

中西医结合内科急症治疗

主编 刘宝录

中医古籍出版社

059.7
6

中西医结合内科急症治疗

主 编 刘宝录
副主编 逯建存
编 者 王争胜 李建真
审 订 傅景华

中 医 古 籍 出 版 社

(京)新登字027号

责任编辑: 徐岩春

封面设计: 何周荣

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合内科急症治疗 / 刘宝录等著. — 北京: 中医古籍出版社, 1995.9

ISBN 7-80013-640-X

I. 中… II. 刘… III. 内科: 急性病-中西医结合疗法
IV. R509.7

中国版本图书馆CIP数据核字 (95) 第12802号

中西医结合内科急症治疗

主编 刘宝录 副主编 逄建存

编者 王争胜 李建真

中医古籍出版社出版

天水新华印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

开本: 787 × 1092 毫米 1/16 印张: 13

1995年9月第1版 1995年9月第1次印刷

字数: 298千字 印数 1—5000册

ISBN7-80013-640-X/R·636

定价: 15.00元

序

刘宝录、逯建存等同志合编《中西医结合内科急症治疗》。余认为这是一部比较高水平的著作。关于抢救病人于仓卒之间，解除其痛苦，拯救其生命，斯亦难矣。中医为传统医学，历史悠久，积累了丰富的经验，西医借助现代科学手段有其独特的方法。中西医结合而又有作者的心得体会，在急救医学方面，既发挥了各自的优势，又弥补了相互的不足，我认为这是中西医结合方面的一大胜利，也是一个很好的典型，它必然对急诊学作出应有的贡献，是为之序。

刘渡舟写于圣诞节

1994.12.25

编写说明

《中西医结合内科急症治疗》是关于利用中医、西医的特长,对危重病人进行有效抢救的一部著作。近年来特别是中医急诊有较大的发展和创新,对一些疑难重症的抢救,如冠心病、DIC等,已经取得了举世公认的效果。而中西医结合急诊又有独到之处,因为它能对每一种疾病按照轻重程度、发展阶段和不同的病情变化,均采用中西医齐头并进的救治措施,既发挥了各自的优势,又弥补了相互的不足,故而在临床治疗中发挥了较好的效果。所以,它将为人类的健康事业做出新的贡献。中西医结合内科急诊虽然是一门新兴的学科,然而在临床医疗实践中已显示出了强大的生命力。但目前这方面的资料散在,并汇集成册的比较少,尤其是中西医结合成熟的抢救经验,贯穿于大多数危重病病人的抢救过程者甚鲜。为了临床的需要,我们将中医和西医的治疗技术特长兼收并蓄,集中成册,目的是为了使初学者便于掌握,故而将每种疾病的中西医抢救措施分别依次列举于其后。在编写过程中,我们不揣愚陋,着重对中西医急诊的生理、病理、诊断、治疗等资料进行了收集、总结,并将我们长期在临床中所运用的中医抢救措施和方法融合其中,编写了这本书。全书共分为概论、高热、传染病急症、呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、神经系统、内分泌与新陈代谢急症,及急性中毒、物理因素所致的急症等12章53节,意在临床及科研工作者有所启迪。然而,由于我们水平和所能看到的资料有限,在整理编写中,不可能将更多的新成果收入其中,不周之处,敬请同道指正。

本书承蒙全国著名中医专家、北京中医药大学教授刘渡舟老师作序,中医古籍出版社傅景华总编辑予以审订,谨此致谢!

刘宝录

1994年12月28日

内 容 提 要

《中西医结合内科急症治疗》是编者在广泛收集了中医、西医有关资料，结合临床撰写而成。全书内容包括：概论、高热、传染病急诊、呼吸系统、循环系统、消化系统、血液系统、泌尿系统、神经系统、内分泌与新陈代谢急症，及急性中毒、物理因素所致急诊等12章，内容比较丰富，中西医结合诊治的技术可靠，而且比较新颖，对危重病人的抢救有一定帮助。供临床及科研工作者阅读参考。

