

● 上海市住院医师培养指导丛书

中医内科学

主编 蔡 淦



上海科学技术出版社

编 者 的 话

本书是根据《上海市住院医师培养制度试行条例》，受上海市卫生系统成人教育委员会的委托，在上海市卫生局领导下编写的。主要供住院医师在培养阶段内自学，亦可供其他临床医师阅读。

本书分上下两篇，上篇主要阐述中医内科病、证、症的基本概念，仲景学说和温病学说在内科临床的运用，以及中医内科领域的部分新进展和成就，旨在启迪住院医师的思维；下篇分别介绍常见的内科疾病二十一种，力求做到理论密切联系实际，并尽量与大学教科书避免重复；书末附有上海市中医内科住院医师培养考核复习大纲和方剂复习大纲，以备参考。全书始终突出中医的理论体系，同时注意到吸收和利用现代先进的科学技术，为中医服务，在继承传统理论的基础上，加以发扬。

由于水平有限，时间紧迫，书中缺点和错误在所难免，恳请读者、专家提出宝贵意见，以便进一步修订提高。

编 者

1990年8月

《上海市住院医师培养指导丛书》

编辑委员会名单

主任委员 王道民

副主任委员 吴孟超 施 杞 姚光弼 徐善兴

委 员 (以姓氏笔画为序)

丁训杰 王重沧 王敏生 刘 云

许国光 齐家仪 邬尧清 杨 益

邱蔚六 金中执 周郅隆 周鼎耀

施志经 唐汉钧 钱本余 徐韬元

曹玲仙 嵇训传 楼方岑 蔡 淦

顾问委员会名单

(以姓氏笔画为序)

邝安堃 石美鑫 刘湘云 严世芸 沈自尹

吴学愚 杨国亮 苏祖斐 张镜人 张锡泽

郑怀美 姜春华 郭秉宽 夏镇夷 戴自英

助理编委

李 霞 谢超锋 张爱莉 李敏娟

前 言

党的十三大提出：“把发展科学技术和教育事业放到首位，使经济建设转到依靠科学技术进步和提高劳动者素质的轨道上来”。要发展我国的医疗卫生事业、提高医学水平和医疗服务工作质量，关键是提高医疗卫生队伍的素质。住院医师是临床医师成长的一个极其重要的基础阶段。因此，加强住院医师的培养是提高他们素质的一个十分重要的任务。

上海市卫生系统成人教育委员会，根据上海的具体情况制订了《上海市住院医师培养制度试行条例》，这是对住院医师进行科学化、规范化和制度化培养的尝试。他们强调，培养以实践为主、能力为主；医学理论学习强调以业余为主、自学为主。他们根据住院医师培养阶段的医学理论学习的要求，编写了这套《上海市住院医师培养指导丛书》。

这套丛书，包括中西医公共必修课、专业必修课和专业选修课。其内容具有针对性强、实用、新颖的特点。其中有与临床密切相关的基础医学知识，也有联系临床各专业的边缘学科，不仅包括了临床医学的基本知识和技能，而且还介绍了临床医学的最新进展和成就等，为临床住院医师学习医学理论提供方便，又为自学辅导指明了方向。上海是我国医学专家

较集中的城市,我们深信,通过他们的努力,这套丛书将成为临床住院医师成长的良师益友。

医学院校毕业后教育及继续教育在我国方兴未艾,有不少理论和实际问题急待解决,希望教育界、医务界的广大有识之士都来关心这个问题,既要吸取国外有益的经验,更要立足中国自身的国情,深入研究,不断改革,总结经验,为建立一套适合我国国情的完整的医学教育制度贡献力量。

陈敏章

1989年10月

上海市住院医师培养指导丛书

中 医 内 科 学

主 编 蔡 淦

副主编 夏 翔 张 天

编写者(以姓氏笔画为序)

丁学屏	马贵同	王 左	王昆伟
王育群	刘 平	许士骠	李庚和
杨炳初	陈以平	陈湘君	陆鸿元
吴正翔	何立人	张鹤年	周永明
金伟民	金亚明	柯雪帆	赵章忠
姚楚芳	夏 翔	顾双林	顾惠民
蔡 淦	黄振翘	程 勇	

