




中国科学院教材建设专家委员会规划教材

全国高等医药院校规划教材

供五年制、七年制学生及研究生使用

# 中西医结合急诊内科学

梅广源 邹旭 罗翌 主编

 科学出版社  
[www.sciencep.com](http://www.sciencep.com)

中国科学院教材建设专家委员会规划教材  
全国高等医药院校规划教材

供五年制、七年制学生及研究生使用

# 中西医结合急诊内科学

梅广源 邹旭 罗翌 主编

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合急诊内科学. 梅广源, 邹旭, 罗翌主编. —北京: 科学出版社, 2008  
ISBN 978-7-03-020742-1  
I. 中… II. ①梅…②邹…③罗… III. 内科-急诊-中西医结合疗法-医学院-教材 IV. R502.97  
中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第009824号

责任编辑: 李 霞  
封面设计: 李 霞

版权所有, 侵权必究。未经许可, 不得转载。

科学出版社

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

http://www.sciencep.com

印刷: 北京印刷厂

科学出版社发行 各地新华书店经销

2008年1月第1版 16开 850×1188

## 科学出版社

定价: 32.00元

北京 (重印) 印刷厂

中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材  
内 容 介 简

本套书是在原“面向 21 世纪高等医学院校教材”中西医结合系列教材基础上充实完善而成的第 2 版教材,已被批准纳入“中国科学院教材建设专家委员会规划教材、全国高等医药院校规划教材”。本书为该套教材新增分册之一,以中西医理论为基础,立足于内科急危重症的中西医抢救和治疗,结合国内外最新研究进展,系统地介绍了常见内科急症的诊断思路和处理原则。本书采用以现代医学系统疾病为纲,中医病证相对照的方法,对内科急危重症阐述了中医病因病机、西医病理机制、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、急救治疗等。书中有机结合中西医学教学内容,分别阐述中西医急诊内容,使中西医理论保持各自的完整性,在提供深度与广度适宜的知识素材基础上,采用辨病与辨证相结合,尝试阐明中医在常见危急重症的切入点,培养学生的中西医结合临床思维。本书内容具有科学、新颖、实用及可操作性强等特点。反映了国内外近年来急诊急救研究的新理论、新观点、新知识和新技术。

本书可供全国高等医药院校五年制、七年制学生及研究生使用,也适用于临床医师继续教育的学习提高使用,并可作为急诊科和内科医师常备参考书。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合急诊内科学/梅广源,邹旭,罗翌主编. —北京:科学出版社, 2008

中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材  
ISBN 978-7-03-020542-1

I. 中… II. ①梅…②邹…③罗… III. 内科-急性病-中西医结合疗法-医学院校-教材 IV. R505.97

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 009854 号

责任编辑:方霞 李君/责任校对:邹慧卿

责任印制:刘士平/封面设计:黄超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号  
邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2008 年 1 月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2008 年 1 月第一次印刷 印张:17

印数:1—3 000 字数:527 000

定价:35.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换(路通))



# 中国科学院教材建设专家委员会规划教材

## 全国高等医药院校规划教材

供五年制、七年制学生及研究生使用

第2版

### 顾问委员会名单

(按姓氏笔画排序)

于祖望	王永炎	王建华	邓铁涛	石仰山	吉良辰
朱良春	任继学	刘仕昌	李国桥	吴咸中	张琪
张学文	陆广莘	陈可冀	欧明	罗金官	周仲瑛
洪广祥	晁恩祥	唐由之	焦树德	靳瑞	路志正
颜德馨					

### 编审委员会名单

主任委员 邓铁涛 余靖

副主任委员 徐志伟 吕玉波 罗云坚

委员(按姓氏笔画排序)

邓晋丰	邓铁涛	司徒仪	吕玉波	刘玉珍	刘伟胜
刘茂才	刘金文	李云英	李丽芸	吴伟康	余靖
余绍源	张梅芳	陈群	陈全新	陈志强	林毅
罗云坚	罗荣敬	罗笑容	徐志伟	黄春林	黄宪章
黄培新	梁冰	彭胜权	赖世隆	蔡炳勤	熊曼琪
禩国维					



# 《中西医结合急诊内科学》编委会名单

主 编 梅广源 邹 旭 罗 翌

副 主 编 (按姓氏笔画排序)

方邦江 刘清泉 严 夏 李奇林

张忠德 张晓云 奚肇庆 覃小兰

主 审 陈绍宏(成都中医药大学)

编 委 (按姓氏笔画排序)

丁邦晗(广州中医药大学)

邹 旭(广州中医药大学)

于永红(广州中医药大学)

卢富华(广州中医药大学)

王立毅(广州中医药大学)

陈秀华(广州中医药大学)

王严冬(广州中医药大学)

林启展(广州中医药大学)

方邦江(上海中医药大学)

罗 翌(广州中医药大学)

孔子凯(南京中医药大学)

周 红(广州中医药大学)

兰万成(广州中医药大学)

庞 嶷(广州中医药大学)

刘清泉(北京中医药大学)

钟世杰(广州中医药大学)

任喜洁(长春中医药大学)

徐国峰(广州中医药大学)

刘旭生(广州中医药大学)

唐雪春(广州中医药大学)

刘振杰(广州中医药大学)

奚肇庆(南京中医药大学)

刘 涛(广州中医药大学)

梅广源(广州中医药大学)

张忠德(广州中医药大学)

崔徐江(广州中医药大学)

张晓云(成都中医药大学)

覃小兰(广州中医药大学)

李 俊(广州中医药大学)

葛志红(广州中医药大学)

李奇林(南方医科大学)

蔡学全(南方医科大学)

严 夏(广州中医药大学)

秘 书 杨荣源(广州中医药大学)

王大伟(广州中医药大学)

校 稿 (按姓氏笔画排序)

叶雨华(广州中医药大学)

林进团(广州中医药大学)

黄华经(广州中医药大学)

蔡桦杨(广州中医药大学)



## 第2版总序

中医学博大精深,历史悠久,其独特的理论体系和临床疗效为中华民族的繁衍昌盛及人类文明作出了巨大贡献;其辨证论治体系充分体现了中医认识人体健康与疾病的整体观,体现了重视人体自身功能调节以及对环境适应能力个体化治疗的科学内涵。近代中西医结合研究在发展中医的探索过程中,积累了丰富的学术资源,展现了该学科发展的特色与优势,也对中医学的学术发展产生了深远的影响。

随着中医药教育事业的发展,国家教育部和中医药管理局已把中西医结合教育重点定位在高层次教育。为了适应这一发展的需要,弘扬中医药事业,发挥我国的中西医结合优势,培养高层次及复合型的中医学结合人才,根据教育部《关于“十五”期间普通高等教育教材建设与改革的意见》文件精神,编者于2000年组织了一批具有丰富中西医结合临床实践和教学经验的专家教授,编撰了一套中西医结合内部教材,供校内中西医结合方向本科生及研究生使用。在此基础上,2003年应科学出版社之邀,编者组织相关专家对这套教材进行完善补充,正式出版,套书名为“面向21世纪高等医学院校教材”,并向全国发行,主要供中医院校五年制、七年制学生及研究生使用,同时也面向临床医师继续教育。此套系列教材包括:《中西医结合内科学》、《中西医结合外科学》、《中西医结合妇产科学》、《中西医结合儿科学》、《中西医结合骨伤科学》、《中西医结合耳鼻咽喉口齿科学》、《中西医结合眼科学》、《中西医结合护理学》、《中西医结合生理学》、《中西医结合病理生理学》、《中西医结合诊断学》、《中西医结合临床科研方法学》12本分册。教材一经推出,就因其体例新颖、特色鲜明、内容丰富、资料翔实、重点突出、临床实用而受到广泛欢迎,成为中医和中西医结合的品牌图书之一。

