

供 中 医 类 专 业 用



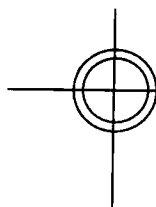
新世纪全国高等中医药院校创新教材

XIN SHI JI QUAN GUO GAO DENG ZHONG YI YAO YUAN XIAO
CHUANG XIN JIAO CAI

辨证论治情景模拟培训教程

主 编 陈 钢

中国中医药出版社



新世纪全国高等中医药院校创新教材

辨证论治情景模拟培训教程

(供中医类专业用)

主 编 陈 钢

副主编 翟慕东 张琦 冯全生

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

辨证论治情景模拟培训教程/陈钢主编. —北京: 中国中医药出版社, 2009. 7
新世纪全国高等中医药院校创新教材
ISBN 978 - 7 - 80231 - 624 - 9

I. 辨… II. 陈… III. 辨证论治 - 中医学院 - 教材 IV. R241

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 102095 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京燕鑫印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 850 × 1168 1/16 印张 24.5 字数 530 千字
2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 624 - 9

*

定价 32.00 元
网址 www.cptcm.com

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 010 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

新世纪全国高等中医药院校创新教材

《辨证论治情景模拟培训教程》

编委会

主 编 陈 钢

副主编 翟慕东 张琦 冯全生

编 委 (按姓氏笔画排序)

冯全生 成 玉 乔胃娟 江 泳

张 琦 陈仁旭 陈 钢 陈建杉

袁世清 徐珊珊 郭尹玲 翟慕东

学术秘书 江 泳 (兼)

编写说明

在成都中医药大学“秉承传统、崇尚创新、突出特色、强化优势、服务社会”办学思想的指导下，我们坚持“保持和突出中医特色、传承和创新中医理论、培养和造就中医人才”的中医教学工作方向，切实体现“强化基础、强化理论、强化实践能力、突出中医特色”的中医工作思路。为强化基础，使学生具有坚实的中医基础知识和基本技能；为强化理论、强化中医经典著作的学习，提高学生的理论水平，提高学生的智力和发展潜力；为强化实践能力，端正学生中医临床思维方式，加深学生对理论的理解和正确的应用，提高学生辨证论治水平，我们设计并实施了中医临床辨证论治情景培训方案。在前期试点试用的基础上，我们不断创新与改进，总结与提高，正式编写了本教材。

本教材既可作为中医专业学生进行辨证论治模拟训练之用，又可作为中医临床工作者掌握方证运用要点、提高中医临床能力和辨证论治水平之用，还可以作为中医专业学生学习中医经典著作之用。

本教材由陈钢教授总体策划，并撰写绪论。翟慕东教授负责《伤寒论》考核方证的总体编写策划、统稿工作；成玉负责《伤寒论》考核方证中白虎加人参汤方证、半夏泻心汤方证、大承气汤方证、桂枝汤方证、黄连阿胶汤方证、麻黄汤方证、五苓散方证和小青龙汤方证的撰写；徐珊珊负责《伤寒论》考核方证中大柴胡汤方证、大青龙汤方证、葛根汤方证、理中丸（汤）方证、苓桂术甘汤方证、乌梅丸方证、吴茱萸汤方证、小柴胡汤方证和小建中汤方证的撰写；张琦教授负责《金匱要略》考核方证中百合地黄汤方证、乌头汤方证、射干麻黄汤方证、奔豚汤方证的撰写；陈仁旭副教授负责《金匱要略》考核方证中麻黄加术汤方证、桂枝芍药知母汤方证、瓜蒌薤白半夏汤方证和大黄硝石汤方证的撰写；陈建杉副教授负责《金匱要略》考核方证中肾着汤方证、木防己汤方证和瓜蒌瞿麦丸方证的撰写；江泳讲师兼任学术秘书，协助主编进行全书统稿、校稿工作，并负责该培训教程的基本考核项目及《金匱要略》考核方证中防己黄芪汤方证、肾气丸方证、麦门冬汤方证、旋覆花汤方证、桂枝茯苓丸方证、温经汤方证和甘麦大枣汤方证的撰写；袁世清负责《金匱要略》考核方

证中甘草泻心汤方证、黄芪桂枝五物汤方证的撰写；冯全生教授负责《温病学》考核方证的总体策划、统稿，并负责银翘散方证、桂苓甘露饮方证、清营汤方证、新加香薷饮方证、藿朴夏苓汤方证（三仁汤方证）、甘露消毒丹方证和菖蒲郁金汤方证的撰写；郭尹玲负责《温病学》考核方证中青蒿鳖甲汤方证、蒿芩清胆汤方证、清燥救肺汤方证、翘荷汤方证和清瘟败毒饮方证的撰写；乔胃娟负责《温病学》考核方证中沙参麦冬汤方证、普济消毒饮方证、安宫牛黄丸方证、银翘散去豆豉，加细生地、丹皮、大青叶、倍玄参方证和达原饮方证的撰写。

