

中医成教辅导资料

第 二 期

(总第34期)

湖南中医学院成人教育部编

一九九一年十一月

“夜大” 91级中医班刘兴用等同学拾金不昧受表扬

“夜大” 91级中医班刘兴用、邓集镇、谭本平同学，今年10月2日下午因进城路过长沙市袁家岭文艺路口七路公共汽车站时，发现站台有一个提包被遗忘的失主带走，他们拾起发现包中计有人民币80.50元、饭票120斤、粮食划拨票250斤、学生证一本、衣服及书籍若干。即日刘兴用同学急失主之所急，按照学生证上的通讯地址写信告失主前来认领。

失主系长沙市中建五局中专校建16班余先权同学，该生收得信后，喜失而复得，感雷锋再现，欣然致书深表感谢。为此，1991年10月15日成教部决定给予刘兴用等三位同学通报表扬，并号召全体同学向他们学习拾金不昧的精神，树立社会主义的新风尚。

(成教部)

《中医成教辅导资料》

一九九一年第二期

(总第34期)

目 录

【中医基础辅导】

《伤寒论》止利十法·····	伍楚雄 (1)
《中医诊断学》复习思考题答案示范·····	刘巧宜 (3)
《中药学》自学指南习题解答(续三)·····	黄雪枚 (8)

【医古文基础辅导】

音韵(供夜大91级中医专业慈利班试用)·····	杨孝麒 (12)
--------------------------	----------

【中医临床辅导】

谈谈气虚发热·····	王志文 (21)
经方广用验案·····	伍楚雄 (22)
《中医内科学》试题病案浅析·····	姚 远 (26)
略论针灸手法·····	王泽涛 (27)
函授88级中医专业妇科试题析解·····	付培红 (30)
《中医儿科学》教学辅导资料(八)热厥·····	黄仁生 (33)

【课外博览之窗】

湖南省教委组织成教评估检查,认定我院成教办学水平跨进了优秀行列·····	编辑室 (32)
夜大91级中医班刘兴用等同学拾金不昧受表扬·····	成教办 (封三)

《伤寒论》 止利十法

伍楚雄

一 解表止利

“太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。”（《伤寒论》第32条）

本条证，既有太阳发热、恶寒、无汗、头痛、脉浮紧为主的表证，与此同时又兼有下利。下利为大肠传导太过，故属阳明。由于太阳表邪不解，内迫大肠，说明既非误治，亦非里虚。而是风寒所及。因此，只需解表。逆流挽舟，表解利自止。

葛根汤（葛根、麻黄、桂枝、芍药、炙草、生姜、大枣）主治。

二 分利止利

“伤寒服汤药，下利不止，心下痞鞭，服泻心汤已，复以他药下之，利不止，医以理中与之，利益甚。理中者，理中焦。此利在下焦，赤石脂禹余粮主之。复不止者，当利其小便。”（《伤寒论》第159条）

本条证，突出下利经久不愈。原本伤寒表证，但医者辨证不确，复用攻下之法，不仅伤及中焦，而且损及下焦，应当用收涩固脱的赤石脂禹余粮治之。假设下利仍不止，且又见小便不利明显，是水湿偏渗大肠所致，但当利其小便，增强机体膀胱气化功能，使水湿从小便出，胃肠则不再受其渍，则下利自止，称谓：“分利法”。宜五苓散主之（猪苓、泽泻、茯苓、桂枝、白术）

三 化饮止利

“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利……小青龙汤主之。”（《伤寒论》第40条）

“伤寒表不解，”说明太阳表实证仍在，恶寒、无汗、脉浮紧意在言外；“心下有水气”，是水饮停蓄在胃肠，随气上逆，可犯肺为咳、犯胃为干呕，亦可水饮下趋，走于大肠而为利。不难看出此属外寒内饮证，表里俱寒，病偏于里饮。治当发汗解表，温化水饮。饮化则水湿不走于肠间，下利自止。小青龙汤（麻黄、白芍、细辛、干姜、炙甘草、桂枝、五味子、半夏）主治。

四 通下止利

“下利，谵语者，有燥屎也，宜小承气汤。”（《伤寒论》第374条）

本条证下利与谵语并见，乃辨证关键处。

柯韵伯云：“便硬是谵语之根，”故知谵语由于阳明腑实，气机壅滞，热邪上扰所致。既有阳明腑实，又见下利，则为热结旁流之证。细究其因，一方面是肠道有实邪阻滞，另一方面，燥热在肠，逼津液从旁而下，故结者自结，下者自下。辨腑实下利之要，所下之物多稀粪黄绿色水殊臭，利后腹痛不减。宜通因通用法。通下腑实，其利自止，宜小承气汤（枳实、川朴、大黄）主治。

五 清热坚阴止利

“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也；喘而汗出者，葛根芩连汤主之。”（《伤寒论》第34条）

本条当分两段读：从“喘而汗出者”以下为一段，阐述表证误下后，病邪入里化热，即邪热伤肠下利证。治当清热坚阴止利，兼以透表，葛根黄芩黄连汤主之（葛根、黄芩、黄连、炙甘草）。

六 凉肝清热止利

“热利下重者，白头翁汤主之”，“下利，欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之。”（《伤寒论》第371、373条）

以上两条证，互为补充，都言厥阴热利证治。前条突出“下重”作为辨证要点，后条补述渴欲饮水，属里热无疑。“下重”，即腹中急迫欲下，而肛门坠重大便难出，“欲饮水者”，乃里热灼津所致。总为肝经湿热下迫大肠，气滞壅塞，秽恶物欲出而不得之病机，必有脓血便，腹痛、发热、口渴、舌红、苔黄省略。病位在肠道，病机与肝经有关，治当清热燥湿，凉肝解毒，白头翁汤主之（白头翁、黄柏、黄连、秦皮）。

七 清胆通腑止利

“太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡汤；呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈。”（《伤寒论》第103条）

本条有二个分段，前分段为少阳病理当和解，医反二、三下之，而柴胡证尚在，是证不变方亦不变。后分段以“呕不止”为线分，着重讨论少阳郁热兼阳明腑实证治，关键辨证句是“为未解也”三字，即寓意“往来寒热，胸胁苦满，心烦喜呕，嘿嘿不欲饮食”四大主证尚在，伴“心下急”，提示兼阳明腑实，浊热上干所致。治当和解少阳兼通下

腑实，大柴胡汤主之（柴胡、黄芩、半夏、芍药、大黄、枳实、生姜、大枣）。

八 疏肝解郁止利

“少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。”

（《伤寒论》第318条）

本条证虽以“少阴病”冠首，并非少阴病，实为厥阴肝气内郁，气机不调证。突出四肢厥逆，系肝郁气滞致阴阳之气不相顺接，阳气不达于四末所致。腹痛，泄利下重诸症，乃肝气郁结，木横侮土所致。故凡因肝郁致厥，伴有腹痛、泄利下重等症，治当求本，疏肝解郁，透达郁阳。不治下利，其利自止，四逆散主之（炙甘草、枳实、柴胡、白芍）。

九 清上、温中止利

“伤寒，医以丸药下之，身热不去，微烦者，栀子干姜汤主之。”（《伤寒论》第80条）

本条证为伤寒误下后，伤及脾胃，致中焦虚寒，同时。下后表邪乘机内陷，风寒入里化热，热邪留扰胸膈，形成上焦有热，中焦有寒之证。上焦有热“身热不去，微烦者”，中焦有寒，用干姜，由此推测，腹满痛胀，食少便溏，意在语言文字之外。治当清上温中，栀子干姜汤主之（栀子、干姜）。

此外，半夏泻心汤证、生姜泻心汤证、甘草泻心汤证、乌梅丸证、干姜黄芩黄连人参汤证等都系寒热错杂或胃热肠寒，或胸膈、心火胃肠有寒问题，寒热错杂于一机体则同，不再一一赘述之。

十 温阳散寒止利

（1）温脾阳以止利

“自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也，当温之，宜服四逆辈。”

