

烧伤休克中医辅助治疗专家共识推荐意见

——中国老年医学学会烧创伤分会

【摘要】 烧伤休克是严重烧伤早期呈现并影响全程病情发展与救治后果的全身性复杂病理生理过程与临床综合病征。防治休克的基础与临床成果是我国烧伤外科乃至整个重症医学领域的科研和临床突破的前提和关键。挖掘祖国医学中对于严重烧伤休克的实践经验和特色理论，既补充了现代医学之不足，提高临床救治水平，又发展了中医事业，有着非常深远的意义。基于此，本指南从严重烧伤休克疾病的概念、病因、病机、诊断要点、综合治疗等方面为中医烧伤休克的救治提供依据和指导。

【关键词】 烧伤休克；厥脱证；中医治疗；诊疗指南

Guidelines for diagnosis and treatment of Chinese medicine on Burn Shock

[Abstracts] Burn shock is a systemic pathophysiological process and clinical syndrome that manifests in the early stages of severe burns, influencing the entire disease progression and treatment outcomes. The foundational and clinical advancements in shock prevention and management serve as both the prerequisite and the cornerstone for scientific and clinical breakthroughs in burn surgery—and indeed, the broader field of critical care medicine—in China. Exploring the practical experience and distinctive theories of traditional Chinese medicine (TCM) in treating severe burn shock not only compensates for the limitations of modern medicine and improves clinical outcomes but also fosters the development of TCM, holding profound significance. Based on this rationale, the current guidelines provide evidence-based recommendations and clinical guidance for the management of burn shock in TCM, covering key aspects such as disease definition, etiology, pathogenesis, diagnostic criteria, and comprehensive treatment strategies.

[Key words] Burn Shock; Syncope-collapse Syndrome; Diagnosis and Treatment of Chinese Medicine; Diagnosis and Treatment Guideline

烧伤休克是严重烧伤早期呈现并影响全程病情发展与救治后果的全身性复杂病理生理过程与临床综合病征^[1]。防治休克的基础与临床成果是我国烧伤外科乃至整个重症医学领域的科研和临床突破的前提和关键^[2]。随着科学技术的进步和烧伤休克的理论不断更新，治疗手段日趋增多，死亡率也随之下降，但是烧伤休克尤其是难治性休克的死亡率仍然很高。所以采用多学科、多途径、多手段、多方法研究休克的治疗是医学的重要课题。祖国医学中烧伤治疗技术

历经千年发展，渐进成熟，方法多样、特色鲜明，取得了令世界瞩目的成绩。探索、发掘古人治疗休克的方法及有效方药，特别是应用现代科技手段研制高效、速效抗休克新剂型新药物，既补充了现代医学之不足，提高临床救治水平，又发展了中医事业，有着非常深远的意义。

早期的中医典籍中虽有烧伤记载，但大多是将其归为局部的皮肤伤害，如甘肃出土的东汉医学简牍《武威汉代医简》中的“汤火冻”，《诸病源候论》则将其称为“汤火疮”。直到明末清初，不少著作方认识到“烧伤病在皮肤，殃及全身”。如清初祁坤的《外科大成》：“烫破火伤者，患自外来也。然甚则火毒攻内，令人烦躁口干，昏聩而闷绝”，描述了烧伤病因是外来，火毒内攻后出现口干、烦躁及神昏欲绝等休克症状^[3]。清代陈士铎在《外科秘录》中进一步阐述：“汤烫疮……轻则害在皮肤，重则害在肌肉，尤甚者害在脏腑。害在脏腑者，多至杀人。然内治得法，亦可救也。内用托药，则火毒不愁内攻。”由此，才将验证烧伤休克定性为“脱证”“厥证”范畴。《伤寒论》记载“厥者，阴阳气不相顺接，便为厥，厥者，手足逆冷是也”^[4]。在《中医大辞典》中^[5]，将脱证定义为阴阳气血严重耗损的综合表现。症见汗出如珠、四肢厥冷、口开目合、手撒尿遗，脉微细欲绝等。《灵枢·通天》：“阴阳皆脱者，暴死不知人也。”张景岳的《景岳全书》所载厥脱一证近似休克“气并为血虚，血并为气虚，此阴阳之偏败也，今其气并走于上，则阴虚于下，而神气无根，是明阳相离之候，故致厥脱”。

新中国成立后，中西医结合治疗烧伤休克迎来了蓬勃发展的历史机遇。1956年，毛泽东同志就卫生事业发展作出重要指示，明确提出“把中西医结合起来，是发展我国医药学的唯一正确道路”。这一指导方针为中西医结合治疗烧伤的发展奠定了政策基础。1958年，“邱财康抢救成功”这一突破性案例（成功救治烧伤面积超过80%的患者，打破了当时国际医学界普遍认为的“烧伤面积超过80%无法救治”的定论）成为推动中西医结合治疗烧伤的重要契机。在此背景下，全国各级医疗机构积极推进中西医结合治疗烧伤的临床实践与理论研究，通过召开全国性烧伤防治经验交流会议，系统总结了中草药应用、烧伤休克治疗、创面处理、感染控制及植皮技术等关键领域的临床经验，并进行了全面推广。为进一步推进中西医结合治疗烧伤的规范化发展，中央卫生部在上海组织

举办了全国烧伤防治学习班。该学习班重点推广了近百种创面外用中草药（如虎杖、东方1号^[6]、黄连解毒膏^[7]等）的临床应用经验，同时分享了电针防治烧伤休克创新疗法的经验，显著推动了中西医结合治疗烧伤的临床实践水平。20世纪70年代，安徽医学院在中医药研发领域取得重大突破，成功研制出制痂酊^[8]、八号膏^[9]等中药制剂，采用中西医结合疗法成功救治了90%以上的特大面积烧伤患者。这一突破性进展获得《人民日报》头版头条的专题报道。基于这些突出贡献，中西医结合治疗烧伤研究成果荣获1978年中国科学技术大会奖，充分体现了该领域在我国医学发展中的重要地位。此外，在药物剂型研制上，各地成功研制了可供肌肉注射或静脉应用的中草药制剂如复抗131、复脉注射液^[10]、白芨代血浆^[11]、桂皮素、大蒜注射液^[12]等，变更传统用药途径，充分发挥中草药的药物作用。

