

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.15.016

临证心得

从“伏邪”与“坏病”探讨脓毒症的治疗

陈腾飞*

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京市东城区美术馆后街 23 号, 100010)

[摘要] 脓毒症是重症医学科的主要病种之一, 结合脓毒症的现有研究和临床诊治体会, 从“伏邪”和“坏病”的角度探讨临床脓毒症的分类及相应的治疗策略。脓症患者根据来源不同, 可分为重症发病急诊收入和轻症发病经住院治疗病情进展加重后转入两种。前者宜从“伏邪”论治, 治宜重剂清透伏邪, 及早进行脏器支持治疗挽救器官功能; 后者宜从“坏病”论治, 注重精简治疗、精简药物、缓缓调治, 以使正气来复。

[关键词] 脓毒症; 伏邪; 坏病; 急危重症

脓毒症是现代医学的病名, 最新脓毒症诊断标准提出了脓毒症的快速序贯器官衰竭评分 (qSOFA 评分), 此评分更强调宏观症状和体征的改变对脓毒症诊断的意义^[1]。近 10 年来, 中医急诊重症界在临床诊治过程中对于脓毒症的认识不断深入, 先后发布了《脓毒症中西医结合诊治专家共识》^[2]、《高热 (脓毒症) 中医诊疗专家共识意见》^[3]、《中医药单用/联合抗生素治疗常见感染性疾病临床实践指南——脓毒症》^[4], 极大地提高了中医及中西医结合治疗脓毒症的疗效。笔者在深入学习应用以上共识意见的基础上, 结合临床诊治脓毒症之体会发现, 从中医学“伏邪”和“坏病”认识脓毒症, 以下详述之。

1 “伏邪”“坏病”之源流考订

“伏邪”这一名词最早见于吴又可《瘟疫论》, 曰“凡邪有所客, 有行邪, 有伏邪, 故治法有难有易, 取效有迟有速”^[5]。而早在《黄帝内经》等医籍中就已经有了“伏邪”之雏形, 如“冬伤于寒, 春必病温”; “冬不藏精者, 春必病温”, 可称为后世伏邪学说之滥觞。清代叶天士、王孟英、柳宝诒、吴鞠通诸温病大家, 通过临床实践, 对伏邪学说又进行了发挥和补充, 使之日趋完善。伏邪是

指急性热病中, 起病即表现为邪热在阴血分, 伴见热邪内郁继发的表气不畅, 而非真有表邪, 治疗不同于新感温病或伤寒之解表法, 起手即应清透里热^[6]。至民国刘吉人《伏邪新书》^[7], 已将伏邪由外感病引申而指导杂病。随着西医学的传入, 现代医家对于伏邪学说再次补充发挥, 用以指导治疗多种慢性感染性疾病^[8-9]、免疫疾病^[10-12]等。总之, 狭义之“伏邪”是起病即为邪热入于阴血分的急性外感热病的统称, 而广义之“伏邪”则是指可以使用清透邪热法治疗的一类疾病。

“坏病”一词最早见于《伤寒论·太阳病篇》, 曰“太阳病三日, 已发汗, 若吐, 若下, 若温针, 仍不解者, 此为坏病, 桂枝不中与之也, 观其脉证, 知犯何逆, 随证治之”; 《伤寒论·少阳病篇》亦云“若已吐、下、发汗、温针, 谵语, 柴胡汤证罢, 此为坏病, 知犯何逆, 以法治之”。“坏病”指伤寒病经过多种误治, 使其证候发生改变, 非原来设定之方可治疗, 必须根据误治的情况, 灵活地进行辨证施治, 故“坏病”是疾病经误治后证候变异的一种临床状态^[13]。但“坏病”并非一种固定的发病过程, 其表现取决于原发病、内伤基础、误治的种类等, 历代对“坏病”较少探讨, 其内涵亦未见扩充演变。在如今临床治疗中, 因西医疗之普及, 中医峻猛之治法如峻汗、峻下、催吐法已极少使用, 使得中医治疗中“证随药转”的误治现象不再明显。但目前中医临床中存在过用药性

基金项目: 北京市属医院科研培育计划 (PZ2018018); 北京中医医院院级课题暨两院合作课题 (YJ-201701)