本条主要言太阴病，脾阳虚弱，运化失职，寒湿内阻，水湿下趋腹泻。常可伴见“腹满而吐，食不下，时腹自痛”等证，治当温中散寒，健脾燥湿为主，理中丸或汤主之（人参、干姜、炙甘草、白术），本条不具体言明理中丸（汤），以示人灵活变化之机，量其轻重以为进退，言外之意是，仅属中焦虚寒下利，可与理中丸（汤），若寒湿较甚，脾病久归肾时，宜补火生土，四逆汤之类主

之。

【附】“太阳病，外证未除，而数下之，遂协热而利，利下不止，心下痞鞭，表里不解者，桂枝人参汤主之。”（《伤寒论》第163条）此证系脾胃虚寒兼表，属于温中阳而止下利范畴，区别在有表无表证。后者温中解表止利，桂枝人参汤主之。人参汤即理中汤，温中止利用理中汤，兼表证加桂枝，表里同治，以此为别。

（2）温肾阳以止利

“大汗，若大下利而厥冷者，四逆汤主之。”

（《伤寒论》第354条）

本条证突出大下利亡阳于内，大汗出阳亡于外，阳虚不达于四末则四肢厥冷。当有恶寒踡卧，面色苍白，脉微欲绝诸证可见。治当温肾回阳止利，四逆汤主之（炙甘草、干姜、生附子）。

【附】“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤……通脉四逆汤主之。”（《伤寒论》第317条）

“少阴病，下利，白通汤主之。”（《伤寒论》第314条）

“恶寒，脉微（细）而复利，利止亡血也，四逆加入参汤主之。”（《伤寒论》第385条）

“发汗，若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。”（《伤寒论》第69条）

“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕，不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。”（《伤寒论》第61条）

以上数条与四逆汤证大同小异，微殊在格阳于外，或戴阳于上，或阳亡兼液脱、或阳亡液脱烦躁、单纯亡阳烦躁，故不一一赘述之。

（3）温脾肾之阳止便脓血利

“少阴病，二三日或四五日，腹痛，小便不利，下利不止，便脓血者，桃花汤主之。”（《伤寒论》第307条）

本条证系脾肾阳衰，寒湿中阻，络脉不固，统摄无权，致大肠滑脱，辨证要点是脓血杂下，里急后重不明显，腹痛绵绵，喜温喜按，口淡不渴，脉沉弱而滑等。治当温脾补肾，固涩大肠，桃花汤主之（赤石脂、干姜、粳米）。

《中医诊断学》

复习思考题参考答案示范

刘巧宜

(注:习题题次及题目已载1991年第一期《中医成教辅导资料》第13—14页)

2答:中医诊断学在中医基础理论指导下,研究诊察疾病,辨别证候的一门学科,为临床各科的基础。要正确地认识疾病,首先要注意三大原则。

一是整体察病(即审察内外)

人是一个有机的整体,通过经络沟通内外。身体一旦发生疾病,局部的可以影响全身,全身的也可以显现在某一局部;内部可以牵连及外,外部的也可以内传入里。故在诊察疾病时,首先要把疾病看成是患者的整体病变,既要审察其外,又要审察其内;同时还要把患者与自然环境结合起来,加以审察,全面进行分析,才能作出正确的诊断。

二是四诊并用(即四诊合参)

既然诊断疾病要在整体察病的原则下进行全面的观察和了解。要想达到这一目的,必须四诊并用。即望、闻、问、切四者俱备,才能见病知源。而四诊并用,并不等于面面俱到,在临证时,应根据具体情况,抓住主要矛盾有所侧重,做到有目的地收集临床资料。

三是从病辨证

中医对一个疾病的诊断,包括病名诊断和证候辨别两个部分,即既要辨病又要辨证;也就是说,在辨病的基础上进行辨证,只有这样才能作出正确的治疗。如治疗感冒病,必须辨别它是属风寒表证,还是属风热表证,只有这样才能立法处方。

3答:问诊的内容涉及范围很广,明代医家张景岳总结出“十问歌”。现在临床上一般把问诊分为:(一)一般项目、(二)主诉、(三)现病史、(四)既往史、(五)个人生活史、(六)家族史。

主诉:是病人就诊时陈述的最主要的症状、体征和持续时间。如恶寒、发热已三天。

现病史包括以下内容:

①起病情况:准确记录起病的时间、尽可能追问发病的原因,最初症状、性质、部位及其处理情

况。

②病情演变:按时间顺序记录病情的发展、变化过程。

③诊治经过:即作过何种检查,结论如何,是否作出了诊断,经过何种治疗及治疗药物名称,剂量、疗程和效果等。

④问现在症:它是问诊的主要内容,如问寒热、问汗……等等,将另作专题讨论。

4答:意义如下:

①明确疾病的重点,针对性强。

②为早期诊断疾病提供可靠的依据。

③为收集病情资料的主要方法。

④了解病人的思想动态,更好地发挥病友战胜疾病的主观能动性。

在问现在症时,可以从下面几方面加以询问。

①抓住主症的特征,问深问透。

如头痛、即要询问头痛的部位、性质、程度、原因或诱因、症状加重或缓解的条件等。

②伴随症状(兼证)要进行询问。

如腰痛伴尿频、尿急、尿痛者,病在膀胱;腰痛伴尿频而清长,夜尿多,病在肾。

③上辨证出发问全身其他情况。

因为疾病的病理反映往往不是孤立的,只有综合全身情况,才能正确地判断疾病的性质。如盗汗属阴虚证,若伴干咳少痰或痰中带血,属肺阴虚;伴心悸、失眠、多梦、健忘,属心阴虚证;伴头晕、耳鸣、耳聋,属肾阴虚证。

5答:须从恶寒发热是否同时出现,恶寒发热的轻重,以及恶寒发热出现的时间等方面加以分辨。

恶寒发热同时出现(并见),病位在肌表。恶寒重发热轻,属风寒表证;发热重恶寒轻,属表热证;发热轻而恶风,属伤风表证,亦称“中风”。

但寒不热,属寒证,但根据病程的长短,又有表、里、虚、实之分。外感病初期恶寒,属表实寒证;寒邪直中脏腑,亦见恶寒,属中寒(实属表里俱寒)。久病畏寒,属里虚寒证。

但热不寒,属里热证。根据发热的轻重,时间、特点等,说明不同的病性。壮热,属里实热证;日晡潮热,属肠胃燥热内结证(即阳明腑实证);夜间潮热,以身热不扬为特点者,属湿温发热;以五心烦热或骨蒸发热者,属阴虚发热;新病微热,多见于伤风,伤湿表证。长期微热,则属虚热证。

寒热往来无定时,属半表半里证;寒热往来有定时,属疟疾。

6答:《素问 阴阳别论》说:“阳加于阴,谓之汗”。吴鞠通在从温病条辨中说,“汗也者,合阳气阴精而出者也”。从而可知,汗是阳气蒸化津液,从腠理达于体表,而使人体微微汗出,从而维持体内环境的阴阳平衡。在病理情况下,汗出的机制不外乎邪气的侵扰(塞闭、风疏或热蒸)和正气亏虚(津液和阳气的失调,阳气虚弱致腠理开合失司)两方面。即阳邪太盛或素体阳虚,卫表不固,致津液外泄而出现多汗;寒邪外束,腠理闭塞,或津液亏虚,化源不足,或阳气虚弱,蒸化无力,均可致无汗或少汗。从上可知,阳气虚弱既可多汗,亦可少汗或无汗,这是辨证法在中医中的具体运用。

