

阴阳者·中医之门径
方证者·中医之终极



常见病

抓主证 与 辨方证

鲍艳举 花宝金 编著

全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

知识
花宝金
PDG

全国经方论坛 临床课题

常见病
抓主证与
辨方证

鲍艳华 花宝金 编著

中国中医药出版社

· 北京 ·

资源知识
PDG

图书在版编目(CIP)数据

常见病抓主证与辨方证 / 鲍艳举, 花宝金编著.
—北京: 中国中医药出版社, 2012.2

ISBN 978-7-5132-0752-2

I. ①常… II. ①鲍… ②花… III. ①常见病—辨证
论治 IV. ①R241

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 004337 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
三河市文昌印刷装订厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 880×1230 1/32 印张 6.625 字数 130 千字
2012 年 2 月第 1 版 2012 年 2 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978-7-5132-0752-2

*

定价 18.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 64065413

书店网址 csln.net/qksd/

数字图书馆
PDG

前 言

如何提高疗效之辨证“三法合一”

如何提高疗效,永远是临床医生(也包括我本人)最关心并为之孜孜求索的问题。

众所周知,辨证论治包含六经辨证、八纲辨证、气血津液辨证、脏腑辨证、经络辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等多种体系,而这些博大精深的辨证体系,都可以融会贯通为“三法合一”:

一、从“辨病机”入手的辨证论治

根据“全部脉舌症状”,先进行“辨证知机”(症→证)。辨清病机之后,再辨方证(类方→方)。从“辨病机”入手的辨证论治,遵循“症→证→类方→方”的顺序。比如,根据脉涩、舌紫、嘴唇青、夜痛增剧,辨为血瘀证,由此决定选用桂枝茯苓丸、桃核承气汤等血瘀类方;再从类方中细辨具体之方,根据大便干的症状,最终选用血瘀热结的桃核承气汤。

二、从“辨方证”入手的辨证论治

从“全部脉舌症状”入手,进行“直辨方证(药证)”。比如,见到“脉浮缓、恶寒、发热、汗出”就直接辨为桂枝汤证;见到“脉弦细、口苦、默默不欲饮食”就直接辨为小柴胡汤证。“从辨方证入手”的辨证论治,遵循“症→方”的顺序。把“辨证论治”由“辨大

致病机”提升到“辨精细病机——方证”。

三、从“辨病症”入手的辨证论治

根据“主要脉舌症状(含病)”,先进行“病症分型”。比如,见到“咳喘”就考虑可用“麻杏石甘汤(里热证+表闭证)、小青龙汤(里寒饮证+表闭证)、苓桂五味姜辛汤(里寒饮证+无表证)等咳喘类方剂”;再排查咳喘类方剂中哪个具体方剂能与“全部脉舌症状”之病机相同,最后确定具体方剂。比如,看到有表证之症状,可考虑选用麻杏石甘汤、小青龙汤等;看不到表证之症状,则考虑选用苓桂五味姜辛汤。再如,看到厚腻黄苔,就考虑可用“三仁汤、四妙散等清利湿热类方剂”,再针对具体病机进行排查。从“辨病证”入手的辨证论治,遵循“症→类方→方”的顺序。

当前,有些教材存在“对病症的辨证论治分型并不全面,列举常见证型而省略不常见证型”的盲区。而这,正是临床疗效难以提高的关键所在。倘若把“病症、病机、方证”三法合一,对中医内外妇儿各科常见病症,都给出“全部病机”(而非重点或部分病机)的组合表格(即适合“时方派”使用的八纲与气血津液辨证;适合“经方派”使用的六经辨证),此即实现了伤寒大家刘渡舟先生倡导的“抓主证”(使用经方的关键在于“抓住主证”);最后尽量填入与病机组合“方证相对”的方剂,此即实现了经方大师胡希恕先生倡导的“辨方证”(方证是辨证的最后一个尖端)。虽然有些表格(即不常用的病机和方证)存有空白,但毕竟给出了让读者思索的方向,留待读者在临床中自行将空白处填充,这其中极有可能蕴藏着疑难病症的解决之道。

鉴于此,由全国经方论坛“中医临床课题组”规划开题,由中

国中医科学院广安门医院鲍艳举、花宝金具体实施，最终的临床课题精化，变成了读者面前的这本《常见病“抓主证”与“辨方证”》。

辨证“三法合一”是提高疗效的有效捷径。“病症、病机、方证”如同宋代文人卢梅坡所作诗词里的“梅、雪、诗”，三者俱全才能达到“十分春”的境界：

有梅无雪不精神，有雪无诗俗了人。

一 日暮诗成天又雪，与梅并作十分春。

刘观涛

2011年10月于北京

学术合作与投稿邮箱：

liuguantao@vip.sina.com (48小时回复)

