

NEIKEBINGZHENGXUE

内科病证学

主 编:胡联中 胡谦明

副主编:刘旺兴 吴晓军 盛建平

贺湘荣

总顾问:李 芳

顾 问:张崇泉 丁 锋 秦昌国

编委会成员名单:(以姓氏笔画为序)

王淑云 刘春华 刘兴旺

李昆山 李剑英 余腊梅

吴晓军 杨旭光 贺湘荣

胡联中 胡谦明 黄宁申

盛建平 喻正科 龔发良

谭建平

湖 南 科 学 技 术 出 版 社

印 序

中医一般不直接治病，而是先将病分为无数个阶段，然后再进行治疗，间接达到治病的目的。这个“阶段”，中医叫“证候”。换句话说，病是由无限个证候构成的，证候是病的点切，贯穿于病的始终。

往者，自张锡纯始，尤其是解放以来，在中西医统一方面，人们做了大量的工作，并硕果累累。然仍总不免失之偏颇，难怪西医的病庞杂纷纭，详之，中医不免挂一漏万；中医的方证，浩如烟海，汗牛充栋，详之，西医不免捉襟见肘，不识全牛。如何能把中西医很好地有机地统一起来，病证跃然于纸，一目了然，咸臻至善，吾尝终日而思矣，未能得也。

噫！今南岳医人，潇湘学子，在此领域奋力拼搏，在马克思主义辩证唯物论思想指导下，应用数学语言

$$C_n^m = \frac{n(n-1)(n-2)\cdots(n-m+1)}{m!}$$

把中医的表、热、寒、阳虚、阴虚等证候排列组合起来，使中医的证候真正科学地成为“数之可十，推之可百；数之可千，推之可万，万之大，不可胜数。”并高屋建瓴，把病证统一在主症上，从而解决了讨论西医疾病的中医辨证治疗的证型严重局限的问题，庶几使临床医生免一叶障目，不见千里而闻彰见远。

然在科学领域，每蠕行一步，始褒贬不一，但探索精神堪嘉，能不序乎？

江苏靖江印会河序于中日友好医院
时在 1998 年戊寅阳春三月

蔡 序

限于历史条件，中医通过望问切来诊断疾病，病名大多以主要症状而命定，以内科为例，把诸于咳嗽、呕吐、腹泻、腹痛、心悸、腰痛、水肿、黄疸、头痛、便秘等主症叫做病，按现代医学观点来看，能够称之为病的象痢疾、霍乱、癫痫、疟疾等则不多。讨论现代医学疾病的中医治疗，又只列少数几个证型。也就是说，很难把西医的病和中医的证最大限度地有机地结合起来。

学友联中等，在此领域独具匠心，著《医药学新论》以后，矢志不移，在医学科学的崎岖小道上，不意曲径通幽，又著《内科病证学》，以期病证的统一，宛幽室之悬灯。灯虽暗，而灿若繁星。

昔者淳于公谓“人之所病，病病多；医之所病，病方少”。今临床医师，不病方少而苦证型之太少，以现行中医内科学治疗咳嗽为例，列举的证型仅十余个。《内科病证学》却把咳嗽的证型猛增至数百个。庶几一展卷而重门洞开，秋毫在目，治病之际，能不信手拈来？

北京中日友好医院著名老教授印会河称吾学友等“潇湘学子，南岳医人”，“独特的医药学派，高悬一帜，振数千年医药之雄风，巍然兀立于神洲胜境，大略雄才，深堪嘉尚也。”吾亦未尝不慨然叹其才秀也，而乐此一序。

蔡光先

写于湖南省中医药研究院

1998年6月

前言——论病证的统一

马克思主义哲学告诉我们：世界是物质的统一体，物质是运动的，物质和运动是不可分割的，没有物质的运动 and 没有运动的物质是不可想象的。物质世界是无限可分，无限发展的。这决定了物质世界的运动也是无限发展的，它无所谓始，也无所谓终。

人类对物质的运动和对运动的物质的研究，在方法论上必先使运动的物质或物质的运动局限化、有限化，才能认识物质横向的无限的具体形态和纵向的无限可分的结构层次性，因而也才能认识随之而来的横向的无限物质的矛盾运动和纵向的每一物质发展过程中存在着自始至终的矛盾运动。那就是说，研究物质时可以把运动的物质的时空四维抽象为空间三维，简称为“物”，把时间有限化，假定时间为“某一”，而割断与时间的联系，把运动局限为特殊形式——相对静止状态。只有这样才能使人类对物质世界的认识向无限层次发展。这时，人们一直受着形而上学思维方式支配；研究运动可以把物质的运动时空四维抽象为时间一维，简称为“事”，把空间有限化，假定空间为“某一”，而割断与空间的联系，把物质局限为特殊形式——“黑箱”。只有这样才能使人类对运动世界的认识向无限层次发展。这时，人们一直受着辩证法思维方式支配。

这样，就把不能分割的东西割开了。

这种割开只是暂时的，被局限了的“物质”和“运动”必须复归为运动的物质和物质的运动，被局限了的“物”和“事”必须复归为“事物”。这时，人们才会受着辩证唯物论和唯物辩证法支配，不然就会使人们陷入形而上学的唯物论和唯心主义的辩证法的泥坑里而不能自拔。人类总是沿着一条“割开”、“复归”、“再割开”、“再复归”……无穷的循环往复的道路，使人类对物质世界的运动和运动的物质世界的认识螺旋式上升，波浪式前进。每循环一次都可使人类对世界的认识大大地向前跨进一步。

