

急诊常见疾病

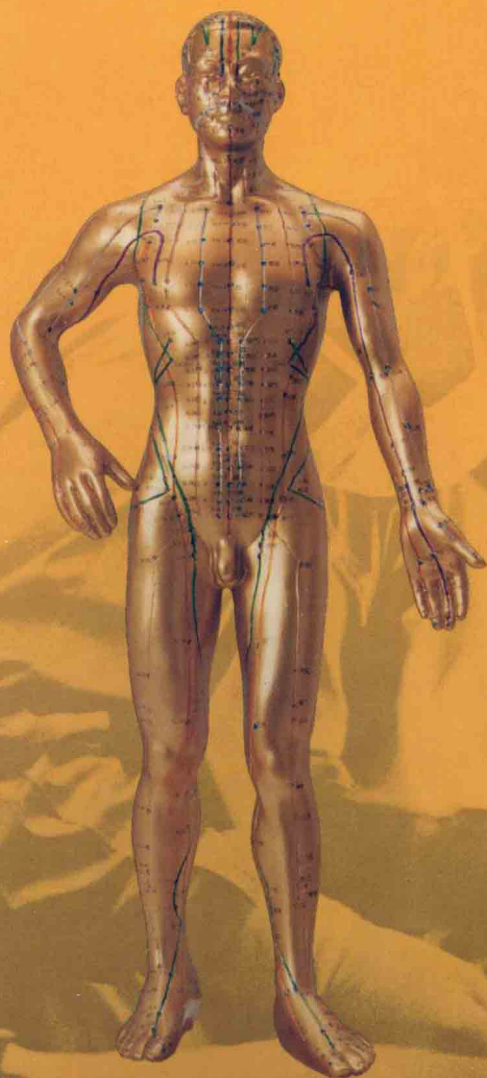


中西医结合诊疗规范

JIZHEN CHANGJIAN JIBING

ZHONGXIYI JIEHE ZHENLIAO GUIFAN

姜树民 于 睿 主编



 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

急诊常见疾病 中西医结合诊疗规范

JIZHEN CHANGJIAN JIBING
ZHONGXIYI JIEHE ZHENLIAO GUIFAN

姜树民 于 睿 主 编

 人民军医 出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

急诊常见疾病中西医结合诊疗规范/姜树民, 于睿主编.—北京: 人民军医出版社, 2008.10

ISBN 978-7-5091-2079-8

I. 急… II. ①姜…②于… III. 急性病: 常见病-中西医结合-诊疗-规范
IV. R459.7-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 145503 号

策划编辑: 许 平 文字编辑: 赵 旭 责任审读: 李 晨

出 版 人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927270; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: 13504015018

网址: www.pnmpp.com.cn

印、装: 沈阳市北陵印刷厂有限公司

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 35 字数: 867 千字

版、印次: 2008 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~4000

定价: 106.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

前 言

急危重症是严重威胁人类健康的病证，中医、西医治疗此类病证各有所长。中医中药治疗急症历史悠久，早在《内经》就有“高热”“暴厥”“急腹痛”“出血”等急症的记载。汉代《伤寒杂病论》创“六经辨证”治疗急性热病的先例，有效指导了高热、亡阳、亡津、发黄、暴泻、痉厥、厥逆、衄血等急症的治疗。以后历代医家的著述，如《肘后备急方》《诸病源候论》《儒门事亲》等对“卒中恶死”“卒心痛”“卒腹痛”“中风诸急”“食中诸毒”以及“卒然外伤”“虫咬”“破伤风”等证，采用内服、外用、催吐、泻下、解毒等法而获效，亦屡有述及。明清时期，温病学说的崛起，“卫气营血辨证”和“三焦辨证”的创立，以及安宫牛黄丸等解毒救危药物的产生，为高热、神昏、谵妄、痉厥、发斑、出血、亡津以及闭、厥、脱等急症的治疗提供了更为有效的手段和途径。

近年来，大量文献资料也显示，运用中医中药治疗各种急症有着良好的疗效。不少有识之士也认为，开展中医急诊研究也是推动中医学学术发展的重要途径。但是由于古代科学技术发展缓慢，严重阻碍了中医急诊医学的发展。建国后，尤其是近几十年，国家中医药管理局对中医急诊学的建设发展非常重视，成立了专门的急症协作组及中医、中西医结合急诊临床基地，加强中医院的急诊科建设，大大地推动了中医急诊学的发展。同时，随着现代医学的迅猛发展，我们也看到，由于中医自身体系的特点，中医急诊学的发展还很不完善，临床中缺乏规范标准化的中药应用方案，加之许多临床医师对中医理论的掌握水平有限，使得在一些基层医院滥用、误用中药制剂的情况时有发生，严重影响了中医药的临床应用疗效。

基于上述原因，辽宁中医药大学附属医院急诊中心于2006年年末起开始酝酿出版此书。辽宁中医药大学附属医院急诊中心始建于1956年，经几代人的艰苦努力发展完善，业已形成较为完备的临床急诊急救诊治规模，现为“国家中医药管理局中医急诊临床基地建设项目”建制单位，是集医、教、研于一体的综合性科室。本书汲取现代中医急诊医学的研究成果，结合辽宁中医药大学附属医院急诊中心多年的实践经验，力求规范临床对急危重症患者的中医辨证治疗，以期对中医药临床研究的进一步发展打下良好的基础。由于时间仓促，水平有限，书中如有纰漏之处，望读者多赐宝贵意见，予以斧正。

