

温病神昏一席谈

南京中医学院 沈 凤 阁

神昏是温病危重症之一，故对其辨治，至关重要。析其病变机理，大要不越四类。

一、邪入营血 心神蒙扰

心主血属营，藏神，故温病邪入营血，每影响心神而致神昏。临床上有热闭心包、热入营血、热与血结等病变

1. 热闭心包 亦称热闭心窍。症见神昏谵语，或昏睡不语，身軀灼热而四肢厥逆，轻者仅四末清冷，甚者冷过肘膝，小便赤涩，舌质鲜绛少苔，脉数。热则宜清，闭则宜开，须急用“三宝”清心开窍。叶天士云：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”，故风温、春温邪由肺卫逆传者，每多见之，但亦有病邪直接侵犯心包者。

1947年曾治一宋姓男青年，病起二日，高热，汗少，神志昏迷，不言不语，不食不便，予之水，能饮，但亦并不贪饮，手指欠温，两目闭合，唇红，舌尖鲜绛，根部有薄黄苔，脉弦滑而数。综合诸症分析，本病虽大便不通，但腹不胀满疼痛，显非阳明腑实；又本证虽舌绛微兼黄苔，但口渴不甚，且有神昏肢凉，则非气营两燔之征。乃暑邪直犯心包所致。亟宜清心开窍，药用：乌犀片、鲜生地、京玄参、连翘心、鲜竹叶卷心，煎汤频饮。另至宝丹二颗，以鲜石膏蒲捣汁送服，间隔5~6小时分服。于第二颗至宝丹药后4~5小时，神志渐清，热亦稍减。翌日，症现寒战高热，汗出较多，大渴欲饮，舌绛减而满布黄苔。是邪由心包转出气分，少阳阳明同病，乃予柴胡白虎法去参、姜、枣加鲜生地二剂而愈。

2. 热入营血 营分受热，血液受劫，则心神不安。其证候表现为：心烦躁扰，睡多呓

语，醒时则减，身热夜甚，舌红绛少津，脉细数。治宜清营汤，以清营泄热，透热转气。余以本方去黄连、麦冬，加青蒿、白薇，似可助透热转气。本证虽有热损营阴见症，但养阴药不宜多用，以免牵制其清透之力。本证如由烦躁而渐趋“安静”，但余症不减者，每为热闭心窍之前兆，此时治疗应稍佐清心开窍之品，“先安未受邪之地”。如神志障碍严重，病人躁狂不安，肌肤斑疹显露，或见吐衄便血等，此为热毒深重而动血，治宜凉血清热解毒，可用犀角地黄汤加紫草、连翘、银花等。如斑色深绛或紫绛，舌质紫暗者，应加入桃仁、琥珀等活血祛瘀之品。热极风动，风起痰涌，故热闭心窍、热入营血之证，每易兼有动风、生痰之变。如兼见手指抽搐、牙关微噤、呕逆等，应加羚羊角、钩藤、龙胆草、鲜竹茹等，以清热息风凉肝降逆。如兼喉中痰鸣，粘稠不易咯唾，应加鲜竹沥，并佐以生姜汁数滴，使竹沥无凉遏之弊，且有助化痰之功。若喉中痰声漉漉，阻碍呼吸，病人焦躁不安，竹沥、姜汁所难胜任者，则非申枣不为功，近时猴枣散亦可。此外，热入营血而兼火盛阴伤，则须辅以泻火滋阴之治。

1948年初秋，曾治一赵姓船员，湿温起病，恙延旬余。现症：肌肤灼热无汗，神志不清，躁扰不安，夜无宁时，呓语不休，口干欲饮，便下鲜血甚多，腹不疼痛，小便涓滴红赤，舌质深绛，罩薄黑苔，中有裂纹，脉数偏细。此乃湿热化燥，邪入营血，心火炽盛，肾阴受损，治拟犀角地黄合黄连阿胶法。以家贫无力用犀角，乃重用鲜生地、玄参、丹皮炭、银花炭、川雅连、炒枯芩、生白芍、蒲黄炒阿胶、鸡子黄，另以鲜茅根、鲜小蓟洗净捣汁，

频频内服。药后竟汗出津津,身热下降,神志逐渐清醒,便血显然减少。乃循原法损益,续予凉血滋阴之剂,渐趋向愈。

3. 热与血结 叶天士云:“瘀血与热为伍,阻遏正气,遂变如狂、发狂之症。”如温病下焦蓄血或妇女热入血室每见是证。其症状表现:昼则明了,夜则谵语,或喜笑如狂,少腹急结,按之作痛,舌质暗紫,或有瘀斑,脉沉涩等。治须清热活血祛瘀,吴鞠通桃仁承气汤颇洽证情。瘀热得下,神志自清。

1947年,治一李姓女,30余岁。春温发热,经候不解,适值经行,量少,夹小血块,色紫黑,少腹坠痛,按之痛甚,胸胁胀满,善太息,二便尚调,入夜神昏谵语,妄见鬼神,昼日稍清,舌质暗红、苔薄黄,脉沉弦而数。属热入血室、肝气拂郁之候。治须通经活血、疏肝理气。宗桃仁承气合四逆散法,药用:鳖血拌柴胡、醋炒青皮、酒炒赤芍、麸炒枳壳、生甘草、光桃仁、川牛膝、细生地、制川军、琥珀。服药二剂,经行通畅,下血块较多,腹痛若失,热减,神识清楚。续以原法出入,调理而安。

二、邪在气分 热盛神昏

热能令神昏,温病邪入气分,由于正邪剧争而热象亦甚,因此,热入气分亦有神昏之症,多见于痰热阻肺、胃经热盛、阳明腑实等病变。

1. 痰热阻肺 温邪由卫及气,肺经热甚,灼液为痰,痰热交阻,则可见高热烦躁,神昏谵语,喘咳气急,痰粘不爽,汗多口渴,舌红苔黄,脉象滑数等。肺恶热,肺经热盛,则治节不行,影响心神,昏谵乃作,切勿误认为逆传心包而妄用清心开窍。治宜宣肺清热化痰平喘,余常取麻杏石甘汤合小陷胸汤意而通变其方,药用:净蝉衣、苦杏仁、生石膏、生甘草、竹沥半夏、淡黄芩、炒枳壳、瓜蒌皮等。使肺经邪热既能辛透于外,复能苦泄于下,表里分消,肺热易清。若欲增强其透解之功,可加薄荷,欲强化其苦泄之效,可加酒炒川军,但

用量不宜过大,恐苦泄沉降过甚,反使邪热不易外达。

2. 胃热炽盛 温病邪及于胃,每致胃热炽盛,症现高热汗多,面目红赤,呼吸粗大如喘,烦渴引饮,扬手掷足,神昏谵语,舌红苔黄干燥,脉洪数有力等。温病最善伤阴,阳明气分热盛,伤津尤甚。余治此证,常于白虎汤内加鲜沙参、鲜石斛,并用鲜芦根煎汤代水,以此等药既能生津,又能清热,更能透邪达外,故药后常得畅汗热解。本证生石膏必须重用,一般用50~100克,甚者可更加大其量,少则恐药力不济。若夏秋患本证,可用井水浸渍西瓜啖之,或少量频饮井汲水,颇能清热醒神解渴。

3. 阳明腑实 温病热结肠腑而致阳明腑实,最易引起神昏谵语,其证身热日晡为甚,多汗或少汗,烦躁谵妄,甚至昏厥,大便秘结,腹部胀满疼痛拒按,苔黄厚干燥或灰黑焦燥,脉沉实有力。治疗必须用苦咸寒之品急予攻下,仲景治此,主用三承气,吴鞠通则有五加减承气之设,余多用白虎承气合增液汤加减,意取攻下、清热、养液,综合成效。

陆九芝谓:“人病之热,惟胃为甚,胃热之甚,神为之昏,从来神昏之病,皆属胃家。”又谓:“温病热自内燔,其最重者,只有阳明经腑两证,经证用白虎汤,腑证用承气汤,有此两法,无不可治之温病矣。”虽其说有偏,而于阳明热甚之昏谵,白虎、承气确为至当不易之法。

三、湿热蕴阻 清阳蒙蔽

湿为重浊阴邪,最易阻遏清阳之气,而使心神失于旷明,故湿热蕴阻气分者,亦多神昏之变。

1. 湿热上蒙 上焦为清旷之地,湿热蕴阻上焦,多见身热不甚,心烦懊恼,神识昏蒙,喃喃自语,苔薄黄微腻。治宜宣畅气机、甘淡利湿。余曾治某湿热患者,病已四日,症见身热、微汗,胸闷,心烦不安,目喜闭,似睡非睡,喃喃不休,但呼之即能清醒,口不

