

浙江中医学院 编

医宗金鉴

杂病心法要诀

白话解

第3版



人民卫生出版社

医宗金鉴
杂病心法要诀
白话解

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

医宗金鉴·杂病心法要诀白话解 / 浙江中医学院
编. —3 版. —北京: 人民卫生出版社, 2004. 4

ISBN 7-117-06006-9

I. 医… II. 浙… III. 内科杂病—中医内科学—
中国—清代 IV. R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 019869 号

医宗金鉴·杂病心法要诀白话解

第 3 版

编 者: 浙江中医学院

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

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

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 14

字 数: 328 千字

版 次: 1964 年 11 月第 1 版 2004 年 5 月第 3 版第 8 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06006-9/R · 6007

定 价: 22.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

修 订 说 明

《医宗金鉴·杂病心法要诀》（以下简称《要诀》）是清代吴谦等人所编著的《医宗金鉴》中的一部分。它以歌诀的形式，把中医内科辨证治疗方药等主要内容以及有关的后世研究，进行了归纳，读来朗朗上口，易诵易记。所附“注”文，不仅对歌诀的寓意进行了解释，也增入了历代医家研究中医内科的见解，并且适当地补充了后世医家对一些病证的治疗方法。因此《要诀》就成了由清代至今广为流传的学习中医内科的辅助读物，对指导内科临床实践，具有较高的参考价值，而且也是研究中医内科学很好的参考书。

在 20 世纪 60 年代初，由吴颂康先生主持，以浙江中医学院中医内科教研组的名义，首次对其进行了白话解，名以《医宗金鉴·杂病心法要诀白话解》（以下简称《白话解》），并由人民卫生出版社在 1964 年出版发行。1979 年再版发行。《白话解》是研习和热爱中医药学的广大读者十分欢迎的一部读物。由于学术的发展和读者的需求，为了与时俱进，使语译内容更能反映最新的研究成果，更加适合现今临床的要求，对此书进行新的修订，很是必要。为此我们参照人民卫生出版社的修订意见和要求，在保留原白话解本风格的基础上对此书进行第 3 版修订。现对修订中的有关问题，作如下说明：

一、原文取舍。《要诀》原出《医宗金鉴》卷三十九至卷四十三，今依然保留原书卷次。《白话解》只取《要诀》中的

“歌诀”原文，不取《医宗金鉴》原书中“注”的原文。

二、增设“提要”。在原歌诀之下，增设“提要”，简明概括歌诀主题。旧版《白话解》无此项，本次修订逐条补入。

三、关于“注释”。旧版《白话解》作“注解”本次修订改作“注释”。“注释”是对歌诀原文中难解的字、词、术语以及缩写的方名等加以注释，对难读字进行注音。对于原文角码排序采取注释词用 [1]、[2] 表示，附方用①、②表示。

四、关于“白话解”。旧版《白话解》中此项作“译注”，本次修订改为“白话解”，以便与书名呼应。“白话解”主要是对歌诀进行现代汉语直译，力求忠实于原文，通晓流畅，易懂易读。原则上是不作更多的病机解释、含义发挥和内容补充。

五、增设“按语”。旧版《白话解》无“按语”。“按语”主要是对歌诀原文进行病机分析、医理发挥、思路探求、临床意义探讨，并介绍历代研究成果。增入此项的目的，是为了使全书具备理、法、方、药临床应用的系统性与完整性，这尤其对初学中医的读者会有很多的帮助。

六、对有附方的原文的处理。先列出药物组成、煎服法（只注不译，药物计量单位不变，书后附计量单位的折算），然后对该方进行方解，说明该方的适应证，并综述古今临床应用的经验和成果，部分附验案，以便读者临床灵活应用。

七、编写分工。本次修订由浙江中医学院中医内科教研室主任史亦谦教授主持，制订“修订计划”，编写“修订说明”，执笔“四十二篇”全篇和“附一：古方药物计量单位的换算”以及“附二：方名索引”，并对全书文字进行补充和润色，进行统稿、定稿。邓旻博士执笔“四十一篇”全篇，并对全书进行了体例编排。田同德硕士执笔“三十九篇”。陈志炉硕士执

