清肺健脾汤对老年重症肺炎合并胃肠功能障碍的疗效研究

曾志威，廖金明，黄清苑
（梅州市人民医院，广东 梅州 514031）

摘要 目的：分析清肺健脾汤对老年重症肺炎合并胃肠功能障碍的疗效。方法：采取前瞻性研究，选取2023 年 8 月—2025 年 1 月梅州市人民医院收治的 80 例老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者作为研究对象，按照随机数表法分为对照组和观察组，每组 40 例。对照组采取常规西医治疗，观察组采取常规西医联合清肺健脾汤治疗，两组均连续治疗 7 d。于治疗前、治疗 3 d、治疗 7 d 时，比较两组胃肠功能障碍评分、急性生理与慢性健康评估Ⅱ（APACHEⅡ）评分、腹腔内压、肠鸣音次数、白细胞计数（WBC）、C 反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）、白细胞介素 -6（IL-6）、临床肺部感染评分（CPIS）。结果：治疗前、治疗后3 d、治疗后 7 d，两组胃肠功能障碍评分、APACHEⅡ评分、CPIS、腹腔内压、WBC、CRP、PCT、IL-6 水平均呈逐渐下降趋势（$P<0.05$），且观察组低于对照组（$P<0.01$），肠鸣音次数呈逐渐上升趋势（$P<0.05$），观察组高于对照组，两组组别主效应显著（$P<0.01$）。结论：清肺健脾汤可有效改善老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者病情，减轻炎症反应，恢复胃肠道功能。

关键词 重症肺炎；胃肠功能障碍；清肺健脾汤
中图分类号：R256.12 **文献标识码**：A **文章编号**：1002-2392(2025)11-0077-06
DOI：10.19664/j.cnki.1002-2392.250235

重症肺炎是内科常见的呼吸系统疾病，临床多表现为呼吸困难、肺部啰音增多等症状，随着病情的进展，感染可引起全身炎症反应，可影响患者胃肠道正常功能，引发胃肠功能障碍，加重患者病情，提升治疗难度，增加患者死亡风险。老年人机体各组织器官功能衰退，正常生理功能下降，更容易并发胃肠功能障碍。目前，临床治疗重症肺炎合并胃肠功能障碍的主要方式为对症治疗，虽可在一定程度上缓解临床症状，但整体疗效欠佳。因此，临床需寻求其他更为有效的治疗方式。中医汤剂在老年重症肺炎的治疗中已有广泛应用，陈申旭等[1]研究显示，人参汤剂对老年重症肺炎有一定疗效，于佳琪等[2]研究显示，中医汤剂在治疗脓毒症胃肠功能障碍中取得了良好效果。中医认为重症肺炎合并胃肠功能障碍属“喘证”范畴，《金匮要略心典》中记载：“痈者壅也，如土之壅而不通，为热聚而肺溃也”，表明风热之邪经口鼻侵袭肺脏后，炼津为痰，日久化热，痰热互结，壅滞肺络，最终阻遏肺气而发病。其中，胃肠功能障碍是兼证，病因在于脾胃气机紊乱，气机不畅，腑气不通[3]。因此，中医治疗重症肺炎合并胃肠功能障碍应遵循健脾理气，润肺化痰。《黄帝内经》记载，“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，奠定肺脾同治的理论基础，强调培土生金。清肺健脾汤根植于经典理论，融合历代名方精华，无单一古籍出处，最早为 1994 年张家敬[4]提出的自拟清肺泄胃健脾汤用于治疗痤疮，可结合清热解毒与健脾祛湿药物，具有清肺化痰、益气健脾、通腑泄浊的作用，符合重症肺炎合并胃肠功能障碍患者的治疗需求。鉴于此，本研究着重分析清肺健脾汤对老年重症肺炎合并胃肠功能障碍的疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采取前瞻性研究，选取 2023 年 8 月—2025 年 1 月梅州市人民医院收治的 80 例老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者作为研究对象，按照随机数表法分为对照组和观察组，每组 40 例。两组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。见表 1。本研究经梅州市人民医院伦理委员会批准，伦理审批号：梅市伦审 2023-CY-12。

收稿日期：2025-03-24 **修回日期**：2025-09-30
基金项目：广东省中医药局科研项目（20241322）
作者简介：曾志威（1987-），男，副主任医师，主要研究方向：老年人常见疾病的中西医结合治疗方案与疗效机制探索。

