

## 梁群基于急性虚证辨治脓毒症发热之经验

张时浩 汪苗

(黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江哈尔滨 150040)

指导: 梁群

**摘要** 脓毒症为危急重症, 病死率居高不下, 发热为其最常见的症状。目前, 多数中医师治疗脓毒症发热以清热为主要方向, 效果不尽如人意。梁群教授认为脓毒症患者入院前多会出现慢性发热, 多为低热, 容易被忽视, 且患者多合并基础疾病, 体质本虚, 病程中出现的发热表象是由多种致病因素造成的短时间内阴阳、气血、脏腑功能迅速虚衰的证候表现, 即所谓“急性虚证”, 气血阴阳亏虚, 因虚致热。梁教授提出治疗脓毒症发热应以益气固本解毒为根本法则, 扶正固本, 截断扭转, 自拟益气回春汤, 随症加减, 临床疗效显著。附验案1则以佐证。

**关键词** 脓毒症发热; 急性虚证; 益气回春汤; 方证对应

**基金项目** 国家自然科学基金面上项目(81974557); 国家自然科学基金面上项目(81774276); 黑龙江省科学技术厅重点研发项目(GY2021ZB0198)

脓毒症是由多种因素导致的全身炎症反应综合征, 如果早期不及时有效地进行治疗, 会发展成为严重脓毒症、脓毒性休克, 甚至死亡<sup>[1]</sup>。发热是脓毒症最常见的症状, 也是构成全身炎症反应综合征的重要因素, 当发热失去控制, 会继发多器官功能衰竭(MODS)等不良后果<sup>[2]</sup>。临床针对脓毒症发热患者首先给予对症支持治疗, 包括抗感染、液体支持等以减轻患者不适, 但对患者整体疗效及预后并不理想。

梁群教授为长江学者、黑龙江省名中医、龙江名医、第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。梁教授临床观察到, 脓毒症发热患者在入院前会有一个慢性发热的过程, 由于热势不高, 容易被忽视; 当常规采取清热解毒法对脓毒症发热患者进行治疗时, 会出现病情无改善, 热势始终不退, 或热度虽短暂下降, 但因清热解毒法进一步耗伤患者体内阳气, 导致病情急速发展, 不

## 参考文献

- [1] 马丽媛, 吴亚哲, 陈伟伟. 《中国心血管病报告2018》要点介绍[J]. 中华高血压杂志, 2019, 27(8): 712.
- [2] 国家心血管病中心. 中国心血管健康与疾病报告2020[J]. 心肺血管病杂志, 2021, 40(9): 885.
- [3] 蔡腾达, 罗陆一, 何绪屏, 罗陆一. 运用望诊及补肾活血法治冠心病经验[J]. 中医药导报, 2020, 26(16): 203.
- [4] 周祎然, 袁红霞. 论消化系统中的脾实证治及桂枝类方在其中的运用[J]. 吉林中医药, 2022, 42(4): 389.
- [5] 佚名. 黄帝内经素问[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2017.
- [6] 佚名. 灵枢经[M]. 周鸿飞, 李丹, 整理. 郑州: 河南科学技术出版社, 2017: 20.
- [7] 高士宗. 黄帝素问直解[M]. 于天星, 整理. 重庆: 科学技术文献出版社, 1982: 21.
- [8] 陆懋修. 世补斋医书[M]. 于峥, 魏民, 校注. 北京: 中医古籍出版社, 2014: 98.

- [9] 孙广仁, 郑洪新. 中医基础理论[M]. 3版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 48.
- [10] 张仲景. 金匱要略[M]. 徐成贺, 编订. 郑州: 河南科学技术出版社, 2019: 19.
- [11] 程引, 张治国. “脾实”与“泻脾”探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(4): 533.
- [12] 姚佳音. 《普济方》脾脏门脾实证初探[J]. 上海中医药大学学报, 2019, 33(2): 11.

