

蒙药桑塔乐 -25 治疗重症肺炎的临床疗效

乌云必力格¹ 巴特金¹ 包巴根那¹ 文锋¹ 赵彤¹

白雪松¹ 玉桥¹ 徐张杰² 李婧² 青格勒¹

¹ 内蒙古自治区国际蒙医医院, 内蒙古自治区呼和浩特市 010065; ² 内蒙古医科大学, 内蒙古自治区呼和浩特市 010010

通信作者: 青格勒, Email: 14794814375@163.com

【摘要】 目的 观察蒙药桑塔乐 -25 治疗重症细菌性肺炎的临床疗效及安全性。**方法** 选择 2023 年 4 月至 2025 年 4 月内蒙古自治区国际蒙医医院急危重症诊疗中心、呼吸科、肺病科住院的 90 例重症细菌性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和试验组, 每组 45 例。对照组在西医常规治疗基础上静脉滴注(静滴)注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠和盐酸氨溴索注射液; 试验组在对照组基础上给予蒙药桑塔乐 -25 治疗, 两组疗程均为 2 周。比较两组治疗后炎症指标[C-反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞计数(WBC)]、蒙医症状积分、肺功能指标[第 1 秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)]、临床肺部感染评分(CPIS)、急性生理学与慢性健康状况评分 II(APACHE II)、机械通气时间、重症监护病房(ICU)住院时间、临床疗效及不良反应发生率的差异。**结果** 治疗后, 两组炎症指标(CRP、PCT、WBC、IL-6)、肺功能指标(FEV1、FEV1/FVC)、蒙医症状积分、CPIS 评分、APACHE II 评分均较治疗前明显改善[对照组: CRP(mg/L) 为 34.39 ± 6.09 比 84.35 ± 24.64 , PCT(mg/L) 为 2.08 ± 0.60 比 4.97 ± 0.55 , WBC($\times 10^9/L$) 为 8.84 ± 1.15 比 12.97 ± 1.06 , IL-6(ng/L) 为 0.96 ± 0.54 比 5.55 ± 0.85 , FEV1(L) 为 1.60 ± 0.43 比 1.12 ± 0.37 , FEV1/FVC 为 $(69.34 \pm 2.36)\%$ 比 $(50.00 \pm 3.19)\%$, 咳嗽/咳痰积分(分) 为 5.48 ± 1.21 比 9.60 ± 1.67 , 发热/烦躁积分(分) 为 4.55 ± 1.45 比 8.40 ± 1.61 , CPIS 评分(分) 为 5.06 ± 1.28 比 9.13 ± 1.30 , APACHE II 评分(分) 为 9.33 ± 1.52 比 24.22 ± 2.68 ; 试验组: CRP(mg/L) 为 23.39 ± 4.98 比 85.50 ± 26.86 , PCT(mg/L) 为 1.60 ± 0.76 比 4.90 ± 0.59 , WBC($\times 10^9/L$) 为 7.88 ± 1.34 比 12.93 ± 1.19 , IL-6(ng/L) 为 0.61 ± 0.37 比 5.58 ± 0.84 , FEV1(L) 为 2.00 ± 0.56 比 1.07 ± 0.47 , FEV1/FVC 为 $(76.96 \pm 4.73)\%$ 比 $(50.37 \pm 2.75)\%$, 咳嗽/咳痰积分(分) 为 3.95 ± 1.38 比 9.62 ± 1.77 , 发热/烦躁积分(分) 为 3.53 ± 1.34 比 8.33 ± 1.67 , CPIS 评分(分) 为 4.04 ± 1.34 比 9.02 ± 1.32 , APACHE II 评分(分) 为 6.40 ± 1.97 比 23.42 ± 2.45 ; 均 $P < 0.05$], 且试验组的改善程度较对照组更明显[CRP(mg/L): 23.39 ± 4.98 比 34.39 ± 6.09 , PCT(mg/L): 1.60 ± 0.76 比 2.08 ± 0.60 , WBC($\times 10^9/L$): 7.88 ± 1.34 比 8.84 ± 1.15 , IL-6(ng/L): 0.61 ± 0.37 比 0.96 ± 0.54 , FEV1(L): 2.00 ± 0.56 比 1.60 ± 0.43 , FEV1/FVC: $(76.96 \pm 4.73)\%$ 比 $(69.34 \pm 2.36)\%$, 咳嗽/咳痰积分(分): 3.95 ± 1.38 比 5.48 ± 1.21 , 发热/烦躁积分(分): 3.53 ± 1.34 比 4.55 ± 1.45 , CPIS 评分(分): 4.04 ± 1.34 比 5.06 ± 1.28 , APACHE II 评分(分): 6.40 ± 1.97 比 9.33 ± 1.52 , 均 $P < 0.05$]。试验组机械通气时间、ICU 住院时间均较对照组明显缩短[机械通气时间(d): 3.15 ± 1.08 比 3.97 ± 1.54 , ICU 住院时间(d): 8.75 ± 2.10 比 9.93 ± 2.29 , 均 $P < 0.05$], 临床总有效率较对照组明显升高[93.33% ($42/45$) 比 82.22% ($37/45$), $P < 0.05$]。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义。**结论** 蒙药桑塔乐 -25 能降低重症肺炎患者炎症指标和蒙医症状积分, 改善肺功能, 缓解临床症状, 缩短机械通气时间和 ICU 住院时间。

