

中医急症大成

主 编 黄星垣 副主编 郭铭信

徐友玲	董却非	郑 新	罗本清
邓文龙	田令群	杜树明	徐世莲
冯涤尘	叶璧珍	马寿椿	张西俭
吕克潜	王毅刚	汪天曙	喻全渝

编 写

中医古籍出版社

责任编辑 傅景华 徐岩春

特约编辑 贾河先

装帧设计 汪葆棠

校订人员 罗 翌 黄晓苏 易南慧

陈 犁 杜晓红

中医急症大成

黄星垣主编

中医古籍出版社出版

(北京东直门内北新仓18号)

新华书店重庆发行所发行

重庆嘉陵印制厂印刷

开本：787×1092毫米 1/16

印张：39 字数：873 000

印数：1—5 000

1987年4月第1版第1次印刷

ISBN 7-80013-024-X/R 024

统一书号：14249·0191 定价：11.90元

目 录

上编 古代名医典籍对急症的论述和贡献 ·····	(1)
《内经》对急症的论述和贡献·····	(2)
《伤寒论》、《金匱要略》对急症的论述和贡献·····	(9)
《肘后备急方》对急症的论述和贡献·····	(14)
《诸病源候论》对急症的论述和贡献·····	(19)
唐代至明清诸医家对急症的论述和贡献·····	(27)
温病学对急症的论述和贡献·····	(33)
古代外治急救疗法用于急症的概况·····	(45)
古代针灸学有关急症的论述和贡献·····	(52)
古代急症方剂的发展和成就·····	(59)
中编 常见急症证治文献汇要 ·····	(67)
急性发热·····	(67)
中暑·····	(80)
霍乱·····	(89)
痧症·····	(100)
急黄·····	(109)
心悸·····	(118)
心痛·····	(131)
昏迷·····	(143)
厥脱·····	(153)
癫痫·····	(163)
喘症·····	(171)
咳逆·····	(182)
急痞·····	(195)
咳血·····	(200)
衄血·····	(209)
呕吐·····	(219)
泄泻·····	(228)
急性胃脘痛·····	(238)
急性腹痛·····	(248)
吐血·····	(258)
便血·····	(267)
痢疾·····	(276)

急性肋痛·	(288)
痉症·	(294)
眩晕·	(302)
中风·	(312)
急淋·	(325)
尿血·	(340)
癃闭·	(346)
关格·	(356)
急性头痛·	(367)
中毒·	(376)
下编 中医急症证治研究现状·	(395)
中医内科急症治疗研究进展概况·	(396)
高热治疗研究进展·	(401)
休克治疗研究进展·	(415)
心力衰竭治疗研究进展·	(424)
呼吸衰竭治疗研究进展·	(434)
急性肾功能衰竭治疗研究进展·	(441)
慢性肾功能衰竭治疗研究进展·	(449)
心律失常治疗研究进展·	(457)
心绞痛和急性心肌梗塞治疗研究进展·	(466)
急性脑血管病治疗研究进展·	(474)
出血性疾病治疗研究进展·	(483)
败血症治疗研究进展·	(496)
流行性出血热治疗研究进展·	(501)
重症肝炎治疗研究进展·	(509)
痢疾治疗研究进展·	(514)
肺炎治疗研究进展·	(518)
肺心病治疗研究进展·	(529)
急性胆囊炎治疗研究进展·	(536)
急性胰腺炎治疗研究进展·	(544)
急性肾盂肾炎治疗研究进展·	(551)
中医急症常用治法原理研究进展·	(557)
急症中药制剂研究进展·	(599)

上 编

古代名医典籍对急症的论述和贡献

急症是临床医学的一个重要组成部分,自古以来,一直受到医家们的重视。在历代名医典籍中,有关急症理论、证治经验、急救技术和急救剂型等,都有不少论述,对今人研究和诊治急症,仍有借鉴和实用价值。

急症,《灵枢》曰“暴疾”、“暴病”、“卒病”。秦汉医家们认为,急症或“卒暴”而发,或“久逆之所生”,或“痼疾”新加,总以起病急暴,或卒然加重为特征,并将“暴”、“卒”等冠于某些病证名之上,如“暴痹”、“暴厥”、“卒呕吐”、“卒死”等,以与慢性病的痼疾区别。对“热病”、“伤寒”等外感急性病,有“传”、“两感”、“直中”和“病温虚甚死”等记述;观察到某些急症如真头痛“死不治”,真心痛“旦发夕死、夕发旦死”的严重预后,表明对急症起病急、变化快、病情危重等特点已有所认识。

从学术源流看,《内经》是急症证治理论的滥觞。一方面,《内经》理论体系是临床各科的基础;另一方面,《内经》总结了秦汉以前急症理论和经验,对后世有着重要影响。如热病论之于仲景伤寒的六经辨证,病机十九条之于河间主火论等。

东汉张仲景《伤寒杂病论》,开急症辨证论治的先河,有“辨证活法,统赅百

病”的盛誉。除伤寒急性热病之外,杂病急症仍以辨证论治为准则,而且对高热、结胸、出血、暴泻、厥逆等,总结出较系统的理法方药,一直广泛应用于临床。

晋葛洪《肘后备急方》,已具急症手册雏形。该书十分重视应急处理及其有效性。谓“暴急之病,面远行借问,本多在矣”;“一方一论”,“皆试而后录”,“遇病得方,方必已病”。书中以病统证,如“卒霍乱诸急”,分列“腹痛”、“洞下”、“呕吐”等初发症状,“手足逆冷”、“转筋入腹痛”、“注利不止”等危象,“心腹烦满”、“大渴多饮”等继发证。如此纲目分明,利于即时救治。

隋巢元方《诸病源候论》,充实了急症病名、病候,发展了病机理论。全书所列67种病名中,急症占四分之一以上;在1700余种证候中,属于急症者占六分之一强。对许多急症病机,都有较正确的解释。如急黄,系因“脾胃有热,如气郁蒸,因毒所加,故突然发黄,心满气喘,命在顷刻”。

