

- 的影响[J]. 针刺研究, 2025, 50(1): 41-49.
- [17] Wang R X, Fortier T M, Chai F, et al. PINK1, Keap1, and Rtnl1 regulate selective clearance of endoplasmic reticulum during development[J]. *Cell*, 2023, 186(19): 4172-4188. e18.
- [18] Ma L L, Sun L, Wang Y X, et al. Association between HO-1 gene promoter polymorphisms and diseases (Review) [J]. *Mol Med Rep*, 2022, 25(1): 29.
- [19] Liang Y S, Shi Y, Guo R, et al. Wine- and stir-frying processing of cuscuteae semen enhance its ability to alleviate oxidative stress and apoptosis via the Keap1-Nrf2/HO-1 and PI3K/AKT pathways in HO-challenged KGN human granulosa cell line[J]. *BMC Complement Med Ther*, 2024, 24(1): 189.
- [20] 方育恩, 舒蒙蒙, 杨炜敏, 等. 针药结合辅助治疗卵巢储备功能减退的临床观察及对颗粒细胞线粒体活性的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(11): 1168-1174.
- [21] Ji R, Jia F Y, Chen X, et al. Carnosol inhibits KGN cells oxidative stress and apoptosis and attenuates polycystic ovary syndrome phenotypes in mice through Keap1-mediated Nrf2/HO-1 activation[J]. *Phytother Res*, 2023, 37(4): 1405-1421.

## 宣肺通络平喘汤联合丙酸氟替卡松气雾剂对哮喘患者的临床疗效

李国政, 王国臣, 陈荣, 杨孝军, 杜世拔, 林月华  
(海口市中医医院, 海南海口 570100)

**摘要:** 目的 探讨宣肺通络平喘汤联合丙酸氟替卡松气雾剂对哮喘患者的临床疗效。方法 100例患者随机分为对照组和观察组, 每组50例, 对照组给予丙酸氟替卡松气雾剂吸入, 观察组在对照组基础上加用宣肺通络平喘汤。检测临床疗效、肺功能指标(PEF、FEV1、FVC)、肠道菌群数量(大肠杆菌、乳酸杆菌、双歧杆菌)、免疫功能指标(CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>、SIgA)、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组肺功能指标、乳酸杆菌、双歧杆菌、免疫功能指标升高( $P < 0.05$ ), 大肠杆菌降低( $P < 0.05$ ), 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 宣肺通络平喘汤联合丙酸氟替卡松气雾剂能安全有效地改善哮喘患者肺功能, 其机制可能与改善肠道微生态、调节黏膜免疫有关。

**关键词:** 宣肺通络平喘汤; 丙酸氟替卡松气雾剂; 哮喘; “肺合大肠”理论; 肠道微生态; 黏膜免疫

**中图分类号:** R287

**文献标志码:** B

**文章编号:** 1001-1528(2025)09-3155-04

**doi:** 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.09.052

支气管哮喘(简称哮喘)以气道慢性炎症为特征, 具有异质性<sup>[1]</sup>。本病病程长, 反复发作, 迁延不愈, 近年其发病率有逐年上升的趋势<sup>[2]</sup>。目前对于哮喘还没有根治的方法, 主要是通过西医治疗进行控制, 但是效果并不是很好, 大部分患者在停药之后都会再次出现哮喘症状, 这使得治疗更加困难<sup>[3]</sup>。

哮喘属中医“哮病”范畴, 痰阻气道, 肺失疏泄, 其治则以“化痰平喘”为治法<sup>[4]</sup>。同时, 中医学“肺合大肠”理论认为, 肺与大肠二者之间存在着病理和生理上的相互作用<sup>[5]</sup>, 已有研究表明在哮喘的发生发展过程中, 肠道微生态的改变可以通过共有的黏膜免疫而影响到呼吸道, 参与肺部的免疫应答<sup>[6]</sup>。基于肺肠同治理论, 宣肺通络平喘汤为林月华教授治疗哮喘的经验方, 该方可通过调控气、升、降、宣肺、利津水, 运化大肠, 达到化痰祛痰的目的, 可显著改善呼吸道疾病的临床表现<sup>[7]</sup>。基于此, 本研究从“肺合大肠”理论出发, 采用宣肺通络平喘汤对哮喘进行

干预, 并探讨其临床疗效和机理, 现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2022年4月至2024年4月就诊于海口市中医医院的100例哮喘患者, 随机分为对照组和观察组, 每组50例。其中, 对照组男性24例, 女性26例; 年龄25~74岁, 平均年龄(51.35±7.44)岁; 病程3~15年, 平均病程(8.52±2.48)年, 而观察组男性27例, 女性23例; 年龄23~75岁, 平均年龄(52.18±7.51)岁; 病程3~15年, 平均病程(8.44±2.29)年, 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HKSZYYYLL-20220315)。