9答:问饮食有助于了解津液的盈亏,脾胃功能的强弱,以及辨别疾病的寒、热、虚、实等情况。

询问口渴情况应从有否口渴,饮水多少,喜热喜凉等几个方面着手。

总的来说,口渴喜冷饮,多属热证,示津液受伤;口不渴,多属寒证,湿证,示津液未伤。这是常理,因病情复杂,亦见下列特殊情况。

①渴喜热饮,饮量不多,为痰饮内停,或阳气虚弱所致。因痰饮内停,阻滞津液上潮于口;阳气虚弱,不能布津上潮,故口渴;又因津液未伤,故饮量不多。

②口渴饮水,水入即吐,示水饮内停。因内有水饮(胃内有水饮,或膀胱蓄水)阻滞津液上承布散,故口渴,但饮邪内停,不能容水,故饮后即吐。

③口渴不多饮,示湿热内蕴,或热入营血。因为热伤津液故口渴,又热蒸水湿,或蒸腾营阴上潮于口,故不多饮。

④口渴欲嗽水不欲咽,示瘀血内阻。因瘀血内阻,气机不利,不能布津上潮于口,故口渴;又因津液未伤,故欲嗽水不欲咽。

⑤大渴引饮,小便多,为消渴证(下消)。因肾阳衰微,气化功能失常,水津不能蒸腾上升,故口渴引饮自救。

11答:常见大便异常有以下几种情况:

①便秘:指大便秘结不通,排便困难,排便间隔时间延长,或几日一解,其病因各有不同。

若大便秘结,腹痛拒按,肛门灼热者,多为热伤津液,燥化太过,传导失职。

若大便秘结,燥如羊屎,几日不解无痛苦,多津液亏少,肠道失润所致。

若大便难解,伴见面色萎黄,唇舌淡等证,多因阴血亏虚,肠失濡润所致。

若腹胀痛,排便不爽,矢气多,多因肠道气机阻滞所致。

若大便难解,伴形寒肢冷,面白,舌淡而润者,属阳气虚弱,肠道传送无力之冷秘。

12答:五更泄,指黎明前腹痛作泄,泄后腹痛稍减,伴见形寒肢冷等症。又称黎明泄或鸡鸣泄。主要因肾阳虚所致,因肾阳虚,脾失温煦,脾阳亦虚,运化失常而泄;又因黎明前阳气初生(不振),阴寒极盛,胃关不固,故黎明前作泄。《景岳全书》云:“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便开合,肾脏所主,今肾中阳气不振,则命门火衰,而阴寒极盛之时,令人洞泄不止。

里急后重:腹痛窘迫,时时欲泄,肛门坠胀,排便不爽。多因湿热内阻,肠道气滞所致。

滑泄:大便不能自控,或大便泄出不知者称之。若见于久病体弱、或久泄不止、或年高者,多因肾阳虚衰,后阴失约;若新病滑泄,多因泄势急迫,而致大便失控,或神志昏迷,大便不能自控之危候。

完谷不化:指大便中夹有许多未消化的食物。多因肾阳虚,不能助脾腐熟水谷,或脾胃阳虚不能心谷消失所致。

13答:常见的小便异常如下:

①尿量的异常:小便清长,夜尿多,属肾阳虚,气化功能下降,水液不能蒸腾回流而下输膀胱所致;尿短赤,示热盛伤津,或汗、吐、下三法太过,致化源不足;尿少伴全身浮肿者,多因肺、脾、肾之脏功能失常,气化不利,致水液内停。

②尿次的异常:新病尿频、尿急、尿痛、尿血者,多属湿热下注的膀胱湿热证;久病或年老尿频、尿急量多而清者,多属肾阳虚,不能固摄水液所致。小便不畅,点滴而出,称癃;小便闭塞,点滴不出者,称闭,习惯合称癃闭。从临床角度来看,引起癃闭的原因有湿热下注膀胱、瘀血、结石内阻,致膀胱气化不利,属实证;亦有肾阳虚,气化功能下降,或肾阴虚,津液内亏,化源缺乏所致,属虚证。

③排尿感的异常:小便涩痛,属湿热下注的淋病;余沥不尽,多因年老肾气亏虚,以致下元不固;小便失禁,而神清者,属肾气虚,下元不固;小便失禁,而神昏者,示病危。

18答:望舌诊病的理论依据如下:

①舌通过经络与内脏相连

如手少阴心经之别，系舌本；足太阴脾经，连舌本散舌下；足厥阴肝经，络舌本；足少阴肾经，循喉咙夹舌本；足太阳之筋，结舌本；手少阳之筋，系舌本。因为经脉之间互为络属，故舌与脏腑有直接的联系。

②舌为心之苗

心主血，故舌的红润与心血的盛衰有密切的关系；又心主神志，故舌的运动受心神的支配。所以从舌色和舌态的变化可以了解心功能的盛衰。如舌质浅淡，属心血不足；舌质红，示心火上炎，或心阴虚，虚火上炎；舌色青紫或有瘀斑、瘀点，示心血瘀阻；舌强不语，属热扰心包，致心神不宁。故《辨舌指南》说：“心者生之本，……，开窍于舌，故舌为心之外候。”

③舌为脾胃、肺之外候

肺至气，脾胃为气血生化之源，舌质的变化，可以反映脏腑气血的盛衰。

如，舌色红润，示气血充盈；舌色浅淡，示气血不足。

④舌苔由胃气所生，从舌苔的变化可测知病邪的性质，病位的浅深，津液的盈亏，邪正的消长。故五脏六腑的变化，均可反映于舌。所以望舌能诊断疾病。

望舌包括以下主要内容：

舌质，有神、色、形、态的改变。而舌神有荣、枯之别；舌色，分淡红舌、淡白舌、红绛舌、青紫舌四种；舌形有苍老舌、胖嫩舌、瘦瘪舌、裂纹舌、芒刺舌、齿痕舌等形体的改变；舌态有痿软舌，强硬舌、震颤舌、歪斜舌、吐弄舌、短缩舌等运动状态的改变。

舌苔，有苔质和苔色的变化。苔质有厚、薄、润、燥、腐、腻，剥落，有限与无限等变化；苔色分白苔，黄苔，灰黑苔三种。

19答：淡白舌主虚寒证与虚证，其鉴别如下：

淡白舌的形成，主要是由于气血亏虚，血不荣舌，或阳气虚衰，运血无力，不能载血上荣于舌所致。

若舌淡白而瘦小者，多属气血亏虚，不能上荣于舌；舌淡白稍胖嫩，或有齿痕者，多因阳气虚衰，水湿内停所致。

21答：青紫舌，均由热毒炽盛或阴寒内盛或外伤，致气血运动不畅，瘀血凝滞所致。若舌绛紫而干者，多属热盛之证；若舌淡紫而润者，多属寒极之证。

22答：黑苔可与淡红舌，淡白舌，红绛舌同时

出现。淡红舌见黑苔，苔必湿润，称淡红舌，黑润苔，为寒证，阳虚之象；淡白舌见黑苔，苔必润滑，称淡白舌，黑润苔，为阳衰内寒，痰饮内停之征；红绛舌见黑苔，苔必燥，称红绛舌，黑干苔，示热极伤阴。

26答：独取寸口诊病的理论依据如下：

①寸口部为脉之大会，为脏腑诸气之通路。

《难经·一难》说：“十二经皆有动脉，独取寸口以决五脏六腑死生吉凶之法，何谓也？然：寸口者，脉之大会，手太阴之动脉也。……五脏六腑之所终始，故法取于寸口也。”由此可知，寸口脉是指手太阴肺经之脉，是肺经气血流经的地方。同时肺朝百脉，全身脏腑气血的运行都要流经肺而大会于寸口，故五脏六腑气血的盛衰，脏腑功能的强弱都可在寸口反映出来。

②肺脾同属太阴，有脉气相通，脾胃为气血生化之源。《素问·五脏别论》说，“胃者，水谷之海，六腑之大源也。五味入口，藏于胃以养五脏气，气口亦太阴也。”所以饮食物经过胃的受纳腐熟，在太阴脾的运化作用下，精微物质布散于全身，对全身组织器官起到滋养作用。肺经起于中焦，故肺经气血的盛衰，能够反映全身各脏腑组织气血的盛衰。