编者按

2007年11月

目 录

第一章 中医急症学发展述要	(1)
第二章 急诊常见症状的诊断思路与处理	(8)
第一节 高热	(8)
第二节 昏迷	(12)
第三节 瘫痪	(15)
第四节 脱水	(17)
第五节 抽搐	(19)
第六节 呕血	(21)
第七节 咯血	(23)
第八节 惊厥	(24)
第九节 呼吸困难	(27)
第十节 急性腹痛	(29)
第十一节 输液反应	(32)
第十二节 晕厥	(33)
第十三节 头晕	(35)
第十四节 头痛	(37)
第十五节 胸痛	(40)
第十六节 急性腹泻	(43)
第十七节 血尿	(45)
第三章 临床常见内科急诊病证诊疗规范	(47)
第一节 肺炎	(47)
细菌性肺炎	(52)
肺炎支原体肺炎	(56)
第二节 呼吸衰竭	(57)
第三节 支气管哮喘	(63)
第四节 大咯血	(73)
第五节 肺血栓栓塞	(79)
第六节 多器官功能障碍综合征	(84)
第七节 急性心肌梗死	(94)
第八节 高血压危象	(100)
第九节 休克	(104)
第十节 心力衰竭	(108)
第十一节 急性心律失常	(117)
第十二节 急性胃炎	(125)

第十三节	感染性腹泻（霍乱、痢疾、伤寒）	(128)
第十四节	急性出血性坏死性小肠炎	(134)
第十五节	急性胃扩张	(139)
第十六节	急性胰腺炎	(142)
第十七节	急性胆管炎	(147)
第十八节	消化性溃疡急症	(152)
第十九节	肝肾综合征	(158)
第二十节	肝脓肿	(162)
第二十一节	急性胆囊炎	(165)
第二十二节	胆道蛔虫病（蛔厥）	(169)
第二十三节	急性肝衰竭	(174)
第二十四节	急性上消化道出血	(184)
第二十五节	糖尿病酮症酸中毒	(191)
第二十六节	甲状腺功能亢进危象	(194)
第二十七节	泌尿系统感染	(198)
第二十八节	急性肾小球肾炎	(201)
第二十九节	急性肾功能衰竭	(206)
第三十节	急性脑血管病	(210)
第四章	急性中毒	(218)
第一节	药物中毒	(218)
第二节	动物中毒	(237)
第三节	剧毒中草药中毒	(247)
第四节	毒蕈中毒	(257)
第五节	乙醇中毒	(260)
第六节	甲醇中毒	(262)
第七节	氯气中毒	(264)
第八节	农药中毒	(266)
第九节	杀草剂中毒——百草枯	(270)
第十节	鼠药中毒	(272)
第十一节	一氧化碳中毒	(283)
第十二节	强酸强碱中毒	(286)
第五章	物理损伤	(291)
第一节	电击伤	(291)
第二节	冻僵	(294)
第三节	淹溺	(298)
第四节	中暑	(302)
第六章	临床常见急危重症抢救流程图	(305)
第一节	休克抢救程序	(305)
第二节	心肺脑复苏抢救流程	(306)

第三节	急性心肌梗死抢救程序	(307)
第四节	急性中毒抢救程序	(308)
第五节	严重心律失常抢救程序	(309)
第六节	胸痛诊疗程序	(310)
第七节	急性左心衰抢救程序	(311)
第八节	脑出血抢救程序	(312)
第九节	蛛网膜下腔出血抢救程序	(313)
第十节	高血压脑病抢救程序	(314)
第十一节	支气管哮喘急性发作期抢救程序	(315)
第七章	外科常见危重病的识别及诊治要点	(316)
第一节	胃、十二指肠溃疡出血	(316)
第二节	急性胃、十二指肠溃疡穿孔	(317)
第三节	上消化道大出血的鉴别诊断和处理原则	(319)
第四节	幽门梗阻	(322)
第五节	小肠与肠系膜损伤	(323)
第六节	腹膜后血肿	(323)
第七节	急性阑尾炎	(324)
第八节	肠梗阻	(326)
第九节	外伤性肝破裂	(332)
第十节	肝癌破裂大出血	(333)
第十一节	门脉高压症食管胃底曲张静脉破裂大出血	(335)
第十二节	急性梗阻性化脓性胆管炎	(336)
第十三节	外伤性脾破裂	(338)
第八章	妇科常见危重病的识别及诊治要点	(340)
第一节	异位妊娠 (宫外孕)	(340)
第二节	黄体破裂	(343)
第三节	卵巢肿瘤破裂	(344)
第四节	卵巢肿瘤蒂扭转	(346)
第九章	骨伤科急诊急救	(349)
第一节	骨伤科急诊救治常用技术及原则	(349)
第二节	骨伤科危重疾病的急诊救治及原则	(355)
第三节	手外伤的一般应急处理	(363)
第四节	常用中药辨证治疗在骨伤科急诊中的应用	(365)
第十章	各系统疾病护理常规	(367)
第一节	呼吸系统疾病护理常规	(367)
第二节	脑血管疾病护理常规	(367)
第三节	糖尿病护理常规	(368)
第四节	消化系统疾病护理常规	(370)
第五节	心血管疾病护理常规	(371)

