

中医内科急症学

罗侃 武静波 编著

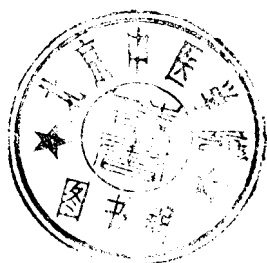


中医古籍出版社

597
15

中医内科急症学

罗侃 编 著
武静波



0063117

中医古籍出版社

1215007

(京)新登字027号

责任编辑 徐岩春

封面设计 木 卯

中医内科急症学

罗侃 武静波 编著

中医古籍出版社出版

(100700 北京东内北新仓18号)

新华书店总店科技发行所发行

北京通县向阳印刷厂印刷

787×1092毫米 32开本 12.75印张 304 千字

1992年10月第1版 1992年10月第1次印刷

印数: 0001—3850册

ISBN 7-80013-397-4/R·394

定价: 6.80元



0063117

内 容 提 要

本书根据作者多年来从事急症工作的临床实践及中医内科急症教学工作的体会，综合历代医家治疗急症的宝贵经验，并参考了近年来国内外急症医学的发展动态，特别是关于中医内科急症工作的现状、进展以及对未来的展望等有关资料，为了适应中医急症教学需要编辑而成。全书分总论、各论两部分。总论，包括高等中医教育为什么要开设中医急症课、古代医家对急症的贡献、中医急症发展缓慢的原因、中医急症工作的现状以及中医内科急症的处理要点等，着重阐述了开展急症工作是振兴中医的重要内容。各论包括中医对高热、厥脱、昏迷、抽搐、中风、暴喘、暴泻、呕吐、心悸、真心痛、心衰、咯血、吐血、尿血、关格、中暑、急性腹痛以及急性中毒等内科临床常见急诊病种的诊断、抢救措施、辨证论治、进展动态等内容。既突出了中医特色发挥了中医优势，又从提高治疗急症疗效出发，附有对高热、昏迷、抽搐、休克、心衰、呼衰、肾衰以及急性中毒等现代医学抢救常规，很有实用价值。因此可以作为中医院校急症教学的试用教材，也可以供内科医师从事急诊临床工作的参考。

序

中医治急，古验甚多。究其术者无虑数十百家；制其方者殆未可以数计。举凡厥脱、高热、昏迷、抽搐、卒心腹痛、真心痛诸般急重之症，其论或弥散于充栋之医籍，或专卷流传于世，可谓篇帙浩瀚。然痛观近时中医，每临急症，辄惊慌顾虑，束手无策。此等状况，若长久以往，则不唯中医急症阵地愈萎愈缩，且多般病者不罹夭折者几希。欲振中医治急之术，首在教育。今披阅罗侃、武静波教授编著《中医内科急症学》一书，颇觉振奋。是书搜集临床常见急症数十，论述突出中医特色，唯实以务，重求疗效。中医院校学生，乃至中医医生，若能认真揣摩，熟谙斯道，治急必达，得心应手。如是，则我中华古医治急之学得以振兴，其神威益广昭于天下矣！因之为序。

董建华

1989.11.28

前 言

医学的任务在于防病治病，在西方医学未输入中国之前，中医在治疗急症、重症方面，有它较完整的一套治疗措施，曾经在世界医学发展中处于领先地位。历史无可否认，中华民族所以繁衍昌盛，与中医的保健治疗是分不开的。然而近50年来，中医对于急症、重症的治疗不是有所发展，而是逐渐萎缩，甚至退避三舍。更有甚者，凡遇急症、重症病人，摇头送出门外，此地不能治急。堂乎医生不治疗急症、重症还谈何救死扶伤，久而久之，似乎成了一个惯例，不以为然！这实际上是给自己套上了绳索，因此中医急症阵地越来越小。然而回顾历史，中医对急症、重症的治疗有着非常宝贵的经验，并且在相当长的历史时期中发挥过很大优势。如东晋·葛洪撰《肘后备急方》，专门提出了治疗急、重病的方法；唐·孙思邈著《备急千金要方》，都谈了急字，总之，历代医家对治疗急重病方面积累了丰富的丰富经验，这是中华民族的宝贵财富。临床上常用的急救药物，诸如急救散、通关散、红伤药、接骨丹、安宫丸、紫雪丹、至宝丹、苏合香丸、夺命丹、紫金锭及独参汤等……均是急救药物，至今用之仍非常有效。此外针灸、按摩、点穴、刮痧等也是治疗急症常用的手段。遗憾的是，好多急救药品、急救方法濒於淹没，不复多见。近年来，一些中医有识之士为中医急症事业的发展耗费了大量的心血，取得了一些重大成果。如以黄星垣研究员为首的重庆中医研究所研制的“养阴针”、“增液针”、“清气解毒针”被誉为“新三宝”。国家中医药管理局成立以来，对于中医急症工作给予了高度重视与支持。全国协作组所研制的“参麦针”、“参附青”、“清开灵”、“心痛气雾剂”等新剂型，都已成为抢救急重病人得心应手的药物。可以说中医急症工作出现了可喜的苗头。中医学术界同道应该清醒地认识到：所谓中医不能治疗急症、重症，无异是作茧自缚。中医必须以竞争的观点来对待自己，来对待飞速发展的现代医学。否则振兴中医就成了一句空话。

为了让同学们系统掌握中医治疗急症的手段与方法，适应中医急症教学的需要，我们综合了历代医家治疗急症的宝贵经验，参阅了近年来中医内科急症有关书籍、期刊、杂志、临床报道等，结合我院医教研的实际情况，大胆尝试编写了《中医内科急症学》一书，以供教学之急需。由于我们经验不足、水平有限、时间仓促，书中难免有不当之处，衷心希望读者批评指正。

