

中醫內科臨証備要



江苏科学技术出版社

样 本 库

中医内科临证备要

南京中医学院 内科教研组
附属医院内科



江苏科学技术出版社

1132859

中医内科临证备要

南京中医学院 内科教研组
附属医院内科

出版：江苏科学技术出版社

发行：江苏省新华书店

印刷：徐州印刷厂

开本787×1092毫米 1/32 印张 10.25 插页 2 字数225,000

1984年4月第1版 1984年4月第1次印刷

印数1—23,600册

书号 14196·153 定价1.59元

责任编辑 王义烈

编写说明

1. 本书供中医内科临证及教学参考之用。

2. 全书内容共分内科临床基本知识、常见病证的辨证施治两大部分。内科临证基本知识，系统介绍了病历书写、四诊应用、辨证、立法、处方、用药、药物配伍、病机词汇类证鉴别等内容；常见病证的辨证施治，分别介绍了常见证候与常见疾病的辨证和治疗，共计103篇。

3. 为了有利于辨证与辨病相结合，对中西医病证，均作了初步的对照联系。常见疾病部分，是在明确西医学诊断的基础上，介绍辨证施治知识，故有关诊查内容一律从略。

4. 每一病证的辨证施治一项，均采用表格形式，列叙常见证型的病机、辨证，以及治法、例方、常用药和主要加减。并加按语，交代有关的临证须知。

5. 本书治疗部分所引用的方剂，均按方名首字笔划排列，附于篇末，以备查阅。

目 录

上篇 内科临床基本知识

第一节	中医病历书写的规格和要求	1
第二节	四诊的临床应用	15
第三节	怎样辨证	21
第四节	怎样立法	33
第五节	怎样选方	36
第六节	如何用药	42
第七节	常用药物的配伍	51
第八节	常用脏腑病机词汇类证鉴别	57
第九节	祖国医学的食养疗法	65

下篇 常见病证的辨证施治

第一节 常见证候的辨证治疗.....		69	
1. 昏迷.....	69	7. 虚劳.....	83
2. 虚脱.....	71	8. 血证.....	88
3. 低热.....	72	9. 胃痛.....	91
4. 咳嗽.....	72	10. 呕吐.....	94
5. 喘证.....	73	11. 呃逆.....	94
6. 失音.....	81	12. 泄泻.....	95

13. 黄疸	102	25. 瘰闭	128
14. 症积	104	26. 腰痛	130
15. 鼓胀	106	27. 遗精 (附: 阳痿)	132
16. 胁痛	107	28. 耳鸣、耳聋	135
17. 腹痛	111	29. 头痛	137
18. 便秘	113	30. 眩晕	139
19. 心悸	115	31. 疟病	141
20. 胸痹	117	32. 厥证	143
21. 失眠	119	33. 痿证	145
22. 口疮	121	34. 麻木	147
23. 自汗、盗汗	123	35. 震颤	147
24. 水肿	125		
第二节 常见疾病的辨证治疗			150
1. 感冒	150	16. 支气管扩张症	186
2. 肺炎	150	17. 肺脓疡	186
3. 伤寒和副伤寒	153	18. 矽肺	189
4. 霍乱	157	19. 肺结核	191
5. 细菌性痢疾 (附: 阿米巴痢疾)	159	20. 结核性渗出性胸膜炎	193
6. 细菌性食物中毒	163	21. 慢性肺原性心脏病	195
7. 病毒性肝炎	165	22. 贫血	198
8. 钩端螺旋体病	168	23. 过敏性紫癜	200
9. 流行性出血热	170	24. 原发性血小板减少性紫癜	200
10. 败血症	174	25. 白细胞减少状态	203
11. 中暑	174	26. 白血病	204
12. 疟疾	177	27. 红斑性狼疮	205
13. 荨麻疹	179	28. 慢性胃炎	209
14. 支气管炎	181	29. 胃与十二指肠溃疡病	
15. 哮喘	183		

