

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.16.004

史载祥应用柴胡桂枝干姜汤治疗脓毒症高热经验

朱婷婷¹✉, 刘莹莹², 崔海兰³, 任志颖⁴, 邵明晶⁵, 边研⁶,
王丽彦¹, 陈振杰⁷, 刘源⁴ 指导: 史载祥⁵

1. 北京市第六医院, 北京市东城区交道口北二条36号, 100007; 2. 北京市朝阳区中医医院; 3. 北京市昌平区中医医院;
4. 北京中医药大学; 5. 中日友好医院; 6. 北京中西医结合医院; 7. 北京中医药大学东直门医院

[摘要] 总结史载祥教授应用柴胡桂枝干姜汤治疗脓毒症高热的临证经验。认为脓毒症的关键病机为少阳郁热、水饮内结, 其临床表现高热、寒战、往来寒热乃邪热郁结少阳所致, 软组织水肿及浆膜腔积液则为少阳枢机不利、水饮内结所致。临证治疗脓毒症高热当兼顾软组织水肿及浆膜腔积液, 以和解少阳郁热、化饮利水为法, 应用柴胡桂枝干姜汤为基本方进行灵活加减, 同时指出柴胡桂枝干姜汤对于多重抗感染无效的脓毒症高热有迅速退热的作用。

[关键词] 脓毒症; 高热; 柴胡桂枝干姜汤; 名医经验; 史载祥

史载祥(1942—), 中日友好医院主任医师, 博士研究生导师, 全国名中医, 第三、四、五、六、七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医临床、教学工作60年, 对于发热性疾病、感染性疾病、心血管系统疾病、消化系统疾病、呼吸危重疾病等有丰富的临床经验, 提出“气陷血瘀”疾病病机理论, 提倡宗中汇西, 病证结合, 经方活用; 对于脓毒症提出“截断病势”的治疗原则, 并指出治疗脓毒症高热当以清解郁热为主, 治疗脓毒症休克当以升陷救心为主。

脓毒症是人体对感染反应失调导致的器官功能障碍综合征, 由全身感染引起, 常出现体温异常、呼吸和心率增快、软组织水肿及浆膜腔积液, 其进一步发展可导致败血症综合征、休克、多器官功能衰竭, 甚至死亡^[1]。该病预后险恶, 病死率高^[2]。现代医学治疗该病主要以对因治疗(包括以抗生素控制感染)及对症支持治疗(包括早期液体复苏、机械通气、肾替代、代谢支持等)为主, 若感染得以有效控制, 则可避免休克及多器官功能衰竭的出现^[3]。然而, 耐药菌甚至超级耐药菌越来越多见, 使得控制感染的难度加大^[4], 高热持续会使多器官

功能障碍显现, 导致病情进展迅速。根据脓毒症临床表现, 可将其归属于中医学“外感热病”“脏竭证”“暴喘”“血证”等范畴。中医药治疗高热具有优势, 及时干预脓毒症, 可迅速有效地降低体温, 控制感染, 加快疾病恢复^[5]。史载祥教授根据脓毒症高热、寒战、软组织水肿及浆膜腔积液为主的临床特点, 认为该病多为少阳郁热、水饮内结所致, 常用柴胡桂枝干姜汤治疗, 经长期临床观察发现该方往往可迅速退热, 使患者转危为安。现将史老师应用柴胡桂枝干姜汤治疗脓毒症高热的临证经验总结如下。

1 少阳郁热、水饮内结是脓毒症的关键病机

脓毒症发病有两大特点: 其一, 常见高热、寒战、往来寒热, 且不乏多重抗感染及反复应用解热镇痛剂后仍未能控制发热者; 其二, 常伴液体正平衡、水钠潴留(24小时超过20 ml/kg), 表现为软组织水肿及浆膜腔(胸腔、腹腔、心包腔)积液^[6-7], 且不少患者表现为利尿剂抵抗, 周身肿胀明显, 或大量浆膜腔积液需要进行穿刺引流。史老师认为, 脓毒症关键病机为少阳郁热、水饮内结, 其中高热、寒战、往来寒热符合少阳证特点, 属邪热郁结少阳所致, 软组织水肿及浆膜腔积液为少阳枢机不利、水饮内结所致。