唐孙思邈《备急千金要方》,《千金翼方》及王焘《外台秘要》,汇集、保存了东汉至唐的重要医论、医方、诊法、针灸等内容,从中可窥见急症证治的进步。如《外台秘要》中录有许仁则对中风之源的看法:“此等诸风,形候虽别,寻其源也,

俱失于养生，本气即羸，偏有所损，或以男女，或以饮食，或以思虑，或以劳役，既极于事，能无败乎”。突破了此前多从外来风邪考虑，提出风可内生的主张。又如《千金要方》中收录的犀角地黄汤、葶苈汤等方剂，沿用至今仍然有效。当然，也不乏创见之处，如孙思邈治急症，提倡针灸、药物、食疗等综合疗法，尤其重视针灸。

宋元明清医家对急症治疗积累了不少有效经验。如《和剂局方》的紫雪丹、至宝丹、苏合香丸；宋慈《洗冤录》用生鸡蛋加白矾治砒中毒；朱震亨重视痰、气在急症发病中的作用；李杲创内伤脾胃学说并用以治疗内伤急症；张子和以攻法治疗急症；张介宾提出表里虚实寒热之辨，擅长“探病”法；王清任以补气活血和逐瘀活

血治急症；唐容川著血证专著《血证论》等，其实用性均被临床证实。

金元以后，一些医家开始把温热病从伤寒中独立出来，逐步发展为温病学说。金刘完素首先提出“热病只能作热治，不能从寒医”的著名论点。明吴又可强调热病与伤寒不是同一类疾病，创立“多种戾气”致病的病源论，主张“急症急攻”，“数日之法，一日行之”。迨至清代，叶天士、吴鞠通、薛生白、王孟英等温病学家辈出，别开生面，发明卫气营血和三焦证治理论，总结出辛凉宣泄、清热解毒、芳香化浊、淡渗利湿、通腑泻下、养阴增液、清气透营、凉血化斑、清心开窍、扶正救脱等成套治则和系列方药，把急性热病的证治大大向前推进一步，至今仍有重要的现实意义。

《内经》对急症的论述和贡献

《内经》是秦汉以前医学成就的总结。《内经》在构筑中医学术基本框架，全面奠定理论基础的同时，也记载了相当丰富的急症文献资料，对中医急症的发展，有着广泛而深远的影响。

一、率先记述急症

《内经》把突然发作、病情危重的疾病称为“卒病”、“暴病”、“暴疾”。

《灵枢·岁露》：“其有卒然暴死暴病者，何也？”“三虚至，其死暴疾也”。 “卒病”、“暴病”、“暴疾”，乃急症之同义词，是中医典籍中最早的急症术语。

《内经》记载的急性病证，除少数冠

以“卒”、“暴”，如“卒心痛”、“卒中偏痹”、“暴厥”、“暴胀”外，有的属于症状命名，如痉、呕血；有的属于病因命名，如伤寒；有的属于病性命名，如热病；有的属于病机命名，如厥逆；有的属于病位命名，如癫疾；也有属于以上两种结合命名的，如暴厥、温疟等。

（一）记述急症范围广。《内经》中记载的急性病证达数十种。内容散见于各篇，但也有设专病专篇，甚至一病多篇加以论述者。如有关痛证的“举痛论”，有关厥逆的“厥论”、“厥病”，有关热病的“热论”、“热病”、“评热病论”等。对具体病证的论述或详或略，基本上

能从病因、病机、传变及预后加以简要论述。

《内经》对某些急症的观察较为仔细，有的认识颇为正确。如厥证就有大厥、煎厥、薄厥、暴厥、躁厥、尸厥、四厥、少气厥、寒厥、热厥、阴厥、阳厥、风厥、六经厥、六经厥逆等十余种；对卒然腹痛分别从疼痛呈间歇性或持续性，喜按或拒按，腹痛部位及其放射疼痛程度，伴发症状等加以描述，并将病机责之于寒凝所致的气滞血泣（《素问·举痛论》）；肺热病的临床表现为：“先淅然，厥起毫毛，恶风寒，舌上黄，身热。热争则喘咳，痛起胸膺背，不得太息。头痛不堪，汗出而寒”（《素问·刺热》）；以及“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”（《灵枢·厥论》）等。特别是对热病的论述，已初步自成体系，拟在后文专门讨论。

《内经》论述的急症，已包括后世所说的外感热病和内伤杂病两类。其中不少病名为后世袭用，上述例证及其它一些急症认识，至今仍有一定实用价值。

（二）以病机统诸急症。《内经》并非急症专著，其论急症，多散见而不系统。但在某些篇章中，在一定程度上将急症进行了归纳分类。其中，《素问·至真要大论》“病机十九条”以病机统诸急，最为重要。

病机十九条所列病证二十余种，包括形体诸症（眩晕、昏冒、项强、口禁、振掉、痲疯、厥逆、痿躄、鼓慄、痉、强直、收引、转戾、附肿、胀满、疮疡、酸疼），脏器诸症（喘、贲郁、冲逆、呕吐、吐酸、下迫），二阴诸症（大便固秘、泄泻、癃闭、小便浑浊），神志诸症（狂、躁、惊骇）。上列病证半数以上属于急症，其余的也或多或少包括急症。对这些貌似散漫无绪的急

症，《内经》别开生面地从风、寒、湿、热、火六淫病机和心、肝、脾、肺、肾五脏病机加以分类统率。例如，火性炎上，甚则反兼胜己之化，最易耗气、伤神、损精，故“诸逆冲上”、“诸禁鼓慄、如丧神守”、“诸躁狂越”、“诸病附肿，疼酸惊骇”，皆属于火。又如风性善动，其性本柔，在脏为肝，故“诸暴强直，皆属于风”，“诸风掉眩，皆属于肝”。

以病机统诸急的方法，使六淫病邪属性、致病特点和五脏生理功能、病理变化，与急症的临床表现密切结合，浑然一体。不但起到提纲挈领，由博反约的作用，而且有助于判明急症的病因、病机，确定病性和病位。