.....	211	50.肾结核	251
30.胃下垂	213	51.糖尿病(包括尿崩症)	251
31.噎膈	215		251
32.急性胰腺炎	217	52.乳糜尿	254
33.肠结核	219	53.垂体前叶功能减退症	254
34.结核性腹膜炎	219		254
35.肠寄生虫病	222	54.皮质醇增多症(旧称柯	257
36.肝硬化(附:肝昏迷)	224	兴氏综合征)	257
.....	224	55.高血压病	259
37.肝脓肿	226	56.脑血管意外	261
38.慢性胆囊炎	228	57.癫痫	264
39.细菌性心内膜炎	230	58.癲狂	266
40.心肌炎	231	59.神经官能症	266
41.风湿性心脏病	234	60.面神经炎	269
42.冠状动脉粥样硬化性心		61.三叉神经痛	271
脏病	234	62.结核性脑膜炎	271
43.慢性充血性心力衰竭		63.急性感染性多发性神	274
.....	236	经炎	274
44.急性肾炎	239	64.急性脊髓炎	274
45.慢性肾炎	241	65.风湿性关节炎(包括类	277
46.慢性肾功能不全	243	风湿性关节炎)	277
47.泌尿系统感染	245	66.坐骨神经痛	279
48.泌尿系统结石	247	67.单纯性甲状腺肿及甲状	279
49.慢性前列腺炎、前列腺		腺机能亢进症	279
肥大	249	68.肿瘤	282
附一: 常见剧毒中药的中毒解救	287		
附二: 方剂索引	291		
附三: 本院内科协定处方	314		

上 篇

内科临床基本知识

第一节 中医病历书写的规格和要求

一、病历的重要性

(一) 是反映医院医疗质量和医师技术水平、工作作风的重要标志之一。

(二) 能反映医师在观察和治疗疾病过程中的思维活动。是培养提高业务能力的重要途径之一,技术考核的主要内容。

(三) 是医院的重要医疗文件,衡量诊断和治疗效果的依据,可反映对病情的了解、检查、判断、处理,是否正确、深入、及时。

(四) 是临床教学的重要内容之一,实践联系理论,理论指导实践,充实教材的基础资料。

(五) 是临床科研的原始记录资料,分析疗效、探讨机制、总结经验的依据。

(六) 在某些情况下,又是法律上的依据,可以判断医疗业务上的纠纷,明确责任。因此,对住院病历原则上应予以永久保管,并不得随意借出。

二、书写格式与主要内容

(一) 住院病历

1. 入院记录

(1) 一般记载:

姓名 性别 年龄 婚姻 籍贯 民族 职业 单位
住址 入院日期(如病情与节气有关者应注明节气) 录史
时间 病史陈述者

(2) 主诉:描写病人自觉主要痛苦(症状)和发生时间。

(3) 现病史:详述疾病发生的原因,演变经过,主症的性质、程度及有关兼症,诊治经过和效果反应。

(4) 既往史:简述过去曾患过的主要疾病、时间和治疗情况。反映与本病有关的一些材料。

(5) 其它史:

①个人史——有关个人的生长、生活习惯,饮食好恶、烟酒嗜好、性情、居处劳动环境(与疾病有关者)等。

②如系妇女,应记述月经生产史;小儿要记述喂养生长史。

③家族史——记述家族中与该患者所患疾病有关的人员和病名。

(6) 四诊概要:分清主次,突出重点,综合叙述四诊所得客观资料。望、闻、问、切不必分列。主要内容要求如下:

望:神、色、形、态、舌(质、苔色、湿润度、形态)。其他异常现象(如口腔、耳、鼻、眼、爪甲、斑疹、白痞等),有关分泌物、排泄物的色、质、量,以及儿科三关指纹等。

闻:声音(语音、气息及有关异常情况,如咳声、痰鸣声、呕

呃声等), 气味(包括分泌物、排泄物)。

问: 现在主要症状以及其他兼症。

切: 脉象(三部九候), 腹诊及有关头颈, 胸部、四肢、脊柱、关节等和外、伤、皮肤等科的局部病征。

(7) 辨证分析:

