

高等医药院校教材

中医急诊学

(供专科中医学专业用)

主 编 涂晋文

副主编 范国梁

编 委 (按姓氏笔画为序)

宁 越 陈文恺 邵念方

审 定 乔模 刘淑珍

中国中医药出版社
·北京·

(京)新登字025号

图书在版编目 (CIP)数据

中医急诊学/涂晋文主编. -北京: 中国中医药出版社, 1995. 12

ISBN 7-80089-492-4

I. 中… II. 涂… III. 中医急诊学-医学院-教材 IV. R
278

中国版本图书馆CIP数据核字(95) 第14076号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路七号 邮编: 100027)

印刷者: 高碑店劳服印刷厂

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 787×1092毫米 16开

字 数: 170千字

印 张: 6.625

版 次: 1995年12月第1版

印 次: 1995年月12第1次印刷

册 数: 5.000

书 号: ISBN7-80080-492-4/R·493

定 价: 8.00元

目 录

总 论

第一章 中医急症学的基本概念和研究范围	(1)
第一节 基本概念	(1)
第二节 研究范围	(1)
第二章 中医急症学发展概况及前景展望	(2)
第一节 发展概况	(2)
第二节 前景展望	(5)
第三章 中医急症学的特点	(5)
第一节 基本特点	(5)
第二节 病因病机特点	(6)
第三节 发病传变特点	(8)
第四节 诊察特点	(10)
第五节 治疗特点	(11)
第六节 急症的常用治法	(12)

各 论

第一章 外感高热	(15)
第二章 喘脱	(21)
第三章 心痛	(25)
第四章 急性胃脘痛	(31)
第五章 呕血、黑便	(36)
第六章 关格	(41)
第七章 中风	(45)
第八章 昏迷	(51)
第九章 抽搐	(57)
第十章 中暑	(61)
第十一章 厥脱	(65)
第十二章 急性吐泻	(70)

附 篇

第一章 心跳骤停	(75)
第二章 心律失常	(78)
第一节 阵发性室上性心动过速	(78)
第二节 阵发性室性心动过速	(79)
第三节 心房颤动	(80)

第四节 完全性房室传导阻滞.....	(81)
第三章 急性中毒	(83)
第一节 有机磷杀虫药中毒.....	(83)
第二节 催眠药安定药中毒.....	(85)
第三节 一氧化碳中毒.....	(85)
第四节 毒蛇咬伤.....	(86)
第五节 蜂螫伤.....	(88)
第四章 淹溺.....	(90)
第五章 电击伤.....	(92)
附录.....	(94)
一、胸外心脏按压术.....	(94)
二、口对口(或鼻)人工呼吸术.....	(94)
三、气管插管术.....	(95)
四、吸痰术.....	(96)
五、洗胃术.....	(96)
六、静脉切开术.....	(97)
七、食道及胃底气囊压迫术.....	(97)

总 论

第一章 中医急症学的基本概念和研究范围

第一节 基 本 概 念

急症在中医学中占有重要的地位,其病种繁多,随时可见,四季皆发。所谓急症,是指严重威胁人类生命健康的急性病症,古代常称之为“暴疾”、“卒病”,或“卒暴”而发,或“久逆之所生”,或“痼疾”新加,总之系指起病急骤,变化迅速,病情危重,病势凶险的一系列病症。急症学则是专门研究各种急症的病因病机、发生发展规律及其系统防治、急救处理方法和辨证施护的一门新的临床学科。它是目前中、西医学一个重要的研究课题。

急症的内容十分广泛,既可以是独立的疾病,如肺痈、心痛、急性胃脘痛、疫毒痢、肠痈、急性中毒、意外创伤等,也可以是兼见于多种疾病发生发展过程中的突发症状,如高热、昏迷、厥脱、喘脱、抽搐等。这些紧急和危重的病证,是人体阴阳极度失调,或正气严重衰败的病理表现。由于急症的病因病机复杂,治疗难度较大,急救技术要求亦高。因此,作为一个临床急症医务人员,必须具有扎实的基础理论知识和丰富的临床经验,方能辨证准确,措施果断,处理及时,用药精当。

由于种种原因,近数十年来,中医急症学术发展缓慢,诊治急症工作,尚属整个中医药事业中的一个较为薄弱的环节。自80年代以来,我国卫生行政部门十分重视这项工作,采取一系列有效措施,组织有关急症协作单位联合攻关,现已获得可喜的成绩,中医诊治急症,有了长足的发展,目前正在加速前进,将形成一门具有中医特色而又联系多学科的,新的交叉学科。

第二节 研 究 范 围

中医急症学的范围涉及内、外、骨伤、妇、儿、口腔、五官、眼等临床各科,除常见的各种意外创伤、虫蛇咬伤和急性中毒等急症之外,主要包括温热外感急症和内伤杂病急症等内科急症、各种原因的急腹症、小儿急惊风、惊厥、流产、宫外孕、暴聋、暴盲等。中医急症学是以中医药学理论为指导,研究急症的基本理论和临床实践,体现中医特色。急症治疗坚持“能中不西,先中后西,中西医结合”的原则,并借鉴和运用包括西医在内的各种现代科学技术,来充实、提高和发展它所采用的传统诊断手段、方药剂型和急救方法。现阶段研究的重点在于中医急症诊断、辨证分型、疗效判定的标准化、规范化,急救监测技术的充实和更新,综合抢救措施的改进和完善,药物剂型和给药途径的改革和多样化,与现代科学技术相结合的基础实验研究的建立等。只有在这些研究内容上获得突破性的进展,中医急症的疗效才能显

者提高,险症、重伤患者的救治机会亦可明显增大,从而跃上一个新的台阶,中医急症学亦将会以一种新的姿态立于当今世界医学之林。

根据我国现阶段中医急症发展的状况,从临床实际需要出发,本书将重点介绍常见多发的急症,并以内科疾病为主;在突出中医药的急救综合措施的同时,也适当地介绍有关西医药的救治方法,以培养学生的应急应变能力。

第二章 中医急症学发展概况及前景展望

第一节 发展概况

中医治疗急症有着悠久的历史,几千年来,在不断地与疾病作斗争的实践过程中,积累了丰富的经验和理论。从一定意义上讲,中医发展史,就是中医认识和治疗急症的历史。

纵观历史,早在《黄帝内经》时代对急症就有一定的阐述,如对高热、卒痛、厥、痉、洞泻、黄疸、水肿、出血等多种急症均有详细记载。《素问·热论》对热病的概念、病因、传变、治则、护理、预后等作了系统的论述,开拓了后世研究外感热病的先河。《素问·举痛论》对五脏卒痛临床表现的描述,就有十四种之多,并对其病因病机进行了剖析,简明扼要地指出“卒痛”乃“寒气”内袭为主要病因,气血凝滞不通则痛是其病机特点。《灵枢·厥病》对真心痛临床特征的描述更为准确,“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死”;“厥心痛,痛如以锥刺其心”。其临床表现的描写与现代的心绞痛、心肌梗塞是非常近似的。而《素问·至真要大论》概括的病机“十九条”,其中的“诸热瞀瘈皆属于火”,“诸厥固泄皆属于下”,“诸痿项强皆属于湿”,“诸躁狂越皆属于火”,“诸暴强直皆属于风”等,无一不是辨证治疗急症之圭臬。

东汉名医华佗,世称是擅长治疗急症的高手。他发明“麻沸散”广泛用于外科麻醉,堪为世界外科手术抢救急腹症之先声。华佗在针灸治疗急症方面也掌握“绝技”,如《后汉书·华佗传》载:曹操患剧烈头痛,“佗针,随手而瘥”。李夫人腹中“胎既已死”,华佗用汤药、针刺并施,引下死胎,使其在中医急症方面对后世有极其深远的影响。

至东汉末年,张仲景所著《伤寒杂病论》是研究外感急性热病的专著,把中医急症的发展又向前推进到一个新的阶段。他把复杂的外感热病高度概括为六大症候群,首次提出了“六经辨证纲领”,对于高热、昏迷、厥逆、谵妄、暴喘、暴利、急性腹痛、出血等都较为详尽地总结出一套切实可行的辨证论治体系,至今仍然有效地指导着中医对某些急症的治疗。如对高热、昏迷、谵妄采用清热、攻下之法,用白虎汤、承气汤治疗;对风寒束肺之暴喘用发汗定喘,以麻黄汤或小青龙汤治疗;热邪郁肺之喘,用清热泄肺平喘,选用麻杏石甘汤治疗;对暴利则选用白头翁汤治疗热利下重,葛根芩连汤治疗挟表下利;对吐血则用大黄黄连泻心汤、甘草干姜泻心汤分别治疗热性、寒性出血;对厥证辨之以寒热,其热厥则用承气汤,寒厥选用四逆汤,寒热错杂之蛔厥则用乌梅丸。显而易见,仲景所设诸方,至今仍为抢救急危重症的有效方剂。此外,张仲景首先将心肺复苏术用于“自缢”的经验载入了《金匱要略》,对缢死者,须“徐徐抱解,不得截绳,上下安被卧之,一人以脚踏其两肩,手

少挽其发，常弦弦，勿纵之；一人以手按居胸上，数动之。一个摩捋臂胫屈伸之。若已僵，但渐渐屈之，并按其腹。如此一炊顷，气从口出，呼吸、眼开”。这种心肺复苏术，相当于今天的臂环运动或胸外心脏按压。

到了晋代，葛洪编著的《肘后备急方》专为急症而设，并总结了前人的经验，收录了魏晋南北朝治疗急症的理论 and 经验。书中记载的急症包括有：“卒中恶死”、“卒心痛”、“卒腹痛”、“卒霍乱”、“卒中诸毒”、“卒中食毒”及内、外、妇、儿、五官科等几十种，并对急症的病因、诊断、临床症状和治疗，记载的都比较详尽。此外，还记载了治疗急症所运用的针、药、外敷、推拿、捏脊、脂疗、水疗、药物吹鼻、舌下含药等多种疗法，在当时是一部实用的临床急症手册。

巢元方的《诸病源候论》有关急症病候达 300 余条，对各种急症的病因病机，条分缕析，分类精辟。如食物、药物中毒的证候分析和急救：当毒留于胃，只要用催吐、泻下、解毒之法则可愈，若毒已入腹则难治。在“急黄”一证下明确指出：“脾胃有热，谷气郁蒸，因毒所加，故突然发黄，心满气喘，命在倾刻”。这些无疑是宝贵的实践经验的记载。

唐代孙思邈的《备急千金要方》冠以“备急”二字，介绍了许多治疗急症的经验。《千金翼方》卷二十，特立“备急方”27 首，专为抢救危急症而设。如对“卒死”，外用仓公散，内服还魂汤，配合针灸等治疗。急救之方，药味少，功效专，给药途径有口吹、内服、闻、熏、洗、导、外敷等多种。方法丰富多采，简便易行，取效迅速。

宋代《和剂局方》中亦载有许多救急方药，而在开窍救急方面反映出该书的特色。如紫雪丹、至宝丹以及苏合香丸，久用不衰，至今仍被列为临床急救的有效药物。

金元四大家对医学发展贡献很大。刘河间倡“火热论”，对表里两个方面提出了治疗火热病的一套方法，对运用寒凉药物有独到的研究，他的火热学说对明、清温病学说的发展奠定了基础。张子和善用汗、吐、下法，治病以驱邪为主，治疗急症颇有心得。《丹溪心法》列急救诸方，对急症治疗作了较为详细的记述。李东垣创立了治疗大头瘟的专方，疗效卓著；创造了生脉散，为后世救治气阴两脱之急症开辟了先河。

到了明清两代，温病学说崛起，中医急症可谓到了鼎盛时期。吴又可创戾气学说，著《温疫论》，以驱邪为主治疗温疫急症，主张“数日之法，一日行之”，推崇大黄，专重攻下，发前人之所未发，垂法后世。此后，余师愚的《疫疹一得》、杨栗山的《寒温条辨》等皆秉承吴氏之说，用清热解毒法，创清瘟败毒饮、升降散等名方，为治疗急性传染病作出了杰出的贡献。叶天士的《温热论》、薛生白的《湿热论》、吴鞠通的《温病条辨》等书，创立了卫气营血、三焦辨证方法，奠定了温病学说的理论基础，对温热病中的多种急症，如高热、神昏、惊厥、抽搐、斑疹、吐衄、脱症的治疗，采用清热解表、清气透营、清营凉血、解毒化斑、通络、开窍、熄风、固脱等一系列治法，创立银翘散、安宫牛黄丸、清营汤、清宫汤、大小定风珠等有效方剂，从而充实和丰富了中医急症的内容。

清·程国彭对多种内科急症的治疗，于《医学心悟》中提出了独特的见解。如论吐血的治疗，“暴吐以祛瘀为主，而兼之降火，久吐以养阴为主，而兼以理脾”。又如对真心痛，主张辨血痛、寒痛而分别治之：“血痛者，痛有定处而不转移，转侧如刀锥之刺，手拈散主之；寒痛者，其病暴发，手足厥冷，口鼻气冷，喜热畏寒，姜附汤加肉桂主之”，这些见解确系临床实践总结。清代赵学敏搜集整理了大量民间防治急症的宝贵经验，写成了《串雅外编》，此书列有“起死门”，对于溺死、误死、卒暴死等急症，皆详细叙述了其临床症状及救治方法。

防治急性传染病的著作，从明至清如雨后春笋般涌现出来，如明代张鹤腾的《伤暑全

书》、翁仲仁的《痘疹金镜录》、清代翁兆全的《瘟疫鼠疫论》、王格庆的《症痢成法》、王士雄的《随息居重订霍乱论》、姚河慕的《霍乱新书》、庄一夔的《惊风辨证必读书》、张洛修的《时疫白喉捷要》等等，不胜枚举。清代王清任的《医林改错》和唐容川的《血证论》对活血化瘀法的运用，在急症中也作出了一定的贡献。

近代张锡纯在《医学衷中参西录》中，记载有以急救回苏丹治疗霍乱、吐泻、诸般痧症暴病而出现的吐泻已极、精神昏昏、气息奄奄等至危之候的经验。另如急救回阳汤、镇肝熄风汤、活络效灵丹等名方对治疗急症都有卓著的疗效。

中医急症学的发展也引起了国外学者的重视，如日本汉方医学家也用中医的方法治疗某些急症。丹波元简曾苦心搜集了《金匱要略》、《时后备急方》、《外台秘要》、《备急千金要方》、《三因极一病证方论》等中医古籍的治急方法，撰为《急救选方》上下两卷，其中详载了各种内科急症的救治方法。

中医治疗急症，源远流长，在我国广大农村中，许多危重疾病，皆有赖于中医药治疗，许多简、便、廉、验的治疗方法，在乡村医生和群众中有所掌握应用，使其流传下来。

新中国成立以来，中医急症取得了很大的进展。如有些学者在深入研究《伤寒论》和温病学说的基础上，从临床实际出发，开拓了“寒温结合”的研究，对于建立一个统一的外感热病学是很有裨益的。有些学者在热性病的研究中，提出“截断”理论，对来势凶险的病证，不拘于卫气营血辨证用药的传统法则，重用清热解毒，早用苦寒攻下，兼以活血化瘀，以提高疗效，缩短疗程，开辟了新途径。如近十几年，中医对流行性出血热的治疗与研究，是以温病卫气营血理论为主，结合三焦与六经辨证，发热期从热毒论治；低血压休克期从热毒内陷、热深厥深论治；少尿期针对热毒、血毒、水毒互结，阴津耗伤，瘀热壅结下焦，治以泻下通瘀、滋阴利水，通过临床治疗野鼠型出血热 1127 例的报道，病死率下降到 1.11%，显示了中医对急性传染病的防治有着巨大的潜力。运用“通里攻下”的理论和方药，治疗急腹症也取得令人瞩目的成绩，如急性阑尾炎、腹膜炎、胃或十二指肠急性穿孔、宫外孕的非手术治疗，均积累了宝贵的经验。在开展中医对急症诊治研究的同时，急救药物和剂型改革亦在同步进行，并已有所突破。如厥脱（休克）的治疗，根据证候的不同，应用多种注射液，有回阳固脱的参附青注射液，益气养阴的生脉注射液、参麦注射液，理气救逆的枳实注射液、青皮注射液、升压灵等制剂。又如大黄醇提片及各种大黄制剂治疗急性消化道出血。大黄为主的结肠灌注液治疗急、慢性肾功能衰竭，以及应用气雾剂、含化剂、外贴敷剂治疗心绞痛等均取得显著的临床效果。

在发展中医急症诊疗技术的同时，对中医急症的组织建设、人才培养、学术交流等也给予高度的重视。成立高热、厥脱、中风、血证、胃痛、心痛、剂改七个全国协作组，制定统一的诊断标准、辨证分型与疗效判定标准，初步建立中医急症常见病证的客观化、规范化、标准化的诊疗常规，并取得了一批令人可喜的科研成果。为培养急症人才，对全国不同层次的急症骨干进行培训学习，使各地逐步建立自己的中医急症队伍。有些地区为了进一步广泛开展中医急症工作，除了分期分批举办急症学习班，还建立了地区性的急症协作网络，出版了中医急症的刊物，这些工作均有利于临床科研能力的提高和急症学术的交流。

第二节 前景展望

面向未来，面向世界，当代中医学术的进展令人鼓舞。

一、中医理论的研究和突破

历代中医治疗急症的成果，无不是在中医理论指导下产生的。辨证抢救、施治、施护是中医急症研究的重点。因此，必须注重中医理论的研究，如八纲辨证、卫气营血辨证、六经辨证、脏腑经络辨证，急症诊疗标准与常规的建立等。通过长期和大量的临床实践，积累经验，探索中医急症的辨证规律，结合现代科学技术手段，使中医急症在理论上有新的突破，促进中医学的发展。

二、中医综合抢救措施的应用和提高

中医急症，起病急暴，变化迅速，虚实兼见，寒热错杂，因此单纯地运用一方一药，或仅用内服药物进行救治，难于很快收效，必须采取综合的抢救措施，集各种治法之长，始能迅速奏效。内服与外治相结合，药物治疗与非药物治疗相结合，将方药、针灸、推拿、情志、食疗等治疗手段综合有机地运用到急症之中。此外，传统的抢救技术还要与现代抢救手段结合起来，如氧疗、输液、气管切开、心脏监护等，以提高疗效。

三、改革中药剂型，改进给药途径

为不断提高急症的疗效，必须改革中药剂型，不断地研制出适宜于急症需要的新剂型，尤其是系列配套的静脉给药的中药新制剂，这已成为改进中医急症治疗方法的突破口。在研制新制剂、新剂型的过程中，一定要遵循中医理论体系，以中医辨证为依据，既保留中医复方的理法特色，又有现代先进技术工艺水平，保证新制剂的安全、高效、速效。与此同时，根据临床的需要，不断更新急症给药途径，使得剂型多样化，如注射剂、合剂、颗粒剂、含化剂、片剂、栓剂、滴鼻剂、气雾剂等等。

四、与现代科技相结合

当代科学技术突飞猛进，急救医学日新月异，监测手段先进精细，多学科交叉、渗透，为中医急症学的发展带来了契机。现代自然科学在高度分化的基础上，又出现了综合的趋势，而中医的整体观念、综合分析的方法又恰好是其优势之所在。我们一方面要充分认识自己的价值，做好继承挖掘工作，另一方面要把握历史的机遇，千方百计汲取现代科学技术之长，加强对中医急症学的研究，为世界人民的医疗卫生作出贡献。

第三章 中医急症学的特点

第一节 基本特点

中医急症学的研究对象是临床各科急症，与一般疾病相比，具有以下几个方面的特点。

一、起病急骤

急症既可以因邪气过盛，袭击人体，以致突然发病；又可以因正气疲惫而导致外邪直入，

或病理性产物损伤重要脏腑，以致宿疾突然发作或瞬间加剧；或因意外创伤、急性中毒、虫蛇咬伤等，而危及患者生命。总之，其发生不离“急骤”两字。因此，古代在描述这类疾病时，多以起病急暴或卒然加重为特征，并将“暴”、“卒”等冠之于某些病名之前，如“暴痹”、“暴厥”、“卒呕吐”、“卒死”等。

二、病情复杂

急症除少数属于单纯的实证或虚证之外，大多数的病情都比较复杂，或因邪盛而乱其气血，伤其阴津，竭其阴阳；或因正衰而停湿、留饮、积痰、瘀血，这些病理产物，又可以成为致病因素，或助邪或伤正，形成恶性循环，造成标本俱急、虚实夹杂的复杂证情。如厥脱之证，有温热邪毒内陷脏腑，功能严重失调，气血津液紊乱，而致阴阳之气不相顺接，造成阴阳严重衰竭的局面。

三、病势凶险

急症的发生，不论因于外感或是内伤，也不论是邪盛或是正衰，其病机关键在于脏腑功能严重损害，临床上必然来势凶猛，而且预后险恶，若有疏忽，则可危及生命。如关格重症，浊邪壅塞三焦，气机升降紊乱，上下关格，阴阳闭绝，“一日即死，最为危候”。

四、变化迅速

由于急症发生发展的过程中，正邪力量对比悬殊，而气机又多逆乱，病理产物每每丛生，各种病因与多种病理产物之间往往形成不良循环，加速了病理的变化。因此，整个病变俱在顷刻之间。如中风病机，在肝肾阴虚的基础上，气阴两虚，肝、心火旺，肝风内动加之痰阻、气逆、血瘀而发病。发作之时，往往在一瞬间、数分钟、数小时，至多1~3天内；若患者幸存，常又可在短时间内见到症状部分或竟完全好转。

第二节 病因病机特点

急症的病因病机，因其涉及临床各科，故而颇为复杂，总括起来其病因不外乎正虚邪袭，而其病机则取决于邪正两方面在不同的局部乃至全身所处的势态，唯这种势态每因不同的病证面表现出缓急简杂之区别。邪盛与正虚所处势态表现对于急症而言，也是纵横错杂，瞬息多变的。

一、病因特点

急症的病因可归纳为病理性、体质性和医源性因素三个方面。

（一）病理性因素

主要是指卒感外邪、暴伤情志、饮食失宜以及包括严重创伤、急性中毒、虫蛇咬伤在内的各种意外致病因素，同时还应包括因于某种病症的病理变化而产生的某些病理产物，这些产物可能是某些病证加速恶化的重要因素。

1. 卒感外邪 伤寒、温病之类外感急症因分别卒感风寒、温热、热毒之邪所发，而暴泻、暴肿等内伤急症亦可因卒感六淫之邪所致。

2. 暴伤情志与饮食 中风、心痛多诱发于情绪激动、心情亢奋；心悸多诱发于卒受惊恐而加剧；暴吐暴泻、急性胃病症等又可发于暴伤饮食或饮食不洁之后。凡此种种，皆与情志、饮食之暴伤有密切的关系。

3. 严重创伤与急性中毒 不言而喻，这两者是造成严重刀枪伤、骨折、烧灼伤、冻伤、

电击伤、虫蛇咬伤，以及各种腐败食物乃至药物，误服或自服中毒等急症的主要原因。

4. 病理产物的损伤 体内病理产物是某些疾病的病理变化而产生的，然而它又是在一定条件下成为促发其他病症的原因。如瘀血阻滞于心脉，造成脉络闭塞不通而发为心痛。病理产物这一病因也是中医急症中一个不可忽视的因素。

(二) 体质性因素

主要是指因先天禀赋以及后天调摄而使个体所具有的内在抗病能力。应该说，这类因素在急症的发生中具有一定的作用。如素体消瘦、胸廓狭窄之人，其人常呈现一派阴虚内燥、阳热偏亢之征象，急躁易怒，言多善动，易感温热燥邪，发病即呈现高热症；表邪入里，易从阳而化热，导致津伤、液亏之证。

(三) 医源性因素

早在《伤寒论》中，就列举了许多因误治、失治而造成的急症，并从预防的角度而为不少病证设有一系列治禁。对于治疗和预防急症仍具有现实的指导意义。

1. 误治 诸如汗、吐、下等法，本为祛除病邪的重要手段，但若用之不当，则又成为伤津耗气的常见原因，并可因此而使原发疾病突然加剧，乃至酿成急症。简要举例说明如下。

(1) 不当用而用之：如痉病既可因风病、疮家误汗、误下所致，又可因本身误汗虚其津液而使病情进一步加剧。又如妇女气血两虚之经闭，误投峻猛通经下血之剂，而致气血虚甚，气不摄血，而导致急性出血等，以上均属不当用而用之。

(2) 当用而用之失当：疾病发展到一定的阶段，就应该针对其病情采取相应的治疗措施，如果用之失当则会使疾病恶化而转为急症。如虚证便秘，本当补虚润肠通便，如用峻下攻逐之药则势必伤津耗液，而致暴泻。又如外感表证，本当发汗，但如发汗太过，势必津液耗损，使筋脉失养而发为痉病。

2. 失治 不论何种疾病，若不及时加以恰当的治疗，则有可能使病情逐渐加重，甚或一转而成急症。如肠痈之证，初起应详审病情，将疾病截断于脓未成之时，否则贻误病机，导致血肉腐败成脓，甚则溃破穿孔而变生危症。

总而言之，急症的病因多种多样，但又不离邪正两端。如上所述病理性因素莫不属于邪盛之类，而其中又当分为外感之邪与内生之邪；体质性因素则基本上属于正虚之类，然而其中也不乏邪盛之体质，如因长期精神抑郁或嗜烟酒而形成的肝郁或胃热等体质；医源性因素，主要是通过伤正或助邪两种途径参与疾病的发生，这就使疾病性质或分别或同时隶属于邪盛和正虚两个方面，并在较大程度上参与具体病机的变化。了解急症的各种病因，对于临证救治与施护，尤其是预防急危重症的发生均有着重要的意义。

二、病机特点

急症的病机，纵横错杂，瞬息多变，但总起来说仍然不出邪正两个方面。病邪，主要与其质和量有关；正气急剧的耗损在急症中亦具有重要的地位。现就其内涵，概括如下。

(一) 邪盛的涵义及其主要病理作用

一般来说，在急性病证发生之时，正气虽虚而不甚，主要矛盾在于卒受亢盛之邪。邪盛，除相对正虚而言之外，主要是指在短时间内所感受的病邪盛而力猛，同时又是指处于从化、窜逆以及侵犯重要脏腑之邪。即所受之邪不论在数量、性质、速度、部位及其状态各方面均足以抑遏、扰乱并消耗正气而占有优势地位。

其主要作用是在所引起的各种急症中，它们将从不同的途径、以不同的方式，参与相应

病机的形成,攻伐正气,并在短时间内扰乱阴阳气血的动态平衡,归纳起来是抑遏痹阻正气和耗伤亡竭正气两个方面。

(二) 正虚的涵义及其主要病理作用

慢性病证之所以瞬即加剧或急性发作,主要是在正气长期耗损的基础上,复加内、外病邪的侵袭,以致正气欲竭,这说明正虚在此类急症中具有举足轻重的地位。

确切地说,所谓正虚即指人体精、气、神的耗损而失去了再生能力,对疾病已失去了应有的防御和抵抗作用,因此它一方面是指阴阳气血津液之亏损不足,另一方面还应包括因气机紊乱而脏腑经络等的生理功能严重障碍,不能正常地发挥。在大多数急症的病机中,正虚具有三重性,既是外感邪气入侵的前提,又是感受各种邪气的结果,同时还是滋生有关疾病的原因。

然而,临床上所见急症的病机甚为复杂,以上所述只不过揭示了一个概况而已。临证时,必须根据具体病证审证求因,详察病机而辨证施治。当然,一切事物都是一分为二的,也有极少数急症的病机较为单纯,如急性食物中毒,初起的病机纯属毒物壅滞胃肠,而骨折刀伤等的病机又纯粹在于局部骨骼、肌肉、血脉、经络、皮肤的突然受损。总之,具体情况必须具体分析,方能全面准确地揭示各个急症的病因病机。

第三节 发病传变特点

一、发病特点

(一) 始发于表

属于此种发病方式者,除大多数外感急症之外,还涉及少数内伤急症。

1. 新感温病急症 新感温病指随四时所感外邪即时而发的一类温病,如风温、暑温、湿温、秋燥、冬温等。可以说,这类温病均属急症范畴,同时首见肺卫之证。所谓“温邪上受,首先犯肺”。临床上常见的外感高热急症以这一类为多。

2. 太阳伤寒急症 太阳病属于自表所发,从其病情来看,伤寒病初起阶段,足以称之为急症者,还有太阳少阳并病、太阳阳明并病、太阳腑证之膀胱蓄水证与蓄血证等。

3. 肺系内伤杂病急症 诸如与肺系密切相关的疾病,如肺病、肺胀(指其某个急性发作阶段)、咳逆、暴喘、暴肿、咯血等,常可因外感之邪直接发病,或藉此引动内邪而促发病。

(二) 始发于里

属此发病方式者,除大多数内伤急症之外,亦可涉及少数外感急症。

1. 伏邪温病急症 伏邪温病指外感邪气较轻而经过内伏化热之后所发生的一类温病,如春温、伏暑、温疫等,因其初起即见里热炽盛之表现,所以多隶属于急症范畴。

2. 心、脾、肝、肾系内伤杂病急症 除去外邪引动所发者之外,可区分为下述三种发病方式。

(1) 始发于脾胃: 此类急症多因饮食失调所致,尽管病机各异,或积为宿食,或转为寒湿,或兼化为湿热,但结果都势必伤及脾胃,逆乱腑气,并因此而引起诸如暴吐、暴泻、急性吐泻、急性胃脘痛、急性腹痛乃至急黄等。

(2) 始发于心肝肾: 此类急症又多因情志暴伤、劳倦过度以及病理产物的作用所致,其病机或为气郁化火伤阴,或为耗气损精而伤阳,或为留饮、痰著、瘀血而扰乱气机、痹阻

血运，其结果又势必克伐心肝肾脏而分别发为心悸、心痛、中风、水肿、癰闭、急性胁痛等。

(3) 始发于多脏腑的功能失调：此类急症多因某脏腑功能失调在先，而后影响到其它脏腑的功能失调而致发病。亦或脏腑功能失调后所产生的病理产物，损伤脏腑致病。如急性水肿，其病本在肾，肾失开合，水液停聚，继而影响肺失通调，脾失转输，膀胱气化无权，三焦水道失畅，致多脏腑功能失常而形成水肿。又如流产之症，多系肝肾亏损，冲任不足，胎元不固等多脏腑经络功能障碍而产生。

(三) 始发于表里

属此发病方式者，外感急症虽不乏见，但仍以内伤急症相对多见。

1. 新感引动伏邪之温病急症。此类急症均为表里俱热之证候，其中又可区分或偏于表，或偏于里。

2. 表里同感之伤寒急症。其中相对多见的主要是太阳少阴两感之证，是证均呈表里俱寒之象，唯其重点乃在于少阴阳虚。

3. 外感引发心、脾、肝、肺、肾系内伤杂病急症，如前所述，五脏内伤杂病的瞬即加剧或急性发作，固然可由内因使然，但主要多由外因促发，唯其临床表现一般多以原发病为重点。

4. 此外，有些急症的发生属一种不表不里的方式，就其病因来说属不内外因，既非外感又非内伤，如意外创伤、虫蛇咬伤等。

二、传变特点

急症的发展趋向，其中符合特定规律发展者为传或称顺传，反之即为变或称逆传。然而变与逆传虽常常互用，但两者又有一定的区别，即变之中涵有医源性因素，而逆传则取决于邪气过盛或正气过虚。从古今临床实践经验来看，决定传变的主要因素有以下四个方面：一为正气之强弱；二为邪气之轻重；三为始病部位之深浅；四为治疗措施之得当与否。鉴于急症的传变更为迅速、更为复杂，下面就其顺传与逆传作一概述。

(一) 顺传

病症按特定的规律有序相传，谓之顺传。尽管各种急症的顺传情况各有不同，然而病位由深转浅，病邪由里出表，病势由弥漫至局限，这都表现了顺传的基本规律。

内伤杂病急症的病位多深及脏腑，其病情发展也多表现为脏腑相传，与温病之卫、气、营、血和伤寒之六经传变是截然不同的，脏腑相传的条件，根据《金匱要略》所列之“肝病传脾”的次序，推而广之应为已病脏腑邪气实而未病脏腑正气虚损。正虚多生内邪，邪实多伤正气，因此基本上形成邪盛正虚之病势，这就为脏腑相传提供了基本条件。又基于脏腑间的生理功能具有表里相应、母子相充、生克制约等多层关系，故以某一脏腑病变为重心的内伤杂病急症之顺传，可表现为如下三种具体形式：一为表里传，如胃病多传脾，反之亦然；二为母子传，如肾病不能养肝而使肝亦病之，肝病反盗肾气而使肝肾同病；三为乘侮传，如肝病既可以克脾为病，又可以侮肺为病。此外，随着疾病的迁延日久，反复发作，最终又势必传及心、肾、脾等人体的重要器官。若治疗得当，病变由弥漫逐渐趋向局限，或阻断累及心、肾、脾之趋势，那么无疑也属顺传之列。

(二) 逆传

这是与顺传相对而言，主要是指病症超越特定规律的发展并使病情辄然更趋于危笃的一

类病理变化。总的来说，病情由局限而弥漫，由一脏腑发展为多脏腑，特别是有耗竭阳气、枯涸阴液的变化，均可概属于逆传之范畴。

鉴于急症涉及范围广泛，而且病情寒热错杂、虚实互见，因此很难概括逆传变化的固定模式，一般来说大概可以归纳为三种表现：一为病理产物的窜逆，如水饮凌心射肺，痰浊蒙蔽清窍，瘀血内停脏腑经脉等。二为外邪引动内邪，助虐为患，如热极动风，风水相激，湿热胶着，水热互结，痰瘀夹杂等。三为各种突然因素扰乱气机，重伤阴、阳，如暴怒、剧痛致厥，大失血，剧烈吐利，急性中毒等。

第四节 诊 察 特 点

中医急症的诊察和一般疾病一样主要是直观诊察，然而急症具有起病急骤、病情危重、变化迅速的特点，从急、危、变的特点出发，对急症的诊察又提出了更高的要求。诊察急症，一方面应充分采用传统的望、闻、问、切四诊手段，发现先兆，抓住主症，审察整体，把握变化。另一方面又要运用西医学中的监测诊查手段，为中医诊察急症而服务，以便迅速准确地了解病情，明确诊断，认识疾病的本质，为辨证施治和采用综合救治措施，提供可靠的客观依据。

一、抓住主症

主症，系指疾病表现最突出、病人感觉最痛苦的一个或几个主要症状。中医病名和主症密切相关，与病机有紧密的内在联系，一般来说，反映了疾病的本质。因此，紧紧地抓住主症，就有可能把握疾病的关键所在。有许多急性病是以主症而命名，如发热、眩晕、心痛、胃脘痛、腹痛、泄泻、吐血、便血等，主症即是病名，二者直接相联。当然，强调抓住主症，并不等于忽视次要的症状或是兼症。

详审主症是诊察疾病的重要内容。主症本身的表现，包括主症的起因、发病时间、病证特点、传变过程等内容，掌握主症既有利于判断病位和病名，又可以初步估计病证的范畴、类别及病情的急危程度，因此，不但具有重要的诊断价值，而且还可为进一步了解兼症，全面掌握疾病，提供重要的线索。例如心痛是主症，其疼痛多向肩背、上肢以及上腹部方向放射，并可与情志、天气变化及劳累等因素有直接关系。疼痛本身有刺痛、绞痛、灼痛、胀痛、窜痛、闷痛、隐痛、掣痛等的区别，这些不同性质的疼痛，又与瘀血、寒凝、湿热、气滞、痰湿、虚损等有关，因此，详察心痛这一主症，应用中医辨证的理论去进行思维，综合分析，以便正确地认识疾病。

二、把握变化

急危重症，病情变化往往在瞬息之间，因此必须随时把握千变万化的病情，才能抓住病机，对症处理，这是诊治急症的重要环节。把握变化的重点在于观察主症的发展变化、主症的演变和整体病情的变化等几个方面。

急危重症，变化虽迅速、复杂，但仍有一定的规律可循。首先要对疾病的发展传变趋势有足够的认识，做到胸中有数。例如外感高热证，可由卫至气，由气转营，由营而入血，在临床上应着重观察热势和神志、舌脉的变化。若热势由壮热而转化为入夜热甚，心烦神昏，斑疹隐隐，舌红而转绛等，则病邪由气传入营分，有加重之势。又如肠痈，发生血败肉腐脓成面溃破穿孔，这时应密切观察腹痛和腹壁紧张的变化情况，若腹痛逐步加剧，压痛及反跳