序

很多中医学子乃至年轻医生感慨：中医难学，难用！我们也曾经经历过这样的历程，所幸的是最终走出“迷途”，因此写了本书，旨在和中医同仁分享中医的真谛。

下面的场景是很多学子们经历过的：在中医药大学读书，给自己的亲属治病。比如，自己的母亲由于感冒后出现咳嗽、咯痰，服用了复方甘草片、止咳糖浆还有一些抗生素效果不好。于是，实在不忍心看着母亲一直咳嗽下去，当时想，已经学中医两年了，应该为亲人解决些病痛了……于是就翻阅了很多关于治疗咳嗽的书籍，也看了很多医家治疗咳嗽的经验，当时搜集了不少能治疗咳嗽的方子，如止咳散、杏苏散、桑杏汤、桑菊饮、麻杏石甘汤等，再把每个方子的适应证与母亲的症状对照，看哪个比较相近，就选用哪个，最后选择了止咳散，药量也是按教材上的常规剂量，结果母亲服用三剂药，咳嗽就止住了。这个病例令这位学子信心大增。在接下来的几年间，也是用这种方法给一些亲戚诊病，后来发现《中医内科学》、《中医外科学》、《中医妇科学》均是按照这种形式设计的，于是心里窃喜，终于找到了看病的方法了。

辨证为什么可从常见病证入手呢？刘渡舟教授说：证有客观的规律性，又有自己的特殊性，它可供人分析研究、综合归纳等诸多妙用。“证”不是捏造出来的，它是生理病理客观的产物，它

同病可以分开,而又不能绝对地分开。所以证之于病,如影随形,从“取证”的意义来讲,它优于近代医学。由于病不能离开证而单独存在,所以我不承认辨证与辨病的距离有天壤之别。

但是,随着实践的增多,就越来越发现这种方法有缺陷了。首先从常见病中的常见证型入手对于一些病情较单纯、证型单一的疾病效果还可以,但是对于稍微复杂一点的疾病,这种对号入座式的看病就有非常大的缺陷,有效率往往很低。为什么呢?因为常见证型缺乏辨证的完整性,对于复杂的病症容易遗漏一些重要的病机。

如何避免这种缺陷,怎样走出这种常见的“迷途”呢?

《伤寒论》讲求六经辨证,柯琴提出“六经钤百病”的观点,徐大椿亦说:“医之学问,全在明伤寒之理;伤寒理明,则万病皆通。”任何疾病可从病位上分为表、里、半表半里;从病情上说则不外乎阴、阳、寒、热、虚、实之分,又寒、热、虚、实从属于阴阳,故任何疾病均有阴、阳两类不同的病情反应。因此,结合疾病的病位和病情反应即可辨别出六种证候类型,即病位之表、里、半表半里均有阴证和阳证之分,恰为六经病之所属,也即表证之实、热者称表阳证(即太阳病),表证之虚、寒者称表阴证(即少阴病);里证之实、热者称里阳证(即阳明病),里证之虚、寒者称里阴证(即太阴病);半表半里之实、热者称半表半里阳证(即少阳病),半表半里之虚、寒者称半表半里阴证(即厥阴病)。

因此,六经辨证已经比较完整地包括了常见病证的病机了。此外,我们将中医常见病机气虚、津液虚、血虚、虚热、虚寒、气滞、痰热、湿热、痰湿、水湿、食积、血瘀、实热、实寒纳入到六经辨

证体系里面,制成表格的形式,将治疗某病症的常用方剂放在表格内(因某些方剂具有多重性,可以分布在表格的不同位置),以求辨证的具体化、病机的完整性。正如“全国经方论坛·中医临床课题组”组长刘观涛先生所云,“虽然有些表格(即不常用的病机和方证)存有空白,但毕竟给出了让读者思索的方向,留待读者在临床中自行将空白处填充,这其中极有可能蕴藏着疑难病症的解决之道。”

本书是在我们创作的《经方时方六经辨证应用案解》(中国中医药出版社出版)的基础上撰著,如果说《经方时方六经辨证应用案解》是横向的“辨证类方”著作,那么本书则是纵向的“辨病分型”著作。两书互为经纬,读者可互参之。本书方格中的方剂来源于第七版全国高等中医药院校规划教材《方剂学》(中国中医药出版社)及经方常用方剂。此外,我们从上万份医案医话中选择了一些脍炙人口的医案医话,希望这些让人过目不忘的精彩医案,能够让读者把辨证的精髓深深印在脑海中。

