

- 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^{1,2}, 李焱², 杜龙玉³

(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- α 、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^[1-3]。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^[4]。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^[5]。

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^[6]。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^[7]。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

气和中、燥湿化痰功效，是治疗肺系疾病的临床经典方剂^[8]。已有研究表明，通过二陈汤化痰理气以治本，并用加味降气补气以治标，对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者有显著的治疗作用^[9]。然而，临床关于二陈汤加味治疗重症肺炎的相关研究报告较少，因此本研究旨在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，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022年1月至2024年12月就诊于金华市中心医院的92例重症肺炎患者，按随机数字表法分为对照组和观察组，每组46例。其中，对照组男性27例，女性19例；年龄29~72岁，平均年龄(53.09±10.14)岁；体质质量指数(BMI)18~27 kg/m²，平均BMI(23.56±3.09) kg/m²；病程3~14 d，平均病程(6.42±2.03) d；吸烟史18例；合并高血压病10例，合并糖尿病7例，而观察组男性25例，女性21例；年龄32~74岁，平均年龄(53.09±9.63)岁；BMI 19~29 kg/m²，平均BMI(23.15±3.21) kg/m²；病程2~16 d，平均病程(6.84±2.16) d；吸烟史19例；合并高血压病9例，合并糖尿病8例。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[批件号(研)2023-伦理审查-159]。

1.2 纳入、排除、脱落标准

1.2.1 纳入标准 (1) 参照《中国急诊重症肺炎临床实践专家共识》^[10]中重症肺炎相关西医诊断标准，且经查体、临床症状与体征分析、影像学检查等确诊；(2) 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[11]中重症肺炎相关中医辨证标准，辨证属痰浊阻肺证型；(3) 初次就诊年龄>18岁；(4) 依从性良好，自愿服用中药制剂；(5) 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) 合并严重间质性肺病等其他肺部疾病；(2) 合并恶性肿瘤、其他急性或慢性感染、免疫系统疾病或胃肠道疾病；(3) 严重并发症达到手术治疗标准；(4) 严重心、肝、肾功能不全；(5) 对本研究药物过敏；(6) 患有血液疾病；(7) 存在认知功能障碍或精神疾病；(8) 哺乳期、妊娠期妇女。

1.2.3 脱落标准 (1) 研究期间自行添加无关药物；(2) 自行要求退出。

1.3 治疗方法 对照组参照《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)》^[12]，给予扩张支气管、祛

痰、纠正酸碱及水电解质失衡、抑酸、机械通气、化痰、抗休克及营养支持等常规治疗，同时根据病原学结果采取针对性抗感染治疗，连续治疗2周。

观察组在对照组的基础上加用二陈汤加味，组方药材半夏9 g、陈皮15 g、茯苓10 g、炙甘草5 g、桔梗6 g、党参15 g、薏苡仁15 g、枳壳10 g、生姜3片；伴有湿重，可加用车前子、泽泻、赤小豆；伴有恶心呕吐、脾虚湿盛等症状，可添加砂仁；伴有恶风寒，应添加紫苏、前胡；伴有腹胀、气滞，可添加厚朴，每天1剂(300 mL)，分早、晚2次服用，连续治疗2周。

1.4 指标检测

1.4.1 营养状态指标 抽取2组患者空腹外周血各2 mL，采用全自动生化分析仪测定血清前白蛋白(PAB)、白蛋白(ALB)、血红蛋白(Hb)水平。

1.4.2 肠道微生态 留取粪便标本2 g，密封后5℃冰箱内送检，无菌环境下取稀释液稀释样本，完成菌种涂布培养，于革兰染色法镜下观察，并采用平板菌落计数法对大肠埃希菌、乳酸杆菌、肠球菌、双歧杆菌进行计数。

1.4.3 炎症因子 抽取2组患者空腹外周血各3 mL，静置后进行离心，分离血清，采用酶联免疫吸附试验检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平，免疫透射比浊试验检测C反应蛋白(CRP)水平，免疫放射分析试验检测降钙素原(PCT)水平。