目 录

第一章 概论	(1)
第二章 高热	(4)
第三章 传染病急症	(9)
第一节 重症病毒性肝炎	(9)
第二节 中毒性痢疾	(13)
第三节 伤寒	(16)
第四节 流行性乙型脑炎	(19)
第五节 暴发性脑脊髓膜炎	(23)
第六节 结核性脑膜炎	(26)
第七节 散发性脑炎	(29)
第八节 败血症	(31)
第九节 流行性出血热	(36)
第四章 呼吸系统急症	(40)
第一节 哮喘持续状态	(40)
第二节 大咯血	(43)
第三节 呼吸衰竭	(45)
第四节 成人呼吸窘迫综合征	(49)
第五节 肺性脑病	(52)
第五章 循环系统急症	(55)
第一节 休克	(55)
第二节 急性肺水肿	(60)
第三节 慢性心功能衰竭	(63)
第四节 急性心律失常	(69)
第五节 冠心病	(75)
第六节 急性风湿热	(84)
第七节 病毒性心肌炎	(88)
第八节 高血压急症	(91)
第九节 心脏骤停和心肺脑复苏	(97)
第六章 消化系统急症	(105)
第一节 急性胆囊炎	(105)
第二节 急性胰腺炎	(107)
第三节 胆道蛔虫症	(110)

第四节	上消化道大量出血	(111)
第五节	肝性脑病	(117)
第七章	血液系统急症	(120)
第一节	过敏性紫癜	(120)
第二节	原发性血小板减少性紫癜	(121)
第三节	白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(123)
第四节	再生障碍性贫血	(126)
第五节	弥漫性血管内凝血	(129)
第八章	泌尿系统急症	(133)
第一节	急性肾盂肾炎	(133)
第二节	泌尿系结石	(135)
第三节	急性肾功能衰竭	(139)
第四节	慢性肾功能衰竭	(145)
第九章	神经系统急症	(154)
第一节	癫痫持续状态	(154)
第二节	急性脑血管疾病	(157)
第三节	颅内高压症	(164)
第十章	内分泌系统与新陈代谢急症	(168)
第一节	水、电解质与酸碱平衡失调	(168)
第二节	甲状腺机能亢进危象	(172)
第三节	低血糖状态及低血糖性昏迷	(175)
第四节	糖尿病酮症酸中毒	(177)
第十一章	急性中毒	(181)
第一节	有机磷农药中毒	(181)
第二节	急性一氧化碳中毒	(184)
第三节	细菌性食物中毒	(185)
第四节	急性酒精中毒	(189)
第五节	催眠药安定药中毒	(190)
第十二章	物理因素所致急症	(192)
第一节	中暑	(192)
第二节	溺水	(193)
第三节	电击伤	(195)

第一章 概 论

中西医结合内科急症治疗是关于运用中医药学和现代医学相结合的方法对于内科急重症进行有效救治的学问。它既区别于现代医学又不同于传统医药学而结合了二者的优势。运用中西医结合内科急症治疗的知识能够有效地救治多种内科危急重症。

一、急诊医学是一门古老而新兴的学科

急症是临床医学的一个重要组成部分，自古以来，一直受到医学家们的重视，在历代名医典籍中，有关急症理论、治疗经验、急救技术和急救剂型等，都有不少论述，而其发展到成为专科则是近年的事，这是随着现代科学的发展和人民群众健康的需要而出现的。随着中医医院的发展，具有我国特色的中医急诊医学体系和中西医结合急诊体系也逐渐建立起来，全国各县级以上的中医医院已经设立或正在筹备建立具有中医或中西医结合特色的急诊科，以满足全国人民健康的需要，中医急诊学这一门古老而新兴的学科正在不断地向前发展。

二、历代名医典籍有关急诊医学的论述和贡献

中医古籍，汗牛充栋，有关急诊医学的论述和贡献俯拾皆是，了解和学习古代有关急诊医学的论述和成果，对于现代研究和诊治急症有很重要的意义。

所谓急诊医学是针对重危急症而设，对于“急症”这一名词，《内经》就有深刻认识。如《灵枢》称“暴疾”、“暴病”、“卒病”等。秦汉医学家认为，急症或“卒暴”，或“久逆之所生”，或由痼疾新加，其特征就是起病急暴，或卒然加重，故将“暴”、“卒”等冠于某些病名之上，如“暴痹”、“暴厥”、“卒死”等。《内经》对急症起病急、变化快、病情重等特点已有认识，如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。《内经》总结了秦汉以前的急症理论和经验，对后世有着重要影响，如热病论对于《伤寒论》六经辨证的影响，病机十九条对于刘河间主火论的影响等。

