红苔黄，脉弦数。辨证要点：必须具备主症及二三项次症。

本法适应于突起睛高病的辨证，此病颇似化脓性炎性突眼病。

第十二节　耳鼻喉口齿科病辨证方法

一、耳病辨证法

耳病辨证方法，是运用耳与脏腑经络密切相关的理论分析耳部疾患的辨证方法。

（一）辨风邪热毒犯耳证

指对风邪热毒或风寒郁久化热，循经络乘虚侵犯耳窍，气血凝滞所表现证候的一种辨证方法。

风邪热毒犯耳证又称外感风热犯耳证，为耳科常见证候之一，病变部位在耳廓、外耳道、中耳部位。诊断依据：主症表现为耳痛，耳鸣，耳聋，耳内胀闷或堵塞感。次症表现为局部皮肤红肿或有分泌物流出，发热恶风，鼻塞流涕，咽痛，头痛。舌苔薄白或黄，脉浮数。辨证要点：必须具备两项主症和两项次症加典型舌脉。小儿易患此证，多发于春夏两季。

本法常用于对耳疖、耳聋、耳疮、耳胀、脓耳等病的辨证。应与肝胆湿热犯耳证等相鉴别。

（二）辨肝胆湿热犯耳证

指对肝胆湿热，循经上逆，壅塞耳窍所表现证候的一种辨证方法。

肝胆湿热犯耳证为耳科常见证候之一。诊断依据：主症表现为耳内疼痛，逐渐加重，甚则连及腮部，耳鸣如潮，听力下降，口苦咽干，胸胁苦满，易怒易烦。次症表现为耳窍皮肤潮红，或呈弥漫性或为局限性，微痛微痒，或瘙痒心烦不安，耳膜鲜红，血络显露，或耳膜穿孔脓液外渗，小便黄赤，大便秘结。舌红苔薄黄或黄腻，脉弦滑数有力。具有发病快、病程短之特点。

本法常用于对耳疖、耳聋、脓耳、耳疮、耳根毒等病的辨证。应与痰火犯耳证等相鉴别。

(三)辨髓海不足伤耳证

指对肾精不足,不能上荣于髓海,耳失所养所表现证候的一种辨证方法。

髓海不足伤耳证为耳科常见证候之一。诊断依据:主症表现为耳鸣,听力减退,眩晕。次症表现为精神萎靡,腰膝疲软,心烦多梦,失眠健忘,遗精滑精,手足心热。舌红少苔,脉细数。辨证要点:必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,多见于年高体虚、久病、房劳肾亏之人。

本法常用于对眩晕、耳鸣、耳聋等病的辨证。应与肾阳虚、肾阴虚等证相鉴别。

(四)辨热入心包犯耳证

指对热毒炽盛,内陷心包,上犯于耳所表现证候的一种辨证方法。

热入心包犯耳证为耳科特有证候之一。诊断依据:主症表现为耳内流脓日久,突然脓量减少或无脓,壮热不退,头痛如劈,神昏谵语。次症表现为颈项强硬,呕吐,嗜睡或神志不清,舌謇,四肢厥冷或痉厥。舌红绛无苔,脉细数。辨证要点:必须具备主症和一项次症加典型舌脉。具有进展迅速、病势凶险的特点。

本法常用于对脓耳、窍闭等证的辨证。应与痰浊蒙闭心包证、热瘀窍闭证等相鉴别。

(五)辨肺经风热犯耳证

指对风热邪毒外侵,肺经受邪,邪热上蒸耳窍,脉络受损所表现证候的一种辨证方法。

肺经风热犯耳证为耳科常见证候之一。诊断依据:主症表现为耳内闭胀堵塞感,恶风发热,耳内作痛。次症表现为耳鸣,咽喉不利且痛,咳嗽吐痰黄稠,外耳道皮肤红肿,或耳膜充血,甚则穿孔,脓汁外泄。舌质红,苔薄黄,脉浮数有力。辨证要点:必须具备主症和两项次症及典型舌脉,具有起病较快、病程较短的特点。

本法常用于对耳疮、耳胀、脓耳等病的辨证。应与风邪热毒犯耳证相鉴别。

(六)辨脾虚湿浊内困证

是指对脾虚失运,水湿内停,湿浊滞留耳窍所致的证候的一种辨证方法。

诊断依据:主症表现为耳鸣声低,听力下降,或耳渐聋,或耳流清稀脓液。次症表现为头重胀痛,胸闷不舒,肢体困倦,纳呆倦怠,舌淡苔白腻,脉濡或缓。辨证要点:一项主症兼见一、二项次症及脉舌,即可确诊。

本法常用于耳鸣、耳聋、脓耳等病的辨证。

二、鼻病辨证法

鼻病的辨证方法,是运用鼻与脏腑经络密切相关理论分析鼻部疾患的辨证方法。

(一)辨肺经郁热犯鼻证

指对肺经反复受邪,郁热壅肺,犯于鼻窍所表现证候的一种辨证方法。

肺经郁热犯鼻证又称肺壅热犯鼻证、肺经热盛犯鼻证,为鼻科常见证候之一。诊断依据:主症表现为鼻前孔皮肤红肿、疼痛、灼热,鼻粘膜充血,微痒。次症表现为鼻干,鼻出血,血色鲜红,头痛咽痛,咳嗽痰黄粘稠。舌红苔薄黄,脉数。辨证要点:必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多见于素有肺热复感外邪之人,常发于春夏二季。

本法常用于对鼻疳、鼻衄、鼻渊、鼻息肉等病的辨证。应与风热犯肺鼻息不利证相鉴别。

(二)辨肺气虚鼻塞证

指对肺气虚衰,外邪易袭,致鼻塞不利所表现证候的一种辨证方法。

肺气虚鼻塞证为鼻科常见证候之一。诊断依据:主症表现为鼻塞,时轻时重,流清涕,或为大量水样涕,遇冷加甚。次症表现为喷嚏,鼻痒,面色㿠白,气短自汗,倦怠乏力。舌淡苔薄,脉弱。辨证要点:必须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有病程长、久治难愈的特点。多发于秋冬季节。

本法常用于对鼻塞、鼻藻、鼻渊、鼻疳等病的辨证。应与脾肺气虚证、肺肾两虚证等相鉴别。

(三)辨风热犯肺鼻息不利证

指对风热之邪壅阻鼻窍所表现证候的一种辨证方法。

风热犯肺鼻息不利证又称肺经风热鼻息不利证、风热袭鼻证。诊断依据:主症表现为鼻塞,鼻前孔皮肤红肿,鼻内灼热,鼻痒,喷嚏,流黄涕,鼻痛,恶风发热。次症表现为头痛咽痛,口渴喜饮,咳嗽痰多,鼻腔粘膜红肿。舌红苔白或微黄,脉浮数。辨证要点:须具主症加典型舌脉。可散发或流行,常发于夏季。

本法常用于对鼻渊、鼻衄、鼻窒等病的辨证。应与肺经郁热犯鼻证相鉴别。

(四)辨胆腑郁热犯鼻证

指对胆火上犯鼻窦所表现证候的一种辨证方法。

胆腑郁热犯鼻证为鼻科常见证候之一。诊断依据:主症表现为鼻涕黄浊,粘稠或带血,量多味臭,鼻塞声重,嗅觉下降,头痛剧烈。次症表现为全身发热,口苦咽干,耳鸣耳闷,听力下降。舌红苔黄,脉弦数。辨证要点:必须具备两项主症加两项次症,具有发病急、病程短的特点。

本法常用于对鼻渊、鼻疳等病的辨证。应与脾经湿热犯鼻证、肺经湿热犯鼻证等相鉴别。

(五)辨脾经湿热犯鼻证

指对脾失健运,生湿化热,湿热邪毒循经上蒸鼻窍所表现证候的一种辨证方法。

脾经湿热犯鼻证诊断依据:主症表现为鼻孔痒痛,糜烂结痂,鼻塞不通,鼻涕黄浊量多,嗅觉下降,头重头痛。次症表现为脘腹胀满,食欲不振,肢体困倦,大便溏薄。舌质红,苔黄腻,脉滑数。辨证要点:必须具备主症和一项次症加典型舌脉。

本法常用于对鼻疳、鼻渊等病的辨证,应与胆腑郁热犯鼻证、肺经湿热犯鼻证相鉴别。

(六)辨肺经湿热犯鼻证

指对肺经湿热结于鼻窍所表现证候的一种辨证方法。

肺经湿热犯鼻证诊断依据:主症表现为鼻孔内痒痛,结痂流水,或持续鼻塞,嗅觉下降,鼻涕黄稠。次症表现为头痛头晕,咳嗽吐痰。舌质红,苔黄微腻,脉数。辨证要点:必须具备主症或后三项主症加典型舌脉。

本法常用于对鼻疳、鼻息肉等病的辨证。应与脾经湿热犯鼻证、胆腑郁热犯鼻证等相鉴别。

三、咽喉疾病辨证法

咽喉病证辨证方法,是根据咽喉与脏腑经络的理论进行辨证的方法。

(一)辨风热犯喉证

指对风热邪毒侵犯咽喉,内入于肺,肺失清肃,热毒循经上蒸,搏结于咽喉所表现证候的一种辨证方法。

风热犯喉证又称外感风热喉证,为喉科常见证候之一。诊断依据:主症表现为咽喉肿痛,声音不扬,咽部有灼热感,发热恶风。次症表现为咽喉红肿,或喉蛾肿大,或会厌、声带粘膜红肿,甚至吞咽困难,红肿化脓,张口受限,咳痰不爽,头痛咽干口燥,喉干痒不适。舌苔薄白或微黄,脉浮数。辨证要点:必须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有发病快、病程短的特点,多发于春夏炎热季节。

本法常用于对风热乳蛾、喉痛、鹅口疮、急喉喑等病的辨证,应与肺胃热盛犯喉证相鉴别。

(二)辨风寒袭喉证

指对风寒外袭,肺气壅遏,气机不利,脉络受阻,气血凝聚咽喉所表现证候的一种辨证方法。

风寒袭喉证又称外感风寒喉证,为喉科常见证候之一。诊断依据:主症表现为咽喉微红微肿微痛,声音不扬或嘶哑,发热恶寒。次症表现为吞咽不利,咳嗽痰白,鼻塞,流清涕,头痛,无汗,口不渴。舌淡苔薄白,脉浮。辨证要点:必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有

发病快、病程短的特点，多发于秋冬寒冷季节。

本法常用于对喉痹、急喉喑等病的辨证。应与风热犯喉证相鉴别。

（三）辨虚火灼喉证

指对脏腑阴津不足，虚火上炎，灼伤咽喉所表现证候的一种辨证方法。

虚火灼喉证又称虚火上炎喉证，为喉科常见证候之一。诊断依据：主症表现为咽喉微痛，咽痒，咽干不适，咽部异物感，声音嘶哑。次症表现为咽喉部粘膜微红、微肿、色暗，或表面有溃疡，有少量分泌物，干咳无痰，口干少津，手足心热，头晕眼花，耳鸣腰疲。舌质红少苔，脉细数。辨证要点：必须具备主症和次症中的阴虚症状两项加典型舌脉。具有发病缓慢、病程长的特点，多见于素体阴亏之人及儿童。

本法常用于对虚火乳蛾、阴虚喉癣、阴虚白喉、慢喉喑等病的辨证。应与肺肾阴虚犯喉证、阴虚肺燥证、气阴两虚证等相鉴别。

（四）辨痰浊瘀阻咽喉证

指对痰浊阻于咽喉，经络受阻，气血流通不畅所表现证候的一种辨证方法。

痰浊瘀阻咽喉证又称湿痰阻于咽喉证，为喉科常见证候之一。诊断依据：主症表现为咽喉梗阻不利，吐之不出，咽之不下，似有梅核梗阻于喉，纳食无阻，或声哑日久，逐渐加重。次症表现为口腻，痰粘，咽干，纳呆，困倦，胸胁胀满，精神抑郁。舌质暗红苔薄或腻，脉弦滑。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多见于妇女及嗓音工作者。

本法常用于对喉喑、梅核气等病的辨证。应与气滞血瘀犯喉证、气结咽喉证等相鉴别。

（五）辨气结咽喉证

指对情志不遂，肝气郁结，循经上逆，结于咽喉 所表现证候的一种辨证方法。

气结咽喉证又称肝郁气滞咽喉证，为喉科常见证候之一。诊断依据：主症表现为咽部异物感，吐之不出，咽之不下，每因情绪波动而发

作。次症表现为胸胁胀满，多疑善感，喜怒无常。舌苔薄白，脉弦。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。多见于女性。

本法常用于对梅核气、乳蛾、暴喑等病的辨证。应与痰浊瘀阻咽喉证相鉴别。

（六）辨湿热内蕴犯喉证

指对过食膏粱厚味，醇酒炙煿，胃腑内蕴，湿热上蒸咽喉所表现证候的一种辨证方法。

湿热内蕴犯喉证为喉科常见证候之一。诊断依据：主症表现为全喉红赤肿痛，痰鸣气促，汤水难咽，呼吸困难。次症表现为声音嘶哑，全身发热恶寒或身热烦躁，口干欲饮，小便黄，大便秘结。舌红或绛，苔黄或腻，脉洪数有力。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有起病急、病情重的特点。

本法常用于对急喉风等病的辨证。应与风热犯喉证相鉴别。

（七）辨气滞血瘀犯喉证

指对情志不遂，肝气郁结，气滞血瘀，瘀阻喉络所表现证候的一种辨证方法。

气滞血瘀犯喉证为喉科常见证候之一。诊断依据：主症表现为声哑微痛，长久不愈。次症表现为发音费力，检查见声带有小结，息肉色红，或声带肥厚，平素性情急躁。舌暗红或有瘀点，苔薄，脉细涩。辨证要点：必须具备主症和一项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对慢喉喑等病的辨证。应与气结咽喉证等相鉴别。

（八）辨肺肾阴虚犯喉证

指对肺肾阴虚，虚火上炎，灼伤咽喉所表现证候的一种辨证方法。

肺肾阴虚犯喉证为喉科常见证候之一。诊断依据：主症表现为干咳，气短，咽喉干燥，微痛，检查见喉核潮红，咽部暗红，或有溃疡，腰疲膝软，骨蒸潮热，遗精盗汗。次症表现为午后颧红，精神疲乏，手足心热，语言低微，头晕眼花，耳聋耳鸣，虚烦失眠。舌质红少苔，脉细数。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病

程长的特点。

本法常用于对虚火乳蛾、虚火喉痹、慢喉喑、阴虚白喉等病的辨证。应与虚火灼喉证等相鉴别。

(九)辨肺胃热盛犯喉证

指对肺胃热盛，火邪蒸灼咽喉所表现证候的一种辨证方法。

肺胃热盛犯喉证为喉科常见证候之一。诊断依据：主症表现为咽喉疼痛剧烈，吞咽困难，高热，口渴引饮。次症表现为喉核红肿，表面有黄白色脓点或伪膜，吞咽时疼痛加剧，或吞咽不利痛连耳根，咳嗽痰多稠黄，有堵塞感，或声音嘶哑，语言艰涩，头痛，口臭腹胀，便秘尿黄。舌红苔黄厚，脉洪大而数。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对喉痹、喉痈等病的辨证。应与湿热内蕴犯喉证、风热犯喉证等相鉴别。

四、口齿疾病辨证法

口齿疾病的辨证，是根据口齿与脏腑经络关系的理论进行辨证的思维方法。

(一)辨风热邪毒口齿证

指对风热邪毒乘虚侵入阳明脉络，伤及齿龈所表现证候的一种辨证方法。

风热邪毒口齿证为齿科常见证候之一。诊断依据：主症表现为牙齿胀痛，齿龈红肿疼痛，受热痛甚，得凉痛减，恶寒发热交作。次症表现为口渴，口臭，便秘，或齿龈尽处或深处肿起，腐溃，脓液臭秽，久之内有腐骨排出，牙根龈肉浮肿，色紫黑或有出血，久则腐烂而臭，牙关开合不利，甚或骨槽腐烂，牙齿脱落。舌尖红，苔薄白或微黄而干，脉浮数。辨证要点：必须具备主症和四项次症，具有起病缓、病程短、发展迅速、痛势剧烈的特点。

本法常用于对牙痛、牙痈、牙疳、骨槽风等病的辨证。应与脾胃湿热口齿证、心脾积热口齿证等相鉴别。

(二)辨脾胃湿热口齿证

指对湿热之邪蕴阻脾胃,循经上蒸齿龈及口腔粘膜所表现证候的一种辨证方法。

脾胃湿热口齿证为齿科常见证候之一。诊断依据:主症表现为齿龈肿胀疼痛,口糜,唇肿,口甜。次症表现为溃疡严重,多数融合成片,有灰白色或淡黄色渗出物覆盖,高热不退,口痛拒食,口中粘腻滞涩,口味秽浊,食不知味,不时流涎,夜寐不宁,或口唇溃烂而张口困难,脘腹胀满,胃纳减少,大便干或便溏,小便黄赤。舌红苔黄腻,脉濡数或弦数。辨证要点:必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有发病缓、病程长之特点,多见于嗜烟酒及喜食肥甘之人。

本法常用于对口疮、牙痛、牙疳等病的辨证。应与胃火炽盛证、心脾积热口齿证相鉴别。

(三)辨心脾积热口齿证

指对心脾有热,循经蔓延及口齿所表现证候的一种辨证方法。

心脾积热口齿证为齿科常见证候之一。诊断依据:主症表现为口舌生疮,红肿胀痛,齿龈出血,腐烂疼痛,流涎。次症表现为唇燥咽干,高热吐舌弄舌,心胸烦热不寐,面赤口渴,喜笑多语,溲黄便干。舌尖红绛,脉数有力。辨证要点:必须具备主症和两项次症及典型舌脉。

本法常用于对口疮、齿痛等病的辨证。应与胃火炽盛证、脾胃湿热口齿证、风热邪毒口齿证相鉴别。

(四)辨气血不足口齿证

指对气血不足,齿龈失养所表现证候的一种辨证方法。

气血不足口齿证为齿科常见证候之一,临床以齿痛与气虚、血虚症状共见为特征。诊断依据:主症表现为口齿疼痛,时轻时重,唇色淡白,齿龈萎缩,龈肉发灰。次症表现为口腔齿龈溃烂,出血质稀色淡,或骨槽风烂腐成脓,脓液清稀,头晕目眩,少气懒言,乏力自汗,面色淡白或萎黄,心悸失眠。舌淡嫩,脉细弱。辨证要点:必须具备主症和三项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,多见于久病体虚之人。

本法常用于对齿痛、骨槽风、口疮等病的辨证。应与络脉瘀阻口

齿证相鉴别。

（五）辨风寒邪毒口齿证

指对风寒邪毒乘虚侵袭人体伤及口齿所表现证候的一种辨证方法。

风寒邪毒口齿证为齿科常见证候之一。诊断依据：主症表现为齿龈、口颊、唇、舌溃疡苍白疼痛，得热痛减。次症表现为齿龈、口颊、唇舌等处苍白浮肿，破溃多脓，脓液清稀色淡红，饮冷水或进食痛剧，喜热饮，甚则溃疡反复发作，形状不规则，边缘高起，周围充血不明显，面色少华，纳差口淡，胃脘饱胀，大便溏薄。舌淡润，苔白腻，脉浮紧或濡滑。辨证要点：必须具备主症和三项次症加典型舌脉。

本法常用于对齿痛、口疮、牙痈等病的辨证。应与风热邪毒口齿证相鉴别。

（六）辨络脉瘀阻口齿证

指对瘀血内停，络脉不畅，气机受阻，伤及口齿所表现证候的一种辨证方法。

络脉瘀阻口齿证为齿科常见证候之一。诊断依据：主症表现为牙痛剧烈如锥刺，龈色紫黯。次症表现为齿龈肿块，溃烂出血、牙齿松动，面色黑，甚则肌肤甲错，口唇爪甲紫黯，或皮下紫斑。舌质紫黯，或见瘀斑，脉细涩。辨证要点：必须具备主症和两项次症及典型舌脉。常见于久病不愈之人，多有气滞、寒凝、热结及气虚病史。

本法常用于对齿痛等病的辨证。应与气血不足口齿证相鉴别。

第十三节　外科疾病辨证方法

中医外科疾病的辨证方法，是指对生于体表的疾患，如疮疡、皮肤病、肛门病的辨证方法。

一、疮疡病辨证法

疮疡病的辨证，是指对肌肤化脓性疾病所采用的辨证方法。

(一)辨阴证阳证

此是辨别外科疾病阴阳属性的方法。对某一具体外科疾病主要依据其发病缓急,病位浅深,皮肤颜色,皮肤温度,肿形高度,肿胀范围,肿块硬度,疼痛感觉,脓液稀稠,病程长短,全身症状,预后顺逆等诸方面的情况综合分析来辨别其阴阳属性,具体见表。

表中所列为外科辨阴证阳证的要点,其适应于各类外科疾病,主要是疮疡类疾病阴阳属性的辨别。临床应用时应注意,绝不能拘泥一点来进行辨证,而应当分清主次,抓住重点,进行全面综合分析,从而分辨出某一具体外科疾病其属于阳证,还是阴证,或阳中有阴,或阴中有阳。同时还应该注意随时掌握疾病在治疗和发展过程中,阴阳属性的转化。

外科阴证阳证辨别表

临床表现	阴阳属性	
	阳证	阴证
发病缓急	急性发病	慢性发病
病位浅深	发于皮肉	发于筋骨
皮肤颜色	红活焮赤	紫黯或皮色不变
皮肤温度	灼热	不热或微热
肿形高度	肿胀形势高起	平坦下陷
肿胀范围	局限,根脚收束	不局限,根脚散漫
肿块硬度	软硬适度,溃后渐消	坚硬如石,或柔软如绵
疼痛感觉	比较剧烈	不痛,隐痛,疼痛或抽痛
脓液稀稠	脓液稠厚	脓液稀薄或纯血水
病程长短	短	长
全身症状	初起形寒发热,口渴,纳呆,溲赤便秘,溃后症状渐消	初起多无明显症状,酿脓期常有骨蒸潮热,神疲盗汗,溃后尤甚
预后顺逆	易消,易溃,易敛	难消,难溃,难敛

(二)辨肿

是指根据肿胀及肿块的临床特点,分辨病因和病位,从而为辨证诊断提供依据的一种辨证方法。

肿是由多种致病因素引起经络阻隔,气血凝滞而成。由于致肿因素不同,其发生部位及临床表现亦随之各不相同。抓住临床特点,分析病因及病位,为疾病的辨证诊断提供依据,是外科辨肿法的要领和

目的。具体临床应用时应注意把辨肿与辨痛以及对外科疾病其他主要症状的辨别紧密结合起来，方能达到上述目的。因为肿对于外科疾病来说，往往不是一独立表现，而多与其他症状同时出现和存在。

具体内容见下表：

外科辨肿表

临床特点	疾病部位	病因(病名)举例
高肿，灼热	多在皮肉	火(疮疡阳证)
漫肿，不红不热，或皮色黯青	多在筋骨	寒(流痰)
水肿，按之可凹	多在皮下、关节	湿(皮下水肿)
肿势宣浮，来急去快	皮肤、筋脉、关节等处	风(头面部丹毒)
肿块硬似馒，有囊性感	皮里膜外	痰(淋巴结结核)
皮紧内软，随喜怒消长，或气聚有形，气散无迹	多在肝经所属部位	气滞(疝气)
块坚如石，皮红不变	多在肝经所属部位	气郁(乳房肿瘤)
漫肿，皮色初青紫，后黄绿	血脉	血络破损(皮下血肿)
条状肿块，皮色黯，皮肤微热	血脉	血瘀(筋瘤感染)

(三)辨痛

是指根据疼痛的临床特点来分辨病因、病位，从而为辨证诊断提供依据的一种诊断方法。疼痛是疾病的警号，也是外科疾病最普遍出现的自觉症状。由于疾病的病因、病位等不同，疼痛表现的情况亦各不相同。抓住疼痛的临床特点，分析疾病的病因、病位以及虚实，为辨证诊断提供依据。

分辨病因：灼热疼痛，遇冷则减者，多为热邪所致；痠痛，不红不热，得暖则减者，多为寒邪所致；痛无定时，忽彼忽此，走注甚速者，多为风邪所致；痛无止时，如有鸡啄，且肿势急胀，按之中软应指者，多为化脓所致；初起隐痛，微胀微热，皮色暗褐，继则皮色青紫者，则为瘀血所致。

分辨病位：痛如针刺者，病变多在皮肤，如蛇串疮等；疼痛并有灼

热感者，病变多在肌肤，如疖、有头疽等；痛如撕裂者，病变多在皮肉，如肛裂等；疼痛滞钝者，病变多在关节，如流痰等；痛如绞紧者，病变多在脏腑，如泌尿系结石合并梗阻等；痛如鸡啄，并伴有节律性者，病变多在肌肉，多为阳证化脓阶段，如乳痈等。

分别虚实：疼痛喜按，按之痛减者为虚证；疼痛拒按，按之痛剧者为实证。

注意事项：疼痛是外科疾病的主要症状，但往往不是某一具体疾病的单一症状。因此，为了给疾病的辨证诊断提供全面可靠的依据，必须将辨痛与辨肿以及其他症状、体征的辨证相结合。

（四）辨痒

是指根据痒的临床特点来分辨病因、病变过程，从而为辨证诊断提供依据的一种诊断方法。痒是因风、湿、热、虫之邪客于皮肤肌表，引起皮肉间气血不和而成，或由于血虚风燥阻于皮肤间，肤失濡养而成。痒是皮肤病的一个主要自觉症状，疮疡类疾病中也有发生者。外科辨痒法主要适用于皮肤病和疮疡类疾病。可以归纳为以下几个方面：

分辨病因：具体见下表：

痒的病因鉴别表

临床特点	病因
走窜无定，遍体作痒，抓破血溢，随破随收，不致化腐	风胜
浸淫四窜，黄水淋漓，最易沿表皮蚀烂，越腐越痒，或有传染性	湿胜
皮肤隐疹，燥红灼热作痒，或仅发于暴露部位，或遍布全身，甚则糜烂滋水淋漓，结痂成片，多无传染性	热胜
浸淫蔓延，黄水频流，状如虫行皮中，其痒尤烈，最易传染	虫淫
皮肤变厚，干燥，脱屑，作痒，很少糜烂流水	血虚

分辨病变过程：①肿疡作痒，肿疡初起作痒，多为毒势炽盛，病变有发展的趋势；若痒发生在治疗后，且局部根脚收束，肿痛已减，则是毒势已衰，气血通畅，病变有消散的趋势。②溃疡作痒，痈疽溃后，忽然患处感到奇痒不安，多是由于脓区不洁，脓液浸渍皮肤，或因应用

汞剂、砒剂等引起皮肤过敏所致；若溃疡经治疗后，脓流已畅，四周余肿未消之时，或腐肉已脱，新肉渐生之际，皮肉间感到微微作痒者，则为毒邪渐化，气血渐充，助养新肉，将要收口的佳象。

注意事项与外科辨痛法基本相同。

(五)辨脓

是指辨认脓肿和辨别脓液的一种诊断方法。通过对脓肿的辨认，可以确定脓肿是否形成；对脓液的辨别，则能推知疾病的性质及其预后。

辨认脓肿常用的方法有手法辨脓、透光辨脓和穿刺辨脓三种。①手法辨脓：用两手示指指端轻轻放在肿块之上，两指相隔适当距离，然后用一示指指端用力撤一下，若另一示指有波动感，则称之为应指，如此反复并左右相交替试验，若应指明显者，则为有脓，即脓肿已经形成；应指不明显者，则多无脓，即多为脓肿尚未形成。注意事项：两手示指应放在相对的位置，并且在上下左右四处相垂直的方向均应检查。若脓肿范围较小，则用左手拇、示两指固定肿块两侧，以右手示指按撤脓肿中央，来感觉有无应指。②透光辨脓：医生用手遮着患指(趾)，另一手持手电筒于被检查的患指(趾)下面，利用光线对准患指(趾)照射，然后注意观察患指(趾)背上面，如见有深黑色的阴影，则为有脓；若脓肿尚未形成时，则见清晰鲜红。此法仅适用于指(趾)部甲下脓肿的辨认。③穿刺辨脓：即利用注射器在脓肿内进行试验性穿刺抽吸，一般而言抽出脓者则为有脓，未抽出脓者多为无脓。这种方法适用于深部脓肿的辨认。注意事项：必须严格无菌操作，谨防混合感染；准确掌握穿刺的部位和进针的深度，以免因未穿至脓腔而得出错误的结果。

辨别脓液，主要辨别其形质、色泽和气味：①脓的形质：一般而言，脓稠厚者，病人元气较充；淡薄者，元气多虚，若先出色黄稠厚脓液，次出黄稀滋水，为将敛佳象；若脓由稀薄转为稠厚，为体虚渐复，收敛之象；若厚脓转为稀脓，为体质渐衰，一时难敛。若脓成日久不泄，一旦破泄，脓质虽如水直流，但其色不晦，其气不臭，未为败象；若脓稀似粉浆污水，或夹有败絮状物质，色晦腥臭者，为气血衰竭，其属

败象。②脓的色泽：脓黄白质稠，色泽鲜明者，为气血充足，最是佳象；黄浊质稠，为气火有余；黄白质稀，色泽净洁者，气血虽虚，不是败象；脓色绿黑稀薄者，为蓄毒日久，有损伤筋骨可能。脓中夹有瘀血色紫成块者，为血络受损。脓色如姜汁，则每多兼患黄疸，病势较重。③脓的气味：脓液略带腥味，其质必稠，大多为顺证之象；脓液腥秽恶臭，其质必薄，大多为逆证之象，而且往往是穿膜着骨之征。另外，脓如蟹沫者，亦为内膜已透，每多难治。

（六）辨善恶顺逆

是指判断外科疾病预后的一种方法，属诊断方法范畴。“善”是好现象，“恶”是坏现象，“顺”是正常现象，“逆”是反常现象。善、恶、顺、逆指病理过程相对而言，其中的善、顺并非指生理功能正常。在外科疾病发展过程中，按着顺序出现应有的症状者，即称为顺证；反之，凡不按顺序出现不良症状者，称为逆证。凡出现善的症状者，表示预后较好；出现恶的症状者，表示预后较差。善恶多指全身症状，顺逆多系局部情况。辨善恶顺逆的方法，主要是临证观察，观察指征可参照历代医家所总结出的“五善七恶”、“顺逆吉凶”。

五善：①心善：精神爽快，言语清亮，舌润不渴，寝寐安宁；②肝善：身体轻便，不怒不惊，指甲红润，二便通畅；③脾善：唇色滋润，饮食知味，脓黄而稠，大便和调；④肺善：声音响亮，不喘不咳，呼吸均匀，皮肤润泽；⑤肾善：并无潮热，口和齿润，小便清长，夜卧安静。

七恶：①心恶：神志昏糊，心烦舌燥，疮色紫黑，言语呢喃；②肝恶：身体强直，目难正视，疮流血水，惊悸时作；③脾恶：形容消瘦，疮陷脓臭，不思饮食，纳药呕吐；④肺恶：皮肤枯槁，痰多音喑，呼吸喘急，鼻翼煽动；⑤肾恶：时渴引饮，面容惨黑，咽喉干燥，阴囊内缩；⑥脏腑衰败：身体浮肿，呕吐呃逆，肠鸣泄泻，口糜满布；⑦气血衰败：疮陷色暗，时流污水，汗出肢冷，嗜卧语低。

顺证：①初起：由小渐大，疮顶高起，脓红疼痛，根脚不散；②已成：顶高根收，皮薄光亮，易脓易脱；③溃后：脓液稠厚黄白，色鲜不臭，腐肉易脱，肿消痛减；④收口：疮面红活新润，新肉易生，疮口易敛，知觉正常。

逆证：①初起：形如黍米，疮顶平塌，根脚散漫，不痛不热；②已成：肿块紫暗，不脓不腐，疮顶软陷；③溃后：皮烂肉坚无脓，时流血水，肿痛不减；④收口：脓水清稀，腐肉虽脱，新肉不生，色败臭秽，疮口经久难敛，疮面不知痛痒。

辨善恶顺逆法主要适应于疮疡病证。注意事项：①必须将观察局部的顺逆与全身的善恶两者结合参看；②严密观察并密切注视善、恶、顺、逆相互转化，综合分析，才能得出较为正确的结果。

（七）辨瘤（辨湿痰流聚皮下证）

指对气机不畅，痰湿停结于皮里膜外所表现瘤类疾病的证候的一种的辨证方法。

湿痰流聚皮下证又称皮下湿痰证，为外科特有证候之一。诊断依据：主症表现为皮下结核，大小不一，多少不等，不痒不痛，软滑活动，皮色如常，极少破溃，皮温不变。次症表现为胸闷不适，食欲不佳，烦躁易怒，咽喉不适。舌淡苔薄白，脉滑或弦滑。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多发于颈项、下颌部、腋间、四肢及背腹部。具有起病缓、病程长的特点。

本法常用于对外科肉瘤、脂瘤、肉瘿、腭核等病的辨证。

（八）辨痈（邪热瘀结肌肤证）

指对邪热瘀阻于皮肉之间，致经络阻隔，气血凝滞所表现的化脓性证候的一种辨证方法。

邪热瘀结肌肤证又称邪热瘀阻肌肤证，为外科特有证候之一，属阳性疮疡。诊断依据：主症表现为肌肤结块，光软无头，红肿热痛（少数初起可皮色不变），范围在2～5寸左右。次症表现为头痛头晕，发热恶寒，口干咽痛，尿赤便秘，胃纳不佳，四肢疲楚，脓汁稠厚。舌红苔白腻或薄黄，脉浮数或滑数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有发病迅速，易肿，易脓，易溃，易敛，不易损伤筋骨，不易造成“陷证”的特点。

本法常用于对肩背痈、臀痈、脐痈、颈痈、胯腹痈、委口毒等病的辨证。

(九)辨疽

1.辨寒湿凝滞筋骨证

指对风寒湿邪乘虚流窜入里,留于筋骨,致经络阻隔,蚀筋、伤骨所表现疽类证候的一种辨证方法。

寒湿凝滞筋骨证又称寒湿留滞筋骨证,为外科特有证候之一。诊断依据:主症表现为初起局部漫肿,皮色不变,筋骨胀痛;成脓期局部肿胀、红赤,疼痛彻骨,附筋着骨,推之不移。次症表现为初起全身疲楚,寒热交作;成脓期憎寒壮热,口干面赤;溃后脓初稠后薄,脓水淋漓,久不收口,形成瘘管,甚则朽骨自出,纳呆,消瘦神疲。舌淡或舌红,苔白或黄腻,脉弦数或滑数或沉细。辨证要点:必须具备主症和相应次症加典型舌脉。具有起病急、病程长、难消、难溃、难敛,多发于四肢的特点,好发于体质较弱,骨骼柔嫩的儿童及青少年。

本法常用于对附骨疽、环跳疽、足踝疽、咬骨疽、多骨疽、股阴疽、脱疽等病的辨证。

2.辨毒热壅阻肌肤证

指对毒热凝聚肌肤,营卫不和,经络阻隔,气血凝滞,郁腐成脓所表现证候的一种辨证方法。

毒热壅阻肌肤证为外科特有证候之一。诊断依据:主症表现为初起皮肤上有粟粒状脓点,灼热,红肿,胀痛,继则脓点增大,向深部及周围扩散,范围常在9～12cm之间甚则大逾盈尺,溃烂之后,状如蜂窝,指捺有脓不流。次症表现为初期恶寒发热,头晕不痛,食欲不振;溃脓期常见有寒战高热,口渴思饮,便秘溲赤,烦躁不安,脓汁稠厚;收口期神疲懒言,四肢疲楚,新肉开始生长。舌质红苔薄白,脉数;或舌苔薄黄舌质红,脉弦滑数;或舌淡苔白,脉细弱。辨证要点:必须具备主症和相应次症及典型舌脉。具有发病快、易伤深部、易扩散之特点。本证若发于项背者,不易透脓,愈合较慢,常因毒热较盛,耗伤阴血而转为"陷证"。

本法常用于对玉顶疽、脑疽、鬓疽、夭疽、锐疽、膻中疽、背疽、搭手、石榴疽、臀疽、腿疽等病的辨证。应与邪热瘀结肌肤证、火毒蕴结肌肤证等相鉴别。

3. **辨邪毒瘀滞深部肌肉证**

指对机体正气虚弱，外感邪毒，正不胜邪，邪毒深入血道，注入最虚部位，热毒与气血壅结所表现证候的一种辨证方法。

邪毒瘀滞深部肌肉证为外科特有证候之一。诊断依据：主症表现为局部疼痛、漫肿，皮色正常，发热恶寒。次症表现为发病前常有疔、疖、痈、外伤、分娩及内科感染性病史，好发于四肢、躯干肌肉丰厚之深处，并有此处未愈，他处又起的现象，头痛头胀，食欲不振。舌红或暗红，苔白腻或黄腻，脉滑数或洪数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉。具有起病快，疼痛较甚，易溃、易敛，一般预后良好，不会伤及筋骨之特点。

本法常用于对流注病的辨证。应与寒湿凝滞筋骨证等相鉴别。

(十)辨疔

1. **辨火毒蕴结肌肤证**

指对火毒结聚，蕴蒸肌肤，致气血凝滞所表现疔疮类病证的一种辨证方法。

火毒蕴结肌肤证又称火毒结聚肌肤证，为外科特有证候之一，以体表深部坚硬如钉状之结肿为特征。诊断依据：主症表现为肌肤结肿如钉，根深坚硬，皮肤色红灼热。次症表现为发热恶寒，头痛欲裂，饮食不振，周身乏力，泛恶呕吐，烦躁闷乱，手足蠕动，神昏谵语。舌红苔黄或黄腻，脉浮数或滑数。辨证要点：须具备主症和两项次症及典型舌脉，具有发病急剧之特点。

本法常用于对颜面疔、手足疔、红丝疔、烂疔、疫疔、疔疮走黄等病的辨证。应与邪热瘀结肌肤证、毒热壅阻肌肤证等相鉴别。

2. **辨疫毒蕴结肌肤证**

是指对接触疫畜感染疫毒所致疫疔的辨证方法。

本证多见于畜牧业、屠宰或皮毛制革工作者，因接触疫毒而染毒，致使疫毒蕴结于肌肤，气血凝滞，毒邪蕴结而成。诊断依据：①有疫畜接触史；②初起皮肤起红色斑、丘疹，痒而不痛，伴有轻微发热；③第2天斑丘疹顶部变为水疱，周围肿胀燠热。第3～4天，水疱干燥，形成暗红或黑色坏死，周围有灰绿色小水疱；④第10～14天，中央腐

肉与正常皮肉分离，四周肿势局限，热退为顺证。若红肿继续发展伴有壮热神昏、痰鸣喘急、身冷脉细者为毒陷气营之逆证。

本法用于疫疔的辨证。

（十一）辨疖（辨湿火郁结肌肤证）

是指对内有湿火郁结，外感风邪，蕴阻皮肤而成疖病所表现证候的辨证方法。

本证多由素体湿火郁结，又感外界风邪，湿火风邪搏结皮肤，形成皮肤反复发作的感染性炎性疾患。诊断依据：皮损部位色红、灼热、疼痛，突起根脚浅，肿势局限，出脓即愈，好发于头、项后、背、臀等处，有时反复发作，伴有大便干结，小便黄，舌苔黄腻，脉象滑数。

本法适应于各种疖病的辨证。

二、皮肤病证辨证法

皮肤病证候的辨证，主要是指对发生于人体肤表的非化脓性损害病证的辨证方法。

（一）辨皮肤风热证

指对风热相搏于皮肤，致皮肤壅热，腠理闭塞，郁而化热所表现证候的一种辨证方法。

皮肤风热证又称皮肤风胜蕴热证，为外科特有证候之一。诊断依据：主症表现为皮肤燥红，灼热，瘙痒。次症表现为皮肤丘疹，斑疹，风团和结节，皮肤脱屑，有出血点，皮肤瘙痒，遇热加重，遇冷减轻，心烦口渴，咽痛，尿赤，便干。舌边尖红，苔薄黄，脉浮数。辨证要点：必须具备主症和两项次症加典型舌脉，多见于体质虚弱之儿童及青年。常发于夏秋季节。

本法常用于对风疹块、白疕、痒风、血痱等病的辨证。应与皮肤湿热证、皮肤热毒蕴结证等相鉴别。

（二）辨皮肤湿热证

指对湿热蕴郁皮肤，热毒亢盛，水湿泛肤所表现证候的一种辨证方法。

皮肤湿热证又称皮肤热盛湿蕴证，临床以热（红）、痛、滋水（流

脓)为特征。诊断依据:主症表现为皮肤燉红成片,灼热,疼痛,瘙痒,并可见水疱或脓疮。次症表现为皮疹成片,水泡散在或簇生,局部皮肤脱皮渗出或溢脓水或渗黄水,甚则延及全身,身热口渴,胸闷腹满,食欲不振,肢倦无力,便秘尿黄。舌红苔黄腻,脉濡数。辨证要点:必须具备主症和两项次症加典型舌脉。多发于夏季。

本法常用于对黄水疮、天泡疮、缠腰火丹、湿毒疮、漆疮等病的辨证。应与皮肤风热证、火毒蕴结肌肤证、毒热壅阻肌肤证等相鉴别。

(三)辨皮肤血虚风燥证

指对血虚,风胜化燥,皮肤失养所表现证候的一种辨证方法。

皮肤血虚风燥证又称皮肤血虚生风证,为外科特有证候之一。诊断依据:主症表现为皮肤粗糙肥厚,干燥脱屑,或枯皱皲裂。次症表现为毛发失荣,脱落,皮肤瘙痒,昼轻夜重,头晕目眩,面色苍白,症状随情绪波动而变化。舌淡苔薄白,脉沉细或缓。辨证要点:必须具备主症和两项次症及典型舌脉。具有起病缓、病程长的特点,多见于年迈体弱、久病、脾胃虚弱或有失血病史之人。本证在演变过程中,可伴有皮疹逐渐增厚,色暗红,按之局部有热感,鳞屑大片脱落,瘙痒,入夜尤甚等症状出现,此时病势缠绵,时轻时重,反复发作,常因局部搔抓而引起感染。

本法常用于对蛇皮癣、油风、白屑风、白疕、慢性湿疹、牛皮癣等病的辨证。应与皮肤风热证相鉴别。

(四)辨湿热下注证

是指对湿热邪气下注于外阴、下肢所致病候的辨证方法。

本证多因外感湿热邪气下注于躯体下部,或肝胆湿热,沿足厥阴肝脉下注外阴;或脾胃湿热注于下肢而成。诊断依据:①趾缝起小水疱,瘙痒、灼痛、糜烂潮湿等;②睾丸肿大疼痛,阴囊皮肤红肿;③阴囊红肿燉痛、溃烂;④尿急、尿频、茎中热痛、尿黄浊、或大便努挣时尿有白浊滴出;⑤尿急,甚或不通;⑥潮热,舌红苔黄腻,脉滑数或濡数。辨证要点:必须具备第⑥项及前5项中的任一项即可辨为此证。

本法常用于对脚气病(湿脚气)、外阴湿疹、子痈、囊痈、脱痈、水疝、前列腺炎、前列腺增生症、淋症、带下病的辨证。

(五)辨湿毒蕴肤证

是指对因先天禀赋不耐,对药毒较为敏感之人,在服用或接触某些物质、药物、食品之后所致皮肤损害性病候的辨证方法。

本证产生是以素体禀赋为关键,常因先天体质敏感,禀赋不耐,因而在接触或服用某些药物、食品之后产生皮肤多型性损害。诊断依据:主症表现为皮损处呈现红斑、水疱、荨麻疹样、多型性红斑、猩红热样、肿胀,甚至糜烂、渗液、表皮剥脱,有明确的接触史。次症表现为剧痒、烦躁、口干、大便干结、小便黄赤,或发热。舌红苔薄黄,脉滑数。辨证要点为主症和二三项次症及舌象脉象。

本法适应于药毒所致的各类皮损病候(接触性皮炎、药物性皮炎、癒疹)的辨证。

(六)辨血热风燥证

是指对病久耗伤阴血,血虚生风化燥,皮肤失去濡养所致病候的辨证方法。

本证初起多为风热湿邪或长期机械性刺激,病久则耗伤阴血,营阴不足,生风化燥,以致皮肤失去濡养而生皮损之候。诊断依据:皮损多为圆形或多角形的扁平丘疹,搔抓后皮肤增厚,皮沟加深,皮嵴隆起,极易形成苔藓化,病程长,局部干燥、肥厚、脱屑。

本法适应于牛皮癣病久者的辨证。

(七)辨血虚肝旺证

是指对血虚血不养肝而致生风化燥之证的辨证方法。

本证是年迈血虚,或久病伤及阴血,以致阴血不足,肝失所养,生风化燥,窜扰皮肤而为皮肤剧烈瘙痒。诊断依据:皮肤瘙痒剧烈,有皮肤肥厚、苔藓样变的皮损,情绪波动时瘙痒增剧。舌红苔薄,脉弦细数。

本法适应于风瘙痒病的辨证。

第十四节　骨伤科辨证方法

骨伤科的辨证,是指对皮肉筋骨、脏腑经络损伤疾患进行辨证的

方法。

一、骨伤气血辨证法

气血辨证，是骨伤科临床常用的一种辨证方法。这种辨证方法是以气血的有关理论为基础，对损伤疾病所表现的各种证候进行归纳和概括。将伤气的病证常归纳概括为气滞、气闭、气虚和气脱四个证型；将伤血的病证常归纳概括为血瘀、血虚和血热三个证型。骨伤科气血辨证的特点是，根据主症分辨证型，再将证型作为施治的依据。

气滞：其主要临床表现是伤后游走性疼痛，范围较广泛且无定处。如气滞发生于胸胁，则胸胁胀痛，咳嗽、呼吸时均可牵掣作痛；若肝肾气滞则痛在筋骨；营卫气滞乃痛在皮肉。气滞多见于挫伤，胸胁内伤等。治宜理气行滞。

气闭：常见于严重损伤，其主要临床表现为一时性晕厥，昏迷不省人事，或牙关紧闭，四肢抽搐等。治宜通关开窍。

气虚：其主要表现是疲倦乏力，语音低微，呼吸气短，自汗，食欲不振，舌淡少苔，脉虚无力。局部证见疼痛绵绵，瘀肿不消，或伤口腐肉不溃，脓液清稀，新肉不生等。多见于慢性损伤疾病及严重损伤的恢复期。治宜益气健脾。

气脱：多见于开放性损伤，脏器损伤出血过多，或颅脑损伤者。其主要临床表现是突然昏迷，或醒后又昏迷，目闭口开，大汗淋漓，四肢厥冷，面色苍白，呼吸浅促，二便失禁，脉微欲绝等。治宜回阳，益气，救脱。气脱乃临床危证，应结合现代医学方法抢救治疗。

血瘀：其主要临床表现是伤处肿胀疼痛，痛点不移，痛如针刺，痛处拒按，舌质暗或有瘀斑，脉涩。若瘀血积于肌表，可见局部青紫瘀斑或血肿；若瘀血停留于腹，则腹痛拒按，大便不通；瘀血经久不消，留伏于经络之间，可变为宿伤，证见患处疼痛，时轻时重，缠绵难愈。对血瘀治宜活血祛瘀。气血关系，一帅一母，故血瘀与气滞在伤科临床每多同时并现，但需根据临床主证辨明是偏重于气滞，还是偏重于血瘀，或气滞血瘀并重，依之指导临床论治。

血虚：损伤疾患，由于失血过多，新血一时未及补充；或瘀血不

去，新血不生；或筋骨严重损伤，累及肝肾，肝血肾精不足均能导致血虚。其主要临床表现为面色不华或萎黄，头晕、目眩，心悸，心烦失眠，手足麻木，爪甲色淡，唇舌淡白，脉细无力等。治宜滋养阴血。

血热：损伤积瘀化热或肝火炽盛，均可导致血热。其主要临床表现为发热、口渴、心烦、舌红绛、脉数等。血热严重者可出现高热昏迷；积瘀化热，邪毒感染者，尚可致局部血肉腐败，酝酿液化成脓；若热邪迫血妄行者，则可出现衄血、便血等，治宜清热凉血。

二、骨伤经络辨证法

根据经络学说辨别损伤疾病证候的一种方法。其核心是，经络与损伤疾病的发生及传变有着密切的关系，损伤疾病可以导致经络运行阻滞，同时可使所属脏腑功能失调。例如，凡外阴部和两胁部所表现出的损伤证候，应视为与肝经有关。因为足厥阴肝经从下肢内侧循行而上，绕阴器，布胁肋。同理，凡足跟、腰脊所表现出的损伤证候，应视为与肾经有关。根据这一理论，临床上对于跟痛症及腰痛，多从肾论治。若腰痛沿脊柱旁至大腿后侧放射至小腿足背者，则应视为病变已累及足太阳膀胱经。由于督脉运行于头项背后正中线，总督一身之阳经，故脊柱骨折脱位合并截瘫则属督脉遭受损伤，论治时也从督脉着手。总之，由于经络是运行气血的通道，其遍布人体各部，内连内脏，外络四肢百骸，无处不至，无处不有。因而，大凡损伤疾病可根据其受损部位及所表现出症状的部位运用经络学说进行辨证。运用经络辨证方法，对已累及经络的伤病在论治时，实证宜活血祛瘀，疏通经络，虚证则宜调补气血，温通经络。例如，同属跟骨痛，若属急性损伤所造成者宜活血化瘀，消肿止痛；系慢性劳损所致者则宜补肝肾，温经络。应该注意，在应用经络辨证方法对损伤疾病进行辨证时，应结合八纲辨证及其他辨证方法。

三、骨伤分期辨证法

根据损伤疾病发生和发展规律，将其分为若干阶段进行辨证的一种方法。损伤疾病由发生至痊愈虽然是一个连续不断的过程，但有

其明显的规律性。抓住规律，将其分为若干阶段，再根据各个阶段的病机要点，进行分期辨证，指导论治。

以骨折为例，其发生至痊愈整个过程的发展规律是瘀去、新生、骨合。据此，将骨折可以分为初期、中期、后期三期进行辨证，指导论治。骨折后1～2周，为骨折早期。此期的病理要点是，筋骨脉络损伤，血离经脉，瘀积不散，气血凝滞，经络受阻。故临床表现为局部瘀肿疼痛，活动功能受限。治宜活血祛瘀，消肿止痛。骨折3～6周，为骨折中期。瘀肿虽消而未尽，骨折断端尚未被新生骨痂所连接，是中期的病理要点。其临床表现为局部肿痛逐渐减轻，但异常活动仍然存在。治宜接骨续筋。骨折7～10周后，为骨折后期。此期骨折虽已达临床愈合，但筋骨未坚，肢体功能尚未完全恢复。故临床表现为局部轻度疼痛，筋骨萎软，肢体乏力，关节屈伸不利。治宜补肝肾，壮筋骨，舒筋络。将骨折的分期辨证可归纳为下表：

骨伤分期辨证表解

分　期	骨折后时间(周)	病理要点	主　证	治　法
早　期	1～2	气滞血瘀 经络受阻	局部肿痛 活动受限	行气活血 消肿止痛
中　期	3～6	瘀滞未尽 筋骨未续	肿消痛减 仍有疼痛	接骨续筋 补肝肾
后　期	7～10以后	筋骨未坚 筋肉挛缩	肢软乏力 屈伸不利	壮筋骨 舒筋络

不难看出，分期辨证的特点是寻求并抓住损伤疾病发生发展的规律，划分阶段，从而删繁就简，突出重点，指导论治。应用分期辨证应该注意，各期的划分，特别是时间划分，不是绝对的，而应该将临床表现作为分期的主要依据。同时还必须结合具体患者的年龄、体质、禀赋及损伤情况进行辨证，方能正确指导论治。

四、骨伤分型辨证法

是指根据损伤疾病的不同发病机理和临床特征，将某一疾病或某类疾病分为若干类型进行论治的一种辨证方法。这种辨证方法在

骨伤科应用甚为广泛。

骨伤科气血辨证法辞条中论及的气滞、气闭、气虚、气脱，就是伤气的四个证型；而血瘀、血虚和血热则是伤血的三个证型。也就是对气血损伤的分型。除此之外，以骨折为例，依据发病机理及移位形式不同，将同一骨折可分若干类型，根据不同类型指导施法。桡骨下端骨折常分为伸直型和屈曲型两型，前者由腕关节背伸位受伤所致，骨折远段向背侧及桡侧移位；后者乃腕关节掌屈位受伤所致，骨折远段向掌侧和桡侧移位。依据伸直型和屈曲型两型发病机理及移位形式不同，各型的复位手法及夹缚固定方法亦随之各异。常见骨折临床分型见下表：

常见骨折临床分型表

骨　折	临　床　分　型		
肱骨外科颈骨折	裂缝型	嵌插型	内收型
	外展型	合并肩关节脱位型	
肱骨髁上骨折	伸直型	屈曲型	粉碎型
肱骨外髁骨折	无移位型	轻度移位型	翻转移位型
尺骨上 1/3 骨折合并	伸直型	屈曲型	内收型
桡骨头脱位			
桡骨下端骨折	伸直型	屈曲型	
股骨颈骨折 *	内收型	外展型	
脊柱骨折和脱位 *	屈曲型	伸直型	

* 按发病机理分型

对关节脱位亦常采用分型辨证，例如将髋关节脱位常分为后脱位、前脱位及中心性脱位三型，各型的诊断依据及复位方法各不相同。

对慢性筋伤疾病进行分型辨证，是近年来随着对筋伤类疾病认识的逐渐加深而兴起的，例如，将颈椎病常分为痹痛型、眩晕型和瘫痪型三型进行论治；将腰椎间盘突出症分为血瘀型、风寒型、寒湿型、湿邪型和肾虚型等进行论治。应该注意，分型辨证在于掌握各种疾病或某类疾病的辨证规律，其中分型是基础，辨证是根本，指导论治是目的。

第四章　疾病诊法

疾病，简称为病。是在致病因素作用下，机体邪正交争，阴阳失调，出现具有一定发展规律的演变过程。每一种疾病都有各自特殊本质与规律，即有病因可查，病机可究、规律可循、治法可依、预后可测，所以对疾病的诊断是中医诊法不可缺少的内容。把辨证与辨病有机地结合起来，则可深化对疾病本质的揭示，使诊断更全面、更准确，使治疗更具针对性、全局性。明确了疾病的诊断，便可将辨证局限于该病的常见证的范围之内，缩小辨证的范围，减少辨证的盲目性，因而辨病在临床诊法中能起到提纲挈领的作用。

关于中医病名的确立形式，有人归纳为四种基本规律：其一，本质属性式：这是中医病名确立的主要形式，其具体表现有五：一是以主要症状命名：如耳眩、厌食、视歧、头痛等；二是以主要体征命名：如麻疹、胞睑下垂、黄胖病、水肿、解颅等；三是以主要病因命名：如中暑、蛔虫病、破伤风、毒蛇咬伤等；四是以病理性质命名：如感冒、脏躁、痰厥、白内障、疔疮等；五是以时令气候命名：如春温、秋燥、冬温、暑温等。

其二，形象寓意式：有以症状结合比喻命名，如狐臭、雀目、鱼鳞癣、绣球风、崩漏、乳蛾等；有以特殊寓意命名，如疟疾（病情酷虐）、霍乱（挥霍缭乱）、花柳病（隐指因眠花宿柳而得）、恶阻（有孕恶心，阻碍饮食）等。

其三，特征组合式：即将几种本质属性进行组合而命名：其一是病位病理组合，如肝痈、胸痹、肌痿等；二是病因病理组合，如蛔厥、暑疖、气瘤等；三是病因病位组合，如脏毒、脐风、肺虫病等；四是病因体征组合，如蚕豆黄、漆疮、湿疹、产后乳汁自出等；五是病位主症组合，如腹痛、耳鸣、心悸、乳胀等；六是病位体征组合，如脐疝、旋耳疮、白

晴溢血；七是病理体征组合，如呃逆、郁冒、抽筋、红丝疔、女劳疸等；八是病理与形象比喻组合，如羊痫风、子母痔、月蚀疮、蛇头疔、印月内障等。

其四，附加条件式命名法。如疫痢、天花、瘴疟、时疫发斑、天行赤眼等，突出了这类疾病的传染性。卒中风、暴喑、慢惊风、顽痹、真心痛、休息痢、急黄、千日疮等，提示病之新久缓急。经行发热、子嗽、子肿、梦遗、童子痨、老人淋等，提示发病条件。脱肛痔、哮喘、疳劳、痿痹等，实际是两病组合命名（朱文锋：中医诊断学，上海科技出版社，1995年版，第189页）。

第一节 内科疾病诊法

一、外感病诊法

（一）诊感冒

感冒系外感风邪，客于肺卫，以鼻塞、流涕、咳嗽、恶寒、发热、头身疼痛为主要临床表现的疾病。

诊断依据：①鼻塞流涕，喷嚏，咽痒或痛，咳嗽；②恶寒发热，无汗或少汗，头痛，肢体疲楚；③四时皆有，以冬春季节为多见；④血白细胞总数正常或偏低，中性粒细胞减少，淋巴细胞相对增多。

对感冒的辨证，首先应辨清表寒、表热之不同；其次，应结合发病季节，辨别有无夹暑、夹湿、夹燥的情况；最后，尚须辨其有无正气之亏虚。常见证型有风寒束表、风热犯表、暑湿袭表。另外还见气虚、阳虚、血虚、阴虚感冒。

（二）诊风温

风温是感受风热病邪所引起的急性外感热病。

诊断依据：凡初起有发热、微恶风寒、咳嗽、口微渴、脉浮数等肺卫见症，继则出现肺热壅盛等气分症状，后期多致肺胃阴伤；或见逆传心包，甚则出现内闭外脱而少见传入营分，发病多在冬春两季者，可诊断为本病。此病应与风热上扰证、风热感冒、麻疹等鉴别。

本病的辨证应注意辨别病位，掌握传变趋势，审查虚实及兼夹他邪。本病可分为邪袭肺卫、热入气分、热入心包、肺胃阴伤等证型。

（三）诊春温

春温是感受温热病邪，发于春季而以初起即见里热证为特点的一种急性热病。

诊断依据：临床若见里热外发，发病急，病情重，变化多的发病特点，或初起即见里热炽盛证，如高热烦渴，甚则昏谵痉厥等，或发于春季或冬春之交的急性外感热病，应考虑诊断为本病。本病应与风温鉴别。

春温的辨证应注意初起即见高热烦渴，甚则神昏痉厥，身现斑疹等一派里热证候，病变过程中易入营血发斑、出血，亦易闭窍动风而神昏痉厥；后期易犯下焦耗伤肝肾之阴，出现肾阴耗损或虚风内动证候等特点。春温可分为气分证、营分证、热灼真阴证。

（四）诊暑温

暑温是感受暑热病邪引起的，初起即见壮热、烦渴、汗多、脉洪等气分证的急性外感热病。

诊断依据：临床若见病发于夏至以后，一病即见高热、烦渴、大汗、脉洪大之阳明气分热盛证候，且具有传变迅速，易伤津耗气，闭窍昏厥，动风发痉的特点。应考虑诊断为本病。本病应与冒暑、暑秽、湿温区别。

本病辨证时应注意辨感邪有无夹湿兼寒，辨邪势轻重程度，辨传变趋向。暑温可分为气分证、营血分证、暑伤心肾证。

（五）诊湿温

湿温是由湿热病邪，阻遏脾胃，壅滞肠道，致身热不扬，头身困重，胸痞腹胀，苔腻脉缓为主要临床表现的病症。多见于伤寒、副伤寒。

诊断依据：①初起身热不扬，继则发热呈梯型上升，高热持续，汗出不解，胸痞腹胀，苔腻脉缓。伴有面色晦垢，表情淡漠，纳呆，脘腹胀满，便溏或便秘；②病程中可见胸腹部红疹、白痦，或皮肤、巩膜发黄，或心悸自汗，胸闷气短，后期可出现腹痛急剧，大便出血，甚则汗出肢

冷，昏厥等证；③多见于夏秋季节，起病较缓，病程较长；④血白细胞总数减少，嗜酸性粒细胞减少或消失；⑤血清肥达氏反应"O"凝集素大于1∶80、"H"凝集素大于1∶160以上，随病程而递增；⑥血、骨髓、大便或肛拭培养可有伤寒或副伤寒杆菌生长。

湿温的辨证，首先应注意辨湿热的轻重，区别湿重于热、热重于湿或湿热并重三种病理变化；其次辨病变在卫气营血及三焦的不同部位；最后辨别证候的虚实。湿温病常见证型为湿重于热、湿热并重、热重于湿、化燥入血、余邪未尽。

（六）诊伏暑

伏暑是发生于秋冬季节而以暑湿或暑热见症为主要表现的一种外感热病。

诊断依据：①发于秋冬季节，多在秋季霜降以后；②初起以起病急骤，一病即见暑湿或暑热内伏的症状特点，但有邪在气在营之分，均可兼见恶寒、身痛等表症；③本病初起可表现为卫气同病、卫营同病。伏暑应与暑温、湿温、冬温区别。

伏暑的辨证，注意辨初起证型、暑湿偏盛、阴伤阳伤三个方面。常见证型有初发证、邪在气分、邪在营血。

（七）诊秋燥

秋燥是感受秋燥病邪而发生于秋季的一种急性外感热病。

诊断依据：①有明显的季节性，发于秋令，多见于秋季燥热偏盛季节；②有一定的证候特点，初起见发热、恶寒、咳嗽等邪犯肺卫及口、鼻、咽唇、皮肤等津液受伤见症；③病变重心在肺，以卫气分见证为主，病情较轻，传变较少，预后较好。本病应与风温、伏暑鉴别。

本病的辨证应注意辨初起燥邪温凉属性，辨挟湿化火，辨阴伤部位及程度。常见证型有邪在肺卫、邪在气分、气血两燔。

（八）诊大头瘟

大头瘟是感受风热时毒而引起的一种以头面焮赤肿大为特征的急性外感热病。又称大头病、虾蟆瘟。

诊断依据：起病急，初起憎寒发热，伴有头面焮赤肿痛，病位主要在肺胃，病理以热毒蒸迫为主，多发于冬春季节。大头瘟应与痄腮区

别。

本病的辨证应注意：①初起恶寒较甚，旋即热势增高而以气分肺胃热毒蒸迫的病理变化为主；②肿毒征象突出，虽见头面红肿或咽喉疼痛，但不破溃糜烂，以气分热盛，但很少深入营血分为特点。常见证型为肺胃热毒蒸迫。

（九）诊中暑

中暑是夏季在烈日或高温环境下，因暑热侵袭，致邪热内郁，体温调节功能失常所发生的急性病变。

诊断依据：①高温环境下见全身乏力，头昏肢倦，胸闷恶心，口渴多汗等，离开该环境休息后复常，为先兆中暑；②面色潮红，胸闷烦躁，皮肤干燥，呼吸急促，大量汗出，恶心呕吐，面色苍白，血压下降，为轻度中暑；③上症持续不解，继现汗闭高热，头痛呕吐，神昏肢厥，或肢体痉挛抽搐等症，为重症中暑；④多有曝晒或高温环境下劳作史。本病须与暑瘟、疫疟、中风、食物中毒等鉴别。

本病的辨证首先辨神色的临床特点，其次注意辨阴阳，辨脉象。常见证型有阴暑、阳暑、暑厥、暑风。

（十）诊暑湿

暑湿是夏季感受暑湿病邪引起的外感热病，临床表现暑热之证的同时，兼有胸痞、身重、苔腻、脉濡等湿邪内阻的症状。又称暑温兼湿证。

诊断依据：夏令酷暑湿盛季节，见发病急骤，或有流行性，表现有暑热证的同时，又见胸痞身重，脘闷泛恶，苔腻脉濡等症，即可诊断为此病。暑湿宜与湿温鉴别。

本病的辨证，首先宜辨湿邪之轻重；其次辨湿之部位，或是否兼有寒邪。常见证型有暑湿中困、暑湿伤气、暑湿弥漫、暑湿兼寒。

二、急症诊法

（一）诊急黄

急黄是指发病急骤，病程短促，迅速出现目黄、皮肤黄染、小便短赤等症状，且病情较重，病势凶险的一类疾病。

诊断依据：临床若见黄疸急剧加深，二便异常，肝脏缩小者，可诊断为本病。急黄需与一般黄疸病、萎黄病、黄胖病鉴别。

本病的辨证，应分清黄疸的浅深和病程阶段。常见证型有湿热壅阻、热毒炽盛、胆石瘀阻、热陷心包、血热妄行。

（二）诊昏迷

昏迷是指因高热、中风、中毒、外伤及心肝肾功能衰竭所致，表现以神志不清、不省人事为特征的一种脑系病症。

诊断依据：①神志不清，不省人事是诊断昏迷的主要依据。轻则嗜睡昏朦，重则昏不识人，不省人事；②有突发和继发之分。昏迷出现皆有急性感染、中毒、外伤等突发病史，或慢性虚衰病史；③具有未经治疗昏迷不除，既经治疗苏醒后亦有原发病存在的特点；④辅以必要的物理检查如脑脊液化验等以寻找原发疾病。昏迷须与痫病、厥病、闭证、脱证等鉴别。

