

上海协作区烧伤  
防治研究论文选编

# 目次

|                               |                             |     |
|-------------------------------|-----------------------------|-----|
| (一) 五例严重烧伤的现场抢救及后送工作总结        | · · · · · 济南军区第七野战医院        | 1   |
| (二) 应用祖国医学治疗烧伤的体会             | · · · · · 南京军区烧伤防治研究组       | 4   |
| 大面积烧伤的辨证论治                    | · · · · · 第二军医大学第一附属医院      | 7   |
| 烧伤伤员舌诊意义和机理的初步探讨              | · · · · · 第二军医大学第一附属医院      | 14  |
| 严重烧伤 13 例死亡分析                 | · · · · · 第二军医大学第一附属医院      | 29  |
| (三) 大面积烧伤早期输液的临床分析            | · · · · · 第二军医大学第一附属医院      | 35  |
| 烧伤后输液的实验性研究                   | · · · · · 第二军医大学烧伤输液研究组     | 39  |
| 一、前言                          | · · · · ·                   | 39  |
| 二、烧伤后输液对动物血压、呼吸、脉搏、体温及存活时间的影响 | · · · · ·                   | 42  |
| 三、烧伤后输液对血球比容的影响               | · · · · ·                   | 44  |
| 四、烧伤后输液对尿量及肾脏形态学改变的影响         | · · · · ·                   | 46  |
| 五、烧伤后输液对循环血量的影响               | · · · · ·                   | 51  |
| 六、烧伤后输液对细胞外液量(硫氰酸钠间隙)的影响      | · · · · ·                   | 62  |
| 七、烧伤后输液对血浆蛋白量的影响              | · · · · ·                   | 66  |
| 八、烧伤后输液对血清二氧化碳结合力的影响          | · · · · ·                   | 68  |
| 九、烧伤后输液对血液及尿中钾、钠、氯量的影响        | · · · · ·                   | 69  |
| 十、有关实验性烧伤后输液问题的几点讨论           | · · · · ·                   | 80  |
| 十一、总结                         | · · · · ·                   | 82  |
| (四) 烧伤创面处理的几个问题               | · · · · · 南京军区总医院           | 84  |
| 防止烧伤创面受压的几种方法                 | · · · · · 南京军区第 98 医院       | 87  |
| 二度烧伤包紮疗法初次换药时机的探讨             | · · · · · 第二军医大学第一附属医院      | 90  |
| 局部降温在烧伤初期处理中的应用               | · · · · · 南京军区总医院           | 93  |
| 强化器及红外线在烧伤治疗中的应用              | · · · · · 南京军区烧伤防治研究组       | 97  |
| 紫草油及新万应膏治疗大面积烧伤创面的体会          | · · · · · 济南军区烧伤防治研究组       | 99  |
| 桉叶汁治疗 12 例烫伤及烧伤经介绍            | · · · · · 福州军区 8511 部队卫生营   | 102 |
| 鱼岭素使用于中小面积烧伤创面的初步体会           | · · · · · 福州军区第 92 医院       | 105 |
| 烧伤创面粪产硷杆菌单种感染二例临床观察           | · · · · · 福州军区第 10 野战医院     | 106 |
| (五) 烧伤败血症早期症候与致病菌种关系的探讨       | · · · · · 上海医学科学技术协作区烧伤防治组  | 107 |
| 烧伤败血症防治的几个问题                  | · · · · · 上海医学科学技术协作区烧伤防治组  | 111 |
| 烧伤病房消毒隔离的体会                   | · · · · · 第二军医大学第一附属医院      | 114 |
| 烧伤病房通风换气的体会                   | · · · · · 南京军区总医院           | 120 |
| 百花卫生香室内空气消毒的初步报告              | · · · · · 福州军区总医院           | 123 |
| 烧伤病房绿脓杆菌来源及传染途径的初步调查          | · · · · · 第二军医大学军医系 1958 年級 |     |
| 科研小组                          | · · · · ·                   | 126 |
| 严重烧伤继发播散性白色念珠菌病四例临床分析         | · · · · · 第二军医大学第一附属医院      | 128 |

|                            |                 |     |
|----------------------------|-----------------|-----|
| 燒傷后併發白色念珠菌病的實驗研究           | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 131 |
| 一、白色念珠菌病早期診斷的實驗研究          |                 | 131 |
| 二、幾種抗菌素對白色念珠菌生長的影响         |                 | 135 |
| 三、幾種抗霉菌藥物的療效研究             |                 | 139 |
| 燒傷創面霉菌感染和防治措施初步体会          | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 143 |
| (六) 同種異體皮生長與血統血型關係的臨床觀察    | 濟南軍區第 91 醫院     | 146 |
| 三度燒傷皮膚移植的幾個問題              | 第二軍醫大學第二及第一附屬醫院 | 147 |
| 皮管成形術及應用皮管植皮修復外傷性組織缺損      | 第二軍醫大學第二附屬醫院    | 151 |
| 腋窩部燒傷性疤痕攣縮的治療              | 第二軍醫大學第一及第二附屬醫院 | 163 |
| 頸部燒傷性疤痕攣縮的整復               | 第二軍醫大學第二附屬醫院    | 167 |
| (七) 眼部化學燒傷                 | 廣州軍區第 163 醫院    | 171 |
| 磷燒傷治療的初步体会                 | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 173 |
| 二氯苯砷損傷的臨床分析                | 廣州軍區第 163 醫院    | 178 |
| (八) 呼吸道燒傷及肺部併發症 (附 14 例分析) | 濟南軍區燒傷防治研究組     | 183 |
| 44 例大面積燒傷傷員的心脏變化           | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 187 |
| 大面積燒傷低血鉀症 30 例臨床分析         | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 191 |
| 燒傷氮質血症的臨床意义                | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 196 |
| 大面積燒傷營養治療初步体会              | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 205 |
| 燙傷敗血症引起嚴重多尿一例報告            | 濟南軍區第 88 醫院     | 210 |
| 白血球混懸液治療燒傷后白血球減少症一例報告      | 濟南軍區第 11 野戰醫院   | 213 |
| (九) 嚴重燒傷傷員精神護理的幾點体会        | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 214 |
| 燒傷護理簡化與提高質量問題的商榷           | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 218 |
| 怎樣解決大面積燒傷傷員醫療護理與休息的矛盾      | 濟南軍區總醫院         | 222 |
| (十) 用微量末梢血液作血型交叉試驗         | 廣州軍區第 157 醫院    | 224 |
| 細菌快速診斷的兩點改進                | 廣州軍區總醫院         | 225 |
| 綠膿桿菌凝集原性的初步觀察              | 廣州軍區總醫院         | 227 |
| 細菌含量與孵育時間對抗菌素敏感測定的影响       | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 229 |
| 抗菌素紙片製備方法的改進               | 第二軍醫大學第一附屬醫院    | 233 |

# 五例严重烧伤的现场抢救及后送工作总结

济南军区第七野战医院

## 概 况

(一) 烧伤原因: 1960年4月6日13点40分, 某部采矿队于某地将40立方米左右之民房作为临时仓库, 内储100余公斤黄黑土炸药, 被吸剩之烟头引起着火爆炸, 火势凶猛, 4名战士及一名儿童被烧伤。5例都有头颈、呼吸道及双手烧伤。烧伤情况见表1。