1.2 纳入标准 (1)符合2018版《支气管哮喘基层诊疗指南》<sup>[8]</sup>; (2)年满18周岁; (3)具有较强的理解和交流技巧; (4)病人或家属了解本研究, 签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)并发其他呼吸系统疾病; (2)在治疗过程中接受其他治疗方案; (3)并发恶性肿瘤; (4)严

收稿日期: 2025-02-26

基金项目: 2022年全国名老中医药专家传承工作室建设项目[国中医药人教函(2022)75号]

作者简介: 李国政(1979—), 男, 硕士, 副主任中医师, 从事中医内科肺病、脾胃病研究。Tel: 18889271650

重的内脏器官病变；(5) 对本研究用药品有过敏反应。

1.4 治疗手段 对照组给予丙酸氟替卡松气雾剂(西班牙GLAXO WELLCOME. S. A公司, 批号H20130189, 50 μg×120 揆)吸入, 每天2次, 每次50 μg, 连续治疗2个月。

观察组在对照组基础上加用宣肺通络平喘汤, 组方药材甘草5 g、蝉蜕6 g、炙麻黄6 g、瓜蒌仁6 g、黄芩6 g、防风7 g、苦杏仁9 g、炒莱菔子10 g、枳实10 g、地龙10 g、姜半夏10 g、僵蚕10 g、连翘10 g、白术10 g、炙紫苏子10 g、黄芪15 g, 每日1剂, 加150 mL水分2次冲服, 连续治疗2个月。

### 1.5 指标检测

1.5.1 肺功能指标 采用H1-101型肺功能仪(日本捷斯特公司)测定患者的用力肺活量(FVC)、第1秒用力呼气容量(FEV1)和最大呼气流速(PEF)。

1.5.2 肠道菌群数量 采集2组患者新鲜粪便样本各5 g, 取1 g样本加入0.9%氯化钠溶液进行稀释, 将稀释后的样本在大肠杆菌的常规恒温培养箱中培养48 h; 同时双歧杆菌和乳酸杆菌在厌氧状态下进行培养48 h, 然后进行各菌落数计算。

1.5.3 免疫功能指标 抽取2组患者空腹静脉血各5 mL, 通过FACSCalibur流式细胞仪(美国BD公司)采用全血免洗试验检测T淋巴细胞亚群, 包括CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>及CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>。

采集2组患者新鲜粪便样本各5 g, 取1 g样本加入

表1 2组临床疗效比较 [例(%), n=50]

组别	显效	有效	缓解	无效	总有效
对照组	10(20.00)	11(22.00)	14(28.00)	15(30.00)	35(70.00)
观察组	13(26.00)	15(30.00)	16(32.00)	6(12.00)	44(88.00)*

注: 与对照组比较, \*P<0.05。

2.2 肺功能指标 治疗后, 2组FVC、FEV1、PEF升高 (P<0.05), 以观察组更明显 (P<0.05), 见表2。

表2 2组肺功能指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ , n=50)

组别	FVC/L		FEV1/L		PEF/(L·s <sup>-1</sup> )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	1.96±0.34	2.52±0.47*	1.74±0.36	2.48±0.41*	4.92±0.56	5.51±0.63*
观察组	1.92±0.31	2.87±0.53*#	1.79±0.42	2.76±0.49*#	4.88±0.51	5.95±0.69*#

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

2.3 肠道菌群数量 治疗后, 2组大肠杆菌含量降低 (P<0.05), 以观察组更明显 (P<0.05), 见表3。

表3 2组肠道菌群数量比较 (log<sub>10</sub> CFU/g,  $\bar{x}\pm s$ , n=50)

组别	大肠杆菌		双歧杆菌		乳酸杆菌	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	8.15±2.41	6.98±2.33*	4.94±1.53	6.06±2.61*	5.12±1.45	6.23±2.74*
观察组	8.22±2.37	6.03±2.18*#	4.88±1.51	7.41±2.74*#	5.28±1.49	7.49±2.81*#

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

2.4 免疫功能指标 治疗后, 2组CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>、SIgA升高 (P<0.05), 以观察组更明显 (P<0.05), 见表4。

2.5 不良反应发生率 2组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 (P>0.05), 见表5。

9 mL磷酸盐缓冲溶液, 混合均匀后, 2 000 r/min 离心 20 min, 分离上清液, 进行定量检测前, 稀释样本至原来的1/10, 通过INFINITE M NANO型酶标仪(瑞士帝肯公司), 采用酶联免疫吸附试验检测粪便SIgA水平, 试剂盒购自北京迈瑞达科技有限公司。