第六节 心肌梗死护理常规	(372)
第七节 结缔组织病和风湿病护理常规	(373)
第八节 泌尿系统疾病护理常规	(373)
第九节 血液系统疾病护理常规	(375)
第十节 中毒护理常规	(375)
第十一节 传染病护理常规	(377)
第十一章 急诊临床常用操作技术	(379)
第一节 气管插管术	(379)
第二节 气管切开术	(381)
环甲膜切开术	(385)
第三节 除颤仪的使用	(385)
第四节 呼吸机操作	(390)
无创性人工通气的临床应用进展	(404)
第五节 胸腔穿刺术	(410)
第六节 耻骨上膀胱穿刺术	(412)
第七节 腹腔穿刺术	(413)
第八节 心包穿刺术	(415)
第九节 骨髓穿刺术	(416)
第十节 腰椎穿刺术	(419)
第十一节 肝脏穿刺术	(421)
第十二节 深静脉穿刺置管术	(424)
颈内静脉穿刺置管术	(424)
锁骨下静脉穿刺术	(426)
股静脉穿刺术	(428)
第十三节 血液净化操作规程	(429)
第十二章 急诊常用抢救药物	(435)
第十三章 急诊常用中成药制剂	(456)
参考文献	(472)
附录 A 2005 心肺复苏指南概要	(473)
附录 B 抗菌药物临床应用指导原则	(475)
附录 C 急诊各类医务人员职责	(526)
附录 D 门(急)诊病历书写要求及内容	(530)
附录 E 转发“中华人民共和国卫生部第 53 号令《处方管理办法》”(节录)	(531)
附录 F 麻醉精神药品管理制度	(536)
附录 G 《中华人民共和国传染病防治法》(节录)	(537)
附录 H 全国不明原因肺炎病例监测实施方案(试行)	(541)
附录 I 突发公共卫生事件相关信息报表卡	(545)
附录 J 传染病相关信息表	(546)
附录 K 食物中毒事件相关信息表	(547)

第一章 中医急症学发展述要

人有生老病死,要经过万事万物、万般历练与磨难,而与之相伴的就是生病与死亡的威胁。人类与疾病和死亡的斗争过程,是自然界适者生存的体现,而与之斗争的手段就是医学这一有力武器。中华民族发明了中医学这一利器,并不断完善、提高自己的生存能力和水平。中医中药学的产生及其发展成熟到如今的历程,无不浸透着从事中医中药研究众多仁人志士的辛勤汗水,印证着他们一路走来清晰的脚印。

人患疾病当为万事之急,远古时期的人类刚开始对疾病认识并尝试救治之时,以当时人们对疾病的认知程度而言,可能认为病证也已经相当严重了,相当于今天的急诊病证、危重病证。先祖们在与疾病相抗争的过程中发明中医中药这一战胜疾病的利器,试图去挽救那些患者的生命。从这个意义上讲,中医学是为疾病而产生并发展的,也是为治疗危重病证而创立。因此中医急诊医学是一门古老的学科。同时也是一门大有发展、方兴未艾的学科。

一、中医急症学的发生与发展源流

中医中药学的渊源应当追溯到春秋战国、秦汉时期。随着社会生产力的发展,中医中药逐渐形成自己独特的理论。最具代表性的著作是《黄帝内经》《难经》《神农本草经》《伤寒杂病论》四大经典中医学著作。这些医学著作亦是对春秋战国以前千百年来人类同疾病进行斗争所取得宝贵经验的总结,而能掌握这些利器的杰出人物如秦越人、华佗、张仲景等亦成为中华民族千古传诵的名医。举出每位中华名医的经典案例,无不展现出一幅幅壮丽的画面。他们各个是与急危重症作战的骁将,他们手中的武器是中医、中药、砭石、针灸。所以说中医从它诞生的那一天起,就是与疾病中的危、重症相伴,并发展成熟而来的。

《黄帝内经》有《素问》《灵枢》各八十一篇,前者偏于论述人的生理病理以及各种病证的发生机制,如煎厥、薄厥、水肿、疼痛、脏厥、癰疽、急性热性疾病等,均属于急危重症。后者偏于论针灸、经络、补泻剂法,但治疗的亦是急危重症如中风、水肿、厥、脱证等。

《神农本草经》记载了 365 种中药,并对中药的药理作用和所治病证做了详细的叙述。而真正对危重病进行详细论述并进行治疗的则是《伤寒杂病论》。是书分《伤寒论》《金匱要略》两个部分。前者以论述外感病为主,后者系统地论述了各科杂病的诊断及治疗方法。

《伤寒论》以六经辨证为主体,系统地论述了外感热病的中医辨证论治方法。所谓六经病证,均属中医急诊范畴,许多病证应属危重病范畴,如“阳明三急下证”“少阴三急下证”等实为中医治疗危重病的先导。仅以贯穿《伤寒论》全书的“六经辨证”思想为例,即可洞悉是书的理法方药是以外感热病为主线,展开系统辨证论治,同时由于外感热

