

ICS 11.020
CCS C10

团 体 标 准

T/CI 093-2022

中医五诊脉法

Five Pulse Diagnostic Methods of TCM

2022-11-07 发布

2022-11-07 实施

中国国际科技促进会 发布

目 次

前 言.....	3
1. 适用范围.....	5
2. 规范性引用文件.....	5
3. 术语和定义.....	5
4. 脉诊.....	错误!未定义书签。
5. 诊脉内容.....	6
6. 基本要求.....	7
7. 诊脉方法.....	7
8. 按诊方法.....	10
9. 举诊.....	11
10. 听诊.....	13
11. 触诊.....	14
12. 问诊.....	16

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由北京春寿堂中医研究院提出。

本文件由中国国际科技促进会归口。

本文件起草单位：北京春寿堂中医研究院、洛阳春寿堂中医院有限公司、天津中医药大学第一附属医院，内蒙古赤峰市喀喇沁旗春寿堂中医医院、洛阳春寿堂中医院驻马店门诊部。

本文件主要起草人：陈春寿、石学敏、张大鹏、陈光、陈曦。

本文件是首次发布。

引 言

中医五诊脉法包括：举诊；听诊；触诊；切诊；拉诊五种（合称“五诊”），是春寿堂在总结历代医家长期医疗实践加以现代医学发展的基础上创新、改进和发展起来的，并随着影像学的进步不断得到补充和完善。五诊法在中医临床工作中起着重要的作用，因此对其操作程序及方法的规范化、标准化，是促进中医学学科建设发展、学术发展和提高中医临床诊疗水平的基础性工作，是教学、医疗、科研、管理及对外交流的需要。本文件是指导教学、临床、科学研究、医政管理、出版及国内外学术交流中有关“五诊”操作的基础性和通用性标准。“五诊”分别从不同的角度诊察和收集患者的病情资料，各有其独特的方法和依据，两者之间不能互相取代。因此，《中医五诊脉法》拟由五个部分构成。

——切诊：目的在于指导切诊的操作。

——举诊：目的在于指导举诊的操作。

——听诊：目的在于指导听诊的操作。

——触诊：目的在于指导触诊的操作。

——拉诊：目的在于指导拉诊的操作。

临床实际中，传统诊脉对“五诊”的操作难以截然分开，常“五诊+四诊”合参，全面收集患者的病情资料，为病、证的诊断及治疗前后提供可靠依据。

中医五诊脉法

1. 适用范围

本文件规定了中医五诊脉法中的切诊、举诊、听诊、触诊、拉诊的术语和定义、基本要求、诊脉内容和方法。

本文件适用于中医药领域教学、临床、科学研究、医政管理、出版及国内外学术交流。

2. 规范性引用文件

下列文件中的内容，通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款，其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件，不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改处）适用于本文件。

- GB/T 40665.1-2021 中医四诊操作规范 第1部分：望诊
- GB/T 40665.2-2021 中医四诊操作规范 第2部分：闻诊
- GB/T 40665.3-2021 中医四诊操作规范 第3部分：问诊
- GB/T 40665.4-2021 中医四诊操作规范 第4部分：切诊

3. 术语和定义

中医诊断名词术语第二部分：脉诊 (ISO23961-2) 中定义的和下列术语定义适用于本文件。

4. 脉诊

脉诊的脉法

4.1 切诊

医者用手指对患者的脉部位进行触、按、叩、举，通过手指的触觉，以了解病情，达到诊察疾病的方法。

4.2 寸口

两手腕部腕横纹后方，桡骨茎突内侧，桡动脉搏动明显凸处，是进行脉诊的准确部位。

注：包括寸、关、尺三部。

4.3 寸、关、尺

寸口脉诊法中三个诊脉部位：桡骨茎突内侧处为关，关之前（腕端）为寸；关之后（肘端）为尺。

注:三部的脉搏,分别称为寸脉、关脉、尺脉。

4.4 脉诊(切脉)