鲍艳举 花宝金

2011年10月

目 录

中医内科

- | | | | |
|-------------|----|-------------|-----|
| 1.感冒 | 2 | 20.眩晕 | 83 |
| 2.咳嗽 | 8 | 21.水肿 | 86 |
| 3.哮喘 | 11 | 22.腿沉 | 92 |
| 4.喘证 | 15 | 23.乏力 | 95 |
| 5.心悸 | 19 | 24.淋证 | 101 |
| 6.胸痹 | 23 | 25.遗精 | 104 |
| 7.胸闷 | 27 | 26.鼻衄 | 106 |
| 8.不寐 | 31 | 27.齿衄 | 108 |
| 9.胃痛 | 34 | 28.咳血 | 111 |
| 10.痞满 | 38 | 29.吐血 | 115 |
| 11.呕吐 | 45 | 30.便血 | 119 |
| 12.呃逆 | 50 | 31.尿血 | 121 |
| 13.腹痛 | 54 | 32.消渴 | 125 |
| 14.泄泻 | 59 | 33.汗证 | 129 |
| 15.痢疾 | 64 | 34.痹证 | 135 |
| 16.便秘 | 67 | | |
| 17.胁痛 | 71 | | |
| 18.黄疸 | 74 | | |
| 19.头痛 | 78 | | |

中医外科

- | | |
|-------------|-----|
| 1.热疮 | 141 |
| 2.蛇串疮 | 145 |
| 3.癣 | 148 |

4.湿疮	150	6.经期延长	176
5.乳核	153	7.经间期出血	179
6.痔疮	156	8.崩漏	182

9.闭经	186
------------	-----

10.痛经	189
-------------	-----

11.带下病	192
--------------	-----

中医妇科

1.月经前期	161
--------------	-----

2.月经后期	164
--------------	-----

3.月经先后无定期	167
-----------------	-----

4.月经过多	170
--------------	-----

5.月经过少	173
--------------	-----

中医儿科

1.遗尿	197
------------	-----

2.夜啼	200
------------	-----

中医内科





1. 感冒

		太阳病	阳明病	少阳病	太阴病	少阴病	厥阴病	
气虚	气虚热							
	气虚寒				参苏饮、玉屏风散			
津虚	津虚热							
	津虚寒							
血虚	血虚热							
	血虚寒							
虚热								
虚寒					桂枝人参汤			
气滞	气滞热							
	气滞寒							
湿水饮痰*食积	(痰) 痰热							
		湿热	新加香薷饮					
	寒湿(痰) 痰湿					荆防败毒散、荆防达表汤、小青龙汤、射干麻黄汤、藿香正气散		
		寒湿						
	食积							
血瘀	血瘀热							
	血瘀寒							

续表

实热			银翘散、葱 豉桔梗汤、 加减葶苈 汤、大青龙 汤、九味羌 活汤、麻杏 石甘汤				
实寒							
表证	阳证	表实	羌活胜湿 汤、新加 香薷饮、 参苏饮、 正柴胡 饮、大青 龙汤、九 味羌活汤 、麻杏石 甘汤、小 青龙汤、 射干麻黄 汤				
	阴证	表虚	银翘散、葱 豉桔梗汤、 玉屏风散、 加减葶苈 汤、桂枝 人参汤、 藿香正 气散				
	阴证					再造散、麻 黄附子细 辛汤	
半表 半里	实热			小柴胡汤			
	虚寒						

医案1

甘肃张掖专区周某，男性，24岁。病外感发热不退，头身作痛，胸中痞满，恶心而不欲食。赤脚医生为其注射安乃静两支、葡萄糖两支，虽汗出甚多，而发热不退，体温为39.6℃，



中医内科



并时时作呕，入睡则呓语不休。切其脉数而浮，唯舌苔反白腻。

余辨为湿温误汗，津伤而邪不解，因见胸满时呕，为湿阻上中二焦，乃用三仁汤原方，而意其必效也。至中午，余复返诊所，病家来人，请余再诊。

患者服药后，发热不解而体痛难耐，且口渴喜饮，神志昏糊，时时谵语。切其脉濡数，而面缘正赤，舌苔反白腻，两足反冰冷。

余细思此证，胸满苔腻脉濡，辨为湿邪无疑，口渴喜饮，谵语面赤，又为阳明津伤热甚之象。治法非白虎不足以清热生津，非苍术不足以化浊去湿，乃选用苍术白虎汤原方，一剂知，二剂已。（《燕山医话·温热病杂谈》）

