



临床疾病的 中西医 诊断与治疗

康文艳等◎主编

吉林科学技术出版社

临床疾病的中西医诊断与治疗

康文艳等◎主编

吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

临床疾病的中西医诊断与治疗 / 康文艳等主编. --
长春 : 吉林科学技术出版社, 2018. 6
ISBN 978-7-5578-4370-0

I. ①临… II. ①康… III. ①中西医结合疗法 IV.
①R45

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第094556号

临床疾病的中西医诊断与治疗

主 编	康文艳等
出 版 人	李 梁
责任编辑	赵 兵 张 卓
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	258千字
印 张	13.43
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4370-0
定 价	55.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前 言

近年来，中西医自身经验不断丰富，现代医学理论更新发展迅速，新科技、新方法不断涌现，使中西医学均有了长足的进展，西医可以吸取中医辨证施治的精华，中医也应取西医之长为我所用。立足于中医，充分发挥中医特色，并在此基础上探索中西医结合的思路、原则和方法，发挥中医药优势，寻求中西医的最佳治疗方案，这是我国中医和中西医结合队伍的优势所在，也是最切合临床实际的方向。

本书重点介绍了临床常见疾病的中西医结合诊断和治疗，涉及呼吸系统疾病、心血管系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、神经系统疾病的诊治等内容，深入浅出，条理清晰，科学实用，着眼于临床，理论密切联系实际，继承与发扬相结合，以中为主，衷中汇西，力求中西医的有机结合，为选择疾病的最佳治疗方案提供参考和依据。

在编写过程中，由于作者较多，写作方式和文笔风格不一，再加上时间有限，难免存在疏漏和不足之处，望广大读者提出宝贵意见和建议，谢谢。

编 者

2018年6月

目 录

第一章 急症	1
第一节 高热	1
第二节 厥脱	5
第三节 神昏	11
第四节 抽搐	17
第五节 心力衰竭	23
第二章 呼吸系统疾病	35
第一节 急性上呼吸道感染	35
第二节 气管-支气管炎	49
第三节 肺炎	61
第四节 睡眠呼吸暂停低通气综合征	75
第三章 心血管系统疾病	81
第一节 慢性心力衰竭	81
第二节 急性心力衰竭	88
第三节 高血压	91
第四章 消化系统疾病	107
第一节 呕吐	107
第二节 泄泻	111
第三节 消化性溃疡	116
第四节 便秘	124
第五节 溃疡性结肠炎	128
第五章 泌尿系统疾病	137
第一节 急性肾小球肾炎	137
第二节 慢性肾小球肾炎	141
第三节 肾病综合征	145
第四节 慢性肾衰竭	152
第五节 狼疮肾炎	158
第六章 神经系统疾病	162
第一节 脑血管疾病	162
第二节 失眠	186
第三节 中风	190
第四节 癫痫	198
参考文献	215

急症

第一节 高热

一、定义

内科急症之高热是指由于外感或内伤导致体温骤升（多在 39°C 以上），以身体灼热，烦渴，脉数为主要临床表现的一种内科急症。如伤寒中的太阳、少阳、阳明高热，温病卫气营血各阶段的高热或内伤杂病过程中出现的由虚热引起的高热。本篇着重介绍前者，后者将在“内伤发热”中介绍。

二、历史沿革

《素问·阴阳应象大论篇》《素问·热论篇》对外感发热的病因病机和治疗法则都做了扼要的论述，为热病诊治奠定了理论基础。汉代张仲景《伤寒论》是我国第1部研究外感热病的专著，系统地论述了外感热病的病因病机和证治规律；该书以阴阳为纲，创造性地提出了六经辨证理论，成为后世辨证论治外感热病的纲领。金代刘完素对外感热病的病因病机主火热论，认为外感热病的病因主要是火热病邪，即使是其他外邪也是“六气皆从火化”，病机属性是火热，主张“热病只能做热治，不能从寒医”，治疗“宜凉不宜温”，突破了金代以前对外感热病多从寒邪立论，治疗多用辛温的学术束缚，是外感热病理理论的一大进步。清代叶天士《外感温热篇》对外感热病的感邪、发病、传变规律、察舌验齿等诊治方法都有详细的阐述，创立了外感热病的卫气营血辨证纲领。清代薛己《湿热病篇》对外感湿热发病的证治特点作了详细论述。清代吴鞠通《温病条辨》对风温、湿温等各种外感热病作了分条论述，不仅制定了一批治疗外感热病行之有效的方药，同时创立了外感热病的三焦辨证理论。卫气营血辨证和三焦辨证的创立，标志着温病学说的形成，从而使外感热病的理论和临床实践臻于完善。

三、范围

西医学急性传染性、感染性疾病，以及慢性疾病并发急性感染表现高热者，如上呼吸道感染、肺部感染、胆道感染、泌尿道感染等均可参照本篇进行辨证论治。

四、病因病机

高热为内科常见急症，病因不外乎外感六淫、疫毒之邪，临床以实热或本虚标实之高热为多见。

1. 时疫流行 疫毒之气致病力强，具有较强的季节性和传染性。一旦感受疫毒，起病急骤，传变迅速，卫表症状短暂，较快出现高热。

2. 六淫入侵 由于气候突变，人体调摄不当，风、寒、暑、湿、燥、火等邪气乘虚侵袭人体而发热。六淫之中，火热暑湿为致外感发热的主要病邪，风寒燥邪亦能致外感发热，但它们常有一个化热的病机过程。六淫可单独致病，亦可以两种以上病邪兼夹致病，如风寒、风热、湿热、风湿热等。外感发热病因的差异，与季节、时令、气候、地区等因素有关。

外邪入侵，人体正气与之相搏，正邪交争于体内，则引起脏腑气机紊乱，阴阳失调，阳气亢奋，或热、毒充斥于人体，发生阳气偏盛的病理性改变，即所谓“阳胜则热”的病机。病理性质多属热属实。若病情进一步进展可化火伤阴，亦可因壮火食气导致气阴两伤，若热入营血，则会发生神昏、出血等危急变证。

五、诊断与鉴别诊断

（一）诊断

1. 发病特点 高热病情变化比较迅速，可产生神昏、动风、出血、脱证等变证。

2. 临床表现 高热急症多见实热或本虚标实之热，表现形式多样。但以身体灼热，烦渴，脉数为主要临床表现。热型有壮热、恶寒发热、潮热、寒热往来等。发热时间，短者数小时，长者数日。