③肺主一身之气，关系到人体各脏腑器官的功能活动的强弱。

综上所述，独取寸口能够候脏腑的疾病。

27答：常见15种脉象特性和主病如下：

①浮脉的脉象特点是，轻手即得（举之有余），重按稍弱（按之不足），但不空虚。即脉位“浅”。

主病：主表证，浮而有力，为表实；浮而无力，为表虚。亦主里虚证，必浮大无根。

②沉脉的脉象特点是，轻取不应（举之不足），重按始得（按之有余），着骨有力。即脉位“深”。

主病：主里证，沉而有力，为里实证；沉而无力，为里虚证。

③迟脉的脉象特点是，一息不足四至，来去缓慢。即单位时间脉来“慢”。

主病：主寒证，迟而有力，为里实证；迟而无力，为里虚证。

④数脉的脉象特点是，一息五至以上，来去较快。即单位时间脉来“快”。

主病：主热证，数而有力，为实热证；数而无力，为虚热证。

⑤虚脉的脉象特点是，三部举之无力，按之空虚。即指下有空虚感（无力）。

主病：主虚证，（气血两虚）

⑥实脉的脉象是，三部举按均有力，即指下挺指有力。

主病：主实证

⑦滑脉的脉象是，往来流利，如珠走盘，应指圆滑。即指下有圆滑感。

主病：主痰饮，食滞、实热及胎妊。

⑧涩脉的脉象是，往来艰涩，如轻刀刮竹，参伍不调。即应指艰涩，似来非来，似止非止。

主病：主血少，伤精、血痹、反胃、亡阳。

⑨洪脉的脉象是，导下极大，来盛去衰，状若波涛汹涌。即浮、沉取均有力，且脉形大。

主病：主阳热后盛。

⑩紧脉的脉象是，脉来绷急有力，状若牵绳转索。即“弹跳大”。

主病：主寒证，痛证，宿食。

⑪弦脉的脉象是，端直以长，如按琴弦。即“硬度大”。

主病：主肝胆病，胸胁胀痛，疟疾。

⑫细脉的脉象是，脉细如线，应指明应，沉取乃不绝。即脉形小。

主病：主诸虚证，湿证。

⑬促脉的脉象是，脉来急数，时而一止，止后复还。即数而一止，止无定数。

主病：主阳热亢盛，痰饮，宿食。

⑭结脉的脉象是，脉来缓慢，时而一止，止后即还。即迟而一止，止无定数。

主病：阴盛气结、寒痰，瘀血。

⑮代脉的脉象是，脉来一止，良久复还。即止有定数，且歇止时间长。

主病：脏气衰微，风证，痛证。

29答：表证有起病急，病程短，病位浅，病势轻等特点；里证有起病慢，病程长，病位深，病势重等特点。

其鉴别要点为：①掌握表里证的特点。

②辨清恶寒与发热是否并见，若并见即为表证，若往来寒热，属半表半里证；若但寒不热，或但热不寒，属里证。

③审舌脉的变化，一般来说表证舌象无明显的变化，且脉浮；里证舌象多有明显的变化，且脉沉。

30答：真寒假热，是指内有真寒，外有假热的寒极似热的证候。其临床表现如下：

真寒——四肢厥冷，尿清、便溏、舌淡、苔白。

假热 { 面红——浮红时隐时现，不是满面通红。
口渴——喜热饮量少。
身热——反欲盖衣被。
脉大——无力

真热假寒，是指内有真热，外见假寒的热极似寒证。其临床表现如下：

真热——身热，烦渴，喜冷饮，口臭，咽干，小便短赤，大便秘结，舌红绛。

假寒 { 恶寒——不欲盖衣被。
肢厥——胸腹灼热。
大便下痢——臭秽或夹燥屎。
苔黑——干而不润。
脉沉——有力。

真寒假热，真热假寒，二者辨别如下：

口渴 { 真热——口渴喜冷饮量多。
真寒——口渴喜热饮量少。

欲盖衣被与否 { 真热——肢厥但胸腹灼热，不欲盖衣被。
真寒——身虽热，但欲盖衣被。

二便 { 真热——尿短赤，大便下痢臭秽或夹燥屎。
真寒——尿清，便溏。

舌苔 { 真热——苔黑而干。
真寒——苔黑而润。

脉象 { 真热——脉沉有力。
真寒——脉大无力。

32答：阴虚证和阳虚证的临床表现及证因分析如下：

阴虚证：形体消瘦，口燥咽干，是因阴精亏损，滋养和润泽作用减弱所致；头晕目眩，阴精亏损，头目失养所致；阴精亏损，心失所养，故心悸；阴精亏损，阴不制阳，虚热内扰，神不守舍，故失眠；阴精亏损，脉道失充，故脉细；舌红少津，五心烦热，颧红、盗汗，脉细数，均为一派阴虚火旺之征象。

阳虚证：神倦乏力，少气懒言，是因元气不足，推动作用减弱所致；踧卧嗜睡，畏寒肢冷，是因阳气不足，温煦作用减弱所致；口淡不渴，尿清，便溏，因阳虚寒从中生之故，渴喜热饮，因阳

虚，热能助阳所致；尿少肿胀，舌胖，均为阳气虚弱，水湿不运之征；舌淡，面白，为阳气虚弱，不能运血上荣于面所致；沉脉主里，迟脉主寒，无力主虚，故脉沉迟无力，为里虚寒证（阳气虚证）。

34答：气虚证，是指元气不足，脏腑组织机能减退所表现的证候。以神倦乏力，少气懒言，脉弱为主症，或有头晕目眩，自汗，舌淡等。

气陷证，是指气虚，无力升举，而仅下陷的病证。多见于气虚证的进一步发展，常发生在中焦，所以又称“中气下陷证”。以腹部坠胀，便意频数，久泄久痢，内脏下垂为主症，并见气虚证的表现（神倦乏力，少气懒言，脉弱。）。

35答：临床上常以肺、胃气上逆，肝气升发太过为多见。

因病位的不同，其临床表现亦异。

肺气上逆证，以咳嗽，喘息为主症。

胃气上逆证，以恶心，呕吐、嗳气、呃逆为主症。

肝气升发太过证，以头痛，眩晕，昏厥，甚则吐血为主症。

37答：血虚证是指血液亏虚，脏腑形体组织失养所表现的病证。

其临床表现以：

淡——面、脸、唇、爪、舌淡，或月经色淡，

晕——头晕；

细——脉细无力。

或兼心悸，失眠，妇女行经或闭经，肢麻等。

38答：气随血脱证，是指大出血时，引起气脱的证候。

其证候特点是：面色苍白，四肢厥冷，冷汗淋漓，气息微弱，脉微欲绝等一派气脱亡阳之证。

39答：心的病变主要反映在以下几方面：①心脏本身及主血脉的病变；②神志活动的异常；③舌体与面色的变化；④小便的异常等。

常见症有：心悸，心痛，脉细无力或结、代、促，心烦、失眠、多梦，健忘，甚则神昏，谵语，癫、狂，舌尖红赤，舌体糜烂，面红赤，舌紫暗，瘀斑或瘀点，面青紫，舌淡淡或胖嫩，面淡白或苍白，小便呈赤、涩、灼、痛。

41答：肺阴虚证与燥邪犯肺证，二者均有干咳少痰，或痰粘难咯，或痰中带血，口燥咽干等燥象，前者属久病伤阴，以五心烦热，午后潮热，颧红，盗汗，舌红少津，脉细数等阴虚火旺证为主，属内燥；后者属新病外感燥邪所致，以恶寒，发热，舌干苔薄白或薄黄，脉浮等表证为主，属外燥。

42答：脾病的病理特点是以脾气亏虚为基本证候，且脾阳虚、中气下陷和脾不统血，一般都是脾气的特殊形式。另一方面脾与湿的关系密切，脾虚则生湿，湿盛则必困阻脾阳，故二者之间存在着标本主次，因果转化的关系，因此脾的实证有寒湿困脾和湿热蕴脾两证。综上所述，脾病的病理特点可概括为“气虚为本，湿困为标。”

脾失健运主要有食少，腹胀，便溏，神倦，乏力，消瘦，或浮肿，肥胖，带下量多，舌淡苔白，脉缓弱等。

46答：肝火上炎证属肝病的实热证，由于火性上炎，故以头晕胀痛，面红目赤，口苦咽干，胁肋疼痛，急躁易怒，尿黄便秘，舌红苔黄，脉弦数等一派火热证为主，病程短，病势较急，而无阴虚证，故病情纯属实热证。

