

中医药畅销书

选



粹

ZHONGYIYAO CHANGXIAOSHU
XUANCUI

中医药
畅销书

临证精华

钟孟良 □ 编著

中医治疗 急难病证十

全国百佳图书出版单位

中国中医药出版社

中医治疗急难病证十二讲

钟孟良 编著

中国中医药出版社·北京

图书在版编目 (CIP) 数据

中医治疗急难病证十二讲/钟孟良编著. —2 版. —北京:
中国中医药出版社, 2012. 1

(中医药畅销书选粹. 临证精华)

ISBN 978 - 7 - 5132 - 0577 - 1

I. ①中… II. ①钟… III. ①中医急诊学 IV. ①R278

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 183940 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010 64405750

北京市泽明印刷厂印刷

各地新华书店经销

*

开本 880 × 1230 1/32 印张 4.75 字数 124 千字

2012 年 1 月第 2 版 2012 年 1 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0577 - 1

*

定价 10.00 元

网址 www.cptem.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 84042153

书店网址 csln.net/qksd/



中国中医药出版社作为直属于国家中医药管理局的唯一国家级中医药专业出版社，自创办以来，始终定位于“弘扬中医药文化的窗口，交流中医药学术的阵地，传播中医药文化的载体，培养中医药人才的摇篮”，不断锐意进取，实现了由小到大、由弱到强、由稚嫩到成熟的跨越式发展，短短的 20 多年间累计出版图书 3600 余种，出书范围涉及全国各级各类中医药教材和教学参考书；中医药理论、临床著作，科普读物；中医药古籍点校、注释、语译；中医药译著和少数民族文本；中医药政策法规汇编、年鉴等。基本实现了“只要是中医药书我社最多，只要是中医药教材我社最全，只要是中医药书我社最有权威性”的目标，在中医药界和社会上产生了广泛的影响。2009 年我社被国家新闻出版总署评为“全国百佳图书出版单位”。

为了进一步扩大我社中医药图书的传播效应，充分利用优秀中医药图书的价值，满足更多读者，尤其是一线中医药工作者的需求，我们在努力策划、出版更多更好新书的同时，从早期出版的专业学术图书中精心挑选了一批读者喜欢、篇幅适中、至今仍有很高实用价值和指导意义的品种，以“中医药畅销书选

粹”系列图书的形式重新统一修订、刊印。整套图书约 100 种，根据内容大致分为七个专辑：“入门进阶”主要是中医入门、启蒙进阶类基础读物；“医经索微”是对中医经典的体悟、阐释；“名医传薪”记录、传承名医大家宝贵的临证经验；“针推精华”精选针灸、推拿临床经验；“特技绝活”展现传统中医丰富多样的特色疗法；“方药存真”则是中药、方剂的精编和临床应用；“临证精华”汇集临床各科精妙之法。可以说基本涵盖了中医各主要学科领域，对于广大读者学习中医、认识中医和应用中医大有裨益。

今年是“十二五计划”的开局之年，我们将牢牢抓住机遇，迎接挑战，不断创新，不辱中医药出版人的使命，出版更多、更好的中医药图书，为弘扬、传播中医药文化知识作出更大的贡献。

中国中医药出版社

2012 年 1 月

内 容 提 要

中医治疗急难病证具有独特的理论和方法。本书是著者从医几十年来，治疗数以千计急难病证后的经验总结，以讲座的形式介绍了“猝死”、肺源性心脏病心衰、风心病心力衰竭、冠心病、心律失常、中风、瘫痪、厥脱、腹痛、肝硬化腹水、出血、急性发热等十几种急难病证的独到的诊疗思路和屡试屡验的治疗方药，且均有完整的病例记载。适合于广大的医务工作者、医学生及患者参考。

