

罗道揆

治疗急危难症

临床实录

孟跃 著



第四军医大学出版社

罗道揆治疗急危难症临床实录

孟 跃 著

图书在版编目(CIP)数据

罗道揆治疗急危难症临床实录/孟跃著. —西安:第四军医大学出版社, 2006.12
ISBN 978-7-81086-167-0

I. 罗… II. 孟… III. 中医急诊学-中国-现代 IV. R278

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 149991 号

罗道揆治疗急危难症临床实录

著 者 孟 跃

责任编辑 杨耀锦

出版发行 第四军医大学出版社

地 址 西安市长乐西路 17 号(邮编:710032)

电 话 029-84776765

传 真 029-84776764

网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷 上海印刷集团吉安印刷有限公司

版 次 2006 年 12 月第 1 版 2006 年 12 月第 1 次印刷

开 本 880×1230 1/32

印 张 7.25

字 数 190 千字

书 号 ISBN 978-7-81086-167-0/R·244

定 价 26.00 元

(版权所有 盗版必究)



孟 跃

井冈山学院附属医院
副教授、副主任医师

长期从事中医临床与
研究，擅长诊治各种疑难
病症。

前 言

罗道揆(1930-2000年)江西吉安人氏,其父罗瓚早年师从江西著名中医学家姚国美,学成后回乡行医,救治病人无数,抗战期间创办江西启轩中医学校,授业弟子甚多。先师幼承家学,毕业于启轩中医学校,于岐黄致力甚多,底蕴深厚。在五十年的临证中,积累了丰富的临床经验,对中医急危难症有深刻的认识和独特的治疗方法。发表学术论文和临床报道五十余篇,被列入《中国当代名医辞典》《中国专家名人辞典》等书。本人有幸以罗道揆为师,随师侍诊,聆听教诲,十年有余。现将先师部分例案编辑成册,以期对中医临床贡献一得之见,且寄托对先师之缅怀。

孟 跃

2003年12月2日

目 录

第一篇 总 论

第二篇 急症、危重症

高热(3例)	(6)
厥脱(1例)	(10)
昏迷(3例)	(12)
抽搐(6例)	(15)
中风(5例)	(19)
急惊风(1例)	(25)
慢惊风(1例)	(26)
鼻出血急症(1例)	(27)
胃出血重症(1例)	(28)
重症肺炎(5例)	(30)
小儿肺炎猝死症(1例)	(34)
蓄血如狂(2例)	(35)
真心痛(1例)	(36)
剧烈腰痛(1例)	(38)
急性吐泻(4例)	(39)
小儿泄泻(3例)	(41)
癃闭(5例)	(43)
肾功能不全(1例)	(48)
败血症(1例)	(50)
急性胰腺炎(1例)	(51)
急性阑尾炎(2例)	(52)
急性肠梗阻(2例)	(53)
脑挫裂重症(1例)	(55)

毒菌中毒(1例)	(57)
----------------	------

第三篇 传染病、流行病

流行性感冒(1例)	(58)
麻疹(1例)	(59)
流行性腮腺炎(1例)	(61)
流行性乙型脑炎(4例)	(62)
病毒性肝炎(5例)	(71)
脊髓灰质炎(2例)	(77)
流行性出血热(1例)	(78)
流行性脑脊髓炎(1例)	(80)
急性化脓性脑脊髓膜炎(2例)	(83)
白喉(1例)	(85)
百日咳(2例)	(87)
破伤风(2例)	(88)
颜面丹毒(1例)	(90)
肠伤寒(2例)	(91)
痢疾(5例)	(94)
暑症(4例)	(99)
夏季热(3例)	(104)

第四篇 难症、杂症

头痛(4例)	(107)
长期发热(1例)	(109)
紫癜(4例)	(110)
吐血,呕血,唾血(3例)	(113)
咳血(2例)	(116)
慢性肺原性心脏病(1例)	(117)

肺结核(1例)	(119)
肺脓疡(1例)	(120)
结胸证(1例)	(121)
心肌炎(1例)	(122)
冠心病、心绞痛、心律失常(2例)	(124)
急性心肌梗塞(1例)	(127)
风湿性心脏病(1例)	(128)
梦水症(1例)	(129)
癫痫(2例)	(130)
精神分裂症、癔症(5例)	(132)
类风湿性关节炎(3例)	(136)
骨结核(1例)	(139)
痿证(2例)	(140)
肝脓肿(1例)	(142)
胆囊炎、胆结石(2例)	(143)
便血(2例)	(145)
慢性非特异性溃疡性结肠炎(2例)	(147)
过敏性结肠炎(1例)	(149)
中毒性菌痢脑病后遗症(1例)	(150)
尿血(4例)	(152)
肾病综合症(1例)	(154)
肾小球肾炎(3例)	(156)
尿崩症(1例)	(160)
乳糜尿(6例)	(161)
席汉氏综合症(1例)	(165)
化脓性骨髓炎(1例)	(166)
肿瘤(4例)	(168)
乳腺癌(1例)	(171)

