《现代中医急诊内科学》编写委员会

主任委员

广州中医药大学　陈镜合教授　梅广源主任医师　岑烈芳主任医师

副主任委员

中国中医研究院　闫孝诚副院长

北京中医医院　李乾构院长

广州市中医院　罗永佳院长

广州中医药大学　刘亦选教授　李惠德副教授　陈沛坚副主任医师　张惠臣副教授　罗日永副教授

广西柳州市中医院　郭文苑副院长

广东省中医院　谭荣益副主任医师

顺德市中医院　洪启德副院长

主　编　陈镜合　岑烈芳　梅广源

副主编　郑志道　李惠德　陈绍芬　陈庆祥　陈志雄　陈沛坚

编写人员（以姓氏笔划为序）

王　敏　王幼芳　邓辛贵　刘亦选　刘国普
刘小红　刘惠纯　田建华　龙福珍　庄礼兴
闫孝诚　朱　敏　陈镜合　陈沛坚　陈绍芬
陈庆祥　陈志雄　李惠德　李　敏　李乾构
李志苏　张惠臣　张朝曦　张汉樑　张庆东
张世平　张英民　张桂芝　岑烈芳　岑慧红
吴焕林　何养中　杨金生　邹　旭　罗永佳
罗日永　郑志道　周碧琪　林新峰　洪启德
钟涌涛　柯启贤　梁忠文　梁直英　梁秀凤
郭文苑　凌　伟　梅广源　梅丹红　黄德裕
符林春　谢桂权　谢世立

主 编 简 介

陈镜合 1964 年毕业于广州中医学院，曾留学日本，现是广州中医药大学内科教授、博士研究生导师成员。现任内科教研室主任、急诊科主任， 曾任广东省医药针灸研究中心临床部副主任、中华医学会广州急救学会副主任。1988～1990 年，由国家教委以高级访问学者资格，派赴日本京都大学医学部、心脏内科学术交流，学习心内科急救及 PTCA (Percutaneous transluminal Coronary Angioplasty)。1989 年 10 月间应邀出席在日本京都召开的“国际第 3 次缺血性心脏病药物疗法会议”、1991 年 11 月间应邀出席“首届中国广州国际中医药学术会议”。长期从事中西医结合急诊内科的临床、教学与科研工作，对心血管疾病尤其是冠心病在诊治方面有独到见解。一向认为，中医要发展自己，要在竞争中永远立于不败之地，就必须进行自身革命。实事求是的在肯定中医学是一个宝库的同时，还要正视自己的不足。固步自封，互筑门墙，并在“宝库”面前洋洋自得，是几十年来中医学，尤其中医治疗急症方面发展缓慢甚至倒退的根源。主张“洋为中用”、“古为今用”，引进当前世界上最先进的科学技术，发展自身。在中医急诊研究方面，反对弄虚作假。其主编的论著有《当代名老中医临证荟萃》、《中西结合内科急症手册》、《现代心脏内科学》中第 25 篇“心脏病的中医治疗”。参加编写的论著有《中医多选题库》、《中医内科学》、《医林荟萃》等，在国内外发表的论文 30 多篇。1983 年曾用中西医结合成功抢救 1 例因触电致呼吸、心跳停止 20 分钟的患者伍某，至今未发现后遗症，在中西医结合急救复苏方面有新的突破。1985 年所负责的急诊科，在全国省级以上中医院急诊交叉检查评比中，获国家中医药管理局“中医急症先进奖”。“心脏病的中医治疗”获 1995 年第二次国际传统医学大赛优秀成果奖。

内 容 简 介

近年来，新兴的医学学科——急诊医学迅速发展。特别是在内科急诊中，发挥中医特色和优势，中西医结合，对危重病人做出及时的诊断和有效的治疗，取得了新的进展。本书从临床实际出发，结合国内外最新资料及作者长期从事急诊内科工作的丰富临床经验，以传统中医急救方法为主体，吸取现代急诊医学所长，按先中后西、能中不西、中西医结合的原则，介绍了现代中医急诊内科学的定义，中医各种治法在急诊内科中的运用，系统阐述了常见内科急诊症状临床诊断思维及处理原则，内科各系统（包括心血管、呼吸、消化、血液、内分泌、代谢、神经、传染病、风湿病、水电解质和酸碱平衡、急性中毒、物理因素损害）急性病症、慢性病急性发作的诊断要点、治疗原则（包括中医/西医应急处理、中医辨证治疗等），本书的特点是突出"急"和中医特色，着重论述内科急诊中急需解决的有中医特色的诊治问题。书末附有内科急诊诊疗技术，常用中药、西药、中医方剂，实验室检查正常值。

本书填补了国内外中医急诊内科学的空白，是中西医急诊科和内科医师、主治医师必备的参考书，也适用于广大基层医务人员和高年级医学生学习和参考。

驗便廉乃中医治急症之特色，但由于一个时期以来中医改策費物不力，急诊求已会失太多！必須加以发掘、整理、研究，使之发揚光大，实為當務之急。善聞本書亦版，特此敬言以賀。

元九三年暮月

鄧綬儀

序

急诊医学是一门新兴的医学学科，近年来发展迅速。急诊医学状况是反映一个国家或地区医学科学水平的重要标志，而内科急诊是急诊医学中最重要的组成部分。面对危重病人能否及时作出诊断和治疗，直接关系到病人的安危。虽然我国急诊医学起步较晚，但发展较快，全国和各省市急诊医学学会已经成立。目前各大中城市医院不仅纷纷成立急诊科，并设立了重症监护病室ICU，使内科急诊的诊疗和护理质量不断提高，病死率不断降低。有关急诊的书刊不断问世，无疑对提高我国急诊医学水平作出了贡献。但长期以来急诊内科的诊治工作主要依靠西医，能否运用现代中医理论，采用现代中医的诊治方法结合必要的现代医学手段来诊治内科急诊病人呢？这不仅是方法学问题，它关系到如何继承和发展中医具有战略意义的大事。以广州中医药大学第一附属医院急诊科陈镜合教授为首，组织中医研究院北京广安门医院、北京市中医院等10多个单位的中医内科学教授、专家和学者，编写了“现代中医急诊内科学”一书，能较好地回答这一问题，并填补了国内外中医急诊内科空白。根据他们多年参加急诊科工作的丰富临床实践经验，不断摸索、探讨，总结出了一套行之有效的中医处理急诊内科病人的方法。运用中医特色，坚持能中不西、先中后西和中西结合的原则，取得了优异成绩。现在他们将它科学地总结，结合国内有关资料编著成册，相信本书的出版对中医急诊内科的发展必将发挥重大作用。当然，中医急诊内科工作起步较晚，任重道远，有待今后临床实践中不断探索、提高和总结，使其更趋完臻。

笔者有幸率先拜读此书，得益匪浅，愿向全国同道、中医院校、省市县各级中医院和基层医疗单位的急诊科、内科和中西医师推荐，并乐以作序。愿作者们在继承和发扬中医工作中多作贡献，走出一条新路来。

中山医科大学第一附属医院
澳门镜湖医院心血管防治中心　陈国伟

1992年10月4日

前　言

中医能否治疗急症，是关系到中医存亡的问题。在治疗急症过程中，如何才能真正做到既发挥中医的特色和优势，又吸取了现代医学之所长补己之短，是当前研究中医治疗急症的重要课题。近年来介绍中医治疗急症的专著、论文不少，各地在发掘整理前人治疗急症的经验方面做了大量工作，中医急诊工作像雨后春笋，在全国各地迅速发展，现大多数中医院都开设了急诊科（室），中医急诊工作在国家中医管理局的领导下，已迈出可喜的步伐。为进一步促进中医急诊工作的开展，我们曾于 1991 年初向全国同道倡议编写一部反映当代中医急诊特色和水平、具有较高实用价值的专著——《现代中医急诊内科学》，此倡议得到中医研究院、北京市中医院、广州市中医院等 10 多个单位的响应和支持，并由这 10 多间医院具有丰富中医急诊工作经验的专家组成了编写委员会着手组织编写工作。

《现代中医急诊内科学》一书是根据“古为今用，洋为中用”的原则，以传统中医急救方法为主体，吸取现代急救医学的优势，实事求是，按先中后西、能中不西、中西医结合的原则进行 诊治的新型急诊学。全书分上、下篇和附录 3 部分。上篇总论，介绍现代中医急诊内科学概说、中医多种治法在内科急诊中的应用。下篇各论，介绍常见急症诊治和各系统急诊的诊治方法。附录，辑录了急诊的常用诊疗技术、内科急诊常用的方药、常用实验室检查正常值、现行中医内科急症诊疗规范和方剂索引。在所介绍的药物中，部分是各地在治疗急诊中，疗效较好的中药新制剂，虽尚未正式投产，但本着开拓视野的原则，也作介绍，以供读者参考使用。

本书适用于从事临床工作的中西医内科医师使用，亦可作为中医院校中医急诊课的参考教材。在本书的编写过程中，得到广州中医药大学、广东省中医学会急诊医学专业委员会、广东省中医院急诊科、广州市中医院、湛江市第二中医院、广西柳州市中医院、顺德市华天宝制药厂等单位有关领导的关怀和支持，还得到中山医科大学陈国伟教授的指导，值此谨表衷心感谢。

本书在编写过程中，由陈镜合同志负责全书的设计、编写大纲的制订，联系、组织、分工和审稿、统稿、定稿工作；陈庆祥、陈志雄同志负责协助编写大纲的制订、体例设计、组稿和初审工作；李惠德同志负责对全书的复审、统稿、定稿工作。

本书本着抛砖引玉之目的，敬请广大读者提出宝贵意见，以期在再版时作修正、充实、提高。

编　　者

1993 年 12 月

目　录

上篇　总　论

第一章　现代中医急诊内科学概述 …… (3)
现代中医急诊内科学的定义与急诊留观范围 …… (3)
古代医家对急诊的贡献 …… (4)
现代中医急诊内科的处理要点 …… (6)
内科常见急诊中医特色处理参考 …… (9)
急诊科的结构与设想 …… (10)
现代中医院急诊科各项工作制度 …… (10)
现代中医院急诊留观记录 …… (15)
第二章　中医几种治法在急诊内科中的应用 …… (19)
疏风解表法 …… (19)
清热解毒法 …… (21)
苦寒攻下法 …… (24)
清营凉血法 …… (27)
开窍通络法 …… (28)
活血祛瘀法 …… (30)
保养津液法 …… (33)
涌吐胃毒法 …… (34)
回阳救逆法 …… (34)
扶正固本法 …… (35)
第三章　温病治法在急诊内科中的应用 …… (38)
第四章　《伤寒杂病论》在内科急诊中的应用 …… (46)
第五章　急诊内科的民间简易疗法 …… (49)

下篇　各　论

第六章　常见急症证治 …… (69)
发热 …… (69)

晕厥……（77）
昏迷……（84）
厥脱……（93）
过敏性休克……（102）
失血性休克……（104）
创伤性休克……（107）
感染性休克……（109）
心原性休克……（112）
抽搐……（114）
中风……（120）
心悸……（127）
心跳骤停……（138）
心力衰竭……（144）
慢性心力衰竭……（145）
急性心力衰竭……（151）
暴喘（呼吸衰竭）……（154）
咯血……（159）
消化道出血……（164）
急性上消化道出血……（164）
下消化道出血……（167）
急性腹痛……（170）
急性呕吐……（174）
暴泻……（178）
关格……（180）
脓毒流注证（败血症）……（188）
热盛瘀血证（播散性血管内凝血）……（196）
头痛……（205）
中毒……（211）
第七章 心血管系统急诊……（221）
心绞痛……（221）
急性心肌梗塞……（225）
高血压危象与高血压脑病……（234）
亚急性感染性心内膜炎……（236）
急性风湿热……（239）
腱索断裂……（243）
主动脉瘤破裂……（245）
主动脉夹层动脉瘤……（247）
急性心包炎……（249）
心内粘液瘤……（251）
慢性肺原性心脏病……（253）

第八章　呼吸系统急诊 …… (258)
自发性气胸 …… (258)
哮喘持续状态 …… (261)
成人呼吸窘迫综合征 …… (265)
肺栓塞 …… (268)
肺性脑病 …… (271)
第九章　消化系统急诊 …… (276)
急性胃肠炎 …… (276)
消化性溃疡 …… (278)
急性胆囊炎 …… (282)
胆石症 …… (285)
胆道蛔虫症 …… (286)
急性胰腺炎 …… (288)
急性出血性坏死性肠炎 …… (292)
肝昏迷 …… (294)
第十章　血液系统急诊 …… (297)
急性白血病 …… (297)
急性再生障碍性贫血 …… (300)
血友病 …… (303)
过敏性紫癜 …… (307)
原发性血小板减少性紫癜 …… (310)
白细胞减少症和粒细胞缺乏症 …… (314)
第十一章　内分泌及代谢性疾病急诊 …… (318)
垂体前叶功能减退性危象 …… (318)
肾上腺皮质功能减退性危象 …… (320)
甲状腺机能减退性危象 …… (322)
高血钙危象 …… (324)
嗜铬细胞瘤危象 …… (326)
低血糖症 …… (328)
糖尿病酮症酸中毒和昏迷 …… (331)
高渗性非酮症性糖尿病昏迷 …… (333)
痛风和高尿酸血症 …… (335)
第十二章　神经系统急诊 …… (339)
三叉神经痛 …… (339)
急性脊髓炎 …… (341)
急性感染性多发性神经炎 …… (343)

急性脊髓血管病…… (346)
化脓性脑膜炎…… (348)
结核性脑膜炎…… (351)
隐球菌性脑膜炎…… (355)
单纯疱疹病毒脑炎…… (357)
重症肌无力危象…… (358)
癫痫持续状态…… (362)
周期性瘫痪…… (365)
癔病发作…… (367)

第十三章 传染病急诊 …… (370)

重型肝炎…… (370)
流行性脑脊髓膜炎…… (374)
流行性乙型脑炎…… (378)
病毒性脑膜炎…… (383)
流行性出血热…… (386)
狂犬病…… (389)
肠伤寒…… (391)
细菌性痢疾…… (394)
霍乱…… (397)
疟疾…… (400)
登革热和登革出血热…… (403)
阿米巴病…… (407)
钩端螺旋体病…… (410)
破伤风…… (413)

第十四章 风湿病急症 …… (416)

第十五章 多系统器官衰竭…… (421)

第十六章 水电解质和酸碱平衡紊乱急诊…… (429)

水过多…… (429)
失水…… (431)
低钾血症…… (434)
高钾血症…… (436)
低钙血症…… (438)
高钙血症…… (440)
低镁血症…… (441)
高镁血症…… (442)
代谢性酸中毒…… (444)
代谢性碱中毒…… (447)

呼吸性酸中毒……（449）
呼吸性碱中毒……（451）

第十七章　急性中毒及物理因素损害急诊……（453）

常用中药、剧毒药物的中毒和处理……（453）
乌头类药物急性中毒……（453）
雷公藤中毒……（455）
砒霜中毒……（456）
巴豆中毒……（458）
大戟中毒……（459）
生半夏中毒……（460）
芫花中毒……（460）
马钱子中毒……（461）
细菌性食物中毒……（462）
沙门氏菌食物中毒……（462）
葡萄球菌食物中毒……（464）
肉毒杆菌食物中毒……（465）
动物性毒物中毒……（467）
河豚中毒……（467）
鱼胆中毒……（469）
植物性毒物中毒……（471）
亚硝酸盐中毒……（471）
蚕豆病……（472）
钩吻中毒……（474）
毒蕈中毒……（475）
化学性食物中毒……（477）
酒精中毒……（477）
工业性毒物中毒……（479）
一氧化碳中毒……（479）
强酸类中毒……（481）
强碱类中毒……（482）
氰化物中毒……（483）
急性农药中毒……（484）
有机磷农药中毒……（484）
有机氯农药中毒……（492）
有机氮农药中毒……（494）
磷化锌中毒……（496）
药物中毒……（497）
氯丙嗪类药物中毒……（497）
巴比妥类药物中毒……（500）
异烟肼中毒……（502）

中医急诊内科2甲乙1 2 3 4 5面

阿托品中毒…… (503)
水杨酸中毒…… (504)
氨茶碱中毒…… (505)
洋地黄中毒…… (506)
溺水…… (508)
电击伤…… (510)
毒蛇咬伤…… (511)
中暑…… (515)
缢死…… (517)

附 录

急诊诊疗技术…… (523)
现场心肺复苏术…… (523)
心室腔内注射术…… (524)
心包穿刺术…… (525)
静脉切开术…… (526)
静脉放血术…… (527)
中心静脉压测定…… (528)
动脉穿刺术…… (529)
动脉输血术…… (530)
心脏电击复律…… (531)
人工心脏起搏…… (533)
经皮的冠脉成形术…… (535)
主动脉内气囊反搏术…… (537)
高压氧疗法…… (538)
抗休克裤的应用…… (540)
血流动力学监测…… (541)
胸腔穿刺术…… (543)
胸腔排气减压术…… (544)
胸腔闭式引流术…… (545)
气管插管术…… (546)
气管切开术…… (547)
体外膈肌起搏…… (548)
机械呼吸…… (548)
腹腔穿刺术…… (550)
肝脏穿刺术…… (551)
三腔二囊管压迫止血法…… (552)
洗胃术…… (553)
血液透析…… (554)

中医急诊内科2年乙12345底

血液灌流……（556）
内科急诊常用药物（含中成药）……（557）
内科急诊常用方剂……（584）
内科急诊常用实验检查正常值……（613）
中医内科急症诊疗规范……（630）
　中医中风病急症诊疗规范……（630）
　外感高热症诊疗规范……（634）
　心痛（冠心病、心绞痛）中医急症诊疗规范……（645）
　中医血症诊疗规范（咯血、吐血与黑便、紫斑、尿血）……（650）
　厥脱证诊疗规范……（659）
　中医急症胃痛诊疗规范……（663）
方剂索引……（669）
综合参考文献……（679）

上篇　总　论

第一章　现代中医急诊内科学概述

现代中医急诊内科学的定义与急诊留观范围

一、定义

现代中医急诊内科学是现代急诊医学的重要组成部分，它既不同于现代医学急诊内科学；也不同于传统中医的急症证治学，而是以中医急症证治医学为主体，以“古为今用”、“洋为中用”为原则，吸取现代急诊内科学之所长，用先中后西、能中不西、中西医结合的诊治顺序处理内科急症的一门新型急诊内科学。它能真实反映从事内科急诊医学的现代中医技术素质，最具实用性、科学性与先进性。

二、急诊留观范围

（一）急诊范围

凡病员由于疾病发作，突然外伤及异物侵入身体内，身体处于危险状态或非常痛苦的状态时，均属急诊抢救范围。

1. 突然急性腹痛者。
2. 突然高热、体温达39℃以上者。
3. 突然便血、吐血、有内出血象征、流产、小儿腹泻、严重脱水、休克者。
4. 突发抽搐症状，偏瘫或昏迷不醒者。
5. 急性尿闭者。
6. 颜面青紫、呼吸困难者。
7. 突发心悸、胸痛者。
8. 发病突然、症状剧烈、发病后迅速恶化者。
9. 烈性传染病可疑者。
10. 急性过敏性疾病。
11. 中毒、服毒、淹溺、触电、割颈、自缢者。
12. 急性外伤、骨折、脱臼、烧伤者。
13. 眼睛急性疼痛、红肿或急性视力障碍。
14. 耳鼻道、咽部、眼内、气管、食管中有异物者。
15. 其他急症者。

（二）留观范围

1. 一时未确诊的危急重症，如不典型的急性心肌梗塞，急性腹痛而一时又未能排除属急腹症者，不明原因高热者等。

2. 必须就地抢救而一时又不宜搬动的危急重症，如心跳骤停、休克、呼吸衰竭等。

3. 虽已确诊，为避免患者往返，需暂留观察几天者，如无合并症的大叶性肺炎、急性胃肠炎等。

4. 必须立即住院，但一时又无法解决病床，暂留观几天者。

急诊留观室是为急诊患者服务的，故在留观室留观，一般不宜超过 3 天，最多不超过 15 天，某些慢性病如恶性肿瘤病人，应进入各有关专科病房或疗养康复。绝不能把急诊留观室作为慢性病房、临终病房、康复病房。