鉴于当前烧伤休克治疗领域的研究现状，本研究团队认为亟需制定一部系统性的烧伤休克中医诊疗专家共识。希望通过挖掘祖国医学中对于烧伤休克的实践经验和特色理论，从而提升烧伤休克的临床救治水平。为确保研究成果的科学性和可推广性，必须首先明确相关概念界定、诊断标准、治疗方案及疗效评价体系，从而为临床实践、科学研究和医学教育提供可靠的循证依据。

1 方法

本指南的制订严格遵循国际循证指南的制定规范与方法学要求。首先组建了由烧伤休克领域的中医及中西医结合临床专家、循证医学研究者以及卫生经济学专业人员共同构成的指南制定工作组。在研究方法学方面，创新性地整合了具有中医药特色的三种研究方法：系统性文献研究、德尔菲专家问卷调查以及专家共识会议，以此确保诊疗指南的科学性与严谨性。通过规范的共识程序形成证据推荐意见，并据此完成指南初稿的撰写。随后，经过多轮专家咨询、同行评议及临床实践验证，对指南内容进行反复修订与完善，最终形成正式发布的完整版指南。

1.1 立项与注册

为保证本指南的制订过程科学严谨、公开透明、质量和进度可控，同时为避免重复工作，指南研制小组于世界中医药学会联合会（WFCMS）进行立项，立项批号：[XXXXXX](#)。同时在国际实践指南注册与透明化平台（PREPARE）

进行中、英文双语注册，注册号：[XXXXXX](#)。

1.2 成立工作组

本研究组建了由多学科专家组成的临床实践指南研制工作组，具体包括以下四个职能小组：1) 指南指导委员会；2) 临床专家小组（涵盖烧伤创面中医及中西医结合诊疗、基础研究、临床营养学等领域专家）；3) 证据评价组（含方法学专家、循证医学专家、统计学家及指南秘书）；4) 外部评审组。该组织架构设计旨在严格遵循循证指南制定规范，确保最终形成的指南具有方法学严谨性、临床适用性及实践可操作性。

1.3 利益冲突

所有参与指南制订的人员均与本指南无任何利益冲突，并签署了利益冲突声明。

1.4 文献筛选与推荐意见调研

本烧伤研究团队制定了中医循证指南研制的“文献研究法”，包括“文献检索”、“文献综述”、“文献评价和证据等级的确定”3个方面的内容。其中“文献检索”按国际通行要求方法进行，要求查找古今中外与烧伤相关的文献；“文献综述”按照保证指南研制质量的工作要求，对其中的临床文献按不同类别提出了文献评价方法并逐条文献进行了评价评分。专家问卷调查采用国际广泛应用的德尔菲法为基础加以改良，结合中医药行业的具体情况，提出了具有代表性权威性的调查专家遴选办法、各轮问卷的形成方法、答卷数据处理的统计分析方法，使之成为有效凝聚专家共识的方法。借鉴《脓毒性休克中西医结合诊治专家共识》的分类方法^[13]，参照全国名老中医孔昭遐教授关于烧伤休克中医辨证论治体系，以烧伤休克分期为“经”，以临证分型辨治为“纬”，在经纬交错的框架下，推荐相应的中医诊疗方案，不仅体现了中国传统医学的智慧结晶，更为烧伤休克的临床实践提供了具有指导意义的中医临床诊疗路径。

《烧伤休克中医诊疗指南》制定小组成员根据专家遴选标准，共邀请到来自安徽、上海、重庆、无锡、武汉、南昌等地专家参与讨论。问卷调查的专家遴选标准如下：①具备长期烧伤临床工作经验；②持续从事中医及中西医结合领域的临床实践、教学及科研工作；③取得副高级及以上专业技术职称；④在相关学术领域具有一定影响力；⑤注重专家地域分布的广泛性，优先考虑三级

甲等医院从业人员。基于上述标准，最终确定 30 余位专家纳入研究。推荐意见参考 2001 年牛津证据分级与推荐意见强度，并根据德尔菲调查研究方法，每条证据均需专家组成员独立评估，最终反复多次评估获得一致推荐，列出推荐意见，形成终版《烧伤休克中医诊疗指南》。

1.5 指南文稿拟定与外审

工作组依据循证医学证据及专家共识意见，完成了指南的初步起草工作。经过多轮内部专家审议与修订后，最终形成《烧伤休克中医诊疗指南》（征求意见稿）。为广泛征求专业意见，于 2024 年 4 月在安徽黄山组织召开了该指南的专家论证会议。本次会议特邀来自全国各地的 30 余位烧伤科及中医急危重症领域的临床专家参会，与会专家就指南征求意见稿的临床适用性、科学性和可操作性等方面进行了深入研讨与论证。

1.5 指南的发布

指南秘书组根据专家论证会的讨论结果，对指南进行完善，形成最终稿。由中国老年医学学会烧创伤分会组织相关专家进行评审，修改完善后于 2025 年 04 月 11 日发布（标准号：XXXXXX）。

2 推荐意见

2.1 范围

本指南提供了严重烧伤休克中医病因病机、概念与证候诊断、休克不同病程的分期分型、内治总则及分期辨证论治的内容，适用于严重烧伤休克中医、中西医结合临床诊疗。

2.3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

烧伤休克是严重烧伤后早期出现的以有效循环血量锐减、组织灌注不足为特征的急性循环功能障碍，属于低血容量性休克的一种。其本质是体液大量丢失导致的全身性生理紊乱，是烧伤早期（48 小时内）最常见的严重并发症，也是烧伤患者死亡的主要原因之一。