肝阳上亢证，系本虚标实之证，因阳亢于上，阴亏于下，故见头目胀痛，眩晕耳鸣，急躁易怒，面红目赤，腰膝酸软，头重脚轻，舌红，脉弦有力等上盛下虚证为主，病程长，病势较缓，有明显的阴虚证，故病情属上实下虚，虚实夹杂之证。

47答：肾气不固证，除有神倦，耳鸣，腰膝酸软，舌淡，脉弱等肾气虚证外，还有三不固症。精关不固，见滑精，早泄；冲任不固，见月经过多、或淋漓不尽，带下清稀而多，胎动易滑；二便不固，多尿、遗尿、余沥不尽、失禁，久泄、五更泄，大便失禁等。

49答：脾胃湿热证和肝胆湿热证，病因均为湿热，故二者均有满闷痞胀，身热不扬，渴不多饮，小便短赤，苔黄腻，脉滑数或濡数等湿热的共同表现。但由于病位不同，症状亦异。前者病位主要在脾胃，故以脘腹胀满，口腻纳呆，恶心呕吐，便溏不爽等运化机能紊乱为主症；后者病位主要在肝胆，故以胁肋胀痛，黄疸，口苦，胁下痞块，阴部湿疹，或睾丸肿痛，或带黄臭等肝失疏的症状为主。

57答：分析：

患者平日性情急躁，肝气易动，致肝火上炎，胸肋灼痛，咳嗽，知病位在肝、肺；情绪激动，疏泄太过，气血并走于上，故头晕，目赤，肝经火旺，故胸肋灼痛；肝经火旺，致胆气上逆，故口苦；肝经火旺，灼伤津液，故咽干，吐痰黄稠，大便稍干，小便短赤；肝火上炎，灼伤肺金，故咳嗽频作；肝火上炎，灼伤肺络，故咳血；肝失条达，横逆犯脾，致脾失健运，故纳少；舌红，苔黄，脉弦数，均为一派火热之征。综上所述，证属肝火犯肺证。

证名：肝火犯肺

《中药学》自学指南习题解答(续三)

黄雪枚

89. 止血药分几类? 各类性能特点是什么?

答: 止血药分四类: 一为收敛止血药, 药性敛涩而止血。出血无瘀或一时性暴出血者多用。二为凉血止血药, 药性寒凉, 凉血又止血。血热妄行之出血者每多选用。三为化瘀止血药, 有止血而不留瘀的特点。瘀血阻滞之血不归经、出血不止, 色不红活者每多选用。四为温经止血药, 有既散寒温经又止血之特点。虚寒出血每多选用。

90. 怎样正确评价止血药炒炭的问题?

答: 古人经验认为止血药经炮制成炭剂后, 能增强止血效果。故有“烧灰诸黑药皆能止血”、“红见黑则止”的说法。实际上这里强调了经炒炭后可以增强吸附、收敛止血的作用。然而实践证明了有些药物如侧柏叶、小蓟、蒲黄等制成炭剂后, 反而降低了止血效果。前人也有强调止血药要生用的说法, 如《妇人良方》治疗血热吐衄的四生丸, 就认为鲜用为好。因此止血药是否需要炒炭, 不必拘泥于旧说, 应根据具体情况, 以提高疗效为标准。

91. 白及主治何种出血? 外用有何特点?

答: 白及主治肺胃出血。外用有消肿生肌, 用于疮疡肿毒、手足皲裂、烫伤、肛裂等。

92. 凉血止血药与清热凉血药的功效有何联系与区别?

答: 凉血止血药与清热凉血药都是针对血分疾病而起作用的, 前者偏重于止血, 后者偏重于清热, 热入营血、血热妄行的出血, 两者同时配伍应用。才能收到满意的效果。

93. 三七、蒲黄、茜草三药均为常用的化瘀止血药, 其功能主治有何异同?

答: 三七、蒲黄、茜草, 均能化瘀止血, 同可治瘀血阻滞、血不归经的多种出血证。止血而不留瘀是本类药物的特点。但三七不仅止血力强, 化瘀力也强, 又善消肿定痛, 为止血化瘀疗伤的要药。除治各种出血证外, 还善治经闭、痛经、症瘕、血

瘀胸痹绞痛、跌打损伤瘀血肿痛及癰疽疮毒等证。蒲黄甘缓化瘀止血生用活血, 炒用止血。常用治心腹疼痛、产后瘀痛、痛经, 兼能利尿通淋, 治血淋尿涩作痛。茜草炒炭化瘀止血, 生用清热凉血活血, 又可治血瘀经闭、痛经、产后瘀阻腹痛等一切瘀血作痛之证, 为凉血化瘀止血之良药, 以血热有瘀或兼有出血者用之为佳。

94. 列出以下止血药的使用方法及宜忌。

答: 白及: 传统认为本品与乌头相反, 故不宜同用。三七: (1) 本品止血力强, 生用, 研末服即效, 无须炒炭。(2) 本品性温, 凡出血而见阴虚口干者, 须配滋阴凉血药同用。棕榈炭:

(1) 出血初起或兼瘀血证慎用。(2) 陈久者佳。蒲黄: (1) 因其为植物花粉, 质轻漂浮, 故入煎剂应包煎。(2) 生用、炒用均可止血, 且生用此药多效, 止血而兼化瘀。(3) 生蒲黄有收缩子宫作用, 故孕妇忌服。但可用于产后子宫收缩不良的出血。灶心土: 用量宜大, 一般为30~120克。并宜煎汤代水, 不宜与它药同煎。

95. 试述活血祛瘀药的概念、功能、适应证。

答: 凡以通利血脉、促进血行、消散瘀血为主要作用的药物, 称为活血祛瘀药, 简称活血药。其中活血祛瘀力较强药, 又称破血药。

活血祛瘀药善于走散, 具有通行血脉, 消散瘀血等功能。

本类药物适用于瘀血阻滞之胸腹刺痛、其心痛, 癰疽肿毒、症瘕痞块、月经不调、痛经、经闭、瘀阻出血以及跌打肿痛等都可选用本类药物。

96. 川芎“上行头目, 下行血海”怎样理解。

答: 此语出自《珍珠囊》。川芎能上行头目, 下行血海, 是说明本品的作用趋势有升浮与沉降双向性的特点。川芎辛温升散, 能上达头巅, 为治头痛要药。近年来, 川芎常用于冠心病、心绞痛及缺血性脑血管病, 也是取其辛温上行的性能。

川芎又能下行血海,实为本品的活血行气、舒肝而调经的功效,为妇科活血调经要药。适用于血瘀气滞、月经不调、经闭、痛经等证。常与香附、当归等同用。

97. 怎样理解牛膝“性善下行”的含义?

答:“下行”之含义大致可有以下几方面:

(1) 可引血下行。其一,使上充之血“下行”,从而减轻头部充血,如血气并走于上所致的头痛、眩晕,可用牛膝配磁石、钩藤等治疗;其二,使月经通畅,治气血瘀滞所致的痛经、经闭、经行不畅,产后胞衣不下等证,常配桃仁、红花、当归等同用。

(2) 可引药下行。宋丹溪曰:“牛膝能引诸药下行,筋骨痛在下者,宜加用之。”牛膝作为引药,能引导它药下行,治疗下半身疾患,如腰膝关节疼痛、屈伸不利,淋病尿血、尿道涩痛等症。

(3) 可引热下行。可用治血热妄行所致的吐血、衄血以及阴虚火旺的牙痛、口舌生疮等上部的火热证。属实热者,常配侧柏叶、白茅根、小蓟等;属虚火者,可配生地、麦冬、石膏、知母等养阴清热药。

牛膝“性善下行”,即指牛膝具有开池宣通,导邪下走及善治下部疾患的功效特点。凡中气下陷、脾虚泄泻、下元不固,滑遗失精、崩漏及孕妇均不宜用。

98. “一味丹参,功同四物”应如何理解。

答:《妇人明理论》谓“一味丹参,功同四物”此说意在一味丹参即有四物之功用。

四物汤是以补血调血为用的一首方剂,主治妇科病证。而丹参为苦寒之品,性主降泄,功善活血祛瘀,其所治病证,皆属血瘀不行所致诸证。显然二者功用不尽相同。当然,丹参就其功能可使积滞祛而新血生,藉以通为补,使邪祛正安这一点来说,确可起到调血的作用。但如言其功同,不免有些牵强附会。丹参虽有参之名而无参之用,且不能徒取“参”名,妄作补药之用。

99. 三棱、莪术均能破血行气、消积止痛,功效有何区别?

