

广东省高等学校九五规划重点教材

# 中 医 急 诊 学

(供中医药大学七年制硕士班专业用)

主编 陈镜合 周海平

主审 丘和明

广东高等教育出版社

**图书在版编目 (CIP) 数据**

中医急诊学/陈镜合, 周海平主编; 左俊岭等编。—广州: 广东高等教育出版社, 1997. 6

广东省高等学校九五规划重点教材

ISBN 7-5361-2036-2

I. 中… II. ①陈…②周…③左… III. 中医学; 临床医学—急诊—高等学校—教材 IV. R24

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (97) 第 07775 号

广东高等教育出版社出版  
广东省新华书店经销  
广东省韶关新华印刷厂印刷

787 毫米×1092 毫米 16 开本 47.5 印张 1090 千字  
1997 年 5 月第 1 版 1998 年 4 月第 2 次印刷

印数 1 800—8 000 册

定价: 45 元

# 目 录

## 总 论

第一篇 绪论 .....	1
第一章 中医急诊概述 .....	1
第二章 中医急诊处理要点 .....	4
第三章 常见急诊中医特色处理参考 .....	7
第四章 温病治法在急诊中的应用 .....	8
第五章 《伤寒杂论》在急诊中的应用 .....	16
第六章 几种治法在中医急诊中的应用 .....	19
第七章 急诊民间简易疗法 .....	38
第八章 中医院急诊科各项制度 .....	56
第二篇 急症诊疗规范 .....	64
第一章 中风病急症诊疗规范 .....	64
第二章 外感高热急症诊疗规范 .....	76
第三章 胸痹心痛(冠心病心绞痛)急症诊疗规范 .....	87
第四章 血证急症诊疗规范 .....	94
第五章 厥脱证急症诊疗规范 .....	100
第六章 胃痛急症诊疗规范 .....	105
第七章 头风急症诊疗规范 .....	111
第八章 痫证急症诊疗规范 .....	113
第九章 风湿肺热病急症诊疗规范 .....	115
第十章 湿热急症诊疗规范 .....	117
第十一章 多脏衰急症诊疗规范 .....	119

## 各 论

第一篇 内科急诊 .....	126
第一章 心血管系统疾病急诊 .....	126
第一节 心脏骤停 .....	126
第二节 休克 .....	134
第三节 急性心肌梗塞 .....	142
第四节 急性左心功能衰竭 .....	153
第五节 严重心律失常 .....	160
第六节 急性病毒性心肌炎 .....	168

第七节	急性心包填塞	173
第八节	高血压急症	179
第二章	呼吸系统疾病急诊	189
第一节	急性呼吸衰竭	189
第二节	成人呼吸窘迫综合征	195
第三节	大咯血	201
第四节	哮喘持续状态	207
第五节	自发性气胸	213
第六节	肺性脑病	218
第三章	消化系统疾病急诊	225
第一节	上消化道出血	225
第二节	急性胆囊炎	233
第三节	急性胰腺炎	239
第四节	肝肾综合征	247
第五节	肝性脑病	254
第四章	泌尿系统疾病急诊	262
第一节	急性尿路感染	262
第二节	急性肾功能衰竭	267
第三节	尿毒症综合征	276
第五章	血液系统疾病急诊	285
第一节	急性溶血性贫血	285
第二节	急性出血性疾病	292
第三节	播散性血管内凝血	300
第四节	急诊输血治疗	308
第五节	血液病并发急性感染	315
第六章	代谢及内分泌系统疾病急诊	322
第一节	糖尿病酮症酸中毒	322
第二节	垂体前叶机能减退危象	330
第三节	甲状腺机能亢进危象	338
第四节	急性肾上腺皮质功能不全	345
第七章	神经系统疾病急诊	353
第一节	急性脑血管疾病	353
第二节	中枢神经系统感染	363
第三节	癫痫持续状态	378
第四节	重症肌无力	384
第八章	传染病急诊	391
第一节	流行性脑脊髓膜炎	391
第二节	急性重症肝炎	398