性病的传变规律及不循规律传变的过程,演化出了一系列的变证及坏证,即是由普通的急症演化成了危重症,《伤寒论》均作了系统的阐述及施以行之有效的救治方法,如呕、哕、利、痞、各种厥证、高热、谵语、神志障碍、血证等。而《金匱要略》则以脏腑辨证为纲领,论述了各种临床常见病证,证因辨治,对危重病论述更加详尽,则成为论治杂病的准绳。举凡各篇危急重症更是比比皆是。如痉、中喝、中风、胸痹、腹痛、水肿、便血、胸痛、喘证、肺病、黄疸、疮疡等。试想在当时的条件下,人们不正是依靠中医,应用中医中药来防治疾病,抢救危重症,挽救危重患者的生命吗?中华民族得以繁衍昌盛至今,正是得益于相守相伴的民族医学——中医学。并且中医学今天仍然在发挥着巨大的作用。

隋人巢元方所著《诸病源候论》为阐述疾病病因病机第一书,是书论述各种病证的病因病机,详尽全面。晋·葛洪的《肘后备急方》,唐·孙思邈《千金要方》《千金翼方》等大部医著,则是秉承先贤之经验,集自己数十年临证之大成,而成是书,为医界沿用。

宋金时期,由于多年的战乱,瘟疫流行,各种危重病证随处可见。人们突然感到原来固有的治疗方法及学术见解不能满足临床需求,不能很好地解释所见病证的发病机制,所用方剂亦不能立竿见影。故有“古方今病不相能”的论点,亦正是由于此论点的产生,形成了金元时期中医学百家争鸣的发展局面。革故鼎新、创立新说一时成为时尚,而后形成了“金元四大家”等杰出代表。由此推动了中医学的发展及进步,温病学派由此产生。

适至明清时期温病学派已成熟于斯,形成了温病学派的理论体系,《瘟疫论》《温热论》《临证指南医案》正是集温病学之大成。温病学派从产生到成熟,其产生的理论基础乃出自《黄帝内经》,而其辨证思维模式则与《伤寒论》有相似之处,可贵的是其在病因学上的贡献。亦即其对疾病的发生发展演化过程均有新的发现、新的见解,进而产生新的诊治模式。如对疫气的认识,对温热病邪的认识,对伏邪的认识及对疾病演化“三焦传变”“卫气营血传变”的论述则是对中医辨证施治理论的突破发展及贡献,亦更贴近现今中医学者的思维模式及施治方法。

温病所述病证,即便所言均属现代所讲急危重症亦不为过,而言其论各种病证仍能涵盖所列各种系统的急危重症,尤其是对具有传染性疾病的论述更是详尽。在阐述温病的发生、发展、预后、转归的过程及所用方药证治,至今仍发挥着重要作用。其所论述伏邪温病,疫疠之气的发病方式及传变途径均与近代病原微生物所致各种传染病相近,同时亦对晚期发现的传染性非典型肺炎、高致病性禽流感等的预防及治疗颇有意义。

由于温病学派传承了《黄帝内经》的理论衣钵,发扬了《伤寒论》的论治外感病所长,在此基础上首创了温热之邪致病的临床病因证治的特殊规律,提出了卫气营血辨证、三焦辨证及温病的特殊症状的辨证理论体系,在突破、创新的基础上丰富发展了中医药治疗危重病的理法方药,奠定了现代中医治疗危重病的基础。

《伤寒论》中的大、小承气汤、调胃承气汤治疗阳明、少阴三急下之危重病证,确以攻邪、急下存阴为主,温病之五承气汤则以攻补兼施,扶助正气、增液承气、扩大了顺承胃气的外延,使《伤寒论》中处处体现其保胃气的核心思想得以发扬,而其加减复脉汤及由此演化的诸多方剂,则亦是由炙甘草汤之鼻祖演化而来,适之温病之“三宝”仍是温病学派的独特创立,亦体现了温病有别于伤寒,丰富和发展了中医学的内容。

二、中医急诊学的成熟及广泛应用

中医学历经两千余年的发展成熟，时至今日广泛应用，历经变迁、几度沉沦，彰显其旺盛的生命力。今天中医学已不仅是中华民族所特有的医学体系，更是走向世界，逐渐成为全人类的防病治病手段，作为独树一帜的一门学科，正在为全人类的健康发挥着其特有的作用。

举凡中医药发展及逐步走向成熟的过程，则多是中医药向急危重症宣战并战而胜之的过程，亦即以突破急危重症的治疗为先导，才使其得以发展，进而推动整个中医药学科逐渐走向成熟。

从远古的砭石针刺到明清时期人工种痘防治天花；从《伤寒论》以六经辨证防治外感热性病到温病学派以“三宝”治疗神昏、痰、厥的突破；从金针拨障治疗青光眼到针灸麻醉下行脑肿瘤切除术、指压拔牙术，眼针治疗急性脑血管病；从青蒿素的发明使人类疟疾有了利器到山茱萸碱提取物使抗休克治疗到了一个新的阶段。这些无不是中医药学者的一个又一个的发明与创造，是一个漫长及几经沉浮的过程，亦是一个痛苦拼搏、几经磨炼的过程，才有了今天中医急诊医学学科蓬勃发展并走向成熟。

在中华人民共和国诞生初期，国民经济相对落后，西医学在中国尚不够发展，农村缺医少药现象十分严重。此后，由于国家推行较好的中医政策，使中医药发展迎来了一个蓬勃生机的春天。在此相当长一段时间，中医药在防病治病及历次重大传染性疾病流行时期发挥着举足轻重的作用，如流感、乙脑、流脑、小儿肺炎、肝炎等。由于中医药的积极参与，临床疗效，生存、生活质量均有明显提高，而病死率、致残率则明显下降。这一方面体现了国家保护中医发展的政策；另一方面，则说明中医药历经数十年的发展已经成为一门较为成熟的医学学科。