2.3 西医诊断

参照中国老年医学学会烧创伤分会制定的烧伤休克防治全国专家共识（2020 版）诊断标准^[14]，符合以下即可诊断：（1）烦渴，为烧伤休克早期常见

临床表现之一，一般在体液回吸收阶段方可逐渐缓解。(2) 意识改变。患者早期常烦躁不安，重者反应迟钝、意识恍惚，甚至呈昏迷状态。(3) 血压下降。早期血压可在正常范围或略升高，舒张压升高，脉压变小；后期血压可明显降低。(4) 心率加快，早于血压下降，成人常超过 120 次/min，小儿常超过 150 次/min，可作为诊断烧伤休克的早期指标之一。(5) 尿量减少，表现为少尿或无尿。(6) 消化道症状，常有恶心、呕吐，呕吐物多为胃内容物，发生黏膜糜烂出血时，呕吐物可呈咖啡色或血性，解柏油样或鲜红色血便。(7) 末梢循环不良。早期正常皮肤苍白，皮温降低，表浅静脉萎陷。严重时皮肤、黏膜发绀或花斑，甲床及皮肤毛细血管充盈时间延长。(8) 电解质和酸碱平衡紊乱。早期有等渗性或低渗性脱水、低蛋白血症、代谢性酸中毒。合并重度吸入性损伤或肺爆震伤者，可有呼吸性酸碱平衡紊乱和低氧血症。(9) 血流动力学紊乱，表现为中心静脉压、心输出量、心脏指数、左心室做功指数显著降低，肺血管阻力和外周血管阻力明显增高。(10) 组织氧合不良，表现为氧分压和血氧饱和度下降、代谢性酸中毒、动脉血乳酸增加等。(11) 血液流变学紊乱。早期血液浓缩，红细胞计数增多，血红蛋白及血细胞比容增高，红细胞及血小板聚集指数增加，血浆、全血黏度和纤维蛋白原含量增加。(12) 脏器功能损害。心肌、肾脏、肠道、肝脏等损害指标升高。(13) 其他化验检查，可有血糖增高等。

2.4 中医证候诊断^[15-20]

严重烧伤休克是严重烧伤后引起的邪毒内陷，或内伤脏气或亡津失血所致的气血逆乱、正气耗脱，导致机体脏腑功能紊乱、阴阳之气骤然不相顺接的一类急危重病证。以高热烦渴、神志淡漠，或烦躁不安、大汗淋漓、四肢厥冷、尿少脉微或散乱，甚至猝然昏到、不省人事为特点的综合证，可归属于祖国医学“脱证”“厥证”范畴。

2.5 中医病因病机^[21-23]

烧伤休克的病因明确，系由严重烧伤引起。汤烫火烧，其气猛烈，所及之处，皮焦肉卷，“热胜则肉腐”致皮肉腐烂成疮。同时人是一个整体，体表与内脏密切相关，严重烧伤，虽外伤手皮肉，必内损于脏腑。火为阳邪，“壮火食气”，必然耗损正气；火性炎上，最能燔灼脏腑，消烁津液，故而烦渴引饮；热入血分，则高热神昏，谵妄抽指；迫血妄行，则发生出血症状。凡此种种即前

人所谓之“火毒攻里”，因此，严重烧伤患者常有高热、烦渴、神昏、谵语、狂躁，抽搐、出血等严重的全身症状，并非单纯的皮肉之伤，而是一种全身性疾病。主要病机是脏腑功能失调，气虚血滞和皮肤天然屏障的破坏，表卫不固，以致体液外移，气阴耗伤，所以渗出是这一期矛盾的主要方面。这也与现代医学烧伤休克抗炎、减轻血管内皮细胞损伤程度，降低微血管通透性防治休克具有很高同质性。

2.6 中医病程发展的分期分型^[21]

我们在中西医结合治疗烧伤的实践中，以突出每一发展阶段为目的，将烧伤休克病程中关键阶段按照渗出休克期、回吸毒血症期、创面演变期（分为感染型、无感染型）分期论治。这些发展阶段是互相联系、互相影响、不可分割的。渗出休克期若过渡不平稳，则回吸毒血症或可能延长，组织消肿、创面干燥亦就延迟，导致感染的机会就会增多，创面修复也就因此而推迟。所以在烧伤治疗过程中，必需全面考虑，一个阶段的治疗必须为下一阶段变化的预防和治疗奠定良好的基础，否则就难以达到预期的效果。

2.7 烧伤休克中医内治总则及分期辨证论治

2.7.1 内治总则^[21]

由于烧伤厥脱证病情危笃，常导致患者快速死亡，发病机理繁复，在治疗上需多手段、多途径、多方法的综合疗法，提高综合效应。内治总则主要为：补（益气养阴）、清（清热解毒）、托（托里生肌）。烧伤早期当补清并用，后期宜清托并用，但活血化瘀应贯彻始终，调理脾胃不可忽视。临床诊疗切记分病程、别并病。抢救厥脱时，应注意标本主次，中西合璧，急则指其标，且注意未病先防，已病兼治。

2.7.2 分期辨证论治

（1）渗出休克期论治^[21,24,25,26]

病机：烧伤后至 72 小时，这一期的主要病机是脏腑功能失调，气虚血滞、津液不固，所以渗出是这一期矛盾的主要方面。

治法：补气活血，固渗扩容。

方剂：上海市浦东中西医结合医院自制抗休克合剂^[25]：白参、附子、生黄芪、当归、赤芍、丹参、红花、桃仁、麦冬、生地黄、石斛、玄参、牡丹皮、五味

子、酸枣仁、远志、泽泻、淡竹叶、白术、茯苓、甘草。水煎服，煎服方法：浓煎 100~150mL，每次 20~30mL/次，每日 3~4 次鼻饲。河南省淮滨县人民医院自制抗休克合剂^[26]：生黄芪 30g，红花 6g，赤芍 10g，白参 6g，淡竹叶 10g，当归 10g，附子 15g，丹参 5g，麦冬 15g，桃仁 20g，石斛 15g，生地黄 15g，茯苓 6g，玄参 15g，五味子 9g，牡丹皮 10g，远志 10g，酸枣仁 15g，甘草 5g，泽泻 9g，白术 5g，金银花 30g。用法：开水煎服，浓煎 1h，取液 100~150 ml，每日 1 剂，20~30 ml/次，3~4 次/日，经鼻饲内服。另以益气养阴、强心复脉之复脉注射液（由人参、制附子、麦冬提制而成）或生脉注射液肌注或静滴，以增加心脏排出量，改善血液循环。安徽医科大学第一附属医院自制黄芪救逆汤：生黄芪 50 g、潞党参 25 g、生白术 15 g、全当归 25 g、生地黄 25 g、杭白芍 25 g、紫丹参 25 g、五味子 15 g、福泽泻 25 g、车前子 25 g、猪苓 25 g，加水 800ml 文火煎至 100ml 滤出，再次加水 800ml 文火煎至 100ml 滤出，两次药液混合后煎至浓煎成 120ml，成人首次口服 60ml，以后每次 30ml，每天 3 次，该方同时获国家发明专利（专利号为：ZL 2022 1 0926816.1）^[27]。

