

全国卫生院校高职高专教学改革实验教材

中西医结合 内科学

(中西医结合专业用)

主编 李佃贵

 高等教育出版社

全国卫生院校高职高专教学改革实验教材

中西医结合内科学

(中西医结合专业用)

- 主 编 李佃贵
副主编 阳 晓 舒 劲 戎士玲
赵玉斌 汤之明
编 者 (以姓氏拼音为序)
陈忠义 长治医学院
付云兰 重庆市第三卫生学校
顾红卫 湖北中医药高等专科学校
李佃贵 河北医科大学
李 莉 黑龙江省卫生学校
李 娜 河北医科大学第二医院
刘金里 河北省职工医学院
卢明珍 临汾职业技术学院
戎士玲 河北省中医院
舒 劲 甘肃省中医学校
汤之明 肇庆医学高等专科学校
王雪晖 凉山卫生学校
阳 晓 永州职业技术学院医学院
赵玉斌 河北医科大学

高等教育出版社

内容提要

本书包括绪论、辨证篇及辨病篇三部分。绪论介绍了中西医结合医学的历史发展,阐述了中、西医学的异同点以及中西医结合内科学的学习方法;辨证篇包括37个中医常见证,分别从概述、典型病案、病因病机、辨证论治、其他疗法、预后、预防与调护、中西医治疗参考、结语等项予以阐述;辨病篇涉及呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌、神经、结缔组织等八大类别,以及物理化学因素所致疾病,共计60种。每一病种包括概述,典型病案,病因及发病机制,临床表现,临床分型和分期,并发症,诊断与鉴别诊断,中西医治疗,预后、预防与调护,中西医治疗参考,结语等项,重点阐述了各个疾病的诊断与治疗。典型病案开门见山,激发学生的学习兴趣;治疗中西并重,辨病与辨证相结合,培养学生的中西医结合临床思维。全书内容层次清晰,说理透彻,简明扼要,特色鲜明,实用性强。

本书适用于高职高专中西医结合专业学生,又可供中医学、针灸推拿、中医骨伤等专业学生使用,还是学生参加中西医结合执业医师资格考试的参考书,也可供基层医务人员参考阅读。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合内科学/李佃贵主编. —北京:高等教育出版社,2005.12

中西医结合专业用

ISBN 7-04-017948-2

I. 中... II. 李... III. 中西医结合-内科学-高等学校:技术学校-教材 IV. R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第127152号

| | | | |
|------|---------------|------|---|
| 出版发行 | 高等教育出版社 | 购书热线 | 010-58581118 |
| 社 址 | 北京市西城区德外大街4号 | 免费咨询 | 800-810-0598 |
| 邮政编码 | 100011 | 网 址 | http://www.hep.edu.cn |
| 总 机 | 010-58581000 | | http://www.hep.com.cn |
| 经 销 | 蓝色畅想图书发行有限公司 | 网上订购 | http://www.landraco.com |
| 印 刷 | 北京鑫丰华彩印有限公司 | | http://www.landraco.com.cn |
| | | 畅想教育 | http://www.widedu.com |
| 开 本 | 787×1092 1/16 | 版 次 | 2005年12月第1版 |
| 印 张 | 35.25 | 印 次 | 2005年12月第1次印刷 |
| 字 数 | 870 000 | 定 价 | 58.00元 |

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

物料号 17948-00

前 言

为积极推进高职高专课程和教材改革,开发和编写反映新知识、新技术、新工艺、新方法的具有职业教育特色的课程和教材,针对高职高专培养应用型人才的目标,结合教学实际,高等教育出版社组织有关专家、教师及临床一线人员编写了这套高职高专中西医结合专业教学改革实验教材。

本书主要介绍中西医结合内科学的专业基础理论、中医常见证的辨证论治、西医各系统常见疾病的诊断与治疗。全书分绪论、辨证篇、辨病篇三部分。书末附有常用方剂,以备查阅。

本书紧扣高职高专教育特点,遵循高职高专教学规律,编写过程中,注意基础理论和临床内容之间的合理衔接,力求避免内容的重复和割裂,体现中西医结合内科学的系统性和科学性。教材坚持理论联系实际的原则,正确处理继承和发扬的关系,在重点介绍具有实用价值的中西医内科学基本理论、基本技能的同时,适当吸收了近年来中医药研究和西医研究的新进展、新技术和新成果,具有一定的创新性。在内容的深度和广度方面,紧扣中西医执业医师资格考试大纲,从课程性质、任务出发,注意构筑高职高专中西医结合人才知识与能力素质结构,强调科学思维和创新精神的培养。

