

◎ ZHONG XI YI JIE HE LIN CHUANG ZHEN LIAO XUE ◎

中西医结合 临床诊疗学

主编 王联庆 陈丽华 顾卫琴 王迎霞 徐慧卿 陈鲁媛



天津科学技术出版社

中西医结合临床诊疗学

主编 王联庆 陈丽华 顾卫琴
王迎霞 徐慧卿 陈鲁媛

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合临床诊疗学/王联庆等主编. —天津:
天津科学技术出版社, 2010. 6
ISBN 978 - 7 - 5308 - 5787 - 8

I. ①中… II. ①王… III. ①中西医结合—诊疗
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 127888 号

责任编辑:郑东红

责任印制:王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332693(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 21 字数 486 000

2010 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

主 编 王联庆 陈丽华 顾卫琴 王迎霞 徐慧卿 陈鲁媛

副主编 (以姓氏笔画为序)

韦有义 牛永秀 王 斌 李卫川 范运元 孟令英
周东侠 郑进国

编 委 (以姓氏笔画为序)

韦有义 牛永秀 王联庆 王迎霞 王 斌 李卫川
陈丽华 陈鲁媛 范运元 孟令英 周东侠 郑进国
顾卫琴 徐慧卿

前 言

中国医药学是一个伟大的宝库,为中华民族的繁荣昌盛,人民群众的身体健康立下了不朽功勋。近年来,中西医结合事业蓬勃发展,医疗经验、科研成果层出不穷。为了不断总结临床经验,继承和发扬中西医学学术成就,我们组织了全国各地部分中西医界同仁,在广泛参阅国内中医文献基础上,结合自身工作经验,精心编写成《中西医结合临床诊疗学》一书。

《中西医结合临床诊疗学》以突出中西医学的特色和优势为主,借鉴现代医学的研究成果,系统地把中西医各个学科的疾病的病因、诊断、治疗分类编辑成十一章,补充了民间部分偏方、验方、覆盖了中医学治疗措施的各个方面。为方便临床查阅,疾病名称按照现代医学的分类方式编排,更加贴近临床,以便给广大临床工作者以锤炼基础知识,改进知识结构,了解中西医动向,更新中西医观念提供有益的帮助。

该书编排新颖、内容丰富、简明扼要、结构严谨,既有前人的研究成果和经验,又有作者自己的学术创见,是临床各科医务工作者、医学院校师生的良师益友。

中西医结合目前处于不断探索阶段,医学科学的发展也日新月异,书中关于中西医结合的某些具体内容和学术观点尚可能不够成熟,由于编写时间紧迫,编者水平所限,书中难免有不足之处,我们将在今后的临床实践中不断总结经验,也祈望读者提出宝贵意见,以便进一步修改提高。

王联庆

2010年5月于青岛大学医学院附属医院

目 录

第一章 常见急症诊治	1
第一节 发热	1
第二节 晕厥	5
第三节 昏迷	9
第四节 厥脱	12
第五节 抽搐	18
第六节 心悸	21
第七节 咯血	23
第八节 呕吐	28
第九节 急腹痛	31
第十节 上消化道出血	35
第十一节 急性下消化道出血	38
第十二节 头痛	42
第十三节 眩晕	45
第二章 呼吸系统疾病	49
第一节 急性支气管炎	49
第二节 大叶性肺炎	51
第三节 支气管哮喘	55
第四节 肺脓肿	59
第五节 肺性脑病	61
第六节 肺栓塞	65
第七节 自发性气胸	69
第八节 呼吸衰竭	72
第九节 急性呼吸窘迫综合征	75
第三章 循环系统疾病	80
第一节 风湿热	80
第二节 急性心力衰竭	83
第三节 慢性心力衰竭	86
第四节 心绞痛	90
第五节 急性心肌梗死	96
第六节 高血压急症	103
第七节 慢性肺源性心脏病	106

第八节	急性病毒性心肌炎·····	110
第九节	急性心包炎·····	113
第四章	消化系统疾病·····	117
第一节	急性胃炎·····	117
第二节	消化性溃疡·····	120
第三节	胃癌·····	126
第四节	肝性脑病·····	133
第五节	急性胆囊炎·····	136
第六节	胆石症·····	139
第七节	胆道蛔虫病·····	143
第八节	急性胰腺炎·····	145
第九节	急性出血性坏死性肠炎·····	149
第五章	泌尿系统疾病·····	152
第一节	急性肾小球肾炎·····	152
第二节	急性肾盂肾炎·····	155
第三节	急性肾功能衰竭·····	157
第六章	血液系统疾病·····	162
第一节	贫血·····	162
第二节	急性粒细胞缺乏症·····	165
第三节	再生障碍性贫血·····	168
第四节	原发性血小板减少性紫癜·····	172
第五节	急性白血病·····	177
第六节	血友病·····	181
第七节	弥散性血管内凝血·····	183
第七章	内分泌和代谢疾病·····	188
第一节	糖尿病·····	188
第二节	糖尿病酮症酸中毒·····	199
第三节	高渗性非酮症性糖尿病昏迷·····	202
第四节	垂体前叶功能减退性危象·····	205
第五节	肾上腺皮质功能减退性危象·····	207
第六节	甲状腺危象·····	209
第七节	低血糖症·····	212
第八章	神经及精神系统疾病·····	215
第一节	三叉神经痛·····	215
第二节	急性脊髓炎·····	218
第三节	急性感染性多发性神经炎·····	220
第四节	精神分裂症·····	223
第五节	癔症·····	233

