

中醫內科學

羅國鈞 主編

千禧堂



中 医 内 科 学

罗国钧 主编

山西省中医研究所
山西省西医离职学习中医班

1979年10月

千
裡
誌
五

编写说明

(一) 本书内容，主要是内科各论。其中包括外感热病及内科杂病。至于总论部份如辨证论治、诊法、治则等，已在基本理论中作过介绍，这里不再重复。为了说明中医内科的特点，特请我所贾得道副所长在前面加了一篇概述，就中医对疾病的认识过程和诊治原则，作了概括的论述，以便学者理解中医和西医的不同之点，避免在学习过程中作牵强附会的简单对照。

(二) 为了保持中医的特点和长期的实践经验，本书的编写一律采用传统的中医病名。目前许多教材多采用西医病名，配上中医辨证。这样好像便于西医学习中医者掌握，但由于中医的“证”和西医的“病”，包括范围不同，内容实质亦异，凑在一起，既难免牵强附会之弊，也难免割裂中医之害，而且各地、各人认识不一，差别很大，反使初学者无所适从，更难掌握，因此采用以中医病名为主，既可保持中医的特点，也可免去割裂牵附的缺陷，对于初学者更为容易接受和掌握。

(三) 本书在讨论每一病证时，基本上分三个部份。第一部份是概述，说明本病的定义、范围以及和其它疾病的界限等，然后总论本病的病因、病机、主要表现、临床类型等，使学者有一个初步的概括的了解。第二部份是辨证论治，即临床的证治，每证均概要的指出其病因、病机、主要表现、治法、处方用药等，顺序论述。这一部份是学习的重点，论述时尽量作到简单扼要，详而不繁，突

出重点，联系实际，使学者不但能够理解掌握，而且能够实际运用。第三部份是按语，编者作一简要的提示，说明这个病证可以和西医的那些疾病相联系，某个证可以在西医的那些疾病或那些情况下出现，借以启发读者对中西医结合有一全面的认识，以避免简单比附，对号入座，为今后深入探索中西医结合打下基础。

（四）本书初稿于1976年，部份学员参与这一工作，尔后在教学过程中虽作了多次补充、修订，但由于水平不高，经验有限，错误之处仍所难免，殷切希望读者批评指正。

于祖望

目 录

中医内科概述	(1)
发热	(5)
感冒	(8)
风温	(10)
湿温	(13)
暑温	(16)
咳嗽	(18)
喘证	(22)
痰饮	(26)
肺痈	(29)
肺癆	(32)
胸痛	(34)
胁痛	(36)
胃脘痛 (附: 吐酸、嘈杂)	(39)
腹痛	(43)
噎膈 (附: 反胃)	(47)
呃逆	(50)
呕吐	(52)
泄泻	(56)
痢疾	(59)

中医世家

黄疸	(63)
便秘	(65)
积聚	(68)
臌胀	(71)
心悸与怔忡	(75)
血证	(79)
水肿	(91)
淋证	(94)
癃闭	(98)
腰痛	(101)
遗精 (附: 阳萎)	(104)
虚劳	(107)
消渴	(110)
头痛	(112)
眩晕	(117)
中风	(120)
失眠 (附: 嗜眠)	(124)
郁证	(127)
癫狂	(131)
痫证	(134)
厥证	(137)
痉证	(140)
痿证	(142)

于祖望

痹证 (146)

虫证 (149)

附 录

内科常用方剂索引 (151)

中 医 内 科 概 述

(一) 中医对内科病的认识

祖国医学的分科起源很早，远在春秋战国时期就有疾医、食医、疡医与兽医的分科，其中疾医即指的是内科。唐代的医学教育分医、针、按摩、咒禁等四科。在医科中又分有体疗、疮肿、少小、耳目口齿、角法等五科，其中体疗也指的是内科。宋以后分科更细，宋分九科，元明分十三科，清代初分十一科，后并为九科。它们均把内科称为“大方脉”。值得注意的是宋元把风科从内科中独立出来，明清则把伤寒列为独立的专科。

中医内科，一般包括伤寒和杂病两部分。明清时代，又有温病学说兴起，于是出现了伤寒与温病之争。从我们今天看来，不论伤寒也好，温病也好，实际上都是指一般急性热性传染病而言。所以中医内科的范围，和现在西医内科的范围是基本上一致的。

