

高 热

发热是指病理性体温升高,它是内科急诊中最常见的症状。发热是由于各种原因导致机体产热过多或散热过少,以及体温中枢功能障碍所致。一般说来,体温超过 39°C 时称为高热。高热可见于流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎、细菌性痢疾、胆道感染、泌尿系感染等感染性疾病,也可见于风湿热、结缔组织疾病、过敏、恶性肿瘤等非感染性疾病。中医所称的“壮热”、“大热”、“实热”、“日晡潮热”等多属高热范畴。其发病多因温热、暑热、疠气、温毒、湿热等邪气外袭,郁于肌肤,内陷脏腑引起。一般分为邪在肺卫、邪盛热实、热入营血等证型。

【诊断要点】

发热体温超过 39°C 。

(一)感染性高热

1. 急性高热多为感染性疾病所致,多可发现感染灶。

2. 多伴有感染中毒症状,如畏寒、出汗、精神萎靡、恶心、食欲不振等。

3. 一般细菌感染多有白细胞升高,分类以中性粒细胞为主,严重感染常伴有核左移及中毒颗粒。

4. 血、尿、粪、痰和各种体腔液的病原体检查或培养对确定诊断有重要意义。

5. 血清学检查有助诊断。

(二)非感染性高热

1. 病期多较长,无感染灶。

2. 一般无感染中毒症状。

3. 白细胞总数正常或稍升高,罕有核左移及中毒颗粒。

4. 血清学及病原体检查阴性。

5. 抗生素治疗无效。

【体针疗法】

治疗 清热祛邪

取穴 大椎 曲池 合谷 少商

随证选穴 邪在肺卫,加风池、外关;邪盛热实,配内庭、关冲;热入营血,加曲泽、中冲。头痛,配大阳、印堂;咳嗽,配列缺、太渊;肠热便秘、腹痛,加中脘、天枢、上巨虚;口渴引饮,配尺泽点刺

出血；神昏谵语，加十宣（点刺放血）、人中；肢体抽搐，加百会、太冲、十宣（点刺放血）；斑疹隐隐，加血海；面白肢冷，针内关、气舍、关元、神阙隔盐灸。

手法 大椎针1寸，施捻转泻法，令针感向肩背部扩散；曲池、合谷施提插泻法，针感向指端放射为宜；少商用三棱针点刺，用手挤压放血5~10滴。

方义 大椎隶属督脉，又为诸阳之会，主一身之阳，为清热之要穴；曲池、合谷为手阳明之腧穴，疏风解表，清肺退热；少商为肺之井穴，有清热利咽之功效。

【其他疗法】

1. 耳针

取穴 神门 交感 皮质下 耳尖

方法 耳尖放血5~10滴，余穴用毫针刺法，留针15~30分钟。

2. 穴位注射

取穴 大椎 曲池 合谷

方法 每次取两穴，以柴胡注射液，每穴注入0.3~0.5毫升；或用安痛定注射液，每穴注入0.1~0.2毫升。

3. 刮痧

方法 用光滑平整的汤匙蘸食油或清水,于脊背两侧、颈部、胸部肋间、肩肘、肘窝及腘窝等处,刮至皮肤出现紫红色为底。

【按语】

对高热患者首先应查明病因,针对病因采用中西医疗法综合治疗。患者应注意卧床休息,补充水分营养,饮食以清淡易消化为宜。

临床采用针灸疗法退热,可见到针后热退,复又回升的现象,为控制热势,患者每日针二次,较一次效果为优。

休 克

休克是一种危象的临床综合征,是由于各种原因引起的有效循环血容量急剧减少,并导致全身性微循环功能障碍,使脏器的血流灌注不足,引起缺血、缺氧、代谢障碍及重要脏器的损害。病人表现为头晕、乏力、神志淡漠或烦躁不安、皮肤苍白、四肢湿冷、脉搏细弱、血压下降、尿量减少等一系列症状。引起休克的常见病因有大量出血、严重脱水、药物过敏、急性中毒、严重外伤、剧烈疼痛、严重感染、心脏疾患等。临床上内科性休克大致可分为感染性、低血容量性、心源性、过敏性、血流阻塞性、内分泌性、和神经原性休克。祖国医学将本病列入“厥证”、“脱证”或在其他疾病所出现的“亡阴”与“亡阳”等内容中。亡阴多由高热,或汗、吐、下后津液耗伤过甚,或出血过多,使阴血大耗所致。阴阳互根,阴竭则阳亦随亡,亦可因元阳素虚,寒邪外袭,导致阳气虚极而出现亡阳。