病在表：病在卫分，症见微恶寒而发热，伴口渴，汗出，脉浮且数。邪犯太阳，恶寒重于发热，伴头身痛，脉浮。

病入里：病在气分，邪犯阳明，则壮热不寒，口大渴，脉洪大而数；若热结于腑，痞满燥实，苔黄燥；若夹湿则高热，但口多不渴，苔多白腻或黄腻，脉濡数。入营则高热入夜为甚，兼见谵昏，斑疹隐隐；入血则高热兼见齿出血，鼻出血，吐血、便血，甚至昏迷、抽搐、斑疹显露，脉细数，舌绛少津等。

（二）鉴别诊断

内伤发热本篇高热主要指由外感所致高热，具有起病急，病程短，热势重而体多实的特点。而内伤发热多由脏腑阴阳气血失调，郁而化热所致，高热之前多有低热，发病缓，病程长，临床多伴有内伤久病虚性证候，如形体消瘦、面色少华、短气乏力、舌质淡、脉数无力等。

六、辨证要点

（一）辨外感、内伤

外感高热：起病急，病程短，热势重，有外感六淫、疫毒的病史，兼见外感之症，如恶寒、口渴、面赤、舌红苔黄、脉数，多为实热证。

内伤发热：起病较缓，病程较长，热不高而多间歇，多继发于他病之后，兼见内伤之症如形体消瘦，面色少华，短气乏力，倦怠纳差，舌质淡，脉数无力，多为虚证或虚实夹杂之证。

（二）辨虚实

内伤发热多属虚热，或本虚标实之热，外感病后期，亦可见虚热。其热波动无常，时高时低，缠绵难愈，脉多细数，兼见其他虚象。实热多见于外感中期，热势较高，病情较急，变化较速，脉洪数，热甚伤阴，可见谵语、神昏、动风等兼证。

（三）辨热型

发热恶寒：发热与恶寒同时存在，病证在卫表。

壮热：多见于伤寒阳明病和温病气分阶段；邪毒内陷气营两燔亦可见高热，但常并见发斑、神昏、谵语、动风等兼症。

潮热：多见于阳明腑实证，身热汗出蒸蒸，腹胀满实拒按，热势至夜加重。阴虚内热亦可见潮热，症见潮热颧红、骨蒸盗汗、咳嗽、咯血、舌红少苔、脉细数。

寒热往来：寒时不热，热时不寒，往往一日数次发作。

（四）辨寒热真假

在高热急症中，由于热极或寒极会出现与本病之寒热不相符合的现象，即真热假寒和真寒假热之象。

真热假寒证：有一个发热的过程，且起病急，病情进展快，热势甚高，很快进入手足厥冷的假象，

身虽大寒，而反不欲近衣；口渴喜冷饮，胸腹灼热，按之烙手；脉滑数按之鼓指；苔黄燥起刺或黑而干燥。以发热经过、胸腹灼热及舌苔为鉴别的重点。

真寒假热证：一般出现于慢性病或重病的过程中，身虽热，但欲得衣被；口虽渴，但喜热饮；脉虽数但按之乏力或细微欲绝；苔虽黑而滑润。以舌苔、脉象为鉴别的重点。

七、急救处理

（一）处理原则

1. 分主次 即分清高热及其兼症的主次。外感高热，无论其热型热势如何，高热均属主症，治以清热为主，根据病邪性质、病变脏腑、影响气血津液的不同，又有清热解毒、清热利湿、通腑泻下、清泻脏腑、养阴益气等治法，以达清除邪热、调和脏腑之目标。内伤高热，则高热不一定是主证，治当审其病因究竟发于劳伤还是饮食。

2. 审标本 审清高热的主要病机，细辨高热与其他症状的标本关系。例如高热出血腹痛，主要病机为热毒内炽，损伤脉络，迫血妄行，瘀阻腹内，治当清热凉血为急为本。

3. 察传变 观察高热伴发的变证。由外感高热并发神昏、谵语、厥逆、出血、抽搐等，提示邪毒内传，营血耗伤，除治高热，还要加用开窍、固脱、凉血、息风之剂。

（二）急救治疗

1. 一般措施 卧床休息；流质饮食或半流质饮食，多饮水，补充维生素等。

2. 物理降温 冰袋冷敷头部或腹股沟等部位；中药煎汤擦浴，如荆芥水、石膏水擦浴；或用温水、乙醇擦浴，冰水灌肠等方法。在降温过程中要密切观察体温下降情况及病情变化，以免体温骤降而致虚脱。

3. 针刺法 可选用大椎、曲池、合谷、风池等穴，用毫针刺法或十宣放血法降温。

4. 刮痧法 中暑高热患者，可在两胁部、夹脊部、肘窝等部位进行刮痧。

5. 中药灌肠法 根据病情可给予中药煎汤灌肠通便，也能够降温退热。

6. 维持生命体征 密切观察神志、面色、血压、呼吸及脉搏等生命体征。

7. 药物治疗 建立静脉通道，选择相应药物予以治疗。

（1）醒脑静注射液（主要成分为麝香、冰片、栀子、郁金等）10~20mL加入等渗葡萄糖注射液500mL中静脉滴注，每日1~2次。

（2）痰热清注射液（主要成分为黄芩、熊胆粉、金银花、连翘等）30mL加入0.9%氯化钠注射液250mL静脉滴注，每日1~2次。

（3）清开灵注射液（主要成分为板蓝根、水牛角、珍珠母、金银花、栀子、黄芩苷、胆酸等）30mL加入等渗葡萄糖注射液250mL静脉滴注，每日1次。

（4）鱼腥草注射液80mL加入5%葡萄糖注射液250mL静脉滴注，每日1次。

（5）双黄连注射液以每千克体重1mL计算，用5%或10%葡萄糖溶液250~500mL稀释后静脉滴注，每日1次。

（6）穿琥宁注射液400毫克加入等渗葡萄糖溶液500mL稀释后静脉滴注，每日1次。

8. 其他 可选柴胡注射液2~4mL肌注，每日1~2次。

中成药可选用紫雪丹、牛黄清心丸、柴石退热颗粒等口服。复方退热滴鼻液（由金银花、连翘、青蒿等制成）滴鼻，每次每侧鼻腔3~4滴，每30~40min1次。

9. 补液 维持水、电解质平衡。

八、辨证论治

1. 病在卫分

（1）主症：高热，兼见微恶寒而发热，伴口渴，汗出。脉浮且数。

(2) 治法：辛凉宣透。

(3) 方药：银翘散加减。方中金银花、连翘清热解毒、辛凉透表为主药；竹叶清热除烦，薄荷、荆芥、豆豉辛凉宣散，透热外出，为辅药；桔梗、牛蒡子、甘草宣肺止咳，利咽散结，因温邪化热最速，容易伤津耗液，故又配芦根甘凉质润，清热生津止渴，均为佐药。合而成方，既可辛凉透表、清热解毒，又可利咽止咳，生津止渴。