(二) 现场抢救: 起火后例1、2于8—10分钟内自己爬出火场, 棉衣已全部烧光, 但有部分内衣仍在燃烧, 被他人以手扑灭; 例3为一小儿, 烧伤后昏迷将近20分钟始被他人救出, 救出时上半身衣服已全部烧光, 裤子仍在着火, 被他人以棉衣复盖灭火后脱下; 例4第一次逃出火场伤势甚轻, 为抢救小儿二次重入火场以致烧伤加重; 例5于起火后5分钟跑离火场, 例4、5跑出火场时衣服仍在燃烧, 虽被居民泼水灭火, 但并未脱去衣服。五例伤员于

脱离火场后分别安置于民房内, 仅予以少量开水, 并以普通棉被复盖, 未加其他保暖。半小时后当地医生给予简单的头面及双手包扎(该部之卫生员因去工地未参加抢救)。此时该部始电话报告距现场45公里之卫生营, 卫生营于16时30分派外科所长及军医到达现场, 未进行止痛、镇静及急救处理, 即分类后送。

(三) 伤员后送情况: 卫生营军医到达现场后, 一方面用救护车组织后送, 一方面用电话通知我院, 并要求派车营救, 但对伤情则交待不详。我院于接到通知后10分钟内派军医一人护士二人携血浆、生理盐水、消毒敷料及急救药物等乘车赶到现场, 到达之前, 例1、2、3、5已共乘一救护车送往医院。我院军医随将例4以无菌包单包裹, 注射吗啡后护送回院。卫生营与医院汽车分别于17时50分及18时50分抵达医院。运送途中乘卫生营救护车之四名伤员, 因卧位头向汽车前进方向, 加之

表1 五例伤员烧伤情况简表

| 病 例 号   | 例 1          | 例 2          | 例 3               | 例 4                       | 例 5                       |
|---------|--------------|--------------|-------------------|---------------------------|---------------------------|
| 总 面 积   | 99%          | 72%          | 46%               | 32%                       | 76%                       |
| 三 度 面 积 | 90%          | 37%          | 36%               | 6%                        | 3%                        |
| 逗留火场时间  | 8—10 分钟      | 8—10 分钟      | 20 分钟             | 即逃出, 复回火场                 | 5 分钟                      |
| 出火场时情况  | 棉衣烧光, 只剩部份内衣 | 棉衣烧光, 只剩部份内衣 | 上身衣服烧光<br>裤子正着火   | 衣服正在燃烧                    | 衣服正在燃烧                    |
| 扑灭火焰方法  | 被人扑灭         | 被人扑灭         | 用棉衣盖灭             | 未脱衣服, 被井水浇灭               | 未脱衣服, 被井水浇灭               |
| 初 步 处 理 | 安置民房内        | 棉被复盖<br>少量饮水 | 半小时内手面<br>简单包扎    | 未行止痛急救<br>即被后送<br>(伤后四小时) | 未行止痛急救<br>即被后送<br>(伤后四小时) |
| 后送途中情况  | 两次窒息<br>严重休克 | 呼吸困难<br>严重休克 | 呼吸困难, 呕吐,<br>严重休克 |                           |                           |

乘員过多，致例1窒息两次，例3呕吐两次。  
 例1于入院时呼吸心跳均已停止，急救无效死亡；例3于入院后一小时半死于休克及窒息；  
 例2入院时即处于严重休克状态，血压 76/60 毫米汞柱；例4 血压 90/50 毫米汞柱，煩躁不安；例5 血压 156/102 毫米汞柱，亦有煩躁不安等情况。

### 經驗与教訓

烧伤的发生是一种突然事件，及时的搶救，妥善适时的后送，对预后具有决定性意义。根据上述現場搶救和后送情况，可看出如下几个問題：

(一) 現場搶救与情报工作：烧伤的严重程度决定于致伤原因及热原作用時間之长短，此次烧伤发生后 15 分鐘左右伤員方全部脱离火場，显然時間是长了一些。其原因恐与部队平时对广大官兵缺乏灭火互救知識的教育有关，一旦遇險，手足无措。急救处理对休克的防治极关重要，而这批伤員竟有四小时之久，未得到一般急救处理，无疑会促使伤員的休克和伤情更趋严重与复杂。此外，在出事 30 分鐘后方通知卫生营，看来也是迟緩的。

(二) 烧伤发生后，搶救工作应爭分夺秒。卫生营在接报告后，应根据具体情况立即通知医院协同搶救，而卫生营到达現場后才通知医院，致延誤了两小时另廿分鐘，这对搶救工作来说是莫大的損失。在急救处理方面也欠妥当，仅作了分类后送，但对严重的休克（例1，2，3）和呼吸困难未采取有效措施，这与卫生营准备工作不够完善，不无关系。

(三) 正确掌握后送时机和适当运用交通工具，对烧伤伤員的安危极关重要。我們认为在此次后送工作中有以下几个問題：

1. 后送时机：对已有休克、呼吸道烧伤并出现呼吸困难者，未作处理即行后送是不够正确的。例1于后送途中两次窒息，例3于途中呕吐引起吸入性窒息，例1，2，3 休克程度更形加深，是有力的証明。

2. 运输工具容体积小，伤員多，必然影响救护工作的进行。一辆救护车运送四名严重伤員，虽有軍医护送，因不能展开工作，仍无济于事。如例1两次窒息，軍医虽已发现，但无法进行搶救。同时車内人多，空气恶浊，对休克及呼吸道烧伤患者更为不利。

3. 汽車运行顛簸动荡，无固定担架設備，对已衰弱的心脏是一大負担，此次后送中伤員头向汽車前进方向，当汽車开动后，必因离心作用使伤員脑部缺血而加重休克。

(四) 一切为了伤員的观念不强。如現場距卫生营 45 公里，而距我院 37.5 公里，交通条件相同，卫生营接通知后，应该一面派員出发搶救，一面通知医院协作，部队与医院同时出动将对病員更为有利，而卫生营到达現場后才通知医院，致使搶救有利时机等閑消失。

(五) 随时作好思想准备是做好烧伤病員搶救工作的关键問題。此次事故发生后，伤員未能得到更好的搶救和妥善处理，物資技术条件不是主要的，主要的是缺乏思想准备。在組織后送过程中，极简单的预防休克措施，如止痛剂、鎮靜剂和气管切开都未进行，这充分說明了缺乏思想准备，一旦发生事故則束手无策。

(六) 通过此一事件的发生，可以看出工地倉庫对防火保安制度的貫徹重視不够，尤其对分散的临时倉庫管理更差，存有火藥的倉庫，而允許随便吸烟和儿童进入玩耍，防保制度的松弛可見一斑。同时对广大官兵进行失火后自救互救知識教育亦是不足的。

### 今后貫徹阶梯治疗的意見

(一) 鑑于烧伤在今后战伤中将占有重要位置，故从加强战备观念出发，应对全体指战員普及战伤自救互救教育，特別对烧伤更应重視。在平时应加强行政管理，严防火災，特別对分散的临时倉庫，防火保安工作更不可忽視。

(二) 加强現場搶救与情报工作，烧伤发生后，所在单位首长及卫生人員应迅速組織搶

救，使伤员尽快脱离火场，并迅速脱去被烧的衣服，以免热力向深部组织渗透增加伤势。同时应迅速报告距现场最近的卫生部门或医疗单位，在报告时应将伤员数目及受伤情况详细说明，以便作好抢救准备工作。为争取救治时间，可不待取得上级卫生单位的同意，即直接转送医院，待伤员转送后详细报告上级。在组织后送过程中，必须利用一切可能的条件进行休克预防及创面包紮，饮以适量盐水，保暖，以清洁被单包裹等。

