

目 录

总 论

第一章	中医内科急症医学的形成、发展与展望	(3)
第二章	中医急症诊断要点	(14)
第三章	中医急症辨证要点	(18)
第四章	中医内科急症救治方法	(40)
第五章	全国中医医院急诊科(室)必备中成药 及应用	(67)
第六章	中医急症护理	(95)

各 论

第一章	中暑	(105)
第二章	外感高热症	(116)
第三章	霍乱	(132)
第四章	痉证	(144)
第五章	中风急症	(159)
第六章	头痛急症	(172)
第七章	痫证急症	(184)
第八章	昏迷	(194)

第九章	眩晕急症	(204)
第十章	痹病急症	(217)
第十一章	乳蛾急症	(232)
第十二章	哮喘证	(240)
第十三章	肺胀急症	(253)
第十四章	暴喘证	(266)
第十五章	心悸急症	(284)
第十六章	心痛急症	(295)
第十七章	胃痛急症	(308)
第十八章	呕吐急症	(319)
第十九章	泄泻急症	(326)
第二十章	腹痛急症	(334)
第二十一章	胁痛急症	(346)
第二十二章	黄疸急症	(355)
第二十三章	痢疾急症	(363)
第二十四章	淋证急症	(375)
第二十五章	癃闭急症	(383)
第二十六章	暴肿	(393)
第二十七章	关格急症	(407)
第二十八章	厥脱证急症	(423)
第二十九章	吐血、黑便	(437)
第三十章	咯血	(445)
第三十一章	紫癜急症	(452)

第三十二章	中毒急症	(465)
-------	------	-------	-------

附 论

第一章	中草药的配伍与禁忌	.....	(493)
第二章	常用急救药物配伍禁忌	.....	(503)
第三章	抗菌急救药物的相互作用 (包括配伍禁忌)	.....	(505)
第四章	中西药的配伍禁忌	.....	(516)
第五章	常用急救技术	.....	(524)
第六章	内科急诊常用检验正常(参考)值	...	(568)

总 论

第一章 中医内科急症医学的形成、发展与展望

中医内科急症的形成和发展，如同中华民族悠久的历史，源远流长。

在原始社会，人们在寻找食物过程中，往往误食一些有毒的植物，因而引起中毒甚至死亡。在反复的实践过程中，人们识别了一些有毒植物，同时产生一些简单的防治方法，如“神农尝百草，一日遇七十毒”的传说，即反映了劳动人民用中草药防治疾病的丰富实践经验，这些经验是随生产、历史的发展而不断提高发展的。

一、中医内科急症的初创阶段

自战国后期，迄东汉末年，由于《内经》、《神农本草经》、《伤寒论》、《金匱要略》等中医典籍的相继诞生，已对外感、内伤两类急症及中毒等急症的病因、诊断、治疗、预后、预防等方面作出了不同程度的论述，并出现了一系列的救治方法，但此阶段的记载仍未系统化，故称为初创阶段。其主要成就如下：

（一）中毒的认识 我国现存最早的药物学专著《神农本草经》，集中了汉代以前直至远古时代所积累的药物学知

识，对药物的作用及毒性都有了较详细的记载，奠定了毒物学的基本知识。在周朝，对于饮食卫生、食物中毒方面不仅在生活上引起注意，而且有很多著述。汉·《金匱要略》有“六畜自死，皆疫死，则有毒”；“菌仰卷，及赤色者，不可食”，已从中毒的预防、食物卫生等方面有了初步的认识。

(二) 急症病名认识 《内经》率先记述急症，把突然发作、病情危重的疾病称为“卒病”、“暴病”、“暴疾”。《灵枢·岁露》：“其有卒然暴死暴病者，何也”？“三虚至，其死暴疾也”。“卒病”、“暴病”、“暴疾”，乃急症之同义词，是中医典籍中最早的急症术语。《内经》记载的急性病证达数十种，如有关痛证的“举痛论”；有关厥逆的“厥论”、“厥病”；有关热病的“热论”、“热病”、“评热病论”等，且某些急症的观察较正确及仔细，一直沿用至今天。如《灵枢·厥论》：“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”。已对“真心痛”急症有起病急、变化快、病情危重的认识。

(三) 外感急症的病因认识 外感急症的病因认识突出了邪正特点。《内经》认为暴病之发，多因邪气肆虐或正气急虚，和病邪的质与量有关。有“邪之所凑，其气必虚”的发病观点。《素问·通评虚实论》则把病因述为“邪气盛”、“精气夺”之两端。而《素问·刺法论》归纳疫疠的病因为“三虚”相搏，并释三虚一为“毒气”、“尸鬼”之类剧烈致病邪气；二为人体正气内伤而从“天牝”（即鼻受天之气）感受上述病邪；三为所感邪气反过来更伤人体正气。并且认识到三虚相搏所致疫疠具有很强的传染性，造成广泛流行。谓“五疫之至，皆相染易，无向大小，病状相似”、“疠大

至，民善暴死”、“三虚至，其死暴疾也”。《伤寒论》在重申邪盛正衰的观点外，强调因邪气随体质变化造成灼津、竭阴、耗气、亡阳、瘀血、停饮、聚水、蓄痰等病理变化，把外感热病统称为“伤寒”。《金匱要略》在论述痉病、疟病的病因时，突破了因寒致热的病因，为外感暑邪所致。故《伤寒论》及《金匱要略》在外感病因的认识上，源于《内经》，而又高于《内经》。

（四）诊断手段 《内经》对急症诊断以察色按脉为主。望、闻、问、切四诊并提合论，用以推断急症病情和预测急症预后。如“青黑为痛，黄赤为热，白为寒”；“目黄者，黄疸”；“气口坚盛者，伤于食”等。预测急症的预后，重在神气的得失和胃气有无，“得神者昌，失神者亡”。《伤寒论》重视腹诊，尤其脏腑的急症，常可迅速反映在相应的部位上，如“按之濡”、“弦急”、“支结”、“石硬”、“按之痛”等。

（五）防治方法 《内经》“治病必求于本”、“逆者正治，从者反治”、“热者寒之”、“寒者热之”等防治疾病的总原则应用于急症。《伤寒论》在急症防治方面，发展了《内经》的防治方法，强调顿挫邪势、辨病作药及顾护正气、护理等贯穿在急症诊治过程的始终。如风邪在表，均用汗法，用麻黄汤、桂枝汤、小青龙汤等；邪实在胸或上脘者，用吐法，如瓜蒂散证；邪结下焦者，用下法，如大承气汤、抵挡汤证等。但汗、吐、下法均有相应禁忌症，发汗以微汗为宜，“汗之病瘥停后服”、“得下，不必尽剂，余勿服”等。对正气虚衰者，运用扶正之法。如腹中急痛，心悸而烦，用小建中汤；心动悸、脉结代因心阴阳二亏者，用炙甘草汤

等。

(六) 急救技术及方药剂型 张机在《金匱要略·杂疗方》发明人工呼吸法。即“救自缢死”而“心下若微温者”，当“徐徐抱解，不得截绳，上下安被卧之；一人以脚踏其两肩，手少挽其发，常弦弦勿纵之；一人以手按踞胸上，数动之；一人摩捋臂胫屈伸之，若已僵，但渐渐强屈之，并按其腹；此次一炊顷，气从口出，呼吸眼开，而犹引按莫置，亦勿苦劳之”。

《内经》的方药剂型已涉及汤、丸、散、酒、膏、丹等。《伤寒论》新添了点、敷、熏、洗、栓等剂型。

总之，在本阶段急症诊治方面，已初具有一定的水平，尤其《伤寒论》，为以后的中医内科急症发展奠定了基础。

二、发展阶段

自西晋至新中国成立之前，历代医家诊治急症的经验得到进一步的发展充实，最突出的表现为明清温病学家对温病急症的发生发展规律及其系统防治方法所作全面总结。

(一) 中毒的认识 隋巢元方首次提出了“饮食中毒”一词，并下一个十分科学的定义：“凡人因饮食，忽然困闷，少时致甚，乃致死者，名为饮食中毒”。元朝忽思慧《饮膳正要》提出“诸肉非宰杀勿食，诸肉臭败者勿食，猪羊疫死者不可食，曝肉不干者不可食，煮肉不变色不可食……”等预防中毒的观点。宋《洗冤录》有苦杏仁、菌蕈、巴豆等中毒的记载。李时珍的《本草纲目》更是一部对有毒动植物、矿物的毒理、救治研究极有价值的参考书。

(二) 病因的认识 《肘后备急方》对急症病因的认识有生物因素，如“毒疔之气”、“癣疥恶疮”等及化学因素如“饮酒大醉诸病”等。孙思邈认为“霍乱之为病也，皆因食欲，非关鬼神”。刘完素认为六气致病以火热最多。张从正十分重视病邪的作用，认为无论受于外，或生于内，其留着不去是一切病证的总根。朱丹溪倡导“阴不足而阳有余”，李杲则认为饮食不节，劳役过度和精神刺激，是内伤病的主要原因。王清任则认为气虚血瘀可引起复杂病变。温病学派在从事急性温热病的临床实践中，立“异气”作为温热的病源，是病因理论上的一项重大突破。因在温病学说未形成以前，外感热病在病因理论上，仍宗“六淫”外邪致病的理论。多种“异气”病源论的创立，使外感热病的病因病机和辨证论治理论得到发展。此“异气”具有传染性，且有明显的季节性。

(三) 诊断手段 此阶段的诊断手段重视客观检查及体征。如《肘后备急方》对“沙虱毒”的诊断，强调“初得之，皮上正赤，如小豆、黍米、粟粒，以手摩赤上，痛如刺”。其描述甚似今日之恙虫病。又如黄疸病采用了“急令溺白纸，纸即如染者”的验尿方法。温病有发病急、变化多端及流行传染的特点，故诊断上有一套方法，根据卫气营血的理论，提出了“温邪上受，首先犯肺”，其脉动数，临床证候多见正盛邪实，由卫→气→营→血的演变过程，脉象有相应的动态变化，故温病学强调审脉。其次察舌，观察邪热内犯，灼伤营阴的程度和变化。再是辨斑疹，因斑疹是肺津心血为温邪灼伤的临床表现。

对急症症状的鉴别诊断亦非常重视。如《肘后备急方》

“癲病”与“癲狂”的鉴别诊断，指出“凡癲疾，发则仆地吐涎沫”，“悲泣呻吟者，此为邪魅，非狂”，“凡狂发则欲走”。《诸病源候论》“赤疹”与“白疹”与“急黄”，“真心痛”与“心痛”等的鉴别。温病学派对温病急症常见的发热、出汗、闭脱和痉厥等证候的鉴别诊断积累了丰富的经验，为临床上正确的诊断和处理提供了依据。

（四）防治方法 此阶段有关急症的防治方法丰富多采，应急途径多种多样。

从《肘后备急方》看出，已具急症手册雏形，重视应急处理及有效性。《外台秘要》对中风的认识，突破外风的因素，提出风可内生，从内风角度治疗中风。孙思邈治疗急症，提倡针灸、药物、食疗等综合疗法，尤其重视针灸。宋元明清医家对急症治疗积累了丰富的经验。如《和剂局方》的“紫雪丹”、“至宝丹”、“苏合香丸”；《洗冤录》中用生鸡蛋加白矾治砒中毒；朱丹溪重视痰、气在急症发病中的作用；李杲创内伤脾胃学说治疗内伤急症；张子和以攻法治疗急症；王清任以补气活血和逐瘀活血治急症；吴又可主张“急症急攻”；温病学家发明卫气营血和三焦证治理论，总结出辛凉宣泄、清热解毒、芳香化浊、淡渗利湿、通腑泻下、养阴增液、清气透营、凉血化斑、清心开窍、扶正救脱等成套治疗和系列方药，把急性热病的证治大大向前推进一步，对现代急症诊治仍有重要意义。

（五）急救技术与方药剂型 本阶段急症诊治方面的发展较突出，但急救技术的发展不明显。新创的急救技术主要有六：一为《肘后备急方》创用口对口吹气法抢救卒死病人的人工复苏术；二为《肘后备急方》的蜡疗和烧灼止血术；

三为《肘后备急方》的放腹水及小夹板固定术；四为《肘后备急方》的溺水急救术；五为宋·《圣济总录》采用鹅管自鼻中灌药及明·《医学纲目》的用纸卷裹蛤壳灌药的鼻饲术；六为《备急千金要方·胞囊论》中导尿术。本阶段急症的发展，收集和创制了大量的急救新方，如温病方剂、中风方剂、血证方剂、芳香开窍方剂、矿物药急症方剂等，制剂的理论及经验不断提高，且剂型丰富多样化，出现了汤、丸、散、膏、煎、酒诸类剂型，还新添浸膏剂、混悬剂、乳剂、醋剂、药露、糖浆等剂型，给急救提供了方便。明清时期着重全面收集、整理、且大力发展辨证论治的理论，强调理法方药的严谨性，故以汤剂为主，一直沿用至今天。

三、形成阶段

新中国成立后，中医治疗急症的疗效得到证实。如1956年石家庄传染病院用中医治疗暑温的方法治愈了流行性乙型脑炎，引起全国的重视，受到卫生部的奖励。因此，政府确定了中医急症工作的战略方针：一是为了提高中医抢救危急重症的水平，增强中医临床工作的应急应变能力，恢复不断萎缩的急症阵地；二是为了再现中医急症昔日作为中医带头学科的耀眼光彩，推动中医学术的发展。在1983年全国组织了高热、胸痹心痛、胃脘痛、厥脱、中风、血证、剂型改革协作组，取得以下成绩：

（一）中医六大急症诊疗规范化 由于历史原因，历代医家对一些疾病认识上的差异以及门户之见，在病、证的诊断、疗效评定标准方面存在着不少诸如概念模糊、概念混淆

等问题。自 1987 年长春急症会议后，全国专家制定了中医六大急症诊疗规范，使中医急症工作有章可循，有法可依，临证不乱，在提高疗效等方面有了良好开端。

（二）疾病证候分型的研究 急症的研究，仍突出辨证论治的原则。六大急症协作组的专家们通过大样板的病例进行动态分析，提出了各自的证候分类及辨证分型。但目前病种繁多，尚难统一，大多数病种仍处于探讨阶段。证候分类或辨证分型体现了中医特色，为治疗提供了依据。

（三）防治研究多样化 对证、对型的用药研究，取得了可喜的进步，另还将不同治法用于急症的治疗。如大多数用活血化瘀法，治疗无论缺血性还是出血性中风、心痛证、血证、厥脱证等；通下法治疗中风、高热证等；扶正固脱法治疗中风、厥脱证，如生脉注射液或参附注射液治疗等。在急症中发挥了很大作用。单方验方也倍受重视，广泛应用于急症。

（四）重视实验研究与精选指标 如参附注射液的实验研究，证实回阳救逆、抗休克的作用，通过实验，观察微循环、免疫功能、吞噬功能、缺氧耐受能力等指标。中风协作组对活血药的药理研究，认为有抗血小板凝集、溶栓、改善血液流变学、改善微循环等作用。故对急症的研究，已经从分子生物学的水平进行，采用先进的技术设备，检测急症的疗效，并阐明其机理。

（五）急救剂型的研制 中医治疗急症的疗效，与急救剂型的研制密切相关。一些协作组重视在辨证论治的基础上开展剂改研究。如胃脘痛协作组研制不同证型的止痛口服液，胸痹心痛组研制寒证心痛气雾剂及热证心痛气雾剂等。

1992年国家中医管理局推出全国中医院急诊科必备15种中成药及1995年推出全国中医院急诊科必备37种中成药，以高效、速效、安全的新制剂，逐渐向品种、功效系列化和规范化过渡。

四、中医急症的展望

中医治疗急症确实取得可喜的成绩，但亦存在一些问题。主要表现研究思路层次较为单一，缺乏多层次的总体宏观规划；对内科急症的中医研究，多是方药筛选和新制剂的验证治疗研究；对急症的辨证论治体系尚缺创新；对急症的中医应急先进手段不足；缺乏具有专效的中药急救新制剂。针对当前存在的问题，很有必要探索中医治疗内科急症的前景，把继承、发展、改革和竞争的观点统一起来，以继承为基础，以发展为目标，以改革统全局，以优异疗效参与竞争。具体做法如下：

（一）挖掘整理及继承 中医内科急症要发展，就要继承前人的经验，中医研究首位应全面整理前人治疗急症的文献。我国古代医学通过长期实践，在探讨急症的病因、病机、辨证、治疗等方面积累了丰富的经验，通过多途径、多方法进行挖掘，提高疗效；同时，经过大量验证，保证中医治疗急症的可靠性、准确性。

（二）筛选专效急救新方 古代诊治急症有成就的医家，非常重视筛选专效急救方药。因此，扩大验证古方，进一步筛选专效急救新方很有必要。在遵循传统辨证论治原则的基础上，参考现代检查诊断数据，筛选出既能保持中医特色，

又有可靠数据作证的专效急救方。今后应把传统理论与先进制药技术结合，把重点放在筛选具有顿挫高热、快速平喘止咳、行水利尿、解痉止痛等专效急救系列新方上。

(三) 改进急救投药途径 中医治疗急症，主要依赖方药的药效，因此能否有效发挥急救方药的药效是涉及中医治疗急症能否保持特色和专长的重要环节。古代急救剂型，多属口服给药，在处理急症时，常受投药途径及体积容积过大的限制，较难收到高效速效的效果。近年来全国协作组，把继承辨证论治原理和现代先进制药工艺结合起来，改制成多种投药途径的新剂型，如气雾剂、针剂、合剂、舌下含剂、静脉注射液等。尤以静脉注射液更具优势，效果好。因此，今后急救用药途径的改进和开拓仍以保持中医特色，多途径给药，速效专效和制剂品种系列化的指导原则，有计划有步骤地进行。

(四) 开展现代药效学研究 临床验证在当前急症治疗中采用较多，但因不太了解急症的转机和药物作用机制，无客观指标，这就难免出现一些盲目性。现国内一些单位已将实验研究与临床结合起来，开展急救有效方药的药效学研究，并以其实验结果，印证中医理论，指导临床实践。这种研究程序和内容，已列为开发专效急救中药新制剂，正式鉴定的常规要求。故把有效急救方药和新制剂的药效学研究，作为中医急症研究的重点内容。包括了组方依据、制剂的先进工艺水平、安全与质控标准、适应症、禁忌症、实验结果等，把重点转移到这方面。

(五) 探索内科急症辨证论治新体系 经过长期的实验观察和临床观察，在原有理论基础上提出新的研究设想，创

立一些新理论、新疗法，对中医急症研究促进很大。近年采用中医、西医双重诊断的辨证论治，这种新体系在诊断上主要以中医传统辨证为基础，将急症分为外感、内伤、中毒三大类，既重视急、危、变症表现在临床的邪正消长，阴阳失衡和脏腑失调在宏观阳性脉证的动态变化，也尽量收集和参考现代诊断检验指标的前后比较。即把改善阳性脉证的辨证论治结合起来，增强立方选药的针对性。治疗上以“先中后西，能中不西，中西结合”为原则，齐心协力，集中优势，协作攻关，开创出中医内科急症医学的新局面。

(邹旭 梅广源 谭荣益)

第二章 中医急症诊断要点

中医急症诊断，要求准确、快速、诊治并重、急救为先。必须抓住主症、急症的特点，审察急症的病机，注意逆变，把握变化，迅速准确地了解病情，作出明确诊断，为中医急救提供可靠的客观依据。

一、抓住主症

急症具有起病急、变化快、病情重等特点。急症的“症”既包括急性疾病，如中风、中暑和真心痛；也包括急性证候，如痉证、厥证；还有许多危急的症状，如便血、昏迷等。这些急症，都不是一个孤立的证候或症状，而是包括病因、病机、病位和正邪消长，阴阳变化等具体内容。在急症诊断中，首先要抓住主症，了解病人感觉最痛苦的一个或几个主要症状，了解疾病最突出的一个或几个表现，初步确定急症病名，同时注意诊治并重，迅速采取急救措施，不能因为收集“四诊”资料及作相应检查而失去抢救时机。当然，抓住急症的主症不等于忽视次症、兼症、夹杂症，仍要进一步分析及审察整体，包括审察病人的神、色、形、态、舌、脉等情况，权衡缓急，分清标本，积极治疗。

二、审察病机

一般而言，内科急症病机可概括为外感和内伤两大类，临证必须细察病机，辨证立法，遣方用药，达到救治病人的目的。

(一) 外感 外感急症，多系感受六淫之邪，特别是温热邪毒而起，其临床多具有如下特点：

1. 以高热为主证，临床表现为卫气营血各个阶段。
2. 出现伤阴表现：热甚必伤津耗液。
3. 邪毒较快由表入里，故卫气证候短暂。
4. 由于邪毒内侵和正气受损，常出现病势的逆传。
5. 病邪的属性，在病发之初，决定病证的性质等特点。

外感温病急症，是邪毒与正气相搏的结果。其中邪毒致热，是卫气营血各个阶段的共同病机；邪毒内陷逆传，则是其病势转危、转急的病理反映。因此必须审明病机，结合卫气营血各阶段的临床特点，为温病急症救治提供临床依据。

(二) 内伤 内伤急症的临床特点是：

1. 内伤急症，可概括为脏腑、气血、阴阳失调所致的虚证、实证或本虚标实证。
2. 内伤急症的寒或热，都源于虚，故其寒热为标，正虚是本。
3. 内伤急症一般无外邪的入侵，故无外邪病证的传变规律。
4. 判断内伤急症的轻重，主要是根据其气机逆乱的程度。内伤急症的气机逆乱，多由虚而生，由虚转实，虚实兼

见，正虚为本，邪实为标。故明辨虚实，分清标本缓急是内伤急症救治的关键。

三、详察先兆，把握变化

急危重症，病情变化极为迅速，必须详察先兆，把握病情变化，才能辨明病机，及时处理。如前所述，内科急症可分为外感、内伤两类，温病急症之逆传变症，多由卫分直入营血，逆传心包。临床除了有躁扰不宁、谵语神昏、抽搐、斑疹、吐衄等心营证候外，还应警惕体温骤升或骤降、大汗淋漓、面色苍白、呼吸急促、唇面发绀、脉微欲绝、血压骤然下降等。这些多属病势逆变危候的先兆。有先兆出现时，应当机立断，及时采取有力措施，防止突变。

内伤急症的逆传变证，多起于久病之后，在脏腑气血功能失调的基础上，诱因又加，引起了证候的急剧演变和加重，导致脏腑气血功能严重受损和亏耗，终至出现多种多样的危急证候或症状。虽然内伤急症的病因不同，证候各异，但病情发展到危急阶段，则常导致气机逆乱。其先兆可归纳为：

1. 清窍闭塞，神失所用先兆——神志朦胧。
2. 阳气暴张，肝风内动先兆——躁扰抽搐。
3. 痰浊内聚，肺气上逆先兆——喘逆气上。
4. 肾气亏损，水邪泛滥先兆——全身肿满。
5. 胃气衰败，受纳无权先兆——呕恶厌食。
6. 阳气衰微，四肢厥逆先兆——脉微肢冷。
7. 血不循经，内溢外浮先兆——出血紫癜。

8. 气化失司，水道不利先兆——尿少尿闭。

这些气机逆乱，以虚实夹杂者为多，其中由虚转实而致危者尤多。故应严密监测病人，把握变化，详察气机逆乱的先兆，防治病情逆变，使急救治疗及时、合理和准确地进行。

(邹旭 梅广源 谭荣益)

第三章 中医急症辨证要点

内科急症常用的辨证方法有八纲辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、六经辨证、脏腑辨证及气血津液辨证。急症以急、危、变为其特点，临床需首辨其阴阳、表里、寒热、虚实，故八纲辨证是急症首选和最基本的辨证方法。但急症病情复杂多变，单有八纲辨证远不能适应临证需要，必须辅以其他辨证方法。急症可概括分为外感急症和内伤杂病急症两大类。外感急症包括时邪温病、疫毒、疠气等，而以外感热毒致病为主要矛盾；杂病急症则包括中风、哮喘、水肿、昏迷、中毒等内伤杂病中之危重病证。外感急症常用卫气营血辨证和六经辨证，内伤杂病急症常用脏腑经络辨证。

一、八纲辨证要点

八纲辨证是以阴阳、表里、寒热、虚实为纲，对四诊所得的辨证材料进行综合分析，归纳其病变的部位、性质以及正邪双方力量对比的一种辨证方法。八纲具有执简驭繁、提纲挈领之妙，是各种辨证方法的总纲，是内科急症首选和基本的辨证方法。八纲以阴阳为总纲，表、热、实为阳；里、寒、虚属阴。八纲既明，救治的方向不误。

(一) 辨表里

1. 临床表现

(1) 表证：发热，恶寒或恶风，舌苔薄白，脉浮，或有头疼身痛，鼻塞流涕，咳嗽等症。

(2) 半表半里证：寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕，口苦咽干，目眩，默默不欲饮食，脉弦有力。

(3) 里证：除表证和半表半里证之外的各种病症，均属里证范畴。

2. 鉴别要点 辨表里，应症、舌、脉合参，结合病史，综合分析而后做出判断。

(1) 寒热：一般发热恶寒者为表证，寒热往来者为半表半里证，但热不寒或但寒不热者为里证。

(2) 舌苔：一般舌苔薄白者为表证；舌苔白厚以及黄、灰、黑者为里证；舌苔白而微黄者多为半表半里证。

(3) 脉象：脉浮者为表证；脉沉者为里证；脉弦者多为半表半里证。

(4) 病史：新病多为表证；久病多属里证。

3. 表里证的演变

(1) 表证入里：凡表证，恶寒已尽，反见恶热，烦渴多饮，舌苔转黄，脉浮转数者，是病由表入里。

(2) 里证出表：凡里证，疹痞外透，或发热汗出，恶风寒，烦渴减轻，脉象转浮或弦数者，是病由里出表。

(3) 表里同病：凡表证未解，而里证又现，或里证未瘥，复感表邪，遂兼见表证、里证在同一时期、同一病人身上同时出现者，属表里同病。

内科急症中，一般表证多急暴，危重死亡者多属里证。

(二) 辨寒热

1. 临床表现

(1) 寒证：面色苍白，恶寒喜暖，肢体蜷卧，口淡不渴，大便溏薄，小便清长，舌淡苔白，脉沉迟或弦紧。

(2) 热证：面红目赤，发热神昏，口渴喜冷，烦躁不宁，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄，脉洪数或实大。

2. 辨别要点

(1) 寒热喜恶：恶寒喜热，手足厥冷者为寒证；恶热喜凉，手足烦热者为热证。

(2) 口渴：口渴多饮，或喜冷饮者为热证；口淡不渴，或渴而不饮者多寒证。

(3) 二便：小便短赤，大便燥结或肛门灼热下利者为热证；小便清长，大便溏薄者多为寒证。

(4) 面色：面赤者为热证，面白者为寒证。

(5) 舌脉：舌红苔黄，脉数者为热证；舌淡苔白，脉迟者为寒证。

以上五点综合分析，可资鉴别。凡危重病症，亦常见真寒假热和真热假寒证，失之毫厘而谬之千里，尤宜详审以别真伪。如阳盛格阴，虽手足厥冷，但身热恶热，烦渴引饮，咽干口臭，小便短赤，大便燥结或热痢下重，舌红苔黄，脉沉数；若阴盛而格阳于外，真寒假热，虽身热面红，口渴脉大，但身热欲得衣被，面红而浮，口渴不欲饮水，脉大而无力，必肢厥、溺清、便溏、舌淡而苔白。细观脉症，真假易分。

3. 寒热症的错杂与转化

(1) 上热下寒：上部热证和下部寒证同见，是人体上下之阴阳失调，形成的上热下寒证。

(2) 表寒里热：外受寒邪，内有郁热，或外邪入里化

热，表寒未解，遂成表寒里热证。

(3) 表热里寒：阳虚阴盛之体，外感风热暑邪，或表邪未解而中阳已伤，而成表热里寒证。

(4) 寒证转热：外感寒邪不解，日久入里化热，即由寒证而转变成热证。

(5) 热证转寒：热证久而不除，阳气渐耗，或误药伤阳，则转化为寒证。

(三) 辨虚实

1. 临床表现

(1) 虚证：正气不足诸证，如面色苍白，萎黄，精神萎靡，身倦乏力，心悸怔忡，喘促气短，形寒肢冷或五心烦热，自汗盗汗，大便滑脱，小便失禁，舌光剥或少苔，脉虚弱无力。

(2) 实证：邪气有余诸证，如发热，胸中烦闷，烦躁不宁，神昏谵语，呼吸喘促，痰涎壅盛，腹满拒按，大便秘结，小便不利，舌苔厚腻，脉实有力。

2. 鉴别要点 虚是指正气虚馁，所谓精气夺则虚；实是指病邪亢盛，所谓邪气盛则实。虚、实皆有征可察。《素问·玉机真藏论》云：“脉盛，皮热，腹胀，前后不通，闷瞀，此谓五实。脉细，皮寒，气少，泄利前后，饮食不入，此谓五虚。”虚、实证的鉴别重点在审察邪气的有无和正气的存亡。凡痰浊、水湿、温热、动风、瘀血等邪气阻滞为主者多属实证；凡脏腑功能减弱，气血亏损，阴阳失调者多为虚证。临床宜结合病情，综合分析，掌握以下几点：

(1) 病邪有无：有邪者多为实证，无邪及邪去正衰者多为虚证。

(2) 按诊：腹满拒按者为实证，腹满喜按者为虚证。

(3) 脉象：脉沉实有力者多为实证，脉虚弱无力者多属虚证。

(4) 病程：新病者多属实证，久病者多属虚证。

一般说来，急、危、重症以实证和虚实夹杂者为多见。鉴别虚实须注意分辨其真假，大实或见羸状，至虚每见盛候，不可不识。如肠胃热结，痰食阻滞，大积大聚而使经脉阻滞，气血运行不畅，因而可出现精神萎靡身寒肢冷，脉象沉迟或伏匿，看似虚羸之状，但必大便秘结，腹满胀痛，积聚有形，语声高亢，气粗，脉重按有力，是为真实假虚证；又如脾胃气虚，运化无力，因而出现腹满胀痛，脉弦紧，看似实证，但胀满时减，腹痛而喜按，脉重取无力，显系真虚假实之证。

3. 虚实证的兼夹与转化

(1) 虚实夹杂：临床急症每见实中夹虚，或虚中夹实证。实中夹虚证是以实证为主，如病见痰涎壅盛，咳嗽喘满等实证表现，而同时又有动则喘促气短，畏寒肢冷，小便频数，失禁等虚象；虚中夹实是以虚证为主，而兼见痰湿、水饮、瘀血等实证表现。此外，也有虚实并见而虚实并重者。临床宜辨别虚实之轻重、主次、缓急，以分别治疗。

(2) 实证转虚：凡实证，因失治、误治等原因致病程迁延，久之虽邪气渐去，而正气亦衰，遂转化为虚证。

(3) 因虚致实：凡虚证，由于脏腑功能减弱，而致痰饮、食积、气滞、瘀血等实邪羁留，可由虚致实，而表现为实证。

(4) 常见的虚实危症实例：垂危病人每见气机逆乱，常

见多种虚、实病证，今概括于后，以资借鉴。

1) 实证：①邪闭窍阻：神昏谵语，不省人事，喉间痰声漉漉，牙关紧闭，二便不通，舌红苔黄，脉滑数或沉伏。②痰壅气绝：呼吸喘促气急，张口抬肩，喉中痰鸣，量多质稠，胸膈胀满，舌苔厚腻，脉弦而滑。③水湿中阻：中脘痞满，腹大如臌，肢体肿胀，按之凹陷，恶心呕吐，饮食不入，小便短少，舌苔白厚秽浊，脉濡细。④水气凌心：心悸不宁，喘满不得平卧，胸腹胀满，下肢肿胀，口唇青紫，舌暗红，苔白滑，脉沉涩或沉滑而数。⑤肝阳动风：突然昏仆，不省人事，面色潮红，语言不利，牙关紧闭，两手握固，搐搦动风，烦躁不宁，舌红苔黄，脉弦劲有力。⑥热毒炽盛：高热神昏，斑疹透露，吐衄便血，抽搐，烦躁，舌质红绛，脉细数。

2) 虚证：①心阳暴脱：心悸怔忡，息短气促，汗出肢冷，面色苍白，口唇发紫，舌淡，脉微欲绝。②肺气衰竭：呼吸喘促，时断时续，咳声低弱，汗出身冷，畏寒恶风，舌淡苔白，脉虚弱无力。③肾气欲绝：尿量短少，甚则无尿，肢体浮肿，恶心呕吐，精神萎靡，面色㿔白，不欲饮食，舌苔垢腻，脉虚数无根。④肝阴耗伤：头晕目暗，肌肉颤动，筋脉痠痲，口鼻出血，皮肤瘀斑，舌红绛少苔，脉弦细数。⑤胃气衰败：脘腹胀满，纳呆恶食，呃逆频作，声微气短，皮皱脘脱，大便滑脱，舌苔中剥少津，或舌光无苔，脉虚无力。

危症以实证和虚实夹杂者为多见，多属正邪交争，正不胜邪。实证、虚实夹杂证，因失治误治，最后亦可转虚，而纯虚证较为少见。

(四) 辨阴阳 阴阳是八纲中的总纲。《素问·阴阳应象大论》曰：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”急症证候复杂多变，但总不外乎阴证、阳证两大类。表里、寒热、虚实六纲，可以阴阳概括之。表、实、热为阳证；里、虚、寒属阴证。一般阳证多见实热，如面红目赤，口渴饮冷，发热狂躁，声高气粗，神昏谵语，小便短赤，大便秘结，舌红苔黄，脉实有力；阴证多见虚寒，如面色苍白，精神萎靡，声微息弱，形寒肢冷，腹满胀大，大便溏薄，小便清长，舌淡苔白，脉沉迟少力。此外，阴阳辨证中尚应分辨阴虚证、阳虚证、亡阴证、亡阳证。

1. 阴虚证和阳虚证

(1) 阴虚证：面红颧赤，形体消瘦，头晕目眩，口燥咽干，潮热盗汗，五心烦热，舌红绛，无苔或少苔，脉细数。

(2) 阳虚证：面色晄白，神疲乏力，倦怠嗜卧，畏寒肢冷，少气懒言，肢体浮肿，小便清长或频数，舌淡苔白，脉微弱。

2. 亡阴证与亡阳证

(1) 危笃重证：每见亡阴证与亡阳证，若不及时果断地抢救，终至阴阳离决。

(2) 亡阴证：阴虚证而见汗出如珠，汗液粘稠，身热足温，口渴喜冷，舌红干萎，脉细数无力。

(3) 亡阳证：阳虚证而见大汗淋漓，汗液清冷，身凉肢厥，面色苍白，口鼻气冷，脉微弱欲绝。

阴阳互根，相互依存。临危亡阴证进一步发展，阳无依附，则阳气随之而亡；亡阳证抢救不力，则阴无以生，亦随阳而竭。终致阴阳离决，精气绝而生命终止。

二、卫气营血辨证要点

卫气营血辨证是外感温病急症常用的辨证方法之一。卫气营血辨证适于外感温病发病急、传变迅速的特点，反映了温病由浅入深，由轻至重的发展传变规律。

卫气营血辨证系清代叶天士所倡导，为后世医家所广泛采用的一种温热病的辨证方法。卫气营血代表了温病发展的四个不同阶段，被概括为四种不同的证候。叶天士说：“大凡看法，卫之后，方言气，营之后，方言血。”温病初起先见卫气证，卫气之邪不解，则可传入气分，并可渐次入营入血。卫、气、营、血的传变，标志着病邪步步深入，病情逐渐加重。

一般来讲，卫分证主表，病邪较浅，病在肺与皮毛；气分证主里，病邪稍深，病在肺胃、胸膈、肠、胆；营分证是病邪入于心营，病变部位在心主与包络；血分证则易动血耗血，病邪已深入肝肾。

（一）卫气营血证候分类

1. 卫分证 发热，微恶风寒，头疼身痛，口干微渴，咽喉肿痛，咳嗽，舌边尖红，苔薄白，脉浮数。

2. 气分证 发热，不恶寒反恶热，舌红苔黄，脉数。且常伴见心烦，口渴、溺赤；或咳嗽、胸痛、咯吐黄稠痰；或心烦懊恼，坐卧不安；或壮热不解，烦渴而喜冷饮，大汗出，脉洪大；或潮热便秘，或纯利稀水，腹满硬痛，舌苔黄燥，甚则焦黑起刺，脉沉实有力。

3. 营分证 身热夜甚，口渴不甚，心烦不寐，甚则神

昏谵语，斑疹隐隐，舌质红绛，脉象细数。

4. 血分证 高热心烦，躁扰不宁，甚则发狂，斑疹外露，或见吐血、衄血、便血、尿血以及非时而见月经来潮，舌质绛紫，脉细数；或见神昏躁扰，手足抽搐，颈项强直，角弓反张，两目上视，牙关紧闭；或见身热，暮热早凉，五心烦热，口燥咽干，神倦耳聋，舌干少津；或见肢体羸瘦，牙齿干枯少津，唇萎舌缩，目陷睛迷，昏沉欲睡，两颧红赤，手足蠕动时有抽搐，心中憺憺大动，脉虚数或细促。

（二）卫气营血的鉴别要点

1. 卫气证 邪在肺卫，肺主皮毛，病邪轻浅，故表现为温热之邪在肌表，辨证宜抓住以下几点：

- （1）发热，微恶风寒。
- （2）舌苔薄白，脉浮数。
- （3）病变初起。

2. 气分症 病邪入里，正盛邪实，正邪交争，阳热亢盛。邪在肺胃、胸膈、肠、胆等部位，辨证宜抓住以下几点：

- （1）壮热，不恶寒反恶热。
- （2）口渴喜冷饮。
- （3）舌质红，苔黄。
- （4）脉洪数。

3. 营分证 病邪入营，营阴受损，心神被扰，病邪亢盛，而正气虚弱，津液亏乏。辨证宜抓住以下几点：

- （1）身热夜甚。
- （2）口渴而饮水不多。
- （3）舌质红绛少苔。

(4) 脉细数或虚大无力。

4. 血分证 正气更虚，正不胜邪，病在肝肾。辨证宜抓住耗血动血、动风、阴伤等特征。

(1) 耗血动血：斑疹透露，吐血衄血，便血尿血。

(2) 动风：手足抽搐，颈项强直，两目上视，牙关紧闭；或手足蠕动。

(3) 阴虚：身体消瘦，唇萎舌缩，齿干口燥，神疲乏力，耳聋，心中憺憺大动，舌质绛紫，脉虚数细促。

(三) 卫气营血证的特点

1. 卫分、气分证 病多高热，急而少危。一般温病急症，病在卫分，往往有高热。卫分证时间短，易于传变；气分证，正邪交争，亦以高热为特征，多见病情急暴，而正气不虚。临床以气分证为多见。

2. 逆传心包，多见危症 卫分证虽急而少危，但可逆传心包，出现神昏谵语等危症。“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”。正虚邪盛是造成逆传的原因。卫分证宜高度警惕逆传的出现。

3. 热盛伤阴耗血 温病急症是感受温热邪毒，极易伤津耗阴动血。

4. 热毒内陷是致危的主要因素 病邪入营入血，邪毒亢盛，正不胜邪，是导致死亡的关键所在。常见面色苍白，呼吸急促，体温骤降，大汗淋漓，唇面发绀，脉微欲绝的变证，宜高度重视，当机立断，采取急救措施，以防危殆。

(四) 卫气营血辨证常见危症举例

1. 津气欲脱 气分高热，津气耗伤，正气欲脱。身热骤退，大汗不止，少气不足以息，背微恶寒，脉微欲绝，或

散大无根。

2. 腑实伤津 邪踞气分，燥热伤津，阳明腑实。大便秘结，或下利清水，气味恶臭，腹满痛而拒按，身热恶热，神昏谵语，汗出口渴，小便短赤，舌红而干，苔黄厚干燥，甚则焦黑起刺，脉沉细数。

3. 热陷心包 温热邪气直接入营，侵犯心包，灼液成痰，蒙蔽神明。身热灼手，痰壅气粗，四肢厥逆，神昏谵语，手足痲疯，舌缩失灵，舌质红绛，苔黄燥，脉细滑数。

4. 暑热内闭 暑邪卒中，蒙蔽心包。猝然晕倒，不省人事，牙关紧闭，高热，汗出，面垢，喘促，舌绛干燥少津，脉虚数或沉伏。

5. 热盛动血 热入血分，热毒炽盛，迫血妄行。身热夜甚，躁扰昏狂，斑疹透露，吐血，衄血，便血，溲血，舌绛紫，若紫而干晦，脉洪数，则病情危重。

6. 肝热动风 血分热极，引动肝风。壮热神昏，躁扰不宁，头晕胀痛，手足抽搐，颈项强直，角弓反张，四肢厥逆，舌绛紫，脉弦滑而数。

7. 热烁真阴 温热日久，真阴耗损，水不制火。身热夜甚，手足心热，口干舌燥，心悸，神疲嗜睡，甚则神昏，耳聋舌强，舌红无苔，脉虚大结代。

8. 虚风内动 热耗精血，阴液枯竭，虚风内动。形体消瘦，皮肤干皱，唇焦舌萎，牙齿干燥，目陷睛迷，心悸神昏，两颧红赤，手足蠕动或痲疯，汗出而粘，舌红绛，脉细弦或微细欲绝。

三、三焦辨证要点

三焦辨证也是温病急症常用的辨证方法之一。温热病始于上焦，次传中焦，终于下焦。上焦包括肺与心包的证候；中焦系指脾和胃的证候；下焦属肝与肾的证候。三焦辨证与卫气营血辨证互相补充，相辅相成，主要用于湿热温病。

三焦有出纳运化之用，为水湿之通道，湿性重浊下流，故湿热病常沿上、中、下三焦部位相传。三焦辨证反映了湿热病初、中、末三个阶段的不同特点。

（一）三焦证候分类

1. 上焦湿热证 头痛恶寒重，发热轻，或不发热，或午后发热，头重如裹，肢体沉重酸痛，胸脘痞痞纳呆，少汗神识呆滞，口中粘腻，不欲饮水，面色淡黄，舌苔白腻，脉濡缓。

2. 中焦湿热证 身热不扬，午后热甚；或汗出热减，继而复热，肢体困重，胸脘痞闷，呕恶不饥，口渴不欲饮水，神呆少言，便溏溺赤，面色萎黄；或白痞透露，舌质暗红，苔白黄厚腻，脉濡数。

3. 下焦湿热证 小便淋漓涩痛，或尿血，或癃闭不通，大便不通，或痢下不爽，臭秽异常，色如黄酱，肛门灼热，小腹硬满，神识昏蒙，头胀闷痛，舌质暗红，苔黄白垢腻，脉细数。

（二）三焦湿热证的鉴别要点

1. 三焦湿热证 湿热初期湿郁肌表，卫气失宣，其证属表，病位主要在肺与皮毛。湿为阴邪，故初期热象不明

显。辨证重在以下几点：

- (1) 病程：病变初期。
- (2) 寒热：恶寒重，发热轻，或不发热，或午后发热。
- (3) 湿象：首如裹，肢体困重，胸闷纳呆，口中粘腻。
- (4) 舌脉：舌苔白腻，脉濡缓。

2. 中焦湿热证 湿热中期，多由上焦传入或感受暑湿伤中；或素体脾虚湿盛，病程较长，湿热缠绵，病变重点在脾胃。辨证重在以下几点：

- (1) 病程：病变中期。
- (2) 发热：身热不扬，午后热甚，汗出热减，继而复热，缠绵不解。
- (3) 湿象：胸脘痞闷，呕恶不饮，尿少便溏，肌体沉重，白痞透露。
- (4) 舌脉：舌苔黄厚腻，或黄白相兼，干燥少津，脉濡数，或细数。

3. 下焦湿热 湿热后期，多由中焦湿热传来，病变重点在肝、肾、大肠与膀胱。辨证重在以下几点：

- (1) 病程：病变后期。
- (2) 小便：小便淋沥不畅，或尿血，尿道灼热，甚则癃闭不通。
- (3) 大便：大便不通，或痢下赤白，或下痢不爽，臭秽异常，色如黄酱，肛门灼热。
- (4) 舌脉：舌质暗红，苔黄白垢腻，脉细数。

(三) 三焦辨证常见危症举例

1. 湿热蒙蔽心包 湿热郁滞，酿成痰浊，蒙蔽心包。身热不扬，午后热甚，神识呆滞，时昏时醒，谵语时作，昼

轻夜重，舌苔黄腻，脉细滑或濡数。

2. 湿热壅滞动风 湿热郁蒸，阻滞经脉，筋脉失养，蕴热动风。牙关紧闭，颈项强直，四肢抽搐，神识昏蒙，舌苔黄腻，脉弦数。

3. 湿热阻滞下焦 湿热阻滞，水道不通，气化不行，小便不利，甚则尿闭，头胀不清，神识昏蒙，如呆如痴，口干呕恶，舌苔白黄垢而腻，脉细数。

四、六经辨证要点

六经辨证，亦是内科急症常用的辨证方法之一，是东汉张仲景在《素问·热论》六经分证的基础上，结合热病证候和病变特点总结出来的，主要应用于外感病。六经即太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴。六经病证是经络、脏腑病理变化的反映。三阳经证以六腑病变为基础，三阴经证以五脏病变为基础。六经辨证的重点在于外感病邪所引起的病理变化及其传变规律。

一般来说，三阳经证正盛邪实，病势亢奋，多表现为实、热，属阳证。从病变部位来分，太阳主表，阳明为里，少阳为半表半里。三阴经证正气虚衰，病势衰减，多表现为虚、寒，属阴证。

(一) 六经辨证提纲 太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒；阳明之为病，胃家实是也；少阳之为病，口苦，咽干，目眩也；太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结梗；少阴之为病，脉微细，但欲寐也；厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中痛热，饥而不

欲食，食则吐蚘。下之利不止。

(二) 六经常见病证

1. 太阳证

(1) 伤寒：恶寒，发热，无汗，头疼，身痛，喘急，甚则衄血，舌苔薄白，脉浮紧。

(2) 中风：发热，恶风，汗出，头痛，鼻鸣干呕，舌苔薄白，脉浮缓。

(3) 蓄水证：发热恶风，汗出口渴，或渴欲饮水，水入则吐，少腹急结，小便不利，脉弦或弦数。

(4) 蓄血证：发热，狂躁，少腹急结，硬满疼痛，小便自利，舌质暗，脉弦紧或沉涩。

2. 阳明证

(1) 经证：壮热，大汗出，心烦口渴，舌红苔黄，脉洪数。

(2) 腑证：潮热汗出，腹满而痛，大便秘结，或热结旁流，下利清水，甚则神昏谵语，舌黄燥起刺，脉沉数有力。

3. 少阳证

(1) 经证：往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦咽干，目眩，舌苔白兼黄，脉弦。

(2) 腑证：往来寒热，胸胁苦满，心烦喜呕，心下硬满，大便秘结，舌红苔黄，脉弦数。

4. 太阴证 脘腹胀满，有时作痛，呕吐食少，大便溏泻，舌淡苔白，脉沉弦或细弱。

5. 少阴证

(1) 寒化证：畏寒蜷卧，精神萎靡，嗜睡，手足厥冷，舌淡苔白，脉微细。

(2) 热化证：心烦不寐，口燥咽干，或渴欲饮水，小便不利，舌红苔黄，脉沉细数。

6. 厥阴证 口渴欲饮，气上冲心，心中痛热，饥不欲食，食则吐蛔，甚则四肢厥冷，舌红苔黄，脉微弱。

(三) 六经辨证常见危症举例

1. 阳结阴竭 潮热汗出，神昏谵语，循衣摸床，喘促躁扰，两目直视，腹满而痛，大便闭结，脉细数。

2. 阳虚阴盛 畏寒蜷卧，精神萎顿，四肢厥冷，下利清谷，欲吐不吐，脉微细。

3. 阴盛格阳 面赤如妆，烦躁不安，咽喉疼痛，畏寒肢冷，呕吐，下利清谷，或身热恶热，舌暗淡，脉微细欲绝。

4. 胃气将绝 发热肢厥交替出现，下利清谷，呃逆频作，声微气弱，能食，食后暴热，脉虚弱无力。

五、脏腑辨证要点

脏腑辨证是以五脏六腑的生理、病理为依据，对四诊所得的材料进行分析、归纳，借以判明病变的部位、性质、正邪盛衰状况的一种辨证方法。脏腑辨证多用于杂病急症，是中医内科急症的基本辨证方法。脏腑辨证内容广泛，证候繁多，分为五脏辨证和六腑辨证。内科急症以五脏辨证为常用。

(一) 心脏病证

1. 心脏病证的临床表现

(1) 心气虚：心悸气短，活动时加重，面色皃白，神

疲肢倦，自汗出，舌质淡，苔薄白，脉细弱或结代。

(2) 心阳虚：心悸气短，活动时加剧；畏寒肢冷，自汗，心胸憋闷或疼痛，面色晦暗，舌质暗紫，脉微细或结代。

(3) 心血虚：心悸，健忘，失眠多梦，头晕眼花，面色不华，口唇淡白，舌质淡，脉细而无力。

(4) 心阴虚：心悸，健忘，失眠多梦，盗汗，五心烦热，口燥咽干，舌红少津，脉细数。

(5) 心火亢盛：心悸而烦，失眠多梦，面赤口苦，渴而引饮，口舌生疮，小便短赤，舌质红苔黄，脉数。

(6) 痰湿蒙心：神识呆滞，精神抑郁，昏蒙不清，喉中痰鸣，舌苔白腻，脉滑或缓。

(7) 痰火扰心：神昏躁动，面赤气粗，心烦口渴，便秘溲赤，舌红苔黄腻，脉滑数。

(8) 心脉瘀阻：心悸怔忡，心胸憋闭刺痛，痛引肩背，时发时止，舌暗紫有瘀斑，脉细涩或结代。

2. 心脏常见危症举例

(1) 心阳暴脱：心悸怔忡，面色苍白，息短气促，大汗淋漓，四肢厥冷，神志昏蒙，舌质淡暗，脉微欲绝或散乱无根。

(2) 痰迷心窍：神志不清，或昏不知人，举止失常，喃喃自语，喉中痰鸣，舌苔白腻，脉弦滑。

(3) 痰火扰心：神昏谵语，躁动不安，哭笑无常，打人骂人，面赤气粗，心烦，便秘溲赤，舌红苔黄燥，脉滑数。

(4) 心脉瘀阻：心胸暴痛欲绝，痛引肩背，口唇青紫，神昏不语，四肢厥冷，舌质暗紫，脉沉涩或微弱欲绝。

（二）肺脏病证

1. 肺脏病证的临床表现

（1）肺气虚：神疲气短，咳喘无力，动则益甚，语音低微，自汗畏寒，面色㿔白，舌质淡，脉虚弱。

（2）肺阴虚：干咳少痰，或痰中带血，声音嘶哑，口燥咽干，形体消瘦，午后潮热，五心烦热，颧红盗汗，舌红而干，脉细数。

（3）寒邪犯肺：咳嗽气喘，痰色稀白，口中不渴，鼻塞流涕，或恶寒发热，头痛身楚，舌质淡苔白，脉弦紧或兼浮象。

（4）燥热伤肺：干咳无痰或少痰，咳喘阵作，鼻燥咽干，咳甚则胸痛，或发热恶风，头痛，舌苔薄而少津，脉沉涩或细数。

（5）痰湿阻肺：咳嗽痰多，色白而稀，易于咯出，胸闷气喘，舌质淡苔白腻滑，脉弦滑或濡缓。

（6）痰热壅肺：咳喘气粗，痰黄粘稠，咯出不易，或胸痛，咳吐脓血，咽痛口渴，发热恶风，大便秘结，小便短赤，舌红苔白腻，脉滑数。

2. 肺脏常见危症举例

（1）肺气衰竭：呼吸喘促，时断时续，咳声低微，汗出身冷，畏寒恶风，舌淡苔白，脉虚弱无力。

（2）痰壅气闭：呼吸喘促气急，不能平卧，张口抬肩，喉中痰鸣，量多质稠，胸膈胀满，舌苔厚腻，脉弦滑或急促。

（三）肝脏病证

1. 肝脏病证的临床表现

(1) 肝气郁结：情志抑郁，烦躁易怒，胸闷胁胀，喜太息，少腹胀痛，月经不调，舌微红苔黄白，脉弦。

(2) 肝火上炎：头痛眩晕，面红目赤，口苦咽干，烦躁易怒，耳鸣耳聋，胁痛，便秘溲赤，舌红苔黄，脉弦数。

(3) 肝阳上亢：眩晕耳鸣，头胀而痛，面红目赤，急躁易怒，失眠，多梦，健忘，腰膝酸软，舌红，脉弦细数。

(4) 肝风内动：眩晕欲仆，肢麻手颤，头痛如掣，手足蠕动，步履蹒跚，语言不利，舌红，脉弦细或弦紧。

(5) 肝血不足：面色无华，眩晕，两目干涩，视物不清，夜寐多梦，耳鸣如蝉，肢体麻木，爪甲不荣，舌淡，脉细弱无力。

2. 肝脏常见危症举例

(1) 肝阳动风：突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，角弓反张，两手握固，搐搦烦躁，舌红苔黄，脉弦紧有力。

(2) 肝阴耗伤：头晕目眩，肌肉颤动，筋脉不利，口鼻出血，皮肤瘀斑，舌绛少苔，脉弦细数。

(四) 脾脏病证

1. 脾脏病证的临床表现

(1) 脾气虚：食少纳呆，脘腹胀满，少气懒言，四肢倦怠，大便溏薄，面色萎黄，舌淡苔白，脉缓而弱。

(2) 脾阳虚：纳减运迟，脘腹胀痛，喜温喜按，口淡，四肢不温，肢体浮肿，大便溏薄，小便清长，舌淡嫩，苔白滑，脉沉细弱。

(3) 脾气下陷：头晕眼花，语言低微，气短乏力，食少自汗，食入腹胀，脘腹重坠，泄泻脱肛，舌淡苔白，脉虚弱。

(4) 脾不统血：便血，衄血，皮肤紫斑，食少短气，腹胀便溏，四肢无力，舌淡苔白，脉弱或芤。

(5) 寒湿困脾：脘腹胀满，不思饮食，恶心欲吐，口淡不渴，腹痛便溏，头身困重，面色晦滞，舌胖苔白腻，脉濡缓。

(6) 脾蕴湿热：脘腹痞闷，呕恶厌食，肢体困重，大便溏而粘滞不爽，小便赤涩，或肌肤发黄，身热汗出，舌红苔黄腻，脉濡数。

2. 脾脏常见危症举例

(1) 水湿中阻：中脘痞闷，腹大如臌，肢体肿胀，按之凹陷，饮食不入，小便短少，舌苔白厚秽浊，脉濡。

(2) 脾胃衰败：脘腹胀满，纳呆运迟，呃逆频频，声微气短，皮皴肌脱，大便滑脱，舌苔中剥少津，或无苔，脉虚弱无力。

(五) 肾脏病证

1. 肾脏病证的临床表现

(1) 肾阳虚：面色㿔白，形寒肢冷，精神萎靡，腰膝酸软，浮肿，阳痿，舌淡苔白，脉沉弱无力。

(2) 肾阴虚：眩晕耳鸣，视力减退，少寐健忘，腰膝酸软，形体消瘦，咽干舌燥，五心烦热，颧红盗汗，舌红少苔，脉细数。

(3) 肾气不固：神疲乏力，腰膝酸软，小便清长，频数夜甚，遗尿，或尿后余沥，舌胖淡，脉沉细弱。

(4) 肾虚水泛：下肢肿胀，心悸不宁，胸腹胀满，喘促不得平卧，腰膝酸痛，小便量少，舌淡苔白，脉微细。

2. 肾脏常见危症举例

(1) 肾气欲绝：尿量短少，甚则无尿，肢体浮肿，恶心呕吐，不欲饮食，精神萎靡，面色㿔白，舌苔垢腻，脉虚数无根。

(2) 肾阴涸竭：形体消瘦，潮热盗汗，腰膝酸软，抽搐动风，汗出如珠，舌红干菱，脉细弱无力。

六、气血津液辨证要点

气血津液辨证在急危重症中较少单独辨证，大多数情况下，该辨证方法与八纲、阴阳、脏腑、卫气营血等辨证方法同时运用。

(一) 常见辨证

1. 气虚证 少气懒言，神疲乏力；头晕目眩，自汗动则加剧，舌淡苔白，脉弱或虚无力。

2. 气陷证 头晕眼花，少气倦怠，久痢久泄，腹部有坠胀感，脱肛或子宫脱垂等，舌淡苔白，脉弱。

3. 气滞证 胀闷，疼痛，痛无定处。

4. 气逆证 肺气上逆，则咳嗽喘息；胃气上逆，则呃逆，噎气，恶心，呕吐；肝气上逆则见头痛，眩晕，昏厥，呕血等。

5. 血虚证 面色无华或萎黄，唇色淡白，爪甲苍白，头晕眼花，心悸失眠，手足发麻，妇女经血量少色淡，过期或闭经，舌淡苔白，脉细无力。

6. 血瘀证 疼痛如针刺刀割，痛有定处，或见癥瘕包块，按之不动，面色黧黑，肌肤甲错，口唇爪甲紫暗，或皮下瘀斑等。妇女常见经带瘀血块，色暗或闭经。舌质紫暗或

瘀斑瘀点，脉象细涩。

7. 血热证 咳血，吐血，尿血，衄血等，舌红绛，脉弦数。

8. 血寒证 疼痛多见于手足，肤色紫暗，发凉，喜暖恶寒，得温痛减，或少腹疼痛，形寒肢冷，月经过期，经色紫暗，夹有血块。舌淡暗苔白，脉沉迟涩。

9. 津液不足证 口燥咽干，唇燥而裂，皮肤干燥无泽，小便短少，大便干结，舌红少津，脉细数。

10. 水液停聚证 水液停于肌肤，可见面目、四肢甚至全身浮肿；水液停聚于脏腑、经络、组织而形成痰饮病证；停于肺可见咳喘痰壅；停于胸胁可见咳嗽痛引胸胁；痰迷心窍见神昏谵语等等。

(二) 常见气血津液辨证危症举例

1. 气随血脱证 大出血时突然面色苍白，四肢厥冷，大汗淋漓，甚至晕厥，舌淡，脉微细欲绝，或浮大而散。

2. 水气凌心证 下肢或全身浮肿，喘促，心悸，咯痰，小便短少，舌淡胖苔腻，脉沉滑或细滑。

3. 痰迷心窍 喉中痰鸣，神志昏蒙，或谵语乱言，举止失常，哭笑无常，苔腻，脉弦滑。

(吴焕林 谭荣益 梅广源)

第四章 中医内科急症 救治方法

一、急症救治法则

(一) 扶正祛邪 中医内科急症的发病过程也就是正邪斗争的过程。凡正胜邪则病退，邪胜正则病进。扶正祛邪的治则，就是通过扶助正气，祛除邪气，从而邪去正复，达到战胜疾病的目的。

扶正，是针对正虚而言，主要通过益气、养血、滋阴、助阳等方法增补正气。

祛邪，是针对邪实而言，主要通过解表、攻逐、利水、消导、破血等方法祛除病邪。

扶正与祛邪，在急症临床上常常相互为用。根据病情可分别采用先攻(祛邪)后补(扶正)，或先补后攻，或攻补兼施的方法。同时还须注意到扶正不留邪，祛邪不伤正的原则。

(二) 急则治标 在辨证论治中，分清标本是很重要的。一般认为，标是疾病的现象，本是疾病的本质。以症状与病因而言，症状是标，病因是本；以发病先后而言，新病、后病为标，旧病、先病为本等。

急则治标，是指在标症危急时，必须先治标症。如患者出现高热、痉厥、暴喘或厥脱时，如不及时对症处理，就会

危及生命。因此必须先解除这些症状。

(三) 治病求本与标本同治 治病求本，是指治疗疾病时必须寻找其根本病因进行治疗。如头痛症状属标症，引起头痛的外感风邪，或肝阳上亢、阴血不足、痰浊瘀阻等是根本病因，只有用疏风解表，或平肝潜阳、养阴补血、祛痰化瘀等方法，头痛才能缓解，而不是单纯见痛治痛。这就是“治病必求于本”的意义所在。

标本同治，是指标本均急的情况下，应该标症和本症同时救治。

(四) 同病异治与异病同治 同病异治，是指相同的疾病，不同的病因，用不同的方法治疗；同一疾病在不同的阶段，也用不同的方法治疗。异病同治，是指不同的疾病，病机相同，用相同的方法治疗；不同的疾病，在不同阶段出现相同的症状，也用相同的方法治疗。

同病异治与异病同治体现了随着疾病客观变化而论治的特点，是急症救治的又一治则。

(五) 正治与反治 正治，针对疾病本质所属的寒热虚实，采用与病象相反的药物进行治疗的治则。即热者寒之，寒者热之，实则泻之，虚则补之。

反治，是在疾病出现假象时，采取与疾病现象相同的药物进行治疗的治则。即对真热假寒证用寒因寒用法，对真寒假热证用热因热用法，对真虚假实证用塞因塞用法，对热结旁流证用通因通用法。

(六) 因时、因地、因人制宜 人与自然息息相关，个体也有差异。因此，在治病时必须考虑季节、地区、体质、性别、年龄等方面的因素，区别对待，才能取得较好的治疗

效果。

二、药物救治法

本疗法是指以口服药物来治疗疾病的方法。其剂型有汤剂、丸剂、片剂、膏剂和糖浆剂等，以汤剂最为常用且效果最显著。汤剂治病最重要的是开好处方。根据“方从法出，法随证立”的中医理论原则，要开出一个高效的处方，关键在于在辨证的基础上立法。中医治病常用“十二法”，即发汗法、清热法、攻下法、和解法、温里法、补益法、消导法、理气法、理血法、固涩法、开窍法和镇痉法等 12 种基本治法。

（一）发汗法 又称汗法、解表法，即通过发汗开泄腠理，使邪从肌腠外泄的一种治法。“其在皮者，汗而发之”（《素问·阴阳应象大论》）。本法具有解表、退热、消肿、祛风湿、透斑疹等作用，广泛适用于邪遏肌表，宜从汗泄的病证。

注意事项 汗法以汗出症减为度，不可发汗过度，以免阴伤气脱。阴虚患者勿用辛散发汗；失水、失血患者禁用发汗法。发汗药物用量宜少，煎法宜后下。

（二）清热法 是运用具有清热作用的寒凉药物治疗热性病证的方法。“热者寒之，温者清之”（《素问·至真要大论》）。清热法具有清热、泻火、解毒、保津、存阴、凉血、解暑等作用。故清热法广泛应用于因温热病邪所致的发热、烦躁、出血斑疹、疮疡等病证。

注意事项 清热法只适用于里热实证而不适用于虚热

证，用药要注意，过度苦寒耗气败胃而削伐正气，荡涤通便应中病即止，以免泻下过度而损伤正气。

（三）攻下法 是通过通泄大便以攻逐邪实，荡涤肠胃，排除积滞的治疗方法。“中满者泻之于内”，“其实者散而泻之”（《素问·阴阳应象大论》）。攻下法具有通便、下积、泻火、逐水等作用。故攻下法广泛适用于有各种里实证的患者，如燥屎秘结、食积、虫积、蓄血、痰饮之阻于肠胃者，内热壅盛，痢疾初期，食物或药物中毒等病证者。

注意事项 攻下法因易耗伤胃气，应掌握时机，中病即止，切忌过量。

（四）和解法 又称和法。“和之为义广矣，……务在调平六气，不失中和之为贵也”（《景岳全书·新方八略》）。凡病证复杂，如病在表里之间、二脏同病、二腑同病、脏腑同病、虚实互见、营血不和等，应用单一治法难于奏效时，都视作广义的和解法的适用范围。常用的方法有和解表里、调和营卫、和解肝脾、和解胃肠等。

注意事项 应用和法协调表里、寒热、虚实时，须辨别孰重孰轻，不能平均用药。

（五）温里法 又称温法，主要是使用温性或热性的药物来振奋阳气，祛除寒邪，以治疗里寒证。“寒者热之”（《素问·至真要大论》）。温法具有散寒、通阳、回阳救逆等作用，故温里法广泛应用于因寒邪所致的呕逆泄泻、肢冷畏寒、拘挛疼痛等里寒病证。

注意事项 温法所用药物，性多辛燥温热，易伤阴动血，故阴虚、出血者慎用。要保护阴津，中病即止。

（六）补益法 又称补法，是用具有补益作用的药物，

以治疗人体阴阳气血或某一脏腑虚弱不足之证。“虚则补之”（《素问·三部九候论》），“损者益之”（《素问·至真要大论》），凡先天不足或后天失调，或久病、重病后证见阴、阳、气、血、津液等不足之虚证，或应用攻伐之剂而须固护正气者，应用补益法。

注意事项 运用补益法，气血阴阳互相兼顾，才能提高疗效。补益药如滋阴补血大多滋腻，应注意配合理气药，以免脾胃壅滞。

（七）消导法 又称消散法。“坚者削之”、“结者散之”（《素问·至真要大论》）。消导法是用具有消导、消散、软坚、散结功效的方药治疗有形积滞的一种治法。消导法的应用范围比较广泛，如饮食停滞、痰积肿块、痰核瘰疬、结石疮痈等病证，均可用消导法。

注意事项 消导法宜软坚消积，渐消缓散为原则，不可峻猛急攻。对气血虚弱、脾胃虚寒者慎用，必要时结合补益法使用。

（八）理气法 是运用具有疏畅气机的药物，治疗脏腑经络气机紊乱的一种治法。脏腑经络气机运行失常，应“疏其血气，令其条达，而致和平”（《素问·至真要大论》）。

注意事项 辨病之虚实，气机之升降，应补气而用行气，则气更虚。理气药多辛温香燥，易耗气伤阴，应适可而止。

（九）理血法 应用活血、止血的药物，通过调血理血的作用，治疗血分证的方法，称为理血法。血病的范围很广，治疗方法比较繁多，常用的有活血化瘀、止血、补血等治法。

注意事项 应用活血化瘀法，做到活血而不破血，化瘀

而不伤正。辨明病机，准确运用。如血热凉血，血瘀活血，血虚益气补血，出血止血，离经之血必祛瘀，避免止血而留瘀。

（十）固涩法 是运用收敛固涩的方药，控制气血津液精耗散滑脱的一种治法。适用于自汗盗汗、久咳虚喘、久泻不禁、遗精滑泄、小便失禁等病证。

注意事项 凡热病汗出，痢疾初起，伤食泄泻，火动遗泄等邪气较甚者慎用。

（十一）开窍法 醒脑开窍以救治窍闭神昏一类的实证，多与清热解毒、熄风豁痰、化浊辟秽、荡涤通腑方药同用。适用于癫狂、神昏、谵语等病证。

注意事项 此法只宜邪实闭证，不宜用于正虚脱证。药多辛燥芳香走窜，易耗气伤阴，窍开即止。孕妇慎用或禁用，失血、失液、阴虚者慎用或禁用。

（十二）镇痉法 是运用祛风、清热、养阴、镇肝、祛痰等措施解除肢体搐搦、震颤、拘挛、口舌喎斜、手足屈伸不利等病证的治法。因所治疗病证具有风动的特征，故亦称治风法。

注意事项 分清内风、外风。内风禁用祛风解痉法；内外风兼夹，应兼顾治疗。有阴虚阳亢、津液不足者，慎用辛散疏风之剂。

三、针灸疗法

（一）体针 是用不锈钢毫针刺入穴位，通过经络的调节作用而治疗疾病的方法。

1. 适应范围 临床各科均有广泛的适应症。对高热、昏迷、厥脱、中风、痛证、痉证等内科急症，常有救急之功。

2. 操作方法

(1) 针具：常用毫针长1~3寸，粗细28~32号。根据需要选择使用。

(2) 体位：常取坐位或卧位。

(3) 消毒：用75%酒精消毒针具、操作者的手及穴位局部皮肤。

(4) 进针：右手持针，用拇、食、中三指挟持针体，如持笔状，左手指尖按在穴位旁，以固定穴位。用指切进针、夹持进针、舒张进针或提捏进针等方法针刺。

(5) 针刺角度和深度：直刺（针身与皮肤成90°左右），适用于肌肉丰满宜深刺的部位；斜刺（45°左右），适用于肌肉较薄或胸腹近内脏不宜深刺部位；平刺（15°左右），适用于皮薄肉少的腧穴，如头面部。

(6) 行针手法：进针至一定深度后，使用提插、捻转，或刮柄、弹柄、搓柄、轻微振颤针身等方法，使患者有酸、麻、胀、重或触电样感觉，称“得气”。得气才能增加扶正祛邪的作用。所谓补泻手法，是指提插时，先浅后深，动作轻，幅度小，频率慢为补，反之为泻；捻转时，用力轻，频率慢，角度小为补，反之为泻；均匀提插及捻转，得气后出针为平补平泻。一般对体质虚弱者用补法；对体质强壮者用泻法；对寒热并重、虚实夹杂或本虚标实者，用平补平泻法。

(7) 留针与出针：行补泻手法后即可出针，对某些病症

如寒性、顽固性疾病等，常需留针（约半小时）。留针时要间歇行针，以加强得气，提高疗效。出针时右手轻捻针柄，边捻转边上提出针，用无菌棉球按压针孔片刻。

（8）疗程：急诊患者每日1~2次，6~10次为一疗程。

3. 注意事项

（1）患者处于饥饿、疲劳、精神过于紧张时，不宜立即针刺；体弱者手法不宜过重，并应尽量选用卧位，防止晕针。

（2）由于病人精神紧张而致肌肉强烈收缩或操作捻转幅度过大可出现滞针和弯针，此时应解除患者顾虑，嘱做深呼吸，或留针片刻，或使病人改换体位，以利出针。

（3）由于针的质量不好，或经常高压消毒，或弯针时强力抽拔，可引起断针。此时应立即用左手固定穴位周围皮肤，使针体不滑动，并嘱患者不要变动体位。针体外露的，用钳夹出；若全折在内，应手术切开取出。

（4）针刺胸背穴位过深，易刺伤肺组织而引起气胸或血气胸。此时应按气胸处理。

（5）孕妇的下腹和腰部、小儿囟门未闭的头部、或体表有感染、溃疡、瘢痕、肿瘤及有出血倾向者，不宜针刺。

（二）灸法 是将艾绒做成艾炷或艾条，点燃后熏烤穴位或患处，通过温通经络和调和气血的作用以治疗疾病的方法。

1. 适用范围 凡属阳气虚弱、风寒湿痹、麻木痿软、久泻久痢、疮疡瘰疬不收口皆可用灸法。内科急症用于虚脱、厥逆等证。隔盐灸可用于亡阳证，疤痕灸常用于喘证。

2. 操作方法

(1) 艾炷灸：将艾绒做成圆锥形的艾炷，一个艾炷叫一壮。灸的方法有直接灸和间接灸。

1) 直接灸：①疤痕灸：用小艾炷置于穴位上燃烧，烧完后再烧一炷，灸5~7壮，以局部皮肤灼伤起泡为度，以后化脓结痂，可用于喘证、肺气肿和溃疡病者等。②无疤痕灸：同上法施灸，在烧剩下1/3~1/4时，病人感到痛时除去，另换一炷再灸。本法宜用于身体虚弱的各种慢性病，如慢性哮喘、风湿痹痛等。

2) 间接灸：又称隔物灸。①隔姜灸：将姜切成厚约0.2~0.3厘米的薄片，中间用针刺数个小孔，然后将姜片放在应灸穴位外或患处，再将艾炷放在姜片上点燃施灸，当艾炷燃尽，再换一炷施灸，灸5~7壮，以使皮肤红润而不起泡为度。常用于因寒而致的呕吐、腹痛、腹泻等。②隔盐灸：用干净食盐炒后待凉，填平脐孔，上置艾炷施灸。常用于急性胃肠炎、疝病、腹痛、产后血晕、虚脱等。③其他：尚可用蒜、葱白按上法施灸。

(2) 艾条灸：又称悬灸。手持燃着的艾条，在穴位或患处皮肤上施灸。艾条燃点距皮肤约2~4厘米，以患者有温热感而又可耐受为宜。

1) 温和灸：将艾条一端点燃，对准施灸部位，间隔1寸左右，进行熏烤，使患者有热感而无灼痛，灸至皮肤潮红为度（5~15分钟），适应症与艾炷灸同，并可治皮肤病和预防冻疮。

2) 雀啄灸：将点燃的艾条，在施灸部位忽近忽远地上下移动。此法用于急救昏厥。

3) 回旋灸：手持艾条，燃着后在皮肤上往复盘旋施灸。

用于病变范围较大的病证，如风湿病，肢体麻木和皮肤病等。

(3) 温针灸：针刺后留针时，以艾绒捏在针柄上燃烧，或持燃着的艾条紧靠针身或针柄施灸，以有温热舒适感为度。用于各种虚寒证。

(4) 雷火神针：即在艾灸的基础上，在艾绒内加入治疗的药物，以增加疗效。本法对腹痛、泄泻、湿痹、恶心呕吐疗效较好。

(5) 太乙神针：制作方法与雷火神针相似，本法对寒痹、腹痛、泄泻、神昏惊悸有效。

3. 注意事项

(1) 施灸顺序宜先上后下，先背后腹，先头部后四肢，先阳经后阴经，壮数先少后多，艾炷先小后大。

(2) 施灸时应注意安全，防止艾炷滚落，并随时吹净灰烬，避免灼伤皮肤和衣物。用过的艾条或残余艾炷，应装入小口玻璃瓶或铁筒内，以防复燃。

(3) 颜面部禁用疤痕灸，有毛发处不宜多灸，心脏、大血管及粘膜附近，以及孕妇的腰、腹部不宜施灸。

(三) 耳针 是指针刺耳壳上的耳穴，以治疗疾病的方法。

1. 适应范围 适用于内科急症如痛证、喘证、昏迷、厥脱证、眩晕、呕吐、心悸、癱闭等。

2. 操作方法

(1) 针具：根据疾病治疗需要，选用毫针或图钉型揸针、电针等。

(2) 探查耳穴：根据辨证选穴，在选用的穴区内用探棒

探得敏感反应点，并用探棒把或针头柄用力按压做一标记。

(3) 消毒：用 75% 酒精消毒针具、医生的手和患者的耳廓。消毒耳廓时应自上而下、由内到外、从前到后全面消毒。

(4) 进针：左手固定耳廓，右手持 0.5 寸的 28 号毫针对准反应点，快速捻转进针。针刺后有酸、麻、胀、重等感觉为度。

(5) 留针：一般留针 15~30 分钟，也可留针（压丸）2~3 天。留针期间，可间歇捻转。

(6) 出针：治疗毕，快速出针，用无菌棉球稍加揉按。

(7) 疗程：每日 1 次，5~10 次为 1 疗程。

3. 注意事项

(1) 进针深度不能刺伤耳软骨或穿刺到对面皮肤，勿刺伤耳根部大血管。

(2) 严密消毒，以防感染。

(3) 对过于疲劳、饥饿、身体虚弱、精神紧张的患者，以及年老体弱的高血压患者和动脉硬化患者，针刺前后要适当休息，最好取平卧位，针时手法要轻，留针时间要短，以防意外。

(4) 对耳廓有炎症或冻伤的患者，以及妊娠 2~5 个月或有习惯性流产史的孕妇，均不宜应用耳针。

(四) 三棱针 是用三棱针刺破患者身体上的一定腧穴或表浅血络，放出少量血液，起到泄热开窍的作用以治疗疾病的方法。亦称刺络法。

1. 适应范围 适用于高热、昏厥、中暑、中风闭证、头痛、急性咽喉肿痛等内科急症。

2. 操作方法

(1) 针具：用不锈钢三棱针，长约6厘米，针柄较粗呈圆柱形，针身呈三棱形，尖端面有刃，针尖锋利。

(2) 消毒：三棱针刺法，创伤面比毫针大，必须注意严密的常规消毒。

(3) 针法：右手拇、食指持针柄，中指扶住针尖，露出针尖3~6毫米，以控制针刺深度。于所选用的穴位或指(趾)皮下浅表静脉处，以左手拇、食指用力捏住指(趾)部，或夹持、舒张局部皮肤，右手持针，快速刺破皮肤，轻轻挤压针孔周围，使出血数滴，然后用消毒干棉球压针孔止血。

(4) 疗程：挑刺一般3~7日1次，3~5次为1疗程。

3. 注意事项

(1) 严密消毒，以防感染。注意预防晕针。

(2) 刺络法出血不宜过多，注意切勿刺伤深部动脉。

(3) 虚证、妇女产后及有出血倾向的患者，不宜使用。

(五) 穴位封闭 是将少量药液(原药物剂量1/5~1/2)注入腧穴以治病的方法。

1. 适应范围 穴位注射的适应范围较广，凡是针灸的适应症大部分都可用本法治疗。

2. 操作方法

(1) 用具：常用1~5毫升注射器，4~6号普通注射器针头。

(2) 常用药液：中药制剂如丹参、当归、三七、鱼腥草、板蓝根、夏天无、柴胡等注射液。维生素B₁、B₆、B₁₂、维丁胶性钙注射液等。盐酸普鲁卡因注射液、生理盐水及注射用水等也较常用。

(3) 选穴：在针灸辨证处方选穴的原则基础上，常结合经络、腧穴触诊法取阳性反应点。每次选穴不可过多，一般以2—4穴为宜。

(4) 注射：取用经过严格消毒的注射器和针头，抽好药液，病人取舒适体位，腧穴局部消毒后，右手持注射器，快速刺入皮下，然后缓慢进针或轻度上下提插，“得气”后回抽无血，即可将药液注入，快速出针，用消毒干棉球稍加揉按局部。

(5) 疗程：一般每日或隔日1次，7~12次为1疗程。

3. 注意事项

(1) 凡能引起过敏反应的药物如青霉素、链霉素、普鲁卡因等，必须先作皮试，阴性者方可使用。

(2) 注射时如回抽有血，必须避开血管后再注射。在神经干旁注射时，必须避开神经干，以免损伤神经。不能将药液注入关节腔、脊髓腔内，以免引起不良反应。颈项、胸背部腧穴注射时，不能过深，以防误伤重要脏器。

(3) 孕妇的下腹、腰骶部和三阴交、至阴、合谷等穴位，一般不宜做穴位注射，以免引起流产。

(4) 严格遵守无菌操作，防止感染。

(六) 其他 尚有头针、面针、鼻针、皮内针、芒针及七星针等可参阅有关针灸专著。

四、按摩疗法

又称按摩推拿疗法，是通过在人体体表一定部位，施以多种手法，或配合某些特定的肢体活动来治疗疾病的方法。

根据治疗目的，按摩的方法分为医疗按摩、保健按摩、被动按摩和自我按摩等。本法具有调整人体阴阳气血、脏腑功能及调节经络，促进气流畅通作用，从而达到阴平阳秘、扶正祛邪、增强人体抗病能力，消除病痛的治疗目的。下面主要介绍拍击法、捏脊法、刮痧法和点穴法。

(一) 拍击法 是在人体体表特定部位进行拍击以治疗疾病的方法。

1. 适应范围 适用于心跳骤停，咳喘咯痰不畅，风湿痹痛，肢体瘫痪等。

2. 操作方法

(1) 拍法：用手掌拍打。手指自然并拢，掌指关节微屈成“虚掌”状，平稳而有节奏地拍打。

(2) 打法：用食指、中指、无名指和小指四指并拢，用掌侧面或背面进行拍打。

(3) 捶法：用空拳敲打。手握空拳，腕伸直用空拳的小指侧敲击。

(4) 击法：用掌根或拳背而打。手指自然松开，手掌略为背屈，用掌根部进行叩击，或手握空拳，腕稍屈，用拳背进行敲击。

(5) 臂法：用手掌的尺侧部捶击。腕指伸直，用手掌尺侧的小鱼际部进行捶击。

(6) 敲法：五指合拢，用指端进行敲击。

(7) 捣法：单指叩击。手指屈曲，用单指端或屈曲的近端关节背侧突起部（常用中指或食指）进行叩击。

(8) 弹法：用手指弹法。拇指或食指（或中指）对合如环状。用拇指将食指（或中指）的指甲部按住，然后用力使

食指（或中指）从拇指后方滑出，进行弹击。

（9）棒击法：用特制软棒敲击。将细桑枝 12 根（直径 5 毫米，长 40 厘米）去皮阴干，每根用桑白皮卷紧，并用线扎，然后把 12 根桑枝一起用线扎紧，再用桑皮纸卷紧，并用线扎好，外面裹以布套，封口予以缝合，要软硬适中（一定要有弹性），粗细合用（直径约 4.5~5 厘米）。

（10）药鞭法：用细桑枝、柳枝去皮后，蘸取药酒进行拍打。

3. 注意事项 使用拍击疗法，尤其是棒击法，用力要适度，由轻渐重，不可用力过猛。对初次接受拍击者，应先用拍法、捶法、击法等，以后根据情况再逐渐改用棒击法。

（二）捏脊法 是在患者背部的督脉和膀胱经部位，用按摩手法捏提皮肤治疗疾病的方法。

1. 适应范围 心绞痛、胸痛、胃痛、腹痛、癫痫等。

2. 操作方法 患者俯卧位，裸露脊背。先在脊背上自上而下按摩 2~3 遍，使肌肤松弛，气血流通。然后以两手拇指与食指将皮肤肌肉捏起，从尾骶沿脊柱向上边推，边捏，边放，直到大椎穴为止。连续推捏 6 次。在推捏第 5、6 次时，于腰椎部和胸椎部用力将肌肉提起。然后以手掌轻轻按摩背部，并在双肾俞、脾俞穴轻揉数分钟结束操作。每日 1 次，7 次为 1 疗程。

3. 注意事项 捏脊时用力要适当，不可损伤皮肤。

（三）刮痧法 是用边缘光滑的嫩竹板、小汤匙、硬币等工具，蘸食油或盐水或清水，在体表特定部位进行自上而下、由内到外反复刮动以治疗疾病的方法。

1. 适应范围 昏迷、中暑、感冒、发热、腹痛及呕吐

等。

2. 操作方法 用右手拿工具，蘸取食油或盐水或清水后，在所选定的部位向一个方向多次刮动，采用腕力，先轻后重。如果一刮即见深色或起水泡，此为病重之兆，宜多刮几处。顺序通常要先刮颈项，再刮胸部及四肢。一般刮 10~20 次，约 15~20 分钟，或以患者能耐受为度。

3. 注意事项

(1) 如刮 3~5 下即见皮肤青紫而不知痛者，为本法适应症；如刮至十余下，仍未见皮肤发红且连呼痛者，则非本法适应症。

(2) 刮毕可在出现青紫斑块的皮肤上涂少量驱风油。

(3) 寒证可用热麻油蘸刮，热证则用冷麻油蘸刮。

(四) 点穴法 是用于现场急救的有效方法。

1. 适应范围 用于各种昏迷、晕厥、瘧病等危重症，也用于头痛、牙痛、腹痛等。

2. 操作方法 施术者以手指按压、点插或爪切患者穴位，通过经络作用而产生效应。

3. 注意事项 本法也可以按压阿是穴和肌腱来治疗软组织扭伤等。

五、外 治 疗 法

是指除药物内治、针灸、按摩以外施于体表或体外进行治疗的方法。一般分为药物外治法，器械配合手法外治法和其他治法三类。

(一) 药物外治法

1. 敷贴法 是使用具有箍集、团聚作用的药粉与各种不同的液体调剂成糊状的制剂，外敷于患处或穴位以治病的方法。

(1) 适应范围：内科急症如高热、痉证、头痛、胃脘痛、腹痛等。

(2) 操作方法：辨证用药，将药物研为细粉，选用醋、酒、菊花汁、银花露或冷茶等调制成药糊。根据“上病下取，下病上取，中病旁取”的原则，按经络循行走向选择穴位。将药物外敷于患处或穴位，外加盖消毒纱块并胶布固定。

(3) 注意事项：

1) 要选好适应症，并依个体不同确定药量。

2) 敷药时要使病人采取适当体位。

3) 敷后药物干燥时，宜用调液不断湿润，以免药物剥落及干板不适。

4) 随时观察病情以决定去留。

2. 薄贴法 又称膏药、硬膏外治法。是将药物制成膏药制剂，敷贴患处以治病的方法。

(1) 适应范围：风湿诸证、喘证、疟疾等。

(2) 操作方法：把若干药物浸在植物油中，若干天（春五、夏三、秋七、冬四），再放在锅中煎熬，去渣存油，加入黄丹再煎，利用黄丹在高温下经过物理变化凝结而成“药肉”，再用竹签将药肉摊在纸或布上即成膏药。用时敷贴于患处。

(3) 注意事项：组成薄贴的药物有温、凉差别，所以应用时就有各种不同的适应症。

3. 药熨法 是将药物炒热后用布包（或袋装），置患部或特定部位熨敷来治病的方法。

（1）适应范围：寒性胃肠病、中暑、寒性腰痛、尿潴留、风寒头痛。

（2）操作方法：多用芳香性药物研末，加醋、酒、姜或葱等，炒热后用布包（或袋装），置患部或特定部位熨敷，或在该部位往返推移，使皮肤受热均匀。

（3）注意事项：

1) 注意温度，以免烫伤。

2) 应用中若有不适或不良反应即停止，并防止大汗而虚脱。

3) 高热、皮肤过敏或属热证者禁用。

4. 烟熏法 是用药物烧烟熏灸患部或特定部位，借药力加热力的作用达到治病的方法。

（1）适应范围：呼吸道、肛门及会阴疾病。

（2）操作方法：

1) 钵熏法：将药物放入小钵内点燃后再用一个大小适当的漏斗反罩于钵上，使烟气逸出，熏治患处。

2) 桶熏法：将药物放在桶内点燃冒烟，病人坐在桶上，烟熏治病。

3) 药捻子熏法：将药物研末，摊草纸上，或将药液涂刷在草纸上凉干，卷成纸捻子，点燃后熏治患处或吸入。

（3）注意事项：

1) 凡一切非吸入治疗的药烟，不可从口吸入。

2) 治疗中掌握好温度和皮肤的距离，不要灼伤皮肤。

3) 凡对药烟过敏者、热毒证、严重高血压患者、孕妇

和体质较弱者、急性皮肤病等应慎用或禁用本法。

5. 熏洗法 用药物煎液乘热在患部熏蒸、淋洗和浸浴的药物外治法，与现代水疗相似。

(1) 适应范围：风湿痛，麻疹不透，肛门及会阴疾病等。

(2) 操作方法：将药物制成汤剂，乘热在患部熏蒸、淋洗和浸浴。有些病需要延长熏蒸时间，可用铁秤砣或鹅卵石烧红放盆内，加强蒸发。

(3) 注意事项：

1) 熏蒸时，要加盖被单，免使蒸气走散，并要防止烫伤。

2) 熏洗后，即拭干，盖被保暖。

6. 坐药法 是将药物煎汤给患者坐浴来治病的方法。

(1) 适应范围：肛肠、妇科疾病。

(2) 操作方法：药物煎汤置盆中，令病人坐浴，使药物直接浸入肛门或阴道。或将药物研末炒热布包，令病人坐于药包上而起治疗作用。

(3) 注意事项：

1) 注意药液温度适中。

2) 坐浴后立即拭干。

7. 兜肚法 用一定药物研末棉花包裹装入布囊缝好，缚兜于腹部的外治法。

(1) 适应范围：胃肠病。

(2) 操作方法：将药物布囊缚兜于腹部，每月换1次，连兜数月。

(3) 注意事项：注意腹部卫生。

8. 缠腰法 将药袋缠于腰部而治病的方法。

(1) 适应范围：下焦（泌尿生殖系统）疾病。

(2) 操作方法：将药物研末炒热，装入狭长如腰带的布袋中，缠缚于腰部。

(3) 注意事项：注意温度，以免烫伤。

9. 枕、铺法 又称枕药、铺药法。

(1) 适应范围：枕法主治高血压、头风、耳闭及外感风寒的项强等；铺法主治乙脑和风寒感冒等。

(2) 操作方法：枕法是将药物装入布袋枕用。铺法是药物平铺在床上或地上，让病人卧药上。

(3) 注意事项：治疗期间加强个人卫生。

10. 握药法 即敷掌心法。

(1) 适应范围：心痛、痉证、呕吐等。

(2) 操作方法：将相应药物做成药丸，使患者握在掌心，作用于劳宫穴而生效。

(3) 注意事项：药物宜对准劳宫位，防滑落。

11. 脐疗法

(1) 适应范围：疟疾、痢疾、泄泻、便秘、尿潴留、咳嗽、哮喘、郁证等。

(2) 操作方法：以药丸纳脐中外盖膏药，或用药饼敷脐胶布固定，或熨脐、灸脐、在脐部拔罐。通过药物或温热对经穴起持久的良性刺激作用，以及药物本身被吸收后的直接治疗作用而生效。

(3) 注意事项：注意药物的药性及温度，以免局部灼（烫）伤。

12. 涂点法

(1) 适应范围：冷哮、久衄、呕吐等。

(2) 操作方法：将药膏或药液涂点在某一特定点上不加覆盖。

(3) 注意事项：眼睛附近不用涂点法。

13. 发泡法

(1) 适应范围：疟疾、痹证、肝炎等。

(2) 操作方法：用有强烈刺激性的药物敷贴某一特定点或穴位使皮肤发泡。

(3) 注意事项：

1) 注意局部皮肤清洁，水泡破损时应严格消毒，以防感染。

2) 颜面部禁用发泡法。

14. 蜂螫法 利用雄蜂尾部腺体内有毒液汁注入人体相应穴位引起红肿而治病的方法。

(1) 适应范围：哮证、面瘫、痹证、坐骨神经痛等。

(2) 操作方法：用镊子轻轻挟住雄蜂的腰腹部，将其尾部对准应刺的穴位，然后将镊子稍稍加紧，蜂针即刺入皮下，再加压其腹部促使毒素注入穴位。初痛甚微，2~3日有红肿热痛反应，4~5日后肿痛消失。每7日治疗1次，7次为1疗程。现已制出“蜂毒注射液”可作穴位或皮内注射。

(3) 注意事项：

1) 本法副作用较大，可有红肿热痛、头昏、恶心、皮疹等。

2) 因疗程长，较难耐受。

15. 点眼法

(1) 适应范围：湿热发黄、阴性呃逆、瘟疹、胃痛、腰痛、伤寒无汗等。

(2) 操作方法：点眼药水应用蒸馏水配制，点眼药粉应高压消毒。只能将药点入目内眦处，药粉只能点1~2粒芝麻大，药水只能滴1~2滴，点后令患者闭目2~3分钟。

(3) 注意事项：点眼法应慎重使用，避免局部刺激。

16. 取嚏法

(1) 适应范围：伤寒、时疫、温病、喉风、喉闭、头痛、昏厥等。

(2) 操作方法：用芳香辛窜的药末让病人吸入鼻腔内，或由别人吹点入病人鼻腔内，刺激鼻腔粘膜引起喷嚏反射。

(3) 注意事项：

1) 在使用前必须问清患者有无鼻衄史，有则不用。

2) 除昏迷病人外一般均宜先含水再用本法。

3) 脑出血、外伤者不用。

17. 嗜鼻、鼻嗅、塞鼻法

(1) 适应范围：脑血管意外、中暑、高热、神昏、头面部疾病。

(2) 操作方法

1) 嗜鼻法：将药末吹入鼻腔或用鼻吸入药末，通过鼻粘膜的吸收而起治疗作用。

2) 鼻嗅法：用瓶装药物，以瓶口置鼻下，以鼻吸其药气；或药物煎汤，用鼻嗅其蒸汽；或用药物卷入纸筒点燃生烟，用鼻嗅吸其烟气以产生治疗作用。

3) 塞鼻法：用研细的药末放在纱块上卷成药条状，塞入鼻腔内；或用薄纸卷成条蘸药塞鼻，通过鼻粘膜吸收药物

获效。

(3) 注意事项：

- 1) 根据病情配合其他治法。
- 2) 中病即止，不可久用。
- 3) 昏迷或意识模糊者勿堵塞鼻腔。
- 4) 药物过敏者，即停用。

18. 塞耳、吹耳法

(1) 适应范围：耳鸣、耳聋、疟疾等。

(2) 操作方法：塞耳法是将药用薄棉包好扎紧，然后轻轻塞入，不可太深。吹耳法是将药物粉末吹入耳道。

(3) 注意事项：应根据病情决定塞耳时间。

19. 塞肛门法

(1) 适应范围：肛肠病、高热、昏迷等。

(2) 操作方法：将药物火煎，稍凝如饴状，捏成锭，大如指，长约6~7厘米。每用1条，纳入肛门中。或用中药丸剂纳入肛门中。

(3) 注意事项：动作要轻，以免损伤肛门或引起患者不安。

20. 塞阴道法

(1) 适应范围：妇科疾病。

(2) 操作方法：用丸剂、锭剂、片剂或用纱布包裹药末，塞入阴道内。

(3) 注意事项：根据病情决定药物及用药次数。

21. 药物摩擦法

(1) 适应范围：麻疹不适、呕吐等。

(2) 操作方法：术者以手掌蘸药液或药膏在患处表皮摩

擦，以产生疗效。

(3) 注意事项：用力要适中，不可损伤皮肤。

22. 探吐法

(1) 适应范围：痰涎阻塞咽喉，食滞胃脘，急性中毒等。

(2) 操作方法：用开水泡洗过的鸭、鹅羽毛轻扫咽喉引起呕吐。

(3) 注意事项：

1) 因呕吐可伤正，故宜慎用。

2) 有高血压、冠心病等心血管病、肺结核咯血、有出血倾向者以及老弱病人、孕产妇者不宜用。

23. 酒火法

(1) 适应范围：风湿病、腰肌劳损等。

(2) 操作方法：

1) 用白酒浸透草纸或布片贴于患部皮肤，将酒燃起焰，顷刻即息，随息随点，使酒的辛散作用协同火的温热作用透入皮下组织，直达病处。

2) 或将酒稍为加热点燃，术者用手蘸正在燃烧的热酒在病人患处揉擦，揉擦时火虽熄灭，但能维持较高的温度而又不会烫伤皮肤。

(3) 注意事项：注意勿损伤皮肤和衣物。

(二) 器械配合手法外治法

1. 拔罐法

(1) 适应范围：风湿痹痛、头痛、腹痛、喘证、高血压、蛇虫咬伤等。

(2) 操作方法：

1) 火罐法：将纸片点燃后，投入罐内，迅速将火罐罩在施术部位，即可吸住。此法仅适用于侧面横拔，直拔可能因燃烧物落下而灼伤皮肤。

2) 闪罐法：用止血钳夹住燃烧的酒精棉球，于火罐内壁中段绕一圈后，迅速退出，立即将罐罩在施术部位上即拔住。此法较安全，不受体位限制。

3) 水罐法：先将罐放在锅内加水煮沸，用时将罐倾倒入用镊子夹出，甩去水液，或用折叠的毛巾紧紧扣罐口，乘热扣在选定部位上，使之吸住。

4) 抽气罐法：先将抽气罐紧扣于需要拔罐的部位上，用注射器从橡皮塞中抽出瓶内空气，产生负压即能吸住。或用抽气筒套在塑料罐活塞上，将空气抽出，即能吸住。

5) 推罐法：先在施术部位及罐口涂一层润滑油，将罐吸住后，施术者以双手将罐向上下左右推移走动，至皮肤充血为止。此法适用于腰背面积较大部位。

6) 留罐法：吸拔后留置一定时间，即拔罐后，留置5—15分钟。罐大吸引力强的可减少留罐时间，夏天或肌肉瘦薄处，留罐也不宜过久，以免损伤皮肤。

7) 其他：尚有药罐法、针罐法、刺络拔罐法等。

(3) 注意事项：

1) 取舒适体位，注意选择肌肉较丰满、富有弹性和毛发不多的部位，以防掉罐。

2) 拔罐后如局部瘀血严重者，不宜在原位再拔。

3) 高热、抽搐、痉挛等病人，大血管部位、心前区、孕妇腹部腰骶部、皮肤溃疡、水肿部位、肌肉瘦削或骨骼凹凸不平 and 毛发多的部位，均不用本法。

4) 避免烫伤皮肤。

2. 割掌脂法

(1) 适应范围：哮喘、溃疡病、郁症等。

(2) 操作方法：以鱼际穴的效果最好。常规消毒后，局麻，施术者以左手拇指紧压穴位下方，用手术刀在穴位中心纵行切开表皮，长约0.5~1厘米，并由助手在切口周围加压，即有脂肪组织露出，用三棱针由里向外挑，促使穴位内脂肪全部外露，随即全部剪除，术毕盖无菌敷料，绷带或胶布固定。

(3) 注意事项：

1) 切口宜小宜浅，挑刺宜轻，防止伤及深部动脉引起流血不止。

2) 体弱者，每次只割单侧，体质好者，可割双侧。

3) 严重心脏病者、垂危病人、有出血倾向者、高热者、局部水肿、感染、皮肤病者不用本法。

3. 结扎法

(1) 适应范围：毒蛇咬伤等。

(2) 操作方法：用线扎紧伤口上部，以免蛇毒向上扩散。

(3) 注意事项：结扎松紧要适中，过松不能阻止蛇毒向上扩散，过紧则会引起远端肢体缺血坏死。

(三) 其他外治法 尚有灯照法、佩戴法、爆灯火法等，可参阅有关书籍。

(刘利 陈茂潮 谭荣益)

主要参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京大学出版社, 1994. 第1版
- [2] 国家中医药管理局. 中医内科急症诊疗常规(第1辑). 1989
- [3] 黄星垣, 等. 中医急症大全. 北京: 中国古籍出版社, 1987, 第1版
- [4] 罗侃, 等. 中医急症学. 北京: 地质出版社, 1989, 第1版
- [5] 何绍奇, 等. 现代中医内科学. 北京: 中国医药科学技术出版社, 1991, 第1版
- [6] 徐润, 等. 实用中医内科急症学. 北京: 北京出版社, 1992, 第1版
- [7] 张学庸, 等. 新编内科诊疗手册. 北京: 金盾出版社, 1992, 第1版
- [8] 傅桂梅, 等. 实用中医外敷验方精选. 北京: 北京科学技术出版社, 1993, 第1版
- [9] 詹永康, 等. 中医外治法. 湖南: 湖南科学技术出版社, 1984, 第1版
- [10] 陈镜合, 等. 现代中医急诊内科学. 广州: 广东科技出版社, 1996, 第1版

第五章 全国中医医院急诊科(室)必备中成药及应用

随着中医急症临床医学的发展,除应用传统汤剂外,要求治疗中医急危重症的药物必须具备高效、速效、安全、可靠。因此,国家中医药管理局于1992年向全国中医医院推广了首批急诊科(室)必备中成药15种,对中医急症医学的发展起到了良好的指导与推动作用,缓解了中医急症临床用药的匮乏状况,提高了中医药治疗率,鼓励和引导临床医师重视中药剂型的改革和开发,从而使中医药急症医学科研成果尽快应用于临床。1995年初又制定了全国中医医院急诊科(室)第二批必备中成药,并在全国推广使用,现介绍如下。

一、参麦注射液(999牌)

(一) 药物组成 由红参、麦冬提取物组成,有效成分为人参皂甙、麦冬黄酮及微量人参多糖和麦冬多糖等。

(二) 功能主治 益气养阴,固脱生津。主治气阴两虚,自汗暴脱,虚喘咳嗽,气短肢冷,食少倦怠,惊悸健忘,脉虚心悸等一切气血津液不足之证。

(三) 适应证

1. 各型休克 心源性、感染性、失血性、创伤性和过敏性休克。
2. 心脏疾病 心力衰竭、冠心病心绞痛、心肌梗塞、肺心病、高血压性心脏病、病毒性心肌炎、心律失常等。
3. 脑血管疾病 脑出血、脑栓塞、脑血栓形成等。
4. 各种应激状态 严重创伤、烧伤、感染及内脏出血等。
5. 放疗、化疗病人及骨髓造血功能低下致红细胞、白细胞、血小板减少者。
6. 免疫功能及肾上腺皮质功能低下者。
7. 肿瘤及各种慢性疾病的辅助治疗。

(四) 用法用量

1. 各型休克 20~40 毫升直接或用 5%~10% 葡萄糖液等量稀释后缓慢静脉推注 (5 分钟以上), 根据病情可于 15 分钟或 30 分钟后重复使用, 同时用本品 100~200 毫升静脉滴注维持。
2. 充血性心衰 静脉推注同上, 每日 2~4 次; 或 50~100 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次。
3. 冠心病 50~100 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次, 10~14 日为一疗程。
4. 中风 100~200 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次, 4 周为一疗程。
5. 心律失常 100~200 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次, 4 周为一疗程。病情危重时, 可先用 40 毫升静脉推注。
6. 抗癌治疗 50~100 毫升静脉滴注, 每日 1 次, 2 周