* 通讯方式: 824053093@qq.com

寒凉的中药制剂或过用误用西医治疗,这些不当治疗仍会导致“坏病”的发生,表现为持续的危重状态^[14],因其具有隐匿性的特点,较少引起重视。

2 从“伏邪”“坏病”认识脓毒症

脓毒症患者根据来源不同可分为两大类:第一类是发病即为严重感染,出现意识改变、血压下降等生命体征不稳定表现,由急诊直接收入重症医学科,进行脏器支持治疗;第二类是起病时只是轻微的感染,于普通病房住院,经过数日的治疗病情不断进展加重,出现意识改变、呼吸喘促等危及生命的病情变化,达到脓毒症的诊断标准,而转入重症医学科进行抢救治疗。造成此临床现象的本质,是两类脓毒症患者不同的病理过程,可应用中医学之“伏邪”与“坏病”学说进行解释。

外感病的传变需要时间,正如《素问·热论篇》所言“今夫热病者,皆伤寒之类也,……伤寒一日,巨阳受之,……二日阳明受之,……三日少阳受之,……四日太阴受之……”。对于起病即迅速出现意识改变、呼吸改变、血压下降,符合脓毒症 qSOFA 评分标准者,属于非正常传变的外感病,类似于叶天士《温热论》所说的温邪“逆传心包”。在临床检验指标方面,表现为白细胞、C 反应蛋白、降钙素原的大幅度上升,血小板快速下降,凝血酶原活动度明显下降,丙氨酸氨基转移酶、肌酐等脏器损伤指标大幅度上升。

对于治疗数日后病情进展出现脓毒症者,属于《伤寒论》所说的“坏病”,多存在误用补法或过用寒凉等不当治疗。而误补除了补益类中药,还包括过度补液、过度营养治疗的情况;过用寒凉除了过用石膏、黄芩之类寒凉之品,还包括抗生素、清热解毒类中成药的过用及物理降温(如冰袋、冰毯、血液滤过)的滥用。不当的治疗使痰浊水湿之邪停聚,阻滞气机,热邪不易外达,则易内陷,故病情持续加重^[15],正如《伤寒论》所言:“一逆尚引日,再逆促命期”。此类患者在检验指标方面,表现为炎症指标虽有升高但持续升高的趋势不明显,肌酐、丙氨酸氨基转移酶等脏器损伤指标虽有升高但数值相对稳定,不会快速进展。

3 “伏邪”“坏病”对脓毒症治疗的指导意义

发病即为重症而收入重症医学科者,从“伏邪”论治。其属于素有邪热内伏,受外感诱发,内外合邪而发病,故病势急、病情重、进展迅速,早期即出现高热、神昏、肢厥等征象。治疗应迅速遏制病势进展,中医用药重在清透伏邪,且清热、

透邪、凉血、通下药物剂量宜重,可根据证候合用或先后使用;紫雪丹、安宫牛黄丸之类清热开窍之品应及早应用,以阻断邪气内闭心包之势;对于出现四肢厥冷者,多属于热深厥亦深,宜通腑泄热、开达气机为主,慎重使用温阳药物。西医治疗方面应积极补液、抗感染、维持血压,有脏器衰竭先兆者宜及早予机械通气或持续床旁血液滤过治疗。

对于起初非重症感染,经普通病房住院治疗后病情逐渐加重而转入重症医学科者,从“坏病”论治。对于“坏病”的论治,首先要通过四诊合参,“知犯何逆,随证施治”。最常见的不恰当治疗主要见于:1) 容量管理方面:老年患者多见液体负荷过重,非老年患者常见液体补充不足;2) 营养支持方面:常见肠内营养不能及时启动;3) 药物使用方面:常见抗感染药物、专科药物的过度使用及中药的不恰当使用。对此类患者,首先要通过临床诊察评估病情,可用到的诊察手段既包含中医的望、闻、问、切四诊、亦包含西医的视、触、叩、听四诊,以及床旁超声。对于患者的容量状态、心肺功能、胃肠功能、肝肾功能进行细致评估,对于治疗中存在的问题进行纠正。“坏病”的出现主要是治疗不恰当引起,故应注重精简治疗、精简药物,中药治疗多以调畅气机、和胃化湿、透热外达为法,避免过用寒凉,从而使机体正气缓缓得以恢复。

对于外科疾病引起的脓毒症,多为感染灶释放菌毒入血导致机体免疫失调而引起。多表现为热邪炽盛,发病即为热在营血,无外邪之递进过程,类似于中医外科之“疔疮走黄”。治疗用药当清营凉血防止陷闭心包,治疗思路与“伏邪”类似,而通过外科干预择时进行引流亦是治疗的关键。

