

宣肺通腑方对重症肺炎患者预后的影响

邵雪波 唐卫东 何燕燕 朱李俊 卢恩奎 陈琪

杭州市富阳区第一人民医院重症医学科, 浙江杭州 311400

通信作者: 陈琪, Email: katecheer@163.com

【摘要】 目的 观察宣肺通腑方对重症肺炎患者预后的影响。**方法** 选择 2022 年 6 月 1 日至 2024 年 4 月 1 日杭州市富阳区第一人民医院收治的 60 例重症肺炎患者作为研究对象。按随机数字表法将患者分为对照组 (31 例) 和观察组 (29 例)。患者入院后, 对照组进行西医常规治疗, 观察组在西医常规治疗基础上加用宣肺通腑方 [药物组成: 大黄 8 g (后下)、枳实 12 g、厚朴 12 g、藿香 10 g、紫苑 15 g、玄明粉 10 g (冲服), 每次浓煎成 150 mL 后服用], 每日 1 剂, 疗程为 5 d。观察两组治疗前后血清 C-反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT)、白细胞介素-6 (IL-6) 等炎症指标的变化, 并评估急性生理学及慢性健康状况评分 II (APACHE II)、序贯器官衰竭评分 (SOFA) 等疾病严重度指标情况和治疗后的临床疗效, 记录两组机械通气时间、重症监护病房 (ICU) 住院时间、总住院时间, 计算氧合指数 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$), 并统计 28 d 生存率。**结果** 两组治疗后 CRP、PCT、IL-6 等炎症指标水平及 APACHE II 和 SOFA 评分均较治疗前明显降低, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 较治疗前明显升高, 且观察组的变化较对照组更明显 [CRP (mg/L): 28 ± 17 比 50 ± 34 , PCT ($\mu\text{g/L}$): 2.0 ± 1.5 比 4.1 ± 2.7 , IL-6 (ng/L): 52 ± 28 比 97 ± 61 , APACHE II 评分 (分): 12.8 ± 5.1 比 16.1 ± 6.1 , SOFA (分): 3.9 ± 1.8 比 6.2 ± 2.7 , $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (mmHg, 1 mmHg ≈ 0.133 kPa): 302 ± 57 比 252 ± 85 , 均 $P < 0.05$]。观察组机械通气时间较对照组明显缩短 (d: 8.3 ± 3.8 比 11.4 ± 6.4 , $P < 0.05$), 临床总有效率较对照组明显提高 [82.76% (24/29) 比 54.84% (17/31), $P < 0.05$]。**结论** 宣肺通腑方联合西医常规治疗能有效提升重症肺炎的临床治疗效果, 并降低全身炎症反应, 利于器官功能恢复, 改善患者预后。

【关键词】 宣肺通腑方; 重症肺炎; 临床疗效; 预后

基金项目: 浙江省中医药科技计划项目 (2022ZA155)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.02.006

Effect of Xuanfei Tongfu formula on the prognosis of patients with severe pneumonia

Shao Xuebo, Tang Weidong, He Yanyan, Zhu Lijun, Lu Enkui, Chen Qi

Department of Critical Care Medicine, the First People's Hospital of Fuyang District, Hangzhou 311400, Zhejiang, China