（2）回吸毒血症期^[21,28,29,30,31]

病机：烧伤 48 小时后，组织液逐渐回吸收，大量毒素吸收入血，此期的主要病机是正气虚弱，毒邪内陷，热毒积聚，毒陷入腑，侵于营血所致，瘀阻脉络，进而各脏腑受邪，发为本病。

治法：治疗上在清热解毒（预防创面感染）、利尿消肿、通腑泻浊（促进毒素排泄）之余更应注意固护正气，滋阴降火（减轻临床症状），既有利于抗邪，也可防毒邪传变，终使阴阳调和、气血顺达。

方剂：常用参芪汤合猪苓汤加减，或沙参麦冬汤合黄连解毒汤加减，或茯苓四逆汤以及救逆解毒方。其他如清热保津汤（生石膏 60g，知母 10g，鲜芦根 120g，生甘草 6g，浓煎成 100ml）、四花解毒汤（金银花、紫花地丁、蒲公英各 30g，七叶一枝花 15g，浓煎成 100ml，各 15ml，每天 3 次^[20]。优化炎调方组成：生晒参 30g、生黄芪 30g、生大黄 6g（后下）、栀子 9g、芒硝 10g、桃仁 12g、赤芍 15g、玄参 12g、当归 12g、银花 15g、连翘 15g、麦冬 12g。温水 100ml 冲服或鼻饲^[28]。合并有脏腑损害者，按辨证原则随症调治。

(3) 创面演变期^[21,32,33,34]

病机：本期突出矛盾是邪正交争，火毒攻里、热入血分，且兼气阴的严重耗损，可见津伤液耗，或津伤气脱，或气阴两伤。津伤气脱或气阴两伤，必致正气衰败，卫外防御机能衰败，为火毒内陷创造条件。

治法：本期与温热病“热入血分”相符，故可参考温病分型及疮毒内陷治法进行辨证论治。扶正祛邪（防治烧伤败血症、促进创面愈合）为主，可根据邪正虚实、标本缓急，随证治之。邪在气分，治宜清热解毒，养阴保津；如兼气血两虚，需加托里之品，以防邪毒内陷；若热邪甚重，介于气营之间，气血两燔者，需气血两清，清热解毒，凉血泻火；邪在营分，治宜清营解毒，凉血救阴；热扰心神者，需清热解毒、镇惊开窍；邪在血分，治宜凉血解毒；若邪陷三阴，出现低温败血症、感染性休克者，治宜益气回阳；正虚邪恋者，治当养阴透邪；邪去正虚者，治宜补气益血、托里生肌。

方剂：邪在气分，常选黄连解毒汤或四花解毒汤（金银花、紫花地丁、蒲公英、七叶一枝花）合白虎汤出入。气血两虚，当用当归六黄汤合白虎汤加减，尤其是瓦斯爆炸烧伤，血白细胞常在1~2天内急骤下降，必须重用黄花、当归。气血两燔者用清瘟败毒饮出人；邪在营分，选清营汤加减；高热神昏，烦躁谵语者，加服安宫牛黄丸或紫雪丹；邪在血分，选犀角地黄汤加减，出血症状严重者，加凉血止血药。若邪陷三阴，方选参附汤合生脉散或用复脉注射液。但此类方剂不宜多用，待体温回升，血压平稳，肢温脉复后，即应停用，再根据辨证情况，更换处方。正虚邪恋者，方选黄连阿胶汤加减。邪去正虚者，常用托里营养汤或参芪内托散加减。

2.8 别并病

2.8.1 内脏并发症的防治

(1) 肺脏并发症^[22,35,36,37,38,39,40]

肺主气，司呼吸，朝百脉，佐循环，通调水道，开窍于鼻，外合皮毛。由于外邪多由皮毛而袭口鼻而入，极易引起肺部的继发感染，导致肺炎、肺水肿、休克肺等肺脏并发症，所以中医称肺为“娇脏”。在严重烧伤的外伤形体、内损脏腑之变化中，肺脏也是最易受损的脏器；合并呼吸道烧伤者，受损更为严重。

① 病机认识

严重烧伤由于皮毛不存、卫外不固，易罹外邪，而且温邪上受首先犯肺，因肺为“娇脏”、肺为“华盖”，外邪侵袭首当受邪，临床诊疗工作中液体复苏又是不可避免的干预手段，这就造成了肺络受损，或输液过快过多，伤后心阳虚衰，使肺气郁滞，失于通调水道，以致水饮聚停于肺。以突发严重气喘，咯吐大量泡沫痰，闻诊可及两肺满布湿啰音为主要表现的水肿类疾病。如病情进一步发展，可致肺衰、心衰等危候，部分病例可迅速死亡，亟宜早期防治。

② 辨证论治

本病首先应辨标本虚实，若患者素体心阳虚衰，肺气郁滞，烧伤后引起水道通调功能失常，以致水饮内停于肺所致。正气虚为本，邪气盛实为标。其次，辨病证虚实，喘咳、胸痛、痰多尿少多以实邪犯肺；如有兼见有气短乏力，动则益甚，倦怠懒言，咳痰清稀无力者，为肺气亏虚之证。

饮邪客肺型：症见喘咳、胸痛、痰多如泡沫，或为粉红色清痰，尿少，舌淡胖，苔白滑，脉沉弦者，多以饮邪犯肺，肺失清肃所致。治当泻肺逐饮。方以葶苈大枣泻肺汤合小承气汤加减。药用葶苈子，大枣，酒大黄，厚朴，枳实等，若喘甚胸满者，加苏子、莱菔子、瓜蒌。尿少者加泽泻、车前子。兼气虚者加黄芪、白术、党参等。

水气凌心型：症见喘咳、胸闷、心悸、咯痰、清稀量多色粉红，舌淡胖，苔白滑，脉细弱或结代者多为心阳虚衰，水气凌心之证。治当温阳利水，方以真武汤加减，药用茯苓、白芍、白术、生姜、附子等。

③ 证据与说明

大面积烧伤合并肺炎者，后果往往比较严重，一般都采用中西医结合治疗，取长补短。合理应用抗生素的同时，配合中药扶正祛邪、清肺化痰，不但有利于痰液的排出、感染的控制，还有保护其他内脏的功能。清热解毒中药本身具有一定抗菌作用外，而且抗生素和扶正祛邪中药合用后可以提高抗生素效价2~4倍，剂量可以减少一半。由于烧伤后创面渗出，所以也极易伤阴化燥。因此在祛痰药方面宜多选用清化痰热之品，如瓜蒌、川贝母、天竺黄、竹沥之类。半夏、橘红等温燥药品需要慎用，否则易使痰液变稠，胶粘难出。