第三节	霍乱	405
第四节	败血症	412
第九章	急性中毒及物理因素损害急诊	421
第一节	急性中毒总论	421
第二节	细菌性食物中毒	431
第三节	河豚鱼中毒	439
第四节	鱼胆中毒	440
第五节	亚硝酸盐中毒	441
第六节	钩吻中毒	442
第七节	毒蕈中毒	443
第八节	急性酒精中毒	446
第九节	阿片类药物中毒	448
第十节	急性一氧化碳中毒	449
第十一节	急性氰化物中毒	452
第十二节	强酸类中毒	454
第十三节	强碱类中毒	455
第十四节	急性有机磷农药中毒	456
第十五节	氨基甲酸酯类农药中毒	460
第十六节	灭鼠剂中毒	462
第十七节	镇静药、催眠药、安定药中毒	464
第十八节	洋地黄中毒	467
第十九节	乌头类药物中毒	468
第二十节	雷公藤中毒	470
第二十一节	砒霜中毒	471
第二十二节	中暑	472
第二十三节	溺水	476
第二十四节	电击伤	477
第十章	多系统器官衰竭	480
第二篇	创伤与外科急诊	490
第一章	颅脑创伤急诊	490
第一节	脑损伤	490
第二节	外伤性颅内血肿	497
第三节	开放性颅脑损伤	501
第二章	脊柱与脊髓创伤急诊	507
第一节	脊柱骨折与脱位	507
第二节	脊髓损伤	511
第三章	胸部创伤急诊	518
第一节	气胸	518

第二节	血胸	522
第四章	急腹症与腹部创伤急诊	526
第一节	急性阑尾炎	526
第二节	急性肠梗阻	534
第三节	胃、十二指肠溃疡急性穿孔	542
第四节	肝、脾损伤	548
第五章	泌尿系创伤急诊	556
第一节	肾损伤	556
第二节	膀胱损伤	562
第三节	尿道损伤	566
第六章	骨盆与四肢创伤急诊	572
第一节	骨盆骨折	572
第二节	四肢开放性骨折	576
第三节	挤压综合征	581
第七章	烧伤急诊	587
第八章	毒蛇咬伤急诊	595
第三篇	妇产科急诊	602
第一章	异位妊娠	602
第二章	功能失调性子宫出血	609
第三章	流产	617
第四章	妇产科急性感染	626
第一节	急性盆腔炎	626
第二节	产褥感染	634
第五章	痛经	641
第六章	妊娠剧吐	648
第七章	先兆子痫、子痫	654
第四篇	儿科急诊	661
第一章	重症肺炎	661
第二章	支气管哮喘	667
第三章	小儿急性腹泻病	672
第四章	小儿惊厥	680
第五篇	急诊诊疗技术	687
第一章	急诊治疗方法	687
第一节	全国中医医院急诊科必备中成药简介	687
第二节	氧气疗法	705
第三节	呼吸机的临床应用	707
第四节	呼吸功能监测	711
第五节	心血管疾病重症监护	712

第六节	现场心肺复苏术	716
第七节	血液净化技术在急诊中的应用	717
第八节	高压氧在急诊中的应用	720
第九节	溶栓疗法	723
第十节	血气分析的临床应用	726
第二章	诊疗操作方法	730
第一节	气管插管术	730
第二节	气管切开术	731
第三节	胸腔穿刺术	732
第四节	胸腔闭式引流	734
第五节	心包穿刺术	735
第六节	心导管检查术	737
第七节	洗胃术	739
第八节	三腔二囊管的应用	740
第九节	深静脉穿刺插管术	742
第十节	骨髓穿刺术	744
第十一节	腰椎穿刺术	745

# 总 论

## 第一篇 绪 论

### 第一章 中医急诊概述

#### 一、中医急诊学的定义

急诊医学是一门新兴的、边缘的、独立的学科，而中医急诊学则是整个急诊医学的一个重要组成部分，是严格按照中医的理论进行辨证处重急、危、重症的中国独有的医学。随着我国市场经济的改革、开放与发展，中医急证的研究，中医急诊医学已进入了一个新的阶段，来了一个新的飞跃。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略宏观；也不同于传统的中医急诊学的重宏观而略微观，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症的一门新型医学。它能真实反映当代各科急诊中医的技术素质，最具实用性、科学性与先进性。

#### 二、古代医学对急诊的贡献

##### (一) 古代医学辨治急症的实践经验

1. 《灵枢·厥病》对真心痛临床特征的描述与现代的心绞痛、心肌梗塞是十分近似的。“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”。

2. 汉·张仲景《伤寒杂病论》问世后，使中医对急症的治疗推进一大步。

①对高热、昏迷、谵妄的治疗，他创立了清热、攻下两大治法。阳明热盛用清热解毒、止渴生津法，以白虎汤加减，如现代选用此法治疗乙型脑炎高热，取得较好疗效。热结于里者用通里攻下法，以承气汤主之。现代选用此方治疗中风高热、肠梗阻及胰腺炎等高热，也取得满意疗效。