2. 病在气分

(1) 主症：壮热不寒，口大渴。脉洪大而数。

(2) 治法：清热解毒。

(3) 方药：白虎汤加减。本方以生石膏配知母，清胃泻火；粳米、甘草和胃生津。可加金银花、连翘、黄连、芦根清热解毒。若大便秘结者，加大黄、芒硝通腑泻热。若发斑疹者，加犀角（水牛角代）、玄参、丹皮清热凉血。

3. 病入营血

(1) 主症：高热入夜为甚，兼见谵昏，斑疹隐隐；入血则高热兼见齿衄，鼻出血，吐血、便血，甚至昏迷、抽搐、斑疹显露。脉细数，舌绛少津等。

(2) 治法：清热透营，凉血解毒。

(3) 方药：清营汤合犀角地黄汤加减。犀角清解营分热毒为主药；玄参、生地、麦门冬清热养阴，为辅药；佐以金银花、连翘、黄连、竹叶心清热解毒；并以活血散瘀、清热凉血的丹参、赤芍为使，以防血与热结，共奏清营解毒，透热养阴之效。

九、转归与预后

常见高热病情变化比较迅速，由表热证而发展至半表半里证，再向里传变而成里热证。若正气未衰，治疗及时可治愈。若感邪太盛，治疗不力，可产生神昏、谵语、厥逆、抽搐、出血、脱证等变证。

十、预防与护理

(1) 密切观察病情变化，记录各项生命体征（体温、呼吸、血压、脉搏、神志）。

(2) 保持病室空气新鲜，室温可保持在 20 ~ 22℃，并且要保持一定的湿度。高热患者口咽容易干燥，冬天可在暖气上放一盆清水，使其蒸发以湿润空气，有条件时可使用加湿器。

(3) 高热患者的饮食宜清淡、细软、易消化，以流食、半流食为宜。患者口渴时应鼓励多饮水或果汁，如西瓜汁、梨汁、橘汁等。汗出较多时应注意补充水分，可用鲜芦根煎汤代茶饮或给淡盐水。不能饮水者，应用鼻饲法或静脉输液等方法补充津液的消耗，以免脱水。高热患者应忌食油腻、辛辣、厚味食品。热病初愈，饮食仍宜清淡稀软，逐渐恢复正常饮食，但要注意补充营养，要少食多餐。可选择瘦肉、蛋类、新鲜蔬菜、水果等。

十一、现代研究

中医治疗高热，除用常服的丸药汤剂口服外，还有多种治疗方法：针刺疗法、中药煎汤擦浴疗法、直肠给药法、刮痧疗法、喷喉法、滴鼻法等。

临床辨证论治以清法为主，剂型以丸散口服药为主，随着科技发展，先后研制出多种注射液，例如：清开灵注射液、穿琥宁注射液、双黄连粉针剂、柴胡注射液、板蓝根注射液等，临床研究表明多具有良好疗效。

涂氏，采用清、解、和、下四法联合应用设计而成的热必宁（商品名：柴石退热颗粒），治疗高热疗效明显优于西药对照组及单纯清热解毒组；实验研究证实热必宁能够显著抑制肺炎球菌所致家兔体温的升高；对大肠杆菌内毒素所致家兔体温升高具有抑制作用；对肺炎球菌、金黄色葡萄球菌具有抑制作用；对流感病毒和 RSV 有较强抑制作用。赖氏用醒脑静注射液治疗小儿外感高热 142 例，42 例体温 1 日内退至正常，71 例 2 日内、21 例 3 日内退至正常，无效 8 例，总有效率 94.37%。谢氏等研究发现醒

脑静注射液可有效降低兔出血热病毒家兔高热模型的发热指数,降低脑脊液前列腺素 E_2 和环核苷酸发热介质。黄氏等利用痰热清注射液治疗中枢性高热,退热效果好,且使 MDA, $TNF-\alpha$, IL-6 水平下降,而 SOD 明显上升。鲁氏等用清开灵注射液治疗 230 例高热患者,不仅退热作用快,而且体温下降平稳,很少出现反复发热现象,且对全身症状有改善,认为清开灵具有整体调节作用。刘氏将肺系感染高热的患者 413 例随机分为治疗组 221 例,对照组 192 例,治疗组予鱼腥草注射液静滴治疗,对照组予西药常规治疗。治疗组总有效率及对白细胞数正常的患者疗效明显高于对照组 ($P < 0.01$);对卫分证、卫气同病及气分证 3 种不同证类平均退热时间短于对照组 ($P < 0.05$);两组白细胞数升高的高热患者疗效相当。雷氏等采用双黄连注射液治疗外感高热 60 例,体温下降幅度较对照组(青霉素针剂静滴配合肌注复方氨基比林)明显增大,治疗有效率明显优于对照组。雷氏采用穿琥宁注射液静脉点滴外感高热症 139 例,效果满意。穿琥宁是从中药穿心莲叶中提取的有效成分穿心莲内酯与琥珀酸酯反应所致的脱水穿心莲内酯琥珀酸半酯单钾盐,具有明显的解热、抗病毒、抗炎作用,以及可促进肾上腺皮质功能及镇静作用,临床上多用于病毒性肺炎及上呼吸道感染。穿琥宁注射液同时具有抗菌、抗病毒、解热作用,其中抗病毒作用尤为显著。运用穿琥宁注射液治疗外感高热,不论卫分、卫气同病还是气分证均疗效确切,不易反复,具有退热时间短、全身症状改善快特点。

十二、小结

高热为内科常见急症,病因不外乎外感六淫、疫毒之邪,临床以实热或本虚标实之高热为多见。治疗需分主次,审标本,察传变。在辨证论治的基础上,采用多剂型、多途径给药综合治疗,可顿挫热毒,同时应注意顾护津液,益气养阴,避免阴液耗伤,发生变证。

附方:

(1) 银翘散(《温病条辨·上焦篇》):金银花、连翘、牛蒡子、薄荷、荆芥穗、豆豉、桔梗、生甘草、竹叶、芦根。

(2) 白虎汤(《伤寒论》):石膏、知母、甘草、粳米。

(3) 清营汤(《温病条辨》):水牛角、生地、玄参、竹叶、麦门冬、丹参、川连、金银花、连翘。

(4) 犀角地黄汤(《备急千金方》):犀角、生地、芍药、丹皮。

(康文艳)

第二节 厥脱

一、定义

厥脱包括厥证、厥逆和脱证,是内科常见之急症。临床以面色苍白,四肢厥逆,出冷汗,欲呕欲便,脉微欲绝或乱,神情淡漠或烦躁,甚至不省人事,猝然昏倒等为特征。汉代张仲景《伤寒论·辨厥阴病脉证治》论述了厥证之病机及临证特点:“凡厥者,阴阳气不相顺接便为厥”“厥者,手足逆冷是也。”明代张景岳在《景岳全书·杂病谟·厥逆》中论及厥逆的预后时曰:“厥逆之证,危证也。”清代徐灵胎在《临证指南医案·脱》的评语中明确了脱证发病之机在于阳气的骤越,并提出临证诊治之要点:“脱之名,唯阳气骤越,阴阳相离,汗出如珠,六脉垂绝,一时急迫之证,方名为脱。”

二、历史沿革

“厥”“脱”首见于《内经》,“厥”有“寒厥、热厥、煎厥、薄厥、厥、六经之厥、风厥、厥逆”之别,就其病因病机而言,《内经》论述较为详尽,概而言之,虚实两端,如《素问·厥论篇》:“阳气衰于下,则为寒厥;阴气衰于下,则为热厥。”《素问·生气通天论篇》:“阳气者,烦劳则张,精绝,辟积于夏,使人煎厥。”“阳气者,大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥,有伤于筋,纵,其若不容。”对其预后而言正如《素问·调经论篇》所云:“厥者暴死,气复反则生,不反则死。”“脱”在

《灵枢·决气》中分为“精脱、气脱、津脱、液脱、血脱”等不同的类型，详其证象，“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，色天，脑髓消，胫酸，耳数鸣；血脱者，色白，天然不泽，其脉空虚，此其候也。”厥与脱的治疗方面仅有针刺等方法。

后世医家对“厥”多有发挥，汉代张仲景认为：“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷是也。”并提出了“白虎汤、当归四逆汤、四逆汤”等治疗的方剂。张景岳在《类经·疾病类》详细辨别了寒厥、热厥、薄厥、暴厥与中风；并在《景岳全书·杂病谟·厥逆》篇中首次提出了“厥脱”的概念，“气并为血虚，血并为气虚，此阴阳之偏败也，今其气气并走于上，则阴虚于下，而神气无根，是既阴阳相离之候，顾致厥脱而暴死”。林珮琴在《类证治裁·厥症论治》中对厥症进行了详尽的论治，在预后上提出了“凡诸厥，脉大浮洪有力易醒，脉细沉伏数急不连贯，凶。厥仆大指掐拳内，凶；掐拳外，轻。面青，环口青，唇白，鼻青孔黑，人中吊，危也”的论断，贴近临床。

“脱”的论述当以林珮琴分“上脱、下脱、上下俱脱”、叶天士的“阴脱、阳脱、内闭外脱”最为精当，对临床最具指导意义。

三、范围

西医学的感染性休克、心源性休克、失血性休克和过敏性休克其临床征象与本症极为相似，多脏器功能障碍综合征出现厥脱者，可参阅本篇进行辨证论治。

四、病因病机

厥脱之起因，历代多有论述。概而论之，凡邪毒内侵，陷入营血，剧痛惊恐所伤，失血、失精、中毒、久病等耗气伤阴，损及五脏功能，使气血运行障碍，从而导致阴阳之气不相顺接，气机逆乱，甚则阴阳离决而致厥脱。若素体羸弱，或久病不愈，或大汗、大吐、大下、大失血之后，元气耗竭；或阴损及阳，或阳损及阴，以致阴阳不相维系，终至阴阳离决，是为脱证之主要病机。

1. 邪毒过盛，气虚阴伤 盖外感六淫之邪或疫病毒邪，由表入里，郁而不解，皆能化火蕴结成毒，毒热过盛，耗气伤阴，邪闭正衰，终致阴阳气不相顺接，发为厥脱，正如《素问·厥论篇》指出：“阳气衰于下，则为寒厥；阴气衰于下，则为热厥。”

2. 失血失液，气随血脱 热毒猖獗，入营动血而至呕血、便血等，亦有创伤、产妇伤及脉络，大量失血，以至气随血脱，阳随阴亡；或有暴饮暴食夹有不洁之物，或因药物中毒，或攻下过猛，损伤脾胃，升降失常，清浊不分，暴吐暴泻，阴液大伤，气随阴脱，阳随阴亡。正如清代徐灵胎所言：“脱之名，唯阳气骤越，阴阳相离。”

3. 剧痛致厥 剧烈疼痛，可致气机逆乱，阴阳之气不相顺接，而发厥证。

总之，本病证发生，不外热、毒、瘀、虚，虚有气血阴阳之不同，热毒瘀互结，损伤气血阴阳，络脉阻滞，终致阴阳不相维系，阴阳气不相顺接，阴阳离决，发为厥脱。

五、诊断与鉴别诊断

（一）诊断

1. 发病特点 急性起病，常有明确之因，可发于各年龄段。

2. 临床表现 厥脱多系各科（包括内科、外科、创伤、妇科、儿科等）疾病的变证，临床表现较为复杂，或急骤发作，或隐匿而突发，典型表现为汗出、四肢厥冷、烦躁不安、尿少等。

早期多见面色苍白，四肢发冷，心悸多汗，短气乏力，尿少，烦躁不安，脉搏细弱，血压下降，神情淡漠；重者可见昏不知人，唇指发绀，四肢厥冷，呼吸短促，脉微欲绝，或不应指，无尿，血压不升。

3. 类型

（1）厥证：分为寒厥、热厥。

（2）脱证：分为阴脱（亡阴）、阳脱（亡阳）、阴阳俱脱。

（二）鉴别诊断

1. 中风 中风为病，猝然昏倒，可伴有四肢厥冷，当与本病鉴别。中风多有肝阳上亢等病史，发作与情志激动有关，且伴有口舌歪斜、言语不利、半身不遂等症，故与本病不难鉴别。