第九章 妇产科疾病	239
第一节 妊娠剧吐	239
第二节 妊娠高血压综合征	241
第三节 产褥中暑	245
第四节 产褥感染	247
第十章 儿科疾病	252
第一节 惊厥	252
第二节 小儿急性喉炎	255
第三节 支气管肺炎	257
第四节 小儿心力衰竭	262
第五节 婴儿腹泻	265
第十一章 常用针灸与推拿疗法	272
第一节 针灸疗法	272
第二节 针刀疗法	295
第三节 推拿疗法	302
第四节 落枕	311
第五节 颈椎病	312
第六节 肩关节周围炎	319
第七节 肱骨外上髁炎	322
第八节 腰部劳损	324

第一章 常见急症诊治

第一节 发 热

营养物质的代谢提供机体能源,从而各器官能发挥功能及保证细胞的新生、发育及生活,但同时产生热量。产热与散热在体温中枢的调节下,使体温维持于 37°C 上下,每日体温差不超过 1°C 。临床上当腋下温度在 37°C 以上,口腔温度在 37.3°C 以上,或直肠内温度在 37.6°C 以上,一昼夜间波动在 1°C 以上时,可认作发热。一般认为 $37.5^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ 为低热; $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ 为中度发热; $39.1^{\circ}\text{C} \sim 40.4^{\circ}\text{C}$ 为高热; 40.5°C 以上为超高热。

【病因】

现代医学认为,发热的原因颇为复杂,一般分为感染性及非感染性两类。

(一)感染性发热 各种病原体(细菌、病毒、支原体、立克次氏体、螺旋体、真菌、寄生虫)所引起的感染。最常见的感染性疾病有:上呼吸道感染、肠炎、败血症、结核病、伤寒、副伤寒、传染性单核细胞增多症、肾盂肾炎、肝脓肿、脑膜炎、感染性心内膜炎、骨髓炎、疟疾、血吸虫病、肺吸虫病、黑热病等。

(二)非感染性发热 ①变态反应与过敏:如风湿热、药物热、血清病。②结缔组织病:如红斑狼疮、结节性动脉炎。③组织坏死与血液吸收:如急性溶血、急性心肌梗死、内出血、肢体坏死、大面积烧伤。④血液病、恶性肿瘤:如急性白血病、恶性淋巴瘤、癌肿、肉瘤。⑤内分泌代谢障碍:如甲状腺机能亢进、重度脱水。⑥体温调节中枢功能失调:如中暑、重度安眠药中毒、脑出血、脑震荡。⑦植物神经系统功能紊乱:如神经官能症。

中医学认为,发热有外感和内伤之别,病因多为外感六淫之邪;或外感疫毒之气,或瘀血内停等所致。其病机为外邪侵袭与正气相争;或外感湿热之邪,或寒邪入里化热伤阴;或邪毒随入,热因毒生;瘀血内停,湿热滞留,均可发为高热。

【临床表现】

外感发热的表现形式较多,但体温升高、身热、面红、舌红、脉数等是其基本临床特征。外感发热起病急骤,多有2周左右的中度发热或高热,也有少数疾病是微热者。热型有发热恶寒、但热不寒、蒸蒸发热、身壮热、身热不扬、寒热往来、潮热等。发热时间,短者几日即退,长者持续10余日或更长时间热势不解。最常伴见口干烦渴,尿少便秘,舌上少津等热伤津液之症。除发热外,必伴随有病变相关脏腑功能失调的症状,如咳嗽、胸痛、胁肋胀满、便秘、泄泻、小便频急等。

内伤发热多因饮食、劳倦、七情所伤,以致脏腑功能失常,气血逆乱,阴阳失调,造成阳气偏旺而出现发热。其起病较外感发热缓慢,病程一般较长,发展较慢,变化也不多,其证多为虚实夹杂或多为虚证,多伴有脏腑功能失常或损害的表现。

