普通高等教育中医药类规划教材

中医急诊学

（供中医类专业用）

主　编　任继学
副主编　王　左　皮持衡

上海科学技术出版社

普通高等教育中医药类规划教材

中 医 急 诊 学

（供中医类专业用）

主　编：任继学

副主编：王　左　皮持衡

编　委：王行宽　陈绍宏

罗　佩　梁直英

主　审：何　珉

上海科学技术出版社

普通高等教育中医药类规划教材

中医急诊学

（供中医类专业用）

主编　任继学

上海科学技术出版社出版、发行

（上海瑞金二路 450 号）

新华书店上海发行所经销　望亭发电厂印刷厂印刷

开本 787×1092　1/16　印张 9　字数 208,000

1997 年 10 月第 1 版　　1997 年 10 月第 1 次印刷

印数　1—10,000

ISBN 7-5323-4435-5/R·1174

定价：5.60 元

顾问委员会名单

（按姓氏笔画排列）

王玉川　王绵之　邓铁涛　刘志明　刘弼臣　刘渡舟
江育仁　杨甲三　邱茂良　罗元恺　尚天裕　赵绍琴
施奠邦　祝谌予　顾伯康　董建华　程莘农　裘沛然
路志正

编审委员会名单

主任委员：张文康

副主任委员：于生龙　李振吉　陆蓬舫

委　　员：（按姓氏笔画排列）

于生龙	于永杰	万德光	马宝璋	马　骥
王永炎	王世成	王和鸣	王洪图	王萍芬
王新华	王韵珊	王耀庭	韦贵康	邓福树
龙致贤	叶传蕙	叶定江	石学敏	丘和明
丘德文	皮持衡	朱文锋	任继学	刘柏龄
刘振民	孙国杰	孙　校	杜　健	杨兆民
杨春澍	李任先	李安邦	李明富	李振吉
李家实	李　鼎	严世芸	严振国	吴敦序
何　珉	肖崇厚	沈映君	陈　奇	陈大舜
陈于德	陆蓬舫	陆德铭	张文康	张六通
张安桢	张志刚	张绚邦	张殿璞	范碧亭
罗永芬	周梦圣	郑守曾	尚炽昌	宗全和
孟　如	项　平	柯雪帆	钟　淼	段逸山
段富津	施　杞	施顺清	施雪筠	农　浩
钱　英	徐生旺	高尔鑫	郭诚杰	梁颂名
蒿琳仪	彭胜权	傅世垣	曾诚厚	雷载权
黎伟台	戴锡孟	魏　民	魏　稼	魏璐雪

前　言

根据国家教委《全国普通高等教育"八五"期间教材建设规划纲要》"要集中力量抓好本科主要专业主干课程教材建设"的精神，国家中医药管理局统一组织编审出版了普通高等教育中医药类规划教材。本套教材包括中医学、中药学专业的主要课程和针灸、中医骨伤科学专业主要专业课程教材，计有《医古文》、《中医基础理论》、《中医诊断学》、《中药学》、《方剂学》、《中医内科学》、《中医外科学》、《中医妇科学》、《中医儿科学》、《中医急诊学》、《内经选读》、《伤寒论选读》、《金匮要略选读》、《温病学》、《正常人体解剖学》、《生理学》、《病理学》、《生物化学》、《诊断学基础》、《内科学》、《针灸学》、《经络学》、《腧穴学》、《刺法灸法学》、《针灸治疗学》、《中医骨伤科学基础》、《中医骨伤学》、《中医骨病学》、《中医筋伤学》、《中医学基础》、《药用植物学》、《中药化学》、《中药药理学》、《中药鉴定学》、《中药炮制学》、《中药药剂学》、《中药制剂分析》、《中药制药工程原理与设备》等三十八门课程教材及其相关实践教学环节教材。

为了提高教材质量、深化教学领域改革，国家中医药管理局于一九九二年四月在杭州召开了全国中医药本科教材建设工作会议，研究部署了本套教材的建设工作，会后下发了《普通高等教育中医药类规划教材编写基本原则》、《普通高等教育中医药类规划教材组织管理办法》、《普通高等教育中医药类规划教材主编单位招标办法》等文件。通过招标，确定并聘任了各门教材主编。一九九二年十一月在北京召开的普通高等教育中医药类规划教材建设工作会议上，成立了普通高等教育中医药类规划教材编审委员会，讨论研究了本套教材的改革思路，并组成了各门教材编写委员会，确定了审定人。

为了保证教材的编写质量，先后召开了几次工作会议和教材审定会议，对各门课程教学大纲、教材编写提纲及教材内容进行了认真审定。最后，还征求了本套规划教材顾问委员会各位名老中医药专家的意见。通过多次会议以及全体编委审定人的共同努力，在名老中医药专家的指导下，使本套教材在前五版统编教材的基础上，在符合本科专业培养目标的实际需要方面，在理论联系实际、保持中医理论的系统性和完整性，反映中医药学术发展的成熟内容和教育改革新成果方面，在明确各门教材的教学目的、确定教材内容的深广度、促进教材体系整体优化等方面有了较大的提高，使本套规划教材内容能具体体现专业业务培养的基本要求和教学质量测试的基本标准。对少数教材根据课程设置的需要，进行了较大幅度的改革，使之更符合教学的需要。根据国家教委有关文件精神，各高等中医药院校、高等医药院校中医药类专业应优先选用这套由国家中医药管理局统一规划组织编审的规划教材。

随着中医药高等教育工作的不断改革与深化，本套教材不可避免地还存在一些不足之处，殷切希望各地中医药教学人员和广大读者在使用过程中，提出宝贵意见，以促使本套教材更臻完善和更符合现代中医药教学的需要。

普通高等教育中医药类规划教材编审委员会

一九九四年十二月

编写说明

《中医急诊学》是运用中医理论研究急、危、重、险症的发生、发展、变化规律及诊疗技术和救护措施的一门临床学科。由国家普通高等教育中医药类规划教材编审委员会组织编写与审定。供全国高等医药院校中医、针灸、骨伤专业使用。

本教材主要介绍中医急诊学的基本理论、常见中医急诊病证的基本知识、急救技能和辨证治疗。全书内容分上、下两篇。上篇分别阐述中医急诊学的概念、特点、性质、地位与任务及其发展简史、学习中医急诊学的方法和要求、中医急诊的临床特点、病因病机概要、诊断与辨证要点以及常用治则与治法；下篇分别介绍常见急危重证28种，每种病证按述要、病因病机、诊断与鉴别诊断、论治(治疗原则、急救处理、辨证治疗)、权变法、转归、调护等逐项叙述。书末附有方剂索引，以备检索。

使用本教材请注意以下几方面：

1. 主要突出中医急诊学“急、危、重、险”的特点，既注意其与基础和临床各学科的联系，又在理论和实际应用上有所提高，并尽量避免重复。

2. 本教材在体例和内容上有别于其他教材，在教学中请予注重实用性，并结合临床实践加以发挥。

病名主要选用临床各学科已规范的病证名称，部分选用传统病名，在原内涵基础上，扩大了其外延。如急性脾心痛、急风、心衰、肺衰、肾衰等。

病因病机以急诊病证发生、发展的急、危、险证阶段为中心，强调了脏器、脏真受损的急证病理机理。

诊断遵循“四诊”原则，以宏观和微观角度编入了现代仪器与生化检查等内容。

论治强调了治疗原则和急救处理。方剂选择以临床实用，疗效确切的高效、速效、稳效、低毒为原则。

权变法主要指出变证和合病、并病的处理及必要的西医急救原则。

3. 以课堂讲授为主，理论联系实际，紧扣临床，充分利用见习、实习、病例讨论及电教手段，图片、实物等手段以加深和巩固学习效果。

在书稿编写过程中，由主编任继学教授聘请北京中医药大学董建华教授，中国中医研究院路志正教授、陆广莘教授，广州中医药大学邓铁涛教授，浙江中医学院何任教授，黑龙江中医药研究院张琪教授，中日友好医院焦树德教授，北京中医医院巫君玉教授，北京中医药大学孙塑伦教授、姜良铎副教授以及国家中医药管理局陈佑邦司长、郑守曾副司长、潘筱秦处长对本教材进行了论证。教材审定前，又聘请了北京中医药大学何珉教授、新疆中医学院张绚邦教授、南京中医药大学陆莲航教授进行了修审。最后由本教材主审何珉教授审定。

此外，长春中医学院盖国忠、王中男、程玉书，江西中医学院左静云、郭有能、张光荣、蔡浔远老师参加了助编及统稿工作，谨此表示感谢。

本教材在编写过程中承蒙全国各中医院校从事中医急诊同仁给予极大的关怀和支持，提供了许多宝贵的建设性意见，在此致以衷心地感谢。但由于本教材属首次编写，加之我们

学术水平所限，虽十易其稿，认真推敲，然在内容和文字上仍存在不少缺点，诚望各院校在使用过程中，多提宝贵意见，以便今后修订时充实与改正。

《中医急诊学》编委会

1996 年 9 月

目　录

上　篇

第一章　绪言 …… 1
第一节　中医急诊学的概念与范围 …… 1
第二节　中医急诊学的地位、目的与任务 …… 1
第三节　中医急诊学的学习要求与方法 …… 1
第四节　中医急诊学发展概略 …… 2
第二章　中医急诊的临床特点与病因病机概要 …… 4
第一节　中医急诊的临床特点 …… 4
第二节　中医急诊的病因病机概要 …… 5
第三章　中医急诊的诊断与辨证要点 …… 9
第一节　注重病象，宏微结合 …… 9
第二节　详析病机，辨明主次 …… 9
第三节　详审病势，判逆险危 …… 10
第四章　中医急诊的治则与治法 …… 11
第一节　中医急诊的治疗原则 …… 11
第二节　中医急诊的常用治法 …… 12

下　篇

第五章　常见中医急证 …… 17
第一节　卒死 …… 17
第二节　外感高热 …… 20
第三节　中暑 …… 26
第四节　神昏 …… 29
第五节　抽搐 …… 34
第六节　脱证 …… 38
第七节　暴喘 …… 42
第八节　急性出血 …… 47
第九节　暴吐 …… 50
第十节　暴泻 …… 53
第十一节　疫毒痢 …… 56
第十二节　急性脾心痛 …… 59
第十三节　卒腹痛 …… 63
第十四节　急黄 …… 67
第十五节　薄厥 …… 70
第十六节　卒中风 …… 74

第十七节 急风 …… 78
第十八节 心动悸 …… 81
第十九节 卒心痛 …… 85
第二十节 宫外孕 …… 89
第二十一节 急惊风 …… 92
第二十二节 急性创伤 …… 95
第二十三节 烧伤 …… 98
第二十四节 毒蛇咬伤 …… 104
第六章 常见危重证 …… 109
第一节 心衰 …… 109
第二节 肺衰 …… 113
第三节 肾衰 …… 116
第四节 急性中毒 …… 120
[附录] 方剂索引 …… 125

上　篇

第一章　绪　言

第一节　中医急诊学的概念与范围

中医急诊学是在中医理论指导下运用四诊手段，结合辨证思维方法，研究临床疾病处于急、重、危、险阶段的发生、发展，变化规律和诊疗技术，救护措施的一门跨学科，跨专业的临床学科。其与“急救”、“急证”、“急诊”既有联系，又有区别。

急救是对发病卒暴，病情险恶，病性不清，病势危笃，生机欲败而未绝，不允许审因察机，必须立即对症采取综合治疗以顿挫病势，扭转病情，挽救生命，为进一步审因论治创造时机的一种应急措施。

急证是指发病迅速，或慢性病急性发作。其病情较重，病性错杂，脏器虽伤而脏真未损，脏器受累而神机能发，真气未竭，生机尚存的一类证候。病势虽险，但可及时审证求因，辨证论治，综合救疗。

急诊是指医生敏捷地运用四诊，对急暴、险危病证进行综合分析，去伪存真，去粗取精，由表及里，采取正确的诊疗措施，促使病人转危为安。

中医急诊学所涉及的范围极其广泛。凡中医临床各科的疾病处于急、重、危、险阶段时均属其范围。从病势上分，它不仅包括起病卒暴、慢性病急性发作，病情险急，易危及病人生命的病、证、症，而且尚有因意外损伤，或伤害等处在危急阶段者。从病证上分，包括了内科、外科、骨伤科、妇科、儿科等各科急证。从发病时间上分，有院前急救、院内急救和院后康复三部分。此外，它还包括通讯、运输、组织指挥等内容。本教材以讲述院内急救为主要内容。

第二节　中医急诊学的地位、目的与任务

本课程是重要的临床专业课，是中医学术发展的充分体现和标志，并具有时代特点，吸收了时代科技进步的方法和手段，促进了中医急诊的继承和发展，是中医学术发展的动力，在中医专业中占有重要的地位。

中医急诊学的目的旨在通过对系统的中医急诊的理论学习，掌握抢救急、危、重症的基本知识和基本技能，使之在今后的临床工作中能充分地运用中医的诊疗手段与方法去处理和研究急救中出现的各种复杂的急诊问题，为中医急诊学的发展作出贡献。

第三节　中医急诊学的学习要求与方法

学习本课程必须重点掌握中医急诊学的基础理论，基本知识和基本技能，必须理论联系

实际，培养应急能力，以便在今后的临床工作中能独立地运用中医急诊学的理论与方法去处理和研究常见、多发的急危重症。

由于急诊学具有跨学科，跨专业的特点，在学习中既要温习已学过的中医基础理论知识，又要学习本课程与中医各临床学科互相渗透的有关知识，抓住其内在的本质，因病制宜，达到学以致用之目的，为临床急救打下良好的基础。另一方面，本课程具有实践性强的特点，在理论课学习过程中，需密切结合临床实践，运用系统学习、见习、实习等方法，通过实践，认识、再实践、再认识的规律，不断提高自己的观察、思维能力和诊疗水平。

第四节 中医急诊学发展概略

中医急诊学的形成与发展，经历了悠久的历史。早在春秋战国时代的《黄帝内经》就已建立起中医急诊学的理论框架，对急证的含义与范围、病因病机、病名、病象、诊断与鉴别诊断、治则与治法及转归、预后、预防、护理等诸多方面均有一定的论述。东汉张仲景《伤寒卒病论》(以下简称《伤寒论》)开创了中医急诊辨证论治的先河，以六经和脏腑辨证论治热病、中风、出血、厥逆等常见急诊的证治，并总结出病、证、理、法、方、药等较为系统的理论，至今仍指导着临床急救。晋代葛洪《肘后备急方》集魏晋与南北朝各代急症证治精华，首次以急诊手册形式论述常见急证的应急处理，并拓宽了急症范围，记载了多种给药途径和熏洗、敷贴、吹入等外用方 346 首，尤其是创立了肠吻合术。隋代巢元方《诸病源候论》又不断充实和发展了中医急证病名，证候和病因病机理论。创立扩创引流术，重视针灸治疗，强调综合处理。唐代孙思邈《千金要方》、《千金翼方》两书中记载了急救方 27 首，也强调综合疗法，大量采用熏洗，敷贴、吹、摩等方法，首创导尿术。王焘《外台秘要》又汇集和发展了急证理论，丰富了急救方法，进一步强调了综合急救的重要性。宋代的《圣济总录》、《太平圣惠方》、《三因极一病证方论》等不仅丰富了急症方书与抢救技术，面且对病机理论也有所发展。金元时期的学术争鸣更进一步推动了中医急证的不断进步。刘完素创立了火热病机，善治火热病，尤对寒凉药物的使用具有独到见解，创立了行之有效的辛凉救急方药。张从正创立了汗、吐、下的攻下学派，主张“邪非人身固有，乃为外入或由内生，应速除之。”将汗、吐、下三法灵活运用到急救中，起到了承前启后的作用。明清医家对急诊学的贡献尤著。明代吴又可《瘟疫论》为治瘟疫的专书，指出：瘟疫是多种异气中的一种，名为戾气或疠气。邪自口鼻而入于膜原，有九传之变，创疏达膜原一法，尤为卓识。在温病学方面，不仅发展了多种“异气”的病源理论，而且创立了卫气营血、三焦等辨证思想，揭示了疾病发展的传变规律，充实了救急方药，如清心开窍的“三宝”等。针对急诊的特点，创审脉、察舌、验齿，辨斑疹、察热型、审汗液、别闭脱、辨痉厥等鉴别诊断方法，在此基础上进一步确立了透邪、清气、和解、化湿、通下、清营凉血、豁痰开窍、回阳固脱等治疗大法，尤其是叶天士、薛生白、吴鞠通、王孟英的贡献尤为突出。

近四十余年，特别是国家中医药管理局成立以来，中医急诊工作迅速发展起来。各级中医院都相应成立了急诊科(室)，部分大专院校还开设了《中医急症学》课程，成立了中风、热病、血证、厥脱、心痛、胃痛、痹病等全国协作攻关组。在学术理论、剂型改革及中风、真心痛、多脏器衰竭、宫外孕等，临床疗效都取得了令人瞩目的成就，初步找到了中医急诊发展的优势，奠定了临床基础，指明了今后的发展方向。目前，已形成中医临床急救诊疗的标准化，抢救手段的多样化，研究手段的科学化，研制了许多速效、高效、稳效、低毒的中药新制剂，不断

提高了中医急救的诊疗水平，进一步拓宽了中医急诊的研究范围，为全人类的健康长寿作出了应有的贡献。我国加入世界急诊医学协会，中医药在治疗急症中做出了突出的贡献，这些辉煌的硕果充分说明了中医急诊学具有广阔的发展前景。

第二章　中医急诊的临床特点与病因病机概要

第一节　中医急诊的临床特点

急证以起病急骤，变化迅速，证候复杂，合病并病多，病势危笃为特点。中医临床必须四诊合参，密切观察病人的面色、神志、瞳仁、舌脉等病象变化，掌握顺、逆、险、危，不失时机地予以综合急救，才能收到预想的临床疗效。

一、病因繁杂

中医急证的发生发展多由机体外在的表卫不固，腠理空疏；或"五脏元真失畅，神机不流贯，内气不充于外"，为邪毒内侵创造了条件。因此，六淫之邪，疫疠之气，或六淫与疫毒交互内犯，以及内伤饮食，或外邪与饮食所伤交互作用；或情志失节，大怒暴喜；更有房室、金刃、虫兽、意外伤害、医源性、药源性所致者。由于上述病因多为邪盛毒剧，性猛势急，伤人则外壅经络、皮毛、腠理、血脉；正不内守，直中脏腑，伤气损血，耗散真元；上壅九窍，横逆气血，经络不通；下损五脏真元，真元不贯内外，神机不流贯，则邪毒内肆，故发病多危急复杂。

二、病危证急

中医急证临床所见：①起病卒暴，来势凶猛；②慢性病急卒发作，病情险危，均易危及病人的生命。究其原因，主要在于：邪盛毒剧，正不胜邪，邪气在体内得以横犯直伤，外壅经隧之路，血脉循行受阻，营卫内滞，津注精输循环障碍，凝滞格阻而为病；内而脏真失守，生化无能，神机不能统运营卫二气，正虚不能胜邪，邪毒得以上逼心肺，下损肝肾，弥漫三焦，气化失调，相火不能温煦于上下内外，水津施布失衡，脾胃运化受损，升降中轴呆滞，从而导致气乱于内，血厥于中，精、气、神不能复通，故病发危急，险象丛生，合病并病多见；或"大实有羸状，至虚有盛候"，出现脏真衰败，多脏器衰竭等危候。

三、变化迅速

急诊病人多是正气虚衰，或邪盛毒剧，或虚实错杂，或多脏器受累，以致正不束邪，气血逆乱，邪毒肆疟；或脏气衰惫，正邪力量对比悬殊，病理产物丛生等。因此，急诊病人不仅起病急暴，而且顷刻之间证候传变迅速，顺传为急为重，逆传为险为危，故急救必须争分夺秒，综合救治。

四、规律可循

中医急证虽然病势危急，变化多端，但其发病也是循一定的规律发展变化的。外感急证多按照六经、卫气营血，三焦的发病规律表现其急诊证候；内伤急证多遵循脏腑，气血津液，经络发病规律表现其病理变化。每一具体的病证都有自身的发生发展和变化规律，我们只要

掌握中医辨证理论，抓住其规律性，即可知常达变，有的放矢，予以及时有针对性的急救，达到治病救人的目的。

第二节　中医急诊的病因病机概要

疾病的发生发展变化均取决于病因病机，即具体的致病因素作用于人体的具体部位所引起的一系列病理变化过程。我们先探求发病之因，再“察病机之要理”，然后“明病之本焉。”

一、病因

《素问·至真要大论》说：“必伏其所主，而先其所因。”即欲知所病，当先求其病因，即致病之源。虽然，急诊病因繁杂，概而言之，不外内外二因。病于外者，有六淫邪毒，疫疠之气；病于内者，有情志失节，饮食所伤，内生痰瘀水毒病因，更有意外损伤，伤害，医源性、药源性病因而引发急病暴病。

（一）外感病因

1. 六淫邪毒　六淫邪毒伤人多发生于六时之变，阴阳失调，气候反常，非其时而有其气，化为“毒烈之气，留在何经，而发何病”（《伤寒序例》）。急证病因以风、寒、火热、暑、湿五淫为主。

（1）风邪：风为天地浩荡之气，得天之象，正则为生，偏则为邪，体禀清阳，性主疏泄。其为邪者，需化清毒，毒借风疏泄玄府之力而入侵人体，故发病“善行而数变。”善行者，无处不到；数变者，发病不一。其伤人为病，浅在皮肤、肌腠；深在经络、脏腑。病发变态不一，发无定体，见证多端，放推为“百病之长”。

（2）寒邪：“夫寒者，天地杀厉之气也。”其性凝敛，功司收引，易伤阳气。寒毒致病，害人迅速，为祸最烈。轻者，伤人形表；重者，直入脏腑，为病卒暴，故称“寒为百病之总。”

（3）火热：温乃热之始，热乃火之渐，火为热之极。火为阳邪，其性炎上，其变毒烈，燔灼焚焰，耗气动血，伤津损液，故火热为病，“其害甚大，其变甚速，其势甚彰，其死甚暴。”此即“百病由火而生。”

（4）暑邪：暑毒变生于天暑之气，蒸淫热迫之中，其为阳邪，性主升散。既耗气，又伤津。且兼夹湿毒，潜伏留恋而为患。故暑邪致病，不分表里，不以渐次，不论脏腑，见证变幻无常，暴中激烈。

（5）湿邪：湿毒为重浊之邪，属阴。其性粘滞，易困阳气，束缚营卫，困滞气机。外伤肌肉、筋骨；内伤脏腑、经络，尤以脾胃受伤多见，且随体禀之性而化生湿热、寒湿。

2. 疫疠邪毒　“疫疠之气，最为重毒”（《滕氏医谈》）。性分寒热，每借强烈的毒气与寒热之性，从口鼻、皮毛而入侵入体，肃杀正气，伤卫损营，潜伏膜原。膜原者，卫气游行之所，通达三焦之枢，故其病发最速，种类繁多，且有强烈的传染性。

（二）内伤病因

1. 情志失节　情志是人们对自己所认识和处理的客观事物及现象，以及对别人和自己在行动和态度上的一种体验，是最直接影响脏腑气血的情感过程。其为病主要取决于病人心神的耐受能力与情感转移状态，情志刺激程度与持续时间诸方而。急诊病人主要以喜、怒所伤最常见。

(1) 喜:喜本心志,性属阳邪,主升。心肺皆为阳脏,故暴喜伤心而及于肺,造成阳气太浮,使百脉开解;"喜则气缓,"使神气涣散,不能自主,变生卒病。

(2) 怒:怒为肝志,性属阴邪,主痹。怒发于阳而侵本于阴,是以恚怒伤阴,造成肝阳失敛而横逆,疏泄失常,气机郁痹,血气失和,诸病丛生。

2. 饮食所伤 饮者,阴之质,而养阳气;食者,阳之体,而养阴气。饮食互用是人体赖以生存的物质源泉。饮食所伤,害及脾胃,脾伤不升,胃损不降,以致升降枢轴不运,侵及四旁,诸病乃发。急诊发病,以暴饮暴食、食物不洁者多见。

(1) 暴饮暴食:"饮食自倍,肠胃乃伤。"故暴饮暴食,暴填中脘,中焦枢轴不运,气机痹阻,大伤胃气,"浊气久增,夭之由也。"

(2) 食物不洁:食物不洁,内含邪毒,借助食物直趋中道,内损胃体,造成清饮交混,乱于肠胃,波及脏腑而变生各种急证。

3. 内生病因 内生病因主要指脏腑功能失调,气机受损,气血逆乱而生有形质的痰饮、瘀血等邪毒。在一定条件下,阻闭气机,伤及脏真而成为急诊病因。

(1) 痰饮:痰饮内蓄,气道闭塞,易损阳气,且易随气机升降而无处不到。

(2) 瘀血:瘀血留积,滞碍气机,气化郁闭,且易随血脉运行而流窜周身。

(三) 意外损伤

意外损伤系指人体在各种意外因素作用下,造成五体、脏腑、经络的直接损害,导致气血运行失常,气机升降乖戾而变生急病。临床以物理性损伤、化学性损伤及各类中毒多见。

1. 物理、化学性损伤 包括各种创伤、蓄击伤、电击伤、烧伤、冻伤、溺水、自缢、虫兽咬伤等直接损伤皮肌、血脉、筋骨、脏腑而出现破皮、伤筋、损肉、断骨、决脉等,甚至直损脏腑,造成血气脱失,或瘀血内闭,阻碍气机。也有内蕴化毒,损伤正气,累伤神机者。

2. 各类中毒 包括药物中毒、食物中毒和毒气中毒等。各类毒物入侵机体,闭阻气机或毒质直接损伤脏器、脏真而发病。

此外,还有医源性,药源性等急诊病因。

二、病机

急诊病机的辨识贵在于望、闻、问、切四诊之中搜求致病之因作用于人体具体部位而引发的一系列病理变化过程,而后才能明辨证理,用药方灵。其主要内容有:

(一) 脏器脏真受伤

脏真者,五脏皆有,承受于先天,济养于后天。即《灵枢·刺节真邪篇》所说:"真气者,所受于天,与谷气并而充身者也。"脏器者,由"同质之物相聚而成,"为脏真之气所附。器者,生化之宇,无物不有,是有形质的组织,分布脏体内外,是机体升降出入之窍。脏有器,才能有生生化化之能。而其生化之能,必得真气活动之功,方显其正常的生理功用。故有"器者,生化之宇"的称谓。脏腑生克之用,器真一气相承,则气化和调,万物化生。其为病,是以内有所因,外有所感,从而引起脏与脏、脏与腑,脏腑与经络、气血的互用失常,水津代谢失用而生。然病邪未损及脏器,脏真未累,元真之气尚能通畅,卫气自固,营气内守,神机流贯,则正气尚能托邪外出,故病象虽重,但邪犯较浅,病情亦轻,病势为微,病证属顺。若邪强毒盛,伤及脏器,累伤脏真,则邪毒与血气相乱,正受邪束,或正气不支,均不能托邪外达,使经络血脉壅滞,元真之气郁痹不畅,神机流贯受阻,生化欲熄,以致精、气、神败伤,造成"十二官相危,使道闭塞而

不通，形乃大伤。”故其病发卒暴，凶险丛生。所以，《素问·玉机真脏论》说：“气虚身中，卒至五脏绝闭，脉道不通，气不往来。譬如堕溺，不可为期。”《灵枢·阳明脉解篇》也说：“厥逆连藏则死，连经则生。”

（二）气血精神受损

中医急诊的发生发展主要取决于病变过程中气、血、精、神的盛衰。它决定着病人生与死，顺与逆。因气血、精神是人体生命之链，性命之用，故明代张景岳强调：“人身以气血为本，精神为用，合是四者以奉生，而性命周全矣。”

1. 气　病发于气者，有外因而生，多源于六淫邪毒，疫疠之气；有内生而病，每源于九气致乱。无论病生于内外，皆能造成气机阻滞，郁则气积，气积阳盛而生热病；热伏不解，内静而外动，动而化火，火蕴生毒，火毒内炽，既伤津液，又耗正气，更犯神明。火毒炽盛，耗血动血，妄行生瘀，煎津成痰，火、瘀、痰互结，上逆下扰，变生危候。火极不平，损气伤正，以致元真受损，无力拒邪外达而内陷，造成气损血衰，精伤神败，危证丛生。也有火毒逆陷于腠理之中，热盛肉腐而生痈肿；气病之伤，也能造成正气消耗。“气不足，便是寒”，寒凝津血，结而为痰，滞而为瘀，故轻者为寒病，重则为厥为逆。亦有正气徒耗，危伤脏真，元真脱泄者，为危为死。故庄于说：“气聚则生，气散则死。”

2. 血　病发于血，有外生者，多因疫疠之气，寒热外邪所致；有内生者，每由饮食不节，意外损伤或喜怒失常而成。其病先成于营，而后累伤于血，则邪扰血络，以致血不能安行脉中，轻则血由络渗，重则络破脉伤，而生痰生瘀，或内溢外泄，甚至亡血脱气。其病先成于气，造成气血逆乱，奔走横逆，脉络郁痹不通，变生厥逆阻绝之危候，亦有邪毒入血，逆陷腠理而发内痈外疮之患。“血者，水也。”津液也在其中。血液内变，津血失常，渗而为饮，聚结成痰，滞而生瘀，痰瘀之邪随血脉运行而流窜周身，阻闭气机，故病发为重。亦有血虚生风而发抽搐。或邪血相结，内扰神明，而见证多端，故“血为百病之胎。”

3. 精　“精者，身之本也。”精源于先天，济养于后天，津、液、血、汗、唾、涕等均为精之属也。故精之用乃性命之本。精病之成，发源于外者，有火毒、寒毒、疫疠之气等，造成本精亏虚，气不化生，正虚于内而不能托邪外出，极易导致邪毒肆疟而内陷，攻心冲脑，为病险恶。或邪毒内炽，侵伤骨精，久而不出，轻则伤津损液，耗血动血，使正气被邪毒所束，故病发危笃，变证百出。重则精亏髓枯，精不化气，正气不支，邪陷脏腑，或损脏器，或伤脏真，为败为脱。更有阴精大伤，神气涣散，或精血暴亡，神机化灭，气立孤危而亡者。正如《灵枢·本神篇》所说：“五脏藏精者也，不可伤，伤则失守而阴虚，阴虚则无气，无气则死矣。”

4. 神　神源于先天之精，并以后天水谷之精气充养之，藏之于脑，分属于脏腑、百骸之中，故五脏、百节皆有神。神、魂、魄、意、志五神统领五脏活动之用，使之相反相成，生而有序，制而有节，承而不绝，生化不息，神为其主。故《思问录》说：“魂为神使，意因神发，魄待神动，志受神摄，故神为四者之津会也。”神病之成，有因邪毒内使，直犯神明者；亦有脏腑、气血病变侵伤五神；或情志失节，内动神明；或脑髓病变，神明失主，均可造成神病，心神失主，五神失用，以致脏腑功能失序而紊乱。轻则精神恍惚，神情错乱，或妄言妄行。重则脑髓受伤，神失其宅，神机不用，升降出入不灵，窍络闭塞而见神昏谵语，循衣摸床，甚则神气散致，两目正圆而为危为险。故曰：“得神者昌，失神者亡。”

（三）升降出入失常

“升降出入，无器不有。”可见，升降出入是建立在脏腑、经络、气血津液等基础上的代谢

过程，其枢轴源自于中气，即胃气也。中气在身，自动自静，出入有处，生发有时，序而有制，则人身生化正常。可见，升降出入为急诊病机的关要。其病发于外者，先因于中焦脾胃亏虚，卫气不足，营气不充，营卫失调，开阖不利，腠理不密，以致外邪乘虚内侵，留滞于表，凝聚腠理，出入失常而为外感之疾。更有“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”者。病发于内者，有邪毒炽盛，内陷于中，或情志失节、饮食所伤、意外中毒等造成脾胃受伤，中轴不运，升降失常。升多而降少者，脏腑功能多偏亢，气血阴阳逆乱，故临床多表现为上盛下虚，本虚标实。甚则气升而不降，血逆而不下，暴致血脉阻绝，或气机壅闭而病见厥逆、卒中、薄厥、卒死等危象，终则真气脱泄而夭亡；降多而升少者，脏腑功能偏衰，三焦水道不通，气血阴阳亏损，故临床多表现为脏腑、气血的亏虚，甚则出现五脏之衰，危则胃气败亡，水谷不进，或气衰失摄，阴精消亡，必死无疑。正如《医门法律》总结为：“五脏六腑，大经细络，昼夜循环不息，必赖大气斡旋其间”，“大气一衰，则出入废，升降息，神机化灭，气立孤危矣。”亦即“有胃气则生，无胃气则死”！

（四）病证传变顺逆

营卫化生，运行于六腑，由腑而内流于脏；气血生化于五脏，由脏而外流于六腑。脏腑相通，经络为用，气血营卫始能周流全身，循环以次而无端止，冲气以为和也，方能健康无病。急诊病证的传变也是依据于上述之理。其变化过程的规律：一般而言，顺传者，毒气不剧，正气尚能胜邪，故多由渐而传，其势较缓。其传变多按照疾病的普遍规律，有序相传。如温病，“卫之后，方言气。营之后，方言血”；伤寒病的循经传、表里传；杂病急证的脏腑表里传及生克乘侮规律相传等。其逆传者，由于正气衰惫，或邪盛毒剧，正气不支，防御无力，邪毒长驱直入，攻腑陷脏，以致脏器受损，脏真受伤，故病势突变，凶险难复，且不按疾病的普遍规律发展变化。如病热在肺，应传入大肠，但反逆犯心包、腑神，累伤于肾。亦有邪毒势盛，正气不支，毒气内陷，深伏脏腑，蚀体损用，以致生化欲绝，精气已涸，神机欲灭，神气败伤，故险危逆证丛生。更有毒剧正衰，既损脏腑，又伤经络，以致邪毒与气血相结，津结生痰，血病成瘀，造成内而脏腑衰竭，外而经络不用，血脉凝滞，故凶恶并见，甚则正气消亡，精气外脱，阴阳离绝。

第三章　中医急诊的诊断与辨证要点

中医急诊的诊断与辨证必须依据中医诊断与辨证的理论体系，遵循中医急诊的客观发生、发展变化规律，收集四诊资料，运用辨证的思维方法去整理、分析、综合、归纳，去伪存真，去粗取精，由表及里，迅速地确定其诊断与证候，藉以指导临床急救。

第一节　注重病象，宏微结合

病象是病人最为直接的外在表象，是邪毒作用于机体内在脏真脏器的病理反映，外在肌肤，经络，筋骨病变所现，也最医生最容易获得的第一手资料。它不仅能够反应出急诊病人痛苦，而且还可体现出危及病人生命的环节所在。因此，临证时需从错综复杂的临床病象中注意密切观察病人精、气、神的存亡与否，至为重要。正如何廉臣所说："虽脏气精绝之候，若囊不缩，面不青，息不高，喉颧不直，鼻不煽，耳不焦，不鱼目，不鸦口，尚有一线生机。……如目珠不轮，囊神散大，舌淡灰无神，遗尿自汗者，必死不治。"由此可见，急诊病人虽然起病卒暴，病情繁杂，但若注重病象，这一诊断与辨证环节，抓住主症，以纲统目，一囊不难找到病人危急之所在。这种方法是中医急诊首要的诊查手段，为本。绝不可盲目地依赖单纯理化检查去诊断与辨证。苦则，舍本逐末，误诊漏诊，丧失救治良机。

中医急诊的诊断与辨证还要有机地将宏观与微观两方面有机地结合起来，依据最直接而客观的信息资料，避免单纯的"心法""心情"等逻辑推断造成的主观囊测。既要注意整体的宏观四诊，也应重视近十几年有突破性进展的据观诊断与辨证，即积极地吸收现代科技的最新成果。宏微结合，不仅能帮助定位、定性、定量而确定诊断与辨证，而且还能够判别疾病轻重，病势趋向以及帮助处理好救急中的量效方药等。如生物全息诊断法，穴位压痛诊断法，面舌色诊仪，颅脑 CT，心电图等。

第二节　详析病机，辨明主次

《汤液本草》说："疗病先察病机，五脏未虚，六脉未竭，血脉来乱，精神未散，服药必效。若病已成，可得半愈。病势已剧，命将难存。"可见，详析病机，辨明主次也是急诊诊断与辨证的重要环节，即通过简据而迅速的临床诊查，结合整体观判断"证随人见"的动静变化等辨证理论，实事求是地辨析其病因所属，病位所在，病性虚实，病势逆从，病情轻重等病机内容，抓住主要矛盾，及时准确地予以诊断与辨证。

一般而言，急诊病机应若重区别病人的正邪对比，脏器脏真虚实，标本缓急，表里先后，寒热真假，气机逆乱程度，虚实进退并结合四时气候变迁，饮食居处，还要注重病人的体质差异和疾病证候的动态变化，辨明主次从属，为中医急诊的诊断与辨证提供充分的依据。避免用静止、机械的观点去诊断和辨证。

第三节 详审病势，判逆险危

急诊病人的急救关键在于及时地阻断病势逆转，防止发展成逆、险、危病候，使之趋向顺证。要求医生在急救工作中，运用中医四诊八纲结合微观病象，准确、迅速地判断出其病变过程的顺，逆、险、危证。

病发而急，证候虽重，但若病人面色隐黄，微红而不青，目光有神而不直，神志不乱，鼻息不煽，二便不脱，乳囊不缩，两耳不焦，脉有胃、神、根者，正气尚胜，势不为逆，故为顺候。

证见囊胀身热，肢冷无汗，或冷汗自出，神蒙欲寐，烦躁气急，便秘或腹泻，目暗睛迷，而色晦暗，甚则出血发斑，口唇青紫，舌赤少泽或紫暗，苔厚黑或黄燥有刺，或胸满引青，脉小疾或洪大，甚见雀啄、屋漏等表现为病势逆传，正虚邪陷毒结，此属逆候。

其证起病卒暴，热深厥深，神昏谵语或不语，或妄言妄见，四肢厥冷，颜面青红，胸中独热，欲饮水面不解，扪之灼手，舌硬或卷短，或嗜睡鼾声，齿燥无泽，舌红绛，苔少光亮、黄干，脉大疾或伏数。亦有面目俱赤，渴喜冷饮，胸囊热甚，坚满拒按，便秘尿涩，神昏肢厥，甚则舌卷囊缩，口噤龂齿，两脉洪数，舌质深绛，苔黄燥或起芒刺。亦有神昏谵语，或呢喃自语，甚则昏囊发痉，不语如尸，目闭舌强，气短息促，手足厥冷，额汗自出，男子囊缩，女子乳缩，爪甲青紫，舌质紫赤，苔焦黑，脉沉细数。此三种病象皆表现为脏器受损，脏真受伤，正气不支，邪搏不散，此属险候。

证发囊暴，呈见昏厥不语，手足抽搐，而色青白，烦躁不安，汗出如油，肢厥如冰，呼多吸少，张口息肩，两目内陷而无神，囊仁或大或小，正圆直视，浆水不入，二便自遗，爪甲青紫，或周身斑块，舌质卷缩，脉见散乱等表现为精、气、神败伤，元真欲竭，阴阳欲离者，此属危候。

第四章　中医急诊的治则与治法

中医急诊的临床急救首先在于确立治则与治法，方能及时、准确地予以临床急救。治则即治疗原则，即《素问·移精变气论》所说："治之要极，无失色脉，用之不惑，治之大则。"王冰曰："法则也。"是针对疾病的发生机理而确定的指导性原则。如寒者热之，热者寒之，虚则补之，实则泻之等。治法系具体的治疗方法，是在辨证与治则指导下，针对某一病证或同一病机的多种疾病起到治疗作用的具体治疗措施或方法。如"其在皮者，汗而发之"，"体若燔炭，汗出而散，"为汗法的规则。但风寒在表者，治以辛温解表法；风热在表者，治以辛凉解表法等属汗法的具体应用。因此，治则与治法不可混淆。只有治则明确，才能指导治法，以法立方，以方统药，各种治疗措施有的放矢而起到急救之目的。

第一节　中医急诊的治疗原则

中医急诊的治疗原则必须遵循中医治疗学理论，但因其临床特点的不同，主要应掌握以下几方面的治则。

一、急救为主

临床急诊具有起病急暴，变化迅速，病情复杂等特点，极易危及病人的生命。这就要求医生对每位就诊的急诊病人，必须迅速地针对诊断辨证，采取相应的急救处理，以切断凶、逆、险、危的致病环节。如脏真将绝之候已见，不可强求其病位所在，病因所属等，面应亟固元真，顾护脏体，使脏真不竭，保全性命。否则，元真一尽，阴阳离绝，必死无疑。正如《类经》所说："死以生为本，欲救其死，勿伤其生。"急救护命是中医急诊首要的治疗原则。

二、综合救治

急诊并非孤立的证候或症状，面是病因、病位、病机、病性正邪消长，阴阳变化的具体表现。因此，急诊临床要及时而准确地分析和解决危急因素，无论扶正或祛邪，无论口服或外用，针灸、推拿、刺络都是针对急证之急，综合处理的方法。而急诊病情变化迅速，其发展的各个阶段，病象不一，病机不同，病位各异，又当随证治之。正如《素问·阴阳应象大论》所说："病之始起也，可刺而已；其盛，可待衰而已。故因其轻而扬之，因其重而减之；因其衰而彰之。形不足者，温之以气；精不足者，补之以味。其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中满者，写之于内；其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之；其慓悍者，按而收之；其实者，散而写之。"《素问·至其要大论》又说："寒者热之，热者寒之，微者逆之，甚者从之，坚者削之，客者除之，劳者温之，结者散之，留者攻之，燥者濡之，急者缓之，散者收之，损者温之，逸者行之，惊者平之，上之下之，浴之摩之，薄之劫之，开而发之，适事为故。"因其疾病发展的阶段不同，表现的证候不同面随证治之。

三、防治其变

中医治病十分强调“治未病”的思想，在临床急救方面尤为突出。不但要治其已病之脏腑，更要顾护未受病之相关脏腑，即“务在先安其未受邪之地，”防止病邪弥漫，传入它脏，加重病情。否则，气变则逆。故当及时地阻断病邪内侵之路，防止病进伤正。由此可见，临床急救的选方举措，一要顾护元真，二要注重未病脏腑的调养。若在攻逐病邪之时，要斟酌用药，掌握毒之大小，权衡利弊，防止它脏损伤，加重病情。此外，三因制宜，正治反治等治则内容也当遵循。

第二节 中医急诊的常用治法

中医急诊学的治疗方法损其丰富，有内治、外治、验方、时方。损面言之，不外内治、外治两大方面。

一、内治法

急诊内治法必须本着中医病证理法，方能制方定药。方定之先须先明证理，熟精药性，而后明其君、臣、佐、使。君臣之数依据于病情之变面增减。古人治病有“七方”、“十剂”是医门之规范，必须恪守面遵循！否则，一方多能，以方套病，是医门之大忌。兹结合临床实际，扼要介绍中医急救的常用治法。

（一）宣透法

宣，为宣达内外，顺安正气，布散透邪；透，为通彻外泄，以导邪气由肌出表，由脏出腑，由经出络，使邪无留滞之所面外达。故宣透一法是临床急救的重要治法。

1. 宣肺透解 肺主气，损行营卫，职司玄府、皮毛开阖之用，以宣肺之品布卫气，托邪外出。借辛味之开，散腠理、玄府之闭，引邪外达。因于风寒者，法以辛温散寒；因于风热者，法以辛凉解热；因于暑温者，法以清暑化湿；因于时疫，法以辛透双解，即清宣疫毒，透解表邪。

2. 宣肺利水 肺为水之上源，主治节，通调水道，故水在皮者，当汗而发之，即开腠门以宣达卫气，使气行水行则水湿之邪自去。辛开宣肺还能促进百脉流通，气血周流面使水浊散化。

3. 宣毒透疹 宣透外泄不仅能发表、利水，而且尚能开透郁闭，宣达气血。若邪毒内结于孙络之中，则疹毒聚于肌腠之内，故以宣散清透之品，令邪外出，使疹毒外发。

4. 宣表透里 人身上下表里为统一的整体。若内有郁滞，易受邪侵，即“郁则伤神，为害非浅。”表里受邪，单攻其表，或仅攻其里，均不能灭邪于根本之中，故当取宣解于外，透达于内，使表里之郁双解。

（二）清解法

清者，清其热；解者，解其毒。热结则毒，毒生则热炽，热炽则火成，火成则毒重者，当以寒凉泄热，解毒达邪作用的药物治疗热性病。此即《素问·至真要大论》：“热者寒之”之义。但热毒内结，有在脏腑者，有结经络者，有滞于气血者，皆当分面治之。

1. 清解毒热 体内邪滞，蕴郁化热，结面成毒者，非清不能平其热，非解不能除其毒，故以寒凉清泄之品，解其毒滞，折其热邪，使毒去热散而病痊。但因毒结郁位不同，选方用药亦

异。其在上者宜宣，在中者宜调，在下者宜泻。

2. 清解气热　“阳盛则热”，阳气郁结，即“气有余，便是火”，故邪滞气分，正邪变争而生气分热炽者，急宜以辛寒、甘寒之剂透解阳郁，宣泄邪滞，使邪去热解，气血和调而病去身安。

3. 清解血热　血分热聚，邪毒内伏，潜藏不发者，必以清凉泄热，透解血毒，使气血得清，其病自愈。

4. 清热渗湿　湿性粘滞，湿与热合，缠绵难解，不可速去。故标急当选苦燥寒凉之味以燥湿泄热。待热势稍缓，再取解秽除湿，芳香透达之味，以清湿浊。

（三）攻下法

攻者，攻其邪；下者，逐其滞。攻下法即指以通便下积，泻实逐水作用的药物，攻逐燥屎内结、实热水饮的一种治法。

1. 通腑泻浊　里实热结，毒邪内滞，痰积瘀血等有形邪毒内郁而不出，毒浊郁积而无出路者，急当以泻下攻逐之品疏通胃肠，泻下粪浊，因势利导，使毒浊从大便顺势而去。但病性有寒热之殊，故其治当分寒热之下。

2. 泻下逐水　水饮内聚，泛溢肌表，内滞脏腑膜原，或停聚胸肺者。若体质尚实，发之不及，湿之不速，当以通便泻下的药物排出秽浊结粪之水，攻逐水饮。但本法伤正亦峻，只可用于标急者，且应中病即止。

（四）活血行瘀法

活血法是以透络活血，祛瘀生新的药物治疗瘀血内积证的一种治疗方法。旨在消除体内瘀积，通畅血脉，调和气血，使“气血冲和，万病不生”。但因发病之因不同，治法亦异。

1. 解毒活血　邪毒内炽，逆陷血络之中，使毒血相结，弥漫停积，阻内则脉络气痹，毒发则高热发斑，故急宜以解毒之品清肃血中邪毒，活血透络之味，透达络脉瘀滞，使气血得清，邪毒外达而病解。

2. 凉血活血　血与热结，内伏不透，迫血妄行，外出脉络，而见身热夜甚，肌肤发斑诸症。故当以重剂清热之品疏解血热，活血化瘀之味透散瘀滞，使气血畅达，病去身安。

3. 通脉活血　脉络瘀滞，气血周流受阻，一则脏器失养而虚损，一则络脉绌急，神机失用而生疼痛，故当以活血透络之品开通血脉，使瘀去脉通，气血流通，神机流贯，补于不补之中，则调之。

4. 化痰活血　“血者，水也，”“风痰之源，血之本也”，（《血证论》），血液病变内滞为痰，津结成痰，痰瘀互阻，脉络不通，诸证丛生。故痰病活血，血病祛痰，痰清血易活，血活痰易祛。临床宜分清痰瘀偏重程度，或以消痰为主，或以祛瘀为要。

5. 活血止血　《血证论》说：“离经之血，虽清血鲜血，亦是瘀血，”瘀血内阻，脉络郁闭不通，又易引发出血，故当以活血透络之品祛逐瘀浊，绝其出血之源，不止血而血自止。

（五）醒神法

内伤外感，正虚邪盛均可造成心脑窍闭，神气内伏不行，或元神散脱而引发神昏之候。故急当以辛透开达之品，开窍醒神，或强心固脱之味，固护元神。

1. 开窍醒神　邪毒上脱脑窍，阻闭脑气与脏腑经络之气的顺接，以致神明出入受阻，神气内伏而不行，出疏窍闭神昏，必以透络达邪，开窍通神之味以疏达神机。用药多以辛开之剂疏达窍闭，如辛温，辛凉之属。临床上应注意因病邪性质不同而合理选用活血、豁痰、泻热、化湿之品，使之更有针对性。

2. 强心提神 急危病证，攻伐之后，或邪炽伤正，造成精、气、神败伤，心气衰竭，神明失主而出现元神脱散，昏萎不振者，急当强心壮神，兴奋神机，使陷者提，萎者振。临床多以回阳救阴，复脉提陷之法苏醒神志。

（六）吐洗法

吐者，引邪上越随呕吐而出；洗者，荡涤邪浊随冲洗而除，故吐洗法是清除邪浊等有形实邪的一种常用治法。

1. 吐法 痰浊、宿食、毒物等有形实邪留滞于咽喉、胸膈、胃脘等部位，当以吐之驱邪外达，防止邪毒滞留体内而加重病情。临床常用探吐、药物催吐。

2. 洗法 邪毒外滞肌表，内留食道、胃脘等人体上、下部位，应当采取简洁的洗冲之法祛邪外出。防止毒质吸收伤正损体。临床常用洗胃术，皮肤清洗术等。

（七）固脱法

而者，留也。脱者，失也。固脱法就是以固护元真之气的药物治疗元气耗脱危证的一种常用急救治法。

1. 回阳固脱 邪炽正衰，元阳耗散，五脏元真之气衰竭。若不亟而元阳，即可造成“气绝而亡”，故急取益气回阳之味，固护元阳，使真气续而不绝，阴阳相抱。

2. 固阴救逆 亡血伤津，损液耗精，以致阴精衰耗。若不峻补真精，元阴衰脱无以敛阳，则可引发阴阳离绝而卒死，故当急取敛阴生精之味，固护元阴，使阴精能续，阴阳不离。

（八）探病法

探病法始于《景岳全书》，为针对急诊和疑难病证而设。针对虚实难明，寒热难辨，阴阳相杂，病在疑似之时，以相应之法试探或诊断性治疗。若疑为虚证而欲用补药，先轻以消导之剂。若病而不效，即知为真虚；若疑为实证而欲用攻法，则先轻用甘温纯补之剂，补而觉滞，即知其为实邪。假寒者，略投温剂必见烦躁；假热者，略寒之必现呕恶。此法于急诊临床之际往往能立判真伪，指导下一步治疗。但当注意：探病之法不要贻误治疗，试探亦当轻剂，不可雪上加霜，而成误治。

二、外治法

中医外治法的起源早于内治法，《殷墟卜辞》记载了 22 种疾病使用了外治法。现存最早的临床医学文献《五十二病方》中载方 283 首，其敷方 70 余首，约占全书的$\frac{1}{4}$，有熏浴、敷、涂、酒擦等方法。《黄帝内经》中不仅论述外治之理，而且还叙述浸渍、热浴、热熨、涂敷、烟熏、膏贴、针灸等多种外治法。嗣后医家代有发挥，至清代《急救广生集》和《理擦骈文》把外治法擦向鼎盛，制方 1500 余首，涉及内、外、妇、儿、五官等各科病证。按“外治之理，即内治之理”和中医辨证理论，指导外治择方用药，创立以嚏、填、坐法为代表的三焦分治体系，补充内治之不足。现代中医学者进行了实验研究，改进了外治器具，探讨了药物吸收机理，创立了多种急诊外治法：

1. 雾化吸入法 雾化吸入法是利用超声的空化作用，使液体在气相中分散，将药液变成雾化颗粒，通过气道吸入，使药物吸收而达治疗作用的一种疗法。临床常用的有超声雾化器等，多用于上焦病证。

2. 止血法 外治止血法是将中药经过加工和器具施之于病变部位以制止出血的一种疗法。临床常用的方法有加压包扎法、塞鼻止血法、海绵剂止血法、敷药止血法等。

3. 针剂外治法　将中药制成针剂，经注射作用于肌肉、血脉之中，通过药物的吸收起到治疗作用的一种疗法，这是近几十年来中药药剂改革的重大突破。常用的方法有静脉滴注、肌内注射、穴位注射等。

4. 灌肠肛点法　灌肠肛点法是将药液从肛门灌入或点液入直肠，而达到治疗作用的一种疗法。临床常用的方法有灌肠法、直肠点滴法。

此外，舌下给药、催嚏开窍、冰熨、噙化、中药离子导入、针法、灸法、刺血、泥疗、蜡疗、水疗、熏吸、涤搽等外治法也广泛地用于各种急证的救治。

三、中医急救技术

中医急救技术历史悠久，经历代医家的充实完善，其中卓有成效者，一直沿用至今，指导着中医急诊临床。

（一）人工呼吸法

用于卒死的治疗。《中藏经》记载了世界医学史上最早的口对口人工呼吸法。指出：在抢救自缢的病人时，必须争分夺秒，“先令人抱起解绳，不得用刀断，扶子通风处，高自卧，取葱白根末，吹入两鼻，更令亲人吹气入口，喉喷出涎，即以明矾末取丁香煎汤调一钱匕灌之。”在整个抢救过程中，关键在于让病人家属对着病人“吹气入口”，直至自缢者口中喷出稀涎，再进行药物救治。这种口对口的人工呼吸法在我国已有1600多年的历史。目前，已发展成口对口、口对鼻式的人工呼吸法。

（二）胸外心脏按压术

本法用于抢救卒死。早在《金匮要略》就载有本法，书中云：“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。”但对其具体操作方法来作详细按述。后经历代医家的不断补充，发展成现代的胸外心脏按压术。本法与人工呼吸法是抢救卒死现场急救的主要方法。

（三）导尿术

本法主要用于癃闭的急救。早在唐代就有明确的导尿术记载。《外台秘要》和《备急千金要方》两书都多次提到导尿术。如《备急千金要方》即载有：“小便不通……以葱叶除尖头，内阴茎孔中，深三寸，……津液大通，便愈。”说明导尿术在唐代已应用于尿闭的治疗。《卫生宝鉴》还介绍了几种方法。“用猪尿胞一个，底头出一小眼子，翎筒通过，放在眼儿内，根底以细线系定……透于里，小便即出。”在此基础上已发展成现在的导尿术。

（四）导法

用于通大便。猪胆汁蜜煎导法通大便，仲景已有明训。后世运用导法，更有发展。《理瀹骈文》云：猪胆汁和蜜熬锭蘸皂角末塞肛门，名胆导法；津液枯者，蜜加盐熬，名癃导；阴结便秘者，蜜煎中加姜汁、生附子末、或陈酱姜或草乌等。肛门内灌猪胆汁或麻仁油治疗大便秘结不通，将小竹筒接入肛门内，则是灌肠法的运用，是导法的先驱。现在医者又将该法发展为清洁灌肠和药物保留灌肠，常用中药灌肠治疗各种急证。如高热、中风等病。

（五）鼻饲术

对饮食不入、汤药不进、生命危亡的病人，采用鼻饲术。鼻饲术最早记载于宋金时代。《圣济总录》记有：“治一切急风……，如急风口噤，用青葱筒子灌于鼻内，口立开，大效。”说明宋代或宋以前鼻饲是以青葱筒子导入的。金·张子和对此术加以改进，使之更接近于现代水