直肠癌(1例)	(172)
外伤性腹膜内出血(1例)	(173)
阳萎(1例)	(174)
性交不排精症(1例)	(175)
精液异常症(1例)	(177)
女性不孕症(4例)	(178)
习惯性流产(1例)	(181)
带下病(5例)	(183)
血崩症(3例)	(186)
倒经(1例)	(188)
习惯性流产与早产(1例)	(189)
口甜症(2例)	(190)
浅层巩膜炎(1例)	(192)
青光眼(1例)	(193)
白内障(1例)	(194)
斑秃(1例)	(195)
呋喃丹农药中毒后遗症(1例)	(196)

第五篇 医论选录

《伤寒论》概要	(198)
《六暑歌》讲稿	(211)
罗瓚诊治急危疾病经验	(221)

第一篇 总 论

疾病在发展变化过程中,病势有急性、慢性之分,症状有轻、重、危难之异。急性可转成慢性,慢性可急性发作。凡起病急骤、病程较短,如感冒、肺炎、麻疹,治之易愈者为急性病。发病缓慢,病程缠绵,如慢支、糖尿病、冠心病之类,治之难愈,可延续数十年者为慢性病。急性病与慢性病均有轻、重、危之别。如急性发热,低热(39°C 以下)为轻,高热(39°C 以上)为重。急性脱水、出血排出量少者为轻,多者为重。慢病之冠心,仅心电图改变,症状较轻微者为轻;如伴心绞痛、房颤、室早等症状剧烈者为重。若出现休克多系统器官衰竭,如休克型肺炎、心肌梗塞、肝昏迷、心或肾功能衰竭者,则为危症。难症,顾名思义,为不易治愈之病。其范围广泛,分析归纳,约有三种:一是疑难病,即诊断或辨证难以确定,如不明原因之高热、剧烈疼痛、或表里虚实、寒热真假、疑似不分者;二是病情顽固之慢性病,如再障、类风湿、骨髓炎等;三是目前尚无可靠疗效之病证;如恶性肿瘤、艾滋病、肝硬化、席汉氏综合症及某些病毒感染,免疫力低下,内分泌紊乱所致的疾病。中医认为:疾病的发生、发展与转归,决定于邪正斗争及其消长。“邪之所凑,其气必虚”,“正气存内,邪不可干”,说明了疾病的发生,在于机体抵抗力不足。“邪气盛则实,精气夺则虚”,说明疾病的发展及转归,决定于邪气与正气相互斗争、相互消长的结果。正胜邪则病轻易愈,邪胜正则病重易加剧;邪轻病亦轻,邪重病亦重;正不衰者病尚轻,正衰者病乃重;故病症之轻重,与邪气轻重成正比,与正气盛衰成反比。不论邪之轻重,凡正气大伤,精气衰竭者,统为危症。若正虚邪实,寒热错杂;或病邪深入脏腑骨髓,痼结不解;或七情内伤、有损元气;寒热攻补,难以偏施,通常方药,不易取效,则为难症。徐大椿说:“元气不伤,虽病甚不死;元气或伤,虽病轻亦死。”故疾病之轻重,

病邪之深浅，病体之安危，系乎元气之存亡。轻症有药之易愈者，有不药自愈者。重症治之得法，多可获安。危症则生死瞬间，治法精确者，则转危为安，治法失当者死期立至。又有邪气深入，药力不达，如《左传》所载：晋公病人膏肓，药之不可，应属难症。迁延日久，体力衰竭，亦终致死。

急危症治法采用四原则：

(一)扶元为本：元气是生命之本。徐大椿说：“诊脉决死生者，不视病之轻重而视元气之存亡。”凡劳伤过度，房事不节，大汗大血，以及邪毒深重，均可耗伤真元，须扶其元阴元阳。如 1984 年随先师侍诊，杨某患赤痢噤口（中毒性痢疾），高热昏谵，便血如鸡冠色，肛门如烙，频频入厕，日夜百余次，精神萎顿，苔黄，脉细数无力。前医累投清热凉血，解毒导滞之剂不效。先师诊之曰：“此热毒炽盛，邪盛正衰之危证也。”用黄连解毒汤以清邪热，加当归、白芍、生地、淮山、莲子滋阴健脾，重用红参，洋参各 15 克，粳米一撮以扶元气。一剂而病有转机，三剂而霍然告愈。嗣后先师在医院参与多次会诊，治急危疾病，如乙脑重型、休克型肺炎之类，常于治病方药中，加用生脉散或参附峻补阴阳而效者，不可胜数。扶正以助驱邪之力，则病能速愈。