为一疗程。

7. 其他疾病 50~100 毫升静脉滴注，每日 1~2 次，或遵医嘱。若用肌肉注射，每次 2~4 毫升，每日 1~2 次，或遵医嘱。

(五) 注意事项

1. 肌注时极少数病人可有注射部位疼痛、红肿，偶见注射部位硬结。每次肌注不宜超过 4 毫升。

2. 静脉给药，偶见血管刺激性疼痛，减慢滴速或稀释后，疼痛消失。

3. 某些医院制剂室有自制的参麦注射液，有个别患者发生过敏、溶血或发热的报道。

4. 本品含有皂甙，最好单独应用。

5. 最好不要与藜芦或五灵脂同时使用。

6. 抢救急、危、重症时每日用量不宜低于 200 毫升，剂量太小，可能影响疗效。

(六) 生产单位 深圳南方制药厂·雅安三九药业有限公司

(七) 营销单位 全国总经销 深圳银湖深圳三九贸易公司 邮编：518026 电话：(0755) 3360999-3939

广东省经销单位 深圳三九贸易公司广东销售公司 邮编：510150 电话：(020) 91711609 91359794 联系人：邱凯、刘会波

二、参附注射液 (999 牌)

(一) 药物组成 由红参、黑附片提取物组成。主要成

分有人参皂甙、乌头类生物碱。

(二) 功能主治 回阳救逆、益气固脱。主治厥脱证及阳虚(气虚)所致惊悸、怔忡、喘咳、胃痛、泄泻、痹证等。

(三) 适应证

1. 各型休克 心原性、感染性、失血性、创伤性、过敏性及神经原性休克。

2. 心脏疾病 充血性心力衰竭、心律失常、心肌炎、心肌梗塞、冠心病等。

3. 血液疾病 再障贫血、放疗、化疗所致白细胞减少、血小板减少等。

(四) 用法用量

1. 各型休克 20~40 毫升直接或 5%~10% 葡萄糖液 2~4 倍稀释后静脉推注(5 分钟以上)。根据病情可于 15 分钟或 30 分钟重复使用, 同时用 100~200 毫升静脉滴注维持。

2. 充血性心衰 静脉推注同上, 每日 2~4 次; 或用 50~100 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次, 4 周为一疗程。

3. 冠心病 50~100 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次, 2 周为一疗程。

4. 心律失常 20~40 毫升静脉推注, 根据病情可于 15~30 分钟后重复使用, 或遵医嘱。

5. 再障贫血 50~100 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次, 4 周为一疗程。

6. 其他疾病 50~100 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次, 或遵医嘱。

若肌肉注射, 每次 2~4 毫升, 每日 1~2 次, 或遵医嘱。

嘱。

(五) 注意事项

1. 孕妇慎用。
2. 最好不要与半夏、瓜蒌、贝母、白及同时使用。
3. 其他注意事项同前。

(六) 生产单位 深圳南方制药厂·雅安三九药业有限公司

(七) 营销单位 同前

三、生脉注射液 (999 牌、 华西牌或戎州牌)

(一) 药物组成 红参、麦冬、五味子提取物组成。有效成分为人参皂甙、麦冬皂甙、麦冬黄酮、五味子素等。

(二) 功能主治 补气敛汗、养阴生津、复脉固脱。主治气阴两伤、自汗暴脱、气虚欲脱、脉细无力、久咳肺虚等证。

(三) 适应证

1. 各型休克 失血性、心原性、感染性、创伤性及过敏性休克等。

2. 心脏疾病 充血性心力衰竭、冠心病心绞痛、心肌梗塞、肺心病、病毒性心肌炎、心律失常等。

3. 微循环障碍疾病

4. 脑血管疾病 脑血栓形成、脑栓塞、脑出血等。

5. 化疗、放疗病人和肿瘤患者的辅助治疗。

(四) 用法用量

1. 抗休克治疗 10~20 毫升用 5%~10% 葡萄糖液等量稀释后静脉推注 (5 分钟以上), 根据病情可于 15 分钟或 30 分钟后重复使用, 或本品 100~200 毫升用 5%~10% 葡萄糖液 2~4 倍稀释后静脉滴注。

2. 充血性心力衰竭 静脉推注方法同上, 每日 2~4 次, 或 50~100 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次。

3. 其他疾病的治疗 本品 50~100 毫升静脉滴注, 每日 1~2 次, 或遵医嘱。

若肌肉注射, 每次 2~4 毫升, 每日 1~2 次。

(五) 注意事项

1. 孕妇慎用。
2. 最好不与藜芦或五灵脂同时使用。
3. 其他注意事项同前。

(六) 生产单位 999 牌由深圳南方制药厂·雅安三九药业有限公司生产; 华西牌由华西医科大学制药厂生产; 戎州牌由四川宜宾制药厂生产。

四、复方丹参注射液 (999 牌)

(一) 药物组成 丹参、降香提取物。有效成分为丹参酮、丹参素、原儿茶醛等。

(二) 功能主治 活血化瘀、理气止痛。主治瘀痕积聚、胸腹刺痛、热痹疼痛、肝脾肿大、月经不调、闭经痛经、心烦不眠等。

(三) 适应证

1. 心血管疾病 冠心病心绞痛、心肌梗塞、心衰、心

肌炎、肺心病、高血压性心脏病、动脉粥样硬化等。

2. 脑血管病 脑动脉硬化症、脑血栓形成、脑栓塞、脑血管意外后遗症等。

3. 其他疾病 急性肾炎、肾病综合征、慢性肾衰、肝炎、肝硬化、肺炎、偏头痛、肩周炎、美尼尔氏病等疾病的辅助治疗。

(四) 用法用量

1. 肌肉注射 每次 2~4 毫升，每日 1~4 次，2 周为一疗程，或遵医嘱。

2. 静脉推注，每次 4~6 毫升，用 5%~10% 葡萄糖液 20 毫升稀释后使用，每日 1 次，2 周为一疗程，或遵医嘱。

3. 静脉滴注，每次 10~20 毫升，用 5%~10% 葡萄糖液 250~500 毫升稀释后使用，每日 1 次，2 周为一疗程，或遵医嘱。

4. 穴位注射 每一穴位注射 0.6~1 毫升，注射毕按摩 5 分钟，每周 1~3 次，或遵医嘱。

(五) 注意事项

1. 文献报道有引起过敏、头痛、头晕、心悸、口干、腹胀等副作用。

2. 本品与抗生素、维生素 C、肝素、东莨菪碱、酚妥拉明、硫酸镁等联合使用可产生协同效应。

3. 本品不宜与抗癌药、止血药、抗酸药、阿托品及细胞色素 C、维生素 B₁、维生素 B₆、麻黄碱等药物联合应用。

4. 不宜与其它药物在同一容器中混合使用。

5. 本品可能促进肿瘤细胞转移，肿瘤患者应根据病情慎重使用。

(六) 生产单位 深圳南方制药厂·雅安三九药业有限公司

(七) 营销单位 同前

五、鱼腥草注射液 (999 牌)

(一) 药物组成 新鲜鱼腥草提取物。

(二) 功能主治 清热解毒、消肿排脓、利尿通淋。主治乳蛾、肺痈、痰热咳嗽、淋病、痈肿疮毒等。

(三) 适应证 化脓性疾病、妇科炎症、乳腺炎、肺脓疡、上呼吸道感染、泌尿系感染、肠道感染及手术后高热等。

(四) 用法用量

1. 肌肉注射 每次 2~4 毫升, 每日 2 次, 或遵医嘱。

2. 静脉滴注 每次 20~60 毫升, 用 5%~10% 葡萄糖液 250~500 毫升稀释使用, 每日 1 次, 或遵医嘱。

(五) 生产单位 深圳南方制药厂·雅安三九药业有限公司

(六) 营销单位 同前

六、醒脑静注射液 (锡药牌)

(一) 药物组成 麝香、冰片、栀子、郁金等提取物。

(二) 功能主治 醒神镇痉、清热凉血、行气活血、解毒镇痛。主治温病高热、烦躁抽搐、神昏惊厥、痰涎壅盛、热毒斑疹、黄疸、大便秘结等症。

(三) 适应症

1. 流行性乙型脑炎、病毒性脑炎、脑膜炎等中枢神经系统感染及其后遗症。

2. 脑血管病、中枢神经系统感染所致的昏迷、抽搐，新生儿脑缺氧所致的脑瘫。

3. 重症肝炎、肝昏迷、肺原性心脏病、肺性脑病以及心绞痛、肾绞痛等。

4. 安眠药中毒、雷米封中毒、酒精中毒及毒蕈碱中毒。

5. 各种原因所致的高热。

(四) 用法用量

1. 肌肉注射 每次 2~4 毫升，每日 1~4 次，或遵医嘱。

2. 静脉推注 每次 4~6 毫升，用 5%~10% 葡萄糖液 20~40 毫升稀释后使用，每日 1~4 次。病情急重者可先以本品 20 毫升用 50% 葡萄糖液 20~40 毫升稀释后使用。

3. 静脉滴注 每次 20 毫升，用 5%~10% 葡萄糖液 250~500 毫升稀释后使用，每日 1 次，或遵医嘱。

(五) 注意事项 未发现明显毒副作用。

(六) 生产单位 无锡健宏药业总公司（原无锡中药厂）

七、清开灵注射液（地坛牌）

(一) 药物组成 牛黄、水牛角、黄芩、金银花、栀子等提取物。

(二) 功能主治 清热解毒、化痰通络、醒脑开窍。主治高热烦躁、痰多神昏、谵语惊厥、抽搐、黄疸、斑疹等

症。

(三) 适应证

1. 病毒性肝炎、亚急性重型肝炎及慢性重型肝炎、急性胆囊炎等。

2. 流行性乙型脑炎、病毒性脑炎等。

3. 急性腮腺炎、扁桃腺炎、上呼吸道感染等。

4. 急性菌痢、早期中毒性痢疾等。

5. 肺炎、急性支气管炎等。

6. 各种类型的发热。

(四) 用法用量

1. 肌肉注射 每次 2~4 毫升，每日 2 次，或遵医嘱。

2. 静脉滴注 20~60 毫升用 5%~10% 葡萄糖液 250~500 毫升稀释后使用，每日 1~2 次。

(五) 注意事项

1. 单独使用，不可与其他药物混合滴注。

2. 有个别引起过敏反应报道。

(六) 生产单位 北京中医药大学实验药厂

八、穿琥宁注射液（戎州牌）

(一) 药物组成 穿心莲叶提取物。有效成分为脱水穿心莲内脂琥珀酸半脂单钾盐。

(二) 功能主治 清热解毒、燥湿消炎。主治肺热喘咳、肺痈、咽喉肿痛、湿热泻痢、热淋、湿疹等。

(三) 适应证 主要用于治疗病毒及细菌感染引起的上呼吸道感染、急性支气管炎、肺炎、菌痢、扁桃腺炎、急性泌

尿系感染等。

(四) 用法用量

1. 肌肉注射 每次 2~4 毫升, 每日 3 次。
2. 静脉滴注 10~20 毫升用 5%~10% 葡萄糖液 250~500 毫升稀释后静滴, 每日 1 次。

(五) 注意事项 孕妇慎用。

(六) 生产单位 四川宜宾制药厂

九、双黄连粉针剂 (双皇连牌)

(一) 药物组成 金银花、连翘、黄芩三味药物提取物无菌粉末。

(二) 功能主治 清热解毒、轻宣透邪。主治风温邪在肺卫或风热闭肺所致发热、微恶寒或不恶寒、咳嗽气促、咯痰色黄等症。

(三) 适应证 用于病毒性肺炎、上呼吸道感染、扁桃腺炎、咽炎等病毒及细菌感染性疾病。

(四) 用法用量 静脉滴注。临用前先以无菌注射用水适量溶解, 再用 5% 葡萄糖液或生理盐水 500 毫升稀释后静滴, 每次 60 毫克/千克体重, 1 日 1 次或遵医嘱。

(五) 注意事项 本品与氨基甙类 (庆大霉素、卡那霉素、链霉素) 及大环内脂类 (红霉素、白霉素) 等配伍时可产生混浊或沉淀。若需使用, 可分别点滴。

(六) 生产单位 哈尔滨中药二厂

十、脉络宁注射液（桂冠牌）

（一）药物组成 牛膝、玄参、金银花等药提取物。

（二）功能主治 清热养阴、活血化瘀。主治周围血管、脑血管闭塞性疾病。

（三）适应证 脑血栓形成后遗症、血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化性闭塞症、多发性大动脉炎、四肢急性动脉栓塞症、糖尿病坏疽、静脉血栓形成及血栓性静脉炎等。

（四）用法用量 10~20 毫升用 5%~10% 葡萄糖液或生理盐水 250~500 毫升稀释后静脉滴注，每日 1 次，10~14 日为一疗程。

（五）注意事项

1. 出血性疾病患者慎用。

2. 孕妇慎用。

（六）生产单位 南京金陵制药厂

十一、云南灯盏花注射液（金殿牌）

（一）药物组成 云南灯盏花提取物。主要有效成分为植物黄酮类。

（二）功能主治 活血化瘀、通络止痛、扩张血管。有对抗脑垂体后叶素所致缺血、缺氧作用。

（三）适应证 脑血管意外所致后遗症、风湿痛、冠心病等。

（四）用法用量

1. 肌肉注射 每次 2~4 毫升，每日 1~2 次。
2. 穴位注射 每穴 0.5~1 毫升，多穴同量，总量可达 2~4 毫升。
3. 静脉滴注 每次 6~12 毫升，用 5%~10% 葡萄糖液 500 毫升稀释后使用，每日一次。

(五) 生产单位 云南生物制药厂

十二、止喘灵注射液（天目牌）

- (一) 药物组成 麻黄、杏仁等。
- (二) 功能主治 平喘、止咳、祛痰。主治哮喘、咳嗽、痰多、喘促、短气或伴胸部胀闷等。
- (三) 适应证 支气管哮喘、喘息性支气管炎等。
- (四) 用法用量 肌肉注射，每次 2 毫升，1 日 2~3 次。1~2 周为 1 疗程。或遵医嘱。
- (五) 注意事项 青光眼患者禁用。严重高血压、冠心病、前列腺肥大、尿潴留患者在医生指导下用药。
- (六) 生产单位 江苏扬州苏中制药厂

十三、柴胡注射液（上药牌）

- (一) 药物组成 单味柴胡提取物。
- (二) 功能主治 疏解、抗炎、退热。
- (三) 适应证 感冒、流行性感冒等上呼吸道感染。
- (四) 用法用量 肌肉注射，每次 2~4 毫升，1 日 2~3 次。

(五) 生产单位 上海中药制药一厂

十四、新雪丹 (星牌)

(一) 药物组成 由石膏、牛黄、寒水石、冰片等 14 味中药组成。

(二) 功能主治 清热消炎、泻火除烦、解毒利咽。主治各种热性病发热及温热病之烦热不解。凡热病过程中，见高热不退、烦躁不安或咽喉肿痛者，均可用之。

本药由古代名方“紫雪丹”（《太平惠民和剂局方》）化裁创制而成。药效学实验证明，本品消炎作用强，对多种呼吸道常见病原菌和条件致病菌（如金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、肺炎双球菌等）均有不同程度的抑菌作用。解热迅速，适应证广，安全有效，使用方便是其主要特点。

(三) 适应证 肺炎、急性咽喉炎、急性支气管炎、扁桃体炎、感冒等引起的高热神昏、痉孥抽搐、咽喉肿痛、口舌生疮、咳嗽、烦躁不安、小便短赤、大便秘结等。

(四) 用法用量

1. 片剂 口服，每日 3 次，每次 4 片，小儿酌减或遵医嘱。

2. 颗粒剂 口服，每日 2 次，每次 1 瓶，小儿酌减或遵医嘱。

(五) 注意事项 本品口服给药在临床用量范围内未发现任何毒副作用。

(六) 生产单位 广州奇星药业有限公司

(七) 营销单位 厂址 广州市新港东路赤岗北 33 号

邮编 510310 电话 84206877

经营部地址 广州市大新路 243 号 邮编 510120 电话 81884037

十五、紫地宁血散（中一牌）

（一）药物组成 紫珠草、地稔等组成的浸膏散剂。

（二）功能主治 清热凉血、散瘀止血。主治吐血、咳血、衄血、便血、崩漏、紫癜、创伤出血等多种血证。

（三）适应证 胃及十二指肠溃疡，胃炎所致的呕血、便血；支气管扩张咯血、咳血；妇科子宫出血（月经过多、崩漏）；眼底出血、鼻衄、痔疮出血、皮下出血等出血性病证。

（四）用法用量 口服，每次 8 克，1 日 3~4 次，用凉或温开水调服。

（五）生产单位 广州中药一厂

十六、安脑丸（蒲公英牌）

（一）药物组成 人工牛黄、水牛角、珍珠、黄连、栀子、郁金、冰片、石膏等。

（二）功能主治 清热解毒、醒脑安神、镇静熄风、豁痰开窍。主治高热神昏、头痛眩晕、抽搐惊厥、中风窍闭等热性疾病。

（三）适应证 各种高血压、动脉硬化症、脑血管意外、流行性脑膜炎、乙型脑炎、精神分裂症属实热痰火者。

(四) 用法用量 口服，每次 1~2 丸，每日 2~3 次，或遵医嘱。

(五) 生产单位 黑龙江省延寿制药厂

十七、新清宁片（合欢牌）

(一) 药物组成 单味熟大黄。主要成分为蒽醌类衍生物。

(二) 功能主治 清热解毒、活血化瘀、缓下。主治内结实热、喉肿牙痛、目赤、便秘、下痢等症。

(三) 适应证 感染性炎症，如急性化脓性扁桃腺炎、急性菌痢、泌尿系感染等。

(四) 用法用量 口服，每次 3~5 片，每日 3 次，必要时可适当增量，用于便秘时，临睡前服 5 片。

(五) 注意事项 个别患者出现轻度腹泻或大便前伴有轻度腹痛。

(六) 生产单位 中国中医研究院实验药厂

十八、紫雪散（同仁堂、旭日牌）

(一) 药物组成 羚羊角、水牛角浓缩粉、麝香、朱砂、玄参、玄明粉、沉香。

(二) 功能主治 清热镇惊、除瘟开窍。主治邪热不解、重感伤寒、传入心包引起的神昏谵语、狂躁不安、寒热身烧、颈项强直、头昏眩胀、咽痛口渴、面赤腮肿、大便干燥、小便赤黄、小儿痘疹、急热惊风等。

(三) 用法用量 口服，每次 1.5 克，小儿遵医嘱。

(四) 注意事项 孕妇忌服；忌食辛辣油腻。

(五) 生产单位 北京同仁堂制药厂

十九、清咽滴丸（松柏牌）

(一) 药物组成 青黛、甘草、诃子、冰片等。

(二) 功能主治 疏风清咽、解毒利咽。主治风热喉痹，症见咽痛、咽干、口渴或微恶风、发热、咽喉红肿、舌边尖红，苔薄白或薄黄，脉浮数或滑数。

(三) 适应证 急性咽喉炎等上述见症者。

(四) 用法用量 含服，每次 4~6 粒（1~2 粒连续含服），每日 3 次。

(五) 注意事项 个别病人含化 1 小时内有口麻感。

(六) 生产单位 天津市第六中药厂

二十、瓜霜退热灵（林源牌）

(一) 药物组成 西瓜霜、羚羊角、生石膏、玄参、甘草、丁香、麝香、冰片、朱砂等 17 味中药。

(二) 功能主治 清热解毒、开窍镇静。主治热淤、高烧、惊厥抽搐、咽喉肿痛、舌疗等。

(三) 适应证 病毒或细菌性感染引起的上呼吸道感染、扁桃体炎、支气管炎、肠炎、急性菌痢等。

(四) 用法用量 口服，每日 3 次，每次 4~6 粒；周岁小儿每次 1 粒，5 岁以内小儿每次 2 粒；5 岁以上小儿酌情

服用。

(五) 注意事项 个别患者有呕吐、腹中不适等副作用。

(六) 生产单位 吉林省敦化制药厂

二十一、补心气口服液 (三人牌)

(一) 药物组成 黄芪等。

(二) 功能主治 补益心气、理气止痛。主治气短、心悸、乏力、头晕等心气虚损型胸痹心痛。

(三) 适应证 冠心病心绞痛、心律失常、慢性心衰、肺心病、冠心病、风心病、病毒性心肌炎、更年期综合征等属心气虚损者。

(四) 用法用量 口服，每次 10 毫升，每日 3 次。

(五) 生产单位 湖北省咸宁制药厂

二十二、滋心阴口服液 (三人牌)

(一) 药物组成 麦冬等。

(二) 功能主治 滋养心阴、活血止痛。用于心悸、失眠、五心烦热、舌质红少苔、脉细数等心阴不足型胸痹心痛。

(三) 适应证 同前而属心阴不足者。

(四) 用法用量 口服，每次 10 毫升，每日 3 次。

(五) 生产单位 湖北省咸宁制药厂

二十三、血栓心脉宁胶囊（圣喜牌）

（一）药物组成 麝香、牛黄、川芎、丹参、水蛭、毛冬青等。

（二）功能主治 活血化瘀、开窍醒神、散解止痛、补益心气。主治中风半身不遂、口眼歪斜、肢体麻木、心悸胸痛，甚则神昏等。

（三）适应证 脑血栓形成、冠心病心绞痛等。

（四）用法用量 口服，每次4粒，每日3次。

（五）注意事项 孕妇忌服。

（六）生产单位 吉林省敦化市化康制药厂

二十四、速效救心丸（松柏牌）

（一）药物组成 川芎、冰片等。

（二）功能主治 活血化瘀、镇静止痛，增加冠状动脉血流量，缓解心绞痛。

（三）适应证 冠心病、胸闷憋气、心前区疼痛。

（四）用法用量 含服，每日3次，每次4~6粒，急性发作时服10~15粒。

（五）生产单位 天津市第六中药厂

二十五、麝香保心丸（上药牌）

（一）药物组成 麝香、人参、苏合香、蟾酥等。

(一) 功能主治 芳香温通、益气强心。主治心肌缺血引起的心绞痛、胸闷及心肌梗塞。

(二) 用法用量 口服，每次1~2丸，每日3次，或症状发作时使用。

(四) 注意事项

1. 孕妇禁用。

2. 少数患者服药后有口干、头胀、轻度唇舌麻木感。

(五) 生产单位 上海中药制药一厂

二十六、脑血康口服液（双鱼牌）

(一) 药物组成 水蛭等。

(二) 功能主治 活血化瘀、破血散结。主治中风、半身不遂、口眼歪斜、舌强语蹇等。

(三) 适应证 高血压病引起的脑出血、颅内血肿和脑血栓形成等。

(四) 用法用量 口服，每次10毫升，每日3次，4~6周为一疗程。

(五) 注意事项

1. 孕妇慎用。

2. 本品贮藏期间，可产生少量易散性沉淀，不影响疗效，应摇匀后服用。

(六) 生产单位 吉林公主岭红光制药厂

二十七、乐脉颗粒（华西牌）

（一）药物组成 丹参、川芎、赤芍、红花、木香、香附、山楂等。

（二）功能主治 行气活血、化瘀解郁、养血通脉、止痛安神。主治胸痛胸闷、气短心悸、头痛失眠、抑郁健忘、肢冷麻木、喘促心悸、腹胀、浮肿等。

（三）适应证 适用于动脉硬化、急慢性脑血管病（脑血栓、脑溢血、脑动脉供血不足等）、冠心病、高血压病、中风后遗症、多发性梗塞性痴呆、肺心病心衰等，妇科月经不调等。

（四）用法用量 口服，每次1~2包，每日3次，空腹温开水冲服。6~8周为一疗程。

（五）注意事项

1. 孕妇慎用。
2. 少数患者偶可见恶心、头昏、腹泻、月经量多等。

（六）生产单位 华西医科大学制药厂

二十八、复方丹参滴丸（天士力牌）

（一）药物组成 丹参、三七、冰片。

（二）功能主治 活血化瘀、理气止痛。主治胸闷气促、胸痛彻背等。

（三）适应证 冠心病、心绞痛。

（四）用法用量 口服或舌下含服，每次10粒，每日3

次。4周为一疗程，或遵医嘱。

(五) 注意事项 孕妇慎用。

(六) 生产单位 天津市天使力联合制药公司

二十九、正柴胡饮冲剂（宁宁牌、合欢牌）

(一) 药物组成 柴胡、防风、芍药、陈皮、甘草等。

(二) 功能主治 表散风寒、解热止痛。主治外感风寒初期症见恶寒、发热、无汗、头痛、鼻塞、喷嚏、清涕、咽痒咳嗽、四肢酸痛等。

(三) 适应证 适用于流行性感冒初起，轻度上呼吸道感染等。

(四) 用法用量 口服，每次1袋，每日3次。

(五) 生产单位 宁宁牌由江苏省南通中药厂生产；合欢牌由中国中医研究院实验药厂生产

三十、藿香正气散胶囊（长城牌、回生牌）

(一) 药物组成 广藿香油、紫苏油、生半夏、厚朴、苍术。

(二) 功能主治 解表化湿、理气和中。主治外感风寒、内伤湿滞、头痛昏重、脘腹胀痛、呕吐泄泻。

(三) 适应证 急性胃肠炎。

(四) 用法用量 口服，每次2~4粒，每日2次。

(五) 生产单位 天津达仁堂制药厂

三十一、葛根芩连微丸（柳江桥牌）

(一) 药物组成 葛根、黄芩、黄连等。

(二) 功能主治 解表清里、清热解毒。主治发热、呕吐、腹痛腹泻或痢下赤白等。

(三) 适应证 病毒性腹泻、细菌性痢疾及上呼吸道感染等。

(四) 用法用量 口服，每日3次。5岁以下小儿每次1克，成人每次3克，或遵医嘱。

(五) 生产单位 广西柳州市中药总厂

三十二、黄腐酸钠口服液（亚新牌）

(一) 药物组成 乌金石提取物（黄腐酸钠）。

(二) 功能主治 活血止血、降压止泻、调整甲状腺功能、去腐生肌和细胞保护。

(三) 适应证 用于治疗高血压病、急性胃炎及十二指肠出血、急性胃肠炎、胃及十二指肠溃疡、神经型克汀病、婴幼儿肝炎综合征等。

(四) 用法用量 口服，每次10~20毫升，每日3次。

(五) 生产单位 河南省巩义制药厂

三十三、气滞胃痛冲剂（曙光牌）

- （一）药物组成 柴胡、枳壳、甘草、香附、玄胡等。
- （二）功能主治 疏肝理脾、行气止痛。主治胃痛、腹痛、胁痛等诸多痛证。症见脘腹胁肋胀痛、恼怒则加剧，纳谷不馨、肠鸣腹泻后重；妇女或见月经不调、腹胁乳房胀痛、舌红、苔薄黄、脉弦。
- （三）适应证 慢性胃炎、胃肠神经官能症、消化性溃疡、慢性无黄疸性肝炎等。
- （四）用法用量 口服，每次1袋，每日3次。
- （五）注意事项 孕妇忌服。
- （六）生产单位 辽宁省丰溪第三制药厂

三十四、胃肠安丸（长城牌）

- （一）药物组成 沉香、木香、枳壳、厚朴、檀香、川芎、大黄等。
- （二）功能主治 芳香化浊、理气止痛、健胃导滞。由消化不良引起的腹泻、腹痛、恶心呕吐、脘腹胀满、食积乳积等。
- （三）适应证 秋季腹泻、急性肠炎、消化不良、菌痢等。
- （四）用法用量 口服。
 1. 每次20粒（10粒重0.04克），每日3次；小儿1岁内每次4~6粒，每日2~3次；1~3岁每次6~12粒，

每日3次；3岁以上酌加。

2. 每次4粒（10粒重0.2克），每日3克，小儿酌减。

（五）生产单位 天津乐仁堂制药厂

三十五、癃清片（体健牌）

（一）药物组成 金银花、白花蛇舌草、黄柏、牡丹皮、泽泻等。

（二）功能主治 清热解毒、凉血通淋。主治热淋所致的尿频、尿急、尿痛、尿短、腰腹痛、小腹坠胀等。

（三）适应证 急性膀胱炎、慢性肾盂肾炎急性发作，糖尿病合并泌尿系感染，前列腺炎合并泌尿系感染等。

（四）用法用量 口服，每次8片，每日3次。

（五）注意事项 体虚胃寒者不宜服用。

（六）生产单位 天津市中药制药厂

三十六、外用应急软膏（昆崙山牌）

（一）药物组成 黄芩、人参、白芍、丹参、补骨脂、樟脑、麻油等。

（二）功能主治 消肿、止痛、抗感染、促进伤口愈合。主治冻伤、水火烫伤、创伤、手足皲裂等。

（三）用法用量 外用，涂于患处及周围适量，每日1次。

1. 创伤 将药膏均匀涂于创面及周围皮肤范围外延5~10厘米，厚度不超过0.5毫米，必要时作简单包扎。

2. I°~II°水火烫伤 将药膏均匀涂于创面皮肤，范围外延10厘米。

3. 冻疮 将药膏均匀涂于患处及周围皮肤，并加揉擦，每日1次。

4. 手足皲裂 先以温水浸泡患处5分钟，然后涂药于患处及周围皮肤，并加揉擦，每日1~2次。

(四) 注意事项

1. 涂药后不可用塑料薄膜覆盖。

2. 可出现粟粒样疹、小水泡或疼痛，无须特殊处理，不影响治疗。

(五) 生产单位 山东省威海市昆嵛山制药厂

三十七、克伤痛擦剂（健民牌）

(一) 药物组成 当归、川芎、红花、丁香、樟脑等。

(二) 功能主治 活血化瘀、消肿止痛。主治急性软组织挫、扭伤。尚可用于蚊虫叮咬。

(三) 用法用量 外用适量，涂擦患处并按摩至局部发热，每日2~3次。

(四) 注意事项 忌入口、眼及皮肤破损处。

(五) 生产单位 湖北武汉健民药业（集团）股份有限公司

三十八、京万红（健春牌）

(一) 药物组成 地榆、栀子、大黄、乳香、没药、冰

片。

(二) 功能主治 消肿、活血、止痛、去腐解毒、排脓生肌。治疗水、火、电灼烫伤，疮疡肿痛，皮肤损伤，创面溃烂等。

(三) 用法用量 生理盐水清洗创面，涂敷本品或将本品涂于消毒纱布上敷盖创面，消毒纱布包扎，每日换药1次。

(四) 生产单位 天津达仁堂制药二厂

三十九、季德胜蛇药片（季德胜牌）

(一) 药物组成 蜈蚣、半边莲、七叶一枝花等。

(二) 功能主治 解毒、消肿止痛。用于毒蛇、毒虫咬伤。

(三) 用法用量

1. 毒蛇咬伤

(1) 内服 本品20片，捻碎，以温开水（加少量酒更好）服下，每6小时续服10片，至蛇毒症状明显消失，即可停药。

(2) 引流排毒 咬伤后，即将伤口挑破，以引流排毒。若手足部咬伤肿胀者，上肢穿刺八邪穴（即四个手指指缝之间）。下肢穿刺八风穴（即四个足趾缝之间），以排毒，加速退肿。穿刺方法：用钝头粗针平刺直入2厘米。

(3) 若见神昏、牙关紧闭、颈项强直、呼吸困难及心衰等中毒症状，应密切观察，并将本品每次内服剂量增加10~20片及适当缩短服药间隔时间。必要时可配合针灸及其

他对症疗法。不能口服者，可行鼻饲。

(4) 伤口感染溃烂者，配合外科治疗。

2. 毒虫咬伤，一般无需内服，以本品和水外搽，即可消肿止痛。

(四) 生产单位 江苏南通制药总厂

(董玉珍 崔艳坚 陈伟)

第六章 中医急症护理

中医护理有着十分悠久的历史和丰富的内容，中医急症护理更是运用了各式各样的、传统的护理经验和方法，救急扶危，促进病人早日康复，是急诊工作中不可缺少的重要环节。

一、中医护理发展概况

战国时期，在中医理论典籍《黄帝内经》中，系统阐述了中医护理学的各个方面，包括精神休养、个人卫生、环境卫生、饮食护理和禁忌、服药治疗、护理等方面。

汉代，张仲景对患者服药的注意事项、饮食禁忌等作了具体、详细的论述，特别是病人饮食禁忌，张氏认为是护理工作的重要内容。

唐代，著名医家孙思邈对于养生护理尤为擅长，他的著作《千金要方》及《千金翼方》中记载了有关按摩、衣着、饮食、幼儿护理等方面丰富的护理经验。如：“生候尚存，形色未改，病未入腠理，针药及时，能将节调理病无不愈”，指出了“将节调理”（护理工作）配合治疗方面的重要作用，并在衣着、饮食、居处上具体地提出了注意事项，这些护理原则和具体方法至今仍是中医护理的重要内容。

金元时期的名医李东垣在其著作《脾胃论》中的“用药

宜禁论”、“脾胃将理法”等章节中阐述了许多护理方面的内容，他提出了服药的注意事项，例如“若服升浮之药，先一日将理，次日腹空，方服。服毕更将理十日，先三日尤甚，不然则反害也”；朱丹溪在《格致余论》中，还记载一位瘀血痰积的病人，先用精心护理，然后用药治愈的例子，来说明护理调治工作的重要意义。

明清医家总结并发展了前人关于护理方面的知识。如汪绮石的《理虚元鉴》对虚劳症的预防和护理有较为深刻的论述，详尽地介绍了疗养和饮食调护的重要性及四季防病的知识；喻昌在《医门法律》中强调调节饮食五味，告诫不要过于偏食某一种食物。这些论述，使饮食护理的内容更加深化、具体。叶天士对老年病的护理研究较深，在《临证指南医案》等著作中对老年病的护理作了具体指导，例如饮食应“薄味”，力戒“酒肉厚味”，精神上“务宜怡悦开怀，戒真怒”，对老年病的护理作了具体的指导；钱襄有《侍疾要语》，是护理学的专书，从起居、饮食、锻炼及情志等方面指出了“长寿”的途径，是具有我国民族特色的保健专著。

解放后，在党的中医政策指引下，各地成立了中医研究机构、中医医院和中医病房，为中医护理的发展提高创造了良好的条件。全国有不少地区逐步运用中医理论，通过临床实践总结出较好的中医及中西医结合的护理经验，如“破伤风的中药治疗及护理”、“中暑的中医护理”等，同时在护理工作中开展了针灸、按摩、火罐、气功等简便而有效的中医治疗方法，初步整理了古代某些医学著作中有关护理的论述，如“伤寒论中的护病学”等。60～70年代中，各地对中西医结合护理工作也相继进行更广泛、深入的探索，总结

出像“急腹症的辨证施护”、“针拨白内障的护理”等比较成功的经验，在护理操作上探索用中医方法改进和提高原有的西医护理操作，如“以针刺止痛、外敷中药预防并消除肌注硬结、静脉炎”等；70年代末，相继在中医学院设立护士学校，培育具有中医理论和实践经验的白衣天使，为更广泛开展中医护理工作培育新人。

二、中医急症护理的内容

辨证论治是中医护理的主要依据，同一疾病其证候表现不同，护理措施亦应有所区别。如虚证汗出过多，可用煅龙骨粉、煅牡蛎粉等外用止汗；而实热证所致的大汗，则应禁用。对西医一般的护理方法要进行分析，凡属于违背中医理论者，不宜采用。中医急症护理遵循“辨证施护”的原则，同时又形成了自己独特的护理内容。

（一）病室和病床的要求 病室陈设要求简单，室内的具体安排除因病而异外，还要尽可能地据证区别对待，如对于以阵发性抽搐、心悸、眩晕为突出表现的一类急症，其室内环境应在力求保持安静的前提下，尽量做到采光柔和，以避免各种不必要的刺激；对于分别辨证为实热与虚寒之类证候的急症，其病室室温应有利于降温或保温为宜；对于分别辨证为闭、脱之证的急症，应选择能分别垫高头部或脚部的病床，以借头高足低位减缓前者的气血上壅之势，借足高头低位以使后者的气血得以上荣，等等。

（二）精神护理 中医认为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等情志变化是重要的致病因素。不少急症的发作或瞬间加

剧常常是因为精神刺激所致，而神志清醒的急症患者的精神状态又几乎多带有紧张或恐惧感，所以对这些患者必须注重精神护理。护士应进行心理护理，耐心地消除病人的思想顾虑，使之安心治疗。例如，因失血、过敏、感染等原因造成的厥脱证，病人早期的意识是清楚的，对突然的病情变化通常产生恐惧心理，护士要选择适当的语言安慰病人，耐心解释有关病情变化，以稳定病人情绪，减轻病人痛苦；护士在实施抢救中讲话要细声而谨慎，举止要轻柔而文雅，以影响病人的心理，使其镇定并增强信心；若病人病情突然发生变化，则应保持冷静，忙而不乱，避免对病人造成不良刺激。

（三）饮食调理 饮食和疾病的治疗有密切关系，中医注意饮食调理，急症尤其如此。疾病有阴阳、表里、寒热、虚实之分，食物也有寒热温凉补泻的不同性质，根据病情而辨证配餐。例如寒性病人忌生冷瓜果和寒凉食品，宜温热性食物，如姜、羊肉等；温热病人则恰恰与之相反，可选用莲子、葛粉、豆腐等；肝阳上亢和中风病人忌食辛辣刺激和鸡肉等助火、动风的食物；发斑发疹病人禁鱼、虾腥荤之类而宜清淡的饮食；挟痰湿者可选用冬瓜、丝瓜等食物；挟瘀血者可选用桃仁、红花制成的糕点或果脯；中毒者可频频进食绿豆汤；《卫生宝鉴》曰“食物无贪于多，贵在有节”，急症病人食量宜适中，不宜过饥过饱，特殊情况下病人要暂禁食。

有些食物对治疗有所裨益，可按病情适量配食。如西瓜解暑热、生姜止呕恶、甲鱼滋肾阴、莲子益心气等；某些食物与一定药物有所禁忌，应在服药期间慎食，如人参忌萝卜、鳖甲忌韭菜、薄荷忌甲鱼、蜂蜜忌生葱等。

(四) 方药煎服方法 为了迅速救治急症，很多时候需要医护人员代为煎药或指导病人家属煎药，这就要求护理人员掌握不同的煎药方法，如先煎、后下、包煎、烊化等以及水量、火候等。患呕吐、哮喘、关格的病人药物宜少量频服；昏迷病人宜鼻饲给药。一般煎剂，可温服，热证可冷服，寒证宜热服。

(五) 病情观察 急危重症病人病情变化迅速，要求护士应具有高度的责任心，必须及时准确地观察病情的细微变化，尤其是要注意神志、面色、形态、呼吸、出汗、皮肤、舌脉象等与中医辨证有关的症状变化，同时不能忽视微小变化，防变于未然，为抢救治疗提供可靠的依据和宝贵的时间。

中医一向十分重视四季气候、外界环境对疾病的影响。《内经》曰：“夫百病者，多日慧昼安，夕加夜甚”。一年四季、一天之内的不同时辰，病情随之有轻重不同。例如，早晨是阳气升发之时，人身的阳气随之上升而邪气渐衰，症状减轻；中午阳气大盛，人身的阳气旺盛而能敌病邪，因此病情稳定；日落则阳气降，阳气衰则邪气盛，所以病情易变，夜半则更甚，不少急危重病病人的病情常在深夜恶化，在护理中应加强夜班对病人的巡视，及时采取有效措施以挽救病人生命。

另外，急危重病人在临终前常可出现一种特异的现象——“回光返照”，如病人原来精神颓靡不堪、意识不清而突然精神转佳、神志清楚；或原来面色晦暗无泽而突然两颧发红；甚至原来极度衰竭、卧床不起而突然精力稍充、想下床行走等等，这些都可能是假象，切不可误以为病情好转而

掉以轻心。

三、中医急症护理的特色

除了上述的内容外，中医急症护理还有它独特的护理措施，如刮痧疗法、针灸、药散外敷、手法按摩等等，都可以在临床中起到止痛、散热、祛瘀等作用，而且方法简单，操作简便，能随时随地使用，成为治疗急症必不可少的手段之一。

四、中医急症护理的展望

中医急症医学源远流长，早在一千多年前张仲景已发明人工呼吸法，孙思邈首次使用导尿术等。但限于历史条件，原有的中医急救技术未能得到进一步的发展，已无法适应当前中医急症事业发展的需要。随着社会的发展和人民生活水平的日益提高，对急救医疗提出了更高的要求。中医急症护理如何适应现代社会的要求，更好地为广大的急诊病人服务呢？笔者认为，传统的中医中药方法与先进的现代医学技术相结合，将是中医急症护理发展的必经之路。中医急症护理的总原则是：

（一）院前急救 随着急救医学的发展，医院急诊室要逐步过渡到急诊科，成为一个专门学科的科室，院前急救是这门学科中的重要环节。中医护理在院前急救中有着一定的优势，如前所述，中医急症护理的许多措施能随时随地使用，为抢救工作赢得宝贵的时间；同时，运用现代医学的护

理方法，在现场首先建立有效的循环和呼吸功能，然后作输液、止痛、固定、包扎、解毒等救治措施；在转送到医院途中应密切观察病情变化，并采取相应的措施，如监护、药物治疗等。

(一) 急救护理 急救护理包括院前急救转送回院的病人和原有病人的护理，综合多年来的急救护理工作的经验教训，笔者认为应该注意：

1. 提高时间观念，突出急诊之“快”的特点。急诊病人病情变化复杂且迅速，护士必须有很强的时间观念，接治病人后应立刻做好各项对应的抢救准备工作，抢救过程中密切配合医生工作，做到“忙而不乱、有条不紊”。

2. 落实有效的护理措施，减轻病人的痛苦。对于不同的急诊病人，应制订不同的、有针对性的护理措施，并落实到病人身上。例如多数病人的生活自理能力因疾病所致而有不同程度的下降，护士应多巡视病人，及时满足其生活所需，同时每天定时给予口腔护理、皮肤护理等，以减少并发症的发生。

3. 做好精神护理，加强病人的治病信心。对于意识清楚的病人，护士应简单、通俗地向病人及其家属介绍所患疾病的病因、病机、治疗、护理措施、预后等，解除病人的精神顾虑，愉快地接受治疗。

4. 严密观察病情，注重一个“细”字。急症的救治，抓住时机是成败的关键之一，而治疗时机的判断很大程度取决于对病情的密切观察。细致入微地观察病人的点滴变化，并做好详细认真的记录，不能粗心大意。

(二) 重症监护 急危重病人监护是急救过程中必不可

少的手段，特别是对一些心、脑血管疾病的病人有重要意义，要求护士熟悉心电监护的基本常识、心电图波型等，通过屏幕观察而发现有无病情改变，及早报告医生作出处理。

(邓秋迎 叶欣 洪灵 黄艳勤)

主要参考文献

- [1] 张笑平. 中医急症救治. 湖南科学技术出版社, 1988
- [2] 成都中医学院主编. 中医护理学. 四川科学技术出版社, 1988
- [3] 路志正. 中医内科急症. 山西人民出版社, 1985
- [4] 徐润主编. 实用中医内科急症. 北京出版社, 1992
- [5] 程俊凤. 急性热病的中医护理初探. 北京中医学院学报, 1992, 15 (2): 61
- [6] 王翠凤. 驱风通结法治疗肠梗阻的护理体会. 中华护理杂志, 1992, 27 (10): 453
- [7] 罗毅. 急性心肌梗塞护理问题分析. 新中医, 1989, (2): 54
- [8] 方辉. 辨证施护中风患者 77 例小结. 湖南中医杂志, 1991, (1): 48

各 论

第一章 中 暑

于夏日酷暑炎热之季，因暑日劳作，暑热内袭，或炎暑夹湿伤人，逼汗出而伤阴，骤然发为高热、出汗、神昏、嗜睡，甚则躁扰抽搐者，称为中暑。

中医中暑与西医学的中暑或高温损害基本相近。包括热射病、日射病、热痉挛、热衰竭等。

一、病 因 病 机

(一) 外感暑热 外感暑热为中暑外因。盛暑烈日之时，或长途，或于田野，或长时间工作在有热射源的室内，一旦感受骤悍之性的暑热之邪，即伤阴耗气，甚则动风陷心，发为中暑急症。

(二) 气阴两虚 外感暑热虽为中暑外因，但素体气阴不足常是其内因。正气不足，易感外邪，加之暑热之邪，易伤阴耗气，故气阴两虚为中暑之重要病机。

(三) 痰湿内盛 暑多夹湿，故痰湿壅盛之体易于中暑。正如《医门法律·热湿暑三气门》所说：“体中多湿之人，最易中暑，两感召故也。外暑蒸动内湿，二气交通，因而中暑”。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 身热头痛，大汗出，烦躁口渴，胸闷心烦，倦怠身重，恶心呕吐，或有喘满，或有腹泻，或有恶寒，甚至昏仆不识人。

(2) 面垢，脉虚，口干，齿燥，肢冷，甚至抽搐。

(3) 血压正常或偏低，并发厥脱证则血压下降，心率增快。

2. 发病特点

(1) 发于盛夏暑热之际。

(2) 发病急，传变迅速。

(3) 辅助检查：外周血白细胞增多，中性粒细胞增多，严重者可有电解质紊乱及肝肾功能损害。根据临床表现特点及发病特点，参考辅助检查，可作出病名诊断。

(二) 证类诊断

1. 阳明热盛

主证：高热，汗出，口渴，多饮。

兼证：烦躁，面红，尿黄，恶寒。

舌、脉象：舌红，苔少津，脉洪大或芤数。

2. 暑热蒙心

主证：高热，神昏，或烦躁谵语。

兼证：汗出，胸闷，口干，面赤。

舌、脉象：舌红绛，脉沉数或洪数。

3. 肝风内动

主证：高热，四肢痉挛或抽搐。

兼证：面红，胸闷汗出，尿黄、少。

舌、脉象：舌红绛，脉弦细数。

4. 气阴耗竭

主证：神疲，息短气促，汗出肢冷，面色苍白。

兼证：口干，烦躁或有昏迷。

舌、脉象：舌红苔少，脉细数。

(三) 分级

1. 轻度 在高温环境下，出现大汗、口渴、头晕、眼花、胸闷、心悸、恶心、四肢无力、注意力不集中等症状。体温正常或略高。

2. 中度 除上述表现外，体温可达 38℃ 以上，面色潮红，皮肤灼热或面色苍白，呕吐，皮肤湿冷，血压下降，脉细数等。

3. 重度 上述表现伴高热 39℃ 以上，或伴昏厥或昏迷，或伴抽搐，或伴心衰，脑水肿，休克，DIC 等严重并发症。

三、鉴别诊断

(一) 疟疾 疟疾与中暑都发生于炎暑季节，但中暑多发生于年老体弱者，起病急骤，多伴高热，严重者可伴有抽搐、厥脱之表现。而疟疾多发于儿童，起病较慢，多为夏季周期性发作，多表现为午后加重的持续性低热。

(二) 暑温 暑温同样发生于夏暑季节，也可出现高热、

汗出、胸闷、抽搐、神昏等表现，与中暑相似。但中暑多发病急骤，迅即出现汗出、肢冷，甚至昏厥等；暑温属温病的一种类型，其发病及传变虽然迅速，但多按卫、气、营、血规律传变，与中暑不同。

(三) 中风 中风证以卒然昏仆，肢体瘫痪为特点。中风多发于冬春，发病前多有肝阳上亢或痰湿中阻等宿疾，诱因多为暴怒、饱食或劳累等。与发生于夏暑之际，虽可有卒然昏仆，但醒后无偏瘫的中暑不同。

(四) 气厥 气厥多因暴怒、愤郁为诱因，突然昏仆，不省人事，但无季节特点，无发热，汗出等中暑表现。

四、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 辨虚实 中暑急症发生于盛夏或存有热射源的室内，多发于老年人和体弱者。故中暑急症的救治，首先要辨明虚实、邪之轻重、是否夹暑湿之邪及正气的强弱。实热证以清热开窍为主；夹湿之证投以清暑除湿之剂；正气不足，应根据其津伤、阴亏、气虚之不同分别用药。

2. 治变证 中暑发病急骤，变化快，如处理不当，易演变为厥脱、昏迷等危重症，一旦上述变证出现，即应参考有关章节进行抢救。

(二) 分证论治

1. 阳明热盛

治法：清解阳明，益气生津。

方药：白虎加人参汤（《伤寒论》）加减：石膏 30 克

(先煎)、知母 15 克、粳米 15 克、甘草 5 克、西洋参 15 克、竹叶 15 克、麦冬 15 克、葛根 30 克。每日 1 剂水煎服。

夹湿者可加香薷、藿香、佩兰、苍术、薏苡仁等化湿渗湿药物。

2. 暑热蒙心

治法：清心开窍。

方药：清宫汤（《温病条辨》）加减：玄参 15 克、莲子芯 15 克、竹叶卷心 15 克、连翘 15 克、麦冬 15 克、石膏 30 克（先煎）、犀角 2 克（或水牛角 20 克代）。每日 1 剂水煎服。

中成药：口服或鼻饲安宫牛黄丸或至宝丹，或安脑丸。静脉滴注清开灵或醒脑静注射液。具体用法参照本篇“应急与抢救”。

3. 肝风内动

治法：清热凉肝，滋阴熄风。

方药：羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减：羚羊角片 3 克、白芍 15 克、甘草 6 克、桑叶 15 克、川贝母 15 克、竹茹 15 克、鲜生地黄 15 克、钩藤 15 克、菊花 15 克、牛膝 15 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：紫雪丹或新雪丹 1~2 克，每 2~4 小时冲服。

4. 气阴耗竭

治法：益气养阴固脱。

方药：生脉散（《内外伤辨》）加味：人参 15 克、麦冬 15 克、五味子 15 克、牡蛎 30 克（先煎）、龟板 30 克（先煎）、生地黄 15 克、炙甘草 10 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：口服生脉饮 10~20 毫升，每日 3 次；根据病

情选用参麦注射液、生脉注射液、参附芪注射液等静注以回阳固脱。具体用法参照本篇“应急与抢救”。

(三) 应急与抢救 中医对中暑急症的应急与抢救，主要是对高热、昏厥、抽搐、虚脱等进行处理。

1. 高热处理

(1) 柴胡注射液 2~4 毫升，肌注，每 4 小时 1 次。

(2) 鱼腥草注射液 20~80 毫升加入 5% 葡萄糖盐水或生理盐水 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

(3) 双黄连粉针 3.6 克加入 5% 葡萄糖盐水或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

(4) 清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖盐水或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

其他针对高热的处理可参考“外感高热症”的应急处理。

2. 昏厥处理

(1) 针刺人中、十宣放血。

(2) 在患者胸、腹、颈、背及四肢弯曲处，进行刮痧治疗，直至皮下出现青紫瘀斑为止。

(3) 鼻饲或灌服安宫牛黄丸或安脑丸 1~2 粒，每 4 小时可重复使用。

(4) 清开灵注射液 40~60 毫升或醒脑静 20~40 毫升加入 5% 葡萄糖盐水或生理盐水 250~500 毫升中静脉滴注，4~6 小时可重复使用。

其他针对昏厥处理可参考“昏迷”的应急处理。

3. 抽搐处理 出现抽搐时，配合退热、增液等法，选用下列治疗方法：

- (1) 针刺百会、人中、大椎、少商、委中等穴。
- (2) 口服至宝丹或紫雪丹，每次 1~2 克，每日 3 次。
- (3) 止痉散口服，每次 1.5 克，每日 1~2 次。

其他针对抽搐的处理方法参考“痉证”的应急处理。

(四) 虚脱处理 中暑虚脱危证一般表现为气阴耗竭，甚者亦可阴损及阳化为阴阳俱虚之厥脱证。可选用如下治疗：

1. 参麦注射液 40~60 毫升或生脉注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖盐水或生理盐水 250~500 毫升中静脉滴注；或者分别加入 50% 葡萄糖液或生理盐水 40 毫升中静脉推注。

2. 阴损及阳，可用参附注射液 20~40 毫升或参附芪注射液 20~40 毫升加入 5% 葡萄糖盐水或生理盐水中静脉滴注或静脉推注。

3. 根据气阴或阳气损伤情况选用神阙、关元、气海、内关、少泽、涌泉等穴位针刺或艾灸。

其他治疗请参考“厥脱证的应急处理”。

(五) 综合疗法

1. 根据病情可选用鲜荷叶汤、绿豆汤、韭菜汁、行军散、玉枢丹等。

2. 对先兆中暑及轻度中暑，应立即离开高温环境，到阴凉通风处休息，并予清凉饮料或淡盐水等饮用，常可迅速恢复。

3. 暑湿明显者可服十滴水、藿香正气丸等。

4. 如有条件可置患者于空调房中降温，室温以 20~25℃ 为宜。其他可用风扇、井水、冰水、酒精擦浴等方法使

皮肤散热。在物理降温过程中，注意预防皮肤冷却过程中出现的周围血管收缩及血流瘀滞，可按摩以促进血液循环，加速散热。

5. 药物降温 应与物理降温同时进行。常用药为冬眠灵，其主要作用是抑制体温调节中枢，扩张血管，加速散热，同时又松弛肌肉，减少震颤，使机体产热减少，降低器官的代谢和耗氧量。用冬眠灵 25 毫克加入 5% 葡萄糖盐水 250 毫升中静脉滴注，1~2 小时内滴完。如病人情况危重，可用冬眠合剂：冬眠灵 25 毫克、非那根 25 毫克、杜冷丁 50 毫克加入 5% 葡萄糖盐水 100~200 毫升中静脉滴注。若 3 小时后体温仍高，可重复 1 次。在滴注过程中要注意生命体征的变化，如血压下降明显，应减慢冬眠药物的滴速或停用。

6. 动脉内快速冷液输入降温法 用 4℃ 的 5% 葡萄糖盐水 100 毫升，经股动脉注射可使体温较快下降，并可使血压上升，适用于危重高热休克的患者。

7. 纠正水、电解质、酸碱平衡紊乱。具体治疗可参考有关章节。

8. 对症处理 抽搐可肌肉注射安定 10 毫克或苯巴比妥钠 0.1 克；或用 10% 水合氯醛 20 毫升保留灌肠，适当补充维生素等。亦可以 10% 葡萄糖酸钙 10 毫升加入 50% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注；应用抗生素防治继发感染；有脑水肿者加脱水剂及肾上腺皮质激素；并发心功能不全、肺水肿、休克、DIC 等并发症时，应参考有关章节予以相应的处理。

五、诊断与治疗进展

(一) 中暑的流行病学研究

1. 发病与气温 高温气候是引起中暑的主要原因，许多国家的研究发现，中暑虽多发生于热带和亚热带地区，然而在温带地区，如遇严重的热浪袭击也可使大量不适应人群受累。

2. 中暑发病与年龄、性别关系 Jones 调查资料表明，中暑无性别差异。但国内资料显示，性别差异男女比例在1:4之间，年龄为2.5~101岁，发病以60岁以上为多。

3. 中暑的人群分布 中暑的人群好发于夏季露天作业者，高温作业工人的中暑趋于轻型中暑，而大型体育竞赛（如马拉松赛、自行车赛、足球赛、军事训练、新兵集训及长途旅行等）可发生严重中暑。

4. 诱发因素 许多慢性病可诱发中暑。武汉、南京等地资料显示健康状况不良者占20%以上，其中以心血管疾病、糖尿病、肥胖症、孕妇等比例最大。居住环境中，有人认为居住于多层楼的顶层易中暑，可能与顶层受直接热照射有关。

(二) 病死率与预后分析 中暑病死率与中暑严重程度、年龄、能否及时治疗、有否并发症等有明显的关系。

轻型中暑病死率低；重度中暑，特别是热射病病死率较高；老年中暑病死率高，有资料表明占中暑病死中的77%~80%。此外，国内资料表明，患者体温愈高，中暑时间愈长，机体损害就愈严重，因此，迅速有效的降温措施可降低

病死率。此外有高血压、心脏病、休克等原有疾病或并发症死亡率高，有效地处理并发症亦是降低病死率的重要一环。

(三) 中医药研究 对 44 例重症中暑患者进行系统的观察，结果表明：脾虚湿困者占 67%，作者认为，脾胃虚弱、痰湿内盛是中暑发生的主要内因；暑伤阳明，内陷营血是中暑发展的主要病机，中西医结合治疗中暑具有优势。

六、护 理

参阅外感高热、昏迷、痉证、厥脱证等章节护理。

(吴焕林 陈伟 庾慧)

主要参考文献

- [1] 刘绍武, 等. 中暑·1955 年天津市中暑患者 135 例临床分析 (附尸检小结)·中华医学杂志, 1957, 43: 597
- [2] 陈荣安, 等. 武汉地区 119 例中暑流行病学与诊断分型的探讨·职业医学, 1985, 12 (3): 35
- [3] 李志成, 等. 南京市 1988 年重症中暑流行病学调查·中华医学杂志, 1989, 69 (8): 460
- [4] Knochel JP, Environmental heat illness, Archintern Med, 1974, 133: 841
- [5] 陶涛芳. 基层医院抢救中暑的体会. 中国农村医学, 1991, (6): 54
- [6] 卜平, 等. 关于中暑病机的临床研究. 中国医药学报, 1990, (6): 24
- [7] 林凤如, 等. 生脉散对老龄大鼠中暑的预防作用, 中西医结合杂

志, 1989, (8): 485

- [8] 史大卓, 等. 中医内科辨病治疗学. 科学技术文献出版社, 1996, 第1版

第二章 外感高热症

外感高热症是机体因外感邪毒所致的急性发热综合征。临床表现以体温升高（38℃以上），恶寒或伴有口渴、脉数等为主要特征。本症见于温病、伤寒的发病过程中。西医的急性传染性疾病，或急性感染性疾病等所致的高热，均可参考本章进行论治。

一、病因病机

（一）外感六淫或疫毒之气 以温邪、风寒之邪和疫毒之气为主。邪毒外侵、正邪交争、阴阳失衡，导致热盛急候。

（二）毒随邪入，热乃毒生 邪毒本身可以致热，是邪毒内侵较早的病理反应。若邪毒内陷，伤阴耗气，常致昏谵、痉厥等危候。

二、诊断要点

（一）病名诊断

1. 临床表现特点

（1）急性发热（体温 38.5℃以上），热势可有波动，热型各有不同。

(2) 或伴有恶寒、口渴欲饮或不欲饮，脉数等。

2. 发病特点 发病急，一般在3天以内，病程在2周以内；传变迅速，四季可见，随季节、地域、体质的不同而表现有所差异。

3. 辅助检查 根据不同的病种可进行相应的理化、生物学检查，如细菌学、病毒学、细胞学检查或应用PCR技术检测分析病原体等。

(二) 证类诊断

1. 卫分证

(1) 风热袭表：

主证：发热微恶寒，咽喉赤痛或干。

兼证：头痛鼻塞，咳嗽，口微渴。

舌、脉象：舌边尖红，苔薄黄，脉浮数。

(2) 风寒束表：

主证：恶寒甚于发热，无汗。

兼证：头痛身痛，鼻塞流清涕。

舌、脉象：舌苔薄白，脉浮数。

(3) 暑湿在表：

主证：发热微恶寒，身重脘闷。

兼证：头昏胀痛，纳呆泛恶。

舌、脉象：舌红苔白腻，脉濡数。

2. 卫气同病

主证：高热恶寒，烦渴，少汗身痛。

兼证：大便秘结，小便短赤。

舌、脉象：舌红苔薄黄或厚腻，脉浮数或洪大。

3. 气分证

(1) 肺热壅盛：

主证：壮热，胸痛，黄痰或脓痰。

兼证：咳嗽，痰中带血。

舌、脉象：舌红苔黄，脉滑数。

(2) 胃热炽盛：

主证：壮热，口渴引饮。

兼证：汗出，口臭，面赤心烦。

舌、脉象：舌苔黄燥，脉洪大。

(3) 腑实热结：

主证：壮热日晡热甚，大便秘结或热结旁流。

兼证：腹胀满，烦躁谵语。

舌、脉象：舌苔焦燥起芒刺，脉沉实有力。

(4) 肝胆湿热：

主证：寒热往来，目肤发黄，胸胁苦满。

兼证：恶心呕吐，口苦咽干，尿黄。

舌、脉象：舌红苔黄腻，脉濡数。

(5) 脾胃湿热：

主证：身热不扬，汗出热不解，胸腹胀满。

兼证：目肤小便发黄，嘈杂纳呆。

舌、脉象：舌苔黄腻或白厚腻，脉濡数。

(6) 大肠湿热：

主证：发热，腹痛，泄泻或痢下脓血。

兼证：里急后重，小便短赤，肛门灼热。

舌、脉象：舌红苔黄腻，脉滑数。

(7) 膀胱湿热：

主证：寒热起伏，尿频数涩痛，黄浊短赤。

兼证：小腹拘急引痛，腰酸痛。

舌、脉象：舌红苔黄腻，脉滑数。

4. 气营（血）两燔

主证：壮热口渴，烦躁或神昏谵语。

兼证：胸腹灼手，斑疹隐隐，鼻衄，吐血等出血见症。

舌、脉象：舌红绛，脉洪数或细数。

5. 营分证

主证：身热夜甚，烦躁或神昏谵语。

兼证：斑疹隐隐，口渴少饮。

舌、脉象：舌红绛，脉细数。

6. 血分证

主证：身热灼手，斑疹密布，鼻衄，吐血等出血见症。

兼证：心烦躁动，神昏谵语或谵妄。

舌、脉象：舌深绛，脉细数。

7. 热极生风

主证：壮热，手足抽搐，颈项强直。

兼证：神昏谵语，肢厥，两目上视，牙关紧闭。

舌、脉象：舌红苔黄，脉弦数。

上述证类具备主证与舌、脉象即可作出相应证类诊断。

（三）分期分级

1. 分期

（1）表证期：包括风热袭表，风寒束表，暑热犯表等病在卫表阶段。

（2）表里证期：多属表里同病，包括肺热、胃热、腑实、肝胆、脾胃、大肠、膀胱湿热证。

（3）里证期：病邪入里，涉及多个脏腑，可见于气分、

营分、血分或见于正气亏虚的危重证。

2. 分级

(1) 轻度：体温 38.9℃ 以下，发病初起，全身症状轻微，热势虽高，但其病在表，辅助检查无明显异常。

(2) 中度：体温 39～39.9℃，全身症状显著，辅助检查多见异常。

(3) 重度：体温 40℃ 以上，出现痉、厥、闭、脱、危证，辅助检查显著异常。

注意年老体弱者，体温虽不高，但病情严重，不能截然以体温来判断病情程度。

三、鉴别诊断

主要与内伤发热相鉴别。外感高热发病急，病程短，多有传变，热无休止而热势重，有外感疫毒、风寒、邪热的病史，可兼见其它外感见症；内伤发热，起病较缓，病程较长，热度可高或不高而多间歇，多起于其它病之后，必见其它内伤证候。

四、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 分清主次 本症以高热为主证，如兼见出血，当以清热凉血为急、为先、为本。

2. 预防传变 观察分析由高热而引发的变证与高热的关系。凡并发昏谵、痉、厥等证候，均为邪毒内陷，此时除

治高热外，尤当急治变证。

3. 综合治疗 本症复杂多变，临床多采取口服、注射、擦浴、刮痧、针刺、灌肠等方法综合治疗。

(二) 分证论治

1. 卫分证

(1) 风热袭表：

治法：辛凉解表。

方药：银翘散（《温病条辨》）：金银花 30 克、连翘 30 克、桔梗 18 克、薄荷 18 克（后下）、淡竹叶 12 克、生甘草 15 克、荆芥 12 克、淡豆豉 15 克、牛蒡子 18 克、鲜芦根 18 克。每日 1 剂水煎服。

热甚者加黄芩 15 克、板蓝根 30 克、青蒿 15 克；口渴甚者加花粉 15 克；痰多者加贝母 15 克、杏仁 15 克；小便黄加车前草 15 克。

针剂：清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

(2) 风寒束表：

治法：辛温解表。

方药：荆防败毒散（《外科理例》）：荆芥 15 克、防风 15 克、柴胡 30 克、川芎 30 克、枳壳 30 克、羌活 30 克、独活 30 克、茯苓 30 克、桔梗 30 克、甘草 15 克。每日 1 剂水煎服。

恶寒甚者加麻黄 12 克、桂枝 12 克；咳嗽加杏仁 12 克、川贝母 12 克。

中成药：正柴胡饮冲剂 3 克，每日 3 次冲服。

(3) 暑湿在表：

治法：清暑除湿解表。

方药：新加香薷饮（《温病条辨》）：香薷 9 克、金银花 15 克、连翘 15 克、鲜扁豆花 12 克、厚朴 12 克。每日 1 剂水煎服。

热甚者加生石膏 30 克（先煎）；恶心呕吐加藿香 12 克、半夏 12 克。

针剂：穿琥宁注射液 40～80 毫克肌注，每日 2～3 次。

2. 卫气同病

治法：辛凉解表，清气泄热。

方药：银翘白虎汤（验方）：金银花 15 克、连翘 15 克、竹叶 15 克、牛蒡子 15 克、薄荷 6 克（后下）、淡豆豉 12 克、甘草 6 克、芦根 15 克、石膏 30 克（先煎）、知母 12 克。每日 1 剂水煎服。

随卫分与气分病情孰轻孰重加减用药。

针剂：柴胡注射液 2～4 毫升肌注，每日 3～4 次。去感热针 2～4 毫升肌注，每日 2～3 次。

3. 气分证

(1) 肺热壅盛：

治法：清热平喘。

方药：麻杏石甘汤（《伤寒论》）：麻黄 10 克、杏仁 12 克、石膏 30 克（先煎）、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

热甚者加金银花 15 克、蚤休 12 克、鱼腥草 15 克；胸痛咳吐脓痰者加金荞麦 15 克。

针剂：鱼腥草注射液 40～60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1～2 次。

(2) 胃热炽盛：

治法：辛寒清热。

方药：白虎汤（《伤寒论》）：石膏 30 克（先煎）、知母 12 克、粳米 15 克、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

体弱脉虚大者加太子参 30 克；大便秘结加大黄 15 克、芒硝 12 克；发斑者加犀角（或水角）、玄参。

双黄连粉针剂，每次每千克体重 60 毫克加入生理盐水或 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

(3) 腑实热结：

治法：苦寒泻下，通便导滞。

方药：大承气汤（《伤寒论》）：大黄 10 克（后下）、芒硝 10 克（冲）、枳实 10 克、厚朴 10 克、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

热结阴亏，燥屎不行者加生地黄 15 克、麦冬 15 克、玄参 15 克。

针剂：银黄注射液 2~4 毫升肌注，每日 3~4 次。

(4) 肝胆湿热：

治法：清热利湿。

方药：大柴胡汤（《伤寒论》）：柴胡 9 克、黄芩 9 克、白芍 9 克、半夏 9 克、枳实 9 克、大枣 4 枚、生姜 12 克、大黄 6 克（后下）。每日 1 剂水煎服。

热重者加板蓝根 30 克、金银花 15 克、连翘 15 克、败酱草 30 克；发黄者加茵陈 30 克、金钱草 30 克、栀子 12 克、青蒿 15 克。

中成药：清开灵口服液 20 毫升口服，每日 3~4 次。

(5) 脾胃湿热：

治法：辛开苦降。

方药：王氏连朴饮（《霍乱论》）：黄连9克、厚朴9克、石菖蒲12克、淡豆豉9克、栀子12克、芦根12克。每日1剂水煎服。

热甚加黄柏15克；湿重加藿香15克、佩兰12克。

（6）大肠湿热：

治法：清肠化湿。

方药：葛根芩连汤（《伤寒论》）：葛根20克、黄芩9克、黄连9克、甘草3克。每日1剂水煎服。

热甚者加黄柏15克、栀子12克；气滞腹痛者加木香9克（后下）、槟榔15克、枳壳12克；痢下赤白者加白头翁15克、马齿苋15克。

针剂：穿琥宁注射液40～640毫克，分2次静脉滴注，或用5%葡萄糖液或生理盐水1毫升液体含1毫克穿琥宁的浓度稀释，以每分钟30～40滴的速度滴入。

（7）膀胱湿热：

治法：清热利湿。

方药：八正散（《和剂局方》）：木通12克、瞿麦12克、车前子12克、篇蓄12克、滑石20克、甘草12克、大黄12克、栀子12克。每日1剂水煎服。

热甚者加柴胡12克、黄芩12克、蒲公英15克、白花蛇舌草30克；排尿困难者加石苇15克、冬葵子15克；小腹胀满加枳壳12克、乌药12克；若见尿血者可加小蓟12克、白茅根30克。

4. 气营（血）两燔

治法：清气凉营（血）。

方药：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）：生石膏30克（先

煎)、生地黄 20 克、犀角 2 克、黄连 6 克、栀子 12 克、桔梗 12 克、黄芩 9 克、知母 15 克、赤芍 12 克、连翘 12 克、玄参 12 克、甘草 6 克、丹皮 12 克、鲜竹叶 12 克。每日 1 剂水煎服。

热毒炽盛者加板蓝根 30 克、升麻 9 克；斑疹密布者加白茅根 20 克；神昏谵语者加服万氏牛黄清心丸（《痘疹世医心法》）。

针剂：醒脑静注射液 4 毫升肌注，每日 1~3 次；或 10~20 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次，适用于气营两燔证高热。

5. 营分证

治法：清营泄热。

方药：清宫汤（《温病条辨》）：水牛角 60 克（先煎）或羚羊角 0.5~2 克（冲）、生地黄 15 克、玄参 12 克、麦冬 15 克、竹叶 12 克、金银花 12 克、连翘 12 克、丹参 15 克、黄连 6 克。每日 1 剂水煎服。

热入心包出现神昏、谵妄者，可选清宫汤加服安宫牛黄丸、至宝丹；鼻衄、咯血、肌衄者，加丹皮、白茅根、侧柏叶。

针剂：清开灵注射液 2~4 毫升肌注；或 20~40 毫升加入 10% 葡萄糖液或生理盐水 200 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

6. 血分证

治法：清热凉血。

方药：犀角地黄汤（《千金要方》）：水牛角 60 克（先煎）或羚羊角 0.5~2 克（冲）、生地黄 30 克、赤芍 12 克、

丹皮 9 克。每日 1 剂水煎服。

热毒炽盛者加黄连 12 克、栀子 12 克、大黄 15 克；出血甚者加侧柏叶 12 克、大小蓟各 15 克、白茅根 30 克。

7. 热极生风

治法：凉血熄风止痉。

方药：羚羊钩藤汤（《通俗伤寒论》）：羚羊角片 1.5 克（先煎）、桑叶 12 克、川贝母 6 克、白芍 12 克、甘草 6 克、竹茹 15 克、生地黄 30 克、钩藤 12 克、菊花 12 克、茯神 30 克，加服紫雪丹。每日 1 剂水煎服。

腑实者加大黄 15 克、芒硝 12 克；肌肤发斑者加犀角 1.5 克、牡丹皮 1.2 克。

中成药：安脑丸，每次 1~2 丸，每日 2 次。

针剂：醒脑静注射液 10~20 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

（三）应急与抢救

1. 退热

（1）外治法：

1) 药浴：①荆芥 15 克、薄荷 15 克煎水擦浴，适用于风寒外感高热。②麻黄 10 克、薄荷 15 克，用法及适用症同上。③20% 石膏煎液擦浴，适用于邪热入里之高热。

2) 敷贴法：①用鸡蛋 2 只，取蛋清敷贴“五心”（双手心、双足心及胸）。②用生石膏 90 克，加凉水调敷“五心”。③刮痧治疗，适用于高热不恶寒者，有斑疹或出血倾向者慎用。

（2）针刺或穴位注射：

1) 放血疗法：取十宣穴放血。

2) 针刺取曲池、合谷、手三里、足三里，采用泄法。穴位注射用柴胡注射液，取曲池、足三里，每穴注射 0.5~1 毫升，每 4 小时 1 次。

(3) 滴鼻：复方柴胡滴鼻液，每次双侧鼻腔各 3~4 滴，每半小时至 1 小时 1 次。三解素滴鼻液，由柴胡、金银花、连翘、青蒿等组成，经提炼成 31% 蒸馏液，用法同上。

(4) 灌肠：

1) 大黄枳实汤：生大黄 15 克、枳实 15 克、甘草 10 克、淮山药 15 克、寒水石 20 克。

2) 大承气汤或大黄 30 克。

3) 清热灌肠汤：生石膏 30 克、连翘 15 克、荆芥 15 克、薄荷 15 克、芦根 30 克、赤芍 15 克。

上述各方煎水取汁 200 毫升，冷却后高位直肠滴注或灌肠，保留 30 分钟，每 2~4 小时 1 次。

(5) 针剂：

1) 柴胡注射液、鱼腥草注射液 2~4 毫升肌注，每日 3~4 次。适用于卫分、气分证。

2) 醒脑静注射液 10~20 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。

2. 增液 10% 养阴针或 10% 增液针用葡萄糖液调制或等渗液，用 500~1000 毫升静脉滴注；或用 10% 葡萄糖液或 5% 葡萄糖盐水或林格氏液 1000~1500 毫升静脉滴注。

3. 止痉

(1) 针刺：主穴为百会、人中、大椎；备穴为少商、委中。

(2) 灯灸蘸法：用灯草蘸清油点燃以明火对印堂、人

中、颊车、角孙、神阙、大椎一触即起，有止痉速效。

(3) 至宝丹或紫雪散，每次1粒（支），每日3次。

凡高热伴抽搐，牙关紧闭，颈项强直，甚则角弓反张称为痉，热盛动风之故。法当急治其标，选用上述方法，配合治疗。

4. 开闭

(1) 针刺：三棱针十宣放血，或刺人中、曲泽、委中、涌泉。

(2) 安宫牛黄丸或万氏牛黄清心丸或紫雪丹，每次1粒，每日3次，适用于热闭。

(3) 清开灵注射液10~20毫升加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，适用于痰闭、热闭。

高热闭证，每见神昏谵语，口噤目闭，两手握固，痰壅气粗为热入心包，热邪内陷所致，可选用上述方法配合使用。

5. 固脱

(1) 针灸：阴脱者用灸法，阳脱则用针刺。灸取神阙、关元、气海；针刺素髻、内关、少冲、少泽、中冲、涌泉，一般中强刺激，留针间断捻转。

(2) 参脉针50~100毫升，用于阴脱；参附针10~20毫升，用于阳脱。上药加入5%葡萄糖液100毫升中静脉滴注，每日2~3次。

(3) 红参10克，用于阴脱；参附汤用于阳脱，水煎频服。

脱证多为高热炽盛，邪毒内陷，阴精耗竭，阳气欲脱所致。每见大汗淋漓，四肢厥逆，脉微欲绝，可配合上述方法

治疗。

五、综合治疗

上述应急抢救措施可根据病情综合使用，同时尚可配合应用下列治疗方法：

(一) 针对病因治疗 如使用敏感抗生素，抗过敏等治疗。

(二) 纠正酸碱、水、电解质失衡 根据检验的结果酌情补充，以稳定体内环境。

(三) 保护重要脏器 必要时采用冬眠疗法，冰敷头部及大动脉处。

六、诊断与治疗进展

(一) 诊断 本症的诊断根据致病因素、临床表现及实验室检查等判断并不难，主要在于病因诊断。近年来，聚合酶链反应 (PCR) 技术的发展，使得快速准确的病因诊断成为可能。

(二) 治疗

1. 中医药治疗 近年来临床实验报道表明，中药清热解毒方药疗效确切，其作用主要表现在下列方面：对流感病毒有很好的抑制作用；促进巨噬细胞吞噬功能；促进干扰素作用；改善微循环障碍等。

2. 对因治疗 近年各种抗生素的研制进展较快，不同种类的广谱、高效抗生素层出不穷，细菌性急性感染已能得

到有效治疗、但由于各种原因，细菌的抗药性日益突出。因此，掌握细菌的生物学特性，了解抗生素的药理性质，合理使用抗生素，已成为目前提高治疗各种细菌感染的疗效的关键。对于病毒性感染目前尚无特效药物治疗，临床多采用中西药联用以提高疗效。

七、护 理

(一) 观察病情 注意体温变化，每2~4小时测体温1次，注意神、色、肌肤、汗液、气息、舌、脉象的变化，特别观察热型、发热持续时间。

(二) 外治降温 包括冰敷、药物擦浴等。

(三) 饮食调护 高热持续不退，或伴有呕吐、腹泄者，易使阴津亏耗，应多让病人饮鲜果汁、糖盐水等。饮食清淡易消化，以流质或半流质为宜，忌食油腻、辛辣及饮酒等。

(四) 注意变证 高热急症易生变证，应注意观察病情变化，及时报告医生。

(庾慧 梅广源 谭荣益)

主要参考文献

- [1] 国家中医药管理局高热症协作组. 外感高热症诊疗规范. 1988, 青岛—南京
- [2] 周学平. 热病重症的病机特征探讨. 中医研究, 1993, (2): 11
- [3] 马健, 等. 温病气营传变的机理探讨. 浙江中医杂志, 1993, (7): 301
- [4] 巫群玉. 外感热病辨治心得. 中医杂志, 1995, 36 (1): 12

- [5] 郝瑞福, 等. 如何提高外感高热急症的中医临床疗效. 北京中医药大学学报, 1994, 17 (3): 18~19
- [6] 涂晋文, 等. 多法联用治疗外感高热急症的临床及实验研究. 中医急症通讯, 1990, (5~6): 1
- [7] 刘茂甫, 等. 解卫清气注射液对 126 例急性发热证的疗效观察及实验研究. 中医急症通讯, 1990, (5~6): 15

第三章 霍 乱

霍乱是指夏秋季节，感受时行疫疠，或疫毒随饮食而入，损伤脾胃，升降失司，清浊相干，以致出现剧烈而频繁的上吐下泻等特征的疾病，因其发病骤急，病变起于顷刻之间，挥霍撩乱，故名霍乱。临床以亡阴、亡阳及干霍乱为危候。本病包括西医的霍乱、副霍乱、急性胃肠炎、食物中毒等。

一、病 因 病 机

(一) 感受时邪疫毒 如感受暑湿、寒湿秽浊或疫毒之气，郁遏中焦，使脾胃受损，运化失常，气机不利，升降失司，清浊相干，乱于肠胃，上吐下泻而成霍乱。

(二) 饮食不洁或不节，如饮用污水、生冷腐馊；或暴饮暴食，损伤脾胃，导致运化失常，升降失调，清浊相混而成霍乱。

上述二种因素互为影响，若由于吐泻剧烈可致津液耗竭，最后导致亡阴亡阳的危候。尚有干霍乱，俗称“绞肠痧”，多由于饮食先伤脾胃，复因重感秽浊之气，邪气郁遏中焦，升降之气机窒塞，上下不通，乃霍乱之重、危证。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 夏秋季节暴起吐泻下利，呕吐如喷。泻下初有粪块，继而下利清稀如米泔水，或秽臭难闻、面色苍白、目窠凹陷、汗出肢冷、声音嘶哑，或头痛身热、口渴心烦、腹痛拘急。

(2) 舌苔白腻或黄腻，脉濡弱或濡数或沉伏。

2. 发病特点 发病急，变化快，迅即逆转。

3. 辅助检查

(1) 若为西医之霍乱，吐泻物样本涂片可找到霍乱弧菌，快速培养或血清凝集试验阳性。

(2) 血液浓缩，血浆比重和红细胞压积升高，白细胞总数增高。尿液检查可见蛋白质、红细胞及管型，水、电解质紊乱和酸碱平衡失调。

凡是具备 1.、2.，结合 3. 即可作出诊断。

(二) 证类诊断

1. 寒霍乱

(1) 轻证：

主证：吐泻骤作，初起泻下有粪块，继则下利清稀，如米泔水样，不甚秽臭，肢冷。

兼证：腹痛或不痛，胸闷，口渴或不渴，体倦思睡。

舌、脉象：舌苔白腻，脉濡细。

(2) 重证：

主证：吐泻不止，吐泻物如米泔水，面色青白，目窠凹陷，皮肤皱瘪，手足冷汗，筋脉拘急。

兼证：口干渴或渴喜热饮，神疲心烦。

舌、脉象：舌淡苔白腻，脉沉细。

(3) 危重证：

主证：吐泻不止，大汗淋漓，四肢冰冷，声音嘶哑，拘急转筋。

兼证：神志淡漠，面色青白，体温不升，血压下降。

舌、脉象：舌淡，脉沉细欲绝。

2. 热霍乱

(1) 轻证：

主证：吐泻骤作，呕吐如喷，泻下如米泔臭秽难闻，头痛发热，口渴心烦，脘闷，腹痛拘挛。

兼证：头痛，面红，心烦，胸闷。

舌、脉象：舌红苔黄腻，脉濡数。

(2) 重证：

主证：吐泻骤作，筋脉拘挛，手足厥冷，腹痛，自汗，唇指皆青。

兼证：四肢酸楚，小便黄赤。

舌、脉象：舌苔黄腻，脉伏。

(3) 干霍乱：

主证：卒然腹中绞痛，欲吐不得，欲泻不能，烦躁闷乱，甚则面色青灰，四肢厥冷，头部汗出。

兼证：神志淡漠，血压不升。

舌、脉象：舌淡苔不腻，脉沉伏。

(二) 分期分型

1. 分期

(1) 泻吐期：表现为寒霍乱及热霍乱的轻证。

(2) 脱水虚脱期：表现为寒霍乱的重证、危重证及热霍乱的重证和干霍乱。

(3) 反应期和恢复期：倦怠乏力，胃纳不佳，精神不爽，午后微热，舌红，苔薄黄燥，脉细或细数。

2. 分型

(1) 轻型：大便次数每日 10 次以下，精神状态正常，无声音嘶哑，皮肤正常或干，弹性略差，无紫绀，口唇正常或稍干，目窠无凹陷或稍凹，指纹不皱，无腹痛转筋，尿量正常或略少，收缩压及脉搏正常，无脱水或脱水程度轻，占体重的 5% 以下。

(2) 中型：大便次数每日 10~20 次，神志淡漠不安，声音嘶哑，皮肤干，缺乏弹性，唇干，目窠明显下陷，指纹皱瘪，拘急转筋，无发热，少尿，每日 500 毫升以下，血压下降，收缩压在 9.33~12 千帕之间，脉细数，脱水程度占体重的 5%~10%。

(3) 重型：大便次数每日 20 次以上，极度烦躁，甚则昏迷；声音嘶哑，或失声；皮肤弹性全失，发绀明显，口唇极度干裂，目窠深陷，目闭不紧，指纹干瘪，痉挛，尿量极少或无尿，脉搏微弱而速，甚则无脉，收缩压小于 9.33 千帕或测不到，脱水程度相当于体重的 10% 以上。

三、鉴别诊断

(一) 呕吐与泄泻 两者皆可成为单独病症，在临床上

有以呕吐为主而兼泄泻，或以泄泻为主兼呕吐，但起病较慢，不同于霍乱的起病急骤，仓卒之间吐泻交作、挥霍撩乱。

(二) 类霍乱 先吐后泻，腹痛明显，吐出物为未经消化的食物甚至呕出胆汁，所泻之物呈黄水样，或者混以粘液，有臭味。或一起用餐而呈集体发病。其津液丧失情况无霍乱的迅速。霍乱则先泻后吐，无腹痛或腹痛不甚，吐泻物为稀黄水样或如洗肉水或米泔水样，迅速即出现目眶凹陷，螺纹干瘪等津液丧失之证。

(三) 痉证 与霍乱证一样同属筋脉失养而致，但痉证以项背强急、脚挛急、齟齿、甚至角弓反张为主证；霍乱转筋为两腿挛缩，重则腹部拘急、挛缩舌卷为特征。

(四) 痢疾 以明显腹痛、里急后重、痢下赤白脓血为特征，大便培养可找到痢疾杆菌。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 根据本病湿浊内干肠胃、清浊相混的特点，应以芳香泄浊、化湿和中为原则。湿热者宜清热化湿；寒湿者宜温中化湿；若出现亡阴亡阳等危候，又当施以益气养阴、回阳救逆等法积极救治。

(二) 分证论治

1. 寒霍乱

(1) 轻证：

治法：散寒燥湿，芳香化浊。

方药：霍香正气散（《局方》），纯阳正气散加减；霍香

10克、紫苏10克、白芷10克、大腹皮8克、桔梗8克、白术10克、厚朴10克、茯苓15克、半夏10克、陈皮3克、大枣5枚、丁香1.5克、苍术10克、肉桂1.5克、木香10克（后下）、花椒5克、生姜6克。每日1剂水煎服。

(2) 重证：

治法：温补脾肾，回阳救逆，化浊渗湿。

方药：附子理中汤（《局方》）合胃苓汤（《霍乱篇》）加减：熟附子15克、干姜1.5克、肉桂1.5克（后下）、人参15克、苍术10克、厚朴10克、陈皮5克、白术15克、茯苓15克、泽泻15克、猪苓15克、甘草5克。每日1剂水煎服。

针剂：参附芪注射液40~60毫升加入5%葡萄糖液或生理盐水500毫升中静脉滴注，每日1次。

2. 热霍乱

(1) 轻证：

治法：清热化湿，辟秽行浊。

方药：①先服玉枢丹（《片玉心书》），每次0.3~0.6克，每日2~3次。②清肠方（广东省中医院）加减：茵陈15克、茯苓15克、蚕砂15克、黄连15克、火炭母30克、薏苡仁30克、金银花15克、木香15克（后下）。每日1剂水煎服。③燃照汤（《霍乱论》）加减：滑石30克、淡豆豉10克、栀子15克、厚朴10克、半夏10克、黄芩15克、白蔻仁8克。每日1剂水煎服。

(2) 重证：

治法：苦寒泄热生津。

方药：蚕矢汤（《霍乱论》）合竹叶石膏汤（《伤寒论》）

加減：蚕砂 15 克、木瓜 15 克、薏苡仁 30 克、黄连 12 克、半夏 12 克、大豆卷 12 克、黄芩 15 克、通草 10 克、栀子 15 克、吴茱萸 15 克、竹叶 12 克、石膏 30 克（先煎）、麦冬 12 克、人参 10 克、甘草 5 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：双黄连粉针 3.6 克加入 5% 葡萄糖盐水或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。穿琥宁 40 毫升加入 5% 葡萄糖盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

（3）干霍乱：

治法：辟秽行浊，利气消壅。

方药：①先服玉枢丹（《片玉心书》），用法同上。②厚朴汤（《苏沈良方》）：厚朴 10 克、芒硝 8 克（冲）、大黄 9 克、木香 10 克（后下）、槟榔 10 克、枳壳 10 克、高良姜 10 克。每日 1 剂水煎服。③霍香正气丸 1—2 支，每日 3 次。

针剂：双黄连粉针 3.6 克加入 5% 葡萄糖盐水或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。参麦注射液 40~80 毫升加入 5% 葡萄糖盐水或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

（三）应急与抢救

1. 输液 治疗霍乱，关键在于早期补足血容量，起病 24 小时内补充液体总量为：轻型 2000—4000 毫升；中型 4000—8000 毫升；重型 8000—12000 毫升。能口服者尽量口服补液，不能口服者则静脉补液，可选择下列注射液：

（1）清热化湿，辟秽解毒（宜于热霍乱和干霍乱）：清开灵注射液 40 毫升加入 5% 葡萄糖盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。双黄连粉针 3.6 克加入 5% 葡萄糖盐水 500

毫升中静脉滴注，每日1次。

(2) 救阴增液：用增液注射液 500~2000 毫升静脉滴注或参麦液 40~80 毫升加入 5% 葡萄糖盐水或 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日1次。

(3) 救逆固脱：参附芪注射液（广东省中医院研制）20~40 毫升加入 5% 葡萄糖盐水 500 毫升中静脉滴注，或参附青注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖盐水或 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，或枳实注射液 5~10 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉缓慢推注，每日1次。

2. 吸氧 各证型的重证及干霍乱患者。

3. 汤药未备时可先服中成药。寒霍乱先服十香丸（《景岳全书》），每次6克，每日2~3次；或苏合香丸（《和剂局方》），每次3克，每日1~2次。干霍乱呕吐可先服玉枢丹（《片玉心书》），每次0.3~0.6克，每日2~3次；或行军散（《霍乱论》），每次0.3~0.6克，每日2~3次。亦可先服烧盐方（《医方集传》），探吐后服玉枢丹。

（四）综合治疗

1. 针灸治疗 吐泻频作针刺内关、足三里等。腹痛明显针刺足三里、内关等。干霍乱针刺十宣、十二井穴、尺泽、委中出血。回阳救逆针刺人中、隐白、上星；灸百会、气海、太溪、关元、乳下等。此外有升压作用的穴位有素髻、涌泉、承浆、人中、十宣、合谷、内关、足三里、百会，强刺激，持续或电针。耳针交感、肾上腺、心、皮质下等穴，强刺激后留针。

2. 外治法 腹痛甚，可急用食盐填满脐中，取大艾灸之，或吴茱萸、青盐各30克，炒热布包熨脐下。干霍乱用

刮痧，在肩、颈、脊背、胸前、肋肋等处用棉纱团蘸茶油或菜油自上而下刮，以出现红紫色为度。

3. 针对病因治疗可适当选用抗菌素如四环素 0.5 克，每日 4 次，连服 3 日；强力霉素 0.3 克，每日 1 次，或首日 200 毫克，次日 100 毫克；氯霉素 0.25 克，每日 4 次，连服 3~5 日；复方新诺明 2 片，每日 2 次，连服 3 日；氟哌酸 0.4 克，每日 2 次。

4. 保护重要脏器，防止并发症

(1) 代谢性酸中毒：根据血气分析或二氧化碳结合率决定补碱。重度者 ($\text{CO}_2\text{CP} < 7$ 毫摩尔/升)，可静脉推注或快速静脉滴入 5% 碳酸氢钠 5 毫升/千克或 11.2% 乳酸钠 3 毫升/千克或 0.3 克分子三羟甲基氨基甲烷 (THAM) 6 毫升/千克，可提高血浆 CO_2CP 4~5 毫摩尔/升左右。病人情况如有初步改善，如神志好转、呼吸幅度和频率减低、血压回升则继续按上述计划输液。若病情毫无改善，1~2 小时后再给上述用量的一半或全量，或根据 CO_2CP 测定结果计算用量。

(2) 急性肾功能衰竭：及时正确的输液，迅速纠正休克是预防急性肾功能衰竭的关键，治疗参考西医有关章节。

(3) 急性肺水肿及心力衰竭，参阅西医有关章节。

(4) 低钾综合征：中、重型病人按前述输液原则治疗，一般能预防此症发生。若仍低钾则继续补钾，轻者可口服氯化钾或枸橼酸钾 4~6 克，严重缺钾可静脉滴注氯化钾 6~12 克，注意用 5% 的葡萄糖液或生理盐水稀释，浓度为 1~3 克/1000 毫升。

(5) 过高热：①采用物理降温，用 35% 的酒精或冷水

擦浴，头部放冷水或冰袋。②肌注柴胡针 4 毫升。③针刺曲池、大椎，强刺激，无效时可酌情用激素。烦躁不安或有抽搐，宜先考虑用脱水剂，并同时给予非那根 25 毫克或安定 5~10 毫克肌注，或 10% 的水合氯醛 15~20 毫升保留灌肠。

五、诊断与治疗进展

(一) 诊断进展 霍乱一症，包括西医的霍乱、副霍乱、急性胃肠炎、沙门氏菌属感染、食物中毒等。目前认为西医的霍乱是由霍乱弧菌（包括古典生物型和爱尔托生物型）所致的烈性肠道传染病称为霍乱，由爱尔托生物型所致者称为副霍乱。因霍乱弧菌两个生物型在形态和血清学流行特点方面几乎一样，两组弧菌感染的临床表现和防治措施基本一样，因此现统称为霍乱。

(二) 治疗进展 过去认为西医的霍乱弧菌的致病作用在于菌体内毒素，近年来的研究表明霍乱肠毒素是细菌繁殖中分泌出来的外毒素，它是霍乱剧烈腹泻的主要病因物质。剧烈腹泻和呕吐，导致水和电解质大量丢失，迅速形成严重脱水，因而出现微循环衰竭，钾、钠、钙及氯化物丢失，可发生肌肉痉挛、低钠、低钾和低钙血症等，由于胆汁分泌减少，肠液中有大量水、电解质和粘液，所以吐泻呈米泔样。碳酸氢盐的丢失形成代谢性酸中毒。由于循环衰竭造成的肾缺血、低钾及毒素对肾脏的直接作用可引起肾功能减退或衰竭，故及时和适当补充液体和电解质是取得满意疗效的关键。碱性药物的补充使代谢性酸中毒迅速得到纠正亦是治疗成功的重要条件。钾盐亦需及时适当补充，抗菌药物的应用

亦是有效措施之一。目前针对发病机制进行了治疗尝试。

1. 外源性特异性受体炭剂，能与肠腔内游离的霍乱弧菌肠毒素结合，从而减轻腹泻。

2. 纯化 B 亚单位可用来封闭肠道细胞膜受体。

3. 阻止 CAMP 的形成，可口服或肌注氯丙嗪（1—4 毫克/千克），它能使重症患者大便迅速减少 65%，主观感觉改善；黄连素也是有效的抗分泌药物，口服 400 毫克及 1200 毫克效果良好；其他如消炎痛、肾上腺皮质激素在动物实验中也显示出有阻碍 CAMP 形成的作用。

六、护 理

（一）病人入院后立即作 II 号菌培养，病室严密隔离与消毒，及时送检，对传染病人及其陪伴家属作好隔离、消毒和宣传教育工作，并严格督促检查执行。

（二）病人应卧床休息，实行分级护理。

（三）重症者建立特护记录，随时观察生命体征、吐泻频度、吐泻物性状、腹痛性质、喜按与否、神色肌肤、舌苔脉象变化以及是否伴有转筋、津液亏损等，从而辨清寒热虚实、标本缓急，为及时正确的急救和护理提供可靠的临床资料。

（四）重症者予吸氧、心电、血压监护、出入量记录等。

（五）饮食宜清淡，鼓励多饮水，呕吐剧烈者暂时禁食。

（六）注意基础护理，保暖护寒，口腔卫生，保持皮肤清洁干燥，做好精神护理。

（七）对重症患者予静脉输液并注意输液速度，密切观

察病情，如发现喘促、气急、少尿无尿、神昏抽搐者及时报告医生，配合抢救。

(陈慧贞 陈秀华 刘敏雯)

主要参考文献

- [1] 李梦东主编. 实用传染病学. 人民卫生出版社, 1994年1月, 第1版
- [2] 戴白英主编. 实用内科学. 人民卫生出版社, 1993年9月, 第9版
- [3] 上海中医学院主编. 中医内科学讲义. 上海科学技术出版社, 1964年1月, 第1版
- [4] 杨思, 等. 中医临床大全. 北京科技出版社, 1991年8月, 第1版
- [5] 陈镜合, 等. 现代中医急诊内科学. 广东科技出版社, 1996年, 第1版
- [6] 中华人民共和国卫生防疫局. 霍乱副霍乱防治手册. 1980年 (内部资料)
- [7] 金汝焯 (译). 霍乱研究的新进展. 国外医学军事医学分册, 1987, (5): 290
- [8] 王文正. 霍乱研究的进展. 日本医学介绍, 1985, (12): 566~568
- [9] 黄星垣主编. 中医内科急症诊治. 人民卫生出版社, 1985年7月, 第1版
- [10] 张伯臾, 等. 中医内科学 (教学参考书). 人民卫生出版社, 1991年7月, 第1版

第四章 痉 证

痉证是以项背强急、四肢抽搐，甚则口噤、角弓反张为主证的一类病证，可见于多种疾病中。本证外因为风、寒、湿、热、暑、疫毒之邪侵袭人体，壅阻经络，致气血不畅，或热盛动风，或热灼津液而致痉。内因为素体亏虚，或亡血，或疮家血随脓出，或久病不愈，或误施汗下致阴虚血少、津液耗伤、虚风内动，或瘀血、痰浊壅塞经络、筋脉失养而成痉证。主要见于西医学中枢神经系统病变，如流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎及各种原因所致的脑膜炎脑炎、脑血管疾病，脑肿瘤、脑脓肿、脑寄生虫病等疾病所致的脑膜刺激症均属中医痉证范畴，可参考本篇进行治疗。

此外，如因金疮破伤，创口不洁，感受风毒之邪所致痉证，名为“破伤风”，因与一般痉证不尽相同，不在本章讨论范围。

一、病因病机

(一) 邪壅经络 风、寒、湿、热、暑、疫毒之邪，侵袭人体，壅滞经络，致气血运行不畅，筋脉失于濡润，导致筋脉拘急而成痉。

(二) 热甚发痉 外邪化热，或热邪内盛灼津伤液，阴液被伤，筋脉失于濡养而发痉。临床可因邪热炽盛，引动肝

风，风火相煽而致痉；又可因热邪内结阳明，胃津被伤，不能濡布筋脉，筋脉拘急而致痉；或因邪热内盛，深入营血，心肾阴竭，闭阻经脉而致痉。

（三）瘀血内阻 久病不愈，气滞血行不畅，或跌扑损伤，或产后恶露不行，致使瘀血内阻，筋脉失养而成痉。

（四）痰浊留滞 脾失健运，或肝失疏泄，或肾阳虚衰，致使津液停留而成痰浊，若痰浊阻滞经脉，筋脉失养则成痉。

（五）气血亏损 素体气血亏虚，或因劳伤耗气，或因亡血，或因误施汗下重伤津液，或因久病失养，而致气血两虚，元神失养，筋脉失濡而成痉。

（六）药物中毒 有毒类药物中的马前子、野葛、白果、杏仁等，误用或过量，或用法不当，致毒伤心脑而发痉。

二、诊断要点

（一）病名诊断

1. 临床表现特点

（1）具备项背强急，严重时可有四肢抽搐，甚则口噤、角弓反张。

（2）可伴有头痛、发热、呕吐、嗜睡或烦躁不安，甚则神蒙、神昏谵语。

2. 发病特点 病势突然，来势凶险，变化迅速。

3. 辅助检查 根据不同的病因可参考必要的实验室检查，如血常规、血气分析、肝肾功能、电解质、脑脊液检查、脑脊液沉渣涂片或培养、血清补体结合试验、特异性

IgM 抗体测定、病毒分离、血培养等，以及心电图、脑电图、头颅 X 线或颅脑 CT、MR 等现代辅助检查。

凡具备以上 1.、参考 2.、3. 项，并排除厥证、痫症、破伤风即可诊断。

（二）证类诊断

1. 邪壅经络

主证：项背强急，甚则四肢抽搐，口噤不语。

兼证：头痛，发热恶寒，无汗或汗出，倦怠，嗜睡或微烦。

舌、脉象：舌质红或舌淡红，苔薄白或白腻，脉浮数或浮紧。

2. 热盛发痉

（1）肝经热盛：

主证：手足躁动，项背强急，口噤不开，甚则四肢抽搐，角弓反张。

兼证：高热，头痛，痛势剧烈，呕吐，面红气粗，甚则神蒙或神昏谵语。

舌、脉象：舌质红绛少苔，脉弦而数。

（2）阳明热盛：

主证：项背强急，四肢抽搐，甚则角弓反张。

兼证：壮热，口渴欲冷饮，胸闷腹胀，口有秽气，大便秘结，心烦急躁，甚则神昏谵语。

舌、脉象：舌红少津，苔黄燥，脉弦数。

（3）心营热甚：

主证：项背强急，四肢抽搐，甚则角弓反张。

兼证：灼热、身热夜甚，神昏谵语。

舌、脉象：舌质紫绛，苔黄而少，脉细数。

(3) 瘀血内阻：

主证：项背强急，四肢抽搐。

兼证：头痛如刺，痛有定处，时善忘。

舌、脉象：舌质紫暗，兼有瘀斑，脉细涩。

(4) 痰浊阻滞：

主证：项背强急，四肢抽搐。

兼证：头痛昏蒙，胸脘满闷，呕恶咳痰。

舌、脉象：舌质暗淡，苔薄白或白腻秽垢，脉滑或弦滑。

(5) 气血亏虚：

主证：手足蠕动，甚或项背强急，四肢抽搐。

兼证：面色苍白无华，头目昏眩，自汗，神倦气短。

舌、脉象：舌质淡，脉弦细或脉虚数。

(6) 毒物致痉：误食野葛，或过量服用马钱子、白果、杏仁等，常于服药后数小时发病，初时恶心、头晕、胸闷、呼吸困难、牙关紧闭，若不及时诊治即可出现四肢僵急，角弓反张。因所服药物不同，临床差异很大。

