

# 大黄附子合小承气汤对脓毒症患者 胃肠功能及炎症因子的影响

魏凤琴, 吕 健, 孟 浩, 倪海滨

(南京中医药大学附属中西医结合医院, 江苏 南京 210028)

**[摘要]**目的 观察大黄附子合小承气汤对脓毒症患者胃肠功能及炎症因子的影响。方法 将50例脓毒症患者随机分为治疗组和对照组, 每组25例。两组均给予西医基础治疗, 治疗组另经胃管注入大黄附子合小承气汤治疗, 疗程为2周。评估两组患者治疗前和治疗72 h后急性胃肠损伤(acute gastrointestinal injury, AGI)分级情况; 比较两组患者治疗前后胃肠功能障碍评分、急性生理学及慢性健康评估Ⅱ(acute physiology and chronic health evaluation Ⅱ, APACHE Ⅱ)评分、序贯器官衰竭评估(sequential organ failure assessment, SOFA)评分变化及炎症指标[白细胞(white blood cell, WBC), 高敏C-反应蛋白(high-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP), 降钙素原(procalcitonin, PCT)]变化情况; 比较两组患者住院时间及病死率。结果 经72 h的治疗后, 对照组AGI分级无明显变化( $P > 0.05$ ), 治疗组患者AGI分级明显降低( $P < 0.05$ ), 且治疗组AGI分级改善程度明显优于对照组( $P < 0.05$ )。与治疗前比较, 两组患者治疗前胃肠功能障碍评分、APACHE Ⅱ评分、SOFA评分和WBC、hs-CRP、PCT均显著降低( $P < 0.05$ ), 且治疗组上述指标下降程度显著大于对照组( $P < 0.05$ )。两组病死率和总住院时间比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 早期运用泻热通腑法能显著改善脓毒症患者胃肠功能障碍, 改善预后。

**[关键词]**脓毒症; 胃肠功能; 炎症因子; 大黄附子汤; 小承气汤

**[中图分类号]**R364.5 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2019.05.010

脓毒症是指明确或可疑的感染引起的全身炎症反应综合征, 是临床常见的急危重症, 病死率为25%~50%<sup>[1]</sup>。脓毒症患者病情进展过程中最易损害的靶器官为胃肠道, 而胃肠道也是多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)的重要启动器官之一<sup>[2]</sup>。临床过程中, 脓毒症患者一旦出现胃肠功能障碍, 往往提示病情恶化或预后欠佳<sup>[3-5]</sup>, 若能有效改善患者的胃肠功能障碍, 则脓毒症的病死率会降低, 其预后也将得到进一步改善<sup>[6]</sup>。西医在保护胃肠功能方面的干预措施相对有限<sup>[7]</sup>。多项研究发现, 通腑泻下方药可改善重症患者的胃肠功能, 调节机体内环境<sup>[8-10]</sup>。大黄附子汤和小承气汤同出自《伤寒杂病论》, 是泻下通腑的经典代表方剂。本研究观察了大黄附子汤与小承气汤的合方治疗早期脓毒症胃肠功能障碍患者的疗效, 以期探索脓毒症治疗的新模式。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 脓毒症诊断参考美国危重病医学会(Society of Critical Care Medicine, SCCM)联席会议制定的最新标准<sup>[11]</sup>和中华医学会重症医学分

会制定的《中国严重脓毒症/脓毒症性休克治疗指南(2014)》<sup>[12]</sup>。胃肠功能障碍的诊断参考欧洲危重病学会(European Society of Intensive Care Medicine, ESICM)提出的急性胃肠损伤(acute gastrointestinal injury, AGI)分级判断标准<sup>[13]</sup>。

**1.2 纳入标准** ①同时符合脓毒症诊断标准和胃肠功能障碍诊断标准; ②年龄 $\geq 18$ 岁; ③患者或家属签署知情同意书。

**1.3 排除标准** ①已知明确对本方中某中药成分过敏者; ②拒绝配合重症监护室基础治疗者(如拒绝气管插管、拒绝胃管及尿管置入); ③不具备肠内营养条件者; ④非脓毒症血症并发的胃肠功能障碍的患者; ⑤合并消化道出血、消化道肿瘤或有胃肠道手术史的患者; ⑥妊娠或哺乳期的女性患者; ⑦合并精神障碍者。

