◆临证医案◆

从太阴阳明论治高血糖高渗状态合并发热医案1则

何晓琳[1]，刘峰[2]，季兵[3]，刘天[4]

1. 广州中医药大学，广东 广州 510006
2. 广州中医药大学第三附属医院，广东 广州 510378
3. 广东祈福医院，广东 广州 511400
4. 佛山市中医院，广东 佛山 528000

[关键词] 高血糖高渗状态；发热；太阴阳明；医案
[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415（2025）12-0235-04
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.12.044

高血糖高渗状态是糖尿病最严重的并发症之一，多表现为2型糖尿病的首发症状，但其临床表现复杂多变，以进行性神志障碍为特点，且该病合并感染性发热极易发展为危重症。现整理介绍从太阴阳明论治高血糖高渗状态合并感染性发热医案1则，以飨同道。

1 医案

曾某，女，67岁，2023年9月10日入院。主诉：反复发热、意识改变1周。家属代述：患者于1周前无明显诱因出现发热、咳嗽咳痰、流清涕，测体温最高39 ℃，无恶心呕吐、胸闷心悸、腹痛腹泻等，自行服用布洛芬等解热镇痛药，症状未见缓解，后逐渐出现全身乏力、意识状态改变、行为动作异常，甚至一过性昏厥。2023年9月8日由家属送至广宁县中医院住院诊疗，入院后检查：血糖(BG)50.2 mmol/L，钾（K^+）2.7 mmol/L，钠（Na^+）170 mmol/L，氯（Cl^-）126 mmol/L。2023年9月9日广宁县中医院查尿液示：葡萄糖（+++），尿蛋白（++），潜血（+++），白细胞酯酶（+++），白细胞计数838个/μL，红细胞计数1 781个/μL；血肌酐93 μmol/L，血浆渗透压371.55 mmol/L。予降糖补液及对症治疗后症状未见明显改善，转至佛山市中医院就诊。入院时见：嗜睡状态，面色少华，皮肤、口唇干燥，语声低微，发热，偶有咳嗽，无腹泻，胃纳欠佳，睡眠差，大小便失禁。患者近期体重无明显变化，既往有动脉硬化病史，具体不详，否认药物食物过敏史。体格检查：体温38.0 ℃，心率80次/min，呼吸28次/min，血压148/80 mmHg。嗜睡状态，时有躁动，语声低微，对答不切题，查体欠合作，被动体位。双肺呼吸音清，双下肺可闻及湿啰音，心律欠齐，房颤征，各瓣膜听诊器未闻及病理性杂音。腹稍膨隆，腹肌软，查体不配合，肠鸣音存。未见明显肢体浮肿，四肢肌力、肌张力查体不配合，生理反射存在，病理征未引出。2023年9月10日本院急诊头颅、胸部及上腹部CT平扫示：双肺炎症。舌淡红、苔少，右脉沉弱，左脉弦细滑。西医诊断：糖尿病性高渗状态；2型糖尿病；泌尿道感染；双肺肺炎。中医诊断：消渴病，淋证，发热；属太阴阳明合证。阅CT片观患者肺部感染较轻，考虑发热由泌尿道感染引起，治疗上，西医予头孢曲松、氟康唑抗感染，静

[收稿日期] 2024-05-23
[修回日期] 2025-04-28
[作者简介] 何晓琳（1999-），女，硕士研究生，E-mail：1195397184@qq.com。
[通信作者] 刘峰（1980-），男，医学博士，副主任医师，硕士研究生导师，E-mail：lftcm@163.com。

脉泵入0.9%氯化钠溶液联合胰岛素补液降糖，氯化钾注射液纠正电解质紊乱，布地奈德雾化解痉及对症治疗。

2023年9月11日一诊：神志转清，间有躁动、谵语，发热，热峰38.0 ℃，伴咳嗽，痰少而黏，无气促、胸闷胸痛等不适，纳食差，睡眠一般，尿管引出尿液2 795 mL，大便未解，舌淡红、苔少，右脉沉弱、左脉弦细滑。单纯运用西医治疗改善欠佳，从中医方面考虑，证属太阴阳明合并症，中医治以运太阴降阳明为法，方拟麦门冬汤加减，处方：麦冬40 g，姜半夏、甘草各6 g，人参、大枣各10 g，粳米5 g。共3剂，每天1剂，水煎服。

