

焦
树
德
著

从病例谈辨证论治



从病例谈辨证论治

焦树德 著

人 民 卫 生 出 版 社

(京)新登字081号

从病例谈辨证论治

焦树德 著

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

北京市银祥福利印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 5壹印张 118千字

1982年1月第1版 1994年10月第1版第4次印刷

印数:54,201—56,200

ISBN 7-117-02096-2/R·2097 定价: 4.90元

前 言

辨证论治是祖国医学的精华部分，它既是中医诊治疾病最重要的指导思想和医疗方法，又是临床医疗的具体过程。所以学习中医主要是要很好地掌握辨证论治。

前人有“熟读王叔和，不如临症多”的说法。虽然这句话本身有欠全面之处，但是从这一经验之谈中，可以看出欲学好辨证论治，除学好中医理论外，还必须多多从事临床实际医疗工作。为此，我写了“从病例谈辨证论治的体会”一文，在《中级医刊》连载发表。拙文发表后，接到了不少读者的来信给我以鼓励，并建议整理成册，故在《中级医刊》编辑部同志们的鼓励帮助下，又把该文加以整理、补充而集中成书。

这次整理时，主要是又增加了二十五个病例，以突出本书从临床实际病例入手，学习辨证论治的特点。在每章的“体会”中也增加了一些内容，以加深实践与理论的密切联系。为了能较系统地学习辨证论治，又加写了“学习与运用辨证论治应注意的一些问题”一章，使读者既能结合病例从横的方面去体会，也可以结合理论从纵的方面去学习。

中医治疗疾病，本来有初、中、末三法，每一病证在初起与发展到中期以及晚期或恢复期，由于邪正斗争的情况不同，均有不同的治法。本书所举病例，多为比较疑难或病程较久者，虽注意选入了几个比较轻的病例，但总不能全面地反映初、中、末各自的不同辨治方法，故还请同志们举一反三，进行思考。并请参阅其他有关书籍，全面学习辨证论

治。

本书共分为八部分，第一部分谈要练好“四诊”基本功；第二部分强调学习中医理论的重要性；第三部分谈关于治疗法则的灵活运用；第四部分谈方药的随证变化；第五部分谈中医如何诊治西医已经诊断过的疾病；第六部分是浅谈同病异治、异病同治；第七部分谈学习与运用辨证论治应注意的一些问题；第八部分谈对辨证论治也要提高与发展的个人看法。

由于个人水平所限，又兼时间仓促，缺点、错误一定不少，还望同志们批评指正。

作 者

1981年3月

目 录

一、熟练掌握四诊是辨证论治的首要条件·····	I
(一)病例·····	1
1. 癰疽疔痛(卵巢囊肿蒂扭转)·····	1
2. 咳喘(老年慢性支气管炎; 肺气肿; 肺心病; 心功 能不全Ⅰ~Ⅱ度)·····	4
3. 眩暈; 失眠(低血压)·····	6
4. 少阳郁热(发热, 原因待查)·····	7
5. 经闭、血瘀生斑(亚急性红斑狼疮)·····	9
(二)体会·····	11
1. 望诊时要注意“形”、“神”、“色”、“舌”、“物”、 “境”·····	11
2. 闻诊要注意“息”、“声”、“味”、“语”·····	12
3. 问诊在四诊中占有非常重要的地位·····	12
4. 切脉, 切头、足, 切腹·····	13
5. 切脉还要注意细审脉“神”·····	14
6. 必须注意“四诊合参”·····	15
二、中医理论是辨证论治的坚实基础·····	17
(一)病例·····	17
1. 睡中遗尿·····	17
2. 咳血(支气管扩张?)·····	19
3. 倒经(脑动、静脉血管畸型)·····	21
4. 小便失禁, 牙痛·····	26
5. 膀胱咳·····	28
(二)体会·····	29
1. 关于严重的夜间遗尿·····	29