为了适应社会发展的需求,与时俱进地反映中西医结合领域的最新进展,在科学出版社的大力支持下,2007年广州中医药大学第二临床医学院(广东省中医院)牵头,编者再次组织一批优秀的中西医结合临床实践和教学专家,开始了这套教材第2版修订工作。经过半年多的精心组织,艰苦努力,充实内容,查漏补缺,补充新进展等,使本书的修订工作得以圆满完成。

本套第2版修订教材因其鲜明的特色和较高的学术水平被批准纳入“中国科学院教材建设专家委员会规划教材、全国高等医学院校规划教材”。因此套书名称随之做了相应改动。为了适应形势的变化、临床教学的需要,去掉了第1版教材中的《中西医结合生理学》、《中西医结合病理生理学》、《中西医结合诊断学》,增加了《中西医结合急诊内科学》、《中西医结合皮肤性病学》。本套教材的编写遵循高等中医药院校教材建设的一般原则,注意教学内容的思想性、科学性、先进性、启发性和适应性,坚持体现“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)教学,以适应高层次人才教育的需要。根据教学大纲的要求,在五年制教材的基础上突出“更高、更新、更深”的特点,在相关学科专业的教学内容上进行了拓宽,增加了病种,提高了要求;注重立足专业教学要求和中西医结合临床工作的实际需要,构筑中西医结合人才必须具备的知识与能力素质结构,强调学生临床思维、实践能力与创新精神的培养。在编写体例方面,注意基本体例保持一致,包括定义与概述、病因病理、临床表现与诊断、治疗与调理、预后与转归等部分;各学科根据自身不同的特点,有所侧重,加大教案、例图的比例,使学生更加容易理解与掌握教学内容;在教学内容的有机组合方面,教材既注意中西医内容方面分别阐述,又尽量保持中西医理论各自的完整性;同时,在提供适宜知识素材的基础上,注意进一步拓展专业知识的深度与广度,采用辨病与辨证相结合,力图使中西医临床思维模式达到协调。

在这次教材再版的修订过程中,编者借鉴了国内外最新的统编与规划教材,参考了大量文献以及最新疾病诊断标准、治疗指南等,补充完善了中西医结合研究的最新成果,从而使本套教材的教学内容与学术观点能跟上中西医结合研究的进展,反映当前中西医结合的临床和教学水平。

本套教材虽然几经修改,但由于编者水平与经验有限,中西医结合研究进展迅速,难免存在错漏之处,恳请有关专家与同行给予指正。随着临床医疗水平的不断提高,本教材也将会定期修订,以不断适应中医药学术的发展和人才培养的需求。

编审委员会

2007.12



# 前 言

本书为中国科学院教材建设专家委员会规划教材之一,供全国高等医药院校五年制、七年制学生及研究生使用,也适用于临床医师继续教育的学习提高使用。

急诊医学成为现代临床医学领域中一门新兴的独立学科,在国际上不过 20 多年的历史。中国起步于 20 世纪 80 年代,在 90 年代后期得到了较大的发展。各大医院纷纷设立人员、床位独立的急诊科,从事急诊医学专业的人员也越来越多。它的任务是研究急危重症疾病的发生、发展规律,所涉及的范围很广,包括病因学、病理生理学、危重症医学,并且涵盖了院前急救、院内急诊、复苏学、灾害医学、中毒医学、急诊医疗服务体系管理等,是集基础医学、临床医学、管理学为一体的边缘学科。急诊医学的发展,是现代社会和医学科学发展的必然趋势。

当前,人们对包括急诊医学在内的医疗卫生的及时性、系统性、有效性等的要求越来越高,特别是进入老龄化社会后,疾病谱的改变对急诊医学的发展提出了更高的要求。社会迫切需要反应迅速、技术精湛、知识全面的急诊医务人才。我国急诊医学事业在短短 20 余年内得到了迅速繁荣和发展,但与发达国家相比,仍然存在相当的差距。因此,要进一步发展急诊医学,提高急诊医疗质量,当前最重要的是加强急诊医学教育,培养高素质创新型综合性急诊医学后继人才。

中医诊治急症有着悠久的历史,丰富的经验和独特的理论。1984 年以来,以急症协作组为龙头在中医急症诊疗规范化、临床研究、剂型改革、基础与试验研究等方面,对一些急症进行了较全面的研究,并出版了一些急症学专著,反映了中医急诊学的成就与发展趋势。

本套教材希望有助于发掘和推广中医在急诊中的临床应用,培养符合社会需要的中西医结合新型临床人才,提高我国的急症诊治水平。

书中有机结合中西医学教学内容,分别阐述中西医急诊内容,使中西理论保持各自的完整性,在提供深度与广度适宜的知识素材基础上,采用辨病与辨证相结合,尝试阐明中医在常见危急重症的切入点,培养学生的中西医结合临床思维。

全书共有 12 章,包括总论(梅广源、罗翌等)、危重症(邹旭、刘清泉等)、呼吸系统急症(张忠德、奚肇庆等)、循环系统急症(邹旭、严夏等)、消化系统急症(梅广源、张晓云等)、泌尿系统急症(刘旭生等)、血液系统急症(周红等)、代谢与内分泌急症(方邦江等)、神经系统急症(罗翌、覃小兰等)、水电解质酸碱平衡代谢紊乱(李俊等)、常见急性中毒及物理因素损害急症(李奇林、王立毅等)及常用急诊诊疗技术(王立毅等)。

编写体例采用以现代医学系统疾病为纲,中医病证相对照的方法,每个疾病阐述内容包括概述、中医病因病机、西医病理机制、临床表现、实验室和其他检查、诊断与鉴别诊断、急救治疗和附录。