（陈镜合　周海平）

古代医家对急诊的贡献

一、古代医家辨治急症的实践经验

（一）《灵枢·厥病》对真心痛临床特征的描述与现代的心绞痛、心肌梗塞是十分近似的。“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”。

（二）汉·张仲景《伤寒杂病论》问世后，使中医对急症的治疗推进一大步。

1. 对高热、昏迷、谵妄的治疗，他创立了清热、攻下两大治法。阳明热盛者用清热解毒、止渴生津法，以白虎汤加减，如现代选用此法治疗乙型脑炎高热，取得较好疗效。热结于里者用通里攻下法，以承气汤主之。现代选用此方治疗中风高热、肠梗阻及胰腺炎等高热，也取得满意疗效。

2. 对于暴喘，他主张因风寒束肺者用发汗定喘法，以麻黄汤或小青龙汤加减；因肺卫失宣者，用宣肺平喘之法，选用桂枝加厚朴杏子汤加减；因热郁于肺者，用清热泄肺平喘法，选用麻杏甘石汤加减。

3. 对于暴利，他主张分表利、热利、寒利三类。挟表下利者，用解表清里法，选用葛根黄芩黄连汤加减；热利下重者，用清热解毒法，选用白头翁汤加减；阳虚下利而厥者用回阳救急法，选用四逆汤加减。

4. 急黄，又称暴黄，他提出利尿、攻下、逐瘀 3 大治疗法则。利尿法以茵陈五苓散为代表方，通里攻下法以栀子大黄汤、大黄硝石汤为代表方；逐瘀退黄法以抵当汤为代表方。

5. 他论出血，包括吐血、衄血、便血、尿血等。其中热性出血者用泻火止血法，选用大黄黄连泻心汤；寒性出血者用温经止血法，选用甘草干姜泻心汤；热郁下焦尿血者用育阴清利止血法，选用猪苓汤。

6. 他论急性脘腹痛，共列 8 种，即心腹卒痛证、腹中痛呕吐证、腹痛下利证、妇人腹中痛证、腹中痛里急证、腹痛小便不利证、腹满痛证、腹胀满不大便证。其证治概括为“三法”。心腹卒痛者用温下通腑法，选用三物备急丸加减；水热互结者用泻热逐水法，选用大陷胸汤加减；阴寒内盛者，用散寒止痛法，选用大建中汤加减。

7. 他主张对厥证应先辨寒厥、热厥。热厥于里者用通腑泄热法，选用承气汤加减；阳脱寒厥者用回阳救逆法，选用四逆汤加减治疗。此外还采用了灸法治厥，因灸法有温阳通络、回阳举陷的作用。

（三）晋·葛洪对急症贡献颇大，他的代表著作是《肘后备急方》。书中收录的急症有肠吻合术乃至蝎螫虫咬，内、外、妇、儿、五官科等急症一方一论，该书对急症的病因诊断、临床症状和治疗，都有详尽的记录。

（四）隋·巢元方的《诸病源候论》分 67 门，病候 1720 条，其中关于急症的证候有 300 条以上。

（五）唐·孙思邈的《备急千金要方》和《千金翼方》记载了很多治疗急症的经验，共有备急方 27 首。如救治卒死，首先外用“仓公散”开窍，急救时“取药如大豆，内竹管内吹鼻得嚏，则气通便活”；内服“还魂散”. 若口不开，去齿下汤即活，同时又针间使、百会，灸人中。如此有散剂、汤剂不同剂型，口服、鼻饲、外用等给药途经，针药并用等，大大提高了对急症的治疗效果。

（六）据《儒门事亲》记载，治疗破伤风抽搐、牙关紧闭、角弓反张等即以风药从两鼻中灌入咽喉，约一盅，良久，上涌下泄，吐出三四升，风搐立止，肢体柔和，旦已自能起，口唇开，尚未能言，又服以桂枝麻黄汤使之发汗，不三日而愈。且勿考虑此法之效果，起码可以说明一千多年以前，古人已能够治疗破伤风了。

（七）明·吴又可著《温疫论》，在六淫致病的基础上，又提出了“多种戾气”致病的病源篇，对温疫的治疗，主张急症急攻，“数日之法，一日行之”的治疗原则。

（八）清·叶天士、吴鞠通等温病学家创立了卫气营血和三焦辨证，对治疗急性热病做出了重要贡献。

1. 对高热惊厥、昏迷、谵语、斑疹、吐衄、厥脱等急症，总结出一套宣透、清气、透营、凉血、化斑、通络开窍、救脱等急救原则。

2. 吴锡璜在治疗温热病中，指出留有一分津液，便有一分生机，是中医补液疗法的鼻祖。叶天士对温热病的 4 大治疗原则是“在卫汗之可也”、“到气才可清气”、“入营可透热转气”、“入血直须凉血散血”等，对后世影响很大。

3. 清·赵学敏著《串雅外编》收集了大量民间疗法的经验，此书专列死门，对溺水、误死、卒暴死等急症，均详细记载了临床表现及治疗方法。王清任在《医林改错》中用补阳还五汤治疗中风半身不遂、口眼歪斜、口角流涎、舌强语蹇、二便失禁等，用解毒活血汤治疗温毒吐泻、转筋等，用癫狂梦醒汤治疗癫狂病症，用血府逐瘀汤治疗心慌、心悸、真心痛等，对一些急症的治疗起到指导意义。

二、古代急救技术的发展与成就

（一）原始的人工呼吸术

汉·张仲景著的《金匮要略》中，就创立了在急救自缢病人时，用原始的人工呼吸

术。“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。一人以手按据胸上，数动之。一人摩捋臂胫屈伸之。若已僵，但渐渐强屈之，并按其腹，如此一炊倾，气从口出，呼吸眼开，……此法最善，无不活也”。到了晋代则改进为“塞两鼻孔，以芦管内其口中致咽，令人嘘之。有倾，其中砻砻转，或是通气也。北周姚僧垣《集验方》又加以改进，将患者“仰卧，以物塞两耳，以两个竹筒内死人鼻中，使两人痛吹之，塞口旁无令气得出，半日所死人即噫噫，勿复吹也”。这种急救术，在汉唐以后已被广泛应用，被扩大到其它非自缢死亡的急救范围，可以说是现代人工呼吸的前身。

（二）溺水急救技术

晋·葛洪《肘后救卒方》载有对溺水的急救术，“肘后疗溺死一宿者尚可活：取瓮倾之，以孔者伏瓮上，会口临瓮口，然以芦火二七把，烧瓮中当死人心下，令烟出，小人死者鼻口中，鼻口中水出尽则活。芦尽更益为之，取活而止。常以乎候死人身及瓮，勿令甚热。冬天常令火气能使死人心下得暖。若卒无瓮，可就岸穿地令如瓮，烧之令暖，乃以死人置上。亦可用车毂为之，当勿隐其腹，及令其低头，使水出。并熬灰数斛以粉身，湿即当”。

（三）导尿术

已佚的《救急方》记有：“取印成盐七颗，捣筛作末，用青葱叶尖盛盐末，开便孔内叶小头内吹之，令盐末人孔即通，非常有效”。这种用青葱盐末纳人尿道的方法，启示了后世导尿术的发展。唐·孙思邈在《千金要方·胞囊论》中改进为：“凡尿不在胞中，为胞屈僻，津液不通，以葱叶除尖头，内阴茎孔中，深三寸，微用口吹之，胞胀，津液大通，便愈”。在两千多年前，我们的祖先已经想到导尿解救，实属难得。

（四）鼻饲给药

古代医家遇到牙关紧闭、昏迷的病人，曾用“取嚏”、“拗开口”、“敲去一牙”和“针刺”等法，使汤药能咽下，至北宋时期正式将鼻饲术应用于临床，《圣济总录》记载：“治中急风，牙关紧……若牙紧不能下药，即鼻中灌之”。其灌乃“用鹅管吹入两鼻中”。

（五）其他

唐·孙思邈创用了以烧烙治疗外伤出血。隋·巢元方用血管结扎术治疗外伤出血。晋·葛洪放腹水的腹腔穿刺术，以生土瓜根捣汁的灌肠术。金元时期张子和的钩取咽部异物术等对急症的发展都有积极的贡献。

（岑烈芳）

现代中医急诊内科的处理要点

中医治疗急症历史悠久，而近几十年来由于种种原因，用中医治疗急症者逐渐减少，不少中医本来能解决的急危重症，大都被西医所取代。认为中医生不治急病，中医院不

设急诊科是理所当然的。近年来，虽然中医急诊的理论与临床研究发展较快，成果也不少，但多数实用性不大、无法推广。搞急诊成名的中医院名符其实的不多，真正敞开门像同级西医院急诊科那样搞急诊的仅为少数。讲理论一大堆，而实用价值不太大，研究手段粗糙，或未经统计学处理，故中医治疗急症尚在起步阶段，仍在摸索中，真正能拿得出的、过硬的、行之有效的办法还不多。故现代中医必须正视现实，认识自身的不足，取诸家所长，为我所用。实事求是，以洋为中用、古为今用作为中医当前治疗急症的总的原则。下面从明诊断、寻病因、求辨证、立治则、定处方、审药物、先中后西、能中不西、中西结合 9 个方面，谈谈现代中医治疗急症时的要点。

一、明诊断

对来诊的急诊患者，首要运用现代医学知识和方法，对其主症进行诊断与鉴别诊断，明确属西医的哪种疾病，如急性心力衰竭等。

二、寻病因

明确来诊者的主症属西医何种疾病以后，还要进一步寻求发病的原因，如急性心力衰竭是由风湿性心脏病风湿活动所致？还是由肺原性心脏病合并感染所致呢？又如急性上消化道出血是由肝硬化门脉高压所致呢？还是胃、十二指肠球部溃疡病、胃部炎症、胃恶性肿瘤所致呢？

三、求辨证

明确了来诊者的主症属西医何种疾病、发病的原因是什么后，还必须进一步运用中医的四诊八纲的理论与方法对该病进一步进行辨证分型，如急性心力衰竭是由风湿活动所致：据其所表现的症状及舌、脉征象，按八纲辨证、综合分析，归纳出属中医何种证型。例如由风湿活动所致的急性心力衰竭，是属中医气阴两虚所致？还是阳虚水泛、气滞血瘀所致？

四、立治则

明诊断、寻病因、求辨证后，还要根据辨证分型进一步确立治则，如风湿性心脏病合并心力衰竭是因阳虚水泛所致者，必须以温阳利水为治疗原则。

五、定处方

明确病、病因、辨证与治则后必须进一步定处方，如风湿性心脏病合并心力衰竭属阳虚水泛所致者，以温阳利水为治则，用真武汤等。

六、审药物

属阳虚水泛者用真武汤时，除使用该方主药附子、生姜、白芍、白术、茯苓外，还尽可能加入某些与辨证相近而又经现代药理证实，其对西医的病因病理有治疗作用的药物，如高血压性心脏病合并心力衰竭属阳虚水泛者，在使用真武汤的具体药物的同时加上具有降压作用的杜仲；若属阴虚阳浮所致者，则以滋阴潜阳为治则，在采用六味地黄汤时，可选加菊花、石决明、钩藤、天麻等既有降压作用又与辨证立法原则不矛盾的药物。

七、先中后西

先中后西是指急诊患者来诊，首先考虑用中医各种综合疗法处理。一般来说，在内科范围内，除心跳骤停、中重度休克、昏迷、急性心力衰竭、重度失血、急性呼吸衰竭、

出血性脑病出血量较大、糖尿病酮症酸中毒、高血压脑病或危象，其余均可考虑先用中医方法处理。如高热、急性胃肠炎、急性痢疾、急性腹痛、轻度休克、无明显合并症的急性心肌梗塞、冠心病心绞痛、轻中度的急性上消化道出血，在经中医处理后效果不显或中途病情发生变化者，不排除改西医方法处理。

八、能中不西

能中不西是指在对急诊患者的整个处理过程中，尽可能考虑使用中医各种疗法，但并不排除先用西法。如急性心肌梗塞，若无明显合并症，可在严密的心电监护或血流动力学监护下，先用中医治疗，在监测过程中如出现明显心律失常、心力衰竭或休克等，可即加用西药。又如急性上消化道出血属中度者，也尽可能先用中医疗法（不排除必要时输血），经治疗后血压稳定，血色素无继续低下，心率无进行性加快，肠鸣音由亢进变为不亢进，病情向好的方面发展者，则继续用中医治疗。急性中毒（口服），亦可先用中药洗胃、灌肠等方法。若对有些病先用中医治疗没有把握时，亦可先用西医治疗。经观察西医疗效不佳的，可即加用中药或停用西药，单一使用中医疗法。例如病态窦房结综合征或高度房室传导阻滞有阿斯氏综合征出现者，可先常规用西医方法处理，有效者继续治疗，无效者则改用中医治疗，或加用中医治疗。加用或改用中医治疗后，不少病者获得意外疗效。

九、中西结合

中西结合是指在一些大型抢救或用中、西医单独处理治疗效果不显的病，采用中西医结合治疗。这类病如心跳骤停、休克、急性心力衰竭、急性呼吸衰竭、急性肾功能衰竭、高血压脑病或危象、大面积出血性脑病、糖尿病酮症酸中毒、昏迷、阿斯氏综合征等。在应用中西医结合抢救后，成功与否都必须实事求是认真总结中西医在抢救过程中的各自经验与教训。下面介绍一例因触电致呼吸、心跳停止较长时间，用中西医结合方法抢救成功至今无后遗症的病例，供参考。

伍某，男，21 岁。1983 年 9 月 18 日下午 4 时 50 分触电昏迷。20 分钟后达广州中医学院第一附属医院急诊科。接诊时检查患者，已无心音、无呼吸、大动脉搏动消失、瞳孔散大、昏迷。即行胸外心脏按压、气管插管、加压人工呼吸，相继两次心内注射肾上腺素，以上无效后，用电击盲目除颤 4 次．最后一次用 400 瓦/秒，获得心跳恢复（从触电倒地至自主心跳的恢复约 75 分钟），以后又进行气管切开等一系列复苏后的中西医结合紧急处理。患者第 7 天开始逐渐苏醒，21 天痊愈出院，至今未发现后遗症。在这一病例的抢救过程中，对心肺脑复苏及复苏后的一连串处理是用当时西医较为先进的方法进行的。但要说明的是，自患者自主心跳恢复后，我们即用了丽参注射液、醒脑静注射液、鼻饲安宫牛黄丸，以及涤痰开窍的中药。我们认为通过本病例的抢救过程，对于中医药在大脑复苏、预防急性肾功能衰竭、保护心脏方面是否有价值，值得探讨。

附：广州中医药大学第一附属医院急诊科中医治疗急诊的几个标准：

（一）中医特色：诊治中，特别是开始时用中医中药；其中包括：①纯中医治疗，②中医为主治疗，③中西医结合治疗。

（二）纯中医治疗：主病主症的诊治全过程均用中医药不用西医药；或配合使用支持疗法，如输液、输血、输氧、或作特殊检查，如酚红试验等。

（三）中医为主治疗：诊治过程中的特效治疗（病因治疗）用中药，临时可以使用西药对症处理，但必须对主病、主因无明显作用；或用中药为主，个别的西药对主病主因无明显作用的成药；亦可在某些慢性病人维持西药用量不变的基础上（如慢性心力衰竭病人每日服用的强心西药），对新主病、主证采用中药治疗。

（四）中西医结合治疗：中西医结合治疗是指对一些难以单纯用中药或西药治疗而获疗效的疾病，采用中西医两法结合处理，克服各自弊端，发挥各自专长，以提高疗效。

（陈镜合　龙福珍）

内科常见急诊中医特色处理参考

（一）上感高热：一般纯中医治疗或以中医治疗为主。

（二）急性胃肠炎：如呕吐不严重者，一般以纯中医治疗或中医治疗为主，严重者配合支持疗法，如补液，一般不用抗菌素。

（三）大叶性肺炎：轻、中度感染，无明显中毒症状者，先以中医治疗为主。

（四）支气管哮喘：先用中医治疗，哮喘持续状态用中西医结合治疗。

（五）慢性肺气肿合并感染：以纯中医治疗或中医治疗为主，必要时中西医结合治疗。

（六）各种痛证：如无外科急腹症需紧急手术情况者，使用中医治疗为主，无效者中西医结合治疗。

（七）肺原生心脏病、慢性心力衰竭：可先中医后西医治疗或中西医结合治疗，可采用西医抗感染，中医辨证利尿。

（八）风湿性心脏病、慢性心力衰竭：可先中医治疗为主，无效者，中西医结合治疗。

（九）急性心肌梗塞：无严重合并症者，纯中医治疗为主，但要严密监护；有合并症者，中西医结合治疗。

（十）上消化道出血：轻、中度出血者以中医治疗为主，可插胃管，以冰冻紫地合剂（内含紫珠草、地稔等）洗胃。

（十一）支气管扩张咯血：轻、中度者，一般情况较好的，以中医治疗为主；重度者，中西医结合治疗。

（十二）高血压危象：以中西医结合治疗，先用西药，一般情况好转后加用中药，最后采用纯中医治疗或中医治疗为主。

（十三）急性肾盂肾炎：一般纯中医治疗或中医治疗为主。

（十四）糖尿病酮症酸中毒昏迷：中西医结合治疗。

（十五）大型抢救：如各种原因所致的呼吸、心跳骤停，应中西医结合治疗。

（十六）脑血管意外：缺血性者，中医治疗为主；出血性者，可以中医治疗为主或中西医结合治疗。

（十七）急性肾功能衰竭：中西医结合治疗。

（十八）各种急性心力衰竭：中西医结合治疗。

（十九）呼吸衰竭：中西医结合治疗。

（二十）各种急性中毒：先中医如中药洗胃，后西医或中西医结合治疗。

（陈镜合　李　敏）

急诊科的结构与设想

中医院急诊科（室）编制：应定编不定员，设急诊科主任1名、副主任1～2名、护士长1～2名。在急诊科工作的时间不短于2年，各专业医师则由各专业科室每年按急诊科的编制派出，在急诊科轮转。时间不短于1年。按每年急诊人次约4万，留观床31张的急诊科计，应派出内科医师5～10人（含科主任1人），外科医生5人（含科副主任1人），骨伤科5人，儿科5～6人（含科副主任1人），兼管急诊室与留观室。其他妇科、眼科、耳鼻喉科，皮痔科可与病房兼管。

中医院急诊科设施：①急诊室。急诊室除应设内、儿、外、骨、妇、眼耳鼻喉等科各自的诊室外，还应设手术室、妇检室、急诊抢救室、治疗室、护士办公室、分诊台。②急诊留观室。留观床位数视各医院而定，内设CCU（Cororary Care Unit即冠心监护区）床、急诊室与留观室可由同一医生护士班子管理，亦可由不同两组医生护士分管。CCU要有专医专护。

护士每班可分下述各组：①分诊台组。要求分诊准确率达95%～98%，识别危急重症，及时向医师报告。②抢救室组。专管抢救室的器械、药物等。③治疗室组。负责各种治疗，送检及执行医嘱。④巡回组。主要对留观的病人巡回诊察，发现问题及时处理。

在急诊科的医生护士必须懂得中西医两套急救技术，在急救过程中，坚持先中后西、能中不西、中西医结合的中医诊治急症的原则，加强急救技术的训练。如分诊、针灸、拔火罐、气管插管、心电监护、呼吸器使用、心肺复苏术、除颤起搏器使用操作、深静脉穿刺、洗胃术、三腔二囊管的应用、气胸箱的应用等。

