

- [3] 金发光. 急性肺损伤的诊治研究现状及进展[J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2013, 6(1): 1-3.
- [4] 李影, 叶树鸣, 陈良安. 肺部感染所致急性呼吸窘迫综合征的预后危险因素与病原学分析[J]. 解放军医学院学报, 2013, 34(5): 458-460.
- [5] 丁慧芬. 中医肺与急性肺损伤的发病关系初探[J]. 辽宁中医杂志, 2004, 31(10): 823-824.
- [6] 魏凯峰. 感染性急性肺损伤辨证规律研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2007: 5-6.
- [7] 金星, 郑丰杰. 急性肺损伤中医学发病机制及治疗思路探讨[J]. 中医药临床杂志, 2008, 20(1): 76-77.
- [8] 韩云. 刘伟胜教授治疗重症肺炎学术思想与临床经验的整理研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011: 21-22.
- [9] 陈华尧, 吴同启, 王克俭, 等. 通腑法治疗重症肺炎实证热的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(5): 279-282.
- [10] 郭晋平, 冯顺易. 大黄对急性呼吸窘迫综合征患者的临床疗效观察[J]. 河北医科大学学报, 2014, 35(1): 13-15.
- [11] 何庆勇. 经方叠用从肠论治肺系重症验案举隅[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(8): 83-84.
- [12] 薛礼美, 陶秋垚, 王明武. 中药肠肺清颗粒结合机械通气治疗 ARDS 的临床疗效观察[J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(4): 642-643.
- [13] 李建, 刘恩顺, 孙增涛, 等. 204 例 ALI/ARDS 患者脏腑证候分布及肺肠相关特征的临床调查[J]. 世界中医药, 2014, 9(8): 1008-1010.
- [14] 徐彩超, 刘新桥, 刘恩顺, 等. “肺与大肠相表里”理论指导治疗 ALI/ARDS 的临床疗效报告[J]. 天津中医药大学学报, 2011, 30(3): 141-143.

(责任编辑: 刘淑婷)

从内伤发热论治脓毒症

叶焯¹, 周仙仕^{1,2}

1. 广东省中医院急诊科, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学, 广东 广州 510405

[关键词] 脓毒症; 内伤发热; 辨证论治

[中图分类号] R631 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 08-0003-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.002

脓毒症, 过去也称为败血症, 是临床上常见的具有严重危害的急危重症。其发病率不断上升, 全球每年约新增数百万脓毒症患者, 而其中超过 25% 的人会因为死亡^[1]。本病属于中医的优势病种, 中医药治疗手段疗效确切^[2]。本病多以高热伴外感症状为初始表现, 因此许多医家均从“外感发热”论治本病, 事实上本病多外感发热与内伤发热并存, 外感发热往往只是本病启动和初始阶段, 内伤发热则往往是本病极期及演变阶段。内伤发热是本病预后转归的关键, 因此笔者从内伤发热论治脓毒症, 往往能取得较好临床疗效, 现简述如下, 如有不当之处望请同道雅正。

1 内伤发热的含义及表现

外感发热是感受温热疫戾之气或六淫之邪等促使机体营卫

失调而致的发热^[3], 而内伤发热是与外感发热相对的一类热性疾病, 它是由内伤而致, 以机体气血阴阳亏损, 各脏腑功能失调为主要病机的发热类型^[4]。发热无非外感发热及内伤发热两大类, 两者亦不难区别。其中内伤发热以起病较缓, 病情较长, 一般不伴有恶寒, 热势可高可低, 或患者自觉发热而热势不高, 同时伴有咳嗽、心悸、腹泻、头晕等脏腑虚损症状为主要表现, 病因常为久病体虚、饮食失宜、劳累过度、情志失调等, 病性可虚可实, 虚性病机如气、血、阴、阳虚损, 实性病机如气郁、瘀血、痰湿、寒凝、胃热等, 是临床较为常见的一种发热类型。

2 脓毒症内伤发热与外感发热辨惑

2.1 从内伤发热论治脓毒症 发热是脓毒症最常见的表现,

[收稿日期] 2016-02-16

[基金项目] 广东省科技厅项目 (2015A020210093)