答:三棱、莪术均为走池之品,入血分而有较强的破血之功,又入气分而能行气消积止痛。二药相须为用,既善治血瘀气结所致的症瘕积聚、经闭、痛经及产后瘀阻腹痛,又可治食积气滞、胸腹胀痛。唯月经过多者及孕妇忌用。其中不同的是:破血之力三棱为大,行气之功莪术为优。

100. 红花、桃仁均能通经止痛,功用有何不

同?

答:红花、桃仁均有通经止痛,用治瘀血阻滞的经闭、痛经、产后恶露不下、瘀阻腹痛跌损等证。然红花辛散温通,优于散瘀止痛,用于寒凝血瘀,斑疹色暗。桃仁性平质润,兼能润肠、排脓、止咳,用于便秘、内痈、咳嗽。

101. 怀牛膝、川牛膝、土牛膝是否属同科植物?在临床应用上有何不同?

答:怀牛膝、川牛膝、土牛膝均属苋科植物。怀牛膝、川牛膝系栽培品,土牛膝系野生品。怀牛膝和川牛膝均有活血化瘀、引血下行、补肝肾、利尿通淋的作用。怀牛膝偏于补肝肾、强筋骨,多用于肝肾不足所引起的腰腿疼痛、软弱无力;川牛膝以活血祛瘀见长,多用于血滞经闭、痛经、月经不畅,产后瘀滞腹痛,胞衣不下及跌打损伤、瘀滞作痛等症;土牛膝以泻火解毒见长,无补益功效,主要用于咽喉肿痛、白喉等症。

102. 活血药为什么常与理气药配伍?

答:人体气血之间有密切的关系,气为阳,血为阴,阴阳相随,互为依存。血为气母,气存血中,气必须靠血的循环运载,才能充达肌肤,灌注脏腑、五官、百骸,流通无滞,血瘀则气滞。气为血帅,血液的循环有赖于气的推动,气行则血行,气滞则血瘀。临床上活血祛瘀药常与行气药配伍同用,其目的就是增强活血祛瘀的功能。

103. 试述补益药的概念及使用原则。

答:凡能补充人体物质,增强机能,以提高抗病能力,消除虚弱证候的药物,称为补虚药,又称补养药或补益药。

使用补益药的原则是:

(一) 有虚证才投补药,无虚弱征象者,不能施用。反之则生他病。

(二) 由于虚证种类很多,大致分为气虚、阳虚、血虚、阴虚四类,而补益药又相应地分为补气、补阳、补血、补阴四类,每类中各个药的功能又有差别。故使用补益药时应根据虚证的不同类型而选择相应的补益药。

(三) 人体的气血阴阳有着相互依存的关系,常常是气虚导致阳虚,阳虚多兼气虚,血虚导致阴虚,阴虚多兼血虚,气血双虚互见,甚至气血阴阳俱虚。这就要求我们使用补虚药时必须辨证选配两类以上的补益药同用。以达到较好的效果。

(四) 除选择配用本章药物外,还应根据病因病机及兼证的不同,再配伍其他章节中有关的药物,以加强疗效。

(五) 补虚药不适用于有实邪的病证, 因能留邪加重病情。一般病邪未尽不宜用补益药。若遇有实邪未除, 正气已虚的情况, 可在祛邪为主的同时, 加入适当的补益药, 以扶正祛邪。

(六) 补益药如使用不当, 往往有害而无害。要力求做到用药准确, 以免犯阴阳舛差之错误。如阴虚有热就不能用补阳药, 用之则伤阴助火。

(七) 在服用补益药时还当照顾脾胃, 注意保护胃气。

104. 理气、降气、破气、清气、补气、纳气各用于什么病症? 各举2个药名。

答: 理气, 用治气滞证, 如木香、枳壳; 降气, 用治气逆病证, 如苏子、代赭石; 破气, 用治气结病(气滞重)证, 如青皮、枳实; 清气, 用治气分实热证, 如石膏、知母; 补气, 用治气虚证, 如人参、黄芪; 纳气, 用治肺肾虚喘, 如冬虫夏草、蛤蚧。

105. 血分病有血热、血溢、血瘀、血虚, 各宜何法治疗? 各举2个药名。

答: 血热, 用清热凉血药, 如生地、丹皮; 血溢, 用止血药, 如三七、白及; 血瘀, 用活血祛瘀药, 如川芎、红花; 血虚, 用补血药, 如当归、熟地。

106. 试述使用人参的方法与宜忌。

答: 人参内服, 宜文火另煎, 单服或将参计兑入其他药汤内饮服。若研末吞服, 每次用量1~3克, 日2~3次。

人参虽为补气强壮之品, 若使用不当不但不能强壮人体, 反能害人。近年临床屡有因服人参不当而引起中毒的报道, 轻则引起烦躁、失眠、腹胀、纳呆、口干舌燥等, 重则引起精神错乱、高血压, 甚至诱发他病而死亡。大多是滥用或过用人参而引起。故临床使用人参当谨慎为是, 切不可乱投。欲服人参补身者, 也必须在有经验的懂中医的医生指导下进行, 切莫自作聪明, 乱服人参, 以免伤体误病。

为能正确运用人参, 使用时还必须注意:

(1) 实证、热证及正气不虚者忌服。(2) 反藜芦, 畏五灵脂。(3) 服人参不宜喝茶和吃白萝卜, 也不宜与莱菔子同用, 以免影响药力。(4) 服人参引起腹胀者, 急煎莱菔子汤可解。(5) 服人参, 防其助火, 可配生地、麦冬等凉润药; 防其碍气作胀, 可配陈皮、砂仁等理气药。

107. 白术与苍术均能燥湿健脾, 功用有何异同?

答: 白术与苍术均有燥湿健脾的作用, 用治脾虚湿盛。白术善能健脾益气。主治脾胃虚弱。兼固表止汗、利水、安胎, 用治表虚自汗、水肿、胎动不安。苍术善能燥湿健脾。主治湿浊困脾。兼能祛风湿、解表、明目, 用治风湿痹证、风寒表证及夜盲。

108. 生地与熟地均能滋阴, 功用有何区别?

答: 生地与熟地均能滋阴, 用治阴虚病证。生地苦甘寒, 长于清热凉血。主治热入营血及血热妄行。熟地甘温, 长于补血养阴。主治血虚及肝肾阴虚。

109. 南沙参与北沙参能润养肺胃, 功用有何区别?

答: 南沙参与北沙参均能润肺止咳, 养胃生津; 用治肺虚燥咳, 津伤口渴。南沙参清热化痰作用较佳; 北沙参养阴润燥生津力强。

110. 龟板、鳖甲均为动物甲壳。功能主治有何区别?

答: 龟板、鳖甲, 均味咸性寒而为动物的甲壳, 均具有滋阴降火、潜阳息风, 可治阴虚骨蒸、虚风眩晕。然, 龟板滋阴力强, 兼能益肾健骨, 用治肾虚骨痿。鳖甲清热力大, 兼能软坚散结, 用治症瘕、经闭、肝脾肿大等证。唯滋阴潜阳宜生用, 软坚散结宜醋炙用, 用当注意。又, 二药均应打碎先煎。

111. 阿胶的服用法有何特殊之处?