基金项目: 国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(国中医人教发[2022]76号); 北京市中医管理局第六批北京市级中医药专家学术经验继承工作项目(京中医科字[2019]139号)

✉ 通讯作者: zhutingting0531@163.com

少阳在半表半里之间,是邪气进入机体的必经之路,亦属于正邪交争、阴阳进退之界,邪气或从阳入阴,或由阴出阳,正邪胜复之势反复,故见寒热往来。外感或内生之邪郁遏少阳,枢机不运,气血壅滞,积久加重邪热郁结少阳之势,正邪激烈相争,故见高热、寒战、口干口苦等少阳失和表现。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》指出“已发汗而复下之”是邪郁少阳的病机转变原因。史老师认为,脓毒症患者病程中反复应用解热镇痛剂,汗出热退,复热后再次出汗,此现象属于“已发汗”范畴;脓毒症常需多重抗感染治疗,抗生素多苦寒败胃,直折中气,常出现并发症如抗生素相关性腹泻、伪膜性肠炎等^[8-9],此属于“复下之”范畴。因此,脓毒症患者经多重抗感染治疗、反复应用解热镇痛剂后仍高热、寒战,病机亦为邪热郁结少阳。

现代医学认为,软组织水肿及浆膜腔积液产生原因有二:一为炎症反应消耗大量蛋白,导致胶体渗透压下降;二为病原产生毒性物质增加血管内皮细胞的通透性,导致蛋白质渗漏增加^[10]。史老师指出,上述现象可从少阳枢机不利导致水饮内结角度阐释。少阳枢机在水液代谢中具有重要作用,少阳枢机不利,疏泄失常,三焦壅滞。《素问·灵兰秘典论篇》曰:“三焦者,决渎之官,水道出焉。”三焦壅滞导致决渎失司,水液代谢紊乱,导致水饮内结,产生水肿和积液。另胡希恕先生指出少阳为躯体和脏腑之间的空腔,包含胸腔、腹腔,故浆膜腔亦与少阳有关,“胸胁满微结”恰是浆膜腔积液的外在表现^[11]。

2 柴胡桂枝干姜汤治疗脓毒症的临证思路

史老师根据脓毒症少阳郁热、水饮内结的关键病机,主张治疗以和解少阳郁热、化饮利水为要,常用柴胡桂枝干姜汤加减辨治。

2.1 柴胡桂枝干姜汤方证解析

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》关于柴胡桂枝干姜汤原文:“柴胡桂枝干姜汤,治疟寒多微有热,或但寒不热,服一剂如神”“伤寒五六日,已发汗而复下之,胸胁满微结,小便不利,渴而不呕,但头汗出,往来寒热,心烦者,柴胡桂枝干姜汤主之”。唐容川认为柴胡桂枝干姜汤适用病机属少阳枢机不利兼水饮内结,近代伤寒大家陈亦人亦认为其主治病机为邪留少阳、水结火郁^[12]。方中柴胡、黄芩和解少阳郁热;桂枝、干姜、甘草温化水饮,又含桂枝甘草汤辛甘化阳、甘草干姜汤温肺暖脾之

意,且桂枝、干姜配伍功善温化水饮,可通治咳嗽、心悸、水肿、小便不利等饮证;天花粉、牡蛎配伍,化饮散结兼滋阴生津。全方共奏和解少阳郁热、化饮利水之功。

2.2 解析柴胡桂枝干姜汤治疗脓毒症

柴胡桂枝干姜汤作为《伤寒论》中经典的柴胡类方,其和解少阳郁热之功已是学界共识,多适用于发热性疾病的中低热,但其治疗高热的报道则较少见。该方适用于中低热的认识,多源于原文“寒多微有热,或但寒不热”的相关论述。日本汤本求真在《皇汉医学》中提出:“因是本方治恶寒作用颇有力,但治发热作用则至微弱也,总之有高热者,宜禁忌之”,且警告“若以此热状为目的而处方时,恐有片言断狱之失”。胡希恕先生也认为,久久不愈之低热有用柴胡桂枝干姜汤或其加味和合方的机会^[13]。