②对于暴喘，他主张因风寒束肺者用发汗定喘法，以麻黄汤或小青龙汤加减；因肺卫失宣者，用宣肺平喘之法，选用桂枝加厚朴杏仁汤加减；因热郁于肺者，用清热泄肺平喘法，选用麻杏甘石汤加减。

③对于暴利，他主张分表利、热利、寒利三类。挟表下利者，用解表清里法，选用葛根黄芩黄连汤加减；热利下重者，用清热解毒法，选用白头翁汤加减；阳虚下利而厥

者用回阳救急法，选用四逆汤加减。

④急黄，又称暴黄，他提出利尿、攻下、逐瘀3大治疗法则。利尿法以茵陈五苓散为代表方，通里攻下法以栀子大黄汤、大黄硝石汤为代表方；逐瘀退黄法以抵当汤为代表方。

⑤他论出血，包括吐血、衄血、便血、尿血等。其中热性出血者用泻火止血法，选用大黄黄连泻心汤；寒性出血者用温经止血法，选用甘草干姜泻心汤；热郁下焦尿血者用育阴清利止血法，选用猪苓汤。

⑥他论急性皖腹痛，共列8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；水热互结者用泻热逐水法，选用大陷胸汤加减；阴寒内盛者，用散寒止痛法，选用大建中汤加减。

⑦他主张对厥证应先辨寒厥、热厥。热厥于里者用通腑泄热法，选用承气汤加减；阳脱寒厥者用回阳救逆法，选用四逆汤加减治疗。此外还采用了灸法治厥，因灸法有温阳通络、回阳举陷的作用。

3. 晋·葛洪对急症贡献颇大，他的代表著作是《肘后备急方》。书中收录的急症有肠吻合术乃至蝎螫虫咬，内、外、妇、儿、五官科等急症一方一论，该书对急症的病因诊断、临床症状和治疗，都有详尽的记录。

4. 隋·巢元方的《诸病源候论》分67门，病候1720条，其中关于急症的证候有300条以上。

5. 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，共有备急方27首。如救治卒死，首先外用“仓公散”开窍，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”，若口不开，去齿下汤即活，同时又针间使、百会，灸人中。如此有散剂、汤剂不同剂型，口服、鼻饲、外用等给药途径，针药并用等，大大提高了对急症的治疗效果。

6. 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。且勿考虑此法之效果，起码可以说明一千多年以前，古人已能够治疗破伤风了。

7. 明·吴又可著《温疫论》，在六淫致病的基础上，又提出了“多种戾气”致病的病原篇，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。

8. 清·叶天士、吴鞠通等温病学家创立了卫气营血和三焦辨证，对治疗急性热病做出了重要贡献。

①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。

②吴锡璜在治疗温热病中，指出留有一分津液，便有一分生机，是中医补液疗法的鼻祖。叶天士对温热病的4大治疗原则是“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，对后世影响很大。

③清·赵学敏著《串雅外编》收集了大量民间疗法的经验，此书专列死门，对溺水、

误死、卒暴死等急症，均详细记载了临床表现及治疗方法。王清任在《医林改错》中用补阳还五汤治疗中风半身不遂、口眼歪斜、口角流涎、舌强语蹇、二便失禁等，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痫症，用血府逐瘀汤治疗心慌、心悸、真心痛等，对一些急症的治疗起到指导意义。

## (二) 古代急救技术的发展与成就

### 1. 原始的人工呼吸术

汉·张仲景著的《金匮要略》中，就创立了在急救自缢病人时，用原始的人工呼吸术。“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”。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，其中砉砉转，或是通气也。北周姚增垣《集难方》又加以改进，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，半日所死人即噫噎，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。

### 2. 溺水急救技术

晋·葛洪《肘后救卒方》载有对溺水的急救术，“肘后疗溺死一宿者尚可活：取瓮倾之，以孔者伏瓮上，会口临瓮口，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。亦可用藪为之，当勿隐其腹，及令其低头，使水出。并熬灰数斛以粉身，湿即当”。

### 3. 导尿术

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”。这种用青葱盐末纳人尿道的方法，启发了后世导尿术的发展。唐·孙思邈在《千金要方·胞囊论》中改进为：“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”。在两千多年前，我们的祖先已经想到导尿解救，实属难得。

