

中西医结合内科急症手册

陈镜合 郭淑珍 陈沛坚 主编

中西医结合内科急症手册

陈镜合 郭淑珍 陈沛坚 主编

责任编辑 陈 岩

*

广东科技出版社出版发行

广东省新华书店经销

序

广州中医学院附属医院急诊科，在探索中医治疗急症方面做了大量工作。急症的中医治疗率较高，且取得了较好的成绩，在1985年全国省级以上中医院交叉检查评比中，荣获国务院卫生部授予的“全国中医急症先进工作奖”。

他们的主要经验是，坚持实事求是、急病人之所急的原则，在处理急救病人的过程中，尽量做到突出中医特色，先中后西，能中不西，在危重病人抢救中采用中西医相结合的治疗方法。

本书的主编日本京都大学医学部招聘学者陈镜合副教授、郭淑珍副教授、陈沛坚副主任医师以及其他编写人员，均直接参与急诊科工作，他们有多年的急诊实践经验，掌握中西医两套本领。他们所总结出来的材料，具有科学性和实用性，内容既重视发掘中医诊治急症的有效经验，又重视采用现代先进方法，洋为中用。因此，本书适合于中医院校，省市县各级中医院，基层卫生院的中西医师，以及进修、实习医生，在诊治急症时作为参考。当然，中医治疗急症的研究尚处在初创阶段，本书所总结的经验还不能说是已经尽善尽美，这有待于今后不断探索、提高。

邓铁涛

1985年8月13日

编者的话

本书是用中西两法诊治内科急症的实用工具书，曾于1984年初内部发行，因印数不多，未能满足读者需要，来函索取者众多，为此，经广泛征求有关专家意见后，进行了较大的修改补充，并公开出版发行。全书包括心跳骤停、心力衰竭、心源性休克、急性上消化道大出血、呼吸衰竭、急性肾功能衰竭等58个危急重症。还附有常用急救方剂，中医常用急救八法，中西药物剂量表，内科急症抢救操作技术，常用检验正常值等内容。本书适应中医学院附属医院急诊科、省市县各级中医院、基层医院、卫生院的中西内科医师以及农村医师急诊时参考之用，也是中医院校学生实习时备用的工具书之一。

本书具有简明、扼要、实用的特点。在每一个危急重症项目中，都突出中西医结合的治疗体会，防止临床工作者在使用中西医两法诊治病人过程中“中西混合”，造成不必要的药物浪费。

另外，本书所介绍的某些中药注射液，如参附注射液、丽参注射液、参麦注射液等，在多数中医院已广泛使用，并取得较好的疗效。但是由于种种原因，目前部分药品仍未通过鉴定正式投产，其用法与用量仍未规范化，故仅供参考。

本书在编写过程中，得到广州中医学院院长李任先教授的指导；也得到广州中医学院内科主任刘亦选副教授的大力协助，在此表示感谢。

由于我们水平所限，书中难免存在缺点错误，恳切希望同道批评指正。

编者

1987年10月28日

目 录

第一章 休克	(1)
感染性休克	(1)
出血性休克	(9)
过敏性休克	(18)
心源性休克	(23)
第二章 循环系统	(28)
心跳骤停	(28)
心力衰竭	(35)
急性心肌梗塞	(47)
高血压危象	(56)
心绞痛	(60)
过早搏动	(64)
扑动与颤动	(68)
病态窦房结综合征	(72)
室性阵发性心动过速	(76)
房室传导阻滞	(81)
室上性阵发性心动过速	(87)
第三章 呼吸系统	(93)
成人呼吸窘迫综合征	(93)
呼吸衰竭	(98)
大咯血	(104)
自发性气胸	(110)
肺性脑病	(113)
哮喘持续状态	(116)
第四章 消化系统	(120)

上消化道大出血	(120)
肝性昏迷	(126)
胆道蛔虫病	(134)
急性胃肠炎	(138)
急性出血性坏死性肠炎	(141)
急性胰腺炎	(146)
第五章 血液系统	(153)
播散性血管内凝血 (DIC)	(153)
粒细胞缺乏症	(157)
败血症	(160)
第六章 泌尿系统	(166)
急性肾功能衰竭	(166)
第七章 内分泌代谢系统	(170)
糖尿病酮症酸中毒	(176)
高渗性非酮症糖尿病昏迷	(179)
甲状腺危象	(181)
急性肾上腺皮质机能减退	(185)
低血糖状态 (附: 荔枝病)	(189)
水、电解质、酸碱平衡失调	(193)
第八章 神经系统	(211)
脑出血	(211)
昏迷	(213)
癫痫持续状态	(221)
第九章 物理因素致病	(223)
触电、雷击	(223)
溺水	(226)
中暑	(229)
第十章 急性中毒	(234)
急性中毒的处理通 则	(234)

