◆名医传承◆

韩云从痰、热、虚论治脓毒症急性呼吸窘迫综合征经验介绍

王琳焱[1]，周耿标[1,2,3]，姚晓彬[1,2,3] 指导：韩云[1,2,3,4]

1. 广州中医药大学第二临床医学院，广东 广州 510405
2. 广州中医药大学第二附属医院，广东 广州 510120
3. 广东省中医院，广东 广州 510120
4. 广东省中医院晁恩祥学术经验传承工作室，广东 广州 510120

［摘要］介绍韩云从痰、热、虚论治脓毒症急性呼吸窘迫综合征的临床经验。韩云教授认为，痰、热、虚为本病的核心病机，痰、热为脓毒症急性呼吸窘迫综合征的主要病理因素，痰热交阻为脓毒症急性呼吸窘迫综合征发生的重要环节，临证从清热、化痰、补虚论治，清热化痰以祛邪，补虚以扶正固本。

［关键词］脓毒症；急性呼吸窘迫综合征；痰；热；虚
［中图分类号］R249；R631+.1 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）10-0180-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.10.034

Introduction of HAN Yun's Experience in Treating Sepsis-Induced Acute Respiratory Distress Syndrome by Addressing Phlegm, Heat, and Deficiency

WANG Linyan[1], *ZHOU Gengbiao*[1,2,3], *YAO Xiaobin*[1,2,3] *Instructor: HAN Yun*[1,2,3,4]

1. The Second Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510405, China; 2. The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China; 3. Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China; 4. The Academic Experience Inheritance Studio of CHAO Enxiang at Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China

Abstract: This article introduces HAN Yun's clinical experience in treating acute respiratory distress syndrome (ARDS) caused by sepsis, based on the principles of addressing phlegm, heat, and deficiency. Professor HAN Yun believes that phlegm, heat, and deficiency are the core pathogenesis of this condition. Phlegm and heat are the main pathological factors in sepsis-induced ARDS, with the interaction of phlegm and heat being a crucial aspect of its development. In clinical practice, treatment focuses on clearing heat, resolving phlegm, and tonifying deficiency. Clearing heat and resolving phlegm aim to eliminate pathogenic factors, while tonifying deficiency to support healthy qi and strengthen the body's resistance.

Keywords: Sepsis; Acute respiratory distress syndrome; Phlegm; Heat; Deficiency

韩云教授师从国医大师晁恩祥教授，为全国名老中医药专家学术经验继承人，中国中医科学院中青年名中医，广东省中医院重症医学科主任，博士研究生导师。韩云教授从事重症医学临床治疗和研

［收稿日期］2024-11-08
［修回日期］2025-03-30
［基金项目］广东省中医院院内专项（YN2023MS30）；广东省中医药局科研项目（20232053）
［作者简介］王琳焱（2000-），女，硕士研究生，E-mail：2568183784@qq.com。
［通信作者］韩云（1969-），男，主任医师，教授，博士研究生导师，E-mail：hy660960@126.com。

究30余年，在脓毒症急性呼吸窘迫综合征的中西医结合诊治方面积累了丰富的临床经验，笔者随师侍诊，受益匪浅，现整理韩云教授论治脓毒症急性呼吸窘迫综合征的临床经验，介绍如下。

脓毒症是由宿主对感染的反应失调引起的危及生命的器官功能障碍[1]，是严重创伤、休克、感染等重症患者常见并发症。急性呼吸窘迫综合征是一种急性、弥漫性、炎症性肺损伤，由肺炎、非肺部感染、创伤、输血、烧伤、吸入或休克等危险因素诱发。由此造成的损伤导致肺血管和上皮通透性增加，肺水肿和重力依赖性肺不张，所有这些都会造成通气肺组织的减少[2]。脓毒症是急性呼吸窘迫综合征最主要的肺外病因，可在不到一周的时间内引起急性呼吸窘迫综合征，脓毒症诱发的急性呼吸窘迫综合征往往比其他因素引起的急性呼吸窘迫综合征更严重，导致预后较差和死亡率较高[1]。目前，急性呼吸窘迫综合征尚无特异性治疗方法，应用于急性呼吸窘迫综合征的临床疗法主要包括肺保护性通气和积极的液体管理等[3]。积极探讨中医药在脓毒症急性呼吸窘迫综合征治疗方案中的运用显得尤为必要。

