



普通高等教育“十三五”规划教材
全国高等医药院校规划教材

供中医学、中西医临床医学专业五年制、八年制及九年制用

中西医结合急诊内科学

第2版

张忠德 刘南 李俊 主编



科学出版社

普通高等教育“十三五”规划教材
全国高等医药院校规划教材

供中医学、中西医临床医学专业五年制、八年制及九年制用

中西医结合急诊内科学

第2版

张忠德 刘南 李俊 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书是普通高等教育“十三五”规划教材之一，是第2版教材。全书以中西医理论为基础，立足于内科急危重症的中西医抢救和治疗，结合国内外最新研究进展，系统地介绍了常见内科急症的诊断思路和处理原则。本书采用以现代医学系统疾病为纲，中医病证相对照的方法，对内科急危重症阐述了中医病因病机、西医病理机制、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、急救治疗等。书中有机结合中西医学基础知识和基本技术内容，使中西医理论保持各自的完整性，在提供深度与广度适宜的知识素材基础上，采用辨病与辨证相结合，阐明中医在常见危急重症的切入点，培养学生的中西医结合急救临床思维。本书内容具有科学性、探究性、实用性及可操作等特点，反映了国内外近年来急诊急救研究的新理论、新观点、新知识和新技术。

本书可供全国高等中、西医药院校中医学、中西医临床医学专业五年制、八年制及九年制学生使用，也适用于临床医师继续教育的学习使用，并可作为急诊科和内科医师常备参考书。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合急诊内科学/张忠德,刘南,李俊主编.—2版.—北京:科学出版社,2018.1

普通高等教育“十三五”规划教材 全国高等医药院校规划教材

ISBN 978-7-03-055691-2

I. ①中… II. ①张… ②刘… ③李… III. ①内科-急性病-中西医结合疗法-医学院校-教材 IV. ①R505.97

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第294060号

责任编辑:郭海燕 曹丽英/责任校对:张凤琴

责任印制:张欣秀/封面设计:陈敬

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京建宏印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008年3月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2018年1月第 二 版 印张:32 1/2

2018年1月第四次印刷 字数:917 000

定价:98.00元

(如有印刷质量问题,我社负责调换)

《中西医结合急诊内科学》（第2版）

编委会

主 编 张忠德 刘 南 李 俊
主 审 梅广源 罗 翌 邹 旭 陈镜合
副主编 丁邦晗 周 红 覃小兰 吴 英
芮庆林 廖为民 安 娜

编 委（按姓氏笔画排列）

丁邦晗（广州中医药大学）

王大伟（广州中医药大学）

邓秋迎（广州中医药大学）

叶 焯（广州中医药大学）

刘 南（广州中医药大学）

刘壮竹（广州中医药大学）

刘晓敏（云南中医学院）

芮庆林（南京中医药大学）

李 林（江西中医药大学）

李志尚（广州中医药大学）

杨荣源（广州中医药大学）

吴 英（云南中医学院）

张忠德（广州中医药大学）

林成创（广州中医药大学）

郑丹文（兼秘书）（广州中医药大学）

段宝奇（南京中医药大学）

徐顺娟（南京中医药大学）

梁伟波（广州中医药大学）

曾 靖（广州中医药大学）

廖为民（江西中医药大学）

蔡 蕊（南京中医药大学）

于永红（广州中医药大学）

王进忠（广州中医药大学）

邓瑋瑋（江西中医药大学）

白永江（新疆医科大学）

刘云涛（广州中医药大学）

刘诗怡（广州中医药大学）

安 娜（新疆医科大学）

李 芳（广州中医药大学）

李 俊（广州中医药大学）

杨时鸿（广州中医药大学）

杨敏函（云南中医学院）

吴晓新（广州中医药大学）

张新军（新疆医科大学）

周 红（广州中医药大学）

郑民安（广州中医药大学）

洪永敦（广州中医药大学）

奚小土（广州中医药大学）

覃小兰（广州中医药大学）

曾瑞峰（广州中医药大学）

谭展鹏（广州中医药大学）

黎永琳（兼秘书）（广州中医药大学）

总 序

在国家大力推进医药卫生体制改革,发展中医药事业和高等中医药教育教学改革的新形势下,为了更好地贯彻落实《国家中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》和《医药卫生中长期人才发展规划(2011—2020年)》,培养推进中西医资源整合、创新中西医结合事业的复合型高等中医药专业人才,广州中医药大学第二临床医学院与科学出版社再次合作,第三次修订“中西医结合系列教材”共10个分册,该系列教材入选第一批科学出版社普通高等教育“十三五”规划教材立项项目。

本套教材的编写遵循高等中医药院校教材建设的一般原则,注意教学内容的思想性、科学性、先进性、启发性和适应性。根据教学大纲的要求,坚持体现“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)的教学内容,并在相关学科专业的教学内容上进行了拓宽,增加了病种,引用了中西医结合研究的最新成果;注重立足专业教学要求和中西医结合临床工作的实际需要,构筑中西医结合人才必须具备的知识与能力素质结构,强调学生临床思维、实践能力与创新精神的培养。在编写体例方面,注意基本体例保持一致,各学科根据自身不同的特点,有所侧重,加大图表的比例,增加数字化教材元素,使学生更加容易理解与掌握教学内容;在教学内容的有机组合方面,教材既注意中西医内容方面分别阐述,又尽量保持中西医理论各自的完整性;同时,在提供适宜知识素材的基础上,注意进一步拓展专业知识的深度与广度,采用辨病与辨证相结合,力图使中西医临床思维模式达到协调统一。

教材建设是一项长期而艰巨的系统工程,此次修订还需要接受教学实践的检验,恳请有关专家与同行给予指正。本套教材也将会定期修订,以不断适应中医药学术的发展和人才培养的需求。