本书在编写过程中得到有关专家、学校领导的指导，在此致以诚挚的感谢。同时，还要特别感谢我校张家礼教授、杨宇教授对本书的指导。尽管各位编写人员通力合作、殚精竭虑才完成此书，但本书为初次编写，不足之处在所难免，恳请各位同道和广大读者提出宝贵意见，以便再版时完善、修订。

编委会
2009年5月9日

目 录

绪 论	(1)
《伤寒论》方证辨证论治情景模拟培训教程	(12)
桂枝汤方证	(12)
麻黄汤方证	(18)
葛根汤方证	(24)
大青龙汤方证	(29)
小青龙汤方证	(34)
白虎加人参汤方证	(41)
苓桂术甘汤方证	(46)
小建中汤方证	(51)
五苓散方证	(56)
半夏泻心汤方证	(62)
大承气汤方证	(67)
吴茱萸汤方证	(73)
小柴胡汤方证	(78)
大柴胡汤方证	(83)
黄连阿胶汤方证	(88)
乌梅丸方证	(93)
理中丸(汤)方证	(98)
《金匮要略》方证辨证论治情景模拟培训教程	(104)
麻黄加术汤方证	(104)
百合地黄汤方证	(111)
甘草泻心汤方证	(119)
桂枝芍药知母汤方证	(128)
乌头汤方证	(137)
黄芪桂枝五物汤方证	(145)
肾气丸方证	(153)
麦门冬汤方证	(161)
射干麻黄汤方证	(170)
奔豚汤方证	(178)
瓜蒌薤白半夏汤方证	(187)
旋覆花汤方证	(197)
肾着汤方证	(206)

2 · 辨证论治情景模拟培训教程 ·

木防己汤方证	(215)
瓜蒌瞿麦丸方证	(225)
防己黄芪汤方证	(234)
大黄硝石汤方证	(244)
桂枝茯苓丸方证	(252)
甘麦大枣汤方证	(261)
温经汤方证	(269)
《温病学》方证辨证论治情景模拟培训教程	(280)
银翘散方证	(280)
银翘散去豆豉,加细生地、丹皮、大青叶、倍玄参方证	(286)
沙参麦冬汤方证	(293)
清营汤方证	(298)
新加香薷饮方证	(304)
桂苓甘露饮方证	(310)
安宫牛黄丸方证	(316)
藿朴夏苓汤方证(三仁汤方证)	(321)
达原饮方证	(327)
甘露消毒丹方证	(332)
菖蒲郁金汤方证	(339)
蒿芩清胆汤方证	(344)
清瘟败毒饮方证	(350)
翘荷汤方证	(356)
清燥救肺汤方证	(362)
普济消毒饮方证	(369)
青蒿鳖甲汤方证	(375)

绪 论

一、编写本教材的目的、意义

尽管许多中医教材和著作都非常明确地提出辨证论治是中医学的基本特点之一，但是现在却有较多的中医药院校学生在经过数年的院校学习后，仍然没有较好地掌握和正确、灵活地应用中医辨证论治的原则和方法，以至于毕业后不能很快进入中医临床医师的正常工作状态，其主要原因之一是学生对辨证论治的学习和训练不够。

中医临床思维，是中医学生运用中医药学理论和中医医疗实践经验去认识和处理疾病的思维活动和思想方法。建立和形成正确的中医临床思维是中医临床医生健康成长的关键。但是由于在中医临床诊治中有许多源自于实践经验需要认真而长期体悟的内容，所以在校期间进行中医临床思维的训练非常困难。怎样开展中医临床诊疗思维的训练，让中医学生能够尽快地建立和形成较为正确的中医临床思维，以达到中医临床医生的基本要求一直是中医教育工作者探索的课题。为了提高中医学生中医临床诊治能力，适应目前中医临床教育的现状，作为中医药院校教师，有责任根据中医学的特点，根据中医学的教育规律，根据中医学生的成才规律，积极思考和探索适合中医药院校教育和中医临床人才培养的教学方法，制定和实施各种切实、有效的培训方法，让中医学生在校学习期间较为熟练地掌握中医诊断和治疗的基本知识、基本技能和基本方法，以尽快适应中医临床医疗工作的需要。

辨证论治是中医学诊断和治疗疾病的基本原则和方法，甚至可以说“辨证论治是中医的临床操作系统”^{〔1〕}。所以，掌握辨证论治的方法和技能，就是掌握中医临床思维的方法和技能。而“《伤寒论》和《金匱要略》的基本精神就是辨证论治”^{〔2〕}。张志聪《侣山堂类辨·医学入门》说：“医学入门，当从《伤寒》始，先难其所难，而后易其所易。”所以本教材选择从《伤寒论》、《金匱要略》等书入手，以训练学生的辨证论治方法和技能。

