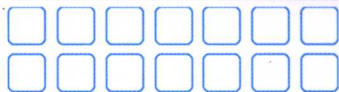


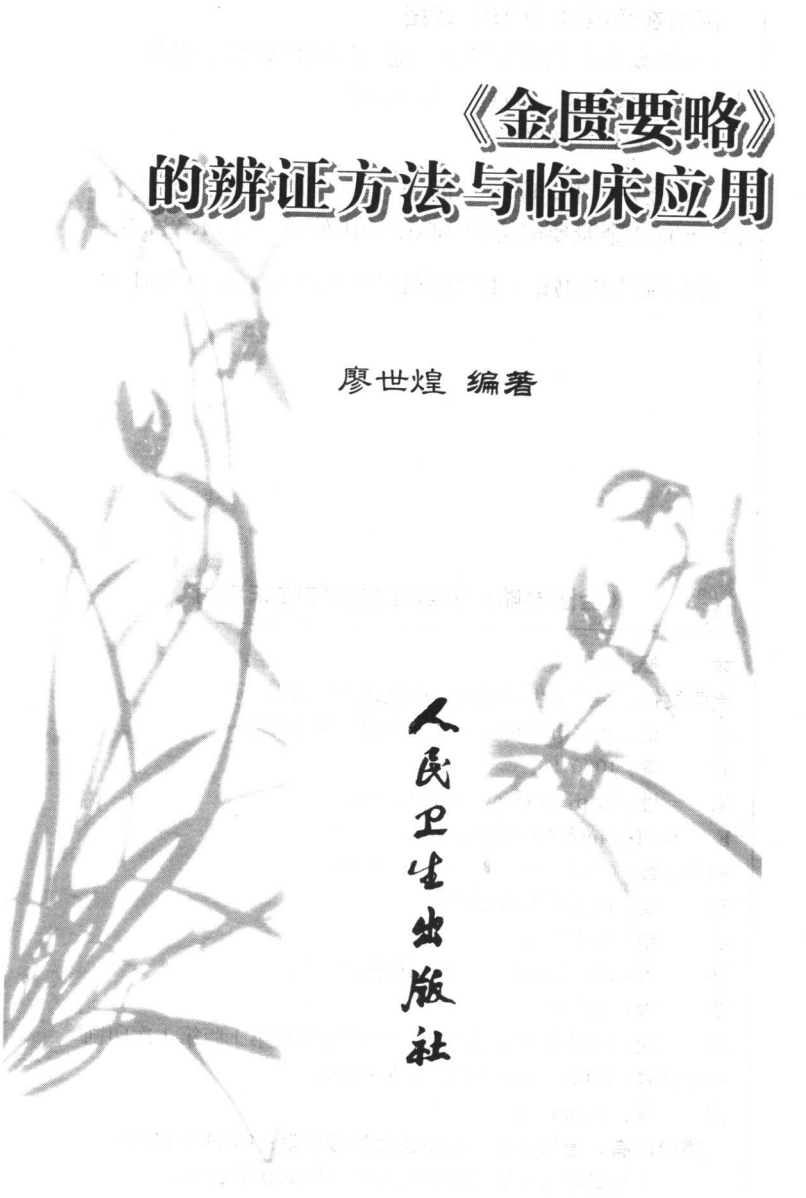
《金匱要略》 的辨证方法与临床应用

廖世煌 编著



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



《金匱要略》 的辨证方法与临床应用

廖世煌 编著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

《金匱要略》的辨证方法与临床应用/廖世煌编著.
北京:人民卫生出版社, 2006. 12
ISBN 7-117-08302-6

I. 金… II. 廖… III. ①金匱要略方论-辨证论
治-研究②金匱要略方论-临床应用-研究 IV. R222. 3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 145231 号

《金匱要略》的辨证方法与临床应用

编 著: 廖世煌

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: pmph @ pmph. com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 **印张:** 15. 75

字 数: 392 千字

版 次: 2006 年 12 月第 1 版 2006 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-08302-6/R · 8303