2. 痫病 痫病是一种发作性神志异常之病，常突然发病，神志不清，双目凝视，或肢体抽搐；重者猝然昏倒，口吐涎沫，两目上视，牙关紧闭；或口中做猪羊叫声，移时苏醒，醒后无异常，可反复发作，每次相似。厥证无此特点，可资鉴别。

3. 暑厥 暑厥因夏季暑热而发病，暑热之邪闭窍，突然昏倒，身热烦躁，手足厥冷，气喘不语，或四肢抽搐，或有汗，或汗闭，与厥脱相似，但发病季节明显，且无脉细数、脉微欲绝和血压下降，可资鉴别。

（三）辨证要点

1. 辨厥之寒热 厥之共同特点为手足厥冷，其不同者如下。

（1）热厥：发热，烦渴躁妄，胸腹灼热，溺赤便秘，便下腐臭，苔黄舌燥，脉数，属于阳证。

（2）寒厥：无热畏寒，神情淡漠，身冷如冰，尿少或遗溺，下利清谷，面色晦暗，苔白舌淡，脉微欲绝，属于阴证。

2. 辨脱之阴阳 脱分阴脱、阳脱和阴阳俱脱。

（1）阴脱：亡阴，多见于热病之中，以面唇苍白，发热烦躁，心悸多汗，口渴喜饮，尿少色黄，肢厥不温，脉细数或沉微欲绝为特征。

（2）阳脱：亡阳，多为亡阴之后演变而成，其脉症与寒厥相似而更严重。

（3）阴阳俱脱：乃厥脱之重者，多见神志昏迷，目呆口张，瞳仁散大，喉中痰鸣，气少息促，汗出如油，舌卷囊缩，周身俱冷，二便失禁，脉微欲绝。

3. 辨厥脱之轻重 厥脱之轻重，当视其脉象、厥逆程度、气息变化、神志有无异常、尿之有无等而定。一般而论，脉来迟缓而乱者重，滑数有力而不乱者轻；身肢冰凉愈甚、时间愈久者重，反之较轻；气息愈急促并见痰鸣者重，气息平和无痰阻气乱者轻；神志昏迷愈深、愈久者重，无神志异常者轻；无尿者重，少尿、有尿者轻。

六、急救处理

（一）处理原则

厥脱病情复杂且多变，临证应高度警惕，严密观察，分秒必争。其处理原则可概为：

1. 细察病因 厥脱乃多种病因所致之内科急症，审明病因，对厥脱之治疗至关重要。若系热毒内陷所致，清热解毒固脱并重；若出血亡阳所致，当益气摄血，回阳救逆同治；若肝阳暴涨或中毒致脱，当平肝、祛秽与救逆兼用。

2. 辨明虚实 一般而论，热厥多属实证；寒厥则多属虚证。具体而言，若厥而气壅息粗，喉间痰鸣，或烦热不宁，抽搐反张，脉多实或滑数者，属实；若厥而气息微弱，自汗淋漓，肤冷肢凉，嗜睡蜷卧，脉沉细而欲绝者，即为脱象，属虚。辨明虚实，方能避免治疗上“虚其虚”“实其实”之误。

3. 综合救治 厥脱之证，虽有轻重之别，寒热之分，阴阳之异，厥与脱之差，但均属危重证候，且可迅速逆变，乃至死亡。因此必须采用多种投药办法，积极进行综合救治，将标本、先后、缓急统一起来，力求辨证确切，用药有力，措施及时。

（二）急救治疗

1. 一般措施 保持安静，开通静脉通路，补液，氧疗等。

2. 益气养阴固脱 生脉注射液 20~40mL 静脉推注，每 1~2h 一次，直到脱离厥脱状态；或生脉注射液 100mL 加入 10% 葡萄糖溶液中稀释静脉滴注，每日 2 次；或选用参麦注射液，用法与生脉注射液同。

3. 益气回阳固脱 参附注射液 20~40mL 静脉推注，每 1~2h 一次，直到脱离厥脱状态。

4. 清热解毒开窍 清开灵注射液 40~120mL 加入 10% 葡萄糖溶液中稀释静脉滴注；或醒脑静注射液 20mL 加入 10% 葡萄糖溶液中静脉滴注，每日 1 次。

5. 活血解毒通络 血必净注射液 50~100mL 加入 10% 葡萄糖溶液中静脉滴注，每日 1~2 次。

(三) 辨证论治

1. 热厥 热毒内闭，耗伤气阴。

(1) 主症：发热，烦渴躁妄，胸腹灼热，溺赤便秘，便下腐臭。苔黄舌燥，脉数。

(2) 治法：泄热解毒开窍，益气养阴固脱。

(3) 方药：用人参白虎汤及承气汤之类化裁而治之，药用生石膏、生大黄、枳实、厚朴、知母、人参等。若痰壅气滞而为厥者，宜豁痰行气用二陈汤、导痰汤加竹沥、姜汁、石菖蒲、郁金等治之。

2. 寒厥、亡阳 气虚阳脱。

(1) 主症：手足逆冷，无热畏寒，或身冷如冰，神情淡漠，尿少或遗溺，下利清谷，面色晦暗。苔白舌淡，脉微欲绝。

(2) 治法：益气回阳固脱，温经散寒救厥。

(3) 方药：方用参附汤合四逆汤、当归四逆汤等加减治之，药用人参、制附片、干姜、当归、细辛、桂枝等。病轻浅者当早用独参汤浓煎频服，气固阳自回；阳脱之象显者加制附片，益气回阳；寒盛者当散寒救厥。

3. 血虚阴脱

(1) 主症：面唇苍白，发热烦躁，心悸多汗，口渴喜饮，尿少色黄，肢厥不温。脉细数或沉微欲绝。

(2) 治法：养阴益气固脱。

(3) 方药：固阴煎加减，药用人参、熟地、黄精、山茱萸、黄芪、山药、麦门冬、五味子、甘草等治之。

4. 阴阳俱脱

(1) 主症：神志昏迷，目呆口张，瞳仁散大，喉中痰鸣，气少息促，汗出如油，舌卷囊缩，周身俱冷，二便失禁。脉微欲绝。

(2) 治法：回阳救阴。

(3) 方药：参附汤合生脉散加减以治之，药用人参、制附片、麦门冬、五味子、干姜、山茱萸等，若见唇面指端发绀者，可加丹参、赤芍、红花、川芎等活血之品。

(四) 针灸

针灸具有疏通经络、调整气血、平衡阴阳之功效，对厥脱具有救治之用。

(1) 主穴：素髻、内关。配穴：少冲、少泽、中冲、涌泉。针后 30min 至 1h 血压稳定者，则加 1~2 个穴位。手法：中度刺激，留针，持续，间断捻针，血压稳定后方可出针。

