

中
医
内
科
学

高等医药院校教材

(供专科中医学专业用)

中医内科学

主编 张发荣 副主编 尤松鑫 殷文山

中国中医药出版社

张发荣
尤松鑫
殷文山

专科中医学专业主要课程教材 编审委员会

主任: 李安邦

副主任: 陆莲舫 万德光 郑守曾 曾诚厚

委员: (按姓氏笔划)

丁国明	丁 鐔	万德光	马宝章	王元勋
王景宜	韦永兴	龙庆文	邓振鹏	石学敏
龙文君	付元谋	丛春雨	宁 越	皮巨川
乔 模	许相文	刘宝贵	刘淑珍	孙国强
李安邦	李良信	李钟文	李超凡	李敬孝
杨护生	吴垂光	吴崇奇	陆莲舫	陈陶后
陈齐光	张光明	张发荣	张安楨	张华珠
张珍玉	张跃林	赵敬华	郑守曾	祈 涛
胡永年	奎传经	段振离	顾婉先	党兰玉
陶兴华	徐生旺	郭志强	涂晋文	黄国麟
黄秀凤	黄建业	惠纪元	韩宏志	曾君望
曾诚厚	蔡美秋	蔡绪江	廖润泉	魏毓奇

前 言

为发展普通高等中医药专科教育，加强专科教材建设，提高专科人才培养质量，国家中医药管理局组织编写出版了专科中医学专业17门教材。

本套教材主要是为培养适应县、乡、厂矿等基层医疗卫生机构需要的中医临床人才服务的。计有《中医学基础》、《中药学》、《方剂学》、《正常人体解剖学》、《生理学》、《西医临床医学基础》、《西医诊断学基础》、《中医内科学》、《中医妇科学》、《中医儿科学》、《中医外科学》、《中医骨伤科学》、《中医急诊学》、《针灸推拿学》、《西医内科学》、《西医外科学概论》、《农村卫生防疫》等十七门专科中医学专业主要课程教材。

在编写过程中，力求体现中医特色与专科特点；坚持科学性与适用性相统一，既注意吸取适合农村和基层需要的中医药学术新进展和诊疗新技术，又注意在取材的深度和广度上符合专科层次的要求。为了保证编写质量，特别加强了教材的审定工作，各门教材编写出初稿后，均由各门教材审定人和编审委员会根据教材的要求进行全面认真地审定。

编写专科中医学专业教材，属探索性的工作，可供借鉴的经验较少，要使本套教材适应普通高等中医药专科教育的需要，还需进行长期的努力。要通过大量实践，不断总结经验，加以提高，才能逐步完善。因而殷切期望广大师生和读者提出宝贵意见，以便在今后的修订时加以改进。

全国专科中医学专业主要课程
教材编审委员会

编写说明

本教材是根据1991年国家中医药管理局关于“专科中医学专业主要课程设置方案、编写原则与基本要求”的文件精神而编写的。内容分总论和各论。总论重点介绍中医内科的含义与范围、中医内科发展概况、中医内科病名特点及分类、中医内科辨证的基本规律、中医内科病历书写要求与示例、中医内科学习方法等基本知识。各论分为外感时行病、肺病、脾胃病、心病、肝胆病、肾病、气血津液病、经络肢体病、虫病、癌证等十章，介绍常见、多发的59个病证的辨证论治。

本书的编写，始终注重突出简明、具体、实用等专科教材特点：各病证文字叙述力求简洁，尽量减少引用原文，原则上不介绍发展沿革；病因病机在文字叙述的基础上用示意图作小结，分析与归纳紧密结合，加深其理解；代表方药的组成与剂量一并列出，便于学生临床应用参考；通过精选，各病证选介了少量单方验方，增强了本教材在基层的实用性。

在整个教材的选材上，充分考虑了克服以前教学内容的简单重复问题，尽量减少或避免学科之间、学科内部各病证之间教学内容的相互包容、交叉、重复；加强横向比较，沟通内在联系。针对相关病证之间，每个病证所含证型之间界限欠清这个难点，在相关病证之间强调了鉴别诊断，对各型证候的分析中，明确点出其基本病机和辨证要点。由于原编写方案中并没有明确规定不再开设其他未列课程，故上述涉及温病内容之部分病证，在遇有另行开设《温病学》时，宜作出相应调整。

本教材的编写分工：总论、感冒、风温、湿温、暑温、痢疾、霍乱、疟疾等，由张发荣（成都中医学院）编写；胁痛、黄疸、鼓胀、眩晕、中风、颤证、小便失禁等，由尤松鑫（南京中医学院）编写；咳嗽、哮证、喘证、肺痈、肺胀、肺癆、痹证、痿证、头痛等，由殷文山（陕西中医学院）编写；呕吐、胃痛、腹痛、呃逆、泄泻、便秘、绦虫等，由孙文先（承德医学院）编写；心悸、胸痹、失眠、癫狂、癲病、噎膈、钩虫等，由魏发善（湖北中医学院）编写；淋证、癃闭、腰痛、遗精、阳痿、耳鸣、耳聋等，由李宜芳（山东中医学院）编写；郁证、厥证、水肿、汗证、悬饮、消渴、积证、瘕气、虚劳、内伤发热、血症等，由王树谦（河南中医学院）编写；肺癌、胃癌、肠癌等，魏发善、孙文先做过资料工作，但整个癌证一章由尤松鑫写成。由于病种及编写人员所处地区不同，书中各论之代表方一栏所表明之药物剂量存有差异，故仅作临证时之参考。