序

钟孟良同志从 1991 年起，在《中级医刊》上连续发表中医治疗急难病证系列讲座，用中医、也间以中西医两法诊治急难重症。在不少中医把急症视为畏途的氛围中，我非常佩服作者攻克急症重症的这种勇气和探索精神。钟孟良同志学习勤奋，思维敏捷，当年他在青海省中医院工作时，就孜孜不倦于临床实践，遇到急难重症，总是冒风险而上，有一种献身中医事业的蓬勃朝气。当时我与他相识，他尚属初出茅庐。岁月不居，粗粗算来，如今已是一个有 30 年医龄的副主任医师了。现在汇集出版的这本《中医治疗急难病证十二讲》，应该说是他经验所积、治学所得的应时之作。

中医药之所以称之为“伟大宝库”，只因为它是一个独特的医学体系，而不仅仅是流传于古代的一方一药，一鳞半爪或散珠遗玉；只因为它可以治大症于辨证之后，起沉痾于九死之先，而不仅仅是应用于小伤小病的雕虫小技。但是，近代中医越来越给人慢郎中的形象。中医治疗急重症的优势，很多情况下变成了武松手里的半截哨棒，已擱在景阳冈了。在急难重症面前，在病人生死存亡的紧急关头，我们的前辈曾力挽狂澜，妙手回春。而今天的中医则往往远离告危的病床，靠边站，听凭西医和护士在抢救室里忙得不亦乐乎。

我们一直想改变这种局面。1979 年 7 月，我曾在光明日报上发表了“加强中医对危重症的抢救”一文，呼吁必须花很大的力气把中医急诊开展起来，把中医抢救危重症的水平大大地提高一步。但那时候中医医院很少，条件又十分简陋，开展中医急症是非常困难的。直到 1983 年卫生部中医司在重庆召开了中医急症工作会议和 1987 年国家中医管理局在长春召开了全国中医急症研讨会以后，中医急症工作才陆续有了转机，从而为 1992 年初在广州召开全国中医急症工作会议，打开中医急症工作新局面奠定了基础。中医药的振兴，归根到底是学术的振兴。中医急症水平是中医医疗能力的综合反映。中

医能不能全方位地收复急症领域的失地，重振当年秦越人、张仲景和华佗的雄风，需要我们长期的、坚韧不拔的努力，当前至少要过好四个“关”：

一曰认识关。肯定中医能够治急难重症，对中医急症工作充满信心。当某个中医坚持发扬中医特色，勇挑重担，用中医中药抢救病人时，会得到科室同仁的一致支持和通力合作，没有风言冷语，没有拆台踢脚，碰到困难没有埋怨，没有推卸责任和灰心丧气，只看到全院领导都在为他撑腰，做他的坚强后盾。

二曰技术关。提高诊治急难重症的真本领，真正做到艺高人胆大。在人才培养、科室建设、技术装备、规章制度、协调配合、后勤服务诸多方面都能够适应急症工作的需要。否则，一切都是空的。

三曰制剂关。工欲善其事，必先利其器，急症用中药必须基本保证。针对高热、中风、厥脱、血证、心痛、胃痛等证都要有一系列独具中医药特色的急救技术和有效剂型，其中特别是要研制开发中药大输液和复方静脉制剂。

四曰法制关。使中医药人员的辨证论治得到法律保护。一旦发生医疗事故应该由中医界自己的医疗事故鉴定委员会组织鉴定。如果中医搞急症动辄得咎，一只脚在医院，一只脚在法院，还有谁去攀登这个医学的高峰和险峰！为了全面加强中医急难重症工作，还必须强调协调配合。临床各科和医技、后勤科室包括护理、药房、检验、血库及其他功能科室一齐出动，把攻克急重危症当作重大战略任务去完成。

乘钟孟良著《中医治疗急难病症十二讲》付梓之际，抒发一点意见，以对中医药治沉痾大疾并获得理想之疗效，寄予厚望。

诸国本

一九九三年四月

目 录

第一讲	“猝死”的中医传统急救术	1
第二讲	肺源性心脏病心衰的中医救治	9
第三讲	风心病心力衰竭的中医诊治	23
第四讲	冠心病的中医诊治	31
第五讲	心律失常的中医治疗	40
第六讲	中风的中医诊治	50
第七讲	瘫痪的中医诊治	63
第八讲	厥脱的中医诊治	72
第九讲	常见腹痛的中医诊治	88
第十讲	肝硬化腹水的中医诊治	104
第十一讲	出血的中医诊治	112
第十二讲	急性发热的中医诊治	123