**第一作者:** 蔡景太(1990—), 男, 硕士研究生在读, 研究方向为中医药治疗心血管疾病。

**通讯作者:** 程红, 医学博士, 主任中医师, 教授, 硕士研究生导师。bchlhy@163.com

收稿日期: 2022-09-16

编辑: 傅如海

久病至亡阳阶段,预后不良。梁教授认为,脓毒症病程中出现的发热表象是由多种致病因素造成的短时间内阴阳、气血、脏腑功能迅速虚衰的证候表现,即所谓“急性虚证”。梁教授长期从事中西医结合治疗急危重症工作,其依据急性虚证理论,提出针对脓毒症发热的根本治则——益气固本解毒,并拟益气回春汤,临床获效满意。笔者有幸随梁教授侍诊,现将其治疗脓毒症发热的经验介绍如下,以飨同道。

### 1 脓毒症发热的病机——气血阴阳亏虚,因虚化火热

急性虚证是脓毒症发热的病理类型,也是其发生发展的病机关键。王今达教授团队<sup>[3]</sup>遵循六经辨证、卫气营血辨证提出了治疗脓毒症的基本大法“三证三法”,将脓毒症分为热证、瘀证和急性虚证。梁教授结合古籍中“正气存内,邪不可干”“邪之所凑,其气必虚”等理论,认为脓毒症患者在发热出现之前,其机体本身就已经出现虚证表现。临证可从以下几点探究其病因病机。

1.1 气阳两虚,虚火独旺 脾胃为气血生化之源,气虚为病,多责之中焦,正如脓毒症患者发病前经常食欲不振、不思饮食。脾虚下陷,中焦虚寒,残阳外浮而致发热,此时如果误用清热药就会加速病情恶化;脾阳不足,不能腐熟水谷,不能生血,血虚而致发热或导致阴虚,阴虚则热;脾胃气虚,升降失常,气机不畅,郁滞而化热;脾胃气虚,谷气下流而蕴为湿热,使下焦阴火上冲而致发热等<sup>[4]</sup>。常见以气虚为主的临床表现有:气短懒言,体倦乏力,常自汗出,动则尤甚,舌淡红、舌边有齿痕、苔白,脉虚弱,同时并见心、肺、脾、肾气虚的相应症状<sup>[5]</sup>。常见阳虚发热的临床表现有:发热而欲近衣,形寒怕冷,四肢不温,少气懒言,头晕嗜卧,纳少便溏,面色皤白,舌质淡胖或者舌有齿痕、苔白润,脉沉细无力等<sup>[6]</sup>。

1.2 津液亏虚,化燥伤阴生热 《针灸甲乙经》<sup>[7]</sup>提及:“是阳气有余而阴气不足,阴气不足则内热,阳气有余则外热”,《十药神书》<sup>[8]</sup>中也说:“人生于阳根于阴,阴气亏则阳自胜……发热面红,无不相因而致”,都提到了阴虚内热的内在机理。脓毒症患者久病慢病,津液摄入不足或消耗太大,津液虚亏,阴气亏损,从而发热。梁教授认为如果只是单纯的津液不足,会化燥而并不一定会发热,只有当阴气虚损的时候才会发热。常见以阴虚为主的临床表现有:头晕耳鸣,失眠多梦,健忘,形体消瘦,咽干口燥,潮热,五心烦热,盗汗,颧红,舌红少苔或无苔,脉细数等<sup>[9]</sup>。