1.4.4 预后情况 采用临床肺部感染评分(CPIS)系统^[13]对肺部炎症改善情况进行评分，分值0~12分，分值越高，病情越严重；记录患者ICU的住院天数；观察并记录患者入院即日起28 d内死亡例数，28 d病死率=(死亡例数/总例数)×100%。

1.4.5 不良反应发生情况 治疗期间，记录2组患者不良反应发生情况，包括呼吸机相关肺炎、腹泻、恶心呕吐、皮疹、肝功能异常及肾功能异常等，计算其发生率。

1.5 统计学分析 通过SPSS 24.0软件进行处理，计量资料经正态性检验均符合正态分布，用($\bar{x}\pm s$)表示，比较采用 t 检验；计数资料用百分率表示，比较采用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 营养状态指标 治疗后，2组血清PAB、ALB、Hb升高($P<0.05$)，以观察组更明显($P<0.05$)，见表1。

表1 2组营养状态指标比较($\bar{x}\pm s$, $n=46$)

组别	PAB/(g·L ⁻¹)		ALB/(g·L ⁻¹)		Hb/(g·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	0.15±0.02	0.27±0.08*	29.15±2.97	35.26±4.05*	108.76±7.18	121.82±6.73*
观察组	0.16±0.03	0.39±0.12*#	29.87±2.73	42.67±5.39*#	109.25±9.64	129.70±5.62*#

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

2.2 肠道微生态 治疗后，2组大肠埃希菌、乳酸杆菌、双歧杆菌计数升高($P<0.05$)，肠球菌计数降低($P<0.05$)，以观察组更明显($P<0.05$)，见表2。

2.3 炎症因子 治疗后，2组TNF- α 、CRP、PCT水平降低($P<0.05$)，以观察组更明显($P<0.05$)，见表3。

2.4 预后情况 治疗后，2组CPIS评分降低($P<0.05$)，以观察组更明显($P<0.05$)；观察组入住ICU时间短于对照组($P<0.05$)；2组28 d病死率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，见表4。

表2 2组肠道微生态比较 ($\bar{x}\pm s, n=46$)

组别	大肠埃希菌($\times 10^7$)/(CFU·g ⁻¹)		乳酸杆菌($\times 10^7$)/(CFU·g ⁻¹)		肠球菌($\times 10^7$)/(CFU·g ⁻¹)		双歧杆菌($\times 10^7$)/(CFU·g ⁻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	7.24±1.51	7.82±1.57*	7.11±1.24	7.86±1.01*	7.79±1.06	7.02±1.14*	8.27±1.19	8.96±1.43*
观察组	7.18±1.42	8.95±1.39**	7.13±1.37	8.74±1.05**	7.75±1.18	6.15±1.09**	8.25±1.23	9.74±1.52**

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组炎症因子比较 ($\bar{x}\pm s, n=46$)

组别	TNF- α /(mg·L ⁻¹)		CRP/(mg·L ⁻¹)		PCT/(μ g·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	19.27±4.31	7.91±1.15*	98.33±8.94	18.97±3.76*	2.47±0.56	0.52±0.18*
观察组	19.84±4.39	3.65±1.01**	98.95±9.06	11.31±2.52**	2.53±0.49	0.26±0.04**

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组预后情况比较 ($\bar{x}\pm s, n=46$)

组别	CPIS评分/分		入住ICU时间/d	28d病死率/[例(%)]
	治疗前	治疗后		
对照组	9.36±1.61	4.11±1.03*	10.89±1.47	4(8.70)
观察组	9.51±1.87	2.07±0.49**	4.05±1.13 [△]	2(4.35)

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

2.5 不良反应发生率 治疗期间,观察组呼吸机相关肺炎、呕吐、皮疹、肝功能异常、肾功能异常不良反应发生率比对照、腹泻不良反应发生率低于对照组($P<0.05$);2组恶心、呕吐、皮疹、肝功能异常、肾功能异常不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表5。

表5 2组不良反应发生率比较 [例(%), $n=46$]