脓毒症属中医温病、热病范畴[4]。脓毒症急性呼吸窘迫综合征在中医学中并无相应的病名，但古籍中对其症状表现有所描述，如“故肺病者，喘息鼻张”（《灵枢·五阅五使》），“肺高，则上气，肩息咳”（《灵枢·本脏》），“邪在肺……上气喘，汗出，喘动肩背”（《灵枢·五邪》），“热乘肺者，急喘而嗽，面赤潮热”（《儒门事亲·嗽分六气毋拘于寒述》）。韩云教授认为，脓毒症急性呼吸窘迫综合征患者呼吸困难，甚者张口抬肩、口唇紫绀的症状，当属中医肺热病、暴喘、喘脱等范畴[5]。王宜艳[6]、徐保转[7]等从毒、瘀、虚探讨脓毒症的诊疗方法；王金达教授提出“三证三法”治疗脓毒症的中医治则[8]；骆长永等认为急性呼吸窘迫综合征以毒、瘀、虚为主要病机[9]；朱金凤提出急性呼吸窘迫综合征病机关键以痰、饮、热、瘀、虚为主[10]。关于脓毒症、急性呼吸窘迫综合征两种疾病各自的中医诊治虽有一定的认识，但探讨脓毒症致急性呼吸窘迫综合征因机证治的论述并不多见。尽管有学者提出脓毒症急性呼吸窘迫综合征的病机是大气虚陷，瘀毒致损[11-12]，但相关认识仍处于初步阶段。

1 病因病机

1.1 内伤生痰，阻滞气机 韩云教授提出，痰是脓毒症急性呼吸窘迫综合征中的关键因素之一。该病主要病位在肺，肺功能失常与痰密切相关。痰饮是机体水液代谢障碍所形成的病理产物。“饮入于胃……脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱”由此可知，痰饮的生成与肺脾肾及三焦决渎失常关系密切。“肺为水之上源”，主行水，主治节，“温邪上受，首先犯肺”，肺失宣降，则肺气行水功能失常，由脾转输至肺的水液不能正常布散，浊液不能下行至肾或膀胱，聚于胸中而为痰饮水湿，阻滞气机，进一步影响肺的宣发肃降功能。故临床上可见，脓毒症急性呼吸窘迫综合征患者存在呼吸困难、喘憋等症状，甚则口唇紫绀，肺部影像学表现为双肺弥漫渗出性改变。

肺为贮痰之器，脾为生痰之源，根据五行相生关系传变，子病及母，肺气不利，脾气难升，运化失司，湿浊内盛，水湿停聚而为痰。肺肾金水相生，肺为气之主，肾为气之根，肺为水之上源，肾为主水之脏，肺脏受邪，母病及子，肾中精气蒸腾气化失司，则水道不利，停聚于体内无法蒸化的水液则变为痰饮阻碍气机，影响肾脏纳气，故可出现喘促，甚至顽固性低氧血症。

因此，韩云教授将痰作为脓毒症急性呼吸窘迫综合征的关键病因之一。除脏腑功能失调引起水液代谢障碍而形成的痰饮，热邪入里煎灼津液也是痰饮的成因之一。

1.2 外感热邪，首先犯肺 韩云教授提出，热亦为脓毒症急性呼吸窘迫综合征的主要病理因素之一。脓毒症急性呼吸窘迫综合征患者常见呼吸困难、发热、疲倦乏力、口渴、烦躁、神昏、腹胀、大便不通、小便黄等症状[4,13]。《黄帝内经》曰，“诸逆冲上，皆属于火”“诸躁狂越，皆属于火”“诸热瞀瘛，皆属于火”。火热之邪为脓毒症急性呼吸窘迫综合征患者的主要致病因素。火热为阳邪，其性炎上，易扰神，易伤津耗气，迫津外泄，“壮火食气”，气随津脱，可出现发热、口渴、汗出、烦躁、神昏等热象。“诸肿腹大，皆属于热”，肺热下移于阳明大肠，与肠中糟粕积滞相结，可出现腹胀腹痛、排便困难等症状。热结肠腑之阳明腑实，大肠气机不畅，传导失司，浊气易上逆乘肺，肺气壅塞更甚，而见胸闷、

