

中西医结合

ZHONGXIYI JIEHE JIWEI ZHONGZHENGXUE

急危重症学

张建平 雍文兴 吕娟 主编



甘肃科学技术出版社

中西医结合

ZHONGXIYI JIEHE JIWEI ZHONGZHENGXUE

急危重症学

张建平 雍文兴 吕娟 主编



甘肃科学技术出版社

图书在版编目（C I P）数据

中西医结合急危重症学 / 张建平, 雍文兴, 吕娟主编. — 兰州 : 甘肃科学技术出版社, 2015. 7
ISBN 978-7-5424-2222-4

I. ①中… II. ①张… ②雍… ③吕… III. ①内科—急性病—中西医结合疗法②内科—险症—诊疗—中西医结合疗法 IV. ①R505.97

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第157453号

出版人 吉西平
责任编辑 陈学祥(0931-8773274)
封面设计 黄 伟
出版发行 甘肃科学技术出版社 (兰州市读者大道 568 号 0931-8773237)
印 刷 甘肃新华印刷厂
开 本 880mm×1230mm 1/16
印 张 51.75
字 数 1500 千
插 页 1
版 次 2015 年 11 月第 1 版 2015 年 11 月第 1 次印刷
印 数 1~1 000
书 号 ISBN 978-7-5424-2222-4
定 价 158.00 元

编 委 会

主 编：张建平 雍文兴 吕 娟

副主编：甄东户 张 艺 敬思有 郭俊林 张旭辉

梁 曦

编 委：（按姓氏笔画排名）

王昱瑾 宋志钢 刘 颖 张 欣 张丽娟

张 鹏 陈舜宏 苏成红 宋亚文 罗十之

崔鸿斌

前言

中西医结合急危重症学是中医临床医学的重要学科,是一门跨学科、跨专业的新兴学科,是在中医药理论指导下研究临床各科急危重症的诊断、辨证救治、辨证救护的学科。中医急危重症学源远流长,从中医学的发展历史来看,历代都有治疗急症的名医和名著,如汉代张仲景及其《伤寒论》,后者奠定了中西医结合急危重症六经辨证救治的理论体系;隋唐时期的巢元方及其《诸病源候论》、孙思邈及其《备急千金要方》等发展了急诊学病机理论,并丰富了临床经验;金元时期,中医学理论百家争鸣,尤其是“金元四大家”在中西医结合急危重症学理论和实践方面都有新的创见;明清温病学说的创立和兴盛,极大地丰富和完善了中医急危重症学理论,从而推动了中医学理论和临床的发展,可以说中医学学术的发展离不开中医急危重症学的突破。

中医学的发展历史表明,中医理论的创新和学术上质的飞跃,都首先在急诊医学上有所突破。历史上伤寒和温病的两次学术高峰对中医学的功绩已经载入史册而不可磨灭,当今我们正面临第三次突破,随着现代医学临床和实验研究引入现代科技方法的结果,既保持中医特色和优势,又使中医迈入了科学化、现代化的新殿堂。中医急危重症学与现代医学的结合形成了中西医结合急危重症学这样一个崭新的学科,使得学科的发展向辨证方药序列化、诊疗标准规范化、急救理论创新化、抢救手段多样化、研究方法科学化的方向有了长足发展,但是我们任重而道远,中西医结合急危重症的学科发展必将会带来第三次中医急诊学理论上的突破,真正推动中医学的全面发展。

本书是对近些年来急诊学科发展的一个概括总结。中西医结合急危重症学的发展总是实践在前、理论滞后,中西医结合急危重症的各个病症的研究水平难以平衡,故各篇章的编写体例不强求完全统一。我们本着从临床实际出发,研究较多的详述,研究内容较少的则略述的精神来编写。第一篇探讨了中西医结合急危重症学的学术研究现状,中西医结合急危重症学学科特点及主要的诊疗思路,中西医结合急危重症学进一步发展形成的急诊危重病病机学。第二篇主要论述了中西医结合急危重症常见症状的诊治。第三篇论述了多种急危重症的诊断、鉴别诊断及处理原则等,如危重症、急性中毒及各科内科急症。第四篇和附篇主要是急诊常用技术、方药、常用实验室诊断指标及中西医结合急危重症临床研究样本含量估算。本书可供临床各科医师及研究生、本科生,尤其是急诊工作者参考。

