

# 中西医结合执业(含助理)医师资格考试

## 提分专项之笔试新增考纲变动 备考攻略

金英杰国家医学考试研究中心 编

|       |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|
| 编委会成员 | 张云清 | 赵鸿峰 | 刘 洋 |
|       | 王冬竹 | 赵 静 | 王安琪 |
|       | 赵广华 | 郭 宽 | 杨庭瑜 |
|       | 王 磊 | 边文倩 | 许晓兵 |

 北京金英杰图书有限公司

# 目 录

+ 第一篇 中医基础理论/1

---

+ 第二篇 中医诊断学/4

---

+ 第三篇 中药学/10

---

+ 第四篇 方剂学/19

---

+ 第五篇 中西医结合内科学/23

---

+ 第六篇 中西医结合外科学/79

---

+ 第七篇 中西医结合妇产科学/117

---

+ 第八篇 中西医结合儿科学/128

---

+ 第九篇 针灸学/140

---

+ 第十篇 诊断学基础/150

---

+ 第十一篇 药理学/163

---

+ 第十二篇 传染病学/167

---

+ 第十三篇 医学伦理学/181

---

+ 第十四篇 卫生法规/185

---

# 第一篇

## 中医基础理论

P1 增补:

### 第一节 中医学概念与学科属性

考点一、中医学的概念

中医学:是研究**人体生理、病理以及疾病的诊断和防治**的一门科学,它有独特的理论体系和丰富的临床经验。

考点二、中医学的学科属性

- 1.中医学受到中国古代哲学的深刻影响。
- 2.自然科学及社会科学的双重性。
- 3.中医学是多学科交互渗透的知识体系。

### 第二节 中医学理论体系的形成与发展

考点

一、中医学理论体系的形成

1.中医学理论体系的形成和发展

(1)中医学理论体系的形成时期

形成于**战国至秦汉时期**。《黄帝内经》、《难经》、《神农本草经》、《伤寒杂病论》的问世标志着中医学理论体系的基本建立。

《黄帝内经》:我国现存**最早的一部医学典籍**,中医学理论体系形成的主要标志,其全面奠定了中医理论的基础。

《难经》:继《黄帝内经》之后的又一部重要的医学著作,创造性的提出了“**独取寸口**”的诊脉方法。

《神农本草经》:我国**第一部药学专著**,成书于两汉之间,全书收载**365味**中药,提出寒凉温热、酸苦甘辛咸之四气五味的理论,确立了中药理论的基础。

《伤寒杂病论》:东汉末年著名医家**张仲景**所著,后经宋代林亿等整理而成《伤寒论》、《金匱要略》两本书。《伤寒论》确立了中医辨证论治的基本原则。

(2)中医学理论体系的发展时期

1)魏晋隋唐时期:

《针灸甲乙经》:晋代皇甫谧所著,我国**第一部针灸专著**。

《脉经》:晋代王叔和所著,我国**第一部脉学专著**。

《诸病源候论》:隋代巢元方所著,中医**第一部病因病机证候学专著**。

《千金要方》、《千金翼方》:唐代**孙思邈**所著,使脏腑辨证更加完善。

2)宋、金、元时期

《三因极一病证方论》:**宋代医家钱乙**著《**小儿药证直诀**》,开创**脏腑证治之先河**。宋代陈无择所著,确立了**三因之病因分类法**。

“金元四大家”:金、元时期我国医学史上的重要医学流派。刘完素(河间)主寒凉,提出“六气皆从火化”之火热论;张从正主攻邪,认为病皆由邪生,故“邪去则正安”。李杲(东垣)提出“内伤脾胃,百病由生”的观点,治以补益脾胃。朱震亨(丹溪)以“阳常有余,阴常不足”立论而主养阴。

### 3)明、清时期

出现了大批集成性著作。明代至清代中期是中医学学术发展的重要时期。以薛己、张介宾、赵献可为代表的温补学派,重视脾肾,提出了“命门学说”。这个时期以李时珍的《本草纲目》为代表的药理学专著刊行,说明当时中药学的研究也有了深入和规范的发展。明代张介宾之《景岳全书》,李中梓之《医宗必读》,提出了“肾为先天之本,脾为后天之本”“乙癸同源”等见解,清代王清任之《医林改错》等。

叶桂(天士),吴塘(鞠通)等为代表,创立了以卫气营血、三焦为核心的温病辨证论治的体系,形成了“温病学派”。

P4 删除:

## 第三节 精气学说在中医学中的应用

P6 删除:

### 第二节 阴阳学说的基本内容 考点一、阴阳的一体观

P10 增补:

#### 第一节 五行学说的概念

考点三、事物五行属性的归类依据和方法

事物和现象五行归类的方法,主要有取象比类法和推演络绎法两种。

P21 删除:

#### 第二节 五脏之间的关系

表格中,肾与命门的关系。

P25 修改:

#### 第一节 六腑的生理功能

考点二 胃的分部名称、生理功能和生理特性 修改为 胃的生理功能和生理特性。

P29 增补:

#### 第一节 精

考点二、人体之精的生成

人体之精的生成与全身脏腑经络功能的协调和旺盛,尤其是脾胃运化功能的正常、肾所藏精的充盛以及气血的充盈直接相关。

P47 修改:

#### 第一节 发病的基本原理

考点二 正气不足是疾病发生的内在因素 修改为 正气不足是疾病发生的基础。

P49 增补:

### 第三节 发病类型

考点五 合病 增补 并病

并病,若一经病证未罢又出现另一经病证者,则称为并病。也可指具体疾病的病后增病,即可视为并发病证。例如胃脘痛并发大量出血、腹痛厥脱、反胃等病证。

合病与并病的区别,主要在于发病时间上的差异,合病为同时并见,而并病则依次出现。

P57 删除:

## 第一节 预防

考点一 预防与治未病的概念(助理不考)删除(助理不考)。

## 第二节 治则

考点一 治病求本、治则、治法的概念 删除 治病求本及所属内容。

P60 修改:

## 第二节 生命的寿夭

考点一 人体生命的产生与变化规律 修改为 考点一 生命的寿夭规律



## 第二篇

# 中医诊断学

P70 删除:

### 第六节 望皮肤

删除考点三 望水疱的内容及其临床意义标题和所属内容

删除考点四 望疮疡的内容及其临床意义标题和所属内容

P71 删除:

删除考点三 望大便、小便的内容及其临床意义(助理不考)标题和所属内容

P81 增补:

### 第一节 听声音

考点四、短气、少气的临床表现及其意义

(一)短气

指自觉呼吸短促而不相接续,气短不足以息的轻度呼吸困难。其表现似喘而不抬肩,气急而无痰声,即只自觉短促,他觉征象不明显。

虚证短气,兼有形瘦神疲,声低息微等,多因体质衰弱或元气虚损所致;

实证短气,常兼有呼吸声粗,或胸部窒闷,或胸腹胀满等,多因痰饮、胃肠积滞或气滞或瘀阻所致。

(二)少气

少气,又称气微,指呼吸微弱而声低,气少不足以息,言语无力的症状。少气属诸虚劳损,多因久病体虚或肺肾气虚所致。

P87 增补:

### 第五节 问头身胸腹

考点二、身重、身痒的要点及其临床意义

(一)身重

指患者自觉身体沉重的症状。主要与水湿泛滥及气虚不运有关。身重,腕闷苔腻者,多因湿困脾阳,阻滞经络所致。身重,浮肿,系水湿泛滥肌肤所致。身重,嗜卧,疲乏者,多因脾气虚,不能运化精微布达四肢、肌肉所致。热病后期见身重乏力,多系邪热耗伤气阴,形体失养所致。

(二)身痒

指患者自觉全身皮肤瘙痒不适的表现。多由风邪袭表、血虚风燥、湿热浸淫等所致。多见于风疹、瘾疹、疮疥、黄疸等疾患。

P93 增补:

### 第一节 脉诊概说

考点三 诊脉方法

(五)注意事项

1.保持环境安静诊脉时应注意诊室环境安静,避免因环境嘈杂对医生和患者的干扰。

2.注意静心凝神医生诊脉时应安神定志,集中注意力认真体察脉象,最好不要同时进行问诊,以避免医生分散精力;患者必须平心静气,如果急走远行或情绪激动时,应让其休息片刻,待其平静后方可诊脉,避免由于活动及情绪波动引起脉象变化。

3.选择正确体位诊脉时避免让患者坐得太低或太高,保证手与心脏在同一水平上;不宜佩带手表或其他手饰诊脉;肩上、手臂上不宜挎包,也不要将一手搭在另一手上诊脉,以避免脉管受到压迫。卧位诊脉也要注意手与心在同一水平上,不宜将患者的手臂过高抬起,也不宜侧卧诊脉。

P100 增补:

## 第六节 诊妇人脉(助理不考)

月经脉与妊娠脉的脉象及临床意义

妇人有经、孕、产育等特殊的生理活动及其病变,因而其脉诊亦有一定的特殊性。

### 1.诊月经脉

妇人左关、尺脉忽洪大于右手,口不苦,身不热,腹不胀,是月经将至。寸、关脉调和而尺脉弱或细涩者,月经多不利。妇人闭经,尺脉虚细而涩者,多为精血亏少的虚闭;尺脉弦或涩者,多为气滞血瘀的实闭;脉象弦滑者,多为痰湿阻于胞宫。

### 2.诊妊娠脉

已婚妇女,平时月经正常,突然停经,脉来滑数冲和,兼饮食偏嗜者,多为妊娠之征。妇人两尺脉搏动强于寸脉或左寸脉滑数动甚者,均为妊娠之征。

P129 修改:

## 第十二章 六经辨证(助理不考)

### 第一节 太阳病证

考点一 太阳病提纲 鉴别要点、治法方药 修改为 太阳经证(太阳中风证、太阳伤寒证)临床表现与辨证要点。

考点二 太阳病本证(太阳中风、太阳伤寒)的临床表现、鉴别要点、治法方药 修改为 太阳腑证(太阳蓄水证、太阳蓄血证)临床表现与辨证要点。

P130 删除:

考点三、太阳病变证(栀子豉汤证、麻黄杏仁甘草石膏汤证、葛根黄芩黄连汤证、真武汤证)的临床表现、鉴别要点、治法方药标题及其所属内容。

P131 修改与删除:

### 第二节 阳明病证

考点一、阳明病提纲鉴别要点、治法方药

修改为 阳明经证临床表现与辨证要点,删除治法方药

考点二、阳明病实证临床表现与辨证要点、治法方药

修改为 阳明腑证临床表现与辨证要点,删除治法方药。

P132 修改与删除:

### 第三节 少阳病证

考点一、少阳病提纲。

考点二、鉴别要点、治法方药。

考点三、少阳病兼变证(大柴胡汤证、柴胡加龙骨牡蛎汤证)的临床表现、鉴别。

修改为 考点、少阳病证临床表现与辨证要点。删除治法方药。

P133 修改与删除:

#### 第四节 太阴病证

考点一、太阴病提纲;

考点二、太阴病本证的临床表现、治法方药;

考点三、太阴病兼变证临床表现、治法方药

修改为 考点、太阴病证临床表现与辨证要点。删除治法方药。

P134 修改与删除:

#### 第五节 少阴病证

考点一、少阴病提纲;

考点二、少阴病寒化证(四逆汤证、真武汤证、附子汤证)的临床表现、鉴别要点、治法方药

修改为 考点一、少阴寒化证临床表现与辨证要点。

考点三、少阴病热化证(黄连阿胶汤证)的临床表现、鉴别要点、治法方药

修改为 考点二、少阴热化证临床表现与辨证要点。删除治法方药。

P136 修改与删除:

#### 第五节 厥阴病证

考点一、厥阴病提纲;

考点二、厥阴病寒热错杂证(乌梅丸证)的临床表现、治法方药;

考点三、厥阴病寒证的临床表现、治法方药

修改为 考点、厥阴病证临床表现与辨证要点。删除治法方药。

P137 修改与删除:

### 第十三章 卫气营血辨证(助理不考)

#### 第一节 卫分证

考点一、风热犯卫证的临床表现、治法方药

考点二、燥热犯卫证的临床表现、治法方药;

考点二、卫分证的鉴别要点

修改为 考点、卫分证临床表现与辨证要点。删除治法方药。

P138 修改与删除:

#### 第二节 气分证

考点一、邪热壅肺证的临床表现、治法方药。

考点二、热扰胸膈证的临床表现、治法方药。

考点三、热结肠道证的临床表现、治法方药。

考点四、气分证的鉴别要点

修改为 考点、气分证临床表现与辨证要点。删除治法方药。

P139 修改与删除:

#### 第三节 营分证

考点一、热灼营阴证的临床表现、治法方药。

考点二、热陷心包证的临床表现、治法方药。

考点三、营分证的鉴别要点。

修改为 考点、营分证临床表现与辨证要点。删除治法方药。



P139 修改与删除:

### 第三节 血分证

考点一、热盛动血证的临床表现、治法方药。

考点二、热盛动风证的临床表现、治法方药。

考点三、热盛伤阴证的临床表现、治法方药。

考点四、血分证的鉴别要点。

修改为 考点、血分证临床表现与辨证要点。删除治法方药。

P141 修改与删除:

## 第十四章 三焦辨证(助理不考)

### 第一节 上焦病证

考点、上焦病证的临床表现、鉴别要点、治法方药。

修改为 考点、上焦病证的临床表现、辨证要点。删除治法方药。

P142 修改与删除:

### 第二节 中焦病证

考点、中焦病证的临床表现、鉴别要点、治法方药。

修改为 考点、中焦病证的临床表现、辨证要点。删除治法方药。

P144 修改与删除:

### 第二节 下焦病证

考点、下焦病证的临床表现、鉴别要点、治法方药。

修改为 考点、下焦病证的临床表现、辨证要点。删除治法方药。

P144 增补:

## 第十五章 中医诊断思维与应用(助理不考)

中医诊断的过程包括收集病情资料和作出病、证等结论的判断这两个基本环节,中医思维贯穿着整个过程。在病情资料的收集过程中,除了将各种中医诊法综合运用以全面收集病情资料外,还必须在四诊的同时,对所获得的资料进行分析思考,分析这些信息可能的病因、病机、病性、病位。同时,还要充分考虑地理环境、季节气候以及个体差异,做到天人互参,病证结合,互相补充。

### 第一节 中医诊断思维方法

中医诊断是医生的主观思维对客观存在的病证本质的认识。中医诊断不仅是抽象(逻辑)思维,同时还存在着形象(直觉)思维、灵感(顿悟)思维等。

考点、基本思维方法与过程

中医诊断的基本思维方法包括:比较、类比、分类、归纳、演绎、反证、模糊判断法等。

(一)中医诊断基本思维方法

1.比较法

是区分患者的某些临床症状之间或某些证之间的相同点或不同点的方法。

2.类比法

是将患者的临床表现和某一常

见的证进行比较,如两者主要特征相吻合,诊断便可成立。

3.分类法

是根据临床症状或病证之间的共同点和差异点,将其区分为不同种类的方法。

#### 4. 归纳法

是将患者表现的各种症状、体征,按照辨证的基本内容进行归类,归纳出各症状、体征所反映的共性特征,从而抓住病证本质的思维方法。

#### 5. 演绎法

是运用从一般到个别、从抽象到具体的思维,对病情进行层层深入的辨证分析、推理的方法。

#### 6. 反证法

是寻找不属于某证的依据,通过否定其他诊断而达到确定某一诊断的目的。

#### 7. 模糊判断法

是通过多种不够精确、非特征性的模糊信息,进行模糊的综合评判,而达到明确诊断的思维方法。

### (二) 中医诊断的思维过程

1. 四诊信息的采集与分析 医生运用各种诊法收集的病情资料,包括病史、症状和体征、患者生活的自然与社会环境等,是诊病、辨证的依据。医生在收集临床资料时,必须对患者进行全面而系统的诊查,并注重四诊合参。四诊资料的属性一般可划分为必要性资料、特征性资料、偶见性资料、一般性资料和否定性资料。

(1) 必要性资料这类资料对某些疾病或证的诊断是不可或缺的,一旦缺失就不能诊断为该病或该证。

(2) 特征性资料这类资料仅见于某种病或证,而不见于其他的病或证,但该种病证又并非都出现这类症状。

(3) 偶见性资料这类资料在某一病证中的出现机率较少,只具有可能性,随个体差异、病情变化而定。

(4) 一般性资料指某类症状对某病证的诊断既非必要性又非特异性,只是作为诊断的参考。

(5) 否定性资料指某些症状或阴性资料,对于某些病或证的诊断具有否定意义。

2. 辨证方法的综合应用 临床辨证方法有八纲辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、经络辨证以及病性(六淫、阴阳虚损、气血、津液)辨证等。

(1) 辨证诸法的关系:八纲辨证是辨证的基本纲领,表里、寒热、虚实、阴阳可以从总体上分别反映证的部位、性质和类别。脏腑辨证、经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证,是八纲中辨表里病位的具体深化,即以辨别病变阶段的病位(含层次)为纲,以辨病性为具体内容。辨病性则是八纲中寒热、虚实辨证的具体深化,即以辨别病变阶段的具体病理性质为主要目的,自然也不能脱离脏腑、经络等病位。

(2) 辨证素:证素,即证的要素,指辨证所要辨别的脾、肾、肝、胃等病位和气虚、血瘀、痰、寒等病性。证素是通过辨证候的辨识而确定的病理本质,是构成证名的基本要素。辨证素是指在中医学理论指导下,对证候及相关资料进行分析,辨别疾病当前的病位和病性证素,并作出证名诊断的思维过程与方法。

(3) 辨证诊断的要求:正确的辨证诊断,要求全面、准确、精炼、规范,能准确地揭示病变当前阶段的病理本质。辨证的结果即证名诊断,内容要准确全面,证名要精炼规范,不受证型的拘泥,证候变则证名亦变。

#### 3. 疾病诊断思路与方法

疾病诊断就是在中医理论指导下综合分析四诊收集的临床资料,确定疾病的病种,并对该病种的特点和规律进行整体判断的思维过程,也称为“辨病”或“诊病”。疾病诊断应结合病因或发病特点、病史、主症或特征性症状、特发人群、流行情况等方面进行分析思考。

## 第二节 中医诊断思维的应用

辨证论治是中医学理论体系的基本特点之一,中医的临床诊疗体系包括病、证、症的诊断与治疗。

考点、辨病、辨证、辨症

### (一) 辨病

病是疾病发展全过程的概括,辨病是中医诊断的重要内容。

1. 病有中西 中医、西医的病名有本质的区别,把传统的中医病名和西医病名完全等同起来,是不全面的。

2. 病有因果 疾病的发生有因果关系。以外感病为例,中医学认知的原理是因发知受,患者是不是感受了邪气,是否发病主要取决于邪正双方斗争的结果。

3. 病有善恶 对患者的病情或预后作出判断,也是诊断的任务之一,尤其对于重病患者,善恶的判断就显得尤为重要。

4. 病有新久 新病久病有所不同,不同阶段、不同病名的基本病理特点、病机不同,治疗立法原则也有区别。

### (二) 辨证

辨证是中医临床的核心环节,中医的辨证是以整体思维作为基础的。

1. 证的有无 证的确立需要通过对患者的症状、体征或相关因素的综合分析。

2. 证的轻重 证有轻有重,可以进行定性的描述,还可以借鉴证素辨证的方法逐步实现定量的描述。

3. 证的缓急 证有急有缓,必须明确孰轻孰重,孰急孰缓,采取机械的辨证分型,难以体现证的缓急。

4. 证的兼杂 证常常是相兼错杂的,主次关系也不同,简单地把它分成若干个证型,不符合中医临床实际。

5. 证的演变 中医的证是动态变化的,同样的证,其形成及转归可能不同。

6. 证的真假 证的真假须详辨,疾病发展到了后期严重阶段有时会出现与疾病本质相反的假象,但也有一些“假象”症状不一定是病重阶段出现的。

### (三) 辨症

症是中医诊断的依据,包括症状和体征,还包含了和疾病发生发展相关的因素,如气候条件、地理环境,以及部分客观指标。

1. 症的有无 四诊合参是保证四诊信息可靠性的前提,四诊信息不准确常导致误诊或漏诊的发生。

2. 症的轻重 对于症的轻重的判断是把握疾病主要矛盾和矛盾主要方面的重要依据,也是疗效评价的重要依据。

3. 症的真假 临床所表现的症状或体征存在着真假的现象,对于症的真假的判断与四诊信息采集手段和能力密切相关。

4. 症的偏全 四诊信息的全面与否决定了诊断的完整性和正确性,在临床诊断过程中应重视兼症的收集。



## 第三篇

# 中药学

P147 增补:

### 第四节 归经

考点一 归经的临床意义

掌握归经理论便于临床辨证用药,根据疾病的具体表现,通过辨证审因,诊断出病变所在的脏腑经络,按照归经理论来选择针对性强的药物进行治疗,可以提高用药准确性。正如徐灵胎所说:“不知经络而用药,其失也泛。”例如,里实热证有肺热、心火、肝火、胃火等不同,应当分别选用归肺、心、肝、胃经的清泄肺热、心火、肝火、胃火的药物来治疗。头痛的原因很多,疼痛的性质和部位亦各有不同。羌活善治太阳经头痛,葛根、白芷善治阳明经头痛,柴胡善治少阳经头痛,吴茱萸善治厥阴经头痛,细辛善治少阴经头痛。治疗头痛同时,考虑到药物的归经特点可以提高疗效。