第一讲 “猝死”的中医传统急救术

“猝死”是指猝然出现威胁生命的危象。其急救技术，自古以来就为医家所重视。在数千年历史发展长河中，中国医药学在这方面积累了丰富的经验，形成了自己独特的急救医疗技术和急救医学理论，并具有重要的临床价值。

“猝死”在中医古籍中称“卒中恶死”、“卒尸厥死”、“卒客忤死”、“五绝”、“暴脱”等。《内经》有“血之与气，并走于上，则为大厥，气复反则生，不反则死”；“厥逆连藏则死，连经则生”等关于此类危象病机转化的论述。张仲景在《伤寒杂病论》中附有急救杂疗专篇，详细介绍了“自缢”、“溺水”的急救方法，并以操作性急救技术为主，配合针灸、药物，开创了综合急救措施的先河。我国第一部急救医学专著《肘后备急方》是晋代葛洪所撰，书中记述了“卒中恶死”、“卒尸厥死”、“卒客忤死”等90余种救疗方法，述约而精，方简而效，有很高的临床使用价值。隋代巢元方《诸病源候论》，记载危急病候达300余条。唐代孙思邈《千金翼方》特立备急方27首，专为救疗危亡而设。如“卒死”外用仓公散，内服还魂汤并配合针灸治疗。给药途径有口吹、内服、闻、熏、洗、导、外敷等多种，方简而效捷。明有《急救良方》、《急救病证全集》以及赵学敏的《串雅外编》、张汲的《解毒编》、宋慈的《洗冤集录》等，都记载了急救的宝贵经验与技术。总括而言，中医的传统急救术有以下特色：①各代均有发明创新，已形成一套“猝死”的急救医疗理论和行之有效的传统技术；②病名虽多，常以“卒死”、“暴厥”、“尸厥”或“五绝”概之（“五绝”本来指五类猝死：缢死、压死、溺死、魔死、产晕死）；③发生机制上，认为不论何种原因，导致气血暴遏，脏腑暴闭、暴脱（阴、阳、气、血之暴脱）均可发生“猝死”。因其生机本旺，猝遭不测之变，瞬

间暴亡，即刻急救得法，通闭复元，仍可复其生机，挽救生命；④主张就地抢救，以操作性急救术为主，配合针灸、药物等综合措施，简便易行，讲究实效。

现将中医传统急救术择要进行介绍。

一、传统人工呼吸术

传统人工呼吸术最早见于《金匱要略》，以后见于晋代葛洪《肘后方》，北周姚僧垣《集验方》。

1. 张仲景人工呼吸术

用于救疗自缢气绝。切忌将绳割断误使缢者坠地，而应当轻柔、迅速地将缢者抱提松解，解开绳套，将死者迅速平放床上，采用三人联合操作抢救。一人用脚踏缢者肩，双手抓住其头发，牵直头颈部，保持均匀力量不能松手；第二人双手挤压胸肋，按呼吸频率不停地有节奏地先压后松，连续操作；第三人按摩上、下肢，不断地屈伸上下肢。若身体已僵，也用力屈伸上、下肢，但在屈回时须按压腹部。三人按上述方法不停顿地反复操作约40~50分钟，待缢者恢复自主呼吸、睁眼，仍继续操作不能松懈，此时以少许肉桂汤或米汤润其喉部，若恢复自主性吞咽动作，则证实抢救已经成功，此时才能停止人工呼吸联合操作术。

此法近似于现代人工呼吸术，不同一点是注意了颈部的牵引，有助于气道通畅；牵引后能改善颈部血管因缢勒导致的循环受阻。不同的另一点是对四肢进行不停地按摩屈伸动作及腹部按压操作，对周围循环起着人工促进作用，对抢救自缢而言，抢救成功率比较高，所以张仲景说：“此法无不活也。”

2. 葛洪人工呼吸术

也用于救疗自缢气绝，或猝死呼吸停顿者。操作方法是先将急死者两鼻孔塞住，然后用空心芦管经口中放置于咽深部，术者用力一口气一口气地不停往芦管中吹气，直到出现自主呼吸为止。