(三) 抢救烧伤可按全军烧伤防治研究方案(草案)之规定灵活执行。接到烧伤通知后，应立即派出抢救小组携带烧伤抢救箱，用最快的交通工具，赶到现场抢救。在抢救中要贯彻以“伤员在那里，医生到那里”的思想，重视现场抢救，绝不能等待伤员上门，特别是对伤情严重的伤员，以争取有利的抢救时机，防止因不适当后送造成恶果。

(四) 各级卫生部门，密切配合组成烧伤防治网，做好经常性的思想准备与物资准备。医院及卫生营应设有烧伤抢救小组，并作到定人员、定物资，平时注意学习烧伤抢救知识，经常研究改进烧伤抢救办法，必要时可定期组

织抢救演习，普及抢救技术训练。考虑以医疗体系为单位，吸收地方协作单位开办训练班，亦属必要。

在物资准备方面，卫生连、营、医院均应设有一定数量烧伤急救箱，每箱内应有现场抢救所需要的体敷料、血浆或其他代用品、生理盐水、乳酸钠注射液、烧伤饮料、强心镇静剂、止痛剂及抗菌素、急救器械(包括气管切开、静脉切开器械、输血包、输液包、简易氧气筒、消毒被单等)，在接到通知后，估计伤员的多少、路途的远近，带去一定数量烧伤敷料、镇痛剂、强心剂、烧伤片和必要的器械。

(五) 设法改进现有救护车辆，减少转运途中的严重颠簸，适于输液给氧，并最好适于车上进行早期创面处理。按目前各驻军医院的现有车辆，予以适当的加配数量，调整车辆编制，以应急需。

(六) 必须强调有休克伤员应尽量在现场抢救，待休克被基本控制后始可后送。如在休克期必须后送时，需保持1—2处通畅的静脉输液径路。运送工具以选用震盪最小者为理想。有呼吸道烧伤者，后送时应保持呼吸道通畅，必要时行气管切开后方可后送。

# 应用祖国医学治疗烧伤的体会

南京军区烧伤防治研究组

(南京军区总医院 第98医院)

祖国医学对治疗烧伤有着丰富的经验。近年来,在党的中医政策光辉照耀下,祖国医学已成为治疗烧伤的综合措施中不可缺少的一部分,并已显示出它的优越效果。1960年以来,南京军区总医院与98医院贯彻“边学边用”的方针,应用中药内服或外用对烧伤病员进行了综合治疗。现根据31例严重烧伤病员按辨证论治的精神,给予中药内服治疗的情况与效果,提出一些粗浅的体会。

## 一、一般概况

(一) 选择中药内服的病例主要是:

1. 严重烧伤。
2. 有败血症或严重感染的病例。

(二) 中药内服系按辨证论治规律进行的,从伤后1—2日胃肠道功能恢复开始,至病情稳定为止,最短者仅服用3天,最长者达

40天以上。

(三) 31例中成人22例,幼儿9例,年龄最大者为59岁,最小者仅7个月。烧伤面积与深度,发生败血症与死亡的例数如表1。

## 二、辨证与治疗法则

中医学对烧伤治疗的总法则是“清热解毒,养阴扶正”。是从排除侵入机体的热毒,与调整机体功能,增强抗力同时着手。在方法上特别着重在:

- (1) 通利二便,使毒邪得以排泄。
- (2) 防止热毒内陷,以免产生神昏迷糊的现象。
- (3) 防止热毒内伤脏腑,注意维护正气与阴液。

因而,在整个治疗过程中,始终贯穿着这一总治疗法则与这三个注意点。但由于烧伤病

表1 烧伤31例的烧伤面积与深度,发生败血症与死亡例数

| 烧伤面积             |        | 20%以下 | 21-30% | 31-40% | 41-50% | 51-60% | 61-70% | 71-80% | 81-90% | 91-100% | 总计 |
|------------------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|----|
| 无三度<br>败血症<br>死亡 |        | 6     | 2      | 1      | 2      | 1      | 2      | 2      | 1      |         | 17 |
|                  |        | 1     |        |        | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      |         | 6  |
|                  |        |       |        |        |        |        |        |        |        |         | 0  |
| 三度<br>面积         | <10%   | 3     |        |        | 1      |        |        | 1      |        |         | 5  |
|                  | 11-20% |       |        |        | 1      |        |        |        |        |         | 1  |
|                  | 21-30% |       | 2      | 1      |        |        |        |        |        |         | 3  |
|                  | 31-40% |       |        | 1      |        | 1      |        |        |        |         | 2  |
|                  | 41-50% |       |        |        | 1      |        |        |        |        | 1       | 2  |
|                  | 51-60% |       |        |        |        |        |        | 1      |        |         | 1  |
| 小计               |        | 3     | 2      | 2      | 3      | 1      |        | 2      |        | 1       | 14 |
| 败血症<br>死亡        |        | 1     |        | 2      | 2      | 1      |        | 1      |        | 1       | 8  |
|                  |        |       |        |        | 1      | 1      |        |        |        | 1       | 3  |

情的发展,在各个阶段有其重点,根据文献报导与我們治疗的情况,对烧伤的辨証与治疗法则一般可分为三个阶段,这三个阶段虽然可以与烧伤初期、感染期、与康复期相当,但由于中医的治疗需按辨証論治規律进行,两者并不能完全一致。如敗血症由于体征輕重不同,有的按第一阶段的治疗法则进行,有的則按第二阶段的治疗法则进行。

现将三个阶段的辨証与治疗法则試加討論:

(一)第一阶段:是烧伤的初期,或者面积較小,程度較淺,还没有发生严重的感染,在全身症状上表現有发热,呼吸急促,口渴,小便短赤,但神智清楚。舌质紅,苔白或黄白兼杂,脈浮数。这說明火毒尚不盛,还未深入。热毒属温邪,按温病的“卫气营血”分証,这一阶段的証候表現是气分或气营之間。也就是机体受損的程度尚輕。

治疗法则:清热解毒为主,顧及养阴。

常用方剂举例:

銀花甘草湯、黃連解毒湯、白虎湯等。

在这一阶段,可以有小便不多,腹部胀气,便秘的現象出現。按“通利二便”的注意点,应加入一些利尿、軟坚或行气的藥物。

从治疗法则与所用方剂組成看来,主要作用是調整机体功能,減少烧伤对机体的損害,对控制感染与調整一些脏器等如胃腸道及肾脏的功能有一定作用。

(二)第二阶段:是烧伤治疗中最紧要的阶段,創面感染已明显,甚至有敗血症,或者影响內脏而有併发症出現。全身症状可以有高热不退,寒战,煩燥,口渴,或有神昏,謔語,舌质紅絳,无苔,或者黄燥,灰黄,甚或干黑起芒刺。这說明火热侵入营血,并且伤阴,机体已受到較重的損害。

治疗法则:清热解毒、养阴凉血。

常用方剂举例:

清营湯、增液湯、犀角地黄湯等。在神昏謔語时,可加安宮牛黃丸,紫雪丹,至宝丹

等(因犀角价昂,一般不用犀角地黄湯)。

这一阶段变化最多,除上述一般常有症状外,且常有尿血、尿閉、胃腸道出血等現象,可按辨証論治的精神,給予分利、涼血、止血等藥物。同时,在这一阶段,是邪正斗争最剧烈的阶段,正气損耗較多,治疗上应多注意养阴扶正。