定 价: 29. 00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

序

中医四大经典著作是中医学的“根”，历代名医无不在此深厚的基础上去创新发展。但不幸我们有些地方的中医学教育，错误地认为二千多年前的著作，不适宜于现代的潮流，先乃缩减其课时，后又降格为选修课，再发展至重西轻中。于是有一些中医院的临床水平，江河日下，日渐依靠西说而不姓中了！我们不反对西说的借鉴作用，但不能主次颠倒耳！

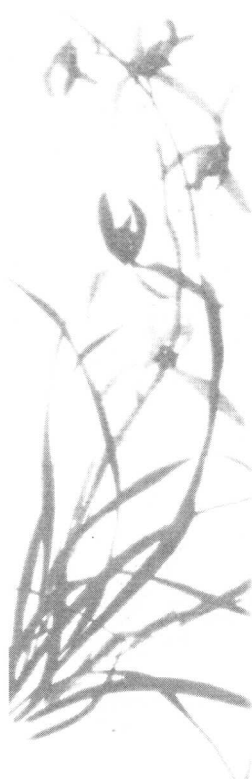
中医近百年来推而不倒，靠的是临床疗效，我认为临床疗效之高低，与经典著作的修养密切相关。例如 SARS 之战，再一次证明伤寒与温病学说，乃致胜之道。SARS 之为害，全世界统计，广州之死亡率最低。因为 SARS 一来，中医便全面介入了诊疗。再则也反映了广东中医有重视经典著作学习的传统。近几十年来，广州中医药大学把伤寒、金匱与温病教研室设在附属第一医院，有自己的病区、病



床。《内经》老师也不脱离临床。这样老师教出来的学生对经典便有实践之认识与体会。

目前我国极力提倡自主创新，但创新不能没有基础。经典著作是中医学的基础，学好它，掌握它，应用它，并在实践中不断总结，温故知新，才能有所发明。

廖世煌同志从事《金匱要略》教学与临床 30 多年，今写成《《金匱要略》的辨证方法与临床应用》一书，这是他心血之作，是理论联系实践的佳作，对广大读者重温中医经典著作以至临床实践，都有重要的作用，故乐为之序。



廖世煌

2006 年 6 月 9 日



前言

中医中药是中华民族优秀文化的精华之一，四大经典著作是中医理论和临床治病的重要基础。六经辨证、脏腑经络辨证及三焦辨证和卫气营血辨证，是临床治病不可缺少的理论和诊治方法，舍此则无所谓中医。

历代名医辈出，他们的成就无一不是融会贯通经典著作的内容，加上临床实践不断的验证、探索和总结经验，从中才有所发现，有所发明，有所创新，例如金元四大家的不同学派和学术主张，乃至清代温病学派的形成发展，无一不以经典著作为基础。基深才能建高楼，这是世人皆知的道理，故经典著作是每一个中医工作者的必读之书。

多年来重西医轻中医的风气日盛，中医院校学生对经典著作认识不足，学后不懂得应用，于是认为经典著作无用而被遗忘的情况与日俱增。究其原因，一是在教学上未能足够重视经典著作，有的将它视为选修课，未能严格要求学生熟读、理解、背诵原文，致使学生根基不固；二是理论与临床严重脱节，不少学生未能掌握辨证论治的基本方法，中医方面的基础理论、基本知识和基本技能仍然缺乏，以致每到临床用中医药治病则缺乏疗效，因而感到困惑。而能帮助学生在学习辨证论治的桥梁书少有问世，使经典著作难于结合实践。

正确的辨证是提高疗效的重要环节。《金匱要略》是经典著作之一，是脏腑经络辨证论治的典范。编写本书的目的，旨在使《金匱要略》的理论紧密结合临床实践，重于实践，帮助学生在掌握《金匱要略》的主要内容后，熟悉如何运用脏腑经络辨证理论（含整体观的辨证法、辨病与辨证相结合等等辨证



施治的方法)去分析和治疗疾病,进一步提高学生的三基能力,为继承发扬中医理论与临床而尽微薄之力。

全书分为五章,三大部分。第一部分,主要介绍辨证论治的基本概念与方法。明确辨病与辨证的关系,结合实际病例,反复加以说明,帮助学者学习辨证论治的方法。在此基础上,第二部分着重介绍《金匱要略》的辨证(含辨病)方法,治则与治法,从而提高应用金匱的理法方药进行临床的能力。此外,还对《金匱要略》中所说的内科病,部分外科病和妇科病,各病证的辨病要点,辨证要点,方剂的应用要点,并结合病例加以说明,使学者进一步熟悉其病名诊断,辨证方法和方药的运用原则。