**1.4 一般资料** 本研究的对象均来自南京中医药大学附属中西医结合医院重症监护室2016年1月1日至2017年12月31日收治的患者。将符合纳入标准的50例患者随机分为两组。对照组25例, 男14例, 女11例; 年龄61~83岁, 平均年龄(74.28 $\pm$ 5.29)岁。治疗组25例, 男13例, 女12例, 年龄63~81岁, 平均年龄(74.76 $\pm$ 4.26)岁。两组患者性别、年龄比较, 差异均无统计学意义(性别:  $\chi^2 = 0.081, P = 0.777$ ; 年龄:  $t = -0.353, P = 0.725$ );

作者简介: 魏凤琴(1975-), 女, 副主任医师

通信作者: 倪海滨(1970-), 男, 博士, 主任医师, 1025221459

@qq.com

两组患者感染部位和合并症比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。见表1。

表1 两组患者感染部位和合并症比较

组别	n	感染部位例数				合并症例数		
		肺部感染	胆系感染	泌尿系感染	其他部位感染	慢阻肺	间质性肺病	萎缩性胃炎
对照	25	13	5	5	4	9	1	2
治疗	25	15	3	7	2	10	1	2
$\chi^2$ 值	—	0.325	0.149	0.439	0.189	0.085	0.000	0.000
P 值	—	0.569	0.700	0.508	0.663	0.771	1.000	1.000

  

组别	n	合并症例数					
		慢性肾功能不全	2型糖尿病	高血压病	冠心病	心功能不全	脑梗死
对照	25	1	9	20	7	6	1
治疗	25	2	7	19	8	5	7
$\chi^2$ 值	—	0.000	0.368	0.117	0.095	0.117	3.720
P 值	—	1.000	0.544	0.733	0.758	0.733	0.054

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 参考文献[12]给予西医常规基础性治疗方案,包括吸氧、胃肠减压、监测生命体征等基础护理治疗措施,给予抗感染,抑酸护胃,液体复苏,调节水、电解质、酸碱平衡等药物。AGI 分级评估在 24 h 内完成,早期肠内营养在 48 h 内完成。

2.1.2 治疗组 基础治疗同对照组,同时在患者液体复苏后 24 h 予口服大黄附子合小承气汤(南京中医药大学附属中西医结合医院药剂科提供),不能口服者给予鼻饲。方药组成:制附子 12 g,生大黄、炒枳实各 9 g,厚朴 6 g,细辛 3 g。采用颗粒剂,用 50 mL 热水冲服,每日 1 剂,早晚分服。应急措施:若患者超过 3 d 无排便,给予开塞露灌肠。中药干预疗程为 2 周,观察时间窗结束后 2 组给予对等的西医基础治疗。

### 2.2 观察指标及方法

2.2.1 感染部位及合并的基础疾病情况观察 患者入院时综合评估感染病位,对不能确诊感染部位者,在后期明确后仍计入相关感染部位,但需排除院内感染。

2.2.2 AGI 分级 按文献[13]方法评估患者入院后 24 h 内及经治疗 72 h 后的 AGI 分级情况。AGI 分为 4 级:Ⅰ级,胃肠道功能障碍或衰竭风险较大;Ⅱ级,胃肠功能紊乱,且需要干预措施恢复胃肠功能;Ⅲ级,胃肠功能衰竭,经干预措施仍不能恢复胃肠功能;Ⅳ级,胃肠功能衰竭,且危及生命。

2.2.3 胃肠功能障碍评分 按文献[14]方法将胃肠功能障碍分为 4 级:无胀气,肠鸣音正常,计 0 分;胀气,肠鸣音减弱,计 1 分;高度胀气,肠鸣音消失或几乎消失,且腹内压升高,计 2 分;非结石性急性胆囊炎、急性胰腺炎、麻痹性肠梗阻、应激性溃疡出血,

计 3 分。

2.2.4 急性生理学及慢性健康评估Ⅱ(acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II)评分 APACHE II 评分<sup>[15]</sup>由 A、B、C 3 项组成。A 项为急性生理学评分,共 13 项指标,根据偏离正常值的程度分别计 0~4 分;B 项为年龄评分,共 5 个等级,分别计 0、2、3、5、6 分;C 项为慢性健康状况评分,急诊手术或未手术治疗者计 5 分,择期手术计 2 分。APACHE II 评分理论最高值为 71 分,评分越高,风险越大,死亡率越高。