（陈镜合　龙福珍）

现代中医院急诊科各项工作制度

一、急诊科工作制度

（一）各有关科室应选派有2年以上临床经验和能胜任带教工作的医师、护士参加急诊科工作，其中内科应有2名副高职称以上的医师；外科、骨伤科、儿科等应有1名主

治医师，并相对固定（一般不少于1年）；内科、外科、骨伤科、儿科医师24小时坐班，其余各科的急诊病人由各科值班医生处理；实习医师、实习护士不得单独值班；进修医师经科主任批准，方可参加值班，但不得超过本科室医生的1/3。

（二）努力继承、发掘中医治疗急症的经验，开展辨证论治，根据先中后西、能中不西的原则，积极采用行之有效的中药新制剂，不断提高中医治疗急症的水平。建立并实施发热、中风、痛证、血证，厥脱等急、危重症的中医诊疗常规。急诊病人中医参与治疗率＞70%，中医治疗率＞30%；危重症中医参与抢救率＞50%；中医病证诊断准确率＞90%；急诊、出院诊断符合率＞90%。

（三）值班人员应热情接诊，准确分科，对病员应有高度责任感和同情心，处理应及时准确，严密观察病情变化，写好病历及各项有关记录，对疑难危重病员应请上级医师诊视，对不宜搬动的危重病员应就地组织抢救。

（四）急诊科工作人员必须坚守岗位，做好交接班，严格执行急诊科各项规章制度、急诊技术操作规程及危重病人的抢救程序。

（五）急诊科应经常备齐各类中西抢救药品和器材，急救器材及急救车不得外借，由专人保管，放置固定位置，经常检查，及时补充、更新、修理和消毒，保证随时可用。

（六）急诊科医护人员必须熟练掌握各种急救技术（包括急救仪器的使用），每周定期开展业务学习和病例讨论各1次，不断提高急救水平。

（七）对来诊病人，原则上应符合“急诊范围”，不受划区分级限制，对不符合“急诊范围”的儿科或外地病员要求就诊的，应酌情接诊；急诊出车，应执行当地卫生局的规定，情况特殊时，应绝对服从急救中心的指挥，随时执行急救出车任务。

（八）留观病人由有关科室的急诊值班医师及护士负责，病人留观的时间一般不能超过3天，病人发生病情变化，应及时报告上级医师并采取有效的治疗措施。

（九）对急诊病人应执行首诊负责制，对病情复杂一时难以确定科别的边界病人，原则上应由最初就诊科负责进行必要的检查、邀请会诊，做出诊断，提出处理意见，需要收入院者，应按当地卫生部门有关边界病人诊疗问题规定处理。需要转院者，应与有关医院进行联系，取得同意后方可转院、病人转院前应做好病情记录和必要的处理，病情危重不宜搬动者，应待病情稍稳定后，由医护人员护送转院。

（十）严格执行消毒隔离及疫情报告制度，发现传染病应按规定填写疫情报告卡，发现甲类传染病，应立即电话报告卫防科或有关防疫部门。

（十一）急诊科设“急诊病人登记本”、“出车登记本”、“危重病人抢救登记本”、“盲流病人登记本”、“医疗差错事故登记本”、“交班记录本”等，各有关人员应认真做好各项登记和记录工作，并定期检查。

（十二）遇重大抢救，应立即报告科主任和医院抢救小组或急救指挥系统，领导亲临指挥．凡涉及法律纠纷的病人，在收治的同时应及时报告有关保卫部门。

二、中医院观察室工作制度

（一）凡不宜搬动的危重病人、符合住院条件而一时不能入院者、不符合住院条件但根据病情尚须观察者，均在观察室进行观察。

（二）病人留观察室观察一般不超过3天、各有关科的负责医师应根据病人情况决定

入院或出观察室。特殊情况也不得超过15天，慢性病人不得收入观察室，非急诊科医师不准收病人留观。

（三）各科室急诊值班医师收病人入观察室后，应按规定开好医嘱，及时治疗，并于24小时内按规定格式完成急诊留观记录，严密观察病人，发现病情变化应请上级医师诊视，并随时记录病情和处理经过。

（四）各科急诊值班医师必须参加每天早晨的交班会，对留观病人早、晚应查房1次，按时开好医嘱，对危重病人应随时查房，主治医师每天重点查房1次，副主任医师每周查房2次，主任医师每周查房1次。各级医师查房时，应突出中医特色，上级医师应指导下级医师的诊疗工作，及时修改诊疗计划，以提高医疗质量。

（五）值班护士应随时主动巡视病员，及时记录和反映情况，按时进行辨证施护。

（六）值班医师、护士要写好交班记录，按时、详细、认真做好交接班工作。

（七）认真执行“三查七对”，严防医疗差错事故发生。

三、中医院抢救室工作制度

（一）抢救室专为抢救病人而设，非抢救病人一律不得占用。

（二）抢救室应备齐一切中西抢救药品、物品、器械和敷料等，并须放在固定位置，设专人管理，要有明显标记，不准任意挪用或外借。

（三）使用药品、器械后均需立即清理、消毒，然后放回原处，消耗部分及时补充，以备再用。对药品还应经常检查，发现霉变、虫蛀或变质等情况要随时报告并更换。

（四）抢救室一切物品、药品、器械，每天核对1次，做到班班交接，物帐相符。

（五）灭菌物品需注明灭菌日期，超过1周时应重新灭菌。

（六）抢救室应经常保持整洁，每周由专人负责彻底清扫消毒1次，室内严禁吸烟。

（七）抢救时，抢救人员要按岗定位，按照各种疾病的常规抢救程序进行工作，并做好记录，每次抢救病人结束后，都要做现场评论和初步总结。

四、手术室制度

（一）手术室器械由专人负责保管，每班清点，缺少者要即时补充，损坏者要及时修好。

（二）保持室内清洁，出入关好门。

（三）手术室床单每天定时更换，如有污染及时更换。每晚进行紫外线消毒1次。

（四）医护人员进入手术室，应穿工作衣、戴帽子和口罩，并严格遵守消毒隔离制度和无菌操作规程。

（五）非手术人员禁止进入手术室。

（六）手术室器械不得外借。

五、消毒隔离制度

（一）室内地面每日用2%次氯酸钠溶液拖擦1次。全科室每日大搞清洁卫生1次。

（二）每周星期1更换消毒器械及泡浸溶液。

（三）氧气湿化瓶、吸痰机负压瓶每周清洁消毒1次。

（四）手术室、治疗室、妇科诊室、抢救室、儿科诊室，每天紫外线灯照射消毒1次。每月做空气细菌培养监测1次。

（五）便盆、尿壶清洁后用2%次氯酸钠溶液泡浸30分钟，泡浸液每日更换1次。

（六）病员终末处理

1. 一般病人死亡后，将污被服撤下送洗衣房清洗，棉胎、枕头芯用紫外线照射消毒30分钟，病床单元用0.5%过氯乙酸溶液擦洗。

2. 传染病人死亡后，用蘸1%氯胺溶液的棉花塞口、鼻、耳、肛门等孔道，再用1%氯胺溶液浸泡过的尸单包裹尸体送太平间。

3. 用0.5%过氯乙酸擦拭病床、地面。棉被、床褥在烈日下曝晒6小时或用0.5%过氯乙酸喷洒消毒。医疗用具，玻璃类、搪瓷类、橡胶类、金属类、用高压蒸气消毒或用0.5%过氯乙酸泡浸消毒。

4. 排泄物及分泌物用漂白粉消毒，便器、痰盂用0.5%过氯乙酸液泡浸，垃圾焚烧。

5. 急诊护士认真细致地对急诊病人进行初检，对疑有急性传染病者要特别注意问诊。发现传染病时，应就地隔离消毒。

6. 确诊为传染病者，值班医师要填写传染病报告卡，并报卫防科。

六、CCU工作制度

（一）凡冠心病心绞痛、心肌梗塞、心跳骤停或各种原因所致的严重心律紊乱、心源性休克、心力衰竭的病人，均可入CCU监护。

（二）进入CCU的病人，全部实行专医、专护。

（三）CCU的一切医疗器械及电开关，未经医护人员允许，不得随意触摸或使用。

（四）室内保持肃静，不准喧哗，严禁吸烟。

（五）每1位病员只准留1名陪人，其余人员应按规定时间探视病人（探视时间每天下午3～5时）。

（六）非工作人员，未经许可，不准进入CCU。

（七）进入CCU的病人必须严格执行医嘱和本室制度，与医护人员合作，争取早日康复。

七、急诊科交接班制度

（一）每天上午上班后，全科人员（包括当班、接班的医师、护士、进修生、实习生）必须准时参加晨会，进行交接班。

（二）值班医、护人员在交班前必须完成本班的医疗、护理工作，写好交班记录，值班医师应尽量将病人处理完毕，未处理的要做好交班工作，护士交班前还应清理好抢救室、治疗室、手术室、妇科、五官科等诊室。

（三）接班的医师、护士应认真听取交班报告，有疑问时应随时询问清楚，对临时观察病人应床前交班。

（四）护士交班时，应做好麻毒剧药品、体温计、车床、棉被、枕头等物品的清点交班工作。

八、急诊科各级人员职责

（一）科主任职责

1. 在院长领导下，负责本科的医疗、教学、科研、预防等行政管理工作，不断提高急救技术水平，努力完成医疗急救任务。

2. 制定本科工作计划与业务建设计划，组织实施，经常督促检查，定期总结汇报。

3. 协调急诊各科关系，解决医疗、教学、护理、行政上的问题。组织会诊、病例讨论、安排值班、出诊，每周查房1次以上，指导下级医师的诊疗工作，修改病人诊疗计划，决定病人入院、转科，转院等问题。

4. 组织全科人员进行业务学习，运用国内外医学先进的急救技术，努力继承发扬中医药学，进行科研，开展新疗法、新技术，不断总结经验，提高中医药治疗急症的疗效。

5. 检查督促本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严格并及时处理差错事故。

6. 做好对下级医师的业务指导、技术考核，组织临床教学，安排进修、实习生的学习及工作。

科副主任参照科主任职责执行。

（二）主任医师职责。

1. 在科主任行政方面的领导下，运用中西急救学理论和经验，指导全科医疗、教学、科研、技术培训与理论提高工作。

2. 每周查房1次以上，并按规定时间参加门诊，亲自参加危重病人的会诊、抢救及疑难、死亡病案的讨论。

3. 指导全科主治医师、住院医师做好各项医疗工作，有计划地开展基本功训练。

4. 紧密结合临床实践负责整理研究中医药治疗急症的经验，著书立说，并带好助手。

5. 了解掌握中医及急救医学学术动态及先进经验，定期或随时向科内人员介绍，指导临床工作。

6. 督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和医疗技术操作规程。

副主任医师参照主任医师职责执行。

（三）主治医师职责。

1. 在科主任的行政领导和主任医师的技术指导下，运用中西医理论，负责本科一定范围的医疗、教学、科研工作。

2. 按时查房，随时掌握病员病情变化，指导住院医师的诊疗工作，参加危重病人的抢救和死亡病例、医疗差错事故的讨论，并提出初步处理意见。遇重大问题应及时向科主任或主任医师汇报。

3. 参加值班、门诊、急诊、会诊，出诊工作。

4. 主持有关的临床病案讨论及会诊，检查修改下级医师书写的医疗文件，决定病人出院，审签出（转）院病历。

5. 认真执行各项规章制度和技术操作规程，经常检查本病房的医疗护理质量，严防差错事故，协助护士长搞好病区（室）管理。

6. 组织本组医师学习，正确运用中西医理论，开展新技术、新疗法，进行科研工作，搞好资料积累，及时总结经验。

（四）住院医师职责

1. 在科主任和上级医师的指导下，负责一定数量的医疗、带教和担任急诊值班、出诊等工作。对所管的病人全面负责检查、诊断、处理及思想工作。

2. 认真书写病历和病程记录，对新入院（观察室）的病人，应于 24 小时内完成病历书写。

3. 参加科内查房，对所管病人应早、晚查房 1 次，发现病情变化或遇有诊疗疑难问题，应及时报告上级医师，及时处理。上级医师查房或请他科会诊时，应陪同诊视，并汇报病情，详细记录上级医师查房或会诊意见，认真做好病人出院转科登记和交接班工作，发现传染病应填写疫情报告卡。

4. 认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故，指导护士进行辨证施护。

5. 学习中西医理论，练好基本功，提高急救技术水平，参加科研，及时总结经验。

6. 参加临床带教工作，修改实习医师书写的病历及医疗文献记录。

7. 经常征求病人对医疗、护理的意见。

（陈镜合 周海平）

现代中医院急诊留观记录

急诊留观与病房留医不同，留观病床每天周转率很高，少则 3～5 名，多则 10 余名患者，且基本都是危急重病人，一个急诊留观值班医生，根本无法像在病房留医部那样，系统常规书写病历。下面仅介绍广州中医药大学第一附属医院急诊科，供内、外、妇、儿、五官各科使用的表格式《急诊留观记录》供参考。

广州中医药大学第一附属医院急诊留观记录

姓名：	性别：	年龄：	婚况：
职业：	出生地：	民族：	国籍：
家庭住址：			邮政编码：
入察时间：			病史采集时间：
病史陈述者：			可靠程度：
发病节气：			
联系人：			联系电话：

问诊：

主诉：

现病史：

既往史：

其他情况：

望诊

神志（清、不清）　　面色（　　）
白睛（正常、红、黄）　　瞳仁左右（大、小）
耳左右（正常、流血、流脓）　　鼻左右（正常、流血、脓、涕）
咽（正常、流血、肿胀）　　乳蛾（　　）
颈（　　）　　胸左右（正常、下陷、隆突）
背（正常、弯、直、隆突）　　左右上肢（有无水肿）
左右下肢（有无水肿）
舌体　　舌质　　舌苔

闻诊：

呼吸（正常、粗、弱、快、慢）　　气味（　　）
语声（洪、弱、正常）
痰、呕吐物气味（酸、臭、腥、无特殊）　　嗅（有、无）

切诊：

皮肤（温、湿、冷）　　颈（软、硬）
腹部（软、硬、灼热、冷）　　有无腹痛（喜按、拒按）
有无腹部肿块
脉（左：　　右：　　）
其他：

体格检查：

T　C　　P　次/分　　R　次/分　BP　　kPa
神志（　　）　　体位（　　）
面容（急性病容、慢性病容）　　表情（安静、痛苦）
巩膜黄染（　　）　　皮肤出血点（　　）
表浅淋巴结：肿大（有、无）　　部位（　　）
活动性（　　）　　压痛（　　）　　硬度（　　）
瞳孔（等大、等圆、不等大、不等圆）
左右瞳孔直径（　　）　　对光反射（存在、迟钝、消失）
眼球震颤（　　）　　眼睑闭合（完全、左右不全）
口角（正常、向左右歪斜）　　鼻唇沟（居中、左右变浅）
伸舌（居中、左右歪、不能）　　气管（居中、向左右移位）
甲状腺肿大（有、无）　　胸廓（对称、畸型）

心脏：

望诊：

触诊：

叩诊：

听诊：

肺部：

望诊：

触诊：

叩诊：

听诊：

腹部：

望诊：

触诊：

叩诊：

听诊：

左右肾区叩击痛　　脊柱（正常、畸型）

左右上肢（正常、畸型、瘫痪）　　左右肌力（　　）度

左右下肢（正常、畸型、瘫痪）　　左右肌力（　　）度

左右下肢水肿（　　）　　左右二头肌反射（　　）

左右三头肌反射（　　）　　腹壁反射（　　）

左右膝腱反射（亢进、减弱、正常）　　左右霍夫曼氏征（　　）

左右巴彬斯基氏征（　　）　克尼格氏征（　　）　布氏征（　　）实验室检验结果：

各科特殊检查：

简要辨证：

入观察室诊断：

中医诊断：

西医诊断：

诊疗计划：

医生签名：

（陈镜合　龙福珍）

第二章　中医几种治法在急诊内科中的应用

疏风解表法

疏风解表法是使用具有疏风解表功能的药物组成方剂，治疗外感发热性疾病。常分辛温解表和辛凉解表，辛温解表治疗风寒感冒，辛凉解表治疗风热感冒。同时还具有胜湿、止痒、透疹、消散疮疡等功效。

一、主要功用和常用方剂

功　用	主　治	常用方剂
发散表邪	外感表邪	麻黄汤、桂枝汤、银翘散、桑菊饮
祛风胜湿	风湿在表	九味羌活汤
祛风止痒	皮肤痒疹	防风解毒汤、消风散
透发麻疹	疹透不畅	升麻葛根汤、竹叶柳蒡汤
消散疮疡	疮疡表证	荆防败毒散、仙方活命饮
通鼻治渊	鼻渊鼻鼽	苍耳子散
散湿利水	水肿兼表证	越婢汤、胃苓汤

二、药理作用

（一）解热：麻黄、桂枝、荆芥、防风、苏叶、藁本、薄荷、菊花、升麻、柴胡、葛根、蝉蜕、浮萍等，对实验性动物发热有解热作用。

（二）镇痛：桂枝、生姜、荆芥、防风、藁本、升麻、柴胡、蝉蜕等，对小鼠尾部机械压迫法或醋酸扭体法等所致疼痛反应有一定抑制作用。

（三）抗炎：麻黄、荆芥、防风、升麻、柴胡等，对动物实验性关节炎有一定抑制作用。

（四）抗变态反应：麻黄、苏叶、荆芥、辛夷花、柴胡、葛根等，对Ⅰ型变态反应有抑制作用。苏叶对Ⅳ型变态反应、葛根对Ⅲ、Ⅳ型变态反应有抑制作用。

（五）诱生干扰素：实验证明苏叶、白芷、升麻、蝉蜕等，有诱生干扰素作用，从而

可抑制病毒的复制。

（六）促进巨噬细胞吞噬功能：苏叶、柴胡、葛根、黄荆等，对消灭入侵人体之病原体及清除体内毒素均有重要作用。

三、临床应用

（一）流行性感冒

1. 用荆芥、葛根等组成的“抗感冲剂”治疗感冒 337 例，主要症状在 24 小时内消失或基本消失者占 67.1%，24～42 小时消失或基本消失者占 21.7%。

2. 有报道用防风 15g，羌活、柴胡各 12g，菊花、生石膏各 30g，甘草 10g，水煎服，治疗流感 393 例，48 小时内热退、症状基本消失者 378 例（占 96.2%），疗效与中医证型无明显关系。

3. 蝉蜕与僵蚕合用对流感高热有退热效果。

4. 对普通感冒、流感、疟疾、肺炎等发热，用柴胡注射液治疗均有较好效果，据 143 例观察，24 小时内退热者，流感为 98.1%，普通感冒为 87.9%。

（二）流行性腮腺炎合并睾丸炎：用小柴胡汤加生石膏、板蓝根、海藻、橘核，水煎服，腮部外敷金黄散，治疗 25 例，1 周内均愈。

（三）头痛：白芷为治头痛的要药。腰麻或硬膜外麻后头痛者，用白芷 30g 煎水作 1 天量分 2 次服，治疗 73 例（部分配伍其他药），1～3 剂止痛者占 76.6%，6 剂内止痛者占 94.5%。血管神经性头痛，可用白芷 30g，川芎、川乌、甘草各 13g，一半炒黄、一半生用，打细，分成 10 包，每次 1 包，每天 2 次，痛甚时每天 4 次，开水冲泡服，治疗 130 例，痊愈率 64.6%，总有效率 96%。

（四）变态反应性疾病：如过敏性鼻炎、荨麻疹、湿疹、瘙痒症、多形红斑等，可用桂枝汤加减治疗。神经性皮炎、变应性结节性皮肤血管炎，可用桂枝茯苓丸加减治疗。风湿性关节炎、类风湿性关节炎，可辨证使用桂枝乌药知母汤、白虎加桂枝汤等治疗。防治支气管哮喘，可酌用抗敏合剂。

（五）心血管疾病：桂枝水煎液能增强小鼠心肌营养性血流量。对在体蛙心呈正性肌力作用。桂皮醛能抑制血小板聚集。桂皮醛及桂皮酸有抗凝血酶作用。这些作用与桂枝温经通脉有关。对冠心病心绞痛、心律不齐、心力衰竭、心肌劳损、心肌炎等，可辨证使用炙甘草汤、桂枝甘草汤、苓桂术甘汤、桂甘龙牡汤等治疗。用桂枝甘草龙骨牡蛎汤加味治疗老年中风 73 例（脑血栓形成 49 例、脑栓塞 1 例、脑出血 23 例），其中 11 例脑出血引起颅内压增高者，加用 50%葡萄糖注射液和 20%甘露醇静脉注射；23 例急性缺血性脑血管病者加用低分子右旋糖酐及维脑络通。结果基本痊愈 15 例，显效 47 例，有效 7 例，死亡 4 例。用小柴胡汤加当归、川芎、附子等加减治疗缺血型心绞痛 41 例，1 个月内症状消失，心电图改善。大剂量葛根素及复方均能明显降低血清胆固醇，但对血清游离脂肪酸和甘油三酯则无明显影响。木贼降血压作用值得重视，用木贼治疗高血压病 123 例，每天用 75～450g（一般用 150g）水煎分 2 次服，30 日为 1 个疗程，血压下降者占 97.6%，多在 1 周内血压开始下降，对高血压各期均有效，按中医分型木贼对阴虚阳亢型、阴阳两虚型疗效相似。其降压原理与提高血浆 cGMP 量，扩张外周血管及镇静等作用有关，所含硅酸盐是有效成分之一。

（六）低钾性软瘫：用薄荷、香薷各 6～10g，厚朴 3～8g，扁豆 10～12g，六一散（包）0.5～1g，治疗低钾性软瘫轻症 24 例，痊愈 19 例，好转 4 例，无效 1 例，一般 2～4 剂即愈，愈后未见复发，对重症者可于静脉补钾后再用本方。

清热解毒法

清热解毒法是使用清泄里热、解热毒的药物，治疗热毒证。常分清热泻火治气分实热证、清热燥湿治湿热证、清热凉血治血热证、清热解毒治热毒证。

一、主要功用和常用方剂

功 用	主 治	常用方剂
清热泻火	气分实热证	白虎汤 黄连解毒汤
清热燥湿	湿热证	白虎加苍术汤
清热凉血	血热证	犀角地黄汤
清热解毒	热毒证	五味消毒饮
清暑热	暑热证	雷氏清凉涤暑汤
清虚热	阴虚内热证	青蒿鳖甲汤、清骨散

二、常用中草药抗菌试验

主 治	常用中草药	体外抗菌试验有效菌株
疔疮、痈疖、脓疱疮	蒲公英、野菊花、紫花地丁	金黄色葡萄球菌、链球菌、绿脓杆菌
败血症	黄连、黄芩、黄柏	同上，肺炎球菌
上呼吸道感染	黄芩、金银花、连翘	金黄色葡萄球菌、链球菌、肺炎球菌及呼吸道病毒
肺炎、肺脓肿	鱼腥草、鸭跖草、半枝莲	肺炎球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎杆菌、流感杆菌
白 喉	生地、白芍、丹皮、土牛膝	白喉杆菌
百日咳	大蒜	百日咳杆菌
流行性脑脊髓膜炎	金银花、贯众、黄连、板蓝根	脑膜炎球菌
细菌性痢疾	黄连、白头翁、马齿苋、四季青、千里光、穿心莲	痢疾杆菌
肺结核	黄连、鱼腥草、白芨、百部、黄芩、黄柏、丹参、	结核杆菌
钩端螺旋体病	穿心莲	钩端螺旋体

续表

主　治	常用中草药	体外抗菌试验有效菌株
流行性感冒	板蓝根、大青叶、贯众	流感病毒
流行性腮腺炎	板蓝根、大青叶	
乙型脑炎	板蓝根、大青叶	
病毒性肝炎	板蓝根	
疟　　疾	青蒿	疟原虫

注：摘自中山医科大学主编《全国高等医学院校药理学教材》

三、药理作用

（一）抗病原体作用：如上表。

（二）解毒：苦参能增强肝细胞色素 P450 功能而起解毒作用。穿心莲、野菊花、蚤休，有解蛇毒作用。黄连、黄芩、黄柏、玄参、银花、土茯苓、蛇莓与养阴清肺汤、抗白喉合剂等，对细菌毒素或其他毒物有解毒作用。

（三）消炎：夏枯草、水牛角、龙胆草、秦皮、鱼腥草、野菊花等，对某些实验性炎症具有消炎作用。

（四）对神经系统的作用：石膏、知母、栀子、淡竹叶、大黄、金银花、连翘、大青叶等，有不同程度的解热作用。水牛角、犀角有抗惊厥作用。水牛角、丹皮、赤芍、苦参、蚤休、黄花败酱草等，有镇静作用。

（五）对免疫功能的作用：生地、丹皮、赤芍、龙胆草等，有促进 T 细胞数量增加或功能增强的作用，苦参有抑制 T 细胞增殖的作用。丹皮、赤芍等，有增强体液免疫的作用。夏枯草、青蒿、地骨皮等，有抑制体液免疫的作用。青蒿、穿心莲等，能增强溶菌酶活力。鱼腥草有使血清备介素增加的作用，青蒿有诱生干扰素的作用，苦参有抑制白细胞介素-2 产生的作用，紫草有抑制补体活性的作用。

（六）促进吞噬细胞数量增加或功能增强：石膏、夏枯草、水牛角、犀角、生地、丹皮、赤芍、苦参、金荞麦、蛇莓、金银花、野菊花等，有上述作用。

（七）对心血管系统的作用：丹皮、赤芍、玄参、苦参等，能扩张冠状动脉、抗心绞痛。犀角、紫草等，有增强心肌收缩功能的作用。栀子、青蒿，能减弱心肌收缩。苦参、黄连等，有抗心律失常的作用。生地、地骨皮，有减慢心律的作用。银柴胡尚有抗动脉粥样硬化作用。

（八）对血液系统的作用：黄连、苦参、金银花、地骨皮等，有降血脂的作用。生地、丹皮、赤芍、黄连等，有抗凝作用。石膏、犀角、贯众、蚤休等有止血作用。

四、临床应用

（一）呼吸道感染：感冒、流感、急性扁桃腺炎、肺炎等属温病初起者，可用银翘散治疗，用银翘散袋泡剂疗效颇佳，也可用穿心莲内酯片、穿心莲甙酯片、穿心莲内酯磺化物注射液或穿心莲甲素注射液。鱼腥草对上呼吸道感染、支气管炎、支气管肺炎、大叶性肺炎及肺脓疡等，都有较好疗效。如用鱼腥草配伍细叶香茶菜的复方鱼香合剂，治

外感发热 660 例有较好疗效。婴幼儿感冒还可口服鱼腥草注射液。对呼吸道炎症可用鱼腥草、金荞麦等配制的复方鱼金片。对慢性咽炎可用板蓝根鱼腥草醋雾化吸入。对肺脓疡用鱼腥草和金荞麦都有较好的疗效。

（二）急性细菌性痢疾、急性胃肠炎、伤寒、霍乱等急性消化道感染，可用单味黄连粉或水煎剂、黄连素片、复方黄连素片等治疗。

（三）疟疾：青蒿素对鼠疟、猴疟、人疟均有抗疟作用，对疟原虫红细胞期有直接杀灭作用，对红细胞前期、外期则无影响。其抗疟作用可能是抑制疟原虫表膜-食物泡漠、线粒体膜系细胞色素氧化酶的功能而直接杀灭疟原虫。1978 年总结用青蒿素治间日疟、恶性疟 6000 余例，在疗效、低毒方面优于氯喹和现代其他抗疟药，尤其是在抢救脑型疟和治疗抗氯喹恶性疟方面更为满意，达到国际先进水平。治疗疟疾只能用黄花蒿，因只有黄花蒿才含有青蒿素。青蒿素难溶于水，故水煎服无效。青蒿素片每片 0.1g，治疗疟疾首次服 1g，6～8 小时后再服 0.5g，第 2、3 日各服 0.5g，青蒿素（油）注射液（每支 2 毫升含 0.1g），治疗疟疾首次 2 支，6～8 小时后再用 1 支，第 2、3 日各 1 支，肌肉注射。

（四）流行性乙型脑炎：用水牛角配制的安宫牛黄散治疗乙脑 182 例，有效率 82.4%；用犀角配制的安宫牛黄散治疗乙脑 161 例，有效率 80.7%，两组疗效接近。

（五）重症肝炎：用三草汤注射液（每 ml 含夏枯草、白花蛇舌草各 1.6g，甘草 0.2g）20ml 加入 10%葡萄糖溶液，静脉滴注，每日 1 次，并用西药，共治病毒性肝炎 34 例（其中急性 6 例，亚急性 21 例，慢性 7 例），经治疗好转出院 15 例（占 44.1%），死亡 19 例。同期单纯用西药治疗 21 例，好转出院 3 例（占 14.3%），死亡 18 例。

（六）脑血栓形成：赤芍有显著抗凝作用。用赤芍 801 每天 180mg 加 5%～10%葡萄糖注射液 250～500ml，静脉滴注 15 日，治疗急性脑血栓形成 263 例，基本治愈 106 例，显效 98 例，好转 38 例，总有效率 92.0%，比右旋糖酐组（有效率 82.2%）疗效佳。

（七）冠心病：赤芍还能增加麻醉犬冠脉血流量和心输出量。使小鼠心肌营养性血流量增加，降低冠脉阻力和心肌氧利用率。用 100%赤芍水煎液每次 40ml，每日 3 次，连服 70 日，治疗 125 例冠心病患者，其中心绞痛发作的 95 例中近期控制 72 例，改善 18 例，总有效率 96.8%；心电图显效 60 例，改善 30 例，总有效率 96.8%。用赤芍精静脉滴注 1 疗程（200～250mg/日，用 10 日）治疗 20 例心绞痛，缓解 16 例，心电图改善 7 例。用赤芍配伍其他药治疗冠心病、心肌梗塞已普遍使用，如冠心Ⅱ号、抗心梗合剂等。

（八）原发性血小板减少性紫癜：用栀子（9 岁以上用 30g）加鸡蛋 1～2 只煎水，1 日分 2 次服。治疗 6 例，4 例获愈，2 例好转，平均住院 8.5 日。单用水牛角治疗 526 例，有效率 70.4%；用其复方治疗 64 例，有效率 93.8%。用生地 30～60g，热迫血溢型配茜草根 15～30g，侧柏叶、白芍各 10g，黄芪 12g，当归 6g，气血虚弱型配党参、白术、茯苓、当归、艾叶各 10g，黄芪 15g，木香 3g。均随症加减，服药 15～94 剂，部分患者加用西药，治疗 20 例，显效 7 例，有效 5 例，进步 6 例，无效 2 例。用犀角地黄汤为主治疗 11 例，治愈 6 例，显效 4 例，无效 1 例。

（九）肿瘤：蚤休对多种体外培养的肿瘤细胞均有明显的细胞毒作用，其抗肿瘤作用原理与其抑制瘤细胞的 DNA、RNA 及蛋白质合成有关，其醇提物作用较强，水提物作用较弱。以蚤休为主组成的多种方剂，临床治疗多种癌症有一定疗效，如用重楼汤治晚期

胃癌，用莲花片治原发性肝癌，用肺Ⅵ号方治肺癌等。

（十）低热：知母能抑制钠泵（Na^+、K^+-ATP酶）。细胞中耗能量多的是钠泵，属阴虚者红细胞钠泵活性增高，阳虚者下降，提示阴虚生热，阳虚生寒可能与钠泵活性改变有关。临床上对肺结核、甲状腺机能亢进、神经官能症、传染性或感染性疾病后期发热不退等，属阴虚发热者用知母配伍生地、龟板等治疗有效，这可能是与知母抑制钠泵有关。

（十一）其他：银翘白虎汤可治疗风湿性心肌炎；连翘有镇吐作用，用于多种原因所致的呕吐有效。

苦寒攻下法

苦寒攻下法是使用苦味寒性而具有泄下作用的药物组成方剂，治疗大热里实、壮热神昏、热结便秘、湿热黄疸、湿热下痢、血热妄行等证候。

一、下法的分类和常用方剂

分类		主治	常用方剂
寒下法		宿食、烂屎、悬饮	三承气汤、舟车丸、十枣汤
温下法		寒冷积滞	大黄附子汤、温脾汤
润下法		大便秘结	麻子仁丸
攻补兼施		气虚、阴虚便秘	增液承气汤、黄龙汤
攻下变法	攻下解表	双解表里	桂枝大黄汤、防风通圣散
	攻下和解	少阳阳明并病	大柴胡汤
	攻下化瘀	下焦瘀热	桃仁承气汤、大黄牡丹皮汤
	攻下涤痰	痰热壅肺	宣白承气汤、王氏滚痰丸
	攻下开窍	热陷心包兼大肠热结	牛黄承气汤
	攻下熄风	肝热动风	承气汤加羚羊角、钩藤
	攻下消导	气滞食积	枳实导滞丸
	攻下化湿	湿热腑实	茵陈蒿汤、大黄硝石汤

二、药理作用

（一）泻下药对消化系统生理功能的影响

1. 顺应消化道的生理功能：六腑以通为用，胃气以通降为顺，否则就上逆而产生呕吐、嗳气、腹胀等症状。泻下还顺应肠道的传导方向，加速肠管向下蠕动，有利于粪便的排泄和防止发生肠管的梗阻。胃肠道激素如胃泌素、促胰液素、胆囊收缩素、抑胃肽等在调节胃肠道及某些全身的生理病理变化中起着重要的作用，胃得通降，脾得健运，胃

肠的功能正常则胃肠道激素分泌正常。胃肠道还是一个具有免疫活性的淋巴网状组织，正常胃粘膜具有保护性屏障作用，可以防止胃壁的自身消化及食物和药物的化学性、物理性损伤，可以防止致病微生物的侵入，所以在病理情况下，运用泻下法，使胃得通降，脾得健运，保护胃肠粘膜的屏障作用，保证胃肠激素的正常分泌，正是中医“脾旺不受邪”的观点。

2. 利胆作用：大黄能轻度促进胆汁与胰液的分泌，能利胆排石促进消化。生大黄利胆作用比熟大黄强，煎煮时后下比久煎作用强，剂量大比剂量少作用强。

3. 保肝作用：单味大黄能降低血清胆红素，消除黄疸，改善黄疸性肝炎的肝功能及临床症状。

4. 增加肠血流量，改善肠缺血：肠道缺血是许多急腹症的重要发病原理，对一些急性感染性疾病及急症、如休克、急性呼吸窘迫综合征等的病情发展起重要作用。肠血流量的增加，有利于增加肠壁或腹腔脏器的血氧供应，从而保存肠壁的生理功能，改变肠腔腐败物质分解及细菌学状态。肠壁血流循环增加，还有利于腹腔内渗出物的吸收。

5. 对消化道的止血作用：大黄的两个化学单体 d-儿茶素及没食子酸，可促进血小板的粘附和聚集而有利于血栓形成；同时大黄初提液能提高人胃肠与兔离体血管平滑肌的收缩力，其作用原理与兴奋血管平滑肌上的 α-受体有关，血管收缩有利于止血。能使毛细血管致密，降低毛细血管通渗性。大黄中含有鞣酸，有局部收敛止血作用；大黄对胃旦白酶的活性有抑制作用，从而有利于防治溃疡病及其并发出血。

（二）泻下作用对泌尿系统功能的影响

1. 利尿作用：大黄可使尿量增加，并促进输尿管蠕动，尿中钠、钾也明显增加。大黄对利尿具有双向作用，从而解释了临床上服用汤剂可起利尿作用，服用片剂有时小便量反而减少。

2. 对氮质代谢的影响：日本大浦彦吉等使大鼠绝食 4 日，使之因体内蛋白质分解而使血中尿素氮增加。然后用大黄提取液口服或腹腔注射，发现血中尿素氮减低，标志着肌蛋白分解后的尿中 3-甲基组氨酸排泄量亦降低。大黄对尿毒症引起的钙、磷代谢紊乱有纠正作用，钙增加 22%，磷下降 29%。

（三）抗菌作用：以大黄为例，金黄色葡萄球菌和溶血性链球菌对之最为敏感。

（四）抗炎作用：炎症早期毛细血管通渗性明显升高，致使炎性渗出增强。而大承气汤具有降低或调节毛细血管通渗性作用。以家兔皮丘蓝染法证实，大承气汤能降低循环血液中与血浆蛋白结合的染料从毛细血管透出的能力。从大黄中分离出林德霉素，其含量达 0.2%，林德霉素具有与阿斯匹林、保泰松相似的抗炎镇痛作用。

（五）解热作用：对温病发热而伴腑实者，通腑泻热常有一泻而热解之效。因通下而排除肠道蕴积之细菌及其毒性产物，改善肠道血运，消除肠源性内毒素的吸收。

（六）祛痰镇咳作用：芫花中的羟基芫花素有较好的祛痰和一定的镇咳作用。商陆有较好的祛痰镇咳平喘作用，故用于治疗慢性支气管炎。牵牛子也是治疗小儿肺炎痰喘常选用的药物。

（七）其他作用：生大黄能明显提高人外周血白细胞对金黄色葡球菌的吞噬活性。大黄尚能促进人体干扰素的产生。大黄对多种消化酶有抑制作用，尤其对胰酶，如胰蛋白

酶、胰凝乳蛋白酶、胰酯酶、胰淀粉酶，这是大黄治疗急性胰腺炎的药理基础。

三、临床应用

（一）呼吸系统疾病

1. 大叶性肺炎：可用凉膈散合麻杏石甘汤治疗。

2. 喘息型支气管炎和支气管哮喘：可用小青龙汤合甘遂胶囊治疗，每次服 0.3g，每日 2～3 次。

3. 渗出性胸膜炎：用芫花、甘遂、大戟等分为末入胶囊中，每次 3g，以大枣 10～15 枚煎汤清晨送服，隔日 1 次，5～6 次为 1 个疗程，治疗渗出性胸膜炎 51 例，胸水 11 日改善者占 96%；20 日完全消失者占 88.2%，本法副作用少，偶见恶心、呕吐、腹痛。

4. 成人急性呼吸窘迫综合征：是急性感染性疾病的严重并发症，死亡率达 40%～80%，主要表现为急性进行性呼吸困难及进行性低氧血症。证属实喘，乃腑结肺阻，水滞肺家，治宜通腑泻肺，临床观察 18 例，早期运用通腑疗法，药后大便通，腹胀减轻，呼吸困难随之改善，18 例中死亡 7 人，死亡率 38.6%。

（二）消化系统疾病

1. 消化性溃疡并出血：据报道，口服番泻叶胶囊（每粒胶囊含生药 0.25g），每日 3 次，每次 4 粒，温开水送服，待大便潜血转阴后再服药 1 日而停药，治上消化道出血 340 例，完全止血 320 人，有效率 94.1%，止血时间最短 1 日，最长 6 日，平均 2.68 日；用生大黄注射液 6g（相当于生药 20g）加入 10%葡萄糖注射液 1000ml，静脉滴注，每日 1 次，连用 7 日，治疗上消化道出血 44 例，对照组有西药组（用抗血纤溶芳酸 0.4g，止血敏 1.0g，加入补液中静脉滴注）和大黄钙盐片组，有效率比较，生大黄组 72.7%，西药组 19.8%，大黄钙盐片组 50%。

2. 胆道、胰腺感染性疾病：用胆道排石汤治疗急性梗阻性化脓性胆管炎 36 例，痊愈 31 例，好转 2 例，死亡 3 例。以清胰汤为主治疗急性胰腺炎 1101 例，痊愈及基本痊愈者占 99.1%。急性出血性坏死性胰腺炎病情凶险陡峻，用峻泻合剂加清胰化瘀汤等综合治疗 20 例，治愈 19 例，11 例伴休克者中 10 例于 24～36 小时内渡过休克关，19 例治愈者中 14 例呼吸窘迫于 24～28 小时内恢复正常。

3. 急性黄疸型肝炎、肝昏迷：据报道以大黄、芒硝为基本方，治疗 20 例急性黄疸型肝炎，结果症状基本消失，血清胆红素降至正常时间平均为 12 日。肝昏迷的病机特点为肝胆瘀热，热毒攻心，胃腑燥实，邪热充斥。针对热、毒、瘀、实的病理特点，治宜通腑泻热、凉血解毒以通窍，方药可用大黄、枳实、厚朴、茵陈、玄参、连翘、黄连等。用此法观察 24 例肝昏迷病人，每日 2 剂，水煎灌服或鼻饲。同时常规静脉滴注谷氨酸钠，24 例中有效 14 例（占 58.3%），神志恢复最快者 6 小时，最慢者 7 日。临床观察证实，通里攻下对苏醒起重要作用。

4. 痢疾：通腑以荡涤肠腔，使细菌及毒素迅速排出体外，从而减轻中毒症状。临床治疗 33 例，入院后即服泻热汤（大黄、芒硝、玄参、甘草），同时给予黄芩乌梅合剂或其他中药，不用抗生素。服药后 24 小时内体温恢复正常者 18 例，服药后 72 小时内体温恢复正常者 12 例。对脓血便及里急后重严重者配合用大黄煎剂保留灌肠，收到较好效果。

5. 急性出血性坏死性肠炎：据报道，认为急性坏死性肠炎为蓄血之症，以桃仁承气

汤治疗 22 例，治愈 19 例，7 例合并中毒性休克的患者经治疗后病情迅速好转，血压回升。

6. 急性肠梗阻：一般认为没有血运障碍的肠梗阻、全身状态较好者，均宜非手术治疗。通里攻下，以通为用是治疗肠梗阻的总则，以大黄、芒硝、枳实、厚朴、莱菔子等药最为常用。非手术治疗适宜肿块堵塞性和动力性肠梗阻，成功率分别为 100%和 93.4%，粘连性肠梗阻及腹腔结核性肠梗阻成功率分别为 78.4%和 88.9%。

（三）心血管系统疾病

1. 冠心病：对于心绞痛发作期，尤其是急性心肌梗塞患者应常规服用麻子仁丸，或在辨证基础上于汤剂中加入大黄、瓜蒌、麻子仁、莱菔子等，对腹胀欲便不得或多日不解者，应以开塞露因势利导，或予灌肠等。不可自行用力大便，以免意外发生。

2. 急性脑血管疾病：汤氏从收治的急性脑血管病 182 例中，腑气不通者有 72 例（占 40%，另有报道占 69.4%）。实践证明，下法对控制中风急性期的发展有较好的疗效。

（四）泌尿系统疾病

在对急慢性肾功能衰竭的治疗中，发现大黄可清血分之热，解血分之毒，为降低血内氮质潴留之良药。据报道天津第一中心医院急性三衰抢救室，对急性肾功能衰竭并发胃肠道症状者，以“安其胃气治标”（胃热者用大黄、甘草缓中泻下，胃寒者用生姜汁频服），“通其大肠治本”（用大黄、芒硝）施治。重庆市中医研究所用 50%大黄注射液 100～200ml 加入 10%葡萄糖注射液 250～500ml，静脉滴注，每日 1 次，7～14 日为 1 疗程，一般用 2～3 个疗程，治疗尿毒症 3 例，尿素氮下降 10.2～19.6mmol/L，血肌酐下降 176.8～367.0μmmol/L，效果很显著。以大黄为主药的中药灌肠，除有治疗作用外，尚有一定的结肠透析作用。但灌肠疗法只对部分病例有效。如患者血肌酐 884μmmol/L 效果往往不佳。灌肠后，由于大黄的水样便排出，可加重或诱发电解质紊乱，临床治疗时须引起注意。

（五）流行性乙型脑炎

据报道阎氏治疗 14 例乙脑病人，临床表现均见昏迷、抽搐及胃腑实邪积热等症，采用急下存阴，峻猛攻下，应用乙脑合剂（大黄、芒硝、玄参、麦冬、枳实、厚朴）治疗，药后 7～10 小时可见大便，平均每日 3～4 次。1 日中体温开始下降者 6 例，占 43%，2 日内体温开始下降者 10 例，占 71.4%，全部治愈出院。

清营凉血法

清营凉血法是使用具有清营凉血、化斑止血等作用的药物组成方剂，治疗邪热入于营血，壮热、神昏、身发斑疹或血热妄行、吐血衄血等证候。

一、近代对卫气营血辨证的认识

卫分阶段主要反映机体的防御代偿功能；气分阶段出现机能或代谢障碍，临床症状明显，病变是可逆的，病因消除后可以恢复正常；营分阶段则病情恶化，症状和体征恶化，机体部分脏器或组织损伤明显；血分阶段脏器及组织严重损伤，免疫防御功能下降，

水、电解质和酸碱平衡紊乱，乃至脏器功能衰竭，播散性血管内凝血等发生。实验结果表明：抓住恶寒或寒颤、发热渴饮、神昏、抽搐、斑疹出血四大症状特点，这是从病理角度佐证卫气营血阶段诊断的依据。上海市传染病院对 35 例各型流行性乙型脑炎患者，做 LBT、IgG、IgA、IgM 的测定，结果发现各型患者的 IgM 均增高，IgG 的变化不大，IgA 均略偏低；卫气型患者LBT 偏高，气营型 LBT 则略低于正常，营血型均偏低，反映了邪陷营血、邪盛正虚与细胞免疫反应低下有关，而卫气型患者的细胞免疫功能亢进，则是正盛邪实的表现。

二、药理作用

清营凉血的代表方剂是犀角地黄汤，主治“邪热入营，血热妄行”证。由犀角、生地、赤芍、丹皮组成。犀角有解热作用，生地有消炎及促进血液凝固作用，赤芍有镇静镇痛、增加血流量和减少血管阻力的作用，丹皮有抗菌作用，综合全方，有解热、消炎、止血的作用。临床常用于急性热病的出血、败血症、脓毒血症、尿毒症、肝昏迷以及急性白血病等。清营凉血法的另一个代表方剂是清营汤，由犀角地黄汤去赤芍、丹皮，加麦冬、玄参、丹参、竹叶心、银花、连翘、黄连组成。适用于热入营血（以营为主），症见高热烦躁、神昏，而未有明显耗血劫血情况的患者。

开窍通络法

开窍药是以通关开窍、苏醒神志、治疗神昏内闭证为主要功用的药物。本类药多味辛、性温或凉。热闭者多因温热毒邪内陷心包、痰热蒙蔽心窍而致，应以牛黄等凉开药或麝香等温开药配大剂清热解毒之品以治之。牛黄、人工牛黄及安宫牛黄丸、牛黄醒脑注射液等则有明显的镇静、抗惊厥作用。寒闭者则多由寒湿痰浊之邪、秽浊之气内闭心包及气机逆乱而致，应以温开的麝香、苏合香等治之。麝香、冰片、樟脑等能兴奋中枢神经系统而有开窍醒神效果。

一、主要功用和常用方剂

分　类	主　治	常用方剂
（凉开） 清心开窍、凉解热毒	热闭	安宫牛黄丸、牛黄清心丸、至宝丹、紫雪丹、神犀丹、小儿回春丹
（温开） 温通气机、开窍解郁	寒闭	苏合香丸、通关散

二、药理作用

（一）中枢兴奋和中枢抑制：温开的麝香、冰片、樟脑等，能兴奋中枢神经；凉开的牛黄、人工牛黄及安宫牛黄丸等，则有明显的镇静、抗惊厥、抑制中枢的作用。对于经戊巴比妥钠麻醉的兔，静脉注射和侧脑室注入麝香可迅速引起脑电图改变，继之使动物苏醒，表明麝香确能直接作用于大脑皮层而有唤醒作用——灌服牛黄对小鼠有镇静作用，

并能减轻樟脑、咖啡因所致小鼠兴奋，增强水合氯醛、乌拉坦、吗啡、苯巴比妥及戊巴比妥的中枢抑制作用。最近的研究表明中枢可能存在牛磺酸能神经，牛磺酸可能是一个中枢抑制性神经介质，或一种神经调节剂。

麝香能明显增强小鼠耐常压缺氧能力，对中枢神经系统的缺氧性损伤有明显的保护作用。对于冷冻所致大鼠实验性脑水肿，麝香也有明显保护效果，含水量测定及超微结构观察表明，麝香能减轻脑水肿程度。在大鼠颈上神经节体外培养实验中，可见由麝香、冰片为主药的牛黄醒脑注射液 2 号能促进雪旺细胞的分裂和生长，其促进作用的最佳浓度为 0.05g/ml。

（二）对心血管系统的作用

1. 强心：对离体蛙心、豚鼠心脏、猫心乳头肌等，牛黄均有明显的强心作用，能明显增加心率，增强心肌收缩力，其强心成分为水溶性，于 10^{-7}M 浓度即能使离体蛙心收缩增强，但至 10^{-2}M 仍不使蛙心停搏，即毒性很低。麝香有强心作用，能使离体蟾蜍心脏收缩幅度增大，收缩力加强，心输出量增加。

2. 抗心肌缺血：离体豚鼠心脏灌流实验表明，冰片能使冠状动脉流量明显增加。

3. 生血：牛黄能促进红细胞生成，能使急性失血家兔的网织血红细胞急剧增多，红细胞及血红蛋白的恢复时间明显缩短。

（三）抗炎：麝香、牛黄、人工牛黄等具有较强的抗炎作用，尤以对炎症早期的毛细血管通渗性增高、渗出水肿以及炎症中期的白细胞游走的抑制作用为强。有研究表明，牛黄对醋酸性通透性亢进的抗炎作用为水杨酸的 47 倍、氢化可的松的 33 倍，较麝香为强。牛黄的抗炎作用因配伍而有明显变化，如牛黄麝香以 1.5∶1 比例应用，其抗炎强度与单用牛黄相同，若上述配伍中再加入 1 分蟾酥，则抗炎效力增强，此时的抗炎强度为水杨酸的 116 倍，为氢化可的松的 84 倍。

（四）解热：牛黄、人工牛黄、安宫牛黄丸、牛黄醒脑注射液、醒脑静等具有明显的解热作用，有助于缓解高热及其所致中枢神经系统功能紊乱。较大剂量的牛磺酸则对多种原因所致发热有解热效果。

（五）抗感染：牛黄对小鼠的实验性乙脑病毒感染有一定保护作用，人工牛黄作用较弱。麝香、安息香、苏合香、冰片等也有一定抗菌防腐效果。

三、临床应用

（一）急性传染、感染性疾病：出现高热烦躁、神昏谵语、惊厥昏迷等，常用安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹等三宝，清热力以安宫牛黄丸最佳，紫雪丹次之，至宝丹又次之，而开窍力则反之。

（二）冠心病心绞痛：用单味冰片治疗心绞痛 173 例，有效率 64.6%。用冠心苏合丸治疗冠心病及风湿性心瓣膜病引起的心绞痛 118 例，有效率 91.5%，一般于服药后 2～3 分钟奏效。苏冰滴丸对心绞痛的缓解率 83.4%，显效率 35.2%，心电图改善者占 31.5%，且服药 2～3 分钟即见效。

（三）疼痛

1. 偏头痛及一般性血管性头痛，可用麝香酮含片，重者可合用麝香酮注射剂。

2. 以冰片、白酒对晚期癌症止痛有效。

中医急诊为科4甲乙12345面

3. 以冰片、细辛配制的“哭来笑去散”对多种类型疼痛有效。

活血祛瘀法

活血祛瘀法是使用具有疏通血脉、祛瘀通滞使血流畅达的药物组成的方剂，治疗血瘀证。活血化瘀与改善微循环具有同一意义，微循环障碍是许多疾病发病的中间环节，活血化瘀药是通过改善微循环紊乱而起到异病同治的作用。

一、活血化瘀法的分类和常用方剂

由于血瘀证的病因、病机、证候的异同，所以在活血化瘀的总则指导下，有多种分类方法。如行气活血，代表方血府逐瘀汤；益气活血，代表方补阳还五汤；养血和血，代表方四物汤、桃红四物汤；温阳活血，代表方生化汤、少腹逐瘀汤；凉血活血，代表方解毒活血汤；攻下逐瘀，代表方解毒活血汤；以及软坚逐瘀，利水逐瘀，止血逐瘀等治法。

常用活血化瘀方剂的比较

证型	治法		方名	药物组成	
	共同	差异		共同	加减
瘀在头面	活血化瘀	通窍	通窍活血汤	桃红四物汤	去当归、生地，加葱白、麝香、生姜、大枣
瘀停胸胁		疏肝解郁	血府逐瘀汤		加四逆散、大桔梗，减少牛膝用量
瘀结于腹		理气散结	膈下逐瘀汤		去生地，加丹皮、五灵脂、延胡索、香附、枳壳、乌药、甘草
瘀在少腹		温阳	少腹逐瘀汤		去桃仁、红花、生地，加生姜、肉桂、茴香、失笑散、延胡、没药
瘀阻经络		通络	桃红四物汤		加鸡血藤、地龙、路路通、牛膝、姜黄

二、药理作用

（一）对心血管系统的作用

1. 对心脏的作用：比较研究 20 种活血化瘀中药对麻醉犬心脏血流动力学的影响结果表明，可分为 5 类：第一类既增加冠状动脉血流量，又减少左心室作功，降低心肌耗氧量，净效应好，依次为丹皮、红花、川芎、鸡血藤、郁金，赤芍等。第二类可降低心肌耗氧量，但增加冠状动脉血流量不明显，净效应也较好，如刘寄奴、丹参、山楂等。第三类可增加冠状动脉血流量，但降低心肌耗氧量不明显，如益母草、五灵脂、当归等。第四类对心脏血流动力学各单项指标有不同影响，其净效应还有待进一步研究。第五类增加心肌耗氧量，不利于冠心病的治疗，如大黄、苏木、三棱、莪术、没药等。

对垂体后叶素引起的心肌缺血及结扎冠状动脉所致的急性心肌梗塞，冠心Ⅰ号、复方丹参、丹参、当归、红花、川芎、益母草、赤芍、三七、延胡索、姜黄、蒲黄等，均

中医急诊内科 4 甘乙 1 2 3 4 5 庐

有不同程度的防治效果。复方丹参能促进犬实验性心肌梗塞修复过程中心肌再生的能力。

2. 对血管的作用：扩张血管可能为活血化瘀方药的共性，可增加心、脑、肾、肢体等不同组织的血液灌注，对动脉、静脉、毛细血管都有影响。如冠心Ⅰ号、补阳还五汤、宫外孕方、活血化瘀汤、通脉灵等对多种微循环障碍患者和动物模型有较好防治效果。对实验性微循环障碍有显著改善作用的，依次有红花、莪术、刘寄奴、延胡索、五灵脂最好；其次为川芎、益母草、丹皮、没药、山楂、苏木。鸡血藤却促进微循环障碍的发展。牛膝、当归、三棱、王不留行、山楂、降香、葛根、野菊花等药对血管紧张素Ⅱ受体有显著的阻滞作用。

（二）对血液系统的作用：血瘀证患者血液呈浓、粘、聚、凝状态，容易形成血栓。

1. 抑制血小板功能：临床及实验证明，活血化瘀方药对血小板粘附、聚集和释放等功能均有明显的抑制作用。是通过对前列腺素代谢、环核苷酸代谢、血小板能量代谢及膜的流动性等多方面的影响而实现的。

2. 抗凝：比较研究126种中药抗凝血酶作用的实验研究指出，具有强抗凝作用的活血化瘀中草药有川芎、丹参、乳香、泽兰、虻虫、红花、莪术、姜黄、没药、水蛭等。

3. 增强纤溶活性：可溶解新生血栓、防止血栓进一步发展。丹参、赤芍、红花、姜黄、虻虫、水蛭、虻虫等均可显著提高纤维蛋白溶解活性。

4. 改善血液流变性：用家兔静脉注射高分子右旋糖酐之实验性血瘀动物模型，比较20种活血化瘀药物对实验室高血粘滞症的影响，在各种切变速下有18种药物能非常显著地降低血液粘度，8种能降低红细胞聚集性，如益母草、郁金及桃仁降低红细胞聚集性的作用很显著，红花、三棱、莪术、当归、川芎及延胡索的作用次之，大黄则无效。

5. 降低血脂：川芎、红花、山楂、毛冬青、蒲黄、郁金、大黄、虎杖、葛根等，具有降低血脂或预防动脉粥样硬化等作用。

（三）对免疫系统的影响

1. 免疫抑制作用：如对新生儿溶血症用活血化瘀方（益母草、当归尾、川芎、白芍、广木香），可抑制细胞抗体形成及血清抗体的形成。临床用于多种变态反应性疾病的一些活血化瘀药也具有免疫抑制效应，如当归、桃仁之抑制抗体形成。

2. 免疫增强作用：实验证明益气活血方（黄芪、川芎）有与转移因子相似的提高细胞免疫功能作用。一些常用于感染、肿瘤、局部炎症或包块有效的活血化瘀方药，具有免疫增强效应。宫外孕Ⅰ号方、当归补血汤、当归、阿魏酸、丹参等可加强巨噬细胞的吞噬功能，提高单核细胞系统对染料的廓清速度，从面增强了非特异性免疫功能。

（四）对炎症的影响

1. 某些活血化瘀药具有抑制病原微生物的作用。

2. 某些活血化瘀药调整机体状态，影响炎症过程，可通过改善局郁循环、降低毛细血管通透性、减轻渗出和水肿、减轻炎症反应程度。并促进吞噬细胞功能，促进炎症的吸收，使炎症局限化。对免疫功能的调节也有利于炎症的恢复。

（五）对增生性疾病的影响：某些活血化瘀药物具有抗肿瘤作用。但近年也有报告，发现丹参等活血化瘀药有促进癌转移的可能。

（六）对神经系统的影响：延胡索、乳香、没药、三七、莪术挥发油的镇痛作用较强。

丹参、延胡索、川芎、芍药具有镇静、安定、抗惊厥的作用。

三、临床应用

（一）心血管疾病

1. 冠心病心绞痛：中医研究院广安门医院等用益气活血合剂（黄芪、党参、黄精、丹参、赤芍、郁金）水煎浓缩制成合剂，另将前3味中药制成益气注射液，后3味中药制成活血注射液，患者入院后，静脉滴注这两种注射液3～7日，早晚各1次，每次两种针剂各10ml，以后改为口服合剂至第8周，治疗急性心肌梗塞215例，结果死亡仅14例，病死率为6.5%；而西药常规治疗组（215例，死亡32例，病死率为14.9%）。王氏用益母草注射液8支（每支含生药4g）加入5%葡萄糖注射液500ml，静脉滴注，每日1次，2周为1疗程。治疗冠心病心肌缺血100例，结果临床显效45例，改善39例，无效16例；心电图显效28例，好转33例，无改变39例。

2. 高血压病：徐氏等报道，用活血潜降汤加减治疗原发性高血压病45例，药用生薄黄30g、生赤芍30g、红花10g、丹皮15g、桃仁10g、丹参15g、干地龙12g、代赭石30g、怀牛膝30g，每日1剂，分2次服，14日为1疗程。结果45例患者收缩压由治疗前平均20.600±3.006kPa降至18.550±2.675 kPa；舒张压均值由治疗前12.141±1.51kPa降至11.006±1.248kPa（$P<0.01$）。

3. 慢性肺原性心脏病：许氏报道，用抗生素合益气活血中药（黄芪、太子参各15g，桃仁、红花、当归、赤芍、生地各10克，水煎服，每日1剂，不能口服者用川芎嗪注射液80ml加入5%葡萄糖注射液500ml，静脉滴注，每日1次，10～15日为1疗程）治疗本病65例，结果显效29例，好转30例，无效4例，死亡2例，总有效率为90.77%，显著优于单用西药组。

4. 病窦综合征：吴氏报道，用护心丹（红参、麝香、牛黄、三七、冰片）每次服2～4丸，每日3次，2个月为1疗程，治疗病窦患者27名，其中显效6例，改善11例，总有效率为63%。

5. 缺血性脑血管病：川芎嗪注射液能改善冠脉流量，减轻缺血缺氧程度，抗血栓形成，解聚血小板，降低血小板表面活性，改善心肌，与罂粟碱对比，作用快，疗效高。北京西苑医院、北京医学院附属医院、北京宣武医院、北京友谊医院用本品治疗缺血性脑血管病218例，有效率89.7%。首都医院用活血方（赤芍、红花、桃仁、葛根、鸡血藤）加减治疗95例本病患者，有效率93.6%，脑电图、脑血流图均获改善。北京、上海有用补阳还五汤加减治疗脑血管意外后遗症亦取得较满意疗效。其他报告用莪术油、丹参、红花等均收到较好效果。

（二）急性播散性血管内凝血（DIC）：天津市第一中心医院急性三衰抢救研究室，用血府逐瘀汤注射液50ml加入50%葡萄糖注射液200ml，静脉滴注，2小时滴完，每6～8小时1次，治疗急性DIC36例，取得较好疗效，治愈26例（占72.2%），好转1例（占2.8%），死亡9例（占25%）。血府逐瘀汤是通过理气活血，达到化瘀止血的目的。根据初步实验结果分析，血府逐瘀汤静脉注射剂，有抑制二磷酸腺甙（ADP），促进血小板解聚作用，同时还有复活肝脏清除能力的作用，此外还可增强网状内皮细胞系统功能的作用，促使凝血物质及时被消除，使已经形成的DIC不再发展，从而得以治愈。有资

料表明用红花泽兰注射液预防流行性出血热发热期 DIC 有一定的作用。

保养津液法

保养津液法是使用具有养阴清热，生津止渴的药物组成方剂，治疗温热病邪热伤津，口渴、咽干、唇燥之证。在温热病中，阴液耗伤程度的轻重，直接关系着温热病的转归和预后。所以保养津液，是提高治疗温热病疗效的重要环节。

一、保养津液的主要方法

（一）扬汤止沸，撤热保津：以透邪清热解毒的药物消除致热致病的因素，减轻邪毒对人体正气和脏腑组织的直接损害，避免津血渗于脉外等阴液内耗，有利于正气和脏腑组织功能的恢复。

（二）釜底抽薪，通腑泄热：即用泻下的方药以泄热，邪热结于阳明，轻则灼伤胃阴，重则煎熬肾液，非单纯清热解毒所宜，舍通腑泄热别无他法。用此法把邪毒排出体外，则由它们引起或加重的病理变化随之得以改善。

（三）药先于病，防止伤阴：在卫分加入气分药，在气分加入营分药，使邪热不致内入，外透而解，是防止邪热伤阴的有效措施。

（四）甘凉濡润，充液救阴：甘寒生津的代表方有五汁饮、雪梨羹，宜用于高热烦渴，津液损伤者，大剂频服，作为汤药的辅助治疗。也有用 10%养阴注射液（生地：麦冬：玄参＝0.5：1：1，用氯化钠调至等渗）或 10%增液注射液（生地：麦冬：玄参＝1：1：1，用葡萄糖调至等渗）500～1000ml，静脉滴注。

（五）保养阴津，不忘益气：温热病不但损伤阴液，还可损伤阳气，根据阴阳互根、阳生阴长的理论，治疗时不要忘记益气这一重要治则。如白虎加人参汤是治疗津气两伤的典型方剂。

二、保养津液法的实质

中医保养津液法并非单纯性的补液，虽然五汁饮、雪梨浆之类有口服补液之作用，但以补津养阴的整个机理来看，应理解为有如下几个方面的作用：

1. 补充糖分、维生素及钾、钙等电解质。

2. 抑制病原体或对抗中和其毒素。

3. 调节机体对病原体侵入产生的反应，如解热和抗炎作用。

4. 促进机体损伤的修复，提高机体的免疫力。

5. 兴奋肾上腺皮质功能或具有激素样作用。

6. 改善毛细血管之通透性，改善微循环障碍。其作用机理是多方面的，而且在不同的病程阶段，又各有其侧重。

三、临床应用

邪在卫分，急宜辛凉透邪，辛凉保津，选用银翘、桑菊之属，使邪从卫分面解，防止因津伤而传入气分。

邪在气分，机体对致病因子呈亢进性反应，热量过剩则高热，伤及细胞内液及细胞间液则渴甚，消化功能紊乱则大便秘结、腹胀满疼痛而拒按等症。此乃由气入营之转折关头，应急用清热保津、甘寒生津、泻下存津诸法，常用银翘白虎汤、增液承气汤之类，并配用五汁饮、雪梨浆频饮。较严重的可静脉滴注清气解毒注射液、10%养阴注射液、10%增液注射液等。在此气营之间的关键阶段，若不注意保津养阴，一旦机体的代偿不足与抗损伤机能低落，则病迅即传营入血，甚至逆传心包。

邪入营血，为感染性疾病的危重阶段，此时除继续清热解毒外，宜据病情选用咸寒养阴、凉血散血、强心、醒脑药，如复方三黄注射液、清营汤、清宫汤、“三宝”、清气解毒注射液、醒脑注射液、养阴注射液、增液注射液、生脉注射液、四逆注射液、枳实注射液等。此时突出了强心，醒脑，改善微循环障碍和防止血管内弥漫性凝血，即所谓透营转气、凉血散血以救阴精。

涌吐胃毒法

涌吐胃毒法是通过引起呕吐而使有毒物质从口而出的方法，但从广义来说，无论催吐、探吐或洗胃使毒物从口而出都应属涌吐胃毒法。这是治疗食物中毒常用的方法。

一、盐汤探吐法

用每碗开水放食盐 2 汤匙，连服数碗，然后用干净鸡毛或手指、筷子、压舌板刺激咽后壁或舌板，引起呕吐。还可选用三圣散（藜芦 6g、防风 10g、瓜蒂 6g）水煎服以催吐。或用催吐解毒汤（甘草、玄参各 60g、地榆 15g、瓜蒂 7g）水煎服，以催吐排毒。

二、洗胃

若服毒在 4～6 小时内洗胃效果较好，患者神志清醒可自行吞咽胃管，昏迷者可用开口器将胃管缓缓送入，先注入少量洗胃液，将胃内容物尽量抽空，再灌入，可反复数次。如洗胃解毒剂（大黄 30g、银花 60g、车前草 60g、甘草 60g，水煎成 500ml，加防腐剂存放，使用时可稀释成 5000ml，反复多次洗胃，可起到清热解毒、利尿导泻之功。要注意保护胃粘膜，可适当服用牛奶、米汤、蛋清、面糊等保护剂。

涌吐法用于病情急剧之证，疗效固然迅速，但易于伤胃，对老弱虚衰、气血不足以及妊娠、产后等，皆当禁用。至于洗胃法，若系昏迷或抽搐患者，或有食道静脉曲张，主动脉瘤、溃疡病出血等患者，以及因腐蚀性毒物引起的食道及胃肠损伤等，均应禁用。

回阳救逆法

回阳救逆法适用于心力衰竭，阳气欲脱，阴寒内盛，见倚息咽促、鼻翼煽动、张口抬肩、心悸不宁、烦躁不安、大汗淋漓、四肢厥冷、小便量少、面色青灰、脉沉细欲绝。

有关心力衰竭的中医治疗法则，可概括为益气、温阳、利水、化瘀4个方面。常用的方剂有四逆汤、回阳救急汤、参附汤、真武汤、附子汤等。

一、药理作用

（一）对心血管系统的作用

1. 强心：心肾阳衰则出现畏寒肢冷、脉沉迟细弱，甚则亡阳。这与心血管机能不足有关。附子、乌头、细辛、吴茱萸、干姜及四逆汤、参附汤等，有强心作用。附子煎剂、久煎剂、水溶性部分均有强心作用，煎煮的时间长则强心作用明显。四逆汤的强心作用可被心得安阻断，故具有兴奋β-受体作用。

2. 抗心肌缺血缺氧：用附子注射液腹腔注射，能显著提高小鼠耐缺氧力，静脉注射可拮抗垂体后叶素所致大鼠心肌缺血缺氧。参附液静脉滴注可减轻犬急性心肌缺血程度，缩小心肌缺血范围。

3. 对休克及对血管的影响：去甲基乌药碱能改善犬内毒素休克，增加心脏每搏搏出量、心输出量和心脏指数，降低外周阻力。参附注射液有改善失血性休克的作用，并能降低休克动物血中乳酸量和组织蛋白酶活性。

二、临床应用

（一）心力衰竭、休克：解放军总医院用人参、丹参、附片制剂抗休克，疗效达87.6%。一般用量20ml加入50%葡萄糖注射液，静脉注射，血压回升后可改为静脉滴注，注意静脉注射时不宜太快，且要随时观察血压变化。最小剂量为20ml，最大剂量200ml。

（二）心律失常：用附子注射液8～12g（4～6ml）加入5%葡萄糖注射液500ml，静脉滴注，每日1次，用药2周，治疗病窦综合征16例，症状绝大部分改善，心率增加。用附子Ⅰ号治疗缓慢性心律失常68例（病窦44例，窦性心动过缓3例，窦房阻滞1例，Ⅰ、Ⅱ度房室传导阻滞各10例）能增强心肌收缩力，提高心排血量，扩张周围血管以降低其阻力。

（三）心绞痛：用复方细辛气雾剂（细辛挥发油50ml、冰片16g，溶于95%乙醇600ml内，加F_{12}1倍半量）喷雾给药，治心绞痛281例次，疗效与硝酸甘油相似。

扶正固本法

扶正固本法是针对正气虚弱而选用补益类药物，用以增强人体脏腑的功能活动，补充人体阴、阳、气、血的不足，增强机体抗病能力，从而达到治愈疾病的目的。所以扶正固本法不是一般的支持疗法，而是调动机体内部抗病能力，针对疾病的本质以求根治的目的。

一、常用治法和方剂

分 类	主要功用	常用方剂
益气健脾	治疗气虚	四君子汤、参苓白术散

续表

分　类	主要功用	常用方剂
养阴生津	治阴虚内热	六味地黄丸、养阴清肺汤
滋阴补血	治疗血虚	四物汤、归脾汤
温肾壮阳	治疗阳虚	金匮肾气丸、右归饮
滋肝补肾	治疗肝肾阴虚	一贯煎
健脾补肾	治疗脾肾阳虚	理中汤合四神丸

二、药理作用

（一）对免疫系统的影响：中医的虚证和现代医学的机体免疫机能减退关系密切，用扶正固体法能提高及调节机体的免疫机能。实验证明，人参、白术、淫羊藿、杜仲等，均可提高巨噬细胞的吞噬功能。党参、黄芪、灵芝，可增强网状内皮细胞的吞噬功能。人参、党参、白芍、当归、首乌、阿胶、桑椹、鸡血藤、黄精、枸杞子、女贞子、菟丝子、鹿茸等，有促进淋巴细胞的转化作用。肉桂、仙茅、菟丝子、锁阳等补阳药，能使抗体形成时间提前。鳖甲、天冬、麦冬、玄参、北沙参等补阴药，能使抗体存在时间延长。人参、党参、黄芪均可增加免疫球蛋白含量。如对用黄芪治疗感冒者，发现服药前平均每100mg 总鼻分泌物 SIgA 为 69.9 单位，服药后为 121.5 单位。某些扶正方药对抗体的免疫机能具有双向作用，即对正常的免疫机能有促进作用，而对异常的变态反应则有抑制作用。如用灵芝治疗慢性支气管炎患者，4 个月后，痰中 IgA 普遍升高，说明其可增强免疫机能，而且灵芝对支气管哮喘等过敏性疾病亦有效，其作用强度与灵芝剂量呈正相关。四君子汤加黄芪有类似灵芝的作用，而甘草则能抑制免疫反应。黄芪还有促进干扰素的作用。

（二）改善机体能量代谢：人参、五味子、黄芪、灵芝等扶正固本药，能调节能量代谢，补充营养，纠正缺失。它们都具有以下作用：

1. 调节核酸和蛋白质的生物合成，通过核酸复制、转录、翻译，将生物信息转递给蛋白质，借以调节机体的新陈代谢活动。

2. 诱导肝脏药酶，增强机体解毒功能，促进调节肝脏的合成代谢。

3. 通过调节阴阳、补助气血，发挥抗应激和适应原样作用，调整机体功能的亢进或低下，使之恢复正常。

（三）对环核苷酸的调节：国内外一些实验的研究，反映了 cAMP 和 cGMP 的变化与中医阴虚、阳虚有着一定的关系。用滋阴药或温阳药治疗后，随着虚证的好转，cAMP 和 cGMP 的含量及比例亦有相应的改变，证明扶正固本药对环核苷酸有一定的调节作用，因而对神经系统，内分泌系统、代谢免疫等也起了良好的调节作用。

（四）调节神经系统的功能：虚证患者在神经系统方面的一般表现为功能低落和紊乱。在中枢神经系统方面，阳虚患者大脑皮层抑制活动占优势，阴虚患者兴奋活动占优势。在植物神经系统方面，阳虚患者副交感神经兴奋占优势、阴虚患者交感神经兴奋占优势。扶正固本法通过对神经兴奋和抑制两种过程的调节而改善其功能，恢复其相对平衡。

（五）提高内分泌调节功能

1. 补肾药对垂体-肾上腺皮质的作用表现在：

(1) 使已增生或萎缩的垂体、肾上腺在组织形态上恢复正常。

(2) 保护肾上腺免受外源性激素反馈抑制的作用。

(3) 在肾上腺存在情况下具有皮质激素样作用。

(4) 调节提高垂体-肾上腺皮质功能的作用。

2. 补肾又能调节下丘脑-垂体-性腺轴的功能。

3. 补肾又可调整下丘脑-垂体-甲状腺轴功能。

(六) 调节消化系统功能：使用健脾补肾药，对脾虚患者有如下作用：

1. 能使肠管紧张度增加，利于乳糜吸收。

2. 调整植物神经功能，从而能治愈或改善胃肠功能的紊乱。健脾方药可能是通过拮抗乙酰胆碱，毛果芸香碱抑制副交感神经的过度兴奋，直接松弛胃肠道平滑肌而达到以上疗效的。

3. 提高唾液淀粉酶、胃蛋白酶、胰淀粉酶的活性。

4. 有护肝作用，人参，五味子增强肝脏乙醇脱氢酶、琥珀酸脱氢酶，苹果酸脱氢酶的活性，而抑制血清谷草和谷丙转氨酶活性的升高，使肝脏解毒能力增强。白术能防止肝糖之下降。

(七) 增进造血系统的功能：扶正固本药具有促进或改善造血功能的作用。动物实验证明，养阴、温阳和补血复方、均能促进造血干细胞增殖。党参、黄芪能促进骨髓细胞脱氧核糖核酸及蛋白质的合成，加快有核细胞分裂，从而增加血细胞数。

(八) 兴奋心血管系统：生脉散对心源性休克有升高血压、强心、抗休克、调节心血管的作用。实验证明，它能抑制心细胞膜 Na^+-K^+-ATP 酶的活性，明显增加冠状动脉血流量，降低心肌耗氧量、减轻心肌缺血性损伤。扶正固本药还通过体质改善，例如全身贫血水肿的改善，间接对心功能产生良好的作用。

(九) 改善泌尿系统功能：温肾阳能改善肾功能，作用如下：

1. 改善性功能。

2. 增加肾有效血流量。

3. 减少抗利尿素与醛固酮分泌。

4. 有利尿作用。

5. 改善免疫状态。

(十) 改善呼吸系统功能

1. 调整植物神经功能紊乱，从而影响腺体的分泌，舒张支气管，降低感受器官阈值。

2. 提高垂体-肾上腺皮质功能，降低组织胺对血管通透性。

3. 增强 T 细胞和抗体生成，提高机体防御能力。

4. 强心作用。

5. 作用于环核苷酸双向调节系统。

由于健脾补肾药有以上作用，故对慢性支气管炎、肺气肿、肺原性心脏病、肺部感染时，能使咳、喘、痰、炎症减轻，体质增强，疗效巩固。

(岑烈芳　王幼芳)

第三章　温病治法在急诊内科中的应用

温病的治法比较多，归纳起来主要是两大方面即祛邪和扶正。属于祛邪的治法主要是清热解毒法、苦寒攻下法、活血祛瘀法等。属于扶正的治法主要是保津养阴等。在临床上，祛邪与扶正往往是互相配合应用的，如清暑与益气、增液与通下，两者具有相辅相成的临床疗效。

一、清热解毒法在急诊中的应用

清热解毒法，主要是使用能清热邪、解热毒的方药治疗温疫、温毒和多种热毒病证的一种治疗方法。

温病属于急性外感热病范围。致病主因是温热病邪。临床特征是必有发热，且热象偏盛，特别是温疫、温毒及温热性质的温病，热势亢盛的证候更为突出，热毒壅结于局部则成肿毒或痈疮，弥漫于全身则神昏谵语，斑疹显露；热毒内迫血分则见各种出血等危重证候。所以，清热解毒法是温病最常用、最主要的治法。清热解毒法具有祛除温邪、顿挫高热、防止传变等功效。

（一）感染性高热：多种急性感染性疾病在初期阶段都可见高热，如手术后感染、病毒感染、急性胆囊炎、败血症、肝脓肿、疟疾等都可出现高热。有学者认为："温病毒寓于邪，毒随邪入，热由毒生，毒不去则热不除，变必生"。解毒以清除致热因素，发热便可随之消退。从大量的临床实践观察到，清热解毒法对于顿挫高热的作用非常显著。有报道用蒿芩清胆汤治疗此类高热以及不明原因高热、小儿夏季热等 34 例，疗效显著。这些病例发热 8～75 日，平均 15 日以上，体温 38.5～41℃，均伴有痰湿或痰热中阻表现（胸脘胀满、纳呆泛恶、舌苔腻、尿黄），均用过抗生素及其他退热药未见好转。服本方 1～3 剂即退热，特别是原因不明高热、病毒感染高热及小儿夏季热，使用本方均可取得较好的疗效。在临床运用中，如热重者，加银花、连翘、紫花地丁、蒲公英；黄疸者加茵陈，苦参、金钱草、山栀子；败血症热毒甚者，加五味消毒饮。

用清瘟败毒饮、五味消毒饮、清营汤等化裁面成的清热解毒口服液，治疗流行性感冒、流行性乙型脑炎等急性发热疾病 300 例，痊愈 195 例，总有效率 90%。用薄荷、荆芥、银花、连翘、黄芩、桔梗、大青叶、葎草随证加味及板蓝根注射液等，治疗小儿外感高热 250 例，治愈 232 例（占 92.5%），总有效率 94.8%，平均治愈时间 2.5 日．平均退热 0.98 日。认为这些药物合用，有辛凉透邪，清热解毒，宣肺退热作用。用生石膏、麻黄、桂枝、大黄、羚角粉随证加味治疗小儿高热 65 例，服药后均于 24 小时以内热退。

（二）流行性乙型脑炎：流行性乙型脑炎（简称乙脑），是由乙型脑炎病毒所引起的中枢神经系统急性传染病。本病发病急骤，且多发于夏秋季，所以中医认为本病属于温

病中的暑温范畴，主张重用清热解毒药物治疗。

用清热解毒汤（银花、连翘、黄芩、栀子、石膏、板蓝根、滁菊花、蚤休、甘草）煎汤鼻饲，每日1～2剂，治疗乙脑105例，治愈率91.43%。武汉市传染病医院以乙脑合剂（银花、连翘、石膏、地龙、钩藤、菖蒲、郁金、川贝母）为主的中西医结合治疗乙脑，发现本疗法有缩短热程，减少惊厥的时间、促使神志早日清醒、减轻病情、降低病死率的作用。江苏省江都县人民医院运用清瘟败毒饮加味治疗小儿病毒性脑炎18例，结果无一例死亡，住院短者9日，长者27日，平均住院17.25日。