咳逆、喘憋等症状，是以“邪痹于大肠，故上则为气喘争，大肠之病，亦能上逆而反遗于肺”。

1.3 痰热交阻 韩云教授认为，痰热交阻为脓毒症急性呼吸窘迫综合征发生的重要环节。痰与热可互为因果，内外合因，内生之痰可郁而化热，外感之热邪可炼液成痰，痰热内盛于肺，肺脏清肃失司；且痰饮可内而脏腑，外而筋骨皮肉，泛滥横溢，无处不到，以致人体气机不利，津液输布失常，气血生化无源，肺脏失于滋润濡养[14]。韩云教授在临床中发现，脓毒症急性呼吸窘迫综合征患者以发热、喘促，甚则口唇紫绀，神志异常为主要表现，兼有咳痰，口干，腹胀，大便不通等症状，舌苔黄腻，多为滑、数脉，其中，痰液多黏滞不爽，甚至纤维支气管镜下可见其附着于气管壁上，胶痼难除，表现为一派实热、痰阻气机之象，故韩云教授认为，痰热互结是脓毒症急性呼吸窘迫综合征患者脱机困难、迁延难愈的重要原因。

1.4 急性虚证，肺气虚衰 韩云教授认为，脓毒症急性呼吸窘迫综合征多属虚实夹杂，邪实正虚，虚证贯穿整个病程。现代研究表明，脓毒症急性呼吸窘迫综合征的主要发病机制为炎症因子大量释放入血，过度的炎症反应导致免疫麻痹或免疫抑制，免疫功能紊乱是脓毒症急性呼吸窘迫综合征的主要发病机制之一[15-16]。脓毒症急性呼吸窘迫综合征后期部分患者会出现肺纤维化，其病机可能与水液停聚和气血津液不足，肺脏失于濡养，肺叶痿废有关[17]。脓毒症急性呼吸窘迫综合征起病快，病程短，临床表现看似以实证为主，但患者常有疲倦乏力、懒言短气等症状。韩云教授认为，本病属外感热病，起病急、传变快，易化燥伤阴，内陷生变。正气为热邪快速侵蚀，伤津耗气，正邪相争，正气受损，出现急性虚证。且热邪易灼液为痰，阻滞脏腑气机，肺失宣降而发为喘。脾失健运，津液输布障碍，气血生化无源，脏腑失于濡养，进一步加重病情。若不加以干预，则将发展为气血阴阳俱虚的危重症，可能出现烦躁不安、面唇青紫、肢冷汗出等喘脱危症。因此，呼吸困难不仅是因痰热交阻致气机不畅，更要注意虚证贯穿疾病始终，以肺气虚为主，可以根据患者平素体质分为慢性虚证和急性虚证。

1.5 痰、热、虚相互作用 有学者从瘀论治脓毒症急性呼吸窘迫综合征，韩云教授对本病中瘀血的形成有自己独特的见解。《重订广温热论》中言“因伏火郁蒸血液，血被煎熬而成瘀”，《瘟疫论》中云“凡大热病后，脉络之中必有推荡不尽之瘀血”，赵以德亦言“湿热久停，蒸腐气血而成瘀浊”，无论是热灼血液成瘀、气虚无力推动血行而成瘀，还是痰湿与热邪相合，阻碍气机，血行不畅而成瘀，都可见瘀为痰、热、虚相互作用形成的病理产物，故韩云教授着重于把握最根本的病因病机，提出脓毒症急性呼吸窘迫综合征的痰、热、虚三个核心病机。

