

中医腹诊在脓毒症诊疗中的临床运用探析

丘富程^{1,2}, 吴智鑫¹, 刘芬芳³, 苏懿¹, 贾静静², 谢东平²

(1. 广州中医药大学第八临床医学院, 广东 佛山 528000; 2. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510370;
3. 南方医科大学中西医结合医院, 广东 广州 510310)

摘要:近年来,脓毒症相关的中医研究备受关注。脓毒症患者病情危重,以问诊为核心的辨证信息采集往往受到明显限制。中医腹诊作为中医的一种查体方式,受患者意识和其他主观状态影响较小,具有较好的客观性。该研究根据脓毒症患者的临床特点以及王今达教授总结的脓毒症“四证四法”规律,结合团队多年中医腹诊的临床实践,初步总结了中医腹诊的实施要点和不同证型脓毒症患者的中医腹诊特点,以期为脓毒症的中医辨证治疗提供相对客观的辨证依据,为脓毒症中医辨证客观化、标准化研究奠定基础。

关键词:脓毒症;中医腹诊;临床运用

中图分类号:R25 **文献标志码:**A **文章编号:**1000-1719(2025)09-0039-03

Clinical Application Exploration of Abdominal Diagnosis of Traditional Chinese Medicine in Diagnosis and Treatment of Sepsis

QIU Fucheng^{1,2}, WU Zhixin¹, LIU Fenfang³, SU Yi¹, JIA Jingjing², XIE Dongping²

(1. The Eighth Clinical Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Foshan 528000, Guangdong, China;
2. The Second Clinical Medical College of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine,
Guangzhou 510370, Guangdong, China;
3. Integrated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangzhou 510310, Guangdong, China)

Abstract: In recent years, traditional Chinese medicine (TCM) research related to sepsis had attracted much attention. As sepsis patients are critically ill, the information collection with inquiry as the core is often significantly limited. As a way of physical examination of TCM, abdominal diagnosis of TCM is less affected by patients' consciousness and other subjective states, and has better objectivity. According to the clinical characteristics of sepsis patients and the "four syndrome and four method" rule of sepsis summarized by Professor WANG Jinda, this study preliminarily summarized the implementation points of TCM abdominal diagnosis and the characteristics of TCM abdominal diagnosis of sepsis patients with different syndrome types according to the clinical practice of TCM abdominal diagnosis in the team for many years, in order to provide relatively objective basis for TCM syndrome differentiation treatment of sepsis. It lays a foundation for the objective and standardized research of TCM syndrome differentiation of sepsis.

Keywords: sepsis; abdominal diagnosis of traditional Chinese medicine; clinical application

脓毒症是机体对感染反应失调而导致危及生命的器官功能障碍,是重症监护病房(intensive care unit, ICU)的首要死亡原因,病死率和致残率一直居高不下^[1-2]。根据脓毒症的表现,可将其归属于中医“温病”“热病”“厥证”“脱证”等范畴^[3],诸多研究表明中医中药能够显著改善脓毒症患者的临床预后^[4-5]。各种辨证如六经辨证研究运用到临床,根据脓毒症的发展过程和各经病的临床表现进行辨证治疗^[6]。但因为气管插管、桡动脉血压监测、气切和镇静镇痛药物的使用等因素,以舌脉诊为主的中医四诊信息收集不够完善,与实际病情有一定偏差,无法进行准确的辨证论治。中医腹诊是通过诊察人体腹部及胸腹结合处的病变征象,来判断内在脏腑、经脉、气血津液的病理变化,

从而指导临床治疗的一种诊断方法^[7]。广义腹诊是指望、闻、问、切四诊在腹部的运用,而狭义腹诊指对腹部(含胸腹结合处)进行切按诊察,属于切诊范畴^[8]。为确保中医辨证和用药的准确性,结合脓毒症发病过程中急性胃肠损伤及胃肠功能紊乱的特殊病理特点,发现中医腹诊受脓症患者意识和其他主观状态影响较小,具有较好的客观性^[9]。本文拟探讨中医腹诊在脓症患者中的临床应用,以期为重患者的中医诊疗提供新的思路。

1 脓症患者辨证论治的局限性

望、闻、问、切四诊信息的采集对中医临床诊疗中证型判断及处方用药起着关键作用,但在ICU收治的脓症患者中,四诊信息采集会受到气管插管、桡动脉

基金项目:国家自然科学基金项目(82374216)

