

中医治疗急难病证十二讲

钟孟良 编著



中国中医药出版社

(京)新登字025号

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,治疗数以千计的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 and 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。

中医治疗急难病证十二讲

钟孟良 编著

*

中国中医药出版社出版

(北京市东城区新中街11号)

新华书店科技发行所发行 北京通县印刷厂印刷

787×1092毫米 32开本 5.375印张 100千字

*

1993年7月第1版 1993年7月第1次印刷

印数 1—4000册

ISBN 7-80089-185-2/R·186 定价: 3.90元

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，已撂在景阳岗了。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、血库及其它功能科室一齐出动，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·····	(10)
第三讲	风心病心力衰竭的中医诊治·····	(26)
第四讲	冠心病的中医诊治·····	(36)
第五讲	心律失常的中医治疗·····	(46)
第六讲	中风 of 中医诊治·····	(58)
第七讲	瘫痪的中医诊治·····	(73)
第八讲	厥脱的中医诊治·····	(83)
第九讲	常见腹痛的中医诊治·····	(101)
第十讲	肝硬化腹水的中医治疗·····	(120)
第十一讲	出血的中医诊治·····	(129)
第十二讲	急性发热的中医诊治·····	(142)

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《伤寒卒病论》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·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、薰、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《解毒编》、宋慈《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，将死者迅速平放床板上，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，也应用力屈伸上、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，直到出现自动呼吸为止。

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；或者以其它物件代替亦可，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则活。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机，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。参禅打坐式合顶紧肛门，目的是使瘀血下行，不致于上冲攻心；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，现公诸于世：

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 $\frac{1}{3}$ 与中 $\frac{1}{3}$ 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，用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、“魇死”传统急救术

睡中心跳呼吸停顿，称为“魇死”。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“魇死”者脚跟；② 术者咬“魇死”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，将秤陀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。

第二讲 肺源性心脏病

心衰的中医救治

肺源性心脏病是在慢性支气管炎、肺气肿、支气管哮喘等慢性呼吸系统疾病的基础上，伴发的右心功能不全。其临床表现：呼吸困难，甚则端坐呼吸，末梢紫绀，肝肿大，肝颈静脉回流征阳性，下肢水肿，甚则出现腹水。胸部呈桶状胸，呼吸动度减弱，肺叩诊呈过清音，心浊音界及肝浊音界缩小或消失，肺下界下降，呼吸音减弱，心音弱；X线显示肺透明度增加、膈肌下降、肺动脉段突出。严重病例由于二氧化碳在体内过度储留，出现神经症状，称肺性脑病，表现为嗜睡、谵妄、昏迷、二氧化碳结合力增高。

肺源性心脏病心衰在中医病证系统中属“支饮”的兼、夹、危、变等变化范围。主要病位在肺，并由肺影响心、肾、三焦、膀胱、肝、脾、胃。肺主气，主通调水道之职，气病及水，气病及血，呈气、血、水交病。始为痰饮阻肺，可化寒，也可化热，多因久病为患消耗元气，或邪盛正衰，可转化为元阳大衰或亡阳，可闭阻肺气而成喘危之象。即使同一个病例，病情也不是固定不变的，可因邪正相争的势态而变化，也可因治疗、调护因素的影响有不同临床表现及不同机转，或因多种因素、多个脏腑受累，而呈现轻重顺逆等不同转化，故治疗上不能株守一方一药，而应根据不同变化，施以针对性的治疗。

一、对肺心病心衰的中医病因病机认识

肺心病心衰的原发性病因，中医认为是“支饮”阻肺。肺为职司呼吸之脏，与自然界进行气体交换，吸清呼浊，以使清气敷布全身，浊气由肺呼出。由胃受纳，脾运化的水液、营养物质，须经肺气布敷达于全身。多余的水液由肺肃降开通，经三焦水道使水液得以下行，水浊从膀胱排泄。肺气的活动依靠上焦阳气的温化通宣，胸中宗气的鼓动。若上焦阳气不足，水液不能化为津气从肺敷布周达，则停聚上焦而生痰饮，痰饮阻肺，肺气不能宣降，呈现喘鸣迫塞、多痰，不能平卧，故称“支饮”。“支饮”为夙根之患，一旦病此，留而未去时，有静有作。静则只觉轻度喘息，胸膈略感胀闷，背部有手掌大区域发凉，称为“伏饮”、“留饮”。若外感触发，则内、外合邪，或寒化而成寒饮射肺、或热化而成痰热阻肺，其发作呈肺气贲郁壅塞诸种急迫症象，称为“支饮”，并可伴发种种变象、险象。

“支饮”的种种变象、险象，与现代医学称谓的肺源性心脏病心衰类似。肺气闭遏愈甚，呼吸愈显困难。肺气将欲闭绝则类似呼吸衰竭。肺气闭郁，清浊之气乱于胸中，胸中大气不能通畅宣行，心血亦壅郁，血脉不行，面如漆柴之黧黑，末梢呈青紫之色，类似外周循环不良。痰热化火，迫扰蒙蔽神机，谵妄昏迷，类似肺性脑病。支饮阻肺，气失宣降，导致三焦水道不利，小便短少，水浊属阴而下沉，出现体位性水肿，类似肺心病心衰之水肿。支饮阻闭，肺气大伤，波及心肾阳气，进而元阳衰微，肢冷脉微，冷汗神衰，呼吸欲绝，呈阳气散亡之危象，类似肺心病心衰伴心源性休克。中医和西医虽然对此认识不同，治疗也各有千秋。用中医方法救治