（三）流行性感冒：流行性感冒（简称流感）是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病。其临床特点为起病急、全身中毒症状明显，高热、头痛、乏力、全身肌酸痛等。目前西医对本病尚未有可靠的抗病毒药物。中医药治疗本病有较大优势。蒋氏合银翘汤、桑菊饮、白虎汤、三物香薷饮、葛根芩连汤诸方之长，用石膏、知母、银花、桑叶、菊花、香薷、豆卷、黄芩、葛根、六一散治疗450例暑温（均确诊为流行性感冒，其中已用过西药治疗热不退或复升者100例），24小时以内治愈71%，48小时以内治愈91%，72小时内治愈95.6%，90%以上患者服1～2剂即愈，疗效明显优于西药。中医研究院中药研究所发现清热解毒中草芍对病毒具有直接的破坏、灭活作用，也能阻断病毒的增殖。用银花、贯众、赤芍等中药研制出抗感冲剂，对感冒具有显著的疗效，有效率达83.7%，安徽省芜湖市感冒平协作组用感冒平（黄芪、板蓝根、藿香）治疗上呼吸道感染，总有效率达86.2%，明显优于对照组（西药复方阿斯匹林加吗啉胍）。

（四）肺部感染：急性肺部感染包括急性肺炎、支气管周围炎、急性支气管炎等。中医认为本病与温病学中之风温病的临床症状相似，所以合称为风温肺热病。王氏将风温肺热病分为3型辨证施治：①邪在肺卫者，用银翘散或桑菊饮加减，并肌肉注射病毒灵或柴胡注射液；②痰热壅肺者用银翘散和苇茎汤加石膏，并静脉滴注穿琥宁；③热邪伤阴者用翘荷汤和清金化痰汤加减，也静脉滴注穿琥宁。3型共66例，治愈率和有效率中医组优于西医组（$P<0.01$）。杜氏等将本病分为3期，相对固定方药辨治。初期邪在肺卫者，用辛凉解表片（桑菊饮合银翘散加减提取制片）或配清温注射液。中期邪入气分或气营血者，用清肺饮（麻杏石甘汤加清热解毒、肃肺化痰之品组成的合剂）。末期（恢复期）者，用保肺饮调理。认为中医药治疗本病的疗效，可与西药红霉素、庆大霉素联合应用相比，而毒副作用则小于西药。

（五）流行性腮腺炎：陈氏用青黛粉蛋清涂剂外敷患腮部，板蓝根注射液肌肉注射和口服简化普济消毒饮（板蓝根、黄芩、连翘、牛蒡子、柴胡、玄参、马勃、蒲公英）治疗流行性腮腺炎61例，平均退热天数及肿大的腮腺、睾丸消退天数均较西药常规治疗为优。刘氏用中药治疗流行性腮腺炎300例，其中160例中，轻症者单服荆板解毒汤（荆芥、板蓝根、蒲公英、连翘、牛蒡子、黄芩、薄荷、玄参），重症者加敷万应膏（当归、白芷、川芎、生地、桔梗、板蓝根、银花、麻油、广丹），另140例肌肉注射银黄注射液，青黛散醋调敷腮部，结果分别于3～4日、5～6日全部治愈。贾氏以加味银翘散清热解毒，活血散瘀法，内外并用，治疗流行性腮腺炎50例，结果全部治愈，平均治愈天数为3.74日。处方：银花、连翘、花粉各10g，竹叶、荆芥、牛蒡子、薄荷、豆豉、桔梗、甘草、乳香、没药、僵蚕各5g，鲜芦根30cm。第一煎内服，第二煎用纱布浸渍后湿敷患

处。

（六）钩端螺旋体病：刘氏治疗本病30例，暑伤卫气型者用银翘散合白虎汤加减，湿热交阻型者用菌陈蒿汤合甘露清毒丹加减，暑热伤肺型者用犀角地黄汤加味，结果30例全部治愈。

（七）其他急症如病毒性心肌炎、变应性亚败血症、胆道感染、阑尾炎性腹膜炎、传染性单核细胞增多症、肺脓肿、急性感染性多发性神经炎、急性细菌性痢疾、白喉、急性病毒性肝炎、登革热、急性泌尿系感染等，运用温病学理论和清热解毒法为主治疗，也都取得较满意的疗效。由此可见，清热解毒法在中医急诊中的应用是相当广泛的，疗效是比较满意的，值得进一步研究和推广。

二、清热解毒中草药抗感染作用机理探讨

清热解毒中草药具有不同程度的抗感染、消炎、利尿等作用，广泛用于治疗多种急性感染性疾病和急性传染性疾病。这些中草药抗感染的作用机理，其中一部分经药理试验等手段已证实具有抑菌、抗菌、抗病毒、灭毒等作用，如板蓝根、大青叶、金银花、连翘、黄芩、黄连、贯众、鹅不食草等。但某些具有显著抗感染作用的清热解毒中草药，体外药理试验却没有显著的抗菌或抗病毒作用，如白花蛇舌草、穿心莲等。又如1954年石家庄地区用白虎汤治疗具有明显暑温表现的流行性乙型脑炎，取得显著疗效。但国内西医界和苏联专家多方药理试验，却未能证明白虎汤具有抗乙脑病毒的作用，令国内外西医人士惊讶不已。那么，这些中草药抗感染的作用机理是什么？经研究推断和各种实验初步证明，清热解毒药抗感染的作用机理，主要并不在于其抗菌、抗病毒作用的大小，而在于其对人体复杂的多方面的综合作用，归纳起来，主要有以下几方面：

（一）调节和增强机体多种免疫功能。如增强网状内皮系统吞噬功能，促进中性粒细胞的趋化性和随机移动性，促进淋巴细胞转化，促进特异性体液免疫，提高血清或分泌液中溶菌酶水平，增强补体活性，促进抗体生成，增强细胞免疫，抑制超敏反应，消除免疫复合物等作用。如金银花、大青叶、野菊花、山豆根等，能增进白细胞的吞噬能力；千金藤素可促进抗体的生成；黄连、黄芩、白花蛇舌草、大蒜等，能兴奋网状内皮系统和提高巨噬细胞的吞噬作用；金银花、蒲公英、紫花地丁、黄芩、黄连等，能提高淋巴细胞的转化率。

（二）增强肾上腺皮质功能，调节机体应激反应。如生甘草、玉竹等有类肾上腺皮质激素样作用。

（三）调节血管通透性而起到消炎作用。如鱼腥草等能使血管扩张，生石膏等能降低血管通透性，有利于消炎、消肿。

（四）抑制发热中枢、抑制内生致热源作用，从而有良好的解热作用。如生石膏、栀子、黄芩、黄连等，能抑制产热中枢，并能同时抑制发汗中枢（如生石膏等），故使用清热解毒方药后热退而不会有大汗淋漓，甚至虚脱等严重副作用。

（五）镇静作用。不少清热解毒药可通过降低神经系统的兴奋性，或通过对外周神经肌肉的抑制，或通过加强皮层抑制过程等作用，而起到镇静的治疗效果，对急症高热之烦躁、抽搐等症状有治疗作用。如生石膏对神经肌肉有抑制作用，知母等能降低神经系统的兴奋性，黄芩等对大脑皮层有抑制作用，其他如犀角、莲心、蔓荆子、蝉蜕、百合

等均有程度不等的镇静作用。

（六）强心作用。如犀角、水牛角、生地、玄参、紫草、连翘、葶苈子等，有强心甙作用，能加强心肌收缩力，或对心脏有兴奋作用，可防治急性感染的休克。其中犀角尚有升压作用，葛根能扩张冠状动脉等作用。

（七）利尿作用。有利尿作用的清热解毒中草药比较多，除了归入利水渗湿药范围的之外，其他如生地、竹叶、夏枯草、黄芩、黄柏、银花、连翘、鱼腥草等，有些还可保钾利尿，如白茅根等。

（八）解毒作用。能对抗或中和细菌的毒素和病理产物的毒性。大多数清热解毒药有此作用。

其他作用还有诸如调整血压、调整体液和电解质等作用而改善了人体的内环境，有助于机体自稳调节能力的恢复。

清热解毒中草药如此集抗生素、激素、解热镇痛药、免疫制剂、抗休克等作用于一身，加上中药处方配伍灵活，所以其整体的综合治疗作用（包括毒副反应，远期疗效等），明显优于西药抗感染的单一作用。

清热解毒中草药的功效、作用机理等，值得进一步研究、实践和发展。

三、苦寒通下法在急诊中的应用

苦寒通下法，是指用具有泻下作用的苦寒之品以攻逐里实邪热的一种治疗方法。大多数温病学家都比较重视应用苦寒通下法治疗温病。如柳宝饴认为“胃为五脏六腑之海，位居中土，最善容纳，邪热入胃则不复他传，故温热病热结胃腑，得攻下而解者，十居六七”，可见本法在温病治疗中的重要地位。又如吴瑭在《伤寒论》三承气汤的基础上，根据温病的性质和发病特点，又创制了6个承气汤：护胃承气、宣白承气、导赤承气、牛黄承气、增液承气、桃仁承气以及新加黄龙汤、加减桃仁承气汤等通下法方剂。说明苦寒通下法是温病极为常用的治疗方法。苦寒通下法在温病治疗中的作用主要有通导大便、祛邪解热、保存津液、荡涤积滞、通畅气机、通瘀破结等。

近年来，苦寒通下法在中医急诊中的应用也相当广泛，各地在治疗多种急性感染性疾病和急性传染性疾病如流行性乙型脑炎、急性肺炎、正副伤寒、急性菌痢、病毒性肝炎、感染性休克，以及其他急诊如脑溢血、心肌梗塞、肺原性心脏病、肾功能衰竭等急症中运用通下法，都取得了较好的疗效，特别是感染性急腹症如急性胆道感染、胆道蛔虫症、急性阑尾炎、急性胰腺炎、以及急性肠梗阻用通下法为主治疗，更有显著的疗效。以下是苦寒通下法在中医急症治疗中应用的一些例子。

（一）中风：中风是以突然昏倒、不知人事，伴有语言不利、口眼㖞斜、半身不遂，或不经昏迷而仅以㖞斜不遂为主症的疾病，包括西医学中的脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓形成、脑栓塞、脑血管痉挛等疾病。中风起病急骤、变化多端而迅速。近年来已有不少临床报道说明通下法能够防治或改善脑水肿，减低颅内压，在救治中风病人中起了重要作用。王氏等用化痰通腑法治疗中风病158例（西医诊断均属急性缺血性脑卒中），治疗半个月时判定疗效，基本痊愈39例（24.7%），显效42例（26.6%），有效49例（31.0%），总有效率82.3%。出院时总有效率85.6%。全部病例均未使用任何抗凝和扩张血管西药。治疗方法：先服自拟化痰通腑饮（瓜蒌、胆星、生大黄、芒硝）。待腑气通

后，再予清化痰热活络剂，如瓜蒌、胆星、丹参、赤芍、鸡血藤、威灵仙等。痰热腑实重证者，还可加用竹沥及清开灵注射液。

（二）伤寒：伤寒是由伤寒杆菌引起的急性肠道传染病，属中医温病中的湿温范围。关于湿温病能否用通下法，历代医家有不同的观点。清代叶桂认为“湿温病大便溏为邪未尽”，应该轻下，直至“必大便硬，慎不可再攻也”。稍后的吴瑭则告诫：湿温病“下之则洞泄”。两种几乎相反的看法均有一定的理论依据，也有一定的临床意义，故后人也一直持有不同的看法。伤寒既然属于湿温范围，所以，在伤寒能否用通下法治疗的问题上，同样存在着争议。认为伤寒不能用下法的理由主要是本病多有湿热困阻中焦，脾胃功能已受影响，若用通下法，势必更使中气受伤，脾气下陷，洞泄不止，于病有弊无利。其次是担心伤寒用下法后，有可能引起肠出血甚至肠穿孔。但多数学者认为伤寒不仅可以通下，而且应该早用苦寒攻下。理由是伤寒病湿热凝滞，胶结胃肠，虽或可见大便溏泄，但必溏而不爽，粘滞难排，并见脘腹胀满或硬痛，非用轻剂频下之法不可；又湿温易化燥里结阳明，更须用下法，使有形之积及时疏通，不使湿邪内结阳明，蕴蒸化火而伤肠络，就能防止或减少肠出血，提高疗效。不少临床实践也证明这些看法是比较恰当的。如苏州市中医院何氏等治疗伤寒以化湿为主，不早投清凉或通利之品，结果疗效不佳，后改用下法治疗本病则提高了疗效。认为下法能迅速排泄毒素，促使机体早日康复，在伤寒、副伤寒的治疗上占有重要位置。

（三）脾炎：肺与大肠相表里，当邪热壅肺时，“肺移热于大肠”，则可同时见大便秘结。同样，大肠热结，也可反过来影响肺之宣降，使咳嗽、气急、胸满等症加剧。由此可见，在治疗肺部疾患时，应用或者配合通下法，可以提高疗效，缩短病程。如唐氏用宣肺泻腑法治疗小儿肺炎 113 例，结果痊愈 89 例，好转 20 例，无效 4 例。治疗方法是在辨证施治的基础上加用礞石滚痰丸（包煎），疗效与同期随机分组的西医组 114 例的疗效大致相同（痊愈 98 例，好转 15 例，死亡 1 例）。

（四）急性肾功能衰竭：引起急性肾功能衰竭的原因很多。如流行性出血热的临床特征之一就是肾脏损害，所以流行性出血热所致的急性肾功能衰竭较多见，病死率较高。周氏用泻下通瘀合剂治疗流行性出血热急性肾功能衰竭 150 例，死亡率仅 4%，对照组 50 例，单纯使用西药治疗，死亡率 36%，治疗方法为治疗组 150 例服泻下通瘀合剂（由桃仁承气汤、导赤承气汤、增液承气汤、猪苓汤等方化裁组成，药物有大黄、芒硝、桃仁生地、木通等，制成合剂，每瓶 60ml），每次 60ml，每日 2～3 次，连服 2～3 日，直到尿量增至接近正常为止。

（五）急性胰腺炎：急性胰腺炎是由胰腺消化酶对胰腺自身消化所致的急性化学性炎症。本病常起病急骤，突然发作上腹部持续性剧痛，伴发热、恶心呕吐等，属中医腹痛范围。欧阳氏用加减大柴胡汤（柴胡、黄芩、大黄各 15g，半夏、枳实、生姜各 10g，白芍 12g。煎汤 300～400ml，分 2～3 次口服，或胃管灌入，腹胀痛显著者用 200ml 灌肠）治疗急性胰腺炎 85 例，随证加减，结果痊愈 78 例，好转 6 例，死亡 1 例。认为本方有疏通胰管、畅通腑气、消除瘀积，恢复消化道功能等作用。

（六）其他加急性上消化道出血、呼吸衰竭、高血压危象、中毒性休克等危急重症，运用或者配合通下法进行抢救，大多有较好的疗效，而且奏效比较迅速。显示了通下法

在急诊治疗中运用是广泛的，有着广阔的发展前景，值得我们对通下法的作用及其作用机理进行更深入的研究和应用。

四、苦寒通下法作用机理探讨

苦寒通下法在温病的治疗和中医急诊中占有重要位置。对急性热病和部分危急重症，只要辨证正确，凡有可通下的指征，即应及时运用通下法，常可缩短疗程，提高疗效。这将逐渐成为医务人员的共识。同时，通下法在急症治疗中的作用机理，也越来越引起医务人员的关注，并从多方面进行了深入的研究。根据一些资料分析，通下法的作用机理，主要有下列几点：

（一）抗病原体作用和抗炎作用：如大黄对多种细菌有明显的抑制作用。

（二）排毒解毒作用：能增加大肠推进性蠕动而促进排便，使大肠内腐败积存物、毒素等排泄出体外，有利于抑制细菌的繁殖和控制炎症，减少肠内腐败物产生的毒素吸收入血液、促进全身毒素的排泄，如尿毒症用通下法或用泻下解毒之品保留灌肠后，可降低部分病人血中尿素氮和肌酐水平。

（三）增强胃肠蠕动，改善胃肠功能，促进机体新陈代谢：急性热病和其他危急疾病，大多有胃肠功能低下的表现，如上腹闷满或胀痛、胃纳呆、恶心呕吐、大便秘结或溏而不畅，舌苔厚浊腻等，通下后常可改善上述症状。

（四）通过对肠道局部的刺激作用，引起全身性反应，增强机体免疫力。

（五）利胆作用：促进胆汁分泌和胆汁的排泄，有利于胆道感染、胆道蛔虫症和胆石症各种症状和体征的好转，有利于改善消化功能。

（六）利尿作用：有利于全身毒素、代谢废物的排泄，有利于肾功能的恢复，调整人体水和电解质平衡。

（七）通过泻下、利尿等作用：可降低颅内压，减轻脑水肿，改善中枢神经系统功能，恢复自身调节能力。

（八）增加血流量，改善血液循环，维持人体重要器官的正常功能。

（九）降低毛细血管通透性，减少炎性物质渗出，限制炎性病灶的扩散。

五、温病祛邪诸法的联合应用

前面介绍了清热解毒法、通下法二种温病常用治法在中医急诊中应用的一些情况。实际上，在急诊临床中，更多的是温病各种祛邪方法同时配合应用，抢救一些危急重症而取得较好疗效。下面介绍几个例子。

（一）急性肾功能衰竭：张氏用攻下化瘀汤（方药：大黄、芒硝、生地、玄参、麦冬、桃仁、红花、赤芍、丹皮）通里攻下、凉血化瘀，治疗流行性出血热急性肾功能衰竭 334 例，痊愈 277 例，好转 16 例，无效 41 例，总有效率 87.72%；同期西药（速尿等）治疗 37 例，总有效率 72.96%，两组比较 $P<0.05$。认为本法是治疗出血热急性肾功能衰竭的重要方法，急下能存津，荡涤瘀血积滞，使邪有出路，使气机疏通。

（二）散发性脑炎：陈氏用具有清热解毒、活血化瘀等功效的南通蛇药片治疗 30 例散发性脑炎，与用皮质激素治疗的 30 例比较，蛇药组痊愈 24 例，治愈率 80%，显效 5 例，总有效率 100%。激素组痊愈 14 例，治愈率 46.66%，总有效率 86.67%；两组治愈率对比 $P<0.01$；远期疗效后遗症发生率为 16.67%，激素组为 53.85%，两组对比 $P<$

0.01。

（三）急性胆道感染：李氏以舒肝、理气、止痛、清利肝胆湿热法，治疗本病528例，结果痊愈443例，显效54例，总有效率达98.9%。治疗方法：气滞血瘀型者，治以疏肝理气、活血清热，药用四逆散加黄芩、郁金、川楝子、赤芍、白芍、乳香、没药、广木香、金钱草；湿热蕴结型者，治以清热利湿、解毒通腑，药用黄芩、柴胡、木香、枳壳、半夏、大黄、银花、金钱草、败酱草等；毒热炽盛型者治以清热解毒、通腑泻火，药用黄连、黄芩、栀子、柴胡、李夏、赤芍、木香、大黄、金钱草、银花、连翘、芒硝、枳壳。

（四）急性坏死性肠炎：黄氏用中医药治疗本病37例，治疗好转率94%，死亡率5.97%。按临床表现：湿热内蕴型（18例）者，治以清热利湿解毒，方用白头翁汤加味（白头翁15g，秦皮、黄柏、车前子、枳壳各10g，黄连、木香各6g）；气滞血瘀型者（7例），治以理气通络、活血化瘀、托里解毒，方用托里解毒活血汤加减（丹参、乳香、田七、没药、赤芍、当归、银花、白头翁、薏苡仁等）。阳气虚弱型者（8例），治以托毒排脓、益气活血，方用牡丹皮散加味（黄芪、赤芍、桃仁、当归、木香、肉桂、甘草、丹皮、川芎、白芷）；脾气下陷型者（4例），治以补益脾胃、升清益气，方用补中益气汤加薏苡仁、砂仁、川芎、荷叶，多用于恢复期。治疗中配合西药纠正电解质紊乱，有手术指征时及时手术。