运用归经理论,必须考虑到脏腑经络间的关系。脏腑经络在生理上相互联系,在病理上相互影响。因此,在临床用药时往往并不单独使用某一经的药物。如肺病而见脾虚者,每兼用补脾的药物,使肺有所养,而逐渐向愈(培土生金)。肝阳上亢往往因于肾阴不足,每以平肝潜阳药与滋补肾经药同用,使肝有所涵而虚阳自潜(滋水涵木)。若拘泥于见肺治肺、见肝治肝,单纯分经用药,其效果必受影响。故徐灵胎又指出:“执经络而用药,其失也泥,反能致害。”

此外,临床上还常用归经性强的药物引他药入经。

P156 增补:

麻黄:

【配伍意义】

(1)麻黄配桂枝:麻黄辛开苦泄,遍彻皮毛,功专宣肺发汗散邪;桂枝辛甘温煦,透达营卫,功善解肌发表。两药伍用,可增强发汗解表作用,适用于外感风寒表实证。

(2)麻黄配石膏:麻黄辛温,开宣肺气以平喘,开腠解表以散邪;石膏辛甘大寒,清泄肺热,解肌以清热。二药一温一寒,一以宣肺为主,一以清肺为主,合用则相反之中寓有相辅之意,既消除致病之因,又调理肺的宣发功能,共用为君。麻黄得石膏,宣肺平喘而不助热;石膏得麻黄,清解肺热而不凉遏,又是相制为用。

(3)麻黄配苦杏仁:苦杏仁味苦泄降,长于下气定喘止咳;麻黄为宣肺平喘之要药,辛散苦泄,既能发汗解表,又能宣肺平喘。两药配伍,一宣一降,宣降并施,使肺经气机调畅,增强止咳平喘之力。适用于风寒束表,肺气壅遏之咳喘实证。(助理不考)

P157 增补:

桂枝:

【配伍意义】桂枝配白芍:桂枝善于宣阳气于卫分,畅营血于肌表,有助卫实表、发汗解肌、外散风寒之功;白芍能养血和营敛阴。二者伍用,发汗之中有养阴敛汗之效,虽发汗而不伤阴;和营之中有调卫之功,使营阴不滞,共奏发汗解肌、调和营卫之功。适用于外感风寒表虚所致的发热、恶寒、汗出、头痛、脉浮缓等症,以及营卫不和所致的汗出、发热等症。因桂枝又能温中散寒止痛;白芍又能柔肝缓急止痛,二药

相配,对脾胃虚寒所致的脘腹挛急疼痛,有温中补虚、缓急止痛之功。(助理不考)

#### P159 增补:

细辛:

【配伍意义】细辛配伍干姜、五味子:细辛味辛性温,为少阴经之表药,能疏腠散寒,通阳化饮;干姜可温中散寒,健脾化饮;五味子酸收敛肺,降逆止咳,并可防姜、辛过散之弊。细辛与干姜、五味子配伍的方剂是主治太阳伤寒兼里停水饮之证的小青龙汤。仲景治寒饮阻肺的咳喘证,最喜用细辛与干姜、五味子配伍,首创姜、辛、味伍用以止咳平喘之妙法,开后世散、敛并用之先河。细辛助五味子宣降肺气,协干姜温化痰饮。(助理不考)

#### P161 增补:

桑叶:

【配伍意义】桑叶配菊花:二药皆能疏散风热,平肝,清肝明目。二者常相须为用以增强疏散风热、平肝、清肝明目之功。用治风热表证或温病初起,肝阳上亢之头痛眩晕,风热上攻或肝火上炎之目赤肿痛。(助理不考)

#### P161 增补:

菊花:

【配伍意义】菊花配枸杞子:两者均味甘,归肝经,有益阴明目的作用,皆可用治肝肾不足之目暗昏花。然枸杞子甘平质润,又归肾经,为平补阴阳之品,且益阴力较强,长于补肾益精、养肝明目,兼可润肺止咳,善治肾虚腰痛、遗精滑精、血虚萎黄。菊花味辛苦,性微寒,主入肺经,功专疏散风热、清热解毒,兼能平肝潜阳,主治风热感冒、发热头痛、疔疮肿毒、阳亢眩晕。(助理不考)

#### P161 增补:

柴胡:

【配伍意义】柴胡配黄芩:柴胡善于疏散退热,透泄半表半里之外邪,使邪从外解;黄芩善于清热泻火,清泄半表半里之邪,使邪从内泄。二药伍用,一散一清,长于和解少阳而退热,常用治少阳病寒热往来、胸胁苦满、口苦咽干等症。(助理不考)

#### P167 增补:

石膏:

【配伍意义】石膏配知母:石膏甘辛大寒,质重,入肺经,善清肺经实热;入胃经,能清泻胃火。知母苦甘寒,质润,上能清肺热而泻火,中善泻胃火而止渴,下能泻相火、滋肾燥。两药伍用,清热泻火,除烦止渴之力增强。适用于温热病气分热盛而见壮热、烦渴、汗出、脉洪大等症。(助理不考)

#### P167 增补:

知母:

#### 【配伍意义】

(1)知母配黄柏:知母性寒质润,功善泻肾火,滋肾阴,退骨蒸;黄柏苦寒沉降,长于泻肾火,退虚热。两药伍用,增强泻肾火,滋肾阴,退虚热的作用。适用于阴虚火旺之骨蒸潮热、盗汗遗精。

(2)知母配川贝母:两者皆能清肺润燥,其中知母苦甘,性寒质润,长于泄肺热,润肺燥,生津养阴;川贝母味苦甘,性寒质润,尤善润肺止咳,兼能清肺化痰。两药伍用,相得益彰,既增强清肺润燥之力,又能化痰燥、养肺阴。适用于燥热犯肺或阴虚生燥之干咳无痰,或痰少质黏,咳吐不利。(助理不考)

#### P167 增补:

栀子:

#### 【配伍意义】

(1)栀子配淡豆豉:栀子长于清心泻火除烦;淡豆豉长于解表除烦,宣发郁热。两药伍用,清热除烦作用增强。适用于外感热病,邪热内郁胸中,心中懊侬,烦热不眠。

(2)栀子配茵陈:栀子善泻火除烦,清热利湿;茵陈长于清热利湿,利胆退黄。两药伍用,清热利湿、

利胆退黄作用增强,可导湿热从小便而去,为治疗湿热黄疸常用药对。(助理不考)

**P169 增补:**

黄连:

**【配伍意义】**

(1)黄连配木香:黄连善清热燥湿而止泄痢;木香善调中宣滞,行气止痛。两药伍用,共奏清热燥湿、行气导滞之功。适用于胃肠湿热积滞之痢疾、腹痛、里急后重。

(2)黄连配吴茱萸:吴茱萸辛热,能疏肝解郁、降逆止呕,兼能制酸止痛;黄连清泻肝火、胃热,使肝火得清、胃火得降。两药合用,既疏肝解郁,使肝气调达,郁结得开,又取其下气之用,以和胃降逆;并能反佐以制黄连之寒,可引黄连入肝经,使泻火而无凉遏之弊。二药配伍共收清泻肝火、降逆止呕之效。适用于治疗肝郁化火,肝胃不和所致之胁痛口苦、呕吐吞酸等。

(3)黄连配半夏:黄连苦寒,善清热燥湿,泻火解毒;半夏辛温,善燥湿化痰,降逆消痞。两药伍用,寒热互用以和阴阳,辛开苦降以调气机,除湿热而化痰浊,有泄热和胃、降逆消痞、开胸涤痰之功。适用于痰热互结,气机失畅所致的胸腹闷胀、心下痞满、呕吐呃逆。

(4)黄连配瓜蒌(皮):黄连味苦,性寒,清热燥湿,泻火解毒;瓜蒌味甘,性寒,清热涤痰,宽胸散结。瓜蒌宽胸理气可助黄连清热燥湿之功,黄连苦寒折热可长瓜蒌清热涤痰之效。二者相配,清化热痰、宽胸理气功效增强。(助理不考)

**P169 增补:**

黄柏:

**【配伍意义】**黄柏配苍术:苍术辛散苦温燥湿;黄柏苦寒清热燥湿,作用偏下焦。两者伍用,一温一寒,相制相成,治疗湿热下注,下肢水肿,脚气痿躄等证。(助理不考)

**P170 增补:**

龙胆:

**【鉴别用药】**梔子、龙胆均为苦寒之品,归肝经。功效清热泻火,除湿,均可治肝火头痛、目赤肿痛及湿热黄疸、胁痛口苦。梔子清三焦火热,重在泻心火除烦,治热病心烦、躁扰不宁;还能凉血止血,治血热妄行的多种出血;解毒消肿,又可治火毒疮疡、扭挫肿痛;性寒不燥,重在清利湿热,可治热淋、血淋。龙胆苦寒性燥,主入肝、胆经,清热燥湿泻火,以清下焦及肝胆湿热和清泻肝胆实火为核心,又治湿热带下、阴肿阴痒、湿疹瘙痒及肝胆火盛之高热惊厥。

**P170 增补:**

金银花:

**【配伍意义】**

(1)金银花配连翘:两药均善清热解毒,然金银花气味芳香,既善解血分之热毒,又可疏散肺经风热之邪,偏于透上身之热;而连翘轻清而浮,善清心而祛上焦诸热,散结消肿而疗疮,偏于透达全身躯壳之热。两药相须为用,不仅透热解表、清热解毒之力增加,还能疏通气血、宣导十二经脉之气血凝滞,以达消肿、散结、止痛之效。适用于外感风热或温病初起表里俱热者,四时感冒证属于风热者,疮疡、痈疔有红肿热痛属阳证者,风热上攻所致头痛、咽喉肿痛、目赤流泪及风热痒疹等证。

(2)金银花配当归:金银花善于清热解毒,兼能凉血;当归长于养血活血,且擅止痛。两药相配,共奏清热解毒、凉血散瘀、通脉止痛之功,使热毒解、血脉通、肿痛消。适用于热毒炽盛之脱疽、痈疽发背初起、肠痈等症。(助理不考)

**P172 增补:**

射干:

**【配伍意义】**麻黄配射干:麻黄长于宣肺平喘;射干功善祛痰利咽。两药伍用,共达宣肺祛痰、止咳平喘之功。适用于寒饮郁肺,气逆而喘,喉中痰鸣如水鸡声、胸膈满闷等症。(助理不考)

**P173 增补:**

生地黄：

【配伍意义】生地黄配玄参：生地黄清热生津，凉血止血；玄参滋阴降火，凉血解毒。两药相配，清热凉血、养阴生津之力增强。适用于热入血分之吐血衄血、发热谵语，热病阴伤之心烦口渴，虚火上炎之咽喉肿痛，阴虚内热之消渴。（助理不考）