敗血症多属于这一阶段,但亦可属于第一阶段,在本組 14 例敗血症中,仅四例的証候是属于第一阶段,治疗上也仍按各阶段的法则进行。

(三)第三阶段:是烧伤的后期,創面尚未完全愈合,但感染已基本控制,由于時間上較长,营养上显有不足。全身症状表現有食慾不振、消瘦、疲乏,常有低燒、創面生长迟緩等病后正气未复的症象。舌质紅或淡白,尖洁无苔或少苔,脈濡或細数。

治疗法则:养阴,除伏热,补养为主。

常用方剂举例:

清蒿別甲湯、八珍湯、四君子或六君子湯等。

这一阶段是病員康复阶段,治疗的目的是加强机体的修复能力。

在祖国医学中,很着重根据不同的病員、不同的証候而給予不同的治疗。这里的分阶段也只是根据烧伤病員病情的发展情况来試图寻找他們的共同点,辨証的規律性。不应该也不可能对每一病員給予同一的治疗。由于烧伤面积的大小、程度的深淺、感染的輕重、病員体质的强弱等因素的影响,每一阶段時間的长短可以不同,三个阶段也不完全依次出現。病情較重者,三个阶段都可出現。

这三个阶段的辨証与治疗法则是按一般病程来划分的。各个阶段的治疗法则是一样,但由于有其它的症状及併发症的出現,如肺炎而有喘咳,尚須按辨証的規律增減藥物。

### 三、体 会

(一)在祖国医学的理論体系中,非常重視

从整体去認識疾病，对燒伤亦然。认为燒伤是意外损伤，属不内外因，热毒对机体的损害不单是侵及体表的組織，亦伤及內脏。清代洞天奥旨一书中曾記載“滾湯燙伤，輕的害在皮肤，重的害在肌肉，更重的害在脏腑”。在体表可以引起肌肤腐爛化脓成疮。在里，可侵及內脏，也可灼耗津液，伤及营血，耗損营阴。日久，人体正气亦受損耗而形成气阴两伤，終于正不敌邪而导致不良后果。这种認識从临床观察中已得到証实，与西医学理論体系的認識也是相一致的。因而，在这同一認識基础上，采用綜合治疗，疗效当更为理想。所以，在治疗中除采用一般的常規治疗如輸液、抗菌素、維生素等之外，給予中藥內服以調整机体功能以解除症状，加速病員的康复是完全必要的。

(二)中藥湯剂的藥物組成是以当时出現的証候羣来推断机体受損的程度与受損的脏腑。我們体会到它的作用是通过調整机体功能与加强修复能力来达到消除症状的目的。因而，在敗血症的防治上，中藥中的湯剂与藥物就不能單純的看待是有制菌、退热作用。不能单从實驗室的細菌抑制試驗来看中藥的效果。还必须認識到它有調整机体的功能，从而加强抗感染的能力。在祖国医学中，治疗燒伤时很強調注意“扶正”，这也就是从加强抗体的抗感染能力着手，是抗感染和治愈敗血症的根本办法，再加上抑制細菌的藥物，其效果当然較單純依靠藥物来达到抗感染的目的为好。严重燒伤对机体有較大的損害，气阴具有损伤，創面存留的时间愈长，损伤愈大。大面积三度伤員在后期气阴受損的情况是严重的，故当有敗血症或严重感染产生常不易控制。因而，在这些严重燒伤的治疗中，不但要注意清热解毒，还必须着重气阴的补益，調整机体的抗病力量。在本組較严重的病例都应用了这一原則，时刻注意气阴的受損程度，給予适时的补益，从临床的观察中一些严重的病例在綜合治疗下得到了較順利的康复，一例燒伤总面积 72%，三度 59%的病員，应用这一原則，及早的給予补益气阴，

虽病程达三月之长，气阴严重損耗的症状未曾出現，亦未发生过敗血症，創面愈合的情况亦很好。

(三)在严重热伤的后期，病員易出現有血浆蛋白減低、貧血等現象。应用中藥补益气血，配合輸血，补充培养，能加速营养状况的改善。另一燒伤面积 75%的病員，在病程中曾发生二次敗血症，併有肺炎、中毒性脑炎，創面感染严重，經局部創面处理后，創面生长不良，消瘦，舌质淡白，少苔，經口服与靜脉补充营养，效果不显。应用中藥后一般状况迅速好轉，創面亦随之改善，上皮生长。对植皮后的創面与边缘皮肤的生长也有促进作用。因此，后期应用中藥来促进病員的康复是有利的。

(四)燒伤病員所出現的某些症状，如腹胀、便血、后期的低热等等，应用中藥后能得到迅速的控制。而另一些症状如敗血症的症状，抗菌素能較快的加以控制，中藥則起着調整机体功能增强抗力的作用。因此，进一步探索治疗中的一些規律，针对各个阶段的特点，来充分发挥这二种治疗的效能，加速病員的康复，是十分必要的。

#### 四、小 結

(一)本文簡述了应用中藥內服治疗 31 例燒伤病員的情况及辨証治疗法則。

(二)从临床应用体会到祖国医学是从整体去認識燒伤这一疾病，治疗是以調整机体功能为主的。

(三)中藥內服能增强机体的抗力，配合抑制細菌藥物的应用，为防治感染提供有利条件。在严重燒伤，应及早注意气阴的补益。

(四)在燒伤后期，中藥內服能促进病員的康复。

(五)进一步探索燒伤治疗中中西医結合治疗的規律，是十分必要的。

黎介寿執筆

# 大面积烧伤的辨证论治

## 第二军医大学第一附属医院

祖国医学对烧伤的治疗曾积累了丰富的经验，但对大面积严重烧伤的治疗，限于历史条件，文献资料不多。近年来由于遵循党的中医政策，中医中药治疗已成为我国治疗严重烧伤的综合措施中不可缺少的一部分，并已显示出它的优越性。1960年我校在中西医结合治疗大面积严重烧伤的工作方面取得了一些成绩，但由于缺乏经验，资料记录不全，尚难作出全面分析，现仅就25例运用辨证论治法则进行中药内服治疗的情况，提出初步报告。

### 病例概况

本组25例均系于1960年间收容于本校第一及第二附属医院的住院病人，其中成人20例，儿童5例；年龄最小15个月，最大50岁。烧伤总面积均在20%以上或三度面积超过10%，各例概况见表1。一般均系由于病情严重或并发败血症而邀请中医协同治疗。服中药时间最早在入院后第二天开始，最晚在第11天，服药帖数最少二帖，最多80余帖。烧伤面积40%以上的20例，通过中西医结合治疗，9例全愈，特别在救治一名烧伤面积86%的錢××时，由于中西医密切配合，仅住院51天即全愈出院，使我们对中西医结合治疗的信心得到很大鼓舞。

### 辨证论治

严重烧伤是由于火热之邪损伤机体所造成的复杂病症，临床表现与温热病相类似。本组均按温热病的辨证法则进行治疗。通过短时期的摸索，根据邪正交争，阴阳消长的情况，初步认为可将休克期后的病程划为初、中、后三个阶段，初期表现多属阳亢，中期多属阴虚阳亢，后期多见阴阳气血亏损。分三个阶段的目的便于临床观察，在运用中医中药治疗时，