本教材初稿写成后，天津中医学院魏毓奇教授、湖南中医学院曾君望教授对书稿进行了全面审阅，审订意见对提高教材质量起了重要作用，这里谨此致谢。

由于时间仓促，水平有限，书中缺点错误在所难免，切望大家提出宝贵修改意见，为提高下一版教材的质量共同努力。

编 者

1993年3月

目 录

总 论

第一章 绪论	(1)
第二章 中医内科病名特点及分类	(3)
第三章 中医内科辨证的基本规律	(5)
第四章 中医病历书写要求与示例	(8)
第五章 中医内科学学习方法	(14)

各 论

第一章 外感时行病证	(17)
第一节 感冒	(17)
第二节 风温病	(22)
第三节 湿温病	(31)
第四节 暑温	(37)
第五节 痢疾	(43)
第六节 霍乱	(48)
第七节 疟疾	(52)
第二章 肺系病证	(57)
第一节 咳嗽	(57)
第二节 肺痈	(63)
第三节 哮证	(67)
第四节 喘证	(72)
第五节 肺胀	(77)
第六节 肺痿	(82)
第三章 脾胃病	(88)
第一节 呕吐	(88)
第二节 胃痛	(93)
第三节 腹痛	(99)
第四节 呃逆	(104)
第五节 噎膈	(109)
第六节 泄泻	(113)
第七节 便秘	(119)
第四章 心系病证	(124)
第一节 心悸	(124)
第二节 胸痹	(130)

第三节	失眠	(136)
第四节	癫狂	(141)
第五节	癲癩	(147)
第五章	肝旺病证	(153)
第一节	胁痛	(153)
第二节	黄疸	(156)
第三节	鼓胀	(161)
第四节	眩晕	(168)
第五节	中风	(172)
第六节	颤证	(178)
第六章	肾系病证	(181)
第一节	淋证	(181)
第二节	癃闭	(187)
第三节	腰痛	(193)
第四节	小便失禁	(197)
第五节	遗精(附:早泄)	(201)
第六节	阳萎(附:阳强)	(206)
第七节	耳鸣、耳聋	(211)
第七章	气血津液病	(217)
第一节	郁证	(217)
第二节	厥证	(223)
第三节	水肿	(228)
第四节	汗证	(235)
第五节	悬饮	(239)
第六节	消渴	(244)
第七节	积证	(249)
第八节	瘕气	(253)
第九节	虚劳	(256)
第十节	内伤发热	(265)
第十一节	血证	(270)
第八章	经络肢体病证	(280)
第一节	痹证	(280)
第二节	痿证	(286)
第三节	头痛	(290)
第九章	虫病	(297)
第一节	绦虫病	(297)
第二节	钩虫病	(299)
第十章	癌证	(303)
第一节	肺癌	(304)

第二节	胃癌	(306)
第三节	肠癌	(307)
第四节	肝癌	(308)
第五节	白血病	(310)
附录:	方剂索引	(315)

总 论

第一章 绪 论

一、中医内科学的含义与范围

中医内科学是用中医理论阐述内科所属病证的病因病机及其证治规律的一门临床学科。它既是一门临床学科，又是学习和研究中医其它临床学科的基础。在中医专业中占有极其重要的位置。

中医内科学包括外感时行病和内伤病两大类。外感时行病是感受六淫等邪气引起的疾病。主要包括外感温病和时行杂感类外感病。前者主要包括风温、暑温、湿温等温病。后者主要包括感冒、痢疾、霍乱、疟疾等疾病。内伤病包括由七情、饮食、劳倦、气血津液运行敷布失常，以及由此产生的病理产物所引起的若干疾病，是构成中医内科学的主体。

现行中医内科学本科教材（第五版），主要讨论了时行杂感和内伤疾病，不包括温病内容（因单独开设了《温病学》课程）。根据国家中医药管理局关于中医院校专科教育课程设置的規定，此次全国普通高等学校专科中医专业不再开设《温病学》等课程，因此本教材吸收了《温病学》中的部分内容，并增设了癌证，编写成专科《中医内科学》教材。

二、中医内科发展概况

中医内科学的形成和发展，经历了悠久的历史。它是我国人民长期同疾病作斗争的实践结果和经验总结。

早在殷代甲骨文里，就有心痛、头痛、肠胃病、蛊病等内科病的记载。殷商时代已发明用汤液药酒治疗内科疾病。周朝将医学进行分科，其中疾医就相当于内科医生。

春秋战国时代，写成了系统反映我国古代医学理论和丰富经验的古典医学巨著——《黄帝内经》。该书确立了中医学的理论原则，奠定了中医学发展的基础，也是中医内科学理论的渊源。《内经》确立的整体观，脏腑、经络、气血等独特的生理系统理论，六淫、七情、饮食、劳倦等病因病机学说，以及对疾病的诊治原则，预防医学理论，形成了中医内科学的理论体系。在《内经》中，有关内科疾病具体认识的论述已达二百多种。其中对有的病种作了专篇论述。例如“热论”、“痿论”、“疟论”、“痹论”等。对一些疾病的病因病机、临床表现的描述已相当深刻、准确。例如论述了痹证是由于风寒湿三气杂至而成，其中风气甚者为行痹、湿气甚者为着痹，寒气甚者为痛痹等。所记载的病种已包括内科所属的外感疾病和内伤疾病，为后世认识内科病证打下了基础。