2.2.5 序贯器官衰竭评估(sequential organ failure assessment, SOFA)评分 按文献[16]方法对呼吸、心血管等 6 项器官功能进行评估,每项评分范围 0~4 分。任意一项器官功能评分  $\geq 2$  分,即诊断为该器官功能障碍;评分  $\geq 3$  分即诊断为该器官功能衰竭。

2.2.6 炎症指标检测 治疗前后分别检测白细胞(white blood cell, WBC)、高敏 C-反应蛋白(high-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP)、降钙素原(procalcitonin, PCT)水平。采用胶体金比色法检测 PCT 水平。

2.2.7 住院总时间和病死率观察 统计两组患者住院总时间和死亡人数。病死率=死亡人数/组总人数 $\times 100\%$ 。

2.3 统计学方法 所有数据均采用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析。连续型变量采用“均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )”进行统计学描述。符合正态分布者,同组治疗前后均数比较采用配对  $t$  检验,两组间均数比较采用两个独立样本  $t$  检验;不符合正态分布者,同组治疗前后中位数比较采用 Wilcoxon 检验,两组数据分布比较采用 Mann-Whitney  $U$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

### 3 结果

3.1 两组患者治疗前后 AGI 分级比较 与治疗前比较,治疗 72 h 后,对照组 AGI 分级无明显变化 ( $P>0.05$ ),治疗组 AGI 分级明显降低 ( $P<0.05$ );两组治疗前后 AGI 分级差值比较,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),治疗组 AGI 分级较对照组明显改善。见表 2、表 3。

表 2 两组患者治疗前后 AGI 分级比较

组别	n	差异来源	I 级/例	II 级/例	III 级/例	Z 值	P 值
对照	25	治疗前	6	9	10	1.941	0.052
		治疗后	7	14	4		
治疗	25	治疗前	6	8	11	3.368	0.001
		治疗后	15	7	3		

表 3 两组患者治疗前后 AGI 分级差值比较

组别	n	AGI 分级变化例数				平均秩次	Z 值	P 值
		升高 1 级	无变化	降低 1 级	降低 2 级			
对照	25	2	15	7	1	21.76	-1.986	0.047
治疗	25	1	9	12	3	29.24		

3.2 两组患者治疗前后胃肠功能障碍评分、A-

表 4 两组患者治疗前后胃肠功能障碍评分、APACHE II 评分和 SOFA 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	胃肠功能障碍评分			APACHE II 评分			SOFA 评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	25	2.44±0.71	1.72±0.54*	0.72±0.74	19.24±5.32	13.64±4.02*	5.60±7.25	9.20±4.23	4.68±1.68*	4.52±3.34
治疗	25	2.60±0.58	1.16±0.62*	1.44±0.65#	20.56±4.51	10.56±3.00*	10.00±5.28#	8.96±4.16	2.20±1.12*	6.76±3.54#

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较,# $P<0.05$

表 5 两组治疗前后 WBC、hs-CRP、PCT 水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	WBC/( $10^9/L$ )			hs-CRP/(mg/L)			PCT/(pg/mL)		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	25	15.43±4.18	9.78±2.56*	5.65±3.42	97.10±30.09	31.91±6.17*	65.19±28.96	9.69±2.41	3.31±1.05*	6.38±1.97
治疗	25	15.67±3.24	8.00±1.42*	7.67±3.32#	97.75±34.44	13.90±3.43*	83.84±33.88#	9.35±2.25	1.45±0.58*	7.90±2.33#

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较,# $P<0.05$

### 4 讨论

脓毒症多由感染引起,机体炎症反应系统被激活,释放多种因子,涉及机体多个脏器,是临床常见危急重症。胃肠道最易因炎症递质浸润、黏膜缺血而受到损伤,加之胃肠道又是人体内的“储菌库”,故在胃肠道功能障碍时,又可促进脓毒症的发生发展,加速破坏免疫功能,使得感染加重且难于控制,从而导致 MODS 的发生<sup>[13,17]</sup>。因此,胃肠道功能的保护和调整在脓毒症患者的综合治疗上具有极其重要的意义。

中医学根据脓毒症的临床表现及病程发展,可将其归属为“外感热病”“温毒”等范畴。中医认为,人体正气虚弱时,邪毒容易入侵,与内积的瘀血、痰浊等合而产生毒热。临床治疗以清热解毒、通腑泻下为主要治则。脓症患者常因毒热内盛、瘀毒内

