

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1265—2026

脓毒症胃肠功能障碍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 septic
gastrointestinal dysfunction

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	2
8 注意事项	3
9 常见不良反应处理	4
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：刘礼剑、谢胜、胡嗣钦、梁道业、胡军涛、谢娟娟、刘园园、王荣辉、杨哲、林松、雷鸣、林化、黎丽群、谭金晶、黄晓燕、王光耀、韦湫桂、刘祖露、吴暇、张丽敏、彭柳莹、陈广文、李建锋、谢洁如。

脓毒症胃肠功能障碍中西医病机融通救治规范

1 范围

本文件界定了脓毒症胃肠功能障碍中西医病机融通救治涉及的术语和定义、缩略语，规定了脓毒症胃肠功能障碍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证与慎用证的要求。

本文件适用于中西医病机融通救治脓毒症胃肠功能障碍。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

T/GXAS 1208 坤土建中疗法应用技术规范

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

肠痹 *intestinal impediment*

因外感邪毒，入里化热，酿生火热、燥、瘀、毒，或内伤脾胃，中气不足，导致脾胃升降失和，大肠腑气闭阻，传导失司，以腹胀、呕吐、便秘或腹泻、肠鸣音减弱或消失等为主要表现的病证。脓毒症胃肠功能障碍可归属于本病范畴。

[来源：GB/T 16751.1—2023, 6.3.35, 有修改]

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

ACS: 腹腔间隔室综合征 (Abdominal Compartment Syndrome)

AGI: 急性胃肠损伤 (Acute Gastrointestinal Injury)

FiO₂: 吸入氧浓度 (Fraction of inspired oxygen)

GCS: 格拉斯哥昏迷指数 (Glasgow Coma Scale)

GRV: 胃残留量 (Gastric Residual Volume)

IAH: 腹腔内高压 (Intra-abdominal Hypertension)

IAP: 腹腔内压力 (Intra-abdominal Pressure)

MAP: 平均动脉压 (Mean Arterial Pressure)

PaO₂: 动脉血氧分压 (Partial Pressure of Oxygen in Arterial Blood)

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)

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：

- 满足脓毒症诊断：有明确或疑似感染灶患者，SOFA 较基线增加 ≥ 2 分，SOFA 见表 A.1；
- 疑似感染患者，qSOFA ≥ 2 分提示脓毒症高风险，qSOFA 见表 A.2。

5.1.2 在脓毒症的基础上，满足以下条件之一，诊断为脓毒症胃肠功能障碍：

- 肠鸣音减弱或消失；
- 胃引流液、粪便潜血阳性或出现黑便、呕血；
- 腹内压（膀胱内压） ≥ 1.07 kPa（11 cm H₂O/8 mmHg）。

5.2 西医分级

按《脓毒症急性胃肠功能障碍中西医结合临床专家共识》的要求进行分级。

5.3 中医诊断

5.3.1 病因病机

脓毒症胃肠功能障碍属于中医学“肠痹”范畴。因外感邪毒，入里化热，酿生火热，耗气伤津，燔灼气血，炼液为痰，灼血成瘀，痰、瘀、热、毒互结，闭阻肠腑，气机不通；或素体亏虚，邪毒内陷，内伤脾胃，中气不足，升降失司，运化无权，湿浊内生，郁而化热，酿生阴火，流窜肠腑，发为肠痹。病位在肠，与脾胃密切相关，病性属本虚标实，火热、燥、瘀、毒为标，气阴亏虚、脾胃虚弱为本。

5.3.2 临床症候

5.3.2.1 主症：腹部胀满，甚则胀大如鼓，腹痛拒按或无痛，肠鸣音减弱或消失，恶心呕吐，大便秘结不通或泻下秽臭稀水。

5.3.2.2 次症：身热不扬或壮热不退，烦躁不安，口干唇燥，口中秽浊，或见呕血、黑便。

5.3.2.3 舌脉：舌质红绛或紫暗，苔黄燥、焦黑或垢腻；脉滑数、沉实或细数。

6 中西医病机融通分析

6.1 炎症因子具有与“火热”相似的属性，具有耗伤气血津液的特性。脓毒症炎症风暴，致全身组织器官血液循环障碍，肠道黏膜血供减少，属于“内生火热”所致“耗气伤津”范畴。