### 4. 鼻饲给药

古代医家遇到牙关紧闭、昏迷的病人，曾用“取嚏”、“拗开口”、“敲去一牙”和“针刺”等法，使汤药能咽下，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“用鹅管吹入两鼻孔”。

### 5. 其他

唐·孙思邈创用了以烧烙治疗外伤出血。隋·巢元方用血管结扎术治疗外伤出血。晋·葛洪放腹水的腹腔穿刺术，以生土瓜根捣汁的灌肠术。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。

(陈镜合)

## 第二章 中医急诊处理要点

中医治疗急症历史悠久，而近几十年来由于种种原因，用中医治疗急症者逐渐减少，不少中医本来能解决的急危重症，大都被西医所取代。认为中医医生不治急病，中医院不设急诊科是理所当然的。近年来，虽然中医急诊的理论 with 临床研究发展较快，成果也不少，但多数实用性不大、无法推广。搞急诊成名的中医院名副其实的并不多，真正敞开像同级西医院急诊科那样搞急诊的仅是少数。讲理论一大堆，而实用价值不太大，研究手段粗糙，或未经统计学处理，故中医治疗急症尚在起步阶段，仍在摸索中，真正能拿得出的、过硬的、行之有效的办法还不多。故现代中医必须正视现实，认识自身的不足，取诸家所长，为我所用。实事求是，以洋为中用、古为今用作为中医当前治疗急症的总的原则。下面从明诊断、寻病因、求辨证、立治则、定处方、审药物、先中后西、能中不西、中西结合 9 个方面，谈谈现代中医治疗急症时的要点。

### 一、明诊断

对来诊的急诊患者，首要运用现代医学知识和方法，对其主症进行诊断与鉴别诊断，明确属西医的哪种疾病，如急性心力衰竭等。

### 二、寻病因

明确来诊者的主症属西医何种疾病以后，还要进一步寻求发病的原因，如急性心力衰竭是由风湿性心脏病风湿活动所致？还是由肺原性心脏病合并感染所致呢？又如急性上消化道出血是由肝硬化门脉高压所致呢？还是胃、十二指肠球部溃疡病、胃部炎症、胃恶性肿瘤所致呢？

### 三、求辨证

明确了来诊者的主症属西医何种疾病、发病的原因是什么后，还必须进一步运用中医的四诊八纲的理论与方法对该病进一步进行辨证分型，如急性心力衰竭是由风湿活动所致，据其所表现的症状及舌、脉征象，按八纲辨证、综合分析，归纳出属中医何种证型。例如由风湿活动所致的急性心力衰竭，是属中医气阴两虚所致？还是阳虚水泛、气滞血瘀所致？

### 四、立治则

明诊断、寻病因、求辨证后，还要根据辨证分型进一步确立治则，如风湿性心脏病合并心力衰竭是因阳虚水泛所致者，必须以温阳利水为治疗原则。

### 五、定处方

明确病、病因、辨证与治则后必须进一步定处方，如风湿性心脏病合并心力衰竭属阳虚水泛所致者，以温阳利水为治则，用真武汤等。

## 六、审药物

属阳虚水泛者用真武汤时，除使用该方主药附子、生姜、白芍、白术、茯苓外，还尽可能加入某些与辨证相近而又经现代药理证实，其对西医的病因病理有治疗作用的药物，如高血压性心脏病合并心力衰竭属阳虚水泛者，在使用真武汤的具体药物的同时加上具有降压作用的杜仲；若属阴虚阳浮所致者，则以滋阴潜阳为治则，在采用六味地黄汤时，可选加菊花、石决明、钩藤、天麻等既有降压作用又与辨证立法原则不矛盾的药物。

## 七、先中后西

先中后西是指急诊患者来诊，首先考虑用中医各种综合疗法处理。一般来说，在内科范围内，除心跳骤停、中重度休克、昏迷、急性心力衰竭、重度失血、急性呼吸衰竭、出血性脑病出血量较大、糖尿病酮症酸中毒、高血压脑病或危象，其余均可考虑先用中医方法处理。如高热、急性胃肠炎、急性痢疾、急性腹痛、轻度休克、无明显合并症的急性心肌梗塞、冠心病心绞痛、轻中度的急性上消化道出血，在经中医处理后效果不显或中途病情发生变化者，不排除改西医方法处理。