【诊断要点】

1. 有诱发休克的病因。
2. 意识异常。
3. 脉细速, >100 次/分或不能触知。
4. 四肢湿冷, 胸骨部位皮肤指压阳性(压后再充盈时间 >2 秒), 皮肤花纹, 粘膜苍白或发绀, 尿量 $<30\text{ml/小时}$ 或尿闭。
5. 收缩压 $<10.7\text{kPa}$ 。
6. 脉压 $<2.67\text{kPa}$ 。
7. 原有高血压者, 收缩压较原水平下降 30% 以上。

凡符合上述第 1 项, 以及第 2、3、4 项中的两项及第 5、6、7 项中的一项者, 可诊断为休克。

感染性、低血容量性、心源性、过敏性、血流阻塞性、内分泌性及神经原性休克各有其不同的临床表现特点, 其诊断要点不一一赘述。

【体针疗法】

治法 回阳救逆, 益气固脱。

取穴 素髻 内关 人中 涌泉 足三里
少泽 中冲 劳宫

随证选穴 亡阳者, 可加灸关元、气海, 每穴灸 10~15 分钟。

手法 先针素髻、内关, 如无升压反应, 或收

缩压未达到 80mmHg 者,再随证选用其他 1~2 个穴位,也可加用脉冲电刺激。操作手法为中强刺激,血压稳定后继续留针 1~2 小时,留针期间可间歇运针。

方义 素髻为督脉腧穴,居鼻中央,功可泄热开窍,回阳救逆;内关为手厥阴心包经穴位,又为八脉交会穴之一,通于阴维,具有宽胸理气,通利三焦,清泄包络,宁心安神的功效;人中为督脉穴位,为急救要穴之一,可醒神开窍,苏厥救逆,调和阴阳;涌泉为足少阴肾经腧穴,为井木穴,又是回阳九针穴之一,功可通关开窍,苏厥回阳,镇静安神;足三里为足阳明胃经之下合穴,亦是四总穴、回阳九针穴之一,取之可调理中气而益元气;另外加用少泽、中冲、劳宫亦有清心开窍、回阳救逆之效。

【其他疗法】

1. 灸法

取穴 百会 膻中 神阙 气海 关元 涌泉 足三里 隐白 地机

方法 每次选 3~5 个穴位,采用艾炷着肤灸或艾炷隔盐灸,施灸时不计壮数,以脉回汗止为度。也可采用艾炷温和灸,每穴每次施灸 20~30

分钟。

2. 耳针

取穴 肾上腺 皮质下 升压点 心 交感
神门

方法 每次取 3~5 穴,中强刺激,留针 30~60 分钟,间歇运针。两耳交替使用。

3. 穴位注射

取穴 复溜 太溪

方法 以 0.5%普鲁卡因,每穴注入 2~4 毫升。

4. 电针

取穴 涌泉 人中 足三里 内关 紫髻
太冲

耳穴 肾上腺 内分泌 皮质下 心

方法 选用疏密波或连续波,四肢穴位给予强刺激。耳穴弱电流刺激,通电至收缩压回升到 12kPa 为宜。尤适用于感染性休克。

【按语】

导致休克的原因很多,临床应及时查明病因,针对病因进行中西医结合抢救,抢救的关键在于抓住休克的六大环节,即消灭致病菌及清除原发感染灶、补充有效循环血容量、防治微循环阻滞、

