

重读中医经典丛书

黄小玲

钟嘉熙 总主编

林培政

金匱要略临床发挥



黄仰模 林昌松 主 编



科学出版社
www.sciencep.com

重读中医经典丛书

黄小玲
钟嘉熙 总主编
林培政

金匱要略临床发挥



黄仰模 林昌松 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书作为“重读中医经典丛书”中《金匱要略》的高级篇,内容共三篇。第一篇《金匱要略》辨证论治研讨,介绍《金匱要略》五脏、外科及其他病证证治的探讨、风湿病证治的探讨和妇产科病证证治的探讨。第二篇《金匱要略》源流与研究,介绍《金匱要略》的沿革、版本、注家、注本、现代研究概况。第三篇《金匱要略》的研究思路与方法,介绍其学术思想、临床应用、诊法、辨证、治法、方药、实验研究及风湿病、虚证的研究思路与方法。

本书可供临床高年资主治医师阅读参考,也可供中医院校学生学习使用。

图书在版编目(CIP)数据

金匱要略临床发挥 / 黄仰模,林昌松主编. —北京:科学出版社,2010.6
(重读中医经典丛书 / 黄小玲等总主编)

ISBN 978-7-03-027744-2

I. 金… II. ①黄… ②林… III. 金匱要略方论—研究 IV. R222.39

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 095320 号

策划编辑:曹丽英 / 责任编辑:陈 伟 曹丽英 / 责任校对:李奕莹
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄华斌

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2010 年 6 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2010 年 6 月第一次印刷 印张:22

印数:1—2 000 字数:519 000

定价:68.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)



《重读中医经典丛书》总编委会

总 主 编 黄小玲 钟嘉熙 林培政

副总主编 (按姓氏笔画排序)

朱章志 李赛美 吴弥漫 吴智兵

林兴栋 林昌松 黄仰模 黎敬波

顾 问 (按姓氏笔画排序)

区永欣 陈纪藩 彭胜权 熊曼琪

《金匱要略临床发挥》编委会

主 编 黄仰模 林昌松

副 主 编 陈 灿 刘 浩 赵 威

主 审 陈纪藩

编 委 (按姓氏笔画排序)

田 黎 刘 浩 刘 琼 关 彤

陈 灿 林昌松 赵 威 饶 晶

黄仰模

新
学
社
PDG

总 前 言

《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》和《温病学》是中医学的精髓,更是中医师必读之著。然而,许多中医师毕业后对这些经典便有所淡忘,诊断治疗率性而为,使诊疗水平难以提高,这也成为许多中医老专家、老前辈最为担忧之事,国家中医药管理局非常重视中医师的继续教育问题,2006年11月发布了《中医药继续教育规定》,并规定参加和接受继续教育是中医药专业人员的权利和义务。

在科学出版社组织下,我们根据各级临床医师所需,编著了《重读中医经典丛书》,根据初、中、高级职称医师的临床需要分为三级,共12册。各经典初级参考读物为“临床精要”部分,主要供初涉临床的中医师使用,使他们能很快地抓住经典精要,为临床解决实际问题;各经典中级参考读物为“临床运用”部分,主要介绍经典理论指导临床的运用经验体会,可供临床中医主治医师参考;各经典高级参考读物为“临床发挥”部分,主要介绍如何发挥经典理论在临床的作用,可供临床高年资医师参考。

本丛书涵盖了中医经典理论及其临床运用经验,是临床医师提高经典理论知识及升级考试的重要参考书。主要编写者为国家重点学科、国家重点专科的学科及学术带头人、学术骨干,长期坚持在中医经典教学、临床病房、门诊第一线工作,其中多人为国家级重大课题的主持者,或多项科技奖获奖者,书中体现了他们在教学、临床、科研中的许多心得体会,如中医经典理论指导防治SARS、流感及其他病毒性疾病,中医经典理论指导治疗自身免疫性疾病、内分泌疾病、风湿病、糖尿病、神经系统疾病等重大疑难疾病。同时亦介绍了众多古今医家临床运用经典理论的经验,可供临床各级医师学习参考,亦可作为高年级中医院校学生参考使用。

