

钟孟良

钟利群 朴盛树 编著

治疗内科急难病证

经验与薪传

肺心病 风心病 冠心病
心律失常 中风 瘫痪
厥脱 腹痛 胃痛 出血
急性发热 猝死传统方法

科学技术文献出版社



钟孟良

钟利群 朴盛树 编著
钟孟良 主审

治疗内科急难病证

经验与薪传

肺心病 风心病 冠心病
心律失常 中风 瘫痪
厥脱 腹痛 胃痛 出血
急性发热 猝死传统方法

田科学技术文献出版社



图书在版编目(CIP)数据

钟孟良治疗内科急难病证经验与薪传/钟利群等编著. -北京:科学技术文献出版社,2010.10

ISBN 978-7-5023-6702-2

I. ①钟… II. ①钟… III. ①内科-急性病-中医学临床-经验-中国-现代 ②内科-疑难病-中医学临床-经验-中国-现代
IV. ①R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 134256 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)58882938,58882087(传真)
图书发行部电话 (010)58882866(传真)
邮 购 部 电 话 (010)58882873
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 樊雅莉
责 任 编 辑 樊雅莉
责 任 校 对 赵文珍
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京高迪印刷有限公司
版 (印) 次 2010 年 10 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 650×950 16 开
字 数 182 千
印 张 13
印 数 1~4000 册
定 价 19.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

钟孟良 简介



就职于中国中医科学院望京医院，主任医师、研究员。生于1944年1月，北京中医药大学赵绍琴教授之首届中医硕士研究生（1978年）。廿岁起从事中医临床业务工作，迄今已46年。擅长应用中医理论方法治疗中医内科疑难杂证，中医妇科经带胎产杂证，中医小儿科时病、杂病及皮肤病等，积累了丰富的临床经验。曾出版专著《中医治疗急难病症十二讲》等6部，发表学术论文40余篇。

钟利群 简介



生于1972年。1994年毕业于北京中医药大学中医系；随后4年在中国中医研究院广安门医院急诊科任住院医师；1998—2003年师从北京中医药大学东直门医院孙塑伦教授学习中医脑病学，获医学博士学位。现在东直门医院神经内科任主治医师，主要从事中医脑血管病学的临床和研究工作（联系方式：zhongliqun@sina.com）。

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,我非常佩服他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,如今已是一个有近50年医龄的主任医师了。现在出版的这本《钟孟良治疗内科急难病证经验与薪传》,应该说是经验所积、治学所得的应时之作。

中医药之所以被称为“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之技。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,已擗在景阳岗了。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,呼吁必须花大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

钟孟良

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中医急症工作会议和1987年国家中医药管理局在长春召开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进而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。肯定中医能够治疗急难重症,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特色的急救技术和有效剂型,其中特别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,还有谁敢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,把攻克急重危症当做重大战略任务去完成。

乘《钟孟良治疗内科急难病证经验与薪传》付梓之际,抒发一点意见,以对中医药治疗沉痾大疾并获得理想之疗效,寄予厚望。

诸国栋

一九九三年四月

钟 序

当年女儿在北京中医药大学就读时，曾问余：“医中有圣贤乎？”余曰：“百代之师为圣，一代之师为贤。张仲景著《伤寒杂病论》，乃中医临床医学之典籍，此医中之圣也；吾师赵绍琴力阐三焦升降出入开阖变化为温热病之诊治要领，亦是杂证之诊治法门，此诚医中之贤者也。医为仁术，以济世救人为务，非师徒之口传心授，或源自家传之耳提面命，难以窥其医术之奥谛。做一名合格医生，读书实践缺一不可，精究研习，积之有年，业务自能进步。”昔年此议，不觉光阴似箭，女儿从医已入不惑之年，余从医已近五十年矣。

急症之救疗，自古为医家所重。有云：“中医治慢性病行，治急性病不行。”此言差矣，中医能否治急症，救危于顷刻，全在于应诊医师是否掌握应急救命之术，而不在于中医行不行。余数十年留心于急症救疗诸术之研习，颇有体认。忆昔年一位2岁小儿泄泻住某院儿科点滴治疗之中患脓肠症，呼吸困难，饮食不进，病势告危，医者束手，余用干姜、苍术、木香、川朴、地枯萝一剂而安；吾师赵绍琴昔年曾治一九穿皮下出血危急万分之患者，嘱以苏叶、大黄各3克沸水浸泡频服，一昼夜而血止危象解除。诸如此类，不胜枚举。余曾将历年之救急议案，先后在《中级医刊》连续十二期发表，后汇编成《中医治疗急难病证十二讲》，今