Corresponding author: Chen Qi, Email: katecheer@163.com

【Abstract】 Objective To observe the effects of Xuanfei Tongfu formula on the prognosis of patients with severe pneumonia. **Methods** Sixty patients with severe pneumonia admitted to the First People's Hospital of Fuyang District, Hangzhou City from June 1, 2022 to April 1, 2024 were selected as the research subjects. Patients were divided into control group (31 cases) and observation group (29 cases) by randomly number table method. Upon hospital admission, the control group received conventional Western medicine treatment, while the observation group received Xuanfei Tongfu formula in addition to conventional Western medicine treatment [Rhubarb 8 g (decocted later), Aurantii Fructus Immaturus 12 g, Magnoliae Officinalis Cortex 12 g, Agastache Rugosa 10 g, Tatarian Aster Root 15 g, Natrii Sulfas Exsiccatus 10 g (dissolved in water), decocted to 150 mL each time and taken], once a day for 5 days. Observe the changes of inflammatory indicators such as serum levels of C-reactive protein (CRP), procalcitonin (PCT), interleukin-6 (IL-6) in both groups before and after treatment. To evaluate the severity indicators of diseases such as acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE II) and sequential organ failure assessment (SOFA), as well as the clinical efficacy after treatment. Record the duration of mechanical ventilation, intensive care unit (ICU) length of stay and total hospitalization length of the two groups, calculate the oxygenation index level, and statistically analyze the 28-day survival rate. **Results** Compared with before treatment, the levels of inflammatory indicators CRP, PCT, and IL-6, as well as the scores of APACHE II and SOFA in both groups were significantly lower than those after treatment, the oxygenation index was significantly higher than that before treatment, and the changes in the observation group were more obvious than those in the control group [CRP (mg/L): 28 ± 17 vs. 50 ± 34 , PCT ($\mu\text{g/L}$): 2.0 ± 1.5 vs. 4.1 ± 2.7 , IL-6 (ng/L): 52 ± 28 vs. 97 ± 61 , APACHE II score: 12.8 ± 5.1 vs. 16.1 ± 6.1 , SOFA score: 3.9 ± 1.8 vs. 6.2 ± 2.7 , oxygenation index (mmHg, 1 mmHg ≈ 0.133 kPa): 302 ± 57 vs. 252 ± 85 , all $P < 0.05$]. Compared with the control group, the observation group exhibited a markedly reduced duration of mechanical ventilation (days: 8.3 ± 3.8 vs. 11.4 ± 6.4 , $P < 0.05$), and a significantly higher total effective rate of clinical efficacy [82.76% (24/29) vs. 54.84% (17/31), $P < 0.05$]. **Conclusion** The application of Xuanfei Tongfu formula can effectively enhance the clinical treatment outcomes for severe pneumonia, reduce systemic inflammatory responses, promote organ function recovery, and improve the prognosis of patients.

【Key words】 Xuanfei Tongfu formula; Severe pneumonia; Clinical effect; Prognosis

Fund program: Zhejiang Provincial Traditional Chinese Medicine Science and Technology Plan Project (2022ZA155)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.02.006

重症肺炎是临床上呼吸系统疾病中极具代表性的危重症之一,主要由社区获得性肺炎(community-acquired pneumonia, CAP)和医院获得性肺炎(hospital acquired pneumonia, HAP)发展而来,常以高热、咳嗽、咳痰、呼吸困难等为临床表现,其病情进展可致全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)、感染性休克、甚至多器官功能障碍,最终导致患者死亡^[1-2]。数据资料表明,在全球人口的死因构成中,感染性疾病约占 30%,其中重症肺炎成为感染性疾病患者死亡的首位原因^[3-4]。因此,如何改善重症肺炎患者的临床预后结局,是呼吸危重症领域的重要攻关主题。

一直以来,临床上以抗菌药物为主的西医治疗作为主要手段,但其对重症肺炎的整体疗效未见显著的提升^[5-6]。近年来,中医药在现代医学体系中展现出独特价值,可作为西医治疗的有效补充。研究显示,中医药对于多种病因引发的肺部疾病有积极的治疗作用^[7-8]。其中,基于“肺与大肠相表里”理论指导的宣肺通腑方有宣降肺气、畅通腑气的效果,已有研究显示,其在多种肺脏、胃肠或二者交织疾病的治疗中具有良好的效果^[9-11]。本研究以重症肺炎患者为对象,选择宣肺通腑方作为传统西医的辅助治疗方式,观察宣肺通腑方对重症肺炎患者临床预后结局的影响,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选择 2022 年 6 月 1 日至 2024 年 4 月 1 日,本院重症监护病房(intensive care unit, ICU)因重症肺炎接受治疗的 60 例患者作为研究对象。