第一部中医内科学专著是汉代张仲景《伤寒杂病论》。该书继承《内经》学术理论，总结汉以前的经验，用六经来概括和认识外感疾病，用脏腑病机来概括和认识内伤疾病，创造性地建立了包括理、法、方、药比较系统的辨证论治的理论体系，使中医内科学的基础理论和临床实践密切结合起来，至今仍为内科临床辨证论治的典范。

晋代王叔和著《脉经》，把临床常见的脉象归纳为24种，对内科诊断起了很大作用。隋代

巢元方《诸病源候论》是我国最早最详的病理学专著，其中记载了内科病证一千余种，占全书的大半。对繁多的内科病证发生的机理，作了较为确切的解释。例如指出各类淋证总的病机，是“肾虚而膀胱热”；瘰疬的发生，与水土因素和情志内伤有关等。晋代葛洪在《肘后方》里，记载了许多简便有效的方药。唐代《千金方》、《外台秘要》集前人方药之大成。北宋《太平圣惠方》、《圣济总录》是由国家颁行的大型方书。这些方书记录了丰富多采的内科方药，还对内科一些病证的病机、临床表现作了生动形象的记述。例如，《肘后方》中记载了用海藻、昆布治疗瘰疬；《千金方》中记载了用白头翁、苦参治疗痢疾；《外台秘要》记载了用动物肝脏治疗夜盲，用羊靛、鹿靛治疗甲状腺疾病等。宋代陈无择《三因极一病证方论》以医方为主，并强调病因对于指导治疗的重要性，在病因学和治疗学上作出了一定贡献。

金元时期，内科学术上形成了百家争鸣的盛况。一些名家独树一帜，形成了各具特色的医学流派，其中最具代表性的是以刘完素、张元素、李杲、朱震亨为代表的金元四大家。刘完素对《内经》六气病机进行了专门研究，并加以充实和发展。他总结了正常情况下不同脏腑与五运六气的配属关系，并用五运六气来概括疾病纷繁复杂的变化机理。据“六气皆能化火”而建立了以火热立论的主火派。朱震亨受其影响，又提出了“阳有余、阴不足”的学术见解，后世称之为滋阴派。张元素在《内经》、《金匱》的基础上，对脏腑病机深入研究，组成了五脏六腑十一经辨证系统，并把药物的使用直接和脏腑病机联系起来，理法方药一线贯通。张元素的研究完善了脏腑辨证，并使之用于临床。李杲是张氏弟子，他在脏腑辨证的基础上，突出了脾胃在脏腑中的作用，著《脾胃论》。加之朱震亨创“相火说”，到了明代，形成了“肾为先天之根、脾为后天之本”的学术思想，在脏腑辨证中产生了重要作用。

明清时期，众多的内科学著述多已不限于一家之言，而是汇集诸家之长，参以自己的经验和见解，使内科学术理论得到全面发展，并臻于成熟。其中最为著名的著作有《内科摘要》、《医学纲目》、《明医杂著》、《证治准绳》、《景岳全书》、《症因脉治》、《医部全录》、《医宗金鉴》、《张氏医通》、《沈氏尊生书》、《证治汇补》、《医学心悟》、《类证治裁》、《医林改错》等。这些著作各具特色。或系统全面、广征博引；或联系实际、简洁实用。共同构成了中医内科学绚丽的宝库。

金元以后，一些医家通过长期临床实践，开始把温热病从伤寒中独立出来，形成了温病学。金代刘完素首先提出“热病只能作热治，不能从寒医”的著名论述。明代吴又可明确提出了热病与伤寒不是同一类疾病的主张。他在《温疫论》里从致病因素、感邪途径、传变规律、病情演变等方面，论述了伤寒与温疫的区别，提出了新的热病病因病机学说，为温病学的辨证论治打下了基础。清代中叶，温热病名家辈出，叶桂首先提出卫气营血辨证方法，对温热病的辨证治疗提出了具体法则，成为后世诊治的准绳。薛生白提出了湿热病以脾胃为中心的病机理论和辨治原则，充实了温病学的内容。吴鞠通提出了三焦辨证方法，在《温病条辨》中对各种温热病的证治作了系统的阐述。至此，温病学臻于系统形成，成为内科学术的重要组成部分。

在中医内科学术发展的过程中，还出现了一些专题性的论著，开创了专题研究的先河。例如明代胡慎柔著《慎柔五书》，论证以脾胃为主，主张虚损、癆瘵分别论治；明代汪绮石所著《理虚元鉴》，是论述虚劳证治的专著；清代王清任著《医林改错》，书中论述了二十种气虚证，五十种血瘀证，提出了补气活血、通络逐瘀的重要治法；近代唐宗海著《血证论》，从阴阳水火方面深入阐发血证的理论基础，提出了止血、消瘀、宁血、补血等重要治疗法则；近