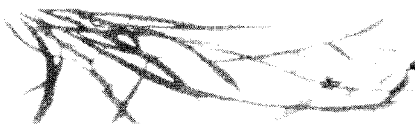
第三部分介绍笔者对部分常见内科病的诊断治疗体会与经验,考虑从方便当今临床实际出发,故选用西医病名中医辨证分型,重在提出笔者对该病的中医辨证思路,诊治要点和治疗经验同时指出临床易患的错误,以资重视。

本书适用于中医五年制本科学生,七年制学生和研究生正确认识中医,学习辨证论治的基本方法,进而学好金匱之用,同时也可提供给中青年临床中医师学习参考,提高临床能力之用。由于本人水平所限、经验不够,加上时间不足,书中定有许多缺点或错误之处,望读者予以指正。编写本书之目的在于抛砖引玉。

在本书编写过程中得到张静、刘清平、张鹏、吕秀群、高红霞等医师的大力支持和帮助特此表示感谢。

廖世煌

2006年10月于广州中医药大学



目录

第一章 辨证论治方法入门	1
第一节 何谓辨证论治	1
第二节 辨证论治的方法与步骤	7
第二章 《金匱要略》的基本理论和辨证方法及其在临床上的应用	45
第一节 整体观辨证方法在《金匱要略》中的体现与临床应用	45
第二节 脏腑经络辨证方法及其临床应用	63
第三节 辨病与辨证相结合的辨证方法及其临床应用	69
第四节 鉴别诊断法	124
第五节 试探法	141
第三章 《金匱要略》各病篇常见病证的辨证及其治方应用要点	149
第一节 痉湿喝病	149
第二节 百合病	161
第三节 疟病	164
第四节 中风历节病	168
第五节 血痹虚劳病	176
第六节 肺痿肺癰咳嗽上气病	187
第七节 奔豚气病	201
第八节 胸痹心痛病	204
第九节 腹满寒疝病	213

第十节 五脏风寒积聚病	224
第十一节 痰饮病	226
第十二节 消渴小便不利病	240
第十三节 水气病	246
第十四节 黄疸病	258
第十五节 惊悸吐衄下血病	264
第十六节 呕吐下利病	269
第十七节 疮痈肠痈	284
第十八节 虻虫病	287
第十九节 妇人妊娠病	289
第二十节 妇人产后病	301
第二十一节 妇人杂病	307
 第四章 《金匱要略》的治法及临床应用	 322
第一节 治疗原则	322
第二节 治法	326
 第五章 内科常见病的治法体会与经验	 396
第一节 运用经方治病的思路	396
第二节 感染性疾病	408
第三节 变态反应性疾病	420
第四节 呼吸系统疾病	422
第五节 消化系统疾病	432
第六节 泌尿系统疾病	450
第七节 心血管疾病	458
第八节 新陈代谢疾病	467
第九节 造血系统疾病	470
第十节 内分泌系统疾病	471
第十一节 神经系统疾病	484

《金匱要略》是运用整体观和臟腑經絡學說對內科雜病、部分外科病和婦產科疾病辨證論治的典範。因此熟悉本書內容，掌握其辨證論治的方法，是提高臨床診治能力的重要條件。筆者認為在學習《金匱要略》辨證方法之前，首先要熟悉中醫基本的辨證方法，才能更好地理解《金匱要略》的辨病與辨證方法，因為二者有着密切關係。

第一節 何謂辨證論治

要明確這一點，首先從證的概念說起。“證”是“証”的簡筆字。“症”字，在《辭海》里注為“証”的俗字。在《康熙字典》里找不到症字，可見證與症，其原來的含義是相同的。後來在許多中醫教科書里，為了進一步明確概念，將二者加以區別，認為證是証候，症是症狀。証候多指患者的各種症狀和體征，如發熱、咽喉痛、頭痛、惡寒，脈浮數、舌尖紅苔薄白，腹痛拒按等等，因而又是一個証候群，而其中的發熱是一個症狀，頭痛也是一個症狀，而腹痛拒按及脈、舌等也分別是症狀。