2. 关于每晚大咳血·····	30
3. 关于“治病必求于本”·····	32
4. 从整体观来观察病机变化·····	33
5. 从运动变化中调整动态平衡·····	34
三、随证运用治疗法则是辨证论治的重要环节·····	36
(一) 病例·····	36
1. 痰症(发热, 原因待查)·····	36
2. 癰疽(脑肿瘤?)·····	40
3. 中风(脑动脉血栓形成)·····	43
4. 严重失眠·····	45
5. 失眠、遗精·····	47
(二) 体会·····	49
1. 关于“痰症”的诊断·····	49
2. 关于和解法的运用·····	50
3. 关于平肝熄风法的运用·····	52
4. 关于治则与治法的结合运用·····	53
5. 治疗中风病的中经、中腑证时, 要注意通大便·····	55
6. 关于不寐·····	57
四、灵活运用方药是辨证论治的重要措施·····	59
(一) 病例·····	59
1. 两肋肿块·····	59
2. 肝肾气滞, 湿蓄膀胱(泌尿系结石)·····	62
3. 呕吐, 便秘(外伤骨折后遗症)·····	64
4. 小产后胞衣不下(部分胎盘组织留滞)·····	68
5. 脱发·····	70
(二) 体会·····	72
1. 运用前人方剂要灵活加减、随证变化·····	72
2. 根据证情需要, 敢于组织新方·····	74
3. 药方加减变化的方法·····	75
4. 要吸收经方、时方、土单验方的长处·····	76

五、治疗西医诊断的疾病也要注意运用辨证论

治	79
(一)病例	79
1. 弄舌风(小舞蹈病)	79
2. 胸痹(急性心肌炎)	81
3. 黄疸(黄疸型急性传染性肝炎)	84
4. 暑温挟湿(流行性乙型脑炎)	86
5. 头风(席汉氏综合征)	88
(二)体会	92
1. “对号入座”的治法,效果不好	92
2. 中医不要单以西医“病名”作为治疗依据	93
3. “中药西用”疗效常不理想	94
4. 关于辨病与辨证	96
六、浅谈同病异治、异病同治	101

(一)病例	101
1. 腹痛(急性胃炎)	101
2. 胃脘痛(急性胃炎)	102
3. 太阳、阳明合病(沙门氏菌属感染)	104
4. 哮喘	107
5. 哮喘	109
(二)体会	110
1. 关于同病异治	110
2. 关于异病同治	111
3. 同病异治、异病同治的发展运用	112
七、学习与运用辨证论治应注意的一些问题	114
(一)病例	114
1. 痹证(疟痹)(类风湿性关节炎)	114
2. 偏头痛(血管神经性头痛)	117
3. 肠痈(急性阑尾炎)	119

4. 湿热伏于少阳 (发热待查)	121
5. 偏头痛 (颈椎病)	123
(二) 体会	125
1. 几个重要的学术观点	125
(1) 整体观念 (2) 变动制化思想 (3) 从化学说 (4) 循	
症求因, 治病求本 (5) 治养结合	
2. 关于辨证的几个问题	133
(1) 什么是“证”? (2) 证、症、病的异同 (3) 辨出主	
证和主证的特性 (4) 照顾兼证 (5) 注意证的转化	
与真假	
3. 关于论治的几个问题	138
(1) “治”为什么要“论”? (2) “论治”的两大步骤	
4. 学习与运用辨证论治应注意研读的一些书籍	142
八、辨证论治也要不断提高与发展	147
(一) 病例	147
1. 石淋 (泌尿系结石)	147
2. 头痛、心悸 (第Ⅱ度房室传导阻滞)	150
3. 悬饮 (渗出性胸膜炎)	155
4. 胸痹 (冠心病、心绞痛)	156
5. 眩晕、头痛, 柔痉 (肾性、恶性高血压)	159
(二) 体会	162
1. 四诊须充实客观指标, 或发展为五诊、六诊	162
2. 在论治方面也要取长补短, 向前发展	164
3. 发挥主观能动性, 提高辨证论治水平, 为中医现代	
化和做好中西医结合工作而努力奋斗	165

一、熟练掌握四诊是辨证 论治的首要条件

在临床上进行辨证论治，必须能够熟练、准确地运用“四诊”（望、闻、问、切）的方法，深入了解病人，采集真正有用的资料，才能为辨证论治打下良好基础。所以临床医生首先要练好“四诊”这一基本功。现结合五个病例，谈几点个人体会，谨供参考。

（一）病 例

1. 癥瘕疝痛(卵巢囊肿蒂扭转)

张×氏，女，67岁，病历号52917。1961年4月17日初诊。

问诊：主诉下腹剧痛已10天。

10天来下腹部剧痛，下腹稍偏右处有一个大肿块疼痛拒按。曾于4月12日住入×市×医院，诊断为“卵巢囊肿蒂扭转”，需要手术治疗，病人拒绝手术而来本院诊治。

病人下腹部剧痛，有肿块，拒按，坐卧不宁，不能安睡，饮食减少，饭后脘间闷胀，口干不能多饮，夜间五心烦热，大便干结。

望诊：病人呈急性痛苦病容，虽坐卧不安但又不敢自由转侧，神态疲惫。舌红苔白。

闻诊：微有呻吟，言语声低，气息较怯弱。

切诊：下腹部膨隆且胀，脐下稍偏右处有一肿块呈茄形，大如儿头，疼痛拒按，较硬，压痛(++)，腹肌紧张(++)，反跳痛(+)。六脉均有弦象，以关、尺较为明显，稍数。体温37.8℃。

