

• 名医经验 •

刘清泉教授从虚实论治急危重症经验举隅

徐前威¹ 刘宇丽² 陈腾飞³¹ 北京大学第三医院中医科, 北京 100191; ² 解放军总医院第七医学中心消化科, 北京 100700; ³ 首都医科大学附属北京中医医院重症医学科, 北京 100010

通信作者: 陈腾飞, Email: 824053093@qq.com

【摘要】 急危重症严重威胁着人们的生命健康, 为医生的抢救带来极大困难。急诊医学作为中医临床医学的重要组成部分, 在人类同疾病长期的斗争过程中, 在历代医家的不懈努力下, 形成了自身独特的、完整的理论体系, 积累了丰富的临床经验。刘清泉教授作为当代知名的中医临床急救专家, 一直深入临床一线, 创造性地提出“三态”论及“三纲”辨证, 为当代急危重症患者的中医救治提供了快速有效的核心思路。

【关键词】 虚实; 急危重症; 名医经验; 刘清泉

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2024.01.018

Professor Liu Qingquan's experience in treating acute and severe diseases from the perspective of virtual realityXu Qianwei¹, Liu Yuli², Chen Tengfei³¹Department of Traditional Chinese Medicine, Peking University Third Hospital, Beijing 100191, China; ²Department of Digestive, the Seventh Medical Center of the General Hospital of the People's Liberation Army, Beijing 100700, China;³Department of Critical Care Medicine, Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China

Corresponding author: Chen Tengfei, Email: 824053093@qq.com

【Abstract】 Acute and critical illnesses pose a serious threat to people's lives and health, causing great difficulties for doctors to rescue them. As an important part of traditional Chinese medicine (TCM) clinical medicine, emergency medicine of TCM has formed its own unique and complete theoretical system and accumulated rich clinical experience in the long-term struggle against diseases by the unremitting efforts of generations of doctors. As a well-known contemporary expert in TCM clinical emergency treatment, Professor Liu Qingquan has been deeply involved in the front line of clinical work, and creatively proposed the theory of three states and three principles differentiation, providing a rapid and effective core idea for the treatment of contemporary acute and critical patients with TCM.

【Key words】 Virtual reality; Acute and critical illness; Famous doctor experience; Liu Qingquan

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2024.01.018

急危重症是指某种疾病或多种疾病威胁患者生命安全, 严重影响患者生命体征, 如不能早期接受治疗, 极有可能造成患者死亡的疾病^[1-2]。近年来, 我国急诊急危重症患者所占比例越来越高, 如何快速抢救危重症患者, 成为医务人员尤其是急诊医生的重要任务。中医学经过几千年的发展实践, 积累了丰富的诊治急危重症的经验, 为后世留下了宝贵的财富。如春秋战国时期, 最早在《黄帝内经》就有以“卒中”“卒心痛”“暴厥”等命名的急危重症的记载, 以区别非急诊疾病, 可谓是开启了中医急诊危重症学科的先河^[3]。此后历代先贤如张仲景、孙思邈、吴鞠通等医家均不同程度地提升了中医学治疗急危重症的救治水平。因此中医学的进步, 离不开对急危重症的诊治, 急危重症的诊治是中医学研究的重要内容。

刘清泉教授博古通今, 善用经方, 用药方法别具一格, 屡用大剂起沉疴。笔者有幸跟随刘教授学习, 对其运用中药治疗急危重症甚是折服, 兹将刘清泉教授从虚实论治急危重症的经验整理如下, 以飨读者。

1 刘清泉教授从虚实认识急危重症的病因病机

刘清泉教授认为临床上急危重症的发生, 主因内外之

邪突然作用于人体, 导致机体功能紊乱, 立即出现临床症状, 造成严重器官损伤和功能紊乱。危重症发生发展过程中突出的矛盾是正邪交争, 表现为正邪消长和盛衰, 认为急危重症的核心病机是“正气虚于一时, 邪气暴盛而突发”^[4-5], 突出表现为“正邪交争”。刘清泉教授认为, 脓毒症的核心病机是正虚毒损, 瘀滞络脉^[6-7]。中医学强调“邪之所凑, 其气必虚”“正气存内, 邪不可干”^[8]; “风雨寒热, 不得虚邪, 不能独伤人”^[9], 同时也强调预防发病应“避其毒气”。邪气与正气的斗争始终影响着疾病发生发展的全过程, 正气虚是影响疾病发生发展的主要因素, 邪气盛是导致疾病发生发展的必要条件, 二者相互联系, 相互影响, 是决定疾病发生发展的重要因素。因此抓住虚实两端是急危重症诊疗的关键。