1.1.1 重症肺炎的诊断标准:参照美国感染病学会/美国胸科学会(Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society, IDSA/ATS)联合制订的重症肺炎诊断标准^[12],共包括 2 项主要标准和 9 项次要标准,符合下列 1 项主要标准或≥3 项次要标准者即可诊断。主要标准:①需行有创性机械通气治疗;②存在感染性休克,需采用血管活性药物治疗。次要标准:①呼吸频率≥30 次/min;②氧合指数($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$)≤250 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa);③有多肺叶浸润;④意识障碍和(或)定向力障碍;⑤血尿素氮(blood urea nitrogen, BUN)≥

7.14 mmol/L(20 mg/dL);⑥白细胞计数(white blood cell count, WBC) < $4 \times 10^9/\text{L}$;⑦血小板计数(platelet count, PLT) < $100 \times 10^9/\text{L}$;⑧体温 < 36℃;⑨低血压需要液体复苏。

1.1.2 纳入标准:①年龄≥18 岁;②符合重症肺炎的诊断标准;③患者或家属知情同意并签署知情告知书。

1.1.3 排除标准:①对宣肺通腑方成分过敏;②包括但不限于胃肠道梗阻、穿孔、严重的胃肠道出血、急性胰腺炎等;③拒绝经口或鼻饲服用宣肺通腑方;④妊娠或哺乳期女性。

1.1.4 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并通过本院临床研究医学伦理委员会审核批准(审批号:2021-024),对患者采取的治疗和检测均获得患者或家属的知情同意。

1.2 研究分组:按随机数字表法将患者分为对照组(31 例)和观察组(29 例)。对照组中男性 23 例、女性 8 例,年龄 27~90 岁、平均(76±15)岁;观察组中男性 22 例、女性 7 例,年龄 55~95 岁、平均(77±9)岁。两组患者性别、年龄等基线资料比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),说明两组资料均衡,有可比性。

1.3 治疗方法:两组患者入院后均进行生命体征监护及西医常规治疗的标准化流程。具体为:①抗菌药物治疗:根据病原菌种类和药敏试验结果选择合适的抗菌药物。抗菌药物使用剂量和疗程根据患者病情严重程度、临床反应进行调整。②机械通气治疗:初始设置潮气量为 6~8 mL/kg,呼吸频率为 12~20 次/min,吸入氧浓度根据患者氧合情况调整;根据患者血气分析和 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 及时调整机械通气参数,以维持患者的氧合和二氧化碳排出。③液体管理策略:维持患者液体平衡,避免过度输液或脱水。参照患者的中心静脉压、尿量、血压等指标,调整液体输入量和种类。同时根据实际情况给予化痰、平喘、营养支持、维护内环境稳定等西医常规治疗,并积极处理合并症和防治并发症。观察组在上述常规治疗基础上加用宣肺通腑方鼻饲或口服,每日 1 剂,连续治疗 5 d。宣肺通腑方配方:大黄 8 g(后下)、枳实 12 g、厚朴 12 g、藿香 10 g、紫苑 15 g、玄明粉 10 g(冲服),每日 1 剂,每次

浓煎成 150 mL 后服用。符合《中国药典》相关质量标准。

1.4 观察指标及方法：① 观察两组患者治疗前和治疗 5 d 后 PaO₂/FiO₂、C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、降钙素原(procalcitonin, PCT)、白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)等炎症指标的水平,并评估急性生理学与慢性健康状况评分Ⅱ(acute physiology and chronic health evaluation Ⅱ, APACHE Ⅱ)、序贯器官衰竭评分(sequential organ failure assessment, SOFA)等疾病严重程度指标。② 记录两组患者的机械通气时间、ICU 住院时间、总住院时间,并计算 28 d 生存率。③ 观察两组患者治疗后的临床疗效,并计算总有效率。临床疗效分为治愈、显效、有效、无效,其中治愈为患者治疗后咳嗽、发热等症状彻底消失,影像学显示肺部病灶完全吸收, WBC 正常;显效为治疗后上述症状明显改善,胸部影像学显示肺部病灶基本吸收, WBC 基本正常;有效为患者治疗后上述症状有所减轻,胸部影像学显示肺部病灶有所吸收, WBC 有所下降;无效为患者治疗后上述症状、影像学等均无明显改善,病情甚至加重。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.5 统计学方法：使用 SPSS 24.0 统计软件分析数据。计量资料符合正态分布以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。在对计量资料进行统计分析前,首先采用 Shapiro-Wilk 检验对数据分布进行正态性检验。若数据服从正态分布,则进一步进行方差齐性检验,即 Levene 检验。若方差齐性检验结果显示方差齐性,则采用两独立样本 *t* 检验进行组间比较;若方差不齐,则采用 Welch's *t* 检验进行组间比较。计数资料以例(率)表示,采用 χ^2 检验。当样本量较小时,如总例数<40 或存在理论频数<5 的情况,则采用 Fisher 确切概率法。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者炎症指标水平的比较(表 1):治疗前,两组患者 CRP、PCT、IL-6 水平比较差异均无统计学意义(均 *P*>0.05)。治疗 5 d 后,观察组患者上述炎症指标水平均较治疗前明显降低,且观察组明显低于对照组(均 *P*<0.05)。