福国准

2017年11月



前 言

本书为普通高等教育“十三五”规划教材之一，是第2版教材，供全国高等中、西医药院校中医学、中西医临床医学专业五年制、八年制及九年制学生使用，也适用于临床医师继续教育的学习提高。

当前，人们对包括急诊医学在内的医疗卫生的及时性、系统性、有效性等的要求越来越高，特别是进入老龄化社会后，疾病谱的改变对急诊医学的发展提出了更高的要求。社会迫切需要反应迅速、技术精湛、知识全面的急诊医务人才。因此，当前最重要的是加强急诊医学教育，培养高素质创新型综合性急诊医学后继人才。

中医诊治急症有着悠久的历史，丰富的经验和独特的理论。1984年以来，以急症协作组为龙头在中医急症诊疗规范化、临床研究、剂型改革、基础与试验研究等方面，对一些急症进行了较全面的研究并出版了一些急症学专著，反映了中医急诊学的成就与发展趋势。2016年国家中医药管理局组织制订了一批有关急症的中医药临床诊疗指南，对中医诊治急症具有非常实用的指导价值。本套教材希望有助于发掘和推广中医在急诊中的临床应用，培养符合社会需要的中西医结合新型临床人才，提高我国的急症诊治水平。

书中有机结合中西医学教学内容，分别阐述中西医急诊内容，使中西理论保持各自的完整性，在提供深度与广度适宜的知识素材基础上，采用辨病与辨证相结合，尝试阐明中医在常见危急重症的切入点，培养学生的中西医结合临床思维。

全书共12章，包括总论，危重症，呼吸系统急症，循环系统急症，消化系统急症，泌尿系统急症，血液系统急症，内分泌系统急症，神经系统急症，水和电解质代谢、酸碱平衡紊乱，常见急性中毒及物理因素损害急症，常用急诊诊疗技术及常用中西医急救药物。

本书编写体例采用以现代医学系统疾病为纲，中医病证相对照的方法，每个疾病阐述内容包括概述、中医病因病机、西医病理机制、临床表现、实验室和其他检查、诊断与鉴别诊断、急救治疗和附录。

编写过程参考了各高等医药院校中、西医急诊内科学教材及中西医结合相关专著，参照国内外相关疾病的最新诊治指南，使教学内容能反映相关学科的研究进展。

本书在编写过程中得到了梅广源教授、邹旭教授、罗翌教授、陈镜合教授等专家的悉心指导及科学出版社的大力支持，在此表示衷心的感谢。

本书编委会

2017年6月

目 录

第一章 总论	1
第一节 中西医结合急诊内科学概论	1
第二节 症状诊疗学	11
第二章 危重症	32
第一节 休克	32
第二节 心脏骤停	43
第三节 急性呼吸窘迫综合征	49
第四节 弥散性血管内凝血	58
第五节 多器官功能障碍综合征	65
第六节 脓毒症	75
第三章 呼吸系统急症	91
第一节 急性上呼吸道感染	91
第二节 急性呼吸衰竭	98
第三节 重症哮喘	107
第四节 重症肺炎	114
第五节 自发性气胸	122
第六节 急性肺栓塞	127
第七节 大咯血	142
第四章 循环系统急症	150
第一节 急性心力衰竭	150
第二节 恶性心律失常	159
第三节 急性冠脉综合征	168
第四节 高血压急症	178
第五节 病毒性心肌炎	184
第六节 急性感染性心内膜炎	190
第七节 急性心脏压塞	198
第五章 消化系统急症	205
第一节 急性胃肠炎	205
第二节 急性上消化道出血	211
第三节 急性胰腺炎	217
第四节 肝性脑病	226
第六章 泌尿系统急症	235
第一节 泌尿系感染	235
第二节 急性肾损伤	245
第七章 血液系统急症	256
第一节 急性溶血性贫血	256

第二节	急性出血性疾病	261
第八章	内分泌系统急症	269
第一节	糖尿病相关急症	269
第二节	甲状腺功能亢进危象	283
第三节	肾上腺危象	288
第九章	神经系统急症	295
第一节	急性脑血管疾病	295
第二节	中枢神经系统感染	306
第三节	癫痫持续状态	312
第四节	急性脊髓炎	318
第五节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	325
第十章	水和电解质代谢、酸碱平衡紊乱	333
第一节	水、钠代谢紊乱	333
第二节	钾代谢紊乱	341
第三节	酸碱平衡紊乱	346
第十一章	常见急性中毒及物理因素损害急症	353
第一节	急性中毒概论	353
第二节	农药中毒	361
第三节	常见药物中毒	373
第四节	食物中毒	389
第五节	急性酒精中毒	395
第六节	鼠药中毒	402
第七节	新型毒品中毒	409
第八节	中暑	413
第九节	溺水	419
第十节	电击伤	424
第十二章	常用急诊诊疗技术	428
第一节	心肺复苏术	428
第二节	临时心脏起搏技术	430
第三节	机械通气技术	432
第四节	常用穿刺术	448
第五节	血液净化技术	454
第六节	气管切开术	456
第七节	三腔二囊管压迫止血术	458
第八节	洗胃术	460
第九节	急诊输血技术	461
参考文献		468
附 1	急诊常用中成药	471
附 2	急诊常用西药	500

第一章 总 论

第一节 中西医结合急诊内科学概论

一、中西医结合急诊医学发展简述

中西医结合急诊学是在中西医基本理论指导下,运用辨证论治方法同时结合现代医学方法,研究急危重症的发生、发展、变化规律及诊断治疗的一门新兴学科。中西医结合急诊内科学是重要的临床专业课,是中西医学术发展的充分体现和标志。