1.3 血液亏虚,耗阴化热 《内外伤辨惑论》<sup>[10]</sup>云:“血虚发热,证象白虎,惟脉不长实为辨耳,误服白虎汤必死。此病得之于饥困劳役”,这里也提到对于发热的患者并不能直接用白虎汤等寒凉清热方药,尤其是脓毒症患者出现急性虚证的证候表现时,要审证求因,不可妄下诊断。梁教授认为,血虚阴阳失交,阳亢而发热。究其根本,在脓毒症发病前,大多数患者机体就已经出现正气不足的表现,加之内外之邪影响脾胃,进一步导致气血生成不足,阴血亏虚致阳无所依,阳无所敛而聚于表,浮阳发热。梁教授认为单纯的血虚并不一定会生热,因血虚的主要表现为面色苍白、头晕眼花、爪甲无华等,只有当血虚的同时伴有阴气损伤,才会出现阳亢发热的表现。常见以血虚为主的临床表现有:面白无华或萎黄,唇色淡白,爪甲苍白,头晕眼花,心悸失眠,手足发麻,舌淡苔白,脉细无力,其主要体现在心肝二脏上<sup>[11]</sup>。

脓毒症患者气血阴阳亏虚的基础上,突遭外来邪侵,内外合病,机体在短时间内正气大量耗伤,可形成急性虚证,而此时的发热不是火热毒胜的实热,而是虚热,但它的热势有可能因为急性起病而表现为高热。

### 2 脓毒症发热的治疗——益气固本解毒

2.1 扶正固本,强调截断治疗 脓毒症发热患者是以急性虚证为本,主因短时间内气血阴阳亏虚,在外邪的引动下,产生高热或低热等热势明显之症。究其根本,还是阴阳失去平衡。气血阴阳是中医最核心的体现,血与气一阴一阳,维持着人体生命的平衡。可运用现代医学和中医学理念共同阐释本病机理:肾主骨生髓,骨髓产生免疫细胞,脾为气血生化之源,脾气与血细胞生成有一定联系,血液中含有大量的免疫细胞<sup>[12]</sup>,当机体受到严重感染、创伤后出现过强过激的免疫炎症级联反应,消耗先天之肾气与后天之脾气。气血之间的相互转化也表现出免疫成分、血细胞之间的化生与再生关系。当急性虚证产生时,机体正气严重受损,气血大量耗伤,机体卫外、防御功能下降,此时邪气侵袭,必然导致免疫系统紊乱,从而出现发热不退的表现,再夹杂其他症状,最终危及患者生命。因此,梁教授提出“截断治疗”这一思想,强调治疗应早期扶正,积极扶正,把握患者疾病的发展走向,判断疾病的预后,主张在合适的时间运用大剂益气扶正药物,截断患者的病情进展,达到治疗疾病的目的。

2.2 益气固本解毒为其根本法则 梁教授提出运用益气固本解毒为根本治法治疗脓毒症急性虚证, 临证以气血阴阳为基, 通过人参补气、当归养血、麦冬养阴、肉桂助阳, 四者为底, 并通过气能生血化阴理论, 以补气药为主, 创立了益气回春汤。药物组成: 丹参、白术、陈皮、蒲公英、紫花地丁各 18 g, 当归、麦冬、桃仁各 12 g, 黄芪 24 g, 人参、三七粉、生地黄、砂仁各 16 g, 炙甘草 6 g, 大黄、肉桂各 8 g。此方亦可改善脓毒症患者出现的免疫损伤。

方中黄芪、白术、人参为君, 临床可根据患者正虚情况及热势高低来调节剂量, 三药又以人参为主, 补元气以防脱, 证方药相应, 三者又有甘温除热之妙, 且培土生金, 可更好地增强患者免疫功能, 调节机体紊乱状态; 蒲公英、紫花地丁虽有清热之用, 但意在“解毒”, 方中清热药较少, 但能结合大剂益气扶正药物, 排邪气而不伤气血, 可明显改善脓毒症发热不愈的情况; 当归、丹参、三七粉活血化瘀、养血通经, 治疗正虚伴气血瘀滞; 麦冬、生地黄有增液汤之妙, 滋阴润燥、养阴壮水, 寓泻于补, 以补药之体作泻药之用, 既可攻实, 又可防虚; 大黄、桃仁配伍, 刚柔相宜, 大黄得桃仁, 专入血分, 荡涤瘀血, 加强活血力量, 两药合用更可以通便走下, 釜底抽薪, 泻热安神; 陈皮、砂仁理气健脾、行气安胃, 与君药相伍, 加强补养后天之力, 使全方补而不滞; 肉桂辛热为中介, 益火以消阴; 炙甘草调和诸药。如发热但形寒怕冷、纳少便溏者, 可加附子、山萸肉、淫羊藿等温阳助运、引火归元之品; 如发热兼心悸失眠、肢体麻木、大便干燥者, 可加阿胶、黄精、桑椹等养血补阴之品。