2.2 两组患者疾病严重程度的比较(表 2):治疗前,两组 APACHE Ⅱ、SOFA 等疾病严重度评估指标比较差异均无统计学意义(均 *P*>0.05)。治疗 5 d

后,观察组上述疾病严重度评分均较治疗前明显降,且观察组明显低于对照组(均 *P*<0.05)。

表 1 不同治疗方法两组重症肺炎患者治疗前后炎症指标水平的比较 ($\bar{x} \pm s$)								
组别	例数 (例)	CRP(mg/L)		PCT(μ g/L)		IL-6(ng/L)		
		治疗前	治疗 5 d 后	治疗前	治疗 5 d 后	治疗前	治疗 5 d 后	
对照组	31	72 $\pm$ 41	50 $\pm$ 34 ^a	8.2 $\pm$ 5.0	4.1 $\pm$ 2.7 ^a	347 $\pm$ 248	97 $\pm$ 61 ^a	
观察组	29	74 $\pm$ 41	28 $\pm$ 17 ^a	7.6 $\pm$ 4.6	2.0 $\pm$ 1.5 ^a	362 $\pm$ 223 ^a	52 $\pm$ 28 ^a	
<i>t</i> 值		0.173	-3.103	-0.534	-3.630	0.240	-3.584	
<i>P</i> 值		0.863	0.003	0.595	0.001	0.811	0.001	

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05

表 2 不同治疗方法两组重症肺炎患者治疗前后疾病严重程度评分的比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数 (例)	APACHE Ⅱ 评分(分)		SOFA 评分(分)	
		治疗前	治疗 5 d 后	治疗前	治疗 5 d 后
对照组	31	21.2±6.1	16.1±6.1 ^a	10.6±4.8	6.2±2.7 ^a
观察组	29	19.9±6.5	12.8±5.1 ^a	10.9±4.9	3.9±1.8 ^a
<i>t</i> 值		-0.756	-2.312	0.224	-3.734
<i>P</i> 值		0.453	0.024	0.824	<0.001

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05

2.3 两组 PaO₂/FiO₂ 和机械通气时间的比较(表 3):治疗前,两组 PaO₂/FiO₂ 比较差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗 5 d 后,两组 PaO₂/FiO₂ 均较对照组明显升高,且观察组治疗后 PaO₂/FiO₂ 水平明显高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。此外,观察组机械通气时间较对照组明显缩短(*P*<0.05)。

表 3 不同治疗方法两组重症肺炎患者 PaO ₂ /FiO ₂ 和机械通气时间的比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	例数 (例)	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)		机械通气 时间(d)
		治疗前	治疗后 5 d	
对照组	31	176±51	252±85 ^a	11.4±6.4
观察组	29	168±41	302±57 ^a	8.3±3.8
<i>t</i> 值		-0.682	2.653	-2.217
<i>P</i> 值		0.498	0.010	0.031

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05;1 mmHg≈0.133 kPa

2.4 两组患者住院时间与结局的比较(表 4):治疗后,观察组 ICU 住院时间和总住院时间均较对照组明显缩短,28 d 生存率较对照组明显升高(均 *P*<0.05)。