表 1 两组老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		年龄/岁	病程/d
		男	女		
对照组	40	22	18	67.35 ± 2.01	4.12 ± 0.59
观察组	40	23	17	67.51 ± 2.11	4.08 ± 0.58
χ^2/t 值		0.051		0.347	0.306
P 值		0.822		0.729	0.761

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

重症肺炎符合《急诊成人社区获得性肺炎临床实践指南(2024 年版)》[5]诊断标准,符合下述 1 项主要标准或 3 个及以上次要标准即可诊断。主要标准:①需气管插管机械通气行呼吸支持;②脓毒症休克经积极液体复苏后仍需血管活性药物治疗。次要标准:①意识障碍、定向障碍;②呼吸频率≥30 次/min;③氧合指数≤250 mmHg;④血尿素氮 >7.14 mmol/L;⑤外周血白细胞计数(WBC) $< 4 \times 10^9$/L;⑥收缩压 < 90 mmHg需液体复苏维持血压;⑦多肺叶浸润;⑧血小板 $< 100 \times 10^9$/L;⑨核心体温 <36 ℃。

胃肠功能障碍符合《重症病人胃肠功能障碍肠内营养专家共识》[6]诊断标准,符合下述 1 项或多项即可诊断,腹部胀气,腹痛,麻痹性肠梗阻,肠鸣音减弱或消失 >24 h,胃潴留,便秘。

1.2.2 中医诊断标准

重症肺炎合并胃肠功能障碍符合“喘证”范畴,属痰热壅肺症型[7-8]。主症:咳嗽,痰多,痰黄或白干黏,腹胀,小便短赤,渴不多饮;次症:脘腹痞满,食欲不振,疲乏无力,恶心,呕吐,困倦;舌脉:舌质红,苔黄腻,脉滑。须主症具备 2 项,次症 2 项,结合舌脉象诊断。

1.3 纳入及排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄≥60 岁;③依从性良好;④对试验药物耐受;⑤患者及家属均签署知情同意书。

1.3.2 排除标准

①妊娠、哺乳期女性;②精神疾病者;③原发胃肠疾病或胃肠手术导致的胃肠功能障碍者;④合并肝、肾等重要脏器功能不全者;⑤合并恶性肿瘤者;⑥存在免疫功能障碍者;⑦不具备膀胱压测量条件者。

1.4 剔除、脱落标准

①患者死亡;②对清肺健脾汤过敏或不耐受者;③中途退出者;④突发心肌梗死、脑梗死等疾病需要紧急救治者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

采取常规西医治疗,参考相关指南进行治疗[5]。根据患者具体病情进行抗感染、营养支持、补液支持、呼吸支持、充分引流痰液等常规治疗方法。给予患者双歧杆菌四联活菌片(远大生物,规格:0.5 g/片 ,国药准字 S20060010),4 片/次,3 次/d,连续治疗 7 d。

1.5.2 观察组

在对照组基础上加用清肺健脾汤治疗。由药房统一煎煮,去渣留汁 200 mL,分早晚 2 次服用。组方:生石膏 20 g,麻黄、生大黄、炙甘草各 5 g,苦杏仁、瓜蒌皮、川芎、枳壳、白术、桔梗、大枣各 10 g,党参 20 g。连续治疗 7 d。

1.6 评价指标

1.6.1 胃肠功能障碍评分

于治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d 时,参考《重修“95 庐山会议”多器官功能障碍综合征病情分期诊断及严重程度评分标准(2015)》[9]进行评估。0 分:无腹胀,肠鸣音正常;1 分:腹部胀气,肠鸣音减弱;2 分:腹部胀气明显,肠鸣音几乎消失,腹压升高明显;3 分:出现应激性溃疡出血或麻痹性肠梗阻、急性胰腺炎、非结石性急性胆囊炎,分数越高病情越严重。

1.6.2 急性生理与慢性健康评估Ⅱ评分

于治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d 时,使用急性生理与慢性健康评估Ⅱ(APACHEⅡ)评分[10]评估患者病情严重程度,该量表由 3 个维度组成,共 14 个条目,每个条目 4 ~ 6 分不等,总分 71 分,分数越高病情越重,量表 Cronbach's α 系数为 0.911,效度为 0.905。