本丛书在编写过程中,得到国家中医药管理局、广东省卫生厅、广东省中医药管理局及广州中医药大学、广州中医药大学第一附属医院的大力支持,谨此致谢。

《重读中医经典丛书》总编委会
2010年4月8日于广州中医药大学

前 言

《金匱要略》是中医四大经典之一,它有完整的中医理、法、方、药体系,1800多年来一直有效地指导着中医的临床实践,为人类的卫生保健事业作出了重大的贡献,为历代中医学者推崇和必读之书。古往今来有名望和建树的中医都非常重视对《金匱要略》的研读和运用。为了帮助中医临床工作者、中医教师和学生学习、研究《金匱要略》,开拓理论和临床思维,我们在科学出版社的直接指导下,编写了《重读中医经典丛书》中的《金匱要略临床精要》、《金匱要略临床运用》和《金匱要略临床发挥》三本书,本书是《金匱要略临床发挥》。

本书内容共三篇。第一篇《金匱要略》辨证论治研讨,介绍《金匱要略》辨证论治探究、五脏病证证治的探讨、外科病证证治的探讨、其他病证证治的探讨、风湿病证证治的探讨和妇产科病证证治的探讨。第二篇《金匱要略》源流与研究,介绍《金匱要略》的沿革、版本、注家、注本、现代研究概况。第三篇《金匱要略》的研究思路与方法,介绍《金匱要略》的学术思想、临床应用研究、诊法研究、辨证的研究、治法研究、方药的研究、实验研究、风湿病的研究思路与方法、虚证的研究思路与方法。

《金匱要略临床发挥》的编写体例:第一篇《金匱要略》五脏病、其他病和妇产科病为纲,以病证辨证论治为目,对有关病证的理法方药进行探讨。介绍《金匱要略》辨证论治探究、五脏病证证治的探讨、外科病证证治的探讨、其他病证证治的探讨、风湿病证证治的探讨和妇产科病证证治的探讨。第二篇对《金匱要略》源流进行专题讨论。第三篇对《金匱要略》的研究思路与方法,进行专题讨论。

本书使用对象:供中医副主任医师、主任医师,亦可作为从事中医药或中西医结合的临床医师、教学和科研人员、研究生,以及自学中医者使用。

本书的编写人员及分工如下:前言,第二篇,第三篇的第一、二章由黄仰模编写;第一篇的第一、六章由刘琼编写;第一篇的第二、三、九章,第三篇的第五章由田黎编写;第一篇的第四、五章,第三篇的第三、四章由饶晶编写;第一篇的第七、八章,第三篇的第六章由刘浩编写;第一篇的第十、十一章由陈灿编写;第一篇的第十二章由赵威编写;林昌松担任本书的组织策划工作并编写第三篇第七章;关彤编写第三篇第八章。

《金匱要略临床发挥》编委会

2010年2月

目 录

总前言

前言

第一篇 《金匱要略》辨证论治研讨

第一章 《金匱要略》辨证论治的探究	(3)
第一节 《金匱要略》辨证论治的概念与方法	(3)
第二节 《金匱要略》整体观辨证	(6)
第三节 《金匱要略》脏腑经络辨证	(8)
第四节 《金匱要略》辨证特点	(11)
第五节 《金匱要略》论治特点	(14)
参考文献	(16)
第二章 《金匱要略》肺系病证证治的探讨	(17)
第一节 肺痿病	(17)
第二节 肺癰病	(22)
第三节 咳嗽上气病	(27)
第四节 痰饮咳喘	(36)
参考文献	(46)
第三章 《金匱要略》心系病证证治的探讨	(47)
第一节 百合病	(47)
第二节 惊悸病	(56)
第三节 胸痹病	(60)
第四节 心痛病	(70)
第五节 中风病	(73)
参考文献	(77)
第四章 《金匱要略》肝系病证证治的探讨	(78)
第一节 瘕病	(78)
第二节 肝着病	(84)
第三节 奔豚气病	(86)
参考文献	(90)
第五章 《金匱要略》脾系病证证治的探讨	(92)
第一节 腹满病	(92)
第二节 寒疝病	(104)
第三节 宿食病	(110)
第四节 脾约病	(113)
第五节 黄疸病	(114)