在本书的编写过程中,主编张建平参与编写了第一篇第一章、第二章、第二篇第八章、第三篇(第一章、第三章(第十四节至第二十七节)、第五章、第七章)、第四篇(第一章、第二章、第三章、第四章)共计121千字;主编雍文兴参与编写了第一篇(第一章、第二章、第三章)、第二篇第七章、第三篇第一章、第三篇第三章(第三节至第八节、第二十二节至二十六节)第四篇(第一章、第二章、第三章、第四章)共计121千字;主编吕娟参与编写了第一篇(第二章、第三章、第四章)、第二篇(第五章、第六章)、第三篇(第一章、第二章、第三章(第三节至第十二节)、第四章)、第四篇(第五章至第

八章)、附篇(第一章至第三章)共计 120 千字;副主编甄东户参与编写了第二篇(第七章至第八章);第三章(第三节至第十二节、第十七节至第二十一节、第三十二节至第三十五节)、第五章、第八章、附篇第五章、第六章共计 120 千字。副主编梁曦参与编写了第二篇第五至第六章、第三篇第一章第二章、第四篇第一至第八章共计 61 千字;副主编张艺完成 121 千字;副主编敬思有完成 120 千字;副主编郭俊林 121 千字;副主编张旭辉 62 千字;编委王昱瑾 120 千字;编委崔鸿斌 121 千字;孙志钢 61 千字;陈舜宏 61 千字;张鹏 61 千字;张欣 62 千字。此外编委刘颖、张丽娟、罗十之、苏成红、宋亚文等参与了全书编写过程中的文献检索、资料搜集、信息调研、文字校对、表格制作、排版等工作,共计字数 47 千字。

本书编写时间较仓促,内容不够全面,难免有疏漏和不足之处,敬请同道指正。

编者

2015 年 4 月 14 日凌晨

目 录

第一篇 总 论

第一章 中西医结合急危重症学的概念与发展概述	(3)
第一节 中西医结合急危重症学的概念	(3)
第二节 古代医学对急诊的贡献	(3)
第三节 古代急救技术的发展与成就	(10)
第四节 近现代中医急危重症学发展概况	(11)
第五节 中西医结合急危重症学学科特点	(14)
第六节 中西医结合急危重症学研究的思路与方法	(17)
第二章 中医内科急症的病因病机	(22)
第一节 中医内科急症的常见病因	(22)
第二节 中医内科急症的病机	(24)
第三章 中医内科急症诊断与辨证	(27)
第一节 中医内科急症的四诊要点	(27)
第二节 中医内科急症的辨证要点	(37)
第四章 中医内科急症的治疗与护理	(40)
第一节 中医内科急症的治则与治法	(40)
第二节 中医内科急症的常用治疗措施	(44)
第三节 中医内科急症常用的方剂研究	(45)
第四节 中医内科急症针灸学应用	(71)
第五节 中医内科急症的护理特点	(77)
第六节 各系统疾病护理常规	(78)
第七节 急诊科组织机构	(88)
第五章 中西医结合急危重症的优势与发展	(93)
第一节 中西医结合急危重症的优势	(93)
第二节 中西医结合急危重症的发展前景	(94)

第二篇 中西医结合急危重症常见症状

第一章 发热	(99)
第二章 神昏	(113)
第三章 呕吐	(119)
第四章 眩晕	(127)

第五章 抽搐	(135)
第六章 厥脱	(141)
第七章 急黄	(145)
第八章 喘促	(152)

第三篇 各 论

第一章 危重症	(159)
第一节 猝死	(159)
第二节 脓毒症	(168)
第三节 多脏器功能障碍综合征	(178)
第四节 急性呼吸窘迫综合征	(185)
第二章 急性中毒	(189)
第一节 急性酒精中毒	(189)
第二节 急性镇静催眠药中毒	(192)
第三节 一氧化碳中毒	(195)
第四节 有机磷农药中毒	(198)
第三章 内科急诊	(205)
第一节 感冒	(205)
附:甲型 H1N1 流感	(209)
第二节 风温肺热病	(216)
附:严重急性呼吸道综合征	(224)
第三节 喘病	(233)
第四节 哮病	(238)
第五节 肺癆	(248)
第六节 急肺衰	(252)
第七节 咳血	(261)
第八节 卒心痛	(266)
第九节 心悸	(276)
第十节 薄厥	(288)
第十一节 暴喘	(295)
第十二节 急性心衰	(301)
第十三节 暴吐	(310)
第十四节 暴泻	(317)
第十五节 急性胃痛	(323)
第十六节 急性腹痛	(327)
附:急性胰腺炎中西医诊治进展	(332)
第十七节 呕血	(342)
第十八节 便血	(350)
第十九节 急黄	(354)
第二十节 急性胆胀	(359)
第二十一节 急性脾心痛	(364)
第二十二节 疫毒痢	(369)
第二十三节 时疫霍乱	(375)