在编写过程中得到了国家中医药管理局、学院领导、教务处、教材科的大力支持，还曾得到著名中医急症专家黄星垣研究员的支持；人大常委、全国著名中医学家、北京中医学院教授董建华先生为本书作序。谨此致以深切谢意。

编者

1991年11月于北京

目 录

上篇 总 论	(1)
一、高等中医教育为什么要开设中医急症课	(1)
二、古代医家对急症的贡献	(2)
三、中医急症发展缓慢的原因	(8)
四、中医急症的现状与展望	(10)
五、古代中医急症与现代急症的特点	(12)
六、中医内科急症的处理要点	(13)
下篇 各 论	(18)
第一节 高热的中医诊断与治疗	(19)
第二节 厥脱的中医诊断与治疗	(31)
附 休克	(35)
※感染性休克的抢救常规	(36)
※过敏性休克的抢救常规	(38)
第三节 昏迷的中医诊断与治疗	(40)
附1 昏迷治疗的研究动态	(45)
附2 肺性脑病的抢救常规	(46)
附3 糖尿病酮症酸中毒的抢救常规	(47)
附4 肝性昏迷的抢救常规	(49)
第四节 抽搐的中医诊断与治疗	(51)
附 癫痫持续状态的抢救常规	(58)
第五节 中风的中医诊断与治疗	(60)
附1 中风病治疗方法国内研究进展	(66)
附2 急性脑出血的抢救常规	(67)
附3 脑血栓形成的抢救常规	(68)
第六节 暴喘的中医诊断与治疗	(71)
附1 哮喘持续状态的抢救常规	(74)
附2 急性呼吸衰竭的抢救常规	(76)
第七节 心悸的中医诊断与治疗	(79)
附1 心律失常的国内研究动态	(84)
附2 阵发性室上性心动过速的抢救常规	(84)
附3 阵发性室性心动过速的抢救常规	(86)
第八节 真心痛的中医诊断与治疗	(89)

附1 急性心肌梗塞的抢救常规·····	(92)
附2 心脏骤停的抢救常规·····	(94)
第九节 咯血的中医诊断与治疗 ·····	(99)
附 大咯血的抢救常规 ·····	(102)
第十节 呕血的中医诊断与治疗 ·····	(105)
附 急性上消化道出血的抢救常规 ·····	(108)
第十一节 心力衰竭的中医诊断与治疗 ·····	(111)
附 急性左心功能不全的抢救常规 ·····	(116)
第十二节 关格的中医诊断与治疗 ·····	(119)
附 急性肾功能不全的抢救常规 ·····	(125)
第十三节 暴泻的中医诊断与治疗 ·····	(128)
附 暴泻治疗的国内研究动态 ·····	(132)
第十四节 急性呕吐的中医诊断与治疗 ·····	(134)
第十五节 急性腹痛的中医诊断与治疗 ·····	(139)
附 急性腹痛治疗方法国内研究进展 ·····	(145)
第十六节 尿血的中医诊断与治疗 ·····	(147)
第十七节 中暑的中医诊断与治疗 ·····	(151)
附 中暑治疗方法国内研究进展 ·····	(156)
第十八节 急性中毒的中医诊断与处理原则 ·····	(157)
附1 急性有机磷中毒的抢救常规·····	(160)
附2 急性巴比妥类药物中毒的抢救常规·····	(161)
附3 急性氯丙嗪类药物中毒的抢救常规·····	(162)
附4 急性重度酒精中毒的抢救常规·····	(163)
附5 急性异烟肼中毒的抢救常规·····	(164)
附6 急性磷化锌中毒的抢救常规·····	(165)
附7 急性敌鼠钠盐中毒的抢救常规·····	(166)
附8 急性亚硝酸盐类中毒的抢救常规·····	(167)
附9 急性一氧化碳中毒的抢救常规·····	(168)
附10 急性苦杏仁中毒的抢救常规·····	(169)
附11 急性河豚鱼中毒的抢救常规·····	(170)
附12 急性吗啡类药物中毒的抢救常规·····	(171)
附13 苯二氮革类抗焦虑药物中毒的抢救常规·····	(172)
附14 常用中药中毒的急救和处理·····	(173)
主要参考文献 ·····	(179)
附录一: 常用方剂索引 ·····	(180)
附录二: 常用中药注射剂索引 ·····	(184)
附录三: 常见急症抢救程序 ·····	(186)

总 论

内科急症，病种繁多，随时可见，四季皆发。据统计约占内科门诊的1/3，占住院的39.5%。所以切断疾病的急、重、危三个环节对抢救病人的生命是非常重要的。现代医学的急症已成为独立的学科，手段不断更新，药物日新月异。尽管如此，仍不能挽救某些病人的生命，所以探索挖掘中医治疗急症就更有重要意义了。

中医对内科急重病的诊断与治疗，历史悠久，曾有着丰富的经验和理论，对于中华民族的健康与繁衍作出过巨大贡献，成为祖国医学伟大宝库的重要组成部分。为很好地继承与发扬祖国医学遗产，发挥中医治疗急症的优势，首先了解一下中医治疗急症的历史、现状及为什么要开设中医急症课是非常重要的。

一、高等中医教育为什么要开设中医急症课

中国医药学是一个伟大的宝库，它在中华民族的健康和延续上曾作出过重大的贡献，对世界医学的发展产生过深远的影响。古代医家对急症的治疗经验也是十分丰富的。然而近五十多年来对于急症治疗不是有所发展，在现代急救技术不断更新的时代，中医治疗急症的阵地越来越少，在新的形势下，要求现代中医及中医学生必须既要掌握中医治疗急症的手段，又要掌握现代急救技术，为此必须开设中医急症课。下面我们从几个方面来谈谈为什么必须开设中医急症课：