【关键词】 蒙药桑塔乐 -25; 重症肺炎; 肺功能; 临床疗效

基金项目: 内蒙古自治区蒙医药学会科研项目(MXK-125)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.04.009

Clinical efficacy of mongolian medicine Sangtale-25 in the treatment of severe pneumonia

Wuyunbilige¹, Batejin¹, Bao Bagenna¹, Wen Feng¹, Zhao Tong¹, Bai Xuesong¹, Yu Qiao¹, Xu Zhangjie², Li Jing², Qinggele¹

¹International Mongolian Hospital of Inner Mongolia Autonomous Region, Hohhot 010065, Inner Mongolia Autonomous Region, China; ²Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010010, Inner Mongolia Autonomous Region, China

Corresponding author: Qinggele, Email: 14794814375@163.com

【Abstract】 Objective To investigate the clinical efficacy and safety of the Mongolian medicine Sangtale-25 in the treatment of severe bacterial pneumonia. **Methods** A total of 90 patients with severe bacterial pneumonia who were hospitalized in the emergency and critical care center, department of respiratory medicine, and department of pulmonary diseases of International Mongolian Hospital of Inner Mongolia Autonomous Region from April 2023 to April 2025 were enrolled as research subjects. The patients were randomly assigned to a control group and a experimental group using a random number table, with 45 patients in each. The control group received conventional Western medical treatment combined with intravenous injection of cefoperazone sodium/sulbactam sodium and ambroxol hydrochloride. On this basis, the treatment group additionally received Sangtale-25. Both groups were treated for 2 weeks. The differences in inflammatory markers, including C-reactive protein (CRP), procalcitonin (PCT), interleukin-6 (IL-6),

and white blood cell count (WBC), Mongolian medicine syndrome scores, pulmonary function parameters [forced expiratory volume in one second (FEV1) and forced vital capacity (FVC)], clinical pulmonary infection score (CPIS), acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE II) score, duration of mechanical ventilation, length of intensive care unit (ICU) stay, clinical efficacy, and incidence of adverse reactions were compared between the two groups after treatment. **Results** After treatment, inflammatory markers (CRP, PCT, WBC, and IL-6), pulmonary function parameters (FEV1 and FEV1/FVC), Mongolian medicine syndrome scores, CPIS, and APACHE II scores were significantly improved in both groups compared with those before treatment [control group: CRP (mg/L) was 34.39 ± 6.09 vs. 84.35 ± 24.64 , PCT (mg/L) was 2.08 ± 0.60 vs. 4.97 ± 0.55 , WBC ($\times 10^9/L$) was 8.84 ± 1.15 vs. 12.97 ± 1.06 , IL-6 (ng/L) was 0.96 ± 0.54 vs. 5.55 ± 0.85 , FEV1 (L) was 1.60 ± 0.43 vs. 1.12 ± 0.37 , FEV1/FVC was $(69.34 \pm 2.36)\%$ vs. $(50.00 \pm 3.19)\%$, cough/sputum score was 5.48 ± 1.21 vs. 9.60 ± 1.67 , fever/irritation score was 4.55 ± 1.45 vs. 8.40 ± 1.61 , CPIS score was 5.06 ± 1.28 vs. 9.13 ± 1.30 , APACHE II score was 9.33 ± 1.52 vs. 24.22 ± 2.68 ; experimental group: CRP (mg/L) was 23.39 ± 4.98 vs. 85.50 ± 26.86 , PCT (mg/L) was 1.60 ± 0.76 vs. 4.90 ± 0.59 , WBC ($\times 10^9/L$) was 7.88 ± 1.34 vs. 12.93 ± 1.19 , IL-6 (ng/L) was 0.61 ± 0.37 vs. 5.58 ± 0.84 , FEV1 (L) was 2.00 ± 0.56 vs. 1.07 ± 0.47 , FEV1/FVC was $(76.96 \pm 4.73)\%$ vs. $(50.37 \pm 2.75)\%$, cough/sputum score was 3.95 ± 1.38 vs. 9.62 ± 1.77 , fever/irritation score was 3.53 ± 1.34 vs. 8.33 ± 1.67 , CPIS score was 4.04 ± 1.34 vs. 9.02 ± 1.32 , APACHE II score was 6.40 ± 1.97 vs. 23.42 ± 2.45 ; all $P < 0.05$], and the improvement degree of the experimental group was more significant than that of the control group [CRP (mg/L): 23.39 ± 4.98 vs. 34.39 ± 6.09 , PCT (mg/L): 1.60 ± 0.76 vs. 2.08 ± 0.60 , WBC ($\times 10^9/L$): 7.88 ± 1.34 vs. 8.84 ± 1.15 , IL-6 (ng/L): 0.61 ± 0.37 vs. 0.96 ± 0.54 , FEV1 (L): 2.00 ± 0.56 vs. 1.60 ± 0.43 , FEV1/FVC: $(76.96 \pm 4.73)\%$ vs. $(69.34 \pm 2.36)\%$; cough/sputum score: 3.95 ± 1.38 vs. 5.48 ± 1.21 ; fever/irritation score: 3.53 ± 1.34 vs. 4.55 ± 1.45 ; CPIS: 4.04 ± 1.34 vs. 5.06 ± 1.28 ; APACHE II score: 6.40 ± 1.97 vs. 9.33 ± 1.52 ; all $P < 0.05$]. The duration of mechanical ventilation and length of ICU stay were significantly shorter in the treatment group than those in the control group [duration of mechanical ventilation (days): 3.15 ± 1.08 vs. 3.97 ± 1.54 , ICU stay (days): 8.75 ± 2.10 vs. 9.93 ± 2.29 ; both $P < 0.05$]. The overall response rate was significantly higher in the treatment group than in the control group [93.33% (42/45) vs. 82.22% (37/45), $P < 0.05$]. There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups. **Conclusions** Mongolian medicine Santale-25 in the treatment of severe pneumonia can reduce inflammatory markers and Mongolian medicine syndrome manifestations in patients, improve pulmonary function, alleviate clinical symptoms, and shorten the duration of mechanical ventilation and ICU stay, thereby improving overall clinical efficacy.

