

## 教学研究

# “十五”国家级规划教材 《中医内科学》中几个问题的商榷(二)

张怡 王飞 谭万初 王海松 李耀光 孙鸿辉 王宗勤 谢春光 王志坦  
(成都中医药大学, 四川 成都 610037)

关键词: 规划教材; 中医内科学; 探讨

我们在使用普通高等教育“十五”国家级规划教材《中医内科学》(简称新规划教材)过程中发现一些值得研究改进的问题, 对这些问题已经进行了一定的探讨, 为了在教学中能更准确地讲解《中医内科学》的相关内容, 有必要对一些问题进行进一步探讨。

### 一、鉴别诊断存在的问题

#### 1. 疾病的鉴别与辨证相混淆

疾病的鉴别诊断是不同疾病因某些临床表现相近或相同而需要进行鉴别, 而辨证是同一疾病的不同证候间的鉴别, 两者针对的对象不同, 应在不同标题下进行讲解, 但教材将其内容合二为一, 统归属于证证鉴别。

如咳嗽病的病证鉴别的1、2条分别为咳嗽特点的鉴别和咯痰特点的鉴别, 实际上该内容应当归属于辨证要点。在辨证要点中除辨外感内伤、辨虚实外, 当细辨咳嗽和咯痰的特点, 来充实外感与内伤及虚与实的具体内容, 这样的辨证要点具有实际的辨证价值, 使辨证要点不致于列为形式, 对咳嗽的各证候的掌握具有实际的指导意义。如风寒袭肺证, 是证辨证属外感及实证, 其咳嗽的特点为白天多于夜间, 咳声重着而急剧, 咯痰的特点为清稀色白量多, 这样便掌握了外感袭肺的主要临床特征。同样肺阴亏耗证, 其咳嗽的特点为多发于午后或黄昏, 干咳, 咳声短促, 或伴声嘶, 咯痰的特点为无痰或少痰而粘或痰中带血丝。可见证候的鉴别针对的是同一疾病, 对不同证候间的鉴别是为确定治法、选方用药服务的。而咳嗽与喘证的鉴别才是真正意义上的不同病证间的鉴别, 其层次高于证候的鉴别, 因此不能统归于病证鉴别。

同样心悸中的惊悸与怔忡、癫狂中的癫证与狂证(若将癫证与狂证分为两病则另当别论)、呕吐

中的呕吐物的鉴别、黄疸中的阳黄与阴黄、鼓胀中的气鼓与血鼓、疟疾中的寒疟温疟与瘧疾、水肿的阴水阳水、淋证的六种淋证等都是同一疾病的不同证候间的鉴别, 我们认为都应在辨证要点中进行详细辨别, 而不应当归于病证鉴别中。

#### 2. 与古代病证相鉴别

《中医内科学》所载62病证(包括10个附病)大多是临床上常见病和多发病, 同一系统或不同系统病证有时可能因临床表现的相似而产生混淆, 故需鉴别。但在进行不同病证之间的鉴别时, 应当是教材或相关教材上能出现的疾病, 这样才具有现实的临床意义。如果与一些教材中未出现的生癖病证鉴别, 则难使学生把握其鉴别要点。

##### (1) 心悸与奔豚、卑

奔豚病如教材所述见于《难经》, 其次还见于《伤寒杂病论》, 该病大约与现代医学肠功能紊乱相当, 其病的发生与情志因素关系密切, 临床上很难下此诊断, 常把这类病证归于郁病。卑在历代文献中记载更少, 根据《证治要诀》及教材所述是一种以神志异常为主的病证, 大约相当于抑郁症, 若严重者则可能属于精神分裂症, 现在临床上也多归于郁病, 或属于癫狂。上述两病证在当代中医临床工作中极少有人下此诊断, 与心悸关系也不大, 因此将心悸与这两病鉴别并无现实意义。

##### (2) 狂证与蓄血发狂

狂证是以精神亢奋, 狂躁不安, 喧扰不宁, 骂詈毁物, 动而多怒为特征的精神失常疾病。蓄血发狂则是伤寒热病, 瘀热交阻所致的发狂证, 根据其少腹硬满, 小便自利, 大便黑亮如漆的特征, 临床上大致相当于上消化道出血, 若能导致精神失常, 则常见于肝硬化门静脉高压所致的食管胃底静脉破裂出血或该病所致的胃粘膜出血, 进一步导致肝性

脑病。根据上述所言,其病当归于鼓胀。这类发狂属于继发性精神失常(脑病),而就其继发性的精神失常,除鼓胀外,还可见于多种病证,也可见于药物性精神失常,因此,建议改为狂证与其他发狂证相鉴别。