本书绪论部分由李佃贵编写,辨证篇发热、咳嗽、哮证、喘证、心悸、痰饮、颤证、痿证、腰痛、健忘、不寐、郁证由舒劲编写,胃痛、痞满、呕吐、呃逆、腹痛、泄泻、便秘、胁痛由刘金里编写,黄疸、积聚、水肿、淋证、癃闭、鼻衄、咳血、吐血、尿血、紫斑、便血由戎士玲编写,头痛、眩晕、汗证、虚劳、肥胖、痹证由李莉编写,辨病篇第一章呼吸系统疾病由付云兰、汤之明编写;第二章循环系统疾病由卢明珍、王雪晖编写;第三章消化系统疾病由李佃贵、阳晓、赵玉斌编写;第四章泌尿系统疾病由戎士玲、李娜编写;第五章血液及造血系统疾病由陈忠义编写;第六章内分泌、代谢及营养性疾病由阳晓、汤之明编写;第七章结缔组织及风湿性疾病由李娜编写;第八章神经系统疾病由汤之明、顾红卫编写;第九章物理化学因素所致疾病由顾红卫编写。

在编写的过程中,重庆市第三卫生学校的张莉,长治医学院的俞伟等老师,应邀参加统稿工作,谨在此表示感谢。

本书中难免存在缺点和不足,希望读者提出宝贵意见,以便下次修订时加以改进,使教材质量不断提高。

李佃贵

2005年5月

郑重声明

高等教育出版社依法对本书享有专有出版权。任何未经许可的复制、销售行为均违反《中华人民共和国著作权法》，其行为人将承担相应的民事责任和行政责任，构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。为了维护市场秩序，保护读者的合法权益，避免读者误用盗版书造成不良后果，我社将配合行政执法部门和司法机关对违法犯罪的单位和个人给予严厉打击。社会各界人士如发现上述侵权行为，希望及时举报，本社将奖励举报有功人员。

反盗版举报电话：(010) 58581897/58581896/58581879

传 真：(010) 82086060

E - mail: dd@hep.com.cn

通信地址：北京市西城区德外大街4号

高等教育出版社打击盗版办公室

邮 编：100011

购书请拨打电话：(010)58581118

| | |
|------|---------|
| 策划编辑 | 杨 兵 |
| 责任编辑 | 冯 娟 孙葵葵 |
| 封面设计 | 王 雎 |
| 责任绘图 | 朱 静 |
| 版式设计 | 马静如 |
| 责任校对 | 胡晓琪 |
| 责任印制 | 韩 刚 |

目 录

| | |
|----|---|
| 绪论 | 1 |
|----|---|

辨 证 篇

| | | | |
|---------|----|----------|-----|
| 第一节 发热 | 7 | 第二十个 癃闭 | 98 |
| 第二节 咳嗽 | 17 | 第二十一节 鼻衄 | 103 |
| 第三节 哮证 | 24 | 第二十二节 咳血 | 107 |
| 第四节 喘证 | 29 | 第二十三节 吐血 | 111 |
| 第五节 心悸 | 35 | 第二十四节 尿血 | 114 |
| 第六节 胃痛 | 40 | 第二十五节 紫斑 | 119 |
| 第七节 痞满 | 44 | 第二十六节 便血 | 122 |
| 第八节 呕吐 | 48 | 第二十七节 痰饮 | 126 |
| 第九节 呃逆 | 52 | 第二十八节 汗证 | 132 |
| 第十节 腹痛 | 55 | 第二十九节 虚劳 | 136 |
| 第十一节 泄泻 | 59 | 第三十节 肥胖 | 142 |
| 第十二节 便秘 | 63 | 第三十一节 痹证 | 146 |
| 第十三节 胁痛 | 67 | 第三十二节 颤证 | 150 |
| 第十四节 黄疸 | 70 | 第三十三节 痿证 | 155 |
| 第十五节 头痛 | 75 | 第三十四节 腰痛 | 160 |
| 第十六节 眩晕 | 79 | 第三十五节 健忘 | 164 |
| 第十七节 积聚 | 83 | 第三十六节 不寐 | 167 |
| 第十八节 水肿 | 87 | 第三十七节 郁证 | 172 |
| 第十九节 淋证 | 93 | | |

辨 病 篇

| | | | |
|---------------|-----|----------------|-----|
| 第一章 呼吸系统疾病 | 179 | 第六节 慢性肺源性心脏病 | 198 |
| 第一节 总论 | 179 | 第七节 支气管哮喘 | 203 |
| 第二节 急性上呼吸道感染 | 181 | 第八节 支气管扩张 | 210 |
| 第三节 急性气管-支气管炎 | 184 | 第九节 肺炎球菌肺炎 | 214 |
| 第四节 慢性支气管炎 | 188 | 第十节 慢性呼吸衰竭 | 219 |
| 第五节 阻塞性肺气肿 | 193 | 第十一节 急性呼吸窘迫综合征 | 222 |