但是，人们很容易养成一种思维方式的习惯，即思维定式。习惯形而上学的思维方式而不习惯辩证法思维方式，或习惯辩证法思维方式而不习惯形而上学思维方式，很难于“复归”。

哲学是关于自然界、社会和人类思维最一般规律的学问，是世界观和方法论的学说。自然科学离不开一定的世界观和方法论。作为科学的一个分支——医学科学，为探索人体结构和机能在社会和自然中的变化和规律，当然也离不开一定的世界观和方法论。它不仅受社会生产力水平和社会制度的制约，而且还受到哲学的制约和影响，医学科学同哲学是互相联系、互相影响的，即使是某些医学科学工作者没有受过系统的哲学训练，但由于自身的思维活动受社会的影响，也会持某种哲学观点。人体医学，是研究人之“物质和运动”的一门科学，即研究人之“结构和机能”的一门科学。同样要把“不能割开的东西”——人体机能的结构和人体结构的机能，先割开来再进行研究。

自古以来，就有两种不同的思维方式在研究着人体。

那种研究人体结构在社会与自然中的变化规律及对异常变化采取防治措施的医学体系，最早在西方形成，故称之为西医。它在形而上学的思维定式支配下，它把时空四维抽象（抽象就是“剖开”）为空间三维，把运动的物质抽象为物质，把机能的结构抽象为结构，把活的机体抽象为“尸体”，使人类对人体正异常结构的认识向无限小的层次发展，它把人体的异常解剖习惯称之为“病”。从而也就认识了随之而来的人体的无限结构层次基础上的功能。

它研究的功能不是人体整体的，最基本的功能，即新陈代谢（分解与合成），它所采取的措施不直接对人体的整体的最基本的功能，即新陈代谢发生影响。它只对无限结构层次的“病”进行治疗，而无法直接调整人体的整体的最基本的功能。即不能象中医那样，每一种药都考虑到对人体新陈代谢水平影响的问题，它道不出哪一种药是“热”的，哪一种药是“凉”的。但它是直接对无限结构层次的“病”进行治疗而间接达到调整人体的整体的最基本的功能。

西医在辩证唯物论支配下，认为人体结构既具有纵的无限层次性，即系统级、器官级、细胞级、亚细胞级、生物大分子级……的无限层次性，亦有人体结构的横的无限多样性，即全世界 50 亿人口还找不出两个完全一样的人，也找不出完全一样的系统，完全一样的器官，完全一样的组织……这就是我们通常所说的个体差异。这些不同结构层次的异常解剖和功能就是“病”。

那种研究人体功能在社会与自然中的变化规律及对异常变化采取防治措施的医学体系，最早在东方形成，故称之为中医。它在辩证法的思维定式支配下，它把时空四维抽象（抽象就是“剖开”）为时间一维，把物质的运动抽象为运动，把结构的机能抽象为机能，把活的机体抽象为“黑箱”。使人类对人体正异常功能的认识向无限大的层次发展，它把人体的异常功能习惯称之为“证”。从而也就认识了人体功能在宇宙中变化规律（无限大的人体功能）。

它研究的结构不具有无限层次性，它把人体结构看成是一个模糊的、含混的、笼统的“黑箱”。它所采取的措施不直接对无限层次的结构发生影响。它只对人体整体的最基本的功能“证”进行调整，而无法直接对无限结构层次的“病”进行治疗。它认识的病是“五行”层次的病。但它是直接对人体整体的最基本的功能“证”进行调整而间接达到对无限结构层次的“病”的治疗。

中医在唯物辩证法支配下，认为人体功能也是无限多样的，即人体的新陈代谢水平也是无限多样的，人体的病理的新陈代谢水平也就是无限多样的正常人体新陈代谢基础上的无限多样的病理的新陈代谢水平。这些人体“黑箱”异常的新陈代谢水平就是“证”。

单纯的证候有表证、热证、寒证、阴虚证、阳虚证、脱证、气滞证、气逆证、血瘀证、痰证、湿证、水证、饮证、食滞证、亢奋证、便秘证等。临床表现往往不是简单的，而是错综复杂的，常常是许多证候同时出现，互相交织在一起。有时一证单见，有时二证、三证、四证……同见。

按照组合公式

$$C_n^m = \frac{n(n-1)(n-2)\cdots(n-m+1)}{m!}$$

$$C_{16}^2 + C_{16}^3 + C_{16}^4 + C_{16}^5 + \cdots + C_{16}^{15}$$

可见，这种证候组合是何其多也。乃是以万为单位的巨数。

这些证候既是丰富多彩的，又具有强烈的时间性。有的证候提供的现象是非常轻微的，医患双方都很难观察到，如六味地黄汤证中的湿证；有的证候提供的现象非常庞杂，难于把握，如防风通圣散证，既有表证，又有热证、阴虚证、便秘证、气逆证、痰证、湿证等；有的证候过于迅速，稍纵即逝，如刚刚查房时患者还诉感冒了，中医叫表证，医师正要开药，患者洗了一个热水澡出来，说感冒好了，不需要开药了；有的证候过于缓慢，可长达数年或数十年，难于预测。