表 4 不同治疗方法两组重症肺炎患者住院时间和生存结局的比较				
组别	例数 (例)	ICU 住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	总住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	28 d 生存率 [% (例)]
对照组	31	13.2±4.3	19.4±5.3	48.39 (15)
观察组	29	10.0±4.2	15.9±6.4	75.86 (22)
<i>t</i> / χ^2 值		-2.835	-2.304	4.785
<i>P</i> 值		0.006	0.025	0.029

2.5 两组临床疗效的比较(表 5): 观察组临床总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 5 不同治疗方法两组重症肺炎患者临床疗效比较

组别	例数 (例)	临床疗效(例)				总有效率 [% (例)]
		治愈	显效	有效	无效	
对照组	31	1	2	14	14	54.84 (17)
观察组	29	2	2	20	5	82.76 (24)
χ^2 值						5.398
P 值						0.020

3 讨 论

在中医学中, 肺部感染属“咳嗽”“喘证”“肺痛”“肺热病”“风温肺热病”等的范畴, 其进展为重症肺炎后的主要病机为风寒热毒之邪侵袭肺卫, 使肺失宣降, 再加上患者自身体质较差, 导致痰热壅肺、痰瘀互结、痰热腑实、邪陷心包、气阴两伤、正虚喘脱等^[13]。另外, 中医学认为肺与大肠相表里, 二者在生理上相互联系, 同时在病理上亦相互影响, 故在二者病损时, 其治疗当从肺与大肠同治, 上治以肃肺气, 下治以行气导滞, 从而使腑气通、肺气肃, 即为宣肺通腑之法^[14]。其中, 宣肺通腑法的代表方之一宣肺通腑方具有宣肺通腑、清泻热结的功效, 能使肺气得宣、腑气畅通, 专治肺与大肠的同病证。该方以大承气汤为基础, 荡涤肠胃邪实积聚, 兼清肺胃肠腑之热; 藿香与紫苑合用同走肺肠, 清肺化痰, 润肺下气, 祛痰止咳, 兼能芳香化浊; 六药合用能宣肃肺气, 清肺化痰, 攻下腑实, 是脏腑合治法的体现^[15]。此外, 近年来的研究为宣肺通腑方抗炎机制的探讨提供了科学依据。现代药理学研究表明, 宣肺通腑方中的大黄有抗炎、免疫调节等作用, 其有效成分大黄素可通过抑制核转录因子- κ B (nuclear factor- κ B, NF- κ B) 信号通路, 减少炎症因子的释放, 从而减轻肺部炎症反应。此外, 方中的紫苑、玄明粉等药物也有一定的抗炎、抗氧化作用, 能协同增强方剂的抗炎效果。一项体外实验研究表明, 大黄提取物能明显抑制脂多糖 (lipopolysaccharide, LPS) 诱导的 RAW264.7 细胞中 TNF- α 、IL-6 等的表达, 并呈剂量依赖性。另有动物实验表明, 宣肺通腑方能降低脓毒症模型小鼠血清 TNF- α 、IL-1 β 等炎症因子水平, 减轻肺组织病理学损伤, 改善肺功能。综上所述, 目前, 基于“肺与大肠相表里”理论指导的宣肺通腑方, 已在多种原因所致的肺脏疾病中表现出良好的临床应用效果。

在实验研究中, 目前主要聚焦于宣肺通腑方

在脓毒症所致肺损伤中的治疗应用探讨, 其中荆志强等^[16]利用盲肠结扎穿孔术 (cecal ligation and puncture, CLP) 建立脓毒症肺损伤大鼠模型, 结果表明, 宣肺通腑方能降低机体内毒素含量及炎症指标 PCT 水平, 改善肺脏通气和换气能力, 减轻肺组织的病理学损伤程度。在临床研究中, 宣肺通腑方已被证实对脓毒症肺损伤、CAP 等多种肺脏疾病有积极的治疗作用。秦霞等^[9]选择 100 例脓毒症肺损伤患者进行研究, 结果表明, 宣肺通腑方结合常规西医治疗能明显降低机体内 CRP、PCT、IL-6 等炎症因子的水平, 通过抑制炎症反应进而改善患者的呼吸功能, 缩短机械通气时间, 提高肺损伤的临床治疗有效率。王亚坤等^[10]入组 100 例急性肺损伤合并胃肠功能障碍患者, 观察宣肺通腑方对该类患者胃肠功能障碍的影响, 结果表明, 宣肺通腑方在降低机体内 TNF- α 、IL-6 和 IL-1 β 等炎症因子水平的同时, 能有效改善胃肠功能状态。姜潇等^[17]入组 60 例 CAP 患者, 结果表明, 宣肺通腑方联合西医治疗能有效降低机体内炎症指标水平, 减轻肺部感染的严重程度。杨运等^[18]入组 80 例肺炎支原体肺炎患儿, 研究同样表明, 通腑宣肺方能有效治疗支原体肺炎所致的痰热闭肺证, 从而明显缓解患者的临床症状。上述研究不仅突显了宣肺通腑方的多靶点效应, 也为其在重症肺炎中的应用提供了更坚实的理论依据。