则必须坚持辨证论治原则。

### 一、初期

多见发热恶寒，口渴引饮，尿短赤，甚则烦躁不安，心悸气急，舌质红，苔白或薄黄腻，脉浮数或洪数，辨证属于热盛阳亢，邪在阳明气分；本组仅见6例。此外初期也可发生神昏谵语，舌质红绛，苔黄燥而干，脉弦数等邪入营分和热毒传心之证。本组见4例早期入营，西医诊断均为败血症，血培养二例为绿脓杆菌，二例为金黄色葡萄球菌，其中一例（例二）经併用中药清营汤加减而控制，其他三例（例16、21、24），烧伤面积极大，三度面积较广，病情严重，未能挽救。可见初期热毒传心，死亡率较高，故应注意。初期辨证主要辨气辨营，而卫分证候极为罕见。治疗上重在祛邪，故以清热解毒为主，养阴生津为辅，但亦应从具体病情出发，如见气虚之象，必及时佐以益气扶正之品。病在气分者可选用银花甘草汤或合黄连解毒汤，如热重、脉洪，采用三黄石膏汤加减，效果亦好；重症热毒传心，应选用清营汤或犀角地黄汤加减，并加用紫雪丹或安宫牛黄丸等清心开窍之剂。

### 病案举例：

例一，楊××（例7），女性，3岁，1960年6月26日因胸部及上肢被火焰烧伤入院，总面积40%（三度10%）。经一般处理后，创面严重感染，体温逐渐上升，最高达40℃，脉搏160次/分，白血球计数16800/立方毫米，先单用青霉素、链霉素、多粘菌素、氯霉素等抗菌素治疗，热势不退。入院第六天起中西医结合治疗，中医辨证根据当时壮热寒战，神志尚清，气促惊惕，烦躁不安，舌质红绛，苔薄

黃，脈細數，診斷為火毒燔熾，且有內傳心包之勢，故予清營湯加減。處方：鮮生地、京赤芍、鮮石斛、粉丹皮、淨銀花、連翹帶心、上川連、大青葉、紫地丁、甘中黃。另紫雪丹每四小時吞服二分。服二帖後，熱退未清，原方出入，加用靜脈注射紫雪丹。又三帖，患兒氣促不勻改善，但舌仍絳，脈仍數而細，辨証為邪戀上焦，故予養陰生津清熱宣肺法。處方：鮮生地、鮮石斛、焦山梔、南沙參、前胡、杏仁、桑皮、苦桔梗、炒遠志、連翹殼、赤苓、淡竹葉。三帖後熱勢漸退，再二帖熱退清。

例二：陸××（例4），女，34歲，於1960年5月8日因被沸粥燙傷軀干下肢及會陰部入院，燒傷總面積22%（三度7%），入院第四天體溫上升至39.5°C，創面感染，血培養菌產陰桿菌陽性，白血球計數不高，除給予青霉素、鏈霉素外，中醫根據發熱、煩渴、便秘、尿短赤、舌質紅、苔干黃、脈洪數等，辨証為熱盛陽亢，邪在氣分，仿三黃石膏湯法大清氣熱。處方：生石膏打，川連、黃芩、元參、麥冬、知母、鮮生地、芦根去節、生甘草。服二天后體溫正常，唯舌膩納減，脈小數，再予前方出入：加二陳、去半夏、入藿梗，清余邪而化濕濁，三帖後苔化病瘥。

## 二、中 期

此期邪正交爭最劇，病程較長，變化亦多，併發毒血症及敗血症亦多在此期，一般表現熱盛陽亢，也有因津液被灼而成陰虛陽亢之証，如壯熱不退或寒熱起伏，口渴煩躁，夜眠不安，神志渾蒙，唇焦齒燥，甚則神昏譫妄，精神失常，夢驚幻覺，舌質紅絳少液，苔干黃，或起芒刺，也有見焦苔，脈多洪數；重者可見目赤直視，四肢抽搐，紅疹滿佈等証候。此為入營入血之症，中期極多，本組有16例（其中2例見血分証候），凡見營血証候，預後未可樂觀，本組8例死亡，均屬敗血症。此期辨証主要在辨邪正進退，氣陰損耗之情況。一般均見邪盛正衰，熱盛陰傷之局，故祛邪扶正应予

兼顧，採用清營育陰，涼血解毒之法，選用清營湯或犀角地黃湯加減。如病邪仍留戀氣分，可仿早期氣分証候之治法，但必須注意扶植正氣，酌情攝入參芪之屬，如氣陽已虛，則更可在陰藥之中加入別直參、附子等溫陽益氣之品。

病案舉例：

徐××（例12），男性，33歲，於1960年6月16日因煤氣鍋爆炸而被燒傷頭部，四肢及會陰等處，總面積55%（三度10%），並有呼吸道燒傷，曾行氣管切開手術，入院後採取暴露療法，于燒傷第十天併發綠膿桿菌敗血症，除用抗菌素外，中醫根據壯熱（40°C），皮膚紅斑，筋惕肉瞤，精神淡漠，舌光絳無苔，脈弦數，辨証為熱毒入營，先予黑膏湯加味二劑，未見效果，改用犀角地黃湯加味，并隨証出入，共服五帖熱勢漸退，敗血症基本控制，病情轉穩。

## 三、后 期

相當于修復期，創面已愈或遺留極少，一般表現氣血虧損之象，如食欲減退，神疲倦怠，夜眠不安，或有低熱，腹脹便澀，脈細數乏力，舌淡胖，苔薄白，或舌光紅無苔，且可見口糜。辨証主要在于辨別正虛之偏陰偏陽或偏氣偏血，治療上可按溫熱病后期調理法處理，总的原則以扶養正氣，調補氣血為主，并輔以健脾消導之品。採用八珍湯或保元湯加減以善其后。但也有創面尚未完全愈合，而患者正氣已虛；須防外邪乘虛而入；更有余毒未清，須防其东山再起，正如叶天士所謂“炉烟虽熄，須防灰中有火”之意。本組有3例在傷后30天左右病情發生亟變，由于此時正氣已衰，抗邪無力，故多難以挽救。其中二例属于余毒未清，一為霉菌復燃（例5），一為毒血症再起（例15）；另一例（例13）則屬外邪乘虛侵入，引起第二次敗血症（綠膿桿菌）；以上三例虽經全力搶救，但均未獲效果而死亡，此為血的教訓，應以為戒。故當收功在望，病快全愈之際，尤當謹慎勿懈。

病案举例：

黄××，男，49岁（例5），于1960年10月22日清晨因被沸粥烫伤头面颈及二上肢入院，烧伤总面积25%（深二度），扩创后，头面颈暴露，二上肢包紮，第二天开始中西结合治疗，中医按辨证用清热解毒和养阴生津之法，第十天起加入健脾扶正之药，西医用青霉素、链霉素、氯霉素等抗菌素，初期及中期经过良好，病情平稳，伤后第25天起病情变化，体温又升，精神萎靡嗜眠，呼吸急促，偶有呃逆，前胸见枯痞，舌干红起刺，苔黄，跗阳脉弦数，白血球11200/立方毫米，中性91%，血糖280毫克%，尿培养发现念珠菌。中医按正气虚衰，热毒内陷治疗，西医按败血症及糖尿病处理，经积极抢救，病情未见好转，于第33天阴阳离失，全身衰竭而牺牲。