东汉张仲景《伤寒杂病论》，开急症辨证论治的先河，有“辨证论治，统赅百病”的盛誉。除急性热病外，对于杂病急症仍以辨证论治为准则，而且对于高热结胸、出血、暴泻、厥逆等，总结出较为系统的理法方药，一直广泛应用于临床。

晋·葛洪《肘后备急方》，已具备急症手册的雏形，收集了魏晋南北朝时期急症治疗的经验，对于临床各科“众急之病”，“无不具备”，且“一方一论”皆“试而后录”，“遇病得方，方必已病”。该书对急症的病因、诊断、病名分类、急救处理都有详尽的论述，其中许多治疗方法，很有临床参考价值。

隋·巢元方《诸病源候论》充实了急症的病名、病候，发展了病机理论，在全书所列67种病名诊断中，属于急症诊断的就有18种，在1720种证候中，急症则不下300候。

对于许多急症病机，也有较正确的解释。如急黄，是因为“脾胃有热，如气郁蒸，因毒所加，故突然发黄，心满气喘，命在倾刻”。在急症的急救和治疗方面，强调运用针灸、内外并治等综合手段。其中将扩创引流术已作为常规急救措施。如《金疮病诸侯》曰：“夫金疮有久不瘥者，脓汁不绝，肌肉不全者，其疮内有破骨断筋，伏血腐肉，铁刃竹刺，久而不去，令病不愈，喜出青汁，当破出之，病则愈”。《痈疽病诸侯》亦云：“以手掩肿上，不热者无脓，若热甚者，为有脓，凡觉有脓，当急破之，不尔侵筋骨也。”

唐代孙思邈对急症的贡献主要反映在他的《千金要方》和《千金翼方》中。书中除列“备急方”27首供急救之用外，所载700多首处方，差不多每一门中都有些救急的名方，至今仍广泛地运用，如犀角地黄汤、苇茎汤、驻车丸、黄连汤、温胆汤等。该书对急症按学科分类列病，对急性出血、急性腹痛、暴吐、暴痢、急黄、厥脱等均有详细论述。对急症的治疗，孙氏倡导综合疗法，内服与外治相结合，大量采用药物熨、熏、洗、敷、贴、吹、摩等多种外治法，并且以针灸、按摩与药物治疗相结合。孙氏还是世界上第一个使用导尿术的医家，《千金要方·胞囊论》载：“凡尿不出胞中，为胞屈僻，津液不通，以葱叶除尖头，内阴茎孔中，深三寸，微用口吹之，胞胀津液得通便愈。”孙氏抢救危笃之症除用汤剂外，还常把药制成丸、散贮存以备急用。

唐代王焘《外台秘要》在中国急症学史上有重要地位，其有关内科急症的内容非常丰富，并且汇集了唐以前多种多样的急症救治方法。

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霜中毒。朱丹溪强调痰、气在急症发病中的作用。李杲创内伤脾胃学说并用之治疗内伤急症，张子和以汗吐下法治疗急症，王清任以益气活血和通瘀活血治急症，唐容川《血证论》论述血证的治疗等。

金元时期，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·吴又可创立“戾气”致病论，并主张“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，发明了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，为急性热病诊治的理论和临床都做出了巨大贡献。

新中国成立以来，随着中西医学学术思想的相互渗透，中医急症工作多由传统模式转变为采用西医诊断、中医辨证进行临床观察治疗，并且开展基础实验，改进中药制剂剂型，多渠道给药等，使中医对急症的治疗得到了长足的发展。

三、建立中医急诊医疗体系的必要性

建立中医急诊医疗体系是非常必要的，重要理由有三点：第一，建立中医急症医疗体系有利于人民群众的身体健康。第二，建立中医急症医疗体系有利于祖国医学的现代化发展，因为要发展现代中医急诊科学就必须使古老的祖国医学与高速发展的现代科学接轨，只有这样，才能使中医急诊学术真正发展，达到急诊医疗所必须具备的各项要求，以之带动祖国医学的现代化进程。第三，建立中医急症医疗体系，在各中医医院设立急诊科（室），有利于中医医院的组织建设和功能建设，使祖国医学能更好地为全人类