第六节 呕吐病	(126)
第七节 哕病	(139)
第八节 下利病	(141)
第九节 蛔虫病	(151)
参考文献	(154)
第六章 《金匱要略》肾系病证证治的探讨	(156)
第一节 消渴病	(156)
第二节 小便不利病	(160)
第三节 淋病	(164)
第四节 水气病	(165)
参考文献	(179)
第七章 《金匱要略》外科病证证治的探讨	(181)
第一节 外科病证述要	(181)
第二节 肠痈病	(186)
参考文献	(188)
第八章 《金匱要略》治疗其他病证证治的探讨	(189)
第一节 瘵气病	(189)
第二节 狐盛病	(191)
第三节 阴阳毒病	(197)
第四节 虚劳病	(201)
参考文献	(215)
第九章 《金匱要略》风湿病证证治的探讨	(216)
第一节 湿病	(216)
第二节 历节病	(224)
第三节 血痹病	(227)
参考文献	(229)
第十章 《金匱要略》妊娠病证证治的探讨	(230)
第一节 妊娠恶阻	(230)
第二节 妊娠腹痛	(232)
第三节 妊娠下血	(234)
第四节 妊娠小便难	(237)
第五节 妊娠水气病	(238)
第六节 安胎养胎	(239)
参考文献	(241)
第十一章 《金匱要略》产后病证证治的探讨	(242)
第一节 产后三大证	(242)
第二节 产后腹痛	(244)
第三节 产后中风	(246)
第四节 产后乳中虚	(248)

第五节 产后下利	(248)
参考文献	(249)
第十二章 《金匱要略》妇人杂病病证治的探讨	(250)
第一节 妇人杂病总纲	(250)
第二节 妇人情志病	(251)
第三节 妇人腹痛	(253)
第四节 月经病	(254)
第五节 带下病	(259)
第六节 转胞	(261)
第七节 前阴病	(262)
第八节 热入血室	(263)
参考文献	(265)

第二篇 《金匱要略》源流与研究

第一章 《金匱要略》的沿革	(269)
第二章 《金匱要略》的版本	(270)
第三章 《金匱要略》对中医学发展的地位和影响	(271)
第四章 《金匱要略》的注家、注本简介	(272)
第一节 本文《金匱要略方论》	(272)
第二节 注本简介	(274)
第五章 现代金匱的研究概况	(283)
第一节 1912年至1949年金匱研究简介	(283)
第二节 1949年至2007年金匱研究简介	(284)
参考文献	(286)

第三篇 《金匱要略》的研究思路与方法

第一章 《金匱要略》临床应用研究	(289)
第二章 《金匱要略》诊法研究	(291)
第三章 《金匱要略》辨证的研究	(293)
第一节 《金匱要略》辨证内涵	(293)
第二节 辨证论治原则的创立	(294)
第三节 《金匱要略》的辨证方法	(295)
第四章 《金匱要略》治法研究	(297)
第一节 《金匱》杂病治则治法探讨	(297)
第二节 八法的运用	(298)
第三节 《金匱》其他治法的运用	(300)
第四节 《金匱》治法特色	(301)
第五章 《金匱要略》方药的研究	(304)
第六章 《金匱要略》实验研究	(306)
第一节 《金匱要略》实验研究的选题	(306)

第二节 《金匱要略》科研方案的设计	(308)
第三节 《金匱要略》的临床试验	(311)
第四节 《金匱要略》的动物实验	(314)
参考文献	(316)
第七章 《金匱要略》风湿病的研究思路与方法	(317)
第一节 《金匱要略》与“风湿病”名	(317)
第二节 《金匱要略》诊治风湿病述评	(318)
第三节 《金匱要略》论治风湿病探讨	(321)
第四节 临床运用思路与方法	(326)
参考文献	(332)
第八章 《金匱要略》虚证的研究思路与方法	(333)
第一节 《金匱要略》对虚证的全面阐述	(333)
第二节 常用治疗虚证方剂的研究	(335)
第三节 动物实验研究的思路和方法	(337)