这种方法有似于目前的气管插管人工通气法，此用芦根可

塑性强，柔而中空，放置咽深部吹气，在偏僻荒远之地，不失为一种简易的抢救呼吸停顿的可行之术。但芦管前端能否插入气管内，是建立有效人工通气的技术关键，若能插入气管，则人工的有效通气就能保障，抢救成功率就会高。

3. 姚僧垣人工呼吸术

用于自缢气绝，或呼吸停顿者。操作方法：将死者平放，然后将其口腔、两耳用软物塞严至不漏气为度，然后用两截小竹筒，插入双侧鼻腔深处，施救者两人同时嘴含竹筒外口用力往竹筒内吹气，吹完即离竹筒外口，接着又同时吹气，如此反复操作，至出现自主呼吸时为止。

这种方法先塞口、耳避免漏气，然后经插入鼻腔深处的两竹筒同时用力吹气，能够克服咽部软组织阻力，立即建立有效的人工通气，在今天临床急救呼吸停顿时，仍有一定的应用价值，尤其在不具备人工呼吸机的场合，意义就更大。

二、传统溺水急救术

中医对溺水而死者，有多种有效的急救技术：

1. 《肘后》溺水急救术

唐代王焘《外台秘要》详细记载了沿用晋代《肘后救卒方》疗溺水一宿尚可活方。具体操作方法：把瓮倾斜倒放口朝下，将溺者头朝下，躯体俯卧瓮上，使溺者之口靠近瓮口，然后用柴草点着烧瓮中。其目的之一是使瓮温以保持溺死之体得温，但不能烫，烫则反伤之；另一是头低俯卧，水往下流，使溺死者呛入之水顺口鼻流出，加上少量烟熏刺激，促其复苏，水更易倒出，鼻口水出尽则活。假若未找到瓮，可在河岸边挖地如瓮斜倾倒放形状，烧之使暖，将死者置其上如前法倒水；或者以其他物件代替亦可，要点是头低、身倒伏、腹部压在凸状物上，加温，少量烟熏，使口鼻水出尽。若配合使用柴草灰覆盖身上拔出水气，或以绵裹皂角末纳入肛门，则可加快救活速度。

2. 《小品方》救疗溺死术

将溺死者从水中救出后，立即清除口、鼻泥沙污物，然后救人者倒背死者，令死者头朝下，慢跑令死者水从口鼻中出尽自活。

3. 赵学敏救疗溺死术

清代赵学敏《串雅外编》记载了俯伏牛背法疗溺死术。操作方法：把死者由水中救起后，将其身躯俯伏牛背上，肚腹紧贴牛脊，头与四肢悬吊牛背两侧。以一人牵牛缓行，两旁以人用手扶死者手足勿令掉下，约牛行五里远自活。

上述三种方法皆简便易行，实属就地抢救的捷效良术。掌握溺死急救术的要点是倒水、保温，若呼吸道已通畅，水已倒尽，配合人工呼吸术有助于成功。传统中医溺水急救术与现代溺水抢救的原则是一致的，成功的关键一是争取时间，二是方法得当，若见溺死不是即刻就地救治，而是转送拖延，时机一过，就没有救活的希望。

三、传统跌压死急救术

跌压死指从高坠下，或建筑物倒塌所致的猝死。《验方新编》说：“凡跌压伤重之人，口鼻出血，昏晕不醒，只要身体尚软，皆可救活。”并对施术的过程作了详细介绍：

1. 先就地急救

切忌人多嘈杂，将重伤人边轻声呼唤，边就地扶坐，让伤员的身体手足摆放位置像和尚参禅打坐姿势：即将双下肢屈膝交叉盘腿坐势，双掌心相对置于胸前，施术者从后绕前双手抱定伤员，扶其按上述姿势坐定，并以脚背抵紧伤员肛门不令其漏气（即抵紧程度到使伤员有屁也放不出来；若伤员属女性，要求连前阴也要抵紧，其目的是恐气从下泄，以致不救）。接着轻轻将伤员移于怀中，照前述姿势抱入室内继续打坐，紧抵肛门勿松。并用窗帘遮阻，尽量使室内光线变暗，如进入暗室更好。参禅打坐式和顶紧肛门，目的是使瘀血下行，不至于上冲攻心；护持元神，免致气脱而真死。