(一) 中医急诊学的起源

中医学有着悠久的历史,中医急诊学也源远流长,几千年已形成了相对完整的理论体系,积累了丰富的临床经验。春秋战国时代的《黄帝内经》是中医学理论形成的重要标志,也奠定了中医急诊学的理论基础。该书对相关急症的含义与范围、病因病机、病名、诊断、治则与治法及转归预后、预防护理等均有论述。书中记载了中医急症相关病名、临床表现、病因病机、诊治要点及预后。如对急危重症命名均冠以“暴”、“卒(猝)”、“厥”等,以与非急症病区别,如“卒中”、“猝心痛”、“厥心痛”、“暴厥”、“薄厥”等。同时描述了急症的临床表现,如《灵枢·厥病》:“真头痛,头痛甚,脑尽痛,手足寒至节,死不治。……真心痛,心痛甚,手足青至节,旦发夕死,夕发旦死”。

对急症病因病机论述也有记载,如对虚实论述,《素问·通评虚实论》:“邪气盛则实,精气夺则虚”;《素问·刺志论》:“夫实者,气入也;虚者,气出也。气实者,热也,气虚者,寒也”,《素问·至真要大论》:“诸厥固泄,皆属于下。诸禁鼓栗,如丧神守,皆属于火。诸躁狂越,皆属于火。诸暴强直,皆属于风。诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”。

在诊断上体现了以外推内,以表知里,知常达变,审证求因,四诊合参的中医急症临床辨证思维方法。如《素问·阴阳应象大论》:“以我知彼,以表知里,以观过与不及之理,见微得过,用之不殆。”《素问·玉机真藏论》:“天下至数,五色脉变,揆度奇恒,道在于一。”《灵枢·外揣》:“司内揣外。”《素问·标本病传论》:“察近而知远。”《素问·气交变大论》:“善言天者,必应于时,善言古者,必验于今,善言气者,必彰于物,善言应者,同天地之化,善言化言变者,通神明之理。”

关于预后:《素问·玉机真藏论》:“大骨枯槁,大肉陷下,胸中气满,腹内痛,心中不便,肩项身热,破胭脱肉,目眶陷,真脏见,目不见人,立死,其见人者,至其所不胜之时则死”等。

(二) 中医急诊学的形成

两汉时期,张仲景根据“建安纪年以来,犹未十稔,其死亡者,三分有二,伤寒十居其七”的现状,以当时的急症伤寒热病为基础,著《伤寒杂病论》,创立了六经辨证体系,奠定了中医急诊学辨证救治体系,其理法方药至今在临床仍有应用价值。全书397条原文中,论及有关急症条文约300余条,涉及与急诊相关急症有:发热、喘证、呕吐、下利(泄泻)、黄疸、腹痛、胸痛、胁痛、头痛、神昏、抽搐、心悸、吐血、呕血、便血、厥证、眩晕、少尿及无尿等近20种。在急症诊断上,注重鉴别诊断,如三阳病同是发热,太阳病是恶寒发热,阳明病是但热不寒,少阳病是往来寒

热，以利迅速判断和诊治导致患者生命危险的病证。在急症救治上，抓主要矛盾，急救为先。如“急下之”，急下存阴的大承气汤，“急温之”，回阳救逆的四逆汤；灸而救急的“少阴病，脉不至者，灸少阴七壮”；针刺急救的“下血，谵语者，此为热入血室，但头汗者，刺期门，随其实而泻之，濺然汗出而愈”等，采用综合救治的方法迅速稳定病情。在急症治疗上，强调以病机为先，理、法、方、药一线贯通的治疗原则，如“病常汗出……以卫气不共荣气谐和故尔……营卫和则愈，宜桂枝汤”，“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下……但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤”。在急症病情观察上，建立危重病监测的临床指标，如汗出：“伤寒……其人汗出不止者，死”。呼吸：“少阴病六七日，息高者死”，“若脉不还，反微喘者，死。”四肢温度：“少阴病，下利，若利自止，恶寒而踡卧，手足温者，可治”；“少阴病，恶寒，身踡而利，手足逆冷者，不治”等，动态观察病情变化，以利及时判断预后。初步形成中医急症临床理论体系。

晋唐时期，以葛洪、巢元方、孙思邈为代表的优秀医家，对中医急诊医学的发展起到了极大的促进作用。如晋朝著名医家葛洪著《肘后备急方》是第一部实用性的中医急诊手册，书中总结了魏晋南北朝时期治疗急症，包括内、外、妇、儿、五官各科的经验，拓宽了中医急诊学的范围。本书记载了多种给药途径及熏洗、敷贴、吹入等外用方 346 首，实为“众急之病，无不毕备”。青蒿治疗疟疾，也是该书最早记载，《肘后备急方·治寒热诸疾方第十六》：“青蒿一握，以水两斤，绞渍取汁，尽服之”。晋代巢元方著《诸病源候论》不断充实发展中医急症病名、证候，探讨病因病机理论，注重针灸治疗，强调综合急救处理，创扩创引流术。唐代医家孙思邈之《备急千金要方》和《千金翼方》，明确提出“备急方”27 首专供急救，在急救技术上，孙思邈也是世界上第一个使用导尿术的医家。

（三）中医急诊学的发展

金元时期，名医辈出，刘完素、张从正、李杲、朱丹溪等“金元四大家”学术思想各有侧重。刘完素以阐述火热病机，善治热病成为温病学派的奠基人，其治疗急性热病，以清热通利为主，兼顾润泽脾胃，创立不少行之有效的方剂。张从正力主攻邪，强调病邪或受于外，或生于内，留着不去，是一切病证之总根。发汗、催吐、泻下是张从正攻邪三要法。朱丹溪倡导“阴不足而阳有余”，侧重于体内火热的化生。重视痰、气在急症发病中的地位。李杲提出脾胃内伤学说，认为饮食不洁、房劳过度和精神刺激是内伤病的主要病因，开辟了内伤急症证治的新途径。其对内伤急症的治疗多以益脾胃、升阳气为主。这些极大得丰富了中医急诊学的学术理论。