组别	呼吸机相关肺炎	腹泻	恶心呕吐	皮疹	肝功能异常	肾功能异常
对照组	8(17.39)	6(13.04)	5(10.87)	4(8.70)	1(2.17)	1(2.17)
观察组	2(4.35) [△]	0(0) [△]	2(4.35)	1(2.17)	3(6.52)	1(2.17)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

重症肺炎多发于中老年人群,此类患者由于消化道功能较弱、营养吸收能力低下,可能导致营养不良的发生^[14-16],随着我国人口老龄化趋势的加剧,重症肺炎的发病率呈逐年升高趋势^[17]。全身性炎症反应是重症肺炎的主要病理特征,炎症反应会对肠道微生物平衡产生破坏作用,加重营养不良及肠道菌群失调^[18]。而西医治疗重症肺炎存在抗生素耐药性、机械通气相关并发症、药物副作用等问题^[19]。因此,探索更为安全、有效的治疗手段具有重要意义。

中医认为,重症肺炎的核心病机为本虚标实,患者多因长期咳嗽而导致肺气耗损,引发气虚,气虚无力则血液运化受阻,瘀血内停;同时,肺气不足使得外邪易于入侵,进而使肺脏宣肃失司,痰浊滋生,进一步影响脾脏功能,导致脾失健运,治疗当以清热解毒、宣肺化痰、健脾益气为原则,同时兼顾活血化瘀、调理脾胃^[20-21]。近年来,中医药在重症肺炎的临床治疗中逐渐受到重视,并取得了一定的研究成果^[22-24]。二陈汤是源于宋代的一种经典方剂,二陈汤加味能够有效改善慢性阻塞性肺疾病大鼠肺组织的炎症反应^[25]。郭安妮^[26]研究表明,加味二陈汤联合常规西药可减轻患者的临床症状,提升患者临床治疗效果。本研究采用二陈汤加味联合基础西医治疗重症肺炎,二陈汤加味方中半夏、陈皮、茯苓具有燥湿化痰、理气和中、利湿健脾的功效;桔梗宣肺化痰,利咽排脓;党参、薏苡仁健

脾益气,增强机体免疫功能;枳壳行气宽中;生姜温中散寒,能去除半夏之毒性;炙甘草调和诸药,补气益中,且根据不同患者的病情特点,对方剂进行适量加减,全方共奏健脾化痰、理气宣肺的作用。结果显示,治疗后观察组营养状态、肠道微生态及炎症因子水平均改善,且优于对照组,原因为二陈汤加味中茯苓多糖及党参多糖可增强肠道黏膜屏障功能、促进上皮细胞增殖及蛋白质合成,提升营养吸收效率^[27];枳壳挥发油可促进胃肠蠕动、胆汁分泌及消化酶活性,改善消化功能^[28];薏苡仁多糖与脂肪酸协同调节脂质代谢,改善营养状态^[29]。肠道菌群稳定性对人体健康有重要作用,其中肠道微生态已成为连接肠道疾病与肺部疾病的主要纽带^[30-31],中医药可调节肠道微生态结构发挥治疗肺炎作用^[32]。本研究中,茯苓、陈皮及党参通过抑制致病菌、促进益生菌增殖及调节Th17/Treg免疫平衡,维持菌群稳态^[33];生姜与炙甘草可抑制幽门螺杆菌粘附及肠道病毒复制,保护肠道屏障完整性^[34]。半夏中的生物碱、陈皮中的橙皮苷、茯苓中的三萜类、生姜中的姜酚等成分可抑制炎症通路,降低促炎因子水平^[35],桔梗、甘草黄酮等可激活Nrf2通路并抑制COX-2/iNOS表达,减轻氧化应激与炎症损伤,改善炎症状态^[36]。本研究中,2组患者治疗后CPIS评分均降低,且观察组更明显;观察组ICU入住时间短于对照组,说明二陈汤加味联合西医基础治疗能够有效改善患者临床症状,缩短ICU住院时间。本研究还发现,观察组呼吸机相关肺炎、腹泻不良反应发生

率低于对照组,提示二陈汤加味可通过改善肺部微环境,降低呼吸机相关肺炎的发生风险,还可通过多靶点调节肠道微环境,降低腹泻发生率。

综上所述,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。

参考文献:

[1] Vaughn V M, Dickson R P, Horowitz J K, et al. Community-acquired pneumonia: a review[J]. *JAMA*, 2024, 332(15): 1282-1295.

