

中国中西医结合学会 编

中西医结合 急难重证 诊治

林求诚 王今达 陈维养 主编
福建科学技术出版社



中国中西医结合学会 编

中西医结合 急难重证 诊治

林求诚 王今达 陈维养 主编
福建科学技术出版社

(闽)新登字 03 号

中西医结合急难重症诊治

中国中西医结合学会 编

*

福建科学技术出版社出版、发行

(福州得贵巷 59 号)

福建省新华书店经销

福建省科发电脑排版服务公司排版

沙县印刷厂印刷

开本 850×1168 毫米 1/32 25.25 印张 4 插页 600 千字

1995 年 4 月第 1 版

1995 年 4 月第 1 次印刷

印数:1—5 300

ISBN 7-5335-0872-0 /R·183

定价:23.20 元

书中如有印装质量问题,可直接向承印厂调换

编写人员

主编:林求诚 王今达 陈维养

协编:方素钦 叶 盈

编者(按章节顺序):

林求诚	福建省中医药研究院
林于雄	福建中医学院
陈文彬	华西医科大学附属第一医院
李廷谦	华西医科大学附属第一医院
赵英杰	福建中医学院
熊尚全	福建省人民医院
施海明	上海华山医院
戴瑞鸿	上海华山医院
涂秀华	中国中医研究院西苑医院
童文新	中国中医研究院西苑医院
李 勇	上海华山医院
叶 盈	福建省中医药研究院
徐凤芹	中国中医研究院西苑医院
陈维养	中国中西医结合杂志社
钱振淮	中国中医研究院西苑医院
吴松鹰	福建省中医药研究院
郑则敏	福建省人民医院
危北海	北京市中医研究所
谈浪逐	北京市中医研究所

高河元	南京军区福州总医院
林应时	福州市传染病院
张育轩	北京协和医院
潘秀珍	福建省立医院
郭云庚	福建省人民医院
周大美	福建省人民医院
姚宝森	中国中医研究院西苑医院
周霭祥	中国中医研究院西苑医院
张闾珍	福建医学院附属协和医院
林哲章	福建医学院附属协和医院
陈美华	福建省中医药研究院
舒贵阳	福建省立医院
戴希文	北京广安门医院
王今达	天津第二医学院附属第一中心医院
郑 安	福建医学院附属协和医院
朱亨炤	福建省中医药研究院
孙 怡	中国中医研究院西苑医院
陈士奎	中国中医研究院西苑医院
陆 曦	福建医学院附属第一医院
林永祥	福州市神经精神病院
施光锜	福州市神经精神病院
罗和春	北京医科大学精神卫生研究所
张继志	北京安定医院
牛宗新	北京安定医院
张宝林	湖南医科大学附属湘雅医院
虞佩兰	湖南医科大学附属湘雅医院
叶礼燕	南京军区福州总医院

叶孝礼	福建省立医院
龚明敏	北京友谊医院
闫田玉	北京友谊医院
何清宇	天津医学院
吴咸中	天津医学院
胡励军	福建中医学院
郑显理	天津市中西医结合急腹症研究所
仇 宏	天津市中西医结合急腹症研究所
邓正明	福州市第一医院
姜 华	福州市第一医院
陈民藩	福建省人民医院
赵竟成	福建省人民医院
方素钦	福建省中医药研究院
张广生	中国中医研究院西苑医院
林祥慎	福州中西医结合医院
吴和木	福州中西医结合医院
许鸿照	江西中医学院
王和鸣	福建中医学院
丁 铭	福建中医学院
郑金福	中国中医研究院西苑医院
陈志伟	中国中医研究院西苑医院
张代钊	北京中日友好医院
徐君东	北京中日友好医院
吕维柏	中国中医研究院
林浩然	福建省立医院
于载畿	山西医学院附属第一医院
林永华	浙江医科大学附属妇产科医院

刘 琨	北京中医医院
江素茵	福建中医学院
孙立华	中国中医研究院西苑医院
林宝仁	福建省立医院
金威尔	福建省人民医院
林 颖	福建省人民医院
徐国兴	福建医学院附属第一医院
林文森	天津南开医院

序

由我国著名中西医结合临床医学家林求诚教授等主编的《中西医结合急难重证诊治》一书行将面世了。本书由数十名富有临床实际经验的专家分工合作完成，内容囊括临床各科常见的急难重症，并就各病的病因、病机、诊断要点、中医辨证、中医及西医对各病有效而富有特色的治疗方法等作了系统的论述。同时还介绍了他们的临床经验体会。本书既有科学性，又有实用性，反映了我国中医、西医及中西医结合在诊治各类急难重证上的新进展、新成就，也反映了我国临床医学在诊疗上的显著优势。这些成就或优势是国际医学界十分重视的一个重要方面。