### (3) 痞满与结胸

痞满是以自觉心下痞塞,胸膈胀满,触之无形,按之柔软,压之无痛为特征,是胃脘的常见病。结胸证见于《伤寒论》,以心下至小腹硬满而痛,拒按为特征,分大结胸和小结胸,可见于胸腹部多种疾病,尤其以腹部急性疼痛最为常见,但在现代中医中却很难有此诊断。根据结胸以疼痛为主要特征,与痞满的压之无痛形成鲜明的对照,将它们作为互相鉴别病证,我们认为不太合适。

### (4) 便秘与肠结

两者都是大便不通。便秘仅仅是排便的周期延长,粪质干燥,排便不畅,多无疼痛。而肠结则是以腹痛为主,兼有大便不畅,常常还有压痛,反跳痛,和肌紧张,其病与外科病证中的便秘相当,更常见的是与腹痛相鉴别。

## 3. 前后矛盾

当对不同病证进行鉴别时,在疾病的概念上应当前后一致,这样才具有可比性,如果概念不统一,则容易出现前后矛盾的现象。如自汗盗汗与黄汗,在病证鉴别中将其作为两个不同的病证,而在其后的分证论治中,其邪热郁蒸证,又明确地将病证鉴别中的黄汗主要临床症状列出,给人的感觉是邪热郁蒸证就是黄汗,这样就前后矛盾了。同时,在病证中有说,黄汗可以为自汗盗汗中的邪热郁蒸型,但黄汗的汗出色黄的程度较重,这就更让人难以理解了,黄汗究竟是属于自汗盗汗?还是与自汗盗汗等同的病证?不清楚。如果黄汗归属于自汗盗汗则病证鉴别出现问题。

## 二、病证分类的临床意义

一个疾病有时可以分为几个不同的亚型,如癫狂分癫证与狂证,黄疸分阳黄与阴黄,疟疾分寒疟、温疟与瘴疟,水肿分阴水与阳水,淋证分热淋、气淋、石淋、血淋、膏淋和劳淋,血证的诸多类型等。这些分类有助于学生掌握这些疾病的不同特征,在临床上对辨证和治疗也具有指导意义。但有些分类却无实际的临床价值,如心悸分惊悸与怔忡,古代文献中确有将心悸人发为惊悸和怔忡的,如《丹溪心法》、《医学正传》,并对两者的病因病机、临床表现的区别与联系作了详尽的描述。但在现在的临床中,几乎没有人作如此的分类。教材在

证治分类中也没有惊悸与怔忡,在各个证候中也看不出哪些属于惊悸,哪些属于怔忡。因此我们认为心悸分惊悸与怔忡没有临床意义,也就没有分类的必要。

同样将鼓胀分为气鼓、水鼓与血鼓,临床意义也不大。鼓胀是多种慢性肝病迁延不愈发展而成,其病理因素不外乎气滞、血瘀、水湿,水液停蓄不去,腹部日益胀大成鼓。气、血、水三者虽各有侧重,但常相互为因,错杂同病。临床上气血水常常同时并见,或相互兼夹,治气要顾及水与血,利水要理气与活血,化瘀当行滞与消水,遣方用药,三者均需顾及,不可一味独行。因此很难以截然分开。

## 三、前后不一

不同的病证有时可能有相同的临床表现,甚至出现相同的证候,在治疗中应遵循异病同治的原则,治疗法则相同,选方一致。但教材中则出现了不同的选方,给学生学习造成疑惑。如哮喘病的喘脱危证与喘证的正虚喘脱证,虽然分属于哮喘和喘证,提法稍有差别,但都发生了喘脱的危候,喘脱就发生于正虚,就是危证,可以认为是相同的证候。同时哮喘与喘证关系本身就非常密切,所谓“哮必兼喘”。因此,其治法应为扶正固脱,镇摄肾气(义同补肺纳气,扶正固脱),但方选却不一,哮喘选的是回阳急救汤合生脉饮,喘证选的是参附汤送服黑锡丹。临床在此时生脉注射液和参附注射液均可使用,常需中西医结合进行抢救。相似的例子还有气血两虚用八珍汤、心脾两虚用归脾汤、中气不足用补中益气汤等,教材大多如些选方,但有时却选他方,不利于疾病的规范化治疗。

## 四、辨证分型不能涵盖疾病全貌

疾病的辨证分型,应当涵盖疾病的全貌。有的证候是临床常见的,有的则是少见的,作为教材都应当涉及,才能使全面掌握该病辨证论治的规律。但虚劳则存在辨证无法涵盖虚劳全貌的问题,主要是虚劳病无肾精亏虚证。这个问题不是新规划教材才有的,而是所有的《中医内科学》教材都存在,主要原因在于虚劳的辨证法有缺陷。虚劳的辨证思路是以气血阴阳为纲,五脏虚候为目,肾精虽其属性为阴,但肾精不等同肾阴,填补肾精法不等同滋补肾阴,方药也不同。解决的方法很简单,即以五脏虚候为纲,阴阳气血为目。

上述意见,是我们在教学及临床实践的一些体会和认识,仅供同道参考。

(收稿日期:2006-05-03)