综上，韩云教授认为，痰、热为脓毒症急性呼吸窘迫综合征的主要病理因素；脓毒症急性呼吸窘迫综合征的关键病机为痰热壅盛，肺气虚衰。

2 辨证论治

韩云教授师从晁恩祥教授，在治疗脓毒症急性呼吸窘迫综合征时常根据晁恩祥教授的治肺八法(疏风宣肺法、清肺化痰法、温肺化饮法、补肺益肾法、补肺通络法、温阳利水活血法、通腑泻肺开窍法、清肺涤痰开窍法)分析总结，从而形成自己针对该疾病的诊疗思路。

2.1 清热化痰以祛邪 脓毒症急性呼吸窘迫综合征属虚实夹杂之证，标实多为痰热交阻，根据晁恩祥教授治疗急症“急则治标，祛除病邪”的治疗大法[18]，此时当清热化痰。清热之中常需利湿化痰，痰饮去则热无所依，势必孤矣。痰浊易蒙蔽清窍，火热亦扰神，均会出现神志异常的症状，“湿与温合，蒸郁而蒙蔽于上，清窍为之壅塞，浊邪害清也”，故可酌情加用醒神开窍类中药。“肺气不清，下移大肠，则腹乃胀”，脓毒症急性呼吸窘迫综合征肺热腑实证临床上常见，韩云教授针对这一证型，根据“肺肠同治”理论，在宣白承气汤基础上，总结出了宣肺调肠方，用以治疗脓毒症急性呼吸窘迫综合征属气虚痰热腑实证者，疗效甚佳[13]。

2.2 补虚以扶正固本 韩云教授指出，整个病程都不可忽视补虚的重要性，虚证自始至终都存在于脓毒症急性呼吸窘迫综合征病程中，气血阴阳均有不足的可能，其中尤以气虚为要。虚则补之，可以选择人参，人参具有大补元气、复脉固脱、补脾益肺、生津养血的作用，为补气第一要药，且其性平和而不助长热毒之邪。现代研究表明，从人参中提取的人参皂苷具有改善脓毒症患者的微循环功能、减轻炎症反应和调节免疫紊乱的效果[19-20]。气血亏虚的患

者，不能仅仅补气养血，一味补益会加重气机的阻滞，反而不利于病情，要配伍行气活血药，方能补而不滞。

3 病案举例

古某，男，29岁，主诉：发热3天，气促、昏迷半天。于2024年5月25日入住本院重症监护室。患者2024年5月22日出现发热，觉眼部肿胀、下肢沉重，未就诊。2024年5月25日早晨出现气促，活动后明显，后逐渐出现口唇紫绀、气促加重、意识模糊、冷汗淋漓，120救护车到现场时予开放气道、无创呼吸机辅助通气。本院急诊查氧合指数78.7 mmHg（1 mmHg≈0.133 kPa），即予气管插管接有创呼吸机辅助通气，纯氧支持，予抗炎、化痰平喘、护胃等治疗；病情危重，收入ICU监护治疗。入院症见：患者昏迷，形体肥胖，近期体质量约120 kg，颜面、肢体水肿明显，气管插管接有创呼吸机辅助通气，气促，间断发热，口鼻腔、气管内吸出少量黏稠血性分泌物，尿少，舌未及，脉数有力。查体：体温36.8 ℃，心率109次/min，呼吸25次/min，血压136/82 mmHg，血氧饱和度（SpO_2）83%（纯氧支持），体质量指数（BMI）55.3。形体肥胖，颜面部、双眼睑明显水肿，皮肤湿冷，口唇紫绀。双肺呼吸音粗，双下肺少量干湿性啰音。腹部膨隆，按压腰腹部、双下肢可见重度凹陷性水肿。西医诊断：重症肺炎；脓毒症；急性呼吸窘迫综合征。中医诊断：暴喘，肺热腑实证。治疗上，西医予实施肺保护性通气策略，镇痛镇静、俯卧位通气、限制性液体管理、抗炎、抗感染、调节免疫、化痰、解痉平喘、维持电解质平衡等治疗。

2024年5月26日首诊：患者体胖，镇静状态，气促、发热；口鼻腔血性分泌物，少量黄白黏痰夹少许血性分泌物；颜面部、腹部、腰骶部、双下肢水肿，尿少色淡黄质清，大便未解，下睑充血水肿。舌未及，脉滑数、有力。