但是，西医习惯养成的形而上学的思维方式而不习惯辩证法思维方式，必须急待复归到唯物辩证法的思维定式中去；中医习惯辩证法思维方式而不习惯形而上学思维方式，必须急待复归到辩证唯物论的思维定式中去。只有这样，才能使医学成为真正的庞大的系统医学。

中医在辩证法思维方法支配下，把人体抽象为“黑箱”，在历史上曾经出现过一次朴素的辩证唯物论的复归。这次复归完全依赖于有限的日常经验，依靠简单的、直接的观察，它只能是思辨的概括和天才的猜测，具有种种缺陷，还没有可能用实验检验自己的推论，它的科学认识则更是零散的，十分简单的，它是无需进行实验的科学。在今天看来，好象太肤浅了，太幼稚了，太不确切了，太朴素了。对许多问题的论证，甚至是胡说和错误的见解。它基本上是在对自然的低级的直观基础上。但这是因为当时还没有严格意义上的科学。真正的、系统的科学认识和科学方法还没有形成。这在当时又是不可避免的。因为人类的童年时代，还没有实验科学，当时的人们，包括最出色的学者在内，还不知道今天小学生所知道的许多科学结论，作为我们现代的人去追溯当时的情况，是完全可以理解的。它认为世界一切都是由五行构成的，人也是由五行构成的，如五脏：肝、脾、肺、肾、心；五腑：胆、小肠、胃、大肠、膀胱；五官：目、舌、口、鼻、耳；五体：筋、脉、肉、皮毛、骨。这五种物质一次就认识完毕了，是最终的认识，它认为物质世界不是无限可分的，不是无限发展的。它们之间横的联系是相生、相克、相乘、相侮；纵的联系是诸于“主某”、“与某相表里”、“开窍于某”。

那种朴素唯物“五行”层次的病名也是非常幼稚的，如古代称咳嗽、胃脘痛、腹痛、呃逆、噎膈、呕吐、泄泻、便秘、胁痛、黄疸、积聚、鼓胀、水肿、腰痛、惊悸、怔忡、胸痛、头痛、眩晕、不寐、痰证、饮证、遗精、奔豚气、淋证、癃闭、瘕证、痿证、厥证、瘀证、血证、汗证等，从现代医学观点来看，那只不过都是症状而已。症状怎么能作病名呢？只有少数几个病像霍乱、痢疾、癫痫、疟疾、肠蛔虫、哮喘、忧郁证等能与现代医学的病名相吻合。还有一些病名太古老了，过时了，但一听大约知道相当于现代医学的某某病，如肺病即为肺脓疡、肺癆即为肺结核、消渴即为糖尿病或尿崩症，中风即为脑血管意外，痹证即为风湿性关节炎或类风湿性关节炎等。

《医药学新论》认为：中医辩证法这次“复归”为朴素的辩证唯物论，对唯心论无疑是一次有力的驳斥。在复杂多样化的现象中找寻到了统一的概括的总原则，促进了人类抽象思维的提高。但是，朴素的辩证思维产生在生产力不发达的古代。当时，科学尚未有分门别类，人类的认识主要依靠直观的观察，简单的逻辑推理，对世界的认识处于笼统、模糊的阶段。用一种或几种物质作为万物的共同根源来解释世界的构成，把物质和物质的个别形态混为一谈。特别是说明与其性质相反的东西，显然是有困难的。五行学说是没落的学说，

必须彻底地加以否定。

理论思维是历史（思维史、认识史）发展的产物。从人类认识发展的历史考察，我们可以看到思维在每一特定的历史阶段具在特定的内容与特定的理论形式。思维内容及其理论形式是有历史的继承性的，它继承着过去的思维成果，同时又不断充实、增加新的内容，使思维具有时代的特征。思维发展的历史标志着人们的认识能力不断由低向高的发展过程，思维科学则是思维历史的总结和概括。从历史发展来研究辩证逻辑，就能确切把握人类思维发展的一般进程。

因此，中医的辩证法要由在历史上已复归为朴素辩证唯物论再复归为现代辩证唯物论。要把抽象为时间一维由历史上已复归为“朴素”的时空四维再复归为现代“辩证”的时空四维，把抽象的运动由历史上已复归为“朴素”的物质——“五行的脏腑”的运动再复归为现代“辩证”的物质的运动。在医学上，把抽象的机能在历史上已复归为“朴素唯物”的结构的功能——“脏象”再复归为现代的“辩证唯物”的结构的功能——生理学，把活的机体抽象的“黑箱”在历史上已复归为朴素辩证唯物论的“黑箱”再复归为现代辩证唯物论的“黑箱”。

《医药学新论》已设计了一个彻底否定朴素唯物“五行”后中医药该怎么办的切实可行的实施方案，即极其珍重地保留中医药丰富的辩证法，使其嫁接在辩证唯物论的根基上，使中医药完全在辩证唯物论和唯物辩证法支配下。从而使中医药的理论框架会更加合理，更具生命力，更具革命性。使中医药事业大大地向前跨跃一步。

中医之不同的新陈代谢水平（证）是基于病的临床表现（症状）的罗列。不同的病就有不同的临床表现，横的无限多样的病和纵的无限层次结构的病就会出现无限多样的病的临床表现和纵的无限层次结构的病的临床表现。也就是说会出现横的无限多样的病和纵的无限层次结构的病的基础上的横的无限多样的证和纵的无限层次的证。