辨证：观其疼痛以小腹为主，肿块波及右侧少腹，知病在肝、肾二经。但根据腹肌紧张中医称腹筋弦急，肝主筋，筋失和则急，《内经》讲：“肝足厥阴……是动则病……丈夫疝，妇人少腹肿，甚则咽干……”，《金匱翼》说：“妇人亦有疝气，凡血涸不月，少腹有块等症皆是，要不离乎肝经为病”。可见，病以肝经为主。再据《证治汇补》：“凡疝久成积，盘附脐之上下左右，为瘕为瘕，作痛不已”的记载和病人腹痛来势如此急躁来看，本病属于瘕瘕疝痛之疾。两手脉弦既主肝经病，又主疝瘕积聚腹中急痛，如《脉经》所说：“诊妇人疝瘕积聚，脉弦急者生”。四诊合参诊为瘕瘕疝痛。

治法：腹中虽有拒按的肿块实邪，但病人已60多岁，病已10天，食睡不好，气怯声低，又兼长途劳累，是实中有虚之证。因此，在治疗上暂施以行气活血、调肝缓急之法，等疼痛减轻、正气渐复后，再给予消块除瘕之剂。

处方：乌药12.5克 当归12.5克 白芍25克 吴萸3.5克 炒川楝子12.5克 荔枝核(打)9克 炒橘核9克 胡芦巴6克 炒小茴香9克 青皮6克 木香4.5克 乳香6克 没药6克 元胡末4.5克(分两次冲服)，两剂。

方义：本方用乌药通气汤和小茴香橘核丸加减而成。方中以乌药行腹部滞气、顺肾经逆气、行气治疝作为主药。当归、白芍养肝活血、舒筋缓急为辅药。橘核、小茴香、荔枝核、胡芦巴、木香温散肝、肾两经滞气，气行则血行；乳香、没

药、元胡活络舒筋，消肿定痛，从而调整机体功能，增强治疗效果为佐药。吴萸、青皮主入肝经，疏肝开郁、理气破结为使药。川楝子舒筋行气为治疝要药，因其性苦寒，能清小肠、膀胱、肝、肾之热，故本方中既用为治疝痛之品，又作为预防温药致热的反佐药。

二诊（4月19日）：腹痛减轻，二便通畅，夜已能安睡1小时以上。腹壁已较柔软，瘕块的压痛也略有减轻，饮食仍不多，周身乏力，说话气怯。舌同前，脉略弦。化验检查：白细胞计数19,700/立方毫米，中性粒细胞82%，淋巴细胞16%，嗜硷粒细胞2%。仍守原法，前方去吴萸，加西洋参4.5克（另煎兑入）、炙黄芪9克以扶助正气，两剂。

三诊（4月24日）：服上方后，效果很好，故又按方服两剂才来就诊。现腹痛已全部消失，夜能安睡，食纳增加，精神已好，已能坐卧和扶杖行走，小便正常，大便又五日未行。腹部切诊：腹壁已柔软，下腹稍偏右处，可清楚地摸到一个肿块，约儿头大小，稍能移动，压痛(+)。切脉：六脉略数，稍带弦滑。舌苔白厚。化验检查：白细胞计数9,200/立方毫米，中性粒细胞79%，淋巴细胞20%，嗜酸粒细胞1%。在查尿常规时发现尿糖(++)，再询问病史说素有糖尿病。仍从前方加减：人参6克 白术6克 茯苓6克 炙甘草4.5克 陈皮6克 川楝子9克 炒茴香6克 荔枝核9克 香附9克 炙黄芪12克 乳香3克 没药3克 瓜蒌19克（与元明粉1.5克捣拌）元胡末3.5克（分冲），两剂。

四诊（4月26日）、五诊（5月3日）。诸症减轻，大便已通，行动自如，饮食倍增，面色较前活润，但尿糖仍为(++)。上方去瓜蒌、元明粉，加知母、生石膏、黄芩、丹参、青皮，清气血之热，兼治中消。