三、鉴别诊断

(一) 厥证 厥证以突然昏仆、不省人事、四肢厥冷为主要特征的一种病症，一般移时苏醒。但无项背强急、角弓反张之症。

(二) 痫证 痫证发作时突然昏仆，四肢抽搐，但为时较短，并常有口吐涎沫，两眼上视或发出如猪、羊的异常叫

声，多数片刻即醒，苏醒后抽搐即止，一如常人。既往多有类似发作史。

(三) 中风 中风可见筋脉拘急强痉的症状，但以口舌歪斜、半身不遂或突然昏仆为主证，多有先兆，如头痛、眩晕、肢麻或一时性语言不利等，并有后遗症状。

(四) 破伤风 破伤风抽搐有外伤史，古称金疮痉。发作时牙关紧闭，角弓反张，呈苦笑面容，但神志清楚，受到轻微刺激即发生短促的全身抽搐。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 临床须详审病因病机及兼证，循“急则治标，缓则治本”的治疗原则，祛邪扶正，证因同治。

(二) 分证论治

1. 邪壅经络

治法：祛风散寒、和营燥湿。

方药：羌活胜湿汤（《局方》）：羌活 12 克、独活 12 克、川芎 10 克、蔓荆子 10 克、藁本 10 克、防风 10 克。每日 1 剂水煎服。

若寒邪偏胜，脉紧急，无汗，恶寒重，病属刚痉，则宜解肌发汗。方用葛根汤（《金匱要略》）：葛根 40 克、麻黄 9 克、桂枝 15 克、芍药 15 克、炙甘草 12 克、生姜 3 片、大枣 12 克。每日 1 剂水煎服。

若风邪偏胜，发热不恶寒，汗出头痛，病属柔痉者，治宜和营养津。方用栝蒌桂枝汤（《金匱要略》）：栝蒌 20 克、桂枝 15 克、芍药 15 克、甘草 9 克、大枣 12 克、生姜 3 片。

每日1剂水煎服。

针剂：清开灵注射液40~60毫升加入5%葡萄糖液或生理盐水中静脉滴注，每日1~2次。

2. 热甚发痉

(1) 肝经热盛：

治法：凉肝熄风，清热止痉。

方药：钩藤饮（《直指方附遗》）加减：天麻12克、钩藤20克、生决明30克（先煎）、犀角粉2克（冲）或水牛角50克（先煎）、全蝎6克、党参15克、栀子12克、黄芩15克、牛膝12克、甘草10克。每日1剂水煎服。

重症者用羚羊钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减：羚羊角粉3克（冲）、钩藤30克、茯神15克、菊花12克、白芍15克、生地黄15克、贝母12克、桑叶10克、地龙12克、全蝎6克、甘草9克。每日1剂水煎服。

若神昏谵语或昏迷者可加服安宫牛黄丸或至宝丹，每次1丸，每日1~2次，灌肠或鼻饲。或用紫雪丹灌服。或安脑丸2粒，每日2次。

针剂：清开灵注射液40~60毫升加入5%葡萄糖液或生理盐水500毫升中静脉滴注。每日1~2次。或醒脑静注射液20~40毫升加入5%葡萄糖液250~500毫升中静脉滴注，每日1~2次。

(2) 阳明热盛：

治法：泄热通腑，存阴止痉。

方药：增液承气汤（《温病条辨》）加减：大黄10克（后下）、芒硝10克（冲）、生地黄24克、玄参30克、麦冬24克。每日1剂水煎服或保留灌肠。

重症者可用大承气汤（《伤寒论》）合增液汤，以荡涤积热，软坚通便，散结除满，增液存阴；抽搐较甚者可酌加羚羊角、地龙、全蝎、菊花、钩藤等药以熄风通络解痉；烦躁甚者可加淡竹叶、栀子以清心除烦；热盛伤阴而无腑实证者可用白虎汤加人参、羚羊角、钩藤、地龙等以清热救津，熄风止痉。

（3）心营热盛：

治法：清心凉血，开窍止痉。

方药：清营汤（《温病条辨》）加减：犀角粉2克（冲）或用水牛角60克（先煎）、生地黄20克、玄参15克、竹叶12克、金银花15克、黄连6克、丹参15克、麦冬20克、钩藤30克、全蝎6克、甘草9克。每日1剂水煎服。

酌情配服“三宝”或安脑丸以开窍醒神，熄风止痉。

若邪热羁久，灼伤真阴，症见时时发痉、舌干少苔、脉虚数者，可用大定风珠汤（《温病条辨》），以平肝熄风，养阴止痉。

3. 瘀血内阻

治法：活血化瘀，通窍止痉。

方药：活血祛瘀汤加减：钩藤20克、川芎10克、桃仁10克、红花10克、当归10克、生地黄15克、茯神15克、毛冬青30克、丹参20克、赤芍12克、炙甘草9克。每日1剂水煎服。

重症者选用通窍活血汤（《医林改错》）加减：桃仁10克、红花10克、赤芍12克、川芎10克、全蝎6克、钩藤20克、炙甘草9克、老葱3根（切碎）、麝香0.3克（冲）。水酒合煎，冲服麝香，每日1剂。

针剂：盐酸川芎嗪 120～160 毫克加入 5%～10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注；或复方丹参注射液 20～40 毫升加入 5%～10% 葡萄糖液 250～500 毫升中静脉滴注，每日 1～2 次。

4. 痰浊留滞

治法：祛风豁痰，熄风止痉。

方药：涤痰汤（《济生方》）：制半夏 9 克、制南星 9 克、茯苓 12 克、陈皮 6 克、枳实 12 克、竹茹 10 克、党参 12 克、石菖蒲 6 克、生姜 5 片、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

重症者用导痰汤（《中国医学大辞典》）加减：制半夏 12 克、茯苓 15 克、陈皮 6 克、枳实 12 克、制南星 9 克、防风 12 克、羌活 9 克、竹茹 10 克、僵蚕 12 克、全蝎 6 克、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

5. 气血亏虚

治法：补气养血，柔筋缓急。

方药：十全大补汤（《医学发明》）加减：人参 8 克、白术 12 克、茯苓 12 克、川芎 10 克、当归 12 克、白芍 15 克、熟地黄 20 克、天麻 12 克、钩藤 20 克、黄芪 30 克、肉桂 0.6 克（冲）、甘草 9 克。每日 1 剂水煎服。

重症者可用妙香散（《局方》）合四物汤加减，以益气安神开窍，养血柔筋缓急。

针剂：（1）参麦注射液 60～120 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 250 毫升静脉滴注。

（2）丹参注射液 20～40 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 250～500 毫升中静脉滴注，每日 1～2 次。

（3）通脉舒络液 250 毫升静脉滴注，每日 1～2 次，适

用于气虚血瘀、痰湿蒙塞心神证。

6. 毒物致痉

治法：催吐、解毒。

当发现误食野葛，或过量服用马钱子、白果、杏仁等药物后应立即催吐、洗胃，同时急煎生甘草 90~120 克，取汁 1 次服下，若无甘草时可用白糖大量冲服亦可解部分毒性。查清所服毒物后则进一步对因治疗。详见本书“急性中毒”一章有关内容。

(三) 应急与抢救

1. 针灸止痉

治法：实则泻之，虚则补之。

选穴：人中、涌泉、大椎、合谷、内关、曲池、阳陵泉、十宣、太冲。

手法：实证捻转、提插，用泻法，强刺激；体虚发痉者宜用平补平泻法；伴高热时可用针刺十宣放血以增强清热解毒、醒脑开窍之力。

2. 输液

(1) 清热解毒、醒脑开窍：清开灵注射液 40~80 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 250~500 毫升中静脉滴注，每日 2 次。

(2) 清热解毒：穿琥宁注射液 20~40 毫升加入 5%~10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

(3) 活血祛瘀通络：丹参注射液或复方丹参注射液 20~40 毫升加入 5%~10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

(4) 活血祛瘀，涤痰开窍：通脉舒络液 250 毫升静脉滴

注，每日 1~2 次。适用于气虚血瘀证，痰湿蒙塞心神证。

(5) 养阴增液注射液用葡萄糖调至等渗，用 500~1500 毫升静脉滴注，适用于高热伤津者。

(6) 参麦注射液 20 毫升加入 50% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注；或参麦注射液 60~120 毫升加入 5%~10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次，适用于气血亏虚证。

(7) 救逆固脱：对于病情疾转，出现面色苍白、大汗淋漓、不省人事、脉微欲绝或不能触及者，可立即用参附注射液 20 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉缓慢推注，每 15~30 分钟 1 次，连续 3~5 次；或用参附青注射液 20 毫升加 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注。

3. 注射剂

(1) 柴胡注射液 2~4 毫升肌注，每日 3~4 次，适用于卫、气分热证。

(2) 鱼腥草注射液每次 2~4 毫升肌注，每日 3~4 次以清热解毒。

4. 中成药 痉证见高热、神昏、颈项强直、四肢抽搐者可选用。

(1) 安宫牛黄丸（《温病条辨》）：每次 1 丸，每日 2~3 次。以清热解毒，醒脑开窍。

(2) 至宝丹（《和剂局方》）：每次 1 丸，每日 2~3 次。以清热解毒、开窍醒神。

(3) 紫雪丹（《和剂局方》）：每次 1 支，每日 2~3 次。以清热、熄风、镇痉。

5. 吸氧 对于高热神昏、颈项强直、四肢抽搐患者，

应给予鼻导管吸氧治疗。

(四) 其他疗法

1. 降温疗法

(1) 冰敷：用冰袋置于头部、颈部、腋下、腹股沟处，适于高热不退者，如大热已退即停止。

(2) 清热灌肠法：

1) 清热灌肠汤（辽宁中医学院）：生石膏 30 克、连翘 15 克、荆芥 15 克、薄荷 15 克、芦根 30 克、赤芍 15 克。煎取浓汁 100~200 毫升，视病情给予保留灌肠。

2) 大承气汤合增液汤加减：大黄 9 克（后下）、芒硝 9 克、枳实 12 克、厚朴 12 克、玄参 20 克、麦冬 20 克、生地黄 20 克。煎至 100~200 毫升，视病情保留灌肠，以泄热通腑，增液存阴而止痉。

3) 可单用大黄 30 克或番泻叶 30 克，煎取汁 200 毫升保留灌肠。

(3) 外洗降温法：

1) 用荆芥 15 克、薄荷 15 克，煎水擦浴，适用于风寒外感高热者。

2) 用麻黄 10 克、薄荷 15 克，煎水擦浴，适应症同上。

3) 用 20% 石膏煎液擦浴，适用于邪热入里之高热。

2. 止痉 痉证重症，尤其是频繁地全身抽搐，常会加重脑水肿和心脏负担，甚则危及生命，故急救时若针灸未能及时止痉则必须迅速采取其他措施以控制抽搐发作。通常选用迅速起效的抗惊厥药。

(1) 安定 10 毫克肌注或稀释后静脉缓慢推注，每日 1~2 次，成人每日不得超过 20 毫克。

(2) 苯巴比妥钠 0.1~0.2 克肌注，视病情需要可重复使用。

(3) 20% 水合氯醛 15~20 毫升，保留灌肠。

3. 对症处理及病因治疗

(1) 对频繁抽搐伴意识障碍者，应及时给予脱水剂，20% 甘露醇 125~250 毫升，快速静脉滴注；50% 葡萄糖液 60 毫升静脉推注，每 4~6 小时交替使用；地塞米松 10~20 毫克加入 5%~10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注；或速尿 20~40 毫克加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中静脉推注。

(2) 急性感染性疾病，如流脑、乙脑、病毒脑等，应依据不同的病原体选用有效的抗生素，积极控制感染。

(3) 解毒止痉：治法见前及参考本书“急性中毒”一章有关内容。

(4) 及时纠正水电解质平衡，纠正酸中毒，以稳定体内环境，并注意配合支持疗法，以补充肌体营养及改善细胞代谢。

(5) 保护重要脏器，防止并发症，注意心、脑、肾等重要脏器的保护，防止病情恶化。

五、诊断与治疗进展

(一) 诊断进展 痉证是以项背强急、四肢抽搐，甚则口噤、角弓反张为主证。现代医学所诊断的流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、结核性脑膜炎以及各种原因所致的脑膜刺激症状均属中医的痉证范畴。临床根据致病因素、临床

表现和实验室检查及脑电图、颅脑 X 线、颅脑 CT 等辅助检查，综合分析后诊断并不难。重要的是早期发现并及时对证对因辨证论治，以防病情进一步变化加重。

(二) 治疗进展 中医对痉证的诊断、治疗均积累了丰富的经验，近年来我国各地应用中医药或中西医结合治疗痉证，特别是对于危害人民健康较大的乙脑、流脑，在防和治两方面都显示了确切的功效。

1. 近年研究报道应用止痉散（全蝎、蜈蚣、僵蚕、地龙等研细末）每次 1~2.5 克，每日 2~3 次；也可用“三宝”、抗热牛黄散、抱龙丸等口服；或醒脑静、清开灵注射液等治疗高热抽搐均收到一定疗效，其中以中药针剂的抗痉作用更明显。实验证明，治痉常用的牛黄、羚羊角、栀子、黄芩、龙胆草、竹茹、牡丹皮、钩藤等，均有镇静解痉作用，僵蚕、蝉蜕、天南星、石菖蒲、天麻也有一定抗痉作用。

2. 对乙脑的治疗大致可分为两种，一种是从湿热化毒而治之，采用协定处方，如湖北中医学院附属医院儿科从 1968 年至 1971 年用“复方板蓝根静脉注射液”治疗乙脑患者 650 例，治愈率为 90%；上海市传染病总院用中药汤剂（大青叶 30 克、生石膏 120 克、芒硝 6 克（冲）、黄芩 12 克、栀子、牡丹皮、紫草各 9 克、鲜生地 60 克、黄连 3 克）治疗重症乙脑 155 例，治愈率为 86%，死亡率为 9.7%。另一种是按温病的理论划分几个证型进行辨证论治。

3. 名老中医蒲辅周治疗乙脑的辨证论治法 蒲老认为乙脑颇似温病的暑温、暑风、暑厥、暑痉。治疗分八法：①辛凉透邪法。②逐秽通里法。③清热解毒法。④开窍豁痰

法。⑤镇肝熄风法。⑥通阳利湿法。⑦生津益胃法。⑧清燥养阴法。

4. 预防流脑 黄藤 500 克，加水 2500 克煮沸半小时，每次服 1~3 匙，日服 2 次；也可用于滴鼻、喷喉。

5. 预防乙脑 牛筋草 30 克水煎当茶饮，连服 3 日，隔 10 日再连服 3 日。

6. 近年来中药剂型的改革发展迅速，除用于鼻饲外，用作肌肉注射、静脉滴注的制剂日益增多，更能适应痉证等危急重症的临床抢救。

7. 由于痉证多是因中枢神经系统感染性疾病引起，故来势凶险、变化迅速，必要时应中西结合积极抢救。

六、护 理

(一) 病室保持安静、光线柔和，避免强光、噪声等刺激，保持空气流通。

(二) 密切观察病情变化，注意神、色、舌、肌肤、汗液、脉搏、呼吸的记录及发痉时间、性质、诱发因素、发作后情况，如病情变化应及时报告医生并配合做好抢救准备。

(三) 病人去枕平卧，头转向一侧，使口涎自行流出，解开衣领，取下假牙等，发作时应立即给氧，并及时吸痰以保持呼吸通畅。

(四) 对痉证发作病人要加强守护，床边两侧加用护栏，以防碰伤或坠床。

(五) 加强口腔护理和皮肤护理，伴意识障碍者要注意定时翻身和拍背，按摩受压部位和皮肤，防止坠积性肺炎及

褥疮发生。

(六) 有高热者应予以退热护理。

(七) 对于有传染性疾病的患者，如流脑、乙脑等，应住院隔离治疗，以免疾病传播。

(陈叶卫平 梅广源 陈秀华)

主要参考文献

- [1] 杨思澍，张树先，等. 中医临床大全. 北京科技出版社出版，1991，8，第一版：243~250
- [2] 张伯臾. 中医内科学. 上海科技出版社出版，1985，4：214~217。
- [3] 陈镜合、岑烈芳、梅广源，等. 现代中医急诊内科学. 广东科技出版社，1996，1，第一版：114~120，374~385
- [4] 陈贵挺、杨思澍. 实用中西医结合诊断治疗学. 中国医药科技出版社，1991，7，第一版：183~188

第五章 中风急症

中风又名“卒中”。多由忧思恼怒、饮食不节、恣酒纵欲等原因，以致阴阳、脏腑失调、气血错乱所致。临床表现以猝然昏仆、口眼喎斜、半身不遂为主要特征，亦有无昏仆、仅见喎僻不遂者。本病起病急骤，善行数变，古人以此类比，名为中风。本病的发病率、病死率、致残率较高。与西医学所称的脑血管意外大体相同。脑血管意外包括出血性脑血管病和缺血性脑血管病两大类。可参考本篇辨证论治。

一、病因病机

(一) 劳累过度，肝风内动 操劳过度，形神失养，阴血暗耗，水不涵木，肝阳亢盛，风阳上升，气血上逆，上冲脑府，发为卒中。

(二) 情志郁怒，心火暴盛 五志过极，耗伤心阴，或肝火暴张，引动心火，风火相煽，发生卒中。

(三) 饮食不节，恣食肥甘厚味，脾失健运，痰湿不化，痰郁化热，痰热上扰，或肝火内炽，炼液成痰，肝火挟痰上犯，蒙蔽清窍，横窜经络而卒然昏仆，喎僻不遂。

(四) 气候变化，冬令骤然变冷，寒邪入侵，血行不畅；或暴怒血郁于上，气滞血瘀，阻闭经络、脑府，发生中风。

(五) 正气虚衰，素体虚弱，或年老体衰，致阴阳失调，

气血逆乱，上冲脑府，发生本病。

由上看出，风、火、痰、气、血、虚互相影响，是引起中风的主要病因病机。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点 以半身不遂，口舌喎斜，神昏识蒙，舌强言蹇或失语，偏身麻木为主证。

2. 发病特点 急性起病，发病年龄多在 40 岁以上。

3. 病因病机特点 年老体衰，劳倦内伤或忧思恼怒，嗜烟酒厚味等多种病因作用于人体，从而导致脏腑阴阳失调，气血逆乱于脑，发为中风病。其病属本虚标实，急性期以内风、痰浊、邪热、瘀血等标实证突出。

4. 诱发因素 每因气怒、过劳、酗酒、感寒而发，未发前常有先兆症状。

5. 辅助检查 头颅 CT 检查可见脑内血肿或梗塞灶；脑脊液呈血色或无色透明。

(二) 证类诊断

1. 中经络

(1) 肝阳暴亢，风火上扰：

主证：半身不遂，偏身麻木，舌强言蹇或失语，或口舌喎斜。

兼证：眩晕头痛，面红耳赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便干。

舌、脉象：舌质红或红绛，舌苔薄黄，脉弦有力。

(2) 风痰瘀血，痹阻脉络：

主证：半身不遂，口舌喎斜，舌强言蹇或失语，偏身麻木。

兼证：头晕目眩。

舌、脉象：舌质暗淡，苔薄白或白腻，脉弦滑。

(3) 痰热腑实，风痰上扰：

主证：半身不遂，口舌喎斜，舌强言蹇或失语，偏身麻木。

兼证：腹胀，便干便秘，头晕目眩，咯痰或痰多。

舌、脉象：舌质暗红或暗淡，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

(4) 气虚血瘀：

主证：半身不遂，口舌喎斜，言语蹇涩或失语，偏身麻木。

兼证：面色㿔白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀。

舌、脉象：舌质暗淡，苔薄白或白腻，脉沉细、细缓或弦细。

(5) 阴虚风动：

主证：半身不遂，口舌喎斜，舌强言蹇或失语，偏身麻木。

兼证：烦躁失眠，眩晕耳鸣，手足心热。

舌、脉象：舌质红绛或暗红，少苔或无苔，脉细弦或细弦数。

2. 中脏腑

(1) 风火上扰清窍：

主证：神识恍惚或迷蒙，半身不遂。

兼证：平素有眩晕、麻木之症，情志相激病势突变，肢体强痉拘急，便干便秘。

舌、脉象：舌质红绛，舌苔黄腻而干，脉弦滑大数。

(2) 痰湿蒙塞心神：

主证：发病神昏，半身不遂。

兼证：素体阳虚，痰湿内蕴，肢体松懈瘫软不温，甚则四肢逆冷，面白唇暗，痰湿壅盛。

舌、脉象：舌质暗淡，舌苔白腻，脉沉滑或沉缓。

(3) 痰热内闭心窍：

主证：神昏或昏愤，半身不遂。

兼证：起病急骤，鼻鼾痰鸣，肢体强痉拘急，项强身热，躁扰不宁，甚则手足逆冷，频繁抽搐，偶见呕血。

舌、脉象：舌质红绛，舌苔褐黄干腻，脉弦滑数。

(4) 元气败脱，心神散乱：

主证：突然神昏或昏愤，肢体瘫软。

兼证：手撒肢冷汗多，重则周身湿冷，二便自遗。

舌、脉象：舌痿，舌质紫暗，苔白腻，脉沉缓或沉微。

(三) 分期分级

1. 分期

(1) 急性期*：发病后 2 周以内。中脏腑最长至 1 个月。

(2) 恢复期：发病 2 周或 1 个月至半年以内。

(3) 后遗症期：发病半年以上。

* 中风急症即在急性期

2. 分级

(1) 轻度：中络、中经证

1) 中络：偏身或一侧手足麻木，或兼有一侧肢体力弱，或兼有口舌喎斜者。

2) 中经：以半身不遂，口舌喎斜，舌强言蹇或失语，偏身麻木为主证，而无神识昏蒙者。

(2) 中度：中腑证，以半身不遂，口舌喎斜，舌强言蹇或失语，偏身麻木，神识恍惚或迷蒙为主证者。

(3) 重度：中脏证，必有神昏或昏愦，半身不遂，口舌喎斜，舌强言蹇或失语者。

结合临床也可按有无神识昏蒙分为中经络与中脏腑两大类。

三、鉴别诊断

(一) 痫证 痫证有神昏，但多为时短暂，移时苏醒，无半身不遂、口舌喎斜等症。常有肢体抽搐。

(二) 痿证 痿证有肢体瘫痪，但多起病缓慢，以双下肢瘫多见，中风起病急而以偏瘫为多。

(三) 厥证 厥证有神昏，常伴有四肢逆冷，一般移时苏醒，醒后无半身不遂，口舌喎斜，语言不利等表现。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 祛邪扶正，急则治标。常用平肝熄风、清化热痰、通腑泻下、疏肝理气、活血化瘀等治法。对清窍

闭塞者，当祛邪开窍为先；对元气败脱者，总以温阳益气固脱为主。

（二）分证论治

1. 中经络

（1）肝阳暴亢，风火上扰：

治法：清热泻火，平肝熄风通络。

方药：镇肝熄风汤（《衷中参西录》）合天麻钩藤饮加减（《杂病证治新义》）：天麻 10 克、钩藤 12 克、菊花 12 克、夏枯草 15 克、赤芍 12 克、牛膝 15 克、生牡蛎 30 克（先煎），全蝎 6 克、蜈蚣 10 克、地龙 15 克、大黄 10 克、甘草 10 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：清开灵注射液 40～60 毫升或脉络宁注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

（2）风痰瘀血，痹阻脉络：

治法：熄风化痰，祛瘀通络。

方药：牵正散（《杨氏家藏方》）：白附子 6 克、僵蚕 10 克、全蝎 6 克、法夏 9 克、茯苓 15 克、陈皮 6 克、白术 12 克、赤芍 15 克、胆南星 10 克、丹参 20 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：复方丹参注射液或脉络宁注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。每日 1～2 次。

（3）痰热腑实，风痰上扰：

治法：清热化痰通腑。

方药：调胃承气汤加味（《伤寒论》）：大黄 10 克（后下）、芒硝 10 克（冲）、瓜蒌 15 克、丹参 30 克、胆南星 10 克、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：清开灵注射液 40~60 毫升或双黄连粉针 3~3.6 克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。每日 1~2 次。

(4) 气虚血瘀：

治法：益气活血，化瘀通络。

方药：补阳还五汤（《医林改错》）加减：黄芪 30 克、桃仁 10 克、红花 6 克、赤芍 15 克、当归 10 克、地龙 15 克、丹参 20 克、全蝎 6 克、川芎 10 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：川芎嗪注射液 80~120 毫克或参麦注射液 40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。每日 1~2 次。

(5) 阴虚动风：

治法：平肝熄风、育阴潜阳，化痰通络。

方药：镇肝熄风汤（《衷中参西录》）加减：天麻 15 克、钩藤 10 克、白芍 15 克、玄参 15 克、生地黄 15 克、女贞子 10 克、丹参 20 克、牡丹皮 15 克、生牡蛎 30 克（先煎）。每日 1 剂水煎服。

针剂：毛冬青甲素 20~40 毫克加入已有 5% 碳酸氢钠溶液 7 毫升的 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。或清开灵注射液，用法同前。

2. 中脏腑

(1) 风火上扰清窍：

治法：清热熄风，开窍醒神。

方药：镇肝熄风汤（《衷中参西录》）合天麻钩藤饮（《杂病证治新义》）加减：天麻 10 克、钩藤 10 克、石决明 30 克（先煎）、黄芩 15 克、栀子 12 克、天竺黄 10 克、牛膝 10 克、牡丹皮 10 克、大黄 10 克（后下）。每日 1 剂水煎服。

针剂：清开灵注射液或醒脑静注射液，用法同前。

(2) 痰湿蒙塞心神：

治法：温阳化痰，醒脑开窍。

方药：涤痰汤加减：法夏 10 克、枳实 10 克、胆南星 6 克、石菖蒲 10 克、陈皮 6 克、竹茹 10 克、茯苓 15 克、僵蚕 12 克、党参 12 克、生姜 3 片。每日 1 剂水煎服。

针剂：通脉舒络液 250 毫升静脉滴注，或川芎嗪注射液均可使用。每日 1~2 次。

(3) 痰热内闭心窍：

治法：清热化痰，醒脑开窍。

方药：羚羊角汤（《医醇膳义》）合大承气汤（《伤寒论》）加减：羚羊角粉 1 克（冲）、珍珠粉 0.6 克（冲）、钩藤 12 克、法夏 10 克、天竺黄 10 克、石菖蒲 10 克、远志 10 克、夏枯草 15 克、牡丹皮 10 克、大黄 10 克、芒硝 10 克、枳实 12 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：清开灵注射液或醒脑静注射液。

(4) 元气败脱，心神散乱：

治法：益气回阳救逆。

方药：参附汤（《魏氏家藏方》）：人参 30 克、制附子 30 克。煎汤灌服或鼻饲。每日 2~3 次。

针剂：参附芪注射液 10 毫升加入 5% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注，再予参附芪或参附注射液 40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。每日 2 次。

(三) 应急与抢救

1. 吸氧 中经络者间歇吸氧，中脏腑者持续吸氧。

2. 痰涎壅盛者应吸痰，呼吸道阻塞出现呼吸困难时行

气管切开，以免引起窒息。

3. 出现吞咽困难或中脏腑昏迷者，视病情可在48小时后给予鼻饲。

4. 尿潴留或尿失禁时，留置尿管。

5. 出现中脏腑之闭证，证属风火上扰清窍及痰热内闭心窍者，予清开灵注射液40毫升或脉络宁注射液或醒脑静注射液10毫升加入5%葡萄糖液250~500毫升中静脉滴注。

6. 中脏腑之闭证，证属痰湿蒙塞心神者，予盐酸川芎嗪注射液120毫克或复方丹参注射液20毫升加入5%~10%葡萄糖液500毫升中静脉滴注。

7. 中脏腑之阴脱者，予参麦注射液20毫升加入50%葡萄糖液20毫升中静脉推注，或参麦注射液40毫升加入5%葡萄糖液250~500毫升中静脉滴注。

8. 中脏腑阳脱者，予参附注射液或参附芪注射液10毫升加入50%葡萄糖液20毫升中静脉推注，或人参针4毫升，肌注。

9. 出现高热、上消化道出血及癫痫发作时，按相应章节处理。

10. 出现颅内高压综合征、脑疝或脑疝前期，躁动不止，频繁呕吐或抽搐不止，高热不退，血压过高，持续不降或合并严重感染，或心肺功能不全、糖尿病等，行中西医结合治疗，予相应中西医抢救措施。

11. 综合疗法

(1) 针刺疗法：

1) 闭证：针泻人中、足三里、太冲、涌泉、丰隆、内

关、十二井穴等，每日2次。

2) 脱证：灸百会、气海、关元、足三里、三阴交、神阙等，每日2次。

3) 高热：泻曲池、合谷、大椎、风池、十宣、曲泽、委中等，每日2次。

4) 上消化道出血：虚则灸足三里、内庭、三阴交等；实则泻太冲、阳陵泉、涌泉等，每日1~2次。

5) 抽搐：针泻人中、合谷、大椎、风府、内关、太冲、涌泉、丰隆等，每日2次。

(2) 灌肠疗法：大黄15克、虎杖30克、益母草30克煎水成150毫升，保留灌肠，适用于闭证。

(3) 高压氧疗法：适用于动脉硬化性脑梗塞，脑血栓形成，短暂脑缺血发作。

(4) 口服（鼻饲）中成药：

1) 安宫牛黄丸，每次1丸，每日1~2次，适用于肝阳暴亢、风火上扰；痰热腑实、风痰上扰；痰热内闭心神等证候。

2) 安脑丸，每次1~2粒，每日3次，适用于肝阳暴亢、风火为扰；痰热腑实、风痰上扰；痰热内闭心神等证候。

3) 清开灵口服液，每次10毫升，每日3次，适用于肝阳暴亢、风火上扰；痰热腑实、风痰上扰；阴虚风动，风火上扰清窍；痰热内闭心神等证候。

4) 脑血康口服液，每次10毫升，每日3次，适用于风痰瘀血、痹阻脉络型。

5) 藻酸双脂钠片，每次1~2片，每日3次，适用于肝

阳暴亢、风火上扰；阴虚风动；风火上扰清窍等证候。

6) 人工牛黄粉，每次 2 克，每日 3 次，适用于痰热腑实、风痰上扰证候。

7) 心脑素胶囊，每次 4 粒，每日 3 次，适用于肝阳暴亢、风火上扰；阴虚风动，风火上扰；风痰瘀血、痹阻脉络证候。

8) 华佗再造丸，每次 1 丸，每日 2 次，适用于气虚血瘀；风痰瘀血、痹阻脉络；痰湿蒙塞心神证候。

9) 中风回春丸，每次 1.7 克，每日 3 次，适用于气虚血瘀；风痰瘀血、痹阻脉络；痰湿蒙塞心神证候。

10) 苏合香丸，每次 1 丸，每日 3 次，适用于痰湿蒙塞心神证。

五、诊断与治疗进展

(一) 病因病机的研究 无论是缺血性中风，还是出血性中风，目前探讨病因病机仍停留在宏观的推理阶段，认为“风、火、痰、虚、瘀”为主，气虚是致病根源，血瘀是病邪的核心。一般认为发病有内外因，内因是脏腑的虚损，即肝、脾、肾诸脏的失调，外因为七情过度、气候失常、饮食失调等原因，导致痰、火、瘀血或瘀血阻络，甚则上蒙清窍。

(二) 辨证分型与头颅 CT 的关系 一般将中经络归入缺血性中风，中脏腑归入出血性中风，但 CT 检查中大约中脏腑 10% 为脑血栓形成。中风的中医辨证与 CT 有一定内在联系，对确定诊断、指导治疗将有帮助，但与中医的辨证又

有一定差异，不能等同。

(三) 以风立论治疗 风邪善行数变，中风病起病急，变化迅速，突出了“风”的特点。临床多见其夹邪为乱。有人认为以治风为主，兼及它法。

(四) 以血瘀立论治疗 《内经》认为“血菀于上，使人薄厥”，缺血性为血液粘滞阻塞致瘀，出血性为“离经之血便是瘀血”，故活血化瘀治疗急性中风，对改善脑血流循环障碍、脑缺氧、脑水肿、血肿的吸收、梗塞灶的再通与吸收、神经功能的恢复都能起到一定的作用。

(五) 以腑实立论治疗 通腑法治疗中风，可改善脑细胞的缺血缺氧状态，促进新陈代谢，排除毒性产物，也减低腹压，降低了颅内压和脑水肿。

(六) 针灸治疗 日前许多学者采用针灸治疗中风急症，取得一定疗效。

六、护 理

(一) 认真观察病情变化，是判断病情顺逆的重要环节。神志由昏迷转清醒者为顺，反之为逆；血压转为正常为顺，血压骤升者为逆；还应仔细记录抽搐发作次数，是否呕血、便血、高热、呼吸、脉证等变化。

(二) 饮食宜清淡，对阳闭者，除鼻饲混合奶外，应每日给菜汤 200 毫升，可用白菜、菠菜、芹菜等。或鲜果汁等有清热作用之品。对阴闭者除鼻饲混合奶之外，每日可用薏苡仁、赤小豆、生山药煮汤，而后鼻饲 200 毫升左右，具有健脾化湿作用。

(三) 预防褥疮，肺部感染及泌尿系感染，做到勤翻身、拍背，对昏迷病人更应注意受压皮肤，当皮肤发红时，应用手掌揉擦，或外搽红花酊，以改善局部血液循环。

(四) 早期鼓励和辅导病人进行功能锻炼。

(邹旭 梅广源 陈叶卫平)

主要参考文献

- [1] 中医内科急症诊疗规范. 国家中医药管理局, 1994年1月
- [2] 史大卓, 等. 中医内科辨病治疗学. 科学技术文献出版社, 1995年8月, 第1版
- [3] 朱君华, 等. 中医药信息, 1992, (2): 16~18
- [4] 东贵荣, 等. 中国针灸, 1994, (3): 13~15
- [5] 傅仁杰. 中国医药学报, 1993, 8 (2): 24~26
- [6] 张汉梁. 中医杂志, 1989, 30 (12): 23~24
- [7] 王永炎, 等. 中国中医急症, 1995, 4 (2): 51~54
- [8] 杨廷光, 等. 江西中医药, 1994, 25 (2): 15~18

第六章 头痛急症

头痛急症是以头部剧烈疼痛且呈急性发作为主的病证。可见于西医学急性感染性疾病、颅脑病变、神经官能症及血管神经性头痛等疾病过程中。

一、病因病机

(一) 起居不慎、感受外邪 因风为百病之长，故以风邪为主，且多夹时邪为患。若夹寒邪，寒凝血滞，络道被阻；若兼热邪，风热上炎，扰乱清空；若合湿邪，蒙蔽清窍，清阳不展，发为头痛。

(二) 内伤七情、饮食劳倦 由肝、脾、肾脏气损伤所致。因于肝者，肝阴不足，肝阳偏亢，或肝郁化火，上扰清空；于脾者，脾失健运，痰浊内生，清阳不升；于肾者，水不涵木，风阳上扰而发为头痛。

(三) 尚有跌仆外伤、脑络瘀阻或头痛日久入络，气血瘀阻，窍络不通而成。

总之，头痛急症之病因病机，不越外感、内伤及跌仆外伤，其中又主要责之于风、火、痰、瘀上犯巅顶、扰乱清窍、瘀阻脑络。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点 为突然发作之剧烈头痛，临床表现多种多样，其病因、性质、部位、范围及兼证等都具有不同的差异，所以预后迥然有别，或危及生命，或转为缠绵难愈乃至反复发作。

2. 发病特点

(1) 发病骤然：头痛起病较急，痛势剧烈，多为胀痛、掣痛、刺痛、灼痛等，痛无休止，实证居多。

(2) 部位多异：头为诸阳之会，厥阴亦交于巅顶。由于脏腑经络受邪之不同，则头痛部位各异。太阳头痛，多在后头部，下连于项；阳明头痛，多在前额及眉棱；少阳头痛，多在头之两侧，连及耳部；厥阴头痛，在巅顶部，或连及目系。

(3) 病情多样：急性头痛因外邪所致者，见风寒、风热、风湿等症状；由内生之邪气上逆者，见肝旺、痰浊、瘀血等症状；尚可因失治、误治，迅即出现呕吐、神昏、手足抽搐，甚则角弓反张等变证，故病情多变。

3. 辅助检查 可根据临床特点及不同病因，参考必要的实验室检查及其他辅助检查，如颅脑 CT、脑电图、脑血流图等。

(二) 证类诊断

1. 风寒上犯

主证：头部剧痛而及项背。

兼证：恶风寒而喜裹头，骨节酸痛，口淡不渴。

舌、脉象：舌淡苔薄白，脉浮或浮紧。

2. 风热上炎

主证：头胀剧痛，甚或头痛如裂。

兼证：发热恶风，面红目赤，口干而渴，咽喉肿痛，或鼻流浊涕。

舌、脉象：舌尖红，苔薄黄，脉浮数。

3. 风湿上蒙

主证：头痛如裹，昏沉闷痛。

兼证：肢体困倦，胸闷纳呆，或溲短便溏。

舌、脉象：苔白腻，脉濡或滑。

4. 肝阳上扰

主证：颞顶胀痛而眩晕。

兼证：心烦易怒，口苦咽干，失眠，耳鸣，面红。

舌、脉象：舌质红，少苔或薄黄苔，脉弦劲或细数。

5. 痰浊上逆

主证：头痛昏蒙。

兼证：咯吐痰涎，胸脘满闷，纳食呆钝。

舌、脉象：苔白腻，脉沉滑或弦滑。

6. 瘀血上阻

主证：头痛如刺，固定不移。

兼证：健忘多梦，或时有呕恶。

舌、脉象：舌质紫暗或有瘀点，脉沉涩。

上述证类以主证与舌、脉象为主要依据，参考其他兼证。

从西医辨病角度而言，头痛涉及颅内感染、血管性及某

些颅内外其他疾病。如头部呈弥漫性剧痛，兼见发热、呕吐，甚或出现脑膜刺激征者，多为颅内感染性疾病，其时须借助血象、脑脊液检查以确诊；如仅为一侧头剧痛，始发即有闪光、暗点、偏盲之表现，压迫额部动脉或颈总动脉可使之减轻者，多属偏头痛；头痛逐渐加剧，或兼呕吐、眩晕、昏蒙，乃至偏瘫者，多属脑血管病，可借助血压、血脂、脑脊液、颅脑 CT 等来加以确诊；例如颅脑外伤、头痛型癫痫、三叉神经痛等，根据病史，现症及兼证即可诊断。

(三) 分期分级 根据其疼痛程度，可分为轻、中、重三级。

1. 轻度 头痛较轻，尚可忍受，无须服止痛药。
2. 中度 头痛较重，难以忍受，服止痛药可缓解。
3. 重度 头痛剧烈，无法忍受，常伴呕恶，虽服止痛药而无法缓解。

头痛病情暴急，常为中度以上疼痛。

三、鉴别诊断

(一) 慢性头痛 慢性头痛发病缓慢，痛势悠悠，病程迁延时作时止，多由久病、肝肾亏损、气血不足、髓海空虚、经脉失养、不荣则痛。与由于外邪、肝阳、痰浊、瘀血等阻滞清阳，壅塞经脉所致的头痛，在发病缓急、疼痛程度上显然有别。

(二) 雷头风 雷头风症，以痛时自觉头中作响，声如雷鸣，头面起核或肿痛红赤为特点，多系酒毒上冲所致，治疗用清震汤（《素问病机气宜保命集》）合普济消毒饮（《证

治准绳》引李东垣方) 加减, 以清热解毒, 除湿化痰。

四、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 头痛剧烈, 应急为先 头痛剧烈, 难以忍受, 可暂予缓急止痛之品和针灸等多种治疗措施, 急治其标。

2. 以通为法, 分型施治 头痛原因虽多, 总为阻遏清阳, 壅滞经脉, 不通则痛。治用通法, 分型施治。

(二) 分证论治

1. 风寒上犯

治法: 疏风散寒。

方药: 川芎茶调散(《和剂局方》) 加减: 川芎9克、荆芥12克、白芷10克、细辛3克、防风10克、羌活10克、薄荷9克(后下)、甘草3克。每日1剂水煎服。

若寒邪直犯厥阴, 巅顶疼痛, 甚则四肢厥冷, 苔白脉弦, 当温散厥阴寒邪, 用吴茱萸汤(《伤寒论》) 去人参, 加藁本9克、川芎6克、细辛3克。

中成药: 正柴胡饮冲剂, 每次1袋, 每日3次, 冲服。

2. 风热上炎

治法: 清热散风。

方药: 轻者用芎芷石膏汤(《医宗金鉴》) 加减: 川芎9克、白芷9克、石膏30克(先煎)、菊花9克、羌活9克、藁本9克。每日1剂水煎服。

重者用黄连上清丸(《古今医方集成》) 加减: 黄芩12克、黄连9克、黄柏9克、栀子9克、连翘12克、菊花12

克、薄荷9克（后下）、桔梗6克、花粉15克、玄参12克、当归6克、川芎6克、姜黄6克、大黄9克。每日1剂水煎服。

中成药：清咽滴丸4—6粒，每日3次，含服。

针剂：柴胡注射液4毫升肌注，每日3次；鱼腥草注射液4毫升肌注，每日3次。双黄连粉针3—3.6克或鱼腥草注射液20—60毫升，或穿琥宁注射液10—20毫升加入5%葡萄糖或生理盐水500毫升中静脉滴注，每日1次。

3. 风湿上蒙

治法：祛风胜湿。

方药：羌活胜湿汤（《内外伤辨惑论》）加减：羌活9克、独活9克、川芎9克、蔓荆子12克、甘草3克、防风9克、藁本9克。每日1剂水煎服。

中成药：藿香正气散胶囊2粒口服，每日2次。

4. 肝阳上扰

治法：平肝潜阳泻火。

方药：天麻钩藤汤（《杂病诊治新义》）加减：天麻9克、钩藤20克、石决明24克（先煎）、栀子9克、黄芩9克、杜仲9克、益母草24克、桑寄生24克、夜交藤15克。每日1剂水煎服。

亦可用龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）加减：龙胆草9克、黄芩12克、栀子9克、木通6克、车前子9克（包煎）、泽泻12克、当归6克、生地黄12克、生甘草6克。

中成药：安脑丸1—2丸口服，每日2次。

针剂：醒脑静注射液20毫升加入5%葡萄糖液或生理盐水250毫升中静脉滴注，每日1次。肝火偏旺者，清开灵

注射液 20~40 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。偏阴虚者，生脉注射液 20~40 毫升稀释后静脉滴注，每日 1 次。

5. 痰浊上逆

治法：健脾化痰降逆。

方药：半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减：半夏 9 克、茯苓 12 克、陈皮 6 克、白术 12 克、甘草 6 克、厚朴 6 克、天麻 9 克、枳壳 6 克、蔓荆子 6 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：痰郁化火者，可用清开灵或醒脑静注射液静脉滴注，每日 1 次。

5. 瘀血上阻

治法：祛瘀和络止痛。

方药：通窍活血汤（《医林改错》）加减：桃仁 9 克、红花 9 克、赤芍 12 克、川芎 6 克、老葱 3 根、生姜 9 克、大枣 5 枚、黄酒 250 克、麝香 0.15 克（冲服）。每日 1 剂水煎服。

针剂：复方丹参注射液 20~40 毫升，或川芎嗪注射液 120~160 毫克，或脉络宁 20~40 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

此外，在辨证施治过程中，常根据头痛部位，选加不同的引经药，以直达病所。如太阳头痛，用羌活、蔓荆子、川芎；阳明头痛，用葛根、白芷；少阳头痛，用柴胡、黄芩、川芎；厥阴头痛，用吴茱萸、藁本等，对发挥原方药效，有一定帮助。久痛不愈，头痛剧烈者，尚可选用搜风通络之蛇虫类药物。

（三）应急与抢救 本病之应急处理，主要针对头痛发

作，疼痛剧烈的救治措施而言。

1. 指压印堂、太阳或阿是穴，可边压边揉。

2. 针刺太阳、印堂、风池、合谷、太冲等穴。强刺激，不留针。

3. 必要时，可酌情给予镇痛药。如安脑丸、复方元胡止痛片或1粒止痛丹口服。肌注延胡索乙素或颅痛定等。

4. 若出现高热、呕吐、痉证、昏迷、厥脱等证时，可参考本书有关章节进行救治。

(四) 综合治疗

1. 针灸治疗 取穴

(1) 前头痛：

主穴：太阳、印堂、合谷。

次穴：列缺、阳白。

(2) 头顶痛：

主穴：百会、四神聪。

次穴：太冲、涌泉。

(3) 后头痛：

主穴：风池

次穴：百会、昆仑。

(4) 偏头痛：

主穴：风池、太阳、外关。

次穴：列缺、合谷。

(5) 兼气血虚弱：配气海、足三里。

每次针刺1~3穴，强刺激，可酌情留针或不留针。

2. 放血疗法 用三棱针刺太阳穴放血，治疗肝阳上扰头痛。

3. 拔罐 太阳、印堂等穴，每次拔罐数分钟左右（如拔后，穴位放少许细辛末，用风湿止痛膏外贴更好）。

4. 七星针叩刺疗法 用七星针轻叩阿是穴。较重者可选风池、太阳、阳白等，叩刺至少许出血后加拔火罐数分钟。

5. 单方验方

(1) 全蝎、地龙各 30 克，研粉内服，每次 3 克，每日 2 次，治顽固头痛。

(2) 露蜂房、僵蚕研粉，每次冲服 6 克，每日 2 次，治偏头痛。

6. 外治法

(1) 川乌适量，研末，醋调涂患处；或桂枝适量，研末，每次取 30 克，酒调如膏，敷顶上及太阳穴，用治风寒湿邪头痛。

(2) 风湿止痛膏外贴太阳、风府、印堂等穴；或苏叶、葱白各适量，捣烂贴太阳穴，用于治疗风寒湿邪头痛。

(3) 白附子 3 克、葱白 15 克捣成泥状，贴于患侧太阳穴，留置 1 小时左右，用于治疗偏头痛。

7. 鼻法

(1) 鹅不食草 30 克、白芷 5 克、冰片 1.5 克。共研细末，用棉球蘸药粉少许塞鼻孔，治偏头痛。

(2) 川芎、白芷、远志、冰片。共研极细末，以少许药末，塞入鼻孔，右侧头痛塞左鼻，左侧头痛塞右鼻，治偏头痛。

8. 因头痛只是临床常见的症状，可由多种原因引起，所以应及时找出病因，针对病因治疗就显得尤为重要。

五、诊断与治疗进展

(一) 中医药诊疗进展

1. 病因病机 究其病因，不外乎外感与内伤。外感风寒湿邪，上犯脑窍，经脉瘀阻；内伤则因情志不畅、肝郁气滞或肝阳上亢、肝风内动、气血逆乱或痰浊、火热、瘀血等闭阻经脉，脑窍不利，不通则痛。

2. 治疗 目前对本病的治疗，多采用设立主方，随证、症加减和专方专药的方法。针刺、耳穴压豆、穴位注射、艾灸等也常被应用。各家报道的方剂组成多见祛风药、活血通经、平肝等药。特别是专方专药的组成，总合了祛风、平肝、活血、止痛、理气等法，其中活血化瘀、祛风通络几乎是每家必用。

(二) 西医学治疗进展 西医学所谓“头痛”泛指头颅上半部即眉弓至枕下部位的疼痛。凡颅内或全身性疾病影响了颅底的脑膜、颅内外动脉、颅内静脉窦、三叉神经、舌咽神经和迷走神经、第1—3颈神经以及头颈部软组织等均可产生头痛。因此，可见于诸多疾病过程中。

对初次剧烈头痛者须做详细的检查，特别是35岁以上初发偏头痛者应考虑有蛛网膜下腔出血的可能。有典型症状者，CT可以诊断，但小量出血CT有时不能发现，且以后又常发生大出血，故CT无异常发现又不能否定蛛网膜下腔出血时，应进行腰穿。

目前认为血管神经性头痛（血管性头痛）是由于颅内外血管舒缩功能异常而引起的。主要表现为发作期的颅内动脉

收缩，继而颅内外动脉扩张，并伴有毛细血管通透性增加。常用镇静止痛药物，如消炎痛、阿斯匹林等，又可用扩血管药物，如西比灵、尼莫地平等和缩血管药物，如麦角胺等，均有一定疗效。

六、护 理

(一) 注意观察头痛部位、性质、程度、发作持续时间、诱发因素和体温、脉搏、舌质、血压及伴随症状并做好记录。如发现病人头痛剧烈、四肢厥冷、脉搏沉伏、神志不清伴见呕吐或口眼歪斜、瞳孔不等、肢体麻木等，立即进行应急处理和抢救。

(二) 加强心理护理，关心安慰病人，使之保持情绪稳定。

(三) 卧床休息，尽量减少活动。病室保持安静，空气新鲜，光线柔和稍暗，避免噪音。

(四) 对剧烈头痛者，可按摩前额、眉棱骨、太阳、印堂、上星、头维等穴，以通经活络，减轻疼痛。

(五) 对进行针灸治疗的患者，做好治疗前的解释工作，消除紧张情绪，及时处理晕针、滞针、弯针、断针、血肿等意外情况。

(六) 注意饮食调养，给予营养丰富的食物，忌辛辣刺激、肥甘厚味及烟酒。肝阳上亢者，可予菊花、夏枯草泡水当茶饮。

(李俊 段明武 张桂芝)

主要参考文献

- [1] 黄星垣主编. 中医内科急症证治. 人民卫生出版社, 1985年7月
- [2] 张学文、乔富渠编著. 中医内科急症学简编. 陕西科学技术出版社, 1981年
- [3] 张笑平主编. 中医急症救治. 湖南科学技术出版社, 1991年
- [4] 史大卓等编著. 中医内科辨病治疗学. 科学技术文献出版社, 1995年8月
- [5] 王德炳等主编. 危重急症的诊断与治疗(内科学). 中国科学技术出版社, 1995年1月
- [6] 孙希宽. 日本医学介绍, 1994, 15(1): 31
- [7] 内山真一郎. 日本医学介绍, 1991, 12(7): 304

第七章 痫证急症

痫证是一种反复发作性神志异常的疾病。其特征为突然昏仆、不知人事、口吐涎沫、两目上视、四肢抽搐，或口中如作猪羊叫声，移时苏醒。严重者持续发作，须紧急处理，否则危及生命。本证又名“癫痫”，俗称“羊痫风”，基本相当于西医学的“癫痫”。

一、病因病机

(一) 先天因素

1. 胎气受损 痫证始于幼年者，所谓“病从胎气而得之”。是谓“在母腹中时，其母有所大惊”所致。

2. 父母秉赋素弱以致小儿精气不足，《慎斋遗书·羊癫痫》云：“羊癫痫，系先天之元阴不足，以致肝邪克土伤心故也。”

(二) 后天因素

1. 七情所伤 主因为惊恐，“恐则气下，惊则气乱”。气机逆乱，损伤肝肾，精血不足，阴不敛阳而生热生风，脾胃受损，精微不布，痰浊内聚，形成痫证发作的病理基础，一遇七情、饮食、劳倦等诱因作用，内生之痰随气上逆，随风而动蒙闭心窍而发病。

2. 其他因素 饮食不节，或劳倦过度，损伤脾胃，聚

湿化痰，或起居失调，六淫外侵脏腑受损，积痰内伏，或头部外伤及出生时难产，积瘀生痰等，均可引发痫证。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 突然性：突然昏仆抽搐，起病急骤，而移时清醒，醒后如常人。

(2) 时间性：时间可长可短，有数秒至数小时之分，有日发数次与数日、数月、数年一发之别。

(3) 病发有轻重之别

1) 轻者(小发作)：突然停止活动，呼之不应，呆木无知，面色苍白，两目瞪视而上窜，手中物件突然失落，经数秒钟或数分钟后即可恢复，事后对发作情况完全不知。

2) 重者(大发作)：以神识丧失和全身抽搐为特征，部分病人在意识丧失前短瞬间有头晕、恶心等先兆症状。随后卒倒号叫、口吐白沫、呼吸暂停、口唇青紫、全身肌肉强直抽搐，历时数十秒钟，然后抽搐停止，呼吸恢复，部分病人可有遗尿。苏醒后对发作过程全然不知。

3) 癫痫持续状态：在痫证大发作的基础上，发作间隙短，有时意识尚未清醒又大发作，全身抽搐不止。历时较长之后可出现高热、脱水、脑水肿等危象。

2. 发病特点 具有突然性、短暂性、反复发作性三个特点。

3. 辅助检查 根据病情可检查血常规、血糖、尿素氮、

肌酐、血气分析、电解质等。发作时脑电图有癫痫样放电，其阳性率为40%—50%；对疑有继发性癫痫者可选CT、脑血管造影、脑脊液等检查。

（二）证类诊断

1. 肝风痰浊

主证：突然仆倒，神志不清，抽搐吐涎。

兼证：发作前常有眩晕、胸闷、乏力。

舌、脉象：舌苔白腻，脉弦滑。

2. 肝火痰热

主证：突然昏仆，抽搐吐涎。

兼证：平时多见情绪急躁，心烦失眠，咯痰不爽，口苦而干，便秘。

舌、脉象：舌红苔黄腻，脉弦滑数。

3. 瘀血内停

主证：突然昏仆，抽搐吐涎，头痛头晕。

兼证：失眠多梦，健忘，有外伤史。

舌、脉象：舌紫暗，可见瘀斑，脉弦涩。

4. 肝肾阴虚

主证：发作日久，记忆力减退，失眠多梦，眩晕腰酸。

兼证：午后潮热，大便秘结。

舌、脉象：舌红苔少，脉细数。

5. 脾胃虚弱

主证：发作日久，神疲乏力，眩晕时作，食欲不振。

兼证：面色无华，大便溏薄，恶心呕吐。

舌、脉象：舌淡苔白，脉濡弱。

上述证型以主证与舌脉象为主要依据，其中肝风痰浊、

肝火痰热证型多见于发作期；瘀血内停、肝肾阴虚证型多见于休止期，发作日久可转为休止期，休止突发可转为发作期。

三、鉴别诊断

(一) 中风（中脏腑） 痫证与中风虽然同有突然仆倒、昏不知人，然而痫证神昏片刻即醒，昏仆同时伴有尖叫声，口吐涎沫，发作后如常人，并可有类似重复发作病史。中风仆地时无尖叫声，神昏虽经救治或可逐渐苏醒，但常伴有口眼喎斜，半身不遂症状，多有眩晕病史。

(二) 痉证 痫证与痉证虽同有四肢抽搐拘急，然而痫证短时间神志转清，不伴发热。痉证发作时肢体强直，角弓反张，不易清醒，常伴发热。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 发作时治标为主，着重豁痰顺气，熄风开窍以定痫。缓解期则以治本为主，宜健脾化痰，补益肝肾，养心安神。如有外伤宜活血化瘀。

(二) 分证论治

1. 肝风痰浊

治法：涤痰熄风，开窍定痫。

方药：定痫丸（《医学心悟》）加减：竹沥 12 克、贝母 12 克、胆南星 6 克、法夏 12 克、陈皮 6 克、天麻 12 克、全蝎 6 克、僵蚕 12 克、朱砂 1 克（冲）、琥珀 3 克（冲）、

石菖蒲 10 克、远志 6 克、麦冬 12 克、丹参 30 克。每日 1 剂水煎服。

抽搐不止、持续发作者加石决明、蜈蚣等，尚可配服安脑丸 1~2 丸，每日 2 次，小儿酌减。

针剂：醒脑静 40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 肝火痰热

治法：清肝除火，化痰开窍。

方药：龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）合涤痰汤（《济生方》）加减：龙胆草 15 克、黄芩 15 克、泽泻 12 克、车前子 12 克、栀子 12 克、木通 12 克、生地黄 15 克、天南星 15 克、半夏 12 克、石菖蒲 6 克、竹茹 12 克。每日 1 剂水煎服。

便秘者加大黄 10 克（后下）；痰粘稠者加竹沥 12 克，同时配服安宫牛黄丸 1 丸，3 岁以内小儿每次 1/4 丸，4~6 岁 1/2 丸；或安脑丸。

针剂：清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

3. 瘀血内停

治法：活血通瘀，定风止痛。

方药：通窍活血汤（《医林改错》）加减：赤芍 15 克、川芎 12 克、桃仁 15 克、红花 6 克、生姜 3 片、老葱 2 根、麝香 0.1 克、蜈蚣 2 条、青礞石 6 克、丹参 30 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：脉络宁注射液 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

4. 肝肾阴虚

治法：滋补肝肾，潜阳安神。

方药：左归丸（《景岳全书》）加减：熟地黄 15 克、山茱萸 15 克、淮山药 15 克、枸杞子 15 克、菟丝子 15 克、龟板 15 克（先煎）、鳖甲 15 克（先煎）、牡蛎 15 克、磁石 30 克（先煎）、柏子仁 15 克。每日 1 剂水煎服。

便秘者加玄参 30 克、火麻仁 30 克。痰多加竹茹 12 克、天竺黄 12 克或贝母 12 克。

针剂：参麦注射液 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

（三）应急与抢救 癫痫大发作或呈持续状态者中医简捷快速之法是采用强刺激人中、长强。

1. 口服剂

（1）化风丹（胆南星、僵蚕、大黄），每用 1 粒鼻饲，每日 3 次。清热豁痰止痉，适用于痰热型持续性癫痫。

（2）牛黄抱龙丸（牛黄、胆南星、琥珀、麝香、全蝎），每次 2 丸鼻饲，每日 1~3 次。清热熄风，醒脑开窍，适用于风痰型持续性癫痫。

2. 注射剂

（1）清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次，清热熄风开窍。

（2）醒脑静注射液 10~20 毫升加入 5% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。熄风化痰开窍。

（四）综合治疗

1. 针灸治疗 多用于发作期，治以豁痰开窍、平肝熄风。取穴以督脉、心及心包经穴为主，痫发时采用泻法。

(1) 主穴：百会、印堂、人中、内关、神门、三阴交、中脘、间使、太冲。

(2) 加减法：抽搐重者酌加风池、风府、合谷、太冲、阳陵泉；痰湿盛者加天突、丰隆，灸百会、气海、足三里。

(3) 还可根据脑电图定位，额区取本神透阳白，顶区取承光透通天，颞区取率谷向前刺 1.5 寸，枕区取玉枕向下刺 1.5 寸。

2. 头针治疗与埋线治疗 电头针取癫痫穴，埋线可选用心俞、脾俞、肾俞、内关、丰隆，每日 1 次。

3. 穴位注射疗法 用维生素混合液（维生素 B₁100 毫克、维生素 B₁₂0.1 毫克、维生素 B₆50 毫克）、烟酰胺 200 毫克、盐酸普鲁卡因 80 毫克、 γ -氨基酪酸交替注射足三里，每日 1~2 次。

4. 涌吐风痰法 适用于癫痫频作而体质壮实者，并且在发病时有大量痰涎从口中溢出属痰浊壅塞胸中而上逆者，选三圣散（其组成防风、瓜蒂各 6 克、藜芦 3 克各为粗末混匀）。将 15 克药末置于杯中，加温水 250 毫升，搅拌成混悬液，先服半量，停片刻，待有恶心感后，用筷子探吐，吐出食物、痰涎后，再服剩下半量，令再吐之，以吐出大量的痰涎为好。

五、诊断与治疗进展

(一) 诊断进展 癫痫的诊断根据临床表现及实验室检查并不难，重要的是能尽早查出其发作的原因及时治疗。以往文献中运用活血化瘀法治疗癫痫者较少见，且主要用于颅

骨骨折或脑挫伤引起的继发性癫痫。根据“久病多瘀”学说，目前认为癫痫的发病不能只从风、痰、火、惊去考虑，应注意到病理机转——瘀血。从而在运用传统的治疗原则时同时应配合“活血化瘀”的治法。其活血化瘀药可以改善脑血液循环，促进瘀症消失，粘连缓解，使皮层运动区停滞性病理性兴奋灶逐渐消失。

(二) 治疗进展 癫痫最重最危险的是癫痫持续状态(以下简称 SE)。近年来通过临床病理和动物实验资料显示，抽搐持续 60 分钟后，于海马、杏仁核小脑、丘脑和大脑皮质发生器质性损害。电子显微镜和光学显微镜揭示此种损害为三个连续的阶段：①星形细胞及其突起肿胀，粗糙内质网扩大而有微空泡形成。②缺血性神经元改变。③细胞溶解和消失。此外，SE 抽搐持续 60 分钟还可引起继发性代谢障碍、乳酸积聚、明显酸中毒、脑脊液压力增高，出现植物神经功能障碍，如高热、出汗过多、脱水、先高血压和高血糖而后低血压和低血糖，最终休克。肌肉持续过度收缩致肌溶解。重者可致心功能衰竭、呼吸功能衰竭和肾功能衰竭，死因多为高热、循环衰竭和下肾单位肾病。

SE 的治疗关键措施是控制发作，但多数药物均有呼吸抑制。故在用药前需保持气道通畅，必要时行气管插管，低流量供氧，并迅速建立静脉通道，监测血药浓度、血糖、肝肾功能、电解质和血气分析，做好心电和脑电监护。治疗 SE 选用药物为安定、苯妥因钠、巴比妥类、副醛、利多卡因、皮质激素、高渗脱水剂等。

六、护 理

- (一) 发作时要有人看护。
- (二) 要注意神志变化、持续时间和证候表现。
- (三) 保持呼吸道通畅，以免窒息。
- (四) 注意除去义齿，保护舌头。
- (五) 抽搐时切勿强压肢体，以免发生骨折。
- (六) 饮食宜清淡，多食青菜等，或用淮山药、薏苡仁、赤小豆、绿豆、小米煮粥。

(侯卫平 谭荣益 池逊)

主要参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 建国 40 年中医药科技成就. 中医古籍出版社, 1989, 8, 第 1 版
- [2] 邵考洪主编. 急救医学. 上海科学技术出版社出版, 1992 年 8 月, 第 1 版
- [3] 丁训杰主编. 急诊抢救手册. 金盾出版社, 1992 年 11 月, 第 1 版
- [4] 周列民. 癫痫持续状态研究进展. 国外医学内科分册, 1994, 21 (1): 480~483
- [5] 汤小京. 中西医结合治疗痫证 114 例临床疗效观察. 河南中医, 1989 (1): 23~25
- [6] 彭勃. 中西药治疗痫证 47 例疗效观察. 江西中医药, 1990, (2): 25~26
- [7] 申秀兰. 电头针为主治疗癫痫 385 例疗效观察. 贵阳中医学院学报, 1989 (3): 48

- [8] 黄文东. 实用中医内科学. 上海科学技术出版社, 1988年6月, 第1版
- [9] 史卓. 中医内科辨病治疗学. 科学技术出版社, 1995年8月, 第1版
- [10] 黄星垣. 中医内科急症证治. 上海科学技术出版社, 1994年8月, 第1版
- [11] 陈镜合, 等. 现代中医急诊内科学. 广东科技出版社, 1996年1月, 第1版

第八章 昏 迷

昏迷是一种常见内科急症，是清窍蒙蔽或神明失守所致，临床表现为神昏，不省人事为特征，可发生于外感高热症的严重阶段，亦可见于内伤杂病中的中风、厥脱、癫痫等病证。历代医籍中称为“神昏”、“昏蒙”、“昏厥”、“昏谵”等表现。相当于西医学的中枢神经系统和全身性疾病的严重感染，心、脑、肺、肾疾患、代谢性疾病以及药物和化学品中毒、物理、外伤等因素引起的昏迷。

一、病因病机

(一) 邪实标急，蒙蔽清窍 外感邪热或内伤所致阳亢风动、湿热困扰、痰火上窜、秽浊弥散、瘀热交阻等蒙蔽心脑，闭塞清窍，导致昏迷。

(二) 气血耗伤，阴阳不系 大汗、大出血、剧吐下利以及暑热、燥火、疫邪入里等气血亏耗，阴阳衰竭，清窍失常，致神明失守，昏不知人。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点 昏迷是各种原发病进入危重阶段的

重要标志，可表现为牙关紧闭，两手握固的闭证实证；或口开、汗出手撒、遗尿的脱证、虚证；或面赤气粗，痰声如锯的实热证；或面白息微，汗出如油的亡阳证。

2. 发病特点 病因复杂，发生速度快慢不一、病性可以是实证亦可以是虚证。

3. 辅助检查 除血液、小便、大便常规化验外，根据原发病选作血电解质、血糖、血尿素氮、血氨、二氧化碳结合力、血培养、肝功能、疟原虫检查、排泄物与呕吐物毒理学分析、脑脊液检查、头颅CT、MR等检查。

（二）证类诊断

1. 热陷心营

主证：高热神昏，烦躁谵语，甚则昏愆不语。

兼证：斑疹衄血，抽搐时作，角弓反张。

舌、脉象：舌质红绛，苔黄少津，脉滑数或细数。

2. 喘促痰蒙

主证：神志呆痴，时昏时醒。

兼证：咳逆喘促，痰涎壅盛，身热不扬。

舌、脉象：舌暗红，苔厚腻，脉濡数或滑数。

3. 腑实燥结

主证：神昏谵语，躁扰不宁。

兼证：日晡潮热，腹满便秘。

舌、脉象：舌红苔黄燥或起芒刺，脉实有力。

4. 瘀热交阻

主证：神昏狂躁，唇甲青紫。

兼证：壮热夜甚，少腹满痛。

舌、脉象：舌质深绛或紫暗，脉沉实。

5. 湿热上蒸

主证：神昏谵语，或昏迷不省人事，或昏而时醒。

兼证：黄疸日深，斑疹衄血，或腹胀如臌。

舌、脉象：舌绛，苔腻，脉弦数。

6. 中风阳闭

主证：突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固。

兼证：肢体偏瘫，鼾声时作。

舌、脉象：舌暗红，苔黄少津，脉弦滑而数。

7. 亡阴

主证：神志昏迷，汗出，喘渴烦躁。

兼证：面红身热，手足温。

舌、脉象：舌干红，脉虚数。

8. 亡阳

主证：神志昏迷，大汗淋漓，肢厥手撒。

兼证：倦卧息微，目合口开，二便自遗。

舌、脉象：舌淡暗或青紫，脉微欲绝。

(三) 分级

1. 浅度 病人随意运动丧失，对周围事物以及声光等刺激无反应，但对强烈的疼痛刺激尚有痛苦表情或肢体退缩等防御反应。吞咽、咳嗽、瞳孔对光、角膜反射仍存在，呼吸、脉搏、血压一般无明显改变，大小便失禁或潴留。

2. 中度 对周围事物及各种刺激均无反应，对于强烈刺激或可出现防御反射。角膜反射减弱，瞳孔对光反射迟钝，眼球无转动。呼吸、脉搏、血压已有改变，大小便潴留或失禁。

3. 深度 全身肌肉松弛，对各种刺激均无反应。吞咽、咳嗽、瞳孔对光、角膜及腱反射均消失，呼吸不规则，脉速，血压开始下降，大小便多失禁。

三、鉴别诊断

(一) 嗜睡为精神困顿，时时欲睡，呼之能醒。而昏迷是不省人事，呼之不应。嗜睡常是昏迷的先兆，可进一步发展为昏迷。

(二) 气厥 气厥多发生于青年女性，因突然精神刺激，气机逆乱、阴阳不相顺接，发病时酷似昏迷，但眼球可以上下左右自由转动，醒后如常人。

(三) 晕厥 晕厥有不省人事表现，但发病前诱因多有情绪紧张、过度疲劳、姿势改变、空腹、排尿等，且伴有头晕、耳鸣、恶心、胸闷，继而出现面色苍白、四肢厥冷、汗出等症状，移时苏醒。称为一过性晕厥。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 开窍醒神，分辨主次、虚实、寒热、闭脱，审证求因，急则治标。

(二) 分证论治

1. 热陷心营证

治法：清心开窍，泄热护阴。

方药：清营汤（《温病条辨》）加减：水牛角 60 克（先煎）、生地黄 15 克、玄参 15 克、竹叶 15 克、麦冬 15 克、

丹参 15 克、黄连 15 克、金银花 15 克、板蓝根 30 克。每日 1~2 剂水煎服。

若抽搐者加羚羊角 30 克（先煎）、钩藤 15 克；昏迷重者加服安宫牛黄丸或至宝丹。

针剂：醒脑静注射液 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250 毫升中静滴；或清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

2. 喘促痰蒙

治法：豁痰开窍。

方药：菖蒲郁金汤（《温病全书》）加减：石菖蒲 15 克、郁金 12 克、栀子 12 克、天竺黄 15 克、青礞石 8 克、竹叶 10 克、滑石 15 克。深度昏迷加服苏合香丸或玉枢丹。每日 1~2 剂水煎服。

针剂：醒脑静注射液 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖 250 毫升中静脉滴注；或鱼腥草注射液 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

3. 腑实燥结

治法：通下泄热。

方药：调胃承气汤（《伤寒论》）：大黄 15 克、芒硝 15 克、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。口渴引饮者加生石膏 60 克、知母 15 克。

针剂：清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注或双黄连粉针 3~3.6 克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

4. 瘀热交阻

治法：清热开窍，活血化瘀。

方药：犀角地黄汤加减（《备急千金要方》）：水牛角 60 克（先煎）、生地黄 30 克、赤芍 15 克、牡丹皮 12 克、琥珀 5 克（冲服）、桃仁 12 克。每日 1 剂水煎服。

心火炽盛者加黄连 10 克、栀子 12 克；吐衄血者加白茅根 15 克、侧柏叶 15 克、旱莲草 15 克。

针剂：复方丹参注射液 20 毫升或脉络宁注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

5. 湿热上蒸

治法：清热利湿，凉血开窍。

方药：黄连解毒汤（《外台秘要》）加减：黄连 10 克、黄柏 15 克、黄芩 15 克、栀子 15 克、败酱草 30 克、犀角 9 克（锉末冲服）或水牛角 60 克（先煎）、大黄 10 克、绵茵陈 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：清开灵注射液或双黄连粉针，用法同前。

6. 中风阳闭

治法：清肝熄风，化痰开窍。

方药：首先灌肠或鼻饲至宝丹，再以羚羊角汤（《医醇胜义》）内服：羚羊角 0.1~0.3 克（锉末冲服）、龟板 15 克（先煎）、生地黄 15 克、牡丹皮 12 克、白芍 15 克、夏枯草 15 克、石菖蒲 15 克、竹茹 15 克、石决明 30 克。每日 1 剂水煎服。

抽搐者加全蝎 6 克、僵蚕 6 克、蜈蚣 3 条。

针剂：醒脑静注射液或清开灵注射液、穿琥宁注射液 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

7. 亡阴

治法：救阴敛阳。

方药：加味生脉散（《内外伤辨惑论》）：太子参 30 克、麦冬 15 克、五味子 10 克、黄精 15 克、龙骨 30 克、牡蛎 30 克、女贞子 15 克、旱莲草 15 克。每日 2 剂水煎服。

针剂：参麦液 40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 2 次。

8. 亡阳

治法：回阳救逆。

方药：参附汤（《校注妇人良方》）：红参 15 克、熟附子 15 克。每日 2 剂水煎服。

针剂：参附芪注射液（广东省中医院制剂）5 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注；或参附注射液 40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

（三）应急与抢救

1. 吸氧（可参考本书“暴喘证”有关章节）
2. 吸痰
3. 静脉给药

（1）清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，适用于中风、热毒、肝、肺等多种昏迷实证。

（2）醒脑静注射液 20~40 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，适用于中风、热毒、肝、肺等多种昏迷实证。

（3）参麦注射液 20 毫升加入 25% 葡萄糖液 20~40 毫升中静脉推注，或 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，适用于气阴亏耗，衰竭致脱之

昏迷。

(4) 参附注射液或参附芪注射液 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，适用于阳气败脱、神昏厥逆之昏迷虚证、脱证。

4. 口服或鼻饲中成药

(1) 安宫牛黄丸：每次 1 丸，每日 1~3 次。清热豁痰开窍以治高热、中风神昏、痰盛之昏迷实证。

(2) 紫雪丹：每次 3~6 克，每日 3 次，适用于高热、神昏、抽搐之昏迷实证。

(3) 至宝丹：每次 1 粒，每日 2~3 次，化浊开窍以治昏迷之痰浊闭窍实证。

(4) 苏合香丸：每次 1 粒，每日 2~3 次，适用于寒闭或痰闭。

(5) 安脑丸：每次 1~2 丸，每日 2 次，适用于热盛神昏之实证。

(四) 综合疗法

1. 针灸救急 常用针刺人中、百会、涌泉、足三里等穴位，可用强刺激、强捻转、泻法手法，如脱证亡阳可用灸法、补法。

2. 针对病因治疗 分辨感染性疾病、脑血管意外、肺性脑病、肝性脑病、尿毒症昏迷的不同表现，采用相应西医治疗。

3. 外治法 取通天散少许，以苇茎或纸筒吹鼻取嚏。

4. 补液 昏迷患者成人每日约需 1500~2000 毫升液体，其中生理盐水 500 毫升，其余为 5%~10% 葡萄糖液，注意纠正酸碱平衡、电解质紊乱。

5. 镇静剂 烦躁不安或抽搐时，给苯巴比妥 0.1~0.2 克肌肉注射（肺性脑病、肝性脑病时慎用），可用 10% 水合氯醛 10~15 毫升保留灌肠。

6. 呼吸兴奋剂 有呼吸、循环衰竭时，视病情用可拉明或洛贝林肌注或静脉滴注。

7. 抗生素应用 昏迷病人预防继发性感染，可采用相应抗生素治疗。

8. 脱水剂 颅内高压时，用 20% 甘露醇 60 毫升静脉推注，每 6 小时 1 次。

9. 抗休克 出现休克时，按厥脱证治疗。

五、诊断与治疗进展

许多疾病均可导致昏迷，故对昏迷的诊断与治疗进展，可参考本书其他章节。

六、护 理

（一）保持室内安静清洁，空气流通。

（二）除去义齿，防止坠床，预防外伤及褥疮，加床栏保护；对长期昏迷病人，尽早进行按摩和肢体活动，以防关节强直和肢体挛缩。

（三）注意眼、鼻、口腔清洁，呼吸道通畅。

（四）细致观察病情变化，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔等改变。

（五）熟练掌握吸痰、氧疗、人工呼吸、中药鼻饲等急

救技术。

(邹旭 老昌辉 钟世杰)

主要参考文献

- [1] 中医急症研究. 上海中医学院出版社, 1989, 5, 第1版
- [2] 国家中医药管理局. 中医内科急症诊疗规范, 1994
- [3] 方药中, 等. 实用中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985, 6, 第1版
- [4] 张笑平. 中医急症救治. 湖南科学技术出版社, 1991, 7, 第1版

第九章 眩 晕 急 症

眩晕是目眩与头晕的总称。目眩即眼花或眼前发黑，视物模糊；头晕即感沉自身或外界景物旋转，站立不稳。临床上二者常同时并见，故合称为眩晕。眩晕病顺病机复杂，六淫外感、七情内伤均可引起眩晕。临床上可见头晕目眩，视物旋转甚或仆倒。常伴恶心呕吐、眼球震颤、耳鸣耳聋、汗出、面色苍白等。多见于西医学的内耳性眩晕、颈椎病、椎-基底动脉系统血管病、高血压、脑动脉硬化、贫血及颅内感染性、占位性疾病等。

一、病 因 病 机

(一) 内伤七情 诸如暴怒、惊恐、悲伤、忧虑等所致脏气不平，郁而生涎，结而为饮，随气上逆上扰清窍引起眩晕。

(二) 饮食所伤 过饱、饥饿、酗酒、过食寒凉而损伤中气，致使脾胃运失常，或聚水生痰上蒙清窍，或因气血生化乏源，清窍失养而致眩晕。

(三) 失血 由于外伤、吐衄、崩漏、便血等出血过多，引起气血两虚，致清阳不展脑失所养而产生眩晕。

(四) 劳倦过度 劳倦过度或淫欲过度、房室不节所致肾精亏虚、精气不足、气血亏虚、髓海不足，脑失所养而导

致眩晕。

除上述原因外，外感六淫病邪，汗、吐、下太过及病后调养失当等，亦可导致眩晕。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 通常神志清楚，可见双目紧闭，活动时不能自持。动则眩晕加剧。可伴恶心呕吐、面色苍白、汗出，或伴耳鸣耳聋。发作剧烈者可有短暂的意识丧失。

(2) 脉多细数无力。部分病例可见眼球震颤。

(3) 依其原发病不同，可有原发疾病的各种特征性表现。

2. 发病特点 多因七情失调或劳倦过度后诱发。发病大多急骤，轻者闭目休息可缓解，重者如坐舟车、旋转不定，甚则昏仆，常持续数日以上，可反复发作。

3. 辅助检查 根据不同的病因可参考必要的辅助检查结果，如血常规、心电图、脑电图、脑血流图检查、听觉测定、前庭功能检查、内听道、颈椎 X 线片、CT、MR 等。

凡具备临床表现 1.，参考 2.、3. 项即可诊断。

(二) 证类诊断

1. 肝阳上亢

主证：眩晕耳鸣，头痛且胀，遇烦加重。

兼证：烦躁易怒，面色潮红，少寐多梦，口苦。

舌、脉象：舌质红，苔黄，脉弦数或细数。

2. 气血亏虚

主证：眩晕气短，动则加剧，面色晄白。

兼证：心悸神疲，少食懒言，饮食减少。

舌、脉象：舌质淡，脉细弱。

3. 肾精不足

主证：眩晕耳鸣，腰膝酸软，偏阳虚者四肢不温，夜尿多；偏阴虚者五心烦热，咽干。

兼证：精神萎靡，健忘多梦，耳聋。

舌、脉象：偏阳虚者舌质淡胖；偏阴虚者舌质红，脉细数。

4. 痰浊中阻

主证：眩晕，头重，胸闷恶心。

兼证：体胖，四肢固重，食少多寐。

舌、脉象：舌质淡，苔白腻，脉濡缓。

上述证类以主证与舌、脉象为主要依据。上述四型为本证重点，而正虚是本证的关键。各证型间可相互影响和转化，甚至形成虚中挟实、寒热错杂的病理。另外，外感六淫所致眩晕，虽本篇未纳入讨论，但仍须在辨治中予以注意。

(三) 分期分级

1. 分期 眩晕证病因病机复杂，涉及现代医学多种疾病。故除按发作期及缓解期简略分期外，主要参照其原发病的分型分期。

2. 分级

(1) I级：头晕但尚能活动及自持。

(2) Ⅱ级：须闭目静卧，头动则引起自身及环境的运动感。

(3) Ⅲ级：虽闭目静卧，亦有剧烈运动感，并伴植物神经功能症状。

三、鉴别诊断

(一) 厥证 厥证以突然昏倒，不省人事，面色苍白，四肢厥冷，移时逐渐清醒为主证的一种病症。眩晕发作严重者，其欲仆或晕旋倒地的现象与厥证相似，但一般无昏迷，不省人事的表现。

(二) 中风 中风起病急骤，突然口眼喎斜，语言不利，半身不遂，甚至不省人事。眩晕严重者可昏仆，但无口眼喎斜，偏瘫失语和不省人事，不难鉴别。

(三) 痫证 特征为发作时突然仆倒，昏不知人，口吐涎沫，双目上视，四肢抽搐，口中发出如猪羊叫声，醒后一如常人。而严重眩晕虽有昏仆，但无上述痫证的特征表现。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 本证临床表现较为复杂，因其以阴虚阳亢、气血亏虚者为多，故应注意滋阴潜阳、益气生血、调补脾胃、滋补肾阴。而实证以痰火常见，则应注意燥湿祛痰、清肝降火。

(二) 分证论治

1. 肝阳上亢证

治法：平肝潜阳，滋养肝肾。

方药：天麻钩藤饮（《杂病证治新义》）：天麻 15 克、钩藤 12 克、生石决明 20 克（先煎）、栀子 12 克、黄芩 12 克、牛膝 15 克、杜仲 15 克、夜交藤 15 克、茯神 15 克、桑寄生 15 克、白芍 12 克、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

若眩晕、头痛较甚，伴耳鸣耳聋，目赤口苦，舌红苔黄燥，脉弦数，可选加龙胆草 9 克、牡丹皮 9 克、菊花 15 克、夏枯草 15 克，去杜仲、桑寄生。

若阴虚较甚，症见舌红少苔，脉弦细数较明显者，可选加生地黄 12 克、女贞子 12 克。

若眩晕剧烈，泛泛欲吐，手足震颤，可加龟板 18 克、牡蛎 18 克。

针剂：醒脑静注射液或清开灵注射液 20～40 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 气血亏虚

治法：补养气血，健运脾胃。

方药：归脾汤（《济生方》）：白术 15 克、茯神 15 克、黄芪 15 克、酸枣仁 10 克、党参 15 克、远志 6 克、甘草 6 克、大枣 15 克、淮山药 15 克、木香 6 克（后下）。每日 1 剂水煎服。

若心悸较甚，加生龙骨 12 克（先煎）、生牡蛎 12 克（先煎）、珍珠母 12 克（先煎）。若失眠较甚，加夜交藤 15 克、合欢皮 15 克。若偏血虚甚，加阿胶 9 克（烊化冲）、何首乌 9 克。

针剂：参麦注射液 20～60 毫升加入 10% 葡萄糖液中静

脉滴注，每日1次。或生脉注射液20~40毫升静脉滴注，用法同上。

3. 肾精不足

治法：补肾填精。偏阴虚者兼滋阴，偏阳虚者兼温阳。

方药：河车大造丸（《医方集解》）加减：党参15克、茯苓15克、熟地黄15克、天门冬15克、紫河车20克、龟板20克、杜仲15克、牛膝15克、黄柏12克、山萸肉12克、菟丝子12克。每日1剂水煎服。

若失眠多梦健忘明显，可于左归丸加阿胶9克（烊化）、酸枣仁20克、柏子仁12克。若五心烦热、舌质红、脉弦细数者用左归丸加炙鳖甲20克、知母12克、黄柏12克、丹皮9克。若兼见短气喘逆、咳逆汗出等，用右归丸加人参6克、胡桃仁15克、蛤蚧6克。若兼见大便溏泄、腹胀少食等，用右归丸加白术12克、茯苓12克。

4. 痰浊中阻

治法：燥湿祛痰，健脾和胃。

方药：半夏白术天麻汤（《医学心悟》）：制半夏12克、白术15克、天麻12克、茯苓15克、陈皮6克、甘草6克。每日1剂水煎服。

若眩晕较甚、呕吐频作者，可加代赭石15克、竹茹6克、旋覆花9克（包）。若头目胀痛、心烦口苦、舌苔黄腻，可加黄连6克、竹茹6克。

针剂：川芎嗪注射液80~120毫克加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，每日1~2次。

（三）应急与抢救

1. 输液

(1) 活血化瘀：用复方丹参注射液 16~20 毫升加入 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次；或用川芎嗪注射液 160 毫克加入 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次，直至症状缓解。

(2) 平肝熄风：可用可麻素按每千克体重 0.1 克加入 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 吸氧 可给予低中流量鼻导管吸氧，有条件亦可给予高压氧仓治疗。

(四) 综合治疗

1. 针灸治疗 针刺百会、风池、足三里、印堂。气血亏虚者加脾俞、膈俞；肾精不足加肾俞、太溪；肝阳上亢者加肝俞、行间；痰浊中阻加丰隆、中脘、阴陵泉；虚证加灸百会。

(1) 耳针：选耳穴眩晕点、肾区、脑干、神门、枕小神经为主，以五分毫针直刺，留 2~8 小时，3 天后改用耳穴贴压。

(2) 穴位注射：取风池穴（双），用 5 号皮试针刺入皮下 0.5~0.8 寸，得气后回抽无血，每穴注射复方丹参注射液 1 毫升，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。或用柴胡注射液取双足三里穴，每穴注 1 毫升。

2. 按摩 对颈椎病所致眩晕施以穴位按摩及手法复位，有一定疗效。

3. 病因治疗 眩晕病因复杂，涉及多种疾病，应追问病史，选择适当辅助检查，及时找出病因，对因治疗。例如调整血压、纠正贫血、镇静、抗晕动、脱水、抗感染等，必要时施以手术治疗。

4. 眩晕多有内耳微动脉供血不足、微循环障碍以及内耳淋巴液压力升高，故可在中药活血化瘀的基础上，给予血管扩张剂、钙离子拮抗剂和脱水剂。可选用低分子右旋糖酐 500 毫升静脉滴注，每日 1 次；5%~7% 碳酸氢钠 100 毫升静脉滴注，每日 1 次；西比林（氟桂嗪）10 毫克口服，每日 1 次；20% 甘露醇 250 毫升静脉滴注，每 8 小时 1 次；或 50% 葡萄糖液 60~100 毫升中静脉推注，每 6 小时 1 次。

5. 眩晕多有前庭功能亢进，并可伴有植物神经系症状，故可选用前庭神经抑制剂如眩晕停 25 毫克口服，每日 3 次；安定 2.5 毫克口服，每日 3 次；异丙嗪 12.5 毫克口服，每日 3 次。可选用抗胆碱能药物如山莨菪碱 10~20 毫克加入 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注或加入 50% 葡萄糖液 40 毫升静脉推注，每日 1 次。可选用 α 受体拮抗剂纳洛酮 0.4 毫克肌注，每日 1 次。

6. 对症支持治疗 可给予能量合剂静脉滴注，每日 1 次。恶心呕吐明显者，可加用止吐药如灭吐灵 10 毫克肌注，每日 1~3 次。

五、诊断与治疗进展

1. 诊断进展

(1) 病因：眩晕的病因十分复杂，涉及现代医学各科数十种疾病。近期有研究者对一组过去诊断为“美尼尔氏病”的患者进行复查，发现其中大部分存在各种器质性病变。慢性眩晕的常见原因主要有以下几种：

1) 先天性疾病：如锁骨下动脉畸形、遗传共济失调综

合征等。

2) 创伤性疾病：脑震荡、颞骨骨折及气压损伤等。

3) 感染性疾病：前庭神经元炎、细菌性或病毒性迷路炎及其它颅内感染。

4) 心脑血管疾病：椎基动脉供血不足、高血压、低血压、脑干及小脑出血或梗塞、阵发性心动过速及房室传导阻滞等。

5) 急慢性中毒：酒精、水杨酸、铅汞、氨基甙类抗生素等中毒。

6) 代谢性疾病：如糖尿病、硫胺素缺乏症等。

7) 肿瘤：如听神经瘤、小脑桥脑角部位的肿瘤等。

8) 眼及视动系统疾病：如眼肌麻痹、屈光不正等。

9) 其它不明原因的眩晕：如美尼尔氏病、良性阵发性位置性眩晕等。

(2) 机理：近年的研究表明，前庭迷路对缺血的选择性高敏感及其暂时性缺血是引起眩晕的重要机制。另外，颈交感神经受到刺激而使基底动脉、颈内动脉、内听动脉血管痉挛及血流量减少，较之由于颈椎或软组织病变引起颈椎节段性不稳而致椎动脉受到机械性压迫在眩晕的发生中更为重要。近期有人用经颅多普勒 (TCD) 对眩晕患者进行检测分析，发现 TCD 异常占 82.8%。其中颅内动脉痉挛占 33.96%，颅内动脉扩张占 39.63%，颅内动脉硬化占 16.98%，颅内动脉痉挛并扩张占 9.43%，提示了颅内动脉的血流动力学的异常改变是眩晕的主要病因。

(3) 实验诊断：随着实验诊断设备的进步和发展以及对眩晕的病因和发生机制在认识上的不断深化，现在已具备了

较为系统和完善的实验诊断手段，主要有以下几种：

1) 系统前庭功能检查：采用高精度眼震电图检查，包括①自发性眼震和位置性眼震，可分为是眼性、末梢性或中枢性眼震。②前庭诱发眼震，多采用旋转试验和冷热试验。当出现节律不齐、周期性抑制或错向、错性眼震时提示中枢性病变。③固视抑制试验，固视抑制减弱提示中枢病变。④视动中枢试验，可检查脑干中的动眼核和前庭核的功能，明确是否存在大脑额叶、枕叶及脑干、小脑的病变。

2) 听觉检查：可区分耳蜗、蜗后病变。采用脑干听觉诱发电位 (BAEP)，可测知病变位于前庭周围部分或是病变在脑干。

3) 影像学检查：①X线电子计算机断层扫描 (CT)、核磁共振成像 (MR) 可对颅内外的病变进行定位性诊断，特别是能早期发现颅内占位性、感染性和血管性病变。②单光子发射型计算机断层扫描 (SPECT) 能测知颅内动脉支配区脑组织的血流灌注情况，特别是能发现那些尚未产生临床症状的枕叶、颞枕区、基底节、小脑的轻微的缺血性病变。③经颅多普勒 (TCD) 能测知各支颅内动脉的血流动力学状态，并间接推测其狭窄的部位。④颈椎及内听道 X 摄片可确定是否存在颈椎或内听道的病变。

4) 其它检查：测血压、心电图可确定是否因高血压等心血管疾病引起眩晕。测血色素、红细胞计数可知是否因贫血引起眩晕。测血糖及其它生化指标可诊断是否存在糖尿病等代谢性疾病。另外，测脑电图、脑血流图可提示椎基底动脉系供血不足。

2. 治疗进展 近年来对于眩晕病理生理机制的深入研

究发现，眩晕是前庭感受器、前庭神经及相应中枢功能紊乱的结果。除一小部分中枢性眩晕是源于脑干、大脑、小脑的病变之外，绝大部分眩晕源于内耳平衡器官或前庭神经，属外周性眩晕。而无论眩晕的病因如何复杂，除颅内占位、感染等引起的中枢病变之外，大多数与前庭迷路的暂时性缺血、前庭迷路对缺血的选择性敏感以及颈交感神经机能亢进、椎动脉受到机械性压迫刺激有关，故在治疗方面除针对原发病进行病因治疗之外，主要着重在以下几个方面。

(1) 前庭神经抑制剂：可选用眩晕停、晕复静、安定等。

(2) 脱水剂：研究发现眩晕有内耳淋巴液生成增加，当使用脱水剂使内耳淋巴液相对减少，能有效地缓解眩晕症状，因而主张适量使用脱水剂。

(3) 抗胆碱能药物。

(4) 血管扩张剂。

(5) 活血化瘀及平肝熄风中药。

(6) 钙离子拮抗剂。

(7) 其它药物治疗：如谷维素、维生素 B₁、B₁₂可调节神经、消除紧张不安等精神症状。

(8) 氧疗。

(9) 手术治疗：对于药物不能奏效的患者，特别是症状严重甚至丧失工作能力者，可采用手术治疗。可根据病因诊断选择内淋巴囊减压术、颈交感神经切断术、迷路破坏术，以上手术不能缓解可行前庭神经切断术。颈源性眩晕可行颈椎手术，颅内占位性病变亦可行手术治疗。

六、护 理

(一) 保持病室安静舒适, 光线柔和稍暗, 避免强光噪声刺激。

(二) 眩晕发作较重者应卧床安静休息, 避免眩晕仆倒。缓解后可适当活动, 但应注意改变体位时动作应缓慢, 避免转头弯腰等动作诱发眩晕。

(三) 注意情志调护, 做好思想疏导, 避免精神刺激。

(四) 中药汤剂宜少量频服、温服, 避免引起呕吐, 必要时加用刺或按压内关等穴位止呕防吐。

(五) 指导食物宜忌。忌食辛辣、肥腻、生冷、烟酒, 宜低盐, 多吃蔬菜水果。呕吐严重者, 给予流质或半流质食物, 必要时改为静脉补液。

(六) 通过四诊对生命体征仔细观察, 及时提出中医护理问题。如发现头痛剧烈、口眼喎斜、言语不利、肢体麻木等症状, 应立即报告医师, 配合抢救。

(老昌辉 陈维强 池逊)

主要参考文献

- [1] 王福根, 等. 眩晕病因学进展. 解放军医学杂志, 1992, 17 (6): 485
- [2] 张素珍, 等. 眩晕症病理生理及临床. 中华耳鼻喉科杂志, 1993, 28 (3): 179
- [3] 刘江, 等. 中老年发作性眩晕的临床及 BAEP、ECD、SPECT 的研究. 中国神经精神疾病杂志, 1993, 19 (3): 153

- [4] 尹新华. 经颅多普勒超声对眩晕证的检测分析. 中国中医药学会第三次眩晕学术研讨会论文集, 1995, 8
- [5] 孙爱华. 眩晕及其药物治疗. 中国中医药学会第三次眩晕学术研讨会论文集, 1995, 6
- [6] 李冰琴. 眩晕证的护理问题及辨证施护. 中国中医药学会第三次眩晕学术研讨会论文集, 1995, 8

第十章 痹病急症

痹病是指人体正气虚弱，感受风、寒、湿、热诸邪，合而为病；或内生痰、浊、瘀血、毒热，正邪相搏，使经络、肌肤、血脉、筋骨，甚则脏腑的气血痹阻，失于濡养，而出现肢体疼痛、关节肿胀酸楚、麻木重着、变形僵直及活动受限等，甚至累及脏腑的一类病证。而痹病急重症则以肢体关节、肌肉发生急性剧烈疼痛，或病及脏腑，病情重笃，证候多端为主要临床特征。属痹病中痛痹、热痹、历节病及诸脏腑痹等。涉及西医学所有引起关节、肌肉疼痛或僵硬的疾病，包括自身免疫、结缔组织疾病以及诸多感染、代谢和内分泌疾病。

一、病因病机

(一) 正气虚衰 营卫不和，气血不足或肝脾肾三脏亏虚，致肌体护卫肌表、抵御外邪的能力下降，或筋骨、肌肉、关节无所主而失其所养，皆可使邪气乘虚入侵，闭阻气血而成本病。此为痹病发生之内在病理基础。

(二) 六淫杂感 风、寒、湿、热诸邪侵袭是其发生之外因，常为诸邪“杂至”或“合而为病”。每多先形成肢体痹，日久则内舍脏腑而成脏腑痹。

(三) 痰瘀互结 邪郁日久，凝塞为痰，或湿聚为痰，

或热灼津液成痰；且“病久入络”，瘀血内生。痰瘀既成，又阻滞经络，壅遏邪气，经络气血闭阻不通尤甚。因此，痰瘀既是本病过程中所形成的病理产物，又是导致其进一步加剧的主要因素。

由上可知，正虚、外邪、痰瘀是该病的三大致病因素，三者密切相关，其病位初在肢体、皮肉、经络，久则深入筋骨，甚则客舍脏腑；初起以邪实为主，久则正虚邪恋，虚实兼挟，寒热错杂。

二、诊断要点

（一）病名诊断

1. 临床表现特点

（1）肢体关节肌肉疼痛剧烈，可延及一个或多个关节，常伴周围组织的肿胀及活动受限。

（2）属脏腑痹者，其共同表现多见：形体消瘦（或虚胖）、精神萎靡、关节酸痛、肢体乏力、食少纳呆、健忘脱发。或皮肤红斑，或月经不调，或发热多汗，或低烧潮热。可因所病脏腑不同，而症状各异。

2. 发病特点

（1）以关节肌肉疼痛剧烈为主者，多为骤发或见于慢性过程急性发作。

（2）属脏腑痹者，缠绵难愈，病势重笃，证候多端，变化迅速。有一脏发病，也有几脏同病。

3. 辅助检查 本病多见于西医学全身性结缔组织病（SCTD）过程中，因此常伴有SCTD所具有的类同的实验室

检查的异常。临床需结合具体情况加以判断。

(1) B 淋巴细胞功能亢进，而致多样性免疫球蛋白增高、高丙种球蛋白血症、白蛋白/球蛋白比值降低乃至倒置，并由此形成絮状试验浊度试验的异常。

(2) 形成多价高滴度自身抗体，如类风湿因子 (RF)、抗核抗体 (ANA)、抗 DNA 抗体、抗 RNA 抗体阳性，梅毒血清试验常呈假阳性，冷球蛋白也常见阳性，并可能出现抗人球蛋白试验阳性的溶血性贫血，以及白细胞、血小板、淋巴细胞降低。

(3) 血清中有高滴度循环免疫复合物，吸附了补体的免疫复合体在组织中沉着 (如狼疮带试验阳性等)。

(4) 消耗性低补体血症。

(5) T 淋巴细胞功能紊乱，主要表现为辅助性 T 淋巴细胞 (TH 细胞) 及抑制性 T 淋巴细胞 (TS 细胞) 的比值改变 (TH/TS 比值)。

此外，还可进行关节滑液、关节镜、X 线等检查。

凡具备以上临床表现及发病特点，结合必要的辅助检查结果即可作出诊断。

(二) 证类诊断

1. 寒盛痹痛

主证：肢体关节肌肉剧烈疼痛，得热痛减，屈伸不利。

兼证：疼痛日轻夜重，或痛处不红，四肢不温，或面色无华。

舌、脉象：舌淡苔白，脉弦紧。

2. 热毒痹阻

主证：关节赤肿灼热，疼痛剧烈，触之发热，得凉则

舒，或壮热烦渴。

兼证：关节肿胀，皮下结节或斑疹，其色红紫，面赤咽痛，溲赤便秘，甚则发热神昏谵语。

舌、脉象：舌红或红绛，苔黄或黄腻，脉滑数或弦数。

3. 白虎历节

主证：关节痛剧，遍历诸节，痛如虎啮，游走不定。

兼证：昼轻夜重，活动受限，手指弯曲，甚则关节肿大变形，或发热。

舌、脉象：舌淡或红，苔白或滑或腻，脉弦紧或沉细。

4. 肺卫痹阻

主证：肌肤麻木痒痛，咳嗽喘满；或皮肤发硬，咳唾引痛；或皮色暗黑，毛发脱落。

兼证：手足疼痛，气短，胸中闭塞，呕恶，不欲饮食。

舌、脉象：舌淡红或紫黯，脉浮缓或细涩。

5. 心脉痹阻

主证：肢体疼痛反复发作，心悸，胸闷胸痛。

兼证：面色灰黯，爪甲唇口青紫。

舌、脉象：舌紫暗，脉细涩，或促或结。

6. 脾虚肌痹

主证：肌肉关节酸楚疼痛，肌肤麻木不仁，脘腹胀满，食纳减少，大便溏薄。

兼证：面黄无华，肢倦懒言，面浮肢肿，或肌肉萎缩。

舌、脉象：舌淡苔腻，脉细或濡或浮缓。

7. 阴阳两虚

主证：骨节冷痛，手足心热，肌肤瘦削不仁，形寒肢冷；或关节僵硬冷痛，肿大变形，潮热盗汗。

兼证：腰膝酸软，头昏耳鸣，身体瘦羸，口干舌燥，食少，便溏，肢体困倦。

舌、脉象：舌嫩红少苔或齿痕，脉细无力。

上述证类以主证及舌、脉象为主要依据。

（三）分期分级

1. 早期 以肢体、关节、肌肉的疼痛为主，病势尚浅，为肢体痹。表现寒盛痹痛或热毒痹阻或白虎历节证，多见于急性发作期。

2. 中、晚期 出现脏腑损伤或痹病日久，延及脏腑，虽关节肌肉的疼痛程度不甚剧烈，但正虚邪陷，疾病深重，病势缠绵。表现为肺卫痹阻、心脉痹阻、脾虚肌痹或阴阳两虚证，多见于慢性迁延期。

三、鉴别诊断

痿、痹虽同属肢体疾患，但二者临床表现、病因病理都不同。痿证以手足软弱无力，患肢枯萎瘦削为特征，严重者手不能握物，足不能抵地，但肢体关节一般不痛，且多发于下肢。痹证则以四肢躯体关节肌肉疼痛为主，其发病不仅限于四肢。痹病日久，也可见肌肉痿软，但与痿证自有不同。

四、治疗方案

（一）治疗原则 无论何种痹病，不离正虚邪实两端，故其治当以“扶正祛邪”为原则。急性发作期，肢体关节肌肉疼痛剧烈，病邪鸱张，应“急则治标”；慢性迁延期以正

虚为主，则宜“缓则治本”；再者，经络闭阻，‘气血运行不畅，不通则痛，是其病机特点，故治疗不外“通则不痛”。

（二）分证论治

1. 寒盛痹痛

治法：温经散寒，除湿止痛。

方药：乌附麻辛桂姜汤（成都中医药大学戴云波方）加减：乌头9克（先煎）、制附子9克（先煎）、干姜12克、麻黄9克、细辛3克、桂枝12克、炙甘草6克。每日1剂水煎服。

也可用乌头汤（《本事方》）加减：乌头9克（先煎）、制附子9克（先煎）、肉桂3克（焯）、细辛3克、川椒6克、独活12克、秦艽12克、白芍12克、干姜6克、当归9克、茯苓12克、防风12克、甘草6克。