2023年9月13日二诊：患者神清，少许烦躁，时谵语，语声低微，已无发热，体温36.5 ℃，咳嗽减少，无咳痰，觉乏力，无头晕头痛、胸闷气促、口干口苦等不适，胃纳少，睡眠可。今日予拔除尿管，小便频数，大便质干，3天1次，舌淡红、苔薄白，右脉沉滑，左脉弦细滑。易方为附子理中汤合桃核承气汤合猪苓汤加减，处方：白术、干姜、炙甘草、人参(生晒参)、桃仁、炒附子、猪苓、茯苓、泽泻、阿胶(烊化)、滑石、大黄(后下)各15 g，桂枝30 g，芒硝(冲服)10 g。共3剂，每天1剂，水煎服。

2023年9月17日三诊：精神一般，无发热，无咳嗽咳痰，纳一般，睡眠尚可，小便次数减少，大便每天1次。舌淡红、苔薄白，右脉沉滑，左脉弦细滑。中药予前方去阿胶、滑石，继服7剂。

2023年9月24日四诊：精神尚可，无发热、咳嗽咳痰，纳眠佳，二便正常。病情好转，血糖控制稳定，各项指标较前恢复，予出院。

按：此案患者为老年女性，太阴脾土素虚，消渴罹病日久而未予重视，近期外邪侵犯，正邪交争，发为本虚标实之证。《灵枢·五变》言：“五脏皆柔弱者，善病消瘅。”论述消渴病患者多五脏虚弱，抵抗力差，加之嗜食肥甘厚味，或食寒饮冷，中伤脾胃，气津运化失调，发为口干多饮、多尿等典型消渴症状，本案患者来诊时因意识障碍难以识别口干多饮症状，但通过观察其皮肤、口唇干燥，及各项指标提示机体处于脱水状态，符合消渴病伤津的临床表现；消渴日久伤及气阴、脾肾，易外犯湿邪，中焦运化失常，太阴脾土不升，阳明大肠通降失调，故二便不调；胃中阳明不降，胃热化火，邪热上扰心神，见烦躁谵语；又恐其感风邪，袭阳表，上部肺先受邪，太阴肺脾阴津亦亏，发为燥咳；正邪相争迫热外出，肺脾津亏，而下行的水液又生湿生瘀，故而热势缠绵；舌淡红、苔少，右脉沉弱、左脉弦细滑，乃阴阳不和之象，治从运太阴降阳明。

一诊予麦门冬汤加减，方中重用麦冬以润肺，清肺中伏火，《本草新编》载：“但世人未知麦冬之妙，往往少用之而不能成功，为可惜也。不知麦冬必须多用，力量始大。”故麦冬在此用至40 g。用人参大补元气，使阳生则阴自成形，配伍辛散之半夏，既降胃气，又化黏痰。炙甘草以补脾益气，合粳米、大枣、人参补中，意在培土生金。全方得以运脾化津、降胃伏火。

二诊已无发热，舌苔转薄白，津液渐复，但患者体虚，余邪留恋与太阴脾土，太阴湿化不及，水液代谢障碍，故而小便不利；阳明不降，浊邪出路不通，胃中痰饮水郁，饮食滞留胃肠，则腑气不通，余热与瘀相结，津伤肠燥；右脉候阳，左脉候阴，右脉沉滑属土虚水寒之象，左脉弦细滑，表明水湿郁而化热，兼阴分不足，易方选用附子理中汤温中健脾，桃核承气汤降阳明实火，猪苓汤泻热逐水又防伤阴液。方中附子温肾暖脾，合干姜回阳通脉，人参配干姜甘温益气，并以炙甘草补中缓急，白术大升脾气，使补中有升，浊阴自降。又予桃仁活血破瘀，大黄化瘀泻热，二者并用逐瘀泻热；芒硝泻热软坚，助大黄下瘀泻热；桂枝温通血脉，有助桃仁活血之功，又防硝、黄之凉遏。猪苓专以淡渗利水，甘淡之泽泻、茯苓，甘寒之滑石，共益猪苓利水渗湿；阿胶滋阴润燥，又防诸药渗利太多伤阴。