服务。

四、中医院急诊科（室）的组织结构和任务。

急诊医学是一个跨学科的专业，急诊科（室）是进行急诊医学实践的地方。一方面急诊室内需有各专科轮流派来的医师值班工作。另一方面，急诊专业的医师也需要轮流到其它科室工作，使急诊科医师能够具备各科知识和处理各科疾病。中医急诊科人员尤其需要具备中西医两大专业的全面知识。从行政管理来看，急诊科首先应该是由院长直接领导下的独立科室，其次急诊科应有与其他临床科室同样的人员编制。第三，完整的急诊科应设置诊断室、医办公室、护办公室、治疗室、换药室、抢救室、医护值班室、急诊煎药房等，配备一切必要的诊断和抢救设备如洗胃机、呼吸机、心电图机、心电监护仪、电击除颤仪等。

急诊科的主要任务就是接待和处理急诊病人，其中多数是一般急症，需急救或组织专业人员急救的属少数，中医院急诊科在处理病人时应注意发扬中医特色。坚持“能中不西，先中后西，中西医结合”的原则，在以上基础上，还应注意进行中医急诊的科研工作，并承担实习和进修人员的教学工作。（逯建存）

第二章 高 热

高热是由于某些原因引起机体产热过多和（或）散热过少，或调节功能发生障碍，使体温超过39℃以上时称为高热。急诊常见的高热多由于感染所致，非感染性高热则见于结缔组织疾病、白血病、癌、甲亢、中暑等等疾病。

祖国医学将发热分为外感发热和内伤发热，外感发热是感受六淫和疫疠之气所致，内伤发热多见于体质虚弱及慢性病患者，其热度以低热较常见，但也有表现高热者。《景岳全书·杂证谟·寒热》云：“凡热病之作，亦自有内外之辨。如感风寒而传为热，或因时气而火盛为热，此皆外来之热，即伤寒、瘟疫、时毒、疾症之属也。至若内生之热，则有因饮食而致者，有因劳倦而致者，有因酒色而致者，有因七情而致者，有因药饵而致者，有因过暖而致者，有因阴虚而致者，有偶感而致者，有积累而致者”。

【临床表现】

发热病人除原发性疾病的症状和体征外，尚有下列表现：

多数病人对发热较敏感，但某些病人，特别是结核病人，即使热度较高，身可毫无察觉；头痛，全身肌肉酸痛或关节痛，骤起的发热可伴有前驱寒战或畏寒，发热时心率和呼吸频率加快，高热患者可出现烦躁、兴奋甚至谵妄、昏迷等。小儿可见到抽搐，还可出现单纯疱疹。发热患者还可出现食欲不振、口渴，舌质红，苔黄或舌苔干裂等症。发热患者大多便秘，肠道感染所致者则出现腹泻。

【诊断和鉴别诊断】

一、诊断

（一）询问病史 应了解发热起病的缓急、时限、高低、类型及规律性等，了解发病季节、职业、传染病接触史等，发热时有无寒战或出汗，有无发热相伴的症状如咳嗽、腹痛、胸痛等。

（二）体格检查 对发热患者必须作周密的体查。如神志意识的清晰度及面容特征。局部有无病灶存在，如齿槽脓肿、扁桃体炎、副鼻窦炎、中耳炎、淋巴结炎、蜂窝组织炎及内脏局部病灶如肝脓肿、膈下脓肿、肾盂肾炎、输卵管炎等。注意皮肤粘膜有无黄疸、皮疹、瘀点、皮下结节、出血、全身浅表淋巴结有无肿大。注意心肺的体征，如心音、心律及心率的变化，肺部有无干湿性罗音，呼吸音有无减弱等。腹部有无压痛、包块及肝脾肿大。四肢有无畸形和红、肿、热、痛。神经系统有无脑膜刺激征等。并注意是否有剧烈头痛、咳嗽、胸痛及口唇疱疹。

（三）理化检查 根据病情可作血、尿、便常规检查，细菌学、血清学检查，如肝功能、血涂片、血沉、抗“O”、肥达氏反应、类风湿因子等等，脑脊液、骨髓检查，胸腔、腹腔穿刺液检查及培养。X线胸透及摄片，超声波检查，同位素、内窥镜检查等。