（五）流行性出血热：出血热是由虫媒病毒引起的自然疫源性疾病。流行性出血热是唯一伴有肾损害的一种出血热。临床上以发热、低血压、出血倾向、肾脏损害为特征，本病可归属温病学中的暑温范畴。有学者认为本病之病因主要与湿、热、毒之邪杂感有关，病变过程中多与瘀血密切相关。根据临床表现分为5型施治：气营（血）两燔型者，治宜清热解毒、凉血散血，方用清瘟败毒饮加减；血厥型者，治宜清热凉血、养津透营，方用犀角地黄汤合生脉饮加减；肾瘀型者，治宜泻热逐瘀、疏通肾络，方用加味桃仁承气汤；水毒泛溢型者，治宜峻下逐水，方用葶苈承气汤加丹参，益母草；肾虚失固型者，治宜补肾固摄，方用六味地黄汤加味。周氏认为本病发热期以气营两燔为多见，药用大青叶、银花、生大黄、生石膏、知母、鸭跖草、升麻等清热解毒药，而且用药剂量要大，凡可下之症，均可用硝黄之属以通下泄毒。休克期多表现为温毒过盛，阴津耗伤，邪入营血，热深厥深，形成厥证或闭证，治以解毒化淤、养阴扶阳，常用解毒升压汤加减。少尿期治以增液通便、活血利尿，方用增液承气汤加味。多尿期治以滋阴固肾、健脾利湿。

（六）感染性休克：感染性休克是由于严重感染所致，也称败血性休克或中毒性休克，由病原微生物及其所致的病理产物引起人体一种微循环障碍综合征。各种原因所致休克的临床表现几乎相同：面色苍白、四肢湿冷、血压下降、尿少、脉细数或微弱欲绝、神志改变等。休克属于中医厥脱范畴，感染性休克初期多属热厥证。宿氏运用通腑、固脱治则配合西药治疗感染性休克36例（其中重度休克15例），结果治愈27例，好转6例，死亡3例。单纯西药组35例（其中重度休克14例），结果治愈17例，好转11例，死亡7例。两组治愈率、病死率比较（$P<0.05$）。徐氏对272例流行性出血热休克在西药常规抗休克的同时，加用固脱、活血法治疗，结果休克纠正时间20.3±4.2小时，病死率

2.57%。单纯西药组 68 例休克纠正时间 33.2±5.6 小时，病死率 16.18%。两组比较有差异（P<0.01）。

（张朝曦 李惠德）

中医急诊内科5甲乙12345面

第四章 《伤寒杂病论》在内科急诊中的应用

东汉张仲景所著《伤寒杂病论》包括《伤寒论》和《金匮要略》，它是以《内经》、《难经》等理论为指导，结合当时的临床实践，总结了东汉以前的理论和经验，加以充实修正，使内科的医疗水平有了重大发展和提高。今天，我们仍崇张仲景的经旨指导临床，获益非浅。尤其是应用《伤寒杂病论》的理论和经验，治愈了临床许多疑难急重病例，证明了中医能治疗急症，改变了中医只能治疗慢性病的错误偏见，提高了中医在急症抢救中的地位。

《伤寒杂病论》在内科急诊中的应用范围十分广泛。

（一）发热，尤其是高热，散见于各种感染性疾病和传染病中，有各种脑炎、流行性感冒、化脓性扁桃腺炎、肺炎、肺脓疡、肝脓肿、疟疾、伤寒及副伤寒、败血症、胆道感染、尿路感染……这类外感病的发热可按六经分证辨治。太阳病是外感热病的初期阶段，主人体之表，主症恶寒发热，脉浮，头项强痛。若兼汗出、恶风、脉浮缓者称中风，治以桂枝汤解肌和营；兼无汗、恶寒、脉浮紧者称伤寒，治以麻黄汤解表散寒；兼无汗烦躁者为表寒里热，治以大青龙汤解表清里；兼喘咳、干呕、不渴者为表寒夹有水饮，治以小青龙汤解表化饮……。少阳病是指外感热病呈现口苦、咽干、目眩、耳聋、目赤、不欲食、脉弦等症、主症是寒热往来、心烦喜呕、胸胁苦满，病在太阳将要传入阳明之间，称半表半里。虚火者，治宜小柴胡汤和解少阳，实火者治宜大柴胡汤和解通里。阳明病是实热证，分经证和府证。经证主症是高热，不怕冷、口渴、汗出、热不退、脉洪大，治宜白虎汤清热生津。府证主证是大便秘结、汗出而壮热不退，或潮热谵语，呈现痞、满、燥、实的临床表现，治宜三承气汤急下存阴。

急性腹痛，病情复杂，常见有急性胆系感染、胆石症、胆道蛔虫、急性胰腺炎、肠梗阻、急性阑尾炎、疝气、急性肠胃炎等……。仲景治急症腹痛是把胸腹体表划分为胸胁、胁下、心下、脐、脐下、少腹等部位来诊断的，将自觉症状如“满”、“痛”、“悸”、等和他觉体征如“按之濡”、“弦急”、“支结”、“石硬”、“按之痛”等出现的部位与所在脏腑经络有机地结合起来，作为推测急性腹痛的寒、热、虚、实，察知气、血、水饮、积滞的有无，作为判断病情的又一重要依据，指导处方用药。

（二）肠梗阻是以腹痛、呕吐、腹胀、无排便、无排气、X光腹部平片发现肠腔有阶梯液平面或小肠内有积气为特征的。根据病者有日晡潮热、烦不解、多汗、腹满、腹痛拒按、谵语、大便多日不下、脉沉迟实大，可诊断为阳明府实证，治宜清泄里热，排除燥实，急用大承气汤下之，对单纯性肠梗阻等治疗，疗效尚好。

（三）急性胃肠炎与细菌性食物中毒有关，症见恶心、呕吐、腹痛、泄泻和发热，如

属虚寒性，可按仲景太阴病辨治。太阴病，腹胀满、腹痛喜按，吐泻交作，脉弱或沉迟，是因脾胃虚寒，运化失职，宜用理中丸补气健脾、温中散寒，严重者可用四逆汤。如体质好、脉迟滑、泄泻、腹坚硬而满痛、谵语，此为食滞，内有宿食，烂屎内结，用承气汤通因通用。

（四）胆道蛔虫病常见右上腹痛、钻顶样痛呈阵发性加剧，伴见恶心、呕吐，但腹部柔软而无明显体征，平素可有肠道蛔虫病史，可称为蛔厥病。病者中虚夹肠中寒热错杂、蛔虫动扰，症见脉微而四肢厥冷、烦躁闷乱、胃脘或右胁下疼痛、饥而不欲食、食则吐蛔，用乌梅丸清热散寒、补中安蛔。

（五）溃疡病以上腹部有周期性、节律性疼痛为特征，常伴泛酸、嗳气、恶心、呕吐、胸骨后有灼热感……。仲景在“腹满寒疝宿食病脉证治”中描述本病属阴寒性的腹痛证，寒实腹痛用大黄附子汤温下寒积，阳虚寒盛的腹痛轻则用附子粳米汤，重则用大建中汤温中散寒止痛。

（六）急性阑尾炎以右下腹痛为特征，常伴有恶心、呕吐、或发热、右下腹常有肌紧张、麦氏点有压痛和反跳痛……。可称为肠痈、由实热壅滞、血气蕴积肠中所致。若脉迟紧、未成脓者，急用大黄牡丹汤泻热破瘀、散结消肿；若脉洪数，脓已成者，急用薏苡附子败酱散清热排脓。

（七）心绞痛和心肌梗塞者常见急性胸痛。心绞痛发作多受饱食、寒冷、疲劳过度、情绪激动影响，突然胸骨后或心前区痛，向左臂、肩、颈放射，绞痛呈压窄性、窒息性，如出现休克、心律失常、心力衰竭以及胃肠道症状，还要考虑心肌梗塞之可能。可列为胸痹、心痛病范畴，皆因上焦阳虚，阴寒之邪上乘胸位，导致胸阳痹塞而成，可夹痰盛气滞，也可夹中焦虚寒；选用瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤以通阳散结、豁痰下气；中焦虚寒者，加人参汤补虚振阳；寒湿重者，助以薏苡附子散散寒除湿；阴寒固结不散、心痛彻背、背痛彻心、身寒肢冷者，用乌头赤石脂丸助阳逐阴。

（八）休克是由于组织灌注不足，伴见脏气衰竭、代谢性酸中毒、电解质紊乱、播散性血管内凝血、精神异常……，可列入少阴病。少阴病，脉微细，但欲寐。若下利清谷、四肢厥逆、无热恶寒、或大汗淋漓、如珠如油……此乃亡阳脱证，十分危险，急投四逆汤温运脾肾、逐寒回阳。

（九）支气管扩张、肺结核、肺癌等大咯血与及溃疡病、胃癌、食道胃底静脉曲张破裂之吐血、便血可属吐血、衄血、下血证范畴。吐衄属心火亢盛，用泻心汤清热降火；中虚气寒者，以柏叶汤温经止血。下血有远血、近血之别，远血多因脾气虚寒、治以黄土汤温经止血；近血多因大肠湿热，治以赤小豆当归散清热利湿。

此外，仲景还有许多治疗急症宝贵的经验，他提出“夫病痼疾，加以卒病，当先治其新病，后乃治其痼疾”。对体健者患急诊，邪气“适中经络，未流传脏腑，即医治之”，免由传生变。对病情复杂的表里同病，“本发汗而复下之，此为逆也；若先发汗，治不为逆。本先下之而反汗之，为逆；若先下之，治不为逆。前者为表急先治表，后者为里急先治里。对阴阳俱损者，先扶阳后救阴，先顾虚后治实。凡病邪在表者，不论其为伤寒、中风、温病、湿病、水气、溢饮、均用汗法；邪实在胸中或上脘者，均用吐法；燥屎、宿食、瘀血等邪结下焦者，用下法。

在具体使用方药上，仲景亦有极丰富之经验。他用麻黄发汗，大黄泻下，石膏清热，甘遂逐水，瓜蒂催吐，麻黄配桂枝发汗力倍增。大黄配芒硝则泻热通便，配枳实厚朴则行气通便，配附子攻下寒积，配桃仁攻下瘀热，配枝子清热利湿退黄，配黄连、黄芩降火止血。石膏配知母，清热泻火保津。甘遂配芫花、大戟增强峻下逐水之力。后世医家用苍术配熟地治疗消渴，黄芪配升麻治疗脱肛等均在此基础上发展而来的。临床已证实，四逆汤能抢救某些休克，大黄甘草汤能治心律失常，乌梅丸能治胆道蛔虫、支气管哮喘；葛根黄芩黄连汤能治急性细菌性痢疾，白虎汤可治流行性乙型脑炎，茵陈蒿汤可治急性黄疸型肝炎，大柴胡汤能治胆结石、胆囊炎之胆绞痛，麻杏石甘汤、小柴胡汤能治大叶性肺炎，葛根汤可治流行性感冒，芍药甘草汤能治三叉神经痛、坐骨神经痛、胆绞痛、肾绞痛……。

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

（陈庆祥）

第五章　急诊内科的民间简易疗法

民间简易疗法是中医学的一个重要组成部分，是前人留给我们的一份珍贵的医学遗产。它来源于民间，流传于民间，应用于民间，能治疗许多常见病、多发病，乃至疑难病证和急重病证。民间疗法取材简易，操作方便，疗效确切，具有简、便、验、廉的特点，临床上常收到立竿见影的效果。

本章所收集的民间简易疗法，均限于中医急诊内科范围。鉴于本书正文对各急诊病证已有详尽的阐述，故只列出该病症常用而较有疗效的民间简易疗法，介绍其功效，适应症，实施手法及其注意事项，其余内容均从略。

一、头针

头针疗法又称头皮针疗法、颅针疗法。头针是根据大脑皮层的功能定位理论。在头皮划分出皮层功能相应的刺激区，在有关刺激区进行持续，快速捻转以治疗疾病。

〔功效〕　头针疗法具有疏通经络、运行气血、促进血循环、改善神经的传导功能和调节神经肌肉兴奋性的作用。

〔适应症〕　头针疗法主要用于治疗脑源性疾病，对中风、偏瘫、失语、夜尿、癫痫等有特殊疗效。

〔实施手法〕

(1) 体位：患者取坐位或卧位。选定刺激区或根据辨证选定标准线，局部常规消毒。

(2) 进针：一般选用 28～30 号长 1.5～2.5 寸的毫针，针与头皮呈 30°左右夹角快速将针刺入头皮下，然后缓慢捻转进针，达到一定的深度

(3) 运针：术者肩、肘、腕关节、拇指固定，食指半屈曲状，用拇指第一节的掌侧面与食指挠侧面夹持针柄，以食指的掌指关节快速连续屈伸，使针体左右旋转，速度为每分钟 200 次左右，捻转持续 2～3 分钟，然后留针 5～10 分钟，再重复捻转。用同样方法再捻转 2 次即可起针。若经 3～5 分钟刺激后，患者病变部位出现热、麻、胀、凉、抽动等感应，其疗效通常较好。进针后亦可用电针代替手捻进行治疗。

(4) 出针：术者以手夹持针柄轻转松动针身，如针下无紧涩感，即可快速抽拔出针，也可缓缓出针。出针后必须用消毒干棉球按压针孔片刻，以防出血。

〔注意事项〕

(1) 治疗时需掌握适当的刺激量，注意防止晕针。

(2) 中风患者急性期，如因脑溢血引起昏迷、发热、血压过高时，暂不宜用头针治疗。如系脑血栓形成引起偏瘫，宜及早采用头针及体针治疗。有高热、急性炎症及心力衰竭等症时，一般慎用。

(3) 头皮血管丰富，容易出血，起针时要认真检查每一针孔，有无出血和血肿，如有出血则应用消毒干棉球压迫针孔片刻，直至血止。

二、面针

面针疗法属微针疗法，是针刺面部的特定穴位，以治疗疾病的一种方法。

〔功效〕　头面居于全身的首要地位，通过经络气血的转输，面部与全身的脏腑肢节联系为一个整体，脏腑肢节的病理变化在面部的一定区域反映出来。凡体针所能治疗的疾病，面针均能取得疗效。

〔适应症〕　面针疗法应用比较广泛，凡体针所能治疗的疾病，面针应用多能取得疗效。常用于胃肠疾患及各种痛症。

〔实施手法〕

(1) 探查穴位：用毫针针柄上端，在面部相应区域，用一定指力按压，当患者觉有疼痛或异常感觉时，即是所选穴位；或用经络测定仪，通电 130～180 微安时，针刺点有刺痛、烧灼感，亦是所须选定的治疗穴位。探查时注意面部皮肤要保持干燥。

(2) 针刺：用 30～32 号毫针，在选定穴位上徐徐刺入，得气后留针 10～30 分钟，每隔 5～10 分钟捻转 1 次。亦可皮内埋针。

(3) 疗程：每日或隔日 1 次，一般 10 次为 1 个疗程。

〔注意事项〕

(1) 针前要严格消毒，防止面部感染。

(2) 面部血管丰富，起针时，注意按压针孔，防止出血。

三、鼻针

鼻针疗法属微针疗法，针刺刺激鼻部范围内的特定穴位，以治疗多种疾病。鼻针穴位一般按人身器官名称命名，穴位名称即主治相应器官疾患。

〔功效〕　鼻部对全身气血和心肺的功能活动有着密切的联系。鼻针能平秘阴阳，促进气血运行，协调五脏六腑功能。

〔适应症〕　鼻针疗法应用范围比较广泛，对内、外、妇、儿多种病症均有较好疗效，因为鼻针穴位一般都是按人身器官名称命名，因此穴位名称即主治相应器官疾患。

〔实施手法〕

(1) 选穴：根据脏腑器官的病变选用相应的穴位。如心脏病取心点，根据穴位敏感反应点来选用穴位。探查方法可用毫针针柄或特制的耳穴探索针，在病变脏器的相应区域附近进行探查，遇有压痛处就是敏感反应点，根据脏象学说，选用与病变脏器有生理、病理关系的穴位，往往可以提高疗效。

(2) 针刺：常规消毒后用 30～32 号 0.5 寸不锈钢毫针，以轻缓手法捻转刺入穴位，先垂直刺入皮下，然后根据穴位所在位置斜刺或透刺。捻转要轻，待患者出现酸、胀感时，可留针 10～20 分钟，每隔 5～10 分钟捻转 1 次。一般每日或隔日 1 次，10 次为 1 疗程，2 个疗程之间休息 7 日左右。

〔注意事项〕

(1) 鼻针刺激强，应使患者预先有所思想准备。一般采用卧位，以防晕针。

(2) 施针前需严格消毒，避开瘢痕，以免引起过痛或出血。

（3）鼻部肌肉较薄，选用针具不宜过长，针刺进皮后，不宜垂直刺入，同时应避免进针过深，（一般以不刺及软骨为标准）避免使用强刺激手法，以致病人难以忍受。

四、耳针

耳针疗法是以毫针，皮内针，艾灸、激光照射等器具，通过对耳廓穴位的刺激以防治疾病的方法。

耳为宗脉之所聚，十二经脉皆上通于耳，全身各脏器皆连系于耳。耳穴是指耳廓上一些特定的刺激点，耳穴在耳廓上的分布有一定的分布规律，每一耳区内有约干个耳穴，耳区的分布在耳廓前面形似母体子宫内倒置的胎儿，在耳廓后面形似屈膝跪，头低向内缘曲身而拜的形态。这在临床上提供了一定的依据。

〔功效〕 阴性耳穴具有清热泻火、消炎解毒、安神镇痛的作用；阳性耳穴具有温热助阳滋补之效。临床上的治疗功效往往取决于穴位配伍的总和。

〔适应症〕 耳针穴位的治疗适应症，绝大部分与穴位命名有关。临床上应用十分广泛，包括内、外、妇、儿、五官等各科的很多病症。

〔实施手法〕 处方配穴原则如下：

（1）根据脏腑与经络循行路线取穴；

（2）根据现代医学理论取穴；

（3）根据疾病部位取穴；

（4）按经验取穴。

穴位探查：

（1）肉眼观察法：观察耳廓上变形、变色，如鳞屑、水泡、丘疹、硬结、软骨增生，色素沉着，以及血管的形状、颜色变异等。

（2）压痛点探查法：用弹簧探针或毫针柄以均匀的压力，在耳廓相应部位，由中央向周围，自上面下，自外面内探压，最痛的敏感点便是。

（3）电测定法：采用测定皮肤电阻的“良导点测定仪”，测定穴位电阻，电阻低的穴位可通过指示灯、音响、仪表等反映出来，电阻低的穴位即是。

操作治疗：

（1）毫针法：是选用 0.5 或 1 寸规格的 26 号、28 号、32 号、34 号毫针进行。分直刺、斜刺、横刺 3 种手法。直刺指针体与皮肤呈 90°角垂直刺入；斜刺指针体倾斜，与皮肤呈 45°角沿皮刺入；横刺指针体与皮肤呈 15°角沿皮刺入，又称“沿皮刺”，多用于透穴。无论何种手法，应先探测穴位敏感点，经过消毒，然后快速垂直进针，进针后按病情和穴位的需要采用直刺、斜刺、横刺手法，以刺入软骨为度。留针 15～60 分钟，一般慢性病，疼痛性疾病留针时间可延长。起针时以消毒干棉球压迫针眼，以免出血，再以碘酒涂擦消毒，以防感染。

（2）点刺放血法：用三棱针，依据病情在耳穴上点刺放血，主要用于实热证。操作时，先按摩耳廓，使其充血，常规消毒穴位皮肤，左手固定耳廓，右手持消毒三棱针，对准穴位，迅刺刺入 2～4mm 深，再退出针，挤压针孔周围皮肤，使之出血 3～5 滴为宜。隔日 1 次，急性病可 1 日施治 2 次。但体弱，久病者不宜采用。

（3）水针法：将微量药液注入耳穴，通过注射针对穴位的作用，以及注入药物的药

[Ｇｅｎｅｒａｌ　Ｉｎｆｏｒｍａｔｉｏｎ]
书名＝现代中医急诊内科学
作者＝陈镜合　岑烈芳　梅广源
页数＝５１
ＳＳ号＝１００３１５３７
出版日期＝１９９６年０１月第１版