第二十四节 急淋	(379)
第二十五节 急性肾风	(386)
第二十六节 急肾衰	(392)
第二十七节 头痛	(400)
第二十八节 眩晕	(403)
第二十九节 卒中风	(406)
第三十节 卒口僻	(412)
第三十一节 瘰病	(414)
第三十二节 痢病	(418)
第三十三节 癩病	(421)
第三十四节 狂病	(427)
第三十五节 痴呆	(430)
第三十六节 紫癜	(433)
第三十七节 糖尿病酮症酸中毒	(439)
第三十八节 甲状腺功能亢进危象	(442)
第四章 物理损伤	(447)
第一节 电击伤	(447)
第二节 冻僵	(450)
第三节 冻伤	(453)
第四节 淹溺	(456)
第五节 中暑	(460)
第六节 急性创伤	(463)
第七节 烧伤	(468)
第五章 妇科急症	(473)
第一节 痛经	(473)
第二节 崩漏	(475)
第三节 异位妊娠	(479)
第四节 产后发热	(482)
第五节 急性盆腔炎	(485)
第六章 儿科急症	(488)
第一节 急惊风	(488)
第二节 小儿重症泄泻	(491)
第三节 重症肺炎喘嗽	(494)
第七章 外科(含皮科)急症	(498)
第一节 肠痈	(498)
第二节 急性心腹痛	(501)
第三节 肠结	(503)
第四节 丹毒	(507)
第五节 毒蛇咬伤	(510)
第六节 缠腰火丹	(513)
第七节 隐疹	(515)
第八节 普外科急诊	(518)

第九节 骨伤科急诊急救	(539)
第八章 耳鼻喉科急症	(554)
第一节 急喉风	(554)
第二节 鼻衄	(556)
第三节 暴聋	(559)
第四节 乳蛾	(561)
第五节 喉痹	(567)
第六节 喉痛	(574)
第七节 瞳神紧小	(579)
第八节 绿风内障	(584)
第九节 天行赤眼	(589)
第十节 聚星障	(592)
第十一节 络损暴盲	(596)
第十二节 目系暴盲	(601)

第四篇 常用急救诊疗技术

第一章 气管插管术	(609)
第二章 气管切开术	(611)
第三章 机械通气的临床应用	(614)
第四章 穿刺术	(623)
第一节 腰椎穿刺术	(623)
第二节 骨髓穿刺术	(624)
第三节 腹腔穿刺术	(625)
第四节 肝脏穿刺术	(626)
第五节 胸膜腔穿刺术	(628)
第六节 心包穿刺术	(629)
第七节 膀胱穿刺术	(630)
第八节 中心静脉压测定术	(630)
第九节 锁骨下静脉穿刺术	(631)
第十节 颈内静脉穿刺术	(633)
第十一节 股静脉穿刺术	(634)
第十二节 动脉直接穿刺插管术	(635)
第五章 临时心脏起搏器安装	(637)
第六章 三腔二囊管压迫止血术	(640)
第七章 洗胃术	(642)
第八章 血液净化操作规程	(644)

附 篇

第一章 针刺疗法	(653)
第二章 急诊方剂索引	(657)
第三章 急诊常用抢救药物	(666)
第一节 急诊常用西药	(666)
第二节 急诊常用中成药制剂	(684)
第四章 重症监护	(698)