一种病发生在无限多样和无限层次的新陈代谢水平的人身上，就会出现无限多样的临床表现，即无限多样的证。换句话说，任何一个证都会出现在任何一个病上。也就是说，病是由无限个证构成的。证贯穿于病的始终。证是病的点切。证是病的外在表现。

随着中医的辩证法由在历史上已复归为朴素辩证唯物论再复归为现代辩证唯物论。即随着中医“五行”的否定，古老中医疾病名称也必须随之被否定。代之以辩证唯物的现代医学的病名，即病必须由已复归为古代经验层次的病再复归为现代医学的病。

那么，中医的证型就不是与“五行”的“脏腑”、“气血津液”、“六经”、“卫气营血”、“三焦”结合起来了，而是与现代解剖结合起来了，即与人体、各个系统、各个器官、各个组织、各个细胞、各个生物大分子结合起来了，即与西医的病结合起来了。以中医证型“阴虚”，西医“贫血”为例，就人体整体而言，就叫阴虚证；就系统而言，就叫血液系统阴虚证；就器官而言，因子宫失血所致的贫血，就叫子宫阴虚证；就组织而言，因骨髓衰竭所致的贫血，就叫骨髓衰竭性贫血阴虚证；就细胞而言，巨幼红细胞性贫血，就叫巨幼红细胞性贫血阴虚证；就生物大分子而言，先天性红细胞酶缺乏性溶血所致的贫血，就叫先天性红细胞酶缺乏性溶血性贫血阴虚证。

那么，如何把这些无限多的病和无限多的证统一起来呢？由于以往的人们不能站在哲学的高度从根本上认识西医和中医，即西医着重诊治人体解剖的“病”和中医着重诊治人体功

能的“证”，故多年来一直未能很好地解决这个问题。许多书籍只在西医的病后面列极为有限的少数几个证。如内科学中的高血压病就只有“肝火亢盛”、“阴虚阳亢”、“阴阳两虚”、“痰湿壅盛”等几个证型。其实，一个病的证有无限个。就这寥寥几个证，又如何能反映病的真实现象呢？它严重地限制了医师的视线，可谓一叶障目，不见千里。而严重地影响了中医的临床效果。

统一的办法，只有抓主症。主症实际上是患者的主诉。抓住了主症这条纲，再条分缕析可能出现的作为目的无限多的病和可能出现的作为目的无限多的证。这样，就纲举目张了。抓主症，就好像是抓住了一根藤，“病”好像是藤上结的瓜，“证”好像是藤上长的叶，一旦抓住了主症这根藤，就只要顺藤摸“病”之瓜，顺藤摸“证”之叶，病证都出来了。本书就是为了解决如何把“病”和“证”统一起来的问题而写的。即无论人体出了什么问题，就首先找出病的原因，给人体作出西医“病”的诊断，再辨别出“证”，给人体作出中医“证”的诊断。

当然，一个旧的理论框架的突破，一个旧的传统习惯的改变，何其难也。如果有人不习惯这种新的证名，因证名和方剂的对应性，可以视作为某某汤证，如少阳证，我们把它叫半表热阳虚证，以“贫血”为例，有时会叫血液系统半表热阳虚证，子宫半表热阳虚证，骨髓衰竭性贫血半表热阳虚证，巨幼红细胞性贫血半表热阳虚证，先天性红细胞酶缺乏性溶血性贫血半表热阳虚证。如果不习惯，可暂不理睬这些新的证名，干脆叫小柴胡汤证。

《医药学新论》和《内科病证学》，就像是放飞的携有情书的信鸽一样，是多么的企望着经过连绵的阴雨过后，于某个晴暖的日子，她能含回点什么，给枯竭的心灵以滋润。无论这种等待是多么的焦灼和漫长，甚至是痛苦的，永无宁日的，然而我相信，抛弃五行的古老的中医，代之以现代的马列主义的辩证唯物论和唯物的辩证法指导下的中医，才是彻底的中医的现代化，才是中医灵魂的一次彻底更新的升华。中医界的彩虹一定会当空升起。最初的那一缕阳光又是多么的明媚和令人感动啊！

一个新东西的出台，总会有这样和那样的不完备，希望得到中医界的同行们的批评，哪怕是严厉的批评，我认为那也是一种凄美的结局，是很能令人好好地悲壮一回的。我们喜欢这种悲壮，渴盼那种通过长久的焦虑和等待后的不期而至的欢愉和失落。

