

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1295—2026

脓毒症相关急性肾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-
associated acute kidney injury

2026 - 04 - 30 发布

2026 - 05 - 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	1
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	4
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：谢胜、王荣辉、刘园园、雷鸣、刘礼剑、韦湫桂、胡军涛、梁道业、胡嗣钦、林化、林松、杨哲、黎丽群、谢娟娟、王光耀、刘祖露、谭金晶、黄晓燕、张丽敏、彭柳莹、韦金秀、杨成宁。

脓毒症相关急性肾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相关急性肾损伤中西医病机融通救治涉及的术语和定义、缩略语，规定了脓毒症相关急性肾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相关急性肾损伤。

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

肾痹 *kidney impediment*

因外感邪毒（风、火、湿、热等）内陷，或久病正虚，导致肾气闭阻，肾失封藏，气化失司，开阖不利，水湿浊毒内停，以少尿、无尿、水肿、腰脊酸痛等为主要表现的病证。脓毒症相关急性肾损伤进展至肾衰竭阶段可归属于本病范畴。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

ACE: 血管紧张素转化酶 (Angiotensin Converting Enzyme)

CI: 心脏指数 (Cardiac Index)

CRRT: 连续性肾脏替代治疗 (Continuous Renal Replacement Therap)

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

GCS: 格拉斯哥昏迷指数 (Glasgow Coma Scale)

GFR: 肾小球滤过率 (Glomerular Filtration Rate)

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)

SCr: 血清肌酐 (Serum Creatinine)

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：

- 感染或疑似感染脓毒症患者相关 SOFA 较基线值上升 ≥ 2 分，SOFA 见表 A. 1；
- 使用床旁 qSOFA 识别重症患者，qSOFA 见表 A. 2，如果符合 qSOFA 中的至少 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，同时满足《改善全球肾脏病预后组织（KDIGO）AKI 临床实践指南》的相关要求，诊断为脓毒症相关急性肾损伤：

- 48 h 内 Scr 升高 $\geq 26.5 \mu\text{mol/L}$ ，或 1 周内 Scr 升高超过基础值的 1.5 倍及以上，且明确或经推断其发生在前 7 d 内；或尿量减少（ $< 0.5 \text{ mL}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ ）且持续在 6 h 以上；
- 急性肾损伤分为 3 期，当患者的 Scr 和尿量不符不同分期时，采纳最高分期。

5.2 中医诊断

5.2.1 病因病机

脓毒症相关急性肾损伤属于中医“肾痹”范畴。因外感邪毒，入里化热，酿生风火，风火相煽，灼伤肾络，肾气闭阻，开阖失司，水液代谢失常，浊毒内蕴；或素体亏虚，邪毒乘虚内陷，肾失封藏，气化不利，水湿浊毒壅滞，日久不解，发为肾痹。

5.2.2 临床症候

- 5.2.2.1 主症：起病急骤，少尿或无尿，腰脊酸痛，身热夜甚，烦躁不安，或见神昏谵语。
- 5.2.2.2 次症：恶心呕吐，口中秽浊，皮肤斑疹，肢体水肿，抽搐痉厥，大便秘结或不爽。
- 5.2.2.3 舌脉：舌质红绛或紫暗，苔黄燥或垢腻；脉细数、滑数或弦数。

6 中西医病机融通分析

6.1 肾脏灌注减少、毒素蓄积及炎症反应等导致急性肾小管损伤，进而引起肾小球滤过率下降。其病理机制包括：坏死脱落的肾小管上皮细胞造成管腔阻塞，导致近端小管腔内压及肾小球囊内压升高；肾小管上皮细胞损伤脱落导致管壁完整性破坏，原尿反漏引起肾间质水肿，压迫肾单位，加重肾缺血；以及球-管反馈失衡，入球小动脉收缩，肾血管阻力增加。

6.2 肾小球囊内压升高、肾间质水肿、GFR 下降皆为“不通”，即“痹”象。肾小管的生理功能表现为近曲小管行“封藏”之用、远曲小管行“枢机”之用、集合管行“排泄”之用，其主体气化功能归属于“肾与膀胱”，司开阖，当以通为用。从早期的肾前性肾功能不全到后期肾后性肾功能不全，脓毒症相关急性肾损伤临床表现为少尿、无尿，即水液代谢异常是从“癃闭”向“关格”的演变。

6.3 脓毒症相关急性肾损伤全程风火为本，主要体现：

- 导致肾小球、肾小管损伤的炎症介质及细胞因子，归属于中医“风火”范畴；
- 球-管失衡，血管紧张素增加动脉张力，视为“痉”象，属风，成燥局。肝体阴用阳，血管紧张素原在肝生成，属“阳用”；肺主宣发肃降，调节人体三焦空间的缩放，带动气血津液的流转。ACE 主要分布于肺，体现了“金克木”的五行制化关系。由此推断，肾素-血管紧张素是一套病理状态下的“动藏”机制，其五行属“风系”：“风为寒中之动气”，先启动肾素，调动“阳用”，肾素-血管紧张素如相火寄于厥阴去开泄肾藏，再由肺拉动风闸，将这股风火的律动施布周身小动脉；
- 醛固酮增多导致的水钠潴留是郁极生风影响三焦对水液代谢的调控所致。