代张山雷著《中风斟论》，深入论述了中风的病因病机和辨证论治，是少有的中风专著。

建国四十多年来，在中医内科学的理论研究和临床研究方面都取得了令人瞩目的进展，由于在全国建立了数十所拥有先进的医疗、科研、教学设施的高等中医院校和中医药的研究所，为研究中医药创造了良好条件。尤其是近三十年来，对中医内科的核心——脏象学说和辨证论治的研究，取得可喜的成就。使中医内科学研究从宏观到微观，从定性到定量，从传统方法到现代方法，迈出了重要的一步。上海医科大学1959年组成脏象专题研究组，对肾的本质进行了较为深入的研究。近年来，各地在对肝的研究，脾的研究以及血瘀证及活血化瘀等方面的研究，也取得了很大进展，证明了中医基础理论的物质性、科学性。目前通过全国性的协作，在中风、冠心病、糖尿病、病态窦房结综合征、高脂血症、上消化道出血、萎缩性胃炎、胆石病、病毒性肝炎、急慢性肾功能衰竭、高热、昏厥等的中医药治疗及机理研究方面，都取得了令人瞩目的成就，并与日本、德国、美国等许多国家进行交流。大批外国医生来华学习。中医学的整体观和辨证论治已为国际医学界承认。中医学开始走向世界。

第二章 中医内科病名特点及分类

中医病名历史悠久，是中医在长期与疾病作斗争的过程中总结出来的理论知识和经验结晶。早在殷商甲骨文、《周礼》、《礼记》中已有记载。《内经》可谓古代病名的渊藪，较为系统地论述了疟疾、疫疠，咳嗽、肺胀、痹证、痿证、癫狂、厥病、鼓胀、消中、腰痛、水肿、饮证、痞病、血枯、伏梁、肠覃、石瘕等数十种病名。东汉张仲景《伤寒杂病论》更是以病名为纲，下列各病的本证、兼证、变证，全面地进行辨证论治。例如《伤寒论》在对伤寒、中风、温病等病名论述之后，分列麻黄汤证、桂枝汤证、葛根汤证、白虎汤证等逐一论述。《金匱要略》则是以病名、脉象、证候、治疗并列篇名，在首先论述病名的含义之后，逐一论述其脉、证及治疗情况。例如《痉湿喝病脉证治》篇中，首先阐明痉病项背强急，口噤不开，甚至角弓反张的病名含义，然后阐明痉病的脉象、证候特点及治疗方法。现在发行的各类《中医内科学》的体例，实际源出于《伤寒杂病论》。一般都是先以病名定篇名，然后逐一论述病名含义、病因病机、辨证论治。

中医病名是根据中医基本理论体系决定的。一个中医病名，必须具备它特有的区别于其它疾病的内涵和外延。例如消渴病，是以多饮、多食、多尿、身体消瘦，或尿浊、尿有甜味为特征的疾病。在消渴病的病名含义中，以多尿、消瘦、尿浊有甜味区别于单纯胃火炽盛引起的消谷善饥；以多食、消瘦、尿浊有甜味区别于消渴证。这样的病名是唯一确定的，是非常科学的、实用的。

中医内科古今病名上百种，至今为临床应用者至少有七八十种。这些病名命名的根据和分类主要有以下诸方面。中医病名中多数是根据症状命名的，例如咳嗽、喘证、泄泻、便秘、眩晕、心悸、不寐、遗精、耳鸣、失音、汗证、水肿等；有的是根据主症结合病位命名的，例如头痛、胁痛、腰痛、肺病等；有的是根据特殊的病原体命名的，例如虫病；有的是根据综合性病机命名的，例如虚劳、郁证等；有的是根据疾病的主要病理产物命名的，例如暴饮、瘀血等。这些病名，都是中医理论知识和临床经验的总结，体现了中医对人体病理过

程认识的特色，对临床具有重要的指导意义。

在中医病名中，感冒、疟疾、痢疾等病名已经得到肯定。而咳嗽、水肿等是病名，还是一个症状，当前尚有争论。根据中医基本理论体系和中医病名所应具备的条件，这一类以症状命名的中医病名，应该是一个独立的疾病名称，而不仅仅只是一个症状。这里有一个主次之分。以咳嗽为例，当各种原因（包括外感和内伤两大类）引起人体出现以肺失宣降、肺气上逆为主要病理改变，出现以咳嗽为最突出、最急于治疗的主要症状时，不论在这个主要病理改变的同时还出现了其它多少次要的、并不突出的症状，我们都应该抓住这个主要矛盾，将疾病诊断为咳嗽。这时的咳嗽就是一个对于辨证论治具有指导意义的病名，而不仅仅是一个无足轻重的症状。当肺失宣降、肺气上逆的病理改变处于次要地位，不能代表人体病机的主要矛盾时，例如由外感风寒引起人体发生了以卫表不和为主的病理改变，同时也存在不很突出的肺失宣降、肺气上逆的病理改变，这时，我们就应该使用感冒这个病名诊断，而咳嗽在这里就仅仅只是一个症状了。这也正是中医整体观和辨证论治的特色所在。