我認為証字，是指證據。它包含了患者當時的各種症狀、體征和產生病變的病因、發病條件，甚至包括病情的發展和變化等等實際情況。診治疾病就像



审理案子一样，必须拿到各种证据，才能进行正确判断。因此，所谓辨证，就是收集患者的各种症状、体征、脉、舌、病因、变化过程等等情况进行分析归纳、辨别，从而作出正确的诊断。所以，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。这个过程称做理。所谓论治，是根据辨别诊断的结果，包括其病因、病机、部位等，制定出治疗方法，这叫做法。然后根据这方法再进行选方用药，这个过程称做方药。中医诊治疾病，必须具备理法方药。例如，张某，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，每遇吹风咳嗽加重，伴有头晕头痛，咽喉不适，饮食欠佳，胃脘胀满，暖气，身倦，舌淡红苔白微腻，脉浮滑等证候。根据病人的病史，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，咳嗽于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，暖气身倦，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。从以上证脉综合得知为外寒里湿证。治法当解表散寒，健脾除湿。方药选止嗽散加苏叶、藿香、神曲、茯苓、川朴等。

应当指出，在临床辨证时，对患者的症状、体征、脉象、舌象以及发病的原因，或者治疗变化等都必须细心询问和了解，证据一定要客观、真实，不能有半点虚假，否则就会影响辨证的准确性，自然也就影响疗效。

中医的辨证包含了辨病与辨证型两方面。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。这就是一种病何以有多条方子的原因，因为同一种病，在不同人身上，可因人的体质、年

龄、性别，以及发病时间、季节等等的不同而异，也就是说有不同的病因和病机。故同一种病可有不同的类型，因而治法不一样，方药就肯定有差别了。例如胸痹一病，其症状有“喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉迟，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”，但不能皆用栝蒌薤白白酒汤治疗。原因是如上所说。如疼痛较重者，特别是伴有痰多不得卧，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，留气结在胸，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。

余在日常诊疗中，对于有胸部疼痛，疑为心绞痛，或肋间神经痛者，必当详细询问病因、发病时间、检查结果等，再详参其症、脉、舌明确其病因病机，而后定其治法，再处方药。往往应手而效。如刘某，女，65岁，主诉胸部闷痛，每以夜间为甚，心电图结果，有T波低平，ST段轻度下移，疑为胸痹，西医为心绞痛，有缺血改变。详询发病，每以吃水果或以瓜果类食物时即加重，食欲不振，痰多胸闷，短气乏力，舌淡红苔白腻。知为胸阳不足，痰气阻滞，治以温阳通阳化痰行气除湿。予栝蒌薤白半夏汤加桂枝及温胆汤合方，水煎服，服4剂症状明显缓解，再诊于上方加神曲4剂，诸症已愈，饮食、体力皆明显增加，2周后复查心电图缺血改变明显好转。

又一男性，朱某，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，于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。曾作心电图示有缺血改变，诊为冠心病、心绞痛。中医为胸痹，属肝郁气滞，郁而化火。治与小柴胡汤加郁金、丹参、瓜蒌、薤白、枳壳。服4剂而诸症大减，共服10剂而痛消失。



同是胸痹，前后二人，其病因病机，症状脉舌等表现各不相同，故治法方药各异。由此可见，辨证论治乃中医临床治疗疾病的基本法则，又是中医的精华。早在《素问·阴阳应象大论》、《素问·疏五过论》等篇中对如何辨证论治，已经提出十分具体而全面的要求。故业中医师必须熟悉和掌握这些基本理论和基本技术，方能应万变，明脉理，有疗效。临床切忌一辨病即用药，更不能以现代医学的理论和病名诊断去指导运用中药方剂，倘此则往往有百害而无一利，不但治之无功，有时甚至弄巧成拙，加重病情。

怎样正确处理辨病与辨证的关系呢？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），对患者作出相应病名诊断，这称之为辨病。如《金匱要略》肺痿病见脉数（虚）其人咳，口中反有浊唾涎沫，诊为虚热肺痿。而见咳逆胸痛，多唾浊沫，时时振寒，吐脓血腥臭，脉滑数等，则诊为肺痈。见胸背痛短气或喘息咳唾，脉沉迟，关上小紧，则诊为胸痹病。辨病是中医辨证中的内容之一。每种病都有其大致相同的病因、病机、主证。凡是患此病者都有这些共同点，这就是所谓的矛盾的共性。肺痿患者都有肺阴虚兼气虚和痰浊壅肺的特点；肺痈者都有痰热病毒壅肺的共同点。胸痹的患者皆有阳微阴弦（盛）的共同点，故皆可用栝蒌薤白以通阳宣痹。然而正如前面所言，同一种病在不同人身上，可因个人的体质、性别、年龄、居住地、气候等等不同而病情有所区别，病机也可有异，故症状亦有差别，这种差别就是矛盾的特殊性。根据自然辩证法的规律，任何事物、任何人都有矛盾的共性和矛盾的特殊性。例如甲、乙、丙，虽然都得了黄疸病，他们的共同特点（即矛盾共性）都是湿热为患，郁于肝脾，皆以目黄、小便黄，皮肤黄为特征。但甲有大便秘结，或不爽，口苦，纳呆体倦呕吐，舌边红苔黄腻，脉滑数等湿热两胜之象。乙则见短气，纳呆，腹胀，

大便溏，倦怠，呕恶，舌淡红苔白腻等湿胜热轻之表现。丙则现口干口渴，便秘腹满，小便短少，烦躁失眠，头痛，舌红苔黄，脉弦滑数等热重湿轻等征象。这些即为矛盾的特殊性和个性了。肺病也有初期、酿脓期和溃脓期（即后期）等不同，也可有个体的差异，各种病都有这些差异。

因此，在这里，病是矛盾的共性；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，此即为辨病过程，然后再进一步在这范围内（根据其脉、症、舌等）进行辨别，在不同人身上找出他的个性（矛盾的特殊性）这是辨证过程。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。这就是为什么《金匱要略》在每篇之首冠有某病脉证并治的原因。

有时候在辨证过程中，一时不能明确诊断是什么病，即可以证名病，甚至可以病因或病机名病。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。例如，一患者黄某，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。然后根据脉症再行辨证，辨为肝阴虚，肝阳上亢等。

必须指出，现代医学的病名和中医病名不一样或不一致，这是客观存在的。中医多数病名不是以解剖、病理、实验室检查和辅助检查为依据的。中医一个病，可包括西医几个病，西医一个病也可以包括中医几个病。这是二者的学术理论不同所致。因此在临床过程中可将两种病名分开。除非特殊情况。例如《伤寒论》有太阳病、阳明病、少阳病等；《温病》有春温、风湿、暑湿、湿温等；《金匱要略》有痉病、胸痹病、心痛病、痰饮病。现代医学没有这些病名。二者一时难于求得统一，但有时也可互相参考，如胸痹与心绞痛（冠心病）等。



这里值得一提的是，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症状的基础上，其诊断往往凭借临床表现，含症状、病因、舌、脉以及一些触诊等，因此显得比较粗糙。比如，胃脘痛，中医往往凭患者的症状和部位切诊（触诊）等来作出诊断。而胃脘痛的诊断则较为笼统，究竟是胃十二指肠溃疡抑或慢性胃炎，或神经官能症或其他病，则不能更进一步明确。

但是，西医的这些诊断尽管有其优越性，也有一些问题，就是过分强调局部病变，忽视了人体的整体性，忽视了局部病变与整体的关系。例如溃疡病与人体抗病能力（正气），溃疡病与精神的关系，与季节关系，与时间关系等等。因此，西医理论存在一定的机械性、片面性。自然科学发展到今天，尽管不断地补充创新，但仍然有很多实际问题还弄不清楚，以及无法解决的。也就是说还有很多现象，包括自然现象及人体内的许多现象还不能用今天的科学知识加以完全阐释。因此在不少疾病的防治措施上显得比较贫乏，甚至束手无策。有些病甚至还无法作出诊断。