【Key words】 Mongolian medicine Santale-25; Severe bacterial pneumonia; Pulmonary function; Clinical efficacy

Fund program: Scientific Research Project of the Inner Mongolia Autonomous Region Association of Mongolian Medicine (MXK-125)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.04.009

重症肺炎是病原体感染宿主产生强烈的免疫应答和氧化应激,使血管内皮细胞和肺泡损伤,进而引起急性呼吸窘迫综合征 (acute respiratory distress syndrome, ARDS) 为代表的肺部炎症性疾病^[1-3],是重症监护病房 (intensive care unit, ICU) 常见疾病,常伴有咳嗽、发热、呼吸困难、呼吸衰竭甚至休克,发病机制复杂,易发生多重耐药,病死率较高^[4]。临床治疗重症肺炎主要使用机械通气、抗炎、抗菌、化痰等方法^[5]。

蒙医学认为,肺炎属“肺热症”“肺刺痛”范畴,因致病六因赫依(气),希拉(热),巴达干(寒),齐素(血),希拉乌苏(多余的体液、关节液、积液),浩如海(虫、细菌、病毒)中齐素希拉(血热)热过盛,损伤肺脏,阻碍肺部赫依齐素(气血)的运行,引起局部体素(三根七素:三根为赫依、希拉、巴达干,七素:饮食精华、血、肉、脂、骨、骨髓、精液)损伤^[6-8],治疗主要以通赫依齐素、止痛、平衡三根为原则,常用蒙药桑塔乐-25 作为首选方剂,具有干燥肺脓、祛肺

热、止咳化痰等作用,临床应用多年,疗效显著^[9],常用于治疗黏肺刺痛(细菌性肺炎)、大叶性肺炎、支气管扩张、咳血咳痰、肺脓肿、肺结核等,本研究通过观察蒙药桑塔乐-25 治疗重症肺炎的临床疗效,为临床治疗提供新的思路。

1 资料和方法

1.1 研究对象:选择 2023 年 4 月至 2025 年 4 月内 蒙古自治区国际蒙医医院急危重症诊疗中心、呼吸与危重病医学科及肺病科收治的 90 例重症细菌性肺炎住院患者作为研究对象。

1.1.1 诊断方法:参考《中国急诊重症肺炎临床实践专家共识》^[10]的标准,具体包括患者出现发热与咳嗽症状,体格检查时确认肺部有固定啰音,影像学检查显示肺炎特征,并且具备 1 项主要标准或同时具备 3 项以上次要标准即可确诊为重症细菌性肺炎。同时符合《蒙医病症诊断疗效标准》^[11]中肺刺痛症症状表现:发热烦躁、咳嗽、痰多、呼吸困难、胸部刺痛、小便赤黄、脉促。