1.6.3 腹腔内压

于治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d 时,采用膀胱内压检测法间接反映腹内压,取患者仰卧位,经尿道至膀胱插入 Foley 导尿管排空膀胱后,注入 100 mL 生理盐水,并接入压力器,以耻骨联合为零点,以呼气时测得值为腹内压。

1.6.4 肠鸣音次数

于治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d 时,使用电子听诊器在患者腹近脐部进行听诊,记录 3 min 内肠鸣音次数取平均值。

1.6.5 炎症指标

于治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d 时,取患者 3 mL 静脉血离心,使用酶标仪 ST-360 型(科华实验系统,沪械注准 20212220416)检测患者 WBC、C 反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)、白细胞介素-6(IL-6)水平。

1.6.6 临床肺部感染评分

于治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d 时，使用临床肺部感染评分（CPIS）评估患者肺部感染情况，该量表包括 X 射线胸片、氧合情况、气道分泌物、WBC、体温、气管吸出微生物培养共 5 个条目，每个条目 0 ~ 2 分，分数越高患者肺部感染情况越严重。

1.7 统计学方法

采用 SPSS25.0 软件进行数据处理，用 Shapiro - Wilk 正态分布检验计量资料正态性，计量资料符合正态分布以“$\bar{x} \pm s$”表示，两组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对 t 检验，偏态分布则以四分位数“M(P25, P75)”表示，两组比较用 Mann - Whitney U 检验，组内比较用 Wilcoxon 符号秩检验；计数资料用例(%)表示，采用 χ^2 检验；两组间、组内多时点比较采用重复测量方差分析；$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠功能障碍评分

治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d，两组胃肠功能障碍评分均呈逐渐下降趋势（$P < 0.05$），观察组低于对照组，两组组别主效应显著（$P < 0.01$）。见表 2。

表 2 两组老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者胃肠功能障碍评分比较[M(P25, P75)，分]

组别	例数	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d
对照组	40	2.000(2.000, 2.000)	2.000(2.000, 2.000)[a]	1.000(1.000, 2.000)[ab]
观察组	40	2.000(2.000, 2.000)	2.000(2.000, 2.000)[a]	1.000(1.000, 1.000)[ab]
组别主效应			$F = 13.315$, $P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.146$	
测量次数主效应			$F = 88.695$, $P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.532$	
组别 * 测量次数			$F = 7.080$, $P = 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.083$	

注：与同组治疗前相比，[a]$P < 0.05$；与同组治疗后 3 d 时相比，[b]$P < 0.01$。

2.2 APACHE Ⅱ 评分

治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d，两组 APACHE Ⅱ 评分均呈逐渐下降趋势（$P < 0.05$），观察组低于对照组，两组组别主效应显著（$P < 0.01$）。见表 3。

表 3 两组老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者 APACHE Ⅱ 评分比较($\bar{x} \pm s$，分)

组别	例数	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d
对照组	40	25.24 ± 2.01	20.09 ± 1.86[a]	16.32 ± 1.54[ab]
观察组	40	25.36 ± 2.13	17.54 ± 1.73[a]	13.24 ± 1.39[ab]
组别主效应		$F = 59.453$, $P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.433$		
测量次数主效应		$F = 747.697$, $P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.906$		
组别 * 测量次数		$F = 19.776$, $P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.202$		

注：与同组治疗前相比，[a]$P < 0.05$；与同组治疗后 3 d 时相比，[b]$P < 0.01$。

2.3 腹腔内压

治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d，两组腹腔内压均呈逐渐下降趋势（$P < 0.05$），观察组低于对照组，两组组别主效应显著（$P < 0.01$）。见表 4。

表 4 两组老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者腹腔内压比较($\bar{x} \pm s$，mmHg)

组别	例数	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d
对照组	40	15.76 ± 2.06	13.89 ± 1.85[a]	11.52 ± 1.36[ab]
观察组	40	15.83 ± 2.11	12.11 ± 1.74[a]	10.19 ± 1.38[ab]
组别主效应		$F = 24.819$, $P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.241$		
测量次数主效应		$F = 147.123$, $P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.654$		
组别 * 测量次数		$F = 18.779$, $P = 0.004$, 偏 $\eta^2 = 0.067$		