由于病机十九条能有效地指导急症的辨治，一直受到历代医家的重视。金代刘完素还以病机十九条为据，结合自己的临床经验，加以发挥，著成《素问玄机原病式》，力倡主火论，成为温病学派的先驱。

（三）急症诊断以察色按脉为主。望、闻、问、切四诊并提合论，始见于《难经·六十一难》。然《内经》已肇其端，内容则以望形色、切脉为主，并用以推断急症病情和预测急症预后。

推断急症病情包括病因、病位、病性和病证。望诊如：“青黑为痛，黄赤为热，白为寒”（《灵枢·五色》）；“肺病者喘息鼻张，肝病者眇青，脾病者唇黄，心病者舌卷短、颧赤，肾病者颧与颜黑”（《灵枢·五阅五使》）；“诊血脉者，多赤多热，多青多痛，多黑为久痹，多赤、多黑、多青皆见者寒热”（《灵枢·论疾诊尺》）；“目黄者，曰黄疸”（《素问·平人气象论》）等。切诊如：“气口坚盛者，伤于食”（《灵枢·五

色》)；“脉至如喘，名曰暴厥”（《素问·大奇论》）；“浮而散者为胸仆”（《素问·脉要精微论》）；“寸口脉沉而喘，曰寒热”（《素问·平人氣象论》）等。

预测急症的预后，重在神气的得失和胃气的有无。《素问·移精变气论》说：“得神者昌，失神者亡”。失神意味着正气衰竭或神明散乱。如“青如草兹”、“黄如积实”、“黑如炀”、“赤如衄血”、“白如枯骨”，为藏气败于中，神色夭于外（《素问·五脏生成篇》）；瞳孔变形，视物错乱，目睛上视，目内陷等，为精气衰竭（《灵枢·玉版》、《素问·脉要精微论》、《素问·三部九候论》）；“言而微，终日乃复言”，“衣被不敛，言语善恶不避亲疏”，为心神失常（《素问·脉要精微论》）；“真脏脉”见，为不得胃气等，均为重危之候。

《内经》十分强调色脉合参和形与气的得失，形与脉的相应相称。如谓：“能合色脉，可以万全”（《素问·五脏生成》）；“切脉动静，而视精明，察五色，观五脏有余不足，六腑强弱，形之盛衰，以此参伍，决死生之分”（《素问·脉要精微论》）。又说“形气相得，谓之可治”，“形气相失，谓之难治”（《素问·玉机真脏论》）；“形盛脉细，少气不足以气息者危”，“形瘦脉大，胸中多气者死”（《素问·三部九候论》）；“病热脉静，泄而脉大，脱血而脉实，病在中脉实坚，病在外脉不坚实者，皆难治”（《素问·玉机真脏论》）。

《内经》诊断急症，以望、切为主，反映了对客观指征的重视，至今仍有指导意义。但《内经》也不忽视问诊，如“必审其所始病与今之所方病”（《素问·三部九候论》），以了解其演变过程；注意病前

的思想情绪及饮食变化，和“故伤败结”

“或伤于毒”等既往病史。并已提到“听声音而知所苦”的闻诊。《内经》通过四诊全面了解病情，以及从外测内，用整体观念分析病情等诊断原则，通过后世不断充实、完善，成为中医急症学的重要组成部分。

二、突出邪正特点和气机失调

“阴平阳秘，精神乃治。阴阳离决，精气乃绝”（《素问·生气通天论》）及“邪之所凑，其气必虚”（《素问·通评虚实论》），是《内经》关于发病和病机的基本观点。对于急症，《内经》主要从邪正特点和气机失调进行论述。

（一）暴病之发，多因邪气肆虐或正气急虚。《内经》认为，之所以发生暴病急症，主要与病邪的质与量有关。“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似”；“疠大至，民善暴死”。前述之“三虚至，其死暴疾也”，即“乘年之虚，则邪盛也。失时之和，亦邪盛也。遇月之空，亦邪盛也。重感于邪，则病危也”（《素问·至真要大论》），亦因邪盛之故。不属外邪之暴病，则因邪气暴张，或久逆迭加所致。前者如“闭塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也”；“暴厥而聋，偏闭塞不通，内气暴薄也”。后者如“消瘴、仆击、偏枯、痿厥、气满发逆，肥贵人则膏粱之疾也”；“黄疸、暴痛、癩疾、厥狂，久逆之所生也”（《素问·通评虚实论》）。亦有湿气、恶血等故邪久留不去，“虽不遇贼风邪气，必有因加而发”为卒病者。所谓“必有因加”，系指喜怒不节，饮食、寒温不适等诱因（《灵枢·贼风》）。

在某些情况下，正气急剧耗损在急症发病中也占有重要地位。《素问·玉机真脏论》说：“急虚，身中卒至，五脏闭

绝，脉道不通，气不往来，譬于堕溺，不可为期”。《灵枢·岁露》也认为：“贼风邪气之中人也，不得以时，然必因其开也。其入深，其内极病，其病人也卒暴”。

邪气肆虐和正气急虚的观点，为急症急治从发病学上提供了理论依据。

(二) 诸急病变，多有气机失调参与其间。根据《素问》“调经论”、“生气通天论”、“阴阳应象大论”、“气厥论”、“缪刺论”、“通评虚实论”、“厥论”、“腹中论”、“阳明脉解”、“举痛论”、“藏气法时论”和《灵枢》“脉度”、“五乱”、“阴阳清浊”、“五癯津液别”、“胀论”、“卫气失常”、“终结”等篇所述，不少急症，包括各种热病，诸般厥证、喘逆、狂、癲疾、卒痛、强上、暴聋、瘖瘵、呕哕、大惋、霍乱、水胀等，都不同程度地存在气机失调。特别是六经厥、六经厥逆所列40余种病症中，如肿首、妄见妄言、暴聋、颊肿、腹满腹胀、吐、心痛、泾洩不利、阴缩肿、骭挛急、下泄清、肠痛、喘咳、身热、衄、呕血、喉痹、啞肿、痉等，亦多属急症。《内经》对气机失调在急症病机中的地位，于此可见一斑。