对昏迷的辨证，首先应辨病因之异，分外感与内伤。热毒炽盛、卒冒秽浊属外感昏迷。风痰上扰，湿浊蒙闭，浊阴上移多为伤昏迷。外感多来势急骤，兼见高热、谵语、抽搐、斑疹、衄血、舌红绛、脉滑数之症；而内伤多来势稍缓，每由嗜睡、昏睡转变而成，兼见头痛头昏、恶心呕吐、手指震颤等症。其次，要察昏迷特点，明标本缓急。昏迷的辨证不仅要注意掌握各种昏迷神志障碍的特点，还要通过其他兼症，尤其是热型、舌质舌苔等以辨别昏迷的病性病势，分清邪正标本缓急，以便决定救治的先后逆从。属实证者，进一步辨热、痰、湿、瘀、秽诸邪的不同表现，属虚证者，进一步明确气、血、阴、阳衰竭的相互关系。另外，并要注意昏迷多与闭、脱合病的表现特点，昏迷证型可分为热陷心营、湿热困扰、痰火上窜、肝阳暴涨、瘀热交阻、浊阴上逆、内闭外脱等。

（三）诊痉症

痉症是以突然头晕、头痛、脘腹胀满或绞痛，欲吐不吐、欲泻不泻，四肢挛急，甚则昏厥，唇甲青紫，或于肘窝、腘窝、颈前两旁常见青紫痉筋为临床表现的急性病症。

诊断依据：①急骤起病，多发于夏秋季节；②突然头晕痛、脘腹胀

闷绞痛，欲吐不吐、欲泻不泻，甚则神昏，唇甲、肘窝、腘窝、两颈前旁青紫或有青筋筋。痧症须与中暑、霍乱、中风、厥病、痫病相鉴别。

对痧症的辨证，应抓住发病季节，病起暴急，暑热秽浊内阻，经脉和胃肠壅闭，中焦气机升降失司，腹胀腹痛，欲吐欲泻等胃肠证候为特征，认清急痧凶候之心胸紧闷疼痛、昏仆不语、唇舌青黑、脉象洪大无根等特点，然后详审病因，或为外感而发，或为他病之变，或为瘴气内攻，或染于溪毒，或湿秽为病，明了感邪之寒热属性。其常见证型可分为热痧、寒痧、绞肠痧三种。

（四）诊中毒

中毒是指有毒物质经食道、气道、皮肤、脉管等进入人体，损伤正气，造成脏腑气血功能紊乱，甚至阴阳离绝的危急病症。

诊断依据：①急暴发病，来势凶险，瞬息万变，不拘男女老幼、季节时辰，出现某些毒物相对特异性的临床表现；②有误进毒物，如误饮污染水或变质饮料，误食有毒或变质食物，误服有毒药品，误吸秽浊毒气，以及误触毒物，如误入有毒环境、误摸剧毒，不慎被毒蛇咬伤或毒箭射伤等原因；③多出现面部、神色、呼吸、消化、心脉以及尿的异常改变。中毒应与暴吐、暴泻、喘促、衄血、抽搐、昏迷等多种急性病证相鉴别。

对于中毒的辨证：一般地说，病位、病性比较容易弄清，关键在于如何查明所中具体毒物。病位主要取决于中毒的途径、时间及具体毒物的毒理特点、临床表现。如误食变质食物中毒未超过4小时并以吐泻为主要表现者，其病位即在肠胃，超过4小时而见喘促或抽搐者，其病位主要在肺或肝。急性中毒多为外因所致，中毒早期多为热毒邪盛之证，迄至中晚期多为虚实夹杂乃至正气大伤之证。辨别中毒病因，除了应详询病史了解所中毒物的种类及其就诊前曾采取的处理措施外，主要应借助以下两种方法辨其病因。一是及时从现场采取毒物标本并采集患者身边剩余毒物、呕吐物、胃内容物、粪便、尿液等，及时进行化学分析；二是抓住毒物中毒的相对特异性的突出表现加以推断。中毒常根据所中毒物确定病种类型，早期在于应急处理，一般立足于中后期辨证分型。其具体分型视毒物因素和临床表现而定。

三、肺系疾病诊法

(一)诊咳嗽

咳嗽是因邪客肺系,肺失宣肃,肺气不清所致,以咳嗽、咯痰为主要症状的病证。多见于急、慢性支气管炎。

诊断依据:①咳逆有声,或伴咽痒咳痰;②外感咳嗽,起病急,可伴有寒热等表证;③内伤咳嗽,每因外感反复发作,病程较长,可咳而伴喘;④急性期查血白细胞总数和中性粒细胞增高;⑤两肺听诊可闻呼吸音增粗,或伴散在干湿性罗音;⑥肺部X线摄片检查正常或肺纹理增粗。咳嗽应注意与肺痨、肺胀相鉴别。

对咳嗽的辨证,首先应分清外感、内伤;其次,要了解咳嗽的时间、节律、性质、声音,以及加重的有关因素;并注意痰的颜色、性质、数量、味道,以分辨其寒热虚实等。其常见证型为风寒袭肺、风热犯肺、燥邪伤肺、痰热壅肺、肝火犯肺、痰湿蕴肺、肺阴亏虚、肺气亏虚。

(二)诊肺痿

肺痿指咳喘日久不愈,肺气受损,津液耗伤,肺叶痿弱不用的病症,为肺脏的慢性虚损性疾患。

诊断依据:①有肺脏内伤久咳之病史;②咳吐浊唾涎沫。本病应与肺痈、肺痨相鉴别。

对肺痿的辨证,重在辨清寒热;其次,应注意辨别是否有他脏之兼证。临床一般分为虚热和虚寒两大类。

(三)诊肺痈

肺痈是由风热邪毒蕴滞于肺,热痰血瘀,血腐化脓而成。以发热,胸痛,咳吐腥臭脓血痰为主要症状的肺部化脓性病变。

诊断依据:①发病多急,常突然寒战高热,咳嗽胸痛,呼吸气粗;②咯吐多量黄绿色脓痰或脓血痰,吐入水中,"沉者是痈脓,浮者是痰",气味腥臭;③局部叩诊呈浊音,呼吸音减弱或增强,语颤音增强,可闻及支气管呼吸音或湿性罗音;④血白细胞总数及中性粒细胞增高;⑤痰培养有致病菌。胸部X线摄片,肺部可见大片浓密炎症阴影或透亮区及液平面。

肺痈总属实热病证，辨证应注意其由实到虚之演变过程，并注意对其痰浊的辨别。本病一般分为表证期、成痈期、溃脓期、恢复期四个阶段。

（四）诊风温肺热病

风温肺热病是由风热病邪犯肺，热壅肺气，肺失清肃所致，以发热、咳嗽、胸痛为主要表现的疾病。相当于急性肺炎性病变。

诊断依据：①以身热、咳嗽、烦渴，或伴气急、胸痛为主症；②病重者可见壮热，颜面潮红，烦躁不安，神昏谵语，或四肢厥冷等症；③冬春两季较多，具有起病急、传变快、病程短的特点；④血白细胞总数及中性粒细胞升高者，属细菌性感染；正常或偏低者以病毒性感染为主；⑤肺部有实变体征，或可闻及干湿性罗音；⑥痰直接涂片或培养可以找到病原体；⑦胸部X线透视或摄片，可见一侧或两侧肺叶或肺段炎性阴影。

风温肺热病的辨证应注意起病的快慢、传变的速度、病程的长短、疼痛的性质几个方面。常见类型有风热犯肺、痰热壅肺、肺胃热盛、热闭心包、气阴两虚、邪陷正脱几个方面。

（五）诊哮病

哮病系宿痰伏肺，因外邪、饮食、情志、劳倦等因素，致气滞痰阻，气道挛急、狭窄而发病。以发作性喉中哮鸣有声，呼吸困难，甚则喘息不得平卧为主要表现。又有呷嗽、哮吼、鹅鼻等名称。相当于支气管哮喘、喘息性支气管炎。

诊断依据：①发作时喉中哮鸣有声，呼吸急促，甚则张口抬肩，不能平卧，口唇指甲紫绀；②呈反复性发作，常因气候突变、饮食不当、情志失调、劳累等因素诱发，发作前多有鼻痒、喷嚏、胸闷等先兆；③有过敏史或家族史；④两肺可闻及哮鸣音，或伴有湿罗音；⑤血嗜酸性粒细胞可增高；⑥痰液涂片可见嗜酸细胞；⑦胸部X线检查一般无特殊改变，久病可见肺气肿征。本病应与喘病相鉴别。

本病属邪实正虚，发作期以邪实为主，未发作以正虚为主，故辨证须根据已发、未发分虚实施治，实证尚应分寒痰、热痰以及有无表证之不同，虚证应审其阴阳之偏虚、脏腑之所属。临床一般发作期分

冷哮、热哮、痰哮、虚哮。缓解期分肺气亏虚、脾气亏虚、肾气亏虚三型。

(六)诊喘病

喘病是因久患肺系疾病或他脏病变影响，致肺气上逆，肃降无权，出现气短喘促，呼吸困难，甚则张口抬肩，不能平卧等症的疾病。多见于阻塞性肺气肿、肺原性心脏病、心肺功能不全等。

诊断诊据：①以气短喘促，呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧，口唇发绀为特征；②多有慢性咳嗽，哮病，肺痨，心悸等疾病史，每遇外感及劳累而诱发；③呈桶状胸，叩诊胸部呈过清音，心浊音界缩小或消失，肝浊音界下移；肺呼吸音减低，可闻及干、湿性罗音或哮鸣音；或肝肿大，下肢浮肿、颈静脉怒张；④合并感染者，白细胞总数及中性粒细胞可增高，必要时查血钾、钠、二氧化碳结合力及X线胸部摄片，心电图，心、肺功能测定，血气分析等。

对喘之辨证，应首先从呼吸、声音、脉象、病势缓急等方面以辨其虚实。实喘当辨外感内伤，虚喘应辨病变脏器及阴阳，并应注意寒热之转化、互见及虚实之错杂。临床一般实喘分为风寒束肺、风热犯肺、痰湿蕴肺、水气凌心；虚喘分肺脾两虚、肺肾两虚。此外，尚有虚实夹杂及喘脱之变证。

(七)诊肺胀

肺胀是多种慢性肺系疾患反复迁延，导致肺气胀满，不能敛降的一种病症。

诊断依据：①有长期慢性咳喘病史；②咳逆上气，痰多胸闷，喘息，四肢或颜面浮肿；③病程缠绵，时轻时重，常因感受外邪而反复发作。本病主要应与哮病、喘病相鉴别。

肺胀为本虚标实之病，临床辨证应辨其虚实的主次及标本缓急，偏实者尚须分辨病邪性质之寒热、痰、水饮、瘀血等不同，偏虚者则应辨别病理性质与脏腑病位。本病一般分为痰浊壅肺、痰热郁肺、痰蒙神窍、肺肾气虚和阳虚水泛等型。

(八)诊肺痨

肺痨系由感染"痨虫"所致的肺部慢性消耗性传染性疾患。可见

咳嗽、咯血、潮热、盗汗、消瘦等主症。相当于肺结核。

诊断依据：①初期仅感疲劳乏力、干咳、食欲不振，形体逐渐消瘦，病重者可出现咳(咯)血、潮热、颧红、盗汗，形体明显消瘦等症；②常有与肺痨患者密切接触史；③病灶部位呼吸音减弱，或闻及支气管呼吸音及湿罗音；④痰液涂片、浓缩或培养，结核菌多呈阳性；⑤血沉增快；⑥结核菌素皮试呈强阳性；⑦X线摄片示肺部可见结核病灶。必要时可作X线断层摄片。本病须与肺痿、虚劳相鉴别。

对肺痨的辨证应详察主症的特点，辨明病变脏器，分清病理性质，并注意辨别证候之顺逆。临床可分为肺阴亏损、阴虚火旺、气阴耗伤、阴阳两虚等证型。

四、心系疾病诊法

(一)诊心悸

心悸是由心失所养或邪扰心神，致心跳异常，自觉心慌悸动不安的病症。多见于心神经官能症及心律失常。

诊断依据：①自觉心搏异常，或快速或缓慢，或跳动过重，或忽跳忽止。呈阵发性或持续性不解，神情紧张，心慌不安；②伴有胸闷不适，心烦寐差，颤抖乏力，头晕等症。中老年患者，可伴有心胸疼痛，甚则喘促，汗出肢冷，或见晕厥；③可见数、促、结、代、缓、迟等脉象；④常有情志刺激，惊恐，紧张，劳倦，饮酒等诱发因素；⑤血常规、血沉、抗"O"、T_3、T_4及心电图、X线胸部摄片、测血压等检查，有助明确诊断。

本病辨证，首先须分清虚实，虚者有气、血、阴、阳之不足；实有痰火、瘀血之区别。其次应根据心悸的发作情况，区别惊悸与怔忡的不同。第三要仔细体会结脉、代脉、促脉、涩脉、缓脉、迟脉及临床意义，结合病史、症状，推断脉证之顺逆。最后，尚须详询病史，了解发病经过，根据主症、兼症，结合体检以及有关仪器检查，以明确引起心悸的原发疾病，适当配合辨证治疗。常见证候有心虚胆怯、心脾两虚、阴虚火旺，心血瘀阻、水气凌心，心阳虚弱等。

(二)诊胸痹心痛

胸痹心痛是由邪闭心络,气血不畅而致胸闷心痛,甚则心痛彻背,短气喘息不得卧等为主症的心系疾病。多见于冠状动脉硬化性心脏病。

诊断依据:①膻中或心前区憋闷疼痛,甚则痛彻左肩背、咽喉、左上臂内侧等部位。呈发作性或持续性不解。常伴有心悸气短,自汗,甚则喘息不得卧;②胸闷胸痛一般几秒到几十分钟而缓解。严重者可见疼痛剧烈,持续不解,汗出肢冷,面色苍白,唇甲青紫,心跳加快,或心律失常等危象,可发生猝死;③多见于中年以上,常因操劳过度,抑郁恼怒,或多饮暴食,感受寒冷而诱发;④查心电图、动态心电图、运动试验等以明确诊断,必要时作心肌酶谱测定、心电图动态观察。

胸痹心痛多为本虚标实之证,辨证当分清虚实、标本,权衡标实本虚之轻重缓急,以确定相应治疗,临证须与胃脘痛、悬饮、结胸等病证相鉴别。一般分为心血瘀阻、寒凝血脉、痰浊内阻、心气虚弱、心肾阴虚、心肾阳虚和气虚血瘀等证。

(三)诊不寐

不寐是指脏腑机能紊乱,气血亏虚,阴阳失调,导致不能获得正常睡眠的病症。又称失眠。

诊断依据:①轻者入寐困难或寐而易醒,醒后不寐,重者彻夜难眠;②常伴有头痛、头昏、心悸、健忘、多梦等症;③经各系统和实验室检查未发现异常。

对不寐辨证首当分清病位之在于心,或肝、胆、脾、胃、肾的阴阳气血失调,影响于心神;其次,须辨明病性的虚实。一般分为心火炽盛、肝郁化火、痰热内扰、胃气失和、阴虚火旺、心脾两虚、心胆气虚等证。

(四)诊健忘

健忘是指记忆力衰退,遇事易忘的一种病症。又称"善忘"、"喜忘"。

诊断依据:①患者在较长时间内记忆减退,遇事善忘者;②多伴有怔忡、不寐、烦躁等;③排除中风、痴呆等疾病导致的记忆功能障碍

者。本病须与痴呆、郁证相鉴别。

对健忘的辨证，首先要详审病因，本病多由思虑过度，素体虚衰，年老及痰瘀内停引起；共次要辨虚实，本病虚证十之八九，但亦有邪实者。虚者责之心脾肾，实则有痰气凝结或瘀血内停之不同；再次要注意诊脉舌。证型有心脾两虚、心肾不交、年老神衰、痰邪郁闭等。

（五）诊痴呆

痴呆是指以呆傻愚笨为主要临床表现的一种神志疾病。又称呆病、呆痴、愚痴、文痴、武痴等。

诊断依据：①智力明显减退，表现为思维缓慢，贫乏简单，缺乏逻辑性、连续性，情绪不稳定，动作表情迟钝。严重者饮食、大小便不能自理；②根据年龄及智力变化特征分析。自幼痴呆，多与胎孕产及幼年患热性病有关，表现为不能言语，或仅能讲个别单音字，生活不能自理。老年痴呆，则以记忆力、理解力、计算力、定向力等明显减退或丧失为特点；③根据情志变化分析，突然剧烈的情志刺激，如惊吓，常可发生痴呆；④根据有无头部外伤及中毒史分析，头部外伤及药物中毒常易导致痴呆。本病须与癫病、痫病、狂病、郁病、脏躁、健忘、百合病鉴别。

对痴呆的辨证，首先，辨别属先天性还是后天性。先天性痴呆多因禀赋不足或产时受伤，后天性痴呆或因情志不遂、或因头部外伤、中毒、或因年老脑神失养。其次，再辨轻重，轻者神情淡漠，寡言少语，反应迟钝，重者终日不语，或言辞颠倒，或傻哭傻笑，甚则饥饱不知，丧失自理能力。再次，要辨虚实。本病病因多端，证情复杂，但终不出虚实两大类。先天禀赋不足，精血亏衰，脑失所养者，多属虚证；若情志内伤、痰浊阻窍、瘀阻脑府者，则多实证。本病病程较长，证情顽固，辨证需注意虚实夹杂的病机属性。临床分为禀赋不足、精气亏虚、痰湿阻窍、气血瘀阻等证型。

（六）诊多梦

多梦是指经常在睡眠中由于体外或体内的微弱刺激导致神失静谧、魂不归附而呈现种种幻象意想的一种病症。

诊断依据：①本病诊断主要根据病人的自诉，即经常梦境纷扰，

且梦醒后精神不振，头昏乏力；②不伴有明显的脏器实质性损害。本病首先必须与生理性作梦相区别，生理性梦寤后无任何不适，且生理之梦仅是偶而为之；其次本病尚须与梦游、谵妄等相鉴别。

对多梦的辨证，首先应辨主症与兼症，梦症常与虚劳、惊悸、怔忡、健忘、失眠等症并见，应在诸多证候中分辨其主次或兼夹；其次应从"五神论"立论，根据梦境及其伴随症状辨脏腑虚实，尤其辨梦情意境更为深幽奥妙。多梦临床可分为以下几型：心胆气虚，神不守舍；心脾两虚，脑体失荣；心肾不交，脑神不宁；肝肾阴虚，脑失濡养；肝阳痰火，上扰脑神；血瘀气滞，脑神失司。

（七）诊嗜寐

嗜寐是指以不分昼夜，时时欲睡，唤之能醒，醒后复睡为临床特点的一种脑系疾病，又称多寐、嗜睡。

诊断依据：①本病以患者不分昼夜，不分场合地点，精神萎顿，随时都可以入睡，呼之亦能觉醒，但未几又已入睡为主要诊断依据；②本病常兼见神疲乏力、四肢倦怠、头晕、纳少、舌淡苔白、脉虚细弱等症状；③多见于中老年患者及妇女和肥胖之人；④无明显的脏器实质性损害。本病须与昏迷、厥病相鉴别。

对嗜寐的辨证，首先要从嗜睡及其兼症和脉舌表现方面，辨清证候的虚实。本病虽以阳气虚衰为常见病机，但实证亦有之，诸如湿、痰、热、暑邪以及瘀血等，均可为患成实；其次要进一步辨标本。本病病情复杂，病程较久，往往虚中夹实，实中有虚，多呈本虚标实之证，故辨证务必推究标本主次、邪正盛衰。常见证型有湿困脾阳、痰浊痹阻、脾气不足、心气虚衰、脾肾阳衰、肾精亏虚、肝胆湿热、瘀血阻滞、暑热伤气等。

（八）诊百合病

百合病是指以精神恍惚，欲卧不能卧，欲行不能行和食欲时好时差，以及口苦、尿黄、脉象微数为主要临床表现的一种疾病。

诊断依据：①多继发于急性热病之后，或在较长时间内情志失畅而发病；②临床出现精神恍忽不安，默默不语，欲卧不能卧，欲行不能行，如寒无寒，如热无热，食欲或差或好，口苦、尿黄、脉细数。本病须

与郁证、不寐、卑惕相鉴别。

对百合病的辨证，首先应从精神、行为等方面恍惚不宁的表现特点进行分析，透过其复杂多变，不能自主的征象，抓住正虚邪恋的本质，方能临变不惑；其次要知常达变，分清阴阳虚实。本病多以心肺阴虚内热为常，以痰热内扰，心肺气虚为变；再次要注意分析情志失和与邪少虚多、脑气不足的关系，分清标本主次。本病可分阴虚内热、痰热内扰、心肺气虚等证型。

（九）诊癫病

癫病是因情志内伤，脏腑功能失调，致使痰气郁结，蒙蔽心窍所致，以精神抑郁，表情淡漠，沉默痴呆，语无伦次，静而少动为特征的疾病。主要指精神分裂症、忧郁症、强迫症等。

诊断依据：①有精神抑郁，多疑多虑，或焦急胆怯，自语少动，或悲郁善哭，呆痴叹息等不正常表现；②多有情志刺激，意欲不遂等诱发因素，或有家族史；③排除药物原因导致者。本病应与郁病、脏躁鉴别。

对癫病的辨证，首当分清痰之有无；次当审明心肝脾肾诸脏腑之虚实，阴阳之盛衰；并须辨明标本缓急。常见证型为痰气郁结、气虚痰结、心脾两虚、阴虚火旺等。

（十）诊痫病

痫病是由痰、火、瘀以及先天因素而致气血逆乱，清窍蒙蔽，以卒然昏仆，强直抽搐，移时自醒，醒后如常人为特征的发作性疾病。主要指癫痫，包括原发性及继发性癫痫。

诊断依据：①全面性发作时突然昏倒，不省人事，两目斜视，四肢抽搐，口吐涎沫，或有叫吼声，醒后如常人；②小发作时仅有突然呆木，面色苍白，或两目凝视，头向前倾，短时间即恢复正常；③反复发作，发无定时，发作时间长短不等，多数在数秒至几分钟即止，少数可达数小时以上，苏醒后对发作情况一无所知；④发作前常有眩晕、胸闷等症；⑤可有家族史，每因惊恐、劳累、情志过极而诱发；⑥脑电图检查有阳性表现，有条件可做CT、核磁共振检查。痫病应与中风、昏迷、厥病、癫痫及脏躁病抽搐相鉴别。

对痫病辨证应从吐涎沫多少、咯痰与否、舌苔厚腻及脉弦滑的程度来辨痰浊的轻重，从患者的神色、体质、病程长短、脉舌以判断正气之盛衰，并应分辨气机之属清气不升或浊气不降，还是气机郁滞。常见证型为肝风痰浊、肝火痰热、肝肾阴虚、脾胃虚弱、气虚血瘀。

(十一)诊狂病

狂病是因七情化火，煎熬津液为痰，痰热壅盛，迷塞心窍，以精神亢奋，躁扰喧狂不宁，毁物打骂，躁动多怒为特征的疾病。主要见于精神分裂症、躁狂症。

诊断依据：①有精神错乱，哭笑无常，妄语高歌，狂躁不安，不避亲疏，打人毁物等精神、语言、举止异常状态；②有情志刺激，意愿不遂，或颅脑外伤等诱发因素，或有家族史；③排除药物原因所致者。

对狂病的辨证，要注意区别内伤与外感，并要分清是痰火扰神、火盛伤阴，还是气血瘀滞。

五、脾胃疾病诊法

(一)诊胃脘痛

胃脘痛是因胃气郁滞，气血不畅所致，临床以上腹部近心窝处经常发生疼痛为主症的疾病。多见于胃、十二指肠炎症、溃疡、痉挛等疾病。又名胃痛，俗称心口痛。

诊断依据：①胃脘部疼痛，常伴痞闷或胀满、嗳气、泛酸、嘈杂、恶心、呕吐等症；②发病常与情志不畅，饮食不节，劳累，受寒等因素有关；③上消化道钡餐X线检查、纤维胃镜检查及组织病理活检等，可见胃、十二指肠粘膜炎症、溃疡等病变；④大便或呕吐物隐血试验强阳性者，提示并发消化道出血；⑤B超、肝功能、胆道X线造影有助于鉴别诊断。

对胃脘痛辨证，首当分清虚实、寒热及在气在血等方面。胃痛而胀，闭结不通者多实，痛而不胀无闭结者多虚；痛而拒按者多实，喜按者多虚；痛剧而坚，固定不移者多实，痛徐而缓，痛处不定者多虚。其次，熟悉掌握气滞、血瘀、中虚、胃热、食滞等证型的症状特点，同时还得注意虚实并见、寒热夹杂的辨证。胃脘痛常见证型有肝胃气滞、寒

邪犯胃、胃热炽盛、食滞胃肠、瘀阻胃络、胃阴亏虚、脾胃虚寒。

(二)诊泄泻

泄泻是因感受外邪，或内伤饮食，致脾失健运，传导失司，以大便次数增多，质稀溏或如水样为主要表现的疾病。相当于急、慢性肠炎或肠功能紊乱等疾病。

诊断依据：①大便稀薄如水样，次数增多，可伴腹胀腹痛等症；②急性暴泻起病突然，病程短，可伴有恶寒、发热等症；③慢性久泻起病缓慢，病程较长，反复发作，时轻时重；④饮食不当，受寒凉或情绪变化可诱发；⑤大便常规检查可见少许红、白细胞，大便培养致病菌阳性或阴性；⑥必要时作X线钡剂灌肠或纤维肠镜检查。本病应与痢疾、霍乱等病相鉴别。

对泄泻的辨证，首当分清虚实寒热，其中急性暴泻，腹痛拒按，泻后痛减多为热证或实证；慢性久泄，腹痛不甚而喜按，多属虚证或寒证。其次也要注意辨泻下物的性状，大便清稀，或如水样，稀腥者，多为寒湿证；大便稀溏，其色黄褐而臭，肛门灼热者，多为湿热证；大便溏垢，臭如败卵，挟有不消化之残渣者，多属伤食。此外，也要辨其挟风、挟暑之不同，常见证型为寒湿、湿热、食滞、肝郁、脾虚、肾虚。

(三)诊痢疾

痢疾是因感受湿热邪毒，积滞肠腑，肠膜血络受伤，以腹痛，腹泻，里急后重，大便呈赤白粘冻或脓血为主要临床表现的疾病。相当于细菌性痢疾或肠道阿米巴病。

诊断依据：①腹痛，里急后重，痢下赤白、脓血粘冻，便次增多；②急性痢疾发病骤急，可伴有恶寒发热等症；慢性久痢则反复发作，迁延不愈；③常见于夏秋季节，多有饮食不洁史；④急性菌痢，血白细胞总数及中性粒细胞增高；⑤大便常规检查，可见红、白细胞及巨噬细胞，大便培养有痢疾杆菌生长；⑥肠阿米巴病的新鲜大便可找到阿米巴滋养体或包囊；⑦必要时作X线钡剂造影及直肠、结肠镜检查，有助于鉴别诊断。本病应与泄泻鉴别。

对痢疾的辨证，重在辨清寒热虚实。首先，可通过痢色排泄物以辨之。一般白而滑脱为虚寒，白而为脓属热，痢下赤色为火热，紫黑为

瘀血，紫暗稀淡为阳虚，焦黑脓厚大多为火热。其次，根据腹痛及里急后重的程度判断。再次，要分清痢疾的缓急轻重，掌握对本病急重症的辨认。临床分型为湿热痢、疫毒痢、寒湿痢、噤口痢、休息痢、阴虚痢、虚寒痢。一般湿热痢为常见，疫毒痢病势急骤，病情凶险，噤口痢亦属危急之病。

（四）诊腹痛

腹痛是指因寒湿内阻，气滞血瘀等原因所致的以脐腹部疼痛为主症的疾病。

诊断依据：①以腹部疼痛为主症；②常伴有发热、恶寒、腹胀、大便秘结或溏薄；③发病常与饮食不洁，情志不畅，寒邪内阻等有关。本病应与胃痛、痢疾、霍乱、癥积相鉴别。此外，内科腹痛与外科腹痛、妇科腹痛也要注意鉴别。

对腹痛辨证，首当辨腹痛之缓急；其次要辨腹痛的性质，以了解寒、热、虚、实以及在气在血；再次要辨腹痛的部位，以了解何脏受病或何因致痛。常见证型有寒湿内阻、中虚脏寒、气滞血瘀、湿热积滞。

（五）诊霍乱

霍乱是由饮食不洁，感受疫毒而致突然剧烈泄泻，继则呕吐，呈挥霍撩乱之势的烈性传染性疾病。

诊断依据：①突然发生剧烈腹泻，继则呕吐呈稀水或米泔水样，多无腹痛里急后重，呈地区性流行；②多发于夏秋季节；③有饮食不洁史或与病人接触史；④剧烈吐泻后，迅即出现皮肤松弛，眼眶凹陷，指尖螺瘪，或下肢痉挛转筋，可伴有心烦口渴，精神萎靡，少尿或尿闭，声嘶音哑等；⑤严重者，骤即汗出肢冷，口唇紫绀，体温不升，血压下降，神志不清；⑥吐泻物标本涂片可找见革兰氏阴性霍乱弧菌，快速培养或血清凝集试验阳性；⑦血液浓缩，血浆比重和红细胞压积升高，血白细胞总数显著增高，尿检查可见蛋白质、红细胞及管型，水、电解质紊乱和酸碱平衡失调。本病应与呕吐和泄泻相鉴别。

对霍乱的辨证，首先，注意津液丧失的程度。轻度：皮肤稍干，弹性略差，目眶略陷，脉数。中度：烦躁不安，皮肤干燥，用手易于捏起，声音嘶哑，目眶明显下陷，时有转筋，螺纹皱瘪，脉细数。重度：神情烦

躁或软弱无力，甚则神志不清，失音难语，皮肤松皱，以手捏起则久久不能恢复，目眶深陷，眼睛不能闭紧，转筋明显，螺纹干瘪，脉微弱而数，或见伏脉。其次须根据病史、症状、体征以辨其寒热及真假。临床证型有寒湿困脾证、中焦湿热证、亡阴证、亡阳证、干霍乱。

（六）诊便秘

便秘是因气阴不足，或燥热内结，腑气不畅所致的以排便间隔时间延长，大便干结难解为主要症状的病候。常指习惯性便秘。

诊断依据：①排便时间延长，3天以上1次，粪便干燥坚硬；②重者大便艰难，干燥如栗，可伴少腹胀急，神疲乏力，胃纳减退等症；③排除肠道器质性疾病。

对便秘的辨证，首先当辨大便艰难与否；其次要注意粪质及排便时的情况；最后要注意腹部触诊及兼症，各方综合以辨清寒热虚实及气血阴阳虚损情况。常见证型有热秘证、气秘证、气虚证、血虚证、阴虚证、冷秘证。

（七）诊噎膈

噎膈是因痰气交阻，或痰瘀阻滞，致使胃失和降，出现以饮食梗噎难下，或食入即吐为临床特点的疾病。多见于食道、贲门部疾病。

诊断依据：①吞咽食物时，自觉胸骨后有梗噎难下之感；②久则饮食难下，甚则食入即吐，夹有痰涎，形体逐渐消瘦；③上消化道钡餐X线检查可显示食道或贲门部痉挛、狭窄、肿瘤等病变；④食道镜检作组织病理活检，或食道脱落细胞检查，可明确病变部位及性质。本病须与反胃、梅核气、关格相鉴别。

本病的辨证，首先，凡中年以上患者，出现吞咽梗阻不适，饮食难下，或食入即吐者，即应疑为本病，特别是在肿瘤高发地区，要结合现代医学检查方法，尽早明确诊断。其次，应辨其轻重。轻则有吞咽梗噎感，全身症状不明显；重则吞咽梗阻进行性加重，甚则流质饮食亦难咽下，或食入即吐，形体消瘦。最后，要辨清标本虚实。标实之证以气结、血瘀、痰阻三者为主。本虚以阴津枯槁为主。噎膈一般临床分为痰气交阻证、痰瘀内结证、阴津枯槁证、气虚阳微证。

(八)诊呕吐

呕吐是指胃失和降,气逆于上,迫使胃中之物从口中吐出的一种病症。

诊断依据:①呕吐食物残渣,或清水痰涎,或黄绿色液体,甚则兼夹少许血丝,一日数次不等,持续或反复发作;②伴有恶心,纳谷减少,胸脘痞胀,或胁肋疼痛;③多有骤感寒凉,暴伤饮食,劳倦过度及情志刺激等诱发因素,或有服用化学制品药物,误食毒物史;④上腹部压痛或有振水声,肠鸣音增强或减弱;⑤呕吐控制后,胃肠X线摄片及内窥镜检查可明确病变部位及性质;⑥查肝、肾功能,电解质,血气分析,B超探查肝、胆、胰等有助于鉴别诊断。临床应与反胃、噎膈鉴别。

对呕吐的辨证,首先应分别虚实。实证多由外邪、饮食所致,发病较急,病程较短,呕吐量多,吐出物多酸臭味,或伴寒热,脉实有力。虚证多属内伤,多为脾胃气阴亏虚,发病较缓,病程较长,或时作时止,吐出物不多,酸臭味不甚,常伴精神萎靡,倦怠乏力,脉弱无力。其次要辨呕吐物的性质,呕吐酸腐难闻者,多属食积内腐;呕吐苦水黄水者,多由胆热犯胃;呕吐酸水绿水者,多由肝热犯胃;呕吐浊痰涎沫者,多由痰浊中阻;呕吐清水者,多因胃虚或虫积;泛吐少量粘沫者,多为胃阴不足。一般临床分型有外邪犯胃证、食滞内停证、痰饮内阻证、肝气犯胃证、脾胃气虚证、脾胃阳虚证、胃阴不足证。

(九)诊反胃

反胃是以脘腹痞胀,宿食不化,朝食暮吐,暮食朝吐为主要特征的病症。又称胃反。

诊断依据:①脘腹痞胀,食后尤甚,朝食暮吐,暮食朝吐;②一般起病缓慢,前期有胃脘痛、吐酸、嘈杂、食欲不振等症状;③脘部按压有不适感,有时可触及包块。本病应与呕吐、噎膈相鉴别。

本病辨证首先应注意呕吐的性质和呕吐物的情况;其次当结合兼症、脉舌等以辨其寒、热、痰、瘀之不同。常见证型为脾胃虚寒、胃中积热、痰浊阻胃、血瘀积结等。

(十)诊胃缓

胃缓是指由于长期饮食不节,或七情内伤,或劳倦过度,导致中气下陷,升降失常,胃体失却固托,弛缓下垂,从而出现以脘腹痞满、嗳气不舒、胃脘疼痛、大便不调、肠鸣漉漉等脾胃失调症状为特点的慢性病症。

诊断依据:①本病以脘腹痞满和脘腹疼痛为主症。脘腹痞满多见于饭后,且同时兼见胀急疼痛,或脘腹部常有形可见。胃脘疼痛主要为坠痛,站立或活动时多加剧,平卧后即可减轻和消失。②本病患者多为禀赋薄弱,身体瘦削的体质。③饮食不节、七情内伤和劳役过度常为发病的诱发因素。本病须与胃脘痛、痞满等病证相鉴别。

对胃缓的辨证,首先,要审虚实。本病多本虚标实、虚实互见,表现复杂。其次,要辨气血,病初多气虚下陷,或邪阻经络,病久则气血瘀阻。再次,要察润燥,明寒热。脾虚气陷多寒多湿,阴液不足多燥热内生。最后,尚需衡升降。本病常见证型有:脾虚气陷、胃阴不足、气滞血瘀、宿食停饮等证型。

(十一)诊痞满

痞满是指心下(即胃脘部)痞塞不通,胸膈满闷不舒,外无胀急之形,触之濡软,按之不痛的病症。

诊断依据:①本病以心下痞塞,但满不痛,按之柔软无物为主症;②有忧思恼怒史,或有饮酒史,或有暴饮暴食史;③有误服涌吐药或误用泻下药物史;④常见于外感风寒表证之后。本病须与胸痹、结胸、臌胀、胃缓相鉴别。

对于痞满的辨证,首先,要辨有邪无邪。如食滞、气滞、感受外邪,则以邪气实为主要矛盾;脾虚胃弱,则以正气虚为主要矛盾。其次,要辨虚实寒热。实痞之证,亦多见不同程度的脾胃虚损;虚痞之证,则常兼挟痰湿、食滞、湿阻、气郁,虚实寒热,常相互并见。本病可分实证、虚证以及虚实相兼、寒热错杂三大类七种证型。即邪热内结、饮食积滞、痰湿内阻、肝郁气滞、脾胃虚弱、寒热错杂、虚实相兼。

(十二)诊吐酸

吐酸是指酸水从胃中上泛,若随即咽下者,称为吞酸;不咽下而

吐出者，则称吐酸。一般说，吐酸是指泛吐酸水的病证，轻者又称泛酸。

诊断依据：①本病以酸水由胃中上泛，或随即咽下，或由口中吐出为主症；②常伴有胃脘饱闷疼痛、嗳臭腐气等症；③饮食不节，七情内伤，外感寒邪常为发病诱因。

对于吐酸的辨证，贵在明辨寒热。热证吐酸，吐酸兼见心烦口干、口苦而渴；寒证吐酸，兼见饮食喜热、疲倦乏力；热证多见舌红苔黄厚、脉弦数；寒证多见舌淡苔薄白、脉沉迟。常见证型有热证、寒证两种。

（十三）诊呃逆

呃逆是以气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，令人不能自制为特征的病症。古称为哕。

呃逆的诊断，主要依据患者喉间呃呃连声的临床症状。本病须与嗳气、干呕相鉴别。

本病的辨证，首先要辨虚实。实证呃逆，初起呃声响亮有力，连续发作，脉弦滑；虚证呃声时断时续，气怯声低无力。其次当辨寒热。寒证呃声沉缓有力，胃脘不舒，得热则减，遇寒则甚，舌苔白润；热证呃声响亮，面赤，口臭烦渴，溺赤便秘。常见证型有胃中寒冷、胃火上冲、气逆痰阻、脾胃阳虚、胃阴不足等。

六、肝胆疾病诊法

（一）诊胁痛

胁痛是以一侧或两侧胁肋部疼痛为主要表现的病症。

诊断依据：①以胁肋疼痛为主症；②发病常与饮食不节、情志不畅等有关。临床上须与胸痛、胃痛相鉴别。

胁痛的辨证，当分清气血虚实，但以区别气血为主。气滞以胀痛为主，且游走不定，痛无定处，时轻时重，每因情绪变化而增减。血瘀以刺痛为主，且痛处固定不移，疼痛持续不已，入夜尤甚。对虚实的辨别，主要依据痛势、病程、按压、形体、脉象等。常见证型有肝气郁结、瘀血内停、肝胆湿热、肝阴不足。

（二）诊黄疸

黄疸是感受病邪，阻滞肝胆，气机受阻，疏泄失常，胆汁外溢，表现以目黄、身黄、尿黄为主要症状的疾病。多见于肝胆系统疾病。

诊断依据：①目黄、肤黄、尿黄，以目黄为主；②初起有恶寒发热、纳呆厌油腻，恶心呕吐，神疲乏力，或大便颜色变淡，黄疸严重者皮肤瘙痒；③有饮食不节，肝炎接触或应用化学制品药物等病史；④肝脏、脾脏或胆囊肿大，伴有压痛或触痛；⑤血清胆红素（间接或直接），尿三胆试验，血清谷丙转氨酶，谷草转氨酶，γ-谷酰转酞酶，碱性磷酸酶以及B超、胆囊造影、X线胃肠造影等有助病因诊断；⑥必要时作胎甲球测定，胰、胆管造影，CT等检查，以排除肝、胆、胰等恶性病变。本病应与萎黄、黄胖病相鉴别。

本病的辨证首当把握主症。临床上根据黄疸色泽、病史、兼症以区别阴黄、阳黄、急黄。其次当辨病性之寒热。热证黄色鲜明，伴有发热、口渴、小便短赤、大便秘结等症。若发病迅速，出现神昏发斑则属急黄。寒证黄色晦暗，伴有食少纳呆、神疲畏寒等症。常见证型：阳黄有湿热兼表、热重于湿、湿重于热、胆热瘀结等证，阴黄分寒湿阻遏、肝郁血瘀、脾虚血亏等证，急黄有热毒炽盛、热毒内陷两证。

（三）诊臌胀

臌胀是因肝脾受伤，疏运失常，气血交阻，致使水气内停，出现以腹满胀大为主要表现的疾病。相当于肝硬化腹水。若仅腹胀大不兼肢肿，并见头面四肢消瘦的称为单腹胀。腹大，动摇有水声，面黑者为水蛊。因本病腹大状如蜘蛛，故又名蜘蛛蛊。

诊断依据：①初起脘腹作胀，腹膨大，食后尤甚，叩之呈鼓音或移动性浊音；②继则腹部胀满高于胸部，重者腹壁青筋暴露，脐孔突出；③常伴乏力，纳呆，尿少，浮肿，出血等，可见面色萎黄，黄疸，肝掌，蜘蛛痣；④血浆白蛋白降低，球蛋白增高，白/球蛋白比值降低或倒置，丙种球蛋白升高，白细胞及血小板降低，凝血酶原时间可延长；⑤腹部B超或CT检查可见腹腔内大量积液，肝脏缩小，脾脏增大及门脉增宽，X线食道钡餐造影及胃镜检查，可见食管、胃底静脉曲张，腹水检查符合漏出液；⑥本病要与腹腔肿瘤及结核性腹膜炎等疾病相鉴

别。

本病在整个病程中临床表现颇为复杂，始则肝脾失调，继则肝脾损伤，终则肝脾肾三脏俱伤。其病机特点为本虚标实，虚实错杂。故临证首当辨别病性虚实。大抵热者多实，寒者多虚。脉滑有力者多实，脉浮微细者多虚。形色红黄，气息粗壮者多实，形色憔悴，声音短促者多虚。年轻少壮，气血壅滞者多实，中衰积劳，形倦气怯者多虚。其次当询问起病的缓急，一般起病急者属阳证、实证；缓者多为阴证、虚证。最后，尚须详辨气结、水阻、血瘀的主次。一般初起以气结为主，按压腹部，随按随起，如按气囊；若腹部坚满，摇动有水声，按之如囊裹水，即属水阻之征；腹上青筋暴起，面、颈、胸部出现红缕赤痕，说明血瘀为主。常见证型有：气滞湿阻、水湿困脾、湿热蕴结、肝脾血瘀、脾肾阳虚、肝肾阴虚。

（四）诊眩晕

眩晕是由风阳上扰，痰瘀内阻等导致脑窍失养，脑髓不充，以头晕目眩，视物旋转为主要表现的疾病。多见于内耳性眩晕，颈椎病，椎——基底动脉系统血管病，高血压病，脑动脉硬化症，贫血等。

诊断依据：①头晕目眩，视物旋转，轻者闭目即止，重者如坐车船，甚则昏仆；②可伴有恶心呕吐，眼球震颤，耳鸣耳聋，汗出，面色苍白等；③慢性起病逐渐加重，或急性起病，或反复发作；④测血压，查血色素、红细胞计数及心电图，电测听，脑干诱发电位，眼震电图及颈椎X线摄片，经颅多普勒等有助明确诊断，有条件做CT、磁共振检查；⑤应注意除外肿瘤、严重贫血疾病等；⑥有昏倒者当与厥病、中风、痫病鉴别。

对眩晕的辨证，关键在于辨清标本虚实，本病多属本虚标实之证。肝肾阴亏，气血不足，为其病本；痰、瘀、风、火，为病之标。临证首先要注意舌象和脉象，再结合患者症状表现与体质以辨之。本病的常见证型有肝阳上亢、气血亏虚、肾精不足、痰浊中阻、瘀血阻络。

（五）诊中风

中风是由于气血逆乱，导致脑脉痹阻或血溢于脑，而以猝然昏仆、不省人事，或突然发生口眼㖞斜、言语不利、半身不遂或不经昏仆

而仅以㖞僻不遂为主症的一种疾病。又名卒中。属于脑血管病范围。

诊断依据：①发病急骤，口眼歪斜，舌强语謇，半身不遂，或卒然昏倒、神识昏蒙或不省人事为主症；②有渐进发展过程，病前多有头晕头痛，肢体麻木等先兆；③常有年老体衰，劳倦内伤，嗜好烟酒，膏粱厚味等因素，每因恼怒、劳累、酗酒、感寒等诱发；④作血压、神经系统、脑脊液及血常规、眼底检查，有条件作CT、磁共振检查，可有异常发现；⑤应注意与痫病、厥证、痉病鉴别。

本病的辨证首先当辨中经络、中脏腑。中经络一般无神志改变，表现为不经昏仆而突然发生的口眼㖞斜、语言不利、半身不遂。中脏腑则出现突然昏仆、不省人事、㖞僻不遂，并常留有后遗症。中脏腑者尤当辨其闭、脱之不同。其次当辨真中、类中。真中风常先有寒热、头身疼痛、肢体拘急等外感表证，随之出现口眼㖞斜、半身不遂、僵仆不语等症。类中风常先有中风先兆症状，如眩晕、耳鸣、头痛、肢麻、手颤、舌强等，随之出现㖞僻不遂，或突然昏仆、不省人事等症。临床按中经络（脉络空虚，风邪入中；肝肾阴虚，风阳上扰）、中脏腑（闭证、脱证）、后遗症（半身不遂、言语不利、口眼㖞斜）三部分进行辨证施治。

（六）诊痉病

痉病是以项背强急，四肢抽搐，甚至角弓反张为主要表现的病症。此处主要指内科发痉为主要症状的病症。

本病的诊断以患者项背强急，四肢抽搐，甚至角弓反张的症状为主要依据。临床上痉病须与中风、痫病、破伤风相鉴别。

痉证的辨证，当辨清外感、内伤、寒热、虚实。外感由六淫风、寒、湿、热侵袭，故有六经、三焦、卫气营血形证。内伤发于素体不足、误治损伤、失血夺汗，故多有病史和诱因可查。外感发痉多实，内伤发痉多虚。抽搐有力多实，无力多虚。常见证型有邪壅经络、热甚发痉、瘀血内阻、痰浊阻滞、气血两虚等证。

（七）诊奔豚气

奔豚气又称奔豚、奔豚症。是指表现以“气从少腹上冲咽喉，发作欲死，复还止”为症状特征的一种病症。

诊断依据：①患者自觉有气从少腹上冲咽喉，如豚之奔突，发作

时极端痛苦，难以忍受，若欲死之状，发作后平复如常；②发作时伴有精神紧张、惊悸不宁、恶闻人声；或腹痛呕逆、往来寒热；或脐下悸动、形寒肢冷等症；③病程较长，反复发作，有惊恐、忧思等精神刺激，情志失调病史，或明显的诱发因素；④多发生于中年以上女性患者。本病须与脐下悸动、惊悸鉴别。

对奔豚气的辨证，要抓住其发病过程中兼夹因素颇多，又与体质、情志变化、精神状态相关的特点，根据临床表现，审证求因。本病可分为肝郁化火、心肾阳虚、寒饮上逆、水气上冲等证型。

（八）诊卑慄

卑慄（diē，恐惧）是指以自卑愧疚，惊恐胆怯，神情疑虑，精神惶惑，不能自主为临床表现的一种精神神志疾病。

诊断依据：①患者以自卑愧疚、惊恐胆怯、神情疑虑、精神惶惑、不能自主为主要表现；②具有素体虚弱、性格孤僻、不善辞令、忧柔寡断、遇事不决等体质性格特点；③发病多有情志不遂、精神紧张、暴受惊骇、忧愁思虑等精神情志诱发因素；④本病男女都有，多发于青壮年。本病须与惊悸怔忡相鉴别。

对卑慄的辨证，应抓住神志怯懦之关键，根据临床表现，结合体质、病程及兼夹邪气，详辨虚实轻重。本病虚证居多，常见证型有心血不足、心胆气虚、心肾阳虚、痰浊内阻、瘀血阻滞等。

七、肾系疾病诊法

（一）诊淋病

淋病是因下焦感受湿热病邪，或因肾虚而致膀胱气化不利所致，以小便频数，滴沥涩痛为主要表现的疾病。常指急、慢性泌尿系感染，泌尿系结石。

诊断依据：①发病急骤，小便频急不畅，滴沥涩痛，尿黄混浊，或见血尿，或小便有砂石排出，小腹拘急，腰部痠痛或绞痛，痛及前阴，伴有发热恶寒，心烦口苦，恶心呕吐，痛剧者可见面色苍白，冷汗，排尿中断等症；②病久或反复发作后，常伴有低热，腰痠痛，小腹坠胀，疲劳等症；③多见于已婚女性，每因疲劳，情志变化，感受外邪而诱

发；④膀胱俞、肾俞等穴位有压痛及叩击痛；⑤尿常规检查，白细胞、红细胞少许至“＋＋＋＋”，可见尿蛋白，清洁中段尿培养有致病菌生长，菌落计数在10万/cm^2以上；⑥作肾系B超检查，或X线腹部平片、肾盂造影，肾图扫描等检查，必要时作膀胱镜逆行造影；⑦本病应与癃闭、尿血、乳糜尿相鉴别。

本病辨证，先要辨明淋证类别：石淋以小便排出砂石为主症；膏淋以小便混浊如米泔水或滑腻如脂膏为主症；血淋表现为尿血而涩痛，尿有余沥；热淋，小便灼热刺痛；劳淋，小便淋沥不已，遇劳即发。其次要审证候虚实。主要通过病程久暂、有无尿痛、小便急涩及全身状况来判别。最后要注意标本缓急。一般按照正气为本，邪气为标；病因为本，证候为标；旧病为本，新病为标来分析判断。淋病常有热淋、石淋、膏淋、气淋、血淋、劳淋之分。常见证有湿热下注、阴虚湿热、下焦瘀滞、脾肾两虚、肾阴亏虚等证。

（二）诊乳糜尿

乳糜尿是由感受病邪后湿热未清，脾肾两伤，清浊不分所致，以小便混浊，乳白如米泔，尿时无疼痛为主要症状的病症。

诊断依据：①以小便混浊，乳白如泔浆，解时无疼痛为主症，可伴有血尿，血块；②每因进食油腻、蛋白饮食或劳累过度而诱发或加重；③体检可见睾丸肿大，阴囊积液及橡皮腿；④小便乳糜定性试验阳性，查尿常规有蛋白、红细胞，尿离心沉淀或可查到微丝蚴；⑤必要时可作膀胱镜检查，以明确病位。

本病的辨证关键是小便混浊如泔浆，尿时不疼痛，这是与淋病中膏淋的鉴别点。常见证型为湿热下注、脾虚气陷、肾阴亏虚、肾阳亏虚。

（三）诊癃闭

癃闭是由于膀胱气化不利而致小便量少，点滴而出，甚则小便闭塞不通为主症的一种疾患。其中又以小便不利，点滴而短少，病势较缓者称为“癃”；以小便闭塞，点滴不通，病势较急者称为“闭”。相当于尿潴留。

诊断依据：①小便难出，点滴不畅，或小便闭塞不通、小腹胀满；

②多见于术后、产后或高年男性患者；③排尿虽然困难，但不伴有尿道涩痛；④男性直肠指诊检查可有前列腺肥大，或膀胱区叩诊明显浊音；⑤作膀胱镜、B超、腹部X线等检查，有助诊断。本病应与淋病进行鉴别。

本病的辨证，首先要细审主症，根据主症，辨证求因。如尿线变细，时而通畅，时而不通，为尿路阻塞；如老年排尿无力，点滴而下，或有尿闭，为肾虚命门火衰。其次要详辨虚实。最后要权衡轻重。常见证型有膀胱湿热、肺热壅盛、肝郁气滞、尿道阻塞、脾气不升、肾阳衰惫等。

(四)诊关格

小便不通名曰关；呕吐不止名曰格；小便不通与呕吐不止并见名曰关格。

诊断依据：①临床出现呕吐及小便不通；②除原发病的主要症状外，还有面色㿠白而晦滞，神疲乏力，四肢不温，腰部疲痛，食欲不佳；③多见于水肿、癃闭、淋病等病证的晚期。

对关格的辨证，首先要辨明脾肾虚损的轻重；其次要审察病在气分还是在血分；最后要辨别浊邪侵犯上中下三焦脏腑之不同。常见证型有脾肾阳虚、浊邪侵犯中焦、浊邪侵犯上焦、浊邪侵犯下焦。

(五)诊腰痛

腰痛是指以腰部疼痛为主要症状的病症。

本病诊断以患者腰部疼痛的症状为依据。

本病辨证先要辨内外标本，内伤肾虚为本，外感闪挫为标。其次要辨新久虚实，新病卒痛多实，久痛多虚；壮年外感多实，老年禀弱多虚。最后应注意辨其疼痛性状及部位。常见证型有肾虚、寒湿、湿热、外伤腰痛。

(六)诊遗精

遗精是由于肾气不固，或邪扰精室，导致不因性生活而精液排泄，且每周超过1次的疾病。

诊断依据：①不因性生活而排泄精液，多在睡眠中发生，每周超过1次以上，甚则劳累或欲念即有精液流出；②伴见头昏、精神萎靡、

腰疼腿软，失眠等症；③直肠指诊、前列腺B超及精液常规等检查可助病因诊断。本病须与早泄相鉴别。

本病辨证，首辨有梦无梦，因梦而遗精为梦遗，多属心病；无梦而遗精为滑精，多属肾病。其次要辨新久虚实。最后，遗精与五脏之病都有关系，故应辨病位在何脏。常见证型有心肾不交、肝火偏盛、下焦湿热、肾气不固、肾阴亏虚、痰火内蕴等。

（七）诊阳痿

阳痿是指男子青壮年时期阳事不举或临房举而不坚，影响正常性生活的性功能减退疾病。

诊断依据：①有阳事不举或举而不坚的主症；②多因手淫、房事不节、先天不足、忧思恐惧等引起；③常伴有神疲乏力，腰膝疼软，畏寒肢冷，或小便不畅，滴沥不尽等；④排除性器官发育不全，或药物所致阳痿。

对阳痿的辨证，首当辨清虚实，湿热下注，火热内郁引起者为实；房劳、思虑、恐惧引起者为虚。其次主要通过舌脉以辨别有火无火。常见证型有肾气亏虚、命门火衰、心脾两虚、肝气郁结、肝经湿热、痰湿内阻、瘀血阻络等。

（八）诊阳强

阳强是指阴茎异常勃起，茎体强硬，久举不衰的病症。又称强中或阳强不倒，或阴纵、阴挺长、阴纵不收、阴挺、茎强等。

诊断依据：①阴茎强硬，持久不衰，伴有疼痛，时间超过6小时者，即可诊断为本病；②阴茎异常勃起，没有性欲，有急骤发病的特点。本病须与生理性阴茎勃起及性欲亢进相鉴别。

对阳强的辨证，首先应抓主症，辨虚实；其次要辨痰瘀；再次要辨病因，特别是临床证候不典型时，应详辨是情志所伤，还是饮食不节，或房室劳倦，或外伤后瘀血阻络。本病病位主要在肝、肾，兼可涉及心、脾、肺。临床分肝火内扰、痰热互结、瘀血阻滞、阴虚火旺等证型。

（九）诊早泄

早泄是指性交时阴茎进入阴道时间极短即行排精，甚至性交前泄精的病症。是一种最常见的性功能障碍。

诊断依据：①每次或大多数性交时，阴茎尚未进入阴道，或已进入阴道，但不足2分钟即射精，阴茎随即疲软；②已作好性交准备，但未通过性交过程达到性感满足。本病须与遗精、阳痿相鉴别。

对早泄的辨证，应首先明确病因，详察体质，分清病之虚实。本病涉及心肝脾肾诸脏，而以虚证居多。早泄日久，则可继发阳痿、遗精。临床可分相火亢盛、肾气不固、心脾亏损、肝经湿热等证型。

(十)诊不射精

不射精是指在性交过程中，阴茎能充分勃起，也能进入阴道内，但达不到性高潮，无射精动作，无精液排出的一种病症。

诊断依据：①无性欲高潮；②无射精动作和精液排出。本病须与阳强、逆行射精、遗精、精少等病相鉴别。

对不射精的辨证，应抓住性交时不能射出精液这一主要特征，结合全身情况及脉舌进行辨证。可根据阴茎是否坚硬以判断病证虚实。一般来说，实证多勃起坚硬，久不得泄；虚证多作强无力，无力射精。实证多气郁、血瘀、湿热下注，虚证多肾阳、肾阴亏虚。临床常见证型有肝气郁结、瘀血停聚、肾阳虚衰、肾阴不足、湿热下注等。

(十一)诊血精

血精是指排出的精液无论于性交时或手淫时获取，皆呈红色或粉红色的一种病症。

诊断依据：①性交时有血精，或手淫时发现；②多伴有腰膝疲软、早泄、射精疼痛等症；③发病年龄不限，尤多见于青壮年。本病须与尿血、血淋及精浊等相鉴别。

对血精的辨证，首先当分急性和慢性。急性者常伴有寒战、发热等全身症状，下腹部疼痛放射至腹股沟、会阴部，及痛性射精；慢性者则无全身恶寒、高热之症，症情较缓。其次要辨别血精之轻重程度，重者肉眼就能看到精中有血，轻者则仅出现“镜下血精”。最后要根据精液色量质及全身和脉舌之症确定本病寒热虚实之病性。其常见证型有阴虚火旺、湿热蕴结、气不摄血等。

(十二)诊阴冷

阴冷是指自觉前阴寒冷的一种病症。

诊断依据：①患者自觉前阴寒冷，常伴有少腹寒冷、性欲淡漠等症；②本病男女皆有。男子阴冷常伴有阳痿不举，女子阴冷多影响生育。本病须与阴缩、阳痿等相鉴别。

对阴冷的辨证，主要应从发病缓急、病程长短、阴冷程度以及脉舌和全身表现，辨别病变性质。本病临床可分为命门火衰、寒滞肝脉、肝经湿热等证型。

（十三）诊缩阳

缩阳，又名缩阴，亦称阳缩或阴缩。是指以阴茎、睾丸和阴囊突然内缩为主要临床表现的一种病症。

诊断依据：①发病急骤，病情严重；②突然出现睾丸、阴囊内缩，或睾丸、阴囊阴茎一并内缩之症状；③多伴有少腹拘急，或疼痛剧烈等症。本病须与阳痿、房事茎痛以及生理性阴缩、隐睾症相鉴别。

对缩阳的辨证，可根据缩阳的阳具缩入程度辨病情轻重，再根据发病情况和素体体质辨病证虚实，继而结合全身表现和脉舌情况确定病变性质。本病临床可分为寒客厥阴、少阴虚寒、肝气虚弱、肝经湿热、阴虚火旺等证型。

（十四）诊房事茎痛

房事茎痛是指在房事过程中阴茎疼痛为主的一种病症。

诊断依据：①本病是在房事这一特定环境和过程中发生的阴茎疼痛，与其他疾病所致的非性交时的阴茎疼痛有别；②本病多在行房过程中情欲高潮阶段射精时发生，多伴有尿道、会阴或下腹部疼痛。本病须与阴茎包皮炎、前列腺炎、尿道结石以及肿瘤引起的阴茎疼痛相鉴别。

对房事茎痛的辨证，应根据疼痛的性质，结合其他兼症，辨清病变的虚实寒热。一般来说，实证多胀痛，虚证多隐痛，热证多灼痛，寒证多冷痛。再进一步结合全身表现和素体情况辨明涉及脏腑病位。本病临床可分为肝郁气滞、肝经湿热、寒滞肝脉、肾虚茎痛等证型。

（十五）诊色厥

色厥是指男女在性交时，因房劳精泄气脱遂至出现的以昏厥为主要表现的一种病症。

诊断依据：①本病以房事过程中出现突然昏仆，面色苍白，四肢厥冷，呼吸息微，大汗淋漓，阴茎上缩或挺纵不收为临床特征；②多在性交时突然发生，或在性交后1～2日内出现；③多发生于青中年男子；④有纵情恣欲史可询。本病须与中风、真心痛、痫病等相鉴别。

对色厥的辨证，应首先分辨病情轻重与标本缓急。本病一般病势危笃，甚则致亡。故临证先从神志、面色、呼吸、脉象以及汗出情况等表现，判断精气阴阳脱失情况，确定轻重缓急；继而进一步根据素体体质、发病情况、脉舌及全身表现辨明脏腑气血阴阳虚实情况。本病可分为精泄气脱、元阳衰脱、虚火上冲、气郁内闭等证型，尤以气脱之证最为常见。

(十六)诊不育症

不育症是指夫妇婚后两年，有生育愿望，未采取避孕措施，而因男方原因致使女方不能受孕的一种病症。

诊断依据：①男女结婚并同房两年以上，未采取避孕措施而无子女，并排除女方病因者；②多伴有生殖器官发育不良或性机能障碍、精液异常等情况。本病须与女性不孕症加以鉴别。

对不育症的辨证，应从先后天两个方面加以分析。系先天因素者，多禀赋薄弱，或先天发育异常，或生殖机能低下；系后天因素者，多房事过频、房劳伤精，或情志不畅，或烟酒饮食偏嗜，或思虑过度，气血两虚所为。并进而通过综合先后天因素，根据禀赋情况、性生活情况、生活习惯、心理因素、体质状况以及各种临床症状，运用病因辨证、脏腑辨证、气血辨证以及八纲辨证方法，以确定病变性质、病变部位和病变趋势。一般来说，生理性不育病变较轻，多可获愈。病理性不育病变深重较难治愈。本病临床证型可分为肾阳虚衰、肾阴亏虚、气血两虚、肝郁气滞、湿热下注、痰瘀交阻等。

(十七)诊天宦

天宦是指男性先天性外生殖器或睾丸畸型，以及男性第二性征发育不全的病症。

诊断依据：①睾丸细小，阴茎短小，并伴有胡须、阴毛、腋毛不长等症；②虽可过性生活，但易发生阳痿等性功能障碍，且无生育能力。

本病须与真阴阳人、女性阴阳人相鉴别。

对天宦的辨证，应抓住睾丸细小、阴茎短小及类似宦官体型之特征，结合各种兼证进行辨证。临床可分天癸不足、命火衰微等证型。

(十八)诊耳鸣、耳聋

耳鸣耳聋是病人自觉听觉异常的一种症状，凡自觉耳鸣响，或如蝉鸣、或如潮声，其声或细或暴，静时尤甚，妨碍听觉的称耳鸣。听力减弱，妨碍交谈，甚至听觉丧失，不闻外声，影响日常生活的称耳聋。

本病诊断以患者有耳鸣耳聋的临床症状为依据。临床以问诊为主，可配合必要的耳部器械检查。本病须与脓耳、聍耳之耳鸣耳聋鉴别。

本病辨证要从病因、病程长短、病之新久虚实、暴聋、渐聋、年龄、脉象等方面分析。常见证型有肾精亏虚、清阳不升、气郁、痰火、风邪壅遏、瘀阻闭塞等。

八、气血津液病诊法

(一)诊郁病

郁病是由于情志不舒，气机郁滞所引起，以抑郁善忧，情绪不宁，或易怒善哭为主症的病症。多见于神经官能症、癔病。

诊断依据：①见忧郁不畅，精神不振，胸闷胁胀，善太息，或不思饮食，失眠多梦，易怒善哭等症；②有郁怒、多虑、悲哀、忧愁等情志所伤史；③经各系统检查和实验检查可排除器质性疾病；④应与癫病、狂病鉴别。

对郁病辨证应结合病史、症状、舌脉等表现，抓住主要症状，然后辨其属虚属实，挟痰、挟湿、挟食及兼瘀、兼郁火之不同，分清其在气在血，以及病与何脏有关。常见证型有肝气郁结、气郁化火、气结痰阻、心神失养、心脾两虚、阴虚火旺等。

(二)诊厥病

厥病是以突然发生的一时性昏倒、不省人事为主要临床表现的一种病症。又称暴厥、卒厥、尸厥等。

诊断依据：①突发一时性昏倒，昏倒时间较短，醒后无后遗症；②

可伴有手足或四肢不温。厥病应与昏迷、中风、痫病相鉴别。

对厥病辨证须详细询问病史，了解发病的诱因，包括发病前有无强烈的精神刺激，以惊、怒、恐何者为主，既往有无类似病证发生等；次辨其虚实及缓急，发作时先要回厥醒神，缓解后调治气血。一般分为气厥（实证、虚证）、血厥（实证、虚证）、痰厥（痰浊、痰火）、食厥、暑厥等病。

（三）诊出血

凡血不循常道，上溢于口鼻诸窍，下溢于二阴，外溢于肌肤的病证均属于本病。

1. 咯血

咯血是肺络受伤，血溢脉外，以咳嗽、咯血，或痰中带血等为主要表现的病症。多见于支气管扩张。

诊断依据：①咯（咳）鲜红血，常呈泡沫状或痰液混杂；②血随咳嗽而出为咳血，一咯即出者为咯血，多数患者有反复咯（咳）血史；③胸部X线摄片，可无特异性改变，病变明显时可见蜂窝状或卷发样阴影；④必要时作支气管碘油造影或支气管检查，可见柱状、囊状或混合型的扩张。