编写过程参考了各高等医药院校中、西医急诊内科学教材及中西医结合相关专著,参照国内外相关疾病的最新诊治指南,使教学内容能反应相关学科的研究进展。

本书在编写过程中得到了任继学教授、陈绍宏教授等专家的悉心指导及科学出版社的大力支持,在此表示衷心的感谢。

编委会  
2007 年 10 月



# 目 录

总 序	
前 言	
第一章 总论	(1)
第一节 中西医结合急诊内科学概论	(1)
一、中西医急诊医学发展简述	(1)
二、中西医结合急诊学的概念和范畴	(3)
三、中西医对急危重症病机病理的认识	(4)
四、中西医对急危重症的诊断	(4)
五、中西医结合急症中医辨证要点	(5)
六、中西医结合临床思维	(6)
七、中西医结合急诊学的研究现状和发展趋势	(6)
第二节 症状诊疗学	(7)
一、发热	(7)
二、胸痛	(8)
三、呼吸困难	(9)
四、心悸	(10)
五、急性腹痛	(11)
六、恶心与呕吐	(12)
七、急性腹泻	(13)
八、黄疸	(14)
九、血尿	(15)
十、头痛	(16)
十一、眩晕	(17)
十二、抽搐与惊厥	(18)
十三、晕厥	(20)
十四、昏迷	(21)
第二章 危重症	(23)
第一节 休克	(23)
第二节 心脏骤停与心肺复苏	(30)
第三节 急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征	(35)
第四节 弥散性血管内凝血	(38)
第五节 多脏器功能障碍综合征	(42)
第六节 脓毒症	(49)
第三章 呼吸系统急症	(55)
第一节 急性上呼吸道感染	(55)
第二节 急性呼吸衰竭	(58)
第三节 重度持续哮喘	(62)
第四节 重症肺炎	(65)
第五节 自发性气胸	(68)
第六节 大咯血	(70)
第七节 急性肺栓塞	(74)
第四章 循环系统急症	(79)
第一节 急性心力衰竭	(79)
第二节 恶性心律失常	(84)
第三节 急性冠脉综合征	(88)
第四节 高血压急症	(95)
第五节 急性病毒性心肌炎	(98)
第六节 急性感染性心内膜炎	(102)
第七节 急性心脏压塞	(105)
第五章 消化系统急症	(109)
第一节 急性肠炎	(109)
第二节 急性上消化道出血	(111)
第三节 急性胰腺炎	(115)
第四节 肝性脑病	(119)
第六章 泌尿系统急症	(124)
第一节 急性尿路感染	(124)
第二节 急性肾功能衰竭	(127)
第七章 血液系统急症	(132)
第一节 急性溶血性贫血	(132)
第二节 急性出血性疾病	(135)
第八章 代谢与内分泌急症	(139)
第一节 糖尿病酮症酸中毒	(139)
第二节 高渗性非酮症糖尿病昏迷	(142)
第三节 甲状腺功能亢进危象	(145)
第四节 肾上腺危象	(148)
第九章 神经系统急症	(152)
第一节 急性脑血管疾病	(152)
第二节 中枢神经系统感染	(160)
第三节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(163)
第四节 急性脊髓炎	(166)
第五节 癫痫持续状态	(169)
第六节 重症肌无力危象	(172)
第七节 周期性瘫痪	(176)
第十章 水、电解质酸碱平衡代谢紊乱	(179)
一、失水	(179)
二、水过多和水中毒	(180)
三、低钠血症	(180)
四、高钠血症	(181)

五、低钾血症	(181)	二、磷化锌中毒	(211)
六、高钾血症	(182)	三、氟乙酰胺中毒	(212)
七、代谢性酸中毒	(183)	四、毒鼠强中毒	(212)
八、代谢性碱中毒	(184)	第八节 中暑	(213)
九、呼吸性酸中毒	(185)	第九节 电击伤	(215)
十、呼吸性碱中毒	(185)	第十节 溺水	(217)
<b>第十一章 常见急性中毒及物理因素损害急症</b>		<b>第十二章 常用急诊诊疗技术</b>	(219)
.....	(187)	第一节 机械通气的临床应用	(219)
第一节 急性中毒急救总论	(187)	第二节 常用穿刺术	(230)
第二节 常见药物中毒	(191)	一、胸膜腔穿刺术	(230)
一、安眠药中毒	(191)	二、腹腔穿刺术	(231)
二、亚硝酸盐中毒	(194)	三、腰椎穿刺术	(231)
三、砒霜中毒	(195)	四、深静脉穿刺术	(232)
四、常见中草药中毒	(196)	第三节 临时心脏起搏器安装	(234)
第三节 有机磷杀虫药中毒	(198)	第四节 气管插管术	(236)
第四节 有害气体中毒	(202)	第五节 气管切开术	(237)
一、急性一氧化碳中毒	(202)	第六节 三腔二囊管压迫止血术	(239)
二、窒息性气体中毒	(204)	第七节 洗胃术	(240)
第五节 急性乙醇中毒	(207)	第八节 急诊输血技术	(240)
第六节 食物中毒	(209)	一、成分输血	(240)
第七节 鼠药中毒	(210)	二、手术及创伤输血	(242)
一、敌鼠中毒	(210)	三、自身输血指南	(243)
<b>参考书目</b>	(247)		
<b>附录 常用中西医急救药物</b>	(248)		
一、急诊常用西药	(248)		
二、急诊常用中成药	(253)		



## 第一节 中西医结合急诊内科学概论

### 一、中西医结合急诊医学发展简述

中西医结合急诊学是重要的临床专业课程之一,它不仅是中西医结合医学的重要分支,更是中西医结合医学学术发展的重要体现和标志。

#### 1. 中医急诊学的起源

急症急救在祖国医学发展中源远流长,历代都有治疗急症的名医、名著。早在中医学理论体系形成的初期——先秦时代成书的标志性著作《黄帝内经》就奠定了中医急症理论基础的雏形。书中详细记载了中医急症相关病名、临床表现、病因病机、诊治要点及预后。如对急危重症命名均冠以“暴”、“卒(猝)”、“厥”等,以与非急症病区别,如“卒中”、“猝心痛”、“厥心痛”、“暴厥”、“薄厥”等。同时客观翔实描述了急症的临床表现,如《灵枢·厥病》:“真头痛,头痛甚,脑尽痛,手足寒至节,死不治。……真心痛,心痛甚,手足青至节,旦发夕死,夕发旦死”。

对急症病因病机论述也有记载,如对虚实,《素问·通评虚实论》“邪气盛则实,精气夺则虚”;《素问·刺志论》“夫实者,气入也;虚者,气出也。气实者,热也,气虚者,寒也”;《素问·至真要大论篇》:“诸厥固泄,皆属于下。诸禁鼓慄,如丧神守,皆属于火。诸躁狂越,皆属于火。诸暴强直,皆属于风。诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”。

在诊断上体现了以外推内,以表知里,知常达变,审证求因,四诊合参的中医急症临床辨证思维方法。如“《素问·阴阳应象大论》:以我知彼,以表知里,以观过与不及之理,见微得过,用之不殆。《素问·玉机真脏论》:天下至数,五色脉变,揆度奇恒,道在于一。《灵枢·外揣》:司内揣外。《素问·标本病传论》:察近而知远。《素问·气交变大论》:善言天者,必应于地,善言古者,必验于今,善言气者,必彰于物,善言应者,同天地之化,善言化言变者,通神明之理。”

关于预后:《素问·玉机真脏论》:“大骨枯槁,大肉陷下,胸中气满,腹内痛,心中不便,肩项身热,破胭脱肉,目眶陷,真脏见,目不见人,立死,其见人者,至其所不胜之时则死。”等。

#### 2. 中医急诊学的形成

张仲景根据“建安纪年以来,犹未十稔,其死亡者,三分有二,伤寒十居其七”的现状,以当时的急症伤寒热病为基础,著《伤寒杂病论》创立了中医学辨证论治的学术思想,奠定了中医急诊学辨证救治体系,其所创立的辨证纲领及理法方药至今在临床仍有重要的指导意义和应用价值。有学者认为《伤寒杂病论》之“杂”实为“卒”字之误,其在急症范围上,确立中医急症范畴,明确急症救治对象,全书397条原文中,论及有关急症条文约300余条,涉及与急诊相关急症有:发热、喘证、呕吐、下利(泄泻)、黄疸、腹痛、胸痛、胁痛、头痛、神昏、抽搐、心悸、吐血、呕血、便血、厥证、眩晕、少尿及无尿等近20种。在急症诊断上,注重鉴别诊断,如三阳病同是发热,太阳病为恶寒发热,阳明病为但热不寒,少阳病为往来寒热”,以利迅速判断和诊治导致病人生命危险的病证。在急症救治上,抓主要矛盾,急救为先。如“急下之”,急下存阴的大承气汤,“急温之”,回阳救逆的四逆汤;灸而救急的“少阴病,脉不至者,灸少阴七壮;针刺急救的“下血,谵语者,此为热入血室,但头汗者,刺期门,随其实而泻之,漉然汗出而愈等,采用综合救治的方法迅速稳定病情。在急症治疗上,强调以病机为先,理、法、方、药一线贯通的治疗原则,如“病常汗出……以卫气不共荣气谐和故尔……营卫和则愈,宜桂枝汤”。“太阳病不解,热结膀胱,其人如狂,血自下……但少腹急结者,乃可攻之,宜桃核承气汤”。在急症病情观察上,建立危重病监测的临床指标,如汗出:“伤寒……其人汗出不止者,死”。呼吸:“少阴病六七日,息高者死”。“若脉不还,反微喘者,死。四肢温度:“少阴病,下利,若利自止,恶寒而踡卧,手足温者,可治”;“少阴病,恶寒,身踡而利,手足逆冷者,不治”等,动态观察病情变化,以利及时判断预后。初步形成中医急症临床理论体系。