主要标准(满足 1 项):① 需要气管插管和机械通气;② 感染性休克时给予积极体液复苏后还需要血管活性药物维持血压。次要标准(符合 ≥ 3 项):① 呼吸频率 ≥ 30 次/min;② 氧合指数(oxygenation index, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) ≤ 250 mmHg(1 mmHg ≈ 0.133 kPa);③ 多个肺叶炎症浸润;④ 意识障碍或定向力障碍;⑤ 血尿素氮(blood urea nitrogen, BUN) ≥ 7.1 mmol/L;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 $< 36^\circ\text{C}$ 。

1.1.2 纳入标准:① 符合上述重症肺炎诊断标准中主要标准和次要标准的;② 符合《蒙医病症诊断疗效标准》^[11]的肺刺痛症诊断标准;③ 首次确诊;④ 就诊前 14 d 内未使用抗凝类药物;⑤ 既往无喘息病史;⑥ 年龄 18~80 岁;⑦ 患者或家属签署知情同意书。

1.1.3 排除标准:① 对蒙药成分过敏;② 伴有肝功能和肾功能严重异常;③ 有精神类疾病,且口服精神类药物,不能配合本次治疗;④ 患有肿瘤且发生转移,有生命危险;⑤ 住院期间死亡。

1.1.4 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并经内蒙古自治区国际蒙医医院伦理委员会批准(审批号:2024-079),对患者采取的治疗和检测均获得患者或家属知情同意。

1.2 研究分组:采用随机数字表法将患者分为对照组和试验组,每组 45 例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$;表 1),说明两组资料均衡,有可比性。

表 1 两组重症细菌性肺炎住院患者一般资料比较

组别	例数 (例)	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男性	女性		
对照组	45	28	17	58.60 $\pm$ 10.56	6.82 $\pm$ 1.91
试验组	45	25	20	60.68 $\pm$ 10.47	6.04 $\pm$ 2.67
统计量值		$\chi^2=0.413$		$t=-0.889$	$t=2.514$
P 值		0.520		0.379	0.116

1.3 治疗方法:两组患者在入院后均给予吸氧、抗炎、补液、止咳、机械排痰等基础西医治疗,疗程均为 2 周。

1.3.1 对照组:给予抗菌药物,将注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠(生产批号:8206441,国药准字 H2002597,头孢哌酮 1.034 g,舒巴坦 0.554 g)3 g 与 250 mL 0.9% 氯化钠注射液混匀后静脉滴注(静滴),每 8 h 1 次;盐酸氨溴索注射液(生产批号:

20230104B,国药准字 J20140032,每支 15 mg)30 mg 与 250 mL 0.9% 氯化钠注射液混匀后静滴,每 12 h 1 次,疗程为 14 d。

1.3.2 试验组:在对照组治疗基础上加用桑塔乐-25 治疗,每次 15 粒,每 12 h 通过口服或鼻饲管给药 1 次。疗程为 14 d。

1.4 观察指标及方法

1.4.1 炎症因子水平测定:采集晨起空腹肘静脉血 2 mL,以 3 000 r/min 离心 10 min(离心半径为 10 cm)后取上清液,采用酶联免疫吸附试验(enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA)检测 C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、降钙素原(procalcitonin, PCT)及白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)水平。另取经抗凝处理的全血样本,采用全自动血细胞分析仪检测 WBC 水平。

1.4.2 肺功能指标测定:采用高精度肺功能测定设备,依照标准流程测定第 1 秒用力呼气容积(forced expiratory volume in one second, FEV1)和用力肺活量(forced vital capacity, FVC),计算 FEV1/FVC 比值。

1.4.3 蒙医症状积分评估:咳嗽和咳痰、发热及烦躁程度等核心体征,依据无、轻微、中等、严重分为 4 级,分别赋以 0、2、4、6 分,计算各症状的累计分值,分数越高反映病情的严重程度越重。

1.4.4 病情严重程度评估:观察两组患者临床肺部感染评分(clinical pulmonary infection score, CPIS)、急性生理学与慢性健康状况评分(acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II)评估患者的病情严重程度。

1.4.5 预后指标:比较两组患者机械通气时间、ICU 住院时间、不良反应发生率的差异。

1.4.6 临床疗效:治疗后患者胸部计算机断层扫描(computed tomography, CT)显示炎症明显吸收,咳嗽、咳痰、发热、烦躁等症状明显缓解或消失评价为显效;炎症吸收良好,咳嗽、咳痰、发热、烦躁等临床症状显著缓解评价为有效;炎症吸收和所有临床症状无明显变化为无效。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法:使用 SPSS 26.0 统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以例(率)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后炎症指标比较(表 2):治

