

• 治则探讨 •

休克的中医辨证论治

潘金波¹ 陈晔²

(1. 杭州市第三人民医院急诊科, 浙江 杭州 310009; 2. 浙江省新华医院呼吸科, 浙江 杭州 310004)

休克是临床常见的急危重症, 往往会发展为多器官功能障碍综合征(MODS), 是重症加强治疗病房(ICU)患者死亡的主要原因之一^[1-2]。近年来对于休克发生机制的认识及治疗方案有着长足的进步, 但是其病死率仍居高不下^[3-4]。传统中医学虽然没有休克的概念, 但是早在两千多年前的《黄帝内经》就有相关的记载, 经过历代医家的发展形成了相对完善的理论体系, 并将其归属于中医学“厥”、“脱”的范围^[5-7]。笔者将从中医理论辨证论治休克, 为中西医结合治疗休克开拓思路。

1 休克的病因病机

休克是临床常见的一种综合征, 往往继发于感染、创伤、出血、心力衰竭(心衰)、过敏、脱水、强烈神经刺激等, 主要表现为血压下降、脉压差增大、意识模糊或烦躁、面色苍白、口唇青紫、四肢厥逆、皮肤潮冷, 甚至呼之不应。中医学虽无休克之名, 但相应的症状描述遍见于古典医籍, 名曰“厥”、“脱”。《医学入门》云“猝中外邪, 与脏气相忤, 气遏不行, 经络伏脉, 昏不知人”; 《素问·举痛论》言“猝然痛, 死不知人”; 《刘涓子鬼遗方》有载“金创弓弩所中, 闷绝, 无所识”; 《济阴纲目》有云“血崩不止, 及昏不省人事”; 《证治汇补》载有“有因大吐、大泻后, 猝然四肢厥冷, 不省人事”, 可见外邪、剧烈疼痛刺激、外伤金创、大出血、失液伤津均可以导致休克。精神刺激出现昏厥更是广泛出现于古典小说中。显而易见, 从病因角度而言, 中西医对于休克或厥脱证几乎没有差异, 从一个侧面也反映了传统中医学对于“厥脱证”的认识是深刻、严谨的。

休克的病机, 《素问·生气通天论》有云“阳强不能密, 阴气乃绝, 阴平阳密, 神精乃治, 阴阳离决, 神精乃绝”。可见休克是各种病因引起人体的气血逆乱, 从而导致阴阳动态平衡失调, 出现阴阳隔绝或离决的一类病症。

休克以虚实分, 其中厥证属实, 脱证属虚。张仲景在《伤寒论·厥阴篇》中对于“厥证”有鞭辟入里的解释: “凡厥者, 阴阳气不相顺接便为厥”, 可见厥证实为气机升降出入逆乱, 气血运行失常, 阴阳隔绝之证。又《素问·厥论》有云“阳气衰于下, 则为寒厥, 阴气衰于下, 则为热厥”, 后世医家以此为据, 以寒热属性分为热厥、寒厥。“脱证”则是阴阳气血津液严重消耗, 气血阴阳亏虚以致气血紊乱, 阴阳离决, 以其气血阴阳分离, 则成亡阴、亡阳、气脱、血脱之证。

具体而言, 有感染致“厥脱”者, 多是外感六淫之邪或时邪疫毒, 正不胜邪, 邪气内陷或邪自内生^[8], 然均从热化, 热

毒内闭, 气遏不行, 经络伏脉, 阴阳之气不相顺接, 手足逆冷, 发为“热厥”。若热毒内盛, 耗气伤阴, 阳气、阴津大伤, 则出现亡阴、亡阳之象, 发为“脱证”^[9-12]。

有创伤、过敏、强烈神经刺激致“厥脱”者, 则多素体气虚, 每因突发创伤、过敏、情志突变, 短时间内气机剧烈变化导致气机逆乱, 中气下陷, 清阳不升, 则阳气不能温达四肢; 且气虚则卫表不固, 津液外脱, 大汗淋漓, 发为“气脱”^[13-14], 其脱之甚, 则为“亡阳”。