医生用手指切按患者身体某些特定部位的脉搏动处,体察脉动应指的形象,以了解机体健康状态,辨别病证的一种诊察方法。

4.5 诊脉

医生用手指探查患者左右手寸、关、尺脉搏动应指形象的过程。

4.6 按诊

医生用手触摸、按压或叩击患者体位、脉位,以了解局部的冷热、润燥、软硬、肿块、疼痛、肿胀或脉形特点及其它异常变化,辨别病证的一种诊察的创新方法。

4.6 举手脉

医生用手触寸脉,举起手,慢慢感知脉的强、硬、弦、弦长短、弱、软、有、无脉搏、跳低的感知,以此判断病症的感知创新方法。

5. 诊脉内容

5.1 脉位

通过指力的轻重变化,诊察脉动显现最为明显的部位,凸脉;辨别脉位的浅、中、深等脉形。

5.1.1 心肌供血

以区分心肌供血1度(轻微心肌供血)、2度(中度心肌供血)、3度(心衰心肌供血),如果指感灵敏,可分为五级,心供1下;心供1;心供1.5(平常偶有疲惫乏力);心供2(平常有时感觉疲惫乏力);心供2.2上(平常感觉疲惫乏力累)心供2.5(经常感觉疲惫乏力累);心供3(心衰,整天疲惫乏力、昏睡累、动着气喘胸闷压气、心慌)等。

5.2 脑供血

5.2.1 脉率

以医者的呼吸或借助钟表,计算一息或一分钟内脉动的次数,辨别脉搏频率的快慢,以区分迟脉、数脉、弦脉缓脉(排除甲状腺引起的快、慢脉外、在现代影像学的提示下,在多年春寿堂黄金九组合中药丸的治疗下,均不为病,只为症,因不用单独加药、即可很快消失)等。

5.2.2 脉宏大有力

根据脉搏应指的力度，诊察脉搏的强弱，以区分虚脉虚火，实脉实火、或单脉或多脉火旺的脉象等。

5.2.3 脉低

根据脉动应指的上下范围，诊察脉动的高低，注意：脉低不是脉小或脉细，并注意寸、关、尺三部的均匀，以区分跳低、正常脉等。

5.2.4 脉悠荡、荡

根据寸脉脉搏应指的径向范围，诊察脉位有否荡秋千的感觉，或悠或荡，或悠荡脉，以区分瓣膜反流轻重等。

6. 基本要求

6.1 脉律

根据脉搏应指的节律是否均匀一致，稍加1点力度感知脉搏波动有无忽快忽慢，歇止、鸡啄米脉、有无规律，软弱无力、脉小、强弱是否一致，诊察脉搏的均匀度，以区分快、慢、缓、急、不整齐脉等。

6.2 脉弦

根据脉波应指的软、硬、紧、强、刃利、刃钝、刃长、刃短、脉低、缓等，诊察脉象的张紧度、割指脉的大、小、长短，以区分紧脉、弦脉、得出初始心脏血管狭窄的程度、面积以及治疗前后的效果，以及斑块的硬度、炎症、症状是否改变，或将来大概治疗到什么程度等。

6.3 脉珠

根据脉搏应指的感知，诊察脉搏中含有凹凸、大小、软硬、明显、模糊不清、数量。判断囊肿数量、大小等。

简称：珠脉，以区分滑珠脉（孕脉）、固定珠脉（囊肿）等。

7. 诊脉方法

7.1 调息

脉诊时，医生应调匀呼吸，达到宁静心神，全神贯注，可根据自己的呼吸计算患者脉搏跳动的至数及脉型。

7.2 指法

7.2.1 布指

万病诊断脉为先，一指定乾坤：

医生应用左手或右手的食指、中指、无名指诊脉。首先食指、中指与无名指的指端平齐，自然弯曲呈弓形，然后以食指确定寸脉对应凸起脉部位（高凸起处定寸脉），食指按于寸脉，中指按于寸后关脉（凸起点）、无名指按于关后的尺脉（第三个凸起点），指肚紧贴于脉动部位，与被诊者体表约呈45°角。依据患者身高、臂长的差别调整布指的疏密。患者身高臂长者，布指宜疏，反之宜密，但均以寸、关、尺处凸脉为脉。