作者

1998年8月于长沙

目 录

前言——论病证的统一	(1)
第一章 发热	(1)
第一节 发热的疾病	(1)
第二节 发热的证候	(15)
I 潮热 (火体)	(16)
II 形寒 (寒体)	(19)
一、真寒	(19)
二、真寒假热	(21)
III 潮热形寒 (火寒体)	(22)
IV 恶寒	(25)
V 寒热往来	(28)
VI 但热不寒	(32)
一、真热	(32)
二、真热假寒	(34)
第二章 出汗	(35)
第一节 出汗的疾病	(35)
第二节 出汗的证候	(42)
第三章 出血	(46)
第一节 出血的疾病	(46)
第二节 出血的证候	(68)
I 肌衄	(68)
II 咯血	(69)
III 呕血	(74)
IV 便血	(76)
痔	(78)
V 血尿	(79)
第四章 发白	(82)
第一节 发白的疾病	(82)
第二节 发白的证候	(88)
第五章 发黄	(90)
第一节 发黄的疾病	(90)
第二节 发黄的证候	(97)
第六章 发绀	(102)
第一节 发绀的疾病	(102)
第二节 发绀的证候	(109)
第七章 皮疹	(110)
第一节 皮疹的疾病	(110)
第二节 皮疹的证候	(117)
I 瘙痒	(117)
II 麻疹	(119)
III 斑疹	(120)
IV 疱疹	(122)
第八章 水肿	(123)
第一节 水肿的疾病	(123)
第二节 水肿的证候	(129)
第九章 淋巴结肿	(135)
第一节 淋巴结肿的疾病	(135)
第二节 淋巴结肿的证候	(141)
第十章 腮肿	(143)
第一节 腮肿的疾病	(143)

第二节 腮肿的证候	(146)	第二节 抽搐震颤的证候	(272)
第十一章 甲状腺肿	(147)	I 抽搐	(272)
第一节 甲状腺肿的疾病	(147)	一、癰痛	(272)
第二节 甲状腺肿的证候	(151)	二、瘍病	(275)
第十二章 头痛	(153)	三、惊厥	(275)
第一节 头痛的疾病	(153)	四、破伤风	(279)
第二节 头痛的证候	(168)	五、面肌痉挛	(280)
鼻	(172)	六、拘挛	(280)
第十三章 胸痛	(175)	II 震颤	(281)
第一节 胸痛的疾病	(175)	III 手舞足蹈	(282)
第二节 胸痛的证候	(184)	第十九章 瘫痪	(283)
第十四章 风湿痛	(188)	第一节 瘫痪的疾病	(283)
第一节 风湿痛的疾病	(188)	第二节 瘫痪的证候	(305)
第二节 风湿痛的证候	(203)	I 偏瘫	(305)
附：麻木	(214)	II 截瘫	(310)
第十五章 眩晕	(216)	III 面瘫	(310)
第一节 眩晕的疾病	(216)	IV 瘰病瘫	(311)
第二节 眩晕的证候	(222)	第二十章 精神失常	(312)
第十六章 晕厥（昏厥）	(227)	第一节 精神失常的疾病	(312)
第一节 晕厥的疾病	(227)	第二节 精神失常的证候	(321)
第二节 晕厥的证候	(233)	I 癲狂	(321)
第十七章 昏迷	(237)	II 痴呆	(324)
第一节 昏迷的疾病	(237)	III 抑郁	(325)
第二节 昏迷的证候	(250)	IV 失眠	(326)
第十八章 抽搐震颤	(254)	第二十一章 咽痛	(332)
第一节 抽搐震颤的疾病	(255)	第一节 急性咽痛的疾病	(332)
		第二节 咽痛的证候	(337)
		第二十二章 咳嗽	(342)
		第一节 咳嗽的疾病	(342)
		第二节 咳嗽的证候	(348)
		I 咳痰	(348)
		II 咳脓	(362)

第二十三章 呼吸困难	(365)	一、痛经	(475)
第一节 呼吸困难的疾病	(365)	二、带下	(477)
第二节 呼吸困难的证候	(375)	三、妊娠腹痛	(479)
第二十四章 心悸	(382)	四、产后腹痛	(480)
第一节 心悸的疾病	(382)	第三十章 腹胀	(481)
第二节 心悸的证候	(387)	第一节 腹胀的疾病	(481)
第二十五章 口腔损害	(392)	第二节 腹胀的证候	(503)
第一节 口腔损害的疾病	(392)	第三十一章 腹泻	(518)
第二节 口腔损害的证候	(399)	第一节 腹泻的疾病	(520)
第二十六章 吞咽困难	(403)	第二节 腹泻的证候	(533)
第一节 吞咽困难的疾病	(403)	第三十二章 便秘	(548)
第二节 吞咽困难的证候	(408)	第一节 便秘的疾病	(548)
第二十七章 呃逆	(411)	第二节 便秘的证候	(551)
第一节 呃逆的疾病	(411)	第三十三章 少尿或无尿	(556)
第二节 呃逆的证候	(412)	第一节 少尿或无尿的疾病	(556)
第二十八章 呕吐	(415)	第二节 少尿或无尿的证候	(561)
第一节 呕吐的疾病	(415)	第三十四章 多尿	(567)
第二节 呕吐的证候	(422)	第一节 多尿的疾病	(567)
第二十九章 腹痛	(429)	第二节 多尿的证候	(572)
第一节 腹痛的疾病	(430)	第三十五章 浊尿	(580)
第二节 腹痛的证候	(458)	第一节 浊尿的疾病	(581)
I 胸部疾病	(469)	第二节 浊尿的证候	(587)
II 胆道疾病	(469)	I 脓尿	(587)
III 蛔虫病	(470)	II 乳糜尿	(587)
IV 阑尾炎	(471)	第三十六章 阳痿遗精	(589)
V 疝气	(472)	第一节 阳痿遗精疾病	(589)
VI 泌尿系疾病	(474)	第二节 阳痿遗精的证候	(594)
VII 妇科疾病	(475)	I 阳痿	(594)