本病总由肺络受损所致，然辨证当分清外感、内伤、实火、虚火之不同，审明本脏自病及他脏及肺之差异。一般分为肝火犯肺、阴虚火旺、痰热壅肺、气虚血瘀。

2. 吐血

吐血系胃络受损，络伤血溢，出现血从口中呕吐而出的病症。指上消化道出血。

诊断依据：①呕吐液呈咖啡色或暗红色，吐血量多者可呈鲜红色，多夹有食物残渣，混有胃液；②初起常有恶心，胃脘不适或疼痛，吐血量多者头晕心慌，汗出肢冷，甚或晕厥；③脘腹有压痛，肠鸣音活跃，出血量多者心率增快，血压下降，面色苍白；④呕吐物或大便隐血试验强阳性；⑤胃肠X线钡餐造影及胃镜检查，可明确出血病灶部位及性质；⑥肝功能、甲胎蛋白测定、癌胚抗原及胆、胰、肝、脾B超等检查排除肝脏及其他疾病所致的吐血。

吐血总由胃络受损所致，辨证当分别火热之有无及证候之虚实缓急。常见证型有胃热壅盛、肝火犯胃、瘀阻胃络、脾不统血、肝胃阴虚。

3. **便血**

便血系胃、肠络脉受损，出现血液随大便而下，或大便呈柏油样为主要临床表现的病症。可见于消化道出血。

诊断依据：①血液随大便而下，或血与粪便夹杂，或下纯血，出血部位偏下消化道者多见便下鲜血；出血部位偏上消化道者，血色污浊而暗，色黑呈柏油状；②可伴有畏寒、头晕、心慌、气短及腹痛等症；③出血过多可现昏厥，肢冷汗出，心率增快，血压下降，腹部按压痛；④内窥镜、X 线钡剂造影、肛门指检及乙状结肠直肠镜检查，可助明确出血的部位及性质；⑤询问有无传染病及疫水接触史，血、尿、粪病原体检查及培养，有助于鉴别诊断。

对本病辨证，重在根据便血的颜色及兼症，辨其寒热虚实之不同，以及夹风、夹湿之差异。常见证型有胃肠积热、湿热蕴结、肠风伤络、脾胃虚寒。

4. **尿血**

尿血是因火热熏灼，肾及膀胱脉络受损，或脾肾不固，或气滞血瘀，血溢脉外，随尿而出，表现为小便中混有血液，甚至血块的病候。随出血量多少的不同，小便可呈淡红色、鲜红色或淡酱油色。

诊断依据：①小便中夹有血液，但排尿不痛；②显微镜下见红细胞。本病须与血淋相鉴别。

对尿血的辨证，首先应审明有火、无火、及火之虚实；其次对无火之证，尚须分别病位之在脾在肾。一般可分为下焦热盛、肾虚火旺、脾不统血、肾气不固等证。

5. **紫斑**

紫斑是由血络受伤，血渗于肌肤之间，皮肤表现点状或片状青紫斑块的病症。相当于原发性血小板减少或血管性、过敏性紫癜，又称肌衄。

诊断依据：①全身或四肢可见点状或斑块状出血，不高出皮肤，

反复发作，或出血斑点略高出皮肤，色鲜红或暗红，微痒，可伴腹痛或关节疼痛等症；②可伴低热，齿衄，鼻衄，月经过多，严重者可出现头痛，昏迷，便血，尿血；③血小板计数低于正常，出、凝血时间延长，束臂试验阳性，骨髓象表现为白细胞正常或增多、血小板形成减少或缺如，若均正常则为过敏性紫癜；④必要时检查免疫球蛋白 PAIgG 和 IgA，PAC_3 有助原发性血小板减少性紫癜的诊断。

本病辨证，应根据紫斑的数量、颜色及有无其他部位出血等情况，辨识病情的轻重，以及属虚属实和火热之有无。临证常分为风热伤络、血热伤络、阴虚火旺和气不摄血等证。

（四）诊积聚

积聚是腹内结块，或胀或痛的病症统称。

诊断依据：①腹内结块，或胀或痛；②触之有形，固定不移，痛有定处者为积；触之无形，聚散无常，痛无定处者为聚。临床须与痞满和奔豚气相鉴别。

本病辨证，首先当辨清积与聚的差异，聚证触之无形，聚散无常，痛无定处，病在气分，多为腑病。积证触之有形，固定不移，痛有定处，病在血分，多为脏病。其次当辨积证初、中、末三期。初期：积块形小，按之软而不坚，正气未伤。中期：积块增大，按之觉硬，正气已伤。末期：积块明显，按之坚硬，正气大伤。聚证常见证型有肝气郁滞、食滞痰阻；积证常见证型有气滞血阻、气结血瘀、正虚瘀结。

（五）诊悬饮

悬饮是指肺气不足，外邪乘虚侵袭，肺失宣通，胸络郁滞，气不布津，以致饮停胸胁，出现咳唾胸胁引痛，或见胁肋饱满的病症。多见于渗出性胸膜炎。

诊断依据：①初期以咳唾胸胁引痛，或伴有恶寒发热为主症，发病缓急不一；②积饮形成后，胸痛减轻，胸闷逐渐明显，重者有呼吸困难；③积饮消退，可后遗胸胁疼痛，咳声不扬，少痰，迁延不已；④少量积液时，患侧可闻及胸膜摩擦音；积液量多时病侧呼吸运动受限制，胸满隆起，肋间隙增宽，听诊呈浊音或实音；⑤血白细胞总数正常或偏高，血沉增快；⑥胸部 X 线摄片检查，可见肋膈角变钝消失；积液多

者患侧有密度均匀致密阴影，纵隔向健侧移位；包裹性积液内缘光滑饱满，不随体位改变而移动，超声波探查有积液；⑦胸水常规检查呈透明黄色或微混，少数可呈血性；比重大于1.018，蛋白含量大于2.5%；细胞计数以淋巴为主。胸水结核菌培养可为阳性。

悬饮的辨证应明辨其虚实，并注意有无寒、热、表邪、气滞等兼夹。一般可分为邪郁少阳、饮停胸胁、肺络不畅。

（六）诊水肿

水肿是因肺脾肾对水液宣化输布功能失调，致使体内水湿滞留，泛溢肌肤，引起眼睑、头面、四肢、腹背，甚至全身浮肿的疾病。

诊断依据：①水肿先从眼睑或足胫开始，继则波及四肢、全身；②轻者仅见眼睑或足胫浮肿，重者全身皆肿，甚则腹大胀满，气喘不能平卧；③严重者可见尿闭，恶心呕吐，口有秽味，齿衄、鼻衄，甚则头痛，抽搐，神昏谵语等危象；④可有乳蛾、心悸、疮毒、紫癜以及久病体虚史；⑤应作尿常规，24小时尿蛋白定量，血常规，血沉，血浆白蛋白，血尿素氮，肌酐，体液免疫，心电图，心功能测定，B超等实验室检查，以明确诊断。

本病辨证，先要辨阴水、阳水。阳水，发病急，每成于几日之间，肿多由上而下，迅速波及全身，常见于青壮年，脉多滑而有力，多属实证。阴水，病多渐起，日积月累，或由阳水转来，病多内伤，由下而上，病程较长，多为本虚标实之证。其次要辨病位之在心、肝、脾、肺、肾之分，以及兼夹痰饮、心悸、哮喘、臌胀、癃闭等病证的先后主次。常见证型有风水泛滥、阳水（疮毒内归、水湿浸渍、湿热壅结）、阴水（脾不制水、肾虚水泛）。

（七）诊消渴病

消渴病是由禀赋不足，阴虚燥热所致，以多饮、多食、小便多，久则身体消瘦，或尿有甜味为主要症状的疾病。以口渴引饮为主者为上消；善食易饥为主者为中消；以饮一溲一为主者为下消。包括糖尿病、尿崩症。

诊断依据：①口渴多饮，多食易饥，尿频量多，形体消瘦；②初起“三多”症状可不著，病久常并发眩晕，肺痨，胸痹，中风，雀目，疮疖

等，严重者可烦渴，头痛，呕吐，腹痛，呼吸短促，甚或见昏迷厥脱危象；③查空腹、餐后2小时尿糖和血糖，尿比重，葡萄糖耐量试验。必要时查尿酮体，血尿素氮、肌酐、二氧化碳结合力及血钾、钠、钙、氯化物等。

本病辨证首先要辨病位（上消、中消、下消）；其次要辨虚实（虚火、实火）；再要辨有火无火；最后要辨本病与并发症及其轻重。常见证型有上消（燥热伤肺）、中消（胃火消中、脾胃气虚）、下消（肾虚火亢、阴虚及阳）。

（八）诊自汗、盗汗

自汗、盗汗是指人体阴阳失调，营卫不和，腠理失密而引起的汗液外泄的病症。时时汗出，动则益甚者为自汗；睡眠中汗出，醒后汗止者为盗汗。常由植物神经功能紊乱所致。

诊断依据：①不因外界环境影响，在头面、颈胸、或四肢全身出汗者；②昼日汗出漉漉，动则益甚为自汗；睡眠中汗出津津，醒后汗止为盗汗；③必要时作X线胸部摄片，痰涂片找抗酸杆菌及作抗"O"、血沉、粘蛋白、T_3、T_4，基础代谢等检查以排除肺痨、风湿痹、甲亢等。本病需与脱汗、战汗、黄汗相鉴别。

本病辨证首当分清自汗、盗汗，次当辨清自汗、盗汗在疾病症状群中的主次地位，然后再辨其阴阳虚实。常见证型为肺卫不固、营卫不和、阴虚火旺、气阴两虚。

（九）诊内伤发热

内伤发热是指以内伤为病因，脏腑功能失调、气血阴阳亏虚为基本病机，临床上多表现为低热，但有的可以是高热，某些患者仅自觉发热或五心烦热，而体温并不升高。

诊断依据：①有不同程度的体温升高或自觉发热，五心烦热；②起病较缓，病程较长，一般均有情志抑郁，饮食劳倦，跌扑损伤，积聚包块或脏腑阴阳气血亏虚的病史。内伤发热须与外感发热相鉴别。

本病辨证，首先要依据病史、症状、脉象等辨明其虚实。气郁、血瘀、湿停所致者属实；气虚、血虚、阴虚、阳虚所致者属虚。其次要辨轻重。病程长久，反复发作，经治不愈，胃气衰败，及兼其他病证者，病情

较重，反之较轻。常见证型有肝郁、瘀血、湿郁、气虚、血虚、阴虚、阳虚等。

（十）诊虚劳

虚劳是由多种原因所致的以脏腑亏损、气血阴阳不足为主要病机的多种慢性衰弱证候的总称。

诊断依据：①患者有禀赋不足、后天失养、病久体虚、积劳内伤等病史；②多个脏腑阴阳气血亏损，并呈慢性演变过程。虚劳须与一般的虚证及肺痨相鉴别。

对虚劳的辨证，首先要辨五脏气血阴阳亏虚的不同；其次辨兼见病证有无及标本缓急，以分先后程序诊治；另外，尚须辨其顺逆，以知病情发展趋势，一般以形气未脱，元气未败，饮食尚佳，无火热，或虽有热，治之能解，无喘息不续，能受补益者为顺，否则为逆。常见证型有心气虚、心阳虚、心血虚、心阴虚、肝血虚、肝阴虚、肝气虚、肝阳虚、脾气虚、脾阳虚、脾阴虚、肺气虚、肺阴虚、肾气虚、肾阳虚、肾阴虚、肾精亏等。

九、经络肢体病诊法

（一）诊头痛

头痛是因外感六淫，或由肝阳上亢，痰瘀互结而致清阳不升，或浊邪上犯，清窍失养，以头部疼痛为主要表现的疾病。主要指以头痛为主的内科疾病，临证分为外感头痛和内伤头痛。内伤头痛主要指血管神经性头痛及高血压病、动脉硬化症头痛等。内伤头痛又叫头风。

诊断依据：①头痛部位多在头部一侧额颞、前额、巅顶，或左或右辗转发作，或呈全头痛，头痛性质多为跳痛、刺痛、昏痛、隐痛，或头痛如裂等，头痛每次发作可持续数分钟、数小时、数天；也有持续数周；②可伴有外感症状或有明显六淫外感起因；③隐袭起病，逐渐加重或反复发作；④应查血常规、测血压，必要时作腰穿、骨穿、脑电图。有条件时作颅多普勒、CT、磁共振等检查，以明确头痛的原因，排除器质性疾病。

本病辨证，首当详辨其属外感或内伤。外感头痛，起病较急，常伴

有外邪束表或犯肺的症状，应区别病因之风、寒、湿、热之异；内伤头痛，其痛反复发作，时轻时重，重在辨其虚实之不同。其次应辨其虚实及头痛的部位。一般外感头痛及内伤肝郁化火头痛多属实证。肝肾阴虚、阴血亏虚头痛多属虚证。太阳头痛多在头枕部、下连于项；阳明头痛多在前额及眉棱；少阳头痛多在头之两侧，连及耳部；厥阴头痛在巅顶部位，或连于目系。常见证型有风寒、风热、风湿、肝阳上亢、肾虚、阴血亏虚、瘀血、痰浊头痛。

（二）诊风湿痹

风湿痹是由于风、寒、湿、热等外邪侵袭人体，闭阻经络，气血运行不畅所导致，以肌肉、筋骨、关节发生酸痛、麻木、重着、屈伸不利，甚或关节肿大灼热为主要临床表现的病症。常指风湿性关节炎。

诊断依据：①肌肉、大关节疼痛疲楚、麻木、重着、活动障碍；②多有咽痛、居处潮湿、涉水冒雨等病史；③部分患者可有低热，四肢环形红斑，或结节性红斑，常有心脏受累；④血沉增快，抗溶性链球菌溶血素“O”大于 500 单位。

对痹证的辨证，首当辨清风寒湿痹与热痹的不同；其次在风寒湿痹中，应区分行痹、痛痹、着痹；最后，病程久者，应注意辨明有无痰瘀阻络、气血亏虚及脏腑损伤的证候。常见证型有行痹、痛痹、着痹、热痹、顽痹、虚痹（气血虚、阳虚、阴虚痹）等。

（三）诊尪痹

尪痹是由风寒湿邪客于关节，气血痹阻，导致以小关节疼痛，肿胀，晨僵为特点的疾病。本病即类风湿性关节炎。

诊断依据：①初起多以小关节呈对称性疼痛肿胀，多发于指关节或脊椎，晨僵，活动不利为主症；②起病缓慢，反复迁延不愈，逐渐形体消瘦，常因感受风寒湿邪而反复发作；③病久受累关节呈梭形肿胀，压痛拒按，活动时疼痛，后期关节变形僵直，表面光滑，周围肌肉萎缩，少数病例有皮下结节；④实验室检查血中类风湿因子阳性，发作期血沉可增快，X 线摄片可见骨质疏松改变，或关节骨面侵蚀呈半脱位或脱位，以及骨性强直，关节面融合等。

本病辨证关键是以小关节对称性疼痛变形为特点，常见证型有

风寒湿阻、风湿热郁、痰瘀互结、肾虚寒凝、肝肾阴虚、气血两虚等。

（四）诊骨痹

骨痹是由于年老体衰，骨失滋养，气血失调所致局部或全身关节退化改变，临床表现以大关节疼痛，活动受限为主症的疾病。多见于退行性关节病，肥大性改变等。

诊断依据：①初起多见腰腿、腰脊、膝关节等隐隐作痛，屈伸、俯仰、转侧不利，轻微活动稍缓解，气候变化加重，反复缠绵不愈；②起病隐袭，发病缓慢，多见于中老年；③局部关节可轻度肿胀，活动时关节有喀刺声或摩擦声，严重者可见肌肉萎缩，关节畸形，腰弯背驼；④X线摄片检查：示骨质疏松，关节面不规则，关节间隙狭窄，软骨下骨质硬化，以及边缘唇样改变，骨赘形成；⑤查血沉、抗"O"、粘蛋白、类风湿因子等与风湿痹、尪痹相鉴别。

本病临证常见于中老年患者，以肾虚髓亏、阳虚寒凝、瘀血阻滞证型为多见。

（五）诊肌痹

肌痹是由邪气客于肌肤经络，致使气血失调，以对称性肌肉软弱无力，疼痛，或肌肤不仁为主要症状的病症。相当于多发性肌炎和皮肌炎。

诊断依据：①以肢体肌肉软弱无力，肌肉疼痛，皮肤不仁为特征。初起可急骤出现，继则手软难握，臂软难举，足软难履。甚则累及咽、颈项及胸部肌肉，严重者可出现复视、斜视、声嘶、吞咽及呼吸困难；②多见于20～40岁女性，病前可有外感史，或关节病及肿瘤史；③四肢近端肌力明显减弱，肌肉疼痛质硬，病久可有肌肉萎缩；④急性发病白细胞总数增高，血沉增快，血清肌酸磷酸激酶（CPK）常显著增高，醛缩酶，乳酸脱氢酶，谷草、谷丙转氨酶及蛋白电泳α、β球蛋白在活动期增高；⑤肌电图：低电位，短波幅，多相波，纤颤电位，阳性棘波，插入电位延长；⑥组织病理检查示肌纤维有炎性改变，肌纤维破碎，透明变形，横纹不清，间质内有水肿和炎性细胞浸润。

本病诊断时应注意与痿病鉴别。临证以湿热瘀阻、阴虚热郁、脾虚痰湿诸证为常见。

(六)诊痛风

痛风是由湿浊瘀阻,滞留关节经络,气血运行不畅所致,以趾、指关节红肿疼痛为主症,或伴有发热的疾病。

诊断依据:①多单个趾指关节,卒然红肿疼痛,逐渐痛剧,昼轻夜甚,反复发作。可伴发热,头痛等症;②多见于中老年男子,可有痛风家族史。常因劳累,暴饮暴食,吃高嘌呤食物,饮酒及外感风寒等诱发;③初期可单关节发病,以第一跖趾关节为多见。继则足踝、跟、手指和其他小关节,出现红肿热痛,甚则关节腔可渗液。反复发作后,可伴有关节周围及耳廓、耳轮及趾、指骨间出现"块瘰"(痛风石);④血尿酸、尿尿酸增高。发作期白细胞总数可增高;⑤必要时作肾B超探测,尿常规,肾功能等项检查,以了解痛风后肾病变情况。X线摄片检查,可示软骨缘邻近关节的骨质有不整齐的穿凿样圆形缺损。临床应注意与风湿痹病、骨痹病、尪痹相鉴别。

本病常见有湿热蕴结、瘀热阻滞、痰浊阻滞、肝肾阴虚诸证。

(七)痿病

痿病是由于邪热伤津,或气阴两伤而致经脉失养,以肢体软弱无力,经脉弛缓,甚则肌肉萎缩或瘫痪为主要症状的肢体疾病。多见于周围神经病变,脊髓病变,肌萎缩侧束硬化症,周期性麻痹等。

诊断依据:①肢体经脉弛缓,软弱无力,活动不利,甚则肌肉萎缩,弛纵瘫痪;②可伴有肢体麻木、疼痛,或拘急痉挛,严重者可见排尿障碍,呼吸困难,吞咽无力等;③常有久居湿地、涉水淋雨,或有药物史,家族史;④可结合西医相关疾病的相应理化检查,有条件可作CT、磁共振等。本病应注意与痹病、中风、震颤等鉴别。

对痿病的辨证要掌握本虚及挟邪,分清主次。本证以本虚为主,往往兼挟湿热、痰、火、瘀等实邪;其次要辨主证以区别脏腑病位。常见证型有肺热津伤、湿热浸渍、脾胃虚弱、肝肾亏虚、瘀阻脉络等。

(八)诊颤病

颤病又称颤振、振掉、震颤。是指以头部或肢体摇动、颤抖为主要表现的一种病症。

诊断依据:①本病以头及四肢颤动、振摇为主要临床特征;②起

病缓慢，病程长，多见于中老年患者；③无发热、神昏和其他神志改变等症状。本病须与痉病、中风相鉴别。

对颤病的辨证，当首辨标本，再别虚实。肝肾不足，气血两虚为本病之本，风火痰瘀乃本病之标，且多见本虚标实之证。对虚实之辨，应注意舌象和脉象。本病病变脏腑以肝、脾、肾为重点，尤以肝为主。并常与头痛、郁病、心悸、水肿、阳痿、耳鸣等病证合病，使证情更为复杂，故须知常达变。常见证型有肝肾不足、气血两虚、痰热动风、瘀血内阻、肾阳虚衰等。

（九）诊麻木

麻木是指肌肤、肢体发麻发木，甚至全然不知痛痒的病症。

诊断依据：①本病为皮肤肌肉发麻，其状非痒非痛，或如同虫蚁爬行，或肌肤木然，顽而不知痛痒；②麻木常发生在四肢，且多见手指及足趾末端、远端，亦有仅见于面部一侧或舌部，系局部发生的感觉障碍；③一般不伴有肢体运动功能障碍及肌肉萎缩。本病须与痹病、痿病等相鉴别。

对麻木的辨证，应先从麻或木之感觉辨病情轻重，一般地说，麻轻而木重。麻多气病，气虚为本，风痰为标；木多为气病及血，且多挟湿痰瘀血。其次应从新病久病、痛与不痛辨别邪正虚实。最后要从发病部位推断麻木性质。麻木在上肢者多属风湿或气虚夹痰；在下肢者以寒湿或湿热为多。指端麻木多属气虚，或有内风挟痰；头面麻木多属气血亏虚，风邪乘之；口舌麻木多属痰浊阻滞经络；浑身麻木则是营卫气虚。常见证型有气虚失运、血虚失荣、风湿痹阻、痰瘀阻滞等。

（十）诊脚气

脚气是指两脚软弱无力，肿满酸疼，或虽不肿满而缓弱麻木，枯燥掣痛，甚则心胸筑筑悸动，进而危及生命的一种疾病。

诊断依据：①两脚软弱无力，麻木疼痛，或肿或不肿，或挛急，或迟缓，甚或喘促呕恶、心悸昏愦；②本病大多起病缓慢，男女均可发生；③大多与居住潮湿地区或易地而居，不服水土有关。脚气需与水肿、痹病、痿病等病相鉴别。

对脚气的辨证，应首先以有无心悸气急分辨病情轻重缓急；其次

从足胫肿或不肿辨干湿脚气；进而再从其他兼证辨别病性。其常见证候分为湿脚气（湿邪蕴积）、干脚气（热毒伤阴或阳虚寒盛）和脚气冲心（湿浊冲心或热毒冲心）。

十、虫病诊法

（一）诊蛔虫病

蛔虫病是由于蛔虫寄生于肠道，以阵发脐腹疼痛反复发作为主要临床表现的寄生虫病。

诊断依据：①阵发性脐周腹痛，常骤然发作，痛无定处，可自行缓解；②可有咳嗽或哮喘，痰中带血，皮肤出现风疹团块，寐中磨牙，流涎，鼻痒；病久面黄肌瘦，神情烦躁，呕吐蛔虫或排出蛔虫；③巩膜可见蓝斑，面部出现白色虫斑，唇内侧有白色粟状小点，指甲花斑，腹部可触及条索状蛔虫团，时聚时散；④大便镜检可见蛔虫卵，嗜酸性细胞可增高；⑤可出现蛔厥（胆道蛔虫）、肠结（蛔虫性肠梗阻）等并发症；⑥应与腹痛鉴别。

本病的辨证，首先要通过大便常规化验确定蛔虫病的诊断；其次要辨清有无蛔虫引起的蛔厥、关格等其他病变；另外，蛔虫病腹痛发作时，宜分清证候之寒热或寒热错杂。常见证型为蛔积肠道、蛔虫上扰、脾胃虚弱等证。

（二）诊钩虫病

钩虫病是由于钩虫寄生在人体小肠所引起的疾病，临床主要表现好食易饥，倦怠乏力，肤色萎黄，面足浮肿等症状。又称黄胖病、黄肿病、黄病等。

诊断依据：①初起足趾、足底有红肿、灼痛、奇痒，局部皮肤出现红斑、痒疹，常伴咳嗽，重者剧烈咳嗽，痰中带有血丝，呼吸困难；②善食无力，食后腹胀，胃脘隐痛，或嗜异物，病久面色萎黄，浮肿，神疲乏力，食欲减退，头晕眼花，口唇爪甲苍白；③有新鲜粪便和泥土接触史；④大便漂浮法可找到钩虫卵，血红细胞及血色素减少，嗜酸性细胞轻度或中度增高；⑤应与胃脘痛、血虚证、黄疸病患者相鉴别。

本病的辨证首先要通过粪便常规检查确诊钩虫病；其次要根据

临床特征辨其病证之虚实及轻重。常见证型为感受粪毒型、脾虚湿滞型、气血两虚型。

(三)诊绦虫病

绦虫病是由猪绦虫或牛绦虫寄生在小肠所引起的疾病，临床症状以腹胀、腹泻或腹部隐痛为主，并以大便内或衬裤上发现白色的虫体节片为其特征。囊虫病是绦虫囊尾蚴寄生人体组织引起的疾病。

诊断依据：①上腹部或满腹隐隐作痛，腹胀或有腹泻，肛门作痒，大便或内裤上有白色节片，病久则形体消瘦乏力；②有进食未煮熟或生的猪、牛肉史；③大便可见带状白色节片，镜检发现绦虫卵，肛拭涂片检查阳性率较高，尤以牛肉绦虫为著；④若皮下结节，可作组织病理活检，出现昏仆、抽搐、视力障碍、共济失调等临床表现，应作脑CT检查，有助于脑囊虫病的诊断；⑤应与腹痛、腹泄区别；脑囊虫应与中风、癫痫病相鉴别。

对绦虫病的辨证首先要注意粪便检查；其次要有该病的临床症状及病史。常见证型为虫积肠道、脾胃虚弱、囊虫侵脑、虫痰互结。

(四)诊丝虫病

丝虫病是指丝虫寄生于人体淋巴系统而引起的寄生虫病。

诊断依据：①四肢、腹股沟部淋巴结肿大胀痛，局部出现自上而下的红线并有灼热疼痛感，常伴有精索炎、附睾炎和睾丸炎；②伴有恶寒发热，咳嗽，哮喘，肢体关节疼痛，约2～3日可自行消退，呈周期性发作；③后期可出现腹股沟淋巴结肿大，大腿内侧、精索、阴囊、淋巴管曲张，或见睾丸鞘膜积液、乳糜尿、橡皮腿等病变；④呈地区性流行，或有流行区蚊虫叮咬史；⑤急性期血白细胞总数增高，嗜酸性细胞显著增多，血液镜检、淋巴积液沉渣检查可发现微丝蚴；⑥急性期须与细菌感染相鉴别，慢性期可作淋巴结、肉芽肿等组织切片检查，有助鉴别诊断。

本病急性期与感受外邪的病证相似，故应注意鉴别。临证常分为湿热下注、热毒入络和虫湿阻络等型。

(五)诊蛲虫病

蛲虫病是由于蛲虫寄生于人体肠道，以肛门或外阴部瘙痒，搔抓

难忍为主要症状的寄生虫病。

诊断依据：①肛门或外阴部时时瘙痒，夜间尤甚，睡眠不安，甚则惊叫，神疲乏力；②病久出现食欲减退，腹痛腹泻，消瘦；③可交叉感染，家庭中常多人感染；④肛痒时可在肛门周围见到成虫；⑤肛门外周棉拭法或胶玻璃纸法检查发现蛲虫卵。

本病虽属肠道寄生虫病，但临床主要以肛门夜间奇痒为诊断依据，临证分为虫扰魄门和脾胃虚弱两型辨治。

（六）诊血吸虫病

血吸虫病是指因日本裂殖体血吸虫寄生在人体门静脉系统所引起的地方性疾病。

1. 急性血吸虫病

诊断依据：①接触血吸虫疫水后数小时至2～3天内，局部皮肤出现粟粒或黄豆大小的红疹，发痒，3～5天后消失；②继则可见恶寒发热，汗出热退，或高热持续数周至数月，状如疟疾、温热病，严重者出现精神异常、谵语、昏迷、或出现黄疸，腹水；③可伴有干咳少痰，或痰中带血，或恶心呕吐，腹胀腹痛，利下稀水或红白粘冻，肝脾肿大等；④血白细胞总数增高，嗜酸性细胞显著增高，严重者嗜酸性细胞可减少或消失；⑤大便沉渣镜检可见血吸虫卵，大便孵化可见毛蚴；⑥必要时作血培养，肥达氏反应，血涂片找疟原虫，结核菌素皮试，脑脊液检查可帮助鉴别诊断。

2. 慢性血吸虫病

诊断依据：①急性期病程迁延6个月以上，或曾居住流行地区，或有疫水接触史；②轻者仅感乏力，无明显症状，重者常见慢性腹泻，腹痛，食欲不振，神疲乏力，逐渐出现贫血，消瘦；③肝脾肿大，可因肝硬化出现门静脉高压，腹腔积水；④血白细胞总数基本正常或减少，嗜酸性细胞轻度增高，肝功能正常或轻度异常；⑤大便镜检或孵化可见到血吸虫卵及毛蚴。必要时作直肠镜检查，肠粘膜压片可找到虫卵。

3. 晚期血吸虫病

诊断依据：①慢性血吸虫病迁延不愈或反复感染；②明显乏力，

腹胀，纳差，低热，出血倾向，下肢浮肿；③肝缩小，脾脏明显肿大，可出现门脉高压症（腹水，食道静脉曲张等），尚可见蜘蛛痣，肝掌，男性乳房发育；④肝功能检查：白蛋白降低，球蛋白升高，白/球蛋白比例倒置，γ-球蛋白增高，腹水化验符合漏出液。

本病早期应与疟疾、温热病鉴别。慢性期则应与胁痛、黄疸、积聚鉴别。晚期当与肝炎后期之肝硬化腹水、肝癌所致腹水鉴别。临床辨证治疗也应分期辨证，急性期以蛊毒侵肺、湿热内蕴、热毒陷营为多见；慢性期以气滞湿阻、肝郁脾虚、气滞血瘀为主；晚期以肝肾阴虚、脾肾阳虚、瘀血阻络证为多见。

（七）诊疟疾

疟疾是由感受疟邪所致的传染病。以寒战、壮热、汗后热退，休作有时为主症。据休作时间分每日疟、间日疟、三日疟。据证候分为温疟、瘴疟、牝疟、疫疟。

诊断依据：①发作时先寒战，后高热，继则汗出热退，每日或隔日一次，或三日一次，伴有头痛身楚，恶心呕吐，发作后出现疱疹等症，或但寒不热，或但热不寒，寒热不清；②疫疟重证可出现持续高热，颈项强直，抽搐，昏迷等症；③多发于夏秋季节和疟疾流行地区，或有输血史；④反复发作后可出现贫血和脾脏肿大；⑤寒战时，末梢血液涂片或骨髓片可找见疟原虫，血白细胞总数正常或偏低，病久红细胞及血色素降低；⑥当与感冒、伤寒、劳瘵、外科疮毒等具有寒热往来表现的疾病相鉴别。

本病的诊断、辨证首当注意疟疾发作的症状特点及定期性。典型的发作症状是：先有体倦乏力，皮肤毛孔竖起，恶寒战栗，肢体疼痛；寒罢则壮热，口渴引饮，头痛剧烈；而后全身汗出，热退身凉，发作休止。这样的发作以间日一次为多见，少数可为一日或三日一发。其次需辨清瘴疟。瘴疟症状多样，病情严重，未发之时也有症状存在，周期不如一般疟疾明显，多有神昏谵语，主要发生在南方。最后要辨寒热偏盛及正气盛衰。对于一般疟疾，典型发作者属于正疟；和正疟相比较，阳热偏盛，寒少热多者则为温疟；阳虚寒盛，寒多热少者则为寒疟。在瘴疟之中，热甚寒微，甚至壮热不寒者，则为热瘴；寒甚热微，甚

至但寒不热，则为冷瘴。疟疾病程长久，多伤气血，易于形成劳疟。常见证型有正疟、温疟、寒疟、热瘴、冷瘴、劳疟、疟母。

第二节 妇科疾病诊法

妇女的生理病理特点，表现在经、带、胎、产方面，与脏腑经络，气血津液关系密切，尤以心、肝、脾、肾和奇经八脉的冲、任、督、带为关键，因此，妇科疾病有月经病、带下病、妊娠病、产后病、妇科杂病的不同。

一、月经病诊法

月经病是妇科最常见的疾病。月经病是指月经的周期、经期、经量、经色、经质的异常，或伴有周期出现的症状为特征的疾病。对月经病的诊断，主要是月经的期和量的变化。辨证时，要着重月经的期、量、质、气味及伴随月经而出现的兼症，并结合整体的形、气、色、脉进行诊辨。

(一)诊月经先期

月经周期提前7天以上，甚至十六七天一潮，称为月经先期。又名经早、经水先期。

诊断依据：根据月经周期提前超过7天，并连续出现两个月经周期以上，即可确诊。但若合并经量过多，或经期延长，应注意与崩漏鉴别。

对月经先期的辨证，应重视经量、经色、经质的情况，参合脉症，以辨其虚、实、热、瘀之不同。一般分为脾气虚弱、肾气不固、阳盛血热、肝郁血热、阴虚血热和血瘀6种证型。

(二)诊月经后期

凡月经周期延后7天以上，甚至四五十日一行的病症，称为月经后期。又名经迟、经水后期。

诊断依据：根据月经周期延后超过7天，并连续出现两个月经周期以上即可确诊。但应与正常妊娠相鉴别。应行妇科检查、B超或气腹

造影，以排除子宫及卵巢器质性疾病。

对月经后期的辨证，应根据经色、经量、经质及全身症状，结合色、脉，以辨其虚、滞、寒、痰之不同。常见证型有血虚、阳虚、阴虚、寒凝、气滞、痰阻等证。

(三)诊月经先后无定期

月经不按周期来潮，时或提前或延后在7天以上的病症，称为月经先后无定期。又名经乱。

诊断依据：①月经不按周期而来，或1月两至，或逾月不来，提前或推后均超过7天；②连续出现2个以上周期；③经量基本正常。本病如出现经量过多，或经期延长多日不止，应与崩漏鉴别。妇科检查及B超等排除器质性病变。

对月经先后无定期的辨证，应从月经的量、色、质等结合兼症、舌、脉，以辨其在肝在肾在脾以及虚实的差异。常见证型有肾虚、肝郁、脾虚等。

(四)诊月经过多

月经过多是指月经量较正常明显增多，而周期基本正常的病症。亦称经水过多。

诊断依据：①经量明显增多，在80ml以上，但在一定时间内能自然停止；②可伴见周期提前推后或经期延长，但仍有一定规律。如伴有周期或经期改变者，应注意与崩漏鉴别。

对月经过多的辨证，重在从经色的红、紫、淡、黯，经质的稠粘、清稀、有块、无块等，结合脉证，辨清虚、实、热、瘀。常见证型有气虚、血热、虚热、血瘀等。

(五)诊月经过少

月经过少指经血排出量明显减少，甚至点滴即净；或行经时间过短，不足两天，经量也因而减少的病症。又称月水滞涩、经少。

诊断依据：①经血排出量明显减少，不足30ml，甚至点滴即净；②月经周期可正常，也可伴周期失常；③应排除因使用避孕针、药所致的月经过少。育龄妇女突然经量减少，应与妊娠激经、胎漏相鉴别。

对月经量少的辨证，应根据月经的色、质，月经周期及有无腹痛，

结合全身情况和舌脉，以辨其虚、实、瘀、滞、痰等不同。常见证型有血虚、肾虚、血寒、气滞、痰阻等。

（六）诊经期延长

经期延长是指月经周期基本正常，行经时间延长超过7天，甚至淋漓达半月始净的病症。又名月水不断、月水不绝。若正常行经超过半月仍淋漓不净则称经漏；若终月淋漓不净或经血非时而下日久不净则为漏下。

诊断依据：①行经时间延长超过7天，甚至淋漓半月始净；②月经周期基本正常，经量一般不多。经期延长应与赤带相鉴别。

对经期延长辨证重在月经色、质，结合舌脉及伴随症，以辨明虚实热瘀。临床一般分为气虚、阴虚血热、湿热蕴结、血瘀等证型。

（七）诊痛经

痛经指妇女正值经期或行经前后，周期性出现小腹疼痛或痛引腰骶，甚至剧痛至昏厥的病症。又称行经腹痛。

诊断依据：①伴随月经周期出现小腹疼痛，一般多发生于经期前1～2日或行经第1天，随后即逐渐减轻以至消失；②疼痛部位多在小腹部，亦可波及全腹或腰骶部作痛，或有外阴、肛门坠痛，性质多样，程度有轻有重。其他疾病如阑尾炎、溃疡病、子宫肌瘤、附件炎等出现的腹痛也可发生在经期或于经期加重，应注意与痛经鉴别。

对痛经的辨证，首先当识别疼痛的属性，根据疼痛发生的时间、性质、部位以及疼痛的程度，结合月经的期、量、色、质和舌、脉、兼症及患者素体情况等，辨清其寒、热、虚、实，在气在血，属肝属肾。临床一般分为气滞血瘀、寒湿凝滞、阳虚内寒、湿热下注、肝经郁热、气血虚弱、肝肾虚损等证。

（八）诊经间期出血

经间期出血指在两次月经中间，即氤氲之时，周期性的阴道出血的疾病。

诊断依据：①两次月经中间（月经干净后7天左右）出血，持续2～7天，血量少于正常量；②周期性发作；③测量基础体温，大多在高低相交替时出血。经间期出血应与月经先期和赤白带相鉴别。

对经间期出血的辨证，着重在于出血时间及色质的辨别，一般应根据基础体温曲线及月经周期后移的日期，区分为经间前期、经间中期和经间后期。经间中期即经净后的7天左右，基础体温高低相交替时；经间前期指经净后3～5天，基础体温依然低相时；经间后期指经净后10天左右，基础体温高相时。一般经间中期与前期出血均与肾阴虚有关，经间后期出血与阴虚及阳、阳气不足有关。临床常分为肾阴偏虚和肾阳偏虚两个主要证型，以及湿热和血瘀两个兼证型。

（九）诊闭经

闭经指女子年逾18周岁月经尚未初潮，或已行经而又中断达3个月以上的病症。

诊断依据：女子年逾18岁而月经尚未初潮者，属原发性闭经；或月经周期建立以后非生理性停经3个月以上，则为继发性闭经。闭经应与早孕、居经、暗经相鉴别。

对闭经的辨证，应根据患者素体情况，初潮年龄、所在年龄阶段、月经史、胎产史，甚至家族史等，结合现症以辨其虚实寒热。常见证型有肝肾不足、气血虚弱、阴虚血燥、气滞血瘀、痰湿阻滞、阴寒凝滞等。

（十）诊崩漏

崩漏是指经血非时暴下不止或淋漓不尽的一种疾病。

诊断依据：经血非时而下，或量多如注，或量少而淋沥不净，或崩与漏交替出现。崩漏须与胎漏、异位妊娠、产后出血、赤带等病相鉴别。

对崩漏的辨证，应根据经血的期、量、色、质变化，以分清轻重缓急及虚实热瘀之不同，并明辨其在肾在肝在脾之差异。常见证型有血热（虚热、实热）、脾虚、肾虚（肾阴虚、肾阳虚）、血瘀等。

（十一）诊经行发热

经行发热是指每值经期或行经前后出现以发热为主症的病症。

诊断依据：屡次伴随月经周期而发热，经净后逐渐消退。经行发热与经期外感发热及热入血室相鉴别。

对经行发热的辨证，主要根据发热的时间、性质以辨其虚实，一般在经前，发热无定时为实热，客热；经后，潮热为虚热；乍寒乍热为

瘀热；低热怕冷为气虚。常见证型有肝肾阴虚、血热内盛、气血虚弱、瘀热内阻等。

（十二）诊经行头痛

经行头痛指每逢经期或经行前后出现以头痛为主要症状的病症。

诊断依据：头痛随月经周期呈规律性发作2次以上，大多为单侧，亦可见于两侧太阳穴或头顶部。经行头痛应与经行外感头痛相鉴别。

对经行头痛的辨证，应根据头痛的时间、性质辨虚实，根据疼痛部位辨所属脏腑经络。常见证型有血虚、肝火、血瘀等。

（十三）诊经行身痛

经行身痛是指伴随月经周期而出现肢体疼痛的病症。

诊断依据：①每值经行前后或行经期间，周身关节疲楚，疼痛不适；②局部无红肿，关节无畸形，无严重外伤及风湿痹等病史；③血虚者多痛在经后，伴肢体麻木乏力；血瘀者多痛在经前。本病应与外感身痛相鉴别。

对经行身痛的辨证重在根据疼痛的时间、性质以辨虚、瘀之不同。常见证型为血虚和血瘀。

（十四）诊经行泄泻

经行泄泻指每值经期或经前则大便溏泻或水泻，经净自止的病症。

诊断依据：根据泄泻每值经行而作，经后自止，即可确诊。但须与经期伤食或感风寒而致的泄泻相区别。

对经行泄泻的辨证，应根据其泄泻的时间、质地及兼症，以辨其脾、肾及气、阳所虚之不同。临床一般分为脾虚、肾虚两证。

（十五）诊经行吐衄

经行吐衄是指每值经期或经行前后，有规律出现吐血或衄血，并伴有经量减少或经闭的病变。又称倒经、逆经。

诊断依据：①吐血、衄血连续2次以上随月经周期呈规律性发作；②月经量相应减少，甚或闭而不行；③应注意与鼻咽器质性病变

所出现的经行吐衄相鉴别。

本病的辨证，重在根据出血时间、色、量及兼症，以辨其火热之虚实与部位。一般分为肝郁化火、胃热炽盛、肺肾阴虚等证。

（十六）诊经行口糜

经行口糜指每于经期出现口舌生疮、糜烂，伴随月经周期反复发作的病症。

诊断依据：口舌生疮、溃烂伴随月经周期反复发作，经后渐愈。通过妇科及眼科检查，需排除狐惑病。

对经行口糜的辨证重在辨其热之虚实。临床一般分为胃热熏蒸和阴虚火旺两证。

（十七）诊经行风疹块

经行风疹块指每值经行前后或经期皮肤瘙痒，周身瘾疹，或起疹块的病症。又称经行瘾疹。

诊断依据：每值经行便发皮肤瘙痒，搔之起疹如粟或起团如块，经后渐退，下次周期又复发生。

对本病辨证除根据疹块特点及舌脉外，尚须结合月经情况以辨其虚实，一般分为血虚、风热、风寒等证。

（十八）诊经行眩晕

经行眩晕指每逢行经出现头目晕眩，视物昏花的病症。

诊断依据：头晕目眩，脑转耳鸣，伴随月经周期反复发作。

对本病辨证应结合全身症状及舌脉，以辨其虚实。一般分为血虚、阴虚阳亢、脾虚挟湿等证。

（十九）诊经行浮肿

经行浮肿是经行前后或经期出现面目及四肢浮肿为主症的疾病。

诊断依据：浮肿伴随月经周期出现，经后逐渐消失，反复发作。应排除因肝肾疾患引起的浮肿。

对本病辨证应根据浮肿出现于经前抑或经期、经后，并结合月经及全身情况，辨其虚实。一般分为脾肾阳虚和气滞血瘀两证。

(二十)诊经行情志异常

经行情志异常指每逢经期出现周期性的情志异常，经后又复如常人的病症。又称周期性情志异常、周期性精神病。

诊断依据：本病表现有抑郁型和狂躁型的不同。轻者，郁闷寡言，反应迟钝，悲伤欲哭，情志恍惚；或心中懊侬，失眠而惊，烦躁易怒。重者神志呆滞，语无论次，或骂詈打人，狂言妄语，不能自控。每于经期前后发生，经净后可渐复如常人。本病须与热入血室相鉴别。

对本病的辨证，应根据情志失常的表现，结合月经史及全身症状，以辨其虚、郁、痰、火之异。一般分为心血不足、肝气郁结、痰火上扰等证。

(二十一)诊经断前后病候

经断前后证候指妇女在绝经前后伴随出现的一系列功能性的异常改变的病症。

诊断依据：①发病年龄一般在45～55周岁绝经前后；②月经周期的改变：月经紊乱，或量多、血崩，或推迟、闭经；③血管舒缩症状：烦热汗出、眩晕、心悸等；④精神神经症状：情绪易于激动、抑郁、忧愁、失眠，甚或情志异常；⑤应排除肿瘤或其他器质性病变。

本病总由肾虚所致，辨证重在辨其阴阳虚损的差异以及所连及的脏腑。一般分为肾阴虚和肾阳虚证。

(二十二)诊经前乳胀

经前乳胀指每于行经前或正值经期出现乳房胀满疼痛，或乳头痒痛，甚至痛不可触衣的病症。

诊断依据：①乳房(头)胀痛或胀硬作痛，伴随月经周期而发，多发生于经前2～7天，经来则减缓或消失；②多伴烦躁易怒等情绪变化，本病须与乳癖相鉴别。

对本病辨证重在根据乳胀发作的特点以及兼症以辨别其虚实。常见证型有肝气郁结与肝肾阴虚。

二、带下病诊法

带下病是指带下的量明显增多，色质发生异常，或有臭味，或伴

有其他症状的病症。

诊断依据：①带下量多或色、质、气味异常；②常伴有小腹坠痛、腰疲腿软、发热、局部发痒等全身或局部症状。根据带下颜色的改变，又有白带、黄带、赤带、赤白带、脓性带、杂色带的区别。本病应与白浊、漏下以及妊娠期、经前期、经间期带下量多相鉴别。

对带下病的辨证，首先应根据带下量、色、质的异常辨其虚实，并结合全身症状辨其病位之在脾在肾，病性之湿热和兼挟。常见证型有脾虚、肾虚（肾阴虚、肾阳虚）、肝火、湿热、湿毒等。

（一）诊白带

白带病是指妇女阴道排出大量白色粘液，绵绵不断，或有腥臭气的病症。

诊断依据：①带下色白量多，或稀或稠，绵绵不断；②微有腥气或气味秽臭；③可伴有外阴瘙痒；④常伴见纳差、疲乏无力、四肢疲困或腰困痛、头晕等全身症状。

本病多由肾脾之虚所致，临床诊治时要辨明虚实。虚证以脾虚、肾虚为多见；实证者，大多与湿有关，但要区分寒湿与湿热而治。

（二）诊黄带

黄带病是妇女阴道排出黄色粘液，稠浊，淋漓不断，或有腥臭气的一种常见妇科病。

诊断依据：①带下色黄、量多、稠浊；②或有腥臭气；③多伴见阴部瘙痒；④常兼见月经不调，小腹坠痛，腰部疲痛，纳差等症状。

本病有虚有实，实者多因湿热下注，虫毒感染；虚者可因脾肾不足引起。可见之于细菌性阴道炎、盆腔感染等。

（三）诊赤白带

赤白带病是妇女阴道排出赤白相杂，或赤白交替，绵绵不断的粘液之病。

诊断依据：①带下赤白夹杂，或赤白交替，质粘臭秽，量多，绵绵不断；②阴部刺痒，或灼痛；③伴有小腹痛，口干口苦，头晕心烦，尿赤，腰疲等症。

本病总属有热，临证时须辨热之虚实。热之实者，常以湿热下注

和肝郁夹杂湿热所致；热之虚者，多以肾阴不足，或肝肾阴虚，虚热内灼胞宫而然。

（四）诊五色带

五色带病是指阴道排出物呈数种颜色，或如稀水，或如米泔，或呈血性，或呈脓样，且气味恶臭之病。

诊断依据：①带下色、质不一，或白或赤，或脓或血；②气味恶臭难闻，缠绵日久；③常伴有小腹疼痛，腰痛，头晕目眩，神疲乏力，或有低热等全身症状。

本病证情复杂，临证时要辨清气郁、湿热、阴虚、阳虚等不同病机。此病常是女性盆腔及子宫、宫颈恶性病变的特征，应予以重视。

三、妊娠病诊法

妊娠期间，发生与妊娠有关的疾病，称妊娠病。妊娠病不但影响孕妇的健康，还可妨碍胎儿的发育，甚至可导致堕胎、小产，故必须注意平时的预防和发病后的诊治。本类疾病多在受孕后，机体阴阳失调，脏腑气血偏盛偏衰，又复感邪气，伤及脏腑、气血、冲任而发病。

（一）诊妊娠恶阻

妊娠恶阻指妊娠早期，恶心呕吐，食入即吐，或不食亦吐的病症。

诊断依据：①妊娠停经史；②恶心呕吐，甚至吐出血液或胆汁。

对本病辨证重在根据呕吐物及其全身症状以辨其虚实，一般分为肝胃不和、脾胃虚弱、痰湿阻滞、气血两亏等证。

（二）诊妊娠腹痛

妊娠腹痛指妊娠期间以小腹疼痛为主症的疾病。又名胞阻。

诊断依据：妊娠期间，小腹疼痛而程度不甚，表现为病势较缓的小腹绵绵作痛，或冷痛不适，或小腹及胁肋胀痛。本病须与异位妊娠、胎动不安、堕胎、小产、胎盘早剥、妊娠合并附件炎、食积腹痛等相鉴别。

对本病辨证，重在审明腹痛的性质和程度，再结合素体状况、兼症、舌脉，以辨明寒热虚实、在气在血。一般分为血虚、气郁、虚寒等证型。

（三）诊胎漏、胎动不安

胎漏指妊娠期阴道少量下血，时下时止而无腰痠腹痛的病症；若仅有腰痠腹痛或下腹坠胀，或伴有少量阴道出血者，称为胎动不安。

诊断依据：①胎漏：妊娠期阴道少量下血，时下时止；②胎动不安：先感腰痠，腹部胀坠作痛，可伴有阴道少量出血。本病须与激经、堕胎、小产相鉴别。

对本病辨证应注意辨阴道流血的量、色、质，同时根据兼症、舌脉以辨其虚、实、寒、瘀、毒之不同，对胎动不安，尚应注意审明其腰腹疼痛的性质、程度，以资辨证参考。一般分为肾虚、气血虚弱、血热、跌仆伤胎、癥瘕伤胎、毒药毒物伤胎等证。

（四）诊堕胎、小产

堕胎指妊娠12周内，胚胎死亡而自然排出的疾病。小产指妊娠12～28周内，胎儿已成形而自然殒堕的疾病，又称半产、半生。

诊断依据：①堕胎：妊娠12周以前，先阴道流血，继则腹痛，胚胎已殒或有胎块排出；②小产：妊娠12～28周之间，腹阵痛，继之阴道出血，胎儿已殒或排出。本病应与胎漏、胎动不安、鬼胎、异位妊娠相鉴别。

本病的辨证要点，在于观察阴道排出之胎块完整与否，阴道流血量的多寡，出血时间的久暂，腹痛程度的剧缓等情况，以判断殒堕是否完全。一般分为殒胎瘀阻和血虚气脱之证。

（五）诊滑胎

滑胎指堕胎或小产连续发生3次及3次以上的病症。相当于习惯性流产。

诊断依据：妊娠28周以内胚胎或胎儿自然殒堕连续发生3次及3次以上，多发生于相同的妊娠月份。本病应与堕胎、小产相鉴别。妇科检查，了解子宫有无畸形。

对滑胎的辨证，当依据患者滑胎时的伴见证候，或未孕时月经情况与其他证候，结合舌脉以辨其虚损之不同。一般分为脾肾两虚、气血虚弱、阴虚血热等证。

(六)诊胎萎不长

凡胎儿在母体生长发育迟缓,以致妊娠3～4个月后,腹形与宫体明显小于正常妊娠月份,经检查胎儿尚存活着,称为胎萎不长。

诊断依据:子宫、腹形明显小于正常妊娠月份,胎心、胎动存在。本病应与死胎相鉴别。

对本病辨证主要根据其兼症及舌脉,以辨其母体气血、脾肾虚损的不同,亦应注意其父气之虚实。一般分为气血虚弱、脾肾虚损两证。

(七)诊胎死不下

胎死不下指胎儿死于母腹后,不能自行娩出的疾病。

诊断依据:死胎如发生在妊娠早期,早孕反应可突然停止,子宫大小不随妊娠月份增长,或反有缩小,妊娠试验为阴性;若胎死在妊娠20周左右,则胎心胎动停止,子宫不再继续增大,宫底下降,乳房胀感消失,或有泌乳现象。

对本病辨证主要根据其兼症、舌脉以辨其虚实。一般分为气血虚弱、脾虚湿困、血瘀等证。

(八)诊子烦

子烦指孕妇在妊娠期间,终日烦闷不安,心惊胆怯的病症。

诊断依据:妊娠期间孕妇自感心胸烦闷,躁扰不安,甚则夜卧不安。

对本病辨证重在辨火热之虚实。常见证型有阴虚火旺、痰热上扰、肝热内炽等证。

(九)诊子肿

子肿指妊娠中晚期,孕妇肢体、面目肿胀的病症。又名妊娠肿胀。相当于妊娠水肿。

诊断依据:①妊娠数月,面目肢体肿胀,或少数孕妇水肿虽不明显,但体重每周增加0.5kg以上;②尿常规无蛋白尿、管型,血压在正常范围内;③B超排除畸形胎儿;④若妊娠晚期,仅见脚部浮肿,无其他不适者,不作病论。本病须与妊娠合并肾炎相鉴别。

对本病辨证主要根据肿胀的程度、特点以及兼症,以辨其虚实及在肾在脾。常见证型有脾虚、肾虚、气滞等。

(十)诊子满

子满指妊娠5～6月，腹大异常，胎间有水气，胸膈胀满，甚或喘不得卧的病症。又称胎水肿满。

诊断依据：妊娠中期，出现腹大异常，明显大于正常妊娠月份，腹部触诊有明显的液体震荡感，胎位不清，胎心音较远或听不清。

子满总由脾虚水泛所致，临床须详辨气虚、阳虚之不同。

(十一)诊妊娠眩晕

妊娠眩晕指妊娠中晚期，头目眩晕，状若眩冒，甚或昏不知人的病症。又称子晕或子眩。

诊断依据：①自觉头晕头痛，目眩耳鸣，胸闷呕恶，视物昏花；②检查：血压增高，下肢有凹陷性水肿，小便常规可发现有蛋白尿。本病须与妊娠合并原发性高血压相鉴别。

对本病辨证主要应根据眩晕的特点及兼症以辨其虚实之兼挟。一般分为阴虚肝旺和脾虚肝旺两证。

(十二)诊子痫

子痫指妊娠晚期或正值临产时、新产后，发生眩晕倒仆，昏不知人，手足抽搐，全身强直，双目上视，须臾清醒，反复发作，甚或昏迷不醒的病症。又称妊娠痫证。

诊断依据：①有子肿、子眩病史；②先有剧烈头痛，恶心呕吐等前驱症状，继则全身肌肉呈强直性抽搐，呼吸暂停，眼球上翻，经0.5～2分钟后，抽搐渐止，陷入昏迷状态。子痫须与癫痫、癔病相鉴别。

对子痫的辨证，主要须根据抽搐昏仆的特点及兼症，以辨其风、痰之异。一般分为肝风内动和痰火上扰二证。

(十三)诊子悬

子悬指孕妇胸腹胀满，甚至喘息烦躁不安的病症。又名胎上逼心、胎气上逆。

诊断依据：孕妇有胸腹胀满，甚或喘急，即可确诊。但须排除妊娠合并心脏病，并与子满相鉴别。

对子悬的辨证，须根据兼症及舌脉，以辨其在肝之虚实，抑或是肝脾同病。常见证型为阴虚肝旺及肝郁脾虚。

(十四)诊子喑

子喑指因妊娠而出现声音嘶哑,甚或不能出声的病症。又称妊娠失音。

诊断依据:因妊娠而伴发声音嘶哑,即可确诊。但须排除因外感所致的声音不扬。

对子喑的辨证重在根据其兼症及舌脉,以辨其病位在肺在肾。一般分为肺阴亏虚和肾阴不足二证。

(十五)诊子嗽

子嗽指妊娠期间咳嗽不已的病症。又称妊娠咳嗽。

诊断依据:妊娠期间咳逆有声,或伴咽痒咳痰。

对子嗽的辨证,首应分清外感、内伤。外感咳嗽的辨证与一般内科相似;内伤子嗽,又须辨其虚实。一般分为阴虚肺燥、痰火犯肺等证。

(十六)诊子淋

子淋指妊娠期间见小便不畅,淋漓涩痛等的一种病症。又称妊娠小便淋痛。相当于妊娠合并尿路感染。

诊断依据:①妊娠期间,小便频数,窘迫,淋漓涩痛;②尿常规检查可有红细胞、白细胞或少量蛋白。子淋应与妊娠小便不通相鉴别。

子淋多属热证,辨证重在辨其虚实及其兼挟的不同。一般分为实热、湿热下注及阴虚等证。

(十七)诊妊娠小便不通

妊娠小便不通指妊娠7～8月小便不能,小腹胀急的病症。古称转胞或胞转。

诊断依据:妊娠晚期小便频数,点滴量少,甚或闭而不通,小腹胀满急痛,甚或喘急,心烦不得卧,但须与子淋相鉴别。

对本病辨证,重在辨其病位在脾在肾。一般分为气虚和肾虚二证。

四、产后病诊法

产妇在新产后至产褥期所发生的与分娩或产褥有关的疾病,称

为产后病。产后病多因分娩用力，出汗和产伤，或失血过多，使阴血暴亡，变生他病；或产后余血浊液瘀滞，或胞衣残留，或感染邪毒，或外感六淫，或内伤饮食，过早房事等而致诸病。产后病的诊断，除运用四诊八纲方法外，还应注意“三审”：先审小腹痛与不痛，以辨有无恶露停滞；次审大便通与不通，以验津液盛衰；再审乳汁的行与不行和饮食状况，以察胃气之强弱。

（一）诊产后血晕

产后血晕指产妇分娩后，突然头晕眼花，不能起坐，甚则口噤神昏，不省人事的病症。

诊断依据：①多见于新产后数小时内；②以眩晕为主，表现为头晕眼花，重则晕厥不知人，甚或昏迷不醒；③检查所见多为出血量多及急性贫血症状，血压下降或测不到血压。

对本病辨证应根据眩晕特点，恶露多少及有无胸腹胀痛等分辨虚实。一般分为血虚气脱、瘀阻气闭二证。本病不论虚实，俱属危急，均需立即抢救，必要时配合西医治疗，以免延误病情。

（二）诊产后痉病

凡产后发生四肢抽搐，项背强直，甚则口噤，角弓反张的病症，称为产后痉病。又称产后发痉、产后惊风等。

诊断依据：①有产后出血或难产、产伤史；②四肢抽搐，项背强直，甚则口噤，角弓反张。产后痉证须与产后子痫、癫痫或高热抽搐等相鉴别。

对本病辨证应根据痉病特点及全身症状，以分辨虚实及兼挟。一般分为阴血亏虚及感染邪毒等证。

（三）诊产后腹痛

产后腹痛指产后以小腹疼痛为主症的病症。因瘀血引起者，又称儿枕痛。

诊断依据：①产后 3～4 天内，下腹部阵发性疼痛；②子宫无压痛，呈阵发性收缩变硬。本病须与伤食、感染邪毒等其他原因引起的腹痛相鉴别。

对本病辨证应根据恶露的性状、腹痛的特点，分辨其虚、瘀之不

同。一般分为血虚、血瘀等证。

(四)诊产后血崩

产后血崩指产后血不归经,阴道出血量达500ml以上的病症。

诊断依据:①阴道出血量多急迫,大多发生在产后24小时内;②严重者血压骤降,甚至肢冷、汗出、神昏;③多见于子宫收缩乏力、胎盘滞留。排除软产道损伤。本病应与血液病,如再生障碍性贫血、血小板减少症、白血病等所致的出血相鉴别。

对产后血崩的辨证,应注意出血的色、质、量等,并结合兼症,以辨其虚、实、热、瘀之不同。一般分为气不摄血、气血瘀滞、血热内扰等证型。

(五)诊产后恶露不绝

产后恶露不绝是指产后恶露持续20天以上仍淋沥不断的病症。又称血露不尽、恶露不尽。

诊断依据:①产后3周以上阴道仍有少量出血;②引产半月以上或早期流产1周以上,恶露不绝;③妇科检查可确诊子宫复旧不良,或有子宫轻度感染,或胎盘、胎膜残留。应排除绒癌及恶性葡萄胎。

对本病辨证,应注意恶露的量、色、质、气味等,结合全身症状,以辨别寒、热、虚、实。常见证型有气虚、血热、血瘀等。

(六)诊产后大便难

产后大便难是指产后大便艰涩,数日不解,或排便时干燥疼痛,难以排出的病症。

诊断依据:①分娩后大便间隔延长,大便干燥难解,一般饮食如常;②发病大多较缓慢。应与其他疾病引起的便秘相鉴别。

对本病辨证,应注意大便干燥与否及有无热象,以辨其气、血、阴津之亏虚。常见证型有血虚津亏、阴虚内热、脾虚气陷等。

(七)诊产后发热

产后发热指产后10天以内,以发热持续不退,或突然高热寒战为主症的病症。

诊断依据:产后10天内,发热不解,常伴有腹痛及恶露色、质、量、气味等变化。本病须与蒸乳、痢疾、肠痈、淋病等所致的发热相鉴

别。

对产后发热的辨证，应根据热型、恶露、小腹情况及伴见症状，以分辨其外感、内伤及其虚实。一般分为感染邪毒、血瘀、外感风寒、外感风热、外感暑邪、血虚等证。

(八)诊产后身痛

产后身痛指产褥期间，出现肢体关节疲楚，疼痛麻木，重着肿胀等症的病证。又称产后痛风，俗称产后风。

诊断依据：产褥期间，肢体关节疼痛、麻木、重着，甚至双下肢痿痹不能行走。

产后身痛以内伤气血为主，而兼风寒湿瘀，常表现为本虚标实之证，临床辨证重在分辨虚、实、寒、瘀之不同。一般分为血虚、风寒、肾虚、血瘀等证。

(九)诊乳泣

乳泣指妊娠期乳汁自出的病症。

诊断依据：①妊娠期乳汁自流，一般量不多；②乳房柔软不胀或有胀感触痛，但无肿块。

本病有虚实之异，辨证当根据全身症状等详加区别。一般分为肝郁化热和胃气不固二证。

(十)诊产后缺乳

产后缺乳是指产妇在哺乳期乳汁甚少或全无的病症。又称产后乳汁不行。

诊断依据：①产后哺乳时，乳汁缺乏或全无，不足以喂养婴儿；②乳房检查松软，不胀不痛，挤压乳汁点滴而出，质稀；或乳房丰满乳腺成块，挤压乳汁疼痛难出，质稠；③排除因乳头凹陷和皲裂造成的乳汁壅积不通，哺乳困难。

对本病辨证，应根据乳房检查情况，结合全身症状，以辨别虚、实、郁、痰。一般分为气血虚弱、肝郁气滞、痰气壅阻等证。

(十一)诊产后乳汁自出

产后乳汁自出指产妇在哺乳期间，乳头不经婴儿吮吸，乳汁自然流出的病症。又称漏乳。

诊断依据：①不在哺乳时，乳汁自然流出；②乳汁多不足以喂养婴儿。本病须与乳泣相鉴别。

对本病辨证，主要根据乳房、乳汁的状态与全身症状，分辨其虚实。一般分为气血虚弱、肝经郁热等证。

五、妇科杂病诊法

妇科杂病，是指凡不属经、带、胎、产疾病范畴，而又与女性生理病理特点有密切关系的疾病。妇科杂病范围广，证候不同，病因各异，临证当细辨之。

（一）诊阴挺

阴挺指妇人阴中有物下坠，甚则挺出阴户之外的病症。相当于子宫脱垂。

诊断依据：①阴中有物下垂，卧则上收，久立、久行则下垂；②妇科检查一般分三度：Ⅰ度，子宫颈下垂至坐骨棘平面以下，但不超过阴道口；Ⅱ度，子宫颈与部分子宫体脱出于阴道口外；Ⅲ度，整个宫体脱出于阴道口外。

本病多为虚证，时或兼有湿热。辨证时须辨别在肾在脾。一般分为脾虚气陷、肾阳亏虚、湿热下注等证。

（二）诊阴痒

阴痒指妇女外阴及阴道瘙痒不堪，甚或痒痛难忍、坐卧不安，或伴有带下增多的病症。

诊断依据：外阴及阴道瘙痒。须结合妇科检查和实验室检查明确诊断。

对本病的辨证，可根据瘙痒的特点，妇科检查结果及全身症状，分辨其虚实。常见证型有湿热下注、肝肾阴虚、心肝郁火等。

（三）诊阴疮

阴疮指妇人阴户生疮，局部红、肿、热、痛，或化脓腐烂，脓水淋漓，甚则溃疡如虫蚀的疾病。又称阴蚀、阴茧等。

诊断依据：外阴一侧或两侧红、肿、热、痛，甚则破溃，脓水淋漓，或久不收口，或结肿不消。本病须与阴挺、外阴湿疹相鉴别。

对本病辨证主要依据局部病损以辨别寒热及预后的好坏。一般分为热毒、寒凝二证。

(四)诊阴痛

阴痛指妇女外阴或阴道疼痛为主症的病症。

诊断依据:①外阴或阴道作痛;②无肿块及溃烂。阴痛须与阴疮、阴挺相鉴别。

对本病辨证,重在辨清疼痛的性质、程度和时间,结合全身症状综合分析其虚实寒热。常见证型有肝肾阴虚、肝经郁火、气虚下陷、湿热下注、风冷壅阻等。

(五)诊阴吹

阴吹指妇女阴道里时时出气,或气出有声,状如咳气的病症。

诊断依据:①阴道时时出气,或气出有声;②妇科检查以排除前庭、肛门、直肠阴道瘘及Ⅲ度会阴裂伤等器质性病变。

对本病辨证重点在于观察大便之秘结与否及全身症状,以分辨其虚、实、痰、郁。一般分为腑气不通、气虚、痰湿、气郁等证。

(六)诊女阴白色病变

女阴白色病变指女阴皮肤或粘膜失去正常色泽而呈白色病变的疾病。

诊断依据:①病变多见于大阴唇内侧、小阴唇、阴蒂等部位,主要为外阴皮肤变白、变脆,干燥粗糙,变薄或增厚,阴部萎缩;②必要时配合局部活体组织检查,以明确病变性质。

对本病辨证,根据局部所见,结合兼症、舌、脉及参考局部病理切片检查,以分虚实。一般分为脏阴亏损、阳虚阴寒、血虚化燥、湿热下注等证。

(七)诊癥瘕

癥瘕指妇女胞中结块,伴有或胀、或痛、或满,甚或出血的病症。

诊断依据:①妇科检查查及包块;②下腹部或胀,或痛,或满,甚或出血,或影响经带胎产。

对本病辨证,首先应根据包块的特征,辨病之性质为血、气、湿热、痰积;其次从病程以分虚实;并应根据发展快慢及全身状态以辨

善恶。一般分为气滞、血瘀、痰湿等证。

(八)诊不孕病

不孕病指育龄期妇女,夫妻同居2年以上,男方生殖功能正常,无避孕而不受孕的疾病。

诊断依据:①结婚2年以上,夫妇同居,不避孕而未能受孕,称为原发性不孕;或曾有孕产史,继又间隔2年以上,不避孕而未怀孕者,为继发性不孕;②常有月经失调,或带下异常及性欲淡漠等症;③排除生殖系统的先天性生理缺陷和畸形。