2. 药物逐瘀

尽早灌服热童便，或成人小便，或者马尿，或用白酒冲白糖，无白酒改用水调白糖灌服亦可，若伤重用当归熬汤灌之更好。也可用上述各内服品交替灌服。服药的目的是逐瘀，防止瘀血攻心转为不救。

3. 稳住大便

服上述逐瘀之品后，须抵紧肛门并轻声嘱咐不让伤员排便，仍不停服药，俟腹内肠鸣有声，上下往来数遍，急不可待时方可让解大便，所解尽是黑紫瘀血。解出瘀血后才可让伤员睡下，如瘀血未尽，继续服当归汤或白糖饮。

4. 后用黄土热熨伤处

于地下挖3尺取黄土，捣碎，分成2包用旧布包好，轮流在甑笼内蒸热，热熨伤处，数次痛止伤消。但不可太热，恐伤皮肉。

清代名医王燕昌说：“跌打气闭，身温，未经三泄者（汗出，粪下，尿撒），乘其未泄，速以法固之，勿令其泄，以新热童便，或新热人尿皆可灌。”

若身未僵硬，可灌服回生第一仙丹（彭竹楼家传方），方用活土鳖（焙末）15克，自然铜（瓦上烧红醋淬九次）10克，真乳香（用灯草同炒枯去灯草）6克，真陈血竭（飞净）6克，真朱砂（飞净）6克，巴豆（去油）6克，以上各药研匀兑入射香当门子1克同研极细末收入小口瓷瓶用蜡封口。大人用1.5克，小儿用0.75克，酒冲服。治跌伤、压伤、刀伤、枪伤、割喉、吊死、惊死、溺水等症。此方治伤后昏迷，有急救回苏之效。

余曾治一坠伤昏迷发热3日不醒少年，予大黄、桃仁、红花、苏木、赤芍、芒硝，两剂后排酱油色尿两痰盂，其底全是污血，由此神清热退，且无脑震荡后遗症。中医认为，伤瘀不泻，元气不能续接，故急救跌压死用逐瘀法，是至关重要的环节，不可轻忽。这种特殊打坐姿势，各种护理要求，皆具至理，按法施之，奏效自捷。

四、打伤闷绝传统急救术

若猝遭打击，伤及要害，随之倒地气绝身凉，不省人事，称为打伤闷绝，不急救则死。急救之术，以开关救绝拿法取效最捷。此属传统技击秘传救绝方法，余得之徐医师所授，现公之于世：

第一步拿“京门”。当十二肋骨游离端下取穴。使伤者仰卧，施术者双手拇指点住“京门”穴，其余四指放于腰肌后方，双拇指呈雀啄式向下用力拿擒。伤轻者即刻回苏，若仍未醒，立即进行第二步。

第二步拿“箕门”。穴在血海上6寸，缝匠肌内侧取穴。血海取法：屈膝，在髌骨内上缘上2寸，当股四头肌内侧头的隆起处取穴。拿法：伤者仰卧双膝微屈向两侧略分开。施术者双手交叉呈蝴蝶手，以左手拇指点压伤者左箕门，其余四指置伤者左股后方；以右手拇指点压伤者右箕门，余四指亦置伤者右股后方，双侧拇指同时用力，呈雀啄式拿穴。一般施此拿法即刻回苏，若仍不效立即进行第三步。

第三步顶“会阴”。截石位取穴，穴位在正中线上前后两阴之间。施术者握拳，掌面朝上，拇指伸直紧靠其余四指，以拇指尖用力向上顶压会阴穴，呈间断用力方式。此穴有通督、任二脉之气，振奋真元，鼓舞生气，促其复苏之功。不效立即进入第四步。