气机失调大致可归纳为以下几种：1. 气行失常。如“寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛”（《素问·举痛论》）。2. 清浊相干。如“清浊相干，乱于胸中，是谓大惋。故气乱于心，则烦心密嘿，俯首静伏。乱于肺，则俯仰喘喝，接手以呼。乱于肠胃，则为霍乱。乱于臂胫，则为四厥。乱于头，则为厥逆，头重眩仆”（《灵枢·五乱》）。3. 上下、内外相隔。如“上下不通，则暴忧之病也”（《素问·通评虚实论》）；“阴气干内，阳气

扰外，魄汗未藏，四逆而起，起则熏肺，使之喘鸣”（《素问·阴阳别论》）。

4. 气血偏布。如“狂癲疾者，阳尽在上，而阴气从下”（《素问·脉解》）；“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥”（《素问·生气通天论》）；“血之与气，并走于上，则为大厥。厥则暴死”（《素问·调经论》）。

关于气机失调的病情轻重预后，《内经》有“厥逆连脏则死，连经则生”；“气复反则生，气不反则死”；“上下不并，良医弗为”；“三阴三阳，五脏六腑皆受病，营卫不行，五脏不通则死矣”等论述。说明病机失调病在体表经络，属可逆性者，病情较轻；而病在五脏，属不可逆性者，预后多不良。迨至阴阳离决，则“出入废，则神机化灭，升降息，则气立孤危”。

《内经》关于气机失调在急症中的广泛性和对急重症预后的严重影响，不断被临床实践证实。有人分析内科急症的死亡原因，以气机逆乱最多（上海中医杂志，9.22，1983）。而与调理气机有关的疏通气血，恢复升降等各种治法，在救治急症中更是广为应用。

(三) 危重急症，皆属邪气极盛，或正气甚虚。《内经》对病情“极”、“甚”的逆证、死证，即危重急症，责之邪气极盛，或正气至虚。

邪气极盛与正气至虚，可出现在发病伊始。如前述之“急虚，身中卒至”；“大气（大邪）入于脏腑，不病而卒死也”（《灵枢·五绝》）。也可在病程中发生。如“热病已得汗，而脉躁盛，此阴脉之极也，死。……脉尚躁盛而不得汗者，此阳脉之极也，死”；“热病，七八日，脉微小，病者洩血，口干，一日半而死。脉代者，一日死”（《灵枢·热病》）。

还可因重感于邪或素体正虚。如“其两感于寒而病者，必不免于死”（《素问·热论》）；“病温，虚甚死”（《素问·玉版论》）。

《内经》对死证、逆证邪正关系的论述，还有两点值得注意。一是邪气极盛与正气至虚并见，《素问·玉版论》中的“五逆”和《灵枢·热病》中“热病不可刺”的九种死证，多属之。二是邪气极盛和正气至虚在寒热病情上出现的假象，即“阴阳之变”的“重寒则热，重热则寒”（《素问·阴阳应象大论》）。

后世创造的各种峻补峻攻疗法，大大提高了急症抢救的疗效。究其理论渊源，显然来自《内经》的上述认识。

（四）急症传化，有常有变。《内经》把病变由表入里，由浅入深，由一脏而波及多脏，称为传化。标志着病情由轻转重。

急症除按一定顺序，移皆有次，如由皮毛而肌肤而经络而六腑而五脏，或五脏按五行生克反侮和时序相传外，亦有传化而不以次，如“卒发者……忧恐悲喜怒，令不得以其次，故令人有大病矣”（《素问·玉机真脏论》）。又如两感于寒者，由巨阳、少阴，而阳明、太阴，而少阴、厥阴，与一般由巨阳而阳明而少阳，直至厥阴者不同。它说明《内经》对急重症特殊演变情况的重视。

三、治未病和标本补泻原则

针对急症的病因病机特点，《内经》提出治未病，治分标本和补虚泻实三个基本治则。

（一）治未病。《素问·四气调神大论》说：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸兵，不亦晚乎”。十分强调未病先防。盖“邪风之

至，疾如风雨”（《素问·阴阳应象大论》），传变迅速。对“旦发夕死，夕发旦死”的真心痛、真头痛等急重症，防重于治，更属必要。“虚邪贼风，避之有时”和“恬淡虚无……精神内守”（《素问·上古天真论》），乃是健身防病的方法。

治未病的另一种含义是早期治疗，杜其传变。《素问·刺热篇》说：“病虽未发，见赤色者刺之，名曰治未病”。对病已发者，早期治疗则可提高疗效。所谓“善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏。治五脏者，半死半生也”（《素问·阴阳应象大论》）。这就是《素问·八正神明论》“上工救其萌芽……下工救其已成，救其已败”的含义。其后仲景把“不晓相传”的医生称为“中工”，以与治未病的“上工”区别。

（二）治分标本。《内经》标本的含义，多端不一。就疾病的先后因果而言，则先病为本，由之而引起的续发病证为标；病因为本，病状为标。《素问·标本病传论》说：“知标本者，万举万当。不知标本，是谓妄行”。十分重视标本的区分和治疗的先后。急症亦然。

急症治标，是“标本病传论”规定的原则之一。包括：“先热而后生中满者治其标”；“先病而后生中满者治其标”；“小大不利治其标”。治标作为应急手段，是为了更好地治本。如张景岳注释中满治标时论：“盖以中满为病，其邪在胃，胃者脏腑之本也，胃满则药食之气不能行，而脏腑皆失其所禀，故先治此者，亦所以治本也”。