此外，由于热毒内传，损害脏腑而出现某些特殊症候，我们仿内科杂病的辨证规律，进行治疗，取得一定效果。现择其主要者分述于下。

### 一、夹湿证

大面积严重烧伤，由于火毒强盛，伤阴之极，多半趋向化热化燥，但也有少数病例（例11，23）出现夹湿之证，如头胀胸闷，低热不渴，或渴不欲饮，大便溏薄，纳呆食减，舌苔白腻或淡黄腻，脉濡数等。本组二例采用清热化湿和胃之法治疗，获得良好效果。夹湿之证有人认为是一种湿化类型，与烧伤部位有关，所谓太阴多湿化，阳明多燥化；有谓与烧伤原因有关，水烫多湿化，火伤多燥化。本组二例均属水烫（硷液与水汽）的二度烧伤为主，部位均较广泛，患者均有胃病之既往史，而本组另三例（例1、3、5）水烫面积虽小，但均为三度或深二度创面，其中无一例出现所谓湿化之证，因此我们初步认为严重烧伤的基本变化是化热化燥，而湿化之证只是一种夹湿的兼证，其出现可能与烧伤深浅有关，与机体的原有健康情况如脾胃宿疾可能也有关系，但本组

只见2例，只能是一种推测而已。

病案举例：

钱××（例23），男，41岁，于1960年9月6日下午4时被水汽广泛烧伤，总面积达93%（二度86%，一度7%），患者原有多年的胃病史，入院后按常规处理，采用暴露疗法，自次日开始中西结合治疗，初诊按身热形寒，面脸浮肿，腹胀溲少，手足欠温，眼白微黄，舌苔白腻，脉濡数等，辨证为湿热内蕴，气机不畅，拟清热和胃化湿法，处方：净银花、连翘壳、川连、黄芩、鲜石斛、九孔子、茅朮、茵陈、郁金、陈皮、太子参。服二帖后，腹胀改善，食欲佳，随证加减，续服三帖，病情平稳，至伤后12天，腑行溏薄，苔黄腻、质红，脉弦数，辨证为湿热未清，再拟清热化湿法，并佐扶正建中。处方：移山参、野于朮、银柴胡、条芩炭、山查炭、川朴、川贝、焦谷麦芽、焦荷蒂、银花炭、上川连。四帖后病情良好，创面渐愈，原方损益加甘露消毒丹包二钱，再服四剂，以后食欲良好，唯食后腹胀，予健脾化湿消导法调治，体力迅速恢复，住院51天全愈出院。

### 二、多尿症

此症多发生在后期，因热盛灼阴，阴伤过甚，肾阳必衰，而致作强无能，下元乏于收摄，乃成多尿。现代医学对其发生机制，一般认为是综合性因素所致，可能与肾小管功能不全，神经内分泌系统的障碍，使垂体抗利尿素或肾上腺醛固酮的分泌减少，以及与烧伤后糖尿病，电解质平衡失调（血浆钠氮过低症）等有关。这与祖国医学认为多尿症与命门火衰，肾阳式微的概念颇为接近，值得进一步研究。本组2例（例5及12）均在中后期发生，一例伴有糖尿病及霉菌感染，另一发生在败血症和药物过敏反应以后，多尿症状常同时伴有形神不振，消瘦乏力，舌淡红而胖，苔薄白，脉多虚软而细，治疗应以温肾固摄为主，本组2例采用加味缩泉丸取得较好效果，但另一例（例

5) 因霉菌感染复燃与糖尿病未得控制而恶化死亡。

#### 病案举例:

徐××(例 12), 于伤后 28 天出現多尿症, 每日排尿 6000—7000 毫升, 伴有口干欲飲, 神疲納減, 脈虛数, 舌質紅而乏液。中医辨証屬命火不足, 下元虛弱, 失于固攝。治以溫腎益氣養陰法, 縮泉丸加味。处方: 縮泉丸、菟絲子、复盆子、蚕茧、淮山藥、焦白朮、移山参、鮮石斛、鮮生地、白归身、川貝。三帖后尿量漸減, 原方損益, 加入杜仲、补骨脂等, 連服十余剂后, 每日尿量減至 2000 毫升以下而停服中藥。但一週后尿量又增, 較前更甚, 每日排尿量最长达 9030 毫升。再仿前法, 續服十余剂后, 尿量漸減接近正常。

### 三、口 糜

本組有五例(例5、10、12、15、22)在后期出現口糜, 其中二例治愈(例 10、12), 三例死亡, 說明此症对預后有关。此五例均兼有食慾減退, 或伴洩瀉, 脈多濡数无力, 舌絳少津, 故屬胃陰大伤。治疗以养胃扶正为主, 可选用益胃湯加減, 局部用錫类散合冰硼散噴射。如夾濕浊者, 則舌質紅而苔膩, 治疗应标本兼顧。此外飲食营养亦甚重要, 当予清养之品, 勿使油膩太过, 而影响脾胃运化之功能, 古人謂: “飲食自倍, 胃腸乃伤, 不生精微而生湿浊, 上薰肺胃, 乃成口糜”。按現代医学理論認為口糜之形成与机体衰弱、霉菌感染的关系极为密切, 故如能及时發現, 采用中西結合的方法治疗, 可以防止其发展, 从而減少霉菌侵入机体内部的机会。

#### 病案举例:

徐××(例 12), 于燒伤后第 62 天, 出現口糜, 食慾不振, 舌質紅, 苔黃膩, 脈弦滑, 先用制霉菌素局部涂佈, 效果不显, 后按中医辨証, 属于阴伤胃敗, 湿浊交蘊之症, 用滋阴养胃、芳香化浊之法, 并兼顧多尿与咳嗽症候。处方: 西洋参、野于朮、鮮佩兰、桔

紅、野薔薇、炒谷麦芽、炒川貝、光杏仁、煨益智、蚕茧、菟絲子、浮小麦。外用錫类散噴射, 每日二次。用藥后, 二天症状漸消, 口糜散佈, 再以原方出入, 二帖而愈。

## 討 論

### 一、对营分証候(包括血分証候)的認識

严重大面积燒伤的死亡率目前还很高, 如何降低死亡率提高治愈率, 是当前一个重要問題。首先应探求与死亡有关因素。从祖国医学方面来看, 本組 12 例死亡均与营分証候的出現有直接联系。在入营的 18 例中, 12 例死亡(66.6%), 其中 11 例有敗血症。至于营分証候出現的因素, 从統計中看来似与燒伤面积、深度以及敗血症的关系最为密切。凡燒伤面积愈大, 三度面积愈广, 則入营者愈多, 死亡亦愈众。在本組燒伤总面积 40% 以上的 20 例中, 有 16 例入营(80.0%), 其中 14 例有敗血症, 而有 11 例死亡。在 40% 以下 5 例中, 入营者 2 例, 敗血症却有 4 例, 死亡仅一例(表 2)。从入营与三度面积的关系中, 可見三度占 30% 以上 6 例全部入营, 具有敗血症(100%)并全部死亡; 11—30% 的 8 例中 5 例入营, 4 例有敗血症, 4 例死亡; 10% 以下 11 例中 7 例入营, 8 例有敗血症, 而死亡仅 2 例。再从表

