

- [17] Mangold A, Ondracek A S, Hofbauer T M, et al. Culprit site extracellular DNA and microvascular obstruction in ST-elevation myocardial infarction[J]. *Cardiovasc Res*, 2022, 118(8): 2006-2017.
- [18] Qi Y, Li Y F, Wei X, et al. Proteomic evaluation of the thrombosis-inflammation interplay in STEMI with MVO[J]. *BMC Cardiovasc Disord*, 2025, 25(1): 255.
- [19] Ferrer R, Mateu X, Maseda E, et al. Non-oncotic properties of albumin. A multidisciplinary vision about the implications for critically ill patients[J]. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 2018, 11(2): 125-137.
- [20] Utariani A, Rahardjo E, Perdanakusuma D S. Effects of albumin infusion on serum levels of albumin, proinflammatory cytokines (TNF- $\alpha$ , IL-1, and IL-6), CRP, and MMP-8; tissue expression of EGRF, ERK1, ERK2, TGF- $\beta$ , collagen, and MMP-8; and wound healing in sprague dawley rats[J]. *Int J Inflamm*, 2020, 2020: 3254017.
- [21] Karasu M, Karaca Y, Yıldırım E, et al. Neutrophil-to-albumin ratio: a promising tool for CAD assessment in non-ST elevation AMI[J]. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2023, 27(24): 11832-11839.
- [22] Dai K, Li Z B, Luo Y F, et al. Neutrophil percentage-to-albumin ratio and monocyte-to-lymphocyte ratio as predictors of free-wall rupture in patients with acute myocardial infarction[J]. *J Clin Lab Anal*, 2022, 36(1): e24136.
- [23] Lin Y, Lin Y H, Yue J Q, et al. The neutrophil percentage-to-albumin ratio is associated with all-cause mortality in critically ill patients with acute myocardial infarction[J]. *BMC Cardiovasc Disord*, 2022, 22(1): 115.
- [24] Yang Y J, Li X D, Chen G H, et al. Traditional Chinese medicine compound (Tongxinluo) and clinical outcomes of patients with acute myocardial infarction: The CTS-AMI randomized clinical trial[J]. *J Am Med Assoc*, 2023, 330(16): 1534-1545.
- [25] Lei W, Li X, Li L, et al. Compound Danshen Dripping Pill ameliorates post ischemic myocardial inflammation through synergistically regulating MAPK, PI3K/AKT and PPAR signaling pathways[J]. *J Ethnopharmacol*, 2021, 281: 114438.
- [26] Zhang Y D, Zhao J, Ding R, et al. Pre-treatment with compound Danshen dripping pills prevents lipid infusion-induced microvascular dysfunction in mice[J]. *Pharm Biol*, 2020, 58(1): 701-706.

## 芍药汤加减联合常规治疗对湿热蕴结型溃疡性直肠炎患者的临床疗效

王燕燕<sup>1</sup>, 吴海莎<sup>1</sup>, 李彻<sup>1</sup>, 刘满君<sup>1</sup>, 刘朝阳<sup>1</sup>, 刘通<sup>2</sup>, 位艳赏<sup>3\*</sup>

(1. 河北省中医院肛肠科, 河北石家庄 050011; 2. 雄县第二人民医院外科, 河北保定 072761; 3. 河北省中医院综合外科, 河北石家庄 050011)

**摘要:** 目的 考察芍药汤加减联合常规治疗对湿热蕴结型溃疡性直肠炎患者的临床疗效。方法 120例患者随机分为对照组和观察组, 每组60例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用芍药汤加减, 疗程4周。检测临床疗效、改良 Mayo 评分、IBDQ 评分、中医证候评分、炎症指标 (IL-6、TNF- $\alpha$ 、CRP)、免疫指标 (IgA、IgG、IgM)、凝血指标 (D-D、APTT、PLT)、肠镜相关指标 (黏膜愈合率、溃疡面积、炎症活动度)、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组改良 Mayo 评分、中医证候评分、炎症指标、免疫指标、D-D、PLT、溃疡面积、炎症活动度降低 ( $P < 0.05$ ), IBDQ 评分、黏膜愈合率升高 ( $P < 0.05$ ), APTT 延长 ( $P < 0.05$ ), 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 芍药汤加减联合常规治疗可安全有效地改善湿热蕴结型溃疡性直肠炎患者临床症状, 调控炎症与免疫、凝血功能, 促进肠黏膜修复。