六诊（5月8日）：已无自觉症状，面色润，精神佳。腹部切诊：下腹部稍偏右处的肿块尚有苹果大小，行动坐卧已无疼痛，按之亦无明显压痛。切其脉两关尺仍略有弦象。舌苔薄白。据此改用扶正消积、攻补兼施之法，用丸剂常服。即在上方基础上去黄芪加三棱、莪术、桃仁、红花、槟榔、乌药、白芍、焦山楂、焦神曲、焦麦芽等，共为细末，制为水丸如绿豆大，每次服3~6克，日服2次，温开水送下。

1961年9月19日追访：面色润泽，行动如常人，能主持家务。尿糖已阴性。腹部切诊：脐下稍偏右处，尚能摸到一个小平物如杏大小，嘱仍服所配丸药。

1962年5月17日再追访：身体健康，尿糖仍为阴性。腹部肿块已全消。

2. 咳喘（老年慢性支气管炎；肺气肿；肺心病；心功能不全Ⅱ~Ⅲ度）

薛××，女，67岁。1969年12月12日初诊。

问诊：主诉咳喘不能平卧已半个月。

患咳喘病多年，近些天因寒冷而明显加重。经×医院检查，诊断为慢性支气管炎，肺气肿，肺心病，心功能不全Ⅱ~Ⅲ度。因治疗未见明显效果，故要求中医治疗。

现在咳喘明显，心慌、气短，不能平卧，夜难入睡，痰多、清稀易出，带白色泡沫，下肢浮肿。小便少，大便尚调，食纳减少，不欲饮水，脘间发堵、微痛，有时恶心呕逆。

望诊：面色黄白不泽，下眼睑微有浮肿，倚被而坐。痰如清水，带有白色泡沫。舌苔白而水滑。

闻诊：咳嗽频频，呼吸喘促，言语声低，且气短断续。

切诊：心下痞闷，不喜重按。两下肢浮肿，按之凹陷不起。六脉皆滑、数，两寸细滑带弦，右关滑，左关弦滑，两尺沉滑略弦。

辨证：根据面色黄白不泽，言语声低，天冷季节发病，知其阳气不足。年老阳虚，脾肺功能衰减，脾运不健，肺失肃降，寒湿不化，而生痰饮。饮邪上凌心肺，故咳喘、气促、心慌，不能平卧，夜难入睡。饮邪为患，故咯痰清稀、易出、量多，带白色泡沫。湿邪停滞，中焦不化，故脘堵、不欲饮水，舌苔白而水滑。湿邪下注，而致下肢水肿；再兼水饮凌心，胸阳不振，水饮射肺，肃降、布化之令难行，不能“通调水道，下输膀胱”，故小便减少而水肿日增。再据两寸脉象细滑带弦来看，知是水饮上凌心肺，关脉弦滑为水饮停滞不化，尺脉沉滑略弦，知下焦水饮停蓄而致下肢水肿。四诊合参，诊为痰饮上凌心肺。

治法：根据“急则治其标，缓则治其本”及“病痰饮者当以温药和之”的精神，拟以降气除痰、助阳化饮之法，标本兼治。

处方：炒苏子10克 炒莱菔子9克 制半夏10克 化橘红10克 炙甘草6克 茯苓15克 猪苓15克 桂枝8克 泽泻10克 珍珠母（先煎）30克 藿香10克 元胡9克，三剂。

方义：本方用三子养亲汤、二陈汤、五苓散加减变化而成。方中苏子降气利肺以消痰，半夏健脾燥湿以化痰为主药。莱菔子、橘红理气除痰；桂枝、茯苓温阳化饮为辅药。猪苓、泽泻配桂枝以化气利水而退肿；甘草配半夏、橘红、茯苓除痰化湿而健运中焦；藿香、元胡配莱菔子调中化滞而除满祛痛为佐药。珍珠母益心潜阳、镇怯安神为使药。因脘腹部发

堵且微痛，故于五苓散中减去白术，三子养亲汤中减去白芥子而易以藿香、元胡。三方相合，各有侧重，相得益彰，共达降气除痰、助阳化饮，兼益心安神之功效。

12月15日复诊：服用上方后，咳喘明显减轻，痰亦明显减少，小便增多，浮肿已消，能平卧安睡，舌苔转薄，脉略滑而和缓，又服上方三剂，其女儿特来告知，说病人已愈，嘱其再进三剂，以巩固疗效。半月后追访，病未再作。

3. 眩晕；失眠（低血压）

赵××，女，47岁，干部。初诊日期1973年6月8日。

问诊：主诉头晕、失眠，血压低已二三年。

二、三年来，经常头晕、失眠，食纳不香，饮食量少，大便干燥，数日才一行，精神不好，倦怠乏力。经过几个医院诊治，均诊断为低血压（78/50毫米汞柱），经治疗未效。又经中医诊治，投以补中益气汤，服用多剂，诸症不减，血压不升。性情急躁。

