

本文引用: 崔夏雨, 姜超, 贺晨明, 李菲, 张文, 方邦江. “急性虚证”理论在急危重症中的临床应用与实践意义: 方邦江学术思想与临床经验研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(8): 1439-1444.

“急性虚证”理论在急危重症中的临床应用与实践意义 ——方邦江学术思想与临床经验研究

崔夏雨¹, 姜超^{2,3}, 贺晨明¹, 李菲¹, 张文⁴, 方邦江^{4*}

1. 陕西中医药大学第一临床医学院中西医临床医学系, 陕西 咸阳 712046; 2. 西安医学院第二附属医院, 陕西 西安 710038;
3. 陕西省脑疾病防治重点实验室, 陕西 西安 710021; 4. 上海中医药大学附属龙华医院急诊科, 上海 200032

[摘要] “急性虚证”是指多因素致使机体正气大量损耗、无力抗邪, 从而导致病邪直入、脏腑衰败的危重证候。从脓毒症、脑出血、COVID-19 三个急危重症分析其病因病机、证候特点、辨证治法, 以及“急性虚证”在西医中与免疫紊乱状态的联系。明确其复杂的临床表现、模糊的病理机制与疾病进程中不同阶段病理状态改变之间的关联。通过探讨中医学“急性虚证”理论与西医学急危重症临床症状之间的关系, 阐述“急性虚证”在急危重症治疗中的临床意义。

[关键词] 方邦江; 急性虚证; 急危重症; 学术思想; 加味锦红汤; 复元醒脑汤

[中图分类号] R2-0 **[文献标志码]** A **[文章编号]** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2023.08.015

Clinical application and practical significance of "acute deficiency pattern" theory in acute and critical diseases: FANG Bangjiang's academic thoughts and clinical experience

CUI Xiayu¹, JIANG Chao^{2,3}, HE Chenming¹, LI Fei¹, ZHANG Wen⁴, FANG Bangjiang^{4*}

1. Department of Integrated Chinese and Western Medicine, the First Clinical School of Medicine, Shaanxi University of Chinese Medicine, Xi'an, Shaanxi 712046, China; 2. The Second Hospital of Xi'an Medical University, Xi'an, Shaanxi 710038, China; 3. Shaanxi Key Laboratory of Brain Disorders, Xi'an, Shaanxi 710021, China; 4. Department of Emergency Medicine, Longhua Hospital of Shanghai University of Chinese Medicine, Shanghai 200032, China

[Abstract] Acute deficiency pattern is critical, in which multiple factors cause a large depletion of the body's healthy qi and the inability to resist pathogenic factors, resulting in direct attack of pathogenic factors and failure of the zang-fu organs. In this paper, the etiology, pathogenesis, characteristics, and treatment of acute deficiency pattern of three acute and critical diseases (sepsis, cerebral hemorrhage, and COVID-19), as well as the connection between acute deficiency pattern of Chinese medicine and immune disorders of western medicine were analyzed. The relationship among its complex clinical manifestations, ambiguous pathological mechanism and pathological changes at different stages of the disease process was clarified. By discussing the relationship between the theory of "acute deficiency pattern" in Chinese medicine and the clinical symptoms of acute and critical diseases in western medicine, the clinical significance of acute deficiency pattern in the treatment of acute and critical diseases was expounded.

[Keywords] FANG Bangjiang; acute deficiency pattern; acute and critical disease; academic thoughts; Modified Jinhong Decoction; Fuyuan Xingnao Decoction

[收稿日期] 2023-04-17

[基金项目] 国家重点研发计划项目(2018YFC1705900); 国家自然科学基金面上项目(81973811); 国家中医药管理局中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程)“岐黄学者”(国中医药人教发[2018]12号)。

[第一作者] 崔夏雨, 女, 硕士研究生, 研究方向: 中西医结合防治脑血管疾病的基础与临床研究。

[通信作者] * 方邦江, 男, 教授, 主任医师, 长江学者, 博士研究生导师, E-mail: fangbj@163.com。

方邦江教授是首届国家中医药领军人才“岐黄学者”、国家教育部“长江学者特聘教授”、国家重点研发计划首席科学家、上海领军人才、上海中医药大学急危重症研究所所长,从事临床 30 余年,对运用中医药治疗急危重症经验丰富,在治疗急危重症上见解独到,疗效确切。方邦江教授总结前人与同行对“急性虚证”的认识,第一次系统提出“急性虚证”理论,并提出“急者亦可治其本”的学术观念,突破了“急则治其标”的传统中医治疗原则。现将方邦江教授运用“急性虚证”理论治疗急危重症的思想介绍如下。

1 “急性虚证”理论概念与理论溯源

“急性虚证”是突然外感六淫、疫疠、中毒、各种外伤、失血、失液等急性的、严重的病理因素,导致人体正气迅速耗伤的一种病理状态,由于邪气过盛而超越了人体的抗病能力,进一步导致人体气血、津液迅速耗损甚至耗竭,属于临床急危重症中最严重的病理形式^[1]。“急性虚证”不同于一般虚证,“急性虚证”病程发展快,病情严重,预后较差,具有急、危、重的特点。

中医学中并没有系统提出“急性虚证”的相关病名和概念,但在诸多古代医籍的论述中均有类似记载,如在《黄帝内经》一书中就有对命名冠以“暴”“卒”“厥”等急性疾病所导致的“急性虚证”的描述,并认为:“三虚相搏,则为暴病卒死”(《灵枢·九宫八风》)、“三虚至,其死暴疾也”(《灵枢·岁露论》)。三虚为逢岁气不足的虚年,又时值月晦无光,四时气候失和,若人体平素虚弱,又遇到三虚的情况,内外相因,则会暴病暴死。又如张仲景《伤寒论》中病邪不经太阳初期及三阳阶段,直接进入三阴经的直中发病方式,皆为“急性虚证”之范畴,人体比较虚弱时,无法抵御外来邪气,病邪直入伤害三阴而致病。《景岳全书·厥逆》云:“气厥之证有二,以气虚气实皆能厥也。气虚卒倒者,必其形气索然,色清白,身微冷,脉微弱,此气脱证也。血脱者如大崩大吐或产血尽脱,则气亦随之而脱,故致卒仆暴死。”气脱血脱等所致四肢厥冷,脉微欲绝,此类症状都属“急性虚证”之危候。

近年来,“急性虚证”的发病率日益增多,可见于临床各种急性危症中,发展变化快,病情危重。一类原本属实证的疾病,随病程发展出现“急性虚证”的厥脱状态,如脑出血、脓毒症以及各种原因引起的休

克;或者原本就属严重虚证的疾病,急性严重外伤所致气脱血脱,亡阴亡阳。

2 “急性虚证”理论治疗急危重症的实践应用

2.1 脓毒症

脓毒症是致病菌侵入血液循环,并在血液中生长繁殖,产生毒素进而引发的急性全身性感染,即由于感染所引起的宿主全身性脏器炎症反应综合征^[2-3]。《中国脓毒症/脓毒症休克应急治疗指南(2018)》^[4]发布脓毒症的诊疗标准为:对感染或疑似感染脓毒症的患者进行脓毒症相关序贯器官衰竭评估(SOFA评分)结果 ≥ 2 分,可诊断为脓毒症。中医学中并没有提出“脓毒症”的相关病名,但根据其发热、炎症反应等临床症状特点,可将脓毒症归属于中医学“外感热病”“疽毒内陷”等范畴。

2.1.1 基于“急性虚证”理论对脓毒症病因病机认识

中医学认为脓毒症的病因为邪毒入侵和正气不足,正虚毒损为本病病机,本虚以正气虚为主,瘀血、痰浊、毒热壅滞血脉,导致气机逆乱,脏腑受损而发病。治法可分为活血化瘀、清热解毒、益气养阴、扶正固脱等^[5]。中医学认为,疾病的发生往往由正邪相争而引发,当人体感受外邪,正气抵御外邪,正邪相争,体内阴阳失衡,脏腑功能失调,从而致病。王今达等^[6]认为正邪相争、正气耗伤、邪毒瘀滞、正虚邪实为脓毒症的主要病机,分为毒热证、瘀血证、急性虚证 3 个证型辨证论治;刘清泉等^[7]将脓毒症的病机归为正虚毒损、瘀滞络脉,认为在脓毒症的全部发展进程中都应顾及正气、回阳固脱。综上所述,正邪交争而发病的观点说明正气亏虚存在于脓毒症的全部发生发展过程中。《素问·刺法论》中明确指出:“邪之所凑,其气必虚。”说明邪气入侵而致病的同时,体内正气必然也会受到损害,脓毒症为感受外邪而引发的疾病,该病的发生发展过程符合中医学正邪相争而发病的观点,正气亏虚是脓毒症的基本病机。“虚”是脓毒症的发病之本,虚的状态贯穿于脓毒症整个发展过程中。

相关研究表明,脓毒症的发展过程和人体的免疫功能紊乱有关,并且是脓毒症发生发展过程中不可忽视的重要机制,疾病发展过程中持续存在着免疫抑制,其诱导的免疫功能下降会影响先天免疫反应、适应性免疫反应,而免疫功能的下降又增加了感染的风险和对病原微生物的易感性。脓毒症的发展过程可分为全身炎症反应期和代偿性抗炎反应

期。早期免疫细胞的激活会释放大量的免疫因子,出现强烈的免疫反应;后期为了抑制这种过强的免疫反应,机体会启动人体免疫调节机制,这反而使体内出现过强的免疫抑制状态,最后导致人体免疫系统瘫痪,疾病恶化^[8]。免疫功能低下可以理解为正气虚弱,在脓毒症病程发展中,机体正气虚弱,易感性增强,免疫系统调动机体主动免疫,以此往复,最终导致各脏腑功能紊乱,甚至衰败。西医临床治疗脓毒症的方法主要是液体复苏、抗感染、血管活性药物、抗凝治疗等^[9]。

2.1.2 “急性虚证”理论指导下的脓毒症治疗方法 方邦江教授认为脓毒症的病机为正气虚弱,邪毒阻滞经络,气机紊乱,气血阴阳受损而致脏腑功能失调^[9]。由于“虚”的状态存在于脓毒症发生发展的全部过程中,方邦江教授主张“全程补虚”作为脓毒症的治疗原则,在脓毒症早期就开始补虚,扶正截断,培元驱邪,阻止疾病的进一步发展,随着邪毒深入营血,邪炽气营,出现高热神昏,采用救逆泄浊、益气养阴的治疗方法。并且,根据脓毒症发展的不同时期中“虚”的不同表现和程度,分别采用不同的补益药物。例如,早期脓毒症,可使用黄精、黄芪、太子参、北沙参等补气养阴,扶正祛邪;对于进展期、晚期的重度脓毒症,可加大人参用量至 50 g 以大补元气,增强患者的抗病能力,提高机体免疫力。方邦江教授临床应用加味锦红汤治疗脓毒症,加味锦红汤是在锦红汤的基础上加用黄芪、人参等药物,在锦红汤通腑泻热、泻下存阴的功效基础上达到行气活血、益气扶正的作用^[10-11]。WU 等^[12]通过网络药理学方法鉴定出锦红汤中具有 72 个活性成分和 426 个靶点基因,分析发现其中 116 个靶点通过 IL-17 和 TNF 信号通路在炎症反应和免疫调节中发挥重要作用,该结果显示脓毒症患者在接受锦红汤干预第 28~60 天后死亡率显著降低,并在干预第 7 天后 SOFA 评分也明显改善。朱玲等^[11]对加味锦红汤治疗脓毒症的临床观察中发现,加味锦红汤联合西医治疗组在下调血清中炎症因子水平和中医证候积分方面,较单纯西医对照组更具优势。加味锦红汤在临床上取得的确切疗效,进一步验证了方邦江教授“急性虚证”理论在治疗脓毒症中的指导作用。

2.2 脑出血

脑出血是指原发性的非创伤性的脑实质内出血^[13],是临床上常见的脑血管疾病。在我国,每年脑出血的发病率为 60/10 万~80/10 万,占全部脑卒中

的 20%~30%^[14]。高血压是引起脑出血的最主要病因,血管长期高压,脑内细小动脉发生病变(纤维素样变性、玻璃样变性),在血压骤然升高时,脑内血管破裂出血,称为高血压性脑出血,在原发性脑出血中占 80%以上。脑出血发生后,血液在脑实质内迅速聚集,导致正常解剖结构的破坏和局部压力的增加。临床上,根据血肿的扩张动态发现损伤发生在出血开始后的数分钟至数小时,主要是与肿块效应相关的机械损伤的结果,这些肿块最终导致血脑屏障破坏和致命的脑水肿,并伴有大量脑细胞死亡。血肿是炎症持续的来源,清除血肿、及时切除受损组织,对于缩短有害病理过程的时间,对实现更有效的恢复至关重要^[15]。临床上将脑出血分为 4 期,出血时间小于 24 h 为超急性期、出血时间 2~7 d 为急性期、出血时间 8 d~4 周为亚急性期、病程大于 4 周为慢性期^[16]。目前,我国脑血管疾病的发病率越来越高,且呈年轻化的趋势,由于脑出血具有高致死率和致残率的特点,且大多数患者都会出现不同程度的肢体偏瘫、认知障碍等后遗症,严重影响人们的生命健康和生活质量^[17]。

2.2.1 基于“急性虚证”理论对脑出血病因病机的认识 脑出血属于中医学“中风”范畴,始见于《黄帝内经》。但《黄帝内经》中只有关于中风的相关论述,如“大厥”“薄厥”“偏枯”,并认为:“虚邪偏客于身半,其入深,内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯”(《灵枢·刺节真邪》)。张仲景首次提出“中风”病名,“太阳病,发热汗出,恶风,脉缓者,名为中风”(《伤寒论·辨太阳病脉证并治》)。历代医家对中风病因和治法认识大体可分为两个阶段,唐宋以前主要以“外风”学说为主,以“内虚邪中”立论,如《金匱要略·中风历节病脉证并治》谓:“脉络空虚,贼邪不泻”。唐宋以后对中风病因有了进一步认识,如李杲认为“正气自虚”,并指出“凡人年逾四旬,气衰之际,或因忧喜愤怒伤其气者,多有此疾”。本病的病因病机主要为气血亏虚,心、肝、肾三脏气血阴阳失调,遇诱因后气血逆乱,上泛于脑,阴阳互不维系。方邦江教授认为大多数脑出血患者为先实后虚,因实致虚,最终导致脱证。脑出血患者常见病因为高血压,可以将高血压归属于实证,中医学中的“脉”与西医学中“血管”在解剖形态上具有高度一致性,循行于全身的“脉络”与西医学中小血管、微血管包括微循环关联性较高^[18]。高血压与气血关系紧密,血行于脉内,非气不运,血液运行需要依靠气的推动和固摄

作用,阳气亢盛时,推动血液流动过速,脉流薄疾;脉为血之府,阳邪入侵或内生火热时,阳气推动血行力量太过,血液妄行,易导致血液溢脉外而出血,此为实证。脑出血发生后,患者出现目合口开、手撒肢冷、脉微欲绝的急危证候则属于虚证。脑出血急性期中“脱证”的临床症状符合“急性虚证”理论,脑出血“急性虚证”病因病机为正气虚脱,阴阳离绝,精气去而神气脱,故见突然昏仆、不省人事、口开目合、手撒肢冷、气息微弱。

2.2.2 “急性虚证”理论指导下的复元醒脑疗法 针对脑出血导致快速的元气耗损,治宜益气回阳,救阴固脱,治当扶正祛邪、标本兼顾^[19]。方邦江教授以“复元醒脑”为治则,自拟组方为人参、三七、胆南星、大黄等药物的复元醒脑汤。方中重用大补元气,扶正祛邪,以补为通,元气足而瘀毒清;大黄和三七合用活血化瘀、通腑泻热;胆南星息风定惊,清热化痰^[20],共奏复元醒脑之效。前期实验和临床观察表明,复元醒脑汤可以通过调控血管内皮功能、促进血液循环、修复及改善神经缺损行为、降低血脑屏障通透性、减轻脑水肿程度、减少细胞凋亡及调节免疫和炎症反应等机制来防治脑出血^[21-24],印证了“急性虚证”理论治疗脑出血的可靠性。现代研究表明,黄芪甘温大补元气,补气以促血行,瘀血祛而脉络通,且黄芪可以双向调节血压,方邦江教授认为凡辨证为气虚型脑出血患者,不必看重血压的高低,都可大剂量使用黄芪,定会取得良好的临床疗效^[25]。

2.3 COVID-19

COVID-19是由新型冠状病毒引起的以发热、乏力、咳嗽为主要表现,并伴有胸闷、食欲不振及各种消化道症状等的新发传染性疾病,可经呼吸道飞沫和密切接触传染,炎症性先天免疫反应和适应性免疫反应会导致局部或系统性地组织损伤^[26],严重者可出现各脏器不同程度的病理性改变,如肺血管炎、肺间质纤维化、心肌细胞的变性坏死、脑组织充血水肿等^[27]。截至2022年11月23日,全球累计COVID-19确诊病例超6.3亿,累计死亡病例超660万,对全球人类生命健康带来了极大的威胁^[28]。临床治疗COVID-19主要使用的药物类别包括抗病毒药、炎症抑制剂、低分子量肝素等^[29-30]。

2.3.1 基于“急性虚证”理论对COVID-19病因病机认识 COVID-19属中医学“疫病”范畴^[31]。吴又可在《瘟疫论·原序》中指出:“夫瘟疫之为病,非风非寒非暑非湿,乃天地间别有一种异气所感”“疫者感天地之

戾气……此气之来,无论老少强弱,触之者即病。”说明疫病由感染异气所得,且有很强的致病性和传染性,大人小儿皆不能幸免。《素问·刺法论》云:“五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似。”《温病条辨·风温、温热、温疫、温毒、冬温》指出:“温疫者,厉气流行,多兼秽浊,家家如是,若役使然也。”表明感染疫毒后所表现的症状大多相似。薛雪在《湿热条辨》中指出:“湿热证,始恶寒,但后热不寒,汗出,胸痞,舌白,口渴不引饮。”而COVID-19的主要临床表现为发热、咽喉不利、咳嗽咳痰、口渴不欲饮、纳差、乏力、大便溏薄、舌苔白腻或积粉苔、脉滑或滑数^[32-33]。综上所述,COVID-19当属中医学“疫病”之“湿温”范畴。

方邦江教授通过对大量COVID-19患者的临床观察,认为正气在疫病的发生、发展及预后转归过程中,发挥着重要作用,正如《素问·刺法论》云:“五疫之至,皆相染易……不相染者,正气存内,邪不可干”。当人体正气强盛时,疫毒难以侵入人体,可见,如果感染了疫病,则表明人体正气受到了损伤,继而引发疾病。方邦江教授等根据对收治的COVID-19患者的临床观察与治疗,总结出该病的基本病机:肺胃(脾)同病,疫毒伤正,重者邪毒内陷。发病早期,感染毒邪,正邪交争;随着病程发展,病邪进一步入里化热,热毒耗伤气阴,出现虚证;重症期邪毒内陷,各脏腑功能失调,逐渐出现气血阴阳虚脱,最终亡阴亡阳。

2.3.2 “急性虚证”理论指导下的COVID-19治疗方法 COVID-19临床可分为4型论治,为轻型、普通型、危重症、恢复期,根据各阶段所表现出的临床症状,发现虚损状态存在于COVID-19的不同阶段^[34]。方邦江教授提出了“全程补虚”的治疗原则,治疗过程中应全程顾护正气,根据不同阶段的不同证候分别采用人参、北沙参、西洋参、黄精、黄芪、麦冬、冬虫夏草等补益药,在临床上取得了比单体西药治疗更好的疗效。

3 “急性虚证”理论在急危重症领域中的实践意义

3.1 明确了急危重症中“急性虚证”病因病机

急危重症病情复杂、病程进展快,预后差,急危重症患者气血阴阳严重失衡,出现气血阴阳虚脱导致各脏腑功能衰败,最终导致死亡。《素问·生气通天论》云:“阴阳离决,精气乃绝。”提示急危重症“急性虚证”的病因病机和急危重症患者若得不到及时有

效救治的最终结局。导致“急性虚证”的病因主要为气血阴阳的迅速亏虚甚至暴脱,各种因素引起机体气血阴阳的迅速损耗^[25, 35],急性外伤、暴吐暴泻、崩漏、咯血等所致气随血脱,气随津脱,血随气脱,甚则阴液暴脱,乃至亡阴亡阳。

3.2 指导急危重症临床救治中的治疗方法和方药应用

“虚则补之”为“急性虚证”的总体治疗原则,又根据引起“急性虚证”的具体病因病机进一步分而补益,主要治法有补益法、温里法、固涩法。方邦江教授在治疗“急性虚证”的过程中要求快速诊察,迅速准确地判断病情并辨证,用药稳准狠,敢于应用大苦、大寒、有毒等一些药性相对峻猛的药物,并且药量往往超出一般用量,并首次提出“治急者亦可治其本”,急救的同时不忘扶正固本,更有效地达到治疗目的。

3.3 丰富了中医药在急危重症领域中的理论与实践

“急性虚证”理论是方邦江教授在总结前人对“急性虚证”认识的基础上第一次系统提出的,笔者主要从脓毒症、脑出血、COVID-19三个疾病展开详细论述,该理论在临床中还用于其他急危重症的治疗,如急性出血、休克、急性左心衰、暴吐暴泻等。符合“急性虚证”理论的疾病基本为临床中常见的急危重症,患者死亡率高。方邦江教授作为上海中医药大学急危重症研究所所长,扎根临床30余年,运用“急性虚证”理论治疗急危重症,辨证施治,自创药方,中西医结合,大幅度提高了急危重症患者的生存率,丰富了中医治疗危急重症的理论与实践。

4 病案举隅

杨某,男,53岁。

患者既往有高血压病史,口服降压药十余年。2022年9月4日首诊,突然昏仆,神志不清,口舌歪斜,面红身热,躁动不安,口噤不开,喉间痰鸣,舌红,苔黄腻,脉弦滑,肺部可闻及痰鸣音。病属中风之中脏腑,证属痰热蒙窍证。治当清肝息风,辛凉开窍。方予天麻钩藤饮化安宫牛黄丸(北京同仁堂股份有限公司同仁堂制药厂,规格3g每丸)1粒。处方:天麻90g,钩藤12g,决明子16g,栀子9g,黄芩9g,川牛膝12g,杜仲9g,益母草9g,桑寄生9g,首乌藤9g,朱茯神9g。3剂,水煎鼻饲,并加用脱水、降压、保护脑细胞等西药。

二诊:2022年9月7日。患者神志略清醒,左侧

肢体瘫痪,喉间可闻及痰鸣声,舌红,舌苔黄腻,脉弦滑。治宜清热开窍,复元醒脑,方予复元醒脑汤加减:人参60g,胆南星30g,石菖蒲30g,大黄30g,三七15g,水蛭15g,益母草60g,生地黄30g,玄参30g。7剂,水煎鼻饲,每日两次。安宫牛黄丸每次1粒,每日3次。

三诊:2022年9月15日。患者神志清醒,精神萎靡,左侧肢体麻木无力,肌力2级,语言不清,舌淡,舌下有瘀斑,脉缓无力。治当补气活血通络,方予补阳还五汤合复元醒脑汤加减。处方:人参60g,三七15g,川芎9g,赤芍9g,桃仁6g,红花6g,当归尾6g,陈皮9g,胆南星48g,僵蚕12g,生白术60g,怀山药15g,苍术9g,玄参15g,水蛭6g。7剂,水煎服,每日两次。

四诊:2022年9月21日。患者神志清醒,可以对答,言语不清,左侧肢体部分功能恢复,肌力3级,舌淡,舌苔薄白,脉缓。治法:补气活血通络。拟前方化裁,处方:生黄芪120g,陈皮9g,桃仁6g,红花6g,川芎9g,赤芍9g,当归尾6g,胆南星48g,僵蚕12g,生白术60g,怀山药15g,苍术9g,玄参15g,水蛭6g,乌头9g,威灵仙21g,乌梢蛇9g,石菖蒲9g。14剂,水煎服,每日两次。

按:本案患者为中老年男性,发病时突然昏仆,面红身热、躁动不安,喉间痰鸣,方邦江教授断病为中风之痰热蒙窍证,予以天麻钩藤饮合安宫牛黄丸并西药治疗,以开窍醒神,挽救患者生命。二诊,患者神志略清醒,此时已元气大伤,应在辛凉开窍的同时,顾护元气,去天麻钩藤饮,加用复元醒脑汤。方中人参大补元气,扶正祛邪,为治本之药;胆南星、石菖蒲豁痰泄浊;三七、益母草、水蛭活血逐瘀;大黄泄热凉血以息风;生地黄、玄参清热凉血以息风。三诊,患者神志已清醒,停用安宫牛黄丸,但患者肢体麻木无力,舌淡有瘀斑,加用补阳还五汤以补气活血通络,僵蚕息风定痉,陈皮、生白术、怀山药、苍术益气健脾,滋养气血。四诊,患者言语不清,肢体功能仍未恢复,舌淡,去人参,加生黄芪至120g,气足则血行,血行则瘀去络通;乌头、威灵仙、乌梢蛇祛风通络。用药后患者病情好转,趋于平稳,转康复治疗。

5 结语

方邦江教授总结前人对“急性虚证”的相关论述,在中医、中西医结合急救医学有关研究的基础上,结合个人30余载急救临床经验,首次提出“急性

虚证”系统理论,明确了急危重症中“急性虚证”的病因病机,指导急危重症临床救治中的治疗方法和方药应用,丰富了中医药在急危重症领域中的理论与实践。

参考文献

- [1] 方邦江, 孙丽华, 卜建宏, 等. 论“急性虚证”理论及其在急救临床的应用(上)[J]. 中国中医急症, 2017, 26(10): 1724-1726.
- [2] 高冬娜. 脓毒症中医辨证分型、负性共刺激分子表达和参芪扶正疗效的临床研究[D]. 大连: 大连医科大学, 2017.
- [3] 彭伟, 赵平, 郭鑫鑫, 等. “全程补虚”在脓毒症防治中的应用策略探析[J]. 中国中医急症, 2022, 31(6): 1019-1021.
- [4] 中国医师协会急诊医师分会, 中国研究型医院学会休克与脓毒症专业委员会. 中国脓毒症/脓毒性休克急诊治疗指南(2018)[J]. 中国急救医学, 2018, 38(9): 741-756.
- [5] 孔令博, 晏军, 张迪, 等. 中医药治疗脓毒症领域临床优势的探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(5): 211-218.
- [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(11): 643-644.
- [7] 刘清泉, 张伟, 姜良铎. 瘀毒伤络、阻络病机与脓毒症[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(17): 199-200.
- [8] 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): 341-345.
- [9] 梁群, 付嘉明. 黄连解毒汤加味对脓毒症热毒炽盛证患者血流动力学和微循环灌注的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(10): 1263-1266.
- [10] 张文, 方邦江, 卜建宏, 等. 锦红汤在感染性疾病中的应用及效应机制研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(2): 298-301.
- [11] 朱玲, 赵平, 李萍, 等. 加味锦红汤联合西医常规疗法治疗脓毒症临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(10): 57-59.
- [12] WU X X, HE C M, LIU C Y, et al. Mechanisms of JinHong Formula on treating sepsis explored by randomized controlled trial combined with network pharmacology[J]. Journal of Ethnopharmacology, 2023, 305: 116040.
- [13] 邓平, 吴晓牧. 高血压脑出血病理生理机制研究进展[J]. 中华脑血管病杂志(电子版), 2010, 4(4): 267-278.
- [14] 胡蓉, 邓凯文, 陈青, 等. 超早期康复护理在高血压脑出血患者术后应用的效果观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(9): 1530-1535.
- [15] ARONOWSKI J, ZHAO X R. Molecular pathophysiology of cerebral hemorrhage: Secondary brain injury[J]. Stroke, 2011, 42(6): 1781-1786.
- [16] 杨鑫勇, 王凯华, 刘丹宁. 中西医结合治疗脑出血的研究进展[J]. 广西医学, 2021, 43(15): 1888-1892.
- [17] 许文婷, 薛玉满, 王策, 等. 不同频率电针刺激对脑出血大鼠血肿脑组织脑红蛋白及 NLRP3 信号通路的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(1): 10-15.
- [18] 肖维刚, 郎艳松, 常丽萍. 动脉粥样硬化之营卫病机初探[J]. 北京中医药, 2013, 32(11): 850-852.
- [19] 李菲, 方邦江, 姜超, 等. 基于“急性虚证”探讨益气活血方治疗急性脑血管病疗效机制[J]. 陕西中医, 2022, 43(9): 1252-1255.
- [20] 邓冬, 叶苗青, 陈振翼, 等. 复元醒脑汤治疗糖尿病合并脑梗死作用机制的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(18): 2774-2778.
- [21] 方邦江, 周爽, 陈宝瑾, 等. 复元醒脑汤对高血压性脑出血大鼠血-脑屏障通透性的干预作用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(17): 206-208.
- [22] 贺晨明, 李菲, 刘君, 等. 基于网络药理学和分子对接技术探讨复元醒脑汤治疗脑梗死作用机制[J]. 国际中医中药杂志, 2023, 45(1): 81-89.
- [23] 方邦江, 周爽, 陈宝瑾, 等. 复元醒脑汤治疗急性脑梗塞作用与机制的临床研究[C]//2009 年全国危重病急救医学学术会议论文集. 青岛, 2009: 192-195.
- [24] 林梅, 方邦江, 陈宝瑾, 等. 复元醒脑汤对高血压性脑出血大鼠脑组织形态学的影响[J]. 浙江中西医结合杂志, 2010, 20(6): 338-341, 328.
- [25] 方邦江, 孙丽华, 卜建宏, 等. 论“急性虚证”理论及其在急救临床的应用(上)[J]. 中国中医急症, 2017, 26(10): 1724-1726.
- [26] CAO X T. COVID-19: Immunopathology and its implications for therapy[J]. Nature Reviews Immunology, 2020, 20(5): 269-270.
- [27] 梁腾霄, 单敏敏, 曹敏, 等. “急性虚证”理论在新型冠状病毒感染发生发展的作用[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(2): 48-51.
- [28] 世界卫生组织. 全球新冠肺炎确诊病例超过 6.3570 亿例[EB/OL]. (2022-11-24)[2022-12-25]<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1750332028760770233&wfr=spider&for=pc>.
- [29] 国家中医药管理局国家卫生健康委员会办公室. 新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第九版)[J]. 中国病毒病杂志, 2022, 12(3): 161-169.
- [30] 靳英辉, 蔡林, 程真顺, 等. 新型冠状病毒(2019-nCoV)感染的肺炎诊疗快速建议指南(标准版)[J]. 解放军医学杂志, 2020, 45(1): 1-20.
- [31] 苗青, 丛晓东, 王冰, 等. 新型冠状病毒肺炎的中医认识与思考[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 286-288.
- [32] 刘清泉, 夏文广, 安长青, 等. 中西医结合治疗新型冠状病毒肺炎作用的思考[J]. 中医杂志, 2020, 61(6): 463-464.
- [33] 王玉光, 齐文升, 马家驹, 等. 新型冠状病毒肺炎中医临床特征与辨证治疗初探[J]. 中医杂志, 2020, 61(4): 281-285.
- [34] 方邦江, 张文, 周爽, 等. 基于“急性虚证”理论防治新型冠状病毒肺炎探析[J]. 中医杂志, 2021, 62(9): 826-828.
- [35] 方邦江, 孙丽华, 卜建宏, 等. 论“急性虚证”理论及其在急救临床的应用(下)[J]. 中国中医急症, 2017, 26(12): 2116-2117.

(本文编辑 贺慧娥)