中成药：寒湿痹冲剂（辽宁本溪第三制药厂）1~2袋，每日2次，冲服。祛痹冲剂（辽宁本溪第三制药厂）1~2袋，每日2次，冲服。

针剂：若无明显表症者，可用参附注射液或参附芪注射液10~20毫升，加入5%葡萄糖液或生理盐水500毫升中静脉滴注，每日1次。

2. 热毒痹阻

治法：清热解毒，凉血通脉。

方药：犀角散（《千金要方》）加减：水牛角60克（先煎）、黄连12克、栀子12克、升麻12克、茵陈30克。每日1剂水煎服。

热毒伤津，加生地黄15克、石斛12克、玄参15克；挟湿邪，加萆薢12克、晚蚕砂20克、防己12克；神昏谵

语者，加石菖蒲 12 克、郁金 9 克。又可随证加忍冬藤 30 克、桑枝 30 克、赤芍 15 克。

中成药：湿热痹冲剂 1~2 袋，每日 2 次，冲服。

针剂：清开灵注射液 20~40 毫升或双黄连粉针 3~3.6 克加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

3. 白虎历节

治法：温经散寒，清热除湿。

方药：上中下通用痛风方（《丹溪心法》）：威灵仙 12 克、苍术 12 克、防己 12 克、天南星 9 克、黄柏 12 克、龙胆草 12 克、川芎 6 克、桃仁 12 克、红花 9 克、桂枝 12 克、白芷 9 克、羌活 9 克、神曲 9 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：寒热痹冲剂 1~2 袋，每日 2 次，冲服。

4. 肺卫痹阻

治法：补肺益气，调和营卫，活血通络。

方药：麻黄桂枝各半汤（《伤寒论》）加减：麻黄 6 克、杏仁 12 克、桂枝 9 克、白芍 12 克、甘草 6 克、生姜 9 克、大枣 5 枚。每日 1 剂水煎服。

肌肤痒痛或肢体疼痛宜加防风 12 克、羌活 9 克、独活 9 克；恶寒甚，脉细者，可与麻黄附子细辛汤（《伤寒论》）合用。

针剂：参麦注射液 20~40 毫升或参附芪注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 500 毫升中静脉滴注。复方丹参注射液 20~40 毫升静脉滴注，用法同前。可单独或交替使用。

5. 心脉痹阻

治法：活血通脉，化瘀蠲痹。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减：桃仁 12 克、红花 6 克、川芎 6 克、赤芍 15 克、牛膝 12 克、当归 12 克、生地黄 12 克、柴胡 12 克、枳壳 9 克、桔梗 6 克。每日 1 剂水煎服。

伴见热毒征象者加忍冬藤 30 克、连翘 12 克、蒲公英 15 克；兼气虚者，去柴胡、枳壳，加黄芪 30 克、党参 15 克、黄精 12 克；兼血虚者加熟地黄 12 克、枸杞子 12 克、制首乌 12 克；兼阴虚者，去柴胡、枳壳、川芎、桔梗，加麦冬 12 克、玉竹 12 克、女贞子 15 克、旱莲草 15 克；兼阳虚者，去柴胡、桔梗，加制附片 9 克（先煎）、桂枝 12 克；活动后心悸怔忡加剧者，加远志 12 克、酸枣仁 15 克、柏子仁 12 克；筋骨拘急疼痛者，去枳壳、柴胡、桔梗，加宽筋藤 30 克、海风藤 30 克。

中成药：复方丹参滴丸 10 粒口服，每日 3 次。云南白药 0.2～0.3 克口服，每日 2～3 次。田七片 3～5 片口服，每日 1～2 次。

针剂：复方丹参注射液 20～40 毫升稀释后静脉滴注，用法同前。若偏于阴虚有热者，予脉络宁注射液 10～20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250～500 毫升中静脉滴注。偏阳虚者予参附注射液或参附芪注射液；偏气阴两虚者，予参脉注射液，用法及剂量同上。

6. 脾虚肌痹

治法：补气健脾，祛湿蠲痹。

方药：加味黄芪五物汤（《医学衷中参西录》）加减：黄芪 30 克、白术 12 克、当归 9 克、桂枝 12 克、秦艽 12 克、

陈皮 6 克、白芍 12 克、生姜 6 克。每日 1 剂水煎服。

苔薄黄，脉稍数者，去当归，加知母 12 克；四肢不温，脉沉细者，加制附片 9 克；脉滑有痰者，去当归，加半夏 9 克、茯苓 12 克；肌肉关节沉重者，加党参 12 克、茯苓 12 克、薏苡仁 20 克；关节肿痛者加防己 12 克、薏苡仁 20 克、赤小豆 20 克、丝瓜络 15 克。

中成药：大活络丹（丸）3 克口服，每日 3 次。人参再造丸 1 丸口服，每日 2 次。独活寄生丸 1 丸口服，每日 2 次。参苓白术散 1~2 袋口服，每日 3 次。

针剂：参附芪注射液和复方丹参注射液稀释后交替静脉滴注，用法同前。

7. 阴阳两虚

治法：阴阳双补，强筋壮骨，通利关节。

方药：循络丸（《奇效良方》）加减：天麻 12 克、当归 9 克、龟板 15 克（先煎）、制附子 9 克（先煎）、杜仲 12 克、续断 12 克、肉苁蓉 9 克、牛膝 12 克、白附子 6 克、全蝎 6 克、乌梢蛇 6 克、胆南星 6 克、川乌 6 克（先煎）、威灵仙 9 克、乳香 6 克（研）、没药 6 克（研）、五灵脂 6 克、地龙 9 克。每日 1 剂水煎服。

阴虚偏甚而以口干舌燥、手足心热明显者，可去附子、川乌，加熟地黄 12 克、山茱萸 9 克、知母 9 克、黄柏 6 克；如阳虚偏甚而以膝冷背寒、腰膝酸软者，加淫羊藿 12 克、葫芦巴 6 克、巴戟天 9 克。

针剂：根据病情选用参附芪或参附注射液 10~20 毫升和参麦注射液 20~40 毫升稀释后静脉滴注，用法同前。

（三）应急与抢救 痹病急性发作期以肌肉关节疼痛为

主者，宜急止其痛，阻遏病情的进一步加剧，可采用针灸、内服汤药、外治及中成药等综合治疗（见本书“分证论治”及“综合治疗”节）。

若出现病邪入里、损及脏腑，出现高热、心悸、水肿、喘证、出血、厥脱、昏迷等危急重症，可参考本书有关章节进行救治。

（四）综合治疗

1. 针灸治疗 可根据疼痛部位不同选取下列穴位。

- （1）肩痛：肩井、肩髃、肩外俞。
- （2）肘臂痛：曲池、合谷、天井、外关、尺泽。
- （3）腕痛：阳池、外关、阳溪、腕骨。
- （4）背脊痛：水沟、身柱、腰阳关。
- （5）股痛：秩边、承扶、阳陵泉。
- （6）膝痛：犊鼻、梁丘、阳陵泉。
- （7）踝痛：申脉、照海、昆仑、丘墟。

若属白虎历节痹，选足三里、三阴交为主穴；属肺卫痹阻证，选膻俞、膻中、列缺、肺俞、尺泽为主穴；属心脉痹阻证，选内关、间使、少府、内关、郄门、曲泽为主穴；属脾虚肌痹证，选三阴交、阳陵泉、足三里为主穴；属阴阳两虚证，选大杼、肾俞、足三里、三阴交为主穴。

热毒痹阻证，发热或有热象，疼痛剧烈者可用泻法；寒盛痹痛证用温针；其余各证可酌情使用补法或补泻兼施，留针或不留针。

一般而言，热毒痹阻证或发热者宜针不宜灸，其余各证可根据情况艾条灸 15~20 分钟，选穴参考上述穴位或阿是穴，至皮肤红晕为度，每日 1~2 次。

2. 穴位注射

(1) 野木瓜注射液 0.5~1 毫升，适用于寒盛痹痛证。

(2) 复方当归注射液、复方丹参注射液、维生素 B₁、维生素 B₆、维生素 B₁₂ 注射液、威灵仙注射液、防风注射液、首乌注射液、参附注射液 0.5~1 毫升，适用于肺卫痹阻、心脉痹阻、脾虚肌痹和阴阳两虚证患者。

可根据病情选取以上穴位，每次 4~6 个穴位，隔日 1 次，10 日为 1 疗程。

3. 耳穴疗法

(1) 取肾、脾穴及相应压痛点，每次选 1~2 穴，埋针 3~5 天，适宜于热毒痹阻证。

(2) 心、神门、皮质下、脑区、交感，每日 2~3 次，留针 20 分钟，适宜于心脉痹阻证。

4. 推拿疗法 广泛应用于痹病临床，压力一般宜重而有力，使手法的力量深透到肌肉筋脉组织的深层。但虚证患者正气虚弱，应酌情减轻手法压力。根据患病部位循行的经脉，取穴以近取法和远取法配合应用为多。

(1) 颈部及上肢：取风池、风府、大椎、肩井、肩俞、肩髃、肩贞、臂间、曲池、手三里、阳池、尺泽、合谷等穴。

(2) 臀部及下肢：取居髎、环跳、承扶、伏兔、风市、梁丘、鹤顶、阳陵泉、阴陵泉、委中、足三里、承山、昆仑、解溪、丘墟、商丘等穴。

(3) 腰背部：取膀胱和督脉两经穴位为主。

手法可采用推、拿、滚、按、搓、摇、抖、捻等。

5. 拔火罐 选择病变关节附近穴位，先用梅花针叩刺

或深刺后，拔罐 5~10 分钟，2~3 日 1 次，5 次为 1 疗程。若局部瘀血未散者，不宜再拔。

6. 外治法

(1) 熏洗：

1) 川乌、草乌各 20 克、白芷 50 克、伸筋草 60 克、羌、独活各 50 克、透骨草 60 克、细辛 10 克、川芎 30 克、桂枝 30 克、威灵仙 60 克。水煎熏洗患处，每日 2~3 次，每次 15 分钟，5~10 日为 1 疗程。适用于寒盛痹痛证。

2) 桑叶、桂枝煎汤熏洗患处，早晚各 1 次。适用于肺卫痹阻证皮肤麻木不仁者。

(2) 熨药：

1) 坎离砂（市售成药）每次 1 袋，用醋 10~15 克迅速拌匀，装入布袋，用棉物盖好，待药物发热后，熨敷患处约 1 小时。适宜于寒盛痹痛、脾虚肌痹等寒象明显者。

2) 蚕砂、大枫子等分研末，加盐少许炒热，布包熨患处。肺卫痹阻、脾虚肌痹证肌肤麻木者尤宜，每日 2 次。

7. 敷贴

(1) 外用膏药：伤湿止痛膏、麝香风湿膏、天和骨通贴、跌打镇痛膏等可酌情选贴患处。

(2) 新鲜紫花地丁或新鲜蒲公英适量，捣敷患处；栀子末、飞罗面各等份，用醋或蛋清调如糊状，敷患处；或绿豆粉适量以蛋清调敷患处。适宜于热毒痹阻证。

五、诊断与治疗进展

(一) 系统性红斑狼疮 (SLE)

1. 病因病机 目前大多认为有：热毒蕴积致病论、风湿侵袭致病论、正气虚损致病论、外感内伤并病论、瘀血阻滞致病论等几个方面。不外正气内虚，禀赋不足，肝、肾、脾亏损，外邪乘机入侵所致。阴伤热积是其主要病机，瘀血为发病后的基本病理改变。

2. 治疗 因病因未明、病情复杂、牵涉脏腑众多，故辨证论治尚未统一。但总以益气养阴、培补肝肾为治则。多采取中西医结合综合治疗方法。综观诸多组方用药特点，常用的有益气药，如黄芪、党参、白术、甘草等，可提高机体非特异性免疫功能，促进淋巴细胞转移，增强单核、巨噬细胞系统功能，增强激素的调节作用。本病的皮疹、少尿、浮肿等，西医认为是免疫复合物在皮肤血管沉积所致，中医则认为是瘀血之故，常以活血化瘀药物，如鸡血藤、赤白芍、丹参、红花、泽兰、川芎、益母草等。本病常表现为肢体关节疼痛，故祛风化湿、除痹通络之品的合理运用，为治疗本病的重要环节。常用的有秦艽、威灵仙、徐长卿、海桐皮、防风、独活等。白花蛇舌草、丹皮、土茯苓、知母、金银花、连翘、玄参、青蒿、板蓝根、紫花地丁等清热解毒药物，可控制抗原抗体复合物的产生，同时可以防止病毒、病菌的感染，以减少诱发自身免疫病的因素，临床亦常用于本病的治疗。此外，藤类通络药，如天仙藤、首乌藤、鸡血藤、钩藤、忍冬藤等以及虫蛇类药物，如蜈蚣、全蝎、白花蛇、乌梢蛇等也有调和阴阳、扶正固本的功用。

(二) 类风湿性关节炎 (RA) RA 不同于一般的风寒湿痹，其邪多在骨骼经筋，和瘀血、痰湿胶结在一起，难以速去。其本多为肾虚，而肾主骨生髓，肾精足，骨骼得养，

肾阳不虚，温养筋骨，病邪不得深伏，感邪后才易除去。所以补肾填精温阳、搜风剔络散寒除湿为 RA 的基本治法。慢性缓解期以肾虚为主，当补肾填精，佐以祛邪；急性期多以热毒、湿热为主，当急治其标，以清热利湿解毒，缓解后再补肝肾、清余邪以固疗效；慢性缓解期急性发作，既有热毒湿热，又兼肝肾亏损，治疗宜祛邪扶正，攻补兼施。

RA 属顽症痼疾，临床以提高疗效为首务，诸多医家尚采用蜂针、药棒、针灸、穴位注射、药浴、膏贴等疗法综合治疗，以冀提高疗效。

(三) 痛风 大多医家认为本病与中医“热痹”有相似之处。认为其发生是平素喜食膏粱厚味、湿热内蕴，兼因外感风邪侵袭经络，气血不畅以致局部灼热疼痛、功能障碍，甚则气滞血瘀致关节畸形。

治疗上常中西结合，内服西药别嘌呤醇等以降低血尿酸水平，同时使用中药以清热利湿、祛风通络、活血止痛。

六、护 理

(一) 精神护理 因痹病是比较顽固的慢性疾病，患者的思想情绪也常随病情的转化而进展，为减轻病人精神负担，医护人员应针对各种具体情况给予耐心解释，激发患者积极的情绪，保持愉快心情，能正确对待疾病，自觉主动地配合治疗。

(二) 生活护理

1. 一般护理

(1) 病室宜通风、干燥，保持空气新鲜。切勿当风而

卧。

(2) 每日测体温 1 次，若有发热者，须每日 4 次，一般不宜冰敷降温。

(3) 四肢功能丧失、活动不便者，应经常更换体位，以防褥疮等其他并发症的发生。

2. 饮食护理 一般应给予高蛋白、高热量、易消化食物，少食辛辣刺激及生冷、油腻之物。对病情有利之食物，可嘱患者常服。如行痹可食豆豉、丝瓜、蚕蛹等；痛痹可常用茴香、桂皮、花椒等菜蔬及水果；着痹可常服薏苡仁、扁豆、赤小豆等。

3. 功能锻炼 痹病急性期，全身症状明显，关节严重肿痛，宜卧床休息。病情缓解，即可下床活动。如慢步行走、屈伸、旋转、抬举四肢等。肿痛消除后，重点在于恢复关节功能。可逐步行关节操、广播操、简易太极拳、练功十八法等。

(陈伟 池逊 侯卫平)

主要参考文献

- [1] 路志正，等. 痹病论治学. 1989 年 11 月，第 1 版
- [2] 蒋连泓. 痹病临床经纬. 1989 年 8 月，第 1 版
- [3] 李志铭. 痹证论. 1987 年 5 月，第 1 版
- [4] 史大卓，等. 中医内科辨病治疗学. 1985 年 8 月，第 1 版
- [5] 陈国伟. 现代急诊内科学. 广东科技出版社，1990 年 9 月，第 1 版

第十一章 乳蛾急症

乳蛾急症，是因邪客喉核，致核内血肉腐败，喉核红肿疼痛，表面或有黄白脓样分泌物为特征的喉部疾病。临床可见吞咽困难、发热、恶寒、咳嗽、咯痰等表现，可分风热乳蛾和虚火乳蛾，多见于西医学的急性扁桃体炎和慢性扁桃体炎急性发作。

一、病因病机

(一) 风热外侵、肺胃积热 咽喉为人体之门户，一旦感受外邪，易发乳蛾。《喉科种福》认为：“热甚则生乳蛾，肺受风热，凝结成蛾”。《疡医大全》谓：“乳蛾由肺经积热，受风凝结而成”。乳蛾绝大多数是因热而发。风热之邪侵犯咽喉，内伤于肺，肺胃宿有积热，热邪循经上行，搏结于咽喉而发病；邪毒内袭，阴津受灼，煎而成痰，痰火邪毒蕴结，乳蛾红肿。

(二) 肺肾阴虚 素体阴虚，复因过劳，阴津不足，不能上承而濡润咽喉。《咽喉脉证通论》云：“房事太过，肾水亏竭，致有此发。其状或左或右，或红或白，形如乳头，故名乳蛾。”肾阴暗耗，相火妄动，虚火上炎，结于咽喉而发病。此乃肺肾阴虚所致之乳蛾。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床特点 咽部疼痛，吞咽困难，咽部灼热感，检查可见乳蛾红肿，表面可有脓点，或见黄白色或灰白色豆腐渣样渗出物，融合后状如假膜，易拭去。并可伴有发热、恶寒、口干、口臭、舌质红、苔黄、脉浮数或滑数。

2. 发病特点 多发于春秋两季，起病急，传递快。风热乳蛾病程短，反复发作易转化为虚火乳蛾。虚火乳蛾病程长，易急性发作，难于痊愈。

3. 辅助检查 白细胞总数增加，中性白细胞中度增高。

(二) 证类诊断

1. 风热外侵

主证：咽部疼痛，乳蛾红肿。吞咽不便，吞咽或咳嗽时疼痛加剧，咽喉干燥灼热。

兼证：恶寒、发热、鼻塞、头痛、周身骨痛。

舌、脉象：舌淡红，苔薄白或微黄，脉浮数。

2. 肺胃积热

主证：咽部疼痛剧烈，可牵及耳根、颌下，吞咽困难，乳蛾红肿，咽部周围表面可见黄白色或白色豆腐渣样渗出物脓点。

兼证：口臭，口渴引饮，高热，便秘。

舌、脉象：舌红而赤，苔黄厚，脉洪大而数。

3. 肺肾阴虚

主证：咽干涩微痛，哽咽不利，晨起或夜间口干不欲多

饮。

兼证：头晕、耳鸣、午后潮热、虚烦失眠。

舌、脉象：舌红少苔，脉细数。

(三) 分期及分级

1. 分期

(1) 早期：风热外侵证。

(2) 中期：肺胃积热证。

(3) 后期：肺肾阴虚证。

2. 分级

(1) 轻度：①咽微痛，吞咽不适，乳蛾红肿。②发病初起，全身证候轻微。③实验室检查一般无异常。

(2) 中度：①咽部疼痛，吞咽困难，咽灼热感，乳蛾红肿，波及咽部周围。②全身证候显著。③辅助检查异常。

(3) 重度：①咽部疼痛剧烈，牵连耳根颌下，吞咽困难，欲饮即吐，乳蛾红肿甚，伴表面脓性分泌物。②全身症状显著。③辅助检查显著异常。

三、鉴别诊断

(一) 烂喉痧 感受风湿时毒，初起即见高热；咽喉肿痛腐烂，咽喉部有红色小痧点；遍身发疹，肌红奇痒。

(二) 咽白喉 发病急，全身状况差，面色苍白，神疲乏呈虚弱病容，伴发热、咽喉疼痛，继之出现白腐，可附在咽部的任何部位，不易拭去，勉强拭去后易出血，有流行病史。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 祛邪扶正，急则治标，以清实火或降虚火为先。常用疏风清热、消肿利咽；清热解毒、消肿利咽；滋阴降火、清利咽喉等治法。

(二) 分证治疗

1. 风热外侵

治法：疏风清热，消肿利咽。

方药：银翘散（《温病条辨》）加减：金银花 20 克、连翘 20 克、牛蒡子 15 克、桔梗 10 克、甘草 6 克、淡竹叶 12 克、薄荷 10 克（后下）。每日 1 剂水煎服。

恶风加防风 15 克、荆芥 15 克。肺热咳嗽口渴者，加黄芩 15 克、栀子 10 克。咽部肿痛剧烈者，加板蓝根 30 克、玄参 20 克、马勃 10 克。痰多者，加天竺黄 5 克、贝母 15 克。

针剂：穿琥宁注射液 20～40 毫升加入 5% 葡萄糖盐水 250～500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。双黄连粉针，每千克体重 60 毫克加入 5% 葡萄糖盐水 250～500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 肺胃积热

治法：泄热解毒，消肿利咽。

方药：清咽利膈汤（《喉症全科紫珍集》）或普济消毒饮（《医方集解》）加减：防风 15 克、荆芥 12 克、牛蒡子 15 克、金银花 20 克、连翘 20 克、玄参 20 克、栀子 10 克、黄连 10 克、黄芩 12 克、生大黄 15 克（后下）、玄明粉 5 克

(冲)。每日1剂水煎服。

热盛化脓者，加牡丹皮12克、赤芍15克、穿山甲10克。

针剂：穿琥宁注射液20~40毫升加入5%葡萄糖盐水250~500毫升中静脉滴注。清开灵注射液20~60毫升加入5%或10%葡萄糖液250~500毫升中静脉滴注，每日1次。鱼腥草注射液20~60毫升加入5%或10%葡萄糖液250~500毫升中静脉滴注，每日1次。

3. 肺肾阴虚

治法：滋阴降火，清利咽喉。

方药：知柏地黄汤（《医宗金鉴》）加减：熟地黄15克、山茱萸15克、淮山药15克、茯苓15克、泽泻15克、牡丹皮12克、知母12克、黄柏10克。每日1剂水煎服。

咽喉肿痛甚者，加玄参20克、桔梗10克。痰多、喉核肿大者，加僵蚕10克、贝母15克。日久不愈气虚者加太子参30克、麦冬15克。

针剂：鱼腥草注射液20~60毫升加入5%或10%葡萄糖液250~500毫升中静脉滴注，每日1次。养阴增液注射液500~1000毫升静脉滴注，每日1次。

（三）应急处理

1. 六神丸，每次10粒含服，每日3~4次。
2. 众生丸，每次5~6粒，每日3次。
3. 喉枣散，每次2支，每日3次。
4. 利喉乐片，每次4~6片含服，每日3次。
5. 喉可安，每次2~3颗含服，每日2~3次。
6. 瓜霜退热灵，每次4~6片，每日3次。

7. 清咽滴丸，每次 4~6 粒含服，每日 3 次。
8. 新癬片，每次 2~3 片，每日 3 次。
9. 双麻贝雾化剂，每次 10 毫升加入生理盐水中雾化吸入，每日 2 次。
10. 针刺 选合谷、内庭、曲池为主穴，少泽、鱼际为配穴，每次选 3~4 穴，强刺激泻法，每日 2 次。
11. 放血疗法 在耳轮 1、2、3 上用三棱针，针刺 1~2 分深，放血 1~2 滴；或用三棱针刺破耳壳背部找出明显之静脉，放血 2~5 滴；或针刺少商、商阳，放血 1~2 滴。

五、诊断与治疗进展

(一) 中医中药治疗进展 中医中药治疗乳蛾急症，目前有不少学者对传统的治疗有了进一步的发展，其中单方单药为主，应用于临床。如范氏等用生大黄治疗本病疗效显著。

(二) 三棱针治疗进展 山东省沂水中心医院针灸科刘树鸾等用三棱针刺血治疗急性扁桃体炎 1108 例，其中痊愈 938 例，占 84%，显效 170 例，占 16%。

(三) 穴位注射治疗进展 广东省军区珠海警备区门诊部杨汉明等取双侧手三里穴位注射，治疗 300 例急性扁桃体炎，取得满意疗效。

(四) 现代医学治疗进展 从现代医学角度来讲，免疫学认为扁桃体为中枢淋巴样器官，其解剖功能单位为隐窝-淋巴球系，是扁桃体抗体形成的中心。扁桃体淋巴滤泡和浆细胞是扁桃体免疫反应的重要结构，产生抗体的细胞中三分

之二是浆细胞。扁桃体细胞内含有 IgG、IgA、IgM，而含 IgG 的细胞比含 IgA 或 IgM 者多得多。扁桃体的 T 细胞、B 细胞和吞噬细胞三者共同完成免疫反应，即由吞噬细胞处理的抗原情报传递给 T 细胞和 B 细胞，接受抗原情报后，T 细胞和 B 细胞发生分裂增殖而引起幼稚化现象。于是 B 细胞成为抗体产生细胞，产生免疫球蛋白，参与体液性免疫，而 T 细胞成为效应淋巴球，参与细胞性免疫。扁桃体能在活体内外合成各种免疫球蛋白和特异性抗体，还具有捕获微生物抗原，产生信使 Ce 的作用，它们经过胸导管进入血液，给各淋巴器官传递免疫信息，以动员整个身体的抗御机制。总之，扁桃体有免疫功能对身体有益的方面有：①具有细胞性防御免疫作用。②促进免疫形成。③维持免疫功能，局部免疫力的降低是发生慢性扁桃体炎的原因之一。

六、护 理

(一) 保持患者室内空气流通，冷暖适中，但患者不可直接吹风。

(二) 注意咽喉部卫生，可常用含漱药含漱。

(三) 高热时多饮水，饮食宜选择易于消化清淡之食物，避免过食辛辣刺激、肥腻之品。

(陈维强 钟世杰 庾慧)

主要参考文献

- [1] 范积健，等. 生大黄治疗乳蛾 61 例临床分析. 上海中医药杂志, 1982, (10): 16

- [2] 聂景程. 银翘石膏知母汤治疗急性扁桃体炎 53 例. 新医学, 1981, 12 (7): 360
- [3] 姬云海. 复方大黄汤治疗急性扁桃体炎 50 例. 陕西中医, 1994, 15 (2): 62
- [4] 金涛, 等. 加味桃仁承气汤治疗急性化脓性扁桃体炎 64 例. 湖北中医杂志, 1992, 14 (6): 15
- [5] 程洁尘, 等. 加减银翘解毒汤合清开灵治疗急性扁桃体炎 60 例临床疗效观察. 甘肃中医, 1993, 6 (1): 15
- [6] 温启智. 临床扁桃体免疫学概述. 广西医学, 1984, 6 (3): 157
- [7] 黄选北, 等. 急性扁桃体炎的细菌学特征及复方克菌定的疗效观察. 临床耳鼻咽喉科杂志, 1991, 5 (4): 198

第十二章 哮 证

哮证是一种发作性的痰鸣气喘的疾患。以发作时喉中哮鸣有声、呼吸困难，甚则喘息不能平卧为临床特征。痰浊内伏是哮证的宿根，感受外邪、饮食不当及情志劳倦为诱因。多见于西医学中支气管哮喘、喘息性支气管炎等。

一、病因病机

哮证发生的基本病机为宿痰内伏于肺，复加外感、饮食、情志、劳倦等因素，以致痰阻气道，肺气上逆而成。

（一）宿痰内伏 痰既为体内的病理产物，也是哮证形成与发作的基本病因。痰的产生责之于肺不能布散津液，脾不能运化输布津液，肾阳不能蒸化水液，导致津液运化失常，凝聚成痰，伏藏于肺，成为哮证的宿根。

（二）新邪触发 外感风寒，或淋雨逢露，或气候突然变化，宿痰为外邪触发；或饮食不节，积食化热，火升气逆；或情志违和；或疲劳困乏以致痰动气阻，壅于肺系，使肺气既不得宣发于外，又不能肃降于下，上逆而为喘息迫促，哮鸣作声。

二、诊断要点

(一) 病名诊断 哮喘的诊断，主要依靠病史及临床表现。

1. 病史 哮喘大多起病于童稚之时，以后可因感冒、气候变化、疲劳、饮食不节、起居失宜等因素引动而发作，反复难愈。

2. 临床表现

(1) 发作期的临床特点：哮喘以呼吸迫促，喉间痰鸣有声以及咳嗽、咯痰、胸闷为特点。重度发作时可见张口抬肩、大汗出、心悸、面色紫暗。每次发作可持续数小时或数天不等。

(2) 缓解期的特点：有轻度的咳嗽、咯痰、呼吸紧迫感等表现，或者完全无症状。病程长，反复发作者，平时亦见有气促、哮喘有声等症。

(3) 其它：①哮喘的发作，常有明显的季节性，以秋冬多发；或有明显的食物、异常气味刺激诱发史。②哮喘一般与禀赋有关，常有家族史。

3. 辅助检查

(1) 气道反应性测定：His $PD_{20}FEV_1 < 7.8$ 微摩尔或 mch $PD_{20}FEV_1 < 12.8$ 微摩尔，提示气道反应性增高。PEFR $> 20\%$ 亦提示气道反应性增高。

(2) 支气管扩张试验：若受试者基础 $FEV_1 < 60\%$ 正常预计值，则应进行支气管扩张试验。受试者吸及 200~400 微克 B_2 激动剂后 20 分钟测 FEV_1 ，若增加 15% 以上，则为

支气管扩张试验阳性。

凡具备以上 1.、2.，参考 3. 中 (1) 或 (2)，即可诊断为哮喘证。

(二) 证类诊断

1. 发作期

(1) 寒哮：

主证：呼吸急迫，喉中哮鸣有声，胸闷满闷如塞。

兼证：咳不甚，痰少咯吐不爽，面色青晦，口不渴或渴喜热饮，天冷或受寒易发，形寒怕冷。

舌、脉象：舌苔白滑，脉弦紧或浮紧。

(2) 热哮：

主证：气粗息涌，喉中痰鸣如吼，胸高胁胀。

兼证：咳痰色黄或白，粘浊稠厚，难咯，面赤口苦，口渴喜饮，不恶寒。

舌、脉象：舌苔黄腻，质红，脉滑数或弦数。

(3) 阳气暴脱：

主证：哮喘发作过程中突然出现神疲气促，面色青紫，大汗淋漓，四肢厥冷。

兼证：倦怠乏力，少气懒言。

舌、脉象：舌质紫暗，苔白腻，脉微欲绝。

2. 缓解期

(1) 肺气虚：

主证：自汗、怕风，常易外感，每因天气变化而诱发，咳痰清稀色白。

兼证：面色㿔白，少气懒言。

舌、脉象：舌苔薄白，质淡，脉细弱或虚大。

(2) 脾气虚:

主证:平素食少纳呆,大便不实,或食油腻易于腹泻,往往饮食不当而诱发。

兼证:倦怠乏力,少气懒言,言语声低。

舌、脉象:舌苔薄腻或白滑,质淡,脉细软。

(3) 肾气虚:

主证:平素短气息促,动则尤甚,呼吸不利,心慌,脑转耳鸣,腰酸腿软,劳累后喘哮易发。

兼证:夜尿多,倦乏。

舌、脉象:舌淡胖,苔白,脉细弱无力。

缓解期各证类亦可互相兼挟,可出现肺脾两虚或肺肾两虚。

(三) 分期分级 哮喘分为发作期及缓解期。发作期是指有哮喘发作的典型症状、体征及阳性实验室检查结果。缓解期是指发作期后的间隔期,此期间病人无症状,体征及阳性实验室检查结果。

哮喘发作分轻、中、重三种。

1. 轻度

(1) 哮喘、咳嗽等症状间歇发作,每周2次以下,每次发作时间短暂,一般不超过1小时。

(2) 发作间歇无症状。

(3) 活动时伴有不超过1小时的轻微症状。

(4) 偶有夜间发作,每月小于2次。

(5) 肺通气功能(FEV_1),在间歇期可以正常, $>80\%$ 预计值。但证实有气道反应性存在。发作期肺通气功能指标变化在 20% 以下,予以支气管扩张剂后可以恢复正常。

2. 中度

(1) 喘息发作较频，每月发作2次以上，每次发作可持续数小时或数天，常需急诊治疗。

(2) 发作间歇期亦可有轻微的症状。

(3) 发作时经常影响正常的活动和睡眠。

(4) 发作间歇期的肺功能(FEV_1 或PEFR)是预计值的60%~80%，有症状时肺通气功能指标改变在20%~30%之间，经积极治疗肺通气功能仍可恢复正常。

3. 重度

(1) 哮喘持续存在并经常急性发作，需住院或急诊处理。

(2) 活动明显受限。

(3) 频繁发作的夜间或凌晨哮喘可明显影响睡眠。

(4) 近期可有危及生命的大发作或哮喘持续状态。

(5) 平时 FEV_1 或PEFR低于预计值的60%，发作时可低于预计值50%，经积极治疗后通气功能仍低于正常值。

三、鉴别诊断

哮证应与喘证相鉴别。喘证以气息喘急迫促为主要表现，常并发于多种急、慢性疾病过程中。而哮证是一个独立的疾病，除了气息喘促之外，以在发作时喉中哮鸣如水鸡声为其特点。“喘以气息言，哮以声响言”，二者借此为辨。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 以急则治标，缓则治本为原则。由于痰浊是本病之宿根，故发时以宣肺豁痰为重点，并根据证候寒热之属性，辨证论治。治本主要从肺、脾、肾着手，区别不同证候，予益肺、健脾、补肾。

(二) 分型论治

1. 寒哮

治法：宣肺散寒，豁痰平喘。

方药：射干麻黄汤（《金匱要略》）加减：射干 12 克、麻黄 12 克、干姜 6 克、细辛 1.5 克、紫菀 15 克、款冬花 15 克、半夏 12 克、五味子 12 克、大枣 5 枚。每日 1 剂水煎服。

2. 热哮

治法：清热宣肺，化痰定喘。

方药：定喘汤（《摄生众妙方》）加减：白果 15 克、麻黄 12 克、款冬花 12 克、半夏 12 克、桑白皮 15 克、杏仁 12 克、苏子 12 克、黄芩 18 克、甘草 9 克。每日 1 剂水煎服。

若内热炽盛、大便秘结者，加用大黄 9 克（后下）、芒硝 6 克（冲）。

针剂：双黄连粉针 3.6 克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

3. 阳气暴脱

治法：回阳救脱。

方药：四逆加入参汤（《伤寒论》）加减：人参 15 克（加炖兑入）、附子 12 克、干姜 9 克、炙甘草 9 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：人参针 4 毫升肌注或参附针 4 毫升肌注，每日 2 次。参麦液 20 毫升加入 50% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注，每日 2~3 次。补骨脂注射液 4 毫升双侧定喘穴穴位注射，每日 1~2 次。

4. 肺气虚

治法：补肺固表。

方药：玉屏风散（《世医得效方》）加减：黄芪 30 克、白术 15 克、防风 12 克、炙甘草 9 克。每日 1 剂水煎服。玉屏风散颗粒冲剂 1 包，每日 3 次。

若气阴两虚者可用生脉散（《备急千金方》）加减：人参 15 克、麦冬 15 克、五味子 10 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：人参针 4 毫升双侧足三里穴位注射，每日 1 次。

5. 脾气虚

治法：健脾化痰。

方药：六君子汤（《医学正传》）加减：陈皮 12 克、半夏 12 克、人参 12 克、白术 15 克、炙甘草 12 克、茯苓 30 克、砂仁 6 克（后下）、香附 12 克。每日 1 剂水煎服。

6. 肾气虚

治法：补肾益气。

方药：金匱肾气丸（《金匱要略》）或七味都气丸（《医宗己任篇》）加减：附子 12 克、肉桂 1.6 克、熟地黄 30 克、淮山药 15 克、山茱萸 15 克、云苓 30 克、泽泻 15 克、牡丹皮 12 克、五味子 12 克。每日 1 剂水煎服。

或金水宝 4 粒，每日 3 次。玉屏风散颗粒冲剂 1 包，每日 3 次。

针剂：参附注射液 4 毫升双侧定喘穴穴位注射，每日 1~2 次。

(三) 应急与抢救

1. 中医应急与抢救

(1) 痰鸣气促、呼吸困难、咯痰清稀者，可针刺大椎、内关、肺俞、风门，针刺后两肩背部拔火罐。或针刺鱼际穴或天突穴以宣肺平喘。痰多难出者，加针刺大杼、丰隆、内关、足三里等宣肺化痰，每日 1~2 次。

(2) 补骨脂注射液（广东省中医院制剂）2~4 毫升双肺俞、定喘穴穴位注射，每日 2 次。

(3) 止喘灵注射液 2 毫升肌注，每日 2 次。

2. 西医应急与抢救

(1) 吸氧：重症哮喘患者均有不同程度的低氧血症，因此都应吸氧。吸氧时应注意有无 CO₂ 潴留。一般主张持续低流量吸氧（若有 CO₂ 潴留时，则一定要低流量吸氧，若 PaCO₂ 正常可以中流量吸氧）。氧气需加温加湿，以免引起气道干燥，吸氧方式可以选用鼻导管或面罩吸氧。

(2) 解痉平喘：重症哮喘，首先必须解痉平喘，平喘药很多，现介绍常用的几种：

1) β_2 受体激动剂：是重症哮喘广泛运用的第一线药物。目前推荐的治疗是高剂量的 β_2 受体激动剂如舒喘灵雾化吸入（通过气动雾化器）。若气道阻塞严重，难以耐受雾化吸入治疗者，可用 1:1000 肾上腺素 0.3 毫升皮下注射，20 分钟 1 次，可重复 3 次。高血压及心律失常者禁用。必要时可静脉

注射舒喘灵，每次 250 微克，每 4 小时重复使用。

2) 黄嘌呤类：此类药物代表为氨茶碱。静脉滴注氨茶碱亦是解痉平喘的首选药物。一般氨茶碱的有效血浆浓度为 8~20 微克/毫升，如果病人 24 小时内未用过氨茶碱可以予一个负荷量 5~6 毫微克/千克，缓慢静脉推注 10~30 分钟，接着按 0.2~0.8 毫克/千克·小时的维持量静脉滴注。氨茶碱每日的总剂量不超过 1.5 克。有条件的医院可行血浆氨茶碱浓度监测指导用药。

3) 抗胆碱类药：如异丙托品气雾剂雾化吸入，每次 40~250 微克，每 2~4 小时使用 1 次。

4) 前列腺素 E (PGE₁)：常用 PGE₁ 50 毫克雾化吸入，每日 1~2 次。

(3) 糖皮质激素的使用：重症哮喘均应静脉使用糖皮质激素。激素的用量目前尚有争议，一般用地塞米松 20~50 毫克，分次给予或加入补液中静脉滴注。目前国外主张用甲基强的松龙 80~240 毫克，每 6 小时用 1 次，静脉滴注。静脉给药奏效后改为口服，然后减为维持量。

(4) 补液：重症哮喘，由于摄水不足，加之呼吸急促，出汗多等因素导致脱水并分泌物粘稠难出，应补充液体。补液的量以维持尿量为 1000 毫升/日为度，但补液中慎防心衰。

(5) 纠正电解质及酸碱紊乱：重症哮喘往往容易出现酸碱失衡及电解质紊乱，应注意监测血气分析的变化及电解质水平，及时纠正酸碱失衡及电解质紊乱。

(6) 抗生素的运用：一般而言，哮喘重度发作都应予以抗生素。抗生素的选择，最好参考血常规、痰细菌培养加药

敏试验以及肝肾功能等，并且适量联用及静脉给药。

(7) 机械通气：重症哮喘通过上述抢救措施治疗后，大多数患者可以缓解，但仍有 1%~3% 的患者治疗无效。此类患者必须建立人工气道机械通气。但机械通气的死亡率仍有 10%~15%。

通气指征：①意识障碍，全身衰竭者。②突发性的心跳、呼吸停止者。③进行性高碳酸血症伴低氧血症，二氧化碳麻醉状态下或 $\text{PaO}_2 < 9.3$ 千帕 (40 毫米汞柱)， $\text{PaCO}_2 > 6.7$ 千帕 (50 毫米汞柱)。④使用最佳的药物治疗病情仍有恶化趋势，如呼吸困难加重、呼吸频率减慢、心率加快达 140 次/分钟，或见奇脉。⑤合并严重的气胸或纵隔气肿或肺不张者。

(四) 综合治疗

1. 针灸治疗 实证宜针刺，用泻法，常用穴位有大椎、身柱、风门、肺俞、丰隆、膻中、曲池、合谷、外关、商阳、鱼际等。虚证宜灸，常用穴位有肺俞、璇玑、膻中、天突、气海、关元、膏肓、神阙、三阴交、肾俞、命门、复溜等化脓灸，每日 1 次。

2. 穴位敷贴 白芥子膏贴敷：(白芥子、延胡索各 30 克，甘遂、细辛各 15 克，麝香 1.5 克，研末杵匀，姜汁调涂肺俞、膏肓等穴，每 10 日 1 次，最好在夏月三伏天涂治。

3. 埋线疗法 选取定喘、大椎、肺俞、厥阴俞、中府、尺泽等穴，埋植羊肠线，每 20~30 天 1 次，连续数次。

4. 其它 其它治疗喘证的方法很多，如穴位注射、中药离子导入、割治、拔火罐、气功等。另外兔脑组织重体包埋膻中、定喘、肺俞治疗哮喘，近期、远期效果均佳。

五、诊断及治疗进展

(一) 诊断进展 普遍认为支气管哮喘的诊断根据症状、体征结合实验室检查几个方面综合并不难。近年来提出不典型哮喘或咳嗽变异型哮喘(隐匿型哮喘)的诊断应借助肺功能检查及气道反应性测定或支气管扩张试验诊断。1988年中华医学会呼吸分会哮喘组已制定了气道反应性测定方法(试行方案)用于临床和实验室,大大地提高了支气管哮喘的确诊率。

(二) 治疗进展 近年来支气管哮喘的研究取得较大的进展,提出许多支气管哮喘现代治疗的新概念和新内容,这些新概念和新内容主要包括如下几个方面。

1. 认识到支气管哮喘是一种慢性气道炎症性疾病。过去一直认为气道平滑肌痉挛是支气管哮喘的主要病理改变,但近十年来研究证实了在支气管哮喘发病机制中气道炎症比气道平滑肌痉挛更重要。无论在影响通气方面还是气道高反应性及迟发相哮喘反应的发生机制方面,气道炎症比气道平滑肌痉挛重要得多。近年来提出支气管哮喘的气道变应性炎症(Airway allergic inflammation)的新概念。

2. 明确提出了缓解期的抗炎治疗应是支气管哮喘的第一线治疗措施。由于建立了支气管哮喘气道炎症的新概念,从而确立了抗炎治疗应为支气管哮喘的首要治疗原则。近年来已有许多具有抗炎作用的药物如色甘酸二钠、皮质激素吸入剂、尼多酸钠、氮皆斯等等,在临床上取得较好的疗效。由于抗炎药物在缓解期维持治疗,又提出了缓解期治疗的新

概念。目前大多数专家认为抗炎应采取主动、长期、早期使用的原则，当然这个原则实施的前提是尽量避免或减少药物的毒副作用。

3. 预防措施是支气管哮喘现代治疗的重要组成部分。

4. 吸入疗法已成为支气管哮喘治疗中主要的给药方式。吸入治疗具有用药剂量小、见效快、使用方便及副作用小的优点。已被推荐为临床治疗的主要给药方式。尤其是糖皮质激素的吸入疗法已成为近年来支气管哮喘研究中最引人注目的进展。大大减少了糖皮质激素的副作用。吸入 β_2 受体激动剂也被推荐为缓解哮喘症状的首选给药方式。

(三) 中医药治疗支气管哮喘的研究进展 近10年来中医药治疗支气管哮喘发作期、缓解期的研究取得了很大的成绩。发作期的治疗除了传统的分寒哮、热哮辨证论治外，现代比较重视祛风解痉平喘法、活血化瘀法、标本兼治法在支气管哮喘发作期治疗作用的研究。随着支气管哮喘发病治疗新概念的出现，中药抗炎作用的研究已开始进行。如国外有人报道从中药银杏叶中提出了拮抗血小板激活因子的有效成分-BN5200等。有关中药抗炎这方面的研究应是中医药治疗支气管哮喘的研究方向。

六、护 理

哮喘发作期应注意以下几个方面的护理。

(一) 取半坐卧位。

(二) 吸氧。

(三) 建立静脉通道，确立合适的输液速度。

(四) 拍背排痰，防止痰液堵塞窒息。

(五) 监测生命体征的变化及血气分析，如 SaO_2 的监测、心电监护的变化。

(六) 基础护理工作应做好。如保暖护暖、口腔卫生、皮肤干燥清洁，并且要做好病人的精神心理护理工作。

(林琳 罗细贞 张晓君)

主要参考文献

- [1] 李华明，等. 支气管哮喘的现代治疗. 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社，1995年7月，第1版
- [2] 黄文东，等. 实用中医内科学. 上海科技出版社，1995年6月，第1版
- [3] 赵兰才. 哮喘证治近况. 北京中医，1991，14(6): 43
- [4] 李传方. 标本兼治治疗青少年慢性反复性哮喘. 中医杂志，1985，26(10): 41

第十三章 肺 胀 急 症

肺胀急症是多种慢性肺系疾患反复迁延，导致肺气胀满，不能敛降的一种急症。临床表现以喘咳上气、痰多、胸部膨满、胀闷如塞、烦躁等为特征，日久见面色晦暗、唇甲紫绀、心慌动悸、脘腹胀满、肢体浮肿，甚或喘脱等危重证候。病程缠绵，时轻时重，经久难愈，常因感受外邪而反复发作，以致病情日渐加重。多见于西医学的慢性支气管肺气肿、慢性肺原性心脏病等慢性阻塞性肺系疾病的发作期。

一、病 因 病 机

(一) 水停痰凝 肺胀多因脾肾阳虚，以致水停痰凝而发。脾阳不足，则不能转输津液，水津停滞，积而为饮，饮聚成痰，痰随气上逆，则咳喘不已，久则阻塞于肺而为肺胀。肾阳衰微，下焦阴寒之气，挟水饮上逆于肺，可令人喘咳气逆而为肺胀。

(二) 气虚气滞 咳喘日久，积年不愈，必伤肺气，反复发作，由肺及肾，导致肺肾俱虚。肺不主气而气滞，肾不纳气而气逆，当升不升，当降不降，肺肾之气不能交相贯通，以致清气难入，浊气难出，滞于胸中，壅塞于肺而为胸部膨满。亦有因年老体弱，下元虚惫，以致气不归根，逆而上冲，下虚上盛，使肺气胀满，发为本病。

(三) 痰瘀相结 肺胀咳逆，日久不愈，不仅损伤肺肾之气，而且势必导致气血淤滞，盖气不煦则血不濡，而成气血瘀滞之证。脾为生痰之源，脾虚则痰生，痰瘀互结，则可出现唇暗舌紫，手足青黑，痰涎壅盛等的证候。

以上各种病理因素都是在感受外邪，病情日渐加重，出现正气虚损的基础上产生的，或为肺肾气虚，或为肺肾阴虚，或为脾肾阳虚。临床上宜详加辨认。由于正虚邪实可以互为因果，彼此互相影响，因此病情缠绵而不易治愈。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 长期慢性咳嗽病史。

(2) 咳逆上气，痰多喘息，动则加剧，甚则鼻煽气促，张口抬肩，目胀如脱，烦躁不安。危重者可见心慌动悸、面唇紫绀，肢体浮肿、吐血、便血、谵妄、嗜睡、昏迷、抽搐、厥脱等。

2. 发病特点多因外感诱发，病情逐年加重。

3. 病因病机特点 久咳肺虚，复因外邪，病情渐重，最终导致肺气胀满，不能敛降而发为本证。

4. 辅助检查 胸部 X 线、心电图、心电向量图、超声心动图显示肺动脉高压、右心房肥厚、右心室肥厚。

凡具备以上 1.，参考 2.、3.、4. 项即可诊断。

(二) 证类诊断

1. 实证

(1) 寒饮射肺：

主证：咳逆喘促，气急胀满，气逆不得平卧，痰稀呈泡沫状，量多，无汗。

兼证：恶寒重，发热轻，口干不欲饮。

舌、脉象：舌淡红或略黯紫，苔白滑，脉浮紧或滑。

(2) 痰热壅肺：

主证：咳逆喘促，气急胀满，气逆不得平卧，痰黄粘稠，不易咯出，有汗不多。

兼证：发热微恶寒，面红，目如脱状。

舌、脉象：舌质红，苔黄腻，脉浮数或滑数。

2. 虚证

(1) 肺肾两虚：

主证：胸满气短，语言低怯，动则气喘，咳轻痰少，色白。

兼证：面色晦暗，易感风寒。

舌、脉象：舌淡或略黯紫，苔白，脉沉而弱。

(2) 脾肾阳虚：

主证：胸闷气憋，呼多吸少，动则气喘，咳轻痰少，色白带沫，畏寒肢冷。

兼证：小便清长或失禁。

舌、脉象：舌淡，苔白，脉微细。

3. 闭证

(1) 寒痰内闭：

主证：胸高气促，痰塞气壅，面色青黑，神志恍惚或不清。

兼证：四肢发凉，言语不清。

舌、脉象：舌短卷缩，六脉沉伏。

(2) 热痰内闭：

主证：胸高气促，痰粘难出，面赤谵语，神志不清。

兼证：胸中闷胀，烦躁不安。

舌、脉象：舌质红，苔黄腻，舌略强硬，脉滑数。

4. 脱证

主证：胸高气促，喉间鼾声，冷汗自出，四肢厥脱，神志不清。

兼证：额头汗出，鼻头发冷。

舌、脉象：舌淡苔腻，舌难伸出，脉微欲绝。

(三) 分期分级

1. 分期

(1) 早期：表现为寒饮射肺，或痰热壅肺。

(2) 中、晚期：表现为寒痰内闭或热痰内闭或脱证。

2. 分级

(1) 轻度：胸满气短，语怯心悸，动则气喘，咳轻痰少，色白带沫，畏寒肢冷，舌淡或略黯紫，脉沉弱或微细。

(2) 中度：咳逆喘促，气急胀满，气逆不得平卧，痰稀泡沫状或痰黄粘稠，量较多或难咯出，或伴恶寒发热，舌质淡或红，苔白滑或黄腻，脉滑或滑数。

(3) 重度：胸高气促，痰粘难出，神志不清，言语不清，谵语，冷汗自出，四肢厥逆，舌短卷缩或强硬或难伸出，六脉沉细或欲绝。

三、鉴别诊断

肺胀急症应与一般咳嗽、喘证、哮证鉴别。后者其临床表现多为咳嗽、咳痰、喘促三症并见，而肺胀急症除咳嗽、咳痰、喘促外，还多伴面身浮肿。此外，一般咳嗽、喘证、哮证其发作经过治疗得以控制和缓解之后，其胸部胀满不舒亦多随之消除；而肺胀之咳喘虽经治疗缓解，但其气短不续、胸部胀满，则持续存在。肺胀多为慢性咳嗽、喘证、哮证反复发作，经久不愈所致。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 发作期以邪实为主，当以治标；缓解期以正虚为主，当以扶正。正虚邪实者，当标本兼顾。闭证，当以温阳开闭或清热开闭。脱证，当以回阳固脱。

(二) 分证论治

1. 实证

(1) 寒饮射肺：

治法：外散寒邪，内化水饮。

方药：小青龙汤（《伤寒论》）加减：麻黄 6 克、桂枝 10 克、白芍 10 克、干姜 10 克、半夏 10 克、细辛 3 克、五味子 10 克、甘草 5 克。每日 1 剂水煎服。

痰多胸痞，食少难消者，加白芥子 10 克、苏子 10 克、莱菔子 10 克。烦躁口渴者，加生石膏 15 克。

针剂：止喘灵注射液 2 毫升肌注，每日 2 次。

(2) 痰热壅肺：

治法：清肺化痰，降逆止咳。

方药：清气化痰丸（《医方考》）加减：瓜蒌6克、黄芩10克、茯苓10克、枳实10克、杏仁10克、陈皮6克、天竺黄10克、半夏10克、甘草3克。每日1剂水煎服。

痰黄粘稠，便干者，加桑白皮20克、贝母10克；胸痛、口苦者，加柴胡10克、黄连3克。

针剂：双黄连粉针剂3克加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注。穿琥宁注射液20毫升加入5%葡萄糖液250毫升中静脉滴注。鱼腥草注射液20—40毫升加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，每日1次。

2. 虚证

(1) 肺肾两虚：

治法：补益肺肾，止咳平喘。

方药：人参蛤蚧散（《验方》）加减：人参6克、蛤蚧粉6克，混合后，早晚各服1次，每次6克。

痰黄者加桑白皮10克、贝母10克；语声低怯者加胡桃肉10克。

针剂：高丽参注射液2毫升肌注，每日2次。参附芪注射液20毫升加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，每日1次。

(2) 脾肾阳虚：

治法：补脾益肾，温阳纳气。

方药：金匱肾气丸（《金匱要略》）加减：生地黄10克、山茱萸10克、淮山药10克、泽泻10克、茯苓10克、牡丹皮10克、桂枝6克、附子3克。每日1剂水煎服。

心悸、气短者加茯苓 10 克、白术 10 克。

针剂：鹿茸精注射液 2 毫升肌注，每日 1 次。

3. 闭证

(1) 寒痰内闭：

治法：温阳化痰开闭。

方药：三生饮（《局方》）加减：天南星 15 克、附子 8 克、川乌 5 克、木香 6 克、生姜 10 片。每日 1 剂水煎服。

气虚欲脱者改为独参汤送服苏合香丸。

针剂：醒脑静注射液 10 毫升加 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

(2) 热痰内闭：

治法：清热涤痰开窍。

方药：竹沥水送服猴枣散或至宝丹。或安脑丸 2 丸，每日 2 次。

针剂：醒脑静注射液 10 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

4. 脱证

治法：回阳固脱。

方药：四逆汤（《伤寒论》）加减：熟附子 6 克、干姜 10 克、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

阳气外脱甚者改用参附汤送服黑锡丹。

针剂：参附注射液 50～100 毫升加入 5% 葡萄糖液 250～500 毫升中静脉滴注。

(三) 应急与抢救

1. 输液

(1) 清热解毒：用双黄连粉针剂 3 克加入 5% 葡萄糖液

500 毫升中静脉滴注。穿琥宁注射液 10 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注。鱼腥草注射液 20~40 毫升加入 5% 葡萄糖液中静脉滴注，每日 1 次。

(2) 补气助阳：鹿茸精注射液 2 毫升肌注，每日 1~2 次。参附注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

(3) 开窍醒神：醒脑静注射液 10 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

(4) 回阳：参附注射液 20 毫升加入 25% 葡萄糖 20 毫升中静脉缓慢推注，每 15~30 分钟 1 次，连续 3~5 次。或参附注射液 50~100 毫升加入 5% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注。亦可用参附青注射液 20 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉缓慢推注。或枳实注射液 5~10 毫升加入 25% 葡萄糖液 40 毫升中静脉缓慢推注。

2. 吸氧 可参考本书“暴喘证”一章有关内容。低流量持续吸氧，1~2 升/分钟， PaO_2 小于 6.67~8.0 千帕时，可用高频喷射通气。

(四) 综合治疗

1. 针灸治疗 主穴：足三里（双）、三阴交（双）、血海（双）、尺泽（双）。配穴：气海、关元、丰隆（双）。主穴每次选 3~4 穴。足三里为必选穴。配穴每次选用 2~3 穴，得气后留针 30 分钟。

耳针：选择耳穴肺、心、肾上腺，埋针或压穴加体外膈肌起搏，每周 1 次，连续 3 个月。

2. 外治法

(1) 穴位贴敷法：如消喘膏（由白芥子、细辛、甘遂、

元胡、姜汁组成), 于双肺俞、心俞、膈俞贴敷, 每次 2~4 小时。

(2) 雾化吸入治疗: 穿琥宁注射液 10 毫升或复方鱼腥草合剂 10 毫升雾化吸入, 每次雾化时间 30~40 分钟。或双麻贝(广东省中医院制剂) 10 毫升雾化吸入, 每日 2 次。

3. 针对病因治疗 控制呼吸道感染, 是重要的治疗措施, 原则是及时、足量、联合静脉使用抗生素。尽早做痰菌培养和药敏。选择有效抗生素, 疗程一般宜长(2 周左右), 常用青霉素和链霉素, 或先锋霉素。

4. 纠正水、电解质代谢和酸碱平衡失常

(1) 肺心病急性发作时, 由于二氧化碳潴留, 可引起呼吸性酸中毒, 起病较缓者多能代偿, 较严重的失代偿性呼吸性酸中毒及合并代谢性酸中毒的患者, 除加强肺泡通气, 给氧与呼吸兴奋剂的应用外, 若 pH 值低到 7.20 或二氧化碳结合力在 18 毫摩尔/升以下时, 应适当补碱性药物, 如碳酸氢钠、三羟甲基氨基甲烷 (THAM)。肺心病经治疗后, 由于通气改善, 利尿排钾, 补充碱剂, 患者又可出现呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒使病情加重。此时应积极补充氯化钾, 停用排钾利尿剂。

(2) 支持疗法: 增加营养, 提高免疫力, 如丙种球蛋白、人胚注射液、核酪注射液。

5. 保护重要脏器, 防治并发症 重症肺心病除心脏和肺脏外全身重要脏器如脑、消化道、肝脏、肾脏、肾上腺等也有不同程度的损害, 要注意保护重要脏器并及时治疗。重症肺心病常并发呼衰、DIC、上消化道出血及休克, 要注意观察, 早期识别, 及时参照西医有关章节救治。

6. 呼吸机的应用 凡呼吸表浅或极度困难, PaCO_2 持续上升, 意识不清或进入昏迷状态, 经一般处理无效者, 应考虑使用呼吸机辅助呼吸, 维持 PaO_2 在 8.00 千帕左右。

五、诊断与治疗进展

(一) 西医诊断进展 肺气肿和慢性肺原性心脏病根据病史、症状、体征及实验室检查诊断多不困难。重要的是病原菌的检出, 并给予相应的有效治疗, 才能使病情不出现恶化。晚期易并发肺性脑病、DIC, 应及时识别与处理。

(二) 西医治疗进展

1. 抗炎治疗 以细菌感染为主的危重病人在抢救的关键时刻应选用疗效高, 抗菌谱广的药物如第三代头孢、泰能、环丙沙星等, 但应掌握禁忌症。抗病毒类药物近年来发展很快, 尤其是中草药抗病毒的研究, 取得了较好的成绩。如双黄连粉针剂体外实验, 50 毫克 (生药) / 毫升浓度即可完全抑制流行性感胃病毒京/甲 A 株、流行性腮腺炎病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒 III 型、柯萨奇病毒 B 组 III 型、艾可病毒 VII 型、单纯疱疹病毒 II 型、脊髓灰质炎病毒 I 型在细胞内的复制, 对多种细菌也有一定的抑制作用。

2. 氧疗 近年来, 对慢性阻塞性肺疾患的慢性低氧血症患者, 使用长期的家庭氧疗存活率有所提高, 每日吸氧 ≥ 19 小时效果最明显, 而每日吸氧时间 $< 12 \sim 15$ 小时, 则效果不大。

3. 强心药与血管护张剂 对肺心病患者除伴有左心衰竭或室上性快速心律失常应慎用洋地黄。近年来使用血管扩

张剂降低肺动脉压的报道很多，但由于目前使用的血管扩张剂缺乏选择性，既能扩张肺血管也能扩张体循环的血管，使用血管扩张剂后，血流动力学的反应很复杂，受许多因素影响，因此判断血管扩张剂的疗效应看 SaO_2 、 CO_2 、混合静脉血氧张压 ($P\bar{V}O_2$) 三个指标的变化，如果在吸氧的基础上加上血管扩张剂，上述三个指标改善，则表示有效。

4. 肾上腺皮质激素的应用 在呼吸衰竭或肺性脑病的早期，每日静脉滴注氢化可的松 200 毫克，常可明显改善症状。

5. 呼吸兴奋剂 肺心病伴呼吸衰竭的急性加重期患者是否使用呼吸兴奋剂尚有不同意见。大多数学者认为，凡呼吸表浅、通气不足、有明显缺氧及二氧化碳潴留、表现为精神症状者，可以给予呼吸兴奋剂，剂量以达到增加通气而又无惊厥抽搐为度。如遇气道阻塞严重，通气量增加不多，而机体耗氧量及二氧化碳产生明显增加，则应以解除气道痉挛为主。

(三) 中医药诊疗进展

1. 辨证论治 许多学者在辨证的基础上，用清热解毒、活血化瘀；通里攻下、活血化瘀；清热化痰、活血化瘀；温阳散寒、活血利水；益气活血等治法治疗肺胀，取得了较好疗效。

2. 专方专药

(1) 桃红参芪汤：黄芪、丹参、川芎、红花、桃仁、赤芍、瓜蒌、薤白、当归、降香、炙甘草。

(2) 肺心饮：万年青、丹参、车前子、六神丸。该方具有强心利尿、抗菌消炎之力。

(3) 蛇毒：有人以腹蛇抗栓酶治疗肺心病并发高血粘质症 15 例，疗效显著。

此外，复方丹参注射液、川芎嗪注射液、清开灵注射液、双黄连粉针剂等现代剂型的研究，报道甚多，可参考有关文献。

六、护 理

(一) 可根据是否有左心衰竭而采用半卧位。

(二) 低流量持续吸氧。及时清除呼吸道及咽喉部的分泌物，保持呼吸道通畅。

(三) 危重病人需建立特护记录，随时观察生命体征、体温、脉搏、呼吸、血压及相关项目，如咳嗽、痰量、痰色、哮鸣音、神志、面色、气息、出汗、肢冷、尿量、心电图、血氧饱和度等。尤其注意呼吸、血压、尿量及输液速度等。

(四) 注意基础护理，保暖护寒、口腔卫生，保持皮肤清洁、干燥，做好心理护理。

(五) 审脉视息，望神观舌，察汗状拭肌肤，记尿量辨并病。

(六) 密切观察病情，发现喘促、气急、少尿无尿，吐、泻、便血，神昏抽搐等变证，及时报告医生，配合抢救。

(曲敬来 高雪 梅广源)

主要参考文献

[1] Tanaka RM et al. Intravenous methylprednisolone in adults in Status

asthmatics chest, 1982, 82: 438

- [2] 曲敬来, 等. 实用中西医结合杂志, 1989, 6 (2): 329
- [3] 丁东杰, 等. 中华结核和呼吸杂志, 1995, 10 (18)
- [4] Tiop BL. Long - Term home Oxygen therapy, clin chest med, 1990, 11: 505
- [5] 任晓辉, 等. 中华结核和呼吸杂志, 1993, 16: 331
- [6] 蔡映云. 中华结核和呼吸杂志, 1993, 16: 334

第十四章 暴 喘 证

暴喘证属喘证中来势凶猛、程度严重、逆变迅速、预后险恶的危证。多由痰浊水饮内蕴、外邪诱发、热毒内攻，或突然外伤，或久疾逆变导致气失升降、气血逆乱、脏气亏败，甚则气竭败脱。临床多见气息喘促、不得平卧、唇甲肌肤青紫、痰壅昏厥，甚至大汗淋漓、阴阳败脱等表现。

暴喘证多见于西医学中重症哮喘、气胸、成人呼吸窘迫综合征、急性肺水肿、呼吸衰竭、肺性脑病等病过程中。

一、病 因 病 机

(一) 痰浊水饮，外邪诱发 痰浊水饮为外邪所诱发，导致肺失宣降、肺气壅闭、气逆上冲而造成暴喘。

(二) 邪毒内攻，热灼肺金 不论温热邪毒或与痰浊水饮搏结，均从热化，灼津为痰壅搏于肺，都导致耗气伤阴，气壅血瘀，气血逆乱，甚至血败冲心而造成暴喘厥脱。

(三) 腑实肺痹，蒙扰神明 肺与大肠相表里，热伤肺金，气滞阴伤，腑气秘结导致腑实肺痹，热毒上冒，蒙扰心神导致神昏谵语。

(四) 宿疾脏损，逆变致脱 宿疾日久，脏气亏损，脾肾虚弱，痰浊水饮内泛，阻塞气道，或凌心射肺发为暴喘；久病虚衰、大汗、大泻、大失血之后气阴亏竭而造成喘脱。

暴喘之证，多属虚实兼夹之危候，若“虚”主要在肺肾和心等脏，其“实”则多为热毒、瘀血、痰浊水饮壅肺所致。故《景岳全书·杂证谟·喘促》称“气喘之病，最为危候”。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 突发或持续严重呼吸困难，不得平卧，张口抬肩，痰涎壅盛，或痰稠难咯，或大量白色、粉红色泡沫痰。

(2) 严重唇爪肌肤青紫，甚则四肢厥冷、大汗淋漓、神志躁扰、淡漠或昏迷、出血。

(3) 脉细速无力或浮大中空或脉微欲绝，血压下降甚则无法测出。

(4) 肺部体征：呼吸增快 >30 次/分钟以上或节律异常，明显哮鸣音、干湿性罗音或水泡音、呼吸音增粗或局部呼吸音消失。

2. 发病特点 起病急暴，症状严重，变化迅速，病情复杂，辨治困难，预后险恶。

3. 辅助检查

(1) 肺部 X 线表现：可见双肺透亮度增高，肺纹理增粗，肺部絮状或片状阴影或肺郁血改变，或局部肺纹理消失，肺组织受压等有关征象。

(2) 动脉血气分析：可见氧分压、血氧饱和度降低，二氧化碳分压增高，酸碱度、电解质等改变。

(二) 证类诊断

1. 实喘

(1) 痰浊壅盛：

主证：气喘痰鸣，痰多粘腻色白，唇爪青紫，胸中窒闷。

兼证：恶心纳呆，口粘不渴。

舌、脉象：舌淡胖，白腻苔，脉滑或滑数。

(2) 热毒犯肺：

主证：气喘粗急，面红高热，躁扰不安。

兼证：痰黄难咯或血性泡沫痰，唇爪紫红，口干，尿黄。

舌、脉象：舌红干，苔黄燥，脉滑数。

(3) 腑实肺痹：

主证：发热不恶寒或潮热，便秘腹满，烦躁不安，暴喘气粗，痰涎壅盛。

兼证：痰稠难咯，面红唇紫。

舌、脉象：舌红而干，苔黄厚或黑起芒刺，脉弦滑数。

2. 虚喘

(1) 肺气虚衰：

主证：喘促短气，吸多呼少，自汗畏风，语音低弱。

兼证：咽干不饮，声嘶无力。

舌、脉象：舌淡红，苔薄白，脉细弱。

(2) 气阴两虚：

主证：喘促面红，畏风烦热，心悸不寐。

兼证：动则喘甚，口干少饮，自汗或盗汗。

舌、脉象：舌淡，苔少或无苔，脉细弱或弦细数。

(3) 气阳两虚：

主证：动则喘甚，吸少呼多，面唇青紫，汗出肢冷，面
魄神疲。

兼证：面肿夜尿，腰膝酸软，恶寒息微。

舌、脉象：舌淡胖，苔白腻，脉沉细无力。

3. 虚实兼夹喘

(1) 肺虚痰厥：

主证：喘促气短，痰涎壅盛，自汗恶风，面色暗晦，唇
爪青紫，四肢厥冷。

兼证：吸多呼少，喉中痰鸣或白色泡沫痰，语言低弱，
神志淡漠。

舌、脉象：舌淡暗晦，苔白厚腻，脉细滑数。

(2) 气闭气脱：

主证：喘促窒息，面色唇爪青紫，烦躁惊恐，肌肤湿冷
甚至大汗淋漓，神志昏蒙。

兼证：痰涎壅盛甚见血性泡沫痰，二便失禁。

舌、脉象：舌暗晦或青紫，苔腻浊如胶，脉微欲绝。

(三) 分期分级 暴喘分期分级应视病史长短、病势急
骤程度和持续时间长短、喘促紫绀程度、痰量多少或是否有
血性泡沫痰及昏迷、厥脱等逆变危候和预后转归等进行衡
量，不易截然分辨。因暴喘多为因实致虚或虚中挟实且极易
宿痰逆变或暴疾致脱，故无早期和轻度可言。

1. 中期 表现为痰浊壅盛证、热毒犯肺证、腑实肺痹
证。血气分析属代偿阶段，酸碱、电解质平衡尚未出现明显
紊乱且救治后病情处于可逆状况。

2. 晚期 表现为肺气虚衰证、气阴两虚证、肾阳虚衰

基础上出现厥脱逆变，血气分析表现失代偿、酸碱平衡严重失调和电解质严重紊乱，虽经治疗抢救病情仍难逆转的不可逆状况。一般中期多与中度同存，晚期多与重度同步。

三、鉴别诊断

(一) 哮证 哮证以吸多呼少、气急息促、喉中痰鸣如水鸡声、难以平卧为特征，一般多呈发作性，且痰涎排出之后气急状态明显缓解，治疗效果及预后较好。

(二) 短气 短气多属气虚所致，呼吸虽促，但浅促微弱，不能持续或短气不足以息，似喘而无张口抬肩，虽急而不闻痰声，且无面唇爪甲青紫征象。

(三) 痰鸣 痰鸣以喉中痰声漉漉为特征，多在中风、暑温、喉疫等病危重阶段兼见，而无喘促气急、张口抬肩、面唇爪肤青紫等表现。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 暴喘危症应及时积极抢救，否则可致气竭败脱而导致死亡。

1. 暴喘危急，平喘为先 应及时给予高效速效平喘解痉药物，采取最快给药途径，最好中西医结合综合疗法。

2. 鉴别虚实，审证用药 因实喘与虚喘治疗上有本质区别，故应首辨虚实，审证用药。如实喘应用祛邪泻肺、涤痰平喘药物；虚喘应用补虚纳气方药。

3. 逆变致危，积极抢救 暴喘可致多种逆变危候，如

痰壅蒙窍、气逆痰厥、气闭气脱等，应积极抢救。

(二) 分证论治

1. 实喘

(1) 痰浊壅盛：

治法：涤痰化浊，降逆平喘。

方药：导痰汤（《济生方》）加减：半夏 15 克、陈皮 10 克、茯苓 15 克、甘草 5 克、胆南星 8 克、枳实 10 克、苏子 10 克。每日 1 剂水煎服。

湿偏重者加苍术 15 克、石菖蒲 8 克（后下）；热偏重者加葶苈子 15 克、黄连 15 克；肺气壅实者加葶苈子 15 克。

针剂：止喘灵注射液 2 毫升肌注，每日 2 次。

(2) 热毒犯肺：

治法：清热解毒，涤痰平喘。

方药：黄连解毒汤（《外治秘要》）、千金苇茎汤（《备急千金要方》）和麻杏石甘汤（《伤寒论》）加减：黄芩 15 克、黄连 10 克、栀子 15 克、苇茎 20 克、桃仁 10 克、杏仁 15 克、生石膏 30 克（先煎）。每日 1 剂水煎服。

痰多者加天竺黄 15 克、礞石 8 克；热毒甚者加金银花 15 克、连翘 15 克、大青叶 30 克；喘甚者加麻黄 15 克、麦冬 15 克。

针剂：醒脑净注射液 40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

(3) 腑实胸痹：

治法：通腑泻下，宣肺平喘。

方药：宣白承气汤（《温病条辨》）加减：大黄 10 克（后下）、芒硝 10 克（冲）、枳实 12 克、麻黄 12 克、生石膏

30克（先煎）、杏仁15克、瓜蒌12克、番泻叶15克。每日1剂水煎服。

腹胀臌肠者加厚朴12克（后下）；热毒炽盛者加金银花15克、知母15克、黄芩15克。

2. 虚喘

(1) 肺气虚衰：

治法：补肺益气定喘。

方药：保元汤（《博爱心鉴》）加减：黄芪20克、人参12克、炙甘草5克、白术15克、五味子5克。每日1剂水煎服。

气喘甚者加蛤蚧一对；痰黄稠者加天竺黄15克、礞石8克、贝母15克；口干烦热者加麦冬15克、知母12克、糯稻根15克；汗多者加生龙骨30克（先煎）、生牡蛎30克（先煎）、糯稻根15克。

针剂：高丽参注射液20毫升加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，每日1~2次。

(2) 气阴两虚：

治法：益气养阴。

方药：生脉散（《内外伤辨惑论》）加味：党参20克、麦冬15克、五味子10克、山茱萸15克。每日1剂水煎服。

烦热口干者加知母15克、糯稻根15克、党参改西洋参15克（另炖）、栀子12克；汗多不寐者加生龙骨30克（先煎）、生牡蛎30克（先煎）、糯稻根15克；痰黄者加天竺黄15克、黄芩15克、礞石8克。

针剂：生脉注射液20~40毫升加入5%或10%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，每日1~2次。

(3) 肾阳虚衰：

治法：补气温阳，固肾纳气。

方药：参附汤（《世医得效方》）加味：红参 15 克（另炖）、附子 15 克、山茱萸 12 克、蛤蚧 1 对、干姜 12 克、炙甘草 10 克、炙黄芪 20 克。每日 2 剂水煎服。

肢冷夜尿加肉桂 1.5 克（焯）、细辛 3 克、仙灵脾 15 克；面部、下肢浮肿加苏叶 5 克、桂枝 12 克、泽泻 30 克、茯苓 18 克。

针剂：参附注射液 20～40 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1～2 次。

3. 虚实兼夹喘

(1) 肺虚痰厥：

治法：益气涤痰，平喘回厥。

方药：保元汤（《博爱心鉴》）合涤痰汤（《济生方》）加减送服苏合香丸：黄芪 20 克、人参 12 克、胆南星 8 克、枳实 12 克、半夏 12 克、茯苓 15 克、橘红 12 克、石菖蒲 8 克（后下）。每日 2 剂水煎服。

痰盛者加礞石 8 克；喘甚者加五味子 5 克、蛤蚧 1 对。

针剂：醒脑净注射液 5～10 毫升加入 50% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注，每日 2 次。

(2) 气闭气脱：

治法：开窍固脱。

方药：参附汤（《世医得救方》）加味，外用通关散：红参 15 克、炮附子 15 克（先煎）、五味子 8 克、生龙骨 30 克（先煎）。每日 1 剂水煎服。

神昏者可灌服苏合香丸 1～2 丸。

针剂：参附注射液 5~10 毫升加入 25% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注，每日 2~3 次。

(三) 应急抢救

1. 半坐卧位以减少回心血量，减轻肺郁血状态，痰涎壅盛者立即吸痰。

2. 立即吸氧，尽快纠正缺氧状态。

(1) 浓度：分低浓度（24%~35% 氧）、中浓度（35%~60% 氧）、高浓度（60%~100% 氧）。在鼻导管或鼻塞吸氧时可按以下公式计算：

实际吸氧浓度 = 21% + 4% × 氧流量（升/分钟）

(2) 工具和方法：常用有鼻导管、鼻塞、双鼻管给氧和可调氧浓度面罩、活瓣气囊面罩几种方法，可根据给氧浓度来选择，如给氧浓度 < 30% 一般可用鼻导管、鼻塞、双鼻管或可调氧浓度面罩，如给氧浓度 > 30% 时，可用活瓣气囊面罩或可调氧浓度面罩。

(3) 氧疗监护：重点监护以下内容：①严密观察病人神志、呼吸及心血管状态。②对 II 型呼吸衰竭病人给予高浓度氧疗 2~3 小时后应注意肺组织氧中毒表现。③对 II 型呼吸衰竭病人伴二氧化碳潴留，在氧疗过程应注意氧疗可能引起呼吸抑制而发生二氧化碳麻醉表现。④氧疗过程中应定时监测动脉血气分析、电解质改变。根据氧疗监护及病情改变，及时作出相应处理。

(4) 停止氧疗指征：①神志清醒或改善并稳定。②紫绀基本消失。③呼吸困难缓解，潮气量增大。④心率正常或变慢，血压正常及稳定。⑤ PaO₂ 达 8~9.33 千帕（60~70 毫米汞柱），停氧后不再下降。停氧前应先间断吸氧数天，病

情稳定后可完全停氧。

3. 清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。

(1) 局部给药：根据病情可选用：

1) 呼吸道湿化、化痰、解痉、消炎药物：①生理盐水或2%~3%盐水。②必嗽平、痰易净、鲜竹沥汁5~15毫升。③ α -糜蛋白酶5毫克。④肝素5000单位。⑤氨茶碱0.25克。⑥地塞米松2~5毫克。可雾化吸入。

2) 气雾剂：人参气雾剂10~20毫克、艾叶油气雾剂3~6毫升、龙胆草气雾剂0.1~0.3克。洋金花气雾剂3~5毫升。

3) 消泡剂：70%~95%乙醇、10%二甲基硅油或10%硅酮。

(2) 全身给药：根据病情可选用人工牛黄粉1~3克，鲜竹沥汁20~30毫升或10%氯化铵10毫升，5%碘化钾10毫升。

(3) 体位引流采用变换体位、拍背，昏迷病人应尽早气管插管或气管切开用导管吸痰，必要时可在吸氧下使用纤维支气管镜冲洗及吸出分泌物。

4. 解除支气管痉挛 常用金叶青兰注射液2~4毫升，肌肉注射；琥珀酸钠注射液2毫升肌肉注射或静脉推注；氨茶碱0.25克加入50%葡萄糖40毫升，缓慢静脉推注（时间至少20分钟以上），每日量不超过1~2克，有条件可测定血中氨茶碱浓度指导用药，同时应密切观察氨茶碱的毒副作用，必要时地塞米松10~30毫克短期内使用，用药中应配合足量有效抗感染药物和注意消化道出血倾向。

5. 改善通气

(1) 应用呼吸兴奋剂：常用有可拉明，先稀释后静脉推注 0.375~0.75 克，然后以 1.875~3.75 克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注；重症者可用呼吸三联注射液：洛贝林 12 毫克、回苏灵 1.6 毫克、利他林 20 毫克混和加入 5% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，按病情调整滴速。使用呼吸兴奋剂应注意：①气道基本通畅，对广泛支气管痉挛和大量痰潴留应先解痉和除痰。②脑缺氧或水肿导致频繁抽搐者慎用。③对神经-肌肉系统病变引起呼吸肌功能障碍者不宜使用。④定期监测血气分析，根据 PaCO_2 调节浓度和速度。⑤应用 24~48 小时后病情无改善应及早行气管切开和机械通气。

(2) 气管切开或气管内插管：其指征是：①神志浅昏迷或昏迷，呼吸表浅或分泌物阻塞上呼吸道。②严重 PaCO_2 潴留，经综合治疗 24 小时无效者。

6. 机械通气

(1) 适应症：①经鼻导管吸氧后血气分析示 PaO_2 仍 < 6.67 千帕 (50 毫米汞柱)，急性呼吸衰竭 $\text{PaCO}_2 > 8.0$ 千帕 (60 毫米汞柱)，慢性呼吸衰竭 PaCO_2 在 9.33~10.66 千帕 (70~80 毫米汞柱) 以上。②无血气分析条件可视意识障碍综合治疗 24 小时后通气无改善，呼吸频率 > 40 次/分钟，或 < 5 次/分钟或暂停。

(2) 禁忌症：①气胸而未建立胸腔引流。②出血性休克血容量未补足。③肺大泡或心肌梗塞。

(3) 种类选择：①定量型呼吸机：适用于通气功能衰竭 (重型哮喘时气道阻力增高，或肺水肿、广泛性肺实变及成人呼吸窘迫综合征时肺顺应性较差) 特别有用。②定压型呼

吸机：对伴严重肺动脉高压的换气功能衰竭较为适用。③宽频呼吸机：能加强气道气体交换效应、高频时可震荡拍打肺泡减少死腔和减轻二氧化碳滞留，便于携带和院外抢救。④膜型人工肺：运用重症急性呼吸衰竭治疗抢救，效果良好。

(4) 参数调整：①潮气一般按 10~15 毫升/千克计算后按病情调节。②呼吸频率一般用 12/18 次/分钟，高频震荡拍打肺泡右用至 200~300 次/分钟。③吸气呼气时间比一般可用 1:1.5~2.0。④输入压力一般可用 1.18~1.96 千帕(12~20 厘米水柱)。对阻塞性通气功能障碍者，可加大潮气量、减慢呼吸频率，以增强氧合作用和减轻二氧化碳滞留。

7. 针灸平喘开闭回厥固脱

(1) 体针：定喘、肺俞、内关、人中、百会、涌泉、十宣等，每日 2 次。

(2) 灸法：百会、气海、足三里、肺俞、肾俞等，每日 2 次。

(3) 耳针：平喘、肾上腺、交感等，每日 1~2 次。

(4) 眼针：肺区、心区，每日 1 次。

根据暴喘的虚实、闭脱、寒热分别选用补泻手法和选用适当穴位。

8. 药物外敷

(1) 白芥子、细辛、椒目等量共研细末，加入麝香少量、适量姜汁调匀备用，每次外敷约 30 分钟。

(2) 鲜地龙适量捣烂备用。

(3) 穴位可按上述分别选用。

9. 控制感染

(1) 可选用双黄连粉针按 60 毫克/千克计算或清开灵注射液 40~60 毫升, 或穿琥宁注射液 10~20 毫升, 或醒脑净注射液 20 毫升分别加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注, 每日 1~2 次。

(2) 根据感染菌属或痰液培养及药物敏感情况分别选用高效抗菌药物。

(3) 感染控制效果不理想须分析有否呼吸道引流不畅、分泌物贮积; 抗感染药物选用不当、剂量不足或更换过频; 病毒感染或真菌等二重感染。

10. 纠正酸碱、水电解质失衡

(1) 呼吸性酸中毒: 主要通过积极控制感染、改善通气、纠正缺氧和二氧化碳潴留措施予以纠正。

(2) 呼吸性碱中毒: 机械通气过度者应适当减少潮气量; 低血氯、低血钾应及时补充适量氯化钾。

(3) 呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒: 可按血气分析或 CO_2CP 数值按有关公式计算后适当补充碱性药物。

(4) 呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒: 低氯低钾引起者可选用适量氯化钾液体予以补充或盐酸精氨酸液体予以补充纠正, 也可考虑短期酸化尿液如使用醋氮酰胺纠正代谢性碱中毒。

(5) 严格按照每天出入量 (包括隐性丧失液量) 慎重补充液体, 防止呼吸道干燥而影响通气功能。

11. 回阳固脱, 开闭醒神救急

(1) 肾阳虚衰致脱者可选用参附注射液 (红参、附子) 20~40 毫升加入 25% 葡萄糖液 20~40 毫升中静脉缓慢推注, 视病情需要每 15~30 分钟 1 次, 连续 3~5 次。

(2) 气阴两虚致脱者可选用参麦注射液 20~40 毫升加入 25% 葡萄糖液 20~40 毫升中静脉推注，或 60~100 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。

(3) 痰浊、邪毒、气滞、血瘀致闭者，可选用清开灵注射液 10~20 毫升加入 25% 葡萄糖液 20~40 毫升中静脉推注，后视病情每隔 1~2 小时连续使用或改用静脉滴注。

也可选用复方丹参滴丸 10~15 粒/次舌下含服，或安脑丸 1~2 丸口服。

12. 其他如颅内高压、心力衰竭、DIC 等救急参照有关章节内容。

五、诊断与治疗进展

(一) 诊断进展 暴喘证包括现代医学中重症哮喘、气胸、成人呼吸窘迫综合征、急性肺水肿、呼吸衰竭等病。在中医诊断方面，根据临床表现，审其虚实，辨清脏腑病位及辨别病证的性质，临床上不难加以诊断。在西医诊断方面，要排除容易混淆的其他疾病，及时确诊，争分夺秒采取有效措施，以挽救病人的生命。

(二) 治疗进展 “暴喘”的病理机制复杂，涉及脏腑甚多，证候兼挟，故其治疗大法亦有种种差异。但归纳起来，不外乎以“急则治其标”为治则，选用见效快而作用强的方法，采取多途径给药，以冀在较短时间内，缓解暴喘危急之候。同时审察证候的虚实，分别施治。近年来通过对有效方药剂型和给药途径的改进，临床疗效较为满意。

1. 回阳固脱法 主要有参附注射液、参附芪注射液。

有研究报道二者能改善末梢循环，有升高血压、减慢心率和呼吸频率的作用。

2. 益气复脉法 主要有生脉注射液、参麦注射液。药理研究表明，这两种注射液具有抗休克、显著延长常压耐缺氧时间、改善氧输送和氧供给能力、降低氧耗量、调节血压、改善微循环等作用。

3. 活血祛瘀法 主要有丹参注射液、川芎嗪注射液、毛冬青甲素、血栓通注射液等。此类针剂可以明显改善肺微循环，使肺血流量增加，提高肺泡通气功能，从而改善机体低氧血症和高碳酸血症，若配合西药可以起到相互协同作用。例如：丹参注射液联合西地兰用药，可以防治西地兰所致的心律失常；与糖皮质激素并用，可改善微循环，提高疗效。

4. 化痰平喘法 主要有金叶青兰注射液、洋金花注射液。据大量文献报道表明，平喘西药与某些中药合用会影响疗效，反之亦然，这一点很值得临床医生注意。

另外随着新技术、新疗法的广泛应用及先进医疗器械的不断问世，使暴喘证的西医诊断更加明确，治疗水平不断提高，大大降低了暴喘的死亡率。现就一些新疗法提出仅供参考。

(1) 氧疗：近年来采用了一些新方法辅助氧疗。

1) 体外膈肌起搏 (EDP)。

2) 高频射流通气 (HFJV)：其优点是提供一个低潮气量和低气道平均压，可避免因气道压过大所致的心输出量减少和肺的气压伤，也无常规机械通气时气流不易进入顺应性下降的肺泡和血流进一步向萎缩肺泡转移从而加重 V/Q 失

调和肺内分流的缺点。

3) 体内给氧：通过自血紫外线辐射充氧作用，使氧合血红蛋白迅速达到最饱和程度，使组织对氧和能量的利用提高，增加全身氧供给。

(2) 人工肾：有学者研究表明人工肾持续正压（8~12千帕）通入氧是提高氧气透过人工肾弥散入血的一种有效手段。人工肾能有效地排出人体的二氧化碳，相对人工肺引起碱中毒危险性较小。

(3) 体外膜肺（ECMO）：是用于治疗急性可逆性心力衰竭、呼吸衰竭或心肺功能衰竭的一项技术，可通过胸外血管插管提供较长时间的体外循环、气体交换。其治疗原理是利用 ECMO 的替代生物肺换气功能，缓解其换气负担，使生物肺处于“休息”状态，并提供血液动力学支持，使可逆性病变的肺得以痊愈。

(4) 纤维支气管镜的应用：应用纤维支气管镜，进行支气管肺泡灌洗术，可以清除阻塞气道的粘稠痰液，改善通气，同时能在气道内直接应用抗生素及激素，也有学者采用纤维支气管镜吸痰结合高频抢救重症呼吸衰竭，取得良好效果。

(5) 西药的治疗

①外源性肺表面活性物质（PS）：PS 替代治疗，对防止 ARDS 发生或减轻其病情，促进肺功能恢复起一定作用。

②减敏剂：应用小量过敏原并逐渐增加剂量，以改变机体的变态反应状态从而防治重症哮喘。

③前列腺素（ PGE_1 ）： PGE_1 和 PGE_2 可增加肺组织中的腺苷酸环化酶，从而增加 CAMP 的量并促使支气管扩张。

六、护 理

(一) 卧床休息，避免不必要的活动或劳累，体位以半卧位为宜，必要时予坐位，并按病情需要分别选择高、中、低流量吸氧。

(二) 保持病室的空气流通，室温适宜，防潮防湿，避免当风而卧，注意保暖，防止外邪入侵。

(三) 迅速建立有效的静脉通道，注意调整滴速。

(四) 注意基础护理，保暖护寒，注意口腔卫生，保持呼吸道通畅，必要时给予吸痰，避免痰液窒息，保持皮肤清洁干爽，做好精神护理。

(五) 特护 给予血压监护和心电监护，随时观察生命体征并做好记录，发现病情变化需向医生报告并协助处理。

(池逊 刘敏雯 李红)

主要参考文献

- [1] 何绍奇，等. 现代中医内科学. 北京：中国医药科技出版社，1991年，第1版
- [2] 屈松柏，等. 实用中医心血管病学. 北京：科学技术文献出版社，1993年，第1版
- [3] 林求诚，等. 中西医结合急难重症诊治. 福州：福建科学技术出版社，1995年，第1版
- [4] 北京协和医院临床药物组编. 疾病的临床药物治疗. 北京：中国医药科技出版社，1987年，第1版
- [5] 林求诚. 中西医结合诊疗手册. 福州：福建科学技术出版社，1994年，第1版

- [6] 翁维良. 活血化瘀治疗疑难病. 北京: 学苑出版社, 1993 年, 第 1 版
- [7] 罗邦尧, 等译. 内科疾病临床思维指南. 上海: 上海翻译出版社, 1987 年, 第 1 版
- [8] 张慧真, 等. 高频通气治疗 II 型呼吸衰竭 30 例临床观察. 山东医药, 1988, 29 (4): 8~9
- [9] 庞素华. 自血臍外线辐射充氧后回输治疗老年呼吸衰竭 20 例, 临床荟萃, 1993, 8 (14): 639~640
- [10] 张世叶, 等. 体外膈肌起搏器临床应用适应证探讨. 中华结核和呼吸杂志, 1995, 18 (1): 19
- [11] 诸葛毅, 等. 体外膜肺治疗严重急性呼吸衰竭. 中华结核和呼吸杂志, 1993, 13 (3): 124~125

第十五章 心悸急症

心悸急症是指病人急性发作的心中悸动不安，甚则不能自主的一类病证。常因脏腑虚损导致心气不匀所致。可伴有脉搏结代不齐、胸闷气短、眩晕不宁，甚者喘促难于卧睡。可分为怔忡与惊悸。惊悸较为浅暂，全身情况较好；怔忡病情较为深重，全身情况较差；惊悸日久，可发展为怔忡。

本病可见于诸多疾病过程中，涉及西医学各种病因引起的心律失常。

一、病因病机

心悸急症多由外邪侵袭、七情内伤、饮食劳倦及久病伤正等致脏腑虚损累及于心，心气不匀而成。

(一) 外邪侵袭 风、寒、湿、热诸邪入侵，客于心脉，痹阻脉络，心气不匀，营血不畅，发为心悸。

(二) 七情内伤 突受惊恐，心虚胆怯；忧思伤脾，气血亏虚，心失所养；恐惧伤肾，肾水不足，火逆于上，动撼心神，均可导致心悸。

(三) 饮食劳倦 饮食不节或劳倦伤脾，脾阳不足，痰湿内停；或房劳过度伤及肾阴，均可造成气血两亏，心失所养；或痰饮上犯，心阳被抑；或水不济火，虚火上扰，发为心悸。

(四) 久病正虚 大病、久病之后，阳气虚衰，不能温阳心脉；或久病入络，心阳不振，瘀血内阻；或素体亏虚，气虚不能鼓动血脉，营血运行不畅均可导致心悸。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

- (1) 心慌，心悸，甚则不能自主。
- (2) 常伴眩晕，胸闷，喘促，甚至昏厥。
- (3) 脉数、促、迟或结代。

2. 发病特点 多呈阵发性或反复发作性。

3. 辅助检查

- (1) 心电图检查可示各种心律失常。
- (2) 根据不同病因选用其他检查。如动态心电图、胸片、心脏 M 超、心脏 B 超、心脏同位素扫描等。

主要根据 1. 中的 (1)、(3) 和 3. 中的 (1)，参考其他各点，作出病名诊断。

(二) 证类诊断

1. 心神不宁

主证：心悸，善惊易恐。

兼证：短气，汗出，多梦易醒，心烦不寐。

舌、脉象：舌淡红，苔薄白，脉虚数或结代。

2. 心血不足

主证：心悸，头晕，面色少华。

兼证：短气，乏力，不寐，唇甲色淡。

舌、脉象：舌淡苔薄白，脉细数。

3. 阴虚火旺

主证：心悸，五心烦热，面色潮红。

兼证：不寐，口干，耳鸣，腰酸。

舌、脉象：舌红，苔少或无苔，脉细数。

4. 心阳不振

主证：心悸，形寒肢冷，面色苍白。

兼证：胸闷，气短或喘促，汗出。

舌、脉象：舌淡，苔白，脉虚弱或沉细而数或迟缓。

5. 痰饮犯心

主证：心悸，胸腹痞满，渴不欲饮，恶心欲呕。

兼证：形寒或背寒如掌大，浮肿尿少，吐涎。

舌、脉象：舌淡或淡红，苔白滑，脉弦滑或缓滑。

6. 瘀血阻络

主证：心悸，胸闷，心痛时作。

兼证：唇甲青紫，面色暗。

舌、脉象：舌紫暗或瘀斑或瘀点，脉涩或结代。

(三) 分型分级

1. 分型

(1) 快速型心悸：心率或脉搏大于 100 次/分钟；心电图示窦性心动过速、快速型房扑或房颤、阵发性室上性心动过速或阵发性室性心动过速等。

(2) 缓慢型心悸：心率或脉搏小于 60 次/分钟；心电图示窦性心动过缓、窦房阻滞或房室传导阻滞等。

(3) 结代型心悸：心律不齐或脉结代；心电图示房性早搏、室性早搏、窦性心律不齐或房颤。此型亦可合见于快速

型或缓慢型心悸中。

2. 分级

(1) 轻度：心悸，易因精神刺激诱发，休息或诱因消除后可缓解。心电图示窦性心动过速、轻度窦房阻滞、I度房室传导阻滞、偶发房性或室性早搏等。

(2) 中度：心悸发作较频，不易缓解。或伴心痛时作，心悸不能自主。心电图示严重持续窦性心动过速或心动过缓、II度房室传导阻滞、频发房性及室性早搏、阵发性室上性心动过速、房扑或房颤等。

(3) 重度：心悸发作频繁或持续不解，又伴喘促、昏厥、厥脱或昏迷。心电图示阵发性室性心动过速、III度房室传导阻滞等。

三、鉴别诊断

(一) 奔豚病 自觉气从少腹上冲胸咽，其表现多样化，并见少腹悸动、腹痛、胸闷气促、乍寒乍热等。其发病与精神刺激密切相关，一般无心电图异常。

(二) 胸痹 以胸膈、心痛发作为主要表现。可与心悸互见，需根据病情诊断。

四、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 辨虚实 心悸急症，虚多实少，虚者补之为其总则。久病者，证候复杂，常虚实夹杂，分别采取补虚、祛邪或攻

补兼施之法。

2. 治变证 心悸发作，病势危急，易并发暴喘、厥脱、昏厥、昏迷等危急变证。此时应根据病情轻重进行及时抢救。

(二) 分证治疗

1. 心神不宁

治法：镇惊安神，养心定志。

方药：平补镇心丹（《太平惠民和剂局方》）加减：朱砂 0.3 克（冲服）、龙齿（或龙骨）30 克、酸枣仁 15 克、远志 10 克、茯苓 15 克、五味子 10 克、熟地黄 15 克、麦冬 15 克、天门冬 15 克、人参 15 克、炙甘草 10 克、珍珠末 1 支（冲）。每日 1 剂水煎服。

尚可配服宁心宝 3 粒，每日 3 次。

2. 心血不足

治法：补心养血，益气安神。

方药：归脾汤（《济生方》）或炙甘草汤（《伤寒论》）加减：人参 25 克、黄芪 40 克、白术 15 克、炙甘草 15 克、当归 15 克、龙眼肉 20 克、酸枣仁 10 克、茯神 20 克、远志 10 克、木香 6 克（后下）。每日 1 剂水煎服。

归脾丸 6 克，每日 3~4 次。若兼气阴不足者，生脉饮 1 支，每日 3 次。

针剂：参麦注射液 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

3. 阴虚火旺

治法：滋阴降火，养心安神。

方药：朱砂安神丸（《医学发明》）加减：朱砂 0.3 克

(冲)、当归 6 克、生地黄 15 克、黄连 10 克。每日 1 剂水煎服。

滋心阴口服液 10 毫升口服，每日 3 次。

针剂：生脉注射液 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

4. 心阳不足

治法：温补心阳，安神定悸。

方药：桂枝甘草龙骨牡蛎汤（《伤寒论》）加减：桂枝 15 克、炙甘草 10 克、生龙骨 30 克（先煎）、生牡蛎 30 克（先煎）、人参 20 克、熟附子 10 克。每日 1 剂水煎服。

补心气口服液 10 毫升口服，每日 3 次。

针剂：参附注射液 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

5. 痰饮犯心

治法：振奋心阳，化气行水。

方药：苓桂术甘汤（《金匱要略》）加减：茯苓 25 克、桂枝 15 克、炙甘草 10 克、白术 15 克、半夏 15 克、陈皮 15 克、生姜 10 克。每日 1 剂水煎服。

6. 瘀血阻络

治法：活血化瘀，理气通络。

方药：桃仁红花煎（《素庵医案》）加减：桃仁 15 克、红花 15 克、丹参 30 克、赤芍 15 克、川芎 10 克、玄胡 15 克、香附 10 克、青皮 10 克、生地黄 15 克、当归 12 克、桂枝 10 克、甘草 10 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：脉络宁注射液 20~40 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

(三) 应急与抢救

1. 输液、静脉及肌肉注射

(1) 益气阴：参麦注射液或生脉注射液 20~40 毫升加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中缓慢静脉推注，每日 3~5 次。或以上药 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 2~3 次。此法多用于快速型心悸。

(2) 救心阳：参附注射液 10~20 毫升加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中静脉推注，每日 2~3 次。或 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。或人参针 10~20 毫升加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中静脉推注，每日 2~3 次。此法多用于缓慢型心悸。

(3) 其他制剂：

①强心灵 0.125~0.25 毫克加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中缓慢静脉推注，每日 1~2 次。本品为黄花夹竹桃果仁中提取的混合强心甙，疗效与地高辛相似。

②万年青甙 2~4 毫升加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中缓慢静脉推注，每日 1~2 次。

③福寿草总甙 0.6~0.8 毫克加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中缓慢静脉推注，每日 1~2 次。

④铃兰毒甙 1 毫克加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中缓慢静脉推注，每日 1~2 次。

以上皆适用于快速型心悸。

⑤苦参碱注射液 2 毫升肌注，每日 2~3 次。适用于快速型或结代型心悸。其有效成分有非特异性的奎尼丁样作用。

2. 吸氧 可用鼻导管氧气吸入。

3. 并发高热、厥脱、暴喘、昏厥或昏迷等可参照本书各章救治。

(四) 综合治疗

1. 针灸 可选心俞、神门、三阴交、膻中、膈俞、间使、内关、足三里等穴位，可用补法，每日1~2次。

耳针 心、皮质下、交感、神门，每日1~2次。

2. 外治法

(1) 压迫眼球：令病人闭眼，以手指压迫两侧眼眶上缘的下方（即眼球的上部），至病人感到疼痛，时间为10~30秒钟。不可用力过猛。适用于快速型心悸。

(2) 压迫颈动脉窦：以手指按摩一侧颈动脉窦部位，先试右侧，无效时再试左侧。操作时让病人平卧或半卧位，头转向一侧，于下颞角下方相当甲状软骨上缘水平，将颈动脉向颈椎方向压迫，时间不超过10~30秒钟，适用于快速型心悸。

(3) 使患者深吸气后屏气，再做呼气运动；或刺激咽部，诱发呕吐，促使快速型心悸恢复正常。

在上述手法治疗时，均应同时诊脉或听诊。

3. 针对病因的治疗 对各种原因所致的心悸，应及时找出原因，针对病因治疗。如抗感染、纠正心衰、扩张冠状动脉、射频消融术及外科手术等。

五、诊断与治疗进展

经动物实验或临床观察证实多种中药具有抗心律失常作用，其有效成分多归属于生物碱类、强心甙类、黄酮类及皂

甙类等。

1. 苦参总碱 作用与奎尼丁相似，对室性及房性早搏均有一定疗效，对缓慢型者无效。

2. 去甲乌头碱 为附子中提取的有效强心成分之一。目前多认为可能是 β -受体激动剂。主要作用于慢通道而发挥其抗缓慢性心律失常作用。可改善窦房结自律性，改善窦房、房室传导，明显缩短A-H间期，对不同程度的房室传导阻滞亦有治疗作用。

3. 黄连素 具有 α -肾上腺素能受体阻滞作用，对室上性及室性心律失常均有治疗作用，黄连素口服可能对顽固性室性心动过速有效。

其他如枳实、青皮、川芎、丹参、防己等经药理研究表明均有一定的抗心律失常作用。

西医学认为心律失常的发生可概括为：①激动形成异常。②激动传导异常。③激动形成异常和传导异常并存。发生机制可为折返、自律性改变、后除极引起触发激动调变的平行收缩等。其病因治疗包括纠正心脏病理改变，调整异常病理生理功能（如冠状动脉狭窄、泵功能不全、自主神经张力改变等）。近年来，又有再灌注心律失常的提出。