中医对疾病的认识和分类，则和西医有很大的不同。西医对疾病的认识主要是以系统解剖学为基础，所以除全身性疾患外，大部分是按系统解剖学分类的。疾病的命名也以解剖学为基础，如肾炎、肺脓肿、肝硬化等，而中医的认识疾病，则主要是根据病人的外部表现，即症状来进行识别。所以，中医的许多疾病是以症状命名的，如咳嗽、眩晕、呕吐、泄泻等。由于某一症状，常常在西医的多种疾病中出现，而西医的某一疾病，也常常出现复杂多样的症状，所以中西医的病名很难对照一致。而中医疾病的分类也就很难按解剖学的系统区划了。虽然像咳嗽、哮喘等病也可以归之于呼吸系统，呕吐、泄泻也可以归之于消化系统，但从中医的观点看来，咳嗽、哮喘不一定是肺部疾病，呕吐、泄泻也不一定是胃肠疾患。这是因为中医认识疾病，虽然以症状命名，却决不认为症状就是疾病的本质，本质是病变的性质和部位。病变的性质为虚、实、寒、热、风、火、湿、痰、气滞、血瘀等；病变的部位有表里、上下、脏腑、气血等。所以中医认识疾病，必须辨清属虚、属实，是寒、是热，以及在表在里，何脏何腑。这样才能决定治疗原则。这就是所谓辨证论治。其中脏腑名称，虽然与西医相同，但其功能作用却与西医迥异，特别是肝、脾、心、肾及胆与三焦，简直不能相比。所以中医的某脏、某腑病，也决不等于西医的某脏、某腑病，至于病变的性质像虚、实、寒、热等则就更不能和西医联系了。由此可见中医对疾病的认识和西医是很少有共同之处的。所以把中医的病名和西医的病名简单比附或者把中医的疾病，按西医的系统分类，都是不妥当的。因此，本书的编写，既没有用西医的病名，也没有按西医的系统分类。

此外，中医对疾病的认识，还有个历史的发展过程。古代的认识和近代的认识已经有了很大的不同，但有些中医著作，因受复古主义的思想影响，认为越古越好，所以倡导什么“言必内经，法必仲景。”对已经有了很大发展的学说，仍要和古老的所谓“经

典著作”拉扯在一起，结果弄得界限不清，意义含混，妨碍了我们的理解。如痰饮这一病名，在《金匱要略》中，是当作一个病来理解的，而其重点讨论的是饮而不是痰。饮即水饮，主要是指各种水病而言。至于痰，当时只认为是饮之一种，但宋元以后，对痰的看法，有了很大的发展，虽然仍和水湿有关，但更强调了火和风的关系，临床表现也更为复杂多样，以致产生“怪病为痰”的说法。实际上和原来饮证已是分道扬镳另成一病了。又如中风，唐以前一般均按风病理解，所以有中脏、中腑、中经络等说法，宋元以后，则大都从内因方面理解，或主火，或主痰，或主气虚。以后更发展出所谓“脱证”与“闭证”的区分。所有这些，我们如果不了解其发展情况，简单地把它压成一个平面，则不仅界限不清，意义含混，而且有许多矛盾之处也无法解释，必然要引起应用上的混乱。但我们又不能割断历史只讲现在，因为许多古说、古法，现在仍然行之有效。所以我们在学习时，既不能泥古，又不能非古，只有在弄清它的发展、演变过程以后，加以科学的分析、临床的验证，才能逐步弄清它的本质。本书编写时，也尽量注意了这一点。

中医对疾病的认识，主要分病因、病机和辨证三个部分。

关于病因方面，中医认为有外感、内伤两大类。外感即所谓外因，主要有风、寒、暑、湿、燥、火等六淫；内伤即内因，主要有精神情绪的变化（如所谓七情）和饮食起居的失常。外感病由外邪的入侵而起，所以多为实证；内伤病，由正气的损耗而成，所以多为虚证。不过在实际临床上，两者并不能截然分开，有时两者可以相兼，有时又可相互导致。不过中医认为“邪之所凑，其气必虚，”“正气存内，邪不可干。”所以总的精神是强调内因的。