**关键词:** 芍药汤; 常规治疗; 溃疡性直肠炎; 湿热蕴结

**中图分类号:** R287

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1001-1528(2026)06-1881-06

**doi:** 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.06.014

收稿日期: 2025-10-21

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目 (2025246)

作者简介: 王燕燕 (1986—), 女, 硕士, 副主任医师, 研究方向为肛肠外科。E-mail: wangyanwy@126.com

\* 通信作者: 位艳赏 (1972—), 女, 副主任医师, 研究方向为肛肠外科。E-mail: 2351180978@qq.com

# Clinical effects of Modified Shaoyao Decoction combined with conventional treatment on patients with ulcerative proctitis due to Damp-Heat Accumulation Type

WANG Yan-yan<sup>1</sup>, WU Hai-sha<sup>1</sup>, LI Che<sup>1</sup>, LIU Man-jun<sup>1</sup>, LIU Chao-yang<sup>1</sup>, LIU Tong<sup>2</sup>, WEI Yan-shang<sup>3\*</sup>

(1. Department of Colorectal Surgery, Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050011, China; 2. Department of Surgery, The Second People's Hospital of Xiong County, Baoding 072761, China; 3. Department of General Surgery, Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050011, China)

**ABSTRACT:** **AIM** To investigate the clinical effects of Modified Shaoyao Decoction combined with conventional treatment on patients with ulcerative proctitis due to Damp-Heat Accumulation Type. **METHODS** One hundred and twenty patients were randomly assigned into control group (60 cases) for 4-week intervention of conventional treatment, and observation group (60 cases) for 4-week intervention of both Modified Shaoyao Decoction and conventional treatment. The changes in clinical effects, modified Mayo score, IBDQ score, TCM syndrome score, inflammatory indices (IL-6, TNF- $\alpha$ , CRP), immune indices (IgA, IgG, IgM), coagulation indices (D-D, APTT, PLT), colonoscopy-related indices (mucosal healing rate, ulcer area, inflammatory activity) 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 displayed decreased modified Mayo score, TCM syndrome score, inflammatory indices, immune indices, D-D, PLT, ulcer area, inflammatory activity ( $P < 0.05$ ), increased IBDQ score, mucosal healing rate ( $P < 0.05$ ), and prolonged APTT ( $P < 0.05$ ), especially for the observation group ( $P < 0.05$ ). No obvious difference in incidence of adverse reactions was found between the two groups ( $P > 0.05$ ). **CONCLUSION** For the patients with ulcerative proctitis due to Damp-Heat Accumulation Type, Modified Shaoyao Decoction combined with conventional treatment can safely and effectively improve clinical symptoms, regulate inflammation and immunity, coagulation functions, promote intestinal mucosal repair.

**KEY WORDS:** Shaoyao Decoction; conventional treatment; ulcerative proctitis; Damp-Heat Accumulation

溃疡性直肠炎的临床表现以腹泻为常见症状,常伴有黏液脓血便,患者大多合并里急后重,即排便后仍有未排尽的坠胀感,部分还可能伴随肛门不适、排便次数增加等表现<sup>[1]</sup>,本病病因与感染、遗传、免疫、环境等多种因素有关<sup>[2]</sup>。相关流行病学数据显示,近年来溃疡性直肠炎发病率呈逐渐上升趋势,在我国约为1.1~3.6例/10万人<sup>[3]</sup>,不仅会影响患者消化功能,还会对其精神状态和生活质量造成严重影响,给家庭和社会带来沉重负担。西医治疗溃疡性直肠炎时,主要采用氨基水杨酸制剂(如美沙拉嗪等)、糖皮质激素(如甲泼尼龙等)、免疫抑制剂(如硫唑嘌呤等)来抑制免疫系统过度活化,但存在不良反应多、易复发等问题<sup>[4-5]</sup>。