【诊断要点】

1. 体温多在 39℃ 以上,严重病例体温在 39.5℃ 以上。
2. 外感高热,发病急,病程短,变化快,发热重,有感受疫毒或风寒、风热、温邪等临床特征,并见其他外感病症。
3. 内伤高热,其特点是起病缓,病程长,热多间歇,且多起于它病之后,或久病之中,并见其他内伤之证候。

4. 参考项目

(1) 血象:白细胞总数偏低,应考虑疟疾或病毒感染;白细胞总数增高和中性粒细胞左移者,常为细菌性感染;有大量幼稚细胞出现时要考虑白血病,但须与类白血病反应相鉴别。

(2) 尿粪检查:尿液检查对尿路疾病的诊断有很大帮助。对昏迷、高热病员而无阳性神经系统体征时,应作尿常规检查,以排除糖尿病酸中毒合并感染的可能。对高热伴有脓血便或有高热、昏迷、抽搐而无腹泻在拟及中毒性菌痢时应灌肠作粪便检查。

(3) X 线检查:常有助于肺炎、胸膜炎、椎体结核等疾病的诊断。

(4) 其他检查:对诊断仍未明确的病员,可酌情做一些特殊意义的检查如血培养、抗“O”、各种穿刺及活组织检查。还可依据病情行 B 超、CT、内窥镜检查等。

【治疗】

(一) 中医治疗

1. 辨证论治

(1) 外感高热

1) 表寒证:发热恶寒,头痛身痛,鼻塞流涕。舌淡苔白,脉浮紧。治宜辛温解表。方药:葱豉汤加杏苏饮,亦可用荆防败毒散。淡豆豉、杏仁、葱白(后入)、苏叶、葛根、荆芥、防风、柴胡、甘草。

2) 表热证:发热微恶寒,口燥咽干,头痛咳嗽。舌红苔微黄少津,脉数或浮数。治宜辛凉解表。方药:银翘散加减。银花、连翘、竹叶、牛蒡子、淡豆豉、桔梗、柴胡、黄芩、薄荷、荆芥、甘草。咽痛加射干、板蓝根;咳嗽,加苦杏仁、蜜枇杷叶、桑白皮。

3) 半表半里证:寒热往来,口苦咽干,心烦喜呕。舌红苔黄,脉弦数。治宜和解表里。方药:小柴胡汤加味。柴胡、枳实、黄芩、煮半夏、连翘、生姜、青蒿、甘草。汗出热不通,加知母;便秘,加大黄(后入)。

4) 肺热壅盛:高热,咳嗽,气喘,痰黄而稠,或脓痰,口渴。舌质红,苔黄厚,脉洪数或滑数。治宜清热解毒,宣肺平喘。方药:麻杏石甘汤加减。麻黄、银花、连翘、石膏、鱼腥草、杏仁、黄芩。

5) 胃热炽盛:高热,不恶寒反恶热,汗多,口渴喜冷饮,气粗,口臭,牙龈肿痛。舌苔薄黄或黄燥,脉洪而数。治宜清热生津。方药:白虎汤加减。麦冬、甘草、生石膏、知母、连翘、银花、麦冬。

6) 气分湿热:午后身热,头痛身重,胸闷呕恶,不思饮食。舌苔白腻,脉濡。治宜清热利湿。方药:三仁汤加减。杏仁、半夏、薏仁、竹叶、滑石、甘草、木通、银花、苡仁。

7) 热入营分:发热,夜间为甚,口渴反不欲饮,心烦躁扰,神昏谵语,斑疹隐隐。舌质

红绛少津,脉细数。治宜清营泄热,凉血解毒。方药:清营汤合犀角地黄汤加减。犀角(或水牛角粉)、银花、连翘、玄参、丹皮、知母。

8)热闭心包:高热炽盛,神昏谵语,甚或昏愦不语,肤热肢厥。舌红绛,脉细数。治宜清热凉肝,养血熄风。方药:犀角粉、羚羊角粉(冲服)、玄参、钩藤(后下)、竹心、麦冬、连翘心、莲子芯,随煎随服或鼻饲。

(2)内伤高热

1)气虚发热:发热常在劳累后发作或加重,热势或低或高,倦怠乏力,短气懒言,食少便溏,自汗,易感冒。舌淡,苔薄白,脉细数。治宜甘温除热。方药:补中益气汤加味。黄芪、陈皮、甘草、生姜、白术、当归、白芍、升麻、柴胡、党参、大枣。

2)阴虚发热:午后或夜间发热,手足心热,或骨蒸潮热,心烦盗汗,失眠多梦,口干咽燥,大便干结,尿少色黄。舌质红而干或有裂纹,少苔或无苔,脉细数。治宜养阴清热。方药:清骨散加减。银柴胡、黄连、青蒿、秦艽、地骨皮、党参、玄参、知母、栀子。盗汗,加煅牡蛎、浮小麦。