第五章 实验室诊断	(707)
附录 A 2010 心肺复苏指南概要	(715)
附录 B 抗菌药物临床应用指导原则(2014 版)	(717)
附录 C 急诊科人员岗位职责	(791)
附录 D 门(急)诊病历书写要求及内容	(796)
附录 E 处方管理办法	(797)
附录 F 中华人民共和国传染病防治法(节录)	(803)
附录 G 全国不明原因肺炎病例监测实施方案(试行)	(807)
附录 H 突发公共卫生事件相关信息报告卡	(811)
附录 I 传染病相关信息表	(813)
附录 J 食物中毒事件相关信息表	(815)

第一篇 总 论

第一章 中西医结合急危重症学的概念与发展概述

第一节 中西医结合急危重症学的概念

雍文兴 张建平

中西医结合急危重症学是在中医药理论指导下结合现代医学,研究中医各科急、重、危症的病因病机、变化规律、诊疗技术和救护措施的一门学科,是中医临床医学的重要组成部分。急救、急症、急诊是中西医结合急危重症学研究的重要内容。急救,是指抢救患者生命,缓解病情,纠正病势,由逆转顺以及预防合病、并病时所采取的紧急医疗救护措施。急症,是指急性发病、慢性病急性发作、急性中毒或意外伤害等需要立即进行紧急医疗处理的病症。急诊,是指紧急快速、准确地运用四诊,为急诊患者诊察病情,确立救治原则,遣方选药,促使病情转危为安。中西医结合急危重症学运用中医药理论和现代科技手段,发展和完善有中医特色的急救技术和方法,探索中西医结合急危重症诊治规律,是一门跨学科专业的临床医学学科。中西医结合急危重症学的范围包括院前急救、院内急救、急性中毒、急诊医学组织管理及灾害医学。具体内容有猝死、脱证、血证、卒中风、脏器衰竭、急性中毒等。

中西医结合危重急症学是一个新的医学专用名词,在近 20 年的学科发展中,它脱胎于传统中西医结合急危重症范畴,吸收了现代急诊医学的技术和方法,进入了一个新的阶段,产生了质的飞跃。中西医结合急危重症学的实质是突出中医特色,借鉴和吸收现代急诊医学的成果和优势的“中西医结合急危重症学”。其在中医学学术发展的历程中占有重要地位,是中医学学术发展和飞跃的突破口。

第二节 古代医学对急诊的贡献

雍文兴 张建平

一、《黄帝内经》奠定了中医急症理论基础的雏形

急症、急救在祖国医学发展中源远流长。在中医学理论体系形成的初期,《黄帝内经》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,从而奠定了中医急诊医学的理论基础。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”、“卒心痛”、“厥心痛”、“暴厥”、“薄厥”等。厥脱证是临床常见的危重病证之一,类似现代医学的休克、高血压脑病或重症急性脑血管病。《素问·阴阳应象大论》论厥脱证脉象曰:“厥气上行,满脉去形”,即脉沉细无力,或微细欲绝,或不能触及,明确提出了厥脱证脉象的共同特点。《素问·大奇论》载“脉至如喘,名曰暴厥”,说明当时已经能够认识到当心率加快到一定程度时,会导致脑供血不足,引发阿—斯综合征。《素问·调经论》谓:“血之与气并走于上,则为大厥,厥则暴死,气复返则生,

不返则死”,提出气血逆乱而致昏迷的主要原因及影响预后因素。《素问·生气通天论》谓:“阳气者,烦劳则张,精绝,辟积于夏,使人煎厥”,论述了暑热之邪导致气阴耗伤,而致昏厥的病因病机。

《黄帝内经》有关真心痛的论述较为丰富,如《灵枢·五邪》谓:“邪在心,则病心痛”,指出真心痛的发生与寒邪入心有关。为什么会突然发生疼痛呢?《素问·举痛论》给予了回答:“经脉流行不止,环周不休,寒气入经则稽迟,泣而不行。客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。”同时也提到“脉泣则血虚,血虚则痛,其俞注于心,故相引而痛”。论述了心痛发生的另外一种原因,即心血供应不足,心失于濡养,气血不通而痛的道理。对真心痛的症状描述也极为详细,如《灵枢·厥病》谓:“病真心痛者,必手足冷至节,爪甲青,旦发夕死,夕发旦死”;《素问·脏气法时论》谓:“心病者,胸中痛,膺背肩胛间痛,两臂内痛。虚则胸腹大,胁下与腰相引而痛……”另外,《黄帝内经》对厥心痛进行了临床分型,厥心痛因它经的阳气虚衰而使少阴心经经气逆乱,即阳虚阴厥而导致的心痛,心痛又分为脾心痛、胃心痛、肾心痛、肝心痛、肺心痛的不同,为心痛急症的临床治疗明确了方向。