答: 阿胶为补血、止血要药, 用治血虚诸证, 多与党参、当归等药配伍。本品止血作用显著, 为多种出血证的常用之品。

本品为胶状物, 质地粘腻, 不宜与它药同煎, 入汤剂应烊化冲服。止血宜用蒲黄炒, 润肺宜用蛤粉炒。

因阿胶性滋腻, 凡脾胃虚弱, 消化不良及出血证, 内有瘀滞者, 均不宜用。

112. 黄芩、桑寄生、白术、砂仁、杜仲等药的安胎功效特点是什么?

答: 黄芩主在清热安胎, 桑寄生主在补肾养血安胎, 白术主在健脾益气安胎, 砂仁主在理气安胎, 杜仲主在补肝肾安胎。

113. 天冬、麦冬均为百合科植物, 功能主治有何异同?

答: 天冬、麦冬均为百合科植物块根, 均有润肺止咳、养阴生津、润肠通便之功, 同治肺虚燥咳、津伤口渴、津枯便秘。二者常须为用。然天冬甘苦大寒, 归肺肾经, 功在上、下二焦, 能润肺滋

阴,多用于肺肾阴虚之证。近又常以其治疗乳房肿瘤,对乳小叶增生疗效较好。唯滋腻性较大,用当注意。麦冬甘微寒,归心肺胃经,功在中、上二焦,能润肺益胃清心,多用于肺胃阴虚及心烦失眠。

114.试述收涩药概念、功能及适应证。

答:凡以收敛固涩为主要作用的药物,称为收涩药,又称固涩药。

本类药物大多性味酸涩,分别具有敛肺止咳、固精缩尿、止带、止血等功能,部分药物还兼有补虚、祛湿、温中等功能。适用于一切正虚无邪之滑脱不禁证。如:自汗、盗汗、久咳、虚喘、久泻、久痢、遗精、遗尿、尿频,以及崩带不止等证。有的药物还兼治肝肾亏虚、寒湿中阻、蛔虫腹痛等证。

115.怎样认识和应用收涩药?

答:收敛固涩药大多只有治标之效,而无固本之功。因而以收敛固涩药治病,也只是治病之标,为及时敛其耗散,防其因滑脱不禁而导致正气衰竭,变生他证。但引起滑脱证候的根本原因是正气虚弱,故临床应用时需与相应补益药配合应用,以其标本兼顾。如气虚自汗,阴虚盗汗,当分别与补气药、养阴药同用;脾肾虚弱所致的久泻、久痢及带下日久不愈,应与补益脾肾药同用等等。总之,当根据具体证候,寻求根本,选择配伍,才能增强疗效。

其次,在使用本类药物时还应注意下列情况:凡表邪未解,或内有湿滞,以及郁热未清,均不宜用。以免留邪变生他疾;虚极欲脱之证,亦非单用收敛药所能奏效,应以治其根本为宜。

116.收涩药与补益药的功用有何区别与联系?

答:收涩药与补益药都可治疗虚证。收涩药以收敛固涩为主,用治久病体虚、元气不固所致的各种滑脱证。补益药以补益虚损为主,用治各种虚证(气、血、阴、阳诸虚)。收涩药毕竟属于治标应急之品,不能从根本上消除导致脱证的原因,临床上常将补益药和收涩药同用,扶正固本,标本兼顾。

117.肉豆蔻与白豆蔻均能温中行气,功效有何不同?

答:肉豆蔻、白豆蔻均有温中行气的作用,用治脾胃寒湿、气滞所致之脘腹胀痛、呃逆呕吐或泄泻。然,肉豆蔻兼归大肠经,作用偏中下焦,为收涩中兼温燥之品,长于涩肠止泻,寒湿泄泻无问新久均可选用,尤以久泻兼寒或寒湿者用之为宜。白豆蔻芳香而兼归肺经,作用偏于中、上二焦,善理脾肺气滞,长于化湿止呕,以脾胃寒或气滞呕吐多用。

118.麻黄根、麻黄同出一物,功能主治相同吗?为什么?

答:麻黄根、麻黄,二药虽同出于一种植物,但由于药用部位不同而功能迥异。麻黄为地上草质茎。味辛微苦而性温,归肺与膀胱经。以发散为主,善开宣肺气而发汗、平喘、利尿。善治风寒表实无汗、肺气不宣的咳嗽,以及水肿兼有表证者。而麻黄根则为其地下根,味甘性平,归肺经。功专收涩,行于表分而止汗。治虚汗不止,内服外扑均效。临床应用切不可混淆。

119.试述外用药的概念、功能、适应证、用法及使用注意。

答:外用药是指常以外用为主的一部分药物。其分别具有解毒消肿、化腐排脓、生肌敛疮、杀虫止痒等功效,有的还兼有止血,或作内服。主要适用于痈疽疮疖、疥癣、外伤、蛇虫咬伤,以及痰喘、风湿顽痹、疟疾等。外用药的使用方法很多,主要有:膏贴、涂搽、熏洗、吹喉、滴鼻、点眼等。

本类药物大多具有不同程度的毒性,使用时应慎重。如外用,须经过配制后方可使用;可内服的药也宜制成丸散剂服。并均当注意控制用量,防止发生中毒。

120.试述硫黄、雄黄功用异同。

答:两药外用均有解毒杀虫作用,用治疥癣、湿疹、瘙痒。硫黄酸温有毒,外用兼有止痒之功,多用治疥癣、湿疹等皮肤瘙痒症;本品内服能补火壮阳,治疗肾阳不足、肾虚不能纳气之咳喘及肾阳虚衰之虚冷便秘。雄黄外用杀虫的同时兼有解毒作用,故多用治疮疡肿毒、疔肿等;本品内服可治多种肠道寄生虫病,且能燥湿祛痰、截疟、定惊,故可治寒性哮喘、疟疾、惊痫等。

音韵 (二)

(上接1988《函授夜大通讯》)

第三期、汉字 (一)

杨孝麒

音韵,是“小学”(文字、音韵、训诂)的三大基本内容之一。研究音韵学,有助于提高中医古籍的阅读水平,增强中医文献的科研能力。学习音韵专题,应认识音韵学的社会价值,理解它的基本内容,着重掌握声、韵、调的演变规律。

例字	音节	声母	韵 母			声 调	备 注
			头	腹	尾		
黄	huáng	h	u	a	ng	/	
帝	dì	d		i		\	
内	nèi	n		e	i	\	
经	jīng	j		i	ng	—	

从上表分析——

声母,一般由辅音担任。辅音,又称子音。发音时气流通过口腔要受到一定的阻碍,而受阻的肌肉,发音时呈现紧张状态。有的字无声母,称为零声母字。

韵母,又分韵头、韵腹、韵尾。韵头又称介音,常由i、u、ü元音担任;韵腹又称主要元音,常由a、o、e、i、u、ü元音担任;韵尾由n、ng及l、ü元音担任。所谓元音,又称母音。发音时气流通过口腔时不受阻碍,声带振动,发音响亮。一个音节中的韵母,并非都具有韵头、韵腹、韵尾。无韵头的称开口呼音节。有韵头i、u、ü或以i、u、ü作韵腹的音节,l称齐齿呼音节,u称合口呼音节,ü称撮口呼音节。

声调,分为平声、上声、去声、入声四个调类,惜无四声调值的读法。当代普通话的四个调类是:阴平,一,155,调值为高平调;阳平,/,135,调值为高升调;上声,√,214,调值为降升调;去声,\,151,调值为高降调;入声则消失

一、音韵学的研究对象

1.什么是音韵学?

音韵,是指汉语语音中的声、韵、调;音韵学,是研究汉语语音结构、古今音韵沿革、语音社会作用的学科;中医药音韵学,以音韵学原理为指导,研究中医药文献中关于音韵的结构、动能、变化等问题的学科。

四、五万年前,汉族祖先在共同劳动、共同生活的需要中,产生了语言。语音、词汇、语法是汉语言的三大要素。约六千年前,产生了汉字。汉字是记录汉语的符号系统,一个汉字通常代表语音上的一个音节。一个音节起头的音叫声母,除去声母以外的音素韵母,一个字音的高低升降长短快慢叫声调。如:

了。声调符号标在音节主要母音上。

2.音韵学有几大部类?