[作者简介] 叶焯 (1978-), 男, 副主任医师, 副教授, 主要从事中医内科及急危重症研究。

是构成全身炎症反应综合征(SIRS)的最重要组成部分,也是诊断脓毒症的客观依据之一。由于脓毒症初起时多有明显的外感表现,并且患者热势多呈现弛张热或稽留热的热势特点,因此许多中医急症专家认为本病属于“外感高热”的病证范畴,从外感发热论治脓毒症虽有广泛的医家支持,但从内伤发热论治脓毒症亦另有其科学依据,事实上,正如“脓毒症专家共识”所指出:不少内伤疾病也可表现为脓毒症(高热)^[6],而临床上脓毒症发展到中后期也经常呈现内伤发热的特点,因此从内伤发热辨治脓毒症有其科学性、现实性。

2.2 脓毒症外感发热与内伤发热的互为影响 20余年前,姜良铎^[7]提出了著名的“外感病的内伤基础”理论,在中医学界引起了较大的反响,姜教授认为,外感病证与内伤病证互为影响,内伤基础的存在会影响外感病证的病情演变及转归预后。事实上,脓毒症本质上属于合并内伤基础的外感病证,本病起病急,常由外感而诱发,发作初期多有恶寒、高热、恶风、头痛等外感表现,因此本病属于外感病证;但同时本病多见于高龄、烧伤、严重创伤、外科手术、ICU患者等正气极度亏虚之人,患者常合并各脏器虚损表现,且急性虚证是本病的重要证型之一^[8],因此内伤发热亦是本病重要组成。而内伤基础与外感病证常互为联系,互为影响。由于内伤基础的存在,机体正虚抗邪无力,常使外邪停羁或逐步深入脏腑,变生他证,临床上脓毒症急性虚证患者常易感邪,且病情迁延,易产生脓毒性休克、脓毒性脑病、脓毒性胃肠功能障碍、脓毒性肾损害等变证、坏证;而外邪的存在也常常引动和加重内伤虚损,使证候变化万端,预后更加不良,临床上脓毒症常由不慎外感导致病情复发,且每次再发后患者基础状况都较前一次相对恶化,最终导致患者死亡的结局。由此可知,脓毒症外感发热与内伤发热互为联系,互为影响。

2.3 内伤发热是脓毒症病情演变与预后转归的关键 不同的内伤基础可对外感病造成不同的影响^[9],而脓毒症内伤基础的存在却往往会加重和恶化病情,内伤发热的存在是脓毒症病情演变与预后转归的关键。针对脓毒症证候与预后的临床研究发现:脓毒症合并的证型越多越复杂,则患者入院 APEACHE-评分越高,病死率也相应增高^[7];脓毒症虚证和虚实夹杂证较实证占更大比例,各证型的临床表现虽无明显差异,但合并虚证的患者预后更差^[8]。虚实夹杂证型比实证脓毒症病情更重,死亡率更高。由此可知,合并内伤基础而致发热的脓毒症患者的死亡率高,预后差,转归不良。

3 脓毒症内伤发热的常见证型及其证治

脓毒症虽内伤基础复杂,各种内伤发热证型繁多而临床表现不一,但临床上内伤发热却以气虚发热、阳虚发热、阴虚发热、血虚发热、血瘀发热等几种基本证型单独或夹杂最为常见,早期辨识及诊治这些证型对减轻脓毒症病情,改善患者的预后转归大有裨益。

3.1 气虚发热 李东垣所述的“脾虚阴火”是也,虽后世对

“阴火”产生之机争论不休,但不可否认的是,“脾虚阴火”确实是临床上常见的内伤发热证型。《脾胃论》载:“若饮食失节,寒温不适,则脾胃乃伤……既脾胃气衰,元气不足,而心火独盛”,论述脾胃气虚可致阴火上冲而发热,《素问·调经论》亦云:“有所劳倦,形气衰少……胃气热,热气熏胸中,故内热。”因此,“气虚可致内热”,临床脓毒症气虚发热证常为低热或壮热,神倦乏力,四肢不用,反复感邪,纳呆、便溏,舌淡、苔薄或微腻,脉细弱为临床表现,治宜健脾益气,甘温除热,方选补中益气汤加减,方中黄芪补益脾胃元气,实卫固表;甘草泻心火,兼补脾胃;人参补肺、脾、心三脏,又益气生血;白术健脾、除湿、化浊;陈皮理中上焦气滞,畅达元气通路;当归活血生血,补而不滞;升麻、柴胡升举脾胃清阳上行,使下陷脾胃阴分元气回归中焦本位,诸药共奏补中益气,升举清阳,甘温除热之功^[10],针对脾虚发热尤为适宜。