笔“四十篇”。由王聪主治医师、李素波硕士、陆原硕士合编“四十三篇”。主编在统稿时，对各位编写者的独到见解，没有进行刻板的统一，一是为了体现“百家争鸣，百花齐放”的精神，二也是为了给读者提供更广阔的思路。

本书在编写过程中一直受到浙江中医学院范永昇副院长的大力支持和帮助，田国英硕士也参与了部分文字方面的修饰工作。谨在此对他们表示感谢。

由于时间仓促，每个编者见识各异，水平所限，此次修订难免疏一漏万，诚望读者不吝指正，以备再次修订时纠正。

浙江中医学院中医内科教研室
《医宗金鉴·杂病心法要诀白话解》修订编写组

2003年10月30日

目 录

医宗金鉴杂病心法要诀（原书卷次三十九）	1
中风总括	1
中风死候	4
类中风总括	30
伤风总括	45
痉病总括	52
痉病死证	53
破伤风	56
痹病总括	59
周痹	60
痹病生死证	61
痹入脏腑证	61
痿病总括	70
痿痹辨似	71
痿病治法	72
脚气总括	78
脚气死证	79
医宗金鉴杂病心法要诀（原书卷次四十）	85
内伤总括	85
内伤外感辨似	85
虚劳总括	107

虚劳死证	110
虚劳治法	112
癆瘵总括	138
癆瘵治法	139
自汗盗汗总括	144
失血总括	149
失血死证	150
失血治法	150
消渴总括	162
消渴生死	163
消渴治法	164
医宗金鉴杂病心法要诀（原书卷次四十一）	167
神之名义	167
神之变化	167
五脏神情	168
神病治法	170
癫痫总括	173
诸气总括	178
寒气 灵气 喜气 怒气 劳气 思气 悲气	
恐气 惊气	178
诸气辨证	180
诸气治法	182
遗精总括	189
浊带总括	194
痰饮总括	197
咳嗽总括	208

喘吼总括·····	220
喘急死证·····	222
肿胀总括·····	227
诸脉胀 单腹胀 肤胀 鼓胀·····	228
肠覃 石瘕·····	230
水胀 石水 风水·····	231
胀满 水肿 死证·····	232
水肿治法·····	236
医宗金鉴杂病心法要诀（原书卷次四十二）·····	245
疟疾总括·····	245
日作间作·····	246
疟昼夜作·····	247
疟早晏作·····	249
疟疾治法·····	250
久疟 虚疟 劳疟·····	260
痰疟 疟母·····	263
霍乱总括·····	266
噎膈翻胃总括·····	270
呕吐哕总括·····	276
诸泄总括·····	281
湿泻 濡泻 水泻 洞泻 寒泻 飧泻	
脾泻 肾泻·····	281
食泻 胃泻 饮泻 痰泻 火泻 暑泻	
滑泻 大瘕泻·····	282
泄泻死证·····	283
痢疾总括·····	292

噤口痢 水谷痢 风痢 休息痢 热痢 寒痢	
湿痢 五色痢	294
痢疾死证	296
五色痢 休息痢治法	304
疸证总括	305
疸病死证	306
积聚总括	314
积聚难证	316
积聚治法	317
疝证总括	319
疝证同名异辨	320
诸疝治法	321
医宗金鉴杂病心法要诀（原书卷次四十三）	333
头痛眩晕总括	333
头痛眩晕死证	335
眼目总括	345
外障病证	346
内障病证	349
内外障治	353
牙齿口舌总括	354
骨槽风 牙疳疮	355
口舌证治	360
咽喉总括	361
肩背痛总括	366
心腹诸痛总括	368
胸胁总括	379