作者简介:丘富程(1993-),男,广东揭阳人,住院医师,硕士在读,研究方向:中医药治疗急危重症研究。

通讯作者:谢东平(1981-),男,广东梅州人,主任医师,硕士研究生导师,博士,研究方向:中西医结合治疗急危重症研究。

穿刺等因素的影响,这在一定程度上影响了辨证的准确性。在一项血清心型脂肪酸结合蛋白对脓毒症患者并发急性肾损伤的预测价值的研究中共收集了 135 例患者,最后行气管插管的例数达 16 例,占总数的 11.9%^[10]。表明在脓毒症患者中气管插管频率极高,而气管插管会直接影了医生进行问诊和舌诊信息评估。脓毒症尤其是伴休克患者在临床中经常会使用有创血压来监测生命体征^[11],而在选用监测的血管时,因桡动脉置管和日常管理方便,因此常作为临床动脉内置管测压的首选,而中医四诊的切诊同样重视寸口脉信息的了解,因此无法根据脉象准确辨证。笔者也统计了广州中医药大学第二临床医学院(即广东省中医院)芳村医院重症监护病房 2020 年一年收治的脓毒症患者,共 146 例,其中行气管插管接有创呼吸机辅助通气的有 48 例,约占总数的 32.88%;置留动脉置管的有 120 例,占总数的 82.19%。由此可见,脓毒症患者在实际临床诊疗时常用的问诊、舌脉诊信息采集受到了一定程度的限制,无法准确辨证则不能精准施治。因此,为了提高中医临床信息采集的全面性及辨证的准确性,积极寻求其他查体的方式显得尤为必要。

2 中医腹诊在脓毒症中的应用

《中国严重脓毒症/脓毒性休克治疗指南(2014)》^[12]及 2019 年《脓毒性休克中西医结合诊治专家共识》^[13]中的中医诊疗思路均采用了王今达教授的“四证四法”^[14-15],分别为毒热证与清热解毒法、血瘀证与活血化瘀法、腑气不通证与通里攻下法、急性虚证与扶正固本法。临床实践中发现,在“四证”证候群基础上,结合中医腹诊可以更加全面的采集患者中医辨证信息从而提高临床辨证用药的准确性。国医大师徐景藩在诊疗过程中重视腹诊,常通过腹诊来定病位、审病机、辨病证、分病性、立方药、判预后,可获良效^[16]。临床上运用腹诊辨治荨麻疹^[17]、失眠^[18]、脾胃病^[19]、妇科病^[20]等疾病,丰富辨证信息,临床疗效肯定。笔者经过翻阅古籍、查阅文献,结合脓毒症临床特点和临床经验,兹将脓毒症中医腹诊要点及脓毒症患者“四证”对应的中医腹诊特点列述如下。

2.1 中医腹诊要点 脓毒症患者在进行腹诊时,体位一般要求患者取平卧位或半卧位,以腹部放松为度,双手置于两侧,充分暴露腹部(上至两乳头连线,下至耻骨联合)。

望诊以观察腹部皮色、形态、局部隆起情况为主。患者平卧位,自剑突至耻骨联合做一虚拟线,记录腹部最高点至该虚拟线的垂直距离。正常人腹部平、略高或略低于该虚拟线,计为 0 分;若腹部最高点超过该虚拟线 2 寸(同身寸)判定为腹胀,计 1 分;超过该虚拟线 3 寸为严重腹胀,计 2 分;若腹部最高点低于该虚拟线 2 寸(同身寸)判定为虚损,计 -1 分。

闻诊则是用听诊器置于脐周听诊,听诊内容重点以肠鸣音的次数及强弱为主。正常肠鸣音为 4~5 次/min,计 0 分;肠鸣音减弱(≤3 次)计 -1 分,肠鸣音消失计 -2 分,肠鸣音活跃(5~10 次/min)计 1 分,明显亢进(>10 次/min)计 2 分。

腹部张力按诊选择脐部偏左或偏右,以右手三指下压腹部,正常情况下可下压约 1~2 指距离,计为 0 分;若张力升高,用力后下压仍不超过 2 指或伴明显胀痛不适定义为轻微腹胀,计 1 分;若腹部张力明显高,

下压不超 1 指距离,甚则完全无法下压计 2 分;若腹部张力低,下压超过 3 指定义为腹部里虚,计 -1 分。

腹部温度按诊主要是判断腹部的皮温。腹部皮温正常略高于四肢末端温度约 0.5℃,计为 0 分;若腹部温度较四肢末端温度高 0.5~1℃,计 1 分;若腹部温度较四肢末端温度高 1℃以上计 2 分;若腹部温度较四肢末端温度低计 -1 分。