(2) 心脏并发症^[22,41,42,43,44,45]

心主血脉，大面积烧伤后，大量体液从创面流失，使血容量显著减少，血

液浓缩。由于严重的耗气伤津，再加烧伤毒素及心肌抑制因子等的影响，使心气骤虚、心血不足、甚则发生心阳不振，鼓运无力，以致血滞脉中、瘀阻经络，出现严重的循环障碍和心肌损害，导致“休克心”。

① 病机认识

心肌损害（包括中毒性心肌炎）多因严重烧伤津液外渗、心阴不足，或气血两虚、血不养心，或因热毒攻心、心神受戕等原因，均可导致心肌损害。

② 辨证论治

心阳不振型：症见心悸怔忡，胸闷喘促，甚则精神恍惚，四肢浮肿。舌淡紫，苔薄白，脉微细而数，或结代。心电图示 T 波变化或心房纤颤，常伴有心衰。乃烧伤后阴损及阳，心阳不振，鼓运无力，以致血滞脉中，瘀阻经络。治宜益气温阳，强心复脉。方选：中药制剂“生脉注射液”（由人参、麦冬、制附片提制而成）4ml 肌注或 5ml 加 10% 葡萄糖溶液 15ml 静脉缓推。

心阴不足型：症见心悸不宁，烦热少寐，口干欲饮，舌红少苔，脉象细数，听诊心音低钝，心电图示 T 波平坦，双相或倒置，严重时 QRS 波增宽，ST 段降低，异位心律。乃因火热伤津，心阴不足，阴不制阳，心火内动所致。治宜滋阴降火，养心安神。方选补心丹合黄连阿胶汤加减。

③ 证据与说明

严重烧伤因烧伤毒素及心肌抑制因子等的影响，大多数有不同程度的心肌损害，心律失常亦常发生。我们除辨证给予复方中药治疗外，还常采用补气养阴、强心复脉的复脉注射液，以救气阴之虚脱。复脉注射液经离体蟾蜍心脏实验，证明其确有一定的强心作用，它能使心脏收缩增强、舒张时间延长、心率减慢。我院药理教研室对该注射液进行了抗心肌抑制因子的实验，结果证明复脉注射液能够迅速而有效地对抗心肌的毒性作用。

（3）肾脏并发症^[22,46,47,48,49,50,51]

肾为水火之脏，主藏精，是调节机体体液和物质代谢的重要脏器。在严重烧伤伤员中 肾脏均有不同程度的受损，部分伤员由于肾功能的严重损害以致死于尿毒症。

① 病机认识

大面积烧伤后由于体液渗出，火热炼阴，造成严重失液；更因心肺气虚，

血运障碍，通调失司，致上源告竭，肾失资生之源，从而少尿，甚至无尿。但如能及时补充血容量，纠正休克，当全身循环改善，伤阴劫液好转，则此种暂时性肾机能失调而出现的少尿、无尿即可消失。若肾脏发生器质性损害，由阴损及阳，则肾脏气化无权，此时虽予大剂养阴生津之药和补液，但水源可充而肾虚难复，小便仍然涩少，往往因此而水毒攻心，病至不起；亦有病延时久，肾气不固，摄纳无权而致尿多如崩。

② 辨证论治

阴损及阳，脾肾两虚证：症见头昏头痛，精神萎靡，迷迷欲睡，或精神恍惚，烦躁不安，纳呆呕恶，口渴欲饮，食入易吐，腹胀便溏，小便涩少，甚至癃闭。舌红苔腻，脉象细数。乃因烧伤后津伤液亏，火热内灼，气阴两虚，化源不足。如未及时补充血容量，纠正休克，久则阴损及阳，脾肾两虚，气化无权，运化失司，致小便癃闭；清阳不升，浊阴不降而出现纳呆呕恶 腹胀便溏；水毒上逆，清空不清，出现头昏头痛或嗜睡谵妄。治宜滋肾运脾 利水降浊。方选：黄芪救逆汤：黄芪、金银花各 30g 党参、生地、石斛、麦冬、酸枣仁各 15g 山萸肉、丹皮、五味子、炙远志、淡竹叶、泽泻各 10g 红花 6g。浓煎成 120ml 口服 首次 60ml 以后 30ml 3 次 / d；或滋肾通关丸加党参、黄芪、生地、红花、六月雪、生大黄、车前子等，水煎服。

③ 证据与说明

烧伤并发肾功能障碍，贵在早期防治，一旦发生急性肾功能衰竭则甚难挽救。我们采用补肾益阴的六味地黄汤合补气和血的圣愈汤加减，配制成抗休克合剂及其注射液，用来防治烧伤早期的休克及肾脏损害，取得良好效果。不少严重烧伤患者，在烧伤后数小时即出现明显之肾脏损害，但在应用上述方药治疗后，肾脏损害恢复迅速。本例患者亦是在烧伤后数小时即出现明显之肾脏损害，经用中西医结合治疗，在补液量比常规明显偏少的情况下，恢复迅速。动物实验也证明该药有保护和改善肾脏功能的作用。

(4) 消化道合并症^[23,52,53,54,55,56,57]

脾胃为后天之本，气血生化之源。生理上脾主运化，主升清，胃主受纳腐熟，两者纳运结合，方能发挥着营养物质消化吸收及精微输布全身的作用。烧伤时由于直接灼伤食管、应激、缺血缺氧、感染、长期禁食以及部分药物的应

用等因素影响，消化道并发症较为常见，发生应激性溃疡、腹胀、便秘、泛酸等症状，临床治疗颇为棘手。

① 病机认识

火热为阳邪，燔灼向上，易耗气伤津，耗伤胃阴、伤及脾气，运化失职。火热易致肿疡，可见胃中黏膜发生溃疡甚至出血。此外，部分患者由于禁食或长期应用苦寒药物克伐，伤及脾阳，亦可见脾胃阳虚之证。