所谓病机，是讨论疾病发生的机制的。中医不但对整个疾病要探讨它的发病机理，而且对每一症状也要阐述其出现的原因。所以这些讨论，都是建立在中医基本理论基础之上的，所以大部分都比较一致，而且能和治疗原则联系起来，行之有效。由于历史条件的限制，也有许多讨论，意见纷纷，莫衷一是，或者牵强附会，矛盾百出。凡是遇到这些地方，如果是比较重大的问题，我们可以在实践中验证。万不可跟着古人钻牛角，陷入无谓的争论中去。

所谓辨证，就是判断病变的性质和部位，其意义和西医的诊断相同。但是西医的诊断，只要确定病名就够了，因为病名一定，病变的性质和部位也就可以了解，治疗原则也就可以确定；而中医的病名，却不能反映病变的性质和部位，因为同一疾病，往往有虚实寒热之不同，属脏属腑之互异，所以虽然确定病名，并不能决定治疗原则，必须进一步辨证，才能明确病变的性质和部位，从而定出治疗原则。

中医辨证的方法，一向均称“四诊”，实际上常用的方法至少有问病情、望颜色、听声音、嗅气味、切脉象、按胸腹、摸肌肤等七种。称为四诊实有不妥。另外，中医一提到辨证，就和“八纲”联系起来。实际上所谓八纲，仅是反映病变的性质和部位。表里是指病变的部位；虚实、寒热是指病变的性质。但阴阳二纲，则既可指性质，也可指部位，而且其所指的部位和性质，也没有一个确定的含义。比如，按部位说，表属阳，

上属阳，腑也属阳，按性质说实属阳，热也属阳。只说阳证，仍然不解决问题。八纲中的里证也是如此，脏腑气血的病变，都属里证，单单说个里证，也是不解决问题，所以八纲的说法也是不妥的。既然如此，为什么这种说法，如此普遍呢？这就不能不追究到明清时代所谓儒医们的尊经复古思想。原来八纲是归纳《伤寒论》的辨证规律而得出的结论。在《伤寒论》中，所谓阴阳，是指三阴三阳而言；所谓表里，是指太阳，阳明而言，（太阳为表，阳明为里），所以阴阳表里，各有特殊意义，对伤寒来说按八纲辨证就可解决具体问题，若施之一般杂病，则阴阳缺乏实指，里证范围太广，都是不合实用的。由于明清时代的儒医们硬说《伤寒论》是“仲圣经典”，可以施诸一切疾病，于是所谓八纲，也就成为一切疾病的辨证纲领了。所以我们今天辨证，既不可拘于四诊，也不必泥守八纲，只要用各种诊察手段，弄清病变的性质和部位就达到目的了。关于病性和病位，可以简括如下：

- | | | |
|-----------|---|----------------------|
| 病性 | { | 虚—气虚、血虚、阴虚、阳虚等。 |
| | | 实—风、寒、暑、湿、燥、火等。 |
| | | 寒—真寒、假寒、虚寒、实寒等。 |
| | | 热—真热、假热、虚热、实热等。 |
| 病位 | { | 表里—表寒、里热、表虚、里实等。 |
| | | 上下一上寒下热、上风下湿等。 |
| | | 脏腑—某脏某腑的虚实寒热等。 |
| | | 气血—气滞、血瘀、邪入气分、热入血分等。 |
| | { | 六经—太阳、阳明、太阴、少阴等。 |

一般说来，外感热病多为全身性疾病，所以病变部位，多按表里，上下，或六经或卫气营血来辨证。其他杂病，则多按脏腑或气血来辨证。至于病变的性质，则不论何种疾病都离不开虚实寒热，所以这四种病变，是中医最基本的病变。

关于辨证的具体方法和指征，我们在基本理论中已经学过，这里就不再重复了。

（二）中医的诊治原则

中医诊病的目的主要是“辨证求因”。辨证和求因的根据，主要有三个方面：一是病史；二是病人的自觉症状；三是病人的客观表现。病史和自觉症状，主要靠问诊取得。客观表现，包括体质情况、精神状态、皮肤的寒热滑涩与颜色、舌苔、脉象及腹部的软硬、压痛等。由于历史条件的限制，所有这些表现都缺乏客观数据作为指征，只能靠医生的主观感觉来决定，所以其可靠性受到很大限制。因此中医诊病，特别重视问诊。有些江湖派医生，为了骗取病人的信任和抬高自己的身价，他们表面上不问病。只按脉，甚至拒绝病人的自诉，暗地里却以察言观色，启发诱导等技俩获取一些资料，对病人胡吹一通。这种作风是必须加以揭露和批判的。事实上，我国历代实践医家，是十分重视问诊的。《内经》甚至要求医生要“闭户塞牖，系之病者，数问其情，以从其