津血同源, 有失血、脱水致“厥脱”者, 则因亡血脱津, 而气随之, 气血不足, 温通濡养失职, 固摄不能, 则四肢厥冷, 面色苍白, 冷汗出, 发为“血脱”, 其脱之甚, 则为“亡阴”。

有心衰致“厥脱”者, 多为素体阳气亏虚, 或大病久病伤阳, 则阳气衰于下, 心肾虚寒, 命门火衰, 失却温煦之职, 发为“寒厥”。

2 休克的辨证分型

通过对机体器官、组织、细胞、分子的研究发现, 休克的发展是一个连续、渐进、不可分割的过程, 在不同阶段具有特殊的病理生理改变^[15-17]。异曲而同工, 历代先贤通过对休克不同病因、不同疾病发展阶段的主要证候群的观察总结, 利用中医理论, 司外揣内, 则辨证分型如下。

2.1 热厥: 热厥一词首见于《素问·厥论》, 阴气衰于下, 则热盛于中, 胃土燥热而不和。脾主为胃行其津液者也, 胃腑燥热不和则精气竭, 精气竭则脾无津液可行, 不能营渗其四肢, 故成热厥, 实为内伤杂病中阴虚阳亢之证, 非休克之类。然张仲景以此为基础, 攫取其中阳明燥热内盛, 阳气、津液无法温煦、濡养四肢而成厥证的变化, 将其引入外感病的发生发展过程中, 始近本研究欲述之热厥。仲景开外感致厥之先河, 然唯言阳明之厥, 何也? 盖外邪直犯阳明; 太阳、少阳燥化而入阳明; 三阴出阳转化而致阳明, 阳明病多矣。其二, 太阴阳明同主四肢, 阳明燥热, 太阴失和, 不得散布, 乃至于厥。又足阳明经行身之前, 起鼻交额, 自头走足, 阳明之厥, 经气上逆, 则弃衣而走, 登高而歌, 妄言骂詈, 不避亲疏, 阳明病多厥也。阳明者, 胃与大肠也, 胃主受纳通降, 大肠传化糟粕, 皆喜润而恶燥, 然外感之邪多从热燥化, 有其必然之易感性。古人诚不欺余哉, 以阳明厥证为主要临床表现的感染性休克患者层出不穷。

本证初起身热头痛, 继则壮热烦渴, 烦躁不宁, 畏热喜凉, 唇干舌燥, 大便干结, 小便短赤, 舌质红绛, 苔黄腻粗糙, 四肢逆冷, 甚则神昏抽搐、谵语。临床多见于严重感染引起的脓毒症, 为火毒炽盛, 正不胜邪, 邪毒内陷, 内攻脏腑, 灼伤津液, 使阳气郁而不能外达四肢, 故见手足厥冷^[18]。

外感之厥纷繁复杂, 变化多端, 阳明之厥实为管中一

斑,后世医家不断总结,为全一豹。吴鞠通著《温病条辨》“热厥之中亦有三等:有邪在络居多,而阳明证少者,则从芳香,……有邪搏阳明,阳明太实,上冲心包,神迷肢厥,甚至通体皆厥,当从下法,……有日久邪杀阴亏而厥者,则从育阴潜阳法”,其论补《内经》仲景言之未尽。

吴鞠通以三焦分论热厥,较仲景更甚一筹。病在上焦手厥阴者,邪入心包也,心阳受遏,气机不畅,阳气不能达于四末,则舌蹇肢厥。临床辨证尚见身灼热,神昏谵语,舌蹇,舌质红绛,脉细数或弦滑数等。因病在心包,包络代心用事,心主神明,舌为心窍,故热闭心包证以昏谵舌蹇为辨证关键,属温病营分证候,此证多由手太阴而来,或为邪盛正虚,或为失治误治,逆传心包所致,常见于呼吸系统的传染病和感染引起的感染性休克;病在中焦者,阳明热结也,与仲景所述无异;病在下焦者,邪杀阴亏,肝肾枯竭,阴气不能与阳相接,阳郁不达四末,邪热愈盛则阴竭愈重,肢厥亦甚,临床常与热灼肾阴证相伴,脉细促,心中大动,甚则心中痛。温邪久羁中焦,阳明阳土,未有不克少阴癸水者,真阴欲竭,阳亢风动,故肝肾阴竭证以痉厥神昏为辨证关键,属温病血分证候,此证多为温病后期,亦见于感染性休克中后期,循环衰竭,毒素蓄积,内环境紊乱,电解质、酸碱失衡,而致神倦瘈瘲,时时欲脱。