急性有机磷农药中毒	(239)
急性有机氯农药中毒	(244)
急性有机氮农药中毒	(247)
急性磷化锌中毒	(251)
急性巴比妥类药物中毒	(254)
急性乌头中毒	(256)
急性一氧化碳中毒	(259)
急性细菌性食物中毒	(262)
急性酒精中毒	(265)
急性鱼胆中毒	(268)
急性河豚鱼中毒	(271)
急性钩吻中毒	(274)
急性毒蕈中毒	(277)
急性木薯中毒	(280)
蚕豆病	(284)
急性药物中毒的灌流治疗	(287)
附 录	(289)
常用急救中西药物剂量表	(289)
内科急症抢救操作技术	(319)
急症中医常用八法	(332)
常用中医急救方剂	(338)
常用检验正常值	(343)
常用人体检验数值新旧单位换算说明	(354)
心电图诊断正常值	(364)
超声诊断人体各部位的正常值	(374)
临床淘汰药品	(377)

第一章 休 克

感 染 性 休 克

【概念】 感染性休克，是由各种微生物病原体及其毒素，或由抗原抗体复合物引起，导致生命重要器官的血流灌注量不足，因而产生的一种临床综合征。其临床征象，与祖国医学的“厥脱”、“虚脱”等证候，极为相似。

一、诊 断 要 点

(1) 有感染病史，恶寒或寒战，发热，血白细胞总数及中性粒细胞增多；多数患者可找到感染灶。

(2) 原无高血压者，收缩压下降至10.67千帕(80毫米汞柱)以下；原有高血压者，血压值下降20%以上，或较以前所测得基数值低4千帕(30毫米汞柱)，脉压差小于2.67千帕(20毫米汞柱)，并有组织灌流量减少的表现，如尿量成人每小时少于25毫升、意识障碍、四肢厥冷、皮肤湿润苍白等。

(3) 排除因血容量不足、疼痛、过敏、心功能障碍等引起休克的其它原因。

(4) 当感染性疾病患者出现下列情况时必须考虑休克：

体温下降而脉搏反而增快，且脉率/收缩压 >1 。

病情加重而出现兴奋症状，如烦躁不安，易激动、恐惧、焦虑等。

无明显失液或失液相应补充后仍感舌干，口渴欲饮，且尿量减少。

改变体位时，顿觉头晕眼花，出冷汗，恶心欲呕。

血压虽正常，但面色苍白，手足发凉，皮肤发花，压后有指痕存在。

二、治 疗

（一）中医

1. 应急措施

（1）针灸治疗：体针常用穴位有人中、涌泉、足三里、内关、合谷。可用电针强刺激。耳针常用穴位有肾上腺、皮质下等。有阳脱见症者可灸百会、关元、神厥。

（2）用搐鼻散取嚏，如不应，随后调灌苏合香丸或玉枢丹以开窍醒脑；也可用安宫牛黄丸、紫雪丹溶化点舌，或用安宫牛黄栓直肠给药。

（3）醒脑静注射液4毫升，肌肉注射，或静脉注射，或用20毫升加入5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注，以苏醒止痉。

（4）清开灵注射液4毫升，肌肉注射，或静脉注射；或用20~40毫升加入10%葡萄糖液250毫升，或生理盐水100毫升，静脉滴注，以清热解毒，镇静安神。

（5）退热可用柴胡注射液2~4毫升，肌肉注射。

（6）丽参注射液4毫升，加50%葡萄糖液40毫升，静

脉推注；必要时半小时重复一次，视血压回升和休克情况好转，延长给药时间。

（7）枳实注射液（每毫升相当于生药4克）先以5毫升加50%葡萄糖生理盐水20~40毫升，缓慢静脉推注，必要时半小时重复一次，后以5~10毫升加10%葡萄糖液100毫升静脉滴注，每分钟20~30滴，血压稳定后逐渐撤除。本品能调节血管舒缩功能，升压作用较持久，可与丽参注射液合用。

（8）生脉注射液4毫升，肌肉注射或静脉注射，每2~4小时一次；或用40毫升加10%葡萄糖液500毫升静脉滴注，必要时10毫升加50%葡萄糖液20毫升静脉推注，每隔15~30分钟一次，连续3~5次，能升压和强心，症见热厥（或阴脱）者可选用，亦可与枳实注射液合用。