3)瘀血发热:午后或夜间发热,感觉身体某些局部发热,口干咽燥而不欲饮,肢体有固定痛处或肿块,甚则肌肤甲错,面色萎黄或黯黑。舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉涩。治宜活血化瘀。方药:血府逐瘀汤加减。当归、柴胡、赤芍、川芎、生地、牛膝、丹参、枳壳、甘草。

2. 中成药

(1)复方柴胡注射液:每次2~4ml肌注,每日3~4次。适用于卫气分证的发热。

(2)蒿甲醚注射液:每次注射2ml,每日2~3次。适用于外感、疟疾的高热。

(3)清开灵注射液:每次20~40ml,加入5%葡萄糖液200ml静滴。适用于多种感染性高热。

(4)安宫牛黄丸:每次1粒,每日3次。适用于高热炽盛之营血分证。

(5)至宝丹或紫雪丹:每次1粒,每日3次。适用于高热炽盛之营血分证。

(6)琥珀抱龙丸:每次1粒,每日3次。适用于高热炽盛之营血分证。

(7)六神丸:本药具有抗病毒作用,用于治疗流感发热,成人每日3次,每次10粒,小儿酌情减量。一般服至次日体温可降至正常,能明显改善症状。若配合口服复方扑尔敏,疗效更佳。

(8)风油精:采用水仙牌风油精1ml加冷开水20~30ml,擦浴患儿上下肢两侧,背部、腋下、腹股沟及四肢关节屈侧,边擦边揉,约7~8分钟。15分钟后进行第2次擦浴。疗效优于酒精擦浴。使用时须注意:①操作时必须观察患儿皮肤的颜色、呼吸及脉搏。②操作时切不可使药液接触面部、眼及阴部,造成患儿不必要的痛苦。

3. 单方、验方

(1)板蓝根、生石膏各30g,羌活、知母各10g,甘草3g。冬春伍以荆芥、薄荷;夏秋配以藿香、佩兰;头痛加蔓荆子,菊花;身痛甚者改羌活为15g。本方治疗流感高热,均在2天内退烧。

(2)取鲜球兰叶50片左右,洗净,加冷开水200ml,置搅拌机中打成糊状,取汁沉淀后取上清液,可置冰箱冷藏备用。1岁以下每服5~10ml,1~5岁10~20ml,6~10岁30ml,成人30~40ml,服时可加入少许蜂蜜、蔗糖或单糖浆服用,以减少其腥味。经多年临床观

察,球兰汁对外寒轻,里热重之壮热,不论上呼吸道感染、急性支气管炎、肺炎、乙型脑炎、麻疹、中暑等高热,均有良好的退热效果,且无大汗及反跳现象。但证属风寒发热,或偏湿,或入血分者,退热效果则不理想。

(3)对小儿积食发热者可用温开水配成1%大黄液,按不同年龄用60~250ml分1次或2次灌肠,使肠内积滞排出。治愈率达96.7%。

(4)滑石(包)、清水豆卷各15g,葛根、桑叶、杏仁、黄芩各9g,薏仁(后下)、薄荷(后下)各3g,薏仁12g,佩兰6g,芦根30g。水煎服,每日1剂。本方对暑温湿热效好。

(5)生石膏50g,黄连5g,知母、甘草、黄芩、山梔、黄柏各10g,粳米100g(包煎),生姜3片为引。水煎服,每日1剂。对阳明邪热、稽留肌肤的高热效佳。

(6)柴胡、大黄各1000g,氯灭酸15g,糖适量,加水煎至1000ml。每次口服1~2ml/kg,每日3~4次。对小儿高热效好。

4. 针灸治疗

(1)针刺:常规取穴如曲池、合谷,配内关、足三里,可用单刺或留针,均用泻法,耳针疗法,取耳尖、皮质下。还可用于头针等疗法。

(2)穴位注射:选用柴胡注射液、银黄注射液或羚羊注射液0.5ml,取曲池(双)、足三里(双),穴位注射,每6小时1次,热退为止。

(二)西医治疗

1. 病因治疗 诊断明确的疾病应积极加以治疗,如肺部感染通常以肺炎球菌、葡萄球菌及链球菌多见,选用抗生素有效者常可于用药后2~3天退热;伤寒常于用氯霉素治疗后3~5天才退热;胆道感染选用抗生素(如氨苄青霉素加庆大霉素或氯霉素等)、止痛、输液多能缓解;结核病除一般支持疗法及对症治疗外,应积极使用抗结核杆菌药物治疗;副鼻窦炎急性期应予以青霉素治疗,慢性期如有积脓应予以穿刺及冲洗;扁桃体炎急性期应给予抗生素积极治疗,如常复发,可在缓解期行扁桃体摘除;急性风湿热除一般治疗外,常选用水杨酸钠或其他消炎镇痛剂,有全心炎或心包积液,可给予肾上腺皮质激素,为消除溶血性链球菌感染,可选用青霉素10~14天。对病因不明者应尽快找出病因,以便对照病因作相应治疗。