PACHE II 评分、SOFA 评分比较 两组患者治疗前胃肠功能障碍评分、APACHE II 和 SOFA 评分比较,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。与治疗前比较,两组患者治疗后胃肠功能障碍评分、APACHE II 评分和 SOFA 评分均显著降低 ( $P<0.05$ ),且治疗组患者 3 种评分下降程度均显著大于对照组 ( $P<0.05$ )。见表 4。

3.3 两组患者治疗前后 WBC、hs-CRP、PCT 水平比较 两组患者治疗前 WBC、hs-CRP 和 PCT 水平比较,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ );与治疗前比较,两组患者治疗后 WBC、hs-CRP 和 PCT 水平均显著降低 ( $P<0.05$ ),且治疗后三者降低程度均显著大于对照组 ( $P<0.05$ )。见表 5。

3.4 两组患者住院时间和病死率比较 治疗组病死 0 例,对照组病死 3 例,两组病死率比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。对照组患者住院时间为 (17.72±5.93)d,治疗组患者住院时间为 (15.36±5.39)d,两组住院时间比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

阻等致使气机郁滞、通降失调。脾胃为后天之本,同属中焦,是人体之枢纽,是调节五脏气机的关键。胃与大肠同属阳明,传化物而不藏,六腑以通为用,胃肠则以气机通降为顺,上下交通,清阳升而浊阴降,反则浊阴逆位,气机郁滞势必会出现胃肠功能障碍,如脘腹胀满,矢气不通,不排便,甚至反流呕吐等表现。

大黄附子汤由大黄、附子、细辛 3 味药组成,小承气汤由大黄、枳实、厚朴 3 味药组成,两方同源于一张仲景的《伤寒杂病论》。大黄为两方共同用药,当为君药,其味苦性寒,是最常用的攻下药,具有泻下攻积、荡涤胃肠、解毒消痈、利湿退黄、化瘀通经之功用。附子辛甘大热,具有回阳救逆、补火助阳、温补脾肾、逐风驱寒湿之功。细辛辛温,能够祛风散寒、通窍止痛、温肺化寒饮。枳实破气消积、化瘀除痞;厚朴行气消积、降逆燥湿。诸药合用,共奏泻下通腑

之功。现代药理研究表明,大黄具有良好的抗菌、导泻及调整肠道菌群平衡的作用<sup>[18-19]</sup>。附子含有次乌头碱等多种生物碱,具有强心、抗休克、升压、扩张外周血管、抗炎及镇痛等作用<sup>[20]</sup>。细辛有强心、抗心肌缺血、升高血压作用<sup>[21]</sup>。枳实、厚朴中有效成分能够改善胃肠运动功能,抑制炎症细胞因子的释放<sup>[22-23]</sup>。

APACHE II 评分是临床上运用最广泛、最权威的重症患者病情评价系统,主要包括急性生理学评分、年龄评分和慢性健康状况评分 3 个部分<sup>[24]</sup>,理论总分为 71 分,患者病情越重则评分就越高,若动态监测 APACHE II 评分,则可及时准确反映预后,并在一定程度上有效预测患者病情<sup>[15]</sup>。SOFA 评分包括对呼吸、心脏、肝脏、血液、神经、肾脏等 6 个器官或系统的观察,大多是容易获取的相关指标,临床上常用其评估 MODS 的发生发展情况,同时 SOFA 评分还能相对可靠地反映住院病死率<sup>[16]</sup>。

WBC、CRP、PCT 是目前临床常用的反映炎症水平的相关检测指标。WBC 是最常用、最传统的诊断感染的指标,当机体遭受细菌感染时,会释放出大量的炎症递质进入到外周血循环,使得血液中 WBC 总数增加。临床上,WBC 的实际检测结果容易受年龄、药物、肿瘤、激素等多种因素的影响,故该指标对感染造成的炎症判断缺乏灵敏性和特异性<sup>[25]</sup>。hs-CRP 是一种主要由肝脏生成的非特异性炎症反应因子,在各种感染性疾病及自身免疫性疾病中均能迅速升高,通常是在细胞损伤的 6~8 h 内大量分泌,并在 48~72 h 内达到峰值,因此对细菌感染缺乏特异性,但其敏感性优于 WBC<sup>[26]</sup>。PCT 是生理情况下在外周血中含量极少的一种功能蛋白,当机体遭受细菌感染时,甲状腺、肺脏、肠道、肝脏等器官中淋巴细胞被炎症递质激活,分泌合成并且释放入外周血,使得其水平升高。目前普遍认为,PCT 对细菌感染具有较高的敏感性和特异性,其水平的高低可以反映感染的严重程度<sup>[27]</sup>。有学者认为,血清 WBC、CRP、PCT 水平与脓毒症患者病情严重程度密切相关,同时联用 3 项指标检测时敏感度、特异度和准确度均最高,亦就是其水平越高,患者病情越严重,预后也越差<sup>[28]</sup>。