疗前两组 CRP、PCT、WBC、IL-6 比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$), 治疗后两组各炎症指标均较治疗前明显降低, 且以试验组的降低程度更明显(均 $P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后肺功能指标比较(表 3): 治疗前两组 FEV1、FEV1/FVC 比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$), 治疗后两组 FEV1、FEV1/FVC 均较治疗前明显升高, 且以试验组的升高程度更明显(均 $P<0.05$)。

表 3 两组重症细菌性肺炎住院患者治疗前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数 (例)	FEV1(L)		FEV1/FVC(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	1.12 $\pm$ 0.37	1.60 $\pm$ 0.43 ^a	50.00 $\pm$ 3.19	69.34 $\pm$ 2.36 ^a
试验组	45	1.07 $\pm$ 0.47	2.00 $\pm$ 0.56 ^a	50.37 $\pm$ 2.75	76.96 $\pm$ 4.73 ^a
<i>t</i> 值		0.482	-3.603	-0.574	-9.357
<i>P</i> 值		0.632	0.001	0.269	<0.001

注: 与本组治疗前比较, ^a $P<0.05$

2.3 两组患者治疗前后蒙医症状积分比较(表 4): 治疗前两组蒙医症状积分比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$), 治疗后两组蒙医症状积分均较治疗前明显降低, 且以试验组的降低程度更明显(均 $P<0.05$)。

2.4 两组患者治疗前后 CPIS 评分和 APACHE II 评分比较(表 5): 治疗前两组 CPIS 评分和 APACHE II 评分比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$), 治疗后两组 CPIS 评分和 APACHE II 评分均较治疗前明显降低, 且以试验组的降低程度更明显(均 $P<0.05$)。

表 4 两组重症细菌性肺炎住院患者治疗前后蒙医症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	咳嗽 / 咳痰积分(分)		发热 / 烦躁积分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	9.60 $\pm$ 1.67	5.48 $\pm$ 1.21 ^a	8.40 $\pm$ 1.61	4.55 $\pm$ 1.45 ^a
试验组	45	9.62 $\pm$ 1.77	3.95 $\pm$ 1.38 ^a	8.33 $\pm$ 1.67	3.53 $\pm$ 1.34 ^a
<i>t</i> 值		-0.065	6.198	0.182	3.102
<i>P</i> 值		0.948	<0.001	0.857	0.003

注: 与本组治疗前比较, ^a $P<0.05$

表 5 两组重症细菌性肺炎住院患者治疗前后 CPIS、APACHE II 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	CPIS 评分(分)		APACHE II 评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	9.13 $\pm$ 1.30	5.06 $\pm$ 1.28 ^a	24.22 $\pm$ 2.68	9.33 $\pm$ 1.52 ^a
试验组	45	9.02 $\pm$ 1.32	4.04 $\pm$ 1.34 ^a	23.42 $\pm$ 2.45	6.40 $\pm$ 1.97 ^a
<i>t</i> 值		0.393	3.458	1.449	7.734
<i>P</i> 值		0.696	0.001	0.154	<0.001

注: 与本组治疗前比较, ^a $P<0.05$

2.5 两组患者预后指标比较(表 6): 与对照组比较, 试验组机械通气时间和 ICU 住院时间均明显缩短, 总有效率明显升高(均 $P<0.05$), 两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

ICU 住院患者的主要特点是长期卧床且病程较长, 最常见的并发症是宿主对感染反应失调所致的重症肺炎、脓毒症、多器官功能障碍等^[12-13]。重症肺炎常见于老年人群^[14], 该群体免疫力较弱, 肺泡巨噬细胞防御力低下, 肺纤毛摆动功能减退, 长期使用抗菌药物易发生感染失控和多重耐药, 且机械通气治疗延长了住院时间, 增加了治疗难度, 严重时出现呼吸衰竭、ARDS、多器官功能障碍综合征

表 2 两组重症细菌性肺炎住院患者治疗前后炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	CRP(mg/L)		PCT(mg/L)		WBC($\times 10^9/L$)		IL-6(ng/L)	
		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	45	84.35 $\pm$ 24.64	34.39 $\pm$ 6.09 ^a	4.97 $\pm$ 0.55	2.08 $\pm$ 0.60 ^a	12.97 $\pm$ 1.06	8.84 $\pm$ 1.15 ^a	5.55 $\pm$ 0.85	0.96 $\pm$ 0.54 ^a
试验组	45	85.50 $\pm$ 26.86	23.39 $\pm$ 4.98 ^a	4.90 $\pm$ 0.59	1.60 $\pm$ 0.76 ^a	12.93 $\pm$ 1.19	7.88 $\pm$ 1.34 ^a	5.58 $\pm$ 0.84	0.61 $\pm$ 0.37 ^a
<i>t</i> 值		-0.200	9.012	-0.543	3.111	0.494	94.104	-0.204	3.142
<i>P</i> 值		0.843	<0.001	0.590	0.003	0.624	<0.001	0.840	0.003