痛明显，腹壁紧张度增强而呈板状，那么说明肠痈有穿孔之征兆。

把握变化，还要重视病证本身的转化传变。主症在整个疾病发展变化过程中率先发生变异，因此，诊察主症的变化，应重视病证演变的先兆表现。如眩晕病人，在情绪激动或劳累的诱因引发下，而出现手足软弱无力，麻木不仁，肢体颤动等，则可能是中风的先兆表现。此时，给予恰当的治疗和休息，防患于未然，则是有利于疾病的转化。

把握变化，要重视整体的诊察，尤其应注意神、色、舌、脉的细微变化，切不可掉以轻心。如出血病人，在诊治过程中，出现芤脉，表明体内有继续大出血的可能，谨防失血而发生厥脱。同样还应当重视西医学中所强调的体温、脉搏、呼吸、心率、血压等生命体征的变化。在疾病发展的过程中，有时一症有变，证候即随之而变，若诊察疏忽，则有可能造成误诊失治。

三、整体诊察

整体诊察，有二个方面的重要内容，一是通过四诊（望、闻、问、切）并用，即望神色形态、望舌象、闻声音气味，问发病与症状，以及切脉、切诊胸腹等，从各个不同角度来诊察急症的病变征象，取得较全面、较完整的资料，从而为急救处理提供充分的依据。诊察急症，虽有重点，但临证却不可只顾重点，不及其余，任何片面强调某一诊法的重要性，而忽视其他诊法的偏见皆不可取，四诊并用十分重要，实际上，在诊察过程中，四诊都是同时进行的，不可割裂。

另一个方面是对病人全身各部位进行检查。急症病人，病情危急，时间有限，在突出重点的前提下，从临证实际出发，还应对病人从上到下，全身系统诊察为顺序，全面诊察病人，这样既可避免遗漏检查，又可避免以偏概全。如诊腹部，临证时不仅要问其有无疼痛及性质、胀满程度，与饮食二便异常是否有关，而且要望其形态有无膨胀、皮肤有无色泽变化或皮疹，还要触切有无肿块，痛处按压喜拒之情况等，因此，通过四诊并用，掌握整体诊察的原则，这是诊断急症的重要环节。

总之，急症具有急、危、变的特点，急症的诊察重在抓住主症、把握变化、整体诊察，从而确立救治大法，为抢救治疗提供充分可靠的依据。

第五节 治疗特点

急症的治疗，着眼于“急”、“救”、“验”，对于一旦获得确诊的疾病，当从病证并治的角度，紧扣标本与逆从，并参照已知致病因素和病理变化，选择包括各种有效制剂在内的性专力猛，速效高效安全之方药，采取多途径、多渠道之综合疗法，迅速取效，防传杜变，化险为夷。即便是一时难以确诊之疾患，也当针对最突出、最危急的证候，采取各种应急的对症疗法，急救手段，以力缓其急，转危为安。中医药治疗急症的各种方法与手段，长盛不衰，延用至今，受到病人的欢迎，这是由于它所具有的优势和特点所决定的。将其特点归纳起来，有以下几个方面。

一、方法丰富多采

中医治疗急症的显著特点之一，就是其治疗方法丰富多采。数千年来，历代医家在长期的医疗实践中，不断摸索总结出了各种行之有效的治疗方法。既有多种方药内治（为治疗疾病的主要手段），亦主张采用药物外治（如敷贴、磨火、熏洗、灌肠等）；既有常用各种针刺

疗法(如体针疗法、耳针疗法、头针疗、法手针疗法、足针疗法等),亦总结出各种灸灼疗法(如艾灸、隔姜灸、爆灯火等),还有整骨疗法、刮痧疗法、放血疗法、发泡疗法等,特别应该指出的是中医传统的某些特殊方法如肛肠纳药、搐鼻开关通窍、擦牙开噤、冰水冷敷、鼻饲给药等等,加之新近又研制的气雾剂、注射剂等,在临床急症的救治中有着重要的实用价值。这些疗法,操作运用比较简便,容易推广,适应于急症治疗的需要。

二、措施综合有效

历代医家在急症实践中认识到,中医治法各具特色和优点,在临证急救之时,应尽量做到融合多种治疗施行于一病之中,以迅速取效,缩短病程,转危为安。在使用这种“多法联合”之时,其一是要注意于一病之中采用多种疗法,以产生相互补充的效应,例如厥脱病,救治之时,根据病情需要,一方面积极选用掐人中、针刺、艾灸、吸氧等,另一方面采用静脉给药、内服药物治疗,这样多法救治,有利于迅速控制病情发展,缓解各种复杂的证候,促使病情的转化。

其二应注意于一方之中融合多种治法,以发挥药物的协同作用。例如清热解毒、解表祛邪,乃治外感热性病的常规之法;“温病下不嫌早”,早用攻下,是清除温热病邪的基本途径;和解法在解热散热方面亦具有良好的作用。近代临床所见,用两种或两种以上的治法联合于一方之中,治疗高热急症,或清下并举,或汗下同用,或表里双解,或清解和下联合等,集多种功效药物于一方,通过多途径而祛邪,急挫热势,各个击破。由于多法配合,相互协同,从而产生单法所难于取得的作用,缩短了发热时间,提高了疗效。

三、标本兼治重标

标本,有多种含义。这里主要是用以说明病变过程中矛盾双方的主次关系,如正气为本,邪气为标;病因是本,症状是标;旧病为本,新病为标;原发病为本,继发病为标等等。急性危重病证,往往是标病本病并重,或是标症甚急,若不及时治疗,可能危及患者生命或是影响“本病”的治疗,因此在这种情况下,应采取标本兼治或急则治标的原则进行救治。这也是急症治疗的又一特点。如病人表现发热而有腹满硬痛,大便燥结,口干舌燥,舌苔焦黄,饮水量多等,这是热结津伤之证,其中邪热里结为标,阴液受伤为本,标本并存,治当标本兼治,泻热通便,增液养津,泻下药与滋阴药同用,泻其热而保其津,润其燥而通其便,标本兼治,相辅相成。

又如一种暂时急救的法则,缓急是为有利于进一步治本而创造一定的条件。如大出血的病人,无论属于何种原因的出血,均应先采取急救措施,急止其血以治标,待血止后,病清缓和,再图治本病。再如水臌(臌胀)病人,腹水大量增加,腹部胀满,呼吸急促,大小便不利之时,应先治疗属标之腹水,用利水,逐水之法,待腹水减轻,病情稳定之后,再理肝脾,治其本病。

一般来说,标本兼治,“急者先治”,这是临床治疗急症的常规法则,此乃言其常。然对此亦不能绝对化。有些危急重症,亦未尝不治其本,如厥脱之亡阳,急用回阳救逆之四逆汤等方以治之即属治本之法,在临床上应该“知常达变”,灵活取舍。

第六节 急症的常用治法

急症的常用治法主要是指治疗常见、多发急症的各种经常应用的具体治法。归纳而言,

有清热解毒、通腑攻下、活血化瘀、益气固脱、回阳救逆、醒脑开窍、镇肝熄风、疏风止痉、止血涩血、通淋利尿等 10 种。现将其功效、适应证、代表方药等简介如下。

一、清热解毒法

具有清热、泻火、解毒、祛暑之作用，治疗温热、温疫、热毒之证，适用于温、热、火、毒所致之热证。常用药物如黄连、黄芩、黄柏、栀子、石膏、金银花、连翘、板蓝根、元参、蒲公英、龙胆草、紫花地丁、鱼腥草等，代表方剂如白虎汤、黄连解毒汤、普济消毒饮、清瘟败毒饮等。

二、通腑攻下法

具有通导粪便、荡涤积滞、清除实热、攻逐水饮之作用，治疗里实积滞之证。凡属有形之邪内结成实之证，皆可适用。常用药物如大黄、芒硝、巴豆、大戟、芫花、甘遂等。

1. 寒下法 具有攻逐实热、燥屎、宿食、水饮等实邪的作用，主治里实热证，其中又可分三法。

(1) 通腑泄热法：以苦寒攻下之剂，荡涤肠腑实热，主治阳明腑实之证，代表方剂为承气汤之类。

(2) 通便导滞法：功专通导积滞，清利湿热。主治积滞与湿热互结胃肠之证，代表方剂为枳实导滞丸。

(3) 攻逐水饮法：由寒下变通而成，即以寒下之药与逐水之品相伍组方，主治水肿实证，代表方为十枣汤、舟车丸。

2. 温下法 以泻下药与温热药组成，功专攻逐内停脏腑的寒冷积滞，主治里寒实证。代表方为大黄附子汤、三物备急丸。

三、活血化瘀法

具有活血通脉，祛除瘀滞的作用，主治各种瘀血之证，适用于蓄血、血瘀证。常用药物如大黄、桃仁、红花、当归、赤芍、丹皮、丹参、川芎等。临床上多与理气、止痛等药物组成方剂。

1. 破瘀消癥法 用攻下活血之品，消除血热互结及其所形成的蓄血与癥块。代表方为桃仁承气汤、大黄牡丹汤、下瘀血汤。

2. 祛瘀止血法 藉祛瘀血之手段，以达到止血之效果。主治瘀血性出血证，代表方为生化汤。

3. 祛瘀消肿法 以活血通络之剂，消除因瘀血而产生的肿胀疼痛，主治外伤性的肿痛之证。代表方为复元活血汤、七厘散。

四、益气固脱法

具有大补元气、益气固脱之作用，主治元气亏虚之证，适用于严重气虚所致的厥脱证。常用药物如人参、西洋参、党参、黄芪、白术等。代表方剂有独参汤、生脉散、参麦散以及其注射液等。

五、回阳救逆法

具有温发心、肾之阳，回阳救逆之作用，主治阳衰欲绝之证，适用于阳气衰微，阴寒内盛的阴寒证。常用药物如附子、干姜、肉桂等。多与益气固脱之人参、炙甘草配伍，代表方剂有四逆汤、参附汤、回阳救急汤等。

六、醒脑开窍法

具有通关开窍、苏醒神识之作用，主治窍闭神昏之证，适用各种闭证。常用药物有牛黄、麝香、犀角、羚羊角、冰片、苏合香、石菖蒲等。在临床上常与清热药或温通药、祛痰药等配伍使用。

1. 温通开窍法 有温通、开窍、化痰、解郁的作用，以芳香开窍药与辛温行气药为主组成方剂，适用于寒邪或痰浊内闭之寒闭证。代表方剂有苏合香丸、通关散等。

2. 清热开窍法 有清心开窍、清热解毒的作用，以辛窜开窍与清热解毒的药物为主组成方剂，适用于温热之毒，内陷心包之热闭证。代表方剂有安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹等。

3. 豁痰开窍法 具有祛痰、通关、开窍的作用，以辛香开窍药与祛痰化痰药为主组成方剂，适用于痰浊蒙闭心窍之神昏之证。代表方剂有涤痰汤、通关散、菖蒲郁金汤等。

七、镇肝熄风法

具有清肝、平肝、镇肝、平熄内风的作用。主治肝风内动、热极生风之证，适应内脏病变所致的风病。常用药物如羚羊角、石决明、牡蛎、龙齿、代赭石、钩藤、天麻、白芍、磁石、菊花等，代表方剂有镇肝熄风汤、羚角钩藤汤等。

八、疏风止痉法

具有祛风、止痉、化痰的作用，主治风邪外袭肌肉、经络、筋骨、关节所致诸病，适应于中风中经络、破伤风、抽搐等证。常用药物如南星、白附子、羌活、防风、僵蚕、全蝎、蜈蚣、白芷等，代表方剂有牵正散、玉真散、止痉散、小活络丹等。

九、止血涩血法

具有制止出血的作用，主治各种出血之证。常用药物如侧柏叶、大蓟、小蓟、槐花、蒲黄、艾叶、灶心黄土等。

1. 凉血止血法 有清热、凉血、止血的作用，以清热凉血药为主，佐以止血之品而组成方剂，主治血热妄行之出血证，代表方剂有十灰散、四生丸、槐花散。

2. 温阳止血法 有温阳、健脾、止血的作用，以温运脾阳之药为主，佐以止血之品组成，主治虚寒性的出血证。代表方剂有黄土汤。

十、通淋利水法

具有渗湿、利水、通淋、泄浊的作用，主治湿热壅结膀胱之证，适用于癃闭、淋证等。常用药物如茯苓、猪苓、泽泻、木通、车前子、防己等。代表方剂有八正散、导赤散、石苇散等。

各 论

第一章 外感高热

外感高热，古代常称为“发热”、“寒热”、“壮热”等。凡因外感温热疫毒，或其他外邪侵袭而致体温骤然升高在 39°C 以上，并持续不能下降者，称之为外感高热。临床上以发热、恶寒、面赤、烦渴、舌红苔黄、脉数等为主要表现。体温持续升高或稽留不退，病情严重者，可出现神昏、谵语、四肢抽搐等症。

外感高热并不是一个独立的疾病，而是多种外感疾病过程中的一个主要症状，在温病卫气营血各阶段，伤寒病三阳证，以及内伤杂病中，均可出现此症，不过以温病各阶段最为常见，故本章以此为主要讨论对象。

外感高热在西医学中，乃是多种急性感染性疾病、急性传染病等的主要表现之一。部分非感染性疾病的高热，亦可属中医外感高热之范畴，临床上均可参照本证，进行辨证施治。

【病因·病史】

一、病因

系感触六淫（主要为火热、暑邪）或疫毒之邪。外邪入侵，机体正气与之相搏，正邪交争于体内而发热，或因热、毒充斥体内而高热，所谓“阳胜则热”。

西医认为，发热是人体对于致病因子的一种全身反应。外感高热，主要见之于急性感染性发热，包括有病毒、立克次体、细菌、螺旋体及寄生虫感染，临床上最为常见。其次为非感染性发热，如风湿热、药热、热射病等，由于变态反应，或物理性、化学性损害而引起。

二、病史

详细询问病史往往对外感发热的诊断和鉴别诊断，提供重要线索。

1. 发病季节及地区 春温、湿温、暑温、痢疾、疟疾等均有明显的季节性。如春温发于春季，湿温发于雨湿季节，暑温发于夏至之后的夏季，而痢疾、疟疾以夏秋季为多见。又如血吸虫病、丝虫病等均有严格的地区性。

2. 伴随症状 外感高热，常伴有其他特别的症状，分析两者之间的联系，搞清病史，有利于病因诊断。例如发热而伴有肺系证候，伴有皮疹，伴有腹泻，伴有出血，伴有黄疸，伴有呕吐，伴有痞块，伴有关节肿大，伴有昏迷、惊厥等，均应考虑与各脏腑之间的联系。

3. 具有不洁饮食史、输血传染史、职业史等，均可引起一些外感高热病证，注意询问，全面诊查，有利于及时确立诊断。

【诊断要点】

1. 因季节、气候、地区、环境的不同，而感邪发病。起病较急，一般在3天以内，病程较短，约二周左右，传变迅速。传染病患者，有明确的疫情接触史。

2. 体温在 39°C 以上，并持续数小时以上不退，或体温下降后，又逐渐升高，或伴有恶寒、寒战、口渴喜饮、舌红苔黄，脉数等症。

3. 外感高热,可常见下列热型。

(1) 恶寒发热:指恶寒与发热同时存在,热势多在 39°C 以下,如表卫诸证,均常见此热型。

(2) 壮热:指热势持续,高热不解,不恶寒,体温在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间,甚至更高,达数天至数周之久。一日之内,波动甚小,如气分高热、肺系邪热,热盛之暑热、湿热等。

(3) 寒热往来:指恶寒与发热交替发作,如少阳病、疟疾等。

(4) 潮热:指热势盛衰起伏有时,犹如潮汛一般。外感之潮热,多属实证,热势较高,热退不清,定时又复升高,多见于阳明腑实之证,湿温证以及热入营血之证等。

(5) 不规则热:指发热持续时间不定,变动并无规律,如时行感冒、外感咳嗽、风湿热等。

4. 注意实验室及其他检查。结合病史及临床表现,进行必要的化验及其他检查,如血、尿、粪常规、血沉、血和骨髓培养、X线检查以及其他针对病因的特殊检查。

【鉴别诊断】

1. 内伤发热:与外感高热在临床上均以发热为主证,需要加以区别,具体内容,详见下表。

外感发热与内伤发热鉴别表

外感发热		内伤发热
病因病机	邪热疫毒内侵,正邪相搏	气血阴阳失调,郁而化热
发热特点	多为高热	热势高低不一
发病情况	发病急,病程短	发病缓,病程长
临床表现	多伴口渴、面赤、舌红、苔黄、脉数有力	多伴形体消瘦、面色少华、短气乏力、倦怠纳差、舌淡、脉数而无力
病理属性	多为实热证	多为虚热或虚实夹杂证

2. 发热伴随症状的鉴别:在急性发热的过程,常伴随有一些特别的症状,如寒战、出血、淋巴结肿大、肝脾肿大、关节肿痛、结膜充血、昏迷等,这些症状,往往和多种不同的疾病密切相联系,在临床上,应该详细分析,并加以鉴别。具体内容见下表。

	发 热
寒战	细菌性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体、疟疾及急性溶血性疾病
出血	流行性出血热、重症病毒性肝炎、败血症、急性与亚急性心内膜炎、急性白血病、急性再生障碍性贫血
淋巴结肿大	传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结核、局灶性化脓性感染、恙虫病、丝虫病、淋巴瘤
肝脾肿大	病毒性肝炎、急性血吸虫病、肝脓肿、急性梗阻性化脓性胆管炎、布氏杆菌病、疟疾、黑热病、白血病
关节肿痛	败血症、猩红热、布氏杆菌病、结核病、风湿热、结缔组织疾病
结膜充血	麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、恙虫病、钩端螺旋体病
昏迷	乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、脑型疟疾、中暑、斑疹伤寒

【急救处理】

一、养阴补液

外感高热急症，感热毒之邪，最易伤津耗液。因此，养阴补液为救治高热之重要措施。

(一) 口服饮料

口服饮用适量的糖盐水、果汁、西瓜汁、蕃茄汁及凉开水等。

(二) 静脉输液

10%养阴注射液或10%增液注射液 1000~2000ml，静脉滴注，每日1次。亦可用5~10%葡萄糖液、葡萄糖盐水、林格氏液 1000~2000ml，静脉滴注，每日1次。

二、清热

正确地运用清热之中药治疗外感高热，一般均可获得良好的疗效。

(一) 专方专药

1. 柴胡注射液 功效和解退热。每次2~4ml，肌肉注射，每日1~2次。

2. 双黄连粉剂 功效清热解毒。每次3g，溶入10%葡萄糖液或葡萄糖盐水500ml中，静脉滴注。

3. 清开灵注射液 功效清热解毒。每次40~60ml加入10%葡萄糖液500ml中，静脉滴注。亦可肌肉注射或使用清开灵口服液。

4. 热必宁颗粒 功效清热解毒。每次1包，每日4次，温开水冲服。

(二) 灌肠疗法

1. 大黄枳实汤 功效通腑泄热。生大黄、枳实、甘草、山药、寒水石，水煎取汁200ml，高位直肠灌注或保留灌肠30分钟，每2~4小时1次。体温下降后，应视病情而减少灌肠次数。

2. 清热灌肠汤 功效清热解毒。生石膏、连翘、荆芥、薄荷、芦根、赤芍，水煎取汁200ml，用法同上。

(三) 滴鼻退热

1. 复方退热滴鼻液：功效清热解表。金银花、连翘、柴胡、青蒿，制成蒸馏液滴鼻，每次每侧鼻腔3~4滴，每30~60分钟1次。

2. 复方柴胡滴鼻液：功效解表退热。柴胡、薄荷等，制成蒸馏滴鼻液，用法同上。

三、西药治疗

(一) 物理降温

最常用者为冷敷，以冰袋或冷水袋或冷水面巾置于前额、腋窝或鼠蹊部。酒精或盐水擦浴也常有较好效果。

(二) 病因治疗

在明确诊断的基础上，针对各种疾病的不同病因，选择有效药物，进行治疗。关于每一种疾病的治疗原则和药物，可详见相应的内科教材。

【辨证施治】

一、卫分证

1. 风热表证 发热微恶风寒，咽喉疼痛，头痛鼻塞，咳嗽，口微渴，舌红苔薄黄，脉浮数。治法辛凉解表退热，主方银翘散加减。药用银花、连翘、桔梗、薄荷、淡竹叶、生甘草、荆芥穗、淡豆豉、牛蒡子、鲜芦根。热甚者加黄芩、板蓝根、青蒿；口渴甚者加花粉；痰多者加贝母、杏仁；小便黄者加车前草。

2. 风寒表证 恶寒发热,头身疼痛,咳嗽,流清涕,舌苔薄白,脉浮紧。治法辛温解表退热,主方荆防败毒散加减。荆芥、防风、柴胡、川芎、枳壳、羌活、独活、茯苓、桔梗、甘草。寒甚者加麻黄、桂枝;咳嗽加杏仁、半夏。

3. 暑湿表证 发热微恶风,身重脘闷,头昏胀痛,舌红苔白腻,脉濡数。治法清暑除湿,解表退热,主方新加香薷饮加减。香薷、银花、连翘、鲜扁豆花、厚朴。热甚者加生石膏;恶心呕吐者加藿香、半夏。

二、卫气同病

高热恶寒,口渴,大便秘结,小便短赤,舌红,苔薄黄或厚腻,脉浮数或洪大。治法辛凉解表,清气泻热,主方银翘白虎汤加减。药用银花、连翘、竹叶、牛蒡子、薄荷、淡豆豉、甘草、芦根、石膏、知母、粳米。咳嗽痰多者加麻黄、杏仁、贝母;热毒盛者加板蓝根、蒲公英;口渴甚者加花粉。

三、气分证

1. 肺热 壮热,咳嗽,咳痰黄稠或痰中带血,胸闷痛,舌红,苔黄腻,脉滑数。治法清热化痰,宣肺平喘,主方麻杏石甘汤加减。药用麻黄、杏仁、石膏、甘草、蒲公英、地丁、苡仁、银花、连翘、蚤休、鱼腥草;胸痛咳吐脓痰者加金荞麦。

2. 胃热 壮热,口渴引饮,面赤心烦,口苦口臭,脉洪大有力。治法辛寒清热,主方白虎汤加减。药用石膏、知母、粳米、甘草。卫气同病者加银花、连翘、芦根;体弱脉虚大者加太子参;大便秘结者加大黄、芒硝;发斑者加犀角、玄参;胃气上逆,心下痞闷者,加半夏、代赭石。

3. 腑实 壮热日晡热甚,腹胀满,大便秘结或热结旁流,烦躁谵语,舌苔焦燥起芒刺,脉沉实有力。治法苦寒泻下,导滞退热,主方大承气汤加减。药用大黄、芒硝、枳实、甘草。热结阴亏、燥屎不行者加生地、麦冬、玄参;邪热炽盛、胸膈烦热,口舌生疮者加栀子、黄芩、连翘、薄荷、竹叶。

4. 胆热 寒热往来,胸胁苦满,口苦咽干,或恶心呕吐,或目肤发黄,舌红,苔黄腻,脉弦数。治法清热利胆退热,主方大柴胡汤加减。药用柴胡、黄芩、白芍、半夏、枳实、大黄、大枣、生姜。重者加板蓝根、银花、连翘、败酱草;便秘者重用大黄、芒硝、厚朴;疼痛重者加延胡、川楝;呕吐者加竹茹;食欲不振者加藿香、佩兰、山楂;瘀血加桃仁、当归、赤芍、红花;发黄者重用茵陈、金钱草、栀子、青蒿。

5. 脾胃实热 身热不扬,汗出热不解,胸腹胀满,或身黄、目黄、小便发黄,纳呆,舌苔厚腻而黄,脉滑数。治法辛开苦降,清热利湿,主方王氏连朴饮加减。药用黄连、厚朴、石菖蒲、半夏、淡豆豉、山栀、芦根。热甚者加黄柏;湿重者加藿香、佩兰;黄疸者加茵陈、黄芩。

6. 大肠湿热 发热,腹痛,泄泻或痢下脓血,里急后重,肛门灼热,口干口苦,小便短赤,舌红苔黄腻,脉滑数。治法清利化湿退热,主方葛根芩连汤加减。药用葛根、黄芩、黄连、甘草。热甚者加山栀、黄柏;气滞腹痛者加广木香、槟榔、枳壳;痢下赤白者加白头翁、马齿苋。

7. 膀胱湿热 寒热起伏,尿频,尿急,尿痛,小便灼热、黄赤,腰部或小腹疼痛,舌红苔黄腻,脉滑数。治法清利膀胱湿热,主方八正散加减。药用木通、瞿麦、车前子、萹蓄、滑石、甘草、大黄、山栀。热甚者加柴胡、黄芩、银花、连翘、蒲公英、白花蛇舌草;排尿

困难者加石苇、冬葵子；小腹坠胀者加枳壳、乌药。

四、气营(血)两燔证

壮热口渴，或神昏谵语，斑疹隐隐，舌质红绛，脉洪数或细数。治法清气凉营(血)，解毒退热，主方清瘟败毒饮加减。药用生石膏、生地、犀角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、连翘、玄参、甘草、丹皮、鲜竹叶。热毒炽盛者加板蓝根、升麻；斑疹密布者加白茅根；神昏谵语者加服万氏牛黄清心丸。

五、营分证

1. 热灼营阴 身热夜甚，口干渴反不欲饮，神昏不宁，斑疹隐隐，舌质红绛，脉细数。治法清营解毒，泻热救阴，主方清营汤加减。药用犀角、生地、玄参、麦冬、竹叶心、银花、连翘、丹参、黄连。鼻衄、咯血、肌衄者加丹皮、茅根、侧柏叶。

2. 热入心包 壮热，神昏谵语，躁扰不宁，斑疹隐隐，舌红绛，脉细数。治法清心开窍退热，主方清宫汤加减。药用玄参心、莲子心、竹叶卷心、连心麦冬、连翘心、犀角尖。加服安宫牛黄丸、至宝丹。

六、血分证

1. 热盛动血 身热灼手，斑疹密布，或鼻衄，吐血，或神昏谵语，舌深绛，脉细数。治法清热凉血，主方犀角地黄汤加减。药用犀角、生地、赤芍、丹皮。热毒炽盛者加黄连、栀子、大黄；出血甚者加生侧柏叶、大小蓟、白茅根。

2. 血热动风 身热灼手，神昏谵语，四肢抽搐，颈项强直，牙关紧闭，或斑疹隐现，舌红绛，脉弦数或细数。治法凉血熄风止痉，主方羚羊角钩藤汤加减。药用羚羊角片、桑叶、川贝母、白芍、甘草、生竹茹、鲜生地、钩藤、菊花、茯神。加服紫雪丹。腑实者加大黄、芒硝；肌肤发斑者加犀角、丹皮。

【护理措施】

1. 病情观察 主要观察体温，每2~4小时测体温一次；注意神、色、肌肤、汗液、气息、脉象的变化，每日查舌象1~2次；其中特别应观察热型和寒热规律、发热持续时间等。

2. 物理降温 具体方法见前。

3. 饮食调护 高热持续不退，或热度虽不甚高而伴有呕吐、泄泻、大汗出者，最易阴津亏耗，护理上应让病人多喝糖盐开水、鲜果汁、西瓜汁、银花露、茅根汤(鲜白茅根30~50克，煎汤频服)等；饮食上宜清淡流质或半流质；忌食油腻、辛辣、鱼虾、肥甘厚味，禁烟忌酒；汤药宜微温服，服药后酌加衣被，或进食少许热稀粥，以滋补汗源，助邪外达。

4. 注意变证 根据高热急症易产生痉证、闭证、厥脱等变证的特点，应密切注意观察病情变化，随时报告医生，以防不测。

附：【疗效评定标准】

一、痊愈

1. 热尽身凉(一般感冒3日以内退尽，特殊病种7日以内退尽)，且无反复。
2. 证候消失。
3. 异常理化检查指标恢复正常。

二、显效

1. 大热已退，接近正常。

2. 主要症状大部消失。
3. 异常理化检查指标接近正常。

三、有效

1. 大热已退，但仍有反复。
2. 主要症状部分消失。
3. 异常理化检查指标有所改善。

四、无效

1. 高热持续不退（一般感冒高热超过3日以上未解，特殊病种超过7日未解者）。
2. 症状无明显改善，或加剧者。
3. 异常理化检查指标，经治疗无明显改善者。
4. 加用抗感染西药，或解热抗炎类西药者。

鉴于外感高热症所涉及的病种甚多，病情有轻重缓急的不同，病程有长短的区别，故其疗效标准自是不尽一致。具体疗效标准，应根据不同病种而定。

第二章 喘 脱

喘脱症，乃是因喘而致脱的危急重症。属于喘证、喘促、喘逆等的范畴。临床上以发病急骤，呼吸困难，张口抬肩，鼻煽气促，烦躁不安，面唇青紫，大汗淋漓，甚则神志恍惚，抽搐昏迷为主要特征。由于病势险恶，若不及时抢救，往往会危及病人生命。

本症在西医学中，常见于哮喘持续状态、成人呼吸窘迫综合征、心力衰竭以及某些疾病后期所致的呼吸衰竭等。上述各类疾病可参照本章救治。

【病因·病史】

一、病因

主要为宿疾逆变，如哮证、喘证、肺胀、胸痹、心悸等病日久正气虚衰，或肺气欲竭、心肾阳衰，或肺肾两衰，痰涎壅盛，阻塞气道，或气阴两耗，阴阳衰竭，不相维系等，导致喘促致脱、亡阳、亡阴的危象。

西医学认为喘脱是呼吸功能严重障碍，导致缺氧或二氧化碳潴留而引起的一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。呼吸系统疾病、心脏病、药物或毒物中毒等疾病的严重状态或后期，均可出现本证。

二、病史

本病常在许多慢性疾病过程中，由不同诱因而严重发作，且在发作前往往有先兆之征。因此，在发作前应严加观察，全面了解病因。喘脱之症，病情急危，严重者不易进行详细的询问，需要抓住关键，突出重点。

1. 喘脱患者常有哮喘、急慢性呼吸道阻塞、神经中枢及传导系统疾病、药物和毒物中毒、与呼吸运动有密切关系的肌肉疾病以及肺组织病变等，严重或持久影响呼吸功能的病史。亦可有肺内或肺外急性损伤病史。

2. 本症常有明显的诱发因素，如气候变化、饮食失常、情绪激动、劳役失度，以及过敏、药物、呼吸系统感染等均能诱发喘脱。

3. 此类疾病患者常以呼吸困难为主诉，因此，在发病过程中注意呼吸困难的程度，呼吸频率、节律及深浅等的变化情况，患者卧位的姿势，是否端坐呼吸，严重呼吸困难的持续时间等病史的询问，对于本症的诊治，均有重要的帮助。

【诊断要点】

1. 患者素有哮证、喘证、肺胀、胸痹、心悸、水肿等宿疾，并有气候突变、饮食失度、情志失调、劳役失节，以及过敏、药物、呼吸系统感染等诱因。具有症状突然加重，或骤然发作，病情危重，变化迅速等特点。

2. 主要临床表现为病情骤然加重，呼吸困难，呼吸频数、窘迫，呼吸节律异常变化，张口抬肩，鼻翼煽动，并且诸症呈进行性加重，心悸气促，面唇青紫，肢冷汗出如珠，甚则神志不清，抽搐，舌淡润，脉浮大无根或结代。

3. 呼吸形式，吸气性呼吸困难，多由上呼吸道狭窄所致，如喉水肿、喉异物、喉癌；呼气性呼吸困难，常见支气管哮喘、慢性阻塞性肺气肿、自发性气胸等。呼吸快而浅，见于肺癌、肺郁血等；深而慢，见于代谢性酸中毒、脑血管意外等；潮式呼吸，见于脑血管意外、

尿毒症、严重心衰等；呼吸深而快，见于脑出血、肺水肿；点头式或叹息式呼吸多见于垂危患者。

4. 实验室及其他检查，血气分析，是诊断本症的重要依据，有条件者应尽早及时监测。血、尿常规及血生化检查、肺部X线检查、心电图等项目，均可结合病情选择。

【鉴别诊断】

1. 哮喘 两者均有呼吸困难，但哮喘为发作性痰鸣气喘疾患，喉中有声，一般无面青唇紫，大汗淋漓，神昏抽搐等脱证表现。

2. 喘证 两者亦有呼吸困难之表现，然喘证以呼吸困难，张口抬肩，不能平卧为特征，未至严重阶段，不会出现脱证危象。

3. 肺胀 此乃是多种慢性肺系疾患反复发作迁延不愈，导致肺气胀满，不能敛降的病证，临床表现为肺部膨胀，闷满如塞，喘咳上气，心悸烦躁等，一般尚无脱证之征。

以上各证，当病情发展致严重阶段或后期，均有可能出现喘脱之状，临床须严密观察，谨守病机，防止逆变。

4. 喘脱 多见于支气管哮喘持续状态和呼吸衰竭之中，两者鉴别要点如下表。

	哮喘持续状态	呼吸衰竭
病 史	支气管哮喘	慢性呼吸道阻塞、肺组织病变、药物或毒物中毒史等
诱 因	过敏、情绪激动	呼吸道感染、气候突变
主要表现	原有哮喘症状，突然发作或加重，严重呼吸困难，吸气浅，呼气长，不能平卧，大汗淋漓，常有奇脉	原发疾病症状逐渐加重，呼吸劳累窘迫费力，皮肤潮湿多汗，恶心呕吐，甚则神昏、抽搐
血气分析	PaO_2 下降， PaCO_2 降低，正常或升高	PaO_2 下降， PaCO_2 升高

【急救处理】

一、给氧和改善通气

(一) 给氧

目前，可选用的给氧方式有许多种，应视动脉缺氧原因和程度以及患者条件的情况而定，或吸入高浓度或纯氧，或持续低流量给氧。

由于导致缺氧的病理生理机制不同，给氧效果难以充分预测，须通过一系列动脉血气分析予以监测、调整。

(二) 保持呼吸道通畅

主要措施为解痉平喘和清除痰涎，以便增加通气量，防止感染。

(三) 气管插管、气管切开和辅助呼吸

若患者呼吸道分泌物积滞，通气严重不足，上述处理无效，或神经精神症状加重，病人陷入昏迷或半昏迷状态时，应予气管插管，以保持呼吸道通畅，便于给氧和吸氧。

气管切开主要适应于严重呼吸衰竭或深度昏迷，或呼吸道分泌物排泄不畅有发生窒息危险者。气管切开应严格掌握适应症，并注意术后护理。

最简便的辅助呼吸是气囊加压呼吸。对清醒患者可用面罩加压呼吸。喘脱者不能保持充分气体交换，经一般内科治疗后，血气分析仍发现 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 或有下降趋势者， PaCO_2 明显增高，在无气胸、肺大泡、心肌梗塞和血容量得到保证的情况下，应进行机械呼吸。

二、平喘固脱

喘脱之证，属肺气欲竭，阴阳不相接续的危重急症，必须扶正固脱，以救其肺气。

(一) 专方专药

1. 参附注射液 功效回阳固脱。每次10~20ml，加入50%葡萄糖液40~60ml中，静脉推注，每日2~3次。

2. 参麦注射液 功效益气养阴固脱。每次10~20ml，加入50%葡萄糖液40~60ml中，静脉推注，每日2~3次。

3. 黑锡丹 功效回阳救逆定喘。每次口服6~9g，每日3~4次，淡盐水送下。

4. 生脉合剂 功效益气养阴。每次口服20~30ml，每日3~4次。

(二) 针灸

1. 针刺 取穴人中、涌泉、肺俞、定喘、天突、内关、合谷等，用补法或平补平泻法。

2. 灸法 膻中、气海、足三里、肾俞等穴，艾柱隔姜灸，3~5壮。

3. 耳针 平喘、肾上腺、交感等穴。

三、西药治疗

(一) 哮喘持续状态

1. 迅速解除支气管痉挛 无高血压和心脏病的患者，肾上腺素1:1000浓度，0.2~0.3ml皮下注射一次，15分钟后可重复一次。氨茶碱0.25g缓慢静脉注射；然后，将氨茶碱0.25~0.50g加入5~10%葡萄糖液500ml中，静脉滴注。