2. 物理降温 温水或酒精擦浴,用冰水灌肠或湿敷前额和颈部、腋窝、腹股沟等大血管处。

3. 抗生素 对发热较重,白细胞显著升高而尚未查明原因时,可给以抗生素或磺胺药治疗。

4. 药物降温 病因明确,经上述措施高热仍不降者,可根据病情需要选用药物降温。但对发热原因不明的病员,不宜随便给服退热药。常用的退热药物如下:

(1)APC:1片,每日3次口服。小于3岁小儿可用50%安乃近滴鼻,每侧2~3滴,但用量不宜过大。

(2)安痛定:肌注,适用于上呼吸道感染及一般高热的对症处理。

(3)654-2:主要用于治疗输液输血反应引起的发热,比传统的抗组织胺药物与激素效果好。但对心脏病患者出现输液输血反应,并有心率快时则不宜使用。

(4)潘生丁:本品能使某些病毒性上呼吸道感染患者体温迅速下降,病情缩短,中毒

症状减轻,效果优于病毒灵。每日3~5mg/kg,分2~3次口服,连服3天。

(5) 硝普钠:对物理降温、解热药、输液等常规治疗无效者,应用本品是有效的辅助措施。方法:静滴,开始每分钟0.5 μ g/kg,15分钟增到每分钟1.0 μ g/kg,并维持此速度,热退后停药。用药时不断测血压,如血压下降应减慢滴速。

(6) 消炎痛:过去消炎痛一般只用于癌性发热,其实本药在退热方面有其优点,如降温作用温和,出汗少,无不适现象。有人用消炎痛注射剂作为各种发热病例的退热剂,90%以上病例获显效。

(7) 氯丙嗪:本品本身即具有降温作用,可用于各种急性感染之发热。有人用4℃冷甘露醇静注配合肌注氯丙嗪25mg,治疗顽固性超高热效果良好,且可防止出现寒冷反应。

5. 冬眠疗法 经用退热措施治疗,高热仍不降者,可考虑选用冬眠疗法等。如冬眠灵每次25~50mg肌注或加5%葡萄糖500ml静滴,1~2小时滴完,如体温下降,2小时可重复给药。高热昏迷抽搐者用冬眠灵、异丙嗪各25mg,度冷丁50mg(如无抽搐可减去度冷丁)加于25%葡萄糖20ml静注,15分钟注完。小儿减量。有降温、镇静、降低细胞氧耗量、止惊、抗休克等作用。冬眠药物不仅与物理降温有协同作用,又可防止因突然物理降温所致肌肉颤抖之弊。

6. 镇静剂 高热惊厥或谵妄者也可酌情应用镇静剂如安定、苯巴比妥口服或注射。

7. 其他 严密观察生命体征和意识状态,充分供给水分,维持水、电解质、酸碱平衡,若出现颅内高压,应给予脱水治疗。

(孟令英)

第二节 晕厥

晕厥,又称昏厥,是一过性广泛性脑供血不足而突然发生的短暂意识丧失状态。意识丧失时间一般为数秒,通常不超过15秒。它与历时较长,以小时或天计的意识丧失(昏迷)不同,与眩晕(一般无意识障碍,主要表现为自身和外物旋转的感觉)也有区别。病人往往先觉得头重足轻,头晕,继而面色苍白、发灰、大汗淋漓。此过程多数为几秒。多数病人即取蹲、坐或卧位,片刻后缓解。有的此过程进展较快,病人来不及采取措施,已意识丧失、跌倒在地,重者可有二便控制失灵,甚至面和肢体肌肉有几下抽动,脉搏微弱,甚至难以感知。跌倒后,病人取水平位,脑血供改善,上述表现消失,意识渐恢复。本病俗称“晕倒”。

【病因】

现代医学认为,引起晕厥的原因很多,但主要是低血压、低血糖、脑源性、心源性、血管性、失血性、药物过敏性以及精神受强烈刺激、剧烈疼痛、剧烈咳嗽等导致的。其中除心源性(急性心梗、室颤、心律不齐等)、脑源性(脑血管破裂、栓塞和脑挫伤等)、失血性(各类大出血)常有生命危险外,其余原因发生的晕厥大都无生命危险。晕厥最常见的病因种类:

(一) 单纯性晕厥 是由于某种强烈刺激引起的,是晕厥中最常见的一种,约占半数以上。多见于年轻、平素体弱而情绪不稳的女性,一般无严重器质性病变。其发生是由于

各种刺激通过迷走神经反射,而引起周围血管扩张,使回心血量减少,排血量降低,导致脑组织一过性缺血。往往在立位时发生,很少发生于卧位,发病前有明显的诱发因素,如恐惧、剧痛、亲人亡故、遭受挫折、空腹过劳或手术、出血、见血、注射、外伤、空气污浊闷热等。发作前常有头昏、恶心、出冷汗、面色苍白、眼前发黑等前驱症状,几秒钟到几分钟,随即意识丧失而昏倒。晕厥时,心率起初较快,以后则显著减慢,每分钟 50 次左右,规则而微弱,血压在短时间内可出现偏低现象,让病员躺下后即能恢复,并无明显后遗症。

(二)直立性晕厥 也是临床上较常见的一种晕厥,又称体位性低血压。多见于老人或久病常卧者突然站立或蹲下复立时发生。其特点是血压骤然下降,眼前发黑冒“金星”。心率变化大大,昏厥时间短暂,发生时无明显前兆。

(三)排尿性晕厥 多见于年轻人或老年人夜间起床排尿者。当他们被尿憋醒后,因突然起床和用力排尿,腹压大减,使上身血液回流腹腔,导致脑部缺血而发生晕厥。

(四)剧咳性晕厥 多因剧烈的痉挛性咳嗽,导致突然发生,为一时性晕厥。剧咳时病人多先感心慌、气喘、头晕、眼花而很快失去意识与知觉。

(五)颈动脉窦综合征 临床上较少见,好发于中年以上,尤其老年伴动脉硬化者,常因压迫颈动脉窦的动作,如衣领过紧、突然转动颈部以及在室上性心动过速时作颈动脉窦按摩时,或因局部淋巴结肿大、肿瘤、疤痕的压迫等,均可刺激颈动脉窦使迷走神经兴奋,从而心率减慢,血压下降,脑缺血而发生晕厥,并可伴有抽搐。因此,对老年人尤其伴动脉硬化者,按摩颈动脉窦的时间不宜超过 5~10 秒,并切忌两侧同时进行,预防晕厥发生。

(六)瘧病性晕厥 临床上多见于年轻女性。发病前往往有明显的精神因素。发作时常有气管堵塞感、心悸、眩晕、过度换气、手足麻木等,随即出现意识丧失,肢体无规律性的抽搐,且持续时间较长,数分钟至数小时以上,其发作可因暗示而终止或加剧。发作时血压及脉搏往往无改变。此外,病员可伴有其他精神症状,既往可有类似的发作史,并可在卧位时发生。

(七)心源性晕厥 为晕厥中最严重的一种。是由于心律失常,心排血量发生机械性阻塞,血氧饱和度低下等因素引起心排出量减少或中断,导致脑缺血而发生晕厥。在心源性晕厥中,以心律失常所致者最常见,由于各种疾病或药物的毒性作用引起心脏停搏、心动过缓、心动过速,使心排出量骤减或停止,导致急性脑缺血而发生晕厥,见于阿-斯综合征、奎尼丁的药物作用、Q-T 间期延长综合征等。心源性晕厥发作的特点是用为常见发病诱因,发作与体位一般无关,患者多有心脏病史及体征。

(八)脑源性晕厥 临床上多见于原有高血压史或有肾炎、妊娠毒血症在血压突然升高时,引起脑部血管痉挛、水肿,导致一时性广泛性脑血液供应不足。晕厥发作时多伴有剧烈头痛、视力模糊、恶心、呕吐等先驱症状,继之神志不清伴抽搐。发作和终止均较慢。此外,老年人动脉硬化、偏头痛、主动脉弓综合征,均可产生脑源性晕厥。

(九)低血糖性晕厥 多见于严重饥饿者或长时间进食很少者,以及糖尿病与低血糖患者。由于脑部主要靠葡萄糖来供应能量,如血糖过低,则影响脑的正常活动而发生晕厥。发作前常有饥饿、乏力、心慌、头晕、眼前突然发黑而晕倒。晕厥时面色苍白、出汗、心率加快、给予葡萄糖后即可清醒。

中医学认为,晕厥系因气盛有余,气逆而不顺行,挟痰、挟食、挟血而上壅,清窍为之阻

滞而发病。气机运行的突然逆乱,升降失常为其基本病机。

【临床表现】

厥证乃为内科急症,临床上以突然发生一时性的神志异常为证候特征。厥之轻者在昏倒不知人事后可于短时间内苏醒,醒后感到头昏乏力,倦怠口干,并无其他明显后遗症。厥之重者可一厥不醒,“半日远至一日”,乃致死亡。

本病的特点有急骤性、突发性和一时性。急骤发病,突然昏倒,移时苏醒。往往在发病前有明显的诱发因素,如情绪紧张、恐惧、惊吓、疼痛等。发作前有头晕、恶心、面色苍白、出汗等先期症状。发作时昏仆,不知人事,或伴有四肢逆冷。由于气、血、痰、食、暑等厥的不同,又各有相应的不同病史及临床证候表现。