(2) 主穴：足三里、合谷，患者昏迷加涌泉。针刺或电针，电压 10.5~14V，频率每分钟 105~120 次，轻者 1 个电针 1 个穴位，重者 2 个电针 2 个穴位。

(3) 主穴：人中。配穴：内关、足三里、十宣。强刺激（重病实证休克）。

针灸治疗，一般热厥发热者宜针，体温低或阳脱者宜灸。可灸百会、神阙、关元。

七、转归与预后

本病由多因致脏腑气血功能气机逆乱，阴阳气不顺接，气血阴阳耗损所致。故其转归和预后取决于病因及气机逆乱之强弱，气血耗损之轻重。亦与病程长短、救治及时与否相关。

(1) 厥和脱可以互相转化，因此两者之界限较难截然划分。一般而论，厥者多属脱之先兆，脱者多为厥之进一步发展。临证时，虽只见厥而未见脱者，也应在治疗用药上，酌加固脱之品，以防病情的突变。

(2) 因厥脱有寒热和阴阳之别, 其属性不同于急救用药的性味悬殊极大, 因此必须详加辨识, 这是避免误治的重要一环。

(3) 临床研究表明论治热厥, 宜早用通腑解毒和活血化瘀之剂, 这种治则, 有明显的清除炎性介质、改善微循环及增加血容量的功能, 对纠正休克状态有良好的作用。因此, 治疗此类厥脱患者, 可根据中医辨证, 在仔细观察和综合处理的基础上, 逐步推广这些新的经验, 并在实践中不断总结提高。

八、护理

对厥脱重症患者要加强护理。应建立特别医护记录, 仔细观察其病情变化, 逐日做好脉象、体温、出入量、呼吸、血压等记录, 为正确和合理的治疗提供可靠的客观依据。

九、现代研究

休克属于中医厥脱证范围, 其成因甚多, 最常见者为邪热内陷营血, 乃邪毒对微循环损害的结果, 属于感染性休克的范畴; 也有因久病衰竭或外因乍加所致, 如心源性休克、失血性休克和过敏性休克等均属之。

1. 单方单法 近年来单方单法对休克的治疗尤其重要, 单方单法不仅具有好的临床疗效, 更重要的是研究更加能突出重点, 不仅突出了中医学辨证论治的“虚实”观, 更加强了治疗学的“扶正法”“祛邪法”, 便于临床医师的接受。其中比较有代表性的是以生脉注射液为代表的益气养阴固脱法, 以牛珀至宝丹为代表的解毒活血开窍法。

(1) 益气养阴固脱法: 本法的代表药物是生脉注射液, 该是传统的中药制剂“生脉散”的新剂型, 临床用于各类休克取得了明显的临床疗效。李氏等报道用生脉注射液抢救失血性休克 34 例, 用药后 4 ~ 6h 血压回升, 呼吸平稳, 肢暖安静, 32 例有效, 2 例死亡, 总有效率 91.1%。其具体用法为: 将生脉注射液 20 ~ 30mL, 加入 20 ~ 30mL 液体, 静脉推注, 30min 至 1h 可重复 1 次, 直到休克纠正, 可连续重复 4 ~ 5 次。药理学研究证明: 生脉注射液具有保护缺氧状态下心肌细胞, 改善冠状动脉供血; 改善微循环, 降低血液黏度; 兴奋垂体 - 肾上腺皮质功能; 促进机体网状内皮系统功能, 提高机体自稳能力等作用。吴氏运用参麦注射液治疗心源性休克 30 例, 总有效率为 90%, 研究认为参麦注射液能强心升压, 增强心肌收缩力, 提高心脏泵血功能, 纠正血流动力学的紊乱。本法临床上主要用于心源性休克、感染性休克的中晚期等, 但要以“大汗出, 脉细数或脉微欲绝”为主要临床证候。

(2) 益气回阳固脱法: 根据中医学的理论, 休克同阳气暴脱相关, 因此, “益气回阳固脱法”是救治休克的重要治法之一, 如赵氏笔研究报道参附注射液可以明显改善微循环, 改善低血压状态, 尤其是对西药抗休克治疗血压始终得不到改善者, 能较好地维持血压, 纠正休克。同时也具有增强心脏功能, 调整心率等作用。周氏等研究证明, 回阳复脉注射液(红参、附子、枳实、桃仁等)对休克具有防治作用, 试验研究表明: 回阳复脉注射液有抗氧化、抗自由基、抑制脂质过氧化物生成, 稳定生物膜的作用, 减轻了细胞结构在休克过程中的损伤, 保护细胞功能, 从而避免或减轻重要脏器的损害, 有利于器官功能的恢复, 使休克得以纠正。陶氏等研究报道: 心脉灵注射液(附子、干姜等)能够改善内毒素休克所致的低血压及脑水肿, 保护海马 CA1 区神经元, 增强海马组织 NOS 活性, 起到抗内毒素休克的作用。

(3) 解毒活血开闭法: 本法是中医药治疗休克的重要治法之一, 尤其是对于感染性休克的治疗更加突出了本法的重要意义, 如彭氏等研究了牛珀至宝丹对失血性休克和内毒素性休克的影响, 结果表明牛珀至宝丹对内毒素性休克具有稳定血压和升高血压的作用, 但对失血性休克无明显升血压的作用, 说明牛珀至宝丹抗休克的作用是通过解毒活血开闭, 而不是扶正固脱。研究进一步表明牛珀至宝丹能够明显地抑制 $\text{TNF}-\alpha$ 的释放, 抑制 ALT, AST 的活性, 同时有较显著的改善微循环、清除氧自由基、稳定血压、保护肺肝组织和抗内毒素所致的溶酶体、线粒体损伤等作用。

无论是辨证论治的研究, 或者单方单法的研究, 都突出了中医学的特点, 只是因为病因不同, 研究的时期不一, 才出现了各种不同的方法。休克是一个综合征, 其病机是动态发展的, 以上各法也是针对

不同时期的方法，不能千篇一律，死守一方一法。如感染性休克早期突出的是实热内闭，而随着病情的发展和演变，逐步出现正气损伤的病理状态，晚期将会出现阴竭阳脱的严重病机变化等。