7.2.2 一指定三关（新解）

原对一指定三关：对于小儿，运用左手或右手的拇指或食指总候三部，以掌后高骨定位，诊脉时用一指分别向两侧滑动或挪动的方式体察三部脉象。

新解：在民间家庭流传的是，均以寸、关、尺处凸脉为脉。寸脉定不准，余脉更不准。

7.2.3 诊脉时间

每手诊脉时间不少于3分钟，具体以诊清病情为准，以体察清楚所有发生的脉象变化为准。要为每个患者的病情负责。不贪其快，要对每脉均要细查，有的细脉、弱脉、囊肿脉要反复校对，以求准确。

7.2.4 脉象诊察

春寿堂创新脉象诊察总结：

心供、脑供、心弦、心律不齐（包含各种异常脉）、鸡啄米脉、珠脉、凹凸不平脉、弦脉、无脉、停搏、旺脉、跳低、游荡、肺弦、肝弦（珠）等主分脉。

7.3 按诊（辅助）

7.3.1 基本要求

按（触诊）诊可结合望、闻、问诊的情况，有目的地进行，并且结合患者的异常感觉和反应变化，进行综合分析。

7.3.2 触诊内容

头颈部颈动脉血管

头颈部的触诊主要用于检查颈项怒张点的上下多少，软硬。从锁骨到面部耳垂下骨尖，共分 20 份，每份为 1 年。以此判断以年为单位的脑梗时间、脑萎缩情况，根据具体情况可将轻触、轻按诸法参用。

7.4 听诊内容

颈部脂肪薄，容易听知血管内血液流动的声音，以此来判断血管内斑块大小、多少、堵塞情况、治疗后的效果等。

7.4.1 听肺部

听后背

后背与肺近，听诊器（最好用双管听诊器，用大头），听诊时，听诊器紧贴患者后背皮肤，让患者用力呼吸，逐步听全部肺部两肋处，发出的声音。

7.5 拉诊(包括望诊)

拉诊是检查下肢血栓堵塞情况的病症，基本检查方法：

- 1 拉(感觉皮下有无凹凸不平)；
- 2 看(1 看皮肤颜色；2 看血管形状；3 看浮肿或溃烂；4 看走动灵活或脚后跟拖地长短；5 问不适程度)、
- 3 按浮肿恢复快慢、
- 4 问不适程度。