中医在治疗溃疡性直肠炎过程中,具有改善症状、减少复发等独特优势,故中西医结合有望发挥协同作用,提高疗效<sup>[6]</sup>。湿热蕴结是溃疡性直肠

炎常见证型之一,其主要病因为感受外邪、饮食不节、脾胃虚弱等,基本病机为湿热蕴结大肠,气血壅滞,脂膜血络受损<sup>[7]</sup>。芍药汤是治疗湿热痢疾的经典方剂,具有清热燥湿、调气和血功效<sup>[8]</sup>,但目前临床上鲜有该方治疗溃疡性直肠炎的报道。因此,本研究探讨芍药汤加减联合常规治疗对湿热蕴结型溃疡性直肠炎的临床疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2023年1月至2024年12月收治于河北省中医院的120例湿热蕴结型溃疡性直肠炎患者,随机数字表法分为对照组和观察组,每组60例,2组一般资料见表1,可知差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。研究经医院伦理委员会批准(HBZY2024-KY-087-01)。

## 1.2 诊断标准

1.2.1 西医(溃疡性直肠炎) 参照文献[9]报道,有持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便、

表 1 2组一般资料比较 [例 (%),  $\bar{x}\pm s$ ,  $n=60$ ]

Tab. 1 Comparison of general data between the two groups [case (%),  $\bar{x}\pm s$ ,  $n=60$ ]

组别	平均年龄/岁	平均病程/年	性别/[例(%)]		直肠病变部位/[例(%)]			病情程度/[例(%)]	
			男	女	下段	中段	上段	轻	中
观察组	56.36±10.55	3.51±0.87	30(50.00)	30(50.00)	38(63.33)	15(25.00)	7(11.67)	25(41.67)	35(58.33)
对照组	57.19±11.02	3.45±0.91	32(53.33)	28(46.67)	36(60.00)	16(26.67)	8(13.33)	22(36.67)	38(63.33)

腹痛、里急后重等症状，肠镜检查可见直肠黏膜弥漫性充血、水肿、糜烂、溃疡，表面附有脓性分泌物，病变大多从直肠远端开始，可累及直肠上段，病理检查可见黏膜固有层内弥漫性淋巴细胞、浆细胞、单核细胞等炎症细胞浸润，隐窝结构紊乱、破坏，杯状细胞减少等。

1.2.2 中医(湿热蕴结型) 参照文献[10]报道，主证腹泻频繁，粪便大多呈糊状或稀水样，夹有黏液、脓血，里急后重；次证肛门局部红肿灼热，口渴欲饮，小便短赤，左下腹部拘急疼痛，排便后疼痛可暂时缓解；舌质红，苔黄腻，脉滑数或濡数。

1.3 纳入标准 (1)符合“1.2”项下诊断标准；(2)年龄18~70岁；(3)病程≥3个月；(4)近1个月内未接受相关治疗；(5)患者了解本研究，签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)合并其他肠道疾病，如克罗恩病、肠结核、肠道肿瘤等；(2)合并精神疾病，无法配合治疗和观察；(3)合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全；(4)对本研究所用药物过敏；(5)妊娠期、哺乳期妇女；(6)同时参与其他临床试验。

### 1.5 治疗手段

1.5.1 对照组 给予美沙拉嗪肠溶片(佳木斯鹿灵制药有限公司，国药准字H19980148，0.25g)，每天4次，每次1g，症状缓解后逐渐减量至每天2g，疗程4周。治疗期间，嘱咐患者清淡饮食、避免辛辣刺激食物、注意休息等。

1.5.2 观察组 在对照组基础上加用芍药汤加减，组方药材芍药15g、当归10g、黄连6g、大黄6g(后下)、黄芩10g、槟榔10g、木香6g(后下)、炙甘草6g、肉桂3g，腹痛甚者，加延胡索10g、芍药15g；腹泻重者，加炒白术15g、茯苓10g；里急后重明显者，加枳实10g、厚朴10g，每天1剂，由医院中药房统一煎煮，取300mL药汁，早晚分服，疗程4周。