渴，二便自调，舌尖略红、苔薄黄微腻，投菴、佩、菖蒲、郁金等芳香化浊之剂，症未加重，亦不轻减。忆及薛生白《湿热病篇》有浊邪蒙闭上焦，用枳、桔、梔、豉之法。乃用山梔壳、淡豆豉、清豆卷、苦杏仁、炒枳壳、玉桔梗、丝通草、飞滑石、鲜芦根等清宣甘淡之品，药后竟得汗出津津，湿开热透，而诸症顿解。以肺主一身之气，肺气宣化，湿浊乃去，则蒙蔽自开而神识清明。

2. 湿热酿痰 湿热蕴蒸，酿变痰浊蒙蔽心包者，可见身热汗出不解，午后热增，喉中有痰粘腻，神识似清似昧，或时清时昧，昧则谵语，明则识人，呼之能应，语言了了，苔黄滑而腻，脉濡数。治须清热利湿豁痰开窍，如菖蒲郁金汤。方中丹皮入营凉血，非本证所宜；竹沥亦不宜多用，恐寒凉过甚，湿不易化。如湿热未净，过早应用甘寒养阴之品，而致口咽痰腻、神情呆顿、或时呓语、胸脘痞闷者，余每于当用方内加苍术适量，既能燥润药之阴柔滋腻，且能使湿开热透，可收汗出热退神清之效。

3. 邪阻下焦 湿热秽浊内阻，下焦不通，浊气上蒙，则神识不清。吴鞠通《温病条辨》治此有二法：小便不通，呕逆神迷，舌白，渴不多饮者，先用安宫牛黄丸通神利窍，继用茯苓皮汤淡渗分消；大便不下，少腹硬满，神昏窍阻者，用宣清导浊汤。本人师其意，曾治某湿热患者，大小便二日不通，腹不满胀疼痛，泛恶欲呕，神昏若睡，两眼闭合，苔白黄垢腻，脉糊滑微数。投菖蒲、郁金、菴香、佩兰、半

夏、黄连、茯苓、益元散等，症未轻减，而昏糊更甚。改用苏合香丸，汤药于上述方中加入中白、晚蚕沙。药后神识转清，小便略通。继以上方加减，送服玉枢丹，病渐向愈。以秽浊之气，非芳香不解。

四、正虚气脱 心神无主

温病后期或误治，正虚气脱，心神无主，而致身热骤降，冷汗涔涔，或额汗如珠，气短气微，神昏欲寐，或郑声细语，四肢厥冷，脉微细欲绝，治宜扶正固脱。余常用四逆加入参汤酌加龙骨、牡蛎、五味子等，药宜频频进服。切忌开窍之剂，误用必促其外脱。

温病神昏，识症不难，但辨治非易，辨治之道在于：一辨虚实，温病神昏，实证多而虚证少，治疗应立足于祛邪。二辨气营，邪在气分者，皆因高热而致神昏。苔必黄黑干燥，口必渴饮，脉多洪数或沉实，治当清热、攻下；热入营血者，多烦扰神昏，舌红绛无苔，脉细数，或伴见动风痉厥。治须清营凉血，或予清心开窍，或兼凉肝息风，或佐活血行瘀。三辨燥湿，热入营血与气分热炽之神昏，皆属燥热为患。燥热者阴必伤，故应于清热同时，宜兼滋液。若湿热所致神昏，一般症情较轻，多呈昏蒙谵妄，其治重在化湿泄浊，或主轻宣以展气，或主芳香以辟秽，或主导浊以宣清。四辨邪之有形无形，温病神昏，因于无形邪热者，治疗总以清泄为主。若热与有形之邪如燥屎、痰浊、瘀血相搏结者，必先祛除其有形之邪，则邪热势孤而易解。

“塔形”拔罐法治疗腰部软组织急性扭伤 126 例

福建省东山县西埔卫生院骨伤科 沈克斌

笔者采用“塔形”拔罐法治疗腰部软组织急性扭伤，经多年临床观察，疗效满意。现小结如下：

本组 126 例中男性 104 例，女性 22 例；年龄最大 76 岁，最小 16 岁，其中 24~45 岁 112 例，占 88.9%。

(C) 患者俯卧位。取玻璃火罐或竹制火罐（内直径

约 4~5 厘米）7 个。火罐放置用闪火法。腰骶关节处 1 个，双侧髂后上棘处各 1 个，腰椎₂₋₃旁开 3 厘米处各 1 个，胸椎₁₀₋₁₁旁开 3 厘米处各 1 个。放置时间 15~20 分钟，每天或隔天 1 次，一般 1~3 次可望痊愈。

本组 126 例，痊愈 117 例，占 92.9%，好转 9 例，占 7.1%。