

[临 床]

调胃承气汤对重症肺炎合并胃肠功能障碍患者的临床疗效

张自强¹, 曹顺金^{2*}, 孙永康¹
(1. 天津医科大学附属宝坻医院中医科, 天津 301800; 2. 宝坻区中医医院, 天津 301800)

摘要: **目的** 探讨调胃承气汤对重症肺炎合并胃肠功能障碍患者的临床疗效。**方法** 102 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 51 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用调胃承气汤, 疗程 14 d。检测临床疗效、APACHE II 评分、胃肠功能障碍评分、GIF 评分、胃肠功能相关指标 (腹内压、肠鸣音次数、平均胃潴留量)、胃肠激素 (PG I、PG II、MTL、G-17)、炎症因子 (TNF- α 、WBC、CRP、PCT)、肠道菌群 (肠杆菌、肠球菌、产气荚膜梭菌)、凝血功能和免疫功能指标 (CD4⁺、CD8⁺、PAF、TXB2) 变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组 APACHE II 评分、胃肠功能障碍评分、GIF 评分、腹内压、平均胃潴留量、炎症因子、CD8⁺、PAF、TXB2 降低 ($P<0.05$), 肠鸣音次数、胃肠激素、CD4⁺ 升高 ($P<0.05$), 肠道菌群减少 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。**结论** 调胃承气汤可降低重症肺炎合并胃肠功能障碍患者炎症因子水平, 调节胃肠激素水平, 改善凝血功能、免疫功能及胃肠功能相关指标, 控制肠道致病菌, 减轻病情及胃肠功能损伤。

关键词: 调胃承气汤; 常规治疗; 重症肺炎; 胃肠功能障碍; 炎症; 胃肠功能

中图分类号: R287 文献标志码: A 文章编号: 1001-1528(2025)12-3976-06
doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2025.12.013

Clinical effects of Tiaowei Chengqi Decoction on patients with severe pneumonia complicated by gastrointestinal dysfunction

ZHANG Zi-qiang¹, CAO Shun-jin^{2*}, SUN Yong-kang¹
(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Tianjin Medical University Baodi Hospital, Tianjin 301800, China; 2. Baodi District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301800, China)

ABSTRACT: **AIM** To explore the clinical effects of Tiaowei Chengqi Decoction on patients with severe pneumonia complicated by gastrointestinal dysfunction. **METHODS** One hundred and two patients were randomly assigned into control group (51 cases) for 14-day intervention of c, and observation group (51 cases) for 14-day intervention of both Tiaowei Chengqi Decoction and conventional treatment. The changes in clinical effects, APACHE II score, gastrointestinal dysfunction score, GIF score, gastrointestinal function-related indices (intra-abdominal pressure, bowel sound frequency, average gastric residual volume), gastrointestinal hormones (PG I, PG II, MTL, G-17), inflammatory factors (TNF- α , WBC, CRP, PCT), intestinal flora (*Enterobacter*, *Enterococcus*, *Clostridium perfringens*) and coagulation function and immune function indices (CD4⁺, CD8⁺, PAF, TXB2) were detected. **RESULTS** The observation group demonstrated higher total effective rate than the control group ($P<0.05$). After the treatment, the two groups displayed decreased APACHE II score, gastrointestinal dysfunction score, GIF score, intra-abdominal pressure, average gastric residual volume, inflammatory factors, CD8⁺, PAF, TXB2 ($P<0.05$), increased bowel sound frequency, gastrointestinal hormones, CD4⁺, and reduced intestinal flora ($P<0.05$), especially for the observation group ($P<0.05$). **CONCLUSION** For the patients with severe pneumonia complicated with gastrointestinal dysfunction, Tiaowei Chengqi Decoction can reduce inflammatory factor levels, adjust gastrointestinal hormone levels, improve coagulation functions, immune functions

收稿日期: 2025-08-22
作者简介: 张自强 (1983—), 男, 硕士, 副主任医师, 研究方向为中医内科。Tel: 15002274634, E-mail: zzqzjwcsj0702@163.com
* 通信作者: 曹顺金 (1983—), 女, 硕士, 副主任医师, 研究方向为中西医结合治疗胃肠疾病。Tel: 18622430408, E-mail: zzqzjwcsj@163.com

and gastrointestinal function-related indices, control intestinal pathogenic bacteria, and alleviate illness condition and gastrointestinal function damage.