目 录

上 篇

第一章	中医内科的病、证、症	1
第二章	仲景学说在内科临床的应用摘要	8
第三章	温病学说在内科临床的运用	15
第四章	浅论外感病治疗中的截断法	21
第五章	瘀血学说的进展	28
第六章	厥脱证的研究	35

下 篇

第七章	慢性支气管炎证治综述	43
第八章	心律失常的中医治疗	49
第九章	心力衰竭的中医药治疗及研究概况	54
第十章	冠心病(心绞痛)本虚标实的研究	62
第十一章	慢性胃炎中医辨证论治的研究概况	67
第十二章	中医对溃疡性结肠炎的认识与治疗	74
第十三章	消化道肿瘤的中医治疗以及与化疗放 疗手术后的配合应用	80
第十四章	慢性病毒性肝炎的病因病机	85

第十五章	慢性乙型病毒性肝炎的中医治疗与研究进展·····	90
第十六章	肝硬化的中医治疗进展·····	95
第十七章	慢性肾炎临床及实验研究进展·····	100
第十八章	慢性肾功能衰竭中医研究进展·····	108
第十九章	男性不育症的中医治疗进展·····	114
第二十章	再生障碍性贫血的诊断与中医药治疗进展·····	121
第二十一章	紫癜的中医研究进展·····	126
第二十二章	白细胞减少症的中医研究·····	130
第二十三章	白血病的诊断与中医治疗进展·····	133
第二十四章	中风病的证治·····	139
第二十五章	癫痫证治进展·····	146
第二十六章	中医药治疗重症肌无力的进展·····	151
第二十七章	类风湿性关节炎·····	155
附录一	上海市中医内科住院医师培养考核复习大纲·····	162
附录二	上海市中医内科住院医师培养考核方剂复习大纲·····	167

上 篇

第一章 中医内科的病、证、症

一、病、证、症的不同

什么叫做病?什么叫做证?什么叫做症?徐大椿在《医学源流论·病症不同论》中说:“凡病之总者,谓之病,而一病必有数症。……如疟,病也;往来寒热、呕吐、畏风、口苦,是症也,合之而成为疟。”又在《医学源流论·知病必先知症论》中说:“凡一病必有数症,有病同症异者,有症同病异者,有症与病相同者,有症与病不相同者,盖合之则曰病,分之则曰症,同此一症,因不同,用药亦异,变化无穷,当每症究其缘由,详其情况,辨其异同,审其真伪,然后详求其治法。”这里所说的“症”即是症状,而不是证候,所谓“辨其异同,审其真伪”,就接近于证候了。因此,可以这样理解,“症”是指症状,又称见症,只作为疾病的临床表现来解释;“证”是指证候,是从若干

复杂症状（包括脉象、舌苔等体征）中，经过分析、综合、归纳而得出的证据；“病”是由一组具有临床特征的症状构成，并各自有其不同的演变规律，包括发生、发展、结局的全过程。

中医内科既有病，亦有证，还有症，如感冒是以鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、头痛、恶寒、发热，全身不适等为特征的一种疾病，病程约五至七天左右，一般情况下全身症状不重，少有传变，但时行感冒多呈流行性，全身症状较重，传染力强，且可化热入里，变生他病。感冒是病，因为感冒是由一组具有临床特征的症状所构成，且有其发生、发展的演变规律。而感冒中的头痛仅是一个症状，但对以头痛为主要症状者，可以进行辨证，若头痛连及项背，恶风畏寒，遇风尤甚，苔薄白，脉浮紧者，则为风寒头痛；若头痛而胀，甚则头痛如裂，发热或恶风，面红目赤，口渴欲饮，便秘溲赤，舌质红、苔黄，脉浮数者，则为风热头痛；若头痛如裹，肢体困重，纳呆胸闷，小便不利，大便或溏，苔白腻，脉濡者，则为风湿头痛。风寒头痛、风热头痛、风湿头痛，均属于证。