在中医临床中，《伤寒论》、《金匱要略》和《温病学》的学术思想及其方剂是应用最多、最广的。方剂是理法方药最后的落足点。整个辨证论治的结果，都要落实到处方上。王绵之教授的《王绵之方剂学讲稿》说：“方剂的实质是融理、法、方、药为一炉，将理、法、方、药融会贯通起来。”“我们讲辨证论治，最后落实在一个‘治’上，而如果用药物治疗，就落实在‘方’上。”因此，我们采用《伤寒论》、《金匱要略》和《温病学》的主要方证作为中医临床思维、辨证论治方法和技能的培训内容。

学习和掌握《伤寒论》、《金匱要略》和《温病学》中有鲜明特色的主要的方证，特别

〔1〕 孟庆云. 论辨证论治. 山西中医, 2005, (2): 1

〔2〕 秦伯未. 中医“辨证论治”概说. 江苏中医药, 1957, 1: 3-4

是《伤寒论》的方证，能够建立和形成正统和正规的中医临床思维。陈修园在《伤寒论浅注补正·长沙方歌括·小引》中说：“大抵入手工夫，即以伊圣之方为据，有此病必用此方，用此方必用此药。其义精其法严，毫厘千里之判，无一不了然于心，而后从心变化而不穷。论中桂枝证、麻黄证、柴胡证、承气证等，以方明证。”指出学习中医，主要是要学习《伤寒论》等书中的各个方证。刘渡舟教授说：《伤寒论》“证以方名，方由证立，有一证必有一方，有是证必有是方，方证一体”^{〔1〕}。刘教授又说：“我认为，一部《伤寒论》经过归纳分析研究之后，极为清晰、极为醒目地突出了三个字，也就是证、治、辨而已矣。证与治是指方证，即《伤寒论》中的方证与治疗”^{〔2〕}。本教材帮助学生学习和掌握《伤寒论》、《金匱要略》和《温病学》中各类方证的诊断方法和鉴别要点，帮助学生学习和掌握张仲景等先贤的学术思想、用方用药特点、方药加减原则和煎服药方法等，帮助学生将“诊”与“治”相结合、“证”与“方”相连贯，把辨证与论治作为一个完整的过程进行训练，从而使学生逐步建立和形成正规、正统的中医临床思维。

本教材的基本培训方法是，首先营造一个中医门诊或病房的环境和氛围，再以中医教师模拟患者，以中医学生模拟“医生”，模拟中医临床诊治情景。患者围绕着《伤寒论》、《金匱要略》和《温病学》中有鲜明特色的某一方证进行叙述，“医生”以“问诊”为主，辅以“望”、“闻”、“切”诸诊，最后得出这一方证的诊断和治疗方案。

这是一种方证对应的训练方法。症、证、机、法、方、药等一线贯通，且方者法也，故通过方证对应的训练，可以让学生尽快地将辨证与论治紧密联系起来，可以让学生学会遵守证候的辨证诊断和用方用药等规则。

这是一种临床实训方法。学生不再面对教师已给出的现成的病证症状和体征，而是自己在模拟临床中亲自而主动地去采集，去分析，去判断，去取舍，而后作为一个“医生”的身份确立一个方证诊断与治疗的完整方案。

这是一种中医特有的教育教学方法。虽然现代医学有“模拟病人”（SP）的训练方法，但其与本教材实训方法不同，因为西医所强调的是诊法操作技能的规范化。中医尽管也强调诊法操作技能的规范化，如望舌和切脉等，但更强调辨证论治的思维过程和处方用药的结果。许多著名中医学家所走过的是临床不断实践、体悟和提升的习医之路。本教材将这一“名医之路”精简浓缩后纳入中医药院校教育中进行强化训练，以缩短中医学生的成才之路。

这种培训方式可以培养和训练学生的多种能力。如培训学生自主搜集疾病资料的能力，分析和取舍症状资料的能力，完成初诊的全部诊疗过程，包括处方、医嘱等，以养成医生在搜集病证过程中的良好态度和操作习惯，改正不良行医动作和习惯等。在这种培训方式中，问诊占有很大的比例。有的症状和辨证要点必须依赖问诊而得到，如果不问就得不到，就不能在辨证中起作用。如问小便的利与不利，是鉴别膀胱蓄水证和蓄血证的要点。患者对病状的表述常常不是专业术语，因此学生可以通过问诊训练，把病人关于自我感觉症状等口头语

〔1〕 刘渡舟. 使用经方的关键在于抓住主证. 北京中医学院学报, 1981, (4): 22

〔2〕 刘渡舟. 辨证论治的历史和方法. 北京中医药大学学报, 2000, (2): 1

言描述加以概括和联系,建立诸如痞、懊悵、奔豚气、心下支结等中医学概念。经过培训,可以培养和提高学生的语言表达能力、临证应变能力、待人接物能力、独立探索和思考的能力等等,也能让学生学会尊重病人,尊重病人家属;学会做人,建立起成为医生的自信心。