P174 增补：

赤芍：

【配伍意义】赤芍配牡丹皮：二者皆能清热凉血、活血散瘀，具有凉血不留瘀、活血不动血的特点。赤芍以凉血散瘀见长，牡丹皮并能清透阴分伏热。两药配伍，凉血活血之力增强。适用于温热病热入营血之吐血、衄血、发斑，妇女血热、血瘀闭经、月经不调等。（助理不考）

P175 增补：

青蒿：

【配伍意义】

(1) 青蒿配鳖甲：青蒿气味辛寒，长于透达阴分伏热；鳖甲咸寒属阴，功专滋阴潜阳，善清阴分余热。两药配伍，养阴与透热并进。适用于温病后期，邪伏阴分，夜热早凉，热退无汗，口干咽燥，舌红少苔，脉细数等。

(2) 青蒿配黄芩：青蒿芳香透散，善清热截疟；黄芩苦寒燥湿，善清泄湿热。二药配伍，增强清热燥湿截疟之力。适用于湿热郁遏少阳，寒热如疟，胸痞作呕等症。（助理不考）

P175 增补：

地骨皮：

【配伍意义】地骨皮配桑白皮：地骨皮功能清泄肺热，凉血退蒸；桑白皮重在泄肺热而平喘。两药伍用，共奏清泄肺热、止咳平喘之功，清肺热而不伤阴，护阴液而不恋邪。适用于肺热咳嗽、痰多稠黏、身热口渴者；亦治阴虚火旺，咳喘兼心烦、手足心热。（助理不考）

P182 增补：

大黄：

【配伍意义】

(1) 大黄配芒硝：大黄苦寒，可荡涤肠胃，泄热通便力强；芒硝咸苦寒，其性降泄，泄热软坚通便。二药配伍，相辅相成，泄热导滞，攻下破积，增强通便除坚之力。用于实热积滞，大便燥结。

(2) 大黄配附子：大黄泻下通便，荡涤里实积滞；附子辛热以温里散寒，止寒凝腹痛。两者相伍，泻下以祛积滞，温里以祛寒实，故善治寒实积滞、便秘腹痛。（助理不考）

P187 增补：

独活：

【配伍意义】

(1) 独活配羌活：独活辛香走窜，能祛风胜湿、通经络、止痹痛，主人肾经，性善下行，尤善治腰膝、腿足关节疼痛、下部寒湿；羌活气味浓烈，升散发表，长于祛风寒，主散肌表游风及寒湿而通利关节，主治上半身风寒湿痹、太阳经头痛。二药合用，祛风解表除湿之力尤宏，主治风痹为患，周身窜痛，项背挛急疼痛，以及外感风寒所致发热恶寒、项背拘急、疼痛、头痛、关节疼痛、历节风等病症。

(2) 独活配桑寄生：独活搜风祛湿而通痹，尤善除肾经伏风；桑寄生祛风湿，补肝肾，强筋骨，养血润筋。二药合用，有祛风除湿、通痹止痛之功，并入足少阴肾经，益肾而壮筋骨。适用于肝肾不足或风湿侵袭之腰膝酸痛、关节屈伸不利、足软麻木、步履维艰等。（助理不考）

P193 增补：

藿香：

【鉴别用药】藿香与佩兰两者皆味辛气香，能芳香化湿、发表解暑，应用于湿阻中焦、外感暑湿或湿温初起，常相须为用。藿香微温不燥，辛散发表而不峻烈，为芳香化湿之要药，解表之力较强，外感表证

多用;又可化湿和中止呕,最宜用于湿浊中阻之恶心呕吐。佩兰性平,发表之力弱于藿香,以化湿辟秽为主,可用于脾经湿热,口中甜腻、多涎等。(助理不考)

**P194 增补:**

砂仁:

【鉴别用药】砂仁与木香均可行脾胃之气,用于脾胃气滞,脘腹胀痛。砂仁又有化湿温中之功,善治湿浊中阻,中焦寒湿气滞,温中而止呕、止泻,治脾胃虚寒之吐泻;尚能理气安胎,用于妊娠恶阻、胎动不安。木香功偏行气止痛,为治气滞腹痛之要药;又善通行大肠气滞而除后重,用于大肠气滞、里急后重;还可疏利肝胆,用于胁肋疼痛、黄疸。(助理不考)

**P198 增补:**

车前子:

【使用注意】肾虚滑精无湿热者忌用。(助理不考)

**P198 增补:**

滑石:

【使用注意】脾虚、热病津伤者及孕妇慎用。(助理不考)

【配伍意义】滑石配生甘草:滑石甘寒淡,长于清热而利小便;甘草甘平,长于清热而补中。二药配伍,有清热、利水、生津之功效,既有清利之功又不伤阴。用于治疗暑邪夹湿之身热烦渴、小便不利、呕吐泄泻,以及膀胱湿热之小便短赤、淋漓不爽、滞涩疼痛、砂淋等。(助理不考)

**P199 增补:**

茵陈:

【配伍意义】茵陈配大黄、栀子:茵陈功专清热利湿、利胆退黄,为治黄疸之要药;大黄泄热逐瘀、通利大便,导瘀热由大便而下;栀子功善清利肝胆湿热。三药配用,利湿泄热,使二便通利,前后分消,湿热得行,瘀热得下,则黄疸自退。适用于湿热黄疸。(助理不考)

**P203 增补:**

附子:

【鉴别用药】附子与川乌均辛热有毒,有散寒止痛之功,可用于寒痹疼痛、心腹冷痛、寒疝疼痛等。附子为乌头的子根,入心、脾、肾经,上助心阳,中温脾阳,下补肾阳,为回阳救逆要药,又可补火助阳,用于肾、脾、心诸脏阳气衰弱证。川乌为乌头的母根,辛热燥烈,药性雄悍,既可散在表之风邪,又可逐在里之寒湿,温通经络而止痛,为治疗寒湿痹证日久、关节疼痛不可屈伸、中风手足不仁之要药。(助理不考)

【配伍意义】附子配干姜:附子辛甘大热,纯阳燥烈,峻补元阳,为回阳救逆之要药;干姜辛热,温阳守中,回阳通脉,助附子回阳,故前人有“附子无干姜不热”之说。用于治疗心肾阳虚,阴寒内盛所致之亡阳厥逆、脉微欲绝。(助理不考)

**P203 增补:**

肉桂:

【配伍意义】肉桂配附子:肉桂能走能守,偏暖下焦而温肾阳,使相火归原以摄无根之火;附子辛热燥烈,走而不守,为通行十二经的纯阳之品,彻内彻外,能升能降,回阳救逆。二药相合,能温肾助阳、引火归原。用以治疗肾阳不足,命门火衰之阳痿宫冷、腰膝冷痛、夜尿频多等。(助理不考)

**P204 增补:**

吴茱萸:

【配伍意义】吴茱萸配黄连:吴茱萸辛热,能疏肝解郁、降逆止呕,兼能制酸止痛;黄连清泻肝火、胃热,使肝火得清、胃火得降。两药合用,共收清泻肝火、降逆止呕之效。可用于治疗肝郁化火,肝胃不和所致之胁痛口苦、呕吐吞酸等。(助理不考)

**P207 增补:**

陈皮:



【配伍意义】陈皮配半夏：陈皮辛苦性燥，既可理气行滞，又可燥湿化痰；半夏辛温性燥，善燥湿化痰，且能降逆和胃。两药合用，行气化痰燥湿作用增强，适用于咳嗽痰多、色白易咳、胸膈痞闷、肢体困重之湿痰证。（助理不考）

**P208 增补：**

枳实：

【配伍意义】枳实配白术：枳实苦辛降泄，破气消积，化痰散痞；白术甘苦补升，补气健脾，燥湿利水，皆主人脾胃。两药合用，消补兼施，既补气健脾，又行气消积祛湿。适用于脾虚气滞，夹积夹湿，饮食停聚，脘腹痞胀，大便不爽。（助理不考）

**P209 增补：**

薤白：

【配伍意义】薤白配瓜蒌：薤白辛散温通，通阳散结，行气止痛；瓜蒌甘寒滑润，清热化痰，宽胸散结，润燥滑肠。两药合用，通阳行气，上开胸痹，下行气滞，清肺化痰，散结止痛。适用于痰浊闭阻、胸阳不振之胸痹，为治胸痹常用药对。（助理不考）

**P212 增补：**

麦芽：

【用法】条目后加“（助理不考）”

**P213 增补：**

鸡内金：

【用法】条目后加“（助理不考）”

**P213 增补：**

莱菔子：

【配伍意义】莱菔子配紫苏子、芥子：莱菔子性平，善消食除胀、降气化痰；紫苏子性温，善止咳平喘、降气化痰、润肠通便；芥子性温，善温肺化痰、利气散结。三药合用，既温肺化痰，降气止咳平喘，又消食除胀通便。适用于痰壅气逆食滞证、寒痰喘咳、食积便秘。（助理不考）

**P215 增补：**

槟榔：

【用法用量】和【使用注意】两个条目后加“（助理不考）”

**P218 增补：**

三七：

【配伍意义】三七配白及：三七化瘀止血，为治体内外出血之佳品；白及收敛止血，为治肺胃出血之要药。两药配伍，一散一收，祛瘀生新，止血作用增强，可用于各种出血，尤多用于咳血、吐血等肺胃出血证。（助理不考）

**P218 增补：**

蒲黄：

【鉴别用药】生蒲黄性滑，偏于行血化瘀、利尿通淋，多用于跌打损伤、痛经、产后疼痛、心腹疼痛等瘀血作痛者。蒲黄炭性涩，止血作用显著，可用于吐血、衄血、咯血、崩漏、外伤出血等体内外多种出血。

【配伍意义】蒲黄配五灵脂：两药均能化瘀止血，活血止痛，常相须为用于瘀血内阻，血不归经之出血及胸腹、脘腹疼痛如刺之血瘀诸痛。（助理不考）

**P219 增补：**

艾叶：

【配伍意义】艾叶配阿胶：艾叶辛温，温经止血，散寒暖宫，且调经安胎；阿胶甘平，善补血、止血、滋阴。两药合用，养血止血，散寒调经而安胎。适用于下焦虚寒所致的月经过多、崩漏、胎漏。（助理不考）

**P223 增补：**

郁金:

【配伍意义】郁金配石菖蒲:郁金辛苦而寒,善活血行气解郁,清心凉血;石菖蒲辛苦而温,开窍醒神,化湿豁痰。两药合用,既化湿豁痰,又清心开窍。适用于痰火或湿热蒙蔽清窍之神昏、癫狂、癫痫。(助理不考)

P225 增补:

牛膝:

【配伍意义】牛膝配苍术、黄柏:牛膝性平,善活血通经、利尿通淋、引药下行;苍术苦温,燥湿健脾,祛风除湿;黄柏苦寒,清热泻火燥湿,善除下焦湿热。三药相合,善走下焦,燥湿清热力强,用治下焦湿热的足膝肿痛、痿软无力及湿疹、湿疮等。(助理不考)

P231 增补:

半夏:

【鉴别用药】清半夏辛温燥烈之性较缓,长于燥湿化痰,适用于湿痰咳嗽、胃脘痞满。法半夏温性较弱,功能燥湿化痰,适用于痰多咳嗽、痰饮眩悸、风痰眩晕、痰厥头痛。姜半夏温中化痰,长于降逆止呕,适用于痰饮呕吐、痞满。竹沥半夏药性变凉,功能清化热痰,适用于胃热呕吐、肺热咳嗽,以及痰热内闭、中风不语等。半夏曲燥湿健脾,化痰消食止泻,适用于脾胃虚弱,痰食互结,宿食不化,腹痛泄泻,大便不畅,呕恶苔腻。生半夏毒性较大,偏于解毒散结,多外用治痈肿痰核。

【配伍意义】半夏配生姜:半夏、生姜皆味辛性温,均善止呕、和胃。半夏为燥湿化痰要药;生姜为呕家圣药,温胃散饮,又制半夏之毒。两药配伍,协同为用,止呕作用明显增强,又可减缓毒副作用。适用于痰饮呕吐。(助理不考)

P231 增补:

旋覆花:

【配伍意义】旋覆花配赭石:旋覆花苦降微温,善降逆止呕、下气消痰;赭石质重性寒,降肺胃逆气。二药合用,降气化痰、止呃、止逆之力增强。适用于肺气上逆喘息及胃气上逆之呕吐、噎气、呃逆等。(助理不考)

P232 增补:

桔梗:

【配伍意义】桔梗配甘草:桔梗苦辛平,善宣通肺气、利咽祛痰排脓;生甘草微寒,祛痰止咳,清热解毒,并能缓急止痛。二药合用,宣肺祛痰、解毒利咽、消肿排脓之功增强。适用于肺失宣降,咳嗽有痰,咽喉肿痛,肺痈吐脓,胸胁满痛。(助理不考)

P234 增补:

葶苈子:增加“(助理不考)”

P239 增补:

磁石:

【配伍意义】磁石配朱砂:磁石咸寒入心、肾经,善益阴潜阳、镇惊安神、聪耳明目;朱砂甘寒,入心经,镇心安神力优,并明目。二药合用,长于潜阳明目、交通心肾。适用于肾阴不足,心阳偏亢,心肾不交之失眠心悸、耳鸣耳聋、视物昏花。(助理不考)

P244 增补:

羚羊角:

【配伍意义】羚羊角配钩藤:羚羊角、钩藤均能平肝息风,清热定惊。二药相须为用,相得益彰,清热息风定惊力胜。适用于温热病壮热神昏、手足抽搐及小儿急惊风等。

P245 增补:

天麻:

【配伍意义】天麻配钩藤:天麻甘平,善平抑肝阳,息风止痉;钩藤甘凉,息风定惊,清热平肝。二药相

须配伍,增强平肝定惊、清热息风之效。适用于肝阳偏亢,肝风上扰证。(助理不考)

#### P245 增补:

全蝎:

【配伍意义】全蝎配蜈蚣:全蝎、蜈蚣均有息风镇痉、通络止痛、攻毒散结之功。二药配伍,相须增效,适用于肝风内动之痉挛抽搐、疮疡肿毒、瘰疬、风湿痹病等以抽搐、疼痛为主的病证。(助理不考)

#### P249 增补:

麝香:

【配伍意义】麝香配冰片:二药都有开窍醒神作用,常相须为用。适用于温热病邪陷心包,中风痰厥,热痰蒙闭心窍所致的高热烦躁、神昏谵语及中暑、热邪闭窍、神志昏迷等热闭神昏。(助理不考)

#### P252 增补:

人参:

【鉴别用药】生晒参、红参二者均味甘微苦,归脾、肺、心经,具大补元气、复脉固脱、补脾益肺、生津止渴、安神增智之功,用于气虚欲脱、肢冷、脉微、脾虚食少、肺虚喘咳、津伤口渴、消渴、惊悸健忘、阳痿宫冷。生晒参味甘性平,偏重于补气生津、安神,适用于气阴不足之肺虚喘咳、津伤口渴、内热消渴。红参性温,偏于补阳,多用于元气衰弱,兼阳气虚弱,脉微肢冷,阳痿宫冷者。(助理不考)

#### 【配伍意义】

(1)人参配附子:人参甘温,能大补元气、复脉固脱。附子辛甘大热,长于回阳救逆、补火助阳。两者合用补气固脱与回阳救逆并举。适用于治疗四肢厥逆、冷汗淋漓、脉微欲绝之阳气暴脱证。

(2)人参配麦冬、五味子:人参甘温,益元气,补肺气,生津液;麦冬甘寒,养阴,润肺,生津;五味子酸温,敛肺止汗,生津止渴。三药合用,一补一润一敛,益气养阴,生津止渴,敛阴止汗,使气复津生、汗止阴存、气充脉复。适用于气阴两虚或气虚亡阴证。(助理不考)

#### P253 增补:

黄芪:

【鉴别用药】生黄芪偏于走表,托疮,利水,多用于自汗、疮疡后期、水肿。炙黄芪偏于走里,补中益气升阳,多用于脾胃虚弱,气血不足,中气下陷。(助理不考)

#### 【配伍意义】

(1)黄芪配茯苓:黄芪甘温,长于补气升阳、健脾利水消肿;茯苓甘淡,具有健脾利水渗湿之功。二药配伍,使健脾益气、利水消肿之力增强。适用于脾胃气虚之食少、体倦、便溏,脾虚所致的水肿、白浊、白带增多者。

(2)黄芪配柴胡、升麻:三者均能升阳,但黄芪补中益气,升阳举陷,通达内外;升麻入肺、脾、胃三经而升阳;柴胡引少阳清气上行。三药配伍,补泻共施,升清阳而降阴火,顺应脏腑升降之势。适用于中气下陷所致的久痢、脱肛、子宫脱垂。(助理不考)

#### P254 增补:

甘草:

【配伍意义】白芍配甘草:白芍酸寒,养血敛阴,柔肝止痛;甘草甘平,健脾益气,缓急止痛。两药伍用,有酸甘化阴、柔肝止痛之功。适用于肝脾不和,筋脉失濡所致的脘腹、四肢挛急作痛。

#### P256 增补:

蛤蚧:

【配伍意义】人参配蛤蚧:人参大补元气、益肺气,长于补气;蛤蚧补肾纳气、平喘,长于摄纳。二药配伍,肺肾之气双补,肾气纳,肺气降,共奏益气补肾定喘之功,适用于肺肾两虚之喘咳。(助理不考)

#### P257 增补:

当归:

【配伍意义】当归配黄芪:当归养心肝之血,以补血和营;黄芪补脾肺之气,以益生血之源。两药配

伍,可增强益气生血的作用。适用于劳倦内伤、肌热面赤、烦渴、脉虚大乏力及疮疡、血虚发热、诸气血不足等。(助理不考)

**P258 增补:**

何首乌:

【鉴别用药】生首乌与制首乌性能相同,但功用相异,生首乌解毒、消痈、截疟、润肠通便,用于疮痈、风疹、瘰疬、久疟、肠燥便秘。制首乌补肝肾、益精血、乌须发,强筋骨、化浊降脂,用于血虚萎黄、眩晕耳鸣、须发早白、腰膝酸软、肢体麻木、崩漏带下、高脂血症。(助理不考)

**P260 增补:**

女贞子:

【配伍意义】女贞子配墨旱莲:女贞子甘苦凉,墨旱莲甘酸寒,均能滋补肝肾。相须配伍,可增强滋补肝肾的作用。适用于肝肾阴虚所致的头晕目眩、视物昏花。(助理不考)

**P260 增补:**

莲子:增加“(助理不考)”

**P199 删除:**

木通:删除“【使用注意】整个条目”

**P219 修改:**

炮姜:删除“(助理不考)”

**P233 修改:**

紫苏子:

删除【性能】条目后“(助理不考)”



## 第四篇

### 方剂学

#### P317 增补:

2.暖肝煎《景岳全书》(助理不考)

【药物组成】当归 枸杞子 小茴香 肉桂 乌药 沉香 茯苓(生姜)

【功用】温补肝肾,行气止痛。

【主治证候】肝肾不足,寒滞肝脉证。睾丸冷痛,或小腹疼痛,疝气痛,畏寒喜暖,舌淡苔白,脉沉迟。

#### P362 增补:

4.百合固金汤《慎斋遗书》(助理不考)

【药物组成】熟地 生地 当归身 白芍 甘草 桔梗 玄参 贝母 麦冬 百合

【功用】滋养肺肾,止咳化痰。

【主治证候】肺肾阴亏,虚火上炎证。咳嗽气喘,痰中带血,咽喉燥痛,头晕目眩,午后潮热,舌红少苔,脉细数。

配伍意义:本方证因肺肾阴虚,虚火灼津炼液所致。治宜滋养肺肾,止咳化痰。方中百合甘苦微寒,滋阴清热,润肺止咳;生地、熟地并用,既能滋阴养血以金水相生,又能清热凉血以止血,共为君药。麦冬甘寒,助百合以滋阴清热,润肺止咳;玄参咸寒,助二地滋阴凉血,以清虚火,并可清利咽喉,共为臣药。当归治咳逆上气,伍白芍以养血和血;贝母清热润肺,化痰止咳,俱为佐药。桔梗伍甘草以宣肺利咽,化痰散结,并可载药上行;生甘草清热泻火,并调和诸药,共为佐使药。合而用之,滋肾保肺,金水并调,使阴血渐充,虚火自清,痰化咳止,肺气自固。

#### P346 增补:

2.定喘汤:方后加“(助理不考)”

#### P358 增补:

3.天麻钩藤饮:该方中【配伍意义】条目后加“(助理不考)”

#### P361 增补:

3.桑杏汤:方后加“(助理不考)”

#### P367 增补:

7.二妙散:方后加以下条目

【配伍意义】本方所治诸症皆由湿热注于下焦所致。法当清热燥湿。方中黄柏寒凉苦燥,其性沉降,擅清下焦湿热,为君药。苍术辛苦而温,其性燥烈,一则健脾助运以治生湿之本,一则芳化苦燥以除湿阻之标,为臣药。“苍术妙于燥湿,黄柏妙于去热”(《医方考》),且二药互制其苦寒或温燥之性,以防败胃伤津之虞。再入姜汁少许调药,既可藉其辛散以助祛湿,亦可防黄柏苦寒伤中。