2. 中医药治疗休克 切入点的研究中西医结合开展休克的研究是国内许多学者热衷的研究焦点之一，应充分发挥中西医之长，达到“优势互补”，最终提高休克的生存率。如何在现代西医学救治休克的基础上发挥中医药的重要作用，寻求中医药的切入点是开展中西医结合的根本途径之一，总结为以下2点。

(1) 感染性休克针对内毒素、炎性介质等的治疗：感染性休克是目前病死率较高的危重病之一，是各科ICU主要的疾病之一，严重地威胁患者的生命，虽然抗生素的广泛应用，从某种程度上降低了病死率，解决了发病的主要因素细菌，但在因此而造成的内毒素血症、炎性介质血症等方面尚无确切的临床疗效，由此而导致的多器官功能障碍综合征（MODS）是重要的死亡原因之一，中医药针对这方面开展了大量的临床和基础的研究，并取得了明显的效果。如王氏等根据多年的临床经验及理论研究，选用红花、赤芍等中药研制成的纯中药血必净注射液具有高效拮抗内毒素和炎性介质的作用；其不仅在动物实验方面具有显著降低动物病死率，而且在初期临床实验中也取得了较好的疗效。王氏等在针对感染性休克及其引发的MODS提出了“四证四法”的辨证论治方法，即实热证：临床表现为高热、口干欲饮、腹胀便结、舌红苔黄、脉洪数或细数、末梢血白细胞变化。血瘀证：临床表现为固定性压痛、出血、发绀、舌质红绛、舌下静脉曲张，血液流变学、凝血与纤溶参数和甲襞微循环异常。腑气不通证：临床表现为腹胀、呕吐、无排便排气、肠鸣音减弱或消失，肠管扩张或积液、腹部X线片有液平。厥脱证：临床表现为面色苍白、四肢湿冷、大汗、尿少、脉细数或微欲绝、血压下降。并自制了相应的方药对证施治。

除此之外，中医药在针对感染性疾病棘手的细菌耐药方面尚有一定的潜力，北京中医药大学东直门医院急诊科近年来开展了一些初步的临床研究，认为“扶正解毒活血法”在此方面具有进一步研究的价值。

总之，中医药以此为切入点深入探讨，努力开创一个新的研究方向，在危重病急救医学领域一定会发挥重要的作用。

(2) 针对抗休克药物不良反应治疗的研究：随着西医学的突飞猛进的发展，许多抗休克治疗的药物不同程度上显示出了临床上的不良反应，甚至是加重疾病的一个重要因素，如过去认为多巴胺是较好的抗休克的血管活性药物，目前通过大量的临床和实验研究发现它对胃肠黏膜的缺血缺氧状态无改善作用，而且可能具有加重的因素，同时对肾脏的保护作用也提出了质疑等，对此可以通过中医药的合理的介入使用，来提高临床疗效，达到用最小的剂量配合中药达到最佳的效果。另外中医药的合理使用也能够解决血管活性药物依赖性的问题，北京中医药大学东直门医院急诊科曾经针对多巴胺的依赖作用进行过临床研究，运用生脉注射液按照每小时每千克体重0.5mL持续静脉泵入，在36h之内基本撤离多巴胺，达到了纠正休克的目的。

总之，针对西医学的不足，合理地采用中医药治疗，达到两种医学各自均达不到的疗效，可以起到“优势互补”的作用。

十、小结

厥脱，是常见的中医内科急症。本病多由感受温热邪毒，内陷营血，或大汗、大吐、大下和大失血之后，或久病劳伤，气阴亏耗，阴阳之气不相顺接，气机逆乱而起。临床以四肢逆冷，面色苍白，时出冷汗，神情淡漠，脉微欲绝，血压下降，甚至昏不知人，唇面发绀等为特征。证有寒厥、热厥之分，阴脱、阳脱和阴阳两脱之别。西医学之感染性休克、失血性休克、心源性休克、过敏性休克和药物（或食物）中毒性休克等，与本病的临床表现相近，故可参阅本篇内容，进行辨证论治。中医治疗厥脱，按其临床之不同证候，常采用益气、回阳、解毒、通腑、开窍、化痰、平肝等治法，临床疗效一般较好，尤其是多种剂型、多种投药途径的综合救治处理，使急救效果有了明显的提高，在理法的探讨上，也有新的进展。

附方：

- (1) 白虎加人参汤（《伤寒论》）：生石膏、知母、生甘草、粳米、人参。
- (2) 大承气汤（《伤寒论》）：生大黄、芒硝、枳实、厚朴。
- (3) 小承气汤（《伤寒论》）：生大黄、枳实、厚朴。
- (4) 调胃承气汤（《伤寒论》）：生大黄、芒硝、生甘草。
- (5) 二陈汤（《和剂局方》）：半夏、陈皮、茯苓、炙甘草。
- (6) 导痰汤（《济生方》）：半夏、陈皮、茯苓、炙甘草、枳实、胆南星。
- (7) 参附汤（《妇人良方》）：人参、熟附子。
- (8) 四逆汤（《伤寒论》）：生附子、干姜、炙甘草。
- (9) 当归四逆汤（《伤寒论》）：当归、芍药、通草、炙甘草、细辛、大枣。
- (10) 独参汤（《校注妇人良方》）：人参。
- (11) 固阴煎（《景岳全书》）：人参、熟地、山药、山茱萸、黄芪、麦门冬、五味子、黄精、炙甘草。
- (12) 生脉散（《内外伤辨惑论》）：人参、麦门冬、五味子。

（康文艳）

第三节 神昏

一、定义

神昏是以不省人事、神志昏迷为特征的常见内科急症。中医历代文献所述的“昏迷”“昏蒙”“昏厥”和“谵昏”等，均属神昏的范畴，系温病营血阶段、中风、厥脱、痫病、痰证、消渴、急黄和喘逆疾病等发展到严重阶段而出现的一种危急证候。

二、历史沿革

有关神昏症状描述的记载，最早见于《内经》《素问·厥论篇》：“厥或令人腹满，或令人暴不知人。”并提出了“暴不知人”是阴阳之气逆乱所致。虽没有“神昏”病名的提出，但通过“厥证”“暴厥”等内容研究，反映了当时对“神昏”的基本认识。汉代张仲景《伤寒论》对外感神昏证治有较详论述，如“阳明篇”中所言：“伤寒若吐若下后不解，不大便五六日，上至十余日，日晡所发潮热，不恶寒，独语如见鬼状。若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死。”并针对外感神昏创立“攻下”“清热”2法，对后世影响深远，至今仍颇具价值。