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。

7.2.2.3 经肾排泄抗菌药物中的肾毒性抗生素比如万古霉素、氨基糖苷类抗生素应通过监测治疗药物浓度调整使用剂量， β -内酰胺类抗菌药物宜采用持续输注或延长输注时间的给药方式。

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

存在心功能障碍，宜使用去甲肾上腺素，血管升压素为二线，若 $CI < 2.5 \text{ L/min/m}^2$ 应用多巴酚丁胺或肾上腺素。

7.2.5 血液净化治疗

7.2.5.1 当复苏后少尿($\leq 100 \text{ mL/6h}$)，容量负荷(超过基线体重 10%)，代谢性酸中毒($\text{pH} < 7.2$)，严重高钾血症(钾 $> 6.0 \text{ mmol/L}$)，血肌酐 $> 442 \mu\text{mol/L}$ ，出现以上情况之一即可选择 CRRT。

7.2.5.2 伴有内毒素血症或细胞因子风暴时，在 CRRT 基础上应用有一定吸附作用的膜材。

7.2.6 血糖管理

每 1 h~2 h 监测一次血糖，连续 2 次测定血糖 $> 10 \text{ mmol/L}$ 时启用胰岛素治疗，当目标血糖为 $\leq 10 \text{ mmol/L}$ 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

开宣肾痹，育阴熄风、通腑泻浊、化瘀通络利水。

7.3.2 组方

7.3.2.1 使用重症肾痹方(由当归芍药散、上焦宣痹汤、大补肺汤、白虎汤、旋覆花汤加减)：旋覆花 20 g(包煎)、茜草 15 g、麦冬 30 g、五味子 10 g、淡竹叶 10 g、丹皮 30 g、当归 10 g、白芍 30 g、茯苓 20 g、川芎 10 g、泽泻 30 g、制何首乌 15 g、猪心血丹参 10 g、地骨皮 30 g、炒蒺藜 15 g、醋郁金 15 g、通草 10 g、姜竹茹 20 g、枳实 10 g、醋鳖甲 10 g(先煎)、大豆黄卷 15 g、大腹皮 15 g、败酱草 30 g、生麦芽 15 g、生神曲 15 g、生石膏 50 g(先煎)、知母 15 g、玄参 30 g、芦根 30 g、天花粉 15 g。

7.3.2.2 使用方法：诊断为脓毒症相关急性肾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 $-4 \text{ }^\circ\text{C}$ 冰箱冷藏备用，使用前将药液加热至 $38 \text{ }^\circ\text{C} \sim 42 \text{ }^\circ\text{C}$ ，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 应识别并诊断脓毒症相关急性肾损伤，早期启动包括西医病因治疗、器官支持与中医辨证施治在内的综合救治流程；启动 CRRT 时，应计算治疗剂量，并监测电解质、酸碱平衡及凝血功能。
- 8.2 在实施中西医病机融通救治时，应建立由重症医学、肾内科、中医、药学、营养等多学科组成的协作团队。
- 8.3 实施液体复苏时，应遵循“限制性液体管理”原则，连续动态评估容量反应性。
- 8.4 应根据患者病机演变加减，不应机械套用原方。
- 8.5 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。
- 8.6 对于老年患者或存在慢性肾脏病基础的患者，中药起始剂量宜酌情减少，并加强肾功能监测。
- 8.7 加强营养支持，优先选择肠内营养。对于接受 CRRT 的患者，应考虑营养液丢失，增加蛋白质与热量摄入，并监测血磷、血钾水平。
- 8.8 预防并处理深静脉血栓、应激性溃疡、导管相关感染等并发症。
- 8.9 抗感染治疗应遵循“精准治疗”原则，尽早获取病原学证据。经肾排泄的抗菌药物应根据肌酐清除率调整剂量。
- 8.10 在整个救治过程中，应监测患者生命体征、尿量、血清肌酐、尿素氮、电解质、炎症指标、凝血功能及中医证候变化，动态评估疗效，及时调整治疗方案。
- 8.11 关注药物相互作用，如中药与抗凝药、抗菌药物、镇静镇痛药、血管活性药等西药联用时，应加强监测。

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，鉴别是否为尿毒症毒素蓄积、胃肠功能障碍、药物刺激或颅内压增高所致。
- 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℃~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：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。
- 9.3.3 详细记录过敏反应，明确告知患者及家属，并在病历中显著标注相关中药过敏史。

10 禁忌证与慎用证

主要包括：

- 对重症肾痹方中任何一味中药有明确过敏史者禁用。
- 存在胃肠穿孔、消化道活动性大出血者禁用。
- 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 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] 第28届急性疾病质量倡议工作组共识报告：脓毒症相关急性肾损伤解读[J]. 中华肾脏病杂志, 2024, 40(3):237-244.
- [4] 郭锦洲. 改善全球肾脏病预后组织(KDIGO)临床实践指南:急性肾损伤[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2013, 22(1):57-60.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] Shime N, Nakada T-a, Yatabe T, Yamakawa K, Aoki Y, Inoue S, et al. The Japanese Clinical Practice Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2024. Acute Med Surg. 2025;12:e70037.



中华人民共和国团体标准
脓毒症相关急性肾损伤中西医病机融通救治规范
T/GXAS 1295—2026
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究