再如肺痈是肺叶生疮，形成脓疡的一种疾病。临床以咳嗽、胸痛、发热、咯吐腥臭浊痰，甚则脓血相兼为特征，其演变过程，可随病情的发展，邪正的消长而表现为初（表证）期、成痈期、溃脓期、恢复期等不同的阶段，如邪恋正虚，又可转成慢性。肺痈是病，而咳吐腥臭脓血痰只是一个症状。肺痈初期，症见恶寒、发热、咳嗽、咯吐白色粘痰，痰量由少渐多，胸痛、咳时尤甚，呼吸不利，口干鼻燥，苔薄黄，脉浮数而滑，其辨证属风热犯肺的表证，风热犯肺的表证便属于证。

二、病、证、症的关系

如前所述,病、证、症三者各具不同的含义,但是,症是组成病和证的基本要素,要识病、辨证,又必须以症入手,因为“病”是由一组具有特征的症状(症)构成,证是从若干复杂症状(症)中,通过分析、归纳而得出,都涉及“症”,所以尚要阐明一下病、证与症的关系。症(包括症状和体征)是病或证在一定条件下人体某一解剖部位、某一功能方面的部分表现,可以认为病证是本质,而症则是现象(当然也包括假象在内),通过“症”的现象,可以探求病证的本质。还是以肺痈举例说明,由于“热壅血瘀,肉腐血败,成痈化脓”,是肺痈的基本病理,根据这一病理性质,决定了“咳吐腥臭脓血痰”的症状,就成为能反映肺痈本质的特征性症状,并通过这一症状能窥知肺痈病情顺和逆的转归,如咳吐脓血稀释而渐少,臭味减轻,是为顺证,预后良好;如咳吐脓血如败卤,滃臭异常,是为逆证,乃肺叶腐败之恶候。咳吐腥臭脓血痰,对肺痈病的确立起了决定性作用,所以是肺痈的主要见症(特征),即主症,而咳嗽、胸痛、发热相对来说,就是次要见症了。肺痈初期有许多见症,但其中恶寒这一症状因为能反映初期表证的本质,对表证的确立起决定作用,有恶寒,就可确定肺痈在初期表证阶段;如由恶寒发热转为时时振寒,继而壮热,则表示邪热从表入里,正邪交争,是为成痈期的证候;若见咳吐大量脓血痰,乃痈脓内溃外泄所致,是进入溃脓期的征象。由此可见,主症对辨证识病所起的重要作用。

此外,病与证之间也有着错综复杂的关系。证是疾病发展过程中,在致病因素以及其他有关诸因素的共同作用下,机体

所产生的临床综合表现。如感冒的发生，由于四时六气的不同，以及人体反应性的差异，故临床表现有风寒、风热两大类和暑湿兼夹之证。在病程中且可见寒与热的转化和错杂。如感受风寒，失于表散，可以化热；阴虚阳盛之体初感风寒，每易趋向化热。若感受风寒湿邪，则皮毛闭塞，邪郁于肺，肺气失宣；若感受风热暑燥之邪，则皮毛疏泄不畅，邪热上蒸，肺失清肃。因此，证既是疾病临床表现的概括，又是在一定程度上对疾病本质的部分反映。一个病的某一发展阶段可以只出现一个证，如肺痈初期只出现表证；一个病的某一发展阶段也可同时出现几个不同的证，如哮喘发作期，可以有寒哮与热哮的不同，缓解期，又可见到肺虚、脾虚、肾虚不同的证候。

病和证的关系，还表现在同一疾病可以出现不同的证，不同的疾病也可以出现相同的证，前者称“同病异证”，后者称“同证异病”，如感冒一病，因风寒袭表和风热上受的差异，而有风寒证与风热证的不同；同属风寒袭表，由于体质差异，又有表实证和表虚证的不同。再如哮喘和癃闭等不同的病，均可出现“肾阳虚弱”的相同证候。

三、辨病和辨证

病有相似，证有不同，疑似之处，应当详审。中医内科既要辨病，亦要辨证，可以这样理解，辨病是对疾病发生、发展全过程的纵向认识，有助于抓住贯穿于整个疾病过程中的基本病理变化（基本矛盾）；辨证是对疾病发生、发展过程中某一阶段的横断面认识，以便于找出发生于特定个体的某一疾病在其所处一定条件下的主要矛盾及其矛盾的主要方面。由此引伸，不难发现，就同一疾病而言，辨病是求其共性，而辨证是求