（9）参附注射液4毫升，肌肉注射，每2~4小时一次，或用40毫升加10%葡萄糖液500毫升静脉滴注。症见寒厥（或阳脱）者可选用。

（10）参附青注射液（人参、熟附、青皮）10毫升，加入25%葡萄糖液20毫升静脉注射，待血压上升后，再用100~150毫升加入5%葡萄糖液500毫升静脉滴注，对早期内毒素性休克有较好的防治作用。或用青皮注射液2毫升加入25%葡萄糖液20毫升，静脉注射，待血压上升后，再用20毫升加参附青注射液100毫升，加入5%葡萄糖液500毫升静脉滴注。

（11）丹参注射液4毫升，肌肉注射，每日三次；或当归注射液20毫升（相当于生药20克），加入10%葡萄糖液160毫升及生理盐水40毫升，静脉滴注，每日一次，有活血化瘀、改善微循环和防治弥漫性血管内凝血的作用。

（12）增液或养阴注射液（生地、麦冬、玄参）1500~3000毫升，静脉滴注，每日一次。中药输液和补充血容量

时用。

(13) 清热解毒，可选用清气解毒注射液(虎杖、肿节风、败酱草、鱼腥草)400~600毫升，分二次静脉滴注，每日二次；或用鱼腥草注射液40~80毫升，加入10%葡萄糖250毫升，静脉滴注；也可用蒲公英或板蓝根注射液4毫升，肌肉注射，每日3次；此外，还可根据需要选用热毒清注射液(原名“抗炎6号”：金银花、蒲公英、大青叶、鱼腥草)，清胆注射液(柴胡、黄芩、银花、连翘、枳实、姜夏、蒲公英、大黄、丹参)，或复方连翘注射液，复方双花注射液，马英注射液，穿心莲内脂注射液，大蒜素注射液，四季青注射液，千里光注射液等。也可口服人工牛黄粉、大黄粉等。

2. 辨证施治

热厥

主证：神志恍惚，或烦躁不安，身热汗出，四肢厥冷，面色苍白，唇甲青紫，口渴欲饮，小便短赤，舌红苔黄干或无苔，脉细数。

治法：以养阴益气，清热解毒为治疗原则。方药用生脉散加味。以西洋参或太子参、麦冬、五味子、丹参、枳实及鱼腥草、板蓝根、银花、连翘、蒲公英、败酱草等清热解毒药为基础方加减。

若症见喘咳痰黄，胸痛紫绀，可合用麻杏石甘汤加桑白皮、瓜蒌、川贝；若症见面赤躁扰，气息粗急，腹满便结，舌苔黄燥，可合用承气汤类；若症见腹痛肠鸣，里急后重，下利脓血，可合用白头翁汤或葛根芩连汤；若症见头痛项强，呕吐昏谵，可合用清瘟败毒饮；若症见发斑出血，唇甲紫暗，舌紫暗或有瘀斑，可合用犀角地黄汤或血府逐瘀汤；若症见疮顶陷黑，肿势软漫，可合用五味消毒饮或黄连解

毒汤。

寒厥

主证：精神萎靡，或神志不清，气促息微，身泛冷汗，四肢厥冷，尿少或无尿，唇舌淡润，甚则青紫，脉沉迟细或脉微欲绝。

治法：以回阳救逆，收涩固脱为治疗原则。方药用四逆汤合生脉散加味（制附片、干姜、炙甘草、红参、麦冬、五味子、煅龙骨、煅牡蛎、丹参、桂枝）。

另外，部分患者呈四肢温暖干燥，身热面红，气促尿少，舌红脉数，可以参考热厥证治。

（二）西医

1. 原发病治疗

病因未明时可做血、尿、痰、脓液培养及药敏试验，病因一时无法获知，可从感染途径推测，尽可能针对致病菌选用强有力的广谱抗生素，开始用大剂量静脉滴入，一般先用二联。如金黄色葡萄球菌所致者，选新青霉素Ⅱ加卡那霉素或红霉素加氯霉素；革兰氏阴性杆菌或混合细菌所致者，用庆大霉素或卡那霉素加氯霉素，或选用氨苄青霉素，羧苄青霉素，先锋霉素Ⅰ、Ⅱ、Ⅳ、Ⅵ与庆大霉素或卡那霉素合用。应尽量选用对肾脏无毒性或毒性较低的药物。同时及时处理感染灶，重视提高机体的抵抗力，必要时可短期应用肾上腺皮质激素。

