

病案讨论

神昏肢厥便秘遗尿案

杨泽鸿整理* 郭铭信指导**

病历摘要

苏××,女,19岁,干部,大理市人。住院号:8021。入院时间:1983年11月1日14时15分。

主诉(家长代诉):喷射性呕吐,神志昏愤,四肢厥冷两天。

发病及治疗经过:患者于1983年10月25日“受凉”,发热头痛,咯少量黄稠痰,在本市某院服辛凉疏散中药一剂,自觉“病愈”,仍上班未再继续治疗。10月31日下午2时于饮水时,无明显诱因,突然昏厥,呼之不应,即送往某院诊治,未明确诊断。3时喷射性呕吐一次,吐出胃内容物。4时神志转清,约10分钟后再次昏迷。当夜10时送本医院急诊科,常规经脑脊液等检查,诊断为“病毒性脑炎”。经抢救,昏迷、肢厥等症未见好转,复现舌露唇外,小便失禁,体温、血压不升等险象。于翌日14时15分收住内科急救。先后用地塞米松、氯霉素、青霉素、庆大霉素、乌洛托品、2%甘露醇、5%糖盐水、10%葡萄糖液体、辅酶A、多巴胺、阿拉明、氯脂醒、输血200毫升、低流量给氧、热水袋加温等抢救16小时,因病情无改善,遂停用西药改服中药治疗。

四诊所见:神识昏愤,呼之不应,状如尸厥。面色苍白,双目不闭,目珠呆定无神。口张不合,舌僵直露于唇外。呼吸微弱,时如叹气,体肤欠温,干燥少津,肢冷如冰。大便2日未解,小便失禁。舌边尖鲜红,舌苔薄黄少津。左脉促,右脉散乱无根,如虾游状。未闻特殊气息。

平素健康。1983年曾患“青春期神经分裂症”,于同年“治愈”。父母健在。胞弟于1980

年患“流行性脑膜炎”治愈。生于下关。未到过外地,无特殊嗜好。无药物过敏史。

体检:体温低于37℃,脉搏84次/分,呼吸24次/分,血压100/80毫米汞柱。发育正常,营养中等,深度昏迷,被动体位,抬入病房。全身浅表淋巴结不肿大,皮肤无出血点及皮疹。巩膜不黄,颈项无抵抗。瞳孔大小不等,对光及调节反射消失,角膜反射消失。咽部充血,无脓性分泌物。气管居中,双侧甲状腺不大。胸廓对称,心率84次/分,律齐,各瓣膜未闻病理性杂音。双肺呼吸音粗,可闻痰鸣音。肝脾(一)。腹壁柔软,腹壁反射消失。肌张力不高,膝腱反射完全消失。双侧划跖试验阳性。

实验室检查:脑脊液:无色透明,潘氏阴性,糖四管阳性,氯化物650毫克%,细胞数14个。血常规见白细胞11500/立方毫米,中性粒细胞68%,淋巴细胞30%,嗜酸性粒细胞2%,血红蛋白11克%。大便常规(肛拭)见红细胞少,白细胞(+),上皮细胞(++)。尿常规正常。肝功能正常。空腹血糖144毫克%,血酮阳性。二氧化碳结合力44.8毫克%,血钾10毫克%,血钠386毫克%,血钙9.8毫克%,氯化钠560毫克%。

西医诊断:病毒性脑炎,极重型。

辨证论治讨论

杨福酉(大理白族自治州卫生防疫站)、丁一先(大理白族自治州卫生局):神昏是本例的突出表现,需与类似病证鉴别。患者年青且无口眼喎斜,未见血性脑脊液,无情志诱因和暴食病史,故可除外中风、中气、中食。病

* 云南省大理白族自治州人民医院

** 重庆市中医研究所

前无失血、吐泻、大汗，决非阴竭阳脱，神明失养所致。既往无肿胀、黄疸、风水、癍疹等病史，亦非内生之毒或癍虫扰乱神明。结合患者虽无发热，但病前有一过性肺卫症状，发病中曾现喷射性呕吐，及舌僵外露，目珠直视等风象，又有舌尖鲜红，苔薄黄少津，脉促，肌肤干燥的实热和津枯病候，应考虑为温邪为患。其体温不升，面色苍白，四肢冰冷等，系温邪内闭，热深厥深之故。神昏乃是邪入心包之明证。若再结合西医“病毒性脑炎”的诊断，则判为温病殆无疑义。