随着国民经济的发展，尤其是改革开放近三十年来，中医学发展更是上了快车道。这得益于国家支持和老一代中医专家含辛茹苦、呕心沥血的传承，培养了一批批优秀的现代中医人，使中医药事业后继有人。正是由于这一代现代中医人坚韧不拔的努力，才使中医中药的研究与临床应用逐渐打下了现代化的印记。同时亦推动了中医学走出国门，在全世界生根发芽、开花结果，使中医药逐渐在为全人类的健康服务。

晚近时期，中医急诊医学伴随着中医学现代化发展的脚步前进的同时，中医急诊学科工作者也成为中医药现代化研究的先锋。国家中医主管部门在“六五”、“七五”期间由全国的中医急诊同仁组成了十余个中医药防治危重病学组，来集体攻克中风、血证、厥脱、高热、胸痹……进行深入系统的理论研究及临床治疗手段、方法的研究，开创了中药剂型改革、中药剂型研制的先河。产生了诸如生脉注射液、参附注射液、参麦注射液、醒脑静注射液、清开灵注射液等中药注射针剂，进而推动了整个中医药学科的发展，加快了中医药现代化研究的进程。各种中药制剂的改进，古老剂型的复制等，有了突飞猛进的发展，使中药各种制剂的使用不仅仅限于中医师，在西医院中也被广泛应用，且逐渐走出国门，迎来了中药学成熟的鼎盛时期。

三、中西医结合急诊医学的相离与渗透

中医急诊学科发生了翻天覆地的变化令世人瞩目，但同时也存在着发展不平衡、不全

面等诸多不尽如人意的地方。国家现行的中西医的诊疗标准、管理措施等诸多政策均按一个标准,这在某种角度上可能会制约中医药的应用及发展。

中医药学的发展取决于社会需求,急诊工作人员已从过去的煎汤、丸、散、膏、丹为主治疗患者,过渡到今天以各种针剂为主,有较为成熟的各种中药剂型供临床应用,并且得到了多数西医同仁的认可和应用。中医的市场在这点上扩大了。然而非中医专业人员在应用药物治疗疾病的同时却没有掌握中医的理论精髓,在大量应用中成药的同时,由于适应证把握不准确,不明白中医的辨证施治方法,乱用、错用中药制剂时有发生,造成中医资源浪费,同时降低甚至破坏了中医的可信度,对中医发展和扩大中药治疗范围起了相反作用。

再有就是中医药近三十年虽然经过剂型改进,大量成熟的中药针剂及其他便于应用的制剂广泛应用于临床,但是仍然不能满足需求。换言之,临床疗效突出、特异性强、药理机制明确的不多。中医针剂有自己的特色和长处。但能够替代或优于同类急诊急救者应急使用的品种不多。新的宣传药物推广、应用的手段与方法亦明显不足。中药、西药在急诊急救方面优势互补方面还是非常明显的。

西医的治疗手段和方法不断更新,从传统的药物治疗、手术治疗为主到今天的介入治疗、微创治疗,更多的新技术、新材料吸引了患者的眼球。尽管有些技术尚在发展阶段,但却达到了普及的水平。中医院在注重硬件建设,与西医院比拼新技术、新疗法的过程中学到了很多,也进步了很多。但毕竟学科基础不同,与此同时把自己的看家本领丢失了,特色没有了。人们在追逐现代化、追逐利润的同时,却丢失了很多传统的东西。如运用中医针灸治疗抽搐、神经痛、高热,艾灸治疗胃痉挛,中医穴位刮痧法、放血法治疗感冒,中药熏洗,中药灌肠等,许多行之有效、物美价廉的防病治病方法和手段少有使用,同时患者盲目地随波逐流,使个别地区、个别医院的中医沦为名存实亡的境地,令人扼腕惋惜。由此发展下去,中医急诊出路在何方,这不能不引起我们的深思。

但中医相对于西医而言,未知领域仍然较多,相对成熟而又先进的技术尚不多,尤其是诊察技术手段上,尚主要依靠西医学的检测手段。中医急诊工作人员,无论从人员的知识结构、人员的急诊急救培训、人员素质、人员的安排、设备的投入、社会的认知和可信度等,均达不到同级西医院的水平,甚至有相当大的差距。要想尽快缩短这一差距则有相当难度。

一名西医急诊医生一点不懂中医,亦可当一名好的急诊医生,而一名非常优秀的中医师,则要较为精通西医的相关知识与技能,或可勉强能够做一名基本合格的急诊医生。中医急诊工作者必须要有中西医两种过硬技术,那么,对这类从业人员的不断培训、继续教育凸显重要,然而人们均过多地强调西医的学习、培训,忽视中医的再学习。

中西医知识兼备是当前承担中医急诊工作的必备条件,这种人才的培训模式,目前尚不成熟,方式方法的选择上各地区各有千秋,其共性是一致的。承担中医院的急诊急救工作风险更大、成才更难,甚至跟随西医的后面勉强度日。由此不得不为中医急诊的事业感叹何其艰辛。