（四）中医急诊学的兴盛

明清时期，是中医急诊学发展的鼎盛时期，温病学说的形成和发展是中医急诊学理论发展的典范。吴又可著《温疫论》突破六淫藩篱，创立“疠气学说”，为解决时行天疫肆虐“时医以伤寒法治之，事倍功半，甚而死于医药比皆是”的难题做出了重要贡献，对温病学的发展产生了深远的影响。叶天士创立“卫气营血辨证”，阐释了温病急候乃“逆传”所致，为有效的治疗提供了理论基础。吴鞠通创立的“三焦辨证”，指出“……上焦病不治，则转中焦，胃与脾也。中焦病不治，即传下焦，肝与肾也……”，很好地揭示了温病急症的传变规律，极大地丰富了中医急诊学的辨治理论体系。

（五）近代中医急诊学的概况

近代中国受鸦片战争等各方因素影响，中医在急症治疗方面发展相对缓慢。第一次鸦片战争以后至新中国成立前，中西医学及中西文化发生了激烈的碰撞，中国医学到了是否能立足生存的关键时刻。这段时期中医的发展主要经历了 3 个阶段，有 1840~1900 年委曲求全的“中西汇通派”，1900~1929 年的“中医实业派”，1929 年开始的“废止旧医以扫除医事卫生之障碍案”，中医的发展之路



曲折而艰难，中医在急症治疗中的作用及地位也未得到重视。

新中国成立以后，中医急症医学得到了进一步发展，中医在急重危症治疗方面取得了丰硕的成果。20世纪50年代，运用温病理论和方法治疗流行性乙型脑炎，取得了显著疗效。此后，急症的研究范围不断扩大，如对急腹症，冠心病、流行性出血热等治疗都获得了一定的疗效。尤其是20世纪80年代开始，国家中医药管理局为促进中医急症医学的发展采取了一系列措施，成立了全国中医急症十大协作组，极大地推动了中医急诊医学的研究。当时，全国共成立了10个急症协作组，即热病（南、北方组）协作组、中风协作组、厥脱协作组、血证协作组、胸痹心痛协作组、痛证协作组、多脏衰协作组、呼吸病急症协作组、剂型改革协作组。十大急症协作组涵盖了100多个省级医院，连同二级网络有500多个单位参加的协作攻关队伍。通过攻关协作，制定了国家中医急症诊疗规范，研制多种适用于急症的中药新药。

进入21世纪以来，中医急症医学在保障人民医疗安全方面更是做出了巨大贡献，获得了长足的发展和进步。特别是在2003年SARS肆虐期间，广东省中医院和广州中医药大学第一附属医院率先采用中医药治疗SARS，取得了良好的临床疗效，大大降低了死亡率和并发症发生率，获得了国内外专家的认可和好评。在2009年甲型H1N1流感及2014年登革热暴发期间，中医药的早期介入治疗取得了确切的临床疗效，显著缩短了病毒转阴时间，大大降低了严重并发症的发生率。

为了进一步提高中医药疗效，验证与摸索中医药治疗的优势所在，国家中医药管理局以“十一五”重点专科建设工作为契机，组织全国中医和中西医结合的专家共同研究，确定了大量“中医优势病种”，并统一协调组织力量在全国范围内进行了诊疗方案的疗效的梳理与验证。中西医结合急诊学中的“风温肺热（轻症病毒性肺炎）”、“外感发热（上呼吸道感染）”、“胸痹（心绞痛）”、“眩晕（椎基底动脉供血不足）”等均列入中医优势病种之内，并得到了进一步的总结与优化。同时，结合优势病种，也初步拟定了一批中医临床路径的诊疗方案，进一步规范了中医和中西医结合的临床诊疗行为。

（六）西医急诊医学的形成与发展

同其他学科相比，急诊医学是一门新兴的临床学科。它包括急救医学、危重病医学、灾害医学、复苏学、创伤学、毒物学、儿科急救学和急诊医疗服务体系八个方面。急诊医学是以急性创伤、急性病和慢性病急性发作的诊治为核心内容的，关注的焦点是患者的生命，运用最先进的设施和方法，以最快的速度、最有效的手段，尽最大可能挽救急危重症患者的生命和最大限度地减轻患者的伤残，因此它涉及所有临床专业和多数基础医学专业，其救治的范围主要有急危重症和一般急症。1979年，世界灾害和急诊医学会（WADEM）成立，标志着国际上急诊医学专科的创立。法国于1965年，率先将脊髓灰质炎暴发流行时的成功救治经验推广到救治各种急性病伤人员，形成急诊医疗体系（SAMU），由政府以法律规定了SAMU的性质和急救讯号“15”，建立急救网络。美国于1970年成立了“急诊医师学会”，并实行急诊专业住院医师制度，1972年国会通过加强急救医疗法案，全国统一急救呼号“911”。日本于1960年在大城市设立了以消防队为主的急救站体系，急救呼号为“911”，1973年成立了“日本急诊医学学会”，现已设立危重病医院和研究所，但尚未成立现代化的急诊医疗体系。1983年，协和医院率先在我国成立第一个急诊医学科。