### 1.6 指标检测

1.6.1 改良 Mayo 评分、IBDQ 评分、中医证候评

分 采用改良 Mayo 评分<sup>[11]</sup>评价病情，总分0~12分，分值越高，病情越严重。采用 IBDQ 评分<sup>[12]</sup>评价生活质量，总分224分，分值越高，生活质量越好。参照文献[10]报道，主证根据无、轻度、中度、重度，分别计为0、2、4、6分，而次证、舌脉均分别计为0、1、2、3分，分值越低，中医证候改善越明显。

1.6.2 炎症指标 采集2组患者空腹静脉血各3mL，置于无抗凝剂的真空采血管中，室温静置30min，3000r/min离心10min，分离上层血清，采用ELISA试验检测白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、C反应蛋白(CRP)水平。

1.6.3 免疫指标 采集2组患者空腹静脉血各3mL，置于含抗凝剂的真空采血管中，轻轻混匀后立即送检，采用免疫比浊法，通过AU5800全自动生化分析仪(美国贝克曼-库尔特公司)及相应试剂盒检测免疫球蛋白A(IgA)、IgG、IgM水平。

1.6.4 凝血指标 采集2组患者空腹静脉血各3mL，采用凝固法检测活化部分凝血活酶时间(APTT)，免疫比浊法检测D-二聚体(D-D)水平，电阻抗法检测血小板(PLT)计数。

1.6.5 肠镜相关指标 采用电子结肠镜，参照《炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》<sup>[9]</sup>分为完全愈合与部分愈合，前者为黏膜光滑，色泽正常，无充血、水肿、糜烂及溃疡，而后者为仅见轻度充血或水肿，无糜烂、溃疡及脓性分泌物，满足上述任一标准即为黏膜愈合，计算黏膜愈合率，公式为愈合率=(黏膜愈合例数/总例数)×100%。在肠镜下采用游标卡尺测量溃疡最长径和最短径，计算溃疡面积，公式为面积=最长径×最短径×0.785。参照 Matts 组织学评分标准<sup>[13]</sup>评价炎症活动度，0级为无炎症；1级为轻度炎症，黏膜固有层内少量炎症细胞浸润，隐窝结构正常；2级为中度炎症，黏膜固有层内较多炎症细胞浸润，隐窝扭曲、减少；3级为重度炎症，黏膜固有层内大量炎症细胞浸润，隐窝破坏、脓肿形成。

1.6.6 不良反应发生率 治疗期间，记录2组恶心、呕吐、头痛、皮疹等不良反应发生情况，计算

其发生率,并定期监测血常规、肝肾功能等指标以评价安全性。

1.7 疗效评价 参照文献[10-11]报道,(1)痊愈,临床症状完全消失,直肠黏膜炎症和充血水肿完全消退,改良 Mayo 评分降低 $\geq 90\%$ ;(2)显效,临床症状明显改善,直肠黏膜炎症明显消退,充血水肿基本缓解,改良 Mayo 评分降低 $60\% \sim 89\%$ ;(3)有效,临床症状有所减轻,直肠黏膜炎症有所缓解,充血水肿有所改善,改良 Mayo 评分降低 $30\% \sim 59\%$ ;(4)无效,未达到上述标准。总有效率 = [(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]  $\times 100\%$ 。

1.8 统计学分析 通过 SPSS20.0 软件进行处理,计量资料符合正态分布、方差齐性时以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验,组内比较采用配对样本  $t$  检验,不符合正态分布或方差不齐时组间比较采用 Mann-Whitney  $U$  检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验。 $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高高于对照组 ( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较 [例 (%),  $n = 60$ ]

Tab. 2 Comparison of clinical effects between the two groups [case (%),  $n = 60$ ]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	18(30.00)	23(38.33)	15(25.00)	4(6.67)	93.33 <sup>#</sup>
对照组	10(16.67)	18(30.00)	18(30.00)	14(23.33)	76.67

注:与对照组比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 改良 Mayo 评分、IBDQ 评分、中医证候评分 治疗后,2 组改良 Mayo 评分、中医证候评分降低 ( $P < 0.05$ ),IBDQ 评分升高 ( $P < 0.05$ ),以观察组更明显 ( $P < 0.05$ ),见表 3。

表 3 2 组改良 Mayo 评分、IBDQ 评分、中医证候评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,  $n = 60$ )