四、目前中医急诊医学发展及展望

目前三级、二级甲等医院均设立综合性的急诊科,24小时开放,国家对此有规范性

的要求,各级主管部门对此有相应的要求和检查制度,在急诊领域发挥着一定的作用。急诊科在应用中医药救治急危重症方面的确发挥着不可替代的作用。

急诊科的建设首先要以提高临床疗效为核心,充分发挥中医特色,从深层次系统探索中医药在危重病急救领域中的疗效优势,加强科研攻关。重点研究典型病种,揭示不同病期、病程、阶段中中医药的疗效优势,总结单病种的中医药治疗率和抢救成功率,并结合现代急救技术和方法加以充实完善,对有确切疗效的病证进行辨证论治和理论方药的诊疗序列配套,并形成标准规范加以推广应用。

其次要深化急诊科研,以急诊医疗中心为依托,深化中医急诊的基础、临床和实验研究。采取“继承与发展相结合、中医与中药相结合、基础研究与应用开发相结合、科研成果与新药研制相结合、临床观察与实验研究相结合”五结合的研究思路和方法,本着取长补短,优势互补的原则,立足于本学科研究前沿,针对具有中医特色和优势的病种进行科研攻关,避免低水平重复,提高科研水平;组织多学科联合攻关,探索有利于推动中医急诊学术发展的“突破口”,创建现代中医急诊理论。同时,加强中医急诊预防、保健、康复方面的研究工作。

此外还要重视教学工作,承担临床进修、本科生实习及研究生的培养;举办省内中医急诊临床学习班,以讲授中医急诊的新理论、新经验、新技术、新成果、新进展为主要内容,培养中医急诊专业骨干人员,指导、推广《全国中医医院急诊科必备中成药》的临床应用。

新一轮的中医、中西医结合急诊基地建设是国家中医药管理局又一大胆的鼓励支持发展中医急诊的新措施,这将是提升中医急诊地位,提高中医水平,加强中医急诊建设、培训中医急诊人才的有利时机。中医院急诊科室是发挥中医药优势的第一主阵地,因此建设好这个基地,对提高中医院的诊疗水平和综合服务能力是非常重要的。负责基地建设的学术和学科带头人抓住这一有利时机,真正从提高中医疗效入手,把基地建设成为人才培养、规范化管理、常规化培训、新技术和新疗法应用推广、基层急诊从业人员继续教育、满足社会对急诊需求的主阵地。

急诊基地建设是长效机制,不是搞形式、走过场,基地的名义要比专科学科建设的幅面要宽,所搭建的平台要更大,它的职能是在完善自己建设、扩大服务半径的同时,更重要的是要规范地、长期地为本地区内中医急诊人员提供培训、研修、提高的平台,真正起到基地的作用。同时全国各个基地建设的经验交流、优势互补亦是国家对此的必须要求。

各基地根据国家中医药管理局的要求均制定各自的临床诊疗规范,并且通过建设、督导、检查等手段得到了不断的改进和完善,但仍有不尽如人意的地方。规范的可行性较差,即患者是否接受这些规范,医师是否接受这些规范,以及不同地区规范的统一性问题,规范与自身特色问题,均需认真梳理、归纳、协调进而达到相对的统一、协调发展。否则,各按各的规范,各自有各自的特色,非但孰优孰劣无从考察,甚则把一套中医诊疗规范束之高阁,无人问津,各种西药大行其事,弄得中不中、西不西,四不象。

由此可以联想,国家加大力度提倡急诊必备中成药的使用,在历经了十余年的验证后,应该筛选出一定数量疗效突出的品种,同时又有新的品种不断问世,那么这些成果的推广是很重要的。

中国中医中药万里行,是国家中医药管理局领导者新的、空前的宣传中医、推广中医

的伟大创举,让中国人乃至世界各国都认识中医、了解中医,使中医为人类健康服务,使国粹发扬光大,真正体现了“民族的亦是世界的”。这一大型学术推广活动的展开,必将推动中医药事业的蓬勃发展。中医作为一种百姓看病廉价、便捷的方法,为广大患者所接受并享用,亦可解决中医药发展不平衡的问题。在扩大宣传推广的同时,管理部门把重心深入到基层,对广大社区医师进行中医的培训则尤为重要。此举可逐渐改善基层医院不懂中医、乱用中药的混乱局面,使广大群众能够享用到真正的中医为自己的健康服务。

五、中医药治疗急危重症的优势病种

1. 外感发热 外感发热在急诊患者中占比例较大,一年四季均可发生。西医对此治疗非常统一,解热镇痛、抗菌、抗病毒、物理降温,甚或应用激素。中医治疗此类病证依据中医的辨证分型、分证论治有着西医方法不可比拟的优势。疗效突出、较少毒副作用、价廉便捷、立竿见影,方法有辛温解表、辛凉解表、和里解表、清热解毒、化湿解表、扶正解表等,各种制剂应用于临床,只要能够全面选用,疗效均较理想,患者亦乐于接受。常用的有桂枝汤类、麻黄汤类、银翘散类、柴胡汤类、藿香正气散(水)类、双黄连、清开灵、醒脑静、鱼腥草等。还有根据不同病因、不同季节流行疾病的特点而制的院内制剂,应该讲中医药是治疗发热类疾病的生力军。