6.2 脓毒症状态下，内皮细胞、白细胞和小血小板的黏附性增加，血液黏稠，与“燥邪内生，伤津耗液”，属于中医“燥极生风、郁而化火”范畴。

6.3 炎症介质引起肠壁通透性增加，导致肠道毒素、细菌、代谢产物易位，引发肠源性感染，造成菌血症及内毒素血症，刺激单核巨噬细胞、内皮细胞，释放内源性介质，属于中医“瘀毒内生”范畴。

6.4 脓毒症时，肠道巨噬细胞活化和白细胞聚集，产生大量白介素、肿瘤坏死因子、一氧化氮等炎症介质，破坏肠黏膜，通透性增加，肠道渗出增加，肠壁水肿，属于中医“火热毒邪耗伤正气，中焦肠道气化不及，使痰浊内生”范畴。

6.5 脓毒症时，机体内免疫细胞衰竭，肠道免疫系统处于瘫痪，属于中医“正气不足”范畴。

6.6 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，属于中医“内伤脾胃，中气不足而化生阴火”范畴；细菌及内毒素通过肠黏膜进入血液，属于中医“阴火流窜”范畴。

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 肠内营养

按《重症病人胃肠功能障碍肠内营养专家共识》《脓毒症急性胃肠功能障碍中西医结合临床专家共识》的要求执行。

7.2.4 调节肠道菌群治疗

采用改变饮食、服用益生元、益生菌、合生元以及粪便微生物组移植等方法。

7.2.5 改善胃肠动力治疗

宜静脉注射甲氧氯普胺、红霉素。对于结肠动力不足导致喂养不耐受的患者考虑予以新斯的明。通常使用胃动力药≤3 d，同时应注意相关药物的不良反应。

7.2.6 非药物治疗

急性胃肠损伤IV级患者不宜使用保守治疗方案，参照《脓毒症急性胃肠功能障碍中西医结合临床专家共识》的要求进行非药物治疗。

7.3 中医救治

7.3.1 治法

开宣肠痹，通腑泻浊、熄风利窍、化瘀通络。

7.3.2 内服

7.3.2.1 使用宣痹温胆汤（由温胆汤、上焦宣痹汤、旋覆花汤加减）：醋郁金 15 g、通草 6 g、旋覆花 15 g、茜草 15 g、桃仁 15 g、苦杏仁 15 g、法半夏 15 g、姜竹茹 30 g、陈皮 15 g、枳壳 20 g、大腹皮 15 g、炙甘草 10 g、败酱草 30 g、大豆黄卷 15 g、生神曲 15 g、生麦芽 15 g。

7.3.2.2 使用方法：诊断为脓毒症胃肠功能障碍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。

7.3.3 外治

使用坤土建中疗法，操作按T/GXAS 1208的要求执行。

8 注意事项

8.1 应早期识别脓毒症相关 AGI，建立由重症医学、消化内科、临床营养、中医、药学等多学科组成的协作团队。

8.2 监测患者腹部体征、胃残留量、腹腔内压、排便情况，进行喂养耐受性评分。

8.3 实施肠内营养时，应遵循“个体化、循序渐进”原则，并按以下要求操作：

——对于高 GRV (>500 mL/次) 患者，不应停止肠内营养，宜使用促胃肠动力药或转为幽门后喂养；

——发生腹泻时，应首先排查感染、药物、营养液渗透压及输注速度等因素，调整肠内营养方案；

——营养液温度宜为 38℃~42℃，使用营养泵恒速输注。

8.4 IAH 与 ACS 按以下要求进行管理：

——定期监测 IAP，首选膀胱测压法；

——对于 IAH 患者，应采取综合措施减压，包括优化镇静镇痛、避免过量液体复苏、胃肠减压、使用促动力药、必要时腹腔穿刺引流等；

——一旦确诊 ACS，应立即启动外科会诊，评估手术减压指征。

8.5 应根据患者病机演变加减，不应机械套用原方。

8.6 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肠梗阻迹象，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。对于胃肠动力极差者，考虑将中药通过鼻空肠管注入。