糖皮质激素的应用，先静脉推注琥珀酸氢化考的松100~200mg，继而以氢化考的松200~400mg/日，或地塞米松10~20mg/日静脉点滴。

2. 尽快纠正缺氧和CO₂潴留 当鼻塞或鼻导管给氧不能奏效时（尤其是并发呼吸衰竭时），须使用人工呼吸机，进行间歇正压呼吸，可望减轻低氧血症及解除CO₂蓄积。

3. 补液 补液对纠正失水，祛痰平喘很重要，一般用葡萄糖生理盐水（2:1）2000~4000ml/日，静脉滴注，平喘药亦可加入其中。

4. 抗感染 使用广谱抗生素（青霉素、庆大霉素、氨苄青霉素、先锋霉素和氟喹诺酮类），剂量充分，采取肌注或静滴给药。

5. 纠正酸中毒：可用5%碳酸氢钠100~200ml静脉滴注，必要时可每隔1/2~1小时用50~100ml，1日量不超过400ml。

(二) 呼吸衰竭

1. 呼吸兴奋剂的使用 气体交换功能减弱，二氧化碳潴留得不到改善者，或因中枢抑制致急性呼吸衰竭者，需要使用呼吸兴奋剂，常用的药物有尼可刹米（可拉明）0.375g，山梗茶碱（洛贝林）3~6mg，哌醋甲酯（利他林）20mg，回苏林9mg，每2~4小时肌肉注射1次，以上各药可数种联合或交替使用。严重者可用尼可刹米8~10支（每支0.375g）加入5%葡萄糖液500ml中静脉点滴。

2. 合理给氧 既能纠正缺氧，又能防止因吸氧不当而导致CO₂潴留。一般来说，对于缺氧伴有CO₂潴留者，应采用控制性低浓度给氧，以24~28%（1~1.5L/分钟的氧流量）低浓度开始。对缺氧而无CO₂潴留的病人，采用非控制性高浓度吸氧，一般均在50%以上。

3. 纠正酸碱平衡失调 主要是呼吸性酸中毒、呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒，常用

药物有5%碳酸氢钠、11.2%乳酸钠和三羟甲基氨基甲烷 (THAM) 等, 具体用法参见内科学中有关章节。

4. 控制感染 十分重要。可选择适当的抗生素足量、联合应用。首选青霉素 400~800 万单位静脉滴注, 亦可用氨苄青霉素、先锋霉素抗菌谱广的抗生素。

糖皮质激素对于抗炎、抗过敏、舒张支气管均有作用, 适宜于严重支气管痉挛、肺性脑病、中毒性休克和顽固性右心衰竭等。可口服强的松或短期静脉滴注氢化可的松或地塞米松等。

5. 注意水分摄入适量 静脉补液使痰易于稀释排出, 可防止分泌物潴留影响通气与换气。一般限制在 1500ml 左右。

6. 积极治疗原发疾病, 并除去诱因。

【辨证施治】

1. 气阴衰竭证 呼吸急促、困难, 张口抬肩, 烦躁内热, 口干颧红, 汗出粘手, 舌红干少津, 少苔或无苔, 脉虚数。治法以益气救阴固脱为主。主方用生脉散化裁。药用人参、麦冬、五味子、山茱萸、黄精、龙骨、牡蛎等。

2. 肺气欲竭、心肾阳衰证 喘逆剧甚, 张口抬肩, 鼻煽气促, 端坐不能平卧, 或有痰鸣, 心慌动悸, 烦躁不安, 面青唇紫, 汗出如珠, 肢冷, 脉浮大无根或间歇, 或模糊不清。治法以扶阳固脱, 镇摄肾气为主。主方用参附汤加味送服黑锡丹。药用人参、熟附片、黄芪、生姜、大枣、蛤蚧粉等。

3. 上盛下虚证 喘息气促, 张口抬肩, 胸膈满闷, 咽喉不利, 痰多色白粘稠, 自汗, 神疲乏力, 腰痠肢冷, 舌淡苔白, 脉弦滑, 两尺无力。治法以温阳补虚, 降气化痰为主。主方用参蛤散合苏子降气汤加减。药用人参、蛤蚧、苏子、橘红、半夏、前胡、当归、厚朴、肉桂、生姜、沉香、甘草、大枣等。

【护理措施】

1. 病室保持安静, 空气流通, 温、湿度适宜, 无粉末烟尘的刺激, 避免对流风。危重患者, 不宜搬动, 以免突然发生窒息。

2. 保持呼吸道通畅, 定时为患者翻身拍背, 必要时作雾化吸入, 或用药物稀释痰液。

作气管切开者术后护理非常重要。及时清除分泌物, 吸痰、滴药时要注意无菌操作, 每次吸痰时间不宜过长, 吸力不可过猛, 吸痰前可用生理盐水 2~4ml 滴入稀释痰液, 吸痰后局部滴含有适量抗生素的药液。按时更换气管套管, 做好消毒工作。

3. 患者出现低氧血症和高碳酸血症时, 绝对卧床, 及时给氧。

4. 密切观察病情变化。因急性呼吸衰竭随时可能发生呼吸骤停, 应准备好抢救设施待用。

第三章 心 痛

心痛，包括胸痹心痛、厥心痛、久心痛、真心痛、猝心痛等病名。是以左胸膈、膻中处、歧骨上下、心前区、胸骨后等部位猝发性或逐渐加重的疼痛、憋闷为主要临床表现的急性病症。其痛发无定时，反复发作，痛而憋闷痞塞，或如针刺，或如烧灼，牵扯放射至左肩，引臂内侧痛，并沿少阴心经而循行至无名指、小指。常伴心悸、气短，重者可见面色苍白，四肢厥逆，大汗淋漓，舌质紫暗，脉微欲绝等阳气暴脱之危候。

西医学中的冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛、急性心肌梗塞以及急性心肌病、心包炎等疾病所引起的心前区疼痛，多属心痛范围，本章论述以冠心病心绞痛为主。

【病因·病史】

一、病因

主要原因有七情内伤，情绪激动；起居失节，过食饱食；年老体虚，气血不足；气候变化，感受寒邪等导致气滞血瘀，寒凝痰结，阻遏心脉，闭塞心络，痹而不通，因而疼痛。

西医学认为心绞痛、心肌梗塞同样都是因为冠状动脉粥样硬化而供血不足，心肌急性缺血而发生胸痛，不过心绞痛缺血较为短暂，而心肌梗塞缺血较持久而严重。至于心包炎、心肌炎的胸痛，乃以病毒或细菌引起的心肌、心包脏层与壁层急性炎症较为常见。

二、病史

病史是诊断心痛很有价值的依据。既往相同的发作史，具有重要的诊断意义。

1. 心痛的发作、程度、性质和诱因 典型的心痛常在相似的条件下发作，每次发作的症状，大致相似。以男性，40 岁以上的中、老年患者为多见。劳累、情绪激动、饱食、受寒、阴雨天气以及年老气虚等为常见诱因。疼痛发生于劳力或激动的当时，而不在劳累之后。心痛有压迫、发闷或紧缩感，甚至为濒死感。心肌梗塞之疼痛持久而严重，而心绞痛常常逐渐加重，往往使患者不自觉地停止原来的活动，直至症状缓解。

2. 疼痛持续时间及其缓解 心痛发生时常逐步加重，在 3~5 分钟内渐消失，一般在停止原来诱发病状的活动后即可缓解，舌下含用硝酸甘油也可使心痛缓解，发作可以几天或几个星期 1 次，或 1 天内多次。而心肌梗塞之疼痛剧烈而持久，多在半小时以至数小时，休息或口含硝酸甘油一般不能缓解。

3. 既往病史 既往有眩晕、消渴、高血脂症等病史以及吸烟史，均可作为支持本病诊断的辅助依据。

【诊断要点】

1. 患者素有眩晕、消渴、高血脂症等宿疾，存在心痛的易发因素如肥胖、吸烟等。又因情志波动、饱食、劳倦、气候变化等而诱发，具有反复发作，时作时止的特点。

2. 临床表现主要是左侧胸膈或膻中处发作性憋闷而疼痛，性质呈绞痛、刺痛、隐痛，有压迫、紧缩或烧灼感觉，范围约手掌大小，或横贯前胸，界限不清，常沿手少阴心经循行的部位窜及左肩、左臂内侧及无名指、小指等处。

3. 心痛出现后，多呈逐步加重，一般在 3~5 分钟消失，至少不超过 15 分钟，很少持

续到30分钟。经休息和心痛气雾剂、硝酸甘油制剂后，症状多可迅速缓解。而真心痛（指心肌梗塞）之疼痛急剧，常心痛彻背，背痛彻心，持续时间长，达数小时之久，并伴有手足逆冷，面色青紫，使用心痛气雾剂，硝酸甘油制剂不能使之缓解，并发有休克、心律失常、心力衰竭以及发热等症，有旦发夕死，夕发旦死之虑。

4. 心痛的分型分级，主要指冠心病心绞痛。

(1) 分型：① 劳累性心绞痛（初发型、稳定型、恶化型），② 自发性心绞痛（卧位型、变异型、中间综合型、梗塞后）；③ 混合性心绞痛。

(2) 分级：分有I、II、III、IV级，以及轻度（I、II级）、中度（III级）、重度（IV级）。

另外，不稳定型（指初发型、恶化型、各型自发性心绞痛）亦可分为轻、中、重度。

5. 借助实验室和特殊检查。

(1) 心电图：此项检查为本病的必备常规检查方法。包括静息时心电图、发作时心电图、心电图负荷试验、心电图连续监测等。其结果，心绞痛发作时心电图，绝大多数患者可见暂时性心肌缺血引起的ST段移位。常见是ST段压低0.1mV（1mm）以上，发作缓解后恢复，心电图运动负荷试验阳性。

心肌梗塞的心电图具有特征性改变，有宽而深的Q波（病理性Q波），在面向心肌坏死区的导联上出现；S—T段抬高呈弓背向上型，在面向坏死区周围心肌损伤区的导联上出现；T波倒置，在面向损伤区周围心肌缺血区的导联上出现。而背向心肌梗塞区的导联则出现相反的改变，即R波增高，S—T段压低和T波直立并增高。

(2) 血清酶学的检查：主要是肌酸磷酸激酶（CPK）、谷-草转氨酶（SGOT）、乳酸脱氢酶（LDH）等，对心肌梗塞有较大的诊断意义。

肌酸磷酸激酶在起病6小时内升高，48~72小时恢复正常；谷-草转氨酶在起病6~12小时后升高，24~48小时达到高峰，3~6日后降至正常；乳酸脱氢酶在起病8~10小时后升高，达到高峰时间在2~3日，持续1~2周恢复正常。

(3) 其他：心肌梗塞患者在起病24~48小时后白细胞可增至10000~20000/ μ l，中性粒细胞增多，嗜酸粒细胞减少或消失，红细胞沉降率增快。血和尿肌红蛋白增高，其高峰较血清心肌酶出现早，而恢复则较慢。

(4) 心绞痛与急性心肌梗塞的诊断要点见下(27页)表。

【鉴别诊断】

1. 胃痛 古代文献以及民间常将心痛与胃痛统称为心痛，亦有将胃痛称之为心痛或心下痛。胃、十二指肠溃疡等疾患亦可有胸痛，在临床上应注意区别。胃痛之部位在上腹部胃脘处，以胀痛为主，持续时间长，伴有暖气、呃逆、反酸、呕恶、纳差等，与饮食因素有密切关系，服用硝酸甘油剂无效或数十分钟后有效。

2. 郁症 多见于女性，部分患者，肝气郁滞，心脾气虚，而诉胸痛，或隐痛，或闷痛，喜叹息或深吸气而舒，部位可连及两乳附近，疼痛时间短暂或持续数小时，与体力活动无关，伴有心悸、失眠、乏力、多梦、头昏、健忘等症状。使用心痛气雾剂或硝酸甘油剂无效。

3. 肋间神经痛 疼痛常累及1~2个肋间，不一定局限在前胸，为刺痛、灼痛，呈持续性，咳嗽、用力呼吸或体位转动而加剧，沿神经分布处有压痛，手臂上举活动时局部有牵拉疼痛，与心绞痛不同。

鉴别诊断项目	心 绞 痛	急性心肌梗塞
疼痛部位	胸骨上、中段之后	相同，但可在较低位置上或上腹部
性质	压榨性或窒息性	相似，但更剧烈
诱因	劳力、情绪激动、受寒、饱食	不常有
时限	短，1~5分钟或15分钟以内	长，数小时或1~2天
频率	频繁发作	不频繁
硝酸甘油疗效	显著缓解	作用较差
气喘或肺水肿	极少	常有
血压	升高或无显著改变	常降低，甚至休克
心包摩擦音	无	可有
坏死物质吸收的表现		
发热	无	常有
血白细胞增加	无	常有
嗜酸性粒细胞减少	无	常有
血红细胞沉降率增快	无	常有
血清心肌酶增高	无	常有
心电图变化	无变化或暂时性 S-T段和T波变化	有特征性和动态性变化

【急救处理】

一、止痛

本病在临床上，多属本虚标实之证，“急则治其标”，标实以气滞、血瘀、痰浊为主，故治疗上当用芳香通络、理气化痰、活血化瘀为法，即时止痛。

(一) 专方专药

1. 寒心舒气雾剂 又名寒证心痛气雾剂，功效散寒理气止痛。使用方法将气雾剂，对准舌下，每次喷雾1~2次。
2. 热心舒气雾剂 又名热证心痛气雾剂，功效清热活血止痛。使用方法同前。
3. 麝香保心丸 功效芳香温通，益气强心。每次1~2粒，含化或吞服。
4. 速效救心丸 功效活血理气止痛。每次1~3丸，含化。
5. 苏冰滴丸 功效芳香开窍，理气止痛。每次2~4滴丸，含化。
6. 活心丸 功效养心活血。每次1~2丸，含服或吞服。
7. 地奥心血康胶囊 功效活血化瘀。每次0.2g，每日3次，口服。
8. 心绞痛宁膏 功效活血化瘀，芳香开窍。外用，贴敷于心前区。
9. 川芎嗪注射液 功效活血化瘀。每次40~80mg加入5%葡萄糖液250~500ml中，静脉滴注，每日1~2次。
10. 复方丹参或丹参注射液 功效活血化瘀。每次10~20ml加入5%葡萄糖液500ml中，静脉滴注。每日1次。或2~4ml肌肉注射。

以上诸药，每次可同时选择2~3种，配合使用。

(二) 针灸

1. 体针 主穴取膻中、巨阙、心俞、厥阴俞。配穴取内关、足三里、间使。每次取主穴一对配穴一对，每日针刺1~2次，获针感后，留针15分钟，10次为1个疗程。

2. 耳针 皮质下、肾上腺等穴。

二、西药治疗

1. 心绞痛 终止发作，舌下含化硝酸甘油片 0.3~0.6mg，或舌下含用消心痛片 10~20mg，多数在 1~3 分钟见效，维持时间约 30~120 分钟，疼痛剧烈者必要时可用亚硝酸异戊酯 0.2ml 安瓿压碎后吸入，10 秒钟可奏效。用一般方法不能缓解疼痛者，可皮下注射罂粟碱 30mg 或杜冷丁 50~100mg，并予以吸氧。

2. 心肌梗塞 急性心肌梗塞的监护与救治措施。

(1) 吸氧：最初几日间断或持续吸氧。

(2) 监测：进行心电图、血压和呼吸的监测 5~7 日，必要时作血流动力学变化的监测。密切观察心律、心率、血压和心功能的变化避免猝死。

(3) 止痛：杜冷丁 50~100mg 肌肉注射或吗啡 5~10mg 皮下注射，必要时 1~2 小时重复 1 次，以后每 4~6 小时重复应用。疼痛较轻者可用可待因或罂粟碱 0.03~0.06g 肌肉注射或口服。

(4) 缩小梗塞范围措施：增加氧和能量供应，减少心肌需氧量和心肌损伤。用葡萄糖-胰岛素-钾 (GIK) 疗法，用 10% 葡萄糖液 500ml，普通胰岛素 12 单位，氯化钾 1.5g，每日静脉滴入 1~2 次。还可应用 β 肾上腺素受体阻滞剂，如心得安 10mg，每日 3 次，口服。

【辨证施治】

1. 气阴两虚证 隐痛阵作，气短乏力，五心烦热，汗多口干。兼有眩晕、心悸、潮热，面色少华，脘胀纳差。舌红少苔，或舌淡苔薄黄，脉细数或结、代。治法以益气养阴为主，主方用生脉饮加减。药用西洋参(或太子参)、麦冬、五味子、赤芍、川芎等。水煎服，每日 1 剂。

2. 心阳不振证 闷痛时作，形寒心悸，面白肢冷。兼有精神倦怠，自汗肿胀。舌淡胖苔薄白，脉沉细或沉迟或结、代，甚则脉微欲绝。治法以温补心阳为主，主方用炙甘草汤、瓜蒌薤白白酒汤加减。药用炙甘草、瓜蒌、薤白、桂枝、生地、麦冬、酸枣仁、柏子仁、人参(或用党参)、茯苓、生姜等。酒水各半煎服。

3. 心血亏损证 忧思而隐痛，虚烦惊悸，心悸不宁，少寐多梦。兼有面白唇淡，健忘头暈。舌尖红少苔或舌淡苔薄白，脉沉细弱或细数。治法以补血养心为主，主方用归脾汤加减。药用黄芪、人参(或党参)、当归、白芍、酸枣仁、龙眼肉、茯苓、远志、炙甘草、甘松等。有虚烦惊悸者，加栀子、麦冬等。

4. 痰浊闭塞证 闷痛痞满，口粘乏味，纳呆脘胀。兼有恶心呕吐，头重身困，痰多且稠。舌质淡苔腻或白滑或黄，脉滑或数。治法以化痰开窍为主，主方用导痰汤加减。药用清半夏、橘红、茯苓、炙甘草、枳实、胆南星、石菖蒲等。形寒心悸明显者，加桂枝、龙骨、牡蛎；痰多且稠者，加瓜蒌。

5. 心血瘀阻证 定处刺痛，面晦唇青，怔忡不宁。兼有肌肤甲错，毛发干枯，爪甲发青。舌质紫暗或见紫斑，或舌下脉络紫胀，脉涩或结、代。治法以活血化瘀为主，主方用通窍活血汤加减。药用桃仁、红花、赤芍、川芎、生姜、大枣、葛根、檀香、麝香(不宜煎煮)等。水与适量黄酒煎，每日 1 剂。

6. 寒凝气滞证 遇寒则痛，彻背掣肩，手足欠温。兼有畏寒口淡，胁胀急。舌淡苔白，脉沉迟或弦紧或促。治法以通阳理气为主，主方用枳实薤白桂枝汤、金铃子散加减。药用枳实、薤白、桂枝、玄胡、川楝子、川芎、玫瑰花、生姜等。水煎服，白酒 15g 为引。

【并发症及处理】

1. 心律失常 急性心肌梗塞常并发心律失常，约见于75~95%的病人，以24小时内为最多见，各种心律失常中以室性心律失常最多，尤其是室性过早搏动。心律失常的同时，可伴有乏力、头晕、昏厥等症状。发生心律失常必需及时消除，以免演变为严重心律失常，甚至猝死。发病后立即肌肉注射利多卡因200~250mg，每8小时1次，连续3日，以预防室性心律失常。一旦发现室性早搏或室性心动过速，立即用利多卡因50~100mg静脉注射，每5~10分钟重复1次，至早搏消失或总量已达300mg，继m1中，每分钟滴注1~3ml，情况稳定后改用口服慢心律11g。其他心律失常的处理，可详见心律失常章节。

2. 心源性休克 根据休克纯属心源性，可针对补充血容量、应用升压药、使用血管扩张剂等，抑或用生脉散、四逆汤、独参汤、生脉针、人参针、参附膏、枳实等注射液控制休克，具体方法，详见厥脱篇章。

3. 充血性心力衰竭 主要是急性左心室衰竭，可在起病最初几天内发生，或在疼痛、休克好转阶段出现，发生率为32~48%左右。治疗上以应用吗啡（或杜冷丁）和利尿剂为主，亦可选用血管扩张剂减轻左心室的后负荷，或用多巴酚丁胺，每分钟10μg/kg静脉滴注治疗，具体内容可详见西医内科学教材有关篇章。

【护理措施】

1. 心痛患者发作频繁（每日3次以上），疼痛程度较重者，应卧床休息，及时吸氧，待病情稳定后，可起床适当活动，以助气血流畅。但应量力而行，以不引起心痛为度。真心痛患者应绝对卧床休息二周，避免不必要的搬动和检查。无并发症者，第三周开始可以在床上适当活动，但必需循序渐进。第四周可以下床活动。

2. 有条件者，可进入冠心病监护室进行心电图、血压和呼吸的监测5~7日。一般的病区，应密切观察心律、心率、血压和心功能的变化，为适时作出治疗措施，避免猝死而提供客观资料。监测人员必须极端负责，既不放过任何有意义的变化，又保证病人安静和休息。

3. 保持环境安静，减少或禁止会客，防止不良刺激，解除患者的忧伤焦虑，避免喜、怒、悲等情绪激动。

4. 饮食可先给予流食或半流食，病情稳定后改为易消化软食，宜少食多餐，切勿过饱。饮食以低脂肪、低胆固醇、低盐为宜，忌肥甘厚腻。禁止吸烟。

5. 注意保暖，防止受凉感冒。保持肺气通畅，多进水果蔬菜，切忌大便努责。

附：【疗效评定标准】

一、心绞痛速效评定

1. 显效：3分钟内止痛。
2. 有效：3~5分钟止痛。
3. 无效：5分钟以上止痛或加服其他药物止痛者。
4. 加重：治疗后疼痛加剧。

二、心绞痛中长效评定

（一）稳定型劳累性心绞痛

1. 显效：治疗后心绞痛分级降低两级。原Ⅰ、Ⅱ级者心绞痛基本消失，即在较重的超过日常活动的体力活动时，也基本不出现心绞痛，不用硝酸甘油。

2. 有效: 治疗后心绞痛症状分级降低一级, 原为 I 级者心绞痛基本消失, 硝酸甘油减用一半以上。

3. 无效: 治疗后症状和硝酸甘油用量无改变, 或虽有所减少但未达到有效程度者。

4. 加重: 治疗后心绞痛发作次数、程度及持续时间增剧, 或心绞痛升级、硝酸甘油用量增加。

(二) 不稳定型和变异型心绞痛

1. 显效: 治疗后症状消失或基本消失, 心绞痛发作每周不多于两次, 基本不用硝酸甘油。

2. 有效: 治疗后症状和硝酸甘油用量均减少一半以上。

3. 无效: 治疗后症状和硝酸甘油用量无改变, 或虽有所减少但未达到有效程度者。

4. 加重: 治疗后心绞痛发作次数、程度及持续时间增剧, 或心绞痛升级、硝酸甘油用量增加。

第四章 急性胃脘痛

急性胃脘痛，亦称急性胃痛，古代文献中的“心痛”、“心下痛”、“心腹痛”、“胃心痛”、“胸腹痛”等，多指胃脘痛而言。临床上主要是指上腹部胃脘处突发中度以上的以疼痛为主的病证，具有起病急、疼痛较剧烈，并且持续半小时以上而不能自行缓解的特点。

本病在西医学中，急慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡病、胃神经官能症、消化不良以及胃癌等以上腹部疼痛为主要表现者，可参照本章诊治。

【病因病史】

一、病病

急性胃脘痛的发生主要与下列因素有关：外受寒邪，邪犯于胃；或过食生冷，寒积于中，皆可因寒致痛。有因饮食不节，过食肥甘，湿热内生，或食滞不化，停积于中，皆因热和食而致痛。忧思恼怒，气郁伤肝，肝失疏泄，横逆犯胃，气机不利而致疼痛。此外，因气滞日久，瘀血内结，脉络不通而致痛。总之，前述病因种种，均可导致胃失和降，气机阻滞，不通则痛，引起急性胃痛发作。

西医学认为，急性胃痛的原因较多，或是胃的器质性，或是功能性病变所致。以消化性溃疡为例，其疼痛或不适的发生机理在于：溃疡和其周围组织的炎性病变可提高局部内感受器的敏感性，使对胃酸刺激的痛阈降低；局部肌张力增高或痉挛；胃酸对溃疡面的刺激。

二、病史

1. 既往有无胃痛病史，病程的年限，每次急性发作的相关因素如季节气候、精神情志、饮食不调和服用药物等。

2. 在现痛史中围绕胃脘疼痛这一主症，进行询问和诊察，深入问清其性质、部位、程度、时间、加剧和缓解的规律性，是否扩散到其它部位，以及有无伴随症状。

3. 了解饮酒、特殊饮食及严重创伤史，如患者生活嗜好、饮酒情况、性格职业、吸烟状况等，对本病的病因诊断有重要意义。

在既往史、手术史上，重点了解胃病史的同时，亦需了解肝、胆、胰、~~十二指肠~~病史及寄生虫病史、外伤史。

【诊断要点】

1. 素有胃脘痛反复发作病史，或虽无胃痛病史，但因感寒贪凉、暴饮暴食、忧思恼怒、疲劳过度或外伤等而突然发作。以青壮年居多。

2. 临床主要表现是上腹部胃脘处急剧的疼痛，并持续半小时以上而不能自行缓解。

(1) 疼痛的范围：主要在剑突下上脘至下脘之间，如手掌大小，可有固定局限性的疼痛点，病在胃腑。若疼痛及于两胁，或涉及背部，病兼于肝、胆。

(2) 疼痛的性质：其性质不一，可为饥饿样不适感、胀痛、刺痛、灼痛、冷痛、绞痛等不同的表现形式。

(3) 疼痛的节律：有食后痛，即餐后 $\frac{1}{2}$ ~2小时出现，至下一餐前消失。有空腹痛，即餐后3~4小时出现，持续至下次进餐，进食后可减轻或完全缓解。有夜间痛，一般出现在晚间睡前和半夜。以上各种疼痛，可因饮食失调、情绪激动、气候突变寒冷等因素而加重，亦

可因手按、热敷、休息和服制酸药而减轻。如果这种节律发生变化，伴见体重明显减轻，则应考虑病变正在发展。

3. 胃痛可分之为轻、中、重度三级。

(1) 轻度疼痛：胃痛较轻，疼痛可以忍受，无痛苦面容，不影响日常生活和工作。

(2) 中度疼痛：胃痛较重，有痛苦面容；对日常生活和工作有影响，但可以坚持，无坐卧不安的表现。

(3) 重度疼痛：胃痛剧烈，疼痛难忍，捧腹呻吟，头面汗出，坐卧不安，不能进行正常的工作。

4. 伴随症状有食欲不振，恶心呕吐，嗝噎暖气，反酸流涎，腹胀痞满，便秘或溏薄等，严重者可并发呕血、黑便（或血便）等。

5. 实验室检查，如X线钡餐检查，特别是钡、气双造影有确诊价值。纤维内窥镜镜检查可直接观察食管、胃、十二指肠内腔的病变，对诊断炎症、溃疡和鉴别良性溃疡、恶性溃疡以及肿瘤，很有价值。此外，还有血清胃泌素、胃液分析、血、粪常规检查，均有助于本病的诊断。

【鉴别诊断】

1. 慢性胃脘痛 与本病均属上腹部胃脘处疼痛为主的病证。不过慢性胃痛，起病缓慢，几年至十几年、几十年，疼痛较轻，痛势绵绵不断，迁延日久；而本病发作急剧，疼痛较重，一般不难鉴别。

2. 心痛 心痛之病位在左胸两乳之间，其痛剧烈，绞痛如割，痛彻胸背，胸闷汗出，心悸气短，患者常有濒死之感。心电图检查有S-T段和T波的改变，甚则出现心律失常，病情危重，预后较差。

3. 胁痛 指一侧或双侧胁肋部发生疼痛为主的病证。两胁为足厥阴、足少阳经循行之处，其疼痛多与肝、胆疾患有关，发作多与进油腻饮食有关，作超声波检查、肝功能检查以及胆囊、胰胆管造影等有助于肝、胆、胰腺疾病的诊断。

4. 腹痛 主要是疼痛的部位不同，腹痛主要指在胃脘以下，耻骨毛际以上的范围，胃痛是指胃脘处。

【急救处理】

一、缓急止痛

(一) 专方专药

1. 理气止痛口服液 功效疏肝和胃，理气止痛。每次20ml，每日3次口服，必要时1~2小时重复1次。

2. 温中止痛口服液 功效散寒和胃止痛。每次20ml，每日3~4次，口服，宜热服。

3. 气滞胃痛冲剂 功效疏肝解郁，理气止痛。每次10g（1袋），每日2~3次，温开水冲化口服。

4. 元胡止痛片 功效活血化瘀，理气止痛。每次4~6片，口服，每日3次。

5. 枳实导滞丸 功效消食导滞，和中止痛。每次9g，每日2~3次，口服。

(二) 针灸

体针取内关、中脘、合谷、足三里等穴，先用强刺激，然后留针。或用电针持续半小时。对于寒性胃痛者，可在上述穴位针后加艾灸。

耳针可选胃区、神门区、肾上腺、内分泌、肝脾区等，每次2~3区，单用或双耳同用，取较重较强手法。

（三）外治法

1. 大青盐，焙热，布包熨脐腹部，或痛处。亦可用葱白捣烂炒热熨敷痛处或脐部。
2. 肉桂粉、细辛末，撒于暖脐膏上，贴于胃脘部。
3. 涂抹剂止痛灵，用棉球沾浸后，涂抹胃痛局部，范围可稍大一些。

二、西药治疗

1. 抗胆碱能药 此类药物能抑制迷走神经而减少胃酸分泌，解除平滑肌和血管痉挛，改善局部营养和延缓胃排空，从而达到止痛。常用的有颠茄合剂，每次10ml；颠茄浸膏，每次15~30mg；阿托品，每次0.3mg；山莨菪碱，每次5~10mg；普鲁本辛，每次15mg。服法每日三餐前半至1小时和睡前各1次。必要时可皮下注射山莨菪碱5~10mg或阿托品0.5mg，止痛效果迅速。

2. 制酸剂和组胺H₂受体拮抗剂 前者可中和胃酸而缓解疼痛，后者可使胃酸分泌明显减少而有利于溃疡愈合，如雷尼替丁、法莫替丁、泰胃美等。

3. 手术治疗 一般胃脘痛多数无需手术治疗，如果有大出血、急性胃穿孔、器质性幽门狭窄、疑有癌变等，可考虑手术治疗。

【辨证施治】

1. 气滞证 胃脘胀痛，痛窜胁背，暖气频作，诸症因情绪激动而诱发或加重，兼见胸脘痞闷，排便不畅，嘈杂吐酸，暖气或矢气后疼痛减轻，舌边红，苔白或薄黄，脉弦。治法以疏肝和胃，理气止痛为主。主方用四逆散合金铃子散加减。药用醋柴胡、炒枳壳、白芍、生甘草、延胡索、川楝子等。

2. 寒凝证 胃痛暴作，遇冷加重，得热减轻，口淡无味，纳呆食少，兼见寒热表证，泛吐清水，大便溏薄，小便清长，舌淡苔白，脉弦紧。治法以温胃散寒，理气止痛为主。主方用良附丸合普苏饮加减。药用高良姜、制香附、紫苏叶、荆芥穗、荜拨、鲜生姜等。

3. 食滞证 胃脘胀痛，痛而拒按，暖腐吞酸，有伤食病史，兼见恶心欲吐，或呕吐不消化食物，吐后痛减，大便不爽，矢便臭秽，舌苔厚腻，脉弦滑。治法以消食导滞，调理气机为主。主方用枳实导滞丸加减。药用枳实、生大黄、炒二芽、神曲、山楂、炒莱菔子、白术、厚朴等。

4. 瘀血证 胃痛如刺、如割，痛处不移，入夜痛甚，痛而拒按，兼见食后痛重，痛彻胸背，呕血便血，舌质暗红，系带紫暗，或有瘀斑，脉弦涩。治法以活血化瘀，理气止痛为主。主方用丹参饮合失笑散加减。药用丹参、生蒲黄、五灵脂、檀香木、酒大黄、生甘草等。

5. 湿热证 胃痛灼热，胸脘痞满，口苦口粘、头身重着，兼见纳呆嘈杂，肛门灼热，大便不爽，小便不利，舌质红，苔厚腻，脉滑数。治法以清化湿热，理气止痛为主。主方用小陷胸汤合左金丸加减。药用全瓜蒌、黄连、法半夏、藿香梗、厚朴、吴茱萸等。

【并发症及处理】

1. 呕血、黑便 这是胃脘痛（主要是消化性溃疡）最常见的并发症。出血发生之后，原来的疼痛等症状可以减轻，具体救治方法，详见呕血、黑便章。

2. 穿孔 消化性溃疡深达胃肠浆膜层并穿破之而发生急性穿孔，胃或肠之内容物流入

腹腔引起急性腹膜炎。穿孔后，患者突感上腹部剧痛，难以忍受，然后疼痛迅速波及全腹，胃肠内容物流入右下腹后，则疼痛以右下腹为明显。患者屈卧少动，不敢深呼吸，查体可发现腹壁肌肉紧张，有压痛及反跳痛，肠鸣音减少或消失，肝浊音界可消失。X线检查多数患者可见膈下有游离气体。部分患者呈休克状态。处理方法，有非手术治疗和手术治疗。

非手术治疗适合于一般情况好，年龄较轻，溃疡病史不长，空腹穿孔、单纯穿孔，主要脏器无明显病变者。治疗分为二期，第一期采用针刺疗法、胃肠减压术、输液、抗生素应用，半卧位，经过第一期治疗，如患者腹痛显著减轻，肌紧张消失或局限在右上腹，压痛局限在上腹部或右上腹部，肠音恢复或有肛门排气者，即进入第二期治疗。此期以内服中药为主，首剂中药可经胃管注入。中药可选用复方大柴胡汤、凉膈散、黄连解毒汤等加减。

对于经中西医结合非手术疗法治疗效果不好者，患者表现精神淡漠或烦躁不安；循环系统不稳定，脉率增快到100次/分以上，血压下降者；体温突然升高或有寒战者；腹胀明显加重者；非手术治疗10小时症状不能缓解者；腹部有移动性浊音，腹穿抽出大量粘稠混浊渗液者等等，皆应立即改为手术治疗。对于那些饱食后穿孔，腹腔大量渗液，污染严重者；病史较长，顽固疼痛，发作频繁者；复杂穿孔者等皆不能列入非手术治疗，必须进行手术。

3. 幽门梗阻 有5~10%的消化性溃疡患者可见本症。其中约80%为十二指肠溃疡。临床表现为上腹部疼痛失去原有规律，呈持续性胀痛，伴暖气、反酸，于餐后加重，往往有大量呕吐，可呕出隔夜或隔日之食物，具酸腐味，呕吐后症状可以减轻。严重呕吐者，可引起失水。X线检查（钡餐）可发现胃影扩大，胃排空时间延长，钡剂在胃内滞留达6小时以上。不论是功能性或器质性的幽门梗阻，初期的治疗内容基本相同：静脉输液至少数日，目的在于纠正水和代谢性碱中毒；放置胃管，连续72小时抽吸出胃内容物。以后每晚餐后4小时行胃灌洗术，用盐水进行洗胃，直至洗出液变清为止；经连续3天抽吸胃内容物，如病情显著好转，提示幽门梗阻性病属功能性者，可给流质饮食，每隔1小时给30~60ml，再逐步增加，同时，给抗酸药。如幽门梗阻严重，经胃的连续抽吸未见明显改善者，提示梗阻属器质性者，应施以外科手术疗法。幽门梗阻者，禁用抗胆碱能药物如阿托品等。

【护理措施】

1. 密切观察胃痛的部位、性质、发作时间、诱发因素等；根据病情辨证施护。生活要有规律，宜于劳逸结合，避免过度精神紧张和情绪不宁。

2. 饮食要定时，进食不宜过快，避免过饱过饥，避免粗糙、过冷过热和刺激性大的饮食，如香料、辛辣、调味剂、浓茶、咖啡等。劝戒烟酒。症状严重，疼痛剧烈者，可暂（约2周）给予流质饮食，少食多餐，每天5~8次不等。

3. 注意保暖，适时调摄，颐养性情，起居有时，锻炼身体，增强体质，可预防急症胃痛复发或减少发作。

附：【疗效评定标准】

一、止痛疗效评定标准

显效：用药后30分钟内胃痛消失，观察60分钟不复发。

有效：用药后30分钟内胃痛减轻一个级度或用药60分钟内胃痛消失。

无效：用药后观察60分钟胃痛未消失。

加重：服药后胃痛程度加重。

二、临床疗效评定标准

临床治愈：主症和兼症消失，理化检查恢复正常。

显效：主症和兼症明显减轻。

有效：主症和兼症减轻，理化检查有所好转。

无效：主症、兼症、理化检查于治疗前后均无变化。

加重：症状和理化检查均加重。

第五章 呕血 黑便

呕血，又称为吐血；黑便，有时也可能出现血便。两者均属于血证的范畴。血由胃系而来，经呕吐而出，血色红或紫黯，常挟有食物残渣，称为呕血或吐血。其血来远，或在小肠，或在胃系，血从肛门排出体外，称为黑便或血便，亦称之为远血。

呕血、黑便，在西医学中，乃是上消化道出血的主要表现。上消化道出血的范围，一般是指屈氏韧带以上的食管、胃、十二指肠、上段空肠以及胰管、胆道等部位出血。上消化道出血量在60~100ml以上者，即可出现黑便，若患者出血量多而且快时，则可能呕血和黑便同时出现。还有少数患者，开始以晕倒、冷汗、心悸、四肢厥逆等症状出现，此时还未出现呕血与黑便，在临床急症中，应加以注意。