### 3 验案举隅

王某某, 女, 69 岁。2022 年 8 月 2 日初诊。

主诉: 意识不清伴高热 3 h。患者平素身体差, 2 d 前无明显诱因出现喘促伴呼吸困难、心慌、纳差, 入院当日上午无明显诱因发热, 自行口服“安乃近”退热(具体用量不详), 发热症状未缓解。数小时后患者意识不清、高热、四肢瘫软。送往黑龙江中医药大学附属第一医院急诊, 以“呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾病、高血压病”收入重症医学科。刻下: 患者意识不清, 颈强直, 四肢瘫, 瞳孔对光反射消失, 喘促伴呼吸困难, 高热, 不欲饮食, 小便少, 大便秘结, 舌黄、苔厚腻有裂纹, 脉促。查体: 体温(T) 40.0 ℃, 脉搏(P) 188 次/min, 呼吸频率(R) 33 次/min, 血压(BP) 150/72 mmHg (1 mmHg ≈ 0.133 kPa), 血氧 86%, 双侧瞳孔等大约 3 mm, 对光反射消失, 颈静脉怒张, 呼

吸三凹征, 双肺可闻及大量干湿啰音, 心界正常, 心动过速, 无心脏杂音, 无心包摩擦音, 腹部隆起, 未触及明显压痛及反跳痛, 四肢冷, 肌力 0 级, 肌张力减弱。

辅助检查: C-反应蛋白 10.74 mg/L ↑, 白细胞计数  $21.33 \times 10^9/L$  ↑, 中性粒细胞计数  $20.18 \times 10^9/L$  ↑; 纤维蛋白原 1.76 g/L ↓, 血浆 D-二聚体 9.94 μg/mL ↑, 纤维蛋白(原)降解产物 21.10 μg/mL ↑; 谷胱甘肽还原酶 341.40 U/L ↑, 丙氨酸转氨酶(ALT) 889.00 U/L ↑, 天冬氨酸转氨酶(AST) 2 943.00 U/L ↑, γ-谷氨酰氨基转移酶 139.00 U/L ↑。血气分析示: 酸碱度(pH) 7.2; 血二氧化碳分压(PCO<sub>2</sub>) 82.1 mmHg; 降钙素原(PCT): 3.34 ng/mL。心电图示: 室上性心动过速, 完全性右束支传导阻滞。

西医诊断: (1) 脓毒症; (2) 全身炎症反应综合征; (3) 充血性心力衰竭; (4) 重症肺炎; (5) II 型呼吸衰竭; (6) 代谢性酸中毒; (7) 急性肝衰竭; (8) 急性肾功能不全。中医诊断: 厥病(急性虚证兼痰热蒙窍)。治则: 益气固本, 化痰排毒。治疗: (1) 西医给予抗炎、化痰、抑酸、纠正电解质紊乱及酸碱失衡、营养支持等; (2) 依据科室优势病种诊疗方案, 予中药汤剂益气回春汤加减。中药处方:

