

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1298—2026

脓毒性休克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 shock

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	2
6 中西医病机融通分析	3
7 中西医病机融通救治方法	4
8 注意事项	6
9 常见不良反应处理	6
10 禁忌证与慎用证	7
附录 A（资料性） 西医诊断用表	8
参考文献	9

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、胡嗣钦、刘园园、梁道业、胡军涛、雷鸣、杨哲、林松、王光耀、刘礼剑、王荣辉、林化、黎丽群、谢娟娟、韦湫桂、刘祖露、张丽敏、彭柳莹、郑超伟、赵一娜。

脓毒性休克中西医病机融通救治规范

1 范围

本文件界定了脓毒性休克中西医病机融通救治涉及的术语和定义、缩略语，规定了脓毒性休克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、常见不良反应处理和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性休克。

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 1297 脓毒症相关ARDS中西医病机融通救治规范

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

厥阴痹 *Jue Yin Bi*

因外感邪毒，入里化热，酿生风火，风火相煽，内陷厥阴（肝经、心包经及脉络系统），导致厥阴气机郁闭，升降逆乱，气血运行痹阻，以顽固性低血压、组织灌注不足、乳酸酸中毒、多器官功能障碍等为主要表现的病证。

注：脓毒性休克可归属于本病范畴，其演变过程与休克代偿期、失代偿期、难治期之“厥阴生风”“脉络痹阻”“毒热络伤”的病理特征相应。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

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

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

ECMO: 体外膜肺氧合 (Extracorporeal Membrane Oxygenation)

MAP: 平均动脉压 (Mean Arterial Pressure)

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)

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 诊断方法

诊断如下：

- 有怀疑的感染存在；
- SOFA 见表 A.1) 在感染前基线的基础上 ≥ 2 分；
- 符合 qSOFA (见表 A.2) > 2 项的标准；
- 经充分液体复苏后，需使用血管升压药维持平均动脉压 ≥ 8.7 kPa (65 mmHg)，且血乳酸浓度 > 2 mmol/L。

5.1.2 分期

5.1.2.1 代偿期 (早期/高动力期)

5.1.2.1.1 病理生理

全身炎症反应综合征主导，微循环障碍初现，机体通过代偿维持血压。

5.1.2.1.2 临床表现

临床表现如下：

- 心率增快 (> 90 次/min)、呼吸急促 (> 20 次/min)；
- 四肢温暖 (外周血管扩张)、尿量轻度减少；
- 血压正常或轻度下降，乳酸轻度升高 (2 mmol/L~4 mmol/L)；
- 早期器官功能障碍 (意识模糊、肌酐升高)。

5.1.2.2 失代偿期 (进展期/低动力期)

5.1.2.2.1 病理生理

代偿机制失效，炎症与微循环障碍加剧，心排血量下降，血管通透性增加。

5.1.2.2.2 临床表现

临床表现如下：

- 低血压 [收缩压 < 12.0 kPa (90 mmHg) 或平均动脉压 < 8.7 kPa (65 mmHg)]，需血管升压药 (去甲肾上腺素) 维持；
- 乳酸显著升高 (> 4 mmol/L)，代谢性酸中毒；
- 明显器官衰竭 (如急性肾损伤、肝功能障碍、急性呼吸窘迫综合征)；
- 皮肤花斑、四肢厥冷 (外周血管收缩)。

5.1.2.3 难治性休克 (终末期/不可逆期)

5.1.2.3.1 病理生理

多器官衰竭、线粒体功能障碍、细胞凋亡，治疗反应差。

5.1.2.3.2 临床表现

临床表现如下：

- 顽固性低血压 (需多种升压药联合大剂量支持)；
- 乳酸 > 6 mmol/L，严重酸中毒 (pH 值 < 7.2)；
- 无尿、凝血功能障碍、昏迷；
- 死亡率接近 100%。

5.2 中医诊断

5.2.1 病因病机

5.2.1.1 脓毒性休克属于中医学“厥阴痹”范畴。因外感邪毒，入里化热，酿生风火，风火相煽，内陷厥阴，厥阴气机郁闭，升降逆乱，气血运行痹阻；或素体正气亏虚，邪毒乘虚内陷，厥阴脉络受损，疏泄失常，气血失和，发为厥阴痹。病位在厥阴（肝、心包及脉络系统），与心、肾、肺密切相关，病性属本虚标实，风、火、痰、瘀、毒为标，气阴亏虚、阳气衰微为本。