史老师则认为,邪在少阳,正邪交争,因患者正气、邪气胜复不同,发热温度可不同,在重症感染尤其是多重耐药菌感染中,往往邪气盛实而正气亦奋起抗争,正邪交争剧烈,可见高热,故而柴胡桂枝干姜汤的运用不应拘于先贤用于中低热的局限。史老师验之临床,用于高热者数十例多有效验,发热40℃以上者仍可1剂热退^[14]⁷⁸,故认为柴胡桂枝干姜汤可用于脓毒症高热、寒战,其退热之力显著。此外,史老师经长期临床实践的反复验证,发现对于有软组织水肿、胸腔积液、心包积液、腹腔积液者,应用柴胡桂枝干姜汤后,软组织水肿常可减少,复查超声或CT常可见积液消退吸收^[14]¹³⁹。故而从临床实际出发,明确该方可化饮利水,主治脓毒症水饮内结。水饮内结,不归正化,津液不布,可致津亏阴伤,方中天花粉、牡蛎配伍,既可滋阴生津,又可化饮散结,使水饮得散而归于正化,复津液濡润之性,故有燥湿同调之妙,适用于水饮内结之证。

2.3 柴胡桂枝干姜汤治疗脓毒症的具体经验

该方的适应证为:1) 热势:不论热势高低均可应用,尤其强调该方退高热效验俱佳。2) 寒战:脓毒症中高热伴寒战为应用的典型指征,临床中如高龄正气不足者,也可见到低热伴寒战,亦可应用。3) 发热的时间规律:每日定时发作,或发热休作有时。4) 水肿:若出现胸腔积液、心包积液、腹腔积液、软组织水肿者,不论是少量还是大量,均为选用该方的重要指征。其中,第2条与第3条具备1条即可,第4条为该方与其他柴胡类方鉴别

应用的重要参考。

在剂量选择上,史老师根据热势的高低选择柴胡剂量,一般性发热至少用 20 g,脓毒症高热多以 30~40 g 为宜。全方常用剂量为:北柴胡 30~40 g,黄芩 10~15 g,桂枝 10~15 g,干姜 10~15 g,天花粉 20~60 g,牡蛎 20~60 g,炙甘草 10 g。根据水肿、积液的轻重,调整天花粉、牡蛎化饮散结药对的用量,如果轻微的水肿、积液二者可用 20~30 g,如遇大量的水肿、积液,二者可用至 60 g。

史老师应用经方,强调尽可能地遵循经方原方药味及剂量比重。如遇下列情况,可酌情加减。若脓毒症进一步发展,出现凝血功能检查异常者,或有出血倾向者(常见皮肤及黏膜的出血、消化道出血等),可酌加三七粉 3~6 g、仙鹤草 30~60 g 养血活血;若见咯血明显者,可合用史老师自拟经验方加减秘红丹(由大黄 3 g、肉桂 1.5 g、三七 3 g 组成)补气散瘀,打粉吞服;出现吐血者,可合用史老师自拟经验方黄白止血凝胶(由大黄 3 g、白及 6 g、三七 3 g、阿胶 10 g 组成,前 3 味研极细粉,阿胶烊化与细粉和匀成胶冻状)补虚止血,缓缓吞服;脓毒症常见肺部感染伴有大量脓痰者,可酌加金荞麦 30~60 g 清热解毒、祛痰排脓。另需要强调的是,在热病治疗中,尤其需要固护脾胃后天之本,如脾胃虚弱明显者,可酌加白术、茯苓。

脓毒症热退后,善后调治亦非常重要,一则防止发热反复,二则利于脓毒症整体恢复。气阴耗伤者,治当养阴生津,可选用竹叶石膏汤;脾胃虚弱者,治当固护脾胃,可选用异功散;气虚乏力明显者,治当甘温除热,可选用补中益气汤;尚有浆膜腔积液未消退完全者,治当益气举陷、祛瘀利水,可选用升陷祛瘀汤。