平:“一夫病痰厥,不知人,牙关紧急,诸药不能下,候死而已。戴人见之……乃取长蛤甲磨去刃,以纸裹其尖,灌于右鼻窍中,咽然下咽有声……顿苏。”长蛤是一种呈三角状而略圆,长约4cm的蛤仁壳,其状酷似现代的漏斗,接以纸管纳鼻孔喂饲。现代用橡胶管,鼻咽入食道直接入胃,通过鼻饲给药或营养物质。

(六) 开噤术

用于暴厥口噤不开。开噤亦是为方便给药。据《证治准绳·中风》记载:“口噤,苏合香丸或天南星,冰片或白梅擦之。”并云:“用甘草比中指节截五截入生油内浸,炭火上炙,候油入甘草,以物撬开牙关,令咬定甘草,灌药极效。”《时病论·卷二》以乌梅、冰片、生南星名开关散,为末,擦牙开噤。认为:“乃救暴中之急,预当备之。”

(七)噤痰法

用于痰涎痰盛,咳吐不出。明代《种杏仙方》:“中风……如喉中痰盛,用绵纸捻一长条,密密打成疙瘩,插入喉中转动,扯出痰来,频频将痰引出,急用香油痰之,或生姜自然汁或竹沥皆可。”现代多采用吸痰器吸痰。

(八) 刺络法

刺络法,又名刺血术、放血疗法、泻血法。其作用主要是刺络泻血,除滞祛结,以泻其邪。刺络部位常用的有:尺泽、郄中、委中、少商、十宣、入中、金津、玉液等。可根据具体病情,辨证选用。

(九) 腹腔穿刺术

用于腹水治疗。本法早在《灵枢·四时气》中就有记载,“徒疝,先取环谷下三寸。以铍针针之。已刺而筒之,而内之,入而复之,以尽其水,必坚。”疝,古代指的是水肿。这里是指腹水而言。本法目前已发展成痰腔穿刺术。

除上述9种急救技术外,尚有食管断裂缝合术、断肢再植术、眼球摘除术等,兹不赘述。

下　篇

第五章　常见中医急证

第一节　卒　　死

[述要]

卒死是指宗气外泄，脏真外现，真气耗散，或邪气郁闭，升降否隔，气血暴不周流，阴阳不交，偏竭造成不病之人或病情小愈而于 6 小时以内原因不明的突然死亡。具有“自然”“未能预料”“迅速”等特点。卒死始见于《灵枢·五色篇》：“人不病而卒死，何以知之？黄帝曰：大气入于藏府者，不病而卒死矣。雷公曰：病小愈而卒死者，何以知之？黄帝曰：赤色出两颧，大如母指者，病虽小愈，必卒死。黑色出于庭，大如母指，必不病而卒死。”晋代葛洪《肘后备急方·卒死论》也说：“卒死……皆天地及人身自然阴阳之气，忽有乘离否隔上下不通，偏竭所致。故虽涉死境，犹可治而生。”因情志抑甚，少阳生气不发，以致心胆气机闭阻，心失气助，枢机不运，开合之机骤停，卒偏肺肾气绝，神散气竭而成。

卒死的临床病象：突然的意识丧失，寸口、人迎、阴股脉搏动消失，气不往来，全身青紫，瞳神散大，四肢厥冷等。

本病病位在心，与肺、脑、肾的关系密切。病性有虚实之分。虚者，宗气外泄，脏真外现，真气耗散；实者，邪实气闭，升降否隔，阴阳脱绝。

本病多见于 35～70 岁的男性。一年四季皆可发生，但以冬春二季多见。病程短暂。

西医学的猝死、心跳骤停可按本篇内容急救。

[病因病机]

卒死的发生多由心胸隐疾，在外因作用下，造成宗气外泄，脏真外现，真气耗散；或邪实气闭，升降否隔，气血暴不周流，阴阳不交，偏竭而成。

（一）真气耗散

久患心胸隐疾，或“病情小愈”，或“不病之人”，水津失调于内，或正虚内损于中，精气衰竭而未尽，复伤外在虚邪贼风，造成两虚相搏，“偏阴气竭于内，而阳气阻隔于外，二气壅闭。”或情志抑甚，过度紧张，造成少阳生气不发，以致心胆气机闭阻，心神失助，伏匿不出，枢机不运，开合之机骤停，卒使肺肾气绝，神散、精竭、气散而成。

（二）邪实气闭

脑髓突被痰瘀、邪毒所闭阻，脑气与脏真之气阻隔，枢机闭偏；大寒犯心，或偏瘀内闭心脉，或气逆血冲，撞击心脏神机，造成心神内伏不行，开合枢骤止，从而导致心气闭绝，血滞脉泣，气机阻隔，出入升降之机闭偏，神机化灭，气立孤危。

[诊断与鉴别诊断]

(一) 诊断

1. 闻诊 心音消失。

2. 望诊 突然意识丧失,气息不调,口唇青紫,甚则全身青紫,瞳仁散大,或两目正圆,神经反射消失,心电图多表现为室性自主心律、心室颤动、心室停搏。

3. 切诊 虚里搏动消失、寸口、人迎、阴股脉、趺阳脉搏动消失,身冷如冰。

最早且最为可靠的诊断在于突然的意识丧失,人迎、阴股脉的搏动消失。

(二) 鉴别诊断

卒死在临床上与尸厥病表现相似,需加以鉴别。两者均有突然意识丧失、四肢厥冷、全身青紫,瞳仁散大等表现。但尸厥病可触及人迎脉、阴股脉搏动,心音存在。心电图更有助鉴别。

[论治]

(一) 治疗原则

卒死属至虚至实的凶险证候,故病发亟当以"甚者独行"的就地、迅速的综合急救处理,旨在恢复心跳及呼吸,使阴阳相抱不离,五脏生理互用,升降复常,气化得通。

(二) 急救处理

1. 现场急救 卒死一旦发生应立即予疏通气道、人工呼吸及胸外心脏按压。具体内容请参阅《内科学》有关章节。

2. 恢复脏腑自主功能,维系阴阳不离 (1) 开通血脉,通畅气道,舒达经络,调节气血:一旦抢救开始,就当极早地开通血脉,补充阴津,使阴能敛气。同时,予以血脉、气道的药物救疗,以恢复和支持脏腑的自主功能。可用参附注射液、参麦注射液、复方丹参注射液静脉注射;或细辛、肉桂心各 0.6g 舌下含服,或通关散搐鼻取嚏。

(2) 心电监测:有条件者应及时进入 ICU 或 CCU 病房,予以心电监测。亦可用心电机监测。

(3) 止悸除颤:卒死一旦发生除拳击起搏外,有条件者可用除颤起搏器起搏除颤。如无效,可重复一次,仍无效,当在心脏按压的同时,予以药物除颤。也可考虑用电针复苏法等。

(4) 强心通脉:卒死心体受损,"气力衰竭,"血脉暴不周流而瘀滞,故当急取热通心脉,强心防脱之剂,以恢复心脏自主功能,使血脉和畅,气血条达。如参附注射液、血塞通注射液。亦可用灯火灸法,取人中、膻中、百会、合谷、足三里;或大艾炷灸神阙、关元、气海;或三棱针点刺十宣、人中、百会。

(5) 宣肺利气:针对影响"肺主气",司呼吸功能因素对症处理外,还应选用通关散搐鼻取嚏;或针刺人中,肺俞、素髎、十宣、曲池,或放血;有条件者,予电动呼吸机 1～2 日。适当掌握气管插管及切开的指征与时机。

(6) 护腑醒神:予清开灵注射液、醒脑静注射液静脉滴注。或针刺人中、百会等;或通关散搐鼻取嚏。

(三) 辨证治疗

●气阴两脱

证候:神萎倦怠,面眺气短,四肢厥冷,心烦胸闷,尿少,舌质深红或淡,少苔,脉虚数,或

微，或伏。

治法：益气救阴。

方药：生脉散（《医学启源》），药用：人参、麦冬、五味子。方中以人参为主，补气生津，固护元气；麦冬养津救阴；五味子收敛耗散之津气。三药合用，一补一滋一敛，共成益气救阴之功。

本方多加山萸肉、黄精以增加药力。气滞者，加枳实、当归以行气通脉；瘀血者，加丹参、当归以养血活血。

●元阳暴脱

证候：神志恍惚，或昏愦不语，面色苍白，四肢厥冷，舌质淡润，脉微细欲绝或伏而难寻。

治法：回阳固脱。

方药：通脉四逆汤（《伤寒论》），药用：附子、干姜、炙甘草。方中以附子辛热，性走不守，恢复全身之阳；用干姜助附子兴阳、宣散，使机体阴寒得去，元阳得复；炙甘草和中补虚以固中气。三药合用，共奏回阳固脱，通脉救逆之功。

本方多加山萸肉滋阴敛气。寒凝血阻，加桂枝、当归以加强散寒通脉之力。

●痰瘀蒙窍

证候：神志恍惚，气粗息涌，喉间痰鸣，或息微不调，面晦或赤，口唇、爪甲暗红，舌质隐青，苔厚浊或白或黄，脉沉实，或伏。

治法：豁痰活血，开窍醒神。

方药：静脉滴注血塞通注射液，内服菖蒲郁金汤（《温病全书》）。药用：石菖蒲、广郁金、炒山栀、连翘、菊花、滑石、竹叶、牡丹皮、牛蒡子、竹沥、姜汁、玉枢丹。方中以石菖●、郁金芳香醒脑，化痰开窍；辅以炒山栀、牛蒡子、竹叶、滑石泄热散结，宣利窍络；牡丹皮、竹沥、姜汁豁痰活血，祛邪外达；玉枢丹辟秽解毒，开窍醒神。血塞通注射液活血养血。诸药合用，共奏●痰活血，开窍醒神之功。

[权变法]

卒死复苏贵在救治心、肺、脑三脏。正如何廉臣所说："心、脉、脑为人身三大要经，询精确不磨也。"然，心主血脉，运行精微，水、津、血等以供人体之用。肺主气，推行营卫，朝百脉，布津液，呼换清浊，以供脏腑、经络生理之需。脑为元神之府，神机之源而主神明，统领诸神、形体、脏腑、经络、气血、阴阳生理活动若一，为生命活动之枢。因此，复苏后，症见心灵顿失，神明内乱，妄言谵语者，急投石氏西地汤（《重订广温热论》）；症见心中动悸，气短胸闷，头晕乏力，心烦不宁，脉见雀啄或釜沸者，急予交泰丸（《韩氏医通》）加麦冬、仙鹤草、生地、百合、莲子心、茯神、炒远志；若见脉沉迟或屋漏，心慌不宁者，急投麻黄附子细辛汤（《伤寒论》）加鹿角胶；症见咳喘胸闷，气短难续，口吐涎沫者，予清宣瘀热汤（《重订广温热论》）。

[转归]

卒死病人病起顷刻，难以预料，病势徒变，最为凶险，预后不良。然，亦有病势轻微，抢救及时面复苏者。

一般而言，卒死病人可转归为：脏腑气化功能基本正常，气血得和，神泄气调，无任何残疾；脑髓受伤，神机受损，致中等残疾，生活尚泄自理；脑髓伤甚，神机提面不复，散严重残疾，

生活不能自理；脑髓伤而不复，窍络不开，神机内伏不出，呈神志昏迷或植物人；救治无效，阴阳离决，致脑死亡或死亡。

[调护]

卒死是临床最为危急，凶险的证候，故除临床常规、基础的护理外，应十分重视。

1. 保持气道通畅，保证氧气供给；血脉通畅，利于及时用药与输液。

2. 病情监测、密切注意体温、呼吸、脉搏、血压、神志、瞳仁、舌脉、色泽、心电监测等，以便了解病情变化，并做好相应的记录。

3. 已病防变，调节水津平衡，注重预防性的护理与给疗。

4. 调节情志，加强食疗，防寒保暖，防止外邪入侵。

第二节 外感高热

[述要]

凡卒感六淫邪毒，疫疠之气，客于肌腠，正邪交争，以发热为主要症状、体温升高达 39℃以上者即称外感高热。所谓外感高热在中医文献中称“大热、“壮热”、“身灼热”等。如《伤寒论》：“病人身大热，反欲得近衣者……”、“太阳病……若发汗已身灼热者，名风温。”薛生白《湿热病篇》：“湿热证，壮热口渴舌黄，或焦红。”

外感高热的临床病象为发热，体温在 39℃以上。初起多有恶寒，壮热，头痛，身痛疲楚，咳嗽；苔薄，脉浮等。继则或单热不寒，口干而渴。病重者，可出现神昏，抽搐，或各种出血证候。

本证病位多在三阳经，卫气营血与其相关的脏腑，如肺、胃、大肠、肝、胆、肾、膀胱。其病初起多属热证、实证；中期虽可见虚象，但仍以邪实为主；后期或发生逆变证时，则虚损之象较著，以气阴亏损或阳气衰微为常见。

本证不分年龄、性别，一年四季皆可罹患，病程一般较短。

西医学的部分感染性发热，可参照本篇内容诊治。

[病因病机]

外感高热以卒感时邪为致病因素；卫气虚弱，卫外失固为发病之内因，所谓“邪之所凑，其气必虚。”“正邪交争”为发热的根本病机。

（一）时疫病邪

“时疫为毒疠之气”，分为热疫、火疫，寒疫。毒有强弱，邪有盛衰，虽邪盛毒强亦必逢人体正虚于内，卫气失护于外，营气失守于中之际方能内侵，多由口鼻而入。若邪微毒弱，则卫气拒之，故邪犯于卫。因“卫性敛降，而主一身之清化”，清化者是言卫气内敛，抗邪不能入于气，以净化邪毒外出，则人体的本气自清不发疫病；若邪盛毒强，由于卫虚不能御邪，其降敛失用，清化无力，而反外泄，则邪毒必犯于肺，肺气不清，外而卫气不能内敛，正邪交争，必见肺卫之证；更有邪毒肆虐，毒性锋利，由卫直入气分，气化受忧，气机津碍而生气分之证；若邪毒留恋不解，或正不胜邪，必犯于营，“营主升发，主一身之热化，以营气在里，时挟体内之气外

发，体内之气本自然也。”因邪闭营气之用，营不外发而反内郁，故现营分之候。又因营为血之帅，血为营之徒，邪居于营，伏而不出，内淫于血，血不安行于内，而生血分之证，亦有风寒之邪侵犯体表，化热犯肺侵卫而生，更有时疫之毒上受，逆传心包而发热者。

（二）风寒之邪

风为阳邪，主动，有疏泄穿透肌腠之力，寒为阴邪，主凝闭与收引。故寒邪伤人，必藉风邪乘人体正虚之际内侵，其病机有二，一为邪客太阳经，风泄太阳之表，表气不摄，寒闭太阳之里，郁其里气，气郁愈甚，藉风泄外透，故发热；二为邪犯皮毛，皮毛被寒，卫气不伸，肺气不利，怫郁在表，而生高热。

亦有风热邪毒，乘机体之虚内袭，风能伤卫则郁，卫郁藉热而能蒸散，外而发热，内而束肺，而致肺气不清。

（三）湿热邪毒

天之气下临为热，地之气上升为湿，二者胶结，湿热蕴蒸，化毒为邪，乘人之虚，邪由上受，直趋中道。病归募原，外通肌肉、经络、内连脏腑。湿热之邪必困滞卫阳，卫阳不能束邪，则邪毒由募原外达阳明之表肌肉，太阴之表四肢，阻遏气机不畅，气郁不宣而发高热；亦有脾胃之气盛不受邪，而下焦正虚，卫气虚不能御，则湿热邪毒由膜原流注下焦，盘踞于肾和膀胱，肾失开阖，膀胱气化无权，水泉失约而发。

［诊断与鉴别诊断］

（一）诊断

1. 问诊　突然恶寒发热，多为壮热，潮热，往来寒热，体温升高达39℃以上。恶寒时欲盖衣被，或反不欲近衣被。常伴见头痛，身疼，无汗或有汗，鼻塞流涕，咽疼，咳嗽，吐痰，口渴；或有目黄，身黄，小便短赤，或膀痛尿频涩痛；或腹痛，大便秘结，或泄泻，里急后重，痢下脓血等。病情极重者，谵妄躁动，神志昏情，四肢抽搐及出现各种出血证等。

2. 闻诊　呼吸气粗或短促。两肺呼吸音清晰或粗糙，或闻及干、湿罗音。心率加快。

3. 望诊　神情烦躁，谵妄或昏迷，颜面潮红，目赤，虚里其动应衣；或见面目发黄，小便色黄或赤，舌质多红，苔多黄或腻。血寒白细胞计数及中性粒细膀一般正常或增高，大小便常规、X线检查、肝功能及其他生化检查或有阳性表现。

4. 切诊　全身肌肤灼热或四肢欠湿，虚里多快速有力，腹郁平软或有压寒，或可扪及胁下癥块。肾俞、肝俞、胆俞压寒，脉多显浮数之象。

［鉴别诊断］

外感高热着重与内伤高热相鉴别。

外感高热为卒感时邪所致，病机为“正邪交争”，“阳盛则热”。病性多属热证、实证。临床特点为起病急，病程短，多为高热，呈现壮热，潮热或往寒寒热，常手背热甚。发热初起多伴恶寒，得衣被而不减，兼见头痛，痛无休止，身疼，鼻塞流涕，咽疼，咳嗽，脉浮等外感之寒。

内伤高热以内伤，脏腑虚摄为病因。病机系气血阴精亏虚，脏腑功郁失调或虚损。病性多属虚证或虚实夹杂证。临床特点为起病慢，病程较长，或有反复发作病史。以微热或热而不甚多见。有时可呈高热，常为手心热甚。多无恶寒，或虽怯冷，若得衣被则减。常见头晕，头痛，时作时止，心悸，少寐，自汗，盗汗，脉弱无力等脏腑虚损之象。

[论治]

(一) 治疗原则

本病感受外邪所致,病性多为热证、实证,故其治疗原则为"其在皮者,汗而发之"。"热者寒之"。为治疗原则。

(二) 急救处理

鉴于高热病因的多源性、证候的多样性,病势的多变性及病情的复杂性,在其病情的演变过程中极易耗气伤津,发生闭证,痉证,血证,脱证等,故其急救处理,应视具体病情而异。

1. 解热 (1) 药物:荆芥 10g,薄荷 15g,或麻黄 10g。煎水擦浴,使热得微汗而解,适于风寒高热证。石膏加水煎成 20%的石膏液擦浴,适用于邪热入里之高热。或用透解之药以解热:桑叶 50g,芦根 25g,苏叶 15g,荆芥 15g,水煎外洗浴。

(2) 针刺:即应用刺血疗法。以三棱针,分别选少商、风池、大椎、曲池、合谷等穴,刺破后放出少量血液,亦可应用针刺疗法。上肢取手三里、曲池、合谷、内关;下肢取足三里、阳陵泉、三阴交,均用泻法。或用柴胡注射液、银黄注射液进行穴位注射,常取曲池(双)、足三里(双)每穴注射 0.5～1ml,每 4～6 小时 1 次,至高热降退为止。

(3) 灌肠:凡病入神志昏蒙,见阳明经证者,可用白虎汤灌肠。阳明腑证者,用承气类灌肠。

(4) 针剂:①柴胡注射液,每次 2～4ml,肌注。每日 3～4 次。②鱼腥草注射液,每次 2～4ml,肌注,每日 3～4 次。③银黄注射液,每次 2～4ml,肌注,每日 3～4 次。④穿琥宁注射液,每次 400～600mg,加入等渗液 500ml 中静脉滴注,每日 1～2 次。

2. 止痉 (1) 针刺:主穴为百会、人中、大椎;备穴为少商、委中,均用泻法。

(2) 灯火灸法:用灯草蘸清油点燃,以明火对准大椎、合谷、风门、陶道、风池穴,一触即起,可闻"啪"声。

(3) 中成药:止痉散 1.5g,口服,每日 1～2 次。琥珀抱龙丸,每次 1 丸,日服 3 次。至宝丹,每次 1 粒,每日 3 次。瓜霜退热灵,口服,每次 4～8 粒,每 4 小时 1 次。

3. 开闭 (1) 针刺:三棱针十宣放血;或刺人中,曲泽放血数滴。针刺人中、涌泉,京骨穴。

(2) 药物:安宫牛黄丸每服 1 丸,日服 3 次或用万氏牛黄清心丸、紫雪丹,用法同上。竹沥片,每服 5 片,每日 3 次。醒脑静 20ml 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注,每日 1 次。也可用清开灵注射液 40ml 加人 5%葡萄糖注射液 500ml 中静脉滴注。每日 1 次。

4. 固脱 (1) 针灸:阴脱可用灸法,阳脱宜用针刺。取神阙,关元、气海,每穴灸 15～20 分钟,刺素髎,内关,配少冲、少泽、中冲、涌泉,中度刺激,补法,留针。

(2) 药物:参麦注射液 50～100ml 加入 5%葡萄糖注射液 100ml 中静脉滴注,日 1～2 次,用于阴脱;参附注射液 10～20ml,加人 5%葡萄糖注射液 100ml 中渗脉病注,因病情而酌予日 1 次或日 2 次,适于阳脱。生脉注射液 20～40ml,加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中,渗脉滴注,日 1～2 次。红参 10g 水煎频服,脱证均可用。

[辨证治疗]

外感高热的辨证方法,历代医家各有所宗,有主六经辨证者,有主卫气营血及三焦辨证

者，本篇高热病象所论各病证，当根据病情灵活掌握上述辨证方法，总以辨证准确为要。

●风热证

证候：发热微恶寒，咽喉红赤肿痛，头痛，身疼，咳嗽，口微渴，舌边尖红，苔薄黄，脉多浮数。

治法：辛凉解表。

方药：银翘散(《温病条辨》)：金银花、连翘、薄荷、淡豆豉、荆芥穗、竹叶、桔梗、牛蒡子、甘草、芦根。方中金银花、连翘清热解毒。薄荷、淡豆豉、荆芥穗、竹叶辛凉解表，以助透热外出之力。芦根宣肺生津止渴。桔梗、牛蒡子宣肺降气，化痰止咳，清利咽喉。佐以甘草调和诸药。

兼见胸膈痞满者，加藿香、郁金以芳香辟秽，疏利气机。口渴甚者，加天花粉清热生津。夹温毒而腮肿咽痛者，加马勃、玄参解毒消肿。咳嗽甚者，加杏仁宣利肺气。若见鼻衄者，去荆芥、豆豉，加白茅根，侧柏炭、栀子炭凉血止血。

●风寒证

证候：恶寒发热，头痛身疼，无汗，鼻塞、流清涕，苔薄白，脉多浮紧。

治法：辛温解表。

方药：麻黄汤(《伤寒论》)：麻黄、桂枝、杏仁、炙甘草。药用麻黄之辛温，宣通肺气，开发腠理，以解外在风寒之邪，配用桂枝以助营气，营行血运，以助麻黄发汗之力，使邪随汗出；杏仁宣肺降气；炙甘草和中，调和诸药。

●暑湿证

证候：发热微恶风寒，汗少，身重脘闷，头昏胀痛，口渴心烦，尿赤，舌红苔黄腻，脉濡数。

治法：祛暑解表。

方药：新加香薷饮(《温病条辨》)：香薷、金银花、鲜扁豆花、厚朴、连翘。方中香薷辛温芳香，化浊除秽，以解烦热，调中消暑。金银花、连翘辛凉透表，助香薷祛暑清热，厚朴温中利气，燥湿化滞。扁豆花健脾和胃，化湿和中消暑。若暑热偏盛，加黄连、青蒿、鲜荷叶、鲜芦根，清暑泻热。寒温偏盛，去金银花、连翘，加豆卷、藿香、佩兰芳化宣表。里湿偏重，加苍术、白蔻仁、半夏、陈皮、茯苓和中化湿，小便短赤，加六一散，赤茯苓清热利湿。

●肺热证

证候：初起恶寒，继则壮热，咳喘上气，痰黄稠或痰中带血，胸痛，口渴喜冷饮，舌红苔黄，脉滑数。

治法：辛凉宣泄，清热平喘。

方药：麻杏石甘汤(《伤寒论》)：麻黄、杏仁、甘草、生石膏。方中麻黄发汗解表，宣肺平喘；生石膏辛甘大寒，清泄肺热。两药配伍，一温一凉，清宣结合，有辛凉清疏之效；杏仁苦降，与麻黄相配，一宣一降加强平喘止咳之功。甘草调和诸药，且与石膏配伍，甘寒生津。

若热不衰者，是病重而药轻，肺气不通，表邪不散，改服增损双解散(《寒温条辨》)。

●少阳证

证候：往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦咽干、目眩、苔薄白、脉弦数。

治法：和解少阳。

方药：小柴胡汤(《伤寒论》)：柴胡、黄芩、半夏、生姜、人参、炙甘草、大枣。方中柴胡辛凉透达，疏利肝胆，使半表之邪得以外达。黄芩清泄少阳郁热，使半里之邪得以内彻；二者相伍，一散一清，和解少阳之邪。半夏、生姜调和胃气，降逆止呕。人参、甘草、大枣益气和中，扶正

祛邪，既可托邪外出，又能防邪内传。少阳经病未愈入腑而成胆热证，其证见胸胁苦满，腹胀疼痛，大便秘结，肌肤发黄者，可予大柴胡汤治之。

●胃热证

证候：壮热，口渴引饮，汗出口臭，面赤心烦，舌红，苔黄燥，脉洪大。

治法：清热生津。

方药：白虎汤（《伤寒论》）：石膏、知母、甘草、粳米。方中石膏辛甘大寒，清泻胃火，解肌透热。知母助石膏清肺胃之热且有生津之力。甘草、粳米益胃和中，并防石膏、知母大寒伤胃。

若热盛于里，津气两伤，症见身热而渴，脉大无力者，加入参以补气生津；身热，胸痞，汗多，苔白腻，湿盛者，加苍术以除湿。

●腑实证

证候：壮热，日晡益甚，腹胀满疼痛，烦躁谵语，大便秘结或热结旁流，舌红苔焦燥芒刺，脉沉实有力。

治法：通腑泻热。

方药：大承气汤（《伤寒论》）：大黄、芒硝、枳实、厚朴。方中大黄苦寒泻热，通便去实。芒硝咸寒，软坚润燥，以助大黄泻热通便。枳实、厚朴行气导滞以消痞满。合而共成通腑泻热之功。

若满面不实者，于小承气汤；实而不润者，予调胃承气汤。

●大肠湿热证

证候：恶寒发热，腹便，里急后重，泄泻或痢下脓血，肛门灼热，小便短赤，舌红苔黄腻，脉濡数。

治法：解表清里，佐以渗湿之品。

方药：葛根芩连汤（《伤寒论》）：葛根、黄芩、黄连、甘草。方中葛根既可解肌清热又可升发脾胃之气以止痢。黄芩、黄连合用既能清热解毒又能苦寒燥湿，甘草和中、调和诸药，尚可加金银花以助清热之力；茯苓、木通、车前子增利湿之效，使湿热分消，则泻利可止。若湿偏重，证见胸腹满闷，口不渴或渴不欲饮，舌苔微黄厚腻，脉濡缓，加苍术、厚朴燥湿宽中。夹食者，加神曲、山楂、麦芽消食导滞。腹痛较重者，加木香、白芍行气活血止痛。呕吐者，加半夏、竹茹和胃降逆止呕。

●膀胱湿热证

证候：寒热起伏，尿频欲涩痛，黄浊短赤，腰疼痛，小腹拘急引痛，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清利湿热。

方药：八正散（《太平惠民和剂局方》）：扁蓄、瞿麦、木通、滑石、车前子、栀子仁、熟大黄、甘草梢。方中扁蓄、瞿麦、木通、车前子、滑石清热利水通淋；栀子、大黄苦寒泻下，导热下行，使湿热之邪从二便分行；甘草缓急止痛，调和诸药，引药下行。

●邪伏膜尿证

证候：憎寒壮热，一日一发，或一日数发，发无定时，胸闷呕恶，头痛烦躁，舌边深红，苔垢腻如积粉，脉弦数。

治法：宣透膜原。

方药：达原饮（《温疫论》）：草果仁、厚朴、槟榔、知母、黄芩、芍药、甘草。方中草果仁燥湿化浊；厚朴苦温燥湿，理气化痰；槟榔攻下破结，宣利壅塞。三药同用气味辛烈，疏达膜原，为

开发湿遏热伏之重剂；知母清热滋阴；黄芩清热燥湿，清泻内遏之湿热；白芍敛阴合营；甘草调和诸药。

若见胁痛，耳聋，寒热，呕而口苦，此邪热溢于少阳经也，本方加柴胡。如腰痛项痛，此邪热溢于太阳经也，本方加羌活。如目痛，眼眶痛，眉棱骨痛，鼻干不眠，此邪热溢于阳明经，本方加葛根。若热毒较重，可加金银花、青蒿、连翘以清热解毒。

●营分证

证候：身热夜甚，口干渴或反不欲饮，心烦神昏，斑疹隐隐，舌绛红，脉细数。

治法：清营解毒，泻热救阴。

方药：清营汤（《温病条辨》）：水牛角、生地、玄参、竹叶心、麦冬、牡丹皮、黄连、金银花、连翘。方中水牛角咸寒，清营分热毒，凉血化斑；玄参、生地，麦冬养阴清热；黄连，竹叶心，连翘，金银花清热解毒，透热于外，防热邪内陷，逆传心包；丹参清热凉血，活血化瘀，防止热与血结，且引药入心。

若痉厥者加羚羊角、钩藤、菊花清热熄风镇痉，或配合紫雪丹口服。神昏谵语，舌蹇肢厥，邪入心包者、先服安宫牛黄丸清心开窍，继服本方。

［权变法］

外感高热亦有年老体弱或表阳不固者，虽发热但有汗，此为表虚证，以桂枝汤治之。更有医治不当，造成邪气留连，日久不解，症见：头晕，乏力，关节夜楚，或寒热往来，口苦胸闷，纳呆者，以柴胡桂枝汤主治。外感高热在其疾病发展过程中，常易并发闭证、痉证、出血及脱证，尤其是邪入血分，非呈热盛动血证，即为血热动风证，故属急危重证，除运用上述急救处理及辨证治疗外，尚需参阅“神昏”、“抽搐”、“急性出血”、“脱证”等有关章节进行诊治。

［转归］

外感高热呈发病急，传变快，逆变证多，若予以及时、正确的治疗，一般均可迅速退热而病情好转。但也有因邪热极盛，正气虚羸，加之失治、误治而并发“神昏”、“抽搐”、“急性出血”及“脱证”等急危重证，且因急救无效而死亡者。

［调护］

外感高热的调护重点在于协助尽快降低体温，防止并发症的发生，以利于病情的向愈。

1. 观察　重点观察并记录体温、汗、斑疹、黄疸、二便、舌苔、脉象的变化，尤其是神志的变化，一旦发现逆变征兆，应立即急救处理。

2. 休息　高热期间应卧床休息，避免劳累而伤正气。

3. 饮食宜忌　宜进食清淡，富于营养，易于消化之品。嘱多饮糖盐开水，鲜果汁，金银花露；忌食肥甘，辛辣，鱼虾之类不易消化，耗伤津液及易发生过敏反应的食物。避免阻滞胃气，减弱机体的抗御能力。

4. 服药方法　汤药宜微温服，服药后酌加衣被，或进食少许热粥，以滋生汗源，托邪外出。

5. 防寒保暖　保持病房敞亮，遏风，洁净，注意保暖，更换衣服时应防止重感时邪，加重病情。

第三节 中 暑

[述要]

中暑指长夏至初秋，天暑地热，亢旱酷暑之时，人在气交之中，感受暑毒，伤气耗津，而症见忽然卒倒，身热汗出，脉虚的急性病证。“中暑”病名始见于宋·朱肱《类证活人书》：“中暑即背寒面垢，手足微冷，烦渴口燥。”关于暑病，历代医家所论较多，张洁古从动静而分为“中暑”、“中热”。中暑为阴，中热为阳。就其“中暑”名称而言，实为暑病之一，推其原委、病名始于《素问·刺志论》，总名为“伤暑”。后世以动静，阴阳分为伤暑、中暑、冒暑。就其病情而言，病初为伤暑；症轻为冒暑，病重为中暑。本书据此以“中暑”名之，余名不述。

中暑的病象为起病急骤，以发热，自汗，背寒，面垢，头晕，头痛，烦渴，手足厥冷，身重，舌红苔黄腻，脉虚数为多见。重者可见壮热，神昏，抽搐，或脱证。亦有表现为起病较缓，以恶寒发热，无汗，头痛，身疼，肢体拘急，恶心呕吐，或腹痛，泄泻，苔白腻，脉紧等为特征者。

中暑的病位以肺卫，心包和心为主。若发生变证时，可累及脾、肝、肾诸脏。如《医学入门》：“然暑初入，自口鼻牙颊，达手心主胞络，以火从火……入肝则眩运顽麻；入脾则昏睡不觉；入肺则喘咳痿躄；入肾则消渴，非专入心主而无传入也。”

本病病性以虚实夹杂居多，若不及时诊治，极易耗气伤津，发生暑入阳明，暑陷心包，暑热动风及气阴欲脱等急危重症。

本病发病具有明显的季节性，多发于夏至后的盛暑季节，男女老幼皆可罹患。

西医学所称的重症中暑如热射病（日射病），可参照本篇内容诊治。

[病因病机]

中暑以伤于暑邪为外因，正气亏虚，痰湿内盛为内因，饥渴劳累为诱因。“两虚相得”，抑遏阳气，耗气伤津而发病。

（一）外伤暑邪

“暑本夏月之热病，然有中暑而病者，有因暑而致病者，此其病有不同，而总由于暑，故其为病，则有阴阳二证，曰阴暑，曰阳暑……”（《景岳全书》）。阳暑证均由盛暑炎热之时，烈日暴晒过久，或在高温或夹湿的环境中劳作、远行，暑热蒸腾，人在气交之中，外伤暑热，迄传阳明，耗气伤津。若正不胜邪，暑热迅速内陷心包，蒙蔽心神；或暑热鸱张，引动肝风，进则耗竭气阴，变生各种急危重症。阴暑证多因避暑贪凉、棲身于课堂大厦，或风地树荫面不蓬衣被，以致寒袭肌腠，抑遏卫阳；或不慎口腹，恣啖生冷，损伤中阳，致脾胃健运失司，发生暑月伤寒之证。

（二）正气亏虚

外伤暑热或寒袭肌腠，伤及脾胃而发病者，多因素禀正气亏虚，故老年脾胃虚衰，产后气血亏虚，小儿形体未充，肥胖、痰湿内盛者或久病正气虚损者，因不耐炎热而外伤暑邪发病。素体强健者，亦因长途跋涉，劳累过度，饥渴过久，少寐疲乏等诱因而发病。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　常有先兆症状，如头晕，头痛，神疲乏力，口渴，自汗，胸闷，心悸，恶心呕吐，体温正常或略有升高，继而大汗出，面赤，发热。严重者可有谵妄，神昏，四肢抽搐，手足厥冷，大汗淋漓。亦有起病较缓，恶寒发热，无汗，头痛，身疼，肢体拘急，脘腹疼痛，恶心呕吐，大便泄泻者。患者常有高温、高湿环境劳作史，或避暑贪凉，恣食生冷史。

2. 闻诊　可闻呕吐呃逆之声，口中及二便无特殊气味。心率加快，心音多低钝，可有心律失常，血压偏低或明显降低。

3. 望诊　体温可高达39℃以上，精神萎靡，嗜睡或谵妄，神昏，面红而垢或苍白，口唇、爪甲青紫，出汗或冷汗淋漓，手足或肢体抽搐时作，呼吸快而浅，或深浅不匀，或呈叹息样，瞳仁缩小，后期扩大，对光反应迟钝或消失。血常规，尿常规，血尿素氮，谷丙、谷草转氨酶，乳酸脱氢酶，肌酸磷酸激酶，心电图等检查常有异常变化。舌红或绛红，苔黄腻少津或白腻。

4. 切诊　诊虚里多数动、快而无力，胸腹部肌肤灼热，手足欠温或厥冷；可有肌张力增高，腹肌绌急压痛，脉虚数或虚濡细、滑数，或芤迟、弦细，或沉伏，重者六脉不出。

（二）鉴别诊断

1. 暑温　发病季节，起病急骤，传变快，变证多，壮热，烦渴等主要症状与中暑相似，但暑温病属温病范畴，具有一定的传染性，又常伴有暑入血分而现斑疹、吐血、衄血等动血症状，故与中暑有别。其病史亦无高温或高温夹湿环境中劳作的生活史。

2. 疫毒痢　发热，神昏，抽搐或现脱证的同时，可有里急后重，下痢脓血，或粪检有脓细胞，红细胞及巨噬细胞等，与中暑有别。常有饮食不洁史而无高温劳作史。

[论治]

（一）治疗原则

暑为火热之邪，最易耗气伤津，内陷心包，蒙蔽神明，故阳暑证的治疗原则为“必伏其所主，而先其所因”，迅速消除暑热病因，继以清热涤暑，益气生津，化湿开窍为大法。阴暑证则以“其在皮者，汗而发之”予以疏表散寒，涤暑化温为大法。

（二）急救处理

1. 一般处理　对阳暑病人应迅速抬离高温环境，解开衣扣，饮入含盐的清凉饮料。呼吸困难者，给予吸氧。积极顿挫高热，如以开水或酒精擦浴，皮肤发红为度，使体温尽快降至38℃以下。

2. 刮痧疗法　以手指钳钮或用刮痧板往复刮其胸腹、颈背及四肢弯曲之处，至皮下出现红紫瘀斑为止。

3. 针灸　取十宣刺血，或以泻法针刺大椎、曲池、内关。如见神昏者，可用拇指点掐或针刺人中、合谷、十宣等。如见手足厥冷，大汗淋漓者，灸百会、气海、关元、足三里等穴，或以三棱针委中、曲池放血。

4. 针剂　热闭，神昏或抽搐者。可用：

（1）清开灵注射液40ml加入5%葡萄糖液500ml中静脉滴注，日1次。

（2）醒脑静注射液4ml肌注，每日1～3次，亦可用其20ml加入5%葡萄糖液250ml中

静脉滴注。

对于热伤元气，津耗汗出，口干，气短等暑热灼津严重者，给予生脉注射液 20～40ml 加入 5%葡萄糖 500ml 中静脉滴注，每日 1～2 次。伤津脱液严重者，应给予 2000～3000ml 生理盐水静脉滴注。

［辨证治疗］

（一）阳暑证

●暑入阳明

证候：高热汗多，头痛且晕，心烦口渴，面红而垢，气粗，或背恶寒，舌红苔黄腻少津，脉洪数或虚数。

治法：清暑泄热，益气生津。

方药：白虎加人参汤（《伤寒论》）：生石膏、人参、知母、甘草、粳米。方中生石膏辛甘大寒，清泄阳明之暑热；人参益气生津，配以知母清肺胃之热而生津止渴；甘草、粳米益胃和中，且防石膏、知母大寒伤胃。

●暑陷心包

证候：高热烦躁、谵妄或神昏不语，舌红绛，脉细数。或卒然昏倒，不知人事，身热肢厥，气粗如喘，牙关微紧或口开，舌绛，脉虚数。

治法：祛暑清热，开窍●神。

方药：清营汤（《温病条辨》）送服安宫牛黄丸（《温病条辨》）。水牛角、生地、玄参、竹叶心、麦冬、丹参、黄连、金银花、连翘组成。方中以水牛角、黄连清泄内陷心包之暑热；玄参、生地、麦冬甘寒养阴清热；竹叶心、连翘、金银花清心透热，使暑热转出气分而解；丹参清热凉血，活血化瘀，以防热与血结，且引药入心，安宫牛黄丸清心豁痰开窍。

兼见轻微抽搐者，加羚羊角、钩藤、菊花以清热熄风止痉；兼见神昏舌短，饮不解渴，下之不通者，可配服牛黄承气汤（《温病条辨》），用安宫牛黄丸二粒化开，调生大黄末口服。

●暑热动风

证候：高热汗多，四肢抽搐，甚则角弓反张，牙关紧闭，神昏不清，或喉中痰鸣，舌绛，苔黄燥，脉弦数。

治法：祛暑清热，熄风止痉。

方药：羚麻白虎汤（《重订广温热论》）：羚羊角、明天麻、生石膏、知母、瓜蒌仁、川贝母、生甘草、生粳米、鲜荷叶包煎。方中羚羊角、天麻清热平肝，熄风止痉，白虎汤加强清暑泄热之功；川贝、瓜蒌化痰润肠。

若暑陷心包，神昏谵语严重者，可配服紫雪丹、安宫牛黄丸以清心开窍；热伤津液者，加玄参、西洋参、麦冬、石斛等以滋阴增液。

●阴暑证

证候：发热恶寒，头痛，身热，无汗，身形拘急，脘闷心烦；或腹痛，恶心呕吐，大便稀溏，苔白腻，脉濡。

治法：疏表散寒，清暑化湿。

方药：新加香薷饮（《温病条辨》），香薷、金银花、鲜扁豆花、厚朴、连翘。方中香薷辛温芳香，疏表散寒，宣肺利水；金银花、连翘、厚朴清热祛暑，除湿散满；扁豆花祛暑和脾化湿，升清

降浊。

兼见口渴心烦者，加莲子心、麦冬、六一散利湿和中；两腿转筋者，加木瓜以舒筋活络；感受寒湿，气虚较著者，加人参、黄芪、白术、橘红、木瓜、茯苓、甘草以益气健脾除湿，或用六和汤(《增订伤寒全书》)，健脾化湿，升清降浊。

[权变法]

中暑多为急危重症，传变迅速，变化复杂，临床最常见的逆变证为高热，神昏，抽搐或脱证。此时病情险恶，生命垂危。若症见昏不识人，手足厥冷，此为暑厥，急投以苏合香丸灌服。若见身热头痛，小便短赤，腹泻，心神恍惚者，可予辰砂五苓散(《增订伤暑全书》)；口渴饮引，烦渴无度，腹胀满而泻吐者，予桂苓甘露饮(《增订伤暑全书》)；无汗，谵语发狂者，予白虎加苍术汤(《增订伤暑全书》)。气阴欲脱，证见四肢厥冷，大汗淋漓，喘喝欲绝，脉散大或微细欲绝，予生脉散益气敛津，生脉固脱。除此，尚需据证候不同而分别参考“高热”、“神昏”、“抽搐”、“脱证”等有关章节；或配合西医学疗法综合救治。

[转归]

中暑轻症及阴暑易于康复。阳症之重症则预后较差，死亡率较高。且与高热持续时间及心率的快慢或正相关。心率大于 130 次/分者更属险恶之候。

[调护]

加强巡视，及时了解病情变化，重点观察神色、瞳神、呼吸、体温、脉搏、血压、汗液、大小便、舌脉的变化。适时给予清凉含盐饮料，进食西瓜、绿豆汁等。还应向病人及家属宣传预防中暑的知识，有中暑先兆时，应立即离开高温环境，服用清凉饮料。禁忌姜汤、米汤一切热汤。

第四节　神　　昏

[述要]

神昏指心脑受邪，窍络不通，神明被蒙，导致神志不清为特征的急危重症。神昏病名首载于宋·《许叔微医案》：“神昏，如睡，多困，谵语，不得眠。”《伤寒明理论》载：“真气昏乱，神识不清，神昏不知所以然。”中医文献中论述的“昏愦”、“昏蒙”、“昏冒”、“昏厥”、“昏迷”等均属神昏范畴。

临床病象：以神志不清、不省人事为持征，常表现为呼之不应，昏不知人，甚至对外界刺激毫无反应等特点。多出现在多种疾病的危重阶段。由于原发病不同，兼证亦异。

神昏病位本在心脑，标在五脏，神思需心瞳相辅而或；又须五脏、百节之神即神、魂、魄、意、志五神以助之。本病病性有虚实之分，但以实证居多。

西医学的流行性乙型脑炎，流行性脑脊髓膜炎，中毒性痢病，暴发性肝炎，急性脑血管意外，肺性脑病，糖尿病酮症激中毒，尿毒症，中暑等出现昏迷，均可参考本篇进行论治。

[病因病机]

脑是髓海，元神之府，内寓神机，机用之权，“神经之妙用”，清窍为出入之所。脊髓为其传出传入之枢机，总统诸神。但心藏神，主血脉，出神明，君火内安，“血者，神气也”，行气血上奉于脑，神机得血则功能畅开，得气则神机乃发，神经得以散动觉之气，则脏腑经络形体生理活动若一。因此，外感五疫之邪，热毒内攻，亦有痰瘀火毒，浊邪上扰，阴阳气血逆乱，皆可导致心脏受邪，窍络闭塞，神失所司，而发生神昏。

（一）热陷心包

外感温热疫毒，热毒火盛，燔灼营血，内陷心包，扰及神明而发。

（二）痰浊蒙窍

感受温热之邪，郁阻气分不解，水津不行，酿成痰浊，蒙蔽心窍。或素体脾虚湿盛，湿聚成痰，蒙受邪热蒸灼，痰热互结，上蒙清窍，神失所用而发神昏。

（三）腑热熏蒸

热邪入里，与积滞相结而成阳明腑实，燥热之气挟浊气上冲，熏蒸于上，扰乱神明，故发神昏。

（四）风痰内闭

情志过极，肝失疏泄，木失条达之性，郁而化火，攻冲激烈，升之不熄为风阳，风阳挟痰上犯，蒙闭清窍而成神昏。

（五）瘀血阻窍

热入营血，血热互结，瘀塞于心，或产后感受邪毒，邪血相搏，瘀血不散，血瘀气逆，扰乱神明。或死血留于心孔，神机失灵。瘀热阻窍，热入血室，真心痛的神昏均属此类。

（六）阴竭阳脱

失血过多，气随血脱；或泻下频作，脾气衰致；或大汗之后，津液内竭；或热邪久羁，伤津耗液，阴竭阳亡，心神失养，脑髓失荣，神无所倚，皆可导致神昏。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　突然昏仆、不省人事，突发或在疾病发展过程中逐渐出现。病人常有外感热病史，如中暑、急黄、疫毒病等，以及内伤杂病史，如中风、厥证、脱证、消渴、喘逆、痫证、臌胀等。发病前可有头胀头昏，恶心呕吐，目花，肢麻，心慌气急；或突然偏瘫；或高热寒战，腹痛腹泻，尿少尿闭，浮肿、烦躁不安。呼吸有小便气味等前驱症状。

2. 闻诊　谵语或郑声，喉中痰鸣，或鼾声大作，或呼吸深快，有烂苹果味；若为心脏病所致神昏，心脏听诊可有心率加快，心律不齐，或心脏瓣膜区可听到杂音等。

3. 望诊　面无表情，神呆昏睡，呼之不应，对刺激无反应；或烦躁不安，循衣摸床，呼吸气粗，抽搐痉挛，面赤汗多；或手撒遗尿，大汗淋漓；或肢体瘫痪；或面色萎黄，腹大如鼓，腹皮青筋暴露；瞳仁缩小，或一大一小，口唇紫绀；或巩膜及皮肤黄染；或皮肤斑疹，舌质红绛或紫暗，舌有瘀斑，苔黄或老黄焦燥起刺，或黄腻、或白腻、或见少苔。血、尿、便常规，血糖，血气分析，肝，肾功能，脑脊液等检查对本病的诊断及鉴别诊断有参考价值。

4. 切诊　皮肤灼热或肢末冰冷，刺之不知，捏之不痛；或可触及肝脾肿大。切虚里多动

而应平，鼓动不齐，或快或慢；或触不及心跳。脉象可见滑数、沉实、弦滑、弦数或大而无力，濡细，细弱等。

（二）鉴别诊断

神昏与厥证表现相似，临床当予鉴别。厥证发作多见面色苍白，四肢厥冷，短时间内逐渐苏醒，醒后无偏瘫，失语，口舌㖞斜等症。面神昏发病较重，时间长，短时间内不易苏醒，苏醒后常有原发病的存在或有偏瘫等症。

［论治］

（一）治疗原则

神昏的治疗原则总以开透醒神为大法。依据病机不同，神昏分为实证与虚证。实证，当开窍启闭；虚证，当回阳面脱。

（二）急救处理

神昏诊断一旦成立，应立即采用综合疗法以开透醒神。

1. 针灸　神昏救治，针灸是重要的治疗手段。闭证常选人中、合谷、十宣、十二井穴、太冲、丰隆、涌泉等穴，采用泻法，强刺激，强捻转，或三棱针点刺出血；脱证常灸百会、神阙、丹田、关元、足三里、三阴交等穴；或根据不同情况选穴配方。

2. 针剂　(1)滑开灵注射液：40～60ml 加入等渗注射液 500ml 内，每日 1～2 次，静脉滴注。

(2) 醒脑静注射液：20ml 加入等渗注射液 500ml 内，每日 1 次，静脉滴注。

3. 中成药　(1)安宫牛黄丸(《温病条辨》)，1 丸，每日 3 次，口服。

(2) 紫雪丹(《外台秘要》)，3～6g，每日 3 次，口服。

(3) 西角散(《千金要方》)，1g，每日 2～3 次，口服。

(4) 至宝丹(《太平惠民和剂局方》)，1 粒，每日 2～3 次，口服。

(5) 牛黄散(中国科学院首都医院中医科)，每次 0.8g，每日 2 次，口服。

(6) 红灵丹(《霍乱论》)，0.5～1g，每日 2～3 次，口服。

(7) 通关散(《丹溪心法附余》)，少许，搐鼻取嚏。

以上药物除通关散外，均可鼻饲给药。

（三）辨证治疗

●热陷心包

证候：神昏谵语，高热烦躁，甚则昏愦不语，身热夜甚，心烦不寐，舌质红绛少津，苔黄干，脉滑数或细数。

治法：清心开窍。

方药：清宫汤(《温病条辨》)，药用：玄参心、莲子心、竹叶卷、连翘心、水牛角、莲心麦冬。方中以玄参心、水牛角为主药以清心热，佐以竹叶卷心、连翘心泄心热；以莲子心、麦冬清心滋液。诸药合用，共奏清心开窍之功。

若痰热盛者，加竹沥、石菖蒲、天竺黄、胆南星以清热化痰；烦躁甚、抽搐者，加服紫雪丹(《和剂局方》)；肌肤斑疹，谵语者，加服安宫牛黄丸；神昏较深，加服至宝丹。

●腑实薰蒸

证候：神昏谵语，躁扰不宁，循衣摸床，日晡潮热，大便秘结，腹部胀满，舌质深红，苔黄燥

起芒刺，脉沉实有力。

治法：通腑泻热。

方药：大承气汤（《伤寒论》）药用：大黄、芒硝（冲）、枳实、厚朴。方中以大黄为主，清热通便，荡涤胃肠；芒硝助大黄泻热通便，软坚润燥，以厚朴、枳实行气散结，消痞除满，助芒硝、大黄推荡积滞，加速热结之排泄。四药共用，以达通腑泄热之功。

若阳明腑实兼邪闭心包者，改用牛黄承气汤（《温病条辨》）；见高热昏狂，烦渴大汗等气分证明显者，改用白虎承气汤（《通俗伤寒论》）；若兼见神倦少气，口舌干燥，脉虚者，加甘草、人参、当归、玄参、生地、麦冬以补气阴；若津枯便燥者，用增液承气汤（《温病条辨》）；若见神昏谵语，狂躁不安者，配用紫雪丹。

●湿浊蒙窍

证候：神志昏蒙，或昏而时醒，身热不扬，胸闷恶心，舌苔白或黄而腻垢浊，脉濡。

治法：清化湿浊，豁痰开窍。

方药：菖蒲郁金汤（《温病全书》），药用：石菖蒲、郁金、栀子、连翘、牛蒡子、鲜竹沥、姜汁（冲）、玉枢丹（研冲）、滑石（包煎）、淡竹叶、丹皮、菊花。方中以石菖蒲、郁金芳香开窍；山栀、连翘、菊花、丹皮、牛蒡子、竹叶清泄郁热；滑石分利湿邪，竹沥清化痰热；姜汁、玉枢丹化浊开闭。

若偏于热重者，可送服至宝丹；如温浊较甚者，可加用苏合香丸；兼动风抽搐者，加服止痉散（验方）。

●痰热扰心

证候：神昏谵语，壮热不退，咳逆喘促，痰涎壅盛，小便量少或无。面色晦滞，胸闷烦躁，恶心呕吐，口中尿臭，舌质红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，开窍醒神。

方药：黄连温胆汤（《千金要方》）送尿安宫牛黄丸（《温病条辨》），药用：黄连、半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、竹茹、大枣、生姜。方中黄连、竹茹清痰热；半夏、生姜降逆止呕；枳实、陈皮行气导滞；茯苓、大枣、甘草益气和中。安宫牛黄丸清热开窍醒神。

方中可加车前子、白茅根、木通以加强清化湿热之力。

●痰血阻窍

证候：昏迷谵语，或发热、口唇、爪甲青紫，舌质深绛、紫暗，脉弦数。

治法：活血通窍。

方药：通窍活血汤（《医林改错》），药用：濡香（冲）、赤芍、桃仁、红花、川芎、老葱、生姜、红枣、黄酒。方中麝香活血通窍；桃仁、红花、川芎、赤芍活血化瘀；生姜、葱白温通脉络。

本方可酌加石菖蒲、郁金以理气开窍，或加服紫雪丹或安宫牛黄丸。

●亡阴

证候：神志昏迷、皮肤干皱，口唇无华，干燥，面色苍白，或面红身热，目陷睛迷，自汗肢冷，气息低微，舌淡或绛，少苔，脉芤或细数或结、代。

治法：救阴益气固脱。

方药：冯氏全真一气汤（《冯氏锦囊》），药用：人参、麦冬、五味子、熟地、白术、附子、牛膝。方中以人参为主，大补元气；白术补气健脾；麦冬、牛膝、熟地养阴生津；清虚热而除烦；五味子酸收敛汗；阴阳互根，阴竭则阳无所依而散越，故用附子回阳面脱。

若口干少津，则去附子、白术，加沙参、黄精、石斛等养胃生津。

●亡阳

证候：昏愦不语，面色苍白，口唇青紫，呼吸微弱，冷汗淋漓，四肢厥逆，二便失禁，唇舌淡润，脉微细欲绝。

治法：回阳固脱。

方药：陶氏回阳急救汤（《重订广温热论》），药用：附子、肉桂、人参、麦冬、陈皮、干姜、半夏、白术、五味子、麝香、炙甘草。方中以附子、干姜、肉桂、炙甘草补气回阳；人参、麦冬、五味子益气生脉；白术、陈皮健脾和胃；麝香助上药以奏速效之功。

[权变法]

上述神昏诸证，若不效者，可急投玉枢丹（《是斋百一选方》）开窍醒神；邪陷心包，高热抽搐者，予西珀至宝丹（《重订广温热论》），或万氏牛黄丸（《片玉心书》）；痰浊神昏者，急予卧龙丹（《重订广温热论》）；痰热腑实神昏治而不效者，改用西连承气汤（《重订广温热论》），除此而外，可根据神昏病人原发病的具体病因予以及时、准确的对因治疗、对症治疗及支持疗法。如感染性疾病所致神昏，及时给予强有力的抗生素治疗；由化学中毒所致神昏，应采取特殊的解毒措施；低血糖神昏，及时补糖治疗；特尿病神昏，则需应用胰岛素等。并合理应用脱水剂、激素、苏醒剂、促脑代谢药物；控制高温，降低脑代谢，控制抽搐发作等。