晋唐时期,以葛洪、巢元方、孙思邈为代表的优秀临床医家,对中医急诊医学的发展起到了极大的促进作用。如晋朝著名医家葛洪著《肘后备急方》是第一部实用性的中医急诊手册,书中总结了魏晋南北朝时期治疗急症,包括内、外、妇、儿、五官各科的经验,拓宽急症范围,创立了肠吻合术。记载多种给药途径以及熏洗、敷贴、吹入等外用方346首,实为“众急之病,无不毕备”。青蒿治疗疟疾,也是



该书最早记载,《治寒热诸疾方第十六》:“青蒿一握,以水两斤,绞渍取汁,尽服之”。晋代巢元方著《诸病源候论》不断充实发展中医急症病名、证候,探讨病因病机理论,注重针灸治疗,强调综合急救处理,创扩创引流术。唐代医家孙思邈之《千金要方》和《千金翼方》,明确提出“备急方”27首专供急救,在急救技术上,孙思邈也是世界上第一个使用导尿术的医家。

### 3. 中医急诊学的发展

名医辈出,刘完素、张从正、李杲、朱丹溪等“金元四大家”学术思想各有侧重。刘完素以阐述火热病机,善治热病成为温病学派的奠基人,其治疗急性热病,以清热通利为主,兼顾润泽脾胃,创立不少行之有效的辛凉方剂。张从正力主攻邪,强调病邪或受于外,或生于内,留着不去,是一切病证之总根。发汗、催吐、泻下是张氏攻邪三要法,起到标新立异的作用。朱丹溪倡导“阴不足而阳有余”,侧重于体内火热的化生。重视痰、气在急症发病中的地位。李杲提出脾胃内伤学说,认为饮食不洁、劳役过度和精神刺激是内伤病的主要病因,开辟了内伤急症证治的新途径。其对内伤急症的治疗多以益脾胃,升阳气为主。极大得丰富了中医急诊学的学术理论。

### 4. 中医急诊学的兴盛

明清时期是中医急诊学发展的兴盛时期,温病学说的形成和发展是中医急诊学理论发展的典范。吴又可著《温疫论》突破六淫藩篱,创立“厉气学说”,为解决时行天疫肆虐“时医以伤寒法治之,事倍功半,甚而死于医药比比皆是”的难题作出了重要贡献,创立新的病因理论,对温病学的发展产生了深远的影响。叶天士创“卫气营血辨证”,阐释了温病急候乃“逆传”所致,为治疗提供了理论基础。吴鞠通创“三焦辨证”,指出“……上焦病不治,则转中焦,胃与脾也。中焦病不治,即传下焦,肝与肾也……”,揭示了温病急症的传变规律,丰富了中医急诊学的辨治理论体系。

### 5. 近代中医急诊学的概况

近代中国受鸦片战争等各方因素影响,中医在急症治疗方面发展相对缓慢。第一次鸦片战争以后至解放前,中西医学及中西文化发生了激烈的碰撞,中国医学到了是否能立足生存的关键时刻。这段时期中医的发展主要经历了三个阶段,由1840年以后至1900年左右的“中西汇通派”,1900年以后至1929年左右的“中医实业派”,1929年开始的“废止旧医以扫除医事卫生之障碍案”,中医的发展之路曲折而艰难,中医在急症治疗中的作用及地位也未得到重视。

建国以来,中医急症医学得到了进一步发展,

中医在急重危症治疗方面也取得了丰硕的成果。1954年石家庄地区运用温病理论和方法治疗流行性乙型脑炎,取得了显著疗效。此后,急症的研究范围不断扩大,如对急腹症、冠心病、流行性出血热等治疗都获得了一定的疗效。尤其是20世纪80年代开始,国家中医药管理局为促进中医急症医学的发展采取了一系列措施,成立了全国中医急症十大协作组,极大地推动了中医急诊医学的研究。当时全国共10个急症协作组,即热病(南、北方组)协作组、中风协作组、厥脱协作组、血证协作组、胸痹心痛协作组、痛证协作组、多脏衰协作组、呼吸病急症协作组、剂型改革协作组。十大急症协作组涵盖了100多个省级医院,连同二级网络有500多个单位参加的协作攻关队伍组成并正常运转。通过攻关协作,制定了高热、中风、心痛症等11个国家中医中管局医政司颁布的中医急症诊疗规范,研制53种适用于急症必备中成药。周仲瑛教授“中医药治疗流行性出血热的研究”获国家中医药管理局(部级)科技进步一等奖。

### 6. 西医急诊医学的形成与发展

急诊医学是一门新兴的边缘学科。1979年,世界灾害和急诊医学会(WADEM)成立,标志着国际上急诊医学专科的创立。法国于1965年,率先将脊髓灰质炎暴发流行时的成功救治经验推广到救治各种急性病、伤人员,形成急诊医疗体系(SAMU),由政府以法律规定了SAMU的性质和急救讯号“15”,建立急救网络。美国于1970年成立了“急诊医师学会”,并实行急诊专业住院医师制度,1972年国会通过加强急救医疗法案,全国统一急救呼号“911”。日本于1960年在大城市设立了以消防队为主的急救站体系,急救呼号为“911”,1973年成立了“日本急诊医学学会”,现已设立危重病医院和研究所,但尚未成立现代化的急诊医疗体系。

我国卫生部1980年颁发了《加强城市急救工作》的文件,1983年颁布了《有关急诊工作的建议》,根据文件要求,1983年,协和医院率先在我国成立第一个急诊医学科。各地有条件的医院先后成立急诊科。1985年开始培养急诊医学专业临床研究生,1987年正式成立了“中华急诊医学学会”,我国统一急救呼号为“120”。目前,在急诊医疗体系的组建和完善、急诊医学教育与专业医护人员培训、急诊医学重点课题研究以及与国际医学界交流方面正在不断探索,取得了很大的进展。