注: 与本组治疗前比较, ^a $P<0.05$

表 6 两组重症细菌性肺炎住院患者预后指标比较

组别	例数 (例)	机械通气时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	不良反应(例)			总不良反应发生率 [% (例)]	临床疗效(例)			总有效率 [% (例)]
				恶心呕吐	腹痛腹泻	头痛头晕		显效	有效	无效	
对照组	45	3.97 $\pm$ 1.54	9.93 $\pm$ 2.29	5	4	1	22.22(10)	6	31	8	82.22(37)
实验组	45	3.15 $\pm$ 1.08	8.75 $\pm$ 2.10	4	3	1	17.77(8)	15	27	3	93.33(42)
统计量值		$t=2.887$	$t=2.599$				$\chi^2=0.032$				$\chi^2=6.406$
<i>P</i> 值		0.006	0.013				0.984				0.041

(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)等并发症,进而危及患者生命^[15-16]。

蒙医辨证认为,人体肺部患病时要注意齐素(血),齐素偏盛引起三根中的希拉过盛(热盛),肺部齐素偏多容易患齐素希拉热证,与外界交换寒性气体(巴达干赫依),容易发生赫依希拉(齐素偏盛型)或巴达干希拉(齐素偏盛型)热证^[17]。《甘露四部》^[18]中记载:齐素希拉热证时表现为肺部刺痛、咳嗽、排脓痰或咸痰,希拉热上盛于头导致面红、呼吸困难等,重则喘不能寐,年老且并发呼吸困难时可危及生命,可将其分为3类。黏偏盛性肺刺痛的原因为细菌感染,主要以草乌、胡黄连等蒙药祛黏、止痛治疗,如巴特日-7、呼和嘎日迪-9、桑塔乐-25等。齐素(血)偏盛性肺刺痛时主要以降齐素希拉(血热)、止痛、祛痰为治疗原则,以清肺热之牛黄、天竺黄、红花、白檀香、沙参等蒙药治疗,如敖西根-18、沙参-5、桑塔乐-25等。希拉乌苏(积液)偏盛性肺刺痛时主要以干燥希拉乌苏(积液),祛巴达干(寒)为原则,以铜灰、黑冰片等蒙药治疗,如桑塔乐-25、铜灰-43等。重症肺炎时多伴有胸腔积液和脓痰,符合干燥希拉乌苏(积液)原则,且其他成分具有祛黏、清肺热的功效。《医学八支集要》^[19]中记载:属消耗性肺病,并发症较多,多影响心脏,痰中泡沫多,色红或黑,口干,全身乏力。《蓝琉璃》^[20]中记载:不能俯卧,呼吸急促,喘息,红黄色痰,阵阵刺痛,饮冷水失于肺则胸闷肺胀、头疼、巩膜黄染、烦躁不安、咳嗽、少汗、言语不利、言语间咳嗽等表现。《医法之海》^[21]中记载:热盛于肺则胸闷肺胀、喘息、呼吸困难、声音嘶哑、夜间咳嗽增加,主要以嘎布日-7、牛黄、天竺黄-8治疗,痰多增加铜灰以辅助。

蒙药的配伍原则比喻为君主、臣僚、僚佐、使者4种相组合,君主为主药,主要治疗该疾病最明显的症状和病机;臣僚为辅药,能治疗该疾病相关并发症;僚佐和使者为助药,主要有增加主药、辅药的疗效和降低其毒性的作用^[22]。蒙药桑塔乐-25中主药铜灰^[23],有干燥脓希拉乌素(积液)、清肝肺热、消肿的作用,黑冰片^[24]有清希拉(热)、消食、消黏、解固作用。辅药肉豆蔻、广枣、白檀香为蒙药赞丹-3,具有养心、解心热、祛风及镇赫依(气)的综合效果。现代药理学研究证实,其配方可显著改善血管内皮功能,对冠心病、心绞痛和心肌缺血等心血管疾病有良好疗效,表现出对心血管系统的多维度保护机

制^[25]。此外,诃子、梔子、川楝子为蒙药三子散^[26]主要组方,有清血热、促未成熟热(蒙医将温病按时间分为未成熟热、盛熟热期、寒热交界期)的作用,常用于高血压、肺炎喘嗽、偏头痛等疾病。助药胡黄连有清热、解毒、干浊血、清疫热的作用;悬钩木有促疫热成熟、清疫热、止咳的作用;瞿麦清血热、镇刺痛、解毒;牛黄清热解毒;蒜灰有镇赫依(气)、平喘、祛痰、解毒的作用;丁香驱寒、温阳、消食、振食欲、解毒、利咽;麦冬有祛希拉(热)、解毒、清热、消肿作用,与蒙药船盔乌头作用相仿;北紫堇有清热、祛希拉(热)、消肿作用;红花有止血、清肝热、止痛、消肿作用;石膏有清热、止咳、祛黄疸作用,与蒙药天竺黄作用相仿;羚羊角有干燥肺脓、清热、清肝热、明目作用;金莲花子有清热、干燥肺脓、止腐作用;大托叶云实有祛希拉乌苏(积液)、祛寒、止泻作用;甘草有止咳化痰、清热、止渴、止吐、解毒的作用^[27];甘松有清热、解毒消肿作用;土木香有祛巴达干(寒)热、祛赫依齐素热(气血)、温阳、消食、振食欲、镇刺痛的作用^[28];苦参有促成热、干燥希拉乌苏(积液)、祛疹、排汗的作用。