Tab. 3 Comparison of modified Mayo scores, IBDQ scores and TCM syndrome scores between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ ,  $n = 60$ )

组别	时间	改良 Mayo 评分/分	IBDQ 评分/分	中医证候评分/分
观察组	治疗前	7.56 $\pm$ 1.52	102.35 $\pm$ 15.26	21.24 $\pm$ 4.29
	治疗后	3.12 $\pm$ 0.96 <sup>*#</sup>	156.82 $\pm$ 18.65 <sup>#</sup>	7.32 $\pm$ 2.30 <sup>*#</sup>
对照组	治疗前	7.68 $\pm$ 1.40	105.27 $\pm$ 14.85	20.85 $\pm$ 4.15
	治疗后	5.58 $\pm$ 1.35 <sup>*</sup>	129.36 $\pm$ 17.24 <sup>*</sup>	13.02 $\pm$ 3.24 <sup>*</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 炎症指标 治疗后,2 组 IL-6、TNF- $\alpha$ 、CRP 水平降低 ( $P < 0.05$ ),以观察组更明显 ( $P < 0.05$ ),见表 4。

表 4 2 组炎症指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,  $n = 60$ )

Tab. 4 Comparison of inflammatory indices between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ ,  $n = 60$ )

组别	时间	IL-6/(pg·mL <sup>-1</sup> )	TNF- $\alpha$ /(pg·mL <sup>-1</sup> )	CRP/(mg·L <sup>-1</sup> )
观察组	治疗前	35.26 $\pm$ 5.32	28.64 $\pm$ 4.28	18.35 $\pm$ 3.26
	治疗后	14.78 $\pm$ 3.65 <sup>*#</sup>	13.25 $\pm$ 2.83 <sup>*#</sup>	8.51 $\pm$ 2.15 <sup>*#</sup>
对照组	治疗前	34.85 $\pm$ 5.18	29.12 $\pm$ 4.35	17.97 $\pm$ 3.13
	治疗后	23.54 $\pm$ 4.51 <sup>*</sup>	19.67 $\pm$ 3.59 <sup>*</sup>	12.35 $\pm$ 2.68 <sup>*</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

2.4 免疫指标 治疗后,2 组 IgA、IgG、IgM 水平降低 ( $P < 0.05$ ),以观察组更明显 ( $P < 0.05$ ),见表 5。

表 5 2 组免疫指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,  $n = 60$ )

Tab. 5 Comparison of immune indices between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ ,  $n = 60$ )

组别	时间	IgA/(g·L <sup>-1</sup> )	IgG/(g·L <sup>-1</sup> )	IgM/(g·L <sup>-1</sup> )
观察组	治疗前	3.58 $\pm$ 0.62	16.86 $\pm$ 2.35	2.77 $\pm$ 0.53
	治疗后	2.34 $\pm$ 0.51 <sup>*#</sup>	13.24 $\pm$ 1.98 <sup>*#</sup>	1.73 $\pm$ 0.42 <sup>*#</sup>
对照组	治疗前	3.63 $\pm$ 0.58	17.03 $\pm$ 2.28	2.85 $\pm$ 0.49
	治疗后	3.02 $\pm$ 0.56 <sup>*</sup>	15.31 $\pm$ 2.14 <sup>*</sup>	2.23 $\pm$ 0.46 <sup>*</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

2.5 凝血指标 治疗后,2 组 D-D、PLT 水平降低 ( $P < 0.05$ ),APTT 延长 ( $P < 0.05$ ),以观察组更明显 ( $P < 0.05$ ),见表 6。

表 6 2 组凝血指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,  $n = 60$ )

Tab. 6 Comparison of coagulation indices between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ ,  $n = 60$ )

组别	时间	D-D/ (mg·L <sup>-1</sup> FEU)	APTT/s	PLT( $\times 10^9$ )/ ( $\cdot L^{-1}$ )
观察组	治疗前	1.85 $\pm$ 0.44	28.64 $\pm$ 3.25	326.82 $\pm$ 45.36
	治疗后	0.86 $\pm$ 0.25 <sup>*#</sup>	35.27 $\pm$ 3.84 <sup>*#</sup>	267.56 $\pm$ 38.22 <sup>*#</sup>
对照组	治疗前	1.80 $\pm$ 0.39	29.02 $\pm$ 3.15	339.16 $\pm$ 43.84
	治疗后	1.35 $\pm$ 0.31 <sup>*</sup>	31.56 $\pm$ 3.58 <sup>*</sup>	302.63 $\pm$ 40.35 <sup>*</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>\*</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