（一）开设急症课是振兴中医的需要

首先要知道为什么提出振兴中医，原因就是中医学有不景气的地方，如急症队伍的人员少、素质差，后继乏人，后继乏术。难道中医院校的毕业生真的就比不上西医院校的毕业生吗？绝非如此的。可是实际上我们的本科生、研究生不能处理急诊，甚至有的不敢进急诊室，一遇重病人就转给西医或请西医会诊，久之中医不能治疗急症病人似乎成了惯例。这能责怪他们吗？是不应该的，这是由于我们在进行医学教育时没有系统安排学习急症学，使学生没有系统掌握处理急症的手段和技术。国家中医药管理局成立以来，对中医急症的教学工作非常重视，开设急症课就是要补上这一课。

（二）古人治疗急症的宝贵经验急待继承与发展

有人说中医只能治疗慢性病，中医只能是凭三个指头一个枕头等，这都是对中医的不了解。要知道十六世纪以前，中医在世界上是处于领先地位的，无论是在诊察手段上或治疗技术上，对西方医学都有着深远的影响。如现代血液循环理论确定之前，当时西方医学认为神统治着一切，“盖伦”第一次提出了血液循环理论，大大地动摇了神的统治。他认为：“血液所以能在脉管内运行是由于精气的作用，根本不是什么神的旨意”。而他的精气学说是在中医先天之精和后天之精的影响之下产生的。另外，古人治疗急症有着十分宝贵的经验，无论是《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《温病条辨》以及其他著作中都有很多关于急症的论述，这些宝贵经验急待去继承与发展。例如对“真心痛”、“厥症”、“脱症”、“少阴病”、“厥阴病”、“白虎历节风”、“肺痈”、“肠痈”等，以及温病中的高热、抽搐、昏迷等，论述的都十分详尽，有些方药至今用之有效，对于这些宝贵经验必须很好的继承与发展。另外老年中医多

已年逾古稀,他们的宝贵经验如不很好的继承将是不可弥补的损失,所以我们不仅要学习古代中医治疗急症的经验,还要学习现代中医治疗急症的宝贵经验,因此必须开设中医急症课。

(三) 必须认清改革时期的新情况

师承带徒的教育方式基本上被中医院校所取代,个体开业已经被现代化中医医院所代替,这就要求中医必须尽早实现四诊客观化、辨证规范化,并必须有自己抢救急症的手段。古人对于急症的治疗虽然经验很丰富,但是记载的比较零散,也不够系统,因此开设中医急症课,就是让同学们系统学习中医急症的历史沿革及宝贵经验,便于很好的继承与发扬。

(四) 掌握现代抢救技术为中医服务

现代医学的急救已经成为一门独立学科,急救技术日新月异,监测手段不断更新,当今社会是工业发达,交通密布,心脑血管病等急症不断发生,这就要求现代中医必须掌握先进的抢救技术为中医治疗服务,所以我们这份教材,除了有中医治疗急症的方法之外,在每个病种之后还附有简单明了的抢救常规,这样在处理急症病人时就有了左右手,如果从事中医急症工作的医务人员掌握了现代技术,犹如添上了翅膀,将会给临床治疗急症提供更多的手段和方法。总之,开设中医急症课是振兴中医的需要,是继承与发光的需要。

二、古代医家对急症的贡献

祖国医学对内科急症的论述是丰富多彩的,从现有资料查证来看,最早见于春秋战国时代的《黄帝内经》。以后经过汉代张仲景,晋代葛洪,隋代巢元方和唐代孙思邈等医家的不断实践与充实,再经元明清医家的验证和发展,从理论到实践,从方药到急救处理,都有所发挥。我们从历史唯物主义观点看,成绩是巨大的,这些成就主要表现在急症的辨证论治,急救技术的研究和运用,急救方药的改进等方面。

(一) 中医内科急症辨证论治的应用与发展

辨证论治是中医治病的核心,急症也不例外。历代内科急症的辨证论治,主要是探讨急症的病机特点和急症诊断要点,这些重要经验在长期医疗实践中被不断补充和完善。

古代医家在诊治急症时,把辨明病机,作为辨证论治的重要内容。最早的文献记载是《素问》和《灵枢》。如《素问·举痛论》对五脏卒痛临床表现的描述,就有十四种之多,并对其病因病机进行了剖析,简明扼要地指出“卒痛”乃“寒气”内袭为主要病因,气血凝滞不通,则是其病机特点。《灵枢·厥病》对真心痛临床特征的描述更为准确,“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死”,“厥心痛,痛如以锥刺其心”。这种描写和现代的心绞痛、心肌梗死是非常近似的。再如关于急性热病的论述,《素问·热论篇》对其病因、主证、传变、治疗、预后和护理等也都作了系统记载,为后世的发展奠定了一定的理论基础。如《素问·至真要大论》概括的病机“十九条”,其中“诸热瘈瘲皆属於火”,“诸暴强直皆属於风”,“诸风掉眩皆属於肝”,“诸躁狂越皆属於火”,“诸厥固泄皆属於下”和“诸颈项强皆属於湿”等病机,对后世急症的辨证论治,都提供了有力的理论根据。

至东汉末年,伟大的医学家张仲景所著的《伤寒杂病论》问世以后,把中医急症的发展又向前推进了一大步。他把复杂的外感热病高度概括为六大证候群,可以说是治疗急性热病的专著,也可以称是治疗急症的理想模型。他首次提出了“六经辨证提纲”,对于高热、昏迷、厥