石菖蒲 20 g, 胆南星 5 g, 麦冬 18 g, 黄芪 45 g, 白术 24 g, 人参 18 g, 当归 20 g, 陈皮 16 g, 桔梗 16 g, 生地黄 20 g, 砂仁 16 g, 蒲公英 18 g, 桃仁 12 g, 大黄 10 g, 地龙 20 g, 肉桂 16 g, 炙甘草 8 g, 紫花地丁 14 g, 浙贝母 12 g, 竹茹 18 g, 葶苈子 12 g。3 剂。每日 1 剂, 水煎 300 mL, 早晚餐后温服。

2022 年 8 月 5 日二诊: 患者意识转清, 发热症状明显好转, 体温 37.3 ℃, 双肺可闻及散在呼吸音, 四肢肌力转复, 但自觉周身乏力, 纳少, 小便量多, 大便排出臭秽污物, 舌苔黄、薄腻, 脉虚浮。予初诊方加泽泻 30 g、淡竹叶 15 g, 石菖蒲改为 16 g, 大黄改为 6 g, 生地黄改为 12 g, 去胆南星、浙贝母, 3 剂。

2022 年 8 月 8 日三诊: 患者意识清楚, 发热症状消失, 双肺呼吸音转清, 偶有排痰, 痰稀易咯, 乏力症状基本消失, 可在家人搀扶下行走, 纳差, 小便量稍多, 大便正常, 臭秽减轻, 舌淡、苔薄黄, 舌裂纹消失, 脉细有力。予二诊方加丹参 20 g、鸡内金 15 g, 黄芪改为 30 g, 人参改为 10 g, 当归改为 16 g, 砂仁改为 12 g, 去石菖蒲、桔梗、葶苈子、桃仁、紫花地丁, 7 剂。

2022 年 8 月 15 日四诊: 患者意识清楚, 发热症状消失, 偶尔咳嗽、咳痰, 四肢肌力恢复, 饮食正常, 二便正常, 舌淡、苔薄黄润泽, 脉略细有

力。查体：T 36.4℃，P 76次/min，R 18次/min，BP 115/80 mmHg，双侧呼吸运动对称，深度稍浅，双肺叩诊清音，肺下界正常，双肺可闻及少量湿性啰音，肌力V级，肌张力减弱，各项生理反射正常，病理反射未引出。辅助检查：C-反应蛋白<5 mg/L，白细胞计数 $7.82 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞计数 $5.91 \times 10^9/L$ ，纤维蛋白原3.04 g/L，血浆D-二聚体 $0.85 \mu\text{g/mL}$ ↑，纤维蛋白(原)降解产物 $3.13 \mu\text{g/mL}$ ，谷胱甘肽还原酶52.10 U/L，ALT 6.00 U/L，AST 14.00 U/L， $\gamma$ -谷氨酰氨基转移酶13.00 U/L；血气分析示：pH 7.436， $\text{pCO}_2$  46.2 mmHg， $\text{PCT} < 0.05 \text{ ng/mL}$ ；其他指标均较前明显改善。予出院，嘱患者避风寒，节饮食，不适随诊。