病机分析：患者年轻男性，此次感受温热病邪，急性发病，表现为发热，气促，痰黄黏夹少许血性分泌物，尿少，脉滑数有力等一派热象，热扰心神则意识模糊，肺热移于大肠则大便难解。温邪上受，首先犯肺，肺脏气机不利则发为气促，加之患者发热，伤津耗气，气虚则无力运化水液，水液停聚而成痰饮，且热邪炼液为痰，患者体型肥胖，平素即为痰湿体质，发病后可见颜面、肢体、腰腹部均可见重度凹陷性水肿，为痰湿流注于全身各处，阻滞气机，痰饮阻于肺，进一步导致肺气宣降失常，出现黄痰、呼吸窘迫的症状。此时，邪盛势猛，但仍不能忽视虚证，患者痰湿重，平素脾胃气虚，不能运化水液，发病后，出现气促、口唇紫绀等肺气虚的急性虚证表现。

韩云教授从痰、热、虚论治，当以清热化痰、利水泄浊为法，方用宣肺调肠方合五皮饮加减，处方：生石膏（先煎）30 g，大黄（后下）10 g，苦杏仁10 g，瓜蒌皮15 g，厚朴15 g，黄芪30 g，桑白皮15 g，陈皮10 g，茯苓皮10 g，大腹皮10 g，五加皮10 g，泽泻10 g，牡丹皮10 g。

方解：本方重用生石膏，取其性大寒，以清热泻火，张锡纯《医学衷中参西录》云：“石膏……有透肌解表之力。”同时，热邪耗伤津液，生石膏味甘辛，能除烦止渴。大黄荡涤胃肠积滞，泻肺通腑，其性猛利，善下泄，可清无形之邪热，通有形之燥屎，脏腑合治，正所谓“急下存阴”“攻下直折”，且“肺与大肠相表里”，解大肠热结，便是在清肺腑热邪。生石膏与大黄同用，通过汗、下法，导热邪从肌表、大便而解。肺宜苦，苦能肃降肺气，苦杏仁效能降气平喘，润肠通便，调畅气机。瓜蒌、厚朴，均入肺胃大肠经，前者清热涤痰，后者燥湿化痰，两者同用化痰力量强，瓜蒌尚能宽胸散结，润燥滑肠，厚朴下气除满，共同除湿理气，缓解湿阻气滞所致的气促、呼吸窘迫，全身浮肿，大便不通等症状。黄芪乃补气之要药，取其补气以扶正祛邪之功效，补虚泻实，祛邪而不伤正。五皮饮出自《证治准绳》，取其行气化湿，利水消肿之效，加用泽泻，加强利水渗湿的作用，同时能导热下行，痰饮去则气机畅。方中配伍少量清热活血化瘀的牡丹皮，使本方补而不滞。

2024年5月29日二诊：患者气促，发热，热峰38.2 ℃，高热时神昏，气管内吸出少量黄黏痰，颜面部、腹部、腰骶部、双下肢水肿仍明显，小便调，每天解黄色软便1次、量少，下睑充血水肿稍好转，舌未及，脉滑数、有力。

病机分析：患者仍有发热，脉数，痰黄黏，热邪尚在，正邪交争剧烈；高热且痰浊内生，易扰神蒙蔽清窍，所以出现神昏；患者气促，一方面要继

续清热化痰以祛邪，使脏腑气机恢复正常，虽然大便已解，但量较少，另一方面，虚证贯穿病程始终，不可忽视，要加强补虚的力度。下睑水肿情况有所改善，但全身水肿明显，脉滑，水饮仍泛溢肌表，需进一步利湿行水。

韩云教授治以清热平喘、通腑泻热、通阳利水，方用麻杏石甘汤、五皮饮、五苓散(倍量)、大承气汤合四逆汤加减，处方：麻黄10 g，苦杏仁10 g，生石膏(先煎)30 g，青皮10 g，瓜蒌皮30 g，桑白皮20 g，陈皮10 g，茯苓10 g，泽泻60 g，猪苓60 g，薏苡仁60 g，桂枝10 g，大黄(后下)10 g，芒硝(冲服)10 g，麸炒枳实20 g，厚朴20 g，石菖蒲30 g，羚羊角粉(冲服)0.3 g，熟附子(先煎)5 g，干姜10 g，炙甘草15 g，黄连5 g。