5.2.1.2 根据休克病程演变，病机分为三期：

- 代偿期（厥阴生风）：邪毒内陷，风火相煽，厥阴气机逆乱，脉络挛急，气血运行不畅，微循环障碍初现，表现为“厥阴之生内风象”；
- 失代偿期（脉络痹阻）：风火不解，痰瘀毒聚，脉络痹阻，气血壅滞，血管麻痹，组织灌注严重不足，表现为“厥阴之脉络痹阻象”；
- 难治期（毒热络伤）：毒热内盛，耗伤气阴，络脉损伤，血溢脉外，气随血脱，阴阳离决，表现为“厥阴之毒热络伤虚张象”。

5.2.2 临床证候

5.2.2.1 代偿期（厥阴生风）

5.2.2.1.1 主症：发热或恶寒，寒战，呼吸急促，心率增快，四肢尚温或手足拘急，烦躁不安。

5.2.2.1.2 次症：口干欲饮，尿量轻度减少，或见皮肤花斑。

5.2.2.1.3 舌脉：舌质红，苔黄燥；脉弦数或细数。

5.2.2.2 失代偿期（脉络痹阻）

5.2.2.2.1 主症：面色苍白，四肢厥冷，口唇紫绀，皮肤花斑，神志淡漠或躁扰不宁，血压下降（需血管活性药物维持），尿少或无尿。

5.2.2.2.2 次症：心悸气喘，恶心呕吐，腹胀便秘，或见皮肤瘀点瘀斑。

5.2.2.2.3 舌脉：舌质紫暗或有瘀斑，苔黄燥或垢腻；脉沉细数或细涩。

5.2.2.3 难治期（毒热络伤）

5.2.2.3.1 主症：顽固性低血压（多种升压药联合大剂量难以维持），四肢厥冷过肘膝，神昏谵语或昏愦不语，气息微弱，无尿，或见吐血、便血、斑疹紫黑。

5.2.2.3.2 次症：身热夜甚，口燥咽干，齿衄鼻衄，或见抽搐痉厥。

5.2.2.3.3 舌脉：舌质红绛或紫暗，苔少或无苔，或苔焦黑起刺；脉微欲绝、细数疾或促。

6 中西医病机融通分析

6.1 休克代偿期

外周血管代偿性收缩，微循环在剧烈的炎症反应中，毛细血管前括约肌和毛细血管单层内皮细胞受炎症因子的刺激而收缩，微循环灌注量骤减，出现缺血缺氧，视为“厥阴之生内风象”。

6.2 休克失代偿期

毛细血管前括约肌松弛，对血管活性药不敏感，表现为“麻痹”状态，出现淤血缺氧，视为“厥阴之脉络痹阻象”。

6.3 休克难治期

随着病情恶化，毛细血管网进一步扩张，局部组织酸中毒加重，过氧化物等致炎物质堆积，造成毛细血管内皮广泛损伤和渗漏，视为“厥阴之毒热络伤虚张象”。

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 对疑似脓毒性休克或脓毒症的成人患者，宜在明确诊断的1 h内开展抗感染治疗。

7.2.2.2 在治疗初期，可使用经验性广谱抗生素，在明确微生物或感染好转后，再进行针对性治疗。

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液体管理策略。

7.2.3.2 对于成人脓毒症/脓毒性休克患者，使用动态监测指标来指导液体复苏。

7.2.3.3 对于成人脓毒性休克患者：

- 使用乳酸指导复苏；
- 使用毛细血管再充盈时间来指导复苏；
- 对接受大量晶体液复苏的患者使用白蛋白；
- 不宜使用人工胶体及明胶进行复苏。

7.2.3.4 对于使用血管升压药的成人脓毒性休克患者，MAP目标宜为8.7 kPa（65 mmHg）。

7.2.4 血管活性药物治疗

7.2.4.1 宜使用去甲肾上腺素，可加用血管升压素，仍不能维持血压，宜加用肾上腺素。

7.2.4.2 对于合并心功能不全的患者，宜使用去甲肾上腺素联合多巴酚丁胺或单独使用肾上腺素。

7.2.4.3 MAP初始目标宜为8.7 kPa（65 mmHg）。

7.2.5 糖皮质激素

对成人脓毒性休克需要持续使用升压药的患者，宜在使用去甲肾上腺素或肾上腺素剂量 $\geq 0.25 \mu\text{g}/(\text{kg min})$ 4 h后，静脉注射氢化可的松，剂量为200 mg/d，每6 h静脉注射50 mg或连续输注。

7.2.6 抗凝治疗

参照《脓毒症性凝血病诊疗中国专家共识》执行抗凝治疗。

7.2.7 肾脏替代治疗

7.2.7.1 当复苏后少尿（少于100 mL/6 h）、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（ $\text{钾} > 6.0 \text{ mmol/L}$ ），血肌酐 $> 442 \mu\text{mol/L}$ ，出现以上情况之一选择CRRT。

7.2.7.2 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。

7.2.8 ECMO治疗

对于存在难治性低氧血症或循环衰竭，ECMO（包括清醒ECMO策略）可作为挽救性治疗。具体参照《成人体外膜肺氧合技术操作规范》执行。

7.2.9 机械通气

7.2.9.1 无ARDS脓毒性休克患者

对存在酸中毒或较高呼吸驱动的患者，谨慎使用低潮气量通气。

7.2.9.2 脓毒性休克合并 ARDS 患者

宜使用高流量鼻导管联合无创通气，其他按T/GXAS 1297的规定执行，合并有ARDS患者采取保护性通气和俯卧位通气治疗。

7.2.10 镇静和镇痛

7.2.10.1 镇痛药物方面，选择起效快、剂量依赖性起效并能减少过度呼吸驱动的阿片类药物，多模式镇痛方案上考虑阿片类药物。

7.2.10.2 镇静药物方面，采取个体化镇静策略，考虑选择丙泊酚或右美托咪定，避免使用苯二氮草类药物。

7.2.11 血糖管理

每1 h~2 h监测一次血糖，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 休克代偿期

7.3.1.1 治法

温经化瘀，宣肺熄风，解毒化浊。

7.3.1.2 组方

使用厥阴痹1号方[由当归四逆汤（和/或四逆汤）合上焦宣痹汤、旋覆花汤加减]：当归20 g、桂枝15 g（或代之以肉桂）、白芍20 g、细辛15 g（先煎）、通草10 g、制附子20 g（先煎）、人参20 g（另煎）、干姜15 g（先煎）、炙甘草20 g、醋郁金15 g、杏仁15 g、射干15 g、旋覆花10 g（包煎）、茜草10 g、赤小豆30 g、薏苡仁30 g、败酱草30 g、桃仁20 g、芦根30 g、紫菀15 g、桔梗10 g、地骨皮30 g、川芎15 g、丹皮10 g、猪心血丹参10 g、土茯苓30 g、淡竹叶10 g、大豆黄卷15 g、生麦芽15 g、生神曲15 g。

7.3.2 休克失代偿期

7.3.2.1 治法

熄风通络，宣肺通腑，清热泻浊，凉血化瘀。

7.3.2.2 组方

使用厥阴痹2号方（由旋覆花汤、上焦宣痹汤、千金苇茎汤、泻白散、当归四逆汤、四逆汤、温胆汤加减）：旋覆花20 g（包煎）、茜草20 g、丹皮30 g、猪心血丹参10 g、白芍20 g、细辛10 g（先煎）、当归10 g、桂枝10 g、通草10 g、制附子30 g（先煎）、人参20 g（另煎）、干姜15 g（先煎）、炙甘草20 g、醋郁金15 g、杏仁15 g、射干15 g、赤小豆30 g、薏苡仁30 g、败酱草30 g、桃仁20 g、芦根30 g、紫菀15 g、桔梗10 g、地骨皮30 g、桑白皮15 g、枳实15 g、橘红10 g、法半夏15 g、炒蒺藜15 g、川芎15 g、土茯苓30 g、淡竹叶10 g、大豆黄卷15 g。

7.3.3 休克难治期

7.3.3.1 治法

凉血熄风，清营解毒，宣肺通腑泻浊。

7.3.3.2 组方

使用厥阴痹3号方（由清营汤、升麻鳖甲汤、升麻葛根汤、肝着汤、千金苇茎汤、当归四逆汤、四逆散、温胆汤、泻白散加减）：水牛角50 g、知母20 g、玄参30 g、丹皮30 g、猪心血丹参10 g、赤芍30 g、紫草20 g、白芍20 g、何首乌15 g、川芎15 g、葛根30 g、旋覆花20 g（包煎）、茜草20 g、升麻20 g、鳖甲15 g（先煎）、当归10 g、肉桂6 g、通草10 g、人参20 g（另煎）、姜炭10 g、生甘草10 g、醋郁金

15 g、杏仁15 g、赤小豆30 g、连翘20 g、瓜子仁15 g、薏苡仁30 g、桃仁20 g、芦根30 g、地骨皮30 g、桑白皮15 g、柴胡10 g、枳实15 g、橘红10 g、法半夏15 g、淡竹叶10 g、大豆黄卷15 g。