随访2周，患者自身感觉良好。

按语：本案患者平素身体较差，体质虚弱，2 d前无明显诱因出现喘促伴呼吸困难等症状，仔细询问发现当时患者略微出现低热症状，但并未重视，就诊当天口服西药后症状并没有明显改善。梁教授分析病情，结合四诊，认为患者符合急性虚证证型，遂予益气回春汤加减。方中以大剂量黄芪、白术、人参为君，补气健脾以治发热之源，扶正补虚以迅速截断病情恶化进展；因患者素虚，运化乏力，痰湿秽浊之邪上蒙，予石菖蒲、胆南星化痰开窍、安神醒脾；当归活血化瘀、养血通经，使其浮阳回归之后，依附在阴血之中，并针对机体正虚的基础上出现的气血瘀滞以达到畅通的目的；肉桂辛甘，温其下以引火归元，使患者离位之阴阳得到纠正，体复用存；麦冬、生地黄养阴生津，可清热退烧除烦；蒲公英、紫花地丁凉血消肿，取其解毒之效，对脓毒症免疫功能紊乱过程中的炎症风暴有很好的疗效；大黄、桃仁攻热泻火兼能荡涤体内瘀血及秽浊之邪，使患者宿便得以排出；陈皮、砂仁行气健脾、调中化滞，使患者气畅郁舒，又有改善纳差之功；浙贝母、竹茹、桔梗，三药相配，宣肺化痰、理气平喘，祛痰止咳之力强；葶苈子泻肺利胸水，使胸中不利之气机得以疏散；地龙舒经活络、清肺平喘，可明显改善四肢瘫痪兼喘促症状；炙甘草调和诸药。二诊时患者症状好转，但仍有发热、小便量多，大便排出臭秽污物，考虑体内邪气随二便排出，加泽泻泻热化浊，淡竹叶清热除烦利尿；患者意识转清，可减开窍豁痰醒神之石菖蒲用量；大黄本应中病即止，但邪气未尽，故减少用量；双肺可闻及散在呼吸音，痰饮之邪已退，故去胆南星、浙贝母。三诊时患者发热症状消失，但纳差、活动仍不利，考虑病久伤及血分，加

鸡内金健脾消食、化瘀积，加丹参祛滞生新，调经以顺脉；因患者乏力症状改善，遂减少黄芪、人参、当归用量；舌苔明显好转，故下调砂仁用量。患者意识已清楚，故去石菖蒲；痰稀易咳，遂去开宣肺气之桔梗、葶苈子；二便正常，臭秽减轻，体内浊邪基本消退，故去桃仁、紫花地丁。依据患者病情变化，方证对应可以有效改善脓毒症患者意识不清及高热等症状，并可有效调节机体免疫紊乱状态。

#### 4 结语

梁教授治疗脓毒症发热，重视体质因素，详询病史，认为患者往往因久病慢病致机体正虚于内。机体本虚，复感外邪，表证形诸于外，因此多数医家受现代医学影响，被发热表象所迷惑。梁教授依据“有是证，用是方”，从急性虚证角度入手，创立益气回春汤，做到了方证对应，为医治脓毒症发热提供了一个行之有效的方案。

#### 参考文献

- [1] 汪浪,张智琪,沈雪,等.老年脓毒症患者临床特征及预后影响因素[J].中国感染控制杂志,2022,21(4):377.
- [2] 陈含冰.外部物理降温与脓毒症预后的关系及其炎症机制的初步探讨[D].大连:大连医科大学,2021.
- [3] 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.
- [4] 郭萌,罗伟杰.健脾益气药在ICU脓毒症发热中的运用思考[J].中国中医急症,2020,29(6):1115.
- [5] 陈聪,王琦,苏泽琦,等.玉屏风颗粒调理气虚体质反复感冒患者临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(5):182.
- [6] 刘瑞春.再造散加味治疗癌性发热(阳虚发热证)的临床观察[D].长春:长春中医药大学,2019.
- [7] 皇甫谧.针灸甲乙经[M].北京:人民卫生出版社,1956:3.
- [8] 葛可久.十药神书[M].北京:人民卫生出版社,1956:2.
- [9] 张梦奇.虚热证中医文献及方药证治规律研究[D].北京:北京中医药大学,2015.
- [10] 李杲.内外伤辨惑论[M].北京:人民卫生出版社,1959:16.
- [11] 秦甜,刘建新,周小青,等.从血虚证探讨证的认识论特征[J].环球中医药,2014,7(8):612.
- [12] 张时浩,潘郭海容,冯文佳,等.基于急性虚证探讨脓毒症免疫紊乱机制[J].长春中医药大学学报,2022,38(3):341.

第一作者:张时浩(1997—),男,硕士研究生在读,从事中西医结合治疗急危重症研究。

通讯作者:梁群,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师。2955271723@qq.com

修回日期:2022-11-27

编辑:吴宁