7.5.1 一拉

拉诊包括，除拇指外的四指成爪状，在小腿部软组织处，从下部慢慢向膝关节用力按压拉，感觉指下有无凹凸状，有凹凸状既是下肢血栓，越多越重。

7.5.2 二看

用手电顺腿照射，1 看腿部位有无凹凸不平，有即为下肢静脉曲张，2 看颜色越重病情越重，3 看有否溃烂。

7.5.3 三按

用手指按压小腿迎面骨，有无指印，有，是浮肿，即为下肢静脉曲张（越肿越重）

7.5.4 四问

问有否抽筋困陈，有即为下肢静脉曲张或还有哪里不舒服或没有说到的。

7.6 脘腹部

脘腹部泛指心下（剑突）至毛际（耻骨联合）的体表部位。上腹部称胃脘部，脐上称大腹，脐周称脐腹部，脐下至耻骨上缘称小腹，小腹的两侧称少腹。

脘腹部的按诊主要用于检查肝、胆、脾、胃、大小肠、膀胱、胞宫等腹腔脏器的病变，根据具体情况可将触、摸、按、叩诸法参用。

7.7 腰部

背腰部泛指第七颈椎至尾骶部及腰肌体表部位。

背腰的按诊主要用于检查肺、肾、脊柱等部位的病变，根据具体情况可将触、摸、按、叩诸法参用。

7.8 四肢

四肢的按诊主要用于检查肌肉、关节、筋脉的病变，根据具体情况可将触、摸、肌肉、指甲看血液回流速度（检查血粘度）诸法参用。

7.9 全身

全身主要是指全身肌肉及皮肤。

肌肤的按诊主要是感知局部皮肤的寒、热、温、凉、颜色变化、肿胀、润燥、滑涩、软硬、疼痛及弹起速度等情况，根据具体情况可将触、摸、按诸法参用。

7.10 腧穴

对某些特定腧穴的按诊，主要是了解有无压痛、结节及其他敏感反应，根据具体情况可将触、摸、按诸法参用。

8. 按诊方法

8.1 体位

根据对患者按诊部位的不同，医生可采取坐位或站位。

对于皮肤、手足、腧穴的按诊，医生可以坐或站位，面对或侧对患者的被诊部位，用左手稍扶病体，右手进行触摸、按压诊察。

对于胸腹、颈、背、腰部或下肢的诊察，医生多以站位，站立于患者的左或右侧进行操作。

8.2 手法

8.2.1 触法

用手指或手掌轻触患者局部皮肤，如额部、四肢、胸腹部等，以检查肌肤的

凉热、润燥、红肿、异常颜色等情况。

8.2.2 摸法

用手指或手掌稍用力寻抚局部，如胸腹、腧穴、肿胀的部位等，以检查患者局部的感觉，温差、有无疼痛及肿物的形态与大小等。

8.2.3 按法

用手指或手掌重力按压或推寻局部，如胸部、腹部、脊柱、骨节部位、肌肉丰厚处或面部蝶窦处等，以检查深部有无疼痛、肿块，肿块的形态、质地、大小、活动程度，肿胀的程度及范围、按之是否凹陷、凹陷是否容易恢复等。

8.2.4 叩法

8.2.4.1 直接叩击法

用手叩击身体某部，如腹部、腰背部等，使之震动，然后感受叩击所产生的叩击音、波动感、震动感及患者的反应，根据叩击音及手指下的感觉来判断检查部位的状况。

8.2.4.2 间接叩击法

间接叩击法分为掌拳叩击法和指指叩击法，具体如下：

a) **掌拳叩击法**：医生用左手掌平贴在患者的被诊部位体表，右手握空拳叩击左手4指背，同时询问患者的感觉，注意观察患者的表情反应。

b) **四指叩击法**：

医生用左手除母指的四指节紧贴在患者需被检部位的体表，其余右食指中指，手指略微弯曲，抬起约20公分左右，叩击左手四指手指背，问患者感觉。或听腹部声音，每叩击数次，左手即逐渐四周移动，右手也随之移动，根据不同部位的声音、患者表情变化进行诊察。主要用于胸、胁、腕、肝胆、腹等部位的检查。

9. 举诊

9.1 举诊概述

举诊是指按照传统中医的寸脉部位，按住寸脉举起左手在不同高度，得到的不同部位的感知。医生通过举脉感知、对应《春寿堂新中医五诊脉法》举脉判断

标准，根据标准向患者说明诊察病情的方法。该方法适应十岁以上任何患者的络脉的情况。

9.2 举诊基本要求

9.2.1 应先按照本文件的举诊判断标准，根据手臂抬举到下巴、口、鼻、眉毛、头顶的不同高度所得到的感知，向患者说明脑供血、心梗状况（如脑供 1；脑供 2；脑供 3；心梗大概部位、心脏上、中、下部位的检查方法）进行说明。该诊断法可有效、简便的提前预防心梗的风险。

9.2.2 根据病情诊断的需要，应对患者的心肌供血级别、心梗进行的诊断方法。

9.2.3 举诊还可效检验用药后病情有否好转程度的评判，比如：心供绵软孔，举起绵软或无一心衰重，心慌气短、胸闷压气、易惊胆小、无力等。二诊：平脉心供 2，举手至下巴脉微硬，心率齐，有力。心衰症状改善。

9.2.4 举脉观心

根据手臂抬举到下巴、口、鼻、眉毛、头顶的位置不同高度所得到的感知，向患者说明心梗部位、心梗状况（心梗在心脏部位、上部、中部、下部的检查方法）堵塞大概%多少，和现有症状进行说明。比如：心弦 4，举至头顶仍心弦 4，对应心梗标准。知道在心脏血管的上段堵塞 80%左右，该患者有心绞痛、心痛拌困陈闷陈现象。二诊：举到头顶弦 3 下，举到眉毛弦 4 下下，对应举脉标准知道，心脏血管斑块变小，症状减轻。