方解：此方韩云教授加强了针对痰、热、虚这三方面的用药，攻补兼施。麻杏石甘汤包含一诊中的大量石膏及苦杏仁，且麻黄发汗解表宣肺力量强，取其“火郁发之”之义，此方能清热宣肺平喘；痰饮方面在五皮饮的基础上倍用五苓散，且加用薏苡仁健脾利水渗湿，进一步运化痰饮；予大承气汤加强通便作用，导热邪从大便而解；石菖蒲及少量羚羊角粉能清热化痰开窍；“病痰饮者，当以温药和之”，患者急性虚证，浮肿难消，当予四逆汤，既能回阳补虚，又能通阳助痰饮代谢，黄连为反佐药，能清热解毒，泻火降逆，防止四逆汤辛温太过。

2024年6月12日三诊：患者神志清，氧合指数215 mmHg，下调镇静及呼吸支持参数。现稍气促，间中低热，动则大汗淋漓，黄色软便或烂便，每天2～3次、量中，肢体水肿较前减轻。舌暗红、苔白厚腻、中有剥苔，脉滑。

病机分析：患者症状明显改善，痰热从汗、粪便而出，患者神志转清，热势不高，肢体水肿较前减轻，气促改善。然患者舌暗红、苔白厚腻，脉滑，可见痰热之邪仍在。现患者动则大汗淋漓，为气虚不能固摄津液；舌中有剥苔，粪便软烂，此乃脾胃虚弱，运化无力，正虚邪恋。

韩云教授治以温化痰饮、健脾益气，方用麻杏石甘汤、五苓散、四逆汤合四君子汤加减，处方：炙麻黄5 g，苦杏仁10 g，生石膏(先煎)30 g，干姜15 g，炙甘草20 g，熟附子(先煎)10 g，瓜蒌皮30 g，泽泻30 g，猪苓30 g，桂枝10 g，茯苓20 g，白术30 g，太子参30 g，生晒参10 g，五指毛桃30 g，红参10 g，麸炒枳实10 g，厚朴10 g，石菖蒲30 g，鸡内金10 g，香附10 g。

方解：本次处方在上一方基础上去大承气汤、五皮饮，五苓散减量，同时方中含有苓桂术甘汤既能温阳化饮，又能健脾利湿，此时邪气不盛，无需用大量攻邪药，以免损伤正气。发热等表证改善，原方麻杏石甘汤中麻黄减量。患者肺脾气虚，予四君子汤及补益药补气健脾，再配伍香附等行气药调畅气机。

2024年6月19日四诊：患者氧合进一步好转，改无创呼吸机辅助通气，无发热，活动后稍气促，轻微咳嗽，咯少量黄白黏痰，上腹部叩诊鼓音，小便调，解黄色稀便或水样便，每天3～4次，量中。全身水肿基本消退。舌红嫩、边有瘀点、苔白腻、中有剥苔，脉滑。

病机分析：现患者咳嗽，有黄白黏痰，舌红嫩，可见仍有少量热邪在表；咯痰，水肿基本消退，舌苔仍白腻，脉滑，尚有湿浊阻滞而见舌边瘀点等气血运行受阻之象；活动后稍气促，腹胀腹泻，舌中有剥苔，大病之后正气虚损，仍需补益肺脾之气。

韩云教授治以宣肺化痰、燥湿健脾、行气化瘀，予麻杏石甘汤、三仁汤、五苓散合四君子汤加减，处方：炙麻黄5 g，苦杏仁10 g，生石膏(先煎)30 g，陈皮15 g，炙甘草20 g，瓜蒌皮30 g，炒薏苡仁30 g，白豆蔻(后下)10 g，槟榔10 g，草果10 g，麸炒枳实10 g，厚朴10 g，桂枝10 g，猪苓30 g，泽泻30 g，白术30 g，茯苓20 g，太子参30 g，五指毛桃30 g，桃仁10 g，鸡内金10 g，砂仁(后下)6 g。