(四) 治疗性诊断 对临床高度疑似的一些疾病, 经各种检查均不能确诊者, 可应用特效药物作治疗性诊断。

二、鉴别诊断

临床上引起发热的疾病很多, 可出现于各种感染性和多种非感染性疾病。发热应首先考虑感染性因素, 其次考虑非感染性因素如恶性肿瘤及结缔组织疾病等。再根据病情的进展变化, 结合有关实验室检查, 进行综合分析、判断, 及早做出明确诊断。

【治疗】

一、西医治疗

(一) 病因治疗 通过检查, 明确诊断后, 针对病因给予治疗。除特殊必要外, 不可贸然予以退热剂或抗菌药物治疗。

(二) 退热治疗 急性高热患者病情严重, 疑为感染性发热时, 可在必要的实验室检查后给予抗菌药及退热剂治疗。发热热度不高或病人一般情况尚可且无特殊不适者, 不一定给予退热剂退热。对于高温中暑、手术后高热、休克伴发热和心功能不全、高热出现谵妄, 婴幼儿高热者, 应予紧急降温措施。降温措施包括物理降温(如冷敷、酒精或盐水擦浴、冰水灌肠等)和化学降温(应用各类退热剂)等。

二、中医治疗

(一) 辨证论治

1. 外感发热 应按照卫气营血辨证治疗。

(1) 卫分证

①风热袭表 发热微恶寒, 咽喉肿痛, 头痛, 鼻塞, 咳嗽, 口微渴, 舌边尖红, 苔薄黄, 脉浮数。

治法: 辛凉解表。

方药: 银翘散加减。

银花、连翘、豆豉、牛蒡子、薄荷、荆芥、桔梗、甘草、竹叶、芦根、木蝴蝶。

②风寒束表 恶寒发热, 头痛身痛, 鼻塞流清涕, 咳嗽, 口不渴, 舌苔薄白, 脉浮紧。

治法: 辛温解表。

方药: 荆防败毒散。

荆芥、防风、羌活、独活、柴胡、前胡、川芎、枳壳、桔梗、茯苓、炙甘草。

③暑湿在表 发热恶寒, 身重脘闷, 头昏胀痛, 呕恶, 舌红苔白腻, 脉濡数。

治法: 清暑除湿解表。

方药: 新加香薷饮。

香薷、扁豆花、厚朴、银花、连翘。

(2) 卫气同病 高热恶寒, 口渴、小便短赤、舌红苔薄黄或黄腻, 脉浮数或洪大。

治法: 辛凉解表, 清气泄热。

方药: 银翘白虎汤。

银花、连翘、牛蒡子、竹叶、薄荷、淡豆豉、甘草、生石膏、知母、粳米、芦根。

(3) 气分证

①肺热壅盛 壮热，胸痛，咳喘，咯脓痰或痰中带血，烦渴，舌红苔黄，脉滑数。

治法：清热平喘。

方药：麻杏石甘汤。

麻黄、杏仁、生石膏、甘草。

②胃热炽盛 壮热汗出，口渴引饮，面赤心烦，舌苔黄燥，脉洪大。

治法：辛寒清热。

方药：白虎汤加味。

生石膏、知母、粳米、生甘草、丹皮。

③腑实热结 壮热日晡尤甚，腹胀满，烦躁谵语，便秘或热结旁流，舌苔焦燥起芒刺，脉沉实有力。

治法：苦寒泻下，通便导滞。

方药：大承气汤。

生大黄、枳实、芒硝、厚朴。

④肝胆湿热 寒热往来，目肤发黄，胸胁苦满，恶心呕吐，口苦口干，尿黄，舌红苔黄腻，脉弦数。

治法：清热利胆。

方药：大柴胡汤。

大黄、柴胡、枳实、黄芩、半夏、白芍、生姜、大枣。

⑤脾胃湿热 身热不扬，汗出热不解，胸腹胀满，纳呆，舌苔黄腻或厚腻，脉濡数。

治法：辛开苦降。

方药：王氏连朴饮。

黄连、厚朴、菖蒲、淡豆豉、芦根、半夏、山栀。

⑥大肠湿热 发热，腹痛，泄泻或下利脓血，里急后重，小便短赤，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化湿。