2.6 肠镜相关指标 治疗后,2 组黏膜愈合率升高 ( $P < 0.05$ ),溃疡面积、炎症活动度降低 ( $P < 0.05$ ),以观察组更明显 ( $P < 0.05$ ),见表 7。

2.7 不良反应发生率 治疗期间,2 组血常规、肝肾功能均无明显异常,其中对照组恶心 3 例,呕吐 2 例,共 5 例;观察组恶心 2 例,头痛 1 例,共 3 例,2 组不良反应发生率 (8.33%、5.00%) 比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

表7 2组肠镜相关指标比较 ( $\bar{x}\pm s, n=60$ )

Tab.7 Comparison of colonoscopy-related indices between the two groups ( $\bar{x}\pm s, n=60$ )

组别	时间	黏膜愈合/[例(%)]	溃疡面积/mm <sup>2</sup>	炎症活动度/级
观察组	治疗前	6(10.00)	25.66±5.32	2.45±0.41
	治疗后	42(70.00)*#	5.31±2.14*#	0.89±0.20*#
对照组	治疗前	5(8.33)	26.14±5.28	2.53±0.45
	治疗后	27(45.00)*	12.83±3.36*	1.56±0.39*

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

溃疡性直肠炎以直肠黏膜弥漫性炎症、反复黏液脓血便为核心表现,长期迁延易致肠黏膜纤维化、肠狭窄,甚至增加癌变风险<sup>[14]</sup>。肠道菌群失衡会破坏黏膜屏障,触发免疫系统过度激活,促炎因子(如IL-6、TNF- $\alpha$ 等)大量释放,引发过度免疫反应,导致肠黏膜充血、水肿、糜烂及溃疡形成<sup>[15-16]</sup>。美沙拉嗪肠溶片虽然能抑制介质合成,缓解黏膜炎症,但无法干预免疫失衡与凝血紊乱,长期使用对重症控制不佳,复发率较高<sup>[17]</sup>。中医注重整体调节,通过多成分、多靶点来改善肠道微环境,调节免疫功能,在减少复发、降低不良反应方面具有独特优势<sup>[18]</sup>。

中医将溃疡性直肠炎归为“痢疾”“泄泻”范畴,认为本病病因大多为饮食不节致脾失健运,湿浊内生与肠中积滞相搏化热,湿热下注大肠损伤肠络,酿为脓血,气机壅滞则里急后重,以清热燥湿、调气和血为治则<sup>[19]</sup>。芍药汤中芍药为君药,功效养血和营、缓急止痛,既能柔肝理脾,又可调气和血以缓解腹痛;黄连、黄芩为臣药,功效清热燥湿、解毒止痢,直除肠道湿热之邪,而当归功效养血活血,助芍药行血和营;木香、槟榔功效行气导滞,疏畅肠中壅滞之气以除里急后重,大黄功效通腑泄热,导湿热积滞从大便而去,使瘀滞得散,而肉桂既可防苦寒药物损伤脾胃,又能鼓舞血行,四者共为佐药;炙甘草为使药,可调和诸药,与芍药相配酸甘化阴,增强缓急止痛功效,全方共奏清热燥湿、调气和血之功,切中湿热蕴结之病机,并且针对临床症状进行加减,腹痛甚者,加延胡索增强行气止痛之力,与芍药合用柔肝理气并举;腹泻重者,加炒白术、茯苓健脾燥湿,渗利水湿,杜湿邪再生之源;里急后重明显者,加枳实、厚朴增强行气导滞之功,助木香、槟榔疏畅肠气。本研究发

现,观察组总有效率高于对照组,改良 Mayo 评分、中医证候评分更低,IBDQ 评分更高,表明芍药汤加减通过整体调节肠道功能、改善湿热内蕴状态来更全面地缓解症状,提高生活质量。