目 录

附：阳痿	(596)	十一画	(700)
II 遗精	(597)	十二画	(712)
方剂索引	(601)	十三画	(721)
一画	(601)	十四画	(724)
二画	(601)	十五画	(725)
三画	(607)	十六画	(727)
四画	(616)	十七画	(728)
五画	(628)	十八画	(728)
六画	(644)	十九画	(728)
七画	(652)	二十一画	(729)
八画	(664)	二十三画	(729)
九画	(673)	参考文献资料	(730)
十画	(688)		

第一章 发 热

对于发热，不同的医学体系，有不同的认识。

西医认为发热是指病理性的体温升高，是人体对于致病因子的一种全身性反应。一般说来，口腔温度在 37.3°C 以上，或直肠内温度在 37.6°C 以上，一昼夜间波动在 1°C 以上时，可认为有发热。

中医则认为发热与人体的基础新陈代谢水平是密切相关的。分解代谢相对偏亢，合成代谢相对不足，就可引起发热的感觉，但体温正常，中医叫这种现象为“虚热”、或“潮热”；相反，分解代谢相对不足，合成代谢相对偏亢就可引起怕冷的感觉，但体温也正常。中医叫“形寒”。

因此，虚热病人在致热因素的作用下，容易引起发热；相反，“形寒”病人在致热因素的作用下，其发热反应也会相对不盛，有时根本不发热。

第一节 发热的疾病

引起发热的疾病很多，可区分为感染性与非感染性两大类（见表 1-1）：

感染性发热 占最大多数，包括由各种急、慢性传染病和急、慢性全身与局灶性感染引起的发热。

非感染性发热 由下述原因引起：①不伴有呼吸、消化道感染的感冒；②分解代谢亢盛（多指合成酶的不足）；③血液病如白血病、恶性网状细胞病等；④变态反应如风湿热、药热、血清病等；⑤恶性肿瘤如恶性淋巴瘤、癌瘤等；⑥结缔组织疾病如播散性红斑狼疮、皮肌炎、结节性多动脉炎等；⑦物理性及化学性损害如热射病、大手术后、骨折、大面积烧伤、五氯酚钠中毒等；⑧神经原性如脑出血；⑨其他如甲状腺功能亢进症、严重失水或出血、无菌性脓肿、内脏血管梗塞、组织坏死等。

为便于进行鉴别诊断，从发热的缓急、程度、病程、特殊热型以及伴发的主要症状与体征等出发，将发热划分为急性发热、周期性发热、长期发热、慢性微热在本节讨论，而伴有其他特别体征的发热，请参考有关章节。

发热伴有发黄（见第五章）。

发热伴有皮疹（见第七章）。

发热伴有淋巴结肿（见第九章）。

发热伴有风湿痛（见第十四章）。

发热伴有昏迷（见第十七章）。

发热伴有咳嗽（见第二十二章）。

发热伴有腹胀（见第三十章）。

发热伴有腹泻（见第三十一章）。

表 1-1

发热疾病的分类

I. 急性发热

II. 周期性发热

一、感染性疾病

传染病与寄生虫病、细菌性感染

二、非感染性疾病

肿瘤、结缔组织疾病、低丙种球蛋白血症

III. 长期发热

一、感染

全身性感染：伤寒与副伤寒、结核病、败血症与感染性心内膜炎、布鲁氏病

局部性感染：肝脓肿、胆道感染、泌尿生殖感染、腹腔内脓肿

二、恶性肿瘤

原发性肝癌、淋巴瘤、恶性网状细胞病、白血病、其他

三、变态反应与结缔组织疾病

系统性红斑狼疮、少年型类风湿性关节炎、变应型亚败血症、结节性多动脉炎

四、其他

药物热、假热

IV. 超高热

中暑或热射病、脑部疾病、输液与输血污染、临死前超高热

V. 慢性微热

一、器质性慢性微热

1. 感染性疾病

感染性疾病

结核病、慢性局灶性感染、链球菌感染后状态、慢性病毒性肝炎、梅毒

2. 非感染性疾病

体质性消瘦、神经-内分泌及代谢疾病（甲状腺功能亢进症、糖尿病、慢性肾上腺皮质功能减退症、垂体前叶功能减退症、松果体瘤、间脑综合征）、变态反应疾病与结缔组织疾病、消化与吸收障碍（口腔及咽部疾病、慢性肠胃疾病、慢性肝脏疾病、慢性胰腺疾病）、失代偿性心瓣膜病、血液病、恶性肿瘤、重度创伤与烧伤、药物因素、精神性厌食

二、功能性慢性微热

功能性微热、夏季微热

I. 急性发热

一、感染与非感染性发热

临床上急性发热疾病常见，且不少为高热，究其原因绝大多数由于受凉、急性感染，其

他为过敏或变态反应、结缔组织疾病、血液病、组织坏死与血液分解产物的吸收、物理与化学因素、恶性肿瘤等。内科临床上一一般急性发热疾病如下：

(一) 感染性疾病

1. 病毒性感染 如流行性感冒、其他病毒性上呼吸道感染、病毒性肝炎、流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎、传染性单核细胞增多症、流行性出血热、森林脑炎、传染性淋巴细胞增多症、麻疹、风疹、流行性腮腺炎、水痘、淋巴细胞性脉络丛脑膜炎。