2.2 中医腹诊分型 《黄帝内经》云:“实则泻之,虚则补之。”《金匱要略》云:“虚虚实实,补不足,损有余。”虚实判定决定着疾病治疗的方向,脓毒症在发病不同阶段常表现出虚实不同的证型,且由于脓毒症病机复杂,还常见虚实夹杂证型^[21],由于现代监护仪器及治疗设备的介入,临床常很难凭借常规的望诊和舌脉诊信息判断虚实并依此决定处方的攻补,而腹诊可以很好地帮助医生判断疾病虚实^[22]。张仲景将腹诊巧妙地与六经辨证、八纲辨证相结合,腹证和四诊之证合参以明确治则治法、治疗禁忌等,提高了临床诊断的准确性,对后世的中医诊断学有着深远的影响^[23]。此外,结合现代解剖可以得知,手足阳明经对应的胃脏及大肠均在腹腔内,因此通过腹部查体可以直接触及了解胃肠的虚实与否。众所周知,《伤寒论》中腹满包括有多种,如太阳腹满、阳明腹满、太阴腹满、少阴腹满,其中阳明腹满和太阴腹满最为典型。“实则阳明,虚则太阴”^[24],通过腹诊了解是否存在腹阳明实证或腹太阴虚证,以此来决定使用攻法或补法。

脓毒症患者在进行腹诊时,腹阳明实证主要在腹部望诊、按诊时均可有明显表现。临床判断时一般可以按照表 1 中医腹诊评分表进行评分判定,若总分 <0 分判为腹太阴虚证;总分 0 分为正常;若总分 0~4 分,为可疑腹阳明证,须结合大便情况判定;若总分 >4 分则直接判定为腹阳明实证。此外,尚有部分特殊情况,如腹部按诊若评为 2 分者则可定为实证,若腹部按诊评分为 1 分兼有大便不通者亦考虑为腹阳明实证。

2.3 脓毒症“四证”的中医腹诊特点 (1)毒热证:中医腹诊望诊腹部颜色明亮有光泽,闻诊可闻及肠鸣音亢进或肠鸣音相对洪亮,按诊腹部温度升高、皮肤干燥或见血络、按压腹部弹性有力,如按气球,或可偏实等。腹诊评分总分多为 0~4 分。(2)血瘀证:中医腹诊望诊见腹部颜色暗滞或见瘀斑,皮肤干燥甚至肌肤甲错,闻诊肠鸣音弱或消失,按压腹部硬满偏实,如按皮球,甚或有硬结,或下腹硬痛拒按。腹诊评分总分多为 4~6 分。(3)腑气不通证:中医腹诊望诊见腹部膨隆或饱满,触诊硬满拒按,如按鼓皮,叩诊鼓音或实音,常伴有左下腹按压痛或可触及硬结等。或全腹痛满伴胸胁按压疼痛不适。腹诊评分总分多为 6 分以上。(4)虚证:中医腹诊望诊见腹部皮色不鲜、形状凹陷或腹部虽胀大但软塌无形,闻诊肠鸣音弱或无肠鸣音,按压全腹松软无力如按海绵、皮肤不温等;或心下按诊逆满、或有震水音、或按诊时患者觉心下悸(多责之于水饮、胃阳虚)。腹诊评分总分多为 0 分或 0 分以下。

3 病案举例

谢某,男,86 岁,2021 年 2 月 17 日入院。主诉:呕吐咖啡色胃内容物伴发热气促 4 d。4 d 前开始呕吐咖啡色胃内容物 5 次,伴腹胀、腹部隐痛不适,间中发热,体温最高 38℃,伴气促、呼吸困难,咳嗽咳痰,痰色