【诊断要点】

1. 应询问过去有无相似的发作史,有无引起晕厥的有关病因及诱因。如疲劳、饥饿、睡醒后、闷热环境、见血或抽血时、或手术等,这些因素皆可为血管迷走神经性晕厥的诱发因素。是否发生在排尿中或后突然起立时、咳嗽时、吞咽时、转动或伸直颈部时。失血后,口渴,高热以及使用血管扩张药、利尿药,脱水,肾上腺皮质功能低下和长期卧床均可发生低血压性或低血容量晕厥。姿势变化的晕厥尚须考虑心房黏液或栓塞,排便时晕厥提示肺栓塞,胸痛伴有心悸时晕厥提示夹层动脉瘤或心肌梗死,胸痛伴有心悸时晕厥提示夹层动脉瘤或心肌梗死,伴有腹痛的晕厥应疑为腹腔内出血。低血糖晕厥多逐渐出现,而过速性心律失常多突然发生。血管迷走性晕厥常伴恶心与出汗。焦虑引起过度通气常伴有呼吸困难,胸部发紧及神经质表现。

2. 必须进行全面系统的体检,特别是神经系统检查。分别测定仰卧和直立位的血压,确定有无直立性低血压。听诊时注意与晕厥有关的器质性心脏病和心律失常。检查两侧颈动脉搏动强度及其对称性,有无杂音或震颤,同时测定视网膜动脉压力帮助诊断颈动脉疾病。活动上肢观察有无锁骨下动脉盗血综合征。神经系统定位体征可协助诊断有无脑部疾患。

3. 参考项目

(1) 血常规、血沉、血糖、电解质、血气分析、血液流变学检查、X 丝胸片等检查,可提供病因诊断的线索。

(2) 心电图检查对心源性晕厥有帮助。

(3) 脑电图检查包括睡眠时及晕厥发作时记录,对排除癫痫有很大帮助。

(4) 必要时可进行超声心动图、脑血管造影、CT 检查等,以确定病因诊断。

【鉴别诊断】

根据突然发作性短暂的意识丧失,不能维持正常姿态甚至倒地,短时间内恢复等表现,一般不难诊断。晕厥应与昏迷、眩晕、休克、癫痫、癔病等相鉴别,患者的病史、诱发因素、伴随症状和体征,对晕厥的鉴别要点常能提供重要线索。

【治疗】

(一) 中医治疗

1. 辨证论治

(1) 气厥

1)实证:突然昏倒,四肢逆冷,口噤拳握,呼吸气粗。舌苔薄白,脉沉弦。治宜调气降逆。方药:温开水灌服苏合香丸或玉枢丹。病人苏醒后再服五磨饮子(枳壳、乌药、木香、槟榔、沉香)以理气降逆。

2)虚证:眩晕昏仆,面色苍白,呼吸微弱,汗出肢冷。舌质淡嫩或有齿痕,舌苔薄,脉沉细微。治宜益气固本。方药:灌服参附汤或芪附汤,同时可灌服糖开水或热茶。病人苏醒后,服四味回阳饮。

(2)血厥

1)实证:突然昏倒,手足厥冷,牙关紧闭,面唇青紫,舌紫暗,苔薄白,脉沉弦。治宜活血顺气。方药:通瘀煎加减。伴喉中痰鸣,加茯苓、半夏、胆南星。

2)虚证:突然昏倒,面色苍白,手足厥冷,张口自汗,呼吸微弱。舌淡或有齿痕,脉细无力或芤。治宜益气固脱。方药:急服独参汤。同时灌服糖开水。病人苏醒后用人参养荣汤加减。

(3)痰厥:突然昏厥,喉有痰声,或呕吐涎沫,呼吸气粗。舌苔白腻,脉沉而滑。治宜行气豁痰。方药:导痰汤加减。痰稠者,可加海浮石、竹沥水;素体气虚者,可加适量党参、白术;便秘者,酌加大黄。

(4)食厥:过饱之后,突然昏厥,气息窒塞,脘腹胀满,手足厥冷。舌苔厚腻,脉滑有力。治宜消食和中。方药:保和丸加减。山楂、神曲、莱菔子、藿香、苍术、厚朴、砂仁、半夏、陈皮、茯苓。

(5)暑厥:于炎热之时或高温环境,觉头晕头痛,胸闷身热,面色潮红,继而卒然昏倒不省人事,甚或谵妄。舌红而燥,脉洪数或弦数。治宜解暑清心。方药:竹叶石膏汤加味。

2. 中成药

(1)苏合香丸:半粒~1粒,开水溶化灌下。

(2)生脉口服液:1~2支,即服。

(3)参麦注射液:20~30ml,加入养阴注射液(重庆中医研究所)或50%葡萄糖注射液40ml静脉注射,10~30分钟1次,血压回升后用参麦注射液30~60ml加养阴注射液40~60ml,5%葡萄糖注射液500ml,静脉滴注。