本病须辨证与辨病相结合,辨证的重点是审脏腑、冲任、胞宫之病位,辨气血、寒热、虚实之变化,并辨其病理因素痰湿与瘀血;辨病的重点是注重与不孕症有较大联系的其他疾病。常见证型有肾虚(肾阳虚与肾阴虚)、肝郁、痰湿、血瘀等。

(九)诊脏躁

脏躁指妇女精神忧郁,情志烦乱,无故悲伤,哭笑无常,频作呵欠的病症。

诊断依据:①精神忧郁,悲伤不能自控,或哭笑无常,呵欠频作;②有类似的发作病史。脏躁须与狂病、经断前后证候鉴别。

脏躁多为阴血不足之虚证,临证当辨其病位之在心或肝肾,以及兼挟心脾火旺及痰火的不同。一般分为心神失养、肝肾不足等证。

(十)诊热入血室

热入血室指妇女在经期或产后,感受外邪,邪热乘虚侵入血室,与血相搏所出现的病症。

诊断依据:①恶寒发热,寒热如疟,胸胁小腹满痛,神昏谵语;②多发于行经前后或正值经期,或产后恶露未净之际,也有在热病期中,热迫经行者。本病须与经行发热、经行情志异常及产后发热相鉴别。

对本病辨证须以六经与卫气营血辨证相结合,辨病邪在表在里,血与热已结否。一般分为少阳邪热、瘀热里结、心营邪热等证。

(十一)诊盆腔疼痛

盆腔疼痛证指发生于女性盆腔部位与妇科有关的疼痛性疾病。

诊断依据：①小腹疼痛，或及腰骶；②妇科检查有不同程度压痛，或可扪到条索、片块或囊性包块。

对本病辨证，应根据疼痛的性质、部位、程度、持续时间，结合有无发热、带下、月经及全身情况、有关检查结果，辨其热、湿、瘀、虚之不同。一般分为邪毒壅盛、湿热蕴结、血瘀气滞、虚损等证。

第三节　儿科疾病诊法

小儿具有脏腑娇嫩，形气未充；生机蓬勃，发育迅速的生理特点，所以在病理方面，则表现为发病容易、传变迅速、脏气清灵、易趋康复、易热易寒、易虚易实，临床诊治儿科疾病时，对此不可不知。

一、小儿常见病诊法

小儿常见病是指小儿常见的内科疾病。包括肺系、心系、脾系、肝系、肾系诸疾。此类疾病多因外感六淫，或喂养不当，饮食失节，或先天不足，后天失于调养，以及寄生虫感染所致。辨证时与内科杂证无大异。

（一）诊小儿感冒

感冒是指由外感风邪，客于肺卫，以恶寒、发热、头痛、鼻塞、流涕、打喷嚏、咳嗽为主症的病症。又称伤风、小儿伤寒。

诊断依据：①以发热恶寒，鼻寒流涕，喷嚏等症为主，多兼咳嗽，可伴呕吐、腹泻或高热惊厥；②四时均有，多见于冬春，常因气候骤变而发病；③白细胞总数正常或减少，中性粒细胞减少，淋巴细胞相对增加，单核细胞增加。本病须与一些常见急性传染病初期症状相鉴别。

对感冒辨证时，先须辨清风寒、风热、暑湿之不同，同时结合患病时令、患儿体质等辨别有无夹痰、夹食、夹惊的情况。常见证型有风寒束表、风热犯表、暑湿袭表等。

（二）诊小儿咳嗽

咳嗽指由外邪袭肺，或脏腑功能失调，导致肺失宣肃而以咳嗽为

主症的病症。

诊断依据：①咳嗽为主要症状，多继发于感冒之后，常因气候变化而发作；②好发于冬春季节；③肺部听诊：两肺呼吸音粗糙，或有少量的散在的干、湿性罗音；④X线摄片或透视检查，示肺纹理增粗。本病须与肺痨、肺痈、肺炎喘嗽、百日咳、哮喘引起的咳嗽相鉴别。

对咳嗽的辨证，首先分清外感和内伤咳嗽，其次辨别病程长短、咳声轻浊和痰涎色量。常见证型有风寒袭肺、风热犯肺、痰热壅肺、痰湿阻肺、肺气亏虚、肺阴亏虚等。

（三）诊小儿哮喘

哮喘是由感受外邪，或因伏痰夙根复加外感、饮食等因素诱发，以喉间痰鸣有声，呼吸困难为主要临床表现的疾病。古时又称呷嗽、哮嗽。

诊断依据：①发作前常有喷嚏、咳嗽等先兆症状，或夜间突然发作，发作时喉间哮鸣，呼吸困难，咯痰不爽，甚则不能平卧，烦躁不安；②气候变化，受凉，或接触某些过敏物质为诱发因素；③可有婴儿期湿疹史或家族过敏史；④心肺听诊：两肺满布哮鸣音，呼气延长，或闻及湿罗音，心率增快；⑤支气管哮喘，血白细胞总数正常，嗜酸性粒细胞可增高，可疑变应原皮肤试验呈阳性；伴肺部感染时，血白细胞总数及中性粒细胞可增高。本病应与肺炎喘嗽相鉴别。

对哮喘辨证时，首先要辨清发作期和缓解期；其次注意其寒热虚实和轻重险逆。常见证型发作期有寒饮停肺、痰热壅肺、外寒肺热、虚实夹杂；缓解期有肺气虚、脾气虚、肾气虚。

（四）诊肺炎喘嗽

肺炎喘嗽指由外邪犯肺，邪壅肺气而见发热、咳嗽、气喘、鼻煽为主症的疾病。

诊断依据：①起病较急，有发热、咳嗽、气促、鼻煽、痰鸣或轻度发绀等症；②病重时喘促不定，烦躁不安，面色灰白，发绀加重，或高热不退；③新生儿患此病时，可有不乳，口吐白沫，精神萎靡等症，可无上述典型症状，禀赋不足患儿，常病程迁延；④肺部听诊：肺部有中、细湿罗音，常伴干性罗音，或管状呼吸音；⑤血象：大多数白细胞总数

增高，分类中性粒细胞增多；若因病毒感染引起者，白细胞计数可减少、稍增或正常；⑥X线透视或摄片检查：肺部显示纹理增多、紊乱，透亮度降低，或见小片状、斑点模糊阴影，也可呈不均匀大片阴影。本病须与感冒、哮喘相鉴别。

对肺炎喘嗽的辨证，首先要辨清寒热、常证、变证；其次辨风寒风热、痰重热重以及邪正盛衰变化。常见证型有风寒袭肺、风热犯肺、痰热壅肺、阴虚肺热、肺脾气虚、心阳虚衰、内陷厥阴等。

（五）诊鹅口疮

鹅口疮是由感受邪毒，内因心脾积热，上熏口舌，而致口腔出现成片白屑，状如鹅口的疾病。又称雪口。相当于霉菌性口腔炎。

诊断依据：①舌上、颊内、牙龈或上唇、上腭散布白屑，可融合成片，重者可向咽喉等处蔓延，影响吸奶及呼吸；②多见于新生儿、久病体弱者，或长期使用抗生素者；③取白屑少许涂片镜检见真菌的菌丝及孢子。本病应与口疮、白喉相鉴别。

对鹅口疮的辨证，首先要分清属实属虚。其次要辨口疮之疏密、轻重，常见证型有心脾积热、虚火上浮。

（六）诊小儿呕吐

呕吐是因胃失和降、气逆于上，以致乳、食经口中而出的常见病症。

诊断依据：脘腹胀满，嗳气，恶心，吐酸馊或清稀痰液。本病须与吮乳、哕、蛔虫所至呕吐及吐泻相鉴别。

对呕吐的辨证，首先辨清虚实寒热，其次分清病位所在。常见证型有伤食、胃热、胃寒、肝气犯胃、惊恐等。

（七）诊小儿泄泻

泄泻是由外感时邪，或内伤乳食而致大便次数增多的疾病。

诊断依据：①便次增多，每日3～5次，多者10次以上，色淡黄，如蛋花汤样，或色褐而臭，可有少量粘液，或伴恶心、呕吐、腹痛、发热口渴等症；②有饮食不节、饮食不洁或感受时邪的病史；③重者腹泻及呕吐较严重，可见小便短少，体温升高，烦渴，精神萎靡，皮肤干瘪，囟门凹陷，目珠下陷，啼哭无泪，口唇樱红，呼吸深长，腹胀等症；④大便

镜检可有脂肪球，少量红白细胞；⑤大便病原体检查可有致病性大肠杆菌等生长，或分离出轮状病毒等。本病须与痢疾等相鉴别。

对腹泻的辨证，首先辨内伤、外感或脾胃虚弱之泄泻；其次注意病情轻重，发热、口渴、腹痛腹胀的程度及粪便、小便色量的变化；同时辨明正气虚损的程度。常见证型有伤食、风寒、湿热、寒湿、脾虚及脾肾阳虚等。

（八）诊小儿腹痛

腹痛是指胃脘以下，脐之四旁以及耻骨以上的部位发生疼痛的病症。古时又称心腹痛。

诊断依据：①急性腹痛其发病急、变化快，病情程度较重，多与寒、热、食积、虫、损伤有关；②慢性腹痛发病、变化缓慢，病情程度较轻，常与脏腑虚弱有关。本病应与胃脘痛、肠痈痛、疝气痛相鉴别。

对腹痛的辨证，首先区别急性、慢性，再应分清寒、热、虚、实之别，同时辨别腹痛的特点、具体部位和疼痛的性质。常见证型有腹部中寒、乳食积滞、气滞血瘀、脏腑虚冷。

（九）诊厌食

厌食是指小儿较长时期见食不贪，食欲不振，甚则拒食的一种病症。又称不思食，不嗜食。。

诊断依据：①长期食欲不振，而无其他疾病者；②面色少华，形体偏瘦，但精神尚好，无腹髌；③有喂养不当史，如进食无定时定量，过食生冷、甘甜厚味，零食及偏食等。本病须与积滞、疳证、疰夏相鉴别。

对厌食的辨证，要细察全身情况及舌象脉象，以辨别虚实以及有无夹湿。常见证型有脾胃不和、脾胃气虚、脾胃阴虚、肝旺脾虚。

（十）诊积滞

积滞是由乳食内积，脾胃受损，以腹泻或便秘、呕吐、腹胀为主症的慢性肠胃疾病。又称食积、乳滞、食滞、宿食。

诊断依据：①不思乳食，食而不化，腹部胀满，大便溏泄或便秘；②可伴有烦躁不安，夜间哭闹或呕吐等症；③有伤乳食史；④大便化验检查可见不消化食物残渣及脂肪滴。本病应与疳证相鉴别。

对积滞的辨证，首辨不思乳食，注意分清虚实；其次辨呕吐、腹

胀、大便不调；同时注意积滞以实证、虚中夹实证多见，而纯虚证者则少见。常见证型有乳食内积、脾虚夹积。

（十一）诊疳病

疳病指由喂养不当，脾胃受伤，气液耗损，影响生长发育的病症。相当于营养障碍的慢性疾病。

诊断依据：①饮食异常，大便干稀不调，或脘腹臌胀等明显脾胃功能失调见症；②形体消瘦，体重低于正常平均值的15～40%，面色不华，毛发稀疏枯黄，严重者干枯羸瘦；③兼有精神不振，或好发脾气，烦躁易怒，或喜揉眉擦眼，或吮指磨牙等症；④有喂养不当或病后饮食失调及长期消瘦病史；⑤因蛔虫引起者，谓之蛔疳，大便镜检可查见蛔虫卵；⑥贫血者，血红蛋白及红细胞减少；⑦出现肢体浮肿，属于营养性水肿者，血清总蛋白量大多在45g/L以下，血清白蛋白约在20g/L以下。本病须与厌食、积滞相鉴别。

对本病的辨证，首先分清损伤脾胃的由轻到重，由实到虚实夹杂、气血两虚的三个发展阶段，其次注意从形体、精神、食欲进行辨别，同时注意疳症涉及其他脏腑的兼证。常见证型有疳气、疳积、干疳。

（十二）诊惊风

惊风是由多种原因及疾病所引起的以颈项强直，四肢抽搐，甚则角弓反张，或意识不清为特征的小儿常见疾病。

诊断依据：①急惊风发病急暴，有壮热，痰涎壅盛，四肢拘急，项背强直，目睛上视，牙关紧急，唇口焦干，抽搐昏迷等症；②慢惊风起病缓慢，面色苍白，嗜卧无神，抽搐无力，时作时止，或于昏睡中时现痉挛状态，两手颤动，筋惕肉眴。急惊风须与癫痫鉴别。

对惊风的辨证，首先区别急慢。急惊风须辨别痰、热、惊、风的轻重缓急。慢惊风多属虚证，注意辨清虚之所在脏腑，同时注意虚实错杂之证。常见证型：急惊风有外感、痰食、惊恐，慢惊风有土虚木亢、脾肾阳衰、阴虚风动等证型。

（十三）诊小儿痫病

痫病是小儿常见的一种发作性神志异常的疾病。

诊断依据：①发病前有头昏、唇颤、心悸、肢麻等先兆症状；②发作期昏不知人，意识丧失，或口吐涎沫，两目直视，四肢抽搐，甚至二便失禁；③发作后饮食起居如常。

对痫病的辨证，首先分清惊、痰、瘀、风四者孰轻孰重；其次辨病位在心、肝、脾、肾何脏；病久者注意气血耗散、肝肾亏损程度。常见证型有惊痫、风痫、痰痫、瘀血痫。

（十四）诊小儿蛔虫病

蛔虫病是感染蛔虫卵所引起的一种肠道寄生虫病。

诊断依据：①蛔虫证：食欲异常，面色苍黄，脐周腹痛，时作时止，大便下虫，或粪便镜检有蛔虫卵；②蛔厥证：右上腹有钻顶样阵发性剧痛，痛时患儿手足厥冷，常伴恶心、呕吐，可吐出胆汁或蛔虫；少数患儿可伴有发热黄疸。

对本病的辨证，首先辨别腹痛的部位、性质、持续时间，呕吐物的多少、色质，发热的部位、程度。其次分清证候，辨明虚实或夹杂。常见证型有虫积肠道、脾胃虚弱及蛔厥证。

（十五）诊姜片虫病

姜片虫病为肠道寄生虫病，多见于5岁以上儿童。因其吐出物或大便排出成虫，色赤如生肉，亦称“赤虫”。

诊断依据：①有腹痛、肠鸣、便秘或大便溏稀等症状；②有食生菱角、生荸荠史；③大便中可检出虫卵，或从吐出物和粪便中排出成形姜片虫。

对本病辨证，就根据其兼症、病程及小儿体质情况以别虚实。常见证型为虫积肠道、脾胃虚弱等。

（十六）诊小儿水肿

水肿是指由外感风邪或邪毒入侵，导致肺、脾、肾功能失调，水道不利，水湿溢于肌肤而致全身浮肿的病症。

诊断依据：①阳水：肿多由眼睑始，渐及全身，以上身肿为甚，皮肤光亮。尿少甚至尿闭，部分患儿出现肉眼血尿。常伴血压增高；病重者有头痛、呕吐、抽风，或面色青灰、烦躁、气急等变证。病程短，病前1～4周常有急性乳蛾、脓疱疮等病史。小便常规镜检有大量的红细胞，

尿蛋白阳性，并可见到透明、颗粒管型。血沉增快，抗链球菌溶血素"O"往往增高，血尿素氮及肌酐在尿少期可增高，二氧化碳结合力可降低。②阴水：全身明显浮肿，呈凹陷性，尤以腰以下肿甚，皮肤苍白，甚至伴腹水、胸水。病程长，反复不愈。小便常规镜检，尿蛋白定性+++～++++，尿蛋白定量大于100mg/24小时，偶见少量红细胞与管型，血浆白蛋白可明显降低，白蛋白、球蛋白比例倒置，血胆固醇增高，活动期血沉可加快。本病须与疳症肿胀以及心脏病、肝脏病引起的水肿鉴别。

对水肿的辨证，首先分清阴水和阳水；其次根据浮肿部位辨病在何脏，根据小便多少辨水肿的进退；同时要注意病证的虚实。其常见证型常证包括风水相搏、湿热内停、脾虚湿困、肺脾气虚、脾肾两虚。变证有水气上逆心肺、邪陷心肝、水毒内闭。

（十七）诊夏季热

夏季热是由于小儿不耐暑气熏蒸，蕴于肺胃，以长期发热，汗闭，口渴，多尿为主症的季节性疾病。又称暑热病、小儿消渴病等。

诊断依据：①入夏以后，长期发热，伴口渴多饮，多尿，无汗或少汗，随气温降低或在阴凉环境下能自行缓解；②多见于2～5岁之体弱儿童；③夏季发病，发病率随气温升高而增加，多见于我国南方地区；④体格检查及实验室检查常无明显异常。本病须与疰夏、消渴病、湿温相鉴别。

对夏季热的辨证，根据发热，口渴、尿多、无汗等特点，辨明病之部位、性质以及伤阴程度，亦应注意虚实夹杂情况。常见证型有暑伤肺胃、上盛下虚。

（十八）诊疰夏

疰夏是指春夏之交，始见全身倦怠，食欲不振，大便不调，身微热，但体温多正常，秋凉后多可自愈的季节性疾病。又称注夏。

诊断依据：①入夏以后，精神萎靡，倦怠乏力，微热，食欲不振，大便时见溏薄，形体消瘦；②多见于霉雨季节；③多有每年夏季反复发作史；④体格检查及实验室检查无特殊异常。

对本病的辨证，首先分清虚实主次；其次注意虚实之间的相互影

响，处理好化湿与健脾的关系。常见证型有湿困脾胃、脾胃虚弱。

（十九）诊遗尿

遗尿是指5周岁以上的小儿在睡眠中小便自遗、醒后方觉的一种病症。

诊断依据：①睡眠较深，不易唤醒，每夜或隔几天发生尿床，甚则一夜可尿数次；②发病年龄在5周岁以上；③小便常规及尿培养多无异常发现；④X线摄片检查，部分患儿可发现有隐性脊柱裂，泌尿系X线造影可见其结构异常。

对本病的辨证，重在分辨其虚实寒热，虚寒者多责之于肾，实热者多责之于肝。常见证型有下元虚寒、脾肺气虚、肝经湿热。

（二十）诊尿频

尿频是以小便频急而数为特征的病症。

诊断依据：①便次增多，以白天为甚；②便前急胀难忍，上厕不及而遗尿；③或伴尿痛，尿道灼热，精神不振，头晕面黄等。本病须与石淋、血淋、消渴相鉴别。

对本病的辨证，首先辨明虚实，同时注意虚实夹杂。常见证型有湿热下注、脾肾气虚。

（二十一）诊多动症

多动症是指学龄儿童由于肝气偏旺，阴阳失调，心肾不交而致的好动不安，冒失无礼貌，脾气倔强的病症。

诊断依据：①注意力涣散，上课时思想不集中，坐立不安，喜做小动作，活动过度；②情绪不稳，冲动任性，动作笨拙，学习成绩一般低于同龄同学，但智力一般正常；③多见于学龄儿童，男性多于女性。

以本病的辨证，重在辨其虚实及脏腑病位，虚多责之脾、肾，实则因于肝旺。一般分为肾虚肝亢、脾虚肝旺等证型。

（二十二）诊营养性贫血

营养性贫血是由后天失调，气血生化乏源所致的气血虚弱性疾病。

诊断依据：①起病缓慢，多见于2岁以下婴幼儿；②轻度贫血仅皮肤、粘膜稍苍白而无自觉症状。重度贫血可有食欲不振，头晕乏力，

精神烦躁，体重不增，心率增快，心脏扩大及收缩期杂音。或见水肿，皮肤出血点，肝脾肿大，手及舌震颤，口腔炎，舌光无苔等；③血红蛋白降低较红细胞明显，红细胞大小不均，以小者居多，中央有苍白区。血清铁降低。营养性巨幼红细胞贫血，红细胞减少比血红蛋白明显，红细胞体积增大；④骨髓象：营养性小细胞贫血，见较多环状铁粒幼红细胞。营养性巨幼红细胞性贫血，巨幼红细胞增生，细胞核发育落后于细胞质，巨核细胞分叶过多。

本病总因于虚损而成，故辨证重在明确气、血、阴、阳亏虚之不同及病变所及脏腑。常见证型有脾胃虚弱、心脾两虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚。

（二十三）诊汗病

汗病是以汗出异常为主的病症。又名灌汗、寝汗、喜汗、胃怯汗。

诊断依据：小儿在安静状态下，全身或局部出汗过多。

对汗证的辨证，首先分清虚实。其次辨出汗的时间、部位、性质等。常见证型有表虚不固、营卫不和、气阴虚弱。

（二十四）诊五迟、五软

五迟是指立迟、行迟、发迟、齿迟、语迟而言。五软是指头项软、口软、手软、脚软、肌肉软而言。五软又名胎怡。

诊断依据：五迟：五迟症状并见，或只见一二症，3岁以内儿童发病较多。五软：头项软弱，不能抬举，口软唇弛，咀嚼乏力而流涎，手软下垂，不能握举，足软无力，不能站立，肌肉虚软，皮肤松弛，形体瘦削，智力迟钝。

对五迟的辨证，首先分清属先天不足或后天失养，其次辨病之轻重。对五软的辨证，主要辨清病属肾虚、脾虚或气虚、血虚。五迟常见证型有脾肾不足、心血不足。五软常见证型有脾肾两亏、气血虚弱。

（二十五）诊夜啼

夜啼是指1岁以内的哺乳婴儿，因寒、热、受惊等而致的夜间定时啼哭，甚则可通宵达旦的疾病。

诊断依据：①入夜定时（多在子时左右）啼哭不止，轻重表现不一，但白天安静；②多无发热、呕吐、泄泻、口疮、疖肿、外伤等表现。本

病须与尿湿、饥饿等引起的啼哭相鉴别。

对夜啼的辨证，主要区别寒、热、惊不同原因，其次要辨清病位。常见证型有脾脏虚寒、心经积热、惊恐伤神等。

二、小儿传染病诊法

小儿传染病，即属疫疠证候，是感染瘟疫时邪所产生的病证，具有发病急，病情重，传染性强，常在一方流行的特点。临床表现为初起发热恶热，继而高热，头痛身痛，苔白如积粉，脉数等特点。由于所感疫气性质不同而有不同证候类型。

（一）诊麻疹

麻疹指由感受麻疹疫毒所致，以发热咳嗽，泪水汪汪，唇内颊"麻疹粘膜斑"及满身布发红疹为特征的传染病。又称麻子、疹子。

诊断依据：①初起有发热，咳嗽，喷嚏，流涕等表现；②发热渐高，眼红多泪，口腔颊粘膜近臼齿处可见"麻疹粘膜斑"，发热 3～4 天则出疹，从颜面开始，渐及全身，皮疹出齐后，热渐退，疹渐回；③邪毒深重者，可合并肺炎喘嗽、喉痹、昏厥等危象；④在流行季节，有麻疹接触史；⑤血白细胞总数可减少，粒细胞及淋巴细胞几乎相等；⑥麻疹前期时，口腔粘膜或鼻咽拭子涂片找到多核巨细胞，有助于诊断。本病应与风痧、丹痧、奶麻相鉴别。

对麻疹的辨证，首先辨清疹前期、出疹期、疹回期；其次辨疹子的形态、色泽、分布，热势的高低，汗之有无、多少，精神状态等以判邪毒的深浅，津伤多少，邪正的盛衰及病之逆顺；同时注意病情严重者易出现的并发症。顺证分三期，逆证常见证型有热毒闭肺、热毒攻喉、毒陷心肝。

（二）诊风痧

风痧指外感风痧时毒，蕴于肺脾，发于肌肤而出现淡红色斑丘疹的一种传染病。又称野痧。好发于 5 岁以下小儿，相当于风疹。

诊断依据：①初起类似感冒，发热 1～2 天后，皮肤出现淡红色斑丘疹，从头面始，1 天后布满全身，出疹 1～2 天后，疹、热渐退，疹后无色素沉着；②一般全身症状较轻，耳后及枕后淋巴结肿大；③在流行

期间，有风痧接触史。本病须与麻疹、奶麻、丹痧相鉴别。

对风痧的辨证，根据皮疹色泽深浅、分布部位以及发热的轻重辨别病位、病情轻重。常见证型有邪郁肺卫、邪热炽盛。

（三）诊丹痧

丹痧是由丹痧疫毒感染，以肌肤布有弥漫性鲜红细小皮疹若丹，咽喉肿痛或有腐烂，口唇苍白为特征的传染病。又称烂喉丹痧、疫喉痧、烂喉痧、疫痧等。相当于猩红热。

诊断依据：①起病急，突然高热，咽峡红肿疼痛，并可化脓；②在起病 12～36 小时内，开始出现皮疹，先于颈、胸、背及腋下、肘弯等处，迅速蔓延全身，其色鲜红细小，并见环口苍白圈及杨梅舌；③皮疹出齐后 1～2 天，身热、皮疹渐退，伴脱屑或脱皮；④血白细胞总数及中性粒细胞增高；⑤咽拭子培养有溶血性链球菌。丹痧应与麻疹、风痧、奶麻相鉴别。

对丹痧的辨证，根据发热、皮疹颜色以辨邪之进退、证之逆顺、毒之盛衰，并应注意余邪及并发症。常见证型顺证有邪侵肺卫、毒在气营、疹后伤阴。变证有痧毒内陷心肝、余毒未尽。

（四）诊水痘

水痘是由感染时行病毒，蕴于肺脾，发于肌肤，皮肤出现红色丘疹，或水疱的一种传染病。又名水花、水疮。

诊断依据：①初起有发热、流涕、咳嗽、不思饮食等症，发热多不高，在发热的同时，1～2 天内即于头、面、发际及全身其他部位出现红色斑丘疹，疹点出现后，很快变为疱疹，大小不一，内含水液，周围有红晕，继而结成痂盖脱落，不留疤痕；②皮疹分批出现，此起彼落，同时丘疹、疱疹、干痂往往并见；③起病 2～3 周前有水痘接触史。本病须与天花、脓疱疮鉴别。

对水痘的辨证，根据疹形大小、稀疏、稠密分清邪之达表或入里，其次辨偏风或偏湿之别。常见证型有风热犯表、热毒炽盛。变证可见邪毒内陷心肝、痘溃染秽。

（五）诊痄腮

痄腮是由风温邪毒引起，以发热、耳下腮部肿痛为主症的急性传

染病。又称腮颌发、虾蟆瘟、鸬鹚瘟。相当于流行性腮腺炎。

诊断依据：①起病时可有发热，1～2天后可见以耳垂为中心漫肿，边缘不清，皮色不红，压之有痛感及弹性感；②腮腺管口或可见红肿，腮腺肿胀约持续4～5天开始消退；③病前有痄腮接触史；④血白细胞总数可正常，或稍有增高和降低，淋巴细胞可相对增加；⑤并发脑膜炎或脑炎者，脑脊液压力增高，细胞数增加，以淋巴细胞为主，蛋白轻度增高；⑥尿、血淀粉酶可增高。本病须与发颐、痰毒相鉴别。

对本病的辨证，首先根据腮肿的面积大小、软硬程度、颜色等分清是风毒在表或热毒在里，或有无痰瘀；其次注意邪毒内陷而致热盛生风，或邪毒流窜引起睾丸、少腹部位的疼痛。常见证型有温毒在表、热毒蕴结。变证包括邪毒内陷心肝、邪毒引窜睾腹。

（六）诊顿咳

顿咳是由感染时行疫毒，客于肺系，以阵发痉挛性咳嗽、咳后有特殊的吸气性吼声为特征的呼吸道传染病。又称顿嗽、顿咳、天哮。相当于百日咳。

诊断依据：①典型者呈阵发性痉咳伴有回声，舌系带溃疡，目睑浮肿；②早期可有类似感冒表现，咳嗽逐渐加重，呈日轻夜重趋势，并有接触史；③发病1周后，血白细胞总数及淋巴细胞显著增高；④采用咳喋法，可培养出百日咳杆菌。本病须与咳嗽相鉴别。

对顿咳的辨证，首先应辨明病之阶段；其次分清寒、热、虚、实，同时注意病位之表里和所及脏腑之不同。本病一般分为初咳期、痉咳期、恢复期三期，初咳期有风寒、风热之偏，恢复期常见脾气亏虚、肺阴亏虚证。

（七）诊白喉

白喉是由外感疫毒之邪引起的以咽喉等部位的粘膜上形成灰白色假膜为特征的急性呼吸道传染病。又称白缠喉。

诊断依据：①咽、喉、鼻等部位的粘膜上形成灰白色假膜，伴有发热、咽痛或破竹样咳嗽；②在流行季节，有白喉接触史；③局部病灶涂片检查或咽拭子及其他标本培养可发现白喉杆菌。本病须与急性乳蛾、丹痧、鹅口疮相鉴别。

对白喉的辨证，首先根据假膜的形态、范围、颈部肿胀程度辨清邪毒的轻重；其次可据精神面色辨病势的进退。常见证型有风热疫毒、阴虚燥热、疫毒化火。

（八）诊小儿暑瘟

暑瘟是感受暑疫邪毒所致，以发热、头痛、呕吐、项强，甚或突然高热、神昏、抽搐为特征的时行疾病。又称暑痉、暑风、暑厥。相当于流行性乙型脑炎。

诊断依据：①发病大多急骤，初起发热无汗，头痛呕吐，颈项抵抗感或强直，嗜睡或烦躁不安，偶有惊厥；②发病后持续高热，嗜睡，昏迷，惊厥；起病急暴者，可突然出现闭证、脱证；③病程至2周左右，一般可逐渐向愈，但部分重症患儿可有不规则发热，意识障碍，失语，吞咽困难，肢体瘫痪等恢复期症状；④有明显的季节性，多在七、八、九月；⑤神经系统检查，有不同程度的脑膜刺激征及锥体束征等；⑥血白细胞总数一般在发病5天内增高，以中性粒细胞为主；⑦脑脊液：压力增高，细胞计数多在50～500×10^6/L之间，以淋巴细胞为主（早期以中性粒细胞为主），蛋白稍高，糖、氯化物均正常；⑧补体结合试验多在2～5周内阳性，血凝抑制试验5天后出现阳性。本病须与疫毒痢、小儿麻痹症相鉴别。

对本病的辨证，首先辨明病在卫、气、营血之不同阶段和轻重；其次辨清邪伤正的程度，以及热、痰、风之间的转化和影响。常见证型有邪在卫气、邪在气营、邪在营血、邪恋正虚、痰蒙清窍、肝风内动等。

（九）诊小儿麻痹病

小儿麻痹病是以发热、伴有咳嗽、咽红痛、全身肌肉疼痛，或有呕吐、腹泻等症状，继而出现肢体痠软，肌肉弛缓和萎缩为其主要特征的疾病。

诊断依据：①发热伴咳嗽、咽红痛、肌肉痛、呕吐、腹泻；②肢体瘫痪；③肌肉萎缩。本病须与感冒、中风不语、偏枯、风湿痹证某些阶段的病理表现相鉴别。

对本病的辨证，首先辨别疾病的阶段、邪正的虚实。其次辨清病位在经络、气血或肝肾等之不同。常见证型有邪在肺胃、邪注经络、气

虚血滞、肝肾亏损。

(十)诊疫毒痢

疫毒痢是由进食不洁之物，而突然发生高热，昏迷，惊厥，便下脓血(或无)等为主要症状的急性肠道传染病。又名疫痢、时疫痢、热毒痢。

诊断依据：①发病急暴，大便混有脓血，有腥臭味；或虽未见脓血便，而有高热、昏迷、惊厥，并可见闭脱危象；②典型病例以夏秋季为多，发病年龄以2～5岁为多见，有饮食不洁史和接触史；③大便镜检可见大量红、白细胞，并有吞噬细胞；④取大便脓血部分(必要时肛门指检)培养，可有痢疾杆菌生长。本病须与小儿暑瘟、疟疾相鉴别。

对疫毒痢的辨证，首先辨清正盛邪实或正虚邪实的不同病理阶段；其次根据痢的颜色辨伤气伤血等不同病位。形成外脱危象时，注意与一般虚脱证区别。常见证型有毒邪内闭、内闭外脱。

三、新生儿病诊法

新生儿是指从出生到28天。生理上要适应新的外界环境，依靠自己的消化系统和泌尿系统摄取营养和排泄代谢产物；形体上体重增长迅速；大脑皮层主要处于抑制状态，所以患病后反应性差，故死亡率比其他时期高。有些疾病与胎内生长及分娩有关，因此在诊断和辨证方面要予以特别重视。

(一)诊胎黄

胎黄是由胎儿时期感受湿热，或瘀热内阻，出生后全身皮肤、巩膜发黄为主症的疾病。又称胎疸。

诊断依据：①黄疸出现早(出生24小时内)，发展快，黄色明显，可消退后再次出现，或黄疸出现迟，持续不退；②可伴肝脾肿大，精神倦怠，不欲吮乳，大便或呈灰白色；③血清胆红质、黄疸指数显著增高；④尿胆红素阳性及尿胆原试验阳性或阴性；⑤母子血型测定，以排除ABO或Rh血型不合引起的溶血性黄疸；⑥肝炎综合征应作肝炎相关抗原体系统检查。胎黄须与脐湿、脐疮发黄和邪毒发黄相鉴别。

对本病的辨证，先要辨清阳黄、阴黄，其次区别湿、热、寒的轻重。常见证型有湿热熏蒸、寒湿阻滞、瘀积发黄。

（二）诊奶癣

奶癣是指哺乳期婴儿因风湿热邪浸淫皮肤，面部出现湿性或干性皮疹的疾病。又名胎疮。相当于婴儿湿疹。

诊断依据：①在面部皮肤表面，反复出现粟粒样红疹，痒甚，蔓延成片，或流淌脂水，或结痂脱屑；②本病多发于1个月至1周岁以内的婴幼儿。

对本病辨证重在根据其皮损的特点，以辨别湿热、风燥之不同。常见证型有血虚风燥、湿热浸淫。

（三）诊奶麻

奶麻是指哺乳期婴儿因感受时行疫毒，发病急，体温高，热退后肌肤出现玫瑰色细散皮疹的疾病。相当于幼儿急疹。

诊断依据：①起病急，发热高，持续3～4天后热退，全身出现玫瑰色疹点；②皮疹以躯干、腰、臀部为主，面部及肘膝等处较少；③疹出后1～2天即消退，无色素沉着，也不脱屑。

对本病辨证，应根据发热、出疹的变化，以辨别疾病演变的不同阶段。一般分为发热期和出疹期。

（四）诊五硬

五硬是以小儿头项硬、口硬、手硬、足硬和肌肉硬为特征的一种疾病。

诊断依据：①皮肤发凉或局部僵硬，气息微弱，哭声细小无力，昏睡，甚者面颊肌肤僵硬，关节强直，不能吮乳；②多发于寒冷季节出生的新生儿。本病须与胎寒鉴别。

对五硬的辨证，主要辨病属虚、寒、瘀、风几者，其次注意几者之间的相互影响。常见证型有阳气虚弱、寒凝血涩。

（五）诊解颅

解颅是由先天不足，颅内受损，或因热毒壅滞，水停于脑，致以头颅增大、前囟和颅缝开解为特征的疾病。相当于脑积水。

诊断依据：①头颅呈普遍均匀性增大，且增长速度较快，骨缝分

离，前囟明显饱满而扩大，头皮青筋暴露；颅部叩诊呈破壶音，头重颈肌不能支持而下垂，两眼下视；可有烦躁、嗜睡、食欲不振，甚至呕吐、惊厥；②CT 检查提示脑实质菲薄，脑组织面积减少，脑室增宽扩大；头颅 X 线摄片可见骨板变薄，颅缝分开，蝶鞍增宽；眼底检查可见视神经萎缩或乳头水肿。

对本病的辨证，先分清虚实或本虚标实，其次注意与肾、风、水湿、痰浊、火毒等的关系。常见证型有肾气亏损、肾虚肝亢、脾虚水泛、热毒壅滞。

（六）诊赤游丹

赤游丹是新生儿的一种感染性皮肤病。以皮肤红赤如丹，形如云片，游走不定而为名。又名丹胗、丹熛、赤游肿、赤游风等。

诊断依据：①起病较急；②可发于全身各处，以颜面、眼、鼻各部多见；③皮肤红肿、硬结、燃热疼痛，形如云片。本病须与烂喉丹痧、红斑狼疮、荨麻疹等相鉴别。

对本病的辨证，首先辨清邪毒侵犯的部位及病情的轻重，其次分清病势。常见证型有风火热毒、邪毒入营。

（七）诊脐风

脐风是新生儿因断脐处理不善，接触不洁之物而发生的疾病。又称脐带风、四六风、七日风、噤口、撮口、锁肚、锁口风等。

诊断依据：唇青口撮，牙关紧闭，苦笑面容，甚或四肢抽搐，角弓反张。本病须与胎惊相鉴别。

对本病的辨证，主要辨清邪入经络或中脏等不同部位和病情轻重。脐风可分为先兆期、发作期、危重期、恢复期。

（八）诊脐湿、脐疮、脐血、脐突

脐湿：脐带根部或脱落后的创面湿润不干。脐疮：脐部红肿热痛，或有脓水外溢，甚则糜烂，发热不安。脐血：断脐后，脐部仍有血渗出，经久不止。脐突：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，但啼哭叫闹时又复胀突。

诊断依据：脐湿：脐孔湿润不干或微见红肿。脐疮：①局部红肿热痛；②恶寒壮热；③神昏，抽搐。脐血：脐部渗血。脐突：脐部突起，虚大

光浮，按之可将肿物推回腹内。

辨证，脐湿主要辨其湿之轻重；脐疮辨其邪毒的轻重及部位；脐血辨其血虚的程度。

第四节　眼科疾病诊法

人是一个有机的整体，眼是机体的重要组成部分，故当六淫外感，七情内伤，饮食劳逸等诸病因引起机体阴阳失调，气机失常，脏腑经络功能障碍，气血津液精气失和，均可引起眼病。诊眼病时，务必要辨诸病变的原因、性质、部位，以及邪正盛衰关系，这对眼病诊辨尤为重要。

一、胞睑病诊法

胞睑为肉轮，内应于脾，故其病变与脾胃失调关系密切，若因饮食失宜，损伤脾胃，湿热内蕴；或脾胃虚弱，运化失常，脏腑精气不足，目失濡养，均可引起胞睑疾病。

（一）诊针眼

针眼是因感受外邪，胞睑边缘生小硬结，红肿疼痛，形如麦粒的眼病。又名偷针、土疳、土疡。相当于麦粒肿。

诊断依据：①初起胞睑痒痛，睑弦微肿，按之有小硬结，形如麦粒，压痛明显；②局部红肿疼痛加剧，逐渐成脓，起于睑弦者在睫毛根部出现脓点；发于睑内者，睑内面出现脓点，破溃或切开排出脓后，症情随之缓解；③严重针眼，胞睑漫肿，皮色暗红，可伴有恶寒发热，耳前常有腮核，发于外眦部，每易累及白睛浮肿，状如鱼胞；④有反复发作和多发倾向。本病应与眼丹相区别。

对针眼的辨证，应首辨其有脓与无脓。在未成脓之时，应根据红肿硬结程度及其兼症，以辨别外感风热或脾胃热毒上攻。本病常见证型有风热外袭、热毒炽盛、热毒内陷、脾胃湿热、脾胃虚弱等。

（二）诊眼丹

眼丹是因热毒内蕴，引起胞睑红肿高起，质硬，边界清楚，皮色光

滑，鲜红如涂丹砂的眼病。相当于眼睑丹毒。

诊断依据：①初起胞睑肿胀，高起，色红如丹，肿硬重坠，睁眼困难，患部边界清楚，有小疱疹。若病情加重，深部出现硬结，化脓破溃。②患部疼痛、压痛，伴有发热，头痛，甚至神昏。本病应与针眼相区别。

对眼丹的辨证，应首辨其有脓无脓、病情轻重缓急。在未成脓之时，应根据眼睑红肿疼痛程度及伴随的全身症状情况，辨别系风热外袭还是热毒内壅等。本病常见证型有风热外袭、热毒炽盛等。

（三）诊胞生痰核

胞生痰核是因痰湿凝集胞睑皮下生核状硬结，不红不痛，皮色如常，推之能移的眼病。相当于霰粒肿。

诊断依据：①眼睑皮下可触及圆形大小不等核状硬结，按之不痛，皮肤推之能移，核大者皮肤面稍隆起，睑内呈紫红色；②若自行破溃，在睑内排出胶样物，并可在睑内形成肉芽；③核小者无不适，核大者有重坠感，若复感外邪，可出现红、肿、痛；若自睑内穿破者，可引起磨疼。本病须与针眼相鉴别。

对胞生痰核的辨证，应着眼于痰结为核，根据有无热象之证，辨别无火之痰湿与痰火内结之不同。本病常见证型为痰湿结聚与痰热搏结。

（四）诊椒疮

胞睑内面生颗粒，色红而粗糙，疙瘩不平，状若花椒，故名椒疮。与西医之沙眼的睑结膜乳头肥大、滤泡增生症状相似。

诊断依据：诊断主要根据病史和临床体征。初起，觉眼部不适，或微有痒涩感，或无明显异常感觉。翻转胞睑，可见睑里靠眦处红赤且有少量细小颗粒，色红而硬。病势发展，睑里红赤加重，颗粒增多，可布满睑里，甚至胞睑肿硬，重坠难开。自觉睑内刺痒灼热，沙涩羞明，生眵流泪。重者伴见白睛红赤，黑睛赤膜下垂，星点翳膜等，危害视力。羞明痒痛加重，眵泪胶粘。日久粟粒状颗粒溃破，睑里结疤，甚则伴见倒睫拳毛，或上胞下垂，睥肉粘轮。原赤膜下垂进展可成血翳包睛；原黑睛星点翳膜恶化时，也可变为花翳白陷或凝脂翳等。椒疮须与粟疮等病症相鉴别。

对椒疮的辨证，应首辨轻重缓急及有无并发症和后遗症；然后根据内外邪气的不同进一步辨别病变性质。本病临床可分为风热壅盛、湿热壅结、血热瘀滞等证型。

椒疮（沙眼）重症的并发症与后遗症较多，现概述如下：

①倒睫拳毛：椒疮后期，睑内结瘢，瘢痕牵扯，内急外弛，睑弦内翻，拳毛触刺眼珠，羞明流泪，沙涩疼痛，甚至白睛红赤，黑睛生翳，视物昏朦；②血翳包睛：邪毒侵及黑睛，轻者赤脉如帘，由上垂下；重者由黑睛四周侵入，致黑睛混赤，成为血翳包睛，患眼涩痛，羞明流泪，视物昏朦；③黑睛星翳：赤脉下垂者，在赤丝尽头出现星点云翳，重者可变生花翳白陷或凝脂翳；④脾肉粘轮：毒邪损及胞睑内面与白眼表层，致使睑内面与白睛粘着，牵引胞睑时，可见睑内与睛相连，重者阻碍眼珠转动；⑤流泪症与漏睛症：邪毒侵及泪窍，使窍道受阻，泪液不得下渗则可溢于睑外；若排泪窍道受邪毒煎熬，日久又可腐败成脓，变生漏睛；⑥眼珠干燥：邪毒久郁，阴液耗损，目失濡养，白睛少津故眼干涩不舒，频频眨目，严重者可干燥变厚似皮肤，黑睛干燥生翳，视物昏朦，甚至盲不见物；⑦上胞下垂：邪毒壅盛，脉络瘀阻，脉络肿硬变厚，致上胞重坠难举，或病变累及提睑筋肉而无力提举。

（五）诊粟疮

因胞睑内面生累累颗粒，大小均匀，色黄而软，状如粟米粒，故名粟疮。类似于结膜滤泡症与滤泡性结膜炎。

诊断依据：本病多见于儿童或青少年，有急性发作者，亦有呈慢性过程者。主要见下睑内（亦有兼见于上睑内者）有形如粟粒，大小均匀，色黄白，半透明，境界清楚的颗粒。不伴有黑睛赤膜，愈后也无瘢痕。如为急性发作者，胞睑水肿，白睛红赤多眵，自觉有痒涩疼痛，羞明流泪等。若无明显红赤者，其自觉症状也不明显。本病当与椒疮相鉴别。

本病由风、湿、热邪为患，故辨证当分清风、热、湿何者为主，同时要注意本病以脾经湿热为主。常见证型有湿邪阻络、湿热壅阻、湿热兼风。

(六)诊睑弦赤烂

睑弦赤烂是由风湿热邪蕴结引起,以胞睑边缘赤肿溃烂、刺痒灼痛为主要表现的眼病。相当于睑缘炎。

诊断依据:①睑弦红赤、肿胀,睫毛根部有脓泡、结痂皮,清除后可见溃疡、出血、溢脓,睫毛脱落稀疏,日久形成睫毛乱生,秃睫,睑弦肥厚,变形,或睑眩、睫毛根部有鳞屑,无溃疡及脓点,睫毛脱落可复生;亦有红赤糜烂仅限于两眦者;②患眼刺痒灼痛,伴有干涩、羞明。

对睑弦赤烂的辨证,应辨别风湿热邪气孰轻孰重,以及有无心火与血虚。常见证型有风热外袭、湿热壅盛、心火上炎、血虚风燥等。

(七)诊风赤疮痍

风赤疮痍是因脾胃湿热,复感风邪,客于胞睑,以致胞睑皮肤红肿疼痛,起丘疹、小泡,继则引起脓疱、溃烂的眼病。相当于某些眼睑皮肤炎症。

诊断依据:①胞睑皮肤红赤、肿胀、出现小泡或丘疹,继则成脓疮,破溃出脓血,或溃烂浸淫;②局部刺痒或灼痛,或有畏光、流泪,初起或有发热、头痛等症;重症、变症可见高热、头痛、恶心、呕吐。本病应与睑弦赤烂相鉴别。

对本病应根据肿痛、局部溃烂及其兼症辨其内外风湿热邪之轻重。常见证型有风热外侵、湿热壅盛、热毒炽盛、气阴两伤等。

(八)诊胞肿如桃

胞肿如桃是因实热壅盛,脉络阻滞,以胞睑高度红肿,壅肿如桃,疼痛等为主要表现的眼病。相当于重度眼睑炎性水种。

诊断依据:①胞睑赤肿高起,睑闭不开;②甚则并见突起睛高,转动不灵,白睛赤肿高起;③初起胀痛,或有畏光、流泪,伴发热、恶寒、头痛身疼;重症恶心呕吐,甚则神昏抽搐。本病须与胞虚如球相鉴别。

对本病的辨证当分清是否成脓。未成脓者多为肝火与脾湿搏结所致;已成脓者,多为血分热毒炽盛。本病常见证型有风热邪毒,热毒炽盛、热毒内陷、湿热上攻、热入营血等。

(九)诊胞虚如球

胞虚如球是因脾虚气弱,水湿上泛,以使胞睑肿胀,皮色正常,虚

软如球，按之不痛为主要症状的眼病。相当于眼睑非炎性水肿。

诊断依据：①胞睑肿胀，皮色正常，按之虚软，无压痛；②眼部自觉症状不明显，可为某些全身性疾病的眼部症状；③起病缓慢，多数为双眼发病。本病须与胞肿如桃相鉴别。

对胞虚如球的辨证，当以脾虚气不化水为着眼点，进而根据其他兼症辨别病变脏腑在脾肺、脾肾或心脾。本病常见证型有脾虚气弱、心脾两虚、脾肾阳虚等。

（十）诊上胞下垂

上胞下垂是因气虚不能上提，血虚不能养筋，或风邪中络而致，以上睑提举无力或不能抬起以致睑裂变窄，甚至遮盖部分或全部瞳神，影响视力的一种眼病。即上睑下垂，又名睢目、侵风、睑废。

诊断依据：①上胞下垂，两眼自然睁开向前平视时，上胞遮盖黑睛上缘超过 2mm，甚至遮盖瞳神，影响视觉，紧压眉弓部，上胞抬举困难；②患者视物时，呈仰头、眉毛高耸，额部皱纹加深等特殊姿势；③单侧上胞下垂者，可伴有其他眼外肌麻痹，目偏视，视一为二，瞳神散大；④两侧上胞下垂，朝轻暮重，神疲乏力，劳累后加重。作新斯的明试验阳性者，可能为重症肌无力。

对本病的辨证，当辨其病位在脾在肾，病性之邪气有无，疾病虚实，尤其是火衰或气虚。本病常见证型有脾虚气弱、风邪袭络、先天不足、命门火衰、脾阳不足等。

（十一）诊胞轮振跳

胞轮振跳是因气血不和致眼睑不自主牵拽跳动的疾病。又名脾轮振跳、目瞤。俗称眼皮跳或眼眉跳。即眼睑轮匝肌痉挛。

诊断依据：胞轮振跳，牵及眉际或面颊，时作时止，不能自主控制，重者振跳频繁，甚则可伴口角牵动。

对本病辨证，重在辨其寒热虚实，病变脏腑。本病常见证型有血虚生风、心脾两虚、肝风内动等。

（十二）诊目瞤

目瞤是风邪侵目或精血不足，目失濡养引起的胞睑频频眨动，不能自主控制的疾病。常见于沙眼、浅层点状角膜炎、角膜软化症等。

诊断依据：①双眼胞睑频频眨动，不能自主，或感痒涩，畏光；②轻者眼外观如常人，重者可兼见睑内面红赤，颗粒丛生，白睛干燥无泽或黑睛星翳等；③多见于小儿。

对目瞤的辨证当首辨邪正虚实，再辨病位在脾在肺。本病常见证型为肝经风热、脾虚肝旺、肺阴不足等。

（十三）诊睑内结石

在胞睑内面单发或多发状如碎粟米的黄白色坚硬颗粒，因其质硬如石，故名睑内结石。

诊断依据：翻转胞睑，见睑内面有如碎粟米状，黄白色硬颗粒，其周围略红赤，一个或数个不等，隐于睑内，或突出于表面，触之坚硬如石。已突起者，常摩擦眼球，如异物入目一般，涩痛、流泪，日久可致白睛红赤，黑睛生翳等变症。

本病相当于现代医学之睑结膜结石症。常见于老年人或患椒疮、赤丝虬脉等慢性眼病者。对睑内结石的辨证，应着眼于风邪客于脾经，郁而化热，津液受灼，瘀阻睑里之病机。

二、眦部病诊法

目眦为血轮，内应于心，故眦部疾病与心经火热蕴结，以及小肠受邪有关。若心经火盛，郁于眦部，是为眦部疾病发生的主要因素。

（一）诊流泪病

流泪症是以泪液经常溢出睑弦而外流为临床特征的眼病之总称。它有热泪与冷泪之分。热泪者多为伴有赤痛的外障眼病症状之一；冷泪则是指目无赤痛翳障而经常流泪，泪水清稀而有冷湿感者。

诊断依据：迎风冷泪者，平素目无赤烂肿痛，亦不流泪，但遇风则泪出，无风即止，或仅在冬季或春初遇风刺激时泪出汪汪，泪液清稀无热感。冲洗泪道时，泪道通畅或狭窄。无时冷泪者，则不分春夏秋冬，无风有风，不时泪下，迎风尤甚。冲洗泪道时，泪道狭窄或不通，或有泪窍外翻现象。

冷泪多虚证。辨证要辨有无外感风邪，其次要分清何脏之虚。常见证型有肝血不足，外感风邪；气血不足，收摄失司；肝肾两虚，约束

无权。

（二）诊漏睛

漏睛是以目大眦部常有涎水或脓汁自泪窍外漏为特征的眼病。又名目脓漏、漏睛脓出外障。类似慢性泪囊炎。

诊断依据：大眦头皮色如常，或微有红赤，或见睛明穴下方微有隆起，自觉隐涩不舒，但无痛感，不时泪下，眦头常湿，拭之又生，按之则见粘液脓汁自泪窍沁沁而出，病情缓慢，难以消除，冲洗泪道，多有阻塞现象。

本病为邪深久伏所致的顽固性眼病。辨证首先要分轻重，轻者多为风热，重者多为湿热。常见证型有风热停留和心脾湿热。

（三）诊漏睛疮

漏睛疮是因热毒蕴结内眦部近睛明穴下方突发红肿高起，继而破溃出脓的一种眼病。即急性泪囊炎。

诊断依据：①发病较急，睛明穴下方红肿高起，疼痛拒按。红肿甚者，可波及下睑、面颊与鼻梁，耳前，颌下可扪及腭核。数日后，红肿局限，逐渐成脓，质软皮薄，隐见黄白色，继之破溃出脓，症情缓解，但易反复。疮口经久不收者，形成瘘管。②患部胀痛，有恶寒、发热、头痛等症。③常有漏睛病史。本病须与生于大眦附近的针眼及胞肿如桃相鉴别。

对本病的辨证，当首先分清是否成脓，再根据初病、久病辨别邪正盛衰，根据主症及兼症辨明病变性质。本病可分为风热外袭、热毒炽盛、正虚邪留等证型。

（四）诊赤脉传睛

赤脉传睛为赤脉起自两眦，渐向白睛侵犯的眼病。又名小眦赤脉、眼小眦赤脉外障、大眦赤脉传睛、小眦赤脉传睛。类似眦睑缘结膜炎。

依断依据：本病初起，自觉眦部涩痒，眦角皮肤红赤，眦头部赤脉显露，多呈树枝状，渐向气轮蔓延。多两眦同起，双眼同病，病程缠绵，但不影响视力。本病应与胬肉攀睛、眦帷赤烂相鉴别。

对本病的辨证，应抓住火热致病这一关键，根据赤脉色泽、粗细、

多寡及其兼症，辨别系虚火还是实火，实火又须进一步分清是外感还是内生。本病常见证型有外感风热、心经实火、心经虚热等。

(五)诊胬肉攀睛

本病为眼珠前面有脂膜胬起如肉，由眦角横贯白睛，攀侵黑睛的慢性外障眼病。又名胬肉侵眼障、胬肉证。相当于翼状胬肉。

诊断依据：上下胞睑之间的白睛上起膜，渐渐变厚，有赤丝相伴，红赤高起，生出胬肉。多呈三角形，其底称为体部，自眦角开始，横贯白睛，其尖端称为头部，可渐渐向黑睛攀侵。如自觉眼部涩痒，胬肉头尖高起而体厚，赤瘀如肉，发展较迅速，每可于数月或数年之内攀侵至黑睛中央，障漫瞳神则可致视力障碍，如涩痒不著，胬肉头平而薄，体亦菲薄如蝇翅。色白或淡红，多发展缓慢，或始终停止在黑睛边缘部，不影响视力。本病应与黄油证、流金凌木、赤脉传睛相鉴别。

辨证当分清风热、实热和虚热。常见证型有心肺风热、脾胃实热、心火上炎、三焦壅热、阴虚火旺。

三、白睛病诊法

白睛为气轮，内应于肺，故白睛疾病与六淫外感，七情所伤，致使肺的宣降失常有密切关系，辨证时应予以重视。

(一)诊暴风客热

暴风客热是因风热之邪突然侵目，白睛猝然红赤，生眵流泪的眼病。相当于某些急性卡他性结膜炎和过敏性结膜炎。

诊断依据：①骤然发病，胞睑红肿，白睛红赤，甚则白睛赤肿隆起，高于黑睛，多眵。治不及时，可致黑睛边缘生翳。②睑内面红赤，粟粒丛生。严重者可见附有灰白色伪膜，易于擦去，但又复生。③患眼沙涩，灼痛，刺痒，畏光，眵泪胶粘。可伴恶寒发热、鼻寒流涕等症。

对本病辨证当分清风重与热重，或风热并重之不同。常见证型有风重于热、热重于风、风热俱盛等。

(二)诊天行赤眼

天行赤睛是因外染天行疫疠之气，白睛红赤，相互传染，易引起流行的眼病。相当于流行性角膜结膜炎、流行性出血性结膜炎等。

诊断依据：①白睛红赤，或见白睛溢血呈点、呈片，胞睑红肿，黑睛可见星翳。耳前或颌下可扪及臂核。②眼沙涩，灼痛，畏光流泪，甚者热泪如汤，或眵多清稀。③起病迅速，邻里相传，易成流行。本病应与暴风客热、天行赤眼暴翳相鉴别。

对本病辨证应着眼于病邪，如风热、热毒等，并区分疾病的阶段。常见证型有风热外袭、热毒炽盛、疫热伤络等。

（三）诊金疳

金疳是因燥热伤阴，肺失肃降，白睛表层生圆形小泡如玉粒，周围绕以赤脉的眼病。相当于泡性结膜炎。

诊断依据：①白睛表面见灰白色小泡或灰黄色颗粒隆起，顶端形成小凹，颗粒周围可见赤脉环绕；②畏光，碜涩不适，轻重不等或畏光流泪。

金疳位于气轮，辨证当分清标本，其本多为肺阴不足，继而应进一步辨别疾病性质。本病常见证型为肺燥郁热、气火郁结、肺阴不足、肺脾两虚等。

（四）诊火疳

火疳是因火邪郁结，白睛深层有结节隆起，色紫红，疼痛拒按的眼病。相当于前巩膜炎。

诊断依据：①白睛里层起结节，呈小扁圆形隆起，或融合成环，色紫红，推之不动，压痛拒按；②患眼疼痛、畏光、流泪；③病程长，易反复发作，常致白睛青蓝或并发瞳神紧小，瞳神干缺；④多发于成年女性，本病须与金疳相鉴别。

本病发于白睛深层，以肺热蕴结为主，且邪热多累及血分。辨证当分清虚实病性及脏腑病位。常见证型有肺经郁火、火毒蕴结、风湿凌目、肺阴不足、虚火上炎等。

（五）诊白睛青蓝

本病因白睛傍黑睛缘处发生紫红色肿胀隆起，反复发作，日久该部白睛色变青蓝，故称目睛青蓝。又名目珠俱青、白珠俱青。它与深层巩膜炎及后期的巩膜葡萄肿有相似之处。

诊断依据：初起自觉眼珠胀疼，畏光流泪，常于白眼深层、黑睛旁

际形成隆起，四周紫红肿胀，压痛明显。此起彼伏，反复发作，致使黑睛四周病变如环状。患处白睛变薄，失去光泽，且变青蓝。在反复发作过程中，病变常侵及黑睛甚至瞳神，造成黑睛边际发生尖端向着中央的舌形混浊及瞳神紧小等。可单睛和双眼同时发病。

辨证当分清病位在肺在肝和病性之虚实，及虚实夹杂。常见证型有肝肺热盛和正虚邪衰。

（六）诊白涩病

白涩病指白睛不红不肿，只是自觉患眼沙涩不爽，甚则视物昏朦的病候。因不红不肿故称之为白，而沙涩不爽谓之涩。类似于慢性结膜炎、或浅层点状角膜炎。

诊断依据：眼常干涩不爽，瞬目频频，微畏光，灼热微痒。检视白睛，不红不肿或隐见淡赤血络，眦头或有白色泡沫状眼眵，睑内侧如常，或微见赤丝细脉，黑睛于显微镜下或见细小星翳。

辨证当分清虚实及客热、湿热，虚证又当分清病变脏腑。常见证型有邪热留恋、肺阴不足、脾胃湿热和肝肾亏损、阴血不足。

（七）诊白睛溢血

白睛溢血系指白睛血络破裂，血溢于白睛外膜之下，呈一片鲜红，界限分明的眼病。古称色似胭脂证。

诊断依据：血溢络外，停于白睛表层内，呈一片鲜红，边界清楚。自觉症状不甚明显，一般多为他人发现，发病3天内者，出血可有增加趋势。一般1周左右可以逐渐消退，不留痕迹。

辨证首先当分轻重，其次当辨为肺热或阴血不足。常见证型有肺热和心营耗损、肝肾不足。

（八）诊时复病

时复病是因时邪与湿热交阻，发病时白睛红赤，奇痒难忍，每年至期而发，过期乃愈，呈周期性反复发作的眼病。相当于春季卡他性结膜炎等病。

诊断依据：①眼奇痒难忍，碜涩不适，甚则畏光、流泪；②眼部检查，睑结膜型，见上睑结膜充血污浊，肥大乳头呈铺路石状排列，不侵犯穹窿部结膜；球结膜型，结膜污浊充血，常见于睑裂部，角膜缘成灰

黄色胶样隆起，严重者可见角膜点状混浊，甚则角膜溃疡；眵呈白色，粘丝状；③周期性反复发作，春季发病，夏季加重，秋冬缓解，有自愈倾向；④结膜刮片可见嗜酸性细胞或嗜酸性颗粒；⑤多见于儿童及青少年，男性较多，常双眼发病；⑥有条件者作致敏原检查。

对本病辨证当分清风湿热邪气之轻重，其常见证型有风热挟湿、湿热壅盛等。

（九）诊神水将枯

神水将枯是气郁化火，津液亏损，泪液减少以致目珠干燥失泽的眼病。相当于泪腺分泌降低引起的结膜干燥症。

诊断依据：①目珠干燥失却莹润光泽，白睛微红，有皱褶，眵粘稠呈拉丝状，黑睛暗淡，生翳；②眼干涩、磨痛、畏光、视力下降，同时口鼻干燥，唾液减少；③泪液分泌量测定，多次 Schirmer 法少于 5mm/5 分钟，虎红染色试验阳性，荧光素染色试验阳性；④多见于 50 岁左右女性，双侧发病，常伴有多发性关节炎；⑤必要时作自身抗体（类风湿因子、抗核抗体）及免疫球蛋白 IgG、IgM、IgA 测定，血沉检查。

对本病的辨证，贵在通过对主症及脉舌和全身症状辨别病证的寒热虚实，尤其要辨明阴虚、或阴虚生热、气阴两虚。常见证型有肺阴不足、阴虚湿热、气阴两虚等。

四、黑睛病诊法

黑睛为风轮，内应于肝，由于黑睛位于眼球最前方，本身无络脉濡养，易受外伤或外邪侵袭，亦可因某些眼病或全身性疾病引起。黑睛与瞳神紧连，病变常可互相影响，甚者可致神水混浊，黄液上冲等。

（一）诊银星独见

银星独见系黑睛生翳，色如银，形如星，独自生而言。

诊断依据：症见畏光流泪，眼睑难睁，但疼痛一般尚轻。查抱轮稍红，黑睛上有星状之翳，其色银白，大多只一颗，且过 2～3 日也不继续发展。除病变区外，其余黑睛尚清，黑睛后亦无黄液，黄仁展缩也多正常。经治疗后于数日可以痊愈。愈后未留瘢痕者，对视力无碍。若留有冰瑕翳，又位于瞳神者，多影响视力。

对本病辨证当分清邪正虚实。常见证型有风热犯目和虚火上炎。

(二)诊聚星障

聚星障是因外感风邪,挟热化火,致黑睛上生细小星翳伴有涩疼、畏光、流泪的眼病。相当于单纯疱疹病毒性角膜炎。

诊断依据:①黑睛星点翳障,或聚或散,或连缀成片,形如树枝或地图状,抱轮红赤;②干涩畏光,刺痛流泪,视物模糊;③黑睛荧光素染色阳性;④病变区黑睛知觉减退;⑤常有外感风热或眼部外伤等诱因。

对本病的辨证,应将局部症状与全身症状结合起来综合分析,并根据疾病新久、体质情况等,辨别疾病虚实寒热。常见证型有肝经风热、肝胆火炽、湿热蕴伏、风寒犯目、阴虚邪留等。

(三)诊花翳白陷

花翳白陷是因肝经郁热,或感外邪,致黑睛生翳,混浊灰暗,四周高起,中央低陷,形如花瓣的眼病。相当于某些角膜溃疡。

诊断依据:①黑睛生翳,混浊灰暗,四周凸起,中间低陷,甚则蔽幔黑睛,并见胞睑肿胀,白睛混赤,或抱轮红赤;②眼剧痛,畏光流泪,视物模糊;③有条件者,病变部位作刮片,作真菌、细菌培养。