凡此三证,皆外感而致厥,分属三焦,亦属气、营、血分证,多见于感染性休克的不同类型或者不同阶段,可为代表。

2.2 寒厥:寒厥同样见于《素问·厥论》,阳气衰于下,下焦肾气,纷争于上,不能归复,寒水之邪气,因从之而上。寒气在中,水邪侮土,太阴湿盛,阳明气衰,不能充养四肢而渗淫其经络,久而阳气日损,阴气独在,四肢禀之,故手足为之寒也。细细品来,此处意指肾阳溢下,阴阳失衡,下焦阴气上逆,不能回复,而阴寒邪气得从之,阳衰阴盛而为寒厥。同样,如此寒厥不属于休克的范畴,但是,仲景真医圣也,从《内经》之说,引而发之,创少阴病脉证,将足少阴肾阳不足之内伤寒厥,扩展至少阴病心肾阳虚,阴寒内盛之外感寒厥,自此寒厥内蕴休克之意。

心为火脏也,君主之官,烛照万物;肾者命门也,先天之火,五脏之阳气,非此不能发;心肾两脏,经络相连,君火以明,相火以位。凡汗、吐、下利、亡血失津,阴损及阳者;或热毒内陷,阴竭阳亡者;或寒邪直中,骤伤阳气者;或心系病证,心阳暴亏者,或严重创伤,药物失宜,裁伤阳气者,均可导致心肾阳衰,寒水之气无阳以温而从阴化寒,则一派阴寒内盛之象。

寒厥证临床辨证可见四肢厥冷,面色苍白,畏寒喜热,汗多,不渴,下利清谷,舌淡,脉沉微不数。寒厥证是由外感、内伤诸因,伤及心肾,阳气衰微,每每有欲脱者,见于心源性休克或者各类休克出现心力衰竭的阶段。

2.3 气脱亡阳

2.3.1 气脱者,气不内守也,证见卒然昏仆,意识不清,面色苍白,目闭口开,口唇发绀,胸闷,气憋,呼吸微弱,手撒肢冷,汗出不绝,脉微欲绝或虚大无根。此证为素体气虚,多见于严重创伤、剧烈疼痛、或严重过敏,突发气乱气陷,则清阳不

升,正气外脱,与神经性休克、过敏性休克、部分心源性休克相当^[19]。

2.3.2 亡阳者,多为心肾阳气极度衰微而欲脱,失却温煦,固摄、推动之能,故见冷汗淋漓,手足厥冷,面色苍白,神情淡漠,气息微弱,脉微欲绝。亡阳多由气脱所致,或可因寒厥渐进,心阳暴脱所致,或可因温病后期,肝肾阴亏,阴损及阳,热厥变化所致,与神经性休克、低血容量性休克、部分心源性休克相当,也见于严重感染性休克病情变化时。

2.4 血脱亡阴

2.4.1 血脱者,大量失血也,证见眩晕,甚则昏愦,面色苍白,四肢厥冷,汗出,心悸,烦躁,舌质淡,脉细数无力或见芤脉。出血过量,伤其阴分,气随血脱,与低血容量性休克相当。

2.4.2 亡阴者,多与心肝肾有关,阴液欲绝,阴不制阳,故见脉细数而疾,身灼烦渴,面赤唇焦,呼吸急促等阴竭阳盛之候,阳热逼迫欲绝之阴津外泄,故见烦躁不安,手足温,汗出如油,口渴,呼吸气粗,舌红而干,脉虚大无力,与低血容量性休克、感染性休克相当,部分心源性休克也可兼见此型。