第四步按“关元”。穴位在脐下3寸，腹中线上。伤者仰卧，施术者仍如第三步握拳拇指伸直状，术者肘尖朝上，拇指尖朝下点压关元，向伤者腹部持续用力，待伤者面色由苍白青灰转为面有红润色为止。按关元有扶助真气作用，虚者先点压此穴。若仍不苏醒，进行第五步。

第五步掐人中。穴在人中沟上1/3与中1/3交点处。施术者以拇指尖重掐伤者人中穴，呈点穴向骨份紧压用力。此穴有开关回苏之效。如仍不苏醒，立即改行第六步。

第六步掐中冲。穴在中指尖。施术者以食、中二指紧夹伤

者中指，拇指指甲尖用力重掐伤者中冲穴。

因此拿法施术者共进行七次半手法（中冲算半手），故又称为七步半法，实际是六个操作步骤。一般打伤闷绝用第一、二步即可回苏，很少有用完所有手法者。此法易学易施，实为打伤闷绝急救之良术。

五、“猝死”、“尸厥”传统急救术

猝然倒地气绝，若只呼吸停顿，尚有脉动者称为“尸厥”，脉不能扪到者称为“猝死”。须与中风、痫证鉴别。中风猝倒，只神志昏迷，呼吸脉搏尚存，多喉有痰声；痫证仆倒，呼吸脉搏存在，且见抽搐或有怪叫声，有反复发作病史。后二者救治与“猝死”、“尸厥”显然不同，不可混淆。对“猝死”、“尸厥”必须毫不延迟地就地抢救，传统急救术择要介绍如下：

（1）姚僧垣人工呼吸术。（见前）。

（2）葱黄刺鼻法（《肘后》）：急用葱黄心刺入鼻孔中入7~8寸，鼻目出血即苏，无血者难救。（此即内迎香穴）。

（3）刺舌下紫脉法（《串雅》）：即用瓷碗块尖，刺舌下两侧静脉出血，不可刺舌下正中静脉，忌用铁制针具。

（4）吹耳法（《肘后》）：以管放入耳中，施术者用力吹气3次，先吹左耳，后吹右耳。

（5）灸神阙法（《肘后》）：以盐末填脐眼中（即神阙穴），用大艾炷灸脐中百壮。

（6）通关散吹鼻法：以牙皂、细辛等分为末吹鼻中，有嚏则生，无嚏则死。

（7）生半夏粉吹鼻法（《肘后》）：以生半夏粉吹鼻中。

（8）回阳九针法（《针灸大成》）：按以下穴位顺序施重手法针刺：哑门、劳宫、三阴交、涌泉、太溪、中脘、环跳、足三里、合谷。

以上传统“猝死”就地急救术，总的包括手技、刺灸、药物三类，对兴奋中枢、恢复心搏与呼吸有一定临床应用价

值。尤其在医疗条件差的偏远地区，作为现场急救的手段，其积极性不能低估。

六、“魔死”传统急救术

睡中心跳呼吸停顿，称为“魔死”。救急之法，若原有灯火照明者，须继续照明，不能熄灯；若原无灯火照明，则切忌灯火照明，只于暗中施术急救。

①施术者立即痛咬“魔死”者脚跟；②术者咬“魔死”者拇指，并以冷水喷其面部；③以皂角末吹鼻中，得嚏则醒（以上见《成方切用·急救门》）；④可参照“猝死”各救急术。

七、“产死”、“中恶死”传统急救术

产后晕死，称为“产死”；感臭秽瘴毒暴绝，称“中恶死”。须立刻就地急救，不救则真死。急救之术，宜烧炭火一杓，沃之以醋，令死者鼻受醋气，即可复苏。或者以茶壶盛醋，将秤砣烧红立即放入茶壶内加盖，醋气即从壶嘴喷出，对准死者鼻孔用醋气熏之，既苏，再依法治之。

总而言之，中医传统急救术堪称东方医学之救绝妙术。因其简，可以瞬间施行；因其易，可为普遍学用。从方法而论，手技第一，配合捷效之刺灸术，速效之药物，综合救疗；以机理论，循因而施，不同“猝死”，有不同的针对性救绝之术，主要为开闭通结，促使气血运行，脏腑功能恢复，元气复续，生机复常。