方解：本方效不更法，仍用麻杏石甘汤祛邪，五苓散、苓桂术甘汤利湿行水，四君子汤健脾益气，现患者稍有气促，咳黄白痰，加用三仁汤清利湿热，宣畅气机。方中加用白豆蔻、槟榔、草果、五指毛桃、鸡内金等消食健脾之药，助脾胃运化，气血生化有源方能补虚。同时，予太子参补气，桃仁活血，砂仁行气，使全方补而不滞。

2024年6月21日患者生命体征平稳，由ICU转入呼吸专科。

[参考文献]

[1] XU H，SHENG S，LUO W，et al. Acute respiratory distress

syndrome heterogeneity and the septic ARDS subgroup[J]. Frontiers in Immunology, 2023, 14: 1277161.

[2] MATTHAY M A, ARABI Y, ARROLIGA A C, et al. A New Global Definition of Acute Respiratory Distress Syndrome[J]. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2024, 209(1): 37-47.

[3] LIU C, XIAO K, XIE L. Advances in the use of exosomes for the treatment of ALI/ARDS[J]. Frontiers in Immunology, 2022, 13: 971189.

[4] 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]. 全科医学临床与教育, 2015, 13(4): 365-367.

[5] 张东伟, 陈岩. 暴喘临证辨治探析[J]. 中国中医急症, 2015, 24(2): 369-370.

[6] 王宜艳, 陈伟. 从“毒”“瘀”“虚”谈脓毒症的中医治疗进展[J]. 中国中医急症, 2017, 26(9): 1609-1612.

[7] 徐保转, 王荣辉, 贾菊红, 等. 基于“态靶理论-调控炎性反应机制”探讨中医药防治脓毒症新策略[J]. 中医临床研究, 2024, 16(17): 124-128.

[8] 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.

[9] 骆长永, 王双, 李雁. 从“毒、瘀、虚”论治急性呼吸窘迫综合征探析[J]. 中国中医急症, 2017, 26(5): 823-826.

[10] 朱金凤, 陈建荣, 高想. ALI/ARDS的辨治思维与方法探析[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(33): 3727-3729.

[11] 张雪玲, 邱占军, 黄迪, 等. 从“圆运动失调-瘀毒致损”谈脓毒症肺损伤[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(10): 1-9.

[12] 左天, 袁春燕, 马世红, 等. 基于大气虚陷与毒瘀内蕴探讨脓毒症急性呼吸窘迫综合征中医病机[J]. 新中医, 2021, 53(16): 196-201.

[13] 周耿标, 赖芳, 韩云. 韩云教授宣肺调肠方治疗脓毒症急性呼吸窘迫综合征临证经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(5): 633-635, 638.

[14] 蓝嘉欣, 韩云, 赖芳. 基于脏腑气机理论分析脓毒症急性呼吸窘迫综合征[J]. 中医药导报, 2021, 27(7): 221-226.

[15] 姚咏明, 张艳敏. 脓毒症发病机制最新认识[J]. 医学研究生学报, 2017, 30(7): 678-683.

[16] 郭伟, 李平, 陈翠, 等. 脓毒症诱导T细胞功能紊乱及免疫治疗进展[J]. 临床急诊杂志, 2020, 21(9): 758-762.

[17] 刘森, 廖尖兵, 王文譞, 等. 从肝论治特发性肺纤维化[J]. 中医学报, 2019, 34(5): 920-923.

[18] 李际强, 张忠德, 韩云. 晁恩祥教授治疗急症的学术思想初探[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(18): 194-195.

[19] 张振波, 徐秋萍. 人参皂苷Rg1联合抗生素治疗小鼠脓毒症急性肺损伤[J]. 四川大学学报(医学版), 2020, 51(3): 371-375.

[20] 李建龙, 闫中博, 郭亚雄. 人参皂苷在脓毒症治疗中的研究进展[J]. 微循环学杂志, 2021, 31(3): 76-80, 85.

(责任编辑: 刘淑婷)