2 刘清泉教授从虚实阐释急危重症的辨证体系

如何快速有效地诊治疾病, 历代医家对此进行了大量研究和临床实践, 提出了六经辨证、八纲辨证、脏腑辨证、卫气营血辨证等中医辨证论治体系。刘清泉教授较早提出了“中医虚实营养治疗”观念^[10], 即以中医虚实证候为着眼点, 对危重症患者的营养状态早期进行评价并及早给予中医干预, 以提高危重症的救治成功率。基于虚实两端在急危重症

发展过程中的重要性,刘清泉教授等提出了“三态论”及“三纲辨证”,从虚、实、虚实互存 3 种状态出发,归纳出核心的疾病证候状态,提出了准确的临床救治目标^[4]。三纲辨证是在三态论的指导下对八纲辨证的进一步提炼,即虚、实、虚实互存三纲,以更好地指导急危重症的救治。

3 刘清泉教授从虚实论述急危重症的诊治要点

刘清泉教授认为,虚证常见面色萎黄或苍白,身倦神疲,心悸气短,形寒肢冷,汗自出,大便稀溏,小便失禁,脉虚沉迟,或消瘦面红,口干舌燥,潮热盗汗,舌红少苔,脉虚细数^[5]。实证由于病因不同,表现亦不同,常见发热、腹痛拒按、憋闷烦躁、昏迷谵妄、呼吸气促、痰涎壅盛、大便秘结,或便溏泄泻伴里急后重、小便淋漓涩痛、脉实有力、舌质苍老、苔厚腻。选方用药上,针对虚证患者,刘清泉教授重视李东垣的“脾胃学说”,常用补中益气汤、益气聪明汤等方剂;针对实证患者病机不同,选用大承气汤、大柴胡汤、普济消毒饮、五神汤等方剂。

4 典型病案

病案 1: 患者女性, 43 岁, 主因“间断双下肢水肿伴喘憋 2 年, 加重伴发热、意识障碍 1 d”, 由急诊以“慢性肾衰竭(肾功能不全)合并心力衰竭”于 2018 年 12 月 18 日收治入院。现病史: 患者 2016 年因双下肢轻度水肿, 泡沫尿, 于外院诊断为慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)3 期、糖尿病肾病、高血压 3 级(极高危), 经治疗后, 虽有好转, 但此后多次发病住院治疗, 病情逐渐恶化。1 d 前家属发现患者出现嗜睡, 呼之可应, 遂由 999 抢救车送至本院急诊, 完善相关检查, 考虑为脓毒症, 为进一步行血液滤过治疗转入重症监护病房(intensive care unit, ICU), 现症见: 高热, 体温 39℃, 嗜睡, 双下肢水肿沉重, 肿及两股, 左足有脓疮、破溃, 尿有泡沫, 夜尿 2~3 次, 四肢发凉, 口干喜凉饮, 无头晕头痛、咳嗽咳痰, 及反酸烧心, 禁食, 大便可, 每日 2 次。

西医诊断: 脓毒症、糖尿病周围血管病和糖尿病足溃疡、菌血症、慢性肾衰竭(肾功能不全)合并心力衰竭、代谢性酸中毒、冠心病、美国纽约心脏病学会(New York Heart Association, NYHA)心功能分级Ⅳ级。