纠正酸中毒、增强心肌收缩力、处理并发症。在此基础上可配合针灸治疗。

根据临床经验,针灸对休克早期、中期有一定疗效,对晚期重度休克效果效差。治疗时应取平卧位或头胸部及下肢均抬高 30° 。

昏 迷

昏迷为脑功能发生高度抑制的病理状态,系由各种原因使大脑皮质和皮质下网状结构受到严重抑制所致。主要特征是意识障碍,随意运动丧失,对外界刺激不起反应或出现病态的反射活动。临床上广义的昏迷包括觉醒障碍和意识内容障碍。依据检查时刺激的强度和患者的反应,可将觉醒障碍区分为嗜睡、昏睡、浅昏迷和深昏迷。意识内容障碍常见的有:意识混浊、精神错乱、谵妄状态。昏迷可见于流行性乙型脑炎、化脓性脑膜炎、颅内静脉窦炎等感染性疾病,也可见于脑水肿、脑出血、脑栓塞、脑肿瘤、脑寄生虫病、低血糖症、电击伤、溺水、一氧化碳中毒等疾病。祖国医学称之为“神昏”、“昏愦”、“昏迷”,认为系由于正气虚衰,或邪气盛实,致脏腑气血功能暴脱、逆乱、闭塞而致。临床有闭证和脱证之分。闭证包括热闭和痰闭;脱证有亡阴与亡阳之别。

【诊断要点】

1. 患者意识丧失,对外界刺激失去正常反应或出现病态反射活动。

2. 脑功能障碍水平诊断:根据意识、呼吸、瞳孔、眼位改变、反射性眼球运动、运动反应判断脑受损的部位在大脑、间脑、中脑或桥脑。

3. 病因诊断。①应详细询问病史,了解起病形式及进展过程,以助于病因诊断。②一般的体格检查和生命体征的检查有助于发现引起昏迷的原发病变,并有助于判断预后。神经系统检查对判断脑器质性损害的部位有较大价值。③各种常规的实验室检查及心电图、X线摄片或造影、B超、放射性核素扫描、CT等特殊检查不但有助于鉴别诊断,而且能够寻找病因。

4. 鉴别诊断 主要应排除精神抑制状态、精神病性木僵和闭锁综合征。

【体针疗法】

1. 闭证

治法 清热开窍。

取穴 内关 人中 十二井穴 合谷 太冲

随证选穴 热闭,加大椎、曲池;痰闭,加气舍、丰隆、阴陵泉。

手法 快速进针,强刺激。内关施捻转提插复

式泻法；人中向鼻中隔斜刺 0.5 寸，施重推啄手法，令患者眼球湿润为度；十二井穴点刺放血。

方义 内关、人中相配可醒神开窍、启闭苏厥；十二井穴点刺出血可通调十二经以开关启闭、泻热苏厥；合谷、太冲可平肝熄风、清热宁神。诸穴合用，共奏清热开窍醒神之效。

2. 脱证

治法 回阳固脱。

取穴 百会 气海 关元 内关 人中 足三里

手法 内关、人中操作同前；百会以艾条施灸，每次半个小时，每隔 4 小时重复一次；气海、关元施温针灸、隔盐灸或隔姜灸，每次每穴灸 5~10 壮。

方义 内关、人中醒神开窍；百会功可清脑安神，益气升阳；气海、关元为任脉腧穴，有升阳补气，举陷固脱之功；足三里为足阳明胃经穴位，足阳明乃多气多血之经，足三里与上穴相配，可收益阴回阳之效。

【其他疗法】

耳针

取穴 心 脑点 神门 皮质下 交感 肾

上腺

方法 两耳交叉取 2~3 穴,中强刺激,留针 1~2 小时,留针期间每 5~10 分钟用强刺激手法运针一次。

【按语】

对本病患者应详细询问病史,及时进行必要的体格检查和实验室检查,以明确病因,针对病因采用中西医结合治疗方法进行抢救,针灸可作为辅助治疗。

患者宜取侧卧位或仰卧位(头偏向一侧),以利于口鼻分泌物的引流。每 2~4 小时翻身一次,以防褥疮发生,定期吸痰,保持呼吸道通畅。急性期先短时禁食,靠静脉补液,在生命体征稳定后依病情给予易消化、高蛋白、富含维生素、有一定热量的流质。