9.3 举诊诊断方法

9.3.1 脑供血不足的诊断：

9.3.1.1 手切寸口，将手举至头顶不出现脉动，为脑供血不足 1；

9.3.1.2 手切寸口，将手举至眉棱骨不出现脉动，为脑供血不足为 2；

9.3.1.3 手切寸口，将手举至鼻子不出现脉动，为脑供血不足为 3；

9.3.1.4 手切寸口，将手举至下巴不出现脉动，为脑供血不足为 4；

9.3.2 心弦脉的诊断：

9.3.2.1 手切寸口，将手举至头顶出现脉弦 1，为脑血管狭窄 20%左右，前心胸或后背偶有困陈，或短暂心慌、无感觉等

9.3.2.2 手切寸口，将手举至头顶出现脉弦 2，为脑血管狭窄 40%左右，前心胸或后背困陈，或心慌、压气或无感觉等

9.3.2.3 手切寸口，将手举至头顶出现脉弦 3，为脑血管狭窄 60 左右，前心胸或后背闷困，或闷陈、压气，或心慌不适，个别人也有无症状等

9.3.2.4 手切寸口，将手举至头顶出现脉弦 4，为脑血管狭窄 80 左右，前心胸或后背疼痛，或闷、压气，或频繁不适等

9.3.2.5 手切寸口，将手举至头顶出现脉弦 5，为脑血管狭窄 100，前心胸或后背闷困，或闷、压气，或频繁不适等。

注：因手感的灵敏度不同，感知有差别，需在临床校正个人感知。

10. 听诊

医生通过双管听诊器听取患者颈部血管、肺部等，了解疾病的预发生或已发生病情及发展、治疗中疾病有否好转等情况，以简便快速诊察疾病的方法。

10.1 症

机体因发生疾病而表现出来的异常现象。

注：包括颈部血液流动声音显示的症状(3.3)和肺部疾病声音的判断(3.4)。

10.1.1 症状

患者自身感受到治病前后不适或症状的对比感觉，以及治疗中不适位置的改变。

10.1.2 体征

医生运用视觉、听觉及触觉等能客观感知到的各种异常征象。

10.2 听诊的基本要求

10.2.1 一般情况下，听诊应在安静的诊室中进行。

10.2.2 临床上应根据就诊患者的具体情况（如初诊/复诊、急性疾病/慢性疾病等），对诊察过程中发现的问题及与疾病相关的问题进行系统、全面、详细地诊断记录。

10.2.3 对于急性或危重疾病的患者，首先对患者进行仔细的脉诊和仔细的颈部听诊和肺部听诊，然后和患者或陪诊者介绍现在病症情况和治疗疾病的用药，抓

住主症,并进行重点治疗,以迅速拿出先重后轻的治疗方案或之后可能出现的病情或减轻的情况。用药禁忌饮食禁忌,待病情缓解或稳定后再对其他与病情相关的内容进行治疗告知。

10.2.4 对于反复就诊、已建立病案的患者,首先应浏览其以往的就诊记录,了解其既往史治疗后病情情况,及今后治疗方案。

10.3 听诊内容

10.3.1 基本情况

询问患者的基本情况,应至少包括姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、籍贯、工作单位、住址、联系电话等。