### 7. 中西医结合急诊医学的形成与现状

随着时代的进步和中、西医学的不断发展,人们逐渐认识到中、西医学在诊断治疗危急重症方面各有其利弊。如何扬长避短,将中西医学有机地结

合起来,更好地为人民的生命健康服务,是我们新一代医务工作者的义务和责任。新中国成立后,在广大医务工作者的努力下,中西医结合急诊救治有了长足的发展,并积累了丰富的经验。20世纪60年代到70年代,吴咸中教授对阑尾炎、溃疡病穿孔、急性肠梗阻等常见急腹症采取中西医结合救治,在西医诊断及病理生理的前提下,按照中医学理论将阑尾炎的病理过程区别为瘀滞期、蕴热期和毒热期,根据不同的证型与分组,设立了三种不同的方剂,即阑尾化瘀汤、阑尾清化汤和阑尾清解汤,临床使用后,不仅疗效良好,而且大大缩短病程,取得了良好的疗效。对心源性休克采用回阳救逆、滋阴复脉等法则,应用生脉、人参四逆针及汤剂治疗取得了满意的效果。中西医结合治疗急性心肌梗死,在缺乏急诊再灌注治疗手段的前提下,取得了接近当时国际先进水平的临床疗效。20世纪末到本世纪初,中西医结合治疗危重症有了新的进展和突破。例如在急性脑卒中和高热昏迷的抢救方面,中医传统的安宫牛黄丸、至宝丹等依然发挥着重要作用,安宫牛黄丸的拆方制剂清开灵、醒脑静等在各级医院以及急救中心广泛应用。临床研究发现使用清热解毒、通里攻下、活血化瘀中药配合西药治疗,可显著降低MODS的病死率。20世纪80年代末期,王今达教授率领科研组对“神农33号”对此进行深入研究,从36味中药中筛选出红花、赤芍、川芎、丹参、当归等中药组方,改进工艺,研制成中药针剂,进一步提高疗效,并正式命名该方为“血必净”。此后,课题组对血必净进行药理基础研究,从分子水平证明其作用机理,对多脏衰和脓毒血症的治疗有效,为中药跨入急救医学打下了扎实的基础。

目前,中西医结合急诊学已经形成了相对完善的理论体系,并在临床实际应用中取得了一定的成绩,但是中西医结合急诊的研究工作仍存在不少问题,如急诊辨证论治体系与理论创新,中医特色疗法应用与应急先进技术手段,中西医结合理论与临床介入点等等。因此,为了加快中西医结合急诊研究工作进展,仍需要我们进一步加强对中西医结合急诊理论体系的构建和研究思路及方法学的探讨。如此,我们的事业才能蓬勃发展。中西医结合急诊学的研究仍然任重道远。

## 二、中西医结合急诊学的概念和范畴

中西医结合急诊学是将中、西两种医学技术有机地结合起来对临床各科急危重症的病因病机、病理生理以及诊断和救治等进行实践与研究的一门学科。

中西医结合急诊学包括的内容相当广泛,宏观上有院前急救、院内急救和急危重症监护、急诊医疗体系管理学、急性毒物学和灾害医学;在微观上有复苏术、休克、昏迷、脑血管意外、急性心肌梗死、严重感染、急腹症、多发创伤、多脏器功能衰竭、各种危象和急性中毒等的中西医结合急诊诊断与救治。因篇幅限制及全套教材整体规划的要求,本书着重于中西医结合急诊学中内科范畴疾病的论述,其他各科疾病在相应的专业分册中分别描述。

目前认为,急诊医学主要包括以下几个方面:

### 1. 院前急救

院前急救是整个急救体系的第一步。主要任务是以最快的速度到达病人发病或事故发生的地点,对伤、病员进行有效的初步急救,维持他们的生命。具体措施为基础生命支持和基础创伤生命支持。院前急救应有现代化的管理制度,包括具备急救基本技能的高素质急救人员、良好的通讯、派遣及运输工具、现场急救和转送医院的流程。

### 2. 复苏学

复苏学是急诊医学最重要的组成部分和研究方向之一。研究与实施针对心跳呼吸骤停的救治。

### 3. 危重病医学

危重病医学是急诊医学的重要组成部分。针对急诊科经常面临急危重病人抢救工作的特点,急诊医学专业的医护人员都应接受危重病医学的专业培训。危重症的主要病种包括心跳呼吸骤停、休克、急性呼吸窘迫综合征、弥散性血管内凝血、多器官功能障碍综合征以及各系统急危重症等。

### 4. 创伤学

创伤外科已经纳入急诊医学的范围,是近年来我国许多医院急诊科重点发展的部分。尤其是对多发伤和复合伤的救治,以及灾害事件中群体伤员在现场和急诊室的早期正确处理等课题备受关注。

### 5. 毒物学

中毒可分急性和慢性中毒,急诊医学主要对急性中毒进行研究和诊治。毒物范围包括工业毒物、农药、医用药物、家用杀虫剂、有毒动植物、污染细菌的食物以及军用化学毒剂等。

### 6. 灾害医学

灾害医学是急诊医学的一个组成部分,是综合性医学科学,研究内容包括自然灾害(如地震、洪水、台风、泥石流、雪崩等)和人为灾害(如交通事故、放射性事故污染、化学中毒及战争等)对公众造成的损害后果和救治方法。

### 7. 急诊医疗服务体系管理学

这是一种把急救医疗措施迅速地送到危重病



人发病现场,经初步诊治处理,维持其生命,然后安全转送到医院进一步救治的手段。它改变了传统的医生在医院等待病人上门的服务模式,为抢救生命、改善病人的预后争取了时间,已被实践证明是一种有效的先进的急诊医疗服务结构。现代的急诊医疗服务体系由院前急救、医院急诊科急救和加强监护病房急救三部分组成。

中西医结合急诊学作为充分发挥中西医学两方面优势进行诊断救治急危重症病人的一门学科,有其固有的特点:

(1) 宏观和微观相结合:中西医结合急诊学在充分运用中医“黑箱”的宏观理论对急危病情进行辨证治疗的同时,结合西医生理、病理、解剖、分子细胞等方面微观探讨急症的发生发展,从而可以将宏观与微观结合起来对危急重症进行阐述和治疗。

(2) 动静结合:所谓动就是对一危重症的处理要用中医的望、闻、问、切等诊断方法密切观察病情的变化,并根据证候的变化进行随时辨证治疗;所谓静就是西医对危重症的处理常规是相对稳定的,保持了一定的恒定性。通过中医的辨证治疗与西医的抢救处理,充分吸收两方面的优势,从而给予病人最佳的诊疗方案。

### 三、中西医对急危重症病机病理的认识

急危重症病情瞬息万变,准确把握瞬间的病机,采取快速而行之有效的抢救措施,是急诊医学范畴重要的组成部分。

#### 1. 中医急症的病因病机特点

祖国医学认为疾病发生是邪正斗争的结果,而中医急症病机的关键则在于“正气虚于一时,邪气暴盛而突发”。病机变化突出“正邪交争”。

(1) 正气极损:正气包括脏器脏真以及维持其功能活动的气血津液等精微物质,由于旧病耗伤,正气极虚而邪气极盛,使经络血脉壅滞,神机失用,生化欲息,以致精气神败伤,故其病发卒暴,凶险丛生,造成“十二管相危,使道闭塞而不能,形乃大伤”,正如《素问·玉机真脏论》所言:“气虚身中,卒至五脏绝闭,脉道不通,气不往来。譬如堕溺,不可为期”。

(2) 邪气极盛:暴感疫疠邪气、毒性药物、高温暑热等即使正气旺盛,也难免受其伤害。在某些疫疠之气的流行期间,“无论老少强弱,触之者即病”。

中医急症的基本病机改变是邪盛气闭。邪盛气闭是指急危病程中,体内毒邪壅盛,导致周身阴阳气血壅滞,气机闭阻不通,升降失调,阴阳不交,使多脏受累,甚至神机失用,表现闭实危候,证情险