KEY WORDS: Tiaowei Chengqi Decoction; conventional treatment; severe pneumonia; gastrointestinal dysfunction; inflammation; gastrointestinal functions

重症肺炎除了有相应呼吸症状外，还伴随呼吸衰竭、循环系统、神经系统等多系统受累，如不及时处理会导致呼吸功能障碍、全身器官衰竭等严重并发症，甚至危及生命^[1]，并且本病易受炎性介质、缺氧等各种因素影响，导致肠道黏膜屏障受损，从而引起胃肠功能紊乱和障碍^[2-3]。目前，对重症肺炎的治疗一般是抗生素联合黏液溶解药，而对胃肠功能障碍的治疗常采用导泻、促胃动力药等，但效果均存在局限性^[4]，故如何尽快突破治疗瓶颈、改善重症肺炎合并胃肠功能障碍患者炎症指标和胃肠功能是一个迫切的临床问题。

中医认为，重症肺炎发生时肺气壅塞，宣降失常，可导致脾胃升降失调，出现腹胀、便秘或腹泻、呕吐等胃肠症状，患者久病耗气，或应用抗生素、激素等西药后易伤脾胃阳气，导致运化无力，出现虚性腹胀、便溏、食欲不振，治以通腑泄热、化湿和胃。调胃承气汤由大黄、甘草、芒硝多味中药组成，具有补胃益气、清热泻火、利湿退黄、泻下通便的作用，本研究考察该方对重症肺炎合并胃肠功能障碍患者的临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022 年 4 月至 2024 年 11 月收治于天津医科大学附属宝坻医院的 102 例重症肺炎合并胃肠功能障碍患者，随机数字表法分为对照组和观察组，每组 51 例，其中对照组年龄 38~80 岁，平均年龄 (58.75±4.03) 岁；急性胃肠损伤分级 (AGI)^[5]Ⅱ级 30 例，Ⅲ级 11 例，Ⅳ级 10 例；男女比例 27:24，而观察组年龄 39~81 岁，平均年龄 (59.06±4.05) 岁；AGI 分级Ⅱ级 29 例，Ⅲ级 13 例，Ⅳ级 9 例；男女比例 29:22，2 组一般资料比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (批号 TJBD2025056)。

1.2 纳入、排除、脱落、剔除标准

1.2.1 纳入标准

1.2.1.1 西医 重症肺炎符合《中国急诊重症肺炎临床实践专家共识》^[6]诊断标准，胃肠功能障碍符合《欧洲危重病医学会关于急性胃肠损伤的定义和处理指南》^[7]诊断标准。

1.2.1.2 中医 符合《中医病证诊断疗效标准》^[8]肺热腑实证辨证标准，①咳嗽或喘息、气急；②咳痰不爽，痰黄或白黏干；③便干或秘结；④发热或口干喜冷饮；⑤舌质红，苔黄腻，脉数或滑数，满足①~③项加④、⑤项中的任意 1 项，即可确诊。

1.2.1.3 其他 ①认知功能良好，能配合完成治疗；②AGI 分级Ⅱ级及以上；③患者及其家属了解本研究，签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 ①同时患有传染病，心、肝、肾功能不全及恶性肿瘤；②精神状态异常，无法正常进行语言沟通；③对本研究药物过敏；④最近曾服用过抗炎药或抗生素；⑤合并其他肺部疾病；⑥妊娠期、哺乳期妇女。