这种培训方式也能提高中医教师的教学水平。中医教师有两个重要的任务:一是通过模拟患者,帮助“模拟医生”的学生逐步建立和形成正确的中医辨证论治思维方式。二是正确评价和指导学生在“模拟医生”过程中的各方面表现。例如,学生的问诊是否合理;语言是否平易;询问的内容及态度是否能让患者及其家属接受;问诊内容是否有条理性等等。通过学生的问诊训练还可以了解训练者的思维情况。

二、辨证论治的过程及其原则与方法

辨证论治是中医学的基本特点之一,是中医学诊断和治疗疾病的基本原则。掌握辨证论治这一方法,是继承和发扬中医药学的一个非常重要的问题^[1]。

(一) 辨证论治是诊断与治疗的全过程

辨证论治是诊察、分析、处理疾病的诊断和治疗过程,它包括从诊察病证到处方医嘱的全过程。

《实用中医内科学》提出辨证论治的内容“一般可归纳为诊察、议病、辨性、定位、求因、明本、立法、选方、遣药、医嘱十个方面”。方药中教授将辨证论治的具体步骤分为“辨证论治七步”,后又浓缩、升华为辨证论治五步^[2]。归纳总结前人的见解可知,辨证论治是一个从诊断到治疗的全过程。

辨证论治过程,主要有三大步骤。

第一步是诊,包括搜集病证资料和分析病证资料。在这一阶段中,要求详尽地搜集病人有关症状和体征,对别人忽略没有在意的症状和体征都要详尽搜寻。获取资料要丰富、全面,这对疾病的诊断十分有益。症状的搜集要求门类齐全,而不贪求每一类的数量多,有支持诊断的证据就行。诊的过程,是一个不断探索的过程。一边搜寻,一边思考,仔细辨析,一边印证,再一边搜寻。要思考这个病证的病机是什么?可能会出现症状是否存在?如果目前没有出现这个症状,原因是什么?这就是《素问·至真要大论》的“有者求之,无者求之”的道理。

第二步是断。要求得到病机的判断。具体而言,要落实到以下几个点上:

第一是确定“因”。要寻求症状、体征发生的根本原因。第二是确定“位”。找出病证发生的部位。第三是确定“性”。寻求疾病的阴阳、虚实、气血、寒热等性质。第四是确定“量”。要作出有关邪气的多少、正气虚衰等判断。第五是确定“宜”。考虑天时、地理、人物、治疗、用药等等是否适宜。第六是确定“势”。推断疾病的发展趋势,作出向愈、向坏发展的推测。

第三步是治。又要分为以下几小步:

[1] 任应秋. 谈谈中医的“辨证论治”. 陕西新医药, 1976, (1): 35

[2] 刘成源, 罗红艳. 方药中教授辨证论治五步及其产生的理论基础. 中国中医基础医学杂志, 2000, 6 (6): 44

第一是立法。要确定先治什么，后治什么；主治什么，次治什么，分清轻重缓急。第二是处方。要求医者所开处方结构规矩，主次分明，配伍紧密等。第三是用药。所使用的药物，在药性、功能、兼治、药量、毒副作用、炮制加工、药剂、天时、地理、人事等方面是否适宜，治疗工具（针灸等）是否配合使用等。第四是医嘱，有关煎服药方法、食物宜忌、注意事项等等。

这是一个完整的诊与治的过程。辨证指导论治，论治检验辨证。

（二）辨证论治的原则与方法

辨证论治是运用中医学的理论和方以诊断疾病、治疗疾病的原则和方法。辨证论治的具体操作过程可从以下几方面着手。

1. 搜集症状

临床诊治从症状的搜集开始。

中医望、闻、问、切四诊，首先从望诊开始。病人一进入诊室，医生即实施望诊，如望其形神，望其面、舌等等，然后将其征象记在心中。

其次是病人（或家属）的主诉和病史叙述。然后医者根据病人主诉确立初始诊断的数个可能方案，并围绕初始诊断一一进行详细的询问和辨别。

在问诊时可能同时进行着闻诊，如闻声音、闻气味等。

再次是诊脉，用以进一步判断证候、病位、病性、病人体质等。

在搜集症状的过程中，同时也在进行着分析判断。一边搜集症状，如一边询问，一边切按，则一边思考，一边判断，一边取舍。特别是在疑难病证的诊治中，这一过程有时会反复进行多次。

搜集症状的时候应当谦虚、谨慎，一定要避免“先入”为主。《素问·脉要精微论》有训：“持脉有道，虚静为保。”

2. 参伍别类

《素问·脉要精微论》曰：“切脉动静，而视精明，察五色，观五脏有余不足，六腑强弱，形之盛衰，以此参伍，决死生之分。”《内经》提出的“参伍”之法，就是相参互证，意思是将有关舌脉症状加以对照比较，相参互证，从中得出有关事物本质属性认识结论的一种方法。张景岳说：“参伍之义，以三相较谓之参，以伍相类谓之伍。盖彼此反观，异同互证，而必欲搜其隐微之谓。”