三诊予上方去滋腻碍脾之阿胶、伤元阳气之滑石继服。上三方合用，降阳明之热，运中焦太阴脾土，既泻阳明实热又顾护中焦脾胃，使患者恢复“阴平阳秘”的自然状态。

2 讨论

2.1 浅解太阴阳明论 高血糖高渗状态合并泌尿道感染性发热，临床常表现为口干多饮、多尿、发热、尿频、尿急、尿痛，甚至瘀热互结出现神昏、谵语等神志变化，属中医消渴、淋证、发热范畴。其病机为脾虚津匮，肺胃燥热，水液偏渗膀胱，兼瘀热互结，本病症状、病机复杂，不应拘泥于单病单方论治，六经辨证对此有较大优势。太阴病和阳明病

是疾病所处的不同阶段，但二者皆因脾胃气血不足或气机升降失调导致气血津液输布障碍，太阴和阳明两经又存在密切的联系，《素问·太阴阳明论》曰：“太阴阳明为表里，脾胃脉也。生病而异者何也？岐伯对曰：阴阳异位，更虚更实，更逆更从，或从内或从外，所从不同，故病异名也。”太阴阳明互为阴阳表里，所对应胃腑在阳位易变实，脾脏在阴位易生虚，各自阴阳属性不同，病名相异；脾胃同为仓廪之官，在消化饮食水谷过程中，太阴阳明虚实相互转化，胃受纳水谷为实脏，又将腐熟后的水谷精微上传于脾，虚脾转而为实，脾精四布又转而成虚，如此循环往复，太阴实则阳明虚，阳明实则太阴虚；更逆更从则指太阴阳明的生理升降功能，胃纳水谷、大肠传化糟粕属降为从，脾运化精微、肺宣发水津属升为逆[1]。

2.2 顾太阴阳明升降燥湿平衡 《伤寒论》言：“阳明之为病，胃家实是也。”“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。”中焦脾胃主津液的生成与输布，阳明胃腑喜润恶燥，胃中津液不足则化燥生火上逆胸咽；脾喜燥恶湿，太阴脾病多表现为一派寒湿症状，但脾阴亏虚常被忽略，白长川认为，脾津是后天津血的本源，应重视脾阴的运化补养[2]。运太阴之意不单纯在于健运脾湿，而在调整津液运行，恢复中土斡旋之力，使机体燥湿相对平衡。阳明与太阴可共主津伤化燥之变，故脾胃之气阴充足是阳明得降、太阴得升的基础要求[3]。

2.3 从太阴阳明论治消渴合并淋证发热 太阴脾经与阳明胃经互为表里，共属中焦司水液运行，消渴的发生常系肺脾肾虚，本质在于脾虚，津液统摄失常，故治疗消渴病多从太阴论治，因湿浊瘀热下蓄膀胱，合并有发热、淋证症状，故以降阳明之火，清泻瘀热为法。齐玉茹认为，太阴阳明发热责之于水寒土虚、土不伏火，此类患者年老肾衰，又饮食不节，致水寒土虚，湿浊内生，有形浊邪郁而化热，燥热内结而致发热[4]。太阴阳明所致发热总体归于土虚水寒，但需根据升降燥湿程度辨证论治。本案初诊时无明显太阴寒湿证表象，因其土虚甚于水寒，总体病机在太阴阳明升降失调，水液无以上行而肺胃津枯，水湿偏走二道则二便失禁，湿浊壅滞、瘀热津枯而内热缠绵，若先降其阳明之火恐伤其太阴之虚，初诊时先救里阴为主，次降阳明；再诊时肺脾阴液渐复，阳明胃肠之火尚盛，可降阳明实火，不忘健运脾肾，固本清源，兼以利水使湿从小便而去，水津布散恢复正常亦助肠腑通降。