变丛生。若能及时准确治疗,可使邪祛毒解正复,扭转危象;若僵持已久,邪陷正虚,正不胜邪,可见内闭外脱,进而正气溃败,阴竭阳脱,气血消亡。

#### 2. 现代医学急症病理特点

现代医学根据急症病种的不同从生理、病理、解剖、分子细胞等方面微观认识急症的发生发展,并不断随着现代科学技术的发展而不断深化。

中医、西医对病因病理的认识各有侧重,中西医结合急诊学正是在充分吸收两种医学优点的基础上,充分认识疾病的发生发展过程,从而为诊断和治疗提供良好的理论基础,以获取最佳的临床疗效。

## 四、中西医对急危重症的诊断

相对于其他的学科,诊断对于急诊学尤其重要。面对急危重症患者,临床医生首先必须在最短的时间内作出最准确的诊断。没有正确的诊断就没有正确的治疗,正确地诊断对于急危重症病人的救治,尤其重要。

### (一) 病史采集

#### 1. 病史采集

采集急症病史,要求快而准确,不应因此延误抢救生命的宝贵时间。必须根据病情缓急,用不同方式进行病史采集。通常采用以下几种方式。

(1) 序贯式:即询问病史→体格检查→辅助检查的三部曲。这种方法适用于一般急诊病人。

(2) 并进式:根据患者的主诉,在立即进行体格检查的同时,询问病史。此法适用于病情较紧急,或疼痛难忍的患者。如急性腹痛,在腹部视、触、叩、听等检查的同时,对病人进行诱因、疼痛部位、性质、大便情况等方面的询问。这样既争取时间,病人也易于合作。

(3) 后补式:当心跳呼吸骤停的病人急送来诊时,医护人员应立即行心肺复苏术,开通静脉通道,同时行气管插管,呼吸机辅助通气,心电血压、血氧饱和度检测,并同时静推肾上腺素、阿托品等抢救药物,如有室颤立即除颤,待患者生命体征等相对稳定后,再开始向家属以及目击者仔细询问病史,了解病史以及当时发病的情况;并补充作必要的体格检查和其他检查,以明确诊断。此法也适用于咳血、呕血等急性大出血的患者。

#### 2. 病史采集要领

(1) 如病情允许,最好询问病人,以便取得第一手资料。如果患者已不能言语,要尽可能询其最亲近的人,力求准确。



(2) 询问病史,注意紧扣急诊的主诉,了解与主诉相关病史以及伴随症状等。如急性腹痛患者,务必询问大便的情况等。注意询问病人过去有无类似情况的发生以及诊断治疗的情况以作参考。

(3) 通过辅助检查或体格检查所获得资料再重复追问病史,以获得反证资料,或补充资料。

## (二) 体格检查

急诊患者不同于慢性病就诊者,对急诊病人进行详细而重点的检查,同时所见病理征与相关疾病联系分析是急诊医生必备的素质。急诊患者的体格检查需注意把握以下几个方面:

(1) 患者的生命体征:对任何急诊患者把握好基本的生命体征,体温、脉搏、呼吸、血压,这是反映机体功能活动最直接、最可靠的资料。对于意识不清或昏迷的病人,生命体征就更为重要。

(2) 体格检查重点应放在与主诉相关的部位:急诊体格检查不可能面面俱到,应将检查的重点放在与主诉相关的部位,以求为明确诊断尽快提供第一手资料。当主诉与病理体征不相符时,应反复动态检查。

(3) 可疑的阳性体征,应反复检查验证,以防漏诊。

## (三) 辅助检查

辅助检查对急诊病人来说非常重要,特别是对昏迷或不能言语者,往往只能依赖体格检查和辅助检查。在急诊进行辅助检查时需注意以下几个问题:

(1) 急查血常规、尿常规、粪便常规。三大常规作为检查的常规十分重要,三者是对机体对外交换窗口的反映,可以初步反映机体的状况。

(2) 迅速确定诊断所需的必要检查。急诊进行辅助检查需有重点,并密切结合患者症状、体格检查等。如对胸闷痛患者应行心电图、心肌酶学等有关检查以明确是否急性冠脉综合征等。

(3) 客观评估检查结果,注意动态观察,排除干扰因素。

# 五、中西医结合急症中医

## 辨证要点

急症的中医辨证虽然基本沿用中医内科学的辨证体系,但中医急诊有内在疾病演变规律,具有自身相适应的辨证论治体系。中西医结合急症的辨证要求迅速抓住证候要点,分清标本虚实,把握病变部位及转变规律,准确辨明证候。同时注重“目验”和症状的鉴别诊断,以指导临床救治。

## 1. 辨外感与内伤

外感急症由感受六淫疫毒之邪,邪正剧烈交争所致。外感所致者每以热病居多,其中每以高热为主症,可因阳热炽盛,津液耗伤,出现痉、厥、闭、脱等证。

内伤急症多因久有宿疾,脏腑已伤,精气亏损,诱发因素加之,正气更伤而证候加重所致。在脏腑阴阳失调的基础上,内生风、火、痰、瘀等病理因素,使病情由轻缓而重急。

外感与内伤可从病史、发病形式、病程、传变规律等方面来辨。外感急症多为新病,病起急暴,病程短,多有短暂的卫表证候,以实证为主,如中暑、急黄、疫斑、高热、急性呕吐等为外感所致;内伤急症有原发病可查,是慢性疾病的积渐突变,病程较长,无表证,往往表现为虚实错杂,如真心痛、心力衰竭等。

外感、内生之邪可错杂为患,临床必须分清因果主次。危急之刻,要善抓主要矛盾,从而采取相应急救措施。

## 2. 辨虚实

虚实是辨别邪正盛衰的纲领。急危重症患者临床表现大实大虚者多之,临床辨证要明辨虚实,同时鉴别“大实有羸状,至虚有盛候”。

## 3. 辨脏腑病位

急危重症病变往往涉及多脏腑,但病变脏腑有先后主次之别。临床辨证时要根据病人的证候表现,首辨病变主病脏腑。再兼辨相关脏腑。

## 4. 辨标本主次

急症往往发病急骤,变化迅速,病情危急,预后凶险,临床辨证应分清标本主次,以抓住主要矛盾,解决当前突出的急危证候,以求迅速逆转病情,逐渐趋向康复。

## 5. 重视“目验”的重要性

中西医结合急诊特别重视“目验”。目验即通过观察病人神色形态、局部表现,舌象、分泌物以及排泄物色质的变化,为临床诊断、病情变化以及预后提供线索和证据。中医学通过长期的临床实践观察,认识到人体的外部表现可反映内在脏腑气血、经络的病变,特别是精神、面色、舌象的变化,与内在脏腑的虚实和气血的盛衰关系密切。当人体脏腑、气血、经络、阴阳等发生变化时,必然会反映于体表的相应部位,观察病人的外部异常表现,可以诊察内在病变。急诊由其本身的特点,目验显得尤其重要。但医师在临床诊治病人时,也不可单纯凭目验而忽略了问诊、体格检查以及客观检查依据的重要性。

## 6. 重视症状的鉴别诊断

症状的鉴别诊断对及时、迅速地做出准确诊断十分重要。中医历来重视症状鉴别诊断。如《肘后备急方》对“癫狂”与“癫痫”诊断时指出：“凡癫疾，发者仆地吐涎沫”，“凡狂发者欲走。”症状的鉴别诊断尤其要重视“假象”的鉴别。如寒热真假的鉴别：真寒假热为身虽热，而反欲得衣被；口虽渴，但喜热饮；脉虽数，而不鼓指，按之乏力，或微细欲绝；苔虽黑，而润滑。真热假寒的鉴别：身虽大寒，而反不欲近衣；口渴而喜热饮；胸腹灼热，按之烙手；脉滑数，按之鼓指；苔黄燥起刺，或黑而干燥。