中医诊断: 坏疽热入营血。

西医治疗: 抗感染、血液滤过肾脏替代治疗, 并择期清创治疗。

2018 年 12 月 18 日一诊: 患者高热, 体温 39℃, 神昏, 呼之不醒, 舌红, 苔白厚腻, 脉沉, 四诊合参, 考虑热入营血, 腑气不通, 当以通腑为先, 兼以凉血散血, 具体方药如下: 金银花 30 g, 金银藤 200 g, 玄参 90 g, 车前草 30 g, 大黄 60 g, 生甘草 15 g, 马齿苋 90 g, 苦地丁 60 g, 生栀子 15 g, 芒硝 30 g, 荆芥穗 15 g。连服 2 剂。

2018 年 12 月 20 日二诊: 给予上述药物后, 患者日泻 10 余次, 量少, 热势稍退, 体温 38.6℃。考虑患者经济困难, 上方金银花调整为连翘, 同时增加清热泻火解毒之品。患者腑气已通, 大便次数较多, 故减芒硝用量, 考虑患者左足脓疮已成, 故加大生黄芪剂量托毒外出, 促进脓疮破溃排出, 具体

方药如下: 连翘 60 g, 金银藤 200 g, 玄参 90 g, 车前草 30 g, 大黄 60 g, 生甘草 15 g, 马齿苋 90 g, 苦地丁 60 g, 生栀子 15 g, 芒硝 10 g, 荆芥穗 15 g, 生黄芪 90 g。共服 1 剂。

2018 年 12 月 21 日三诊: 服上药 1 剂后, 患者体温继续降低, 为 37.8℃, 意识已清醒, 大便每日 5~6 次, 上方去芒硝, 减大黄用量, 具体方药如下: 连翘 60 g, 金银藤 200 g, 玄参 90 g, 车前草 30 g, 大黄 30 g, 生甘草 30 g, 马齿苋 90 g, 苦地丁 60 g, 生栀子 15 g, 荆芥穗 15 g, 生黄芪 90 g。共服 3 剂。

2018 年 12 月 24 日四诊: 服上药 3 剂后, 患者意识恢复正常, 无发热, 食欲减退, 时有咽痛, 左足大面积脓疮, 上方加赤芍、防风, 成黄芪赤风汤之意, 大补元气, 活血化瘀, 促进脓疮愈合; 加苍术、白术健脾祛湿, 防止久用大量苦寒之药损伤脾胃; 加牛蒡子清热解毒利咽。连翘 60 g, 金银藤 120 g, 车前草 30 g, 大黄 20 g, 生甘草 30 g, 马齿苋 90 g, 苦地丁 60 g, 芥穗 15 g, 生黄芪 150 g, 牛蒡子 30 g, 炒白术 30 g, 苍术 30 g, 防风 30 g, 赤芍 30 g。共服 1 剂。

2018 年 12 月 25 日五诊: 服上药 1 剂后, 患者已脱离生命危险, 无发热, 伴有咽痛, 大便次数增多, 上方去大黄、马齿苋, 减连翘用量, 加蒲公英、玄参。具体如下: 连翘 30 g, 金银藤 60 g, 鱼腥草 30 g, 生甘草 30 g, 苦地丁 30 g, 荆芥穗 15 g, 生黄芪 150 g, 牛蒡子 30 g, 炒白术 30 g, 苍术 30 g, 防风 30 g, 赤芍 30 g, 蒲公英 30 g, 玄参 30 g。共服 1 剂。

按: 经过 7 d 的中西医结合治疗, 患者最终转危为安, 转入普通病房继续治疗。其中中医中药治疗值得人们参考, 刘清泉教授善以大剂治疗急危重症而著称, 本例患者为糖尿病足合并溃疡诱发的高热神昏, 前期给予大剂清热解毒、通腑泻热, 同时运用凉血散血之品, 给邪以出路, 后期重视顾护元气、胃气。驱邪不忘给邪出路, 最终取得满意疗效。其中通腑法承袭《素问·至真要大论》中“其实者, 散而泻之”“留者攻之”等理论原则^[11]。本案治疗过程中先后运用了五神汤、大承气汤、黄芪赤风汤等方剂加减, 大承气汤重在通腑泻热。有研究表明, 大承气汤能降低肺血管通透性, 改善通气/血流比例, 抑制内毒素的移位, 修复和改善受损肠黏膜, 具有良好的肠道屏障保护作用, 是预防和治疗多器官、多系统功能衰竭的有效方药^[12-13]。五神汤首载于清代陈士铎《洞天奥旨·骨痛》中, 由茯苓、牛膝、车前子、紫花地丁、金银花等 5 味药构成, 具有清热解毒, 分利湿热的功效, 刘清泉教授灵活应用本方治疗各科感染性疾病, 如运用本方成功治愈多年术后腹壁感染性窦道^[14]。大承气汤、五神汤着重患者疾病发展过程表现出的高热、脓疮等一派实相, 且使用大剂量大黄、芒硝, 可迅速祛邪。后期患者热势消退, 实证渐消, 治疗以补虚为主, 其中黄芪赤风汤载于清代王清任《医林改错》, 方中重用黄芪益气扶正, 托疮生肌, 赤芍行瘀, 防风祛风除湿解毒。总之处方处处不离患者虚实变化, 最终使患者转危为安。