抽 搐

抽搐是指全身或局部成群骨骼肌的不自主收缩,可呈强直性或阵挛性,或两者兼有。其中伴有意识丧失的抽搐则称为惊厥。抽搐的发生机理极为复杂,基本上有大脑功能的短暂性障碍和非大脑功能的障碍两种情况。各种原因导致的颅内炎症性疾病、原发性癫痫、结节性硬化症、脑出血、脑栓塞、尿毒症、肝昏迷、严重贫血、糖尿病、破伤风、瘧病等皆可出现抽搐,本病可归入中医的“痉证”、“惊风”、“外感热病”、“破伤风”等病范畴。祖国医学认为系由于津亏血少,筋脉失养;或高热灼伤津液,肝木失养;或热入营血,引动肝风所致。临床可见热盛津伤、热入营血、阴虚风动等证型。

【诊断要点】

(一)伴意识障碍性抽搐

1. 大脑器质性损害性抽搐 ①抽搐为阵挛性和/或强直性。②意识障碍较重,持续时间长,且多伴有瞳孔散大、大小便失禁、面色青紫等表现。多

数有颅内高压表现。③脑脊液检查有异常发现,脑电图对癫痫、脑炎、脑外伤、脑血管病有一定诊断价值,头颅X线或CT扫描有助诊断。

2. 大脑非器质性损害性抽搐 ①意识障碍可轻可重,多数为短暂性昏迷,约在数秒至数十秒内自行恢复。②全身性疾病的表现往往比神经系统表现更明显。③无明确的神经系统定位体征。④脑脊液检查和脑电图检查多正常。

(二)不伴意识障碍性抽搐

1. 抽搐的特征是呈疼痛性、紧张性肌收缩,常伴有感觉异常。

2. 根据病史、临床表现、体验及实验室检查可确定这类抽搐的病因。

3. 如诊断有困难时,可测定血钙和血镁。在紧急情况下,可先静注10%葡萄糖酸钙10ml,无效时再静注25%硫酸镁5~8ml,这样既有鉴别意义,又有治疗作用。

【体针疗法】

治法 熄风止痉。以督脉、足厥阴经穴为主。

取穴 人中 大椎 曲池 合谷 十宣

随证选穴 热盛津伤,加神门、涌泉;热入营血,加曲泽、劳宫;阴虚风动,配太溪、三阴交;高

热，加印堂、四缝点刺出血；口噤不开，加颊车、支沟；上肢抽搐，加大陵；下肢拘挛，配委中、阳陵泉。

手法 中强刺激。人中向鼻中隔斜刺0.5寸，十宣点刺出血。留针15~30分钟。对高热惊厥者，也可采用速刺法，不留针。

方义 本病发生多因热邪灼伤津液，肝木失养，清窍被蒙，故取人中以醒神开窍；大椎、曲池、合谷、十宣泄热救阴，熄风止痉。

【其他疗法】

耳针

取穴 肝 心 神门 交感 皮质下 脑干

方法 上穴全取，任选一耳，中等刺激。留针15~20分钟。高热者可于耳尖部放血。

【按语】

针灸对醒神开窍和缓解肢体抽搐有一定作用，针灸治疗同时，要进一步查明病因，采用中西医结合综合治疗。如为急性感染性疾病，必须依据不同的病原使用有效的抗生素；低血糖发作，应立即静注高渗葡萄糖液；水电解质平衡失调，应分别纠正所缺少的钙、钠、镁；中毒性抽搐，应去除人体内毒物并应用特效的解毒剂等等。新生儿抽搐多有严重持久的代谢障碍，且有明显的脑器质性损害，病

死率较高,因此必须努力寻找原因并积极处理。