我国卫生部1980年颁发了《加强城市急救工作》的文件，1983年颁布了《有关急诊工作的建议》，根据文件要求，各地有条件的医院先后成立急诊科。1985年开始培养急诊医学专业临床研究生，1987年正式成立了“中华急诊医学学会”，我国统一急救呼号为“120”。1997年按照中华医学学会的要求更名为急诊医学分会。2003年国务院正式颁布《突发公共卫生事件应急条例》。2009年卫生部公布了《急诊科建设与管理指南（试行）》，为指导和加强医疗机构急诊科的规范化建设和管理，保证医疗治疗和安全提供了法规性依据。目前，急诊医学已成为一门相对独立的学科，各医院都建立起急诊科，机构建设、队伍建设和学科建设有了很大的发展，有力地推动了急诊医学学术水平的提高。

近 10 年来,我国急诊医学取得了进一步的发展。中华医学会急诊医学分会组织全国专家,参考国际相关研究成果和指南,结合我国实际,制订了有我国特色的大量急诊常见疾病,如心搏骤停、淹溺、急性冠脉综合征、急性中毒等的诊治指南和专家共识,为规范和指导全国急诊的诊疗提供了依据。

(七) 中西医结合急诊医学的形成与现状

随着时代的进步和中、西医学的不断发展,人们逐渐认识到中、西医学在诊断治疗危急重症方面各有其利弊。如何扬长避短,将中西医学有机地结合起来,更好地为人民的生命健康服务,是我们新一代医务工作者的义务和责任。新中国成立后,在广大医务工作者的努力下,中西医结合急诊学已取得了长足的发展,并积累了丰富的经验。20 世纪 60~70 年代,对阑尾炎、溃疡病穿孔、急性肠梗阻等常见急腹症进行中西医结合救治,取得了良好的疗效。对心源性休克采用回阳救逆、滋阴复脉等法则,应用生脉、人参四逆针及汤剂治疗取得了满意的效果。中西医结合治疗急性心肌梗死,在当时缺乏急诊再灌注治疗手段的前提下,取得了接近当时国际先进水平的临床疗效。20 世纪末到 21 世纪初,中西医结合治疗危重症有了新的进展和突破。例如,在急性脑卒中和高热昏迷的抢救方面,中医传统的安宫牛黄丸、至宝丹等依然发挥着重要作用,安宫牛黄丸的拆方制剂清开灵、醒脑静等在各级医院及急救中心广泛应用。中西医结合治疗多脏器功能障碍综合征(MODS)取得了丰硕的成果。临床使用清热解毒、通里攻下、活血化瘀中药,配合西药治疗,可显著降低 MODS 的病死率。20 世纪 80 年代末期,王今达教授率领科研组对“神农 33 号”进一步深入研究,从 36 味中药中筛选出红花、赤芍、川芎、丹参、当归等为主药组方,再次提高疗效、改进工艺,并正式命名其为“血必净”。此后,王今达率领课题组进一步开展中药药理基础研究,在分子水平上证明了血必净注射液的作用机理,对多脏器功能衰竭和脓毒血症的有效治疗,为中药跨入急救医学打下了扎实的基础。

近 20 年来,中西医结合急诊医学取得了进一步的发展,包括“芪苈强心胶囊”、“复方丹参滴丸”、“参芪活血颗粒”等中成药研制开发成功,并进行了大量的临床和实验研究,证实了确定的疗效,提高了中西医结合救治急危重病的水平。

目前,中医急诊学的实质已成了中西医结合、以中为主的“现代中医急诊学”。它既不同于现代急诊医学的重微观而轻宏观,也不同于传统的中医急诊学的重宏观而轻微观,而是以中医急诊学理论为主体,以“古为今用”与“洋为中用”为原则,吸取现代急诊医学之所长,并以“先中后西”、“能中不西”、“中西结合”的诊治顺序处理各科急危重病的一门新学科。

二、中西医结合急诊学的概念和范畴

中西医结合急诊学是将中、西两种医学技术有机地结合起来对临床各科急危重症的病因病机、病理生理及诊断和救治等进行实践与研究的一门学科。

中西医结合急诊学包括的内容相当广泛,宏观上有院前急救、院内急救和急危重症监护、急诊医疗体系管理学、急性毒物学和灾害医学,在微观上有复苏术、休克、昏迷、脑血管意外、急性心肌梗死、严重感染、急腹症、多发创伤、多脏器功能衰竭、各种危象和急性中毒等的中西医诊断与救治。本书着重于中西医结合急诊学中内科范畴疾病的论述。

(一) 院前急救

院前急救是整个急救体系的第一步,主要任务是在急危重症患者的发病初期就给予及时有效的现场抢救,维持患者的生命,防止患者的再损伤,减轻患者的痛苦,并快速安全地护送到医院进行进一步的救治,为院内急救赢得时间,减少急危重症患者的病死率和致残率。许多患者突发急症后在到达医院前已经死亡或濒临死亡,其中最重要的原因之一就是没有得到及时正确的院前急救。院

前急救具体措施为基础生命支持和基础创伤生命支持。院前急救应有现代化的管理制度，包括具备急救基本技能的高素质急救人员、良好的通讯、派遣及运输工具、现场急救和转送医院的流程。

（二）危重病医学

危重病医学是急诊医学的重要组成部分。针对急诊科室经常面临急危重患者抢救工作的特点，急诊医学专业的医护人员都应接受危重病医学的专业培训。危重症的主要病种包括心搏骤停、休克、循环系统急症（急性冠脉综合征、急性心力衰竭、高血压急症、恶性心律失常）、呼吸系统急症（急性呼吸衰竭、重症哮喘、重症肺炎、急性肺动脉栓塞）、消化系统急症（急性上消化道出血、急性胰腺炎、肝性脑病）、神经系统急症（急性脑血管病、癫痫持续状态）、内分泌急症（糖尿病急性并发症、肾上腺危象、甲状腺功能亢进危象）等。

（三）灾害医学

灾害医学是急诊医学的一个组成部分，是综合性医学科学，研究内容包括自然灾害（如地震、洪水、台风、泥石流、雪崩等）和人为灾害（如交通事故、放射性事故污染、化学中毒及战争等）对公众造成的损害后果和救治方法。