8.7 关注药物相互作用，如中药与促动力药、抑酸剂、抗菌药物等西药联用时，应注意给药间隔，并监测可能影响。

9 常见不良反应处理

9.1 呕吐

9.1.1 鼻饲中药后出现呕吐，应立即暂停给药，将患者床头抬高 30°~45°，头偏向一侧，清理口腔。

9.1.2 检查鼻饲管位置是否正确、药液温度是否合适、输注速度是否过快。

9.1.3 评估呕吐原因，鉴别是否为 AGI 本身所致胃轻瘫、腹内压增高、药物刺激、电解质紊乱或中枢性因素。

9.1.4 严重呕吐患者改为通过鼻空肠管，使用肠内营养泵以更慢速度持续泵入。

9.1.5 采取单次给药量减半、减慢输注速度或给药前后用少量温开水冲管等措施。若呕吐持续，应暂停中药，并酌情使用西医止吐药物对症处理。

9.2 严重腹泻

9.2.1 出现严重腹泻时，应首先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、疾病本身导致的肠道功能紊乱或中药。

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℃~42℃服用；

——减少单次中药剂量或延长给药间隔；

——在中医医师指导下调整方药，酌情减少可能滑肠的药味或剂量。

9.2.3 做好肛周皮肤护理，酌情给予蒙脱石散等肠道黏膜保护剂。

9.3 腹胀加剧

9.3.1 用药后若腹胀明显加重，应暂停中药，并重新评估患者胃肠功能状态及 IAP。

9.3.2 加强胃肠减压，必要时实施肛管排气。

9.3.3 在中医医师指导下，考虑调整方药，减少食用壅滞气机之品。

9.3.4 应评估排查机械性肠梗阻。

9.4 过敏

9.4.1 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。

9.4.2 根据过敏反应严重程度分级处理：

——轻度：予口服或静脉抗组胺药物；

——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。

9.4.3 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：

- 对宣痹温胆汤中任何一味中药有明确过敏史者禁用；
- 存在胃肠穿孔、消化道活动性大出血者禁用；
- 完全性机械性肠梗阻禁用；
- 确诊的 ACS 需急诊手术干预者禁用；
- 有中药过敏史但具体药物不明者，应在监测下谨慎使用，并备好急救措施；
- 不全性肠梗阻或胃肠动力严重障碍者，应待胃肠功能部分恢复、经评估后再考虑使用；
- 严重 IAH（III~IV级）者，应在有效降低腹压并稳定后，由医师评估风险获益比再决定是否使用。



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 ₂ /FiO ₂ /kPa (mmHg)	<53.2 (400)	<39.9 (300)	<26.6 (200)	<13.3 (100)
血小板/(*10 ⁹ /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: 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] GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病
- [2] T/CRHA 022—2023 脓毒症诊断与治疗规范
- [3] 上海市中西医结合学会急救专业委员会, 上海市中西医结合学会重症医学专业委员会, 上海市医师协会急诊科医师分会, 等. 脓毒症急性胃肠功能障碍中西医结合临床专家共识[J]. 中华危重病急救医学, 2022, 34(2):113-120.
- [4] 中华预防医学会微生态学分会. 中国微生态调节剂临床应用专家共识(2020版)[J]. 中国微生态学杂志, 2020, 32(8):953-965.
- [5] 亚洲急危重症协会中国腹腔重症协作组. 重症病人胃肠功能障碍肠内营养专家共识(2021版)[J]. 中华消化外科杂志, 2021, 20(11):1123-1136.
- [6] 黎丽群, 刘园园, 杨成宁, 等. 脓毒症胃肠损伤——“肠痹”的中西医病机融通救治[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(02):120-124+129.
- [7] 谢胜, 刘园园, 张丽敏, 等. 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.
- [8] 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.
- [9] ESICM Working Group on Gastrointestinal Function. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines [J]. Intensive Care Med, 2017, 43(3):380-398.



GXAS
广西标准化协会

中华人民共和国团体标准

脓毒症胃肠功能障碍中西医病机融通救治规范

T/GXAS 1265—2026

广西标准化协会统一印制

版权专有 侵权必究