[2] Cillóniz C, Torres A, Niederman M S. Management of pneumonia in critically ill patients[J]. *BMJ*, 2021, 375(1): e065871.

[3] Oliveira E Silva P G, Cerqueira Batista Filho L A, Ismael P F, et al. Community-acquired pneumonia: epidemiology, diagnosis, prognostic severity scales, and new therapeutic options[J]. *Medwave*, 2023, 23(11): e2719.

[4] 蒋桂慧,陈扬波.中药复方通过调节肠道微生态治疗肺炎的研究现状[J].*中国现代医生*, 2025, 63(7): 103-106; 114.

[5] 郝丽丽,郭敏.清肺解毒方联合哌拉西林钠他唑巴坦钠在重症肺炎痰热壅肺证治疗中的应用[J].*实用中医内科杂志*, 2024, 38(11): 126-129.

[6] 杨爱琴,韩晓燕,陈洁.宣壅清肺汤治疗老年重症肺炎临床观察[J].*辽宁中医杂志*, 2024, 51(6): 74-77.

[7] 王英,刘景春,魏铁垒,等.凉膈白虎汤加减联合低分子肝素治疗重症肺炎的疗效及对动脉血气分析参数的影响[J].*海南医学*, 2025, 36(1): 23-28.

[8] 符秀曼,张美萃,范良,等.基于IL-33/ST2信号通路探讨二陈汤合三子养亲汤治疗老年慢性阻塞性肺病急性发作痰湿蕴肺证患者的疗效[J].*广州中医药大学学报*, 2025, 42(2): 343-349.

[9] 王肖艳,王俊月,宋倩红,等.二陈汤加味方对COPD稳定期患者血清中MMP-9、TIMP-1活性及其比值的影响[J].*中国老年学杂志*, 2020, 40(18): 3868-3871.

[10] 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.

[11] 郑筱萸.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: 68-73.

[12] 中华医学会呼吸病学分会.中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)[J].*中华结核和呼吸杂志*, 2016, 39(4): 253-279.

[13] Sathitakorn O, Chansirikarnjana S, Jantarathaneewat K, et al. The role of procalcitonin and clinical pulmonary for infection score (CPIS) score to reduce inappropriate antibiotics use among moderate to severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) pneumonia: a quasi-experimental multicenter study[J]. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2023, 44(7): 1199-1203.

[14] Tran X D, Hoang V T, Goumballa N, et al. Viral and bacterial microorganisms in Vietnamese children with severe and non-severe pneumonia[J]. *Sci Rep*, 2024, 14(1): 120.

[15] Luo J, Deng J, Wang Y, et al. The application of different pulmonary ultrasound scores in severe pneumonia patients[J]. *Curr Med Imaging*, 2024, 20(1): e15734056357536.

[16] Kyriazopoulou E, Sinapidis D, Halvatzis S, et al. Survival benefit associated with clarithromycin in severe community-acquired pneumonia: a matched comparator study[J]. *Int J Antimicrob Agents*, 2020, 55(1): 105836.

[17] 徐超,靳莉,张华.复合乳酸菌胶囊配合营养支持对重症肺炎患者营养生化指标及肠道微生态的影响[J].*新乡医学院学报*, 2024, 41(5): 449-454.

[18] 罗平,白永旗,龙丹,等.肠内微生态营养辅助治疗对重症肺炎患儿菌群失调平衡及炎症因子的影响[J].*国际检验医学杂志*, 2021, 42(5): 594-597; 603.

[19] Jiang Y, Dou H W, Xu B, et al. Macrolide resistance of mycoplasma pneumoniae in several regions of China from 2013 to 2019[J]. *Epidemiol Infect*, 2024, 152(1): e75.