1.5.4 不良反应发生率 治疗期间, 记录2组恶心呕吐、心悸、头晕头痛、腹痛腹泻等不良反应发生情况, 计算其发生率。

1.6 疗效评价 参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[9]</sup>, 咳嗽、咳痰、胸闷等中医证候从无到重度分别计0~3分, (1) 显效, 疗效指数≥90%, 且临床症状显著改善; (2) 有效, 疗效指数60%~89%, 且临床症状明显好转; (3) 缓解, 疗效指数30%~59%, 且临床症状有改善; (4) 无效, 疗效指数<30%, 且临床症状无改善或病情加重, 总有效率=[(显效例数+有效例数+缓解例数)/总例数]×100%, 疗效指数=[(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分]×100%。

1.7 统计学分析 通过SPSS 25.0软件进行处理, 计数资料以百分率表示, 比较采用卡方检验, 等级资料比较采用秩和检验; 计量资料为正态分布, 以( $\bar{x}\pm s$ )表示, 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。

## 3 讨论

哮喘是一种发病率逐年上升的慢性炎症性气道疾病, 其频繁复发不仅加重患者经济负担, 还严重影响生活质量, 甚至危及生命<sup>[10]</sup>。目前主要治疗药物如糖皮质激素和支气管扩张剂需长期使用, 可能导致毒副作用, 产生耐药性,

表4 2组免疫功能指标比较 ( $\bar{x}\pm s, n=50$ )

组别	CD3 <sup>+</sup> /%		CD4 <sup>+</sup> /%		CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup>		SIgA/(pg·L <sup>-1</sup> )	
	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	58.13±6.79	61.73±7.18*	27.79±4.68	30.17±5.54*	1.07±0.15	1.44±0.24*	406.49±93.74	487.65±106.19*
观察组	57.94±6.87	66.24±7.42**	27.88±4.71	35.69±5.86**	1.09±0.17	1.83±0.31**	398.27±88.51	442.14±99.72**

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5 2组不良反应发生率比较 [例 (%), n=50]

组别	头晕头痛	腹痛腹泻	恶心呕吐	心悸	总发生率
对照组	1(2.00)	1(2.00)	0(0)	0(0)	2(4.00)
观察组	2(4.00)	1(2.00)	1(2.00)	1(2.00)	5(10.00)

影响疗效并增加健康管理难度<sup>[11]</sup>。因此，寻找更有效安全的疗法以减轻患者痛苦和经济压力，是目前迫切的任务。

在中医理论中，哮喘被认为是由于肺的宣发和肃降功能失调，导致肺气上逆。这种情况下，肺与大肠之间的表里关系也会受到影响，造成肠道症状如便秘、排便困难等<sup>[12-13]</sup>。根据“肺合大肠”的中医理论，肺与大肠在生理和病理上相互依赖和影响，肺气的正常宣发有助于大肠润滑，而其肃降则驱动大肠传导；反之，大肠病变也能加重肺部疾病。宣肺通络平喘汤是体现“肺肠同治”原则的经典中药方，麻黄性味辛温，能够驱散寒邪，促进肺气的宣畅；苦杏仁具有止咳平喘的功效，同时还能润肠通便；炙紫苏子降逆止呕，消痰定喘，润燥滑肠；姜半夏燥湿化痰，消痞散结，同时还能保护胃肠道黏膜；蝉蜕具有散风除热、宣肺开音的功效；黄芪能助防风解表发汗，祛风除湿，有补中益气之效；地龙止咳平喘，定惊清热；黄芩清热燥湿，泻火解毒；这些药材协同作用能平喘止咳并泻热通便<sup>[7,14]</sup>。研究显示，使用该方治疗哮喘，能显著改善患者的肺功能指标FVC、FEV1、PEF，效果优于对照组，证实了基于“肺合大肠”理论治疗哮喘的有效性，这一发现与以往的研究结果一致<sup>[15]</sup>。既往研究揭示了肠道菌群在哮喘病发展中的重要作用，并指出基于肠道菌群的治疗策略，为哮喘病治疗提供了新的方向<sup>[16]</sup>。该疗法还调节肠道菌群平衡，增加乳酸杆菌和双歧杆菌数量，减少大肠杆菌数量。本研究结果显示，与对照组治疗后比较，大肠杆菌数量在观察组中较低，乳酸杆菌、双歧杆菌数量在观察组中较高，提示宣肺通络平喘汤能改善患者的肠道微生态，其作用机制可能与方剂中的苦杏仁和炙紫苏子有关，这2种成分可能有助于调节肠道菌群的平衡，并促进肠道微生物多样性的快速恢复<sup>[17-18]</sup>。此外，该方剂还能增强免疫功能，提高CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>及SIgA水平<sup>[19-21]</sup>，其中黄芪多糖和甘草多糖具有免疫调节作用，地龙则有助于调整Th1与Th2细胞之间的平衡<sup>[22-24]</sup>。本研究显示，宣肺通络平喘汤治疗哮喘疗效显著且安全性高，未增加不良反应发生率，证实了其在改善肺功能、调节肠道微生态及增强免疫功能方面的多重益处，这一结果与既往研究一致<sup>[25]</sup>，支持了基于“肺合大肠”理论的治疗策略的有效性。