本病急重,且以实证为多。辨证当分清寒热虚实,标本缓急。常见证型有肝经风热、肝胆火炽、热炽腑实、阴虚火旺、阳虚寒凝等。

(四)诊凝脂翳

凝脂翳是由风热邪毒入侵,致风轮黑睛生翳,表面色白或黄、状如凝脂,发病迅速,或伴黄液上冲的眼病。相当于蠕行性角膜溃疡和绿脓杆菌性角膜溃疡。

诊断依据:①黑睛外伤后生翳,初起细小色灰隆起,胞睑红肿,抱轮红赤,数日后,扩大成圆盘状,色黄浮嫩如凝脂,边缘不清,黄液上冲,瞳神紧小,病情加重可致黑睛破溃,形成蟹睛;②黑睛翳障迅速扩大破溃,重度黄液上冲,凝脂及眵泪呈黄绿色者,病势尤凶;③眼剧痛,畏光,流泪,视力下降;④有条件者,病变部位作刮片,作真菌、细菌培养。本病须与聚星障、花翳白陷相鉴别。

本病起病急,来势猛,变化多。辨证须别病因,分表里,审脏腑,察

虚实。常见证型有肝经风热、肝胆火炽、阳明腑实、正虚邪实。

（五）诊黄液上冲

黄液上冲是因黄仁为邪热所伤，灼津为脓，黑睛与黄仁之间，积有黄色脓液的眼病。即前房积脓。

诊断依据：①黑睛与黄仁之间，下方有黄色脓液积聚，呈水平面或月牙形，随病情轻重而增减；②胞睑红肿，白睛抱轮红赤或混赤，或黑睛生翳，溃疡混浊，或瞳神紧小；③头眼疼痛，畏光，流泪，视力模糊。本病当与凝脂翳相鉴别。

对本病的辨证，首先要根据黄液的量、色及发展变化情况辨病之轻重，其次要辨二便是否通利，并根据兼症情况辨别证之虚实。常见证型有脾胃积热、肝胆湿热、阴虚火旺。

（六）诊蟹睛病

蟹睛病是因黑睛溃破，黄仁自溃口绽出，状如蟹眼而得名。又名蟹目、损翳。相当于角膜穿孔，虹膜脱出。

诊断依据：黑睛部位，可见黄仁自溃口绽出，其色综黑，高于黑睛表现，状如蟹眼、蝇头，甚则横长如黑豆，周围绕以灰白翳障，瞳神变形如杏仁核状。此时，因黑睛溃破，邪毒外泄，疼痛自然缓解，愈后遗留斑脂翳之类，可致神水流行受阻，继发绿风内障。

辨证首宜分清虚实。本症初起为实，病久多虚。常见证型有肝胆火炽和阴虚火旺。

（七）诊混睛障

混睛障是因邪伏风轮，气血瘀滞，黑睛深层漫珠一片翳障混浊，以致黑睛呈镜面哈气状的眼病。相当于基质性角膜炎等病。

诊断依据：①黑睛深层混浊，灰白色，表面晦暗，呈圆盘状或从四周向中央发展，逐渐漫及整个黑睛；②黑睛深层有赤脉从边际向中央延伸，以至翳障呈暗红色，最后黑睛留下宿翳；③荧光素染色阴性；④眼痛、畏光、流泪、视力模糊；⑤作梅毒血清反应和胸透、OT 试验等检查有助诊断。

本病之辨证，须详审病因，明辨虚实。常见证型有肝经风热、湿毒蕴结、阴虚火旺、脾虚气弱。

(八)诊风轮赤豆

风轮赤豆是因脾虚挟痰,肝经积热,黑睛生翳,黑睛边缘有赤脉丛生成束环绕,状如赤豆的眼病。相当于束状角膜炎。

诊断依据:①黑睛有颗粒隆起,白睛赤脉追随缠绕,形似赤豆;②眼痛、畏光、流泪;③本病好发于儿童。常合并颈部瘰疬。

本病多为虚中夹实证,辨证当明虚实主次。常见证型有肝经火盛、阴虚火旺、脾虚挟痰等。

(九)诊赤膜下垂

赤膜下垂系指赤脉密集似膜,从黑睛上缘垂向黑睛中央而言。又名垂帘膜、垂帘翳、赤脉下垂。

诊断依据:病初起,黑睛上缘出现灰白色非薄翳膜,且赤脉密集牵绊,下垂至黑睛,与未波及之黑睛呈明显的分界线。赤脉尽头处,常有细小星翳,每见羞明流泪,痛痒兼作,视力下降,翻转胞睑,可见椒疮累累成片。本病当与垂帘障相鉴别。

辨证以局部症状为主,分清病情轻重和热在何脏。常见证型有肺肝风热、血热壅滞和心肝热炽、热壅血瘀。

(十)诊血翳包睛

血翳包睛是由风热壅盛,气血瘀滞,以致赤脉从黑睛四周侵入,密集形成翳膜,漫散黑睛的一种眼病。又名彩云捧目。相当于全角膜血管翳。

诊断依据:①黑睛四周赤脉侵及,赤脉簇集成膜掩及整个黑睛;②患眼刺痛沙涩,视物昏朦,或畏光,流泪;③常由椒疮变生而成,或因化学烧伤而致。

本病辨证当明邪热在气在血。常见证型有风热壅盛、血热瘀滞、心肝热炽等。

(十一)诊宿翳

宿翳是在黑睛疾患痊愈后,结成瘢痕,表面光滑,边缘清楚,无红赤疼痛的眼病。古代根据瘢痕的厚薄、形状,有"冰瑕翳"、"云翳"、"厚翳"、"斑脂翳"等命名。相当于角膜瘢痕。

诊断依据:①黑睛疾患遗下瘢痕,经荧光素染色阴性;②黑睛疾

患结瘢，瘢痕菲薄，如冰上之瑕，须在集光下方能察见者，为冰瑕翳；③黑睛疾患结瘢，瘢痕稍厚，如蝉翅，如浮云，自然光线下可见者，为云翳；④黑睛疾患结瘢，瘢痕较厚，色白如瓷，一望即见者，为厚翳；⑤黑睛疾患结瘢，瘢痕与黄仁粘着，其色白中带黄黑，或有细小赤脉牵绊，瞳神欹侧不圆者，为斑脂翳。

对本病辨证宜分新久，别虚实。常见证候为余邪未尽、阴津不足、气血凝结等。

（十二）诊疳积上目

疳积上目是由小儿疳积引起的，初为干涩、夜盲，日久黑睛生翳，甚则溃破穿孔的眼病。相当于维生素A缺乏引起的角膜软化症。

诊断依据：①眼部干涩，羞明频频眨目，暗处或入暮视物不清；②白睛表面干燥失泽，黑睛混浊晦暗不泽，感觉减退，眼珠向内外转动时，白睛可出现向心性皱纹圈；③重症白睛粗糙无泽，出现银白色干燥症，黑睛混浊，状如云雾，知觉丧失，甚则继发凝脂翳及黄液上冲；④有喂养不当，营养不良或慢性泄泻史；⑤早期有夜盲称“肝虚雀目”，当与高风雀目相鉴别。

对本病的辨证，贵在分辨虚实。本病多为虚证或因实致虚证，可根据白睛气色及形体、面色、毛发和大便有无虫卵情况判断虚实病证，实邪多为虫积，虚证有脾虚及脾肾阳虚之别。常见证型有脾虚气弱、虫积化疳、脾虚肝热、脾肾阳虚等。

（十三）诊正漏

正漏之“正”是指位置于黑睛正中，漏指瘘口，即黑睛中部有细小瘘口，神水不断漏出而言。与角膜漏相当。

诊断依据：患眼疼痛，畏光流泪，眼睑难睁。查抱轮红赤，细审风轮有针尖大小之瘘孔，位于正中，亦可略偏，但很少至风轮偏旁，瘘孔处呈稍凹陷的黑色小点或小泡样隆起，周边绕以灰白翳障。如用荧光素液滴眼观察，可见黑睛有绿色细流，因神水不断从瘘口流出，致前房变浅，眼珠变软。因瘘口自行封闭，神水分泌增加，又可使眼珠变硬，眼部胀痛难忍；待神水再度冲破瘘口时，疼痛可自行缓解，眼珠复又变软。若风热邪毒乘漏侵入珠内，可致眼珠痛极，红赤浮肿，治不及

时，可致严重后果。

辨证当分清虚实及病情轻重。常见证型有肝火上炎和肝肾虚弱。

（十四）诊暴露赤眼生翳

暴露赤眼生翳是指胞睑失于卫护，致黑睛暴露生翳，白睛混赤而言。与西医学的暴露性角膜炎相似。

诊断依据：本症单眼或双眼发生，除可见胞睑不能闭合外，自觉眼内涩痛，畏光流泪。初起黑睛干燥，失去光泽，继则黑睛生翳，翳色灰白，形状不一。若黑睛仅部分暴露者，其翳多先见于暴露部位，继则向周围发展。若复加邪毒，则可变生凝脂翳等证。临证需与天行赤眼相鉴别。

辨证当分清虚实和新久。常见证型有阴津不足和肝火上炎。

（十五）诊黑翳如珠

黑翳如珠之黑是指翳的颜色，珠是指翳的形状，即黑睛上浮起翳障，黑而圆，状如珠而言。

诊断依据：一般先有凝脂翳、花翳白陷等黑睛病变，自觉患眼疼痛，甚或痛极难忍，寝食不安，眼睑难睁，羞明畏日，热泪常自流下。撑开眼睑可见抱轮红赤，甚则白睛混赤而肿，黑睛溃烂，深层组织向前呈泛起之状，并出现突起之黑色小泡，形状如珠。若治不及时，极易穿破而变生蟹睛。小儿疳眼者，黑睛上黑翳如珠，但不红不痛，只是羞明，且是双目为患，还伴有其他疳积症状。

对本病当辨其标本缓急，分清虚实病证。常见证型有肝胆积热、热毒炽盛、肾虚夹热等。

五、瞳神病诊法

瞳神为水轮，内应于肾，与肝关系亦甚密切。瞳神为病，多为脏腑内损，真元耗伤，精气亏损而致目失所养引起，亦可由风、热、痰、湿、瘀等因素而致病。

（一）诊瞳神紧小

瞳神紧小是因邪热灼伤黄仁以致瞳神缩小，展缩失灵，伴抱轮红赤，黑睛后壁有沉着物，神水混浊，视力下降的眼病。相当于前部色素

膜炎。

诊断依据：①瞳神紧小，抱轮红赤，黑睛后壁有灰白色细小如羊脂状物附着，神水混浊，黄仁纹理不清，甚或黄液上冲，血灌瞳神。或黄仁与晶珠粘连，形成瞳神干缺。或见白膜粘着瞳神边缘，甚则闭封瞳神。②可有畏光，流泪，目珠坠痛，视物模糊，或见眼前似有蚊蝇飞舞。③可有目珠破损或其他黑睛疾患史，或有结核、风湿等病史。④抗"O"、血沉、RA、CRP、OT试验、华康氏反应、X线胸片等实验室检查，有助病因诊断。

对本病辨证，关键要辨别病证虚实和涉及脏腑。实则多见肝胆有热，虚则多见脾肾阳虚或阴虚火旺。常见证型有肝经风热、肝胆湿热、风湿化火、阴虚火旺、脾肾阳虚等。

（二）诊绿风内障

绿风内障是因暴怒忿郁，气郁化火，风火痰浊上攻，或脾胃虚寒，饮邪上逆，致黑睛气色混浊，瞳神散大不清呈隐隐绿色，伴有头痛眼胀，恶心呕吐，视力急剧下降的眼病。相当于闭角型青光眼急性发作期。

诊断依据：①瞳神散大，风轮气色混浊，呈哈气状，隐隐呈淡绿色，抱轮红赤；②发病急骤，视力锐减，头眼剧烈疼痛，恶心呕吐；③眼压升高可至6.7～10.7kPa（50～80mmHg），前房变浅，房角关闭；④本病应与瞳神紧小、天行赤眼相鉴别。

对本病的辨证，应审病因，察虚实，别寒热，辨脏腑。常见证型有肝胆火炽，风火攻目；痰火动风，上阻清窍；肝郁气滞，气火上逆；阴虚阳亢，风火上扰；肝胃虚寒，饮邪上犯。

（三）诊青风内障

青风内障是指起病无明显不适，逐渐眼珠变硬，瞳色微混如青山笼罩淡烟之状，视野缩窄，终至失明的眼病。

诊断依据：发病可无自觉症状，或于瞻视过久，劳神过度之后，一时微感头晕头痛，眼珠胀痛，观灯火有虹晕，视物昏花等。

病初起视力尚好，检视眼内外可无异常。随病情进展，中心视力尚可，视野日渐缩窄，瞳神轻度散大，瞳色淡青，指扪眼珠稍硬，眼压

偏高，24小时内眼压波动幅度增大。若用检眼镜观察眼底，可见视神经乳头生理凹陷稍深，颜色稍淡，中央血管略向鼻侧偏移，或呈轻度屈膝爬行状。有时在视神经乳头处可见动脉搏动。病情严重时，中心视力减退，视野高度缩窄，眼珠胀硬，眼压可达50mmHg(6.6kPa)左右，眼底可见视神经乳头凹陷深大成杯状，颜色苍白，血管明显偏向鼻侧成屈膝状爬行而出。最终至中心视力消失，盲无所见。

对本病辨证，当分清病因，辨明虚实。常见证型有气郁化火、痰火上扰、阴虚风动、肝肾两亏等。

(四)诊圆翳内障

圆翳内障是因年高体弱，精气日衰，目失涵养所致晶珠混浊，视力渐降，最终瞳神内呈圆形银白色翳障，视力障碍的眼病。相当于老年性白内障。

诊断依据：①视力模糊，逐渐加重，渐至不辨人物，仅存光感。无眼红、眼痛、流泪等症。②裂隙灯检查见晶状体混浊，皮质性老年性白内障分四期。即初发期：皮质中出现水隙、空泡和板层分离，周边部皮质首先可见楔状混浊，逐渐向中央进展。膨胀期：晶状体混浊加重、饱满，前房变浅。成熟期：晶状体全部混浊，虹膜投影阴性，前房恢复正常。过熟期：晶状皮质混浊呈液化状乳白色，核下沉，前房加深。老年性核性白内障，混浊从核开始，呈棕色混浊，向周围发展，影响视力。

本病多虚，或虚中挟实。辨证时要根据眼部表现和其他兼症，进一步辨别气血阴阳之虚和肝肾脾虚。常见证型为肝肾阴虚、脾肾阳虚、气血两虚、脾虚湿热等。

(五)诊云雾移睛

云雾移睛是因神膏为邪所乘，混浊不清所致，症见眼外观端好，自觉眼前有蚊蝇或云雾样黑影飞舞飘移，甚者视物昏朦的眼病。即玻璃体混浊。

诊断依据：①自觉眼前有黑影，形状不一，或浓或淡，眼珠转动时呈无规律之运动；②轻者不影响视力，重者影响视力；③眼底镜彻照法检查，令被检眼上下、左右转动时，可见有黑色或半透明之点状、条状、块状混浊飘动；④裂隙灯显微镜加前置镜检查，可观察混浊物的

位置及性状：弥漫性棕黄色点状，间有暗红色凝块或条索者为出血性混浊；淡黄色点状、白色絮状、白色雪球样混浊，并伴有见葡萄膜炎症者为炎性混浊；玻璃体活动度增加，其间有黑色的光学空间，混浊呈半透明膜状者为玻璃体变性混浊；⑤必要时作眼超声检查及眼电生理检查，有助了解玻璃体混浊的性质及视网膜状况。

对本病的辨证，首先要辨明病因，其次要分清病证虚实。常见证型有湿热蕴结、气滞血瘀、肝肾阴虚、虚火伤络等。

（六）诊血灌瞳神

血灌瞳神是因目内之血不循经而行，溢于瞳神前后的眼病。即前房积血或玻璃体积血。

诊断依据：①黑睛与黄仁之间，有血液积聚，积血呈液平面；瞳神之后积血者，瞳神无红光反射，眼底看不见；②视力模糊，畏光，流泪，眼疼，若头目剧痛者恐有绿风内障之变；③多有眼外伤及手术史。

对本病的辨证，要注意分别内外所伤，实火虚火。常见证型有肝胆火炽、阴虚火旺、外伤目络等。

（七）诊视瞻昏渺

视瞻昏渺是因气血失调，精气不能上荣于目所致，自觉视力下降，视物昏朦而外眼无异的眼病。相当于慢性球后视神经炎、中心性浆液性脉络膜视网膜病变等。

诊断依据：①视物模糊，逐渐加重，或眼前有暗影遮挡，外眼无翳障气色；②眼底检查，视神经乳头、黄斑区及其他部位可查见相关病变；③视野、眼电生理和荧光眼底血管造影可助诊断。

对本病的辨证，应结合内眼病变和全身症状，辨清虚实。常见证型有：肝郁气滞、肝肾阴虚、气血两虚、湿浊上泛、气滞血瘀等。

（八）诊暴盲

暴盲是由视衣目系脉络阻滞，气机郁闭，导致神光离散，可出现视力急骤下降失明的内障眼病。多见于西医之许多急性视力障碍眼底病，主要有视网膜中央动脉阻塞，眼内出血和急性视神经炎等，兹分述如下：

1. 视网膜中央动脉阻塞

诊断依据：①患眼视力骤然剧降，甚至无光感；②瞳孔散大，直接对光反应迟钝或消失；③视神经乳头色淡，边缘不清，视网膜动脉变细，甚则如白线状，静脉亦变细，后极部视网膜水肿混浊呈乳白色，黄斑呈典型樱桃红点；④可有高血压、糖尿病、心血管疾病史；⑤荧光眼底血管造影以助诊断。

常见证型有气滞气瘀、气血两虚、肝阳化风等。

2. 视网膜中央静脉阻塞

诊断依据：①视力突然下降，严重时仅见手动；②重型（缺血型），视神经乳头充血水肿，边缘模糊，视网膜静脉高度扩张迂曲断续、起伏于出血斑和水肿之视网膜中，动脉较细，视网膜上有大量火焰状、点状出血，挟有棉团状渗出斑，出血可进入内界膜下形成网膜前出血，或进入玻璃体形成玻璃体出血；③荧光眼底血管造影有助诊断和判断预后；④易继发新生血管性青光眼。

常见证型有肝胆火炽、血热瘀滞、气滞血瘀、阴虚火旺等。

3. 视网膜静脉周围炎

诊断依据：①视力突然减退，甚至仅有光感，多发于青年男性，且有反复发作史；②发病时玻璃体大量积血，呈黑色或轻度红色反射，眼底不能见，玻璃体积血吸收后可见有条状、膜状机化、混浊，周边部视网膜小静脉不规则扩张及弯曲，有白鞘伴行，邻近视网膜有火焰状或不规则出血、渗血，逐渐波及大枝静脉；后期形成增殖性视网膜病变。检查“健眼”，可见早期病变，周边部静脉旁有白鞘，血管迂曲、扩张，附近视网膜可见大小不等的灰白色渗出、出血；③玻璃体积血时作眼超声检查，确定视网膜有无脱离；④早期或玻璃体积血吸收后，荧光眼底血管造影有助诊断。

常见证型有肝胆火炽、阴虚火旺、心脾两虚等。

4. 急性视神经炎

诊断依据：①视力骤降，急性重症者可在数小时内失明；②眼球转动痛、压痛；③瞳孔对光反应迟钝，或光线持续照射患眼时，对光反应不持久（瞳孔颤动）；④眼底改变，视神经乳头炎时可见视乳头充

血、水肿，边缘模糊，轻度隆起不超过3D；邻近视网膜受累时，可发生水肿，出血和渗出，静脉迂曲、扩张；后期发生继发性视神经萎缩；球后视神经炎时，视乳头无明显改变，晚期出现原发性视神经萎缩；⑤视野出现中心暗点或视野缩小；⑥视觉电生理VEP检查有助诊断。

常见证型有肝火亢盛、肝郁气滞、阴虚火旺、气血两虚等。

（九）诊青盲

青盲是指眼外观端好，而视力逐渐下降，以致失明的眼病。多由视瞻昏渺、高风雀目等瞳神疾病日久失治演变而来。相当于视神经萎缩。

诊断依据：①单眼或双眼视力逐渐下降，直至不辨人物，甚至不分明暗，而外眼轮廓无异常；②眼底检查可见视神经乳头色淡或苍白，边界清楚或模糊；③视野检查中心暗点或视野缺损；④瞳孔直接对光反应迟钝或消失；⑤色觉减退先红后绿；⑥VEP检查有助诊断；⑦全身检查排除颅内占位性病变和神经脱鞘病变。

对本病的辨证，应首辨虚实，再辨病变脏腑。本病以虚证为多。常见证型有肝郁气滞、脾虚湿泛、肝肾阴虚、气血两虚、脾肾阳虚。

（十）诊高风雀目

高风雀目是由先天禀赋不足，脉络细涩，神光衰微所致。眼外观端好，是以夜盲和视野缩小为主要症状的眼病。相当于原发性视网膜色素变性。

诊断依据：①夜盲，入暮及暗处看不见，暗适应检查阈值升高；②视野缩小，视野检查早期可见环状暗点，逐渐向内外两侧扩大，晚期呈10°以内管状视野，进而影响黄斑，中心视力减退可致失明；③眼底检查可见视网膜血管显著变细，早期在赤道部散布骨细胞样色素，随病情进展，视乳头呈蜡黄色，色素向周边和后极部扩展，可覆盖于视网膜血管上，视网膜呈青灰色，可透见硬化的脉络膜血管；④ERG、a波、b波振幅降低，峰时延迟，以至消失呈熄灭型；⑤常有家族史，有常染色体显性、常染色体隐性、伴性连锁隐性及散发性四种遗传类型。

对本病应主要根据夜盲、视野缩小等眼部表现及全身兼症，以辨明脏腑气血阴阳寒热虚实情况。本病以虚证为多，或见因虚致实。常

见证型有脾肾阳虚、肝肾阳虚、脾虚气弱、气虚血瘀等。

六、其他眼病诊法

所谓其他眼病，是指不能按五轮归类的眼疾，以及某些全身性疾病引起的眼病。

（一）诊能近怯远

能近怯远是由神光不足，表现为视近物清晰，视远物模糊的眼病。即屈光不正的近视眼。

诊断依据：①近视力正常，远视力低于1.0，但能用凹球透镜矫正，小于－3D为轻度近视，－3D～－6D为中度近视，－6D以上为高度近视；②青少年远视力在短期内下降，休息后视力又有提高，使用阿托品麻痹睫状肌后，检查近视度数消失或不小于0.5D，为假性近视；③眼底检查，中度以上轴性近视，视乳头颞侧出现弧形斑，高度近视眼底易发生退行性变性、黄斑出血、萎缩斑等。

本病多属阳气阴血亏虚所致，辨证时应分清气虚、阳虚、阴虚、血虚之不同。常见证型有心阳不足、脾虚气弱、肝肾亏虚、肝血不足等。

（二）诊目偏视

目偏视系邪中经络，气血不和，筋脉失养，弛张不收，在双眼注视目标时，呈现一眼眼位偏斜的眼病。相当于显斜，主要指麻痹性斜视。

诊断依据：①眼位偏斜，患眼向麻痹肌作用的相反方向偏斜；②眼球活动障碍，患眼向麻痹肌作用方面活动受限；③第二斜视角大于第一斜视角；④代偿头位，头向麻痹肌方向偏斜；⑤复视、双眼视一变二（复视象检查确定麻痹肌）；⑥头晕目眩，或有恶心呕吐。

对本病的辨证，首当明其病因，察其邪气性质，并注意有无外伤史。常见证型有风邪袭络、风痰入络、肝风内动、外伤瘀滞等。

（三）诊辘轳转睛

辘轳转睛是由先天禀赋不足或风邪扰动，致筋脉振惕，出现两眼不自主颤动的眼病。即眼球震颤。

诊断依据：①两眼不自主颤动，或垂直或水平摆动或旋转，往复不定；②自感视力模糊或有耳鸣耳聋，头晕恶心，步态不稳等症；③可

有相关病史，如自幼视力不良、急性中耳炎、颅内病变等，并有特征性其他症状出现；④有条件者作内耳前庭和神经内科检查，以利病因诊断。

对本病的辨证，应从先后天因素全面考虑，辨清病证虚实。常见证型有先天不足、湿浊上泛、肝风内动等。

（四）诊眉棱骨痛

眉棱骨痛是因经气不通致眉棱骨部或兼眼眶深部胀痛的眼病。相当于眶上神经痛。

诊断依据：①眉棱骨部疼痛，白天较轻，晚间疼痛明显；②攒竹穴处（眶上切迹）压痛；③视力疲劳，畏光羞明，常欲闭目。

对本病辨证，应根据疼痛性质、时间及其兼症，辨清病证寒热虚实。常见证型有风热上扰、肝火上炎、风痰上攻、肝血不足等。

（五）诊鹘眼凝睛

鹘（hú 鹰类猛禽）眼凝睛是由痰湿凝滞，气血瘀阻，或热毒内攻，出现双眼突出，凝视，白睛瘀滞红赤的眼病。主要见于血栓性海绵窦炎和重症内分泌突眼。

诊断依据：①眼珠突起红赤，睁眼时，上睑与眼珠间露出眼白，上睑活动滞缓，甚则眼睑不能闭合；②有凝视现象，眼珠活动受限，视一为二；③眼球突出计检查测其突出度；④甲状腺机能检查，如^{131}I吸收率，或T_3、T_4含量及T_3抑制率测定；⑤必要时作眼眶CT及超声检查。

本病多为邪气阻滞，病证多实。辨证时当辨明病变性质。常见证型有热毒炽盛、痰瘀搏结、郁火伤阴等

（六）诊突起睛高

突起睛高是由风热火毒攻目，发病较急，以单侧患眼突起、疼痛、白睛红赤、肿胀的急性眼病。相当于急性眶内炎症如眼眶蜂窝组织炎、眶骨膜炎和眼筋膜炎或全眼球炎等。

诊断依据：①起病急速，眼球突出，转动不灵，胞睑肿胀，白睛红赤肿胀，甚则脱出睑外，多见于单眼；②初起眼珠剧痛，视力下降，头痛发热，重症恶心呕吐，甚则神昏谵语，波及目系引起失明；③有感

冒，眼珠、眼眶周围或全身感染史；④X线、眼超声及CT等检查可协助诊断。

对本病辨证应根据眼部和全身症状辨明病变性质。常见证型有风火热毒、热毒炽盛等。

（七）诊振胞瘀痛

振胞瘀痛是指眼部受钝器撞伤后，胞睑肿胀，瘀血内停，色呈青紫，疼痛难睁的眼病。相当于眼睑挫伤。

诊断依据：①上睑或上下睑呈青紫色肿胀，疼痛难睁，或见穹窿部白睛溢血；②扪及眼睑肿胀处有捻发音，眶缘有高低不平，多为眼眶壁骨折；③伤后24小时出现下睑皮下出血及鼻侧球结膜下出血，合并有口、鼻、耳出血者，多为颅底骨折；④疑有眼眶或颅底有骨折时，可作X线摄片或CT检查。

对本病辨证，应分清受伤之部位、轻重、新久以及有无并发症等。常见证型有络伤出血、瘀血化热等。

（八）诊物损真睛

物损真睛是指外物伤目，而致眼珠破损，视力减退，甚至失明的眼病。相当于穿孔性眼外伤。

诊断依据：①视力减退，严重者则无光感；②角膜、巩膜或角巩膜缘有伤口，或角膜伤口相对应处虹膜上有破口，或见白睛溢血；③前房变浅，或消失，巩膜穿破时前房可能变深；④眼内容物脱出，如有虹膜脱出时，瞳孔常变形或偏位；⑤眼压低；⑥有以下症状者可能有眼内异物存留：第一，铁锈或铜锈沉着症；第二，外伤后1～3天迅速出现眼内感染；第三，单侧原因不明的青壮年白内障；第四，单侧原因不明的青光眼；第五，单侧反复发作的顽固性葡萄膜炎；第六，单侧继发性视网膜脱离；第七，前房内孤立的肉芽肿；第八，眼底见有机化包裹物等；⑦X线摄片或B超检查有助诊断。

对本病的辨证，应分辨伤势的深浅、损伤的部位、异物的有无、邪毒的轻重、性质。常见证型有气滞血瘀、脓毒侵袭、感伤健眼以及眼珠破损、风邪乘袭等。

(九)诊目痒

目痒是指以眼部发痒为主要特征的眼症。包括西医学之春季卡他性结膜炎。

诊断依据：双眼视力如常，眼内或两眦作痒，或痒如虫行，或奇痒难忍。检视眼部：或有粘丝状分泌物；或于上睑内面有扁平的、大小不等、质坚而硬的淡红色颗粒，排列不齐，呈铺路的卵圆石样；或见白睛污红，在睑裂部黑睛缘处有灰黄或暗红色胶样隆起。此外，尚有眼内外无异常见症者。

对本病的辨证，首先应在分辨是外感邪气还是病从内生，其次要辨明病证性质。常见证型有风邪侵袭、风热壅目、脾胃湿热、兼受风邪、血虚生风等。

第五节　耳鼻喉口齿病诊法

一、耳病诊法

耳为肾窍，为"宗脉之所聚"，与全身各脏腑组织有广泛联系，所以耳壳分区隶属于人体各脏腑器官。耳的疾病，虽然以局部病变为主，但局部病变可以影响全身，内脏病变可反映于耳，所以诊耳病时应注意整体及脏腑病变与耳病的关系。

(一)诊耳疖

耳疖是指发生于耳道的疖肿，以局限性红肿，突起如椒目为特征。亦称外耳道疖。

诊断依据：耳疖疼痛较剧烈，以张口、咀嚼及牵拉耳廓、压迫耳屏疼痛更甚为特征。外耳道有局限性红肿或有脓头。耳疖须与耳疮、耳根毒、脓耳相鉴别。

常见证型有风热邪毒侵袭、肝胆湿热上蒸等。

(二)诊耳疮

耳疮是指外耳道的弥漫性红肿疮疡，以外耳道弥漫性红肿、溃

疡、渗液等为特征。

诊断依据：外耳道有弥漫性红肿疮疡，一般疼痛较轻，局部呈弥漫性红肿，可有渗液或有白色污染物堆积。耳疮须与耳疖相鉴别。

常见证型有风热邪毒侵袭和肝胆湿热上蒸。

（三）诊旋耳疮

旋耳疮是指旋绕于耳周而发生的疮疡。相当于外耳湿疹。

诊断依据：①耳廓、耳前、耳后皮肤灼热、瘙痒、疼痛，可反复发作；②局部见潮红、灼热、水泡、糜烂、渗液、结痂或皲裂；③多发于耳前和耳后缝间。

对旋耳疮的辨证主要根据病史的长短、局部形态改变及全身症状。一般来说，病之初起，多为实证，属风热湿邪侵袭而致。久病不愈，多属血虚，余邪毒留所致。局部湿烂者多为湿热所致，局部干燥、粗糙、皲裂者，多为燥热所致。

常见证型有风热湿邪浸渍和血虚生风化燥。

（四）诊耳壳流痰

耳壳流痰是指发生于耳廓部位的流痰，以耳壳局部肿起而皮色不变，按之柔软，不热不痛为其特点。相当于耳廓假性囊肿（渗出性软骨膜炎）。

诊断依据：①起病较急，耳壳上有肿块，质软而无疼痛；②肿处皮色不变，按之柔软无压痕，穿刺有淡黄色粘液，但不久复又肿起。耳壳流痰须与耳疮鉴别。

对耳壳流痰的辨证，要注意局部肿起之主症。常见证型为痰浊凝滞、风邪外犯。

（五）诊耳胀、耳闭

耳胀、耳闭是因邪犯耳窍，气血失畅所致，以耳内胀闷闭塞为特征的耳病。相当于急、慢性卡他性中耳炎。

诊断依据：①以耳内胀闷不适，或闭气阻塞感为主要症状，伴有听力下降，或有低音调耳鸣，部分患者有耳痛；②耳胀起病较急，一般病程较短；耳闭多由耳胀迁延不愈而成，亦有缓慢起病者，病程在2个月以上；③耳部检查：鼓膜有内陷，或有混浊、增厚、粘连，或有充血

及鼓室积液表现，咽鼓管不通畅；④听力检查呈传导性耳聋；有条件可作声阻抗检查，有鼓室负压等表现。耳胀、耳闭应与鼻咽肿瘤、耵聍、异物堵塞、脓耳相鉴别。

对本病辨证，耳胀多由风邪侵袭，引动肝胆经气闭结于耳，一般以风热为主，也有少数属于风寒者。耳闭则以邪毒滞留为主，也与脾肾虚损有关。耳胀、耳闭常见证型有风邪犯耳、痰浊积聚、气滞血瘀、脾气虚弱。

(六)诊脓耳

脓耳是因邪热上犯耳窍，血腐化脓所致。以鼓膜穿孔、耳内流脓为特征的疾病。相当于化脓性中耳炎。

诊断依据：①以鼓膜穿孔，耳内流脓为主要临床表现。急性期可有发热及耳深部痛。②急性脓耳发病急，病程短。病情重或治疗不彻底者迁延成慢性脓耳，病程长。慢性脓耳在感冒、疲劳、耳内进水时常有急性发作。③耳部检查：急性期初见鼓膜充血，色深红。继则穿孔、耳内流脓。慢性期鼓膜穿孔不愈合，长期或间歇性流脓。④听力检查呈传导性耳聋。慢性脓耳乳突X线摄片有阳性表现。若听力检查呈混合性耳聋，X线摄片见有骨质破坏腔，提示属重症，可出现颅内外并发症可能。⑤小儿脓耳应与旋耳疮相鉴别。

对脓耳的辨证主要依据起病的急缓，脓液的质、量、色，结合所兼症状及舌脉等情况。一般可分为肝胆火热、邪热外侵，脾虚湿困、上犯耳窍，肾元亏损、邪毒停聚等。

(七)诊耳根毒

耳根毒是指耳后完骨部的痈肿，以局部红肿疼痛、压痛，甚至溃破流脓为主要特征。相当于化脓性中耳炎的合并症耳后骨膜下脓肿。

诊断依据：①常有脓耳病史；②并见耳后完骨红肿疼痛、压痛，或溃破流脓。

对耳根毒辨证主要依据病史和局部症状。常见证型为火毒炽盛。

(八)诊脓耳口眼㖞斜

脓耳口眼㖞斜是指脓耳失治，邪毒入于耳部脉络，引起脉络闭塞，肌肉萎僻，而致口眼㖞斜。相当于化脓性中耳炎的颅外并发症颜

面神经麻痹。

诊断依据：脓耳病中出现口眼㖞斜症状。只有口眼㖞斜症状非脓耳引起者，不属本病范畴。

本病辨证主要依据患者有脓耳病史和主要症状。常见证型为火毒炽盛、脉络闭塞。

(九)诊黄耳伤寒

黄耳伤寒是指脓耳邪毒壅盛，入于营血，扰乱心神或引动肝风所致的病证。是脓耳失治变证中的重候。相当于化脓性中耳炎颅内并发症的危重阶段。

诊断依据：①脓耳病中出现剧烈耳痛、头痛、呕吐、发热、神志不清、抽搐、项强等症状；②检查见脓液引流不畅，或X光乳突照片亦有胆脂瘤形成或骨质破坏者。

本病病情比较急重，每可危及生命。对其辨证须根据病史和主要症状，辨病邪深浅和病情轻重。常见证型有热在营血、热入心包、热盛动风等。

(十)诊异物入耳

异物入耳是指外来物体误入耳道而言。

诊断依据：①耳内可有疼痛、堵塞、不适感，轻者也可无明显症状；②局部检查耳道有异物存在。注意与耵聍、脓痂、血痂等非外来物体相鉴别。

对异物入耳的辨证，主要根据病史症状和局部检查，辨别异物形态、性质、大小和部位。

(十一)诊耵耳

耵耳是指耵聍堵塞耳道引起的疾病。

诊断依据：①有耵聍堵塞耳道；②有耳窍闷塞甚至疼痛的症状。

对耵耳的诊断，主要依据是患者耳窍堵塞，耳鸣耳聋，耳内疼痛等症状。其证型有风热犯耳和肝胆湿热证。

(十二)诊暴聋

暴聋是因邪犯耳窍、起病迅速的感音神经性聋，主要指特发性暴聋(突发性聋)。

诊断依据：①听力突然下降和，1～2 天内听力下降达到高峰，多为单耳发病，或伴耳鸣、眩晕；②常有恼怒、劳累、感寒等诱因；③耳部检查：鼓膜多无明显变化，或有鼓膜混浊；④听力检查呈感音神经性聋。本病应与耳眩晕、耳胀相鉴别。

对于暴聋的辨证，注意区分内伤与外感、虚与实以及虚实夹杂几个方面。其常见类型有风邪外犯、肝火上炎、肝阳上亢、气滞血瘀、气血亏虚五个方面。

（十三）诊久聋

久聋是因脏腑亏虚，耳窍失养，或经脉气滞血瘀所致，以长期听力下降为特征的感音神经性耳聋，包括药物中毒性耳聋、老年性耳聋等。

诊断依据：①以持续日久的听力下降为主要症状，或伴耳鸣及轻度眩晕；②起病缓慢，耳聋程度逐渐加重，部分患者因暴聋后长期不恢复而成久聋；③常因使用耳毒性药物、年老体衰、营养不良等因素致病；④耳部检查：鼓膜少光泽，或有内陷、增厚、粘连、钙质沉着等表现；听力检查呈感音神经性聋。本病应与耳胀、耳闭、听神经瘤相鉴别。

本病的辨证，主要依据耳聋的时间、性质来确定。常见证候类型有肾精亏损、气血亏虚、痰火郁结、气滞血瘀。

（十四）诊耳眩晕

耳眩晕是邪犯内耳，或脏腑虚弱、内耳失养所致，以发作性、旋转性眩晕为特征的疾病。相当于耳源性眩晕（美尼尔氏病）。

诊断依据：①以旋转性眩晕为主要症状，目闭难睁伴有耳鸣及轻度耳聋、恶心呕吐，神志清楚；②发病突然，发作时间多为数分钟至数小时，间歇期为数日至数月或更久；③发病诱因常有疲劳、思虑过度、情绪波动等；④鼓膜检查多无异常表现；发作期有自发性水平性或旋转性眼球震颤，或有偏倒及错指物位等表现；⑤听力检查在发作期有轻度感音神经性聋；有条件时做甘油试验及重振试验，常呈阳性表现。本病应与暴聋、听神经瘤、贫血、高血压、颈性眩晕等鉴别。

对耳眩晕的辨证，主要注意发作的时间与情绪变化的关系。常见

类型有肝阳上亢、痰浊中阻、脾气虚弱、肾阴亏虚、肾阳亏虚五个方面。

二、鼻病诊法

鼻为肺窍，是清阳交会之处。鼻通过经脉与内脏有密切联系，是整体不可分割的部分。由于鼻为肺系之外窍，呼吸之气出入的要道，突出于面部正中，因而其病因病理有一定特殊性，常易遭受外力所伤，又为六淫外邪直接侵犯，亦可因肺、脾、胃、胆、肾、心等脏腑失常而发生各种鼻病。

（一）诊鼻疔

鼻疔是指发生在鼻尖、鼻翼及鼻前庭部位的疔疮疖肿。其特点为局部红肿，呈粟粒状突起，坚硬胀痛有脓点。

诊断依据：①鼻部局部红肿，疼痛，形小根深，坚硬如钉，顶有黄白色脓点；②检查见一侧鼻前庭内有丘状隆起，周围红肿发硬，顶部可见脓点，严重者可引起同侧上唇、面部、下睑等处肿胀、疼痛。鼻疔应与鼻疳相鉴别。

常见证型为火毒炽盛。

（二）诊鼻疳

鼻疳指鼻前庭皮肤糜烂浸淫，或红肿灼热之症，常有脓痂覆盖，此症反复发作，经久难愈。相当于鼻前庭炎。

诊断依据：①鼻前部疼痛、作痒，鼻内燥热、干痛、异物感；②检查可见鼻前孔及其附近上唇皮肤漫肿、潮红、溃烂流水、积结痂块。鼻疳应与鼻疔相鉴别。

常见证型有肺经蕴热、邪毒外袭型与脾胃失调、湿热郁蒸型。

（三）诊伤风鼻塞

伤风鼻塞是指风邪犯及鼻窍所致，以鼻塞、流涕为特征的急性鼻病。相当于急性鼻炎。

诊断依据：①以鼻塞、喷嚏、流清水或粘液性鼻涕为主要症状，伴有恶寒、发热、头痛；②鼻腔检查：鼻粘膜充血，鼻甲肿大，鼻腔内分泌物增多；③起病急，病程较短，易并发耳胀、耳闭、脓耳、鼻渊等病；④

应与鼻鼽、鼻渊相鉴别。

常见证型有风寒外袭、风热外犯。

(四)诊鼻窒

鼻窒是因脏腑虚弱，邪滞鼻窍所致，以长期鼻塞，流涕为特征的慢性鼻病。主要指慢性鼻炎。

诊断依据：①以长期持续鼻塞，或间歇性、交替性鼻塞，鼻涕量多为主要症状，或伴有头昏、记忆力下降、失眠、耳鸣、耳内闭塞感等症；②病程较长，疲劳、感寒后症状加重，易并发耳胀、耳闭；③鼻腔检查粘膜充血，呈红色或暗红色，鼻粘膜肿胀以下鼻甲为主；④本病应与鼻鼽、鼻渊相鉴别。

常见类型有肺虚邪滞、气滞血瘀两型。

(五)诊鼻槁

鼻槁是因津液不能上濡鼻窍所致，以鼻中干燥、粘膜萎缩为特征的慢性鼻病，主要指萎缩性鼻炎。

诊断依据：①以鼻中干燥、鼻塞、无涕或少涕，或鼻腔有脓痂，有恶臭为主要症状，伴有头痛、头昏、记忆力下降、嗅觉丧失、鼻衄等症；②起病缓慢。症状逐渐加重，病程较长，常易并发慢喉痹、干燥综合征等；③多见于女性，气候干燥、寒冷、环境空气污染、体质虚弱等因素容易发病；④鼻腔检查：鼻粘膜干燥，鼻甲萎缩，鼻腔空旷，鼻腔内可有黄绿色痂皮。

常见证型有燥热外犯、肺阴亏虚、肺脾气虚。

(六)诊鼻鼽

鼻鼽是因禀质特异，邪犯鼻窍所致，以阵发性鼻痒、连续喷嚏为特征的疾病。相当变应性鼻炎(过敏性鼻炎)。

诊断依据：①以阵发性鼻痒，连续喷嚏，鼻塞，鼻涕清稀量多为主要症状，伴有失嗅、眼痒、咽喉痒等症；②起病迅速，症状一般持续数分钟至数十分钟，间歇期无喷嚏及鼻塞，可并发荨麻疹、哮喘等病；③常因接触花粉、烟尘、化学气体等致敏物质而发病，有时环境温度变化亦可诱发；④鼻腔检查粘膜多为苍白，少数充血，鼻甲肿胀，发作时有较多清稀分泌物；⑤有条件时作鼻分泌物涂片检查、变应原皮试、

血清或鼻分泌物 IgE 检查等，有助明确诊断；⑥应与伤风鼻塞、鼻窒、血管运动性鼻炎等鉴别。

常见证型有肺虚感寒、脾气虚弱、肾阳亏虚。

（七）诊鼻渊

鼻渊是因邪犯鼻窦，窦内湿热蕴积，酿成痰浊所致，以鼻流浊涕量多为特征的鼻病。主要指急、慢性鼻窦炎。

诊断依据：①以大量粘性或脓性鼻涕、鼻塞、头痛或头昏为主要症状，急性鼻渊可伴发热及全身不适；②急性鼻渊发病迅速，病程较短，若不彻底，则迁延为慢性鼻渊，病程较长；③鼻腔检查粘膜充血、肿胀，鼻腔或后鼻孔有较多的粘性或脓性分泌物；④X 线鼻窦摄片有阳性表现；急性发作时血白细胞总数及中性粒细胞增高；⑤应与鼻窦相鉴别。

对鼻渊病，要根据发病急缓、病程长短、局部症状、全身症状，分清虚实寒热。常见证型有肺经风热、胆经郁热、脾胃湿热、肺脾气虚。

（八）诊鼻息肉

鼻息肉是指鼻腔内赘生物，其状如葡萄子，或如榴子，光滑柔软，其蒂可活动。

诊断依据：①以鼻塞、粘脓涕为主要症状；②检查见鼻腔内有单个或多个息肉，可发生于一侧或两侧鼻腔，息肉表面柔软、光滑，带蒂活动。

常见证型为肺经湿热。

（九）诊鼻腔异物

鼻腔异物是指外物误入鼻内而言。

诊断依据：①单侧鼻塞，脓涕带血，有臭味；②鼻腔检查可见异物。疑有金属异物，可作 X 光照片确诊。

（十）诊鼻损伤

鼻损伤是指鼻部遭受外力袭击而致瘀肿疼痛，皮肉破损、鼻梁骨折、鼻腔出血等。

诊断依据病史、外鼻及鼻腔检查，疑有鼻梁骨折及异物残留者，可作 X 线照片确诊。

(十一)诊鼻衄

鼻衄是由肺热上蒸，迫血逆行，或燥气外袭所致，以鼻腔出血为主要症状的病症。是耳鼻喉科常见急症。

诊断依据：①以鼻腔出血为主要症状，一般发病较急，出血严重者可致休克；②气候干燥、恼怒、饮酒、鼻部外伤等所致或诱发；③鼻腔检查有出血病灶；④尽可能作引起鼻衄疾病的有关实验室检查；⑤应与出血性疾病、肿瘤引起的鼻衄相鉴别。

鼻衄辨证应注意血色颜色深浅，出血量多少以及病程的长短，以辨其虚实寒热、所在脏腑等几个方面。常见证型有肺经热盛、胃火炽盛、肝火上炎、阴虚火旺、脾不统血。

三、咽喉病诊法

咽喉是饮食呼吸之要道，又为经络循行交会之要冲，其发病原因与病理变化比较复杂。就病因而言，易为六淫疫气之邪所犯，且常为二三种邪气杂合侵犯；亦可因过食辛辣炙煿之品，致使肺胃之热上灼；或情志所伤，过劳或久病等所致，其病理变化虽然复杂，然以火为主，临证要辨清实火虚火。

(一)诊乳蛾

乳蛾是因邪客喉核(扁桃体)，核内血肉腐败所致，以咽痛、喉核红肿或化脓为特征的咽部疾病。分急乳蛾和慢乳蛾两类，相当于急、慢性扁桃体炎。

诊断依据：①以咽痛、吞咽困难为主要症状；急乳蛾发热，慢乳蛾不发热或有低热；②急乳蛾起病较急，病程较短，反复发作则转化为慢乳蛾，病程较长；③咽部检查：急乳蛾：扁桃体充血呈鲜红或深红色、肿大、表面有脓点，严重者有小脓肿；慢乳蛾：扁桃体肿大、充血呈暗红色，或不充血，表面有脓点，或挤压后有少许脓液溢出；④急乳蛾及部分慢乳蛾患者血白细胞总数及中性粒细胞增高；⑤应注意与烂喉痧(猩红热)、喉关痈相鉴别。

乳蛾的辨证，首先要根据发病的急慢，病程的长短确定急乳蛾或慢乳蛾，其次注意区分内伤外感。常见证型有风热外侵、胃火炽盛、肺

肾阴虚、脾气虚弱。

(二)诊急喉痹

急喉痹是指因外邪客于咽部,以咽痛、咽粘膜肿胀为特征的急性咽病。主要指急性咽炎。

诊断依据:①咽痛,病情重者有吞咽困难及恶寒、发热等症;②咽部检查:粘膜充血、肿胀,咽侧索红肿,咽后壁淋巴滤泡增生;③起病较急,病程较短。本病须与乳蛾、急喉风相鉴别。

对急喉痹的辨证,除观察咽部改变外,应着重了解全身寒热变化及二便、舌脉情况,以辨清其表、里、寒、热之不同,常见证型为风寒外袭、风热外侵、肺胃实热等。

(三)诊慢喉痹

慢喉痹是因脏腑虚弱,咽部失养,或邪滞于咽所致,以咽部不适,咽粘膜肿胀或萎缩为特征的慢性咽病。主要指慢性咽炎。

诊断依据:①以咽部干燥,或痒、疼、异物感、胀紧感等为主要症状;②病程较长,咽部不适症状时轻时重;③常有急喉痹反复发作史,或因鼻窒而长期张口呼吸,或因烟酒过度,环境空气干燥、粉尘异气刺激等导致发病;④咽部检查:粘膜肿胀,或有萎缩,或有暗红色斑块状、树枝状充血;咽侧索肿大,咽后壁淋巴滤泡增生。本病须与咽喉部及食道肿瘤相鉴别。

本病辨证以正虚为主,但尚应根据咽部病变及全身症状,以辨明有无痰热或化燥之象。常见证型为阴虚肺燥、肺脾气虚、痰热蕴结等。

(四)诊喉关痈

喉关痈是因邪客乳蛾,热毒蔓及周围所致,以咽痛剧烈、喉核(扁桃体)旁红肿隆起为特征的咽病。相当于扁桃体周围脓肿。

诊断依据:①以咽痛偏于一侧,吞咽困难明显,发热为主要症状,伴张口受限,口涎外流,言语含混等症;②多继发于急乳蛾之后,起病较急,咽痛在3~4天左右达到高峰,脓腋排出后症状减轻;③乳蛾发病后因劳累、饮酒、进食辛辣、热性食物等易致本病;④咽部检查充血、肿胀、扁桃体红肿,有脓点;扁桃体周围红肿隆起,触痛明显,悬雍垂被推向对侧,3~4天后脓肿成熟,触之软而有波动感;⑤血白细胞

总数及中性粒细胞增高。

常见类型有胃火炽盛、阳明腑实、阴虚邪恋。

(五)诊阴虚喉癣

本病发于咽部或喉部,因其形似苔藓,属阴虚之症,故名阴虚喉癣。与咽喉结核相类似。多是肺痨病者的并发症,治疗比较困难。

诊断依据:①咽部干燥疼痛,如有芒刺,发于喉者,声嘶;病程缓慢,有肺痨病史;②咽喉溃烂,边缘参差不齐,上附灰黄色污秽腐物。

常见证型为肺肾阴虚、津液枯涸和肾阴不足、虚火内扰。

(六)诊急喉喑

急喉喑是因邪犯于喉所致,以声音嘶哑,声带水肿为特征的急性喉病。主要指急性喉炎。

诊断依据:①以声音嘶哑、喉内干燥或疼痛为主要症状,重者伴发热、恶寒,婴幼儿患者可有呼吸困难;②起病较急,病程较短;③常以疲劳、感寒、发声过度为发病诱因;④喉部检查粘膜充血、肿胀,声带水肿,或有充血,声门闭合不密。

本病辨证以邪实为主,但须根据喉病变及全身症状,以辨清其表、里、寒、热之不同。常见候类型有风寒袭肺、风热犯肺、肺热壅盛。

(七)诊慢喉喑

慢喉喑是因脏腑虚弱、声门失养,或气血瘀滞,痰浊凝聚于声门所致,以长期声音嘶哑为特征的慢性喉病,主要指慢性喉炎,亦包括声带小结、声带息肉。

诊断诊据:①以长期声音嘶哑,喉部干燥不适为主要症状。伴有咳嗽、咯痰等病。②病程较长,声音嘶哑时轻时重。③教师、演员、营业员等职业用嗓较多者易患本病,多因急喉喑反复发作而转化为慢性,亦有长期发音过度,缓慢起病者。④喉部检查粘膜多有暗红色充血、肿胀或萎缩,声带肿胀、肥厚,声门闭合不密,或有室带肥厚、超越。声带小结:两侧声带边缘在前中 1/3 处有对称性隆起。声带息肉:一侧或两侧声带上有赘生物,质软,表面光滑。⑤应与喉癌相鉴别。

常见证型有肺肾阴虚、肺脾气虚、痰浊凝聚。

(八)诊急喉风

急喉风是喉风的一种,因其发病急速,病情急重而定名。以咽喉红肿疼痛,呼吸困难,痰涎壅盛,语言难出,汤水难下为主要症状。又称紧喉风。如出现牙关拘急,口噤如锁等危急症状,名为锁喉风。属急性喉阻塞范畴。

诊断依据:①急性咽喉病并出现呼吸困难,痰涎壅盛,语言难出,汤水难下;②有吸入性呼吸困难征象,局部见声带红肿,有痰或腐物阻塞。本病要与肺炎、支气管哮喘及喉痉挛相鉴别。

本病应按呼吸困难进行分期辨证。常见证候有外感风热,内蕴热毒;热毒熏蒸,痰热结聚两型。

(九)诊梅核气

梅核气是情志波动,气机不畅所致,以咽中似有梅核阻塞为特征的疾病。相当于咽神经官能症。

诊断依据:①以咽中似有梅核或炙脔,或其他异物梗感,并随情志波动而发作为主要症状;②一般见于成人,多见于女性;③对咽喉、食道及其他有关器官检查,均无器质性病变。

常见证型为痰气互结、肝郁气滞、心脾气虚。

(十)诊骨鲠

骨鲠是指鱼骨或其他骨类鲠于咽喉或食道,以致咽喉疼痛,吞咽不利,甚至因此感染邪毒,而致咽喉肌膜腐烂化脓,更重者,也有引起窒息的危险。骨鲠是咽喉异物中常见的一类。

诊断依据:①进食鱼类或其他带骨类食物后,即出现咽喉部疼痛,异物感,妨碍饮食等症状;②咽喉部检查发现骨刺;若患者诉说疼痛部位较低,则应作X线食道钡餐检查,以协助诊断。

辨证时应根据异物梗阻不同部位,分别进行辨证治疗。

四、口齿病诊法

口腔是人体通向外界的窍道,是人体重要的组成部分,具有助消化、助发音的功能。通过经脉把口腔与内脏紧密地联系在一起,尤其与脾、胃、肠、肺的关系尤为密切,所以口脏疾病的病理,是以脏腑病

理变化为基础的，各种病邪侵入人体，致使脏腑失调，常可致口腔疾病。常见病理有：邪毒乘虚侵袭，脾胃蕴热上蒸，心脾火热上灼，心阴亏虚火盛，肝气郁结化火，肾虚失于荣养，脾虚痰湿凝结等。

（一）诊牙痈

牙痈是指发生于牙龈处肿痛溢脓的痈肿，又名牙槽风。相当于急性根尖脓肿。

诊断依据：①患牙有浮出或伸长感觉，疼痛，咀嚼时痛更甚；②齿龈局部红肿，初硬后软，触动牙则痛剧，牙齿松动，有溢脓或穿溃出脓，腮颊肿胀，腭核肿大，压痛。牙痈应与牙龈痈相鉴别。

常见证型为邪毒郁结、风热邪毒侵袭、脾胃火盛。

（二）诊牙龈痈

牙龈痈是指发生于尽牙（即真牙）咬合处齿龈的痈肿，与智齿冠周炎相似。

诊断依据：①好发于尽牙咬合处，牙关开合不利，动则疼痛，张口困难；②患侧面部肿胀，牙龈红肿，或有溢脓。牙龈痈应与牙痈鉴别。

常见证型为秽毒积聚、胃热内蕴。

（三）诊牙宣

牙宣是因邪犯牙床，或脏腑虚损，龈肉失养所致，以龈肉肿胀或萎缩，牙根宣露，龈齿间渗 出脓血为特征的疾病。主要指牙周炎，亦包括牙龈炎等其他牙周组织病。

诊断依据：①以牙龈出血或龈齿间溢脓，牙齿松动，影响咬嚼为主要症状；②缓慢起病，逐渐加重，严重者发展为全口牙齿松动；病程中可有急性发作的牙周脓肿，局部红肿热痛，脓液量多，伴有发热；③口腔检查：牙龈红肿或萎缩，易出血，牙根宣露，牙齿松动，牙齿上附着牙垢、牙石，龈齿间有逐渐扩大的牙周袋，袋内溢脓，有口臭；④牙根周围X线片示牙槽嵴吸收、牙间隙增宽等表现。

常见证型有胃火炽盛、肾阴亏虚、气血亏虚。

（四）诊飞扬喉

口腔内突然发生血泡，血泡发生于上腭者，名飞扬喉；发生在悬雍垂处者，名悬旗风。

诊断依据：口腔内突然发生的血泡，呈紫色或暗红色，泡壁薄，易溃破。

常见证型为火热上炎、热伤脉络。

(五)诊口疮

口疮是口腔粘膜受邪热蒸灼，或失于气血荣养所致，以局部出现小溃疡，灼热疼痛为特征的口腔粘膜病，包括复发性口疮和口疮性口炎。

诊断依据：①以口腔粘膜出现单个或数个直径 3～5cm 的溃疡、灼热疼痛为主要症状，起病较快，一般 7 天左右愈合，若此伏彼起，则病程延长，愈后易复发；②口腔检查：口腔粘膜溃疡较表浅，圆形或椭圆形，数量少则 1～2 个，多则 10 余个，表面有淡黄色分泌物附着，溃疡周围粘膜大多充血；③应与狐惑病(白塞氏综合征)、复发性坏死性粘膜周围炎及疱疹性口腔炎相鉴别。

常见证型有心脾积热、阴虚火旺、气血亏虚。

(六)诊口糜

口糜是指口腔肌膜糜烂成片如糜粥样，有特殊气味的疾病。

诊断依据：①初起症状不重，可见口干，不思饮食，食觉无味。若病情发展，可见口内红肿作痛，有灼热感，口有特殊臭味，并自觉口甜。小儿患此病则吮乳不便，拒食，哭闹。病情严重者，可延及咽喉，致咽喉红肿疼痛，吮乳困难，呼吸不利，出现痰涎壅盛，面青唇紫等症状，有人称之为"鹅口攻喉"。②口糜可发生在口腔的任何部位，一般多发于舌、颊内、软腭及口底等处。初起患处稍红肿，出现白色凝乳状斑点，略为凸起。斑点逐渐扩大并联合成片，成白腐膜状物，如糜粥样，局部红肿作痛，白腐物不易拭除，强行拭去则出血，随后又生，病变可扩展至整个口腔。若蔓延至咽喉，则可见咽喉红肿，其肌膜表面亦盖有白腐膜。口糜应与白喉、口疮相鉴别。

本病辨证以湿为主，但尚应根据局部与全身症状及病程，辨清湿之夹热、脾虚以及阴伤之有无。常见证型为湿热蕴积、脾虚湿盛、湿热内盛、阴分受伤。

(七)诊唇风

唇风是以唇部红肿、疼痒，日久破裂流水为特征的唇部疾病，好发于下唇，与剥脱性唇炎相似。

诊断依据：①唇部自觉痒，疼痛如火燎灼热之感，并有反复发作之病史；②好发下唇，成暗红色，表面干燥、皲裂，流水，易出血，甚则糜烂，口唇肿胀，外口噘如驴嘴状，唇周肌肉紧张，时发颤动；可见唇部覆盖有鳞屑状物，易剥脱，脱后如无皮之状。

常见证型为风火邪毒和脾胃湿热。

(八)诊骨槽风

骨槽风是指邪毒及牙疾侵犯脸骨致使耳前腮颊之间硬肿，渐大如胡桃，引痛筋骨，或溃后难愈，且有腐骨排出的疾病。相当于颌骨髓炎。

诊断依据：①邪毒炽盛时，表现为急性阶段，全身症状明显，高热、寒战、头痛、食欲不振。患者多见有龋齿，或牙痈、牙䘓痈的反复发作，或颌骨损伤史。如转为慢性期，表现出正虚邪实，全身症状轻微或不明显。多由急性期误治、失治演变而来。②邪毒炽盛期则耳前连及腮项红肿疼痛，张口受限，或牙关紧闭，下唇麻木，且浓脓可穿破患处皮肤或患侧牙槽流出。正虚邪实期则患部肿胀，腮颊硬实，口外或口内有瘘管形成，管内有肉芽生长。脓液清稀，有死骨流出，溃口难收。临证当注意对本病的诊断。

常见证型有邪热炽盛和正虚邪实。

第六节　外科疾病诊法

中医外科是中医药学的重要组成部分，凡是长于皮里膜外的一切有形可见之外症，皆属于中医外科范围。

一、疮疡病诊法

疮疡是各种致病因素侵袭人体后引起的体表化脓性疾患，包括急性慢性两大类。此类疾病可因六淫外感和七情、饮食、房劳内伤而

致，气血凝滞，营卫不和，经络阻塞而致肿痛，继则出现郁而化热，腐肉为脓而成此病。

(一)诊疖

疖是指肌肤浅表部位感受火毒，致局部红肿热痛为主要表现的急性化脓性疾病。包括有头疖、无头疖、蝼蛄疖、疖病等。相当于疖、皮肤脓肿、头皮穿凿性脓肿及疖病。

诊断依据：①局部皮肤红肿热痛；②可有发热，口干，便秘等症状；③石疖(有头疖)：患处皮肤上有一指头大小的红色肿块，灼热疼痛，突起根浅，中心有一脓头，出脓即愈；④软疖(无头疖)：皮肤上有一红色肿块，范围约 3cm 左右，无脓头，表面灼热，触之疼痛，2～3 日化脓后为一软的脓肿，溃后迅速愈合。

对本病辨证应根据局部表现结合全身症状，以区别其虚实。常见证型有热毒蕴结、暑热浸淫、体虚毒恋等。

1. **暑疖**

暑疖是暑季生于皮肤浅表的一种急性化脓性疾患，又名热疖、软疖。

诊断依据：①好发于夏秋之间，以小儿及新产妇多见；②多发于头面部，少则几个，多则数十个不等，初起局部皮肤潮红，次日肿痛，结节高起，呈圆形或椭圆形，约 2～3 天成脓，溃后脓出黄稠，再经 2～3 天多能收口；另一种为先有黄、白脓头，自行破溃，出脓即愈；③若因痱子搔破染毒所致者，多密集成群，簇生一起，俗称珠疖；④一般多无全身症状，重者及珠疖可伴有寒热、头痛等。本病诊断时应与痈、颜面疔疮、有头疽等病相鉴别。

本病辨证要点为暑湿之毒，蕴蒸肌肤。在辨证时还应注意其转归，若暑疖在面部，过分挤压每可导致毒散而转为疔疮；患于头顶、枕部者，若脓不早泄，脓水蓄积，可导致头皮窜空，转成蝼蛄疖；若脓水浸淫，可并发湿疮。

2. **蝼蛄疖**

蝼蛄疖属疖的一种，因其未破时如曲蟮拱头，破后形如蝼蛄串穴，故而得名。

诊断依据：①多发于小儿头皮，且多有暑疖病史；②一种疮形肿势虽小，但根脚坚硬，溃后脓出不畅，且坚硬不退，可愈可发，往往一处未愈，他处又生；另一种疮大如梅李，相联3～5枚，溃破脓出，其口不敛，日久头皮串空，状如蝼蛄串穴；③若迁延日久，或可损及颅骨，甚至有腐骨脱出。对此以探针或药线探之，对诊断有帮助意义；④多无全身中毒症状，有的可伴形瘦神疲，纳呆便溏等。

本病辨证重在辨其脓液外泄通畅与否，至后期，体质虚弱，脾胃不健也为辨证之要点。

3. 多发性疖

多发性疖是一种易于反复发作的化脓性皮肤疾患，相当于西医的疖病。

诊断依据：①不分季节，均可发病，病程可缠绵数月，甚至数年；②多发于20～40岁的青壮年男性，好发于项后、背部、臀部等处；③一种是在一定部位，反复继续延生，缠绵不休，如星状罗布，少则几个，多则数十个不等，常迁延数月不愈；另一种是在全身各处散发疖肿，其数目由几个至几十个不等，一处将愈，他处继发，也有间隔10天或月余再继发者。本病诊断时应与暑疖、有头疽等疾病相鉴别。

本病辨证要点为内郁湿火、外感风邪，兼阴虚内热。

（二）诊疔

疔疮是指发病迅速而危险性较大的皮肉感染化脓性疾病，简称为疔。

诊断依据：①体表深部坚硬如钉状之结肿，根脚深；②皮肤色红灼热；③剧痛；④可见有发热恶寒，头痛欲裂，饮食不振，泛恶欲吐，烦躁闷乱，甚则神昏谵语。舌红苔黄或黄腻，脉浮数或滑数。

1. 颜面疔

颜面部疔疮是发生于颜面部的一种急性化脓性疾病。相当于颜面部疖和痈。

诊断依据：①多发于唇、鼻、眉、颧等处；②初起局部为一脓头，或痒或麻，以后渐渐红肿热痛，肿块坚硬根深，如钉丁之状，继之红肿高突，可发展为数个脓头，脓热疼痛；③发病后7～10天左右，顶高根软

溃脓，疔根随脓外出，随之肿消痛减；④轻者可无全身症状，重者可伴有恶寒发热，或发热口渴，或颈颌部腠核肿大疼痛等；⑤化验检查，白细胞总数增多，中性粒细胞增高对本病诊断有帮助意义，必要时还可行血细菌培养检查。本病诊断时，应与疖、有头疽、疫疔等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型为热毒凝结、火毒炽盛等。