注：与同组治疗前相比，[a]$P < 0.05$；与同组治疗后 3 d 时相比，[b]$P < 0.01$。

2.4 肠鸣音次数

治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d，两组肠鸣音次数均呈逐渐上升趋势（$P < 0.05$），观察组高于对照组，两组组别主效应显著（$P < 0.01$）。见表 5。

表 5 两组老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者肠鸣音次数比较[M(P25, P75)，次/min]

组别	例数	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d
对照组	40	2.000(2.000, 2.000)	3.000(3.000, 3.000)[a]	3.000(3.000, 3.000)[ab]
观察组	40	2.000(2.000, 2.000)	3.000(3.000, 3.000)[a]	4.000(4.000, 4.000)[ab]
组别主效应			$F = 14.522$, $P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.157$	
测量次数主效应			$F = 176.422$, $P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.693$	
组别 * 测量次数			$F = 7.585$, $P = 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.089$	

注：与同组治疗前相比，[a]$P < 0.05$；与同组治疗后 3 d 时相比，[b]$P < 0.01$。

2.5 炎症因子

治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d，两组 WBC、CRP、PCT、IL - 6 均呈逐渐下降趋势（$P < 0.05$），观察组低于对照组，两组组别主效应显著（$P < 0.01$）。见表 6。

表 6 两组老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者炎症因子比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	WBC/($\times 10^9$/L)			CRP/(mg/L)		
		治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d
对照组	40	14.52 ± 1.59	12.39 ± 1.23[a]	9.37 ± 1.09[ab]	16.23 ± 2.85	8.69 ± 1.55[a]	5.03 ± 1.02[ab]
观察组	40	14.55 ± 1.63	10.16 ± 1.26[a]	7.62 ± 1.11[ab]	16.18 ± 2.74	7.06 ± 1.51[a]	4.85 ± 1.03[ab]
组别主效应		$F = 57.124, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.423$			$F = 5.756, P = 0.019$, 偏 $\eta^2 = 0.069$		
测量次数主效应		$F = 414.295, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.842$			$F = 761.928, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.907$		
组别 * 测量次数		$F = 16.266, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.173$			$F = 4.264, P = 0.016$, 偏 $\eta^2 = 0.052$		

组别	例数	PCT/(μg/L)			IL - 6/(pg/mL)		
		治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d
对照组	40	1.59 ± 0.12	1.03 ± 0.09[a]	0.65 ± 0.06[ab]	15.36 ± 1.89	11.91 ± 1.53[a]	8.52 ± 1.32[ab]
观察组	40	1.61 ± 0.14	0.88 ± 0.08[a]	0.51 ± 0.05[ab]	15.43 ± 1.85	10.31 ± 1.55[a]	6.39 ± 1.24[ab]
组别主效应		$F = 48.533, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.384$			$F = 30.331, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.280$		
测量次数主效应		$F = 2295.493, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.967$			$F = 554.881, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.887$		
组别 * 测量次数		$F = 22.907, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.227$			$F = 11.608, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.130$		

注：与同组治疗前相比，[a]$P < 0.05$；与同组治疗后 3 d 时相比，[b]$P < 0.01$。

2.6 CPIS 结果比较

治疗前、治疗后 3 d、治疗后 7 d，两组 CPIS 均呈逐渐下降趋势($P < 0.05$)，观察组低于对照组，两组组别主效应显著($P < 0.01$)。见表 7。

表 7 两组老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者 CPIS 比较($\bar{x} \pm s$，分)

组别	例数	治疗前	治疗后 3 d	治疗后 7 d
对照组	40	8.05 ± 1.03	7.24 ± 0.85[a]	3.56 ± 0.51[ab]
观察组	40	8.01 ± 1.02	6.51 ± 0.83[a]	2.85 ± 0.50[ab]
组别主效应		$F = 22.797, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.226$		
测量次数主效应		$F = 822.188, P < 0.001$, 偏 $\eta^2 = 0.913$		
组别 * 测量次数		$F = 4.748, P = 0.010$, 偏 $\eta^2 = 0.057$		