1.2.3 脱落、剔除标准 同时参与其他研究。

1.3 治疗手段

1.3.1 对照组 给予常规治疗，阴性菌采用注射用亚胺培南西司他丁钠 (珠海联邦制药股份有限公司，国药准字 H20084018，500 mg) 静脉滴注，根据肌酐清除率给药，每天 1~3 次，每次 500~1 000 mg；阳性菌采用利奈唑胺葡萄糖注射液 (正大天晴药业集团股份有限公司，国药准字 H20163338，100 mL) 静脉滴注，每天 2 次，每次 300 mL；盐酸氨溴索注射液 (山西国润制药有限公司，国药准字 H20203151，30 mg) 静脉滴注，每天 3 次，每次 30 mg；枸橼酸莫沙必利口服溶液 (鲁南贝特制药有限公司，国药准字 H20080373，10 mL:5 mg)、双歧杆菌三联活菌散 (上海上药信谊药厂有限公司，国药准字 S10970105，1 g) 均口服或鼻饲，每天 3 次，每次分别为 5 mL、2 g。以 7 d 为 1 治疗周期，连续治疗 2 个周期，即疗程 14 d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上加用调胃承气汤，组方药材大黄 12 g、芒硝 9 g、甘草 6 g，水煎至 200 mL，每天 2 次，每次 1 剂，口服或鼻饲。以 7 d 为 1 治疗周期，连续治疗 2 个周期，即疗程 14 d。

1.4 疗效评价 采用 CRUB-65 评分^[9]判断肺炎严重程度，无意识障碍计 0 分，存在意识障碍计 1

分；呼吸频率 $<30\text{ min}^{-1}$ 计 0 分， $\geq 30\text{ min}^{-1}$ 计 1 分；血尿素氮水平 $\leq 7\text{ mmol/L}$ 计 0 分、 $>7\text{ mmol/L}$ 计 1 分；收缩压 $\geq 90\text{ mmHg}$ 或舒张压 $>60\text{ mmHg}$ 计 0 分，收缩压 $<90\text{ mmHg}$ 或舒张压 $\leq 60\text{ mmHg}$ 计 1 分。采用临床肺部感染评分（CPIS）^[10]判断感染严重程度，体温 $36\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ 计 0 分， $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ 且 $\leq 39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 计 1 分， $>39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 或 $<36\text{ }^{\circ}\text{C}$ 计 2 分；白细胞计数 $4\times 10^9\sim 1.1\times 10^{10}\text{ L}^{-1}$ 计 0 分， $>1.1\times 10^{10}\text{ L}^{-1}$ 且 $\leq 1.7\times 10^{10}\text{ L}^{-1}$ 计 1 分， $>1.7\times 10^{10}\text{ L}^{-1}$ 或 $<4\times 10^9\text{ L}^{-1}$ 计 2 分。胸部 X 线依据浸润影结果，按无、斑片状、融合片状分别计 0、1、2 分。氧合指数 $\geq 250\text{ mmHg}$ 计 0 分， $<250\text{ mmHg}$ 计 2 分。气管分泌物无痰或少痰计 0 分，中量、大量且为非脓性痰计 1 分，中量、大量且为脓性痰计 2 分。上述各项评分相加，即为临床症状总积分，以其为指标评价临床疗效。

（1）痊愈，临床症状、体征全部消失，临床症状总积分降低 $\geq 95\%$ ；（2）显效，临床症状、体征显著好转，临床症状总积分降低 $\geq 70\%$ 但 $<95\%$ ；（3）有效，临床症状、体征有所好转，临床症状总积分降低 $\geq 30\%$ 但 $<70\%$ ；（4）无效，临床症状、体征未好转，甚至加重，临床症状总积分降低 $<30\%$ 。总有效率=〔（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数〕 $\times 100\%$ 。