杨建华（大理州卫生学校）：患者发病于深秋，病初有发热头痛，咳嗽咽疼，咯黄稠痰等外感症状，其突然呕吐，骤然昏迷，继而出现目呆舌伸，四肢厥冷，小便失禁等重笃病候，我认为应辨为伏暑。所谓“长夏受暑，过夏而发，名曰伏暑”是也。乃由长夏受暑，蕴伏于里，复受时邪，内外相引，邪热暴张使然。根据神昏推测，暑邪伏于少阴，致使心神内闭，清窍不灵。故以清心开窍为急务，为防内闭外脱，选用安宫牛黄丸配生脉散。待神明复甦，即予清气凉营，如清营汤辈。

冉瑞金（大理医学院）：我认为患者之呕吐、神昏前出现的肺卫证候为其前驱症状，根据《素问·热论》“凡病伤寒而成温者，先夏至日为病温，后夏至日为病暑”和大理地区的气候特点、暑温发病情况，再结合其他脉症，本例以辨为暑温为妥。

我国地域辽阔，各地气候差异很大。与内地四季分明，暑温多发于长夏不同，大理地区于立夏以后即行暑令，到霜降时气温仍无明显变化。据临床所见，8~11月份，乙脑、病毒性脑炎等暑温病不少，表现为暑入心营或暑风、暑厥证。因此，本例不能仅凭季节而排除暑温。

再从临床表现看，本例病情加重与暑温传变迅速的特点吻合。其起病不是“发自阳明”而是首犯肺卫，故无壮热烦渴，面赤汗多，脉洪大等阳明气分见证，而是由肺之心，因暑邪与心类属于火，以致邪陷心营，逆传心包。呼吸

微弱，右脉散乱无根，舌苔少津，则是暑邪伤气耗津的表现，较之气温津气耗损者尤为严重。治疗应以祛邪为主，因邪不去则病不愈，但要防止正气外脱而致阴阳离决。

张文伯（大理市人民医院）：我同意暑温的诊断。按卫气营血传变规律分析，本例特点为不经气分而迳入营血，属逆传重症。其邪入营血然舌质红而不绛，可从两个方面解释：一为邪气迅陷心包，病程较短，营阴耗损的程度不甚严重；二为输进大量液体，补充了热邪耗损的阴液。鉴于患者有神昏、体温不升等热闭心包，君主受扰，脉促、散乱无根，面色苍白，目呆无神，小便失禁等神气散乱，正气欲脱等大实大虚征象，宜用大剂独参汤以固正气，送服安宫牛黄丸清热闭，再加少许麝香吹入鼻中以助开窍，峻补峻攻，标本同治，神识清醒后再图良策。

郑显明（大理白族自治州血吸虫病防治研究所）、**罗荣臻**、**那胡**（大理康复中心医院）：患者发病前即10月25日有外感症状，经服中药后自觉“痊愈”而无明显不适，发病当日上午照常上班，无明显诱因突发呕吐，不省人事，继现四肢厥冷，体温不升，小便失禁等危急之症。如果肺卫表证与神昏等症不是同一病因引起的话，本病应辨为中暑之“暑厥”。“盖中暑忽然而发，如矢石之中人也。不似伤寒初则寒热无汗，或壮热蒸汗之可比。是病忽然闷倒，昏不知人，牙关微紧，亦或口开，状如中风，但无口眼喎斜之别。如果手足厥冷，名曰暑厥”。（《时病论》）治法宜先复苏开窍，选用苏合香丸化开鼻饲，再加大蒜擦鼻，以助复苏。

鲍复基、**李家福**、**王圻**（大理白族自治州人民医院）：根据各位所论，结合该患病情，我们认为本病阳症阴脉，身冷如冰，为体厥。所谓体厥，是指全身厥冷的症状而言。系因热闭，阳气郁结于内，不能向外透达，影响气机运行，为真热假寒证。论治可选用大承气汤泻下热结，使神明不受热扰，自能复苏。继用清瘟败毒饮治疗。其理由是：暑热播灼阳明，极易化热、生痰、生风，从而出现风火相煽等证