(4)生脉注射液:40~60ml加入养阴注射液60ml,静脉注射,10~30分钟1次,血压回升后继续用上药加入5%葡萄糖注射液500ml或养阴注射液500ml静脉滴注。

(5)枳实注射液:2~10ml加入养阴注射液500ml静脉滴注。

3. 单方、验方

(1)生半夏末或皂荚末,取少许吹入鼻中,使之喷嚏不已。

(2)菖蒲末吹鼻中,桂末纳舌下,并以菖蒲根汁灌服之。有通窍醒神之效。

4. 针灸治疗 常用穴位:人中、内关、百会、十宣、十井等。耳针:皮质下、肾上腺、内分泌、交感、心肺、升压点、呼吸点。

(二)西医治疗

1. 对症处理 发作时应取平卧位,将所有紧身的衣服及腰带松解,以利呼吸,将下肢抬高,以增加回心血量。头部应转向一侧,防止舌部后坠而阻塞气道。紧急情况下可针刺人中百会、合谷、十宣。

2. 病因治疗 心源性晕厥应处理心律失常,如心房颤动或室上性心动过速时,可应用洋地黄治疗,完全性房室传导阻滞所致的晕厥,最好使用心脏起搏器。心室颤动引起的晕厥,可用电击除颤。对脑部及其他神经疾患所引起的晕厥,主要是治疗原发病。体位性低血压可试用麻黄素 25mg 日 2~3 次或利他林 10~20mg,早晨、中午各服 1 次。排尿性晕厥应劝告患者靠墙或蹲位小便;咳嗽性晕厥应治疗肺部炎症。

(顾卫琴)

第三节 昏 迷

昏迷是各种原因所致的最严重的意识障碍,是大脑皮质和中脑的网状结构发生了高度抑制的病理状态。根据其轻重程度可分为浅昏迷、中度昏迷和深度昏迷 3 个阶段。

中医学根据昏迷的深浅程度不同,有“昏愦”(神识昏乱,不明事理的症状)、“昏厥”(卒然仆倒,四肢厥冷,昏蒙不知人事)、“尸厥”(突然昏倒,不省人事,状如昏死,呼吸微弱,脉极微细,或毫不应指)等称呼。多见于温病邪入营血阶段,以及中风、消渴、厥脱、急黄等疾病的严重阶段。

【病因】

(一)急性严重感染 见于伤寒、斑疹伤寒、败血症、中毒型菌痢、脑炎、脑膜炎、脑型疟等。

(二)内分泌与代谢障碍 见于黏液性水肿性昏迷、甲亢危象、尿毒症、肝性脑病、肺性脑病、糖尿病酮症酸中毒昏迷、高渗性昏迷、低血糖昏迷、妊娠中毒症等。

(三)心血管疾病 见于严重室性心律失常、病态窦房结综合征、完全性房室传导阻滞所引起阿-斯综合征、严重心源性休克等。

(四)中毒 见于安眠药、酒精、有机磷农药、一氧化碳、吗啡等药物、食物中毒。

(五)物理损害 见于高温中暑、触电、淹溺、高山病等。

中医学认为,本病由外感热病及内伤杂病使心、脑受邪,神明不用,神识不清所引起。

【诊断要点】

首先要判断是否昏迷,再进一步鉴别由何种原因而致昏迷。

(一)病史 详细询问发病过程,起病缓急,昏迷时间及伴随症状,如突然发病者见于急性脑血管病、颅脑外伤、急性药物中毒、CO 中毒等。缓慢起病者见于尿毒症、肝昏迷、肺性脑病、颅内占位性病变、颅内感染及硬膜下血肿等。昏迷伴有脑膜刺激征见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血;昏迷伴有偏瘫以急性脑血管病多见;昏迷伴有颅内压增高者见于脑出血及颅内占位性病变;昏迷抽搐常见于高血压脑病、子痫、脑出血、脑肿瘤、脑水肿等。

昏迷是首发症状还是某些疾病发展过程中逐渐发生的,后者在昏迷前必定有各种其他病证,这点有助于病因的确定。

有无外伤或其他意外事故,如服用毒物、接触剧毒化学药物和煤气中毒等;以往有无癫痫发作、高血压病、糖尿病以及严重的心、肝、肾和肺部疾病。

(二)昏迷的判断 昏迷是意识完全丧失,对一切外界环境刺激均无反应,角膜、瞳孔对光反射消失等。需与癔病或强烈精神刺激创伤后、紧张性木僵等鉴别。癔病发作时为