## 八、能中不西

能中不西是指在对急诊患者的整个处理过程中，尽可能考虑使用中医各种疗法，但并不排除先用西法。如急性心肌梗塞，若无明显合并症，可在严密的心电监护或血流动力学监护下，先用中医治疗，在监测过程中如出现明显心律失常、心力衰竭或休克等，可即加用西药。又如急性上消化道出血属中度者，也尽可能先用中医疗法（不排除必要时输血），经治疗后血压稳定，色素无继续低下，心率无进行性加快，肠鸣音由亢进变为不亢进，病情向好的方面发展者，则继续用中医治疗。急性中毒（口服），亦可用中药洗胃、灌肠等方法。若对有些病先用中医治疗没有把握时，亦可用西法治疗。经观察西医疗效不佳的，可即加用中药或停用西药，单一使用中医疗法。例如病态窦房结综合征或高度房室传导阻滞有阿斯氏综合征出现者，可先常规用西法处理，有效者继续治疗，无效者则改用中医治疗，或加用中医治疗，加用或改用中医治疗后，不少病可获得意外疗效。

## 九、中西医结合

中西医结合是指在一些大型抢救或用中、西医单独处理治疗效果不显的病，采用中西医结合治疗。这类病如心跳骤停、休克、急性心力衰竭、急性呼吸衰竭、急性肾功能衰竭、高血压脑病或危象、出血性脑病、糖尿病酮症酸中毒、昏迷、阿斯氏综合征等。在应用中西医结合抢救后，成功与否都必须实事求是认真总结中西医在抢救过程中的各自经验与教训。下面介绍一例因触电致呼吸、心跳停止较长时间，用中西医结合方法抢救成功至今无后遗症的病例，供参考。

伍某，男，21岁。1983年9月18日下午4时50分触电昏迷。20分钟后到达广州

中医学院第一附属医院急诊科。接诊时检查患者，已无心音、无呼吸、大动脉搏动消失、瞳孔散大、昏迷。即行胸外心脏按压、气管插管、加压人工呼吸，相继两次心内注射肾上腺素，以上无效后，用电击盲目除颤4次，最后一次用400瓦/秒，获得心跳恢复（从触电倒地至自主心跳的恢复约75分钟），以后又进行气管切开等一系列复苏后的中西医结合紧急处理。患者第7天开始逐渐苏醒，21天痊愈出院，至今未发现后遗症。在这一病例的抢救过程中，对心肺脑复苏及复苏后的一连串处理是用当时西医较为先进的方法进行的。但要说明的是，自患者自主心跳恢复后，我们即用了丽参注射液、醒脑静注射液、鼻饲安宫牛黄丸，以及涤痰开窍的中药。我们认为通过本病例的抢救成功，对于中医药在大脑复苏、预防急性肾功能衰竭、保护心脏方面的价值，值得探讨。

附：广州中医药大学第一附属医院急诊科中医治疗急诊的几个标准

（一）中医特色 诊治中，特别是开始时用中医中药，其中包括：纯中医治疗，中医为主治疗，中西医结合治疗。

（二）纯中医治疗 主病主症的诊治全过程均用中医药不用西药；或配合使用支持疗法，如输液、输血、输氧、或作特殊检查，如酚红试验等。

（三）中医为主治疗 诊治过程中的特效治疗（病因治疗）用中药，临时可以使用西药对症处理，但必须对主病、主因无明显作用；或用中药为主，个别的西药对主病因无明显作用的成药；亦可在某些慢性病人维持西药用量不变的基础上（如慢性心力衰竭病人每日服用的强心西药），对新主病、主证采用中药治疗。