2. **手足疔**

手足部疔疮是生于手足部的急性化脓性疾患。因其部位和形态不同名称各异，如蛇眼疔、蛇头疔、蛇腹疔、托盘疔、足底疔、涌泉疔等。相当于手足部急性化脓性感染。

诊断依据：①初起局部无头者多，有头者少，或痒或麻，继则燃热疼痛，局部出现红肿，且肿势渐渐扩大，红热显著，疼痛剧烈而呈搏动性；②在手部者，可引起肘部或腋部腠核肿痛；在足部者，可致腹股沟处腠核肿痛；③患处中软应指者，是内已成脓，一般脓出黄稠，随之肿退痛减；④多伴有恶寒发热，饮食减少，睡眠不安等全身症状；⑤患在指尖、罗纹及骨节处者，若溃后脓水臭秽，经久不尽，余肿不消，多为伤骨之征象，可行X线摄片检查，以明确有无伤骨；患在手掌、足底者，也有损伤筋骨之可能；⑥用电光灯透光检查法，对判断是否成脓有帮助；用探针或药线探查疮孔，若触及骨质粗糙，多为损骨之象；⑦血白细胞总数及中性粒细胞增高。

本病辨证要点为湿火蕴结，血凝毒滞。辨证时当注意有无损及筋骨，应详查手足关节活动情况。

3. **红丝疔**

红丝疔是感染邪热火毒，走注经络，呈红丝显露，迅速上攻手臂或小腿的急性感染性疾病。相当于急性淋巴管炎。

诊断依据：①多有手足生疔，或其他化脓性病灶，或皮肤破损等病史，好发于手臂前侧及下肢内侧；②先有红丝一条，由手臂或小腿迅速向躯干走窜，上肢停于肘部或腋部；下肢停于腘窝及胯间，肘窝、腋窝，或腘窝、腹股沟部常有腠核肿痛；③红丝肿胀疼痛，病变深在者，皮肤微红或不见红丝，但可触及条索状肿胀和压痛；④多有恶寒、

发热、头痛等全身症状；⑤血化验检查，白细胞总数增多，中性粒细胞增高，对本病诊断有帮助。

本病常见证型有热毒入络、火毒入营等。

4. **烂疔**

烂疔是由皮肉破损，接触污物，感染毒邪，以致毒聚肌肤，皮肉迅速腐烂，流出臭秽污血的危急重症，相当于气性坏疽。

诊断依据：①多发于足及小腿，偶见于手背、臂部；②初起皮肤破伤部位感觉胀痛，创口周围皮肤红、热不明显，数日后，肿胀、疼痛剧烈，皮肤出现水疱，破后流出淡棕色浆水，气味臭秽，疮口周围呈紫黑色，轻按患处可有捻发音，重按可有污脓溢出，混以气泡；③伴有寒战，高热，头痛，神识时昏时清，烦渴引饮，小便短赤；④若肿势蔓延，腐烂不止，持续高热，神识昏迷，为合并"走黄"；⑤发病前多有肢体创伤和泥土污物接触史；⑥局部脓液涂片检查和细菌培养可发现革兰氏阳性梭状芽胞杆菌和大量红、白细胞，血白细胞总数增高，红细胞总数显著下降。本病须与腿部丹毒相鉴别。

对本病辨证，重在辨湿、火、毒之轻重及气、营、血之不同阶段。常见证型为湿火炽盛、毒入营血等。

5. **疫疔**

疫疔是一种特殊的传染病。相当于皮肤炭疽。

诊断依据：①多见于畜牧业、屠宰或皮毛制革等工作者；或接触畜类、皮毛的工人及兽医亦可发生。接触后1～3天发病。具传染性；②好发于头面、颈项、手臂等暴露部位。初起在局部皮肤上有一小红斑丘疹。次日顶部变成水疱，内含淡黄色液体，周围肿胀、燃热。约至第三、四日，水疱很快干燥，形成暗红色黑色坏死，并在坏死的周围有成群的绿色小水疱，疮形如脐凹，很像牛痘。同时局部肿势散漫增剧，软绵无根。至发病后1～2周，中央坏死与周围正常皮肤分离，流出少量脓液，而后肿势消退，坏死脱落；③自觉局部痒而不痛；④初起可伴轻度发热。随着病情进展，热势增高，且伴有头痛骨楚，周身不适等全身症状；⑤水疱内容物检查（涂片及培养）、血液培养，发现炭疽杆菌者，对本病诊断意义颇大。本病诊断时应与颜面疔疮、丹毒等疾病相

鉴别。

本病辨别要点为感染疫毒、毒邪蕴结、气血凝滞。

(三)诊痈

痈(指外痈)是一种发生于皮肤肌肉间的急性化脓性疾病。相当于西医的体表脓肿等。

诊断依据:①初起患处结块光而无头,红肿灼热疼痛;②一般7～10天左右成脓,此时肿势高突,疼痛加剧,状如鸡啄,按之中软应指;③溃后流出黄白稠厚脓液,或夹有紫色血块,多经10天左右收口;④初起多无全身症状,重者可伴有恶寒发热,头痛骨楚等。待成脓时常伴有壮热口渴、便秘溲赤等。溃后全身症状大多随之消失。

本病辨证初起多为邪热壅聚,气血凝滞之证。成脓阶段多为热毒蕴盛证。临证常见有痰毒、脐痈、锁喉痈、臀痈等,全身任何部位均可发生。

1. 痰毒

痰毒是感受风热湿毒,气血被毒邪壅塞于皮肉之间,继而炼液成痰,痰毒互阻,结块而肿的急性化脓性疾病,包括颈痈、腋痈、胯腹痈。相当于急性化脓性淋巴结炎。

诊断依据:①在颈、腋、腹股沟等处,起核状肿块。初起皮色不变,煞热疼痛。化脓时皮色转红,疼痛加重,核块变软,有应指感。溃后脓出稠黄。②有恶寒发热,头痛,全身不适等症状。③发病前多数有外感风热及在相应部位有急、慢性感染病灶或皮肤创伤史。④血白细胞总数及中性粒细胞增高。

本病辨证总不离湿热痰毒,要根据其病程、发病部位及全身与局部表现予以综合分析。常见证型有风热痰毒、肝郁痰火、湿热蕴结、热胜酿脓、余毒凝滞等。

2. 脐痈

脐痈是发生于脐部的化脓性疾病。包括西医的脐部感染,卵黄管残留证,或脐尿管闭合不全继发感染等。

诊断依据:①发病前多有脐孔湿疮病史,或脐孔有排出尿液史;②初起脐部微痛微肿,渐渐肿大如瓜,或高突若铃,皮色或红或白,触

之疼痛，酿脓期可伴有寒热；③溃后脓水稠厚无臭味者易敛；溃出臭脓挟有粪块物质，及脐孔下方有条状硬结者，往往形成脐漏，可致久不收口；④对久不收口者，可行漏管造影检查，以明确诊断。

本病辨证总不离火毒湿浊，至后期当注意脾胃虚弱。

3. 委中痈

委中痈是发于膝后腘窝中央折纹动脉陷中的痈症，相当于腘窝部急性淋巴结炎。又叫"委中毒"。

诊断依据：①发病前常有患肢皮肤破伤、皲裂，或冻疮溃烂、湿疮糜烂等病史；②膝后腘窝处初起木硬不痛，皮色微红，或煽热色赤。待肿块形成时则患侧膝关节屈伸困难，行动不便。若肿痛日剧，身热持续不退，则欲成脓。本病酿脓约需2～3周；③溃后疮口流出清稠如鸡蛋清状粘液时，乃即收口之兆；④对本病诊断时，应注意患侧膝关节功能活动情况。

本病辨证要点为湿热下注，气滞血瘀；同时应注意膝部筋肉挛缩，关节屈伸不利。

4. 锁喉痈

痈生于颈前正中喉结部位，因红肿绕喉而名锁喉痈。又称喉结痈，相当于口底部峰窝组织炎。

诊断依据：①多发于儿童。发病部位为喉结之处。发病前常有口唇、咽喉糜烂，或痧痘等病史。②初起局部红肿绕喉，根脚散漫不聚，坚硬灼热疼痛，来势暴急；经2～3天后，肿势可延及于颈，甚至上延腮颊，下至前胸，可因肿连咽喉及舌下，而致汤水难下。③若肿势渐趋局限，按之中软应指，为脓已成熟。④可伴有壮热口渴，头痛项强，甚至气喘痰壅，或生痉厥等全身症状。

本病辨证要点为毒邪客于肺胃，积热上蕴，挟痰凝结；或痧痘之后，体虚余毒未清，挟痰热结聚；或因体虚，口唇齿龈生疳、咽喉糜烂感染邪毒继发。辨证时还应辨其顺、逆、轻、重，脓成期肿势渐趋局限，易脓易溃者顺；肿势平塌，色转暗红，难脓难溃者逆；溃后脓出黄稠，热退肿消者；脓出稀薄，疮口有空壳，或内溃脓从咽喉部穿出，全身虚弱者重。

5. **臀痈**

臀前线是发生在臀部的急性化脓性疾病。相当于臀部蜂窝组织炎。

诊断依据：①发病前臀部周围有糜烂损伤病史，或臀部肌肉注射史；②臀部（多为一侧）红、肿、热、痛，红肿以中心最为明显，而四周色淡，边界不清，逐渐扩大而有硬结，患肢步行困难；③数天后皮肤湿烂随即变黑坏死，或中软不溃，溃后一般流出黄稠脓液，有的伴有大块腐肉脱落，疮口深陷而有空腔，收口约需1月左右；④初起即有怕冷发热，头痛骨楚，胃纳不佳等全身症状，待脓出腐肉脱落后，全身症状逐渐消退；⑤部分慢性患者，患部红热不显，而肿块坚硬，有疼痛和压痛，患肢步行不便，病情进展较为缓慢，全身症状也不时显。本病诊断时应与有头疽等疾病相鉴别。

本病辨证要点为湿热火毒蕴结，或湿痰凝结；若溃后大块腐肉脱落，疮口深陷，形成空腔，收口缓慢者，为气血双虚。

（四）诊有头疽

有头疽是因外感风热、湿热、火毒之邪，气血瘀滞，结聚于肌肤间，以局部红肿热痛，有多个脓栓堆积为特征的急性化脓性疾病。相当于痈。

诊断依据：①初起局部红肿，中央有白头，逐渐增多，溃后脓出黄稠。②有恶寒，发热，头痛，口渴，脉数等，一二候时症状明显，三四候时逐渐减轻或消失。③局部症状分为四候，每候7天。一候成形，在红肿热痛的肿块上有多个脓头。二候化脓，肿块增大，从中心开始化脓溃烂，状如蜂窝。三候脱腐，坏死皮肉逐渐脱落，红肿热痛逐渐减轻。四候出新，腐肉脱落，脓液减少，新肉生长，逐渐愈合。④多发于中老年尤其以消渴病多见好发于项后（脑疽）或背部（发背）等皮肤较厚坚韧之处。⑤血白细胞总数及中性粒细胞明显增高。常规检查血糖、尿糖，均有偏高。

本病辨证首当分清虚实，又当辨清转归，若见神昏谵语，气息急促等全身严重症状者，乃为合并内陷之象。常见证型为火毒凝结、湿热壅滞、阴虚火炽、气虚毒滞等。

(五)诊发颐

发颐是由伤寒或温病后发汗未尽或疹形未透,以致余毒壅积而成。又名颐发、汗毒。初期身发寒热,面颊一侧结肿如核,微热微痛,渐肿胀延及耳前后,疼痛日增,溃后脓出秽臭;甚则咽肿痰涌气堵,汤水难咽。包括下颌骨骨髓炎、齿槽脓肿,腮腺炎等。

1. 急性发颐

急性发颐是余邪热毒结聚于颐颌之间,以颐颌部肿胀疼痛,张口受限,伴高热为特征的急性化脓性疾病。又称汗毒。相当于急性化脓性腮腺炎。

诊断依据:①初起颐颌部肿胀疼痛,逐渐增大延及耳之前后,口颊内第二臼齿相对的腮腺管口红肿,压迫局部,可有粘稠的分泌物溢出,化脓时局部疼痛加剧,肿胀更甚,可波及同侧眼睑、颊部、颈部等处,腮腺管口溢脓。后期脓肿可在颐颌部或口腔粘膜,或外耳道溃破,脓出臭秽。②伴有高热、口渴、便秘等症,如体质极度虚弱,可出现神昏谵语等。③发病前多有某些急性热病史,或胸腹手术史。一般单侧多见,也可以双侧发病。④血白细胞总数及中性粒细胞明显增高。本病须与痄腮相鉴别。

对本病辨证,重在辨别热毒之轻重。一般分为热毒蕴结、毒盛酿脓、热毒内陷、余毒未清等证型。

2. 慢性发颐

慢性发颐是余邪结聚于颐颌之间,以口臭、颐颌部疼痛为特点的疾病。相当于慢性腮腺炎。

诊断依据:①可发生于任何年龄,多有数月或数年的反复发作史,或有急性发颐病史;②在两次发作间隔期,口内常有臭味,颊粘膜部能压出脓性粘液分泌物,特别是在早晨起床后压出者较稠;③急性发作时颐颌部肿大疼痛,局部压痛,唾液减少;④常于进食时感到局部肿大,有剧烈疼痛,而食后肿大与疼痛逐渐消失,长期反复发作后,进食时的肿大感反而趋于消失;⑤绵延多年的男性患者,可伴阳痿。X线腮腺造影检查对本病诊断有帮助。诊断时应与急性发颐等疾病相鉴别。

本病辨证要点为脾胃积热。

(六)诊流注

流注是因感染邪毒，流窜血络，阻于腠理肌肉之间，出现一处或数处漫肿、微热疼痛的脓肿。包括暑湿流注、湿痰流注、余毒流注、瘀血流注、髂窝流注等。相当于脓血症、肌肉深部脓肿和髂窝脓肿。

诊断依据：①多发于躯干或四肢，一处或相继数处肌肉深处出现脓肿，初起患处疲痛漫肿，皮色不变；成脓时患处肿痛显著，皮色转红，按之应指；溃后脓出稠厚，肿痛渐消，疮口愈合。发于髂窝者，患肢屈曲难伸；②发病前有疮疖等化脓性病灶，或跌仆损伤、感受暑湿等病史；③有恶寒发热，汗出而热不退；④以夏秋季节发病为多；⑤血白细胞总数及中性粒细胞增高，血培养可有致病菌生长。

本病辨证重在区别热、湿、瘀、毒之不同及其相互兼夹的情况。常见证型有余毒攻窜、暑湿交阻、瘀血凝滞、正虚邪恋等。

(七)诊无头疽

无头疽是属于一种初起无头，发于骨骼及肌肉深部的肿疡。其具有发无定处，多数生在胁肋及四肢，病灶部位深，皮色不变，漫肿，不红不热，疼多痛少，难消、难溃、难敛口的特点。

1. 附骨疽

附骨疽是毒邪深袭，阻于筋骨的化脓性疾病。相当于急、慢性化脓性骨髓炎。

诊断依据：①起病急骤，始有寒战高热，患肢疼痛彻骨，不能活动，动则剧痛，局部胖肿，皮肤燠红灼热；骨膜穿刺可抽出脓液，脓肿穿破骨膜后疼痛缓解；溃后因骨破坏，脓水淋漓，不能愈合，可由急性转入慢性，形成窦道，骨骼高低不平，反复发作；②常有明显化脓性病灶存在，或有外伤、感受风寒湿邪等诱发因素；③儿童及青少年最易罹患，成年次之；好发于四肢骨干，尤以下肢为多见；④急性期血白细胞总数及中性粒细胞明显增高，血培养可为阳性；⑤X线摄片，一般2～3周后能显示骨影模糊区、骨膜反应、骨质破坏等影像，约4周后才能发现死骨。本病须与流注、流痰等病相鉴别。

本病辨证常见证型为湿热瘀阻、热毒炽盛、脓毒蚀骨、气血双虚

等。辨证时尤当注意毒邪内陷，若见高热烦燥，神昏谵语者，乃合并内陷之象。

2. **关节疽毒**

关节疽毒是指邪毒壅滞关节，引起关节化脓性感染的病变。相当于化脓性关节炎。

诊断依据：①初期病变关节疼痛、压痛，不能完全伸直，活动受限，局部肿胀、灼热；②酿脓期则病变局部肿、热，皮肤潮红，剧痛、胀痛或跳痛，拒按，肌肉痉挛，使病变关节处于畸形位置，不能活动；③脓溃期局部红肿热痛更加显著，关节穿刺为脓液；最后，脓肿突破皮肤而外溃，形成窦道，经久不愈；④寒战、高热、汗出、口干等全身热毒症状明显；⑤血白细胞总数增高，中性粒细胞上升，血沉增块；⑥X线检查：早期关节间隙增宽、脱位、半脱位或骨骺滑脱，关节囊肿胀，骨质稀疏，周围软组织肿胀，晚期关节间隙狭窄，骨质破坏，破坏区周围骨质增生、硬化，关节边缘骨赘增生。最后关节间隙消失，呈纤维性强直或骨性强直。本病须与附骨疽、流痰等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型为暑湿毒蕴、蓄瘀化热、正虚毒恋等。

3. **腋疽**

腋疽是发生于腋下的无头疽。也称米疽，疚疽。相当于腋部淋巴结核。

诊断依据：①初起于腋窝内形成结块，形如梅李，皮色不变，推之可移，压之可动，按之疫痛，尔后渐渐肿胀，约经1～3个月，皮色微红，疼痛增剧，乃化脓之象；②溃后脓水稀薄，夹有败絮样物质，疮形凹陷，四周坚硬不消，疮口呈空壳，易致窜穴成漏；③初起一般多无全身症状，化脓期可有轻微发热，溃后多有形瘦潮热，精神不振等；④病程较长，收口缓慢，也有不溃者，虽已成脓，但被吸收而愈。

本病辨证要点为气滞痰凝，其属阴证、虚证。

（八）诊疮疡内陷

凡生疮疡，毒不外泄，反陷入里者称内陷，由于分火陷、干陷、虚陷三种类型，故亦有三陷症之称。相当于脓毒败血症。

诊断依据：①易并发于脑疽、发背患者，尤以并发脑疽者为多，亦

可由其他外疡所致；多为老年患者，尤以素有消渴者多见；②火陷者，多见于疽病1～2周的毒盛期，局部疮顶不高。根盘散漫，疮色紫滞，干枯无脓，灼热疼痛；全身表现为壮热口渴，头痛，烦躁不安，神昏谵语；或胸胁偶有隐痛，便秘溲赤，舌质红绛，苔黄腻或黄糙，脉洪数、滑数或弦数；③干陷者，多见于疽病2～3周的溃脓期，局部脓腐不透，疮口中央糜烂，脓少而薄，疮色灰暗，肿势平塌散漫不聚，闷胀疼痛或微痛；全身表现为发热或恶寒，神疲纳少，自汗，胁痛，神昏谵语，气息粗促，舌质淡红，苔灰腻或黄腻，脉虚数，或体温反见不升，肢冷，便溏尿少，舌质淡，苔灰腻，脉沉细；④虚陷者，多见于疽病4周左右的收口期，局部肿势已退，腐肉亦净，脓水灰薄或带绿色，新肉不生，肤若镜面，光白板亮，不知疼痛；全身表现为虚热不退，形肿萎顿，谷食日减，或腹胀便溏，自汗肢冷，气息低促，舌质淡红，苔薄白或无苔，脉沉细或虚大无力，或陷入昏迷厥脱；⑤化验检查：白细胞总数增多，中性粒细胞增高，血糖尿糖增高，血培养有细菌生长等对其诊断帮助意义颇大。

对内陷的辨证总不离正气内虚，火毒炽盛，其属危证。但一般以火陷的邪盛热极，预后较佳；干陷的正虚邪盛，预后次之；而虚陷的阴阳两竭，预后最差。

（九）诊疔疮走黄

疔疮走黄是疔毒走散，毒入血分，内攻脏腑的一种急性危重证候，相当于败血症。

诊断依据：①多有疔疮病史，尤以颜面疔疮、烂疔、疫疔合并走黄者较为多见；②疮顶忽然陷黑无脓。肿势散漫，迅速向周围扩散，边界不清，皮色由燉红转为暗红；③全身中毒症状明显，寒战，高热，头痛，胸闷，烦躁，四肢疲软无力；或恶心呕吐，口渴喜饮，腹胀便秘或腹泻；或咳嗽气喘，胁痛，咳血；病情严重者，更有神志昏迷，谵语或发痉、发厥等症状；④皮肤可见瘀斑、瘀点、风团块、黄疸等；⑤血化验检查、脓液涂片检查、脓液细菌培养、血液细菌培养，以及对于胁痛咳血者进行胸部X结检查等，对疔疮走黄诊断帮助颇大。

疔疮走黄辨证依据重在全身表现，常见证型为气营两燔、毒入血

分等。

（十）诊流痰

流痰是因先天不足，后天失调，骨骼空虚，风寒湿痰之邪乘隙而入，流注于筋骨关节，以脓肿旁流和溃后脓液中伴败絮状痰样物为特征的疾病。又称骨痨或穿骨流注。相当于骨与关节结核。

诊断依据：①起病缓慢。初起仅感病变关节略有疼痛，皮色不变，活动不利，动则疼痛加剧，数月或经年以后，可有寒性脓肿出现，脓肿溃后，脓水稀薄，夹有败絮状物，不易收口；②早期全身症状不明显，中、后期出现低热，颧红，纳呆，盗汗，消瘦，精神疲乏，脉细数等虚弱症状；③发病部位以脊椎最多，其次是髋、膝关节，常见关节病变特征为：病在颈椎，患者常以手托下颌呈颈缩俯形，脓肿多出现在颈部；胸椎脊骨外突，行走时常以两手支持腰胁，脓肿多出现于肾俞穴附近；腰椎脊骨突出，腰部强直，俯仰不利，拾物试验阳性，脓肿多出现于小腹、胯间或大腿内侧；髋关节肿胀、强直，活动受限，患肢先长后短，偏向外侧或有反射性关节疼痛，肌肉萎缩，跛行，脓肿多出现于病变关节附近；膝关节肿胀、强直，活动受限，大、小腿肌肉萎缩，形如鹤膝，脓肿多出现于病变关节附近；④好发于儿童及青少年，病者及家属可有肺痨病史；⑤活动期血沉明显增快，结核菌素试验呈强阳性；⑥X线摄片：早期显示骨质疏松、脱钙，甚至部分破坏模糊，稍晚可见死骨游离，死骨吸收后可见骨空洞，晚期关节间隙狭窄或消失，呈畸形；⑦脓液培养可有结核杆菌生长。本病应与附骨疽、骨瘤、流注等疾病相鉴别。

对本病的辨证，在抓住其本虚的同时，应明辨其兼夹的不同标实之症。常见证型为阳虚痰凝、阴虚内热、肝肾亏损、气血两虚等。

（十一）诊瘰疬

瘰疬是因肝气郁结化火，灼津为痰结于颈项，以结核累累成串，溃后脓出清稀，疮口经久不愈为特征的疾病。相当于颈部淋巴结核。

诊断依据：①初起颈部一侧或两侧有单个或多个核状肿块，推之可移，皮色不变，亦不疼痛，病情发展，核块与皮肤粘连，有轻度疼痛；②化脓时皮色转为暗红，肿块变软，脓肿破溃后脓液稀薄，夹有败絮

样物，疮口潜行，久不愈合，可形成窦道；③可有肺痨病史或肺痨病接触史，多发于青壮年及儿童；④结核菌素试验强阳性，血沉降率增快，病理活检可助诊断。本病须与颈痈、肉瘤等疾病相鉴别。

本病辨证痰凝为标，肺肾阴亏为本，常见证型为肝郁痰凝型、阴虚火旺型、气血两虚型等。

二、瘿病诊法

瘿是发生于颈部喉结处的疾病。因其如缨络之状而得名。本病的发病与地方水土有关，或忧思郁怒，肝郁不舒，脾失健运，致气滞痰凝而成。症见颈前生长肿物，色红而高突，或蒂小而下垂，多指甲状腺肿大一类疾患。

（一）诊瘿痈

瘿痈是内有郁火，外感风热邪毒，结于瘿囊，以喉结两旁结块肿硬疼痛为主症的疾病。相当于急性甲状腺炎。

诊断依据：①突然发病，颈前一侧或两侧结块疼痛，随吞咽上下活动，皮色不变，按之疼痛，其痛可牵及耳后枕部，活动及吞咽时加重；②严重者可伴有声音嘶哑，气促，吞咽困难，溃破后脓出臭秽；③发病前常有口腔、咽喉及颈部等化脓性感染病史，炎症一般发生在甲状腺原有结节或囊肿内；④急性期血白细胞总数及中性粒细胞增高，甲状腺超声波检查有助于诊断。

对本病辨证，应根据局部表现及全身症状，以别风、热、痰、气之不同及兼夹症状。常见证型为风热痰凝、气滞痰凝等。

（二）诊气瘿

气瘿是发生于颈前结喉两侧，呈弥漫性肿大，边界不清，皮色如常，按之柔软，偶有结肿的非化脓性疾病。俗称大脖子，相当于单纯性甲状腺肿。

诊断依据：①多流行于山区或高原地带，平原地区亦有发病者，好发于青年女性，尤以怀孕期及哺乳期更为多发，但在流行地区则多发于学龄儿童；②初起颈部一侧或两侧弥漫性肿大，自后肿块日渐增大，边界不清，皮色如常，多无疼痛，按之软绵，若肿胀过大，可呈下垂

状，但终不溃破，且肿胀常随喜怒而消长；③若肿胀向四周发展，可引起呼吸不利，发音嘶哑等；④在流行地区，除颈部弥漫性肿大外，可伴有一个或数个大小不等的结节，且随吞咽动作上下移动。

本病辨证要点为肝气郁结，气机郁滞。常见证型为肝气郁结证。

（三）诊肉瘿

肉瘿是因情志内伤，痰浊凝结，聚而成块，发于结喉两旁，随吞咽而上下移动的一种良性肿瘤。相当于甲状腺瘤或甲状腺囊肿。

诊断依据：①结喉正中附近有肿块，呈圆形，表面光滑，随吞咽上下移动，无疼痛和压痛，并发出血时，肿块可迅速增大，伴有胀痛；②肿块增大时，可有呼吸困难，吞咽困难，声音嘶哑等压迫症状；③本病多见于青中年妇女；④超声波检查及同位素扫描有助诊断；⑤血清T_3、T_4及促甲状腺素检查可了解甲状腺功能。

本病辨证重在辨其虚实及痰凝之有无。常见证型为气滞痰凝、气阴两虚等。

（四）诊石瘿

石瘿是甲状腺疾病中较少见的一种恶性肿瘤。相当于甲状腺癌。

诊断依据：①多发于40～70岁的女性，既往多有肉瘿病史；②常为多年存在于颈部的肿块疼痛、增大，质地变硬如石，表面凹凸不平，随吞咽动作的移动性减少，或推之不移，自觉肿块疼痛，局部压痛明显；③严重时疼痛牵引至耳枕、肩部等处，并可伴有呼吸、吞咽困难，声音嘶哑等，同位素^{131}碘扫描对本病诊断帮助意义较大。

本病辨证常见证型为气滞痰凝、瘀毒内阻等。

三、乳房病诊法

乳房病是外科常见病，多发病，尤以妇女为多见。乳房病多因外邪侵袭，肝气郁结，胃热壅滞，冲任失调，肝胃不和，心脾受损，痰浊凝聚，瘀血阻络，乳汁蓄积不畅等，影响乳房局部而发生病变。

（一）诊乳头破碎

乳头破碎是以乳头破碎裂开、疼痛为主症的一种乳疾。又称乳头皲裂、奶头风，俗称乳癣。

诊断依据：①多发于素为乳头内缩或乳头过短的哺乳期妇女，发病部位为乳头及乳颈部；②乳头破碎裂开，痛如刀割，尤其有小儿吮乳时疼痛更甚，揩之出血，或流粘水，并结黄痂；③亦有乳晕四周皮肤干燥皲裂，奇痒难忍，愈后容易复发者；④常因疼痛，怕给乳儿吮吸，以致乳汁壅滞，最易继发外吹乳痈；⑤在哺乳期不易治愈，愈后容易复发，待断乳后则易治愈。本病诊断时应与乳岩相鉴别。

本病常见证型为肝失疏泄、肝经湿热蕴结。

(二)诊外吹乳痈

外吹乳痈是指发于哺乳期妇女，以乳房部结块肿胀疼痛，溃后脓出稠厚为特征的乳房急性化脓性疾病，相当于哺乳期急性乳腺炎。

诊断依据：①初起乳房内有疼痛性肿块，皮肤不红或微红，排乳不畅，可有乳头破裂糜烂；化脓时乳房肿痛加重，肿块变软，有应指感；溃破或切开引流后，肿痛减轻；如脓液流出不畅，肿痛不消，可有"传囊"之变；溃后不收口，渗流乳汁或脓液，可形成乳漏；②多有恶寒发热，头痛，周身不适等症；③患侧腋下可有胬核肿大疼痛；④多发于产后未满月的哺乳妇女，尤以初产妇女最为多见；发病部位大多在乳房外上方，且常为单发；⑤血白细胞总数及中性粒细胞增高。

本病常见证型为气滞热壅、热毒炽盛、正虚邪恋。

(三)诊内吹乳痈

内吹乳痈是指发于妊娠期妇女乳房部的急性化脓性疾病。相当于妊娠期急性乳腺炎。

诊断依据：①多见于妊娠 6～7 个月的孕妇；②初起乳房部结块肿痛，皮色不变，日后逐渐皮色转红，化脓而溃，溃后流出黄稠脓液，初起至成脓约 1 月左右；③可伴有形寒发热，头痛骨楚等全身症状；④本病不易消散，溃后往往须待产后才能收口。

本病辨证可参照外吹乳痈。辨证时还需注意胎气上冲，结于阳明。

(四)诊乳疽

乳疽是乳房深部的化脓性感染疾病。相当于乳房后位脓肿。

诊断依据：①哺乳期妇女多发；②初起乳房结块，坚硬微痛，皮色

不变，渐渐肿大，形寒身热，或微有寒热；③成脓比乳痈缓慢，多需1月左右才溃脓，局部波动感不易触及，往往需要根据上述临床表现施行穿刺抽脓确诊；④溃后流脓色黄，先稠后稀，其溃孔较深，容易损及乳络，形成乳漏。

本病辨证可参照乳痈。其常见证型为肝气郁结、胃热蕴蒸、气血凝滞。

（五）诊乳发

乳发是发生于乳房部肌皮之间，容易腐烂坏死的急性化脓性感染性乳房疾病。相当于乳房部蜂窝组织炎或乳房坏疽。

诊断依据：①多见于平时不注意卫生的哺乳期妇女；②初起乳房部皮肤焮红漫肿，疼痛剧烈，毛孔深陷，2～3日后皮肤湿烂，随即焦黑腐溃，或中软不溃；③初起即有形寒身热，骨节疲楚，不思纳食，大便秘结等全身症状，且患侧腋下常有臂核肿痛；④治疗适当，则腐脱新生，热退肿消，约1月左右痊愈；若损伤乳络，则可转为乳漏。

本病辨证要点为产后百脉空虚，湿热火毒结于乳房，湿火相兼，蚀皮腐肉。

（六）诊乳痨

乳痨是指乳房部的结核性疾病，以乳房结块不痛，数月后肿块化脓，脓出稀薄，疮口不易收敛为特征，又名乳疬。相当于乳房结核。

诊断依据：①发病缓慢，乳房偏上方有一个或数个结块，皮色不变，推之可动；②化脓时结块增大，与表皮粘连，色转暗红，有轻微波动感，轻度触痛，腋下淋巴结常见肿大；③溃后脓出稀薄，并夹有败絮样物，可形成漏管，愈合缓慢，有时可串延胸胁、腋下；④好发于20～40岁已婚素体虚弱的妇女，尤以妊娠期和哺乳期发病率高；⑤初起全身症状不明显，日久可出现神疲纳呆、潮热、盗汗、消瘦、颧红等症状；⑥血沉增快，脓液涂片可找到结核杆菌，脓液培养有结核杆菌生长。必要时作病理活检。

本病辨证以正虚为本，痰结为标。早期硬结者，多为气滞痰凝；而后期破溃者，多为阴虚痰热。对本病辨证，一定要结合全身症状，尤其是素体瘦弱，有结核病史者，对本病确诊意义颇大。

(七)诊乳疬

乳疬是因痰瘀凝结而发生在乳晕部的扁圆形肿块。相当于乳房异常发育症。

诊断依据:①乳房单侧或双侧,对称或不对称增大;在乳晕后方有一扁圆形肿块,韧硬,境界清楚,与皮肤及深部组织不粘连,伴有触痛;少数患者乳房增大隆起,而无明显肿块;②多发于女子青春发育期,偶发于青春发育期男子或中老年男子,男性青春发育期者,持续数月可自行消散;③如单侧乳房肿块,坚硬而不规则者,应作病理活检以排除乳癌;④排除慢性肝炎、肝硬化、长期服雌性激素、异烟肼、毛地黄等引起的乳房异常发育。

本病辨证常见证型为肝气郁结、肾气亏虚等。

(八)诊乳癖

乳癖是由情志内伤,冲任失调,痰瘀凝结于乳房,以乳房肿块、疼痛与月经周期相关为特征的疾病。相当于乳腺增生病。

诊断依据:①多数在乳房外上象限有一扁平肿块,扪之有豆粒大小韧硬结节,可有触痛,肿块边界欠清,与周围组织不粘连;②乳房可有胀痛,每随喜怒而消长,常在月经前加重,月经后缓解;③有时乳头可见有少量棕褐色分泌物流出;④多见于 20～40 岁妇女;⑤钼钯 X 线乳房摄片、冷光源强光照射、液晶热图像等检查有助诊断。必要时作组织病理学检查。

对本病辨证,应结合全身症状以分清虚实。常见证型为肝郁痰凝、肝肾亏虚等。

(九)诊粉刺性乳痈

粉刺性乳痈是由肝郁化热,肉腐化脓而成,以乳晕或乳房部出现肿块,溃后形成瘘管,与乳头相通,经久反复不愈为特征的疾病。相当于浆细胞性乳腺炎或导管扩张症。

诊断依据:①发病以一侧乳晕部较为多见,亦有双侧同时发病,患者常伴有乳头内缩史,在凹陷的乳头内可有带臭味的渣样物质分泌,少数病人伴有乳头溢液,呈血性或水样;②乳晕旁有结块疼痛,皮色微红,约 7～10 天成脓,溃后脓液带有臭气,久不收口,或愈合后又

复发；化脓时有发热、头痛；③反复发作，可致疤痕形成，在乳晕部出现僵硬之肿块，且与皮肤粘连；④溃后久不收口，形成乳漏，其特征是用球头银丝从疮孔中探入，可从乳头中穿出；⑤多发于非哺乳期20～40岁妇女；⑥钼钯X线摄片，乳晕导管造影，或作乳头溢液涂片检查，有助诊断。本病须与乳癌相鉴别。

本病辨证总由热毒所致，常见证型为热毒蕴结、余毒未清等。

（十）诊乳漏

发生于乳房部的瘘管称为乳漏。

诊断依据：①发生于乳房和乳晕两个部位，且以前者为多；②乳房部乳漏，发病前有乳痈、乳疽、乳痰破溃或切开病史；创口经久不愈，常流出乳汁及脓血，创面肉芽不鲜，多有浸淫水肿；其中乳痰破溃成漏者，其创面多为凹陷，周围皮肤紫暗，脓水清稀并夹有败絮样物质；③乳晕部乳漏又名乳头漏，多发于非哺乳期的20～40岁妇女，亦可偶发于男子；初起乳晕部有一小结节，质软，继之皮肤微红，局部疼痛，数日内溃破流脓，脓汁臭秽量少，内含豆腐渣样物质；同时腋下淋巴结可肿大压痛；乳头部可有白色膏状物排出，部分病人可有乳头溢脓史；乳晕部漏口可久不收口，或暂时假性愈合，数周或数月后又感染破溃；④球头银丝探查、漏管造影检查、活体组织病理检查等对本病诊断有帮助。

本病多由气血虚衰，乳络失疏所致，气血不足为常见证型。

（十一）诊乳衄

乳衄是以乳窍溢出血性液体，在乳头或乳晕部可摸及肿块为特征的病症。本症多见于乳腺导管乳头状瘤及乳腺导管乳头状癌。

诊断依据：①乳头经常有血性分泌物溢出；②可在乳头根部触及肿块，可移动，不与皮肤粘连，挤压乳头时可见血性分泌物；③本病多发于中老年妇女；④乳头分泌物涂片作细胞学检查，乳腺导管造影，可帮助诊断。

对本病辨证，重在辨别其虚实及火之有无。常见证型为肝郁火旺、脾虚血亏等。

(十二)诊乳核

乳核是由痰瘀凝结于乳房,以肿块表现光滑,质地坚硬,边界清楚,推之活动不痛,且与月经周期无关为特征的疾病。相当于乳腺纤维腺瘤。

诊断依据:①多发生于一侧乳房,肿块多为单发,以乳房外上象限为多见;②肿块呈卵圆形,大小不一,质地坚硬,表面光滑,境界清楚,活动度大,不与周围组织粘连,无疼痛和触痛;生长缓慢,不化脓溃烂,与月经周期无关;③好发于青少年女性;④钼钯 X 线摄片,红外线热图像等检查,可帮助诊断。必要时作病理检查。

对本病辨证,重在辨别气、瘀、痰之不同。常见证型为肝气郁结、血瘀痰凝。

四、瘤病诊法

瘤是生于脏腑组织间的赘生物,随处可生。多因七情劳欲,复感外邪,脏腑失调,聚瘀生痰,随气留滞凝结而成。症见体表出现肿物,界线分明,色白而肿痛,有的可破溃化脓,病程慢长。

(一)诊气瘤

气瘤是生于皮肤间的多发性良性肿瘤。相当于皮肤神经纤维瘤。

诊断依据:①好发于躯干部位,也见于面部及四肢;②瘤体高出皮肤,数目不等,大小不一,可呈串珠状排列,少则一个或几个,多则成十上百;小者如豆粒,大者若鸡卵甚至更大;③多无疼痛及其他自觉症状,赘瘤质地柔软,按之凹陷,放手后又弹起;④另一种为先发生大小不等褐黄色斑片,而后再生赘瘤,但色素斑与赘瘤所发生的部位一定统一;还有一种瘤体头大蒂小呈悬垂状。

本病常见有肺气郁滞、气结痰凝等证候。

(二)诊肉瘤

肉瘤是发生于皮肤间的肿核,为一种良性肿瘤。相当于脂肪瘤。

诊断依据:①好发于颈部、背部、肩胛部及前臂等处,多数为单发,少数为多发;②肿块大小不一,呈扁圆形或圆形,边界不清,表面皮色不变,质地柔软,触之不痛,而有假性波动感,典型者用手捏紧肿

物，表面可出现分叶状；③肿块生长缓慢，有少数巨大型者，因肿块过大而悬垂于体表；④另一种肿物较小，大如板栗，边界清楚，质地较硬，按之疼痛，大多为多发性，则称之为血管脂肪瘤；⑤另有一种多发性者，与遗传有关，称之为家族性脂肪瘤；⑥若肿物发生在颈部，且多为老年人，呈弥漫性，可发展至肌肉间，质地较坚实，可使整个颈部、枕部，乃至上臂部布满肿物，以致颈部活动受限，甚至影响呼吸，则称之为肥颈病。

本病常见有痰湿内生、气血凝滞等型。

（三）诊筋瘤

筋瘤是指体表静脉曲张交错而形成团块状的一种疾病。相当于下肢静脉曲张。

诊断依据：①多见于经久站立工作者或孕妇，以双小腿多发；②青筋盘曲为条索状，色带青紫，甚则形如蚯蚓；③自觉下肢觉重作胀；④容易碰破，破后流出大量瘀血；⑤易并发臁疮、湿疮等。

本病辨证要点为瘀阻络道，湿邪停聚。常见证型为气滞血瘀、筋聚络阻、脾虚湿阻、湿热下注等。

（四）诊骨瘤

骨瘤是发生于骨组织的肿瘤。相当于骨肉瘤，属骨骼系统恶性肿瘤。

诊断依据：①多见于 10～25 岁的青少年，好发于肩关节下方、膝关节下方等处长骨的干骺端；②初起局部隐隐作痛，继则掣痛难忍，入夜更甚；③肿瘤生长迅速，局部肿块坚硬如石，疙瘩突起，紧贴于骨，推之不动，皮色紫褐，表面青筋怒张，肿块始终不会化脓；④体温略增高，睡眠不佳，食欲不振，迅速形瘦神疲，并很快经血液循环转移到肺或其他脏器；⑤X 线片检查、化验室检查、病理学检查等对本病诊断有帮助。诊断时应与膝关节流痰、附骨疽等疾病相鉴别。

本病辨证初起多为寒凝痰结、瘀毒内阻，后期常属瘀毒阻滞、肾精亏虚。

（五）诊脂瘤

脂瘤是发生于皮肤间的圆形肿块。又名粉瘿瘤，俗称豆腐渣瘤。

相当于皮脂腺囊肿。

诊断依据：①常发于头面、项背、臀部等处；②肿块大小不等，小似豆粒，大如柑橘、鸡蛋，界限明显，形圆质软，多半埋藏于肌肤之间，与深部组织不粘连，但与皮肤有粘连，可以推动，肿物顶端有一口，皮肤略凹陷，而成一个小坑，微带黑色，用力挤压，有豆腐渣样物质溢出，且有臭气；③肿物生长缓慢，可终年存在，一般无自觉症状，染毒时则燉红肿痛，引起化脓；④切开时瘤有包囊，内容物为豆腐渣样物质。本病染毒时，应与有头疽相鉴别。

本病常为津液阻滞、湿痰凝聚所致。

（六）诊上石疽

上石疽是发生于耳下颈项间的肿块，包括慢性腮腺炎、急性化脓性淋巴结炎所形成的迁延性炎症以及腮腺混合瘤等耳下、颈部多种性质的疾病。

诊断依据：①生于颈项两旁，或左或右，或多发或单发；②一种是初起结块，形如桃李，坚硬如石，不红不热，牵筋疼痛而无寒热，日后逐渐增大；如不消散，约4～6月后局部疼痛加剧，肿块中央透红变软，溃后流出白脓；③另一种为初起结肿，形如桃李，坚硬不痛，不红不热，肿块逐渐增大，缠绵经年，终不溃破，亦难以缩小和消散。本病诊断时，应与颈痈、失荣、瘰疬等疾病相鉴别。

本病常以肝气郁结、痰凝血瘀证为多见。

五、岩病诊法

岩，即癌。是指生于体表的恶性肿瘤。其症肿块凹凸不平，边缘不齐，坚硬不移，形如岩石，溃后血水淋漓，臭秽难闻，不易敛口。本病发无定处，多以生长部位或症状命名。

（一）诊乳岩

乳岩是气滞痰瘀互结，以致乳房部结块，质地坚硬，高低不平，病久肿块溃烂，脓血污秽恶臭，疼痛日增，后期可有病灶转移的疾病。此病即乳腺癌。

诊断依据：①多发于45～60岁的女性，尤以未婚或婚后未曾生

育者多见；②初期：乳房内有一个肿块，多见于外上方，质地坚硬，表面高低不平，逐渐长大；③中期：经年累月，始觉有不同程度的疼痛，肿块形如堆栗或覆碗，与周围组织粘连，皮核相亲，推之不动，皮肤呈"橘皮样"样变，乳头内缩或抬高；若皮色紫褐，上布血丝，为即将溃烂；④后期：溃后岩肿愈坚，疮口边缘不齐；有的中间凹陷很深，如岩穴；有的高突，状如翻花，常流臭秽血水，患侧上肢肿胀；⑤可在患侧腋下、缺盆上下凹处触到质地坚硬的肿块，或转移至内脏及骨骼；⑥初起多无全身症状，病久可出现发热，神疲，心烦不寐，形体消瘦等症；⑦钼钯X线乳房摄片、液晶热图像检查、乳头血性分泌物细胞学检查有助诊断。必要时用组织病理检查。本病须与乳癖、乳痨等疾病相鉴别。

本病辨证重在分清气、痰、虚、毒之不同。常见证型为肝郁痰凝、冲任失调、正虚毒炽等。

(二)诊肾岩

肾岩是生于阴茎头部的岩肿。又名肾岩翻花，俗称翻花下疳。相当于阴茎癌。

诊断依据：①40～60岁多发，且与包皮过长和包茎有密切关系；②初期：在阴茎冠状沟附近，生一硬结如豆肉状，或皮肤粘膜潮湿暗红，灼热作痒，或滋水渗出，但多无痛感；③中期：患处疼痛明显，阴茎肿胀，豆肉增大，状如翻花石榴；④后期：龟头破烂，凹凸不平，触之易出血，气味异臭，痛苦不堪，有时突然鲜血如注；胯腹部可触及肿块，坚硬如石，根脚不活，甚至大腿漫肿胀大，皮色褐红，状如丹毒；⑤随着病情发展，可伴有饮食无味，形瘦神疲，体力不足等全身症状。诊断时应与杨梅下疳等相鉴别。

本病辨证，初期为肝气郁结，痰浊积聚；中期为阴虚火炽；后期为气血不足。

(三)诊失荣

失荣是发生于颈部的恶性肿瘤，因病之后期，病者面容消瘦，状如树木失去荣华，故而得名。相当于颈部淋巴结恶性肿瘤，且多为继发性者。

诊断依据：①多发于40岁以上的男性，且多有鼻咽、口腔等岩肿病史，但亦有原发病灶不明者；②常发生于颈部及耳之前后；③初期：肿块形如堆栗，顶突根深，按之坚硬如石，推之不动，不红不热，无痛，也无全身症状；④中期：约经半年一载，肿块逐渐增大，始觉隐隐疼痛；或因继发感染，肿块突然增大，但不久又缩小至原来情况；⑤后期：破溃流出臭血水，坚硬更甚，疮口高低不平，形如湖石岩穴，疼痛剧烈，彻心引脑，常因烂断血管，出血如注；⑥随着病情发展，可伴发热，形瘦色萎，心神不宁等全身症状，或者伴有鼻窍出血，患侧视力模糊，耳窍失聪，声音嘶哑，吞咽困难等。活体组织病理检查对本病诊断意义颇大。诊断时应与瘰疬相鉴别。

本病辨证，初期多为气郁血逆，痰火凝结；中期多为气血并损；后期乃为气血衰竭。

六、内痈诊法

内痈，指发于脏腑或胸腹腔内的痈肿。因发病部位不同而有不同之病名。

（一）诊肝痈

肝痈是肝叶生疮形成的脓疡。相当于肝脓疡。临床有细菌性肝脓疡与阿米巴肝脓疡之分，此仅指细菌性肝脓疡。

诊断依据：①多发于青壮年男子，发病前常有胆道、肠道或呼吸道感染病史；②起病急骤，初起右上腹部隐隐作痛，继而胀痛，不得转侧，局部拒按，按则痛剧，甚至呼吸不利，多伴有恶寒发热等全身症状；③随后右上腹部胀痛增剧，胁肋膨胀，有轻重不同程度的腹皮挛急，肝脏肿大，局部肿块皮色或白或紫红，若肿块中软，为内已成脓；全身症状亦随之加剧，但热不寒，口渴引饮，时时汗出，或出现黄疸、呕血、便血等；④溃脓后右上腹部隐痛或刺痛，脓疡向外破溃者，右上腹部疮口流出黄白色脓液而带臭秽；向内破溃者，或咳吐脓血，或便下脓血，剧烈腹痛，多伴虚脱证候，乃为重险之候；若溃后病势已去，全身症状有低热，口干，消瘦神疲，或微咳少痰等；⑤实验室检查、X线检查、超声波检查、同位素扫描、肝脏穿刺、肝功能检查等对本病诊

断有帮助。

本病常见证型为肝郁胆热、火毒蕴盛、正虚毒恋等。

(二)诊肠痈

肠痈是败血浊气壅遏于阑门，以转移性右下腹痛为主症的肠道痈肿。相当于急性化脓性尾炎。

诊断依据：①转移性右下腹痛，持续性胀痛，阵发性加剧；②可伴发热，恶心呕吐，便秘或腹泻；③右下腹固定压痛，重者可有反跳痛，腹肌紧张，腰大肌试验阳性，结肠充气试验阳性，肛门指检，直肠前壁右上方有触痛；④血白细胞总数及中性粒细胞增高。本病应与右肺下叶大叶性肺炎、急性胃肠炎、宫外孕破裂等疾病相鉴别。

对本病辨证，应分清气滞、血瘀、热毒之不同，常见证型有气滞血瘀、瘀滞化热、热毒炽盛等。亦有将本病分为瘀滞型、成脓型、脓肿型、破溃型等者。

七、腹壁漏管诊法

腹壁漏管是腹壁与深部组织或体腔的病理性通道。包括腹壁窦道和瘘管。

诊断依据：①发病前多有腹部手术史；②腹壁局部有一小疮口，疮口周围皮肤多糜烂，自觉瘙痒或疼痛；③与内脏相通者(瘘管)，可从疮口排出胃液、胆汁、粪便、尿液等，并伴有形体消瘦，精神萎顿等全身症状；不与内脏相通者(窦道)，可从疮口流出脓性分泌物，或有丝线随脓流出；有时漏口封闭，可引起局部红、肿、热、痛，或伴寒热等全身症状；④球头银丝探查、X线窦道造影等对本病诊断有帮助。

本病多属虚证，亦有虚中夹实者。

八、外阴病诊法

外阴部位的外科疾患，包括阴茎、阴囊的肿疡病及女性外阴病证。

(一)诊疝气

有块冲击作痛者称为疝气，实指肠道的一段突出于腹壁、腹股

沟，可从腹腔进入阴囊的一种疾病。

诊断依据：①多见于小儿和老年人，大多发生在胯腹部，其次为脐部，股部者少见；②患处有肿物突起，按之柔软，嘱患者咳嗽时，按肿物有冲击感，卧则肿物入腹，立则复出；③肿物日渐增大，甚至患侧阴囊亦同时肿胀下坠，以致于行走不便；④有的平卧或用手推送时肿物可以还纳，或部分还纳而肿物见小；⑤当嵌闭和绞窄时，肿物不能回复，且患咳嗽时用手按肿物亦无冲击感，局部紧张，压痛明显，并伴恶心呕吐，少腹剧痛，二便不通，或肢冷汗出等。

本病辨证常见证型为气滞寒凝、气虚下陷等。

（二）诊水疝

水疝是指水湿内停于肾子（睾丸）及子系（精索），以阴囊下垂肿大或子系处有痰包为特征的疾病。相当于睾丸鞘膜积液及精索囊肿。

诊断依据：①多为单侧性阴囊肿大，逐渐增大，伴阴囊下坠感；②睾丸鞘膜积液者阴囊肿大如卵圆形，表面光滑有波动感，与阴囊皮肤不粘连，睾丸及附睾不易摸到；③精索囊肿在精索上扪及囊性肿块；④先天性水疝，多为交通性鞘膜积液，在卧位或推压阴囊，肿块可逐渐缩小或完全消失，站立后又可出现，多见于婴幼儿；⑤继发性水疝，常有外伤、感染、血丝虫等病史，一般发病较急，肿块不因体位变动而有所改变；⑥透光试验阳性，如有血性液体、乳糜及反复感染时可为阴性。穿刺可抽到液体。

对本病辨证，除辨清虚实外，当明辨湿热、寒湿、瘀血之不同。常见证型为肾气亏虚、湿热下注、肾虚寒湿、瘀血阻络等。

（三）诊子痈

子痈是由湿热下注厥阴之络，致气血凝滞而成，以阴囊胀痛下垂，睾丸肿胀疼痛为特征的疾病。相当于急性附睾炎，慢性附睾炎与急性睾丸炎。

1. 急性子痈

诊断依据：①起病急骤，初起仅感一侧睾丸或附睾胀痛和下坠感，迅速出现肿胀和疼痛；②波及子系时，子系呈条索状肿硬疼痛，波及阴囊时，阻囊红肿灼热；③化脓时阴囊皮肤紧张光亮，睾丸或附睾

肿大，压痛明显；④伴有恶寒发热，头痛，口渴，恶心，小便短赤，或有小便刺痛，痛引少腹等症状；⑤血白细胞总数及中性粒细胞增高。

2. **慢性子痈**：

诊断依据：①多有急性子痈病史，或开始即为慢性，可有急性发作；②附睾硬结，子系亦可同时粗肿，有不同程度的疼痛，或重坠感；③本病无阴囊壁粘连，与窦道、输精管也不呈串珠状，可与子痰区别。

对本病的辨证，首先当分清急性与慢性；其次，应分清病邪之湿、热、痰、毒、寒之不同。常见证型急性子痈为湿热不注、瘟毒下注；慢性子痈为气滞痰凝、阳虚寒凝。

（四）诊子痰

子痰是由痰湿入络，凝于肾子，以附睾肿大，硬结触痛，溃后流脓清稀，形成瘘管为特征的疾病。相当于附睾结核。

诊断依据：①肾子痰胀隐痛，附睾有不规则硬结，局限于尾部或全部，并可蔓延到睾丸，子系增粗，或有串珠结节；②数月或数年后，硬结与阴囊粘连，皮色暗红，形成脓肿；③溃后脓出稀薄，夹有败絮样物，疮口凹陷，形成瘘管，经久不愈；④本病多见于 20～35 岁青壮年；⑤血白细胞总数及中性粒细胞正常，淋巴细胞增多，血沉增快；⑥脓液涂片可找到结核杆菌或脓液培养有结核杆菌生长。

本病辨证以痰为主，应辨明阳虚与阴虚之不同。一般分为湿痰凝结、阴虚内热、阳虚痰凝等证型。

（五）诊囊痈

囊痈是发生于阴囊处的急性化脓性疾病。又称肾囊痈。

诊断依据：①阴囊一侧肿大而睾丸不肿大；②初起囊皮红肿，炽热疼痛；继则肿胀增大，皮肤紧张光亮，形如瓠状，自感阴囊坠重，疼痛加剧，且多伴口干饮冷，小便赤涩等全身症状；③溃后肿痛均减，脓出黄稠者疮口易敛；脓出稀薄，且疼痛不减者，收口较慢。本病诊断时应与急性子痈、疝气等疾病相鉴别。

本病辨证初期多为肝肾湿热，蕴结肾囊；溃后收口缓慢者多属肝肾阴亏，热毒未解。

(六)诊脱囊

脱囊是发于阴囊部的急性坏死性疾病。又名阴囊毒、囊发、囊脱、脱壳囊痈等。相当于特发性阴囊坏疽。

诊断依据:①多发于平时不注意卫生的老年人;②初起阴囊皮肤红肿,1～2 天后皮肤湿裂,其色紫黑,继则迅速腐烂,先流出血样污水,随后流脓,最后腐肉大片脱落;③坏死与正常皮肤之间起一裂缝者,为毒邪已趋局限;若腐黑继续蔓延,可使整个囊皮脱尽,睾丸外露,甚至烂及阴茎,损伤尿道而成尿道瘘,有的还可以烂及耻骨,但不损伤睾丸;④大多伴有恶寒发热,便干尿赤等全身症状。

本病辨证,初期多为湿热火毒下注,后期每见气血两亏。

(七)诊精癃

精癃是精室肿大,阻碍膀胱气化,以排尿困难和尿潴留为主症的疾病。相当于前列腺肥大、增生症。

诊断依据:①开始尿频,尤其夜尿次数增多,渐有排尿困难,余溺不尽,严重时可有尿闭或小便失禁;②本病多见于老年男性;③直肠指诊:前列腺体肥大,表面光滑而无结节,边缘清楚,中等硬度而富弹性,中央沟变浅或消失;④B 超检查:前列腺大小测定较正常增大,膀胱残留尿大于 60ml。

对本病的辨证,应依据小便的色、质改变及兼见症,明辨虚实及病之上、中、下焦不同病位。常见证型有肺热失宣、湿热下注、中气下陷、肾阴亏虚、肾阳虚损、气滞血瘀等证。

(八)诊精浊

精浊是因肾虚或湿热瘀滞等病邪下注精室,以会阴坠胀疼痛,尿液常有精液溢出为主症的疾病。相当于前列腺炎。

诊断依据:①小腹、会阴、睾丸部有胀痛不适感,轻度尿频,排尿或大便时尿道可有白色分泌物溢出;②可伴有神疲乏力,头晕,腰疼痛,性欲减退,遗精,早泄,阳痿,不育等证;③以男性中青年多见,常呈慢性经过,多反复发作;④直肠指检:精室肿大有压痛,慢性者亦可缩小;⑤前列腺液镜检:每高倍镜视野白细胞 10 个以上或成堆,卵磷脂小体显著减少或消失。本病须与尿浊相鉴别。

本病辨证常见证型有气滞血瘀、湿热蕴结、阴虚火旺、阴阳两虚、肾阳虚损等。

(九)诊阴肿

阴肿是妇人前阴部阴唇处忽然发生肿痛，继而化脓的一种外科疾病。属妇人阴疮范围，相当于前庭大腺囊肿继发感染。

诊断依据：①初起多为一侧阴唇突然肿痛，极少有两侧同时发病者，继之肿胀高起，形如蚕茧，不易消退，约3～5天可成脓；②容易向大阴唇内侧粘膜处穿破，溃脓多稠厚臭秽，一般7～10天可收口而愈，亦有经常反复出脓而形成漏管者；③当局部症状进展时，可伴形寒发热，口干纳少，大便秘结，小便涩滞等全身症状；若日久不愈，还会出现气血两亏的全身表现。

本病辨证早期为湿热下注，气滞血凝；后期多为气血两亏。

(十)诊阴蚀

阴蚀是指妇女阴户溃烂，不断流黄水或血水的一种疾病。又名阴疮。相当于子宫颈癌等。

诊断依据：①多发于45岁以上妇女，30岁左右偶有发生者；②发病前多有心绪烦扰，经事紊乱，阴内作痒，或赤白带下等病史；③初起阴道内有滴血，或与白带混在一起，气味腥臭；日久阴中溃烂，状如虫蚀，臭水淋漓，或出血不止，痛如锥刺；④后期整个阴器溃烂，胯腹结块坚硬如石，推之不动，或下肢浮肿，形瘦潮热，尿溲如淋；⑤阴道细胞涂片检查、子宫颈组织切片病理检查等对本病诊断有帮助。

本病辨证常见证型有肝经湿热、气虚挟热等。

九、甲疽诊法

甲疽是一种因趾(指)甲嵌入肉内所引起的外伤性疾病。又名嵌甲，俗称嵌爪。相当于嵌拇甲。

诊断依据：①多发于足大趾内侧；②初起甲旁肿胀，微有疼痛，趾(指)甲内嵌；③破烂后胬肉突起，疼痛流水；④合并感染者，局部红肿疼痛，难以行走，脓水浸入整个趾(指)甲之下，须待趾(指)甲脱落或剪除嵌甲之后方能痊愈。

本病辨证要点为气血瘀滞、湿热蕴结。

十、臁疮诊法

臁疮是发生在小腿内外臁部溃烂不易收敛的一种疾病。相当于小腿慢性溃疡。

诊断依据：①多发于经久站立，或有筋瘤病史者，好发于小腿下1/3，踝骨上3寸内臁或外臁部位；②初起多先痒后痛，煨热漫肿，继则破烂，滋水淋漓，形成溃疡；③溃疡大小不等，呈灰白或暗红色，表面或附有黄色脓苔，脓水秽臭难闻；病久溃疡边缘变厚高起，四周皮色黯黑，漫肿或伴有湿疹，收口后容易反复发作；④甚者皮肉脱尽，胫骨外露；⑤极少数缠绵多年不愈，疮口呈菜花状者，为恶变之象。

本病常见证型有湿热下注、脾虚湿盛、气虚血瘀，或正虚毒盛等。

十一、褥疮诊法

褥疮是因久病卧床，气血虚衰，运行不畅，肌肤失养，加之摩擦皮破，染毒而成，以皮肤破溃，疮口经久不愈为特征的疾病。又名席疮。

诊断依据：①好发于尾骶、背脊、肘踝等骨突易受压迫及摩擦部位；②初起皮肤上出现褐色红斑，微肿，继而紫暗水肿，坏死溃烂；③继发染毒时组织坏死迅速，脓水淋漓，相应部位并发臀核疼痛；④多见于昏迷、瘫痪、骨折、大面积烧伤等久病卧床的患者。

本病辨证重在气虚，常见证型有气虚血瘀、蕴毒腐溃、气血两虚等。

十二、周围血管病诊法

周围血管疾病，是指周围血管受累为主的病变。本类病证多与寒冷、劳累、饮食失节、不良情志刺激有关，以正气虚弱为致病基础，以营卫不和，气滞血瘀，经络痹阻，筋脉失养为主要病变机理。

（一）诊脱疽

脱疽是指因正虚寒湿之邪侵袭，致瘀阻脉络，气血不畅，甚或痹阻不通的血管疾病。初起肢冷麻木，后期趾节坏死脱落，黑腐溃烂，疮

口经久不愈。相当于血栓闭塞性脉管炎和闭塞性动脉硬化症。

诊断依据：①多发于下肢一侧或两侧，患者可有受冷冻、潮湿、长期多量吸烟、外伤等病史；②本病多发于20～40岁的男性，闭塞性动脉硬化症则多发于老年人；③初期（功能障碍期），患肢沉重，怕冷，麻木，足趾针刺样疼痛，受凉疼痛加剧，小腿疲麻胀痛，行走时诸症加重，休息后减轻，呈间歇性跛行；疼痛日渐加剧，趺阳脉搏动减弱，多无全身症状；④中期（营养障碍期），疼痛呈持续性，肢端皮肤发凉，抬高患肢则皮肤颜色苍白，下垂时颜色暗红；行走困难，夜寐不安；患趾可有粟米样黄色瘀点，反复出现；趺阳脉搏动微弱或消失；⑤后期（坏疽期），患趾皮色暗红，犹如煮熟的红枣，局部起黄疱渐变黑色，继则发生干性或湿性坏死，疼痛剧烈，彻夜不眠，抱膝而坐；溃烂染毒时，肢端红肿热痛，或伴全身发热等；⑥超声多普勒、血流图、甲皱微循环、动脉造影、X线胸部摄片、血脂血糖等检查，除帮助诊断外，尚可了解血管闭塞部位及程度。本病应与冻疮等疾病相鉴别。

对本病辨证，应根据疾病发展的不同阶段和表现，辨明疾病性质的寒热及虚实演变。常见证型有寒湿阻络、血脉瘀阻、热毒伤阴、湿热毒盛、气血两虚等。

（二）诊青蛇毒

青蛇毒是指湿热之邪外侵，致气血凝滞，脉络滞塞不通，而呈现出局部筋脉肿胀色红，灼热疼痛的疾病。相当于血栓性浅静脉炎。

诊断依据：①多发于下肢的浅表筋脉，尤其是横解之筋脉，其次是上肢和胸腹壁浅表筋脉；②急性期病变筋脉表面红肿热痛，一般局限在一条筋脉，呈索状上下蔓延；游走性者多条筋脉受累及病变呈片块状红肿，并扪及多个结节，皮肤色素沉着；③慢性期病变筋脉呈索条状或结节状肿硬，并与皮肤粘连，表面色素沉着，牵拉时呈沟状，肢体活动时有牵扯感；发于下肢者，可有坠胀隐痛，胫踝浮肿；④患肢常有外伤、感染、静脉给药等病史。

本病辨证总由瘀血所致，故一般分为血热瘀结，瘀阻络脉等证。

（三）诊股肿

股肿是指瘀血阻于阴脉，痹着不通，营血受阻，水津外溢，导致下

肢胀痛，皮色发白，肢体增粗为特征的疾病。相当于下肢血栓性深静脉炎。

诊断依据：①小腿血栓性深静脉炎：腓肠肌疼痛肿胀，有挤压痛，足背屈时疼痛加重，胫足踝水肿；②髂股静脉血栓性静脉炎：起病急、发热，自臀部以下整个下肢水肿疼痛，大腿内侧股三角处有明显触痛，皮肤发白，重则紫绀，皮温增高；慢性期则肿胀减轻，浅静脉扩张充盈，皮肤增厚，小腿可出现色素沉着；③个别病例可因血栓脱落引起肺栓塞，出现胸痛，呼吸困难，咳嗽，咯血，面色紫绀，血压下降，甚至厥脱；④有长期卧床，久坐不动，外伤，产褥，盆腹腔手术，肿瘤或其他血管病史；⑤急性期血白细胞总数增高，静脉血流图、超声多普勒、静脉造影有助诊断。

本病辨证总属血瘀，然当辨别其气之虚、滞及热之有无。常见证型为气滞血瘀、气虚血瘀等。

十三、外伤病诊法

外伤病系指由外界因素（包括机械的、物理的、化学的、生物的因素，直接作用于人体体表而引起肌肤、经络、血脉损伤，甚至导致脏腑机能紊乱的一类疾病。外伤病大多数发病急骤，变化迅速，多属阳证、实证、火热证。病情危重者，预后多不良，如疯犬咬伤即属其例。