治本，是“标本病传论”规定的另一原则。包括：“先病而后生逆者治其本，先逆而后生病者治其本”；“先寒而后生病者治其本……先热而后生病者治其本”。

前者治先病之本，则继发之标可不治而治。后者去病因之本，则病自向愈。

《素问·阴阳应象大论》说：“治病必求于本”。治本与治标，是常法与变法的关系。变者，因其急。另一方面，又是本质与现象的关系。急症不但要“谨察阴阳所在而调之”，“阳病治阴，阴病治阳”，而且，在治标时，也必须求标之所由生而治之。“中满”、“小大不利”，皆需以“寒者热之”、“热者寒之”等治则为指导。《内经》中治标求本的思想随处可见，对症处理时亦不例外。《素问·刺热》说：“诸治热病，以饮之寒水，乃刺之。必寒衣之，居止寒处，身寒而止也”。杨上善注释说：“诸病热病，以寒疗之，凡有四别：1. 饮寒水去其内寒；2. 刺于穴利其内寒；3. 以寒衣使其外寒；4. 以寒居令其体寒。以四寒之，令其内外皆寒，故热病止也”。

（三）补虚泻实。在《素问·至真要大论》里，明确地把“盛者责之，虚者责之”作为治疗“百病”的两大法门。补虚泻实也是《内经》治疗急症的又一重要原则。

其所以如此，不仅因为急症与慢性病一样，反映邪正盛衰的虚实是最基本的病变，而且由于急症来势急，变化快，特别是对病情危重者常须诊治并重，急救为先。即在采集病史，进行四诊及其它检查的同时，迅速进行相应的抢救治疗。对此，首要的是判明有邪无邪，属虚属实，邪气鸱张程度，正气是否有将脱之虞。这样，才能“无盛盛，无虚虚，而遗人夭殃；无致邪，无失正，绝人长命”（《素问·五常政大论》）。

《内经》强调，欲令补虚泻实“要道必行，桴鼓相应”，关键是“审查病机，勿失气宜”，结合病位和病性进行治疗。如

“其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中满者，泻之于内；其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之”（《素问·阴阳应象大论》）；“寒者热之，热者寒之”（《素问·至真要大论》）等。前者是根据邪气所在部位，因势利导，祛邪外出；后者是根据病性的寒热，纠正阴阳的偏颇。

《素问·至真要大论》指出，补虚泻实除了一般情况下，即疾病本质与现象一致时用“逆者正治”外，在疾病的危急阶段，有时疾病本质与现象的寒与热、虚与实刚好相反，则应分别应用“热因寒用，寒因热用”和“塞因塞用，通因通用”的“从者反治”法。而“治热以寒，温而行之；治寒以热，凉而行之”（《素问·五常政大论》），是“寒因热用，热因寒用”在服药方法上的体现。“诸寒之而热者取之阴，诸热之而寒者取之阳”，则是根据寒热的虚实属性进行治疗的应用。

要之，“必伏其所主，而先其所因”（《素问·至真要大论》），求本之由，以制病之本，乃《内经》补虚泻实之真谛所在。

四、建立热病理论雏形

《内经》论急症，以热病内容最为丰富，设有“热论”、“评热病论”、“刺热篇”和“热病”、“寒热病”等专篇，在其它一些篇章中，也有关于热病的记叙，内容涉及病因、病机、证候、治则等各个方面，已初步形成热病理论体系。其后之伤寒学和温病学，正是植胚于其内而发展起来的。如张仲景“勤求古训，博采众方，撰用《素问》、九卷，……为《伤寒杂病论》”，吴鞠通、王孟英著《温病条辨》、《温热经纬》，分别摘录《内经》有关热病原文为“原病篇”、“内经伏气外感篇”，列于卷首。

(一) 以热病统诸温。《内经》把由外邪引起，以发热为主要临床表现的疾病统称为热病。谓“今夫热病者，皆伤寒之类也”；“人之伤于寒也，则为病热”（《素问·热论》），并径直以“热”或“热病”名篇。其临床表现，以身热、鼻干、嗌干、口燥舌干而渴，舌上黄，小便黄为主，故其病性亦属“热”。

《内经》中记载的其它热病病名、证候，有为热病互词的“伤寒”、“寒热”、“温病”（广义），有与发病季节有关的“温病”（狭义）、“暑”，有与病情和继发病证有关的“阴阳交”、“风厥”、“劳风”、“肾风”，有与传染有关的“疫疠”、“温疠”等。但均以热病统之。从《素问·六元正纪大论》记述的随天干地支推移，从初之气到终之气，多可发生温病、疫疠来看，热病已包括四时气候所发生的多种温病。

上述基本观点，成为后世温病学派独立于伤寒门外和四时温病划分的经典依据。

(二) 按六经、五脏分证。《内经》首创热病证候分类，除《灵枢·寒热病》分为“皮寒热”、“肌寒热”、“骨寒热”外，主要是《素问》“热论”的“六经”分证和“刺热篇”中的“五脏”分证。

六经分证，是将邪气侵犯部位所出现的症状按经络分布进行归纳，并按发病日程逐日从巨阳、阳阴、少阳、太阴、少

阴、厥阴进行排列。如“巨阳者，诸阳之属也，其脉连于风府，故为诸阳主气也”，故“伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强”。又如“阳明主肌肉，其脉挟鼻，终于目”，故“二日阳明受之，……目疼鼻干，不得卧也”。五脏分证系以脏象为基础，并参五行说，记述了各脏热病的初、甚和气逆而死的演变过程。

六经分证和五脏分证对后世的影响，主要不在于其具体内容，而在于动态认识热病的观点和执简驭繁的方法。如热病由浅入深，由表入里地传变，有自愈趋势，以及用经络五脏定位等，均为伤寒学派和温病学派所宗。

(三) 主用汗、下，重在泄热。《素问·热论》中“其未三日者，可汗而已；其满三日者，可泄而已”，是《内经》治疗热病的基本原则。盖未三日，病在三阳；故当汗。已满三日，为邪入三阴，故当下。“热病”篇指出，热病三日，汗之不汗出者则泄，病过三日，邪仍在表阳者，仍汗。该篇强调，汗、泄的目的都是为了“泻其热”，“实其阴以补其不足”。

汗与泄作为治疗热病的两种主要治法，一直沿用至今。其中“实其阴以补不足”即“泻阳之有余，即所以补阴之不足”，更被誉为“治温热之吃紧大纲”（《温热经纬·内经伏气外感篇》）。