1.5 指标检测

1.5.1 急性生理与慢性健康评分系统（APACHE II）评分、胃肠功能障碍评分、胃肠功能衰竭（GIF）评分 采用 APACHE II 评分^[11]对病情严重程度进行评估，得分 0~71 分，分值越高，病情越严重。采用胃肠功能障碍评分^[12]对胃肠功能障碍情况进行评估，得分 0~3 分，分值越高，情况越严重。采用 GIF 评分^[13]对胃肠功能损伤情况进行评估，得分 0~4 分，分值越高，情况越严重。

1.5.2 胃肠功能相关指标 检测腹内压（患者取平卧位，排空膀胱，经 Foley 尿管注入 25 mL 无菌生理盐水，连接压力传感器或测压管，以耻骨联合为零点测量，呼气末读取数值）、肠鸣音次数（三餐后 2 h 收集，取平均值）、平均胃潴留量〔患者取半卧位（ $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ ），采用 50 mL 注射器缓慢回抽胃管，记录抽出液体量（注意避免负压过大损伤黏膜），若首次抽吸量少，可注入 20~30 mL 空气后再回抽以提高准确性，直接记录抽吸量，24 h 内间隔 4~6 h 重复 1 次，取平均值〕。

1.5.3 胃肠激素水平 2 组患者空腹静脉采血各 8

mL， $3\,500\text{ r/min}$ 离心 15 min 分离血清，采用放射免疫法检测胃蛋白酶原（PG）I、PG II、胃动素（MTL）、胃泌素-17（G-17）水平，相关试剂盒均购自上海信帆科技有限公司。

1.5.4 炎症因子水平 按“1.5.3”项下方法采血、取血清，采用酶联免疫吸附试验检测肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、降钙素原（PCT）、白细胞计数（WBC）、C 反应蛋白（CRP）水平，相关试剂盒均购自上海初态生物科技有限公司。

1.5.5 肠道菌群数 收集 2 组患者清晨新鲜粪便（ $\geq 1\text{ g}$ ），置于无菌盒中，于 1 h 内送检，在 $37\text{ }^{\circ}\text{C}$ 下培养 24 h（将粪便与无菌生理盐水混合，匀浆后静置取上清液或悬浮液，根据目标菌群选择培养基），计算肠杆菌、肠球菌、产气荚膜梭菌的菌落数，公式为菌落数=平均菌落数 \times 稀释倍数 $\times 10$ ，结果以每 1 g 粪便中菌落形成单位的对数值表示。

1.5.6 凝血功能和免疫功能指标 按“1.5.3”项下方法采血、取血清，采用罗氏 cobas c 702 全自动生化分析仪检测 CD4⁺、CD8⁺、血小板活化因子（PAF）、血栓素 B2（TXB2）水平，相关试剂盒均购自罗氏诊断产品（上海）有限公司。

1.6 统计学分析 通过 SPSS 26.0 软件进行处理，计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验；计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较〔例（%）， $n=51$ 〕
Tab.1 Comparison of clinical effects between the two groups〔case（%）， $n=51$ 〕

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	18(35.29)	14(27.45)	10(19.61)	9(17.65)	42(82.35)
观察组	22(43.14)	16(31.37)	12(23.53)	1(1.96)	50(98.04)*

注：与对照组比较，* $P<0.05$ 。

2.2 APACHE II 评分、胃肠功能障碍评分、GIF 评分 治疗后，2 组 APACHE II 评分、GIF 评分、胃肠功能障碍评分降低（ $P<0.05$ ），以观察组更明显（ $P<0.05$ ），见表 2。

2.3 胃肠功能相关指标 治疗后，2 组腹内压、平均胃潴留量降低（ $P<0.05$ ），肠鸣音次数升高（ $P<0.05$ ），以观察组更明显（ $P<0.05$ ），见表 3。

2.4 胃肠激素水平 治疗后，2 组血清 PG I、G-17、PG II、MTL 水平升高（ $P<0.05$ ），以观察组更明显（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 2 2 组 APACHE II 评分、胃肠功能障碍评分、GIF 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