缓慢心律失常一般选用增强心肌自律性和（或）加速传导的药物，如拟交感神经药（异丙基肾上腺素等）、迷走神经抑制药（阿托品）或碱化剂（克分子乳酸钠或碳酸氢钠等）。

快速心律失常的治疗：①选用减慢传导和延长不应期的药物。如迷走神经兴奋剂（新斯的明、洋地黄制剂）、拟交感神经药间接兴奋迷走神经（如甲氧胺、新福林）。②抗心

律失常药物，可分为膜抑制剂（奎尼丁、利多卡因等）、 β -受体阻滞剂、延长动作电位时限和不应期药物（胺碘酮）、钙内流阻滞剂（异搏定）。

非药物治疗 包括机械方法兴奋迷走神经、心脏起搏器、电复律、电除颤、电消融和冷冻、激光消融、射频消融以及手术治疗。

近来又有再灌注心律失常的发现，指出氧自由基在其中起着重要作用。治疗上可用抗氧自由基物质 SOD、CAT 及甘露醇（可特异性清除氧自由基），亦可应用其他抗心律失常药物。

六、护 理

（一）喘促者吸氧。

（二）卧床休息。

（三）调摄情志，保持心情舒畅。

（四）清淡饮食，忌食肥甘厚腻及烟酒等。

（五）慎起居，避风寒，防止感受外邪。

（六）密切观察病情，注意血压、心率、脉搏、神志改变。必要时心电监护。

（刘涛 张桂芝 陈伟）

主要参考文献

[1] 陈丽敏. 浙江中医学院学报, 1993, 17 (3): 31

[2] 刘乾和, 等. 新中医, 1983, (4): 18

[3] 黄宛主编. 临床心电图学. 人民卫生出版社, 1992年, 第1版

- [4] 戴白英主编. 实用内科学. 人民卫生出版社, 1993 年
- [5] 崔乃杰主编. 实用危重病急救医学. 天津科技翻译出版公司, 1993 年, 第 1 版

第十六章 心痛急症

心痛急症是指左胸部或膻中处突然憋闷而痛。多为隐痛、刺痛、绞痛。疼痛常可窜及肩背、前臂、胃脘部等，甚则可沿手少阴、手厥阴经行窜至中指或小指，常兼心悸、短气。重者并见四肢厥逆、汗出淋漓、脉微欲绝等阳气暴脱之危候。西医学冠心病、心绞痛等，与本证颇类似，可参照治疗。

一、病因病机

(一) 气阴两虚 因年老体虚，先天不足，思虑过度，耗伤心脾引起心之阴阳气血不足，以气阴两虚多见，气阴两虚，心脉失养。

(二) 心阳不振 年老体衰或心阴心阳不足久而及肾。肾阳不足，不能鼓舞心阳，心阳不振，血脉失于温运，痹阻不畅，发为心痛。

(三) 心血亏损 劳倦内伤或久病之后中焦虚弱，心血缺乏生化之源，心血不足，血脉不充，心失所养。

(四) 痰浊闭塞 恣食膏粱厚味，或饥饱无常，日久损伤脾胃，运化失司，聚湿成痰浊，痰浊上犯闭塞心胸清旷之区，清阳不展，气机不畅，心脉闭阻，遂致心痛。

(五) 心血瘀阻 忧思恼怒，心肝之气郁滞，血脉运行

不畅而致心痛。

(六) 寒凝气滞 素体心气不足，或心阳不振，复因寒邪侵及，“两虚相得”，寒凝胸中，胸阳失展，气机失畅，心脉痹阻，则易卒然发生心痛。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 左侧胸膺或膻中处突发憋闷而痛(绞痛、刺痛、隐痛)。

(2) 疼痛常可窜及肩背、前臂、胃脘部等甚则可沿手少阴、厥阴经循行部窜至中指或小指，可兼有心悸。

2. 发病特点 突然发病，时作时止，反复发作。

3. 诱发因素 情志波动，气候变化，饮食不节，劳累过度。

4. 辅助检查

(1) 心电图应列为必要的常规检查，必要时可作动态心电图、运动心电图、标测心电图和心功能测定。其结果可有以下改变：休息时心电图可有心肌缺血(R波占优势的导联上有缺血型S-T段下降超过0.05毫伏或正常；不出现T波倒置的导联上T波倒置超过2毫米)，心电图运动试验阳性。

(2) 参考检查项目有血压、心率、心律、白细胞总数、血沉、血脂、空腹血糖。

(3) 必要时可做血清学、血粘度、血小板功能测定。有

条件者还可以做睾丸酮、雌二醇含量、血管紧张素测定。

具备以上 1.、2.、4. 项，参考 3. 项，即可作出该急症之诊断。

(二) 证类诊断

1. 气阴两虚

主证：隐痛阵发，气短乏力，五心燥热，汗多口干。

兼证：眩晕耳鸣，惊悸潮热，面色少华，纳差脘胀。

舌、脉象：舌红少苔或舌淡苔薄黄，脉细数或结代、促。

2. 心阳不振

主证：闷痛时作，形寒心惕，面白肢冷。

兼证：精神倦怠，自汗肿胀。

舌、脉象：舌淡胖苔薄白，脉沉细或沉迟或结、代，甚则脉微欲绝。

3. 心血亏损

主证：忧思隐痛，虚烦惊惕，心慌不宁，少寐多梦。

兼证：面白唇淡，健忘头晕。

舌、脉象：舌尖红，少苔，或舌淡苔薄白，脉沉细弱或细数。

4. 痰浊闭塞

主证：闷痛痞满，口粘乏味，纳呆脘胀。

兼证：恶心呕吐，头重身困，痰多且稠。

舌、脉象：苔腻或白滑或黄，脉滑或数。

5. 心血瘀阻

主证：定处刺痛，面晦唇青，怔忡不宁。

兼证：肌肤甲错，毛发干枯，爪甲发青。

舌、脉象：舌质紫暗或见紫斑，或舌下脉络紫胀，脉涩或结、代。

6. 寒凝气滞

主证：遇寒则痛，彻背掣肩，手足欠温。

兼证：畏寒口淡，胁胀急躁。

舌、脉象：舌淡苔白，脉沉迟或弦紧或促。

(三) 分型分级

1. 分型 1980年广州第一届全国内科学术会议心血管病专业组根据WHO所通过命名及诊断标准制订。

(1) 劳累性心绞痛：由于运动或其它增加心肌需氧量的情况所诱发的短暂胸痛发作，休息或含硝酸甘油后，疼痛可迅速消失。

1) 初步型劳累性心绞痛：病程在1个月以内。

2) 稳定型劳累性心绞痛：病程在1个月以上。

3) 恶化型劳累性心绞痛：同等程度的劳累所诱发的次数，严重程度及持续时间突然加重。

(2) 自发性心绞痛：胸痛的发作与心肌需氧量的增加无明显关系，疼痛持续时间较长，程度较重，且不易为硝酸甘油缓解，未见酶变化，心电图常出现某些暂时性的S-T段抬高，称为“变异性心绞痛”，但在心肌梗塞早期记录到这一心电图形时，不能应用这一名称。

初发型劳累性心绞痛、恶化型劳累性心绞痛及自发性心绞痛，常统称为“不稳定型心绞痛”。

2. 分级（稳定型劳累性心绞痛）

(1) I级：较日常活动重的体力活动，如原地小跑、快速或持重物上3楼、上陡坡等引起心绞痛，但日常活动无症状

状。

(2) II级：日常体力活动，如正常条件下常步行 1.50~2.00 千米、上 3 楼、上坡等引起心绞痛，日常活动稍受限制。

(3) III级：较日常活动轻的体力活动，如正常条件下常速步行 0.50~1.00 千米、上 2 楼、上小坡等引起心绞痛，日常活动明显受限。

(4) IV级：较微体力活动，如室内缓行、严重者休息时亦发生心绞痛。

3. 分度（稳定型劳累性心绞痛）

(1) 轻度：每周有 2~3 次或每日有 1~3 次较典型的心绞痛发作，每次持续 5 分钟以下，疼痛较轻。

(2) 中度：每日有 4 次以下较典型的心绞痛发作，每次持续 6~10 分钟，疼痛较重。

(3) 重度：每日有 10 次左右典型心绞痛发作，每次持续 10 分钟以上，疼痛影响日常生活（如穿衣、大便等）。

三、鉴别诊断

(一) 真心痛 一般相当于急性心肌梗塞。

1. 疼痛剧烈，多发于胸骨后，有压榨感，持续时间长，可达 30 分钟以上，含硝酸甘油片难缓解。

2. 可手足发凉，甚至达肘膝关节处，有的旦发夕死，夕发旦死。

3. 常合并心律不齐，心功能不全及休克。

4. 心电图、白细胞总数、血沉、血清酶学检查能帮助

鉴别。

(二) 胃痛

1. 疼痛部位在上腹部，有压痛点，以胀痛为主，持续时间较长。

2. 合并纳呆、恶心、呕吐等消化道症状。

3. B超、胃肠造影、胃镜、淀粉酶检查可鉴别。

4. 心梗初期有时表现为胃脘疼痛。

(三) 胸痛 以胸膜、肺、气管疾患为主。

1. 疼痛在呼吸运动、转侧时加剧。

2. 合并咳嗽、喘息、痰鸣等呼吸道症状。

3. 胸部X线检查可鉴别。

(四) 胁痛 以肝胆疾患为主。

1. 疼痛部位以右胁部为主，胁缘下有压痛点。

2. 合并腹胀、黄疸、发热等症。

3. 胃肠、胆囊造影、胃镜、肝功能、淀粉酶等检查可帮助鉴别。

四、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 急则治其标 标实主要是气滞、血瘀、痰浊，故以理气活血化瘀为治法。以舌红苔黄为热证。“寒者热之”，“热者寒之”。

2. 缓则治其本 本虚主要是气虚、阴虚，定位于心，故以补心气、养心阴为治法。

(二) 分证论治

1. 气阴两虚

治法：益气养阴。

方药：生脉饮（《内外伤辨惑论》）加减：太子参 30 克、黄芪 30 克、麦冬 15 克、五味子 6 克。每日 1~2 剂水煎服。

汗出者太子参易人参 15 克、山茱萸 15 克，煎汤频频服。

针剂：参麦注射液 20 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注，每隔 10~15 分钟注射 1 次，连续 3~5 次；或以参麦注射液 20~50 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

2. 心阳不振

治法：补心温阳。

方药：炙甘草汤（《伤寒论》）或瓜蒌薤白白酒汤（《金匱要略》）加减：炙甘草 12 克、党参 20 克、桂枝 10 克、生地黄 15 克、麦冬 15 克、火麻仁 15 克、阿胶 10 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：参附芪注射液（广东省中医院制剂）20 毫升加入 10% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注，每隔 10~15 分钟 1 次，连续 3~5 次，或用参附芪注射液或人参注射液（广东省中医院制剂）或参附注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

3. 心血亏损

治法：补血养心。

方药：归脾汤（《济生方》）：黄芪 15 克、党参 15 克、白术 15 克、茯苓 15 克、木香 15 克、陈皮 6 克、酸枣仁 15 克、远志 15 克、大枣 10 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：参麦注射液 40~60 毫升加入 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

4. 痰浊闭塞

治法：化痰开窍。

方药：导痰汤（《济生方》）：半夏 12 克、陈皮 6 克、枳实 15 克、茯苓 15 克、制南星 10 克、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

5. 心血瘀阻

治法：活血化瘀。

方药：通窍活血汤（《医林改错》）：赤芍 15 克、川芎 12 克、桃仁 10 克、红花 6 克、大枣 15 克、老葱 3 条、生姜 3 片、酒适量。每日 1 剂水煎服。

针剂：复方丹参注射液 20~30 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注；或用川芎嗪注射液 80~120 毫克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注；或用普乐林注射液 500 毫克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

6. 寒凝气滞

治法：通阳理气。

方药：枳实薤白桂枝汤（《金匱要略》）加味：瓜蒌 15 克、桂枝 10 克、白芍 15 克、甘草 6 克、大枣 15 克、枳实 12 克、薤白 12 克、生姜 3 片。每日 1 剂水煎服。

针剂：高丽参注射液 10 毫升加入 10% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注。或用参附注射液 20 毫升加入 10% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注，每 15~20 分钟 1 次，连续 3~5 次。或用复方丹参注射液 20~30 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

(三) 应急与抢救

1. 寒心舒气雾剂 又名寒证心痛气雾剂，温通散寒，理气止痛。舌下喷雾。
2. 热心舒气雾剂 又名热证心痛气雾剂，凉血清热，活血止痛。舌下喷雾。
3. 麝香保心丸 益气强心，芳香温通。1~2丸含服或吞服。
4. 速效救心丸 活血理气。1~3丸含服。
5. 苏冰滴丸 芳香开窍，理气止痛。2~4滴丸含服。
6. 活心丸 养心活血。1~2丸含服或吞服。
7. 益心丸 益气强心，开窍化痰。1~2丸含服或吞服。
8. 暖心胶囊（广东省中医院制剂） 温通心阳，理气止痛。4~6丸吞服，每日3次。
9. 养心胶囊（广东省中医院制剂） 益气养心止痹痛。4~6丸吞服，每日3次。
10. 心绞痛宁膏 活血化瘀，芳香开窍。贴敷心前区。
11. 其它 如局方“苏合香丸”1丸嚼碎含化；芒硝、三七粉、全蝎粉、蜈蚣粉1~3克吞服等。
12. 重度心痛或上述治疗无效者，可配合吸氧或选用川芎嗪针、丹参针、生脉针静脉滴注，发现真心痛先兆应按先中后西，能中不西，中西结合的用药原则抢救。

(四) 综合疗法

1. 针灸 内关、心俞、厥阴俞、膻中等穴，每日1~2次，每次留针30分钟。
2. 耳针 选心、内分泌、交感、神门、皮质下、小肠

等穴，每日1次。

3. 针对病因治疗 积极治疗原发病，如冠心病、病毒性心肌炎以及洋地黄、锑剂中毒、缺钾等。

五、诊断与治疗进展

心痛急症的分型方法种类繁多，治疗方法亦千变万化，其中应用最广、研究较多有如下几种。

(一) 益气活血法 心痛的本虚以气虚为主，标实以血瘀最为突出，故益气活血法既治本又治标，体现了中医标本兼顾的原则。益气活血药大致有如下作用：

1. 对心脏的作用 包括改善左心室功能、增加心肌血流量、增加心肌收缩力、降低心肌耗氧量。

2. 对血管 可扩张冠状动脉，改善微循环。

3. 降低血脂。

4. 抗凝血及抗血小板作用 包括抑制血小板聚集和影响纤维蛋白的纤溶活性等。

5. 改善血液流变学特性。

6. 对机体反应性的影响 如增强机体耐缺氧能力。

7. 对人体免疫功能的影响 能增强机体功能、提高机体免疫力。

(二) 活血化瘀法 是冠心病治疗中应用最早、使用最多的治疗法则，其代表方为冠心Ⅱ号(丹参、赤芍、川芎、红花、降香)。活血化瘀法对冠心病心绞痛的作用机理可归纳为：

1. 对心脏的作用 可增加冠状动脉血流量、降低心肌

耗氧量，对心肌缺血缺氧有明显的保护作用。

2. 可提高心肌对缺氧的耐受性。

3. 对血小板功能的影响 可抑制血小板的聚集及释放反应。

4. 溶解血栓作用 能使血液纤维蛋白溶解性增高。

5. 对血液流变性的影响 可降低血液粘稠度，加速红细胞电泳，使血液在血管中的流动得到改善。

(三) 益气养阴法 是近年来仅次于益气活血法的一个重要的研究课题，其代表方剂为生脉散。

(四) 芳香温通法 其显著特点是疗效迅速，故常用于心绞痛急性发作之时。

(五) 补肾温阳法 近年来的研究认为肾虚亦为冠心病发病的重要因素之一。其作用为：

1. 补肾治疗不仅可以提高机体细胞的免疫功能，而且还可以调整机体免疫的失调现象。

2. 可以调整肾上腺皮质功能。

3. 可以调整男性患者的性激素水平，实验表明可降低男性肾虚患者的 E_2/T 比值。

4. 可以改善冠心病患者的心功能。

对一些有效药物的研究，如熟地黄、淫羊藿、补骨脂、泽泻、桑寄生、女贞子、何首乌等，发现诸药均可增加离体兔心的冠脉血流量，对冠状动脉有不同程度的扩张作用，有的还对缺氧心肌有保护作用。

(六) 宣痹豁痰通阳法 宣痹通阳是传统治疗胸痹心痛的方法之一，代表方如瓜蒌薤白半夏汤，一直沿用至今。近年来实验研究证实瓜蒌具有明显增加冠脉血流量、增加心肌

收缩力、保护缺血心肌，并有降低血脂的作用。

六、护 理

(一) 发作频繁(每日3次以上)，程度较重者应卧床休息，病情稳定时宜强调适量活动，以不引发心痛为度。

(二) 做好思想工作，解除顾虑和恐惧心理，减少情绪波动。

(三) 忌肥甘厚味及烟酒，一般以清淡素薄为宜，食不宜过饱，不饥为度。寒证者多进山楂、木香、茴香、葱头、姜芥等。

(四) 热证者多进冬瓜、芥菜、西红柿、黄瓜等。注意保暖，避免劳累、保持大便通畅，便秘时可服麻子仁丸或番泻叶。

(五) 观察病情，尤其是血压、心率、脉搏、神志和出汗的变化。

(张桂芝 刘涛 陈维强)

主要参考文献

- [1] 中国中西医结合研究会. 活血化瘀为心血管疾病座谈纪要. 中西医结合杂志, 1986, 6 (2): 108
- [2] Stringer.MD.et al. Lipid Peroxides and Atherosclerosis BNJ, 1989, 298: 281
- [3] 戴自英主编. 实用内科学. 北京人民卫生出版社, 1993年, 第1版: 1095
- [4] 陈可冀主编. 心脑血管疾病研究. 上海科学技术出版社, 1988: 319

- [5] 冠心病中医辨证及其血浆环核苷酸、性激素的关系. 中西医结合杂志, 1983, 3 (3): 149
- [6] 陈在嘉. 应认真对待不稳定性心绞痛的治疗. 中华内科杂志, 1994, 33 (8): 509
- [7] 王栋文, 等. 三种疗法治疗心绞痛 31 例临床对比观察. 湖南中医杂志, 1994, 10 (1): 18
- [8] 赵冠英, 等. 64 例急性心梗出院后中医治疗的远期疗效观察. 中西医结合杂志, 1984, 4 (5): 268
- [9] 金兰, 等. 中西医结合治疗急性心梗五年疗效分析. 中华内科杂志, 1978, 17 (5): 335

第十七章 胃痛急症

胃痛急症，是指胃部突发性中度、重度疼痛持续半小时以上，或疼痛拒按，恶心呕吐，甚或厥逆为主要表现的一种病证。西医学中的急性胃炎、慢性胃炎急性发作、胃粘膜脱垂症、胃十二指肠溃疡、胃痉挛、胃下垂等疾病，可参考本症进行辨证论治。

一、病因病机

(一) 外感寒邪或湿热之邪阻遏胃中气机 阴寒之邪凝于胃，胃阳受阻，气机不利；湿热之邪羁于胃，气机失和，发为胃痛。

(二) 内伤饮食或郁怒伤肝，肝气犯胃而扰乱升降 暴饮暴食，饥饱无常，或过食生冷、辛辣肥甘之品，胃中气机壅滞不通；郁怒伤肝，肝气横逆犯胃，气血壅而不行，发为胃痛。

无论外感之邪或内伤饮食，情志恼怒伤肝，其结果致胃之气机和降不利，气滞不通，不通则痛，故为急性胃痛，其病位在胃、肝、脾。

此外，痰瘀互结胃脘，形成癥积，触之有块，形体日渐瘦削，脘痛难忍，常规药物难以止痛，甚则呕血、便血，其预后极差，亦属危候。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点 胃脘部中度以上持续疼痛不能自行缓解，素有胃痛发作病史和暖气纳少，恶心呕吐，反酸，脘腹胀满，呕血便血等胃肠道症状。

2. 发病特点 突然起病，男女老幼一年四季均可发病，但以青壮年居多。

3. 诱发因素 每因气候骤变、情志变化、暴饮暴食、劳累过度等诱发。

4. 辅助检查 主要作纤维胃镜和上消化道钡餐造影检查。

(1) 纤维胃镜检查：胃粘膜可见红白相间，或血管透见，或见粘膜充血水肿，或糜烂溃疡等征象。

(2) 上消化道钡餐造影：可见胃粘膜皱襞改变或见龛影等征象。

(3) 其他检查：血清胃泌素、胃液分析、胃运动试验、胃电图、痛阈测定、胃粘膜病理活检等项检查可作参考。

(二) 证类诊断

1. 寒邪犯胃

主证：胃痛暴作，畏寒喜暖，面色苍白，四肢厥冷，口淡不干。

兼证：遇冷痛甚，得热痛减，时泛冷涎。

舌、脉象：舌淡，苔白，脉细紧或弦紧。

2. 肝郁气滞

主证：胃部胀痛，痛引两胁，嗳气频作，郁怒诱发或疼痛加重。

兼证：胸脘痞闷，排便不畅，嘈杂吐酸，嗳气或矢气后痛减。

舌、脉象：舌苔薄黄，脉弦或弦滑。

3. 胃中湿热

主证：胃痛灼热，胸腹痞满，口苦口粘不欲饮，饮食呆滞。

兼证：头身重着，肛门灼热，大便不爽，小便短黄。

舌、脉象：舌红苔黄腻，脉滑数。

4. 脾胃阴虚

主证：胃部隐隐灼痛，口燥咽干，心中烦躁，手足心热。

兼证：嘈杂干呕，大便干结，渴不多饮，饮食减少。

舌、脉象：舌红少苔甚或光剥，脉细数。

5. 瘀血阻络

主证：胃痛拒按，痛如针刺，痛处固定，疼痛持久。

兼证：胃痛夜甚，食后痛甚，舌质紫黯，呕血便血。

舌、脉象：舌质暗红或有瘀斑，脉沉涩。

6. 饮食积滞

主证：胃脘胀痛拒按，脘腹饱胀，嗳腐酸臭。

兼证：厌恶饮食，恶心欲吐，吐后症轻，大便不调。

舌、脉象：舌苔厚腻，脉弦滑。

(三) 胃痛分级

1. 轻度 胃脘疼痛较轻，可以忍受，无痛苦面容。

2. 中度 胃脘疼痛较重，有痛苦面容，但无坐卧不安。

3. 重度 胃脘剧痛难忍，捧腹呻吟，坐卧不安。

三、鉴别诊断

(一) 心痛 心痛的病位在左胸，其痛剧烈，绞痛如割，痛彻胸背，胸憋汗出，心悸气短，病人有濒死感。心电图检查有缺血型 ST-T 及 T 波改变，甚至出现心律失常的心电图，预后一般较差。

胃痛的部位在胃脘，其痛较轻，心电图检查正常，预后良好。

(二) 腹痛 主要是部位之异。胃痛的部位在胃部，而腹痛的病位在胃脘以下，耻骨毛际以上的整个部位发生疼痛。

(三) 胁痛 以一侧或两侧胁部发生疼痛为主要临床表现，一般无胃脘疼痛之症。与肝、胆、胰腺疾患有关，如肝病、胆绞痛、胆道蛔虫和胰腺疾患，可根据临床症状和体征，并做肝功能、B超、胆囊造影、胰胆管造影、淀粉酶测定等检查进行鉴别。肝郁气滞之胃痛，虽痛引两胁，但以胃脘部疼痛为主。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 胃痛急症的基本病理是脾胃纳运升降失常，气血瘀阻不畅，即“不通则痛”，故治疗以“通则不痛”为法。通法各有不同，按照辨证分析采用散寒、消积、疏肝、活血、养阴等治疗。

(二) 分证论治

1. 寒邪犯胃

治法：温中散寒止痛。

方药：良附丸加味（《良方集腋》）：高良姜 15 克、香附 12 克、厚朴 12 克、苏叶 12 克、神曲 15 克、陈皮 6 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：参附芪注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 肝郁气滞

治法：舒肝和胃，理气止痛。

方药：四逆散（《伤寒论》）合金铃子散（《圣惠方》）加减：柴胡 10 克、白芍 10 克、枳壳 10 克、金铃子 15 克、延胡索 10 克、甘草 6 克、黄芩 10 克、砂仁 6 克（后下）。每日 1 剂水煎服。

针剂：清开灵注射液 40 毫升加入 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

3. 胃中湿热

治法：化湿清热，和中止痛。

方药：小陷胸汤（《伤寒论》）合左金丸（《丹溪心法》）：黄连 10 克、法夏 12 克、瓜蒌 15 克、吴茱萸 3 克、黄芩 12 克、贝母 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：双黄连粉针 3~3.6 克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

4. 脾胃阴虚

治法：养阴生津，益胃止痛。

方药：益胃汤（《温病条辨》）加减：沙参 15 克、麦冬

15克、玉竹15克、生地黄15克、贝母15克、白芍10克、茯苓15克、砂仁3克（后下）。每日1剂水煎服。

针剂：参麦注射液40~60毫升加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，每日1~2次。

5. 瘀血阻络

治法：活血化瘀，理气止痛。

方药：丹参饮（《医宗金鉴》）合失笑散（《和剂局方》）加减：丹参20克、砂仁10克（后下）、五灵脂10克、蒲黄10克、赤芍15克、牡丹皮12克、枳壳12克。每日1剂水煎服。

针剂：复方丹参注射液或脉络宁注射液20毫升加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，每日1次。

6. 饮食停滞

治法：消食导滞，和胃止痛。

方药：保和丸（《丹溪心法》）加减：茯苓15克、山楂15克、法夏15克、陈皮6克、莱菔子10克、枳壳10克、黄芩10克、砂仁6克（后下）。每日1剂水煎服。

针剂：清开灵注射液或双黄连粉针，用法同上，每日1次。

（三）应急与抢救

1. 镇痛

（1）口服中成药：①金牛腹痛片（广东省中医院制剂）4粒，每日3次。②金佛止痛丸1支，每日3次。③气痛散1支，每日3次。④气滞胃痛冲剂1包，每日3次。

（2）针灸：取内关、中脘、足三里等穴泻法针刺，适用于肝气犯胃之胃痛证。针与灸脾俞、胃俞、中脘、章门、内

关、足三里，痛止后除内关穴外，其余均可用灸法以巩固疗效，适用于脾胃虚寒者。或取神门、胃、肝、脾等穴针刺。

2. 综合治疗

(1) 卧床休息，去除病因。急性中毒引起胃痛者，注意洗胃，保护胃粘膜。

(2) 必要时禁食，或给流质饮食。

(3) 寒痛者加艾灸神厥、气海、关元、足三里，10~20分钟。

(4) 拔火罐：选中脘穴进行。

(5) 补液：

1) 呕吐严重伴有脱水者，增液注射液 1500~2000 毫升静脉滴注。或参麦注射液、生脉注射液，用法同前。

2) 阳气欲脱者，参附注射液或参附芪注射液 5 毫升加入 25% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注。参附注射液或参附芪注射液 10 毫升加入 10% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注。

(3) 注意纠正水、电解质代谢和酸碱平衡失常。

五、诊断与治疗进展

(一) 西医学对消化性溃疡诊治进展 目前西医学认为消化性溃疡有多种发病因素，认为大脑皮层、皮层下功能紊乱和胃泌素增多，神经体液调节紊乱，致防护因子减弱，攻击因子增强，因而粘膜损害、氢离子逆流、胃酸或胃蛋白酶增加或胆汁返流对粘膜损害而致分泌减少，本身抵抗力减弱，上皮细胞再生不足和血循环障碍产生溃疡和炎症的改变。炎症的改变多从幽门螺旋菌（HP）着手。治疗上抑制

胃酸分泌过多、提高胃粘膜防御能力及杀灭 HP。

1. 制酸剂 是近年来治疗溃疡病的基本药物。洛赛克 (Losec) 是当今制酸作用最强的制酸剂。

2. 抗胆碱能药 抗胆碱能药物与制酸剂合用, 治疗球部溃疡疗效与 H_2 受体拮抗剂甲氰咪呱相似。但溃疡合并出血, 或出血性胃炎, 或青光眼等忌用。目前新型抗胆碱能药物呱吡氮平比阿托品强 10 倍, 能抑制胃酸分泌, 而对平滑肌、心肌、唾液腺无明显影响, 与对照组甲氰咪呱对照, 溃疡病的愈合率分别为 68% 与 70%。

3. 抗 HP 治疗 有报道 70% ~ 80% 的胃溃疡, 在溃疡周围的粘膜内检出 HP, 90% 的十二指肠球部溃疡患者, 胃粘膜内检出 HP。抗 HP 能治愈胃溃疡, 且复发率低, 故无 HP、无溃疡。目前杀灭 HP 比较好的药物是羟氨苄青霉素、四环素、灭滴灵。

4. 胃粘膜保护剂 目前国际上公认的胃粘膜保护剂主要是两个, 即前列腺素和三钾二枸橼酸铋 (TDB)。前列腺素国内尚未生产, 有人报道用 TDB 治疗胃溃疡, 6 周后溃疡愈合率为 78%, 甲氰咪呱组为 74%, 1 年后 TDB 组的复发率为 43%, 甲氰咪呱组为 78%, TDB 能清除 HP, 复发率比甲氰咪呱低。

5. H_2 受体阻滞剂 甲氰咪呱近期疗效达 70% 左右, 停药 1 年复发率 70% 以上。法莫替丁抑酸作用比雷尼替丁强 3 ~ 10 倍, 比甲氰咪呱强 20 ~ 160 倍, 1 年后复发率为 20% 左右。

(二) 中医对胃痛急症诊疗进展

1. 病因病机 全国急症胃痛协作组将急症胃痛归纳为

六淫内侵、情志失调、病邪阻络及正虚邪盛等方面。

2. 辨证分型 国内多数将溃疡病分为4种证型：脾胃虚寒、胃阴不足、气滞血瘀、肝胃不和。与胃镜对比，热郁型的浅表溃疡（慢性炎症）为多，血瘀型的糜烂病变为多。肝胃不和型多见胃体红白相间，以红为主，胃窦粘膜皱壁粗糙，常伴有胆汁返流。虚寒型，病程长，各种病变均有胃窦苍白，幽门舒缩不良，胃体粘膜溃疡常伴出血。而脾胃湿热邪盛，粘膜多见溃疡、糜烂、水肿、充血明显。HP感染与中医辨证有关，邪盛者HP阳性率达83.19%，正虚者HP感染率偏低（45%~76%）。

3. 治疗进展

(1) 辨证施治：全国急症胃痛协作组使用温中止痛口服液治疗胃痛急症属虚寒证者共570例，总有效率为91.05%，止痛起效时间最快为3分钟，大部分在药后10~30分钟起止痛作用。

(2) 专方专药：专方专药治疗胃痛证亦取得较好疗效。

(3) 中西医结合治疗 一般分为中西药复方制剂、中成药与西药合用及中西药辨证应用三个方面。疗效在71.56%~97.3%之间。

(4) 清热解毒药抗幽门螺旋菌（HP）治疗 现已认为HP与溃疡病有密切关系，杀灭HP的药物可以使溃疡愈合，还能降低溃疡复发率。中医认为HP感染乃热毒所致，中药清热解毒药对HP有较好的抑制或杀灭作用，从而治疗消化性溃疡。

六、护 理

(一) 生活起居、饮食要有规律，保持情志安定，心情舒畅。鼓励患者树立战胜疾病的信心，力戒忧思恼怒。

(二) 疼痛剧烈伴有呕吐者，应暂停饮食。待症状减轻后，可进全流、半流或软食，但应少量多餐及定时定量，以及易消化和富有营养食品为宜，忌食硬固难消化之食物，忌烟、酒、辛辣之品。

(三) 观察胃痛的部位、性质、程度、时间、诱因。注意呕吐物和大便的颜色、性状及伴随症状，做好记录。

(四) 急症胃痛，在未明诊断时，应暂停饮食，不可滥用止痛药物，以免掩盖症状的真相而影响诊断，延误治疗。可先用针刺止痛。

(邹旭 梅广源 罗翌)

主要参考文献

- [1] 危北海. 中西医结合杂志, 1988, 8 (3): 170
- [2] 董明国. 湖北中医杂志, 1992, (3): 38~39
- [3] 陈大毅. 新中医, 1991, (4): 51~52
- [4] 张声滨, 等. 国外医学“消化系疾病”, 1985, (5): 92
- [5] 蒙定水. 广西中医药, 1993, 16 (1): 42~43
- [6] 屈成文, 等. 中国中药杂志, 1989, (1): 54
- [7] 李增灿, 等. 中西医结合杂志, 1987, 7 (9): 525
- [8] 赵庆磊. 江苏中医, 1991, 12 (4): 8
- [9] 王崇文. 江西医药, 1992, 27 (4): 241~244
- [10] 李乾桐. 北京中医杂志, 1989, (4): 21

- [11] 北京中医学院全国急症胃痛协作组. 北京中医杂志, 1990, (4): 47
- [12] 白雪峰, 等. 陕西中医, 1995, 16 (1): 28
- [13] 谭跃. 陕西中医, 1994, 15 (1): 40
- [14] 姚希贤. 中华内科杂志, 1995, 34 (3): 208
- [15] 曾锡. 实用医学杂志, 1994, 10 (2): 110

第十八章 呕 吐 急 症

呕吐急症是指饮食或痰涎水液突然从胃中上涌，自口中而出的一种病证。前人多以有声无物为呕，有物无声为吐，二者常同时出现，统称呕吐。西医学的消化系统、内分泌系统、神经系统、泌尿系统等的疾病出现上述情况时均属于呕吐急症的范畴。

一、病 因 病 机

(一) 外感六淫或秽浊之气，侵犯胃腑；或久病中阳不振，痰湿中阻，复感于邪，使胃失和降，出现呕吐。

(二) 饮食不节，或误食不洁之品，伤及胃腑，胃失和降，出现呕吐。

(三) 素性抑郁，或暴怒伤肝，致肝失条达，乘脾侮胃，使脾胃升降失常，枢机不利，胃气上逆而见呕吐。

上述因素皆可导致胃失和降、胃气上逆而出现呕吐，其病位在胃，但病机与肝脾密切相关。

二、诊 断 要 点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点 突然发生的饮食或痰涎水液从胃中

上涌，自口中而出。可伴有发热、头痛、腹痛、肢凉、汗出、脉细数，严重者可伴呕血，甚至厥脱变证。

2. 发病特点 发病突然，病情较急，有些可短时间内出现变证。

3. 辅助检查 根据不同病因作相应的辅助检查。如血常规、大小便常规、肝肾功能、血电解质、血气分析、脑脊液常规、呕吐物分析、B超、CT、钡餐、胃镜等。

凡具备以上1.，参考2.、3.即可诊断。

(二) 证类诊断

1. 外邪犯胃

主证：呕吐急发，病势急迫。

兼证：如感受寒邪，兼见恶寒发热，头身疼痛，无汗。如感受暑湿，兼发热汗出，心烦口渴。

舌、脉象：感受寒邪，舌淡暗，苔薄白，脉浮紧。感受暑湿则舌红，苔黄腻，脉濡数。

2. 饮食停滞

主证：呕吐酸腐，吐后为快。

兼证：脘腹胀满，嗳气厌食，得食愈甚，大便秘臭而溱或秘结。

舌、脉象：舌红苔厚腻，脉滑实。

3. 痰饮内停

主证：呕吐清水痰涎。

兼证：胸脘痞闷，不思饮食，头眩心悸。

舌、脉象：舌淡，苔白腻；脉滑。

4. 肝气犯胃

主证：呕吐吞酸，嗳气胁胀。

兼证：胸胁胀痛，烦闷不适，每遇情志刺激而加重。

舌、脉象：舌暗或边尖红，苔薄腻，脉弦。

三、鉴别诊断

(一) 噎膈 噎膈指进食梗阻不畅，或食不得入，或食入即吐，病位多在食道。多因内伤所致，病深而重，病程长，预后差。呕吐之病，其进食畅顺，吐无定时，病位在胃，病情轻，病程短，预后好。

(二) 反胃 其与呕吐同属胃部病变，病机都是胃失和降，气逆于上。但反胃系脾胃虚寒难以腐熟水谷，朝食暮吐，暮食朝吐，吐尽始觉舒畅。急性呕吐以有声有物为特征，多实邪犯胃，每食后即吐。

(三) 关格 关格之呕吐与小便不通并见，多因脾肾阳虚，浊邪壅盛所致，病情重，病程长，预后差。急性呕吐乃突然发作的呕吐，多不伴小便异常，病情较轻，病程短，预后好。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 本证是因胃失和降，气逆于上所致，治则当以和胃降逆为原则。

(二) 分证论治

1. 外邪犯胃

治法：疏邪解表，化浊和中。

方药：藿香正气散（《和济局方》）加减：藿香6克、紫

苏9克、厚朴9克、陈皮6克、半夏9克、茯苓9克、大腹皮10克、生甘草6克、生姜2片。每日1剂水煎服。

风寒偏重加荆芥、防风、羌活。食滞者加鸡内金、神曲。感受秽浊之气可加服玉枢丹。夏令呕吐兼心烦口渴者，去苏叶、厚朴，加黄连、佩兰。兼气机阻滞加木香、枳壳。

中成药：藿香正气丸1支，每日3次。

针剂：双黄连粉针3~3.6克加入5%葡萄糖盐水500毫升中静脉滴注，每日1次。

2. 饮食停滞

治法：消食化滞，和胃降逆。

方药：保和丸（《丹溪心法》）加减：陈皮6克、半夏9克、神曲9克、莱菔子9克、茯苓9克、连翘9克、山楂9克、竹茹9克、鸡内金9克、生甘草3克。每日1剂水煎服。

积滞较多，腹满便秘，可加大黄、枳实。口臭口渴加竹叶、枇杷叶、黄连、知母。过食生冷寒凉之品，阻于中焦，胃气不降，去连翘，加干姜、砂仁。食滞因面食所致者用莱菔子。因肉食所致重用山楂。因酒食所致，加薏仁，重用神曲。

针剂：清开灵注射液40~60毫升加入5%葡萄糖盐水500毫升中静脉滴注，每日1~2次。

3. 痰饮内停

治法：温化痰饮，和胃降逆。

方药：小半夏汤（《金匱要略》）合苓桂术甘汤（《伤寒论》）加减：半夏9克、茯苓9克、桂枝6克、白术9克、陈皮6克、炙甘草5克、生姜3片。每日1剂水煎服。

痰饮多，舌苔厚腻者改白术为苍术，加厚朴。纳差脘闷者加砂仁、草豆蔻。呕吐兼眩晕者可合用半夏白术天麻汤（《医学心悟》）。

4. 肝气犯胃

治法：疏肝理气，和胃降逆。

方药：半夏厚朴汤（《金匱要略》）合左金丸（《丹溪心法》）加减：半夏9克、陈皮6克、厚朴9克、茯苓9克、紫苏9克、黄连3克、吴茱萸1.5克、川楝子9克、青皮6克、乌梅6克。每日1剂水煎服。

大便秘结，腑气不通加大黄。热象较盛加栀子、姜竹茹。呕吐酸苦水较多，可用黄连温胆汤（《局方》）。胸胁胀满痛甚，加川楝子、郁金、香附、柴胡以疏肝解郁。

（三）应急与抢救

1. 针刺 取金津、玉液，浅刺出血。

2. 药物止吐

（1）爱茂尔2毫升肌注，或胃复安10毫克肌注。

（2）应用镇静剂，如苯巴比妥钠0.06~0.1克肌注，或10%水合氯醛10~15毫升保留灌肠。

（3）剧烈呕吐，如非腐蚀性药物中毒，无胃穿孔危险者可用温生理盐水或1%~2%碳酸氢钠洗胃。

3. 呕吐多伴腹痛，可依情选用藿香正气丸、理气止痛口服液、温中止痛口服液、清化止痛口服液、消食止痛口服液。

4. 迅速明确病因，并给予相应紧急处理。

（1）颅内压增高者应同时给予降颅压治疗。

（2）高血压引起呕吐者，紧急降压治疗。

(3) 急慢性肾功能衰竭所致者，参考有关章节救治。

(4) 误食药物或毒物引起，参照急性中毒章节处理。

(四) 综合治疗

1. 针灸治疗 主穴取内关、足三里、中脘。如外感配大椎、合谷；气郁加行间、肝俞、章门；饮食伤胃加公孙、历兑用泻法，每日2次。耳针取胃、脾、交感、神门、皮质下，每日1~2次。

2. 穴位注射药物 维生素B₆注射液双侧内关、胃俞、膈俞或手三里注射，每穴0.3毫升，每日1次。

3. 单方验方

(1) 灶心土（伏龙肝）50~120克煎水取澄清液与红糖姜汤兑服，有止呕作用，每日1~2次。

(2) 黄连1.5克、紫苏1.0克，水煎冷服，每日1~2次。

(3) 竹茹、白茅根、枇杷叶各10克，煎汤频服，具清热和胃止呕作用。

(4) 藿香、佩兰各10克，煎汤频服，有清暑化湿，和胃止呕作用。

4. 支持疗法 及时补液，纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱，防止及治疗酸碱平衡紊乱。如出现四肢逆冷、冷汗淋漓、昏不识人、脉微欲绝等，为阴竭阳脱，可用参附芪注射液10~20毫升或生脉注射液20~40毫升加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，以肢温、汗止、脉复为度。

五、诊断与治疗进展

参考本书霍乱、眩晕急症、胃痛急症、关格急症等有关章节。

六、护 理

(一) 剧烈呕吐者应暂禁食，或流食，半流食。

(二) 注意休息，保持环境安静。

(三) 对伴有意识障碍之剧烈呕吐，宜转侧病人头部，帮助呕吐物吐出，以防窒息或吸入性肺炎，必要时应及时使用吸痰器。

(四) 关心体贴病人，保持心情舒畅。

(五) 对剧烈呕吐者，应严密观察病情变化，监测生命体征，防止变证发生。

(张国培 罗翌 陈慧贞)

主要参考文献

- [1] 实用中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985年6月, 第1版
- [2] 刘元. 呕吐的中医诊断与治疗. 河北中医, 1993, 19(5): 13~14
- [3] 刘亚. 张景岳对呕吐的辨治特点. 四川中医, 1994, 2: 9~10

第十九章 泄 泻 急 症

泄泻急症是指因感受外邪，或饮食内伤导致的脾胃功能障碍。临床见起病突然、大便次数增多、质稀或暴注如水为主要表现的病证。相当于西医学的急性肠炎、肠功能紊乱等疾病。

一、病 因 病 机

(一) 感受外邪 外感六淫之邪夹湿困脾，脾困而失运，清浊不分，水谷并走于下，而成泄泻。

(二) 饮食所伤 暴饮暴食，过食肥甘生冷，或误食不洁之物，损伤脾胃，传导失职，发生泄泻。

上述二种因素导致湿困于脾，使脾胃功能障碍，致脾失健运，升降失常，清浊不分，水谷并走于下。若暴泻不止极易伤津耗气，甚则出现正气欲脱之危候。

二、诊 断 要 点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 临床见起病突然，大便次数增多，质稀和暴注如水为主要表现。

(2) 肠鸣腹痛，或泻后痛缓。

2. 发病特点 发病突然，病程短，易损伤津气。

3. 辅助检查 大便常规可见少许红、白细胞，大便培养致病菌阳性或阴性，如暴泻不止，应参考血气分析等有关检查指标。

凡具备以上临床表现特点(1)和发病特点，参考辅助检查即可诊断。

(二) 证类诊断

1. 寒湿(风寒)困脾

主证：大便清稀或暴泄如水注，腹痛肠鸣，得温则减。

兼证：或恶寒发热，或肢体酸痛。

舌、脉象：苔白薄或白腻，脉濡缓。

2. 湿热(暑热)蕴肠

主证：大便色黄褐秽臭，腹痛即泻，泻下急迫，或泻而不爽。

兼证：肛门灼热，烦热口渴，小便黄短。

舌、脉象：苔黄腻，脉濡数或滑数。

3. 食滞胃肠

主证：泻下粪便臭如败卵，腹满胀痛，泻后痛减，粪便常伴有不消化之物。

兼证：脘腹痞满，嗝腐食少。

舌、脉象：苔垢浊或厚腻，脉滑。

上述证类以主证与舌、脉象为主要依据。各型泄泻可合并出现，亦有互相传化者。又或暴泄不止，耗伤气津，则可两证互见。若气津大伤，导致正气欲脱应即参照本书厥脱章论治。

(三) 分期分级

1. 分期

- (1) 早期：表现湿困脾胃泄泻证，津气未伤者。
- (2) 中期：表现津气耗伤证。
- (3) 晚期：表现津气耗伤、正气欲脱证。

2. 分级

(1) 轻度：大便次数少于3次/日，质稀或水样，或伴腹痛肠鸣，恶寒发热，或肢体酸痛，纳食尚可。

(2) 中度：大便次数多于3次/日，暴泄如水注，或腹满胀痛，泻下迫急，烦热口渴，汗出，神倦，胸胁胀闷，噤腐食少。

(3) 重度：暴泄不止，神萎，面眈，气短，口渴，汗出，四肢欠温，脉细数无力。

轻、中、重度以大便日泻次数及津气耗伤程度为判断标准。

三、鉴别诊断

(一) 痢疾（疫痢） 痢疾以痢下赤白粘液，腹痛，里急后重为主证；疫痢则发为一方，相互传染，大便常规检查，可见红、白细胞并有巨噬细胞，大便培养有痢疾杆菌生长；泄泻则以泻下稀溏，腹痛多与肠鸣脘胀同时出现，泻后痛减。参考大便检查结果，不难分辨。

(二) 霍乱 霍乱是以卒然发作，上吐下泻，顷刻之间挥霍撩乱，极具传染性。吐泻物标本涂片可找到霍乱弧菌，快速培养或血清凝集试验阳性。与泄泻截然不同。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 本证多由湿困脾胃而引起，多为实证，故治疗以运脾化湿为先，再根据不同病因，分别以清热、淡渗、分利、疏导、温化为法。不可妄用补涩，以免留邪，故有“泻无补法”之说。

(二) 分证论治

1. 寒湿（风寒）困脾

治法：散寒化湿。

方药：藿香正气散（《太平惠民和剂局方》）加减：藿香 15 克、紫苏 10 克（后下）、白术 15 克、陈皮 10 克、厚朴 15 克、茯苓 20 克、白芷 10 克、半夏 15 克、甘草 6 克、蚕砂 20 克。每日 1 剂水煎服。

表邪较重者加防风 15 克、佩兰 15 克；湿邪偏重者以胃苓汤（《丹溪心法》）加减：白术 15 克、陈皮 10 克、厚朴 15 克、茯苓 20 克、猪苓 15 克、泽泻 15 克、白豆蔻 10 克、藿香 15 克（后下）。

中成药：藿香正气胶囊每次 2~4 粒，每日 3 次。保济丸每次 1 支，每日 3 次。

2. 湿热（暑热）蕴肠

治法：清热利湿。

方药：葛根芩连汤（《伤寒论》）加减：葛根 30 克、黄芩 15 克、黄连 12 克、金银花 15 克、茯苓 20 克、火炭母 30 克、茵陈 30 克、甘草 6 克。每日 1 剂，水煎服。

湿邪偏重者合平胃散（《和剂局方》）燥湿宽中。挟食滞

者加神曲 15 克、谷芽 30 克、鸡内金 10 克；挟暑者加香薷 10 克（后下）、藿香 15 克（后下）、扁豆花 20 克。

中成药：可即服葛根芩连微丸，每次 3 克，每日 3 次。或黄连素 0.3 克，每日 3 次。

针剂：双黄连粉针 3~3.6 克加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。或穿琥宁注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

3. 食滞胃肠

治法：消食导滞。

方药：保和丸（《丹溪心法》）加减：山楂 30 克、神曲 15 克、谷芽 30 克、鸡内金 10 克、半夏 15 克、莱菔子 12 克、陈皮 6 克、连翘 15 克、布渣叶 15 克。每日 1 剂，水煎服。

食滞较重化热，临床见脘腹胀满，泻而不爽者，加大黄 10 克（后下）、黄连 10 克、枳实 15 克。

中成药：肠胃康冲剂每次 8 克，每日 3 次。或保和丸 1 支，每日 3 次。

上述方药未能及时煎服，可即服中成药，剂量加倍。儿童剂量酌减。

（三）应急与抢救

1. 输液 腹泻较轻者不必输液，可多饮淡盐水、米汤、稀粥，以益胃护津。病情重有气耗伤津者，可输生理盐水或复方氯化钠溶液或 5% 葡萄糖盐水，同时根据气津耗伤的程度分别使用

（1）益气养阴：参麦注射液 60 毫升加入 5% 葡萄糖盐水 250~500 毫升中静脉滴注。

(2) 回阳救逆：参附注射液 20 毫升加入 25% 葡萄糖液中静脉推注。

(3) 救阴、养阴和增液注射液 2000~4000 毫升静脉滴注。

2. 止泻 针刺止泻穴（关元上 5 分）、足三里、天枢、内关。热盛者加合谷、曲池；暑天可用三棱针点刺曲泽或委中放血；寒湿内盛以温针治之。

(四) 综合治疗

1. 针灸治疗 参照应急与抢救 2.。

2. 外治法

(1) 木香、吴茱萸、薄荷各等份研末，以药末 10 克，米酒为糊，分贴足三里、中脘，适用于寒湿（风寒）或食滞泄泻，每日 1~2 次。

(2) 黄连 15 克、木香 10 克、吴茱萸 6 克为末，米汤为糊贴脐，适用于湿热泄泻，每日 1~2 次。

(3) 热熨法：艾绒 10 克，酒拌炒热敷脐，治寒湿泄泻，每日 1~2 次。

3. 针对病因治疗 对各种原因所致的腹泻，应及时找出病因，针对病因治疗，如控制肠道内外感染、给消化道以适当休息、纠正水电解质失衡等。

4. 纠酸、支持、纠正水电解质失衡

(1) 纠酸：一般病情不重，经过适当治疗，多能在短时间内治愈，如为轻度酸中毒，亦多在输液后得到纠正，输液后仍不能纠正，即给 5% 碳酸氢钠 150~250 毫升静脉滴注，然后视血浆二氧化碳结合力及血气分析测定结果调整用药量。

(2) 支持疗法：予 5:4:1 溶液（氯化钠 5 克、碳酸氢钠 4 克、氯化钾 1 克加水 1 升），加 50% 葡萄糖液 20 毫升，以补充热量和防止低血糖。

(3) 纠正水、电解质失衡：根据检验结果酌情补充，以稳定体内环境。

五、诊断与治疗进展

(一) 诊断进展 急性泄泻是指病程在 1 个月以内的腹泻。有统计报道，中医泄泻一病，西医诊断急性肠炎最多，占 62.19%，可见泄泻急症占其中大部分。至于其它如食物中毒、痢疾、霍乱、急性坏死性肠炎的急性腹泻，则独立分证论治，不在泄泻急症范围。

(二) 治疗进展 根据众多的报道，慢性泄泻因其病情复杂、反复发作、迁延日久、临床及实验室的研究报道颇多。泄泻急症目前仍以外感、内伤为主分证论治。泄泻急症其病机主要为湿困脾胃，辨证要点为湿邪的寒热属性，在治疗上仍以芳香化湿止泻、清热利湿止泻、淡渗分利止泻、疏导通利止泻为主。

六、护 理

(一) 一般宜卧床休息，注意寒温调摄。

(二) 记录大便次数、质地、颜色、气味等变化。暴泻不止，应注意观察和记录体温、脉搏、呼吸、血压及神志、面色、出汗等变化。

(三) 宜流质或半流质饮食，暴泻耗伤气津，可多饮淡盐水、饭汤、葛粉糊等以养气津。忌辛热肥甘厚味。

(老昌辉 李俊雄 梅丹红)

主要参考文献

- [1] 李乾构. 北京中医杂志, 1991, (2): 14
- [2] 郭子光, 等. 现代中医治疗学
- [3] 许正一, 等. 哈尔滨中医, 1994, (4): 25
- [4] 史嘉林. 浙江中医杂志, 1994, 29 (8): 368
- [5] 冯恩波. 北京中医药大学学报, 1994, (3): 17

第二十章 腹痛急症

腹痛急症是指胃脘以下、耻骨毛际以上部位发生卒然剧烈疼痛为主证的临床常见急症。可见于内、外、妇、儿各科疾病。这里主要讨论内科腹痛急症。多见于西医学的急性胃肠炎、消化性溃疡、胃肠痉挛、肠粘连、肠道蛔虫症、急性腹膜炎（结核性或原发性）、急性出血性坏死性肠炎、急性肠系膜淋巴结炎和缺血性肠炎等疾病过程中。

一、病因病机

（一）寒积 外感寒邪，侵入腹中；或过食生冷，中阳受伤，寒邪留滞于中，以致气机阻滞，产生腹痛。

（二）热郁 暑热外侵；或腹中寒邪不解，郁久化热；或恣食辛辣厚味，湿热食滞交阻，气机不和，通降失职，以致腹痛。

（三）气滞 情志失调，肝失条达，肝胃不和，致气机塞窒而成腹痛。

（四）血瘀 寒凝血阻，或热与血结，或气滞血瘀，或外科术后，络伤血瘀等均可致瘀血留于脏腑或经脉之间，阻碍气血运行而成。

（五）食滞 暴饮暴食，损伤胃肠，或误食腐馊不洁食物，致食积停滞不化，肠胃窒塞，气机不畅而成腹痛。

(六) 虫积 素有虫积，因饥饿、发热、胃肠功能失调，或驱虫不当，因之蛔动不安，窜扰肠间，遂成腹痛。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 少腹、脐腹或小腹部位突发疼痛（绞痛、胀痛或刺痛）。

(2) 常伴腹胀、恶心呕吐、神疲怯寒或烦躁身热，大便溏或结。

2. 发病特点 ①发病急；②病位广泛；③病情多变。

3. 辅助检查 根据不同的病因可进行相应的理化检查，如血、尿、粪常规，血淀粉酶、血电解质等。其他特殊检查，如B超、X线、CT、纤维胃镜、结肠镜、腹腔镜及胰胆管造影等。

凡具备第1、2项，参考3项即可诊断。

(二) 证类诊断

1. 寒积

主证：腹痛急暴，剧痛拒按，喜热畏寒，口淡不渴。

兼证：得温痛减，遇冷痛甚，腹胀便秘，小便清利。

舌、脉象：舌淡苔白，脉沉迟或弦紧。

2. 热郁

主证：腹痛暴作，腹满痞硬，肌肤灼热，痛处拒按。

兼证：口渴自汗得温痛甚，小便黄赤，大便干结不爽或秽臭。

舌、脉象：舌苔黄腻或黄燥，脉滑实有力或濡数。

3. 气滞

主证：腹部胀痛，牵及肋肋或少腹，时痛时止，攻窜不定，按之无形。

兼证：噎气呕逆，矢气则舒，恼怒则甚。

舌、脉象：苔薄白或微黄，脉弦。

4. 瘀血

主证：腹痛如割，痛处固定，疼痛拒按。

兼证：腹中积块，黑便。

舌、脉象：舌青紫或有瘀斑，脉弦或涩。

5. 食滞

主证：脘腹胀痛，腹痛拒按，噎腐吞酸，有伤食史。

兼证：不思饮食，痛而欲泻，泻后症减，大便酸臭或便秘。

舌、脉象：舌苔厚腻，脉滑有力。

6. 虫积

主证：脐周绞痛，时痛时止，反复发作，吐虫或便虫。

兼证：能食形瘦，睡中齟齿，嗜食异物，腹形如鞭。

舌、脉象：舌苔腐、花剥，脉弦滑。

以上证类以主证和舌脉象为主要诊断依据。

(三) 分期分级

1. 分期

(1) 早期：胃肠气滞，寒凝冷积。

(2) 中期：血行瘀滞，热毒内盛，实邪结阻。

(3) 晚期：肉腐血败，热深厥深，暴脱。

2. 分级

- (1) 轻度腹痛：腹痛较轻，可以忍受，无痛苦面容。
- (2) 中度腹痛：有痛苦面容，但无坐卧不安。
- (3) 重度腹痛：疼痛难忍，捧腹呻吟，坐卧不安。

三、鉴别诊断

(一) 急症胃痛 本病证以上腹部近心窝处发生卒痛为主证，常伴痞闷或胀满、嗳气、泛酸、嘈杂、恶心、呕吐等症。病变多与胃腑有关，又称胃脘痛。

(二) 急性胁痛 本病证系以一侧或两侧胁肋处发生卒痛为主证的急症。疼痛较剧，常因进食油腻后病发或加重，做胆囊造影或胰胆管造影及肝功能可有异常。病变多与肝胆胰疾病有关。

(三) 其他疾病 包括与外科急腹症、妇科急腹症以及腹腔外疾病引起的急腹痛相鉴别。

四、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 若诊断明确，适于非手术治疗者，腹痛急剧时，可予解痉镇痛之剂，以急治其标。

2. 不论何种原因所致急性腹痛，总由经络瘀滞，腑气失畅，不通则痛，故宜以通为治，并可参考疼痛部位及所属脏腑经络不同而加以施治。

(二) 分证论治

1. 寒积

治法：温中散寒，通便止痛。

方药：大黄附子汤（《金匱要略》）：大黄 12 克（后下）、附子 6 克（炖）、细辛 3 克。每日 1 剂水煎服。

体虚较甚者，加党参 15 克、当归 10 克；脐中痛不可忍暴厥者，用三物备急丸（《金匱要略》）加减：大黄 15 克、巴豆（去皮心研末冲服）0.05~0.1 克、生姜 10 克。

中成药：附子理中丸 6 克口服，每日 3 次。或苏合香丸 1 丸口服，每日 2 次。

2. 热郁

治法：清热通腑，攻下止痛。

方药：大承气汤（《伤寒论》）加味：大黄 12 克（后下）、厚朴 15 克、枳实 15 克、芒硝 9 克（冲）、黄芩 10 克、延胡索 10 克。每日 1 剂水煎服。

湿热偏重，热结不甚者，用小承气汤（《伤寒论》）加减：大黄 10 克（后下）、厚朴 6 克、枳实 10 克、黄芩 10 克、栀子 10 克、茵陈 15 克。每日 1 剂水煎服。

伤暑腹痛者，用香薷饮（《和剂局方》）加减：香薷 10 克、白扁豆 15 克、厚朴 10 克、生姜 10 克、木瓜 15 克。

中成药：金牛腹痛片 5 片口服，每日 3 次。或紫金丹 0.3~0.6 克口服，每日 2~3 次。

针剂：清开灵注射液 20~40 毫升或双黄连粉针剂 3~3.6 克加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

3. 气滞

治法：疏肝解郁，理气止痛。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减：柴胡 10 克、

枳壳 10 克、川芎 10 克、陈皮 10 克、香附 10 克、白芍 15 克、炙甘草 6 克、木香 10 克（后下）。每日 1 剂水煎服。

少腹绞痛，矢气则舒，或阴囊疝痛者用天台乌药散（《医学发明》）加减：乌药 15 克、高良姜 15 克、槟榔 15 克、木香 10 克、小茴香 10 克、青皮 10 克、川楝子 15 克。每日 1 剂水煎服。

寒疝冷痛者用加味乌药汤（《济阴纲目》）：乌药 12 克、香附 9 克、延胡索 9 克、砂仁 10 克（后下）、木香 6 克、甘草 3 克、枳壳 10 克、白术 15 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：沉香化气丸 3~6 克口服，每日 2 次。

4. 瘀血

治法：活血化瘀，行气止痛。

方药：少腹逐瘀汤（《医林改错》）加减：小茴香 6 克、干姜 6 克、没药 10 克、延胡索 10 克、当归 10 克、川芎 6 克、肉桂 3 克、赤芍 12 克、蒲黄 10 克、五灵脂 6 克、红花 10 克。每日 1 剂水煎服。

血蓄下焦，小腹拘急疼痛，谵语发狂者，用桃核承气汤（《伤寒论》）加减：桃仁 10 克、大黄 10 克、桂枝 6 克、芒硝 6 克、当归 10 克、赤芍 12 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：云南白药 0.3~0.4 克口服，每日 2~3 次。或复方延胡止痛片 2~4 片口服，每日 2 次。

针剂：复方丹参注射液 20~40 毫升或川芎嗪注射液 80~120 毫克或脉络宁 20~40 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

5. 食滞

治法：消积化滞，宽中止痛。

方药：保和丸（《丹溪心法》）合小承气汤（《伤寒论》）加减：山楂 30 克、莱菔子 20 克、神曲 10 克、半夏 10 克、陈皮 10 克、茯苓 10 克、大黄 10 克、枳实 15 克、厚朴 10 克、延胡索 10 克。每日 1 剂水煎服。

大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉沉实者用枳实导滞丸（《内外伤辨惑论》）：枳实 15 克、神曲 15 克、大黄 10 克、黄芩 10 克、黄连 10 克、白术 10 克、泽泻 6 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：保和丸 1 支口服，每日 3 次。或木香槟榔丸 6 克口服，每日 3~4 次。

6. 虫积

治法：安蛔止痛。

方药：乌梅丸（《伤寒论》）加减：乌梅 20 克、细辛 3 克、附子（炖）6 克、干姜 10 克、桂枝 6 克、蜀椒 4 克、黄连 10 克、党参 10 克、当归 4 克、使君子 10 克、川楝子 10 克。每日 1 剂水煎服。

兼梗阻者，加大黄 15 克、厚朴 10 克、枳实 15 克。

中成药：乌梅丸 10 克口服，每日 1~3 次。

（三）应急与抢救

1. 伴便血、厥脱证者，参照本书的“血证”、“厥脱证”进行辨治。

2. 热邪内盛者，用清开灵注射液 40~60 毫升，加入 5% 葡萄糖液 500~1000 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

3. 腹痛甚者，用硫酸延胡索乙素注射液 60~120 毫克肌注，每日 1~2 次。或延胡止痛片 4~6 片口服，每日 3 次。

(四) 综合治疗

1. 针灸疗法 以足阳明经穴为主，实证用泻法，虚证用补法，寒证兼用灸法。

(1) 体针：以天枢、气海为主穴。寒实证加中脘、合谷；虚寒证加脾俞、胃俞；实热证加内关、足三里；气滞证加中脘、太冲；血瘀证加中脘、三阴交；食积证加中脘、隆白；蛔厥证加阴陵泉、太冲。

(2) 灸法：取神阙、天枢、气海、中脘、足三里。艾条温和灸，每穴 5~10 分钟；艾炷灸，每穴 7 壮，每日 1 次。

(3) 耳针：取耳穴大肠、小肠、胃、脾、交感。中等刺激，每次取 2~3 穴，每日 1 次。

2. 外治疗法

(1) 腹痛膏：大枣 1 枚（去核）、枯矾 6 克、胡椒 25 粒、葱白 1.65 厘米，捣烂成膏。取药膏约 5 分硬币略大而稍厚，贴于神阙、天枢或中脘，用胶布固定。主治寒实腹痛，每日 1 次。

(2) 腹痛糊：胡椒 25 粒、丁香 20 粒、木香 6 克、牡丹皮 6 克、明矾 15 克、食盐 5 克，研为末，加醋成糊。取药糊敷神阙、劳宫（双侧）穴位，胶布固定。主治虚寒腹痛，每日 1 次。

3. 针对病因治疗 对不同原因所致的腹痛，应及时找出原因，针对病因治疗。

4. 止痛、抗感染、纠正水电解质失衡及支持疗法。

(1) 止痛：诊断未明前禁用吗啡和度冷丁药物。根据病情可给予阿托品 0.5 毫克肌注，或颠茄合剂 15 毫升，每日

3次。

(2) 抗感染：可用注射用双黄连粉针 3~3.6 克加入 10% 葡萄糖液 500 毫升中静滴。或抗生素，常用青霉素 320~480 万单位，或氨苄青霉素 4~6 克，或先锋霉素 VI 4~6 克加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500~1000 毫升中静脉滴注，每日 1 次。亦可根据细菌培养药敏试验选用有效抗生素。

(3) 纠正水、电解质紊乱：对失水和电解质紊乱者，应根据尿量、失水程度及电解质检测结果，决定输液总量和成分。

(4) 支持疗法：给予极化液 (GIK) 以改善营养状况和改善细胞代谢。

5. 保护重要器官，防治并发症，注意心、脑、肾等重要器官的保护，及时诊治。

6. 腹痛急症有下列情况，应请外科会诊。急腹症发展到中期，经 6~12 小时中药为主的非手术综合治疗，病情没有好转者；急腹症到了后期，热毒炽盛，出现“热深厥深”或阻结严重，满腹压痛，反跳痛明显，出现四肢不温的“厥证”者；卒然腹痛伴贫血进行性加重，肝浊音界缩小或消失，出现血亡气脱的“暴脱症”者。

五、诊断与治疗进展

(一) 急性肠梗阻的诊疗进展 按中医病邪转化规律，参考西医病理演变，将肠梗阻分为 3 型 (期)：

1. 痞结型 (期) 证属邪实内阻、肠腑痞结不通，为本病早期正盛邪轻阶段。相当于早期无血运障碍的单纯性肠

梗阻。治疗以非手术疗法为主。

2. 瘀结型（期） 证属邪实内结、气滞血瘀，为中期正盛邪实阶段。在做好手术准备的情况下进行非手术治疗。

3. 疽结型（期） 证属邪实内阻、气滞血瘀、热郁肉腐、阴阳亡脱，为晚期邪实正虚、阴阳将脱阶段。相当于晚期绞窄性肠梗阻肠坏死者，须立即手术治疗，配合必要的非手术疗法。

该病的中医药治疗，目前以通里攻下、清热解毒、活血化瘀为主要大法。目前较为成熟的总攻方案有如下三个。

（1）粘连性肠梗阻：①一般治疗（包括胃肠减压、支持疗法等）。②复方大承气汤 2 剂，分别胃管注入和保留灌肠。③电针双侧足三里、天枢，留针 30 分钟。④腹部按摩或颠簸 2 次。

（2）堵塞性肠梗阻：①一般治疗。②生豆油 200 毫升、复方大承气汤 1 剂 200 毫升，一同由胃管分 2 次注入。③腹部按摩 10~15 分钟。④电针双侧大横穴、足三里穴，留针 15 分钟。⑤高渗盐水 1500 毫升灌肠。

（3）肠扭转梗阻：①一般治疗。②腹部颠簸，每次 15 分钟，间隔 1 小时。③腹部按摩 2 次，每次顺、逆时针方向各 10 分钟，间隔 1 小时。④复方大承气汤 2 剂，第 1 剂 200 毫升加温盐水 300 毫升由胃管注入；第 2 剂 200 毫升加温盐水 300 毫升灌肠。

（二）急性出血性坏死性肠炎的诊疗进展 本病属急危重症，临床以脐腹胀痛、痛有定处、拒按、舌尖边有瘀点及呕吐泻下败酱样物及鲜血为主证。其病因病机多认为湿热蕴

结、温热邪浊或升降失常，肠腑不通，致热伤肠络，迫血妄行，血凝气滞而成。临床多用清热利湿、清肠解毒、凉血救阴、通里攻下等法治疗。

六、护 理

(一) 辨证施护，如寒痛病人居住的病室温度要稍高于常温，热痛病人则避免室内闷热。

(二) 饮食调节，虚痛病人进食营养丰富和容易消化的食物。热痛病人禁食肥甘和辛辣食品及饮酒，必要时冷敷。食滞痛病人应节制饮食。

(三) 情志护理，尤其是气滞性腹痛病人要保持心情舒畅，避免情绪激动和精神刺激。

(四) 剧烈腹痛病人要卧床休息，注意观察体温、脉搏、血压和排泄物，是否有便血，及腹痛的性质、部位、时间的变化，发现变化及时处理，以防变端。

(五) 服药方法：寒痛病人应温服或热服药汤，热痛病人应温服或冷服药汤。

(刘利 陈茂潮 陈慧贞)

主要参考文献

- [1] 卢祥之，等. 新编中医临证备要. 北京：中国医药出版社，1991年，第1版
- [2] 朱权. 急性腹痛的诊断，中国急救医学，1989，(6)：37
- [3] 崔乃杰，等. 实用危重急救医学. 天津：天津科技翻译出版公司，1993年，第1版

- [4] 爱甲孝, 等. 腹痛的鉴别诊断和治疗. 日本医学介绍, 1990, (4): 150
- [5] 杜俊羽, 等. 内科急症学. 天津: 天津科技翻译出版社, 1994年, 第1版
- [6] 中华人民共和国药典, 1985

第二十一章 胁痛急症

胁痛急症是指一侧或两侧胁肋疼痛为主要症状的急性病症。常突然起病，疼痛剧烈，变化迅速，多见于西医学的急性胆囊炎、慢性胆囊炎急性发作、肋间神经痛等出现上述症状时，均属胁痛急症之范畴。

一、病因病机

(一) 肝气郁结 情志抑郁或恼怒伤肝致肝失条达，疏泄不利，气阻络痹而致胁痛。

(二) 肝胆湿热 湿热毒邪内侵，或饮食所伤脾失健运，湿浊内生，郁久化热致湿热蕴结，肝胆失其疏泄条达而致胁痛。

(三) 瘀血停着 气郁日久，血行不畅，瘀血停积；或强力负重，胁络受伤，瘀血停留，皆可致胁络痹阻而致胁痛。

(四) 虫窜胆道 素患虫积，若遇饮食失节，胃肠失和，蛔虫骚动，上窜胆道，胆道阻滞不通而致胁痛。甚则气血逆乱而见厥厥。

上述因素皆可致胁络阻痹，或胆道不通，致肝胆疏泄功能失常，气机不利，终致胁痛发作，甚则气机逆乱，出现厥脱等症。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 胁肋部或胀痛，或刺痛，辗转不安，持续不解。或原有慢性胁痛，突然加剧。

(2) 疼痛发作时可伴有肋下痞块，恶心呕吐或吐蛔，或身目俱黄，或四肢厥冷，甚则内闭外脱，出现阴阳离决的危象。

2. 发病特点 发病急骤，痛势剧烈，病情多变。

3. 辅助检查 根据不同病因可参考必要的辅助检查，如胸腹平片、肝胆 B 超、胆囊造影、血常规、肝功能、黄疸常规等。

凡具备以上 1.，参考 2.、3. 项即可诊断。

(二) 证类诊断

1. 肝气郁结

主证：胁肋胀痛为主，走窜不定，因情志变化而增减。

兼证：胸闷不舒，善怒，食少，暖气。

舌、脉象：舌质暗，苔薄，脉弦。

2. 肝胆湿热

主证：胁痛口苦，脘闷纳呆，恶心呕吐。

兼证：身困乏力，目赤或目黄，尿黄，身黄，或身热不扬。

舌、脉象：舌红苔黄腻，脉弦滑数。

3. 瘀血停着

主证：肋肋刺痛，痛有定处，入夜尤甚，痛处拒按。

兼证：肋下或见痞块，或有慢性疼痛或强力负重史。

舌、脉象：舌质紫暗有瘀斑或瘀点，苔薄，脉沉涩。

4. 虫窜胆道

主证：胁痛突然发作，痛如钻，疼有定处，阵发性加剧。

兼证：恶心呕吐，或吐蛔，甚则四肢厥冷。

舌、脉象：舌暗苔白，脉弦紧或沉伏。

(三) 疼痛分级

1. 轻度 胁痛较轻，可以忍受，无痛苦面容。

2. 中度 胁痛较重，有痛苦面容，但无辗转不安。

3. 重度 胁痛剧烈，难以忍受，辗转呻吟，以手打按，甚则痛致厥脱之变。

三、鉴别诊断

(一) 悬饮 悬饮胁痛，以病侧胸肋胀满疼痛，持续不已，可伴咳嗽、咯痰、发热、气急，患侧饱满，喜卧于患侧，咯唾，转侧，呼吸时疼痛加重。可借助胸片及超声波检查协助鉴别。

(二) 肺痈 肺痈以病侧胸肋部隐痛为主，发病急，病程短，病前常有恶寒发热、咳嗽、咯脓血腥臭痰或铁锈色痰。亦可借助胸片协助鉴别。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 胁痛急症的病因虽多种多样，但其病机特点在于不通致痛，治疗上当以“通”为主，取理气、化痰、清热、祛湿、安蛔之法。

(二) 分证论治

1. 肝气郁结

治法：疏肝理气。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减：柴胡 15 克、白芍 15 克、枳壳 7 克、炙甘草 6 克、川芎 6 克、香附 10 克。每日 1 剂水煎服。

伴肠鸣腹泻者加白术 12 克、茯苓 15 克、薏苡仁 15 克。伴恶心呕吐者加半夏 12 克、代赭石 15 克、生姜 3 片。

2. 肝胆湿热

治法：清热利湿

方药：龙胆泻肝汤（《和济局方》）加减：龙胆草 10 克、柴胡 10 克、泽泻 12 克、车前子 15 克、木通 15 克、生地黄 15 克、当归 5 克、栀子 10 克、黄芩 12 克、甘草 6 克、茵陈 30 克。每日 1 剂水煎服。

热重于湿者去当归加连翘 15 克、蒲公英 12 克。湿重于热者，可见脘痞胀满，纳少便溏，神倦乏力者，去当归，酌加苍术 12 克、茯苓 15 克、薏苡仁 5 克。大便秘结，腹部胀满者可加大黄 12 克、芒硝 10 克（冲）。若胸闷、恶心、呕吐较剧者，可去当归、生地黄，加川楝子 10 克、郁金 10 克、陈皮 6 克、半夏 12 克。黄疸者可加茵陈 15 克。

针剂：清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

3. 瘀血停着

治法：祛瘀通络。

方药：旋覆花汤（《金匮要略》）加减：旋覆花 10 克、桔梗 12 克、穿山甲 10 克、槟榔 12 克、大黄 10 克、柴胡 12 克、桃仁 10 克、红花 10 克。每日 1 剂水煎服。

胁下有痞块，正气未衰者，加三棱 12 克、莪术 12 克、地鳖虫 10 克。

针剂：丹参注射液 20~30 毫升或脉络宁注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液 250 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

4. 虫窜胆道

治法：安蛔止痛。

方药：乌梅丸（《伤寒论》）加减：乌梅 18 克、细辛 3 克、川椒 6 克、干姜 6 克、黄连 6 克、黄柏 6 克、苦楝根皮 15 克、使君子 12 克、木香 6 克。每日 1 剂水煎服。

痛甚加白芍 15 克、玄胡 12 克。便秘加大黄 10 克、厚朴 10 克。黄疸加茵陈 15 克、金钱草 20 克。

（三）应急与抢救

1. 止痛

（1）沉香化滞丸 3~6 克，每日 2~3 次；逍遥丸 6~9 克，每日 2~3 次，适用于肝气郁滞证。金佛止痛丸 5 克，每日 3 次。

（2）失笑散 3~6 克，每日 2~3 次；云南白药 0.3~0.4 克，每日 3 次；复方延胡止痛片 3~5 片，每日 3 次，适用于血瘀证。

(3) 龙胆泻肝丸 5 克，每日 3 次；鸡骨草丸 5 粒，每日 2~3 次，适用于肝胆湿热证。

(4) 各型胁痛均可酌情使用阿托品 0.3 毫克或山莨菪碱片 10 毫克口服。

(5) 重度胁痛可使用山莨菪碱 10 毫克或阿托品 0.5 毫克肌注，或可配合使用颅痛定 60 毫克，或杜冷丁 50~100 毫克肌注。

2. 救治变证

(1) 黄疸：邪犯肝胆，胆汁不循常道溢于目睛肌肤而见黄疸。属热重于湿者用茵陈蒿汤，湿重于热者用茵陈五苓散，热毒炽盛者用犀角散。黄疸明显者可用茵栀黄注射液 40~100 毫升稀释后静脉滴注，每日 1 次，或 50% 大黄针 40~80 毫升稀释后静脉滴注，每日 1 次。

(2) 呕血、昏迷：急性胁痛邪毒内结，迫血妄行，致血液不循常道出现呕血；或邪犯清窍蒙蔽心包而见昏迷；或痛甚至厥者，可参考有关章节救治。

3. 手术治疗 胆囊炎因合并胆囊穿孔应立即手术治疗。胆石症反复发作，严重阻塞胆总管，经内科治疗无效者，应行手术治疗。

(四) 综合治疗

1. 穴位注射 可用阿托品 0.5 毫克或山莨菪碱 10 毫克作双侧阳陵泉、足三里、外关注射，每日 1 次。

2. 局部热敷 对气滞血瘀型效果较好。

3. 针灸治疗 可选用外关、阳陵泉、太冲、足三里、胆俞、肝俞、丘墟等。若发热配曲池、合谷；呕吐配内关；黄疸配大椎、阴陵泉，采用中强刺激，留针 20~30 分钟，

每日 1~2 次。

4. 对因治疗 对不同原因引起的胁痛，找出病因，采取针对性治疗。如急、慢性肝炎应以护肝养肝为主；急慢性胆囊炎、胆石症应抗炎、利胆、排石；胆道蛔虫病应加强驱虫治疗。

5. 支持疗法 及时输液，维持水、电解质平衡，特别是疼痛、呕吐不能进食者，应补充足够能量，防止酸碱失衡。

五、诊断与治疗进展

(一) 诊断进展 胁痛急症的诊断根据既往病史、临床表现及实验室检查等几个方面综合判断并不困难。通过血清胆红素的测定及 PCR 技术的开展，可明确胆道疾病及病毒性肝炎的诊断和分型。

(二) 治疗进展 对急性胆囊炎，目前临床多分为湿热型、脓毒型，而以湿热型多见，治疗多以清热利湿疏肝利胆、清热解毒、通腑泻热为主，也有主张胆胃同治。方药多选用大柴胡汤加减。有人用单味大黄治疗急性胆囊炎，效果明显优于同期西药对照组。近年有人报告对内科治疗无效的高龄、危重病人行急性小切口胆囊造瘘术，急性炎症过后，经瘘道用腹腔镜或纤维胆道镜直视下电凝闭锁胆囊管，再向胆囊腔内注入化学药物，将粘膜灭活，此后纤维结缔组织增生，胆囊纤维化萎缩，达到与胆囊切除同样的目的，称胆囊化学切除。对胆石症的治疗采用中药排石已经取得了较好的疗效，目前在腹腔镜或纤维胆道镜下取石，具有方便、快捷

的特点，已逐渐在临床上推广应用。对乙型病毒性肝炎的免疫治疗的应用，有报道 40%～60% 病例治疗后肝功能可恢复正常，15% 的 HBsAg 阴转，60%～80% 的 HBeAg 阴转。胸腺素也是目前国内广泛应用于临床治疗 CAHB 的新方法，常用制剂为胸腺肽，初步观察有一定疗效。白细胞介素-Ⅱ在乙型肝炎治疗中亦受到广泛关注，临床应用提示，外源性基因重组的白细胞介素Ⅱ能抑制乙肝病毒的复制，从而发挥治疗作用。

六、护 理

(一) 协助病人安静休息，保持舒适体位，减少活动或搬动。

(二) 保持心情舒畅，尽量减少不良的精神刺激。

(三) 对高龄、危重病人，注意监测生命体征及神志、面色、气息等。

(四) 对发热病人注意降温、保暖，补充体液，注意尿量，并参照有关章节施护。

(五) 若出现昏迷、呕血、咳嗽、黄疸等，应参照有关章节护理。

(徐锦雄 张桂芝 李俊)

主要参考文献

- [1] 李振森. 山东中医杂志, 1994, 13 (12): 545
- [2] 周文泉. 新编中医临床手册. 金盾出版社, 1993年9月, 第1版
- [3] 史大卓, 等. 中医内科辨病治疗学. 科学技术文献出版社, 1995

年 8 月，第 1 版

- [4] 徐克成. 消化病现代治疗. 江苏科学技术出版社, 1993 年, 第 1 版
- [5] 王德炳, 等. 危重急症的诊断与治疗. 中国科学技术出版社, 1995 年 1 月, 第 1 版

第二十二章 黄疸急症

黄疸急症是指时气疫毒、湿热之邪侵袭，或酒食不节、劳倦内伤致肝胆脾胃功能失调、湿热蕴蒸、气机郁滞、胆失疏泄、胆汁溢于肌肤。临床表现为突然身目重度黄染，溲黄如茶，高热烦渴，胁满腹胀，甚或神昏谵妄，衄血便血，苔黄燥，脉弦数为主要特征。西医学中的急性传染性黄疸型肝炎、急性中毒性肝损伤、肝脓肿、钩端螺旋体病、传染性单核细胞增多症等疾病引起的黄疸，可按黄疸急症进行辨治。

一、病因病机

(一) 外感湿热疫毒 卒感湿热之邪，疫毒秽气侵袭，皆足以伤脾扰胆，损肝陷心。

(二) 内伤饮食酒毒 饮食不节、酗酒过度或饥饱无常，损伤脾胃，湿浊内生，郁而化热，湿热熏蒸肝胆，发为黄疸急症。

无论外邪或内邪，皆脾胃壅滞，脾失健运，湿热熏蒸肝胆，致气机不畅或络脉瘀阻，胆汁外泄，浸渍肌肤，不循常道，发为黄疸急症；同时也可因热毒炽烈而内陷心包，扰乱神明，蒙蔽心窍，轻则神志恍惚、躁动不安，重则神昏谵语。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点 身黄突然加深，呈红黄色，黄疸颜色常随病程逐渐加重，可表现有表证，或表里同病；邪入心营者，可表现为神昏谵语，衄血便血，舌红，苔黄或黄腻，脉数。

2. 发病特点 发病急骤，传变迅速，病死率高，不拘年龄、性别与季节。

3. 辅助检查

(1) 血中胆红素 >34.2 微摩尔/升。

(2) 周围血象：白细胞及中性多核白细胞比例增高，血小板下降。

(3) 肝功能严重异常，主要表现凝血酶原时间显著延长，凝血酶原活动度降低，胆碱脂酶活力明显降低，胆固醇降低，血氨增高及酶（转氨酶）、胆（胆红素）分离。

(4) 氨基酸测定：支链氨基酸（BCAA）/芳香氨基酸（AAA） <1 。

(二) 证类诊断

1. 热重于湿

主证：身目黄染如橘子色，黄色鲜明，发热口渴。

兼证：腹胀胁痛，小便黄赤，大便秘结。

舌、脉象：舌暗红，苔黄腻，脉弦数。

2. 湿重于热

主证：身目皆黄，其色不如热重者鲜明，头身困重，胸

脘痞闷，身热不扬。

兼证：腹胀便溏，食少纳呆，溲黄涩。

舌、脉象：舌暗红，苔厚腻微黄，脉滑数。

3. 湿热并重

主证：黄疸急起，迅速加深，高热烦渴，呕吐频作，脘满腹胀。

兼证：大便秘结，小便短少，烦躁不安。

舌、脉象：舌尖红，苔黄糙，脉洪大或弦数。

4. 热毒内陷

主证：黄起急骤，变化迅速，身黄如金，神昏衄血。

兼证：躁动不安，甚则狂乱，抽搐，肌肤斑疹。

舌、脉象：舌红绛，苔秽浊，脉弦细数。

三、鉴别诊断

(一) 湿阻 湿邪郁蒸也可出现面色黄，身黄如烟薰，兼一身尽痛，是因湿困肌表，经气不舒引起，双目不黄。

(二) 萎黄病 萎黄病多因大失血或大病之后，气血亏耗，致身面皮肤呈萎黄色的病证。《临证要诀·五疸证治》有云：“诸失血后，多令面黄，……亦有遍身黄者，但黄不及耳目”。与黄疸目耳皆黄，小便短黄可鉴别。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 清热解毒，泻火退黄，更宜审因辨治；若属瘟黄者，当予以隔离。

（二）分证论治

1. 热重于湿

治法：清热通腑，利湿除黄。

方药：茵陈蒿汤（《伤寒论》）加味：茵陈 15 克、栀子 15 克、大黄 10 克、虎杖 15 克、金银花 15 克、连翘 12 克、大青叶 15 克、黄柏 15 克。每日 1~2 剂水煎服。

针剂：清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，或双黄连粉针 3~3.6 克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

2. 湿重于热

治法：利湿化浊，清热退黄。

方药：茵陈蒿汤合五苓散（《伤寒论》）加味：茵陈 15 克、栀子 15 克、大黄 10 克、白术 12 克、茯苓 15 克、泽泻 15 克、猪苓 15 克、藿香 12 克、薏苡仁 18 克、蔻仁 12 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：同上证型。

3. 湿热并重

治法：清热利湿，化浊去黄。

方药：茵陈蒿汤（《伤寒论》）合黄连解毒汤（《外治秘要》）合五味消毒饮（《医宗金鉴》）：茵陈 15 克、栀子 15 克、大黄 10 克、黄连 10 克、黄柏 15 克、黄芩 15 克、金银花 15 克、菊花 12 克、青天葵 12 克、紫花地丁 12 克、蒲公英 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：清开灵注射液、双黄连粉针或穿琥宁注射液，用法同前。

4. 热毒内陷

治法：清热解毒，凉血救阴。

方药：犀角散（《千金方》）加味：羚羊角 15 克（先煎）、黄连 10 克、升麻 6 克、栀子 15 克、茵陈 15 克、牡丹皮 12 克、玄参 15 克、生地黄 15 克、连翘 12 克、金银花 15 克。每日 1 剂水煎服。

或用西洋参煎汁冲紫雪丹灌服或鼻饲。

针剂：醒脑净注射液或参麦注射液 20～40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。清开灵注射液 40～60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1～2 次。

（三）应急与抢救

1. 补液 复方丹参注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液或 5% 葡萄糖盐水 500 毫升中静脉滴注，或脉络宁注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。若是热毒内陷、气阴耗伤者，予参麦注射液 20～40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1～2 次。

2. 退黄 清开灵注射液或双黄连粉针，用法见分证论治。

3. 综合疗法

（1）针刺退黄：取肝俞、中脘、足三里、阳陵泉、公孙、胆囊穴，予泻法针刺，每日 2 次。

（2）鲜苦瓜捣烂取汁滴鼻，每日 2～3 次。

（3）维生素 C 3 克、肝太乐 0.2 克、胰岛素 8 单位加入 5% 葡萄糖液 500～1000 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

（4）纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱：根据实验室结果酌情补充。

(5) 针对病因治疗：根据肝前性黄疸或肝性黄疸的不同，参照西医学有关章节进行治疗。

五、诊断与治疗进展

(一) 西医学的诊断治疗进展 根据血清胆红素的性质将黄疸分为二类：①以间接胆红素为主。②以直接胆红素为主。前一类属于溶血性黄疸及一部分肝性黄疸。后一种是由于肝病及肝外疾病引起。肝病常见有肝炎及肝癌。肝外阻塞性黄疸，常见有胆石、肿瘤、急性与慢性胰腺炎。实验室检查最重要是转氨酶，肝细胞坏死时转氨酶升高，胆汁淤滞时碱性磷酸酶、5'-核酸磷酸酶等升高。对于各类梗阻性黄疸，目前北京协和医院首推B超检查，B超阳性率为95.48%，诊断正确率高达95.09%。治疗上除了针对病因治疗外，对黄疸的治疗，日本现已开发应用了透析膜和吸附膜，可通过血浆交换改善黄疸，用于许多因胆红素和胆汁色素导致肝损伤的患者。黄疸体发搔痒，除应用抗组胺、熊脱氧胆酸、消胆胺、苯巴比妥的治疗外，目前提出抗阿片剂的效果，抗阿片剂按0.2微克/（千克·分）静滴。欧美报道，口服nalme-fene亦有效。今后对这些药物实际效果还要进一步研究。

(二) 中医诊疗进展 黄疸急症的发生，关键湿邪为患，但临床伴随热、寒、气滞、痰凝、血瘀等交互为病，近年来取得下面几方面进展。

1. 辨证论治退黄 如刘氏提出退黄八法，即清热利湿、通腑泻下、清热凉血、利胆排石、清肝化瘀、解表发汗、疏肝运脾、清化寒湿。

2. 辨病施治退黄

(1) 淤胆型肝炎：如蒋氏运用清热通腑利胆汤（茵陈、金钱草、大黄、栀子、蒲公英、板蓝根、甘草、明矾、芒硝）治疗该病。

(2) 急性梗阻性胆管炎：如刘氏采用巴豆治疗急性重症胆管炎疗效满意。

(3) 急性黄疸型肝炎：此类报道较多，多从清热利湿、清热解毒、通腑利湿、化痰除湿、疏肝利胆等方法论治，总的原则以祛邪为主。

(4) 钩端螺旋体病：本病为“瘟黄”范畴，多由湿热郁蒸所致，予清热解毒、利湿消黄治疗，轻症用甘露消毒丹，重症用犀角地黄合茵陈蒿汤，窍闭者用至宝丹等，疗效较好。

3. 专方专药的研究 对于急性传染性黄疸型肝炎，一般采用利湿与清热两大治法，多用茵陈蒿汤、甘露消毒丹。有人观察到，茵陈与大黄协同使用，退黄效果甚理想。大量资料统计表明：茵陈、板蓝根、虎杖、连翘、凤尾草、秦皮、龙胆草、田基黄、丹参、糯稻根、白薇等清热解毒药，单味使用，或配合使用，对降低转氨酶均有一定效果，尤其五味子降转氨酶作用已得到肯定。

4. 新制剂的应用 参三七注射液、大黄注射液、茵栀黄注射液对黄疸急症均有治疗作用。

六、护 理

(一) 绝对卧床休息治疗。

(二) 吃流质食物，禁辛燥、肥腻之品。

(三) 密切观察和记录体温、脉搏、呼吸、血压、神志等变化，如出现脉微欲绝或散乱、神志恍惚、烦躁不安等，可能是欲脱之象，应及时抢救。

(四) 密切观察皮肤情况，黄疸加深，或皮肤出现斑疹，应考虑热毒内陷营血，属病情恶化之兆。

(五) 病情危重者，蛋白质的日摄入量严格控制在 0.5 克/千克以内。

(邹旭 梅广源 钟世杰)

主要参考文献

- [1] 喻森山, 等. 北京中医杂志, 1993, (1): 42
- [2] 杨晋翔, 等. 中医药信息, 1991, (1): 27~29
- [3] 日本医学介绍, 1994, 15 (12): 549
- [4] 刘殿青. 实用中医内科杂志, 1992, 6 (1): 10
- [5] 张笑平. 中医急症救治. 湖南科学技术出版社, 1989 年版
- [6] 蒋士英. 浙江中医学院学报, 1990, 14 (3): 4~6
- [7] 陈丽蓉, 等. 上海中医药杂志, 1992, (1): 3~5
- [8] 李宗浩. 现代急救医学. 浙江科学技术出版社, 1993 年 10 月版
- [9] 崔乃杰, 等. 实用危重病急救医学, 天津科技翻译出版社, 1993 年 10 月版

第二十三章 痢疾急症

痢疾急症是指因感受湿热病毒、饮食内伤致肠道积滞、脂膜血络受伤，出现以腹痛、腹泻、里急后重、大便呈赤白粘冻或脓血，甚至高热、烦躁、昏迷痉厥为主证的一类病证。相当于西医学的细菌性痢疾或阿米巴痢疾。

一、病因病机

(一) 感受湿热病毒 湿热病毒侵于肠胃，脂膜受伤，气血阻滞，化为脓血而成湿热蕴结证或热毒炽盛证。

(二) 饮食内伤 素体湿热内蕴，饮食不慎，腑气不通，气血凝滞，化为脓血而成湿热蕴结证。或素嗜食生冷之品，内有寒湿，加上饮食不节，致肠腑积滞，血络受损而成寒湿困脾证。

总之，湿热病毒等伤及肠胃，致肠道壅阻，脉络受损，腐为脓血而成痢疾，甚至毒素壅滞，破坏体内阴阳平衡，气血逆乱，而成闭证或脱证。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 腹痛(胀痛、隐痛或剧痛,得温痛甚或痛减),里急后重,下痢赤白粘冻或脓血,纳呆,或食入即吐,或昏迷痉厥等症。

(2) 舌苔黄(白)腻(干燥),脉滑数(或濡缓、细)。

2. 发病特点 多数发病急骤,变化多端,有一定的流行性与传染性,多发于夏秋季节。

3. 辅助检查 可根据病情需要做粪便镜检及培养、乙状结肠镜检查、X线钡餐检查、血常规或荧光抗体染色技术等。

凡具备以上1.项,参考2.、3.项即可诊断。

(二) 证类诊断

1. 湿热蕴结

主证:下痢赤白,里急后重,肛门灼热,腹痛。

兼证:尿赤,口干口苦。

舌、脉象:舌红苔黄腻,脉滑数。

2. 寒湿困脾

主证:痢下赤白粘冻或纯白冻,脘闷,头身重困,里急后重。

兼证:腹痛,纳呆。

舌、脉象:舌淡苔白腻,脉濡缓。

3. 正虚邪恋

主证:下痢时发时止,经久不愈,发作时可见痢疾诸症。

兼证:纳呆,体倦乏力,或腰膝酸痛,或消瘦。

舌、脉象:舌淡苔腻,脉细。

4. 热毒炽盛

主证：起病急骤，壮热烦渴，腹痛及里急后重明显，痢下脓血。

兼证：头痛，昏迷痉厥。

舌、脉象：舌红绛，苔黄燥，脉滑数。

5. 邪毒犯胃

主证：下痢，呕不能食。

兼证：肌肉瘦削，疲倦，口臭或口干。

舌、脉象：舌红或绛，脉滑（或细）数。

以上证类以主证和舌、脉象为主要诊断依据。因病程或病因不同，尚可伴见下列诸症：

痢疾兼表证：初痢发热恶寒，无汗或汗出，头身酸痛，脉浮。

阴虚证：久痢心烦口干，五心烦热，舌红绛苔干少，脉细数。

虚寒证：久痢口淡不渴，畏寒肢冷，食少神疲，舌淡苔白，脉细弱。

闭证：热毒炽盛证见两手握固，口噤不开，痰喘气粗，舌绛苔黄焦燥，脉弦数。

脱证：痢下不止，大汗淋漓，神昏肢厥，面唇青紫，脉微欲绝。

病情危重往往可见内闭外脱。

（二）分期分级

1. 分期

（1）早期：表现湿热蕴结证（或兼表证）、寒湿困脾证、热毒炽盛证。

（2）中、晚期：表现正虚邪恋证、邪毒犯胃证、阴虚

证、虚寒证、闭证或脱证。

2. 分级

(1) 轻度：下痢，神清，纳可，大便通畅，脉滑或浮有力。

(2) 中度：下痢，疲倦，纳呆恶心，便意频频，脉濡或细。

(3) 重度：痢下脓血或纯血，气短，不能食，无粪排出，或唇红口烂，发热不休，口噤不开，或神昏肢厥，大汗淋漓，脉微欲绝。

三、鉴别诊断

痢疾急症与泄泻都属肠道疾患，多发生于夏秋季节，皆有腹痛及大便异常。但泻与痢相比，泄泻多为水样大便，排便较爽利，无里急后重及脓血；而痢疾急症排便不通畅，里急后重，下痢赤白脓血，“泻浅而痢深，泻轻而痢重”。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 初痢实证宜通宜清（或湿），久痢虚证宜补宜收涩；虚实夹杂，宜通涩兼施；赤多重于调血，白多重于行气。审因而治。

(二) 分证论治

1. 湿热蕴结

治法：清热祛湿，行气调血。

方药：芍药汤（《医学六书》）加减：白芍 15 克、黄芩

12克、黄连10克、木香（后下）10克、甘草6克、槟榔15克、大黄（后下）10克、金银花20克、地榆15克。每日1剂水煎服。

兼表热者，用葛根芩连汤加柴胡20克、金银花15克、木香10克。有食积者，先用木香槟榔丸或枳实导滞丸以下之。湿热瘀阻者，用白头翁汤加地榆炭15克、赤芍12克、薏仁15克。

针剂：双黄连粉针3~3.6克加入5%葡萄糖液或生理盐水500毫升中静脉滴注，每日1次。

2. 寒湿困脾

治法：温中祛湿。

方药：胃苓汤（《丹溪心法》）加减：苍术15克、厚朴12克、桂枝10克、茯苓15克、白术10克、白芍20克、干姜10克、枳实15克。每日1剂水煎服。

久痢脾虚湿聚，阳虚不固者，宜用附子理中丸加诃子10克、肉豆蔻15克、石榴皮15克。气虚脱肛者，可用补中益气汤加减。

3. 正虚邪恋

治法：健脾益气，清化湿热。

方药：四君子汤（《太平惠民和剂局方》）合香连丸（《兵部手集方》）加味：党参15克、白术10克、茯苓10克、炙甘草5克、木香（后下）10克、黄连10克、地榆15克、赤芍15克。每日1剂水煎服。

久痢脾肾阳虚者，用真武汤或温脾汤加减。寒热夹杂者，用乌梅丸加减。

针剂：参麦注射液40~60毫升加入10%葡萄糖液250

毫升中静脉滴注，每日1次。同时用双黄连粉针，用量用法同前。

4. 热毒炽盛

治法：清热凉血，泄毒止痢。

方药：白头翁汤（《伤寒论》）加味：白头翁30克、黄连10克、黄柏12克、秦皮15克、金银花30克、黄芩15克、牡丹皮12克、生地黄20克、地榆30克、大黄（后下）15克。每日1剂水煎服。

高热、神昏痉厥者，冲服羚羊角粉、紫雪丹或安宫牛黄丸。痰多者加胆南星12克、贝母10克，或鲜竹沥10~20毫升，每隔4~6小时1次。

若见闭证者，用大承气汤加黄连10克、白头翁20克、石菖蒲10克、葛根20克、青皮10克，急煎鼻饲，并用马齿苋30克、黄柏15克、苦参20克、石菖蒲15克煎水成100~150毫升，保留灌肠。

若见气脱者，用通脉固脱汤加减（桂枝、当归、丹参、桃仁、人参、制附子、赤石脂、干姜、甘草）。气阴两脱者，用生脉散加味（党参、麦冬、五味子、黄芪、炙甘草）。

针剂：根据中医辨证，可选用清开灵、醒脑静、人参、生脉等注射液，其用法用量请参照本书有关章节。

5. 邪毒犯胃

治法：和胃降浊。

方药：半夏泻心汤（《伤寒论》）加减：黄连10克、石菖蒲15克、茯苓20克、陈皮10克、姜半夏10克、荷叶15克、大黄（后下）10克、竹茹10克、党参15克。

阴虚者，加麦冬20克、天花粉15克。脾胃虚弱者，用

六君子汤加姜汁（冲服）5~15毫升，以健脾和胃降逆。

针剂：清开灵、养阴及参麦等注射液可酌情选用。

（三）应急与抢救

1. 输液

（1）解毒开窍：清开灵注射液30~60毫升加入5%葡萄糖液或生理盐水500毫升中静脉推注，每日1~2次；神昏严重者，加用醒脑静注射液4~6毫升加入10%葡萄糖液20~40毫升中静脉推注，每1~3小时重复1次，连用3~4次。

（2）益气回阳固脱：参附注射液或红参注射液或参附芪注射液10~20毫升加入10%或50%葡萄糖液20~40毫升中静脉推注，每10~30分钟1次，连用3~6次。

（3）增液救阴：养阴注射液80~120毫升加入10%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，每日1~2次。或视病情需要使用5%葡萄糖盐水、5%或10%葡萄糖液（可加入适量的维生素C、维生素B₆及10%氯化钾等）、平衡液等。

2. 吸氧 有气促、唇甲青紫者，可鼻导管吸氧或使用高频喷射通气。

（四）综合治疗

1. 针灸治疗 针天枢、合谷、足三里、上巨墟。发热者加大椎、曲池；恶心呕吐者加内关、中脘；里急后重者加大肠俞；腹痛甚者加气海；病情反复者加脾俞、肾俞；久痢脱肛者加百会。针刺用泻法，偏寒者于腹部穴位拔针后加灸。

穴位注射 脾俞、足三里、大肠俞、上巨墟，每次选2~3穴，视病情用柴胡注射液2~4毫升，或山莨菪碱1毫

升 (10 毫克), 或醒脑静注射液 2 毫升平分注入所选穴位, 以退热、止痛或开窍等。

2. 外治法

(1) 行军散 0.6 克纳入神阙穴, 上置艾炷灸 3~5 壮, 然后胶布固定, 适用于湿热蕴结证。

(2) 吴茱萸 6 克研末, 醋调成膏, 或大蒜捣烂成泥, 贴敷神阙、涌泉穴, 适用于寒湿困脾证, 每日 1 次。

(3) 小儿急性菌痢者, 可用三黄粉 (黄连、黄芩、黄柏) 适量, 加生理盐水调成 10~50 毫升液体, 保留灌肠, 每日 1~2 次。

(4) 大蒜溶液 10~15 毫升保留灌肠, 每日 2~3 次, 适用于顽固性菌痢等。

(5) 吴茱萸 60 克研末, 米醋调成膏, 敷双侧涌泉穴, 适用于邪毒犯胃证, 每日 1 次。

3. 病因治疗 对不同病因所致的痢疾, 应及时针对病因治疗。如抗菌、抗阿米巴、静脉补液, 甚至抗休克、止痛、止血输血及手术治疗等。

4. 纠正水、电解质及酸碱失衡, 支持疗法:

(1) 痢疾, 尤其是其急性期, 均存在不同程度的水、电解质紊乱, 因此须充分估计出入量、监测电解质及二氧化碳结合力等情况, 及时补充; 有酸中毒者, 应予补碱 (5% 碳酸氢钠等)。

(2) 支持疗法: 予能量合剂、多种氨基酸注射液、白蛋白等以补充营养, 改善细胞组织代谢。

5. 中毒性休克者, 肾上腺皮质激素的应用 以短期大剂量, 病情改善即停药为原则。常用氢化可的松 5~15 毫克

/千克，或地塞米松 20~80 毫克/日，分次静脉给药。

6. 山莨菪碱的应用 感染性休克（面色苍白、四肢厥冷、血压下降者），成人 10~20 毫克/次，儿童 0.3~1.5 毫克/（千克·次），视病情轻重每 10~60 分钟肌肉或静脉注射 1 次，至症状改善，即可逐步减量。

五、诊断与治疗进展

（一）诊断进展 在流行季节，凡高热、惊厥、呕吐、腹泻的患儿或体质差者，应尽早肛拭镜检和大便培养，若发现痢疾杆菌，则中毒型菌痢可确诊。因中毒型菌痢病情凶险，故须及早诊断。

（二）治疗进展 新近认为，痢疾（菌痢）是由于志贺菌引起的结肠粘膜及粘膜组织受损的一种脓毒症或脓毒综合征。从微观分子水平上，提出痢疾病理改变参与的成分有：内源性介质（TNF α 、 γ -干扰素、白细胞介素-1、PAF、白三烯、血栓素 A₂、内质素 1、补体 C_{3a}、C_{5a} 等）和氧自由基（超氧化物阴离子、羟自由基），其结果破坏了细胞膜，使细胞蛋白、DNA、RNA 等变性及其破坏，产生内毒素、血小板活化因子等，破坏内皮细胞，使肠壁出现充血、水肿、炎性渗出、坏死溃疡与出血一系列病理过程。当内皮源性舒张因子（EDRF）功能增强，或（和）内皮素-1 功能减弱时，则出现血压下降。而多处受损可发生多脏衰综合征（MODS）。

由于大肠有其特殊的环境，长期或大量使用抗生素易致菌群失调，而中药较西药有其特殊的“双向”调治作用，因

此，近年来，很多学者通过临床观察研究表明，治疗菌痢，除了适当补液、维持水、电解质及酸碱平衡外，中医药治疗菌痢方法颇多，且疗效显著，特别是中西医结合明显优于单纯西药治疗。值得注意的是：

中医治疗菌痢有内服、外用、保留灌肠及针灸等方法。因菌痢以湿热蕴结证居多，故辨证治疗多用芍药汤、葛根芩连汤、葛根地榆汤（葛根、牡丹皮、黄连、黄芩、赤芍、地榆、槐花、木香、甘草）及菌痢方（白头翁、葛根、槟榔、秦皮、黄柏、黄芩、白芍、黄连、木香、甘草）等加减治疗，有效率90%以上；单方（叶下红、木瓜、黄连、翻白草、马齿苋、鸦胆子仁等）；验方（双藤汤——红藤、忍冬藤；双白合剂——翻白草、白屈）具有针对性强、疗效高的特点，对痢疾杆菌有明显的抑制或杀灭作用；针刺（天枢、足三里、止泻穴、气海为主，强刺激）；穴位注射（可用注射黄连素或注射用水）能增强白细胞吞噬功能；中西结合（毒菌并治）则在使用中药的同时，配合诺氟沙星胶囊、氯霉素、复方新诺明、TMP、泰利必妥等；有人报道用愈痢丸（大黄3.6克、硫酸镁2.6克、山楂1克、活性炭0.9克、明矾0.26克、甘草1.5克，研末，按此例水泛成丸）治疗急性菌痢，既排菌又杀菌，总有效率达100%；另外，中药如二白苦艾汤（白头翁100克、苦参100克、白芍60克、艾叶30克）等保留灌肠，方法简便，疗效卓捷。

六、护 理

(一) 执行传染病一般护理常规。

(二) 急性期，特别是高热期应卧床休息，进食易消化流质，病情好转后改无渣或少渣半流质，不宜进食刺激性食物。

(三) 多饮水，饮适量糖盐水及果汁。

(四) 对中毒性菌痢者，应严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔、面色、四肢温度、尿量等，出现休克及脑水肿迅速通知医生，协助抢救。呼吸不规则，有缺氧表现者应及时吸氧，保持呼吸道通畅。

(五) 保持肛门及其周围皮肤清洁，便后洗净，必要时涂油膏，并及时使室内通风换气。

(六) 腹痛时针刺止痛，脱肛者温水坐浴，用油纱轻轻托上使其回纳。

(七) 根据各型辨证施护。

(陈茂潮 刘利 陈秀华)

主要参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994年, 第1版
- [2] 陈贵廷, 等. 实用中西医结合诊断治疗学. 北京: 中国医药科技出版社, 1991年, 第1版
- [3] 崔乃杰, 等. 实用危重病急救医学. 天津: 天津科技翻译出版公司, 1993年, 第1版

- [4] 上海医科大学. 实用内科学. 北京: 人民卫生出版社, 1993 年, 第 9 版
- [5] 彭述宪. 痢疾证治概述. 实用中医内科杂志, 1989, 3 (2): 63
- [6] 黄红英. 中医药治疗急性细菌性痢疾的概况. 广西中医药, 1992, 15 (3): 136
- [7] 李克荣. 针刺治疗成人急性菌痢 1383 例疗效分析及作用原理的初步探讨. 中国针灸, 1990, (3): 113

第二十四章 淋证急症

淋证急症是指以急性发作性的尿频、尿急、尿痛为主要临床特征的疾病。或伴尿血鲜红，或伴腰腹拘急疼痛等症状。淋证急症一般由下焦湿热所致，反复发作者可兼肾虚、气滞、血瘀、结石等。本病相当于西医学的急性尿路感染及慢性尿路感染的急性发作期。

淋证急症可分为五淋，包括热淋、血淋、气淋、石淋、膏淋、劳淋等，本篇讨论以前四种为主。

一、病因病机

(一) 膀胱湿热 膀胱湿热可由外邪内侵，亦可由内而生。外邪内侵，多因外阴不洁，秽浊之邪上犯膀胱。由内而生者，多因小肠邪热，或心火炽盛，传于膀胱。或因过食肥甘酒热之品，脾胃运化失常，积湿生热，湿热下注膀胱。热淋、石淋、血淋与膀胱湿热关系最为明显。

(二) 肝郁气滞 肝气不舒，或郁怒伤肝，气滞不畅，甚可气滞血瘀。气血郁滞，郁火于下，以致膀胱气化不利而化为淋。事实上，临床上单纯性的气淋并不多见，气淋多并发于石淋或反复发作的其他各类淋证之中。

(三) 肾气虚亏 在淋证急症中，肾气虚亏者所占比例虽然不多，但如因先天因素，或体弱肾虚等原因，即极易并

发热邪内侵，或结石内生而为淋证。故劳淋、膏淋等与肾虚关系密切，而热淋、石淋、血淋等亦可由热而犯肾，或久病反复伤肾而出现虚实夹杂，病情缠绵难愈的情况。

综上所述，淋证急症的病因以湿热为主，病位在肾与膀胱。本病多邪实之证，久病即可转虚或反复发作形成虚实夹杂之病。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

- (1) 尿频、尿急、尿痛，小腹拘急，痛引腰腹。
- (2) 或伴血尿，或尿如脂膏或米泔水，或伴发热。

2. 发病特点 多为急性起病，亦有慢性反复发作。该病证一般预后尚好，严重者亦可发展为外感发热症重症、水肿、关格等。

3. 诱发因素 常因外阴不洁，感受外邪，饮食情志失调；房劳过度等诱发。

4. 辅助检查 可根据病情检查尿常规、尿培养、B超、腹部平片、血常规、血肌酐等。

(二) 证类诊断

1. 热淋

主证：尿频、尿急、尿痛，尿短黄，口干等。

兼证：发热，面红，便秘，腰腹痛。

舌、脉象：舌红，苔黄腻，脉滑数。

2. 血淋

主证：尿频、尿急、尿痛，尿色红赤或夹紫暗血块。

兼证：发热，手足心热，痛引腰腹。

舌、脉象：舌淡红，苔黄，脉弦数。

3. 石淋

主证：尿频、尿急、尿痛，或尿中时夹砂石，或尿不能
卒出，窘迫难忍，痛引腰腹。

兼证：尿中带血，口干苦，发热。

舌、脉象：舌淡红，苔薄白或黄，脉弦或数。

4. 气淋

主证：尿频、尿急、尿痛或尿中脐腹满闷，甚则胀痛难
忍。

兼证：小腹坠胀，暖气不舒，神志郁郁。

舌、脉象：舌淡红，苔薄白，脉弦。

三、鉴别诊断

（一）癃闭 《医学心语·小便不通》曰：“癃闭与淋证不同，淋则便数而茎痛，癃闭则小便点滴而难通。”癃闭以排尿困难，小便量少，甚至点滴俱无为特点。其小便量少、排尿困难与淋证相似，但淋证以尿频、尿急、尿痛为基本特征，且每日排尿总量多为正常。尿常规、B超等可助鉴别。

（二）尿血 尿血与血淋都有小便出血，尿色红赤，甚至尿出纯血。但血淋常伴有尿痛，而尿血一般无尿痛。《丹溪心法·淋》曰：“痛者为血淋，不痛者为尿血。”血淋多属实证，尿血以虚证为多。

（三）赤白浊 赤白浊是指尿窍时流秽浊如脓或赤色之

物，此病可伴尿痛，与淋证相似。但其尿口流出赤白浊物有异于以尿频、急、痛为特征的淋证。赤白浊多见于现代医学之性病——淋病。尿口流出物作细菌培养，或作 PCR 检查等可助诊断。

四、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 辨明证类 淋证急症各证类有不同病机，诊法各异，临证须辨明。如热淋以膀胱湿热为主，治应以清利湿热通淋利尿为法；如热盛灼伤血络则应该在清利湿热基础上加入凉血止血之品；如属气淋则应加以行气止痛之品。

2. 审察虚实 淋证急症多属实证，但如为反复发作者则可夹杂虚证。新病多实，久病多虚。实证以清热利湿，如属心脾肾亏之虚证则应攻补兼施。

(二) 分证论治

1. 热淋

治法：利湿通淋，清热解毒。

方药：八正散（《局方》）加减：木通 15 克、车前子 15 克、篇蓄 15 克、瞿麦 15 克、滑石 30 克、甘草 6 克、栀子 15 克、黄柏 15 克、蒲公英 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：穿琥宁注射液 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。热毒较盛者，可用清开灵注射液 40~60 毫升或醒脑静 10~20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 血淋

治法：清热通淋，凉血止血。

方药：小蓟饮子（《济生方》）加减：小蓟 15 克、生地 15 克、滑石 30 克、通草 15 克、蒲黄 15 克、淡竹叶 15 克、藕节 15 克、栀子 15 克、甘草 6 克、仙鹤草 15 克、侧柏叶 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：热盛者可选用穿琥宁注射液或清开灵注射液稀释后静脉滴注，用法同前。

中成药：紫黄液 30 毫升口服，每日 3 次。复方田七止血胶囊 4 粒，每日 3 次。

3. 石淋

治法：涤除砂石，通淋利尿。

方药：石苇散（《证治汇外》）加减：石苇 15 克、冬葵子 15 克、瞿麦 15 克、滑石 30 克、车前子 15 克、金钱草 30 克、海金沙 30 克、鸡内金 15 克、枳实 15 克、郁金 15 克、牛膝 15 克。每日 1 剂水煎服。

热盛者以上方与八正散合用。伴血淋者与小蓟饮子合用。

针剂：选用穿琥宁注射液、清开灵注射液、醒脑静注射液等稀释后静脉滴注，以加强清热之功，用法同前。

4. 气淋

治法：理气和血，通淋利尿。

方药：沉香散（《田方》）加减：沉香 10 克、石苇 15 克、滑石 30 克、陈皮 10 克、白芍 15 克、王不留行 15 克、丹参 15 克、甘草 6 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：气郁化热者，参照淋证治疗。气郁胀痛较甚，可用金佛止痛丸 1~2 支口服，每日 3 次。或用金牛腹痛片

(广东省中医院制剂) 4粒口服, 每日服3次。

(三) 中医应急与抢救 淋证急症一般较少危及病人生命, 故其应急处理主要用止痛及清热解毒之剂。可根据不同证类选用上述止痛及清热解毒或凉血止血的中成药制剂, 配合综合治疗中的针灸、拔火罐等。但如淋证并发高热、关格等, 必需参照有关章节处理。

(四) 综合治疗

1. 验方治疗

(1) 海金沙、地锦、薏苡仁、车前草、篇蓄、白茅根、白花蛇舌草、栀子等任选1~2种, 每种30~60克, 每日1剂水煎服。或鲜马齿苋, 或败酱草一撮, 捣汁, 每日3次, 治热淋。

(2) 黄芩30克、紫草30克、橘皮30克、葵花根15克、牛膝30克、大豆叶1把、苈麻根10枝, 任用1种, 或芭蕉根、旱莲草各30克, 或栀子、滑石各15克, 或白薇、赤芍各等量, 任选一组, 均为细末, 每次服3~5克, 每日3次, 治血淋。

(3) 醋炙鳖甲、牛角烧灰、鱼脑石、鸡内金、拔葵, 任选1种, 研末, 每次3~5克, 每日3次。或金钱草30克、车前草30克、葵花子30克、胡桃肉10枚, 任选1种。或石韦、滑石各30克, 或黑豆60克, 六一散30克, 水煎服, 每日3次。或桃木胶10克烔化, 或萱草根1撮捣汁, 每日3次, 治石淋。

2. 针刺或拔火罐疗法

(1) 止痛可针刺双侧足三里、三阴交或加电针。腰腹痛甚可在腰腹痛处拔火罐。

(2) 石淋排石总攻疗法可配合电针三阴交。

3. 肾绞痛明显者，可用阿托品 0.5~1 毫克肌注，或山莨菪碱 10 毫克肌注。亦可用山莨菪碱 10 毫克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。可根据病情选用颅痛定、非那根、鲁米那、杜冷丁等药止痛。

4. 抗感染治疗 急性淋证大多属泌尿系感染或并发泌尿系感染，故抗感染治疗最为重要。如能根据中段尿培养选择抗生素即最理想。但在菌种未明情况下，一般选用针对革兰氏阴性菌的抗生素，如氨基糖甙类、喹诺酮类、头孢类等。但要注意肾功能。

五、诊断与治疗进展

(一) 研究进展 尿路感染是泌尿系统的常见病及多发病，特别是女性发病率较高，又是导致慢性肾衰的第二大病因。虽然新的抗生素不断问世，但并未能减少尿路感染的发病率、复发率和再次感染等。因此中医药治疗研究日益受到重视，其不仅有广谱抗菌效能，更重要的是有确实的疗效。

(二) 专方治疗 尿路感染虽然临床表现复杂，但其临床表现过程及其疾病演化过程却大体相同，故此辨病治疗不仅易于掌握，且重复率也较高。目前常用的治法有清利湿热、清热通淋、清热活血通淋等。

六、护 理

淋证急症患者宜多饮水，饮食宜清淡，忌肥腻香燥、辛

辣之品。禁房事。如并发高热，参考外感高热护理。

(吴焕林 谭荣益 梅广源)

主要参考文献

- [1] 史大卓, 等. 中医内科辨病治疗学. 科学技术文献出版社, 1996年, 第1版
- [2] 戴自英. 实用抗菌药物学. 上海科学技术出版社, 1992年, 第1版
- [3] 方药中, 等. 实用中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985年, 第1版
- [4] 方圻. 现代内科学. 人民军医出版社, 1995年, 第1版
- [5] 吕仁和, 等. 泌尿系感染的中西证治. 北京人民出版社, 1987年, 第1版

第二十五章 癃闭急症

癃闭是指因膀胱和三焦气化不利，导致小便量少，点滴而出，甚则小便闭塞不通为主证的一类病证。其小便不利，点滴短少，病势稍缓者称为“癃”；以小便闭塞，点滴不通，病势急者为“闭”。但特点是指排尿困难，只是程度不同，故常合称为癃闭。常因小便不通而病势急迫，须按急症处理。相当于西医学的尿道结石、损伤、狭窄、肿瘤、阻塞以及前列腺增生症、膀胱括约肌痉挛及急性肾功能衰竭等各种因素导致的尿潴留、少尿或无尿等疾病。

一、病因病机

(一) 湿热蕴结 中焦湿热不解，下注膀胱；或肾热移于膀胱，膀胱湿热阻滞，气化不利，小便不通，而成癃闭。

(二) 肺热气壅 邪热壅肺，肺失肃降，水道通调不利，不能下输膀胱；又因内热过盛，热气闭阻上、下二焦而成癃闭。

(三) 肝郁气滞 七情内伤，导致肝气郁结，疏泄不利，三焦不畅；又肝经绕阴器，抵少腹，肝经有病，膀胱气化不利，导致癃闭。

(四) 尿路阻塞 瘀血败精，或肿块结石，阻塞尿路，小便难以排出，因而成癃闭。

(五) 脾气不升 劳倦伤脾，饮食不节；或久病体弱，致脾虚而清气不升，则浊阴不降，小便因而不利。

(六) 肾元亏虚 年老体弱，久病体虚，肾阳不足，命门火衰；或肾阴不足，阳无以化，膀胱气化无权，而产生癃闭。

上述六种因素，使水道通调不利，膀胱气化不利或气化无权，或尿路阻塞，病位虽在膀胱，但与三焦、肺、脾、肾、肝有密切关系。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 小便不利，点滴不畅，或小便闭塞不通。

(2) 小腹胀满，膀胱区叩诊明显浊音，或直肠指检可见前列腺肥大。

2. 发病特点 实证多起病急，虚证多发病缓慢，多见于久病体弱，或老年男性，或产后妇女及术后患者。

3. 辅助检查 根据不同的病因，分别参考膀胱镜、B超、腹部X线及肾功能等相关检查结果。

凡具备以上临床表现特点中(1)或(2)项，参考2、3项即可诊断。

(二) 证类诊断

1. 膀胱湿热

主证：小便点滴不通，或量少而短赤灼热，小腹胀满。

兼证：口苦口粘，口干不欲饮。

舌、脉象：舌红，苔根黄腻，脉数。

2. 肺热气壅

主证：小便涓滴不通，或点滴不爽，咽干烦渴。

兼证：呼吸短促，或咳嗽。

舌、脉象：苔薄黄，脉数。

3. 肝郁气滞

主证：小便突然不通，或通而不畅，胁痛，小腹胀急。

兼证：多伴精神紧张或惊恐症状，口苦。

舌、脉象：苔薄白，脉弦细。

4. 尿路阻塞

主证：小便滴沥不畅，或尿如细线，甚或阻塞不通。

兼证：小腹胀满疼痛，或尿赤。

舌、脉象：舌质紫暗，或有瘀点，脉涩。

5. 中气不足

主证：时欲小便而不得出，小腹胀坠，气短声低。

兼证：精神疲乏，食欲不振。

舌、脉象：舌质淡，苔薄，脉细弱。

6. 肾元亏虚

主证：小便不通或点滴不爽，欲排无力，神气怯弱。

兼证：面色㿔白，畏寒，腰膝酸软。

舌、脉象：舌质淡，苔白，脉沉细弱。

上述证类以主证与舌、脉象为主要依据。而膀胱湿热证与肺热气壅证、中气不足证与肾元亏虚证，常可两证互见，可据其证候偏重论治。

(二) 分期分级

1. 分期

(1) 早期：以小便不利，点滴短少，偶尔或间断出现，病势缓属癃证者。

(2) 中、晚期：小便闭塞，点滴不通，小腹胀满疼痛，病势急者属“闭证”范畴；如见有胸闷、气喘、恶心，甚则神昏等症者则为晚期。

2. 分级

(1) 轻度：以小便不利，点滴短少，偶尔或间断出现，病势缓者。

(2) 中度：以小便闭塞，点滴不通，小腹胀满疼痛，病势急者。

(3) 重度：以小便闭塞，点滴不通，见有胸闷、气喘、恶心，甚则神昏等症者。

三、鉴别诊断

(一) 淋证 二者虽均为排尿困难为主证，但淋证以尿频而滴沥刺痛，且排尿总量多为正常，癃闭虽亦小便点滴而难通，但无滴沥刺痛，且每天排尿总量低于正常，甚或无尿排出，是其主要区别之处。

(二) 关格 关格虽亦见排尿困难，但并见呕吐及大便不通，常见于癃闭、水肿、淋证等病证的晚期，是一种较常见的危笃急症。二者不难鉴别。

(三) 臌胀 因其小便量明显减少，腹满膨胀不适，与癃闭相似。但臌胀尚见腹部胀大、腹皮绷紧、青筋显露等症，可资鉴别。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 治疗上以“六腑以通为用”为原则，辨虚实之不同，分别以清湿热、散瘀结、利气机、补脾肾、助气化而通水道。

(二) 分证论治

1. 膀胱湿热

治法：清热利湿，通利小便。

方药：八正散（《和剂局方》）加减：车前子 15 克、瞿麦 30 克、萹蓄 15 克、滑石 30 克、木通 15 克、大黄 12 克、黄柏 12 克、金钱草 30 克。每日 1 剂水煎服。

若湿热久恋伤阴而口干咽燥，加麦冬 20 克、生地黄 30 克。

针剂：双黄连粉针 3~3.6 克或清开灵注射液 40 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 肺热气壅

治法：清热宣肺，通利水道。

方药：清肺饮（《证治汇补》）加减：黄芩 15 克、栀子 12 克、桑白皮 30 克、麦冬 15 克、茯苓 30 克、车前子 15 克、木通 15 克、杏仁 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：鱼腥草注射液 40 毫升或穿琥宁注射液 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

3. 肝郁气滞

治法：疏调气机，通利小便。

方药：沉香散（《金匱翼》）加减：沉香 6 克、橘皮 10

克、冬葵子 30 克、白芍 15 克、当归 10 克、王不留行 30 克、石苇 15 克、北杏仁 15 克。每日 1 剂水煎服。

若气郁化火者，加龙胆草 12 克、梔子 12 克。

4. 中气不足

治法：升清降浊，化气利水。

方药：补中益气汤（《脾胃论》）加减：黄芪 30 克、橘皮 6 克、党参 30 克、当归 12 克、升麻 5 克、柴胡 12 克、白术 15 克、桂枝 10 克、甘草 10 克、车前子 15 克。每日 1 剂水煎服。

5. 肾阳衰虚

治法：温阳益气，补肾利水。

方药：济生肾气丸（《脾胃论》）加减：附子 10 克、肉桂 3 克、牛膝 20 克、车前子 15 克、熟地黄 30 克、淮山药 30 克、山萸肉 12 克、泽泻 12 克、茯苓 15 克。每日 1 剂水煎服。

（三）应急与抢救

1. 取嚏或探吐 用消毒棉签，向鼻中取嚏或喉中探吐；也可用皂角散 0.3~0.6 克吹鼻取嚏，本法具有开肺气、举中气、而通下焦之气，是一种简单有效的通利小便的方法。

2. 指压法 用拇指指腹按压中极穴，指力由轻至重，并稍使指端震动，施法后常可于 1~2 分钟内排出小便。适用于神经性尿潴留。

3. 导尿 若经药物、针灸等治疗无效，而小腹胀满难忍，叩小腹膀胱区呈浊音，当用导尿法，以缓其急。

4. 若无尿而出现呕吐、烦躁、神昏等危急证候，可参照本书关格证章节抢救。

(四) 综合治疗

1. 针灸推拿 针刺足三里、中极、三阴交、阴陵泉等穴，反复捻转提插，强刺激，体虚者艾灸关元、气海，并可按摩膀胱区以通利小便。

2. 外治法

(1) 独头蒜 1 个、栀子 3 枚、盐少许，捣烂，摊纸贴脐部良久可通。

(2) 葱白 500 克，捣烂，入少许麝香拌匀，分 2 包，先置脐上 1 包，热熨约 10 分钟，换另 1 包，以冰水熨 10 分钟，交替使用，以通为度。

(3) 食盐适量，炒热，布包熨脐腹。

3. 针对病因治疗 对各种不同原因所致的尿潴留，应及时找出原因，针对病因治疗，如尿路肿瘤、结石或前列腺增生肿大，内科治疗无法解决，则应考虑外科手术治疗。

4. 纠酸，纠正水、电解质失衡

(1) 急性尿潴留及急性肾功能不全出现少尿或无尿，处理不及时，极易出现水、电解质及酸碱失衡，常合并高钾及低钠血症和代谢性酸中毒，并易发展为尿毒症。故一旦发生，应密切注意血浆二氧化碳结合力、血气分析及电解质等检测结果，以便及时补碱，及纠正水、电解质失衡。

(2) 用利尿剂以维持尿量，降低肾血管阻力，增加肾血流量，一般以甘露醇、呋喃苯胺酸静脉推注或滴注。

(3) 用血管扩张剂以解除肾血管的痉挛，可用丹参注射液、多巴胺和酚妥拉明联合使用。

五、诊断与治疗进展

(一) 诊断方面 本病诊断并不困难，但早期诊断、早期处理，避免肾功能损害或使肾功能损害得到及时恢复，有十分重要的意义。

(二) 治疗进展 目前各地有关治疗癃闭的报道，多以临床研究为主，重点在分证论治以及民间外治法的报道，而更多的研究报道，运用中医的理法方药，对西医泌尿系统某些疾病进行观察研究，特别是运用中医药治疗前列腺增生症，疗效满意。此外对急性肾功能损害等以中西医结合的措施治疗，也获得较好的疗效，综述于下。

前列腺增生症为常见的老年病之一，每于过度劳累，或感受寒冷，或情绪剧变，或过食刺激性食物等，导致前列腺组织突然充血肿胀，压迫尿道，而发生尿潴留和排尿困难。属祖国医学癃闭范畴，多为肾虚气化不及州都、气虚痰瘀互阻、肺气失宣，湿热蕴结，在治疗上多温补肾阳，通利小便；又常配合活血化瘀、软坚散结之品。

现代医学治疗前列腺增生症的进展：前列腺增生症的治疗除传统的 α -阻滞剂和激素等药物治疗外，目前又采用微波治疗和射频治疗，前者经直肠或尿道治疗前列腺增生症，温度可在42~44℃；后者具有加热和传导双重功能，热量穿透组织深达20~30毫米，对改善症状效果显著，是一种安全、不用麻醉、并发症少的疗法，适用于有下尿路梗阻，不愿手术治疗或有其它疾病而不能手术者。近年来用激光治疗前列腺增生症的研究，也取得了理想的效果，目前仍处于探

索阶段，其穿透能力较强，有代替微波和射频的趋势。此外，前列腺增生症的介入治疗，如前列腺螺旋导管治疗和形状记忆合金网状支架治疗，对改善、缓解症状，均有其各自优点。

2. 中西医结合治疗急性肾功能衰竭 急性肾功能衰竭，临床表现为少尿或无尿、代谢紊乱和尿毒症。少尿或无尿期属祖国医学的癃闭范畴，若出现呕吐，即可认定转为关格，不在此论。中医认为，水液代谢功能障碍，与肺、脾、肾功能失常有密切关系。而目前多认为急性肾功能衰竭少尿或无尿期，以正虚为主，属于脾肾两虚、气阴亏损，主张健脾补肾、益气保津，中医研究院广安门医院以附子、肉桂、黄芪、黄精、人参、苍术、白术、薏苡仁、车前子、白茅根、牛膝、泽泻、猪苓、丹参、川芎为基本方，并重用黄芪以达到补气强壮、利尿的作用，有一定的效果。

3. 因机械性、神经性、精神性及药物性等急性尿潴留，发病虽急，但一般诊治并不困难。尿道损伤、狭窄、肿瘤、尿道结石及前列腺增生等保守治疗无效，应考虑手术治疗。

六、护 理

(一) 病室幽静，协助患者消除精神紧张和心理恐惧，同时可利用“流水诱导法”，使患者产生尿意。

(二) 注意基础护理，保暖避风，保持清洁，防止再感外邪或湿热内生。

(三) 严格记录液体出入量，尽可能减少水分摄入，保持大便通畅。

(四) 审脉视息，一旦发现呕吐、喘促、神昏、抽搐等表现，应立即报告医生，配合抢救。

(老昌辉 李俊雄 梅丹红)

主要参考文献

- [1] 张继泽. 江苏中医杂志, 1990, 11: 3
- [2] 林石辉. 上海中医药杂志, 1991, (4): 7~8
- [3] 陈玉根. 新中医, 1991, 23 (11): 51~53
- [4] 徐善元. 浙江中医学院学报, 1992, 16 (5): 34~35

第二十六章 暴 肿

暴肿即指急性出现的水肿，包括眼睑、四肢、胸腹，甚至全身的水肿。常伴胸闷、喘促、心悸、尿少、喘息不得卧等表现。某些慢性水肿在急性发作期亦属本篇讨论范畴。

西医学的急性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎急性发作、急性加剧之慢性心功能不全以及其他原因所致的急性水肿和骤然加重的慢性水肿，均可参照本篇论治。

一、病因病机

(一) 外感风邪 风邪外袭，最先伤肺。肺为五脏华盖，主通调水道。肺气郁闭，水道失之通调，以致风遏水阻，风水相搏，流溢于肌肤，发为水肿。如风邪夹湿，湿困脾土，运化水液失职，水湿内停，发为水肿。属外感风邪或夹湿者，发病一般迅速，出现暴肿。

(二) 肺脾肾虚 内伤饥饱、劳倦过度等致肺脾肾虚。肺脾肾三脏为水液代谢的重要脏器，任何一脏虚损，不仅直接影响水液代谢的正常途径，而且还会累及他脏，造成肺肾、脾、肾，甚至肺脾肾俱虚，加重水液代谢的异常。出现暴肿的病人，除因外邪或湿毒内侵所致急性水肿外，大多为原有肺、脾、肾虚的基础上，在外感或劳倦等因素诱发出现的急性发作性水肿。

(三) 心阳不振 暴肿一证虽以肺脾肾三脏调节水液功能关系最为密切，但重者亦可累及心。至于慢性水肿发作者，与心之关系更大。心与肺同属上焦，肺主气，但气运血行全凭心阳推动、心阳的温煦，亦与脾、肾之阳气有相互助长之势，故心阳不振亦为本病重要病机之一。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 头面、四肢、腹背，甚至全身水肿。

(2) 根据原发病或合并症的情况表现为不同的临床症状。以关格、肺胀、心悸、喘逆、衄血为常见合并症。

2. 发病特点 急性水肿发病迅速，可由头面肿迅速出现全身浮肿，无尿或少尿等。亦有慢性水肿在诱发因素下迅速加剧者。

3. 辅助检查 可参考尿常规、尿比重、尿蛋白定量、血尿肌酐、血尿素氮、胸片、心电图、心脏B超等检查。

(二) 证类诊断

1. 风水泛滥

主证：浮肿，恶寒发热，小便不利。

兼证：咽干，关节酸痛，咳嗽。

舌、脉象：舌红，苔薄白或微黄，脉浮数。

2. 水湿浸渍

主证：遍身浮肿，腰以上为甚，头身困重，呕恶。

兼证：肢体酸楚，胸闷指麻，口粘。

舌、脉象：舌淡红，苔白滑而腻，脉沉缓或弦滑。

3. 湿热壅滞

主证：遍身浮肿，皮色黄赤，腹满胸痞，口干苦，尿黄便干。

兼证：喘逆不得卧，纳差，恶心欲呕。

舌、脉象：舌红，苔黄腻或黄燥，脉滑数或沉数。

4. 肺脾两虚

主证：头面或四肢浮肿，倦怠无力，少气懒言，面色苍白。

兼证：纳呆，便稀溏，咳痰清稀。

舌、脉象：舌淡，苔白，脉虚弱。

5. 脾肾阴虚

主证：眼睑或全身浮肿，以腰以下为甚，畏寒肢冷，尿少，腰膝酸软。

兼证：纳呆，呕逆，便溏，头晕耳鸣。

舌、脉象：舌淡胖，苔白，脉沉缓。

6. 心阳不振

主证：下肢或全身肿满，心悸，咳喘上逆，形寒肢冷。

兼证：短气，胸闷，纳差。

舌、脉象：舌淡暗，苔白，脉弱缓或结代。

(三) 病情分级

1. 轻度 眼睑浮肿，或轻度下肢浮肿，主要表现为风水泛滥证。实验室检查心、肾功能基本正常。

2. 中度 四肢浮肿或腰以上浮肿为主，主要表现为水湿浸渍或湿热壅滞证。实验室检查心、肾功能已出现损害。

3. 重度 全身浮肿或腰以下肿甚，形寒肢冷，咳喘上

逆。主要表现为肺脾两虚、脾肾两亏和心阳不振者。实验室检查已出现心、肾功能严重损害。

三、鉴别诊断

(一) 臌胀 臌胀一证虽也可出现四肢浮肿或全身浮肿，但其一般以腹大如臌为特征或为首发表现，以腹部胀大、皮色苍黄、脉络暴露为基本表现。这与头面、肢体乃至全身骤然水肿为基本表现的暴肿有着明显的区别。但两者亦可并见。

(二) 湿脚气 湿脚气为脚气病的一种类型，多因长期偏食或慢性腹泻所致。发病相对缓慢，虽然亦可逐渐出现全身水肿，但以足胫肿大以及下肢酸麻、沉重为基本表现。故与暴肿不难鉴别。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 水肿的治疗，《内经》提出“开鬼门”、“洁净府”、“去菀陈”三条基本原则，对后世影响深远，一直沿用至今。总体的治疗原则尚须从以下各方面详加审论。

1. 辨病位病性 初发急性暴肿者，病位多在肺脾，以阳水居多；慢性水肿反复发作者，病位多在脾肾，以阴水居多。但临床之阴水阳水常难以截然分开，常可表现为阴水复兼阳水，以致虚实夹杂，寒热交错，故应根据阴水、阳水之虚实及寒热，确立或扶正，或祛邪，或寒之，或温之，或攻补兼施，或寒热并用等治疗方案。

2. 辨标本缓急 如前所述，本病多属虚实夹杂之证，反复发作者多为本虚标实。急性发作之时，多表现为标急，应以治标为主；如并发喘逆、厥脱、心悸等危重证时，又可表现为标本俱急，应给予标本同治。

(二) 分证论治

1. 风水泛滥

治法：祛风行水。

方药：越婢加术汤（《伤寒论》）加减：麻黄 10 克、石膏 30 克、甘草 6 克、生姜 10 克、白术 15 克、大枣 6 枚、赤小豆 30 克、牛蒡子 15 克。每日 1 剂水煎服。

2. 水湿浸渍

治法：通阳利水。

方药：五苓散（《伤寒论》）加减：茯苓 15 克、猪苓 15 克、泽泻 15 克、白术 15 克、桂枝 10 克、桑白皮 15 克、薏苡仁 30 克、大腹皮 15 克、甘草 5 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：利湿散（广东省中医院制剂）2 小包口服，每日 3 次。

3. 湿热壅滞

治法：分利湿热。

方药：疏凿饮子（《济生方》）加减：泽泻 15 克、赤小豆 25 克、木通 15 克、茯苓 20 克、大腹皮 15 克、槟榔 15 克、秦艽 15 克、黄芩 15 克、知母 15 克、甘草 6 克、商陆 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：双黄连粉针 3~3.6 克或清开灵 40~60 毫升或穿琥宁 20~40 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注。

4. 肺脾两虚

治法：补肺健脾利水。

方药：实脾饮（《济生方》）加减：北芪30克、茯苓20克、淮山药15克、薏苡仁30克、白术15克、泽泻15克、厚朴15克、木香10克、大腹皮15克、炙甘草6克。每日1剂水煎服。

中成药：健脾渗湿冲剂（广东省中医院制剂）2小包口服，每日3次。

5. 脾肾两虚

治法：健脾温肾利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）或济生肾气丸（《济生方》）加减：熟附子15克（先煎）、桂枝10克、茯苓15克、白术15克、淮山药15克、干地黄15克、泽泻15克、吴茱萸15克、白芍15克、生姜10克、牡丹皮10克。每日1剂水煎服。

中成药：附桂八味丸1只口服，每日3次。

针剂：参附注射液或参附芪注射液（广东省中医院急诊科制剂）20~40毫升加入5%或10%葡萄糖液250~500毫升中静脉滴注。

6. 心阳不振

治法：温补心阳利水。

方药：真武汤合参附汤加减：附子15克（先煎）、桂枝15克、茯苓15克、红参15克、白术15克、泽泻15克、黄芪30克、葶苈子15克、浮小麦30克、炙甘草10克。每日1剂水煎服。

中成药：补心气口服液2支口服，每日3次。心宝2粒

口服，每日3次。

针剂：参附注射液20毫升或参附芪注射液10毫升加入50%葡萄糖液20~40毫升中静脉推注，或参附注射液或参附芪注射液40~60毫升加入5%或10%葡萄糖液中静脉滴注。

（三）中医应急与抢救

1. 暴肿一证，如并发关格、暴喘、心悸、厥脱、血证等危重证，请参考或配合有关章节进行抢救。

2. 针对暴肿一证的应急抢救处理，可从下列方面进行。

（1）逐下利水：甘遂末2粒口服，每日3次。亦可根据辨证选用利湿散、健脾渗湿冲剂等。具体用法可参考分证论治的中成药使用。

（2）强心利尿：

1) 参附注射液或参附芪注射液10~20毫升加入50%葡萄糖液20~40毫升中静脉推注，或以上药40~60毫升加入5%或10%葡萄糖液500毫升中静脉滴注。适用于脾肾两虚或心阳不振的病人。

2) 万年青注射液1~4毫升加入25%葡萄糖液10~20毫升中静脉推注。本品具有类似洋地黄作用，能增加心肌收缩力，改善心衰，并能扩张肾血管，有利尿作用。还能扩张冠状动脉，改善心肌的供血供氧。

3) 福寿草总甙0.6~0.8毫克加入50%葡萄糖液20毫升中缓慢静脉推注。本品具有强心、利尿作用。

4) 铃兰毒甙0.05~0.1毫克或强心灵0.125~0.25毫克加入25%葡萄糖液20毫升中缓慢静脉推注，亦有强心利尿作用。

(四) 综合疗法

1. 针灸治疗

(1) 阳水，可艾灸水分、气海及针刺大杼、合谷、足三里、三阴交等穴，用泻法。

(2) 阴水，可在针灸上述穴位的同时，并以补法针刺肺俞、脾俞、肾俞等穴。

2. 验方使用

(1) 木香散：木香、大戟、牵牛子各等份，研为细末，每次用糖水冲服 3~6 克。此方多用于体壮病实之证，一般以泄为宜。

(2) 大枣 150 克，加入清水，以上没四指为度。用大戟根苗 30 克，煮熟为度，去大戟吃大枣，分 4~6 次服，每日 2~3 次。

(3) 牵牛子 65 克、红糖 125 克、生姜 500 克、大枣 62 克。共研细末，泛丸，分 3 日服完，每日 3 次，餐前服。本方能促使水邪从肠道排除，对于肾病水肿效果较好。

上三方的使用过程中，注意患者体质及虚实情况，注意攻补兼施，见泻即止。

(4) 黄芪 30~60 克，煎服，每日 1 剂，有利尿消肿，消除蛋白尿作用。

(5) 鲤鱼 1 条约 500 克、生姜 31 克、葱 62 克，煲汤不放盐，喝汤吃鱼。或用鳊鱼 500 克、鲜薤白 120 克，煲汤不放盐，喝汤吃鱼。上述二方适用于体虚者，对实证阳水及邪浊上逆之关格证慎用。

(6) 陈葫芦壳 15~30 克，水煎服，或焙干研面，每次 9 克。或新鲜白茅根 250 克，水煎服，每日 1 剂。或玉米须

60 克，水煎服。或赤小豆 30 克、薏苡仁 30 克、粳米适量，煮粥服。或蟋蟀、蝼蛄各 3 只，研末，用蝉蜕、浮萍 9 克，煎汤冲服。以上各法适用于轻度暴肿者。

3. 利尿剂的使用 对于暴肿患者，不管属肾性水肿或心性水肿，对尿少或无尿，或高血压，或心衰者都可使用利尿剂。轻度水肿者一般针对病因或诱因治疗可自行消肿。常用利尿剂有速尿、双氢克尿噻、利尿酸钠等。口服可用速尿 20 毫克或双氢克尿噻 25 毫克，每日 3 次。静脉常用速尿 20~40 毫克加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中静脉推注。必要时可使用大剂量速尿，剂量可自 20 毫克开始，最大剂量可达 1000 毫克。对单用速尿疗效不佳者，可使用利尿合剂，以上述剂量加入酚妥拉明 10 毫克、多巴胺 20~40 毫克，以增强利尿作用。但须严密观察出入量，监测血电解质情况，防止出现水、电解质紊乱。

4. 血管扩张剂的使用 暴肿患者常伴高血压、尿少或无尿或心衰，故血管扩张剂的使用十分重要。血管扩张剂可降低血压、扩张肾动脉、增加肾血流量而增加尿量，又可以减轻心脏前后负荷，改善心衰。常用的血管扩张剂有钙离子拮抗剂、硝酸甘油、酚妥拉明等，可根据病情选用。

5. 洋地黄的使用 暴肿患者，如属心性水肿或肾性水肿并发心功能不全，必要时可使用洋地黄类药物。常用药物如西地兰、毒毛旋花子甙 K、地戈辛等。但应注意如下几点：①强心药应与利尿、血管扩张剂等药物根据病情联合使用。②对心性水肿患者，以肺心病所致右心衰竭为常见，由于缺氧等原因，强心剂宜慎用，剂量宜小及选用作用快、排泄快的制剂，以防引起毒副作用如心律失常等。③洋地黄制

剂减慢肺心病的心率作用不明显，此心率增快与肺功能不全有关，故不能以心率减慢与否作为洋地黄用量是否足够的唯一指征。

6. 抗感染治疗 急性水肿的发生如急性肾小球肾炎与感染关系十分密切，慢性水肿的急性加重与感染也有关系。故暴肿患者的治疗方面，抗感染十分重要。至于抗生素的选用，必须根据病情、病性、病程等选用，特别注意患者的肾功能。目前常用的抗生素有青霉素类、大环内酯类、头孢类、喹诺酮类等。如能根据患者的血、尿液等细菌培养及药敏结果选用则更佳。

7. 其他治疗 不论肾性或心性水肿，对于一般药物治疗无效或并发关格、严重的酸碱平衡失调、严重的电解质紊乱、严重顽固的高容量性心衰等，可考虑使用透析疗法或床旁血液滤过疗法。

五、诊断与治疗进展

(一) 急性肾小球肾炎

1. 治法研究 随着学术研究的深入，多数学者认为急性肾炎的大部分病例以邪实为主要病机，特别是湿热邪毒，因而越来越重视清热解毒利湿法在治疗中的应用。

2. 分型治疗 辨证论治是中医的临床精髓所在，叶运琅等治疗急性肾炎，采用先标后本的辨证方法，治标分水湿内阻（方用五皮饮加味）、气虚湿盛（方用防己黄芪汤加味）、气滞肿胀（方用木香分气饮加减）三型，治本分肾阳偏虚（方用肾气丸化裁）、肾阴偏虚（方用六味地黄汤加

减)、气阴两虚(自拟固本汤)三型治疗,获得较好效果。

3. 专方治疗 急性肾炎水肿早期多兼有表证,若无表证而水肿多以面部为主,中医亦多认为从表而治,况且由于“水能病血”,热毒入血分,水热互结,壅滞于肾,肾络所伤。故此急性期的主要治法为宣肺利水消肿,清热解毒利湿,佐以凉血活血。

(二) 慢性肺心病发作期治疗进展

1. 治法研究

(1) 清热解毒、活血化瘀:急性发作时,呼吸道感染可加重已有的肺循环阻力,致使感染区血液供应不足,热和瘀形成恶性循环。为了改善这一状况,房山县第一医院将清热解毒和活血化瘀合为一体,制成注射液,治疗结果总有效率及心肺功能改善皆高于综合治疗组和对照组(青霉素组)及清解组(五味消毒饮组),且无副作用,值得研究。

(2) 通里攻下、活血化瘀:肺心病的关键是本虚标实可同时存在,周其林采用通里攻下、活血化瘀法,取得较好疗效。

(3) 清热化痰、活血化瘀:肺心病急性发作时,以肺肾气虚外感寒热而成痰热型为主,由此引起的变证也最多。王淑芬等认为,急性发作时以治标为主,热痰犯肺者清热化痰佐以活血;痰迷心窍者清热化痰开窍,收效甚佳。

(4) 温阳散寒、活血利水:奚氏认为肺心病急性发作时,寒邪客于脏腑血脉,血气凝泣而循环不畅,治应祛寒化瘀,投温肺化饮的射干麻黄汤和自拟活血平喘的七紫汤(紫苏、紫苑、紫丹参、紫石英、紫河车、紫衣胡桃肉),待病情缓解后,肺肾气虚征象显露,转用皱肺丸合人参胡桃汤。

(5) 益气活血：益气活血法无论在急性发作期和缓解期都可应用。

(6) 滋阴清热、活血化瘀：马斌对肺心病继发红细胞增多症属血热瘀滞型者，以滋阴清热、活血化瘀法（生地黄、玄参、麦冬、天花粉、牡丹皮、赤芍、丹参、桃仁等）治疗，疗效满意。

2. 专方专药

(1) 桃红参芪汤：黄芪、丹参、川芎、红花、桃仁、赤芍、瓜蒌、薤白、当归、降香、炙甘草。

(2) 肺心饮：万年青、丹参、车前子、六神丸。

(3) 蛇毒：沙丽君报道用尖吻腹蛇毒去纤酶治疗 23 例肺心病，并与肝素对照，发现二者在改善症状、体征及显效方面无明显差异，但血液流变学指标改善以蛇毒组明显。另有人以腹蛇抗栓酶治疗肺心病并发高血粘度 15 例，疗效显著。

(4) 丹参：血液流变性及右心功能均有疗效。

(5) 川芎嗪：彭伟等观察了川芎嗪（120 毫克/日静脉滴注）对肺心病的疗效，证明该药能扩张血管，降低肺动脉压和肺血管阻力，改善右心功能，并使临床症状减轻。

六、护 理

（一）注意精神调养，帮助病人树立战胜疾病的信心，以有利于治疗。

（二）饮食护理，一般针对水肿宜低盐饮食，以免加重水钠潴留。由于水肿为病，湿困脾土，本病亦多夹肺、脾、

肾之不足，故患者多表现为纳呆、恶心、呕吐等，导致身体正气的进一步受损，故饮食应注意营养支持。但过于肥甘油腻之品，又会进一步损伤脾胃。故暴肿的饮食，既要保证足够的营养，又不宜妨碍脾胃运化，应选用容易消化吸收的又富于营养的食物。

(三) 严密监测患者的 24 小时尿量、血压、心率、脉搏等动态变化。

(四) 如停留尿袋，应注意泌感发生。注意冲洗膀胱及换尿袋。

(五) 如喘促痰鸣者，注意及时引流痰液，以免窒息。

(六) 卧床患者注意翻身防褥疮。

(吴焕林 谭荣益 周若鹞)

主要参考文献

- [1] 张笑平. 中医急症救治. 湖南科学技术出版社, 1988 年, 第 1 版
- [2] 方药中, 等. 实用中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985 年, 第 1 版
- [3] 罗德诚, 等. 临床药物治疗学. 人民卫生出版社, 1989, 第 1 版
- [4] 崔乃杰, 等. 实用危重病急救医学. 天津科技翻译出版公司, 1993 年, 第 1 版
- [5] 黄星垣, 等. 中医内科急症证治. 人民卫生出版社, 1985 年, 第 1 版
- [6] 王永炎, 等. 临床中医内科学. 北京出版社, 1994 年, 第 1 版
- [7] 方圻. 现代内科学. 人民军医出版社, 1995 年, 第 1 版
- [8] 史大卓. 中医内科辨病治疗学. 科学技术文献出版社, 1995 年,

第1版

- [9] 戴自英. 实用抗菌药理学. 上海科学技术出版社, 1992年, 第1版
- [10] 刘宏伟. 时振声教授治疗慢性肾炎水肿八法. 新中医, 1991, (1): 5
- [11] 陈国权. 《金匱》水气病之辨. 成都中医学院学报, 1991, (2): 5
- [12] 周端. “痰可治水”理论的研究. 中国医药学报, 1981, (1): 8
- [13] 何延楷. 分期辨证治疗急性肾炎22例临床观察. 四川中医, 1995, (5): 24

第二十七章 关格急症

关格急症是指以小便不通、恶心呕吐为主要临床表现的危重病证。本病非指一般的癃闭或呕吐病，亦非指大便不通、腹满痛、呕吐的外科急腹症。而是由水肿、癃闭、消渴、淋证、肾癆、厥脱证、外感高热症等发展而来的危重病证。现代医学的急慢性肾功能衰竭、尿毒症可参考本篇诊治。

一、病因病机

(一) 邪壅三焦、阴阳相逆 外感六淫、疫毒，或七情内伤致水液通调不利，水邪湿浊、毒热等壅浸三焦，阴阳相逆，气机不调而出现下见小便不通，上见呕吐不止之关格急症。

(二) 肺脾肾虚、浊毒内蕴 久病，或劳伤正气，或攻伐太过致肺、脾、肾虚，通调水道失职，浊邪内蕴，而发为关格急症。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 尿少或尿闭。尿量 24 小时小于 400 毫升或每小时小于 17 毫升称之为尿少；尿量 24 小时小于 100 毫升或 12 小时完全无尿称之为尿闭。

(2) 恶心呕吐，呕吐频频，或伴腹泻。

(3) 可伴水肿、眩晕、头痛、心悸、腹胀，甚至喘促、昏迷、抽搐等。

2. 发病特点 多由水肿、癃闭、淋证、消渴、肾痹病证发展而来，呈缓慢发展、逐渐加重之势；亦可见于厥脱证、外感高热症等中晚期，此种病况发病传变较快。

3. 诱发因素 常因复感外邪、饮食劳倦、情志失调等原因诱发。

4. 辅助检查

(1) 肌酐清除率小于 25%，血肌酐大于 221 微摩尔/升，血尿素氮大于 22 毫摩尔/升（60 毫克/分升）。

(2) 根据不同病因及病情选用尿常规、尿比重、尿钠、血液生化、电解质、血气分析等。必要时查肾图、肾 B 超或肾穿刺。

(二) 证类诊断

1. 痰浊化热，风水泛滥

主证：恶寒发热，恶心呕吐，尿少浮肿。

兼证：咽喉肿痛，咳嗽，口干。

舌、脉象：舌红，苔黄腻，脉浮数。

2. 湿热内蕴，浊浸三焦

主证：尿少而黄或尿闭，恶心呕吐，口苦。

兼证：腹胀，纳呆，便秘或泄泻，浮肿，发热。

舌、脉象：舌红苔黄腻，脉弦数或滑数。

3. 肺脾两亏，湿浊内停

主证：尿少浮肿，恶心呕吐，脘腹胀满，面色萎黄或
㿗白。

兼证：纳呆，便溏，口淡，乏力。

舌、脉象：舌淡或胖，苔白滑，脉缓无力。

4. 脾肾虚衰，水泛浊逆

主证：尿少或尿闭，恶心呕吐，浮肿，面色苍白。

兼证：腹胀痞满，纳呆便溏，形寒肢冷，腰背酸软。

舌、脉象：舌淡胖，边齿印，苔白腻，脉沉迟无力。

5. 气血两虚，水湿内停

主证：尿少踝肿，恶心呕吐，头晕短气，面色无华。

兼证：腹胀，乏力，心悸，纳呆。

舌、脉象：舌淡苔白，脉细弱。

6. 肝肾亏虚，阴虚湿阻

主证：尿少，恶心呕吐，头痛眩晕，腰酸乏力，面部烘
热。

兼证：浮肿，心烦易怒，多梦耳鸣，口干。

舌、脉象：舌红，苔少或无苔，脉细数。

7. 阴阳两亏，邪壅三焦

主证：尿少浮肿，恶心呕吐，头晕心烦，口干，腰冷腰
酸。

兼证：心悸，短气，耳鸣，纳差。

舌、脉象：舌淡，苔少或无苔，脉沉细无力。

除上述诸证，尚可兼挟下列证型：

(1) 热毒炽盛：壮热，烦渴，便秘，舌红，苔黄燥，脉
滑数。

(2) 阳明腑实：大便不通，口渴口臭，苔黄厚，脉实。

(3) 气滞血瘀：口唇青紫，面色暗晦，皮肤瘀斑，舌暗红瘀点或瘀斑，脉涩或结代。

三、鉴别诊断

关格急症须根据病史、临床表现及辅助检查与下列病证鉴别。

(一) 癃闭 癃闭多表现为小便不畅，点滴而下或淋沥不尽，甚可见尿闭。但可出现小腹胀满疼痛，按之实感，压痛拒按。如作膀胱 B 超或肛检可见肥大。而关格急症即表现为恶心呕吐及小便不通，为多种急慢性病发展而来的危重病证，实验室尿液检查、血肌酐等可助鉴别。当然，癃闭严重者可发展为关格危证。

(二) 转胞 转胞一证为妇人妊娠胎儿压迫所致小便不利，与关格急症不同。根据病史、体检及实验室检查等不难鉴别。

(三) 呕吐 呕吐急症多由胃气上逆所致，多由中焦病变所致，一般不伴尿少或尿闭。与关格表现为呕逆及小便不通不同。呕吐急症严重者可发展为关格。关格可伴呕吐症状，严重呕吐可转变为关格急症。

(四) 肠道梗阻 肠道梗阻属外科急腹症，以大便不通、腹胀痛、呕吐为特征，一般不伴小便不通。腹部 X 线透视可见肠胀气及液平征。严重肠道梗阻亦可发展为关格急症。

四、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 察虚实，分缓急 本病证多属本虚标实、虚实夹杂之证，亦有部分急性发病患者在早、中期表现为实证。本虚为气血阴阳脏腑的偏衰，标实为外邪内侵、水湿浊邪弥漫三焦、瘀血内阻等。本虚也致标实，标实也可加重本虚。故治疗关格急症应细察虚实，或治标为急，迅速利水解浊毒，或本标同治，或先固本救逆等。

2. 辨寒热 本病证标实中以水湿浊邪为主，此为阴邪；本虚中又以肺、脾、肾气阳虚衰为主，故本证多属寒证。但如因感受外邪，或水湿浊邪郁而化热，又或利水伤阴等原因，也可发为热证。故本证不少表现为寒热错杂之证。辨证中切不可忽视热邪动血、动风之证。须根据辨证寒者热之，热者寒之，或寒热并用。

3. 审病位 本病病位主要在三焦。由于浊邪侵犯上、中、下三焦的脏腑不同，所以临床证候表现不同，治疗方法有异，预后也有所不同。故须细审病位而治之。外邪内侵，其热毒在气分或入营血分，亦应细审之。

4. 治变证 本病易并发水肿、外感高热、血证、暴喘、厥脱、昏迷等变证。应根据轻重缓急，参照有关章节进行抢救治疗。

(二) 分证论治

1. 痰浊化热，风水泛滥

治法：疏风清热，利湿化浊。

方药：越婢加术汤（《伤寒论》）加减：炙麻黄 10 克、石膏 30 克、白芍 10 克、生姜 10 克、白术 15 克、陈皮 10 克、连翘 15 克、赤小豆 20 克、泽泻 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：双黄连粉针 3~3.6 克加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 湿热内蕴，浊浸三焦

治法：清热化湿，降逆化浊。

方药：甘露消毒丹（《温热经纬》）合黄连温胆汤（《六因杂辨》）加减：茵陈 15 克、栀子 15 克、黄连 10 克、半夏 15 克、白豆蔻 9 克、陈皮 10 克、土茯苓 30 克、苍术 10 克、石菖蒲 10 克、木通 10 克、大黄 10 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：穿琥宁注射液 20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液中静脉滴注，每日 1 次。

3. 肺脾两亏，湿浊内停

治法：温补肺脾，利湿化浊。

方药：理苓汤（《张氏医通》）加减：党参 30 克、茯苓 30 克、猪苓 30 克、泽泻 30 克、白术 15 克、干姜 10 克、半夏 10 克、桂枝 10 克、砂仁 10 克、炙甘草 10 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：健脾渗湿冲剂（广东省中医院制剂）1 包口服，每日 3 次。

4. 脾肾虚衰，水泛浊逆

治法：温补脾肾，化气行水。

方药：真武汤合五苓散（《伤寒论》）：制附子 15 克、肉

桂 3 克、党参 30 克、白术 15 克、茯苓 15 克、干姜 15 克、吴茱萸 10 克、猪苓 30 克、淮山药 30 克、泽泻 30 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：参附注射液 40～60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。或用参附芪注射液 5 毫升加入 10% 或 50% 葡萄糖液 20～40 毫升中静脉推注。或用参附芪注射液 10～20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250～500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

5. 气血两虚，水湿内停

治法：益气养血，健脾利湿。

方药：当归芍药散（《金匮要略》）加减：当归 15 克、白术 15 克、半夏 10 克、大枣 10 枚、黄芪 30 克、党参 30 克、淮山药 30 克、茯苓 30 克、泽泻 30 克、猪苓 30 克、白芍 15 克、川芎 10 克、生姜 10 克。每日 1 剂水煎服。

6. 肝肾亏虚，阴虚湿阻

治法：滋阴潜阳，佐以利湿。

方药：镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）加减：生龙骨 30 克、生牡蛎 30 克、生龟板 30 克、白芍 15 克、牛膝 15 克、石斛 15 克、麦冬 15 克、酸枣仁 15 克、茵陈 15 克、猪苓 15 克。每日 1 剂水煎服。

7. 阴阳两亏，邪壅三焦

治法：阴阳双补，化浊利湿。

方药：地黄饮子（《宣明论方》）加减：干地黄 30 克、淮山药 30 克、山茱萸 15 克、茯苓 15 克、制附子 10 克、枸杞子 15 克、石斛 15 克、肉苁蓉 10 克、麦冬 15 克、党参 30 克、肉桂 3 克、五味子 10 克、泽泻 15 克、猪苓 30 克、陈

皮 10 克。每日 1 剂水煎服。

8. 兼夹证

(1) 热毒炽盛，治以清热解毒，方以黄连解毒汤等加减治疗。可选用清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。热盛神昏者，可用醒脑净注射液 10~20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。或用安宫牛黄丸 1 丸口服或鼻饲。现较常用安脑丸 2 丸代替安宫牛黄丸使用，每日 2 次。

(2) 阳明腑实证即通腑泻下，参考急救处理。

(3) 气滞血瘀证即行气活血，参考急救处理。

(三) 综合疗法

1. 针对病因治疗 关格急症治疗须注意原发疾病治疗。如水肿、癃闭、淋证、肾痹等。对于外感高热症或厥脱证等发展较快的关格急症，尤注意早期治疗，以避免形成不可逆的关格急证。

2. 单方验方治疗

(1) 苏叶 6 克、黄连 3 克，泡水代茶频服。

(2) 玉枢丹 15 克温开水送服，或用生姜汁少许滴舌，适用于关格病呕吐不止者。

(3) 玉米须 120 克，煎水代茶饮。

(4) 生地黄 30 克、丹参 15 克，水煎服。

(5) 鲜茅根 120 克、侧柏叶 30 克，水煎服。

(6) 益母草 150 克，水煎服。

(7) 草果仁 50 克、生大黄 25 克，煎水保留灌肠，每日 1 次。

3. 针灸治疗

(1) 呕吐者可针刺内关、足三里，虚寒者可灸上脘、胃俞、脾俞。

(2) 水肿者可针刺水分、气海、三焦俞、足三里、三阴交，虚寒者可灸脾俞、肾俞。

4. 外敷疗法 大蒜、芒硝研末调糊状外敷肾区有促进排水作用，方法是用大蒜 120 克、芒硝 60 克捣成糊状，外敷两侧肾区（局部皮肤用油纱布保护，防止皮肤灼伤），每日敷 2~4 小时，连用 2 天。

5. 饮食疗法 饮食疗法对治疗关格急症有重要意义。原则上在于给患者低蛋白饮食，保持一定热量，以供机体代谢需要，减轻肾脏负担。

(1) 蛋白质的摄入应以含必需氨基酸的优质蛋白为主，尽量少进食植物蛋白。蛋白的摄入量宜根据病人肌酐清除率加以调整。肌酐清除率小于 5 毫升/分，每日摄入蛋白约 20 克；5~10 毫升/分约 25 克；10~15 毫升/分约 45 克。

(2) 应保证给予足够的热量，以防止体内内源性蛋白分解。每日宜供应 30% 体重的热量，糖不应少于 200 克/天。供应一定的脂肪量。

(3) 高血压、水肿、心衰以及尿少或尿闭者均应限制入水量，钠盐亦应限制。入液量应以尿、粪便、呕吐物的排出量加不显性失水量（一般 500~800 毫升）。高血钾者亦应限制摄入含钾多的蔬菜、水果和饮料等。注意避免高磷食物。

6. 利尿剂的使用 尿少患者可用速尿等静脉推注。用量为 4~8 毫克/千克体重，观察 2 小时后如尿量不增加可重复使用。必要时可使用大剂量速尿，剂量可自 200 毫克开始，最大剂量可达 1000 毫克。但注意速尿产生蓄积作用甚

至加重肾损害。在关格急症早期，亦可静脉推注甘露醇(12.5~2.5克)，2小时后可重复使用，如无效则应停用。对利尿剂无效的病人，可采取口服20%山梨醇20~30毫升，每日3~4次，以促进水分从肠道排出，但疗效多短暂。

7. 必需氨基酸疗法 必需氨基酸的使用，既可促进体内蛋白的合成，减少某些代谢产物的生成。同时，必需氨基酸在体内合成过程中，亦可利用一部分尿素，因而可以降低血尿素氮水平，改善尿毒症的症状。目前临床常用肾安、肾必安等注射液治疗。

8. 血管活性药物的应用 关格患者使用血管活性药物，主要是通过扩张肾小动脉，从而达到改善肾血流，保护肾功能，增加尿量，促进有害代谢物质的排泄，降低血尿素氮等，改善尿毒症症状。常用的药物有多巴胺、酚妥拉明等。临床常与利尿剂合用，以加强利尿效果。最近有学者提出，在关格急症早期使用钙离子拮抗剂，可防止早期入球小动脉平滑肌内钙离子含量增加致血管收缩。

9. 口服氧化淀粉 每日用量20~40克，可参入面(米)粉中制成糕点服食。氧化淀粉能在肠道与尿素和肌酐等氮质结合排出体外。

10. 并发症的治疗 严重的代谢性酸中毒、高血压、高血钾症及心力衰竭等，常是本病证的死因。代谢性酸中毒宜补碱，应根据二氧化碳结合力或血气分析指标计算补碱量。常用5%碳酸氢钠，不宜补钠者，可用三羟甲基氨基甲烷。高血钾的处理可用补碱、钙剂、高渗糖及胰岛素处理。高血压可选用硝酸甘油、酚妥拉明、克甫定等治疗。心力衰竭主要在利尿基础上，选用血管扩张剂及适量使用洋地黄类药

物。

11. 控制感染 肾功能衰竭患者极易合并感染，一旦并发感染，即应及时控制。注意避免使用对肾毒性大的抗菌素。对必须使用的对肾有一定损害或主要从肾脏排泄的抗菌素，即应根据肌酐清除率调整剂量。目前临床较常使用的药物包括大环内酯类（红霉素等）、利福平、青霉素类、头孢哌酮、头孢三嗪等。

12. 透析治疗与肾移植 自从透析疗法的广泛开展，急性肾功能衰竭的早期透析治疗使该病死亡率大幅降低。对于慢性肾功能衰竭经保守疗法无效的终末期也主张尽早进行透析治疗。

急性肾衰早期透析指征：当急性肾衰出现少尿或无尿 2 日内，出现下列症状之一者，均可采用透析治疗：①有恶心、呕吐等尿毒症症状。②有水肿、心力衰竭或脑水肿先兆。③高分解状态（每日尿素氮升高大于 8.92 毫摩尔/升）。④血钾 ≥ 6.5 毫摩尔/升。⑤血尿素氮 ≥ 28.56 毫摩尔/升。⑥血肌酐 ≥ 530.4 毫摩尔/升。⑦二氧化碳结合力小于 6.735 毫摩尔/升。临床常用的透析疗法主要有血液透析和腹膜透析。腹透因其简单、方便、安全等特点，与血透相比，应首选腹透。

此外，近年兴起的使用持续动静脉血液滤过疗法（CAVH）治疗急性肾衰伴有严重水中毒、急性肺水肿、脑水肿及多脏器功能衰竭的新疗法，脱水效果好。至于肾移植临床尚难普遍开展。

五、诊断与治疗进展

(一) 急性肾衰研究进展

1. 治法研究 急性肾衰由于少尿期病情危重，因而结肠灌注法尤为临床所重视。实验研究表明，中药结肠灌注对动物缺血性及中毒性急性肾衰模型具有显著的防治效果，能使血清尿素氮、肌酐明显下降，尿量增加，延长动物生存时间，降低死亡率，还能增加肾血流量，改善肾微循环，减轻其间质水质，减轻肾小管坏死程度并促进死亡肾小管再生修复等作用。

少尿期由于二便不通，故此“通法”研究颇受重视。通法大体有清热解毒、祛湿逐水、行气化痰、通腑泄热、宣畅三焦、疏利肝胆、泻肺行水、攻逐蓄血、益阴扶阳、药透及贴敷等十法，而通腑泄下法研究则为其热点。通腑泻下多以大黄为主的组方。大黄泻下力猛，有荡涤肠胃、推陈致新、活血化瘀及泻火解毒等功效。急性肾衰少尿期，由于肾脏丧失了排泌功能，从而导致水中毒、高血钾、氮质潴留等症的出现。大黄的主要成分为大黄酸二蒽酮甙、番泻甙，能刺激大肠增加其蠕动，减少水分的吸收而促进排便，并可影响到多种电解质的吸收和分泌，增加水分和钠离子向肠道内移行的速度，还有较强的利尿作用，并能降低尿素氮的合成，抑制蛋白质的分解和改善循环功能等多种作用。

2. 其它疗法 栗刚兵应用复方大蒜软膏（大蒜油、大黄、芒硝、麝香、甘油、二甲亚风、羧甲基纤维素）敷于双侧肾区，每日1~2次，每次6小时，4~7天为1疗程。陈

梅芳等则用生大蒜 120 克、芒硝 60 克，拌和捣烂，用纱布包好，其下垫以凡士林纱布外敷肾区，4 小时取下，连续 3 天，有良好的利尿作用。傅文录等针对少尿期水肿，进行浴洗疗法，药用麻黄、桂枝、细辛、羌活、独活、苍术、白术、红花各 30 克，煎水浴洗，随着汗出肿消，且发现该疗法对于水肿期少尿阶段，有良好的促进利尿作用。

3. 药物研究 由于急性肾衰的发病与肾缺血、肾中毒关系密切，故此药物研究也大都集中在活血化瘀、补虚扶正及大黄的应用上。如王国栋等总结近年文献报道指出，川芎、丹参对于实验性肾衰模型有可靠的防治作用，可保护肾小管、扩张肾小动脉，对肾缺血改善显著；当归、益母草、灯盏花素、莪术、水蛭、毛冬青、红花、三七等，对急性肾衰动物均有不同程度的防治作用；扶正之品人参、黄芪、冬虫夏草，对于动物模型缺血肾有保护作用，能通过清除氧自由基等多种机制达到防治急性肾衰之目的。大黄的应用研究在急性肾衰中尤为重视，而大黄无论是口服、灌肠，还是二者同时运用，其治疗急性肾衰均有良好的临床疗效。

（二）慢性肾衰研究进展

1. 治法研究 慢性肾衰从肾功能不全代偿至尿毒症终末期，病情是一个不断发展的过程。由于本病呈动态发展变化，虽然辨证论治可以灵活地分析认识不同时期病证特点及治疗，但其病情演化规律却大体相似。因而专方或分期治疗都能有效地针对某一时期论治而提高疗效。1987 年天津全国中医肾衰研讨会通过的肾衰辨证标准，其中本虚从脾肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气阴两虚及阴阳两虚五个证候，基本上反映了慢性肾衰自始至终的证候演化规律，由于正气

虚损的程度不同，因而兼夹的邪实（外感、痰热、水湿、湿浊、湿热、瘀血、风动、风燥）也不相同。目前的治法趋势也基本上都集中在脾肾阳虚及气阴两虚两个中间环节上，因两个证型一个趋向寒化，一个趋向热化，根据著名中医肾病专家时振声教授的经验，认为寒化者病情进展较缓，而热化者病情进展较快，的确对临床具有普遍的指导意义。由于慢性肾衰末期以阴阳两虚、浊毒蕴久、累及多脏为主，故而治疗应调理阴阳、逐毒安脏。

2. 药物研究 大黄在慢性肾衰中的应用研究已受到国内外专家学者的高度重视，并从不同角度探讨了大黄治疗慢性肾衰的机制与作用环节。除传统的认为其降低尿素氮与通腑泄浊作用外，还可通过神经体液免疫系统的调节改善肾功能，促使体内毒物排出或减少其毒害作用，大黄的解毒与其降解血液内中分子含氧化物的作用有关。大黄中的活性成分具有促进蛋白合成作用，使血浆中清蛋白、传递蛋白、 β -脂蛋白、 γ -球蛋白显著增加；大黄还有促进骨髓制造血小板的作用，以改善毛细血管的通透性，而得尿以促进代谢产物的排泄。

香草（即葫芦巴干燥的全株）入肝肾经，温肾阳、祛寒湿，颇适用于慢性肾衰之病机，还可改善性功能，增加肾有效血流量，以及扩张血管、改善血瘀状态等多种作用。

六、护 理

（一）绝对卧床休息。

（二）给予低蛋白、高热量、有丰富维生素的饮食，选

用易消化、合于口味的食物。

(三) 因患者呼吸时有臭味, 应注意做好口腔清洁, 宜多漱口。

(四) 皮肤瘙痒, 宜保持皮肤清洁, 每日用温水擦洗, 忌用肥皂和酒精。

(五) 根据病情限制盐和水分摄入。

(吴焕林 谭荣益 李俊)

主要参考文献

- [1] 方药中, 等. 实用中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985年, 第1版
- [2] 崔乃杰, 等. 实用危重病急救医学. 天津科技翻译出版公司, 1993年, 第1版
- [3] 王永炎, 等. 临床中医内科学. 北京出版社, 1994年, 第1版
- [4] 方圻. 现代内科学. 人民军医出版社, 1995年, 第1版
- [5] 戴自英. 实用抗菌药物学. 上海科学技术出版社, 1992年, 第1版
- [6] 史大卓, 等. 中医内科辨病治疗学. 科学技术文献出版社, 1995年, 第1版
- [7] 陈镜合, 等. 现代中医急诊内科学. 广东科技出版社, 1996年, 第1版
- [8] 黄文政. 慢性肾功能衰竭中医证治初探. 天津中医, 1989, (6): 23
- [9] 曹式丽. 关格证临床辨析. 天津中医, 1993, (5): 17
- [10] 战淑坤, 等. 中西医结合治疗关格. 黑龙江中医药, 1991, (4): 28
- [11] 王新品. 运用经方治疗“关格”临床体会. 国医论坛, 1989, (5): 16

- [12] 张天, 等. 大黄录脾汤治疗慢性肾衰的临床及实验研究. 慢性肾炎及尿路感染学术研讨会, 1993
- [13] 陈以平, 等. 中医中药治疗慢性肾功能衰竭临床疗效观察. 中西医结合杂志, 1986, (8): 465

第二十八章 厥脱证急症

厥脱证非单纯之厥或脱证，是指邪毒内陷，或内伤脏气，或亡津失血所致的气血逆乱，正气耗脱的一类病证。临床见面色苍白，四肢厥冷，神情淡漠或烦躁不安，血压下降，大汗淋漓，脉微弱，甚至神识昏迷，少尿无尿，血压测不出，脉微欲绝的一类危、急、重病证。多见于西医学的各类型休克。

一、病因病机

(一) 外中阳邪、虫毒、创伤 诸如外感风热、暑湿、疫气之邪以及卒中虫兽邪毒，致阳气遏阻，扰乱气机，瘀阻血脉，且因热张毒浸而耗气、伤津、动血，导致阴阳之气不相顺接。创伤大出血可造成阴阳离决之势。

(二) 内伤七情及饮食 诸如暴怒、惊恐、饱餐、饥饿、酗酒等因素，致气机逆乱，阴阳不相顺接。

(三) 误施汗、吐、下法，因伤津耗气而促成正气欲脱。

上述三种因素使气血运行障碍，阴阳之气不相顺接，神明失守，气机逆乱，出现了阳气遏阻，阴液耗竭，或阴阳俱脱，内闭外脱之危象，甚则阴阳离决。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点

(1) 神志淡漠，但欲寐或烦躁不安或神志不清，面色苍白或潮红或发绀，四肢厥冷，汗出不止，气息微弱或气促息粗等症状。

(2) 脉沉细无力或脉微细欲绝或不能触及，血压降至 10.7 千帕 (80 毫米汞柱) 以下，或脉压差小于 2.67 千帕 (20 毫米汞柱)，有高血压者，收缩压低于平时血压的 1/3 以上或收缩压降低 4.00 千帕 (30 毫米汞柱)，尿少 (每小时少于 30 毫升)，指压再充盈时间大于 3 秒。

2. 发病特点 发病急，变化快，迅即逆转。

3. 辅助检查 根据不同病因可参考必要的实验室检查，如血气分析、血流动力学及血液流变学指标。

凡具备以上 1. 中 (1) 或 (2) 项，参考 2.、3. 项即可诊断。

(二) 证类诊断

1. 气阴耗伤

主证：神萎，面皤，气短，口渴，汗出。

兼证：倦怠微烦，四肢欠温。

舌、脉象：舌红或淡红，脉细数无力。

2. 真阴衰竭

主证：神恍惊悸，面色潮红，汗出如油，口渴欲饮，饮不解渴。

兼证：身热心烦，四肢温暖。

舌、脉象：舌光剥干枯无苔，脉虚数或结代。

3. 阳气暴脱

主证：神志淡漠，面色苍白，四肢厥冷，冷汗淋漓。

兼证：息微唇绀，体温不升。

舌、脉象：舌淡，脉微细欲绝或不能触及。

上述证类以主证与舌、脉象为主要依据。病危重者阳气暴脱及真阴衰竭两证可以互见，又因病因病机不同，可夹下列诸证：

(1) 热毒炽盛：壮热，口渴，烦躁，便结，舌红，苔黄燥，脉沉细而数。

(2) 心气不足：怔忡不安，气促，舌淡，脉细而促，或结代。

(3) 气滞血瘀：口唇青紫，皮肤瘀斑，腹胀，舌暗紫，脉沉细而涩。

(三) 分期分级

1. 分期

(1) 早期：表现气阴耗伤证。

(2) 中、晚期：表现真阴衰竭或阳气暴脱或阴竭阳脱证。

2. 分级

(1) 轻度：神清或烦躁不安，手足不温或肢端寒冷，汗出过多，脉沉细（数）无力，血压降低至 10.70 千帕（80 毫米汞柱）以下，脉压差小于 2.67 千帕（20 毫米汞柱），有高血压者，收缩压低于平时血压的 1/3 以上或收缩压降低 4 千帕（30 毫米汞柱）。

(2) 重度：意识朦胧或神志不清，肢冷超过腕踝 6.6 厘米以上或全身肤冷，冷汗如珠，脉微欲绝或不能触及，收缩压在 4.00 千帕（30 毫米汞柱）以下。

轻、重度以上述二症或血压符合为制定标准。

三、鉴别诊断

(一) 厥证 厥证以突然昏倒，不省人事，移时苏醒或四肢厥冷为主要特征，实者居多；厥脱证者兼见大汗淋漓，脉微欲绝之症，虚多实少。至于《内经》提及阳气衰于下之寒厥，阴气衰于下之热厥，以及后世所论气虚、血衰之厥，可视为厥变脱的厥脱证。

(二) 闭证 闭证亦以突然昏倒，不省人事为主，然闭证以邪实内闭为主，属实证，多因“风、火、痰、热”或“风痰挟热”上蒙所致。阴闭者亦可见四肢不温，而口唇暗淡，脉沉滑缓；阳闭亦可见身热、烦躁、便秘。然脉弦滑而数，临证中见大汗淋漓，四肢厥冷，脉微细欲绝者，可视为因闭致脱的厥脱证。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 本证以阴阳耗脱为临床表现，故治疗以救阴、回阳、固脱为先，随之审因而治或证因同治。

(二) 分证论治

1. 气阴耗伤

治法：益气养阴。

方药：生脉散（《内外伤辨感论》）加减：太子参 30 克、黄芪 30 克、麦冬 15 克、吴茱萸 30 克、五味子 9 克。每日 1 剂水煎服。

四肢厥冷者，人参易红参 15 克、另加附子 15 克，急煎频服。

针剂：参麦注射液 20 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注，每隔 10～15 分钟 1 次，连续 3～5 次，或以 50～100 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 250～500 毫升中静脉滴注，直至病情好转为止。

2. 真阴衰竭

治法：育阴潜阳。

方药：三甲复脉汤（《温病条辨》）加减：牡蛎（先煎）30 克、鳖甲（先煎）30 克、龟板（先煎）30 克、生地黄 15 克、麦冬 15 克、吴茱萸 30 克、五味子 9 克、炙甘草 9 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：生脉注射液 20 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注，每隔 10～15 分钟 1 次，连续 3～5 次。

3. 阳气暴脱

治法：回阳救逆。

方药：参附汤（《世医得效方》）或四逆汤（《伤寒论》）加减：红参 15 克、炮附子（先煎）15～30 克、干姜 12 克、甘草 9 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：参附注射液 100 毫升加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 500 毫升静脉滴注。初起滴速宜快，后酌情减慢，直至阳气回复为止。或参附注射液 50～100 毫升静脉滴注。若肢冷息微，汗出如油，阴竭阳脱者，参附青或参附注射液与参

麦或生脉注射液合用，用量同前。

在上述治疗的同时，可根据不同病因结合采用下列措施：

(1) 热毒炽盛：

治法：清热解毒。

方药：白虎汤（《伤寒论》）或黄连解毒汤（《外治秘要》）或承气汤类（《伤寒论》）等加减。每日1剂水煎服。

针剂：清开灵注射液40~60毫升加入5%葡萄糖液或生理盐水500毫升中静脉滴注。每日1~2次。

(2) 心气不足：

治法：补养心气。

方药：炙甘草汤（《伤寒论》）加减：桂枝9克、炙甘草15克、人参9克、麦冬12克、龙骨（先煎）15克、牡蛎（先煎）30克。每日1剂水煎服。

针剂：参麦、生脉、参附等注射液均可使用。

(3) 气滞血瘀：

治法：理气救逆，活血化瘀。

方药：四逆散（《伤寒论》）和血府逐瘀汤（《医林改错》）加减：柴胡9克、枳实9克、青皮9克、白芍9克、甘草9克、川芎9克、桃仁9克、红花5克、丹参15克、大黄9克。每日1剂水煎服。

针剂：丹参注射液20~30毫升加入5%葡萄糖液250毫升中静脉滴注，每日1次。

(三) 应急与抢救

1. 输液

(1) 回阳：用参附注射液20毫升加入25%葡萄糖液20

毫升中静脉缓慢推注，每 15~30 分钟 1 次，连续 3~5 次。

(2) 开闭醒神：清开灵注射液 10 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉滴注，或醒脑净注射液 5 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注，每隔 1~2 小时可重复 1 次，连续 3~5 次。或用清开灵 40~60 毫升或醒脑净 20 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

(3) 救逆固脱：脉微欲绝或不能触及者，立即用参附青注射液（红参、附子、青皮）20 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升中静脉缓慢推注；或枳实注射液 5~10 毫升加入 25% 葡萄糖液 500 毫升中缓慢滴注。

(4) 救阴、养阴和增液注射液 2000~4000 毫升静脉滴注；或用 5% 葡萄糖盐水、5% 或 10% 葡萄糖液、生理盐水等，每日视病情需要用 3000~5000 毫升静脉滴注。

2. 吸氧 喘促者，鼻导管氧气吸入。

(四) 综合治疗

1. 针灸治疗 灸百会、气海、太溪、关元、乳下。针刺人中、隐白、上星。另外有升压作用穴位：素髻、涌泉、承浆、人中、十宣、合谷、内关、足三里、百会，强刺激，持续或电针。

耳针：交感、肾上腺、心、皮质下等穴，强刺激后留针，每日 2 次。

2. 外治法

(1) 瓜蒂 7 个，水 2 碗，煎汤 1 碗，加盐水少许灌之，即大吐浓痰数碗而愈。

(2) 半夏或细辛、皂角为末、吹鼻，有嚏可治。过敏者可选行军散吹鼻。

(3) 吴茱萸 3 克为末，以面 50 克，水调成厚糊一般，以布包如钟大，摊成膏纸，厚 1.6 毫米，贴在涌泉穴内。

(4) 热熨法：盐麦冬加醋炒热，布包外敷神阙、气海等。

3. 针对病因治疗 对各种不同原因所致的休克，应及时找出原因，针对病因治疗。如抗感染、抗过敏、补充血容量（输血、补液）、止痛、扩张冠脉、强心、抗心律失常及外科手术等。

4. 纠酸、支持、纠正水电解质失衡

(1) 各型休克均有组织灌注不足、无氧代谢增加而产生较多的酸性代谢产物。加之休克时肾滤过率降低，使酸性代谢产物潴留体内，因而休克时常有不同程度的代谢性酸中毒存在。故一旦休克发生，即做血浆二氧化碳结合力及血气分析，据结果补碱。一般情况下，如已补足血容量及应用血管活性药物而血压仍未上升，乃考虑酸中毒的存在（因血管活性药物在酸性环境下， $\text{pH} < 7.3$ 均不能发挥作用）。如病情紧急，而未测结果，可选用 5% 碳酸氢钠 150~250 毫升静脉滴注，待结果回复后再酌情增补。使血浆二氧化碳结合力保持在 18~20 毫升/升为度。

(2) 支持疗法：予以极化液（GIK）补充肌体营养及改善细胞代谢。

(3) 纠正水、电解质失衡：根据检验结果酌情补充，以稳定肌体内环境。

5. 保护重要脏器，防治并发症 注意脑、心、肾等重要脏器的保护，一旦相应功能障碍应及时救治。休克常并发休克脑、心、肾功能衰竭（MOF）及 DIC，注意观察，及

早识别，及时参照西医有关章节救治。

6. 休克时肾上腺皮质激素的应用 尚无统一意见。目前对感染性、心源性休克与顽固性休克患者一般采用大剂量、短疗程、病情改善迅速停药的原则。常用地塞米松 20~100 毫克/日，分次静脉给药，或氢化可的松 200~1500 毫克/日，1~2 日，视病情好转停药。

五、诊断与治疗进展

(一) 诊断进展 普遍认为休克的诊断根据致病因素、临床表现及实验室检查几方面综合并不难。重要的是早期发现，注意早期多有交感神经活动亢进的表现，及早认识其症状与体征，有助于休克的早期诊断。晚期多注意 DIC、ARDS 或 MOF 的发生，及时认识与处理。

(二) 治疗进展 近年提出，休克的本质是急性循环功能不全和/或组织灌注锐减所致细胞受损综合征，其中以进行性代谢失调为特征。随着对休克发病机理在细胞分子水平上的认识深入，提出休克各期变化机理复杂。大量实验表明休克的病理改变的参与成分较多，如休克缺血性改变早期，除儿茶酚胺增加外，还与血管紧张素 II、血栓素 A₂、白三烯、C₄、D₄、E₄、血小板活化因子 (PAF) 与血管内皮收缩素等有关。此时血管痉挛的解除，有时仅用 α -肾上腺素受体阻滞剂难以奏效。而瘀血期改变，除酸性代谢产物堆积外，还与组胺、缓激肽、内啡肽、前列腺素、血管内皮舒张因子等有关。此时血管通透性增高，也有白三烯、PAF、C_{5a}、C_{3a}、缓激肽等因素参与作用，故休克晚期动脉压进行性下

降，仅用 α -肾上腺素受体激动剂不能使血压稳定回升。DIC 的发生除内毒素直接作用外，还与血管内皮受损，巨噬细胞释入肿瘤坏死因子（TNF）与内皮细胞释放因子、纤溶抑制活性降低（如纤溶酶原激活物的抑制因子增多等）、血小板聚集释放、血液流变性较差等因素有关。产生 MOF 除与脏器持续性缺血缺氧有关外，还与心肌抑制因子、网状内皮系统抑制因子及内毒素等因素有关。还有不少临床及实验报道休克时因超氧化物歧化酶（SOD）活性下降，脂质过氧化物（LPO）生成增加，造成机体细胞的损害。休克使机体免疫受抑制，增加宿主对外源性和内源性感染的易感性，即休克也能引起感染。据上决定抢救严重休克，必须从多方面、多途径、多环节着手。故治疗方面在原有的去病因、扩容、纠酸、血管活性药物，纠正水、电解质失衡等原则下，尚有以下一些方法值得治疗时注意。

1. 扩容 越及时越好，剂型有所选择。近年来有不少报道用 7.5% 氯化钠溶液或 7.5% 氯化钠溶液与平衡液合用，或 7.5% 氯化钠溶液加中分子右旋糖酐用于扩容（晶、胶合用）。

2. 血管活性药物 目前仍是多巴胺首选，迄今尚无一种理想适用于休克的血管活性药物。近年来多主张以“扩”为主，加以小剂量“缩”的方案，提高休克抢救成功率。有实验报道，家兔失血性休克状态下，小剂量川芎嗪注射液可改善外周血流，又不降低血压，减少血管内液外移。但增大剂量，令外周血流有所改善，但使血压降低。对感染性休克与失血性休克新近实验与临床试用阿片受体阻断剂纳洛酮，能消除内啡肽的降压作用，临床常用剂量为 0.4~0.8 毫克，

皮下、肌肉、静脉和气管内给药均可并用。静脉和气管内给药1~3分钟产生效果，肌肉及皮下注射5~10分钟见效，口服效果差，无明显副作用。主张早期给药，晚期效差。也有用促甲状腺激素（TSH），取得明显疗效。

3. 自由基清除剂 如前所述，休克时血浆SOD活性下降，LPO生成增加，加重机体细胞损害，故主张在抗休克治疗中，加用SOD、别嘌呤醇、甘露醇、辅酶Q₁₀、维生素C、E等自由基抑制、灭活剂制剂，以及中草药：丹参酮、生脉散、红参、当归、山莨菪碱等具有清除、抑制自由基生成的作用。有报道参附注射液与庆大霉素联用其抗细胞氧化作用是抗休克机理之一。

4. 糖皮质激素的应用 一定要在足量抗菌前提下早期大剂量使用才有效。

5. 细胞保护剂 除抗自由基制剂与糖皮质激素外，新近发现间羟舒喘宁的抗休克作用在于它能增强Na⁺-K⁺ATP酶活性；钙拮抗剂（异搏定、硝苯吡定、硫氮酮等）可提高感染性、失血性休克的存活率，其作用机理与稳定细胞内钙离子环境，从而维持细胞能量代谢和环核苷酸代谢有关。

布洛芬与消炎痛等非激素类抗炎药物为强力的脂氧化酶和环氧化酶抑制剂，能减少磷脂化酶产物如TXA₂、PGE₂、白三烯等的产生，近年有不少作者报告早期使用这些药物使感染性休克存活率显著提高，甚至认为优于皮质激素。

（三）中医诊疗进展

1. 对休克临床分型的中医病机与治疗探讨 罗氏报道

感染性休克厥脱证以气阴耗伤、气滞血瘀为基本病理环节。用救脱Ⅰ号注射液（生晒参、牛膝、枳壳等）静脉滴注。金氏提出气滞血瘀、正虚欲脱是厥脱证基本病理特点。应用具有行气活血、扶正固脱和益气养阴、行气活血的抗厥、救脱Ⅰ号静脉注射液，治疗厥脱证。华氏提出厥脱证的基本病理改变为虚中挟瘀，提出一套补阳、补阴、补气、补血、生津、化瘀、开窍相配伍的辨证输液疗法。

2. 用现代科学手段对单味中药制剂、复方及中医疗法的作用机理进行探讨 周氏用右旋盐酸异可定（又称异紫菀定，是从草药紫金龙中提出的异喹啉类生物碱之一）观察抗家兔失血性休克，与多巴胺组与生理盐水组对照，升压作用更快，幅度更高，药物研究示该药是一种非特异性平滑肌解痉剂，具有非特异性钙拮抗作用，能增加心输出量，改善微循环。王氏报道实验表明休克大白鼠肝跨膜电位振幅降低，细胞内钠离子活性升高及伴有钾离子活性的下降；而人参皂甙能防止休克时的肝跨膜电位的降低，纠正细胞内钠离子活性升高及钾离子活性下降。提示人参皂甙能够改善休克时膜对离子的运转功能。

六、护 理

（一）安静平卧，忌搬动，采用头低脚高位。

（二）吸氧。及时清除呼吸道及咽喉部分的分泌物，保持呼吸道通畅。

（三）迅速建立静脉通道，确定合适输液速度。

（四）特护 建立特护记录，随时观察生命体征，体温、

脉搏、呼吸、血压及相关项目，如神志、面色、气息、出汗、肢冷、尿量、心电监护等。尤其注意血压、尿量及输液速度等。

(五) 注意基础护理，保暖护寒，口腔卫生，保持皮肤清洁干燥，做好精神护理。

(六) 审脉视息，望神观舌，察汗状拭肌肤，记尿量辨并病。

(七) 密切观察病情，发现喘促、气急、少尿无尿、吐、泻、便血、神昏抽搐等变证及时报告医生，配合抢救。

(罗翌 梅丹红 谭荣益)

主要参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 建国 40 年中医药科技成就. 中医古籍出版社, 1989 年 8 月, 第 1 版
- [2] 中医急症研究. 上海中医学院出版社, 1989 年 5 月, 第 1 版
- [3] 董超仁. 中国病理生理杂志, 1989, 5 (1): 25
- [4] 崔乃杰, 等. 实用危重病急救医学. 天津翻译出版公司, 1993 年 10 月, 第 1 版
- [5] 罗陆一. 中医医药学报, 1992, 7 (6): 34
- [6] 仝山林. 中国医药学报, 1989, (2): 66
- [7] 罗陆一. 中国医药学报, 1992, 7 (6): 34
- [8] 金妙文. 新中医, 1993, (3): 7
- [9] 华明华. 中国中医急症, 1993, 2 (2): 83
- [10] 杨宁, 等. 中国中医急症, 1993, 2 (4): 147
- [11] 朱伯元, 等. 山东中医杂志, 1994, 13 (9): 141
- [12] 周文琪, 等. 云南中医杂志, 1991, 12 (15): 36
- [13] 王左, 等. 中国中医急症, 1993, 2 (4): 173

- [14] 徐鸿达, 等. 甘肃中医, 1990, 5 (2): 24
- [15] 吴新民, 等. 中国针灸, 1989, (1): 30
- [16] 石锦萍, 等. 江苏中医, 1994, 15 (6): 42

第二十九章 吐血、黑便

吐血是血由胃来，经呕吐而出。血色鲜红或紫红，常夹有食物残渣，并伴有大便色黑。黑便是指血从肛门排出体外，无论在大便前或后，或单纯下血，或与粪便混杂而下者。当上消化道出血量少时仅见黑便，出血量多时则吐血、黑便同见。西医学的上消化道出血，如胃、十二指肠溃疡出血、糜烂性出血性胃炎、肝硬化食道静脉曲张破裂出血、胃癌、胆道出血等，可参照本篇诊疗及急救处理。

一、病因病机

(一) 饮食所伤 饮食不节，如饮酒过度，或嗜食辛燥之品，致胃中积热，损伤胃络，迫血上溢为吐血，血液下溢则成黑便。

(二) 情志失调 忧郁气滞，久化火犯胃，迫血妄行，而致吐血或黑便；肝郁气滞，血行不畅，瘀血阻滞脉络，血不循经，则吐血或黑便。

(三) 劳倦内伤 劳倦伤脾，或久病脾虚，气虚不能摄血，致吐血或黑便。

总之，因火热或湿热、脾虚、瘀阻均可导致吐血或黑便，临床以火热实证为多见。迫血妄行，大量出血，可导致气随血脱之危象。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点 血随呕吐而出，血色多呈紫暗或咖啡色，或鲜红色，常夹食物残渣。大便色黑如漆，甚则暗红色。

2. 发病特点 突然起病。

3. 诱发因素 常因胃痛、胁痛、黄疸、癥积等宿疾，复因饮食不节、情志失和、劳倦过度、气候突变而诱发。

4. 辅助检查 根据病情作大便潜血试验、红细胞及血红蛋白测定、纤维胃镜、胃肠钡餐等检查。

具备以上 1.、2. 项，参考 3.、4. 项即可作出诊断。

(二) 证类诊断

1. 胃中积热

主证：吐血紫暗或呈咖啡色，甚则鲜红。

兼证：口干口臭，喜冷饮，或胃脘胀闷灼痛。

舌、脉象：舌红苔黄，脉滑数。

2. 肝火犯胃

主证：吐血鲜红或紫暗，大便色黑如漆。

兼证：口苦、胸胁胀痛，心烦易怒，失眠多梦；或有黄疸、胁痛宿疾；或见赤丝蛛缕、痞块。

舌、脉象：舌红苔黄，脉弦数。

3. 脾虚不摄

主证：吐血暗淡，大便漆黑稀溏。

兼证：病程较长，时发时愈，面色萎黄，唇甲淡白，神

疲，腹胀，纳呆，便溏，四肢乏力，心悸，头晕。

舌、脉象：舌淡苔薄白，脉细弱。

4. 气衰血脱

主证：吐血倾盆倾碗，大便溏黑，甚则紫红。

兼证：面色及唇甲皓白，眩晕，心悸，烦躁，口干，冷汗淋漓，四肢厥冷，尿少，神志恍惚或昏迷。

舌、脉象：舌淡，脉细数无力或微细欲绝。

(三) 分级

1. 轻度 估计出血量在 500 毫升/日以内。黑便成形，偶头晕、心悸，脉率及血红蛋白等无明显变化。

2. 中度 估计出血量为 500~1000 毫升/日。大便稀烂，色黑如漆，可有吐血、心悸、口干、眩晕或晕厥，脉率 100 次/分左右，血红蛋白 70~100 克/升。

3. 重度 估计出血量在 1000 毫升/日以上。吐血、便血频作，眩晕，心悸，烦躁，口干尿少，甚则汗出肢冷，神志恍惚昏迷，舌淡，脉微细欲绝。脉率 120 次/分以上，血压下降，收缩压在 12.00 千帕以下，血红蛋白低于 70 克/升。

三、鉴别诊断

(一) 咯血 血经气道随咳吐出，血色多为鲜红，兼夹有泡沫，大便色泽正常，多有肺系疾患。

(二) 应注意排除鼻腔、口腔及咽喉出血。

(三) 黑便应与口服生物碳、铁剂、某些中草药及食物血或肝脏等形成的黑便相区别。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 应根据急则治标的原则，首先设法止血，并针对不同病证分别采用清心泻火、降气止血、益气摄血等治疗大法。用药忌升散燥热，以免血随气上逆。血脱者，急当益气固脱为先，并配合输血、输液等。

(二) 分证论治

1. 胃中积热

治法：清胃泻火，降逆止血。

方药：泻心汤（《金匮要略》）、犀角地黄汤（《千金要方》）加减：大黄 10 克、黄连 12 克、水牛角（先煎）30 克、茜根草 15 克、牡丹皮 15 克、虎杖 15 克、地榆 15 克、紫珠草 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：双黄连粉针 3~3.6 克加入 5% 葡萄糖液或 5% 葡萄糖盐水 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 肝火犯胃

治法：清肝泻火，降逆止血。

方药：龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）加减：龙胆草 15 克、栀子 15 克、夏枯草 15 克、牡丹皮 12 皮、黄芩 12 克、生地黄 15 克、白芍 10 克、地榆 15 克、旱莲草 15 克、侧柏叶 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 剂。

3. 脾虚不摄

治法：健脾益气，温中止血。

方药：归脾汤（《济生方》）加减：党参 15 克、黄芪 15 克、茯苓 15 克、白术 15 克、炒地榆 15 克、白及 15 克、血余炭 10 克。每日 1 剂水煎服。

脾气虚明显者加重党参、黄芪用量。脾阳虚明显者加灶心黄土 15 克、熟附子 10 克、艾叶 10 克。

针剂：参附注射液 20~40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

4. 气衰血脱

治法：益气摄血，回阳固脱。

方药：独参汤（《伤寒大全》）、参附汤（《世医得效方》）、生脉散（《千金要方》）加减：人参 20 克、黄芪 30 克、熟附子 20 克、麦冬 15 克、五味子 10 克、阿胶（烔入）15 克。频煎服。

可参考“厥脱证”进行辨治。

针剂：参附注射液 10 毫升加入 50% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注，或参附注射液 40 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

（三）应急与抢救

1. 止血

（1）紫地宁血散 1 支，每日 3 次。

（2）紫黄液（广东省中医院制剂，含紫珠草、大黄等）30 毫升，每日 3~4 次，冰冻服。

（3）复方三七止血胶囊（广东省中医院制剂，含三七、珍珠层粉、白及、大黄等）4 片，每日 3 次。

（4）白及粉 3 克，每日 3 次。

（5）三七粉 3 克，每日 3 次。

(6) 云南白药 1 克，每日 3~4 次。

2. 出血量多者，配合输血、输液。

3. 出现气随血脱，则益气回阳固脱。

(1) 参麦注射液 20 毫升加入 50% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注，每 15~30 分钟重复 1 次，或生脉液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次。

(2) 参附注射液 20 毫升加入 5% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注，每 15~30 分钟重复 1 次。

4. 重度出血，内科保守治疗 24 小时不能控制者转外科手术治疗。

(四) 综合疗法

1. 针灸

(1) 证属实热者，配合针刺曲池、大椎、三阴交，用泻法以清热泻火，凉血止血，每日 2 次。

(2) 证属虚寒者，取足三里、太白、脾俞、肾俞等，针用补法或温针；或艾灸百会、气海、关元、命门等，以健脾补肾，益气固摄，每日 2 次。

(3) 冰水加去甲肾上腺素洗胃。用冰盐水 100 毫升加去甲肾上腺素 6~8 毫克，以胃管洗胃，将冰水注入胃内 30 分钟，尽可能抽净。再注入 100 毫升同样液体，可如此反复 5~6 次。

(4) 出现出血性休克，参考本书“厥脱证”章节有关处理。

(5) 对症处理：如食道静脉曲张破裂出血，采用三腔管压迫止血。或垂体后叶素 10 单位加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。溃疡病出血、急性糜烂性胃炎出血，

予甲氧咪呱 200 毫克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。

五、诊断与治疗进展

(一) 单味中药治疗 单味中药治疗上消化道出血具有方法简便、疗效确切、易于接受和推广的优点，因此在临床运用及研究也较多。

大黄：据 3700 例报告，有效率 95%，平均止血时间 3 天。三七：据 110 例报告治愈率为 92.72%，大便潜血阴转率平均 2.4 天。番泻叶：据 340 例报告止血有效率 94.1%，平均止血时间 2.68 天。岗稔根：据 106 例报告止血有效率 93.4%，大便潜血阴转平均 4.34 天。另外，还有白及、苎麻根、当归等对呕血、黑便、咯血也有较好止血疗效。

(二) 湖北省沙市中医院周晓等用金不换注射液治疗上消化道出血，填补了中药静脉止血的空白。

(三) 局部止血法

1. 中药液冰冻洗胃法 邓若文用紫地汤冰洗胃治疗。

2. 内镜喷洒或注入中药止血 刘巨琼等应用五倍子液喷洒治疗。吴培俊等用大黄浸出液喷洒治疗。李良胜等用苎麻根液喷洒治疗。王克建等用 6% 明矾经喷洒治疗。获得较好疗效。

六、护 理

(一) 卧床休息，予精神安慰，消除恐惧及忧虑。

(二) 观察病情, 注意有无心悸、面色、脉象的变化, 防治虚脱。

(三) 吐血者, 应禁食, 黑便者饮食软烂少渣, 容易消化, 少刺激之食物。饮食不宜过热, 以免血热妄行。

(邹旭 钟世杰 谭荣益)