本研究结果表明,对于脓毒症患者的治疗,在基础治疗的基础上辅以泻热通腑的大黄附子汤合小承气汤,能够显著降低患者胃肠功能障碍评分、APACHE II 评分和 SOFA 评分,显著降低患者血清 WBC、CRP、PCT 水平,且 3 种评分降低程度和 3 种炎症因子降低程度显著大于对照组( $P < 0.05$ )。与

对照组比较,治疗组患者住院时间和病死率具有降低趋势。综上所述,胃肠功能障碍是脓毒症患者常见的临床表现,基于中医“六腑以通为用”的理论,早期应用大黄附子汤合小承气汤,可促进胃肠蠕动,改善胃肠功能障碍,有减少住院时间和降低病死率趋势。其作用机制可能与降低炎症因子水平,提高胃肠黏膜血流灌注有关。至于是否与加速细菌和毒素排泄,维持肠道菌群稳定有关,还有待进一步探讨。

#### 参考文献:

- [1] ANGUS DC, LINDE-ZWIRBLE WT, LIDICHER J, et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care [J]. *Crit Care Med*, 2001, 29(7): 1303-1310.
- [2] 秦龙, 张颖萍, 刘秋晏, 等. 脓毒症患者胃肠道功能不全综合征的临床特征分析 [J]. *中华医院感染学杂志*, 2013, 23(17): 4141-4142, 4145.
- [3] ADIKE A, QUIGLEY E M. Gastrointestinal motility problems in critical care: a clinical perspective [J]. *J Dig Dis*, 2014, 15(7): 335-344.
- [4] 罗永军, 蓝光明, 钟敏华, 等. 降钙素原清除率对脓毒症患者预后评估的价值 [J]. *热带医学杂志*, 2015, 15(5): 646-648, 673.
- [5] 李沫, 李有强, 邓光远, 等. 降钙素原、超敏 C 反应蛋白与 APACHE II 对脓毒症预后的评估 [J]. *中国热带医学*, 2016, 16(7): 702-704.
- [6] VAN D S J I, OUDEMANS-VAN STRAATEN H M, KUIPER M A, et al. Laxation of critically ill patients with lactulose or polyethylene glycol: a two-center randomized, double-blind, placebo-controlled trial [J]. *Crit Care Med*, 2007, 35(12): 2726-2731.
- [7] REINTAM A, PARM P, KITUS R, et al. Gastrointestinal symptoms in intensive care patients [J]. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2009, 53(3): 318-324.
- [8] 王宏, 吴锡平. 大黄附子汤治疗危重症并发胃肠功能障碍验案 1 则 [J]. *江苏中医药*, 2015, 47(9): 55-56.
- [9] 许婵娟, 喜新. 通腑法治疗危重症患者肠功能障碍验案 1 则 [J]. *江苏中医药*, 2011, 41(3): 61.
- [10] PAGNINI C, SAEED R, BAMIAS G, et al. Probiotics promote gut health through stimulation of epithelial innate immunity [J]. *Proc Natl Acad Sci*, 2010, 107(1): 454-459.
- [11] RHODES A, EVANS LE, ALHAZZANI W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016 [J]. *Crit Care Med*, 2017, 45(3): 486-552.
- [12] 中华医学会重症医学分会. 中国严重脓毒症/脓毒症性休克治疗指南 (2014) [J]. *中华内科杂志*, 2015, 54(6): 557-581.
- [13] REINTAM B A, MALBRAIN M L, STARKOPF J, et