【病因·病史】

一、病因

主要与下列因素有关。胃中积热，或肝郁化火，灼伤胃络；素体脾虚，劳倦过度，中焦气虚，统摄无权，气不摄血，血液外溢；胃络瘀阻，血不归经，使血液渗出脉外，而出现呕血、黑便。

西医认为，上消化道出血原因较为复杂，其中以胃、十二指肠溃疡，急性出血性糜烂性胃炎，肝硬化食管及（或）胃底静脉曲张破裂出血，慢性胃炎，胃癌，胃粘膜脱垂等症状较常见。

二、病史

全面了解病史对本病诊断至为重要，然而由于在出血量比较大的时候，病情重、时间紧，不易进行详细的询问，故突出重点，抓住关键，显得非常重要。

1. 出血量和次数 一般来说，出血次数较为容易获悉，而出血数量则难于估计。病人及家属叙述的出血数量可能偏多，往往将容器中原有的水液，或胃内潴留液体与血液混在一起，均称之为呕血量，因此，常常估计量超过真实的出血量。另外，对黑便的概念，医者与患者也有不同的认识，患者常将褐黑色、棕色粪便均称之为黑便，也可能将暗红色便称为黑便。

2. 服药、饮酒、特殊饮食及严重创伤史 有些药物可以引起呕血和便血，如阿斯匹林、肾上腺皮质激素、消炎痛、保泰松等。饮酒后，尤其是酗酒引起呕吐、呕血。有些含大量动物血的饮食，食后也可能出现黑便。有些药物则可使大便色变深绿而误认为黑便，如铁剂、美鼠李皮等。

3. 既往史、手术史 重点是胃病史、肝病史以及消化道出血史。

【诊断要点】

1. 患者素有胃痛、胁痛、黄疸、积聚等宿疾，又因饮食不节、情志失和、劳倦过度、气候突变而诱发。具有突然发病、病情较重、时间紧迫的特点。

2. 临床上主要表现为呕血、黑便或血便等。出血量在20ml左右时，仅化验室大便潜血试验可出现阳性；出血量在60~70ml时，大便即表现为黑便；短时间内出血量在250~300ml时，多可致呕血。病情、症状的轻重，与出血的速度和数量有关。

(1) 出血量大，胃内停留时间短，呕血常呈鲜红色或血块；出血量少而慢者，在胃内停

留时间长, 呕出血液为赤豆色或咖啡色。

(2) 出血量分级

①轻度: 每日出血量在500ml以下, 黑便成形, 偶有头晕心悸, 亦可无症状, 脉象以及血红蛋白等无明显的变化。

②中度: 每日出血量在500~1000ml之间, 大便稀烂, 色黑如漆, 可有呕血, 口干, 心悸, 眩晕或晕厥, 脉细数。脉率在100次/分, 血红蛋白7~10g%。

③重度: 每日出血量在1000ml以上, 呕血, 血便频作, 眩晕心悸, 卧床方可稍有缓解。烦躁, 口干, 尿少, 甚则汗出肢冷, 神志恍惚, 以致昏迷。舌质淡, 脉微细欲绝。脉率在120次/分以上, 血压下降, 收缩压<10.66kPa。

3. 出血持续与停止的判断。一次出血后, 黑便持续天数, 受患者排便次数的影响。如每天排便1次, 约3天后, 大便色泽恢复正常。不能仅根据黑便来判断出血是否停止, 应通过周密观察患者的一般情况, 特别是血压与脉搏的反复测定, 确认血压已恢复正常, 并趋向稳定, 才可认为无活动性出血。有下列迹象者, 可认为有持续出血或再次出血: ①反复呕血或持续黑便, 特别是黑便次数增加, 呈暗红色糊状粪便, 并伴有肠鸣音亢进者。②出现厥脱, 或周围循环衰竭, 经过足量的血容量补充而未见明显缓解者, 或一度好转后又见恶化者。③化验室检查, 红细胞计数、血红蛋白与红细胞压积持续下降者, 虽然补液、输血, 但仍然不能稳定。另外, 在补液量、排尿量足够的情况下, 原无肾病的患者, 血尿素氮持续上升(>50mg/dl)。

4. 失血性周围循环衰竭。短时间内出血量>500ml者, 出现头晕目眩, 口渴心悸, 面色苍白, 四肢湿冷, 冷汗淋漓, 精神萎靡, 烦躁不安, 小便量少, 脉率>120次/分, 血压下降, 收缩压<10.66kPa等失血性休克征象。

5. 实验室及其他检查。重点化验内容包括: 血常规、血型、血小板计数、出凝血时间、大便或呕吐物的潜血试验、肝功能及血的尿素氮等。其他检查方面主要有以下二项。

(1) 急诊内窥镜检查: 此项检查对急性上消化道出血是最有诊断意义的措施。阳性率据国内外报告达80~90%, 以出血后24~48小时内安排内窥镜检查比较适宜。

(2) 胃肠造影: 本方法有一定的局限性。近年来对上消化道出血传统的X线钡餐造影检查方法, 已逐渐为纤维内窥镜所代替。然而, 对某些用纤维胃镜检查达不到的部位, 如十二指肠降部以下及近端空肠的病变, 仍可采用此法。另外, 过去认为钡餐造影, 必须在出血停止后若干天才能进行检查的观点, 已有所改变, 对于急诊病人, 特别是准备手术的病人, 也可以做急诊钡餐检查, 但如有内窥镜, 则仍以做内窥镜为宜。

6. 急性上消化道出血最常见的原因是胃、十二指肠溃疡, 其次为肝硬化并发食管与胃底静脉曲张, 二者的诊断要点如下表。

	胃、十二指肠溃疡病	肝硬化并发食管、胃底静脉曲张
年 龄	30~50岁	中年男性
病 史	85~90%患者有长期规律性胃病史	大多数有慢性肝病、黄疸、血吸虫病或长期饮酒病史
诱发因素	饮食失调, 劳倦过度, 感受外邪或服用药物	
主要表现	上腹部疼痛加剧, 出血后疼痛减轻, 呕血有强烈的恶心感	呕血为主, 血色鲜红, 量多涌吐而出, 呕血前有上腹部饱胀感, 检查有蜘蛛痣、黄疸、脾肿大、腹壁静脉曲张

【鉴别诊断】

1. 呕血与黑便首先应和鼻衄、拔牙或乳蛾切除术后吞下血液，或进食禽畜血液引起者相区别。

2. 呕血与咯血互相鉴别。二者鉴别要点如下。

	呕 血	咯 血
出血来源	由胃系中呕出	由肺系中咳出
出血先兆	胃脘不适，胃痛，恶心，头晕，心悸	咳嗽，咽痒，胸闷
出血性状	血色紫黯，或有咖啡色渣样物，常挟有食物残渣	血色鲜红，混有泡沫痰涎
出血后情况	伴有黑便、血便	痰中带血数天，血丝痰
原有疾病	消化性溃疡，肝硬化并发食管、胃底静脉曲张，急性胃粘膜损害，胃癌等	肺结核、支气管扩张症、支气管肺癌、二尖瓣狭窄等

【急救处理】

一、补充血容量

急性呕血、黑便或血便的治疗，补充血容量是十分重要的。若患者处于厥脱状态，先可不急于做详细检查，而应立即给予静脉输入5~10%的葡萄糖液或葡萄糖盐水，并着手准备输血。输血是补充丢失的血容量的最好治疗方法。在没有血源的情况下，可考虑先采用血浆和血浆代用品，应避免应用升血压药物来维持血压。在输血前可选用中分子右旋糖酐、复方氯化钠溶液和50%的葡萄糖液等，24小时总量可给予2500~3000ml静脉滴注。

输血的指征，主要是出血量大，而伴有失血性休克者，血红蛋白进行性下降 $<60\text{g/L}$ (6g/dl)，脉率加快 (>120 次/分)，血压下降，收缩压 $<10.66\text{kPa}$ ，压差 $<2.7\text{kPa}$ ，皮肤潮湿多汗，有继续出血表现者。

二、止血

根据急则治标的原则，以止血为首要治法。结合临床表现，可以应用专方专药、内镜镜下止血，必要时，可加用西药止血剂。

(一) 专方专药

1. 大黄制剂 功效清热泻火止血。大黄醇提片，每次3g，每日3次；大黄粉，每次3~4g，每日3次；三黄散（大黄、黄芩、黄连，其比例2:2:1），每次5g，每日4次，必要时可1~2小时服1次。

2. 血宁冲剂 功效清胃泻火，凉血止血。每次1g，每日4次。

3. 紫地合剂 功效清热、凉血、止血。以本合剂冷冻至3~4℃，每次经胃管注入500ml，使患者左右转动体位，待药液与胃部充分接触后，随即抽出，反复2~3次，然后再注入200ml，保留胃内，每日1~3次，出血停止后，再继续24小时，拔出胃管，改为口服。亦可开始即采用口服的方法，每次50ml，每日4次。

4. 云南白药、田七粉 功效活血止血。任选一种，每次2~3g，每日4次，口服。亦可用白及粉，功效收敛止血。每次2~3g，每日4次。或用白及15~30g，水煎服。

(二) 内镜镜下止血

内镜直视下局部药物喷洒，常用药物有中药稀释液（大黄、五倍子、苎麻根、云南白药等溶液）、5%孟氏溶液、去甲肾上腺素等。

此外，通过内窥镜，向食管曲张静脉内或静脉周围粘膜下注入血管硬化剂，能达到止血的效果。

三、西药治疗

1. 用去甲肾上腺素8mg加100ml的生理盐水或冷开水口服，或用鼻胃管滴注。
2. 因胃炎、消化性溃疡而出血者，用H₂——受体拮抗剂甲氧咪胍400~800ml，加10%葡萄糖液500ml，静脉滴注；雷尼替丁100~200ml，加10%葡萄糖500ml，静脉滴注，每日2~3次。
3. 门脉高压所致食管胃底静脉曲张破裂出血者，用垂体后叶素20~40单位溶于10%葡萄糖500ml中，以每分钟0.1~0.3单位速度静脉滴注，每日不超过3次为宜。

四、三腔气囊管压迫止血

适用于食管、胃底静脉曲张破裂出血者。方法是经口或鼻腔插管进入胃后，充气使管端的胃气囊膨胀，向外牵引，气囊即压迫胃底的曲张静脉，再充气使位于食管的囊膨胀，压迫食管的曲张静脉，常可获得止血效果。止血24小时后，放出囊内空气，以免压迫过久而引起粘膜糜烂，继续观察24小时，如无再出血，即可拔管。

五、手术治疗

经急救处理24~48小时，仍有继续大出血，只要有手术指征者，应手术止血。

凡出血后迅速出现休克，经纠正效果不显著；6~8小时内输血600ml以上，血压不稳定者；反复呕血或年龄在50岁以上伴有动脉硬化者，均可列为手术治疗的范围。

【辨证施治】

1. 胃中积热证 呕血紫黯或咖啡色，甚则鲜红，常混夹有食物残渣，粪黑如漆。兼有口干口臭，喜冷饮，胃脘灼痛；或口苦胁胀，心烦易怒等。舌质红苔黄，脉滑数。治法以清胃泻火，凉血止血为主。主方用泻心汤、犀角地黄汤加减。药用大黄、黄连、黄芩、犀牛角（水牛角）、茜草根、地榆、紫珠、丹皮等。有肝火者，加用龙胆草、栀子、生地、夏枯草等。

2. 脾虚不摄证 呕血色黯淡，大便漆黑稀溏，甚则紫红，病程较长，反复发作。兼有面色萎黄，唇甲淡白，神疲气短，心悸头晕。舌质淡，苔薄白，脉细弱。治法以益气健脾，温中止血为主。主方用黄土汤加减。药用人（党）参、黄芪、茯苓、白术、灶心土、熟附子、炮姜、白芨、血余炭、艾叶、蒲黄、花蕊石等。

3. 气衰血脱证 呕血倾盆盈碗，大便溏黑，甚则紫红。兼有面色及唇甲皓白，眩晕甚则晕厥，烦躁心悸，大汗淋漓，四肢厥冷，尿少，神志恍惚，或昏迷。舌质淡，脉微细欲绝。治法以益气摄血，回阳固脱为主。主方用独参汤、参附汤加味。药用人参、熟附子、黄芪、麦冬、五味子、田三七、阿胶等。另外，还需加用生脉注射液、参附注射液，用法详见厥脱章。

【并发症及处理】

急性大呕血、血便时，患者可出现厥脱或失血性休克，应当积极全力救治，具体方法详见厥脱章。

【护理措施】

1. 卧床休息，保持安静 目前一般不主张用头低位，以免影响呼吸功能。宜取平卧并将下肢抬高。保持呼吸通畅，必要时吸氧。避免呕血时由血液而引起的窒息。

2. 加强护理，严密观察病情 主要是呕血与黑粪的情况，脉搏、血压、呼吸和神志变化的情况；每小时尿量；肢体是否温暖；周围静脉特别是颈部静脉充盈情况；定期复查红细胞计数、血红蛋白、血细胞压积及血尿素氮；老年患者需心电图监护。

3. 饮食调护 大量出血时应暂禁食。中、小量出血者，宜进流质饮食如鲜牛奶，不仅可以补充热量，亦有局部止血的作用。

附：【疗效评定标准】

1. 临床治愈 1周内吐血或黑便停止，大便潜血阴性，出血伴随症状有所改善。

2. 显效 1周内呕血或黑便停止，大便转黄，大便潜血呈阳性，出血伴随症状有所改善。

3. 有效 1周内出血减少，大便转黄，大便潜血由强阳性转为阳性，出血伴随症状略有改善。

4. 无效 经治1周，出血不止，大便潜血试验无改变；重度出血，经治24小时无好转，出血伴随症状无改善。

5. 加重 经治1周，出血有增无减，出血伴随症状加重，或出现厥脱证。

③

第六章 关 格

关格证，多见于某些温热病的中、晚期和水肿、癃闭、淋证、腹胀、癆瘵等病的终末期，历代医家认为“一日即死，最为危候”，是升降出入失常，阴阳闭绝所致的危重证候。临床上以小便不通名曰关，呕吐不止谓之格，二者兼见为主要特点者，称为关格。

根据关格的临床表现，在西医学中，与急性肾功能衰竭、慢性肾功能衰竭的氮质血症、尿毒症期，均相类似，故上述病证可参照本病辨证救治。

【病因·病史】

一、病因

由素体亏虚，肾中之阴阳虚衰，气血亏耗，而水毒、湿浊、瘀血等，或兼挟外邪，壅滞三焦，肺、脾、肾三脏功能失常而形成。虽然以肾脏为主要病位，但涉及多个脏器，使得病情多变而复杂，病理属性为本虚标实之候。

西医学认为，急性肾功能衰竭病因繁多，而急性肾小管坏死是最常见和最具有特征性的病因。慢性肾功能衰竭是各种慢性肾脏疾病后期，肾脏排泄和调节功能失调而产生的一系列表现，其中以慢性肾小球肾炎为最主要的原因。

二、病史

1. 具有外伤、失血亡津、高热、厥脱等病史，或有淋证（主要是石淋、劳淋）病史。
2. 宿痰水肿、癃闭、腹胀、肾癆等疾病发展至晚期，或因外感、劳累等而诱发。
3. 尿量及恶心呕吐。尿量多少以及有无恶心呕吐等病情，对本病的诊断至为重要。患者及家属有时难于准确地描述一日的尿量和恶呕发生的情况，对诊断带来困难。
4. 药物及中毒史。毒素直接作用而引起本病。如重金属（汞、铅、砷、铜、铋等）、抗生素（如氨基甙类、磺胺类等）、其他毒物（四氯化碳、乙二醇、甲醇、蛇毒、鱼腥毒、蜂毒、覃毒等）。

【诊断要点】

1. 一般可溯及水肿、淋证、癃闭等原发病症，或有外伤、手术、烧伤、中毒等病史。
2. 临床表现主要为小便不通伴见频繁恶心呕吐。小便不通主要为少尿或无尿。当24小时尿量少于400ml或持续每小时尿量少于17ml者，称之为少尿；若24小时尿量少于100ml或12小时内完全无尿者，则谓之无尿。

一般来说，关格之证，先有小便不通，而后表现频繁呕吐，恶心，呃逆。恶心与呕吐呈间断性。口中有臭味，呼气有氨味。有的患者可伴有腹胀、腹痛、食欲不振等。少数患者还有呕血、便血等症。此外，尚有面色苍白、精神萎靡、头昏头痛、心悸水肿、皮肤瘙痒等。

3. 关格在西医学中，主要类似于急、慢性肾功能衰竭。

(1) 急性肾功能衰竭，在诊断中应注意区分属于哪一种病症。肾前性：由血容量不足、心搏出量减少、败血症或过度使用血管扩张性降压药或利尿剂而引起；肾性：指肾实质疾患如急性肾小球肾炎、重症肾盂肾炎、急性间质性肾炎、急性肾小管坏死等，肾后性：指导致完全性尿路梗阻如前列腺肿、结石或肿瘤等。

(2) 慢性肾功能衰竭的诊断，除起病缓慢，临床表现多样化外，还需注意高血压、贫血、眼底改变、心力衰竭、氮质血症、酸中毒、高血磷、低血钙、晚期高血钾以及尿常规的改变等。

4. 实验室及其他检查：尿液的检查，对本病十分重要，如尿量的多少、比重的变化、尿沉渣的改变等。血生化的检查，如血肌酐、尿素氮，血钾、钠、钙、磷，血浆二氧化碳结合力等的测定，有利于本病的诊断。另外，还可进行肾功能、B超、X线的检查。

【鉴别诊断】

1. 癃闭 癃闭是指小便量少，点滴而出，甚则小便闭塞不通为主症的一种疾患。一般没有与频繁的恶心呕吐同时兼见的症状。这可以与关格二者兼而有之相鉴别。

2. 走哺 走哺在《鸡峰普方》一书中称之为关格，即是呕吐与大小便不通并见，然而《千金要方》中早已将其名为走哺病。一般认为走哺是以呕吐为主，因呕吐不止而引起大小便不利，而关格一般无大便不通之症，乃小便不通而致呕吐。

3. 肾灌注不足和急性肾小管坏死致少尿 在急性肾功能衰竭中，急性肾小管坏死所致的少尿，和肾灌注不足时，如休克、脱水、失血、心排血量减少而引起的少尿有所不同，后者肾脏处于功能性损伤的阶段，积极治疗，尚可不发展至急性肾衰，在临床上鉴别诊断，非常重要。通过血、尿检查，详见下表。

肾灌注不足和急性肾小管坏死致少尿鉴别表

实验室检查	肾灌注不足少尿	急性肾小管坏死
尿比重	>1.020	<1.010
尿渗透压	>400mOsm/L	<400mOsm/L
尿渗透压/血渗透压	>1.5~2:1	<1.1:1
尿尿素氮	>1g/dl尿	<1g/dl尿
尿尿素氮/血尿素氮	>10	<4
尿钠	<20mEq/L	>30mEq/L
血尿素氮/血肌酐	10~20:1	<10:1

【急救处理】

一、通腑泻浊

关格之病，小便不通而兼见呕吐，根据六腑以通为用和通大便而利小便的原则，首先采用通腑泻浊之法，而泻热、逐水、降浊、排毒。大黄有荡涤肠胃之功，据研究证明从肠道可以清除尿素，因此，可通过导泻而排出毒邪。以大黄为主的结肠灌肠疗法，对本病有一定的疗效。

(一) 灌肠

1. 中药结肠灌注液 I 号，成人每次用 100ml 加 4% 碳酸氢钠 20ml，加温至 38℃，灌入结肠，保留 45~60 分钟后，放出灌注液，每日 6 次。病情好转时酌减。血生化指标正常后停用。

2. 大黄、煅牡蛎、蒲公英，制成煎剂，用温水加至 600~800ml，高位灌入，保留灌肠，每日 1~2 次，以每日腹泻 3~4 次为宜。

3. 大黄、制附子、黄芪、芒硝、益母草，水煎煮，取汁 200ml，早晚保留灌肠各 1 次。

(二) 针灸

毫针刺胃俞、脾俞、内关、足三里等穴位以止吐，并可灸气海、水分、天枢等穴，配合口服六一散、益元散等药物。

(三) 外敷

1. 麝香、冰片、大蒜汁（或生薑汁）调药成稀糊状（或可酌加食盐少许），置于纱布或胶纸上，贴于脐部下二寸之小腹处，或腰部双侧肾区（用药加倍），保留 3~5 小时，每日 1~3 次。

2. 大蒜、芒硝（2:1 用量），捣烂成糊状，外敷肋脊角，腰部肾区或小腹部，每日 2~3 次，连用数日。或独头蒜、梔子、食盐，共捣碎，调匀，置于纱布或胶纸上，贴于脐部或脐下二寸处或腰部双侧肾区，保留 2~3 小时。

二、活血化瘀

应用活血化瘀之品，借以疏通肾与膀胱等脏腑脉络壅结的瘀热，促使瘀毒排除，改善因瘀致毒的病变。常用丹参或复方丹参注射液加入葡萄糖液中，静脉滴注，或川芎、红花注射液，肌肉注射。

三、西药治疗

(一) 急性肾功能衰竭

1. 积极控制原发病，及早纠正低血压、低血容量和电解质平衡紊乱，对中毒者尽早使用解毒剂，这些对防止急性肾小管坏死的发生有重要意义。

2. 少尿期治疗。严格控制水分摄入量，一个成年急性肾衰病人，每日进水量应控制在 750~1000ml 之间。限制蛋白质入量和供给足够的热量，每日热量不应少于 1500 大卡，其中蛋白质要严格控制在 20g 以下，并给以优质动物蛋白，葡萄糖补充每日不应少于 150g。限制钠、钾盐的摄入，特别是钾盐，含钾量高的食物和药物（如中药金钱草、夏枯草，木通、丝瓜络等含钾量较高）应为严格控制项目。避免滥用药物，调节从肾脏排泄的药物剂量。有条件者，应尽早采用透析疗法，根据情况选用腹膜透析和血液透析治疗，这对于急性肾小管坏死的氮质血症、高钾血症、高血容量心力衰竭和纠正酸中毒均有效。此外，还应积极治疗并发感染。

3. 多尿期治疗。开始 1~2 天，仍按少尿期的原则处理。出现大量排尿 2~3 天后，要防止脱水、低钾血症及低钠血症的发生，注意及时补充，要供给足够的热量和维生素。

(二) 慢性肾功能衰竭

重点在于危急病人（有诱因或附加因素如失水、感染等，使患者肾功能急剧恶化；慢性尿毒症发生严重并发症）的治疗措施。

1. 水的平衡 由于患者对水的耐受性和调节能力差，容易脱水和水肿是尿毒症常见的特点，因此，恰当的水分供应就成为处理尿毒症的重要措施之一。一般来说，液体量视病情而定，少尿时限在 900ml 左右。

2. 控制高血压，以保护肾功能。药物可选用甲基多巴 0.25~0.5g，每日 2~3 次；肼苯哒嗪 25~50mg，每日 3 次；利血平 0.25mg，每日 3 次。上述药物可配合双氢克尿塞 25~50mg，每日 3 次，以及低盐饮食等。

3. 纠正酸中毒 轻度酸中毒，可口服碳酸氢钠，或枸橼酸钠 1~2g，每日 3 次。严重

时，须经静脉滴入。剂量可按公式计算： $5\% \text{NaHCO}_3 (\text{ml}) = [\text{正常 } \text{CO}_2 \text{ 结合力 } (50\%) - \text{测得的 } \text{CO}_2 \text{ 结合力}] \times 0.5 \times \text{体重 (kg)}$

首次给计算量的 $\frac{1}{2}$ ，然后再根据 CO_2 结合力的测定，重复计算，再予补充。

4. 纠正高血钾 当血钾达 7mEq/L 时，须紧急处理，以免发生心脏停搏等危象。可立即静注 $10\text{ml} 10\%$ 葡萄糖酸钙、重碳酸钠或乳酸钠，并用 $1:3 \sim 1:5$ 胰岛素、 $5 \sim 10\%$ 葡萄糖静脉滴注。对血钾缓慢升高者，用中药大黄导泻，有助于血钾下降。

5. 透析疗法 有条件者，应进行血液透析、腹膜透析和结肠透析治疗。

6. 积极治疗原发病 对可纠正的原因如水盐丢失、尿路梗阻、感染、代谢失常，应采取针对性治疗。

【辨证施治】

1. 浊邪蒙心证 二便不通，呕吐频频，烦躁不安，神昏谵语，或有四肢抽搐，舌苔滑腻，脉弦滑。治法以祛浊开窍，通便利尿为主。主方用涤痰汤加减。药用法半夏、胆南星、枳实、茯苓、石菖蒲、竹茹、黄连、泽泻、车前子、大黄等。同时，可灌服或鼻饲至宝丹、苏合香丸、安宫牛黄丸等，或用清开灵、醒脑静注射液，静脉滴注，用量参照有关章节。此外，灌肠、外敷、针灸疗法，均应结合使用。

2. 浊邪犯胃证 恶心呕吐频作，小便短少不通，口苦心烦，腹胀便结，头眩心悸，舌苔黄腻，舌质红，脉滑数。治法以清胃降逆，止呕利水为主。主方用黄连温胆汤加减，药用黄连、竹茹、枳实、陈皮、法半夏、茯苓、猪苓、泽泻、六一散等。同时应结合使用灌肠、外敷、针灸等法。

3. 邪壅下焦证 少尿或无尿，全身浮肿，面色晦浊而暗，神疲嗜睡，口中尿臭，形寒肢冷，皮肤搔痒，舌质胖嫩，苔薄白而滑腻，脉沉细无力。治法以益肾扶脾，降浊解毒利水为主。主方用温脾汤加减，药用如大黄、熟附片、干姜、党参、法半夏、吴茱萸、泽泻、木通、丹参、当归、忍冬藤等。配合以灌肠、针灸等法。

【护理措施】

1. 严格记录每日液体出入量，对指导治疗具有重要的意义。

2. 限制蛋白质入量，宜用高生物价的蛋白质（如鸡蛋、牛奶、瘦肉、鱼等），少吃植物蛋白（如豆制品），补充适量的维生素C和B族的维生素。钠盐及水的入量，应根据病情（如有无水肿、高血压以及尿量的多少）面进行调整。

3. 保护皮肤清洁，瘙痒者应用温水擦洗，不用肥皂或酒精，切忌抓破，以防邪毒入里。

4. 注意起居，谨防感冒，一旦发生感冒者，及时处理，否则可导致病情恶化。

第七章 中 风

中风，又名卒中。由于起病急骤，变化迅速，与风性善行数变相似，故以中风名之。临床上以突然昏仆，不省人事，半身不遂，口舌歪斜，舌謇语涩或失语为特征。本病大多数发生在中年人以上，现已成为老年人中的三大主要死因（中风、心脏病、癌肿）之一。由于本病多发而常见，且死亡率高、复发率高、致残率高，因此，积极防治本病是当前的重要课题。

中风，在西医学中称之为急性脑血管疾病、脑血管意外或脑卒中。是一种突然起病的脑部血液循环障碍性疾病，一般可分为出血性脑血管病，如脑出血和蛛网膜下腔出血；缺血性脑血管病，如短暂性脑缺血发作，动脉硬化性脑梗塞（脑血栓形成）和脑栓塞。

【病因·病史】

一、病因

中风病的病因主要是在气血内虚，肝肾阴虚的基础上，积损正衰，肝阳偏亢；饮食不节，聚湿生痰；七情内伤，肝阳暴动；气虚邪中，脉络空虚等，再加之劳倦内伤，忧思恼怒，嗜食厚味，烟酒之诱因，而引起脏腑阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，形成脑脉痹阻或血溢脑脉之外，而发为中风危急之证。

西医认为，中风系脑部或支配脑的颈部动脉病变引起的脑局限性血液循环障碍，导致急性或亚急性脑损害症状。脑受损症状的局灶性与脑部血管血液供应的分布有密切的联系。不论缺血性或出血性都与血管的分布以及病变的好发部位有关。

二、病史

全面了解病史，有助于本病的确诊，在询问病史时，要突出以下几个方面。

1. 发病年龄与季节 中风病乃是中、老年人的常见、多发病，尤其是40岁以上的患者，突然昏仆，或半身不遂，口舌歪斜，语言謇涩，应首先考虑中风之可能性。本病常发生于冬春两季，气候突变之时。

2. 发病形式 中风起病急骤，临证应详察病变的发生、发展过程。如发病系活动过程中举重用力、心情激动、使劲排便等，或是在安静休息、晨间睡眠之时；病情是逐渐加重或呈阶梯式加重，抑或是迅速进展，在数小时内即至高峰等。问明有关病史，不仅可以进一步明确病变的部位，作出定位诊断，而且更重要的是根据病情的变化，迅速判断病情的发展阶段和趋向，以便及时采取措施救治。

3. 既往病史 高血压病、头痛、脑动脉硬化、心脏病等病史之有无，均有利于病因的诊断。

【诊断要点】

1. 患者素有眩晕、头痛、消渴、心脏病等宿疾，又有情志、饮食、气候等因素的诱发，具有发病急骤、证见多端、变化迅速的特点，未发之前，常有先兆症状表现，且年龄多在40岁以上。

2. 发病往往在一瞬间、数分钟、数小时至多1~2天内，临床症状表现可达到高峰。如患者幸存，常可在短时间，一般在数分钟至1~2天内见到症状部分或竟完全好转，大多数在数

周内有明显的好转，病情稳定，但功能恢复缓慢，且难于估计。

3. 主要临床症状是突然昏仆，不省人事；半身不遂，肢体偏瘫，偏身麻木；口舌歪斜，语言蹇涩或舌强语涩、失语；或有头痛、呕吐、项强等。

临床上按病情轻重、缓急和病位浅深，可分级分期为：

(1) 分级：可分为中经络、中脏腑。一般以有无神识改变为两者的区分界线，具体区别如下。

中经络：偏身或一侧手足麻木，或一侧肢体软弱无力，或半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或失语，多无神识昏蒙不清。

中脏腑：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或失语，偏身麻木，神识恍惚或昏蒙、昏愦等。

(2) 分期：急性期——发病后2周以内，中脏腑最长至1个月。恢复期——发病后2周或1个月至半年以内。后遗症期——发病半年以上。

4. 检查。CT 脑扫描、脑血管造影、腰椎穿刺等特殊检查均有助于本病的诊断和鉴别诊断。其中 CT 脑扫描对于本病有可靠的诊断价值。

5. 根据国内资料表明，中风最常见的有脑出血、蛛网膜下腔出血、动脉硬化性脑梗塞、脑栓塞等类型，现就其诊断要点及鉴别诊断列表如下。

急性脑血管病(中风)的临床鉴别诊断表

	出血性中风		缺血性中风	
	脑出血	蛛网膜下腔出血	动脉硬化性脑梗塞	脑栓塞
发病年龄	50~60岁	青、中年	60岁以上	青、中、壮年
发病形式	急(数小时)	急骤(分钟)	逐渐、缓慢(小时、日)	急骤(秒、分钟)
发病情况	多在情绪激动、用力、血压骤升等活动时发病	常与活动、情绪有关	多在安静、睡眠、血压下降、血流缓慢等情况下发病	常在心房颤动、心内膜炎、心肌梗塞等情况时发病
短暂性脑缺血发作史	多无	无	常有	可有
头痛	常有	剧烈	少见	无
发病时呕吐	常有	常有	少见	无
失语	常有	无	常有	常有
昏迷	有	有	少见	可有
偏瘫	有	无	有	有
颈项强直	可有	有	无	无
心脏病	可有高血压性心脏病	无	可有冠心病	常有风湿性心脏病
脑脊液	压力增高 颜色血性	增高 血性	正常 正常	正常 正常
CT	可显示出血灶脑室移位	(一)	可见脑梗塞及水肿	可显示脑梗塞及水肿
脑超声波	中线移位	无移位	可见中线移位	偶见中线移位
既往史	有高血压病史	可有头痛史	有动脉硬化史	有心脏病史

【鉴别诊断】

1. 厥证 厥证以突然昏倒，不省人事，或伴有四肢厥冷为主要表现的病证。一般发作后常在短时间内苏醒，严重者，可一厥不复，甚至导致死亡。厥证醒后无偏瘫、失语、口舌歪斜等后遗症，这与中风病有后遗症不难鉴别。

2. 痫证 中风与痫证虽然都有卒然昏仆的主症，但痫证系一种发作性神志异常的疾病，发作时精神恍惚，昏不知人，口吐涎沫，两目上视，四肢抽搐，或口中如猪羊叫声，移时苏醒如常人。中风昏仆时，一般无口吐涎沫，口中如猪羊叫声，昏迷时间长，如能苏醒者，有口舌歪斜，半身不遂之后遗症。

3. 代谢性脑病 一氧化碳中毒、药物中毒、糖尿病酮症酸中毒、中暑、酒精中毒等，常因出现昏迷或兼有肢体运动障碍而就诊。临床鉴别，只要能深入地了解病史，进行有关的化验检查，大多均能及时确诊。

4. 外伤性脑出血 有明显脑外伤史者不难鉴别，但如因脑出血突然倒地合并颅脑外伤者，颇难鉴别。此类患者年龄较大，血压明显高，意识障碍严重，颅内出血部位为高血压性脑出血的好发部位，可以区别。

【急救处理】

一、保持安静，完全卧床，避免搬动，减少非急需的检查。

二、保持呼吸道通畅，痰多者勤吸痰，必要时做气管切开。以鼻腔插管、面罩、氧气帐、人工呼吸或加压给氧的方式，进行氧气吸入，提高血氧含量。

三、急性期昏迷病人应禁食，适量静脉补液，每日控制在1500~2000ml之间，以保持营养和水电解质平衡。

四、醒脑开窍

本法适用于神昏，不省人事诸症属于闭证者。

(一) 专方专药

1. 清开灵注射液 功效清热解毒，开窍豁痰。每次40~60ml加入5%或10%葡萄糖液250~500ml中，静脉点滴，每日1~3次。或用醒脑静注射液，每次4ml，每日1~3次，肌肉注射。

2. 局方至宝丹或安宫牛黄丸 功效清热解热，辛凉开窍。每次1丸，每日2~4次，灌服或鼻饲。

3. 苏合香丸 功效辛温开窍，豁痰熄风。每次1~2丸，每6小时1次，灌服或鼻饲。

(二) 针刺

选用十二井穴、金津、玉液点刺放血；选人中、内关、百合、曲池、丰隆、外关等，毫针刺穴位，用泻法。

五、回阳固脱

本法适用于神昏，不省人事诸证中之脱证者。

(一) 专方专药

1. 参附青注射液 功效救逆固脱。每次20ml加25%葡萄糖液20~40ml，静脉缓慢推注，每15~30分钟可重复1次。或用枳实注射液，每次5~10ml加25%葡萄糖液20ml，静脉缓慢推注。

2. 参麦针 功效益气养阴固脱。每次40~60ml，加25%葡萄糖液40~60ml中，静脉

推注，每 15~30 分钟 1 次，连续 3~5 次，或以 50~100ml 加入 5% 葡萄糖液或葡萄糖盐水 250~500ml 中，静脉滴注，直至病情好转为止。

(二) 针灸

选素髀、内关、少冲、少泽、中冲、涌泉等穴，毫针刺，用补法，留针，间断捻针。艾柱灸百会、关元、神阙等穴。

六、活血化瘀

本法适用于中经络肢体偏瘫而无神志昏迷症状者。以丹参注射液或复方丹参注射液 20~40ml，加入 5% 或 10% 葡萄糖液 250~500ml 中，静脉点滴，每日 1~2 次。或用川芎嗪静脉点滴。

七、西药治疗

(一) 脑出血急性期治疗

1. 控制高血压 对于高血压性脑出血病人，应及时控制高血压，但降低血压不宜过速、过低，一般舒张压不宜低于出血前水平。药物如利血平 0.5~1mg，肌肉注射，根据血压情况，4~6 小时重复使用，也可同时加用利尿剂如速尿 40~60mg，静脉注射，使舒张压较快地降到 13.3kPa，再选用口服药维持。

2. 降低颅内压力，减轻脑水肿 控制脑水肿是脑出血急性期处理的重要环节。可选用 20% 甘露醇，或 25% 山梨醇 250ml，静脉点滴，每 6~8 小时 1 次，必要时加用地塞米松 10mg，静脉滴注，每日 1~2 次，有利于减轻脑水肿。另外，还可使用速尿 40mg 加入 50% 葡萄糖液中，静脉推注，每 6~8 小时 1 次。