2. 支原体感染 如肺炎支原体肺炎

3. 立克次体感染 如斑疹伤寒、恙虫病、Q 热

4. 细菌性感染 如急性局灶性细菌性感染、败血症、结核病、伤寒、副伤寒、细菌性心内膜炎、猩红热、白喉、大叶性肺炎、急性细菌性痢疾、细菌性脑膜炎、胸膜炎、脓胸、心包炎、急性细菌性腹膜炎、血栓性静脉炎、丹毒、炭疽、土拉伦斯菌病。

5. 螺旋体感染 如钩端螺旋体病、回归热、鼠咬热。

6. 寄生虫感染 如疟疾、阿米巴肝病、急性血吸虫病、丝虫病。

(二) 非感染性疾病

1. 变态反应性与过敏性疾病 如风湿热、药热、血清病。

2. 结缔组织疾病 如急性播散性红斑狼疮、急性皮炎、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎急性发作。

3. 组织坏死与血液吸收 如急性胰腺炎、急性溶血、急性心肌梗死、脏器梗塞或血栓形成、体腔积血或血肿形成、大面积烧伤。

4. 血液病，恶性肿瘤 如急性白血病、恶性淋巴瘤、癌、肉瘤、恶性网状细胞病。

5. 其他 如热射病、脑出血、重度脱水、白塞氏病、痛风发作、甲状腺危象、铸工热。

二、流行病学史

详细询问病史，尤其传染病的流行病学史很重要。家中与周围有无类似病例，例如与麻疹病人接触史；最近有无外出史，如斑疹伤寒等可沿交通线传播，甚至空运交通有时可将传染病从国外输入。流感在流行时容易诊断，散发性病例的诊断则较困难。与鸟类密切接触的发热病便应考虑鹦鹉热与隐球菌感染。食物中毒性感染暴发流行时，食物与水的细菌学检查极为重要。此外，很多传染病有明显的季节性。呼吸道传染病如流行性脑脊髓膜炎等见于冬春；流行性乙型脑炎与疟疾以及肠道传染病如伤寒、痢疾等多见于夏秋季。有些传染病如麻疹、猩红热、伤寒、天花等有永久性免疫，很少第二次得病，故有无免疫接种史可供作诊断参考。疾病地理学对诊断有重要意义。疾病有显著地方性特点，如血吸虫病流行于南方各省，钩端螺旋体病及流行性出血热均以鼠类为主要传染源，常有疫水接触史或野外作业史，黑热病、疟疾、旋毛虫病也有其流行地区性。

由于贯彻了“预防为主”的方针，我国许多传染病已消灭和几乎消灭，固不详细讨论。

三、局限性症状与体征

急性发热病人大多伴有局限性症状，故应作全身系统性检查：

颜面：流行性出血热患者呈充血貌，猩红热常可见口周苍白，流行性腮腺炎可见二侧腮腺在耳前向下、向后肿大。伴有口唇部单纯疱疹者以肺炎、流脑与疟疾较常见。

口腔与咽部：各种口腔炎可有白色渗出物，如鹅口疮常见于儿童；真菌性口腔炎可因应

用肾上腺皮质激素与广谱抗生素引起。麻疹可见口腔粘膜的柯氏斑点。急性扁桃体炎可引起高热,伴咽喉疼痛;扁桃体肿大充血,上有乳黄色点状渗出物,可融合成片,但易被擦去。白喉渗出物则呈灰白色,不易擦去。白喉患者仅轻度发热,不诉咽痛,但呈显著中毒重病容。此外,牙槽脓肿也可引起急性发热。

鼻与耳:鼻窦炎(前额、上颌或筛状窦)可引起发热,伴有头痛与流浓鼻涕。诊断依赖透光检查、X线检查或鼻窦穿刺。耳部感染有耳痛,可引起发热。在儿童发热病人除口腔检查外,应常规检查耳膜,想到急性中耳炎的可能。

呼吸系统:各种肺炎均可引起发热。病毒性肺炎不易诊断。肺炎后发热应想到并发症,如化脓性胸膜炎或肺脓肿或加杂有支管肺癌。肺与肺外结核是发热常见的病因。对肺部感染引起的发热,X线检查具有重要诊断价值。

心血管系统:心血管系统引起的发热以细菌性心内膜炎、尤其急性细菌性心内膜炎可发生在无瓣膜病变的败血症患者,有时较难诊断,应每日仔细检查有无杂音变化与栓塞症状出现。活动性风湿性心脏病多伴有关节痛、皮疹或皮下结节等。血管炎与结缔组织疾病如系统性红斑狼疮也可引起发热。

腹部疾病:以腹腔内脓肿引起发热为常见,如位于肝、胆囊、肾、阑尾、子宫、输卵管等,或由于内脏穿破引起膈下、肾周围、结肠周围脓肿。其他各种肠道感染如菌痢、伤寒等,应特别注意检查腹部有无压痛、肌痉、脏器肿大与肿块,并作有关粪便检查。

造血系统:传染性单核细胞增多症多见于儿童,可引起发热、咽痛,伴有浅表淋巴结肿大与典型血象变化。何杰金病可引起发热与脾肿大。急性白血病尤其亚白血病性白血病、大量红细胞破坏如血型不合的输血或药物引起的急性血管内溶血或体腔与组织内出血均可引起发热。