【配伍特点】苦燥辛芳,寒温相制,长于下焦,药简效专。

#### 【运用】

(1)辨证要点本方为治疗湿热下注之痿痹、脚气、带下、湿疮等病证之基础方。以足膝肿痛,小便短赤,舌苔黄腻为辨证要点。

(2)加減变化临床本方常需加味或与其他方剂相合。若湿重者,重用苍术,或与五苓散相合以助健脾渗湿之功;热重者,重用黄柏,或加虎杖、梔子等以增清热之效;若为湿热痿证,可加木瓜、革薜等祛湿热,强筋骨;若为湿热脚气,宜加葱苡仁、木瓜、槟榔等渗湿降浊;若为下部湿疮,可加赤小豆、土茯苓、苦参等清湿热,解疮毒。

(3)使用注意:不宜长期、大量服用,以防败胃伤津及苦寒伤中。寒湿痹证不宜使用。

**P368 增补:**

3.防己黄芪汤:方后加“(助理不考)”

**P368 增补:**

2.真武汤:方后加以下条目

【配伍特点】辛热渗利合法,纳酸柔于温利之中,脾肾兼顾,重在温肾。

【运用】

(1)辨证要点本方为温阳利水之基础方。以小便不利,肢体沉重或浮肿,舌质淡胖,苔白,脉沉为辨证要点。

(2)加減变化若水寒射肺而咳者,加干姜、细辛以温肺化饮,五味子以敛肺止咳;若阴盛阳衰而下利甚者,可去芍药之阴柔,加干姜以助温里散寒;若水寒犯胃而呕者,加重生姜用量以和胃降逆,或再加吴茱萸、半夏以助温胃止呕。

(3)使用注意凡肝肾阴虚、肺胃阴虚、心阴虚等阴虚津液亏损证者,虽小便不利、心悸头眩,亦应忌用本方。

**P368 增补:**

## 第二十一章 治痢剂

### 第一节 概述

1.治痢剂的适用范围 治痢剂主要适用于痢症疮疡证。治疗多以散结消痈、托里透脓、补虚敛疮为法。

2.治痢剂的应用注意事项

(1)应辨别病证的阴阳表里虚实。

(2)痢痈脓已成,不宜固执内消一法,应促其速溃,不致疮毒内攻;若毒邪炽盛,则需侧重清热解毒以增祛邪之力;若脓成难溃,又应配透脓溃坚之品。

(3)痢痈后期,疮疡虽溃,毒邪未尽时,切勿过早应用补法,以免留邪为患。

### 第二节 散结消痈

1.仙方活命饮《校注妇人良方》

【药物组成】白芷 贝母 防风 赤芍药 当归尾 甘草节 皂角刺 穿山甲 天花粉 乳香 没药 金银花 陈皮 酒

【功用】清热解毒,消肿溃坚,活血止痛。

【主治证候】痈疡肿毒初起。局部红肿焮痛,或身热凛寒,苔薄白或黄,脉数有力。

【配伍意义】本方主治疮疡肿毒初起而属阳证者。阳证痈疡多为热毒壅聚,气滞血瘀痰结而成。阳证痈疮初起,治宜清热解毒为主,配合理气活血、消肿散结为法。方中金银花性味甘寒,最善清热解毒疗疮,前人称之为“疮疡圣药”,故重用为君。然单用清热解毒,则气滞血瘀难消,肿结不散,又以当归尾、赤芍、乳香、没药、陈皮行气活血通络,消肿止痛,共为臣药。疮疡初起,其邪多羁留于肌肤腠理之间,更用辛散的白芷、防风相配,通滞而散其结,使热毒从外透解;气机阻滞每可导致液聚成痰,故配用贝母、花粉清热化痰散结,可使未成之脓即消;山甲、皂刺通行经络,透脓溃坚,可使已成之脓即溃,均为佐药。甘草清热解毒,并调和诸药;煎药加酒者,借其通瘀而行周身,助药力直达病所,共为使药。诸药合用,共奏清热

解毒、消肿溃坚、活血止痛之功。

本方以清热解毒、活血化瘀、通经溃坚诸法为主,佐以透表、行气、化痰散结,其药物配伍较全面地体现了外科阳证疮疡内治消法的配伍特点。

前人称本方为“疮疡之圣药,外科之首方”,适用于阳证而体实的各类疮疡肿毒。若用之得当,则“脓未成者即消,已成者即溃”。

【配伍特点】消清并举,清解之中寓活血祛瘀之法,佐辛透散结之品消未成之脓,以消坚之物溃已成之脓。

#### 【运用】

(1)辨证要点以红肿焮痛,或身热凛寒,苔薄白或黄,脉数有力为辨证要点。

(2)加减变化根据疮疡肿毒所在不同部位,适当加入引经药,以使药力直达病所。本方除煎煮取汁内服外,其药渣可捣烂外敷。

(3)使用注意本方用于脓肿未溃之前,若已溃者不宜;且性偏寒凉,阴证疮疡忌用。

### 2. 阳和汤《外科证治全生集》(助理不考)

【药物组成】熟地黄 麻黄 鹿角胶 白芥子 肉桂 生甘草 炮姜炭

【功用】温阳补血,散寒通滞。

【主治证候】阴疽。如贴骨疽、脱疽、流注、痰核、鹤膝风等,患处漫肿无头,皮色不变,酸痛无热,口中不渴,舌淡苔白,脉沉细或迟细。

【配伍意义】阴疽多由素体阳虚,营血不足,寒凝痰滞,痹阻于肌肉、筋骨、血脉而成。治宜温阳补血,散寒通滞。方中重用熟地黄温补营血,填精补髓;鹿角胶温肾阳,益精血。二药合用,温阳补血,共为君药。肉桂、炮姜炭药性辛热,均入血分,温阳散寒,温通血脉,共为臣药。白芥子辛温,温化寒痰,通络散结,且善达皮里膜外;少量麻黄,辛温达卫,宣通毛窍,开肌膜,散寒凝,共为佐药。方中熟地黄、鹿角胶得麻、芥、姜、桂之宣通,则补而不滞;麻、芥、姜、桂得熟地黄、鹿角胶之滋补,则温散而不伤正。生甘草为使,解毒而调诸药。本方诸药合用,温阳与补血并用,祛痰与通络相伍,可使阳虚得补,营血得充,寒凝痰滞得除。

【配伍特点】滋补之中寓温散之法,补而不滞。

#### 【运用】

(1)辨证要点本方是治疗阴疽的常用方。以患处漫肿无头,皮色不变,酸痛无热者为辨证要点。

(2)加减变化本方熟地黄用量宜重,麻黄用量宜轻。若气虚明显者,可加党参、黄芪甘温补气;阴寒重者,可加附子温阳散寒;肉桂亦可改为桂枝,加强温通血脉、和营通滞作用。

(3)使用注意:凡阳证疮疡红肿热痛,或阴虚有热,或疽已溃破者,皆不宜使用本方。马培之云:“此方治阴证,无出其右,用之得当,应手而愈。乳岩万不可用,阴虚有热及破溃日久者,不可沾唇。”(《重校外科证治全生集》)

### 3. 大黄牡丹汤《金匮要略》

【药物组成】大黄 牡丹皮 桃仁 冬瓜仁 芒硝

【功用】泻热破瘀,散结消肿。

【主治证候】肠痈初起,湿热瘀滞证。右少腹疼痛拒按,按之其痛如淋,甚则局部肿痞,或右足屈而不伸,伸则痛剧,小便自调,或时时发热,自汗恶寒,舌苔薄腻而黄,脉滑数。

【配伍意义】本方所治之肠痈是因肠中湿热郁蒸,气血凝聚所致。治法当泻热祛湿,破瘀消痈。故方中以苦寒攻下之大黄为君,泻热逐瘀,涤荡肠中湿热瘀毒;丹皮亦为君药,清热凉血,活血散瘀。两药合用,泻热破瘀。臣以咸寒之芒硝,泻热导滞,软坚散结,助大黄荡涤湿热,使之速下;桃仁活血破瘀,配合丹皮以散瘀消肿。佐以甘寒滑利之冬瓜仁,为治内痈之要药,清肠利湿,导湿热从小便而去,并能排脓消痈。本方泻下、清利、破瘀诸法并用,共奏泻热破瘀、散结消肿之功,是治疗湿热瘀滞之肠痈初起的常用方剂。

4. 葶苈汤《外台秘要》引《古今录验方》(助理不考)

【药物组成】葶苈 薏苡仁 瓜瓣 桃仁

【功用】清肺化痰,逐瘀排脓。

【主治证候】肺痈,热毒壅滞,痰瘀互结证。身有微热,咳嗽痰多,甚则咳吐腥臭脓血,胸中隐隐作痛,舌红苔黄腻,脉滑数。

P293 移动:

2. 大黄牡丹汤:整方移至“第二十一章:治痈疡剂”

P304 移动:

4. 仙方活命饮:整方移至“第二十一章:治痈疡剂”

P306 移动:

4. 葶苈汤:整方移至“第二十一章:治痈疡剂”

P317 移动:

2. 阳和汤:整方移至“第二十一章:治痈疡剂”

P328 移动:

4. 百合固金汤:整方移至“第十六章:治燥剂——第三节:滋阴润燥”

P345 移动:

7. 暖肝煎:整方移至“第七章:温里剂——第三节:温经散寒”

P306 修改:

5. 泻白散:删除【配伍意义】条目后“(助理不考)”

P313 修改:

六一散:删除该方后“(助理不考)”

P320 修改:

2. 防风通圣散:删除该方后“(助理不考)”

P323 修改:

5. 玉屏风散:删除该方后“(助理不考)”

P327 修改:

2. 左归丸:删除该方后“(助理不考)”

P329 修改:

2. 右归丸:删除该方后“(助理不考)”

P351 修改:

8. 桂枝茯苓丸:删除该方后“(助理不考)”

P356 修改:

3. 牵正散:删除该方后“(助理不考)”

P362 修改:

2. 玉液汤:删除该方后“(助理不考)”



## 第五篇

# 中西医结合内科学

## 第一章 呼吸系统疾病

P390

增补:第一节 急性上呼吸道感染、第二节 急性支气管炎、第三节 慢性支气管炎

### 第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是指鼻腔和咽喉部呼吸道黏膜的急性炎症的总称。70%~80%由病毒引起,少数为细菌所致。急性上呼吸道感染的临床表现不一,从单纯的鼻黏膜炎到广泛的上呼吸道感染轻重不等。本病全年皆可发生,以冬春季节多发,一般病势较轻,病程较短,预后较好。