钟孟良

又经女儿利群扩而充之，汇而编之为《钟孟良治疗内科急难病证经验与薪传》，虽卷帙不多，效验有限，但此乃余数十年亲历急症救疗之体会，亦是女儿承传急症中医救疗之力作，现呈现大众，以作为共同研讨急症救疗之一助也。

钟孟良

二〇一〇年五月二十九日

书于中国中医科学院望京医院

CONTENT

目 录

引子	中医内科急证辨证施治方法初探	(1)
第一章	肺源性心脏病心衰的中医诊治	(15)
第二章	风心病心力衰竭的中医诊治	(29)
第三章	冠心病的中医诊治	(38)
第四章	心律失常的中医治疗	(47)
第五章	中风的中医诊治	(58)
第六章	瘫痪的中医诊治	(72)
第七章	厥脱的中医诊治	(81)
第八章	胃脘痛的中医诊治	(96)
第九章	腹痛的中医诊治	(120)
第十章	肝硬化腹水的中医诊治	(135)
第十一章	出血的中医诊治	(143)
第十二章	急性发热的中医诊治	(154)
第十三章	“猝死”的中医传统急救术	(174)
附录	中医辨证八步法	(182)
方剂索引		(191)

中医内科急证辨证 施治方法初探

急证指发病仓促、病情急重,或久病而猝变,或骤然危象丛见,需紧急就诊,迅速采取有效措施解除痛苦,挽救危亡的临床诊疗范围。中医内科急证常见高热、出血、诸痛、厥脱、昏迷、抽搐、眩晕、吐、泻、秘、胀、闭、喘、悸等候,发病急、病情重、变化快,部分属于危证。

中医急证自古有之,细绎医学典籍,各家著述,前辈诊疗纪实,均有十分丰富的记载,理法方药自具一格。从历史角度看,中医急证利用的手段,主要是直观诊察,即传统的望、闻、问、切四诊。它是以脏腑气血学说为基础,辨证施治为方法,定型方剂为主要治疗措施,经历近 2000 年的积累总结而逐步丰富的。它的理论与经验,仍是今后中医急证的主要依据。

中医急证的发展趋向,一是继承发扬传统特点,提高辨证施治水平,使内科急证成为较系统和完善的、具有高效速效的独立临床学科;二是利用具有时代特点的科技手段,发展中医急诊的理论与诊疗技术,创新中医内科急证学。无论前者或后者都必须符合辨证施治的指导原则。

研讨中医急证的辨证施治方法,对于发展、普及内科急诊具有重要意义。内科急证的辨证施治方法,是指内科急证在诊察、分析判断、处置措施上的方法与技巧。

内科急诊病情多属危、急、重,病机上常见大实、大虚、大逆、大乱、

错杂之候。无论诊察、辨证、治疗都须充分体现“急”字。现就有关辨证施治方法,初步探讨如下。

一、急证之诊察

迅速、准确是急证诊法的基本要求。四诊中要详审症征、分清主次、明察变化、汇参中西,病情既明,辨证施治才能有的放矢。

1. 审症征

症,是问患者的自觉病状;征,是望、闻、切等检查的客观表现。

问症要重点了解三方面内容:

(1)病程:包括起病症、经过症、目前症,以了解起因、发展、变化。

(2)相关因素:病状或剧或减,与诸种因素的联系,如温凉、饮食、动静、按揉、晨昏昼夜等的影响,以了解虚实寒热属性。

(3)病患程度:对眠、食、二便、起居的影响大小。气息是否调匀,神思是否清爽,以了解病情或轻、或重、或涉危途。

察征须知:“征不虚见,见必有因”。应重点察“形”与“气”。察形以知形质之变化,察气以知机能之改变。注意以下3个方面:

(1)察整体:精神、气色、形态、舌、脉之诊,可知轻重缓急、虚实寒热之变。

(2)察局部:病痛之肤色、外形、温凉、濡软或硬满、压痛有无、肿胀程度,结合七窍病征、五脏所合。该部病变与舌脉诊之联系(如上部病候在寸,中部病候在关,下部病候在尺,表病候在浮分;里病候在沉分)。可知病位所在,亦可反映病邪之性质。

(3)察排泄分泌物:包括二便、涕唾、痰涎、汗液。亦可知其虚实寒热之属性。

2. 分主次

对主症、主征详审细诊,次要者一般诊察即可。分辨主次注意5点:

(1)先出现之症征为主,后出现者为次。

(2)突出之病征为主,一般表现为次。

(3)最痛苦之病状为主,其余者为次。

(4)病始终皆见之症征为主,时有时无者为次。

(5)有邪者邪气之诊为主,无邪者正气之诊为主。邪盛正虚则细审二者进退分寸为主。

3. 察变化

急、危、重证变化快,因而需要及时观察病情、注意变化,这是关系到治疗成败的重要环节。察变化应注意以下4点:

(1)重初诊:初诊必须足够重视,询问、检查之诊候印象,可知起病至今的病程梗概。此后观察病情,才知有无变化。初诊明确,对缩短病程、提高疗效、挽救危急均有积极意义。

(2)察变化:指随时间之进程观察病情之演变。前人有“走马看伤寒”之说,说明急证诊治具有时间的紧迫性。急、重证昼夜应诊视三四次,危证则须医护守候勿离,诊治记录时间、病情、处理3项无遗漏。察其主症、主证变化及治疗效应,及时恰当地采取相应措施。

(3)诊顺逆:顺,指病情向好的方面转化;逆,指病情恶化。这种趋势判断,除了据主症(证)变化的分析外,一般性的指征是:自觉痛苦减轻,神情逐渐清朗,食欲、二便逐渐调和为顺;痛苦加重,神气昏困,饮食难进,二便不调为逆。顺证不可疏忽,慎防变化;逆证不可张惶,须力求详诊明断,积极抢救。

4. 参中西

中医有辨证施治之长,但在微观方面,尚待探索。现代医学病理、生化、客观检测手段方面有许多值得借鉴之处。这些检测方法,对寒热虚实之断不能提供依据,但可以佐诊参考,有助于定位诊断,病情轻重判断,及某些外感病因的微观检测佐证。如体温高低反映发热的程度,但不能藉此反映病因、病机。

二、病名证候之判定

确定病名就是作出诊断。

历来中医病名缺乏统一规定,这对中医内科急证的研究与发展殊为不利。病名判断的前提,既要遵从传统方法,符合中医学术特点,又要从发展的角度,便利今后深入研究,便于普及推广。

首先,要澄清目前存在的病、证混称状况。“病”是诊断名称,“证”是证候归属。如太阳病中有中风证、伤寒证,每一病例,既要明其“病”

也要明其“证”，以供将来逐步确定其病名，建立统一规范。

其次，对历来公认之病名，整理成规范，纳入教材，以为实施之准则。例如外感范围内，伤寒之六经病，温病之卫气营血、三焦病，杂病之百合病、狐惑病、湿病等，以病统证，病名实行标准化。

对目前难定病名者，暂以证代病。但需对确定新病名的原则进行探索，不能长期以症或证代病。这种原则是：

(1)病位命名：发病部位结合主症。如头痛病；脏腑经络命名，如心病、胃病。

(2)病位病因命名：如肝阴虚病，小肠虚寒病。

(3)以气血津液八纲命名：如气分病。

(4)以主证命名：如厥病、痉病。

总之，一病代表一类证群，数种病机，有其共性的症、征。如果说“病”是共性的话，“证”就是个性反映。

确定诊断病名后，便须判定证候归属，常用以下方法：

(1)归纳法：将所有症、证加以罗列，并按八纲、脏腑经络、六经、卫气营血、气血津液等辨证纲领进行综合归纳。

(2)特征判断法：往往依据一二个特殊病征，即可作判断。如便下脓血、里急后重，即可诊为痢疾，大肠湿热；咳喘吐白沫黏痰，即诊为肺萎，肺燥叶焦。

(3)鉴别比较法：证候既似于此，又似于彼，则需加类比鉴别。如发热、自汗、咽痛，若咽痛肿痛有脓者为温毒；咽痛红肿者为风热；咽痛干燥者为温燥。

(4)序列法：适于病情复杂之证候判别。按病情轻重缓急程度将证候加以罗列，属主要者排前，次要者排后。如温热病，证候是：①脱证，气阴脱；②营分证，热耗营阴；③腑实证，大肠热秘。

病、证判定，是最基本的、粗浅的、概要性的辨证，最主要的辨证任务是辨析病机。可以说，辨证包括三步骤：病名→证候→病机。发热、喘逆这些症状，只能作为症征，它不等于病，更不是证候。