《黄帝内经》提出“内虚邪中”是中风病的主要病机。如《素问·风论》载:“风之伤人也,或为偏枯,风中五脏六腑之俞,亦为脏腑之风,各入其门户所中,则为偏风”,《灵枢·刺节真邪》载:“虚邪偏客于身半,其入深,内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯”。其在《素问·通评虚实论》中说:“凡治消瘴,仆击,偏枯,痿厥,气满发逆,甘肥贵人则高粱之疾也”,验之当今急诊临床,仍有一定的指导意义。并提出情志过度是内风产生的原因,如《素问·生气通天论》载:“大怒则形气绝,血菀于上,使人薄厥。有伤于筋纵,其若不容,汗出偏沮使人偏枯”。今之“中风”,也即急性脑血管病,与“大厥”、“薄厥”、“仆击”相近。《灵枢·刺节真邪》等篇对中风的路位、病状、病因、病机及预后等方面认识更为详尽,是后世医家论治中风的理论渊源,为中风病的辨证论治奠定了基础。

对于急症病因的论述,《黄帝内经》重视内因、外因以及内因外因相互作用。外因包括六淫、疫疠之邪。对内因提出了“七情太过,反伤五脏”的理论。在内外因相互关系上,《灵枢·百病始生》谓:“风雨寒热,不得虚,邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而不病者,盖不虚,故邪不能独伤人。此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形”,对内外因的相互作用而导致的疾病作了很好的说明。

关于病机的论述,《素问·逆调论》:“夫不得卧,卧则喘者,是水气之客也”,类似现代医学慢性心衰急性发作,夜间阵发性呼吸困难,与体内液体负荷过多有关,即所谓的“水气”。关于邪正盛衰,《素问·通评虚实论》中指出“邪气盛则实,精气夺则虚”;关于寒热属性,《素问·刺志论》阐述“气实者,热也,气虚者。寒也”。《素问·至真要大论》归纳的病因病机,即后世统称的“病机十九条”。所列病症二十余种,其中大半为急症,将病机与临床急症概括归纳分类,创造性地把风、寒、湿、热、燥、火六淫病机与心、肝、脾、肺、肾五脏病机结合起来,有效地指导急症的辨治,受到历代医学的重视。在诊断上体现了司外揣内,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方法。如《素问·阴阳应象大论》指出:“知我知彼,以表知里,以观过与不及之理,见微得过,用之不怠”。《素问·玉机真脏论》:“天下至数,五色脉变,揆度奇恒,道在于一。”

在治疗上,《黄帝内经》提出“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危”,为急症治疗用调理气机之法,恢复气机的升降等提供了理论依据,后世颇多重视。《黄帝内经》在疾病的预后转归上也有相应的描述。如《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,破皮脱肉,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。”又“急虚,身中卒至,五脏绝闭,脉道不通,气不往来,譬于堕溺,不可为期”,指出急性突然发病,正气暴虚,五脏气绝,如同从高处落下或溺水,是无法预测死期的。