腰痛总括·····	389
小便闭癃遗尿不禁总括·····	397
小便闭遗尿死证·····	400
治癃闭熨吐汗三法·····	402
小便不通·····	403
大便燥结总括·····	416
结燥治法·····	418
 附一：古方计量单位的换算·····	 423
附二：方名索引·····	425

医宗金鉴

杂病心法要诀 (原书卷次三十九)

中 风 总 括

【原文】 风从外中伤肢体 痰火内发病心官
体伤不仁与不用 心病神昏不语言
当分中络经腑脏 更审虚实寒热痰
脱证撒手为脾绝 开口眼合是心肝
遗尿肾绝鼾声肺 闭证握固紧牙关
初以通关先取嚏 痰壅不下吐为先

【提要】 阐述中风的病因病机及辨证要点。

【白话解】 风邪是由外而内伤及四肢躯体，痰火是由内而发伤及神明之心，躯体伤轻可引起麻木不仁，重则瘫痪。痰火上蒙心窍致伤可引起神志昏迷，语言难出甚至失语。中风病应当细分辨为中络、中经、中腑、中脏，并细审其兼虚、兼实、兼寒、兼热、兼痰的不同。若脱证出现真气外脱，两手撒开为脾气将绝，出现张口不闭是为心气将绝，两眼紧闭为肝气将绝，小便失禁为肾气将绝，鼻气鼾声是肺气将绝。若为闭证则两手紧握，牙关紧闭。治疗中风之初应先用通关散吹鼻使其打喷嚏以开通窍道，如痰涎滞喉间可采用探吐的方法。

【按语】 由于人体的体质虚弱，风邪乘虚而入，中于经络，气血痹阻或体内的津液受体内郁热的煎熬凝聚为痰，郁而化火，痰火上犯心窍均可导致中风。中风根据临床辨证可分为中经络和中脏腑。中络、中经多属中风轻证，中络表现为步履

沉重，肌肤麻木不仁，感觉迟钝，以及口眼喎斜等；中经可出现四肢瘫痪不用，意识清醒。中脏腑则属中风重证，主要表现除肢体瘫痪外还表现为突然昏倒，不省人事。中脏腑又可辨证分为脱证和闭证。脱证主要表现为五脏之真气暴脱的症状，症见昏迷不醒，面色苍白，目合口张，呼吸短促或见歇止，手撒，四肢厥冷，周身湿冷，二便自溺，肢体瘫软，舌短缩，脉微欲绝或虚大无根。闭证则是邪气内闭的表现，除昏迷、偏瘫外症见目瞪口呆，面赤身热，牙关紧闭，躁扰不宁，痰涎上涌，喉中痰鸣，鼻鼾气粗，肢体强硬拘急，二便不通，舌红苔黄，脉弦滑等。此外，对中风还须辨夹虚、夹实、夹寒、夹热等兼证，明确鉴别，辨证论治。本病属本虚邪实之证，初期之突出表现为邪实热证，当然亦有正气不支而致元气虚损而暴脱者（发作以脱证为主），至恢复期及后遗症期则主要表现为正气虚损或阴虚或阳虚或气虚。

中风一病，起源于《内经》，但其并没有明确提出“中风”的病名，对中风昏仆称其为“仆击”“大厥”“薄厥”，对半身不遂则称为“偏风”、“风痲”，对病因的认识是正气不足，风邪入中引发。汉代张仲景在《金匱要略·中风历节病脉证并治》首创中风病名并阐述证候的分类法，如“邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不盛；邪入于腑，即不识人；邪入于脏，舌即难言，口吐涎。”隋代巢元方的《诸病源候论》有“风偏枯者，由血气偏虚，则腠理开，受于风湿”的记载。陈无择《三因极一病证方论》载有邪风“如其经络空虚而中伤者为半身不遂”。唐宋以前诸多医家多以外风立论，认为中风是当人体气血亏损，脉络空虚，卫外不固时风邪入经络而致的；金元时期外风观点开始转变，许多医家指出中风病因不是外因而是内因，主张以内风立论。其中刘河间认为“心火暴甚”是中风的根本原因，李东垣强调正气自虚，朱丹溪则以湿痰生热