（四）中西医结合治疗 中西医结合治疗是指对一些难以单纯用中药或西药治疗而获疗效的疾病，采用中西医两法结合处理，克服各自弊端，发挥各自专长，以提高疗效。

（陈镜合）

### 第三章 常见急诊中医特色处理参考

(一) 上感高热 一般纯中医治疗或以中医治疗为主。

(二) 急性胃肠炎 如呕吐不严重者,一般以纯中医治疗或中医治疗为主,严重者配合支持疗法,如补液,一般不用抗菌素。

(三) 大叶性肺炎 轻、中度感染,无明显中毒症状者,先以中医治疗为主。

(四) 支气管哮喘 先用中医治疗,哮喘持续状态用中西医结合治疗。

(五) 慢性肺气肿合并感染 以纯中医治疗或中医治疗为主,必要时中西医结合治疗。

(六) 各种痛证 如无外科急腹症需紧急手术情况者,使用中医治疗为主,无效者中西医结合治疗。

(七) 肺原性心脏病、慢性心力衰竭 可先中医后西医治疗或中西医结合治疗,可采用西医抗感染,中医辨证利尿。

(八) 风湿性心脏病、慢性心力衰竭 可先中医后西医治疗或中西医结合治疗,可采用西医抗风湿、强心,中医辨证利尿。

(九) 急性心肌梗塞 无严重合并症者,纯中医治疗为主,但要严密监护;有合并症者,中西医结合治疗。

(十) 上消化道出血 轻、中度出血者以中医治疗为主,可插胃管,以冰冻紫地合剂(内含紫珠草、地榆等)洗胃,不排除输血。

(十一) 支气管扩张咯血 轻、中度者,一般情况较好的,以中医治疗为主;重度者,中西医结合治疗,不排除输血。

(十二) 高血压危象 以中西医结合治疗,先用西药,一般情况好转后加用中药,最后采用纯中医治疗或中医治疗为主。

(十三) 急性肾盂肾炎 一般纯中医治疗或中医治疗为主。

(十四) 糖尿病酮症酸中毒昏迷 中西医结合治疗。

(十五) 大型抢救 如各种原因所致的呼吸、心跳骤停,应中西医结合治疗。

(十六) 脑血管意外 缺血性者,中医治疗为主;出血性者,可以中医治疗为主或中西医结合治疗。

(十七) 急性肾功能衰竭 中西医结合治疗。

(十八) 各种急性心力衰竭 中西医结合治疗。

(十九) 呼吸衰竭 中西医结合治疗。

(二十) 各种急性中毒 口服中毒者先中医如中药洗胃,后西医或中西医结合治疗。

(陈镜合)

## 第四章 温病治法在急诊中的应用

温病的治法比较多，归纳起来主要是两大方面即祛邪和扶正。属于祛邪的治法主要是清热解毒法、苦寒攻下法、活血祛瘀法等；属于扶正的治法主要是保津养阴等。在临床上，祛邪与扶正往往是互相配合应用的，如清暑与益气、增液与通下，两者具有相辅相成的临床疗效。

### 一、清热解毒法在急诊中的应用

清热解毒法，主要是使用能清热邪、解热毒的方药治疗温疫、温毒和多种热毒病证的一种治疗方法。

温病属于急性外感热病范围，致病主因是温热邪毒。临床特征是必有发热，且热象偏盛，特别是温疫、温毒及温热性质的温病，热势亢盛的证候更为突出。热毒壅结于局部则成肿毒或痈疮，弥漫于全身则神昏谵语，斑疹显露；热毒内迫血分则见各种出血等危重证候。所以，清热解毒法是温病最常用、最主要的治法。清热解毒法具有祛除温邪、顿挫高热、防止传变等功效。

(一) 感染性高热 多种急性感染性疾病在初期阶段都可见高热，如手术后感染、病毒感染、急性胆囊炎、败血症、肝脓肿、疟疾等都可出现高热。有学者认为：“温病毒高于邪，毒随邪入，热由毒生，毒不去则热不除，变必生”。解毒以清除致热因素，发热便可随之消退。从大量的临床实践观察到，清热解毒法对于顿挫高热的作用非常显著。有报道用芩蒿清胆汤治疗此类高热以及不明原因高热、小儿夏季热等 34 例，疗效显著。这些病例发热 8~75 日，平均 15 日以上，体温 38.5℃~41℃，均伴有痰湿或痰热中阻表现（胸脘胀满、纳呆泛恶、舌苔腻、尿黄），均用过抗生素及其他退热药未见好转。服本方 1~3 剂即退热，特别是原因不明高热、病毒感染高热及小儿夏季热，使用本方均可取得较好的疗效。在临床运用中，如热重者，加银花、连翘、紫花地丁、蒲公英；黄疸者加茵陈、苦参、金钱草、山栀子；败血症热毒甚者，加五味消毒饮。

用清瘟败毒饮、五味消毒饮、清营汤等化裁而成的清热解暑口服液，治疗流行性感胃、流行性乙型脑炎等急性发热疾病 300 例，痊愈 195 例，总有效率 90%。用薄荷、荆芥、银花、连翘、黄芩、桔梗、大青叶、葶草随证加味及板蓝根注射液等，治疗小儿外感高热 250 例，治愈 232 例（占 92.5%），总有效率 94.8%，平均治愈时间 2.5 日，平均退热 0.98 日。认为这些药物合用，有辛凉透邪，清热解暑，宣肺退热作用。用生石膏、麻黄、桂枝、大黄、羚羊粉随证加味治疗小儿高热 65 例，服药后均于 24 小时以内热退。