| | | | |
|----------------------------|-----|-------------------------------|-----|
| 第十二节 原发性支气管肺癌 | 225 | 第五章 血液及造血系统疾病 | 416 |
| 第二章 循环系统疾病 | 234 | 第一节 总论 | 416 |
| 第一节 总论 | 234 | 第二节 缺铁性贫血 | 419 |
| 第二节 心力衰竭 | 237 | 第三节 溶血性贫血 | 423 |
| 第三节 心律失常 | 244 | 第四节 再生障碍性贫血 | 426 |
| 第四节 原发性高血压 | 254 | 第五节 特发性血小板减少性 紫癜 | 431 |
| 第五节 冠状动脉粥样硬化性 心脏病 | 262 | 第六节 急性白血病 | 435 |
| 第六节 风湿性心脏瓣膜病 | 277 | 第七节 慢性粒细胞白血病 | 440 |
| 第七节 感染性心内膜炎 | 285 | 第八节 输血及输血反应 | 443 |
| 第八节 心肌病 | 290 | 第六章 内分泌、代谢及营养性疾病 | 447 |
| 第九节 病毒性心肌炎 | 297 | 第一节 总论 | 447 |
| 第三章 消化系统疾病 | 303 | 第二节 甲状腺功能亢进症 | 450 |
| 第一节 总论 | 303 | 第三节 糖尿病 | 457 |
| 第二节 急性胃炎 | 306 | 第四节 高脂血症 | 467 |
| 第三节 慢性胃炎 | 309 | 第七章 结缔组织及风湿性疾病 | 472 |
| 第四节 消化性溃疡 | 313 | 第一节 总论 | 472 |
| 第五节 胃癌 | 319 | 第二节 类风湿关节炎 | 476 |
| 第六节 溃疡性结肠炎 | 324 | 第三节 系统性红斑狼疮 | 483 |
| 第七节 大肠癌 | 331 | 第八章 神经系统疾病 | 490 |
| 第八节 中毒性肝病 | 337 | 第一节 总论 | 490 |
| 第九节 肝硬化 | 342 | 第二节 面神经炎 | 494 |
| 第十节 原发性肝癌 | 348 | 第三节 短暂性脑缺血发作 | 497 |
| 第十一节 胆石症 | 353 | 第四节 脑血栓形成 | 500 |
| 第十二节 急性胰腺炎 | 359 | 第五节 脑出血 | 505 |
| 第十三节 胰腺癌 | 363 | 第六节 帕金森病 | 510 |
| 第十四节 上消化道出血 | 368 | 第七节 重症肌无力 | 514 |
| 第四章 泌尿系统疾病 | 373 | 第八节 癫痫 | 518 |
| 第一节 总论 | 373 | 第九章 物理化学因素所致疾病 | 527 |
| 第二节 急性肾小球肾炎 | 377 | 第一节 总论 | 527 |
| 第三节 慢性肾小球肾炎 | 381 | 第二节 中毒概论 | 529 |
| 第四节 肾病综合征 | 387 | 第三节 有机磷杀虫药中毒 | 533 |
| 第五节 尿路感染 | 395 | 第四节 急性一氧化碳中毒 | 538 |
| 第六节 急性肾衰竭 | 401 | 第五节 中暑 | 540 |
| 第七节 慢性肾衰竭 | 408 | | |
| 附录 常用方剂 | | | 544 |
| 主要参考文献 | | | 556 |

绪 论

中西医结合医学是一门研究中医和西医在形成和发展过程中的思维方式、对象内容以及观察方法之间的异同点,吸取二者之长,融会贯通,从而创立的新的医学理论体系,是服务于人类健康和疾病预防的整体医学。中西医结合内科学是其中的一个重要组成部分。内科学在临床医学中占有极其重要的位置。它的涉及面广。一方面,它所研究的内容几乎囊括了人类生活的各个方面,比如遗传、环境、生活习惯、社会心理等;另一方面,内科学所研究的疾病涉及人体各个器官、系统。因此,学习好内科学,要求医学生不但要有扎实的基本功,还应具备勇于探索的科学精神,为今后服务于广大患者奠定坚实的基础。

【中西医结合医学的历史发展】

无论我国的中医还是西方的西医都是人们在不同的环境下经过千百年来同疾病作斗争积累起来的宝贵经验。在历史发展过程中,由于各方面的因素和影响,形成了两个不同的理论体系各自进行发展。西方医学传到我国以后,由于它以近代科学为基础,它的传播给我国医学带来了新的知识。很多有识之士多年来一直努力于中西医结合,发展近代医学。但由于政治、经济等方面的制约,中西医结合发展很慢,直到现在才有了可喜的进步。回顾以往历史,我们根据不同时期的特点、队伍的形成以及实践和理论研究的情况,把中西医结合发展分为四个阶段:

第一阶段(1884—1949年)思想萌芽阶段:这个时期,西方医学传入我国并逐渐得到了发展,引起了中医界的普遍重视。当时一些追求进步的医学家,就已经开始探索西方医学的学术见解,力图沟通和发展中医学学术,逐渐形成了中西医汇通思想和派别。中西汇通的思想虽然可以追溯到明末清初,但影响不大。早期的代表人物有:

唐宗海(1862—1918年),代表作有《中西汇通·医经精义》,发表于1884年,以西医的解剖、生理学来印证中医的理论。尽管有不少牵强附会或错误之处,但在当时历史条件下,敢于大胆汇通中西医学,此种革新精神是值得肯定的。