Tab.2 Comparison of APACHE II scores, gastrointestinal dysfunction scores and GIF scores between the two groups ($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

组别	APACHE II 评分/分		胃肠功能障碍评分/分		GIF 评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	22.17±2.17	9.25±1.02 [#]	2.20±0.14	1.01±0.05 [#]	2.61±0.20	1.24±0.45 [#]
观察组	22.16±2.18	6.08±0.73 ^{#*}	2.19±0.13	0.59±0.08 ^{#*}	2.62±0.21	0.82±0.09 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ 。

表 3 2 组胃肠功能相关指标比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=51$, 1 mmHg=0.133 kPa)

Tab.3 Comparison of gastrointestinal function-related indices between the two groups($\bar{x}\pm s$, $n=51$, 1 mmHg=0.133 kPa)

组别	腹内压/mmHg		肠鸣音次数/(次·min ⁻¹)		平均胃潴留量/mL	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	17.02±2.81	10.02±1.57 [#]	1.98±0.46	2.98±0.57 [#]	97.45±10.62	63.25±8.44 [#]
观察组	17.03±2.80	6.55±0.63 ^{#*}	1.99±0.45	4.13±0.56 ^{#*}	97.43±10.64	46.33±6.91 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ 。

表 4 2 组胃肠激素水平比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

Tab.4 Comparison of gastrointestinal hormone levels between the two groups ($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

组别	PG I/($\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)		PG II/($\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)		MTL/($\text{pg}\cdot\text{mL}^{-1}$)		G-17/($\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	55.36±4.27	76.58±6.11 [#]	11.16±1.34	18.01±1.25 [#]	266.49±20.71	322.57±20.52 [#]	6.25±1.12	9.69±1.35 [#]
观察组	55.12±5.31	97.24±8.02 ^{#*}	11.12±1.36	21.55±1.35 ^{#*}	266.53±20.72	379.45±20.11 ^{#*}	6.27±1.13	13.15±2.25 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ 。

2.5 炎症因子水平 治疗后，2 组血清 TNF- α 、 更明显 ($P<0.05$)，见表 5。
PCT、WBC、CRP 水平降低 ($P<0.05$)，以观察组

表 5 2 组炎症因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

Tab.5 Comparison of inflammatory factor levels between the two groups ($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

组别	TNF- α /($\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$)		WBC($\times 10^9$)/($1\cdot\text{L}^{-1}$)		CRP/($\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$)		PCT/($\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	57.21±6.57	22.02±3.44 [#]	17.58±3.20	11.05±2.33 [#]	135.01±8.68	51.44±5.35 [#]	11.82±2.63	1.57±0.26 [#]
观察组	57.18±6.53	8.75±1.69 ^{#*}	17.60±3.23	6.15±0.68 ^{#*}	135.08±8.66	10.09±1.44 ^{#*}	11.79±2.61	0.52±0.05 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ 。

2.6 肠道菌群数 治疗后，2 组肠杆菌、肠球菌、 ($P<0.05$)，见表 6。
产气荚膜梭菌数减少 ($P<0.05$)，以观察组更明显

表 6 2 组肠道菌群数比较 ($\times 10^7$ cfu/g, $\bar{x}\pm s$, $n=51$)

Tab.6 Comparison of intestinal flora counts between the two groups ($\times 10^7$ cfu/g, $\bar{x}\pm s$, $n=51$)

组别	肠杆菌		肠球菌		产气荚膜梭菌	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	10.12±1.25	8.03±1.11 [#]	10.35±1.62	7.95±0.88 [#]	8.25±0.66	7.02±0.52 [#]
观察组	10.16±1.22	6.95±0.65 ^{#*}	10.41±1.59	6.33±0.74 ^{#*}	8.23±0.69	4.93±0.47 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ 。