病案 2: 患者男性, 95 岁, 因“四肢活动不利伴意识障碍 3 d, 痰多、喘促 1 d”由急诊以“急性脑血管病不除外、肺炎”于 2018 年 12 月 11 日收住入院。入院症见: 昏迷, 呼之

不应,无言语交流,时有咳嗽,咯痰无力,痰色黄质黏量多,低热,体温波动在 37.0~37.8℃,无寒战,保留胃管,纳少,今日未进食,自主排尿,平素口服利尿剂,尿量尚可,大便调。舌暗红,苔黄,脉细滑。入院诊断:昏迷原因待查、急性脑血管病?慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)伴急性下呼吸道感染、Ⅱ型呼吸衰竭、肺性脑病、菌血症?腹腔感染?高血压 3 级(极高危)、冠心病、下肢静脉曲张合并溃疡。

西医治疗:给予抗感染、化痰解痉平喘、保肝药物,静脉滴注醒脑静开窍醒神。

中医治疗:四诊合参,辨病为厥病,给予麻杏石甘汤加减,热势未见明显下降。

刘教授查看患者后,诊疗过程如下:

2018 年 12 月 13 日一诊:神昏,高热,体温 39℃,烦躁,有黄痰,腹胀,便秘,舌质淡红,苔黄,脉沉紧,考虑为阳闭证,伴元阳不足,即邪气内闭,元气不足。处方:大柴胡汤加红参、生黄芪、金银花。药物组成:北柴胡 30 g,黄芩 20 g,大黄 30 g,清半夏 15 g,枳实 30 g,赤芍 60 g,红参 20 g(单煎),生黄芪 60 g,金银花 60 g。共 1 剂,汤汁送服安宫牛黄丸每日 2 丸。

2018 年 12 月 17 日二诊:服上方 1 剂后患者意识较前好转,能睁眼,体温较前下降,连用 4 剂后,患者腑气通,意识清,可与之交流。查舌脉:舌红,苔白,脉沉细。处方:生脉饮加味,益气滋阴,兼以通腑,药物组成:生晒参 30 g(单煎),麦冬 15 g,五味子 10 g,肉苁蓉 60 g,黑顺片 10 g(先煎),生黄芪 90 g,桑白皮 30 g,青黛 30 g(包煎),大黄 15 g。共服 3 剂。

按:本例患者热退后,虚像渐显,患者为高龄老年,元阳不足,故以生脉饮益气养阴,加附子振奋脾阳,生黄芪健脾益肺。患者舌红,考虑余热未清,加桑白皮、青黛以清肺热。刘清泉教授认为,本例患者有一过性昏迷,即可认为是脑血管病,有发热,四肢无力,意识障碍表现,伴有黄痰,烦躁,腹胀,便秘,病理征阴性。西医认为缺氧、二氧化碳潴留等多种综合因素可导致老年感染患者出现意识障碍。中医学认为,外感发热导致的神昏,为类中风,但神昏分为闭证和脱证,本例患者为阳闭证,伴有元阳不足,即邪气内闭,元气不足。刘教授认为开闭气之关键在通中焦,升清降浊,方选大柴胡汤加红参、生黄芪,送服安宫牛黄丸,使大便每日 3 次。