3. 止血 一般认为对脑出血无任何价值，但对蛛网膜下腔出血者，用对羧基苯胺 (PAMBA) 及 6-氨基己酸 (EACA)，可控制纤维蛋白溶解酶原的形成，有一定疗效。每次用量前者 200~400mg，后者 4~6g 加入 10% 葡萄糖液中，静脉滴注，每日 1~2 次。

4. 外科手术治疗 急性期脑出血手术治疗有时能挽救部分病人的生命，减少后遗症。但目前尚缺乏统一的手术指征，一般认为对于小脑出血、大脑半球出血，以及外囊型出血患者，疗效较好。

(二) 脑梗塞急性期治疗

主要针对纠正脑缺血，改善脑循环，可采用下列药物。

1. 低分子右旋糖酐 250~500ml，静脉滴注，每日 1~2 次，连续 1~2 周。
2. 有脑水肿者，用 20% 甘露醇 250ml，静脉滴注，每 8~12 小时 1 次。
3. 肝素和双香豆素。但应用时，必须严格掌握适应症、禁忌症，并应有一定的实验室条件。
4. 外科手术。对颅外、颅内动脉梗塞都有一些手术疗法，对改善脑循环有一定帮助。

【辨证论治】

一、中经络

1. 肝阳暴亢，风火上扰证 半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或失语，偏身麻木；兼见眩晕头痛，面红目赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便结，舌质红或红绛，苔薄黄，脉弦有力。治法以平肝熄风，泻火通络为主。主方用镇肝熄风汤加减。药用夏枯草、钩藤、菊花、川牛膝、丹皮、赤芍、珍珠母、羚羊角等。肝火偏旺者，加用龙胆泻肝丸。

2. 风痰瘀血，痹阻脉络证 半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或失语，偏身麻木；兼见头

昏目眩，唇舌紫暗，舌苔薄或白腻，脉弦滑。治法以化痰熄风，活血通络为主。主方用半夏白术天麻汤加减，药用法半夏、白术、天麻、丹参、香附、酒大黄、胆南星、蒲黄等。风象不显，痰瘀较重者，加用复方丹参注射液静脉滴注。

3. 痰热腑实，风痰上扰证 半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或失语，偏身麻木；兼见有腹胀便秘，头晕目眩，咯痰或痰量较多，舌质暗红或暗淡，苔黄或黄腻，脉弦滑或弦滑而大。治法以通腑化痰，泻热熄风为主。主方用星蒌承气汤加减，药用胆南星、瓜蒌、生大黄、丹参、芒硝、天竺黄等。若病情较重，心烦躁扰者，用牛黄承气汤泻热通腑。

4. 气虚血瘀证 半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或失语，偏身麻木；兼见面色㿔白，气短乏力，口角流涎，心悸便溏，自汗出，手足肿胀，舌质暗淡，苔薄白或白腻，脉沉细、细缓或细弦。治法以益气活血，化瘀通络为主。主方用补阳还五汤加减。药用黄芪、赤芍、川芎、当归、桃仁、红花、地龙、豨莶草等。若面白肢冷，加附子、人参、干姜；心气亏虚者加人参针或参麦注射液，静脉滴注。

二、中脏腑

1. 风火上扰清窍证 神识恍惚或迷蒙，半身不遂；兼见平素多有肢体麻木，头目眩晕，情志相激病势突变，肢体强痉拘急，便干便秘，舌质红绛，苔黄腻而干，脉弦滑大而数。治法以清热熄风，开窍醒神为主，主方用羚羊角汤加减，药用羚羊角、天麻、石决明、钩藤、夏枯草、蝉衣、天竺黄、大黄、丹皮等。可配合清开灵注射液，静脉滴注，或羚羊角注射液、天麻注射液，肌肉注射。

2. 痰湿蒙塞心神证 神昏，半身瘫软；兼见有素体阳虚痰湿内蕴，肢体瘫软不温，甚则四肢逆冷，面白唇暗，痰涎壅盛，舌苔白腻，脉沉滑或沉缓。治法以温阳化痰，醒神开窍为主，主方用导痰汤加减，药用姜半夏、陈皮、枳实、胆南星、石菖蒲、郁金、茯苓、竹茹等，还可配合使用通脉舒络液，静脉滴注，苏合香丸口服。

3. 痰热内闭心窍证 神昏或昏愠，半身不遂；兼见起病急骤，鼻鼾痰鸣，肢体强硬拘急，项强身热，躁扰不宁，甚则手足抽搐，四肢厥冷，或见呕血，舌质红绛，苔褐黄干腻，脉弦滑而数。治法以清热化痰，醒神开窍为主。主方用黄连温胆汤加减，药用黄连、天竺黄、羚羊角、夏枯草、钩藤、半夏、珍珠粉、远志、石菖蒲、竹茹、陈皮、枳实等。加用清开灵注射液，静脉滴注。灌服或鼻饲安宫牛黄丸或局方至宝丹。

4. 元阳败脱，心神散乱证 突然神志昏愠，肢体瘫软；兼见手撒肢冷，汗多而凉，重则全身湿冷，二便自遗，舌痿，质紫暗，苔白腻，脉沉缓或沉微。治法以益气回阳，救逆固脱为主。主方用参附汤加味，药用人参、附子、五味子、甘草、山茱萸等。加用参附注射液、参麦注射液，静脉滴注。

【并发症及处理】

急性期脑血管病人，尤其是昏迷病人常常容易合并肺部感染及泌尿系感染，除加强护理外，应严密观察病情变化，一旦考虑有感染的存在，应尽早应用抗生素治疗。

【护理措施】

1. 急性期患者要卧床休息，减少搬动，待病情稳定后，开始可先作被动活动，然后再作主动活动的康复训练。中脏腑的患者应以头部稍高，取侧卧位为宜，以利于痰涎及呕吐物的排出，翻身时要尽量减少头部的活动。

2. 特别护理，密切观察病情，中脏腑病人要及时准确地观察和记录病情的变化，重点观

察病人的神志、体温、瞳孔、呼吸、脉搏、血压及有无头痛、恶心呕吐、二便等情况的变化。应警惕抽搐、高热、呕血、呃逆等变证的发生，及时报告上级医师，并做好各项抢救的准备。

3. 保持呼吸道通畅，注意保暖，防止外感。有痰病人，宜取侧卧位，勤拍后背以助排痰，或定时吸痰。保持室内空气清新，注意口腔、眼、会阴、皮肤的清洁护理，防止褥疮发生。

4. 情志护理，针对病人不同的情志变化，采取有针对性的情志护理。如病人烦躁易怒，要耐心疏导、劝慰；心情郁闷者，应移情易性，多听柔和、快乐的乐曲。总之，保持情绪稳定平静为宜。

5. 饮食护理，特别是昏迷病人，要掌握病情，予以流质饮食鼻饲，保证病人的营养，切忌从口腔盲目喂食、饮水，以防呛入气管。

6. 根据中风病各期的不同临床证候，制定相应的辨证护理原则和具体措施。

附：【疗效评定标准】

采用计分法，着眼于神志、语言、运动功能的恢复程度。

（一）计分方法

1. 神志状态 神志清醒 4 分；神志恍惚（思睡，唤醒后能与人言）3 分；神识迷蒙（嗜睡，呼之答不确切）2 分；神昏 1 分；昏愦（神昏同时兼有脱证）0 分。

2. 语言表达 正常 4 分；一般表达，命名不能 2 分；说话成句而表达不全 2 分；不能说单词、词组 1 分；语言不能或基本不能 0 分。

3. 上肢肩关节 正常 4 分；上举全而肌力差 3 分；上举平肩或略过肩 2 分；上举不到肩 1 分；不能动或前后略摆动 0 分。

4. 上肢肘关节 正常 4 分；手指分别动作有效而肌力差 3 分；握拳伸指 2 分；屈指，握不成拳，不会伸 1 分；不会动 0 分。

5. 下肢髋关节 正常 4 分；抬高 45° 以上 3 分；不足 45° 2 分；摆动能平移 1 分；不能动 0 分。

6. 下肢趾关节：正常 4 分；屈伸自如，力弱 3 分；屈伸不全 2 分；略动 1 分；不会动 0 分。

7. 综合功能 生活能自理、自由交谈 4 分；独立生活，简单劳动而有部分功能不全 3 分；可行走，部分自理，尚需人帮助 2 分；可站立迈步，需人随时照料 1 分；卧床 0 分。

（二）疗效评定

满分 28 分，起点最高不超过 18 分，其疗效评定如下：

1. 恶化 病情加重，积分减少，或死亡者。

2. 无效 积分增加不足 4 分者。

3. 有效 积分增加超过 4 分以上者。

4. 显效 积分增加超过 10 分者。

5. 基本治愈 积分达 24 分以上者。

第八章 昏 迷

昏迷，在历代文献中，又常描述为“神昏”、“昏不知人”、“不省人事”等，是常见的危重证候。临床上以神志不清，呼之不应，对外界刺激反应消失为特征。凡时行热病、中风、厥证、痫证，以及疫毒痢、瘴疟、消渴、水肿、癰闭、臌胀等，在其发展的不同阶段，均有可能出现昏迷。

在西医学中，昏迷是一种严重的意识障碍，属脑功能障碍甚至衰竭的主要表现。凡能够影响脑部代谢的疾病，在其病情发展至危重阶段，都可出现不同程度的昏迷。例如颅内病变：脑血管病、颅内感染、颅脑外伤、颅内占位性病变、癫痫等；全身性疾病：代谢性及内分泌性疾病、中毒性疾病、传染性疾病、心血管疾病等。

【病因·病史】

一、病因

主要与下列因素关系密切：外感时邪，蕴结化热；或热结胃肠，邪热炽盛；邪热入营，内陷心包；或风热闭肺，壅滞上焦，逆传心包；或传染疫毒，内陷心营；或高温酷暑，秽浊之气，闭塞清窍；或五志过极，心肝火旺，化风挟痰，上扰清空；或脾肾阳衰，浊阴上犯，蒙闭清窍，或药毒肆虐，攻伐心气，凡上述种种，病邪蒙蔽神明，或上扰清空以及阴虚阳脱，心神耗散，均可导致昏迷。

西医学认为，昏迷原因极为复杂，病种颇多。凡由各种原因如颅内病变及全身性疾病引起的急性广泛性大脑半球损害或影响了间脑或脑干头端网状结构的非特异性上行投射系统的功能时，均可引起昏迷。其中以乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、败血症、中毒性肺炎、中毒性痢疾、脑卒中、肺源性脑病、心源性脑缺血综合征、癫痫、肝昏迷、糖尿病酸中毒、尿毒症以及药物、化学品中毒、电击、高温中暑等较为常见。

二、病史

全面详尽地了解病史对本证的诊断至关重要。然而，昏迷发病急骤，病情危重，时间紧迫，病人自身不能配合诊察，故而抓住重点，以点带线，以线成面地询问（一般多为家属代言），就显得十分必要。

（一）起病情况

昏迷前有无外伤、发热、感染、过劳的诱因；昏迷发生时的环境，如高温、高山、触电等；昏迷发生的缓急、时间长短，以及昏迷时所伴随的症状。

（二）既往病史

重点在于询问原发病史。如眩晕、肺胀、消渴病史以及肝病、肾病史等。

（三）饮酒、服药及严重创伤史

酗酒过度所致酒精中毒，过服或误服某些药物引起药物中毒，均可引起昏迷，头部创伤史亦是病史中不可忽视的内容。

【诊断要点】

1. 既往素有眩晕、头痛、消渴、喘证、肺胀、心痛、臌胀、积聚、痫证等宿疾，每因情志、外邪、劳累、中毒或失治误治而诱发，或突感外邪，因热毒而致。具有病情危重，变

化迅速，病机复杂等特点。

2. 临床表现主要以昏蒙，谵语，狂妄，嗜睡，神志不清，呼之不应，不省人事，昏不知人，以至对外界刺激毫无反应为特征。昏蒙，嗜睡，神志时清时昧者较轻；昏迷，昏溃，不省人事，昏不知人者为重。

昏迷可分有闭脱二证。凡昏不知人，牙关紧闭，两手握固，面赤气粗，痰声漉漉者为闭证；凡神昏而大汗淋漓，目合口开，手撒尿遗，大便失禁者为脱证。

3. 昏迷的临床分级。依据昏迷程度，在临床上可分为浅昏迷、中度昏迷、深度昏迷等。

(1) 浅昏迷：神志恍惚或朦胧，对外界的语言、声、光等刺激无反应，但对强的疼痛刺激有一定的防御反应，如面部的痛苦表情或肢体的退缩。可伴有二便失禁或尿闭，躁动，谵妄。生理反射，如瞳孔对光反应、角膜反射、腱反射、腹壁反射等存在。血压、脉搏、呼吸等生命体征无显著改变。

(2) 中度昏迷：神志不清，对外界的声、光、语言刺激无反应，对强痛刺激反应减弱、迟钝。二便失禁，瞳孔缩小，光反应迟钝，呼吸时有不规则，血压波动，生理反射减弱。

(3) 深度昏迷：神昏不省人事，昏不知人，对外界的一切刺激，包括强烈的疼痛刺激均无反应，四肢软瘫，二便失禁，双侧瞳孔散大，光反应及角膜反射消失，所有深浅反射均不能引出。血压、脉搏、呼吸等生命体征亦出现不同程度的障碍。

4. 神经系统检查。重点应检查下列各项：① 眼底有无视乳头水肿、视网膜出血、渗出；② 双侧瞳孔缩小、散大或不等大，对光反应是否存在；③ 双侧眼球位置是否对称，是否有眼球重颤，颈眼和前庭眼反射是否存在；④ 神经系统局灶体征：大脑半球损害多表现有偏瘫等偏侧性体征，脑干损害常表现有颅神经麻痹、四肢瘫痪等；⑤ 呼吸形式；⑥ 脑膜刺激征。

5. 实验室及特殊检查：通过血、尿常规检查，常可得出初步诊断，如血象有幼稚白细胞、尿蛋白增多、尿糖增高则有利于白血病、尿毒症、糖尿病的诊断。血中尿素氮增高暗示氮质血症和尿毒症；血氧分析有利于鉴别呼吸性或代谢性酸碱平衡失调之判断；血、胃内容物毒性分析有利于排除中毒性疾病，脑脊液的常规、生化检查有时更为必要。

若上述检查仍未能澄清病因，可选择性地进行脑超声波、脑电图、脑动脉造影、脑室造影、CT等检查。

【鉴别诊断】

主要应与貌似昏迷而非昏迷的特殊意识障碍相鉴别。

1. 厥证 多为气厥，在西医学中属精神抑郁状态（或不反应状态），见之于癔病，或强烈的精神刺激、创伤之后。临床表现为对外界的声、光、强痛等刺激无反应，但神志清醒，呼吸不规律，或屏气，或过度换气，双目紧闭，眼睑上提，眼球上瞪，躯体痉挛或瘫痪，或躁扰，神经系统无阳性发现，经针刺诱导性治疗，一般能很快恢复。

2. 木僵 多发生于精神分裂症病人，临床表现为不言不语，不动不食，对外界刺激无反应，常伴紫绀、流涎、体温过低、尿潴留等植物神经失调症状以及蜡样弯曲、违拗症等。但病人神志清醒，待病情缓解后，病人可清楚地回忆起当时的情景。

3. 闭锁综合征 常发生于基底动脉闭塞的病人。表现为：病人除睁眼、闭眼、眼球垂直活动外，病损平面以下的传出功能全部丧失。但病人可通过睁、闭眼及眼球的垂直运动进行意识交流。

4. 去大脑皮层综合征 是病人大脑皮层处于抑制状态,而脑干各部功能已经恢复,皮层与脑干功能分离。表现为病人眼睑开合自如,眼球多偏向一侧或无目的地四处转动,对外界的声、光、痛等刺激均敏感。

【急救处理】

一、保持呼吸道通畅

浅昏迷患者咳嗽反射存在者,给予口腔导气管,深昏迷者给予气管插管。

二、醒脑开窍

(一) 针灸

1. 毫针刺人中、十宣、十二井、八髎、会阴、涌泉等穴。手足抽搐者加曲池、承山、阳陵泉、太冲、合谷;痰多者,加丰隆、足三里;发热者加大椎、曲池。一般用泻法,不宜留针。

2. 耳针取皮质下、肾上腺、交感、心、神门等穴。

3. 艾灸取关元、气海、足三里等穴,适用于脱症。

(二) 外治法

1. 乌梅擦牙 牙关紧闭不开者,用鲜乌梅肉擦牙开噤。亦可用青盐、白矾各等分,研末擦牙。

2. 搐鼻取嚏法 取通关散少许,以软管或苇茎吹鼻取嚏。

3. 淬醋薰法 以食醋一碗,入烧红铁器,淬起醋烟,薰患者口鼻。

(三) 专方专药

1. 紫雪散 功效清热解毒开窍。每次3~6g,每日3次,口服或鼻饲。

2. 安宫牛黄丸 功效清热解毒开窍。每次1粒,每日2~3次。口服或鼻饲。

3. 至宝丹 功效清热解毒化浊开窍。每次1粒,每日2~3次。口服或鼻饲。

4. 苏合香丸 功效温通化浊开窍。每次1粒,每日2~3次。口服或鼻饲。

5. 清开灵注射液 功效清热解毒开窍。每次40~60ml,加入5%葡萄糖液500ml中,静脉滴注,每日1次。

6. 醒脑静注射液 功效清热解毒开窍。每次10~20ml,加入5%葡萄糖液500ml中,静脉滴注。

7. 参麦注射液 功效益气养阴固脱。每次40~60ml,静脉推注,或100ml,加入10%葡萄糖液200ml中,静脉滴注。每日1次。

8. 丹参或复方丹参注射液 功效活血化瘀。每次20~40ml,加入5%葡萄糖液中500ml中,静脉滴注,每日1次。

三、西药治疗

(一) 肺性脑病

1. 给氧和改善通气 氧疗,常用鼻导管低流量(1~2升/分钟)持续给氧法,氧浓度以25~30%为宜。面罩吸氧可提高供氧的浓度,适用缺氧严重但二氧化碳潴留不明显者。保持呼吸道通畅,主要措施为解痉平喘和清除积痰,如 α -糜蛋白酶加生理盐水雾化吸入或气管内清入;氨茶碱或喘定0.25g加于50%葡萄糖液40ml,缓慢静脉注射;昏迷或半昏迷状态时,应予气管插管。必要时,使用呼吸兴奋剂,常用的有尼可刹米、山梗菜碱、呱醋甲脂等,联合或交替使用。

2. 控制感染 十分重要, 应选择适当的抗生素足量, 联合应用。首选仍以青霉素400~800万单位静脉滴注或分次肌肉注射, 然后应根据细菌及其对药物敏感情况, 选用有效抗生素。

3. 纠正脑水肿 对脑水肿患者, 常用20%甘露醇或25%山梨醇, 按1~2g/kg的剂量作静脉快速滴注。速尿20~40mg加葡萄糖液静脉推注, 每日2次。

糖皮质激素可提高细胞对缺氧和毒素损害的耐受性, 故适用于肺性脑病患者。可短期静脉滴注氢化可的松(200~400mg/日)或地塞米松(20~40mg/日)。

此外, 及时纠正酸碱平衡失调和电解质紊乱; 促进脑细胞恢复等。有关肺性脑病患者的谵语、烦躁不安和精神症状, 在必要时, 于严密观察下, 可用小剂量安定或奋乃静肌肉注射, 或水合氯醛、副醛保留灌肠。

(二) 肝昏迷(又称“肝性脑病”或“肝脑综合征”)

1. 消除诱发因素 如及时停用利尿剂、含氮药物等。积极控制上消化道出血, 输血宜采用新鲜血。有感染者应予积极控制。

2. 降低血氨 导泻与灌肠, 可用50%硫酸镁40~60ml导泻或盐水清洁灌肠。使用谷氨酸钠或谷氨酸钾23~46g/日, 静脉滴注, 或是精氨酸20~40g/日, 静脉滴注。抑制肠内细菌产氨, 如新霉素3~4g/日, 鼻饲。

3. 促进正常神经传递的恢复 用左旋多巴5~7.5g加入生理盐水100ml中鼻饲或100~200mg/日静脉滴注。

此外, 在饮食上禁用蛋白质饮食, 多进碳水化合物, 纠正水电解质平衡紊乱, 防治脑水肿等, 亦很重要。

(三) 糖尿病酮症酸中毒

1. 胰岛素的应用 应选用速效胰岛素。其治疗方法有二种, 大剂量胰岛素治疗, 首剂常采用50~100U, 静脉及皮下注射各半, 以后每2~4小时注射。用本治疗易并发低血糖、低血钾。小剂量普通胰岛素治疗, 每小时每公斤体重给普通胰岛素0.1U, 经静脉滴注或推注, 也可以每小时肌肉注射1次。一般需10小时左右可纠正酮症酸中毒。治疗过程中每1~4小时查血糖及CO₂结合力, 每2小时查尿糖及酮体。

2. 补液 常有重度失水, 可达体重10%以上。应注射等渗的生理盐水或林格氏溶液。开始时2小时内可输入1000~2000ml, 以后可每4~6小时输入1000ml。当血糖降至13.9mmol/L(250mg/dl)左右时, 可开始输入5%葡萄糖液或5%葡萄糖生理盐水。

3. 纠正电解质及酸碱平衡失调 轻症患者经补液及胰岛素治疗后, 不必补碱。严重者酸中毒, 当血pH降至7.1~7.0时, 应给予相应治疗, 给予碳酸氢钠50mmol(约5%NaHCO₃84ml), 用注射用水稀释至等渗溶液(1.25%)后快速静脉注射。酮症酸中毒病人治疗后4~6小时血钾常明显下降, 应予补钾。每日给钾可达2~3g, 静滴或口服。

4. 处理脑水肿 常于血糖已降低, 酸中毒已改善时, 昏迷反而加重, 并出现颅内压增高的征象, 采用脱水剂如甘露醇、速尿、静注地塞米松等治疗。

【辨证施治】

一、闭证

(一) 热闭

1. 热入心包证 神志不清, 高热, 或身热夜甚, 烦躁谵语, 面赤气粗, 或有抽搐, 小便黄赤, 舌质红绛而干, 苔黄或焦黄, 脉细数。治法以清心开窍, 泄热护阴为主。主方用清营

汤加减。药用犀角、黄连、生地、麦冬、玄参、丹参、竹叶心、金银花、连翘、石菖蒲、郁金等。

2. 热结胃肠证 躁扰不宁，谵语，甚则昏不知人，同时兼见发热，大便不通，腹部胀满，按之坚硬，口舌干燥，气粗喘满，舌苔焦黄起刺或焦黑燥裂，脉沉实有力，或沉滑有力。治法以通腑泄热为主，主方大承气汤加减。药用大黄、芒硝、枳实、厚朴等。

3. 毒滞肠道证 卒发高热烦渴，腹痛剧烈，下利脓血，昏迷抽搐。治法以清热解毒，凉血开窍为主。主方用白头翁汤加减。药用白头翁、黄柏、黄连、秦皮、金银花、黄芩、赤芍、丹皮等。

4. 热动肝风证 高热不退，头痛眩晕，面红目赤，烦躁不宁，进而不省人事，牙关紧闭，颈项强直，四肢抽搐，或口眼喎斜，半身不遂，舌质干绛，脉象弦数，或弦细数。治法以凉肝熄风开窍为主。主方以羚羊钩藤汤合用紫雪丹或安宫牛黄丸。药用羚羊角、钩藤、桑叶、菊花、生地黄、白芍、甘草等。四肢抽搐较重者，加全蝎、蜈蚣、僵蚕等。口眼喎斜，半身不遂者，加石菖蒲、远志、地龙、红花、鸡血藤等，并参照“中风”、“抽搐”等篇章进行处理。

（二）痰闭

1. 痰湿内阻证 面色晦滞，胸闷腹胀，食欲不振，渐至神志模糊，昏不知人，静而不烦，喉有痰声，舌苔白腻，脉沉滑或濡缓。治法以化痰开窍为主。主方用涤痰汤加减，送服苏合香丸。药用法半夏、胆南星、橘红、党参、茯苓、甘草、竹茹、枳实、石菖蒲等。

2. 痰火上蒙证 发热面赤，烦躁不安，躁扰如狂，渐至昏迷，呼吸气粗，喉间痰鸣，痰黄粘稠，便秘尿赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。治法以清热化痰开窍为主。主方用黄连温胆汤合安宫牛黄丸或至宝丹。药用黄连、法半夏、茯苓、陈皮、甘草、竹茹、枳实等。

（三）浊闭

1. 浊阴上逆证 面色苍白晦滞，头晕头痛，恶心呕吐，不思饮食，胸闷腹胀，畏寒肢冷，浮肿尿少，大便不爽，嗜躁，逐渐转入昏迷，舌淡体胖，苔白腻，脉沉缓或沉迟。治法以温补脾肾，泄浊开窍为主。主方用温脾汤加减，送服苏合香丸。药用附片、干姜、人参、大黄等。

2. 卒冒秽浊证 卒然闷乱，腹部胀满，昏晕不知人，口噤或妄言，面青肢冷，脉沉细而微或忽大忽小。治法以芳香辟秽，利气开窍为主。主方用芳香辟秽汤合玉枢丹。药用藿香、佩兰、菖蒲、苡仁、滑石、白芥子、郁金、杏仁、厚朴等。

二、脱证

1. 亡阴证 神志昏迷，汗出，面红身热，唇舌干红，脉象虚数。治法以救阴敛阳为主。主方用生脉散加味。药用人参、麦冬、五味子、山茱萸、黄精、龙骨、牡蛎等。

2. 亡阳证 神志昏迷，目合口开，鼻鼾息微，手撒肢厥，大汗淋漓，面色苍白，二便自遗，唇舌淡润，甚则口唇青紫，脉微欲绝。治法以回阳救逆为主。主方用参附汤加减。药用人参、附片。同时静脉清注参附注射液。若真阴枯竭，阴损及阳，以至元阳衰微，虚阳浮越，而见面赤足冷，虚烦不安，脉极弱，或大而无根。治以滋养真阴，摄纳浮阳。方用地黄饮子加减。药物有生地黄、巴戟天、山茱萸、石斛、肉苁蓉、五味子、肉桂、茯苓、麦冬、熟附子、石菖蒲、远志等。

【并发症及处理】

1. 休克 如休克严重且不易纠正,应考虑是否合并感染性休克或急性心肌梗塞等,并针对病情,参照有关章节,紧急处理。

2. 心力衰竭、心律紊乱 年老或合并冠状动脉病变,尤其是急性心肌梗塞者,补液过多可导致心力衰竭和肺水肿,应着重预防,必要时根据中心静脉压、血压、尿量等具体临床情况调整补液量和速度,并采用西地兰、速尿等治疗。血钾过低、过高均可引起严重的心律失常,宜在心电图监护下严密预防,及时纠正。

3. 肾功能衰竭 急性肾功能衰竭可由本症引起的休克和失水所致,亦可因原已有肾病变的基础,应注意预防,一旦发生,及时对症处理。

【护理措施】

良好的护理是治疗昏迷的一个重要环节。

1. 患者仰卧,头偏向一侧,解开领扣,必要时吸痰。取下假牙,舌后坠者,可用舌钳将舌拉出,或置橡皮管通气道,必要时行气管切开术。

2. 按时清洁口腔、皮肤,预防褥疮和继发性感染。

3. 细致观察病情变化,准确记录神志状态、瞳孔大小和反应、呼吸、血压、心率、出入水量等。

4. 禁食,或鼻饲流质饮食,注意营养及液体入量。

第九章 抽 搐

抽搐，又名抽掣、瘈瘲，是癫痫、痉证、惊厥、破伤风等疾病中的一个主要症状。临床上以肢体肌肉不自主的收缩抽动，甚至颈项强直，角弓反张为特征的危重急症。其病势凶险，变化迅速，严重者痰浊、热毒蒙闭心窍，流窜经络，不仅全身肌肉抽搐，而且神昏倒仆，不省人事，因此，临床上应引起高度重视。

抽搐在西医学中，是中枢神经系统病变的重要症状之一，可分为大脑本身短暂性功能障碍和周身因素所造成的肌肉痉挛两类。临床上常分为非大脑功能障碍性抽搐如低血钙、破伤风；痫性抽搐；晕厥性抽搐；发热惊厥；癔病性惊厥等。

【病因·病史】

一、病因

主要有外邪侵袭，阳热亢盛，火热化风，或脏腑失调，风阳痰浊，阻滞脉络；肾阴亏损，水不涵木，阴血亏耗，虚风内动，络脉失养；创伤之后，风毒之邪，侵于脉络等均可造成筋脉拘急，形成抽搐。

西医学认为，引起抽搐发作的原因很多，临床表现为各种发作，呈现短暂的发作性大脑功能障碍，电生理可见脑部神经元的过度同步化放电（如癫痫性抽搐），其发病机理尚不够明了，但与脑缺氧和缺血、代谢紊乱、脑细胞器质性损害、脑内病灶刺激以及精神因素有关。

二、病史

详尽的病史，对诊断本证，颇为重要。有一部分病史可来自患者本人，但是目睹抽搐发作者，所提供的确切、完整的资料，更具有可靠性。

1. 抽搐发作的过程 如发作诱因、先兆、时间、时限、神志状态、姿势以及缓解后的表现；抽搐时的面色、声音、肢体抽动的次序、持续的时间等等项目，均应了解清楚，不可凭借偶然的、不能肯定的线索来诊断。

2. 抽搐发作的伴随症状 注意抽搐发作的同时有无发热、头痛、恶心、呕吐、大小便失禁、肢体瘫痪、异常感觉以及发作前有无先兆等。如有高热而伴抽搐者，可能与传染病有关；有意识障碍、二便失禁而伴抽搐者，可能与晕厥性抽搐有关；突然昏仆，不省人事，四肢抽搐、口吐白沫者，与癫痫发作有关等。

3. 既往史中，有无先天性疾病、家族遗传史、传染病史、寄生虫病史以及心、脑血管疾病史等。

【诊断要点】

1. 患者有家族遗传病史以及先天性疾病，或有传染、寄生虫病、心脑血管疾病史，且有发热、劳累、情绪变化等诱因。

2. 主要临床表现为四肢、周身的肌肉不自主地抽动，即一块肌肉或一组肌肉快速地、重复性地、无意识性地收缩。既可以是持续强直性的，也可以是断续阵挛性的，或二者兼而有之。除肢体之外，亦可为面部、咽喉肌肉。严重者则颈项强直，角弓反张，意识模糊，神志不清。

抽搐的形式，在临床上，可见于多种；肢体出现不规则的阵发性抖动；单肢不规律抽动；

角弓反张，肢体僵直；肘腕及手掌指关节屈曲，指间关节伸直，拇指内收呈鹰爪状；严重者，全身呈痉挛状态，甚至骨折，喉鸣呼吸暂停以至窒息等。

3. 在抽搐发作时，除注意患者的神志意识变化之外，还应注意瞳孔大小，对光反射存在与否，眼底检查有无视神经乳头水肿，有无局限性神经系统体征（单瘫、偏瘫、感觉缺失、颅神经麻痹等）。结合抽搐之部位、顺序的分析，对于病变的定侧、定位诊断，很有帮助。

4. 几种常见的抽搐分类、诊断。

(1) 非大脑功能障碍性抽搐

① 低血钙：常造成手足抽搐（搦）症，其特征为间歇性双侧肢体强直性痉挛，远端重于近端，典型者呈“鸡爪手”，无意识障碍。

② 破伤风：呈全身持续性痉挛，即使轻微的刺激，也可以触发全身性抽搐，以咀嚼肌、面肌最明显，常呈苦笑面容。

(2) 痫性抽搐：突然昏仆，不省人事，口吐白沫，发出尖叫，全身肌肉呈强直性收缩，而后全身肌肉屈曲痉挛，继而短促的肌张力松弛，呈现一张一弛性交替抽动，成为阵挛，1~3分钟后，最后一次强烈痉挛后，抽搐突然停止。痫性抽搐具有间歇性、短时性和刻板性三个特点。

(3) 晕厥性抽搐：多有瞳孔散大和意识障碍，偶有二便失禁。与痫性抽搐的区别在于为时短暂，所谓一过性，且有脑缺血病因基础如心脑血管疾病。

(4) 发热性惊厥：特点是抽搐时多伴有高热，5~6岁后可自愈。抽搐与发热病种无关，半数患儿有家族遗传史。

(5) 癔病性抽搐：发作常因情绪因素引起，抽搐形式不规则，具有戏剧性，发作时无瞳孔散大，光反射存在，无真正的意识障碍，有情感反应，每次发作，可达数十分钟或数小时，暗示疗法，常可取效。

4. 实验室及其他检查：脑电图检查对抽搐的诊断有一定的价值。此外，还有脑脊液、X线（包含CT脑扫描）以及血常规、血生化的检查，可视病情需要而选择。

【鉴别诊断】

震颤，是指患者身体某部分有规律性或无规律的细小抖动。有的由精神紧张、惊恐及疲劳而引起，这些因素消除后，震颤即可消除。其病因可由大脑皮质运动区及其下行束、基底节、脑干、小脑等部位的病变而引起。与抽搐之肢体反复收缩不同。

【急救处理】

抽搐是多种原因导致的风动于内，经脉阻滞或失于濡养而发生的危急证候，因此，在临床急救之时，要审证求因，标本同治。首先应解痉以治标，控制其发作，采用综合措施，选用见效快而作用强的方法，取其不同的给药途径，解除抽搐。然后再审因以治其本，待抽搐控制后，给予清热平肝、熄风涤痰、滋阴养血等治法，杜其风动之源，防止抽搐复发。

一、吸氧

保持呼吸道通畅和正常换气，给予氧气。如有窒息者，应立即施行人工呼吸；心跳呼吸骤停者，应施行心肺复苏术。

二、解痉

(一) 专方专药

1. 清开灵注射液 功效清热解毒，开窍醒脑。以此药液30~40ml，加入10%葡萄糖液

200ml 中，静脉滴注，每日 1~2 次。亦可用同类药物醒脑静注射液，10~20ml，加入 10% 葡萄糖液 60~100ml 中，静脉推注，每日 1~2 次。

2. 琥珀惊风片（又名琥珀抱龙丸） 功效镇惊熄风，清热化痰。每次 2~4 片，每日 3~4 次，温水吞服或鼻饲。

3. 牛黄惊风片（又名牛黄抱龙丸）：功效熄风止痉，清化热痰。每次 2~4 片，每日 3~4 次。或牛黄镇惊丸，每日 1~2 丸，每日 2~3 次，口服或鼻饲。

4. 小儿回春丸 功效止痉化痰。每次 3~5 粒，每日 3~4 次。同类药物化风丹、升金散等，亦可同时使用，口服或鼻饲。

5. 紫雪丹、安宫牛黄丸、至宝丹 均有清热、开窍、镇惊的效果，临床可随症选用。

（二）针刺

1. 穴位注射 地龙注射液，注射大椎、合谷、曲池等穴位，每穴 0.5~1ml。

2. 体针 主穴合谷、太冲、人中、内关、曲泽等，配穴风池、后溪、颊车、丰隆、下关等。每次 1~3 穴，强刺激。

3. 耳针 选穴神门、皮质下等，中强刺激。

（三）灌肠

药用半枝莲 30g，桂枝 10g，地龙 10g，钩藤 10g，羌活 10g，胆南星 10g，加水 300ml，煎浓缩至 60ml 保留灌肠，每 6 小时 1 次，功效熄风止痉。

三、西药治疗

（一）对症治疗

主要是镇惊止痉。可选用下列药物：安定 10~20mg，静脉推注；苯巴比妥钠 0.1~0.2g，肌肉注射；异戊巴比妥钠 0.1~0.25g，肌肉注射；水合氯醛，2% 溶液 20ml，保留灌肠；副醛 5~10ml，肌肉注射等。

（二）病因治疗

在对症治疗抽搐的同时，积极寻找抽搐的病因，即是原发疾病。针对不同的疾病，给予病因治疗。

【辨证脑治】

1. 风痰闭阻证 发作前常有眩晕、头痛、胸闷、乏力等症，发作时主症见突然跌倒，神志不清，抽搐，口吐痰涎，或伴尖叫，二便失禁，有甚者持续半小时而不缓解，或反复发作，二次发作之间仍然神识昏蒙。舌苔白腻，脉弦滑。治法以涤痰定痫，开窍熄风为主。方用定痫丸加减，药用鲜竹沥、菖蒲、胆南星、法半夏、天麻、全蝎、僵蚕、琥珀、辰砂、茯神、远志等。另外，还可用蜈蚣、全蝎等份，研粉吞服，每次 1~1.5g，每日 2 次，小儿酌减。