(二)祛邪务尽：新病之时，实邪中人，强悍剽疾。应乘正气未衰时，急驱而出之，不可姑息养奸，贻误治机。又有久病之人，病邪深入脏腑筋骨之间，非浅药可愈者，则当择效验确切，直达病所之药以祛之。又有虚实夹杂，寒热混淆，或新旧同病，或老人、小儿、胎前、产后感邪者，攻补似难偏施。视其元气尚存，仍以驱邪为先；或于扶正之中，加入祛邪之品。张介宾说：“新暴之病，虚实既得其真，即当以峻剂直攻其本，拔之甚易。若逗留畏缩，养成深固之势，谁其罪也？”辩证既明，即宜重剂。如先师 1950 年春治一杨某患者，年 70 余，病风湿十余日，脉伏不显，医谓无脉，准备后事，邀先师往视，见其神气清爽，并无虚象，细寻其脉，沉伏不绝，用羌活胜湿汤加黄芪、党参四剂即安。

(三)辩证宜精：孙思邈有“胆大心细”之训。心细则辩证精确，胆

大则药猛效速,如庖丁解牛,游刃有余,效可应桴。50年代,先师治一妇人狂疾(精神分裂症),高热昏乱,壮实有力,登高而歌,弃衣而走。前医用犀角、黄连、大承气汤不效,细加诊视,小腹不令人近,知其满痛;详询家属,停经三月,遂辨为蓄血发狂。以桃仁承气汤合失笑散,下其经血而平。故治急危病症,必须有胆有识,又准又重。若胆识不及,用药不准,泛施峻剂,必致鲁莽僨事,害不胜言。

(四)急救应速:凡感猝风,秽浊,毒疔之邪,闭塞窍道,或疾涎涌盛,阻塞孔窍,以致昏闷厥闭。又有忧思伤神,房室伤肾,大汗大血,吐泻无度,以致阴阳衰竭,形夺神丧者。均危在顷刻,救治不及,必气绝而死。故必分秒必争,以求速效。为此,医者应备急救药品及针刺,揪刮等救急措施,以应急需。在医院则应配合西医抢救急症,延长生命,弥补中药缓不济急之短,发挥中药药效之长。对神昏口噤不能服药者,则用中医外治法救急,或西医鼻饲给药,以发挥中药之效。如1949年,先师治一患儿急惊风,神昏握拳,痰鸣漉漉,危急之极,当即于两足心敷白矾饼、针刺人中、十宣,徐徐灌服竹沥,约一小时许,痰降神清,继按急惊辨治而愈。

难治之症,其急危者,法亦如前。若系慢性病,可采用下述五法。

(一)、多谋善虑,通常达变:久治不效,常法无功者,应另辟蹊径,变法以治。如一壮年男子,高热便秘,餐饮不入,极为痛苦。累服清热通便剂,外用密导灌肠法不效。先师苦思冥想,不得要领。细察其高热而神清不渴,腹痛而不甚拒按,脉洪而沉取乏力。再三推敲、忽悟“大肠与肺相表里”,治肠不效,当从肺论,此乃气虚乏力,传导失职。试用补中益气汤加麻仁、郁李仁、生地、大黄、芒硝,2剂不应,继服2剂,解下恶秽稀便数大碗而安。后遇久病难症,不囿常法、变通方药取效者,难以数计。

(二)、辨证施治,专病专方:不少疾病,特效专方,优于辨证施治。故古人有“单方气死名医”之说。即属于此。也有的疾病,专方虽然有效,但因患者体质与症状各殊,非专方所能恰合。须两相配合,功效始

著。例如治休息痢，累愈累发，经多次化验，发现阿米巴。遂按辨证，属热者用白头翁汤，寒热错杂者用乌梅丸，均加用治阿米巴专药之鸦旦子或灭滴灵，遂得根治。又有西医诊治之阿米巴痢，用灭滴灵、卡巴肿乏效者，改用中医辨证施治，始得痊愈。又治肺结核，抗结核西药与中医辨证并举，亦疗效显著。故辨证与辨病，通方与专方结合，可提高疗效。