注：与同组治疗前相比，[a]$P < 0.05$；与同组治疗后 3 d 时相比，[b]$P < 0.01$。

3 讨论

重症肺炎是常见的重症感染性疾病，其造成的全身炎症性反应极易影响患者胃肠功能，引发胃肠功能障碍，增加多器官功能障碍发生风险，威胁患者生命健康安全。目前，治疗重症肺炎合并胃肠功能障碍无特效药，临床常通过对症治疗缓解患者病情，但总体效果不理想。重症肺炎合并胃肠功能障碍属中医学“喘证”范畴，胃肠功能障碍是兼证，《灵枢 · 本输》有言：“肺合大肠，大肠者，传道之腑”，表明肺与大肠通过经络互为表里，肺气肃降推动大肠传导糟粕，大肠通畅则肺气不壅，说明肺失肃降可能会导致胃肠功能障碍，《黄帝内经》记载：“脾气散精，上归于肺”，《脾胃论 · 脾胃盛衰论》有言：“内伤脾胃，百病由生”，说明脾胃虚弱则肺气失养，痰湿内生，患者抗病能力下降，更易加重病情，并发胃肠功能障碍[11]。因此，胃肠功能障碍的治疗原则应为健脾理气，润肺化痰。

清肺健脾汤具有清肺化痰、益气健脾、通腑泄浊等作用，全方由生石膏、麻黄等 12 味中药组成。生石膏为君药，归肺、胃经，可清热泻火、除烦止渴、清肺平喘，重用石膏清泄肺胃实热，针对肺热壅盛之核心病机。麻黄、苦杏仁、党参为臣药，麻黄归肺、膀胱经，可宣肺平喘，与石膏寒温相制，共解肺郁热邪；苦杏仁归肺、脾、大肠经，可止咳平喘，协同麻黄宣降肺气；党参归脾、肺经，可补中益气，防石膏、大黄寒凉伤正；生大黄、瓜蒌皮、桔梗、川芎、枳壳、白术为佐药，生大黄归脾、胃、大肠、肝、心包经，可攻积导滞、泻下通便、清热解毒，使肺热从大肠下泄；瓜蒌皮归肺、胃、大肠经，桔梗归肺、胃经，二者合用可针对痰热壅肺，清肺化痰、利咽排脓；川芎归肝、胆和心包经，枳壳归脾、胃、大肠、肝、胆经，二者合用可活气行血，改善肺络瘀滞；白术归脾、胃经，可健脾益气、燥湿利水，助党参益气固本，防痰湿再生；炙甘草、大枣为使药，可缓和大黄、石膏药性，保护脾胃。诸药合用，共奏清肺化痰、益气健脾、通腑泻浊之功，清肺健脾汤符合中医“肺与大肠相表里”及“培土生金”理论，通过“清肺热以治标，健脾胃以固本”，打破重症肺炎与胃肠功能障碍的恶性循环，有效改善老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者病情，促进肠道功能恢复。

本研究结果显示，观察组胃肠功能障碍评分、APACHE Ⅱ 评分、CPIS、腹腔内压、WBC、CRP、PCT、IL - 6 水平低于对照组，肠鸣音次数高于对照组，表明清肺

健脾汤可有效改善老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者病情,减轻炎症反应,恢复胃肠道功能。

生石膏的主要成分为硫酸钙,经胃酸作用转化为可溶性钙盐后被吸收,可提升患者血钙浓度,稳定细胞膜,降低毛细血管通透性,抑制炎性渗出,缓解机体应激状态,改善肠胃功能[12]。生大黄中的大黄素成分能通过阻断 NF - κB 信号通路的方式,减轻炎症反应,还能破坏金黄色葡萄糖球菌细胞膜通透性,抑制代谢关键酶活性,发挥杀菌作用,改善菌群失调,调节肠胃功能[13]。白术中的挥发油成分对细菌的生长具有较强抑制作用,可有效抗炎抑菌,白术内酯可通过激活胆碱能神经,增强肠道黏液屏障,改善肠胃功能[14]。大枣中的膳食纤维,可刺激肠道机械感受器,引发蠕动反射,促进胃肠道蠕动和胃肠道黏液分泌,改善胃肠道功能障碍[15]。党参中的皂苷成分可通过下调 NF - κB 通路,减少 CRP、IL - 6 等炎症因子的释放,有效缓解机体内炎症,多糖成分可提升消化酶的活性,增强胃动力,恢复肠道功能[16-17]。这些机制共同解释了观察组胃肠功能障碍评分低于对照组,肠鸣音次数高于观察组。