3 休克的治则治法

休克根据病因不同,病理生理改变不同,治疗原则和方法各异。同样,厥脱证则因病因病机不同,证型变化多端,治法各异。但是,大道同一,凡厥者,正邪交争而致阴阳之气不相顺接,治则扶正祛邪;凡脱者,阴阳气血离决而去,治则扶正固脱,与赵淳教授的观点相同^[20],此时需与液体复苏相结合,虽有形之血不能速生,但是快速输液仍可以起到至关重要的作用,配合中医药可以取得更好的临床疗效^[11-12,21]。

然而休克者,危候也,传变迅速,旋踵即死,临证思路尤为重要。盖厥脱证变化繁复譬如大树,若论治法可从伐树相参,病因为根,明其生长变化之势,可治于未乱之时。

热厥三证、寒厥、气血阴阳诸脱证皆为历代医家集大成之典型证型,是以为干,此八证理法方药具备,具体治法可从经典,伐其干;临证多或有夹瘀者,有毒盛者,有寒凝者,有水泛者^[22-24],变化如繁,如干之枝桠也,明其从何处发生,随证剪之,其中临证以脓毒症、感染性休克最为多见。中医传统理论认为,热厥之证多有邪毒炽盛入内营血分者,故诊治脓毒症患者尤需重视瘀毒之邪。王今达以“活血”、“解毒”为核心治法创制的血必净注射液治疗脓毒症患者取得良好的临床效果^[25-29],亦验证了中医辨证论治在感染性休克救治中的作用。

4 小结

传统中医学对于厥脱证其论甚详,其意深奥,对休克的病因、病机、辨证论治有很好的借鉴作用,值得深入探讨,可为休克的循证医学研究提供思路。故笔者不揣简陋,抛砖引玉,敬望同道斧正。

参考文献

- [1] Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012 [J]. Crit Care Med, 2013, 41 (2): 580-637.
- [2] Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome,

- and associated costs of care [J]. Crit Care Med, 2001, 29(7): 1303-1310.
- [3] 刘大为. 休克治疗: 行走于微循环与细胞之间[J]. 中华危重病急救医学, 2013, 25(1): 2-4.
- [4] 尹明, 沈洪. 抗感染性休克治疗的认识还在争议中[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(1): 10-12.
- [5] 赵棣华. 厥症与亡阳和休克的研究[J]. 江苏中医, 1968, 1(2): 1-3.
- [6] 杨秉武. 休克的中医辨证探讨[J]. 云南中医杂志, 1980, 1(5): 11-13.
- [7] 万兰清. 休克的中医治疗[J]. 江西中医药, 1990, 21(5): 46-48.
- [8] 李志军, 刘清泉, 沈洪, 等. 脓毒症中西医结合诊治专家共识[J]. 中华危重病急救医学, 2013, 25(4): 194-197.
- [9] 陈明祺, 鲁俊, 程璐, 等. 四逆汤对脓毒症大鼠炎症反应及免疫功能的影响[J]. 中华危重病急救医学, 2014, 26(3): 188-192.
- [10] 黄若兰, 张忠, 徐慕娟, 等. 四逆汤对脓毒症患者下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响[J]. 中华危重病急救医学, 2014, 26(3): 184-187.
- [11] 毛咏旻, 胡正祥, 丁汀, 等. 参附注射液对感染性休克患者液体复苏入量的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015, 22(1): 79-82.
- [12] 徐力飞, 马海英, 申丽旻, 等. 参附注射液对严重脓毒症患者器官功能影响的临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(2): 86-88.
- [13] 杜景柏, 李俊江, 徐莺, 等. 持续静脉注射液静脉注射治疗急性冠脉综合征合并心源性休克的疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(5): 283-285.
- [14] 刘新灿, 李胜军, 张晓毅, 等. 参麦注射液联合自体骨髓干细胞心脏移植治疗难治性心力衰竭的临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(6): 362-365.
- [15] 卢年芳, 郑瑞强, 林华, 等. PiCCO 指导下集束化治疗感染性休克的临床研究[J]. 中华危重病急救医学, 2014, 26(1): 23-27.
- [16] 罗吉利, 谢剑锋, 杨毅. 感染性休克的氧代谢监测[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27(1): 72-75.
- [17] 穆恩, 刘志永. 功能性血流动力学监测的现状与展望[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27(3): 164-168.
- [18] 孔立, 郭琪钰, 赵浩. 脓毒症胃肠功能障碍中医证候分布规律探讨[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(3): 134-137.
- [19] 任毅, 吴胜喜, 尹鑫, 等. 黄芪注射液改善老年脓毒症患者免疫功能的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(5): 323-327.
- [20] 普勇斌, 叶勇, 张振宇, 等. 赵淳教授中西医结合救治多器官功能障碍综合征的学术思想[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(5): 321-322.
- [21] 肖艳, 朱辉莹, 郭力恒. 运用《内经》理论试论益气扶正在脓毒症中的作用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(3): 175-176.
- [22] 陈玉英, 马超英. 厥脱证的中医治法研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(8): 70-71.
- [23] 章韵. 感染性休克的中医研究进展[J]. 陕西中医, 2004, 25(12): 1149-1150.
- [24] 谢荃, 高培阳. 论感染性休克中西医结合治疗思路与方法[J]. 中国中医急症, 2009, 18(7): 1109-1109, 1134.
- [25] 何健卓, 谭展鹏, 张敏州, 等. 血必净注射液对严重脓毒症患者血流动力学及内皮功能影响的前瞻性研究[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27(2): 127-132.
- [26] 吕杰, 杨劲松, 李童, 等. 血必净注射液对脓毒性休克大鼠器官微结构的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015, 22(1): 46-50.
- [27] 孙茜, 李银平. 血必净治疗脓毒症凝血功能障碍的研究进展[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(6): 476-480.
- [28] 张平平, 王庆树, 李志军, 等. 血必净注射液对脓毒症患者凝血功能的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(3): 198-200.
- [29] 唐丽群, 彭娜, 潘志国, 等. 血必净注射液对严重脓毒症患者凝血指标及预后的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(3): 132-136.