望诊：发育正常，营养稍差，面色略黄，无光泽。舌苔正常。舌质润，无异常。

闻诊：言语、声音基本正常，呼吸亦调匀。

切诊：两手脉象均略细，余未见异常。

辨证：“诸风掉眩皆属于肝”，症见头晕久久不愈，知病在肝。观其面黄、脉细、易急躁，知为血虚阳旺，肝风上扰。血虚不能荣心，心神不守而失眠。肝旺害胃，中运不健而食欲不振，大便干而少。四诊合参，诊为血虚肝旺而致眩晕、失眠之证。

治法：养血潜阳，柔肝熄风，育心安神。

处方：生白芍 12 克 生龙骨、牡蛎各 24 克（先煎） 当归 9 克 钩藤 21 克 珍珠母 24 克（先煎） 龙齿 21 克（先煎） 制香附 9 克 炒黄芩 9 克 远志 9 克 柴胡 3 克 甘草 4.5 克 全瓜蒌 30 克。6~10 剂。

方义：本方以白芍养血柔肝，生龙、牡敛纳潜阳为主药。当归补血养肝，钩藤平肝熄风，香附疏肝理气，黄芩清肝除热为辅药。珍珠母、青龙齿育心阴、安心神，远志交通心肾，瓜蒌降气润燥而通肠，甘草甘缓调中而和胃为佐药。柴胡入肝胆升少阳清气为使药。

1973 年 7 月 30 日追访：上方服用 6 剂后，即能安然入睡，头晕消失，继续服药，食欲增加，大便亦正常。服药 20 多剂后，血压 100/70 毫米汞柱，体重亦增加，现已增加体重 18 市斤。如工作累、睡不好时，就照原方买几剂药吃，一吃药即能睡好。现在精神好，工作效率明显提高。面色红润，血压正常，判若两人。

4. 少阳郁热(发热，原因待查)

刘××，男，30 岁，干部。河北省××县医院门诊病人。初诊日期：1972 年 5 月 29 日。

问诊：主诉 经常发烧 39℃ 以上，反复发作，已近二年。

将近二年以来，经常发烧，每于发烧时即咳出血痰，体温高达 39℃ 以上，用抗菌素治疗 2~3 天即可退烧，但过 7~10 天则仍发烧、咳吐血痰，再经上述治疗 2~3 天则又缓解，但过 7~10 天，仍又发作同前。如此反复发作，已将近二年，虽经几个医院诊治，均未能治愈。

本次来诊时，已是发作缓解后六、七天，自觉又欲发

作。每次发作时，先感微冷继即发热，一直发烧3~4天(或一周)。除同时伴有咳吐血痰外，其余症状不多。曾多次做胸部检查，心肺未见异常。

望诊：发育正常，营养中等，神情略现焦急。舌质舌苔均正常。

闻诊：言语、声音、呼吸，均无明显异常。

切诊：腹诊正常，肝脾不大。两手脉象均弦。

辨证：观其六脉皆弦，定时发热，知为邪据少阳之证。久病入血，邪郁血分，闭而不解，每于热作时，热邪扰血，血不归经，故上逆而咳血。四诊合参，诊为少阳郁热之证。

治法：和解少阳，清热凉血。

处方：柴胡22克 黄芩12克 半夏9克 党参12克 地骨皮12克 青蒿12克 白薇12克 生地12克 白芨9克 水煎服，3剂。

方义：本方以柴胡轻清疏达、和解少阳，黄芩清少阳之热为主药。以半夏开结降逆，党参扶正气以助驱邪外出之力为辅药。以青蒿清已深入骨间、阴分之邪，引邪外出，白薇治发热有定时，地骨皮清热泻肺火而止咳血，生地凉血益阴，清热止血为佐药。以白芨止肺出血兼有活瘀作用为使药，共达和解少阳，清热、凉血、止血等作用。

病人于31日早晨来说，服了第一剂药，泻肚数次，问能否继续再服。告其此乃药物在体内起整体调节作用，本方并非泻药，可继续服完3剂药。

二诊(6月2日)：服完3剂药情况很好，也未再泻，虽距上次发烧缓解已十余天，但感到自服药后身体轻快，精神转佳，一直未再发烧。舌(-)，脉弦渐退。仍投原方，减柴胡为12克，3剂。