主要参考文献

- [1] 杨明均, 等. 中医杂志, 1986, (5): 31
- [2] 张丽珍, 等. 天津中医, 1988, (1): 16
- [3] 丘和明, 等. 中药通报, 1988, (8): 48
- [4] 侯思圣, 等. 陕西中医, 1993, 14 (7): 301
- [5] 赖祥林. 广西中医药, 1988, 11 (1): 3
- [6] 周鹤鸣, 等. 中西医结合杂志, 1990, (3): 150
- [7] 王文. 北京中医, 1989, (4): 17
- [8] 周晓. 上海中医药杂志, 1989, 3 (1): 11~12
- [9] 刘巨琼. 福建中医药, 1988, 19 (3): 33
- [10] 吴培俊. 江苏中医, 1989, (12): 9
- [11] 王克建, 等. 中西医结合杂志, 1988, 8 (1): 44

第三十章 咯 血

咯血又称咳血、嗽血。血自肺中，经气道咳嗽而出，或纯血鲜红，间夹泡沫；或痰血相兼；或痰中带血。主要由于外邪犯肺、肝火上炎、阴虚火旺等原因引起。西医学肺结核、肺炎、支气管扩张、肺癌等肺部疾患引起咳血，可参照本章辨治。

一、病 因 病 机

(一) 外邪袭肺 多因燥热之邪袭肺，壅遏肺气，肺失宣肃，肺络受损，血溢气道，则为咳血。

(二) 肝火犯肺 素体肺虚，复因情志不遂，肝郁化火；或暴怒肝火横逆，肝火上逆犯肺则咳血。

(三) 肺肾阴虚 由于瘵虫侵蚀肺系，动热伤阴；或它病日久，耗伤气阴，致阴虚肺燥，虚火内炽，灼伤肺络而致咳血。

上述病因病机，外邪袭肺及肝火犯肺所致为实证，肺肾阴虚咳血为虚证。实证病久不愈，可转化为虚证。

二、诊 断 要 点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点 血经气道咳嗽而出，或一咯即出，血色鲜红或暗红，常间夹泡沫或痰血相兼。

2. 发病特点 突然起病，容易反复发作。

3. 诱发因素 常有咳嗽、肺癆等宿疾，多因外感火热燥邪，或食辛辣，或情志郁怒等而诱发。

4. 辅助检查 通过血常规、血沉、痰培养、痰中找抗酸杆菌或癌细胞、X线胸透或胸片，或断层摄片、支气管碘油造影、纤维支气管镜等检查，确定支气管扩张、肺结核、肺癌等诊断。

具备以上1、2项，参考3、4项即可作出该急症之诊断。

(二) 证类诊断

1. 肺热壅盛

主证：咳血鲜红，或痰血相兼。

兼证：咳吐黄痰，胸满气急，口渴心烦，或伴发热。

舌、脉象：舌红苔黄，脉滑数。

2. 肝火犯肺

主证：纯血鲜红，甚或从口涌出。

兼证：咳而气逆，胸肋引痛，或烦躁易怒，口苦，目赤。

舌、脉象：舌红苔黄，脉弦数。

3. 阴虚肺热

主证：血色鲜红，反复发作。

兼证：咳嗽痰少，或干咳无痰。潮热盗汗，五心烦热，两颧发红，口燥咽干。

舌、脉象：舌红乏津，少苔或无苔，脉虚数。

(三) 分级

1. 轻度 少量咯血，1天出血量少于100毫升，或1次咯血50毫升以内。

2. 中度 中量咯血，1天出血量在100~500毫升，脉率增快。

3. 重度 大量咯血，1天出血量超过500毫升，或1次咯血在100毫升以上，脉率100次/分左右，或较咯血前增加10~20次/分。血红蛋白100克/升以下，或较咯血前下降20克/升以上，血压可下降，甚至出现休克，或因咯血引起喘促、紫绀等，甚至出现窒息。

三、鉴别诊断

参见“吐血、黑便”鉴别诊断中第(一)、(二)项。

四、治疗方案

(一) 治疗原则 清肺、泻火、降气、平肝、养阴、止血为治疗咯血大法。在用药上忌用升散、燥热之品，以免气火升腾，耗液灼津，加重咯血。

(二) 分证论治

1. 肺热壅盛

治法：清热泻肺，降逆止血。

方药：泻白散（《小儿药证直诀》）、泻心汤（《金匱要略》）加减：地骨皮15克、金银花15克、连翘12克、黄连10克、黄芩12克、大黄10克、苇茎15克、杏仁10克、

仙鹤草 15 克、藕节 15 克、侧柏叶 15 克、紫珠草 15 克。每日 1 剂水煎服。

针剂：鱼腥草注射液 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。或清开灵注射液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

2. 肝火犯肺

治法：平肝清热，降气止血。

方药：黛蛤散（《医宗金鉴》）、泻白散（《小儿药证直诀》）加减：青黛 3 克（冲）、蛤壳（冲）3 克、桑白皮 15 克、地骨皮 15 克、龙胆草 15 克、栀子 15 克、黄芩 12 克、大黄 10 克、侧柏叶 15 克、仙鹤草 15 克。每日 1 剂水煎服。

头晕目赤者，加代赭石 15 克；肝火犯肺，火盛迫血，血来盈口，色鲜红，治宜清热凉血，可用犀角地黄汤。

针剂：可选用鱼腥草注射液或清开灵注射液，用法同前。

3. 阴虚内热

治法：滋阴清热，润肺止血。

方药：百合固金汤（《医方集解》）加减：百合 15 克、麦冬 15 克、贝母 15 克、生地黄 15 克、熟地黄 15 克、玄参 15 克、白芍 12 克、知母 12 克、白及 15 克、旱莲草 15 克、紫珠草 15 克、阿胶 10 克（另烔）。每日 1 剂水煎服。

若盗汗甚者，加煅牡蛎 20 克、浮小麦 20 克；肺痿所致者，月华丸加减治疗。

针剂：参麦注射液或生脉注射液 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1 次。

（三）应急与抢救

1. 氧气吸入。

2. 大咯血窒息时，应立即施行头低脚高位，头部向下倾斜 $40^{\circ} \sim 60^{\circ}$ ，以保持充分引流体位，保持呼吸道通畅，尽量挖出口内积存的血块，如经上法不见好转，可考虑支气管镜检查，尽量将阻于呼吸道的血块清除干净，同时给予呼吸兴奋剂。

3. 适当选用下列止血药

(1) 紫黄液 30 毫升，每日 3 次。

(2) 复方三七止血胶囊 4 粒，每日 3 次。

(3) 紫地宁血散 1 支，每日 3 次。

(4) 三七末 1.5 克，每日 3 次。

(5) 白及粉 3 克，每日 3 次。

(6) 云南白药 1 支，每日 3 次。

4. 虚脱者，即予参麦注射液 20 毫升加入 50% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注，可 15~30 分钟重复 1 次。

5. 出血较多，可适当输血、输液或配合西药止血（如垂体后叶素、安咯血、止血芳酸等）。

(四) 综合治疗

1. 针灸

(1) 针泻鱼际，补尺泽，每日 1~2 次。

(2) 针大陵、郄门，每日 1~2 次。

(3) 灸涌泉穴，每日 2 次。

2. 外敷法 取新鲜大蒜 1 只去皮，捣碎成泥状，称取 9 克，并加硫黄末 6 克、肉桂末 3 克、冰片 3 克，研匀后分涂 2 块纱布上，敷贴于双侧足底涌泉穴，隔日调换 1 次。

3. 支持疗法，补充液体，防止休克发生。

4. 垂体后叶素 10 单位加入 5% 或 10% 葡萄糖液 40 毫升中缓慢静脉推注，随后以 10~20 单位加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。高血压、心脏病、妊娠患者禁用。

5. 治疗原发病 止血同时，根据咯血的原因不同进行治疗，如左心衰竭时咯血，控制左心衰。血小板减少性紫癜出血，则以输新鲜血或血小板为主要的治疗方法。

6. 应用抗生素 大咯血易发生肺部感染，应常规应用抗生素。肺结核咯血时，应用足量的抗痨药物。

五、诊断与治疗进展

咯血多见于支气管扩张、肺结核、肺癌等患者，一般多按肺热壅盛、肝火犯肺、阴虚肺热三型辨治。

六、护 理

- (一) 卧床休息，避免疲劳。
- (二) 保持室内空气新鲜、流通。
- (三) 观察咯血量多少，了解病情变化。
- (四) 减少病人活动，有利于止血。

。(邹旭 梅丹红 刘利)

主要参考文献

- [1] 史大卓，等. 中医内科辨病治疗学. 科学技术文献出版社，1995年8月，第1版

- [2] 张行. 黑龙江中医药, 1989, (1): 16~17
- [3] 胡玉灵, 等. 内蒙古中医药, 1995, 14 (2): 6
- [4] 陈卫平, 等. 浙江中医杂志, 1989, 24 (3): 98
- [5] 陈克进, 等. 中国中医急症, 1994, 3 (2): 57~58
- [6] 吴文生, 等. 四川中医, 1995, 13 (4): 19~20

第三十一章 紫癍急症

紫癍急症是指急性出现的以皮肤、粘膜发生出血性瘀斑为主要表现的一类疾病。常伴有齿衄、鼻衄，甚至出现尿血、呕血或黑便、中风等病症。慢性反复发作性紫癍亦可在发作期参考本章诊治。西医学的原发性血小板减少性紫癍、过敏性紫癍在急性期属本章讨论范围。其他疾病如白血病、血友病、再生障碍性贫血等以急性出现皮下瘀斑为主时亦可参考本章诊治。

一、病因病机

(一) 热盛动血 外邪入侵，酿成热毒是引起紫癍发斑的重要原因之一。外邪以热毒之邪为主，但风、湿、寒等亦可入侵郁而化热。此外，饮食所伤、情志失调等原因引起阴阳脏腑失衡、阳气内盛而蕴热内生。

热毒之邪，病及血脉，即热盛动血，血不循经而溢于外，发为本病。血溢肌肤而为紫斑，甚至热伤胃络、肾络、脑络而发为呕血或黑便、尿血或中风急症。

(二) 阴虚火旺 由于劳倦劳伤，致阴精亏虚，阴虚火旺，或由于热盛伤阴，反过来加重火旺之势，热伤血脉而发病。

(三) 气虚不摄 急性紫癍发病中原发性由于脏气内伤

所致气虚不摄血的情况较为少见，大多情况是由于血之外溢，气随血衰，终致气血两虚之证。由于出现了气虚的继发性改变，又可反过来加重出血。故气虚不摄亦为不容忽视的重要病机。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现

(1) 皮肤有大小不等的青紫斑块，或呈点状或片状，形状不一，按压紫斑其色不褪。紫斑好发于四肢。

(2) 可伴齿衄、鼻衄等粘膜出血。

(3) 出血严重可伴头晕、心悸等表现。

(4) 严重者可伴尿血、呕吐或黑便、中风等并发症。

2. 发病特点 小儿及成人均可患本病，但以女性较为多见。外感、饮食、外伤等因素可诱发或加重本病。

3. 辅助检查 如属过敏性紫癜可见血常规检查中嗜酸性粒细胞增高，毛细血管脆性试验可阳性。

如属原发性血小板减少性紫癜即外周血中血小板减少在 80×10^9 /升以下，可见巨大血小板，可伴出血性贫血，巨核细胞增多或正常，伴成熟障碍现象。血小板表面相关抗体IgG、IgM或PAC₃增高。

疾病累及肾脏、胃肠、脑等脏器时，可出现相应的实验室检查阳性征。

(二) 证类诊断

1. 热盛迫血

主证：皮下瘀点、瘀斑，压之不褪色，口渴，便秘，尿黄，面红。

兼证：齿衄，鼻衄，腹痛，发热。

舌、脉象：舌红苔黄，脉弦数或滑数。

2. 阴虚火旺

主证：症状反复发作，皮下瘀斑，压之不褪色，潮红盗汗，手足心热。

兼证：齿衄，鼻衄，口干，头晕，乏力，心烦。

舌、脉象：舌红，苔少或无苔，脉细数。

3. 气虚不摄

主证：症状反复发作，皮下瘀斑，色暗淡，压之不褪色。神疲气短，头晕眼花，面色苍白。

兼证：心悸，纳差，鼻衄，齿衄。

舌、脉象：舌淡，苔薄白，脉细弱无力。

上述证类诊断以主证与舌脉为主要依据。实验室诊断及临床表现特点为病名诊断主要依据。本病可挟下列诸证。

(1) 风毒犯表：恶寒，发热，关节酸痛，口干喉痛，舌边尖红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

(2) 气滞血瘀：除皮下瘀斑外，可见肌肤爪甲瘀暗，面色晦暗，舌暗，脉涩或结代。

(三) 分期分级

1. 分期

(1) 急性期：患者此期热毒较甚，紫斑初起，或伴其他部位出血。此期以实热居多。

(2) 慢性发作期：患者此期多因外感、饮食、外伤等诱发出现，因病程较长，故常表现为虚实夹杂之证。

(3) 恢复期：患者此期出血已控制，瘀斑已逐渐消退。大多表现为阴虚或气血两亏之象。

2. 分级

(1) 轻度：皮下瘀斑，以四肢为主，呈散发状。或伴少许齿衄。伴或不伴轻度贫血。血小板减少性紫癜者血小板数为 $60 \sim 80 \times 10^9$ /升。

(2) 中度：皮下瘀斑较多，由四肢累及胸、腹等躯干部，可伴较多齿衄、鼻衄等。轻至中度贫血。如属血小板减少性紫癜者血小板数为 $40 \sim 60 \times 10^9$ /升。

(3) 重度：全身瘀斑，伴尿血或呕血或黑便，甚至脑部出血致昏迷、中风，伴严重贫血。如属血小板减少性紫癜血小板数为 40×10^9 /升以下。

三、鉴别诊断

(一) 出疹性疾病 紫癜属皮下出血性疾病，其紫斑隐于皮肤之内，摸之不碍手，压之不褪色；而出疹则高于皮肤之上，摸之碍手如粟粒或团块状，压之褪色，放手复现。再根据病史及实验室等检查不难鉴别。

(二) 外感高热症热入营血证 外感高热症在热入营血阶段可出现紫癜急症，其表现与病机有相似之处。但此时之紫斑出现，象征着外感高热症已出现热盛动血、热入营血的深重阶段，甚可伴厥脱、昏迷等症。舌质一般红绛。实验室检查中有关 DIC 检查有明显改变。本病虽亦以紫癜急症或其他部位出血为主要表现，但一般全身状态表现较好，危重情况与出血量大小及出血部位有关，与外感高热症出现紫斑

标志着疾病深重阶段不同。本病一般不现绛舌。

四、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 辨虚实 紫癜急症虽以实热为主，特别于急性期，热盛动血者居多。而在恢复期，则以气血两亏或阴虚火旺为主。由于本病为出血性疾病，失血过多，气亦可随血泄，若此时热邪未去，即可形成虚实夹杂、寒热错杂之证。或因气血两亏，患者复感外邪，或内郁化热，亦可为虚实夹杂之证。故本病辨证首应辨虚实，分寒热。如热盛动血，以清热凉血治之；若气血不足，又应补益气血。如虚实夹杂，即应视虚实之轻重采用攻补兼施之法。

2. 明部位 紫癜急症以皮下、粘膜出血为多，但亦常伴齿衄、鼻衄等，甚至胃肠、肾、脑等重要脏器出血。更应注意的是，本病在急性发病时，不少病例以齿衄、鼻衄，甚或尿血、呕血、黑便、中风等表现首先出现。故对出血性疾病的诊断，不论出血部位，都应注意本病的发生。借助病史及实验室检查，诊断不会困难。对于不同部位的出血，除参照本章治疗外，须参照本书有关章节进行抢救治疗。

(二) 分证论治

1. 热盛动血

治法：清热解毒，凉血止血。

方药：犀角地黄汤（《备急千金要方》）：水牛角 30 克、生地黄 30 克、赤芍 15 克、牡丹皮 15 克、玄参 15 克、麦冬 15 克、丹参 20 克、茜草 15 克、紫珠草 15 克。每日 1 剂水

煎服。

中成药：紫黄液 30 毫升，每日 3 次。复方田七止血胶囊 2 粒，每日 3 次。

针剂：双黄连粉针 3.6 克或清开灵注射液 40~60 毫升或醒脑净注射液 10~20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。

2. 阴虚火旺

治法：滋阴降火，宁络止血。

方药：玉女煎（《景岳全书》）加减：石膏 30 克、知母 15 克、熟地黄 15 克、麦冬 15 克、牛膝 15 克、牡丹皮 15 克、生地黄 15 克、石斛 15 克、茜草 15 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：知柏地黄丸 5~10 克，每日 3 次。阴虚较重而虚火已降者，可使用六味地黄丸、阿胶冲剂等善后。

3. 气血两亏

治法：益气摄血，健脾养血。

方药：归脾汤（《济生方》）加减：党参 15 克、白术 15 克、茯苓 15 克、炙甘草 6 克、阿胶 15 克（烊）、当归 10 克、大枣 10 枚、木香 10 克、熟地黄 15 克、地榆炭 15 克。每日 1 剂水煎服。

中成药：归脾丸 5~10 克，每日 3 次。益血生 2 粒，每日 3 次。补中益气丸 5~10 克，每日 3 次。

（三）中医应急与抢救 由于急性紫癜除出现紫斑外，还常伴呕血、黑便、尿血，甚至中风，故本病的急救处理应在以止血为主的治疗基础上，结合危重症实际情况进行抢救。

1. 清热凉血止血

(1) 复方田七止血胶囊 4 粒或/及紫黄液 30 毫升，每日 3 次。特别适用于胃热腑实者。紫地宁血散 2 支，每日 4 次。

(2) 穿琥宁注射液 20~40 毫升，或双黄连粉针 3.6 克，或清开灵注射液 40~60 毫升，或鱼腥草注射液 20~40 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液中静脉滴注，每日 1 次。

(3) 热毒炽盛者，可用醒脑净注射液 10~20 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注。特别适用于热盛神昏者，必要时醒脑净用量可加至 40 毫升/日。

2. 益气摄血，温阳救逆

(1) 人参注射液或高丽参注射液 4 毫升肌注，每日 2 次。

(2) 参麦液 40~60 毫升加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，每日 1~2 次，或用参麦液 20 毫升加入 50% 葡萄糖液 20 毫升中静脉推注，应急时使用或每日 2~4 次。适用于气阴两亏及气虚不摄者。

(3) 参附液或参附青注射液 40~60 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，或参附芪注射液 10~40 毫升加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，或用上述制剂 10~20 毫升加入 50% 葡萄糖液 20~40 毫升中静脉推注，应急用或每日 2~4 次。适用于出血过多伴厥脱证属气阳虚衰、阳气暴脱、气衰血脱证等。

(四) 综合治疗

1. 验方

(1) 连翘 30 克，水煎，分 3 次服。

(2) 生石膏 30 克、黄柏 15 克、儿茶 6 克、五倍子或蔷薇根 15 克，浓煎，噙口用，每次 5~10 分钟，适用于热盛动血之齿衄较甚者。

(3) 百草霜 15 克、龙骨 30 克、枯矾 30 克，共研极细末，以湿棉条蘸药塞鼻。适用于热盛动血之鼻衄不止者。

(4) 红枣 20 枚，煎汤连枣服。可常服，适用于气血两亏者。

(5) 大枣 4 份，藕节 1 份，将藕节水煮至粘胶状，再加入大枣同煮，每日吃适量大枣。

2. 肾上腺皮质激素的应用

(1) 肾上腺皮质激素治疗过敏性紫癜，具有抗过敏、降低毛细血管通透性的作用。临床常用地塞米松 2~5 毫克加入 50% 葡萄糖液 40 毫升中静脉推注；或/和用地塞米松 5~10 毫克加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250~500 毫升中静脉滴注；或用氢化可的松 100 毫克加入 5% 或 10% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注。口服以强的松为常用药，用量为 30 毫克/日，分 2~3 次服。或地塞米松 1.5 毫克，每日 4 次口服。使用激素时注意并发上消化道出血，可与胃肠保护剂合用。

(2) 对于原发性血小板减少性紫癜，肾上腺皮质激素仍为首选药，对急性型疗效较好。目前对于急性 ITP 患者主张首用激素，剂量宜大，疗程宜短。地塞米松可用至 20~30 毫克/日。强的松用量可为 1~3 毫克/（千克·日）。

3. 免疫抑制剂的使用 对激素疗效不佳者，可选用环磷酰胺、长春新碱、环胞素等免疫抑制剂。具体用法参照有关章节。

4. 抗过敏治疗 对于过敏性紫癜，可使用抗组胺药物。

如苯海拉明 20 毫克肌注，或 25~50 毫克口服，每日 3 次。扑尔敏 4 毫克口服，每日 3 次。异丙嗪 12.5~25 毫克口服，每日 3 次，或异丙嗪 25 毫克肌注。赛庚啶 2 毫克口服，每日 2 次。也可配用维丁胶性钙 2 毫升肌注，或用 10% 葡萄糖酸钙 10 毫升加入 25% 葡萄糖液 20 毫升静脉推注。

5. 大剂量丙种球蛋白使用 丙种球蛋白 0.4 克/千克体重，连续静脉使用 5 天。对顽固病例可维持治疗，每 10~15 日用 0.4 克/千克体重。近期疗效极佳，可达 100%，但疗效只能短期维持。一旦停用血小板将较快下降。

6. 手术治疗 治疗 ITP，在内科治疗无效下，可选手术治疗。

(1) 脾切除术：

1) 适应证为：①经内科治疗 3~6 个月无效者。②需大剂量激素才能控制出血者。③应用激素有禁忌证者。④拟进行其他手术，但有导致出血危险者。

2) 禁忌证为：①第一次发病的早期病例，尤其是儿童。②急性暴发型患者。③有心脏病及其他并发症者。④年龄在 2 岁以下。⑤妊娠晚期妇女。

(2) 脾栓塞术：在 X 线透视下，通过股动脉插管，将人工栓子注入脾动脉分支处，造成部分脾栓塞，总有效率 68%。

五、治疗进展

(一) 过敏性紫癜的治疗进展 近年来在中医药治疗过敏性紫癜方面取得了一些进展。有人采用清热凉血法治疗本

病。药用紫草、侧柏叶、野菊花、大枣组成清营凉血汤配合西药止血药，研究表明紫草提取物对急性炎症期血管通透性及慢性增生性炎症性肉芽组织增生均有抑制作用。对组胺、菠萝蛋白酶、缓激肽、抗大鼠血清、免疫血清所引起的毛细血管通透性增高亦有明显的拮抗作用。亦有人用活血化瘀法治疗本病。还有人以凉血活血并用，如采用丹参、赤芍、牡丹皮、紫草、茜草、生地黄等药物。

(二) 原发性血小板减少性紫癜的治疗进展

1. 中医对本病病因病机的认识 多数人认为，本病急性期或慢性型急性发作期，多因外感热毒或热伏营血，以致火盛动血，灼伤脉络，临床以实证为主；部分实证病例随病情发展，火热之邪伤气耗阴可转为慢性。多数病例开始发病即为慢性，肝脾肾亏损为其发病基础，因此本病本虚标实为临床特点，但也有少数人认为本病与“肺”关系密切，认为“热”、“毒”过盛，为发病机理。

另外本病患者，凡经泼尼松治疗无效或复发者，在服用激素期间呈现一派阴虚火旺之象，随激素减量直至停用，又可出现明显脾肾阳虚之候，有些转为激素依赖性特发性血小板减少性紫癜。有人结合现代医学研究成果解释这一病机时指出，动物实验证实，激素相当于很强的温阳药，长期应用可致机体阴阳失衡，出现阴虚火旺表现。同时反馈性抑制下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴功能。在撤除激素后出现肾上腺皮质功能低下。肾阳虚和脾阳虚患者多有肾上腺皮质功能低下，揭示肾上腺皮质功能亢进是肝肾阴虚的病理基础，而肾上腺皮质功能低下是脾肾阳虚的病理基础。

2. 辨证分型特点及治疗 近年来一些作者选择现代免

疫学公认的本病诊断指标，探讨辨证分型的客观规律，取得可喜进展。体液免疫指标 PAIg 和淋巴细胞亚群指标进行联检，发现传统临床辨证分型确有其客观物质基础。按照血热妄行型→气血两虚型→脾肾阳虚型→阴阳两虚型顺序，免疫学改变逐渐加重，并各有特点，其预后亦与免疫学指标有关，提示免疫学指标可协助本病辨证分型并可判断预后。统计近 5 年来 17 篇文献 857 例，各辨证分型所占比例为：血热妄行型 18.5%；气血两虚型 27.7%；脾肾阳虚型 12.3%；肝肾阴虚型 36.8%；阴阳两虚型所占比例最高。各型临床特点及常用方剂如下。

(1) 血热妄行型：常用方剂为犀角地黄汤。

(2) 气血两虚型：常用方剂为归脾汤或乌鸡白凤丸，此型免疫学改变较轻，预后理想。

(3) 脾肾阳虚型：多见撤减激素至维持量时，常用方剂为金匱肾气丸加减或桂附八味丸加减。

(4) 肝肾阴虚型：此型所占比例最大，为治疗难点所在。常用长期大量服用激素患者，病程多超过 3 年以上，出血量大，色暗红，同时伴见肝肾阴虚症状。临床上针对此型治疗药物很少，其免疫学改变重，预后欠佳。

(5) 阴阳两虚型：所占比例最小，但治疗难度最大，常为危候，需紧急诊治，可试用上述养血清瘀汤。

3. 辨病特点

近年来在免疫学检查手段诊断本病上有很多新进展，简述如下。

(1) 血小板相关抗体 PAIgG 水平可反映临床情况、与血小板计数和血小板寿命呈相关现象，治疗有效者比值可下

降或降至正常范围。但因此指标特异性不好，在非免疫性血小板减少症中也能见到升高。有人认为联合检测 PAIgG、PAIgM、PAgA、PAIgA、PAC₃、CIC₅ 等项指标可使本病阳性率提高至 100%，还有助于急性型、慢性型、继发性的鉴别诊断，在 PAIgM 升高患者，往往可见到明显出血倾向，因 PAIgM 具极强的溶细胞活力，能激活补体，使血小板破坏加速。

(2) 抗血小板膜糖蛋白自身抗体：在慢性型，最主要自身抗体是 GP II ~ III_b、GPI ~ N 复合物增高，患者有较严重临床症状，并对常规治疗无反应，儿童急性型还可检测到 GP II 自身抗体，还有报道本病存在针对 III、GP I_b/II_b 的自身抗体，血浆抗心磷脂抗体存在，但自身抗体的检出，对本病诊断意义不大，主要用于发病机理研究。

(3) 近年来发现，本病患者细胞免疫异常，不仅可有 T₈ (S) 细胞增高，TA/TS 比值下降，还可发现 T₄₈ 双标记细胞增多，NK 细胞下降，T₈ (S) 功能减退。这些指标可用于判定疗效，揭示预后，并无诊断价值。

(4) 国内外文献均报道，本病患者血小板聚集功能下降，粘附功能正常。

(5) 本病患者还可出现内分泌异常：表现在血清、三碘甲状腺原氨酸 (T₃) 和甲状腺素 (T₄) 值下降及血清雌二醇水平增高。

六、护 理

(一) 出血较多者绝对卧床休息。稳定者注意休息，避

免劳累及外伤。

(二) 注意避风寒，慎起居，防外感。

(三) 本病常伴齿衄，注意口腔卫生。

(四) 饮食宜富营养而易消化，忌食辛辣动火之物。属过敏者忌食虾、蟹等过腥之品。与发病有关的某些食品亦应注意饮食宜忌。

(吴焕林 谭荣益 刘涛)

主要参考文献

- [1] 陈镜合，等. 现代中医急诊内科学. 广东科技出版社，1996年，第1版
- [2] 史大卓，等. 中医内科辨病治疗学. 科学技术文献出版社，1996年，第1版
- [3] 方药中，等. 实用中医内科学. 上海科学技术出版社，1985年，第1版
- [4] 李志田. 原发性血小板减少性紫癜的辨证施治. 中医药管理，1993，(3)：141
- [5] 周永明，等. 黄振翘治疗原发性血小板减少性紫癜经验. 浙江中医杂志，1991，(3)：111
- [6] 姚乃中，等. 免疫性血小板减少性紫癜的诊治. 中国中西医结合杂志，1992，(5)：304
- [7] 刘家磊，等. “紫癜速愈汤”治疗原发性血小板减少性紫癜68例. 辽宁中医杂志，1994，(9)：410

第三十二章 中毒急症

中毒急症是指有毒物质经过气道、食道、血液、皮肤等途径进入人体，超出了人体自身的解毒能力，从而破坏脏腑的正常生理功能，甚至危及生命的一类疾病，是内科临床常见的危急重症。临床上常把中毒急症分为食物中毒、药物中毒、虫兽伤中毒及秽浊之气中毒等。祖国医学对中毒的论述，最早见于《金匱要略》“禽兽鱼虫禁忌并治”与“果实菜谷禁忌并治”两篇。至晋代葛洪在《肘后备急方·卷七》中提出中毒急症之病名，列出“卒中溪毒”、“卒中诸药毒”等19种中毒急症及数十首救急方。把中毒列为专章论述见于隋·巢元方的《诸病源候论》。该书的“虫毒病诸侯”一章对中毒急症的病因、临床特点及治疗原则作了较为详细的论述。自唐代以来，众多医家又进一步从中毒分类、病因、解毒急救等方面作了全面的归纳，为中毒急症的诊断治疗积累了极其宝贵的经验，对临床急救具有指导作用。

一、病因病机

(一) 误食不洁或有毒之品，或误服外用药、炮制不当的药物及过期霉变药，或长期过量服用，致毒物壅于胃腑，累及肠道，损及脾运，滋生湿浊，使升降失常，气机逆乱，或痰浊蒙闭清窍，流窜经络而生诸证。

(二) 误吸秽浊有毒之气，使毒物由鼻而入闭阻肺气，扰乱气机，迫及心神；或误触毒物，或为毒蛇虫兽所伤，使毒物经皮毛而入，抑遏卫阳，由卫入气，风火鸱张，热盛动风而致生诸证。

(三) 毒物毒液由血道进入体内，致毒物直入血脉，燔于营血，陷于心包，扰动神明，伤津耗液，累及肝肾而迭生诸证。

上述因素均可使毒邪闭阻清窍，动血生风，出现内闭外脱之危象，甚则出现阴阳离决之厥脱证。

二、诊断要点

(一) 病名诊断

1. 临床表现特点 按照《实用中医内科学》可从面色、肌肤色泽的异常、瞳仁改变、神志异常、呼吸消化系统、心血管系统异常、尿异常及色视、耳聋等的异常改变，不能用其他原因解释，结合毒物接触史作出诊断，判明毒物类别。在不明所中具体毒物之前，只能采用一般的急救措施，同时尽量明辨毒物的类别。卒发立足于辨病，后期着重于辨证。

2. 发病特点 中毒急症之发生不拘男女老幼。部分中毒有季节性，如食物中毒，或可与某些职业及生活环境有关。发病范围可大可小，但都发生于仓促之间，来势凶险，变化迅速，每多危及生命。

3. 病因病机特点 毒物进入人体，直接或间接伤及一脏或多脏，致使气机逆乱，生风动血，发为本病。甚则出现内闭外脱，阴阳离决之厥脱变证。

4. 辅助检查 对病者身边遗留的剩余毒物，或呕吐物、胃内容物、尿液、粪便等作毒物分析。如属毒气中毒，应采集现场气体标本作化学分析以协助诊断，同时进行血液气体分析、血电解质、特殊酶学检查等分辨中毒种类，指导抢救。

凡具备上述 1.、2.，参考 3.、4. 即可作出诊断。

(二) 分期

1. 早期（急性反应期） 此期主要表现为毒物直接造成的局部损害。由于正气奋起抗邪而出现相关的全身症状。

2. 中期（暂时缓解期） 此期因局部毒物的弥散使浓度相对降低，可使中毒症状暂时性减轻，故此期可能会被暂时性好转的假象所迷惑而放松治疗。

3. 后期（脏器损害期） 此期因毒物逐渐集聚于某些组织或脏器，导致严重的功能性合并器质性损害；或波及多个脏器，导致多脏器损害。此期病情远重于早期，故此期救治得当与否，直接关系到抢救成功与否。

三、治疗方案

(一) 治疗原则

1. 一旦发生中毒应立即终止接触有毒之物，脱离有毒环境，清洗接触部位。

2. 迅速除去进入体内但尚未吸收的毒物。

3. 对已吸收的毒物应及早应用对抗药物解毒，加速毒物排泄。

4. 及时处理急性中毒引起的危重症，如抽搐、厥脱等，

注意预防和治疗各种合并症。

5. 详细监测和记录生命体征，运用中西两法争分夺秒，进行急救处理（见附表）。

（二）治疗方法

1. 清除进入体内尚未吸收的毒物

（1）局部处理：对有创面者用黄连水清洗，再扑以适量黄连粉，外加敷料包扎，出血者可改扑云南白药或三七粉。凡毒蛇咬伤，可用冷盐水洗涤，并在局麻下以牙痕为中心作“米”字形切口，反复冲洗。且可对准切口拔火罐，紧急时可直接以嘴吸吮，再用冷开水调蛇药成糊状敷于伤口周围，必要时使用蛇毒血清注射。若咬伤超过 24 小时或坏死者，不必扩创。对有眼部毒物损伤者，可以清水反复冲洗。

（2）催吐：对口服非腐蚀性毒物 2~3 小时内毒物吸收较少，患者神志清醒或呕吐反射存在时应用。但孕妇、儿童或年老体弱及有严重器质性病变者忌用。让其饮水至饱胀感后，以压舌板或筷子或手指刺激舌根或咽后壁，引起呕吐。也可用白矾研末调水口服，或用三圣散（《儒门事亲》防风、瓜蒂、藜芦，已疑藜芦中毒者忌用），或催吐解毒汤（《经验方》瓜蒂、玄参、苦参、地榆、生甘草）煎汁顿服催吐。必要时可用阿朴吗啡 0.5 毫克皮下注射，数分钟后即发生呕吐，但对年老体弱、妊娠、冠心病、高血压、昏迷、休克及吗啡类或其它麻醉品中毒者忌用。

（3）洗胃：洗胃是清除胃内毒物较为有效的方法，一般认为服毒后 4~6 小时内效果较好，但不应拘于这个期限，因服毒较长时间后仍有大量毒物存留于胃粘膜皱壁内，此时洗胃仍然有效。对清醒者可自吞胃管，昏迷者可借助开口器

插入胃管，用洗胃器或 50 毫升注射器反复灌洗，直至洗出液颜色与灌入时一样清亮无味为度。但对腐蚀剂中毒，或有食道静脉曲张、溃疡出血等应禁用本法，孕妇应慎用。

洗胃液的选择一般用温开水，普遍适用于各种中毒或不明原因中毒。2% 碳酸氢钠溶液常用于有机磷农药中毒洗胃，但不能用于敌百虫中毒，因其在碱性液中能变成毒性更强的敌敌畏。茶叶水含有鞣酸，能沉淀重金属、生物碱，故可用于这类毒物的洗胃。1:5000 高锰酸钾溶液是一种强氧化剂，可用于有机物中毒洗胃，若为对硫磷（农药 1605）中毒时不宜使用，因其能使对硫磷氧化为毒性更强的对氧磷。

(4) 导泻及灌肠：多数毒物可经肠道吸收，或引起肠道刺激症状。故要清除口服毒物，除催吐和洗胃外，尚需导泻及灌肠，以加快毒物排出。但对腐蚀性毒物或患者极度虚弱时应列为禁忌。导泻可用番泻叶 15 克泡水服；或芒硝 15~30 克冲服；也可用硫酸钠 15~30 克加水 200 毫升饮服或经胃管注入。硫酸镁亦可用于导泻，但用量过大，镁离子吸收后对中枢神经有抑制作用。油剂因有溶解酚类毒物的作用，不宜应用。

灌肠可用于导泻作用尚未发生或导泻不能使毒物完全排出者，尤其是抑制肠蠕动的毒物及重金属中毒，灌肠更加重要。可用 1% 温肥皂水适量作高位连续清洗；也可用大黄或番泻叶适量，煎水 200~500 毫升，高位清洁灌肠。

(5) 中和吸附剂的应用：对某些毒物使用中和吸附剂，可达到减毒排毒的目的。

1) 中和剂：误服强酸中毒，可服氧化镁、氢氧化铝凝胶、稀石灰水，忌服碳酸盐；误服强碱中毒者，可服稀释食

醋、橘子水、1%醋酸等，但碳酸盐中毒者忌用。淀粉溶液对中和碘特别有效；蛋清乳类能与某些毒物结合，既能减轻或去除毒性，又能保护胃粘膜。

2) 吸附剂：药用炭混悬液（0.2%~0.5%），为强力吸附剂，可阻滞毒物吸收，适用于有机及无机毒物，配合催吐、洗胃、导泻使之排出体外，但对氧化物无效。

(6) 通用解毒剂：适用于毒物未明或不能立即施行洗胃，或拟给催吐药的中毒者。由鞣酸氧化镁1份，药用炭2份组成，每次取10~20克放入温开水中调成糊状口服或经胃管灌入胃内，随后经催吐或洗胃或导泻使之排出体外。

2. 拮抗解毒剂的应用 对部分已吸收的毒物，可使用拮抗解毒剂以减毒、排毒。

(1) 中药解毒剂：①生黄豆120克、生绿豆60克煎汁服。②生甘草15克、大黄10克煎水服。③防风30克、生甘草15克、绿豆60克煎水服。④茅根、芦根适量煎水服。⑤鲜崩大碗300克捣汁服（或干崩大碗60克煎水服）。

(2) 大剂量维生素C及高渗糖静脉注射。维生素C作为一种还原剂，可用于铅、锌等中毒，又能作其它中毒的辅助治疗。

(3) 药理拮抗剂：①硫酸阿托品、氯磷定、解磷定、双复磷，拮抗有机磷农药中毒。②纳络酮拮抗吗啡类药物中毒。③美解眠拮抗巴比妥类药物中毒。④硫代硫酸钠、亚硝酸钠亚甲蓝拮抗氰化物、木薯、苦杏仁等急性中毒。⑤氯化钙拮抗氟化物急性中毒。⑥毛果芸香碱、新斯的明拮抗硫酸阿托品、颠茄类药物中毒。⑦硫酸钠拮抗钡急性中毒。

(4) 特效解毒剂：①亚甲蓝：低浓度〔1~2毫克/（千

克·次)) 静脉缓慢注射, 治疗亚硝酸盐及苯胺中毒所致发绀; 高浓度 [5~10 毫克/ (千克·次)] 静脉注射可治疗急性氰化物中毒 (每次最大用量不超过 500 毫克)。②二巯基丙醇: 对急性砷、汞中毒有显效, 对其它重金属 (铅除外) 亦有效, 但对慢性中毒疗效差。因本品对肝、肾、中枢神经有损害, 故已少用。目前多用副作用小的二巯基丙磺酸钠。③依地酸二钠钙: 对铅中毒有特效, 对其它重金属中毒及放射性核素反应亦有效。

3. 利尿排毒 大多吸收的毒物由肾脏排泄, 因此利尿是加速毒物排泄的重要途径。常用以下方法。

(1) 补液利尿法: 用葡萄糖液和葡萄糖盐水或乳酸钠林格氏液交替持续静脉滴注, 可加入适量氯化钾或配合应用醒脑静、清开灵, 同时静脉注射速尿 20~40 毫克。此法可使水溶性、与蛋白结合弱的化合物 (如苯巴比妥、眠尔通、苯丙胺及锂盐等) 很容易从体内排出。

(2) 调整酸碱度法: 根据中毒药物的酸碱性调整尿液或体液酸碱度, 可减少毒物再吸收及加速排毒。①重碳酸钠与利尿剂应用, 可碱化尿液, 从而使有些化合物 (如巴比妥酸盐、水杨酸盐及异烟肼等) 离子化而不易在肾小管内重吸收。②应用大剂量维生素 C (可至 8 克/天) 使尿液酸化 ($\text{pH}<5$), 或用氯化铵 2.7 毫摩尔/千克, 每 6 小时口服或静脉滴注 1 次, 使体内酸化, 促使某些毒物 (如苯丙胺) 加速排出。

(3) 中药利尿法: ①五苓散 18 克、白糖 30 克冲水口服。②车前草、白茅根各 30 克煎水口服。

4. 体外排毒治疗 体外排毒的广泛应用, 使许多重症

中毒患者预后大为改观。急性重症中毒时，使用洗胃、导泻、利尿及拮抗解毒剂等措施，往往难以奏效，死亡率高达40%以上，应用体外排毒疗法，能迅速有效地清除已吸收入血循环的毒物，达到治疗效果。目前常用的有透析、灌流和血浆置换疗法。

(1) 透析疗法：常用血液透析（HD）和腹膜透析（PD）。其疗效取决于毒物的水溶性及与蛋白结合的强度。一般认为水溶性好，与蛋白结合少、血浓度高的毒物易被透析排出（见表1）。透析宜早进行，常在24小时内实施效果较好，太迟或有脏器不可逆损伤时疗效亦差。

(2) 血液灌流疗法：血液灌流疗法（HP）或血浆灌流（PPE）是一种直接从血循环中清除毒物的技术。我国近年试制成功XF-1型吸附型解毒装置，包括吸附罐、PHEMA包膜、活性炭及管道系统。消毒处理后，将管道与病者的动静脉接通，利用人工血泵作动力，使病者的血液从动脉流到解毒装置，毒物被吸附后，血液从解毒装置流入静脉，回到病者体内。每次灌流约需2小时。但对快速中毒作用的毒药如氰化物等，高脂溶性药物、体外排除比代谢速率低的药物用血液灌流治疗效果差。目前已知可被血液灌流清除的毒物（见表2）。

(3) 血浆置换疗法：对透析和灌流难以排除的毒物，可作全血或血浆置换治疗。若毒物仅存在于血浆内即可行血浆置换治疗（PPh）；如全血均受影响者则可实行换血疗法（ET）。

(4) 三种体外排毒疗法的应用指征：①严重中毒伴低血压、低体温、呼吸抑制等。②摄入并吸收可致死量毒物或其

血药浓度达到危及生命的程度。③中毒病变累及正常排泄途径（肝、肾）或原有肝肾疾病毒物难以排出者。④血循环中有多量可进一步代谢为毒性更大的毒物。⑤经常规治疗，临床症状进行性加重。⑥较长时间昏迷，伴吸入性肺炎、败血症及受压后的缺血性周围神经病变。

表 1 目前已知能被透析排除的物质

分 类	药 物
抗焦虑药	巴比妥、苯巴比妥、阿米妥、戊巴比妥、速可眠、导眠能、环巴比妥
抑制剂、安定镇静剂	苯妥英钠、扑痫酮、眠尔通、乙氯戊醇、苯海拉明、安眠酮、海洛因、三碘季胺酚、副醛、利眠宁、水合氯醛
抗抑郁药	苯丙胺、甲基苯丙胺、三环仲胺类、三环叔胺类、阿可乐、环苯丙胺、单胺氧化酶抑制剂、优降宁、苯乙肼
杂类物质	硫氰酸盐、苯胺、氯酸钠、氯酸钾、桉叶油、硼酸、重铬酸钾、铬酸地高辛、枸橼酸钠、地硝基邻甲酚、四氯化碳、麦角胺、环磷酰胺、5-FU、氨甲喋呤、樟脑、三氯乙烯、一氧化碳、氯磺丙脲
卤化物	氟、氯、溴、碘的化合物
内源性毒素	氨、尿酸、胆红素、乳酸、胱氨酸、内毒素
醇类	乙醇、甲醇、异丙醇、乙二醇
止痛药	阿斯匹林、水杨酸甲酯、非那西汀、右旋丙氧吩、扑热息痛
抗生素类	链霉素、卡那霉素、新霉素、万古霉素、青霉素、磺胺、氨基青霉素、先锋霉素 I、氯霉素、四环素、呋喃妥因、多粘菌素、异烟肼、环丝氨酸
金属	铜、铁、铅、锂、镁、钠、锶、汞、砷

表 2 可被血液灌流排除的物质

分 类	药 物
安眠药类	巴比妥、阿米妥、苯巴比妥、戊巴比妥、速可眠、 噻那比妥、眠尔通、安眠酮、导眠能、奋乃静、 安坦、冬眠灵、泰尔登、甲乙哌啶酮、海洛英、 苯海拉明、水合氯醛、利眠宁、异丙嗪
三环类抗抑郁药	阿米替林
解热镇痛药类	阿斯匹林、水杨酸甲脂、非那西汀、扑热息痛
醇类	乙醇、甲醇、异丙醇、乙二醇
其它药物	硫氰酸盐、阿托品、吗啡、抗结核药、抗癌药、茶 碱、洋地黄类、重铬酸钾、毒草、有机磷、有机 氯、奎尼丁、普鲁卡因酰胺
内源性毒素	氨、乳酸、胆红素、肌酐、尿酸、尿素氮、内毒素

5. 对症支持治疗：由于很多毒物迄今尚无有效拮抗剂和特效解毒剂，抢救措施还是主要依靠及早排毒及合理迅速的对症支持治疗，往往能使不少中毒者迅速复原。

(1) 氧疗：急性中毒所致呼吸困难，尤其是一氧化碳中毒、镇静安眠药物中毒及中毒后心跳骤停复苏后均处于不同程度的缺氧状态，及时进行供氧非常重要，必要时可配合高压氧治疗。但对一氧化碳中毒供氧时应加入 3% 二氧化碳吸入。

(2) 糖皮质激素的应用：急性中毒时常合并过敏反应、溶血反应、休克、脑水肿、肺水肿等，用糖皮质激素配合治疗可缓解症状，缩短疗程。常用氢化可的松 200~400 毫克/日（或相当剂量的地塞米松）静脉注射，但强酸、强碱等腐

蚀剂中毒者慎用。

(3) 输血：急性中毒一般不采用输血，但对某些中毒（如毒草中毒、苯胺中毒、蚕豆病等）能引起溶血性贫血时，应予输血治疗。

(4) 惊厥：惊厥为中毒的常见表现，在排除毒物作用、缺氧等因素后，可针刺人中穴，强刺激。镇静剂须慎用，以免加重昏迷或抑制呼吸，因此，除非情况必要，安定或苯巴比妥一般不用于昏迷患者。用 10% 水氯合醛 5~10 毫升保留灌肠比较安全。

(5) 疼痛：根据不同情况选择相应穴位针刺效果较好。亦可用颅痛定或阿托品，无效时可选用可待因或杜冷丁，剂量不宜过大。

(6) 呕吐或呃逆：急性中毒经抢救后部分患者仍有呕吐或出现呃逆，可针刺内关、合谷、足三里等穴，或用维生素 B₆ 行双侧内关穴穴位注射，亦可用灭吐灵等药物治疗。

(7) 对有低血压、心律失常、心搏骤停、急性肾功能衰竭等并发症者，可在积极排毒解毒的同时参考有关章节进行抢救。同时应注意护肝药物的使用。

四、护 理

(一) 无论属于哪一个阶段的中毒患者，都应给予特别护理，详细记录体温、呼吸、脉搏、血压、神志、瞳孔变化及出入量。

(二) 病室应安静通风，冬季注意保暖，夏季要防止中暑。有惊厥出现者，宜置于安静的暗室内。属服毒自杀者应

派专人守护。

(三) 有呕、泻、咳喘及二便失禁者要随时清除排泄物，尿潴留者应留置尿管。呼吸道分泌物或痰涎不能排出者，应随时吸痰，以免发生窒息。

(四) 注意口腔护理，勤翻身拍背，防止褥疮及肺炎的发生。

(五) 有腹泻、呕吐致脱水者，应及时补液，纠正电解质及酸碱平衡紊乱。补液过程中要按医嘱控制滴速，遇有特别变化，应及时报告和處理。

(六) 应进食流质或易消化的饮食，以清淡而富有营养为原则，少量多餐，不能吞咽者，给以鼻饲。一般忌辛辣燥热及滋膩之品。

(七) 对有创面的患者，要定期清洁换药，严格无菌操作，预防创面感染。

附表 常见中毒的临床表现及急救处理简表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性有机磷中毒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人呼吸、呕吐物、身体污染部位有特殊大蒜样臭味 2. 多汗, 瞳孔缩小, 肌肉震颤, 呼吸道分泌物增多及肺水肿 3. 胆碱酯酶活力下降至正常的 70% 以下, 严重者可达 30% 以下 4. 严重者血压下降, 昏迷, 二便失禁, 抽搐, 体温升高等 5. 应用阿托品及解磷定后临床症状、体征有缓解 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 搬离中毒现场, 清除毒物, 立即进行催吐、洗胃、导泻 2. 阿托品 1~2 毫克皮下注射, 以后 1~3 小时 1 次, “阿托品化”后, 逐渐减量维持 72 小时以上; 中至重度中毒, 首次给阿托品 2~5 毫克, 以后 15~30 小时重复 1 次, 无效可将剂量加大至 5~15 毫克或更多, “阿托品化”后不宜马上减量, 应稳定 12~24 小时后逐渐减量维持 3~7 天。如为乐果中毒, 应延长维持时间 3. 解磷定 1~1.6 克静脉滴注或缓慢推注, 或氯磷定 0.5~1 克肌注或静脉推注, 注射后观察 15~30 分钟, 无效再重复注射 1 次。以后每小时用 0.4~0.5 克, 6 小时后若病情缓解即可停药。1 小时内总量不得超过 4 克 4. 上述处理无效, 可采用血浆置换疗法
	<p>参考方药</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 甘草 250 克煎水取汁, 倒入滑石粉、黄豆适量加水捣浆, 兑入澄清后, 1 次服 2. 天仙子、曼陀罗各 2~3 克煎水服 3. 绿豆 30 克、甘草 20 克水煎服 4. 金银花 60 克、甘草 10 克水煎服 5. 大黄 20 克、明矾 3 克、甘草 10 克水煎冷服, 连用 3~5 日 	

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性磷化锌中毒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 首先出现消化道症状：上腹部不适及烧灼感，恶心，呕吐，腹痛，腹泻 2. 以后出现神经系统、心肝肾损害，可见头晕、肢麻、抽搐、心悸、气促、血压下降、心律紊乱、肝大黄疸、尿少、血尿，甚则昏迷，出现吸呼循环衰竭 3. 呕吐物、排泄物可有蒜臭味 4. 血磷可增高，血钙可降低，可有尿常规、肝功能、心电图异常 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1%硫酸铜溶液 100 毫升，分次服用，至产生呕吐为止 2. 1:5000 高锰酸钾溶液充分洗胃 3. 口服液体石蜡或硫酸钠导泻，禁用硫酸镁 4. 禁食鸡蛋、牛奶、油脂类食物 5. 呕吐、腹痛、多汗可用阿托品 0.5~1 毫克皮下注射，或针刺内关、合谷、足三里。头痛头晕，可用去痛片口服，或针刺太阳、风池、内关、百会、太冲等。惊厥、抽搐、烦躁可用苯巴比妥钠 0.1~0.2 克肌注，或针刺太阳、太冲、人中等穴。有心肌损害及肝损害者，可使用护肝和心肌营养药物 6. 对肺水肿、呼吸衰竭、心律失常要及时处理
<p>参考方药</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 盐汤或三圣散催吐，绿豆汤或盐水反复洗胃 2. 番泻叶 15 克泡水服，芒硝 15 克冲服 3. 野菊花 20 克、金银花 10 克水煎服 4. 车前草、白茅根各 30 克水煎服 5. 五苓散 18 克、白糖 30 克水调服 		

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性巴比妥类中毒	<ol style="list-style-type: none">嗜睡或神志模糊，甚则昏迷、休克唇、舌、眼球及手指震颤，瞳孔缩小，腱反射减弱或消失，肌肉逐渐松弛，呼吸慢或不规则发绀，抽搐，呕吐，二便失禁体温低血中药物检测见相应的巴比妥类药物浓度	<ol style="list-style-type: none">1:5000 高锰酸钾洗胃50% 硫酸镁 50 毫升导泻美解眠 200~300 毫克，加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注，或每 3~5 分钟静脉注射 50 毫克，病情改善渐减量20% 甘露醇 250 毫升或 25% 山梨醇 250 毫升静脉滴注，每日 1~2 次。或静脉注射速尿 40~80 毫克，同时注意水、电解质情况每日静脉输液量 3000~4000 毫升，防止肺水肿可适当输入碳酸氢钠酌情使用呼吸兴奋剂及抗生素可采用透析排毒治疗
<p>参考方药</p> <ol style="list-style-type: none">绿豆 120 克、生甘草 30 克、丹参 30 克、连翘 30 克、白茅根 30 克、大黄 15~30 克。每日 1~2 剂水煎服瓜蒂 7 个、玄参 60 克、苦参 30 克，水煎服催吐		

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性 一氧化碳 中毒	轻度 头晕, 头胀, 头痛, 胸闷, 心悸, 乏力, 恶心, 呕吐, 视物不清, 血液碳氧血红蛋白为 10%—30%。	1. 立即转移至空气新鲜处, 吸氧或进行高压氧治疗 2. 酌情使用呼吸兴奋剂 3. 烦躁、抽搐者可肌注氯丙嗪或安定
	中度 除轻度表现外, 口唇、皮肤呈樱桃红色, 心悸多汗, 烦躁不安或昏睡, 有一时感觉或运动分离, 甚至昏厥; 血液碳氧血红蛋白为 30%—40%	4. 用甘露醇或速尿脱水, 防止脑水肿 5. 可选用醒脑静、清开灵静脉滴注以开窍醒神, 胞二磷胆碱、脑活素静脉滴注以促进脑细胞功能恢复。可针刺人中、内关、素髻、太冲等穴 6. 酌情采用低温冬眠疗法 7. 用白血充氧回输治疗
	重度 上述症状加重, 意识不清, 面黄白或青紫, 肌张力增加, 肢冷, 瞳孔散大, 血压下降, 心率加快, 呼吸麻痹, 二便失禁, 可有脏器损害。血液碳氧血红蛋白含量超过 40%	8. 用 25% 硫代硫酸钠 50 毫升静脉滴注, 以加速一氧化碳解离排出

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性细菌性食物中毒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 发病多在夏秋季节 2. 潜伏期短, 进食几小时内即可发病, 常有局部同一人群同时发病, 临床表现相似 3. 主要以消化道症状为主: 恶心呕吐, 腹痛腹泻, 严重者发生脱水。部分病人有发热 4. 内毒杆菌中毒可有头晕、声嘶吞咽困难, 眼肌瘫痪, 甚至呼吸中枢麻痹 5. 大便镜检有少量红、白细胞嗜盐食物中毒者粪便中可有大量红、白细胞 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 输液应兼顾糖盐, 大剂量使用维生素 B 族及维生素 C, 必要时可使用糖皮质激素 2. 酸中毒者应输入碳酸氢钠, 注意电解质情况 3. 黄连素 0.4 克口服, 每日 3 次, 或复方新诺明片 1 克口服, 每日 2 次。庆大霉素或氯霉素静脉滴注 4. 内毒杆菌食物中毒者, 尽早用清水或 1:4000 高锰酸钾洗胃, 使用内毒抗毒血清, 每次 5~10 万单位皮试后肌注或静脉滴注, 注意维持呼吸功能 5. 呕吐者给予胃复安 10 毫克肌注, 腹痛者予阿托品或山莨菪碱口服或肌注, 烦躁者予以安定 10 毫克肌注或苯巴比妥 30 毫克肌注, 或针刺内关、合谷、足三里、太冲、中腕等 6. 注意处理呼吸衰竭和休克
中毒	<p>参考方药</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 藿香正气散 (丸) 1 支口服 2. 马齿苋 60 克、大蒜 30 克, 捣烂后水送服 3. 火炭母 30 克、大青叶 15 克、鸭跖草 15 克, 水煎服 4. 赤小豆 30 克炒为末水送服 5. 鬼针草 30 克、金银花 30 克、鸡蛋花 30 克, 水煎服 	

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性酒精中毒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 呼吸、呕吐物有较强烈的酒味 2. 早期有面部、皮肤潮红，脉缓，语无伦次，情绪激动 3. 后期可嗜睡或呈昏迷状态，恶心，呕吐，呼吸缓慢而有鼾音，甚则呼吸麻痹死亡 4. 血液、尿液中均含乙醇 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 温水或2%碳酸氢钠洗胃 2. 对烦躁不安者禁用镇静、麻醉剂。过度兴奋者可肌注12.5~25毫克氯丙嗪，或副醛6~8毫升灌肠 3. 对昏迷或昏睡者可注射苯甲酸钠咖啡因0.5克或戊四氮溶液0.1~0.2克，每2小时肌注或静脉推注1次，或利他林20毫克或回苏灵8毫克肌注 4. 呼吸衰竭者予可拉明1~2毫升肌注，同时吸入加二氧化碳的氧气 5. 脑水肿致高颅内压者，可用甘露醇脱水 6. 有脱水者补足液体，酌情使用胰岛素静脉滴注，血压降低者予升压药 7. 严重者可进行透析治疗
<p>参考方药</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 葛根15克，水煎服 2. 葛根60克，栀子、枳实、淡豆豉各30克，炙甘草15克，水煎服 3. 茯苓、猪苓、橘皮各5克，木香3克，神曲、白术、青皮各6克，葛花、砂仁、白豆蔻各15克，研细末，每次10克，冲服 		

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性河豚鱼	<ol style="list-style-type: none"> 1. 食河豚鱼后半至 3 小时内发病 2. 上腹不适, 口干欲饮, 恶心呕吐, 腹痛腹泻, 皮肤发青 3. 神经损害见舌麻、指麻、肌肉无力, 呼吸浅而不规则, 脉缓, 昏迷, 瞳孔扩大, 可死于呼吸麻痹 4. 心电图多有不同程度的房室传导阻滞 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1% 硫酸铜溶液催吐 2. 1:5000 高锰酸钾溶液反复洗胃 3. 50% 硫酸镁溶液 50 毫升导泻 4. 酌情使用呼吸兴奋剂, 必要时气管插管或人工呼吸, 可试用大剂量阿托品 5. 肌肉麻痹者可用 1% 盐酸土的宁 2 毫升肌注, 每日 3 次。房室传导阻滞者可用异丙肾或阿托品 6. 大量输液, 可用高渗葡萄糖液 (10%~15%), 促进利尿
中毒	<p>参考方药</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 鲜紫苏叶 250 克, 捣烂取汁服 2. 芦根、白茅根各 30 克, 瓜蒂 7 个, 水煎温服 3. 乌贼鱼墨囊 1 个, 白开水送服 4. 五倍子、白矾各 10 克为末, 水调服 	
急性鱼胆中毒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 腹痛, 以上腹部或脐周为主 2. 腹泻黄色水样便或烂便或有黑便 3. 恶心, 频繁呕吐 4. 此后可出现肝肿大、肝区疼痛黄疸、肝功异常。也可出现尿少肾区叩击痛, 甚则无尿、镜下血尿、管型尿、肾功能异常 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 立即洗胃、导泻, 内服活性炭 2. 腹痛予阿托品或山莨菪碱。呕吐剧烈者肌注灭吐灵。吐泻失水者注意补液, 维持水、电解质及酸碱平衡 3. 有肝肾损害者注意保护肝、肾 4. 无禁忌症可用氢化可的松 200 毫克或地塞米松 5~10 毫克加入 5% 葡萄糖液 500 毫升中静脉滴注, 可连用 3~5 天

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性鱼胆中毒	5. 可有麻木、瘫痪、感觉障碍、头痛、意识障碍 6. 可有心动过速、心脏扩大、心力衰竭等表现	5. 重度中毒者尚需抗休克、抗感染治疗。对狂躁、抽搐者可用 10% 水合氯醛 10~20 毫升保留灌肠 6. 急性肾功能衰竭者尽早行透析治疗
参考方药		
1. 金银花 30 克、生甘草 10 克、生姜 10 克，水煎服		
2. 防风 10 克、绿豆 30 克、生姜 10 克、生甘草 6 克，水煎服		
3. 急性肾功能衰竭可用大黄 30 克、崩大碗 30 克、槐花 15 克、黄芪 30 克，水煎至 250 毫升保留灌肠，每日 1~2 次		
急性亚硝酸盐中毒	1. 恶心呕吐，腹胀腹痛，腹泻 2. 口唇突然青紫，指甲及全身皮肤粘膜呈典型的蓝灰、蓝褐或蓝黑色 3. 血压下降，脉细数，有时出现低热，食欲减退，心律失常，肺水肿 4. 严重者出现昏迷、抽搐、痉挛窒息，呼吸循环衰竭 5. 高铁血红蛋白测定阳性	1. 卧床休息，大量饮水，保暖，或安钠咖 0.5 克肌注 2. 重者立即洗胃、催吐、导泻、灌肠 3. 使用特异性解毒剂：1% 美蓝溶液 60~100 毫升加入 25% 葡萄糖液 60 毫升中静脉推注，10~15 分钟注完。一般 1~2 毫克/千克，重症可用至 3~5 毫克/千克，与维生素 C 合用可增强疗效，2 小时后无好转可重复 1 次。亦可使用甲苯胺兰，5 毫克/千克，效果比美蓝好 4. 氧疗，使用呼吸兴奋剂，或行血浆置换治疗

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性中毒	1. 恶心呕吐, 腹痛, 腹泻, 甚则剧烈吐泻, 腹痛, 粪便呈洗米水样, 黄疸、肝大、压痛, 甚则急性肝坏死、肝昏迷 2. 急性贫血, 血红蛋白尿, 严重者广泛出血、休克、昏迷、尿少、无尿 3. 幻觉, 谵妄, 抽搐, 精神错乱 4. 流涎, 多汗, 瞳孔缩小, 心动过缓, 气喘, 急性肺水肿, 呼吸衰竭	1. 1:2000 高锰酸钾溶液或 0.5% 鞣酸液或浓茶水反复洗胃, 然后灌入通用解毒剂, 再以硫酸镁导泻 2. 对以神经症状为主者, 早期使用阿托品 0.5~1 毫克皮下注射, 每半至 6 小时 1 次 3. 对以肝坏死为表现者, 早期给予二巯基丁二钠和二巯基丙磺酸钠, 前者首剂 1~2 克, 稀释后缓慢静脉推注; 后者 5 毫克/(千克·次) 肌注, 第 1 日 6~8 小时 1 次, 第 2 日 8~12 小时 1 次, 第 3 日 1~2 次 4. 对有溶血反应, 心、脑、肝损害和出血倾向者, 可用肾上腺皮质激素 5. 防治脑、肺水肿及急性肝、肾功能衰竭, 抗休克及纠正水、电解质紊乱
	参考方药 1. 绿豆 30~120 克、蒲公英 30~60 克、金银花 30 克、紫草根 30~60 克、大青叶 30~60 克、生甘草 10 克。每日 1 剂水煎服 2. 木防己全草 150 克、大米 250 克、冷开水 1000 毫升混合搓转 1000 次去渣, 滤液分 2 次口服, 重者日服 4 次 3. 生兔脑、兔胃各 1500 克, 分次口服 4. 鲜藜树叶 1500~2000 克, 冷水洗净榨汁分次灌服 5. 铁帚把 500~1000 克洗净, 加第 2 次淘米水适量, 捣汁过滤顿服	

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性乌头类药物中毒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 神经系统症状：头痛，头晕，耳鸣，烦躁，呆滞，口舌肢麻，胸部紧束感，痛觉减退或消失，视物模糊，甚则瞳孔散大，抽搐痉挛，昏迷 2. 消化系统症状：恶心，呕吐，流涎，胃部灼热感，腹痛，腹泻吞咽困难 3. 呼吸系统症状：呼吸迫促，重则因呼吸中枢抑制而致呼吸停止 4. 循环系统症状：四肢发绀，心悸，肢冷，心律不齐，甚则心衰心跳骤停 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0.5% ~ 1% 鞣酸溶液或浓茶或 1:5000 高锰酸钾溶液洗胃，也可在洗胃前使用活性炭，后以硫酸钠导泻 2. 阿托品 0.5 ~ 2 毫克肌注或静脉注射，每 10 分钟 ~ 2 小时 1 次，防治心律失常 3. 维生素 C 2 ~ 3 克静脉滴注，防治心律失常 4. 酌用呼吸兴奋剂，及时处理低血压、休克、抽搐等
中毒	<p>参考方药</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 生姜 120 克、甘草 15 克或绿豆 120 克、甘草 60 克，水煎服 2. 苦参 50 克，水煎服可纠正心律不齐 3. 蜂蜜 50 ~ 100 克，开水冲服 4. 黑大豆 30 克、黄连 10 克，水煎服 5. 竹叶、甘草各 60 克，水煎服 	

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性雷公藤中毒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 眩晕头痛, 乏力, 肢麻肌痛, 痉挛, 甚而抽搐等神经系统症状 2. 胸闷, 心悸, 头痛, 气短, 血压下降, 心跳减弱, 心律不齐, 紫绀, 体温下降, 休克等循环系统症状 3. 恶心呕吐, 口干, 纳呆, 腹胀腹痛腹泻或便秘、黄疸等消化系统症状 4. 2~3天后可出现肾脏损害, 甚则出现尿毒症 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1:5000 高锰酸钾溶液洗胃 2. 硫酸镁或硫酸钠导泻 3. 新鲜羊血 300 毫升趁热灌服或用兔胃浸出液 200 毫升顿服 4. 出现肾功能衰竭, 尽早透析治疗 5. 及时处理心衰、抽搐、休克 6. 昏迷可用“三宝”, 或用醒脑静注射液静脉滴注。
毒	<p>参考方药</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 鲜萝卜汁或鲜韭菜汁 200 毫升, 顿服 2. 蛇莓 (去果实) 60 克、绿豆 60 克, 冰开水浸泡后榨汁服 3. 鲜凤尾草 120 克, 水煎服 4. 鲜地稔 90~150 克, 水煎服 	
急性马钱子中毒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 早期全身不安, 呕吐, 躁动焦虑, 胸部紧迫感, 呼吸急促, 凝视, 颜面及颈部肌肉震颤, 呈苦笑面容 2. 后期呈高度反射兴奋, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 置于安静暗室, 操作动作要轻 2. 戊巴比妥钠或阿米妥钠 0.3~0.5 克静脉滴注, 亦可用水合氯醛 20 毫升保留灌肠 3. 控制惊厥后, 用 1:3000 高锰

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
急性马钱子中毒	<p>知觉过敏，阵发强直性惊厥，呈角弓反张状，吸呼肌强直收缩以致窒息发绀，瞳孔散大。可因声、光刺激加剧。兴奋后呈麻痹状态，全身无力，可死于窒息</p>	<p>酸钾或1%~2%鞣酸洗胃 4. 氧疗</p>
蚕豆病	<p>参考方药 1. 蜈蚣3条、全蝎6克，研末，顿服 2. 天麻12克、白芍30克、全蝎6克、僵蚕12克、甘草6克，水煎服 3. 白芍60克、黄芩30克、甘草15克，水煎服 4. 蜂蜜、绿豆、甘草适量，煎汤频服</p>	
蚕豆病	<p>1. 发病以3~5月蚕豆成熟季节为多，主要分布于长江及珠江流域 2. 病者有家族史，其中70%以上为男性幼儿 3. 厌食，疲倦，发冷，腹痛，排浓茶色或酱油样尿，黄疸，肝脾肿大 4. 实验室检查提示G-6-PD缺乏及相应的溶血表现</p>	<p>1. 肥皂水灌肠，硫酸镁导泻 2. 口服或静脉滴注碳酸氢钠碱化尿液 3. 严重者予氢化可的松100~200毫克加入5%或10%葡萄糖液500毫升中静脉滴注 4. 必要时输新鲜血，补充铁剂，如10%枸橼酸铁铵5~10毫升或碳酸低铁0.3~0.6克，每日3次 5. 及时处理肾功能不全及可能出现的肺水肿，心力衰竭</p>

续表

中毒类别	临床表现	急救处理
蚕豆病	参考方药 1. 茵陈蒿汤灌肠 2. 白头翁、车前草、凤尾草、茵陈适量，水煎服 3. 生田艾 50 克，水煎加糖服 4. 茵陈 30 克，溪黄草 30 克，车前草 30 克，牡丹皮、生地黄各 15 克，水煎服	
急性果仁、杏仁、桃李仁等中毒	1. 头痛眩晕，恶心呕吐，乏力，呼吸困难 2. 重者可出现惊厥，瞳孔散大，血压下降，昏迷，抽搐，呼吸急促，脉弱，最终可死于呼吸衰竭	1. 1:5000 高锰酸钾或 0.5% 活性炭悬液洗胃，硫酸镁导泻 2. 昏迷者予亚硝酸异戊酯，每隔 2 分钟吸入约 30 秒，再以 3% 亚硝酸钠 10~15 毫升静脉滴注，继用 50% 硫代硫酸钠 50 毫升静脉滴注，必要时可重复 1 次 3. 对症处理呼衰、低血压、惊厥等
	参考方药 1. 新鲜萝卜 500~1000 克，捣汁服 2. 黑豆、甘草各 100 克，水煎服 3. 绿豆 60 克、砂糖适量，水煎服	

(邹旭 李俊 梅广源)

主要参考文献

- [1] 中医内科急症临床. 中国医药科技出版社, 1993 年 5 月, 第 1 版
 [2] 中医急症救治. 湖南科学技术出版社, 1991 年 7 月, 第 1 版
 [3] 实用中医内科急症学. 北京出版社, 1992 年 4 月, 第 1 版

附 论

第一章 中草药的配伍与禁忌

一、十八反、十九畏

中药组方用药，大多是由几味、十几味甚至数十味药物配伍而成，彼此间必然会产生相互作用。一般而言，凡是两种或两种以上药物配伍，由于相互作用而产生毒性作用或不良反应，均属于配伍禁忌，在临床组方时应避免使用。古人将其归纳为“十八反”、“十九畏”，并编成歌诀。

十八反（《儒门事亲》）

本草明言十八反，半萆贝豉芩攻乌；
藻戟荒遂俱战草，诸参辛芍叛藜芦。

十九畏（《医经小学》）

硫黄原是火中精，朴硝一见便相争，
水银莫与砒霜见，狼毒最怕密陀僧，
巴豆性烈最为上，偏与牵牛不顺情，
丁香莫与郁金见，牙硝难合京三棱，
川乌草乌不顺犀，人参最怕五灵脂，
官桂善能调冷气，若逢石脂便相欺，
大凡修合看顺逆，炮熅炙煨莫相依。

关于“十八反”、“十九畏”，应以辨证的观点对待之，既不应将它看成绝对的配伍禁忌，也不应在尚未弄清其作用

机理之前，全盘否定。在临床应用时需注意以下几点。

(一) 大多数“反”、“畏”药物，本身就有毒，即使不与相反、相畏药物配伍，也可能产生毒性作用。如乌头、硫黄、大戟、芫花、藜芦、巴豆、牵牛、水银、砒霜等，在应用时尤应注意。

(二) “反”、“畏”药物在应用时剂量不宜过大，这不仅限于此两类药物，对其他药物也应注意。

(三) “反”、“畏”药物的配伍也许对人体某些特定的正邪盛衰情况呈现特定的作用，或与机体其他情况的反应性不同有关。故需注意机体邪正盛衰的情况，具体对待之。

总之，临床上凡涉及十八反、十九畏配伍的应用，在没有明确其适应范围、没有足够把握时，应当严肃对待，谨慎小心为好。

二、十八反、十九畏在 临床上的配伍应用

虽然古人提出十八反、十九畏，但历代及现代医家仍有不少“反”、“畏”药物配伍的应用。有认为其并非绝对禁忌，若根据具体情况合理应用，反而能取得较好的治疗效果。现将文献中所载的此类药物的配伍应用列表如下，以供临床参考。

十八反、十九畏配伍组方应用表

组成药物	所治病证	方 剂 及 出 处
乌头配半夏	中风痰厥 瘫 疾 痲 积 聚 寒 疝 哮 喘 麻风顽痹 偏正头痛 胸痹心痛 呕 吐 泄 痢 筋挛骨痛 寒气厥逆 痛风历节 水 肿 咳 喘 虚 损 风寒湿痹 破 伤 风 胃 腕 痛	青洲白丸子《太平惠民和剂局方》 乳香寻痛丸《奇效良方》 乌头丸《千金要方》 芫花丸《外台秘要》 冷哮丸《张氏医通》 天香散《圣济总录》 如圣饼子《太平惠民和剂局方》 去来汤《辨证录》 白附饮《证治准绳》 如神止泻丸《太平惠民和剂局方》 骨碎补丸《太平惠民和剂局方》 赤丸《金匮要略》 大定风丸《疡医大全》 大豆汤《千金翼方》 姜椒汤《外台秘要》 十四味建中汤《太平惠民和剂局方》 罾痹止痛搜风汤 北京中医学院学 报(4): 51, 1980 青洲白丸子改散 江苏中医(6): 21, 1962 吉林中医药(6): 35, 1989
附子配半夏	腹 痛 呕 吐 痰 饮 气 厥 泄 泻	附子粳米汤《千金翼方》 附子半夏汤《扁鹊心书神方》 姜椒汤《外台秘要》 半夏汤《千金要方》 回阳救急汤《伤寒六书》

续表

组成药物	所治病证	方剂及出处
	伤寒阴痞 冷痰咳嗽 胃寒腹胀 积聚、留饮、宿食 虚 劳 关节痛 小儿慢惊风 心 悸 胃 脘 痛 咳 喘 胸 痹 痔漏、脱肛	附子散《张氏医通》 二生汤《济生方》 大半夏汤《备急千金要方》 通草丸《外台秘要》 十四味建中汤《太平惠民和剂局方》 大黄芪汤《三因极一病证方论》 乌蛇丸《传信适用方》 辽宁中医杂志(11): 20, 1982 吉林中医药(6): 35, 1989 山西中医2(3): 37, 1986 新中医(5): 43, 1989 钩肠丸《卫生宝鉴》
乌头配瓜蒌	关节疼痛 哮 喘	大黄芪汤《外台秘要》 拮抗丸 成都中医学院学报(2): 55, 1982
附子配瓜蒌	胃 脘 痛 中 风	成都中医学院学报(1): 52, 1981 江苏中医杂志(2): 8, 1981
乌头配贝母	痰 积 聚 乳 腺 瘤	金露丸《太平惠民和剂局方》 辽宁中医杂志(10): 24, 1982
附子配贝母	胃炎哮喘 乳腺疾病	哈尔滨中医(9): 61, 1960 辽宁中医杂志(2): 22, 1982
乌头配白藜	怔 忡 风 痹 五癆百病 跌打损伤	镇心丹《太平惠民和剂局方》 风痹散《千金翼方》 肾沥散《千金要方》 红丸子《仙授理伤续断秘方》

续表

组成药物	所治病证	方剂及出处
附子配白薇	崩漏 白癜风	白芨丹《太平惠民和剂局方》 北京中医(4): 64, 1983
乌头配白及	跌打损伤 妇人阴脱 胃脘痛	黑子丸《景岳全书》 《本草纲目》录广剂方 温中扶脾止痛汤 北京中医学院学 报 11(2): 43, 1988
海藻配甘草	瘰疬 瘰疬 甲状腺肿 颈淋巴结核 甲状腺功能亢进 乳房瘤 乳房囊性增生 子宫肌瘤 结核性胸膜炎 骨结核、骨瘤 肠系膜淋巴腺结核 支气管哮喘 高血压 动脉硬化 脑出血	内消瘰疬丸《疡医大全》 海藻玉壶丸、通气散坚丸、防风羌 活汤《医宗金鉴》 瘰疬丸 中医杂志(6): 306, 1957 中医杂志(4): 26, 1962 桂枝龙牡汤加海藻 浙江中医学院 通讯(3): 21, 1977 江苏中医(12): 39, 1962 化癖三联汤 吉林中医药(1): 12, 1987 中成药研究(1): 20, 1984 膈下攻坚破积汤 吉林中医药(2): 49, 1981 浙江中医杂志(3): 144, 1980 山东中医药杂志(4): 7, 1983 上海中医药杂志(1): 27, 1983 中药通讯6(3): 36, 1991 新中医(5): 48, 1978 新中医(增刊)(2): 32, 1980

续表

组成药物	所治病证	方剂及出处
	再生障碍性贫血 秃发症	中国医院药学杂志 7 (4): 186, 1987 小柴胡汤加海藻 哈尔滨中医杂志 (6): 27, 1965
甘遂配甘草	留饮 水肿 胸痹 二便不通 小儿疳积 肝硬化腹水 肾炎水肿 痰迷心窍 胸膜炎 结核性脓胸 腹积聚 急慢性支气管炎 食道癌 腹壁脂肪增多症 戒鸦片	甘遂半夏汤《金匮要略》 治肝木香散《素问病机气宜保命集》 陷胸汤《千金要方》 《太平圣惠方》 紫双方《千金要方》 双甘丸 哈尔滨中医 2 (7): 61, 1980 双甘丸 哈尔滨中医 2 (7): 61, 1980 山东中医杂志 (2): 29, 1985 赤脚医生杂志 (1): 48, 1978 宽胸逐饮祛痰汤 吉林中医药 (1): 49, 1981 追风下毒丸 成都中医学院学报 (2): 57, 1982 甘遂半夏合小青龙汤加减 山东中医杂志 (4): 8, 1984 甘遂甘草散 天津医学·肿瘤学附刊 (3): 24, 1980 江西中医药 (1): 7, 1981 温白丸加甘草、甘遂 山东中医杂志 (2): 29, 1985
大戟配甘草	肺癆	制厚朴汤《千金要方》

续表

组成药物	所治病证	方 剂 及 出 处
	虚劳风冷 脚气肿毒 大便壅塞 水肿、癖饮	大投杯汤《千金要方》 《本草纲目》引百选方 《外台秘要》 干枣汤《千金要方》
芫花配甘草	水肿、癖饮 一切蛊毒 劳 瘵 肿 瘤 冻 伤	芫蒴汤《圣济总录》 大金牙散《千金要方》 莲心散《丹溪心法》 膈下攻坚破积汤 成都中医学院学 报(1): 48, 1981 中华外科杂志7(10): 1029, 1959
藜芦配人参	癥瘕积聚 妇人腹中积聚 痛经闭经 中风痰厥 偏正头痛 肠痈、乳痈 冠心病、胃溃疡	太乙神陷冰丸《千金翼方》 鸡鸣紫丸《千金要方》 化癥回参丹《温病条辨》 神照散《奇效良方》 通顶散《医方考》 犀角丸《圣济总录》 山东中医学院学报(3): 53, 1982
藜芦配丹参	癥瘕积聚	紫参丸《外台秘要》
藜芦配苦参	水肿、大腹水肿	水症丸《外台秘要》
藜芦配细辛	中风痰厥 咽喉肿毒	嚏鼻夺命丹《穗生堂》 通气散《维治维绳·疡医》
藜芦配芍药	五 饮	大王饮丸《千金要方》
官桂配赤石脂	经闭不孕	胎产金丹《仙拈集》

续表

组成药物	所治病证	方 剂 及 出 处
	月经不调 崩 漏 胎动不安 产后下痢 妇人五劳七伤 血 症 久痢、心腹绞痛 心悸、失眠 痞 积	妇科金丹《全国中药成药处方集》 伏龙肝汤《千金要方》 胎产丸《胎产心法》 赤散《千金要方》 柏子仁丸《千金要方》 沈氏血症丸《杂病源流犀烛·六淫门》 肉豆蔻丸《鸡峰普济方》 大定心汤《圣济总录》 痞气丸《世医得效方》
人参配五灵 脂	癥瘕积聚 血 胀 胎漏、恶露不尽 噎 膈 肝脾肿大 胃 溃 疡 肝 癌 慢性肠炎	化痰回生丹《温病条辨》 人参芎归汤《仁斋直指方》 回生丹《增补万病回春》 《脉诀汇辨》 上海中医药杂志(3):9, 1965 溃疡汤加减 河南中医(3):48, 1986 中药通报(中药理论增刊)(1):207, 1986 中医药学报

续表

组成药物	所治病证	方剂及出处
乌头配犀角	中风瘫痪、痿痹痿厥	大活络丸《摄生从妙方》
	中风、口眼喎斜	人参再造丸《北京市中药成药选集》
	妇人中风、角弓反张	白僵蚕散《证治准绳·妇科》
丁香配郁金	中风痰厥	十香返魂丹《春脚集》
	消化不良	十香分气丸《全国中药成药处方集》
	食道癌	中医药学报(5):23, 1988
	顽固性妊娠恶阻	辽宁中医杂志(7):45, 1980
巴豆配牵牛	浮肿喘急	加味控涎丸《世医得效方》
	膀胱有热、壅滞作痛	牵牛丸《世医得效方》
	小儿痞积	取癖丸《婴童百问》
	小儿癫痫	川楝丸《证治准绳·幼科》
	肝硬化腹水	追风下毒丸《吉林中医药》(2):49, 1981
硫黄配朴硝	阴毒伤寒	返阴丹《世医得效方》
	头风头痛	硫黄丸《普济本事方》引沈存中方
	中暑眩晕、昏不知人	大黄龙丸《世医得效方》
	伤暑伤冷、中脘痞闷	《济生方》卷二

续表

组成药物	所治病证	方剂及出处
雄黄配轻粉	小儿惊风 暴急喘逆、小儿惊风 诸痛	大效雄朱化痰定喘丸《婴童百问》 大惊丸《太平惠民和剂局方》

(董玉珍 崔艳坚 陈伟)

说 明

- (1)“-”表示可相互配伍,溶液澄清,外观无变化,但未作毒性试验。
- (2)“+”有浑浊或沉淀、变色等现象。
- (3)“±”浓溶液相互配伍有浑浊或沉淀,但先将其中一种药物加入输液中稀释后,再加入另一种药物,溶液澄清,可配伍。
- (4)“△”相互配伍,溶液虽澄清,在外观上无变化,但效价降低。
- (5)“(+)”相互配伍,产生浑浊或沉淀,并使效价降低。
- (6)本表各药标明的 pH 值系用广泛试纸测定,未经精确测定。

第三章 抗菌急救药物的相互作用(包括配伍禁忌)

抗菌药物	配伍药物	作用结果
[β -内酰胺类抗生素类] 不耐酶青霉素或不耐酶头孢菌素	酶抑制剂、克拉维酸或青霉烷砜(舒巴坦)	防止抗生素为 β -内酰胺酶破坏, 增强抗菌作用
主要经肾小管排泄的 β -内酰胺类	丙磺舒、保泰松、阿司匹林、消炎痛、磺胺药、硫氧唑酮	通过减少 β -内酰胺类药物在肾小管排泄, 使血药浓度和脑脊液药物浓度提高
蛋白结合高的青霉素类或头孢菌素类 头孢噻啉、头孢噻吩等第一代头孢菌素	蛋白结合高的非甾体抗炎剂 氨基糖甙类、髓祥利尿剂、多肽抗生素(多粘菌素、万古霉素、卷曲霉素、杆菌肽等)	通过蛋白结合竞争可使游离抗生素浓度增高 增加肾毒性
氨基青霉素类(氨苄西林等)具有甲基四氮唑的头孢菌素(头孢哌酮、头孢孟多、拉氧头孢等)	尿酸抑制剂(别嘌醇) (1)酒精(应用头孢菌素类后饮酒) (2)口服抗凝血药、阿司匹林 (3)维生素K	增加皮疹发生率 出现戒酒硫样反应 增加出血危险性(由于低凝血酶原血症) 防止此类头孢菌素引起的出血反应

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
广谱青霉素	口服避孕药	通过青霉素清除能阻碍避孕药失活的肠道细菌,使避孕药失效
β-内酰胺类(尤其是羧苄西林)	氨基糖甙类(尤其是庆大霉素、妥布霉素)	二者在同一容器内滴注或注射,前者可使后者失活;在肾功能减退、血药浓度高、半减期长时在人体内也可发生此现象
青霉素类、头孢菌素类	红霉素、四环素、两性霉素B、血管活性药(间羟胺、去甲肾上腺素等)、苯妥英钠、盐酸羟嗪、氯丙嗪、异丙嗪、维生素B组、维生素C	β-内酰胺类静脉输液中加入后类药物时将出现混浊
青霉素	能量合剂、碳酸氢钠、氨茶碱、肝素、谷氨酸、精氨酸	在同一容器内静脉滴注有配伍禁忌(减弱抗菌药物活性或出现混浊变色)
羧苄西林	氯霉素琥珀酸钠、水解蛋白、氯化钙、葡萄糖酸钙、右旋糖酐、氯化可的松琥珀酸盐	在同一容器内联合静脉滴注有配伍禁忌
[大环内酯类]		

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
大环内酯类	碱性药	调整尿 pH 而加强大环内酯类抗菌活性
红霉素月桂酸酯或三乙酰竹桃霉素 大环内酯类	利福平	增加肝毒性
大环内酯类(尤其三乙酰竹桃霉素)	雌性激素、避孕药	增加肝毒性(胆汁淤积)
大环内酯类(尤其三乙酰竹桃霉素) [氨基糖甙类抗生素]	卡马西平	增加神经毒性
氨基糖甙类	尿碱化剂	后者可增强前者治疗尿路感染的效果
氨基糖甙类	头孢噻吩、头孢唑啉、甲氧西林、万古霉素、多粘菌素类、两性霉素 B、甲氧氟烷	加重肾毒性
氨基糖甙类	万古霉素、利尿剂、高剂量阿司匹林	加重耳毒性
氨基糖甙类	挥发性麻醉剂、箭毒、高剂量镁盐	加强神经肌肉接头的阻滞作用, 可出现肌肉麻痹, 呼吸抑制等
氨基糖甙类	维生素 C	酸化尿中的氨基糖甙类, 使之抗菌作用减弱
新霉素(口服)	洋地黄	长期口服新霉素可减少洋地黄在消化道的再吸收

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
[喹诺酮类]		
喹诺酮类	尿碱化剂	降低某些喹诺酮类的抗菌作用和尿药浓度
依诺沙星、环丙沙星	茶碱类	提高茶碱类浓度、有癫痫发作危险
喹诺酮类	含镁、铝的抗酸剂	可能通过螯合作用,影响喹诺酮类自胃肠道吸收
[磺胺药]		
磺胺药	β -内酰胺类	通过肾小管内泌管竞争,减少 β -内酰胺类排泄
磺胺药	碱化剂	增加尿中溶解度
磺胺药	抗酸剂	增加磺胺药在胃肠道的吸收
磺胺药	环孢菌素	降低环孢菌素血浓度
蛋白结合高的磺胺药 (尤其是磺胺苯吡唑)	(1)口服抗凝剂 (2)口服降糖药	增加出血危险 低血糖反应 加多 白结合 竞争和 抑制两 种配伍 药的生 物转化)
磺胺药	苯妥英钠	增加苯妥英钠血浓度和毒性,如眼球震颤、共济失调等
[氯霉素]		

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
氯霉素	利福平	由于利福平对氯霉素代谢酶的诱导,而降低氯霉素在血和脑脊液中的浓度
氯霉素	磺胺药	增加对造血系统的毒性
氯霉素	磺脲降糖药(氯磺丙脲)、苯妥英钠、口服抗凝剂	通过氯霉素抑酶作用,使配伍药物的血浓度增高,半减期延长,作用加强
氯霉素	酒	出现双硫醒样反应
氯霉素	扑热息痛	通过代谢竞争,氯霉素加重扑热息痛的毒性;氯霉素血清半减期延长
氯霉素	烷化抗癌药	相互增加毒性;通过对活性代谢产物的抑制而降低环磷酰胺的作用
氯霉素	氨基比林、非甾体抗炎药	相互增加对造血系统的毒性
[甲硝唑] 甲硝唑	氯霉素	增加对造血系统毒性
甲硝唑	酒精	双硫醒样反应、急性精神病、意识模糊
甲硝唑	口服抗凝剂	增强抗凝作用,引起出血

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
甲硝唑	苯巴比妥及其他酶诱导剂	缩短甲硝唑血清半减期
甲硝唑	甲氰咪呱	延长甲硝唑血清半减期, 提高其血浓度, 可增加神经毒性
[四环素类]		
四环素类	尿酸化剂	增加抗菌作用
四环素类	含二价、三价阳离子口服药(铝、钙、镁、铋等抗酸剂)、铁制剂、抗胆碱药	通过螯合作用或其他机制, 影响四环素类吸收
多西环素、米诺环素	苯妥英钠、卡马西平、苯巴比妥	通过诱导酶作用, 降低多西环素和米诺环素半减期; 与苯巴比妥合用可发生中枢神经系统抑制
四环素类	口服抗凝剂	加强抗凝作用(肠道细菌合成维生素 K 减少), 引起出血
[多粘菌素类]		
多粘菌素 B、多粘菌素 E	尿酸化剂	增强抗菌活性
多粘菌素 B、多粘菌素 E	头孢噻啶、甲氧西林、氨基糖甙类	增加对肾脏毒性

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
多糖菌素 B、多粘菌素 E	箭毒等肌肉松弛剂	增强神经肌肉接头的阻滞作用，引起呼吸麻痹
[呋喃类]		
呋喃妥因	尿酸化剂	增强抗菌作用，但呋喃妥因尿排泄量减少
呋喃妥因	尿碱化剂	增多尿中排泄，但对抗菌活性不利
呋喃妥因	阿斯匹林、硫氮唑酮	通过肾小管分泌竞争，减少呋喃妥因尿中排泄
呋喃妥因	喹诺酮类	常有拮抗作用(变形杆菌属、克雷伯菌属)
[利福平]		
利福平	喹诺酮类	增强对肠杆菌科细菌、不动杆菌属的抗菌活性
利福平	两性霉素 B、氟胞嘧啶、酮康唑等咪唑类药物	体外及动物实验增强对深部真菌的抗菌作用
利福平	甲氧苄氨嘧啶	出现体外拮抗作用
利福平	酮康唑、氯霉素、口服降糖药、肾上腺皮质激素、洋地黄、甲基多巴、奎尼丁、安妥明等	通过诱导酶作用降低配伍药物的血浓度，减弱其药理活性
利福平	口服避孕药	月经周期紊乱，避孕失败
利福平	巴比妥类	降低利福平的血浓度

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
利福平	环孢菌素	降低环孢菌素血浓度
利福平	丙磺舒	通过肝细胞膜受体的竞争, 延长利福平血清半减期, 提高利福平血浓度, 增加利福平毒性
酮康唑	利福平、异烟肼	通过利福平诱导酶的作用, 降低酮康唑血浓度; 酮康唑减少利福平和异烟肼的吸收
酮康唑	灰黄霉素	增加肝毒性
咪康唑	口服抗凝血药	出血反应
咪康唑	苯妥英钠、卡马西平	增加神经毒性 (肌肉阵挛、震颤、共济失调等)
咪康唑	口服降糖药	加强降糖作用、出现低血糖反应
[灰黄霉素]		
灰黄霉素	脂肪饮食	增加灰黄霉素自胃肠道的吸收
灰黄霉素	口服抗凝血药	疗程中灰黄霉素降低抗凝血药的作用, 停药时可有出血反应
灰黄霉素	巴比妥类	减少灰黄霉素自胃肠道的吸收
灰黄霉素	口服降糖药	通过灰黄霉素诱导酶的作用, 减弱降糖作用

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
灰黄霉素	酒精	双硫醒样反应
[异烟肼]		
异烟肼	利福平、吡嗪酰胺	增加肝毒性反应
异烟肼	胃抗酸药	减少和延迟异烟肼在
		胃肠道的吸收
异烟肼	苯妥英钠	异烟肼抑制苯妥英钠
		的代谢性生物转化；后
		者血浓度增高则出现毒
		性反应
异烟肼	卡马西平	异烟肼的肝毒性和卡
		马西平的中枢神经系统
		抑制作用皆增加
异烟肼	双硫仑	易出现精神反应、共
		济失调等
异烟肼	口服抗凝剂	有出血危险
异烟肼	中枢兴奋剂	增加抽搐危险
异烟肼	肾上腺皮质激素	降低异烟肼血浓度，
		在慢乙酰化者加速异烟
		肼乙酰化和肾排泄
[氟胞嘧啶]		
氟胞嘧啶(FC)	两性霉素 B	出现协同作用，但两
		性霉素 B 的肾毒性将提
		高；FC 的血浓度增高半
		减期延长
氟胞嘧啶	酮康唑、咪康唑	体内、体外出现协同
		作用

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
氟胞嘧啶	阿糖胞苷	竞争性抑制, 使 FC 失活
[咪唑类药物]		
酮康唑	胃酸化剂	可增加酮康唑在胃肠道的吸收
酮康唑(大剂量)	肾上腺皮质激素	防止肾上腺功能减退
酮康唑	抗 H ₂ 受体抑制剂 (甲氰咪呱、雷尼替丁)、胃抗酸剂、抗胆碱药	配伍药物抑制酮康唑在肠胃道的吸收
酮康唑	环孢菌素	增加肌酸血症, 增加环孢菌素血浓度、延长其血清半减期
[两性霉素 B]		
两性霉素 B	洋地黄	由于两性霉素 B 所致的低血钾, 增加洋地黄毒性
两性霉素 B	箭毒类药物	易出现神经肌肉接头阻滞, 导致呼吸麻痹
两性霉素 B	糖激素	易出现低血钾症
两性霉素 B	噻嗪类利尿剂	增加低血钾作用和肾毒性
两性霉素 B	环孢菌素	增加肾毒性

续表

抗菌药物	配伍药物	作用结果
两性霉素 B	四环素类、抗组胺药、青霉素钾或钠、维生素、盐水	可能发生沉淀，不可在同一容器内给药
[抗病毒药] 阿昔洛韦	丙磺舒	增加阿昔洛韦毒性
金刚烷胺	抗胆碱药和抗帕金森病药（东莨菪碱等）	金刚烷胺可增加后者的副作用如口干、共济失调、视力模糊、发音不清、中毒性精神病等
金刚烷胺 阿糖腺苷	噻嗪类利尿剂 别嘌醇	增加金刚烷胺的毒性 增加肾毒性

(巫利璇 董玉珍 陈伟)

第四章 中西药的配伍禁忌

中西药物之间的配伍应用，主要有以下两种情况。

一、中西药物配合同时使用 将中药和西药配伍在一起，制成某些成药，或中药、西药分别处方，供患者同时使用。如维C银翘片、消渴丸等。

二、中西药物联合应用 是指患者在发病过程中的不同阶段，分别使用中药和西药，从而提高对疾病的治疗效果。

但不合理的中西药物配伍，非但不能增强疗效，反而会降低药效，甚至产生毒副作用。现参考有关文献资料，将中西药物的配伍禁忌归纳如下。

中西药物配伍禁忌表

类型	中草药	西药	配伍变化	结果
生物碱类中药	麻黄及其制剂	痢特灵、优降糖、苯乙肼等单胺氧化酶抑制剂	可使去甲肾上腺素、多巴胺等单胺类神经介质不能被酶破坏，而贮存于神经末梢的神经介质大量释放，严重时可致高血压和脑出血	毒性增强
		利血平、胍乙啶、复方降压素等降压药	可竞争性阻碍降压药进入交感神经末梢	降压效果降低或失效

续表

类型	中草药	西药	配伍变化	结果	
生物碱类中药		氯丙嗪等镇静催眠药	拮抗镇静催眠药的中枢抑制作用	药效降低或失效	
		洋地黄、地高辛、毒毛旋花子 K 等强心药	麻黄类能兴奋心肌而加快心律, 可增加强心药对心脏的毒性	毒性增强	
		肾上腺素、去甲肾上腺素、异丙基肾上腺素	麻黄碱有类似肾上腺素样作用	毒性增强	
		雷米封等	均有兴奋精神、排尿困难的副作用	毒副作用增强	
		氮茶碱	可引起头痛、头昏、心律失常等	毒副作用增强	
		胃蛋白酶、淀粉酶等酶制剂	产生沉淀	药效降低或失效	
		葡萄糖酸钙、氯化钾、硫酸亚铁等金属盐类	产生沉淀	药效降低或失效	
		土的宁、阿托品等生物碱类	药物作用相加	毒副作用增强	
		洋金花、天仙子等含莨菪碱、东莨菪碱等中药及制剂	四环素、红霉素、利福平、氨基青霉素等抗生素	降低抗生素药物的吸收	药效降低
		延胡索及其制剂	咖啡因、苯丙胺等中枢兴奋剂	延胡索等可对抗中枢兴奋作用	药效降低

续表

类型	中草药	西药	配伍变化	结果
鞣质类 中药	地榆、五倍子、虎杖、诃子、篇蓄等	酶制剂（如多酶片、胰酶等）	降低酶制剂的生物利用度	药效降低
		洋地黄、地高辛等强心药	形成鞣酸沉淀物，难于吸收	药效降低
		碳酸钙、葡萄糖酸钙、胃舒平、硫酸锌、硫酸亚铁等金属离子制剂	发生沉淀、变性等化学反应	药效降低
		含氨基比林成分的药物，如索米痛、氨非咖等	发生沉淀、变性等	药效降低
		维生素 B ₁ 、B ₆ 等	发生缔合反应，使两者	药效降低
		四环素类、红霉素类、利福平、灰黄霉素、磺胺类等	肝脏毒性作用增加，可诱发中毒性肝炎	毒副反应增强
甙类 中药	罗布麻、夹竹桃等含强心甙类中药及制剂 桃仁、杏仁、白果、枇杷叶等含氰甙类中药及制剂	洋地黄、地高辛、毒毛旋花子 K 等	作用相加	毒副反应增强
		硫喷妥钠、可待因等麻醉、镇咳药	可加重呼吸中枢抑制作用	毒性增强

续表

类型	中草药	西药	配伍变化	结果
试 类 中 药	甘草及其制剂	奎宁、阿托品等碱性较强的生物碱	产生沉淀, 减少吸收	药效降低
		洋地黄、地高辛等强心甙类	可导致心脏对强心甙的敏感性增高	毒性增强
		胰岛素、优降糖、降糖灵等降糖药	可与降糖药发生拮抗作用	药效降低
		阿斯匹林等水杨酸衍生物	增加消化道溃疡的发生率	副反应增强
		双氢克尿噻、利尿酸、速尿等排钾利尿药	两者均有排钾作用	引起低血钾
中 药	柴胡、桑叶、槐花、侧柏叶、山楂等含有鞣甙、芸香甙的中药及制剂	碳酸钙、维丁胶性钙、硫酸镁、氢氧化铝等含金属离子药物	与金属离子形成结合物而降低药物生物利用度	药效降低
	人参、黄芩、龙胆草、大黄等皂甙类中药及制剂	维生素 C、烟酸、谷氨酸、胃酶合剂等酸性较强药物	可使中药甙类分解成皂元和糖	中药药效降低

续表

类型	中草药	西药	配伍变化	结果
有机酸类中药	山楂、乌梅、山茱萸、五味子等含有机酸中药及其制剂	磺胺类药	尿液酸化, 使磺胺药的溶解度降低	引起结晶尿或血尿
		红霉素	可使红霉素分解失效	失去抗菌能力
		呋喃坦啶、利福平、阿斯匹林、消炎痛	可使西药在肾脏的重吸收增加, 加重对肾脏的毒性	毒性增加
		氨茶碱、胃舒平、碳酸氢钠等碱性药	两者发生中和反应	抗菌效力降低
		氨基糖甙类抗生素	减少抗生素吸收	抗菌效力降低
		利福平、咖啡因、东莨菪碱等弱碱类药物	肾小管重吸收减少, 排泄增加	药效降低
矿物类中药	龙骨、石膏、赤石脂、明矾、磁石等含钙、镁、铅、铁等金属离子的中药及制剂	四环素族、左旋多巴等分子中含酚羟基的药物	生成难溶性络合物, 干扰药物吸收	抗菌作用降低
		异烟肼	与肼类功能团发生反应, 影响吸收	药效降低
		强地松龙片	使其药物利用度下降	药效降低