为了推广和提高我国在急难重证方面的中西医结合诊治经验，本书编著者不辞劳苦，作了极大的努力。这对于弘扬我国传统医药学，使之与现代医学科学相结合，提高疗效，为广大病患者服务，将是一个极为出色的贡献。我想，这也可以说是我国传统医学美德——“博施济众”的一个举措吧。是为序。

陈可冀

1994年5月28日于北京西苑

编写说明

福建科学技术出版社委托中国中西医结合学会编写《中西医结合急难重证诊治》，总会决定由编辑工作委员会负责组织，邀请全国著名的中西医结合专家、教授参加。

本书共编写急难重证 75 种，选题重点为中西结合能显著提高疗效的病种。实际上病种远不止这些，但由于时间等因素的限制，其他病种留待再版时扩充。

本书每个病按现代医学的病名分 6 个部分编写。第 1 部分为概述，写现代医学的定义及本病相当于或属于中医学的什么范畴。第 2 部分为病因病机，分两段写，第 1 段是现代医学的论述，第 2 段是中医学的论述。第 3 部分为西医诊断要点和鉴别诊断，叙述现代医学如何通过病史、体检、检验和特殊检查而诊断本病的。第 4 部分为中医辨证要点和证候分类，叙述中医如何通过望、闻、问、切而辨认证候的。可以这样认为，现代医学是“经”的诊断，中医辨证是“纬”的诊断，有了“经”和“纬”两方面的诊断，对病人就有更全面的认识。第 5 部分为治疗，先写本病的治疗原则及中西医结合要点，何时应用中医疗法，何时应用西医疗法，中、西医疗法各分工解决什么问题，以后按顺序叙述中医辨证论治、西医疗法、单方验方、手术疗法、针灸疗法和其他疗法。第 6 部分为经验体会，谈如何继承发扬祖国医学遗产，如何将中西医两法有机地结合起来，如何取长补短、提高临床疗效的经验体会。最后附主要参考文献。

应该说明的是，本书所提供的中、西药处方仅是举例而已，临

床应用时要结合患者病情的轻重、体质的强弱及各方面的情况,酌情加减、灵活掌握。

为节省篇幅,本书将“肌肉注射”缩写为“肌注”,“静脉注射”缩写为“静注”,“静脉滴注”缩写为“静滴”。注射青霉素、血清及细胞色素 C 等药物,应按规定先进行皮肤过敏试验,不在各有关章节重复叙述。

本书在编写过程中,蒙中国中西医结合学会有关领导的指导和关心,得到全国著名中西医结合专家的大力支持,中国科学院院士陈可冀教授特为本书写序,给我们以鼓励。在此一并表示衷心的感谢。

由于编者水平的限制,本书内容难免有错误、遗漏和不足,请读者指正,以便再版时修改补充。

林求诚 王今达 陈维养

1994 年 6 月

目 录

成人呼吸窘迫综合征	(1)
呼吸衰竭	(11)
支气管哮喘	(25)
大咯血	(37)
心脏骤停	(48)
心绞痛	(57)
急性心肌梗塞	(69)
病态窦房结综合征	(82)
病毒性心肌炎	(91)
心力衰竭	(103)
感染性休克	(116)
血栓闭塞性脉管炎	(126)
上消化道出血	(134)
下消化道出血	(156)
急性出血性坏死性肠炎	(165)
重症肝炎	(177)
肝硬化腹水	(191)
肝脓肿	(202)
胆道蛔虫病	(210)
再生障碍性贫血	(215)
毒性弥漫性甲状腺肿	(229)
糖尿病酮症酸中毒	(237)

高脂血症、高脂蛋白血症·····	(245)
急性肾功能衰竭·····	(256)
慢性肾功能衰竭·····	(267)
慢性肾小球肾炎·····	(278)
系统性红斑狼疮·····	(293)
类风湿性关节炎·····	(299)
弥漫性血管内凝血·····	(306)
多系统器官功能衰竭·····	(319)
脑出血·····	(330)
中风后遗症·····	(339)
痴呆·····	(353)
癫痫持续状态·····	(359)
多发性硬化·····	(371)
重症肌无力·····	(382)
躁狂抑郁性精神病·····	(390)
精神分裂症·····	(400)
神经症·····	(406)
新生儿溶血病·····	(423)
新生儿硬肿症·····	(433)
婴幼儿腹泻·····	(438)
胃、十二指肠溃疡急性穿孔·····	(449)
急性肠梗阻·····	(465)
急性阑尾炎及其穿孔·····	(477)
肛痿·····	(484)
痔·····	(494)
胆石症·····	(503)
急性梗阻性化脓性胆管炎·····	(512)