2.7 凝血功能和免疫功能指标 治疗后，2 组血 水平升高 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<$
清 CD8⁺、PAF、TXB2 水平降低 ($P<0.05$)，CD4⁺ 0.05)，见表 7。

表 7 2 组凝血功能和免疫功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

Tab.7 Comparison of coagulation function and immune function indices between the two groups ($\bar{x}\pm s$, $n=51$)

组别	CD4 ⁺ %		CD8 ⁺ %		PAF/($\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$)		TXB2/($\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	28.97±1.05	36.35±2.15 [#]	35.98±1.44	29.66±1.32 [#]	209.65±45.18	92.34±8.75 [#]	189.67±18.27	128.05±15.24 [#]
观察组	29.02±1.11	43.72±2.06 ^{#*}	36.12±1.52	25.44±1.02 ^{#*}	206.77±44.92	66.32±6.03 ^{#*}	188.96±18.33	110.03±12.11 ^{#*}

注：与同组治疗前比较，[#] $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

在低氧、休克、应激等情况下，重症肺炎会引起肠道缺血、缺氧，同时还会伴随胃肠功能的紊乱，相关症状有腹胀、便秘、胃残留量增加、返流、营养不耐受等^[14-16]。对于伴有胃肠功能障碍的重症肺炎，一般通过抗感染、促进胃肠动力等对症药物进行治疗，但总体疗效不理想。

中医认为，肺主宣发肃降，脾主运化，肺气宣降有助于脾胃升降，脾胃为气血生化之源，滋养肺气，重症肺炎热毒炽盛，灼津为痰，痰热壅肺，若热邪下迫或治疗中过用寒凉药物，可损伤脾胃，形成湿热中阻，表现为苔黄腻、脘痞、纳呆^[17]，治疗时强调“肺肠同治”，通过通腑泻热、健脾化湿等法恢复气机升降，同时注重扶正祛邪。调胃承气汤中大黄具有泻下攻积、清热通便功效，甘草可补脾益气、去痰止咳、缓急止痛、清热解毒，芒硝作用主要是泻下通便、润燥软坚、清火消肿，诸药合用，共奏泻热和胃、润燥软坚之功。本研究发现，观察组总有效率高于对照组，治疗后 APACHE II 评分、胃肠功能障碍评分、GIF 评分更低，提示调胃承气汤能有效减轻重症肺炎合并胃肠功能障碍患者病情、胃肠功能障碍及损伤情况。

另外，治疗后观察组肠鸣音次数及血清 PG I、PG II、MTL、G-17、CD4⁺ 水平高于对照组，腹内压、平均胃潴留量及血清 TNF- α 、WBC、CRP、PCT、CD8⁺、PAF、TXB2 水平更低，肠杆菌、肠球菌、产气荚膜梭菌数更少，提示调胃承气汤能降低患者机体内炎症因子水平，调节胃肠激素水平，改善凝血功能、免疫功能及胃肠功能相关指标，控制肠道致病菌。现代药理研究表明，大黄可增强巨噬细胞活性，从而实现机体免疫调节，还能促进肠道蠕动，改善排便功能，抑制革兰氏阳性、阴性菌及核因子 κ B (NF- κ B) 信号通路，降低促炎因子表达；芒硝是一种含硫酸盐的物质，口服后硫酸离子很难被肠道黏膜吸收，滞留在肠道中形成高渗溶液，故肠道中的水分会产生力学刺激，从而加快肠道蠕动，通过刺激网状内皮细胞的增殖来达到消炎效果；甘草有抗炎、调节心血管、调节免疫等作用，可减少上述 2 味中药对患者肠道黏膜的刺激作用^[18-20]。同时，调胃承气汤能通过泻下作用来清除肠道腐败菌，恢复菌群平衡，减少肠源性内毒素移位，降低全身炎症反应综合征风险。

综上所述，调胃承气汤能降低重症肺炎合并胃肠功能障碍患者机体内炎症因子水平，调节胃肠激

素水平，改善凝血功能、免疫功能及胃肠功能相关指标，控制肠道致病菌，减轻病情及胃肠功能损伤。

参考文献：

[1] Zhang X L, Hu H L, Li Z R, *et al.* Population pharmacokinetics of sivelestat in Chinese patients with severe pneumonia[J]. *Fundam Clin Pharmacol*, 2025, 39(2): e70001.