白质稀,遂前来就诊。既往有高血压病、糖尿病、脑梗死后遗症、帕金森病等病史并药物控制治疗。查体:体温 36.7℃,心率 70 次/min,呼吸 35 次/min,血压 136/59 mm Hg,神清,精神疲倦,发音欠清,查体欠合作,听诊双肺呼吸音弱,可闻及湿性啰音及痰鸣音,腹部膨隆,腹肌稍紧张,叩诊呈鼓音,全腹轻压痛,无反跳痛,肠鸣音稍亢进,四肢轻度水肿。舌淡,苔白微腻,脉弦滑。入院后辅助检查结果:血气分析:pH 7.387,血氧分压(PO₂) 68.1 mm Hg,血二氧化碳分压(PCO₂) 31.2 mm Hg,碱剩余(BE) - 5.7 mmol/L,吸氧浓度 40%;降钙素原 9.11 ng/ml;血常规:血小板 187 × 10⁹ 个/L;肝肾功:血肌酐 273 μmol/L,总胆红素 8.6 μmol/L。全胸+全腹部螺旋 CT 平扫提示“升结肠肠套叠、小肠低位不完全梗阻、双下肺炎症”。序贯器官衰竭评估(sequential organ failure assessment,SOFA)评分:6 分。西医诊断:脓毒症、肺炎、呼吸衰竭(I 型)、不完全性肠梗阻等;中医诊断:喘病(痰热壅肺证)。

入院后予禁食、无创呼吸机辅助通气,床边纤维支气管镜检查,药物予厄他培南抗感染、雾化平喘、碱化尿液、降脂稳斑、护胃及营养支持等;中药予苓甘五味姜辛夏杏加大黄汤。次日患者发热较前加重,热峰达 39.2℃,气促稍减,咳嗽咳痰,痰量多色白质黏,腹胀不适,灌肠后大便可解 1 次,量约 200 mL。查体:双肺呼吸音粗,双肺可闻及明显湿性啰音,双下肢中度水肿,腹诊见腹部膨隆,腹色暗滞,全腹硬满如鼓且拒按,叩诊呈鼓音,肠鸣音弱。舌淡红,苔白腻,脉弦滑。腹部望诊评分 2 分,闻诊评分 1 分,张力按诊评分 1 分,温度按诊评分 1 分,总分 5 分,考虑为腹阳明实证。遂调整治疗方案,予停用厄他培南,改用亚胺培南西司他丁钠抗感染,中药予调整为大柴胡汤合三子养亲汤加桃仁内服,宣肺调肠方^[25]灌肠,其他治疗方案不变。此后予大柴胡汤加减治疗数日,患者体温可逐渐下降至接近正常,腹胀逐渐减轻,腹部硬满感消退,精神较前改善,2021 年 2 月 20 日复查全胸+全腹螺旋 CT 平扫提示“原升结肠局部肠管嵌套,考虑肠套叠,较前基本改善;小肠低位不完全梗阻较前改善”。

按 患者高龄男性,主诉以呕吐、腹胀、发热、气促、咳嗽咳痰等为主要表现,结合现代医学检验检查结果及病史,脓毒症、肺炎、肠梗阻等诊断明确。入院时考虑患者年老,五脏虚衰,元气不足,且久病缠身,素体多虚多寒,虽见发热痰喘,但考虑患者高龄,治疗上未敢行大力功伐之法,而是以温阳化饮加通腑泻下为法,遂方予苓甘五味姜辛夏杏加大黄汤,结果次日体温反倒升高,腹胀不适感愈发明显。此时床边查体见舌脉转向实证,腹诊见腹部明显膨隆,腹色暗滞,全腹硬满如鼓且拒按,结合前方不效,遂重新分析病机,患者虽年事已高,素体正气不足,但当下症见发热、痰喘,且腹诊见实满状、拒按,大便数日未解,虽予灌肠也只是解了少量大便,结合腹诊评分,考虑当下应是腹阳明实证,经约:“虚则实之,实则虚之”“急则治其标,缓则治其本”,故予调整中药处方为大柴胡汤合三子养亲汤加桃仁内服,配合宣肺调肠方灌肠,最终获得良效。

4 结语

综上,在脓毒症中医诊疗中,应不囿于成见,辨证论治是中医临床关键,根据实际临床四诊信息进行分

析,从而处方用药。若在重症患者中存在问诊、舌诊和脉诊信息难以采集齐全的情况时,应重视中医腹诊,其作为由来已久的中医查体手段,可以帮助提高辨证准确性,从而提升临床诊疗效率,值得进一步深入研究及推广。