3.2 阳虚发热 阳虚发热是气虚发热的进一步发展,气损及阳,患者往往病情更重,预后不良。临床上阳虚发热的形成常常是由于大量超高效能抗生素的应用或大剂量清热解毒药物的应用所致,促使脾阳虚陷,化为“阴火”上腾所致,或者寒邪直接损及肾阳,肾阳虚衰,而致虚阳上浮或阴盛格阳,从而导致发热,如《景岳全书》所言:“阳虚者,亦能发热,此以元阳败竭,火不归元也”。临床脓毒症阳虚发热证常以虽发热却反欲近衣,四末虽微热但胸腹厥寒,四肢及肢体颜面水肿,面色苍白,小便清长或无尿,大便完谷不化或失禁,舌淡胖或齿痕、苔白厚腻或水滑,脉沉微等症为主要临床表现,此时宜温中益气,回阳救逆,方选参附汤或参附注射液或人参四逆汤加减。现代药理学发现益气回阳治法能通脉活血,回阳救逆,抗自由基氧化,减少 SIRS 发生率,保护肝肾功能,双向调节患者免疫功能,恢复促炎-抗炎机制平衡,减轻全身炎症反应,还能调控促下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPAA)功能,改善肾上腺醛固酮系统,增强机体对血管活性药物敏感性,预防多器官衰竭综合征(MODS)和脓毒性休克的发生,降低脓毒症死亡率。故阳虚发热为内伤发热的重要证型^[10-12]。

3.3 阴虚发热 脓毒症属于温热类疾病,极易耗气伤阴,所谓“阳胜则阴病”也,当疾病早期仅仅阴分受损,此时益气养阴之法往往能取效,所谓“壮水之主,以制阳光”是也,类似于西医的早期大量补液措施。但当病变到了后期,往往阴损及阳,阴阳俱损,此时往往单纯补阴乏效,则宜阴阳同补,以补阴为主,兼以补阳。类似脓毒性休克阶段,单纯大量补液往往不能使患者血压回升,往往须配合血管活性药及正性肌力药物才能奏效。临床脓毒症阴虚发热证常表现为骨蒸潮热或午后、夜间发热,五心烦热,神躁谵妄,口干咽燥,形体消瘦,尿少或无尿,大便干硬,舌红、或有裂纹、苔少或无苔,脉细数等症。治宜养阴清热,方选增液汤、生脉注射液或参麦注射液等。临床研究证实养阴清热治法能有效地升高脓毒性休克患者血压,改善其循环与灌注,降低 MODS 发生率,还有助于调

整严重脓毒症患者免疫失衡,抑制炎症因子释放,降低病死率,改善患者预后^[13-14]。因此,阴虚发热亦为内伤发热的重要证机。

3.4 血虚发热 由于脓毒症易耗气伤阴,而“气为血之帅,血为气之母”,“津血同血”,气、血、津、液同源互化,故脓毒症患者存在气虚、阴虚的同时必然伴有血虚的病机及表现。当然输入一定的血液制品(浓缩红细胞、血小板、凝血因子等)对纠正血虚作用不可忽视,“有形之血不易速生,无形之气所当急固”,因此针对血虚发热的治疗辅以益气生血,益气摄血之法或许能获画龙点睛之效。临床脓毒症血虚发热证常以低热不退,面色少华,头晕眼花,唇甲色淡,语声低弱,心悸怔忡,舌淡、苔薄白,脉细弱等症为主要临床表现,治宜益气养血,方选当归补血汤、独参汤或人参养荣汤等加减。现代药理研究发现,当归补血汤具有免疫调节、造血功能及护肝作用,针对血虚发热机制及脓毒症致病机制尤为适宜^[15]。