麻黄中的黄酮类、挥发油等活性成分可通过阻断丝裂原活化蛋白激酶通路、NF - κB 通路信号传导途径,减少下游炎症因子表达,从而抑制炎症级联反应,减轻炎症反应[18]。甘草酸对热的稳定性较差,炙甘草经长时间加热,醚苷键发生断裂,相较于生甘草,炙甘草内三萜类成分甘草酸含量较低,黄酮类化合物成分较高,而黄酮类化合物具有较强的抗氧化作用,可对抗自由基对细胞的损伤,减轻组织的氧化应激反应,进而发挥抗炎作用[19]。苦杏仁中的苦杏仁苷水解后可生成苯甲醛,抑制胃蛋白酶活性,增强巨噬细胞吞噬能力,具有调节肠道功能、免疫功能的作用[20]。左翠霞等[21]研究显示,瓜蒌皮中的棕榈油酸、亚麻酸甘油酯等脂肪酸类成分可通过阻断 NF - κB 信号通路,减轻炎症反应,与本研究结果相似。川芎中的川芎嗪可通过促进核因子 E2 相关因子 2 核转位,增强超氧化物歧化酶、谷胱甘肽过氧化物酶等抗氧化酶活性,抑制氧化应激诱导的炎症,减轻炎症反应[22]。丁子禾等[23]研究显示,枳壳中的挥发油和生物碱成分可促进胃排空,多糖成分可有效提升机体免疫力,减轻炎症反应,与本研究结果相似。桔梗中的皂苷类成分可通过抑制磷脂酰肌醇 3 - 激酶/蛋白激酶 B 信号通路,减少炎症因子表达,减轻炎症反应,多糖类成分可诱导树突状细胞成熟,进而对过继免疫反应的启动产生影响[24]。这些机制共同解释了观察组 APACHE Ⅱ 评分低于对照组,WBC、CRP、PCT、IL - 6 低于对照组,观察组 CPIS 低于对照组。

综上所述,清肺健脾汤可有效改善老年重症肺炎合并胃肠功能障碍患者病情,减轻炎症反应,恢复胃肠道功能。

参考文献:

[1] 陈申旭,陈娜,朱铭力,等. 人参汤剂干预老年重症肺炎患者的临床疗效和安全性研究[J]. 老年医学与保健,2024,30(3):734 - 738.
[2] 于佳琪,梁群,刘雨默,等. 中医药治疗脓毒症胃肠功能障碍的研究进展[J]. 中国中医急症,2023,32(3):545 - 547,551.
[3] 王帅,张巧梅,吴永灿,等. 重症肺炎合并急性胃肠功能损伤的中医证素分析[J]. 中国中医急症,2024,33(12):2110 - 2114.
[4] 张家敬. 自拟清肺泄胃健脾汤治疗痤疮 50 例—附 50 例对照[J]. 浙江中医杂志,1994,29(8):376.
[5] 中国医师协会急诊医师分会,中国急诊专科医联体,北京急诊医学学会. 急诊成人社区获得性肺炎临床实践指南(2024 年版)[J]. 中华急诊医学杂志,2025,34(3):300 - 317.
[6] 亚洲急危重症协会中国腹腔重症协作组. 重症病人胃肠功能障碍肠内营养专家共识(2021 版)[J]. 中华消化外科杂志,2021,20(11):1123 - 1136.
[7] 中华中医药学会内科分会,中华中医药学会肺系病分会,中国民族医药学会肺病分会. 社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018 修订版)[J]. 中医杂志,2019,60(4):350 - 360.
[8] 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,2002:134 - 136.
[9] 中国中西医结合学会急救医学专业委员会. 重修“95 庐山会议”多器官功能障碍综合征病情分期诊断及严重程度评分标准(2015)[J]. 中华危重病急救医学,2016,28(2):99 - 101.
[10] 王丹丹,戴新娟,宋玉磊,等. Apache Ⅱ和简单临床评分在分级护理病情评估中的应用比较[J]. 中国医院管理,2020,40(11):80 - 83.
[11] 王忆梅,张宇成,朱怡栋,等. 中医“肺肠合治”法联合双歧杆菌活菌胶囊在重症肺炎合并胃肠功能障碍患者中的应用效果[J]. 检验医学与临床,2025,22(1):76 - 80.
[12] 李宝赢,查玉玲,邓秘,等. 基于中医传承辅助平台与网络药理学探析《中华人民共和国药典》中含生石膏成方制剂的证治规律及作用机制[J]. 中医药导报,2024,30(5):145 - 150,172.
[13] 张开弦,姚秋阳,吴发明,等. 大黄属药用植物化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国新药杂志,2022,31(6):555 - 566.
[14] 左军,张金龙,胡晓阳. 白术化学成分及现代药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2021,23(10):6 - 9.
[15] 宋世昱,孟庆云. 经典名方中大枣的本草考证[J]. 中国中医基础医学杂志,2024,30(7):1237 - 1239.
[16] 兰晓燕,周利,李翔,等. 党参的研究进展及其质量标志物的预测分析[J]. 中国中药杂志,2023,48(8):2020 - 2040.
[17] 李力恒,陈昌瑾,胡晓阳,等. 党参的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报,2023,51(3):112 - 115.
[18] SEIF M, DEABES M, EL - ASKARY A, et al. *Ephedra sinica* mitigates hepatic oxidative stress and inflammation via suppressing the TLR4/MyD88/NF - κB pathway in fipronil - treated rats[J]. Environ Sci Pollut Res Int, 2021, 28(44): 62943 - 62958.
[19] AUTHIER H, BARDOT V, BERTHOMIER L, et al. Synergistic effects of licorice root and walnut leaf extracts on gastrointestinal candidiasis,