其个性；而对不同疾病来说，辨病则是求其个性，辨证反是求其共性。辨病与辨证是相辅相成的，在辨病的范围内辨证，在辨证的基础上辨病。临证如能交叉运用这种病证并辨的方法，无疑可从不同侧面更好地揭示疾病的本质。

内科病证，都各有自己的临床特点和病机变化，掌握不同病证的特点和病机，就有利于对各种不同病证的鉴别。如肺胀与哮喘，均以咳而上气、喘满为主症，有其相似之处，但肺胀是多种慢性肺系疾病日久积渐而成，临床尚伴有胸部膨满，胀闷如塞，心慌烦躁等症，病机为肺气胀满，不能敛降；哮喘是反复发作性的一个独立疾病，临床尚伴见喉中痰鸣有声的症状，基本病理变化为“伏痰”遇感引触，痰随气升，气因痰阻，相互搏结，壅塞气道。又如中风和痫证均可见突然昏仆，不省人事，但中风同时伴见口眼喎斜、半身不遂或语言不利，清醒后多有后遗症；痫证同时伴见四肢抽搐、口吐涎沫、两目上视，或口中发出猪羊样叫声，醒后一如常人。

由于辨病是对疾病全过程的了解，因此对治疗具有整体性的指导意义；而辨证是对疾病发展过程中不同阶段不同类型的辨析，以便为治疗确立具体的治法，辨证总是从属于病的基本矛盾，离开了辨病而辨证，治疗就缺乏针对性，疗效也不会满意，所以辨病在治疗疾病中具有纲领性的作用，它是辨证的基础。一般说来，任何一种疾病，无论其证候如何变化，但证候的性质、特征均可反映出该病的本质，治疗时兼顾其病，往往较不兼顾其病，疗效要高，即使采用“同病异治”、“异病同治”法则时，也是如此，如异病同证时，并不完全同治，而是同中有异，此异即异在对病的治疗上，如哮喘、癃闭在其病程中均会出现“肾阳虚弱”的证候，在用温补肾阳的共治法时，哮喘当兼顾纳气，癃闭当兼顾通利，这就是因病不同，而同

中有异了。同病异证,根据不同证候采用不同治法时,因证是同病之证,治疗也要异中有同,此同即同在对病的治疗上,如癃闭的治疗,根据证候不同,虽有清湿热、散瘀结、利气机、补脾肾诸法,但由于同属癃闭,病位在膀胱,应根据“腑以通为用”的治疗原则,着重于通利。

以前因限于历史条件,构成中医病和证的症状、体征,均为病人的主观感觉以及医者用感官(不用仪器设备)直接获得的资料,即通常所说的“望、闻、问、切”,因此辨病和辨证,还停留在宏观的唯象辨识,即所谓“因发知受”。近年来,随着科学技术的迅猛发展,中医诊察疾病的手段,已逐步改变“一个枕头、三个指头”的单一方式,各种实验室检查、放射线检查、超声波检查等均被采用,从而使中医对疾病的认识不断地深化。如石淋病的诊断,过去一定要见到小便排出砂石的症状,而现在即使临床没有这一症状,只要X线腹部平片有结石的征象,也可以确定。不仅如此,由于采取以细胞生物学、分子生物学等多学科、多途径的综合探索,传统的中医辨证也在不断地深化,从宏观的唯象辨证,向微观、微量的方向发展,为阐明“证”的实质,提供了许多新的物质基础和新的客观定量化指标。例如“瘀血证”就有血液流变学(包括全血粘度、血浆粘度、红细胞电泳、血小板凝集等)、活体微循环及生物化学(TXA₂与PGI₂平衡)等多项指标。北京医科大学中西医结合研究所发现虚寒证患者中儿茶酚胺及cAMP排出量降低,cGMP增高,导致cAMP/cGMP比值下降,说明虚寒证患者交感——肾上腺髓质系统的功能低下而导致副交感系统兴奋灶增高;热证患者,无论是实热证还是虚热证,其尿中儿茶酚胺及环核苷酸均增高,说明交感——肾上腺髓质功能活动增强是热证的共性。上海中医学院发现肾上腺皮质和肾上腺髓质的功能活动