①辨清病因、病机、病位——明确病因的外感、内伤, 致病病邪, 八纲属性, 气血津液的病理变化, 脏腑经络病位, 卫气营血、三焦、六经的传变及其相互关系; 并须归纳重点, 突出主次、标本缓急。

②分析和确定中医病名、证型, 提出类证鉴别的依据——通过病史、症状、体征的分析, 排除类似的证候及疾病, 作出最适当或最近似的判断。

③估计病情的发展预后——分析病机的演变、转归, 推断吉凶顺逆。

(8) 体检摘要:

体温(T) 脉搏(P) 呼吸(R) 血压(B.P)

要求在系统检查的基础上, 记录阳性体征和有关的阴性体征。外科、妇科、伤科、痔科等可另列专科检查内容。

(9) 理化检查:

列出对诊断和鉴别诊断有意义的检查结果及时间。如特殊检查(X线片、胃镜等)需注明编号。

[注]: ①若需系统体格检查资料, 可另填表格, 放在入院记录后面。

②如属重危、疑难病例, 可在第一天病程日志中同时记录西医诊断和鉴别诊断意见。

(10) 诊疗计划:

①治疗方案——根据疾病的主要关键, 及其可能的演变,

提出现阶段的医疗措施,确立治法、选择主方,明确预期目的及下一步的打算、疗程(医疗内容包括内服药、针灸、外治……)。

②**检查计划**——确定当前及下一步要做的理化检查,和其它特殊检查,并说明在诊断、观察病情及判断疗效方面的参考意见。

③**护理要点**——提出观察项目和辨证施护要求。

(11) **入院诊断**(先中后西,双重诊断,写于右下方)。

中医——病名、证候类型或分期;并病者可填一个以上的诊断。例如①肺痿(阴虚型),②肺痈(溃脓期)。

西医——按主要疾患,伴有疾病,顺序填写。例如①肺结核,②肺脓疡。

签名:必须按级审查、负责签署全名。如主治医师/住院医师/实习医师。

〔说明〕

①以上凡**黑字**是需要写在病历上的项目,但编号不要写。

②高年资住院医师(3~5年)书写病历,可按“入院志”格式简要记录,内容要求与入院记录相同。

附:入院志书写项目

- (1) 一般记载 连写,不列标题
- (2) 主诉
- (3) 现病史(包括与本病有关的既往病史及其它史)
- (4) 四诊概要(体检基本项目、阴性体征另起一段记录之)
- (5) 辨证分析
- (6) 治疗方案

(7) 入院诊断

(8) 医师签全名

2. 再入院记录 凡相同病种再次入院的病人,不论二次或三次以上,一律书写“再入院记录”,并注明本次住院的次数。为了避免重复,对某些项目内容调整如下:

(1) 一般记载 可以连写,不列标题,如姓名、性别、年龄、职业、单位、住址及再入院日期和记录时间。

(2) 主诉

(3) 现病史 旧病复发者应摘写过去病历要点,着重写上上次出院后至本次入院前的病情及诊治经过。

(4) 其余“四诊概要”、“辨证分析”、“体检摘要”、“诊疗计划”等项目与入院记录相同,惟内容可予简要。“既往史”等可从略。如有新的情况应予补充。

(5) 因新发疾病而再次住院者,须按完整入院记录的要求书写,过去住院诊断列入既往史中。

(6) “再入院记录”不能代替第一次的“病程记录”。

3. 病程记录

(1) 要求

①入院第一次的当天记录,要有四诊摘要性的内容,病机的分析综合意见,既要体现理、法、方、药的系统完整,又要简明扼要概括。

②各种记录一律横写。不得跨行越格,有治疗措施的先记录病案,后处方,每行写四味药。签名只占一行。

③记录程序,先写四诊所得的症状体征,再写病机(包括演变,预后之估计)、立法处方及其更改的原因。若有理化检查结果及西医分析处理内容者,可在中医各个项目书写结束

后,另起一段记录之。

④值班医师在值班期间,对病员的诊断处理,均应详细记录。

(2) 内容

①病情的好转、恶化,症状的改变,新症状的出现,并病、合病的产生,体征的改变。

②病机的演变,及其发展趋向,转归预计。

③辨证、诊断的确定意见,及修改、变更的理由。

④应用某种疗法、治则与处方的理由,及其更改停止的意见,以及药物的剂型、剂量、用法(包括西药治疗)。

⑤运用某种疗法或特殊治疗的效果及其反应。

⑥理化检查或特殊检查的结果及其判断(特殊检查可另行专页记录)。

⑦对单位及家属的重要通知和嘱咐。

⑧院长、上级医师对检查、诊断、辨证、治疗(立法、选方、用药)预后的各种意见和嘱咐。

⑨院内外各种大小会诊意见,和准备采用的措施。

⑩病例讨论记录(必要时加以整理)。

⑪及时做好阶段小结。凡病情有显著的好转、恶化,或治疗一个阶段而没有明显改变,需更改原治疗计划时,均应做好小结。总结治疗经过,证候变化,病情估计,对照前阶段的检查治疗计划,提出下一阶段的诊疗措施。

⑫重危病情记录。遇有重危病情应及时详细做好记录,说明主要症状及体征(如体温、脉象、血压、呼吸、神志、出入量、出血量等)恶化原因,抢救措施(如特殊药物的给服时间、剂量、服法、效果、反应;输血、输液、输氧的时间、剂量、速度、反应),对预后的判断。

⑬凡手术病人,术前讨论、手术名称、麻醉方法、手术经过及术后医嘱,均应详细记入病程日志,并附手术记录单。

⑭交接班记录:凡经治医师因工作更动,双方必须履行交接班手续,做好记录。

a)交班者应写交班小结,做好病情摘要,说明治疗经过,及准备继续采取的诊疗措施,重大问题的嘱咐。

b)接班者应写接班记录,摘录前阶段病情,诊疗经过,目前情况,必要时应补充下一步诊疗措施,处理意见,提出对病情的预计。

⑮转科治疗记录(科内转区者,亦须同样按此项要求)。

a)转出之科应做好转科小结,说明各个方面的主要情况(包括病史、诊断、治疗经过),提出转科理由,以及建议应当继续进行的诊疗。

b)转入之科应写接收记录,将病情作一全面的摘要,以便了解已往情况及治疗经过,并提出本科之诊疗措施。

4. 出院记录(一式三份,一份附住院病历,一份附门诊病历,一份科室留存)。

(1) 住院天数及起迄时间。

(2) 入院情况:病史、症状、体征、理化检查、入院诊断。

(3) 治疗经过:病情变化,医疗措施(主法、主方)。

(4) 出院情况:症状、体征、检验。

(5) 治疗结果:痊愈、好转、无变化、恶化、转院、死亡。

(6) 出院诊断:

(7) 出院医嘱:

①应当继续采取的治疗措施及复查时间。

②饮食、生活等注意事项。

③提出对休息、劳动等方面的意见。

附：死亡记录（一式三份，一份留作出院记录，两份报院部）

（1）病情摘要、抢救措施及经过。

（2）死亡时间及情况。

（3）死亡原因。

（4）最后诊断意见。

（二）门诊病历

1. 规格

（1）一般记载：初诊病例必须记录患者姓名、性别、年龄、籍贯、工作单位、地址、门诊号、初诊日期等项目，以便查考。

（2）主诉：记录主症和时间（如寒热咳嗽胸痛四天，昨日吐腥臭黄脓痰），不应记录病名或医学专用术语（如肝炎、黄疸、鼻渊、痉挛性疼痛）。

（3）病史：先录现病史，扼要叙述病情经过、治疗检查，尽可能写得比较完整，按先后过程顺序记录。此外应记录与现在病有关的既往史、个人史等。妇女应记录经、带、产情况。

（4）病案：必须体现真实性和系统性，要求在综合四诊材料的基础上，能反映出个案当前病情的症结所在；运用中医理论知识，简明扼要地阐明脉因证治各个环节。

2. 病案顺序

大体上可采用以下三种形式。

（1）先叙主症及发病时间，然后描述有关的兼症，结合苔脉、进行病因病机分析，必要时可指出本病的预后，最后立法选方。

（2）先叙有关本病的脏腑病理生理，结合当前主要症状、兼症、苔脉，分析其病因和病理机制，最后立法选方。

(3) 对某些疾病，能在苔脉上反映出辨证特点者，则可从苔脉来分析，说明病变主要机制，联系目前所发生的症状，然后立法选方。

3. 病案内容

(1) 叙述症状：综合四诊资料，首先突出主要症状，并列举与辨证有关的兼症，应层次分明，不可颠倒零乱（可附记重要的理化检查资料）。

(2) 病机分析：根据四诊资料，作出全面系统的分析，突出本病的病所和属性。阐明病理机制，邪正、寒热、虚实、表里等变化及其相互关系。并指出当前疾病的主要矛盾，以及疾病预后的转归（包括好、坏）等。

(3) 确立治法：在辨证的基础上，根据疾病的标本缓急，确立治法。

(4) 选择主方：选方必须符合立法，如果选不出适当的主方，亦可依法用药。

(5) 用药：须按主方的主辅佐使依次排列。

(6) 诊断：以中医诊断及分型为主，尽量做到中西医双重诊断。如有一个以上的诊断，应分别主次排列。

(7) 医嘱：如生活饮食、病情交待、服药要求等。

(8) 其他：如已开出的理化检查、病休证明等。

4. 复诊病案

复诊病案应与前诊有联系，要突出药后病情的改变和治疗效果，病机的转化等，最后提出当前新的判断和治疗措施。如排除原来诊断，则必须作出纠正诊断。若属新病则应做出新的诊断。

三、书写病历的基本要求

（一）必须做到真实、系统、完整

要如实反映情况，说明问题，保证内容的真实可靠，不得主观用事。程序的排列必须要有系统，按照每个项目的内容，顺序填写，不得先后倒置。资料必须完整，任何项目及重要的体征和检查均不能遗漏或任意简略。

（二）要体现有思想性

必须本着耐心、虚心、用心的态度，进行诊察、思考，书写清楚、详实、准确地表达各种症状、体征。通过思维过程，分析综合归纳出主要结论要有理有据，有论断，体现对病情的了解做到全面、细致、深入、客观，分清主次，而不是单纯机械的记录，类似流水账的现象。

（三）应当突出辨证论治的特点

必须本着辩证的思想，采集和记录分析病情，以四诊所得的客观材料为基础，正确表达症状特点，分析每一症状的病机本质，联系症与症之间的关系，归类同一机转所产生的各种症状，辨清发病机理、八纲属性，区别主次，突出重点说明演变预后，确定治疗，达到证、因、脉、治、理、法、方、药的完整性。同时应当体现出整个治疗过程之间前后的联系、转折。必须防止笼统抽象，对症状的描写不具体，或没有主次，平铺直叙；不能围绕具体病情加以辨证分析，只有一般共性的认识，缺少对个案的解剖；或者不必要的引证，以致冗杂拉长。

（四）注意症状描写的次序

1. 根据症状发生的先后记录，以便反映其出现的顺序和消失时间，体现出病情的演变发展，进退转折。