（张西俭 郭铭信）

《伤寒论》、《金匱要略》 对急症的论述和贡献

东汉张仲景所著《伤寒杂病论》（即《伤寒论》、《金匱要略》），对中医急症学的建立和发展，起到了承先启后的作用，其学术理论和实用价值，一直受到历代医家的重视，在中医急症学史上，占有重要地位。

一、开中医急症证治的先河

《伤寒杂病论》中的伤寒，为外感急性热病，杂病中也有相当部分属于急症，仲景创立辨证论治，并用于这些病证的诊治，开创了中医急症证治体系的先河。

在此之前，中医内科急症证治水平相当低下。这是因为，当时社会“竞逐荣势，企踵权豪，孜孜汲汲，惟名利是务”成风，而“不留神医药，精究方术”。在医学界，内、难等典籍中有关急症的理论尚未受到应有的重视，一般医生多抱残守阙，墨守成规，“各承家技，始终顺旧”，而“不思求经旨，以演其所知”。甚至还受到巫医的影响，对“卒然遭邪风之气，婴非常之疾”的急症患者，由于缺乏有效的诊治方法，有时竟“饮望巫祝”，结果必然是“告穷归天，束手受败”。仅以仲景本家为例，其家庭二百余口，“建安纪年以来，犹未十稔，其死亡者，三分有二，伤寒十居其七”。当时急症证治水平之低，和热病死亡率之高，于此可见一斑。以致仲景发出“感往昔之沦丧，伤横天之莫救”的感叹！

仲景独树一帜，摆脱世俗庸医的偏见，“勤求古训，博采众方，撰用《素问》、九卷、《八十一难》、《阴阳大论》、

《胎产药录》，并平脉辨证，为《伤寒杂病论》”。可以认为，《伤寒杂病论》是对东汉以前急症理论和经验的一次科学总结，即以内、难等理论为指导，综合当时的实践经验，并上升到新的理论高度。当然，论中证治内容不可能对急症一览无余，“尽愈诸病”，但它所开创的辨证论治原理，则具有“见病知源”，针对病“源”治疗的普遍指导意义。

《伤寒杂病论》急症证治体系的特点主要有：

源于内、难，高于内、难。以外感热病为例，《素问·热论》有“人之伤于寒也，则为病热”及“热病者，皆伤寒之类也”的说法，仲景就直接把这类病叫做“伤寒”。在辨证上，仍用《热论》三阴三阳的名称为纲，但已结合临床实践，有所取舍，有所提高。如《热论》中的三阳经证候，都是仲景的太阳证，《热论》中的三阴证候，都是仲景的阳明承气证，而仲景的少阳证和三阴证，都为《热论》所无，从而修正充实了《内经》热病理论。

对内科急症进行了分类，创立了辨证纲领。把急症分为伤寒和杂病两大类，前者以六经为纲，后者以脏腑为纲，均辅以病证为目。

用平脉辨证的诊断方法，区分病证的病性、病位，了解邪正盛衰，辨识阴阳、寒热、表里、虚实。

根据病证的不同，采用相应的治则和方药，使理法方药浑然一体。

《伤寒杂病论》的问世，一改中医内科急症理论与临床脱节和不相适应的状况，使急症的证治有规可循，有法可依，有方可使，有药可用，为中医急症的诊治树立了典范，临床疗效得到了空前提高。此外，《伤寒杂病论》还记载了一些卒死和食物中毒等急救方法，为临床急救医学的发展奠定了基础。

二、倡导急症辨证的思路和方法

《伤寒杂病论》中六经、脏腑辨证，以及寓于其中的八纲、气血等辨证理论，有“辨证活法，统赅百病”的盛誉，后世广泛应用于临床，对急症的诊断同样有着重要的意义，已为医者熟知，此处不赘。这里，仅就论中有关急症辨证的思路和方法，略加讨论。

(一) 辨识症状。急症往往以某一突发病状或某一症状的骤然加重为特征，故对症状的鉴别至为重要。《伤寒杂病论》对众多的症状作了较为详细的论述，把某一症状的有无，或同一症状的特性及其伴随症状，作为识别证候的重要依据。

例如发热一症，以发热之有无，辨证为属阴属阳。阳证中，翕翕发热，发热与恶寒并见为邪在表；往来寒热，为邪在半表半里；但热不寒，为邪热入里，其中持续性蒸蒸发热与日晡潮热又有经证和腑证的不同。阴证一般多无发热，有者亦为与阳证迥别。如少阴阳虚证兼表的发热，脉必沉；厥阴正邪交争的发热，为厥热胜复；太阳发热表现为手足不厥冷而自温，可与少阴、厥阴鉴别。

通过后世医家对论中诸多症状的归纳整理，并结合自己的经验予以补充发挥，析疑启奥，使书中有关急症症状的鉴别方法，得到了广泛的应用。

(二) 重视腹诊。《伤寒杂病论》中有关腹诊的内容表明，脏腑的急性病变，

常迅速反映在相应的部位上，具有很高的诊断价值。

《灵枢·胀论》说：“胸腹，藏腑之廓也”，“藏腑之在胸胁腹里也，若匣匮之藏禁器也，各有次舍”。《伤寒杂病论》具体把胸腹体表划分为胁（胸胁）、胁下、心下、脐、脐下、少腹等部位，将自觉症状（如“满”、“痛”、“悸”等）和他觉体征（如“按之濡”、“弦急”、“支结”、“石硬”、“按之痛”等）出现的部位与脏腑经络有机地结合起来，作为推测急性病证的虚、实、寒、热，察知气、血、水饮、积滞的有无，作为判断病情的又一重要依据，指导处方用药。

例如，少腹满多见于蓄水证和蓄血证，前者少腹满较轻，伴小便不利；后者少腹满较重，按之石硬，或表现为少腹急结，坚痛，且小便自利，可有如狂，发狂等神志症状。又如对各种结胸证的辨识，“心下痛，按之石硬”，甚则“从心下至少腹硬满而痛不可近”者，为大结胸；病位局限在心下，按之始痛者，为小结胸；寒实结胸论中虽未提到腹证，但从用峻下的三物白散推测，必有心下硬痛拒按。它如脾胃阳虚、寒邪内盛的大建中汤证，实热内蕴、蕴结肠中的肠痛，都是以腹诊作为辨病辨证的主要依据，而决定施治的实例。