医案2

已故长春中医药大学王海滨教授，乃医界名宿，以治疗伤寒名重一时，且博学多识，论精善断。余有幸从之学，获益匪浅焉。

尝与王师门诊，一男子近三旬，面身尽肿，脸肿几不能视，时方八月竟裹绒衣。自谓数日前涉水贪凉，致发热恶寒，头痛甚，腰痛似折，从公主岭来求治。余急令验尿：红细胞满视野，蛋白（+++），颗粒管型与细胞管型均有所见。诊其脉沉中带紧，舌苔薄白，余初诊印象为慢性肾炎急性发作，以询王师。

王师曰：“是矣。方可用麻黄附子细辛汤合五皮饮。”余即以常规量予之3剂使去，令其尽剂复诊。

闲时余询王师曰：“此证何以不用真武汤之属？”王师笑曰：“真武汤似可用，然用之则谬。汝不忆仲景《伤寒论》第301条‘少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之’之语？病在少阴，不应发热，病在太阳，其脉应浮。今发热而脉沉，可见太少同病，表里俱急，故治宜麻黄附子细辛汤以解其表温其里。而真武汤证属少阴病迁延日久以致肾阳虚衰，则必是太阳病发汗太过，损其阳气，以致肾阳虚衰，盖无表证矣。观此患者身面浮肿、脉象沉紧、舌苔薄白，主诉恶寒发热，腰疼头痛，化验单证实为急性肾炎，非麻黄附子细辛汤而何？合五皮饮者，宗《医宗金鉴》意也。麻黄得细辛，其发汗之力尤强；而附子可温少阴之里，补命门真阳，加之细辛之气温味辛专走少阴，助麻黄辛温发散，而又无损于阳气；五皮饮利小溲，其得麻黄宣肺，可收提壶揭盖之效。全方遵开鬼门、洁净府之法。此证与单纯阳虚水泛之真武汤证，应严加区别，方不悖仲景意也。”余闻之恍然有所悟。

越三日，患者复诊。余视其浮肿尽消，已恢复本来面目。患者谓：“服药后汗出尿多而周身轻快，头痛、恶寒、发热悉除，唯腰痛身疲耳。”经尿常规化验所见，患者除红细胞略有减少外，余同前。诊其脉沉而细、略数，舌红少苔。彼时王师已于日前因病住院。余乃思之：患者服药大效，表证解，水泛除，唯剩本证耳。今直呈一派虚证，当调补其肾之阴阳。乃化裁六味丸合五子衍宗丸，处方：生地黄、熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、牡丹皮、枸杞子、菟丝子、五味子、车前子、覆





盆子、女贞子、何首乌，以善其后。经治3周，患者诸症悉除，尿常规化验唯剩蛋白（+ -），后返乡里。（《北方医话》）

医案3

1968年夏，余治一妇人刘氏，患甲状腺炎，初觉颈结喉右侧不舒，按之作痛。以后痛处逐渐肿大，每在下午畏寒发热（体温升至38℃），吞咽时疼痛更甚，牵引耳后，向肩部放射，酸胀难受，舌苔白腻而厚，脉象沉滑。余初以病人有肿、有痛、有热，脉沉而滑，苔腻而厚，毒性显然，湿热无疑，加之病人大便秘结，乃用仙方活命饮加大黄治之。患者大便虽通，病情依旧，甲状腺反肿大如鸡卵，按之质硬，如类石疽。尤其有肿有块而不红，改作阴毒用阳和汤论治，亦无效。又以其有块而肿硬，作痰核瘰疬，治以软坚活血祛瘀，而俱如泥牛入海，一时对病人之病情无从把握，大有束手无策之感。

后仔细观察病人，虽在暑天，其身恶寒，寒去发热，大腿尚需裹被，不然自觉寒风侵入骨髓。据此，则前认为夹热，已属非是，而痰核瘰疬，病机为何，亦未探索。此病发热，腿犹恶寒，口不渴苔不黄，岂不为“热在皮肤，寒在骨髓”？但仍惑于炎症之成见，佐以仙方活命饮加乌头、附子、细辛，以作药物侦察，服后痛稍止，由此而知，前用仙方活命饮而无功，今则当为乌头、附子、细辛之力。乃去一切消炎、解毒、去瘀、活血药，以温里散寒法，用麻黄附子细辛汤加生姜，服后一剂知，病情大有改善，寒热顿除。效不更方，继服5剂而肿块尽