(三)、调肝舒郁，解疑释虑：有的疾病，因精神刺激引起；有的久治不效，疑虑多端。必须先解除精神负担，才能奏效。否则虽药证相符，亦如石沉大海。故调肝舒郁，解疑释虑，极为必要。曾有肝硬化2例，均忧心如焚。其剧者听从劝告，树立信心，先用柔肝解郁、继以泻火软坚，消息调治，半年缓解。现工作5年，未见反复。另一轻者，不听劝慰，服药不减，转院医治，2月而殁。一富翁患风温表证，前医以辛凉解表不愈，先师因于原法加西洋参3克，2剂霍然，人以为神。或问其故；答以“富人以药贱无效，加西洋参之类药，以资慰藉，此乃心理作用，非药力之故。”由此可知，精神因素，关系重大。

(四)、药证切合，贵在坚持：岳美中说：“治急性病，要有胆有识，治慢性病，要有方有守。”又说：“治慢性病，除掉先认识疾病的本质，再辨证准确，遣方恰当以外，守方亦算第一要着。”因慢性难治之病，发病缓慢，其药效亦须日积月累，故应坚持守方。先师曾治迁延性肝炎、慢性溃疡性结肠炎各1例，均经省医院住治半年，日益加剧，奄奄一息，分别用归脾汤、益中丸加减变化，守方数月，终于健复。当然，守方的先决条件是辨证正确，若无卓见灼识，盲目守方，未有不败事者。

(五)、博闻多见，勇于探索：古今医籍，汗牛充栋，不但历代医学名著，现代名老经验，以及秘方，单方汇编，是取之不尽的宝库。甚至三坟五典，诸子百家，稗史小说，亦不乏良方，可资借鉴。古今有不少名医，因搜集整理单方，取得效验，治疗奇病顽症，声誉斐然者，足为楷模。徐大椿治一阴茎被创者，群医束手，遍览儒书，得一再长灵根方，50日能生效，果然灵验。本人亦有此体会，如一中风病人，深度昏

迷半月,于《本草纲目》中,得一验方,连用数日而醒。可见广阅群书,博闻多见,是求师救人的必要方法。对于尚无成法、或经验不及的疾病,则应仔细思考,探索病机,不怕风险,征得病家合作下,积极大胆,严密观察,灵活施治,以求成功。先师遇急危难症,因勇于探索,总结经验,吸取教训,不断提高治效者,比比皆是。

第二篇 急症、危重症

高热

体温高于 37.5℃者,称为发热。超过 39℃者,则属高热。西医认为:发热原因是大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢发生障碍引起的。发热又是人体防御的反应。但热度过高,消耗量大,对机体产生不良影响,可以属于危重症范围。高热多属于感染性疾病如麻疹、水痘、猩红热、肠伤寒、急性扁桃体炎、白喉、上呼吸道感染、肺炎、肺脓肿、肺结核、细菌性心内膜炎、菌痢、急性胃肠炎、乙脑、流脑、化脑、流行性出血热、败血症等。亦有少数非感染性疾病,如烧伤、中暑、肿瘤、药物过敏等。

中医认为:发热是正气与邪气搏斗产生的症状。外感内伤,均可发生。临床辨证,首先分清表里部位,如《伤寒论》提出“热在皮肤或在骨髓”和“发于阳、发于阴”;以皮肤属表,骨髓属里;阳属表,阴属里。《温热论》提出“卫气营血”辨证,则卫属表,气营血均属里而有浅深之分。再综合四诊分析,辨明寒热虚实属性。有针对性地采用解表、清里、和解表里,祛湿解暑、泻热、化瘀、消积、温阳、滋阴、补气益血等治法。选用伤寒、温病、杂证诸方,灵活施治。必要时辅以外治法,如烧酒擦浴、冰块等物理降温,则必效更显。

病案举例:

例 1:燥邪犯肺(病毒性感冒)

彭凯、男,1岁8个月,1986年9月16日诊。

患儿起病4天,高热不退入院。肛温 39℃,呼吸、脉搏加快、心肺及三大常规化验,无异常发现,诊断为病毒性感冒。略有干咳,无痰,鼻干口燥,大渴多饮冷水,小便频多,尿色黄而长,大便干燥,神倦乏力,舌苔白干,指纹浮粗色紫。此燥热犯肺。治以辛凉宣透,清肺滋阴,

桑菊饮合白虎汤加减。

桑叶 5 克,杭菊花 5 克,杏仁 6 克,桔梗 5 克,生石膏 12 克,知母 5 克,红参 3 克(另蒸兑)麦冬 10 克,白前 10 克,生甘草 3 克。

水煎服,日 1 剂。

连服 2 剂,热退,体温正常出院。

例 2:寒湿化热(重感冒)