[2] 孙艳梅, 张海荣, 赵 建, 等. 调肠方灌肠辅助治疗重症肺炎合并胃肠功能障碍的临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(10): 1770-1773.

[3] 王忆梅, 张宇成, 朱怡栋, 等. 中医“肺肠合治”法联合双歧杆菌活菌胶囊在重症肺炎合并胃肠功能障碍患者中的应用效果[J]. 检验医学与临床, 2025, 22(1): 76-80.

[4] 刘 冰, 王 孟, 俞桂香. “益气宣肺汤”口服联合穴位贴敷辅助治疗老年重症肺炎伴胃肠功能障碍 44 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2024, 56(12): 36-40.

[5] 黄 承, 田仁富, 朱 顺, 等. 降钙素原、白介素 6、瓜氨酸和肠三叶因子水平对严重多发伤伴急性胃肠损伤有预测价值[J]. 内科急危重症杂志, 2024, 30(1): 64-66.

[6] 中国医师协会急诊医师分会. 中国急诊重症肺炎临床实践专家共识[J]. 中国急救医学, 2016, 36(2): 97-107.

[7] 王吉文, 张 茂. 欧洲危重病医学会关于急性胃肠损伤的定义和处理指南[J]. 中华急诊医学杂志, 2012, 21(8): 812-814.

[8] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 18-20.

[9] 刘乔乔, 许能奎, 陈海燕, 等. 血小板参数、PDW/PLT 和 MPV/PLT 变化对社区获得性肺炎患者预后评估价值[J]. 福建医科大学学报, 2020, 54(3): 156-160.

[10] 尹小芳, 朱桂松, 许 颢, 等. 宣白承气汤干预重症肺炎合并胃肠功能障碍肺热实证患者的临床疗效及对 SCFA/GPR43 轴的影响[J]. 国际中医中药杂志, 2025, 47(4): 462-468.

[11] 张臣臣, 刘艳玲. 急性生理学及慢性健康状况评分系统 II 评分联合血清糖化血红蛋白、乳酸脱氢酶水平评估急性胰腺炎患者病情严重程度及预后的价值[J]. 实用临床医药杂志, 2024, 28(17): 62-67.

[12] 林文佳, 郑 爽, 杨晓晴, 等. “升清降浊”法电针调节肠道菌群改善糖尿病胃肠功能障碍的临床疗效观察[J]. 针刺研究, 2024, 49(10): 1084-1091.

[13] 孙一凡, 裴颖皓, 陈明祺, 等. 基于气机升降理论运用电针干预脓毒症患者急性胃肠损伤的临床研究[J]. 中国中医急症, 2024, 33(7): 1178-1182.

[14] Yang Y X, Yan L Z, Zhang H, *et al.* Atomized neutrophil membrane-coated MOF nanoparticles for direct delivery of dexamethasone for severe pneumonia[J]. *Front Biosci (Landmark Ed)*, 2025, 30(1): 26721.

[15] 赵 荣, 李 荣, 马艳琼, 等. SLPI、IL-8、TNF- α 在重症肺炎诊断及预后中的评估作用[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2025, 17(1): 58-61; 66.

[16]

Costa-Filho R C, Saddy F, Costa J L F, *et al.* The silent threat of human metapneumovirus: Clinical challenges and diagnostic insights from a severe pneumonia case[J]. *Microorganisms*, 2025, 13(1): 73.

[17]

郝淑坤, 何 静, 于子晨, 等. 柴芩麻膏汤内服结合保留灌肠对老年重症肺炎合并胃肠功能障碍的临床疗效及实验室指标的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(5): 309-313.