（四）复苏学

复苏学是急诊医学最重要的组成部分和研究方向之一，其主要研究各种以改善心搏骤停患者预后为目的的新技术、新设备、新疗法、新理念，从而提高心脏呼吸骤停患者的复苏成功率和存活出院率。

（五）创伤学

创伤学（创伤外科学）已经纳入急诊医学的范围，是近年来我国许多医院急诊科重点发展的部分。尤其是对多发伤和复合伤的救治，以及灾害事件中群体伤员在现场和急诊室的早期正确处理等课题备受关注。

（六）毒物学

中毒可分急性和慢性中毒，急诊医学主要对急性中毒进行研究和诊治。毒物范围包括工业毒物、农药、医用药物、家用杀虫剂、有毒动植物、污染细菌的食物，以及军用化学毒剂等。

（七）急诊医疗服务体系管理学

急诊医疗服务体系管理学由院前急救、急诊科急救和 ICU 急救（病房）三部分构成。这个体系开始于院前，医务人员把最有效的处理方法，以最快的速度送到患者、伤员身旁，首先给予必要的初步处理，维持他们的生命，然后安全地转送到较近的医院急诊室，进一步明确诊断和加强治疗。多数接受急诊处理后，伤病情况得到改善，可以离开医院回家或以后到门诊随诊，少部分经过急诊处理病情稳定后转入相应专科病房。这种方式有效地提高了急诊抢救的质量和成功率，并形成了一个专业理论体系。

中西医结合是一个较为复杂的问题，如何进行结合？我国广大医务工作者从 20 世纪 50 年代就进行了探索，从基础到临床进行了大量的研究工作。目前，中西医结合治疗急症，多采用西医检测手段明确诊断，统一病名，进行中医辨证论治，辨病与辨证相结合，在辨证的基础上辨病，治疗上或以西药为主，或以中药为主，或中西药结合治疗，或在疾病的不同阶段选用中药或西药治疗，取得了丰硕的成果。全国多家中医院的急诊科也摸索总结了大量中医急诊的特色疗法，例如，平衡针灸治疗痛证和眩晕，沐足退热，四黄水蜜或双柏油膏外敷、手法整复关节脱位和小关节紊乱等，取得

了良好的疗效和患者的好评，也保持了中医在急诊当中的特色。

三、中西医对危急重症病机病理的认识

急危重症病情瞬息万变，准确把握瞬间的病机，采取快速而行之有效的抢救措施，是急诊医学范畴重要的组成部分。

（一）中医急症的病因病机特点

急症病因复杂，概括而言，不外内外二因。病因于外者，有六淫邪毒，疫疠之气；病因于内者，有情志失节，饮食所伤，内生痰瘀水毒，更有意外伤害、医源性、药源性病因，而引发急症暴发。而中医急症病机的关键在于“正气虚于一时，邪气暴盛而突发”，病机变化突出“正邪交争”。

1. **正气极损** 正气包括脏器脏真及维持其功能活动的气血津液等精微物质，正气内损是以内有所因，外有所感，从而引起脏与脏，脏与腑，脏腑与经络、气血的互用失常，水津代谢失用而生。然病邪未损及脏器，脏真未累，元真之气尚能通畅，卫气自固，营气内守，神机流贯，则正气尚能托邪外出，故病象虽重，但邪犯较浅，病情亦轻，病势为微，病证属顺。若邪强毒盛，伤及脏器，累及脏真，则邪毒与血气相乱，正受邪束，或正气不支，均不能托邪外达，使经络血脉壅滞，元真之气郁痹而不畅，神机流贯受阻，生化欲息，以致精气神败伤，造成“十二官相危，使道闭塞而不能，形乃大伤”，故其病发卒暴，凶险丛生。正如《素问·玉机真藏论》所言：“气虚身中，卒至五脏绝闭，脉道不通，气不往来。譬如堕溺，不可为期”。

2. **邪气极盛** 暴感疫疠邪气、毒性药物、高温暑热等即使正气旺盛，也难免受其伤害。六淫邪毒伤人多发生于六时之变，阴阳失调，气候反常，非其时而有其气，化为毒烈之气，侵犯人体而发病。其中以风、寒、暑、湿为主。疠气是一类具有强烈传染性的外邪，又称“疫气”、“疫毒”等。疠气引起的疾病称为“疫病”、“瘟病”、“瘟疫病”。疠气可以通过空气传染，从口鼻而入致病，可随饮食入里或蚊叮虫咬而发病。疠气致病具有强烈的传染性和流行性，发病急骤，病情危笃，在某些疫疠之气的流行期间，“无论老少强弱，触之者即病”。

中医急症的基本病机改变是邪盛气闭。邪盛气闭是指急危病程中，体内毒邪壅盛，导致周身阴阳气血壅滞，气机闭阻不通，升降失调，阴阳不交，使多脏受累，甚至神机失用，表现闭实危候，证情险变丛生。若能及时准确治疗，可使邪祛毒解正复，扭转危象；若僵持已久，邪陷正虚，正不胜邪，可见内闭外脱，进而正气溃败，阴竭阳脱，气血消亡。

（二）现代医学急症病理特点

现代医学根据急症病种的不同从生理、病理、解剖、分子细胞等方面微观认识急症的发生发展，并不断随着现代科学技术的发展而不断深化。中医、西医对病因病理的认识各有侧重，中西医结合急诊学正是在充分吸收两种医学优点的基础上，充分认识疾病的发生发展过程，从而为诊断和治疗提供良好的理论基础，以获取最佳的临床疗效。