2. 抗休克治疗

（1）补充血容量：开始补液时宜穿刺两根静脉，一根快速滴注低分子右旋糖酐或平衡液，一根滴注抗生素或（及）血管活性药物。先用低分子右旋糖酐500毫升（成人每日不宜超过1000毫升）或平衡液（最简单可用生理盐水700毫升

加入1.25%碳酸氢钠300毫升)，继之补5%葡萄糖生理盐水，10%葡萄糖液，再根据需要补血浆、白蛋白、全血。心肾功能好者最初2小时补750~1000毫升，12小时补2000毫升，24小时补3000毫升；心肾功能差者应控制输液量和速度。休克少尿者一般不宜补钾盐。

(2) 调整酸碱平衡：纠正酸中毒用5%碳酸氢钠，轻症者200~400毫升/日，重症者600~800毫升/日，可用试纸法测尿pH值，尿转为碱性即可停用。因碱中毒的预后远较酸中毒凶险，应予注意。

(3) 调整血管舒缩功能：宜将收缩压维持在90~100毫米汞柱，脉压差维持在20~30毫米汞柱。早期轻型（或温暖型）休克在综合治疗的基础上可考虑选用缩血管药物，如阿拉明10~20毫克加入5%葡萄糖液中静脉滴注，或用新福林。中期、晚期（或湿冷型）休克在综合治疗的基础上可选用扩血管药物，如 α 受体阻滞药苄胺唑啉0.1~0.5毫克/公斤加入葡萄糖液中静脉滴注； β 受体兴奋剂异丙肾上腺素1~2毫克，或多巴胺20毫克加入葡萄糖液中静脉滴注；抗胆碱能药654-2，静脉滴注10~30毫克/次，必要时隔20分钟可重复给药；也可选用阿托品，还可考虑使用肾上腺皮质激素。应用扩血管药物要注意补充血容量及纠正酸中毒，用药前若有心功能不全，应事先加以纠正。部分顽固性休克病例，可用苄胺唑啉2~4毫克和去甲肾上腺素1~2毫克合用，或用苄胺唑啉2份和去甲肾上腺素1份的比例作静脉滴注，每分钟20~40滴。

(4) 维持重要器官的功能：强心方面可预防性应用毒毛旋花子甙K0.125~0.25毫克，加50%葡萄糖液40毫升，缓慢静脉注射。为使补液而不加重心衰，可用苄胺唑啉与多巴

胺合用。同时要注意积极处理肺水肿。因快速输液所致者，用苄胺唑啉10~20毫克，加50%葡萄糖液20毫升，缓慢静脉注射；心衰所致者用速尿20~40毫克加50%葡萄糖液20~40毫升静脉注射；不明原因者暂停输液，联合选用强心、利尿、抗休克药物和供氧。注意维护肾功能，必要时静脉注射速尿40毫克或静脉滴注20%甘露醇注射液250毫升。防治脑水肿可使用渗透性脱水，如用20%甘露醇注射液250毫升静脉滴注；头部降温，可用地塞米松20毫克和能量合剂。处理上消化道出血可用冰盐水洗胃，必要时给予输血，不宜应用肾上腺皮质激素。治疗弥漫性血管内凝血可用肝素、潘生丁和丹参注射液。

三、体 会

感染性休克，是一种危重综合征，发展快，预后差，一经接诊必须争分夺秒积极抢救，越早越快越好。本症属中医的“厥”或“脱”，单纯中医中药治疗目前仍处于探索阶段，已有一些成功的报道，而采用中西医结合治疗具有一定的优越性。

及时应用有效的抗菌药物控制感染是首要的措施。中医中药不单对治疗原发病和控制感染方面有效，对调整全身机能，增强机体抵抗力，拮抗抗生素的某些副作用等，也都具有重要的作用。不少清热解毒药有抗菌、抗病毒作用，如呼吸道感染细菌感染可用鱼腥草、黄芩；胃肠道细菌感染可用黄连、大黄；病毒感染则可选用贯众、板蓝根、银花、赤芍等。板蓝根、蒲公英、穿心莲、玄参等清热解毒药具有增强机体非特异性免疫功能，减少实验动物内毒素血症引起的内脏损

害及不同程度拮抗内毒素作用；大青叶、鱼腥草、白花蛇舌草、野菊花、黄芩、黄连等，也能增强机体免疫功能，提高患者淋巴细胞转化率及玫瑰花结反应。热毒清注射液对内毒素弥漫性血管内凝血生物效应具有拮抗作用。马英注射液治疗大叶性肺炎与对照药（青霉素、链霉素）疗效相等，而在周围血象恢复时间方面还优于对照药。大剂量清开灵注射液静脉滴注治疗病毒性脑炎也有一定的作用。此外，用攻下法通下里热，有助于热之消散，及阻抑毒素吸收，改善呼吸道和腹部症状以至全身机能，辅助休克逆转。清热解毒、益气养阴等治法，能增强机体的代偿、适应和修复功能，以及纠正酸碱平衡失调和电解质代谢紊乱。