本病与中医学的“感冒”相类似,又称“伤风”、“冒风”、“冒寒”、“重伤风”等。

#### 考点一 西医病因与发病机制

急性上呼吸道感染的主要病原体为鼻病毒、流感病毒(甲、乙、丙)、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、冠状病毒、腺病毒及柯萨奇病毒等。细菌感染可单纯发生或继发于病毒感染之后,以溶血性链球菌为多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等。人体在受凉、淋雨或过度疲劳等因素影响下,呼吸道局部防御功能处于低下状态,导致原有的病毒或细菌迅速繁殖。病毒和细菌等也可通过飞沫传播,或由接触鼻、咽、眼结膜表面的分泌物而经手传播。发病与年龄、体质及环境密切相关,尤其是老幼体弱或有慢性呼吸道疾病者更易罹患。

#### 考点二 中医病因病机

急性上呼吸道感染是人体感受六淫之邪、时行毒邪所致,主要是风邪致病。感邪之后是否发病与正气盛衰有关。

1.卫外功能减弱,外邪乘机袭入 包括生活起居不当,寒温失调;过度劳累,耗伤体力;气候突变,六淫之邪肆虐;素体虚弱,卫外不固;以致外邪侵袭而发病。

2.病邪犯肺,卫表不和 肺主皮毛,职司卫外,外邪从口鼻、皮毛而入,卫表被郁,邪正相争,而见恶寒、发热、头痛、身痛等;肺气失宣而见鼻塞、流涕、咳嗽等。

3.病邪少有传变,病情轻重有别 病邪一般只犯肺卫,很少有传变,病程短而易愈。但亦有少数感邪深重,或老幼体弱,或原有某些慢性疾病者,病邪从表入里,迅速传变,可引起某些合并症或继发病。

综上所述,本病病位在肺卫,其病因病机主要是外邪乘虚而入,以致卫表被郁,肺失宣肃,一般病情轻浅。因四时六气各异,或体质强弱、阴阳偏盛之不同,临床表现虚实寒热各异。

#### 考点三 临床表现

##### (一)普通感冒

普通感冒为病毒感染引起,潜伏期短,起病较急。临床表现差异很大,以鼻部症状为主。

1.主要症状 早期有咽部干燥,继而出现鼻塞、喷嚏、低热、咳嗽、鼻流清涕,以后变稠,呈黄脓样。病变向下发展可出现声嘶、咳嗽加剧,或有少量黏液痰,1~2周消失。全身症状短暂,可出现全身酸痛、头

痛、乏力、食欲下降、腹胀、腹痛、便秘或腹泻等,部分患者可伴发单纯性疱疹。

2.体征 鼻腔黏膜充血、水肿,有分泌物,偶有眼结膜充血,可有体温升高。

#### (二)急性病毒性咽炎和喉炎

病原体多为鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠病毒、呼吸道合胞病毒等。

1.主要症状 急性病毒性咽炎咽部发痒或有灼热感,咽痛不明显,咳嗽少见。急性喉炎多表现为声音嘶哑,说话困难,咳嗽时疼痛,常有发热、咽痛或咳嗽。

2.体征 咽喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大,有触痛,有时可闻及喉部喘息声。

#### (三)急性咽-扁桃体炎

病原体多为溶血性链球菌,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、葡萄球菌等。

1.主要症状 起病急,咽痛明显,发热,畏寒,体温可达 39℃ 以上。

2.体征 咽部充血明显,扁桃体肿大、充血,表面有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大压痛。

#### (四)急性疱疹性咽峡炎

急性疱疹性咽峡炎多由柯萨奇病毒 A 引起,多见于儿童,成人偶见,夏季较易流行,起病急,病程约 1 周。

1.主要症状 明显咽痛、发热。

2.体征 咽部、软腭、悬雍垂和扁桃体上有灰白色小丘疹,以后形成疱疹和浅表溃疡,周围黏膜有红晕。

#### (五)急性咽结膜炎

急性咽结膜炎主要由腺病毒、柯萨奇病毒、埃可病毒等引起,起病急,病程一般 4~6 日。夏季多发,儿童多见,由游泳传播。

1.主要症状 发热、咽痛、流泪、畏光。

2.体征 咽部及结膜充血,可有颈淋巴结肿大,或有角膜炎。

急性上呼吸道感染少数可并发急性鼻窦炎、中耳炎、急性支气管炎、肺炎,也可引起急性心肌炎、风湿热、急性肾小球肾炎。

#### 考点四 实验室检查及其他检查

1.血常规检查 白细胞计数一般正常或偏低,分类淋巴细胞比例相对增高。伴有细菌感染时,白细胞计数及中性粒细胞增高,或有核左移现象。

2.病毒分离 收集病人的咽漱液、鼻洗液、咽拭子等标本接种于鸡胚羊膜腔内,可分离出病毒,有助于确诊。

3.免疫荧光技术检测 取病人鼻洗液中的鼻黏膜上皮细胞涂片,或用咽漱液接种于细胞培养管内,用免疫荧光技术检测,阳性者有助于早期诊断。

4.血清学检查 取病人急性期与恢复期血清进行补体结合试验、中和试验和血凝抑制试验。双份血清抗体效价递增 4 倍或 4 倍以上者有助于早期诊断。

#### 考点五 诊断与鉴别诊断

##### (一)诊断

主要根据病史、临床症状及体征,结合周围血象,并排除其他疾病如过敏性鼻炎,急性传染性疾病如麻疹、脑炎、流行性脑脊髓膜炎、脊髓灰质炎、伤寒等,可作出临床诊断。病毒分离、免疫荧光技术及细菌培养对明确病因诊断有帮助。

##### (二)鉴别诊断

1.过敏性鼻炎 主要表现为喷嚏频作,鼻涕多,呈清水样,鼻腔水肿、苍白,分泌物中有较多嗜酸性粒细胞。发作常与外界刺激有关,常伴有其他过敏性疾病,如荨麻疹等。

2.急性传染病前驱期 麻疹、脊髓灰质炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、伤寒、斑疹伤寒、白喉等,在患病初期可伴有上呼吸道症状,但有明确的流行病学史,并有其特定的症状特点可资鉴别。

3.流行性感 冒 流感的潜伏期很短,一般 1~3 天,常有明显的流行性。起病急骤,以全身中毒症状为主,出现畏寒、高热、头痛、头晕、全身酸痛、乏力等。呼吸道症状轻微或不明显,可有咽痛、流涕、流涕、咳嗽等。少数患者有食欲减退,伴有腹痛、腹胀及腹泻等消化道症状。病毒分离和血清学诊断可供鉴别。

#### 考点六 西医治疗

1.抗病毒治疗 目前尚无有效的特异性抗病毒药物,可试用下列药物:①金刚烷胺:口服 0.1g,每日 2 次,对甲型流感病毒有效;②吗啉胍(ABOB):口服 0.1~0.2g,每日 3 次,可能对甲型流感病毒、乙型流感病毒、副流感病毒、鼻病毒、呼吸道合胞病毒及腺病毒有效;③利巴韦林:有比较广谱的抗病毒作用,每日 400~1000mg,分 3 次口服,或加入液体中静脉滴注;④干扰素:能抑制多种 DNA 病毒和 RNA 病毒,肌肉注射或滴鼻均可。

2.对症治疗 发热、头痛、肢体酸痛者,可给予解热镇痛药,如复方阿司匹林片 0.5~1g,口服,每日 3 次;鼻塞流涕者,可用抗过敏药,如扑尔敏 4mg,口服,每日 3 次,或用 1%的麻黄碱滴鼻。

3.抗感染治疗 如有继发细菌感染者,可选择抗菌药物治疗。经验用药常选:①头孢氨苄 0.25~0.5g,口服,每日 4 次。②罗红霉素 150mg,口服,每日 2 次。③阿莫西林 0.5g,口服,每日 3~4 次。

#### 考点七 中医辨证论治

##### 1.风寒束表证

证候:恶寒重,发热轻,无汗,头痛,肢体酸痛,鼻塞声重,喷嚏,时流清涕,咽痒,咳嗽,口不渴或喜热饮,舌苔薄白而润,脉浮或浮紧。

治法:辛温解表。

方药:荆防败毒散加减。

##### 2.风热犯表证

证候:身热较著,微恶风寒,汗出不畅,头胀痛,目胀,鼻塞,流浊涕,口干而渴,咳嗽,痰黄黏稠,咽燥,或咽喉肿痛,舌苔薄白微黄,边尖红,脉浮数。

治法:辛凉解表。

方药:银翘散或葱豉桔梗汤加减。

##### 3.暑湿伤表证

证候:身热,微恶风,汗少,肢体酸重或疼痛,头昏重胀痛,咳嗽痰黏,鼻流浊涕,心烦口渴,渴不多饮,口中黏腻,胸脘痞闷,泛恶,小便短赤,舌苔薄黄而腻,脉濡数。

治法:清暑祛湿解表。

方药:新加香薷饮加减。

## 第二节 急性支气管炎

急性支气管炎是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的支气管黏膜的急性炎症。临床主要表现为咳嗽和咳痰,常见于气候急骤变化或上呼吸道防御功能下降时,也可由急性上呼吸道感染迁延不愈所致。本病属中医学“咳嗽”“暴咳”等范畴。

#### 考点一 西医病因

1.病原微生物 病毒是引起本病最常见的微生物,常见病毒为腺病毒、流感病毒(甲、乙)、冠状病毒、鼻病毒、单纯疱疹病毒、呼吸道合胞病毒和副流感病毒。常见细菌为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌等。近年来衣原体和支原体感染明显新增。在病毒感染的基础上继发细菌感染也较多见。

2.理化因素 冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾(如二氧化硫、二氧化氮、氨气、氯气等)的吸入,可以引起气管-支气管黏膜的急性损伤和炎症反应。

3.过敏反应 急性支气管炎与气道的高反应性有关。常见的吸入致敏原包括花粉、有机粉尘、真菌孢子、动物皮毛及排泄物,或对细菌蛋白质的过敏。钩虫、蛔虫的幼虫在肺内的移行均可引起支气管急性炎症反应。

## 考点二 中医病因病机

中医认为本病的发生和发展,主要是外感所致,而脏腑功能失调,肺的卫外功能减弱是引发本病的重要病因。天气冷暖失常、气候突变,人体未能适应,卫外功能失调,六淫外邪或从口鼻而入,或从皮毛而侵,侵犯肺系,引发本病。风为六淫之首,其他外邪多随风邪侵袭人体,所以本病的发病常以风为先导,夹有寒、热、燥、湿等邪。

本病病变部位主要在肺,因肺主气,司呼吸,上连喉咙,开窍于鼻,外合皮毛,为五脏之华盖;又因肺为娇脏,不耐邪侵。肺卫受邪,使肺气壅遏不宣,清肃失司,气机不利,肺气上逆引起咳嗽。肺卫之邪若不能及时疏散外达,则可发生演变转化,如风寒久郁而化热,风热灼津而化燥,肺热蒸液而成痰。