张锡纯(1860—1933年),代表作有《医学衷中参西录》。他在中西医汇通中,从理论到临床,从医疗到药物,都进行了尝试。其突出的特点是中西药物并用,并在临床治疗中做了一些大胆尝试。如“阿司匹林加生石膏”治疗发热,就是大家所熟悉的一个例子。

恽铁樵(1878—1935年),代表作有《群经见智录》。他强调“治医者不当以内经为止境”,承认西医有先进之处,主张取西医之长发展中医,要求不断发展中医学学术的开明思想,也是很可贵的。

上述中西医结合的思想,首先是由我国开明的中医学习西医开始的,当时还只是少数人自发的行动,缺乏广泛的实践,还不可能看到中西医两种理论体系正确的发展方向。由于缺乏科学的

方法,有很大的局限性。

第二阶段(1949—1960年)发展和组织中西医结合的队伍,开展中西医两法治病阶段:新中国成立前,在解放区曾提出“中医要科学化,西医要中国化”的号召,鼓励中西医团结合作。毛泽东曾指示“用中西两法治疗”,给中西医汇通思想和实践带来了生机。1949年新中国的诞生给中医带来了新生,西医在中国也获得了发展的可能。1950年召开了第一届全国卫生会议,毛泽东在给会议的题词中写道:“团结新老中西医各部分医药卫生工作人员,组成巩固的统一战线,为开展伟大的人民卫生工作而奋斗。”毛泽东在1954年全国高等医学教育会议和1956年同音乐工作者谈话时,又两次提出学习中医的问题,鼓舞了不少有志于研究中医的西医药人员自学或参加了西医学习中医班。1958年,以党中央和毛泽东批示卫生部党组“关于组织西医离职学习中医班的总结报告”为标志,全国各省、自治区广泛地开办了西医学习中医班,“西学中”渐成高潮。此时,西学中人员和中医人员一起,在临床实践中,采用了中西医和中西药两法治病,开展了中西医结合临床实践的初试工作,并在全国初步形成了一支队伍,为今后广泛的临床实践和研究工作奠定了基础。

第三阶段(1961—1976年)广泛临床实践和理论研究阶段:在这个时期,中西医药结合的临床实践和研究比较广泛地开展起来。如中医肾本质的研究、急腹症、骨折小夹板固定、针麻、大面积烧伤的治疗以及肿瘤的防治等,都取得了不同程度的可喜成果。特别是针麻、经络和心血管的研究取得了很大进展。

第四阶段(1977—现在)孕育中西医结合医学研究发展的新时期:1976年,粉碎了“四人帮”以后,医药卫生工作得到了恢复、整顿和重建。1978年党中央批转了卫生部党组《关于认真贯彻党的中医政策,解决中医队伍后继乏人问题的报告》,使中医和中西医结合工作又得到了发展。两年制的西医学习中医班又先后开办起来,在医学科学研究规划中,中西医结合工作又占据了一定的位置。此时期一个重要标志是1980年初于卫生部召开了中医和中西医结合工作会议上提出的中医、西医和中西医结合三支力量都要大力发展、长期并存的方针。这一政策的制定,对中西医结合工作具有重要的意义。它标志着中西医结合已成为实现我国医学科学现代化的一支主要力量,并预示中西医结合必将逐渐发展成为一门新科学——中西医结合医学,即既有我国民族风格,又吸取现代科学技术之长的中国医学。

应当指出,上述分期并非绝对,其目的在于说明中西医结合与其他事物一样,经历了一个从无到有,从小到大,逐步发展的过程,而这个过程却是历史发展的必然。

【中、西医内科学的异同点】

不论西医内科还是中医内科,其知识和技能都是来源于医疗实践,都是古今中外的医学家在长期的治病救人的过程中,不断积累临床实践经验和教训,从中不断提高对疾病、对健康的认识水平,逐渐形成了有条理的诊断、治疗疾病的方法,通过医家的整理和归纳,才发展为现在的内科学。其目的都是为维护人类的健康和预防、治疗疾病服务。

由于所产生的时代背景、医学模式、研究内容和方法以及思维方式的不同,造成了中、西医内科学之间巨大的差异。从产生的时代背景来说,中医内科学诞生于数千年前,属于传统医学和经验医学,而西医内科学则形成于近代,属于现代医学和实验医学;从医学模式来说,中医内科学属于自然哲学医学模式,而西医内科学则属于生物医学模式;从研究内容和研究方法方面来说,中医内科学研究的是阴阳五行、藏象、气血、经络、七情等,采用的是观察、直接领悟、取类比象等研

究方法,而西医内科学则是以解剖、生理、病理、生化等为研究内容,以实验和测量各项生理和病理指标为主要的研究方法;从思维方式来说,中医内科学属于形象思维,而西医内科学更偏重于逻辑思维。以上的各个方面,使中、西医内科学都具有了各自鲜明的特点:中医内科学注重天人合一,强调治疗的整体观念,以及治疗的个体化,即辨证施治;而西医内科学则更加注重人体局部和微观的研究,强调治疗的规范化和统一性。应当说,中、西内科学各有优点和不足,正是由于这些优点和不足的存在,使得中西医结合内科学有了它产生和发展的客观条件,并形成了自己得天独厚的优势。