逆、谵妄、暴喘、暴吐、暴利、急黄、急性腹痛、出血等都较为详尽地总结出了一套切实可行的理法方药，为后世处理急症病人，作出了杰出的贡献。

例如：对高热、昏迷、谵妄的治疗，他创立了清热、攻下两大原则。邪热鸱张者，用清热解毒之法，以白虎汤加减，适用于大热大渴，脉洪大之病人。现代选用此方治疗乙脑高热，收到比较满意的疗效。热结于里者，用通里攻下法，以承气汤治疗，现代选用此方治疗中风高热、肠梗阻及胰腺炎等高热，也都取得了较好疗效。

对于暴喘（包括喘息持续状态、成人呼吸窘迫综合征、支气管哮喘、肺心病、急性呼吸衰竭等肺心病引起的暴喘）其风寒束肺之喘用发汗定喘之法，以麻黄汤或小青龙汤加减治疗，本方现常用于肺心病引起的暴喘。肺卫失宣，用宣肺平喘之法，选桂枝加厚朴杏子汤加减治疗。本方常用于支气管哮喘。热郁于肺之喘，用清热泄肺平喘之法，选用麻杏石甘汤治疗。本方常用于大叶性肺炎，肺内感染之暴喘。

张仲景论吐，首先提出辨寒热是治吐的关键。热吐，用泻火降逆法，选用大黄甘草汤加减治疗。寒吐，用温胃止呕法，选用吴茱萸汤加减治疗。

张仲景治疗暴利，分为表利、热利、寒利三类。挟表下利，用解表清里法，选用葛根黄芩黄连汤加减。热利下重，用清热解毒之法，选用白头翁汤加减治疗。阳虚下利而厥，用回阳救急法，选用四逆汤加减治疗。

急黄，又称暴黄，相当于现代医学的亚急性肝坏死，死亡率极高。张仲景对急性黄疸病的辨证，提出辨阳黄，阴黄，以及治黄的三大法则。利尿法以茵陈五苓散为代表方剂。通里攻下法，以栀子大黄汤，大黄硝石汤为代表方剂。逐瘀退黄法，以抵当汤为代表方剂。

张仲景所论出血、包括吐血、衄血、便血、尿血等。其中热性出血，用泻火止血法，首创大黄黄连泻心汤。寒性出血，用温经止血法，用甘草干姜泻心汤。热郁下焦尿血，用养阴清利止血法，用猪苓汤。

张仲景论急性脘腹痛，共列八种，即心腹卒痛证、腹中痛呕吐证、腹痛下利证、妇人腹中痛证、腹中痛里急证、腹痛小便不利证、腹满痛证，腹胀满不大便证。其证治概括为“三法”。心腹卒痛者，用温下通腑法，选用三物备急丸加减治疗。水热互结者，用泻热逐水法，选用大陷胸汤加减治疗。阴寒内盛者，用散寒止痛法，选用大建中汤加减治疗。

厥证，相当于现代的休克，张仲景治厥，首先提出应先辨寒厥热厥。热厥于里者，用通腑泄热法，选用承气汤加减治疗。阴虚寒厥者，用回阳救逆法，选用四逆汤加减治疗。此外仲景还采用了灸法治厥，因灸法有温阳通络，回阳举陷的作用。

到了晋代，对急症贡献较大的医家要数葛洪，他的代表著作是《肘后备急方》。葛洪总结了前人的经验，收录了魏晋南北朝治疗急症的理论 and 经验，他所收录的急症包括有：最大的肠吻合术、最小的蝎螫虫咬，内外妇儿五官等众急之病一方一论，遇病得方，方必有病，该书对急症的病因诊断、临床症状和治疗，记载的都比较详尽，故称肘后备急。

例如：《肘后方》对急症的病因学的贡献是很大的，书中记载的病因有：生物因素，如“毒疔之气”；物理因素，如“睛为所伤破损”，“百虫入身”，“误食诸物”等；化学因素的“卒中诸药毒”，“饮酒大醉诸病”；心理因素，如“惊忧或惊恐失财，或激动惆怅，致志气错越，心行违僻，不得交室”。

该书对《内经》所说“毒”“疔”的病因论述，有所发展，明确指出“毒疔”之气与一般“六淫”的异常气候不同，具体指出了“有疔气兼挟鬼毒相注，名为温病”，指出了疔气具有传染性，还指出了“毒攻手足肿，疼痛欲断”，能导致感染，还论述了致病の特异性即有“寒毒”、“温毒”、“恶毒”、“狂犬所咬毒”、“蛊毒”、“风毒”、“沙虱毒”等类别。

《肘后方》对急症的诊断，强调“目验”反对信耳疑目，重视症状鉴别诊断，如以“脉犹动”和“股间暖”来区别尸厥与死亡。在“癫痫”与“癫狂”的鉴别诊断中提出：“凡癫疾，发则仆地吐涎沫”，“悲泣呻吟者，此为邪魅，非狂”；“凡狂发则欲走”。注意特殊症状的客观指标，如对“沙虱病”的诊断，依据“初得之皮上色赤，如小豆黍米粟粒，以手摩赤上痛如刺”；诊断水肿的“胫中满，按之没指”；对黄疸的诊断“急令溺白纸，纸即如黄柏染”的验尿记载，使诊断初具客观化，很有创造精神。

《肘后方》对急症的临床表现作出了很生动的描述。如对黄疸的描述，“初觉四肢沉沉不快，须臾见眼中黄，渐至面黄及举身皆黄”。对中风有“口喎僻”，“关节疼痛”的中经络证；还有“闷乱厥死”、“不识人”、“不能语”、“口噤不能开”中腑的闭证，以及“卒中风瘫”、“身体不自收、不能语、迷昧不知人”，“昏昏若醉，形体昏闷，四肢不收，或倒或不倒，或口角似斜，微有涎出，斯须不治”的脱证和“手足不遂”的后遗症等。