综上所述，根据中医的“肺合大肠”理论，宣肺通络平喘汤治疗哮喘显示出良好的疗效，能够改善患者的肺功

能，其机制可能与改善肠道微生态，调节黏膜免疫相关，并且不会增加不良反应发生率，安全性高。但鉴于本研究的时间和样本数量有限，对于宣肺通络平喘汤治疗哮喘患者的长期疗效，还需要进行更深入的研究。

参考文献：

[1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(2020年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2020, 43(12): 1023-1048.

[2] 张建华. 支气管哮喘的流行病学及高危因素[J]. 实用儿科临床杂志, 2008, 23(4): 3.

[3] 李竹英, 陈璐, 王丽洁. 中药药对治疗支气管哮喘的研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(2): 451-455.

[4] 田黎明, 李翠, 蒋雨薇, 等. 支气管哮喘急性发作期中医组方用药规律数据挖掘研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29(10): 24-29.

[5] 张朴, 张宁, 赵娟, 等. 基于“肺合大肠”理论探讨针灸调控肠道菌群治疗呼吸系统疾病[J]. 针灸临床杂志, 2023, 39(8): 1-5.

[6] 张晓娜, 史锁芳. 基于“肺合大肠”理论探讨肠道微生态、黏膜免疫与支气管哮喘之间的相关性[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(11): 6394-6397.

[7] 赵惠芳, 张晓鹏, 吴志建, 等. 宣肺通络平喘汤联合益生菌治疗支气管哮喘的效果[J]. 世界临床药物, 2023, 44(10): 1043-1049.

[8] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 支气管哮喘基层诊疗指南(2018年)[J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17(10): 751-762.

[9] 郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 74-82.

[10] 张志杰, 黄贵锐, 张诗瑜, 等. 9个常用经典名方治疗成人支气管哮喘疗效的网状Meta分析[J]. 世界中医药, 2024, 19(8): 1092-1098; 1107.

[11] 赵西斌, 赖定源, 肖琦, 等. 基于肠道菌群探析麻芍平喘汤对小儿支气管哮喘炎症因子及ACTH、CORT的影响[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(5): 213-215.

[12] 来奕恬, 周竞颖, 任玲, 等. 艾灸“肺肠同治”对哮喘模型大鼠炎症反应及肠道短链脂肪酸的影响[J]. 针刺研究, 2023, 48(9): 881-889.

[13] 司秀影, 李勇军, 史梦迪, 等. 基于“肺-肠”轴探讨肠道微生态与支气管哮喘的关系[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(9): 163-166.

[14] 王云霞, 陈伟斌, 王霞芳. 王霞芳教授“肺肠同治”治疗发作期小儿哮喘[J]. 光明中医, 2016, 31(11): 1540-1542.