现代研究表明,溃疡性直肠炎患者炎症指标升高时会影响凝血功能与免疫平衡,IL-6、TNF- $\alpha$  激活凝血系统后导致高凝,还使免疫球蛋白水平异常升高,加重肠黏膜损伤<sup>[20-21]</sup>。本研究发

现,观察组凝血、炎症、免疫相关指标改善更显著,可能是因为芍药汤中黄连、黄芩抑制炎症因子,芍药、当归调节免疫细胞活性,大黄、木香改善肠道微循环并影响凝血功能,从而减轻炎症反应,恢复免疫与凝血平衡<sup>[22-24]</sup>,使得黏膜愈合率升高,溃疡面积减小,炎症活动度降低。另外,2组不良反应发生率无明显差异,表明中西医结合安全性较高。

综上所述,芍药汤加减联合常规治疗可改善湿

### 参考文献:

[1] 李晓华,黄晓明,邵秋香,等.中药灌肠方直肠滴入联合清热化湿、凉血止痢中药口服治疗湿热下注型溃疡性直肠炎效果观察[J].山东医药,2022,62(17):66-68.

[2] 左二讯,刘辉.溃疡性结直肠炎患者肠道菌群、炎性因子变化及相关性分析[J].四川生理科学杂志,2021,43(11):1945-1947.

[3] 张岩,郑文文,徐蕾琪,等.基于济南医保数据分析济南市2005—2022年炎症性肠病发病率及患病率的变化[J].中华炎性肠病杂志(中英文),2025,9(2):136-142.

[4] 吴文,黄妹,徐华光.甘草泻心汤加减联合康复新液治疗溃疡性直肠炎疗效及对症状积分、免疫功能的影响[J].四川中医,2022,40(7):107-110.

[5] 廖智英,赵晶,叶成,等.美沙拉嗪导致溶血性贫血2例[J].中华消化杂志,2025,45(2):131-133.

[6] 石杰,李晓华.溃疡性直肠炎的中医治疗研究进展[J].中国肛肠病杂志,2021,41(9):73-74.

[7] 任宇航.外用溃疡散联合复方黄柏液保留灌肠治疗湿热内蕴型溃疡性直肠炎的临床疗效观察[D].济南:山东中医药大学,2024.

[8] 赖曼,李娟,李瑶,等.芍药汤加减联合 FOLFOX6 方案、常规治疗对湿热蕴结型结直肠癌术后辅助化疗患者的临床疗效[J].中成药,2022,44(9):2834-2838.

[9] 吴开春,梁洁,冉志华,等.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J].中国实用内科杂志,2018,38(9):796-813.

[10] 吴勉华,石岩.中医内科学[M].5版.北京:中国中医药出版社,2021.