意。”而且在专门讨论治病的“五过”和“四失”时，对五过中的四过，和四失中的一失，都归之于忽视了问诊。到了明代，《医学入门》具体列举了55条应询问的事项，《景岳全书》特设《十问篇》，专门讨论问诊。

中医问诊，有两个特点。一是详细询问自觉症状，二是特别重视发病前的饮食起居和精神状态。因为前者就辨证的主要指征，后者是求因的主要依据，所以必须问到。由于问诊取得的主要材料，往往缺乏客观数据，有的甚至和客观数据相抵触，所以往往被西医所忽视，例如，不定位不定时的疼痛、全身燥热、背部发凉、手心发热、胸膈满闷、心中懊恼……等，都是病人常常自诉的症状，也是中医辨证的重要依据，但因缺乏客观数据（如病人自诉发烧，但是体温并不高），就常常不被西医所重视。关于饮食起居和精神状态，特别像嗜酒、贪色、思虑过度、情绪郁结等，中医认为最易损伤正气，而被列为发病的原因，又特别重视正气不足的内因，所以这些情况也必须问到，而这也是西医所常常忽视的。

除问诊外，脉象和舌苔也是中医辨证的重要依据，所以每个病人必须检查，对于这两种检查，有些中医书上谈的太繁琐，有时也不一致，因此亦就不很可靠。对此我们必须在临床实践中细心体察，具体分析，既不可泥于一偏之见，盲从盲信；又不可轻视其实际意义，加以忽略。因为在鉴别虚、实、寒、热及风、火、湿、痰时，有时它确实能起到决定性的作用。至于其他听声音、嗅气味、摸肌肤、按胸腹等方法，在某些特殊情况下也很重要，不过就不是每个病人都必须检查的了。

中医的治疗原则主要是根据证的性质来决定的，证有虚、实、寒、热，治就有补、泻、温、清。这就是所谓的辨证论治。论治的总则是扶正祛邪，调整阴阳，具体方法就是补虚泻实，清热温寒。补虚之中不但有补气、补血、补阴、补阳的不同，而且也因病变部位的不同而异，如补脾、补肾等等。泻实之中，邪在表用汗法，邪在里用下法，邪在半表半里则用和法。此外不但因邪气的种类不同，还有祛风、祛湿、祛痰、泻火、逐水等的区别；而且还因邪气所犯脏腑的不同，又有泻肝、强心等的差异，所以泻法是比较复杂的。此外，气滞、气逆者行气降气；血瘀、血瘀者活血、破血；癥瘕积聚，则软坚、消积；抽风惊厥，则熄风镇惊。其他安神、开窍、收涩、敛阴、止血、驱虫等则又各因其证而用。所以中医的治法是多种多样的。现在许多中医书籍，提到治法时往往归纳为所谓“八法”即汗、吐、下、和、温、消、清、补。这实际上也是复古思想在作祟，因为这八法和八纲一样，也是根据《伤寒论》归纳出来的，后世的许多发展，都没有包括在内，由于是“仲圣经典”，所以不敢改动一字，这种框框我们必须打破。

在讨论中医的治法时，还必须注意一个问题，就是如何对待“单方”、“验方”问题。我国向来在民间就流传着大量的单方验方，这些方药，本来是我国医学发展的最可靠的源泉。宋元以后，特别是明清时代，由于儒家的“正统”思想和复古主义的影响，一些所谓“儒医”们认为民间的单方验方，缺乏理论根据，难登“大雅之堂”于是把它们一概排除于著作之外，只有少数的进步医家如李时珍的《本草纲目》等收录了一部分。但是在民间，却一直大量地流传着。如何正确地对待这些方药，是一个十分重要