2.4 治方之选 麦门冬汤出自《金匮要略》，“大(火)逆上气，咽喉不利，止逆下气者，麦门冬汤主之。麦门冬汤方：麦门冬七升，半夏一升，人参二两，甘草二两，粳米三合，大枣十二枚。上六味，以水一斗二升，煮取六升，温服一升，日三夜一服”，其多用于气火上逆之咳嗽。后叶天士《临证医案指南》中载有60多则运用麦门冬汤化裁治疗的医案，丰富了该方的辨证思想和处方经验[5]，其核心病机皆属肺胃阴虚，治以清养肺胃为主，兼顾他脏。在药物剂量上，麦冬用量为半夏的七倍，二者相反相成，使麦冬润而不腻，半夏降而不燥。方中予甘寒之麦冬[6]七升为君药，专于清养胃阴，亦可降气下气；辅以人参、甘草益肺脾之气，粳米、大枣益胃补脾，合为臣药；而肺气逆者，胃气必逆，故少佐苦辛之半夏降逆化燥，与麦冬相反相成。上六味相合得以培土生金，润燥相济，降胃气和运脾津。麦门冬汤合方主太阴之升、阳明之降，甘润为主，燥湿为辅，可用于治疗太阴阳明经气阴不足、气机上壅之病[7]。方佳[8]用高脂高糖饮食联合小剂量链脲佐菌素(STZ)建立糖尿病模型，以空腹血糖(FBG)>16.7 mmol/L为成模标准。将糖尿病大鼠随机分为糖尿病模型组、二甲双胍组和麦冬寡糖低、中、高剂量，给药4周后记录观察其糖脂代谢指标变化，发现麦冬寡糖能显著降低糖尿病大鼠低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)等血脂水平，明显改善糖尿病大鼠的胰岛素抵抗和糖耐量受损。此外，麦门冬汤具有抗纤维化、改善肺功能、调节血管因子以及促进胃排空等作用[9]。

附子理中汤针对脾胃阴阳升降失常病证大有裨益，附子理中汤的雏形即“腹满者，去术，加附子一枚”，后世收录处方组成不一，功效主治略有不同，而现代应用附子理中汤(丸)主要是由《伤寒论》理中丸加制附子而成。方中附子属十二经纯阳之要药，加大命门之火上蒸脾土，温煦脾阳[10]；附子走而不守，故辅守药干姜[11]温中回阳，人参可补脾益气，共司臣药；又予以佐药白术健脾燥湿；炙甘草调和诸药，为使药。诸药合用，可调节中焦枢纽，培补元阳，恢复脾胃升降之机。药理研究发现，附子理

中汤具有抗炎镇痛、免疫调节、调节血糖血脂以及抗肿瘤等多种作用[12]。

桃核承气汤乃《伤寒论》中太阳蓄血证的代表方，“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下……外解已，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤”。论述蓄血证多发生于外感后，太阳表邪化热入里，热与血互结于下腹，其人常以发狂、少腹拘急疼痛、小便不利为主要表现。后世临床运用中，桃核承气汤不限于太阳阳明合病，常被用于治疗下焦瘀热的阳明腑实证。方中桃仁活血逐瘀、桂枝[13]平冲降逆，又助桃仁通经脉，大黄[14]、芒硝兼具泻热通下之功，炙甘草调和诸药，整体偏降阳明，攻泻瘀热。