泌尿生殖系统:上泌尿道感染如急性肾盂肾炎可引起寒战与高热发作,常伴有肋椎角疼痛或叩击痛。下泌尿道感染如膀胱炎、菌尿等虽发热不明显,但都有尿频。肛门检查有无前列腺肿大与压痛以及阴道检查可除外前列腺与盆腔感染。

神经系统:以脑膜炎与脑炎引起发热为常见。除发热外,有脑膜刺激征与脑脊液变化。脊髓灰质炎与多发性神经根炎起病时可有发热与全身痛。瘫痪出现前常误诊为“流感”。

肌肉、关节与骨骼:由此引起的发热大多伴有明显局部症状。深部骨髓炎可引起不明原因的发热,如脊椎化脓性或结核性骨髓炎。系统性红斑狼疮与类风湿性关节炎的关节疼痛显著。儿童风湿痛可仅有低热,但病程中常有关节痛病史。

II. 周期性发热

病人的体温突然或徐缓上升达到高峰(可达40℃或更高),保持数小时乃至若干天,然后迅速或徐缓下降至正常,经若干天无热期后又再发热,历数小时至若干天后又下降至正常。如此发热期与无热期互相交替,反复多次,即所谓周期性发热。周期性发热又叫复发热。

一、感染性疾病

(一) 传染病与寄生虫病 伤寒经氯霉素等治疗后复发并不少见,有时有二次或三次复发,其间歇无热期约2~3周左右。布氏杆菌病和黑热病热型可呈波浪型反复发作。疟疾于

初发后, 如果没有彻底治疗, 可于1~2月后复发或迟至次年春季复发。回归热呈典型周期热, 现已罕见, 每次持续发热7天左右, 隔无热期4~7天后复发。鼠咬热的发热期和间歇期较短, 多次发作。

(二) 细菌性感染 细菌性感染引起反复发热者以泌尿道感染较常见。支气管扩张伴感染也可引起反复发热。间歇性胆管热(Charcot热)系胆总管结石并发胆管炎引起, 每次高热仅数小时至数天, 伴寒, 反复发作, 大多同时伴有短暂轻度黄疸与右上腹痛, 有助于诊断。下肢淋巴管阻塞如丝虫病引起象皮肿者常并发溶血性链球菌性淋巴管炎而反复发热。慢性脑膜炎球菌败血症不多见, 也可引起反复发热, 发热期不长, 发作时有皮肤瘀点关节痛等有关体征。

二、非感染性疾病

(一) 肿瘤 肿瘤引起反复发热者并不多见, 其中以何杰金病的Pel-Ebstein热与腹膜后恶性淋巴瘤引起的周期热为最典型。

(二) 结缔组织疾病 风湿热常易复发而引起反复发热。

(三) 低丙种球蛋白血症 系指血浆中丙种球蛋白显著减少或缺乏, 因而引起反复发生细菌感染的综合征。低丙种球蛋白血症表示体液免疫缺陷, 因为抗体主要存在于丙种球蛋白内具有抗体作用的球蛋白称为免疫球蛋白, 包括IgG、IgA、IgM、IgE与IgD。IgG主要存在于丙种球蛋白部分。丙种球蛋白主要由浆细胞合成。无丙种球蛋白的病人, 骨髓与淋巴组织内浆细胞缺乏或很少, 不会产生抗体, 体液免疫缺陷, 抵抗力显著降低, 易于反复发生感染。

低丙种球蛋白血症在临床上可分为先天性获得性两型: ①先天性患者大多属2岁以内男孩, 系通过性染色体隐性遗传。临床表现为反复细菌感染, 如肺炎、脑膜炎、败血症等。预防接种后不产生抗体。血凝素缺乏, 丙种球蛋白极低, IgA与IgM缺乏, IgG极少, 但细胞免疫功能正常。②获得性低丙种球蛋白血症大多为原发性, 少数继发于免疫抑制药物治疗后、肾病综合征等。营养不良与蛋白质缺乏主要引起白蛋白降低, 而丙种球蛋白浓度正常, 低丙种球蛋白血症起病缓慢、病程长, 90%患者表现为反复发作性肺炎, 少数表现为脂性腹泻与吸收不良综合征。免疫球蛋白检查以IgA减少最为显著, IgM次之, IgG较先天型为高。预防接种后能产生低滴度抗体。血凝素存在。

III. 长期发热

本节所述的长期发热, 是指发热持续两周以上者。长期发热的热型多种多样, 但以弛张热及不规则热等热型为多见。

一、感染

发热常是感染性疾病中最初见、最突出的症状。原因不明的发热应首先想到感染。

(一) 全身性感染 以伤寒、副伤寒、粟粒性结核、败血症与感染性心内膜炎较常见。

1. 伤寒与副伤寒 伤寒与副伤寒在长期感染性发热中仍占较大的比例。伤寒的典型热型为病程第一周体温呈梯形上升, 第2~3周为稽留性高热, 第4周为弛张热呈梯形下降。自氯霉素应用以来, 伤寒的自然病程已较少见, 目前所见的伤寒与副伤寒, 由于早期接受治疗, 常以轻型与不典型病例为多。病程中玫瑰疹约见于1/3病例, 可出现于发热任何阶段。