第一篇

《金匱要略》

辨證論治研討



第一章 《金匱要略》辨证论治的探究

第一节 《金匱要略》辨证论治的概念与方法

《金匱要略》是运用整体观和脏腑经络学说对内科杂病、部分外科和妇产科疾病辨证论治的典范。因此熟悉本书内容,掌握其辨证论治的方法,对提高临床诊治能力十分重要。在学习金匱辨证方法之前,必须熟悉中医基本的辨证方法。

一、辨证论治的概念

(一) 何谓辨证论治

证,是指证据。它包含了患者当时的各种症状、体征和产生病变的病因、发病条件,甚至包括病情的发展和变化等等实际情况。诊治疾病就像审理案子一样,必须拿到各种证据,才能进行正确判断。

所谓辨证,就是收集患者的各种症状、体征、脉、舌、病因、变化过程等情况进行分析归纳、辨别,从而作出正确的诊断。辨证就是如何认识疾病,是一个必须应用中医的理论来进行分析、辨别、归纳的过程。这过程称作理。

所谓论治,是根据辨别诊断的结果,包括其病因、病机、部位等,制订出治疗方法,这过程叫做法。然后根据这方法再进行选方用药,这过程称作方药。中医诊治疾病,必须具备理法方药。

案例:张某某,36岁,某公司职员。于2000年12月21日发病,其主诉是咳嗽半个月。患者于半月前不慎着凉,出现咳嗽咽痒、咳痰色白起泡沫,恶风,每于吹风后咳嗽加重,伴有头晕头痛,咽喉不适,饮食欠佳,胃脘胀满,暖气,体倦,舌淡红苔白微腻,脉浮数。

根据患者的病史,当时是冬天气候比较寒冷,不慎着凉,可推断出病因是感受风寒引起,这是证据之一,但是否有风寒之证呢?从问诊得知有恶风症状,咳嗽吹风以后和晚间加重,且咽喉发痒,这是风寒为患的证据。而患者又出现头重、纳呆、暖气体倦、痰白呈泡沫状、舌苔白微腻,显而易见,这些就不是表寒证了,而应属于里湿之证据。从以上脉证综合得知为外寒里湿证。治法当解表散寒,健脾除湿。方药止嗽散加藿香、神曲、茯苓、川朴等。

中医的辨证包含了辨病与辨证两个方面。这与喻嘉言在《寓意草》一书所言先议病后用药是一致的。实际上就是辨病与辨证同时进行。因为在辨病后必须明确其病因或病机、病位、病性,才能定出治法与方药。

胸痹一病,其症状是“喘息咳唾,胸背痛,短气,寸口脉沉而迟,关上小紧”。临床上只要见到胸背痛、短气、伴咳或喘者,即可怀疑为胸痹,其基本的病机皆为“阳微阴弦”,但不能皆

用栝楼薤白白酒汤治疗。如疼痛较重者,特别是伴有痰较多、舌苔腻者,即原文“胸痹不得卧,心痛彻背者”,强调心痛彻背,则需加半夏一药以化痰饮。而胸背痛不很重,只出现“心中痞气结在胸,胸满,胁下逆抢心”者,即为气滞痰阻,则又需考虑枳实薤白桂枝汤,或人参汤了。

一男性,朱某某,54岁。1998年4月26日因事与人争吵后,觉胸闷胀,时作闷痛,一日发作4~5次,3~5分钟后缓解,头晕,口苦口干,睡眠欠佳,多梦,饮食减少,短气,舌尖红苔黄,脉弦数。曾做心电图示冠心病、心绞痛。

中医诊为胸痹,属肝郁气滞,郁而化火。治以小柴胡汤加郁金、丹参、栝楼、薤白、枳壳。4剂而诸症大减,共服10剂而痛消失。

(二) 辨病与辨证的关系

病是矛盾的普遍性;证是矛盾的特殊性。笔者认为辨病是从患者的诸多证候中,通过分析综合,找到某种共性。将复杂的证候,首先缩小到某个病的范围内来,然后再进一步在这范围内(根据其脉证、舌等)进行辨别。在不同人身上找出他的个性(矛盾的特殊性)。针对其特殊性,施予不同治法、方药。所以辨病和辨证是同时进行的,但有先后,先辨病后辨证。