《素问·示从容论》提出“别异比类”之法。时振声先生说：“别异比类，是指在比较中把握事物的同中之异和异中之同，也是中医学在辨证中要分析的内容。有比较才有鉴别，在临床上的第一症状与另一症状是同一病机产生的还是不同病机产生的；疾病中的某一症状与其他疾病中的同一症状的病机是否相同，如果病机相同的话，就认识到了异中之同；如果病机不同，则属于同中之异。一般现象之间的同异易于比较，而要认识内在本质上的同异则较为复杂^{〔1〕}。”

在辨证时要注意症状与症状之间的相关关系，如发热与恶寒并见，多为太阳；发热与恶

〔1〕 王国柱，裴瑞霞．时振声中医世家经验辑要．西安：陕西科学技术出版社，2004：143

寒交替出现，多为少阳病之发热；阳明病之发热，则为单发热不恶寒，而反恶热。要注意一个症状连带的病状。如心下痞满，若按之柔软不痛，便是痞证；若按之实硬而痛，则是结胸。再如蓄水证与蓄血证同属太阳腑证，但蓄水证有少腹胀满、小便不利、神志正常等证。蓄血证有少腹急结、或硬满疼痛、小便自利、神志失常等表现。其中，小便的利与不利是判断病在气分还是血分、是否影响膀胱气化的鉴别要点。又如《伤寒论》第56条说：“伤寒，不大便六七日，头痛有热者，与承气汤。其小便清者，知不在里，仍在表也，当须发汗。”不大便与头痛有热并见，表里难断。其“小便清”就是判定“知不在里”、“仍在表”的依据。

任何疾病都可能引起症状，而许多症状又是许多疾病所共有的。这是因为不同部位的病理都或多或少地影响相同的机体部分而造成。如《素问·大奇论》曰：“肝满、肾满、肺满，皆实，即为肿。”脉实、浮肿，是肝、肾、肺三脏邪气壅实共同的病证。如何作出病在肝、在肾、在肺之何脏的鉴别诊断呢？就要根据五脏的功能特性、经脉循行部位、病邪的性质等，辨析某些症状为某脏病证所特有，据此以诊断。正如张景岳所云说：“肝肾肺经，皆能为满。若其脉实，当为浮肿，而辨如下文也。”故《内经》指出可从各脏特有症状入手进行分辨：“肺之壅，喘而两胁满；肝之壅，两胁满，卧则惊，不得小便；肾之壅，脚下至少腹满，胫有大小，髀骨行大跛，易偏枯。”

将相关脉症归并为一类，有利于诊断。在归类时，一般将相同者归为一类，其中大同者分为大类，小同者分为小类，归为一类者即可根据这个相同点而做出诊断。如将恶寒、发热、头痛身痛、无汗、脉浮等脉症归为一类，即可做出外感风寒证或麻黄汤证的诊断。这种相关性归类的依据就是方证。

辨症状的疑似、真假、兼化等都可用参伍、别类之法。症状与症状间互相比对对照，求同察异，症状与症状不能相互支持者必有其原因。如山东中医药大学李克绍教授认为，外感发热，总离不开三阳。头痛、发热是三阳共有的症状，属太阳就当脉浮，属阳明就当脉大。如果脉不浮不大而弦细，排除了太阳和阳明，就理所当然地属少阳了。再如发热，在太阳病与阳明病均可见到，但两者的临床表现并不相同。一般而言，太阳病的发热以手扪之，初扪之觉灼手，但久按之反觉不甚；而阳明病发热为里热炽盛，蒸腾于外，故发热重而深，呈蒸蒸发热，以手扪之，初扪之即觉灼手，久按之则尤甚。刘完素提出的“症状兼化”，如有风热则燥兼化等都需好好审察和思考，这就是所谓“辨证”的意义。如果病人的脉症不能与同类，就要分析这一脉症发生的原因，是否别有隐情？是否是假象？

医者在辨析所收集到的舌脉症状后，会得出初始诊断；然后以该诊断作为演绎出发点，返回去再进一步印证病人出现的症状，看是否都能够得到解释和证明。如果发现其中有某个症状或舌脉象不与众多症状所反映的诊断结果相吻合，不能得到相应的解释和证明，那么就需要再度详细斟酌与辨析，是取还是舍？舍是很容易的，但有时候这个脉症恰好反映出了该病证的真相，结果有可能推翻原有的病证诊断，也有可能原有诊断上增加了新的诊断等等。古人有“独处藏奸”之说。张介宾在《景岳全书·独论》中说：“部位之独者，谓诸部无恙，惟此稍乖，乖处藏奸，此其独也。”其他部位表现均正常，惟有某部位独独显示出症状和体征，这反映其中可能潜藏病机。众多脉症均反映一致的病机，惟有一处脉症与众脉症