同时,如迁延失治,伤及正气,或年老体弱,正气不足,卫外不固,更易受邪以致疾病反复发作。

## 考点三 临床表现

1.主要症状 起病较急,通常全身症状较轻,可有发热。初为干咳或有少量黏液痰,随后痰量增多,咳嗽加剧,偶伴血痰。咳嗽、咳痰可延续 2~3 周,如迁延不愈,可演变成慢性支气管炎。伴支气管痉挛时,可出现程度不等的胸闷气喘。

2.体征 查体可无明显阳性表现。也可以在两肺闻及散在干、湿啰音,或伴哮鸣音,部位不固定,咳嗽后可减少或消失。

## 考点四 实验室及其他检查

1.血常规检查 白细胞计数和分类多无明显改变。细菌感染时白细胞升高,或伴有中性粒细胞比例增加,血沉加快。

2.痰培养 痰涂片或培养可发现致病菌。

3.X 线检查 可见正常或肺纹理增粗。

## 考点五 诊断与鉴别诊断

### (一) 诊断

根据病史、咳嗽和咳痰等呼吸道症状,两肺散在干、湿啰音等体征,结合血象和 X 线胸片,可作出临床诊断。病毒和细菌检查有助于病因诊断。

### (二) 鉴别诊断

1.流行性感冒 流感有流行病学史,急骤起病,高热和全身肌肉酸痛等全身中毒症状明显,病毒分离和血清学检查有助于鉴别。

2.急性上呼吸道感染 鼻咽部症状明显,咳嗽轻微,一般无痰。肺部无异常体征。胸部 X 线正常。

3.其他呼吸系统疾患 如肺结核、肺脓肿、支原体肺炎、麻疹、百日咳和肺癌等,以上疾病初发时常伴有急性支气管炎症状,但均表现各自的特点,可资鉴别。

## 考点六 西医治疗

1.一般治疗 适当休息,注意保暖,多饮水,避免诱发因素和吸入变应原。

2.对症治疗 发热、头痛时可应用解热镇痛药如复方阿司匹林等;咳嗽有痰且不易咳出时选用祛痰剂,如氯化氨合剂、盐酸氨溴索、溴己新;咳嗽剧烈且无痰时选用右美沙芬、喷托维林、可待因等;支气管痉挛时选用平喘药,如茶碱类和  $\beta_2$  受体激动剂等。

3.抗菌药物 一般不主张应用抗生素治疗本病,但有细菌感染证据时应及时使用。根据病原体 and 药敏试验选择抗菌药。一般开始治疗时缺乏病原菌检查结果,可选用大环内酯类、青霉素类、头孢菌素类、氟喹诺酮类等。用药途径依病情而定,轻者口服即可,重症者可肌注或静脉给药。

## 考点七 中医辨证论治

### 1. 风寒袭肺证

证候:咳嗽初起,声重气急,咽痒,痰稀色白,多伴有头痛鼻塞,流清涕,骨节酸痛,恶寒,或有发热,无汗等表证,舌苔薄白,脉浮或浮紧。

治法:疏风散寒,宣肺止咳。

方药:三拗汤合止嗽散加减。

#### 2. 风热犯肺证

证候:咳嗽新起,咳声粗亢,或咳声嘎哑,咳痰黏稠或稠黄,咳时汗出,常伴鼻流黄涕,头痛口渴,喉燥咽痛,或有发热,微恶风寒等表证,舌苔薄黄,脉浮数或浮滑。

治法:疏风清热,宣肺止咳。

方药:桑菊饮加减。

#### 3. 燥热伤肺证

证候:咳嗽新起,咳声嘶哑,干咳无痰或痰少黏稠难出,或黏连成丝,或咳引胸痛,多伴有鼻燥咽干,恶风发热,头痛等表证,舌尖红,苔薄黄而干,脉浮数或小数。

治法:疏风清肺,润燥止咳。

方药:桑杏汤加减。

#### 4. 凉燥伤肺证

证候:干咳,痰少或无痰,咽干鼻燥,兼有头痛,恶寒,发热,无汗,苔薄白而干,脉浮紧。

治法:轻宣凉燥,润肺止咳。

方药:杏苏散加减。

### 第三节 慢性支气管炎

慢性支气管炎是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息等反复发作作为特征,常并发阻塞性肺气肿、慢性阻塞性肺病(COPD),甚至肺源性心脏病。本病可归属于中医学“咳嗽”“喘证”等病证范畴。

#### 考点一 西医病因与发病机制

慢性支气管炎的病因较为复杂,往往是多种因素长期相互作用的结果。

1. 吸烟 吸烟是最重要的环境发病因素。烟草中的焦油、尼古丁和氢氧酸等化学物质具有多种损伤效应,可使气道净化能力下降,黏液分泌增多,气道阻力新增;使氧自由基产生增多,破坏肺弹力纤维,诱发肺气肿形成等。

2. 感染因素 感染是慢性支气管炎发生发展的重要因素,主要为病毒和细菌感染。病毒感染以流感病毒、鼻病毒、腺病毒和呼吸道合胞病毒为常见。细菌感染常继发于病毒感染,常见的病原体有奈瑟球菌、肺炎链球菌及流感嗜血杆菌等。

3. 职业粉尘和化学物质 接触职业粉尘及化学物质,如烟雾、变应原、工业废气及室内空气污染等,浓度过高或时间过长,均可能促进慢性支气管炎的发病。

4. 空气污染 大气污染中有害气体如二氧化硫、二氧化氮、氯气、臭氧等可损伤气道黏膜上皮,使纤毛清除功能下降,黏液分泌新增,为细菌感染新增条件。

5. 其他因素 如自主神经功能紊乱,呼吸道副交感神经反应增高,交感神经功能低下,支气管分泌亢进;全身或呼吸道局部的防御及免疫功能减弱;维生素 C、维生素 A 的缺乏,使支气管黏膜上皮修复受影响;遗传。

#### 考点二 中医病因病机

中医学认为,慢性支气管炎的发生和发展,多因外邪侵袭、内脏亏损,导致肺失宣降。

1. 外邪侵袭 六淫之邪侵袭肌表,或从口鼻而入,或从皮毛而侵,内合于肺,肺失肃降,肺气不宣,痰浊滋生,阻塞气道,故可引起咳喘、咯痰。

2. 肺脏虚弱 久咳伤肺,肺气不足,易受外邪侵袭,清肃失职而发病。肺气不足,气失所主,清肃无权,气不化津,积液成痰,痰湿阻肺,致使咳喘缠绵不愈。

3. 脾虚生痰 “脾为生痰之源,肺为贮痰之器。”久病不愈,耗伤脾气,脾阳不足,脾失健运,水谷无以化生精微,聚湿生痰。痰浊上渍于肺,壅塞气道,肺失宣降,而致咳嗽痰多。

4. 肾气虚衰 肾主纳气,助肺以行其呼吸。肾气虚弱,吸入之气不能经肺下纳于肾,气失归藏,则肺

气上逆而表现为咳嗽喘促,动则愈甚。久病不愈,必伤于阴,肾阴亏耗,津液不能上润肺金,或虚火上扰,灼伤肺阴,肺失滋润,而致咳嗽。

总之,本病常因暴咳迁延未愈,邪恋伤肺,使肺脏虚弱,气阴耗伤,肺气不得宣降,故长期咳嗽、咳痰不愈,日久累及脾肾。病情多为虚实夹杂,正虚多以气虚为主或兼阴虚,邪实多为痰饮停聚,或偏寒,或偏热,久则夹瘀。其病位在肺,涉及脾、肾。

### 考点三 临床表现与并发症

常有长期吸烟或经常吸入刺激性气体及反复上呼吸道感染病史。本病进展缓慢,症状逐渐加重,以咳嗽、咯痰或伴有喘息长期反复发作作为特点,每年发病持续3个月以上,并连续2年或2年以上,并排除具有咳嗽、咯痰、喘息症状的其他疾病。

#### (一) 临床表现

##### 1. 症状

(1) 咳嗽早期咳声有力,白天多于夜间,随病情发展,咳声变重浊,痰量增多。继发肺气肿时,常伴气喘,咳嗽夜间多于白天,尤以临睡或清晨起床时更甚。

(2) 咳痰多数为白色黏液痰和浆液性泡沫痰,清晨及夜间较多,在病情加重或合并感染时痰量增多变稠或变黄。老年人咳嗽反射低下,痰不易咳出。

(3) 喘息由支气管痉挛引起,感染及劳力后明显,合并肺气肿后喘息加重。

2. 体征 慢性支气管炎早期常无明显体征。急性发作时在肺底部可闻及湿性和(或)干性啰音,喘息性支气管炎在咳嗽或深吸气后可听到哮鸣音,发作时可闻及广泛的湿啰音和哮鸣音。长期反复发作,可见肺气肿的体征。

#### (二) 主要并发症

1. 阻塞性肺气肿 为慢性支气管炎最常见的并发症。因终末细支气管狭窄阻塞,肺泡壁破裂,相互融合所致。症见气急,活动后加重,伴有肺气肿的体征,如桶状胸,肺部叩诊呈过清音,X线检查示肺野透亮度新增。

2. 支气管扩张症 慢性支气管炎反复发作,支气管黏膜充血、水肿,形成溃疡,管壁纤维增生,管腔变形、扩张或狭窄,扩张部分呈柱状改变,形成支气管扩张,症见咳嗽、痰多或咯血。

3. 支气管肺炎 慢性支气管炎蔓延至周围肺组织中导致感染,患者有寒战、发热、咳嗽增剧,痰量新增且呈脓性。白细胞总数及中性粒细胞增多。X线检查两下肺野有沿支气管分布的斑点状或小片状阴影。

### 考点四 实验室检查及其他检查

1. 血常规检查 细菌感染时可出现白细胞总数和(或)中性粒细胞增高。

2. 痰液检查 涂片可发现革兰阳性球菌或革兰阴性杆菌,痰培养可发现致病菌。

3. X线检查 早期可无异常,随着病情发展,可见肺纹理增多、变粗、扭曲,呈网状或条索状阴影,向肺野周围延伸,以两肺中下野明显。

4. 肺功能检查 本病早期病变多在小气道,大气道通气功能尚在正常范围内,常规肺功检查可无异常发现,但闭合气量检测可见增大,最大呼气流速-容量曲线图形异常,最大呼气中段流速(MMEF)降低。以后发展至气道狭窄或有阻塞时,出现阻塞性通气功能障碍,表现为第1秒用力呼气容积(FEV<sub>1</sub>)下降,合并肺气肿时,肺残气量明显增高,肺总量(TLC)也增大。

### 考点五 诊断与鉴别诊断

#### (一) 诊断

1. 诊断要点 临床上以咳嗽、咳痰为主要症状或伴有喘息,每年发病持续3个月,并连续2年或以上。除外具有咳嗽、咳痰、喘息症状的其他疾病,如支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、尘肺、肺脓肿、心功能不全等。

#### 2. 分型