表 2 营分証候与燒伤总面积、敗血症及死亡的关系

| 总面积 %  | 例数 | 入营例数 | 有敗血症 | 死亡数 |
|--------|----|------|------|-----|
| < 20   | 1  | 0    | 1    | 0   |
| 21—30  | 4  | 2    | 3    | 1   |
| 31—40  | 0  | 0    | 0    | 0   |
| 41—50  | 4  | 3    | 1    | 1   |
| 51—60  | 7  | 5    | 5    | 3   |
| 61—70  | 4  | 4    | 4    | 3   |
| 71—80  | 2  | 2    | 2    | 2   |
| 81—90  | 0  | 0    | 0    | 0   |
| 91—100 | 3  | 2    | 2    | 2   |
| 总 計    | 25 | 18   | 18   | 12  |

4 可见营分证候与败血症的关系很密切，但是必须注意有少数败血症并不出现营分证候，而仅见气分证候。

我们又从营血证候与现代医学各项指标的关系中，初步发现其与血中非蛋白氮的升高相一致，凡辨证属营分者，当时非蛋白氮值多趋向于较高的水平，平均值为 58.3 毫克%，而对照组为 37.6 毫克% (图 1)。因此设想非蛋白氮的测定，如果升高，可否作为入营的指标之一，值得继续观察。从本校 66 例烧伤病人非蛋白氮升高的临床意义一文中看到，非蛋白氮的升高与败血症和毒血症的并发有密切关系。再从临床表现来看，营血证候与败血症、毒血症的症候亦相类似，因此我们初步设想“入营入血”、“热毒内陷”或“热毒传心”与“败血症”、“毒血症”可能是从中西二种不同理论体系来认识的相同问题。

表 3 营分证候与烧伤三度面积、败血症、死亡的关系

| 三度面积% | 例数 | 入营例数 | 有败血症 | 死亡数 |
|-------|----|------|------|-----|
| 0—10  | 11 | 7    | 8    | 2   |
| 11—20 | 3  | 2    | 3    | 2   |
| 21—30 | 5  | 3    | 1    | 2   |
| 31—40 | 2  | 2    | 2    | 2   |
| > 40  | 4  | 4    | 4    | 4   |
| 总 计   | 25 | 18   | 18   | 12  |

表 4 营分证候与败血症、非败血症之关系

| 组 别     | 例数 | 入营例数 | 气分例数 | 死亡数 |
|---------|----|------|------|-----|
| 败 血 症   | 18 | 16   | 2    | 11  |
| 非 败 血 症 | 7  | 2    | 5    | 1   |
| 总 计     | 25 | 18   | 7    | 12  |

综上所述，可见营分证候出现与本病预后关系确实非常密切，如何防止或早期发现入营征兆，这对临床工作者能否及时提出措施有重要意义。叶天士说：“脉数舌绛为邪入营分”，

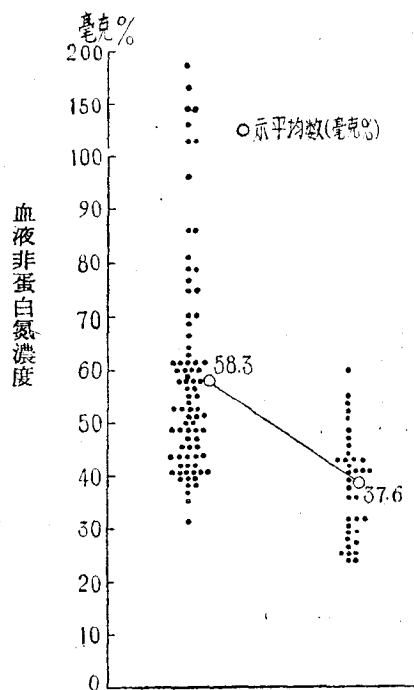


图 1 营分证候 (83 例次) 气分证候 (36 例次) 营分证候与血液非蛋白氮浓度的关系 (按例次统计)

我们体会到舌质红绛是入营的主要标志之一，既然入营与败血症关系最密，因此舌质的变化可否作为早期败血症诊断的一个依据，值得研究。关于舌诊问题另有专题讨论，本文从略。

## 二、对病因病机及辨证论治的看法

如何正确地掌握疾病发展的客观规律和它的辨证论治规律，这是提高治疗效果的一个关键问题，过去一般认为严重烧伤与温热病基本类似，故按温病一套辨证法则及观点来指导临床实践，通过这次小结，我们觉得尚有商榷和探讨的必要。因为严重大面积烧伤与温热病在病因病机及证候等方面，虽有許多相同之处 (共性)，但不同之处也不少 (表 5)。严重烧伤的若干特点 (个性)：如有受伤的过程，有创面存在，其邪热力之高，耗气之甚，伤阴之

速，转变之快，均非一般温病可比，又可发生热毒内陷与阴伤及阳之重篤証候。这些个性对辨証論治的关系非常密切，故决不能忽视。另外我們觉得烧伤确实存在着“伤”的特点，仍有皮肤、肌肉和經絡的损伤，引起气滯血凝的病理变化和临床表现，所謂“气伤則肿，营伤則疼”，而且还可进一步影响全身阴阳平衡、气血流通和脏腑机能，所以应该辨伤的証，論

伤的治。这方面我們过去注意不够。但是也要認識到严重烧伤的复杂症候，虽然可以从伤而来，然而又必須看到严重烧伤的“伤”与一般损伤尚有所不同（表5），單純的伤一般不会出现象本病的复杂症候。因此我們初步認為本病既不同于“温病”，也和“伤”有別，所以它的辨証論治規律就不是这二种疾病单独的規律所能概括，这方面尚須从实践中来探索。

表5 严重烧伤、温热病創伤之異同比較

| 病 类                        | 溫 热 病             | 严 重 燒 伤                         | 創 伤                                  |
|----------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| 病 因                        | 溫热之邪（无形）属外感六淫（外因） | 火热之邪（有形）属不内外因，有情志刺激（內因）化学葯物（有毒） | 金刃跌扑属不内外因，有情志刺激（內因）                  |
| 病<br><br><br><br><br><br>机 | 邪入途徑              | 口鼻而入或伏邪內发                       | 創面                                   |
|                            | 主要病理              | 营卫不和，阴阳失衡                       | 肌肤被伤，經絡受損，气滯血凝，阴阳失衡，气血不和，皮肉破腐成疮，热毒內侵 |
|                            | 傳 变               | 較緩多按次相傳                         | 快速，可数脏并見                             |
|                            | 脏腑損害              | 較輕                              | 較重                                   |
|                            | 伤 阴               | 較緩                              | 較速                                   |
|                            | 伤 阳               | 較少或較晚                           | 較多、較早                                |
|                            | 伤 气               | 較輕                              | 重，出現亦早                               |
| 临<br>床<br>表<br>現           | 伤 血               | 少見                              | 多見、而重                                |
|                            | 創 面               | 无                               | 較广泛                                  |
|                            | 証 候               | 或輕或重                            | 一般較重                                 |
|                            | 逆傳心包              | 可見                              | 多見（热毒傳心）                             |
| 表<br>現                     | 热毒內陷              | 无                               | 多見                                   |
|                            |                   |                                 | 偶見疮毒內攻                               |

### 三、立法和用葯的体会

本組病例主要从温热病观点出发立法用葯，故絕大多数采用清热解毒和养阴生津之法（表7），寒涼之葯使用較多，但在具体治疗中必須掌握辨証論治原則，在辨証需用温葯时也不必顧忌太过。如本組（例12）在后期发生严重多尿症，当时热虽高，火邪尚盛，但考虑到每日排尿九千余毫升，对机体阴阳平衡和生