三、辨析病机法

《素问》有“谨守病机”之训。辨析病机是核心部分，因为治法的确

立、方药的选择,都是依据病机而决定。病机即病理机转,它包括症征分析、病变机制、定因、定性、定位、病势、标本、病机概括、治疗验证等内容。

③

辨析病机的临床资料要全面具体,色、舌、脉、症、之诊察必须全面细致准确,这是辨证的客观依据,决不可以凭空臆测,自误误人。将四诊表现的症征结合天时、气候、地域、体质、病程,既往状况进行广泛联系、综合分析,判断病变的机理。

④

一般内科病的辨析病机法亦适用于急诊,如四诊和参,综合分析,按风、火、燥、暑、湿、寒、郁、劳、食、痰、瘀、毒、虫定因(审证求因)。寒、热、虚、实定性,阴、阳、气、血、表、里、脏、腑、经络定位,然后将这些内容反复推敲,加以概括。但急证之辨析病机,时间紧迫,病情急、重、杂、变较多,辨析病机时要求重点突出,抓住主要矛盾,不可因循误事,力求在最短的时间内作出判断,又要尽量防止失误。所以在分析方法上,应遵守下列 7 步:

(1)肺热伤络:因有烦躁,咯血量亦不少。但无发热、咳黄痰、脉数有力,苔黄等泄热犯肺之证象。

(2)肝火犯肺:多与郁怒有关,此例右胸痛而不是胸肋痛,无心急易怒,脉弦数。

(3)心火灼肺:多属心经实火,灼犯肺金,应见心烦、舌赤、尿赤、脉数、血量多、陡然起病,决无咯紫红血块、反复难瘥之状。

(4)肺癆咯血:本例神气疲惫,但不消瘦,无潮热盗汗,素无咳喘,其他检查不支持肺癆诊断。

(5)淤阻络逆、蓄热不泄咯血:唇口干燥,不欲饮水,咯吐紫红血块后胸闷觉轻,舌瘀斑,脉滑数按之涩滞,均支持此种病机。

再以淤阻络逆、蓄热不泄解释本例证象,相互印证,二者是否相符以判断病机准确性。淤阻气血不和,淤久生热,热淤阻络,络气逆乱,血不能守故咯血紫块,淤去脉络暂畅故胸部宽舒;邪终未尽,待蓄血又盛,又咯吐而出;淤热内搏心神则烦;侵犯阴分故入夜病剧,手足心热;舌脉亦主淤热。可见恰合本例症象机理,投化瘀宁络、泄热安肺,用花蕊石、茜草炭、降香屑、焦山栀、茅根炭、旋复花、童便而血止病愈。

4. 分标本

处理复杂病情时,分判标本是制定治疗方案掌握主次安排先后缓急应对方案的依据。需注意下述几点:

(1)先后:原发病证属本,续发病证属标。

(2)缓急:急者为标,需紧急处理;缓者为本,需综合性处理。

(3)主次:数种病机同现,应区分主次。

(4)真假:二种矛盾的病机同现,应识别真假。如真寒假热、真热假寒,大实似虚,大虚似实。真者属本,假者为标。

(5)因果:原因为本,后果为标。

5. 明病势

疾病是一发展变化的过程,其发展变化需全角度诊视以明了其动态趋势。病势有顺、逆、轻、重之变化,应从两方面了解。

(1)邪正消长:正气渐复、邪气减退为顺,为转轻,属病退之佳兆;反之则为逆,为转重,属病进之恶候。

(2)病变转化:病征的变化多伴随病性、病位、病机的变化,目前病

④

⑤

机的来源或可转化的去向,正在发生着的变化与将要发生的变化,均要推求。

6. 善归纳

即善于归纳病机。不归纳则散漫无章,难撮其要。归纳病机的内容是:

病因、病性、病位之关联,标本、病势之概括,以及其他需补充说明的内容。如“温热犯肺、肺失宣肃”、“秽毒食滞伤中、升降逆乱”。温热、秽毒食滞是病因;病性属热属实;犯肺、伤中是病位。病理机转则一为宣肃失司;一为中焦升降失常。其中已寓示了病情正在发展的趋势,不必单独说明。

如病机复杂者,则按主、兼、夹、变的顺序排列病机。主指主要病机;兼指次要的,与前者同类的病机;夹指与主因、主要病机截然不同的病因病机;变指病机之变化,多从病情加重,恶化角度而称。如“产伤秽毒内侵,淤浊蓄留,又受温邪,正不胜邪,内闭外脱”。产伤秽毒侵犯是