2. 热甚动风证 四肢抽搐，壮热汗出，渴欲饮冷，神识昏蒙，脉洪数，舌质深红，苔黄燥。治法清热解毒，凉肝熄风为主。方用羚角钩藤汤加减，药用羚羊角、桑叶、钩藤、川贝母、生地、竹茹、菊花、茯神、白芍、甘草等。神昏加用安宫牛黄丸、紫雪丹。可加用全蝎、蜈蚣，研粉吞服，用法同前。

3. 肝阳上亢证 头痛剧烈，神昏抽搐，面红气粗，恶心呕吐，舌红苔黄，脉弦数有力。治法以育阴潜阳，平肝熄风为主。方用镇肝熄风汤加减，药物如白芍、牛膝、菊花、生地、钩藤、杜仲、代赭石、生牡蛎、车前子等。头痛甚者，加服罗布麻叶片，每次 2 片，每日 3 次。亦可加用全蝎、蜈蚣研粉吞服。

4. 风毒内袭证：阵发性四肢抽搐，颈项强直，角弓反张，面呈苦笑状，稍有刺激，即可触发全身性抽搐，舌红苔腻，脉弦紧有力。治法以祛风止痉为主。方用玉真散加减。药用胆南星、防风、白芷、天麻、羌活、白附子等。若抽搐较重者，可配合五虎追风散（蝉蜕、全蝎、僵蚕、天麻、朱砂）；若邪毒内攻，可用瓜石汤（瓜蒌仁、滑石、苍术、胆南星、黄连、黄芩、黄柏、白芷、赤芍、陈皮、生姜、甘草）。

5. 阴虚风动证 手足蠕动，偶见抽搐，兼见低热，虚烦不宁，口干神疲，舌红绛少津，脉细数。此证多见于急性热病后期。治法以滋阴潜摄为主。方用三甲复脉汤加减，药物用炙甘草、生地、白芍、麦冬、阿胶、火麻仁、生牡蛎、生鳖甲、生龟版等。

【护理措施】

1. 将病人放置于侧卧位，头偏向一侧，迅速解开衣领、裤带等。
2. 保持呼吸道通畅，随时吸出咽喉分泌物或口腔内食物残渣，以防窒息。有义齿者要先取出义齿，以防异物堵塞气道。
3. 保持室内安静，避免一切不必要的刺激，密切观察患者的呼吸、脉搏、体温、血压、瞳孔等变化。谨防跌碰等外伤，并注意保暖。

第十章 中 暑

中暑，又称为中暈、中热、阳暑，属于暑证的范畴。是在夏日酷暑或高温环境下，感受暑热或高温而发生的疾病。临床上以高热、汗出、心悸、头晕、烦躁、嗜睡，甚至神昏、抽搐为特征，根据证候群的表现特点，又可分类为暑风、暑厥、暑痉、暑痫等，民间亦常称为“发痧”。

本病，在西医学中亦称为中暑或高温中暑，根据病情轻重不同，又有先兆中暑、轻症中暑、重症中暑三级，而重症中暑又有高热中暑、中暑衰竭、中暑痉挛三个类型。

【病因·病史】

一、病因

在盛夏酷暑之日，于烈日曝晒之下，或久劳于高温之室，或长途跋涉，或劳作过度，或疲劳饥饿，感受暑邪，热郁气逆，阻遏气机，热闭于内，不得外越，甚则闭塞清窍，而卒然发为中暑。在炎热季节里，老年体弱，长期卧床病人以及产妇等，正虚于内，如终日逗留于狭小室内，通风不良，暑热蒸逼，容易引起中暑。一般来说，在同样的气温条件下，湿热型的环境比干热型环境更易引起中暑。

西医学认为中暑系由高温环境引起体温调节中枢功能障碍，汗腺功能衰竭和（或）水、电解质丢失过量所致。当高温环境恶劣到一定程度时，身体通过一系列调节还不能维持体热平衡而大量蓄积余热时，就能发生中暑。发病与个体对高温的适应能力有关，如年老、多病、疲劳、肥胖、饥饿、饮酒等均可成为中暑的因素。

二、病史

1. 发病季节与环境 在炎热盛夏季节，凡高温作业环境，进行强度大的劳动或时间过长，或曾经久曝烈日之所，或久劳高温秽浊之室，易发本病。有资料表明，在一个工作班的第3小时或第7小时后，中暑的发生率显著增高。

2. 其他病史 年老体弱，产妇、肥胖痰湿内盛之人，较易发病。此外饮酒过量者，亦成为中暑的诱发因素。

【诊断要点】

1. 盛夏酷暑季节，高温作业环境而突然发病，有明确感受暑热的病史。

2. 临床表现，根据不同的程度，分为三级。

(1) 先兆中暑：大汗或少汗，口渴胸闷，头昏耳鸣，心悸恶心，肢体倦怠，神疲乏力，体温正常或略高（ 37.5°C ）。

(2) 轻症中暑：具有先兆中暑症状，被迫停止工作，发热，体温在 38.5°C 以上，面色潮红，皮肤灼热，胸闷不适或见面色苍白，恶心呕吐，大汗出，血压下降，脉象细数。

(3) 重症中暑：具有上述症状，并有昏仆或抽搐，或皮肤干燥无汗，体温在 40°C 以上，为重症中暑。临床可分为三个类型。

① 高热中暑：体温在 40°C 以上，无汗、烦躁、嗜睡，或有昏迷现象。

② 中暑衰竭：体温在 40°C 以下，汗出肢冷，面色苍白，头痛头晕，神志恍惚，血压下降，脉象细数。

③ 中暑痉挛：体温在40℃以下，四肢抽搐，重者躯干肌肉群也有抽搐，多呈对称性间歇发作，尤以腓肠肌为著。

【鉴别诊断】

中暑的诊断，根据其季节性，环境因素和表现特征，一般不难，但因其表现多样，应与伴有发热、昏迷、抽搐、厥脱等症的疾病相鉴别。

1. 中风 中风有眩晕、高血压病史和短暂性脑缺血发作先兆，一般昏迷在先，发热在后。半身不遂、口舌歪斜症状出现较早，可伴高血压，有后遗症。

2. 瘧疾 热瘧可见高热、烦躁不安、昏迷与中暑相似。但瘧疾常有剧烈头痛身痛，检查脑脊液压力增高，周围血涂片或骨髓涂片可见疟原虫，以区别于中暑。

3. 暑温 发于夏秋季，以儿童患者居多，表现有高热，昏迷与中暑相似外，还有颈项强直，全身抽搐，吞咽困难，咳呛，恶心呕吐，呼吸衰竭等，且病程较长，脑脊液有异常改变。

4. 有机磷中毒 中暑中的日射病，常在农田劳动时发生，应与田间喷洒有机磷农药中毒相鉴别。有机磷农药引起的中毒者，有农药接触史，呼吸、排泄物和皮肤、口腔可嗅到大蒜样气味，双侧瞳孔缩小，痰涎增多，口腔与鼻孔有泡沫样分泌物，两肺满布湿罗音，全血胆碱酯酶活力测定降低。诊断困难时可测血、胃内容物及其他排泄物中的有机磷浓度。

【急救处理】

一、一般处理

发现中暑患者，应立即离开高温作业现场环境，移至阴凉安静通风的地方休息。首先解开衣襟，冷敷头额、颈、腋下、腹股沟处，再给予含盐的清涼饮料，或西瓜汁、乌梅绿豆汤等。

二、物理降温

对于高热者，可用冷水（农村中可用井水）、冰水或酒精（30%）擦身，同时用风扇向患者吹风。重症中暑者，必要时可将患者全身除头部外浸在4℃的水浴中，降温效果迅速。

三、清熱解暑

（一）专方专药

1. 人丹、十滴水、解暑片 功效清熱解暑。人丹 10~20 粒口服或噙化；十滴水 4~5ml 口服；解暑片 1~4 片口服，以上各药每日 3~4 次，并同时可用清涼油、风油精外擦头额处。

2. 清开灵注射液 功效清熱解毒。以 20~30ml 加入 10% 葡萄糖液 500ml 中，静脉滴注，每日 1~2 次。

3. 辟瘟丹、玉枢丹 功效辟秽化浊止呕。辟瘟丹 2~4 片口服，玉枢丹 2~5 分口服，每日 3~4 次。

4. 安宫牛黄丸、至宝丹 功效清熱解毒，开窍醒脑。二药每次服 1 粒，每日 1~2 次；或用紫雪丹每次 3g 口服，每日 2~3 次。

（二）刮痧疗法

用瓷汤匙或硬币，或大纽扣、小贝壳等蘸植物油，用光滑的边缘，于选定的部位多次向一个方向刮动，直至皮肤潮红或出现紫红色即可。刮动的力量要适中，谨防刮破皮肤。选择部位的多少，可依病情轻重而定。常用部位有头部（眉心、两太阳穴）、颈部（喉结两侧、颈

部两侧)、背部(肩部、背部脊柱两侧、肩胛部的岗上和岗下或内缘)、胸部(胸中线、胸骨两旁、前胸肋两旁、四肢(肘窝、腋窝、两足后跟肌腱处)。

(三) 针灸

1. 针大椎、曲池、合谷、委中，或十宣放血，适于高热者。
2. 针人中、素髻、涌泉，亦可用三棱针刺曲泽、委中出血，适于昏迷者。
3. 针合谷、太冲、百会、人中、大椎，再配合面部取穴，适于抽搐者。
4. 针百会、内关、足三里，灸气海、关元，适于厥脱者。

四、西药治疗

先兆与轻症中暑经上述处理，一般均可治愈。重症中暑经上述治疗，若尚未奏效者，可分别不同情况，酌情采取以下措施。

(一) 高热中暑

1. 降温 当物理降温不理想时，可配合药物降温。氯丙嗪 25mg 加入 5% 葡萄糖液或生理盐水 250~500ml 中，按病人情况，在 1~2 小时内滴注完毕。若在 2 小时后体温没有下降趋势，可按上述剂量重复给药。

有条件者还可采用动脉内快速冷液输入降温。方法是用动脉输液器，以 200mmHg 压力在短时间内从股动脉输入 4℃ 的 5% 葡萄糖盐水 1000ml (向心快速注射)，可使体温在 15~30 分钟后下降 3℃ 左右，并可使血压上升。

2. 支持疗法 保持呼吸道通畅，吸氧，纠正失水及电解质紊乱。开始 4 小时补液量可达 1000ml，总量可达 4000ml，但应注意避免诱发心衰。有酸中毒时，可予适量的 4% 碳酸氢钠。

3. 如有休克、心力衰竭、脑水肿、肺水肿、肾功能衰竭者，采取相应措施。

(二) 中暑衰竭

失水为主者予以等渗葡萄糖液 1000ml 静脉滴注；失盐为主者予以生理盐水 1000ml 静脉滴注；二者同时加用生脉或参麦注射液 20~40ml，效果更好。

(三) 中暑痉挛

轻者口服含盐清凉饮料即可。抽搐重者，应用刮痧和针刺疗法，同时可给予安定 10mg，静脉推注，或 10% 水合氯醛 20ml 保留灌肠，还可给予葡萄糖盐水 1000~3000ml，静脉滴注。

【辨证施治】

1. 暑湿遏表证 身热无汗，头昏头痛，神疲乏力，胸闷呕恶，或见背微恶寒，四肢欠温，舌苔薄腻，脉濡数。治法以清暑解表化湿为主。主方藿香正气散加减。药用藿香、佩兰、青蒿、连翘、厚朴、扁豆、通草、茯苓、西瓜翠衣、鲜荷叶、鸡苏散等。无汗加用香薷；恶心呕吐较剧者加鲜竹茹、法半夏。

2. 暑热蒙心证 高热无汗或少汗，体若燔炭，面红目赤，口干唇燥，渴而多饮，烦躁不安，神志昏迷，舌红苔黄少津，脉洪数。热甚动风，可见两目上视，手足抽搐，颈项强直，或角弓反张。治法以清暑凉营开窍为主。主方用白虎汤合清营汤加减。药用生石膏、知母、黄连、竹叶心、生地、玄参、芦根、西瓜翠衣，另服万氏牛黄清心丸或安宫牛黄丸。如窍闭神昏明显者，改用至宝丹。若暑热夹秽浊内闭而见神昏面色晦滞，舌苔厚腻者，用苏合香丸灌服或鼻饲。抽搐动风者，加用羚羊角粉或紫雪丹。

3. 气阴两竭证 面色苍白，大汗淋漓，呼吸急促，四肢逆冷，烦躁不安，甚则神昏不清。若耗液过多，虚风内动，而见手足蠕动，四肢抽搐。治法以益气养阴，救逆固脱为主。主方生脉散加减，药用西洋参、麦冬、五味子、生地、山茱萸、白芍、炙甘草、煅龙骨、煅牡蛎。面色青紫，肢冷脉微者，加干姜、附片；四肢抽搐者，加龟版、鳖甲、阿胶等。

【并发症及处理】

老年人和有心血管病变者，静脉补液不宜过速。有心力衰竭倾向者，宜及早应用强心剂。有急性肾功能不全者，严格限制水分和钠盐的摄入，尤其是要注意血钾的浓度。有黄疸者宜用大量的维生素B族和C。有出血者可用止血药。昏迷者易于发生吸入性肺炎或合并其它继发性感染，可应用抗生素预防。

【护理措施】

1. 保持良好的阴凉通风环境，合理组织自然通风。汗多淋漓者，不宜当风吹拂，并及时用毛巾揩擦。

2. 供给合理清凉饮料和营养，以银花露、甘菊，或银花、玄参、麦冬、甘草，或六一散煎汤，凉后频服。宜食西瓜及汁。大汗淋漓者，鼓励多饮淡盐水或含盐饮料。饮食宜于半流质而清淡。

3. 在各种降温过程中，必须加强护理，密切注意体温、血压和心脏情况。待肛温降至38℃左右时，应立即停止降温，以免发生体温过低而虚脱的危险。

第十一章 厥 脱

厥脱乃是厥证、厥逆和脱证之合称,临床上多因厥而变脱,是一类由邪毒内陷或亡津失血,或脏腑虚衰,而导致气血逆乱,阴阳之气不相顺接,终而正气耗脱,阴阳离绝的急危病证。其临床表现“猝然”而“急迫”,神志异常,或烦躁不宁,或神情淡漠、迟滞,或昏不知人,面色苍白,四肢逆冷,汗出淋漓,尿量减少,血压下降,脉微细欲绝。

厥脱在西医学中,是休克的主要表现。各种原因所引起的休克,如出血、创伤、失水、烧伤等低血容量性、心源性、感染性、神经性、变态反应性、肾上腺性、药物性等,均有厥脱的证候表现,故而可参照本病救治。

【病因·病史】

一、病因

热毒猖厥,邪气内陷;或失血亡津,气随血脱;或脏腑虚衰,元气不固;或误服毒物,正气耗脱等而导致气血逆乱,阴阳之气不相顺接,终而正气耗脱,阴阳离绝,发为厥脱。

西医学认为休克是一个急性循环功能不全的综合征群。它是人体受到有害因素(如大出血、感染、强烈的神经刺激、药物过敏、创伤、心脏病等)侵袭后,迅速出现循环系统及其它系统机能活动急剧降低的一种病理状态。是有效血循环量不足,引起全身组织和脏器的血流灌注不良,导致组织缺血缺氧、微循环瘀滞、代谢紊乱和脏器功能障碍等一系列病理生理改变。

二、病史

系统、详细地采集病史,颇为重要。但由于患者神志有不同程度的改变和处于一种虚弱的状态,故多数由家属或陪送者代诉。

(一) 诱发厥脱的因素

有大量失血亡津的病史;由外伤、剧痛、骨折等意外所致;有发热、外感热毒病史;由于药物或免疫血清等过敏所致;有昆虫蜇咬;食物、吸入物以及接触物等诱因。

(二) 既往病史

有冠状动脉粥样硬化性心脏病、严重心肌炎或心肌病、严重心律失常、肾上腺皮质功能减退等疾病。有过敏病史。

【诊断要点】

1. 具有诱发厥脱的明确病史,并有发病急、病势危、病情变化快、迅速逆转的特点。
2. 主要临床表现有意识异常,如表情淡漠、但欲寐,或神志模糊,或烦躁不安,甚至昏不知人。脉微细欲绝,四肢厥冷,汗出淋漓,面色、指甲苍白,皮肤冷湿,皮肤指压阳性(即指压后再充盈时间 >2 秒),气息微弱,口干尿少(尿量 $<30\text{ml}/\text{小时}$)。
3. 血压下降,收缩压 $<10.66\text{kPa}$,脉压差 $<2.66\text{kPa}$;原有高血压患者,收缩压较原水平下降30%以上。
4. 判断有无早期休克,很重要。在临床上有休克的诱发病因,而见表情淡漠,或精神萎靡不振,或焦虑不安,即应引起警惕。发病急骤者,面色苍白,皮肤湿冷,肢端发绀,即使血压正常,仍然应该予以重视。

5. 分期分级

(1) 分期

① 早期：临床表现以气阴耗伤的证状为主，如精神萎靡，面色晄白，气短心悸，汗出口干，四肢欠温，舌淡红，脉细数。

② 中、晚期：临床表现以真阴衰竭或阳气暴脱，或阴竭阳脱的症状为主，如神志模糊，朦胧，甚至昏迷，面色苍白或潮红，四肢厥冷，汗出淋漓；或身热心烦，汗出如油，口渴欲饮，舌光干枯无苔，脉虚数或结、代；或大汗不止，体温不升，气急唇绀，舌淡，脉微弱欲绝。

(2) 分级

① 轻度：神清或烦躁不安，手足不温或肢端寒凉，汗出过多，脉沉细数无力，血压下降，收缩压小于10.66kPa，脉压差小于2.66kPa；原有高血压病者，收缩压低于平时血压的30%以上。

② 中度：表情淡漠，手足冷至腕踝，大汗淋漓，脉微弱或虚大，收缩压在6.6kPa以下，脉压差小于2.66kPa。

③ 重度：意识朦胧或神志不清，肢冷超过腕踝2寸以上；或全身皮肤冷，冷汗如珠，脉微细欲绝或不能触及，收缩压在4kPa以下。

6. 实验室及其他检查。根据不同的病因，可进行下列必要的检查：血、尿、粪常规，血球压积，血培养，血清酶学，心电图，X线以及血气分析，血液流变学及动力学的指标。

【鉴别诊断】

1. 中风 中风初发之时，常有突然昏倒，神志改变，并发为脱证者，亦有四肢逆冷，汗出，遗尿，脉微细等症状，易与本病混淆。然而中风脱证发生之前，多有肝阳上亢之病史，其发作诱因，常与情绪激动有关，发生后，症见口舌歪斜，半身不遂，语言蹇涩等，可与本病相鉴别。

2. 厥证 厥证以突然昏倒，不省人事，移时苏醒或四肢厥冷为主要特征，其病理属性实者居多；厥脱证者，兼见大汗淋漓，脉微细欲绝，虚多实少。至于《内经》中提出的阳气衰于下之寒厥、阴气衰于下之热厥，以及后世所论气虚、血衰之厥，可视为因厥变脱的厥脱之证。

3. 痫证 痫证是一种发作性的神志异常的疾病。其特征为发作性精神恍惚，甚则突然仆倒，昏不知人，口吐涎沫，两目上视，或口中如作猪羊叫声，移时苏醒。在临床上与本病不难区别。

【急救处理】

一、一般紧急处理

1. 患者应平卧，气急不能平卧者，可采用半卧位。注意保暖和安静，尽量不要搬动患者，如须搬动时动作要轻。

2. 氧气吸入，鼻导管给氧或面罩给氧。尽早进行静脉输液和给药。

二、救阴、回阳、固脱

(一) 专方专药

1. 救阴 厥脱各证，均有不同程度的阴津耗损的现象，尤其在发生厥脱的早期，应及时补救阴津，比较重要。可选用10%养阴或10%增液注射液2000~4000ml/日，静脉滴注；或

选用生理盐水或复方氯化钠溶液，或低分子右旋糖酐等，2000~4000ml/日，静脉滴注。

2. 回阳 参附注射液 20ml 加25%葡萄糖液 20~40ml，静脉缓慢推注，15~20分钟1次，连续3~5次；或四逆注射液 2~4ml，加入25%葡萄糖液 20ml，静脉推注，1日1次。

3. 救逆固脱 脉微细欲绝或不能触及者，立即用参附青注射液20ml，加25%葡萄糖液 20毫升，静脉缓慢推注；或枳实注射液5~10ml，加25%葡萄糖液 20ml，静脉缓慢推注。

4. 开窍醒神 清开灵注射液 10ml加入 25%葡萄糖液 20ml，静脉注射，1~2小时重复一次，连续3~5次；或用清开灵 40~60ml 加入 10%葡萄糖 500ml 中，静脉滴注，每日2次；或醒脑静注射液30ml加入5%葡萄糖液250~500ml，静脉滴注，每日1~2次。

(二) 针灸

本疗法具有开窍醒神、疏通经络、调和气血、平衡阴阳的作用。常用穴位如下。

1. 针刺 素髻、内关、少冲、少泽、中冲、涌泉。中度刺激，并留针，间断捻转，收缩压升至10.64kPa以上时，延长间断捻转时间，使血压稳定在10.64kPa以上时，即可出针。神昏者，加刺人中、足三里、十宣；阳脱者，轻度刺激，加用艾条灸关元、百会、神阙。

2. 电针 足三里、合谷、内关。神昏者，加涌泉。电压10.5~14伏、频率106~120次。轻者一个电针，一个穴位。重者两个电针，两个穴位。

3. 耳针 肾上腺、升压点、皮质下、心、交感等。还可配用下列穴位：甲状腺、激素点、神门、肺、肝等。两耳交叉取穴，留针1~2小时，效果不明显时加用配穴。

三、西药治疗

1. 纠正低血容量 各型休克均有循环容量不足之现象，应及时补液，以改善微循环的灌注。补液种类的选择根据具体病情决定，临床上常用的有生理盐水或复方氯化钠溶液，或低分子右旋糖酐等。其补液量一般为2000~4000ml。

2. 提高血压水平 循环容量已经补足而血压仍未回升，休克未改善或恶化者，选用拟交感神经类药物，提高血压水平，如间羟胺10~30mg加入5%葡萄糖液100ml内静脉滴注；去甲肾上腺素0.5~1.0mg加入5%葡萄糖液中，每分钟静脉滴入20滴（如加入酚妥拉明0.5~1.0mg，可减轻本药血管外溢时引起的局部组织损伤）。多巴胺10~30mg加入5%葡萄糖液100ml中，静脉滴注，或与间羟胺合用，两者比例为1:1或2:1；多巴酚丁胺12.5~25mg加入5%葡萄糖液100ml中静脉滴注；苄胺唑啉10~20mg加入5%葡萄糖液100ml中静脉滴注，每分钟10~20滴，为防止血压明显下降，可与去甲肾上腺素、间羟胺或多巴胺合用。

此外，临床上在扩容治疗的基础上，较常用的改善微循环灌注的药物，如氟丙嗪、阿托品、654-2以及其他血管扩张剂。

3. 肾上腺皮质激素 近年来较广泛地应用于各型休克病人，一般可选用氢化可的松200~400mg或地塞米松10~20mg，静脉给药。

4. 对症处理 及时纠正缺氧、电解质紊乱、酸碱失衡以及维护机体重要脏器的功能。

5. 中药稳压 为防止和减轻对升压药的依赖作用，在用西药升压时有时会遇到升压药不易撤去的情况，可采用中药稳压汤治疗，药用熟附片9g，黄精30g，生甘草20g，水煎服，以易于减少或撤去升压药物。

6. 病因治疗 在对休克病人进行一般治疗的同时，还应针对各种不同类型休克的病因疾病，及时进行救治。其病因疾病的治疗特点，可参阅各疾病的有关章节。

【辨证施治】

1. 热耗气阴证 发热烦躁，口渴汗出，神疲气短，舌质红，苔黄少津，脉细数无力。治法以解毒清热，益气养阴为主。主方用生脉散加味。药用西洋参（或太子参）、麦冬、五味子、金银花、黄芩、蚤休、生甘草等。若高热神昏者，加生石膏、知母、石菖蒲；或加用安宫牛黄丸一粒，口服。若大汗大渴者，加山茱萸、知母。

针剂用参麦注射液 20ml 加入 25% 葡萄糖液 20ml，静脉推注，10~15 分钟后可重复 1 次，连续 3~5 次，或 50~100ml 参麦液加入 5% 葡萄糖液 250~500ml，静脉滴注，直至病情好转。

2. 阳气暴脱证 神志淡漠，面色苍白，四肢厥冷，冷汗淋漓。舌质淡，脉微弱欲绝。治法以回阳救逆，益气固脱为主。主方用参附汤加味。药用红参、炮附片、干姜、山茱萸、甘草。

针剂用参附注射液或参附注射液，用法同前。

3. 津血衰竭证 神志恍惚，面色潮红，汗出如油，口渴欲饮，饮不解渴。舌光干枯无苔，脉虚数或结、代。治法以增液养血，育阴潜阳为主。主方用三甲复脉汤加减。药用牡蛎、鳖甲、龟板、生地、麦冬、玄参、山茱萸、五味子、肉桂、炙甘草等。

针剂用参麦注射液，用法同前。

4. 阴阳俱脱证 神志昏迷，目呆口张，瞳孔散大，息促气短，汗出如油，舌蹇囊缩，肢身湿冷。舌质淡暗，脉微欲绝或不能触及。治法以益气温阳，补阴固脱为主。主方用四逆汤合生散散加减，药用制附片、干姜、炙甘草、肉桂、红参、麦冬、五味子、牡蛎、龟板等。

针剂用参附青或参附注射液与参麦注射液合用，用量用法同前。

以上四证若兼见口唇青紫，皮肤瘀斑，舌紫，脉沉涩，此乃有气滞血瘀之候，可加枳实、川芎、丹参、红花等。或用丹参、复方丹参注射液 20~30ml 加入 5% 葡萄糖液 250ml，静脉滴注。亦可用川芎嗪注射液，静脉滴注。

【护理措施】

1. 早期发现，及时严密观察。在脱厥的早期进行抢救治疗，大多可予挽回，故早期发现甚为重要。一旦发现，则必须严密观察，正确而及时掌握病情变化，以制定合适的治疗方案。

2. 厥脱患者宜于静卧，忌于搬动，一般采用平卧位，吸入氧的浓度为 40% 左右，流量约 1~2 升/分钟。

3. 立即建立静脉通道，以便采血、输液以及药物输入。对神志不清，呼吸道有阻塞者，考虑气管切开，使用呼吸球囊和呼吸机。

4. 根据病情调整输液速度，原则上初起宜快，以后重点观察神色、呼吸、脉搏、尿量等变化，而对输液进行及时调整或更换。

(1) 望神色：患者躁烦不宁，或神情淡漠，反应迟顿，甚至瞳孔散大，呼之不应，多属病情加重；颜面苍白，肤色发青，多属病情危重。

(2) 观呼吸：呼吸急促，鼻翼煽动，张口抬肩，多属危急之兆。

(3) 查脉搏：脉搏的变化与病情密切相关。脉微弱而细，沉细结代，或若有若无，甚者不能触及，多为病进，警惕阴阳离绝。

(4) 记尿量：尿量的多少，关系病情的变化。若每日尿量少于 500 毫升，表示厥脱未复；若尿量逐日减少，表示病情逐渐加重。

5. 建立特别护理记录, 根据病情按照医嘱每半小时至四小时记录一次, 如神志、面色、呼吸、体温、血压、心率、心律、瞳孔、尿量、脉象、舌苔等。

6. 注意保暖, 保护皮肤清洁干燥。

附. 【疗效评定标准】

1. 临床治愈 血压回升, 厥脱改善, 病情稳定。

2. 显效 用药后 3 小时内血压回升, 24 小时内厥脱改善, 24 小时内病情稳定。

3. 有效 用药后 3 小时内血压回升, 24 小时内厥脱改善, 或 48 小时内病情稳定。

4. 无效 用药后血压不回升, 厥脱不改善, 病情不稳定。

5. 加重 用药后病情由早期转为晚期, 或轻度变为重度, 或呈现精、气、神将绝, 阴阳离绝征象。

注: 1. 血压回升 收缩压较治疗前回升 2.66kPa 。

2. 厥脱改善 脉搏较前有力, 收缩压大于 10.7kPa , 脉压差大于 2.66kPa , 指压再充盈时间小于 2 秒, 或甲皱微循环改善, 神志较清, 尿量增加, 大于 30 毫升/小时。

3. 病情稳定 停药后血压和症状稳定改善。

第十二章 急性吐泻

急性吐泻是急骤的呕吐和泄泻的合称，主要是指猝然间发生上吐下泻，吐泻交作，腹部疼痛为特征的一类病证。由于本病具有起病急骤，发于顷刻之间，且挥霍撩乱，乱于胃肠的特点，因此乃可归属于中医广义的霍乱范畴。

本病在西医学中，多为各种原因引起的急性胃肠炎，其中尤以细菌性食物中毒为常见。另外传染病的霍乱、副霍乱亦属本病讨论范围。至于其他原因所致食物中毒，如毒草、毒鱼、汞、砷等中毒，虽然也常见急性吐泻证候，但治疗处理，各有不同，可参考急性中毒或有关章节内容。

【病因·病史】

一、病因

饮食不慎及感受时邪为本病之主要因素。由于饮食不洁，或恣食生冷，或暴饮暴食，脾胃受伤；或感受暑湿秽浊，或因贪凉露宿而寒湿入侵，因此，时邪与饮食相合，戕伤脾胃，升降失调，清浊相干，乱于胃肠，挥霍撩乱，而吐泻并作。

西医学认为，细菌性食物中毒，系由进食被细菌及其毒素所污染的食物而引起的急性感染中毒性疾病。霍乱则为霍乱弧菌所致的烈性肠道传染病。由于霍乱弧菌产生的肠毒素刺激小肠过敏过度分泌，剧烈的吐泻导致水和电解质大量迅速丢失而发病。

二、病史

1. 饮食不慎史 是否进食霉腐、变质、生冷或未熟透的动物性食品，或有可能被污染的不洁饮食物。不洁食物的种类与致病菌有一定的关系，应加以注意。另外，因进食者集体发病是细菌性食物中毒的重要特点。

2. 流行病学史 霍乱流行季节，对可疑患者，应注意近一周左右是否到过疫区；是否饮用过被病人的吐泻物和带菌者的粪便所污染过的水源（河水、井水）；是否与病人有生活接触，食用过污染的食品等。

3. 吐泻情况 进食可疑食物距吐泻发生的时间，吐泻物的性状，数量的多少，剧烈程度以及吐和泻发生的先后秩序，伴随症状如腹痛、发热的有无等，对于本病作出诊断和估计病情，均有重要价值。

【诊断要点】

1. 发病季节，本病好发于夏秋季节，每年的6~10月之间。

2. 一般均有饮食不慎病史，且往往同食者集体发病。如属霍乱病，则有相应的流行病学史。

3. 临床表现主要是急骤起病，腹痛，泄泻、呕吐、失水、畏寒及发热等，根据病情，可划分为真霍乱与类霍乱。

(1) 真霍乱：急起发病，潜伏期一般1~3天，以急剧泄泻、呕吐开始，大便先为泥浆样或稀水样，尚有粪质，迅速成为米泔水样或无色透明水样，无粪臭，含大量片状粘液，全病程中病人排出的大便量可为体重的两倍。呕吐一般发生在严重泄泻之后，呕吐物先为胃内容物，以后为米泔水样和清水样。轻型患者亦可无呕吐。霍乱患者腹痛多数不明显，亦多无发

热。

(2) 类霍乱：急速起病，潜伏期在2~30小时不等，发病常有腹痛，泄泻，呕吐，失水，畏寒，发热等。腹痛较为严重，呈阵发性绞痛，位于上腹部、脐周或回盲部。泄泻每日3~20余次不等，多为黄水样或洗肉水样便，少数患者有脓血样便。呕吐多先于泄泻，呕吐之先常有恶心，吐出食物及酸水，剧者可见胆汁、血液。吐泻量和频剧程度颇不一致，一般较真霍乱轻，多伴有发热。

(3) 霍乱与几种常见细菌性食物中毒的临床表现比较表，见之如下。

霍乱、细菌性食物中毒临床表现比较表

	霍乱、副霍乱	沙门氏菌属食物中毒	副溶血性弧菌(嗜盐菌)食物中毒	变形杆菌食物中毒	葡萄球菌食物中毒
病 史	一周内有被感染或密切接触史	1、同食者集体发病 2、可疑食物多为动物性食品	1、同食者集体发病 2、可疑食物多为海产品、腌渍品	1、同食者集体发病 2、可疑食物多为鱼、虾	1、同食者集体发病 2、可疑食物多为变质、不洁食品
潜 伏 期	1~3天	4~24小时	2~30小时	3~20小时	2~5小时
呕 吐	剧烈，呈米泔水样，清水样，或有咸味，偶有洗肉水样，先泻后吐，不恶心	呕吐食物、胆汁等，先吐后泻	呕吐食物、胆汁等，先吐后泻	呕吐食物、胆汁等，先吐后泻	呕吐食物、胆汁等，先吐后泻，呕吐较著，可混杂血液
腹 泻	先为黄水样便，后转为米泔水样或清水样，量多而频繁，不臭	黄水样，偶有脓血，量较多，1日数次，~30次，带有恶臭	黄水样，亦可见洗肉水样，脓血样便，每日约3~20余次，量较多	水样便，每日数次~10余次，恶臭	黄水样便，可有粘液
便后畅快感	明显	无	可有	无	无
腹 痛	无或轻度	有	显著	显著	有
体 温	肛温正常或稍升高，体表温度下降	升高较明显	升高	升高，多在39℃以上	正常或升高
病 程	5~7天	2~4天	1~7天	1~2天	1~2天

4. 津伤液脱程度的判断。由于本病大多数患者均有明显的吐泻症状，病人可迅速出现津伤液脱，大量的水和电解质的丧失，而呈现出失水和周围循环衰竭，病人烦躁不安，口渴声嘶，呼吸增快，神态淡漠，眼球下陷，面颊深凹，手指皱瘪，皮肤寒冷，弹性消失，腓肠肌及腹直肌痉挛等。由于津伤液脱的程度不同，而病情轻重有别，因此应通过临床观察，加以估计，详见下表。

5. 细菌学检查。综合分析病史和临床表现，对细菌性食物中毒多可作出诊断。如有必要区别致病菌，则需以可疑食物、呕吐物或大便作细菌培养加以确定。对霍乱可疑患者必须作细菌学检查，可以采用悬滴检查、连接涂片染色、细菌培养等明确诊断。

【鉴别诊断】

1. 急性菌痢 与本病的发病季节相同，并均有腹泻，但痢疾除伴腹痛外，里急后重明显，大便呈脓性或脓血、粘冻状，量少，呕吐不明显。细菌学检查，通过大便细菌培养出痢疾杆菌则可以确诊。

2. 非细菌性食物中毒 包括生物性如毒蕈、白果、发芽马铃薯、亚硝酸盐类植物、乌头、河豚、鱼胆中毒；化学性如急性铅、汞、砷中毒等，都可见急性吐泻症状，其鉴别要点在于详细地询问病史，进而确定其所服毒物的种类。此外，各种中毒都有其较为特殊的临床表现，

急性吐泻失水程度判断表

	轻度失水	中度失水	重度失水
意识	无变化	呆滞或烦躁不安	极度烦躁或软弱，甚则神志不清
音哑	无	嘶哑	失声
皮肤	稍干，弹性略差	干燥，缺乏弹性，易于抓起	弹性全无，抓起后久久不易恢复
发绀	无	存在	明显
眼球	稍凹	明显下陷	深陷，眼不能闭紧
腓肠肌	无痉挛	时有痉挛	明显痉挛
指颧	不皮	皱瘪	干瘪
脉象	尚正常	细数	微弱而数，甚或摸不到
每日尿量	略有减少	<600ml	200ml以下或无尿
每日吐泻量	<1500ml	1500~3000ml	>3000ml

根据不同的特征，以资鉴别。某些中毒如铅、汞、砷中毒，可以查尿或血中毒物的含量，加以诊断。

3. 其他 临床上具有吐泻症状的疾病很多，如肠炎（细菌性、病毒性）而伴呕吐者，因其呕吐不显著而有别于本病。肠弯曲菌病虽然有吐泻症状，但多出现在头痛、发热、肌肉酸痛等先兆症状之后，也与本病不同，大便细菌培养可助确诊。另外，在某些疾病过程的某个阶段，可见到吐泻症状，如恶性疟疾胃肠型、慢性肾功能衰竭等，亦不应归属本病。至于单纯的呕吐或泄泻，自然又另当别论。

