

# T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1266—2026

## 脓毒症肝损伤中西医病机融通救治规范

Specification for integrated traditional Chinese and western  
medicine rescue based on fused pathogenesis theory for sepsis liver  
injury

2026 - 03 - 31 发布

2026 - 04 - 06 实施

广西标准化协会 发布



## 目 次

前言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 缩略语 .....	1
5 诊断 .....	2
6 中西医病机融通分析 .....	2
7 中西医病机融通救治方法 .....	3
8 注意事项 .....	4
9 常见不良反应处理 .....	5
10 禁忌证与慎用证 .....	5
附录 A（资料性） 西医诊断用表 .....	6
参考文献 .....	7

## 前 言

本文件参照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西中医药大学第一附属医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西中医药大学第一附属医院、广西医科大学第一附属医院、玉林市中医医院、柳州市工人医院、上海市第七人民医院。

本文件主要起草人：刘园园、谢胜、刘礼剑、黎丽群、杨哲、王荣辉、刘祖露、梁道业、胡嗣钦、胡军涛、林松、雷鸣、林化、谢娟娟、王光耀、韦湫桂、谭金晶、黄晓燕、张丽敏、彭柳莹、刘莉、杨成宁、陈广文。

# 脓毒症肝损伤中西医病机融通救治规范

## 1 范围

本文件界定了脓毒症肝损伤中西医病机融通救治涉及的术语和定义、缩略语，规定了脓毒症肝损伤中西医病机融通救治的诊断、中西医病机融通分析、中西医病机融通救治方法、注意事项、常见不良反应处理以及禁忌症与慎用症的要求。

本文件适用于中西医病机融通救治脓毒症肝损伤。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**中西医病机融通救治** *integrated traditional Chinese and western medicine rescue based on fused pathogenesis theory*

以西医病理生理机制为客观基础，运用中医理论系统性解析病因、归纳证候、推演病机演变规律，从而建立西医病理改变与中医病机理论的对应关联，实现二者在疾病本质认知上的互译与整合，最终指导临床诊疗科学化的一种救治方法。

### 3.2

**肝痹** *liver impediment*

因外感邪毒，内陷厥阴，或正气亏虚，肝体失养，导致肝失疏泄，气机逆乱，气血瘀滞，痰浊内生，痹阻肝络，以黄疸、胁痛、神昏、出血等为主要表现的病证。脓毒症肝损伤可归属于本病范畴。

## 4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

ALP: 碱性磷酸酶 (Alkaline Phosphatase)

ALT: 丙氨酸氨基转移酶 (Alanine Aminotransferase)

ARDS: 急性呼吸窘迫综合征 (Acute Respiratory Distress Syndrome)

GGT:  $\gamma$ -谷氨酰转移酶 (glutamyl ansferase)

CI: 心脏指数 (Cardiac Index)

CT: 计算机断层扫描 (Computed Tomography)

EN: 肠内营养 (Enteral Nutrition)

GCS: 格拉斯哥昏迷评分法 (Glasgow Coma Scale)

LCT: 长链脂肪乳剂 (Long-chain Triglycerides Fat Emulsion)

MAP: 平均动脉压 (Mean Arterial Pressure)

MCT: 中链脂肪乳剂 (Medium-chain Triglycerides Fat Emulsion)

PEEP: 呼气末正压通气 (Positive End-expiratory Pressure)

qSOFA: 快速序贯器官衰竭评分 (quick Sequential Organ Failure Assessment)

SOFA: 序贯器官衰竭评分 (Sequential Organ Failure Assessment)

ULN: 正常范围上限 (Upper Limit of Normal)

VV-ECMO: 静脉-静脉体外膜肺氧合 (Veno-venous Extracorporeal Membrane Oxygenation)

## 5 诊断

### 5.1 西医诊断

#### 5.1.1 满足以下条件之一，诊断为脓毒症：

- 感染或疑似感染脓症患者相关 SOFA 较基线值上升 $\geq 2$ 分，SOFA 见表 A.1；
- qSOFA 识别重症患者，qSOFA 见表 A.2，qSOFA 中 $\geq 2$ 分时，应进一步评估患者是否存在脏器功能障碍。

#### 5.1.2 在脓毒症的基础上，1周内满足以下条件之一，诊断为脓毒症肝损伤：

- ALT $\geq 5 \times$ ULN；
- ALP $\geq 2 \times$ ULN（尤其是伴随 GGT 升高且排除骨骼疾病引起的 ALP 水平升高）；
- ALT $\geq 3 \times$ ULN 同时 TBil $\geq 2 \times$ ULN。

### 5.2 中医诊断

#### 5.2.1 病因病机

脓毒症肝损伤属于中医学“肝痹”范畴。因外感邪毒，入里化热，酿生风火，风火相煽，内陷厥阴，肝失疏泄，气机逆乱，瘀血痰浊内生，痹阻肝络；或素体亏虚，邪毒乘虚内陷，肝体失养，疏泄失常，气滞血瘀，痰浊内蕴，发为肝痹。病位在肝，与脾、胆密切相关，病性属本虚标实，风、火、痰、瘀、毒为标，气阴亏虚为本。

#### 5.2.2 临床症候

5.2.2.1 主症：身目黄染，黄色鲜明或晦暗，胁肋胀痛或刺痛，身热夜甚，烦躁不安，或见神昏谵语。

5.2.2.2 次症：恶心呕吐，脘腹胀满，口中秽浊，皮肤斑疹，鼻衄齿衄，呕血便血，大便秘结或不爽，小便黄赤。

5.2.2.3 舌脉：舌质红绛或紫暗，苔黄燥或垢腻；脉弦数、滑数或细数。

## 6 中西医病机融通分析

### 6.1 炎症反应、微循环和内皮损伤

6.1.1 脓毒症时肝脏参与内毒素及细菌清除，表达大量炎症介质（火热），使得血管通透性增加，微血管收缩，肝窦内皮细胞激活，肝微血管中纤维蛋白沉积（痰浊）、微血栓形成（瘀血），引起肝脏微循环障碍。

6.1.2 脓毒症时内皮细胞会出现损伤，血管通透性改变和凝血、纤溶系统失调（厥阴络伤），最终引起微循环障碍。与中医“厥阴络伤，肝失疏泄，瘀血、痰浊内生，痹阻经脉”所致的病理特征类似。

6.1.3 肝窦血管持续收缩，相当于“厥阴风”。“风火相煽”使肝脏微循环血流明显减少，肝窦灌注显著降低，为肝“不藏血”。

### 6.2 肠道屏障破坏和肠道菌群移位

6.2.1 脓毒症期间，肠道菌群失调，需氧菌成为优势菌群并释放大量毒素，即“内伤脾胃，中气不足而化生阴火”。

6.2.2 “脾胃既伤，中气不足，脾失卫外”引起肠道黏膜屏障破坏，导致肠道内菌群及其代谢产物经门静脉移至肝脏，相当于“阴火流窜于肝”，激活肝细胞释放大量炎症因子，相当于“火、热、燥、毒内生”，引起肝脏损伤。

6.2.3 肝脏清除能力受损和代谢紊乱导致肠道屏障进一步受损，肠道微生物群的组成和多样性受到更多破坏，形成恶性循环，类似“木克土”所致的病理状态。

### 6.3 炎症反应和免疫失衡

6.3.1 在有害细菌和（或）内毒素攻击后，Kupffer 细胞会产生和释放促炎介质，引发失控的炎症反应（风火），进而造成肝细胞坏死和细胞凋亡。

6.3.2 细胞因子刺激肝脏产生急性期蛋白（如 C 反应蛋白、补体因子、铁蛋白、结合珠蛋白），进一

步导致胆管损伤、肝细胞坏死、肝细胞骨架损伤，胆汁淤积（浊邪内生）。

## 7 中西医病机融通救治方法

### 7.1 救治原则

在现代医学救治原则和措施的基础上，给予基于中西医病机融通的中医组方救治。

### 7.2 西医救治

#### 7.2.1 控制感染源

快速明确感染部位、致病菌和尽早清除感染灶或感染灶充分引流。如皮肤软组织感染坏死感染应行清创术；脓肿或感染性积液应充分引流等。

#### 7.2.2 抗感染治疗

7.2.2.1 在诊断后 1 h 内经验性应用广谱抗菌药物，并在开始抗感染前行病原学检测。

7.2.2.2 用药 48 h~72 h 后，根据微生物培养结果和临床反应评估疗效，选择窄谱抗菌药物进行针对性治疗，抗菌药物疗程根据感染指标及疗效决定。

#### 7.2.3 液体复苏

7.2.3.1 对于脓毒症所致的低灌注或脓毒性休克患者，根据患者的前负荷状态及容量反应性进行个体化液体复苏。循环稳定的基础上采取限制性液体管理策略。

7.2.3.2 当需大量晶体液维持血压时，使用白蛋白增加胶体渗透压。在液体复苏过程中或经过充分的液体复苏，仍不能恢复动脉血压和组织灌注，通过滴定式给予血管活性药物。

#### 7.2.4 血管活性药治疗

存在脓毒性休克合并器官功能障碍，宜使用去甲肾上腺素，血管加压素为二线，若 $CI < 2.5 \text{ L/min/m}^2$ 应用多巴酚丁胺或肾上腺素。

#### 7.2.5 机械通气

7.2.5.1 脓毒症相关低氧性呼吸衰竭强调保护性通气与个体化相结合的氧疗支持策略。

7.2.5.2 宜使用高流量鼻导管吸氧，无创通气证据不足。

7.2.5.3 对 ARDS 使用保护性通气策略，宜采取小潮气量通气策略（ $6 \text{ mL/kg}$ ）。宜使用较高的 PEEP、肺复张策略、俯卧位通气，必要时间歇使用肌松剂；常规治疗失败时，宜有条件且经验丰富的医学中心进行 VV-ECMO 治疗。

7.2.5.4 对脓毒症所致呼衰（无 ARDS）的成人患者，宜小潮气量通气。

#### 7.2.6 肝保护治疗

##### 7.2.6.1 保肝药物

包括但不限于：

- 应避免或谨慎使用有明确肝毒性或主要经肝脏代谢的药物，并根据肝功能调整剂量；
- 肝细胞膜修复剂，如多烯磷胆碱注射液；
- 抗炎类药物，如甘草酸单铵、甘草酸二铵、复方甘草酸苷和异甘草酸镁；
- 解毒保肝药物，如谷胱甘肽、N-乙酰半胱氨酸、硫普罗宁等；
- 利胆类药物，如熊去氧胆酸；
- 抗氧化类药物，如水飞蓟制剂和双环醇；
- 微生态治疗，如益生菌和益生元类。

##### 7.2.6.2 人工肝

根据《人工肝血液净化技术临床应用专家共识》选择人工肝模式。

### 7.2.7 营养支持治疗

7.2.7.1 对耐受肠内营养者，宜早期启动（48 h 以内）肠内营养，当肠内营养不能满足患者能量需求时，宜联合肠外营养。

7.2.7.2 对不能耐受肠内营养者，建议非蛋白质热量供给为 25 kJ/kg~30 kJ/kg（6 kcal/kg~7.2 kcal/kg）；蛋白质开始时给予 0.5 g/（kg·d）~1.0 g/（kg·d），根据患者的耐受情况逐渐增加；脂肪供给应占总能量的 20%~30%，应选择中长链脂肪酸（MCT/LCT）混合的脂肪乳剂，应避免使用含有多不饱和脂肪酸的脂肪乳剂；及时补充维生素和微量元素，如维生素 C、维生素 K、维生素 B 族、锌、硒等。

### 7.2.8 胰岛素治疗

每 1 h~2 h 监测 1 次血糖，连续 2 次测定血糖 > 10 mmol/L 时启用胰岛素治疗，当目标血糖为 ≤ 10 mmol/L 时，血糖水平及胰岛素用量稳定后每 4 h 监测 1 次。

## 7.3 中医救治

### 7.3.1 治法

宣痹清营、通腑泻浊、化瘀解毒。

### 7.3.2 中医组方

7.3.2.1 使用宣痹清营汤（由上焦宣痹汤合清营汤、旋覆花汤、当归芍药散、温胆汤加减）：旋覆花 15 g（包煎）、茜草 15 g、醋郁金 15 g、通草 6 g、白芍 30 g、赤芍 30 g、丹皮 15 g、丹参 20 g、地骨皮 30 g、连翘（连心用）15 g、川芎 10 g、当归 6 g、泽泻 30 g、茵陈 30 g、栀子 10 g（后下）、大黄 10 g、大豆黄卷 15 g、生甘草 10 g、黄芩 10 g、竹茹 15 g、枳实 15 g、陈皮 10 g、石菖蒲 15 g、淡竹叶 10 g。

7.3.2.2 使用方法：诊断为脓毒症肝损伤后即可予以中药组方治疗，每付中药煎煮量为 400 mL，置于 -4℃ 冰箱冷藏备用，使用前将药液加热至 38℃~42℃，每日 2 次鼻饲，每次 100 mL~200 mL，鼻饲 3 d~5 d 进行评估，根据评估结果重新辨证论治调整方药。

## 8 注意事项

8.1 应迅速识别并诊断脓毒症肝损伤，早期启动包括西医病因治疗、器官功能支持与中医辨证施治在内的综合救治流程。

8.2 在实施中西医病机融通救治时，应建立由重症医学、消化内科、中医、药学、营养、临床微生物等多学科组成的协作团队。

8.3 在选择抗菌药物、镇静镇痛药及其他可能经肝代谢的药物时，应充分考虑患者肝功能状态，优先选择肾排泄或肝毒性较低的药物，并根据肝功能调整剂量。

8.4 实施液体复苏时，应遵循“限制性液体管理”与“血流动力学导向”原则，应避免容量过负荷加重门静脉压力及组织水肿，尤其是对于已有慢性肝病基础的患者。

8.5 监测肝功能动态变化，综合评估肝脏的合成、代谢、解毒及排泄功能。

8.6 对于出现急性肝衰竭迹象的患者，应尽早评估并启动人工肝等高级生命支持治疗。

8.7 应根据患者病机演变加减，不应机械套用原方。

8.8 中药鼻饲给药前，应评估患者胃肠功能、有无消化道出血风险及鼻饲管位置，药液应加热至 38℃~42℃，缓慢泵入；给药后嘱患者保持半卧位 30 min 以上。

8.9 对耐受患者尽早启 EN，优先选择富含支链氨基酸的制剂。对于肝性脑病患者，应适当限制蛋白质摄入。监测血糖，应避免高血糖加重代谢负担。

8.10 注意预防并积极处理肝损伤相关并发症，如凝血功能障碍、肝性脑病、肝肾综合征、门静脉高压性出血及继发感染等。

8.11 在整个救治过程中，应监测患者生命体征、出入量、肝功能、凝血功能、炎症指标、电解质及中医证候变化，动态评估疗效与安全性，及时调整治疗方案。

8.12 关注药物相互作用，如中药与抗凝药、镇静药、经肝代谢的抗菌药物联用时，应加强监测相关指标。

## 9 常见不良反应处理

### 9.1 呕吐

9.1.1 鼻饲中药后出现严重呕吐，应立即暂停给药，将患者床头抬高  $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ ，头偏向一侧，清理口腔。

9.1.2 检查鼻饲管位置、药液温度（宜  $38^{\circ}\text{C} \sim 42^{\circ}\text{C}$ ）及输注速度是否适宜。

9.1.3 评估呕吐原因，鉴别是否为肝损伤所致胃肠淤血、门静脉高压性胃病、药物刺激、电解质紊乱或颅内压增高所致。

9.1.4 宜尝试将单次给药量减半、更改鼻空肠管给药、减慢输注速度，或于给药前后用少量温开水冲管。若严重呕吐持续，应暂停中药，并酌情使用对肝功能影响小的止吐药物对症处理。

### 9.2 严重腹泻

9.2.1 出现严重腹泻时，应鉴别是否为感染性腹泻、抗生素相关性腹泻、肠内营养不耐受或中药所致。

9.2.2 若怀疑与中药有关，宜采取以下措施：

——中药煎剂加热至  $38^{\circ}\text{C} \sim 42^{\circ}\text{C}$  服用；

——在中医医师指导下调整方药，酌情减少食用寒凉、滑肠之品。

9.2.3 加强肛周皮肤护理，并酌情给予蒙脱石散等肠道黏膜保护剂。

9.2.4 若腹泻严重，伴有脱水或电解质紊乱，应暂停中药，并强化西医支持治疗，必要时调整 CRRT 超滤量。

### 9.3 过敏

9.3.1 用药期间出现皮疹、瘙痒、荨麻疹、喉头水肿、呼吸困难等疑似过敏症状，应立即停用所有中药制剂。

9.3.2 根据过敏反应严重程度分级处理：

——轻度：可予口服或静脉抗组胺药物，密切观察；

——中、重度：立即启动紧急救治，给予肾上腺素、糖皮质激素、抗组胺药等，保持气道通畅，必要时气管插管。

9.3.3 记录过敏反应，明确告知患者及家属，并在病历中标注相关中药过敏史。

## 10 禁忌证与慎用证

主要包括：

——对方中任何一味中药有明确过敏史者禁用；

——存在胃肠穿孔、消化道活动性出血者禁用；

——终末期多器官功能衰竭，生命体征极度不稳定，无法耐受任何肠内给药操作者慎用。

附 录 A  
(资料性)  
西医诊断用表

SOFA见表A. 1, qSOFA见表A. 2。

表 A. 1 SOFA

SOFA 变量	分值			
	1	2	3	4
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> /kPa (mmHg)	<53.2 (400)	<39.9 (300)	<26.6 (200)	<13.3 (100)
血小板/ (*10 <sup>9</sup> /L)	<150	<100	<50	<20
胆红素/ (μmol/L)	20.5~32.5	34.2~100.9	102.6~203.5	>205.2
低血压/kPa (mmHg)	MAP<9.31 (70)	DA≤5 或 Dobu (任何剂量)	DA>5 或 Epi<0.1 或 NE≤0.1	DA>5 或 Epi>0.1 或 NE>0.1
GCS 评分	13~14	10~12	6~9	<6
肌酐/ (μmol/L) 或尿量/ (mL/d)	106.1~168	176.8~300.6	309.4~433.2 <500	>442.1 <200
注1: MAP, 平均动脉压; DA, 多巴胺; Dobu, 多巴酚丁胺; Epi, 肾上腺素; NE, 去甲肾上腺素; 单位均为 μg(kg·min)。 注2: 血管活性药至少给药1 h。				

表 A. 2 qSOFA

指标	标准	分值 (分)
呼吸频率 (次/min)	≥22	1
意识	改变	1
收缩压/kPa (mmHg)	≤13.3 (100)	1

## 参 考 文 献

- [1] T/CRHA 022—2023 脓毒症诊断与治疗规范
- [2] Yan, J., Pan, Y., Liu, Z., Chen, Y., Hu, K., Liu, Y., Wang, G., Li, L., & Xie, S. (2026). Modified Xuan-Bi-Qing-Ying decoction alleviates septic liver injury by regulating autophagy and apoptosis via HIF-1 $\alpha$  signaling pathway. *Tissue & cell*, 99, 103299.
- [3] 谢胜, 刘园园, 张丽敏, 刘礼剑, 黎丽群, 谢娟娟, 谭金晶, 王光耀. 从“五痹”切入探讨危急重症的中西医病机融通与组方思路[J]. *广西科学*, 2022, 29 (06): 1021-1025.
- [4] 齐文旗, 张斌, 郑忠骏, 等. 拯救脓毒症运动:2021年国际脓毒症和脓毒性休克管理指南[J]. 2021.
- [5] 中国医药生物技术协会药物性肝损伤防治技术专业委员会, 中华医学会肝病学会分会药物性肝病学组. 中国药物性肝损伤诊治指南(2023年版)[J]. *中华肝脏病杂志*, 2023, 31(4): 355-384.
- [6] 中国医师协会急诊医师分会, 中国急诊专科医联体, 中国人民解放军急救医学专业委员会, 北京急诊医学学会, 徐军, 朱华栋, 赵晓东, 于学忠. 成人急性肝损伤诊疗急诊专家共识[J]. *中国急救医学*, 2024, 44(1):5-12.
- [7] Laura Evans, Rhodes Andrew, Alhazzani Waleed, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021[J]. *Intensive care medicine*, 2021, 47(11): 1181-1247.
- [8] 中华医学会肠外肠内营养学分会. 成人胃肠功能障碍患者医学营养治疗指南(2025版)[J]. *中华医学杂志*, 2025, 105(1):21-47.
- [9] 中国医师协会急诊医师分会, 中国急诊专科医联体, 中国人民解放军急救医学专业委员会, 北京急诊医学学会, 徐军, 朱华栋, 赵晓东, 于学忠. 成人急性肝损伤诊疗急诊专家共识[J]. *中国急救医学*, 2024, 44(1):5-12.
- [10] 中华医学会肝病学会分会重型肝病与人工肝学组. 人工肝血液净化技术临床应用专家共识(2022年版)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2022, 38(4): 767-775.
-

中华人民共和国团体标准  
脓毒症肝损伤中西医病机融通救治规范  
T/GXAS 1266—2026  
广西标准化协会统一印制  
版权专有 侵权必究