汉语音韵学,就其研究系统来说,分为三大部类。即:

(1)古音学。以秦汉时期的韵文来研究上古时期的声韵调系统。韵文,泛指押韵的文体,如《诗经》、《楚辞》等。从汉代刘熙的《释名》开始,首创“譬况假借,以证音字”说,南北朝沈重《毛诗音》的“叶韵”、“协句”说,宋代宋熹《诗经集法》的“协音”说,宋代吴棫《韵补》的“古韵九部”说,明代陈第《毛诗音韵考》的“时有古今,地有南北,字有更革,音有转移”说,对上古音韵的研究,各有建树。清代顾炎武的《音学五书》,更是集研究古音学之大成,将古音学的研究,推向了崭新的阶段。

(2)今音学。以隋唐时期的韵书来研究中古时期的声韵调系统。韵书,是按汉字声韵调系统编写的字典。最早的韵书是魏朝李登的《声类》和晋代吕静的《韵集》,均佚。现存最早的韵书是隋

代陆法言撰于隋仁寿元年(公元601年)的《切韵》，继之是唐代孙愐的《唐韵》，宋代陈彭年等的《大宋重修广韵》。它们均系研究中古音韵的典籍。

(3) 等韵学。以宋元明清时期的等韵学专著来研究汉语的音类、音值。等韵学是研究汉语发音原理、发音方法、音韵结构的学科。最古的等韵书，是宋时刊行的《韵镜》及宋代郑樵的《七音略》、司马光的《切韵指掌图》，元代有《四声等子》及刘鉴的《经史正音切韵指南》，明代有金尼阁的《西儒耳目资》、李汝珍的《音鉴》，清代有江永的《音学辨微》、潘耒的《类音》、劳乃宣的《等韵一得》等。各书各有侧重，由于研究了汉语的发音原理、方法及音韵结构，因而是音韵学三大部类中的重点之一。

3. 音韵的演变趋势是怎样的?

古今音异，讲变不辍，理其大势，计分五期。即：

(1) 周秦时之“古音”(公元前十一世纪至前三世纪)。古音，以韵文《诗经》、《楚辞》所记之音为最古，即上古音。清代学者段玉裁，“据《诗经》、《楚辞》之用韵，旁征《说文解字》之谐声，钩稽参证，反复推求，辑成《六书音均表》，假定部居，阐明通转，进而钩出上古音韵。

(2) 两汉时之“方言”(公元前二世纪至二世纪)。方言，指的是语言地方变体。两汉音韵，至为混淆。自战国以来，诸侯争霸，政出多门，言语异声，文字异形；秦併天下，虽欲“书同文”，然成效未睹；时人为文用韵，名掺土风，任情变易。故两汉音韵，至为混杂。扬雄《方言》，考八方之风雅，通九州之异音，循声辨字，寻其音变之源，训方言通语之异同。

(3) 魏晋南北朝时之“切音”(公元三世纪至六世纪)。切音者，反切、四声也。反切，比合二字，上字取声，下字取韵，以切一音。始创于汉，盛行于魏。魏朝李登的《声类》，收字一万一千五百二十字，以宫商角徵羽五声分类编排字表，用反切注音。四声，即平上去入是也。齐梁之际，周颙作《四声切韵》，沈约撰《四声谱》，定平上去入四声。然上三书均佚，可资参证者，唯六朝时之韵文、南梁顾野王之《玉篇》、唐代陆德明《经典释文》中之诸家反切。

(4) 隋唐宋时之“今音”(公元七世纪至十三世纪)今音，即中古音，当以韵书《切韵》为其标志。隋仁寿二年(公元601年)，陆法言等有感

古今音韵有别，称“吴楚则时伤轻浅，燕赵则多伤重浊，秦陇则去声为入，梁益则平声似去。”故广集今音，参考韵书，编定《切韵》，惜书残。继之者，唐代孙愐修《唐韵》、沙门守温制“三十六字母”，宋代陈彭年编《大宋重修广韵》、丁度重修《集韵》，故使今音列韵有则，次声有序。

(5) 元明清时之“官音”(公元十四世纪至十九世纪)。官音，旧指以北京话为基础的雅言，因官场通用，故称。元代冀都大都(北京)，周德清据关汉卿、马致远等人戏剧用韵，辑成《中原音韵》；明初乐韶凤等奉敕据此修撰《洪武正韵》，由元至清六百四十年，一直为官音之宗。政府凭之科举，文人以之制诗。

4. 什么是古今音变的基本规律?

古今音变，是指时代变迁、地域不同而产生的语音变化。

古今音变的基本规律，有——

声类：①上古时无轻唇音、舌上音；②上古时“娘”“日”二纽归“泥”纽；③上古时“喻”母隶于“定”母，“于”母隶于“匣”母。

韵类：①韵母的阴阳对转。指在一定条件下，阴声韵、阳声韵、入声韵的互部流转；②韵母的自相流转。指在一定条件下，阴声韵、阳声韵、入声韵各韵部之韵目，在各自韵部内自相流转。

调类：①中古时入声字消失，大部分变成了上声字；②中古时平声字分化成阴平、阳平；③中古时全浊上声字全部变成了去声。

二、音韵学的基本内容

(一) 声类——

5. 古代音韵中有多少声母?

音韵学中，古代称声母作纽、字母。纽、字母，是音节中声母的标目；用来充当纽和字母的字，仅是一类声音的符号。

(1) 上古音的声母，有：古音十九纽。即：

发 音 部 位	新 称	发 音 部 位 旧 称	十 九 纽 字
喉 音	喉 音	影 (喻、于)、晓、匣	
舌 根 音	牙 音	见、溪 (群)、疑	
舌 尖 中 音	舌 音	端 (知、照)、透 (彻、穿、审)、定 (澄、神、禅)、泥 (娘、日)、来	
舌 尖 前 音	齿 音	精 (庄)、清 (初)、从 (床)、心 (山、邪)	
双 唇 音	唇 音	帮 (非)、滂 (敷)、并 (奉)、明 (微)	

说明:

表示上古音韵里没有的声纽。

(1) 本表所列古音十九组,系依据清代黄侃《尔雅略说》所考定。

(2) 中古音的声母,有:

(2) 古音十九组中,用()号标明的,是

①三十六字母。即:

发音部位	发音部位	三十六字母			
		清音		浊音	
位新称	位旧称	全清(不送气)	次清(送气)	全浊(颤动)	次浊(鼻、边半元音)
双唇音	重唇音	帮b(塞)	滂p(塞)	并b(塞)	明m(鼻)
唇齿音	轻唇音	非f(擦)	敷f(擦)	奉r(擦)	微m(鼻)
舌尖音	舌头	端d(塞)	透t(塞)	定d(塞)	泥n(鼻)
	半舌				来l(边)
	舌上	知d(塞)	彻t(塞)	澄d(塞)	娘n(鼻)
舌面音	半齿				日n(鼻)
	正齿	照j(塞擦) 审x(擦)	穿q(塞擦)	床l(塞擦) 禅x(擦)	
舌尖前音	齿头	精z(塞擦) 擦s(心照)	清c(塞擦)	从z(塞擦) 邪s(擦)	
舌根音	牙音	见g(擦)	溪k(塞)	群g(塞)	疑ng(鼻)
半元音	喉音	晓h(擦)		匣h(擦)	喻y(半元)
零声母		影(o声母)			

说明:

(1) 中古三十六字母,据唐代守温和尚等选定。

(2) 发音方法,分清音浊音,送气与不送气,气流受阻与否(参见第6题)。

(3) 字母后的注音,系普通话拼音字母。

②《广韵》四十一声类。即:

发音部位	四十一声类
喉音	影喻为晓匣
牙音	见溪群疑
舌头音	端透定泥来

(接左下表)

舌上音	知彻澄娘日
	照穿神审禅
齿头音	精清从心邪
正齿音	庄初床疏
重唇音	望滂并明
轻唇音	非敷奉微

说明:《广韵》四十一声类,是清代陈澧在《切韵考》中,据反切的切语上字列出。

(3) 近古音声母,有: