

# T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1246—2026

## ICU 获得性虚弱中医诊疗规范

Specification for traditional Chinese medicine diagnosis and  
treatment of ICU-acquired weakness

2026 - 02 - 06 发布

2026 - 02 - 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
5.1 临床表现 .....	1
5.2 辨证分型 .....	1
6 治疗 .....	2
6.1 内治法 .....	2
6.2 外治法 .....	3
6.3 物理治疗 .....	4
7 调护 .....	4
附录 A (资料性) AGI 分级 .....	5
附录 B (资料性) MRC 肌力评分表 .....	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附属瑞康医院提出并宣贯。

本文件由广西标准化协会归口。

本文件起草单位：广西中医药大学附属瑞康医院、成都中医药大学附属医院、上海市第七人民医院、黑龙江中医药大学附属第二医院、广西壮族自治区人民医院、广西中医药大学第一附属医院、柳州市中医医院（柳州市壮医医院）、桂林市中医医院、玉林市中医医院、南宁市中医医院、钦州市中医医院。

本文件主要起草人：伍民生、唐晓、姜明贺、陈盛奎、雷鸣、龙坤兰、蔡国锋、梁道业、向淑麟、董庆华、王荣辉、李乃庆、覃进、杨哲、周旭、唐荣、刘晶晶、袁林、贾坤平、秦臻、李天威、李绍宾、郭淋、吴忠辉、黄自珍、毛誉燕、李凯锋、温安东、朱欢欢、张鼎、胡琨琳、韦日铺、康雪莹、潘俞丹、贺荣、陈春玲、韦夏薇、徐浩、林毕福、陈文忠、李肖玲。



# ICU 获得性虚弱中医诊疗规范

## 1 范围

本文件界定了ICU获得性虚弱的术语和定义、缩略语,规定了ICU获得性虚弱中医诊疗的诊断、治疗、调护的要求。

本文件适用于ICU获得性虚弱中医诊疗。

## 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。

GB/T 12346 经穴名称与定位

GB/T 21709.20 针灸技术操作规范 第20部分:毫针基本刺法

GB/T 21709.21 针灸技术操作规范 第21部分:毫针基本手法

GB/T 33415 针灸异常情况处理

T/GXAS 1245 ICU获得性虚弱中西医护理规范

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**ICU 获得性虚弱** ICU-acquired weakness

在重症监护病房住院期间,因严重感染、器官功能障碍、长期制动等因素引起的,以近端肢体进行性对称性肌力下降为主要表现,常伴有感觉异常或反射减弱,并需经神经系统检查与电生理检测排除其他神经系统疾病的临床综合征。

## 4 缩略语

以下缩略语适用于本文件。

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

ICD: 植入式心律转复除颤器 (Implantable Cardioverter Defibrillator)

ICP: 颅内压 (Intracranial Pressure)

ICU: 重症监护病房 (Intensive Care Unit)

INR: 国际标准化比值 (International Normalized Ratio)

MAP: 平均动脉压 (Mean Arterial Pressure)

MRC: 医学研究委员会 (Medical Research Council)

NMES: 神经肌肉电刺激 (Neuromuscular Electrical Stimulation)

## 5 诊断

### 5.1 临床表现

症见对称性四肢痿软无力,肢体近端肌肉(如肩部、髋部)受累常较远端更为显著。重症患者膈肌受累,可表现为呼吸乏力、脱机困难。常伴见面色萎黄或晦暗,肌肉消瘦,甚则萎缩,腱反射减弱或消失。

### 5.2 辨证分型

### 5.2.1 脾胃虚弱证

肢体软弱无力，逐渐加重，甚则肌肉萎缩，少气懒言，神疲乏力，伴有腹胀，纳呆，便溏，颜面浮肿，面色萎黄，舌淡，苔薄白，脉细弱。

### 5.2.2 肝肾亏虚证

病久不愈，肢体逐渐痿软无力，尤以下肢明显，伴有腰脊酸软，甚则腿胫大肉渐脱，或伴头晕目眩，耳鸣耳聋，头发干枯，口咽干燥，舌红，少苔，脉细数。

### 5.2.3 脉络瘀阻证

痿证日久，四肢逐渐痿软，肌肉消瘦，或手足麻木，疼痛，肌肤不仁，肢冷，四肢青筋显露。舌体瘦小，舌质淡暗或有瘀点、瘀斑，脉细涩。

## 6 治疗

### 6.1 内治法

#### 6.1.1 脾胃虚弱证

##### 6.1.1.1 治法

补中益气，健脾升清。

##### 6.1.1.2 方药选择

方选参苓白术散，药物组成、加减及煎服法如下：

——药物组成：人参 15 g、白术 15 g、茯苓 15 g、山药 15 g、莲子肉 15 g、白扁豆 10 g、薏苡仁 20 g、砂仁 15 g（后下）、桔梗 10 g、炙甘草 10 g；

——加减：乏力、气短、自汗，加黄芪 30 g；纳呆、腹胀、苔腻，加苍术 10 g、厚朴 10 g；面色苍白、心悸、舌淡，加当归 15 g、白芍 15 g、阿胶（烔化）10 g；大便溏泄严重，加芡实 15 g、诃子 10 g；

——煎服法：水煎后口服或鼻饲。

#### 6.1.2 肝肾亏虚证

##### 6.1.2.1 治法

补益肝肾，滋阴清热。

##### 6.1.2.2 方药选择

方选虎潜丸，药物组成、加减及煎服法如下：

——药物组成：黄柏 15 g、龟甲 15 g（先煎 30 min）、知母 10 g、熟地黄 15 g、陈皮 10 g、白芍 15 g、锁阳 10 g、干姜 10 g；

——加减：腰膝酸软、眩晕耳鸣、五心烦热，加女贞子 15 g、墨旱莲 15 g；肢体刺痛、痛有定处，或皮肤紫暗、舌质紫暗有瘀斑、脉涩，加丹参 15 g、川芎 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g；痿软无力伴畏寒肢冷、腰膝冷痛、小便清长、舌淡胖、脉沉迟，加炙附子 15 g（先煎 1 h）、肉桂 10 g、淫羊藿 15 g；

——煎服法：水煎后口服或鼻饲。

#### 6.1.3 脉络瘀阻证

##### 6.1.3.1 治法

益气活血，化瘀通络。

##### 6.1.3.2 方药选择

方选补阳还五汤加减，药物组成、加减及煎服法如下：

- 药物组成：黄芪 30 g、当归 10 g、赤芍 15 g、地龙 10 g、川芎 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g；
- 加减：气短懒言、自汗、舌质淡紫、苔薄白、脉细弱，加大黄芪剂量至 60 g，加人参 15 g；肢体刺痛、痛有定处，或皮肤紫暗、关节僵硬，舌质紫暗、瘀斑明显，脉弦涩，加丹参 20 g、鸡血藤 30 g、伸筋草 15 g；肢体困重、痿软无力伴胸闷痰多、苔白腻或黄腻、脉滑，加法半夏 10 g、苍术 10 g、厚朴 10 g；
- 煎服法：水煎后口服或鼻饲。

#### 6.1.4 禁忌症和慎用症

##### 6.1.4.1 禁忌症

- 6.1.4.1.1 对方中所含任何中药成分有明确过敏史的患者。
- 6.1.4.1.2 按附录A进行AGI 分级标准评估，胃肠功能为AGI IV级的患者。

##### 6.1.4.2 慎用症

孕妇、产妇、哺乳期妇女及儿童患者。

#### 6.2 外治法

##### 6.2.1 针刺法

###### 6.2.1.1 穴位选择

根据证型选择主穴、配穴，穴位定位应符合GB/T 12346的规定。

——主穴：足三里、三阴交、气海、关元。

——配穴：

- 脾胃虚弱证：脾俞、胃俞、太白；
- 肝肾亏虚证：肝俞、肾俞、太溪；
- 脉络瘀阻证：膈俞、血海、合谷。

###### 6.2.1.2 施术方法

对施术穴位皮肤进行消毒，针刺手法以补法为主，每穴行针5 s~10 s，留针30 min，进针方式、行针手法等应符合GB/T 21709.20及GB/T 21709.21的规定。

###### 6.2.1.3 异常情况处理

针刺异常情况按GB/T 33415的规定处理。

##### 6.2.1.4 禁忌症和慎用症

###### 6.2.1.4.1 禁忌症

- 6.2.1.4.1.1 凝血功能障碍：血小板 $<50 \times 10^9 / L$ 、INR $>1.5$ 。
- 6.2.1.4.1.2 全身性感染未控制：脓毒症休克、血流动力学不稳定（需大剂量血管活性药维持）。
- 6.2.1.4.1.3 循环系统不稳定：持续低血压（MAP $<65$  mmHg）、恶性心律失常。
- 6.2.1.4.1.4 皮肤完整性破坏：针刺部位存在烧伤、压疮、感染性伤口或大面积皮疹。
- 6.2.1.4.1.5 严重颅内高压（ICP $>20$  mmHg）。

###### 6.2.1.4.2 慎用症

- 6.2.1.4.2.1 意识障碍与谵妄。
- 6.2.1.4.2.2 免疫功能重度抑制：中性粒细胞 $<0.5 \times 10^9 / L$ 、接受大剂量免疫抑制剂。
- 6.2.1.4.2.3 植入电子设备区域：起搏器、ICD 植入部位附近（如胸背部）。

##### 6.2.2 耳穴贴压

按T/GXAS 1245的规定执行。

## 6.3 物理治疗

### 6.3.1 肌力评估

按附录B进行MRC肌力评分表评分，MRC肌力评分表总分 < 48分提示ICU患者获得性虚弱，总分36~48分为轻症，< 36分为重症。

### 6.3.2 康复训练

应在生命体征稳定、神经系统评估完成后启动，根据受累肌群MRC肌力评分进行康复训练：

——受累肌群单组 MRC 评分 0~1 分以被动活动为主，包括关节活动度训练、体位变换、NMES；

——受累肌群单组 MRC 评分 2 分宜进行主动辅助运动，如床上桥式、翻身训练；

——受累肌群单组 MRC 评分  $\geq 3$  分及以上进行逐步开展抗阻训练、坐站转移、平衡练习及有氧训练。

### 6.3.3 多组分物理治疗

6.3.3.1 神经肌肉电刺激：无法主动运动的患者，对四肢或呼吸肌（如膈肌）施加低频电流，诱导肌肉收缩。

6.3.3.2 抗阻与耐力训练内容如下：

——清醒患者进行主动抗阻，如弹力带、哑铃或器械训练；

——有氧训练，如床边踏车或坐位踏车。

6.3.3.3 平衡与协调训练：坐位/站立平衡练习，步态再教育，模拟日常活动（如抓取物品）。

6.3.3.4 体位管理与循环促进：定时翻身、抬高下肢，使用气压泵。

## 7 调护

营养管理和情志护理按T/GXAS 1245的规定执行。

附录 A  
(资料性)  
AGI 分级

AGI 分级见表 A.1。

表 A.1 AGI 分级

分级	定义	临床诊断或临床表现
I 级 存在发展为胃肠功能障碍或衰竭的风险	胃肠部分功能损伤, 表现为已知原因或一过性胃肠症状	损伤之后出现临床可见的胃肠症状, 短暂且具有自限性 如: 腹部手术后第 1 d 出现恶心、呕吐, 术后肠鸣音消失, 休克, 早期肠蠕动减弱
II 级 有胃肠功能障碍	消化道不能充分完成消化、吸收以满足机体对营养素和水的需求	急性发作的胃肠症状, 需临床干预以保证营养和水分需求。既往未行胃肠干预或腹腔手术但情况比预期严重 如: 胃轻瘫伴胃潴留或反流, 低位消化道麻痹, 腹泻、I 级腹内高压[腹内压为 12 mmHg~15 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)], 胃内容物或大便可见出血。喂养不耐受表现为肠内营养 < 20 kcal (kg·d), 尝试时间 > 72 h
III 级 胃肠衰竭	胃肠功能丧失, 临床干预后胃肠功能仍无法恢复, 一般情况无改善	临床干预后(如使用红霉素、幽门后置管)仍持续存在的肠内喂养不耐受, 导致多器官功能障碍综合征持续甚至恶化 如: 即使治疗后病人仍持续喂养不耐受—高度胃潴留, 持续胃肠麻痹, 发生或进展性肠扩张, 腹内高压进展到 II 级(腹内压为 15 mmHg~20 mmHg), 低腹腔灌注压 (< 60 mmHg)。出现喂养不耐受并可能与多器官功能障碍综合征持续或恶化有关
IV 级 胃肠功能衰竭并严重影响其他器官脏器功能	急性胃肠损伤进展为直接危及生命的严重状态, 伴多器官功能障碍综合征及休克加重	急性胃肠损伤导致急性严重的全身情况恶化, 伴多器官功能不全和休克 如: 肠道缺血、坏死, 胃肠道出血导致失血性休克, 假性结肠梗阻, 需要减压的腹腔间隔室综合征等

附 录 B  
(资料性)  
MRC 肌力评分表

见表B.1。

表B.1 MRC 肌力评分表

测试部位	肌群	左侧评分	右侧评分
上肢	腕屈肌		
	肩外展肌		
	肘屈肌		
下肢	膝伸肌		
	踝背屈肌		
	髌屈肌		
总分			
<p>注1：无肌肉收缩（完全瘫痪）→0分，肌肉轻微收缩，但不能产生关节活动→1分，肌肉收缩可带动关节水平方向活动，但不能对抗重力（如肢体可在床面移动）→2分，肌肉收缩可对抗重力完成关节全范围活动，但不能对抗阻力→3分，肌肉收缩可对抗重力和部分阻力，但未达到正常水平→4分，正常肌力，可对抗重力和充分阻力完成动作→5分。</p> <p>注2：评估双侧6组肌群（上肢：腕屈肌、肩外展肌、肘屈肌；下肢：膝伸肌、踝背屈肌、髌屈肌），每侧3组，每组评分0~5分，总分双侧相加，满分60分。</p>			

## 参 考 文 献

- [1] 刘宝东.《重症肌无力外科治疗中国临床专家共识》解读[J].中国临床新医学, 2023, 16(6):531-535.
- [2] 张端端,李小兰,肖麟蔚.健中益肾汤联合针刺治疗脾肾两虚型重症监护病区获得性虚弱的临床观察[J].中医临床研究, 2024, 16(28):59-65.
- [3] 范定容,周恒宇,蔡莹, et al.神经肌肉电刺激对急性重症胰腺炎合并ARDS患者肌肉力量改善效果评估[J].陆军军医大学学报, 2024, 46(22):2539-2546.
- [4] 中国免疫学会神经免疫分会,常婷,李柱一,等.中国重症肌无力诊断和治疗指南(2020版)[J].中国神经免疫学和神经病学杂志, 2021, 28(1):12.
- [5] Narayanaswami P, Sanders D B, Wolfe G, et al. International consensus guidance for management of myasthenia gravis: 2020 update[J]. Neurology, 2021, 96(3): 114-122.
- [6] Reintam Blaser A, Malbrain ML, Starkopf J, et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems[J]. Intensive Care Med. 2012;38(3):384-94.
- [7] Nakanishi N, Yoshihiro S, Kawamura Y, et al. Effect of Neuromuscular Electrical Stimulation in Patients With Critical Illness: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials[J]. Crit Care Med. 2023;51(10):1386-1396.
- [8] Sunaryo EYAB, Lee HF, Sofia L, et al. Preventing ICU-Acquired Weakness With Early Rehabilitation: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analysis[J]. Nurs Crit Care. 2025;30(4):e70113.
- [9] 刘幼硕,覃铁和,中华医学会老年医学分会老年内分泌代谢疾病学组,等.中国老年人重症监护病房获得性衰弱预防与管理专家共识(2025版)[J].中华老年医学杂志, 2025, 44(09): 1195-1211.
- [10] Hiser SL, Casey K, Nydahl P, Hodgson CL, Needham DM. Intensive care unit acquired weakness and physical rehabilitation in the ICU[J]. BMJ. 2025;388:e077292.
- [11] 董丽宏,王怡洁,赵海燕,等.补阳还五汤联合针刺治疗重症监护病房获得性肌无力对患者免疫功能及肌力恢复的影响[J].中华中医药学刊, 2025, 43(11):31-34.
- [12] 王丽,陈真.ICU获得性肌无力诊断及物理治疗技术研究进展[J].中国康复医学杂志, 2023, 38(09):1311-1314.

中华人民共和国团体标准  
ICU获得性虚弱中医诊疗规范  
T/GXAS 1246—2026  
广西标准化协会统一印制  
版权专有 侵权必究