二、《伤寒杂病论》推动中医急危重症理论的发展

东汉末年,张仲景以当时伤寒热病为基础,创立了中医学辨证论治的学术思想,奠定了中西医结合急危重症学辨证救治体系。《伤寒杂病论》全书397条,有关急症条文约300余条。在急症诊断上,《伤寒杂病论》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。在急症救治上,抓住主要矛盾,急救为先,如急下存阴的承气汤类,回阳救逆的四逆汤类。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”。在急症病情观察及预后判断,注重临床体征的监测,如“伤寒……其人汗出不止者,死”,“少阴病六七日,息高者死”,“少阴病,下利,若利自止,恶寒而蜷卧,手足温者,可治”,“少阴病,恶寒,身蜷而利,手足逆冷者,不治”。对一具体病症的诊断与急救处理也有重大贡献。如对高热、神昏的治疗,创立清热与攻邪两大治法。清热用白虎汤,通里攻下用承气汤。外感发热按六经分证辨治。太阳病是外感热病的初期阶段,主人体之表,主症恶寒发热,脉浮,头项强痛。若兼汗出、恶风、脉浮缓者,称中风,治以桂枝汤解肌和营;兼无汗、恶寒、脉浮紧者,称伤寒,治以麻黄汤解表散寒;兼无汗烦躁者为表寒里热,治以大青龙汤解表清里;兼喘咳、干呕、不渴者为表寒夹有水饮,治以小青龙汤解表化饮;少阳病是指外感热病呈现口苦、咽干、目眩、耳聋、目赤、不欲食、脉弦等症,主症是寒热往来、心烦喜呕、胸胁苦满,病在太阳将要传入阳明之间,称半表半里。虚火者,治宜小柴胡汤和解少阳,实火者治宜大柴胡汤和解通里;阳明病是实热证,分经证和腑证。经证主症是高热,不怕冷、口渴、汗出、热不退、脉洪大,治宜白虎汤清热生津。腑证主症是大便秘结、汗出而壮热不退或潮热谵语,呈现痞、满、燥、实的临床表现,治宜小承气汤急下存阴。对于暴喘,提出三种临床类型:风寒束肺,发汗定喘法,方用麻黄汤或小青龙汤,肺卫失宣用宣肺平喘法,方用桂枝加厚朴杏子汤;热郁于肺用清热泄肺平喘法,方用麻杏甘石汤。关于暴利,主张分表利、热利和寒利治之。挟表下利用解表清里,方用葛根黄芩黄连汤,热利下重用清热解毒法,方用白头翁汤,虚寒下利而厥用急救回阳法,方用四逆汤。对于急黄,病死率很高,仲景倡立辨阳黄、阴黄。提出了茵陈五苓散利尿、栀子大黄汤攻下、抵挡汤逐瘀三法。在论治血症方面,分吐血、衄血、便血、尿血治之。热性出血者,泻心汤类主之,寒性出血者,用温经止血法;热郁下焦尿血者用育阴清利止血法;吐衄属心火亢盛,用泻心汤清热降火;中虚气寒者,以柏叶汤温经止血。下血有远血、近血之别,远血多因脾气虚寒,治以黄土汤温经止血;近血多因大肠湿热,治以赤小豆当归散清热利湿。厥证仲景主张先辨其寒热属性,热厥于里应用通腑泄热法,阳脱寒厥用回阳救逆法。此外还采用了灸法治厥。

急性腹痛,病情复杂。仲景把胸腹体表划分为胸胁、胁下、心下、脐、脐下、少腹等部位来诊断的,将自觉症状如“满”、“痛”、“悸”等和体征如“按之濡”、“弦急”、“支结”、“石硬”、“按之痛”等出现的部位与所在脏腑经络有机地结合起来,作为推测急性腹痛的寒、热、虚、实,察知气、血、水饮、积滞的有无,作为判断病情的又一重要依据,指导处方用药。在论治急性腹痛,张仲景提出了八种分型,即心腹卒痛证、腹中痛呕吐证、腹痛下利证、腹中痛里急证、腹痛小便不利证、腹满痛证、腹胀满不大便证、妇人腹中痛证。其证治概括为三法,即温下通腑法、泻热逐瘀法、散寒止痛法。

关于胸痹、心痛,仲景认为“阳微阴弦”、本虚标实是其主要病机,治疗扶正祛邪,急则治标,缓则治本为原则,祛邪以通阳宣痹为主,扶正以益气温阳为主。具体治疗还体现了“症变治变”、“证不同治亦不同”的辨证论治精神。胸痹、心痛病皆因上焦阳虚,阴寒之邪上乘胸位,导致胸阳痹塞而成,可夹痰盛气滞,也可夹中焦虚寒;选用瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤以通阳散结、豁痰下气;中焦虚寒者,加人参汤补虚振阳;寒湿重者,助以薤苡附子散散寒除湿。阴寒固结不散、心痛彻背、背痛彻心、身寒肢冷者,用乌头赤石脂丸助阳逐阴。