[20] 郝淑坤,杨久清,何静,等.柴苓麻膏汤内服灌肠对老年重症肺炎患者炎症介质及淋巴细胞亚群的影响[J].*中国老年学杂志*, 2024, 44(11): 2614-2617.

[21] 张骏驰,李旭成.李旭成从肺脾同病理论治重症肺炎经验[J].*中医临床研究*, 2023, 15(18): 89-93.

[22] 陈飞扬,潘柳华,程晓艺,等.宣白承气汤加味鼻饲辅助治疗重症肺炎痰热壅肺证临床研究[J].*新中医*, 2024, 56(1): 18-22.

[23] 羊德旺,何和章,梁莉萍.益气活血化痰方联合常规治疗对重症肺炎患者的临床疗效[J].*中成药*, 2020, 42(5): 1395-1398.

[24] 刘春涛,周景霞,周大鹏,等.黄芪颗粒联合常规治疗对重症肺炎患者的临床疗效[J].*中成药*, 2022, 44(1): 92-96.

[25] 陈壮,刘高阳,谢文英,等.基于TNF- α /TNFR1/RIPKs通路探讨二陈汤加味对COPD炎症的作用机制[J].*中国实验方剂学杂志*, 2024, 30(9): 40-47.

[26] 郭安妮.探讨加味二陈汤联合西药治疗老年社区获得性肺炎(痰湿阻肺证)的临床效果[J].*北方药学*, 2022, 19(12): 47-49.

[27] 许嗣立,贾波,文跃强,等.白术茯苓汤、香连丸及其合方对克罗恩病大鼠细胞因子免疫功能及肠粘膜中谷氨酰胺含量的研究[J].*时珍国医国药*, 2014, 25(11): 2785-2786.

[28] 宁芯蓉,罗雯雯,李吉旺,等.基于网络药理学和动物实验探讨青皮-枳壳药对治疗动力障碍型胃肠疾病的配伍关系[J].*天然产物研究与开发*, 2024, 36(12): 2133-2144.

[29] 陆益平,刘远洋,叶嘉煊,等.基于组分中药理论的薏苡仁-知母药对治疗糖尿病患者的配伍特点[J].*世界中医药*, 2024, 19(9): 1334-1338.

[30] Stevens J, Steinmeyer S, Bonfield M, et al. The balance between protective and pathogenic immune responses to pneumonia in the neonatal lung is enforced by gut microbiota[J]. *Sci Transl Med*, 2022, 14(649): eabl3981.

[31] Yaron J R, Ambadapadi S, Zhang L Q, et al. Immune protection is dependent on the gut microbiome in a lethal mouse

- gammaherpesviral infection[J]. *Sci Rep*, 2020, 10(1): 2371.
- [32] 任小军, 陈英. 中医药调节肠道微生态的机理探讨[J]. 西部中医药, 2021, 34(11): 141-144.
- [33] 周荣荣, 张萌, 朱彦, 等. 含党参方剂的数据挖掘及防治胃肠道疾病的分子机制[J]. 药学学报, 2018, 53(9): 1422-1428.
- [34] 陈碰玉, 林蒙, 陈艳, 等. 新鲜生姜对幽门螺杆菌抑菌杀菌作用的实验研究[J]. 中医药通报, 2002, 1(1): 49-50.
- [35] 胡涛, 冯强, 王媛媛, 等. 橘皮苷通过调控 PI3K/Akt/NF- κ B 信号通路减轻重症急性胰腺炎大鼠肺损伤的实验研究[J]. 武警后勤学院学报(医学版), 2019, 28(9): 13-18.
- [36] 杨晓露, 刘朵, 卞卡, 等. 甘草总黄酮及其成分体外抗炎活性及机制研究[J]. 中国中药杂志, 2013, 38(1): 99-104.