【急救处理】

一、补液疗法

危重者必须立即进行补液，可以边检查边治疗。即使是轻度或中度的患者，及时适当的液体和电解质的补充亦是取得满意治疗效果的关键。

（一）纠正脱水

1. 静脉补液 按轻、中、重型病人的不同，在24小时内的补液量分别为3000~4000ml、4000~8000ml和大于8000ml。静脉补液的处方，可按每1000ml注射用水内含氯化钠5g，碳酸氢钠4g和氯化钾1g而配置。输液量和输入速度根据失水程度而定，病情严重者每分钟入液量可达50~100ml，待桡动脉搏动增强，血压上升后，再减慢速度。血压正常后，用3:2:1液（5%葡萄糖液3份、生理盐水2份、 $\frac{1}{6}$ 克分子乳酸钠或1.4%碳酸氢钠1份）静脉滴注。

2. 口服补液 适用于病情较轻或重症病人病情稳定之后的补液。口服补液配方如下：每1000ml水内含葡萄糖20g，氯化钠3.5g，碳酸氢钠2.5g和氯化钾1.5g。补液加温后口服或经鼻饲管注入，口服液量在第一个6小时成人每小时700ml，儿童每小时每公斤体重15~25ml，以后每6小时口服量即按前一个6小时出液量的1.5倍计算。呕吐者亦非口服补液的禁忌。

（二）纠正电解质紊乱

钠离子的补给在前面的补液中已经说明，下面主要介绍补钾、补钙的方法。

1. 补钾 分轻、中、重度缺钾，每天应分别补入 3、6、9 g 氯化钾。若尿量正常，尚须加入生理需要量，相当于 3 g 氯化钾。轻度缺钾者，以口服补给；中、重度缺钾者则一半静脉滴注，一半口服给予。静脉滴注的浓度一般不超过每 1000ml 3 g 氯化钾，速度不宜过快。休克、急性肾功能衰竭而无尿者，慎补或不补。

2. 补钙 低血钙症者，可予 10% 葡萄糖酸钙 10~20ml，静脉缓慢注射。

(三) 纠正酸中毒

代谢性酸中毒者，输入碳酸氢钠、乳酸钠溶液。如用 5% 的碳酸氢钠，可按以下公式计算： $0.5 \times \text{体重(kg)} \times [\text{正常 } \text{CO}_2\text{CP(mEq/L)} - \text{患者 } \text{CO}_2\text{CP(mEq/L)}] = 5\% \text{ NaHCO}_3(\text{ml})$ 。

二、辟秽泄浊

(一) 专方专药

1. 红灵丹、行军散 功效清热化湿辟秽。二者任选一种，每次 0.3~1 g，口服，每日 4 次。秽浊偏盛者，用玉枢丹 0.6~1 g，姜汁数滴，和水调下。

2. 纯阳正气丸、辟瘟丹 功效散寒燥湿，芳香化浊。前者每次 1.5~3 g，后者 0.6~1 g，每日 4 次，口服；同时均可加用藿香正气丸 5~10 g。

(二) 热敷、薄贴

1. 吴茱萸、青盐各 50 g，研粗末，炒热，布包敷脐下腹部。功效温通阳气。
2. 小茴香、花椒壳、葱白、青盐等分同捣，炒热，布包敷腹部。功效辛香温中通阳。
3. 白胡椒 0.6 g（或丁香、肉桂 0.3~0.6 g）捣碎，填脐中，用小膏药封之。功效散寒温通。

三、针灸

(一) 针刺

毫针刺中脘、内关、足三里，重刺激；吐甚加合谷，泻甚加天枢，腹痛甚加公孙、气海。转筋、拘急者，刺承山、曲池，或四肢阿是穴。

(二) 灸法

取神阙，食盐填满，上盖复蒜片，再用大艾炷团灸 3~7 壮，然后再灸中脘、天枢、关元、气海、足三里、大肠俞。功效散寒止痛。

四、刮痧

对于吐泻腹中绞痛，欲吐不吐，欲泻不泻，转筋者，可用此法。刮痧部位：背部脊柱两侧，前胸肋两旁、胸骨两侧、上肢肘部、下肢膝窝。取瓷汤匙，或硬币，蘸植物油，自上而下，力量适中而刮之，以刮出红紫色为度。

五、西药抗生素药物的应用

(一) 霍乱

本病患者经正确的补液，多可获愈，但抗生素药物的应用可明显地使病程缩短和粪便排量减少，并使病菌较快地自粪便中消失。不过，抗生素药物的应用，并不能代替补液疗法。

首选药物为四环素，成人每日 1.5~2.0 g，分 3~4 次口服，连服 2 天。亦可选用四环素族的强力霉素，顿服 200~300mg，或首日 200mg，次日 100mg。此外，尚可用氯霉素胶囊、红霉素、氟哌酸、复方磺胺制剂等治疗。

(二) 细菌性食物中毒

本病如果病情较重，应使用抗生素药物治疗。沙门氏菌属食物中毒者可选用氯霉素、氨

苜青霉素、复方新诺明等。副溶血性弧菌食物中毒者可选用氯霉素、四环素等。变形杆菌食物中毒者可选用氯霉素、庆大霉素等治疗。

【辨证施治】

1. 湿热证 突然吐泻交作，呕吐如涌，初为食物，继见粘液，或夹胆汁、血色，便下稀黄如糜，或如水样，杂有泡沫、粘液，或如米泔水，臭秽难闻。腹中绞痛，筋脉拘急，发热，身倦口渴，小便短赤，舌苔浊腻而黄，舌边尖红，脉濡数。治法以芳香泄浊，清化湿热为主。主方用燃照汤、蚕矢汤加减，药用藿香、佩兰、法半夏、黄芩、黄连、木香、豆卷、葛根、蚕砂、木瓜、白芍、益元散、荷叶等。若吐泻转筋者，取吴茱萸、木瓜、蚕砂为转筋要药。若吐泻无度，目凹声嘶，指螺干瘪，汗出粘手，舌卷囊缩者，取人参、麦冬、石斛、白芍、乌梅、石膏，以益气养阴。

2. 寒湿证 暴起吐泻，吐出食物、清水，泻下清稀，色淡黄，不甚臭秽，甚则吐下如米泔水，或如洗肉水样，腹痛肠鸣，恶寒不发热，四肢清冷，舌苔白腻，舌质淡，脉濡弱。治法以芳香泄浊，燥湿散寒为主。主方用藿香正气散合纯阳正气丸加减。药用藿香、紫苏、白芷、桔梗、法半夏、茯苓、厚朴、纯阳正气丸等。若吐泻不止，面色苍白，目陷螺瘪、手足逆冷、筋脉挛急者，取人参、附子、白术、干姜、甘草，以温中回阳。

3. 干霍乱证 猝然腹中绞痛，欲吐不得吐，欲泻不得泻，烦躁闷乱，面色青惨，四肢厥冷，头汗，舌青，脉沉伏，俗称“绞肠痧”。治法宣通壅滞，辟秽泄浊为主。主方用玉枢丹，同时用烧盐方探吐，或三物备急丸 1~2 g 口服导泻。

【并发症及处理】

本病常出现厥脱、癃闭以及急性心力衰竭等，可参考有关章节处理。

【护理措施】

1. 隔离。霍乱患者应严密隔离，对可疑患者亦应隔离观察，患者吐泻物皆应消毒处理，作好疫情报告。细菌性食物中毒患者的吐泻物亦应消毒处理。
2. 饮食。吐泻严重者暂停进食，症状缓解后进流质饮食。鼓励患者多饮淡盐水。
3. 输液。快速静脉补液应避免速度过快而诱发急性肺水肿；静脉补钾的速度亦不宜过快。
4. 计 24 小时的出入量，为估计病情和治疗提供依据。密切观察患者的血压、呼吸、脉搏、神志、皮肤等的异常变化。

附 篇

第一章 心跳骤停

心跳骤停，一般又称为“心动骤停”、“心脏骤停”、“猝死”、“心肺骤停”等。主要是指任何原因所致的有效循环意外地突然停止，也指心电消失和心搏停止而言。病人过去可有或无心脏病史，以急性症状起始的1小时内突然意识丧失为先兆，在发病后1~6小时死亡。如能及时采取正确有效的心肺复苏措施，病人可能得救而存活，因此，在此紧急的生死关键时刻，应争分夺秒地进行抢救工作。

【病因病理】

一、病因

1. 各种心脏病 其中以冠心病为多见，冠心病心跳骤停死亡者约40%。高血压性心脏病、风湿性心脏病、心肌病及其他原因的心脏病中，约有20%是心跳骤停死亡。
2. 休克 药物过敏性休克死亡多见，其次是感染性休克、心源性及失血性休克等猝死。
3. 电解质紊乱 如高血压症、低血压症、严重酸中毒等。
4. 药物中毒及过敏反应 如应用洋地黄类药物、奎尼丁、安眠药等药物之后；药物过敏则可见于注射青霉素、链霉素、庆大霉素、普鲁卡因以及某些血清制品等药物后而出现的过敏性休克。
5. 手术操作及麻醉意外 心血管造影、心导管检查、支气管造影、气管插管、气管切开、胸腔手术，以及全身麻醉过深、高位腰麻、硬脑膜外麻醉，药物误入蛛网膜下腔内等麻醉意外等，均可引起心跳骤停。
6. 意外事件 严重创伤、电击、淹溺、窒息等。

二、病理

1. 缺氧 心跳骤停后，全身氧的供应也就停止，人体各系统组织对缺氧的耐受性不一，最敏感的是中枢神经系统（尤其是大脑），其次是心肌，再次是肝和肾脏。如心跳骤停后抢救不及时，脑及心、肾等脏器的缺氧性损伤变为不可逆性时，便失去复苏的机会。
2. 二氧化碳潴留 是心跳骤停的恶性循环中的重要环节之一。二氧化碳潴留可抑制心肌，出现传导阻滞，心缩无力，舒张期延长；合并酸中毒时可以出现完全抑制状态，阻抑了心肌活动及其传导性和自律性。
3. 电解质紊乱 无论何种病因、何种机理之心跳骤停后，体内立即发生酸碱度和电解质的急剧变化，细胞内酸中毒，细胞外钾浓度增高，最终发生细胞死亡和自溶，进入生物学死亡阶段。

【诊断要点】

心跳骤停造成血循环立即停止，由于脑组织对缺氧最敏感，临床立即表现出循环系统和神经系统的症状，依次可出现下列症状和体征。

1. 心音消失。
2. 脉搏（包括颈和股动脉）扪不到，血压测不出。
3. 突然意识丧失，或伴抽搐。
4. 呼吸断续，呈叹息样，随即停止。
5. 昏迷。
6. 瞳孔散大，皮肤粘膜发绀。

心跳骤停的临床诊断必须迅速及时，根据心跳骤停的最主要特征——意识丧失和大动脉搏动消失，即可判断和证实，不应过分强调其他体征。

【急救处理】

无论何种原因引起的心跳骤停，皆可立即危及生命，因此，应迅速采取简单而可靠的方法，进行现场的复苏抢救工作。

一、拳击复律

由于心跳骤停以心室颤动最为多见，在无证据否定之时，应认为心跳骤停系由心室颤动所致，立即进行拳击复律。以手握拳从 20cm 到 25cm 高度，坚定地给胸骨的中、下 1/3 段交界处一或两叩击。若病人未能立即出现自发的脉搏并开始呼吸，则应放弃拳击。

二、胸外心脏按压

目的是通过有顺序的、手控的胸壁按压，维持重要器官的灌注。具体操作技术详见附录《胸外心脏按压术》。

在胸外按压的同时，必须立即进行人工呼吸。口对口人工呼吸法简而易行，效果较好。具体方法详见附录《口对口（或鼻）人工呼吸术》。单作人工呼吸而不进行心脏按压，或是单作胸外心脏按压而不进行人工呼吸都是错误的，因为心跳骤停后，随即呼吸也停止。常规的心肺复苏方法要求，当两人进行抢救时，每 5 秒钟使肺扩张一次，而只有一人进行口对口通气和胸外按压时，每 15 秒钟使肺扩张两次。

三、除颤和复律

迅速恢复有效心律是复苏成功的关键一步，应该尽量减少延误。有条件的情况下，在心电监测仪器上发现心室颤动或快速室性心动过速时，应立即用 200J 电能（如无效，可改用 300 或 360J）进行心脏电除颤。第一、二次电除颤不能成功地恢复有效的心律是预后不良的征象，但不应放弃复苏的努力。

在此同时还应集中注意力于通气和矫正血液生化异常，努力使心脏可能再建立稳定的心律，即改善氧合作用，纠正酸中毒，和改善原来的电生理情况。当进行心肺复苏时静脉注射 1mmol/kg 的碳酸氢钠对酸中毒病人（特别是电除颤效果不佳者）可能有利。在心肺复苏过程中每 10~15 分钟可重复该剂量的一半。

四、药物治疗

心跳骤停后，用于心脏复苏的药物种类很多，选择药物与复苏成功与否有密切的关系，同时还应注意疗效与副作用均要兼顾。

1. 肾上腺素 对于心室仍在颤动中的病人，首先用静脉注射肾上腺素 0.5~1.0mg (1:100000, 5~10ml)，并应重复电除颤。在复苏期间可以重复此剂量的肾上腺素，每 5 分钟 1 次。

只有在不能通过静脉内或气管内给药的情况下才由心内途径给药。

2. 利多卡因 在复苏期间通过静脉内用利多卡因可能得到心脏的电稳定。作为常规,应给所有的病人静脉内注入利多卡因 1mg/kg 体重。对复苏仍未成功或不稳定性的电活动持续存在的病人,2 分钟后重复此剂量。随后用利多卡因静脉滴注维持,速率为 1~4mg/min,视病人的年龄、身材和其它因素而定。

3. 普鲁卡因酰胺和溴苄胺 多次电除颤失败是使用抗心律失常药物的指征。

普鲁卡因酰胺 100mg 静脉注射,每 5 分钟 1 次,总量在 100~300mg 后,可控制心律失常,继而用 2~4mg/min 的速率持续滴注。溴苄胺首剂 5mg/kg 体重,静脉注射,接着再次试图电除颤,可再用此药,每 15 分钟 1 次,直到最大剂量 25mg/kg 体重。

4. 阿托品和异丙肾上腺素 对于缓慢心律失常和心搏停止引起的心跳骤停病人的处理不同于心室颤动。通常用肾上腺素 0.5~1.0mg 和阿托品 0.6~2.0mg,静脉注射,试图引起自发的电活动,或提高心动过缓的心率,或静脉滴注异丙基肾上腺素,剂量直至 15~20μg/min,但其功效有限。静脉通路未建立时,用肾上腺素 1mg(10ml 1:10,000 溶液)由心内途径注入,但必须注意避免冠状血管或心肌撕裂的危险。

五、心脏复苏后的处理

心搏恢复后有再次心跳骤停的危险,并可能有继发性脑、心、肾脏的损害,因此应积极防治心跳骤停的原发疾患,维持有效的循环和呼吸功能,维持水、电解质和酸碱平衡,防治脑水肿和急性肾功能衰竭,防治继发感染。

1. 防治脑水肿 意识丧失的病人的治疗主要是维持正常或轻微提高的平均动脉压,降低颅内压,提高脑的灌注。

(1) 冬眠降温:以物理降温为主者,可在颈部、腹股沟、腋下等大血管处放置冰袋或冰水毛巾;亦可用冰帽。

可加用冬眠药物,冬眠灵、非那根各 25mg 加入 5% 葡萄糖液 250mg 中静脉滴注,每 6~12 小时 1 次。

(2) 脱水利尿:选用渗透性利尿剂间歇性快速静脉滴注。一般用 20% 甘露醇(或 25% 山梨醇) 250ml 静脉滴注,每 6~8 小时 1 次,好转后可改为半量使用。同时辅以速尿、白蛋白或糖类肾上腺皮质激素抑制在渗透性利尿剂使用间歇期中的“反跳现象”。

(3) 镇痉:可选用安定 10~40mg 肌肉注射或静脉注射;苯巴比妥钠 0.1~0.2g 肌肉注射。

2. 防治急性肾功能衰竭 在心脏复跳后,应留置导尿管,记录每小时尿量,如每小时尿量少于 30ml,则需鉴别肾性或肾前性少尿(由于有效循环血量的不足)。可试用 20% 甘露醇 100~200ml 在 30 分钟内快速静脉输入,若注后 1 小时尿量仍在 20~30ml 以下,可再试用速尿静注。若注射后尿量仍未增加,则提示急性肾功能衰竭,可参照有关章节进行处理。

第二章 心律失常

心脏自律性异常激动传导障碍，均可导致心动过速、过缓、心律不齐或异位心律，统称为心律失常。本章以介绍内科急症中的心律失常为主，在中医内科学中，多列入心悸范畴。

第一节 阵发性室上性心动过速

心房与房室交界处折返激动或自律性增高所致的心动过速，称为室上性心动过速。阵发性室上性心动过速，是一种阵发性快速而规则的异位心律。其特征是突然发作，突然终止。

【病因病理】

一、病因

1. 多为功能性，如情绪紧张、疲劳、吸烟、饮酒、感染、胃肠胀气等均可促成本病发生，患者多属无明显心脏病的正常人。
2. 可见于各种器质性心脏病。常见于风湿性心脏病、冠心病等。

二、病理

电生理研究已经证明，折返是引起大多数阵发性室上性心动过速的机理。折返可发生于窦房结、心房、房室结或大折返回路——包括沿顺行方向通过房室结的正常传导和经房室旁道的逆行传导。

【诊断要点】

1. 呈阵发性发作，并突然停止，每次可能持续数秒钟以至数日。发作时病人感觉心悸、眩晕、心前区疼痛。长时间发作时可出现血压下降；原有心脏病患者可诱发心力衰竭。
2. 心率在 160~220 次/分，心律规则。
3. 运动时心率无影响，压迫颈动脉窦或眼球等方法，可使心率突然恢复正常。
4. 心电图检查。节律规则，一般 P 波与 T 波融合，或出现逆行 P 波。QRS 综合波形态一般正常。

【急救处理】

一、刺激迷走神经

如无低血压病人，刺激迷走神经，尤其是颈动脉窦按摩，能使 80% 的病人发作终止。

1. 眼球压迫法 患者平卧，两眼下垂闭合，用手指压患者的眼球，方法是在眼球上部向后下方压 10~15 秒钟。心动过速中断时，即停止压迫。青光眼或高度近视者禁忌。

2. 颈动脉窦按压法 病人采取仰卧位，医生用拇指向颈椎方向揉压右侧颈动脉窦（颈动脉窦位于颈动脉分叉处，搏动明显；与甲状软骨上沿同一水平面），约 5~15 秒钟，同时密切注意心率变化。心动过速中断时，须立即停止压迫。无效者改压左侧。

3. 用机械方法 如压舌板刺激咽部悬雍垂，诱发恶心呕吐；或取深吸气后屏气，再用力呼气，或深呼吸后屏住气，再用力吸气。

二、针刺疗法

用毫针，取穴内关、通里，配神门、心俞，主配穴交替针刺，弱或中等刺激。亦可采用

耳针，取穴心区、神门，埋针2~4小时。

三、药物治疗

上述处理无效时，可选用下列药物。

1. 新斯的明 用0.5~1mg皮下或肌肉注射。有器质性心脏病或支气管哮喘者忌用。由于可引起腹痛或肠鸣亢进，一般较少使用。

2. 抗心律失常药 首选为维拉帕米，用2.5~10mg静注。普萘洛尔，0.5~1mg静注（5~10分钟注完）。

洋地黄适用于有器质性心脏病，且两周内未用过这类药物者，但起效缓慢。普鲁卡因酰胺，口服0.5~1.0g，每日3~4次，或0.25~0.5g肌肉注射，每2~3小时1次。奎尼丁亦可使用，但副作用较多，用药期间须密切观察。

四、电复律

药物治疗无效者，可采用同步直流电复律，主要适用于伴有严重血流动力学障碍的病人。

五、预防复发

用主要作用于慢通道的药物（如洋地黄、 β 阻滞剂、钙拮抗剂）或作用于快通道的药物（如奎尼丁）通常能预防房室结折返。

第二节 阵发性室性心动过速

室性心动过速，简称室速。连续3个或3个以上的心室异位激动，频率大于或等于每分钟100次所构成的心律失常，称之为阵发性室性心动过速。突然发作，突然中止是其特征。

【病因病理】

一、病因

阵发性室性心动过速绝大多数见于严重和广泛心肌病变的患者，最常见于冠心病，特别是并发有急性心肌梗塞的患者。亦见于急性心肌炎和原发性心肌病，低血钾、QT延长综合征和药物如奎尼丁、锑剂、酚噻嗪类中毒等。

二、病理

连续折返可产生一系列频率高而有规律的冲动，分别形成异位心搏和阵发性心动过速。浦肯野纤维与心室肌纤维交接处或浦肯野纤维网内部的环行折返（又称微型折返），可形成阵发性室性心动过速。

【诊断要点】

1. 临床表现为骤发骤停，发作时气急，心前区疼痛，血压降低，甚至休克或昏厥。
2. 心率150~200次/分，心律大致规则，第一心音强弱不等。刺激迷走神经对心率无影响。严重者可发展为室性颤动。
3. 心电图 心室率150~200次/分，节律可略有不规则；快速的连续3个或3个以上的室性异位激动；QRS波群增宽，时限一般 ≥ 0.12 秒；室速的起始常突然，阵发性室速常由一次室性早搏发动。

【鉴别诊断】

阵发性室上性与室性心动过速较为相似，其共同特征是心率快而基本规则，心率大多在每分钟160~200次之间，且均有突然发作和突然中止的特征。

不同的是阵发性室上性心动过速的心律绝对规则，但伴有房室传导阻滞时心率可仅略增快且律不规则，兴奋迷走神经的措施常能中止发作，第一心音强度不变；而阵发性室性心动过速的心律可略不规则，兴奋迷走神经不能中止发作，心尖区第一心音强度可有轻微不等，同时发作时休克、昏厥、阿—斯综合征或心力衰竭的表现更为显著。

【急救处理】

一、急性发作的治疗

阵发性室性心动过速，常引起严重循环障碍，甚至发展为心室颤动，必须紧急处理。可选用下列药物治疗，若伴有休克，可先给予或同时给予升压药。

1. 利多卡因 50~100mg 静脉注射，1~2 分钟内注完；必要时每 5~10 分钟再给 50mg，共 2~3 次，有效后以每分钟 1~4mg 的速度继续静脉滴注。

2. 普鲁卡因酰胺 0.5% 普鲁卡因酰胺溶液静脉滴注，每分钟 5~10mg，总量不超过 1~2g；或直接缓慢静脉推注 200mg，每隔 5~10 分钟再注射 100mg，总量不超过 1.0~1.2g。用药时注意血压和心电图的变化，血压下降或心电图 QRS 波群增宽时立即停止注射。

3. 双异丙吡胺 100mg 静脉注射。

4. 苯妥英钠 适用于洋地黄中毒者，150~250mg 溶于 20~40ml 注射用水中，缓慢静脉注射，一般不少用 5 分钟。

5. 同步直流电复律 病情危急时，在使用利多卡因 1~2 剂无效时，立即选用同步直流电复律，但洋地黄毒性反应引起者，不宜使用。

二、寻找和消除与发动和维持室速有关的因素

如抗心绞痛治疗、血管加压药，或钾盐有时可能分别地终止与缺血、低血压、或低血钾有关的室速。矫正心力衰竭亦可能减少室性心律失常的频率。

三、再发的预防

除病因治疗外，并选用下列药物。如奎尼丁每 4~6 小时口服 0.2g，或普鲁卡因酰胺每 4~6 小时口服 0.5g，或双异丙吡胺每 6~8 小时口服 100~200mg 等。

第三节 心房颤动

心房颤动是成人最常见的心律失常之一，亦称为心房纤颤，简称房颤。主要是指起搏点在心房的异位性心动过速，可以分为阵发性和持续性两种类型，前者时发时愈，可见于正常人，后者持续不止达数月以上，阵发性经过反复发作可转变为持久性。

【病因病速】

一、病因

1. 常见于有器质性心脏病的患者，其中以风湿性或非风湿性二尖瓣疾病、冠心病、高血压性心脏病、慢性肺心病、原发性心肌病等最为常见。甲状腺功能亢进者亦可首发此症。

2. 正常人，特别是在情绪紧张时，或在手术、运动、急性酒精中毒之后，可发生阵发性房颤。心肺疾病患者并发急性缺氧、高碳酸血症、代谢或血流动力紊乱，可发生房颤。

二、病理

一个或几个异位起搏点产生的房性过早搏动，在心房内传布过程中发生多发性折返激动，使冲动在心房内无法有规律地传导，而互相割裂，引起心房肌的极不协调的颤动。

【诊断要点】

1. 阵发性发作，自觉心跳不规则，心悸，胸闷，气短，恐慌。持续性可无症状，一般常伴有心衰。

2. 心率快而心律绝对不规则，第一心音强弱不等，脉搏短绌，血压时高时低。

3. 心电图表现。心房活动紊乱，P波消失，代之以大小不等，形态不一且不整齐的心房波（f波）。心室反应极不规则，R-R间期绝对不等，心室率每分钟120~180次。

【急救处理】

一、洋地黄类

发作时心室率快者，宜按病情轻重和心率增快的程度，选用洋地黄制剂，一般用西地蓝0.4~0.8mg加入50%葡萄糖液20ml静脉注射，10分钟推注完。如无效，2~4小时后可再给0.2~0.4mg，每日总量不超过1.6mg。以后采用维持量0.2~0.4mg/天。经此处理，部分病人可能转为窦性心律。其他多有心室率减慢而症状减轻。

二、同步直流电转复

用洋地黄制剂控制心室率稳定而心房颤动仍未停止者，宜考虑同步直流电转复。复律前纠正低血钾，并在1~2天前停用洋地黄制剂。

三、药物转复

在无条件电转复时，可服用奎尼丁。先试服0.1g，观察2小时，如无过敏反应，可每2小时0.2g，共5次，日间服用；每次给药前听诊心脏并测血压及记录有无毒性反应，发现心律已转复或出现毒性反应，立即分别改为维持量或停药。亦可试用乙胺碘呋酮200~600mg，每日2次，复律后改维持量每日200mg。

四、预防复发

心房颤动反复发作，在用电转复和药物转复后，应长期口服奎尼丁维持，剂量为0.2g，每日3~4次，或用普鲁卡因酰胺0.5g，每日3~4次。

第四节 完全性房室传导阻滞

房室间传导障碍，统称房室传导阻滞。按阻滞程度可分为第一度、第二度和第三度（完全性）房室传导阻滞。当窦性或房性冲动不能传导至心室，称为第三度（完全性）房室传导阻滞。

【病因病理】

一、病因

1. 急性心肌炎性变如急性风湿性、细菌性和病毒性心肌炎。急性心肌缺血或坏死性变，如急性心肌梗塞。

2. 药物中毒，如洋地黄、奎尼丁或普鲁卡因酰胺等中毒，或电解质紊乱如高血钾等。

二、病理

急性心肌炎症和炎症所致纤维性变；心脏器质性病变处于临界状态时，迷走神经功能、血供或氧供等可能影响心肌不应期或应激性的因素的细微改变，都能进一步影响传导，形成间断发作型房室传导阻滞。不同病因引起的房室传导阻滞可有不同阻滞部位、阻滞程度和发展规律。心肌弥漫性炎性变、急性心肌梗塞前壁广泛坏死、原因不明的希氏—浦肯野系统纤维

化，都有可能导致完全性的房室传导阻滞。

【诊断要点】

1. 临床表现，可以无症状，或感心悸，自觉心跳缓慢，眩晕，乏力，昏厥或出现阿—斯综合征。

2. 心率慢而规则，每分钟 25~40 次，心音强度常变化，有时第一心音特别响亮，如开炮音。脉压增宽，收缩压增高，颈静脉出现巨大 α 波。

3. 心电图检查。P 波与 QRS 波群相互无关，形成完全性房室分离；心房速率较心室速率快，心房律可以是窦性或异位心律；QRS 波形态正常或变形。

【急救处理】

一、病因治疗

急性感染者给予抗生素，迷走神经张力过高给予阿托品，停用洋地黄、奎尼丁等有关药物，纠正高血钾症等。

二、药物治疗

1. 异丙肾上腺素 每 4 小时舌下含服 5~10mg，病情严重者用 1~2mg 加入 5% 葡萄糖 500ml 中静脉滴注，控制滴速使心室率维持在每分钟 60~70 次。注意过量可引起严重的室性心律失常。

2. 阿托品 口服每 4 小时 0.3mg，必要时肌肉或静脉注射，每 4~6 小时 0.5~1mg。

3. 麻黄素 口服 25mg，每日 3~4 次。

4. 碱性药物 如克分子乳酸钠 60~100ml，静脉推注或滴注，适用于高血钾或酸中毒者。

三、安装人工起搏器

药物治疗无效或阻滞部位为双束支者，心室率缓慢伴心、脑供血不足症状，均应考虑安装人工心脏起搏器。

第三章 急性中毒

中毒是指在劳动生产、日常生活、偶然事故或战时，化学物质进入人体内，在效应部位积累到一定量而产生损害的全身性疾病。中毒可分急性和慢性两大类，主要由接触毒物的量和时间所决定。短时间内接触大量毒物可引起急性中毒；长时间内接触小量毒物可引起慢性中毒。

急性中毒发病急骤，症状严重，变化迅速，若不及时积极抢救可危及生命。因此，诊断要及时而准确，治疗要迅速而恰当。

本章主要介绍临床常见的有机磷杀虫药中毒、药物中毒、一氧化碳中毒、毒蛇咬伤、蜂类螫伤等。

第一节 有机磷杀虫药中毒

有机磷杀虫药广泛应用于农业生产中，目前有 100 余种，杀虫力高，而对人畜的毒性也很强。根据其毒性之大小可分为剧毒类〔如甲拌磷 (3911)、内吸磷 (1059)、对硫磷 (1605)、特普 (TEPP) 等〕、高毒类 (如敌敌畏、甲基对硫磷、甲基内吸磷等) 和中毒类 (如敌百虫、乐果、马拉硫磷等) 三类。

【病因病理】

一、病因

1. 生产杀虫药的过程中，精制、出料和包装时，手套破损或衣服、口罩污染；也可因生产设备密闭不严，化学物品、滴、漏，或在事故抢修过程中，杀虫药通过皮肤和呼吸道吸收所致。

2. 使用杀虫药的过程中，施药人员喷洒杀虫药时，药液污染皮肤或渗透衣物由皮肤吸收，以及从空气中吸入杀虫药所致。配药液浓度过高或手直接接触杀虫药原液也可引起中毒。

3. 生活性中毒主要是误服、自服，或摄入被杀虫药污染的水源和食物。

二、病理

有机磷杀虫药的毒性作用很多，能抑制许多酶，而对人畜的毒性主要是对乙酰胆碱酯酶的抑制，引起乙酰胆碱积蓄，使胆碱能神经受到持续冲动，导致先兴奋后衰竭的一系列的毒蕈碱样、烟碱样和中枢神经系统等症状，严重者可因昏迷和呼吸衰竭而死亡。

【诊断要点】

1. 有口服、喷洒有机杀虫药接触史。

2. 临床表现有以下三个方面。

(1) 毒蕈碱样症状：恶心，呕吐，大汗，流涎，球结膜水肿，瞳孔缩小，双肺湿罗音，肺水肿，呼吸困难，尿失禁等。

(2) 烟碱样症状：骨骼肌兴奋，肌束挛缩，肌纤维颤动，心率加快，血压升高。晚期常因呼吸麻痹而死亡。

(3) 中枢神经系统症状：头晕，头痛，乏力，言语不清，嗜睡，癫痫样抽搐，脑水肿，

脉搏、呼吸均减慢，甚至昏迷。

临床所见中毒患者，上述三组症状往往同时交错存在。轻度中毒者，可仅有头昏、恶心、多汗、瞳孔缩小等表现；中度中毒时，除有上述表现并加重外，可有呼吸困难、呼吸蒜臭味、心率加快、肌肉震颤等；重症患者病情危重，出现休克，昏迷。如不及时抢救常致死亡。

3. 实验室检查。可用各种方法检测胆碱酯酶活力，其中纸片法快速简单，如掌握得当是较有实用价值的方法。此法轻度中毒胆碱酯酶活力 $<70\%$ ，中度中毒 $<50\%$ ，重度中毒 $<30\%$ 。正常值 $>80\%$ 。

【急救处理】

一、一般急救处理

1. 口服中毒者应立即以1:5000高锰酸钾液（若口服对硫磷、乐果者不用）洗胃。或以2%碳酸氢钠溶液（敌百虫忌用）洗胃。洗胃时每次进液量应不超过300ml为宜，宜需转动体位以提高洗胃效果。大量口服毒物的患者，洗胃液量常需超过10000ml，直至洗胃液无蒜臭味为止。

2. 毛发、指甲、皮肤被污染者，首先应立刻离开现场，脱去被污染的衣服，并立即用肥皂水清洗。

3. 在洗胃，拔除洗胃管前，必要时可用番泻叶、芒硝、甘露醇等进行导泻。

4. 因食管痉挛不能送下胃管，或饱食后大量服毒的患者，可剖喉洗胃。

二、特效解毒剂治疗

1. 生理拮抗剂 目前常用的药物有阿托品、654-2、樟柳碱等。其中以阿托品应用最广泛。阿托品主要对抗毒蕈碱样症状，其用量应根据中毒程度及个体差异选定。一般中、重型患者常需静脉给药。首剂5~40mg不等，每隔15~30分钟重复直至阿托品化后（指标：瞳孔散大，口干，皮肤干燥，颜面潮红，肺湿罗音消失，心率加快等）减量。用于重度中毒的首剂剂量有高达100mg者，也有用阿托品直接静滴，二者均不宜提倡。事实上因用超大剂量的阿托品抢救此类患者而致中毒者并非罕见。抢救失败的原因很多，着眼点切勿只限于阿托品用量不足。只要在充分应用活化剂的基础上，对重症患者，阿托品总量控制在250~600mg，是完全可能救治成功的。

近年来，用我国研制的新药苯克磷和长效托宁救治有机磷杀虫药中毒患者，取得满意疗效。有的单位采用苯克磷治疗，轻度中毒首剂0.5~1支，全程平均用药1.5支；中度中毒首剂1~1.5支，全程平均用药3.5支；重度中毒首剂2~3支，全程平均用药6支。一般用肌注即可。首次用药后，间隔4~5小时重复1次。毒蕈碱样症状明显者可加用长效托宁1支，重复此药时亦应间隔4~5小时。自采用此药治疗后，有机磷杀虫药中毒死亡率已由用阿托品时的平均10%降至2%左右。疗效可靠，使用方便，价格相当低廉。

2. 胆碱酯酶复能剂 此类药物包括解磷定、氯磷定、双解磷、双复磷等，又称复活剂。此类药物可恢复被抑制的胆碱酯酶活力。解磷定疗效较差且不能用于肌注。重症患者首剂1.0~1.2g，溶于10%葡萄糖液中缓慢静注，48小时内可重复1~2次，静滴疗效较差。氯磷定优于解磷定，每次0.25~0.75g；双复磷0.25~0.5g，静注或肌注。间隔1~2小时后可根据病情重复使用。极重患者可于24小时内重复3~4次。双解磷副作用偏大，一般少用。应用复能剂时尽可能在48小时以内使用，以免因有机磷毒物使胆碱酯酶老化而难于奏效。

三、对症治疗

有机磷杀虫药中毒主要死因是肺水肿、呼吸肌瘫痪或呼吸中枢衰竭。休克、急性脑水肿及心跳骤停等亦是重要死因。因此，对症治疗以维持正常呼吸功能为重点，例如保持呼吸道通畅，给氧或应用人工呼吸器。肺水肿用阿托品，休克用升压药，脑水肿应用脱水剂和糖皮质激素，以及按情况及时应用抗心律失常药物等。危重病人可用输血疗法以补充胆碱酯酶。