（一）诊水火烫伤

水火烫伤是指因热毒之气炽盛，腐烂皮肉，甚者火毒内攻出现不同脏腑兼症的疾病。相当于烧伤。

诊断依据：①有明确的沸水、火焰等损伤史可查；②按三度四级分类法，记录烧伤深度及百分比。Ⅰ度（红斑）：轻度红、肿、热、痛，感觉过敏，不起水泡，表皮干燥。Ⅱ度（水泡）：浅Ⅱ度表现为剧痛，感觉过敏，温度增高，有水泡，基底潮湿，呈均匀红色，水泡明显；深Ⅱ度则感觉迟钝，水泡或有或无，揭去表皮，基底干燥苍白，有小出血点，水肿明显。Ⅲ度（焦痂）：感觉消失，无弹力，坚硬如皮革样，蜡白、焦黄或炭化，干燥后可见皮下筋脉阻塞如树枝状。

本病辨证以火毒为本，应注意辨别火毒损伤正气及内攻脏腑的

不同情况。常见证型为火盛伤阴、火毒炽盛、火毒内攻(包括火毒传心、火毒传肺、火毒传肝、火毒传脾、火毒传肾)、阴损及阳、气血两虚、阴伤胃败等。

(二)诊冻疮

冻疮是指因受寒邪侵袭,气血瘀滞,表现为皮肤紫红麻木刺痛,或局部肌肤坏死,甚者可致全身冻僵的疾病。相当于冻伤。

诊断依据:①有低温环境下停留较长时间的病史;②全身性冻疮:有严重冷冻史;初起时寒战,体温逐渐降低,以后出现头晕欲睡,四肢无力,感觉迟钝,进而神志不清,呼吸变浅,脉象细弱;③局部性冻疮:多发于手、足、鼻尖、耳廓和面颊等身体末梢部位和暴露部位,轻者初起受冻部位皮肤先呈苍白,继则红肿,或有硬结,斑块,边缘红,中央青紫,冷痛,或感麻木,暖热时自觉灼热,瘙痒,胀痛;重者有大小不等的水疱或肿块,皮肤呈灰白或暗红,或转紫色,疼痛剧烈,或局部感觉消失,水疱破后出现糜烂或溃疡,甚则肌肉筋骨坏死;④冻疮一般分三度:Ⅰ度(红斑性冻疮):皮肤从白变成红色,出现明显的红肿,自觉疼痛或作痒;Ⅱ度(水疱性冻疮):早期有红肿,继而出现大小不一的水疱,有不同程度的疼痛;Ⅲ度(坏死性冻疮):轻者在伤后3～7天出现水疱,可延及整个肢体或全身,活动受限制,病变部位呈紫黑色,周围水肿,并有明显疼痛。重者肌肉、骨骼均有冻伤,呈干性坏疽,患部感觉和机能完全丧失。2～3周后,出现冻伤组织与健康组织的分界线,如有染毒腐溃,可呈现湿性坏疽。

对本病辨证,当根据全身及局部表现,以明辨寒、瘀、虚、热之不同及其兼夹转化。常见证型为阴盛阳衰、血虚寒凝、气血两虚、瘀滞化热等。

(三)诊毒蛇咬伤

毒蛇咬伤是被有毒之蛇咬伤,毒液侵入伤口,气血受伤,内攻脏腑而发生的危急重症。

诊断依据:①有毒蛇咬伤史;②咬伤处有牙痕,典型病例有两点大而深的牙痕,其周围可出现血疱、水疱、瘀斑;若伤口被污染或经处理,则牙痕较难辨认;③神经毒(风毒)的毒蛇伤后,局部不红不肿,无

渗出，微痛，所导向淋巴结肿大，触痛；多于伤后1～6小时出现头晕，出汗，胸闷，四肢无力等全身症状，严重者瞳孔散大，视物模糊，语言不清，流涎，牙关紧闭，吞咽困难，昏迷，呼吸微弱，甚或呼吸停止，最终呼吸麻痹而死亡；④血循毒（火毒）的毒蛇咬伤后，伤口剧痛，肿胀，起水疱，或伤口坏死形成溃疡，所属淋巴管、淋巴结炎伴寒战发热，肌肉痠痛，皮下出血，衄血，吐血，便血，尿血，黄疸等全身症状；严重者可出现循环衰竭，休克；⑤混合毒的毒蛇咬伤后，伤口立即疼痛，且逐渐加重，有麻木感，伤口周围皮肤迅速红肿，可扩展整个肢体，常有水疱，或伤口迅速变黑坏死，形成溃疡；所导向淋巴结肿大触痛，伴头晕头痛，寒战发热，恶心呕吐，肌肉痠痛，四肢无力，瞳孔缩小，肝大，黄疸；严重者出现心功能衰竭，呼吸停止。

本病辨证常见证型为风毒证、火毒证、风火毒证等。

（四）诊破伤风

破伤风是由破伤感受风毒之邪，引起以全身和局部肌肉强直性和阵发性痉挛为特征的疾病。

诊断依据：①发病前有皮肉破损史，如开放性损伤，产褥破伤，脐带剪伤，手术创伤等，或有外伤破损史；②潜伏期一般为7～14天，亦有短至24小时，长达数月者；③起病时先有形寒，烦躁不安，下颌微感紧张，咀嚼稍有困难，颈项部轻度强硬；继之，不能张口，牙关紧闭，呈苦笑面容，颈项强直，甚至角弓反张，或腹部强硬如板状，或大便秘结，小便不通；④阵发性抽搐，可为自发性，亦可因声光刺激而引起，开始时发作仅数秒钟，尔后时间延长，发作频繁；⑤或伴发热，但神志始终清楚，严重者可见大汗淋漓，呼吸、说话、吞咽俱感困难，面色青紫，可致死亡；⑥创口渗出物涂片检查对本病诊断有帮助。诊断时应与疯犬咬伤等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型为风毒在表、风毒入里等。

（五）诊疯犬咬伤

疯犬咬伤是由疯犬咬伤，毒邪内侵，引起以恐惧、惊狂为特征的疾病，又称“狂犬病”、“恐水病”。

诊断依据：①发病前有疯犬咬伤史，潜伏期一般在3个月以内，

亦有仅为10～15天，或长达5年之久者；②初起精神萎靡，微热头痛，失眠，恶心，继则出现恐惧感，小便涩痛如淋，原被疯犬咬伤且已愈合的创口痛、痒、麻木；③随后发狂，对风、声、光特为敏感，闻锣声则惊，轻微刺激即引起抽搐，烦躁，多为口渴不能饮水，闻水声，或谈到饮水，都能引起咽喉痉挛，故又有称本病为恐水病者；④或见肢体麻木，流涎淋漓，体温上升等，或惊厥时因呼吸或循环衰竭而突然死亡；⑤若进入麻痹期，病人由烦躁转为安静，恐惧消失，痉挛停止，出现瘫痪，气息低微，瞳孔散大，数小时内迅速死亡；⑥血、尿化验检查及脑脊液检查对本病诊断有帮助。

本病辨证要点为疯犬风毒入侵，毒邪深窜，攻及脏腑，脏腑衰败。

十四、丹毒疹法

丹毒是指外受火毒与血热搏结，蕴阻肌肤，不得外泄，致患部鲜红灼热，色如涂丹为特征的急性感染疾病。生于下肢者称为“赤流火”；生于头面的称“抱头火丹”；新生儿多生于臀部，称“赤游丹”。相当于急性网状淋巴管炎。

诊断依据：①多数发生于下肢，其次为头面部，新生儿丹毒常为游走性；②局部红赤灼热，如涂丹之状，肿胀疼痛，红斑边缘微翘起，与正常皮肤有明显分界，红斑上有的可出现水泡、紫斑，偶有化脓或皮肤坏死，病变附近有臂核肿痛；③开始即有恶寒、发热、头痛、周身不适等症状；④可有皮肤、粘膜破损或脚癣等病史；⑤血白细胞总数及中性粒细胞明显增高。本病应与漆疮、类丹毒、烂疔、红蝴蝶疮等疾病相鉴别。

对本病辨证，总以火热毒邪为主，应注意区别其兼夹的不同病邪。常见证型为风热毒蕴、湿热毒蕴、胎火蕴毒等。

十五、皮肤病诊法

皮肤病是指发生于人体表皮肌腠的疾病。此类疾病常见的因素有风、热、湿、燥、虫、毒、血瘀、血虚风燥、肝肾不足，肺卫失常。

(一)诊热疮

热疮是指常因内热炽盛,导致以皮肤粘膜交界处发现成群水疱,痒痛相兼为特征的疾病。相当于单纯疱疹。

诊断依据:①皮损色微红,其上簇集丘疱疹,水疱结痂,破后糜烂,自觉痒痛相兼;②常发生于热病后或抵抗力降低时,易反复发作;③皮损多好发于口唇皮肤粘膜交界处和鼻孔周围、面颊及外生殖器等部位。本病须与蛇串疮、脓疱疮等疾病相鉴别。

对本病辨证,重在辨明热之虚实、兼夹及部位。常见证型为风热上感、湿热下注、肺胃热盛、阴虚内热等。

(二)诊蛇串疮

蛇串疮是因肝脾内蕴湿热,兼感邪毒所致,以成簇水疱沿身体一侧呈带状分布,排列宛如蛇行,且疼痛剧烈为特征的皮肤病。又名缠腰火丹、火带疮、蛇丹等。相当于带状疱疹。

诊断依据:①起病突然,皮损常发生在腰肋、胸胁、颜面、腹部、大腿内侧等处,绝大多数发生于身体一侧;②皮损多为绿豆大小的水疱,簇集成群,疱壁较紧张,基底色红,排列成带状;严重者,皮损可表现为出血性,或可见坏疽性损害;皮损发于头面部者,病情往往较重;③皮疹出现前,常先有皮肤刺痛或灼热感,可伴有周身轻度不适、发热;④自觉疼痛明显,可有难以忍受的剧痛或皮疹消退后疼痛仍持续较长时间。

本病辨证常见证型为肝经郁热、脾虚湿蕴、气滞血瘀等。

(三)诊疣目

疣目是好发于手、足、头皮,大如黄豆,粗糙而坚硬,表面呈刺状的皮肤病。又称千日疮。相当于寻常疣。

诊断依据:①多见于青少年,好发于手背、手指、足缘、颜面等处;②皮损处呈粟粒至黄豆大半球型丘疹结节,突出皮肤,色灰白或污黄,表面蓬松枯槁,状如花蕊,数目多少不等,少则1～2个或3～5个相连,多则数十个甚至百余个遍生肢体,可呈群集状;③生于指甲下者,可向甲下蔓延、增大而引起疼痛,并可将指甲顶起;④多无自觉症状,挤压时有痛感,碰撞摩擦后易出血;⑤生于足底、趾间者称为蹠

疣，状如黄豆或更大的角化丘疹，表面粗糙，除去角化后，其下有疏松乳白色乳突状角质露出，易出血；⑥生于颈项、眼睑者称丝状疣，为单个细小的丝状突起，可自行脱落，复又新生；⑦生于头皮者称指状疣，为单个或多个堆在一起的指状突起，尖端呈角质样，常因搔抓、梳头破伤而易出血；⑧组织病理检查：表面明显角化和棘层肥厚，表皮上部空泡形成呈网状，乳头瘤样增生。本病诊断时应与鸡眼相鉴别。

本病辨证常见证型为风热血燥、湿热血瘀等。

（四）诊扁瘊

扁瘊是一种多发生于颜面或手背的米粒大小、扁平、稍高起皮面的小疣。相当于扁平疣。

诊断依据：①皮损处呈米粒至高粱粒大小扁平丘疹，表面光滑，孤立散在，淡黄褐色或正常皮肤色；②多发于暴露部位，如面部、手背；③有自家接种的特点，可见同形反应；④多无自觉症状，丘疹成批出现时，偶有瘙痒感；⑤好发于青少年；⑥组织病理检查：表皮棘层肥厚，乳头瘤样增生和角化过度，伴角化不全。棘层上部和颗粒层有空泡化细胞，核深染，嗜碱性。

本辨证以热为主，常见证型为热毒蕴结、热蕴络瘀。

（五）诊鼠乳

鼠乳指多生于躯干、四肢呈绿豆至黄豆大小，半球形隆起，疹中央有脐窝，形如鼠乳的皮肤病。相当于传染性软疣。

诊断依据：①皮损处为粟粒至绿豆大呈半球型丘疹，色乳白或正常，表面光泽，中心脐窝状，孤立散在，刺破后可挤出白色粉状小体，自觉微痒；②好发于躯干、四肢；③多见于儿童、青年，有接触传染特性。本病诊断时应与寻常疣相鉴别。

本病辨证以热为主，应辨明其夹风夹湿之不同。常见证型为风热蕴肤、湿热蕴结。

（六）诊尖锐湿疣

尖锐湿疣是一种发生于皮肤粘膜交界处的软性赘生物。俗称瘙痒。

诊断依据：①多发于皮肤粘膜交界且又潮湿的部位，如男性龟

头、包皮、冠状沟、尿道口等处，女性的大小阴唇内侧、阴道、会阴部等处；②皮损初起为较小的淡红色、暗红色或污灰色的乳头状隆起，逐渐增大增多，融合重叠，呈蕈状或菜花状，表面凹凸不平；③乳头间隙，肉腐糜烂，有恶臭脓性分泌物；④疣体巨大者，往往被覆整个阴部。本病诊断时应与沿肛痔、肾岩等疾病相鉴别。

本病病机要点为湿热下注，蕴结成毒。

（七）诊传染性红斑

传染性红斑是具轻度传染性的一种面部红斑样皮肤病。

诊断依据：①好发于春季，多见于学龄前后的儿童，有一定的流行性；②皮损多先在两颊部，其特征是玫瑰色红斑，境界清楚，上有成群的细小丘疹，类似丹毒，1～2 天后可蔓延到躯干、四肢、呈花纹状或多环形，但口周、眼睑、额部通常无皮损；③一般无全身症状，少数可有轻度发热和微痒；④1 周左右皮损可消退；⑤血化验检查，早期白细胞总数增多，尔后嗜酸性白细胞及淋巴细胞增高对本病诊断有帮助。

本病辨证要点为风毒热邪，蕴阻皮肤。

（八）诊脓窝疮

脓窝疮是由其他皮肤病继发感染而成的一种疾病。相当于继发性脓皮病。

诊断依据：①夏秋季节为多，儿童多见，常继发于湿疮、疥疮、痱子等其他皮肤病抓伤感染之后；②多发于原有皮肤病的皮损部位，初起出现红斑或丘疹，很快变为黄豆大小的脓疱，脓疱周围皮肤发红，燃热疼痛，疱皮甚厚，不易破裂，破后凹陷成窝，上有脓液，干燥后结褐黄色痂，脱痂而愈，有的可留疤痕；③亦有结痂过早，流脓不清，反复化脓，延长愈期者；④除局部臀核肿痛外，一般多无全身症状，病情严重者可伴发热，口渴等症。

本病病机要点为湿热蕴蒸，破伤染毒。

（九）诊类丹毒

类丹毒是由于猪骨、鱼刺等刺破皮肤，或破伤接触猪鱼之肉，从而感受毒邪所致的一种皮肤病。

诊断依据：①多见于肉业、渔业工人，菜场鱼、虾、肉类营业员，或

家庭妇女，并多有局部皮肤损伤史；②好发于冬季，潜伏期1～3天；③局限型者，多局限于单个手指，先出现一个局部疼痛的红点，逐渐扩大而成一红斑片，边界清楚，向四周扩展，周围边高起而中心渐消；皮肤肿胀严重者，会发生大小水疱，自感灼热瘙痒，但不会化脓，多无明显全身症状；④弥漫型者，全身可见大小不等，形状各异的紫红色斑片，可伴微热，关节疲楚不适等全身症状；⑤败血症型者，病情严重，全身起泛发性紫红斑片，关节疲楚疼痛，壮热，神昏谵语，证同疔疮走黄；⑥病程一般为10～12日或稍长。有的皮损消失后，可再于原处或附近复发。本病诊断时应与手部疔疮相鉴别。

本病病机要点为感染毒邪，应注意毒邪内攻。

（十）诊麻风

麻风是因感受风邪疠毒而致皮肤麻木的一种慢性传染病。又名疠风、大风等。

1. 轻型

诊断依据：①皮损好发于面、臀、四肢等暴露部位，开始多呈单侧性，边缘较清楚；②皮疹类型为斑、斑块，有红色斑、白色斑、麻木萎缩斑等，斑块为红色、暗红色或紫红色，大小不等普遍高起的扁平隆起；③眉毛外1/3可脱落，全脱者少。皮肤干燥，不出汗而起白屑；④早期即有神经受累，病期超过1年左右者，冷、热、痛、痒觉可完全消失，稍久耳大神经、尺神经、腓总神经等变粗、变硬，有压痛；⑤晚期可产生各种畸形，如面瘫、兔眼、鸟爪、垂腕、垂足及足底有穿孔性溃疡、指（趾）骨吸收等，但多无其他全身症状；⑥传染性较小；⑦查菌阴性。

2. 重型

诊断依据：①多有家族史或与麻风患者接触史；②皮损好发于面、胸、背及四肢等处，多呈对称性、全身性，边缘多不清楚；③皮疹类型为斑、结节、斑块，可发生红斑、白色斑及黄色斑；新生的结节为红色、黄红色或正常皮色，顶圆发亮，陈旧性结节颜色深红或褐红，晚期颜面布满大小不等的结节，形成麻风狮面；斑块为红、黄红色或暗红色，大小不等的扁平隆起；常为弥漫性浸润；④早期脱眉脱睫，脱眉多自眉的外端开始，或普遍脱稀，以后迅速脱光；晚期头发脱落，脱落的

形式多为斑脱，严重时可见胡须、阴毛、腋毛等均脱落，皮肤无汗干燥而起糠皮样白屑；⑤浅神经如尺神经、颈旁神经、眶上神经等均可受累，粗大而软，常为对称性，较晚期损害处冷、热、痛、痒感觉减退或消失；⑥发生于手足部的，常可因外伤发生溃疡；鼻部、眼部的，也可发生溃疡而成鼻梁崩塌、眼盲；咽喉受病，往往音哑，唾痰带血；手足亦可发生肌肉萎缩，筋脉挛缩而成爪形手；⑦多有发热，形体衰弱等全身症状；⑧有较强的传染性；⑨早期在鼻粘膜或皮疹部涂片检查或切片，即可找到麻风杆菌；血沉加快，华康氏反应假阳性。

本病诊断时应与圆癣、白驳风、紫白癜风等关病相鉴别。

本病辨证体虚为本，感受疠气为标。病机要点为疠气侵袭，兼受风湿，血脉滞塞。

（十一）诊霉疮

霉疮属于性传染疾病，是由性交传染为主的一种慢性全身性疾患。又称于梅毒。

1. 疳疮

诊断依据：往往在不洁性交后 3 周左右发生，常为单发，无痒痛感，局部约经 1 月左右可不治自愈。大多生于男女前后阴，如冠状沟、阴茎头、大小阴唇、肛门等部位，亦可见于口唇、乳房、眼睑等处。初起为粟米大丘疹或硬块，四周燉红，亮如水晶，破后成溃疡，色呈紫红，并无脓水，四周坚硬凸起，形如缸口，中间凹陷成窝，基地平坦清洁。

2. 横痃

诊断依据：发于疳疮之后。在胯腹部一侧或两侧皆可发生，初起形如杏核，渐大如鸡卵，色白坚硬不痛，皮核不相亲。很少破溃，可存在数月或数年。偶有红肿、灼痛、破溃者，其脓带有臭味，疮口形成空壳。

3. 杨梅疮

诊断依据：发于感染梅毒后 10 周左右。生疮前先有发热，头痛，骨节疫痛，咽痛等症，而后出现皮疹，全身症状随即消失。皮疹形态颇多，有色如黄蜡，破烂肉翻的翻花杨梅；形如赤豆，嵌入肉内的杨梅豆；形如风疹的杨梅疹；先起红晕，后起斑片的杨梅斑。皮损常先见于

胸部，以后续见于腰腹、四肢屈侧、颜面及颈部，最后见于手部。一般无痛痒感觉，或有轻微瘙痒。约经1～2个月可自愈。

4. **杨梅结毒**

诊断依据：见于霉疮后期。发无定处，不但侵犯皮肤，亦可侵及脏腑而危及生命。生于皮肤者，小如豌豆，大似胡桃，皮色变褐，但无疼痛，数目多少不定。将溃时皮色暗红，溃后疮口凹陷，边缘整齐，腐臭不堪，难以收口。发于头部巅顶，能引起头痛、眼胀，渐至脑顶塌陷。发于口鼻者，可形成鼻塌，唇缺，硬腭穿孔与鼻腔相通，或蒂丁毁坏。发于骨关节，则筋骨疼痛，日轻夜重，可损筋伤骨，即使愈后也变强直，但在四肢长骨者可不影响关节屈伸。

5. **小儿遗毒**

诊断依据：多发生于生后3周至3月之间。婴儿消瘦，皮肤干枯，貌似老人。口角可发生放射性皲裂，愈后结疤。手掌足底可有光亮斑片及大小水疱。臀部皮肤剥脱，形成烂斑。膝及踝关节附近可发生肿胀和剧痛，引起四肢不能活动。

以上各型的实验检查，华康氏反应呈阳性，疳疮初起2～3周内呈阴性，但局部涂片检查可发现梅毒螺旋体。

本病辨证总不离毒气，或毒从外入，内犯肺脾；或肝肾亏虚，毒气乘袭；或胎中染毒，先天受损。

（十二）诊白秃疮

白秃疮是发生于头部，以脱白屑，久则毛发折断为特征的皮肤病。相当于白癣。

诊断依据：①皮损多在头顶部，呈圆形白色鳞屑斑如硬币或豆大，境界清楚。病灶中毛发无光泽，距头皮2～5mm处折断，病后不留瘢痕。自觉瘙痒。②好发于学龄儿童，男多于女，常在集体单位流行。有与同患者或与病猫、狗密切接触史。③真菌检查：滤过紫外线灯下见亮绿色荧光，真菌培养有小孢子菌属、毛发癣菌属等致病菌。本病诊断时应与肥疮、油风、白屑风等疾病相鉴别。

对本病辨证，当明其虚实、燥湿之不同。常见证型为血虚风燥、湿热毒聚等。

(十三)诊肥疮

肥疮是指毒邪上攻头部,以结黄痂、发秃落为特征的皮肤病。相当于黄癣。

诊断依据:①头皮见碟形污黄厚痂,有鼠尿臭味,中心粘着且有毛发穿过,发变枯黄弯曲,易拔出但无折断。初为分币大小,久可泛及广大头皮,最后形成萎缩性瘢痕,遗留永久性秃发,仅沿发际有1cm左右的一圈毛发残留。自觉瘙痒,常继发感染,可形成脓肿。②病程缠绵,可迁延数十年。③多在儿童期发病,有与患者密切接触史。④真菌检查:滤过紫外线灯下有暗绿色荧光。真菌培养致病菌为许兰氏黄癣菌。镜检可见发内孢子及鹿角状菌丝和气沟气泡。本病须与白秃疮、白疕、湿疮等疾病相鉴别。

对肥疮辨证,总以湿毒为主,尚须明辨其夹风、夹热之不同。常见证型为风湿毒聚、湿热毒聚等。

(十四)诊圆癣

圆癣是指以疹如钱币有匡廓,瘙痒为特征的一种癣病。相当于体癣和股癣。

诊断依据:①皮损为圆形或不整形,边缘有炎性丘疹,逐渐向外扩展,亦可呈同心环形或多环形,相邻皮损亦可相互融合呈花环状,表面附有细碎鳞屑,常有中心自愈倾向,瘙痒明显;②生于股部者,常见糜烂,并可蔓延至外阴、臀部、会阴、肛门周围等处,但阴囊皮肤一般不受侵犯;③好发于颜面、颈、腋等汗多潮湿部位,多见于肥胖体形,常发生夏天多雨季节;④真菌培养或镜检,常见小孢子菌属、毛癣菌属及表皮癣菌属等致病菌。本病应与慢性湿疮、风热疮、白疕等疾病相鉴别。

本病辨证以湿为主。常见证型有风湿蕴肤、湿热毒聚等。

(十五)诊鹅掌风

鹅掌风是风聚皮肤,以手掌部皮肤粗糙、变厚、干裂为特征的皮肤病。相当于手癣。

诊断依据:①手掌局部有境界明显的红斑脱屑,皮肤干裂,甚或整个手掌皮肤肥厚、粗糙、皲裂、脱屑,亦可出现水疱或糜烂,自觉瘙

痒或瘙痒不明显；②多始于一侧手指尖或鱼际部，继而左右对称，亦有长期仅患于一手者，常继发于脚湿气；③真菌培养或镜检多为阳性，常以表皮癣菌属及毛癣菌属为致病菌。本病须与手部湿疮、汗疱疮等疾病相鉴别。

对本病辨证，重在根据局部病变特点以辨其风之虚实及兼夹。常见证型有风湿蕴肤、血虚风燥等。

（十六）诊脚湿气

脚湿气是指以足丫白斑湿烂或足跖、趾间起水疱为特征的皮肤病。相当于足癣。

诊断依据：①多见于成人，穿胶鞋者更易发生。夏秋季重，冬春季轻。常先为一足发病，其后侵延两侧。②水疱型者，初起为皮下小水疱，四周无红晕，有瘙痒感。数天后水疱吸收而隐没，迭起白皮。若感染毒气，水疱变成有红晕的脓疱，以后发展为圆形或环形边界清楚的褐色斑片，患处皮肤变厚，皱纹深而阔，入冬产生皲裂。③糜烂型者，常为第三、四趾缝潮湿，糜烂，覆以白皮，渗出较多，除去表皮，基底呈鲜红色，亦可于其他趾间发生同样皮损。伴有剧烈瘙痒，往往搓至皮烂疼痛，渗出血水方止，并有特殊臭味。④脱屑型者，鳞屑不断发生于趾间、足跟及足底。鳞屑较薄，容易脱落，往往发生皲裂。⑤以上三型皮损往往同时存在。其中水疱型和糜烂型常可继发小腿丹毒、红丝疔或足丫化脓等，致股部腹股沟核肿痛，并可出现形寒、身热、头痛、骨楚等全身症状。患者发高烧时，足癣可好转，热退后又复发。⑥皮屑直接镜检见到菌丝，或霉菌培养阳性均有助于诊断。

本病常见证型有湿热蕴毒、湿毒浸淫、血虚风燥等。

（十七）诊灰指（趾）甲

灰指（趾）甲是多由鹅掌风或脚湿气日久延及爪甲，以指（趾）甲增厚色灰，失去光泽为特征的皮肤病。相当于甲癣。

诊断依据：①甲远端或两侧见黄白斑点。渐扩展至全甲及甲下。甲板增厚、变脆，凹凸不平，色泽不荣，呈灰白或棕褐色；或甲板变薄、翘起，其下蛀空；或甲板部分增厚，而甲缘蛀蚀呈蜂窝状。②成人多见。始于一侧1～2个甲板，渐及邻甲，久及全部指（趾）甲。多继发于

鹅掌风及脚湿气。③真菌培养和镜检多为阳性。

本病辨证常见证型为血燥失养、湿热蕴结等。

(十八)诊紫白癜风

紫白癜风是皮损形如花斑,或紫(褐)或白的一种癣病。相当于花斑癣。

诊断依据:①常见于多汗体质的青年,具传染性,家中可数人同病,多发于颈侧、胸背、肩胛等处,亦可蔓延遍身;②初起皮肤上出现斑点,色淡红,或赤紫,或棕黄,或淡褐,继则游走成片;③初起无痛痒,日久可有微痒;④病程缓慢,冬轻夏重,或入冬自愈,至夏又发;⑤真菌镜检,滤过性紫外线检查等对诊断有帮助。本病诊断时应与白驳风等疾病相鉴别。

本病病机要点,或为风湿侵及热体,或为暑湿浸滞毛窍。

(十九)诊疥疮

疥疮是指由疥虫侵袭皮肤,以指缝、手腕、脐周、阴股部等皮肤发生水疱、隧道,夜间痒甚为特征的传染性皮肤病。

诊断依据:①皮损处呈散在分布的淡红色针头至粟米大小丘疹、丘疱疹及疥虫隧道。阴部有时可见褐红色小结节。久则全身遍布抓痕、结痂、黑色斑点,甚至引起脓疱。②自觉奇痒,夜间尤甚。③好发于指间、腕、肘窝、腋前缘、乳下、脐周、腹股沟等皱襞部,亦可泛发全身。除儿童外极少发于头面。④有疥疮患者密切接触史。⑤皮损处可查出疥虫。本病诊断是应与风瘙痒相鉴别。

本病辨证以虫毒为主,常见证型有风热蕴肌、湿热毒聚、虫毒结聚等。

(二十)诊虫咬皮炎

虫咬皮炎是被虫类叮咬,接触其毒液或虫体的粉毛而起的一种皮肤病。

诊断依据:①常见于春末、秋初季节,有被害虫如蠓、飞蛾、蚊、蜂、臭虫等叮咬史;②局部皮损以丘疹、风块或斑点为多见,亦可起红斑、水疱,皮损呈散在性分布,往往在风团样皮损的上面,有针头大小的瘀点、小丘疹或水疱,疱破后引起糜烂,有的因继发感染而形成脓

疱疮；③自觉瘙痒、燃热或疼痛；④症状轻重随体质而异，有的皮损较轻，有的局部成片红肿，或发生瘀斑，严重者可伴头晕，恶心呕吐，血压下降等全身症状。

本病病机要点为虫毒侵入，阻于肌肤，湿热蕴结。

（二十一）诊湿疮

湿疮是由禀性不耐，风湿热邪客于肌肤，表现为皮疹呈多种形态，发无定位，易于湿烂流水的瘙痒性渗出性皮肤病。相当于湿疹。

1. 急性湿疮

诊断依据：①皮损呈多形性，如潮红、丘疹、水疱、糜烂、渗出、痂皮、脱屑，常数种形态同时存在；②起病急，自觉灼热，剧烈瘙痒；③皮损常对称分布，以头、面、四肢远端、阴囊等处多见，可泛发全身；④可发展成亚急性或慢性湿疮，时轻时重，反复不愈。

2. 亚急性湿疮

诊断依据：①多有急性湿疮迁延史；②皮损渗出较少，以丘疹、丘疱疹、结痂、鳞屑为主，有轻度糜烂面，颜色较暗红；亦可见轻度浸润，剧烈瘙痒。

3. 慢性湿疮

诊断依据：①多有急性、亚急性湿疮多次反复发作病史，也有无此病史者；②多局限于某一部位，境界清楚，有明显的肥厚浸润，表面粗糙，或呈苔藓样变，颜色褐红或褐色，常伴有丘疱疹、痂皮、抓痕；倾向湿润变化，常反复发作，时轻时重，有阵发性瘙痒。本病诊断时，急性湿疮应与药毒、接触性皮炎、猫眼疮、疥疮、圆癣等疾病相鉴别；慢性湿疮须与摄领疮等病相鉴别。

本病辨证常见证型有湿热浸淫、脾虚湿蕴、血虚风燥等。

（二十二）诊黄水疮

黄水疮是一种因毒热郁于皮毛，以流黄水、浸淫成片为特征的皮肤传染性疾病。相当于脓疱疮。

诊断依据：①皮损为浅在性水疱、脓疱，周围红晕，易破溃、糜烂、结痂、脱痂后遗留淡褐色素沉着，不留瘢痕；②多发于颜面、四肢等暴露部位，易接触传染，有自家接种性特点；③好发于儿童，成人亦可感

染，夏秋季多见；④自觉微痒，可伴有附近淋巴结肿大；⑤多无全身症状，严重者可伴高热、形寒等症。本病须与水痘、脓窝疮等疾病相鉴别。

本病辨证以湿为主，一般分为暑湿热蕴、脾虚湿蕴等证型。

（二十三）诊接触性皮炎

接触性皮炎是接触某些外界物质，而在皮肤或粘膜因过敏或强烈刺激所发生的一种皮炎。由于所接触的致敏物质不同，病名亦随之而异，如漆疮、膏药风、马桶癣等。

诊断依据：①常见的致敏物质有生漆、农药、外用药、塑料制品、人造衣料、化妆品等；②有致敏物质接触史，第一次发病前常有4～5天潜伏期，而再次发病时潜伏期特别短，也有仅嗅及某些致敏物质而发病者；③急性者，皮损表现为红斑，肿胀，丘疹，水疱，甚至大疱，糜烂等；皮损边界清楚，多局限于接触部位；皮损形态随接触物而异，如膏药引起者，多为圆形；接触马桶引起者，则臀部两侧呈半月形红斑；④若发生在结缔组织部位，如眼睑、包皮或阴囊等处，则表现为红色的局限性水肿，而无明显边界；⑤若反应剧烈，皮损不仅表现于接触部位，还可播散到全身；⑥自觉痒痛，严重者伴发热，头痛等全身症状；⑦去除病因多可在数日或1～2周治愈；⑧慢性者，因长期接触致敏物质或反复发作，致皮肤粗糙、肥厚、苔藓样变。本病诊断时应与急性湿疮、颜面丹毒等疾病相鉴别。

本病辨证病机要点为禀赋不耐，招毒侵入，挟湿化热。

（二十四）诊药毒

药毒是指因禀赋不耐，药毒内侵所致的以皮肤粘膜急性炎症为主的疾病。相当于药物性皮炎，简称药疹。

诊断依据：①有口服、注射或皮肤粘膜用药史；②有一定的潜伏期，内服药物引起的，第1次多在5～20天内发生，重复用药常在24小时内发病；③皮疹常突然发生，对称性、广泛性分布全身，多由面颈迅速向躯干发展，发疹前常有先驱症状，如形寒肢冷、头痛骨楚等；④皮损形态多种，同一药的，不同的个体使用，表现不同，而不同的药物又可引起相同的皮损；⑤荨麻疹型，为大小不等，形态不规则的风团，

刺痒较重；若为痢特灵引起者，症状较严重，全身发热，面部血管神经性水肿，可有大片水肿性红斑或水疱，持续时间较长，甚至发生喉头水肿；⑥多形性红斑型，有红斑、丘疹、风团、水疱等，典型者，在紫红色的斑片上发生水疱，周围颜色鲜红，或伴形寒发热等全身症状；⑦固定性红斑型，好发于口腔粘膜、唇缘、阴部、手足背等处，具固定性特征，即第1次发疹后，尔后再服同一药物过敏，则原处复发，且有扩大和增多的趋势；皮损为圆形、椭圆形水肿性鲜红或紫红色，边界清楚的斑片，其上可有大小不等的水疱；发于阴部的水疱易破，糜烂、流滋，数日后结痂，逐渐消退，遗留紫黑色的色素沉着；⑧大疱性表皮松解萎缩型，比较少见，但十分严重，起病很急，常1～2日遍布全身；皮损初起为鲜红或紫红色斑片，很快起疱呈棕褐色，迅速形成松弛性的皮肤松解，易擦破，创面如牛肉样红色；口腔、眼、阴部同时累及；常伴高热，神昏谵语等火毒内陷症状；⑨全身性剥脱性皮炎型，较为少见，但病情严重；起病较急，且呈进行性加剧，皮损初起为一片或数片皮肤发红，迅速扩展而至全身皮肤潮红、浮肿、干燥；亦有皮肤表面出现龟裂，倾向湿润糜烂，全身几无完肤，尤以四肢屈侧及皮肤皱襞处为甚，滋水淋漓，凝成厚痂，有特异臭味；重者口腔粘膜糜烂，甚至毛发和指(趾)甲脱落，伴有发热，头痛，胸闷，纳呆等症，或壮热，神昏，烦躁等火毒内陷证候；随着病情好转，红肿逐渐消退，滋水变少，广泛脱屑，量很多，手足部脱皮可形如破手套，或破袜状，以后鳞屑减少而愈；⑩实验室检查对本病诊断有帮助，大部分血白细胞总数略有增多，部分嗜酸性粒经胞不同程度增高，而大疱性表皮松解萎缩型嗜酸性粒细胞绝对计数极低或为零。本病诊断时应与麻疹、猩红热等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型有风热犯表、湿毒蕴肤、热毒入营、气阴两伤等。

(二十五)诊四弯风

四弯风是因禀性不耐或脾虚湿盛，导致以四肢弯曲等处皮肤干燥肥厚，抓破流津，瘙痒无度为特征的一种慢性皮肤病。相当于异位性皮炎。

诊断依据：①皮损特点为干燥、粗糙、肥厚苔癣化，可有急性或亚急性皮炎样发作，自觉剧痒；②皮损好发于肘膝关节屈侧，亦可见于小腿伸侧及面颈、口周围等部位；③可有婴幼儿湿疮的病史，反复发作，持续不愈；④具有遗传过敏倾向，家族或本人常有哮喘、瘾疹等病史；⑤血清 IgE 增高，血象嗜伊红细胞增高。本病须与摄领疮等病相鉴别。

本病病机以风为主，临证尚须辨明风之虚实及兼夹。常见证型为血虚风燥、风湿蕴肤等。

（二十六）诊瘾疹

瘾疹是以身体瘙痒，搔之出现红斑隆起，形如豆瓣，堆累成片，发无定处，忽隐忽现，退后不留痕迹为特征的皮肤病。又名瘙瘾疹，俗称风疹块。相当于荨麻疹。

诊断依据：①突然发作，皮损为大小不等，形状不一的水肿性斑块，境界清楚，常因搔抓使皮损数目增多，范围扩大，或融合成环状、地图形等；②皮疹时起时落，剧烈瘙痒，发无定处，退后不留痕迹；③部分病人可有腹痛腹泻，或有发热、关节痛等症，严重者可有呼吸困难，甚至引起窒息；④皮肤划痕试验阳性；⑤皮疹经过 3 个月以上不愈或反复间断发作者为慢性瘾疹。

对本病辨证，当明辨其表、里、寒、热、虚、实之不同。常见证型有风热犯表、风寒束表、肠胃实热、血虚风燥、气血两虚、冲任不调等。

（二十七）诊土风疮

土风疮是指因肌腠虚疏，复感风邪，导致以状如风疹而头破，乍发乍瘥为特征的皮肤病。类似于丘疹性荨麻疹。

诊断依据：①多呈水肿性红色风团，中心有坚硬小水疱，瘙痒剧烈，常有结痂，皮疹常成批出现，此起彼伏，缠绵不愈；②多发生在四肢伸侧，腹、臀等部位；③多见于婴儿及儿童，夏秋季发病为主；④昆虫刺咬、胃肠功能障碍、肠内寄生虫病、饮食无度、过食糖及动物蛋白等均能诱发本病。

本病辨证常见证型有风热犯表、胃肠湿热等。

（二十八）诊摄领疮

摄领疮是好发于颈部两侧，以皮肤粗糙肥厚，剧烈瘙痒为特征的皮肤病。又称牛皮癣。相当于神经性皮炎。

诊断依据：①好发于颈项部，其次发于眼睑、四肢伸侧及腰背、骶、髋等部位，呈对称分布，或呈线状排列，亦可泛发于全身。②皮损初起为聚集倾向的扁平丘疹，干燥而结实，皮色正常或呈浅褐色，表面光亮。继之则丘疹融合成片，逐渐增大，皮肤增厚干燥呈席纹状，稍有脱屑。病程长者，皮损如牛项之皮，顽硬且坚，抓之如枯木，瘙痒剧烈。③多见于情志不遂，夜寐欠安之成年人，病程较长。④组织病理检查：表皮角化过度，棘层肥厚，表皮突延长，可伴有轻度海绵形成。真皮部毛细血管增生，血管周围有淋巴细胞浸润。或可见真皮纤维母细胞增生，呈纤维化。本病诊断时应与慢性湿疮等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型有肝郁化火、风湿蕴肤、血虚风燥等。

（二十九）诊风瘙痒

风瘙痒为一种先是瘙痒剧烈，搔抓后引起抓痕、血痂、皮肤肥厚、苔藓样变等皮损的常见皮肤病。相当于皮肤瘙痒病。本病分泛发性和局限性两种，此仅指泛发性。

诊断依据：①阵发性瘙痒，往往以夜间为甚，难以遏止，多需连续强烈地搔抓至皮肤出血，发生疼痛时方才住手；②由于过度频繁搔抓，皮肤常见抓痕，血痂，色素沉着，湿疮化，苔藓样变等继发皮损；③除自觉瘙痒及搔抓所引起的继发皮损外，多无原发皮损；④常因瘙痒而致失眠或夜寐不安，精神不振。

本病辨证常见证型有风热血燥、血虚肝旺等。

（三十）诊顽湿聚结

顽湿聚结是因体内蕴湿，外感风毒或虫咬，导致以四肢发生灰褐色坚实结节，伴奇痒为特征的皮肤病。相当于结节性痒疹。

诊断依据：①皮损呈半球形隆起，触之坚实，散在孤立，色暗红或灰褐，阵作剧痒；②常发生于四肢伸侧，尤以小腿伸侧为多见；③多见于成年妇女，病程缓慢；④组织病理检查：表皮角化过度，棘层肥厚，表皮突出不规则向真皮内增生，形成假性上皮瘤状，真皮内显示非特

异性炎症浸润，并可见神经组织明显增生。

对本病辨证，重在根据皮损特点并结合舌脉，以别其湿热、瘀燥之不同。一般分为湿热蕴结、血瘀风燥等证型。

（三十一）诊痱子

痱子是由暑热蕴蒸皮肤，以皮肤汗孔处发生针头大小密集的丘疹，自觉瘙痒刺痛为特征的皮肤病。又称热痱、痤痱疮等。相当于红色粟粒疹，现称小汗腺脓肿。

诊断依据：①多见于夏秋炎热之时，好发于前额、颈部、肘窝、腘窝、躯干、腹股沟等处；②发病突然，在皮肤汗孔处发生针头大小密集的丘疹，很快变成小水疱或小脓疱（即俗称脓头痱子），周围有红晕；③自觉瘙痒刺痛；④小儿患者因痒搔破皮肤后，常可继发脓窝疮和暑疖，肥胖患者往往同时发生湿疮及擦烂。

本病病机要点为暑热蕴蒸，汗泄不畅。

（三十二）诊皲裂疮

皲裂疮是发生于手足皮肤处，深浅不等，长短不一的裂隙。相当于手足皲裂。

诊断依据：①多见于工人、农民、家庭妇女等成年人或鹅掌风患者；②好发于手掌，手指尖，或手、足的侧面及足跟等处；③局部皮肤枯槁，并有长短深浅不一的裂隙，深者可有出血，还可并发淋巴结炎、淋巴管炎、丹毒、急性蜂窝组织炎等，裂隙浅者可无疼痛，深者常伴有疼痛；④病程缠绵，常发于秋末和冬季，至春暖时自愈，亦有长年不愈者。

本病病机证要点为血脉阻滞，肤失濡养。

（三十三）诊鸡眼

鸡眼是一种局限性圆锥状角质增生，尖端深入皮内的皮肤病，本病中西医同名。

诊断依据：①大多生于成年人的足底前端或足趾间；②数目不定，通常为1～2个，大小如豌豆；③初起局部皮肤增厚，表面黄白色，疼痛不甚，继则根陷肉里，顶起硬凸，受压则痛，步履不便；④处理不当，染毒则化脓。本病诊断时应与蹠疣、胼胝等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型为痰湿凝结、湿热毒聚等。

（三十四）诊胼胝

胼胝是由于摩擦而引起的局限性角质增生性疾患。

诊断依据：①多发于铁匠、木工、船工或机械工人的手部，或经常行走及站立工作者的足底部易受摩擦和受压处；②患处皮肤增厚，小如指甲，大如鸡卵，中央部增厚明显，表面光滑，颜色灰白、黄白或呈淡黄褐色，触之坚硬；③通常不引起疼痛或其他不舒感，亦偶有行走疼痛者，往往与跖疣同时存在；④若患处发生微小损伤或周围皲裂引起继发感染，则可在皮下化脓，中央有灰黄色脓点，周围肿痛。本病诊断时应与鸡眼、跖疣等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型为痰瘀互结、痰结毒滞等。

（三十五）诊猫眼疮

猫眼疮是以皮肤红斑为主，兼有丘疹、水疱等多形性损害的急性炎症性皮肤病，因其疹形如猫之眼而得名。相当于多形性红斑。

诊断依据：①皮损初起为红斑，略高出皮面，以后中心出现水疱，约为扁豆或指盖大小，初起为鲜红色，逐渐变暗红或暗紫红色，可相互融合，红斑可中心消退，形成环状，或出现重叠水疱如虹彩状；水疱若呈出血性时称出血性猫眼疮；②自觉灼热、疼痛，略有痒感；③发病急骤，发疹前可有全身不适等前驱症状，常可伴发咽峡炎、扁桃体炎、关节炎等；④皮损好发于指缘、手掌及前臂、足背、小腿、颜面、颈项等部位，常呈对称性，重者可累及粘膜；⑤青年女性发病较多，多发于春秋季；⑥组织病理检查：表皮细胞水肿，渗出明显者可见表皮下水疱形成；真皮水肿，小血管扩张，周围有炎性细胞浸润，早期为嗜中性及嗜酸性细胞，晚期为淋巴细胞、组织细胞，胶原纤维明显肿胀。本病须与瘾疹、冻疮、药毒等疾病相鉴别。

本病病机以湿为多，当分清其寒、热兼夹之不同。常见证型为湿热蕴结、寒湿阻络等。

（三十六）诊瓜藤缠

瓜藤缠是以小腿起红斑结节，犹如藤系瓜果绕胫而生为特征的皮肤病。类似于结节性红斑。

诊断依据：①皮损好发于小腿伸侧，呈结节略高出皮面，色淡红或鲜红，继而变为暗红或紫红色，不溃破，常对称发生，自觉烧灼性疼痛；②发病前常有发热、全身不适、关节疼痛等症状；③好发于青年女性，春秋多见，常反复发作，患者多有风湿病或结核病史；④血沉加快，抗"O"滴度及血清丙种球蛋白增高，OT 皮试呈强阳性；⑤组织病理检查：呈血管炎改变，深层静脉血管壁增厚，内膜细胞增生、肿胀、变性，甚至管腔闭塞，真皮水肿，乳头血管扩张，血管周围有炎性细胞浸润。本病须与腓臁疽相鉴别。

本病辨证总与湿、瘀相关，一般分为湿热瘀阻、寒湿入络等证型。

（三十七）诊腓臁疽

腓臁疽是指发生在小腿肚，以暗红色硬结，可溃烂而久不收口为特征的疮疡。类似于硬红斑。

诊断依据：①皮损初为豌豆大小坚韧活动的皮下结节，逐渐增大与皮肤粘连，呈暗红色或青紫色，可破溃形成溃疡，不易愈合，愈合后留有萎缩性瘢痕，自觉轻微触痛；②对称分布于小腿中下部屈侧，经病情发展缓慢，好发于春秋季；③多见于青年女性；④既往有结核病史，或伴有内脏结核；⑤结核菌素试验呈强阳性反应；⑥组织病理检查：表皮萎缩变薄，主要浸润真皮深层，多由上皮样细胞、淋巴细胞构成，含有少数郎罕巨细胞。本病须与瓜藤缠等相鉴别。

本病辨证常见证型为湿热瘀阻、气血亏虚等。

（三十八）诊风热疮

风热疮是以躯干起淡红色斑片，多随皮纹排列，脱屑如糠秕之状为特征的皮肤病。又名血疳。相当于玫瑰糠疹。

诊断依据：①好发于中青年，春秋两季最为多见；②皮疹多在躯干和四肢近端，也可泛发全身；③初起多在躯干部出现一个指甲大小的玫瑰红色斑片，逐渐增大，斑疹中央可见浅棕色糠秕样鳞屑，称原发斑或母斑；④尔后在 1～2 周内，迅速分批出现数目较多，形态相仿而较小的红斑，称为子斑，子斑虽也增大，但范围不超过母斑，皮损颜色不一，自鲜红至褐、褐黄或灰褐色不等，母斑出现较早，颜色亦较暗淡；⑤斑片排列常与皮肤的纹理一致，在胸部者，可沿肋骨线分布，中

心有细微皱纹，界清，边缘不整，表面均附着有糠秕样鳞屑；⑥自觉有不同程度的瘙痒，部分患者初起可伴有全身不适，轻度发热，头痛，咽喉干痛等症状。本病诊断时应与圆癣、紫白癜风、白疕、杨梅斑等疾病相鉴别。

本病辨证以风热为主，一般分为风热蕴肤、风热血燥等证型。

（三十九）诊白疕

白疕是以皮肤上起红色斑片，上覆多层白色皮屑，抓去皮屑可见点状出血为特征的皮肤病。又名松皮癣、干癣、蛇虱、疕风等。相当于银屑病。

诊断依据：①皮损初为针尖至扁豆大的炎性红色丘疹，常呈点状分布，迅速增大，表面覆盖银白色多层性鳞屑，状如云母。鳞屑剥离后，可见薄膜现象与筛状出血，基底浸润，可有同形反应。陈旧皮疹可呈钱币状、盘状、地图状等。②好发于头皮、四肢伸侧，以肘关节面多见，常泛发全身。③病变部位不同，可有各种不同的表现。如头皮的皮疹呈暗红色，覆有灰白色较厚的鳞屑，把头发簇集成束状，但不脱发；在甲板上的损害呈点状凹陷，重者甲板增厚，光泽消失；在面部的皮疹可呈小片红斑，类似脂溢性皮炎；在口腔粘膜上的损害呈灰白色环形斑片；在龟头上呈光滑干燥性红斑，上有细薄的白色鳞屑；在小腿前侧多年反复发作的皮损可有浸润，肥厚，伴有苔藓样变；在腋窝、腹股沟、女性乳房下等处者，可有浸润、皲裂。④特殊型白疕可分为关节炎型、红皮病型和脓疱型，常合并发生或相互转化。关节炎型，除皮损外伴有关节肿胀疼痛、僵硬、畸形，先为小关节，后延及肘、膝、脊柱等关节，常和脓疱型同时发生。红皮病型，常因外用药物刺激而成，表现为全身皮肤发红或暗红，夹有小片正常皮肤，掌蹠角化，伴有发热。脓疱型，多发于掌蹠部，皮疹为红斑上有针头到粟粒大小的脓疱，重者泛发全身，伴发热、关节疼痛等症状。⑤起病缓慢，易于复发。有明显季节性，一般冬重夏轻。⑥可有家族史。⑦组织病理检查：表皮角化过度、角化不全。角化层内有中性多形核白细胞堆积，棘层增厚。表皮突呈规则性向下延伸，真皮乳头水肿呈棒状，乳头内血管扩张，血管周围有炎性细胞浸润。本病须与慢性湿疮、风热疮、白屑风等疾病相鉴

别。

本病辨证常见证型为风热血燥、血虚风燥、火毒炽盛、湿热蕴积等。

(四十)诊紫癜风

紫癜风是以皮肤出现紫红色扁平皮疹,自觉瘙痒,可发于全身各处,常累及口唇为特征的皮肤病。相当于扁平苔藓。

诊断依据:①皮损为紫红斑,扁平略高出皮面,坚韧干燥,表面平滑,光泽如蜡,中央凹陷,粘膜受累;或呈糜烂,网状条纹,剧痒难忍;②多发于皮肤、粘膜,少数可侵犯指、趾甲和毛发,有时呈线状排列;③多见于青年及成人,病程较长;④组织病理检查:表面角化过度,颗粒层增厚,棘细胞层不规则增厚,基底细胞液化变性及真皮上部呈带状浸润。

对本病辨证,应注意区别其风、热、湿、火之不同及兼夹。一般分为风热阻络、风湿蕴肤、虚火上炎等证型。

(四十一)诊流皮漏

流皮漏是指皮肤损害为深红色浸润斑块,表面有棕红色结节,愈后形成萎缩性瘢痕的皮肤病。又称鸦啖疮。相当于寻常狼疮。

诊断依据:①皮损初起为针尖至黄豆大小,呈鲜红或褐红色浸润性结节,渐渐扩展,融合成片,玻片压之可见不褪色的苹果酱色结节,此结节探针极易刺入,结节破溃后可出现溃疡,愈后残留萎缩性瘢痕,在瘢痕上仍可出现新的结节;②常单侧性发病,可发于全身任何部位,尤以面部的鼻、口、颊耳等处为常见;③病程缓慢,自觉症状不明显;④可发于任何年龄,以儿童、青年为多见;⑤病理检查呈现结核结节改变,中心可见干酪样坏死。

本病辨证一般分虚实两类,常见证型为湿热瘀阻、气血亏虚等。

(四十二)诊红蝴蝶疮

红蝴蝶疮是一种面部常发生的状似蝴蝶形之红斑,并可伴有关节疼痛、脏腑损伤等全身病变的系统性疾病。相当于红斑狼疮。

1.系统性红蝴蝶疮

诊断依据:①蝶形红斑:颧部隆起的或平的固定红斑,鼻唇沟部

位无皮损；②盘状红斑：红色隆起斑片，表面附有粘着性、角化性鳞屑及毛囊栓，陈旧损害见萎缩性瘢痕；③有光敏史或检查发现对光异常反应所致皮疹；④口腔或鼻咽部有溃疡，常无痛感；⑤可有累及两个或更多的周围关节触痛、肿胀或积液；⑥有确切胸痛史或体检发现胸膜摩擦音或胸腔积液，或心脏听诊有心包摩擦音，实验室检查有心包积液；⑦持续性蛋白尿、24 小时尿蛋白大于 0.5g，并可见有尿红细胞、白细胞、颗粒、管形等；⑧排除药物或代谢紊乱如尿毒症、酮血症、电解质紊乱等出现抽搐或精神症状者；⑨血液检查：溶血性贫血或白细胞少于 4000/mm^3（4×10^9/L）；或淋巴细胞少于 15%（1.5×10^9/L）；或血小板少于 10 万/mm^3（100×10^9/L）；⑩免疫学检查：红斑狼疮细胞阳性，或抗 dsDNA 抗体滴度异常，或有 SM 抗体或梅毒血清学反应假阳性；⑪荧光抗核抗体阳性。凡相继或同时出现上述 4 项以上，即可诊断。

2. 盘状红蝴蝶疮

诊断要点：①皮损好发于面颊、眉弓、耳廓、口唇、手背等暴光部位，呈暗紫红色浸润性斑片，表面覆有菲薄鳞屑，部分可见萎缩，鳞屑下可见到扩大的毛囊口哆开，状如筛孔，剥下后鳞屑下面有角质栓，犹如钉板，四周常有色素沉着带；②皮肤病理检查有基底细胞液化变性，真皮血管和附件周围灶性淋巴细胞浸润，狼疮带试验阳性可确诊。

3. 亚急性皮肤型红斑狼疮

诊断要点：皮损多为环状红斑或呈多形性。病理表现同 2，系统损害轻微。抗核抗体多为阳性。

对本病辨证，应依据其皮损的色泽等特点，结合全身表现以辨明虚实及脏腑病位。常见证型为热毒炽盛、气阴两伤、脾肾阳虚、脾虚肝旺、气滞血瘀等。

（四十三）诊天疱疮

天疱疮是由心火脾湿，兼感风热暑湿之邪，熏蒸肌肤，导致以皮肤起燎浆水疱，小如芡实，大如棋子，皮破流津，缠绵不愈的大疱性皮肤病。

1. 寻常型天疱疮

诊断依据：①在皮肤上出现松弛性大水疱，疱壁易破，破后糜烂不易愈合；②皮损可局限，亦可遍及全身，好发于头面、颈、胸背、腋下、鼠蹊部等处，口腔粘膜损害常见，或可先发生于口腔粘膜；③尼氏征阳性；④多发于中老年人；⑤组织病理检查：表皮内大疱，常见棘细胞松解，形成天疱疮细胞；⑥直接免疫荧光检查可见棘细胞间有 IgG 沉积，呈鱼网状荧光。

2. 增殖型天疱疮

诊断依据：①早期皮损与寻常型天疱疮类似，但糜烂面上出现乳头瘤样增殖；②好发于皱襞部位，或粘膜部位；③尼氏征阳性；④组织病理检查早期同寻常型，以后可见乳头瘤样增生；⑤直接免疫荧光检查同寻常型。

3. 落叶型天疱疮

诊断依据：①皮损初为浅在的松弛性水疱，易破溃，以后出现大片表皮剥落之糜烂面，上覆叶状痂屑；②皮疹多泛发全身，粘膜损害少见或较轻；③尼氏征阳性；④组织病理检查：颗粒层及其下方发生棘刺松解，形成裂隙、大疱；⑤直接免疫荧光检查同寻常型。

4. 红斑型天疱疮

依据依据：①红斑基础上出现松弛性水疱，或上覆脂溢性痂皮；②多发生于面颊、胸、背，或油脂分泌多的部位，粘膜损害较少；③尼氏征阳性；④组织病理检查同落叶型，直接免疫荧光检查同寻常型。

5. 类天疱疮

诊断依据：①皮损在正常皮肤或红斑基础上出现张力性大疱，疱壁较厚，丰满紧张，不易破裂；②好发于四肢屈侧及皱襞部位，亦可泛发全身，自觉瘙痒，粘膜损害少见且不重；③尼氏征阴性，晚期疱亦可发生阳性；④多见于老年人，亦可见于儿童；⑤组织病理检查：表皮下张力性大疱，无天疱疮细胞；⑥直接免疫荧光检查为沿基底膜线状 IgG 沉积。

对本病辨证，应根据皮损表现、全身症状、病程等，以区别其热、火、湿、虚之不同。常见证型为热毒炽盛、心火炽盛、湿热蕴结、脾虚湿

蕴、气阴两伤等。

(四十四)诊火赤疮

火赤疮是指以水疱成群,多呈环状排列,并伴有红斑,瘙痒难忍为特征的大疱性皮肤病。相当于疱疹样皮炎。

诊断依据:①皮损多呈聚集成群的小水疱,常排列成环状,疱壁厚不易破裂,多发生在风团之上,剧烈瘙痒;②好发于肩胛、臀部及四肢伸侧,粘膜很少累及,皮疹消退后遗留色素沉着;③多见于中年人;④尼氏征阴性;⑤组织病理检查为表皮下水疱;⑥直接免疫荧光检查真皮乳头有 IgA 呈颗粒状沉积,呈点状荧光反应。

本病病机以虚为主,一般分为脾虚湿蕴、气阴两伤等证型。

(四十五)诊登豆疮

登豆疮是因表虚里实,毒热入于营血,导致以皮肤大片潮红,出现群集帽针头至粟粒大小脓疱为特征的皮肤病。相似于疱疹样脓疱病。

诊断依据:①皮损为在大片潮红的基础上发生浅在性小脓疱,可互相融合成脓糊状,一批干涸结痂,又可见新一批脓疱,或形成多环状,发疹前常先有高热;②好发于腋下、腹股沟等皱襞部位,可泛发全身,可累及粘膜;③急性发作时多伴高热、寒战等症状;④多发生在妊娠后期,分娩后可自然痊愈;⑤未破脓疱液细菌培养及血培养均为阴性。

对本病辨证,重在根据病程、皮损及全身症状以辨明虚实。常见证型为热入营血、气阴两伤等。

(四十六)诊 皮 痹

皮痹是以皮肤肿胀、硬化,后期发生萎缩为特征的皮肤病。相当于硬皮病。

诊断依据:①系统性皮痹:初期手背手指、上睑水肿,皮肤呈对称性弥漫性浮肿性硬化,晚期皮肤硬化以及手指呈屈曲性萎缩,四肢肢端动脉痉挛现象(雷诺氏现象)、指趾末端溃疡或瘢痕形成,伴有多关节痛或肿胀;X 线摄片呈肺纤维化,X 线钡剂造影可见食管下段扩张及收缩功能低下;②局限性皮痹:初期为局限性水肿性斑块,继则转

为象牙色皮肤硬化斑，有蜡样光泽，活动期其周围有淡红或紫红色晕，晚期出现皮肤萎缩；前臂伸侧皮肤病理活检显示表皮变薄，表皮突消失，真皮胶原纤维肿胀或纤维化；③患者多为女性，多有不规则发热，舌系带显著缩短，面、颈及手掌呈斑纹状，多发性毛细血管扩张；④血沉增快，类风湿因子阳性，有抗 Scl—70 抗体及抗着丝点等自身抗体；丙种球蛋白升高。X 线摄片示指骨末端骨质吸收或软组织钙沉着。

本病辨证总以寒凝阳虚为主，应辨明其虚实之不同，常见证型为寒湿阻滞、脾肾阳虚等。

（四十七）诊狐惑病

狐惑病是一种以口咽、阴部蚀烂，目赤如鸠眼为特征的综合性皮肤病。类似于白塞氏综合征。

诊断依据：①反复发作口腔溃疡，或外阴部溃疡；②可伴有瓜藤缠、青蛇毒，皮肤针刺反应阳性，或出现眼部复发性前房积脓性虹膜睫状体炎，脉络膜视网膜炎，以及关节红肿疼痛、肠痈样腹痛、黑便等症状；③可并发子痈；④部分严重病例可出现中枢神经系统病变，如脑干综合征、脑膜脑炎综合征，可并发闭塞性血管炎、动脉瘤。

对本病辨证，首先掌握其特征，细察病位，详细询问和细心检查口腔、外阴、眼部的破溃蚀烂情况，以分清病变之虚实寒热。常见证型为湿热毒结、肝肾阴虚、脾肾阳虚等。

（四十八）诊白驳风

白驳风是一种以皮肤变白，大小不同，形态各异的局限性斑片为特征的皮肤病。相当于白癜风。

诊断依据：①好发于青年，偶见于儿童，可泛发全身各处，但以面部、颈部、手背局限者为多，常对称分布；②皮损为边界清楚，大小不等，形状各异的白色斑片，周围色素较深，表面平滑，斑内毛发变白或正常，单发或多发；③部分白斑中央有一褐色，或淡黑色，或淡红色的斑丘疹者，称为晕痣；④一般无自觉症状，少数病情发展时才有轻度瘙痒；⑤组织病理检查：表皮明显缺少黑素细胞及黑素颗粒，基底层往往完全缺乏多巴染色阳性的黑素细胞。本病须与紫白癜风相鉴别。

本病辨证常见证型为气滞血瘀、肝肾阴虚等。

(四十九)诊黧黑斑

黧黑斑是指发生于面部的黄褐色或灰黑色斑片，不高出皮肤的一种皮肤病。类似于黄褐斑。

诊断依据：①面部皮损为黑斑，平于皮肤，色如尘垢，淡褐或淡黑，无痒痛；②常发生在额、眉、颊、鼻背、唇等颜面部；③多见于女性，起病缓慢；④组织病理检查：表皮中色素过度沉着，真皮中嗜黑素细胞也有较多的色素。可在血管和毛囊周围有少数淋巴细胞浸润。

本病辨证病位多在肝肾，一般分为气滞血瘀、肝肾阴虚等证型。

(五十)诊白屑风

白屑风是因皮肤白屑层层飞扬而得名的一种皮肤病。相当于皮脂溢出症。

诊断依据：①多发于青壮年或乳儿，主要发生在皮脂腺丰富的头皮和颜面部等处；②皮肤表现为油腻发亮，用手摸之有油粘感，鼻部如涂上一层油样，毛囊扩大，能挤出黄白色的粉质；③头皮有堆叠飞起的油腻鳞屑，抓之如雪花样飘落，头发往往变细，变软，容易折断和脱落；④有不同程度的瘙痒。本病诊断时应与白疕、面游风等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型为风热血燥、血虚风燥等。

(五十一)诊面游风

面游风是指多发生于面部，以皮肤油腻或干燥，结黄痂或起白屑，痒甚为特征的皮肤病。类似于脂溢性皮炎。

诊断依据：①多发于青壮年，肥胖婴儿也可患病；②病变主要在头面部的眉弓、鼻唇沟、耳前后、颈后、背部、腋窝等处，常自头皮开始，向下蔓延，重者泛发全身；③皮损形态多样，痒若虫行；④干性型者，皮损为大小不一的斑片，基底微红，上有弥漫而均匀粉状的干性脱屑，在头皮部可堆叠甚厚，梳发或搔抓时易于脱落，往往毛发干枯、伴有脱发；⑤湿性型者，多为红斑，糜烂，流滋，有油腻性脱屑和结痂，常有臭味，在耳后和鼻部可有皲裂，眉毛往往因搔抓折断而稀疏，严重者泛发全身，成为湿疮样皮损；⑥玫瑰糠疹型者，表现为圆形、椭圆

形或不规则的红色斑片，上有油腻性脱屑，中心皮肤有时正常，主要分布在胸背、肩胛和腹股沟，有时糜烂流滋而类似湿性型的，同时在耳廓内有油腻性脱屑。本病诊断时应与白疕等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型为血热风燥、血虚风燥、湿热内盛、脾虚湿困等。

（五十二）诊粉刺

粉刺是多发于面部、以丘疹、脓疱、结节有时可挤出白色碎米样粉汁为特征的一种皮肤病。相当于寻常性痤疮。

诊断依据：①初起在毛囊口，呈现小米粒大小红色丘疹，亦可演变为脓疱，此后可形成硬结样白头粉刺或黑色粉刺，严重病例可形成硬结性囊肿；②多发于男女青春期之面部及胸背部，常伴有皮脂溢出；③多因饮食不节，过食肥甘厚味，或感受外邪而诱发；④青春期过后，多数可自然减轻；⑤妇女多伴有月经不调。本病须与酒渣鼻相鉴别。