晋唐时期，对神昏的认识逐步丰富，如葛洪在《肘后备急方》中记载了“猝死、中恶、中风昏迷等”，尤重针灸治疗。隋代巢元方《诸病源候论》对外感神昏和内伤杂病神昏进行了详尽的论述。唐代孙思邈《备急千金要方》对多种神昏进行了鉴别，如“风懿”之“奄忽不知人”，“风痲”之“智乱不甚”，并在“消渴门”记载了消渴出现神昏前的症状描述，谓：“内消之病，当由热中所作也……四肢羸瘦，不能起止，精神恍惚，口舌焦干而卒。此病虽稀甚可畏也。”

金元时期，成无己在《伤寒明理论》明确提出了“神昏”一词，将其定义为：“神志不清”“神昏不知所以然。”及至明代对其病因病机有了进一步的认识，如秦景明《症因脉治》论及“外感口噤不语”时云：“内有积热，外中风邪，经络不通，发热自盛，热极生痰，上熏心肺，神志昏迷，则不语矣。”陶华在《伤寒六书》中，阐发瘀血昏迷之病机，谓：“凡见眼闭目红，神昏语短，眩冒迷忘，烦躁漱水，惊狂谵语……皆瘀血证也。”对后世启发很大。

清代温热学说盛行，对于外感热病神昏的认识更为深刻，治疗经验更加丰富。叶天士《温热篇》将热灼营血，心神被扰，热盛迫血，躁扰神昏，其舌必绛等作为温热病营血辨证的重要指标，叶氏所云“外热一陷，里络就闭，非菖蒲、郁金所能开，须牛黄丸、至宝丹之类以开其闭”“湿热熏蒸，将成浊

痰蒙蔽心包”及“瘀血与热为伍”阻遏窍机而致神昏的论述，对温热病神昏具有重要的指导意义。薛己在《湿热病篇》中对邪热由气入营，心包受灼，神志昏乱，提出了清热救阴，泄泻平肝之法，湿热蕴结胸膈，神昏笑忘用凉膈散，而热结胃肠用承气汤。余霖《疫病篇》对疫病神昏力主大剂清瘟败毒饮治之。吴鞠通在《温病条辨》中对温病神昏亦多有发挥，如《温病条辨·上焦篇》云：“太阴温病，不可发汗……发汗过多，必神昏谵语……神昏谵语者，清宫汤主之，牛黄丸、紫雪丹、局方至宝丹亦主之。”林珮琴《类证治裁》对神昏脱证有专论，谓：“生命以阴阳为枢纽，阴在内，阳之守；阳在外，阴之使。阴阳互根，相抱不脱……如上脱者，喘促不续，汗多亡阳，神气乱，魂魄离，即脱阳也。下脱者，血崩不止，大下亡阴……即脱阴也。上下俱脱者，类中眩仆，鼻声鼾，绝汗出，遗尿失禁，即阴阳俱脱也。更有内闭外脱，痉厥神昏，产后血晕等症是也。”堪称精辟之论。俞根初《通俗伤寒论》创立多种方剂，极大地丰富了温病神昏的治疗，如邪热内陷用玳瑁郁金汤，瘀阻清窍用犀地清络饮，痰瘀阻塞心包用犀地三汁饮等，更有陷胸承气汤、犀连承气汤、白虎承气汤、解毒承气汤等，既祖述前人，又多所创新。对后世诊治神昏具有极大的指导价值。

三、范围

西医学的各种原因导致的以意识障碍为主要临床表现者，如流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓炎、中毒性脑病、急性脑卒中、肝性脑病、肺性脑病、高温中暑、化学药品中毒、糖尿病昏迷等均可参阅本篇内容进行急救处理。

四、病因病机

神昏为病，乃心脑受扰而发。心藏神，主神明，神志活动为心所司。脑为元神之府，是清窍之所在，脏腑清阳之气，均会于此而出于五官，不论外感时疫，热毒内攻，或内伤疾病阴阳气血逆乱，浊邪上扰，皆可导致清窍闭塞，神明失守，而发为神昏。

1. 热毒壅盛，内陷营血 外感时邪，蕴结化热，或感疫疠之气，热毒壅盛，内陷营血，心主血属营，心藏神，热毒内陷营血，扰乱心神，神明失守而发为神昏，亦有邪热内扰，阳明腑实，熏蒸心包，而发神昏。

2. 湿热痰浊，蒙蔽清窍 外感湿热之邪，加之素体为脾虚湿盛之体，湿聚为饮，热之煎熬而为痰，痰热互结，上蒙清窍，神为之不用，发为神昏。

3. 瘀阻心窍，神不守舍 温热病邪，邪热内陷，痰浊瘀血交阻，如俞根初在《通俗伤寒论》中所言：“热陷包络神昏，非痰迷心窍，即瘀阻心孔。”或瘀热相合，堵塞心窍；或热入血室瘀热结于下焦，均可致神不守舍而神昏。

4. 阴阳亡脱，神无所倚 外感温热毒邪，或汗吐下太过，或毒热内盛，耗气伤津，甚者阴阳亡脱，心神失养，神无所倚，而引发神昏，或久病，脏腑虚损，邪祛正亡元气耗竭，阳气欲脱，神明失养，发为神昏。

总之，本病多因热陷心营，湿热痰蒙，腑实燥结，瘀热交阻，上扰清阳，闭塞清窍，阴阳亡脱，神无所倚等均可导致神昏。本病多属闭证和脱证的变证或兼证，凡痰浊、热毒、风阳、瘀血等阻塞清窍，导致阴阳逆乱，神明蒙蔽者，多属闭证；凡气血亏耗，阴阳衰竭，不相维系，清窍失养，神无所倚而神昏者，多属脱证；如属痰浊壅盛，内蒙清窍，又兼气血耗散，神不守舍，以致神昏者，乃内闭外脱的虚实兼见之证，临证应结合其病因病机，详加分析和辨证。

五、诊断与鉴别诊断

（一）诊断

神昏之症，结合诱因，诊断不难，然重在明晰病因之别，类型之异，及证候特点。凡温热之邪为病，高热在先，神昏在后，发于冬春多见于风温或春温；发于夏秋多见于暑温、湿温、疫毒痢等；在高温或炎热烈日之下发病者多为中暑；先黄疸渐神昏，当为急黄重症；伴有半身不遂者多为中风等。