不相吻合，这显示出该病证中可能还另有隐情，这也正是该病证治疗的关键点和症结处。《伤寒论》第29条说：“伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，反与桂枝汤，欲攻其表，此误也。”柯琴的《伤寒论注》说：“独处藏奸，惟仲景独能看破。”“桂枝证以自汗出为提纲。然除头痛发热、恶寒恶风及鼻鸣干呕外，有一件不合桂枝者，即不得以自汗出为主张矣。此条中脚挛急一件不合桂枝证，便当于其不合处推求。”又如《重订通俗伤寒论》徐荣斋按：“虚中夹实，虽通体皆现虚象，一二处独见实证，则实证反为吃紧。实中夹虚，虽通体皆现实象，一二处独见虚证，则虚证反为吃紧。景岳所谓独处藏奸是也。医必操独见以治之。”

在归类时，对病人舌象、脉象、症状、体征的诊察、辨别、分析和归类等，均在进一步地辨析取舍之间。

3. 辨析病机

方药中先生在《辨证论治研究七讲》中指出：所谓辨证论治，其实质就是“如何进行病机分析的问题”。我们认为，辨析病机可以确定为以下几点：

(1) 辨病因。即辨别、分析、寻求所见病证发生或产生的原因。现存文献最早提出“辨证施治”之名的明末周子干说：“惟见一证而能求其证之所以然，则本可识矣。”（《慎斋遗书》）如此可见，“辨证”的目的就是要“求其证之所以然”，要审察和探求疾病证候发生的原因和机制。这些病证发生的原因，有历史的，也有当下的；有直接的，也有间接的。

在辨证论治中辨析的病因有两个含义，一是指在当前疾病状态下引发当下各种症状体征的原因。二是指引发当前病证的原始病因。在审察前者时，原始病因常常忽略不计。如曾是外受风寒的麻黄汤证，而当下是入里化热的白虎汤证，那么当下的病因是热而不是原来所感受的风寒。审察后者，能够帮助我们在治疗某些疑难病证时，结合其原始病因，采取综合治疗。

在病因辨析方面，有两种情况。一是审证求因，主要根据病人的症状体征，寻求引发这些症状的当前病因或原始病因。审察结果，以推测原因。首先要充分知道能引起这些结果的尽可能有的原因。例如，五更泄，通常知道是脾肾阳虚，但还会有肝、肺、瘀血等。如果不能事先都知道，那么，就应该以虚静为保，仔细分析该主症及兼症的病因，不要有先入为主的思想，尽量分析得出这些症状可能引发的原因。

二是审察分析病因的过去和现在。过去的病因是当前病因的因，当前病因是过去病因的果。清·张振均《痧喉正义·总论》说：“医必审病因，知来路也。”过去病因到当前病因可能已经发生变化，也可能仍然存在。审机就是要审察这些过去的和现在的病因，这可以体现在治疗中。若是七情所致病因，则虽然不在方药中体现治法，而可以在辅助措施中体现治法，如另加心理开导等。

(2) 察其位。在病机诊断中需要确定两个位，一是症状发生之部位，二是当前疾病本质所在的部位。首先审察症状表现的部位，审察症状和体征所在的部位，但这不是病机中的病位。病机中的病位是指脏腑经络气血，是当前疾病所在的部位，而且最终要落实到五脏上。前者容易被下工重视，后者才是应该着重把握的。可按《素问·脉要精微论》“知外者

终而始之，知内者按而纪之”的原则，审察病位。对病在胸腹者，可就部位而定脏腑；病在四肢、头面者，则按经络循行而定脏腑。

分析病位，一须知病邪之来路。如是因饮食从脾胃而来，抑或因七情从肝心等脏而来，抑或因外感从肺卫等而来等。依照《内经》“必先五胜”的思想方法寻求原始影响因素。如见到飧泄，病位一般而言属脾，但应分析其影响因素是否可能属肝。若是，则表明病位不仅在脾而且在肝。否则，在治疗上，仅以脾为治，则不能愈。这就是知来路。二须准确判定疾病所在位置，在气在血、在某脏某腑等，且不可有误，故《内经》有言：“定其血气，各守其乡”。张仲景有病在气分用五苓散和病在血分用抵挡汤的不同等。

(3) 定病性。在病机诊断中，要判定疾病性质属虚属实、属滞属逆等，要审察邪正阴阳、气血升降行止，以及相互关系。如察其是升不行还是降不得，是阳不能固阴还是阴不能维阳。

(4) 判断量。在病机诊断中，要判定病邪有多少、正气亏几分、患者体质的强弱等。

(5) 求适宜。即对当前疾病变化发展状态作出最适宜的概括。它包括对当前病变所在空间和时间的位臵及其发展趋势，对现实的具体的病人的年龄、性别、体质、生活经历、既往史、脏腑经络气血间的联系，以及发病时的天时、地理、人文、环境因素等多方面综合因素的适宜的概括。诊断和治疗要求寻求最佳时机，寻求最合适该病人、该病证的治疗方案等。这就是“宜”。