中医内科病名是积数千年与疾病作斗争的经验总结，是逐步形成和完善的；反过来，它又对中医内科学的发展起了重要的作用。随着现代科学技术的进步，中医内科病名逐渐不能完全适应临床的需要。由于中医内科病名是建立在对疾病的宏观认识基础上的，因此在现代科技的新的检测手段逐步被中医学利用，使中医四诊从宏观向微观领域纵深发展的今天，中医在某些病名诊断上发生了困难。一些通过中医肉眼望诊及闻、问、切诊无异常发现、无病可言，无证可辨的求医者，用现代检测手段却发现病理改变。在这些求医者中，有的用现行中医病名就很难作出合理的诊断。这些在医学发展过程中出现的新问题，单靠古代沿袭下来的中医病名已经难以满足临床需要。应当用发展的观点面对现实，通过广泛的讨论和争鸣，逐步统一认识，不断补充确定新的病名。这也是中医内科学当代研究的一个重要内容。

中医内科疾病病种多，范围广，历代医家从不同的角度，用不同的方法对内科疾病进行分类。比如《诸病源候论》把风病、虚劳病、伤寒、温病、热病、时气病等放在前面，然后再按证候特点、脏腑系统把其它疾病进行分类。《千金方》则在风病、伤寒、脚气、消渴、水肿等全身性疾病后，将其余病种按五脏六腑分为十一门。宋代《三因方》以病因为依据，按内因、外因、不内外因进行分类。张从正在《三法六门》中，根据他的各种疾病主要由于所谓“六淫邪气”引起的学术思想，将内科疾病分为风、寒、暑、湿、燥、火“六门”。明代楼英《医学纲目》以脏腑为纲进行分类。除伤寒另立一门外，其余疾病都按五脏归类。这种分类方法说明，当时的医家对疾病的本质已经有了较为深刻的认识了。

迄今为止，中医内科疾病尚无统一的分类方法。

本书参考历代医家对内科疾病的各种分类方法，从临床实际出发，将全书分为十章。第一章为外感时行疾病，第九章为特殊病原的虫证，其余各章均为内伤疾病。这些内伤疾病又按脏腑和气血津液、经络肢体系统分为肺病、脾胃病、心病、肝胆病、肾病、气血津液病、经络肢体病。最后一章是具有特殊病理特点和治疗原则的一类疾病——癌证。这种分类方法，既突出了病因特点，便于临床辨证求因、审因论治；又突出了疾病的主要病变部位，便于临床应用内科的主要辨证方法——脏腑病证，能更直接地揭示出内科疾病的本质特征。

第三章 中医内科辨证的基本规律

辨证论治是祖国医学的基本特点之一，是中医诊断和治疗疾病的基本原则和方法，也是理、法、方、药的集中体现和具体实施。辨证论治是中医内科理论的重要组成部分，应当在认真学习《中医基础理论》、《中医诊断学》、《中药学》、《方剂学》、《中医内科学》及其它有关书籍的基础上，掌握辨证论治的基本规律。

一、辨证的基本环节

辨证的过程，就是应用中医理论和方法，观察、分析、认识疾病的过程。根据四诊收集到的有关疾病的全面、准确的资料，应用中医理论进行分析、归纳、综合，找到疾病的本质特点。中医内科疾病的辨证，着重要求掌握好以下环节，即辨病名、病因、病位、病性、病势和病机。

辨病名，就是根据四诊收集到的疾病的资料，辨明属于何病。中医内科各个病种，均有自身的区别于其它病种的致病因素、发病原因、病机演变、临床表现、预后转归等特点。根据四诊收集的临床资料，辨明病名，就能更深入地认识该疾病的本质特征，明确疾病的发展、预后、转归，做到心中有数。治疗时能更有针对性。因此，内科疾病的辨证，首先要辨病名。

辨病因，就是辨明引起疾病的原因。中医对病因的认识，不是通过实验分析，从微观对病原体形态结构及致病机理进行讨论，而是根据中医的基本理论，以临床表现为主要依据。中医的病因学说，不仅研究致病因素本身，而且更重在对各种病因作用于人体后，机体所产生的一系列症状进行归纳、分类。因此，可以根据疾病的临床表现，辨识出导致疾病的病因。这就是中医辨证中的辨证求因或称作审证求因的方法。中医内科疾病的病因很多，总的可以归纳为外感和内伤两大类。外感包括六淫、疫毒以及一些特殊的致病因素如疔邪、寄生虫等。内伤包括七情、房室、劳倦、饮食等因素。此外，瘀血、痰饮等病理产物，在一定条件下也可以成为致病因素。在这种情况下，也都属于病因范围。

辨病位，就是辨明疾病发生以后，产生的一系列病理改变所涉及到的部位。中医内科疾病的病位，首先应该辨明在表在里。这与病因关系密切。正如《景岳全书·传忠录》所说：“以表言之，则风寒暑湿燥感于外者是也；以里言之，则七情、劳欲、饮食伤于内者也是。”在此基础上，表证应当进一步辨明病在肌腠（卫分），或者肺卫同病；里证应当进一步辨明病在何脏、何腑，或是病在经络、气血、津液。人体是一个有机的整体，人体的表里、脏腑、经络、气血津液在生理上有密切联系，在病理上也相互影响。因此，病变部位在疾病过程中不是孤立不变的，而是随着病邪的性质，邪正盛衰发生动态变化。外感疾病先病在表，渐趋入里，或是表里同病。经过治疗，正气强盛，邪气又可由里出表，或者表里分解，病情向愈。内伤杂病可以由五脏生克、脏腑表里等关系，由一脏传至数脏，或脏腑相传，或由脏腑病及经络，气血津液，或由经络，气血津液病及脏腑。但是，病邪无论在表在里，在经在络，在气在血，或病在津液，总是与人体脏腑有关。所以，在中医内科的辨证中，无论采用何种辨证方法，深入辨识病位，均需联系脏腑。脏腑辨证是各种辨证的基础。