(收稿日期: 2015-04-30)

(本文编辑: 邸美仙)

• 消息 •

《中华危重病急救医学》杂志再次荣获“RCCSE 中国权威学术期刊(A+)”

《中国中西医结合急救杂志》再次荣获“RCCSE 中国核心学术期刊(A)”

《中国学术期刊评价研究报告》由武汉大学中国科学评价研究中心发布。武汉大学中国科学评价研究中心是中国高等院校中第一个综合性的科学评价中心,是集科研、人才培养和评价咨询服务于一体的多功能中介性实体机构。中心由武汉大学信息管理学院、教育科学学院、图书馆、计算机中心、图书情报研究所、数学与统计学院等单位有关学科的研究人员组建而成,是一个文理交叉的跨学科重点研究基地。

《中国核心期刊评价研究报告》采用定量评价与定性分析相结合的方法,按照科学、合理的多指标评价体系,对 6 448 种中国学术期刊进行了分析评价,得出 65 个学科的学术期刊排行榜。

《中国学术期刊排行榜》是对我国所有学术期刊质量、水平和学术影响力的全面、系统的评价,对选刊投稿、期刊订购、学术评价、科研管理、人事管理等都有着非常重要的应用价值和实际指导作用。

第三届中国学术期刊评价既按照各期刊的指标综合得分排名,又按照排序将期刊分为 A+、A、A-、B+、B、C 6 个等级,以增加评价结果表示的合理性和充分性。本次共有 6 448 种中文学术期刊参与评价,经过综合评价后得到期刊相应的等级,在分学科评价中共计 1 939 种学术期刊进入核心期刊区,其中权威期刊(A+)327 种,核心期刊(A)964 种,扩展核心期刊(A-)648 种,准核心期刊(B+)1 298 种,一般期刊(B)1 922 种,较差期刊(C)1 289 种。

《中华危重病急救医学》(原刊名《中国危重病急救医学》)和《中国中西医结合急救杂志》在第三届“中国学术期刊评价”中被再次分别评为“RCCSE 中国权威学术期刊”和“RCCSE 中国核心学术期刊”,这是两种期刊第三次蝉联该等级的荣誉。