葛洪对急症的治疗，明确提出了对因治疗。如强调“暴急之病，而远行借问，率多枉矣”，所以迅速以针人中、承浆，以酒薤汁鼻饲等简易方法抢救。对卒心腹痛的治疗，提出“凡心腹痛，若非中恶霍乱，则是皆宿结冷热所为，今此方可采以救急，差后，要作诸大治，以消其根源也。”强调辨证施治，如对卒心腹痛的救治，“心下坚痛，大如碗边”。用枳术丸；“多唾之虫物”的虫痛，用艾、雄黄；虚痛用人参、白术、炙草、饴糖……辨证用药。此外还记载了治疗急症的针、药、敷摩、推拿、捏脊、药物吹鼻、蜡疗、水疗、舌下含药等疗法。在当时的历史条件下，是相当可贵的。

隋·巢元方的《诸病源候论》分六十七门，病候1720条，其中关于急症的证候有300条以上，对症候分析及治疗记载的比较详尽，如对食物、药物、中毒的证候分析和急救，“从酒得者难治，言酒性行诸血脉，流遍周体，故难治；因食得者易愈，言食与药具入胃，胃能容杂毒，又逐大便泄毒气，毒气未流入血脉，故易治”。

该书对急性腹痛的描述，颇为精确，如：腹痛主要见于“腹痛诸候”，已经注意腹诊的部位，疼痛性质和程度，放射的方向，发作时间的久暂及伴随症状等。如“腹痛诸候”中把急性的“腹痛而肠鸣”根据其部位不同，分为上腹、中腹、下腹等三个部位。又如，腹水见于水肿病候，已注意到鉴别腹水是全腹腔性，还是局限性积水，以及腹内有无癥瘕积聚，及其性状可否移动，转动时有无水声和疼痛，腹水增长的速度和程度等。对水肿病的描述，就有“大腹水肿”，是“水气不散，流溢肠外，三焦闭塞，小便不通；水气结聚于内，乃腹大而肿”，叙述的非常贴切。再如急腹症，在痈肿诸病候，九虫病诸候中均已提到，腹肌紧张、压痛、包块及腹腔出血和蛔虫等。

唐·孙思邈的《备急千金要方》和《千金翼方》记载了很多治疗急症的经验，共有急方27首，为急救而用。例如救治卒死，首先外用“仓公散”开窍，该散由矾石、皂荚、雄黄、藜芦等组成，急救时“取药如大豆，内竹管内吹鼻得嚏，则气通便活”；内服“还魂散”，此散由麻黄、桂心、甘草、杏仁，四药加工炮炙而成；若口不开，去齿下汤即活，同时又针间使、百会、炙人中，对这些综合治疗措施，又进行剂型改革，有散、汤，给药途径：口

服、鼻饲、外用、针药并用等，大大提高了对急症的疗效。

到金元时代，出现金元四大医家，在治疗急症上也有不少宝贵的经验。如张从正，善用汗吐下三法，并以主攻法为治疗急症之首务。

据《儒门事亲》记载，治疗破伤风抽搐、牙关紧闭、角弓反张等即以风药从两鼻中灌入咽喉，约一盅，良久，上涌下泄，吐出三四升，风搐立止，肢体柔和，且已自能起，口唇开，尚未能言，又服以桂枝麻黄汤使之发汗，不三日而愈。今天看来，我们虽然未用过此法治疗破伤风，但起码可以说明一千多年以前，古人已能够治疗破伤风了。

明代吴又可著《温疫论》，在六淫致病的基础上，又提出了“多种戾气”致病的病原论，对温疫的治疗，主张急症急攻，“数日之法，一日行之”的治疗原则，认识到治疗一切急症要抓紧时间。直到清代，叶天士、王世雄、吴鞠通等温病学家，创立了卫气营血和三焦辨证，对治疗急性热病作出了重要贡献。尤其是对高热惊厥、昏迷、谵语、斑疹、吐衄、厥脱等急症，总结出一套宣透、清气、透营、凉血、化斑、通络开窍、救脱等急救原则。叶天士明确提出了留有一分津液，便有一分生机。可以说是现代补液疗法的先驱，在中医内科急症治疗上独树一帜，别开生面，从而大大地丰富了中医治疗急症的内容。

清·赵学敏所著《串雅外编》收集整理了大量民间经验。此书专列死门，对于溺水、误死、卒暴死等急症，均详细记载了临床表现及治疗方法。如“急痧，将死，将口撑开看其舌处有黑筋三股，男左女右刺出紫血一点即愈”。王清任在《医林改错》中对中风半身不遂、口眼歪斜、口角流涎、舌强语塞、二便失禁等用补阳还五汤治疗，至今仍然被应用中。用解毒活血汤治疗温毒吐泻、转筋等；用癫狂梦醒汤治疗癫狂病症等；用血府逐瘀汤治疗心慌、心悸、真心痛等，这些可贵的经验，对急症的发展，起到了继往开来的作用。

清代温病学派的出现，对中医急症，特别是急性热病的治疗对后世影响很大，如叶天士对温热病的四大治疗原则，“在卫汗之可也”，“到气才可清气”，“入营可透热转气”，“入血直须凉血散血”等。王孟英对温热病提出“重剂取效，轻可去实”等观点，都对治疗急症有相当指导意义。特别是他喜欢使用成药急救，内外合治等在给药途径上已经考虑到：治疗急症要多种给药途径，高效速效。他善用牛黄、紫雪、苏合、神犀、玉枢等丸丹成药，还常配乌梅擦牙，鹅羽探喉，药物贴脐以治喘逆、厥逆，在当时看来都是比较先进的。吴鞠通的《温病条辨》对湿温的证治，明确提出了湿温“三禁八法”，即禁汗、禁下、禁润三禁。八法是轻清宣化用于湿温初起，选用三仁汤；辟浊开窍用于痰迷心窍，用清宫汤煎送至宝丹；疏运中焦用加减正气散；辛苦通降，用于上焦湿热未清；里虚内陷，使用泻心汤加减；清热化湿，淡渗利湿，宣清导浊共八法。有法有方，对指导湿温的证治有着很深的影响。