(二) 流行性乙型脑炎 流行性乙型脑炎（简称乙脑），是由乙型脑炎病毒所引起的中枢神经系统急性传染病。本病发病急骤，且多发于夏秋季，所以中医认为本病属于温病中的暑温范畴，主张重用清热解暑药物治疗。

用清热解暑汤（银花、连翘、黄芩、栀子、石膏、板蓝根、滁菊花、蚕体、甘草）煎汤鼻饲，每日 1~2 剂，治疗乙脑 105 例，治愈率 91.43%。武汉市传染病医院以乙

脑全剂(银花、连翘、石膏、地龙、钩藤、菖蒲、郁金、川贝母)为主的中西医结合治疗乙脑,发现本疗法有缩短热程,减少惊厥的时间、促使神志早日清醒、减轻病情、降低病死率的作用。江苏省江都县人民医院运用清瘟败毒饮加味治疗小儿病毒性脑炎 18 例,结果无一例死亡,住院短者 9 日,长者 27 日,平均住院 17.25 日。

(三) 流行性感冒 流行性感冒(简称流感)是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病。其临床特点为起病急、全身中毒症状明显,高热、头痛、乏力、全身肌酸痛等。目前西医对本病尚未有可靠的抗病毒药物。中医药治疗本病有较大优势。蒋氏合银翘汤、桑菊饮、白虎汤、三物香薷饮、葛根芩连汤诸方之长,用石膏、知母、银花、桑叶、菊花、香薷、豆卷、黄芩、葛根、六一散治疗 450 例暑温(均确诊为流行性感冒,其中已用过西药治疗热不退或复升者 100 例),24 小时以内治愈 71%,48 小时以内治愈 91%,72 小时内治愈 95.6%,90% 以上患者服 1~2 剂即愈,疗效明显优于西药。中医研究院中药研究所发现清热解毒中草药对病毒具有直接的破坏、灭活作用,也能阻断病毒的增殖。用银花、贯众、赤芍等中药研制出抗感冲剂,对感冒具有显著的疗效,有效率达 83.7%。安徽省芜湖市感冒协作组用感冒平(黄芩、板蓝根、藿香)治疗上呼吸道感染,总有效率达 86.2%,明显优于对照组(西药复方阿斯匹林加吗啡)。

(四) 肺部感染 急性肺部感染包括急性肺炎、支气管周围炎、急性支气管炎等。中医认为本病与温病学中之风温病的临床症状相似,所以合称为风温肺热病。王氏将风温肺热病分为 3 型辨证施治:①邪在肺卫者,用银翘散或桑菊饮加减,并肌肉注射病毒灵或柴胡注射液;②痰热壅肺者用银翘散和苇茎汤加石膏,并静脉滴注穿琥宁;③热邪伤阴者用麦冬汤和清金化痰汤加减,也静脉滴注穿琥宁。3 型共 66 例,治愈率和有效率中医组优于西医组( $P < 0.01$ )。杜氏等将本病分为 3 期,相对固定方药辨治。初期邪在肺卫者,用辛凉解表片(桑菊饮合银翘散加减提取制片)或配清温注射液。中期邪入气分或气营血者,用清肺饮(麻杏石甘汤加清热解毒、肃肺化痰之品组成的合剂)。末期(恢复期)者,用保肺饮调理。认为中医药治疗本病的疗效,可与西药红霉素、庆大霉素联合应用相比,而毒副作用则小于西药。

(五) 流行性腮腺炎 陈氏用青黛粉蛋清涂剂外敷患腮部,板蓝根注射液肌肉注射和口服简化普济消毒饮(板蓝根、黄芩、连翘、牛蒡子、柴胡、玄参、马勃、蒲公英)治疗流行性腮腺炎 61 例,平均退热天数及肿大的腮腺、睾丸消退天数均较西药常规治疗为优。刘氏用中药治疗流行性腮腺炎 300 例,其中 160 例中,轻症者单服荆板解毒汤(荆芥、板蓝根、蒲公英、连翘、牛蒡子、黄芩、薄荷、玄参),重症者加敷万应膏(当归、白芷、川芎、生地、桔梗、板蓝根、银花、麻油、广丹),另 140 例肌肉注射银黄注射液,青黛散醋调敷腮部,结果分别于 3~4 日、5~6 日全部治愈。贾氏以加味银翘散清热解毒,活血散瘀法,内外并用,治疗流行性腮腺炎 50 例,结果全部治愈,平均治愈天数为 3.74 日。处方:银花、连翘、花粉各 10g,竹叶、荆芥、牛蒡子、薄荷、豆豉、桔梗、甘草、乳香、没药、僵蚕各 5g,鲜芦根 30cm。第一煎内服,第二煎用纱布浸渍后湿敷患处。