急性胰腺炎	(519)
毒蛇咬伤	(528)
淋巴结结核	(535)
泌尿系结石	(546)
开放性骨折	(559)
股骨头无菌性坏死	(569)
筋膜间隔区综合征	(579)
挤压综合征	(588)
四肢血管损伤	(597)
四肢神经损伤	(606)
急性白血病	(616)
慢性粒细胞白血病	(632)
放、化疗反应	(643)
银屑病	(653)
艾滋病	(665)
盆腔炎	(677)
异位妊娠	(685)
子宫内膜异位症	(699)
功能失调性子宫出血	(706)
妇女更年期综合征	(721)
女性不孕症	(729)
特发性葡萄膜大脑炎	(743)
视网膜静脉阻塞	(753)
中心性浆液性脉络膜视网膜病变	(765)
视神经炎	(771)
过敏性鼻炎	(782)

成人呼吸窘迫综合征

【概述】 成人呼吸窘迫综合征 (ARDS) 系多种原发性疾病, 如休克、创伤、严重感染等疾病中发生的急性进行性缺氧性呼吸衰竭。其病理生理的主要改变为弥漫性肺损伤、血管壁通透性增加和肺泡群萎陷, 导致肺内血液分流增加、通气与血流比率失衡。临床表现为严重而不易缓解的低氧血症、呼吸频数和呼吸窘迫。ARDS 死亡的主要原因是全身血流动力学紊乱和多器官功能衰竭 (MSOF), 并非低氧血症。本病属中医学喘症范畴, 与历代文献中论述的损伤、产后、温病、失血、痢疽等所导致的喘症, 十分类似。

【病因病机】 西医学认为, 本病的病因包括: ①肺部疾病, 如误吸、重症肺部感染 (包括流感病毒、肺孢子虫病等)、肺外伤、肺栓塞 (脂肪或羊水) 和毒害气体吸入 (光气、烟雾) 等。②肺外疾病, 如创伤、败血症、各种原因休克、体外循环、大量输血、急性胰腺炎、播散性血管内凝血、长期高浓度氧 ($>70\%$) 吸入等。③某些少见病, 如多发性肌炎、系统性红斑狼疮、造血系统恶性肿瘤 (白血病、骨髓瘤、恶性组织细胞增多症等)、钩端螺旋体病、粟粒性结核, 中暑及触电后。尽管 ARDS 的原发疾病不尽相同, 但造成的肺部损害是相似的, 其基本病理改变是广泛肺泡上皮和微血管的损伤, 而导致肺泡-毛细血管通透性增高性肺水肿。

近年来, ARDS 发病机理的研究已深入到细胞水平和分子水平。发现一些在生理条件下具有代谢、内分泌、免疫防御等功能的肺内细胞, 在 ARDS 时发生质和量的异常变化, 而成为急性炎

症反应的效应细胞。中性白细胞 (PMN) 一般被认为在 ARDS 肺病炎症的机理中起重要作用, 是促进炎症反应引起毛细血管通透性增加的主要细胞成分。现已明确, 补体 5_c (C_{5a}) 是吸引 PMN 大量募集于肺的主要趋化物质, 而被 C_{5a} 激活的 PMN 在肺内的聚集是急性肺损伤的起始环节, PMN 数量增加程度和严重低氧程度相平衡。中性颗粒释放多种蛋白溶解酶, 破坏肺的胶原弹力蛋白和纤维连接蛋白, 减少肺泡表面活性物质的合成与分泌; PMN 激活后还会发生细胞内“呼吸暴发”, 产生大量氧自由基, 造成肺泡毛细血管膜的损伤。PMN 还能释放花生四烯酸 (AA) 代谢产物, 包括前列腺素 (PG)、血栓烷 (TX)。有人认为, ARDS 的发生率与血中 TXA_2 水平和 TXA_2/PGI_2 比值关系密切。此外, PMN 中的蛋白酶还可通过酶作用而激活补体、纤维蛋白酶和 Hageman 因子, 加重了炎症的过程。临床资料提示, 约 50% 的非创伤性 ARDS 患者, 循环血小板进行性减少; 血小板聚集于肺, 并参与肺毛细血管血栓形成, 释放血管活性物质 (TXA_2 、LT、PG、5-HT), 导致肺动脉高压。血小板产生的增殖刺激因子作用于纤维母细胞, 可形成 ARDS 后期快速而广泛的纤维化。肺泡巨噬细胞 (AM) 不仅对免疫反应和炎症反应有重要的调节作用, 同时也积极参与 ARDS 的发病过程, AM 分泌的具有广泛生物活性的白细胞介素 I (IL-1)、肿瘤坏死因子 (TNF), 认为是急性肺损伤的启动因子。血管内皮细胞受损是 ARDS 的最初环节, 但内皮细胞并非仅作为被动的靶细胞, 亦具有活跃的代谢与调节功能, 参与 ARDS 的发病。内皮细胞释放的 vWF 因子相关抗原, 为血小板粘附所必需, 产生的 TXA_2 、PAF、LT (淋巴毒素), 可趋化更多的血小板和 PMN 入肺。另外, 血小板激活因子 (PAF)、纤维结素 (Fn)、前凝血质和纤溶酶原激活物均与 ARDS 的发生有关。总之, ARDS 的发病机理是错综复杂的, 要全面阐明尚需进一步研究。简而言之, 大