## 六、中西医结合临床思维

急诊病人的诊治程序不同于常诊病人，多以意外伤害或某症如发热、意识障碍、头痛、抽搐、呼吸困难、心悸、胸痛、急性腹痛等前来就诊，由于这些症状的病因可能是致死性的，如大量脑出血、蛛网膜下腔出血、急性心肌梗死等，所以，对这些症状的快速诊断与鉴别是至关重要的。首先应该稳定病人的生命体征，采取边抢救、边检查、边诊断的急诊抢救措施，为后续的诊治赢得宝贵时间。急诊诊断的重要原则是：

(1) 把握病人全身各系统的功能状态，既要重视病人局部表现，又要关注全身状况，才能得出正确的诊断，指导治疗。

(2) 快速判断患者是否存在危及生命的症状和体征，如脑疝、窒息、呼吸困难、心跳骤停等。

(3) 理清发病机制，才能收到确切的治疗效果。

(4) 及时把握病情变化，对协助诊断救治亦有指导意义。

另外，快速有效的院前急救，能提高救治的成功率，应该受到足够的重视。

对于急症的中医处理，首先要通过望、闻、问、切快速收集相关信息，抓住主要矛盾，辨出主要“证”，然后根据辨证，确立治法，对于中西医治疗的选择，一定要根据患者的病情选择最快捷、最有效的中西医治疗方法，按“先中后西、能中不西、中西医结合”的顺序来处理。对于病情复杂的危重症，在确保病人最有效的现代医学治疗的基础上，努力寻找中医药切入的关键环节，中西医结合，以取得最佳的疗效。

## 七、中西医结合急诊学的研究现状和发展趋势

中西医结合急诊学作为一门新兴的学科，近年

已取得了长足的进展。特别是 20 世纪 70 年代末 80 年代初，国家重视中西医结合急诊学科的发展，中西医结合急诊学在理论、临床和科研等方面取得的一定的成绩和研究成果。

### 1. 中医病名、诊断及疗效标准的规范化

中医病名是中医特色的组成部分，但其广泛的内涵却严重影响着研究水平、学术水平的提高。中西医结合专家在这方面进行了大量的工作。王永炎院士领导的脑病急症协助组对中风病的病名诊断做了深入研究，提出三层诊断法，包括病名、病类、证名的全病名诊断。命名为中风病，又称卒中，相当于西医的急性脑血管病颈内动脉系统病变。中风病名诊断经全国 30 余个医疗科研单位 2200 多例患者的反复临床验证而具有科学性和可行性，极大地推动现代中医急诊的学术发展。胸痹急症协助组对胸痹的诊断作了探讨，提出了“病证相配，组合式分类诊断法”。首先将中医病名内涵赋以西医病名，实现规范化，把胸痹病相当于冠心病，把 5 个临床类型全部归入中医病名内涵，即胸痹心痛相当于冠心病心绞痛，胸痹心悸相当于心律失常，胸痹心水相当于冠心病心力衰竭，胸痹心厥相当于冠心病心肌梗死，胸痹心脱相当于心脏骤停。在病名方面无法运用传统中医学病名者，就及时地推出现代医学的病名，如王今达教授领导的多脏衰协助组不仅在国际上首先提出了“多脏器功能失调综合征”的病名，而且较早地在国内制定了多脏器功能失调综合征危重程度的判定标准，同时归纳总结了本病“三证三法”的辩证体系，提出了“菌毒并治”的创新理论，在世界危重病医学范围内具有十分重要的意义。

### 2. 急救汤剂、给药途径、急救手段的改革

传统的汤剂、给药途径、急救手段严重影响了中西医结合急诊学的发展，在很大程度上也使得中医学的特色和专长未能充分发挥，如何更好、更充分发挥中医急救的优势，是中西医结合急诊工作者永恒的课题。更新中医的应急手段，从临床而言，与急救药物剂型和给药途径的改革直接相关。采用现代临床研究方法，参考现代诊断检查数据，将临床中行之有效的急救良方，按照现代制剂的先进工艺流程进行相应的药理实验，取得安全有效的实验结果，再经临床分组对照扩大验证并取得客观的疗效评价，从而获得临床行之有效又使用方便的中成药，对中西医结合急诊的发展极其重要。目前各种急救中药新剂型品种在 40 个以上，剂型有注射剂、滴丸、舌下给药薄膜、含片、栓剂以及结肠灌注剂等，包括具有解热解毒作用的清开灵注射液、双黄连粉针、穿琥宁注射液；具有回阳救逆作用的参附注射液；具有清热解毒、凉血活血的血必净注射液等。这些针剂在危重病人的抢救中疗效显著，在推动中西医结合急



诊学的发展中走出了坚实的一步。

虽然中西医结合急诊学已经取得一定的成绩,但是就其学科建设而言,仍期待着质的飞跃。新世纪中西医结合急诊学的研究任重而道远。新时期中西医结合急诊的研究者应站在时代发展的前沿,综合多学科发展的历史和成就,预测未来发展的趋势,达到结合社会、政治、经济、商品意识和价值规律后的更高层次的更新。

(1) 立足丰富中西医结合急诊学的理论体系,做好继承与发扬。理论体系是一个学科发展的基础,也是一个学科成熟的标志。目前,中西医结合急诊学的理论体系虽已形成初步的框架,但尚不十分完善与成熟。我们应该在做好继承的基础上,深入挖掘、整理中西医学的精华,进一步丰富、完善中西医结合急诊学的理论体系。

(2) 突出中医特色,注重临床疗效和中西医深层次的结合。中医特色是中西医结合急诊学生存的基础,而临床疗效则是根本。没有中医特色,中西医结合急诊学就会失去其生命力;没有临床疗效,中西医结合急诊学则没有了生存的价值。目前,中西医在深层次、内涵方面的结合尚显不足,我们中西医结合急诊学正是在突出中医特色的基础上,综合中西两种医学的优势,找到中西医相互的切入点,在更深层次将中西医进行广泛的碰撞和结合,提高临床疗效,从而更好地为广大患者服务。

(3) 拓宽急救手段,创新急救技术。在现代科技发展的新形势下,充分运用现代科学技术,拓宽中西医急救手段,加快中医急救药物的改革。一方面研制高效的中药静脉注射剂,更重要的是发挥中医药的优势,从不同途径给药,重视中医药的综合治疗方案,研制出新型的制剂应用于临床。在现代科技指导下如何创立中医急救新技术也是中西医结合急诊学发展的一个重要的方向。

总之,在科技高度发达的今天,大胆地吸收现代人类科技的新成果,多学科交叉研究,将中西医两种医学进行深层次碰撞,高层次结合,推动中西医结合急诊学的发展,必将为人类的卫生健康事业做出更大的贡献。

(梅广源 罗翌 李俊)

## 第二节 症状诊疗学

### 一、发热

发热(fever)是指机体在致热原的作用下或各种原因引起的体温调节中枢的功能障碍,体温升高超出正常范围( $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ , 24h 波动不超过  $1^{\circ}\text{C}$ )。