近代张锡纯在《医学衷中参西录》中记载，急救回苏丹治疗吐泻、转筋、霍乱等，以及重用生石膏以清热急救的经验是很有见地的。再有唐容川、丁甘仁、曹颖甫等均以善治血证和急性热病而驰名，随着时代的发展，现代医学的大量输入，加以日伪时期社会腐败，使得中医急症工作受到相当的影响，可以说中医治疗急症的阵地越来越少了。

（二）古代急救技术的发展与成就

急救技术的改进和运用，对于提高治疗急症的疗效是非常重要的，它是反映中医急症治疗水平的重要标志。古人在急救技术上虽有些记载，但是和现代医学比是落后的，不过我们应当看到两千多年之前这些手段还是非常先进的，为此应当有所了解。

早在公元三世纪初期，著名医家张仲景所著的《金匱要略》中，在急救自缢病人时，就创立了原始的人工呼吸术，该书对人工呼吸的急救术曾作了这样详细的记载：“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。一人以手按据胸上，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，如此一炊顷，气从口出，呼吸眼开，……此法最善，无不活也”。此种人工呼吸技术，到了晋代则改进为“塞两鼻孔，以芦管内其口中致咽，令人嘘之。有顷，其中砢砢转，或是通气也。”北周·姚僧垣《集验方》又加改进，将患者“仰卧，以物塞两耳，以两个竹筒内死人鼻中，使两人痛吹之，塞口旁无令气得出，半日所死人即噫噫，勿复吹也”。这种急救术，在汉唐以后已被广泛应用，被扩大到其它非自缢死亡的急救范围，可以说是现代人工呼吸的前身。

休克是临床最常见的急症之一，古代没有此名，但它大体上包括尸厥、卒死、脱气、昏沉、昏厥、晕闷、闷绝等急症之中。其中脱证属于轻度休克或是虚脱；尸厥则属于重症休克。《史记·扁鹊仓公列传》曾详细描述了扁鹊急救虢太子尸厥的过程：“扁鹊乃使弟子阳厉针砭石，以取外三阳五会，有间太子苏，乃使子豹为五分之熨，以八减之剂合煮之，以更熨两胁下，太子起坐，更适阴阳，但服汤二旬而故”。这说明在春秋战国时期，古代在急救休克时，已运用了砭石、针灸、按摩、导引、吹耳、热熨等方法。到了晋代，葛洪在《肘后卒救方》抢救卒死时，强调了保温的重要性，他运用的保温法是多种多样的，常用铜器、玉器等盛热汤，隔衣熨贴腹部，这样确实收效较好。元代危亦林的《世医得效方》对外伤性休克的急救进一步改进，收到了“盐汤或盐水与服立醒”的良好疗效。

唐代《外台秘要》曾详细记载了晋代《肘后救卒方》对溺水的急救术，“肘后疗溺死一宿者尚可活：取瓮倾之，以孔者伏瓮上，令口临瓮口，然以芦火二七把，烧瓮中当死人心下，令烟出，小入死者鼻口中，鼻口中水出尽则活。芦尽更益为之，取活而止。常以乎候死人身及瓮，勿令甚热。冬天常令火气能使死人心下得暖。若卒无瓮，可就岸穿地令如瓮，烧之令暖，乃以死人置上。亦可用车轂为之，当勿隐其腹，及令其低头，使水出。并熬灰数斛以粉身，湿即当”。这样的溺水急救技术今天看来仍有其参考价值。

尿闭是常见的危症，特别是完全性尿闭，常可危及生命。我国古代早就有导尿技术应用临床，远在晋唐时期已有记载。如已佚的《救急方》记有：“取印成盐七颗，捣筛作末，用青葱叶尖盛盐末，开便孔内叶小头内吹之，令盐末入孔即通，非常有效”。这种用青葱盐末纳入尿道的方法，对后世导尿术的发展，是一个重要的启示。唐代孙思邈的《千金要方·胞囊论》则改进为“凡尿不在胞中，为胞屈僻，津液不通，以葱叶除尖头，内阴茎孔中，深三寸，微用口吹之，胞胀，津液大通，便愈”。这种古代的导尿术，虽然在工艺和操作上很落后，但在两千多年前，我们的祖先已经想到导尿解救，还是难能可贵的。

古代医家在临床实践中遇到牙关紧闭，昏迷不能饮水服药的病人，已经认识到鼻饲法给药的急救问题。他们曾用“取嚏”、“拗开口”、“敲去一牙”和“针刺”等法，使汤药得从经口吞咽，这些方法虽然不够理想，但对后世是一个启示，至北宋时期正式将鼻饲术应用于临床。《圣济总录》记载：“治中急风，牙关紧……若牙紧不能下药，即鼻中灌之”。其灌乃“用鹅管吹入两鼻中”。虽然这种方法看起来很落后，但是说明古代已注意到鼻饲给药了。

除此之外，唐·孙思邈还创用了以烧烙的办法治疗外伤出血，隋·巢元方的血管结扎

术治疗创伤出血，晋·葛洪放腹水的腹腔穿刺术，以生土瓜根捣汁的灌肠术，以及金元时期张子和的钩取咽部异物术等对急症的发展都有积极的贡献。

(三) 古代急救药物的剂型

我国古代在药物剂型的发明上，或在制剂的工艺上都有辉煌的成就。很久以前古代医家已经广泛应用了丸、散、膏、汤酒等剂型，并且在当时看来还是十分先进的工艺过程，这对中医急症的发展是非常重要的。