候。另一方面、暑热羁留不解,势必耗夺人体津气,将有加重或再现内闭外脱之险证。大剂清瘟败毒以截阻病势,是防止毒生热,热致变等一系列病理变化之关键。

治疗经过

杨泽鸿 (大理白族自治州人民医院): 根据患者发病于本地区暑温发病高峰的秋季;起病突然,变化迅速;神昏肢厥,舌质红,苔黄少津;参考实验室检查,中医辨证:暑温病,暑厥证。其辨证论治过程,大体分为以下三个阶段:

第一阶段 (1983年11月1日): 四诊已如前述。病机为暑温邪毒,逆传心包,闭阻心窍,气阴两伤。法用急开内闭,直清心宫,辅以固脱。拟清宫汤加味:犀牛角0.2克(磨汁兑入汤药),麝香0.1克(化开调入汤药),淡竹叶12克,石莲子15克,玄参15克,麦门冬15克,石菖蒲10克,广郁金12克,红参15克(另煎兑入汤药)。急煎,分三次由鼻饲注入。5小时后,患者体温升至 37.6°C ,面色转润,四肢已渐暖,呼吸平稳。原方再进一步。

第二阶段 (11月2日~11月3日): 11月2日,体温猛升至 39.6°C ,证现:面赤唇红,呼吸急促,目珠通红,喉间痰鸣加剧,肌热灼手,有汗臭气,大便三日未解,小溲短赤,舌质鲜红,苔黄燥少津,脉洪数有力。此乃邪气外透,热势鸱张,燔灼气营。治以清营转气,因势利导,引邪外出。采用中医综合急救措施,以期尽快控制病势,防止阴竭阳脱。1. 清营汤加味:犀牛角0.2克,麝香0.1克(服法同前),丹皮15克,玄参15克,连翘15克,淡竹叶12克,麦门冬15克,石莲子15克,栀子12克,石菖蒲10克,广郁金12克,生大黄15克(开水泡兑入汤药);2. 安宫牛黄丸早晚各1.5丸调化兑入汤药;3. 鲜地龙汁20毫升、六神丸10粒化开,从口角滴入,每次5~10滴;4. 取少许麝香擦鼻腔以助开窍。汤药日进两剂,24小时持续给药,每50分钟

由鼻饲注入30毫升,旨在使体内保持较高的药物浓度。服汤药4小时后,腹内肠鸣,频转矢气,更衣两次,解出燥屎数枚,气味恶臭,体温降至 37.6°C ,浅表反射已恢复,但仍神昏不醒,舌质红,苔黄燥少津,脉象已和缓。11月3日仍守上述治疗,汤药减为一剂。

第三阶段 (11月4日~11月15日): 11月4日,神志转清,表情淡漠,语声低微,自诉全身痠痛,口干口苦,欲饮凉水,头昏眼花,视物不清,体温稳定在 37.4°C ,能食少量流质食物,四肢活动自如,大便稀,日解2次,舌质淡红、苔薄黄少津,脉细数。此为余热未净,气阴两伤,瘀血留着。治法当清肃余热,益气养阴,化瘀通络。改拟竹叶石膏汤加减:竹叶12克,生石膏30克,沙参20克,麦冬15克,半夏10克,粳米20克,地龙12克,丹参15克,鸡血藤15克,甘草8克。每日一剂。药后诸症明显好转,体温稳定在 37.4°C ~ 37.6°C 之间,原方去生石膏加生扁豆15克。11月9日已能下床活动,纳食渐旺,精神日趋好转,守方调理善后,于11月15日痊愈出院。随访三年余,健康如常。

小结及体会

本例症情疑难之处是:发病于深秋而非长夏;感邪至病情骤然加重有长达一周的似愈非愈过程;诊治前无壮热、烦渴、多汗、脉洪数等邪热鸱张证象,后呈现体温不升,肌肤欠温,面色苍白,肢厥如冰等假寒表现。我们根据大理地区气候和流行病学特点,在排除其他病证的基础上,分析发病过程,抓住“风”、“热”、“伤津”和“热深厥深”等病机,同时参考西医的检查和诊断,而辨为暑温一暑厥证。

在治疗处理上,第一阶段突出治神昏之标,开达闭郁之热邪,兼以固脱。第二阶段着力于祛邪撤热,气营同治,内外分消。第三阶段,注意扶正,清肃余热,还兼顾瘀血为患,热灼津伤,多有瘀血留着。故于益气养阴方中,加入化瘀通络之品,不仅有助于益气养阴,更重要的是有利于防止恢复期后遗症。