的问题。本来现在按辨证论治原则使用的方药，原来都是来源于民间，只是长期使用的过程中，逐步明确了它们的作用，了解了它们的性能，才逐渐地纳入辨证论治的理论中来。但一经纳入了理论，一批新方药就又出现了，所以始终有一部分新方药是不能以现成的理论解释的，这是一方面。另一方面，中医的现成理论，决不是十全十美的，它还有缺陷，还需要补充，需要丰富，需要发展。而丰富发展的源泉，只有广大人民的实践。所以忽视了这些从人们实践中来的新方药，就等于割了理论发展的根源，自己堵塞了进步之路。所以对民间流传的单方验方，必须十分重视。不过由于这些单方验方，大都是依靠口耳相传，关于它们的适应指征、性能和作用、用法和用量等都难免有错误，有些则由于发展观点不久，尚需进一步验证。因此，对它们的选录和应用又应十分慎重。

发 热

〔概说〕

发热是人体邪正相争，阴阳失调的表现，可出现在许多疾病之中，为临床常见症状之一。

发热原因可分为内伤和外感两方面，外感多因六淫所致；内伤多由气虚、血虚、阴虚、气郁、血瘀、食积等引起。如劳逸失度，过度烦劳，损伤脾胃，而致气虚发热，所谓“甘温除热”即是指此而言。或因失血过多，造成阴血亏损，阳气相对偏盛而发热，即所谓血虚发热；若患者素体阴虚，或热病经久不愈，阴液亏耗，阳气偏盛也可发热，此即《内经》所说：“阴虚则内热”；或七情不舒，情志抑郁，肝气失于条达，气郁化火而发热；此外，瘀血阻滞，郁久也可发热；或饮食失调，肠胃积滞而发热。凡此种种，均属内伤范畴，应和外感热病有所区别，本篇即着重讨论内伤发热，至于六淫引起的外感发热，可参见其它章节。

〔辨证施治〕

首先要了解内伤发热的特点，辨清其虚实。一般而言，内伤发热多属病程较长，发病缓慢，不恶寒或微寒，发热时作时止，多有定时，常有手足心热等。治疗依其病因之不同，采用滋阴清热、疏肝清热、祛瘀清热、消积清热、甘温除热等法。

（一）肝经郁热

多因情志抑郁，或精神刺激，导致肝失条达，气郁化热。

〔主证〕身热心烦，或阵寒阵热，性急易怒，胸胁闷胀，眩晕口苦， 月经失调，善太息，或头痛目赤，便秘溺赤。苔黄，脉弦或数。

〔分析〕情志刺激，肝气不疏，气郁化火而发热。肝失调达，气机受阻而胸闷胁胀。肝火上炎则头痛目赤，眩晕口苦，苔黄，脉弦数，为肝经郁热之象。

〔治法〕疏肝清热。

〔方药〕丹栀逍遥散加减：丹皮 栀子 柴胡 黄芩 龙胆草 当归 赤芍 薄荷。

方中丹皮、栀子、薄荷清肝经郁热；柴胡、黄芩疏肝清热，和解少阳；龙胆草清肝泻火；当归、赤芍清热活血。若热势较甚，口干便秘者加生地、元参；胁痛明显者加川楝子，郁金等；眩晕甚者加菊花。

（二）阴虚火旺

素体阴虚，或热病经久不愈，过于汗下，或烦劳过重，失血过多，房帙过度，忧思愤怒，以及过用温燥之品，使阴液耗伤，阳气相对偏盛而引起发热。

〔主证〕午后或夜间发热，神疲乏力，食欲不振，五心烦热，头晕目眩，颧红盗汗，失眠多梦，口干咽燥，大便秘结，尿少色黄。舌质红而少苔，甚至有裂纹，脉细数。

〔分析〕午后是阴气渐旺之时，因体内阴液不足，不能胜阳，阴虚则阳亢，虚火上炎则头晕目眩，颧红口干，五心烦热。扰动心火则失眠多梦。阴虚不能敛阳，津液随阳而外泄，故盗汗。阴虚津少，不能润滑大肠而便秘。舌红少苔，脉细数乃为阴虚有热之象。