3 验案举隅

患者,男性,57 岁,2021 年 5 月 24 日初诊。主诉:间断发热 1 个月。2021 年 4 月 27 日因 2 型糖尿病伴血糖控制不佳、肥胖行“胃旁路术”,第 2 天开始发热,体温最高 38.9℃,伴腹痛、恶心,呼吸 26 次/分,心率 144 次/分,血压 122/82 mmHg,血常规:白细胞总数 $12.64 \times 10^9/L$,C 反应蛋白 $> 200 \text{ mg/L}$;生化检查:血淀粉酶 317 IU/L,尿淀粉酶 2009 IU/L,胸腹部 CT 示:胸腔积液、腹腔积液。诊断为急性重症胰腺炎,予头孢曲松钠抗感染、奥曲肽抑制胰酶分泌、胸腔引流、腹腔引流及对症治疗,体温逐渐恢复正常,浆膜腔积液逐渐

减少。5 月 16 日再次发热,体温最高 39.7℃,伴寒战,血培养示屎肠球菌阳性,诊断为“屎肠球菌败血症”,住院治疗,先后予美罗培南、利奈唑胺抗感染治疗,中药汤剂曾予三仁汤加味,仍高热不退伴寒战。刻下症见:高热、寒战交替发作,每日 3 次,体温最高 39.7℃,语声低微,两颧潮红,气促,头汗出,心烦,口干,胁胀,肠外营养支持状态,眠欠佳,小便可,大便不畅、每日 2 次;舌淡红、苔浮无根,脉细弦滑。西医诊断:屎肠球菌败血症;中医诊断:外感热病(少阳郁热、水饮内结证)。治法:和解少阳郁热、化饮利水,方予柴胡桂枝干姜汤。处方:北柴胡 30 g,黄芩 15 g,桂枝 20 g,干姜 15 g,天花粉 30 g,牡蛎 30 g(先煎),炙甘草 10 g。3 剂,每日 1 剂,水煎分早晚两次温服。继予当前抗感染治疗方案。

患者服用中药 1 剂后即脉静身凉,体温降至 36.5℃,口干较前减轻,两颧潮红渐退,排便通畅。3 剂药尽,患者未再发热、寒战已无,面色正常,气促、口干、心烦、胁胀缓解,眠可,小便正常,大便质稀、每日 2 次;舌淡红、苔薄(轻试即去),脉象渐和缓。嘱停用抗生素、解除禁食水状态。热退后调理善后,辨证为胃气虚弱,治以健脾益气 and 胃为法,予异功散合四逆散加减,处方:北柴胡 15 g,赤芍 15 g,枳实 10 g,陈皮 15 g,党参 15 g,茯苓 20 g,麸炒白术 10 g,炙甘草 10 g。3 剂,每日 1 剂,煎服法同前。5 月 31 日病情好转出院。2021 年 7 月电话随访,患者未见发热,无明显不适症状,已回归正常生活。

按语:本案患者胃旁路术后间断发热 1 个月,高热伴寒战,血培养见屎肠球菌阳性,诊断为屎肠球菌败血症,为脓毒症败血症综合征阶段^[15]。患者先后应用头孢曲松钠、美罗培南、利奈唑胺抗感染后高热不解,中医四诊合参,高热、寒战往来、休作有时,为少阳郁热典型特征,心烦、口干、胁胀、头汗出亦符合少阳证表现,胸腔及腹腔积液提示水饮内结,故辨证为少阳郁热、水饮内结证。治疗以和解少阳郁热、化饮利水为法,方予柴胡桂枝干姜汤原方。患者服药 1 剂即热退,效如桴鼓。考虑患者肠外营养支持状态,加之禁食水,舌苔轻试即去,提示胃气虚弱,故热退后以异功散合四逆散善后调理,健脾益气 and 胃,以固后天之本。本案患者紧扣少阳郁热、水饮内结的病机,方用柴胡桂枝干姜汤治疗,退热效果良好,可截断病势,令患者转危为安。