腹诊在急症中的发生机理和诊断价值，已由现代医学研究阐明和证实。如大结胸汤证的腹症，其按之石硬及硬满疼痛与炎症引起的平滑肌痉挛密切相关，痛不可近乃是炎症反应使疼痛加剧所致。急性胆系感染、胆石症、急性胰腺炎、肠梗阻等所表现的上腹疼痛，阵发性加剧，腹部膨隆，上腹压痛和反跳痛等症状和体征，即与大陷胸汤证的“心下痛，按之石硬”类

似。据此，在结胸水热互结阶段，采用峻下逐水的大陷胸汤一类方剂治疗，对上述疾病取得了理想的效果。

(三) 区别真假。由于“阴胜则阳病，阳胜则阴病”。故“阳胜则热，阴胜则寒”是判断病证寒热属性的一般原则。

《伤寒杂病论》对急症危重阶段可能出现的“重寒则热，重热则寒”等反常现象，特别予以提出并加以区别。

论中谓：“病人身大热，反欲得近衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也”。在外的现象为假，在内的本质为真。前者为外假热而内真寒，后者是外假寒而内真热。以证候言之，少阴病，下利清谷，身反不恶寒，或面赤，或咽痛，为阴盛格阳；伤寒里有热，反现脉滑而厥，为阳盛闭郁。与此相似，厥阴虚寒下利，脉反实，为真脏脉现，属假实；厥利腹冷，反发热能食，为中气衰败，阳气浮越，属正气将绝的除中。

有必要强调，外见假象也是病证本质的反映，它反映病情的严重性。其机制和临床意义有如张景岳所言：“盖阴阳之气，水极则似火，火极则似水，阳盛则格阴，阴盛则格阳。故有真寒假热，真热假寒之辨。此而错误，则死生反掌”。

(四) 动态辨证。急症无论因为误治造成，或病情自然演变导致，也无论经过治疗处理与否，病情多可迅速发生变化，表现为证的转化。论中提出“随证治之”，即治随证变的原则，十分强调动态辨证。

本论判断证候是否发生变化，一是密切观察病情，如“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传。颇欲吐，脉数急者，为传也”。二是掌握疾病传变规律，如由表入里，由太阳而少阳阳明；由实转虚，

由三阳而三阴；由寒化热，由麻黄汤证转为大青龙汤证、麻杏石甘汤证、白虎汤证等。三是采用以常衡变的方法，平脉辨证，特别要注意一因多果的情况，如太阳病发汗不当，可致表邪不解，可使表阳受损，阳虚水泛，或化热化燥。对病情疑似，一时难于辨证，而采用药物试探法者更需注意服药反应，以期尽早明确证候性质。

在动态辨证的基础上，给予相应治疗，有利于提高急症疗效。论中具体记述了一个支饮呼吸困难，咳逆倚息不得卧的病人，对之进行动态辨证施治的全过程，根据病情变化，依次用了小青龙汤、桂苓五味甘草汤、苓甘五味姜辛汤、苓甘五味姜辛夏汤、苓甘五味姜辛夏仁汤等方药。由于病程、体质、宿疾等因素影响，支饮咳喘的病情变化决非如此划一，但示急症动态辨证，随证转方，则是必须牢记不忘的。

三、提出处理急症的某些原则

《伤寒杂病论》对急症的治疗，已基本具备了“八法”的内容。论中提出和体现的处理原则主要有：在时间上，强调急症急治；在病因上，重视顿挫邪势；在救治过程中，注意时刻顾护正气；同时，还初步运用了某些综合治疗方法。

(一) 急症急治。《内经》对本缓急已有所论述，仲景在《伤寒杂病论》中把它具体化为急症急治的原则：

在处理新病与旧病的关系上，以新病为急。即“夫病痼疾，加以卒病，当先治其新病，后乃治其痼疾。”《金鉴》从标本关系上作了很好解释，“痼疾，旧病也。卒病，新病也。当以旧病为本为缓，新病为急为标。急则治标，缓则治本，故先治卒病，后治痼疾也”。

对平素体健者患急症，应及时治疗，

杜其传变。论中指出：邪气“适中经络，未流传脏腑，即医治之”，“四肢才觉重滞，即导引吐纳，针灸膏摩，勿令九窍闭塞”，十分重视发病初期的治疗。如把太阳病分为伤寒、中风、温病、风湿、湿病等类型。进而对由寒邪引起的太阳病，以麻黄、桂枝、大青龙三证为纲，对因体质、宿疾等出现的各种不同兼挟证，以及病变波及两经以上的合病、并病，详加论述，以示表证的繁杂和证治的多样，务使药证相符，邪在表解，避免内传生变。

对病情复杂者，判断孰缓孰急，急者先治。以表里同病为例，“本发汗而复下之，此为逆也；若先发汗，治不为逆。本先下之而反汗之，为逆；若先下之，治不为逆”。前者为表急先治表，后者为里急先治里，若汗下失序，则变证丛生，故为“逆”。对阴阳俱损者，论中举出了先扶阳后救阴，先顾虚后治实的例证，即先与甘草干姜汤复阳，后与芍药甘草汤复阴，若胃气不和谵语者，更少与调胃承气汤。

对病情危急者，治疗更是刻不容缓。论中有急当救里，急当救表，急下之，急温之的明训。急下，是指少阴由脏转腑，阳明燥结，热邪亢极，津伤严重，急下救将竭之阴，以免燎原之火，竭尽西江之虞。而“少阴病，脉沉者，急温之”，则是指少阴虚寒初露端倪，急用温法，是上工救其萌芽之意，若已见吐利厥逆等亡阳证候，更应积极抢救。