- al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM working group on abdominal problems[J]. *Intensive Care Med*, 2012, 38(3): 384-394.
- [14] 王今达, 王宝恩. 多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准(经庐山'95全国危重病急救医学学术会讨论通过)[J]. *中国危重病急救医学*, 1995(6): 346-347.
- [15] KNAUS W A, DRAPER E A, WANGER D P, et al. APACHE II: A severity of disease classification system [J]. *Crit Care Med*, 1985, 13(40): 818-829.
- [16] VINCENT J L, MORENO R, TAKALA J, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the working group on sepsis-related problems of the European society of intensive care medicine [J]. *Intensive Care Med*, 1996, 22(7): 707-710.
- [17] PAGNINI C, SAEED R, BAMIAS G, et al. Probiotics promote gut health through stimulation of epithelial innate immunity [J]. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2010, 107(1): 454-459.
- [18] 余红, 牟园芬, 冯清洲, 等. 生大黄对危重症患者胃肠功能保护的临床研究 [J]. *中医临床研究*, 2016, 8(1): 5-9.
- [19] 许佩兰. 大黄附子汤的临床应用及药学探讨 [J]. *中国现代药物应用*, 2016, 10(5): 260-261.
- [20] 李文红. 附子的临床药理特点 [J]. *中国临床药理学杂志*, 2009, 25(4): 352-354.
- [21] 丁香, 赵万秋, 蔡林. 中药细辛的现代临床应用研究 [J]. *临床合理用药杂志*, 2015, 8(30): 177-179.
- [22] 盛永成, 王晶, 张世洋, 等. 厚朴药理研究进展 [J]. *成都中医药大学学报*, 2018, 41(2): 109-114.
- [23] 张红, 孙明江, 王凌. 枳实的化学成分及药理作用研究进展 [J]. *中药材*, 2009, 32(11): 1787-1790.
- [24] 张晓琴. 急性生理学及慢性健康状况评价系统 II 评分与慢性阻塞性肺疾病和支气管哮喘生理评分对慢性阻塞性肺疾病并 II 型呼吸衰竭患者预后的预测价值分析 [J]. *实用心脑血管病杂志*, 2016, 24(12): 84-87.
- [25] 谢瑞玉. 30 例 CRP 和 WBC 检测结果不一致的原因分析及探讨 [C]// 中华医学会第八次全国检验医学学术会议暨中华医学会检验分会成立 30 周年庆典大会资料汇编. 北京: 中华医学会, 2009: 410-411.
- [26] 夏琪. 血清炎性细胞因子、PCT 和 CRP 在支原体与细菌性肺炎中的水平变化及临床意义 [J]. *中国微生态学杂志*, 2015, 27(8): 935-937.
- [27] 陈瑜, 鞠方鹤. 血清降钙素原检测用于老年人重度肺部感染临床诊疗的价值探讨 [J]. *中国基层医药*, 2015(13): 1966-1968.
- [28] 谢树锋, 戚应静, 冯明涛, 等. 血清 PCT、CRP、WBC 在脓毒症患者病情及预后评估中的应用价值 [J]. *中国当代医药*, 2018, 25(26): 54-56.

(收稿日期: 2019-05-07; 编辑: 曹健)

## Effect of Dahuang Fuzi Decoction Combined with Xiaochengqi Decoction on Gastrointestinal Function and Inflammatory Factors in Patients with Sepsis

WEI Feng-qin, LYU Jian, MENG Hao, NI Hai-bin

(Affiliated Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Nanjing 210028, China)

**[Abstract] Objective** To investigate the effect of Dahuang Fuzi Decoction combined with Xiaochengqi Decoction on gastrointestinal function and inflammatory factors in patients with sepsis. **Methods** A total of 50 patients with sepsis were randomly divided into treatment group and control group, with 25 patients in each group. Both groups were given basic Western medicine treatment, and the patients in the treatment group were given Dahuang Fuzi Decoction combined with Xiaochengqi Decoction via a stomach tube. The course of treatment was 2 weeks. The grade of acute gastrointestinal injury (AGI) was evaluated before treatment and after 72 hours of treatment, and the two groups were compared in terms of the changes in gastrointestinal dysfunction score, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) score, Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score, and inflammation markers [white blood cell count (WBC), high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), and procalcitonin (PCT)] after treatment. Length of hospital stay and mortality rate were compared between the two groups. **Results** After 72 hours of treatment, there was no significant change in AGI grade in the control group ( $P > 0.05$ ), while the treatment group had a significant reduction in AGI grade ( $P < 0.05$ ); the treatment group had a significantly greater improvement in AGI grade than the control group ( $P < 0.05$ ). Both groups had significant reductions in gastrointestinal dysfunction score, APACHE II score, SOFA score, WBC, hs-CRP, and PCT after