〔治法〕滋阴清热。

〔方药〕清骨散加减：银柴胡 秦艽 青蒿 生地 知母 鳖甲 胡黄连 地骨皮 甘草。

方中银柴胡、秦艽、青蒿能除肝胆之热，从肌表而散；地骨皮、胡黄连、知母能除阴分之热，从内而清；生地、鳖甲滋阴退热；甘草和中。若失眠者加枣仁、柏子仁；盗汗加牡蛎、浮小麦等。

（三）瘀血内结

跌扑损伤，月经闭止，寒郁气滞，气虚血涩而致血行不畅，瘀血停留，均可郁而化热。

〔主证〕入暮发热，口干咽燥，身痛有定处，或腹中有块，甚则肌肤甲错，面色暗黑，口唇青紫。舌有瘀点或瘀斑，脉涩。

〔分析〕瘀血停滞，血行不畅，血属阴故发热多在午后或夜间。瘀血阻内，津液不能上布而口干咽燥。血瘀则气滞，气血不通则身痛。血瘀于内，不能外荣肌肤而见肌肤甲错、唇青、面黑。舌有瘀点或瘀斑，脉涩均为瘀血之征。

〔治法〕活血祛瘀。

〔方药〕血府逐瘀汤加减：当归 川芎 生地 桃仁 红花 赤芍 柴胡 枳壳 丹皮 元参 大黄。

方中当归、川芎、生地、元参养血清热；桃仁、红花、赤芍活血祛瘀；枳壳、柴胡

疏肝理气；丹皮、大黄清血中之热。诸药合用，使瘀血去而热得清。若热甚者，酌加地骨皮、秦艽之类。

（四）宿食内停

暴饮暴食，或恣食肥甘，使脾失健运，饮食停积而生热。此证以小儿为多见。

〔主证〕发热以午后或夜间为重，进食则甚，且噤腐吞酸，脘腹胀满。苔黄厚，脉滑数有力。

〔分析〕午后发热是阳明经气旺盛之时邪正相争之表现。宿食不化则噤腐吞酸，进食后更明显。苔黄，脉滑数有力为食积化热之兆。

〔治法〕消积清热。

〔方药〕保和丸加味：山楂 神曲 陈皮 半夏 茯苓 连翘 黄连 莱菔子。

方中山楂、莱菔子、神曲消食除积；陈皮、半夏理气和胃；茯苓健脾渗湿；连翘既清热又散结，再加黄连更能增强其清热之功。若便秘者加二丑以釜底抽薪。

（五）气虚生热

劳倦过度，久病不愈，或思虑伤脾，均能损伤脾胃，造成脾胃气虚，中气下陷，脾阳外越，故而发热。

〔主证〕低热，怕风，多汗，疲乏无力，气短懒言，食少便溏，烦热满闷，容易感冒。舌淡苔薄，脉虚大而数。

〔分析〕脾胃虚弱，脾阳外越，故而低热。劳伤过度，则脾气更虚，故而烦热满闷，劳累后加重。脾主健运，为四肢之本，脾气亏虚，则四肢乏力，气短懒言。运化失常，则食少便溏。气虚卫外不固，因而多汗、怕风，容易感冒。舌淡苔薄，脉虚大而数，为气虚之征。

〔治法〕益气健脾，甘温除热。

〔方药〕补中益气汤为主。黄芪 党参 白术 陈皮 升麻 柴胡 当归 甘草。

方中黄芪益气以固表；党参、白术、陈皮、甘草补脾和中；当归以补血；柴胡、升麻以升脾胃之气，达到益气健脾，甘温除热之力。若汗出恶风者加桂枝调和营卫；自汗多者加龙骨、牡蛎以固表止汗；气虚明显者，酌加山药、茯苓以增强健脾之功。

〔按〕本篇着重讨论内伤所引起的发热，临床以低热较为常见，现代医学中的结核病、血液病、肿瘤及慢性感染性疾病所致的发热和功能性低热等，均可参照本证进行施治。我们体会临床以阴虚火旺者多见；因宿食而发热者，多见于小儿；气虚发热者，多见于体质素虚、功能性或慢性病患者。

〔病案举例〕

张××，女，36岁，因低热一年多，于一九七三年九月十六日求诊。患者一年多来低热不退，体温在37.3—37.8℃，曾疑为“肺结核”、“胆道感染”、“结核性腹膜炎”、“慢性肝炎”等求治于太原、北京各大医院，经多种检查，如胸片，胆囊造影，