[15] 吴志建, 张博, 宋江南, 等. 宣肺通络平喘汤辅助丙酸氟替卡松治疗哮喘效果及对患者血清SFRP5、YKL-40水平的

- 影响[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(6): 1314-1317.
- [16] 殷月, 冷思逸, 靳攀, 等. 肠道菌群、运动干预与呼吸系统疾病[J]. 中国组织工程研究, 2025, 29(14): 3034-3042.
- [17] 段昆, 高霞, 耿婷, 等. 桂枝茯苓胶囊及其主要成分对原发性痛经模型大鼠肠道菌群的影响[J]. 中国药房, 2020, 31(11): 1320-1326.
- [18] 张良琦, 李文姣, 肖美凤. 紫苏不同部位活性成分比较及其药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2023, 48(24): 6551-6571.
- [19] 韩海燕, 薛占成, 黄磊, 等. 特发性间质性肺炎患者外周血和BALF中T淋巴细胞亚群结果比较[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生, 2024(5): 33-37.
- [20] 屯妮萨古丽·艾买提江, 李改茹. 免疫细胞在支气管哮喘发病机制中的作用研究进展[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2024, 40(5): 465-471.
- [21] 宋桂华, 赵慧颖, 于素平, 等. 加味小青龙汤对哮喘大鼠肺-肠黏膜免疫影响及相关作用机制研究[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(3): 542-545.
- [22] 王婉莹, 姜思亮, 柴军红, 等. 黄芪和人参配伍的药理作用及临床应用研究进展[J]. 中医学学报, 2023, 51(8): 104-109.
- [23] 谢瑞强, 王长福. 炙甘草化学成分和药理作用研究进展[J]. 中医药信息, 2023, 40(4): 84-89.
- [24] 商焯, 齐丽娜, 金华, 等. 地龙化学成分及药理活性研究进展[J]. 药物评价研究, 2022, 45(5): 989-996.
- [25] 蔺呈祥. 宣肺通络平喘汤联合穴位贴敷对小儿哮喘发作期外周血肥大细胞TLRs的影响[J]. 中国处方药, 2021, 19(3): 134-136.

## 二陈汤加味联合常规治疗对重症肺炎患者的临床疗效

陈可<sup>1,2</sup>, 李焱<sup>2</sup>, 杜龙玉<sup>3</sup>

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 金华市中心医院重症医学科, 浙江 金华 321000; 3. 金华市人民医院重症医学科, 浙江 金华 321000)

**摘要:** **目的** 探究二陈汤加味联合常规治疗对重症肺炎患者的临床疗效。**方法** 92例患者随机分为对照组和观察组, 每组46例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用二陈汤加味, 疗程2周。比较营养状态指标(PAB、ALB、Hb)、肠道微生态(大肠埃希菌、乳酸杆菌、肠球菌、双歧杆菌计数)、炎症因子(TNF- $\alpha$ 、CRP、PCT)、预后情况(CPIS评分、入住ICU时间、28d病死率)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组入住ICU时间短于对照组( $P<0.05$ ), 呼吸机相关肺炎、腹泻发生率低于对照组( $P<0.05$ )。治疗后, 2组营养状态指标、大肠埃希菌、乳酸杆菌、双歧杆菌计数升高( $P<0.05$ ), 肠球菌计数、炎症因子、CPIS评分降低( $P<0.05$ ), 以观察组更明显( $P<0.05$ )。2组28d病死率、恶心呕吐、皮疹、肝功能异常、肾功能异常不良发生率比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论** 二陈汤加味联合常规治疗可安全有效地改善重症肺炎患者营养状态、肠道微生态及预后, 减轻炎症反应, 并降低呼吸机相关肺炎发生风险, 加速康复进程。

**关键词:** 二陈汤加味; 常规治疗; 重症肺炎; 营养状态; 肠道微生态; 预后

**中图分类号:** R287

**文献标志码:** B

**文章编号:** 1001-1528(2025)09-3158-05

**doi:** 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.09.053

重症肺炎是一种严重的呼吸系统感染性疾病, 其特点是发病急、病情进展迅速, 若未积极处理或处理不当, 可诱发呼吸衰竭、感染性休克、肠道菌群紊乱、营养不良等并发症, 进而危及生命<sup>[1-3]</sup>。此外, 发现肠道微生态与肺炎的发生发展密切相关, 炎症介质释放能反向影响肠道菌群结构与功能、损伤肠道黏膜屏障, 引起细菌易位, 进一步加重机体炎症反应, 这种菌群免疫炎症的恶性循环是重症肺炎导致胃肠功能损伤、营养状态恶化及不良预后的重要原因之一<sup>[4]</sup>。目前, 西医治疗重症肺炎主要依赖于抗生

素、机械通气、支持疗法等常规治疗, 在一定程度上能够控制患者病情, 但仍存在抗生素耐药性、机械通气相关并发症等局限性<sup>[5]</sup>。

近年来, 中西药联合治疗重症肺炎疗效显著, 能够在一定程度上弥补西医治疗的不足<sup>[6]</sup>。在中国古代并未出现重症肺炎病名, 但中医学将其归为“肺胀”“肺痈”等范畴, 病机为外感风热邪气、内因肺脏虚弱、正气不足, 常以虚实夹杂为主, 治疗应遵循“必扶其主, 因其先正”的境界<sup>[7]</sup>。二陈汤首载于《太平惠民和剂局方》中, 具有理

收稿日期: 2025-06-26

基金项目: 浙江省中医药科技计划项目(2024ZL1180)

作者简介: 陈可(1989—), 男, 主治医师, 从事重症医学中西医结合研究。Tel: 13738942527, E-mail: chenke19891227@163.com