# 益气养阴汤联合厄洛替尼治疗中晚期肺腺癌临床研究

梁惠, 喻怀斌, 李要轩, 马丽芬

(六安市中医院肿瘤放疗科, 安徽 六安 237006)

**[摘要]**目的 观察益气养阴汤联合厄洛替尼治疗中晚期肺腺癌的疗效。方法 将60例中晚期肺腺癌患者按照随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组30例。治疗组采用益气养阴中药联合厄洛替尼治疗, 对照组仅服用厄洛替尼。观察并比较两组实体瘤疗效及基于中医证候评分的疗效; 治疗前后分别采用卡氏功能状态(Karnofsky performance status, KPS)量表评价患者的生存质量。结果 治疗组患者实体瘤疗效和基于气阴两虚证积分的疗效均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。与治疗前比较, 治疗组患者治疗后KPS评分显著升高( $P < 0.05$ ), 对照组患者治疗后KPS评分略有降低( $P > 0.05$ ), 治疗组患者KPS评分升高程度显著大于对照组( $P < 0.05$ )。结论 益气养阴汤联合厄洛替尼可明显提高中晚期肺腺癌患者的生存质量和实体瘤疗效, 减轻气阴两虚证的临床表现。

**[关键词]**肺腺癌; 益气养阴; 厄洛替尼

**[中图分类号]**R734.2 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2019.05.011

肺癌是最常见的呼吸系统恶性肿瘤, 其发病率及死亡率位居各种癌症之首。由于发病隐匿, 大部分肺癌患者发现时已是中晚期<sup>[1]</sup>。目前, 分子靶向药物已用于中晚期肺癌患者的治疗, 以表皮生长因子受体(epidermal growth factor receptor, EGFR)为主要攻击靶点的表皮生长因子受体-酪氨酸激酶抑制剂(epidermal growth factor receptor-tyrosine kinase inhibitors, EGFR-TKIs)成为治疗非小细胞肺癌的研究热点。但EGFR-TKIs具有极大的毒性和不良反应, 部分患者因无法耐受而减少药物用量或停药, 影响疗效。多学科综合治疗已成为肺癌的主要治疗模式, 其中中医药治疗成为多学科综合治疗晚期肺癌患者的新途径。临床研究表明, 气阴两虚是晚期非小细胞肺癌的主要证型<sup>[2]</sup>。笔者采用益气养阴汤联合厄洛替尼治疗中晚期肺腺癌患者取得较好的疗效, 报告如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 ①参照美国国立综合癌症网络

(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)指南, 经病理学或细胞学检查证实为肺部腺癌中晚期且拒绝手术及放射治疗、化学治疗患者; ②均适合应用靶向药物治疗; ③年龄18~80岁; ④卡氏行为状态(Karnofsky performance status, KPS)评分70分以上; ⑤无明显心、肝、肾、骨髓功能异常。

1.2 排除标准 ①无明确病理学诊断, 或诊断为非腺癌的其他肺癌患者; ②临床病灶不可测量者; ③既往接受过厄洛替尼等小分子酪氨酸激酶抑制剂治疗者。

1.3 剔除和脱落病例标准 ①未按规定治疗, 无法判断疗效者; ②资料不全影响疗效或安全性判断者; ③治疗过程中发生意外事件而不能坚持治疗者; ④治疗过程中不配合治疗者。

1.4 一般资料 选取2016年8月至2017年12月六安市中医院肿瘤放疗科中晚期非小细胞肺腺癌患者60例, 全部病例均经病理学证实, 按照随机数字表法将其随机分为对照组(服用靶向药)和治疗组(中药联合靶向药), 每组30例。治疗组: 男13例, 女17例; 平均年龄(63.30±8.58)岁; III b期14例, IV期16例。对照组: 男17例, 女13例; 平均年龄(64.50±8.94)岁; III b期15例, IV期15例。两组

基金项目: 国家中医临床研究基地业务建设科研专项课题 (JDZX2015074)

作者简介: 梁惠(1969-), 女, 硕士, 副主任医师

treatment ( $P < 0.05$ ), and the treatment group had significantly greater reductions than the control group ( $P < 0.05$ ). There were no significant differences in length of hospital stay and mortality rate between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Early application of the heat-clearing and bowel-relaxing method can significantly improve gastrointestinal dysfunction and prognosis in patients with sepsis.

**[Key words]** Sepsis; Gastrointestinal function; Inflammatory factor; Dahuang Fuzi Decoction; Xiaochengqi Decoction