辨病性，就是辨清疾病的寒热虚实属性。寒证和热证，是人体阴阳偏胜偏衰的反映。阳盛则热、阴盛则寒，阳虚则从寒化，阴虚则从热化。寒证由于感受寒邪或人体阳气虚衰所致，热证由于感受热邪或人体阴精亏耗、阳气亢盛引起。除了单纯的寒证、热证外，还有不少疾病表现为寒热错杂，甚至真寒假热、真热假寒证。应当全面分析，抓住反应疾病本质特征的证候，才能作出正确的结论。虚证和实证，是人体正气强弱和病邪盛衰这一矛盾消长的反映。“邪气盛则实，精气夺则虚”。虚指正气亏虚，如人体气、血、阴、阳的亏虚；实指邪气亢盛，如气滞、血瘀、停痰、蓄水、热邪亢旺、寒邪凝滞等。形成虚证时，主要是正气不足，同时邪气亦不盛；形成实证时，主要是邪气亢盛，同时正气尚未大衰。在某些情况下，尤其是病程长，病情重时，往往会形成正虚邪实、虚实交错的复杂证候。在病情危重时，还可能表现为“大实有羸状”，“至虚有盛候”，致使难以辨明疾病的本质，被假象迷惑。

辨病势，就是用动态的观点，分析疾病发展的进退变化。根据病情发展的趋势，进而判断预后转归。中医“从阳得生，从阴得死”的理论，对于分析病势及预后转归有重要指导意义。一般来说，阳证、实证、热证，例如《伤寒论》中的三阳证等，预后较好；阴证、虚证、寒证，例如《伤寒论》中的三阴证，预后较差。阳实证转化为虚寒证为病进，虚寒证转化为阳实证为病退。正气和邪气之间的斗争，尤其是正气的盛衰、存亡，决定着疾病的变化、转归和预后。正盛邪退，疾病就渐趋好转、痊愈；正气大亏或邪气极盛，正不胜邪，则病情趋向恶化，甚至预后不良。例如外感热病，汗出之后，脉静身凉，是邪气已退，正气渐复，疾病向愈的表现；若邪气内陷营血，神昏谵语，出血或动风抽搐，是邪气亢盛，正不胜邪，病情严重的表现。一般内科疾病，出现脾胃衰惫，饮食不进，或大骨枯槁，大肉陷下；或声低息微，面色㿗白；或脉象细微，甚至脉微欲绝等证，则是正气大虚，病情严重的征兆。

病机，就是疾病变化发展的机理。辨病机，就是对上述病因、病位、病性、病势等内容的归纳综合，以求得对疾病本质的完整认识。不同的疾病各有其不同的病机。但是在各种不同的病机之中，又都存在着邪正斗争，阴阳失调、升降失常这些最基本的病理改变。这种最基本的病理改变就是疾病的基本病机。掌握了疾病的基本病机，就掌握了疾病的本质，就能更准确地找到治疗疾病的法则和方药。

二、辨证方法间的关系

中医内科常用的辨证方法，主要有脏腑辨证、八纲辨证、病因辨证、气血辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等。这些辨证方法，是中医在长期与疾病斗争中，和中医内科学的其他理论一起产生、形成和发展的，并且经过长期反复临床验证，证明是行之有效的。这些辨证方法各具特色，各有适用范围，相辅相成，共同组成了中医的辨证方法。但是，由于中医内科疾病不论病变在表在里，涉及经络、气血、津液，都与脏腑关系密切。因此，中医内科的辨证方法，又以脏腑辨证为其最基本的辨证方法。应用脏腑辨证，能更深刻地认识疾病本质，从而有效地指导临床治疗。

脏腑辨证，是根据脏腑的生理功能、病理特点，对疾病症状进行分析归纳，从而辨明疾病的病机、病位、病性、病势的一种辨证方法。由于病证是脏腑功能失调的反映，各个脏腑生理功能不同，发生病理改变时所反映出来的病证也就不同。根据不同脏腑的生理功能及其病理变化来辨析疾病，这就是脏腑病证的理论依据。熟悉各脏腑的生理功能及其病变规律，是掌握脏腑辨证的基础。

但是，内科疾病范围广，临床症状极为复杂。同一病证，由于患者体质不同，内外环境

不同，可以表现为不同的证候。因此，单用脏腑辨证的方法，尚不能全面准确地辨明疾病的病因、病性、在表在里，在气在血，以及转归预后等情况。在应用脏腑辨证的同时，还应当针对疾病特点，结合八纲辨证，病因辨证，气血辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等方法。以脏腑辨证为纲，以其它多种辨证方法为目。纲目结合，综合分析，才能得出揭示疾病本质的、全面正确的辨证结论。

一般来说，内科疾病在应用脏腑辨证辨明疾病所涉及的脏腑系统，即病位之后，往往需要用病因辨证辨明致病因素，用八纲辨证辨明病邪的在表在里，病性的寒热虚实。有的疾病，还需要用气血辨证来辨明病变涉及气分还是血分，分析疾病的浅深程度及预后。六经辨证主要用于外感寒邪为主的外感疾病。卫气营血辨证和三焦辨证，是温热病的基本辨证方法，用以揭示温热病邪的传变规律以及疾病发展到某一阶段时病邪的部位、浅深程度、转归及预后等情况。