方药：葛根芩连汤加味。

葛根、黄芩、黄连、白芍、炙甘草。

⑦膀胱湿热 寒热起伏，尿频数涩痛，黄浊短赤，舌苔黄腻，舌质红，脉滑数。

治法：清热利湿通淋。

方药：八正散。

扁蓄、瞿麦、车前子、大黄、滑石、木通、栀子、甘草梢。

⑧邪郁少阳 寒热往来，头痛，口苦咽干，目眩，胁下胀满，干呕不欲食，舌红苔黄，脉弦细。

治法：和解少阳。

方药：小柴胡汤。

柴胡、黄芩、半夏、党参、生姜、大枣、炙甘草。

(4) 气营(血)两燔 壮热口渴，烦躁，神昏谵语，鼻衄，斑疹隐隐，舌红绛，

脉洪数或细数。

治法：清气凉营（血）。

方药：清瘟败毒饮。

生石膏、生地、水牛角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、元参、连翘、丹皮、竹叶、甘草。

（5）营分证 身热夜甚，心烦甚或神昏谵语，斑疹隐隐，口渴少饮，舌质红绛，脉细数。

治法：清营解毒。

方药：清营汤。

水牛角、生地、丹皮、元参、麦冬、黄连、银花、连翘、竹叶。

（6）血分证 身热灼手，斑疹密布，鼻衄吐血，神昏谵语或谵妄，舌红绛，脉细数。

治法：清热凉血。

方药：犀角地黄汤。

水牛角、生地、丹皮、白芍。

（7）热极生风 壮热神昏，手足抽搐，颈项强直。

治法：凉血熄风止痉。

方药：安宫牛黄丸合羚羊钩藤汤。

羚羊角、钩藤、桑叶、菊花、贝母、茯神、白芍、生地、竹茹、甘草。另将安宫牛黄丸灌服。

2. 内伤发热 可按下列证辨证论治。

（1）肝郁发热 时觉身热心烦，热势随情绪波动而起伏，精神抑郁或烦躁易怒，胸胁胀闷，喜叹息，口苦而干，苔黄，脉弦数。妇女常兼月经不调，经来腹痛，或乳房发胀。

治法：疏肝解郁，清肝泻热。

方药：丹栀逍遥散加减。

丹皮、栀子、白芍、柴胡、当归、茯苓、白术、炙甘草、香附、生地、生姜、薄荷。

（2）瘀血发热 午后或夜晚发热，或自觉身体某些局部发热，口干烦躁，躯干或四肢有固定痛处或肿块，甚或肌肤甲错，面色萎黄或黯黑，舌质紫暗或有瘀斑、瘀点、脉涩。

治法：活血化瘀。

方药：血府逐瘀汤。

桃仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍、柴胡、枳壳、牛膝、桔梗、甘草。

（3）气虚发热 发热常在劳累后发生或加剧，热势或低或高，头晕乏力，气短懒言，自汗，易感冒，食少便溏，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治法：益气健脾，甘温除热。

方药：补中益气汤。

人参、白术、黄芪、当归、陈皮、升麻、柴胡、甘草。

（4）血虚发热 发热多为低热，头晕目花，身倦乏力，心悸不宁，面色少华，唇甲色淡，舌质淡，脉细弱。

治法：益气养血。

方药：归脾汤加减。

党参、黄芪、白术、当归、茯苓、远志、酸枣仁、元肉、木香、生地、白芍、炙甘草。

(5) 阴虚发热 午后或夜间发热，手足心发热，或骨蒸潮热，心烦，少寐多梦，颧红盗汗，口干咽燥，大便干结，尿少色黄，舌质干红或有裂纹，无苔或少苔，脉细数。

治法：滋阴清热。

方药：清骨散加减。

银柴胡、胡黄连、秦艽、鳖甲、地骨皮、青蒿、知母、甘草。

(二) 常用中药针剂

1. 柴胡注射液 每次2~4ml，肌注，每日2~4次。

2. 鱼腥草注射液 每次2~4ml，肌注，每日2~4次。

3. 银黄注射液 每次2~4ml，肌注，每日2~4次。

4. 穿琥宁注射液 每次40~80mg，肌注，每日2~3次，或每日400~600mg，分两次静滴，用5%葡萄糖或生理盐水按1ml液体含1mg穿琥宁的浓度稀释液以每分钟30~40滴速度滴入。