十二指肠引流、血常规、血沉、肝功能等，均属正常，多种药物治疗亦未见效。二年前有肝炎史。现诉身热，午后明显，口干但不欲饮，食欲减退，较前消瘦，时而右上腹隐痛，胃脘胀闷不适，性情急躁，自觉气不足，常喜叹息为快，睡眠不适，梦多，有时腰困，月经提前，量少，舌质稍红，苔薄白，脉沉弦。证属肝经郁热，治以疏肝清热之法。

柴胡 6 克 当归 9 克 白芍 12 克 生地 12 克 丹皮 9 克 栀子 9 克 茯苓 9 克 白术 9 克 香附 6 克 地骨皮 15 克 黄芩 9 克 秦艽 6 克 甘草 3 克。

〔二诊〕服药六剂，症状好转，身热减轻，体温在 $37.1-37.5^{\circ}\text{C}$ ，仍感手足心热，腰困较前明显。原方加女贞子 12 克。

〔三诊〕服上药 10 剂，一般情况好转，体温基本正常， $36.8-37.1^{\circ}\text{C}$ ，手足心热不明显，腰困亦减轻，唯睡眠欠佳，苔薄白，脉弦缓。

原方去地骨皮、秦艽、黄芩加女贞子 12 克 鳖甲 12 克 夜交藤 12 克 又续服十余剂，病情得以稳定。

感 冒

〔概说〕

感冒俗称“伤风”，是一种常见的外感疾病，本病是由于风邪侵袭，扰犯肺卫所致。临床表现以鼻塞、流涕、喷嚏、头痛、发热或恶风寒、咳嗽、咽痛等为特征。四时皆可发病。由于四季气候的变化和病邪的不同，以及体质的强弱，受邪的轻重，故临床分为风寒、风热两大类，并有挟暑、挟湿等兼证。若由感受四时不正之邪引起的感冒，全身症状较重，具有较强的传染性者称为“时行感冒”，中医列为“时行病”之一，属于“温病”或“温疫”范畴。

〔辨证施治〕

本病属于表证，治疗当以疏风宣肺解表为主。由于证候有风寒、风热的不同，故应首先辨明风寒与风热。若属风寒者，治宜辛温解表；属风热者，治宜辛凉解表。若病情较重，或证候比较复杂者，又当用辛温、辛凉之重剂或表里双解之法。

（一）风寒

多因气候变化，寒热失常，起居不慎，或雨淋、劳累等致使人体腠理不密，卫气不固，风邪乘虚侵袭而致病。

〔主证〕鼻塞声重，流清涕，多喷嚏，恶寒发热，无汗，头痛，身痛，喉痒或咳嗽，少量清痰。舌苔薄白，脉浮或紧。

〔分析〕肺与皮毛相表里，风寒袭表则肺气失宣，故见鼻塞声重、喷嚏、流涕、喉痒、咳嗽等症，风寒客于肌表，卫阳被郁，邪气不得外越，故见恶寒发热、无汗、头痛，甚则四肢痠痛等表现。舌苔薄白，脉浮是风寒在表，脉紧为寒盛之征。

〔治法〕辛温解表，宣肺散寒。

〔方药〕荆防败毒散加减：荆芥 防风 羌活 川芎 前胡 桔梗 枳壳 茯苓 柴胡 薄荷 甘草 生姜。

方中荆芥、防风、生姜辛温解表以散寒；川芎、羌活辛温发散以治头痛、身痛；茯苓、前胡、桔梗、枳壳理气化痰以止咳；柴胡、薄荷协助解表以祛邪。若恶寒明显而无汗，舌苔白，脉沉者，治以温阳散寒解表，可用麻黄附子细辛汤（麻黄 附子 细辛）；若素体气虚，容易感冒，或病后迁延不愈，治宜益气解表，可用玉屏风散（黄芪 白术 防风）治之。