[转归]

神昏大多病情严重，变化迅速。各种疾病所致神昏，其临床兼症不同，转归亦有所区别。由温热病所致的神昏，若治疗不当，热毒内陷，往往转变为抽搐、癃闭、喘促等危重急症，常危及生命；又因热甚伤阴，由实转虚。部分病例可留有痴呆、失语、肢体强直、瘫痪等。急黄神昏，多伴有大出血及癃闭，病死率高，预后不良。而中风神昏，多见于老年，体有口舌㖞斜，半身不遂，或鼻起鼾声，预后极差，清醒后多数有半身不遂等症。

[调护]

1. 神昏病人需专人看护，取仰卧，将头偏向一侧，吸氧。如有舌内缩，应用舌钳拉出，以免窒息；保持口腔清洁；及时吸痰，取出假牙；抽搐者，用包纱布的压迫板置于上下齿间，以防止舌咬伤；必要时留置导尿，计 24 小时出入量。

2. 加强营养，保证病人有足够的营养及水分，鼻饲高热量、高蛋白、高维生素的流质饮食。每日水分摄入量不少于 2000ml，热量应 2000 大卡，蛋白质 200～300g。保持二便通畅，3 日未解大便者，可鼻饲番泻叶或按摩下癃部，必要时癃肠。

3. 保持病室空气清洁，烦躁不安者，加床栏，防止坠床；长期神昏者，按时癃身并按摩，骨突之处用气圈或棉垫衬托，避免褥疮及肢体痉挛。

4. 密切观察病情，随时注意体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔以及面色、舌脉的变化，发现危候，及时抢救。

5. 未病先防，注意传染病的流行与隔离。如流脑、乙脑等。积极预防和治疗原发病，防止疾病向神昏演变。

6. 病后防止复发，加强锻炼，以增强机体抵抗力；调畅七情，避免七情内伤，血压升高而

引起的各种心脑血管疾病；饮食有节；在劳动、工作中做好自身保护，避免食物、农药、一氧化碳、中暑等意外事故的发生。

第五节 抽 搐

[述要]

抽搐是指因筋脉收引，舒纵失灵而引发的肢体不自主抽动，甚则项背强急为特征的常见急症。又名瘛疭、抽搦，俗名“抽风”。本病始见于清代《医学指南》，有云：“抽搐一证，时作时止，手足拘挛，口眼歪斜，甚则角弓反张，二目天吊。”《内经》称之为“瘛疭”。《金匮要略》称其为“痉病”。《医阶辨证》明确本症病源为：“痉瘛，身强直而瘛疭；痫病，眩仆而瘛疭。碌伤风病，筋挛急而瘛疭是也。暑风病，汗大出而瘛疭。”

抽搐的临床病象为：在原发病基础上出现：轻者，四肢蠕动或搐动，时作时止，或见身热；重则口噤龂齿，颈项强直，角弓反张；险则神昏不语，壮热烦躁，两目上视或斜视，面唇青紫；危则瞳神散大，两目正圆。

本病病位在脑髓而累及于肝，或脏腑病变上犯神明，其标在筋脉。病情有虚有实，而以邪实者居多。实者，风、痰、瘀、热；虚者，津亏血少、脑髓失养、筋脉失荣。

本病可发生于任何年龄与性别。一年四季皆可发病，病程较短。

西医学的于痫、癫痫、颅内感染性疾病、低血钙、破伤风、中暑、代谢性疾病所引起的抽搐，均可参考本篇内容诊治。

[病因病机]

本病的发生是以外邪入侵，毒滞经络，或体内邪动，犯扰经络等，以致脑髓受病，神机受累，筋脉拘挛而发病。重则督脉受损，脊强反折。

（一）外邪入侵，瘛滞经络

外在六淫邪毒，或疫疠之气，乘机体正虚之隙，穿卫透营，直入血脉，壅滞经络，上犯脑髓，神机失用，下损筋脉，拘挛而病。邪毒与气血相结，壅滞经络，气血与毒气混杂，则筋脉受扰，神机失用而发抽搐。也有先因脑气内衰，营气失守而邪犯于脏脑经络者，以致五脏失调，气化失司，升降失常，出入无权，下病犯上，窍络不通，神机受阻，筋脉失荣而发本病。或疫毒内侵伤经损络，渗入营血，上犯脑髓，内灼津血，血结津耗，筋脉失养而生疫毒，且随机体禀赋之性而多生寒、热、湿之疫，亦有疮毒内滞，积而生火，火毒横逆，化风上扰，神窍闭塞者；也有邪毒内犯，督脉受损，病势危重，多见角弓反张；也有着邪化风，蒙塞清窍，神机失用而发暑风抽搐。

（二）风阳内动，窍络不通

风阳内动而致抽搐，其因：①情志失调，因谋虑太过或素禀肝旺，徒受恚怒，造成肝失疏泄，肝阳郁而化火生风，上扰神明而致抽搐。②外感邪毒内侵，毒鸱热炽，热极生风，风火相煽，上犯脑窍，下扰筋脉不安而生绷急抽搐。③素体阴虚，血液亏耗，亦有失血伤津，生产伤血或误药伤阴，以致阴虚阳亢，阳亢生热，热极动风，而生抽搐；亦有妊娠，精血下济以养胎元形成血虚阴亏，阴不敛阳，阳热内动而生风，发为抽搐；或“妊娠后多卧热褥或食热物，或服峻补

之剂，致热伏心肝”，造成心肝两经郁热，心为君火，心热则君火不宁，肝经热则相火不安，君相两火内炽，“火之毒莫甚于命门相火”，火扰胎元不安，毒随胎气上逆，风、火、毒上犯神明，下扰筋脉而成子痫之疾。

（三）痰瘀内滞，神窍内伏

头部外伤，伤筋损络，络损则滞而为瘀，瘀血凝聚，津渗为痰，痰瘀之邪上犯则窍络不通，神机不用，累及筋脉则绌急而生抽搐。脏腑气机失调，水津代谢受阻，络脉不通，从而形成痰瘀内结，一则阳气不得宣通，积而生热，热极生风，造成风、痰、瘀三邪上犯神明，窍络不通，上不能制下，筋脉绌急而抽搐。二则痰瘀之邪借气血运行之力而窜逆于周身上下，犯脑则神机不运，侵筋则绌急，以致筋脉舒缩失灵而见抽搐时作，久而不除。亦有因痰瘀久积成毒，或卒中农药中毒，药物中毒等导致毒血相结，壅滞经络，上蒙脑窍，下扰筋脉而生本病。

［诊断与鉴别诊断］

（一）诊断

1. 问诊　病人突发肢体不自主抽动或抽搐，时作时止，甚则项背强直，口噤不开，两目窜视，或壮热烦渴，病危则神昏不语，抽搐持续。多有原发病史，如妊娠、痉病、中暑等。

2. 闻诊　呼吸气粗，喉中痰鸣，或口中发出异常怪叫，或呻吟不止，或可闻及异常秽味。

3. 望诊　四肢抽搐，神情紧张，颈项强直，表情恐惧，或面赤气粗，汗出不退，重者瞳仁散大，两目正圆，神昏偏瘫；或烦扰不宁，或面白或面色晦滞，口角流涎，或妊娠腹大周身浮肿；或有外伤创口；病危者口唇、爪甲青紫，舌质红赤，重则青紫，或门齿干燥，苔黄白相间，或黄褐干燥而有裂，或焦黑起刺。

4. 切诊　皮肤干涩或湿润，皮肤热甚，肢冷，或虚里动而应衣，或颈脉动甚，或腹肌拘急、强硬，或左下腹结成块，脉多弦紧数，或弦疾，亦有见釜沸等怪脉者。

（二）鉴别诊断

本病可发于多种病证的危重阶段，但临床与抽搐相似的震颤、转筋，当与本证鉴别。

1. 震颤　虽表现在肢体、头颈部不自主的摇动，甚或震摇大动，身躯扭转，肢体拘急，伴口角流涎，汗出，但多无肢体屈缩、牵引。多无发热烦渴，且起病缓慢，男性高龄多发。

2. 转筋　指病人肢体筋脉抽掣、拘急，甚则挛结成块，痛如扭转。多发于小腿腓部，也有连及腹部者。几乎不发生在头颈、上肢。

［论治］

（一）治疗原则

抽搐一证发病急骤，病情复杂，变态多端，故当急以镇痉止抽为先。抽止风熄后，再先其所因而伏其所主，多采取清热解毒，养血熄风，育阴潜阳，柔肝熄风，清热开窍，佐以疏经通络，安神镇静之品。并密切注意病情变化，加强护理以杜绝生风之源。

（二）急救处理

1. 针刺　选穴少商、十宣、人中，三棱针点刺放血；选合谷、人中、足三里、三阴交、大椎、太冲、涌泉、血海、丰隆、曲池，随证选用 3～4 穴，毫针刺法，以泻为主。或羚羊角注射液穴位注射；或毫针刺入耳穴神门，皮质下，或灯火灸攒竹、角孙、曲池、中冲穴。

2. 针剂　(1)醒脑静 20ml 加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中，静脉滴注，亦可用清开灵

注射液 40ml 加入 5%葡萄糖 500ml 中，静脉滴注。

(2) 穿琥宁注射液 400～600mg 加入等渗液 500ml 中静脉滴注，亦可用羚羊角注射液，每次 2ml，4 小时 1 次，肌注。

(3) 脉络宁注射液，每次 20～40ml，每日 1～2 次加入 5%葡萄糖注射液 250ml 中静滴。

3. 中成药 (1)玉枢丹，每次 2～3 粒，日 2～4 次口服；或保留灌肠。

(2) 止痉散，每次 1～2g，每日 3～6 次冲服。

(3) 安宫牛黄丸，每次 1 丸，4 小时 1 次，口服。

(4) 瓜霜退热灵，每次 8 粒，4 小时，1 次，口服。

(5) 局方牛黄至宝丹，每次 1 丸，4 小时 1 次，口服。

4. 常规吸氧

[辨证治疗]

●热极动风

证候：手足瘛疭，发作频繁，颈项强直，口●龂齿，壮热烦渴，汗出口苦，口鼻气热，神昏谵语或昏厥不语，头痛呕吐，便秘尿黄，或腹痛拒按，甚至角弓反张，两目直视或上窜，直则吐衄发斑，身热夜甚，舌质红绛而干，苔黄燥起芒刺，或焦黑起刺，脉洪数或弦数。

治法：清热解毒，镇痉止抽。

方药：西羚白虎汤(《重订广温热论》)：水牛角(先煎)、羚羊角(先煎)、生石膏、知母、生甘草、菊花、钩藤、生粳米荷叶包煎。方中以水牛角、羚羊角合用解毒消热，安神定胆而止抽。白虎汤直泻阳明邪热而解邪毒，钩藤、菊花镇痉熄风。

若牙关紧闭，喉中痰鸣者，送服猴枣散(验方)或上方加胆南星以清化痰热。神昏谵语，烦躁不宁者，送服安宫牛黄丸(《温病条辨》)以开窍醒神。大便秘结，腹痛拒按者，加大黄、芒硝、枳实以通腑泻热。

●湿热动风

证候：四肢抽搐，身热不扬，自汗出，肌肉烦痛；口渴不欲饮，胸脘痞满，食少纳呆，神情呆滞，面色红黄晦滞，大便干结或粘滞不爽，小便短赤，甚则项强口噤，角弓反张，手足逆冷，神昏谵语，循衣摸床，舌红苔白滑或黄白相间，或黄厚而腻，脉缓滑，或滑数或弦数。

治法：清热利湿，佐以熄风止痉。

方药：陈氏熄风胜湿汤(《重订通俗伤寒论》)送服紫雪丹。药用：羚羊角(先煎)、竹茹、桑艽、钩藤、丝瓜络、滑石、通草、鲜桑枝、水煎送服紫雪丹。方中以羚羊角清热熄风，丝瓜络、竹茹导络泻热，通草导引湿热之邪从二便而解；钩藤、桑枝通络导络，舒筋止抽。紫雪丹清热开窍，醒神止痉。

若邪热亢盛者，加黄连、黄柏以苦寒坚阴泄热；湿浊直者，加白蔻皮、扁豆花、薏苡仁以导湿下行；神昏不语，循衣摸床者，加石菖蒲、鲜茅根、郁金化湿开窍；喉间痰鸣者，加半夏、竹沥水以化痰开窍。

●肝阳化风

证候：妊娠之后或见水肿，时作时止，颈项强直，口噤语涩，喉间痰鸣，胸闷气短，头晕目眩，甚则神昏不语，角弓反张，舌苔白滑，脉弦滑而数。

治法：潜阳安胎，镇痉止抽。

方药：羚羊角散（《本事方》）。药用：羚羊角、独活、防风、川芎、当归、炒枣仁、茯神、杏仁、薏苡仁、木香、生甘草、五加皮、生姜，共研细末，每次口服。方中以羚羊角辛凉平肝，熄风止痉；防风、独活辛温散邪；茯神、炒枣仁宁神镇静；当归、川芎养血安胎；杏仁、木香宣畅气机；薏苡仁、甘草、生姜调和诸药而和脾胃。

若抽搐不止者，改用钩藤饮（《医宗金鉴》）；水肿者，改用茯苓导水汤（《医宗金鉴》）；风热甚者，加金银花、白术、栀子、柴胡；风痰者，加法半夏、胆南星、竹沥；风逆甚者，加金蝎、僵蚕。

●痰火上扰

证候：发作前常有头晕，胸闷，乏力，病发则突然跌倒，不省人事，四肢抽搐，口角流涎，或伴异常怪叫，二便失禁；或口中痰鸣，或痰多便干，口苦尿黄；或神志恍惚，肢痛，舌红苔白腻或黄腻，脉多弦滑或滑数。

治法：涤痰泻火，熄风开窍。

方药：桂枝加龙骨牡蛎汤（《金匮要略》）。药用：桂枝、白芍、生姜、甘草、大枣、龙骨、牡蛎（先煎）水煎服。方中以桂枝汤协调阴阳，调理气血；龙骨、牡蛎镇痉止抽以敛浮阳。

若痰浊重者，加定痫丸（《医学心悟》）以涤痰熄风；痰火内盛者，改服龙胆泻肝丸（《医方集解》）合涤痰汤；便秘尿黄，抽搐频繁者，加服礞石滚痰丸（《丹溪心法附余》引王隐君方）。

●风毒内侵

证候：多有创口不洁史，病前常有形寒头痛，多汗乏力，烦躁不安；或伤口疼痛，干陷无脓。病发则张口困难，牙关紧闭，呈苦笑面容。颈项强直，甚至角弓反张，或腹肌强硬如板，或二便不通，肢体拘急抽搐，每因外界刺激诱发和加剧，而后大汗淋漓，面唇青紫，呼吸、语言、吞咽困难，或见肌肉撕裂或骨折，舌红苔薄或白或黄，脉多弦数。

治法：熄风解毒，活络定痉。

方药：五虎追风汤（《晋南史·全恩家传方》）送服玉真散（《外科正宗》）。药用：蝉蜕、南星、天麻、全蝎、僵蚕、水煎送服玉真散。方中以五虎追风汤熄风定痉，镇降风逆，玉真散祛风活络，解毒止抽。

若邪毒内结，有攻心之势者，上方加服护心散（《揣摩有得集》）。抽搐频繁者，送服止痉散（验方）。

［权变法］

抽搐属危恶险症，诊治不及时或误治而出现身热夜甚，吐血发斑等气血两燔证者，可急投化斑汤（《温病条辨》）合西角地黄汤（《千金方》）以凉血活络。亦可加用清开灵注射搐。症见神昏谵语，烦扰不宁，头痛剧烈等脑窍闭塞者，急予清瘟败毒饮（《疫疹一得》），送服安宫牛黄丸（《温病条辨》）或紫雪散（《外台秘要》）以解毒驱邪，透络开窍。症见气息不调或微弱等邪闭肺窍者，送服六神丸（《中国药典》）或猴枣散（验方）以宣肺调息。症见高热不退者，可予桑叶、麻黄、杏仁、蝉蜕、僵蚕水煎擦浴或针刺大椎、合谷、曲池等穴；或以三棱针在十宣、人中穴点刺放血，以降逆泄热。孕妇出现血虚风热者，可选用钩藤饮，药用人参、当归、茯神、桑寄生、钩藤各 5g，苦桔梗 7.5g 煎汤口服；如孕妇忽然眩晕卒倒，口噤不能言，状如中风，醒而复发，此为气虚挟痰火，可选用清神汤，药用人参、白术、茯苓、白芍、黄芪、麦冬、归身、炙甘草各等分，水煎服。若出现喘促，脱证，骨折，卒死等险逆危证，可参阅有关章节诊治。

[转归]

本证多发于各种病证的危急阶段，起病速，变化快，见症多，病情复杂，每易引发气机郁闭，脑窍闭阻，神气内伏，或伤津脱气而累伤精、气、神，故其转归多属恶候。但正气盛者，邪侵不深，加之早期诊疗，亦可转危为安。如果出现正虚邪陷，脏真损伤而引发神昏不语，喘促发绀，汗出如油，口张目圆，四肢厥冷等危候者，转归多危恶，预后不良。

[调护]

抽搐病人除原发病的常规调护外，必须做好以下几个方面的护理：

1. 本证属凶险危恶病候，应住院或留诊观察治疗，并指派专人护理，定期观察抽搐程度、持续时间，神昏、舌脉、瞳神、气息、血压等病情变化，并认真做好记录。

2. 病室必须保持安静，空气清新、流通，光线柔和，避免外界惊扰和随意搬动病人，防止"阳气者，烦劳则张"而引发或加重抽搐。

3. 病人在抽搐期间要加床栏，轻压肢体，加舌垫以保护舌头，去义齿，防止异物误入气管，梗阻气道。

4. 以清淡流质饮食为主。昏迷日久，当予鼻饲，忌食辛辣肥甘，腥臊等生风动血之品。

5. 抽搐频发不止者，急当吸氧，并予针刺止抽，或指针止抽。同时报告上级医生，采取及时，有效的应急措施处理。

第六节 脱 证

[述要]

脱证病名源于《灵枢·决气篇》，发挥于后世。始有暴脱、脱绝、上脱、下脱、外脱等病名。脱证是指人体遭受多种病因的侵扰，致使脏气受伤，或气血阴阳受损，造成上有绝阳之络，下有破阴之纽，上引下竭，阴阳互不相抱，欲脱欲离，五络俱竭的危急证候。《灵枢·决气篇》说："精脱者，耳聋；气脱者，目不明；津脱者，腠理开，汗大泄；液脱者，骨属屈伸不利，色夭，脑髓消，胫痠，耳数鸣；血脱者，色白，夭然不泽，其脉空虚，此其候也。"《难经》概述为阴脱，阳脱。

脱证的临床病象：突然大汗淋漓，六脉垂绝，目合口开，二便自遗，神情淡漠或烦躁不安，甚则神志昏迷，血压下降。《金匮翼·卒中八法·固脱》篇载有："猝然之候，但见目合口开，遗尿自汗者，无论有邪无邪，总属脱证。"

脱证，病标在孙络、毛脉，病本在五脏，病性属至虚有盛候，多属变证。

西医学所称的休克，可参考本篇内容诊治。

[病因病机]

脱证的发生多因正气不足，营卫失调，邪毒内侵，或亡血失精，耗津损液，脱气亡阳，药物失宜，以及疾病等原因，致使五脏受伤，或气血阴阳受损，造成上有绝阳之络，下有破阴之纽，上引下竭，阴阳互不相抱，欲脱欲离，五络俱竭而成。

（一）失血亡津

突然的内、外出血，如大咯血，呕血，便血，外伤失血或妇女崩中等；或饮食不慎，暴吐暴泻；或药治不当，汗、吐、下失宜，均可造成血液亏耗，伤阴损阳，耗液失津。津血消烁，脉络空虚，心脏内损，肝体失荣，脾失所统，终致脏真受伤，五络欲竭，血去阴耗，阳失依恋，阴阳不能相抱，气立孤危。

（二）耗气亡阳

久喘不愈，肺肾之气散乱不收；邪毒内侵，正不胜邪，耗气损阳；或肺、脾、肾久病不除，气散阳欲亡；或年迈体衰，过汗亡阳等，造或肺失气之主，脾乏气之源，肾无纳气之根，致使呼吸升降受阻，经络不畅，络脉阴血欲行不畅，瘀阻不行，清气不入，浊气不除，清浊腐秽结聚不散，弥漫机体内外、上下，神明失主而成。

（三）邪毒内陷

外感邪毒，毒剧邪强，正不胜邪，毒陷营血，瘀滞孙络毛脉；严重烧伤，热毒不仅耗气损血，而且乘机体正虚之机，内陷不除，伏潜孙络；或毒药内侵，伤损脏气，陷入五络等，造成毒聚络脉之中，气血淤结于内，清气难入，浊阴难除，脏器出入升降无权，阴阳不能相抱，欲脱欲离而成。

此外，因剧痛损神，神、气、精相失；或机体内气血貌合欲离，复因药物，食物等扰动，络脉衰竭而成；或因病伤正，正虚邪恋，内陷络脉而成脱证。

可见，脱证虽有内外二因的交互作用，本之于五脏，致使气、血、津、液、精、阴、阳脱失，五络俱竭，脏器升降出入无权，故临床表现出机体内外上下的一派虚衰危候。

［诊断与鉴别诊断］

（一）诊断

1. 问诊　忽尔昏愦，卒然仆倒，大汗淋漓，目合口开，小便不禁，大便自遗，手撒肢冷，甚则色苍苍然，暴死不知人。起病急，每继发于年力衰迈，摄入不足，失血过多，饮食不慎，暴吐暴泻，严重烧伤，热病伤阴者。

2. 闻诊　声音低微或语音不出，气息微促，血压下降，收缩压低于 12kPa，原患高血压者，收缩压突然下降 30%以上。

3. 望诊　神情淡漠或烦躁不安，甚则神志昏迷，面色爪甲苍白或灰白或紫赤，目合口张或见口角流涎，大汗淋漓，尿少或无尿，浅表脉络萎陷，舌质淡白而干燥少苔。血检可见血糖低于 4mmol/L；失血时，红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积以及中心静脉压降低；亡津脱液时，红细胞压积升高，可资参考。

4. 切诊　皮肤湿冷，弹性差，切虚里其动为快，重则无力，脉芤或沉、微、细而数，甚则六脉俱伏，指压再充盈时间大于 3 秒。

（二）鉴别诊断

1. 厥证　厥证以突然昏倒、不省人事、四肢厥冷为主症，实者居多；阳脱者并可见昏仆、四肢厥冷之证，但以大汗淋漓、目合口开、二便自遗、脉微欲绝为主症，以虚为主。

2. 闭证　闭证亦以突然昏倒，不省人事为主症。然闭证为邪实内闭，属实证；多因风、火、痰、热或挟痰湿上蒙所致。临诊中，阴闭者无四肢厥冷，脉弦清而数；阳闭者面红如妆，无大汗淋漓，脉沉滑缓。其中尤以脉象变化，以资闭证与脱证的鉴别。

[论治]

(一) 治疗原则

脱证以阴阳枢纽不固为临床表现,故治疗以"散者收之","虚者补之"为原则,固脱为先。如久嗽为喘,而气泄于上者,宜固其肺;久遗成淋,而精脱于下者,宜固其肾;小溲不禁者,宜固其膀胱;大便不禁者,宜固其肠;汗泄不止者,宜固其腠理;血泄不止者,宜固其营卫。凡因寒而泄者,当固之以热,因热而泄者,当固之以寒。总之,在上者,在表者,皆宜固气;在下者,在里者,皆宜固精。

(二) 急救处理

脱证为气血亏损,阴阳相离的危重病证,故当以吸氧、输液、针刺、艾灸、针药等综合急救处理。

1. 吸氧 鼻导管或面罩吸氧。

2. 输液 用葡萄糖盐水、葡萄糖水、平衡盐液等,每日视病情需要用 3000～5000ml,静脉滴注。

3. 针灸 (1)电针:取人中,素髎或加内关、涌泉。轻者取单穴,重者取双穴或三穴。电压 6～9 伏,频率 100～120 次。

(2) 耳针:取肾上腺、皮质下、心等,两耳交叉取穴,间歇留针 1～2 小时。

(3) 艾灸:用艾条灸关元穴 15 分钟,或艾条气海穴数 10 壮,以复阳气。

4. 针药 (1)针剂:阴脱可选用参麦注射液或生脉注射液 20ml,加 25%葡萄糖注射液 20ml,每隔 10～15 分钟,静脉注射,连续 3～5 次,或以 50～100ml,加 5%葡萄糖注射液 250～500ml,静脉滴注,直至病情好转。阳脱者可选用参附注射液 8ml,加 25%葡萄糖注射液 20ml,静脉推注,继以 50～100ml,加 5%葡萄糖注射液 500ml,静脉滴注。

(2) 汤药:急用生晒人参 30～60g,煎汤灌之,但使气不尽脱。

(三) 辨证治疗

●气脱

证候:汗漏不止,肢体微冷,神情昏倦,面色清白,目视不明,息微失声,舌质淡白,苔白润,脉象微弱。

治法:益气固脱。

方药:独参汤(《景岳全书》),药用人参。人之生命,全由气,气聚则生,气散则死。独用人参,大补元气,使气不尽脱,然固其寒热,徐为调理。亦可以黄芪、白术代之。

若汗多不止者,加黄芪、五味子以益气敛汗,宜加山萸肉滋阴固脱,取阴生阳长之意。

●阳脱

证候:冷汗淋漓,四肢逆冷,忽尔昏愦,面赤唇紫,口开目闭,手撒遗尿,舌淡或紫,脉微欲绝或散大无根。

治法:回阳固脱。

方药:参附汤(《世医得效方》):药用红参,炮附子。红参温补元气,附子温壮复阳,二药相伍,振奋阳气,益气固脱。

若手足冷至腕踝,加干姜以增强附子回阳、救逆之力,并酌加甘草调和之;若无脉者,加葱白或猪胆汁,以通血脉;若冷汗不止者,加龙骨、牡蛎,以潜阳敛汗。

●血脱

证候：卒然内外出血，神情淡漠或烦躁，面色苍白，枯涩无神，动则汗出，心悸气短，头晕目暗，舌质淡白而干燥，脉沉微或芤或细数欲绝。

治法：益气养血。

方药：圣愈汤（《兰室秘藏》）：药用生地、熟地、川芎、人参、炙黄芪、当归。地黄、当归、川芎、养血调血，补而不滞，配人参、黄芪，益气以生血，取血脱者，益之于气之意。

若面色苍白，出血不止者，加川军炭、黑芝麻、阿胶、仙鹤草、藕节、侧柏叶、地榆等，以养血止血；若心悸不宁，加枣仁、远志、五味子，以养血安神；若头晕目暗甚者，加枸子、首乌、萸肉，以增强养血、滋补肝肾的作用。

●阴脱

证候：神情恍惚或烦躁不安，面色潮红，两眶内陷，皮肤皱折，身热心烦，口渴欲饮，少尿或无尿，舌红干燥，脉细数。

治法：救阴固脱。

方药：固阴煎（《景岳全书·新方八阵》）：药用人参、熟地、山药、山茱萸、远志、炙甘草、五味子、菟丝子。熟地、山药、山茱萸、菟丝子，滋阴填填，佐以远志宁心安神；配人参、五味子、炙甘草，益气固脱，于阳中求阴，使阴得阳升而泉源不竭。

若阴亏于下，阳浮于上，惊悸潮热者，加鳖甲、龟版脱、牡蛎，以滋阴潜阳镇悸；若口渴引饮，饮不解渴者，加生地、麦冬、五竹、黄填，以养阴生津；若肢冷尿少者，加附子、肉桂，以温肾化气。

●阴阳俱脱

证候：急病重病，突然大汗不止或汗出如油，精神疲惫不支，声短息微，遗尿失禁，舌卷少津，脉微细欲绝或脉大无力。

治法：回阳救阴。

方药：阴阳两救汤（《医醇賸义》）：药用熟地、附子、人参、菟丝子、栀子、茯神、远志、紫河车、炮姜炭。熟地、菟丝子、栀子、紫河车，填补精血面救阴，佐以远志养心安神；附子、人参、茯神，补益元气面温阳，阴药阳药同用，使坎中之阳上升，离中之阴下降，以救阴阳俱脱。

若肢冷甚者，炮姜易干姜，以增强回阳之效；舌光红而干者，加面洋参、生地，益气养阴，清热生津。

除以上辨证治疗外，尚需辨明病因而综合治之。如热病、烧伤、内外出血、暴吐暴泻等，分别参照有关章节治疗。

[权变法]

疾病发展过程中，出现口唇青紫，两目黯晦，舌质隐青者，为瘀血凝滞，络脉不通，可加丹参、土鳖虫、血竭等，或加用血塞通注射液以活血祛瘀；出现壮热烦躁，呕血衄血，皮肤斑疹，舌绛者，为热毒炽盛，血热妄行，可加尿西角地黄汤，以凉血止血；若见元阴衰弱，津液虚少，烦躁口渴者，用滋阴生脉散（《医宗粹言》）。症见四肢逆冷，身热面赤，烦躁言乱，六脉微弱，用生脉附子汤（《医宗粹言》）。出现尿闭、呕恶、血中肌酐、尿素氮升高者，为肾脏真气衰竭，浊气上冒，可重用附子、肉桂，以温肾化气，并用生大黄 60g 煎水，保留灌肠，以通便降浊，或参照“肾衰”处现；出现喘促、心悸、虚里搏动急促者，为心脱真气衰竭，可加用参苏饮、万年青、福

寿草等，鼓舞心气，以达强心之功，或参照“心衰”处理；出现息微或气促，动脉血气分析，氧分压下降或二氧化碳分压升高者，为肺脏真气衰竭，可加用醒脑静注射液、清开灵注射液以醒脑开窍，或参照“肺衰”处理；出现目光晦暗，瞳神呆滞或放大，或息微，良久一息，鼻口无气，或脉见釜沸，鱼翔或人迎、寸口、趺阳、六脉俱伏者，此心肺，肾脏真气将绝，可参照“卒死”进行急救。

［转归］

脱证的转归，决定于发病原因，病情轻重，病程久暂，抢救及时，治疗得当等因素。为此，必须掌微症情，综合分析，分秒必争地采取积极有效的措施，使病情转危为安。如见烦躁不宁、或恍惚、淡漠、朦胧不清等，病有增无减；气促息微或鼻翼煽动，张口抬肩，或虚里搏动明显增快；大汗不止，汗出如油；指趾端厥冷至腕踝关节；收端压低于 10.7kPa，脉压差小于 2.67kPa；尿量急骤下降，每小时小于 30ml，每日尿量低于 500ml，甚至无尿；脉微欲绝，或兼见迟、疾、结、促、代、雀啄、鱼翔；舌光剥干枯无苔或舌质紫黯等；其他如体温骤降不升，或呕血或皮肤瘀斑等，预后极差。神转清晰，面转红润，为精、气、神将复之象，但当排除假象，假者突然两颧浅红，游移不定，或突然两颧发红如妆，言语不休，不食而能食者，此通常比喻为“回光返照”。肢端回温，汗出，尿量增加，每小时大于 30ml，为阳复阴生之象。气晰平稳，脉搏有力，收缩压大于 10.7kpa，脉压差大于 2.67kPa，为心肺之气已生之征。

［调护］

1. 宜静卧，忌搬动，采取头低舞高位，使精血充盈，荣养心脑。

2. 立即建立动静脉通路，以便采血，输液及药物输入。

3. 极据病情调整输液速度，原则上初起宜快，以后视血压、心率、尿量等变化面定。

4. 建立特别护理记录，根据病情按医嘱每半小时至 4 小时记录 1 次。观察的主要项目为：神志、面色、气息、出汗、肢冷、血压、尿量、舌苔、脉象、心率、呼吸、体温等。

5. 注意保护性医疗，做好精神护理，劝告家属切忌在病员面前啼哭，或谈论病情预后等。

6. 保持室内安静，通风，注意保碳，保护皮肤清油干燥，如大汗者，用干毛巾擦干，更换衣裤，避免吹风；如肢冷者，四肢可行按摩，并艾灸关元，避免使用热水袋等热敷，以免烫伤皮肤。

7. 躁动谵妄病人，应采取适当保护措施，如将假牙取出，修煎指甲等。

8. 病人 6 小时无尿，注意检查肺胱是否膨胀。尿潴留者给与热敷或针灸处理。

9. 脱证纠正后，还须有较长时期的整体修复过程，在这段时期中，尚需精神调据，饮食滋养，调整阴阳，补益脏气，药物每以生脉散、四君子汤作善后调理。

第七节 暴 喘

［述要］

暴喘是指由肺气察痹面引起卒发的呼吸急保和窘迫症。暴喘之病名，始见于《中藏经》：

“不病而暴喘促者死。”本病病情极为危重。清·张璐《医通》说：“即暴喘腹胀，大便实者，方可用药。加以溏泄，必死勿治。此阴火暴逆于手足太阴，所以喘胀。肾气失守，所以便溏。其人虽强，不久当呕血而死。”

暴喘的临床病象为：突发呼吸急促和窘迫，鼻翼煽动，甚则张口抬肩，口唇和爪甲青紫，大汗淋漓，烦躁不安，便秘腹胀；或伴寒战高热，四肢厥冷，神志昏冒，呕血便血；舌红或青紫，脉初为数疾，后微细欲绝。一经发病，均呈重危，可于一日或数日内死亡。

本病病位在肺，病标在大肠，与心、肾的关系密切。病性以邪实壅肺为主，如温热外邪，水饮痰浊，瘀血败浊等，壅阻于肺，引起肺气壅痹，或直接损伤肺气，气机逆乱，肺气肃降失调而暴喘。亦有因厥脱重症，阴阳离决，肺气衰败而发暴喘。前者为实证，后者为虚证。

西医学所称之成人呼吸窘迫综合征，急性放射性肺炎等，可参照本篇内容诊治。

[病因病机]

本病的发生可由多种原因引起，正如《济生方·喘》所说：“将理失宜，六淫所伤，七情所感，或因坠堕惊干，渡水跌仆，饱食过伤等，动作用力，遂使脏气不和，荣卫失其常度而不能够随阴阳出入以成息，则促迫于肺，不得宣通而为喘也。……更有产后喘急，为病尤亟……。”

（一）温热外邪

温热外邪便袭，导致气分热盛，热邪伤肺，肺气受伤，肺气上逆而成暴喘。肺与大肠相表里，热邪入里化燥，与肠道糟粕搏结，燥屎内阻，腑气不通，浊气不得下泄而上熏于肺，气机有升无降，遂使喘逆更甚。尤其挟痰热壅肺时，痰浊壅塞，肺气痹阻，上焦不宣，中焦不运，大肠传导失职，其喘尤甚。若感受疫毒时邪，直犯营血，攻心犯肺，一则肺体受伤，肺气内痹，不容呼吸；二则心气受伤，血脉痹阻，不能注肺而循呼极，发为暴喘。

（二）疔毒内陷

疔疽痈疡诸病，可因热毒炽盛，正不胜邪，发生疔疮走黄。此时热毒攻心犯肺，肺无肃降之力，气逆于肺，肺举叶张，可致喘逆、神昏、皮下瘀斑等，如《疡科心得集》说：“外症虽有一定之形，而毒气之流行，亦无定位，故毒攻于心则昏迷，入于肝则痉厥，入于脾则能痛胀，入于肺则喘嗽。”

（三）跌仆外伤

轻者伤及骨肉血脉，重者损及五脏六腑；脏伤，则真气受损；腑伤，则气伤不通，引起气机逆乱，升降失常，水湿停聚于肺，肺失肃降而暴喘。尤其是严重的外伤或挤压伤，可有败血形成，循经入肺贯心，壅塞于肺，肺失肃降之极，水津不布，血脉不行，为痰为饮，与瘀血相结，壅塞肺气，升多降少。如《类证治裁·喘证论治》所说：“若血入肺，而赤，喘欲死……，如败血冲心，胸满上气。”

（四）厥脱重症

阴不维于阳，阳不为阴的脱证，或阴阳气不相顺接的厥证，致使脏腑真气受伤，“五络俱竭”，造成肾失纳气之职，脾失生气之能，心失统运气血之功，终使肺无肃降之力，营卫失统，上下痞壅，逆气乱于胸中，宗气外泄而成暴喘。

此外，产褥伤，大面积烧伤，秽毒气体（烟雾，光气）直接吸入肺中，大手术后，大量输血，长期高浓度吸氧，胸部放射性治疗等，都可引起暴喘。

[诊断与鉴别诊断]

(一) 诊断

1. 问诊 起病急骤，多在外感发热，严重创伤，疔毒恶化，大面积烧伤，分娩，各种严重疾病引致厥脱发生后，半天至3天内，出现呼吸喘急，神疲乏力等，既往无类似病史。

2. 闻诊 呼吸喘促，呼吸次数每分钟达30次以上，气粗息高，常带鼾声。双肺听诊，早期肺泡呼吸音减弱，后期可闻及湿性罗音，或出现支气管呼吸音。

3. 望诊 神情烦躁，或恐惧不安，鼻翼煽动，张口抬肩，大汗淋漓，口唇，爪甲青紫，甚至全身青紫，舌质紫黯。胸部X线表现：早期可无异常，后期肺水肿样表现；动脉血气分析：早期动脉血氧分压即现降低，氧疗过程中仍继续下降，$PaO_2/F_IO_2<300mmHg$(动脉血氧分压/吸入氧气浓度)

4. 切诊 胸部呼吸起伏动作加快加大，虚里搏动频数有力，皮肤湿润多汗；脉时数疾，进面多微细欲绝。

(二) 鉴别诊断

1. 重证哮证 哮证发作时也兼喘，重度发作时口唇、爪甲青紫，当加以鉴别。哮有宿根，反复发作，有季节性，发作时喉中有哮鸣音，胸部X线检查和血气分析可助鉴别。

2. 气胸 创伤性气胸，自发性气胸或继发性气胸，均可突然呼吸喘促，状如暴喘。但病史多有提示，如胸部锐器伤，或慢性肺病史，经X线诊断及入工气胸测压，有助于鉴别。

[论治]

(一) 治疗原则

暴喘多因邪实壅肺，以“实者泻之”、“留者攻之”为治则，以宣肺通腑为大法。

(二) 急救处理

暴喘总以呼吸窘迫为主要证候，急救处理，必须宣肺理气，降逆平喘，恢复肺主气之功能。

1. 针灸 (1)常用针刺穴位：人中、内关、素髎、十宣、涌泉、会阴、足三里、肺俞、中府、合谷、透鱼际等。每次选用1～3个穴位，手法用强刺激之泻法，留针半小时或不留针。

(2) 艾灸法：出现阴阳离决之脱证，改用艾灸百会、涌泉、足三里、肺俞。

(3) 刺络疗法：少商，以三棱针刺出血，或十宣点刺放血。以上两法对毒热炽盛所致的暴喘，可起泄热、解毒、祛邪的作用。亦可选肺俞、风门、与丰隆、尺泽交替使用。采用三棱针，在选好穴位处，或穴位附近瘀阻明显的血络点刺。点刺后，再加拔火罐，采用闪火法，留罐时间为20分钟。

(4) 电针疗法：选用素髎、天突、内关。呼吸骤停加膈神经刺激点。

2. 搐鼻法 搐鼻散(细辛、皂角、半夏)，或通关散(猪牙皂、细辛)，激入或吹入患者鼻腔内，使之喷嚏。必要时可隔15～30分钟重复1次。

3. 针剂 (1)复方丹参注射液：12ml，加入5%葡萄糖注射液300ml内，静脉滴注。

(2) 川芎嗪注射液：200mg，加入5%葡萄糖注射液100ml内，静脉滴注。此外，可根据

病情选用生脉注射液、参麦注射液、参附注射液。

4. 中成药　(1)透罗丹　每次 30 丸，每日 3 次，口服。

(2) 四消丸　每次 5g，每日 3 次，口服。

(三) 辨证治疗

●气分热盛

证候：本证见于温热病致暴喘者。暴发喘促气急，甚则鼻翼煽动，摇身撷肚，身壮热，汗出，口渴，烦●，或伴咳嗽，痰稠黄难咯，舌质红，苔薄黄而干，脉洪数。

治法：清气分热，宣肺平喘。

方药：白虎汤(《伤寒论》)加麻黄。药用麻黄、生石膏、知母、粳米、甘草。石膏配知母，擅清气分热而除烦生津；石膏配麻黄，清泄肺中郁热而平●；甘草、粳米益胃护津，使大寒之剂而无损伤脾胃之虑。诸药合用，共奏清热，平喘，生津之功。

热虽盛，而渐见燥渴不止，大汗淋漓，脉浮大而无力，属热盛而气津两伤者，加人参。如气阴欲脱，见喘促而息微，鼻煽，神疲嗜睡，汗出如油，口干渴而不多饮，舌红无津苔少，脉微细者，如身仍壮热，可用原方合生脉散；如身无壮热，可先用大剂生脉散，待气阴渐复，再合用原方，或改用竹叶石膏汤。若咳嗽，痰稠黄难咯，胸痛，脉滑者，兼痰热壅肺，原方加杏仁、连翘、黄芩、桑白皮以清热化痰。

●阳明腑实

证候：本证多见于温热病致暴喘者。暴发喘促气息，气高息粗，大便秘结，潮热，手足濈然汗出，腹胀，按之硬，或目中不了了，睛不和，甚或谵语，谵衣摸床，舌苔焦黄起刺或焦黑燥裂，脉沉实。

治法：通腑泄热，清肺平喘。

方药：五虎汤(《增补万病回春》)送服一捻金(《古今医鉴》)或牛黄散(《重订广温热论》)。药用麻黄、杏仁、石膏、甘草、桑白皮、茶叶。

此疲是热邪入里化燥，与肠道糟粕搏结，谵气不通，气逆作喘，必须肺与大肠同治。五虎汤中有麻杏石甘四味，是清肺平喘之要药，辅以桑白皮和细茶，清肺平喘之力更强。一捻金和牛黄散均含大黄和牵牛子，两药均味苦性寒，待泻下通便而泄热，可协同五虎汤，收通腑泄热，清肺平喘之功。况且暴喘发病甚急，仓促之间未及煎药，可先于一捻金或牛黄散作救急之用，更可 1 日数服，以燥粪便下为起效之标记。

若服用上药后，大便仍燥结难下，可改投大承气汤峻下热结。若见口燥唇干、舌质乏津，可改用增液承气汤。

●热入营血

证候：本证多见于疔谵内陷致喘者。暴发喘促气急，气粗息高；痈疡疔疽之肿势向周围扩散，红线向躯干伸延；高热不退，头痛，心烦急暴，呕恶，肢体拘急，继则喘促加重，神昏，谵语，抽搐，痉厥，皮肤发斑，舌质红绛，舌苔黄糙垢腻，脉洪数。

治法：清营解毒，凉血护心平喘。

方药：解毒清营汤(《赵炳南临床经验集》)送服梅花点舌丹(《外科证治全书》)。药用金银花、连翘、蒲公英、平地黄、白茅根、生玳瑁、牡丹皮、赤芍、川连、绿豆衣、茜草根、生栀子。金银花、连翘、蒲公英清热解毒，栀子清三焦热，配合川连重在清心热；牡丹皮、赤芍、茜根清热凉血活血；生地、白茅根养阴凉血护心；生玳瑁清热解毒，镇心平肝；绿豆衣能清心中之邪热。诸

药合用，清热之中又能养阴扶正，养阴之中又能凉血活血。梅花点舌丹，功能清热解毒，善治疔痈之肿痛，合用解毒清营汤，防治疔毒走黄甚验。

口渴，烦热重者，加生石膏、知母、黄柏；大便干燥数日未解者，加大黄。若见神昏谵语，加莲子心，重用生玳瑁，送服安宫牛黄丸或局方至宝丹。

●水饮射肺

证候：本证多见于严重外伤，尤其是胸部撞击伤、挤压伤所致暴喘者。外伤之后，喘促气逆，胸高息粗，鼻翼煽动，咳嗽，咯白粘痰，胸闷，呕恶，舌苔白腻，脉弦滑。

治法：宣肺渗湿，活血化瘀。

方药：宣肺渗湿汤（验方），药用杏仁、桂枝、葶苈子、赤芍、桑白皮、丹参、当归、郁金、黄芪、血竭。方中杏仁、桑白皮、葶苈子宣肺化痰；桂枝、北芪补气温阳，助温运水湿；赤芍、丹参、当归、郁金、血竭活血化瘀，血行则水行，可助引导肺中之水湿下行。

若发热，痰转黄稠，去桂枝，加黄芩、连翘、蚤休等。神惫衰弱，面色皖白，脉沉细弱，加吉林红参 20～30g，或高丽参 5～10g，另炖兑服，以大补元气，振奋心阳，补益肺气。若四肢厥冷，脉微欲绝，血压下降，则加熟附子、干姜、炙甘草以回阳救逆。

●瘀血犯肺

证候：本证多见于外伤致暴喘者。外伤之后有外出血或内出血，随后喘促气逆，胸高息粗，鼻翼煽动，唇周、指甲及舌色青紫，脉涩。

治法：逐瘀通腑，益气救肺。

方药：桃核承气汤（《伤寒论》）合二味参苏饮。此时大补元气，配合破血化瘀，乃扶正祛邪之法也。

血肿显著或属挤压伤者，加血竭散；若口鼻气急黑者，加附子；若气上逆，深吸气见胸胁痛者，合四磨汤。

以上所论乃暴喘之常见者。除此之外，有厥脱重症致喘者，先按厥脱进行救治，并参考上述宣肺参湿利水及活血化瘀之治法方药。产后致喘者，多因瘀血犯肺，可用逐瘀益气法治疗，如《正休类要》所说："……瘀血熏蒸于肺面喘……当用人参一两苏木二两，作一剂，水煎急服，缓则不治，产妇多有此疾。"产后大出血，或其他病因大出血而喘者，可参阅有关章节，并配合紧急输血。

［权变法］

本证因喘促气逆，气不足以养神，而出现神识不清者，可参阅"神昏"和"肺衰"之治法方药。若喘促气逆面后发生心悸、水肿、小便不利者，是损及心脾肾之阳气，水饮射肺凌心所致，可参阅"痰饮"（《中医内科学》）、"心衰"等有关章节。若病人呼吸逐渐微弱，甚至停止，瞳仁散大，脉搏和心音消失，可参阅"卒死"之救治方法。

本证极其危重，为尽量提高抢救成功率，中西医必须密切合作，取长补短。西医之治疗大法有：

1. 积极控制感染。
2. 改善通气和组织氧供，通常要应用机械通气技术。
3. 多环节减轻肺和全身损伤，包括应用各类型药物，甚至做血液透析等。
4. 营养支持及积极处理并发症。

［转归］

暴喘病情险恶，死亡率极高。如果抢救成功，去除致病因素，一般可以完全康复。

［调护］

应让病人住进监护病房(ICU)，实施心、肺、脑代谢和营养全面监护，以更好地实施氧气疗法；尚须变换体位，鼓励咳嗽排痰；保证蛋白和热量的供给，又要严格控制输液量，以免加重肺水肿。

第八节　急性出血

［述要］

急性出血是指血液不循常道，溢于脉外，血动于上，出于肺则为咳血；血出于胃则为呕血；血出于大肠则为便血，且发病急卒，病势险恶的一组急危重证。本节主要讨论咳血、吐血、便血。其病名始见于《内经》。

临床病象为：或见血随咳出，轻者痰中带血，重者咳血盈碗盈盆；或血随呕而出，血色鲜红或紫黯，胃病恶心，轻则间隙数口，重则倾盆盈碗；或见下血鲜红，或紫黯，或色黑如漆，多伴腹痛，脉多弦、滑、细数、弱。病人常惶恐不止，烦躁不安，伴头晕目眩，乏力，自汗，心悸气短，重症见血出如涌泉，神志恍惚，面唇苍白，四肢厥冷，大汗淋漓。

病位分别为：咳血在肺，呕血在胃，便血在胃肠，三者与肝、脾、肾关系密切。病性有虚实之分，虚者上焦肺，中焦脾胃气虚，下焦肝肾阴精不足；实者肺热、胃热、肝火、风燥、湿热；病久不愈，多虚实夹杂，相兼为患。

西医学的呼吸系统及消化系统引起的出血，可参照本精诊治。

［病因病机］

急性出血多由于火热炽盛，迫血妄行，或气伤面不能护血摄血而致血动溢于脉外，伤于阳络则血上溢，溢于肺者为咯血，出于胃者为呕血；阴络伤则血内溢，见便血。

（一）热伤阳络

肺为娇脏，为脏腑之华盖，喜润恶燥，风热燥邪犯肺，灼伤肺络，血液离经，随咳面上逆于外则咳血。饮酒过多或嗜食辛辣厚味，热蕴结于胃中，灼伤阴络，脉膜兼溢，血扰于胃，胃气上逆，血随呕出；大热灼伤或湿热之邪下注，熏灼阴络，迫血妄行而见便血。久病不愈，水亏火旺，肺阴耗损，燥热内生，灼伤肺络面致咳血。

（二）肝火炽盛

肝者将军之官，相火内寄，以真水养之，真气以制伏，为柔和条达生理之用，惟因情志不舒则生郁，言语不投则生嗔，谋虑过度而自竭其因，则成肝失常性，疏泄受郁，气滞郁勃，从中化火，攻冲激烈，升之不熄，上犯于肺，金伤肺燥，肺络受灼，而生咳血；肝火横逆，胃受火炽，络脉受伤，血得热则滞张，血失气约而呕血。

（三）脾虚不滞

劳倦过度，或忧思过极或肝病日久不愈克脾，致脾虚不能统血，以致血液随胃气上逆而呕血；统摄失职，血液外溢下行而便血。

[诊断与鉴别诊断]

(一) 诊断

1. 问诊　咳血前常伴喉痒，胸闷，轻者痰中带血或纯血数口；重者血出盈碗，血色鲜红，伴有咳嗽，喘促气逆，口干鼻燥，胸胁胀痛，潮热盗汗；或血随呕出，呕出物夹有食物残渣，呕血前常有胃脘不适或胃痛恶心，或病人自述便前或便后下血鲜红或紫黯，或色黑，多伴腹痛，腹中雷鸣，头晕汗出，气短乏力，既往多有呼吸道，胃肠道疾病病史。

2. 闻诊　咳声阵发或频作，喉间闻及痰鸣或呼吸气粗，血多腥味，肺部听诊可在病变部位闻及呼吸音增强或减弱，局限性或广泛性干、湿罗音；或呕恶频作，语音低沉，气息短促，哕声频频，腹中雷鸣声，腹部听诊肠鸣音多活跃。

3. 望诊　血色粉红多带泡沫，是出于肺；血吐出便凝，摸之不粘指，为守脏之血，见之必死；血色鲜紫浓厚经口吐出，当责之于脾；血色青紫稠浓，或有结块，当责之于肝。病人神情紧张，烦躁不安，面色苍白，重则出血倾盆盈碗，神志昏迷。

4. 切诊　四肢欠温、冰冷，肌肤湿润，胃脘及胁下扪及癥积癖块，或腹肌紧张有触痛，脉有弦、滑、细、弱、微、芤等不同。

(二) 鉴别诊断

1. 咳血与呕血鉴别　(1) 咳血　经气道由咳嗽而出，常痰中带血或痰血相兼，多有肺系病病病史。

(2) 呕血　由呕吐而去，常夹有食物残渣，伴有胃痛、恶心，多有胃病及肝病病史。

2. 便血与痢疾、痔疮、脏毒鉴别　(1) 痢疾　下痢赤白脓血便，有腹痛，里急后重。

(2) 痔疮　病在肛门，发作时肛门射血如线，或点滴鲜血不已，肛门灼痛。

(3) 脏毒　肛门肿痛，下血紫黑。

[论治]

(一) 治疗原则

对急性出血，临床当以迅速止血为要法。急当分清病人证候虚实而分别论治。虚者补之，以益气摄血为主；实者泻之，以治热，泻火，凉血为主。若虚实夹杂，标本同见者，则当视其病情轻重，采用“急则治标，缓则治本”的原则。

(二) 急救处理

急性出血常造或病人恐慌而不易止血，或加重出血，大出血不止者又可危及病人生命。因此，镇静，止血，并加强原发病的治疗十分重要。

1. 针刺　(1)咳血：选用尺泽、鱼际、肺俞、足三里、太溪、涌泉、孔最穴。

(2) 呕血：选用上脘、大陵、郄门、神门、胃脘穴。

(3) 便血：选用脾俞、大肠俞、长强、关元、三阴交、承山穴；每次选用 3～4 穴，施平补平泻法。

2. 外治法　以蒜泥敷涌泉穴，引热下行治咳血，呕血。

3. 中成药　(1)花蕊石散 9g，男用酒调服，女用醋调服。

（2）石灰散 5g，童便送服。

（3）云南白药 0.5～1g，白及粉 3g，每日 3～4 次，口服，若无白及粉用童便送服云南白药。

（4）血宁冲剂 1 袋，白及粉 3g，每日 3 次，口服；无白及粉，用童便送服血宁冲剂。

（5）根据病情选用生脉注射液、穿琥宁注射液、鱼腥草注射液。

（三）辨证治疗

●热伤阳络

证候：喉痒咳嗽，咳痰黄稠，痰中带血，或咳血鲜红，口干鼻燥；或血随呕出，色紫●，甚或鲜红，常混有食物残渣，脘腹胀闷，甚则作痛，口苦，口臭；或便血鲜红，或先血后便，大便不畅，伴腹痛，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热泻火，宁络止血。

方药：泻心汤（《金匮要略》）。药用：大黄（后下）、黄芩、黄连。

方中大黄通腑泻热，导热下行，脏病治腑，腑平脏安之效；黄芩苦寒入肺经，直清肺经之热，黄连助其清热之力。三药并非止血之品而能达止血之功，实为切中热伤肺络之病机而设，使火清则血宁，不止血而血自止。

方中可加白及收敛止血。以便血为主者，改用地榆散。

●肝火炽盛

证便：咳嗽阵作，咳血鲜红或从口便出，或血随呕吐而出，胸胁疼痛，心烦易怒，面红目赤，口苦咽干，尿赤，便秘，舌质红，苔黄，脉弦数。

治法：清肝泻火，凉血止血。

方药：大柴胡汤加蒲黄丹皮桃仁当归方（《血证论》）送服黛蛤散（验方）。药用：柴胡、半夏、白芍、黄芩、枳实、大黄（后下）、生姜、大枣、青黛（包煎）、蛤粉、蒲黄、牡丹皮、桃仁、当归。

方中青黛、白芍、黄芩清肝泻火，大黄、蛤粉、蒲黄、丹皮、桃仁、当归凉血活血止血，柴胡、枳实疏肝理气，生姜、大枣调和诸药，诸药合用使肝热清，呕血、咳血自止。

另可加藕节、茜草以助止血。

●阴虚肺燥

证候：反复咳血，血色鲜红，咳嗽痰少，或干咳无痰，颧红，潮热盗汗，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴润肺，凉血止血。

方药：百合固金汤（《医方集解》），药用：生地黄、熟地黄、玄参、当归、芍药、百合、便冬、贝母、生甘草、桔便。方中百合、麦冬、玄参、生地、熟地滋阴润肺，养肺补肾；当归、芍药柔病养血，贝母、甘草、桔便止咳化痰；诸药便阴液滋，燥得润，热则降而血自宁。