参考文献

- [1]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[J]. 中华内科杂志, 2015, 54(6): 557-581.
- [2]REHN M, CHEW MS, OLKKOLA KT, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock in adults 2021: endorsement by the Scandinavian society of anaesthesiology and intensive care medicine[J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2022, 66(5): 634-635.
- [3]EVANS L, RHODES A, ALHAZZANI W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021[J]. Crit Care Med, 2021, 49(11): e1063-e1143.
- [4]熊艳, 肖谦. 血培养阳性老年脓毒症患者多重耐药菌分析[J]. 临床急诊杂志, 2022, 23(9): 643-648.
- [5]胡斌, 刘冰, 赵浩延, 等. 中医药治疗脓毒症的研究进展[J]. 中国医药指南, 2020, 18(22): 32-33.
- [6]RÜDDEL H, THOMAS-RÜDDEL DO, REINHART K, et al. Adverse effects of delayed antimicrobial treatment and surgical source control in adults with sepsis: results of a planned secondary analysis of a cluster-randomized controlled trial[J]. Crit Care, 2022, 26(1): 51.
- [7]罗松平, 李拥军, 董玉任, 等. 脓毒性休克液体过负荷患者反向液体复苏的临床疗效分析[J]. 临床急诊杂志, 2022, 23(5): 327-331.
- [8]孙东, 陈艺. 抗生素相关性腹泻临床诊疗新进展[J]. 空军航空医学, 2024, 41(4): 352-355.
- [9]金力, 张新春. 肺炎患者抗生素治疗后伪膜性肠炎发生情况及影响因素分析[J]. 临床医学工程, 2023, 30(9): 1311-1312.
- [10]印佩如, 倪海滨. 中西医结合治疗脓毒症毛细血管渗漏综合征的研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(18): 206-208.
- [11]毛丽容, 王释亮, 谢义松. 从胡希恕《伤寒论》学术思想探析小柴胡汤[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(9): 124-126.
- [12]陈亦人. 《伤寒论》求是[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2012: 90.
- [13]冯世纶, 张长恩. 经方传真(修订版): 胡希恕经方理论与实践[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 309.
- [14]史载祥, 黄柳华. 经方治验百案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [15]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]. 中国急救医学, 2018, 38(9): 741-756.

SHI Zaixiang's Clinical Experience in Using *Chaihu Guizhi Ganjiang Decoction* (柴胡桂枝干姜汤) to Treat High Fever in Sepsis

ZHU Tingting¹, LIU Yingying², CUI Hailan³, REN Zhiying⁴, SHAO Mingjing⁵, BIAN Yan⁶, WANG Liyan¹, CHEN Zhenjie⁷, LIU Yuan⁴

1. The Sixth Hospital of Beijing, Beijing, 100007; 2. Beijing Chaoyang District Hospital of Traditional Chinese Medicine; 3. Beijing Changping District Hospital of Traditional Chinese Medicine; 4. Beijing University of Chinese Medicine; 5. China-Japan Friendship Hospital; 6. Beijing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine; 7. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine

ABSTRACT This paper summarizes Professor SHI Zaixiang's clinical experience in treating high fever caused by sepsis using *Chaihu Guizhi Ganjiang Decoction* (柴胡桂枝干姜汤). He holds that the key pathogenesis of sepsis involves constrained heat in the *shaoyang* and internal accumulation of water and fluids. The clinical manifestations such as high fever, chills, and alternating sensations of cold and heat are attributed to pathogenic heat constrained in the *shaoyang*. Meanwhile, soft tissue edema and serous cavity effusions are due to *shaoyang* dysfunction and internal water retention. In clinical practice, treating sepsis-related high fever requires addressing both the *shaoyang*-constrained heat and the associated edema and effusions. The therapeutic approach focuses on harmonizing the *shaoyang* and resolving internal fluids, using *Chaihu Guizhi Ganjiang Decoction* as the base formula with flexible modifications. Professor SHI emphasizes that this formula shows a rapid antipyretic effect, particularly in cases where multiple anti-infective treatments have failed.

Keywords sepsis; high fever; *Chaihu Guizhi Ganjiang Decoction* (柴胡桂枝干姜汤); experience of famous doctors; SHI Zaixiang

(收稿日期: 2024-08-13; 修回日期: 2024-12-15)

[编辑: 姜冰]