5. 清开灵注射液 每次2ml肌注，每日2次，或每日20~60ml加入10%葡萄糖或生理盐水200~500ml静滴。

(三) 刮痧。

(四) 针刺 取曲池、合谷、内关、足三里、阳陵泉、三阴交，用泻法。

(五) 穴位注射 用柴胡注射液、银黄注射液进行穴位注射，取曲池、足三里每穴注射0.5~1ml，每4~6小时1次。

(六) 灌肠

1. 大黄枳实汤：大黄15g、枳实15g、甘草10g、山药15g、寒水石20g，煎水取汁200ml，高位直肠滴注或保留灌肠。2~4小时1次。

2. 清热灌肠汤：生石膏30g、连翘15g、荆芥15g、薄荷15g、芦根30g、赤芍15g，煎取汁200ml，用法同上。

3. 大柴胡汤：柴胡15g、大黄15g、枳实15g、黄芩15g、半夏10g、白芍15g，煎汁200ml，用法同上。

(逯建存)

第三章 传染病急症

第一节 重症病毒性肝炎

重症病毒性肝炎是病毒性肝炎的一种严重类型。常因大量肝细胞坏死而导致肝功能衰竭。临床上有急性重症肝炎、亚急性重症肝炎、慢性重症肝炎三种类型。当急性黄疸型肝炎肝衰竭发生在病程10天以内者，称为急性重症肝炎（暴发性肝炎）；当急性黄疸型肝炎肝衰竭发生在病程10天以上而恶化者，称为亚急性重症肝炎（亚急性肝坏死）；发生在原有慢性活动性肝炎或肝硬化后者，称为慢性重症肝炎（慢性肝炎亚急性肝坏死）。

祖国医学认为重症病毒性肝炎属“急黄”范围。急黄是指皮肤、面目、尿液骤然发黄，可伴有肿胀（腹水）、昏谵（昏迷）、衄血、呕血等严重症状。急黄的病因是时行疫毒、湿热、瘀血、结石、酗酒过度、饮食不节、正气不足；主要病理变化是脾胃湿热，熏蒸肝胆，胆汁横逆；病位在脾胃、肝胆，出现变证时，可累及心肾和膀胱等多个脏腑。因疫毒炽盛，容易内陷营血，逆传心包，弥漫三焦，使脏腑、经络、气血深受其害，出现厥胀、癰闭、出血、昏迷等重危症候。

【临床表现】

一、急性重症肝炎 多数以黄疸性肝炎开始，但黄疸迅速加深，恶心、呕吐持续不减。肝浊音界明显缩小，伴有显著肝臭。常有皮肤和粘膜出血、腹水、下肢浮肿。并出现烦躁不安，谵妄、狂躁、抑郁等神经精神症状，随后即进入昏迷状态。昏迷时患者呼吸变深而慢，少数病例有抽搐，深反射亢进和病理反射。若不及时抢救，多于数日内因肝肾综合症、肝功能衰竭或严重出血而死亡。急性重症肝炎的病程一般不超过2周。

二、亚急性重症肝炎 本型临床表现与急性重症肝炎相似而较轻、病程较长，可达数周或数月。主要表现为黄疸、出血倾向、腹水、肝脏肿大后变硬缩小。严重病例可有中枢神经系统症状出现，部分病例经治疗后虽已恢复，但易发展为坏死性肝硬化。

三、慢性重症肝炎 同亚急性重症肝炎的临床表现。

【诊断】

在原有急、慢性肝炎基础上，具有下述第1项兼其它1项，或第2—6项中的3项，可考虑诊断为重症肝炎。

1. 黄疸迅速加深，血清胆红素每天增加 $17.1\mu\text{mol}$ (1.0mg/dl)，尤其是数日内超过 $171\mu\text{mol}$ (10mg/dl)者。

2. 出现精神症状有不同程度的肝性脑病表现。早期为嗜睡、性格改变、烦躁和谵妄，后期有不同程度的昏迷、抽搐、锥体束征、脑水肿和脑疝等。

3. 肝脏迅速缩小或肿大后变硬缩小，出现肝臭。