(6) 推其势。病机诊断要确定疾病发展的趋势、相关因素的影响、病邪去路的方向等，包括疾病的传变方向，以及治疗后邪气的出路等。

4. 确立治法

医者要根据自己的学识与经验，针对当前病证的病情轻重和复杂关系等确定治疗法则。确定先治什么，后治什么？是急攻还是缓图？例如对虚实夹杂者，是先扶正还是先祛邪？是扶正祛邪同施，还是只祛邪邪去而正安，还是只扶正正复而邪退等等。古代明医十分讲究立法。如《灵素节注类编·六经证》说：“仲景著论，要必先辨脉证，知其邪在何经何腑，或虚或实，随宜施治，立法最为精详，是故学者首当究心，奉为圭臬也。”读清·王乐亭治顾左案，可见王氏立法工夫：“此大虚极凶之恙，邪已陷入心包，气血两亏，不能鼓邪出表，势有脱绝之虞，药非寻常可挽，人工工夫，还宜循序渐进”（《王乐亭指要·时邪》）。

治病必给邪气以出路。虽然在历代古医书中记载了诸如牡蛎、附子、琥珀等数药有“杀邪”之说，但中医少有“杀灭邪气”之说，而主要提出的是“祛邪”之说。给邪气以出路，是中医治病的重要学术思想。正如《读医随笔·用药须使邪有出路》所云：“凡治病，总宜使邪有出路。”汗、吐、下是祛邪外出的重要三法。根据邪气之所在，或疾病病位的高、中、下，因势利导，分别采用或汗或下或吐之法，以祛邪外出。

在考虑邪之出路时，要分析邪之来路，使其成为邪气的去路。一般而言，邪气从哪里来，治疗时祛邪即从哪里去。《灵枢·五乱篇》云：“有道以来，有道以去，审知其道，是谓身宝。”张景岳《类经·五乱之刺》注：“大凡疾病之生，必有所自，是有道以来也。知其所自而径拔之，是有道以去也。能审其道，则自外而入者，自表而逐之；自内而生者，自里而除之。自上来者可越之，自下来者可竭之。自热来者不远寒，自寒来者不远热。自虚而

实者，先顾其虚，无实则已；自实而虚者，先去其实，无虚则已。皆来去之道也。俗云：来处来，去处去。此言虽浅，殊有深味，诚足为斯道之法。”《伤寒经解·阳明经全篇》说：“阳明病，脉迟、汗出多、微恶寒者，表未解也，可发汗，宜桂枝汤。注：阳明病脉迟者，太阳之邪，初传阳明，缓脉初变所以迟也。汗出恶风，太阳中风本症，因传阳明经，气燥实热，故汗出多而恶寒微也。太阳病恶寒，阳明病不应恶寒。今微恶寒，则太阳未全罢，故曰表未解也。初入阳明，则从来路以驱之外出，故仍用桂枝汤。”《伤寒经解·少阴经全篇》说：“少阴病，始得之，反发热脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。注：附子补少阴之真阳，阳回寒自解。细辛散少阴之寒邪，邪去热自除。太阳者，少阴寒邪之来路。用麻黄者，从其来路而发之也。”

还有一种情况，即改邪归正，这也是祛除邪气之法，也是给邪气以出路。邪气与正气之间，并无不可逾越的鸿沟，而是存在着可以相互转化的关系。处在正常情况下的脏腑经络形身、精气津液血等物质和功能，称为正气。因外感内伤等多种原因，引起脏腑精气血津液等物质和功能不正常，导致精闭、气逆、气滞、血瘀、津停、湿阻等，即为邪气，这些都是由人体正气转变而成的。正如盛寅在《医经秘旨·食养尽之母使过之伤其正也》中说：“要知邪气即吾身中之正气，治则为正气，不治则为邪气。”如《素问·举痛论》云：“思则神有所归，虚有所定，正气留而不行，故气结也”。正气一旦因思虑过度而留滞，便成为邪气。王履《医经溯洄集·伤寒三阴病或寒或热辨》曰：“寒邪之在太阳也，寒郁其阳，阳不畅而成热，阳虽人身之正气，既郁则为邪矣。”气之正常时，能行、能化、能摄精血津液等。一旦气滞，则不仅气滞本身为病，而且还能致使津滞为痰、血滞为瘀、食滞为积等。根据正邪可以相互转化之理，既然正气可以转变为邪气，那么邪气也应该可以转变为正气。治疗所采用的祛邪之法，虽言邪去而正复，但实际上仍应归属于拨乱反正、纠偏复正、改邪归正之类。如瘀血阻滞为邪，当活血化瘀使血液流通以复正。气逆为邪，当降逆以复正。痰由津液而生，当调整津液运行、化痰以复正。故仲景《金匱要略》曰：“病痰饮者，当以温药以和之。”如此等等。