【中西医结合内科学的学习方法】

1. 整体和局部、宏观和微观的结合

中医内科学非常重视人本身的统一性和完整性,注重内在脏腑器官之间,心理、生理活动之间,以及人与外界之间的相互联系,形成了独特的整体观念。这一观念始终贯穿在中医学对生理、病理、诊法、辨证、治疗等各个方面的理性认识中。西医内科学则借助先进的仪器和设备,对机体各个系统和脏器的功能和结构进行了仔细和深入的研究,从局部和微观的角度去阐明某个脏器、甚至某个细胞、某个分子的功能特点,这一点是中医内科学所无法比拟的,但是也正是由于西医内科学的这一特殊性,使得初涉医理的年轻医生容易被局限于某--局部,造成“一叶障目,不见泰山”。因此,我们在学习中西医结合内科学时,应强调在观察分析和研究处理问题时,既要注重事物本身所存在的统一性、完整性和联系性,也应长于体察,注重细微,真正做到整体和局部、宏观和微观的完美结合。

2. 中医理论与现代科研方法的结合

中医理论包括与生命健康相关的主导性观念和 basic 思想,对疾病的病因病机的认识,以及以藏象学说为核心的,涉及对脏腑器官、气血津液及经络等的功能及各种生命活动机理的理性认识。其特点是抽象、概括能力强,方法上注重捕获灵感,强于顿悟,长于非逻辑思维而拙于形式逻辑,“医者意也”,强调的就是这一点。而现代科研方法是以实验和检测为主,重视逻辑推理和实证研究,正好弥补了中医的这一缺憾。因此,做到中医理论与现代科研方法的有机结合,是医学生学好中西医结合内科学的必由之路。

3. 西医规范的治疗方法与中医个体化治疗及特色疗法的结合

西医以实验和检测为主,以循证研究为首要,故强调疾病的规范化治疗;而中医则以辨证论治作为临床诊治的基本规范,做到“同病异治”、“异病同治”,而且,中医有着数千年积累起来的各种解决病症痛苦的独特方法和经验,如针灸、验方、经方等。这些都为中西医结合内科学的学习提供了一条很好的途径。

【中西医结合内科学的进展】

中医中药是祖国医学不可分割的一个整体。理、法、方、药是中医辨证施治的四个环节。用中医理论指导用药取得疗效,说明理法正确;反过来亦可以对药物的作用进行研究,探讨中医理论。对中药的研究可归纳为四个方面:单味药成分和药理作用;复方的研究;剂型改革和给药途径等,亦取得了可喜成果。如:助阳药附子、肉桂、肉苁蓉、淫羊藿,作用不同,前二者主要作用于心血管系统,后者可促进肝脾内 DNA 的合成,主要影响核酸代谢。当归头、身、尾中金属元素的测定,其微量元素有明显差异。当归具有养血活血的功效,称为“血中气药”,动物和正常人离体红细胞研究表明,当归可促进内 2,3-二磷酸甘油酸的生成,可降低血红蛋白与氧的亲合力,促进

带氧血红蛋白(氧合血红蛋白)在组织中氧的释放,从而增强了红细胞运输氧的功能。中药调理气血的作用,可能与增强红细胞生理运输氧的功能有关。而赤芍精的活血化瘀作用,实验研究证明,可抑制血小板功能和抗血栓素 $2(TXA_2)$ 样物质,使血小板聚集作用降低。静脉滴注赤芍精治疗冠心病心绞痛取得了疗效。上述药理作用研究,也促进了中医理论的阐明。

中医复方的研究,证明中医复方用药配伍的科学性和规律性。如冠心病Ⅱ号方(丹参、赤芍、红花、川芎、降香)五药合煎制剂与五药单煎后混合的制剂,动物实验证明效果有显著的差异,充分地说明了这一点。

中药剂型改革的试制,对于中医治疗手段的改进和中药对急症的治疗均有重要的意义。四川重庆中医研究所试制成的中药增液针、养阴针、参麦针、清气解毒针、生脉散注射液等的研究,都取得可喜的成果。如清气解毒针对急性感染高热的治疗,临床疗效不低于青、链霉素合用的效果。解放军291医院,应用由枯矾等6种中药煎煮,过滤制成的291-4号枯痔液治疗内痔、混合痔16129例,近期治愈率在94.4%,随访四年来未复发者达72%。

对中药作用途径的研究,除口服外,对灌肠、雾化吸入、静脉点滴等对某些疾病的疗效也进行了观察。如麻黄、远志、丹参、葶苈子、鱼腥草等水剂超声雾化吸入治疗呼吸道感染,其疗效优于口服;大黄液治疗尿毒症,证明其主要药理作用不在泻下作用,可能是通过神经体液及免疫系统的调节作用,改善肾功能,排出毒物,降低血尿素氮。因此,不一定口服或灌肠,用大黄液静脉滴注同样有效。