华蟾素胶囊联合 XELOX 化疗对结直肠癌患者的临床疗效

李云¹, 贾丽博², 宋默³, 席姗姗⁴, 刘继攀^{3*}

(1. 衡水市人民医院普外二科, 河北衡水 053000; 2. 衡水市人民医院老年医学科, 河北衡水 053000; 3. 衡水市人民医院结直肠肛门外科, 河北衡水 053000; 4. 衡水市人民医院病案室, 河北衡水 053000)

摘要: 目的 探究华蟾素胶囊联合 XELOX 化疗对结直肠癌患者的临床疗效。方法 108 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 54 例, 对照组给予 XELOX 化疗, 观察组在对照组基础上加用华蟾素胶囊, 疗程 2 周。检测临床疗效、血清肿瘤标志物 (CEA、CA199、CA724)、免疫功能 (CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)、Wnt/ β -catenin 信号通路相关 mRNA (*Wnt3a*、 *β -catenin*、*c-myc*、*Cyclin D1*) 表达、不良反应发生率变化。结果 观察组客观缓解率高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组血清肿瘤标志物、CD8⁺、Wnt/ β -catenin 信号通路相关 mRNA 表达降低 ($P < 0.05$), CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 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 华蟾素胶囊联合 XELOX 化疗可安全有效地抑制结直肠癌患者 Wnt/ β -catenin 信号通路相关 mRNA 表达, 提高客观缓解率, 改善免疫功能, 降低肿瘤标志物水平。

关键词: 华蟾素胶囊; XELOX 化疗; 结直肠癌; 肿瘤标志物; 免疫功能

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2025)09-3162-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.09.054

结直肠癌是消化道常见的恶性肿瘤, 在恶性肿瘤和致死性癌症中分别排名第三和第二位。由于生活方式和饮食改变导致的环境风险因素增加是结直肠癌发病率升高的主要原因, 如吸烟、酗酒、不健康饮食、久坐行为、缺乏运动、肥胖等^[1]。约 25~30% 的结直肠癌病例与不可改变的危险因素有关, 如遗传因素、个人息肉或腺瘤病史、结直肠癌家族史或遗传风险^[2-3]。奥沙利铂联合卡培他滨 (XELOX) 方案是治疗高危 II 期、III 期、IV 期结直肠癌患者常用化疗方案, 但单纯使用 XELOX 方案可能会降低患者的免疫功能, 出现恶心呕吐、肝功能异常等不良反应, 严重影响患者的生活质量^[4]。

中医认为, 结直肠癌主要由饮食不节、情志不畅、脾胃虚弱等多种因素导致, 脾胃功能受损, 则精微化源亏虚, 以致气血生化之源匮乏, 脏腑功能失调, 正虚邪伏, 进而导致血瘀、浊毒内蕴等影响肠道气机, 肠道失于濡养, 日

久则生癌肿^[5-6]。华蟾素胶囊是一种由干蟾皮为主要成分的中药制剂, 具有调节免疫功能、抑制肿瘤作用。目前, 已有华蟾素胶囊被联合用于改善肺癌患者的免疫功能、延长生存期的报道^[7]。因此, 本研究旨在探究华蟾素胶囊联合 XELOX 化疗对结直肠癌患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022 年 1 月至 2024 年 1 月收治于衡水市人民医院的 108 例结直肠癌患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 54 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审批 (伦理号 2022114)。

1.2 纳入标准 ①符合西医结直肠癌诊断标准^[8]; ②符合中医脾胃虚弱证辨证标准^[9], 主证体倦乏力, 食少纳呆, 食后或午后腹胀, 大便异常; 次证面色萎黄, 神疲懒言, 腹痛绵绵, 恶心呕吐; 舌质淡, 苔薄白或白腻, 脉沉;

收稿日期: 2025-04-29

基金项目: 河北省 2021 年度医学科学研究课题计划项目 (20211322); 2024 年度河北省医学科学研究课题计划 (20241226)

作者简介: 李云 (1985—), 男, 主治医师, 从事结直肠肛门外科研究。Tel: 15803285518, E-mail: 315901484@qq.com

* 通信作者: 刘继攀 (1976—), 男, 硕士, 主任医师, 从事结直肠肛门外科研究。Tel: 13932856959