7.3.3.3 使用方法

诊断为脓毒性休克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进行调整方药。

8 注意事项

- 8.1 应识别并进行诊断脓毒性休克，早期启动中西医结合救治流程，把握治疗窗口期。
- 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 中医救治部分应遵循辨证论治原则，根据休克病机融通，精准选用相应方药。
- 8.4 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置管位置。给药时应确保药液温度适宜，速度缓慢，并观察患者有无呛咳、反流等反应。
- 8.5 应采取个体化的液体治疗策略，连续动态评估容量反应性。
- 8.6 预防并监测静脉血栓、应激性溃疡、呼吸机相关性肺炎等常见并发症。
- 8.7 在整个救治过程中，应监测患者生命体征、呼吸力学、炎症指标、凝血功能、器官功能及中医证候的变化，动态评估疗效，及时调整中西医治疗方案。
- 8.8 关注药物相互作用风险，如中药与抗凝药、镇静镇痛药、血管活性药等西药联用时，应加强监测。
- 8.9 对疑似脓毒症或脓毒性休克但未明确感染源的成人患者，应重新评估并寻找其他可能的替代诊断；证实或高度怀疑由其他病因所致，应停止经验性抗感染治疗。

9 常见不良反应处理

9.1 呕吐

- 9.1.1 若鼻饲中药后出现呕吐，应立即暂停喂药，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（宜为38℃~42℃）是否合适、输注速度是否适宜。
- 9.1.3 评估呕吐原因，鉴别是否为原发病加重、颅内压增高、药物刺激或胃肠功能障碍所致。
- 9.1.4 采取中药剂量减半试用或于中药前后给予少量温开水冲管。若持续呕吐，应停用中药药剂，并考虑使用西医止吐药物对症处理，待症状缓解后重新评估给药方案。
- 9.1.5 严重呕吐患者改为通过胃管或鼻空肠管，使用肠内营养泵以更慢的速度持续泵入。

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、抗生素相关性腹泻或中药所致。
- 9.2.2 若与中药有关，宜采取以下措施：
 - 中药煎剂加热至38℃~42℃后服用；
 - 减少单次中药摄入量（如从100 mL/次减至50 mL/次），或延长给药间隔；
 - 在中医师指导下，调整方药，酌情减少寒凉、滑肠之品。
- 9.2.3 加强肛周皮肤护理，预防失禁性皮炎，并根据情况给予蒙脱石散等肠道黏膜保护剂，维持水电解质平衡。
- 9.2.4 若腹泻严重，伴有脱水或电解质紊乱，应停用中药药剂，并强化西医支持治疗。

9.3 过敏

- 9.3.1 用药期间出现皮疹、皮肤瘙痒、荨麻疹、喉头水肿、呼吸困难等疑似过敏症状时，应立即停用中药制剂。
- 9.3.2 根据过敏反应严重程度进行处理：
 - 轻度：可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，保持呼吸道通畅，必要时行气管插管。

9.3.3 详细记录过敏反应情况，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：

——对处方中任何一味中药有明确过敏史者；

——存在胃肠穿孔、消化道活动性出血者；

——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。



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: 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1h。				

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] 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.
- [2] T/CRHA 022—2023 脓毒症诊断与治疗规范
- [3] 李志军, 王东强, 李银平. 脓毒性休克中西医结合诊治专家共识[J]. 中华危重病急救医学, 2019, 031(011):P. 1317-1323.
- [4] 王西墨, 余剑波, 金胜威. 脓毒症肺损伤中西医结合诊治专家共识[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020, 26(03):400-408.
- [5] 余剑波, 史佳. 脓毒症急性肺损伤的中西医结合治疗概述[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2023, 29(5):573-578.
- [7] 宋景春, 丁仁彧, 吕奔, 等. 脓毒症性凝血病诊疗中国专家共识(2024版)[J]. 解放军医学杂志, 2024, 49(11):1221-1236.
- [8] 国家卫生健康委办公厅. 关于印发成人体外膜肺氧合技术操作规范(2024年版)的通知(国卫办医政函(2024)427号)
- [9] Maccagnan Pinheiro Besen BA, Tomazini BM, Pontes Azevedo LC. Mechanical ventilation in septic shock. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2021 Apr 1;34(2):107-112.



中华人民共和国团体标准
脓毒性休克中西医病机融通救治技术规范
T/GXAS 1298—2026
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究