2. 神昏 昏迷是临床常见危重证候,可见于多种疾病。中医药在几千年的临床实践中积累了治疗神昏的丰富经验。早在《黄帝内经》中即有深刻论述。在其后的发展中,各医家根据不同的证候,提出了针对神昏的清热解毒、醒神开窍、回阳救逆、化痰通络、急下存阴等不同治法,创制出一大批行之有效的方剂。温病三宝更是治疗神昏的必备方剂。安宫牛黄丸、清开灵、醒脑静、生脉、参附等大量制剂应用于临床。

针灸疗法作为昏迷抢救的重要非药物治疗,在中医广泛应用已逾两千多年。《黄帝内经》等诸多医籍皆有论述。针刺人中、合谷、涌泉等穴位强刺激方法对神昏患者有明显促醒作用,临床应用广泛。

3. 急性肝损伤 急性肝损伤常见于肝炎暴发、酗酒、药物应用之后,或为既往肝病患者病情急性加重,西医学在治疗上以应用各类保肝制剂为主,病因治疗,必要时血液透析。中医则强调辨证论治,将其归入“急黄”“神昏”等范畴,在《伤寒杂病论》中即有针对各种原因黄疸的分证论治,本病病机错综复杂,须谨守病机,治疗上顺应恢复肝脏生理特性,截断逆转肝脏病证传变,《金匱要略》之“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”,采用“助用焦苦,益用甘味药”治疗急性肝损伤。随着中药剂型的更新,清开灵、醒脑静注射液广泛应用于急性肝损伤所致肝性脑病的治疗,茵栀黄注射液应用于黄疸的治疗,都已取得了良好的疗效。

4. 脓毒症及多脏器功能障碍 这类病证过去临床死亡率极高,尽管投入了大量的财力物力,高效、大剂量的抗生素应用,仍没有太大的改观。而中西医结合工作者将中医加入到了这一病证的治疗,却达到了意想不到的效果。中医学者从多个角度探讨本病的发病原因,经过理化检查及四诊所见,将中医的辨证施治有机地融入本病不同阶段的治疗。各地的研究资料表明,用中西医结合的手段抢救本病可使死亡率下降15%~30%,这是一个很大的突破。比较有代表性的是中西医结合急诊专家王今达教授研制的以活血化瘀治疗为主导的血必净注射液,已广泛应用于临床,疗效非常突出。北京一些研究者将中药承气

汤类方剂应用于多脏器功能衰竭患者,并提出由于承气汤荡涤肠内邪毒浊气,对清除肠内毒素、恢复肠道功能、改善肠道黏膜通透性、使损伤修复加快均有佳效。从而验证了多脏器功能衰竭的始动因素是肠衰竭,而遏制肠衰竭则是中医治本的方法,自然能够取得疗效。

而从事多年的急诊与消化道疾病研究的姜树民教授则根据《内经》《伤寒论》的理论结合多年的临床经验,提出了顾护“脾胃后天之本”的理论,用保护胃气、和胃降浊的方法治疗多脏器功能障碍,同时将此方剂进行了相关的动物实验阶段,效果突出。西医认为此病始动因子是肠衰竭,中医则认为是脾气先伤,胃气先绝,与西医认识观有异曲同工之处,故研究者提出了从保胃、护胃、益胃三方面入手。保胃法是注重未病先防;护胃法是注重即病防传、防变;益胃法是已病正衰扶正为主。三法适用于不同阶段,但亦要有机结合,不应相互割裂。

此论点的提出突出了仲景先师《伤寒论》中急下存阴的保胃气思想及和降胃气、顺承胃气思想,对目前医学界研究的焦点问题进行探讨,对公认的危重病死率极高的危重病进行临床治疗手段的大胆尝试,殊堪嘉尚。

其他如用大黄等泄浊解毒法降肌酐治疗晚期肾衰竭,和胃降浊、宁络护膜治疗急性胃黏膜损伤,化瘀、益气、摄血、宁络护膜法治疗上消化道出血等在临床中多有报道。还有针灸治疗抽搐、神经痛,艾灸治疗胃痉挛,中医穴位刮痧法、放血治疗高热,中药熏洗,中药灌肠等。我们的老祖宗在治疗急危重症上有着十分丰富的经验,充分将国粹传承并发扬是我们现代中医人的使命,我们应当始终不渝地追随先辈的脚步,开拓中医急诊工作的新局面。

第二章 急诊常见症状的诊断思路与处理

第一节 高热

【概念】高热 (high fever) 是指口腔温度高于 39°C , 或腋下温度高于 38.7°C , 或肛门温度高于 39.3°C 。但必须排除正常变异的可能, 如当体力劳动后肛温可达 39°C , 1 小时后则自行恢复正常。

【鉴别诊断】

(一) 诊断程序

1. 病史 应详细询问发热过程、时间、类型与规律性, 是否伴有畏寒或出汗, 并了解各系统症状, 以及预防接种史、传染病接触史和居住生活史等。

2. 体检 应注意有无局部病灶存在, 如齿槽脓肿、扁桃体炎、鼻旁窦炎、中耳乳突炎、淋巴结炎、蜂窝织炎、皮肤破溃以及内脏的局部病灶, 如肝区、肾区、腹部有无叩痛或压痛、腹肌紧张、肿块或肝脾大, 注意心肺和神经系统体征, 并观察皮肤与巩膜有无黄染、皮疹、瘀点、皮下结节等。