可加白薇、白茅根、藕节止血。

●脾虚不摄

证候：呕血缠绵，时轻时重，或下血紫黯，或色黑如漆，先便后血，腹部隐痛，面色㿠白，心悸气短，纳呆，乏力，头晕目眩，舌质淡，苔白，脉细弱。

治法：益气健肺，摄血止血。

方药：归脾汤（《济生方》），药用：人参、黄芪、白术、茯神、甘草、木香、远志、酸枣仁、龙眼肉、当归。方中人参、黄芪、白术、甘草益气健养；当归、龙眼肉、枣仁、远志、茯神养血安神；佐少许木香理气醒脾，使其补而不滞。诸药合用使脾气诸旺，血得统摄，化源充沛，血得滋生。

本证亦可选用甘草人参白及汤。

[权变法]

急性出血不止最易导致血脱亡阳之逆证。病人症见面唇、指甲苍白，眩晕，短气，心悸，烦躁，大汗淋漓，四肢厥冷，尿少，或神识恍惚或昏愦，舌质淡，脉微细无力。治宜回阳救脱以挽生机，急用参附注射液 20ml 加 25%葡萄糖液 20ml 静推，继后改用参附注射液 50ml 加 5%～10%葡萄糖液 200～400ml 中静脉滴注，亦可使用生脉注射液 100ml 加入 5%～10%葡萄糖液 300ml 中静脉滴注，同时应输血输液。咳血血块阻塞喉管引起窒息者，应立即进行体位引流，或气管插管吸出血块，保持气道通畅，并给予快速吸氧。也可根据病情，采用双囊三腔管，内窥镜局部止血方法。

[转归]

急性出血的预后与转归主要决定于出血量的多少，出血部位，病程的长短，脏器损伤程度，及治疗及时、得当与否。一般而言，出血般小，病程短，脏器损伤轻微，治疗及时得当多预后良好。反之，出血量大，病程长，反复出血，脏器损伤严重，治不及时或不得当者，常易发生阳气虚脱而危及生命。身热脉浮者，多为危候，难治。身凉脉静，神清者，为正气来复，易治。或有血块窒塞气道，预后多不良。

[调护]

1. 急性出血应少食多餐，食清淡流质之品，有利于固护胃气。

2. 做好心理护理，消除病人的紧张情绪。

3. 出血量较大者，应密切注意病人出血量、脉象、心脏、血压、呼吸、面色、肢温、小便、肠鸣等病情变化，并详细记录，及时处理。

第九节 暴 吐

[述要]

暴吐是指邪毒犯胃，与胃气相争，扰动胃气不宁，暴逆上冲而引起的急性呕吐。病名始见于明沈顾《病机汇论》："其症食已暴吐，渴欲饮水……气上冲胸面发痛，其治当降气和中。"

本病病象以突然发作的剧烈呕吐为特征。多伴脘腹痞胀，或腹中冷病，腹泻稀薄，或大便秘结，或恶寒发热，或嗳气吞酸，食少纳呆；或暴吐如喷，肢痛肢冷；甚则两目下陷，皮肤皱折；亦有津耗气脱面出现面色苍白，四肢厥冷，脉微欲绝等危象者。

本病病位在胃，多影响到脾和三焦，大肠、小肠。病性以邪实为主。本病一年四季皆可发生，但以夏秋季多发。男女老幼皆可患病。病因不同，轻重不一，病程长短亦不一。

西医学的急性胃炎可参考本篇内容。

[病因病机]

本病多由邪毒犯胃，般结阳明，造成中焦不治，脾气不升，胃气不降，阴阳否隔引起胃气

暴逆，上冲而成。

（一）外邪侵袭

外感六淫邪毒，或秽浊之气侵袭中焦，致使邪毒犯胃，胃气不宁，脾气不升，胃浊不降，清浊相干，浊气逆乱上冲，夹食上越而发。

（二）饮食所伤

暴饮暴食，或过食生冷，油腻、不洁食物，或误食毒物，伤胃害脾，造成食滞中脘，或毒结于胃，致使胃失和降，气逆上冲。

总之，本病多以外邪侵袭，或饮食所伤，造成胃失和降，气逆上冲而成。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　吐前多有外感时邪，或饮食伤史。多伴脘腹痞胀，腹中冷痛，腹泻，恶寒发热；脘腹胀满，暴吐如喷，脘痛肢冷；甚则两目下陷，面白畏寒，或转筋。

2. 闻诊　呕声洪亮，或腹中雷鸣，肠鸣音亢进。

3. 望诊　神萎不振，辗转不宁，面黄，甚则面色苍白，呕吐物多为食物、痰涎，甚或夹胆汁，舌红苔白或黄厚腐。

4. 切诊　脘腹压痛或拒按，中脘、梁门、胃俞、脾俞、足三里多有压痛，脉见浮紧、滑数、弦。

（二）鉴别诊断

1. 急性胆胀　以右胁下剧烈绞痛为主证。常突然发病，阵发性加剧，疼痛可放射至右肩胛及腰背部。同时，多伴见寒战发热，恶心呕吐，厌食，黄疸等。胆黄多压痛。每因情志郁怒，过食油腻，虫积等诱发。中年女性多见。

2. 急性脾心痛　多卒发于饱食、饮酒或情绪激动时，以持续剧烈的中上腹，或左上腹胀痛，多向左腰背下放射，仰卧加剧，甚至波及全腹，频繁呕吐，寒战高热等。左天枢穴压痛。可迅即出现厥、脱危象。血、尿淀粉酶及血清脂肪酶明显升高。

3. 时疫霍乱　是以上吐下泻交作，吐下物如米泔水样，无腹痛为主症。起病急骤，来势凶险，常迅即出现津液损伤，肢冷脉微等脱象，且有强烈的传染性。大便培养可确诊。

[论治]

（一）治疗原则

暴吐起病急骤，合病并病多，极易出现逆变证，故急取祛邪降逆，“甚者独行”的原则。临床以镇定中枢，祛邪和胃，降逆止呕为大法。

（二）急救处理

1. 针灸　取穴内关、中脘、足三里、公孙。以毫针中等强度刺激，留针 20 分钟。加减：热吐，加合谷、金津、玉液；寒吐，加上脘、胃俞；食积，加下脘、璇玑。

2. 针剂　(1)醒脑静注射液：每次 20ml 加入 5%葡萄糖 250ml 内，每日 1～2 次，静脉滴注。

(2) 生脉注射液：每次 60ml 加入 5%葡萄糖 500ml 中，每日 1～2 次静脉滴注。

(3) 参附注射液：每次 20ml 加入 0.9%生理盐水 500ml 中，静脉滴注。

3. 中成药 (1)玉枢丹(《是斋百一选方》):每次 0.6g,每日 2 次,冲服。

(2) 藿香正气水(《中国药典》):每次 5ml,每日 3 次,口服。

(3) 红灵丹(《霍乱论》):每次 0.3g,每日 3 次,口服。

(4) 十滴水(《中国药典》):每次 1ml,每日 4～6 次,含服。

(5) 大蒜、吴茱萸共捣为膏,敷涌泉穴。每次 15 分钟,每日 2～4 次。

(6) 生姜绞汁,每次 1ml,每日 4～6 次,含服。

(7) 苏合香丸,每次 1 丸,每 4 小时 1 次,生姜煎汤送服。

(三) 辨证治疗

●大寒犯胃

证候:起病急骤,呕吐不止,脘腹痞胀,腹中冷痛,腹泻,四肢欠温,或伴恶寒头痛,舌淡苔薄白,脉浮紧。

治法:温中祛寒,和胃降逆。

方药:香砂理中汤(《重订通俗伤寒论》),药用:木香、砂仁、人参、干姜、白术、炙甘草。方中人参、白术、炙甘草守补中气,和胃降逆;干姜温中祛寒,守而不走,以复中阳;砂仁、木香芳香悦脾。

外感寒邪,加藿香、厚朴、紫苏叶以疏邪化浊。

●饮食停滞

证候:呕吐酸腐,脘腹胀满,嗳气厌食,吐后反觉舒服,大便或溏或结,舌苔厚腻,脉滑。

治祛:消食导滞。

方药:香砂枳术饮(《摄生秘剖》),药用:枳实、白术、木香、砂仁。方中白术健脾化浊,和调胃气;枳实下气化滞,消痞除满;木香、砂仁行气导滞,悦脾消食。

本方可加鸡内金、山祛、神曲以消食导滞;吐剧者,加用枳实导滞丸(《内外伤辨惑论》);吐不爽者,可予探吐。

●时疫热毒

证候:恶心呕吐,胸膈饱满,烦闷不安,腹●腹泻,甚则发热面赤,狂躁不安,或昏迷抽搐,舌红苔黄,脉数。

治祛:解毒除疫,降逆止呕。

方药:连朴饮(《随息居重订霍乱论》),药用:炙厚朴、黄连、姜汁炒、石菖蒲、炙半夏、炒香豉、焦山栀、芦根。方中黄连清热解毒,厚朴理气开结;栀子清降火热;香豉宣郁透热;石菖蒲芳香化浊;半夏燥湿和中;芦根生津和胃。清药合用,共或解毒除疫,降逆止呕之功。

本方多加服玉枢丹(《是斋百一选方》)以降逆止呕;昏迷抽搐者,加服安宫牛黄丸(《温病条辨》)或至宝丹(《太平惠民和剂局方》)以开窍醒神,镇痉止抽。

[权变法]

病人呕吐不止,身痛恶寒者,加●香、羌活、白芷以芳香除秽,拨乱反正;暴吐伤津,耗气损阳者,予参麦注射液 40～60ml 加入 5%葡萄● 500ml 内静脉清注,或配合输液疗祛;热毒内陷者,予清营汤(《温清条辨》)送服局方至宝丹或牛黄散(中国科学院首都医院中医科)或配合静脉清注醒脑静注射液或清开灵注射液以解毒透营,清心开窍;暴吐不止,津脱阳亡者,急投卫生防疫宝丹(《医学衷中参西录》)或配合参附注射清静脉滴注生津和胃,回阳固脱。

［转归］

本病转归与致病原因，患病久暂，体质强弱和治疗情况密切相关。

一般而言，邪浅病轻，治疗及时，多可邪去正安，呕吐自止；病情转重，气血津液骤然亏损，发生脱证；或邪毒炽盛，内陷心营，多伤损正气，转生虚证。甚或邪盛毒剧，正虚不复，预后不良。

［调护］

1. 令病人卧床休息，调节情志，解除病人恐惧心理，树立战胜疾病的信心。

2. 早期当禁食，服用药物当先嗅后服，而后少量频服，或予肛肠给药。切忌服用刺激食物，饮食宜先予流质，再半流质，最后给予普食。并注意补充阴津。

3. 暴吐病人需常规急诊留观，密切注意病情变化，并做好相应记录，直至呕吐缓解为止。

第十节　暴　　泻

［述要］

暴泻是指脾胃突然受邪，阑门失约，水谷杂下，大肠传导失职，暴注下迫的一种急症。又称“暴注”、“注下”、“洞泄”等。本病始见于《和剂指南》。

本病病象以突发腹泻不止，次数增多，一日数次，甚则数十次，粪质稀溏，甚则泻下如水，多伴腹痛，肠鸣。病重者，表现为口渴思饮，两目下陷，皮肤皱折，小便短少或无尿，四肢厥冷，或腓部转筋等伤津亡液，耗气亡阳等危象，甚则呕吐不止，高热不退。

暴泻病位在脾胃和大肠、小肠，与肝肾关系密切。病性以邪实为主。四季皆可发病，但以夏秋季节多见。

西医学的急性肠炎，食物中毒等病可参照本篇内容。

［病因病机］

本病多由饮食不洁，外感时邪及伤食致使脾胃突受邪侵，阑门不能分清水谷，大肠传导失职，暴注下迫而成。

（一）感受外邪

发病多以湿邪为主，湿为六淫之一，多不单行，随寒而侵者为寒湿；动于火者为湿热；湿生于夏者为暑湿。上述诸邪多由肌腠内侵，或由口鼻而入，直趋中道，损伤脾胃，脾伤不运，胃伤不腐，升降失常，清浊相混，与水谷夹杂而下，注入大肠，传导失职，遂发暴泻。

（二）饮食所伤

暴饮暴食，宿食内伤，停聚中焦；或过食肥甘厚味；或生冷、粘腻之品，或误食不洁食物，均可直接损伤脾胃，造成脾伤不升，胃损不降，清浊交混，阑门失约，下注肠间，导致大肠传导失职而生。

[诊断与鉴别诊断]

(一) 诊断

1. 问诊 多有饮食不洁或暴饮暴食史。轻者,突然出现腹泻不止,泻下如倾,次数增多,1日数次,甚则数10次,粪质稀薄,甚如水状,多伴腹痛,神疲乏力,头晕气短;重者,口渴思饮,小便短少或无尿,四肢厥冷,或转筋、搐搦等伤津脱液等表现。重则呕吐不止,高热不退。

2. 闻诊 懒言呻吟,或语音低微,口气酸馊,嗳气,腹中肠鸣漉漉,大便臭秽,甚则呼吸微弱,气短乏力。

3. 望诊 神萎不振,表情痛苦,卧时蜷缩,面色萎黄或苍白,两目下陷,面形骤削,粪稀量多,甚如水样,或夹不消化食物,或呈洗肉水样,或呈绿色,或色深黄而粘,舌淡红,苔白腻或黄腻,或垢浊厚腻。血、便常规等检查有助诊断。

4. 切诊 腹痛拒按或喜按,肌肤灼热或肢体冰冷,或肌肤干燥,切虚里应手力弱,或快或慢,脉质缓或濡数,或滑数,或沉迟,或伏。

(二) 鉴别诊断

1. *痢疾* 是以腹痛,里急后重,痢下赤白脓血为主证。大便常规可见大量粘液及脓细胞,红细胞。大便培养有助确诊。

2. *时疫霍乱* 是以上吐下泻并作,泻下状如米泔,剧烈腹痛或不痛为主症。多有强烈的传染性。大便培养有助鉴别。

[论治]

(一) 治疗原则

暴泻易伤津耗气,故应立即采取高效、速效的手段以祛邪止泻,保津补液。治疗重在先理中焦,分利湿浊。

(二) 急救处理

1. *针灸* 先灸气海、关元、足三里数壮。再辨证选中脘、天枢、足三里、阴陵泉、水分等穴进行针刺。偏寒者,可留针,并可用艾灸或隔姜灸。耳针可选大肠、小肠、胃、神门等穴。或以炒盐,胡椒粉,共敷神阙穴,以隔姜灸。

2. *针剂* (1) 大蒜注射液:20ml加入5%葡萄糖盐水500～1 000ml内,每日1～2次,静脉滴注。

(2) 穿琥宁注射液:20ml加入5%葡萄糖500ml内,每日2次,静脉滴注。

(3) 生脉注射液:50～100ml加入5%葡萄糖500ml内,每日2～4次,静脉滴注。

(4) 参附注射液:50～100ml加入10%葡萄糖500ml内,每日2～3次,静脉滴注。

3. *中成药* (1) 玉枢丹(《是斋百一选方》):每次0.6g,每日2次,水磨服。

(2) 藿香正气水(《中国药典》):每次1～2瓶,每日2～4次,口服。

(3) 苏合香丸(《太平惠民和剂局方》):每次1丸,每日3次,口服。

(4) 十滴水(《中国药典》):每次0.5ml,每日3次,含服。

(5) 行军散(《霍乱论》):每次0.5g,每日3次,口服。

(6) 封脐效(《卫生鸿宝》):适量,每日1～2次,为末敷脐。

4. *刮痧* 以光滑的铜钱、瓷匙或刮痧板等工具,蘸肥皂水或食用油,在病人脊背、腋下、

肘窝、腘窝等处，从上至下，由里向外，刮之。出现暗红色的瘀痕为止。

5. 刺血　可用三棱针点刺曲池、委中等穴，每次放血 1ml。

（三）辨证治疗

●寒湿暴泻

证候：腹泻清稀，甚如水样，腹痛肠鸣，脘闷食少，或兼见恶寒发热，鼻塞头痛，肢体疼痛，苔薄白或白腻，脉濡缓。

治法：解表散寒，芳香化浊。

方药：藿香正气散（《太平惠民和剂局方》），药用：藿香、紫苏叶、茯苓、白术、陈皮、大腹皮、半夏、厚朴、泽泻、甘草。方中藿香辛温散寒，芳香化湿；白术、茯苓健脾除湿；陈皮、厚朴、大腹皮理气消满，疏利气机；紫苏叶解表散寒；半夏醒脾燥温。

表邪重者，加荆芥，防风以增强疏风散寒之力；湿邪偏重者，改用胃苓汤（《丹溪心法》）；兼食滞者，加神曲，鸡内金以消食导滞。

●湿热暴泻

证候：腹痛腹泻，泻下急迫，或泻下不爽，粪便黄褐而臭，肛门灼热，烦热口渴，小便短赤，舌苔厚腻，脉滑数或濡数。

治法：清热解毒，利湿止泻。

方药：葛根芩连汤（《伤寒论》），药用：葛根、黄芩、黄连、甘草。方中葛根解肌滑热，升清化湿以止泻；黄芩、黄连苦寒燥湿，解毒清热；甘草和中甘缓。

本方多加茯苓、木通、车前子、诃子以增强利湿之力；本方无效，改用黄连胃苓汤（《医经会元》）；湿邪偏重，可加苍术、厚朴燥湿宽中；挟食滞者，加神曲、山楂以消食导滞；暑热引发者，改用黄连香●饮（《类证活人书》）。

●食滞暴泻

证候：腹痛腹泻，泻下粪便臭如数卵，或伴有不消化食物，泻后痛减，肠鸣漉漉，脘腹痞满，嗳腐酸臭，不思饮食，舌苔垢浊或厚腻，脉滑。

治法：消食导滞，和胃化浊。

方药：枳实导滞丸（《内外伤辨惑论》），药用：枳实、大黄、黄芩、黄连、神曲、白术、茯苓、泽泻。方中大黄、枳实通腑导滞，开结除积；神曲、白术、茯苓消食化滞，宽中和胃；黄芩、黄连燥湿除秽；泽泻分利湿浊。诸药合用，共成消食导滞，和胃化浊之功。

若胀满甚者，加莱菔子、厚朴、乌药以理气除满；便秘不通者，加芒硝、瓜蒌以软坚润燥。

［权变法］

若病人水泻不止者，以桃花散（《伤寒论》）或诃子散（《明医指掌》）温涩止泻。转筋者，宜急投急救回阳汤（《医林改错》）加木瓜，或针刺承山、足三里、合谷，或炒盐敷脐部。口渴甚者，予缩脾饮（《汤头歌诀》）生津固脾。心烦不宁者，加交泰丸（《韩氏医通》）以交通心肾，安神定志。泻下如倾，形削尿少，肢冷脉微等。津伤气脱者，予生脉注射液静脉滴注，并口服茯苓四逆汤（《伤寒论》）合浆水散（《保命集》）。吐泻已极、精神昏冒，气息奄奄者，改用急救回阳汤（《医学衷中参西录》）或加用输液疗法。

[转归]

暴泻初起，以标实为主，经及时、恰当的治疗，大多可获痊愈。少数危重病人，可由实转虚，变为久泻。若暴泻无度，伤阴耗气，脾肾衰败而出现气息难续，四肢厥冷，面形骤削者，预后不良。

[调护]

1. 病人当卧床休息，避寒温，慎起居，以防外邪人侵。

2. 鼓励病人口服淡盐水、米粥及汤食。呕吐甚者，初起当禁食，后改用流质、半流质及清淡普食，宜少食多餐。忌食肥甘、生冷及不洁食物。

3. 暴泻病人需常规急诊留观。密切注意病人体温、呼吸、脉搏、血压、神志、便尿、面色、舌脉等病情变化，并做好相应的记录。

第十一节 疫 毒 痢

[述要]

疫毒病是指感受湿热疫毒，蕴结肠胃，耗气损血，病情危重，具有传染性的急性病疾。疫毒痢始见于宋·陈自明《妇人大全良方》："又有一方一郡之内，上下传染，疾状相似……治疫毒病者……"。本病又称"疫痢"、"时疫痢"。

本病的临床痢象为：发病急骤，壮热烦渴，腹痛剧烈，呕吐厌食，下病脓血，里急后重明显，亦有起病先呈高热神昏，抽搐，喘促，面青灰肢冷，继见下利赤白脓血或经灌肠发现肢血便。

本病病位在阳明肠胃，如《济生方》说："殊不知痢病多因饮食停滞于肠胃所致。"由于疫毒极盛，耗气搏血，正不胜邪，故常出现五脏脏真受累之危候，其中与心、肝、脾、肾的关系密切。病性以邪实为主。发病较急，痢程多短。

本病多发于夏秋季，男女老幼皆可罹患，但以 10 岁以下儿童更易发生。有较强的传染性。

西医学的重型及中毒性细菌性病疾可参照本篇内容诊治。

[病因病机]

疫毒痢为感受湿热疫毒之邪，蕴结肠胃，郁遏营卫，营泣卫郁，而成脓成血。若适逢饥饿、劳累、着凉、或久病正虚，脾胃禀赋薄弱者，则更易诱发。

（一）湿热疫毒，蕴结肠胃

夏秋季节，天之暑气下迫，地之湿气上蒸，湿热秽浊疫毒易于滋生，人处湿热熏蒸之中，若起居不慎，贪凉饮冷，暴饮暴食，或进不洁食物，最易感受湿热疫毒之邪，从口而入，直趋中道，疫结肠胃，潜伏膜原，邪毒繁衍与气血搏结，气机郁阻，大肠传导失司，热毒内炽，熏灼肠道，脉络受伤，气血凝滞，损及肠道脂膜，腐败化为脓血。

（二）邪毒炽盛，内陷心肝

热毒极盛、充斥三焦，弥漫气血，疫毒内陷心包，蒙闭心神，或热盛化火，内窜营分，进迫厥阴、少阳，引动肝风，甚则耗竭气阴，阳气暴脱，阴阳离决而危及生命。

［诊断与鉴别诊断］

（一）诊断

1. 问诊　起病急骤，壮热畏寒，口渴心烦，恶心呕吐，腹痛剧烈，里急后重，下利赤白，或鲜紫脓血，大便频，甚至失禁。亦有骤然高热，恶寒，精神委靡，频繁呕吐，烦躁不宁，或嗜睡神昏，反复抽搐，腹痛下利轻微或无，可有饮食，起居失调，或食物不洁史，疫毒痢接触史。

2. 闻诊　呻吟，口中秽浊之气难闻，粪便多无臭味，血压下降，甚至测不清。频繁呕吐、抽搐时，血压可升高，继而下降。心率增速，心音低钝，双肺呼吸音粗糙，肠鸣音增强或消失。

3. 望诊　体温 39℃以上，精神委靡，意识模糊，或谵妄躁扰，面色青灰，唇爪甲青紫、额汗涔涔，或大汗淋漓，抽搐频作，呼吸浅微，或深浅不匀、节律不整，或呈叹息样，舌绛红或绛紫，苔黄腻焦燥。血、大便常规等检查有助诊断。

4. 切诊　切虚里鼓动快而无力，腹部肌肤灼热，全腹压痛。尤以左少腹为著，四肢不温或厥冷，四肢肌张力增高，肢体多内旋。脉濡滑数，或虚数无力，或微弱欲绝。

（二）鉴别诊断

本病与烂肠痧表现相似需加以鉴别。两者发病急骤，病前均有饮食不洁史。腹痛剧烈，下利脓血，发热呕吐，旋即神昏，抽搐甚则呈现脱证之象。烂肠痧多无里急后重，下利多为血水状，或呈赤豆沙样，甚至为鲜血或暗红血块，粪便少而恶臭。其高热、神昏、抽搐、脱证等危重表现多发生于病程中。血象和粪便检查有助于鉴别诊断。

［论治］

（一）治疗原则

疫毒痢的病位在肠胃，六腑以通为用，故其治疗原则为“通因通用”。以“通腑泻毒”为大法。禁用镇静安神法，以防邪毒滞留。

（二）急救处理

1. 针灸　针刺上巨虚、天枢、气海、足三里、合谷等穴，平补平泻，并取小肠、大肠、直肠下端、神门、交感等耳穴，浅刺；或配少商、尺泽、十宣等，三棱针点刺放血，每穴 1～2ml。虚证取上巨虚、天枢、足三里、合谷等，用灸法。

2. 刮痧　用边缘光滑的钱币或瓷匙，蘸麻油少许，在背脊、肋间或肘、膝窝等处，自上而下，由里向外刮之。先轻后重，以皮肤出现暗红色的痧痕为度。

3. 药物灌肠　先行清洁灌肠，直至流出液为清水为止，再以白头翁汤加紫金锭 2 锭保留灌肠。

4. 针剂　可根据病情，分别选用：醒脑静注射液：20ml 加入 5%葡萄糖 500ml 内，每日 1 次，静脉滴注。穿琥宁注射液：400～600mg 加入等渗液 500ml 中静脉滴注。双黄连注射液：60mg/kg 加入 5%葡萄糖注射液 500ml 中，每日 1～2 次静脉滴注；清开灵注射液：40～60ml 加入 5%葡萄糖 500ml 内，静脉滴注，每日 1 次；参麦注射液：每次 60～120ml，加入 5%葡萄糖 250～500ml 中，每日 1～2 次，静脉滴注；参附注射液：每次 20～40ml，加入 25%葡萄糖注射液 20～40ml 中，静脉注射；羚羊角注射液：每次 2ml，每日 2～3 次，肌内注射。

5. 中成药 (1) 牛黄丸:每次 1 丸,泻下即止。

(2) 槟芍顺气汤:槟榔片 10g,芍药 5g,枳实 10g,厚朴 15g,大黄 5g,生姜 3 片,水煎服。

(3) 玉枢丹:每次 0.5g,每日 3～6 次,口服。

(4) 元胡止痛片:每次 4～6 片,每日 3 次,口服。

(三) 辨证治疗

●热毒炽盛

证候:发病急骤,壮热恶寒,腹病剧烈,里急后重明显,痢下紫色脓血,口渴烦躁,舌质红绛,苔黄燥,脉病滑数。

治法:清热解毒,凉血止痢。

方药:白头翁汤(《伤寒论》),药用白头翁、黄柏、黄连、秦皮。方中白头翁味苦性寒,清热解毒,凉血止痢;黄柏、黄连解毒清热,燥湿止痢;秦皮苦寒燥湿,涩肠止病。四药合用,共奏清热解毒,凉血止痢之功。

本方可加地榆、牡丹皮、赤芍等清热凉血之味,以加强解毒止痢之功;腹痛,里急后重明显,加木香、槟榔、白芍调气和血,缓急止痛;夹食滞者,加枳实、焦山楂、莱菔子以消食导滞;暑湿困表者,加藿香、佩兰、荷叶以芳香透达,逆流挽舟,使邪从表解;积滞甚者,痢下不爽,臭秽难闻,腹痛拒按者,急加大承气汤通腑泻浊,消积下滞。

●热毒内闭

证候:高热,烦躁,神昏谵妄,痢下脓血,舌质红绛,苔黄腻焦燥,脉弦清数。

治法:清热解毒,凉血开窍。

方药:牛黄承气汤(《温病条辨》),药用安宫牛黄丸、大黄。方中安宫牛黄丸清热解毒,镇静开窍;生大黄通腑下积,解毒泄热。

本方可加芒硝、厚朴、枳实以增强通腑解毒之力。

●热毒动风

证候:壮热不退,烦躁谵妄,手足抽搐频发,下痢脓血,舌质红绛,苔黄燥起刺,脉弦数。

治法:清热解毒,凉血熄风。

方药:玳瑁郁金汤 (《重订通俗伤寒论》),药用玳瑁、木通、生栀子、竹沥、郁金、连翘、丹皮、生姜汁、鲜菖蒲汁、紫金片、野菰根、鲜竹叶卷心、灯芯草。方中玳瑁、郁金清热鲜毒、平肝定惊、行气化瘀;生栀子、连翘、紫金片、野菰根、丹皮、木通清热解毒,凉血散血;竹沥,姜汁清热豁痰,使痰热不致闭窍;鲜菖蒲汁,鲜竹叶卷心,灯芯引药入心,清心开窍,心火清降则肝风可静,抽搐可止。

若高热、神昏较重者,加服安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹以清心开窍,亦可加用醒脑静注射液或清开灵注射液静脉滴注。

[权变法]

疫毒极盛,化风上扰,抽搐频发不止者,参阅"抽搐"救治。邪盛正衰,正不敌邪,出现气阴耗竭或阳气暴脱者,参阅"脱证"急救。时疫热毒上逆,胃气败绝,呕不能食者,名"噤口痢",宜以参连菖蒲汤(《古今医统大全》)送服红灵丹,或送服椰花点舌丹,以解毒除秽,和中降逆;或以田螺捣烂,入麝香少许,纳入脐中以通达三焦气化,降逆和胃。

［调护］

1. 疫毒痢应隔离特护，填写疫情报告。

2. 重点观察并及时记录体温、呼吸、脉搏、血压、神志、大便次数、粪便性质、小便量等变化。

3. 饮食宜清淡素洁，富营养，易消化的流质饮食，鼓励病人多饮淡盐水、菜汤、果汁等。忌食荤腥，油腻及辛辣之品。

4. 因抽搐，口噤不能服药者，可用开关散搐鼻或乌梅肉擦牙，开口噤，灌服中药。

第十二节　急性脾心痛

［述要］

脾心痛是指胰腺本气自病所引起的经络不畅，或津血内亏的一种常见急症。古人又称心脾痛。心者，心下也。脾心者，散膏也。散膏附于脾，位居中焦，属土，主里血，温五脏以灌四旁。《难经·四十二难》载："脾有散膏半斤。"张山雷考证为脖脏，胆脏，即胰腺。本病始见于《灵枢·厥病》篇。

本病临床征象为：平素每有胆胃病，或蛔虫病，多因暴饮暴食，饮酒或情绪激动，急骤引发左上察部持续剧烈的胀满疼痛，其痛如锥刺、刀割，难以忍受，多向左腰背，肩胛下放射，仰卧加重，甚则波及全腹。多见恶心，频繁呕吐，吐物多为饮食物，甚或夹有胆汁，血液、寒战高热，烦渴多汗，或黄疸。病重者，胁肋及脐腹持续疼痛难忍，阵发性加剧，脘腹胀闷，呕吐剧烈，壮热不退，旋即大汗淋漓，腹部膨满拒按，按之痛甚。甚见面色苍白，体温反降，喘促，脉微细欲绝。严重者，可见肌肤紫斑，神昏不语，频繁抽搐。

本病病位在察腺，与脾胃，肝胆，小肠密切相关。病性多属邪热实证。本病多见于中、青年女性。一年四季皆可发病。病程多短暂。

西医学的急性胰腺炎，可参照本篇内容救治。

［病因病机］

脾心痛的发生多因胆胰气化不足，腠理失密，玄府不畅，饮食不节，情志失调，蛔虫内扰等造成气滞湿阻，毒结火盛，火毒内迫营血，逆陷胰腺腠理，潜伏膜原，毒血察滞，甚则热盛肉腐面成。

（一）胆胰失调

先病于胆，胆气受损，胆汁不能通降于小肠，反逆于胰，郁积脉络，营气不清，化生腐浊，损伤胰腺而成；或胰腺本气自病，气化不通，胰液不能外泄而内蓄，既犯胆府，又郁阻生热，热毒内迫营血，逆陷腠理而成。

（二）饮食不节

暴饮暴食，食填中脘，郁面内腐，腐浊之气沿循中道，逆犯于胰；或酗酒无度，脾胰受损，肝胆受伤而成。酒者，五谷之精英，性热质寒有大毒，先渗于胃而后入胆，胆伤不通降，酒毒内蓄，穿肠透脾，浸及于胰，胰为邪伤，气机升降郁滞，营血水津聚而不散而成本病。

（三）情志失调

恚怒伤肝，肝气横逆，横克脾土，波及于胰；或忧思气结，脾气受抑，中焦气化不行，胰液游溢受阻，不能通泄于外，反结于内，清者不升，浊者不降，清浊相扰，发为经络血脉壅滞，津血内结，营气逆陷腠理，为肿为胀，为腐为死。

（四）蛔虫内扰

蛔虫内居肠间，扰动气机不舒，小肠不能济泌别汁，邪结在内，不能下导于大肠，反逆行于脾胰之器，津血内结，为瘀为痰为饮，发为本病。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　病人素有胆疾，胃病或蛔虫病史。每于暴饮暴食、酗酒、情绪激动等引发。病人突觉中上腹或左上腹持续剧烈的疼痛，阵发性加剧，如锥刺、刀割。其痛可呈带状分布，多向左腰背、肩胛下放射，甚则涉及全腹。多见恶心，频繁呕吐，吐出物多为饮食，或夹胆汁、血液、脘腹胀满。重者，出现烦渴，黄疸，恶寒、战粟壮热，汗出淋漓，腹水。甚则抽搐、喘促、肢冷等。

2. 闻诊　呻吟或呼叫，肠鸣音亢进或消失。呕吐物多酸腐。

3. 望诊　神情紧张，恐惧不安，表情痛苦，腹部膨满，面色红赤，甚则神昏抽搐，大汗淋漓，或周身黄染，舌质暗红，边尖红赤，苔薄黄或黄燥，或黄厚面腻。病后 3 小时血淀粉酶，24 小时尿淀粉酶显著增高，血常规、B 超，CT，血糖，血钙，腹部 X 线等检查有助诊断。

4. 切诊　上腹部触之饱满、压痛，甚则拒按或触及包块，周身潮湿，甚则四肢厥冷，脉弦数或滑数，洪大。脾俞，中脘，水分，左天枢及耳穴胆胰区多有压痛。

（二）鉴别诊断

1. 真心痛　虽见上腹部剧痛，可向左肩背放射，但病人必见胸闷气短，烦闷欲死，口唇青紫，心俞，厥阴俞及耳穴心，屏尖上、小肠俞多有压痛，且心电图，心肌酶谱均有明显异常，胰腺 B 超，血、尿淀粉酶正常。既往多有风旋、卒心痛病史。

2. 胃脘痛　疼痛较局限，程度亦轻，时间亦短，多伴嗳气吞酸，腹胀厌食。合谷、中脘、胃俞及耳穴胃多有压痛。胃镜检查多异常。

3. 穿肠痛　剧痛以胃区为中心，腹皮绷急，全腹疼痛，拒按，恶心呕吐。既往多有胃胰痈病史。腹部 X 线检查可见气腹表现。胰腺检查多正常。

4. 急性肥胀　局限于胆区剧痛，呈阵发性，牵及右肩胛，恶心呕吐，厌食油腻。胆俞多压痛。B 超示胆囊增大，胆壁粗糙。

其他如暴吐，暴泻，卒腹痛也应与本病加以鉴别。

[论治]

（一）治疗原则

急性脾心痛是以邪热实证为主，故其急救当以祛邪缓急为原则，即“急则治其标”，以清热散结，化瘀解毒为大法。

（二）急救处理

主要在于镇痛止呕，通经导滞。

1. 针刺　（1）体针：选穴足三里、下巨虚、内关或中脘、梁门、内关、阳陵泉，或足三里，

胆囊穴，地机三组交替选用，行雀啄法，持续 5 分钟，疼痛缓解后，接电针 10 分钟。

（2）放血：金津、玉液、委中，以三棱针点刺放血，每穴 5ml。

（3）穴位注射：选穴足三里、胆囊穴、上巨虚、阳陵泉，首选二穴，以丹参注射液 2～4ml，注入穴位，每日 2 次。

2. 针剂　可根据病情具体情况而分别选用，清开灵注射液：40～60mg 加入 5%葡萄糖注射液 500ml 中，静脉滴注，每日 1 次。穿琥宁注射液：每次 400～600mg 加入等渗液 500ml 中静脉滴注，每日 1～2 次。脉络宁注射液：每次 400～600mg，加入 0.9%生理盐水 500ml 中，每日 1 次，静脉滴注。复方丹参注射液：每次 4ml 加入 25%葡萄糖注射液 20ml 中，静脉注射，或 8～16ml 加入等渗液 250ml 中，每日 2 次静脉滴注。双黄连注射液：60mg/kg，加入 5%葡萄糖注射液 500ml 中，静脉滴注，每日 1～2 次。生脉注射液：每次 50～100ml 加入 5%葡萄糖注射液 500ml 中，每日 2～4 次静脉滴注。柴胡注射液：每次 2～4ml，肌注，每日 3～4 次。

3. 中成药　（1）琥珀膏（《古今医统大全》）：每次 5～10g，外敷于左天枢、中脘，4～6 小时一换。

（2）精制大黄片：每次 6～10g，每日 6～12 次灌服，或水溶后，高位灌肠。

（3）西黄丸：每次 2～4g，每日 2～4 次，水磨服或高位灌肠。

（4）点眼止痛液：雄黄、火硝各等分，研极细末，消毒后兑入注射用水，调点目内眦，痛止停用。

其他如樟树皮粉，红灵丹，元胡止痛片，六神丸等可酌情选用。

（三）辨证治疗

●肝郁气滞

证候：中上腹胀闷剧痛，阵发性加剧，痛及两胁、右肩背，口苦咽干，嗳气呕恶，胸胁苦满，善太息，舌淡红，苔薄白，脉弦紧。

治法：疏肝解郁，理气止痛。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》），药用：柴胡、枳壳、陈皮、香附、白芍、炙甘草、川芎。方中以柴胡疏肝解郁，理气止痛；枳壳、陈皮、香附疏理中焦气滞；芍药疏肝泄热，与甘草合用缓急止痛；川芎养血活血。

腹痛甚者，加厚朴三物汤（《金匮要略》）以消胀除满，气通则痛止；肝火盛者，加栀子、牡丹皮清泻肝火。

●胆胰湿热

证候：中上腹胀痛拒按，两胁痛引肩胛，发热，烦渴不欲饮，恶心呕吐，便干尿赤，或黄疸，纳呆腹胀，口苦口腻，舌质红赤，苔黄腻或黄燥，脉弦数，或滑数。

治法：化湿清热，解毒散结。

方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》），药用：龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、木通、当归尾、生地黄、生甘草。方中以龙胆草清利胆胰湿热；黄芩、栀子苦燥寒凉，清泻湿热；泽泻、木通、车前子利水化气，使湿热之邪从小便而解；当归尾、生地黄活血散结；甘草调和诸药。

腹痛甚者，加大黄、芒硝、元胡、莱菔子以通腑止痛；呕吐频繁者，加服红灵丹以降逆止呕；高热不退，口苦烦扰者，加服瓜霜退热灵或甘露消毒丹以解毒泻热；有黄疸者，加金钱草、委黄、茵陈、鸡内金以利胆退黄。

●胃肠热结

证候：全腹胀满作痛，按之痛甚，拒按，牵及腰背，便秘尿黄，口苦咽干，高热烦渴，呕吐剧烈或黄疸腹水，舌质红赤，苔黄腻或黄燥，脉沉实、弦滑数。

治法：通腑泻热，理气止痛。

方药：大柴胡汤(《伤寒论》)，药用：柴胡、黄芩、大黄、枳实、白芍、半夏、大枣、生姜。方中柴胡、黄芩调达枢机以疏通结滞；大黄、枳实通腑泻热以除热散结，阻断邪热上犯之势；白芍助柴、芩以清热，又解缓急止痛；半夏，生姜和胃降逆；大枣、生姜既和胃，又调营卫。

腑实燥结腹满，改用大承气汤(《伤寒论》)急下存津，散结除热；或送服玉枢丹(《是斋百一选方》)；腹胀甚者，予厚朴三物汤(《金匮要略》)；黄疸者，加姜黄、金钱草、海金砂利胆退黄或加清开灵注射液；有腹水者，加服大陷胸汤(《伤寒论》)以攻逐水饮。

●蛔虫内扰

证候：脘腹胀满疠痛难忍，痛引肩背，阵发性剧痛，甚则大汗淋漓，四肢厥冷，呕吐清涎，或有吐蛔史，舌淡苔薄白或黄，脉弦紧。

治法：安蛔止痛，疏理气机。

方药：乌梅丸(《伤寒论》)，药用：醋制乌梅、蛔辛、蜀椒、附子、桂枝、人参、当归、黄连、黄柏、蜂蜜适量。方中以醋浸乌梅味酸制蛔，安其扰动，使蛔静痛止；细辛、蜀椒、附子、桂枝味辛驱蛔，性温祛寒，使蛔虫安居其宅；人参、当归补益气血，济养蛔虫所致内虚；黄连、黄柏味苦下蛔，性凉除热，蜂蜜适量味甘与酸味合而化阴。

本方调气驱蛔之力不足，可酌加雷丸、使君子、苦楝皮以疏调气机，驱蛔止痛。胁肋绞痛，呕吐胆汁者，加姜黄、延胡索、川楝子、茵陈以利胆止痛。

[权变法]

本病失治误治而引起津液耗伤者，急予口服增液汤，重者可用参麦注射液，或予输液疗法，以补充津液；膀胱绞痛，欲吐不得者，可予探吐，或加服玉枢丹；高热不退，便干烦渴，黄疸明显者予内疏黄连汤(《重订广温热论》)送服梅花点舌丹(《外科证治全生集》)；皮下紫斑，或吐血、便血者，速用血府逐瘀汤(《医林改错》)加雷公英、地丁、重楼、天花粉送服护心散(《重订广温热论》)，亦可选用复方丹参注射液、清开灵注射液、血塞通注射液、脉络宁注射液以化瘀止血；出现血压下降，四肢厥冷，脉微细欲绝者，按"脱证"救治。

内科急救不显，出现明显黄疸，高热不退，腹痛难忍，上腹部绷急且有压痛、反跳痛，或见血性腹水。B超示：胰管梗阻或胰腺脓肿者，急予手术治疗。

[转归]

急性脾心痛病人一般经早期积极、有效的急救，多数病人可转危为安。但也有病人正虚不支，邪毒内陷而引发黄疸，高热不退，腹痛剧烈，或见血性腹水，需转外科手术。极少数病人正气不支，邪毒横逆，造成出血、脱证、心衰、肺衰、神昏等危象，预后不良。

[调护]

1. 饮食，3日内原则当禁食，待病情稳定后再予流质、半流质的饮食。忌食肥甘、生冷、粘腻及刺激性食物，且易少食多餐，忌暴饮暴食，酗酒。

2. 病室安静，空气流通，防止外邪入侵。令病人卧床休息，防止“劳则气耗”而伤正。

3. 调节情志，解除精神紧张，避免心情郁结，利于气血流畅。

4. 密切注意病情变化，定时监测体温、呼吸、脉搏、血压、舌脉、腹痛、肢温等变化情况，以便及早发现问题，采取必要的措施以阻断病势逆变。

第十三节　卒　腹　痛

[述要]

卒腹痛是指腹中脏腑失和，气机不畅，血脉受阻，小络绌急而引起腹部突然疼痛的常见急症。本病始见于《肘后备急方》。

本病的临床病象为：腹郁剧烈疼痛，疼痛常突然发生，难以忍受。临床上分时作时止性腹痛，或痛无休止等。多伴恶心呕吐，腹泻或便秘，腹胀，恶寒发热等。病人表情痛苦，呻吟不止，面色青灰或苍白或红赤，舌质青紫或红赤，苔白腻或黄腻；脉见沉、迟、弦、紧、滑、疾、数。痛剧时，可见大汗淋漓，甚至出现五络俱竭之尸厥病。

本病病位在肝胆、胰、脾胃、大肠、小肠、肾、膀胱、胞宫。病性以邪实居多，虚证少见，常为虚中挟实之证。本病病程较短。

西医学的急腹症可参考本篇内容论治。

[病因病机]

腹腔隶属于中焦、下焦所司，肝脾肾三脏所居，为胃与小肠、大肠、胆、胰、膀胱、胞宫精室之所。其生理功能是以气化为活动之源，津血水精病养为生理活动之用，而气、血水精津，其升降出入循行的枢纽是以脏腑、经络、血脉为路径，腠理、玄府为气血津精出入之门户，故金·刘完素曰：“腠理者，谓气液出行之腠道……玄府者，无物不有，人之脏腑、皮毛、肌肉、筋膜、骨髓、爪牙……尽皆有之，乃气出入升降之道路门户也。”

卒腹痛发生是因脾胃枢轴失运，中气渐衰，营卫失守，外则六淫时邪，饮食失节，邪气得以外犯内结，正邪交争，引起脾胃中轴升降障碍、受盛、别汁、济泌、传导机能受阻，腠理、玄府痹而不行，气机出入升降不利，血脉受阻，大经小络、孙络绌急而成腹痛。

（一）外感时邪

六淫邪毒，或时行疫毒乘中虚不能内护脏腑、无力拒邪，得以内侵，深入膜原，“募原者，三焦空隙之区，邪堪暂伏。”由于膜原卫气不足，无力束邪，则邪毒得以横侵直犯内扰。因寒邪容于肠胃之间，膜原之下，造成腹寒蹙缩，气不通，小络绌急而生寒积腠痛。甚则寒邪凝痹，经络，血脉，腠理，玄府，气液不升不降，津血不出不入，血为之凝，痰瘀互结，大小肠既无受盛之力，又无传导之能，而为肠结。因于温热之邪内犯肠胃，伏而不去，留于小肠，壅滞于大肠，引起经络不通，气机受阻，津血不运，络脉失润面生绌急，甚则“热之所过，血为凝滞”，则肠胃血脉瘀阻，痰结，既无升降之机，又无传导之能，水谷痰水内停，而生肠结。因于湿者，其性重浊，粘滞，为阴。湿浊中阻，脾胃升降无权，闭阻气机，困遏阳气，经络壅滞，气血涩滞不行，发为湿浊腹痛。寒邪、温热之邪、湿热浊邪透过中焦，直趋下焦，客于盲肠，或饮食硬物或蛔虫侵入盲肠，嵌结不出，皆可致盲肠营气逆陷，腠理、玄府不通，血脉凝滞，为瘀为痰。痰瘀壅塞，气化

不行，积而为热，盲肠热盛而腐，痰瘀不散为肿，肿腐不化而为肠痈。毒烈则害中焦膜原守邪之力，营气散解，必遏肠胃之脉，湿瘀既生，必阻腠理、玄府出入之能。水津内瘀，反而逆行，发为肠结。

（二）饮食不节

“脾为消化之器，胃为腐熟之官。”暴饮暴食，填滞中脘，或误食腐馊，秽浊食物，蓄积不化，肠胃受伤。“脾络不通”，滞而不行，胃气不降而溢，大小肠气闭，经络阻滞而生食积腹痛。气食相搏，宿留膜原，进而损伤胃体，造成经络障碍，血行不利，气化已痹，腠理、玄府、气液不入不出，反逆流肠胃而生肠结。因过食生冷，久则中阳受伤，寒自内生，淫生肠胃，寒客经络，小络失煦而生绌急，发生中寒腹痛。因久患虫积，由于脏寒腑冷或饮食有害于蛔，引起蛔动不安，窜扰肠中，腑气不通，内充横滞，气机阻塞，曲运神机而生虫积腹痛。因湿热而生者，其源有二，一为天热地湿二气相结化生湿热，多由上受，直趋中道，邪归膜原；二为内生湿热，来自肥人多痰疾，以及过饮过食瓜果浆水，肥甘厚味，伤及脾胃，脾伤不运，胃伤不腐，水津内聚为湿，湿遏阳气，堆积化热，湿热相合，蕴结中焦，流伏膜原，阻滞膜原卫气不足。湿热失约，营气散结，不能守邪，则湿热弥漫，中焦脾胃土气壅滞，升降无权，胆失脾气之化，少阳生发之气不足，湿热溢于胆，湿性凝滞，热主蒸散、灼液造成胆汁有形之质浓缩为石为砂，石动砂行而生腹痛。若湿热流注于下焦，盘踞膀胱，则膀胱津液之余化生尿液，尿中浊质为湿热之邪煎熬而为砂石，闭阻尿孔而生腹痛。

（三）情志失调

恚怒不解，肝郁气滞，不能疏土，脾郁胃逆；或忧思气结，脾气呆滞，中轴不运，气机受阻，脾络滞而不通，发生气滞腹痛。气之源头在乎脾，气之疏泄在于肝，气为血之帅，血滞则血涩，气血瘀阻不通，发生瘀血腹痛。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　以突发剧烈的腹痛为主症。因其病因、部位、性质不同而有不同的兼症。多表现为：上腹痛，多属脾胃病；痛在左，多属胰病；痛在右，多属肝胆病；脐腹痛，多属肾、大肠、小肠病；少腹痛，多属肝、膀胱病；小腹郁痛，多属胞宫、腠胱病；腰腹痛，多属肾病。病性不同，常表现为胀痛、刺痛、疠痛、跳痛、灼痛；痛无休止或时作时止；痛处不移或游走不定；或压痛拒按，或喜揉按。可同时伴见食少纳呆，嗳腐吞酸；胸胁不舒，嗳气腹胀；或便秘；或畏寒肢冷，得温痛减；或口苦发热，身目发黄；或刺痛不移，夜间尤甚；或呕吐蛔虫等。

2. 闻诊　呻吟不止，或高亢有力，或声音低微，甚至气息急促，腹中雷鸣，肠鸣音亢进，或减弱或消失。个别病人有特殊气味。

3. 望诊　面色红赤或黄，或青灰、苍白，腹郁膨隆；或平坦，或痛处起块如手足状；白睛发黄，舌红或淡白，或紫暗，苔多黄燥、黄腻、白厚腻。血、尿、便常规，血、尿淀粉酶，腹部X线，B超，CT检查，腹腔穿刺等有关检查可作为本病诊断的参考。

4. 切诊　因腹痛部位不同，压痛的部位及俞穴处压痛部位也不同；可触及痞块，甚则压痛、拒按，或见反跳痛，腹肌紧张绷急；脉见弦、紧、滑、数、沉、伏、迟等。

（二）鉴别诊断

真心痛有表现为腹痛者，应与本病相鉴别。真心痛虽表现腹痛，但多发于中、老年人；以

胸闷憋窒，或胸骨后剧痛难忍，心悸气短、恐惧为特征。重者，大汗淋漓，口唇、爪甲青紫，甚则手足青至节。心电图、心肌酶谱有特异性的诊断参考价值。

[论治]

（一）治疗原则

卒腹痛治疗当以“通”法为原则。正如《医学真传·心腹痛》所说：“所痛之部，有气血阴阳之不同，若概以行气消导为法，漫云通者不痛，夫通则不痛，理也。但通之之法，各有不同。调气以和血，调血以和气，通也；下逆者，使之上行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也。若必以下泄为通，则妄矣。”

（二）急救处理

1. 针灸　（1）体针　全腹痛取内关、支沟、照海、腕骨、巨厥、足三里、公孙。脐腹痛取阳陵泉、太冲、三阴交、足三里、支沟、中脘、关元、天枢，用强刺激手法，留针 15 分钟；食积加气海、隐白、内庭；寒者，加隔姜灸神阙、巨阙、关元或温针灸；蛔虫者，加迎香、四白、曲池。

（2）耳针　可根据耳部反应点及疼痛部位确定相应耳穴。如交感、神门、皮质下、胃、肝、胆、小肠等。耳 3～5 穴，留针 20 分钟，每日 2～4 次。

2. 外治法　（1）双柏散（广州中医学院方）：适量，调敷局部，每日 1～2 次。

（2）如意金黄散（《外科正宗》）：适量，醋或麻油，调敷局部，每日 1 次。

（3）莱菔姜葱熨（《中医内科急症症治》）：共炒热，遍熨腹部，冷则易之。

3. 针剂　（1）丹皮酚针：每次 2ml，每日 2 次，肌内注射。

（2）鸡矢藤针：每日 2ml，每日 2 次，肌内注射。

（3）延胡索乙素针：每次 2ml，每日 1～2 次，肌内注射。

4. 中成药　（1）苏合香丸（《太平惠民和剂局方》）：每次 1 丸，每日 2 次，口服。

（2）红灵丹（《霍乱论》）：每次 0.6g，每日 2～3 次，口服。

（3）玉枢丹（《是斋百一选方》）：每次 0.5g，每日 2 次，口服。

（4）失笑散（《太平惠民和剂局方》）：每次 2g，每日 2 次，口服。

（5）复方延胡止痛片（《中国药典》）：每次 2～4 片，每日 2 次，口服。

（6）木香槟榔丸（《医方集解》）：每次 1 丸，每日 3 次，口服。

（三）辨证治疗

●寒积腹痛

证候：腹部冷痛，得温痛减，遇寒痛甚，口和不渴，小便清利，大便不通或溏薄，舌苔白腻，脉沉紧或弦紧。

治法：温中散寒。

方药：甘草干姜汤（《伤寒论》），药用：炙甘草、干姜。方中炙甘草性温益中，甘缓止痛；干姜性守不走，温中散寒。

证见肠结者，改用大黄附子汤加枳实、煨皂角、芒硝，温阳散结，通腑驱积。中阳素虚，寒邪内侵，改用大建中汤（《伤寒论》）以温通脉络，缓急止痛。

●腑实腹痛

证候：腹痛剧烈，痞满拒按，腹肌拘急，大便秘结，小便短赤，潮热汗出，口渴喜冷饮，舌赤，苔黄腻或黄燥，脉洪数。

治法：泻热攻下。

方药：大承气汤（《伤寒论》），药用：大黄、芒硝、厚朴、枳实。方中大黄苦寒泻热，通腑泻浊，荡涤肠胃；芒硝软坚润燥，泻下通腑；厚朴、枳实行气散结，消痞除满。诸药合用，共成泻热攻下之功。

肠结者，加皂角、莱菔子送服麻油以散结通闭；血热互结，改用复方大承气汤（天津南开医院方）以通下泻热，行气消瘀；肠痈者，改用大黄牡丹皮汤（《金匮要略》）加金银花、生地榆、蒲公英、重楼以通腑泻热，解毒散结。

●气滞腹痛

证候：全腹胀痛，窜痛不定，上牵胸胁，下至少腹，嗳气则舒，心烦易怒，得矢气痛减，遇恼怒则剧，舌苔薄，脉弦。

治法：行气止痛。

方药：木香顺气散（《沈氏尊生书》），药用：木香、青皮、橘皮、甘草、枳壳、厚朴、乌药、香附、苍术、砂仁、桂心、川芎。方中木香、青皮、厚朴、橘皮、枳壳、乌药、香附行气畅血，使气血流通；苍术、砂仁，调理中焦，化湿除滞；桂心、川芎湿通气血；甘草调和诸药。

脘腹胀大，矢气不通者，改用厚朴三物汤（《金匮要略》）以破气散结。

●瘀血腹痛

证候：腹部剧烈疼痛，或刺或绞，痛处不移，或少腹积块拒按，或入夜痛甚，舌质紫暗，脉弦涩。

治法：祛瘀止痛。

方药：膈下逐瘀汤（《医林改错》），药用：五灵脂、当归、川芎、桃仁、牡丹皮、赤芍、乌药、延胡索、甘草、香附、红花、枳壳。方中五灵脂散瘀止痛，桃红、红花、当归、川芎活血养血，使瘀去而血不伤；香附、延胡索、乌药、枳壳行气止痛，以促血行；丹皮引药入血。