四、中西医对急危重症的诊断

相对于其他的学科，诊断对于急诊学尤其重要。面对急危重症患者，临床医生首先必须在最短的时间内作出最准确的诊断。没有正确的诊断就没有正确的治疗，正确的诊断对于急危重症患者的诊治和生命的抢救，尤其重要。

（一）病史采集

1. **病史采集** 采集急症病史，要求快而准确，但又不要因此而延误抢救生命的宝贵时间。因此必须根据病情缓急，用不同方式进行病史采集。通常采用以下几种方式。

(1) 序贯式：即询问病史→体格检查→辅助检查的三步曲。然而这种方法只适用于一般急诊患者。

(2) 并进式：根据患者的主诉，在立即进行体格检查的同时，询问病史。此法适用于病情较紧急，或患者疼痛难忍之时。如急性腹痛，在腹部视、触、叩、听等检查的同时，对患者进行诱因、疼痛部位、性质、大便情况等方面的询问。这样同时进行既争取时间，患者也易于合作。

(3) 后补式：当心跳呼吸皆无的患者急送来诊时，医护人员应立即行心肺复苏术，开通静脉通道，同时行气管插管，呼吸机辅助通气，心电图、血压、血氧饱和度监测，并同时静脉注射肾上腺素等抢救药物，如有心室颤动立即除颤，待患者生命体征等相对稳定后，再开始向家属及目击者仔细询问病史，了解病史及当时发病的情况；并补充作必要的体格检查和其他检查，以明确诊断。此法也适用于咳血、呕血等急性大出血的患者。

2. 病史采集要领 ①如病情允许，最好询问患者，以便取得第一手资料。如果患者已不能言语，要尽可能询问了解病情的人，力求准确。②询问病史，注意紧扣急诊的主诉，了解与主诉相关病史及伴随症状等。如急性腹痛患者，务必询问大便的情况等。注意询问患者过去有无类似情况的发生及诊断治疗的情况以作参考。③根据辅助检查或体格检查所获得资料再重复追问病史，以获得反证资料，或补充资料。

(二) 体格检查

急诊不同于慢性病就诊者，对急诊患者行详细而有重点地检查，并同时所见病理征与常见疾病联系分析是急诊医生必备的素质。急诊患者的体格检查需注意把握以下几个方面：

(1) 把握患者的生命体征：对任何急诊患者把握好基本的生命体征，即体温、脉搏、呼吸、血压，因为这是反映机体功能活动最直接的资料，也是最可靠的。对于神志不清或昏迷的患者，生命体征就更为重要。

(2) 体格检查应重点放在与主诉相关的部位：急诊体格检查不可能面面俱到，应将检查的重点放在与主诉相关的部位，以求为获得明确的诊断尽快提供第一手的支持资料。当主诉与病理体征不符时，应反复动态检查。

(3) 可疑的阳性体征，应反复检查验证，以防漏诊。

(三) 辅助检查

辅助检查对急诊患者来说非常重要，特别是对昏迷或不能言语者，往往只能依赖体格检查和辅助检查。在急诊进行辅助检查时需注意以下几个问题：

1. 三大常规 血常规、尿常规、便常规作为检查的常规十分重要，三者是对机体对外交换窗口的反映，可以初步真实反映目前机体的情况。

2. 诊断所需的必要检查 急诊进行辅助检查需有重点，并密切结合患者症状、体格检查等进行。如对胸闷痛的患者应行心电图、肌钙蛋白等有关检查以明确有无急性冠脉综合征等。目前急诊医学的发展要求一些检测项目能够开展床旁快速检测，如肌钙蛋白、BNP、D-二聚体等，同时也建议急诊科医生掌握床旁超声技能。床旁检测和超声的开展，能有助于缩短诊断时间，减少患者搬动。

3. 客观评估检查结果 注意动态观察，排除干扰因素。

五、中西医结合急症中医辨证要点

急症的中医辨证虽然基本沿用中医内科学的辨证体系，但中医急诊有内在疾病演变规律，具有自身相适应的辨证论治体系。中西医结合急症的辨证要求迅速抓住证候要点，分清标本虚实，把握病变部位及转变规律，准确辨明证候。同时注重“目验”和症状的鉴别诊断，以指导临床救治。

（一）辨外感与内伤

外感急症由感受六淫疫毒之邪，邪正剧烈交争所致。外感所致者每以热病居多，其中每以高热为主症，可因阳热炽盛，津液耗伤，出现痉、厥、闭、脱等证。

内伤急症多因久有宿疾，脏腑已伤，精气亏损，诱发因素加之，正气更伤而证候加重所致。在脏腑阴阳失调的基础上，内生风、火、痰、瘀等病理因素，使病情由轻缓转而重急。

外感与内伤可从病史、发病形式、病程、传变规律等方面来辨。外感急症多为新病，病起急暴，病程短，多有短暂的卫表证候，以实证为主，如中暑、急黄、疫斑、高热、急性呕吐等为外感所致；内伤急症有原发病可查，是慢性疾病的积渐突变，病程较长，无表证，往往表现为虚实错杂，如真心痛、心力衰竭等。