参考文献

- [1] FLEISCHMANN STRUZEK C, MELLHAMMAR L, ROSE N, et al. Incidence and mortality of hospital - and ICU - treated sepsis: results from an updated and expanded systematic review and meta - analysis [J]. *Intensive Care Med*, 2020, 46(8): 1552 - 1562.
- [2] 中国医师协会急诊医师分会, 中国研究型医院学会休克与脓毒症专业委员会. 中国脓毒症/脓毒性休克急诊治疗指南(2018) [J]. *感染、炎症、修复*, 2019, 20(1): 3 - 22.
- [3] 赵馥, 林新锋, 赵锋利. 岭南医学对脓毒症阳虚证论治的启示 [J]. *新中医*, 2019, 51(7): 298 - 300.
- [4] 孙芳园, 叶亮, 耿欢, 等. 针药结合治疗热瘀型脓毒症脑功能障碍临床观察 [J]. *辽宁中医杂志*, 2024, 51(3): 180 - 182, 227.
- [5] 葛旭, 吴迪, 王国兴, 等. 生大黄灌肠联合针灸治疗脓毒症患者胃肠功能的临床观察 [J]. *世界中西医结合杂志*, 2023, 18(7): 1391 - 1395, 1400.
- [6] 陈雯, 钱风华. 从六经辨证理论探讨脓毒症的发展及治疗 [J]. *中国中医急症*, 2023, 32(9): 1572 - 1575.
- [7] 王琦. 中医腹诊研究与临床 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 38 - 55.
- [8] 熊广华, 简维雄, 胡志希. 中医腹诊法与临床应用探析 [J]. *湖南中医药大学学报*, 2023, 43(9): 1726 - 1731.
- [9] 王竹, 李睿萍, 刘艳. 西医院校中医腹诊教学的探讨 [J]. *基层医学论坛*, 2024, 28(5): 20 - 22, 26.
- [10] 曹臻, 倪春华. 血清心型脂肪酸结合蛋白对脓毒症患者并发急性肾损伤的预测价值 [J]. *天津医药*, 2020, 48(11): 1091 - 1095.
- [11] 张春花, 邓卓军, 郭旋, 等. 老年脓毒症性休克患者不同部位有创血压监测比较 [J]. *中国老年学杂志*, 2018, 38(15): 3695 - 3697.
- [12] 中华医学会重症医学分会. 中国严重脓毒症/脓毒性休克治疗指南(2014) [J]. *全科医学临床与教育*, 2015, 13(4): 365 - 367.
- [13] 李志军, 五东强, 李银平. 脓毒症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, 31(11): 1317 - 1323.
- [14] 杨飞宇, 郭力恒, 张敏州, 等. 基于“四证四法”辨治脓毒症心脏病的研究进展 [J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(8): 4263 - 4268.
- [15] 苏懿, 罗艳霞, 赖彩辉, 等. “四证四法”防治脓毒症心功能障碍的临床观察 [J]. *中国中医急症*, 2023, 32(2): 285 - 288.
- [16] 严晓双, 陆为民. 国医大师徐景藩腹诊应用发挥 [J]. *江苏中医药*, 2022, 54(7): 18 - 21.
- [17] 孟佳, 韩琳, 张晓宇, 等. 运用腹诊辨治荨麻疹的理论探讨与临床应用 [J]. *环球中医药*, 2023, 16(6): 1202 - 1206.
- [18] 李霞, 谢玮, 卫杨林, 等. 腹诊诊治失眠探析 [J]. *吉林中医药*, 2021, 41(2): 154 - 156.
- [19] 王玉曼, 黄崇欣, 刘志华, 等. 李佃贵从腹诊论治脾胃病经验 [J]. *辽宁中医杂志*, 2023, 50(8): 35 - 38.
- [20] 方晶晶, 唐艳艳. 腹诊在中医妇科中的临床应用 [J]. *浙江中医杂志*, 2023, 58(3): 199 - 200.
- [21] 叶森青, 苏懿, 张云海, 等. 脓毒症中医证型分布、死亡因素分析及 AT - III 联合 NT - proBNP、SOFA 评分对预后的评估价值 [J]. *新中医*, 2024, 56(7): 86 - 91.
- [22] 高林, 张楷晨, 陈虹旭, 等. 从六经辨证的虚实两端治疗脓毒症胃肠功能障碍的思考 [J]. *中国中医急症*, 2023, 32(12): 2127 - 2130.
- [23] 董硕, 周可林, 陈家旭. 《伤寒杂病论》仲景腹诊学术特色探究 [J]. *环球中医药*, 2022, 15(1): 65 - 68.
- [24] 黄辉, 李红, 陈泓, 等. 从“实则阳明, 虚则太阴”论治腹满验案一则 [J]. *环球中医药*, 2023, 16(2): 308 - 310.
- [25] 王荣荣, 董培贤, 范滨. “肺肠同治”理论下宣肺调肠方对脓毒症相关 ARDS 患者肺肠功能的影响 [J]. *四川中医*, 2022, 40(11): 166 - 169.