② 辨证分型

血热妄行证：症见高热烦渴，唇红口臭，胃脘胀痛，呕血或便血，血色暗紫，量多质稠，舌质绛或紫暗，苔干黄或少苔，脉滑数或弦数。乃火热之毒燔灼脏腑、火气壅盛热伤络脉，阳络伤则血外溢，血外溢则呕血，阴络伤则血内溢，血内溢则便血。治宜清热解毒、凉血止血。方选犀角地黄汤加阿胶珠、黑山栀、大黄炭、地榆炭、仙鹤草等。

阴虚火旺证：症见身热不清，烦躁不安，口渴引饮，干呕呃逆，吐血或便血，色紫质稠，舌质红，少苔少津，脉象细数。多为火热伤胃，胃阴被劫，燥甚化热，热甚伤络，阴虚火旺迫血妄行，上逆为呕血，下注为便血。治宜养阴清火、凉血止血。方选玉女煎加减。

气不摄血证：症见面色晄白，短气自汗，倦怠无力，神疲懒言，呕血或便血，色淡质稀，舌淡脉细。乃脾气受损，统摄无权，血无所归；或初因血热妄行，继则由于失血过多，气随血脱而致六脉微细，肢冷汗出。治宜补气摄血。方选归脾汤加减。在塞流止血方面，笔者用10%白及胶浆，每服30ml（小儿酌减）

 口服4~6次，出血严重者，可每隔2h服药1次，并加服参三七粉，每次2g，3次/d；如伴有气随血脱出血性休克情况，每日加用人参30g煎汤，每服30ml与白及胶浆每隔1h交替服用，收效较好。

气阴两虚证：脾失运化症见纳差，腹胀，脾不升清，头目四肢失养，可见乏力疲倦，精神困顿，肠道失于濡润，可见大便干结，舌红少苔、脉细数均为阴虚佐证。治当益气养阴，方选益胃汤加减。

脾阳虚型：阳气虚衰，温煦失职，可见肢冷，腹部冷痛；运化无权，腐熟无能，可见腹部臌胀，完谷不化，阳虚水泛可见舌胖大，边有齿痕。治当健脾益气助阳。

③ 证据与说明

严重烧伤后消化道出血十分常见，尤其在烧伤败血症发生时，情况更为严重。败血症合并消化道出血的预后，与败血症是否能控制有直接关系。此类消化道出血不同于局限性应激性溃疡，其特征表现为弥漫性黏膜渗血，因此外科干预的临床适用性极为有限。此时可采用分阶段中药治疗方案获得显著疗效：首先运用独参汤以补气固脱，稳定循环动力学指标；继以白及胶浆实现局部止血效应；同时配伍犀角地黄汤加减方澄源治本，并辅以参三七粉发挥化瘀止血的双向调节作用。通过“益气固本-局部止血-凉血化瘀”的三联作用机制，有效实现了气血运行的动态平衡，最终促使患者达到临床治愈标准。

(5) 肝脏合并症^[23,58,59,60,61]

肝为刚脏，体阴用阳，主藏血，喜条达而恶抑郁；胆附，其中内藏精汁，主通利而忌壅滞，两者对机体物质代谢的调节有重要影响。严重烧伤往往由于休克、缺氧、感染、毒素吸收以及某些药物的影响常可发生肝脏损害。此外，医家张锡纯在《医学衷中参西录》中指出：“凡人元气之脱，皆脱在肝。故人虚极者，其肝风必先动，肝风动，即元气欲脱之兆也，也因人之脏腑，惟肝主疏泄，人之元气将脱者，但因肝脏疏泄太过风动欲脱，因此将脱证发生的病位明确定位于肝。元气责下焦肝肾，与元气属下焦先天肾命的理论也基本一致。”

① 病机认识

火性炎上，最能燔灼脏腑，烂骨伤筋，消烁津液，精血津液耗伤，抑或血虚及血热生风，水不涵木，动摇肝木，出现瘈瘲、抽搐，目睛上窜，上犯清窍则出现头晕头痛，甚至神昏谵语，势危欲脱，或喘逆，或怔忡，或气虚不足以息。此外，还可因输血或某些化学烧伤，如磷、硫等烧伤引起肝脏损害，使肝失疏泄，胆失通利而出现黄疸。

② 辨证论治

肝风内动证：肝风内动，精去神脱，阴竭阳亡。症见头晕头痛，神昏谵语，甚至猝然昏仆，不省人世，瘈瘲、抽搐，目睛上窜，汗出肢冷，脉沉细微欲绝或浮大无根。治宜益气敛阴、平肝熄风、固汗止脱。方选来复汤加减。

湿热黄疸证：症见面目一身尽黄，黄色鲜明，形寒发热，口苦而干，胸脘痞闷，或心中懊恼，恶心呕吐，腹部胀满，小便黄赤，大便秘结或黏滞不爽，舌质红，

苔黄腻，脉弦滑或弦数。乃烧伤火毒与湿浊互结，湿热邪毒蕴结肝胆，胆汁不循常道，溢于肌肤而发黄。治宜清热利湿 疏肝利胆。方选茵陈四苓散加减。如系血清性肝炎加平地木、板蓝根或白花蛇舌草各 30g 或加服垂盆草糖浆。如系化学烧伤而致肝功能损害者加人参、枸杞子、制首乌、紫丹参、绿豆衣、生甘草等以益肝解毒。

③ 证据与说明

肝脏器官功能障碍是严重烧伤后预后不佳的早期危险因素之一，但因临床症状不易被察觉，诊断较为困难。烧伤合并黄疸除感染原因外，以有机磷农药烧伤及黄磷烧伤为多。临床中除了能将内毒素及炎症介质对肝脏损伤的途径切断外，尚可进行中西医结合保肝治疗，通过合理使用保肝药物对肝脏组织进行保护，为治疗重度及以上烧伤而出现的肝损伤提供新途径。

2.9 局限性

中医药在严重烧伤休克治疗领域的规范化研究相对匮乏，现有临床证据普遍存在样本量不足、盲法实施缺失以及偏倚风险较高等方法学缺陷，从而直接影响了研究结论的可靠性和证据质量。针对这一现状，本研究项目组采用德尔菲专家共识法，通过严格筛选方药并基于专家投票结果形成临床推荐意见。对于文献证据不足但经专家论证确认为临床常用且疗效确切的中药方剂，则以专家共识建议的形式予以推荐。展望未来研究，亟需开展多中心、大样本的随机对照临床试验，重点加强以下方面的研究：①循证医学方法学的规范应用；②中医证候学的标准化研究；③古籍文献的系统整理与挖掘。通过促进传统中医药理论与现代研究方法相结合、临床实践与科学研究相融合，从而为中医药在烧伤休克治疗领域的临床应用提供更高质量的循证医学证据。