每种病都有它的临床特殊表现,包括症状、脉、舌或发病部位等。临床即根据这些特殊表现(或者特征),对患者做出相应诊断,这称之为辨病。

有时候在辨证过程中,一时不能明确诊断是什么病,即可以症名病,甚至可以病因或病机名病者。例如病者出现呕吐为主症,其他症状不明显者,即可诊为呕吐。又如,一患者黄某某,男,50岁。患者3个月前,曾经感冒后,出现自汗,每遇事紧张或闻响声即感汗出,耳鸣不能看书报,睡眠差,头皮及手指发麻,脉沉细,舌正常少苔,可诊为自汗。以症名病,然后根据脉证再行辨证,辨为肝阴虚、肝阳上亢等。

中医的辨病与西医的辨病是不同的。西医辨病是建立在解剖学、组织胚胎学、病因学、生理病理学等基础上进行的。它必须借助于临床表现,实验室检查和其他多种辅助检查等为依据来明确诊断。从这一点意义上来说其诊断相对明确。因其辨病比较细致具体,特异性较强,故治疗起来针对性较强。中医的辨病多建立在经验的基础上,其诊断往往凭借临床表现,含证候、病因、舌、脉以及一些触诊等。因此显得比较粗糙。

中医的辨证论治也有明显的优点,就是整体观念比较强,比较重视人体内在的抗病能力,即所谓人体正气。对疾病的发生发展以及预防和治疗,也是从人与自然界统一的整体性,以及人体内部脏腑之间、脏腑与经络之间、表里之间、上下之间的相生相克以及互相维系互相制约等关系,即对立统一的整体观来分析判断疾病产生、发展,及诊治和预防。

二、辨证论治的方法

初学临床,必须熟悉或掌握两种基本方法:一是抓主症,明兼症法;二是综合思维法。这两种方法熟悉掌握了,运用以上三种理论自然容易得多了。

(一) 抓主症,明兼症法

第一步:从主症辨。

发热	时间:一周——考虑为多外感发热	} 风湿在表
	特点:午后开始热,热势渐高——风湿在表日晡所剧	
	汗出热不解——风主疏泄,湿邪重浊黏腻不去	

第二步:从兼症辨。

恶风——风在表	} 里湿化热气滞
体倦乏力——湿邪内阻气血运行不畅	
食欲不振——脾湿不运	
食后腹胀——湿阻气机	
腹部隐痛——气滞不行	
大便不畅——湿邪化热	
小便短赤——湿邪化热	
舌红——里热	
苔腻黄白相间——里湿化热	
脉滑细——湿邪内阻	

第三步:诊断:湿病(表有风湿,里湿化热气滞)。

第四步:立法:宣肺祛风除湿,清热利湿行气。

第五步:方药:麻杏苡甘汤加三仁汤加减:麻黄,杏仁,薏苡仁,甘草,黄芩,滑石,白蔻仁,川朴,茯苓,桑枝,神曲,藿香。

(二) 综合分析辨证法

症状:

腹部阵发隐痛——可虚,可实,可寒,可热	} 胃肠湿热 内郁气滞
大便溏而不爽——湿邪化热	
胃腹胀满——湿阻气滞	
食欲不振——脾胃虚弱	
噎气——气不下行,上逆	
小便黄短——下焦湿热	
睡眠不佳——湿热熏蒸,影响心神	

脉舌	脉滑数——湿热	} 湿热内阻
	舌边红苔黄腻——舌红为热,苔黄腻为湿热	
	触诊——腹部软无拒按无包块——无血瘀无痰食	

诊断:湿病。

证型:胃肠湿热内阻气滞。

治法:健脾利湿清热行气。

方药:藿朴夏苓汤合黄芩汤加减。

刘姓患者,女,23岁。因心悸心慌,失眠,全身浮肿,四肢关节肿痛反复发作半年入院。入院后经各种检查,诊为:①类风湿关节炎;②甲状腺功能亢进症。经抗风湿药、抗甲状腺药治疗效果欠佳。入院第三周邀余会诊,问之何苦?自认为短气乏力,心悸失眠与四肢关