立论。元代医家王履总结以前各医家的经验根据中风病因不同提出“真中风”与“类中风”病名。明代张景岳创“非风学说”，指出本病的发生“皆内伤积损颓败而然”，原非感风寒所致。清代对中风证的治理论有了很大的发展，叶天士综合各家学说并结合自己的临床经验，阐明精血内耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳上亢导致“内风旋动”的致病机制。王清任还在《医林改错》中主张重视中风先兆，及早预防，晚清及近代医家张伯龙、张山雷、张寿甫等人总结前人的证治经验并开始结合西医知识，进一步认识到中风病的发生主要在于年老体衰，阴阳失调，气血逆乱，直中大脑。至此中风病的致病机制、证治规律日臻完善。

中风治疗上应根据病人感邪的深浅和病情的危重程度采取不同的治疗方法。急则治其本，缓则治其标。如患者出现闭证或脱证，病情急重，如不及时抢救，病人往往很快死亡。古人常用通关散吹鼻，使其打喷嚏以开通窍道，但现代中医临床多不采用。现代中医认为中风的发生多由于脏腑功能失调，气血逆乱于脑，致脑脉痹阻或血溢脑脉之外而成。病因病机较为复杂，主要有：①年老体衰，阴阳失调；②脾失健运，湿痰内生；③五志过极化火；④劳倦内伤，肝阳暴张；⑤气机失调，血液瘀滞。辨证要点：①辨分期（包括急性期、恢复期、后遗症期）；②辨中经络，中脏腑；③辨闭证和脱证。治疗原则：中风为本虚标实，上盛下虚之证，急性期标实症状较为严重，以祛邪为主，中经经常用平肝息风，清热涤痰，化痰通腑，活血通络之法。中脏腑闭证选用开窍涤痰，息风平肝。脱证常用扶正固脱，救逆回阳。恢复期后遗症期多为虚实夹杂，邪实未清而正气已虚。治宜扶正祛邪，常用滋养肝肾，育阴息风，益气活血之法。

中风相当于西医学的急性脑血管病，是一组突然起病的

脑血管循环障碍，表现为局灶性神经功能缺失，甚至伴发意识障碍，主要病理过程为脑缺血、脑水肿、脑梗死。可分为两大类：缺血类：包括短暂性脑缺血发作、动脉硬化性脑梗死、脑栓塞；治疗主要是预防脑水肿，积极治疗和预防病因，改善微循环，抗凝和溶栓疗法，促进神经细胞功能恢复，高压氧舱治疗等。脑出血类：包括高血压脑出血、蛛网膜下腔出血等，治疗主要降低颅内压，止血，促进脑细胞功能恢复，手术治疗等。两者恢复期治疗均应加强肢体功能锻炼，促进功能恢复。

中 风 死 候

【原文】 寸口脉平卒^[1]中死 生气独绝暴脱之
五脏几息呼吸泯^[2] 譬如堕溺岂能期
脉来一息七八至 不大不小尚能医
大小浮昼沉夜死 脉绝不至死何疑
脱证并见皆死候 摇头上窜气长嘘
喘汗如油痰拽锯 肉脱筋痛发枯直

【提要】 阐述中风的死证。

【注释】 [1] 卒：cù，音猝，突然之义，这里卒中是指中风。

[2] 泯：mǐn，音敏，消灭、消失之义。

【白话解】 未病以前，寸口脉象和常人一样，突然中风者容易死亡，这是由于中邪太甚，闭塞九窍天真之气，不能与人之生气相通而暴脱，这种情况的发生就好像失足落水溺死一样，因而事先难以预料。中风脉数一息七、八至，如果脉形不大不小是元气未绝，尚可以医治。如果浮大而疾（疾脉一息七、八至，脉形躁急），或者沉微细数，浮主昼死，沉主夜死，此是脉象将绝，难以医治。如脱的症状一并出现亦是一种不治