2.10 指南编写组成员

10 指南编写组成员

顾问

付小兵 解放军总医院医学创新研究部创伤修复与组织再生研究中心

组长

郭光华 南昌大学第一附属医院烧伤整形与创面修复医学中心

黄跃生 南方科技大学医院创面修复科 南方科技大学医学院创面修复与再生

医学研究所

主要起草人：

陈旭林 安徽医科大学第一附属医院烧伤与创面修复科

孙业祥 安徽医科大学第一附属医院烧伤与创面修复科

赵 杰 安徽医科大学第一附属医院中医科

指导委员会专家成员：

沈余明 北京积水潭医院烧伤科

周 华 广东省人民医院赣州医院烧伤科

李宗瑜 哈尔滨市第五医院烧伤科

朱世辉 海军军医大学第一附属医院烧伤外科

程少文 海南医科大学第一附属医院

张庆富 河北医科大学第三医院烧伤与创面修复中心

刘宏伟 暨南大学附属第一医院整形外科

吕国忠 江南大学附属医院烧创伤诊疗中心

姜玉峰 解放军总医院第一医学中心组织再生与创面修复科

程 彪 解放军南部战区总医院整形外科

周 琴 空军军医大学第一附属医院烧伤与皮肤外科

胡大海 空军军医大学第一附属医院烧伤与皮肤外科

刘 毅 兰州大学第二医院烧伤整形与创面修复外科

张家平 陆军军医大学西南医院整形外科

孙 瑜 上海长海医院烧伤科

陆树良 上海交通大学医学院附属瑞金医院创面修复中心

夏成德 郑州市第一人民医院烧伤科

陶 克 温州医科大学第一附属医院创面修复科

付忠华 南昌大学第一附属医院烧伤科

闵定宏 南昌大学第一附属医院烧伤整形与创面修复医学中心

张红艳 南昌大学第一附属医院烧伤整形与创面修复医学中心

张 逸 南通大学附属医院烧伤整形科

丁 伟 皖南医学院弋矶山医院
姜笃银 山东大学第二医院整形美容烧伤外科
郇京宁 上海交通大学医学院附属瑞金医院灼伤整形科
谢卫国 武汉大学同仁医院暨武汉市第三医院烧伤科
李晓亮 郑州市第一人民医院烧伤科
张丕红 中南大学湘雅医院烧伤整形外科

参考文献:

- [1] Blumlein D, Griffiths I. Shock: aetiology, pathophysiology and management. *Br J Nurs*. 2022 Apr 21;31(8):422-428.
- [2] Jeschke MG, van Baar ME, Choudhry MA, Chung KK, Gibran NS, Logsetty S. Burn injury. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Feb 13;6(1):11.
- [3] 阎效然,于文忠.谈谈中医对烧伤的疗法[J].*中医杂志*, 1959(11):44-45.
- [4]王明炯 陈艳.论《伤寒论》中“厥”之本意[J].*中医药导报*, 2016, 22(14):2.
- [5]李经纬.《中医大辞典》[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [6]陈绍宗,李荟元,衡代忠,等.激光照射和中药"东方一号"治疗皮肤溃疡(临床与动物实验初步小结).*陕西医学杂志*. 1982(2).
- [7]华迅.探源黄连解毒膏.开卷有益:求医问药. 2015(2):46-47.
- [8]孔昭遐.中医辨治大面积烧伤撮要. *新中医*. 2005;37(001):6-8.
- [9]苏涌,许杜娟,高昌琨,等.八号膏对大鼠深 II 度烫伤模型创面的治疗作用及其机制研究. *中成药*. 2013;035(001):20-23.
- [10]安医烧伤研究协作组.应用复脉注射液等综合疗法防治烧伤休克疗效观察. *安徽医科大学学报*. 1979(6).
- [11]郑笑沸.白及代血浆的临床应用. *时珍国医国药*. 1995(01):12-13.
- [12]第四军医大学.大蒜注射液:大蒜注射液; 1959.
- [13]李志军.脓毒性休克中西医结合诊治专家共识[C]//江西中西医结合学会急救医学专业委员会.江西省第十次中西医结合危重病、急救医学学术会议论文集.中国中西医结合学会急救医学专业委员会;2019:4-10.
- [14]中国老年医学学会烧创伤分会.烧伤休克防治全国专家共识(2020版)[J]. *中华烧伤杂志*, 2020, 36(9): 786-792.
- [15]罗侃.中医对厥脱(休克)的诊断与论治[C]//全国危重病急救医学学术会议.2000.
- [16]罗侃.中医对厥脱(休克)的诊断、治疗及新剂型的应用[C]//北京中医药学会学术年

会.2005.