赵桂仔,女,43 岁,农,1985 年 5 月 27 日诊。

10 日前起病。每日下午,恶寒发热。经乡村医生诊治,用西药无效而来诊。

病历 10 日。自 3 日前持续微寒高热不退(腋温 39.5℃),头昏而沉重,汗少,大渴饮水,不思饮食,小便黄热,大便干燥,舌苔薄白少津,脉缓弱。此寒湿化热。治宜解表祛湿,清热扶元。

藿香 10 克,白芷 10 克,羌活 8 克,苍术 10 克,陈皮 6 克,川朴 10 克,葛根 10 克,花粉 10 克,生甘草 3 克,生石膏 10 克,黄柏 10 克,红参 5 克(另蒸兑),法半夏 10 克。水煎服,日 1 剂。

5 月 29 日:服药 2 剂,寒热减轻,仍然头昏而重,大渴饮水,舌苔薄黄而干,脉缓弱。此表邪稍解,里热未除。治以清热透邪。

生石膏 12 克,知母 8 克,生甘草 3 克,苍术 10 克,桂枝 6 克,藿香 10 克,通草 10 克,青蒿草 10 克,红参 5 克(另蒸兑)。

6 月 1 日:服 2 剂,恶寒已除。惟夜间发热,大渴饮水,舌苔淡黄,脉细缓。此气分热甚,将入阴分。治以清气热而透阴邪,人参白虎汤合青蒿鳖甲汤加减。

青蒿草 10 克,鳖甲 10 克,丹皮 10 克,生地 10 克,花粉 10 克,知母 10 克,生石膏 15 克,冬桑叶 10 克,红参 5 克(另蒸兑),生甘草 5 克。

6 月 3 日,服 2 剂,夜热口渴均止。惟精神疲乏,微渴不欲饮,舌苔淡黄而干,脉缓。此余热未净,正气虚衰。治以清热益气生津;竹叶石膏汤加减。

竹叶 10 克,生石膏 12 克,麦冬 10 克,法半夏 10 克,党参 30 克,淮山 10 克,生甘草 3 克。连服 3 剂乃安。

例 3:气分温热(高热待查)

郭桂英,女,52 岁,农,1985 年 10 月 6 日诊。

患者因外伤及脑震荡于 9 月 28 日入院。经补液、镇静、止痛剂处理。次日突然高热(腋温 39.5℃),自汗,心肺(一),血压 13.3/9.3KPA。血象:血红蛋白 120g/L,红细胞 $3.88 \times 10^{12}/L$,白细胞 $5 \times 10^9/L$,中性 70%,淋巴 30%。小便化验:蛋白(一),上皮细胞(++)。大便化验:黄软,蛔虫卵(0-3)。诊断:1、高热待查,2、重感冒。用速效感冒丸、青霉素、氯霉素、红霉素、输液等治疗 8 天无效,遂邀会诊。予银翘散加减 2 剂,腋温上升至 42℃而再诊。

发热微寒(腋温 42℃),自汗,呕吐清水,微咳无痰,不思饮食,小便黄短,大便干少,舌苔白而少津,中心红干,脉细数无力。此热入气分,气虚津少。宜清热止呕,益气生津;竹叶石膏汤加减。

竹叶 10 克,生石膏 20 克,红参 5 克(另蒸兑),麦冬 10 克,法半夏 10 克,生甘草 3 克,柴胡 6 克,黄连 5 克,代赭石 15 克,柿蒂 3 个,枇杷叶 10 克(去毛)。水煎服,日 1 剂。

服 2 剂,热退寒除,腋温 36.7℃,脉细弱。原方出入,再服 2 剂而痊。

例 4:热入血室(亚急性细菌性心内膜炎)

刘某,女,26 岁,农民,1979 年 7 月 18 日诊。

患者产后 8 天,因发热头痛,于 7 月 16 日入院。检查:腋温 39.5℃,呼吸 25 次/分,脉搏 120 次/分,血压 13.3/8KPA,皮肤散发红疹,杵状指,心尖可闻及Ⅲ级收缩期杂音,肺(一)。血象:白细胞 $13.5 \times 10^9/L$,中性 77%,淋巴 23%。小便化验:血尿,蛋白(+),红细胞(++++),白细胞(1-8)。诊断为亚急性细菌性心内膜炎。用青、链霉素、四环素、庆大霉素、物理降温、支持疗法,治疗 2 天后,腋温上升至 40.7℃,谵语,脉搏 100 次/分,心尖部仍有收缩期杂音,脾肋下可及 2