之证，再有项强摇头，张口吹气，气喘，汗出如油，喉间痰鸣如拉锯声，四肢臀部肌肉消瘦将尽，全身筋脉抽痛，头发枯燥，失于柔软等都属中风的凶证。

【按语】 中风属中医内科常见急症，发病急，变化快，根据病邪的深浅和危重程度可分为中经络，中脏腑。中经络较轻，中脏腑较重，意识常处于嗜睡或昏迷状态。就中脏腑而言，即可以由中经络传变而来，亦可由病邪直中形成，尤其是发作即表现为中脏腑者如不及时治疗，病人很快就会死亡，即所谓的卒中死。关于中风危绝症的记载最早见于《内经》，此后《诸病源候论》、《三因极一病证方论》、《济生方》均有中风不治候和死候的叙述。对于现代医家，由于中西医抢救技术的提高，对中风危绝症的认识更加深刻，据报道表现为脉弦滑而大者，病虽重，若及时抢救，预后尚好。反之其脉沉细，沉缓或浮大又有结代者，则病多危重，预后多不良。朱鹏飞等人认为闭证若出现呃逆频频，突然神昏，四肢抽搐不已，背腹灼热而四肢冷凉，手足厥冷，呕血便血，戴阳证均是病情恶化的标志，预后差。陶凯等认为头痛伴项强者，服泻下剂而大便不通者，顽固性呃逆者，喘息不受体位影响者，均提示预后不良。

中风危重症多系西医学之脑出血之属，本病发病较急，死亡率很高，以 50 岁以上者多见，大部分在情绪紧张，兴奋，排便，用力时发病；少数可在静态发病，起病前多无预感，仅少数患者发病前有头痛、头昏、动作不便、口齿不清等症状。本病发病突然，一般在数分钟至数小时达高峰，表现为突然头痛，头晕恶心，偏瘫，失语，意识障碍，大小便失禁。出血性血肿可压迫周围的脑组织引起局部脑水肿和缺血性坏死，局部脑水肿可扩散至全脑及脑干导致严重的小脑幕切迹疝及枕大孔疝，严重危及病人生命。由于其出血部位及范围不同，表现出的神经系统症状和危重程度亦不同。

【附方】 通关^① 星皂细荷半 开关^② 乌梅冰片南
巴油纸皂烟熏鼻 龟尿舌下点难言

【提要】 阐述中风闭证的治疗。

【白话解】 中风闭证的治疗用通关散即天南星、皂角、细辛、薄荷、半夏或开关散即乌梅、冰片、天南星或巴豆油浸过的纸卷上皂角粉，烧烟熏鼻，即熏鼻法。如治疗中风不能言语者，亦可用龟尿点舌下的方法，即解语法。

【按语】 中脏、中腑多见牙关紧闭、不省人事、舌强难言等症，本条所列的方剂具有开窍、开牙关、开声的作用，通关散治中风昏迷，不省人事，用药末少许，吹入患者鼻孔内，使其打喷嚏，以达到开通窍道的作用。开关散治疗牙关紧闭，不能言语，不能进食，用消毒纱布蘸药末擦牙，有松缓牙关的作用。再有用巴豆油浸过的纸，卷上皂角末，烧烟熏鼻，也有开窍的作用。古人治疗中风不能言语者，还有用龟尿点舌下的治法，但是目前临床已不常用，仅供读者参考。

①通关散 天南星 皂角 细辛 薄荷 半夏 等分
研细末为散

方中天南星、半夏祛风化痰止痉；皂角化痰开窍配以细辛、薄荷以开通窍道。

②开关散 乌梅肉 冰片 天南星
研细末，为散

方中冰片、天南星开窍化痰；乌梅酸缓开噤。

通关散与开关散在古代医学文献中同名方剂较多，方药组成和功效不完全相同，本条所列通关散出自本书，主治中风闭证，双手握固，牙关紧闭。开关散亦出自本书，具有开噤的功用，主治中风口噤。现代临床少用。