3. 实验室检查 根据病史和体检的线索, 应及时做常规检查, 初步区别感染性或非感染性发热。

(1) 血液检查: 白细胞与中性粒细胞增多者常提示有急性细菌性感染、阿米巴或原虫感染存在; 白细胞计数正常或轻度减少常提示为病毒感染、伤寒、疟疾、结核等。血液涂片可找疟原虫、微丝蚴等。如仍不能确诊, 应进行血培养、血清凝集实验、甲状腺激素测定、查红斑狼疮细胞等。

(2) 尿液检查: 尿常规是常用的急诊检查项目, 必要时可做中段尿细菌培养、计数与药敏试验。

(3) 粪便检查: 粪便常规查虫卵、阿米巴原虫、血吸虫卵孵化, 必要时做细菌培养。

(4) 穿刺液检查: 脓液、胸腔积液、腹水或脑脊液常规检验, 涂片镜检与细菌培养。必要时还可做骨髓涂片检查和细菌培养。

4. 其他检查

(1) X 线胸部摄片: 有助于胸膜和肺部疾病的诊断。必要时可做胆囊造影、肾盂造影、CT 检查等。

(2) 超声检查: 对于肝脓肿、肝癌、胸腔或腹腔积液、腹腔内实质性肿块均有辅助诊断价值。

(3) 活体组织检查: 肝穿刺为肝脓肿诊断与治疗的重要措施, 并可做活体组织检查 (简称活检)。淋巴结、皮肤、直肠黏膜、肌肉等活体组织检查对淋巴瘤、血吸虫病或肌源性疾病有助于确诊。

5. 治疗性诊断 临床高度疑似某一疾病, 但经以上检查均不能确诊者, 或病情较重不允许等待检验报告的患者, 可应用较特效的药物做治疗试验, 根据疗效作出诊断。某些外科腹部疾病, 可视病情需要做剖腹探查手术, 以达诊断和治疗的目的。

(二) 病因鉴别

1. 感染是高热最常见的病因, 各种急、慢性全身性传染病与局部感染病灶都可能引起高热, 如细菌、病毒、立克次体、支原体、衣原体、真菌、螺旋体、原虫、蠕虫等病原体感染。

2. 中枢神经系统疾病可能引起高热, 如脑出血、头部外伤、中暑、安眠药中毒等均可影响体温调节中枢, 而使体温升高。

3. 血液与网状内皮系统疾病、恶性肿瘤可能引起高热, 如急性白血病、溶血性贫血、淋巴瘤、恶性网状细胞病、肾癌、肝癌、胃癌等。

4. 免疫性疾病可能引起高热, 如血清病、药物热、输血与静脉注射后热原反应等变态反应性疾病、获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)、成人 Still 病(变应性亚败血症)、系统性幼年型类风湿关节炎(Still 病)等。

5. 结缔组织疾病可能引起高热, 如风湿热、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、皮炎、脂膜炎、结节病等。

6. 其他心血管系统疾病、内分泌系统疾病、皮肤病也可能引起高热, 如心肌梗死、肺梗死、脾梗死、甲状腺炎、甲状腺功能亢进、无汗症、广泛性皮肤瘢痕形成等。

(三) 高热与主要伴发症状的鉴别

1. 高热伴有皮疹的疾病

(1) 麻疹: 发热第 2~3 日口腔颊黏膜出现白色黏膜斑。发热第 3~4 日于发际、耳后出现散在暗红色丘疹, 以后逐渐向颈部、躯干及四肢散布。

(2) 风疹: 发热当天于颜面部出现淡红丘疹, 一天内布满全身。

(3) 水痘: 发热当天出现红色斑丘疹, 24 小时内变为疱疹, 躯干为多。

(4) 猩红热: 发热后数小时于颈部出现弥漫性细小猩红色皮疹, 一天内遍及全身, 为弥漫性细小密集猩红色皮疹, 压之退色。

(5) 伤寒: 发热第 6~8 日于胸背部出现少数如针头大小的蔷薇疹, 现已少见。

(6) 恙虫病: 发热第 4~6 日于躯干和四肢出现红斑或丘疹, 重者为出血性皮疹。

(7) 斑疹伤寒: 发热第 3~5 日于肩、背、胸、腹部出现暗红或出血性斑疹或丘疹。

(8) 其他: 如败血症、感染性心内膜炎、药物热、鼻咽部肉芽肿等。

2. 高热伴呼吸及循环系统症状的疾病

(1) 急性扁桃体炎: 咽痛、呼吸急促、扁桃体肿大, 扁桃体可有白色渗出物。

(2) 白喉: 扁桃体上有灰白色假膜, 伴声嘶、呛咳, 甚至呼吸困难。

(3) 急性上呼吸道感染: 咽痛、鼻塞、流涕、咳嗽, 伴全身症状。

(4) 肺炎: 咳嗽、胸闷痛, 大叶性肺炎常咳铁锈色痰, 结合 X 线肺部检查诊断较易。

(5) 肺脓肿: 咳大量脓痰, 常带血丝, X 线胸片示密度增高的阴影或有液平的空洞。

(6) 急性粟粒性肺结核: 有气急、鼻翼扇动、发绀和盗汗, 肺部听诊可正常或有少许湿啰音, X 线胸片示弥漫性粟粒性病变。

(7) 感染性心内膜炎: 心脏出现病理性杂音, 伴有进行性贫血和肝脾大, 可能在身体