(二) 顿挫邪势。邪气非人体固有之物，是引起急症的重要原因。顿挫邪势，除去病因，是《伤寒杂病论》处理急症的又一重要原则。

顿挫邪势，除了有针对性地解决无形之寒热病邪外，还有一个给邪以出路的问题。论中十分强调顺应病势，因势利导。凡病邪在表者，不论其为伤寒、中风、温

病、湿病、水气病、溢饮等，均用汗法，如麻黄汤证，桂枝汤证，麻黄加术汤证，越婢汤证及大、小青龙汤证等。邪实在胸中或上脘者，用吐法，如瓜蒂散证。燥屎、宿食、淤血等邪结下焦者，用下法，如大承气汤证、抵当汤证等。对无形之邪入结于脏者，采用祛有形之邪的方法，使无形之邪无所依附，病遂随之而解。这就是“夫诸病在脏，欲攻之，当随其所得而攻之。如渴者，与猪苓汤，余皆仿此”的意思。

在用药组方上，本论多选用较为峻猛药物组合成方，使欲汗者，“一服汗出”；欲下者，“初服当更衣”；欲吐者，“得快吐”。如用麻黄发汗，大黄泻下，石膏清热，甘遂逐水，甜瓜蒂催吐，并根据病情配伍相应药物，以增强祛邪之力。以大黄为例，配芒硝，泻热软坚通便；配枳实、厚朴，行气通便；配附子，攻下寒积；配桃仁，攻下淤热；配栀子，清热利湿除黄；配黄连，降火止血，清热泻痞等。

张隐庵在注释《伤寒论》急温急下时说：“夫病有缓急，方有大小，若以平和汤药治急证者，与庸医杀人同律”。可见，只有采用速效的祛邪之法，才能保证急症急治原则的实施。

此外，对于邪在半表半里之少阳证，不宜用汗、吐、下法以祛邪者，本论采用和法，强主逐寇，安内攘外，使邪气潜然而解，为祛邪之特殊者。

(三) 刻刻顾正。《伤寒杂病论》把祛邪作为手段，而“阴阳自和”才是所欲达到的目的。在处理急症时，把顾护正气贯穿在急症诊治过程的始终。

在邪实阶段，注意攻邪勿伤正。在防止药力不及，藏奸致变的前提下，力求药证相符，以免克伐无辜。如承气证因痞、

满、燥、实的有无和程度之不同，分别采用对证的大承气汤、小承气汤和调胃承气汤治疗。又如十枣汤、葶苈大枣泻肺汤、麻黄汤、白虎汤，均配用大枣、甘草等甘味之品，或缓其势，或和其胃，使成有制之师，攻得其宜。同时，应用合适的剂型，使之缓急适当。如蓄血证之病势深而缓，介于桃仁承气汤证与抵当汤证二者之间，不可不攻，又不可峻攻者，则将抵当汤减少水蛭、虻虫剂量，变汤为丸。此外，注意禁忌证，祛邪适度，中病即止。如汗、吐、下法均有相应禁忌证，发汗以取微汗为宜，“汗之病瘥停后服”，“得下，不必尽剂，余勿服”等，并注意饮食宜忌和后期调摄。

对正虚感邪，误治变证，邪气未尽而正气已伤等正虚邪实并见者，均应用扶正之品，攻补兼施。如对少阴阳虚患太阳伤寒，见“反发热，脉沉者”，用麻黄附子细辛汤，扶阳以助解表，解表又顾阳气。对太阳病发汗太过，表邪未除，阳气受损而汗漏不止，用桂枝加附子汤，调和营卫，温经回阳，使表解阳复，阳复汗敛。对外证未除，而“数下之”，损伤脾胃阳气，利下不止，心下痞硬者，用桂枝人参汤温补脾胃，和里达邪。

对正气虚衰者，径直运用扶正之法。如腹中急痛，心悸而烦，因中虚气血不足者，用小建中汤养营益血，缓急止痛；心动悸，脉结代因心阴阳二亏者，用炙甘草汤滋养心血，益气复脉。论中对扶阳法的应用，阐述尤详。如太阴脾胃虚寒，呕吐下利，用理中汤；厥阴血虚寒厥，脉细欲绝用当归四逆汤；厥阴虚寒头痛，干呕吐涎沫，用吴茱萸汤；少阴阳气式微，阴寒内盛，脉微细，但欲寐，厥逆下利，用四逆汤，并根据病情同中之异，衍化为若干汤证，极尽回阳救逆之能事。

(四) 综合治疗。综合治疗，是对应于按标本分先后治疗而言。本论对由于体质、宿疾和失治误治等影响，以致病情比较复杂某些急症，初步采用了既治本，也治标，既治原发病，也治合并症和并发病的综合疗法。其具体应用形式，主要是通过方剂组成来体现，有时也配合针灸等疗法。

本论中对急症的综合疗法，主要是针对病位的表里同治，针对病性的寒热并用，针对病邪的攻补兼施，以及几种方法的再综合。例如表里同病，在单纯治表有可能加重里证，治里有可能会影响表证解除的情况下，则采用表里同治的方法，两解表里。如太阳病误下，表证未解，热邪内迫胃肠的葛根芩连汤证，表寒里饮的小青龙汤证等。而厥阴蛔厥的乌梅丸证，可以作为寒热并用，攻补兼施的例证。此外，论中对热入血室用针刺，对阳气衰微用灸法，与相应方药并用，均是提高疗效的有效途径。

四、提供了救治急症的有效方药和手段

《伤寒杂病论》对中医急症的贡献，还在于书中治疗方药和抢救方法的实用性。晋·皇甫谧说：“仲景论广伊尹《汤液》为十数卷，用之多验”。唐·孙思邈谓：“尝见太医疗伤寒，惟大青、知母等冷物投之，极与仲景意相反，汤药虽行，百无一效”。迨至宋元以后，《伤寒杂病论》方药对急症的疗效，更被进一步肯定。例如，在《经方实验录》、《伤寒医案新注》、《伤寒论方医案选编》和《伤寒论方证研究》等古今临床资料中，都可找到有力的证据。

本论方药应用于内科急症的治疗，有以下特点：

(一) 重现性较好。如四逆汤抢救某些休克，炙甘草汤治疗某些心律失常，乌