量炎症细胞在肺内聚集、“扣押”，尤其是 PMN 和血小板聚集是重要的致病因素，通过补体等激活，释放氧代谢产物、蛋白溶解酶类、花生四烯酸代谢产物等可导致急性肺损伤。AM 主要发挥启动和调节炎症反应的作用，内皮细胞和嗜酸细胞参与 ARDS 病变过程，LT、TNF、IL-1 对炎症反应有多方面的调节作用。通过多途径的毒性作用，造成广泛的微栓塞，使肺内血液分流明显增加而导致呼吸功能恶化，出现不可逆的低氧血症。

中医学认为，ARDS 归于喘症的范畴，有因病邪直中于肺或他脏虚损传肺者，亦有因邪盛以致气阴衰败、元阳欲绝、脉络瘀阻而致肺气虚损者，均可导致阳虚水泛，肾不纳气，气虚欲脱以致喘不能卧。至于外伤致喘，乃是“血在胁下”；产后致喘，乃缘于“脏腑不和，气血虚伤，败血冲心”（《太平圣惠方》）；失血致喘是“气虚血乘于肺也”（《证治准绳》）；痼疽致喘乃“心火刑肺金”；温病致喘缘于热邪亢盛、气阴欲脱。ARDS 发病主要累及肺、肾、气、血，一般多表现为虚实夹杂，本虚标实。虚主要为肺、肾亏虚，其次是血虚；实多表现为瘀血、水湿或热毒等壅滞肺气。

【西医诊断】

一、诊断要点

1. 具有可引起 ARDS 的原发疾病：如前所述。
 2. 呼吸系统症状：呼吸频数（ >28 次/分）或（和）呼吸窘迫。
 3. 血气分析异常：低氧血症，在海平面呼吸空气时，动脉血氧分压（ PaO_2 ） $<8\text{kPa}$ 、 $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 < 34.4\text{kPa}$ 。
 4. 胸部 X 线征象：包括纹理增多、边缘模糊、斑片状阴影或大片阴影等肺间质性或肺泡性病变。
 5. 排除慢性肺疾病和呼吸衰竭。
- 凡具备以上 5 项或有 1、2、3、5 项者，可诊断为 ARDS。

ARDS的高危病例和可疑病例,即具备可引起ARDS的原发疾病(特别是脓毒血症,近期吸入胃内容物、肺挫伤、急性大量输血等),呼吸频率有增加趋势者(>20 次/分),应列为高危病例进行密切观察;对呼吸频率进行性增快(>20 次/分, <28 次/分)或(和) PaO_2 ($\text{PaO}_2/\text{FIO}_2$)进行性下降者(虽 PaO_2 仍大于 8kPa),应列为可疑病例。

二、鉴别诊断

(一)急性左心衰竭 有诱发左心衰竭的原因可寻,混合性呼吸困难,卧位时加重,咳粉红色泡沫痰,发病早期肺部有大量湿性啰音,X线检查心影见异常。

(二)肺栓塞 具有栓子形成的原发病,如血栓性静脉炎、房颤等,突然发生胸痛、呼吸困难、发绀甚至休克,伴有发热、咳血性痰或咯血;病变部位叩诊呈浊音;血象中性粒细胞增多;X线呈楔状阴影。

【中医辨证】

(一)热毒内陷、肺气壅塞 咳嗽、喘促、气急、面唇紫绀、内热烦躁,舌质绛、舌苔薄白或微黄,脉弦数。

(二)痰湿阻肺、肺气失宣 喘促胸膈满闷、咳嗽,舌质淡胖、苔薄白,脉弦滑。

(三)肺失宣降、阳明腑实 喘促、紫绀、神志改变、便秘、高热、鼓肠及程度不等的肠鸣音减弱,舌绛红、苔黄燥或黄浊厚腻,脉弦滑。

(四)肾气虚损、血脉瘀阻 咳嗽、喘促、口干咽燥、身倦乏力、皮肤瘀斑、唇面、四末紫绀,舌质青紫、苔薄白或少苔,脉沉细弱。

(五)气阴两虚、阳微欲绝 面色晦暗、喘促急数、张口抬肩、自汗盗汗、语言低怯、四肢厥逆、唇面、四末紫绀,舌绛红、无