古代常用的内科急救剂型，可以概括为以下几方面。

1. 内服液体药剂

供内服液体药剂的很多，如汤剂包括煎煮剂、浸剂、酒剂相当于现代的酏剂；混合液体药剂，相当于现代合剂。此外，还有乳剂、醋剂及含糖制剂等，均属液体药剂范围。其中汤剂与酒剂是古代治疗急症的最常用剂型，其特点是吸收快，作用迅速，加减灵活，煎法上还有先煎后下及锉末等，目的均在于提高药效。

汤剂，相传始于伊尹，约公元前18世纪，《汤液经》文字最早纪载在《灵枢·邪客》篇中有关半夏秫米汤的制作方法：“以流水千里以外者八升，扬之万遍，取其清五升煮之，炊以苇薪，火沸，置秫米一升，治半夏五合，徐炊令竭为一升半，去其滓，饮汁一小杯”。张仲景的《伤寒论》所载113方几乎都是汤剂，其中还有不同的煎法，如先下、后下、打碎、为末、调服等，可见古人对汤剂的研究是很深入的。李时珍在《本草纲目》中强调说“凡服汤药者，虽品物专精，诊治如法，而煎药者鲁莽造次，火候失度，则药亦无功。”

酒剂又称药酒，是以酒为溶媒制备而成。酒在我国发明最早，应用于医药也最早，《素问·血气形志篇》记载：“经络不通，病生于不仁，治以按摩醪药”。醪药即为药酒。张仲景的《金匮要略》中载有红兰花酒，《千金方》有酒醪方，均是酒剂的最早运用，乃至《本草纲目》的酒方就有69种之多，并在药酒的制备工艺上有不少改进，对治风湿痿痹的北五加皮酒，就改进为“五加皮洗刮去首，煎汁和曲米酿成饮之，或切碎代盛，浸酒煮米”。后一种即为现代酏剂的原始。由于酒剂使用方便，药效较好，至今仍被应用中。

除汤剂之外，供内服的还有混合液体药剂、乳剂、醋剂、及含糖制剂等，如仲景《伤寒论》大陷胸汤方“以水六升，先煮大黄，取二升，去滓，内芒硝煮一二沸，内甘遂末……很近似现代的合剂。至于乳、醋、糖浆制剂等在《本草纲目》均有记载。

2. 内服固体药剂

供内服的固体药剂以丸、散、煎膏剂等应用较广，其特点是贮存方便，使用方便。

散剂是中医用药中最古老的剂型之一，临床常用的《伤寒论》、《肘后方》和《千金方》等书中均有各种散剂的记载，作用较快。如常用的“行军散”、“牵正散”等。

丸剂也是中医治病的重要剂型，最早的见于《素问·腹中论》“四乌贼骨一藶如丸”。并说明制备方法，“二物并合之，丸以雀卵，大如小豆”。《伤寒论》中的抵当丸、理中丸、乌梅丸以及治疗温病的安宫牛黄丸等。把丸剂的运用概括起来，长期虚弱的病人，用肾气丸、归脾丸之类，某些急救药物，如含有冰片、麝香的至宝丹，苏合香丸等。对急救贵重药物，古人很重视包衣的研究，如用硃砂为衣，金箔为衣等，对贮存急用都很有价值。

栓剂又称坐药，也是临床中常用的急症剂型。《伤寒论》中最早的蜜煎导的记载，《金匮要略》方中蛇床子散坐药方，《肘后方》中有纳鼻中的鼻栓剂等，可惜受社会条件的限制，栓剂在历代急救中应用的不够广泛。

通过以上古代内科急症发展的简要回顾,我们体会到,在临床急症治疗的实践中,不断积累辨证论治的经验,不断改革急救技术以及不断改进急救药的剂型,是发展和提高中医内科急症治疗水平的三项历史成功经验。了解古人的宝贵经验,并加以研究创新,对于开展中医急症工作无疑是非常重要的。

但是要明确提出的是,中医四诊所见只是宏观认识人体,对于危重病人,有时不能揭示疾病的本质,因此要求在急诊治疗中,必须掌握现代医学的检查方法,这对提高急诊疗效是非常必要的。

三、中医急症发展缓慢的原因

我们知道中医对急症的治疗与诊断,历史悠久,内容丰富,在相当长的历史时期内曾经发挥过一定的优势与作用,对中华民族的健康与延续曾作出巨大的贡献,成为祖国医学伟大宝库中重要的组成部分。从历史上看,在西方医学还没有输入中国之前,中医治疗急症是处于领先地位的,历史不可否认。中华民族所以繁荣昌盛与中医保健事业是分不开的。然而近五十年来,对于急症不是有所发展而是退避三舍,中医院不设急诊室、中医大夫不值急诊班、抢救重危病人中医可以不参加,凡此种种似乎成了一个惯例,并且不以为然!这实际上是给自己套上了绞索,作茧自缚,到头来成了孤家寡人。如此下去振兴中医岂不是一句空话。为什么会出现这种情况,当然有其社会因素,但是应该看到中医学科本身也存在的问题。下面谈谈我们对中医急症发展缓慢原因的粗浅看法:

(一) 以静止的观点对待中医独特理论体系及经验

在临床实践中我们发现一些中医工作者不能正确地对待古人的经验,甚至对古人的经验沾沾自喜,因其是伟大的宝库所以盲目乐观,缺少创新和发展。当然,作为古老文化见证的中医学对我国及世界的贡献是巨大的,这是任何人都不能否认的,但是医疗保健事业本身就要求中医在新形势下作出新的贡献。我们必须清醒的看到,当今世界,知识更新的周期越来越短,今天绝不会是昨天的简单重复,而明天更不会今天的平庸延伸。就西医而言,五十年代、六十年代、七十年代直至八十年代一直在不断更新,如果五十年代毕业的医学生不学习八十年代新内容就很难适应工作了。作为中医学来讲,可以说是世界上最早的医学,但从目前看来,仍然基本上是按照古人留下的丸散膏丹汤在临床上一方一剂的重复。以《伤寒论》为例,397法,113方多数是太阳病、阳明病、少阳病,而且多是轻症,只有少阴病、厥阴病虽然属于急症范围,但数量较少。为什么明清时代温病学派能独树一帜,我们的看法是,随着时代的发展至明清时代,由于我国与世界各国的交往增多,一些传染病也随着科学技术一起传入我国,这就给当时医学界提出了一个课题,必须要有一套治疗急性传染病的方法。而传染病多数表现为高热甚至神昏谵语等,为了解决治疗高热、神昏、抽搐等急症,当时著名的医学家吴鞠通、王孟英、叶天士等人总结了前人治疗急性热病的经验,创造出卫气营血和三焦辨证,并且创造出安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹等现在仍然是很有效的方药。同时还在治疗理论上明确提出了“留有一分津液,便有一分生机”这样可贵的理论,可以说这个理论是世界上最早提出治疗急性热病保津补液的原则,不仅如此,还发明了“养阴增液汤”,“增液汤”等增津补液的方药。但是限于当时的历史条件,这些方药在给药途径上没有特大的突破,不可能有现代的大输液等。尽管如此,这也是对中医事业的重大发展。我们认为世界上哪能有永恒的方舟,古人的经验是要继承的,但是,老态龙钟地跟着古人重复是一种危险的退化。历史早已证明,社会前进的脚步,必须是从过时的知识躯体上踏过,只有播下

新的种子,才能使知识之树永远常青。因此,我们认为中医要想发展,要想保存自己,要想在竞争中立于不败之地,就必须更新和创新。而实际情况是,多年来创新少而重复多。这便是中医急症发展缓慢的原因之一。

(二) 总结成功的经验多而认真查找失败的教训少

当今社会是竞争的社会,也是信息社会,任何一门科学要想保存自己,就必须用自己的独特招法在竞争中取胜,而在竞争中掌握科技信息是非常重要的。然而从医疗报导、学术论文上看,从其础到临床、从国内到国外,不论是中医或是西医,甚至一些其他学科等多是经验介绍的多,而有些经验往往经不起实践的检验。中医也存在这方面的问题。如某某中医治疗恶性肿瘤100例有效率达90%,某某治疗白血病100例有效率为89%,甚至有的人吹牛说关于艾滋病古人早有记载,凡此种种,虽然是少数人,却大大影响了中医的社会声望与信誉。我们认为当今社会信息泛滥,信息贬值,一点也不夸大。对于学术论文、科研鉴定、学术交流等缺乏严肃认真的科学态度(这不单纯是中医),但是这样一来就会大大降低中医的学术水平。特别是近年来有些打着一技之长的“所谓个体开业医”,打着中医的招牌完全违背了中医的职业道德,干着缺医少德的勾当、大吹大擂、胡说八道、被人称为江湖骗子,影响了中医的声誉和中医学术的发展,这也是对中医事业发展的重大干扰,必须加以制止。这也是中医急症发展缓慢的原因。

(三) 缺乏以竞争的,发展的观点来分析和对待中医内科急症的现状

中医界应当清醒地认识到,在当今竞争的社会里存在着强而有力的对手—西医。中医要想保存自己,必须拿出自己的“杀手锏”。在竞争中没有自己的“武器”是不行的,这个所谓武器就是四诊客观化、辨证规范化,特别是对于急重症病人不是退却,而是应该有自己的整套行之有效的办法。当前对越来越多的急重病病人的治疗,要求我们争分夺秒。如急性心肌梗死,急性上消化道出血,呼吸窘迫综合症、休克、抽搐等等,西医有自己的手段,如药物、仪器等,对于中医也相应提出了要求,也就是说,医疗保健事业要求中医在新的形势下作出新的贡献。当然,要求中医有一套完整的抢救急危重症病人的治疗手段,而且还要规范化,这不是一件简单的事情,但是我们必须清楚地认识到这一点。不但要整理继承古人治疗急症的宝贵经验,并且还要发展创新。就西医而言,五十年代的西医并不认识胆道蛔虫病,但是由于能紧紧地和发展中的自然科学相结合,并且不断更新与发展,所以在治疗诊断急症上无论是药物还是医疗器械都有比较突出的变化与发展。现代急诊已经形成了独立学科,世界各大城市均有急救中心及指挥系统。而中医呢,可以说基本上还是维持现状。有资料表明,1965年全国肾病会议中医中药治疗慢性肾病疗效为33.4%,而西医则为10%—20%,中医是处于领先地位的。但是由于中医创新较少而西医应用了免疫抑制剂,各种新型激素等,十四年之后,即1979年全国肾病会议,中医的疗效仍然是33.4%,而西医却一跃增加到77%,这是一个多么大的变化呀!如果这样下去中医治疗慢性病的优势,也要逐渐被打破了。所以中医界同道与中医学生必须在竞争中有一个紧迫感,必须以竞争的观点出现,并且要创造出治疗急症的新剂型、新手段、新方法。国家中医药管理局成立以来,在这方面作了大量的工作,同时也取得了很大的成就。

(四) 过去多从药物加减上来考虑提高疗效,宏观的多而微观的少。

传统中医的医疗特点是辨证论治,既然是辨证论治,证变法亦变,法变方应变,药物的加减对提高疗效是很重要的。但是剂型的改革、给药途径的变化对于提高疗效是非常重