不同的邪气有不同的祛法。如热邪，以清为主，即所谓清热。但在清热时要注意：一是热者寒之，一般都采用寒凉药以清除热邪。但在使用寒凉药时应注意恰到好处，不可寒凉太过，应寒而勿凝，也不可寒凉冰覆，否则会致身体正气招损，导致死灰复燃。二是在清热的基础上，应根据不同情况，分别加用不同的药物，以导热外出。我校陈潮祖教授有论：“导热外出，其路有三。体表之热，清中寓散。葱豉白虎汤用葱豉疏表泄邪、清营汤以银翘转气、羚角钩藤汤用桑菊疏散风热都寓此意；湿热为患，清必兼利。借助渗湿之品从前阴而出，导赤散之木通，龙胆泻肝之木通、泽泻、车前皆是；脏腑实热，清中寓泻。大柴胡汤、茵陈蒿汤、凉膈散、泻心汤等之用大黄，皆有导热下行之意^{〔1〕}。”

对两种以上交结的邪气，治疗一般都采用双管齐下、齐头并进的方法。如对痰、瘀、毒交结的治疗，要注重痰、瘀、毒三者并治，但其中也要分清孰轻孰重，孰先孰后，寻因求本，抓主要矛盾。在外感热病、因毒致痰瘀夹杂者，多以解毒为主，佐以祛瘀化痰。如

〔1〕 陈潮祖. 中医治法与方剂（第4版）. 北京：人民卫生出版社，2004：69

《温热经纬》的神犀丹，主治温病暑热火毒极盛、燔灼血分、内陷心包、风动痰生之候，方用金银花、连翘、板蓝根、黄芩等清热解毒；犀角、生地黄、紫草、玄参凉血祛瘀解毒；石膏蒲化痰开窍。

对两种病邪交混者，施治起来较单一邪气更为棘手，病邪不容易清除，有时可以采用分离邪气之法，将交结的合邪分开，逐一祛除。如湿热病邪，热处湿中，湿中蕴热，相互搏结，吴鞠通形容其“如油入面”，难解难分。所以对湿热病邪相互裹结者，分离湿热极为重要。叶天士《温热论》主张：“或透湿于热外，或渗湿于热下，不与热相搏，势必孤矣。”薛生白《湿热病篇》亦说：“热得湿而愈炽，湿得热而愈横，湿热两分，其病轻而缓；湿热两合，其病重而速”。湿热分离之法，叶氏采取“渗湿于热下”，使湿邪从小便下泄。

5. 处方用药

处方用药是辨证论治的具体体现，反映了医者对病证诊断结果以及治疗思路的认识，也展现了其学术思想、用药习惯和药物用量特点等。

我们在进行《伤寒论》、《金匱要略》和《温病学》主要方证的培训时，也同时在学习古代明医处方用药的学术精华。如吴鞠通《温病条辨·杂说》谓：“治上焦如羽，非轻不举。”这是上焦温病的治疗原则和用药规范。“温邪上受，首先犯肺”，温热邪气，从口鼻始入，病在肺卫，属上焦。所以用银翘散治之，一则选药轻清，恰达上焦病位。方中选用花、壳、叶等气轻味薄之品，轻清上达。宣肺以散上受之风，透卫以清在表之热。二则用量微小，勿过病位。吴鞠通说：“盖肺在最高，药过重则过病所”。三则煎药时短，勿犯中下。“鲜苇根煎，香气大出，即取服，勿过煮”，乃因“肺药取轻清，过煎则味厚而入中焦矣”。

病证不同，药物的用量应该不同；不同的药物用量，所治疗的病证也会有所不同。如小承气汤与厚朴三物汤，两方都由大黄、厚朴、枳实三药组成。但小承气汤用大黄四两为君，厚朴二两，枳实三枚，主治阳明腑实之轻症，以轻下热结。厚朴三物汤用厚朴八两为君，枳实五枚，大黄四两，主治腹满而痛，大便秘结，以下气通便。

6. 医嘱

在医嘱中，医者可进一步说明所处方药的煎煮时间、用水要求、服药方法、服药时间和服药剂量，是否更换汤剂、丸剂或膏剂，药后调养及辅助法，服药禁忌、注意事项等。如仲景用五苓散，嘱“多饮暖水，汗出愈”。服乌梅丸，嘱“禁生冷滑臭等食”。服白术附子汤后，嘱其反应可有“一服觉身痹，半日许再服，三服都尽，其人如冒状，勿怪，即是术、附并走皮中，逐水气，未得除故也。”

三、本教材的使用方法

（一）基本要求

（1）条件：按有关标准和要求，设置和建立模拟中医门诊或模拟中医病房。病房适合于训练学生对急重症患者的中医诊治技能。

（2）氛围：营造在正规医院里中医门诊或中医病房进行中医诊疗活动的氛围。

（3）患者：由教师或有中医临床经验的研究生，经过培训后（掌握教材中各类方证的诊治要点，以及考评要点等），模拟扮演病人。