本研究结果显示,在抗感染、止咳化痰等西医常规治疗基础上联合蒙药桑塔乐-25的试验组,在改善炎症指标(CRP、PCT、WBC、IL-6)、肺功能指标(FEV1、FEV1/FVC)、蒙医症状积分(咳嗽/咳痰、发热/烦躁)、临床评分(CPIS评分、APACHE II评分)以及缩短机械通气时间与ICU住院时间方面均显著优于单纯采用西医常规治疗的对照组,且总有效率显著高于对照组。提示桑塔乐-25具有协同增强抗炎、促进肺组织修复、改善临床症状的综合效应。但本研究未检测相关信号通路、免疫细胞功能及药物活性成分,因此尚不能确定其具体作用靶点和分子机制,相关推测仍需通过基础实验和药效物质研究进一步验证。

综上所述,蒙药桑塔乐-25治疗重症肺炎能降低患者炎症指标水平和蒙医症状积分,缓解临床症状,改善肺功能,缩短机械通气和住院时间,推荐临床应用。目前基础实验机制欠缺,下一步需明确桑塔乐-25的作用机制及剂量效果联系,为优化蒙西医结合治疗重症肺炎策略提供数据支持。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 周策,王宁,王洋,等.物理因子疗法在呼吸与危重症康复中应用研究进展[J].临床肺科杂志,2025,30(6):953-957. DOI:10.3969/j.issn.1009-6663.2025.06.025.