[18]

吴丛宇, 周 悦, 上官璐茜, 等. 大黄素的药理作用机制研究进展[J]. 中国药科大学学报, 2023, 54(5): 634-643.

[19]

李葆林, 麻景梅, 田宇柔, 等. 甘草中新发现化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2021, 52(8): 2438-2448.

[20]

石 鹏, 王翠敏, 张宏昭. 六磨汤联合芒硝外敷对术后早期炎性肠梗阻患者肠道屏障功能及血清血管活性肠肽水平的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2024, 30(4): 476-480.

柴胡陷胸汤合左金丸对肝郁犯胃证胃食管反流病患者的临床疗效

张 瑞, 郑艳梅, 黄 琴, 赵月萍*
(成都市中西医结合医院北区消化科, 四川 成都 610031)

摘要: **目的** 考察柴胡陷胸汤合左金丸对肝郁犯胃证胃食管反流病患者的临床疗效。**方法** 104 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 52 例, 对照组给予艾司奥美拉唑镁肠溶片, 观察组在对照组基础上加用柴胡陷胸汤合左金丸, 疗程 8 周。检测临床疗效、中医证候评分、GerdQ 评分、De-Meester 评分、食管黏膜分级评分、胃肠激素 (GAS、MTL、VIP)、神经肽类 (SP、CGRP、5-HT)、炎症因子 (IL-6、IL-8、IL-9)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、GerdQ 评分、De-Meester 评分、食管黏膜分级评分、VIP、神经肽类、炎症因子降低 ($P<0.05$), GAS、MTL 升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 柴胡陷胸汤合左金丸可安全有效地改善肝郁犯胃证胃食管反流病患者胃肠激素水平、食管 pH、疼痛程度、炎症水平, 促进食管黏膜、胃肠动力恢复, 缓解反流症状。

关键词: 柴胡陷胸汤; 左金丸; 艾司奥美拉唑镁肠溶片; 胃食管反流病; 肝郁犯胃

中图分类号: R287 **文献标志码:** A **文章编号:** 1001-1528(2025)12-3981-05

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2025.12.014

Clinical effects of Chaihu Xianxiong Decoction combined with Zuojin Pills on patients with gastroesophageal reflux disease of Depressed Liver-Qi Affecting the Stomach Pattern

ZHANG Rui, ZHENG Yan-mei, HUANG Qin, ZHAO Yue-ping*
(Department of Gastroenterology, Chengdu Integrated TCM & Western Medicine Hospital in North District, Chengdu 610031, China)

ABSTRACT: **AIM** To investigate the clinical effects of Chaihu Xianxiong Decoction combined with Zuojin Pills on patients with gastroesophageal reflux disease of Depressed Liver-Qi Affecting the Stomach Pattern. **METHODS** One hundred and four patients were randomly assigned into control group (52 cases) for 8-week administration of Esomeprazole Magnesium Enteric-coated Tablets, and observation group (52 cases) for 8-week administration of Chaihu Xianxiong Decoction, Zuojin Pills and Esomeprazole Magnesium Enteric-coated Tablets. The changes in clinical effects, TCM syndrome scores, GerdQ score, De-Meester score, esophageal mucosal grading score, gastrointestinal hormones (GAS, MTL, VIP), neuropeptides (SP, CGRP, 5-HT), inflammatory factors (IL-6, IL-8, IL9) and incidence of adverse reactions were detected. **RESULTS** The observation group demonstrated higher total effective rate than the control group ($P<0.05$). After the treatment, the two groups

收稿日期: 2025-01-02

作者简介: 张 瑞 (1983—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为肝病和脾胃病。Tel: 15202811674, E-mail: zhangruizr1983@163.com

* 通信作者: 赵月萍 (1979—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为内分泌代谢。Tel: 13348828263, E-mail: kangzougz@126.com