节肿痛同样感到痛苦。

运用经方辨证时,往往要用综合分析法,单凭主症,难于确定,故须熟悉原文。例如小柴胡汤证,属少阳病。虽然《伤寒论》原文有云,小柴胡汤证但见一证便是,不必悉具。可是临证上实际很难凭一症而谓为柴胡汤证,必须有两症或以上脉证兼见方可作出判断,同样太阴病、厥阴病等等也是为此。

例如,一病者朱某某,女,40岁。素有糖尿病,高血压等病史,两周前无明显诱因出现频繁恶风呕吐、食欲不振,大便溏1日2次,左下腹微痛,心胸烦满,卧床,身倦欲寐,睡眠欠佳,口干不欲饮。舌淡红苔白腻,脉沉细滑。入院后经检查,除以上两病外,经妇科会诊,疑为有盆腔炎。经用预混胰岛素30R注射液及降压药、抗生素、甲氧氯普安等治疗,中医药诊为厥阴病用乌梅丸加减,效果欠佳。

第二节 《金匱要略》整体观辨证

《金匱要略》的基本理论是以整体观为指导思想,以脏腑经络学说为中心,结合阴阳五行、卫气营血的理论,用四诊八纲的辨证方法,来说明疾病的产生、发展、变化、诊断、治疗和预防。其中整体观的指导思想和脏腑经络学说是本书的基本理论和核心,它贯穿了杂病的产生发展、诊断和治疗之中。

(一) 人与自然界的统一性

具体表现在人与四时气候的关系、昼夜晨昏阴阳变化对人体的影响、饮食与疾病的关系、情志变化及社会因素对人体的影响及预防性治疗等方面。

(1) 临床诊治疾病必须十分注意,发病的季节和感受病邪,审因论治是正确诊断和取得疗效的关键。

陈某,男,28岁。2002年12月因咽喉肿痛,双扁桃体红肿充血,高热体温 39.8°C ,口干口渴,舌红苔黄,身痛恶风,少汗入院。曾服银翘散加黄芩、公英、岗梅根等治疗4天无效。请余诊视。余曰,病发冬季,风寒外束之证亦在,故宜辛温发表兼清里热。予羌活15g,炙麻黄10g,薄荷10g(后下),蒲公英30g,牛蒡子15g,连翘15g,玄参15g,桔梗15g,甘草6g,黄芩15g。1剂汗出热减,2剂热退,4剂而咽痛大减,共服6剂而愈。

(2) 辨证时必须十分重视疾病发作或加重的时间与昼夜阴阳盛衰更替规律关系,才能做出正确的诊断和治疗。

患者,女,10岁。病孩由其父抱持而来,合眼哆口伏在肩上,四肢不自主地下垂软瘫,如无知觉状。其父代诉:病已3日,每到中午午时和半夜子时左右,即出现上述症状,呼之不应,但过一时许,即醒如常人。余见病状及聆病情亦感茫然,讶为奇症,乃深加思考,得出子时是一阳始生之时,午时是一阴始生之际。子午两时正阴阳交替之候,而出现痴迷及四肢不收之病状,则治疗应于此着眼,但苦无方剂,辗转思维,想到小柴胡汤是调和阴阳之方剂,故投以2剂试治。不意其父隔日来告服药2剂,已霍然如常人,即拟上学读书云。

(3) 诊治疾病必须重视发病季节与现有症状结合,可明显提高疗效。

余于2004年7月治一小男孩,姓邹,5岁。因发热体温 $38.5\sim 40.2^{\circ}\text{C}$ 2周,住某儿童医院。入院后先后用过两种抗生素及对症治疗,1周仍高热不退,经多种检查诊断还不明确,