- [2] Wang SD, Tang JQ, Tan YR, et al. Prevalence of atypical pathogens in patients with severe pneumonia: a systematic review and meta-analysis [J]. BMJ Open, 2023, 13 (4): e066721. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-066721.
- [3] 张慧慧,胡月红,周尧英,等. 俯卧位机械通气对重症肺炎呼吸衰竭并发呼吸机相关肺炎的影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2020, 30 (24): 3734-3738. DOI: 10.11816/cn.ni.2020-200351.
- [4] 张逸雯,黄珉珉,褚一鸣,等. 重症肺炎患儿血清 CC 趋化因子配体 3、可溶性平足蛋白、脂肪酸结合蛋白 5 联合检测与肺损伤程度及临床预后的相关性分析[J]. 中国感染与化疗杂志, 2025, 25 (3): 265-271. DOI: 10.16718/j.1009-7708.2025.03.005.
- [5] Luo XQ, Luo J, Wang CJ, et al. Clinical features of severe Mycoplasma pneumoniae pneumonia with pulmonary complications in childhood: a retrospective study [J]. Pediatr Pulmonol, 2023, 58 (10): 2815-2822. DOI: 10.1002/ppul.26593.
- [6] 蒙医内科编写组. 蒙医内科学[M]. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 1977: 70-71.
- [7] 安琦尔. 蒙药额日赫木-8 对 LPS 诱导的肺炎模型大鼠的作用研究[D]. 呼和浩特: 内蒙古医科大学, 2023.
- [8] 苏和巴特尔,那仁格日乐,白吉日木吐. 蒙医拔罐放血疗法结合口服蒙药治疗慢性支气管肺炎临床分析[J/CD]. 临床检验杂志(电子版), 2017, 6 (2): 256-257.
- [9] 罗布桑. 蒙药学[M]. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 2006: 321-322.
- [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. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1949.2016.02.001.
- [11] 乌兰. 蒙医病症诊断疗效标准[M]. 北京: 民族出版社, 2007: 408-409.
- [12] Lv MJ, Zhu C, Zhu CH, et al. Clinical values of metagenomic next-generation sequencing in patients with severe pneumonia: a systematic review and meta-analysis [J]. Front Cell Infect Microbiol, 2023, 13: 1106859. DOI: 10.3389/fcimb.2023.1106859.
- [13] 吴小玲,庄芳萍,李剑敏. 细节化护理结合机械辅助排痰在重型颅脑损伤并呼吸机相关性肺炎患者的应用[J]. 西藏医药, 2023, 44 (4): 109-111.
- [14] 潘娜,陈乾华,辛丽云,等. 老年重症肺炎病人病原菌分布和血清 SACE、链霉素与病情及预后的相关性[J]. 安徽医药, 2025, 29 (6): 1246-1250, 后插 9. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2025.06.038.
- [15] Shi TT, Chen C, Huang L, et al. Risk factors for mortality from severe community-acquired pneumonia in hospitalized children transferred to the pediatric intensive care unit [J]. Pediatr Neonatol, 2020, 61 (6): 577-583. DOI: 10.1016/j.pedneo.2020.06.005.
- [16] Losier A, Dela Cruz CS. New testing guidelines for community-acquired pneumonia [J]. Curr Opin Infect Dis, 2022, 35 (2): 128-132. DOI: 10.1097/QCO.0000000000000824.
- [17] 策·苏荣扎布. 蒙古学百科全书·医学卷[M]. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 2002: 1042-1043.
- [18] 伊希巴拉珠尔. 甘露四部[M]. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 1998: 185-186.
- [19] 策·苏荣扎布. 医学八支集要[M]. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 2020: 452-453.
- [20] 松林. 蓝琉璃[M]. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 2014: 298-299.
- [21] 占布拉却吉旦金普日乐. 医法之海[M]. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 2015: 312.
- [22] 包婷婷,塔娜,王欢. 中、蒙药复方制剂配伍规律研究概况[J]. 中国民族医药杂志, 2025, 31 (4): 46-50. DOI: 10.3969/j.issn.1006-6810.2025.04.016.
- [23] 曹得萍,史大中. 二十五味铜灰散治疗小鼠继发性棘球蚴病的实验研究[J]. 青海医学院学报, 2003, 24 (3): 145-147. DOI: 10.3969/j.issn.1006-8252.2003.03.001.
- [24] Du C, Wang CC, Zhang XY, et al. Carbon nanoparticles in mongolian medicine alleviate acute gastric ulcer induced by ethanol by regulating Fas/FasL pathway [J]. Curr Drug Deliv, 2022, 19 (7): 763-772. DOI: 10.2174/1567201818666210920101848.
- [25] 龚车力木格,赞丹. 3 汤对急性心肌梗死大鼠血管内皮功能的影响[D]. 呼和浩特: 内蒙古民族大学, 2024.
- [26] 张慧文,夏慧敏,刘宏,等. 高效液相色谱-四极杆/静电场轨道阱高分辨质谱法快速分析三子散的血成分及代谢产物[J]. 色谱, 2022, 40 (7): 653-660. DOI: 10.3724/SP.J.1123.2021.09022.
- [27] 韩九林,王美丽,拉喜那木吉拉. 蒙药甘草功效本草考证[J]. 中国药业, 2025, 34 (6): 51-55. DOI: 10.3969/j.issn.1006-4931.2025.06.011.
- [28] 张超彦,包旭宏,刘文伟,等. 藏木香与土木香的本草考证[J]. 中成药, 2025, 47 (5): 1593-1599. DOI: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.05.028.

(收稿日期: 2025-07-23)

(责任编辑: 邸美仙)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《中国中西医结合急救杂志》关于作者署名的写作要求

所有作者姓名写在题名下,排序应在投稿时确定,在编排过程中不应再作更改,作者署名有争议或投稿后申请变更作者顺序者,需附全部作者亲笔签名的作者贡献说明,并加盖所有作者单位的公章。作者所属单位不同时,要求在作者名后用左上角码编号,同时作者单位前均冠上编号,作者与作者单位通过编号对应。作者单位置于题名和作者姓名下一行,作者单位需署录全称并具体到科室,如作者为同一机构的不同科室,要全部署录,不做缩略处理。作者单位名称不能体现所在地者,在邮政编码前给出单位所在地。通信作者在作者单位下另起一行署录,注明其电子邮箱。作者应具备的条件为: ① 参与选题和设计,或参与资料的分析和解释者; ② 起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者; ③ 能按编辑部的修改意见进行核修,对学术问题进行答辩,并最终同意该文发表者; ④ 除负责本人的研究贡献外,同意对研究工作的诚信问题负责。作者中若有外籍作者,应附其本人同意的书面材料,并应用其本国文字和中文同时注明其通信地址,地名以国家公布的地图上的英文名为准。集体署名的论文必须明确对该文负责的关键人物,以通信作者的形式将其姓名和电子邮箱注于题名下。整理者姓名列于文末; 专家组或协作组成员在文后、参考文献前一一列出,注明工作单位并具体到科室。虽对本文有贡献,但不具备作者条件者,在文后、参考文献前志谢。除指南、共识或集体署名的文章可以列多名通信作者外,其余文章只列 1 名通信作者,有关该论文的一切事宜均与通信作者联系。本刊对所有论文的作者署名均不标注论文的“同等贡献”; 由不同组织联合发布的指南或专家共识类论文,可按照不同组织标注多个“通信作者”。