在阴虚肝火旺者尿17羟排出量增加，阴虚心火旺者尿儿茶酚胺排出量增加，阴虚心肝火旺者两方面都有增加。上海医科大学中西医结合研究所对肾阳虚证的下丘脑——垂体——肾上腺皮质轴功能变化研究发现24小时尿中17羟皮质类固醇比正常低下，ACTH反应延迟，说明丘脑——垂体——肾上腺皮质轴反馈调节功能低下。以上这些客观指标，可以反映中医“证”的本质，但这些并不能代替疾病的诊断，因为辨证客观化、微观化还必须与辨病相结合，要病证合参，才能全面地认识疾病，从而正确地指导治疗。

（上海中医学院附属曙光医院 蔡 淦）

第二章 仲景学说在内科临床的应用摘要

近几年来,仲景学说的研究有很大发展,并且,从基础理论、文献考证为主的研究,逐步转为以临床研究为主。兹将仲景学说在内科临床的应用,分为两个部分,摘要叙述如下:

一、将张仲景的理法方药系统应用于某种疾病的辨证论治

(一) 流行性出血热

一般认为属于温热病证,大多按照温病学说辨治,只是在少尿期用《伤寒论》方桃核承气汤,这几乎已成常规。辽宁杨氏等运用《伤寒论》六经辨证治疗,取得较好疗效。他们认为:流行性出血热病人初起恶寒发热,关节痛,胸胁苦满,头晕目眩,口苦咽干等症,属太阳少阳并病,用柴胡桂枝汤(桂枝20g、黄芩15g、人参10g、甘草10g、半夏10g、白芍15g、柴胡25g、大枣6g、生姜15g)。若太阳之邪随经入腑,影响膀胱气化功能而成蓄水证,则用五苓散(猪苓30g、茯苓30g、泽泻25g、白术25g、桂枝10g)化气行水。若邪热深入下焦,与血相结于少腹,其人如

狂,皮肤见出血点、瘀斑,确属蓄血者,用桃核承气汤(桃仁25g、大黄20g、桂枝15g、甘草15g、芒硝15g,也有加水蛭5~10g)。若出现胸痛,气短不能平卧,面色晦暗,从心下至少腹硬满而痛,少尿、无尿,血压升高,属肺水肿者,可用大陷胸汤(大黄30g、芒硝15g、甘遂粉1g吞)。如邪从寒化,出现寒实结胸,可用桔梗白散(桔梗15g、贝母15g、巴豆霜0.5g,冲服),这种病例仅十分之一。大结胸证好转之后,可出现小结胸,症见心下按之痛,口干,厌食等,可用小陷胸汤(黄连10~15g、半夏15~30g、瓜蒌20~30g)。有的病人开始时即表现为手足不温,腹中痛,小便不利,血压低于13.33kPa,此为少阴热化之四逆散证,常用四逆散加附子(枳实15g、甘草15g、柴胡25g、白芍20g、附子10g)。如病情继续发展,出现手足逆冷之少阴寒化证,可用四逆汤温之。少尿或无尿者可用茯苓四逆汤(茯苓30g、人参15g、附子10g、干姜10g、甘草10g)。刘氏在上述伤寒六经辨治流行性出血热的基础上,通过对部份病例的实验室检查,凡确诊为DIC伴有肾功能不全的病例,服桃核承气汤,均获显效。从而推测这种证候属于蓄血。

(二) 急性重度黄疸型甲型肝炎等

上海市传染病院收治急性重度黄疸型甲型肝炎368例,其中四分之三辨证为湿热黄疸,属《伤寒论》阳明病范畴。用茵栀黄注射液(基本上为茵陈蒿汤)为主要疗法,其效果显著优于西药组。上海龙华医院治疗2562例甲型肝炎中,属于阳明湿热,用茵陈蒿汤为基础方治疗,其疗效亦优于西药组及中成药与西药合用组。可见《伤寒论》黄疸的辨证用药至今仍有重要的临床指导意义。孟氏报道,在重症乙型肝炎出血时,症见少腹满,或腹不满而病人自言满,喜妄,如狂,大便色黑,脉沉结,舌质红,有瘀斑。可按蓄血证论治,用抵当汤原方(水蛭10g、虻