（二）风热

风热之邪客于肌表而发。

〔主证〕发热，不恶寒或微恶风寒，有汗不多或无汗，鼻塞，头痛，咳嗽，痰少而粘稠，咽红肿痛，口干而渴。舌苔薄黄，脉浮数。

〔分析〕风热袭表，卫气失于宣扬则身热，微恶风寒。风热上扰则头痛。肺气不宣则咳嗽咯痰。风热壅阻于喉则咽红肿痛。苔薄黄，脉浮数是风热犯卫之表现。

〔治法〕辛凉解表，宣肺清热。

〔方药〕银翘散加减：银花 连翘 荆芥 牛蒡子 桔梗 薄荷 元参 淡豆豉 黄芩 甘草。

方中银花、连翘、黄芩清热解毒；荆芥、淡豆豉辛散解表，透热外出；桔梗、牛蒡子、甘草祛痰利咽；元参、薄荷利咽消肿。若咳嗽明显者加前胡、杏仁去荆芥、淡豆豉。咽痛甚者加生地、板兰根，热象较重者加石膏、知母、葛根等。

（三）兼证

1、兼湿：以恶寒，身热不扬，头胀如裹，骨节疼痛，四肢困倦，舌苔白腻等为特征。治宜疏风散湿。可于方中加藿香、羌活、通草、茯苓之类，或用羌活胜湿汤（羌活 独活 川芎 蔓荆子 藁本 防风 甘草）治之。

2、兼暑：以身热有汗，心烦口渴，头晕，胸闷，恶心呕吐，小便短赤，舌苔黄腻，脉濡数为特征。治宜解表清暑。方用新加香薷饮（银花 连翘 香薷 厚朴 扁豆）加藿香、滑石、甘草、荷叶之类。

3、兼燥：以烦热口干，唇鼻干燥，咳呛咽干，舌红少津，脉沉数等为特征。治宜清肺润燥。可用清燥救肺汤（桑叶 石膏 党参 甘草 胡麻仁 麦冬 杏仁 枇杷叶 阿胶）或沙参麦冬汤（沙参 麦冬 玉竹 桑叶 甘草 扁豆 天花粉）加减治之。

至于虚人感冒，多由于抗病能力减弱，卫外不固，故易外感，或感冒以后，缠绵难愈。对于此等患者，当以扶正为主，祛邪为次，不应专事疏散，发汗解表，以免发汗过多，更伤正气，可用参苏饮（人参 苏叶 前胡 葛根 半夏 陈皮 茯苓 甘草 桔

梗 枳壳 木香)加黄芪、当归等扶正之品。

〔按〕中医学的感冒包括范围较广，诸如现代医学由细菌和病毒引起的上呼吸道感染、普通感冒、鼻炎、急性扁桃腺炎以及许多传染病的初起皆属于中医的感冒范畴。流行性感属感冒属于中医的“时行感冒”，亦可参考本篇进行施治。

〔病案举例〕

王××，男，56岁，1973年1月13日初诊。

鼻塞流涕约十天。患者素体阳虚，日前不慎受凉，自觉全身恶寒，脊背发凉，鼻塞流涕，声音重浊，头昏头痛，肢节痠楚，咳嗽，喉痒，痰不多，纳呆，精神不振。曾服土霉素、四环素，APC，感冒片、解毒丸等不效。苔白，脉沉。证属阳气虚弱，外感风寒，治以助阳解毒，温经散寒之法。

麻黄2克 制附子6克 桂枝6克 白芍6克 茯苓9克 细辛3克 杏仁9克 甘草3克

〔二诊〕服上方二剂。药后汗出，诸证缓解。自诉精神振作，全身舒展，脊背发凉也明显减轻，流涕少，咳嗽轻，呼吸自若。脉有起色，舌苔薄。

证对药符，服后有效，故仍宗上方加党参9克，以巩固之。

风 温

〔概说〕

风温是感受风温病邪所致的外感热病。多发生于冬春两季。初起常以发热、微恶风寒、咳嗽等肺卫症状为其特征，而且传变迅速，易于逆传心包。发生于冬季者，亦称“冬温”。

本病的发生为感受风温病邪。冬春气候异常，人体卫外不固，或起居不慎，感受风温病邪，即着而成病。

由于肺合皮毛，卫气通于肺。风温侵袭人体，肺卫首当其害，故出现一系列肺卫症状。如卫分证不解，有两种发展趋向。一是顺传于气分，气分不解，传入营血；另一则是逆传心包，出现一派神志证候。

风温属于阳邪，最易引动肝风，或热邪久羁，伤及营血，甚或劫烁肾之阴。此时病情多属严重。