此方可清泻阳明,顾护阳气。后期患者热退,虚像显现,给予生脉饮加味。经过虚实辨证,先通腑气,后治以益气养阴,患者得以转危为安。

5 结 语

急危重症患者病情进展快,病死率高,普遍存在正虚邪盛的特点,是中医急诊学关注的重点和难点,刘清泉教授创造性提出“三态论”及“三纲辨证”,着虚实两端,动态把握患者病情变化,或攻或补,或攻补兼施,明确了急危重症的核心病机,把握疾病发展过程的虚实变化,为急危重症的诊疗提供了思路,有益于急危重症的临床救治。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 肖青勉,韩永燕,王维展.参附注射液在急危重症中的应用现状[J].中国中西医结合急救杂志,2016,23(1):105-107. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2016.01.027.
- [2] 郝俊杰,孙贵新,李昕,等.医学救援中常见内科急危重症的识别与处理[J/CD].中华卫生应急电子杂志,2018,4(2):72-75. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-9133.2018.02.002.
- [3] 王晓鹏,陈腾飞,刘清泉.论《黄帝内经》对中医急诊重症学领域的贡献[J].北京中医药大学学报,2018,41(2):93-96. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2157.2018.02.001.
- [4] 姜良铎,刘清泉.三态论证急症与角药配伍[J].中国中医药现代远程教育,2010,12(18):173-175. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2010.18.132.
- [5] 刘清泉.中医急诊学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [6] 刘清泉.对脓毒症中医病机特点及治法的认识[J].北京中医,2006,26(4):198-200. DOI: 10.3969/j.issn.1674-1307.2007.04.003.
- [7] 刘清泉.脓毒症急性肾损伤中西医结合临床研究的思考[J].中国中医急症,2008,17(3):333-335. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2008.03.032.
- [8] 田代华.黄帝内经素问校注[M].北京:人民军医出版社,2011.
- [9] 佚名.灵枢经[M].田代华,刘更生,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [10] 梁腾霄,刘清泉,江其敏,等.危重症营养状态与虚实证候及预后相关性临床研究[J].世界中西医结合杂志,2007,2(8):463-465. DOI: 10.3969/j.issn.1673-6613.2007.08.010.
- [11] 邱倩,唐晓军,穆晓静.通腑法在临床急危重症处理中的应用[J].中国中西医结合急救杂志,2015,22(3):328-329. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2015.03.026.
- [12] 李玉梅,朱晓梅,吕嵘,等.大承气汤对实验性肺水肿家兔肺病理改变影响的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(1):24-26. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2002.01.017.
- [13] 王银山,苏雅莉,吴云虎,等.大承气汤对烫伤大鼠肠黏膜上皮细胞超微结构变化的影响[J].中华中医药学刊,2009,27(8):1768-1770.
- [14] 陈腾飞.黄芪五神汤治术后腹壁感染性窦道[J].中国中医药报,2015,6(5):4.

(收稿日期:2023-06-21)

(责任编辑:邸美仙)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《中国中西医结合急救杂志》关于法定计量单位的写作要求

执行 GB 3100-1993《国际单位制及其应用》及 GB/T 3101/3102《有关量、单位和符号的一般原则》(所有部分)量和单位的有关规定,具体执行可参照中华医学会杂志社编写的《法定计量单位在医学上的应用》第 3 版(人民军医出版社 2001 年出版)。量的名称应根据 GB/T 3102.8-1993《物理化学和分子物理学的量和单位》规定使用,如分子量应为相对分子质量。计量单位使用正体。注意单位名称与单位符号不可混用,如:ng·kg⁻¹·天⁻¹应改为 ng·kg⁻¹·d⁻¹;组合单位符号中表示相除的斜线多于 1 条时应采用负数幂的形式表示,如:ng/kg/min 应采用 ng·kg⁻¹·min⁻¹的形式;组合单位中斜线和负数幂亦不可混用,如前例不宜采用 ng/kg·min⁻¹的形式。量的符号一律采用斜体字,如体积的符号 V 应为斜体。血压及人体压力计量单位使用毫米汞柱(mmHg),在文中第一次出现时须注明 mmHg 与 kPa 的换算系数。