例如咳嗽，用脏腑辨证知其病位在肺，基本病机是肺失宣降、肺气上逆。再用八纲辨证，辨明疾病的表里属性。病邪在表者，属外感咳嗽，外感咳嗽多属实证；病邪在里者，属内伤咳嗽，内伤咳嗽有虚实之分。再结合病因辨证，外感咳嗽有风寒、风热的区别，内伤咳嗽有痰湿、痰热、肝火犯肺、肺阴亏耗的不同。这样，以脏腑辨证为纲，以八纲辨证、病因辨证为目，纲目结合，就能揭示出咳嗽的本质特征。

又如痢疾，根据痢疾的含义，若临床出现腹痛、里急后重、下痢赤白脓血的主症时，就辨其病名为痢疾。病机为邪气壅塞肠中，与气血搏结，使肠道传导失司，脂络受伤，气血凝滞，腐败化为脓血。应用脏腑辨证，知其病位在肠。应用病因辨证，若肛门灼热，小便短赤，苔黄腻脉滑数，则为湿热痢。若发病急骤、症状重，或壮热烦躁，则为疫毒痢。若痢下白多赤少，伴脘闷纳呆，苔白腻、脉濡缓，则为寒湿痢。如此等等，实际在病名辨证中，也参合使用了八纲辨证。针对痢疾的特点，在上述辨证的同时，还须应用气血辨证，以辨别病邪伤于气分为主，还是伤于血分为主，或是气血并重。若痢下赤多白少，或纯下赤色，是偏于血分，其治重用血药；若痢下白多赤少，或纯下白冻、是偏于气分，其治重用气药；若痢下赤白相兼，是气血并重，其治调气行血并用。

六经辨证，是将外感病演变过程中所表现的各种证候，以阴阳为纲，以脏腑、经络为基础，分成三阳和三阴两大类的辨证方法。六经病证，是脏腑、经络病理变化的反映。其中三阳病证以六腑及其经络病变为基础，三阴病以五脏及其经络病变为基础。但是由于六经辨证的重点，在于分析外感风寒所引起的一系列病理变化及其传变规律，因此六经辨证主要用于外感热病。

卫气营血辨证是用于外感温热病的一种辨证方法。既是对温热病四个不同阶段证候的概括，又表示出温热病发展过程中病情的浅深轻重的不同程度。卫气营血辨证仍是以脏腑为基础。正如叶香岩《外感温热篇》所说：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。肺主气属卫，心主血属营”。卫分证主表，病证在皮毛，气分证主里，病在胸膈、肺、胃、肠、胆；营分证是邪入心营，病在心与包络；血分证病在肝肾，出现耗血动血。

三焦辨证也是用于温病的辨证方法。三焦辨证仍以脏腑为基础，分为上焦心肺、中焦脾胃、下焦肝肾。三焦辨证实质上是概括了温病发展过程中、三焦所属脏腑的病理变化及其表现在外的证候。

综上所述，内科疾病的辨证方法，以脏腑辨证为核心，结合其它多种辨证方法，辨明疾

病的病名、病因、病位、病性、病势、病机，从而揭示疾病本质，为正确治疗疾病提供可靠的辨证依据。

三、辨证与辨病

中医内科的辨证论治，既讲辨证，也讲辨病。远在张仲景《金匮要略》一书中，已经为我们做出了很好的示例。《金匮要略》中以病定篇名，结合病因、病机、病位、症状进行论述。全书或以辨病为主，或以辨证为主，反复诲人以病与证相结合的辨证方法。病和证，都是人体阴阳平衡失调形成的病理改变在临床的反映，是对疾病的病因、病位、病机、病性、病势以及邪正消长、阴阳变化的高度概括。病和证，分别从纵向和横向的不同角度对人体的一系列病理改变进行分析和概括。疾病的本质属性，往往通过证的形式表现于临床。证是认识疾病的基础，特别突出地反映出疾病在某一阶段的病机属性，是立法、遣方、用药的主要依据。病则更偏重于系统地反映人体病理改变的发生、发展、脏腑部位、临床特点以及转归、预后等。病和证是属于同一层次的病理概念。可以以病统证，即一个病可以有不同的证，叫同病异证；也可以以证统病，即同一种证可以见于不同的病，叫异病同证。同一疾病，由于证不同，治法有所不同，叫同病异治；不同疾病，由于证相同，治法则相同，叫异病同治。但是，单纯的辨证，只是抓住了疾病过程中的主要矛盾。而辨病，则是抓住了整个疾病发生、发展过程中的基本矛盾。只有辨病和辨证相结合，才能全面准确地掌握疾病的本质特征，制定最为有效的治疗措施。例如咳嗽，辨证为外感风寒，这是主要矛盾方面。针对这个主要矛盾，治疗采用疏风散寒法。但是，这样的认识和施治方法并不全面。在辨证的同时，还必须辨病。根据病为咳嗽，知其基本矛盾是肺气上逆、失于宣降。针对这一基本矛盾，还应当配合采用宣肺止咳的方法。二者结合起来，认识全面了，才能取得最好的临床疗效。