- [11] Viscido A, Valvano M, Stefanelli G, et al. Systematic review and meta-analysis: the advantage of endoscopic Mayo score 0 over 1 in patients with ulcerative colitis[J]. *BMC Gastroenterol*, 2022, 22(1): 92.
- [12] Zavala-Solares M R, Salazar-Salas L, Yamamoto-Furusho J K. Validity and reliability of the health-related questionnaire IBDQ-32 in Mexican patients with inflammatory bowel disease[J]. *Gastroenterol Hepatol*, 2021, 44(10): 711-718.
- [13] Mohammed Vashist N, Samaan M, Mosli M H, et al. Endoscopic scoring indices for evaluation of disease activity in ulcerative colitis[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018, 1(1): CD011450.
- [14] Gawęł K, Dałbkowski K, Zawada I, et al. Natural history and progression risk factors of ulcerative proctitis: a retrospective study from a single tertiary centre in Poland[J]. *Prz Gastroenterol*, 2025, 20(1): 78-83.
- [15] 许向前, 王小嘉, 赵寒, 等. 从脾虚浊毒探讨溃疡性结肠炎的发病及治疗[J]. *中医研究*, 2025, 38(1): 19-24.
- [16] 黄秋玲, 何秋月, 杜艳. 肠道菌群及其代谢物与溃疡性结肠炎的研究进展[J]. *胃肠病学*, 2024, 29(4): 248-253.
- [17] 任珺, 衣兰娟, 王萍, 等. 美沙拉嗪内服外用联合高压氧治疗非特异性溃疡性直肠炎 53 例疗效观察[J]. *中华航海医学与高压医学杂志*, 2024, 31(5): 654-658.
- [18] 刘俊红, 雷丽亚, 杨会举. 消溃方治疗溃疡性直肠炎[J]. *中医学报*, 2020, 35(2): 407-411.
- [19] 赵春智, 李晓华. 基于“伏毒”理论探讨溃疡性直肠炎的病因病机及诊疗思路[J]. *中国中医急症*, 2025, 34(3): 439-442.
- [20] 刘琪, 张嘉刚, 张海梅, 等. 维得利珠单抗治疗溃疡性结肠炎效果及对 Th22 细胞亚群、肠黏膜屏障功能的影响[J]. *临床消化病杂志*, 2024, 36(5): 323-327.
- [21] 江丰, 张小云. 美沙拉秦缓释颗粒结合中药灌肠治疗轻中度溃疡性结肠炎的效果研究[J]. *中国医学创新*, 2023, 20(1): 86-90.
- [22] 曹艳田, 苏奇. 盐酸小檗碱在治疗溃疡性结肠炎患者中的临床研究[J]. *临床消化病杂志*, 2025, 37(2): 75-78.
- [23] 何沅聪, 尤朋涛, 黄雅宁, 等. 当归多糖作为潜在佐剂对细胞的免疫激活及机制研究[J]. *药学学报*, 2025, 60(3): 637-645.
- [24] 王玉波, 郭晨辰, 李高娜, 等. 大黄多糖治疗三硝基苯磺酸诱导的溃疡性结肠炎的机制研究[J]. *中国免疫学杂志*, 2025, 41(3): 640-643; 649.

## 柴桂温阳方对 HER-2 阳性乳腺癌患者曲妥珠单抗致心脏毒性的临床疗效

张祥, 范明哲, 殷玉莲, 胡春蕊, 郁丘婷, 陈昕琳\*  
(上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200032)

**摘要:** 目的 探讨柴桂温阳方对 HER-2 阳性乳腺癌患者曲妥珠单抗致心脏毒性的临床疗效。方法 60 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 30 例, 对照组给予曲妥珠单抗联合安慰剂, 观察组给予曲妥珠单抗联合柴桂温阳方, 疗程 6 个月。检测心脏毒性事件发生率、LVEF、中医证候评分、西医症状及体征评分、BNP、NT-proBNP、心电图情况、心肌酶谱(CK、CK-MB、LDH、AST)、安全性指标、不良事件发生率变化。结果 观察组心脏毒性事件发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组 LVEF 降低 ( $P < 0.05$ ), 中医证候评分升高 ( $P < 0.05$ ), 以对照组更明显 ( $P < 0.05$ ); 2 组西医症状及体征评分中位数相同, 但数据分布有差异 ( $P < 0.05$ ); 观察组 NT-proBNP 异常率低于对照组 ( $P < 0.05$ )。2 组异常心电图比例无显著差异 ( $P > 0.05$ ); 未缓解患者中异常心电图发生率大于未发生或已缓解患者, 但差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。2 组心肌酶谱、安全性指标基本正常; 不良事件发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论 柴桂温阳方可安全有效地改善 HER-2 阳性乳腺癌患者曲妥珠单抗致心脏毒性, 降低心脏毒性事件发生率, 减少 LVEF 下降程度, 改善中医证候。

**关键词:** 柴桂温阳方; 曲妥珠单抗; 心脏毒性; HER-2 阳性乳腺癌

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2026)06-1886-06

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.06.015

收稿日期: 2025-09-15

基金项目: 上海市“医苑新星”青年医学人才培养资助计划(专科项目)(2023-33)

作者简介: 张祥(1998—), 男, 博士, 从事中医药防治肿瘤和心脏病研究。E-mail: zx2017163@163.com

\*通信作者: 陈昕琳(1974—), 女, 主任医师, 博士生导师, 从事中医药防治心血管疾病研究。E-mail: heal7374@163.com