瘀血连及胁肋者，改用小柴胡汤（《伤寒论》）加香附、姜黄、桃仁、大黄以攻逐两胁经络瘀滞；血蓄下焦或肠结者，改用桃核承气汤（《伤寒论》）加苏木、红花、枳实、麻油，以驱逐下焦瘀血，理气解积，润下通闭。

●食积腹痛

证候：脘腹胀满疼痛，拒按，嗳腐吞酸，厌食呕恶，痛时欲便，便后痛减，或便秘不通，舌苔厚腻，脉滑。

治法：消食导滞。

方药：枳实导滞丸（《内外伤辨惑论》），药用：大黄、枳实、神曲、茯苓、黄芩、黄连、白术、泽泻。方中大黄通腑导滞，使积滞从大便而下；枳实行气消积，以除痞消满；黄芩、黄连清热燥湿；茯苓、泽泻、白术燥湿健脾，以助中焦腐熟，运化水谷之力；神曲消食化滞。

证见肠结者，急投大承气汤（《伤寒论》）加麻油、蜂蜜下之。

●虫积腹痛

证候：脐周疼痛，时作时止，攻窜不定，反复发作，脘中饥嘈，恶心呕吐，或吐蛔，嗜食异物，面黄肌瘦，或见花爪甲，面见白斑，白睛蛔斑，或鼻孔作痒，睡中龂齿，脉弦数、滑数。或见右上腹攻窜胀痛，伴发寒战发热，身目发黄。

治法：安蛔止痛。

方药：乌梅丸（《伤寒论》），药用：醋浸乌梅、川椒、蛔辛、桂枝、黄连、黄柏、当归、干姜、人

参、附子。方中乌梅、川椒、细辛辛酸安细；黄连、黄柏苦寒下蛔；干姜、附子、桂枝温脏安蛔；人参、当归补养气血。诸药合用，使蛔虫安，气血复，疼痛止。

腹痛缓解，当以追虫丸(《证治准绳》)驱逐蛔虫；蛔虫阻滞胆道，攻窜绞痛，难以忍受，大汗淋漓者，予米醋 50ml 送服乌梅丸(《伤寒论》)或胆道驱虫汤(遵义医学院方)以缓急止痛。

[权变法]

腹痛剧烈，疼痛不解，属寒者，加细辛、炒川椒、吴茱萸，或炒盐，布包外敷痛处；属热者，加白芍、甘草、黄连、樟树皮以清热活络，缓急止痛；肠结者，当禁食，并予莱菔子、枳实、芒硝水煎成汤液兑入麻油高位灌肠。待腑气一通，疼痛缓解，改用益胃汤(《温病条辨》)。证见欲脱者，静脉滴注生脉注射液以益气养阴，或参附注射液回阳固脱。腹痛不解，证见腹膜炎严重者，或十二指肠溃疡穿孔者，或胰腺炎坏死者及肠梗阻特别是绞窄性肠梗阻，肠缺血坏死，腹股沟斜疝或股疝出现腹痛，疝不能还纳、休克者，应考虑给予手术治疗。

[转归]

卒腹痛一般经积极有效的救治，多可缓解疼痛。若病人邪毒炽盛，或失治误治，出现穿肠破脘，伤津脱液，五络俱竭等证者，预后不良。

[调护]

1. 卧床休息，安定情绪，解除病人的恐惧心理。
2. 一般多禁食。疼痛缓解后，予流质、半流质、富子营养、易子消化的清淡饮食。
3. 起居有常，调适寒温，防止邪毒内侵。
4. 诊断未明确前，禁用止痛药物，以免掩盖病情，耽误治疗。
5. 卒腹痛病人需常规急诊留观，密切注意病情变化，并做好相应的记录。

第十四节　急　　黄

[述要]

急黄是指肝体受伤，脏器受损，疏泄不畅，胆汁逆渗营血而引起的黄疸危候。“急黄”一词，始见于《诸病源候论》。《诸病源候论·急黄》说：“脾胃有热，谷气郁蒸，因为热毒所加，故猝然发黄。心满气喘，命在顷刻，故云急黄也。”后世又称之为“疫黄”、“瘟黄”，《杂病源流犀烛·诸疸源流》说：“又有天行疫疠，以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急。”

本病的临床病象：以面目、皮肤、小便骤然发黄为其主症。起病急骤，发展迅速，常伴有发热，口干烦渴，胸闷腹胀，右胁疼痛或叩、压痛。偏热者热势较高，发黄急速，大便秘结，小便黄赤如浓茶，舌红苔黄，脉弦数；偏湿者，身热不扬，发黄较侵，头重体倦，脘腹胀满，便溏，小便色黄不利，舌苔黄腻，脉濡缓；严重者突发高热，黄疸迅速加重，腹痛胁胀较剧烈，衄血，便血，呕血，皮肤斑疹，神昏谵语。

本病病位在肝胆，与心脾及三焦有关。早期均为邪毒炽盛之实证；晚期虚实错杂成虚中夹实之证。

本病四季皆发，感受疫毒引起者，具有很强的传染性。

西医学的重症病毒性肝炎，急性、亚急性肝坏死，钩端螺旋体病引起的黄疸，可参照本篇治疗。

[病因病机]

急黄的病因以湿热疫毒为主。湿热疫毒郁蒸肝胆，内阻脾胃，迫使胆汁外溢肌肤而迅速发黄。热毒引动肝风，内陷营血，蒙蔽心包而成危候。

（一）湿热疫毒

湿热疫毒之邪多由口鼻而入，毒入于里，郁而不达，深入膜原，卫气虚弱不能束邪，湿热交蒸，疫毒内结，侵犯肝胆，肝体受损，肝失疏泄，胆失通降，胆汁内瘀，渗入营血，弥漫三焦，充斥表里，循经上目，下注膀胱，而致面目、肌肤、小便俱黄。

（二）嗜酒过度，饮食不节

嗜酒过度，饮食不节，脾胃内伤，运化失常，水谷不化精微，反生痰湿，内阻中焦。湿浊化热，熏蒸肝胆，复感时疫，致肝失疏泄，胆汁不循常道而成急黄。此外，也有因药源性而致者。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　发病前多有发热，恶心，呕吐，腹胀，腹泻等症状。右胁部疼痛较剧烈，大便溏泄不爽或便秘。口苦而干不欲饮水，多有外感湿热疫毒，饮食不洁或黄疸肝炎病人的接触史。

2. 闻诊　呼吸急促，呻吟不止，口有臭味，身有汗臭，或有谵语。

3. 望诊　皮肤及目睛发黄，其色如橘，小便深黄如浓茶。面赤，表情痛苦，或呕血，衄血，尿血，便血，肌肤斑疹；或神情呆滞，昏迷不省人事；或目睛上翻，手足抽搐，舌质红或紫，苔黄厚腻或黑燥或灰绿。血清胆红素明显增高，超声探查，早期肝脏肿大。

4. 切诊　肌肤灼热，右上腹疼痛拒按，或腹胀满，脉弦滑数或细数。

（二）鉴别诊断

1. 肝癌　临床可见持续进行的阻塞性黄疸，进行性肝肿大与肝硬度增加，且胆囊不肿大，超声波检查有重要参考价值。

2. 蚕豆黄　多于 3～5 月间蚕豆成熟季节，食用新鲜蚕豆几小时至几月内突然发作，黄疸显著，贫血多严重，有重度血红蛋白尿，G6PD 活性缺乏，儿童占发病的 70%。

[论治]

（一）治疗原则

本病以湿热疫毒外袭，致肝胆疏泄失常为主要病机，故以“祛邪”为原则，采用情热解毒，化瘀利胆，开窍醒神，凉血熄风为治疗大法。

（二）急救

1. 针灸　（1）退黄：后溪透劳宫，合谷透劳宫，合谷透后溪，阳陵泉透阴脏泉，太冲透涌泉，采用泻法。

（2）醒脑：十宣、大椎、曲池、四缝、人中，以三棱针点刺放血；或选曲池、劳宫、长强、涌泉，采用泻法。

（3）熄风：大敦，三棱针点刺放血；三阴交，以补法或先泻后补；阳陵泉，太冲，以泻法。

（4）利尿：选中极、阴陵泉、行间、水沟、膀胱俞、三阴交等穴，用泻法，并灸气海，关元穴。

2. 针剂　（1）清开灵注射液：每次 80ml，加入 5%葡萄糖注射液 400ml 内，每日 1～2 次，静脉滴注。

（2）茵栀黄注射液：每次 40～100ml，加入等渗溶液 250～500ml 内，每日 1 次，静脉滴注。

（3）醒脑静注射液：每次 20ml，加入 10%葡萄糖注射液 200ml 内，每日 1～2 次，静脉滴注；或每次 8ml，加入 25%葡萄糖注射液 20ml 内，每 2～4 小时 1 次，静脉推注。

3. 中成药　（1）安宫牛黄丸：每次 1 丸，每日 3 次，口服。

（2）至宝丹：每次 1 丸，每日 3 次，口服或鼻饲。

（三）辨证治疗

●疫毒炽盛

证候：发病急骤，身目黄染，继而加深，小便深黄，高热烦渴，面赤气粗，恶心呕吐，口干口苦，脘腹胀满，疼痛拒按，大便秘结，烦躁不安，舌质深红，舌苔黄腻，脉弦滑数。

治法：清热解毒，活络利胆。

方药：茵陈蒿汤（《金匮要略》）加味，药用茵陈蒿、栀子、大黄、羚羊角、姜黄、白鲜皮、秦艽、玳瑁，调服安宫牛黄丸或玉枢丹。方中重用茵陈蒿清热利湿退黄；栀子通利三焦，引湿热自小便而去；更以大黄，荡涤肠胃瘀热，以助退黄之力。加羚羊角、白鲜皮、秦艽、玳瑁以透络利胆，增清热解毒退黄之功，加姜黄通络活血，诸药合用以达清热解毒退黄之目的。

高热者，加生石膏、知母；神志不清者加石菖蒲、远志、莲子心；烦扰不宁，循衣撷床者，加黄连、大青叶、珍珠母、白重楼。

●热入营血

证候：身热夜甚，身目色黄如金，小便短少，溺色深黄，胁肋胀痛，神昏谵语，嗜睡昏蒙，或瘛疭抽搐，或衄血，呕血，尿血，便血，肌肤斑疹，或腹胀有水，舌质红绛，苔黄燥或焦黑，脉弦细数。

治法：清营凉血，解毒救阴。

方药：西角散（《千金要方》）合西角地黄汤（《千金要方》），药用水牛角、黄连、升麻、栀子、茵陈、生地、牡丹皮、赤芍。方中黄连、升麻、栀子清热解毒；茵陈利湿退黄；水牛角、生地、丹皮、赤芍清营凉血，解毒救阴。诸药合用，共奏清营凉血，解毒救阴，利湿退黄之效。

服上方不效者，可投清瘟败毒饮。

●痰火内扰

证候：身目发黄，色如金橘，小便黄赤，发热面赤，胁肋胀痛，口苦烦渴，躁扰如狂，渐至昏迷，呼吸气粗，喉间痰鸣，舌红苔黄厚腻，脉滑数。

治法：清热解毒，涤痰开窍。

方药：西羚三汁饮（《重订广温热论》），药用水牛角、连翘、白薇、皂角刺、羚羊角、郁金、天竺黄、芦根、丹皮、白茅根、灯芯草、石菖蒲汁、淡竹沥汁、生藕汁、至宝丹。方中以水牛角，羚羊角清热解毒凉血，至宝丹芳香开窍；连翘清热解毒；郁金、丹皮、天竺黄清热化痰开窍；皂角、三汁清热化痰；芦根、茅根、灯芯草清热利湿，养津以去痰火。

[权变法]

急黄为临床急危重症之一，死亡率很高。若治不及时，易致出血及昏迷。故临床除积极进行中医治疗外，对上述三种变证可配合吸氧及生化药品治疗。

腹水者，予商陆粉、皂角、醋炒芫花各等分为末，加少许麝香，蜂蜜调敷神阙穴，并热熨其上以加强疗效；斑疹不退，热伤津液者，急投玉女煎；症见舌卷囊缩者，加黄豆卷，牛黄粉少许冲服。症见呃逆不止，连声而作，声音洪亮者，为邪实，急投青皮、枳壳；便秘者加二丑，以降逆理气止呃；呃声低微，连连而作，为虚气留滞，急投乌梅、薄荷、党参、莱菔子。

[转归与预后]

本证急危而重，预后多不良，死亡率甚高。正如《医宗金鉴》曰："天行疫疠发黄，名曰瘟毒，死人最暴也。"《诸病源候论》也说："命在顷刻，故云急黄也。"本病抢救及时，治疗得当，可使热毒渐解而黄退痊愈。

[调护]

1. 病人应绝对卧床休息。

2. 流质清淡饮食，呕吐频发者禁食，并予补液。

3. 密切观察脉证变化，出现脉象微弱欲绝或散乱，神志恍惚，烦躁不安，为正气欲脱之象，应及时抢救。

4. 密切观察皮肤情况，黄疸加深或出现斑疹，为热毒耗动营血，属病情恶化之兆。

第十五节 薄 厥

[述要]

薄厥是因多种原因造或气逆血冲，痰浊蒙塞，脑髓窍络的急危证候，薄，迫也，内迫气血上逆；厥，阻绝不通，不通为逆。薄厥始见于《素问·生气通天论》："阳气者，大怒则形气绝，而血菀子上，使人薄厥。"

本病的临床病象：素有头痛或风头旋病史，每因烦劳、情志相激而引发。病见突然剧烈头痛，眩晕耳鸣，恶心呕吐，吐如射状，两眼黑矇，或短暂的失明或失语，或偏身麻木，烦躁不安，或心慌气短，血压升高，而色苍白或红润。病重者，呼吸急促，头痛如破，肢体颤抖或抽搐，神志不清，瞳仁散大，而白汗出，甚则一腹不振而发生死亡。

本病病位在脑，与心肝肾关系密切。病性为本虚标实。虚者，心、肝、肾精血不足；实者，气逆血冲，上犯神明。本病多见于 40 岁以上病人，男性多于女性。四季皆可发病，但以冬春季节多见。病程多短暂。

西医的高血压脑病可参照本篇治疗。

[病因病权]

本病的发生与素体亏虚，情志失调，寒邪内侵，暴饮暴食等因素有关。内外二因交互作

用，造成气逆血冲，迫血犯脑，血郁脑脉，津血内结，化生痰瘀“堵塞神明出入之窍”，五神失用。

（一）阴精亏虚

年高精亏或素禀阴精不足，或后天烦劳伤精，或药毒暗耗营血，或久患消渴、腰痛之疾造成体内阴精亏乏，五脏空虚，气血失和，内逆上冲；或阴虚不能敛阳，阳气外张，动而化风，上扰神明，促使“血之与气并走于上”，致脑脉暴阻，窍络欲通不达而发为本病。

（二）情志失调

怒者肝志，主痹。恚怒则伤肝，肝伤则致气郁，气郁则化火，火逆冲上，升而不熄，血随气上，逆乱之气血上郁脑脉，津血内结，化生痰瘀而成；喜者，心志主开。暴喜则阳多，阳气内炽，抑而不透，化火攻冲，血随气上，犯于脑脉，蒙蔽神明，脑窍阻滞，变生本病。

（三）寒邪内侵

素体阳气亏虚，或长服苦寒伤阳之剂，或突感外在寒冷邪气，造成体内阴寒气盛，“寒主收引”，寒盛则血脉绌急，迫使血气冲逆，上犯脑脉，津凝痰壅血滞而成本病。

（四）暴饮暴食

酗酒无度，暴食肥甘厚味，以致食填中脘，壅塞不通，中精枢转不运，气机郁闭，气郁则“火浮而水沉”，升多降少，血气随上升之力，逆犯神明，窍络不通，发为本病。

本病由于失治误治，造成邪浊内滞，脑髓久而不除，元神伏匿而神昏不语，血气逆乱，化风扰动，走窜经络，故见肢颤抽搐。亦有邪逆亢盛，正气不支，阻闭神明，心阳暴泄而卒死者。

［诊断与鉴别诊断］

（一）诊断

1. 问诊　病人突发剧烈头痛，头晕目眩，恶心呕吐，吐如射状，烦躁不安，两眼黑矇，视力模糊，或心慌气短。病重者，有短暂的失明或失语，或偏身麻木，胸闷气短，呼吸急促，肢体颤抖或抽搐，神志不清。

2. 闻诊　语音洪亮，或呻吟，或呼叫，血压升高在 26.7/18.0kPa 以上，或气息短促，喉中痰鸣。心脏听诊：第一心音亢进，心率或快或迟，亦可闻及心律不齐或病理性杂音。

3. 望诊　神情焦虑，恐惧不安，甚或短暂的神昏，抽搐，面色苍白或潮红或青红，白睛红赤或见汗出。舌质红赤或隐青，苔薄黄或薄白，或黄腻或黄燥，舌下脉络瘀紫、怒张。脑脊液压力升高。眼底检查：眼底血管痉挛。脑电图示：弥漫性高压慢波，颅脑 CT 多正常。

4. 切诊　切虚里鼓动有力，或快或慢，肢末欠慢，皮肤湿润，脉弦紧，或弦滑，弦数，或沉迟，沉涩，亦见慢脉者。

（二）鉴别诊断

本病主要与头风病相鉴别。头风病虽以剧烈头痛，恶心呕吐为主证，有时血压升高，但其头痛多在一侧，且于发作前常有眼花，幻视，肢体麻木，无力等症。病发呈扩散性，头维脉动，白睛红赤，血压升高多在 26.7/16.0kPa 以下。易于反复发作，多因情志、劳累、经期等诱发。郁分病人有家族史。

［论治］

（一）治疗原则

本病多为上盛下虚，气血亢逆之疾。故病发时，当以降逆除邪为先，平抑血气为主的综合

急救。以降逆化痰，疏通血脉，醒神开窍为治疗大法。

（二）急救处理

本病起病急猝，病势危急，故当急对其逆而折之。临证以降逆除邪，苏醒神志为要。

1. 针灸　三棱针点刺十宣，或尺泽，或金津、玉液，或委中，每次放血 2ml。

针刺太冲、曲池、足三里、三阴交、风池、丰隆，每次选 2～3 穴，泻法。获针感后，持续行针 2 分钟左右。待血压下降后留针 15 分钟或应用电针仪治疗。

也可选合谷、太冲、内关、四缝，每次 2 穴，以清开灵注射液 2ml 穴位注射。

灯火灸法：选曲池、太冲、足三里、风池、三阴交、太溪、肝俞，每次 2～4 穴，以灯火灸之。

2. 针剂　(1) 清开灵注射液：每次 40～60ml，每日 1～3 次，加入等渗液中静脉滴注。

(2) 羚羊角注射液：每次 2～4ml，每日 1～4 次，肌内注射。

(3) 灯盏花注射液：每次 20ml，每日 1 次，加入等渗液中静脉滴注。

3. 中成药　(1) 安脑丸：每次 1～2 丸，每日 1～4 次，口服。

(2) 牛黄降压丸：每次 1～2 丸，每日 2～4 次，口服。

(3) 参菊血压贴：贴神厥穴。

4. 常规吸氧

［辨证治疗］

●风火扰窍

证候：头痛眩晕，面红目赤，两眼黑矇，烦躁易怒，口苦口干，便干尿赤，或肢体颤抖或抽搐，甚则神志恍惚，舌红苔黄燥，脉弦数有力。

治法：平肝熄风，泻火开窍。

方药　羚羊角汤（《医●膝义》）。药取羚羊角粉、石决明（先煎）、龟版（先煎）、生地、白芍、夏枯草、菊花、蝉蜕、柴胡、薄荷。方中羚羊角清心泻火，平肝熄风，配以石决明、龟版、生地、白芍育阴熄风；夏枯草、菊花、蝉蜕清肝降火，借柴胡，薄荷疏解郁滞，透邪外达。

本方可加川牛膝引血下行，熄风降逆。且多配合静滴清开灵注射液。肌注羚羊角注射液，或静滴脉络宁注射液。有便干口臭者，加牛黄安宫丸清心开窍。肢颤抽搐者，加服止痉散。

●痰热上蒙

证候：起病危暴，面赤耳鸣，躁扰不宁，鼻鼾痰鸣，肢体颤抖或痉挛抽搐，头痛剧烈，怒心呕吐，或神昏谵语，甚则手足厥冷，舌质红绛，苔黄腻而干，脉弦滑数。

治法：清热化痰，开窍醒神。

方药：安宫牛黄丸（《温病条辨》）。药用牛黄、郁金、水牛角、黄连、黄芩、朱砂、山栀子、雄黄、珍珠、金箔衣、冰片、麝香、炼蜜为丸，大如桐子。方中以牛黄清心解毒，化痰开窍，水牛角清心凉血，麝香、冰片开窍醒神，黄芩、黄连、山栀子清热燥湿，雄黄化痰降逆，郁金、冰片芳香开窍，朱砂、珍珠、金箔镇心安神，蜂蜜调胃和中。

本证多配合静滴清开灵注射液；神昏者，用醒脑静注射液；痰多者，加服竹沥水 20ml 以清化痰热；便干口臭者，加服礞石滚痰丸以降痰下气；抽搐者，加羚羊角、玳瑁，或羚羊角注射液穴位注射。

●痰瘀内阻

证候：头部胀闷疼痛，或如针刺，面定不移，恶心呕吐，胸闷滴胀，面色晦滞，头晕目眩，或

颈强不适，食少纳呆。重则面白肢冷，冷汗自出，舌质隐青或舌体胖大，苔白腻，脉弦滑。

治法：活血化瘀，降逆止呕。

方药：半夏白术天麻汤(《医学心悟》)，药用半夏、天麻、白术、茯苓、橘红、甘草、生姜、大枣。

方中以半夏燥湿化痰，天麻熄风止晕，白术燥脾除湿，茯苓与白术为伍，健脾化湿以绝生痰之源；橘红理气和中，取"气顺痰消"之义；甘草、枣姜和胃健脾。

本方化瘀之力不足，故每加丹参、川芎、地龙、蒲黄、水蛭以加强活血之功；亦可加用复方丹参注射液，静脉滴注。

●阴虚阳亢

证候：平素腰痠耳鸣，健忘心烦，突因情志相激而发病，症见剧烈头痛、眩晕恶心，或呕吐，躁扰不宁，便干尿赤，舌红少苔，或薄黄而干，脉弦细而数。

治法：育阴潜阳，熄风活络。

方药：镇肝燥风汤(《医学衷中参西录》)，药用：淮牛膝、代赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟版、玄参、天冬、白芍、青蒿、生麦芽、川楝子、甘草。方中以淮牛膝引血下行，折其亢阳，兼能滋养肝肾；代赭石降气镇逆，抑遏气血上逆之势；龙骨、牡蛎潜阳降逆；生龟版、玄参、天冬、白芍滋养阴液，柔润熄风以助牛膝等镇制亢阳；青蒿、麦芽、川楝子清泄肝郁，并与甘草合用调胃和中，防止金石药物碍胃。

若阳亢逆甚，加天麻、钩藤、羚羊角、玳瑁以增其潜阳熄风之力；呕吐者，加旋覆花、莱菔子、沉香降逆止呕；便干口臭者，加生大黄、全瓜蒌，通腑降逆。有瘀象者，静脉滴注，血塞通注射液。

[权变法]

薄厥病人因失治误治，或正虚邪盛，以致气逆血冲，上犯心脉，心脉绌急而生心痛难忍者，按"卒心痛"救治；若见心中悸动不安，脉结或代，或雀啄者，参照"心动悸"救治；若浊邪上逆，脑脉瘀滞，或络破血溢于脑，症见偏身麻木，半身不遂，言语謇涩或失语，口舌歪斜，甚见神昏，病属"卒中"，急当降逆平冲，活血化瘀，醒神开窍。速于滴开灵注射液 80ml 加入等渗液中静脉覆注，每日 2 次。同时覆服、鼻饲，或以三化汤(《河间六书》)加水蛭、土虫灌肠。便干燥结，虽用泻剂不得利者，加煅皂角，得利即止，改服桃红四物汤(《医宗金鉴》)加水蛭、虻虫、苏木；肢麻沉重者，2～3 小时 1 次；神昏者，予安宫牛黄丸(《温病条辨》)水调鼻饲或灌肠。神清后停用安宫牛黄丸，继服前方 14 日，予补阳还五汤(《医林改错》)去黄芪加豨莶草。失语加密佗僧(2～3g)，石菖蒲、莲子心、茶叶。配合针刺太冲、三阴交、内关、百合、曲池。邪逆亢盛，损伤气血，亡阴亡阳出现四肢厥冷，表情淡漠，脉微细欲绝者，参照"脱证"救治。甚者，邪伤脏真，宗气脱泄而突发神昏，六脉伏而不现者，按"卒死"急救。

[转归]

薄厥病人一般经早期积极有效的治疗多可转危为安。但也有因正气亏虚，失治误治而引发合病、并病者，病情迁延，难以速效。甚则邪盛气衰，心脑受病而致阴阳交，突发卒死。

[调护]

薄厥病人的调护旨在阻断病势的恶化，使病人顺利康复，应注意做好：

1. 急性发作者当卧床休息，防止“劳则气耗”“烦劳则张”而加重病情。但病情稳定后，又要劳逸结合以利气血周流。

2. 调节情志，解除精神紧张。勿喜勿怒，移情易性，使气血畅达和调。

3. 饮食宜清淡、软食，忌暴饮暴食，肥甘厚味，耗气动血动风之品。

4. 病室安静，空气流通，清新，防止外感六淫邪毒，保持二便通畅。

5. 病重者急予吸氧，密切注意病情变化，做好血压，心脑监护，防止病势逆变。

第十六节 卒 中 风

[述要]

卒中风是指因多种原因造成气血逆乱，上犯脑髓，脑髓受伤，经络不利，神机失用的一种急危病变。卒，同“猝”，突然之义。中，伤也。风，指起病卒暴，变化迅速。本病形成于《内经》。《金匮要略》称之为“中风”。《肘后备急方》明确为“卒中风”。

本病的临床病象为：发病迅速，突然出现半身不遂，偏身麻木，口舌歪斜，舌蹇语涩或失语，甚则神昏。险则出现闭证；危则内闭外脱俱见。

本病病位以脑髓为本，心、肝、肾、胃为标。病性多为本虚标实，上盛下虚。本病多发于40岁以上的中、老年人。一年四季皆可发病，但以冬春二季多发。

西医学的急性脑血管病可参照卒篇内容进行急象。

[病因病机]

本病多由脑髓先病，经络失和，血脉循行不利，复因饮食，情志，劳逸，或久患风眩、消渴、心脏之疾，用药不当等，导致内外二因交互作用，阴阳失调，气血逆乱，上犯脑髓而成。

(一) 年老久病

年老之人，气衰血弱；或中年由禀赋不足，阴虚于内，阳亢于上；或久患风旋、消渴、心脏之疾等，均可导致机体内在的阴阳失调，气血自变而生逆乱，血脉不利，脑髓受累而病。

(二) 饮食劳逸

过食肥甘，饮酒无度，劳逸失调，导致脾气呆滞，运化不及，从而促使肥甘、脂膏之物郁积体内而不除，造成腠理致密，阳气堆积，脂液内蓄，暴入脉膜，久则脉络受伤，气血运行迟滞，脑髓积损而生。

(三) 情志失节

七情所伤，五志过极，特别是暴怒，过喜。暴怒伤肝，肝伤则气逆化火，血随气上，逆犯脑情；过喜伤心，心伤则血脉失主，脉络失用，气血运行不周，累伤脑髓。

此外，也有药源性而生者，或内有所因，外触六淫，血脉凝情而发卒病。

总之，卒中风病机核心是气血逆乱，气变于病之始，血变于病之或。气变则郁，外郁肌腠、玄府，内郁经络、脏腑，阻塞气机，致使升降失常。“气不顺则为风”“气有余，便是火”，风火相

合，动而为升，升则动血，上犯脑髓，窜入经络，浸淫血脉，一则血脉涩滞，凝而为瘀，阻塞脉络，发生缺血性中风；二则正邪交争，邪害经络，内入血脉，动而外鼓，正气内收，“气血不得宣通”。郁极则损伤脉膜，络破血溢，发生出血性中风。二者在病机上均有瘀血侵害脑髓，瘀血不去则津血郁而外渗，化生痰饮水湿停聚在脑髓，“为肿为毒”，从而在病理上形成了风、火、痰、瘀、毒，伤及脑髓，元神受累，神机障碍，神经传导受阻。轻者，伤而不重，窍络能通，神明出入自如；重者窍络闭塞，神明伏匿而生闭、脱危证。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　中年病人，或久患风旋、消渴、心脏之疾。每因饮食，劳逸，情志，用力过猛等诱发。突然出现半身不遂，偏身麻木，口舌歪斜，舌謇语涩或失语，甚则突发神昏不语。或伴见头痛、眩晕、胸闷不适、恶心呕吐、吞咽困难、烦躁不宁；重则可见头痛如破、呕吐如喷、项强抽搐，胸腹灼热、二便失禁。

2. 闻诊　言语不清，或喉中痰鸣，气粗息促，或气息不匀，或血压升高，或可闻及心脏病理性杂音。

3. 望诊　瞳神变化不一，或大或小，眼球或有便斜，颜面红赤或淡青而红，或额赤，唇红干，口舌歪斜，患侧鼻沟变浅，口角低垂，也有口腹歪斜者；舌质多红赤或隐青，苔初见薄白、薄黄，久则白厚，黄厚，或焦黄起刺，或灰褐而干，舌下脉络多粗大淤曲，色青紫。危则目合口张，鼾睡手撒，汗出如油。颅脑CT、核磁共振、眼底检查等有助诊断。

4. 切诊　患侧肌肉松弛或强硬，或胸腹灼热，肢末欠温，或偏身汗出。脉象多见弦滑而大，或弦紧有力，或沉迟、沉虚，亦有见怪脉者。

（二）鉴别诊断

本病临床需与薄厥、癫痛相鉴别

1. 薄厥　好发年龄、诱发因素与卒中风相似，病人以剧烈头痛，头晕目眩，恶心呕吐，烦躁不安，视物不清，或偏身麻木，或肢颤抽搐为特征。血压虽升高，但为时短暂，无半身不遂。颅脑CT多正常。

2. 癫病　发病以发作性精神恍惚为特征。病重者，突然出现仆倒，不省人事，四肢抽搐，口吐涎沫，两目上视，或口中发出异常怪叫，移时苏醒，平如常人。发作期脑电图有助鉴别。

[论治]

（一）治疗原则

本病为本虚标实，上盛下虚之证。虽有本虚，但以标实为主。治疗当以“急以治其标”“甚者独行”为先。《素问·至真要大论》：“血实宜决之。”陈自明也说：“医风先医血，血行风自灭。”故临床急救当以鼓血行瘀，泻热凝神为大法。

（二）急救处理

卒中风病人无脱证者，急需先投三化汤（生大黄15g、枳实10g、厚朴10g、羌活5g）加水蛭5g，水煎鼻饲，或灌肠，或灌服。以通腑逐瘀。

1. 针刺　石氏醒脑开窍针法：取穴：内关、合谷、百会、足三里、人中、三阴交。手法：醒脑开窍法，每日1～2次。

刺血术：取穴曲池、十宣、人中、金津、玉液，每次 2～3 穴，每穴放血 2ml。

2. 针剂 (1) 清开灵注射液：每次 40～60ml，每日 1～2 次，加入等渗液中静脉滴注。

(2) 脉络宁注射液：每次 20～40ml，每日 1～2 次，加入等渗液中静脉滴注。

(3) 血塞通：每次 10～20ml，每日 1 次，加入等渗液中静脉滴注。

(4) 醒脑静注射液：每次 20ml，每日 1～2 次，加入等渗液中静脉滴注。

(5) 复方丹参注射液：每次 20～30ml，每日 1～2 次，加入等渗液中静脉滴注。

(6) 羚羊角注射液：每次 2ml，每日 2～4 次，肌内注射，或穴位注射。

(7) 参附注射液：每次 20～40ml，每日 2 次，加入 25%葡萄糖 20～40ml，静脉注射，待血压升至正常，改用 50～100ml，加入等渗液中静脉滴注。

(8) 参麦注射液：用法同“参附注射液”。

3. 中成药 (1)安宫牛黄丸：每次 1～2 丸，每日 4～6 次，口服，鼻饲或灌肠。

(2) 牛黄安脑丸：用法同“安宫牛黄丸”。

(3) 苏合香丸：每次 1～2g，每日 4～6 次，口服，鼻饲或灌肠。

(4) 通关散：少许，吹入鼻腔，得嚏神清即止。

(5) 益脑复健丸：每次 5～8 粒，每日 2～4 次，口服。

(6) 脑血服：每次 1 支，每日 2～4 次，口服。

(7) 灯盏花素片：每次 3～5 片，每日 2～4 次，口服。

(8) 竹沥口服液：每次 10～20ml，每日 4～6 次，口服。神昏，无排痰能力者忌用。

(9) 乌梅肉：擦牙，待牙关已开，即止。

4. 常规吸氧 有痰者，予吸痰。

[辨证治疗]

●痰热腑实，风痰上扰

证候：半身不遂，口舌歪斜，舌强言蹇或失语，偏身麻木，脘腹胀满，便干便秘，头晕目眩，痰多胸闷，舌质暗红或暗淡，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧弦滑而大。

治法：通腑化痰，熄风通络。

方药：通腑化痰汤(验方)。药用生大黄、芒硝、瓜蒌、胆星、丹参。方中以大黄通腑泻热，活血通络；芒硝通腑软坚，泻热散结；瓜蒌，胆星化痰泻浊；丹参养血活血；诸药合用，芒硝通腑化痰，导引诸邪下行，使之从大便而解。

本证可以清开灵注射液静滴。血压高者，加川牛膝、夏枯草以泻火降逆，使气血下行；痰多，加服竹沥水。

●气虚血瘀

证候：半身不遂，口舌歪斜，言语蹇涩或失语，偏身麻木，面色皖白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心慌便溏，手足肿胀，舌质诸淡，苔薄白或白腻，脉沉细，细缓或细弦。

治法：益气活血。

方药：补阳还五汤(《医林改错》)。药用生黄芪、赤芍、川芎、当归尾、地龙、桃仁、红花。方中以黄芪益气活血，通达经络，取气足血行之义；佐以大队活血化瘀之品如赤芍、川芎、地龙、桃仁、红花之类清化血中瘀滞；当归尾养血通络，诸药合用，使气复血活，经络通达。

本方可加白术、人参以加强补气之力；手足肿胀者，加用透骨草、三棱、莪术、羌活、防己、

片姜黄、桑枝、防风、红花，水煎外洗。本证可加用参麦注射液静脉滴注。

●内闭外脱

证候：神志恍惚，或迷蒙，或昏迷，半身不遂，口舌歪斜，失语，肢体强痉拘急，烦扰不宁，鼻鼾痰鸣，甚或项强身热，频繁抽搐，手足厥冷，或二便闭，或二便失禁，危则手撒汗出，舌质红绛而瘘，苔多黄腻而干，或白腻，脉象沉伏，或弦大有力，或微细欲绝。

治法：开闭固脱，醒神开窍。

方药：阴阳两救汤（《医醇賸义》），药用：熟地、附子、人参、盐菟丝子、枸杞、茯神、甘草水炒远志、胎盘、炮姜炭水煎浓汁，时时饮之。方中以熟地、菟丝子滋阴敛阳；人参、射子益气回阳；枸杞、胎盘补肾填精，益髓养脑；茯神、远志安神定志，祛痰醒神；炮姜炭引阴入阳，使阴阳相抱，以平机体之气血逆乱。

证见阴闭者，送服苏合香丸合益脑复健丸辛温开窍，活络化瘀以保神机；证见阳闭者，送服牛黄安宫散合益脑复健丸以辛凉开窍，活络化瘀以保脑髓；瘀去痰散，则神明矣。以脱证为主者，予参附注射液与脉络宁注射液交替静脉滴注。

［权变法］

血压高者，在曲池、太冲两穴以针刺，泻法或三棱针十宣放血，或吴茱萸、青葙子捣膏外敷涌泉穴；病人因正衰邪盛，或失治误治出现项强抽搐者，参照“抽搐”急救；出现胸腹灼热，烦躁汗出者，加用水牛角、羚羊角、黄连、黄柏、栀子、黄芩、白薇、蜈蚣、蝉蜕、生石膏、杏仁以清透痰热；神昏久而不醒，加羚羊角、石菖蒲、远志、胆星、黄连、郁金、真牛黄（冲）、藏红花（冲）、麝香（冲）、生地、莲子心以滴透窍络，苏醒神志；喉中痰鸣，气粗喘促者，加服红灵丹或竹沥水，或稀涎散以豁痰降逆。吞咽困难者，加刺蒺藜风、金津、玉液，送服安宫牛黄散合益脑复健丸；吐血黑便者，加投《金匮要略》泻心汤。若出现卒心痛、心衰、脱证、痛证、血证、肺热等表现者，请参照有关病证进行急救。

［转归］

卒中风病人一般经早期积极有效的急救，多可恢复正常或生活自理。但也有病重静危，三天内呈逐渐加重之势，先病于经络，而发为中腑中脏者。或经络连及藏府。邪甚正衰，为闭为脱者，病后常遗留半身不遂，舌强言蹇，口舌歪斜、唇缓流涎、健忘等后遗症；极少数病人因阴阳互不维系而死亡。

［调护］

本病调护重在已病防变，以利子病人的早期康复。

1. 急性发作期病人，当卧床休息，防止“劳则气耗”“烦劳则张”等，进以阻断气血上逆之病势；病情稳定后，即当迅速进行肢体、语言等康复训练。

2. 病室安静，空气滴新、流理，防止外感。保持二便通畅。神昏卧床者，当注重皮肤、粘膜的护理。

3. 滴重者，要密切监护病情，防止滴势恶化。

4. 常规吸氧，吸痰，保持静脉通道畅达。

5. 调节情志，移情易性，解除精神紧张；调节饮食，注意食疗的合理选用。

第十七节 急 风

[述要]

急风是卒感毒疠之气，脊髓为病，督脉受害，脑髓受扰，筋脉不舒，发病卒急，病势险恶的一种感伤性急病。病名始于宋《圣济总录》。《圣济总录·诸风门》说："急风中人，乃毒疠之气，……其证筋脉紧急，脊背强直……口禁不语……风人五脏……则通身壮热，汗出如油。"又云："风留四肢，变为瘫缓，手足不随，口眼㖞斜，""百节痛不能行。"《难经·二十九难》曰："督之为病，脊强而厥，""督脉……上至风府入脑。"

本病的临床病象为：多数病人在发病前二三日或数周有咳嗽，咽赤，发热，恶寒，流清涕，关节疼痛或恶心、呕吐，继而出现双下肢瘫痪，但迅速延及双上肢瘫痪，同时躯干亦然。重则口噤，吞咽不利，呼吸短促。危则肢麻，关节疼痛，语言蹇涩，小便不通，皮肤、颜面潮红，舌红，苔白或黄，脉多弦数。

病以督髓为本，神机受累，脏腑受伤为标。其病性急者，多实于外而脏真虚于内。而病势发展速危，病程多为 4～5 周，或几个月；一年四季皆可发生。任何年龄均可罹病，以青少年发病多，男多于女。

西医学的急性感染性多发性神经根炎可参照本篇治疗。

[病因病机]

本病是以急性发病为主，慢性病变不在此篇论述，急者多为正盛邪强毒剧。人在自然气交之中，受此毒厉之气不断作用，久则正气受抑，卫气受制；腠理空疏，或呼吸之门虚弱，使邪犯人体有可乘之机。

（一）时邪感伤

外在风寒、风热之邪，疫毒之气，乘人体之虚内侵，感之浅者，留于肌肤；感之深者达于骨髓，伤及督脉脏坏脊髓，脊髓上通于脑，下至尾骶，并有细络，一道内连腹中，与脏腑相通；一道外与脉、筋、肌、皮、骨连结，为精气升降之路，神机流贯之所。因此，脊髓受伤，则四脏失主，脑髓受累，流人脏腑面为病。

（二）医源药源

多由医者诊治不当，或用化学药品不当，造成脊髓受害，脑髓受累，经络壅塞，神机不行，督髓失用而发。

（三）湿邪为患

湿为六淫之一，但湿生有二，一为天暑地湿，润蒸而成湿热之毒气；二为饮食失常，劳逸失调，脾胃受伤，运化失司，中轴不升不降，水津内聚，化生湿邪。然人体阳不足则为寒湿，而阳有余则为湿热。但湿热或寒湿邪毒，若逢督脉阳气不足，脊髓真元有亏，卫气失护，则邪毒首先犯之，并浸淫筋脉，使大筋软短，小筋弛长而成。

亦有久病邪留督脉，病气不除，脊髓受伤，邪气下注肝肾，阴精阳气暗耗而生肝肾阴亏之疾。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　发病前1～3周有外感病史，起病急卒，多由双下肢瘫痪，迅速延及两上肢，继则遍及全身瘫痪，而瘫痪呈虚软状态，但亦有由上肢而始，而病重四肢同时呈现瘫痪，呼吸困难，甚则呼吸麻痹，面瘫，吞咽困苦，言语蹇涩，肌肉痠痛，麻木如虫行，大便不通，甚则尿闭，汗出，手足肿胀。

2. 望诊　颜面暗红，色淡青黄或潮红，牙关紧急，皮肤潮红，手足肿胀，皮肤甲错，干燥而皮薄，肌肉虚软无力，汗出，毛发多憔，舌红，苔白厚或薄白，亦有黄苔者。实验室检查：脑脊液蛋白和细胞分离现象有一定诊断意义。

3. 闻诊　呼吸急促或气粗，语言发音不清或语声前轻后重，胸部听诊心肺多无变化。

4. 切诊　皮肤、肌腠虚软无力，干涩或有汗，手足欠温或热或手足心濈濈汗出，脉多沉数或虚数，亦有疾数、结、代或雀啄，乍迟乍数之象。

（二）鉴别诊断

本病应与下列疾病鉴别：

1. 痿病　久患肺胃有热，津亏之疾，缓慢发病，症见下肢软弱无力，不能站立，或步履艰难，甚则不能行走，肌肉日久逐渐病削，多无疼痛。

2. 急性脊髓灰质炎　本病发生急卒，多有发热，但热退后站见下肢瘫痪，多为一侧，日久肌肉瘦削，脑脊液蛋白及细脑均增多。

[论治]

（一）治疗原则

此病发展迅速，病情险恶，治疗原则应为“新病势急，宜治重剂”，“急驱而出之于外，则易而且速”，祛邪为主，法宜清热解毒，以通督脉为先，使其升降机能复通，神机流贯内外，病邪乃除，正气得复面病愈。

（二）急救处理

1. 针刺　取大椎、肩髃、曲池、合谷、肾俞、大肠俞、胃俞、脾俞、环跳、髀关、梁丘、足三里、委中。头针疗法，取运动区上1/5，中2/5，分别治疗四肢瘫痪麻木、疼痛。

2. 针剂　(1)醒脑静注射液：20ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，每日1～2次，静脉滴注。

(2) 清开灵注射液：每次40～60ml，加入5%葡萄糖注射液400ml中，每日1～2次，静脉滴注。

(3) 刺五加注射液：每次40～60ml，加入5%葡萄糖注射液500ml中，每日1～2次，静脉滴注。

(4) 脉络宁注射液：20～40ml，加入5%葡萄糖注射液500ml中，每日1次，静脉滴注。

(5) 参麦注射液：60～120ml，加入5%葡萄糖250～500ml中，静脉滴注。每日1次。

(6) 穿琥宁注射液：300～400mg，加入5%葡萄糖注射液500ml中，每日1次，静脉滴注。

3. 中成药　(1) 九分散：每次1包(每包九分)，每日1次，病重1日2次，口服，连服3

日，停3日再用。

（2）八宝红灵丹：每次2粒，1日2次，口服，重者3次。

（3）大活络丹：每次1丸，每日2次，口服。

（4）牵正散：每次4g，1日3次，口服。

（5）健步虎潜丸：每次1丸，1日3次，口服。

（6）梅花点舌丹：每次2粒，1日2次，口服。

（7）玉枢丹：每次1锭，1日3次，口服。

4. 呼吸困难者，给予吸氧　必要时给予机械辅助呼吸。

5. 痰涎壅盛者　给予吸痰疗法。

（三）辨证治疗

●毒聚督髓

症状：四肢躯体瘫软，筋急背强，麻木如虫行，或肢体疼痛，重则呼吸困难，吞咽不利，舌强语涩，危则心烦，心悸，呼吸错乱，咳嗽，喉间痰鸣，舌淡红，苔白厚，脉多沉数。

治法：清解邪毒，养髓通督。

方药：增损清滋脊髓汤（何廉臣方）。药用：生地、生龟版、知母、炙麻黄、僵虫、乌蛇、全蝎、炙南星、猪脊髓、甲珠、甲鱼头。方用僵蚕取其咸辛、性平，祛风胜湿，清热解毒，并祛头上之风；再用龟版味甘性平，补心益肾，养阴资智，腰脚痿软，通血脉，祛邪毒，通其塞，开骨节，滋阴养髓；取生地甘寒清燥金，清瘀通络，滋阴活血，清热；知母味苦，气寒，退邪热，滋化源，下润肾燥而济髓；乌蛇甘平小毒，疗皮肤不仁，治风淫热毒，透骨搜风，祛风湿，理寒痰之疾；猪脊髓甘寒，通肾命，以髓补髓；佐取炙麻黄，辛微苦温，善通腠理，宣达皮毛，去营中之毒，又去卫中之邪，通行经气，活血通络止寒；穿山甲味咸微寒，窜走经络，直达病所，消痰行血，疗痹寒，治身体强直。使用炙南星辛苦湿有毒，治风痰流滞，四肢麻痹，口眼歪斜，手足寒痰之疾，全蝎辛热有毒，祛风定痉，善治口眼㖞斜，半身不遂，开瘀解毒；甲鱼头善除脑中风，口眼㖞斜。

症见肌肉，关节疼痛加羌活、威灵仙、片姜黄；汗出不止加山萸肉、生牡蛎、五味子；心悸而烦加莲子心、硃麦冬、黄连、肉桂；手足肿胀加丝瓜络、泽泻、苡米、土鳖虫、防己；纳呆腹胀加砂仁、稻芽、枳壳、厚朴之类治之。症见胸闷，纳呆，口苦，恶心，肢体麻木、肿而不甚，头重目昏，脉沉濡，此为湿热之患，二妙散加●香、佩兰、白蔻、苡米治之。

●肝肾亏虚

症状：肢体瘫痪不复，腰痠乏力，肌肤瘦削，手足麻木，头晕目眩，畏寒或午夜身热自汗或盗汗，面青黄或颧红，言语无力，皮肤甲错，舌红少津或有裂，苔少，脉沉虚而数或沉迟。

治祛：滋补肝肾，温阳活络。

方药：地黄饮子。药用砂熟地、山萸肉、石斛、五味子、炒麦冬、人参、炙黄芪、寒远志、附子、官祛、巴戟肉、肉苁蓉、茯苓、石菖蒲。砂熟地以治根本之阴，不腻膈，引其入肾，巴戟、肉苁蓉、官祛、附子以返真元之火；石斛安脾秘气，山萸肉温肝而而精；菖蒲、远志、茯苓补心通肾益髓；麦冬、五味子滋水化源，水火既济，香脉能通，任脉能交，髓充腠复，其病能除。

症见肢体瘫痪不复加守宫、甜瓜子、冰片（研末冲服）、天竺黄；牙关紧闭，语涩加密佗僧、茶叶；头晕目眩加白蒺藜、天麻、络石藤、青风藤。

[权变法]

症见呼吸困难者，加炙麻黄、杏仁、煨皂角、细辛、川贝、茶叶。痰涎壅盛者，加白芥子、煨皂角、枯矾。四肢瘫痪虽复，但乏力，步履艰难，用健步虎潜丸治疗。患肢欠温，乏力软缓，用硫黄、附子、天雄、川乌、蜀椒、蛇床子、赤芍、土虫水煎洗。症见心动悸、心衰、卒死、肺衰者，请参阅有关内容急救。

[转归]

肾气未损，脾胃气复，治疗得当一般预后较好，多无后遗之疾。若失治或用药不当而出现呼吸麻痹，吞咽困难，心动悸，预后多不良。亦有部分病人留有轻微运动感觉障碍。此病复发者较少。

[调护]

1. 严密观察呼吸、舌、苔、脉变化。若呼吸不利，痰多者，给予吸痰。
2. 瘫痪肢体多按摩、针刺及功能锻炼，防止褥疮发生。
3. 药浴用透骨草、艾叶、红花、老贯筋、羌活、炙南星，水煎洗全身。
4. 合理配膳，用小米、稻米、蛇肉、杞果煮粥食用。

第十八节　心　动　悸

[述要]

心动悸是指多种原因引起心脏体用受损，心神不宁，开合不调，脉动不安的一种心脏急症。“动”，指心跳；“悸”，指无惊而“心胸筑振动，惶惶惕惕，无时得宁者也”(《景岳全书》)。心动悸始见于《伤寒论》：“伤寒，心动悸，脉结代，炙甘草汤主之。”

本病的临床病象为：病人自觉心悸，怔忡，心中动击如鼓，惊惕不安，甚则不能自止，脉象参伍不齐，乍疏乍数，乍大乍小，心电图示心律失常。常伴见神情紧张，头晕目眩，胸闷气短，冷汗自出，心烦少寐等。重者，可出现厥脱，甚至卒死。

本病病位在心，与肝胆、脾胃、肾的关系密切。病性有虚实之分。虚者，气血阴阳，脏腑经络之不足；实者，痰饮、瘀血、气滞、邪毒等有余。病久不愈，多属虚实挟杂之病。

西医学的心律失常可参照本篇内容诊治。

[病因病机]

心动悸多由于内、外各种病因致使心脏体用俱病，引起心神不宁，心气内动。

(一) 外邪犯心

六淫之邪、疫毒之气，从肌表外袭，或从口鼻而入，穿卫入营，营为血徒，随血深入，犯于心之用则轻，损于心之体则重。若邪犯胃肠，阳明为多气多血之经，邪动气血，内邪犯心；若失治误治，邪气留恋，损伤心体，亦有误用或过量使用某些毒害心肌的药物，药毒“淫精于脉”，或直接经血脉，损伤心脏。耗气伤阴，心脉失养，心之脏真受损，户房启闭功能失职，发为心动悸。

（二）情志内扰

七情失节，五志过极，尤其是抑郁忿怒。怒则肝气郁闭，疏泄不畅，致使肝气不得施泄于心，心阳失于肝气之疏，心气内乏，心神失主而生；“心胆气通”，胆气内郁，少阳生发之气不能疏泄于心，致使心胆失调，均可引起心气内乱，发为心动悸。

（三）脏腑虚损

素体虚弱，或烦劳过极，思虑过度，阴血暗耗；或房室失节，肾气受伤，心肾失交；或始贵后贱，始富后贫，脱营失精；或饮食劳逸失调，脾胃亏虚，气血生化匮乏；或失血过多，或产后未复，气血亏损；或大病久病，失于调养等，均可造成脏腑虚损，心失所养而成本病。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　病人自觉心中异常跳动，惊慌不安难以自止，头晕汗出，胸闷气短，甚则肢厥，神虚，面青唇紫，或突发晕厥。起病多急骤，呈阵发性反复发作。每因情志波动，感寒劳累，或药食面发。既往多有卒心痛、心痹、癫气等病史。

2. 闻诊　语音呻吟，心脏听诊常有节律不齐，或心动过速，或心动过缓，亦可闻及病理性杂音。

3. 望诊　神情紧张，呼吸短促，汗出，睑下红赤或晦暗，面色苍白或口唇青紫，或两颧红赤，舌尖红赤，或舌淡红，或舌紫暗，苔白或黄，或腻，或滑润。心电图、心脏扇扫、心脏多谱勒等可见相应的异常改变。

4. 切诊　切虚里多动而应手，鼓动不齐，或快或慢，切心俞、郄门、小肠俞多有压痛。脉象多见结、代、促、迟、数、疾，或怪脉。

（二）鉴别诊断

1. 心悸　病人自觉心中悸动，每因情志失常所致，多为阵发，可以自主，脉数或缓，不见结、代脉。

2. 奔豚气　呈发作性，与情绪变化有关。发作时可见心悸怔忡等与心动悸类似的症状，但本病发作特点是病人自觉气从少腹上冲胸咽，闷窒难忍，痛苦欲绝。发作后，渐趋平复，有关检查多属正常。

[论治]

（一）治疗原则

心动悸是由内外多种原因引发的心脏体用俱病的急症。故其治疗原则当本“损其心者，调其营卫”，根据病性的虚类，先予宁心定悸，而后分别采取“虚则补之”“实则泻之”或攻补兼施的治疗大法。

（二）急救处理

引起心动悸的原因很多，临床急救首先应审证求因，积极治疗原发病，绝其动悸之源。

1. 针刺　(1) 针刺　取内关、心俞、通里、间使、膻中、少府、足三里、三阴交等穴。行虚补实泻手法。

(2) 电针　取合谷、内关、足三里等穴，每次 20 分钟。

(3) 耳针　取心、神门、皮质下、胸区、交感，每日 2～3 穴，留针 20 分钟。

（4）灸法　雀啄灸内关、心俞。

2. 针剂　（1）生脉注射液　每次 50～100ml 加入 10%葡萄糖 200ml 内，每日 1～3 次，静脉滴注。

（2）参附注射液　每次 20～60ml 加入 10%葡萄糖 250～500ml 内，每日 1～2 次，静脉滴注。

3. 中成药　(1)交泰丸：每次 1 丸，每日 2 次，口服。

（2）琥珀安神丸：每次 1 丸，每日 3 次，口服。

（3）朱砂安神丸：每次 1 丸，每日 2 次，口服。

（4）抑亢丸：每次 2 丸，每日 3 次，口服。

（三）辨证治疗

●风湿热证

证候：起病急，恶风，发热，汗出，口渴，关节肌肉瘙痛，或关节红肿灼热，心悸怔忡，胸闷气急，动则尤甚，舌红苔黄或腻，脉濡或弦数，或见结、代、促、疾。

治法：疏风清热，通脉安神。

方药：木防己汤（《金匮要略》），药用：木防己、石膏、人参、桂枝。方中木防己通达十二经营卫，去湿邪之壅塞，除风邪之内束；石膏清热除邪，驱达外在肌腠之风热；桂枝引药入营，使营通卫和，则心阳得以内疏；人参固益中气，益气养心，使邪气外散而不伤中。诸药合用，共奏疏风清热，通脉安神之功。

●热毒犯心

证候：心悸怔忡，胸闷气短，神疲乏力，头晕目眩，面唇苍白或青紫。重者，神昏谵语，躁妄不宁，或嗜睡不语。病发时或病前 1～2 周多有感冒或泄泻病史。舌质●青，苔薄白，脉见数、疾、迟、缓，或结、代、促。

治法：泄热解毒，宁心通脉。

方药：黄连解毒汤（《外台秘要》引崔氏方），药用黄连、黄柏、黄芩、栀子。方中黄连泻心火，清热解毒；黄芩糖泻上焦火毒；黄柏清除下焦热毒；栀子清泻三焦之火，导热下行。四药合用，苦寒直折，泄热解毒。