此外,在一些医学的新兴学科、边缘学科或潜在的新领域中,中西医结合医学也有着一些很有意义的潜力或优势,亟待进一步发掘和发展,如在心身医学、行为医学、社会医学、老年医学、体质医学、健康医学、地理气象医学、男性学等领域,都有着丰富的内容。这些都为中西医结合医学的未来发展,预备了巨大的运作空间。

辨 证 篇

第一节 发 热

一、概述

发热包括外感发热和内伤发热。外感发热一般起病急,病程短,临床多表现为高热持续不降,伴有恶寒、面赤、烦渴、脉浮数等;内伤发热一般起病缓,病程长,临床多表现为低热,有时可见高热,或自觉发热,或五心烦热而体温不高。

内伤发热是与外感发热相对而言,可见于多种疾病中,临床比较多见。凡是不因感受外邪所导致的发热,均属内伤发热的范畴。反之,因感受外邪所致的发热,属外感发热的范畴。

发热可见于多种急慢性疾病过程中。西医学中各种急性感染性疾病,如上呼吸道感染、急性扁桃体炎、大叶性肺炎、急性胃肠炎、急性胆囊炎、病毒性肝炎、急性尿路感染等有发热表现者,可参照本节外伤发热辨证论治;而西医学中的功能性低热、肿瘤、血液病、结缔组织病、结核病、内分泌疾病、部分慢性感染性疾病所引起的发热,或某些原因不明的发热等有内伤发热的临床表现时,可参照本节内伤发热辨证论治。

二、典型医案

卢某,女,27岁,1964年8月11日初诊。

患者于6月26日在当地医院引产,未经休息而离院,回家后即持续发热,体温在38℃以上。于7月2日又重新入院,曾用多种抗生素及促肾上腺皮质激素等治疗,未见好转,故于7月23日转入本院。根据胸部X线检查,诊为肺囊肿继发感染、贫血。曾用过青霉素、链霉素、金霉素、氯霉素、甲氧西林、泼尼松、维生素及输液、输血等治疗17天,体温仍在39℃以上,精神倦怠。除增加甲氧西林剂量外,邀请专家会诊。诊查,发热持续不退,面色苍白,皮肤干燥,足膝无力,胃纳呆钝,泛泛欲吐,脉细,舌淡苔白。辨证:小产后,血分不清,风寒下袭,由损成癆。治法:温经逐瘀。处方:当归9g,川芎3g,桃仁3g,炮姜3g,炙甘草3g,红花9g,荆芥炭3g,白薇9g。

二诊:服用3剂药后,热减,面有神采,脉缓,舌淡红,苔薄白。原法踵进,上方去桃仁、红花,加独活6g,竹茹9g,3剂。

三诊:以初诊方去桃仁、红花,加丹参9g、红枣4枚,桂枝1.2g,3剂。

四诊:咳止,纳增,胸腹宽畅,仍有微热,脉缓,舌红润。处方调内脏,退虚热。处方:当归9g,丹参15g,胡黄连3g,秦艽6g,地骨皮9g,银柴胡9g,枳实3g,白芍9g,炙甘草3g,红枣4枚,4剂。

五诊:病已好转,面有神采,脉缓,舌红,苔薄黄。以疏通气血善后。处方:当归6g,川芎1.5g,炒白芍6g,丹参12g,生黄芪9g,防风3g,白术6g,泽泻9g,茯苓9g,红枣4枚,5剂。

三、病因病机

发热的病因有外感和内伤两方面。外感多由正气不足,又感受六淫之邪或温热疫毒之气所致;内伤多因情志不舒、饮食失调、劳倦过度、久病伤正等因素所致。

(一) 外感发热

1. 外感六淫 多为六淫之邪,其中尤以火热、外湿、暑邪为主侵袭人体而发病。六淫所致的

外感发热常呈明显的季节性和区域性。六淫既可单独致病,又可两种以上邪气兼夹致病。

2. 感受疫毒 疫毒是一种传染性较强的致病邪气,为四时六气运化失常所引动而肆虐。其毒力强劲,更多夹当令时气,合而伤人,故传染性强。

3. 正气不足 素有疾患,或年迈体弱,若气候变化,人体的卫外之气不能调节应变,或卫外功能减弱,肺卫疏懈,肌腠不密,感邪而发病。

综上所述,外感发热病邪入侵途径,多由皮毛或口鼻而入。病性多属实证,以热毒为主,也可有温热夹湿及湿热者。病机为正邪相争,阴阳平衡失调所致。

因感受外邪,入里化热,阴阳的转化消长发生障碍,此时,正邪相争,阳的一方偏胜而致发热,即所谓“阳胜则热”;火热充斥体内,伤津耗液,故常见温热伤津,阴液耗损的病理表现;若热毒灼盛,邪毒内传,营血耗伤,临床易于发生神昏、出血的变证,即称之为逆传,病势凶险,预后较差;若正气虚衰,加之热灼阴液,外感高热可久治不愈,而转化成气虚、阴虚之长期低热。