人参合剂（如生脉散、参附汤等）有增强心肌收缩力、升压及辅助稳定血压的功效，可与多种血管活性药物合用。当应用中药治疗时，可以适当减少西药用量，从而克服其所带来的不足之处（如阿拉明对末梢循环的影响，异丙基肾上腺素会增快心率、增加心肌耗氧量和易于诱发心律失常等）。生脉散不仅能增强心肌收缩力，延长心脏搏动时间（但不增加心肌能量消耗），而且能保护心肌细胞，使其在心肌缺血缺氧情况下少受损害，及早应用生脉注射液在稳定血压，促进病情好转，改善机能状态，防治合并心衰或继发心源性休克等方面，都具有一定的作用。四逆汤增强心肌收缩力的作用比生脉散稍快而持久，但对心肌自律性、兴奋性、不应期几乎无影响，提示我们用于急性心衰可能优于生脉散。参附注射液对早期内毒素性休克有较好的防治作用；青皮注射液对休克的脉象及血压影响敏感，能使脉象复生，血压回升，以至四肢转温，也可使口唇及肢体末端发绀改善。枳实注射液可作为血管活性药物之一，在动物实验中可使其收缩

压及舒张压升高的同时，脉压增大，并能增加心、脑、肾血流量。增液针或养阴针用于中药输液和补充血容量，除可加入多种清热解毒针剂外，还可加入多种抗生素和激素。活血化瘀药物的应用有助于改善微循环，抗细胞缺氧，阻抑血小板集聚，增强网状内皮系统功能，有利于防治弥漫性血管内凝血及清除内毒素。

值得强调的是，在感染性休克救治过程中，必须以中医辨证施治的原则使用中药，充分发挥中医中药的特长，权衡扶正祛邪与标本缓急，综合清热解毒、养阴增液、益气固脱、回阳救逆、行气活血化瘀及开窍醒脑等多种法则联用，同时吸取西医纠正酸中毒、调整血管舒缩功能等优势，以攻克本证。

总之，我们在临床实践中体会到，在治疗感染性休克的多个环节中，均可中西医结合进行救治，并可取得较满意的效果。

（陈沛坚 孙晓生 黄良文）

出血性休克

【概念】 出血性休克，是指人体内血管破裂出血，导致血容量急剧下降，引起循环衰竭和急性贫血的临床表现。在内科范围内，以胃及十二指肠溃疡或炎症出血、肝硬化并发食道或胃底静脉曲张破裂出血、胆道出血等病因最常见。本病属祖国医学“血脱”范畴。

一、诊断要点

1. 有急性出血的临床表现

(1) 呕血或黑便：胃及十二指肠溃疡出血、应激性溃疡出血、急性糜烂性胃炎出血、肝硬化并发食道或胃底静脉曲张破裂出血、胆道感染出血、胃癌出血等疾病所致的上消化道出血，可见呕血伴柏油样大便，或单纯见柏油样大便。呕出血液暗红色，夹有血块，或呈咖啡样颜色，一般混有食物残渣。柏油样大便黑如沥青，甚则暗红色血液。

(2) 便血：肠伤寒出血、急性坏死性肠炎出血、肠息肉出血、结肠憩室出血、门脉高压症所致下消化道静脉曲张破裂出血等，均可见大便颜色暗红，甚则鲜红色。

(3) 咯血：支气管扩张咯血、空洞型肺结核咯血、肺癌咯血等，多为急性咯血，血色鲜红。

(4) 腹腔内出血：肝癌破裂出血、巨脾症自发性破裂出血、宫外孕出血等，血液沉积于腹腔内，伴腹痛、压痛及移动性浊音。

(5) 凝血机制障碍出血：如血友病外伤流血不止。

2. 有急性贫血的临床表现

面色苍白，唇指发白，血常规检查红细胞、血红蛋白呈进行性减少。

3. 有休克的临床表现

(1) 口干，烦躁不安或表情淡漠，出冷汗，四肢厥冷，尿量减少，脉率增快在100次/分以上，脉转细弱无力，四肢浅表静脉塌陷，收缩压下降至10.67千帕(80毫米汞柱)以下原有高血压者，收缩压下降20%以上或较前所测数值低4千帕