(六) 钩端螺旋体病 刘氏治疗本病 30 例,暑伤卫气型者用银翘散合白虎汤加减,湿热交阻型者用茵陈蒿汤合甘露消毒丹加减,暑热伤肺型者用犀角地黄汤加味,结果

30例全部治愈。

(七) 其他急症 如病毒性心肌炎、变应性亚败血症、胆道感染、阑尾炎性腹膜炎、传染性单核细胞增多症、肺脓肿、急性感染性多发性神经炎、急性细菌性痢疾、白喉、急性病毒性肝炎、登革热、急性泌尿系感染等，运用温病学理论和清热解毒法为主治疗，也都取得较满意的疗效。由此可见，清热解毒法在中医急诊中的应用是相当广泛的，疗效是比较满意的，值得进一步研究和推广。

## 二、清热解毒中草药抗感染作用机理探讨

清热解毒中草药具有不同程度的抗感染、消炎、利尿等作用，广泛用于治疗多种急性感染性疾病和急性传染性疾病。这些中草药抗感染的作用机理，其中一部分经药理试验等手段已证实具有抑菌、抗菌、抗病毒、减毒等作用，如板蓝根、大青叶、金银花、连翘、黄芩、黄连、贯众、鹅不食草等。但某些具有显著抗感染作用的清热解毒中草药，体外药理试验却没有显著的抗菌或抗病毒作用，如白花蛇舌草、穿心莲等。又如1954年石家庄地区用白虎汤治疗具有明显暑温表现的流行性乙型脑炎，取得显著疗效。但国内西医界和苏联专家多方药理试验，却未能证明白虎汤具有抗乙脑病毒的作用，令国内外西医人士惊讶不已。那么，这些中草药抗感染的作用机理是什么？经研究推断和各种实验初步证明，清热解毒药抗感染的作用机理，主要并不在于其抗菌、抗病毒作用的大小，而在于其对人体复杂的多方面的综合作用，归纳起来，主要有以下几方面：

(一) 调节和增强机体多种免疫功能 如增强网状内皮系统吞噬功能，促进中性粒细胞的趋化性和随机移动性，促进淋巴细胞转化，促进特异性体液免疫，提高血清或分泌液中溶菌酶水平，增强补体活性，促进抗体生成，增强细胞免疫，抑制超敏反应，消除免疫复合物等作用。如金银花、大青叶、野菊花、山豆根等，能增进白细胞的吞噬能力；千金藤素可促进抗体的生成；黄连、黄芩、白花蛇舌草、大蒜等，能兴奋网状内皮系统和提高巨噬细胞的吞噬作用；金银花、蒲公英、紫花地丁、黄芩、黄连等，能提高淋巴细胞的转化率。

(二) 增强肾上腺皮质功能，调节机体应激反应 如生甘草、玉竹等有类肾上腺皮质激素样作用。

(三) 调节血管通透性而起到消炎作用 如鱼腥草等能使血管扩张，生石膏等能降低血管通透性，有利于消炎、消肿。

(四) 抑制发热中枢、抑制内生致热源作用，从而有良好的解热作用 如生石膏、栀子、黄芩、黄连等，能抑制产热中枢，并能同时抑制发汗中枢（如生石膏等），故使用清热解毒药后热退而不会有大汗淋漓，甚至虚脱等严重副作用。

(五) 镇静作用 不少清热解毒药可通过降低神经系统的兴奋性，或通过对外周神经肌肉的抑制，或通过加强皮层抑制过程等作用，而起到镇静的治疗效果，对急症高热之烦躁、抽搐等症状有治疗作用。如生石膏对神经肌肉有抑制作用，知母等能降低神经系统的兴奋性，黄芩等对大脑皮层有抑制作用，其他如犀角、莲心、蔓荆子、蝉蜕、百合等均有程度不等的镇静作用。

(六) 强心作用 如犀角、水牛角、生地、玄参、紫草、连翘、葶苈子等，有强心