外感、内生之邪可错杂为患，临床必须分清因果主次。危急之刻，要善抓主要矛盾，从而采取相应急救措施。

（二）辨虚实

虚实是辨别邪正盛衰的纲领。急危重证患者临床表现大实大虚者多之，临床辨证要把握辨证要点，明了虚实，同时特别注意鉴别“大实有羸状，至虚有盛候”的情况。

（三）辨脏腑病位

急危重症病变往往涉及多脏腑，但病变脏腑有先后主次之别。临床辨证时要根据患者的证候表现，首辨病变主脏主腑，同时兼辨相关脏腑。

（四）辨标本主次

急症往往发病急骤，变化迅速，病情危急，预后凶险，临床辨证应分清标本主次，以抓住主要矛盾，解决当前突出的急危证候，以求迅速逆转病情，逐渐趋向康复。

（五）重视“目验”的重要性

中西医结合急诊特别重视“目验”。目验即通过观察患者神色形态、局部表现，舌象、分泌物及排泄物性质的变化，为临床诊断、病情变化及预后提供线索和证据。中医学通过长期的临床实践观察，认识到人体的外部表现可反映内在脏腑气血、经络的病变，特别是精神、面色、舌象的变化，与内在脏腑的虚实和气血的盛衰关系密切。当人体脏腑、气血、经络、阴阳等发生变化时，必然会反映于体表的相应部位，观察患者的外部异常表现，可以诊察内在的病变。急诊由于其本身特点，目验显得尤其重要。但医师在临床诊治患者时，也不可单纯凭目验，而忽略了问诊、体格检查及客观检查依据的重要性。

（六）重视症状的鉴别诊断

症状的鉴别诊断对及时、迅速地做出准确诊断十分重要。中医历来重视症状的鉴别诊断。如《肘后备急方》对“癫狂”与“癲病”诊断时指出：“凡癫疾，发者仆地吐涎沫”，“凡狂发者欲走”。症状的鉴别诊断尤其要重视“假象”的鉴别。如寒热真假的鉴别：真寒假热为身虽热，而反欲得衣被；口虽渴，但喜热饮；脉虽数，而不鼓指，按之乏力，或微细欲绝；苔虽黑，而润滑。真热假寒的鉴别：身虽大寒，而反不欲近衣；口渴而喜热饮；胸腹灼热，按之烙手；脉滑数，按之鼓指；苔黄燥起刺，或黑而干燥。



六、中西医结合临床诊断和治疗思维

急诊患者的诊治程序不同于常诊患者，多以意外伤害或某个症状如发热、意识障碍、头痛、抽搐、呼吸困难、心悸、胸痛、急性腹痛等前来就诊，因导致这些症状的病因可能是致死性的或可引起猝死，如大量脑出血、蛛网膜下腔出血、急性心肌梗死等，故快速明确引起这些症状的原因对诊断与鉴别诊断至关重要，但更为重要的是首先应该保证患者生命体征平稳，如保持呼吸道通畅，清除口腔及呼吸道异物，必要时行气管插管或气管切开；维持有效循环功能，为后续的诊断和处理赢得宝贵时间。因此，借助现代医学的检查和治疗手段以救命为先。

（一）中西医结合临床诊断思维

1. 高效率诊断原则 首先考虑常见病和多发病的诊断，可减少误诊。其次再考虑罕见病，尽可能用一种病（一元论）去解释多种临床表现，然后再考虑几种病（多元论）同时存在的可能。分清器质性病变和功能性病变，重点考虑器质性病变，以免错失治疗良机。急诊诊断中的重要原则是：①要把握患者全身各系统的功能状态，既要重视患者的局部表现，亦要关注全身状况，才能得出正确的诊断，指导治疗；②快速判断患者是否存在危及生命的症状和体征，如脑疝、窒息、呼吸困难、心搏骤停等，应通过望、触、叩、听快速判断病情，挽救生命；③发病机制的分析也是急诊诊疗不可缺少的重要部分，理清发病的机制，才能取得更为确切的治疗效果；④及时把握病情变化情况，可协助诊断，对治疗亦有指导意义。另外，进行快速有效的院前急救，能提高救治成功率，应该受到足够的重视。

2. 中医诊断“病”与“证”交叉相关原则 中医的某证包含或涉及西医的某病或多个病，或西医的某病包含或涉及中医的某证或多个证，处理的方式：①以辨病为纲，以辨证为目，以病统证，即一个西医病种下分中医的若干个证型，在明确西医疾病诊断的基础上，对患者的疾病做出中医“证”的诊断。如冠心病血瘀证、脑栓塞血瘀证等，亦可称为“异病同证”，或冠心病下气虚证、阳虚证、阴虚证、气滞证、血瘀证、痰湿证等，亦可称为“同病异证”。②以辨证为纲，辨病为目，以证统病。即一个中医的证包括或涉及西医的某几个或相当于西医的某病或某几个病。

（二）中西医结合临床治疗思维

对于急症的中医处理，首先要通过望、闻、问、切快速地收集相关信息，抓住主要矛盾，辨出主要的“证”，然后根据辨证，确立相应的治法，对于中西医治法的选择，一定要根据患者的病情选择最快捷、最有效的中西医治疗方法，最好能按“先中后西、能中不西、中西结合”的顺序来处理急症。对于病情复杂的危重症，我们要在确保患者最有效的西医治疗的基础上，努力寻找中医药切入的环节，中西结合，以取得最佳的疗效。对于先用西医处理无效的病例，可考虑改用或加用中药，中药的改用或加用，有时会取得意外的效果。

1. 中西医结合临床治疗决策

（1）治疗方案最优化原则：即在众多可行的治疗方案中，选其中最佳、最优者，最优化方案应具备及时、合理、廉价、高效的特征。

（2）治疗措施安全性原则：中西医在发挥治病作用的同时，也都有可能引起不良反应或致病（“是药三分毒”）。主要原因有：各种不安全因素作用；药物本身的不良反应；药物之间的相互作用等。因此要趋利避害，最大限度地减少不安全因素和药物的不良反应。

2. 中西医结合治疗的形式

（1）单一式：①对西医手术或西药治疗见效快、疗效好的，用西医药治疗，如某些急症、重症、一些外科疾病等。②适用于中医中药治疗疗效好、见效快的，或西医西药治疗有禁忌证的，以中医中药治疗为主，如某些病毒性疾病、慢性免疫性疾病、慢性肾小球肾炎等。