3.5 血瘀发热 血瘀发热是脓毒症内伤发热的重要内容之一,血瘀证也是脓毒症的最重要证型之一^[6]。脓毒症诸多病机皆可致血瘀形成,如脓毒症阳热炽盛,血热互结,煎灼血中津液,使血瘀黏稠,血行不畅而致瘀,此为热盛致瘀;或手术或创伤后,患者脉道受损而致出血,离经之血积于体内而成瘀血,此为脉损致瘀;气行则血行,气虚则推动、固摄血液乏力,亦引起血液运行不畅,此为因虚致瘀;而现代研究认为脓毒症后期继发DIC形成本质上亦属于血瘀证,因此血瘀证是脓毒症重要证型,而瘀久易化热,从而形成血瘀发热。临床血瘀发热常以低热或壮热,神志昏蒙,气促乏力,胸闷痛,腹胀便秘,局部刺痛或瘀斑、瘀点或肿块形成或大量出血,舌紫暗或青紫有瘀点,脉弦涩等症为主要临床表现,治宜活血祛瘀,方选血必净、桃红四物汤或血府逐瘀汤加减治疗。由此可见,血瘀发热亦是脓毒症内伤发热的重要证型。

当然脓毒症内伤发热往往不是上述证型单独出现,而常常为相互兼杂,合而并见。且内伤发热证型亦常合并外感发热的邪犯肺卫、邪郁少阳、阳明热盛、阳明腑实、太阴脾湿等六经病变及卫、气、营、血等温病证型,所以当根据患者的实际辨证情况灵活应用,外感发热与内伤发热的证治宜互相参合才能达到较好的治疗效果。

综上所述,内伤发热是脓毒症发热的重要组成部分,它与脓毒症外感发热互为影响,互相联系。而内伤发热是脓毒症病情演变与预后转归的关键,脓毒症内伤发热主要有气虚发热、阳虚发热、阴虚发热、血虚发热、血瘀发热等证型,由于脓毒症病机复杂,常外感发热与内伤发热并见,且各种临床证型互为掺杂,因此宜根据患者临床实际,灵活辨治,才能达到较好的诊治效果。

[参考文献]

- [1] 中华医学会重症医学分会. 中国严重脓毒症/脓毒性休克治疗指南(2014)[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27(6): 401-426.
- [2] 刘清泉, 张晓云, 孔立, 等. 高热(脓毒症)中医诊疗专家共识意见[J]. 中国中医急症, 2014, 23(11): 1961-1963.
- [3] 朱丹, 吕文良. 外感发热的中医治疗[J]. 吉林中医药, 2012, 32(1): 104-107.
- [4] 何晶, 赵红兵, 邵铭, 等. 内伤发热中医用药思路[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(1): 124-126.
- [5] 姜良铎. 论外感病的内伤基础[J]. 中医杂志, 1994, 35(4): 201-203.
- [6] 王今达, 李志军, 李银平. 从“三证三法”辨证论治脓毒症[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(11): 643-644.
- [7] 李秦, 王红, 王超, 等. 严重脓毒症中医证型与病情严重程度及预后相关性的临床研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(5): 377-380.
- [8] 李芳, 梁旭. 脓毒症肠功能障碍与中医虚实证候及预后相关性的回顾性研究[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(8): 1566-1568.
- [9] 赵崇智, 周仙仕. 甘温除大热机制及阴火本质探讨[J]. 吉林中医药, 2013(1): 5-7.
- [10] 吴正球. 四逆人参汤治疗重度烧伤低温败血症 18 例[J]. 中国药业, 2013, 22(8): 113-114.
- [11] 郑宋明, 叶一萍, 邱泽亮, 等. 益气温阳法对严重脓毒症免疫功能的影响[J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(12): 868-869.
- [12] 陈明祺, 鲁俊, 蒋华, 等. 中医“阳气”理论与温阳思想在脓毒症治疗中的意义[J]. 中国中医急症, 2013, 22(2): 216-217.
- [13] 黄道永, 陈矛, 林凯旋. 生脉注射液治疗脓毒性休克的疗效观察与体会[J]. 吉林医学, 2011, 32(17): 3436-3438.
- [14] 曾凡鹏, 陈锦河, 陈冬莲. 养阴清热方对严重脓毒症患者免疫功能及预后的影响[J]. 中国临床研究, 2014, 27(1): 16-18.
- [15] 周向明, 周昕, 李毅民. 当归补血汤的研究进展[J]. 世界中医药, 2013, 8(6): 705-707.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)