第二节 催眠药安定药中毒

镇静安眠药、弱安定药、强安定药用量过多，都可引起中毒。此类药物包括巴比妥类，水合氯醛、安定、利眠宁等。其诊治方法见下表。

几种催眠药安定药中毒诊治方法

药名	中毒机理	诊断	治疗
巴比妥类	对中枢神经系统有抑制作用，特别是延髓呼吸中枢和血管运动中枢	1. 有大量用药史。 2. 神志恍惚、言语不清、嗜睡、昏迷。瞳孔缩小、眼、舌、手震颤。严重者血压下降、呼吸浅慢、紫绀、潮式呼吸	1. 口服中毒者以1:5000高锰酸钾液洗胃，继以硫酸钠20~30g导泻 2. 深昏迷时，可分别选用印防己毒素1~3mg，静脉或肌肉注射，每15~30分钟1次，或美解眠50~150mg加入10%葡萄糖液500ml中，静滴，也可用戊四氮0.1~0.2g，1次/2小时，肌注，直至四肢活动时停止 3. 血液透析有良好作用。有呼吸抑制时，应慎用呼吸兴奋剂
水合氯醛	抑制中枢神经系统，减弱心肌收缩，可发生呼吸、循环衰竭及急性肝坏死	1. 有大量用药史 2. 头晕、嗜睡、醉汉样表现，呼吸困难、紫绀、心律失常，血压下降及心跳骤停	参照巴比妥类药物中毒
安定	抑制中枢神经系统及心血管系统，可使血管脆性增加，呼吸停顿、心脏停搏	1. 有大量用药史 2. 中毒早期可有中枢神经系统兴奋表现，随后出现嗜睡、共济失调、血压下降、呼吸困难、紫绀、心动过缓、心脏骤停	1. 口服中毒者以1:2000高锰酸钾液洗胃，继以硫酸钠20~30g导泻 2. 有呼吸抑制者吸氧，给予洛贝林，必要时气管切开 3. 血压下降时可用阿拉明，昏迷时加用咖啡因或美解眠 4. 输液并给维生素C、肝太乐等
利眠宁	抑制中枢神经系统及血管运动中枢	1. 有大量用药史 2. 嗜睡、呼吸抑制、心跳减慢及昏迷	参照以上中毒治疗

第三节 一氧化碳中毒

一氧化碳中毒，又称煤气中毒。一氧化碳(CO)是无色、无臭、无味的气体，由于忽视煤气管道的密闭和环境的通风等预防措施，吸入过量的CO后，可发生一氧化碳中毒。

【病因病理】

一、病因

1. 在工业中，炼钢、炼焦、烧窑等生产过程中，炉门或窑门关闭不严，煤气管道漏气都可逸出大量CO；在室内试车或火车通过隧道时，空气中CO可达到有害浓度；煤矿中瓦斯爆炸，矿井打眼放炮的炮烟中，均可产生大量的CO而使人中毒。

2. 在生活中，煤炉无烟囱，室内门窗紧闭，或烟囱堵塞、漏气、倒风等均可引起CO中

毒。

二、病理

CO中毒主要引起组织缺氧。CO被人体吸收后，与血红蛋白结合，形成稳定的碳氧血红蛋白，使其失去携氧能力而造成低氧血症。体内对缺氧最敏感的器官——脑和心脏最易遭受损害。急性CO中毒在24小时死亡者，血呈樱桃红色，各脏器有充血、水肿和点状出血。昏迷数日后死亡者，脑明显充血、水肿；心肌可见缺血性损害或内膜下多发性梗塞。

【诊断要点】

1. 病史。职业性CO中毒多为意外事故。生活中CO中毒多于冬季煤炉取暖时发生。应注意询问罹病时环境、通风情况及同室人有无中毒等。

2. 临床表现，按中毒程度可分以下三级。

(1) 轻度中毒：仅有头痛，头晕，恶心，呕吐，四肢无力，嗜睡等。

(2) 中度中毒：意识模糊，瞳孔对光反射和角膜反射可迟钝，腱反射迟钝，对疼痛刺激可有反应。呼吸、血压和脉搏可有改变。

(3) 重度中毒：迅速昏迷，各种反射消失。患者可呈去大脑皮层状态，患者可以睁眼，但无意识，不语，不动，呼之不应，推之不动，并有肌张力增高。危重者常出现面色苍白，四肢厥冷，瞳孔散大，抽搐，呼吸困难，最后因呼吸循环衰竭而死亡。

3. 实验室检查。碳氧血红蛋白(HbCO)的测定，可协助CO中毒的诊断。血液HbCO浓度超过10%者为轻度中毒，超过30%为中度中毒，超过50%者为重度中毒。

测定方法为取蒸馏水4ml，加0.2ml(或1滴)血液(禁用草酸盐抗凝剂)，混合后加入2滴10%氢氧化钠，迅速摇匀并记录时间。正常血液变为草黄色；中毒血液约在15、30、50、80秒钟(分别相当于10%、25%、50%、75%碳氧血红蛋白含量)后，变成草红色。

【急救处理】

1. 立即打开门窗或迅速转移患者于空气新鲜处。卧床休息，注意保暖，保持呼吸道通畅，给予抗生素预防感染。

2. 纠正缺氧，吸入氧气。危重病人宜行高压氧舱治疗或放血疗法。

3. 静脉输液，并选择应用促进脑细胞功能恢复的药物如维生素C、三磷酸腺苷、辅酶A、细胞色素C等。出现脑水肿者，用20%的甘露醇250ml快速静脉滴注，每日2次；氯化可的松、地塞米松等也有助于缓解脑水肿。出现烦躁、抽搐、惊厥等症状者，可用安定、水合氯醛等药物镇静剂。禁用吗啡。

4. 昏迷超过24小时或有重度缺氧及大量呼吸分泌物时，应行气管切开。高热和频繁抽搐者，可采用降温疗法。

第四节 毒蛇咬伤

毒蛇种类繁多，我国至少有五十种。毒蛇所分泌的毒液大致可分为神经毒和血循毒(包括心脏毒、凝血毒、抗凝血毒、溶血素及酶类)。人体被毒蛇咬伤后，毒液随淋巴循环进入体内。若直接进入血液循环，则迅速死亡。

【诊断要点】

1. 被毒蛇咬伤机会较多的人群为农民、渔民，野外工作者或从事毒蛇研究的人员。咬伤

部位以手、臂、足、腿为常见。毒蛇咬伤以夏秋两季为多见。

2. 咬伤局部表现。伤口可见齿痕，局部肿胀严重，并可迅速向肢体近心端扩展，常累及躯干部，疼痛剧烈，似刀割、火灼，并可出现水疱、血疱及组织坏死。伤口流血不止，沿淋巴循环有淋巴结炎、淋巴管炎。

3. 全身表现

(1) 神经中毒症状：有头晕，嗜睡，倦怠无力，流涎，恶心，呕吐，吞咽困难，声音嘶哑，言语不清，瞳孔散大，复视，听力障碍。重者肢体瘫痪，惊厥，休克，昏迷，呼吸麻痹。

(2) 血液循环中毒症状：全身多处出血，鼻衄，便血，咯血，尿血，颅内出血，并有黄疸和贫血。心肌受损后，可出现中毒性心肌病，心律失常，紫绀，皮肤湿冷，血压下降，脉搏细速，呼吸急促，休克等。

(3) 肌毒症状：肌肉疼痛、僵硬和进行性无力，腱反射消失，眼睑下垂和牙关紧闭。横纹肌大量坏死。严重者出现严重的心律失常和急性肾功能衰竭。

【鉴别诊断】

蛇咬伤的诊断一般并不困难，对于鉴别是否毒蛇和非毒蛇咬伤，可参见下表。

毒蛇和非毒蛇咬伤的鉴别表

临床表现	毒 蛇	非 毒 蛇
牙痕	二个针尖大牙痕	二行或四行细密状微小牙痕
局部伤口	水肿、渗血、坏死	无
全身症状	神经毒	无
	心脏毒和凝血障碍	无
	出血	无
	肌毒	无

【急救处理】

一、减少毒素的吸收和扩散

首先是结扎，被毒蛇咬伤的肢体应尽量减少活动。立即用止血带或其它代用品在伤口近心端 5cm 处进行绑扎，并每隔 10~20 分钟放松 2~3 分钟，直至注射抗蛇毒血清或采取有效措施后，方可停止结扎。

其次是清创。伤口周围皮肤用肥皂水洗涤后，再用三棱针把牙痕作“十”或“一”字形切开，切口以连贯两个牙痕为限，深度以 1cm 左右，如有水泡，可在其周围作若干小“十”字形切开，以利排毒，然后用拔火罐进行局部吸除毒液。再用 1:5000 高锰酸钾液或 3% 双氧水冲洗伤口。必要时可用火柴直接烧灼伤口以破坏毒素。另可用 0.25~0.5% 普鲁卡因溶液加地塞米松 5mg 在伤口周围处封闭。

二、抗蛇毒素血清的应用

抗蛇毒素的疗效比较肯定，应尽早使用。单价特异抗蛇毒素的疗效最好，但仅适用于已知被何种毒蛇咬伤，若不能确定毒蛇的种类，应选用多价抗蛇毒素。目前我国已有腹蛇抗蛇毒素、五步蛇抗蛇毒素、眼镜蛇抗蛇毒素、银环蛇抗蛇毒素等。一般采用静脉注射，用前应

先作皮试。各地生产的抗蛇毒素效价不一，通常剂量每次1~2支，用5%葡萄糖液或生理盐水20~40ml稀释，静脉注射速度每分钟4ml。抗蛇毒素的一次剂量：精制腹蛇抗蛇毒素8000U，银环蛇、精制尖吻腹蛇、眼镜蛇抗蛇毒素均为10,000U，五步蛇抗蛇毒素为16000U。皮内试验阳性患者必须应用时，应按常规脱敏，并同时用异丙嗪和糖皮质激素。一旦发生抗蛇毒素有严重过敏反应时，应立即皮下注射0.1%肾上腺素0.5ml和0.5ml加入50%葡萄糖液20ml内，静脉缓慢注射10分钟完毕；地塞米松10mg静脉滴注。

三、特效解毒药

1. 南通蛇药片：对腹蛇疗效好。口服蛇药片首次为20片，捣碎后用烧酒一酒杯加温开水服下，以后每6小时服10片。若中毒症状严重，可适当加大剂量至每次30~40片，并增加服药次数，小儿量酌减，至全身症状或局部肿胀消退时方可停药。口服药的同时，可用冷开水将蛇药片溶化成糊状，涂于伤口周围约半寸处（勿涂于伤口上），并在肿胀上方半寸处涂药一圈，防止肿胀扩散。

2. 上海蛇药 对各种毒蛇咬伤均有解毒作用。有片剂和注射液二种剂型。片剂用法，首次服用10片，以后每次5片，每日4~6次。针剂：I号注射液第1天每4小时1支，第2天以后，每日3次，每次1支，肌肉注射或加入葡萄糖液内静脉注射。II号注射液每4~6小时1支，用法同上，根据病情需要，二者可结合使用。

3. 单验方 半枝莲60g浓煎成300ml，每日3次口服，并将半枝莲与雄黄一起捣烂，外敷伤处，每日更换1次。或用七叶一枝花9g，半枝莲60g，紫花地丁60g，每日2剂，水煎服。

四、静脉输液

静脉输液，以加速毒素排泄，必要时加用利尿剂或氢化考的松，减少毒性反应。

第五节 蜂 螫 伤

蜜蜂之蜂毒主要含蚁酸、神经毒和组织胺。人被蜂螫伤后，常可引起溶血，出血和中枢神经系统症状。

【诊断要点】

1. 有被蜜蜂螫伤之病史。
2. 损害多见于手、足和面部等露出部位，常为单侧。
3. 临床表现多为局部一片红肿，红肿的中心可发现瘀点，为蜂伤的痕迹，伴疼痛，灼热。严重者伴发大疱，疼痛剧烈。
4. 一般没有全身症状，但如被群蜂多次螫伤后，则可出现全身中毒症状，如头晕头痛，恶寒发热，肌肉疼痛，恶心呕吐，抽搐，甚至昏迷。少数过敏者，可引起荨麻疹，口唇及脸水肿、喉头水肿。若蜂螫伤眼结膜者，病情多较严重。

【急救处理】

1. 发现毒刺，立即拔除。局部用3%氨水、5%碳酸氢钠液或肥皂水洗涤，亦可外用大蒜汁、樟脑酊或炉甘石洗剂等。如为黄蜂螫伤，需外用醋酸洗擦。
2. 伤口周围外擦南通蛇药或选用紫花地丁、半边莲、七叶一枝花、蒲公英（均以新鲜为佳）30~60g，捣烂外敷。

3. 严重螫伤者，如在肢体部位，在近心端用止血带结扎，切开创口，吸去毒液，同时给予止痛剂或镇静剂。必要时应输液及使用抗生素等。

有过敏史者，给予抗组织胺药物，必要时加肾上腺糖皮质激素。

第四章 淹 溺

淹溺是指人淹没于水中后，由于呼吸道被水、污泥、杂草等杂质堵塞，或喉头、气管发生反射性痉挛，引起窒息和缺氧。由此而造成呼吸、心跳停止而致死者称为淹死。

【病因病理】

一、病因

大多为意外事故所致，如船只失事、水上作业失误或潜水时间过长。此外，不会游泳者落水或游泳时间过长，过度换气，二氧化碳丧失过多引起呼吸性碱中毒或游泳前服用某些药物以及过度活动而致疲劳，致游泳机能受到损害。或有潜在疾病（如心脏病、脑血管病或癫痫等）的游泳者在水中突然发病而致淹溺。

二、病理

1. 窒息缺氧 淹没于水中时，患者往往因紧张、恐惧、主动屏气，或发生喉头痉挛使水分不致进入呼吸道。患者主要病态是窒息，表现为肺泡通气不足而致缺氧、二氧化碳潴留及混合性酸中毒。如抢救及时，措施恰当者可以恢复。

2. 肺泡进液 淹溺者在水中发生主动呼吸，或因挣扎过久无法屏气，大量液体进入呼吸道。吸入液中含有泥沙、杂草，可部分阻塞口、鼻、喉头而加重窒息。液体进入肺泡后妨碍通气、换气功能，加速和加重缺氧和二氧化碳潴留。此外因吸入液体的成分不同和量的多少可有不同的危害性。

(1) 淡水淹溺：除窒息之外，吸入水分可在肺内迅速进入血液循环，引起血液稀释，血容量增多，出现低血钠、低血氯和低蛋白血症。若有溶血出现，结果使细胞内的钾大量进入血液，引起高钾血症，导致心室纤颤、心跳骤停。此外，还可出现代谢性酸中毒，反射性肺动脉高压等。

(2) 海水淹溺：由于海水是含 3.5% 的氯化钠的高渗液体，进入肺泡后，因渗透压的关系，使血液中水分、血浆蛋白质自血管渗透至肺泡中，导致肺水肿，心力衰竭而死亡。另外，血液浓缩，血容量降低，并伴有血氯、钠、钾等增高。动脉低氧血症较淡水淹溺更为严重而持久。

无论淡水或海水淹溺，如果存活在 12 小时以上，由于肺泡进入液的污染和胃内呕吐物返流等原因，支气管及肺部往往发生继发性感染，甚至多发性脓疡。肺水肿时可有左心衰竭。低氧血症、心力衰竭，甚至心跳骤停是淹溺患者发生肾小管坏死以至急性肾功能衰竭的原因。

【诊断要点】

一、有溺水史

对于确诊淹溺至为重要，也是与其它昏迷性疾病相鉴别的可靠依据。尤须注意淹溺时间的长短；注意头部有无碰硬物引起颅脑损伤的症状；还应警惕有无死后被投入水中造成淹溺致死的假象。因此注意观察现场，全面了解事故全过程，十分重要。

二、临床表现

患者抢救上岸后往往已处于昏迷状态，呼吸常已停止，仅有微弱心跳，甚至已停搏。患

者四肢冰冷而发绀，眼结膜充血，面部水肿，口旁及鼻内充满泡沫液体、泥沙或杂物。

早期神经系统表现有癫痫发作，特别在复苏过程中，并有不同程度的精神症状。呼吸系统轻者有咳嗽及呼吸增快，重者可突然发生肺水肿。在复苏过程中随时可有心搏停止。室上性心动过速很常见。患者多有发热，胃内积水而见上腹部膨胀。肾功能衰竭及出血倾向较少见。

死亡病例一般先出现呼吸停止，继而心脏停搏。从发生淹溺到临床死亡一般约需 5~6 分钟。

三、实验室检查

动脉血气分析及 pH 测定，可发现明显低氧血症及酸中毒。有轻度低血钠。海水淹溺者有时显示血清钠及氯化物增加。

淹溺后 24 小时，白细胞计数可高至 4 万/mm^3 。X 线胸部表现， $\frac{3}{4}$ 的淹溺患者 X 线片上两肺有不同程度病理表现，轻者有对称的肺门周围浸润，重者两肺有弥漫性肺水肿，并夹杂有不同程度的肺炎。

【急救处理】

淹溺为急性呼吸衰竭，必须立即抢救，可分二步进行。

一、现场急救

就地现场急救是成败的关键。患者从水中营救上岸后，立即清除口鼻内的淤泥、杂草及呕吐物，有义齿者亦应取出，松开紧束的内衣、胸罩、腰带等。当患者尚有心跳、呼吸，但有明显呼吸道阻塞，可先倒水。最简单的方法是将患者腹部置于抢救者屈膝大腿上，使患者头部下垂，然后按压其背部，使口咽及气管内水分倒出。亦可将患者俯卧横置于牛背上，牵牛走动，牛背起伏运动，这样既能倒水，也可兼作人工呼吸。

万一呼吸已停，在保持气道通畅条件下立刻进行人工呼吸。以口对口吹气法最为有效。吹气量要大，吹气后按胸廓辅助呼吸，并应坚持不要中途间歇或轻易放弃。如果心搏停止，则人工呼吸必须与胸外心脏按压同时进行。其二者的节律比例为 4:1 或 5:1（即心脏按压 4~5 次，人工呼吸 1 次）

针刺疗法，可用毫针刺人中、十宣、内关、尺泽、会阴、中冲、关元等穴，使患者苏醒并恢复自主呼吸。

二、进一步救治措施

1. 患者转入医疗单位后，如仍处于昏迷状态，应立即做气管插管，进行机械通气及吸氧。可使用自动人工呼吸机进行间断正压控制呼吸或呼气末期正压呼吸。

2. 严密监护心脏情况，对心律不齐者要检查心电图，随时做好心脏复苏准备，必要时可电除颤。

3. 合并肺水肿者，给予静脉快速利尿剂（如速尿）、西地兰、氨茶碱等，详见有关章节。

4. 其他方面，纠正代谢性酸中毒，维持电解质平衡。保护脑组织，防止后遗症，以及防治肾功能衰竭及继发性感染。

第五章 电 击 伤

电击伤，俗称触电。系指一定量电流或电能量（静电）通过人体引起损伤或功能障碍，常表现为灼伤、昏迷、肌肉痉挛、呼吸停止、心室颤动或心室停搏，以至死亡。雷击亦属电击伤之一。

【病因病理】

一、病因

电击伤事故大多发生于安全用电知识不足及违反操作规程，违章布线，自行检修带电电路或电线等。电源电线年久失修，电器漏电或外壳接地不良也常是事故的直接原因。尤其在高温高湿场所或雷雨季节，衣服受潮时皮肤电阻减低，更易导电而发生触电。

此外，台风、暴雨、大雪或火灾时供电电线折断下落，接触人体，雷雨电击或用手拉开触电患者，均为意外情况下的电击伤事故。

二、病理

一定量外界电流接触人体，人体便成为电路中导体的一部分。电流通过入口后便向体内邻近组织扩散导电，一方面因化学作用而通过离子运动引起肌肉收缩和痉挛，包括呼吸肌痉挛和心室颤动。一般触电，低电压（220 伏）多引起心室颤动；高电压损伤（超过 1000 伏）常引起心室停搏，呼吸中枢麻痹而致死。另一方面由于热效应，使电能变为热能，高热能可造成各组织不等程度的电烧伤。电阻大的皮肤进出口处常有灼伤，以进口处较严重，可深达皮下组织、肌腱、肌肉、神经，甚至骨骼亦呈碳化，血管内可发生血栓形成。

【诊断要点】

一、即刻表现

1. 轻度电击时，感觉短暂头晕，脸色苍白，呆滞，对周围反应迟钝，患者精神紧张，四肢软弱，全身乏力。若有昏倒多由惊恐所致，可以迅速恢复。

2. 中度电击时，表现为呼吸快而浅，心悸或轻度恶心，心动加速，心电图可示心律不齐，可有过早搏动，心动过速，S—T 段轻度改变。或有短暂昏迷，瞳孔不散大，对光反应存在，血压无明显变化。

3. 严重电击时，常立即昏迷并停止呼吸，如有室颤或心脏停搏者则呈临床死亡状态。颈动脉无搏动，呼吸随后停止，瞳孔扩大。若短暂心脏骤停而仍能存活者则常有间歇或持续抽搐发作。

4. 高安培电流电击后先呈抽搐、休克，而后呈极微弱的心跳和呼吸的假死状态。

患者清醒后可有一段时间的耳聋、视力障碍、多汗及精神不宁。雷击后存活者可发生急性癱瘓之状，也有短暂两下肢弛缓性瘫痪。

二、电烧伤

接触电源休克多有烧伤。体表烧伤及深部组织损伤严重者出现广泛出血、渗液，导致急性肾功能衰竭和严重代谢性酸中毒。

三、电击后综合征

表现为轻度胸部及手臂不适等症状系肌肉极度收缩后所致。女性可有月经紊乱。

【急救处理】

一、切断电源

必须果断迅速采取措施，立即解脱电源。如电源开关在附近，应迅速将其关闭，否则可用绝缘物挑开电线或分离电器，亦可用干燥的木把斧头砍断电线等。

二、心肺复苏

呼吸微弱或不规则，甚至停止者，立即予口对口呼吸或压胸式人工呼吸等。有条件者用氧气吸入和气管插管后用正负压呼吸器辅助呼吸。

心脏停搏者，立即在心前区胸骨中段叩击数次，如无反应时再进行胸外心脏按摩。对心搏、呼吸俱停者要同时进行口对口呼吸及胸外按摩，并要坚持不懈地进行，不可轻易放弃。如电击伤后伴有肋骨骨折或张力性气胸等外伤或经一定时间胸外心脏按摩无效，始可考虑开胸直接心脏按摩。

在复苏过程中，发现心脏搏动微弱但非室颤者，忌用肾上腺素或异丙肾上腺素。对电击引起的室颤，应用药物除颤，如心内注射1:1000肾上腺素，或电击除颤。对心脏骤停者应及时给5%重碳酸钠100~200ml以纠正酸中毒。为促进自主呼吸的恢复，多主张用大剂量的呼吸中枢兴奋剂如尼可刹米（每次1~1.5g）、山梗菜碱（3~6mg）、回苏灵（8~16mg）等静脉注射，每隔15~30分钟1次。

三、其他疗法

自主心律恢复后应考虑脑缺氧、脑水肿的防治，如降温疗法，要求愈快愈好，一般在抢救开始时即应用物理降温，以头部降温为主，结合体表降温，使体温保持在肛温32℃左右。脱水疗法，主张脱水剂在呼吸心跳恢复的早期应用，至少维持2~3日，待脑水肿高峰阶段度过后，再逐渐减量、停用。首选20%甘露醇250ml快速滴注，于15~20分钟内滴完，每4~6小时可重复一次。亦可用50%葡萄糖液脱水。

此外，还可应用肾上腺糖皮质激素、镇静剂和能量合剂等以改善脑细胞代谢及防止抽搐。

复苏后进一步检查和处理外伤。消毒包扎电灼伤创面，减少污染，清创、植皮。注射破伤风抗毒素或抗生素等。

四、针刺治疗

针刺疗法对维持和调节已复苏患者的心跳和呼吸功能，促进患者苏醒有一定的疗效。根据具体情况，可选用下列穴位：风池、风府、内关、神门、涌泉、郄门、人中、少商、中冲等。

附 录

一、胸外心脏按压术

【目的】 心脏位于胸骨与脊柱中间。按压胸骨下端时，可间接挤压停跳的心脏，使血液流入主动脉和肺动脉；抬手时，由于胸廓回弹，胸内负压使静脉血流入心室。如此反复有节律，有效地按压，即能建立有效的人工循环，达到复苏的目的。

【方法】 病人仰卧于硬板床或地上，若系软床应在病人的背部垫以硬板。术者立于病人右侧，或骑跪在病人腰部两侧，面向病人，左掌根置于病人胸骨下段，右掌置于左手背上；手臂与病人胸骨垂直，借助术者臂力和躯干的力量，有节奏、冲击式地向脊柱方向垂直加压，使胸骨下陷 3~5cm；每次压后迅速抬手，使胸骨快速复位。按压速率，成人 60~70 次/分，小儿 80~100 次/分。在按压心脏的同时，另一助手给病人作口对口人工呼吸；若只有术者一人，则先对病人作口对口人工呼吸一次，接着进行心脏按压 3~5 次，如此反复进行。

【注意事项】

1. 按压的位置要正确。手掌根部应压在胸骨下半段的 $\frac{2}{3}$ 处，而不是心前区、剑突下、胸部；否则，不仅无效，且易致肋骨骨折、胃内容物返流等。
2. 按压力量要适宜。
3. 按压节律要均匀。
4. 按压心脏的同时要进行人工呼吸。
5. 术中要经常检查按压效果，无效按压将延误抢救时机。有效按压指标如下：① 可触及大动脉搏动，血压维持在 8kpa 以上；② 颜面、口唇及皮肤色泽转红；③ 瞳孔缩小，角膜湿润；④ 恢复自主呼吸。
6. 如病人有严重胸廓畸形、肋骨骨折、心包填塞等情况，应改用胸内心脏按压术。

二、口对口(或鼻)人工呼吸术

【目的】 借助术者呼气的力量，把空气经病人的口或鼻吹入肺泡，使肺间歇性膨胀，以维持肺泡通气和氧合作用，减轻机体缺氧和二氧化碳潴留，使自主呼吸尽早恢复。是抢救呼吸停止和呼吸衰竭的最重要措施。

【方法】 病人仰卧，术者一手托起病人下颌并尽量使其头后仰，用托下颌之手的拇指张开病人口唇；另一手捏紧病人鼻孔，以免漏气（若口对鼻，则左手置于颈项部，使病人头后仰，右手捏住病人口唇，防止漏气）。术者深吸一口气后，将口紧贴于病人的口上（或鼻腔），用力吹气，直至见病人胸廓升起为止。吹气完毕后，术者头部抬起并侧转，松开捏病人鼻（或口唇）的手，让胸廓及肺依其弹性自动回缩，出现呼气动作。如此反复进行，每分钟吹气 14~16 次。

【注意事项】

1. 吹气压力应均匀，不可过猛过大。
2. 吹气时间宜短，约占一次呼吸周期的三分之一。

3. 若病人口腔及呼吸道有分泌物，应先及时清除。
4. 若病人尚有微弱呼吸，人工吹气应与病人的自主呼吸同步。

三、气管插管术

【目的】 通过气管插管保持呼吸道通畅，减少解剖死腔，便于清除气管内分泌物，为给氧呼吸器的使用以及气管内给药提供条件。适用于麻醉；头颈胸等严重外伤引起的呼吸困难；各种安眠药、麻醉剂、酗酒等引起的呼吸抑制；重症肌无力、破伤风、脊髓灰白质炎等所致的呼吸抑制和呼吸麻痹、呼吸肌瘫痪；循环骤停；中枢性呼吸衰竭等情况。

【器械与药物】 直接喉镜、气管导管、套囊、气管导管衔接管、牙垫、导向管芯、注射器、针头、无菌吸痰导管、机械呼吸器、胶布、无菌生理盐水、新洁尔灭、气管滴注所需药物。

【方法】

1. 病人取仰卧位，肩部垫一小枕，使口、咽、气管尽可能处于一条轴线上。
2. 术者立于病人头部，以右手启开口腔左手持直接喉镜，从病人口腔右侧伸入，将舌向左推开，暴露悬壅垂后，将喉镜窥片继续向前推进，到会厌为止。
3. 如用弯形窥片，将喉镜窥片前端置于会厌软骨前窝；如用直形窥片，则将其前端置于会厌的喉面，然后向上提起，暴露声门。
4. 用 1~2% 地卡因或 2% 利多卡因溶液 1ml 作表面麻醉，消除咽喉反射。
5. 右手持气管导管后端，把导管斜面开口对准声门；当斜面开口进入声门后，立即拔除管芯，以旋转的力量轻轻地将导管经声门推入气管内。
6. 置入牙垫，拔出喉镜，用胶布将导管和牙垫一起固定。若病人呼吸已停止，可通过气管导管吹入空气，检查胸廓呼吸运动和呼吸音，确定导管是否在气管内及其深度。
7. 向气管导管前端的套囊内注入适量空气（约 5 毫升），并用血管钳夹闭，不使漏气，以便机械呼吸器向肺送气时不漏气，并可防止呕吐物，分泌物倒流至气管内。
8. 将气管导管连接机械呼吸器，进行人工呼吸。

【注意事项】

1. 急性咽喉炎、咽侧壁脓肿等严重感染；主动脉瘤压迫气管；有明显出血倾向者不宜作气管插管术。
2. 若有呼吸困难或呼吸停止者应先作人工呼吸，以免插管费时，增加病人缺氧时间。
3. 导管粗细要适当。口腔导管在男性成人可选用 F36~40 号、女性用 F32~36 号，14 岁以下病人导管的选择可按公式：导管号数 = 年龄 + 18 来选择。
4. 插管动作要迅速、准确。插管后一定要细致检查导管是否在气管内，有无因插入过深导致一侧肺不张。
5. 插管成功后，应密切观察病情，特别是气管内有无痰，若有应立即吸痰，每次吸痰时间越短越好，一定要做到无菌操作。
6. 呼吸停止的病人，紧急插管时可不必麻醉。对破伤风病人应给予肌肉松弛剂（氯化琥珀胆碱 20~50ml 静脉注射），以利插管。
7. 留置导管时间一般以 48 小时为限，套囊内的气每 6 小时放气 1 次，5 分钟后再注气。

四、吸 痰 术

【目的】 多用于呼吸道分泌物多而神志不清或主动排痰有困难者，以清除咽、喉、气管内的分泌物，保持呼吸道通畅，避免或解除痰的窒息、吸入性肺部感染。

【器械】 电动吸引器、胶管、玻璃接头、开口器、压舌板、血管钳、纱布、无菌碗。

【方法】

1. 插上电源，将吸痰管通过玻璃接头、胶管与吸痰器紧密连接。打开吸引器开关，将吸痰管前端置于灭菌清水中，检查有无阻塞和吸引力大小。

2. 对昏迷病人，先用开口器或压舌板张开口腔，置以牙垫。

3. 左手持吸痰管与玻璃接头连接处，右手用血管钳夹住吸引管前端，徐徐自病人口腔或鼻腔插至咽部；同时间歇性用脚踏开关启动吸痰器进行吸痰。吸痰管插入后能一次吸净，则不要分数次插管，每次吸痰时间不宜过长。

4. 吸痰完毕后，将吸痰管抽出，置于清水中，开动吸引器，冲净吸痰管、胶管等处的分泌物；用纱布揩拭管外分泌物；最后将吸痰管置于消毒瓶中浸泡，以备下次使用。

五、洗 胃 术

【目的】 通过洗胃，迅速排除胃内毒物，减少或避免吸收，同时还常用于幽门梗阻和胃扩张病人的治疗。

【器械与药物】 粗胃管或洗胃管、漏斗、50毫升注射器、开口器、舌钳、牙垫、大量杯、水桶、压舌板、塑料布等。有条件者可备洗胃机，如国产XW—80B型。常用洗胃液有如下几种。

1. 1:5000高锰酸钾溶液，适用于各种中毒，但禁用于农药“1605”中毒。

2. 生理盐水或清水，适用于有机磷中毒和毒物性质不明的病人。

3. 5%碳酸氢钠溶液，可用于有机磷中毒，但禁用于敌百虫中毒。

【方法】

1. 病人侧卧位，胸前铺塑料布。

2. 嘱病人张口或用开口器张口，将带有漏斗的前端涂以液体石蜡的粗胃管或洗胃管从口腔插入食道，再将胃管后端抬高，继续深入至50cm标记处，表示胃管先端已进入胃腔。

3. 反复验证胃管先端确已进入胃腔后，先抽尽含毒胃液，然后将胃管漏斗部抬高至距病人头部50cm处，再将洗胃液徐徐倒入漏斗内，或胃管外口与洗胃机联接，进行自动灌注。

4. 灌注液注入500~1000ml时，将漏斗放低，利用虹吸原理，将胃内液体吸出；用洗胃机者按压排放咀，自动排出胃内液体，直至排尽为止。如此反复操作，直至排出的胃中液体与灌注液体的色泽相同，无毒物气味为止。

5. 灌注完毕，拔出胃管，计算灌入及排出的液体量。

【注意事项】

1. 插管要迅速，但手法要轻柔，严禁粗暴，以免损伤食管及胃粘膜或发生穿孔。

2. 应用洗胃机时，抽吸负压不宜过大，以减轻胃粘膜损伤。

3. 灌注必须彻底，情况允许者应更换体位，反复灌注，术后注意纠正电解质紊乱。

4. 凡上消化道出血，肝硬变伴食管静脉曲张、食管狭窄、心肺功能不全、强酸强碱中毒

等，均不宜行洗胃术。

六、静脉切开术

【目的】

① 急救 在静脉穿刺失败又必需通过静脉输液给药者。② 施行某些特殊检查及治疗如心导管检查术、中心静脉压测定术、心导管起搏术等。

【器械与药物】 静脉切开包、无菌手套、带针座之硅胶管、输液装置，1~2%普鲁卡因、胶布。

【方法】 以大隐静脉（踝部）切开为例。

1. 病人仰卧位，术侧下肢外旋，以内踝上方3~5cm处大隐静脉为中心，常规消毒。
2. 术者戴无菌手套，铺无菌洞巾，手术视野以1~2%普鲁卡因作局部浸润麻醉。
3. 在内踝上方3~5cm大隐静脉处作一长1.5~2cm的横行皮肤切口。
4. 用小弯血管钳分离皮下组织，将静脉分离出来。
5. 用小弯血管钳在静脉下面引过两条丝线，将静脉远端结扎，近端丝线暂不结扎。
6. 牵引远端丝线，提起静脉，在静脉壁上用剪刀剪一斜口，然后将连接于输液瓶上已排好空气的硅胶管插入静脉内。
7. 观察液体输入情况，在证明液体输入通畅，局部无肿胀、血管未穿破后，将近端丝线结扎，固定硅胶管于静脉腔内。
8. 用丝线缝合切口的皮肤，覆盖无菌纱布，胶布固定，绷带包扎。

【注意事项】

1. 切口不可太大，减少感染机会；不可太深，以免损伤或切断血管。
2. 剪静脉切口时，刀尖应斜向近心端。不可太深，且防剪断。
3. 硅胶管插入端应剪成斜面，但不可过于锐利，以免刺破静脉。
4. 发生静脉炎时，应立即拔管，将患肢抬高，局部热敷，同时投以足量抗生素。

七、食道及胃底气囊压迫术

【目的】 门脉高压病人，常因食道、胃底静脉曲张破裂而致大出血。用气囊压迫出血部位，达到压迫止血的目的。

【器械与药物】 三腔二囊管、50ml注射器、血管钳、液体石蜡、0.5kg重砂袋、绷带、胶布、安定等。

【方法】

一、术前准备

对躁动不安或不合作病人可肌注安定5~10毫克。清除鼻腔内结痂及分泌物，对神志清楚病人作好解释工作，争取合作。认真检查三腔二囊管，气囊有无松脱、漏气，充气后膨胀是否均匀，管腔是否通畅，辨认管壁上45、60、65cm三处标记及三腔通道的外口。

二、插管及气囊压迫方法

1. 将三腔管前端以及气囊表面涂上液体石蜡，抽尽双囊内气体，从鼻孔内将三腔管插至胃内，并深达65cm处。
2. 反复验证三腔管先端确在胃中后，抽尽胃内积血及胃内容物。然后用注射器向胃囊内

注入空气 250~300ml, 使囊内压力达 40~50 毫米汞柱, 用血管钳夹住胃囊管外口, 再将三腔管向外牵拉至有中等阻力感、使已充气的胃囊紧贴压在胃底粘膜上。用胶布将三腔管固定在病人面部, 并用 0.5kg 砂袋牵引三腔管外端, 以达充分压迫的目的。

3. 经观察, 仍未能压迫止血者, 再向食道囊内注入空气 150~200ml, 直接压迫食道下段的曲张静脉。

4. 适时自胃管内抽吸胃内容物, 以观察有无继续出血, 并可自胃管内进行鼻饲和有关治疗。

5. 每 2~3 小时检查压力 1 次, 如压力不足应及时注气增压。每 8~12 小时食道气囊放气, 放松牵引, 将三腔管稍深入, 使胃囊与胃底粘膜分离, 约 30 分钟, 同时口服液体石蜡 15~20ml。

6. 出血停止 24 小时, 可取下牵引砂袋, 将气囊放气, 留置胃内观察 24 小时, 若仍无出血, 嘱病人口服液体石蜡 15~20ml, 然后抽尽气囊内气体, 缓缓将三腔管拔出。

7. 三腔管放置时间一般不超过 72 小时, 个别病人放气后又有出血, 且又不能采用其它治疗方法者, 在精心护理下, 可留置 1 周。



0105622

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名=中医急症学

作者=

页数=98

SS号=10532976

出版日期=