- [17] 中国老年医学学会烧创伤分会.烧伤休克防治全国专家共识(2020 版)[J].中华烧伤杂志 2020,36(9), 786-792.
- [18] 罗侃.中医对厥脱(休克)的诊断与论治[C]//中国中医科学院.中医药发展与人类健康——庆祝中国中医研究院成立 50 周年论文集(上册).中国中医研究院望京医院,2005:5.
- [19] 陈红风.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:333.
- [20] 李乃卿.中西医结合外科学 [M].北京:中国中医药出版社,2005,201-205.
- [21] 孔昭遐.中医辨治大面积烧伤撮要[J].新中医, 2005, 37(1):3.
- [22] 孔昭遐,傅南琳.大面积烧伤常见内脏并发症的辨治(I)[J].中医药临床杂志, 2004, 16(1):3.
- [23] 孔昭遐,傅南琳.大面积烧伤常见内脏并发症的辨治(II)[J].中医药临床杂志, 2004, 16(2):3.
- [24] 中药内服外敷对烫伤的抗休克和抗渗出的实验研究[J].安医学报,1974,(03):12-15.
- [25] 徐顺,王爱丽,陈波,等.抗休克合剂治疗烧伤休克临床观察[J].中国中医急诊,2015,24(04):669-671.
- [26] 李杰仁.抗休克合剂治疗烧伤休克 19 例临床观察 [J].中国民族民间医药,2016,25(10):65+68.
- [27] 赵杰,孔昭遐,孙业祥.用于烧伤休克期抗渗扩容的中药组合物及药物制剂和制备方法:CN2022 10926816.1[P].
- [28] 陈天阳,严佳,徐童,等.优化炎调方治疗脓毒性休克随机、对照、多中心研究[J].现代中西医结合杂志,2024,33(22):3073-3077.
- [29] 覃江,曾思敏.茯苓四逆汤对脓毒性休克血管外肺水及炎症因子水平的影响[J].世界复合医学,2023,9(11):1-4+12.
- [30] 杨飞宇.救逆解毒方对脓毒症休克患者血流动力学及血管内皮功能影响的研究[D].广州中医药大学,2023.
- [31] 葛欣.烧伤败血症的中医辨证施治[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(06):205-206.
- [32] 杨晓东,周一平.烧伤败血症发病规律[J].中华整形烧伤外科杂志,1988,(04):271-273.
- [33] 卢国清,贾春宝.中医治疗脓毒败血症 40 例[J].中国中医药科技,2000,(02):128.
- [34] 张瑞明,陈达中.中西医结合治疗败血症[J].华西医学,1996,(03):109-110.
- [35] 杨净治,倪云.肺水肿的中医病因病机探讨[J].天津中医学院学报,1997,(02):6.
- [36] 孟银秋,宋均辉,赵杰,等.中药抗休克合剂对III度烫伤大鼠早期肺损伤的影响机制研究[J].中国烧伤创疡杂志,2023,35(03):194-199.
- [37] 李江涛,李争,李翔鹏,等.基于 Nr12/GPX4 铁死亡途径探讨甘露清瘟方对急性肺损伤大鼠的保护作用[J].中成药,2025,47(02):596-600.
- [38] 黄仁,唐俊玉,刘雨,等.从肺脾肾和气血津液的关系探讨脓毒症急性肺损伤的中医证治[J].中医药导报,2025,31(01):199-203.[38]张文飞.黄芩泻白散对 LPS 诱导小鼠急性肺损伤的干预效果研究[D].甘肃农业大学,2024.

- [39] 马宏博.扶正排毒液治疗内毒素休克肺损伤作用的研究[D].北京中医药大学,2003.
- [40] 江国锋.加味生脉饮注射液对内毒素休克大鼠肺损伤的实验研究[D].北京中医药大学,2010.
- [41] 牛越,温志浩.基于数据挖掘探讨中医药治疗病毒性心肌炎用药规律[J].中国中医药图书情报杂志,2023,47(03):58-63.
- [42] 秦丽丽,郝恒瑞,安红,等.中医辨证治疗对病毒性心肌炎患儿综合疗效及预后的影响[J].中国医科大学学报,2023,52(11):999-1003.
- [43] 沈星辰,原梦飞,张晶芳,等.基于“阴火论”证治病毒性心肌炎[J].中西医结合心脑血管病杂志,2024,22(22):4204-4206.
- [44] 陈茂生,周袁申,曾锐祥,等.急性暴发性心肌炎在体外膜肺氧合支持下的中医证治探究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(07):1339-1342.
- [45] 胡启芬,何欣蓉,吴荣.运用桂枝去芍药汤治疗病毒性心肌炎临证经验[J].中国民族民间医药,2023,32(03):58-60+69.
- [46] 赵舒曼,何龙,耿彦婷,等.中药内服方联合肾脏替代疗法治疗脓毒症急性肾损伤临床疗效和安全性的系统评价及 Meta 分析[J].中国中医急症,2024,33(05):769-774.
- [47] 杨运劫,郭明章,阮诗玮.从六经辨证之辨“厥阴证”论治急性肾损伤思路探赜[J].环球中医药,2025,18(01):105-109.
- [48] 周雁,黄国东,谢璋庆,等.壮药鹰不扑水煎剂对 I、II 期急性肾损伤疗效的序贯试验观察[J].海南医学院学报,2024,30(04):279-286.
- [49] 吴佳,姚书东,孙梅琴.黄连益肾汤加减辅助治疗脾肾气虚、瘀毒内阻型急性肾损伤临床研究[J].新中医,2023,55(21):71-76.
- [50] 覃晓莲,叶远芳,黄丽莎.真武汤治疗脓毒症相关急性肾损伤的临床效果分析[J].系统医学,2023,8(21):76-79.
- [51] 关胜男,谢凯,荆惠,等.近十年中医药干预脓毒症急性肾损伤临床试验结局指标分析[J].中国中医急症,2023,32(07):1129-1134+1140.
- [52] 高欣,王沁澄,赵杰,等.中药抗休克合剂对严重烫伤大鼠早期肠损伤的影响[J].中国烧伤创疡杂志,2024,36(03):190-195.
- [53] 徐顺,郭兵,王爱丽,等.鼻饲中药抗休克合剂治疗重症烧伤休克期患者的疗效及对胃肠道复苏的影响[J].现代生物医学进展,2021,21(12):2288-2292.
- [54] 于晟,薛晓东,胡军,等.复方红景天对大鼠高原严重烧伤后早期小肠黏膜损伤的保护作用[J].中国中医急症,2005,(04):351-352+396.
- [55] 高江宝,郝晓东,李超云,等.扶正解毒方对脓毒血症肠损伤大鼠模型 Rho/Rock 信号通路的影响[J].中国中医急症,2023,32(03):399-403.
- [56] 陈立.通腑理肺汤对脓毒症肠功能损伤的保护作用及机制研究[D].广州中医药大学,2020.
- [57] 刘霞,王猛,朱鹏飞,等.中医药治疗肠缺血再灌注损伤的研究进展[J].中国中西医结合外科

杂志,2020,26(01):173-175.

[58] 陈阳.泽泻汤调控肝细胞过氧化氢流动拮抗急性药物性肝损伤的机制研究[D].南京中医药大学,2024.DOI:10.27253/d.cnki.gnjzu.2024.000456.

[59] 张冉冉.基于“肠-肝”轴的龙胆泻肝汤治疗肝损伤的毒性机制研究[D].吉林化工学院,2024.

[60] 翁同锐,闫国良.中医“四证四法”治疗脓毒症肝损伤的研究进展[J].中国中医急症,2024,33(05):933-935+940.

[61] 王建久.中医药治疗烧伤并发黄疸[J].中西医结合肝病杂志,1993,(02):5.