(二) 内伤发热

1. 肝经郁热 肝主疏泄,性喜条达。长期精神抑郁,肝气不舒,气郁化火而发热。

2. 瘀血阻滞 由于情志、劳倦、外伤等原因导致血行不畅,瘀血阻滞经络,壅遏营卫而引起发热,此为瘀血发热的主要病机。瘀血发热也与气虚不运、血虚失养有关。

3. 痰湿停聚 由于饮食失调、忧思气结等使脾胃损伤,运化失职,以致湿浊内生,或聚而成痰,痰湿郁而化热而致发热。

4. 中气不足 由于劳倦过度、饮食失调,或久病失于调理,以致脾胃气虚,中气不足,阴火内生而致发热。

5. 血虚失养 因久病心肝血虚,或脾虚气血生化不足,或长期慢性失血,以致血虚荣养不足。血本属阴,阴血不足,无以制阳而致发热。

6. 阴精亏耗 由于素体阴虚,或烦劳过度,或热病日久耗伤阴液,或误用、过用温燥药物,导致阴精耗伤。阴不制阳,阳气偏盛而致发热。

7. 阳气虚衰 由于寒证日久,或久病气虚,气损及阳,或脾肾阳气亏虚,以致火不归原,虚阳外浮而致发热。

综上所述,内伤发热病位在脾、胃、肝、肾;病性可归纳为虚、实两类,以虚为主,常可虚实夹杂。虚者以肝脾肾虚、气血阴阳不足为主,其基本病机为脏腑功能失调,气血阴阳亏虚所致,为虚火、虚热。实者以气滞、血瘀、痰湿为主,其基本病机为气、血、痰湿等郁结壅遏化热而引起发热,为实火、实热。临床一般多见两种病机同时存在,如气郁血瘀、气阴两虚、气血两虚等。

内伤发热病机转化则久病多由实转虚,由轻转重。其中以瘀血日久,损及气血阴阳兼见气虚、血虚、阴虚、阳虚,而成虚实夹杂之证的情况较为多见。其他如肝郁发热日久,若伤津耗气,则成为气郁阴虚、气郁气虚之发热;气虚发热日久,病损及阴阳,则发展为气阴两虚、阳虚或阴阳两虚之发热。

内伤发热发病总的趋势为:初期病在气血,以气血亏虚、痰湿血瘀为多见,渐可气虚及阳,血虚及阴,而致阴阳为病。在脏多可由脾及肾,或由肝犯脾而渐及于肾。

四、辨证论治

(一) 外感发热辨证要点

1. 诊察热型

发热恶寒 指发热与恶寒并见,见于热病早期,卫表证。外感发热多见寒热并作,其恶寒虽近衣被而不减。临床一般恶寒重,发热轻,多见于风寒袭表;恶寒轻,发热重,多见于风热犯于肺卫;发热恶寒,身体困重,头胀如裹,关节疼痛,多见于风湿客表。

寒热往来 恶寒与发热交替发作,间隔无定时,为邪入少阳,枢机不利。若寒热往来,间隔有定时(或每日,或隔日,或三日发作一次),先恶寒继则高热,最后汗出而热退,为疟邪所致的疟疾。

壮热 指持续高热而不恶寒,为里热壮盛之象。如气分邪热亢盛,或邪热深入营血。

潮热 指发热盛衰起伏有定时,如同潮汛,多见于阳明腑实证、湿温证以及热入营血证。若为午后低热较重,手足心热,盗汗,舌红无苔,脉细数者,为阴虚虚热内生。

不规则热 指发热时间不定,热势变动无规律。见于时行感冒、风湿热等。

2. 辨寒热真假

真寒假热 身虽热,而反欲得衣被;口虽渴,但喜热饮;脉数而无力,或脉微细欲绝;苔虽黑而润滑。

真热假寒 身虽寒,而反不欲近衣被;口渴喜冷饮,胸腹灼热,按之灼手;脉滑数有力;苔黄燥有芒刺,或黑而干燥。

(二) 内伤发热辨证要点

1. 辨证候特征 起病较缓,病程较长(发热2周以上),发热反复,多为低热($37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$),偶有高热,或五心烦热或自觉发热而体温不高。内伤发热也可有恶寒的情况,但多为寒热间作,近衣被则恶风寒自罢。

2. 辨证证型发热特点 气郁发热:低热或午后潮热,热势常随情绪波动而起伏;血瘀发热:午后或夜晚发热,或自觉身体某些部位发热;湿郁发热:低热,午后热甚,身热不扬;气虚发热:发热热势或高或低,常在劳累后发作或加剧;血虚发热:全天发热,多为低热;阴虚发热:午后潮热,或夜间发热,不欲近衣,手足心热,骨蒸潮热;阳虚发热:发热而形寒怯冷,四肢不温,欲近衣被。