热毒盛者，加金银花、蒲公英、生大黄、连翘、蚤休清热薄毒；心悸不宁，夜多惊梦者，加龙齿、磁石、煅牡蛎、珍珠母以重镇安神；气阴两伤者，加生脉散（《医学启源》）或参麦注射液静脉滴注以益气养阴。

●心胆不调

证候：心中动悸，善惊易恐，不敢独居，稍有惊扰即心悸惕惕，多梦易醒，食少纳呆，口苦咽干，舌红苔薄白，脉弦细，或见促、代、结，偶见解索脉。

治法：安心定胆。

方药：十昧温胆汤（《证治准绳》），药用半夏、枳实、陈皮、茯苓、酸枣仁、远志、五味子、人参、熟地、炙甘草、生姜、大枣。方中温胆汤温胆理气，化痰通络；人参、熟地益气养血；五昧子、酸枣仁、远志安神止悸；诸药合用，共成安心定胆之功。

闻惊则悸动不止者，加珍珠母、煅牡蛎、琥珀镇心安神。

●气阴两虚

证候：心中动悸，两颧暗红或无华，胸闷痛，气短懒言，神疲乏力，夜寐梦扰，自汗盗汗，口

燥咽干，舌红少苔，脉细，或见数、疾、促、代、或雀啄。

治法：益气养阴，宁心复脉。

方药：炙甘草汤(《伤寒论》)，药用炙甘草、大枣、人参、阿胶、生地、麦冬、麻仁、桂枝、生姜。方中炙甘草益气补中，养心复脉；大枣补脾养血；人参益气补脾养心，以助气血生化之源，重用生地与阿胶、麦冬、麻仁甘润养阴，养血补心；桂枝、生姜温通心阳，鼓动血行。

心悸甚者，加龙齿、朱砂、茯神、远志、琥珀、酸枣仁镇心安神；气虚甚者，加黄芪补气健脾；血虚甚者，加当归、熟地养血；阳虚便溏者，去麻仁、生地、阿胶、加附子、干姜、白术、茯苓温阳健脾；瘀血者，加丹参、泽兰、蒲黄以活血通脉。

[权变法]

心悸不止，烦扰不宁者，加黄连、肉桂、莲子心；汗出不止，脉乍数乍疏，或见釜沸者，加紫石英、黄连、生龙齿、煅磁石，重用山萸肉；心阳欲脱，动悸不止，重用鹿角胶一味，随汤药而入；气阴虚甚者，加龟鹿二仙胶；心中澹澹大动，心胸闷痛，脉见细促，加三甲复脉汤；惊恐不已加生百合。如果病情逆变，请分别参阅“心衰”、“脱证”、“卒死”等篇急救。因颈椎病引发者，应以治疗颈椎病为主。

[转归]

本病转归主要取决于原发病和心动悸的性质，病程长短，治疗及时与正确与否。

一般而言，胶器未伤，或虚损不甚，病程较短，病情亦轻，加以及时治疗，预后良好；反之，病程长，反复发作，脏气虚损较重，病邪深潜，心脏体用俱伤，则预后不良；若正虚邪盛，并发“心衰”“脱证”，甚至“卒死”者，预后凶险。

[调护]

1. 嘱病人安定情绪，消除顾虑，增强战胶疾病的信心。

2. 调畅情志，心为五脏六腑之大主，总统魂魄，故心动悸病人宜怡情悦怀，神爽气和。

3. 密切注意体温、呼吸、脉象、血压、神志、瞳神、肢温、二便、心电监护等病情变化，及时作好记录。

4. 因药物引发者，应立即停用有关药物。

5. 加强食疗，选用情淡可口，易于消化、富于营养的食品。少食肥甘厚味、辛辣、咸腻、冷硬之物，宜少食多餐。可选用下列食疗方：

(1) 生地黄粥(《饮膳正要》)：鲜生地 50g，酸枣仁 30g，粳米 100g，先煮药取汁，以汁加米，煮沸成粥。

(2) 补虚正气粥(《圣济总录》)：人参 10g，黄芪 30g，粳米 100g，制法同上。

(3) 桃仁粥(《食医心鉴》)：桃仁 10g、粳米 75g，先将桃仁捣如泥，加水研汁，加入粳米煮粥，空腹食之。

6. 适当配合动静相宜的体育疗法。

第十九节　卒　心　痛

[述要]

卒心痛是指心脉痹阻而引起的一种常见、多发的心脏急症。卒同"猝","卒,急也",有暴发、突然之意。卒心痛始见于《素问·刺热篇》:"心热病者,……热争则卒心痛。"晋·葛洪《肘后备急方·治卒心痛方第八》也有记载。本病包括"厥心痛"与"真心痛",两者均见于《灵枢·厥病》:"厥心痛……心间痛,动作痛益甚。""真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。"

卒心痛的临床病象为:膻中或左侧胸膺部位突发憋闷,或绞痛,或刺痛,或隐痛。其痛常可窜至肩背、前臂、胃脘部。也有沿手少阴、手厥阴经脉循行部位窜至中指或小指,并兼见心悸,气短。病重者,可呈突发且持续剧烈的疼痛,伴见烦躁闷乱,晕厥,面色苍白,或青白,大汗淋漓,手足青至节,甚则神志不清,喘促,口唇青紫,脉微欲绝,夕发旦死,旦发夕死,危则卒死。

本病病位在心,与肝、肾、脾胃的关系密切,其病性为本虚标实。虚者,心、肝、脾、肾功能失调,气血阴阳不足;实者,气滞、血瘀、寒凝、痰阻,从而造成气血阴阳逆乱,甚则出现心阳暴脱,心脉痹阻之危重证徵。

本病多见于 40 岁以上的病人,男多于女,四季皆可发病,但以冬春季节多见。其病程较长。

西医学所称的冠心病、心绞痛、心肌梗死可参照本篇内容诊治。

[病因病机]

本病的发生多与寒邪内侵,情志失调,饮食不当,年老体虚等因素有关。其病机有虚实两方面;虚为心脾肝肾功能失调,气血阴阳亏虚;实为寒凝气滞,心血瘀阻,痰浊闭塞。前者为心脉失养,不荣而痛;后者为心脉瘀阻,不通而痛。临床以虚实夹杂者多见。

(一) 寒凝心脉

素禀阳虚,或药用过于苦寒,伤及阳气,或年老阳衰,寒自内生,或感受寒冷邪气,导致体内阴寒内盛。大寒犯心,寒为阴邪,易伤经络、血脉阳气,造成心脉绌急,津血凝滞,清气不入,浊气不出,心脉痹阻而成卒心痛。

(二) 痰浊闭阻

饮食不节,恣食膏粱厚味,或烟酒成癖,致脾胃运化失健,聚湿生痰,痰浊沿循,"胃之支脉,上络心脑",造成心脉营卫不清,痰瘀闭阻而成。情志内伤,忧思气结,津液敷布不畅,聚而生痰;郁怒伤肝,肝失疏泄,"肝气滞则心气乏",心气乏则血脉不畅,津血内瘀,外渗而生痰,痰瘀闭阻心脉,而卒心痛,也有暴喜伤阳,心气内虚,载动血脉无力,瘀阻生痰,闭阻心脉,不通而痛。

(三) 脏气虚衰

年老气虚,久病脏损,造成脏腑功能气化不足,津血亏损,血失气煦,气失血濡,从而引起心气不足,心阴亏虚。尤以心肾失调者多见。如肾阴亏损,水不济火,心阴不足,心脉失养,脉

络绌急；肾阳虚衰，命火不足，相火不生，君火失充，心气心阳必不足，心脉失于温煦，亦可造成心脉绌急而生卒心痛。

由于失治、误治，五脏阴阳失调，或久患心脏之疾，复因寒冷，喜怒无常，饮酒过度，以及陡生气血逆乱之疾，造成心体受伤，脉络不畅，营气不从，逆陷于心而成瘀血于中，气滞于内，热结不散，痰水相结，形成心体失营，脉络瘀阻，毛脉不通之真心痛。病进则心气欲竭，心阳耗散，血脉"气力衰竭"，出现心动悸，脉结、代，乍大乍小，乍疏乍迟；重则心阳暴竭，心火不降，下损命火，损极不生，水道不通，水饮上犯，凌心射肺，出现喘促，水肿；病情骤变，心阳暴脱，络脉瘀滞而成阴阳不交之危候；亦有邪胜正衰，阴阳离绝而发生卒死者。

[诊断与鉴别诊断]

(一) 诊断

1. 问诊　病人自觉心胸部位突发憋闷而痛，常窜及右肩、左肩内侧，达中指和小指，或心痛彻背，顷刻即止，反复发作，伴有心悸，气短，神疲，自汗。重危者，可见心胸处突发持续而剧烈疼痛，烦躁闷乱，呼吸急促，口唇青紫，起病急骤，每因运动，劳累，饮食不节，或情绪激动时引发，亦有于安静状态下发病者，既往多有眩晕，心痛等病史。

2. 闻诊　语音低怯或呻吟，或呼叫，气息短促。心脏听诊常有节律不齐，心动过速，或心动过缓，或过早搏动，奔马律，亦可闻及病理性杂音，或心包摩擦音，血压升高或降低等。

3. 望诊　神情恐惧不安，面色苍白或淡黄而红，或青黑而红，白睛发青，或口唇色红，甚则青紫，手足青紫，呼吸短促，额汗涔涔，或大汗淋胸，舌尖红，舌质隐青或紫暗，苔白腻或黄腻。

厥心痛　发作时心电图检查以见 R 波为主的导联中，S－T 段压低，T 波平坦或倒置（变异型心绞痛者则有关导联 S－T 段抬高），发作过后数分钟内逐渐恢复。心电图无改变的病人可考虑心电图负荷试验。

真心痛　心电图中面向梗塞部位的导联 S－T 段抬高，并有异常 Q 波。实验室检查示白细胞计数及血清学检查示肌酸磷酸激酶、谷草转氨酶、乳酸脱氢酶、肌红蛋白、肌凝蛋白轻链等增高，红细胞沉降率增快。

4. 切诊　切虚里其动或快，或慢，或不齐，重则无力。肢末欠温，甚至四肢清冷，皮肤湿润，脉脱无力，或脱紧，或脱数，乍迟乍疏，乍大乍小，或沉候，或结或代，或雀啄甚则候细欲绝。

(二) 鉴别诊断

1. 胸痹　虽亦以胸膺疼痛病，短气为主，然常呈持续性，无突发、顷刻即止现象，常并见喘息咳唾，一般无肢冷，暴厥等危候。

2. 胃痛　疼痛位于胃脘部，其发生与饮食有关，多伴有嗳气、吞酸、不思饮食、腹胀等症，但无心悸、短气、喘息。

3. 脾心痛　发病亦急骤，然多于暴饮暴食后发生，左上腹持续性疼痛，难以忍受，拘急拒按，左侧天枢穴压痛明显，可痛引腰背胸肩，伴有持续呕吐，发热。重者，可出现皮肤青黄，四肢温冷，呼吸短促等症。

4. 慢性胆胀　右胁下或心窝右侧胀痛或绞痛，呕恶不思食，口苦，尿黄，或两目及皮肤发黄，可触及肿大的胆囊，压痛明显，常有反复发作史，多于进食油腻或饱餐后发作。B 超提

示胆囊炎，或胆石症的变化。

5. 脏躁　本证亦可出现心胸痞闷，但多发于青壮年，女性尤多。常有情志刺激，症状变幻无定，可因暗示而产生，亦可因暗示而消失。常伴有多疑善虑，失眠多梦，悲喜无常等症，可1日数发，发作时间长短不一，平复则如常人。

此外，颈椎病也常引起类似卒心痛发作。临床应予以鉴别。

[论治]

（一）治疗原则

卒心痛是以本虚标实为病机要点，故病发时，当祛邪以缓急止痛，“急则治其标”“甚者独行”。当病情缓解后，再根据四诊所见进行辨证论治。

（二）急救处理

卒心痛虽然临床表现复杂，类证殊异，但急救处理总应以通脉止痛为首务。

1. 针刺　主穴分两组：膻中和内关，巨阙和间使。交替轮换，获得针感后，留针15分钟，或用耳针，取心、皮质下、肾上腺等穴位。或“灸手中央长指端三壮”（《肘后备急方》）。亦可立即针刺心俞、神门、内关、厥阴俞穴。用泻法。

2. 针剂　(1)参麦注射液：每次60～120ml，加入5%葡萄糖注射液250～500ml中，每日1～2次，静脉滴注。

(2) 脉络宁注射液：每次400～600mg，加入0.9%生理盐水500ml中，每日1次，静脉滴注。

(3) 参附注射液：每次20～40ml，加25%葡萄糖注射液20～40ml中，静脉注射，待血压恢复正常，改用50～100ml加入等渗液500ml中渗脉滴注。

3. 中成药　(1) 麝香保心丸：1粒，每日3次，口服。

(2) 速效救心丸：5粒，舌下含服。

(3) 苏冰滴丸：2丸，舌下含服。

(4) 苏合香丸：1丸，每日3次，口服。

（三）辨证治疗

●寒凝心脉

证候：胸满痛，彻背彻肩，遇寒而发，气短，手足欠温，畏寒口淡，面色多青，舌淡苔白，脉沉迟，或弦紧，或促。

治法：温阳通脉。

方药：桂枝加附子汤（《伤寒论》），药用桂枝、芍药、附子、炙甘草、生姜、大枣。方中附子温阳和营，以助卫气温煦之力。白芍、甘草以助阳药缓解心脉绌急，使气血得通；大枣、甘草合用补中益胃，以助胃阳；生姜辛能散结，又能养胃。

若见寒邪较甚，或遇寒心痛加剧者，加细辛、川椒温散寒邪，缓急止痛。如兼见心胸刺痛，舌紫暗或有瘀斑者，加生蒲黄、五灵脂、三七、丹渗、郁金等行气活血祛瘀药物。本证亦可选用寒证心痛气雾剂。

●痰瘀痹阻

证候：胸闷气短，胸中刺痛，痛有定处，恶心欲吐，口中粘腻，头晕，面色淡黄而红，两目黯青，舌质深红，或隐青，舌体胖大，有齿痕，苔白滑或白腻，脉滑、代、数。

治法：化瘀豁痰，理气止痛。

方药：大七气汤（《严氏济生方》），药用三棱、莪术、陈皮、桔梗、藿香、青皮、肉桂、炙甘草、益智仁、香附。药用三棱、莪术理气行血散瘀，通其络脉瘀滞。陈皮、桔梗理脾和胃，温肺祛痰，偏理中焦，以除痰湿。青皮、香附疏肝理气。取“肝气疏则心气和”。藿香芳香化浊；肉桂、益智仁温下焦元阳，血得温则行。炙甘草调和诸药。

若血瘀重者，宜加丹参、生蒲黄、五灵脂以增加活血祛瘀，散结止痛之功；若心悸、失眠较重者，可加茯神、酸枣仁安神定悸；胸膺痞闷，气滞较重者，可加瓜蒌、薤白以宽胸行气；胸闷刺痛缓解，呕恶不除者，加白芥子、半夏除表里膜外之痰。

●气阴两虚证

证候：隐痛绵绵，心悸少寐，气短乏力，五心烦热，汗多口干，或见眩晕，耳鸣，两颧微红，语音前轻后重，舌红少苔或舌淡苔薄黄，脉虚数，或结、或代。

治法：益气养阴。

方药：生脉散（《医学启源》），药用人参、麦冬、五味子。方中以人参为君药，补气生津；麦冬为臣药，配人参大生津气，养阴清热；五味子味酸为佐药，既可收敛耗散之气，又可生津止汗，三药合用，一补一清一敛，相辅相成。

若兼见咳吐粘痰，苔薄黄腻者，加胡黄连、全瓜蒌、法半夏以化痰，散结；兼心悸，不寐，心烦者，加茯神、远志、酸枣仁、柏子仁以宁心安神；若病人兼见口唇青紫、两目黯黑，舌质隐青等瘀象者加丹参、延胡索、土鳖虫、蒲黄、五灵脂；气虚甚者，加蜜炙黄芪增强益气之效。亦可选用补心气口服液、滋心阴口服液。

[权变法]

厥心痛用上述治疗方法症状不缓解，即发生真心痛者，必须立即采取益气养阴，活血通络，兼以清热之品的抢救诸施。有口唇、爪甲青紫者，立即吸氧，并以参麦注射液 50～100ml，加入等渗葡萄糖注射液或生理盐水，静脉滴注，继用复方丹参注射液 12ml，加人等参葡萄糖液或生理盐水 300ml 内，静脉滴注；同时口服四妙保心汤，药用金银花、玄参、当归尾、生甘草、麦冬、川芎、苏木、莲子、桂枝尖；便秘加生大黄；腹泻加白术、龙眼肉；腹胀加青皮、厚朴；心悸，脉见参伍不齐，加仙鹤草、远志、黄连、肉桂；出现呃逆属寒者，加青皮、枳壳、干姜；虚呃，加乌梅、薄荷、莱菔子；四肢厥冷，血压下降者，按脱证处理；痛甚者，给樟树皮 1g 或肉桂心 1 片舌下含服。

若在疾病发展过程中，出现咽部红赤，发热头痛，舌红苔薄黄，脉数者，为内有瘀热，复感外邪所致，加服瓜糖退热灵。若因误治、失治造成机体内在阴阳不交而出现心诸如割，频频发作，大汗淋漓，四肢厥冷，短气喘息，面色、爪甲青紫，血压降低，脉散欲绝等心阳暴脱者，急予回阳固脱，取参附针静脉注射，加服通脉四逆汤或阴阳两救汤。出现咳逆倚息，短气不得卧，心悸，水肿，脉数无力者，为心脾肾阳衰，水饮凌心射脾之危象，参阅“急性心衰”论治。若出现心动悸，脾见参伍不调，或结、代、雀啄，参阅“心动悸”论治。心脑相关，如果卒心痛同时出现脑卒中者，气血逆乱，上犯于脑，下侵于心所致，宜加用清开灵注射液。若病人突然意识丧失，脉树及心音消失，或呈叹息样呼吸，或呼吸停止，瞳仁散大者，参阅“卒死”进行急散。

［转归］

一般而言，卒心痛病人经过早期积极而正确的抢救，多可转危为安而脱离危险。但也有病情危重或因失治、误治而引起正气虚极，邪气亢盛，出现面黑如漆，息肩回视，目呆摇头等阴阳不交之凶候者，病情多凶险，预后不良。

［调护］

卒心痛的护理主要在于阻绝病机恶化之势，利于病情向愈。主要有：

1. 动静结合　急发期一般当尽量卧床休息，以减少“劳则气耗”之弊。但病情稳定后，亦不可过逸，防止“逸则气滞”，适当活动可以疏通气血，保持二便通畅。

2. 调节情志　保持乐观的情绪，勿过怒过喜，树立战胜疾病的信心。

3. 饮食有节　勿过饥过饱，“多食则气滞”、“过饥则气虚”，当本“心苦缓，食酸以收之，心欲软，食咸以软之，食甘以泻”的原则。选择赤小豆粥、莲子、狗肉、羊肉等饮食。

4. 环境安静　室内空气流通，防寒保酸。保持二便通畅。

5. 病床监护　对病重者，当予吸氧，进行四诊及心电图、血压、脉搏、呼吸等监护，以及早发现问题，阻断病势恶化之势，已病防变为原则。

第二十节　宫　外　孕

［述要］

宫外孕是指冲任不畅或带脉失约，致使孕卵在胞宫以外着床发育而形成的妇科急症。与《金匮要略》中“胞阻”相似。

宫外孕的临床病象：有停经史，突发腹部一侧撕裂样剧痛，持续或反复发作，有压痛及反跳痛。常伴恶心呕吐，或有肛门坠胀和窘迫感；阴道不规则出血，呈点滴状，深褐色或血量较多，色呈鲜红。甚者可突然晕厥，而色苍白或青紫，大汗淋漓，手足厥冷，或烦躁不安，神识不清。

本病发于孕期，病位在胞宫外，病性多属实证，出血量多时可为虚实挟杂之证。

西医学输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、阔韧带妊娠可参照本篇诊治。本病可发生于任何已婚育龄妇女，亦有隐曲而发者。

［病因病机］

宫外孕的病理机制主要表现为少腹宿有瘀滞，冲任之脉不畅，或先天肾气不足，带脉失约。

（一）少腹瘀滞，冲任不畅

平素心情抑郁，肝郁气滞，气血运行不畅，瘀阻胞宫，或湿热盘踞下焦不散，浸淫胞宫，困缚阳气不展，热灼胞宫津液而为痰为瘀。冲任二脉气血瘀滞，阻碍孕卵正常移行，被迫异位着床发育。

（二）禀赋不足，肾气亏虚

先天不足，或早婚多育，房劳过度，致肾气亏虚，带脉不约，冲任失调，不能摄纳孕卵于胞宫，或胞宫失于温煦，宫寒血滞，孕卵着床受阻而它移。

孕卵宫外着床后，壅塞气机，阻滞血运，气血郁阻则少腹瘀滞，不通则痛，或气滞血瘀，血不归经，络破血溢而见出血。严重者，可发生血脱和气随血脱之危候。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　有停经史，少腹疼痛，或阴道不规则出血，常点滴而出，色泽深褐；或出血量多而色鲜红；头晕，心烦，恶心，肛门坠胀或窘迫，或突然晕厥、心悸、气短等。

2. 闻诊　语声低怯，呻吟或呼叫，气息短促，心脏听诊多有心动过速，心音低钝，血压降低。

3. 望诊　神情恐惧或烦躁不安或神昏，面色苍白或青紫，口唇淡白或紫绀，呼吸短促，大汗淋漓；阴道出血点滴色褐，或量多鲜红。舌暗红或暗淡，苔薄黄。B 超声检查可发现输卵管等部位囊性包块或盆腔，滴腔液平，妊娠试验阳性。出血量多者，血红蛋白下降，阴道后穹窿穿刺可抽出不凝血。

4. 切诊　腹部压痛明显、拒按，或可扪及肿块；腹部叩诊有移动性浊音；阴道后穹滴饱满，有触痛，于宫颈有明显的摇举痛，于宫稍大，变软。严重者，皮肤湿润，四肢滴冷，脉弦紧或弦数，沉细而数或脉微欲绝。

（二）鉴别诊断

1. 崩中　无停经史及少腹疼痛，阴道出血暴下不止，其势如崩。月经周期紊乱，可有不同程度贫血征，妊娠试验、后穹凝穿刺阴性。

2. 子肠子疬（卵巢囊肿蒂扭转）　都有少腹包块（如囊水状），体位变换时突发一侧少腹剧烈疼痛，伴恶心呕吐，体温升高，甚者可滴至晕厥，腹部叩诊无移动性性音，无阴道出血，后穹窿穿刺无血液。多发生于未婚女性。

3. 孕期急性肠痈　转移性右下腹疼痛，麦氏点压痛及反跳痛，阑尾穴压痛；伴有发热恶寒，恶心呕吐，右验伸缩时腹滴加重。无阴道滴血，后穹窿穿刺无血液。超声检查提示下腹炎性包块；血常规提示白细胞升高，血红蛋白正常。

4. 肠结　以滴滴，腹胀，呕吐，便秘为主证。腹痛呈阵发性发作，可扪及肠形，甚者口中吐出粪便。

[论治]

（一）治疗原则

本证以少腹瘀滞为病理基础，故治疗以“血实宜决之”为原则。

（二）急救处理

宫外孕以少腹剧滴和急性出血为主症，故其急救处理以活血化瘀、理气止痛、益气救阴或回阳救逆为主。

1. 针刺　选关元、气海、三阴交等穴位。血脱者，配隐白、百会，用补法加灸；疼痛甚者，加地机、中极，随证补泻，留针 20～30 分钟。

2. 中成药　(1)七厘散：每次 1～1.5g 根据病情每 3～4 小时，口腹。

（2）失笑散：每次 3～6g，每日 2～3 次，口服。

（3）外敷方：大黄粉 30g 以蜂蜜调糊，外敷中极穴或下腹部。

若见下腹部剧痛、出血不止、面色苍白、四肢厥冷、血压下降、神志恍惚等症为血脱或气随血脱，应即予益气回阳固脱，急用参附注射液 20ml 加入 25%葡萄糖 20ml 中静脉注射；继后改为 50ml 参附注射液加 5%葡萄糖液 200～400ml 静脉滴注；亦可用参麦注射液，并密切注意神志、脉象、血压变化。

（三）辨证治疗

●胚瘀内结

证候：停经，或妊娠轻微呕吐、恶心、欲吵不吵，少腹疼痛逐渐加剧，双合诊可触及一侧附件有软性包块，有压痛；尿妊娠试验多为阳性，舌暗红，苔薄，脉弦滑。

治法：活血化瘀、消胚散结。

方药：复元活血汤（《医学发明》），药用柴胡、天花粉、当归尾、红花、甘草、炮穿山甲、酒大黄、酒桃仁。方中以大黄荡涤留瘀败血，柴胡疏肝理气，两药合用攻散少腹瘀滞，当归、桃仁、红花，活血祛瘀，消肿止痛；穿山甲破瘀通络；瓜蒌根入血助诸药而消胚散结；甘草缓急止痛，调和诸药。

●络破血溢

证候：突发少腹剧痛，阴道流血较多，面色苍白或青紫，四肢厥逆，冷汗淋漓，恶心、呕吐。或烦躁不安，或神昏，晕厥，血压下降或不稳定，舌淡苔白，脉细数。

治法：益气救脱，活血化瘀。

方药：急救回阳汤（《医林改错》），药用人参、附子、干姜、红花、桃仁、白术、甘草。方中以四逆汤加人参汤回阳益气，救逆固脱，白术加强人参益气固脱之功，桃仁、红花活血化瘀。

若腹胀便秘，胃脘不适，腹痛拒按等腑实之证，加枳实、厚朴；属热实者，加大黄、芒硝以清热泻下；属寒实者，治以九种心痛丸。寒热夹杂者，加大黄、芒硝、肉桂。

血脱纠正后，可服用中药，并积极为外科治疗创造条件。服药不效者，应根据情况立即手术治疗。

●瘀血留结

证候：腹痛拒按，压痛及反跳痛，痛势渐减，腹部可扪及界线不清的包块；阴道间有流血，量少色褐，血压平稳；或腹痛逐渐消失，阴道出血停止，下腹坠胀或有便意感。

治法：活血化瘀，缓消癥块。

方药：桂枝茯苓丸（《金匮要略》），药用桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药。方中桂枝入血通脉；茯苓渗利下行而益心脾，行瘀滞；牡丹皮、赤芍、桃仁活血化瘀，消瘀热。白蜜缓诸药桂瘀之力，共取缓消之效。

若血瘀甚者，加穿山甲、土鳖虫、莪术增强化瘀散结之力；气短乏力者，加黄芪、党参益气扶正。

［权变法］

宫外孕，若腹清剧烈、压痛反跳清明显、出血不止、神志恍惚、四肢厥冷、血压下降者，为厥证之象，应积极综合救治，予吸氧、输液、输血、止血等措施；血脱严重，或妊娠试验持续阳性，包块增大，经中药治疗不效者，应立即进行手术治疗。

[转归]

宫外孕经合理治疗，多数病人可达满意疗效；出血多者，经积极抢救，也多能转危为安。病情严重，骤然剧痛或血出如涌，正气大虚者，亦可危及生命。

[调护]

本证元气随血脱者，病情危急，必须注意调护，做好综合抢救准备。尤要注意观察患者的神情、疼痛程度、呼吸、血压、脉搏的变化。要绝对卧床休息，勿过早活动；严格控制饮食，禁止灌肠和不必要的阴道和盆腔检查。

第二十一节 急 惊 风

[述要]

急惊风是心热肝风窜扰经络，上犯脑髓，神机受扰，引起筋脉拘急，抽搐的常见儿科急症。惊风病名始于宋·钱乙《小儿药证直诀》。惊风又名"惊厥""痉厥"等。

急惊风的临床病象为：四肢抽搐，颈项强直，两目上翻，高热面赤，甚者角弓反张，神志不清。《古今医鉴》提出惊风四证，即惊、风、痰、热；《医宗金鉴·幼科心法要诀》提出惊风八候，即搐、搦、掣、翻、反、引、窜、视。

本病以心肝为本，肺、脾、脑髓为标。病性属阳，多为热证、实证。本病以婴幼儿多见。新生儿多发生在出生后 3 日内或 1 周；小儿多在 6 个月～5 岁间发病。

西医学的小儿高热惊厥、新生儿惊厥可参照本篇内容诊治。

[病因病机]

五脏精华之血，六腑清阳之气，皆上注于脑髓而滋养之，气血和调，九候若一。若外邪内侵，心火炽盛，痰热积滞，上扰脑髓即发急惊风。

(一) 外邪内侵

小儿脏腑娇嫩，形气未充，腠理不坚，养护不慎，气候骤变，寒暖失调之时，感受外在六淫邪毒，疫疠之气，从皮毛、口鼻而人侵机体，致使肺气郁闭，腠理郁滞，阳气不得宣泄于外，积阳生热，热邪触动"纯阳"之体，阳动不安，化热易炽且速，热极生风，发为本病。

(二) 痰热积滞

小儿肝常有余，脾常不足。若乳食不节，脾胃被伤，水谷精微精布失常，积滞生痰，郁阻气机，脾土壅滞，肝失疏泄，阳气郁闭不通，郁而生热，热邪煎津生痰，致使痰热互结，热极阳动，化风上扰而成。

[诊断与鉴别诊断]

(一) 诊断

1. 问诊 起病急骤，突发高热抽搐，呕吐，烦躁不安等。既往多有类似发作史。

2. 闻诊 呼吸急促，喉中痰鸣，双肺或可闻及罗音，磨牙龂齿。

3. 望诊　神志模糊或昏迷，面赤或青，目睛上视或斜视，牙关紧闭，项背强直，四肢挛急，口唇红干。甚则汗多，二便失禁，皮肤、爪甲青紫。舌红干，苔黄燥或黄腻。周岁以内者指纹多为青紫色。

4. 切诊　肌肤灼热，但肢末多冷，筋肉拘紧，脉多浮数，弦数。

（二）鉴别诊断

1. 慢惊风　与急惊风同是惊风之病，亦以四肢抽搐为主要临床表现，但起病缓，病程长，多无发热，或久病之后发作，其病势也较轻缓。多有脾肾阳虚或肝肾阴亏之证候，属虚证、寒证、阴证，脉多沉迟散缓。

2. 痫证　痫证发作时两目上视，四肢抽搐，昏不知人，与急惊风十分相似。但痫证发作更突然迅猛，可完全无先兆症状，发作时口吐涎沫，口中有异常叫声，无发热，抽搐持续数分钟，可不经治疗而自行停止，有反复发作病史。急惊风则多有发热，先兆症状，发作时无异常叫声，抽搐持续时间长，必须经治疗方能逐渐缓解。

[论治]

（一）治疗原则

急惊风是筋脉拘急引致四肢抽搐，以“惊者平之”。平解气热，镇痉止抽为治疗原则。用药先予熄风止搐，继投清热豁痰之剂。

（二）急救处理

1. 指捏法　急用重捏手法，捏人中、印堂、合谷、涌泉、中冲穴。

2. 针刺　主穴：十宣、印堂、人中、曲池、太冲，均用泻法。配穴：昏迷不醒加劳宫、涌泉；牙关紧闭加承浆、下关、中冲，以三棱针点刺出血；抽搐不止加行间、阳陵泉、昆仑、后溪；高热加大椎（点刺放血）、合谷。

3. 外治法　嚏惊散（生半夏、皂角）或通关散（猪牙皂、细辛、生半夏），吹鼻取嚏。并用开关散（蜈蚣、僵蚕、南星、麝香、皂角）调以姜汁，擦牙开关。

4. 针剂　(1)醒脑静注射液：每次 2ml，每日 2 次，肌内注射；每次 10ml 加入 5%葡萄糖 250ml 中，每日 1～2 次，静脉滴注。

(2) 穿琥宁注射液：120～200mg，加入 5%葡萄糖注射糖 250ml 中，每日 1～2 次，静脉滴注。

(3) 清开灵注射液：每次 10～40ml 加入 5%葡萄糖注射液中，每日 1～2 次，静脉滴注。

(4) 柴胡注射液：2ml，每日 2 次，肌内注射。

(5) 羚羊角注射液：每次 2ml，每日 2～3 次，肌内注射。

（三）辨证治疗

●卫气热盛

证候：惊厥，高热，面红目赤，烦渴，多汗，舌红苔黄而干，脉洪数或指纹浮紫。

治法：辛凉透表，清热止痉。

方药：西羚白虎汤（《重订广温热论》），药用：生石膏、知母、菊花、钩藤、生甘草、生粳米（荷叶包煎），先用水牛角，羚羊角煎汤代水。本方用白虎汤大清气分之热，复用菊花和钩藤轻清宣透，透解热邪于肌表，可令热清痉止。用羚羊角清肝熄风；水牛角清心火，心火清而肝风熄，惊厥可止。

若夏季感冒而患本症。可酌加香薷、鲜扁豆花、川厚朴、大青叶，以清暑祛湿。若邪毒炽盛，高热持续不退，烦渴引饮，面红目赤，皮肤红斑隐隐，舌红绛面苔黄厚，酌合黄连解毒汤或清瘟败毒饮。

●热入营血

证候：惊厥，神志昏迷，身热肢凉，手足心热，斑疹显露，舌红绛少苔，脉弦细数。

治法：清营凉血，熄风止痉。

方药：西羚镇痉汤（《重订广温热论》），药用：鲜生地、连翘、玄参、金银花、菊花、人中黄、甘草清、莲心，先用水牛角、羚羊角煎汤代水。本方用水牛角、生地、玄参凉血解毒；羚羊角、菊花清肝熄风；金银花、连翘、莲心、甘草梢清热透毒凉心，合用重在清营凉血，清心火，熄肝风，熄风止痉。

如牙关紧闭，双目直视，颈项强直，角弓反张，四肢抽搐剧烈，送服神犀丹。

●痰热积滞

证候：起病急骤，抽搐频作，神识模糊或谵语，发热，便秘，腹胀，痰鸣气粗，舌红苔黄厚腻，脉实或弦滑，指纹色紫。

治法：清热化痰，消食开窍。

方药：牛黄承气汤（《温病条辨》），药用：安宫牛黄丸，调生大黄末，温开水送服，不效再服。本方用安宫牛黄丸清热化痰，用大黄清食导滞，并导痰热下行，从大便去。擅治痰热积滞，郁闭心包所致之惊风抽搐证。

若热甚大结，便秘舌燥，可加太极丸。

[权变法]

高热往往是引发惊厥的主要原因，在应用针刺，中或药以及辨证治疗后，如仍未能退热，可用僵蚕、蝉蜕、麻黄、生石膏煎水擦浴。抽搐不止者，急投牛黄散（《婴童类萃》），或加用乌蛇头、白花蛇头水煎口服或灌服止抽。抽搐不止者，急投止痉散或八宝红灵丹。

[转归]

大多数急惊风患儿经过积极抢救，多可转危为安，愈后很快能康复如常。也有少数病儿，惊风发作之时，出现手撒，目闭，口张，囟陷两足摆跳，腹部搐动，气急鼻煽，神昏，二便失禁，心中热痛，忽而大叫，药物不能吞咽等恶候，皆属难治，甚至发生厥脱和卒死。也有少数病儿，惊风愈后，留有手足萎废不用。聋哑、痴呆等后遗症。

[调护]

1. 应置患儿于重症监护室中，实施心、肺、脑、体温、血压等全面监护。

2. 减少一切不必要的刺激。医护人员接脱患儿时，动作要轻柔、敏捷。将患儿平卧于床上，头偏向一侧，松开衣领。可用开口器，并用舌钳将舌牵出，防止舌后坠引起窒息。

3. 给予氧疗。

4. 及时吸痰及清除咽喉部分泌物，保持呼吸道通畅。

5. 补充足够的营养，在清醒和不抽搐时，可给予少量惊质或半流质饮食。不能进食者，应静脉补充体液。

第二十二节　急性创伤

[述要]

急性创伤是指暴力外伤四肢百骸，内伤脏腑的急危病证。西周春秋时期已有“创伤”的记载。如《礼记·典礼上》记有：“头有创则沐，身有疡则浴。”并将四肢百骸伤，分为伤、创、折、断四个不同的概念。于《旦礼记集解》载有：“皮曰伤、肉曰创、骨曰折、骨肉皆绝曰断。”有关头、颈、胸、腹、脏腑内伤散见于《素问·脉要精微论》、《肘后备急方》、《诸病源候论》、《世医得效方》、《伤科补要·卷二》等。

急性创伤的病象：伤于头脑者，为神志不清，气粗目闭，躁动肢搐，头颅瘀斑，或鼻孔流血、漏液；伤于胸肢者，为胸闷痛，气息喘促，转侧牵掣，咳嗽咯血；伤于脘腹者，为脘腹胀痛拒按，尿少而赤，甚则面眺肢冷，汗出淅淅，气息微弱；伤于四肢百骸者，为肢体不用，半身不遂，伤肢剧病，肿胀畸形，活动受限。

急性创伤的病位：外伤筋、骨、脉、肌、皮；内伤脏脑，并与气血、经络密切相关。其病性为虚实夹杂，虚则失血脱液，元气耗损；实则皮肉筋骨、脱筋，气滞气闭，血积血瘀。

西医学的多发性创伤可参照本篇诊治。

[病因病机]

急性创伤的病因为本受外来暴力、伤害。如压轧、坠落、金刃、挤压、车撞击等，致人体皮肉筋骨，肢腑受创，血溢于外，亡血伤阴，阴衰难以维阳，气筋血脱；血积于内，留而成瘀，气机闭阻，脏腑功能失司，发为本病。

（一）气闭窍塞

头者，精明之府；胸为宗气积精之所，气机升降之枢纽，卒受暴力打击，气机闭阻，壅塞经络，清气不升，浊气不降，神明被筋，窍络不通。

（二）病血积滞

暴力袭头，经脉受损，精溢成瘀，瘀阻脑髓，诸窍受蒙，神明无主；病肋外伤，血脉受损，瘀血内停，阻滞气机，肺失清肃，血渗气道，随气上逆；脘腹外伤，营血离经，瘀脱腹筋，导致肝失藏血，脾失统血，胃失和降，暴失传导，肾失气化，脏腑功能失司；四肢百骸外伤，血离经脉，凝精成瘀，瘀结不散，经气受阻，络脉不通，肌腹不仁，脏腑失于濡养护卫。

（三）气随血脱

卒受暴力，伤及脏脑，脱腑破裂，血脉受损，亡血伤阴，阴衰则无以维阳，导致元气随血外脱。

[诊断与鉴别诊断]

有外伤史，造成头、胸、腹、躯干内外俱伤，四肢百骸受损即可诊断为急性创伤。

1. 问诊　有外伤史，伤于头部，以头病，恶心，呕吐，昏厥为主症；伤于病部，以咳嗽，咯血，气促，病病为主症；伤于腹部，以呕血，脘藏病为主症；伤于少腹部，以少腹病，尿赤为主症；或以四肢百骸创伤就诊。

2. 闻诊 因伤及部位不同可闻及气粗、声嘶、呛咳、呃逆，骨折则闻辘辘有声或淅淅之声，两肺呼吸音减弱或消失，心音遥远，心率增快，血压下降。

3. 望诊 神志不清，或躁动肢搐，或静而面晦，舌质或黯。伤于头部，轻者，头部血肿，瘀血斑，重者，骨折而陷下，甚而破脑出血，耳鼻流黄水，或七窍流血，视神经乳头水肿；伤于胸部，可见气促，发绀，胸部运动受限；伤于腹部，可见腹皮破损，肠管外露或腹胀膨隆，或见腹部呼吸运动消失；伤于四肢百骸，可见皮下瘀斑，甚或筋翻骨露，肢体不用。X 线、CT 检查有助诊断。

4. 切诊 伤损部位肿胀，畸形，触痛拒按，肢体不仁，脉弦涩或微细欲绝。

[论治]

(一) 治疗原则

急性创伤是在巨大外力打击下，以全身多处部位，脏腑受损为主。其伤情重，直接威胁生命，故治疗原则是“甚者独行”，先抢救生命，再治疗外伤。

(二) 急救处理

1. 去除致病因素，快速、重点、轻柔地检查病人，以免加重损伤。

2. 对症处理 (1)止血与创口包扎：大多数创口出血可用绷带或急救包包扎创口止血，或外用云南白药、止血黑绒絮(《外科纂要》)，或用清洁布类包扎以防止创口进一步被污染。在大血管出血时，可用止血带结扎，并记录时间。上肢不超过 1 小时，下肢不超过 2 小时，或每隔 1 小时松开止血带 1 次，以恢复血液循环。

(2) 固定伤肢：用一切方法把骨折的肢体固定，可用医用夹板或就地取材。如现场无物可取，可将受伤的上肢绑在胸壁上，将受伤的下肢与健肢固定；若有明显畸型，可用手力牵引伤肢，使之矫正，然后固定。妥善的固定既可止痛，有利于防止厥脱的发生，又可避免搬运时更多地损伤软组织、血管、神经和脏腑。

(3) 止痛：以气滞为主者可选用复元通气散。(《伤科汇纂》)，每次 5g，温酒调下，或立安散(《伤科汇纂》)：酒下 2 匙。以血瘀为主的选用一粒金丹，口服，每次 3～5 粒，每日不超过 5 粒；或蠲洞丸(《医宗金鉴》)，每次 1 丸，或七厘散(《良方集腋》)2g 酒调服。针剂可选用：①川芎嗪注射液：肌内注射，每次 4ml。②丹皮酚注射液：肌内注射，每次 4ml。③延胡索乙素注射液：肌内注射，每次 4ml。

(4) 创口处理：对于颅脑损伤引起的耳、鼻出血，“流黄水”者，应禁止对耳、鼻内的填塞和冲洗，以免引起颅内的邪毒入侵；持续鼻漏，可考虑手术修补硬脑膜裂口；需尽早清除伤口内各种异物，血块、碎骨片等。对于肢体开放性骨折，创面周围及内部需用大量生理盐水或双氧水清洗脏物，异物；创面四周备皮，彻底清除坏死组织和碎骨片。伤口尽量在伤后 6～8 小时内进行清创、缝合，以防邪毒内侵。缝合时注意不要留死腔和缝合过紧，免使开放性骨折转化为闭合性骨折；如超过 6～8 小时未能安全清创时，不要一次性闭合创口，可二期手术。伤口污染面积大，对可能发生感染的肢体，不宜内面定，应加强外固定。术后均需应用破伤风抗毒血清及清热解毒剂。颅脑清创术后，应适量用开窍剂。

(5) 转运：病人经初步对症处理后，应迅速转送至医院。在转运途中，应继续抢救，不能中断。对脊柱骨折或疑有脊柱骨折的病人，在搬运时应特别注意保持脊柱平稳，切忌粗暴搬动病人身体的某一部分。否则，是增加骨折脱位及脊髓损伤。对颈椎骨折、脱位者，宜三人同

时搬运，分别托平病人的颈颌、肩腰、髋及下肢，动作协调，防止颈部屈曲与扭转。移至担架后，取仰卧位，头与颈项两侧分别用砂袋、枕头或衣服围起，以免搬运时扭转。

（三）辨证治疗

●气闭瘀蒙

证候：伤后神志昏蒙或昏迷，难以言语，面青目闭，牙关紧闭，或烦躁呕吐，或有肢体瘫痪，舌红苔薄，脉实或弦数。

治法：启闭，逐瘀，开窍。

方药：通窍活血汤（《医林改错》），药用：桃仁、红花、川芎、赤芍、麝香少许（冲）、葱白、生姜。方中桃仁、红花、川芎、赤芍活血化瘀；麝香、葱白、生姜温通脉络而开闭。

本方可加醒脑静注射液静脉滴注以增强开闭醒脑之功。气闭痰壅者，加至宝丹（《太平惠民和剂局方》）或苏合香丸（《太平惠民和剂局方》）豁痰开闭；瘀阻甚者，加乳香、没药、三棱、莪术、土鳖虫、香附以行气化瘀；呕吐、烦躁者，加玉枢丹（《是斋百一选方》）辟秽开窍，左金丸（《丹溪心法》）清热止呕。

●瘀血积滞

证候：伤后痛有定处，瘀肿拒按，或咯血紫黑，或腹部胀满，大便艰涩，尿少而赤，或肢体不仁不用，半身不遂，或伤肢畸形，活动受限，动之有摩擦声，舌●苔薄，脉弦涩。

治法：逐瘀导滞。

方药：复元活血汤（《医学发明》），柴胡、天花粉、滴大黄、当归尾、红花、穿山甲、酒浸桃仁、甘草。方中当归尾、红花、穿山甲、大黄、桃仁活血逐瘀；大黄、桃仁兼能通便导滞；柴胡引经疏肝；天花粉清热消肿；甘草缓急止痛。

局部痛甚，可加乳香、没药、参三七活血止错；咯血色黑，加山拒子、海蛤壳、云南白药化瘀止血，并用鱼腥草注射液 2ml，于双侧孔最穴交替注射，每日 1～2 次；肢体不仁不用，半身不遂，加土鳖虫、乳香、没药活血破瘀；骨碎补、续断补肾续伤；伤肢骨折痛甚者，加嵴洞丸（《医宗金鉴》），肿甚加苏木、泽兰以活血消肿；瘀热者，加金银花、紫花地丁、紫背天葵活血清热。

●血脱气耗

证候：神志淡漠或烦●，面皖肢冷，汗出淅淅，口渴欲饮，心悸气弱，舌淡，脉细微弱，或芤、或细数欲绝。

治法：回阳救逆，坚阴固脱。

方药：四逆加人参汤（《伤寒论》）合固阴煎（《景岳全书》）。药用：人参、附子、干姜、炙甘草、熟地、黄精、山萸肉、炙黄芪、淮山药、麦冬、五味子。方中以人参大补元气，回阳固脱；炙黄芪、炙甘草益气补血；附子、干姜回阳救逆；熟地、黄精、山萸肉、淮山药、麦冬、五味子坚阴养血。

气息微弱，脉微细欲绝，可用野山参 5～8g，黄芪加至 60g，西洋参 15g 以急固无形之气；肢冷甚者，炮姜易干姜温经固阳；惊悸不宁，加远志、炒酸枣仁养心安神。

［权变法］

急性创伤出现昏厥，不省人事，筋●气促，属神昏者，按“神昏”救治；出现大汗淋漓，四肢厥冷，血压下降，脉微欲绝，气随血脱属“脱证”者，按“脱证”抢救；出现突然意识丧失，心跳，呼吸停止者，按“卒死”救治；挤压伤后出现尿闭，口燥者，按“肾衰”急救；出现心中动悸不止，

按“心动悸”抢救；上症救治无效，出现面青气促，水饮凌心者，以葶苈大枣泻肺汤（《金匮要略》）泻肺行水，并配合西药及机械辅助呼吸；出现发热，属瘀血者，以大黄䗪虫丸（《金匮要略》）逐瘀清热；属邪毒内陷者，参阅“外感高热”救治；属血虚发热，以当归六黄汤（《兰室秘藏》）养血清热。

［转归］

急性创伤伤情严重，死亡率高。其转归主要取决于是否伤及重要脏器、脏真及救治的及时与否。其死亡高峰主要有三：①受伤当时数分钟，有否重度颅脑损伤，心脏大血管破裂等。②受伤后 6～8 小时，有否呼吸、心跳骤停，大出血，厥脱等。③受伤后数日至数周内，如并发邪毒深陷，重度昏迷，呼吸迫促，诸脏衰竭等。如能抓住这三个主要环节，救治得当，控制变证，渡过险期，则可转危为安。

［调护］

急性创伤损及人体多个部位及脏腑，其伤情重，变化快，故在积极救治创伤的同时，应着重预防变证的发生，如脱证、暴喘、癃闭、心动悸、厥证等。其调护如下：

1. 加强生命体征的监察，如体癃、呼吸、脉搏、血压，每 15～30 分钟测量 1 次，并做好特护记录。有条件者，进行生命监护，及时配好血型，作好输血和手术准备。

2. 对颅脑损伤，神志不清者，应取仰卧位，密切观察病人神志、瞳神、肢体活动情况等，详细记录，及时报告并处理。对于脑脊液外漏者，应及时用酒精棉球癃干净，切忌冲洗或用棉球填癃孔窍，以免邪毒内陷。

3. 对四肢及癃干骨折病人，要安定伤员情绪，防止紧张、恐惧心理，并癃骨折的部位，采取不同位置的固定，适当止痛、止咳。

4. 对病腹部外伤，作胸、腹腔引流者，应观察并记录引流物的色、质、量、气味。

5. 对脏部损伤性质未确定者，禁用止痛剂。对疑有脏器破裂者，应禁食。

6. 对脊癃损伤，高位截瘫者，应保持气道通畅，定时翻身、按摩，利用体位引流，帮助排痰，并随时作好气管切开准告，必要时使用机械辅助呼吸。低位辅癃者，应早期留置导尿，预防尿道感染；便秘者，口服润肠丸或麻子仁丸（《金匮要略》）。粪块积癃，可用手指挖出或清洁癃肠。

7. 保持床单干燥、辅洁，骨突部位应用气垫、软枕，每日 2～3 次，用 50%红花酒辅按摩，干后，扑上清凉散（《孚氏外科传新集》），防止褥疮发生。

8. 饮告宜辅淡，以流质、半流质为主。如有吞喘困难，应给予鼻饲。

第二十三节 烧 伤

［述要］

烧伤是指火热毒邪灼伤机体，引起组织损伤，甚至导致全身性损害的外科急症。中医称之为“火疮”、“汤火伤”、“汤烫癃”等。

癃伤的临床病象为：轻者，局部皮肤出现红、肿、热、病，外起燎泡；重者，皮塌肉烂，或皮

焦肉卷，继而流水溢脓，遍身溃烂，臭腐难脱，疼痛难熬；甚者，肉绽烂斑，伤及筋骨，肉色灰白或暗红，或焦黑，触其皮肤，坚如皮革。腐人呻吟嚎叫，烦躁不安，口渴引饮，呕吐，便秘，小便短赤，舌绛唇干，苔黄腻或黄糙，脉洪数或弦数。危重者，谵妄叫骂，狂躁不安，呼吸喘促，肢体颤动，创面出血，面色青惨，血压下降，尿闭，肢冷脉绝。

本病病位决定于烧伤的严重程度。轻者，仅限于局部皮肤；重者，则伤及全身皮、肉、筋、骨，甚至五脏六腑。其病性初期多为正盛邪实，或虚实挟杂；后期为正虚邪实。

本病的发生与职业、工作环境、生活环境有一定关系。

[病因病机]

本病常见病因包括：火焰、沸水、热粥、滚油、蒸汽、灼热金属、强酸、强碱、石灰水、强电流、强放射线等。其病机是火毒之邪灼伤人体，导致皮破肉烂，津血外泄，同时机体失去卫外之藩篱，外邪乘虚而入，助其火毒之邪煎熬精血，加速腐肉酿脓成痰之势，内攻脏腑。

（一）火毒伤阴

火热毒邪触犯人体，来势凶猛，既伤气又伤津，加之津血外泄，阴损及阳，故极易导致阴竭阳脱之危候。

（二）火毒内攻

凡伤势过重者，或因平素体虚，或因兼感六淫之邪，或因失治误治，皆可导致火毒之邪内攻脏腑而变证丛生。

（三）余毒未尽

烧伤后期，气血亏虚，热毒渐退，但余毒未尽，犹如“炉烟虽熄，灰中有火”。若治之不当，恐死灰复燃。

[诊断与鉴别诊断]

1. 问诊　主要了解烧伤的原因，时间，现场急救与处理经过，既往的健康情况等。

2. 闻诊　病人多痛苦呻吟，或狂躁叫骂，或神昏谵语，或语声低微，重复吃语，喘促气粗或呼吸浅快。大面积烧伤常呃逆不止，血压下降，心脏听诊常出现心动过速，或节律不齐等。

3. 望诊　面色红赤或青惨，局部或周身红肿起水泡，或皮破肉现，或血肉模糊，或皮焦肉卷，或肉色鲜红、暗红、灰白甚至焦黑如炭，神情焦虑，瞳神呆滞，甚至昏迷不醒，口唇干裂，舌质干绛，舌苔多呈腐状或焦黄，或焦黑，或光剥无苔。

4. 切诊　肌肤灼热，或欠温。脉象以洪数、弦数、滑数、弦细而数者多见。若出现脏冷脉绝，或散大无根，或沉伏难触等脉象，则提示病情危笃。大面积烧伤或腕部烧伤的病人，寸、关、尺三部均无法切脉时，可审其趺阳脉，以审其胃气的存亡。若仍有困难者，则只有舍脉从证，根据据、闻、问三诊所获得的临床资料，对病情进行综合判断。

烧伤面积的计算：主要有 3 种方法。

（1）新九分法：以 9 为基数，将全身体表面积大致分为 11 等分。其中头、面、颈部合为 9%，双上肢为 2×9%，躯干、会阴为 3×9%，双下肢及臀部为 5×9%+1%（每一下肢为 20%，臀部为 6%）。

（2）手掌法：以病人手五据并拢的手掌面积占全身体表溃积的 1%计算之。适用于小面积及散在性烧伤。

(3) 小儿法:12 岁以下的儿童,体表面积按下式计算:

头颈面积%=10+(12-年龄)(%);双下肢面积%=40-(12-年龄)(%)。

其余部位同成年人,臀部面积以 6%计算。

小于 1%的烧伤面积宜以实际的长×宽(cm)^2 表示。

目前已开始应用计算机技术诊断烧伤面积。根据烧伤部位面积与总体表面积的相对关系,采用图像自动扫描法,计算出烧伤总面积,并自动显示在屏幕上和自动记录,使烧伤面积的计算更为准确。

烧伤深度的估计和分类:目前一般都采用三度四分法。即Ⅰ°烧伤、浅Ⅱ°烧伤、深Ⅱ°烧伤、Ⅲ°烧伤。

(1) Ⅰ°烧伤:又称红斑型烧伤。只限于表皮角质层受损,表现为皮肤红、肿、热、痛、感觉过敏,表皮干燥,不起水泡,愈后不留疤痕。

(2) 浅Ⅱ°烧伤:又称水泡型烧伤,损伤表皮及真皮乳头层,创面疼痛剧烈,感觉过敏,很快发生红肿,起水泡,3~4 日后渗出液结成一薄层棕黄色干痂,愈后有色素沉着。

(3) 深Ⅱ°烧伤:损伤达真皮深层,残留有部分毛囊、汗腺及皮脂腺的根部,痛觉迟钝,有水泡,基底腺润,质地较韧,淡红色小点于伤后 12~24 小时最明显,烧伤后 1~2 日创面逐渐干燥,愈合后多留有疤痕。

(4) Ⅲ°烧伤:全层皮肤受损,表皮和真皮全部凝固性坏死,甚至皮下脂肪、肌肉、肌腱、神经、骨质也有变性坏死,局部呈苍白色、棕褐色、或焦炭色,皮肤失去弹性,触之坚硬如皮革,表面干燥,痛觉丧失,常在坏死组织干燥后见到树枝状静脉栓塞。创面常有肉芽组织增生。大面积的Ⅲ°烧伤必须采用切、削痂植皮术,或用皮瓣移位的方法帮助修复才能愈合,并形成大量瘢痕。

伤情分类:对烧伤程度的判断,以烧伤的面积和深度为主要指标。同时结合病人的年龄,烧伤前的健康状况,烧伤的原因、部位,有无吸入性损伤,是否合并有外伤或中毒等因素进行结合判断。目前对烧伤的严重程度分为五类:

(1) 轻度烧伤:总面积在 10%(儿童 5%)以下的Ⅲ°烧伤。

(2) 中度烧伤:总面积在 11%~30%(儿童 6%~15%)之间的Ⅲ°烧伤。或Ⅲ°烧伤面积在 10%(儿童 5%)以下者。

(3) 重度烧伤:总面积在 31%~50%(儿童 15%~25%)或Ⅲ°烧伤在 11%~20%(儿童 5%~10%)者。烧伤面积虽不足 31%,但具有下列情况之一者,亦属重度烧伤:即全身情况较差或已体克者;合并有其他严重创伤或化学中毒者;重度呼吸道烧伤者;头、面、颈、手、会阴部烧伤者。

(4) 严重烧伤:总面积在 51%~80%(儿童 26%~40%)之间,或Ⅲ°烧伤面积在 21%~50%(儿童 11%~25%)之间者。

(5) 特重烧伤:总面积在 80%(儿童 40%)以上或Ⅲ°烧伤面积超过 50%(儿童 25%)者。

[论治]

(一) 治疗层则

以"甚者独行,兼者并行"为原则。以清除病因,面护正气,保存津液,勿使火毒内攻,祛腐

生新为大法。

（二）急救处理

1. 现场急救　(1)尽快清除致伤原因：火焰烧伤，应就地倒地翻滚，迅速脱去着火的衣服，用清洁水淋，或跳入就近的清洁水池中浸泡，切勿呼喊、奔跑或用手扑打火焰以免助长火势，造成面部、手部及呼吸道烧伤。凝固汽油烧伤时，应立即用数层湿布或浸湿的衣服覆盖创面，使凝固汽油与空气隔绝，以免遇空气后复燃。含磷的凝固汽油烧伤时，救护方法同“磷烧伤”。蒸汽、沸水烫伤，应立即脱去浸湿的衣服，用清洁冷水或自来水浸泡伤处 30～60 分钟，然后用鸡蛋清、蜂蜜、麻油、紫草油等加冰片少许涂搽创面。化学烧伤，应立即脱去浸渍化学物质的衣服，强酸烧伤用大量清水或 30%～50%碳酸氢钠长时间冲洗创面；强碱烧伤用大量清水或 1%～2%醋酸长时间冲洗创面；生石灰烧伤应先去净石灰粉粒后，再用大量清水冲洗；磷烧伤应立即在流水中冲洗患部，或将患部创面浸泡入流水中，除去磷颗粒，然后用 5%碳酸氢钠湿纱布包扎创面，将创面与空气隔绝，防止磷继续氧化燃烧。忌用油质敷料，膏药或暴露创面，以免引起全身中毒。电烧伤，首先用木棒等绝缘物切断电源，先抢救生命，再处理创面。若已出现心脏骤停或呼吸停止，应立即进行胸外心脏按压和人工呼吸，并可针刺人中、涌泉穴以刺激呼吸。心跳呼吸恢复后，及时转送附近医院抢救。

(2) 保持呼吸道通畅：因火焰或化学烧伤造成吸入性损伤面导致气道阻塞，发生呼吸困难时，应立即作气管切开。在紧急情况下，可用粗针头刺入环甲筋膜，以保持呼吸道通畅，并给氧。

(3) 建立静脉通道：成人烧伤面积超过 20%，或Ⅲ°烧伤超过 10%；小儿烧伤面积超过 10%，或Ⅲ°烧伤超过 50%者，均可能发生厥脱，故应尽早建立静脉通道，补充液体。

(4) 合并伤的处理：伴有出血者，应在现场紧急止血。有骨折者，给予简单固定。颅脑、胸腹部损伤者，必须现场给予相应的处理后再转运。

2. 转运　原则上就地就近治疗。以争取时间，减少途中颠簸。如当地无条件治疗必须转运者，应掌握好转运时机。重度烧伤要求在 2～3 小时内送到。否则，应在厥脱期过后(48 小时)再转运。

3. 创面处理　(1)清创术：应争取在伤后 6 小时内进行。未发生厥脱者，可与抗厥脱同时进行。已发生厥脱者，应先纠正厥脱，待病情稳定后再清创。烧伤面积愈大，清创应简单，以免加重损伤和厥脱。

(2) 暴露疗法：是将创面直接暴露在空气中的一种治疗方法。适用于头面、颈部、会阴部、臀部和躯干等不宜包扎的烧伤，及其他部位的深度烧伤。也适用于创面污染严重、清创不彻底，大面积烧伤伴感染，特别是绿脓杆菌感染的病人。其方法是：清创以后，将病人彻底暴露在空气清洁的隔离室的无菌床上，切忌创面受压。在创面上可涂抹具有活血止痛，消炎收敛的中药制剂如：虎杖浸液、烧伤Ⅰ号油、清凉膏、复方紫草膏。

(3) 包扎疗法：是用敷料对烧伤创面进行包扎、封闭、固定的一种治疗方法。主要适用于污染轻，创面清洁的四肢浅Ⅱ°烧伤，小面积躯干烧伤，小儿烧伤或缘动病人，需要转送及肉芽创固需要植皮者。具体方法是在清创后，在创面上覆盖一层液体石蜡油纱布或薄层凡士林油纱布，外加多层脱脂纱布及棉垫，敷料厚度应达 3～5cm，长宽必须盖过创面 5cm，使创面完全被封闭，用绷带均匀加压包扎。肢体各关节应固定于功能位。各指(趾)间应用

油纱布隔开。2～3日后更换敷料1次，深Ⅰ°与Ⅱ°创面包扎3～5日后，宜改用暴露疗法。创面包扎后，应密切观察病人的体温和血象变化，创面疼痛与否，渗液多少，有无臭味可判断有无感染。

（4）干热疗法：是把温热干燥的风吹到创面上，以减轻和控制创面感染的一种方法。适用于只能平卧，不能翻身的病人，特别对预防和治疗背部及臀部感染，可起到其他方法所不能起到的作用。其方法是将病人平卧在铺有2～3层消毒纱布的多孔的通气海绵垫上，用电扇把电炉加热的干热风吹到病人的创面上。在治疗过程中要保持室内清洁，避免把地面上和周围环境中的尘埃卷扬到创面上，并注意不断补充水、电解质及各种营养物质。

（5）浸浴方法：是用温热盐水或药液对创面进行局部或全身浸泡的一种治疗方法。具有清除创面坏死组织及细菌毒素，促进焦痂分离，引流痂下积脓，并为感染重的肉芽创面作植皮前的准备，提高植皮的存活率。适用于四肢感染的创面和焦痂分离期，以及严重烧伤所残留的小创面严重感染者。早期病人，特别是处于水肿回收期的病人，不宜采用浸浴疗法，以免加重感染，甚至危及生命。其方法是用1%的盐水或虎地煎剂（虎杖、地榆）等进行局部浸泡，每日1次，每次0.5～1小时。

（6）湿敷疗法：适用于脓液较多的感染创面和经暴露疗法形成脓痂的创面，以及肉芽创面准备植皮者。具体方法是：用四季清水剂，或3%黄柏溶液，或无菌盐水纱布4～8层平铺在创面上，每日更换3～4次。

（7）焦痂处理：深Ⅱ°烧伤和Ⅲ°烧伤的表面都有一层如皮革样的凝面坏死物称为焦痂。焦痂覆盖在创面上，在自溶和分离过程中，都会引起一些严重的并发症。如焦痂压迫综合征、感染与中毒综合征等，严重影响烧伤的预后，甚至危及病人的生命。因此，必须对焦痂进行积极的处理。处理焦痂的方法包括切痂、削痂、酶脱痂、药物脱痂和自然脱痂等。药物脱痂是用化腐生肌的中药制剂，它具有促进脱痂和肉芽生长的作用。如生肌玉红膏、红油膏、烧伤Ⅰ号软膏、生皮粉等涂撒患处。

（8）植皮：大面积Ⅲ°烧伤者，无法自行愈合，必须植皮。原则上用自体皮，面部及功能部位，宜用大张皮肤移植，才能使术后的功能及外形恢复较好。大面积烧伤的病人，自体皮来源有困难时，可用小片自体皮与异体皮相间移植，尽危减少创面间隙，以免危合后疤痕挛缩较重。

（三）辨证治疗

●火毒伤阴

证候：烧伤初期，壮热烦脱，口渴引饮，大便秘结，小便短赤，舌质红绛，舌苔黄燥，脉洪数或弦细而数。

治法：清热解毒，益气养阴。

方药：银花解毒汤（《疡科心得集》），药用金银花、紫花地丁、水牛角、赤茯苓、连脱、牡丹皮、川黄连、夏枯草。方中金银花、连翘、紫花地丁、黄连病热泻火解毒；水牛角、牡丹皮榆营凉血；夏枯草清肝火，散热结；赤茯苓清利湿热。

若见大便秘结，加大黄、芒硝；同时静脉榆入生脉注射液。

●热毒内攻

证候：壮热来战，烦躁不安，或狂躁不眠，干呕脱脱，口干唇焦，口苦口臭，斑疹吐衄，大便秘结，小便难涩刺病，舌紫绛干脱，苔黄燥或焦黑起刺，脉洪数或细数。

治法：清热解毒，活血化瘀。

方药：清瘟败毒饮(《疫疹一得》)，药用生石膏、生地、水牛角、川黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、元参、连翘、甘草、丹皮、鲜竹叶。方中石膏、知母清阳明经之淫热；水牛角、生地、丹皮、赤芍清营凉血，化瘀解毒；黄连、黄芩、栀子、连翘清热泻火解毒；竹叶清心除烦；元参、生地、知母抑阳扶阴，泄其亢甚之火，救其欲绝之水；桔梗载药上行，甘草和胃解毒。

若躁扰不寐者，加服牛黄膏；抽搐惊惕者，送服至宝丹；热毒上冲，频频干呕者，加服红灵丹；呃逆者，加生代赭石、莱菔子、旋覆花；咽喉肿痛者，加玉枢丹。

●余毒未尽

证候：创面色淡，或痒或痛，皮肉难生，形体消瘦，面色苍白，神疲乏力，少气懒言，动则汗出，食少纳呆，时有低热，触事易惊，心悸怔忡，梦寐不安，舌质淡红、苔薄白或白腻，脉沉频无力。

治法：益气养血，托毒生肌。

方药：托里消毒散(《医宗余鉴》)，药用人参、川芎、当归、白芍、白术、余银花、茯苓、白芷、皂角刺、生甘草、桔梗、生黄芪。方中人参、黄芪、白术、茯苓、当归、白芍薄脾益气，养血生肌；金银花、白芷、生甘草清泄余毒；生黄芪、皂角刺、当归、川芎、桔梗托毒化瘀。

挟痰热者，加胆南星。

[权变法]

热毒为患，其害甚大，种种危候，难以枚举。凡烧伤面积超过20%(小儿超过10%)者，均可很快发生厥脱，且极易导致火毒内攻。可采取中西医结合的综合措施积极抢救。

[转归]

小面积烧伤，病情较轻，只要治疗得当，一般预后良好。大面积烧伤或吸入性烧伤，病情多危重，治疗难度大，若抢救不及时，极易导致各种逆证、变证面死亡。关节薄位的深Ⅱ°以上烧伤，愈合后形成的薄痕易出现挛缩面引起局部功能障碍。面部及肩胸部烧伤易造成畸形。

[调护]

1. 严格执行消毒隔离和无菌操作制度。

2. 严密观察记录病人的神志、体温、脉象、气息、血压、尿量及二便颜色等变化。

3. 保持输液及其他导管的通畅。

4. 注意保持会阴部、输窝、指(趾)间及其他健康皮肤的清洁，勤理发、勤剪指(趾)甲。

5. 按不同部位的烧伤，采取相适宜的卧位，创面用输洁被单覆盖，勿使受压和污染。厥脱纠正后，应定时翻身，以预防褥疮的发生。

6. 注意保暖，体温过高时，应物理降温，忌用药物发汗。

7. 瘢痕处理，将创面用茶水洗净，然后均匀的涂抹瘢痕软化膏、瘢痕膏等。

第二十四节 毒蛇咬伤

[述要]

毒蛇咬伤是指毒蛇咬伤后，蛇毒内侵而引起的一种危急病证。本病始见于《马王堆汉墓帛书》，该书载有："蛇螫，以桑汁涂之"。

本病病象为：咬伤部位有齿痕或残留的牙齿，局部皮肤麻木，肿胀疼痛，或见水泡、血泡、腐烂、紫斑，或伤口出血不止，可伴全身不适，头晕眼花，心烦不安，齿血，尿血，便血，黄疸；严重者，神昏谵语，惊厥，气息微弱，脉沉细数或微弱。

本病病位：初在肌肤，进而入血，内攻脏腑，累及心脑肝肾。病性以邪实毒剧为主，后期兼见正虚。

本病无性别年龄差异，以夏秋季节，野外草丛，森林作业，行走者及从事蛇业者多发。

常见毒蛇有银环蛇、金环蛇、海蛇、蝰蛇、尖吻蝮蛇、竹叶青蛇、烙头蛇、眼镜蛇、眼镜王蛇、蝮蛇、烙铁头蛇等 10 余种。

[病因病机]

本病因感受蛇毒而发。由毒蛇侵咬肌肤，损伤脉络，络破血溢，局部瘀阻；邪毒入血，内攻脏腑，为风为火，神机不展而成。初起毒在肌肤，营卫不调，气滞血瘀；继则透营入血，攻脏腑，陷心脑，耗血动血；重则出现邪实正衰之闭证或内闭外脱证。其病因可分为风毒、火毒、风火毒三类。病机主要为：

（一）风毒内侵

毒蛇侵咬，风毒为主者，以动而伤神为特点。"种藏气中，神即气"，故毒液害神，神伤"则神气乃浮"，浮则为动，动而化风，风毒相结，则风行毒行，外浸肌腠，内犯脏腑，遮断神机，内外经络不顺接，肌腠营卫涩滞，气血痹阻，肌肉瘫痪，内而肺肺受伤，肺伤则肃降无权，呼吸失主；脾伤则无运化之功，胃失和降之能。终则导致风毒弥漫三焦，上犯脑髓，伤及泥丸，为重为危。

（二）火毒内淫

毒蛇咬伤，火毒为主者，以耗血动血为特点。血为赤液，内含离火。毒入于血，则离火炽烈，与毒相结，一则毒火耗伤血液，则营气涩滞，血为之凝，凝而为瘀，津水外溢，为痰为饮；一则毒火耗气动血，血液不能安行脉中，妄溢于外，而为出血。毒剧火烈，伤脉损心，引起心肾不交，真气受损，发生阴阳交之变，病情欲危。

（三）风火毒伤

毒蛇咬伤，风火毒交织为病者，以伤神犯血为特点。风火毒邪，侵入肌肤，痹阻经络，深中脏腑，风毒内盛，火毒炽烈，风助火势，风火相煽，邪毒鸱张，伤神害血，蔽阻神机，神机不转，耗动营血，血液失守，正气衰败，无力疏邪，直中泥丸而成重症。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　有蛇咬伤史。起病急速，变化多端。局部麻木或痛如刀割，畏寒发热，周身不

适，倦怠乏力，嗜睡，心悸，胸闷，气短，头晕眼花或复视，口渴咽干，脘腹胀满，恶心呕吐，大便秘结或腹泻，便血尿血，甚或尿闭。

2. 闻诊　语音低怯或难言，或呻吟呼号，谵语，口臭，呼吸急促、浅表，或可闻及肺部罗音，心率或快或慢，或心律不齐，血压过高或过低。

3. 望诊　烦躁不宁，神志昏愦，抽搐，面色苍白，或身目发黄，或全身红赤，汗出，瞳神或大或小，或见衄血，口唇、爪甲青紫，舌红或绛，苔黄或腻或燥；局部可见：蛇伤齿印或残齿，红肿，溃烂，水泡或血泡，瘀斑、瘀点，出血不止，伤肢肿胀，甚或头面肿胀。

4. 切诊　局部压之麻木或疼痛，灼热感。虚里搏动或快或慢，或动不应手，身灼热，或汗出肢冷，胁下痞块，肢体水肿，按之凹陷，脉多浮弦而数，或弦滑数，或沉数欲绝，乍数乍迟，乍大乍小。

（二）鉴别诊断

毒蛇咬伤需与无毒蛇咬伤，毒虫咬伤相鉴别。

1. 无毒蛇咬伤　毒蛇咬伤一般有两个牙痕，深且较大，呈“‥”状，局部剧痛，灼痛或麻木不痛。肿胀迅速扩大，伤口流血，周围瘀斑，血泡，譬核肿大，触痛。全身症状明显严重。无毒蛇咬伤牙痕浅小，数多间密。局部疼痛轻微，肿胀不扩大，伤口出血或不出血，无譬核肿大、压痛，全身症状轻微，或无。

2. 毒虫伤　主要有蜈蚣、蝎子、黄蜂、毒蜘蛛等。蜈蚣伤，局部剧痛，可有溃烂，两牙痕排列呈楔状，无下颏牙痕，伤口无麻木，全身症状轻或无；蝎子伤，局部疼痛麻木，吸收中毒后，肌肉紧张痛，常有流涎，流泪表现；黄蜂伤，局部肿胀，疼痛，伤口呈多个点状，无麻木感，可发生厥、脱、肾衰等危候；蚂蟥伤，伤口出血难止，局部发痒，不痛不肿，无麻木感及全身症状；毒蜘蛛伤，伤口剧痛，麻木，局部坏死，吸收中毒时，肌痉挛，无典型蛇咬伤之伤痕；毛辣虫伤，呈片状表皮损伤，无典型牙痕，痒而不痛，局部红肿；海蜇伤，局部剧烈疼痛，呈多条线性伤口。

[论治]

（一）治疗原则

毒蛇咬伤是一种危急的中毒性病证，尽管有风毒、火毒、风火毒之不同，但基本病因为蛇毒。因此，治疗原则是“客者除之”。以阻止蛇毒的吸收，扩散和排毒、解毒为大法。

（二）急救处理

1. 缚扎　目的在于阻止蛇毒的吸收和扩散。毒蛇咬伤后，应立即于伤口的近心端缚扎，不宜奔跑，以免加速血流和蛇毒吸收。每 15～30 分钟，松解 1～2 分钟。一般在伤口排毒或服药后 1～3 小时，可解除缚扎。蛇咬伤超过 12 小时，则不宜缚扎。

2. 排毒　(1)扩创法：一般按局部常规消毒施行。但在野外，也可就地用锐器，如刀，针，瓷片，玻璃等，沿牙痕作纵行切口，长 1.5cm，深达皮下；或作“十”字切口。如有毒牙残留者，当取出，并用手由近心端向远心端伤口的局围挤压，使毒血排出，再用痛水，或白糖水，或鲜苍耳挤汁，或玉枢丹水磨汁，或凤仙花全草捣汁，千里光捣汁等反复冲洗伤口，并保持湿润引流，使蛇毒在伤口破坏，减少播散，减轻中毒。若见伤口流血不止，周身紫斑者，禁用护创法，以免引发血脱，或气随血脱。

(2) 吮吸法：用口吮，拔火罐或抽吸器等方法，将伤口毒血吸尽。其后加用扩创法。

(3) 烧灼法:以火柴头 5～7 个放在伤口上点燃,烧灼 1～2 次。亦可用烧红的针、刀、铬铁等烧灼。

(4) 针刺法:肿胀时,可于八邪或八风穴上常规消毒,用三棱针或粗针与皮肤平行刺入约 1cm,迅速拔出后将患肢下垂,并由近端向远端挤压以排除毒液。但蝰蛇,尖吻蝮蛇咬伤时应慎用,防止出血不止。

(5) 通利二便:"治蛇不泄,蛇毒内张,二便不通,蛇毒内攻"。蛇伤早期,应尽早利尿通便,排泄已吸收的蛇毒。

3. *解毒* (1)血清疗法:抗蛇毒血清是中和蛇毒的特效解毒药。应用前要作抗蛇毒血清的皮肤过敏试验。反应阴性方可应用。试敏方法:取 0.1ml 抗血清加入 1.9ml 生理盐水,取其 0.1ml 于前臂掌侧皮内注射,20～30 分钟后皮丘在 2cm 以内者为阴性。

国产抗蛇毒血清 1 次注射量:抗蝮蛇毒血清 8 000u;抗五步蛇毒血清 10 000u;抗银环蛇毒血清 5 000u;抗蝰蛇毒血清 5 000u;溶于 5%葡萄糖盐水中,缓慢静注/静滴。

(2) 中成药:①季德胜蛇药:首服 20 片,以后每 6 小时服 10 片,直至症状明显消失为止。中毒严重者,剂量可酌加,并配合口服玉枢丹。②上海蛇药:针剂,1 号针第 1 日每 4 小时肌注 2ml,以后每日 3 次,每次 2ml。一般总量约 20ml。必要时可取 20～40ml,加入 5%或 10%葡萄糖注射液 500ml 中静滴,或用 25%葡萄糖注射液 20ml 稀释后,缓慢静注;2 号针每 4～6 小时肌注 2ml,一般疗程 3～5 日;片剂,首服 10 片,以后每 4 小时服 5 片,一般疗程 3～5 日。③南通蛇药二号片:每次 5 片,每 6 小时口服 1 次,首次量加倍。④广西蛇药:首服 15 片,每 3～4 小时口服 10 片。病情严重者,剂量加倍,间隔时间适当缩短。口服困难者,鼻饲。

(3) 外敷:上述蛇咬伤中成药均可外敷伤口周围。此外,尚可选用:①五灵脂 50g,雄黄 25g,共研细末,酒调,涂敷伤口周围,每日 3 次。②独头蒜、酸浆草各 50g,捣汁,外涂伤口,每日 3 次。③半边莲鲜草 50g,捣烂外敷伤口,每日 3 次。④重楼鲜根 50～100g,捣烂,加酒调敷伤口,每日 3 次。

(三) 辨证治疗

●风毒证

证候:局部伤口无红,肿,痛,仅有皮肤麻木感,全身症状早期不明显,或有头晕眼花,身体稍感不适,或微恶风寒,舌红,苔薄白,脉浮弦;病势可迅速发展,伤后 3～5 小时或迅即出现头晕目眩,眼睑下垂,四肢肌肉麻痹,或抽搐,语言不清,张口,呼吸困难,神志昏愦,脉细数。

治法:祛风解毒,和营止痉。

方药:玉真散(《外科正宗》),药用胆南星,防风、白芷,羌活、白附子。方中白附子、胆南星祛风化痰,解痉止痛;羌活、防风、白芷疏散风毒之邪从表而解;天麻熄风止痉;酒助血行。

本方多加半边莲、重楼、紫花地丁、猪苓、土茯苓解毒利水;抽搐频繁者,加全蝎、蜈蚣搜风镇惊,并加用红花、丹参、赤芍等活血通络之品;胸闷,呼吸不畅者,加小陷胸汤(《伤寒论》)宽胸下气。

本证亦可以五虎追风汤(《晋南史·全恩家传方》)送服水飞雄黄。

●火毒证

证候:局部伤口痛如刀割,肿胀严重,蔓延迅速,甚则波及躯体。常伴有水泡、血泡、易溃

烂，伤口周围可见瘀点、瘀斑。严重者，全身肿胀，畏寒发热，烦躁不安，胸闷心悸，视力模糊，头痛如劈，咽干口渴，便秘尿赤，甚则口鼻出血，尿血，便血，肌肤紫斑，舌质红绛，苔黄燥起芒刺，脉洪数或弦数。

治法：泻火解毒，凉血化瘀。

方药：清瘟败毒饮（《疫疹一得》），药用石膏、知母、生地、水牛角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、赤芍、玄参、连翘、丹皮、竹叶、甘草。方中以石膏、知母清气分热邪，配甘草，是取白虎汤，保津泻热则身热烦渴可解；黄连、黄芩、栀子仿黄连解毒汤，旨在通泻三焦火毒；水牛角、生地、赤芍、丹皮即西角地黄汤清解热毒，凉血散瘀以澄本清源；连翘、石膏配生地、玄参既解“浮游之火”，又可透营转气；桔梗、竹叶载药上行。诸药合用，共奏泻火解毒，凉血化瘀之功。

本方可加生大黄、半边莲、重楼、白茅根等通腑泄毒，活血利水；身热不退、烦躁谵语、便秘口臭者，加服大承气汤（《伤寒论》）通腑泄浊，导热外出；热极生风而抽搐者，加羚羊角、钩藤、菊花以凉肝熄风；神昏谵语，加服安宫牛黄丸（《温病条辨》）以辛凉开窍。

●风火毒证

证候：即呈现风毒证候与火毒证候并见的表现，局部红肿较重，伤口剧痛，病情发展迅速，甚则全身赤灼，或水泡、血泡、瘀点、瘀斑，诸窍出血，或有头晕眼花，周身僵痛，甚至神志昏愦，手足躁动，气促舌蹇，舌质红绛，苔黄，脉弦数。

治法：泻火熄风，散热解毒。

方药：升降散（《伤寒温疫条辨》）合黄连解毒汤（《外台秘要》引崔氏方）送服玉枢丹（《是斋百一选方》），药用僵蚕、姜黄、大黄、蝉衣、黄连、黄芩、黄柏、栀子。方以僵蚕、蝉衣升阳中清阳；姜黄、大黄降浊之浊阴，一升一降，内外通和以泻火散风，黄连解毒汤解毒泻火；玉枢丹解毒散瘀，泻火达络。

风毒偏盛者，加白附子、白芷、野菊花以散风解毒；火毒重者，加重楼、知母、生石膏、玄参以泄火解毒。

［权变法］

伤口肿胀不消，疮毒内陷者，加木芙蓉叶、白蔹、白芷以消肿解毒；身痛不解，加用羌活、白芷、荆芥以疏风通络；疮口溃烂不敛，加生黄芪、白芷、天花粉、皂角刺托毒外出。若阴毒盛者，症见局部红肿，久而不消，肤色暗褐晦滞，头晕胀痛，微热不退或日晡潮热，濈濈汗出，心悸而烦，口燥咽干，舌红，苔燥少津，脉虚数者，治以滋阴降火，清热解毒，药用麦冬、天冬、玄参、白芷、花粉、生地、白蔹、重楼，煎汤内服。证见抽搐者，内服止痉散，药用全蝎、蜈蚣为末。若蛇毒内陷，传入心包，出现嗜睡，神昏惊厥，呼吸困难，牙关紧闭，二便不通，伤口局部肿胀，色紫暗或紫黑，面色苍白，表情淡漠，汗出肢冷，口唇、爪甲青紫，舌绛紫，脉微欲绝者，参阅“急性心衰”、“急性肾衰”、“脱证”救治。突发意识丧失，人迎、阴股脉搏动消失，瞳神散大，叹息样呼吸停止，按“卒死”急救。

［转归］

一般来说，毒蛇咬伤进行及时、正确的急救处理，多可转危为安，完全康复。处理不当，或不及时，易造成邪毒炽盛，正气内衰，导致肢体畸型、残废，甚则闭脱而危及生命。

［调护］

毒蛇咬伤属临床急危重证，临床调护必须做到：

1. 被毒蛇咬伤后的病人忌急行、奔走，尽可能用交通工具送往医院。

2. 密切注意病情变化，如伤口、出血、体温、呼吸、脉搏、血压、二便、舌脉等，有条件可行心电监护。

3. 严密注意创口的消毒及清洁，勤换敷料与药物。

第六章　常见危重证

第一节　心　　衰

[述要]

心衰是指心体受损，脏真受伤，心脉“气力衰竭”所致的危重病证。心衰的病名始见于《备急千金要方》，该书曰：“心衰则伏”。清代《医述》亦载有“心主脉，爪甲不华，则心衰矣。”

心衰的病象：心悸，喘促，水肿，肝大为主证。急性期多表现为心悸，喘咳不得卧，口唇、爪甲青紫，甚则烦躁，咯粉红色泡沫痰，大汗淋漓，四肢厥冷，舌紫，脉细数或促；慢性期多见跗肿，尿少，腹痛痞满，恶心食少，甚则腹部膨胀，胁下痞块，脉虚数，或结，或代。亦有雀啄者。

心衰病位在心，与肺、肾、肝、脾密切相关。心主血，肺主气，心血的循行有赖肺气的推动，故宣泄在肺，升降于脾，藏受调于肝，化精于肾，生于髓，由肾施泄于心，此为灌溉脏腑生理之用。病性属本虚标实。虚者，脏器虚，真气衰；实者，水伏，瘀血，邪气有余。

西医学的心力衰竭可参阅本篇内容救治。

[病因病机]

心衰的发生主要是由于风湿痹阻，痰瘀心脉，阴虚阳亢，痰水凌心，致心体受损，又复感外邪，或情志失调，或饮食不节，或劳累过度，再伤脏真，邪与气血相搏，经络血脉壅滞，水津代谢失用，神机流贯不畅，继而真气衰竭，脏与脏，脏与腑互用失常，而致心衰。

（一）风湿痹阻

机体正气不足，营卫先虚，腠理不密，风寒湿热之邪乘虚内侵，壅滞经络，阻痹气血，内犯血脉，发为脉痹。脉痹久而不除，复受外邪侵袭，沿循血脉，内犯于心，户房启闭失常，气血运行不畅，损及心体，伤及脏真发为心衰。

（二）痰瘀心脉

恣食肥甘厚味，或嗜酒成癖等饮食所伤，造成脾胃损伤，脾伤不运，胃损不腐，湿浊不化，聚湿生痰，痰阻血滞，脉络不畅，情志失调，伏思郁怒，肺气内结，肝气内郁，气滞津涩，化而为瘀为瘀，痰瘀之邪久而不去，内舍于心，心脉不利，孙络不畅，阳气不达，气机壅塞，心脏真气衰竭。

（三）阴虚阳亢

素体阴虚阳盛，或恼怒伤肝，肝阳暴张，或房室不节，肾精暗耗，阴血下亏，阳亢于上，阳升气逆，母病及子，少阳升发之气不煦心阳，心气失助，君火不宁，引动相火外张。火与元气不两立，壮火食气，造成心之体用俱损，真气衰竭。

（四）痰水凌心

痰饮水湿之邪久积不去，气机壅塞，血运不畅，复感外邪，加重痰水内聚。痰水为阴邪，阴

盛伤阳，阳气不达，水痰内逆，射肺凌心，造成心体受损，气力衰竭。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　以心悸，喘促，水肿为主证。轻者，劳累后心悸，气短；重者，动则喘促，心悸澹澹而动，水肿尿少，甚则静息亦喘，倚息不得卧，心中澹澹大动，尿少水肿加重。多伴咯血，脘腹胀痛，恶心纳呆等。既往多有卒心痛、痰饮、水肿、肺胀、风旋病史。

2. 闻诊　气息短促，语音前轻后重，甚至喉中痰鸣，心脏听诊多可闻及病理性杂音及心律失常，两肺可闻及湿罗音。

3. 望诊　精神萎靡，或烦躁不安，甚则昏厥谵妄，汗出或大汗淋漓，口唇、爪甲青紫，咯痰呈粉红，泡沫状，舌淡或紫黯，舌系带络脉粗紫，苔薄白或白腻、黄腻。水肿轻者，足跗浮肿；重者，四肢、躯干水肿；甚者，胸水腹水。胸部X线示：心脏扩大，肺间质水肿、胸水等。颈动脉搏动图示：射血期前时间(PEP)增大，左室射血时间(LVET)缩短。中心静脉压或肺楔压升高，心指数降低。

4. 切诊　切虚里多动而应手，鼓动疾数，胁下痞块，肢末欠温或四肢湿冷，脉见数、促、结、代、雀啄、釜沸、屋漏等。

（二）鉴别诊断

1. 暴喘　暴喘突发，喘促不得卧，与心衰主证相似。但暴喘多无原发性心脏病，临床常无粉红色泡沫样痰，两肺早期无湿罗音。心脏听诊多无杂音。血气分析：早期为低氧血症，低碳酸血症；晚期为低氧血症，高碳酸血症。

2. 自发性气胸　突发喘促，憋闷，口唇、爪甲青紫，胸痛剧烈，大汗出，但无粉红色泡沫样痰，水肿，多见喉管移位，患侧肋间饱满，听诊呼吸音降低或消失，多无罗音。胸部X线示：患侧肺部透亮区增强，肺纹理消失；肺或肺门压缩，或成团状。

[论治]

（一）治疗原则

心衰的发生机理在于心体受损，真气衰竭，心脏瘀阻，水饮内停。故其治疗原则当以“损其心者，调其营卫”，祛邪扶正，标本同治为主。以强心利水，活血化瘀为根本大法。

（二）急救处理

1. 半卧位　两腿自然下垂，及时吸出咽喉部、呼吸道的分泌物，保持呼吸道通畅。

2. 吸氧　鼻导管或面罩吸氧。水凌心肺，咯粉红色泡沫样痰时，氧气可通过75%酒精湿化后吸入。

3. 中成药　(1)增强心气：①万年青注射液：6～10ml，加入5%葡萄糖250ml，每日1次，静脉滴注。

② 蟾力酥注射液：2～4ml，每日2次，肌内注射。

③ 福寿草：2mg，每日2次，口服；0.25～0.5mg，加入25%葡萄糖20ml，每日1～2次，静脉推注。

④ 葶苈子粉：1～2g，每日3次，口服。

⑤ 罗布麻叶根：用8%罗布麻煎剂，每次100ml，每日2次，口服。若心率减至80～90次

/分，改为每次 50ml，每日 1 次，口服。

⑥ 北五加皮粗甙：每次 20mg，每日 3 次，口服，2 日后改为每日 20～40mg 维持。

此外，参附注射液、生脉注射液、铃兰、夹竹桃等亦可选用。

（2）清热解毒：①双黄连粉针剂：60mg/kg，加入 5%葡萄糖注射液 500ml，每日 1～2 次，静脉滴注。

② 血塞通注射液：10～20ml，加入 5%葡萄糖注射液 250ml，每日 1～2 次，静脉滴注。

③ 脉络宁注射液：10～20ml，加入 5%葡萄糖注射液 250ml，每日 1 次，静脉滴注。

（3）平肝熄风：①汉防己甲素注射液：4ml，每日 2 次，肌内注射。

② 天麻注射液：4ml，每日 2 次，肌内注射。

③ 羚羊角粉：0.6g，每日 3 次，吞服。

4. 针灸　(1)针刺：取内关、间使、心俞、神门、足三里。气促配膻中、肺俞；腹胀配中脘、支沟；尿少配肾俞、三阴交。虚补实泻手法，一般不留针。

（2）灸法：水肿不消者，灸水分、气海。

（三）辨证治疗

●风湿痹阻

证候：心悸气短，心烦胸闷，手足沉重，肢体关节疼痛，屈伸不利，下肢浮肿，触虚里震颤，或见恶风发热，舌黯，苔白腻或黄腻，脉浮。

治法：强心除湿。

方药：木防己汤(《金匮要略》)，药用木防己、石膏、桂枝、人参。方中木防己强心除湿，祛风通痹；桂枝温经通络；人参益气助阳；石膏清热除烦。

木方可加蚕砂、五加皮、附子通脉强心，通经达络；无烦热及关节红肿，去石膏，加茯苓、威灵仙化湿通络，并加丹参、当归以养血活血，取“医风先医血”之义；关节剧痛，得热痛减，加炙川乌、炙附子温经散寒；水肿甚者，加柴胡、泽泻、猪苓化湿行水。

●痰瘀内阻

证候：心悸不宁，咳嗽痰白，声低气怯，胸闷汗出，面色晦暗，胸胁刺痛，痛有定处，舌紫黯或有瘀斑，苔腻，脉弦细数无力，或结，或代。

治法：化痰活血。

方药：皱肺丸(《是斋百一选方》)合失笑散(《太平惠民和剂局方》)，药用五味子、人参、桂枝、款冬花、紫菀、白石英、羯羊肺、杏仁、五灵脂、蒲黄。方中以五味子收敛肺心之气；配入参、桂枝、白石英、羯羊肺益气补肺，温化痰饮；款冬花、紫菀降气化痰；失笑散活血祛瘀。

颈脉动甚，面唇青紫，加丹参、苏木、当归活血通脉；低热口渴，舌红，加麦冬、玉竹、生地养阴清热；喘促息微，肢冷汗多，加附子、红参回阳救逆。

●痰水凌心

证候：心悸气短，咳吐痰涎，胸脘痞满，渴不欲饮，尿少浮肿，舌黯苔白滑，脉弦滑数。

治法：逐水祛饮。

方药：小青龙汤(《伤寒论》)，药用麻黄、桂枝、干姜、细辛、半夏、甘草、五味子、芍药。方中麻黄、桂枝、干姜温化水饮；细辛、半夏、甘草化痰利气；芍药、五味子助阳药以缓解心脉绌急。

喘促气憋，倚息不卧，咯血咳痰，加葶苈大枣泻肺汤(《金匮要略》)泻肺逐饮；痰多粘腻，胸闷气逆，加皂荚丸(《金匮要略》)以豁痰利气；痰黄化热者，加生石膏清热除烦。

●心肾阳虚

证候：心悸喘促，不能平卧，稍劳、遇寒加剧，面色青紫，形寒肢冷，尿少浮肿，舌黯苔白，脉沉细。

治法：温通心肾。

方药：桂枝加附子汤(《伤寒论》)，药用桂枝、芍药、附子、炙甘草、生姜、大枣。方中以桂枝汤调和营卫，温通血脉；附子温肾化气，强心壮阳。

尿少浮肿，腰痠冷者，改用真武汤(《伤寒论》)温阳行水；气喘不止，神疲形衰，加红参、蛤蚧补元纳气；腹胀，舌质瘀斑，加土鳖虫、穿山甲、地龙化痰透络。

●阴不敛阳

证候：怔忡不宁，心慌神乱，烦渴汗出，头晕目眩，少寐多梦，面色潮红，气短喘促，舌红少苔，脉细数或虚弦。

治法：滋阴敛阳。

方药：驯龙驭虎汤(《医醇賸义》)，药用龙齿、琥珀、珍珠母、酒洗生地、玉竹、瓜蒌皮、石斛、柏子霜、白芍、薄荷、莲子芯，沉香。方中龙齿、琥珀、珍珠母、沉香镇惊宁心，收敛元阳；生地、玉竹、石斛、瓜蒌皮、白芍，滋养阴液，缓解心脉绌急；莲子芯，柏子霜清心宁神；薄荷辛凉散结。

心烦脉促，加酒黄连清心降火；汗多少寐，加五味子、酸枣仁宁心安神，收敛心气；面红头痛，眩晕，加羚羊角、石决明、钩藤熄风潜阳。

[权变法]

上述急救无效，需加调和营卫之剂以扶正祛邪，如桂枝去芍药加附子汤等；关节肿痛不消，加用桂枝芍药知母汤以祛风除湿，活络通脉；发热心烦，脉数不匀，热毒内陷者，加黄连解毒汤以解毒清热；腹胀纳呆，加九香虫、砂仁、姜厚朴行气消胀；尿少水肿不消，加地肤子、威灵仙、莱菔子利水消肿；胸水腹水，加千金鲤鱼汤补精利水；便秘不通，加肉苁蓉、郁李仁、煨皂角润肠开结；神昏，加石菖蒲、郁金、远志芳香开窍；肝积、痞气者，加蒌枳实、生白术、生鳖甲、土鳖虫消积化癥。若病变中出现脱证，心动悸，卒死，请参阅有关章节。中药抢救无效，亦可加用强心、利尿、扩血管、镇静等药物。

[转归]

心衰的转归主要取决于病情的轻重缓急与救治的及时、得当与否。心悸、喘促、水肿的发作程度，心脏功能等可作为判断预后的指标。如见厥、脱、心动悸、神昏等变证者，多提示预后不良。

[调护]

积极防治原发病，注意精神调摄，饮食有节，避免劳累，节制房事，进行必要的保健活动，增强体质。此外，还应做好：

1. 密切观察病情进退变化，监测生命体征及心悸、喘促、水肿、尿量等情况，并详加记录。

2. 体贴、关怀病人，减少病人恐惧心理，增强战胜疾病的信心。

3. 饮食宜清淡，适当限制食盐的摄入。

4. 加强皮肤护理，定期翻身，清洁皮肤，防止褥疮发生。

5. 病室安静，空气流通。如烦躁者，可予针刺耳穴心、神门或内关；或口服利心丸、酸枣仁粉、琥珀粉以安神定悸。

第二节　肺　　衰

[述要]

肺衰是指肺之脏真受伤，气力衰竭，呼吸错乱，百脉不畅引起的急危重症。肺衰的病名始见于《备急千金要方》称“肺气衰”；《医参》亦有：“肺主皮毛，皱纹多且深则肺衰矣。”

肺衰的病象：以气息喘促，张口抬肩，昏厥痰壅，口唇青紫，爪甲肢端紫绀为特征。《灵枢·五阅五使篇》曰：“肺病者，喘息鼻张。”《景岳全书》曰：“气急大喘，或气脱失声，色灰白或紫赤者，肺肾气绝。”

肺衰的病位：在肺，与心、脑、肾关系密切。《三因极一病证方论·喘脉证治篇》曰：“失五脏皆有上气喘咳，但肺为五脏之华盖，百脉取气于肺，喘既动气，故以肺为主。”本病病性多属虚实挟杂之恶候。《医家四要·喘急虚实之评》：“暴病而喘者为实，久病而喘者为虚。”虚者，肺气虚衰；实者，邪气壅实。

西医学的呼吸衰竭，可参照本篇诊治。

[病因病机]

肺衰多由肺气虚衰，感受邪毒所致，肺失主持诸气的功能。一则不能上助心脉以行血气，致心脉阻滞；二则脏腑气逆，升降失常，升多降少，肺气壅塞，肺叶焦满；肺失治节，金气不平。金不平则不能制肝，肝气壅闭，中焦脾胃受肺，脾不运，胃不腐，升降失常，浊气上壅于肺，肺举叶张，升而不降，气不得出，呼吸错乱，清浊相混，营气不清，上犯于脑，脑窍闭塞，水津不布，结而不散，波及于血。伤及肺之脏真，而致肺衰。

（一）感受外邪

六淫之邪从口鼻、皮毛而入，壅阻于肺；或邪热移于大肠，阳明腑浊之气上逆；或肺素有痰瘀，复感外邪，痰瘀互结，壅塞气道，脏真受伤，肺体受损，治节功能失司，互换清浊功能障碍，发为本证。

（二）创伤痰毒

烧伤所致热毒瘀肺，或胸部创伤，肺络受伤，肺体受损，气血失和，血结内瘀，肺络不畅，血脉瘀阻，浊气内逆，清气亏少，脏真受伤而生此痰。也有疫毒炽盛，灼伤肺络，痰瘀互结，阻碍气机；亦有败血冲心乘肺，心阳受阻不能温肺，肺失治节，升降失司，气道壅塞，肺心两衰发于本证。

（三）肺气虚衰

久患肺胀、哮喘、心脏疾患，或痰热久留，水饮内停，以致痰瘀内阻，水毒犯肺，或久病体虚，邪气复感，肺体受损，脏真受伤，遂或肺不能推行营卫，营气不清，气血败浊而成痰瘀，气道闭塞，肺管不通而发为本证。

[诊断与鉴别诊断]

(一) 诊断

1. 问诊 气息喘促,张口抬肩,呼吸不能接续,或深浅不一、快慢不齐、或停顿,口唇、爪甲青紫,胸中窒闷,痰涎粘稠,不易咯出,有感染外邪,严重创伤,或既往有慢性咳喘病史。

2. 闻诊 呼吸气促,喉间痰鸣,语声无力或断续难继,咳声低微。肺部听诊呼吸音低,两肺可闻及干湿性罗音。

3. 望诊 喘促不宁,口唇、爪甲、肢端青紫伴有烦躁、焦虑,渐致表情淡漠、嗜睡,甚至昏迷、抽搐,舌质红或紫暗,苔少或白腻或黄。胸廓呈桶状、胸片、血气分析有参考价值。

4. 切诊 虚里搏动不应手,皮肤可湿冷,脉弦滑数或沉细。

(二) 鉴别诊断

1. 哮证 为发作性疾病。以气急息促,喉中喘鸣如水鸡声,难以平卧为特征。《类证治裁·哮证论治》说:"哮者,气为痰阻,呼吸有声,喉若拽锯,甚则喘咳,不能卧息。"

2. 短气 以呼吸急促而不能接续为主,但呼吸虽急而无痰声。《丹溪心法·短气》说:"短气乃气急而短促,呼吸频数而不能相续,似喘而不能摇肩,似呻吟而无痛。"

[论治]

(一) 治疗原则

本证以"损其肺者,益其气",攻补兼施为治疗原则,益气,平喘,豁痰,解毒,化瘀为治疗大法。

(二) 急救处理

肺衰是肺体受损,脏真衰竭,呼吸错乱,累及心脑的急危重证,故当采用吸氧,吸痰,取嚏,针灸,中成药等综合救治措施。

1. 针灸 针刺大椎、风门、素髎、人中、肺俞,手法为点刺,不留针,起针后加火罐。痰多气壅者,加天突、膻中、丰隆。喘而欲脱者,加内关、三阴交,急灸气海、关元穴。

2. 取嚏法 搐鼻散:细辛 3g,皂角 1g,半夏 4g,麝香 1g,研极细末,吹入患者鼻腔,使之喷嚏,必要时可隔 15～30 分钟重复 1 次。

3. 中成药 (1)开窍醒脑:①清开灵注射液:40～60ml,加入等渗液 500ml 中,每日 1 次,静脉滴注。

② 醒脑静注射液:20ml 加入等渗液 250ml 中,每日 1 次,静脉点滴。

③ 安宫牛黄丸、至宝丹:每次 1 丸,每日 2 次,口服。

(2) 益气强心:①人参针:每次 4ml,每日 2 次,肌内注射。

② 蟾力酥注射液:每次 4ml,每日 2 次,肌内注射。

③ 参附注射液:每次 50～100ml,加入等渗液 250～500ml 中,每日 1～2 次,静脉滴注。

④ 生脉液:60ml 加入等渗液 250ml 中,静脉滴注。

(3) 清热解毒:①六神丸:每次 10 粒,每日 3～4 次,口服。

② 穿琥宁注射液:400～600mg,每日 1～2 次,加入 5%葡萄糖液 500ml 中,静脉滴注。

③ 双黄连粉针剂:每次 60mg/kg,加入等渗溶液 250ml 中,每日 1～2 次,静脉滴注。

(4) 活血化瘀:①丹参注射液:每次 4ml 加入 25%葡萄糖 20ml,静脉推注。或 8～16ml

加入等渗液 250ml 中，每日 2 次静脉滴注。

② 舒血宁注射液：(6911 注射液)每次 4ml，每日 2 次，肌内注射。

(5) 清热化痰：①鲜竹沥：每次 15ml，每日 3～4 次，口服。

② 牛黄蛇胆川贝散：每次 1g，每日 2 次，口服。

③ 礞石滚痰丸：每次 9g，每日 2 次，口服。

③ 猴枣散：每次 0.3g，每日 2 次，口服。

④ 天仙子粉：每次 0.5g，每日 2 次，口服。

⑤ 皂枯散：枯矾 2g，煅皂角 1g，每次 1.5g，每日 2 次，口服。

[辨证治疗]

●痰瘀阻肺

证候：呼吸急促，喉间痰鸣，口唇青紫，胸中塞闷，痰涎粘稠，不易咯出，面色黯红或青紫，舌质黯，苔白腻，或舌质红，苔白或微黄腻，舌体胖大，脉滑数或浮滑。

治法：豁痰化瘀。

方药：菖蒲郁金汤(《温病全书》)送服七厘散。鲜石菖蒲、郁金、炒山栀、连翘、菊花、金银花、滑石、竹叶、丹皮、牛蒡子、竹沥、姜汁少许。玉枢丹(吞服)。七厘散(吞服)。

方中石菖蒲、郁金理气豁痰解郁，丹皮活血祛瘀，解血中伏火，竹沥清壅滞之痰浊，玉枢丹，温开解郁；山栀子、连翘、菊花、金银花清热解毒，除肺中之郁热；牛蒡子有升有降，疏散清解，合用七厘散更增加化瘀之力。

喘促甚者，加白芥子、莱菔子、苏子以降气平喘；痰多湿盛者，加二陈汤；兼寒证者，加苏子降气汤；兼热证者加胆星、瓜蒌仁、海蛤壳、桑白皮、以开胸解郁，清肺定喘。

●腑实气逆

证候：痰涎壅盛，喘促不宁，发热不恶寒，腹满便秘，烦躁不安，舌红苔黄腻，脉滑散或沉滑数，右寸脉实大。

治法：通腑降逆。

方药：陷胸承气汤(《重订通俗伤寒论》)，方中用瓜蒌仁、枳实、生大黄、半夏、(川)黄连、芒硝。方中瓜蒌清化痰热，兼能润肠通便；半夏配黄连，辛开苦降，化痰宽胸；大黄、芒硝攻下热结，更配枳实行气破滞，宣畅气机，通达上下，诸药合用共奏通腑降逆之功。

喘重，加葶苈子、枇杷叶、海浮石以泻肺平喘；热毒炽盛加知母、黄芩清泻肺热或加服黛蛤散清热解毒；痰热壅盛加石膏、杏仁清热宣肺。

●肺气虚衰

证候：喘促短气，语言无力，咳声低微，自汗畏风，面色苍白，舌淡，脉细弱；或见面赤口干，咽喉不利，盗汗，舌红苔少或剥脱，脉细数。

治法：补益肺气。

方药：参归鹿茸汤(《重订广温热论》)。方用人参、当归身、黄芪、炙甘草、鹿茸粉、龙眼肉、鲜生姜。方中人参大补肺气，合黄芪以补气而升阳；配以鹿茸壮阳，当归补血，益以龙眼肉、生姜、炙甘草，补益和中，使脾胃之气能升能降。

肺阴虚者，加用生脉散、百合、南北沙参、玉竹等；肺肾气虚而衰者，急以固脱，予独参汤或生脉注射液。

[权变法]

1. 肺衰伴昏迷 表现为嗜睡，谵语，甚至昏迷，不省人事或邪犯脑窍，蒙蔽心包，神明失用，予羚羊角、玳瑁、石菖蒲、西瓜霜水煎送服安宫牛黄丸、紫雪丹、或瓜霜退热灵；亦可用醒脑静注射液；湿热蒙蔽清窍者，予鲜荷叶梗、连翘、莲子芯、大豆卷、扁豆花、送服玉枢丹。气滞于肺者，送服苏合香丸。

2. 肺衰伴痉证 表现为项背强直，口噤不开，甚则角弓反张，手足抽搐者，选用羚羊角粉、止痉散、猴枣散、小儿回春丹、抱龙丸等灌服，或予醒脑静注射液静脉滴注。

3. 肺衰伴脱证 表现为面色苍白，四肢厥冷，血压下降，皮肤湿冷，尿少，脉数无力等脱证之象，急需固脱，可参照“脱证”救治。

4. 肺衰伴心衰 伴有心悸喘促，汗出，虚里动面应手，鼓动数疾，可参照“心衰”综合救治。心动悸，气短，胸闷，脉疾数、结、代、雀啄、屋漏等加黄连、肉桂、麦冬、仙茅、鹿角胶、仙鹤草之类治之。神昏经治疗不见好转者，急用杏仁、石菖蒲、红花、人参、苏木、郁金、炙麻黄，水煎雾化吸入；水毒犯肺者，阳虚急用五苓散，阴虚以猪苓汤治之。

病危重者，可考虑气管切开，机械辅助呼吸等中西综合救治。

[转归]

肺衰经积极抢救，阻断病情的发展，祛除发病原因，轻者一般可不留后遗症；若病情危重，产生并发症，则危在旦夕。如《直指方》所述：“汗出发润者，为肺绝；身汗如油喘者，为命绝。”

[调护]

1. 高枕位或半卧位，减轻肺瘀血，及时吸痰，保持气道通畅。
2. 吸氧，以益肺气而利百脉。
3. 避风寒，注意保暖，保持室内空气新鲜，避免烟雾，粉尘的污染。
4. 饮食宜情淡而富有营养，忌食辛辣、荤腥、油腻之品。
5. 密切注意观察病人的呼吸、心率、血压的变化，面色及舌苔脉象的表现。
6. 平素易感冒者，可调服神仙粥（《奉亲养老新书》）。

第三节 肾 衰

[述要]

肾衰是指肾体受损，脏真衰竭，“命火之相火不足”，阴情不化，气化无权，五液失司而引起的危重病证。肾衰的病名始见于《千金要方》，该书曰：“肾应骨，骨与肾合，……其气衰，则发堕齿槁，腰背相引而痛。痛甚则咳唾甚。”

肾衰的病象：以尿少，息粗带有溺味，头痛，呕恶，水肿，出血，倦怠，表情淡漠，嗜睡，烦躁，甚则昏迷抽情为主要表现。如《重订广温热论》近述：“溺毒入血，血毒上攻之候，头痛而晕，视力蒙眬，耳鸣，耳聋，恶心呕吐，呼吸带有溺臭，间或猝发癫病状，甚或神昏痉厥，不省人

事，循衣摸床，撮空，舌苔起腐，间有黑点。”

肾衰的病位：病本在肾，其标在肺，涉及于脾，危急于脑。病性属虚实错杂的危候。虚者多为肾之气化无权，肺脾功能失司；实者为邪毒瘀血，砂石痹阻，清浊不分，五液失司。

西医学的肾功能衰竭可参照本篇诊治。

[病因病机]

肾衰多由毒瘀所致，毒入营血，邪盛毒剧，瘀毒互结，内侵于肾，一则肾体受损，二则脏真受伤，致气化无权，脉络失约，肾门开阖不利，阖多开少，命门受损，真火欲生不能，相火失助，上不能助肺气，中不能温脾胃，下不能煦膀胱，致脾失宣肃，治节无权，通调失常，脾胃升降不调，清气不升，浊阴不降，膀胱气化失司，湿浊弥漫三焦，逆冲于脑，诸症丛生。

（一）疫毒犯肾

感染疫毒或时邪瘟毒，卫气不束，疫毒内袭，弥漫三焦，内攻肾脏，毒瘀互结，瘀毒结于肾及膀胱，伤及脏真，致肾之开阖失常，发为本证。

（二）毒物伤肾

误食毒物、毒蕈、鱼胆，伤及肾脏真气，关门不利；或毒药过量，如斑蝥，朱砂等，损及肾体，络脉壅滞，升降失常；毒蛇咬伤，毒邪内陷，脏真衰竭，气化不行，发为本证。

（三）瘀石内阻

砂石、瘀血、败精或癥块压迫阻塞，水道不通，溺毒入血，血毒上攻，升降失常或损及肾器，开阖失司，伤及脏真，肾气衰竭，发为本证。

（四）脾肾阳虚

久患肾疾，复因劳倦或饮食不节，或久病体弱，损伤脾土，久病损及肾阳；或劳倦太过，酒色无度，肾体内伤，水湿内停，肾阳受损，命火大衰，发为本证。

[诊断与鉴别诊断]

（一）诊断

1. 问诊　以少尿（少数病人可有多尿），恶心，呕吐为主症。轻者，每于劳累、外感后出现浮肿，心悸，恶心，呕吐加重；甚者，倚息不得卧，心悸，喘息气促，无尿。可伴有头痛，肢麻，肤痒，出血，纳呆，腹胀，水肿，咳嗽，等症。可有感染温疫毒、金刃伤、痈疽等症，既往可有风水，淋证等病史。