辨证与辨病的另一含义，是专指中医的辨证和西医的辨病。在医疗实践中强调中医辨证与西医辨病相结合，是当代中西医学迅速发展并同时应用于临床的产物。现代科学技术的发展，各种先进的仪器与检测手段在临床的广泛应用，使建立在现代解剖学、生理学、病理学基础上的西医学对人体生理病理有了更深入的认识，一些潜在的疾病得以早期发现。也使建立在整体观和辨证论治基础上的中医学对疾病的认识逐步从宏观到微观，从肉眼对人体外部的望诊，深入到用现代手段对人体内部的检测。有利于疾病的早期诊断以及对疗效、预后的判断。在此基础上，逐渐形成了中医辨证与西医辨病相结合的，一整套新的临床思维方法和诊治手段。依据中医辨证，才能遣方用药；依据西医辨病，选用一些针对性强的有效药物。对一些疾病早期尚无证候呈现于外者，可以根据其基本病机给予早期治疗。对那些经过治疗已无临床症状，但检测结果阳性的疾病，给予彻底治疗。中医辨证与西医辨病的结合，将会使中医学学术得到新的发展。

第四章 中医病历书写要求与示例

中医病历是用望、闻、问、切四诊和辨证论治方法，对病人疾病的演变过程、诊治情况和预后转归作真实记录。它是医疗、教学、科研工作的重要资料，是医院医护质量和技术水平的重要标志，是医务人员将医学科学同临床实践相结合的宝贵产物和劳动成果。必要时，

也是重要的法律依据。书写病历是临床医务人员必须掌握的一项基本功和应尽职责。因此，医务人员必须用严肃认真的工作态度和实事求是的精神来对待病历书写。

中医内科病历，包括门诊病历和住院病历两大类。门诊病历又有初诊和复诊两类。初诊病历主要记录一般项目、病历摘要、诊断、证候、治法、方药以及特殊煎服法和调护。复诊病历记录复诊日期，上次诊疗后的病情变化、修正诊断及证候(无此项者略去)、治法及方药。住院病历包括入院病历、入院记录、再入院记录、病程记录、病历摘要、交(接)班记录、转科(院)记录、出院记录、死亡记录等。

一、门诊病历书写格式及示例

姓名 黄利 性别 女 年龄 43岁 民族 汉 籍贯 四川成都 职业 传染科医生
婚姻 已婚

初诊日期 1985年8月15日

恶寒发热咳嗽1周，加重伴胸痛2天。

1周前(1985年8月8日)因“夜间受凉”出现发热($T37.5^{\circ}\text{C}$)、恶寒、微汗出、喉痒、咳嗽，自服“感冒冲剂”3天后，发热恶寒减轻，但咳嗽加重。2天前开始咳引胸痛。现咳嗽频作，咳引胸痛，痰多粘稠不易咳出。咽喉疼痛，口干喜饮，二便正常。舌质红，苔薄黄，脉数。

诊断 咳嗽(风热犯肺)

治法 疏风清热、宣肺止咳

方药 (1) 桑菊饮加减

桑叶10克 菊花10克 连翘10克 杏仁10克 桔梗10克 鲜芦根15克 鱼腥草15克 桃仁10克 瓜蒌皮15克 甘草6克

2剂，水煎服。

(2) 鲜竹沥 每次15毫升，每日3次。

有关检查 (1) 血常规

(2) 胸透

调护 避风邪，忌辛燥、宜清淡饮食

医师 李开华

复诊日期 1985年8月10日

8月8日门诊血常规、胸透均未见异常。服前方2剂及竹沥水后，咳嗽减轻，痰较服药前易咯出，胸痛减轻。现咳嗽，痰多色白，能够咯出，咽喉微痛，二便正常。舌质略红，苔薄微黄，脉略数。

前方有效，守方再服2剂。继续服用鲜竹沥水，剂量同前。

医师 李开华

二、入院病历书写要求

入院病历由住院医师(包括助理住院医师、实习住院医师)书写。住院医师必须在全面准确地收集临床资料的基础上，应用中医内科理论和辨证论治方法，经过分析、加工整理后书写。书写要求如下。

1. 内容系统完整，重点突出，主次分明。文字简洁，措词准确。记录使用医学术语和书面语言，使病历具有高度的科学性和逻辑性。

2. 凡病人叙述的病因、诱因、方名、药名、理化检查结果以及用方言俗语叙述的症状、病证，均应加用引号。

3. 病历中用数字表示的内容一律用阿拉伯字。

4. 入院病历一般应在次日查房前完成。用蓝黑墨水钢笔签正楷全名。急诊抢救病人须立即书写抢救记录，待情况允许后随时完成入院病历，但最迟不得超过入院后24小时。

5. 主治医师在入院后48小时内，用红墨水钢笔修改，审定完毕并签正楷全名。若修改内容较多，应责成住院医师重新书写。

三、入院病历书写格式

姓名 性别 年龄 民族 籍贯 职业和工种 婚姻 工作单位 家庭住址 负责人姓名
与患者关系 地址及电话号码 干支纪年 节气 入院时间 病史采集时间 病史陈述
人 可靠性

问 诊

主诉
新病史
旧病史
现症
其它

望 闻 切 诊

舌象
脉象
神色
形态
肌肤
声息
气味
头面
五官
颈项
胸胁
腹部
腰背
四肢
俞穴
二阴
排出物