10.3.2 医诉

讲述患者就诊时五诊脉法显示的最主要的症状、体征及其病情时间。

10.4 现病史易发病

10.4.1 现病症情况

通过对患者的详细诊断后,告知可能引发的原因或诱因(如隐性病症、药物、饮食、劳逸、情志、环境、气候变化等)。

10.4.2 病情治疗前后

告知疾病的演变及其发展趋势。一般按照发病时间的先后顺序进行告知,包括预发病前的先兆症状及服药后不适的和服药方法、预防方法、。

10.4.3 诊脉后的治疗最佳方案告知

根据五脉诊断和化验、或影像依据结论;告知经过哪些治疗,以及用药的情况(如药品名称、用量、时间和用药的途径等),治疗效果及反应、用药禁忌等。

10.4.4 现在症

通过《五诊》对患者就诊时出现的所有疾病和不适的表现,必要时,对患者主动诉说其饮食、睡眠、情志、大小便、病情由来等情况也进行解答。可能出现的症状等。

11. 触诊

医师通过手指触摸一定位置的感觉,了解由患者病体发出的各种异常感觉的一种诊断方法。

注:包括听声音、拉诊和望诊叁方面的内容。

11.1 症

机体因发生疾病而表现出来的异常现象。

注:包括症状(3.3)和体征(3.4)。

11.1.1 症状

患者自身感受到的不适或痛苦的异常感觉。或在提示下的感知。

11.1.2 体征

医生运用视觉、听觉、切脉及触觉等能客观感知到的各种异常征象。

11.2 触诊基本要求

11.2.1 医师与患者进行颈动脉、颈部淋巴等体格检查时,应当仔细听辨别患者颈动脉发出的声音和颈部淋巴情况、下肢血管等各种异常征象,并做好相关病历记录。

11.2.2 如遇患者血管有异常症状,但当时无表现者,可通过可能出现的轻微症状提醒患者处理方法及陪诊者告知病情。

11.2.3 医师应保证自身的触感处于正常灵敏的状态。医生要有高度的同情心、责任感,态度和蔼、庄重、体贴、细心。让患者在心情平静、呼吸均匀、全身放松、主动配合的状态下接受触诊。

11.2.4 触诊操作在安静的诊室中进行,室内的噪音等以不影响触诊操作为宜。

11.3 触诊内容

11.3.1 概述

触诊包括颈动脉凸鼓点寻找划分原梗点时间段等。

触诊是医师用触摸颈动脉感知凸点位置来辨别患者诊治前后的对比等。

触诊是医师用拇指来辨别患者颈部淋巴结治疗前后的大小、稀疏、软硬、多少、痊愈等。

11.3.2 凸点强弱

正常人无凸点显现，有凸点，不管年龄大小，均有或轻或重的脑梗（腔隙）。

凸点应耳下颊车骨尖处为第一起点，如上边还有：

——1个凸点设定为1的1次方；5年内有可能脑梗。

——2个凸点设定为1的2次方；3年内有可能脑梗。

——3个凸点设定为1的3次方；1年内有可能脑梗。

12. 问诊

医生通过询问沟通得知患者有病症后，询问患者证实疾病的发生、发展、治疗经过、现在症的有关情况，制定疾病的最佳最经济的治疗方案。

12.1 症

机体因发生疾病而表现出来的疼、酸困、浮肿等异常现象。

注：包括症状和体征。

12.1.1 症状

患者自身局部感受到的不适或免疫力的异常感觉。

12.1.2 体征

医生运用拉、按、触觉等能客观感知到的各种异常征象。

12.2 诊脉基本要求

一般情况下，诊脉应在安静的诊室中进行。

临床上应根据就诊患者的具体情况（如初诊/复诊、急性疾病/慢性疾病等），对诊察过程中发现的问题及与疾病相关的问题进行系统、全面、有重点地询问解答病情治疗前后的效果。

腿部的问诊是检查下部血栓轻重检查。

对于急性或危重疾病的患者，首先通过对患者或陪诊者的扼要询问，抓住主症，并进行重点检查，以迅速救治患者或缓解患者的病痛。待病情缓解或稳定后再对其他与病情相关的内容进行详细询问。

对于反复就诊、已建立病案的患者，首先应浏览其以往的就诊记录，了解其

既往史及最近的病情情况，再询问本次就诊的问题或最近的病情变化及治疗效果等。

12.3 病程经过

询问患者从起病到就诊时的病情发展变化情况，以了解疾病的演变及其发展趋势。一般按照发病时间的先后顺序进行询问，包括发病前的先兆症状、发病后某一阶段出现的症状，有无皮肤颜色局部加深或溃烂因素等。

12.3.1 五诊治经过

询问患者患病做过哪些检查，结果如何；以及用药的情况药品名称。询问患者禁忌。

12.3.2 五诊的运用

五诊的运用取决于对五诊脉法的感悟度和自身的灵敏度。如能灵活运用基本很少问诊。

12.3.3 生活禁忌

烟是必戒，因为它是肺结节的主要元凶之一。二手烟造成肺结节的几率更高。长期喜食冰镇食物宜患心脏病几率更大。