在大多数情况下,发热是人体对致病因子的一种病理生理反应。按热度(腋下体温)可分为:①低热: $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$ ;②中度发热: $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ;③高热: $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ;④超高热: $41^{\circ}\text{C}$ 以上。

#### 【病因病理】

发热的病因可分为感染性发热和非感染性发热,基本机制有三个方面的:

- (1) 体温调定点上升(如细菌、病毒感染等)。
- (2) 体温调节中枢直接受损(如颅脑外伤、出血、炎症、中暑、中毒等)。
- (3) 产热过多(如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进等)或散热减少(如广泛性皮肤病、心力衰竭等)。前者为致热原所致,后两者为非致热原所致。

发热热型有:

- (1) 稽留热:体温恒定地维持在  $39\sim 40^{\circ}\text{C}$  以上的高水平,达数天或数周。24h 内体温波动范围不超过  $1^{\circ}\text{C}$ 。
- (2) 弛张热:体温常在  $39^{\circ}\text{C}$  以上,波动幅度大,24h 内波动范围超过  $2^{\circ}\text{C}$ ,但都在正常水平以上。
- (3) 间歇热:体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,间歇期可持续 1 天至数天,高热期与无热期反复交替出现。
- (4) 波状热:体温逐渐上升达  $39^{\circ}\text{C}$  或以上,数天后又逐渐降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次。
- (5) 回归热:体温急剧上升至  $39^{\circ}\text{C}$  或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律交替一次。

#### 【诊断与鉴别诊断】

##### 1. 病史与伴随症状

发热病史要注意起病缓急、热型、热度、接触史,尤其要注意询问发热的伴随症状,常有助于确定病变部位。如发热伴鼻塞流涕、咽痛、咳嗽,一般情况良好者多为上呼吸道感染;若有胸痛、咯铁锈色痰和呼吸困难者,则为气管、支气管、肺部感染;伴头痛、呕吐、昏迷、惊厥、脑膜刺激征等则提示病变在中枢神经系统;伴腰部疼痛及尿路刺激征、脓尿、血尿者则多为泌尿系感染;伴关节红、肿、热、痛症状者多考虑急性风湿热等结缔组织病;伴恶心呕吐、腹痛、腹泻者,则考虑急性消化道炎症;伴黄疸、右上腹痛应注意肝胆系统感染。

##### 2. 体格检查

发热病人首先应进行全面详细的体格检查,重点查脉搏、呼吸是否与体温波动一致,皮肤、黏膜有无皮疹、出血点,肝、脾、淋巴结是否肿大,咽喉有无红肿、化脓,心、肺、腹部有无异常体征,肌肉关节有



无红肿疼痛、活动受限等。长期不明原因的发热尤应注意隐蔽性病灶,如肝脏、膈下、脊椎、盆腔、鼻窦、乳突等局部脓肿。肝脓肿是引起长期发热的常见病因,早期局部症状不明显。脊椎病变如结核或败血症后脊椎旁化脓性病灶在体检时易被忽略。此外,腹部与盆腔手术(包括引产)后发热可能由腹腔或盆腔内隐蔽的脓肿引起。

### 3. 辅助检查

有目的针对性地选择检查项目。

(1) 血、尿、粪常规,如结果阳性常可提供重要的诊断线索。

(2) 血沉、血清学检查,病理性血沉增快常见于各类炎症、结缔组织病、恶性肿瘤等;血清学检查对传染病所致的发热诊断有一定价值,如肥达反应、外斐试验,抗“O”试验,狼疮细胞的抗核抗体试验等对结缔组织疾病有诊断意义。

(3) 血、尿、大便、分泌物或骨髓、脑脊液培养,其阳性结果对病因有诊断意义。

(4) 结合相应器官系统病变,可选择心电图、X线摄片或血管造影,B型超声波、CT、MRI等。

(5) 必要时进行活体组织检查,及考虑手术探查。

### 【诊断思路】

(1) 是感染性发热,还是非感染性发热:感染性发热是发热中最常见的,其中以细菌感染最多见。根据白细胞总数升高,白细胞分类以成熟中性粒细胞为主,伴核左移,常提示细菌性感染。某些感染如结核、伤寒、疟疾、病毒等,白细胞总数不升高,结合病史、临床症状、体征,选择相关实验室检查加以鉴别。

#### (2) 感染性发热

1) 判断感染灶:发热伴咽痛、扁桃体肿大可能为急性化脓性扁桃体炎;发热、咳嗽、胸痛可能为肺炎;发热、右上腹痛、黄疸可能为结石性胆囊炎;发热、寒战、尿频尿急尿痛、腰痛可能为急性肾盂肾炎;发热、头痛、恶心呕吐、意识改变可能为中枢神经系统感染。

2) 查明病原体:根据可能的感染病灶,留取相关标本,行针对性检查。感染分局部感染和全身感染。局部感染如肺炎可查痰培养,急性肾盂肾炎可查中段尿培养,中枢神经系统感染可查脑脊液培养等。全身性感染如结核、伤寒、脓毒症等可行 PPD 试验、肥达反应、血培养明确病原体。

(3) 非感染性发热,是否结缔组织病:非感染性发热常见疾病有 SLE、类风湿性关节炎、风湿热等。选择性查 ANA、抗 ds-DNA 抗体、CH50、C3、C4、RF、ASO 等。

(4) 是否肿瘤性发热:引起发热的实体瘤有肾癌、肝癌、肺癌等;血液系统肿瘤有急性白血病、恶性淋巴瘤白血病等。胸、腹部 CT 扫描及骨髓涂片、淋巴结活检有助于诊断。

(5) 是否药物性发热:有用药史,各种检查未能明确发热病因,各种抗感染治疗无效,停用可疑药物后体温可逐渐降至正常。

### 【危重征象】

- (1) 发热伴呼吸困难。
- (2) 发热伴惊厥、谵妄、昏迷。
- (3) 发热伴休克。
- (4) 发热伴 DIC。
- (5) 发热伴肝肾功能衰竭。

### 【治疗原则】

发热以病因治疗为主,在诊断未明时,原则上不用或慎用退热药物,以免干扰体温曲线,影响判断。如出现下列情况须作紧急降温处理:①体温过高(如 $>39^{\circ}\text{C}$ );②高热合并惊厥或谵妄;③高热伴休克或心功能不全;④高温中暑。

#### 1. 物理降温

一般可反复用冷毛巾湿敷额部,或用冰袋置于额、枕后、颈、腋和腹股沟处降温,或用 25%~50% 酒精擦浴。对于高热患者尚可头置冰帽、冰水灌肠、冰盐水洗胃、使用降温毯,或将病人置于冰水浴盆或空调房内。

#### 2. 药物降温

视发热程度可采用口服或肌注解热镇痛药,如阿司匹林、对乙酰氨基酚等,注意用量,以免体温骤降和大汗淋漓,老年和体弱者尤应注意。对于高热伴惊厥、谵妄者尚可用冬眠疗法(氯丙嗪和异丙嗪各 50mg,哌替啶 100mg 加入 5% 葡萄糖注射液 250ml 中静滴)。

#### 3. 中医药治疗

对症处理可选用温病三宝“安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹”、柴胡注射液、痰热清注射液、瓜霜退热灵等退热。如中药擦浴、中药灌肠、辨证使用中药、针灸等特色疗法退热。另外,常根据不同疾病,参照有关章节辨证论治。

(罗翌李俊)

## 二、胸痛

胸痛(chest pain)主要是由胸部疾病所致,也有其他部位病变引起,如因内脏疾病所致,常有重