4 从“伏邪”论治脓毒症典型病案

患者,女,65 岁。2019 年 3 月 5 日初诊,因“腹泻 3 日,高热、寒战伴昏迷 4 h”就诊于急诊科。患者 3 天前无明显诱因出现大便次数增多,质地及次数不详,伴纳差及精神不振,患者及家属未予重视。今晨家属发现患者神志欠清,发热寒战,急救车上测体温 40.3℃。入急诊科予监测生命体征:心率 130 次/min,血压 88/50 mmHg,白细胞 $29.6 \times 10^9/L$,肌酐 451 $\mu\text{mol/L}$ 。因病情危重,遂收入 ICU 系统治疗。入 ICU 主要诊断为:脓毒性休克、肠炎?泌尿系感染?急性肾功能衰竭、肝功能异常、代谢性酸中毒、低蛋白血症、弥散性血管内凝血(DIC)、2 型糖尿病。患者起病迅速,发病

即神昏,符合伏邪发病特点,入 ICU 立即予以补液升压纠正休克、抗感染、纠正 DIC、连续性肾脏替代治疗。刻下症见:发热、神昏,满腹胀痛,大便一次极臭秽,舌瘦红而干、苔薄而干燥、舌中心可见焦黄,脉沉细。证属阳明热盛内闭心包,予增液承气汤合菖蒲郁金汤加味,送服牛黄清心丸。处方:玄参 60 g,麦冬 30 g,生地黄 60 g,酒大黄 30 g,石菖蒲 15 g,郁金 30 g,莲子心 10 g,淡竹叶 10 g。每日 2 剂,共煎取 800 ml,每 6 h 取 200 ml 汤药送服牛黄清心丸 2 丸。经治疗 24 h 后患者热退神清,48 h 后脏器损伤逐渐恢复,腹部疼痛局限至右下腹,明确感染部位为右侧肾盂积脓,择期行膀胱镜手术引流,患者痊愈出院。

按语:本例患者起病迅速,发病即神昏,符合伏邪发病特点,治疗应重剂迅速取效,综合舌、脉、症状,证属阳明热盛伤阴,邪气内闭心包,所以予以大剂量增液承气汤,重用生地黄、玄参、麦冬救治阴伤,重用大黄清泻阳明之热。同时予以石菖蒲、郁金、莲子心清心开窍,并于一日之内服用 8 丸牛黄清心丸,以快速透邪醒神。在脏器支持治疗方面予以连续性肾脏替代治疗,经治疗后患者全身症状迅速改善,后明确感染部位,最终证实为右侧肾盂积脓,由专科手术引流后痊愈。

参考文献

- [1] SINGER M, DEUTSCHMAN CS, SEYMOUR CW, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3) [J]. JAMA, 2016, 315(8): 801-810.
- [2] 中国中西医结合学会急救医学专业委员会. 脓毒症中

西医结合诊治专家共识 [C]//中国中西医结合学会. 2008 全国中西医结合危重病、急救医学学术会议学术论文集. 天津: 中国中西医结合学会 2008: 1-8.

- [3] 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.
- [4] 中华中医药学会. 中医药单用/联合抗生素治疗常见感染性疾病临床实践指南: 脓毒症 [S]. 北京: 中华中医药学会 2017.
- [5] 吴又可. 瘟疫论 [M]. 北京: 学苑出版社 2003: 50-51.
- [6] 刘清泉, 高洁. 伏邪探源 [J]. 中医杂志, 2011, 52(2): 95-97.
- [7] 刘吉人. 伏邪新书 [M]//裴庆元. 三三医书. 北京: 中国中医药出版社 2012: 183-193.
- [8] 刘志斌, 杨冀平. 试述艾滋病“伏邪积损致虚”核心病机 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2008, 6(8): 880.
- [9] 蔡春江, 裴林, 李佃贵. 伏邪理论在慢性乙型肝炎治疗中的应用 [J]. 浙江中医杂志, 2002, 43(2): 7-8.
- [10] 唐宽裕, 于俊生. 从伏毒论治过敏性紫癜性肾炎初探 [J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1779-1781.
- [11] 刘红姣, 彭剑虹. 从伏气温病论治狼疮性肾炎 [J]. 中医杂志, 2008, 49(2): 101-103.
- [12] 宋绍亮. 从邪毒内伏论治类风湿关节炎 [J]. 江苏中医药, 2008, 40(1): 8.
- [13] 李宇铭. 论《伤寒论》之“坏病” [J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(6): 826-828.
- [14] DEUTSCHMAN CS, NELIGAN PJ. 重症医学循证实践 [M]. 周飞虎, 康红军, 译. 济南: 山东科学技术出版社, 2017: 381-386.
- [15] 陈腾飞. 论重症患者之湿邪 [J]. 中国中医急症, 2018, 27(11): 1981-1983.

(收稿日期: 2019-01-12; 修回日期: 2019-03-01)

[编辑: 黄健]