仲景有许多治疗急症宝贵的经验,他提出“夫病痼疾,加以卒病。当先治其新病,后乃治其痼疾”对体健者患急诊,邪气“适中经络,未流传脏腑,即医治之”,免由传生变。对病情复杂的表里同病,“本发汗而复下之,此为逆也;若先发汗,治不为逆”;本先下之而反汗之,为逆;若先下之,治不为逆。前者为表急先治表,后者为里急先治里。对阴阳俱损者,先扶阳后救阴,先顾虚后治实。凡病邪在表者,不论其为伤寒、中风、温病、湿病、水气、溢饮、均用汗法;邪实在胸中或上脘者,均用吐法;燥屎、宿食、瘀血等邪结下焦者,用下法。在方药使用上,仲景亦有极丰富的经验。他用麻黄发汗,大黄泻下,石膏清热,甘遂逐水,瓜蒂催吐。麻黄配桂枝发汗力倍增,太黄配芒硝则泻热通便,配枳实厚朴则行气通便,配附子攻下寒积,配栀子清热利湿退黄,配黄连、黄芩降火止血,石膏配知母清热泻火保津,甘遂配芫花、大戟增强峻下逐水之力。后世医家用苍术配熟地治疗消渴,黄芪配升麻治疗脱肛等均在此基础上发展而来的。临床已证实,四逆汤能抢救某些休克,大黄甘草汤能治心律失常,乌梅丸能治胆道蛔虫、支气管哮喘,葛根黄芩黄连汤能治急性细菌性痢疾,白虎汤可治流行性乙型脑炎,茵陈蒿汤可治急性黄疸型肝炎,大柴胡汤能治胆结石、胆囊炎之胆绞痛,麻杏石甘汤、小柴胡汤能治大叶性肺炎,葛根汤能治流行性感冒,芍药甘草汤能治三叉神经痛、坐骨神经痛、胆绞痛、肾绞痛等。

《伤寒杂病论》还介绍了张仲景治猝(卒)死及中毒的方法。卒死包括中暑、溺死、缢死、真心痛等疾病;抢救首先应做好保暖、人工呼吸,用通关散吹鼻,可鼻饲给药,舌下点药。也用针灸,以求开窍醒神,畅通气机,解除邪气。如足食物、药物中毒,应饮盐汤催吐,用三物备急丸攻下,甘草紫苏汤解毒,借以迅速排除和中和毒素。

《伤寒杂病论》另一重大贡献就是动态辨证,用动态的观点去把握急症,就能更好的控制病情。如外感急症的由表入里、由轻转重、由阳入阴具有一定的演变规律,杂病急症的由浅入深、由实转虚、因虚致实亦有规可循。“观其脉证,知犯何逆,随证治之”就是对急症动态辨证的高度总结。

三、晋唐至明清时期的重要贡献

晋·葛洪对急症贡献较大,所著的《肘后备急方》总结了魏晋南北朝时期治疗内、外、妇、儿、五官科急症的经验,拓宽了急症范围,发展了给药途径,创立了肠吻合术。

隋代巢元方编著的《诸病源候论》,共载病67类、1739证候,其中急症病证占四分之一多,急症证候占六分之一。提出流行性传染病的病因是“人感乖戾之气而生病”。最早提出急黄证候,特别强调“热毒”的作用,以与寒湿、湿热相区别,在黄疸病因认识上是一创见。

唐·孙思邈在《千金要方》和《千金翼方》中明确提出“备急方”27首专供急救,如救治卒死。首先外用“仓公散”开窍,急救时“取药如大豆,纳竹内吹鼻取嚏,则气通则活”;内服“还魂散”若口不开,去齿下汤即活,同时又针间使、百会、灸人中。大大提高了临床急救的疗效。

金元时期。急症的理论和治疗方法进一步丰富和发展了,以金元四大家为首的医家各有侧重。刘完素以“火热”立论,善治热病,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润方剂。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,采用发汗、催吐、泻下三法攻邪。朱丹溪倡导“阴不足而阳有余”,侧重于体内火热化生,重视痰、气致病。李杲注重顾护脾胃,认为饮食不洁、劳役过度和精神刺激是内伤病的主要病因,其治疗多以益脾胃、升阳气为主。

四、温病学说的形成和发展奠定了中西医结合急危重症内科学理论体系

温病学说源远流长。温病一词首见于《内经》,《素问》的“热论”、“刺热”、“评热病论”和《灵枢》的“热病”是有关温病的专论,对后世温病学说有着极其深远的影响。有关温病的病因,《素问·生气通天论》谓“冬伤于寒,春必病温”,《素问·热论》谓“凡病伤寒而成温者,先夏至日者为病