命威胁很大，故按“标本緩急”的原則先治其标，并根据辨証选用温补肾阳和固攝下元之温葯治疗，結果获得良好效果。由此可知烧伤虽为火热之症，一般应用涼葯清之，然在治疗上应分清病情主次和輕重緩急，如需用温热葯时也应大胆地使用。我們体会到当出現阴損及阳，真阳式微，命火不足之时，則必須急投助阳壮火之品，即內經所謂“阳生阴长，孤阴不生，独阳不长”之意。如并見阴虛液亏，則采用阴

中之阳的药物比较适合，或在温药中摄入滋阴生津药物，则可防其偏枉太过。

表 6 11 例处方之主要治法分析

| 治 法  | 处 方 次 数 |
|------|---------|
| 养阴生津 | 88      |
| 清热解毒 | 99      |
| 益气扶正 | 40      |
| 健脾消导 | 42      |
| 湿肾固精 | 28      |
| 利气化湿 | 26      |
| 活血化瘀 | 20      |
| 镇痉开窍 | 29      |
| 宣肺利尿 | 25      |
| 凉血止血 | 19      |

益气扶正法在本组病例使用较多，因高热耗气最甚，所谓“壮火食气”，在面积烧伤后，皮毛被损，中医认为“肺主皮毛”，“肺主一身之气”，因此伤后肺多受损，正气必渐衰退，临床上出现神疲倦怠，乏力少气，语低食减，脉象虚数。此种情况在中后期多见，在中后期死亡病例中，多半由于正气虚弱，抗邪无力，特别在后期更明显。从预防为主的原则出发，如及早使用益气扶正之药，对增强机体抵抗力会有帮助，从例 12、23 的治疗中，由于早期使用益气法，注意扶正，前者渡过了二次败血症的复杂沉重的病程，后者经过一个平稳的病程而全愈。固然扶正可以祛邪，但亦不能忽略祛邪的作用，因祛邪也可以保正。

关于活血化瘀法在本组病例使用较少。烧伤既有气滞血凝和久必成瘀的病机，故活血化瘀药物的使用属于必要，特别在早期更有意

义。我们设想此类药物可使气血流畅，故对伤面的修复及全身气血的调整将有帮助。但在选用活血化瘀药物时，尚应分别温凉，早期应以凉血活血为主。

## 结 语

本文介绍我校一年来运用祖国医学辨证论治方法治疗严重烧伤的一般概况和对内治法的点滴体会。此外，也对营分证候、辨证论治及立法用药等问题进行初浅的讨论，并认为营分证候与预后关系密切，其发生与烧伤面积、深度及并发败血症有关，与血中非蛋白氮浓度的升高也有联系。对严重烧伤的辨证论治着重提出树立“伤”的观点；在治法用药方面除主张清热解毒、养阴生津作为基本治法外，提出早期采用益气扶正法和活血化瘀法的初步意见，此外介绍一例使用温药的体会。

最后，我们认识到烧伤的防治研究工作是当前军事医学科学中的一个重要课题，通过小结，可以看出中医中药对严重烧伤的治疗起着一定的作用，今后必须坚持中西医结合、土洋并举，从实践中摸索出一套中西医结合的治疗严重烧伤的综合性措施。同时运用现代科学的方法来研究它的辨证论治规律，从中西二种不同的医学理论体系中寻找其共同语言和物质基础，为创立我国新医药学派提供必要条件。我们确信，在党的正确领导下，通过中西医紧密团结和努力，一定能攀登治疗烧伤的医学高峰。

任家濂执笔 张志雄指导

# 燒傷傷員舌診意義和机理的初步探討

第二軍醫大學第一附屬醫院

燒傷的防治是醫學上重要課題之一，在軍事醫學中也很重要。在黨的領導下，遵循黨的中醫政策，中西醫結合共同搶救燒傷傷員已經取得了顯著效果。舌診是祖國醫學寶庫中獨特的部分，對燒傷病情的辨證具有特殊意義。本文試就燒傷傷員舌診變化（主要是舌質）的意義和機制作一初步探討。

本文資料是本院自 1958 年 12 月至 1960 年底所收治的大面積燒傷傷員（指成人總面積在 20% 以上，小兒在 10% 以上）經過中醫診治者，共 27 例，計 136 例次。

我們將舌質變化分為七類：

1. 舌質色淡。
2. 舌質正常。
3. 舌質較正常稍紅。
4. 舌質邊尖紅。
5. 舌質紅絳，但尚潤有津，或稍有剝苔。
6. 舌質紅絳而干，或有裂紋，或舌面光滑。
7. 舌質紅絳起刺。

這樣分類僅僅為了適合現有資料統計方便而作，其先後次序並不一定相當於舌質變化的輕重。

以上七種舌質與燒傷面積、部位、病程、預後、體溫、敗血症以及各種化驗檢查等關係見後文說明及附圖。各圖數字 1 至 7 表示舌質類型，二條水平虛綫之間表示一般正常範圍。

現舉二個病例以說明舌診的一般變化過程：

例一 許××，男，31 歲，住院號 70943，於 1960 年 10 月 12 日下午因被氧氯化磷（ $\text{POCl}_3$ ）燒傷一小時半而入院。入院時神志清

楚，感劇痛。體檢發育營養正常，心肺阴性，二下肢、右臂、胸腹及會陰部燒傷，面積二度 45%、三度 10%。擴創後四肢包紮，胸腹暴露。病情尚穩定，體溫  $39^\circ\text{C}$  左右，有時惡寒，口干，稍有煩躁，咳痰不暢。傷後第 66 小時檢查脈稍細而數，舌質稍紅有津，苔薄白。此時血液稍有濃縮。第五天後舌質漸趨正常，體溫仍有波動，咳嗽減輕，肌膜稍黃，有脇痛，已無血液濃縮現象。第九天後黃疸消退而熱仍高，有口苦、目赤、頭痛，此時舌質又稍紅，苔白而稍膩，尖光剝，以後隨毒血症現象之漸加重而舌質轉為紅絳光滑，邊有少許薄白苔，以後轉光而無苔。第 17 天後舌邊出現紫色斑塊，舌面干燥有裂紋；此時期并無明顯血液濃縮現象，尿量在二千毫升左右。第 26 天後體溫稍平，精神較差，但胃納進步，其餘毒血症症狀減輕，舌質之色漸減為紅色，且新生薄白苔。一個月後精神胃納均有好轉，舌質稍紅有薄白苔，舌面漸趨潤，舌邊仍有紫塊。一個半月後體溫脈搏均平穩，一般情況轉佳，舌質仍稍紅有津，此時尿量在三千毫升左右，化驗有貧血現象。以後經創面植皮等處理後完全恢復，在三個月時檢查舌質仍稍紅，苔薄白，紫塊漸消，舌中遺留有裂紋。一般情況良好，於 1961 年 3 月 12 日出院（病程見圖 1）。

此患者舌質紅絳持續較久，且多光剝，始終未見黃苔或焦黑苔。體溫及病情變化臨床上認為是因大面積燒傷引起的毒血症所致。

例二 黃××，男，49 歲，住院號 71136，於 1960 年 10 月 22 日因頭面二上肢被熱粥燙傷半小時而入院。入院時神志清楚，感疼痛，體檢發育營養中等，心肺正常，腹部阴性，頭面部及二上肢呈二度燙傷，面積 25%。擴創後