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的产生、发展，及诊治和预防。这种理论具有朴素的辩证唯物观点，正如中南大学黄建平教授在他的《中医学方法论》一书中，在比较控制论、信息论与中医的方法论

的相似之处时指出，中医理论处处有系统观，如阴阳（五行）系统，藏象（经络）系统等；并认为，中医的“审证求因”“辨证论治”是与黑箱原理相结合的。中医学理论经过了两千多年实践、认识，再实践再认识，这样反复的临床实验和总结，防治疾病的经验十分丰富，特别是辨证论治的临床分析。这点在许多西医难于作出诊断或无法诊治的疾病，其临床实际意义，显得尤为突出，以 2002~2003 年春发生的 SARS 病的防治中就可以证明这一点。由此可见，中医的理论和诊治疾病的方法和手段跟西医是不同的。但它们都是科学的，目的都是相同的，就是治好病。到目前为止，二者仍未找到统一的结合点，但不能因此而用一方的理论来否定另一方，更不能轻易的用一方的理论、观点、方法来改造另一方。必须二者并存，各自发挥。

第二节 辨证论治的方法与步骤

中医诊治疾病的方法很多，理论方面，从大处着眼，有《伤寒论》的六经辨证法；有《金匱要略》的脏腑经络辨证法；有温病学的卫气营血、三焦辨证法等三种。有的人对其中的内容很熟悉，但到了临床上则茫然不知所措，疗效平平。笔者认为其原因之一就是未掌握辨证论治的方法，如果掌握了这些方法，辨证准确，立法处方得当，大多能得心应手。辨证就是如何认识疾病，论治是如何立法处方。个人体会到，初学临床，必须熟悉或掌握两种基本方法：一是抓主证，明兼证法；二是综合思维法。这两种方法熟悉掌握了，运用以上三种理论就自然容易得多了。

一、抓主症，明兼证法

这种方法的第一步首先明确病人的主症是什么？其特征是



什么？部位在哪？有无明确的原因。通过辨别主症，可以得出一个初步的印象；第二步应问明其他兼症有哪些，包括望舌质舌苔、触诊及脉象等，从而也可以得出第二个初步印象；第三步，将以上二者的初步印象结合起来进行归纳分析，看看二者有没有联系，有否相关，还是各自独立；最后进行归纳，得出诊断。

例一：患者主诉发热。从患者主诉中应该清楚，发热有外感，有内伤，故必须问清楚，发热的时间、特点。如果发热一周左右，其发热的时间多是在午后2点至晚上10点左右为甚，继而逐渐退去。发热时虽然有微汗出，但热不退。从以上两点，我们对这发热有个初步印象：外感风湿发热或阳明发热。因为《金匱要略》湿病中有“发热日晡剧者，名风湿，此病伤于汗出当风或久伤取冷所致”之辨：但伤寒阳明发热也是日晡潮热。第二步必须针对这两点即进行问诊，问得患者在发热时有恶风、肌肉酸软、关节微痛，和身体沉重等兼症。这些症状说明风湿在表，湿流关节，但病者又见食欲不振，食后腹胀，腹中隐痛，大便不爽，小便黄短，舌淡红苔黄腻，脉细滑等症，这些又与风湿在表证不相符合了，而是里湿有热气滞之象。第三步，综合归纳以上第一印象为风湿在表，阳郁化热；第二印象，里湿化热气滞；诊断：湿病（风湿在表，里有湿热气滞）。第四步立法：疏风宣肺除湿，兼清热利湿行气，第五步处方：麻杏苡甘汤合三仁汤加减：麻黄、杏仁、薏苡仁、甘草、滑石、藿香、白蔻仁、厚朴、神曲、茯苓、黄芩、桑枝。

为了便于理解和记忆，以下病例采用图示法解释：

例二：黄某，女，55岁。1996年5月8日初诊，主诉发热反复半月。半月前因感冒发热，恶寒，头痛咽干咽痛，曾服银翘散加减数天无效，改用先锋Ⅵ静脉滴注4天仍发热不减，反增恶心呕吐，纳呆，短气，懒言，头晕，上腹及胁下胀满不适，每于午后约14时起先怕冷，后发热，T：39～39.5℃，