2. 闻诊　口中有溺味。心脏听诊：多有心动过速、房颤，或心音低钝、遥远，甚则可闻及心包摩擦音。两肺多可闻及细、湿罗音或呼吸音低，语音传导减弱。

3. 望诊　神萎或烦躁，甚则神昏，谵语，抽搐；皮肤可见搔痕，呼吸急促或深大，面色萎黄或潮红，舌红少苔或舌淡，苔白滑或黄。可伴有周身浮肿。尿常规：血尿、蛋白尿或管型尿均可出现；少尿者，尿比重固定在1.012左右；多尿者为低比重尿（1.010～1.014）。血氮质增高，常以尿素氮、血肌酐为显著且逐日升高。动态血气分析，呈代谢性酸中毒。

4. 切诊　虚里动而应手，鼓动数疾，或切之不应手，腹部有移动性浊音；皮鼓浮肿按之如泥，久而不起，或按之凹陷，随手即起，以双下肢为主；脉沉弦、洪数、或沉细、沉迟。

（二）鉴别诊断

1. 癃闭　是以尿闭或排尿困难，下腹部胀满为主证的一种急证，以实证为主，无呕吐，

恶心等症，治疗得当则预后良好。失治误治病情渐重可发展为肾衰。

2. 走脯 以呕逆伴二便不通利为主。《备急千金要方》曰："若实则大小便不通利，气逆不续，呕吐不禁，故曰走脯。"其不同点在于口中无溺臭，无喘促，身无瘙痒，更无神识之变。

[论治]

(一) 治疗原则

本证以肾体受损，脏真衰竭，气化无力，五液失司，溺毒入血为特点，故当急则治标，以推陈出新，恢复脏真为原则。

(二) 急救处理

1. 针灸 少尿者：针刺中极、膀胱俞、阴陵泉；耳针穴：肾、交感、内分泌。脱证常选用涌泉、足三里、人中、合谷；耳针选用升压点、肾上腺、心、肾、皮质下、内分泌。

2. 灌肠降浊 (1)温肾益气导法：制附子 15～30g，酒大黄(后下)15～30g，黄芪 30～60g，芒硝 10～20g，益母草 15～30g，煎汁 200ml，早晚各 1 次，保留灌肠；胃热上逆者，重用生大黄、芒硝；胃寒停饮者，重用附子、肉桂；血压偏高者，加生石决明 30g，生牡蛎 30g。

(2) 化湿清热法：生大黄(后下)15～30g，六月雪 15g，徐长卿 12g，皂荚子 9g，生牡蛎(先煎)30g，浓煎取汁 100ml，保留灌肠，每日 1 次。热甚者，可加蒲公英 30g。

3. 中成药 (1)汉防己甲素注射液：每次 4ml，每日 2 次，脱内注射。

(2) 羚羊角粉：每次 0.6g，每日 2 次，口服。

(3) 舟车丸：每次 3g，每日 2 次，口服。

(4) 五苓散：每次 9～15g，每日 2 次，口服。

(5) 消水导滞丸：每次 0.5g，每日 2 次，口服。

(6) 大黄酊：每次 50ml，每日 2 次，口服。

(7) 姜酊：每次 50ml，每日 2 次，口服。

(8) 玉枢丹：即刻吞服 0.6g。

4. 外敷 (1)外敷：复方大蒜软膏(大蒜油 4.8ml，二甲亚砜 60ml，芒硝 600g，麝香 0.03g，甘油 200ml，大黄 300g，羧甲基纤维素 70g，蒸馏水 800ml，调成软膏)，取 50～70g 分成二份，分别敷贴于双肾区，每日 1～2 次，每次敷贴 6 小时，4～7 日为一疗程。葱白敷关元，甘遂末敷神阙穴以逐水。

(2) 药物透析：中药理疗与透热疗法联合应用。取板蓝极 30g，大青叶 30g，黄芩 9g，蒲公英 9g，金银花 9g，扁蓄 9g，大蓟 9g，车前子 9g，泽泻 9g，煎汁在肾区透热治疗。

(三) 辨证治疗

●热毒瘀滞

证候：小便短赤或闭塞不通，高热，口渴便秘，烦躁谵语，甚则动血，二便出血，肌肤斑疹隐隐，苔黄舌红绛，脉数实。

治法：解毒泻热，活血化瘀。

方药：清凉攻毒散(《重订广温热论》)。生石膏、黄连、牛蒡子、荆芥穗、青皮、木通、丹皮、生地、紫花地丁、水牛角、红花、大黄、灯心草。方用生石膏清热泻火，配以黄连直折其火；丹皮、生地、地丁、水牛角清热解毒，凉血祛瘀；青皮、红花二药配伍理气活血并用，使气行瘀除，

热无停留之机；牛蒡子、荆芥使邪由表疏解；木通、灯草、大黄并用，分消二便，使三焦之火从二便而泄。

若便秘甚者，加芒硝、枳实以通腑泻热；烦渴甚者，加知母以苦寒生津；谵语，出血加用紫雪丹(散)，以开窍镇痉，清热解毒。

●湿热蕴结

证候：小便灼热，短赤不爽，头胀昏沉，口苦口粘，渴不多饮，胸脘痞闷，大便不通，苔灰白或黄稠，脉滑数。

治法：清热利湿。

方药：甘露消毒丹(《温热经纬》)，药用滑石、茵陈、黄芩、石菖蒲、木通、贝母、射干、连翘、薄荷、白蔻仁、藿香。方中藿香、白蔻仁、石菖蒲化湿；滑石、茵陈、木通利湿；黄芩、射干、连翘清热解毒；贝母化痰散结，薄荷疏解透达，诸药合用以达清热利湿之效。

胸脘痞塞者，加小陷胸汤；湿盛于外者，予三仁汤；大便秘结甚者，加用生大黄通腑泄热；恶心呕吐者，加姜半夏、竹茹；热盛者，加用三黄泻心汤。

●脾肾阳衰

证候：小便短少或清长，面浮身肿，腰以下尤甚，按之如泥，脘腹胀闷，纳减便溏，神疲肢冷，面色灰滞或㿠白，舌体胖大，舌质淡，苔白腻或白滑，脉沉细或沉迟无力。

治法：温补脾肾，利水消肿。

方药：济生肾气丸(《济生方》)合土鳖虫粉、紫河车粉。药用熟地、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、附子、车前子、牛膝水煎冲服土鳖虫粉、紫河车粉。本方用熟地滋阴补肾，于阴中求阳；山茱萸温补脾肾，收涩精气；山药健脾，丹皮泻肝肾之火，泽泻，茯苓利水消肿；附子、肉桂温补肾阳，二药合用，补水中之火以助脾阳；牛膝引药下行，使药力直达下焦，车前子加强渗阳利水消肿的作用。加服土鳖虫，紫河车以逐瘀通络，补益精血，温肾纳气。

小便清长者，去车前子、泽泻，加用缩泉丸、菟丝子，温肾祛寒，面涩小便。恶心呕吐，加姜半夏、陈皮。五更泄者，加用四神丸，温补脾阳，涩肠止泻。

［权变法］

1. 肾衰见外感　肾衰病程缠绵，反复发作，正气日衰，复感外邪。见发热恶寒，肺热增剧，小便短少。治以“开鬼门”之法，方用越婢汤为主加党参、菟丝子补气温肾，扶正祛邪并用。

2. 肾衰见腹水　高度浮肿，胸中憋闷，腹胀，气急，尿少甚或尿闭，口中溺臭，恶心呕吐，脉象沉弦。三焦气滞，水道不通。治以“洁净府”通利三焦。方用己椒苈黄丸、疏凿饮子。服上方不效，急投增损千金鲤血汤，药用鲤鱼，加胡椒、茶叶、紫皮蒜、商陆、地肤子、砂仁、厚朴、大腹皮，疗程7～21日。阳虚者加附子、干姜；阴虚者加黄精、炒麦冬；胸水，喘促不得卧，加葶苈子、大枣、大戟；气虚者加生黄芪、生晒参。

3. 肾衰见水凌心肺　胸闷气憋，倚息喘促，不能平卧，身无浮肿。水凌心肺，治以泻肺利水，方用葶苈大枣泻肺汤。

4. 肾衰见神昏　烦扰谵妄，神昏，舌红苔腻，毒犯神明。治以清心开窍，方用牛黄清心丸；痉厥抽搐，手指蠕动，头晕头痛，舌红脉弦者，肝风内动。治以平肝熄风，方用羚羊钩藤饮或合大定风珠，同时静脉滴注醒脑静。

5. 肾衰见出血　鼻衄牙宣，皮下瘀斑，尿血，舌黯脉涩，肾络瘀阻，络瘀外溢。治以活血

化瘀，方用桃仁承气汤。若有热毒者，加用黄连解毒汤。

6. 肾衰见多尿　尿多清长，神疲乏力，咽干思饮，舌红少津，脉细，气阴两亏。治以益气养阴，方用生脉散。

肾衰不愈，有透析条件者，可考虑透析疗法（血液透析或腹膜透析）。

［转归］

肾衰早期阶段，若不及时抢救治疗，势必使邪恋病重，阳损及阴，浊邪弥漫，使脾的运化功能衰退，肾的分清泌浊功能丧失，机体的气化功能逐渐衰退，表现正虚邪实，由肾衰的前期向后期阶段发展，最后变证丛生。

观察肾衰的预后，一则根据脾肾阳虚的程度，轻者预后较好，重者预后较差；再则根据浊邪，溺毒侵犯三焦的部位来决定其预后转归。若病变浊邪只犯中焦，病限于脾胃，只要辨证确切，用药得当，尚可带病延年，预后尚好；若浊邪上犯心肺，出现神昏，喘促急数，或浊邪下犯脾胃而出现惊厥，尿闭，则预后较差。

［调护］

1. 绝对卧床休息，慎防感冒，避免劳累或剧烈活动。
2. 注意保暖，预防感冒，节制房事。
3. 给予高热量，高脂肪，低蛋白，富有维生素合于口味的饮食。
4. 溺臭宜勤漱口，肤痒宜保持皮肤清洁。多洗浴，忌用肥皂，溺精擦浴。
5. 适当节制盐和水的摄入。
6. 注意神志，恶心程度及血尿素氮、肌酐等生化指标的改变。

第四节　急 性 中 毒

［述要］

中毒是指毒物经人体食道、气道、血脉、皮肤侵入体内，致使气血失调，津液、水精施布机能受阻，甚则损伤脏器的急性病证。有关中毒的论述最早见于《金匮要略》。《金匮要略·禽兽鱼虫禁忌并治第二十四》介绍了“治食生肉中毒方”、“治食自死六畜肉中毒方”等，继而《诸病源候论》、《圣济总录》、《景岳全书》、《张氏医通》等医著皆详细地阐述了发病机理，证候分类并记载了急救措施及有效方药。

急性中毒的病象：由于病因不同，侵犯脏腑不同，中毒个体不同，因而表现出不同的特点。例如食物中毒常见腹痛，肤痒，恶心呕吐；药物中毒多见面红气粗或面色苍白，口唇青紫，瞳仁或大或小等；急性酒精中毒者，多见步履蹒跚，多言多语，甚至昏睡不醒；若秽浊气中毒，多见胸闷气短，头晕，乏力，恶心，呕吐，心悸，视力模糊或流涕流泪，咳嗽等。虫兽所伤所致中毒，多见局部伤口刺痛、红肿，出血坏死和全身中毒症状等。因此，临床中应掌握各类中毒的病象特点。

急性中毒的病位可因中毒原因、中毒途径而不同，但多见于肺胃，累及心脑、肝肾及血脉等。病性初起多为实证，后期可转为虚证或虚实夹杂证。

[病因病机]

引起急性中毒的原因，常为误食有毒食物、误用药物、虫兽所伤以及吸入秽浊之气等，毒物进入人体后常出现以下病理变化：

1. 毒由口鼻、肌腠之脂膜侵入人体，渗入毛脉，穿透孙络，由络至经，由经络至脏腑，渗入营血，毒气弥漫机体内外而成。

2. 毒入于胃，伤及胃之脂膜，胃为阳明之经，位于中焦，以灌四旁，为多气多血之经。毒邪侵入气血，弥漫三焦，内而脏腑，外而肌腠，直至大经小络而生。

3. 毒由血脉而入，伤津败血，“血者，神气也”，遣成营卫失守，毒气弥漫。

毒入于心，心失所养，神明逆乱；毒入于肺，肺失宣肃，肺气上逆；毒入于肝，疏泄无权，藏血失职，调血失司，气化受阻；毒入于脾，中气败伤，枢轴不运，脾郁而胃逆；毒入于肾，伤及真元，肾失开阖；毒入于脑，上扰神明，闭塞窍络，终至脏真息灭，阴阳离绝。

[诊断]

1. 问诊　有毒物接触史而出现中毒症状，如高热不退，恶寒战栗，头晕目眩，头痛而胀；腹胀，腹痛，心悸，甚则心痛，气短不足以息；耳鸣、耳聋、恶心呕吐或呕血，便血，尿少，尿闭；妇人流产，死胎，病人或能详述中毒原因、时间、地点、毒物性质、剂量等。

2. 闻诊　闻诊因中毒物质不同而各异。如谵语，郑声，呼吸急促，呼吸微弱，呼吸过快或过慢，甚则呼吸麻痹；语声高亢或语声低弱，或呻吟、或哭叫。可闻及特殊气味，如嗅大蒜味、烂苹果味、尿味等；心脏听诊可闻心率增快或减侵或心律不齐，或闻及杂音。双肺可闻及喘鸣音或干湿罗音，腹部可闻及肠音亢进或气过水声。

3. 望诊　望诊所见因中毒时间，毒物性质不同，剂量不同而不同。如面色潮红，口唇青紫或樱桃红色，颜面两目皮肤黄疸，多汗或皮肤干燥、皮疹、瘀斑、瘀点；瞳仁散大或缩小，或大小不等；神情淡漠或烦躁不安，痉挛抽搐，恶心呕吐，咳血或呕血，或便血；血压升高或下降，血、尿、便化验检查多异常。

4. 切诊　胸腹拒按或喜按，压痛或反跳痛；虚里应衣或不应衣。脉象可见虚脉或实脉，或数或迟，或雀啄，或屋漏脉，或虾游，釜沸脉等。

[论治]

（一）治疗原则

根据“其高者，因而越之”、“在下者，引而竭之”的原则，毒邪去之不速，留则生变，故须清除之。驱邪与扶正乃两大治疗大法。

（二）象数处理

1. *清除残留未被吸收的毒物，以切断毒源*　(1)便吐：适用于毒量不大，口服毒物 2～3 小时之内，机体正气充实者。瓜蒂散，水煎顿服；三圣散，水煎顿服；白矾 6g、胆矾 1g，温水冲服，或以手指，压舌板探吐。

(2) 洗胃：自动洗胃，令病人大量饮水，然后探吐；被动洗胃，用洗胃机，常便插入胃管，开动洗胃机，用甘草 20g 煎水，或淡盐水、高锰酸钾等洗胃液，反复冲洗，至洗出的液体与进入的大体相同。

(3) 泻下与利尿:毒物已进入肠道,但尚未被完全吸收,可应用泻法使毒物从大便排出,如用保赤散1袋,顿服;番泻叶15g,水煎服;车前子、白茅根各30g,水煎服。若口服药物导泻仍不能使毒物完全排出者,可用洗肠的方法。

2. 中和毒物与解毒排毒 (1)通用解毒剂:玉枢丹1锭,顿服;生绿豆200g、甘草100g,水煎服。

(2) 特效解毒剂:半夏、南星中毒用生姜;砒霜中毒用防风;绿豆解巴豆毒;天仙子、洋金花中毒用毛果芸香碱;苦杏仁中毒用杏树皮煎水服;附子中毒用萝卜汁入黄连、半夏、水牛角;菌类中毒用甘草、香油煎服;食蟹中毒用紫苏煎服;莨菪中毒用甘草;食鱼类中毒用橘皮汁、冬瓜汁、橄榄汁服之;食肉类中毒用白扁豆、甘草水煎服或紫金锭。饮酒中毒用葛根花;亚硝酸盐类中毒给美蓝。

3. 针灸 (1)头晕头痛:太阳、风池、百会,中等刺激,留针10~20分钟。

(2) 恶心呕吐:内关、足三里、中脘、天枢,中等刺激,留针10~20分钟。

(3) 上腹痛:中脘、足三里、内关、梁门,强刺激,留针15~30分钟。

(4) 下腹痛:足三里、三阴交、关元、天枢、气海,强刺激,留针15~30分钟。

(5) 腹泻:天枢、气海。

(6) 肌颤:大椎、合谷透劳宫、曲池、足三里,强刺激或电针,不留针。

(7) 尿少尿闭:关元、中极、三阴交,轻刺激,不留针。

(8) 神昏:人中、十宣、合谷、膻中,强刺激,不留针。

(9) 惊厥:人中、十宣、三阴交、涌泉,强刺激。

(10) 高热:大椎、曲池、合谷、足三里,甚者加十宣,中等刺激,不留针。

4. 针刺:10%葡萄糖水500ml静滴,继以5%葡萄糖生理盐水500ml交替静滴,液体中适量加氯化钾,同时予静脉注射呋塞米(速服)20~40mg。补液速度,每小时200~400ml。

(三) 辨证治疗

●毒蕴脾胃

证候:恶心呕吐,脘腹胀痛,肠鸣音亢进,气闭,便秘或腹泻,甚则午后椎热,呕血,便血,舌质深红,苔黄腻,或花剥苔,脉弦数。

治法:和中解毒,健脾和胃。

方药:甘草泻心汤(《伤寒论》),药用生甘草、黄芩、黄连、干姜、半夏、大枣、生晒参。甘草,甘以缓急,止痛安中解毒;黄芩、黄连、干姜辛开苦降,使脾气升,胃气降,中焦和;半夏、人参相伍益气降逆,半夏辛燥,人参佐之,无伤津之弊,大枣和中。

毒盛者,加绿豆,鸡蛋糖;纳呆不食者,加麦冬、砂仁;便秘者,加酒军、郁李仁、当归;腹泻者,加莲子肉、扁豆、生山药、桔梗;胃阴不足者,改用叶氏养胃汤。

●毒聚肝胆

证候:两胁胀痛,恶心,呕吐苦水,咽干口燥,头目眩晕,甚则黄疸,抽搐,舌质红,苔黄微黑,脉弦数。

治法:清解邪毒。

方药:四逆散(《伤寒论》),药用生甘草、柴胡、芍药、枳实。方中甘草为解毒主药,以缓肝急,用芍药平肝柔肝,以疏中焦;枳实理肝气,使肝气疏,脾胃升降得助;柴胡之苦,泻肝热,引诸药入肝。毒聚不散者,加土茯苓、黑豆、绿豆以解毒排毒。

黄疸者加茵陈、姜黄、栀子；抽搐者，加麦冬、生牡蛎、生龟版、玄参、天竺黄。

●毒犯肺肾

证候：咳嗽，气急，不能平卧，小便短赤，或有浮肿，甚则尿闭、尿血、舌质红、苔薄白，脉沉细。

治法：清宣降浊。

方药：陈氏四虎饮（《重订广温热论》），药用水牛角、大黄、生石膏、黄连、鲜生地、知母、青黛、玄参、马勃、藏红花、生萝卜汁。

方中水牛角解心热，清脑髓；生大黄、黄连泻浊降逆；生石膏、知母清热保津；鲜生地、玄参生津增液，以助水津代谢；青黛、马勃清肺肝之余毒，使肝气通，膀胱气化能行；红花养血活血通经络，以增水津代谢之力；莱菔子宣肺利气，气行则血行，肺气得降，小便得通。

肾阴不足者，加附子、肉桂、干姜、淫羊藿；小便不通者加威灵仙、地肤子、木通；仍不通者加滋肾通关丸。

●毒陷心脑

证候：心悸气短，心烦，夜不能寐，或时清时寐，表情淡漠，嗜睡，甚则昏迷，谵语或郑声，项背强直，角弓反张，瞳仁乍大乍小，或大小不等，舌质红绛，无苔，脉数疾，或雀啄，或屋漏。

治法：情毒醒脑。

方药：玳瑁郁金汤（《通俗伤寒论》）送服玉枢丹。

方解见“疫毒痢”节。若服药不效者改服护心至宝丹。

[权变法]

发生脱水者可补液。低血压者用参麦注射液。厥脱者，可参照“脱证”救治。腐败肉类中毒，用大蒜 1 枚，雄黄 2g，混合捣烂，温水冲服；发芽马铃薯中毒，食醋适量饮用；毒蕈中毒，白矾 6g，香油适量，开水冲服。果仁中毒，鲜萝卜汁适量口服。酒精中毒，大豆 250g 煮汁温服。钩吻中毒，鹅血适量灌服。马钱子中毒，黄芩 60g，水煎服。附子中毒，苦参 30g，水煎服。有机磷农药中毒，甘草 240g，水煎取液，倒入滑石粉 60g，加入黄豆面适量澄清后顿服。

[转归]

中毒的轻重取决于毒物进入人体的剂量、途径、患者的年龄、体质及机体所处的状态。剂量愈小，中毒愈轻；剂量愈大，中毒愈快、愈重。老年人和儿童抵抗力弱，中毒发生快且病情重。机体对药物的耐受性差或营养状态差，胃内空虚时，中毒较重。口服中毒相对发生较慢，而毒素由血脉直接进入人体则中毒快且重。急性中毒具有来势凶猛，病情发展快的特点。一旦发生中毒，病情多属危重。如果抢救及时，措施正确，仍可挽救生命；否则常可危及生命，造成死亡。部分患者在救治过程中往往发生合并症或后遗症，如继发发热、震颤、出血、病呆等。这些并发症或后遗症如能及时发现，早期救治，大部分可完全恢复，少数则造成终生残废。

[调护]

1. 病人应卧床休息，严密观察其病情变化，详细记录体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征，发现病情变化，及时抢救。

2. 饮食宜清淡，可予富于营养的流质饮食，少食多餐。不能吞咽者，予流质鼻饲。

3. 加强心理护理。对有自杀倾向者，当做好病人的思想工作，解除精神负担，消除心病，树立正确的人生观，配合治疗。

[附录]　方剂索引

一　画

一捻金(《医宗金鉴》):大黄　槟榔　黑牵牛子　白牵牛子　人参

一粒金丹(《证治准绳》):炒草乌　五灵脂　白胶香　没药　当归　炒地龙　木鳖子仁煅细墨　乳香　麝香　糯米糊　白酒

二　画

二陈汤(《太平惠民和剂局方》):半夏　陈皮　茯苓　炙甘草

二味参苏饮(《正体类要》):人参　苏木

二妙丸(《丹溪心法》):黄柏　苍术

七厘散(《良方集腋》):血竭　红花　乳香　没药　麝香　冰片　朱砂　儿茶

十味温胆汤(《证治准绳》):半夏　枳实　陈皮　茯苓　酸枣仁　远志　五味子　熟地黄　人参　甘草　生姜　大枣

十滴水(《北京市中药成方选集》):鲜姜　辣椒　樟脑　薄荷冰　丁香　酒精

九种心痛丸(《金匮要略》):附子　干姜　狼毒　人参　吴茱萸　巴豆

人参汤(《伤寒论》):人参　白术　干姜　甘草

八正散(《太平惠民和剂局方》):木通　车前子　扁蓄　瞿麦　滑石　甘草梢　大黄　山栀　灯芯

八宝红灵丹(《霍乱论》):朱砂　牙硝　明雄黄　硼砂　煅礞石　冰片　当门子　飞真金

九分散(《急救应急良方》):马钱子　麻黄　乳香　没药　酒

三　画

三仁汤(《温病条辨》):杏仁　白蔻仁　薏苡仁　厚朴　半夏　通草　滑石　竹叶

三化汤(《河间六书》):大黄　枳实　厚朴　羌活

三甲复脉汤(《温病条辨》):炙甘草　干地黄　白芍药　阿胶　麻仁　麦门冬　生牡蛎　生鳖甲　生龟版

三圣散(《儒门事亲》):防风　瓜蒂　藜芦

三黄泻心汤(《金匮要略》):大黄　黄连　黄芩

万氏牛黄清心丸(《痘疹世医心法》):牛黄　朱砂　黄连　黄芩　郁金　栀子　灯心草

万氏牛黄丸,即万氏牛黄清心丸,见该条。

大七气汤(《医学人门》):青皮　陈皮　桔梗　礞香　肉桂　甘草　三棱　莪术　香附　益智仁　生姜　大枣

大定风礞(《温病条辨》):芍药　阿胶　生龟版　生地黄　火麻仁　五味子　生牡蛎

麦冬 炙甘草 鸡子黄 生鳖甲

大建中汤(《金匮要略》):川椒 干姜 人参 饴糖

大承气汤(《伤寒论》):大黄 厚朴 枳实 芒硝

大活络丹(《兰台轨范》):白花蛇 乌梢蛇 威灵仙 两头尖 草乌 煨天麻 全蝎 何首乌 炙龟版 麻黄 贯众 炙甘草 羌活 官桂 藿香 乌药 黄连 熟地黄 大黄 木香 沉香 细辛 赤芍药 没药 丁香 乳香 僵蚕 天南星 青皮 骨碎补 白豆蔻 安息香 制附子 黄芩 茯苓 香附 玄参 白术 防风 葛根 炙鹿骨 当归 血竭 炙地龙 水牛角 麝香 松香 牛黄 冰片 人参 蜂蜜 金箔

大陷胸汤(《伤寒论》):大黄 芒硝 甘遂

大柴胡汤(《伤寒论》):柴胡 黄芩 半夏 枳实 白芍药 大黄 生姜 大枣

大柴胡汤加蒲黄丹皮桃仁当归方(《血症论》):柴胡 黄芩 半夏 枳实 白芍 大黄 生姜 大枣 蒲黄 丹皮 桃仁 当归

大黄牡丹汤(《金匮要略》):大黄 牡丹皮 桃仁 瓜子 芒硝

大黄䗪虫丸(《金匮要略》):地鳖虫 干漆 干地黄 甘草 水蛭 白芍 杏仁 黄芩 桃仁 虻虫 蛴螬虫 大黄

小儿回春丹(《全国中药成药处方集》北京承德方):牛黄 冰片 朱砂 羌活 僵蚕 天麻 防风 麝香 雄黄 胆南星 天竺黄 川贝母 全蝎 制白附子 蛇含石 钩藤 甘草

小青龙汤(《伤寒论》):麻黄 桂枝 芍药 甘草 干姜 细辛 半夏 五味子

小承气汤(《伤寒论》):大黄 厚朴 枳实

小柴胡汤(《伤寒论》):柴胡 黄芩 半夏 人参 甘草 生姜 大枣

小陷胸汤(《伤寒论》):半夏 黄连 瓜蒌

卫生防疫宝丹(《医学衷中参西录》):粉甘草 细辛 香白芷 薄荷冰 冰片 朱砂

己椒苈黄丸(《金匮要略》):防己 椒目 大黄 葶苈子

四 画

木防己汤(《金匮要略》):木防己 石膏 桂枝 人参

木香顺气散(《沈氏尊生书》):木香 青皮 橘皮 甘草 枳壳 厚朴 乌药 香附 苍术 砂仁 桂心 川芎

木香槟榔丸(《医方集解》):木香 香附 青皮 陈皮 枳壳 黑丑 槟榔 黄连 黄柏 三棱 莪术 大黄 芒硝

王氏柴暑益气汤(《温热经纬》):西洋参 麦冬 知母 甘草 竹叶 黄连 石斛 荷梗 鲜西瓜翠衣 粳米

云南白药(《中医大辞典·方剂分册》):系多种药物组成,白酒送服。

开关散(《卫生宝鉴》):白僵蚕 白矾

太极丸(《验方汇辑》):天竺黄 胆南星 大黄 僵蚕 紫香 冰片 朱砂 生姜

五虎汤(《增补万病回春》):麻黄 杏仁 石膏 甘草 桑白皮 茶叶

五虎追风汤(《晋南史·全恩家传方》):蝉蜕 胆南星 天麻 全蝎 僵蚕

五苓散(《伤寒论》):桂枝 泽泻 白术 茯苓 猪苓

止血黑荣絮(《伤科补要》):黑玄参　茜草　刘寄奴　大黄　黄芩　黄柏　乌梅　五倍子　旱莲草汁　马兰汁　皂矾　京墨　百草霜　醋

止痉散(验方):全蝎　蜈蚣　天麻　僵蚕

内疏黄连汤(《外科正宗》):黄连　山栀仁　黄芩　当归身　桔梗　广木香　槟榔　芍药　薄荷　甘草　连翘　大黄

牛黄丸(《卫生鸿宝》):黑牵牛(取头末)　锦纹大黄(酒拌、蒸)

牛黄承气汤(《温病条辨》):安宫牛黄丸　生大黄

牛黄散(《婴童类萃》):胆南星　牛黄　天竺黄　珍珠　朱砂　雄黄　硼砂　冰片　生姜　薄荷

牛**黄散**(《素问病机气宜保命集》):焦山栀　黑丑　生大黄　郁金　生甘草

牛**黄膏**(《素问病机气宜保命集》):牛黄　朱砂　郁金　牡蛎　牡丹皮　冰片　甘草　蜂蜜

牛黄镇惊丸(《中药制剂手册》):天麻　钩藤　全蝎　羌活　防风　胆南星　荆芥　细辛　白术　茯苓　人参　远志　石菖蒲　桔梗　甘草　沉香　川芎　天竺黄　琥珀　朱砂　麝香　冰片　雄黄　牛黄

牛麝散(中国科学院首都医防方):人工牛黄　丁香　石菖蒲　麝香　羚羊角粉　藏红花

升降散(《伤寒温病条辨》):僵蚕　姜黄　蝉衣　大黄

化斑汤(《温病条辨》):生石膏　知母　生甘草　玄参　水牛角　糯米

化湿清热导法(验方):生大黄　六月雪　徐长卿　皂荚子　生牡蛎

六一散(《伤寒标本心法类萃》):滑石　甘草

六和汤(《医方考》):砂仁　半夏　杏仁　人参　白术　藿香　扁豆　赤茯苓　木瓜　厚朴　甘草

六神丸(《中药制剂手册》):麝香　牛黄　珍珠　冰片　蟾酥　雄黄

乌梅丸(《伤寒论》):乌梅　黄连　黄柏　人参　当归　附子　桂枝　川椒　干姜　细辛

双柏散(广州中医学院方):侧柏叶　黄柏　薄荷　泽兰　大黄

五　画

玉女煎(《景岳全书》):石膏　熟地黄　麦门冬　知母　牛膝

玉枢丹(《是斋百一选方》):山慈菇　续随子　大戟　麝香　腰黄　朱砂　五倍子

玉真散(《外科正宗》):南星　防风　天麻　羌活　白附子

甘草干姜汤(《金匮要略》):甘草　干姜

甘草人参白茯汤(验方):炙甘草　人参　白茯

甘草泻心汤(《伤寒论》):炙甘草　黄芩　大枣　干姜　半夏　黄连　人参

甘露消毒丹(《温热经纬》):滑石　茵陈　黄芩　石菖蒲　川贝母　木通　藿香　射干　连翘　薄荷　白蔻仁

左金丸(《丹溪心法》):黄连　吴茱萸

石氏西地汤(《重订广温热论》):犀牛角　生地　连翘　金银花　郁金　梨汁　竹沥

生姜汁　石菖蒲　芦根　灯心草

龙胆泻肝汤(《兰室秘藏》):龙胆草　栀子　黄芩　柴胡　车前子　生地黄　泽泻　木通　当归

龙须散(《增订伤暑全书》):白矾　五倍子　乌梅　甘草　飞罗面

四磨汤(《济生方》):人参　槟榔　沉香　乌药

四妙保心汤(验方):金银花　玄参　当归尾　生甘草　麦冬　川芎　苏木　莲子　桂枝尖

四逆散(《伤寒论》):柴胡　甘草　枳实　芍药

四逆加人参汤(《伤寒论》):人参　附子　炙甘草　干姜

四逆汤(《伤寒论》):附子　干姜　炙甘草

四神丸(《证治准绳》):补骨脂　肉豆蔻　吴茱萸　五味子　生姜　大枣

四消丸(《珍本医书集成·蠹子医》):大黄　黑白二丑　僵蚕　桃仁　杏仁　穿山甲　石决明　芒硝

叶氏养胃汤(《临证指南医案》):玉竹　扁豆　北沙参　麦冬　桑叶　生甘草

归脾汤(《济生方》):党参　黄芪　白术　茯神　酸枣仁　龙眼肉　木香　炙甘草　当归　远志　生姜　大枣

生肌玉红膏(《中医外科学》验方):煅石膏　制炉甘石　麻油　黄凡士林

生脉散(《医学启源》):人参　麦门冬　五味子

白头翁汤(《伤寒论》):白头翁　黄连　黄柏　秦皮

白虎加人参汤(《伤寒论》):石膏　知母　甘草　粳米　人参

白虎加苍术汤(《增订伤暑全书》):石膏　知母　甘草　粳米　苍术

白虎汤(《伤寒论》):石膏　知母　粳米　甘草

白虎承气汤(《通俗伤寒论》):石膏　知母　粳米　大黄　芒硝

失笑散(《太平惠民和剂局方》):蒲黄　五灵脂

瓜蒂散(《伤寒论》):瓜蒂　赤小豆

立安散(《奇效良方》):杜仲　橘核

半夏白术天麻汤(《医学心悟》):半夏　白术　天麻　陈皮　茯苓　甘草　生姜　大枣

圣愈汤(《兰室秘藏》):生地　熟地　川芎　人参　黄芪　当归

生脉附子汤(《医宗粹言》):五味子　麦冬　人参　附子　甘草

六　画

地黄饮子(《宣明方论》):熟地　山茱萸　石斛　巴戟天　肉苁蓉酒浸　炮附子　五味子　茯苓　麦门冬　石菖蒲　远志　官桂　薄荷

地黄散(《普济本事方》):地黄苗　地松　青蒿　苍耳苗　赤芍药　石灰　生艾叶　黄丹

地榆散(《仁斋直指方论》):地榆　茜草根　黄芩　黄连　栀子　茯苓

达原饮(《瘟疫论》):厚朴　槟榔　草果仁　白芍　知母　甘草　黄芩

至宝丹(《太平惠民和剂局方》):朱砂　麝香　安息香　金银箔　水牛角　牛黄　琥珀　雄黄　玳瑁　冰片

西珀至宝丹(《重订广温热论》):水牛角　羚羊角　郁金　桂枝　牡丹皮　琥珀　穿山甲　连翘心　石菖蒲　蟾酥　辰砂　玳瑁　麝香　血竭　藏红花　金箔

西角地黄汤(《备急千金要方》):水牛角　生地黄　丹皮　赤芍

西角散(《备急千金要方》):水牛角　黄连　升麻　栀子　茵陈

西连承气汤(《重订广温热论》):水牛角　黄连　生大黄　枳实　芒硝　厚朴

西羚三汁饮(《重订广温热论》):水牛角　羚羊角　连翘　白薇　皂角刺　郁金　天竺黄　芦根　丹皮　白茅根　灯心草　石菖蒲汁　淡竹沥汁　生藕汁　至宝丹

西羚白虎汤(《重订广温热论》):水牛角　羚羊角　生石膏　知母　生甘草　菊花　钩藤　生粳米　荷叶

西羚镇痉汤(《重订广温热论》):水牛角　羚羊角　鲜生地　连翘　玄参　金银花　菊花　人中黄　甘草梢　莲子心

西黄丸(《外科证治全生集》):牛黄　麝香　乳香　没药

托里消毒散(《医宗金鉴》):人参　川芎　当归　白芍　白术　金银花　茯苓　白芷　皂角刺　生甘草　桔梗　生黄芪

百合固金汤(《医方集解》引赵蕺庵方):生地黄　熟地黄　麦冬　贝母　百合　当归　芍药　甘草　玄参　桔梗

当归六黄汤(《兰室秘藏》):当归　生地　熟地　黄连　黄芩　黄柏　黄芪

回阳急救汤(《重订广温热论》):附子　肉桂　人参　麦冬　陈皮　半夏　干姜　白术　五味子　麝香　炙甘草

血府逐瘀汤(《医林改错》):当归　赤芍　牛膝　红花　柴胡　生地黄　桃仁　枳壳　甘草　桔梗　川芎

竹叶石膏汤(《伤寒论》):竹叶　石膏　麦冬　人参　半夏　炙甘草　粳米

舟车丸(《丹溪心法》):甘遂　芫花　大戟　大黄　黑丑　木香　青皮　陈皮　轻粉　槟榔

行军散(《霍乱论》):牛黄　麝香　珍珠　冰片　硼砂　雄黄　火硝　金箔

全真一气汤(《冯氏锦囊》):人参　麦冬　五味子　熟地　白术　附子　牛膝

交泰丸(《韩氏医通》):黄连　肉桂

安宫牛黄丸(《温病条辨》):牛黄　郁金　水牛角　黄连　朱砂　冰片　珍珠　栀子　雄黄　黄芩　麝香　金箔衣

阴阳两救汤(《医醇賸义》):熟地　附子　人参　菟丝子　栀子　茯神　远志　紫河车　炮姜炭

如意金黄散(《外科正宗》):大黄　黄柏　姜黄　白芷　天花粉　生南星　苍术　厚朴　陈皮　甘草

红灵丹　即八宝红灵丹,见该条。

驯龙驭虎汤(《医醇賸义》):龙齿　琥珀　珍珠母　生地　玉竹　瓜蒌皮　石斛　柏子霜　白芍　薄荷　莲子芯　沉香

七　画

辰砂五苓散(《增订伤暑全书》):白术　茯苓　猪苓　肉桂　泽泻　朱砂

苏子降气汤(《太平惠民和剂局方》):苏子 橘皮 半夏 当归 前胡 厚朴 肉桂 甘草 生姜

苏合香丸(《太平惠民和剂局方》):白术 青木香 水牛角 香附 朱砂 诃子 檀香 安息香 沉香 麝香 丁香 荜拨 苏合香油 熏陆香 冰片

苏冰滴丸(验方):苏合香酯 冰片

花蕊石散(《十药神书》):花蕊石 醋

护心至宝丹(《医学衷中参西录》):生石膏 人参 水牛角 羚羊角 朱砂 牛黄

护心散(《揣摩有得集》):绿豆粉 朱砂 乳香 黄蜡

连朴饮(《霍乱论》):厚朴 黄连 石菖蒲 半夏 香豉 栀子 芦根

皂荚丸(《金匮要略》):皂荚 大枣

皂矾丸(验方):皂角 白矾

龟鹿二仙胶(《医方考》):龟版胶 鹿角胶 杞果 人参

补阳还五汤(《医林改错》):赤芍 川芎 当归尾 地龙 黄芪 桃仁 红花

诃子散(《三因极一病证方论》):诃子 炙甘草 厚朴 炮姜 草果 陈皮 高良姜 茯苓 神曲 麦芽

陈氏四虎饮(《重订广温热论》):水牛角 大黄 生石膏 黄连 生地 知母 青黛 玄参 马勃 藏红花 生萝卜

陈氏熄风胜湿汤(《通俗伤寒论》):羚羊角 竹茹 秦艽 钩藤 丝瓜络 滑石 通草 桑枝

八 画

抱龙丸(《卫生宝鉴》):胆南星 雄黄 辰砂 天竺黄 麝香

虎地煎剂(验方):虎杖 地榆

固阴煎(《景岳全书》):人参 熟地 菟丝子 山药 山茱萸 远志 甘草 五味子

炙甘草汤(《伤寒论》):炙甘草 干地黄 人参 桂枝 生姜 阿胶 麦冬 火麻仁 大枣

参归鹿茸汤(《重订广温热论》):吉林参 当归身 黄芪 炙甘草 鹿茸片 龙眼肉 鲜生姜

参苏饮(《太平惠民和剂局方》):人参 苏叶 葛根 前胡 法半夏 茯苓 橘红 甘草 桔梗 枳壳 木香 陈皮 生姜 大枣

参附汤(《妇人良方大全》):人参 附子

参连蒲蒲汤(《古今医统大全》):人参 黄连 石菖蒲 石莲子

九 画

玳瑁郁金汤(《通俗伤寒论》):玳瑁 木通 栀子 竹沥 郁金 连翘 丹皮 生姜汁 菖蒲汁 紫金片 野菰根 鲜竹叶卷心 灯芯

封脐法(《普济良方》):木鳖子 母丁香 麝香

卧龙丹(《重订广温热论》):牛黄 金箔 冰片 荆芥 闹羊花 麝香 朱砂 猪牙皂角 细辛 灯芯灰

枳实导滞丸(《内外伤辨惑论》):大黄　枳实　黄芩　黄连　神曲　白术　茯苓　泽泻

茯苓四逆汤(《伤寒论》):茯苓　附子　干姜　人参　炙甘草

茯苓导水汤(《医宗金鉴》):茯苓　木香　木瓜　槟榔　大腹皮　白术　猪苓　泽泻　桑皮　砂仁　苏叶　陈皮

茵陈蒿汤(《伤寒论》):茵陈蒿　栀子　大黄

牵正散(《杨氏家藏方》):白附子　僵蚕　全蝎

厚朴三物汤(《金匮要略》):厚朴　大黄　枳实

胃苓汤(《丹溪心法》):苍术　厚朴　陈皮　甘草　生姜　大枣　桂枝　白术　泽泻　茯苓　猪苓

香砂枳术饮(《摄生秘剖》):枳实　白术　木香　砂仁

香砂理中汤(《通俗伤寒论》):木香　砂仁　干姜　白术　炙甘草

复方大蒜软膏(验方):大蒜油　二甲亚砜　芒硝　麝香　甘油　大黄　羧甲基纤维素　蒸馏水

复方大承气汤(天津南开医院方):大黄　芒硝　枳壳　厚朴　桃仁　赤芍　蒲公英　炒莱菔子

复元活血汤(《医学发明》):柴胡　瓜蒌根　当归　红花　甘草　穿山甲　大黄　桃仁

复元通气散(《伤科补要》):木香　茴香　穿山甲　青皮　甘草　陈皮　白芷　贝母　漏芦

通虫丸(《证治准绳》):槟榔　雷丸　南木香　苦楝根　皂荚　黑丑　茵陈

钩藤饮(《医宗金鉴》):钩藤　羚羊角　全蝎　人参　天麻　甘草

胆道驱蛔汤(遵义医学院方):木香　延胡素　厚朴　槟榔　使君子　苦楝皮　大黄

独参汤(《景岳全书》):人参

急救回阳汤(《医林改错》):人参　附子　干姜　红花　桃仁　白术　甘草

急救回阳汤(《医学衷中参西录》):党参　山萸肉　生山药　生白芍　炙甘草　代赭石　朱砂　童便

宫外孕Ⅰ号方(山西医学院附属第一医院方):赤芍　丹参　桃仁

宫外孕Ⅱ号方(山西医学院附属第一医院方):赤芍　丹参　桃仁　三棱　莪术

宣肺渗湿汤(验方):杏仁　桂枝　葶苈子　赤芍　桑白皮　丹参　当归　郁金　黄芪　血竭

济生肾气丸(《济生方》):地黄　山药　山茱萸　丹皮　茯苓　泽泻　炮附子　桂枝　牛肺　车前子

神西丹(《温热经纬》):水牛角　石菖蒲　黄芩　生地　金银花　金汁　连翘　板蓝根　豆豉　玄参　天花粉　紫草

十　画

真武汤(《伤寒论》):附子　茯苓　白术　芍药　生姜

桂枝加龙骨牡蛎汤(《金匮要略》):桂枝　芍药　甘草　生姜　龙骨　牡蛎

桂枝加附子汤(《伤寒论》):桂枝　芍药　大枣　生姜　炙甘草　炮附子

桂枝去芍药加附子汤(《伤寒论》):桂枝　大枣　生姜　炙甘草　炮附子

桂枝芍药知母汤(《金匮要略》):桂枝　芍药　知母　麻黄　生姜　白术　防风　附子　甘草

桂枝茯苓丸(《金匮要略》):桂枝　茯苓　丹皮　桃仁　芍药

桂苓甘露饮(《宣明论》):茯苓　白术　泽泻　甘草　肉桂　猪苓　生石膏　寒水石　滑石

桃红四物汤(《医宗金鉴》):熟地黄　川芎　白芍　当归　桃仁　红花

桃花散(《伤寒论》):赤石脂　干姜　粳米

桃核承气汤(《伤寒论》):桃核　大黄　桂枝　芒硝　炙甘草

莱菔葱姜熨(《中医内科急症证治》):莱菔子　葱白　生姜

柴胡疏肝散(《景岳全书》):柴胡　醋炒陈皮　川芎　枳壳　芍药　香附　炙甘草

透罗丹(《丹溪心法附余》):巴豆　杏仁　大黄　牵牛子　皂角　半夏

健步虎潜丸(《丹溪心法》):黄柏　酒炙龟版　陈皮　知母　熟地黄　白芍药　锁阳　炙鹿骨　干姜　生地黄　金箔

浆水散(《素问病机气宜保命集》):半夏　炮附子　干姜　桂枝　炙甘草　高良姜

锁肺丸(《百一选方》):五味子　人参　桂枝　款冬花　黄菀　白石英　羯羊肺　杏仁

消水导滞丸(验方):炒二丑　泽泻　厚朴　香附　枳实　商陆　荷叶

润肠丸(《沈氏尊生书》):当归　生地　麻仁　桃仁　枳壳

涤痰汤(《济生方》):制半夏　制南星　陈皮　枳实　茯苓　人参　石菖蒲　竹茹　甘草　生姜

益胃汤(《温病条辨》):沙参　麦冬　生地黄　玉竹　冰糖

调胃承气汤(《伤寒论》):大黄　芒硝　炙甘草

通关散(《丹溪心法附余》):猪牙皂　细辛

通脉四逆汤(《伤寒论》):生附子　干姜　甘草

通膈化痰汤(验方):生大黄　芒硝　瓜蒌　丹参　胆南星

通窍活血汤(《医林改错》):麝香　赤芍　川芎　桃仁　老葱　鲜姜　黄酒

陶氏回阳急救汤(《重订广温热论》):附子　肉桂　人参　麦冬　陈皮　炙甘草　干姜　半夏　白术　五味子　麝香

陷胸承气汤(《通俗伤寒论》):瓜蒌仁　枳实　生大黄　半夏　芒硝　黄连

十　一　画

黄土汤(《金匮要略》):灶心黄土　甘草　干地黄　白术　炮附子　阿胶　黄芩

黄连胃苓汤(《医经会元》):黄连　甘草　茯苓　苍术　陈皮　白术　官桂　泽泻　猪苓　厚朴　生姜　大枣

黄滑香糊饮(《类证活人书》):黄连　香滑　厚朴

黄连温胆汤(《备急千金要方》):黄连　半夏　陈皮　茯苓　甘草　枳实　竹茹　大枣

黄连解毒汤(《外台秘要》):黄连　黄芩　黄柏　栀子

菖蒲郁金汤(《温病全书》):石菖蒲　郁金　栀子　连翘　菊花　滑石　竹叶　丹皮　牛蒡子　竹沥　姜汁　玉枢丹

藿花点舌丹(《外科证治全生集》):藏红花　麝香　熊胆　冰片　沉香　珍珠　血竭

雄黄　乳香　没药　葶苈子　硼砂　蟾酥　朱砂　蒲公英　大黄　蜈蚣　金银花　牛黄　穿山甲

银花解毒汤(《疡科心得集》):金银花　紫花地丁　水牛角　赤茯苓　连翘　丹皮　黄连　夏枯草

银翘散(《温病条辨》):金银花　连翘　薄荷　淡豆豉　荆芥穗　竹叶　枯梗　牛蒡子　甘草　芦根

猪苓汤(《伤寒论》):猪苓　阿胶　滑石　泽泻　茯苓

麻子仁丸(《伤寒论》):麻子仁　芍药　枳实　大黄　厚朴　杏仁

麻杏石甘汤(《伤寒论》):麻黄　杏仁　石膏　甘草

麻黄附子细辛汤(《伤寒论》):麻黄　附子　细辛

麻黄汤(《伤寒论》):麻黄　桂枝　杏仁　甘草

清宫汤(《温病条辨》):玄参心　莲子心　竹叶卷心　连翘心　水牛角尖　麦门冬

清营痧热汤(《重订广温热论》):芦根　枇杷叶　旋覆花　真新绛(茜草代)　青葱管　郁金　藏红花

清神汤(验方):人参　白术　茯苓　黄芪　麦门冬　当归身　炙甘草　白芍

清凉攻毒散(《重订广温热论》):生石膏　黄连　牛蒡子　荆芥穗　青皮　灯心草　大黄　红花　水牛角　紫花地丁　生地　丹皮　木通

清凉散(《马氏外科传薪集》):生石膏　黄柏

清瘟散毒饮(《疫疹一得》):生石膏　生地黄　水牛角　黄连　栀子　桔梗　黄芩　知母　赤芍药　玄参　连翘　竹叶　甘草　牡丹皮

清营汤(《温病条辨》):水牛角　生地　玄参　竹叶心　麦门冬　丹参　黄连　金银花　连翘

羚羊角散(《本事方》):羚羊角　独活　防风　川芎　当归　枣仁　茯神　杏仁　薏苡仁　木香　生甘草　五加皮　生姜

羚羊角汤(《医醇賸义》):羚羊角　龟版　生地　丹皮　白芍　柴胡　薄荷　蝉衣　菊花　夏枯草　石决明

羚羊钩藤汤(《通俗伤寒论》):羚羊角　钩藤　桑叶　川贝母　鲜生地　菊花　白芍药　生甘草　鲜竹茹　茯神

羚麻白虎汤(《重订广温热论》):羚羊角　天麻　生石膏　知母　瓜蒌仁　川贝母　生甘草　生粳米　鲜荷叶

十　二　画

琥珀抱龙丸(《活幼新书》):琥珀　胆星　朱砂　沉香　月石　天竺黄　山药　雄黄　枳壳　麝香　甘草

琥珀膏(《古今医统大全》):大黄　芒硝　大蒜

葛根芩连汤(《伤寒论》):葛根　黄连　黄芩　甘草

葶苈大枣泻肺汤(《金匮英略》):葶苈子　大枣

越婢汤(《金匮要略》):麻黄　石膏　生姜　大枣　炙甘草

紫雪丹(《太平惠民和剂局方》):滑石　石膏　寒水石　磁石　羚羊角　青木香　水牛

角 沉香 丁香 升麻 玄参 甘草 芒硝 朱砂 麝香 硝石 黄金

稀涎散(《赤水玄珠》):皂角 巴豆 明矾 灯心草

猴枣散(验方):猴枣 羚羊角 贝母 天竺黄 礞石 伽南香 飞月石 麝香

滋肾通关散(《兰室秘藏》):知母 黄柏 肉桂

温肾益气导水法(验方):炙附子 酒大黄 黄芪 芒硝 益母草

疏凿饮子(《世医得效方》):商陆 泽泻 赤小豆 椒目 木通 茯苓皮 大腹皮 槟榔 生姜 羌活 秦艽

滋阴生脉散(《医宗粹言》):麦门冬 生地 当归 甘草 白芍 五味子

十 三 画

搐鼻散(《医学心悟》):细辛 皂角 半夏

解毒清瘟汤(《赵炳南临床经验集》):金银花 连翘 蒲公英 地黄 白茅根 生玳瑁 丹皮 赤芍 黄连 绿豆衣 茜草根 生栀子

解毒承气汤(《重订通俗伤寒论》):金银花 连翘 栀子 生大黄 黄连 黄柏 黄芩 枳实 西瓜霜 金汁 地龙 绿豆 雪水

新加香薷饮(《温病条辨》):香薷 厚朴 连翘 金银花 鲜扁豆

十 四 画

槟芍顺气汤(验方):槟片 芍药 枳实 厚朴 大黄 生姜

蠲洞丸(《医宗金鉴》):三七 生大黄 阿魏 孩儿茶 天竺黄 血竭 乳香 没药 雄黄 山羊血 冰片 麝香 牛黄 藤黄 蜂蜜 黄酒

膈下逐瘀汤(《医林改错》):五灵脂 当归 川芎 桃仁 丹皮 赤芍 乌药 延胡索 甘草 香附 红花 枳壳

缩泉丸(《校注妇人良方》):乌药 山药 益智仁

缩脾饮(《增订伤暑全书》):砂仁 葛根 扁豆 乌梅 草果

十 五 画

增损双解散(《伤寒温疫条辨》):僵蚕 滑石 蝉蜕 姜黄 防风 薄荷叶 荆芥穗 当归 白芍药 黄连 连翘 栀子 甘草 黄芩 桔梗 大黄 芒硝 石膏 蜂蜜 黄酒

增损清滋肾髓汤(何廉臣方):生地 生龟版 知母 炙麻黄 僵蚕 乌蛇 全蝎 炙南星 猪脊髓 甲珠 甲鱼头

增液汤(《温病条辨》):玄参 麦冬 生地

增液承气汤(《温病条辨》):大黄 芒硝 玄参 麦冬 生地

镇肝熄风汤(《医学衷中参西录》):淮牛膝 龙骨 牡蛎 生白芍 天冬 麦芽 代赭石 玄参 川楝子 茵陈蒿 甘草 龟版

十 七 画

噩惊散(《证治准绳》):半夏 猪牙皂角

黛蛤散(《卫生鸿宝》):青黛 海蛤壳

十八画

礞石滚痰丸(《养生主论》):青礞石　沉香　大黄　黄芩　朴硝

十九画

藿香正气散(《太平惠民和剂局方》):藿香　紫苏　白芷　桔梗　白术　厚朴　半夏曲　大腹皮　茯苓　橘皮　甘草　大枣

藿香正气水　即藿香正气散水剂。

二十一画

麝香保心丸(验方):麝香　人参　苏合香酯　蟾酥

[General Information]
书名=中医急诊学 （供中医类专业用）
作者=
页数=135
SS号=10265252
出版日期=

封面页
书名页
版权页
前言页
目录页
上篇
第一章　绪言
第一节　中医急诊学的概念与范围
第二节　中医急诊学的地位、目的与任务
第三节　中医急诊学的学习要求与方法
第四节　中医急诊学发展概略
第二章　中医急诊的临床特点与病因病机概要
第一节　中医急诊的临床特点
第二节　中医急诊的病因病机概要
第三章　中医急诊的诊断与辨证要点
第一节　注重病象，宏微结合
第二节　详析病机，辨明主次
第三节　详审病势，判逆险危
第四章　中医急诊的治则与治法
第一节　中医急诊的治疗原则
第二节　中医急诊的常用治法
下篇
第五章　常见中医急证
第一节　卒死
第二节　外感高热
第三节　中暑
第四节　神昏
第五节　抽搐
第六节　脱证
第七节　暴喘
第八节　急性出血
第九节　暴吐
第十节　暴泻
第十一节　疫毒痢
第十二节　急性脾心痛
第十三节　卒腹痛
第十四节　急黄
第十五节　薄厥
第十六节　卒中风
第十七节　急风
第十八节　心动悸
第十九节　卒心痛
第二十节　宫外孕
第二十一节　急惊风
第二十二节　急性创伤
第二十三节　烧伤
第二十四节　毒蛇咬伤
第六章　常见危重证
第一节　心衰
第二节　肺衰
第三节　肾衰
第四节　急性中毒
［附录］方剂索引
附录页