续表

类型	中草药	西药	配伍变化	结果
	石膏、代赭石等含钙离子中药及制剂	碳酸可待因、硫酸甲苯磺丁脲等磷酸盐、硫酸盐类药物	可形成磷酸钙、硫酸钙而产生沉淀	药效降低
		洋地黄、地高辛、毒毛旋花子 K 等强心甙类	增加强心甙类药物对心脏的毒性而易致中毒	毒性增强
		硫酸镁	减降镁离子的渗透压, 缓解肠蠕动, 拮抗其致泻作用	药效降低
矿物	朱砂、轻粉等含汞中药制剂, 如朱砂安神丸、梅花点舌丹	碘化钾(钠)、溴化钾(钠)、硫酸亚铁、碳酸氢钠、巴比妥钠等	产生可溶性汞盐, 加重肾脏毒性, 并引起药物性肠炎	毒性增强
中药	雄黄、砒霜等含砷中药制剂, 如牛黄解毒片、六神丸、安宫牛黄丸等	胃蛋白酶、淀粉酶等酶制剂	形成不溶性沉淀物, 抑制酶活性	药效降低
		亚铁盐、亚硝酸盐	生成砷酸盐	药效降低
		硝酸盐、硫酸盐	使雄黄所含硫化砷氧化	毒副作用增强
	硼砂及其制剂, 如冰硼散、喉症丸、通窍散等	氨基糖甙类抗生素	增加脑组织中药物浓度, 使其毒性作用增强, 影响前庭功能	毒副作用增强
		苯巴比妥、水杨酸钠、阿斯匹林、吠喃坦啶、先锋霉素等弱酸性药	使西药离子化程度增高, 肾小管对其重吸收减少, 排泄增加	药效降低
		四环素、上霉素、强力霉素等	使四环素溶解度下降, 吸收减少	药效降低

续表

类型	中草药	西药	配伍变化	结果
动物 物 类	蟾蜍及其制剂如六神丸	洋地黄等强心药	均有强心作用, 易致洋地黄中毒	毒性增强
	牛黄及其制剂	水合氯醛、吗啡、苯巴比妥	有拮抗作用	药效降低
	熊胆、蛇胆类及有利胆作用的中药	奎尼丁	形成不溶性络合物使吸收减少	药效降低
中 药	丹参及其制剂	细胞色素 C	不可混合静滴, 药液混浊变色	药效降低
		胃舒平	丹参酚与铝离子结合形成络合物, 不易吸收	药效降低
其 他 类	藜蒿、泽泻、白茅根、夏枯草、牛膝等含钾丰富的中药	安体舒通、氨苯喋啶等保钾利尿药	长期应用可致高血钾	毒副作用增强
	茵陈及其制剂	氯霉素	有拮抗作用	药效降低
中 药	大黄及其制剂	酶制剂	可抑制酶的活性	药效降低
		核黄素、烟酸、咖啡因、茶碱等	大黄的抗菌作用受抑制	药效降低
		氯霉素	大黄的致泻作用减弱	药效降低

续表

类型	中草药	西药	配伍变化	结果
其他类 中药	血余炭、蒲黄炭、煅瓦楞等煅、炭类中药制剂	酶制剂、生物碱类	煅炭后中药有较强吸附性，能降低西药的疗效	药效降低
	蜂蜜、大枣、金樱子及糖浆、膏剂、大蜜丸等	退热清、感冒清等	退热成分与蜂蜜、糖类形成复合物，减少初期吸收	药效降低
	天麻、僵蚕等平肝熄风类中药制剂	咖啡因、尼可刹米、山梗菜碱等中枢兴奋药	产生拮抗作用	药效降低
	昆布、海藻等含碘中药及制剂	异烟肼	与异烟肼发生氧化反应，生成异烟酸、卤化物等	药效降低

以上中西药物之间的配伍禁忌须辨证地看待。因诸多中药具有双向调节作用，加之中药组方药物间的相互作用甚为复杂，其具体药理作用至今仍未完全明了，不可过于简单化。在需要应用时，可通过不同给药途径等加以克服其配伍间的不良反应。

(巫利璇 董玉珍 陈伟)

第五章 常用急救技术

一、现场心肺复苏术

(一) 适应症 因各种原因所造成的循环骤停(包括心搏骤停和心室纤颤)。

(二) 方法

1. 证实 采用“一看”:看形态、面色、瞳孔。“二摸”:摸股动脉、颈动脉搏动。“三听”:听心音以证实病人心跳停止。

2. 准备 去枕平卧,将病人安放在平硬的地面上或背后垫一硬板,减少搬动。使呼吸道畅通,采用仰额举颌法:即一手置于前额使头后仰,另一手食、中指置于下颌骨近下颏或下颌角处,抬起下颌,有假牙者取出。

3. 人工呼吸 一般采用口对口或口对鼻呼吸。

(1) 在保持呼吸道通畅的条件下,用按于前额之手的拇、食指捏住病人的鼻翼下端。

(2) 术者深吸一口气,张开口紧贴并包住病人的嘴,深而快地向病人口内用力吹气,直至病人胸廓抬起为止。

(3) 一次吹气完毕,立即与病人口部脱离,抬起头部,吸入新鲜空气,以便下一次人工呼吸。同时使病人口张开,放松右手拇、食指,以便病人从口鼻通气。

(4) 人工呼吸频率为 12~20 次/分，同时应注意与心脏按压成比例。单人操作应心脏按压 15 次，吹气 2 次。双人操作为 5:1。吹气量目前公认以 800~1200 毫升/次。吹气时应停止胸外心脏按压。

4. 胸外心脏按压 应与人工呼吸同时进行。

(1) 按压位置在胸骨中、下 1/3 交界处的正中线上或剑突上 2.5~5 厘米处。

(2) 术者一手掌跟放于按压部位，另一手掌放于此手背上，两手重叠并使手指脱离胸壁。双臂绷直，双肩中点垂直于按压部位，利用上半身前倾力量垂直向下按压，使胸骨下陷 4~5 厘米。

(3) 按压频率 60~70 次/分，最快不超过 80 次/分，按压与放松的时间比例以 0.6:0.4 为宜。

5. 按压有效指征

(1) 按压时能扪及大动脉搏动，收缩压大于 8.0 千帕。

(2) 面色、口唇、指甲及皮肤等色泽再度转红，扩大的瞳孔再度缩小，出现自主呼吸。

(3) 神志逐渐恢复，可有眼球活动，睫毛反射与对光反射出现，甚至手脚抽动，肌张力增加。

(三) 注意事项

1. 胸外心脏按压应平稳、有规律地进行，禁用冲击式或跳跃式按压。按压至最低点，应有一明显的停顿，且放松时手掌跟不离开胸骨定位点，但应尽量放松。

2. 胸外心脏按压与人工呼吸要同步进行，不要为了观察脉搏和心率而频频中断心肺复苏，按压间歇时间不要超过 10 秒。

(3) 对胸壁开放性损伤、胸廓畸形、心包填塞或有肋骨骨折者，不宜进行胸外心脏按压。

(李俊 梅广源)

二、开胸心脏按压术

(一) 适应症 胸外心脏按摩无效，或胸廓严重畸形、胸部外伤、心脏填塞等不适于胸外心脏按摩术者。

(二) 方法

1. 建立呼吸 必须先行气管插管或口对口(鼻)人工呼吸，或呼吸机控制。

2. 迅速开胸 取左胸第4或第5胸间，旁开胸骨左缘1厘米，常规消毒、铺巾后切开至腋中(或腋后)线，先切开全层皮肤、皮下，在肋间最宽处再切开1~2厘米直至胸膜，沿肋间居中剪开各层胸壁肌肉及胸膜，置入胸腔撑开器。

3. 剪开心包 将手伸入胸腔，抓住心包挤压，如心包张力大或挤压不确切，即迅速剪开心包，剪开大小以伸进5指为宜。

4. 准确按压 多采用单手按压法。拇指在前(右室壁)，其余四指在后(左室壁)，有节奏地挤压，每分钟80次即可。

5. 药物治疗 如心肌色泽和张力改善不明显，可静脉注射肾上腺素等 α -受体兴奋药。

6. 除颤 当心肌色泽转红，心肌张力改善，细颤变粗，

宜进行除颤。将两电极分别置于左右心室壁，电极板外包一层盐水纱布，可用 10 焦耳的低能量除颤，必要时可增至 20~40 焦耳。

(三) 注意事项

1. 按压时随时观察心肌颜色和张力，如心肌转红，张力适中，细颤变粗，提示按压有效。
2. 手指应避免冠状血管，注意指尖勿损伤心室壁。
3. 每次按压后应充分放松手指，以利血液回流和冠状循环。
4. 为保证心、脑灌注，可暂时阻断胸主动脉。

(李俊 吴焕林)

三、环甲膜穿刺术

(一) 适应证

1. 咽喉部急性阻塞如喉异物、声门水肿等。
2. 颌面或颈椎创伤致呼吸道梗阻。
3. 下呼吸道分泌物不能经口插管吸引解除，气管、支气管大出血等。
4. 作为紧急通气通道，可用以气管内滴药、吸痰、给氧、人工气道等。

因简单易行（可在 30 秒钟内完成）故可为建立正规人工气道赢得时间。

(二) 术前准备

1. 消除患者顾虑，剧咳者可服可待因 0.03 克。

2. 用品 清洁盘一套，环甲膜穿刺器（或喷射呼吸机装备的穿刺喷射针头或7~9号注射针头及10毫升无菌注射器），2%可卡因或地卡因，细硬膜外麻醉无菌尼龙管1根。

（三）操作方法

1. 患者取平卧或斜坡卧位，头向后仰，在野外术者可采跪姿，把患者颈部放在术者大腿上。

2. 确定穿刺点，即颈正中线甲状软骨和环状软骨间凹陷处即环甲膜（或称环甲韧带）。

3. 颈前皮肤常规消毒，术者以消毒的左手食指及拇指固定好环甲膜处气管两侧皮肤，右手持针经凹陷处垂直刺入，当有阻力顿失和落空感，病人呛咳，或注射器有气泡抽出，均为达气管腔之征。

4. 用布带固定穿刺器于垂直位置，注入少量表面麻醉剂，据病情需要通过穿刺器管口或给氧，或人工呼吸，或接呼吸器，或清除呼吸道分泌物，或注入药物，同时可经穿刺芯插入细小导管以助治疗。

5. 术毕，拔出穿刺器，用酒精棉球压迫穿刺点，片刻即可，如保留导管，应用消毒纱布包裹导管并予固定。

（四）应用原理 通过环甲膜穿刺器（或注射针头）穿刺环甲膜，迅速以穿刺器的管道建立临时气道，解除因喉部阻塞引起的缺氧。

（五）注意事项

1. 穿刺点要选准，穿刺进针要垂直，以避免出血、皮下或纵隔气肿甚至食管穿孔等。

2. 穿刺时不要损伤患者喉部，肯定刺入喉腔后，才能注射麻醉药或治疗药物。

3. 注入药物应以等渗盐水配制，pH 适当，以减少对气管粘膜的刺激。

4. 穿刺后要防止穿刺点出血以免引起呼吸道阻塞。

5. 必要时可行环甲膜切开术，即在环甲膜上方做 1 个 1.5~2 厘米的皮肤横切口，再用尖刀将环甲膜切开，并用血管钳将切口稍行扩大，然后置入气管套管。

6. 环甲膜穿刺或切开术因存在感染、出血等并发症，只能作为紧急措施，一旦病情稳定，应尽快改用正规气管切开术。

(李红 老昌辉)

四、气管插管术

(一) 适应症

1. 心跳骤停患者或处于深昏迷，各种生理反射消失。
2. 患者自主呼吸已停止或自主呼吸不足以维持正常供氧，而需长期进行人工呼吸。
3. 其它方法不能保证患者的有效通气。
4. 各类手术需全身麻醉者。

(二) 方法

1. 经口腔直视插管

- (1) 清除口腔、咽部分泌物，取除活动假牙。
- (2) 取仰卧位，肩部垫枕，头向后仰，颈上抬，使口、咽、气管成一直线，以利导管顺利插入。
- (3) 左手持喉镜，将窥视片从口腔右角，舌右缘旁向舌

根中线插入，直达悬壅垂时，将窥视片移到中线，将舌尖推向左侧再向内插，到达会厌前缘，再将窥视片向上提高并转动暴露声门。

(4) 暴露声门后，右手持气管导管用旋转方式将导管插入声门并拔除管芯，把导管推到气管上段或中上段（儿童推入2~3厘米，成人推入4~6厘米）。

(5) 固定导管，装上牙垫，退出喉镜，用胶布把气管导管与牙垫一起固定好。封闭气管，用注射器向气囊注气5~10毫升，再用止血钳夹紧气囊的小胶管。

(6) 接上简易人工呼吸器作人工呼吸，若双侧胸部起伏有气流声而胃部无气流声，不随呼吸而膨胀，即为插管成功。若一侧胸部有气流声而另一侧无，表明插管过深，已进入一侧支气管，需调整深度。若只有胃部有气流声，而且随人工呼吸而膨胀，则为导管插入食道，需拔出重插。

2. 经鼻腔插管

(1) 患者仰卧，术者左手托头，右手持管。

(2) 气管导管顶端涂润滑剂后，选择较通畅的鼻孔，将导管插进咽部，然后用插管钳将导管挟入声门。其余操作同经口腔直视插管。

(三) 注意事项

1. 套袖气囊注气不宜过多，气管粘膜长期受压会发生坏死。

2. 气管导管深度要适当，过深易进入支气管，影响通气造成肺不张，过浅则易滑脱。

3. 经鼻腔插管时要动作轻巧，以免鼻粘膜大块脱落，

撕裂造成鼻衄。

(李俊雄 老昌辉)

五、气管切开术

(一) 适应症

1. 咽喉、气管上段梗阻发生严重的呼吸困难。
2. 下呼吸道分泌物阻塞（多由于咳嗽反射消失）的疾病。

(二) 方法

1. 取仰卧位，肩下垫小枕，头向后仰，使下颌对准胸骨切迹，保持正中位。少数严重呼吸困难的成年病人可采取坐位。

2. 取1%普鲁卡因局麻。在正中线上，由浅至深，直达气管前壁。

3. 摸清甲状软骨、环状软骨和气管的位置，上至环状软骨下缘，下至胸骨切迹，切开皮肤皮下组织及颈阔肌，用拉钩拉开切口，血管钳插入分离舌骨下肌群，暴露甲状腺峡部。

4. 推开甲状腺峡部，显露气管，切开第3、4或5、6两个软骨环，吸除气管内血液及分泌物。

5. 将选好的气管套管，拔去内管，置入管芯，沿气管长轴向下轻轻插入，拔去管芯，套入内管，最后将套管布带绕于颈后，打结固定。

(李俊雄 老昌辉)

六、紧急心脏起搏术

(一) 适应症

1. 症状性Ⅱ°、Ⅲ°房室传导阻滞，尤其在急性心肌缺血、心肌炎时。

2. 症状性或抗药性窦性心律失常：如严重的窦性心动过缓、窦性停搏、窦房传导阻滞及交界性心动过缓者，需要紧急抢救者。

3. 各种心律失常引起的阿斯综合征的紧急抢救。

4. 药物中毒、电解质紊乱等引起的严重窦性心动过缓、Ⅲ°房室传导阻滞伴晕厥者。

5. 对药物治疗无效或不宜电转复的快速心律失常，如室上速、室性心动过速、心房扑动等。

(二) 方法

1. 胸壁起搏法

(1) 胸壁表面法：将两个电极放置在胸壁皮肤上，电极可一前一后、或一左一右，但阴极电极总是放在心尖部皮肤表面。电极直径为7.5~11.5厘米的盘状电极，起搏电流20~140mA，脉宽40ms。本法简便、快捷、有效。但由于电能大，刺激时可引起局部疼痛或肌肉跳痛。操作时阳极放置在左肩胛骨下角与脊柱之间，阴极放在心前区，女性应放在乳房之下，连接好心电图机，选一清晰且R波较高的导联以便观察。将电极导线与脉冲发生器相连，便可起搏，电流由小渐大，应注意起搏器接地，确保安全。

(2) 胸壁皮下法：用针形电极代替上述盘状电极，分别

刺入上述部位皮下 1.5 厘米处起搏。此法所用起搏电流、脉宽基本同上。其优点是无皮肤疼痛，但起搏效果差。

2. 心肌起搏法

(1) 直接心肌法：是利用开胸手术，在右室前壁相距 2 厘米处，分别缝合固定两枚电极于心肌上，实施紧急起搏。

(2) 经胸壁穿刺直接刺激心肌法：可用特制针灸针或注射针预先将针体涂好绝缘漆，使针体不导电，只在针尖部位 2~3 毫米不涂绝缘漆，以供电刺激之用。皮肤消毒后从胸骨左缘 4~5 肋间穿刺进入心肌后，针体随心跳摆动，即连接起搏器负极，从心底部皮下插入一针头接起搏器正极导线，调节输出电压至 3~6 伏，频率定为 70 次/分，进行起搏。此法只为紧急抢救使用，长期使用会严重损伤心肌，出现心包积血、心包填塞等危险。

3. 经胸壁穿刺心腔内电极起搏 采用较心内注射针稍粗的穿刺针，于胸骨左缘第 4 肋间刺入右心室，回抽有血时，迅速由针芯内插入起搏电极导线，拔掉穿刺针，保留电极导线并与起搏器相连。如为单极电极，应在皮下另置阳性电极。此方法简便，适于心室静止和心肌电-机械分离的病人的紧急抢救。但易造成心肌损伤，且应严格无菌操作。

4. 经静脉心内膜电极起搏法

(1) 经股静脉穿刺法放置电极起搏法：取仰卧位，局部常规消毒，浸润麻醉，以 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 角进针入血管后退出针芯，经针孔插入导引钢丝后退出穿刺针。再经导引钢丝插入扩张管和薄层外套管，退出导引钢丝和扩张管，经外套管内腔插入导管电极（双极），在 X 线透视下经右心房至右心室心尖部，使电极嵌入后，进行起搏测试，以远端电极为负

极，近端电极为正极，起搏电压阈值小于1伏（或2毫安）。测心腔内心电图要求R波振幅大于5毫伏，ST段抬高表示电极与心肌接触好。同时让患者作深呼吸、咳嗽等动作以观察电极是否牢固。测试完成后缓缓拔出导引钢丝，用缝线将导管结扎固定于穿刺点处皮肤上，将电极导管接于临时起搏器上进行起搏。

(2) 锁骨下静脉穿刺法：取头低脚高位，局部常规消毒，浸润麻醉，取锁骨中内1/3交界下缘以下1厘米处穿刺入锁骨下静脉，移去针管，由针腔中插入导引钢丝，移去穿刺针，用手术刀片把穿刺部位皮肤切开一小口，扩张皮下组织，将血管扩张器和薄层外套管顺导引钢丝插入静脉腔，让病人屏气，迅速移去导引钢丝和血管扩张器，把导管电极由外套管内插入右心房，随即取出外套管，局部压迫止血，然后插送导管电极至右心室。导管电极到位后，测试及起搏法均同上述。

(吴焕林 梅广源)

七、心脏电复律

(一) 适应症 主要适用于心室扑动或颤动，其次用于选择性房颤和室性心动过速，室上性心动过速限于药物治疗无效者。

(二) 类型

1. 按发放电流形式不同，分为交流和直流电复律两种。鉴于交流电复律的放电难控制，不便于同步，安全性能

差，故目前已基本放弃。

2. 按电复律时发放的电脉冲是否与心电图的 R 波同步，分为同步与非同步两种。前者用于室性及室上性心动过速、心房颤动和扑动的治疗，后者仅限于心室颤动和扑动的治疗。

(三) 方法

1. 病人平卧于木板床上，保持一静脉通路，便于急救需要，术前充分吸氧。

2. 联接好心电图机及电复律机。

3. 静脉推注安定 10~20 毫克，进入嗜睡状态即行电复律术。

4. 安置电极板 一种是一前一后安放，即分别将电极板置于左肩胛下区和胸骨左缘第四肋间水平。另一种是一左一右安放，即分别将电极放置于前胸心尖区和右胸水平，两者相隔 10 厘米以上。

5. 电复律机按预定的电能量充电，按下按钮进行电复律。

6. 电能大小视病情而定，对于室上性心动过速，首次电能为 25~50J，无效可递增至 75~100J，最大不超过 250J；室性心动过速一般为 100~150J，最大不超过 250J；心室颤动或扑动首次为 250J，每次递增 50~100J，最大可达 400J；心房颤动一般为 100~150J，最大不超过 200J；心房扑动一般为 25~50J。连续电击不宜超过 5 次。

7. 电击后，立即听诊并做心电图，便于前后对照。

(四) 注意事项及并发症

1. 选择合适病例，掌握好适应症以提高成功率，积极

做好术前准备。

2. 若病人有青光眼或对安定有不良反应者，可改用硫喷妥钠 120~250 毫克静脉注射，同时做气管插管及复苏准备。

3. 电极板须紧贴皮肤，勿使两电极板之间导电糊连成一片或盐水外溢，以免发生短路。

4. 电击时任何人不得接触病人及病床，以免被电击。

5. 心室颤动或扑动时，可不必麻醉及心电复律机同步性能测试，宜紧急施行非同步电击复律。

6. 密切监测生命体征之变化，及时对症处理。

7. 常见并发症有心律失常、栓塞、低血压、心肌损伤、肺水肿或心脏扩大、呼吸抑制等。

(陈海燕 邹旭)

八、机械通气术

(一) 适应症

1. 各种原因引起的急慢性呼吸衰竭，包括成人呼吸窘迫综合征 (ARDS)。

2. 哮喘持续状态及重度急性肺水肿。

3. 慢性阻塞性肺部疾病，慢性呼吸衰竭急性加剧，出现呼吸停止或通气不足而造成严重缺氧及二氧化碳气体交换障碍。

4. 神经、肌肉疾病所致的肺活量受限。

5. 某些情况下暂时的人为过度通气以降低颅内压或在

严重代谢性酸中毒时增加呼吸代偿。

(二) 方法

1. 连接呼吸机各部件，并通过面罩、鼻塞和导管，经口腔或经鼻气管插管、气管切开等方式与病人连接。

2. 选择相应的通气形式

(1) 控制通气 (CMV)：呼吸完全由呼吸机控制，主要用于自主呼吸停止或微弱的病人。

(2) 辅助通气 (AMV)：病人有一定量的自主呼吸，但通气量不够时采用。每次机械通气的启动都依靠病人自主呼吸动作来触发，因而通气频率取决于自主呼吸频率、潮气容积或通气量则由呼吸机设定。

(3) 间歇正压通气 (IPPV)：呼吸机在吸气时产生气压，将气体压入肺脏；呼气时压力降至大气压，气体受胸肺弹性回缩力排出。多数的 CMV 与 AMV 采用 IPPV 形式。

(4) 辅助-控制通气 (A-CV)：近年比较新的呼吸机均有该通气功能。当自主通气频率过慢，强度过弱，每分通气量明显小于设定值时，可自动变为控制呼吸；明显改善后，又可自动变为辅助呼吸。

(5) 间歇指令通气与同步间歇指令通气 (SIMV)：在自主呼吸中，呼吸机每分钟有规律地透气几次，其间代以自主呼吸，称为 IMV，如若 IMV 均与自主呼吸同步，则称为 SIMV。

(6) 持续气道正压通气 (CPAP)：此为在自主呼吸的基础上，整个呼吸周期均施以一定的压力辅助病人通气。常用于睡眠呼吸暂停综合征，严重哮喘发作及 ARDS 撤机之前的通气过程。

(7) 呼气囊正压通气 (PEEP): 此为在某种通气形式基础上 (最常见于 IPPV), 施加呼气末正压。

(8) 深吸气, 亦称叹息 (Sigh): 此为在某种通气的基础上, 每隔一定的通气次数 (一般 60~100 次), 呼吸机加深透气 1 次, 其潮气容积为原来的 1.5~2.5 倍。

(9) 压力支持通气 (PSV): PSV 是一种辅助通气方式, 在病人自主呼吸的基础上, 每次吸气都受到呼吸机的压力支持, 减少呼吸功率消耗。

3. 呼吸参数的调节

(1) 潮气量和频率: 潮气量 (VT) 按 10 升/千克计算, 但临床上尚需根据病人的呼吸动力学改变进行调节。如顺应性降低的患者, 可选择潮气量较小, 频率稍快。反之慢阻肺患者应选择潮气量大, 频率慢的呼吸。

(2) 吸/呼比 (I/E): $I:E = 1:2 \sim 3$ 。根据呼吸及循环两方面的情况, 适当选择其比例原则是达到吸气时在肺内均匀分布, 又能充分排出, 不增加心脏负荷。一般在肺气肿时可选择 1:2, 限制性通气障碍可选 1:1 或 1:1.5; 心功不全时选 1:1.5, ARDS 时选 1:1.5~2:1。

(3) 给氧浓度 (FiO_2): 对 ARDS 病人开始时 FiO_2 为 60%~100%, 对一般呼吸衰竭病人为 40%~50%, 对 COPD 病人为 40%, 并根据血气分析情况调整。

(4) 通气压力: 一般定为 1.47~1.96 千帕 (15~20 毫米汞柱), 通气压力增大易产生循环改变。如需加大通气压力, 则应减少吸气时间。

(5) 每分通气量: 应用呼气量表示, 一般为 3.5~4.5 升/(分钟·平方米)。

以上各参数在用呼吸机或呼吸机条件改变后半小时及 2 小时复查血气，然后根据血气分析结果调节。

(三) 注意事项

1. 保持呼吸道的通畅及湿化。
2. 加强营养支持，预防并发症。

(邹旭 李俊雄)

九、高频喷射通气术

(一) 适应症

1. 急性呼吸窘迫综合征的早期。
2. 伴有呼吸功能不全的休克患者。
3. 支气管胸膜炎。
4. 清除上呼吸道分泌物，清洗气管导管或气管切开导管时。
5. 颈椎骨折，头不能仰伸者。
6. 脑炎、脑膜炎或颅脑损伤引起的中枢性呼吸衰竭及格林巴利综合征。
7. 慢阻肺及其他伴有二氧化碳潴留的Ⅱ型呼吸衰竭能否适用高频通气目前尚有争议，但在保持呼吸道通畅，加用体外膈肌起搏及呼吸兴奋剂等措施下，对Ⅱ型呼吸衰竭有一定作用。

(二) 方法

1. 连接呼吸机各部件，接通气源、氧气减压器、输氧导管及喷射管（针）。

2. 调节驱动压力 一般情况下，成人高频喷射通气驱动压为 0.1 兆帕（0.06~0.12 兆帕）左右。但当喷射管位置较深、小气道痉挛明显、分泌物较多时，应增加驱动压，可调至 0.15~0.2 兆帕，一般不应超过 0.25 兆帕。

3. 选择通气频率 有研究提示，最佳频率为 60~150 次/分。但如果使用时间太长，也有部分肺泡萎陷的可能，因此，提倡定期或不定期的叠加低频通气（叹息）。频率超过 300 次/分，有增加二氧化碳潴留的危险。

4. 确定吸/呼时间比 一般不超过 1:1，也不宜小于 1:4，通常选择 1:2 或 1:5，否则会影响二氧化碳排出和气体交换。

5. 调节呼气末正压（PEEP） 为提高 PEEP 水平，应加快通气频率，加大吸/呼时比，为降低 PEEP 水平，则减慢通气频率，减小吸/呼时比。

6. 根据治疗目的调节

(1) 提高氧分压：宜采用长喷射管，增加氧浓度，增加驱动压及通气频率，增加吸/呼时间比，提高 PEEP 水平。

(2) 降低二氧化碳分压：降低氧浓度，将喷射管口外移，加大驱动压力，降低通气频率，吸/呼时间比选用 1:3~1:4；防止自发的 PEEP 升高。亦可试用气道内反向喷射通气或内外交替喷射通气。

(三) 注意事项

1. 应用高频喷射通气时应注意观察皮肤粘膜颜色，进行血气监测，必要时监测气道内压力。

2. 对声门完全闭合、未建立气道时以及肺脓肿患者健肺与患肺未隔绝时，应禁用高频喷射通气。

3. 应保持加温湿化的正常进行。

(吴焕林 李俊)

十、血管开通术

(一) 血管插管术

1. 适应症 监测血流动力学, 维持静脉通道输注高营养液体、电解质及刺激性液体。

2. 方法

(1) Seldinger 技术: 先将穿刺针以 $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ 角穿刺到血管中, 从针尾插入导丝后拔出穿刺针, 沿导丝插入血管, 最后在保持导管固定的条件下, 拔除导丝。

(2) 针套导管法: 先将穿刺针刺入预定静脉中, 然后将导管穿入针内, 推导管进入静脉内, 然后拔针, 固定导管。

(3) 导管套针法: 将导管套在穿刺针外, 导管与针一起穿刺入血管后, 拔出穿刺针。

3. 注意事项

(1) 严格无菌操作。

(2) 根据病情选择不同穿刺点, 并选择合适的穿刺针与导管。

(3) 插入导管管径粗时, 宜先作皮肤小切口。

(二) 中心静脉置管术

1. 适应症 监测中心静脉压, 维持静脉通道, 输注高营养液体、电解质及刺激性液体; 静脉取血作化验; 安置心内起搏导管。

2. 方法

(1) 锁骨下静脉穿刺术：多采用平卧位，头偏向一侧，以暴露胸锁乳突肌外缘，使静脉充盈。但心功能不全者，可选用半坐位；血容量不足者，可选用头低脚高位。

常规消毒、局麻。穿刺点为锁骨下 1 厘米，锁骨中内 1/3 或锁骨中外 1/3 均可。进针角度为 $35^{\circ} \sim 40^{\circ}$ ，穿刺方向对准胸锁关节上缘，穿刺针与内有 0.4% 枸橼酸钠生理盐水的 10 毫升注射器相连，徐徐进针，达锁骨下静脉时有穿透感，见回血后嘱病人屏住呼吸，取下空针换上装有 0.4% 枸橼酸钠生理盐水的水枪注射器，右手推注水枪注射器活塞，硅胶管即被射入血管内。取下水枪注射器，退出穿刺针，固定硅胶管，外以纱块敷盖。

(2) 锁骨上静脉穿刺术：体位同前，以胸锁乳突肌的外侧缘与锁骨上缘交界处为穿刺点，方向向内，对准胸骨角的中点的深面，操作方法同前。

(3) 颈内静脉插管术：患者取 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 角头低脚高位，头转向对侧，肩下垫一小枕。针头与皮肤呈 45° 角，针头指向同侧乳头，多采用 Seldinger 技术。

(4) 颈外静脉插管术：颈外静脉易见，可在直视下穿刺入静脉。操作简单，多采用针套导管法。

3. 注意事项

(1) 锁骨上、下静脉穿刺术并发症有气胸、血胸、空气栓塞、管栓、心房纤颤、淋巴管损伤及臂丛神经损伤等。穿刺后应严密观察，积极防治并发症。

(2) 硅胶管内有回血时，即以 0.4% 枸橼酸钠生理盐水注入，以免堵塞。输液完毕，应以 0.4% 枸橼酸钠生理盐水

冲洗，再密闭接头，固定待用。

(3) 颈内静脉插管术并发症包括误伤颈总动脉造成血肿、何纳氏综合征等。

(4) 颈外静脉不充盈时，可以手指按压其近心端，使之充盈，便于穿刺插管。

(三) 动脉插管术

1. 适应症 监测动脉压和心输血量，需动态监测动脉血气者，需迅速动脉放血以减轻心脏负荷者。

2. 方法

(1) 桡动脉插管术：先作 Allen 试验，将病人一侧手臂抬高高于心脏水平，作握拳-放松动作数次，术者将双拇指触及病人上述前臂的桡、尺动脉，再持续加压至手变白，放松尺动脉压迫，观察手部转红时间，正常少于 7 秒，超过 7 秒为阳性。阳性者绝对不能进行桡动脉插管，以防手部因供血不足发生坏死或影响功能。

穿刺时，手腕固定在背屈 60° 角的位置上，穿刺方向与皮肤成 30° 角，采用针套导管法。

(2) 肱动脉插管术：测量双上肢收缩压，若两侧相差 1.67 千帕以上则选用较高一侧。手臂与躯体成 $30^\circ \sim 45^\circ$ 夹角固定，以肘窝上方约 5 厘米处为穿刺点，针头以 $20^\circ \sim 30^\circ$ 角进针。

(3) 股动脉插管术：在腹股沟韧带下 2~3 厘米触及股动脉搏动，以左手食指、中指、无名指确定股动脉走向。穿刺针与皮面成 45° 进针，选用针套导管法或 Seldinger 技术。

3. 注意事项

(1) 穿刺成功后，应用肝素液冲洗导管。

(2) 穿刺不成功，拔针后局部压迫 5 分钟以上，方可再行穿刺。

(四) 静脉切开术

1. 适应症 静脉穿刺有困难，病情需要维持静脉通路者。

2. 方法 根据病情需要选择合适部位，常规消毒、局麻后，切开皮肤，游离静脉，结扎静脉远端，在结扎近心端静脉作一切口，经此切口插入输注用针头或导管，以丝线结扎固定，最后剪去线尾，缝合皮肤。

(陈海燕 叶欣)

十一、胸腔闭式引流术

(一) 适应症

1. 张力性气胸或复发性气胸，穿刺抽气无效者。
2. 外伤性血、气胸，经穿刺无法改善呼吸循环者。
3. 早期脓胸经胸膜穿刺抽脓无效者。
4. 脓胸合并支气管瘘。

(二) 方法

1. 套管法

(1) 选定入口肋间 (单纯性气胸采取患侧锁骨中线第二肋间；血胸或脓胸取患侧腋后线第八肋间，包裹性液气胸应参照胸片)。常规消毒铺洞巾，1% 普鲁卡因作局部浸润麻醉至胸膜，回抽见液 (气) 体后，用尖刀作一小切口，左手食、中指固定切口周围，右手持套管针，食指固定于距针尖

4~5 厘米处，以免刺入过深。

(2) 套管针垂直刺入胸腔，将针芯取出，立刻将胶管插入侧孔，送至胸膜内 2~3 厘米。

(3) 固定胶管，退出套管针，切口缝合 1 针并将胶管固定于皮肤缝线，末端接水封瓶，切口用纱布覆盖固定。

2. 切开法

(1) 消毒麻醉定位同套管法。

(2) 作平行于肋骨的切口约 2 厘米，切开皮肤及皮下组织，胸肌和肋间肌用血管钳作钝性分离直达胸膜。

(3) 两把血管钳夹住引流管末端和插入端，并使插入端钳超过引流管 1 厘米。在钳的引导下将胶管插入胸腔约 2~3 厘米。抽出血管钳，固定胶管。

(4) 胶管插入后，末端接水封瓶，松开钳夹胶管之血管钳，若能见到水封瓶中有气泡逸出，即告插管成功。缝合皮肤 1~2 针，并将胶管固定于缝线上。

(三) 注意事项

1. 入口应靠近肋骨上缘，以免误伤肋间神经和血管。
2. 插入胸腔之胶管应有一定硬度，否则引流不畅。
3. 引流管不宜插入过深，否则妨碍肺复张。
4. 保持引流管通畅，水封瓶内水柱无波动应及时调整。
5. 气胸引流 1~2 周内已无气体排出，应及时拔管，以免放置过久引起胸内感染。

(老昌辉 李俊雄)

十二、心包穿刺术

(一) 适应症

1. 心包填塞症状危及生命。
2. 心包炎伴积液需抽液检查确定病因者。

(二) 方法

1. 术前准备，对精神紧张者，术前 1 小时可服用苯巴比妥 0.03 克。

2. 体位 可根据病情取坐位或半坐位。

3. 穿刺部位

(1) 胸骨下穿刺点：取剑突与左肋弓交点之下为穿刺点，针尖沿胸骨稍向脊柱，向心底部及左肩方向缓慢推进，针体约与腹壁成 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 角。一般地说，进入 3—4 厘米即可达心包。此法可将心包下部的液体抽出，并可避免液体外漏至胸腔。

(2) 心前区穿刺点：于左第 5 肋间隙或第 6 肋间隙心浊音界内侧（一般于左锁骨中线稍内侧）针尖自下向上后方刺向心脏，约 3 厘米左右即达心包。此法进针较浅而容易，但有时可伤及冠状动脉或导致液体外漏至胸腔。

4. 操作步骤

(1) 选好穿刺点，局部常规消毒，铺洞巾，用 1% 普鲁卡因行局部浸润麻醉至心包膜壁层后进针阻力突然减低，回抽有液体者，说明已达心包腔，拔出针头，测量进针深度以供参考。

(2) 将心包穿刺针由原麻醉点刺入皮肤及皮下组织（穿

刺针另一端关闭), 接近心包时, 连接注射器, 开启关闭端, 边进针边回抽。若阻力骤降并抽出液体, 即说明已达心包腔, 即固定针头, 使针尖不再深入, 直至将心包腔内液体抽至目的量为止。一般首次抽液量不超过 500 毫升。

(3) 如需向心包腔内注入药物, 抽液完毕后即注入准备好的药物; 如需了解心包壁层厚度可在抽液后将经过过滤的空气或氧气 20~30 毫升缓慢注入, 并行 X 线检查。

(4) 术毕, 拔出穿刺针, 局部盖以无菌纱布, 胶布固定。

(三) 注意事项

1. 严格掌握适应症。
2. 进针速度宜慢。抽液不宜过快, 以免因抽液过快致心脏急剧扩张或回心血量过多而引起急性肺水肿。
3. 备好急救药品, 必要时在心电监护下进行操作。
4. 术后静卧, 监测脉搏、血压情况。
5. 由于穿破右室的危险性小, 所以一般选择心前区心包穿刺术 (结合超声心动图检查)。

穿刺化脓性心包炎或癌性心包炎时, 宜采用胸骨下心包穿刺, 以免污染胸腔。

(李俊雄 老昌辉)

十三、颅内压监测及脑室引流术

急性颅内压增高是临床常见危重症, 监测颅内压及其动态变化有助于早期诊断, 及时掌握病情变化, 必要时尚可从

测压管中引流脑脊液，降低颅内压，或注入药物治疗。

（一）适应症

1. 急性脑炎或脑膜炎 此类患者多伴有脑水肿引起的急性颅内压增高。脑疝常为致死原因。

2. 脑卒中 包括脑出血及蛛网膜下腔出血、中等大小的脑动脉急性梗塞、颅内静脉窦、静脉血栓形成等。尤其是急性脑血管阻塞。如大脑中动脉栓塞，数小时内即可引起严重的颅内压增高及钩回疝；矢状窦血栓形成可迅速导致脑水肿，表现为颅内压增高。

3. 颅脑外伤 脑挫伤、脑挫裂伤以及颅脑手术，均可致脑水肿及出血，硬膜血肿更是常见的颅内压升高原因，监测颅内压变化有助于早期发现硬膜血肿。

4. 颅内占位性病变 颅内肿瘤合并瘤内出血、囊性变或瘤体位于中线影响脑脊液循环等，可引起急性颅内高压。

5. 代谢性脑病及其他 见于缺氧，二氧化碳潴留，肝、肾疾病以及影响颅内静脉回流的各种疾病。

（二）手术指征

1. 出现进行性意识障碍的颅脑疾病患者。

2. 持续昏迷，经动脉造影或 CT 检查显示中线移位超过 0.5 厘米，视乳头水肿者。

（三）操作方法

1. 脑室内置管测压 矢状线旁 2.5 厘米、发际后 1 厘米处标记右方侧脑室前角作为穿刺点。标准操作为应用小型麻花钻或磨钻完成颅骨钻孔，将充满液体的导管通过钻孔，穿过脑组织送入脑室，导管远端与压力传感器相接。传感器应置于脑室水平，与监护仪相接。测压前应先校准零点，并

保证导管中无气泡。后颅窝及小脑桥脑角病例，多常规在脑室中放置导管。

此法优点为可依病情放出适量脑脊液，引流脑室内血液或炎性渗出液，降低颅内压，并可向脑室内注入抗生素及其他药物进行治疗。亦可通过导管注入一定量的液体，按容量-压力反应关系，了解脑顺应性。放出的脑脊液尚可进行常规、生化、微生物及某些特殊检验，有助于分析病理生理变化。不足之处为严重脑水肿或大块脑损伤造成脑室移位或脑室脑闭锁时，常致插管困难。此外，颅骨钻孔及导管穿透脑组织均可造成硬膜下血肿，或当存在后颅窝病时，造成脑向上疝出。术后感染亦与钻孔、插管有关，但若将导管留置时间限于3天，则感染机会极少。

2. 硬膜下测压 方法为将特制的压力传感器用螺旋固定在硬膜下，传感器外接监护仪。本法优点为不损伤脑组织，且可选择多处测压点。对高度脑肿胀致脑室穿刺置管困难者尤为方便，缺点为无法引流脑脊液。

3. 硬膜外测压 与硬膜下测压不同之处为压力传感器固定在硬膜外，与硬膜妥切接触。因不损伤硬脑膜，感染机会更少。

(三) 注意事项

1. 因均属有创性监测，应严格无菌操作。
2. 监护时间以不超过3~5天为宜。
3. 应保持传感器与脑室在同一水平上，并按时校准零点。

(陈伟 刘利)

十四、纤维支气管镜在急救中的应用

近年来，可曲式纤维支气管镜（Flexible fiberoptic bronchoscope）在内科急症中的应用越来越广泛。它对常见呼吸道急危重症如呼吸衰竭、大咯血、哮喘持续状态、慢性呼吸衰竭时气道内分泌物的阻塞、气道内异物、肺急性感染等治疗作用日益显著。现将其在急救中的应用简述如下。

（一）用于呼吸衰竭时的人工通气 用纤维支气管镜（以下简称纤支镜）引导从鼻或口腔进行气管插管已广泛应用于呼吸衰竭病人，特别是乳胶鼻插管应用以来，使留管时间长达1~2周。在使用过程中如管道不畅、分泌物增加可用纤支镜吸引清除。插管位置是否恰当可用纤支镜检查确实。使用纤支镜尚可避免由气管切开处周围肉芽肿形成而造成的拔管困难。

（二）用于反复发作的咯血病人 纤支镜可明确出血部位。对药物治疗难于控制的咯血病人，可用纤支镜注射冰盐水，稀释后的副肾素或在出血的叶段开口用带有导管的气囊堵塞，或在管口先注射1.5%的纤维蛋白10毫升，随后注射凝血酶来进行止血。

（三）用于清除呼吸道分泌物 慢性呼吸衰竭急性加重若系由于病人无力咳出气道内增加的分泌物，致气道阻塞而神志改变，此时用纤支镜清除分泌物后，神志可立即好转。或因湿化不够而分泌物粘稠阻塞呼吸道，当用纤支镜清除后，病人立即好转。

（四）用于肺化脓症及支气管扩张严重感染 肺化脓做

纤支镜有双重意义，即诊断和治疗兼顾。把纤支镜插入有病变的支气管，吸出阻塞支气管的分泌物，使之能充分引流，并可注入抗生素。常用为青霉素 160~240 万单位加链霉素 1 克；或青霉素加庆大霉素 16 万单位；或复达欣 1 克或西力欣 750 毫克，配合全身给药均能取得良好效果。

(五) 用于气管异物的处理 支气管异物为急症之一。用纤支镜可将异物取出，解除气道阻塞，避免严重并发症的产生。

(六) 用于支气管肺泡灌洗 支气管-肺泡灌洗术在近年来纤支镜广泛应用的基础上发展日新月异。在急救时可用于哮喘持续状态的治疗。支气管肺泡灌洗可清除小气道粘液栓，改善肺功能。可用 30~50 毫升的 50% 乙酰半胱氨酸生理盐水进行肺灌洗，洗后粘液栓迅速溶解。对哮喘病人作纤支镜事先必须给予大量激素，术中用琥珀酸钠氯化可的松静脉滴注以控制气管痉挛的发作，必要时加用异丙基肾上腺素 1 毫克溶于 5% 葡萄糖液 250 毫升静脉滴注。

(钟涌涛 谭荣益)

十五、纤维内镜在消化道急诊中的应用

消化道急症在医院急诊患者中占有很高的比例。因其发病急、病情重、变化快，及时和正确的诊断对病人的治疗、预后是至关重要的。急诊胃肠镜的开展不仅提高了消化系急性病的确诊率，且经内镜实施的各种治疗使得抢救成功率大大提高。紧急内镜系指在患者急性发病后 24~48 小时内行

胃肠镜检查和/或治疗。其用途有：

(一) 上消化道大出血 上消化道大出血如在 24~48 小时内行胃镜检查，诊断率分别为 93.9% 和 74.1%，紧急胃镜为首选的诊断方法。它不仅可明确出血部位和病因，也可用于治疗。

1. 经内镜喷洒止血药物 凝血酶、孟氏药、去甲肾上腺素、复方五倍子溶液等。

2. 经内镜局部注射止血

(1) 纯酒精注射止血：在出血的血管周围 1~2 毫米处注射 3~4 点，每点注射纯酒精 0.1~0.2 毫升，穿刺深度应浅，并缓慢注入。如裸露出血的血管很粗，出血量很大，可于血管断端直接注射 1~2 次，每次 0.1~0.2 毫升。

(2) 高渗盐水、副肾素混合液注射止血：肾上腺素有强烈的血管收缩作用，高渗盐水可延长副肾素的作用时间，并使周围组织膨胀、血管壁纤维样变性，血管腔内血栓形成。药液配方如下：A 液：2.5 摩尔的氯化钠 20 毫升加去甲肾上腺素 1 毫克；B 液：蒸馏水 20 毫升加去甲肾上腺素 1 毫克。第 1 配方为 A 液:B 液 = 1:3；第 2 配方为 A 液:B 液 = 1:1。找到出血源后，可在裸露血管及其周围粘膜下注射第 1 配方药液 3~4 次，每处 2 毫升，总量不超过 10 毫升。若溃疡基底有明显的纤维疤痕组织时，可注射第 2 配方药液 3~4 次，每处 1 毫升，总量不超过 5 毫升，24 小时及 48 小时后应重复注射以预防再出血。

3. 经内镜激光止血 采用大功率、短时间照射，使粘膜下层全层凝固而止血。

4. 经内镜电极电凝止血 使电凝探头垂直接触出血部

位并轻轻加压，通电的同时应向电极内腔不断注水，以防电极与凝固物发生粘连，每次通电1~2秒钟。

5. 如出血系由食管胃底静脉曲张破裂引起，则可经内镜注射硬化剂，或注射于曲张静脉旁粘膜下，或注射于曲张静脉内。其方法如下。

(1) 静脉旁注射：5%鱼肝油酸钠，每点1毫升，每条静脉旁注射4~6点，每次总量为6~18毫升。注射时注意，静脉旁注射一定要注意注射深度，只刺入粘膜层即可。在注药局部应能看到水肿皮丘，过深则不见皮丘，此时应后退刺入之针头，注入点应尽量靠近曲张静脉根部。

(2) 静脉内注射：1%乙氧硬化醇，每点注射量1~2毫升，总量可达10~20毫升，每条静脉可注射1~2点。

(二) 上消化道异物 既往上消化道异物多需外科手术治疗，近年来，随着内镜治疗技术的发展，上消化道异物可用内镜进行治疗。术前应了解异物的性质、形状、大小、停留部位及时间，给予适量的镇静、解痛剂。根据异物的不同性状，采用不同器械，如活检钳、鼠齿钳、四爪钳、圈套器及异物篮等。异物必须尽早处理，以免产生胃肠道的炎症、糜烂、溃疡甚至穿孔。

(三) 幽门梗阻 消化系溃疡中约5%~10%的患者并发幽门梗阻，约80%的幽门梗阻患者是由十二指肠溃疡引起的。病理上幽门梗阻可有痉挛、水肿、瘢痕形成三种情况，多年来溃疡合并幽门梗阻都是急症胃部全切除术的手术指征。近年来用内镜治疗此症取得了一定的疗效。方法是用水囊或气囊扩张，经内镜活检孔插入气囊，直径约为1.5~1.8厘米，气囊持续扩张30秒后减压，扩张效果良好。

(四) 留置鼻肠、鼻胃导管 对神经系统疾病如痴呆、脑血管意外、脑肿瘤不能咽食、全身性疾病使身体衰竭和严重营养不良、术后吻合口瘘因内容物影响瘘管经久不愈者，或其他需要长期营养支持者，均可经内镜留置鼻胃管或鼻肠管。方法：将直径2~2.5厘米、长3米的消毒塑料管经活检孔置于十二指肠降段后，再畅通无阻地插入30~40厘米，随后边插管边退镜，至内镜全部退出。证实导管确在肠腔内，在150厘米处剪断。由一侧鼻孔插入鼻导管至咽部，从口腔将其口端拉出口外。导管和鼻管连接牢固、润滑后，送入口腔，牵拉鼻外端鼻管而把口内塑料管引出鼻孔外，于120厘米处以胶布固定于鼻翼处。内镜引导留置胃管补充营养、电解质和药物十分可靠，还可引流、冲洗、减压，简便易行，疗效明显。

(钟涌涛 谭荣益)

十六、食道及胃底气囊压迫术

(一) 适应症 肝硬化合并食管下端、胃底静脉曲张破裂出血。

(二) 方法

1. 选取三腔二囊管，在三根接头管上分别贴上标记以便识别。

2. 在三腔二囊管头段及气囊处和导管外涂上液体石蜡，经鼻或口腔插入约55~65厘米。

3. 用50毫升注射器向胃囊导管注入空气250~300毫

升，接血压表测压（囊内压 5.33~6.67 千帕）。用血管钳将导管口夹住，以免漏气，然后将导管向外牵拉，使胃气囊压迫胃底部，并用胶布将导管固定于上唇。如考虑为胃底静脉破裂出血，可用 500 克重砂袋牵引导管外端。经观察仍不能止血者，再向食管囊注入空气 100~200 毫升（囊内压 4.00~5.33 千帕），以压迫食管下段出血静脉。

4. 用注射器抽吸胃内容物，用生理盐水洗胃，直至抽出液为清液。若抽出仍为鲜红色胃液，提示未能达到压迫止血或出血部位不在食道下段及胃底部。

（三）注意事项

1. 插管前应抽空气囊内空气，插管宁深勿浅，先胃气囊注气，后食管气囊注气。

2. 如病人因呕吐或囊上积液发生呼吸困难应迅速取下牵引物，气囊放气，拔出管子。

3. 气囊压迫时间开始一般持续 6~12 小时后每 4~6 小时从胃管试抽，证实出血停止，则 4~6 小时放气 1 次，先放食管囊，后放胃气囊，放气前嘱病人服石蜡油 20~30 毫升作润滑用。间歇 15~30 分钟再充气压迫。放置时间一般不超过 4 天。出血停止 24 小时后先放气，观察 24 小时无出血即可拔管。拔管前应抽尽气体，嘱病人服石蜡油 20~30 毫升后缓慢拔出。拔管后禁食 1 日。

（老昌辉 李俊雄）

十七、洗 胃 术

(一) 适应症

1. 清除胃内的各种毒物。
2. 急慢性胃扩张。
3. 对幽门梗阻的治疗。

(二) 方法

1. 口服催吐法 用于神志清醒能合作的病人。先让病人口服大量洗胃液，后促其呕吐。如此反复进行，直至呕出液与灌洗液颜色、澄清度相同为止（孕妇禁用）。

2. 胃管洗胃法 病人取坐位，神志不清者可仰卧于床上，胸前围防水布。嘱病人张口或用包纱布的压舌板将口张开，去除假牙。术者将涂有石蜡油的胃管徐徐插入食道，进入50厘米左右停止插入。证实在胃内后，用胶布固定胃管，提高漏斗（至少高出病人头部50厘米），将洗胃液徐徐倒入，每次300~500毫升，当漏斗内尚有少量液体时，迅速将漏斗降低至病人胃部以下，并倒向污水桶内，利用虹吸现象引出胃内液体，并可挤压胃管中部橡皮球协助吸引。如此反复至洗出液澄清、无味与灌洗液相同为止。

3. 洗胃机洗胃法

(1) 打开开关试压力，进胃压小于0.4千克/平方厘米，出胃压小于40.00千帕。

(2) 旋转开关至“进瓶”，将灌洗液吸入贮液瓶中，量为5000毫升。

(3) 常规插入胃管，与进胃管连接好。

(4) 旋转开关至“出胃”，吸尽胃内容物。

(5) 旋转开关至“进胃”，吸入灌洗液 500 毫升。旋转开关至“出胃”，吸出胃内灌洗液。如此反复，直至洗出液澄清、无味与灌洗液相同为止。

(三) 注意事项

1. 洗胃应尽早进行，以减少毒物吸收。
2. 胃管插至咽喉部时可令病人做吞咽动作。
3. 对吞食强酸强碱等腐蚀性毒物和煤油、汽油者，切忌洗胃。
4. 估计服毒时间在 6 小时以内者，或不能肯定服毒的确切时间时要进行洗胃。不要因时间限制影响洗胃。洗胃不彻底应重新再来。
5. 灌洗液温度一般为 30—35℃，以利空胃。

(钟世杰 邓秋迎)

十八、连续性动-静脉血液滤过

(一) 适应症

1. 高血容量血症，影响心、肺功能，需紧急抢救者。
2. 肾脏受累的多系统功能衰竭，因心血管功能不稳定暂不宜接受血液透析治疗者。
3. 未能接受血液透析治疗的某些急性药物中毒。
4. 利尿剂无效的充血性心力衰竭，前负荷明显升高者。
5. 严重水、电解质酸碱平衡紊乱等。
6. 需大量静脉营养但患者少尿、无尿而无法实施者。

(二) 方法

1. 在无菌操作下取出血滤器，接通血管管路，连接滤出液收集器，将肝素泵接在动脉管路的肝素支管上。

2. 配制肝素生理盐水（0.5~1 万/升）2000 毫升。先以 1000 毫升自动脉管路滴入，滤液自滤出液管中流到收集器中（约需 5 分钟）。然后夹住滤出液管并放开静脉端血管路上的夹子，继续滴注肝素生理盐水，同时排除整个过滤系统中的空气，然后夹住两端血管管路，使肝素生理盐水停留在整个滤过系统中，以防止血液凝固。

3. 建立血管通路

(1) 股动静脉插管：用 Kramel 氏设计的特制扩张导管作股动静脉穿刺。

(2) 如原有动静脉内瘘，可将动脉端插入内瘘血管，静脉端插入其它外周静脉，否则因不用血泵，不能形成压力梯度，建立循环。

4. 扩凝 一般用肝素。

(1) 凝血机能正常者：首次肝素剂量为 15~30 单位/千克。滤过开始后，以 5~15 单位/（千克·小时）维持，以使动脉端血液部分凝血活酶时间维持在 45 秒，静脉端血液维持在 90 秒为宜；也可用静脉端血液试管法凝血时间维持在 30~45 分钟作抗凝指标。

(2) 凝血机能异常者：血小板计数小于 10 万/立方毫米，且凝血活酶时间延长者，可用前稀释法，不必应用肝素；血小板计数大于 10 万/立方毫米，同时凝血活酶时间延长者，肝素维持量需减为 5~10 单位/（千克·小时）。

(3) 有活动性出血者，可采用体外肝素化或不用肝素或

应用其它抗凝剂。

5. 将已准备好的滤过系统与患者动静脉管接通，如需排除原有的肝素生理盐水，则只接上动脉管道，开放静脉管路，排空后再接上静脉管路。如不需排除原液，则可同时建立动静脉管路。循环建立后，可开放滤出液管，收集滤液。

6. 置换液的配制 基本上都属于低钾性生理溶液，接近血浆组成成分。配方如下：钠离子 140 毫摩尔/升、钾离子 20 毫摩尔/升、钙离子 1.75 毫摩尔/升、镁离子 0.75 毫摩尔/升、氯离子 107 毫摩尔/升、乳酸盐 40 毫摩尔/升、葡萄糖 1000 毫克/升。因其乳酸盐较多，不宜于休克、缺氧、肝功能障碍者，输注途径大多采用后稀释法，用量依据临床需要，一般每小时计算 1 次滤液量。如需尽快清除多余体液者，应在滤出一定量体液、临床情况有所缓解后，再按需补充置换液。同时应考虑氨基酸等丢失、补充问题。

(三) 注意事项

1. 本疗法对小分子量物质清除能力低于血液透析，故对高分解代谢状态、高钾血症等的治疗不理想。

2. 严格监护，对超滤率下降、滤器破膜漏血，患者出现肝素过量或感染等，应及时处理。

(吴焕林 黄艳勤)

十九、高压氧治疗及其内科急症的应用

高压氧是一门新兴的学科。高压氧治疗作为一种特殊的治疗手段，以其特有的治疗机理，对临床急、慢性缺血、缺

氧性疾病和因缺氧引起的继发性疾病起到有效的治疗作用，已越来越广泛地被临床应用。

(一) 高压氧治疗的基本原理

1. 增加血氧含量，提高血氧张力。
2. 增加血氧弥散，提高组织氧储备量。
3. 高压氧下全身血管收缩，血氧含量增加。
4. 促进侧枝循环的生成。
5. 消除体内气泡栓塞。
6. 抑制厌氧菌生长。

(二) 高压氧在内科急症的应用 近年来，高压氧医学进展很大，国内外已广泛地应用于临床，取得了显著的疗效。当前国际上已一致公认高压氧作为一种临床治疗手段，对某些疾病有独特的疗效，而对另一些疾病在与其他措施辅助进行亦有明显的疗效。如高压氧对一氧化碳中毒、厌氧菌感染性疾病、潜水减压病、急性空气栓塞、组织缺氧性疾病、皮肤和骨移植、血红蛋白携氧障碍等疾病有显著疗效，对颅脑外伤、脊髓损伤和各种外伤及其后遗症也有良好的疗效。现将高压氧在内科急症的应用简介如下。

1. 急性脑缺氧、脑水肿的抢救 各种原因（如电击伤、溺水、窒息、手术后呼吸循环衰竭等）所致的心脏停搏。当心跳与呼吸复苏后，患者仍处于严重的脑缺氧，脑水肿状态。早期，应用高压氧治疗有利于脑细胞缺氧性损害的恢复。因在高压氧下，改善了脑缺氧状态，有氧代谢恢复，有利于脑功能的恢复。而脑血管收缩、脑血流量少、脑水肿减轻、颅内压也随着降低，打断了脑缺氧-脑水肿-颅内压增高的恶性循环。因此高压氧与脱水剂、降温、抗感染等疗法合

用，是目前控制脑水肿最有效的方法。同时，在高压氧下颈动脉血流量减少，而椎动脉血流量反而增加，使网状激活系统和脑干的氧分压增加，则加快了昏迷患者的苏醒。但必须注意，患者一定要在心肺复苏后才能进舱治疗。

2. 一氧化碳及有害气体中毒 由于一氧化碳与血红蛋白结合力较氧与血红蛋白结合力强 200 倍而碳氧血红蛋白离解较氧合血红蛋白离解慢 3600 倍，碳氧血红蛋白一旦形成后即不易离解，失去携氧功能而造成缺氧血症。临床中度及重度一氧化碳中毒患者，应尽早进行高压氧治疗。因为在高压氧下，物理溶氧量大大地增加，在 3ATA 下吸纯氧，溶解氧量提高到 4.5~6.6 毫升%，已可以满足组织细胞对氧的需要量，而不需靠氧合血红蛋白供氧来纠正缺氧状态。同时高压氧能加速碳氧血红蛋白离解和加快一氧化碳从体内排出，对防治一氧化碳中毒神经精神后续症有很好的疗效。而有害气体急性中毒时，较常见而且危害性比较大的病变是肺水肿、脑水肿和呼吸内窒息，高压氧在消除肺水肿，减轻脑水肿，解除呼吸内窒息方面，有其独特及肯定的作用，如能及时应用，危重者多能抢回生命。所以高压氧对一氧化碳中毒及其他有害气体中毒的抢救疗效显著。

3. 减压病和急性空气栓塞 减压病是指因外界气压降低的幅度过大，速度过快，导致机体组织和血液内形成气泡所致的一种疾病。用高压氧治疗，可纠正减压病时组织器官的缺氧状态，而且高压氧下气泡很快被压缩，在 2ATA 时，气泡缩小 1/2；3ATA 氧下，气泡缩至 1/3。随着压力升高，气泡不断缩小，被气泡堵塞的血管恢复血液供应。同时血中的氧可将气泡内的氮气置换出来，氧气供组织利用，气泡则

很快消除。故高压氧对减压病疗效显著。

然而许多急性空气栓塞并不是由潜水引起，而且多为医源性的，如机械通气、侵入性的医疗检查、外科手术（开颅和开胸手术）、创伤（胸外伤）、中心静脉导管破裂、透析、血管造影和哮喘持续状态等。各种原因导致的急性空气栓塞，高压氧治疗均能迅速地减少循环系统中的空气泡，并使之消失，取得良效。

4. 中风 高压氧下脑血氧含量及脑脊液氧含量均增加，氧分压提高，血氧弥散范围增加，有利于局部缺氧状态的改善，并促进侧枝循环的建立，使临床症状改善，因此对脑血栓形成、反复发作短暂性脑缺血、脑栓塞及脑出血后恢复期均有很好的疗效。

5. 冠心病 高压氧下血氧含量增加，血氧分压提高，心肌可通过吻合支或直接从心室腔内得到氧供，有氧代谢恢复正常，酸性代谢产生及生物胺类物质减少，有效地控制了心绞痛的发生。尤其对药物治疗效果不佳的严重和频发性心绞痛疗效更好。

急性心肌梗塞的患者，因进行高压氧治疗时要搬动，会加重心脏负担，对病情不利。权衡利弊，主张在亚急性期病人能下床活动时才进行治疗。而对合并左心衰竭，出现肺水肿症状及有心源性休克患者，可应用高压氧配合进行抢救以提高疗效。

6. 支气管哮喘 高压氧对治疗支气管哮喘有较好的疗效，因在高压氧下，有氧代谢旺盛，交感神经兴奋刺激 β 肾上腺能受体，激活腺苷环化酶，使细胞内三磷酸腺苷形成更多的环磷酸腺苷，而后者可以保持支气管的舒张，达到平喘

解痉的目的。同时高压氧改善了局部及全身组织缺氧状态，有利于受损的支气管粘膜的修复及充血水肿的消除，支气管平滑肌的痉挛也得到解除。而且高密度的氧气对呼吸道有冲刷作用，能减少腺体的分泌，使得呼吸道通畅，肺活量相对地提高，患者的胸闷、胸部压迫感等症状也得到改善。高压氧治疗哮喘有效率可达 89%。但哮喘患者合并有严重肺气肿、肺部感染者不宜入舱，哮喘急性发作期暂缓进舱。

7. 高压氧对于病毒性脑炎及基底动脉供血不足、颈椎病、美尼尔氏综合征及药物中毒等引起的眩晕均有很好的疗效；对于神经血管性头痛、脊髓和周围神经损伤亦有较好的疗效。

(三) 禁忌症

1. 绝对禁忌症

- (1) 心跳呼吸骤停未经复苏者。
- (2) 内出血。
- (3) 有气胸或支气管扩张病史。
- (4) 恶性肿瘤未经手术、放疗、化疗处理者。
- (5) 严重肺气肿。
- (6) 活动性肺结核等。

2. 相对禁忌症

- (1) 阻塞性肺病（尤其是二氧化碳潴留者）。
- (2) 血压超过 22.85/14.28 千帕（160/100 毫米汞柱）。
- (3) 出、凝血机制异常。
- (4) 急性中耳炎。
- (5) 青光眼。
- (6) 较重的上呼吸道感染（导致耳咽管阻塞）。

- (7) 急、慢性副鼻窦炎。
- (8) 高度近视，超过 800 度。
- (9) 视网膜剥离。
- (10) 癫痫大发作。
- (11) 精神失常。
- (12) II 度房室传导阻滞。
- (13) 月经期。
- (14) 妊娠早期等。

(四) 治疗期间注意事项

1. 预防感冒、发热，保证耳咽管通畅。
2. 维持有效的血液循环和呼吸功能，保证呼吸道通畅。
3. 月经期应暂停进舱治疗。
4. 防火、防爆、防腐蚀，严禁火种及腐蚀性药物带入舱内。
5. 适当注意休息及增加营养，保证一定热量摄入。

(陈叶卫平 李雪芳)

二十、抗休克裤的应用

(一) 作用原理

1. 抗休克 通过充气包绕性加压，使受压部位外周阻力增加，静脉池收缩，即所谓自身输血，可达 600~1000 毫升，因而增高心输出量，提升血压，使心肺脑等重要脏器得到较充足的血液供应，从而使休克得以逆转。

2. 止血 主要是外在压力作用于血管，降低了血管内

的压力梯度，血管直径和撕裂口面积变小，从而减慢了出血速度，有助于止血。

3. 骨折固定 由于抗休克裤是包绕性坚硬气柱紧贴肢体制动，同时由于充气后气囊延伸而形成相反方向牵引力，有助于骨折牵引复位，故显示良好的骨折固定和止痛的作用。

(二) 结构及使用方法

1. 结构 国产抗休克裤是根据我国情况以身高 1.70 米成人进行设计，是用棉丝绸刮胶布制成中空的气囊，外覆尼龙绸罩衣制成，结合部用尼龙扣对口，裤上设有充气阀和压力表用以充气 and 测定气囊压。留出会阴部以便安置导尿管和排便以及进行妇产科处理。

80 型抗休克裤为单囊型（即腹部和双下肢相通的 1 个气囊），适用于医院前的急救；81 型抗休克裤为三囊型（即腹部和双下肢分隔为 3 个气囊），适用于急诊室、病房和手术室使用。

2. 用法

(1) 使用时将抗休克裤完全展开，从侧方垫在患者身后，将腹部和双下肢分别包裹，扣好搭扣，上缘达剑突下，下方达双踝部。

(2) 可用口或其它气源如血压计打气囊等使裤充气。一般充气至囊内压 2.66~5.32 千帕（20~40 毫米汞柱）即可。

(三) 适应症

1. 收缩压低于 10.6 千帕（80 毫米汞柱）的低血容量性休克、神经源性休克和过敏性休克。

2. 感染、中毒性休克的急救。

3. 横膈以下活动性出血如腹主动脉破裂、腹腔出血、肝脾破裂等需要直接加压输血者。

4. 骨盆或双下肢骨折的急救固定。

5. 脑外科手术过程中防止低血压。

(四) 禁忌症

1. 心源性休克，以免增加外周阻力和回心血量，而增加心脏的前后负荷。

2. 明显的脑水肿或脑疝。

3. 横膈以上的活动性出血灶尚未止血者慎用。

4. 严重呼吸困难者如肺气肿、肺不张、肺水肿等，以免增加通气障碍。

(五) 注意事项

1. 使用与否应由熟悉休克的医护人员掌握。

2. 使用前分别检查气囊袋及各阀门是否完好。

3. 穿着要正确。

4. 使用抗休克裤，由于末梢阻力、PCWP 等上升，如长期使用，应密切监测囊内压变化和生命体征。

5. 尽快输液以补充血容量之不足。

6. 解除抗休克裤时，须在加快输液输血情况下缓慢放气，以免血压骤降而又重新陷入休克。先放腹部气囊，如血压无明显波动，再放下肢气囊，如血压很快下降 0.16 千帕 (5 毫米汞柱)，说明补液不足，应重新充气，继续补液和其它必要治疗，至适当时候再试行放气。

7. 抗休克裤一般可保留观察 12 小时，但使用 4 小时以上，应适当降低气压，同时因局部灌流不足，可引起酸中

毒，应复查血气，以确定是否存在有酸中毒，决定是否使用碱性药物。

(周若鹏 洪灵)

第六章 内科急诊常用检验 正常（参考）值

一、血液检查

	法定单位	旧制单位
血红蛋白(HB)	男: 120~160g/L 女: 110~150g/L	12~16g/dL 11~15g/dL
红细胞数(RBC)	男: $4.0\sim5.5\times 10^{12}/L$ 女: $3.5\sim5\times 10^{12}/L$	400~550万/ mm^3 350~500万/ mm^3
白细胞总数(WBC)	$(4\sim10)\times 10^9/L$	4000~10000/ mm^3
中性粒细胞(N)	相对值: 0.50~0.70 绝对值: (2.0~7.0) $\times 10^9/L$	50%~70% 2000~7000/ mm^3
嗜酸性粒细胞(EC)	相对值: 0.01~0.06 绝对值: (0.05~0.3) $\times 10^9/L$	1%~6% 50~300/ mm^3
嗜碱性粒细胞(BC)	相对值: 0.0~0.0075 绝对值: (<0.01~0.1) $\times 10^9/L$	0~0.75% <10~1000/ mm^3

续表

	法定单位	旧制单位
淋巴细胞(L)	相对值: 0.20~0.40	20%~40%
	绝对值: (1.5~4.0) × 10 ⁹ /L	1500~4000/mm ³
单核细胞(M)	相对值: 0.01~0.08	1%~8%
	绝对值: (0.04~0.07) × 10 ⁹ /L	40~70/mm ³
血小板计数(PLT)	直接计数: (100~300) × 10 ⁹ /L	10~30 万/mm ³
	间接计数: (200~400) × 10 ⁹ /L	20~40 万/mm ³
红细胞沉降率 (ESR)	魏氏法 男: 0~15mm/h	0~15mm/h
	女: 0~20mm/h	0~20mm/h
	卡氏法 男: 0~8mm/h	0~8mm/h
	女: 0~10mm/h	0~10mm/h
网织红细胞(Ret)	百分比: 0.005~0.015	0.5%~1.5%
	绝对值: (24~84) × 10 ⁹ /L	24000~84000/mm ³
红细胞比积(Ht)	男: 0.42~0.49	42%~49%
	女: 0.37~0.43	37%~43%
渗透压	278~305mosm/L	278~305mosm/L
高铁血红蛋白(MHb)	0.3~1.3g/L	0.03~0.13/dL
一氧化碳血红蛋白定性	阴性	阴性
红细胞渗透脆性试验	开始溶血: 0.42%~0.46%	
	完全溶血: 0.32%~0.34%	

续表

	法定单位	旧制单位
游离原卟啉(红细胞内)	0.29~0.65/ $\mu\text{mol/L}$	16~36 $\mu\text{g/dL}$
出血时间(BT)	Dure 法: 1~3min Ivy 法: 2~7min	
凝血时间(CT)	试管法: 4~12分钟	
血小板聚集性试验	第5管及以上凝集 10~15秒内出现大凝集颗粒	第5管及以上凝集 10~15秒内出现大凝集颗粒
血小板粘附性试验	转动法: 0.58~0.75 玻球法 男: 34.9 \pm 5.95% (旋转法)女: 39.4 \pm 5.19%	58%~75%
白陶土部分凝血酶原时间(KPTT)	35~45s	35~45秒
纤维蛋白原定量(Fb)	2~4g/L	200~400mg/dL
纤维蛋白溶酶原(Plg)	6.8~12.8U	6.8~12.8单位
纤维蛋白溶酶活性	0~0.15	0~15%
血块溶解时间	48~72h	48~72小时
纤维蛋白降解产物(FDP)	乳酸凝集法: <10mg/L 简易法: 1:16~1:64	<10 $\mu\text{g/mL}$ 1:16~1:64
优球蛋白溶解时间(ELT)	>2h	>2小时
鱼精蛋白副凝试验(三P试验)	阴性	阴性
凝血酶凝结时间(TT)	正常人约 16~18s 比正常对照 <3s	不超过正常对照 3秒

二、血液生化检查

	法定单位	旧制单位
血糖(Glu)	空腹: 3.9~6.72mmol/L 食后2小时: <6.7mmol/L	70~120mg/dL <120mg/dL
氯化物(Cl)	95~110mmol/L	95~110mEq/L
钾(K)	3.5~5.3mmol/L	3.5~5.3mEq/L
钠(Na)	135~145mmol/L	135~145mEq/L
钙(Ca)	成人: 2.00~2.75mmol/L 儿童: 2.25~3.01mmol/L	8.5~11.0mg/dL 9.0~12.0mg/dL
磷(P)	成人: 0.97~1.62mmol/L 儿童: 1.45~1.78mmol/L	2.7~4.5mg/dL 4.5~5.5mg/dL
镁(Mg)	0.8~1.2mmol/L	2~3mg/dL
锌(Zn)	6~25 μ mol/L	39~163 μ g/dL
锰(Mn)	73~255nmol	0.4~1.4 μ g/dL
钴(Co)	<42.5 μ mol/L	<0.25 μ g/dL
铅(Pb)	1.4~2.0 μ mol/L	30~50 μ g/dL
硒(Se)	1.9~3.2 μ mol/L	15~25 μ g/dL
铁(Fe)	男: 11.0~30.0 μ mol/L 女: 9.0~27.0 μ mol/L	60~170 μ g/dL 50~150 μ g/dL
锂(Li)	阴性 治疗浓度: 0.5~1.4mmol/L	阴性 0.5~1.4mEq/L
铜(Cu)	男: 10.99~21.98 μ mol/L 女: 12.56~24.34 μ mol/L	70~140 μ g/dL 80~155 μ g/dL
氨	5.9~35.2 μ mol/L	10~60 μ g/dL

续表

	法定单位	旧制单位
丙酮酸(PA)	45~140 μ mol/L	0.4~1.23mg/dL
丙酮	<0.5mmol/L	<3mg/dL
乳酸(LA)	0.6~1.8mmol/L	5.4~16mg/L
尿素氮	2.86~7.14mmol/L	5~20mg/dL
尿酸(Ua)	男: 210~480 μ mol/L 女: 150~390 μ mol/L	3.5~8.0mg/dL 2.5~6.5mg/dL
肌酐(Cr)	男: 60~130 μ mol/L 女: 40/110 μ mol/L	0.7~1.5mg/dL 0.5~1.3mg/dL
肌酸(Cre)	男: 13~54 μ mol/L 女: 27~71 μ mol/L	0.17~0.7mg/dL 0.35~0.93mg/dL
胆红素(BiLi)		
总量 T-Bil	3~17 μ mol/L	0.2~1.2mg/dL
直接 D-Bil	0~6 μ mol/L	0~0.2mg/dL
间接 I-Bil	1.7~13.7 μ mol/L	0.1~0.8mg/dL
总蛋白(TP)		
总量	60~80g/L	6~8g/dL
白蛋白(Alb)	35~55g/L	3.5~5.5g/dL
球蛋白(Glb)	20~30g/L	2~3g/dL
A/G	1.5~2.5:1	1.5~2.5:1
蛋白电泳		
白蛋白	0.55~0.66	55%~66%
α_1 球蛋白	0.04~0.05	4%~5%
α_2 球蛋白	0.06~0.09	6%~9%
β 球蛋白	0.09~0.12	9%~12%
γ 球蛋白	0.15~0.20	15%~20%
粘蛋白(Mp)	20~40mg/L	2~4mg/dL

续表

	法定单位	旧制单位
肌红蛋白(Mb)	6~80 μ g/L	6.0~85ng/mL
铁蛋白	男: 15~200 μ g/L 女: 12~150 μ g/L	15~200ng/mL 12~150ng/mL
转铁蛋白	2.2~4.0g/L	220~400mg/mL
铜蓝蛋白(CP)	1.0~4.0 μ mol/L	15~60mg/dL
总胆固醇(T-CHO)	2.9~6.0mmol/L	110~230mg/dL
占总胆固醇:		
胆固醇脂(CE)	0.7~0.75	70%~75%
甘油三脂(TG)	0.25~1.24mmol/L	20~110mg/L
磷脂(PL)	1.7~3.2mmol/L	120~250mg/dL
游离脂肪酸	0.28~0.9mmol/L	8~25mg/dL
高密度脂蛋白(HDL-C)	0.78~2.2mmol/L	30~85mg/dL
低密度脂蛋白(LDL-C)	1.56~5.7mmol/L	16~220mg/dL
极低密度脂蛋白(VLDL)		
脂蛋白电泳		
α 脂蛋白(HDL)	0.26~0.37	26%~37%
前 β 脂蛋白(VCDL)	0.11~0.19	11%~19%
β 脂蛋白	0.48~0.58	48%~58%
总脂(TL)	4~7g/L	400~700mg/dL
载脂蛋白(APO)		
免疫化浊法		
APOA I	1080~1580mg/L	-
APOA II	250~360mg/L	-

续表

	法定单位	旧制单位
APOB	680~900mg/L	-
APOC II	22~44mg/L	-
APOC III	45~195mg/L	-
APOE	29~53mg/L	-
谷丙转氨酶(ALT)	≤40U	≤35U
谷草转氨酶(AST)	5~34U	≤30U
5'-核苷酸酶(5'-NT)	2~17U/L	1~11iu/L
亮氨酸氨基肽酶(LAP)		
连续监测法		11~30U/L
二甲氨基苯甲醛显色法	27~50U/L	
γ-谷氨酰转肽酶	<50U/L	<50U/L
血管紧张素转换酶(ACE)	23.1~43.5μg/L	43.5ng/mL·分
碱性磷酸酶(ALP)	15~112U	3~13 金氏单位
酸性磷酸酶(ACP)	0~5.5U	<5 金氏单位
淀粉酶(AMY)	80~180U	40~180U/dL
醛缩酶(ALD)	22~137nmol·s ⁻¹ /L	1.3~8.2U/L
胆碱脂酶(CHE)	130~310U	
肌酸磷酸激酶(CPK)	25~200U/L	25~200iu/L
同功酶(MM)	0.94~0.95	94%~95%
(MB)	0~0.05	0~5%
(BB)	0~0.02	0~2%
乳酸脱氢酶(LDH)	114~240U	45~90iu/L
同功酶 LDH ₁	0.327±0.046	32.7±4.6%
LDH ₂	0.451±0.0353	45.1±3.53%

续表

	法定单位	旧制单位
LDH ₃	0.185 ± 0.0269	18.5 ± 2.6%
LDH ₄	0.029 ± 0.0086	2.9 ± 0.86%
LDH ₅	0.085 ± 0.0055	0.85 ± 0.55%
α-羟丁酸脱氢酶 (HBDH)	70~190U/L	0~190mU/mL
单胺氧化酶(MAO)	12~40U	<50U
溶菌酶(LYS)	4~20mg/L	4~20μg/mL
糖耐量试验(OGTT)		
空腹	3.89~6.11mmol/L	70~110mg/dL
食后 30 分钟	高于空腹 1.67~3.33mmol/L	高于空腹 30~60mg/dL
食后 60 分钟	高于空腹 1.11~2.78mmol/L	高于空腹 20~50mg/dL
食后 120 分钟	高于空腹 0.28~0.83mmol/L	高于空腹 5~15mg/dL
食后 180 分钟	空腹水平或低于空腹水平	空腹水平或低于空腹水平

三、血清学及免疫学检查

	法定单位	旧制单位
肥达氏反应		
“O”	(0~1:80) < 1:80	(0~1:80) < 1:80
H	80 0~1:160	80 0~1:160

续表

	法定单位	旧制单位
A	0~1:80	0~1:80
B	0~1:80	0~1:80
C	0~1:80	0~1:80
外斐氏反应(WFR)		
O× ₁₉	<1:160	<1:160
O× _k	<1:160	<1:160
O× ₂	<1:160	<1:160
抗链球菌溶血素“O”(ASO)(试管溶血试验)	<500u	<500u
C反应蛋白(CRP)	阴性	阴性
类风湿因子(RF)	阴性	阴性
冷凝集试验(CAT)	1:40 以上有意义	1:40 以上有意义
梅毒快速血浆反应素试验(RPR)	阴性	阴性
艾滋病抗体检测(Antn'-HIV)	阴性	阴性
补体 C ₃ (火箭电泳法)	0.87~1.41g/L	55~150mg/dL
补体 C ₄ (火箭电泳法)	0.444~0.662g/L	20~70mg/dL
免疫球蛋白(放免法)		
IgG	7~15g/L	700~1500mg/L
IgA	0.7~4.0g/L	70~400mg/dL
IgM	0.03~2.5g/L	30~250mg/dL
乙肝表面抗原(HBsAg)	阴性	阴性
乙肝表面抗体(HBsAb)	阴性	阴性
乙肝 e 抗原(HBeAg)	阴性	阴性
乙肝 e 抗体(HBeAb)	阴性	阴性
乙肝核心抗体(HBcAb)	阴性	阴性
丙型肝炎抗体(抗-HCV)	阴性	阴性
甲胎蛋白(ELISA 法)(AFP)	10~30ng/mL	<50ng/mL

续表

	法定单位	旧制单位
癌胚抗原(CEA)(酶联免疫法)	0~5 μ g/L	0~5ng/mL
抗链球菌激酶(ASK)	<1:40	<1:40
抗透明质酸酶(AH)	<128u/mL	<128u/mL
血清总补体测定(CH ₅₀)	30~40ku/L	30~40CH ₅₀ u/mL
C _{1q}	65 \pm 7mg/L	6.5 \pm 0.7mg/dL
C _{1r}	25~38mg/L	2.5~3.8mg/dL
C _{1s}	25~38mg/L	2.5~3.8mg/dL
C ₂	28 \pm 6mg/L	2.8 \pm 0.6mg/dL
C ₃	800~1550mg/L	80~155mg/dL
C ₄	130~370mg/L	13~37mg/dL
C ₅	64 \pm 13mg/L	6.4 \pm 1.3mg/dL
C ₆	56 \pm 8mg/L	5.6 \pm 0.8mg/dL
C ₇	49~70mg/L	4.9~7.0mg/dL
C ₈	43~63mg/L	4.3~6.3mg/dL
C ₉	47~69mg/L	4.7~6.3mg/dL
T 细胞检测		
E 玫瑰花环形成试验		
总 E 玫瑰花环形成试验(Et)	64.4 \pm 6.7%	60%~80%
活性 E 玫瑰花环形成试验(Ea)	23.6 \pm 3.5%	30 \pm 0.2%
稳定 E 玫瑰花环形成试验(Es)	3.3 \pm 2.6%	3.3 \pm 1.8%
29°E 玫瑰花环形成试验	0.54 \pm 0.05%	54 \pm 5%
人红细胞玫瑰花环形成试验 (HE)	0.18~0.24	18~24
T 细胞亚群		
OKT ₃	65.3 \pm 9.9	65.3 \pm 9.9
OKT ₄	38.3 \pm 7.9	38.3 \pm 7.9

续表

	法定单位	旧制单位
OKT ₆	0.0±0.1	0.0±0.1
OKT ₈	29.2±9.0	29.2±9.0
OKT ₉	0.0±0.1	0.0±0.1
OKT ₁₀	23.7±10.1	23.7±10.1
OKT ₁₁	78.2±9.2	78.2±9.2
淋巴细胞转化率(LTT)	0.60~0.75	60%~75%
B细胞检测		
EAC玫瑰花环形成试验	0.10~0.30	10%~30%
EA玫瑰花环形成试验	0.10~0.30	10%~30%
表面免疫球蛋白(SIg)	0.112±0.015	11.2±1.5%
军团菌抗体检测(间接荧光法)	1:64以下	1:64以下
抗核抗体(ANA)		
免疫荧光定性	阴性	阴性
免疫荧光滴定法	<1:16	1:16
抗DNA抗体	<1500ou/L	15u/ml.
抗Sm抗体	阴性	阴性
抗RNP抗体	阴性	阴性
抗SS-A(RO)和抗SS-B(La)抗体	阴性	阴性

四、血气分析

	法定单位	旧制单位
血液酸碱度(pH)	动脉血: 7.35~7.45	7.35~7.45
	静脉血: 7.32~7.42	7.32~7.42

续表

	法定单位	旧制单位
血氧分压(PaO_2)	动脉血: 10~13.3kPa	80~100mmHg
	静脉血: 4.0~6.65kPa	30~50mmHg
二氧化碳分压(PaCO_2)	动脉血: 4.7~6.0kPa	35~45mmHg
	静脉血: 5.6~7.3kPa	42~55mmHg
血氧饱和度	动脉血: 0.95~1.0	95%~100%
	静脉血: 0.6~0.88	60%~88%
二氧化碳总量(TCO_2)	动脉血: 23~27mmol/L	23~27mEq/L
	静脉血: 24~28mmol/L	24~28mEq/L
血氧含量	动脉血: 150~220mL/L	15~22mL/dL
	静脉血: 110~160mL/L	11~16mL/dL
实际碳酸氢盐(AB)	22~26mmol/L	22~26mEq/L
标准碳酸氢盐(SB)	22~26mmol/L	22~26mEq/L
缓冲碱(BB)	45~55mmol/L	45~55mEq/L
碱剩余(BE)	± 3 mmol/L	± 3 mEq/L

五、脑脊液检查

	法定单位	旧制单位
压力(侧位)	0.68~1.76kPa	70~180mmH ₂ O
	(坐位) 2.45~4.3kPa	250~440mmH ₂ O
细胞数	$(0\sim 8) \times 10^6/\text{L}$	0~8个/mm ³
蛋白质(Pandy)试验	阴性	阴性
蛋白质定量	0.15~0.45g/L	15~45mg/dL
蛋白电泳		

续表

	法定单位	旧制单位
白蛋白	0.56~0.76	56%~76%
α ₁ 球蛋白	0.02~0.07	2%~7%
α ₂ 球蛋白	0.06~0.18	6%~18%
β球蛋白	0.08~0.18	8%~18%
γ球蛋白	0.03~0.12	3%~12%
葡萄糖定性		
葡萄糖定量	2.5~4.4mmol/L	40~50mg/dL
免疫球蛋白(放免法)		
IgG	19~43mg/L	1.9~4.3mg/dL
IgA	0~9.8mg/L	0~0.98mg/dL
IgM	0mg/L	0mg/L
氯化物以 NaCl 计	120~132mmol/L	120~132mEq/L

六、肾功能测定

	法定单位	旧制单位
浓缩稀释试验 (MDsenthal 法)	夜尿量 < 750mL SG > 1.018 日尿量与夜尿量之比 3~4:1 尿最高比重 > 1018 最高与最低的比重差 > 0.009	同左 同左 同左 同左

续表

	法定单位	旧制单位
酚红试验(P. S. P. test)		
15 分钟	排尿量 > 50mL 含酚红量 25% ~ 50%	同左
30 分钟	排尿量含酚红 40% ~ 60%	同左
60 分钟	排尿量含酚红 50% ~ 75%	同左
120 分钟	排尿量含酚红 55% ~ 85%	同左
尿素肾清除率(UCL) 以 1.73m ² 体表面积校正		
标准清除率	0.7 ~ 1.1mL·s ⁻¹ /1.75m ²	40 ~ 65 (平均 54)mL/分
最大清除率	1.0 ~ 1.6mL·s ⁻¹ /1.75m ²	60 ~ 95 (平均 75)mL/分
菊糖肾清除率(C _{in})		
男	2.1 ± 0.45mL/s	124 ± 25.8mL/分
女	1.98 ± 0.21mL/s	119 ± 12.8mL/分
内生肌酐清除率(C _{cr})	1.5mL·s ⁻¹ /1.75m ²	109 ~ 148 (平均 128) L/d 或 90 ± 10mL/分/1.75m ²
对氨马尿酸清除率		
男	8.7 ± 0.1mL/s	519.1 ± 7.1mL/分
女	8.3 ± 0.2mL/s	496 ± 10.2mL/分
肾小管对氨马尿酸 最大排泄量	1.0 ~ 1.5mg/s	60 ~ 90mg/分
肾小管葡萄糖最大 重吸收量		
男	5.0 ~ 7.5mg/s	300 ~ 450mg/分
女	4.2 ~ 5.8mg/s	250 ~ 350mg/分

续表

	法定单位	旧制单位
肾小球滤过分数(FG)	0.18~0.22(平均 0.20)	0.18~0.22
肾血流量	20.0~23.3mL/s	1200~1400mL/分
肾血浆流量	10.0~13.3mL/s	600~800mL/分
肾小管酸中毒试验		
氯化铵负荷试验(尿)	pH<5.3	pH<5.3
中性硫酸钠负荷试验(尿)	pH<5.5	pH<5.5
碳酸氢离子重吸收 排泄试验	排泄分数为 0	排泄分数为 0

七、肺功能测定

	法定单位	旧制单位
肺活量		
男	2.31L×BSA	2.31L×BSA
女	1.80L×BSA	1.80×BSA
残气量		
男	1.53L	1.53L
女	1.02L	1.02L
残气/肺总量		
男	0.307	30.7%
女	0.29	29%
无效腔量		
男	0.128L	0.128L
女	0.119L	0.119L

续表

	法定单位	旧制单位
闭合差量/肺总量	男、女 $Y_e\% = 0.5773 \times$ 年龄(岁) + 15.6727%	
通气量		
静息时		
男	111 ± 3mL/s	663 ± 200mL/分
女	70 ± 3mL/s	4217 ± 160mL/分
最大通气量		
男	1.74 ± 0.04L/s	104 ± 2.31L/分
女	1.38 ± 0.04L/s	82.5 ± 2.17L/分
时间肺活量		
1 秒	0.83	83%
2 秒	0.96	96%
3 秒	0.99	99%
气体分布测定		
7 分氧冲洗法肺泡氮浓度	<0.25	<25%
一次呼气测验法氮浓度差	<0.015	<1.5%
CO 弥散量	58 ~ 72mL·Pa ⁻¹ /s	26.47 ~ 32.92mL /mmHg/分

八、心功能检查

	法定单位	旧制单位
每搏排血量(SV)	60 ~ 70mL	
男	95.53 ± 5.6mL/次	95.53 ± 5.96mL/次

续表

	法定单位	旧制单位
女	$76.99 \pm 4.1 \text{ mL/次}$	$76.99 \pm 4.1 \text{ mL/次}$
心排量(CD)		
男	$6.44 \pm 0.32 \text{ L/min}$	$6.44 \pm 0.32 \text{ L/分}$
女	$5.49 \pm 0.29 \text{ L/min}$	$5.49 \pm 0.29 \text{ L/分}$
臂至肺循环时间	4~8s (平均 6s)	4~8秒 (平均 6s)
右房平均压	0~0.67kPa	0~5mmHg
右室收缩压	2.0~4.0kPa	15~30mmHg
舒张压	0~0.67kPa	0~5mmHg
平均压	1.6~2.13kPa	12~16mmHg
肺动脉收缩压	2.4~4.0kPa	18~30mmHg
舒张压	0.8~1.6kPa	6~12mmHg
平均压	1.33~2.4kPa	10~18mmHg
上腔静脉压力	0.4~0.8kPa	3~6mmHg
下腔静脉压力	0.667~0.933kPa	5~7mmHg
中心静脉压	0.588~0.981kPa	60~100mmH ₂ O
动脉血氧饱和度	94%~100%	94%~100%
血氧差		
右房与上腔静脉间	<1.9vol%	<1.9vol%
右心室与左心房间	<0.9vol%	<0.9vol%
肺动脉与右心室间	<0.5vol%	<0.5vol%
左房压力	0.533~1.07kPa	4~8mmHg
左心室收缩压	12~18kPa	90~140mmHg
舒张压	0~1.33kPa	0~10mmHg

九、尿液检查

	法定单位	旧制单位
肌酐	9~17mmol/24h	1000~1900mg/24h
肌酸		
男	0~304mmol/24h	0~40mg/24h
女	0~456mmol/24h	0~60mg/24h
尿素	200~600mmol/24h	12~36g/24h
尿素氮	357~535mmol/24h	10~15g/24h
葡萄糖	<5.04mmol/24h	<90mg/dL
尿淀粉酶(碘比色法)	100~1200u	100~1200u
尿胆元	<6.7 μ mol/24h	<4mg/24h
尿胆元稀释试验	1:20 阴性	1:20 阴性
尿卟啉(UP)	4~36nmol/24h	0~30 μ g/24h
氯化物(NaCl)	170~255mmol/24h	10~15g/24h
钠	130~260mmol/24h	2.3~5.7g/24h
钾	25~100mmol/24h	1.56~4.6g/24h
钙	2.5~7.5mmol/24h	100~300mg/24h
镁	2.3~8.2mmol/24h	56~200mg/24h
磷	16~48mmol/24h	500~1500mg/24h
钾	1.8~1.9 μ mol/L	0.135~0.139mg/L
铅	<0.39 μ mol/L	<0.08mg/L
	<0.48 μ mol/L	<0.1mg/24h
汞 蛋白沉淀法	<50nmol	10 μ g/L

续表

	法定单位	旧制单位
双硫醇热硝化法	< 250nmol/L	< 50 μ g/L
β_2 微球蛋白	4~370 μ g/24h	4~370 μ g/24h
草酸盐	< 456 μ mol/24h	< 40 μ g/24h
蛋白	< 150mg/24h	< 150mg/24h
白蛋白	< 25mg/24h	< 25mg/24h
皮质醇	60~1500 μ mol/L	2~54 μ g/dL
17-羟皮质醇类固醇		
男	8.3~27.6 μ mol/24h	3~10mg/24h
女	5.5~22.1 μ mol/24h	2~8mg/24h
17 酮类固醇		
男	27.8~76.3 μ mol/24h	8~22mg/24h
女	20.8~50.0 μ mol/24h	6~15mg/24h
去甲肾上腺素	0~590nmol/24h	< 100 μ g/24h
孕二醇		
男	1.9~4.7 μ mol/24h	0.6~1.5mg/24h
女(卵泡期)	< 3.1 μ mol/24h	< 1.0mg/24h
(黄体期)	6.2~21.8 μ mol/24h	2.0~7.2mg/24h
(绝经期后)	0.6~3.1 μ mol/24h	0.2~1.0mg/24h
尿含铁血黄素	阴性	阴性
尿比重	1.003~1.030	1.003~1.030
一般	1.015~1.026	1.015~1.026
晨起	> 1.020	> 1.020
尿 pH	5~7	5.0~7.0
	(H ⁺ 浓度 10 ⁻⁷ ~0.1 μ mol/L)	(H ⁺ 浓度 10 ⁻⁷ ~0.1mEq/L)
尿蛋白定量		
(双缩脲比色法)	0~0.12mg/24h	0~120mg/24h

续表

	法定单位	旧制单位
尿蛋白定性	阴性	阴性
尿糖定性	阴性	阴性
定量	0.56~5.0mmol/24h	10~90mg/24h
尿酮体	阴性	阴性
尿胆红素	阴性	阴性
尿胆元	1/20 稀释阴性	
尿沉渣检查		
红细胞	0~3/HP	0~偶见/高倍视野
白细胞	<5个/HP	<5个/高倍视野
上皮细胞	0~少量/HP	0~少量/高倍视野
颗粒管型	0	0
中段尿细菌培养计数	<1×10 ⁶ 菌落/L	<1万/mL
12h尿沉渣计数 (Addis计数)		
白细胞	<1×10 ⁶ /12h	<100万个/12h
红细胞	<0.5×10 ⁶ /12h	<50万个/12h
透明管型	<5×10 ³ /12h	<5千个/12h
正常人一小时细胞 排泄率		
红细胞		
男	<30×10 ³	
女	<40×10 ³	
白细胞		
男	<70×10 ³	
女	<0.14×10 ⁶	

十、粪 便 检 查

	法定单位	旧制单位
粪重量	100~300g/24h	100~300g/日
隐血试验	阴性	阴性
粪胆素	阳性	阳性
细胞		
上皮细胞	0~偶见/HP	0~偶见/高倍视野
白细胞	0~偶见/HP	0~偶见/高倍视野
红细胞	无	无
寄生虫	无	无

十一、胃及十二指肠液检查

	法定单位	旧制单位
空腹胃液总量	0.05~0.10L/h	50~100ml/h
排空时间	3~6h	3~6h
颜色	乳白色或无色	乳白色或无色
pH	0.9~1.5	0.9~1.5
总酸		
空腹时	10~15U	10~15 单位
进试验餐后	50~70U	50~70 单位
注射组织胺后	40~140U	40~140 单位
游离酸		

续表

	法定单位	旧制单位
空腹	0~30U	0~30 单位
进试验餐后	25~50U	25~50 单位
注射组织胺后	30~120U	30~120 单位
五肽胃泌素胃液分析		
基础胃酸(BAO)	2~5mmol/h	3.28±0.28mEq/h
最大酸分泌(MAO)	15~20mmol/h	16.68±6.4mEq/h
高峰酸分泌(PAO)	21.22±2.1mmol/h	21.22±2.1mEq/h
无管胃酸分析		
2h 排泄天青蓝树脂法	>0.6mg/2h	>0.6mg/2h
2h 排泄美蓝树脂法	100~850 μ g/2h	100~850 μ g/2h
十二指肠引流检查		
十二指肠液		
A管	呈金黄色	呈金黄色
B管	深褐色	深褐色
C管	随引流时间长短而定, 常呈淡黄色	常呈淡黄色
D管	灰白色或淡黄色	灰白色或淡黄色
透明度		
A、B、C管	均透明, 混入酸性胃液可发生混浊, 加碱后应透明	均透明, 混入酸性胃液可发生混浊, 加碱后应透明
比重		
A管	1.007~1.012	1.007~1.012
B管	1.016~1.032	1.016~1.032
C管	1.007~1.010	1.007~1.010
粘稠度		

续表

	法定单位	旧制单位
A管	略粘稠	略粘稠
B管	粘稠	粘稠
C管	略粘稠	略粘稠
D管	十二指肠的液稀薄	十二指肠的液稀薄
白细胞	0~20个/HP	0~20个/高倍镜

十二、骨髓检查值

细胞名称		骨髓片		
		平均值(%)	范围(%)	
粒 细 胞 系 统	原始粒细胞		0.51	0~1.2
	早幼粒细胞		1.82	0.4~4.4
	嗜 中 性	中幼	7.25	2.2~13.8
		晚幼	11.72	4.8~18.2
		杆状	23.30	14.0~32.0
		分叶	11.09	3.4~25.4
	嗜 酸 性	中幼	0.60	0~2.0
		晚幼	0.79	0~2.4
		杆状	0.84	0~2.6
		分叶	1.12	0~6.8
	嗜 碱 性	中幼	0.004	0~0.2
		晚幼	0.03	0~0.4
		杆状	0.04	0~0.6
分叶		0.06	0~0.6	

续表

细胞名称		骨髓片	
		平均值(%)	范围(%)
红细胞系统	原始红细胞	0.40	0~1.2
	早幼红细胞	1.26	0.2~3.6
	中幼红细胞	7.28	2.4~17.4
	晚幼红细胞	10.16	3.4~18.0
淋巴细胞系统	原始淋巴细胞	0.05	7.0~36.0
	幼稚淋巴细胞	0.17	
	淋巴细胞	19.01	
单核细胞系统	原始单核细胞	0.01	0~2.8
	幼稚单核细胞	0.14	
	单核细胞	0.98	
浆细胞系统	原始浆细胞	0.094	0~2
	幼稚浆细胞	0.104	
	浆细胞	0.60	
其它细胞	巨核细胞		7~23/3×1.5cm
	内皮细胞	0.05	0~0.4
	网状细胞	0.16	0~1
	吞噬网状细胞	0.05	
	组织嗜酸细胞	0.004	0~0.2
	组织嗜碱细胞	0.03	0~0.5
	脂肪细胞	0.003	
	分类不明细胞	0.20	0~1.2

粒:红=3~5:1(正常)

十三、PCR 检测项目

项 目	简写	参考值范围
甲型肝炎病毒 RNA	HAV-RNA	阴性
乙型肝炎病 DNA	HBV-DNA	阴性
丙型肝炎病毒 RNA	HCV-RNA	阴性
人巨细胞病毒 DNA	HCMV-DNA	阴性
弓形虫 DNA	TOX-DNA	阴性
单纯疱疹病毒	HSV-DNA	阴性
结核杆菌 DNA	TB-DNA	阴性
肺炎支原体	MP-DNA	阴性
淋病双球菌 DNA	NG-DNA	阴性
沙眼衣原体 DNA	CT-DNA	阴性
人乳头瘤病毒 DNA	HPV-DNA	阴性
胃癌	MGA _g	阴性
柯萨奇病毒	CV-DNA	阴性
白血病	bcr-abl 基因	阴性
地中海贫血	α -地贫	阴性
甲型血友病		阴性

十四、内科内分泌检验项目

项 目	简写	参考值范围
甲状腺素	T4	67~163nmol/L
三碘甲腺原胺酸	T3	1.2~2.9nmol/L
游离 T3	FT3	3.5~10pmol/L
游离 T4	FT4	10~31pmol/L
促甲状腺素	TSH	0.3~4.5mU/L
甲状腺球蛋白抗体	TG	<2.1 (比值)
甲状腺微粒抗体	TM	<2.1 (比值)
血皮质醇	血 F	上午: 138~690nmol/L 下午: 69~345nmol/L
睾酮	T	男性成人: 8.7~37nmol/L 女性成人: 0.2~3.3nmol/L
胰岛素	INS	空腹: 5~20 μ U/mL
C 肽	C-P	空腹: 188~1254pmol/L
肾素活性	PRA	普食: 卧位: 0.42 \pm 0.37ng/mL·hr 立位: 2.97 \pm 1.02ng/mL·hr
血管紧张素	AT- II	普食: 卧位: 40.2 \pm 12.0pg/mL 立位: 85.3 \pm 30.0pg/mL
醛固酮	ALD	普通卧位: 59.5~173.9pg/mL
生长激素	GH	<5 μ g/L
渗透压		血浆: 280~320mosm/kg
糖基化血红蛋白	HbA1c	3.41%~6.79%
17-KS		男性成人: 7~17mg/d

续表

项 目	简写	参考值范围
17-OHCS		女性成人：5~15mg/d 男性成人：5~15mg/d
VMA		女性成人：4~10mg/d 成人：5~12mg/d
指尖血糖		4.4~6.7mmol/L
促肾上腺皮质激素	ACTH	<37pg/mL

(张茂威 庄俊华 陈伟)