3. 辨虚实 在确诊为内伤发热的前提下,应根据病史、症状、舌脉等辨明证候的虚实,对指导治疗有重要意义。由气郁、血瘀、湿停所致者属实;由气虚、血虚、阴虚、阳虚所致者属虚。但也有虚实兼杂者。

4. 辨轻重 一般发热间歇时间渐长,兼见症状少,病证单一,舌脉症相合者为顺证,病情较轻;病程长久,热势亢盛,持续不减,兼见症状多,病证错杂,舌脉症不相应者,多为逆证,病情较重。

(三) 外感发热与内伤发热的鉴别要点(表 0-1-1)

表 0-1-1 外感发热与内伤发热的鉴别要点

| | 内 伤 发 热 | 外 感 发 热 |
|----|----------------|------------------|
| 病因 | 由内伤病因引起 | 感受外邪所致 |
| 病机 | 气血壅遏,阴阳失调 | 正邪相争 |
| 病性 | 多属虚证 | 多属实证 |
| 起病 | 缓 | 急 |
| 病程 | 较长,反复发作 | 短 |
| 特点 | 低热或自觉发热 | 大多高热 |
| 恶寒 | 不恶寒,怯冷,得衣被则温 | 发热恶寒同时出现,得衣被而寒不减 |
| 兼症 | 头晕、神倦、畏寒、盗汗、脉弱 | 头身疼痛、鼻塞流涕、咳嗽、脉浮 |

(四) 治疗原则

外感发热根据证候的不同,主要采用清热解毒、通腑泻下、养阴益气的治疗原则,并兼以和解法、熄风法、开窍法、化痰法等,以清除邪热,调和脏腑。

清热解毒之法为治疗外感发热的主法,贯穿于本病的各个阶段,是顿挫热毒,防止传变的关键,也是保护阴津的重要措施。应用此法要注意配合透邪之法,不可一味寒凉碍邪。

通腑泻下之法适用于热病腑实证,常以泻下与清热相结合,为外感发热的常用治法。

养阴益气之法是与清热解毒、通腑泻下等攻邪法相对立的另一治疗大法。一般而言,此法对外感发热并无直接的解热作用,但热毒之邪,必伤阴液,又易耗气,因此,养阴益气是外感发热证中扶正法的主要内容。

此外,凡在外感发热之中,出现胸胁、脘腹、腰等部位疼痛,适当加入活血化瘀之品,具有一定的治疗作用。

内伤发热治疗应分清虚实,把握调理阴阳、补虚泻实的原则。一般而言,属实者,以行气、活血、化湿为主,适当配伍清热。属虚者,则应益气、养血、滋阴、温阳为主,阴虚发热可适当配伍清退虚热药物。临床禁用发散解表及慎用苦寒泻火药,以免耗气伤津、损伤中阳、化燥伤阴,使病情缠绵或加重。

对一般内伤发热,中药有较好疗效。而对肿瘤、血液病患者则应配合抗肿瘤等方法治疗,对结核病患者应给予常规抗结核治疗才可提高疗效。

(五) 分证论治

1. 外感发热

(1) 卫表证

证候:发热恶寒,外加风寒或风热表证(鼻塞流涕,头身疼痛或口渴,咽痛,咳嗽),舌苔薄白或薄黄,脉浮紧或浮数。

治法:解表退热。

方药:风热表证用银翘散。方中金银花、连翘、薄荷叶清热解毒,轻宣透表;淡竹叶、芦根清热生津止渴;桔梗、牛蒡子宣肺利咽;甘草调和诸药。

热甚者,加黄芩、板蓝根、青蒿清热解毒;渴甚者,加天花粉生津止渴。临证中,银翘散在于轻清宣达,方中金银花、连翘解毒力强,用量宜大,水煎轻取其气,不宜久煎,服后取微汗为佳,外感重症者,可一日两剂。

风寒表证,恶寒无汗,头身疼痛者,以荆防败毒散。方中荆芥、防风、羌活、独活祛风散寒;前胡、桔梗宣肺止咳。咳嗽者,加杏仁、贝母宣肺化痰止咳;暑湿在表,头身困重,胸脘痞闷者,用香薷、鲜扁豆、厚朴、连翘、金银花解暑化湿;鼻塞重者加苍耳子通鼻窍。

(2) 肺热证

证候:壮热,胸痛,咳喘,痰黄稠或痰中带血,口渴,舌红苔黄,脉滑数。

治法:清热解毒,宣肺化痰。

方药:麻杏石甘汤加味。方中重用生石膏与麻黄并奏清里达表、宣肺平喘之效;杏仁助麻黄止咳化痰平喘;金银花、连翘、蒲公英、鱼腥草助石膏清热解毒;甘草调和诸药。

胸痛,咳吐脓痰者,加金荞麦、葶苈子泻肺涤痰。肺与大肠相表里,肺气郁闭,则腑气不通,当泻下通便,故本证在上可取其下,用生大黄粉 1.5~3 g 顿服,或冲入汤药服。