inflammation and gut microbiota composition in mice[J]. Microbiol Spectr, 2022, 10(2): e0235521.
[20] 赵玉升,胡杰,吴佳姝,等. 苦杏仁炮制方法及药理作用研究进展[J]. 中医药导报,2021,27(3):175 - 180.
[21] 左翠霞,柏自松,李楠,等. 瓜蒌皮中脂肪酸类成分的鉴定及其抗炎活性研究[J]. 中药材,2019,42(9):2070 - 2073.
[22] JIANG G S, XIN R, YUAN W D, et al. Ligustrazine ameliorates acute kidney injury through downregulation of NOD2 - mediated inflammation[J]. Int J Mol Med, 2020, 45(3): 731 - 742.
[23] 丁子禾,杨燕妮,王毅,等. 枳壳化学拆分组分的性味药理学评价及药味归属研究[J]. 中华中医药学刊,2020,38(9):161 - 165.
[24] 常安,孙婉萍,郑一,等. 桔梗药性功用历史沿革及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2023,25(7):73 - 79.

Study on Efficacy of Qingfei Jianpi Decoction in Treating Elderly Patients with Severe Pneumonia Complicated by Gastrointestinal Dysfunction

ZENG Zhiwei, LIAO Jinming, HUANG Qingyuan
(*Meizhou People's Hospital*, *Meizhou* 514031, *China*)

Abstract Objective: To analyze the curative efficacy of Qingfei Jianpi Decoction on elderly patients with severe pneumonia complicated with gastrointestinal dysfunction. Methods: A prospective study was conducted by selecting 80 elderly patients with severe pneumonia complicated with gastrointestinal dysfunction who were admitted to Meizhou People's Hospital from August 2023 to January 2025 as the study subjects. They were divided into two groups according to the random number table method, 40 cases in each group. The control group was treated with conventional western medicine, and the observation group was treated with conventional western medicine combined with Qingfei Jianpi Decoction. Both groups were treated continuously for 7 days. The scores of gastrointestinal dysfunction, acute physiology and chronic health evaluation (APACHE Ⅱ), intra - abdominal pressure, bowel sounds, white blood cell count (WBC), C - reactive protein (CRP), procalcitonin (PCT), interleukin - 6 (IL - 6) and clinical pulmonary infection score (CPIS) were compared between the two groups before treatment, 3 days after treatment and 7 days after treatment. Results: Before treatment, 3 days after treatment and 7 days after treatment, gastrointestinal dysfunction score, APACHE Ⅱ score, CPIS score, intra - abdominal pressure, WBC, CRP, PCT and IL - 6 levels showed a gradual downward trend. The observation group was lower than the control group, and the number of bowel sounds showed a gradual upward trend. The observation group was higher than the control group. The main effect of the two groups was significant ($P < 0.05$). Conclusion: Qingfei Jianpi Decoction can effectively improve the condition of elderly patients with severe pneumonia complicated with gastrointestinal dysfunction, reduce inflammation and restore gastrointestinal function.

Key words Severe pneumonia; Gastrointestinal dysfunction; Qingfei Jianpi Decoction