本研究基于通腑宣肺方在上述多种肺部疾病治疗中的研究证据, 拟从临床结局、临床疗效、炎症指标、疾病严重程度、住院时间等方面, 探讨该方对重症肺炎患者的疗效。本研究排除了混杂因素对结果的干扰, 通过基线数据对比显示, 两组患者 APACHE II、SOFA 评分等关键预后影响因素上差异均无统计学意义。在加用宣肺通腑方鼻饲或口服治疗后, 观察组 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 明显高于对照组, 但机械通气时间较对照组患者明显缩短, 临床总有效率较对照组明显提高, 说明宣肺通腑方能辅助提升西医常规治疗对重症肺炎的临床疗效。进一步分析表明, 两组有效患者数的差异是导致总有效率差异的主要原因, 而治愈和显效患者数的差异相对较小。这一现象提示, 宣肺通腑方可能在促进患者病情整体好转方面有一定的优势, 即使不能完全治愈或显效, 也使患者的症状得到一定程度缓解, 从而提高总有效率。另外, 观察组患者治疗 5 d 后 CRP、PCT、IL-6 等血清炎症指标水平均明显低于对照组, 说明宣肺

通腑方能有效降低重症肺炎患者的炎症反应。虽然存在两组标准差差异过大的问题,本研究对其进行了深入分析,可能的原因之一是由于患者个体差异较大以及自身免疫系统的特点或基础疾病的影响,导致部分患者对治疗的反应不同,治疗后炎症指标的下降程度也存在较大差异,在未来的研究中可以通过增加样本量进一步验证此结果。此外,观察组患者治疗 5 d 后 APACHE II、SOFA 等疾病严重度评分明显低于对照组,说明宣肺通腑方有降低重症肺炎患者继发全身多器官功能障碍的风险。最后,观察组 ICU 住院时间和总住院时间较对照组明显缩短,28 d 生存率较对照组明显提高,说明宣肺通腑方有缩短重症肺炎患者治疗病程并改善其生存预后结局的作用。

本研究结果为进一步探索宣肺通腑方的作用机制和临床应用提供了重要依据。然而,本研究也存在一定的局限性。首先,样本量相对较少可能会影响研究结果的稳定性和可靠性。其次,这是一项单中心研究,可能存在一定的选择偏倚。最后,研究的随访时间相对较短,对于患者的长期预后和生存质量评估不充分。因此,未来的研究可以考虑增加样本量,开展多中心临床试验以进一步验证宣肺通腑方的临床疗效和安全性。同时,延长随访时间,对患者的长期预后进行更全面地评估,包括生存质量、复发率等方面。此外,结合现代分子生物学技术,深入探讨宣肺通腑方在分子水平上的作用机制,如对炎症信号通路的调控和免疫细胞功能的影响等,将有助于更好地了解其药理学作用,从而为临床应用提供更坚实的理论基础。