对本病辨证，应依据其皮损、全身症状及病程，分清风、湿、热之不同及兼夹。常见证型为肺经风热、湿热蕴结、痰湿凝结等。

（五十三）诊酒渣鼻

酒渣鼻是指发生在鼻准头及鼻两侧，以皮肤潮红、丘疹、脓疱，甚则鼻头增大变厚为特征的一种皮肤病。

诊断依据：①鼻头或鼻两侧多呈红斑丘疹。初期（红斑期）主要是皮肤弥漫性潮红，毛细血管扩张。中期（丘疹期）是在潮红的基础上出现散在米粒大小丘疹或掺杂小脓疱，但无粉刺。后期（鼻赘期）鼻尖出现结节、肥大增生，表面凹凸不平如鼻赘，皮色紫红。一般无自觉不适症状。②在面部常见五点分部，即鼻尖、两眉间、两颊部、下颌部、鼻唇沟等。③多见于面部油脂分泌较多的人，常伴有习惯性便秘。④组织病理检查：主要见毛细血管扩张，皮脂腺增生，或可见结缔组织和皮脂腺增生肥大。本病诊断时须与粉刺等疾病相鉴别。

对本病辨证，重在根据其病期以辨别热、瘀之不同。常见证型为肺胃热盛、热毒蕴肤、气滞血瘀等。

(五十四)诊 油 风

油风是一种以突然头发脱落,头皮鲜红光亮为特征的皮肤病。相当于斑秃。

诊断依据:①多发生于精神过度紧张或受刺激之后;②起病突然,患部头发迅速成片脱落,呈圆形或不规则形,小如指甲,大若钱币,数目1至数个不等,脱发处皮肤光滑发亮;③严重者全部头发脱落,甚至累及眉毛、胡须、腋毛、阴毛也完全脱落;④无任何自觉症状;⑤恢复期,患处新发长出,初时大多细而柔软,色呈淡红或灰白,尔后逐渐变粗、变硬、变黑,终与健康毛发无异。本病诊断时应与白屑风、肥疮等疾病相鉴别。

本病辨证常见证型为血虚风燥、气滞血瘀、肝肾不足等。

(五十五)诊蟹足肿

蟹足肿是创伤或自发而起,以在皮肤上出现肥大而坚实的斑块,形状如蟹足为特征的皮肤病。相当于瘢痕疙瘩。

诊断依据:①皮损为质地坚硬,表面平滑的扁平隆起,皮色呈淡红或正常,有时表面可见毛细血管扩张,或呈树枝状增生,自觉瘙痒或有刺痛感;②好发于胸前,或肩胛部、背部及四肢受压迫部位,严重者可见多处皮损,与个人体质有关;③常继发于外伤或手术后;④组织病理检查多见结缔组织增生,弹力纤维减少,附件被挤压而萎缩。

本病辨证总以血瘀为主,一般分为气滞血瘀、瘀血阻络等证型。

(五十六)诊 淋 病

淋病是由感染疫毒所致,以尿频、尿急、尿道刺痛或尿道溢脓,甚至排尿困难为主症的性传播疾病。

诊断依据:①有婚外性行为,或同性恋史,或配偶感染;②尿时有灼痛、尿急、尿频,尿道口红肿、溢脓;③女性有脓性白带增多、腰痛、下腹痛,子宫颈红肿,宫颈外口糜烂,有脓性分泌物,可有前庭大腺部位红肿,有脓液溢出;④男性可并发前列腺炎、精囊炎、附睾炎,女性可并发输卵管炎、盆腔炎;⑤男性尿道口、女性宫颈口分泌物涂片:多形核白细胞内找到革兰氏阴性双球菌,培养淋球菌阳性。

本病辨证以疫毒为主,应注意其病程长短及有无合并症等,以辨

明毒邪所在部位及邪正盛衰。常见证型为湿热毒蕴(急性淋病)、正虚毒恋(慢性淋病)、毒邪流窜(伴有合并症者)、热毒入络(淋病性败血症)等。

十六、肛门直肠病诊法

肛门直肠疾病包括痔、肛隐窝炎、肛裂、肛门周围脓肿、肛瘘、脱肛等病。肛门直肠疾病中常见的发病因素有风、湿、热、燥、气盛、血虚等。在诸多因素中,有时可单独致病,有的则诸多因素复合致病,病程中,有实、有虚、有虚实夹杂,临证时应全面分析。

(一)诊内痔

内痔是指直肠下端肛门齿线以上粘膜下痔静脉丛扩张、屈曲和充血而成的柔软的静脉团。又称里痔。

诊断依据:①好发于截石位3、7、11点处;②主症为大便时出血,或伴有块物脱出;③初期(Ⅰ期):痔核较小,质柔软,痔面鲜红色或青紫色,便时痔核不脱出肛外,便后出血呈点滴状或喷射状,血色鲜红,不与粪便相混,呈间歇性发作;④中期(Ⅱ期):痔核较大隆起,便时痔核脱出肛外,便毕自行回纳,便后出血比初期减少;⑤后期(Ⅲ期):痔核更大,质地较硬,表面微带灰白色,便时痔核脱出肛外,甚至行走、咳嗽、喷嚏或站立时也会脱出,不能自行回纳,须用手推回,或平卧、热敷后才能回纳,便血不多,或不再出血;⑥一般无疼痛,中、后期可有肛门坠胀、瘙痒等感觉;若痔核急性血栓性嵌顿,可致肿痛,糜烂,坏死,甚至化脓,继发肛漏;⑦多无全身症状,后期可继发贫血等。诊断时应与息肉痔、锁肛痔、肛裂、脱肛等疾病相鉴别。若内痔、外痔同时存在者称混合痔,或称内外痔。

内痔分期除三期分法外,尚有四期分法、五期分法等。四期分法是将三期分法中的第三期中后阶段,咳嗽、行走、久站时痔核也会脱出,不能自行回纳者划分为第四期,即将三期分法中的第三期又分为三四两期。五期分法为,一期:以便血为主,齿线以上内痔呈轻度突出;二期:以便血为主,齿线以上的内痔呈半球状隆起;三期:内痔接近环状,大便时脱出肛外,便后可自行回纳;四期:便时内痔脱出肛

外，便后需用手推送，才能回纳；五期：在四期的基础上并发静脉曲张性混合痔。

本病辨证常见证型为风伤肠络、湿热下注、气滞血瘀、脾虚气陷等。

（二）诊赘皮外痔

赘皮外痔是多由急慢性炎症反复刺激，使肛门缘皱襞的皮肤发生结缔组织增生、肥大所致的一种外痔。又称结缔组织外痔。

诊断依据：①肛门边缘处赘生皮瓣，逐渐增大，质地较硬而光滑；②一般无疼痛，亦不出血，仅觉肛门有异物感，偶在染毒肿胀时才觉疼痛，亦有化脓溃破而形成肛漏者；③发生于截石位 12 点处者，多伴有肛裂，发生于 3、7、11 点处者，多伴有内痔。赘生皮瓣若呈环状或花冠状者，多为经产妇。本病诊断应与血栓痔、沿肛痔、肛漏等疾病相鉴别。

本病病机要点为经络阻滞、湿热瘀滞。

（三）诊静脉曲张性外痔

静脉曲张性外痔是多因Ⅱ、Ⅲ期内痔反复脱出，或经产妇妊娠后腹压增高等原因，而使浅部静脉及皮下淋巴回流受阻，引起肛管齿线以下痔外静脉丛扩大和曲张的一种外痔。

诊断依据：①好发部位为肛门齿线之下，肛缘周围；②局部有椭圆形或长方形肿物，平时不明显，在排便、下蹲等腹压增加时，肿物体积增大呈暗红色，按之较硬，便后或经按摩后肿物体积可缩小变软；③一般仅有坠胀感而无疼痛，若便后肿物不小，引起周围组织水肿时则有疼痛；④多伴有内痔。诊断时应与血栓痔、赘皮外痔等疾病相鉴别。

本病辨证可参照赘皮外痔。

（四）诊血栓痔

血栓痔是因便秘排便时用力过猛，或用力负重，致痔外静脉破裂，血块凝结形成血栓的一种外痔。

诊断依据：①好发于肛门边缘两侧皮下，即截石位 3、9 点处，多发于夏季，患者以中年男子为多；②发病前多有大便秘结或用力负重

等情况，初起疼痛剧烈，很快肿块隆起，呈半圆形球状，表面青紫色；③有的发病后5～7天自行消退，有的虽疼痛逐渐减轻或消失，但肿物不消；若切开皮肤可取出黑色血块；④化脓破溃成漏者极少。

本病病机要点为内热血燥，热结肠道；脉络破损，血块凝结。

（五）诊混合痔

混合痔系发生于同一方位齿线上下，形成一体的静脉曲张团块。

诊断依据：①便血及肛门部肿物，可有肛门坠胀、异物感或疼痛；②可伴有局部分泌物或瘙痒；③肛管内齿线上下同一方位出现肿物（齿线下亦可为赘皮）。

本病辨证可参照内痔及各种外痔。

（六）诊 肛 裂

肛裂是指肛管皮肤及皮下组织裂开或形成溃疡，以周期性剧烈疼痛为特征的疾病。又称钩肠痔、裂肛。

诊断依据：①排便时疼痛明显，便后疼痛可加剧，常有便秘及少量便血，好发于肛门前后正中部位，多见于20～30岁的青壮年；②肛管皮肤浅表纵裂，创缘整齐，基底新鲜、色红，触痛明显，创面富于弹性，多见于一期肛裂；③有反复发作史，创缘不规则，增厚，弹性差，溃疡基底紫红色或有脓性分泌物，多见于二期肛裂；④溃疡边缘发硬，基底色紫红，有脓性分泌物，上端邻近肛窦处肛乳头肥大，创缘下端有哨兵痔，或有皮下瘘管形成，多见于三期肛裂。

本病辨证常见证型为血热肠燥、阴虚津亏、气滞血瘀等。

（七）诊 肛 痈

肛痈是指肛管直肠周围软组织间隙急性感染所形成的化脓性病变。又称肛门直肠周围脓肿。

诊断依据：①局部红肿疼痛，有波动感，一般无明显全身症状者，多位于肛提肌以下间隙，属低位肛痈。包括坐骨直肠间隙脓肿、肛周皮下脓肿、括约肌间隙脓肿。②出现寒战、高热、乏力、脉数等全身症状，血白细胞总数及中性粒细胞增高。局部穿刺可抽出脓液者，多位于肛提肌以上间隙，属高位肛痈。包括骨盆直肠间隙脓肿、直肠后间隙脓肿、直肠粘膜下脓肿。③发病前多有内痔、肛裂等病史。

对本病辨证，当审明部位和虚实，一般实证可分为火毒蕴结、热毒炽盛、湿热下注、火毒内陷等；虚证可分为阴寒凝滞、阴虚毒恋、气血两虚等。

（八）诊 肛 漏

肛漏是指肛痈成脓自溃或切开后遗留的肛门周围与肛管或直肠腔相通的管道。又称痔漏、瘘疮。

诊断依据：①有肛痈病史；②肛门部经常性或间歇性肿痛、瘙痒、流脓血水，有时可伴有粪便流出；③病灶有外口、管道、内口可征，外口常呈凹陷或突起状，管道触诊为条索状硬结通向肛门，内口多数在肛门后正中，或与外口相应的齿线处；④一般分为四类：只有一条管道，且位于肛管直肠环以下者，为低位单纯性肛漏；具两条以上管道，位于肛管直肠环以下，且有两个以上外口或内口，则为低位复杂性肛漏；只有一条管道，穿越肛管直肠环或位于其上，为高位单纯性肛漏；管道有两条以上，位于肛管直肠环以上，且有两个以上外口或内口，则属高位复杂性肛漏；⑤肛周溃破流脓，可暂时外口愈合，导致蓄脓呈急性发作的肛痈表现；⑥肛门镜、探针、窥肛器、X 线碘油造影及美蓝液注入检查等，对寻找内口及本病的诊断有帮助。

本病辨证常见证型为湿热下注、正虚邪恋、阴液亏虚等。

（九）诊 脱 肛

脱肛主要指直肠粘膜或直肠全层，少数可发生部分乙状结肠脱出肛门外的疾病。又称直肠脱垂。

诊断依据：①多见于排便或努挣时，直肠粘膜脱出，色淡红，长度小于 4cm，质软，不出血，便后能自行回纳，肛门功能良好者，为不完全性脱垂；②排便或腹压增加时，直肠全层脱出，色红，长度在 4～8cm，圆锥形，质软，表面为环状有层次的粘膜皱襞，便后需手法复位，肛门括约功能可下降，为完全性脱垂；③排便或增加腹压时，直肠全层或部分乙状结肠脱出，长度大于 8cm，圆柱形，表面有较浅的环状皱襞，触之很厚，需手法复位，肛门松弛，括约功能明显下降，为重度脱垂；④常见于小儿和老年人，以及新产妇，或有长期泻痢、咳嗽等病史，以及内痔环切手术史者；⑤直肠全层脱垂若不及时复位，可造成

嵌顿，发生肿胀疼痛，甚至脱出部分糜烂坏死。本病诊断时应与内痔，特别是Ⅰ、Ⅱ期内痔相鉴别。

本病辨证常见证型为气虚下陷、脾肾两虚、湿热下注等。

(十)诊悬珠痔

悬珠痔是指正常肛乳头因慢性炎症刺激所致纤维组织增生的疾病。又称肛乳头纤维瘤。

诊断依据：①肛门潮湿、瘙痒，便时可有肿物脱出，有坠胀不适感；②可单发，也可多发，多与肛裂并发；③肛门镜检查：齿线部可见白色肿物，有蒂或无蒂，肿物表面为皮肤组织。

本病辨证常见证型为湿热下注、气滞血瘀等。

(十一)诊息肉痔

息肉痔是发生于直肠内粘膜上的赘生物，有蒂或无蒂，又称直肠息肉，一种常见的直肠良性肿瘤。

诊断依据：①多有便血，色鲜红，可伴有粘液或有肛门坠胀；②排便后可有肿物脱出肛门外，可自行回纳或手法复位；③肛门指诊可触及低位息肉或高位带蒂息肉，肿物柔软或坚韧，光滑，可活动；④直肠镜检查：赘生物有蒂或广基，表面为粘膜样组织，单发或多发；⑤组织病理检查可助明确诊断。

本病辨证常见证型为风伤肠络、气滞血瘀、脾气亏虚等。

(十二)诊骶尾部畸胎瘤

骶尾部畸胎瘤是起源于胚胎原始细胞，生长于骶尾部的肿瘤。

诊断依据：①肛门坠胀不适，早期可无任何症状；②肛旁肿物向下后方逐渐生长，有异物感，腰骶疲胀；③肿物溃破可流脓液，溃口经久不愈；④X线钡剂灌肠检查：直肠后壁占位性病变，肠壁受压或被推挤到一侧；⑤X线摄片示肿物内可见钙化点、钙化块、骨组织或牙齿样的组织；⑥B超检查示有坚硬的实质组织、软组织和囊腔。

本病辨证分肾气亏虚、湿热下注等证型。

(十三)诊骶尾部囊肿窦

骶尾部囊肿窦是指位于骶尾部的囊肿因感染而形成的窦道。

诊断依据：①可有损伤、感染病史；②骶尾部有肿块胀痛，破溃后

间歇溢出分泌物和脓液；③骶尾部正中见一个或几个藏毛凹陷或窦道，有时有毛发伸出；④骶尾部下方或偏于一侧可触及肿块。

本病辨证当根据其肿块、脓液特点以及全身症状辨别其虚实。实证多有湿象，可分为寒湿凝聚、湿热蕴结；虚证多见气阴两虚之证。

（十四）诊肛门直肠狭窄

肛门直肠狭窄是指任何原因所致肛门、直肠腔道变窄，并导致排便困难的疾病。

诊断依据：①排便困难，伴肛门坠胀，并有肛门阻塞感，重者可有腹胀、恶心呕吐；②有肛周炎症、肛门损伤或肛门直肠手术病史；③肛门指检，食指通过困难或不能通过，可触及镰状、环状或管状狭窄；④直肠镜检查，部分患者可见狭窄环，狭窄部位可有糜烂、溃疡。

对本病辨证，应注意其排便情况及大便质地的改变，结合舌脉以辨别瘀阻、热结、湿热之不同。常见证型为气滞血瘀、热结肠燥、肠道湿热等。

（十五）诊肛门失禁

肛门失禁是指肛门完全或不完全失去控制排便能力的疾病。

诊断依据：①有肛门损伤或手术病史；②肛周皮肤感觉迟钝，不能随意控制气体、液体甚至成形粪便的残留；③肛门闭合不全，粘膜脱出，肛门指检可触及疤痕、缺损，肛管直肠收缩乏力；④肛管压力测定，收缩压、静息压下降；⑤肌电图检查，肛周肌肉兴奋性下降。

本病辨证以虚为本，应结合全身表现以辨明病位之在脾或在肾。常见证型分为脾虚不固与肾虚不固。

（十六）诊直肠前突

直肠前突指直肠前下段向阴道方向突出，形成一个囊腔，尤其在努挣排便时为甚，致粪便滞留，出现排便困难的疾病。

诊断依据：①排便困难，多为2日以上排便1次，每次排便时间明显延长，伴有肛门坠胀及便意不尽感；②肛门指检示直肠前下方可触及明显凹陷；③排粪造影示直肠下段呈囊袋状突向前方。

本病辨证以虚为主，一般分为脾气亏虚、气阴两虚等证型。

(十七)诊盆底肌痉挛综合征

盆底肌痉挛综合征是由于盆底肌痉挛(反常收缩),出现以排便困难,肛门不适为主症的疾病。

诊断依据:①排便困难,3～4日排便1次,质多干结,每次排便时间延长,可伴有便时肛门疼痛及便意不尽感;②肛门指检示肛管紧缩;③排粪造影:用力排便时肛直角不增大,多小于90°;④肌电图示盆底肌兴奋性增高。

对本病辨证,重在根据其排便异常感觉并结合舌脉,以分清瘀滞、湿热、虚火之不同。常见证型有气滞血瘀、湿热下注、阴虚火旺等。

(十八)诊肛门瘙痒病

肛门瘙痒病是以肛门皮肤剧烈瘙痒为主症而肛周无原发性皮损的一种疾患。

诊断依据:①除蛲虫病引起者以外,多发生在30岁以上的男性;②初起有肛门附近约1寸宽的范围之内,自觉瘙痒而无原发皮损,经搔抓摩擦,可使皮肤呈灰白色或淡白色湿润,有的肛门皱襞肥厚,有放射状裂隙,日久皮肤粗厚而呈苔藓样硬化;③瘙痒常为阵发性,以夜间为甚,摩擦、潮湿等皆可使瘙痒突然发作,直至抓破出血为止。本病诊断时应与肛门湿疡相鉴别。

本病辨证常见证型为血热、湿热、血虚等。

(十九)诊肛门湿疡

肛门湿疡是病变多局限于肛门周围的一种非传染性皮肤病。相当于肛门湿疹。

诊断依据:①急性湿疡:发病较快,病程较长,初起时皮肤损害有红斑、丘疹、渗出、糜烂、结痂、脱屑等,一般表现为一种。轻者微痒,重者瘙痒剧烈,难以忍受,呈间歇性或阵发性发作,夜间增剧。②亚急性湿疡:多由急性湿疡迁延不愈,病情较缓慢。水疱不多,渗液少,尚可见红斑,丘疹、鳞屑、痂皮、糜烂等。③慢性湿疡:常因急性湿疡日久不愈,转为慢性湿疡,亦可一开始即表现为慢性者。肛缘皮肤增厚粗糙,呈苔癣样变,弹性减弱或消失,伴有皲裂,颜色棕红或灰白色,皮损界线不清楚,瘙痒剧烈。病程较长,常延久不愈,反复发作。

对本病辨证，应根据其病期、皮损情况及全身症状，以区别湿热、风燥之异；对湿热之证，尚应依据皮损、大便、舌脉改变，辨明湿与热之孰轻孰重。常见证型为湿热下注、血虚风燥等。

（二十）诊锁肛痔

锁肛痔是发生在肛管直肠的恶性肿瘤。相当于肛管直肠癌。

诊断依据：①早期排便习惯改变，便次增多或减少，可伴有肛门坠胀；②继则发生便血，色鲜红或暗红，伴有粘液，且便次增多，有里急后重感，或有脓血便；③晚期排便困难，粪便变细变扁，甚至出现肠梗阻征象；④可转移至肝、肺等部位，侵及骶丛时，可有剧烈疼痛，全身出现恶液质；⑤肛门指诊见肛门狭窄，多可触及肿块及溃疡，指套染血；⑥直肠镜检查，可见肿块及溃疡。活组织病理检查，可明确诊断。

本病辨证常见证型为湿热蕴结、瘀毒内阻、脾肾两虚、气血双亏等。

（二十一）诊沿肛痔

沿肛痔是肛周皮肤糜烂溃疡，突出扁平疣状块物，痒痛出水，臭秽污浊，并有传染性的一种疾病。相当于肛门部疳疮、扁平湿疣等梅毒性皮肤病。

诊断依据：①多有梅毒病史；②肛门周围皮肤上有扁平疙瘩隆起，基底较硬呈乳白色或灰白色，局部渗出，奇痒滋水，时有瘙痒或刺痛等不适；③严重者可延及会阴部，或口腔、咽喉等处，出现同样病损；④华康氏血清反应呈强阳性。本病诊断时应与赘皮外痔、尖锐湿疣等疾病相鉴别。

本病辨证病机要点为湿热邪浊下注。

十七、肠梗阻诊法

肠梗阻是指肠内容物不能正常运行或通过发生障碍的病症。根据其发生的基本原因，一般分为机械性肠梗阻、动力性肠梗阻、血运性肠梗阻等三类。

诊断依据：①腹痛、呕吐、腹胀、停止肛门排气；②腹部可见肠型

或蠕动波，肠鸣音亢进；③X 线检查可助诊断。

为指导选择相应的中西医结合治疗方法，常对急性肠梗阻采用如下分型诊断方法：

第一型为痞结型。包括①无血运障碍的粘连性肠梗阻；②麻痹性肠梗阻；③蛔虫团、粪块或食物团堵塞性肠梗阻；④腹腔结核所致的肠梗阻。该型肠梗阻适合于采用非手术疗法。

第二型为瘀结型。包括①早期肠扭转；②早期肠套叠；③病程较长的单纯性肠梗阻；④高位肠梗阻；⑤疑有血运障碍的粘连性肠梗阻。此型可先用非手术治疗，力争改善全身情况，解除梗阻。在治疗中应密切观察，经 4～6 小时积极治疗后梗阻仍不缓解，而且脉率快，腹围增加，肠鸣音变弱时，应立即手术。对该型非手术治疗时间一般不超过 24 小时。

第三型为疽结型。包括①绞窄性肠梗阻；②晚期绞窄性肠梗阻；③先天畸形及肿瘤所致的肠梗阻；④一、二型屡攻不下或转化为有血运障碍的各类肠梗阻。该型须手术治疗。

注意事项：对一、二型肠梗阻，在采用非手术治疗过程中要严密观察，有下列症状者应慎重应用非手术疗法或考虑中转手术治疗：①精神由痛苦病容转为淡漠或烦躁不安者，虽腹部症状无加重，但常为肠管坏死的先兆，或有恶化趋向。②阵发性或持续性腹痛加剧。经 6～12 小时积极手术治疗，腹痛仍在进行性加剧，且无排便排气者。③经非手术治疗腹胀加重，或即使病人自觉腹痛减轻，但腹胀明显，且伴有腹肌紧张，压痛较重者。④肠鸣音由亢进转为消失时，提示肠管有坏死，应中转手术。⑤脉象沉细而数，提示病情恶化，一般而言，如经积极治疗，脉搏达 100 次/分以上时，结合其他症状和体征应考虑中转手术治疗。⑥若体温骤升至 38℃以上时，往往为肠管坏死的先兆，应结合临床，及时中转手术治疗。⑦血压音响细沉，高低不稳定，脉压差缩小，提示病情趋向恶化，应结合临床症状考虑中转手术治疗。⑧腹部出现移动性浊音，为绞窄后肠管渗出所致，提示肠管血运已有障碍或肠管已坏死，应中转手术治疗为宜。⑨出现呕吐粪汁、腥臭或咖啡样物，提示肠管已坏死，应结合临床症状及时中转手术治疗。

第七节 骨伤科病诊法

一、骨折诊法

骨的完整性和连续性遭致破坏称之为骨折，由于外力所致者称外伤性骨折。

诊断依据：①外伤史：是诊断外伤骨折的必备条件，没有外伤史，外伤性骨折的诊断就不能成立。在询问外伤史时，要问清受伤的时间，外力的大小，外力作用形成以及受伤时肢体所处的姿势等等。从而分析骨折是否可能发生，发生骨折的部位以及可能发生的合并损伤。②临床表现：包括伤后全身表现和局部表现，其中局部表现是诊断骨折的重要依据，局部临床表现又可分为骨折的一般症状和骨折的特征。骨折的一般症状包括疼痛、肿胀、功能障碍。疼痛泛指病人自觉痛，以及局部压痛和纵向挤压(叩击)痛。一般而言，伤后病人自觉痛最明显的部位，压痛最固定的部位，纵向挤压(叩击)疼痛所出现的部位，三者部位多互相统一，往往就是骨折的所在部位。肿胀最高起的部位与疼痛最明显的部位亦多互相统一，因此肿胀最高起的部位往往也就是骨折的所在部位。受伤肢体功能障碍表现得越严重，伤肢发生骨折的可能性越大。骨折特征包括：畸形、骨擦音、异常活动。不正常的形态为畸形，多由骨折移位所致；骨擦音即骨折两断端(面)相互摩擦或碰撞所产生的声音；异常活动即不正常的活动，亦称假关节，指在不应该出现活动的骨干部位而出现了完整性和连续性中断所致。可见，畸形、骨擦音和异常活动，只有当骨的完整性和连续性遭到破坏后，才会于局部表现出来。因此，在躯体某一局部若发现骨折三个特征之一者，即表明该部位有骨折存在。③X 线片检查：可以明确骨折的部位、类型和移位情况。

对外伤性骨折诊断的思路方法是：若有外伤史，伤后在躯体的某一局部发现了骨折的一般症状，就可疑诊该部位有骨折存在；如果在局部又发现骨折三个特征任何之一者，就可初步诊断为骨折；为了确

定诊断，可拍摄X线照片。对全身各部位骨折的诊断，大多可应用该方法。将此方法可归纳简化为下表：

外伤性骨折诊断模式示意表

外伤史＋一般症状——疑诊骨折

外伤史＋一般症状＋骨折特征——初步诊断为骨折

外伤史＋一般症状＋骨折特征＋X线片表现——确诊为骨折

注意事项：①骨折特征虽然对骨折诊断意义较大，但为了避免增加病人痛苦和加重局部损伤，不能为了诊断骨折而专门去寻查之，只能靠查体时偶然发现；②不能片面依赖X线片诊断骨折，X线摄片应该建立在详细了解病史，认真体格检查基础之上；③对于那些极细小的裂缝骨折，以及特殊部位、特殊类型骨折，局部临床表现不典型者，需要反复细致的检查和观察，认真综合分析做出诊断。

二、脱位诊法

凡构成关节的骨端关节面脱离正常的位置，发生关节功能障碍者称为脱位，亦称脱臼、出臼、脱骱、骱失、出髎骨错等。由于外力所致者，称外伤性脱位。

诊断依据：①外伤史：是诊断外伤性脱位的必备条件，与外伤性骨折诊断一样，假若没有外伤史，其诊断就不得成立。询问外伤史的要点与骨折诊法基本相同。②临床表现：伤后局部临床表现是诊断脱位的重要依据。局部临床表现亦分为脱位的一般症状和脱位的特征。脱位的一般症状与骨折的一般症状相同，也是疼痛、肿胀、功能障碍。而对脱位诊断意义较大者，则是脱位的特征。脱位的特征有三，即关节畸形、关节盂空虚、弹性固定。关节畸形，是由于组成关节的骨端关节面脱离了正常的位置所致，不同关节脱位，在局部表现出相应而且典型畸形，如肩关节脱位时呈方肩畸形；肘关节后脱位时呈靴样畸形；髋关节后脱位时，患肢呈屈曲、内收、内旋畸形。关节盂空虚，是由于脱位后，杵骨头离开了关节盂所致，用摸法可以触摸到。弹性固定，即脱位后，关节周围未撕裂的筋肉挛缩，可将脱位的骨端保持在特殊的位置上，远端肢体被动活动时，虽可稍微活动，但有弹性阻力，去除

外力后，关节又回复到原来的特殊位置上，用摸法可以获得此特殊体征。③X线片检查：可以明确脱位的诊断、类型，以及有无骨折并发症。

从总体而言，对脱位的诊断思路与骨折诊断基本相同，亦可以应用外伤性骨折诊断模式指导对脱位的诊断，只是特征所指各不相同，X线片表现各异。对脱位诊断时，应与骨折相鉴别。

三、落枕诊法

诊断依据：①一般无外伤史，多因睡眠姿势不良或感受风寒后所致；②急性发病，睡眠后一侧颈部出现疼痛、痠胀，可向上肢或背部放射，活动不利，活动时伤侧疼痛加剧，严重者使头部歪向病侧；③患侧常有颈肌痉挛，胸锁乳突肌、斜方肌、大小菱形肌及肩胛提肌等处压痛，在肌肉紧张处可触及肿块和条索状改变。

本病主要由感受风寒和不良姿势睡眠所致，因而辨证分型主要有瘀滞型和风寒型两类，辨证主要以局部症状和病因为依据。

四、颈椎病诊法

诊断依据：①有慢性劳损及外伤史。或有颈椎先天畸形、颈椎退行性病变。②多发于40岁以上中年人，长期低头工作者或习惯于长时间看电视者，往往呈慢性发病。③颈、肩、背疼痛，头痛头晕，颈部板硬，上肢麻木。④颈部活动功能受限，病变颈椎棘突、患侧肩胛骨内上角常有压痛，可摸到条索状硬结，可有上肢肌力减弱和肌肉萎缩，臂丛牵拉试验阳性。压头试验阳性。⑤X线摄片显示，钩椎关节增生，张口位片可有凿状突偏歪，侧位片显示颈椎曲度变直，椎间隙变窄，有骨质增生或韧带钙化，斜位片可见椎间孔变小。CT和磁共振对定位有意义。

本病辨证主要以X线片诊断为主要依据。临证常分为风寒湿型、气滞血瘀、痰湿阻络、肝肾不足、气血亏虚诸证。

五、肩周炎诊法

诊断依据：①慢性劳损，外伤筋骨，气血不足复感风寒湿邪；②好

发年龄在50周岁左右，女性多于男性，右肩多于左肩，多为体力劳动者，多为慢性发病；③肩周炎痛，以夜间为甚，常因天气变化及劳累后诱发，肩关节活动功能障碍；④肩部肌肉萎缩，肩前、后、外侧均有压痛，外展功能受限明显，出现典型"扛肩"现象；⑤X线检查多为阴性。

本病辨证应以45岁以上中年人肩关节活动受限疼痛为主症，又称肩凝症，五十肩。临证常以风寒湿型、瘀滞型、气血虚型为主。

六、肩关节扭挫伤诊法

诊断依据：①有明显外伤史；②可发生于任何年龄，部位多在肩部上方或外侧，并以闭合伤为特点；③局部瘀肿，疼痛，功能障碍；④X线摄片排除骨折；⑤应与肩周炎鉴别。

本病常以气血瘀滞和风寒湿型为主要证型。

七、肱二头肌长头腱腱鞘炎诊法

诊断依据：①有肩部劳损或受风寒湿邪侵袭病史；②中年人多见，多呈慢性发病过程；③肩部疲胀，疼痛以夜间为著，可向三角肌下放散；④肱骨结节间沟处有明显压痛，肱二头肌腱抗阻力试验阳性。

本病以寒湿型、瘀滞型、气血不足为多见，临证应与肩周炎、肩关节扭挫伤鉴别。

八、冈上肌肌腱炎诊法

诊断依据：①有肩外伤、肩劳损和感受风寒病史；②好发于中老年人，多呈慢性发病过程；③肩外侧渐进性疼痛，活动受限；④肱骨大结节处或肩峰下有明显压痛，肩关节外展60～120°出现"疼痛弧"。部分病例有冈上肌肌腱钙化存在，应摄X线片确诊。

本病也以肩周痛为主症，临证应与肩周炎、肩关节扭挫伤、肱二头肌长头腱腱鞘炎相鉴别，多以瘀滞型、虚寒型出现。

九、肩峰下滑囊炎诊法

诊断依据：①多有肩部外伤或劳损史；②常继发于肩关节邻近组

织退化和慢性炎症；③肩峰下疼痛，活动受限，肩峰外端有局限性压痛及肿块。

本病以肩峰下疼痛为主症，临证时应与肩周炎、肩关节扭挫伤、肱二头肌长腱腱鞘炎、冈上肌肌腱炎相区别。常以瘀滞、虚寒两证型进行辨治。

十、肘关节软组织扭挫伤诊法

诊断依据：①有外伤史；②肘关节疼痛、肿胀，或见有皮肤青紫瘀斑，肘关节屈伸功能明显受限；③可据X线片排除骨折。

本病以肘关节疼痛为主症，临证时应与肘后滑囊血肿、肱骨外上髁炎等病鉴别。临证以气滞血瘀、虚寒等证为多见。

十一、肘后滑囊血肿诊法

诊断依据：①有明显外伤史；②肘关节外后方至肱骨内髁有弧形条索状肿胀，质软或稍硬；③X线片提示：肘关节间隙增宽，但关节关系无变化。

本病以肘关节外后方疼痛为主症，临证时应与肘关节软组织扭挫伤、肱骨外上髁炎等病相鉴别。常见证型为血瘀气滞、气虚血瘀等。

十二、桡骨小头半脱位诊法

诊断依据：①有外伤史；②常见于4岁以下小儿，有提拉手臂史；③肘关节无肿，或轻度肿胀，肘关节旋后活动受限，桡骨小头压痛，上肢不能上举；④X线片能明确诊断。

本证有明显外伤史，X线检查即可确诊。

十三、肱骨外上髁炎诊法

诊断依据：①多见于特殊职业，如砖瓦工、网球运动员或有肘部外伤史；②肘外侧疼痛，呈持续性发展，作拧衣、扫地等动作时疼痛加剧，常因疼痛而致前臂无力，握力减弱，休息时疼痛减弱或消失；③肘

外侧压痛，以肱骨外髁处压痛明显，前臂伸肌群紧张试验阳性，伸肌群抗阻试验阳性。

本病以肘外侧痛为主症，临证时应与肘后滑囊血肿、桡骨小头半脱位鉴别。以风寒阻络、湿热内蕴、气血亏虚证为常见。

十四、腕关节扭挫伤诊法

诊断依据：①有外伤史；②腕部肿痛，重者局部瘀斑，压痛明显且功能受限；③桡骨茎突疼痛及压痛多为桡侧副韧带损伤，尺骨茎突疼痛及压痛多为尺侧副韧带损伤，腕背伸疼痛或掌屈疼痛多为掌、背侧副韧带损伤或屈、伸肌腱损伤；④必要时X线摄片，排除骨折、脱位。

本病以腕关节疼痛主症，临证时应与腕三角纤维软骨损伤、桡骨茎突狭窄性腱鞘炎、桡侧腕伸肌腱周围炎等症相鉴别。多以瘀滞型、虚寒型辨治。

十五、腕三角纤维软骨损伤诊法

诊断依据：①腕部有明显外伤史；②肿痛局限于腕部尺侧，压痛，尺骨小头轻度向背侧移位，下尺桡关节松弛，偶有弹响音，腕关节活动功能受限；③X线片显示：下尺桡关节间隙增宽，尺骨小头向背侧移位。碘造影显示，腕三角纤维软骨破裂。

本病以腕关节疼痛为主症，临床诊断时应与腕关节扭挫伤等腕关节病变鉴别。临证常以瘀滞、虚寒、肾亏三型辨治。

十六、桡骨茎突狭窄性腱鞘炎诊法

诊断依据：①有劳损史，好发于家庭妇女及长期从事腕部用力操作者；②桡骨茎突部疼痛，肿胀隆起，压痛，腕部劳累或寒冷刺激后疼痛加剧，局部腱鞘增厚，握物无力，活动受限；③握掌尺侧试验阳性。

本病以腕部疼痛为主症，应注意与腕关节扭挫伤等病症鉴别。临证常以瘀滞、虚寒等证进行辨治。

十七、桡侧腕伸肌腱周围炎诊法

诊断依据：①有劳损病史，多发于中青年男性，从事腕及前臂用

力操作者；②前臂中下段背侧肿胀、疼痛、压痛，腕部活动受限，疼痛在活动时加重，休息减轻，或局部灼热，作屈伸腕关节、握拳动作时出现捻发音。

本病以前臂下端及腕关节疼痛为主症，应注意与腕关节周围有关疾病鉴别。临证以瘀滞、虚寒两证型为多见。

十八、掌指关节扭挫伤诊法

诊断依据：①有明显的外伤史；②伤后指间关节肿胀疼痛，压痛，指关节屈伸活动受限；③X 线片提示：掌指关节软组织肿胀，但无骨折及脱位。

本病以指间关节肿痛为主症，临床应与掌指关节侧副韧带损伤鉴别。常以瘀滞型、虚寒型辨治。

十九、掌指关节侧副韧带损伤诊法

诊断依据：①有明显外伤史；②伤后掌指关节明显肿痛，压痛，屈伸活动受限；③伤侧副韧带牵拉试验阳性，若韧带断裂时，侧方活动范围加大，关节不稳，有异常活动；④X 线片检查：有侧副韧带断裂时，伤侧掌指关节间隙加宽。

本病以掌指关节肿痛，压痛为主症，临床时应注意与掌指关节扭挫伤鉴别。临证常以瘀滞、虚寒两型进行辨治。

二十、屈指肌腱狭窄性腱鞘炎诊法

诊断依据：①有手部劳损伤史，多见于手工劳动者，好发于拇指、食指、无名指；②手指活动不灵活，局限性疲痛，晨起或劳累后症状明显；③掌指关节掌侧压痛，可触及结节，指伸屈活动困难，有弹响或交锁现象。

本病多表现为瘀滞型和虚寒型。

二十一、髋关节一过性滑膜炎诊法

诊断依据：①有下肢过度劳累或扭伤史；②好发于儿童；③患肢

跛行，髋或膝关节疼痛；④骨盆向患侧倾斜，患肢假性变长在 2cm 以内，腹股沟压痛，轻度肿胀，髋关节屈曲、内收、旋转等有抵抗，“4”字试验阳性；重者髋关节屈曲挛缩试验阳性，患肢置于外展外旋位；⑤X 线摄片示：骨盆轻度倾斜，如关节积液多时，关节间隙增宽，但股骨头无骨质破坏；⑥血白细胞总数及血沉正常，细菌培养阴性。

本病以髋关节痛及跛行为主症，临床应与股骨头缺血性坏死、股四头肌扭挫伤等病鉴别，临证常以肝火流筋、湿热阻络、脾胃虚弱等证进行辨治。

二十二、股骨头缺血性坏死诊法

诊断依据：①有明显的髋部外伤史；②虽无外伤史，但有长期服用激素，或过量饮酒史；③髋部疼痛，以内收肌起点处为主，疼痛或呈持续性或间歇性，可向下放射至膝关节；④行走困难，呈跛行，进行性加重；⑤髋关节功能障碍，以内旋外展受限为主，被动活动髋关节可有周围组织疼痛性痉挛；⑥X 线摄片可见股骨头密度改变及中后期的股骨头塌陷。

股骨头缺血性坏死是由于不同原因破坏股骨头的血液供应而造成的骨病。本病以髋部疼痛为主症，临床应与髋关节一过性滑膜炎、股内收肌损伤、股四头肌扭挫伤等病鉴别。其常见证型有气滞血瘀、风寒湿痹、痰湿所阻、气血虚弱、肾肝两虚等证，要结合其主兼症进行辨治。

二十三、股内收肌损伤诊法

诊断依据：①有股内收股扭挫伤史或劳累后感受风寒引发；②大腿内侧、耻骨部疼痛，内收外展时疼痛加剧，甚则功能障碍；③内收肌上 1/3、耻骨联合处压痛，肌肉紧张，髋关节外展内收疼痛明显，肌内收肌抗阻试验阳性；④X 线摄片检查若见钙化阴影，提示发生骨化性肌炎。

本病临证多表现为血瘀气滞型、风寒痹阻型、瘀热入络型、血不养筋四型。

二十四、股四头肌扭挫伤诊法

诊断依据：①大腿前方有明显扭挫伤史；②局部肿胀，疼痛，瘀斑，伸膝时疼痛加剧；③髋、膝关节活动受限，股四头肌阻抗试验阳性；④X线片排除骨折。若见钙化为陈旧性损伤，提示已发生骨化性肌炎。

本病以外伤史和局部症状为诊断要点。X线片可作鉴别诊断。临证以气滞血瘀、瘀热阻络、气血虚损为常见证治类型。

二十五、髌上滑囊血肿诊法

诊断依据：①有外伤史；②髌骨上方可扪及波动感，肿胀明显；③局部疼痛，活动受限。

本病以髌骨上方疼痛为主症，临床应当与膝关节的有关病证鉴别。本病临证时常以气滞血瘀、瘀郁化热、寒湿瘀阻等证进行辨治。

二十六、膝部滑囊炎诊法

诊断依据：①有膝部外伤或劳损史；②多见于膝部负重作业者；③有与滑囊解剖位置一致的压痕、波动性肿胀，可触及如囊状或豆状物；④膝部局限性肿胀、疼痛，下蹲或步行疼痛加重；⑤若血白细胞总数和中性粒细胞总数升高，提示为感染性滑囊炎。

本病以膝关节肿痛为主要症状，临床上应注意与其他原因所致的各类膝关节病相鉴别。临证时常以瘀血留滞、气虚湿阻、湿热壅滞诸证进行辨治。

二十七、膝关节交叉韧带损伤诊法

诊断依据：①有明显外伤史；②膝关节肿胀、疼痛，被动伸屈时疼痛加剧，关节松驰而不稳定，活动受限，抽屉试验阳性；③X线片检查可发现骨片撕脱骨折；④膝关节造影及关节镜检查可助诊断。

本病以膝关节肿痛为主要症状，临证时应与其他原因所致膝关

节有关组织的病变进行鉴别。临证常按筋断筋伤、筋脉失养、湿阻筋络诸证辨治。

二十八、膝关节侧副韧带损伤诊法

诊断依据：①有明显外伤史；②膝关节肿胀疼痛，功能受限，膝关节呈半屈曲位，或皮下瘀斑；③膝关节或外侧压痕，侧副韧带分离试验阳性；完全断裂时关节不稳，抽屉试验阳性；④X线片提示：上述试验应力下摄片，伤侧关节间隙增宽或轻度错位，或伴撕脱性骨折。

本病仍属外伤性膝关节周围组织病变，以膝关节肿痛为主要症状，因此要与相关的外伤疾病鉴别。临证常分骨断筋伤、筋脉失养、湿阻筋络诸证辨治。

二十九、膝关节半月板损伤诊法

诊断依据：①有外伤史；②伤后关节疼痛，肿胀，有弹响和交锁现象；③膝内外间隙压痛；④慢性期股四头肌萎缩，以股四头肌内侧尤为明显；⑤麦氏征和膝关节研磨试验阳性。

本病以外伤所致膝关节肿痛为主症，临床应与膝关节侧副韧带损伤、膝关节交叉韧带损伤、膝部滑囊炎等病进行鉴别。临证常以气滞血瘀、痰湿阻滞、肝肾亏损等证型进行辨治。

三十、膝关节创伤性滑膜炎诊法

诊断依据：①有外伤史或劳损史；②多发于老年，或体胖者；③膝关节肿胀、膨隆，胀痛，屈膝困难；④浮髌试验阳性；⑤关节穿刺为粉红色液，表面无脂肪滴。

本病是因外伤所致的以膝关节疼痛变形、屈膝困难为主症的疾患，临证应与膝关节半月板损伤、膝关节侧副韧带损伤、膝关节交叉韧带损伤、膝部滑囊炎等病鉴别。辨证可分气滞血瘀、风寒湿阻、脾肾不足、痰湿结滞诸型治疗。

三十一、髌下脂肪垫损伤诊法

诊断依据：①有外伤、劳损或膝部受凉病史；②常见于运动员及

膝关节运动较多者，以女性为多发；③膝关节疼痛，下楼梯为甚，膝过伸位疼痛加重，髌下脂肪垫压痛明显，膝过伸试验阳性，髌腱松弛压痛试验阳性；④X线片：膝侧位可见脂肪垫支架的纹理增粗，少数可见脂肪垫钙化阴影。

本病以关节疼痛为主症，临床应与不同原因所致膝关节不同部位病变的膝关节痛性疾病相鉴别。临证以气滞血瘀和肝肾亏损为常见证型。

三十二、髌骨软化症诊法

诊断依据：①有外伤史或劳损史；②多见于中青年；③上下楼梯及半蹲位疼痛加剧，髌下脂肪压痕阳性，髌骨研磨试验阳性，或有“软腿”、“假交锁证”现象；④X线片可见密度增高的软骨骨质硬化影。

本病以髌骨骨质改变为主，临床应与其他膝部损伤性疾病鉴别。以痰湿痹阻和肝肾亏虚证为常见。

三十三、胫骨结节骨骺炎诊法

诊断依据：①多发生于胫骨结节骨骺未融合又喜爱运动的青少年；②常双侧受累，发病缓慢，绝大多数患者发病前有剧裂运动史或外伤史；③膝关节前下方疼痛、肿胀，当关节频繁运动时疼痛加重，甚至下蹲或下楼时疼痛明显；④胫骨结节增大，局部软组织肿胀，压痛明显，抗阻力伸直小腿时可使疼痛加剧；⑤X线片提示，胫骨结节之舌状突出部骨质致密，骨骺外形不规则，甚至裂成数块。

本病以胫骨结节处肿痛为诊断的主要依据，临证时常以气滞血瘀、瘀热入络进行辨治。

三十四、踝关节扭伤诊法

诊断依据：①有明确的踝部外伤史；②伤后踝关节疼痛，局部肿胀，皮下瘀斑，破行；③局部压痛明显，若内翻扭伤者，将足作内翻动作时，外踝前下方剧痛；若外翻扭伤时，将足作外翻时，内踝前下方剧痛；④X线摄片可排除骨折。

本病以踝关节肿痛及明确踝关节外伤史为诊断要点。临证常以气滞血瘀和筋脉失养进行辨证治疗。

三十五、腓骨长短肌腱滑脱诊法

诊断依据：①有外伤史或慢性劳损史；②外踝后方肿胀，疼痛，于外踝后上方可触到移位的腓骨肌腱，并有明显的压痛，踝关节有不稳感；③踝背伸时肌腱向前滑脱，出现弹响，并引起疼痛。

本病以外踝后方肿痛为主症，应与踝关节扭伤相鉴别。临证常以气滞血瘀和筋脉失养进行辨治。

三十六、跖跗关节扭伤诊法

诊断依据：①有明显外伤史；②损伤后跖跗关节肿胀，疼痛，压痛，或有局部皮下瘀血，步行活动受限；③X 线片未见骨折。

本病以跖跗关节肿痛瘀血和外伤史为诊断要点。临证要区别是气滞或血瘀，分别治之。

三十七、跖管综合征诊法

诊断依据：①有外伤史或慢性劳损史；②好发于青壮年男性，多为体力劳动者，一般呈单侧性；③足底和足跟内侧疼痛，麻木，劳累后明显，休息后减轻、跖管叩击有向足底及足跟放射痛；④肌电图检查：跖内侧神经或跖外侧神经所支配的足小肌震颤。

本病以跟骨内侧麻木、疼痛为主要症状。临床常分为气滞血瘀和肝血不足证进行辨治。

三十八、腱鞘囊肿诊法

诊断依据：①有外伤史或慢性劳损史；②可发生于任何年龄，以青、壮年为多见，女性多于男性；③好发于腕背及腕掌面的桡侧，掌指关节的掌侧面，足背动脉附近等处；④主要症状为局部肿块，缓慢发生或偶然发现，局部痠胀不适，握物或按压时有痛感；⑤肿块小至米

粒，大至乒乓球不等，半球型，光滑，与皮肤不粘连，但附着于深处的组织，活动性小，有囊性感。

本病以腕背、腕掌侧出现囊肿为主要体征，临证以气滞与血瘀两型辨治。

三十九、背肌筋膜炎诊法

诊断依据：①可有外伤、劳损或感受风寒史；②多发于老人，好发于两肩胛之间，尤以体力劳动者为多见；③背部疲痛，肌肉僵硬如板，有沉重感，疼痛常与天气变化有关，阴雨天或劳累后症状加重；④背部有固定压痛点或压痛较为广泛。背部肌肉僵硬，沿骶棘肌行走方向可触到条索状改变。腰背功能大多正常。X线无阳性发现。

本病是好发于老年人的背部疼痛病症。临证常以风寒湿阻、气血凝滞、气血两虚诸型进行辨治。

四十、急性腰扭伤诊法

诊断依据：①有腰部扭伤史，多见于青壮年；②腰部一侧或两侧剧烈疼痛，活动受限，不能翻身、坐立和行走，常保持一定强迫姿势，以减少疼痛；③腰肌和臀肌痉挛，或可触及条索状硬物，损伤部位有明显压痛点，脊柱生理弧度改变。

本病以腰部剧痛及明显外伤史为诊断要点，临证多以气滞血瘀辨治。若伴有局部灼痛、大便秘结、尿黄赤者，按湿热内蕴诊治。

四十一、腰肌劳损诊法

诊断依据：①有长期腰痛史，反复发作；②一侧或两侧腰骶部疲痛不适，时轻时重，绵绵不愈，劳累后加重，休息后减轻；③一侧或两侧骶棘肌轻度压痛，腰腿活动一般无明显障碍。

本病以慢性腰骶部疲痛为主症。临证时，若腰部冷痛者为寒湿；局部灼痛，苔黄腻尿赤便溏者为湿热；若疼痛喜温喜按为肾虚；若痛有定处，俯仰不便，舌紫暗者为瘀血。

四十二、腰椎间盘突出症诊法

诊断依据：①有腰部外伤史，以及慢性劳损或受寒湿史，大部分患者发病前有慢性腰痛史；②常发生于青壮年；③腰痛向臀部及下肢放射，腹压增加时疼痛加重；④脊柱侧弯，腰生理弧度消失，病变部位椎旁有压痛，并向下肢放射，腰活动受限；⑤下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝，病程长者可出现肌肉萎缩；直腿抬高或加强试验阳性，膝、跟腱反射减弱或消失，拇趾背伸力减弱；⑥X 线摄片检查，脊柱侧弯，腰生理前凸消失，病变椎间盘可变窄，相邻边缘有骨赘增生。CT 检查可显示椎间盘突出的部位及程度。

本病也是以腰痛为主症的疾病，应与腰肌劳损、腰部扭伤等病鉴别。临证常以血瘀、寒湿、湿热、肝肾亏虚进行辨治。

四十三、棘上韧带损伤诊法

诊断依据：①急性损伤常在弯腰负重时伸腰后突然发病，慢性损伤者有长期弯腰劳损史；②多发于中年以上患者，以腰下段损伤多；③腰部疼痛，活动受限，弯腰及劳累后症状加重，腰部局限性压痛，压痛点固定在 1～2 个棘突上，或伴有下肢反射性疼痛。

本病以腰痛为主症，临床当与腰部扭伤、腰肌劳损、腰椎间盘突出等腰骶部病变相鉴别。临床常按气滞血瘀、湿热阻络、肝肾不足证进行辨治。

四十四、第三腰椎横突综合征诊法

诊断依据：①有突然弯腰扭伤，长期慢性劳损或腰部受凉史；②多见于体力劳动者；③一侧慢性腰痛，晨起或弯腰疼痛加重，久坐直起困难，有时可向下肢放射至膝部；④第三腰椎横突处压痛明显，并可触及条索状硬结；⑤X 线摄片示有第三腰椎横突过长或左右不对称。

本病以腰痛为主症，临床应与腰扭伤，腰肌劳损，腰椎间盘突出，棘上韧带损伤等病鉴别。临证常以气滞血瘀、风寒阻络、肝肾亏虚之

证辨治。

四十五、骶髂关节损伤诊法

诊断依据：①有急性腰骶部扭伤史或慢性劳损史；②一侧或双侧腰骶部疼痛，不能弯腰，患侧下肢站立负重、行走抬腿困难，严重者向臀部和腹股沟处放散；③骶髂部有明显压痛，两侧髂后上棘不等高，“4”字试验阳性，床边试验阳性，脚筒柄试验阳性，髋膝屈曲试验及下肢后伸试验阳性，严重者可见腰骶部脊柱侧弯；④骶髂关节双斜位X线片示，患侧骶髂关节间隙增宽，或无异常。

本病以腰骶部疼痛为主症，临床应注意与腰部扭伤、腰肌劳损、腰椎间盘突出症等腰骶部病变相鉴别。临证常有气滞血瘀、气血两虚、气虚血瘀、肝肾亏虚等证。

四十六、腰椎椎管狭窄症诊法

诊断依据：①有慢性腰痛史，部分病人有外伤史；②多发生于40岁以上体力劳动者；③长期反复的腰腿痛和间歇性跛行，腰痛在前屈时减轻，在后伸时加重，腿痛多为双侧，可交替出现，站立和行走出现腰腿痛或麻木无力，疼痛和跛行逐渐加重，休息后好转，严重者可引起尿频或排尿困难；④下肢肌肉萎缩，腱反射减弱，腰过伸试验阳性；⑤腰椎X线片有助于诊断，脊髓造影，CT和核磁共振检查有重要意义。

本病以腰腿痛为主症，临床要与慢性腰肌劳损、腰椎间盘脱出症相鉴别。常见有风寒痹阻、肾气亏虚、气虚血瘀诸证型。

四十七、梨状肌综合征诊法

诊断依据：①有外伤史或感受风寒史；②常发生于中老年人；③臀部疼痛，严重者患侧臀部呈持续性“刀割样”或“烧灼样”剧痛，多数伴有下肢放射痛，跛行或不能行走；④臀部梨状肌部位压痛明显，并可触及条索状硬结，直腿抬高在60°以内疼痛明显，超过60°后疼痛反而减轻，梨状肌紧张试验阳性。

本病以臀部疼痛为主症，应与臀上皮神经损伤和其他腰部损伤波及臀部疼痛诸病鉴别。临证常见证型有气滞血瘀、风寒湿阻、湿热蕴蒸、肝肾亏损等。

四十八、臀上皮神经损伤诊法

诊断依据：①有腰臀部闪挫扭伤史及慢性劳损史；②多发于中年以上患者；③一侧腰臀部刺痛或痠痛，急性扭伤疼痛较剧，可有下肢牵扯样痛，但多不过膝，弯腰明显受限，在髂嵴最高点内侧 2～3cm 处压痛明显，局部可触到条索样硬结。

本病以腰臀部疼痛为主症，临床应与腰痛诸疾鉴别。常以气滞血瘀、气血不足、筋脉失养进行辨治。

四十九、头部内伤诊法

诊断依据：①有头部外伤史；②伤后出现昏迷，烦躁，头晕头痛，恶心呕吐等症；③结合体检、CT、核磁共振检查可确定损伤部位及程度。

本病见于头部外伤、颅骨骨折、脑震荡、脑挫裂伤、颅内出血和脑干损伤等情况。临证根据情况可分为昏愦期：有气机壅闭、瘀停清窍、痰热上扰、元神外脱等证；清醒期和恢复期：可见瘀阻脑络、痰浊上蒙、肝阳上扰、心脾两虚、肾精不足诸证。

五十、胸部内伤诊法

诊断依据：①有胸胁部外伤史；②伤后胸部疼痛，胸闷气短，咳呛或转动时疼痛加剧，甚者喘促气短，唇甲发绀，或伴有低热；③疑有气胸、血胸、心包填塞者应早作 X 线摄片检查确诊。

本病见于肋间肌牵拉伤、胸部软组织挫伤、气胸、血胸、心脏损伤、胸廓挤压征等。若为新伤，则多表现为气机郁滞、瘀停胸胁、瘀血乘肺、瘀血凌心、络脉破裂、气随血脱等类型。若是陈旧伤，则多为肝郁气滞、瘀阻胸胁、心气虚弱、气阴两虚、肝阴不足等证。

五十一、腹部内伤诊法

诊断依据：①有钝性暴力，外力冲击或利器所伤等外伤史；②腹部疼痛，单纯腹壁挫伤疼痛较轻，疼痛、触痛和腹肌强硬多局限于受伤部位，无腹膜炎或内出血现象；如合并腹腔脏器损伤则疼痛较甚，且有腹膜炎或内出血表现；③腹腔脏器损害者腹腔穿刺可抽出不凝固的血液，大量出血者血色素及红细胞压积进行性降低，甚至出现休克；④必要时可借助X线摄片、B超、CT等仪器检查诊断。

本病见于腹部挫伤，腹部内脏损伤（肝破裂、胰腺破裂、脾破裂、胃肠道损伤、膀胱损伤）等。中医辨证分为伤气、伤血和伤脏腑三类。伤气者有气闭、气滞、气脱等证；伤血者有血瘀、亡血、气血两伤；伤脏腑者多见腹壁紧张，重者如板状，高热，面色少华，神疲或昏迷，或见尿血、便血。

五十二、四肢挤压伤诊法

诊断依据：①有外伤史；②局部见有疼痛，肿胀，皮色青紫或瘀斑，或可出现张力性水泡，甚则发黑，变硬，感觉障碍，活动受限；③全身症状可有发热，脉搏加快，甚则出现咯血，吐血，尿血及休克症状；④查尿隐血试验阳性，尿肌红蛋白试验阳性，尿比重增高。查血钾、非蛋白氮、尿素氮增高。

本病为肢体挤压损伤所致，据发病原因及挤压部位即可诊断，临床常分为气滞血瘀、积瘀化热、气虚血瘀、瘀阻经络、气血亏虚、肝肾亏损诸证型辨治。

五十三、筋膜间隔区综合征诊法

诊断依据：①有明显的外伤史，或伤肢长时间外固定包扎过紧。②多发生于小腿及前臂。③伤肢疼痛剧烈，末端动脉搏动减弱或消失，皮肤苍白，发凉或出现暗红斑块及水泡。甚则“硬皮革”样改变，筒状僵硬，皮肤感觉异常及功能障碍。可伴体温升高，脉搏加快等。④实验室检查：筋膜间室压力测定大于1.1kPa，血沉加快，尿肌红蛋白试

验阳性。

本病临证多表现为气滞血瘀、积瘀化热、肝肾亏损诸型。

主要参考文献：

1、俞慎初　中国医学简史。第一版，福州：福建科学技术出版社。1983

2、朱文锋等　中医诊断学。上海：上海科学技术出版社。1995

3、麻仲学等　中国医学诊法大全。第一版，济南：山东科学技术出版社。1989

4、荆玉瑞等　中医方法全书。第一版，西安：陕西科学技术出版社。1996。

5、程绍恩等　中医证候诊断治疗学。第一版。北京：北京科学技术出版社。1993

6、赵金铎等　中医证候鉴别诊断学。第一版。北京：人民卫生出版社。1987

7、中华人民共和国中医药管理局颁布·中华人民共和国中医药行业标准——中医病证诊断疗效标准。第一版。南京：南京大学出版社。1994

8、方药中等　实用中医内科学。第一版。上海：上海科学技术出版社。1985

9、顾伯华等　实用中医外科学。第一版。上海：上海科学技术出版社。1985

10、郭维淮等　中国骨伤科学。第一版。桂林：广西人民出版社。1988

11、罗元恺　中医妇科学。第一版。北京：人民卫生出版社。1988

12、江育仁　中医儿科学。第一版。北京：人民卫生出版社。

1987

13、廖品正　中医眼科学。第一版。北京：人民卫生出版社。1992

14、王德鉴　中医耳鼻喉科学。第一版。北京：人民卫生出版社。1994

[General Information]
书名=中医诊法精华 中国医术名家精华之一
作者=
页数=571
SS号=0
出版日期=

封面 -28
书名 -27
版权 -26
前言 -25
目录 -22
1 1
2 2
3 3
4 4
5 5
6 6
7 7
8 8
9 9
10 10
11 11
12 12
13 13
14 14
15 15
16 16
17 17
18 18
19 19
20 20
21 21
22 22
23 23
24 24
25 25
26 26
27 27
28 28
29 29
30 30
31 31
32 32
33 33
34 34
35 35
36 36
37 37

38 38
39 39
40 40
41 41
42 42
43 43
44 44
45 45
46 46
47 47
48 48
49 49
50 50
51 51
52 52
53 53
54 54
55 55
56 56
57 57
58 58
59 59
60 60
61 61
62 62
63 63
64 64
65 65
66 66
67 67
68 68
69 69
70 70
71 71
72 72
73 73
74 74
75 75
76 76
77 77
78 78
79 79
80 80

81 81
82 82
83 83
84 84
85 85
86 86
87 87
88 88
89 89
90 90
91 91
92 92
93 93
94 94
95 95
96 96
97 97
98 98
99 99
100 100
101 101
102 102
103 103
104 104
105 105
106 106
107 107
108 108
109 109
110 110
111 111
112 112
113 113
114 114
115 115
116 116
117 117
118 118
119 119
120 120
121 121
122 122
123 123

124 124
125 125
126 126
127 127
128 128
129 129
130 130
131 131
132 132
133 133
134 134
135 135
136 136
137 137
138 138
139 139
140 140
141 141
142 142
143 143
144 144
145 145
146 146
147 147
148 148
149 149
150 150
151 151
152 152
153 153
154 154
155 155
156 156
157 157
158 158
159 159
160 160
161 161
162 162
163 163
164 164
165 165
166 166

167 167
168 168
169 169
170 170
171 171
172 172
173 173
174 174
175 175
176 176
177 177
178 178
179 179
180 180
181 181
182 182
183 183
184 184
185 185
186 186
187 187
188 188
189 189
190 190
191 191
192 192
193 193
194 194
195 195
196 196
197 197
198 198
199 199
200 200
201 201
202 202
203 203
204 204
205 205
206 206
207 207
208 208
209 209

210 210
211 211
212 212
213 213
214 214
215 215
216 216
217 217
218 218
219 219
220 220
221 221
222 222
223 223
224 224
225 225
226 226
227 227
228 228
229 229
230 230
231 231
232 232
233 233
234 234
235 235
236 236
237 237
238 238
239 239
240 240
241 241
242 242
243 243
244 244
245 245
246 246
247 247
248 248
249 249
250 250
251 251
252 252

253 253
254 254
255 255
256 256
257 257
258 258
259 259
260 260
261 261
262 262
263 263
264 264
265 265
266 266
267 267
268 268
269 269
270 270
271 271
272 272
273 273
274 274
275 275
276 276
277 277
278 278
279 279
280 280
281 281
282 282
283 283
284 284
285 285
286 286
287 287
288 288
289 289
290 290
291 291
292 292
293 293
294 294
295 295

296 296
297 297
298 298
299 299
300 300
301 301
302 302
303 303
304 304
305 305
306 306
307 307
308 308
309 309
310 310
311 311
312 312
313 313
314 314
315 315
316 316
317 317
318 318
319 319
320 320
321 321
322 322
323 323
324 324
325 325
326 326
327 327
328 328
329 329
330 330
331 331
332 332
333 333
334 334
335 335
336 336
337 337
338 338

339 339
340 340
341 341
342 342
343 343
344 344
345 345
346 346
347 347
348 348
349 349
350 350
351 351
352 352
353 353
354 354
355 355
356 356
357 357
358 358
359 359
360 360
361 361
362 362
363 363
364 364
365 365
366 366
367 367
368 368
369 369
370 370
371 371
372 372
373 373
374 374
375 375
376 376
377 377
378 378
379 379
380 380
381 381

382 382
383 383
384 384
385 385
386 386
387 387
388 388
389 389
390 390
391 391
392 392
393 393
394 394
395 395
396 396
397 397
398 398
399 399
400 400
401 401
402 402
403 403
404 404
405 405
406 406
407 407
408 408
409 409
410 410
411 411
412 412
413 413
414 414
415 415
416 416
417 417
418 418
419 419
420 420
421 421
422 422
423 423
424 424

425 425
426 426
427 427
428 428
429 429
430 430
431 431
432 432
433 433
434 434
435 435
436 436
437 437
438 438
439 439
440 440
441 441
442 442
443 443
444 444
445 445
446 446
447 447
448 448
449 449
450 450
451 451
452 452
453 453
454 454
455 455
456 456
457 457
458 458
459 459
460 460
461 461
462 462
463 463
464 464
465 465
466 466
467 467

468 468
469 469
470 470
471 471
472 472
473 473
474 474
475 475
476 476
477 477
478 478
479 479
480 480
481 481
482 482
483 483
484 484
485 485
486 486
487 487
488 488
489 489
490 490
491 491
492 492
493 493
494 494
495 495
496 496
497 497
498 498
499 499
500 500
501 501
502 502
503 503
504 504
505 505
506 506
507 507
508 508
509 509
510 510

511 511
512 512
513 513
514 514
515 515
516 516
517 517
518 518
519 519
520 520
521 521
522 522
523 523
524 524
525 525
526 526
527 527
528 528
529 529
530 530
531 531
532 532
533 533
534 534
535 535
536 536
537 537
538 538
539 539
540 540
541 541
542 542
543 543
544 544
545 545
546 546
547 547
548 548
549 549
550 550
551 551
552 552
553 553

554 554
555 555
556 556
557 557
558 558
559 559
560 560
561 561
562 562
563 563
564 564
565 565
566 566
567 567
568 568
569 569
570 570
571 571