猪苓汤为《伤寒论》中治疗水热互结代表方，《伤寒论》言：“若脉浮，发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。”猪苓汤方中猪苓、茯苓入脾经，淡渗脾土之湿，泽泻、滑石泄热降浊，阿胶养阴润燥，补太阴之虚，并养血润木，有健运中气，左升清气，右降浊阴之功，可用于升降失常的消渴、痢疾、泄泻、呃逆、黄疸等诸多病症。现代研究发现，猪苓汤可应用于多种小便不利的疾病，如尿路结石、泌尿系感染、慢性肾小球肾炎等[15-16]。

消渴之人常里热津伤，合营卫亏虚，或先天肺脾肾虚，邪风化热伤津，需辨别标本虚实，合并发热、谵语、尿频急等标实之象不可单纯妄用清热利湿之品，观其脉证，乃可知其人正气盈亏，时刻顾护其本，不可攻伐太过而伤其根。本案患者因阳明燥金不降、太阴湿土不升则中焦枢机不利，治疗以运太阴脾土，降胃明胃热，调节中焦枢纽，恢复升降平衡为原则，灵活运用培土生金，清胃降火，温补下元，下瘀泻热兼清热利水等治法，实现阴阳调和，上下兼治。综上，高血糖高渗状态病危率高，合并感染性发热和其他疾病更是增加救治难度。本病案患者予西医治疗后症状改善不明显，联用中药后病情趋于康复，体现了中医中药在急重症中的卓越疗效。

[参考文献]

[1] 曾志威，季文达，陈洪．从太阴阳明角度释义五加减正气散[J]．中医临床研究，2021，13(14)：27-28．
[2] 海英，佟梁，白长川．白长川教授脾胃新论学术思想探析[J]．中华中医药学刊，2020，38(12)：14-17．
[3] 冯依伊，薛鸾．从阳明与太阴论治干燥综合征[J]．江苏中医药，2022，54(8)：20-23．
[4] 罗士针，邹志才，颜芳，等．齐玉茹运用升太阴、降阳明法治疗反复发热经验介绍[J]．新中医，2015，47(12)：9-11．
[5] 王子薇，张丽艳．叶天士应用麦门冬汤医案探赜[J]．中国中医药现代远程教育，2024，22(2)：41-44．
[6] 陈聪爱，赵京博，徐文秀，等．经方方元之麦冬人参半夏组合的应用与启示[J]．中华中医药杂志，2023，38(3)：1135-1138．
[7] 张晓境，何雨欣，蔡华珠，等．麦门冬汤治疗太阴阳明合病的阴虚型便血的思考[J]．中国中医药现代远程教育，2024，22(16)：86-88．
[8] 方佳．基于代谢组学和肠道菌群分析探讨麦冬寡糖抗2型糖尿病的作用机制[D]．广州：广州中医药大学，2021．
[9] 何泉，郭超峰．麦门冬汤研究进展[J]．西部中医药，2024，37(2)：131-135．
[10] 李小会，屈云，屈杰，等．《伤寒论》温阳法中“角药”配伍特点[J]．中国中医药信息杂志，2020，27(1)：120-122．
[11] 赵婉璐，潘轶，徐诗蕙，等．以附子、肉桂、干姜为例探讨走守配伍的研究进展[J]．中华中医药杂志，2022，37(12)：7240-7243．
[12] 汪云伟，王兴灵，何娅，等．附子理中汤(丸)药理作用与临床应用研究进展[J]．中药与临床，2022，13(4)：71-76．
[13] 马新童，张南南，白东海，等．桃核承气汤理论探索与临证运用[J]．中医药通报，2023，22(5)：24-27．
[14] 刘朋军，张冰仪，司国民．经方中大黄配伍应用规律探析[J]．亚太传统医药，2024，20(3)：202-206．
[15] 张蒙蒙，翟文生，张佳伟，等．猪苓汤化学成分及效应机制研究进展[J]．陕西中医，2024，45(1)：143-145．
[16] 段兴旺．猪苓汤联合抗生素治疗老年女性复发性下尿路感染的临床观察[J]．中国民间疗法，2021，29(14)：88-89，95．

(责任编辑：刘淑婷)