综上所述,在西医常规治疗基础上加用宣肺通腑方有利于提升重症肺炎患者的临床治疗效果,减轻全身炎症反应,并促进器官功能恢复及生存预后的改善。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 罗振会. 抗生素降阶梯疗法治疗重症肺炎患者的临床疗效及安全性[J]. 中国药物经济学, 2018, 13 (6): 55-57. DOI: 10.12010/j.issn.1673-5846.2018.06.013.
- [2] Garg M, Johri S, Sagar S, et al. Cardiolipin-mediated PPAR γ S112 phosphorylation impairs IL-10 production and inflammation resolution during bacterial pneumonia [J]. Cell Rep, 2021, 34 (6): 108736. DOI: 10.1016/j.celrep.2021.108736.
- [3] Fang Q, Zhao X. Clinical effect of combined ulinastatin and continuous renal replacement therapy on management of severe sepsis with acute kidney injury [J]. Trop J Pharm Res, 2017, 16 (4): 925-930. DOI: 10.4314/tjpr.v16i4.26.
- [4] 徐丹. 哌拉西林联合鱼油脂肪乳剂治疗重症医院获得性肺炎 64 例临床评价[J]. 中国药业, 2017, 26 (16): 49-51. DOI: 10.3969/j.issn.1006-4931.2017.16.016.
- [5] 马盛优, 吴聪. 重症肺炎的治疗研究进展[J]. 内科, 2019, 14 (2): 204-207. DOI: 10.16121/j.cnki.cn45-1347/r.2019.02.23.
- [6] 陈艳. 急性肺损伤治疗措施的研究进展[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40 (1): 157-161. DOI: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.01.027.
- [7] 王朝霞, 范铁兵. 中医药治疗重症肺炎的研究进展[J]. 中国中医急症, 2020, 29 (5): 930-932. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2020.05.053.
- [8] 李文龙, 张彪. 中药注射剂治疗成年人重症肺炎的研究进展[J]. 临床合理用药, 2023, 16 (36): 176-178. DOI: 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2023.36.049.
- [9] 秦霞, 王晶, 周丹, 等. 通腑宣肺汤辅助治疗脓毒症致急性肺损伤的疗效及对血清炎症指标的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32 (16): 2277-2281. DOI: 10.3969/j.issn.1008-8849.2023.16.016.
- [10] 王亚坤, 余利美, 陈云, 等. 宣肺通腑方干预急性肺损伤患者胃肠功能紊乱的临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33 (4): 666-669. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.04.025.
- [11] 屈毓敏, 张蕊. 宣肺通腑法联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的临床观察[J]. 中国医药导报, 2014, 11 (17): 89-92.
- [12] Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults [J]. Clin Infect Dis, 2007, 44 (Suppl 2): S27-S72. DOI: 10.1086/511159.
- [13] 彭坤, 宋远瑛, 杨毅. 中医药治疗风湿肺热病临床文献回顾性分析[J]. 山东中医杂志, 2019, 38 (7): 632-637. DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2019.07.006.
- [14] 李志军, 李银平, 王今达. 肺与大肠相表里学说与多器官功能障碍综合征[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11 (3): 131-132. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2004.03.002.
- [15] 常雯茜, 徐占兴. 从“肺与大肠相表里”论泻下法在重症肺炎中的应用[J]. 中国中医急症, 2016, 25 (4): 647-649. DOI: 10.3969/j.issn.1004-745X.2016.04.026.
- [16] 荆志强, 魏维强, 谷俊, 等. 通腑宣肺汤对脓毒症急性肺损伤大鼠保护机制的研究[J]. 陕西中医, 2019, 40 (8): 987-989, 994. DOI: 10.3969/j.issn.1000-7369.2019.08.001.
- [17] 姜潇, 华文山. 宣肺通腑法辅助社区获得性肺炎痰热壅肺型临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40 (6): 1167-1170.
- [18] 杨运, 胡玲芝, 管莎莎. 通腑宣肺汤加味治疗儿童肺炎支原体肺炎痰热闭肺证临床研究[J]. 新中医, 2024, 56 (3): 99-103. DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2024.03.020.

(收稿日期: 2025-03-26)

(责任编辑: 邸美仙)

• 更正 •

《中国中西医结合急救杂志》2025 年 2 月第 32 卷第 1 期的《宏基因组二代测序对感染性疾病患儿的病原学诊断价值及临床特征分析》一文中,作者姜琦俊的单位信息由杭州市红十字会医院更正为浙江中医药大学第二临床医学院。特此说明。

本刊编辑部