高度怀疑慢性传染性单核细胞增多症。后用糖皮质激素治疗 1 周体温仍在 39℃ 左右,以午后为高烧。应家属要求前往诊视。见患者体倦乏力,汗出热不退,咽喉微痛,口渴不欲饮,食粥则呕吐,纳呆,大便溏 1 日 2~3 次,舌边红苔白腻。诊为暑温兼湿。处方:香薷 5g,银花 12g,连翘 15g,桔梗 12g,藿香 10g,苍术 6g,神曲 10g,川朴 10g,苡仁 30g,黄芩 5g,扁豆 20g,薄荷 4g(后下)。服两剂后体温降至 37.6℃,食欲好转,腹泻止,汗减,精神好转。再服 2 剂,已不发热。续服 3 剂巩固疗效。共服中药 7 剂即痊愈出院,至今 4 个月未复发。

(4) 小儿疾病要注意饮食所伤和所感之病邪,明确病因才能做出正确诊治。

(二) 人体本身的整体观的辨证法

中医学在整体观念指导下,认为人体正常生理活动一方面要靠各脏腑组织发挥自己的功能,另一方面又要靠脏腑间相辅相成的协同作用和相反相成的制约作用,才能维持生理平衡。每个脏腑各自有不同的功能,又有整体活动下的分工合作,这是人体局部与整体的统一。

1. 《金匱要略》的有关理论

(1) 脏腑之间的关系:若五脏元真通畅,人即安和;见肝之病,知肝传脾,当先实脾。

(2) 脏腑与经络的关系:邪中于络,肌肤不仁,邪中于经,即重不胜;邪入于腑,即不识人,邪入于脏,舌即难言,口吐涎。干呕,吐涎沫,头痛者,茱萸汤主之。阳明病,下血,谵语者,此为热入血室,但头汗出,当刺期门,随其实而泻之,濇然汗出者愈。

(3) 表里内外上下的关系:假令瘦人脐下有悸,吐涎沫而癫眩,此水也,五苓散主之。肺痿吐涎沫而不咳者,其人不渴,必遗尿,小便数,所以然者,以上虚不能制下故也。此为肺中冷,必眩,多涎唾,甘草干姜汤以温之。痞为病,胸满,口噤,卧不着席,脚挛急,必齕齿,可与大承气汤。百合病一月不解,变成渴者,百合洗方主之。

2. 临床应用

(1) 熟悉各脏腑的生理功能,治疗某种疾病,须考虑有关的脏腑的作用,从而做出调治。

(2) 临床诊治疾病,必须处处注意脏腑之间的生克乘侮关系,才能正确分析其病理机制。

患者,女,14 岁。1976 年 10 月 30 日初诊,二旬前头晕,前夜起突然四肢抽搐,角弓反张,神志昏迷,小溲自遗。昨起神志转清,抽搐小发 2 次,低热,面色萎黄,脉弦小,舌边红,苔薄黄而干。阴分不足之体,肝风挟痰热上扰则晕,流窜筋脉则抽搐,拟养阴平肝,化痰舒筋。羚羊粉 0.6g(分吞),钩藤 12g(后下),生地 18g,生白芍 15g,生石决 30g(先煎),朱茯苓 9g,川贝 9g,鲜竹茹 9g,炒黄芩 9g,木瓜 9g。2 剂,加用激素及抗癫痫西药进行治疗。二诊 1976 年 11 月 1 日,头晕作恶已减,抽搐未发,神清,小便已能自主,口干,脉弦细,苔薄黄。肝风鸱张之势已制,痰热渐化未清,仍守前法出入。前方去羚羊粉、鲜竹茹,加川石斛 18g(先煎),3 剂。停用抗癫痫西药,激素逐步减量。三诊 1976 年 11 月 4 日,头晕减轻,纳增,面色萎黄好转,嗜睡已除,精神转佳,苔黄已化,舌边尖红,脉细。肝风见化,然病后气阴两亏未复,续予调治。太子参 9g,川石斛 15g(先煎),炙生地 12g,炒白芍 9g,炒当归 9g,朱茯苓 9g,钩藤 12g(后下),黑大豆 18g,川贝母 9g,香谷芽 12g,5 剂。本例病在肌肉经筋与神志,但中医认为肝主筋,肝藏魂,肝病可影响及脾,脾为生痰之源,故可出现痰浊上蒙清窍的情况,这就是