

运中汤对危重症胃肠功能障碍患者炎症因子的临床研究

张洁 郭宇菁 王素娟

山西省中西医结合医院 ICU 山西 太原 030013

【摘要】目的：观察运中汤对危重症胃肠功能障碍（Gastrointestinal Dysfunction, GID）患者临床疗效及对炎症因子的影响。方法：临床选取 2022 年 1 月至 2023 年 10 月入住山西省中西医结合医院 ICU 的危重症 GID 患者，共计 60 例，随机分为对照组 30 例，以积极治疗原发疾病，早期肠内营养，微生物制剂、促动力药物的常规西医治疗为主；观察组在西医治疗基础上，辅以每日给予运中汤治疗，两组疗程均为 7d。观察比较两组治疗 1d、3d、7d 后 APACHE-II 评分、疾病症状评分差异，炎症、感染相关生物标志物检测值差异；同时比较两组腹腔内压的差异。结果：两组治疗 3d、7d 后各评分均较治疗前改善，相较于对照组，胃肠功能障碍、中医证候评分低于对照组（ $P < 0.05$ ）；7d 后 WBC、CRP、IL-6 水平及腹腔内压较治疗前均下降，CRP、IL-6、腹腔内压与同期对照组比较差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ）。结论：运中汤能促进危重症 GID 患者胃肠功能恢复，抑制其炎症反应，降低腹内压。

【关键词】：运中汤；胃肠功能障碍；炎症因子

DOI:10.12417/2811-051X.26.06.076

危重患者因自身免疫及抵抗力衰弱，成为感染的高风险群体。若未得到及时干预，病情易恶化为脓毒症、脓毒症休克乃至多器官功能障碍综合征(MODS)，进而延长住院时长，严重威胁患者生命^[1]。据统计，ICU 住院患者中约有 2/3 经历过胃肠功能紊乱，作为体内毒素与微生物的主要储存地，胃肠道黏膜一旦受损，将导致内毒素、微生物、氧自由基及炎性介质释放入血，引发机体代谢紊乱。因此，胃肠道被视为 MODS 及急危重症应激反应的“起始与驱动因素”，MODS 患者中 GID 的发生率与死亡率分别高达 78.8%与 61.7%，故有效管理危重症患者的胃肠功能障碍是阻断病情进展、降低死亡率的关键。当前，改善危重症患者的胃肠道功能已成为医学界的研究热点^[2]。尽管西医已采用促动力药物、抑酸剂、肠道菌群调节药、肠外营养支持及胃黏膜保护剂等常规治疗手段，但收效甚微。在此背景下，中医药辅助治疗日益受到重视。本研究基于名老中医的学术经验，旨在探讨运中汤对危重症中脾虚浊毒证患者 GID 及其相关炎症因子的调节作用，如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2022 年 1 月至 2023 年 10 月本院重症病房收治的 60 例危重患者为研究样本，患者需合并 GID 且属脾虚浊毒型。随机分为对照组男 17 女 13，20~81 岁，均龄（61.47±11.24）岁。观察组男 15，女 15，18~82 岁，均龄（61.98±9.93）岁。基线资料差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 纳入标准

18~75 岁，危重症者；中医辨证属于脾虚浊毒型，主症：腹胀、食欲不振、大便异常、疲倦乏力、舌象异常，次症：恶心呕吐、腹痛、口苦口黏、体重下降；入院时 GID 的 AGI 分级 I-III 级。排除标准：近期（3 个月内）接受过免疫抑制剂或抗炎药物治疗；近期胃肠道手术；原发病为胃肠道疾病者；精神疾病或无法配合治疗；入院后 72 小时内死亡。

1.3 治疗方法

对照组行积极治疗原发疾病，早期肠内营养，微生物制剂、促动力药物为主的西医治疗，而观察组在西医治疗基础上，口服或鼻饲自拟运中汤，组方：枳实 10g、厚朴 15g、生白术 45g、石菖蒲 24g、决明子 15g。加水煎至 200ml，每次 100ml，每日 2 次，7 天为 1 疗程。

1.4 观察指标

分别于治疗前、治疗 1d、3d、7d 后比较两组急性生理和慢性健康量表（APACHE II）评分、胃肠功能障碍评分、中医证候评分；并抽血检测两组 C 反应蛋白（CRP）、白细胞计数（WBC）、降钙素原（PCT）水平、IL-6 的变化；比较两组腹腔内压治疗前后的变化。

1.5 统计学方法

SPSS22.0 统计软件行数据处理。正态分布计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，t 检验；非正态分布数据资料，以 M(P25-P75)中位数呈现，非参数检验方法。计数资料百分比（%）表示， χ^2 检验。当 $P < 0.05$ ，认为差异具有统计学意义。

2 结果

(1) 两组治疗 1d、3d、7d 后 APACHE II 评分、GID 评分、中医证候评分比较。见表 1 在治疗 3d、7d 后，两组各项指标与其治疗前比较， $aP < 0.05$ ，差异有统计学意义；治疗 7d 后，观察组 GID 评分、中医证候评分低于对照组 ($bP < 0.05$)。

表 1 两组治疗 1d、3d、7d 后 APACHE II 评分、症状评分比较

组别	时间	APACHE II 评分	胃肠功能障碍评分	中医证候评分
观察组	治疗前	21.13 ± 5.09	2(1,2,2)	13.89 ± 4.1
	1d	20.46 ± 3.64	2 (1,2,0)	12.49 ± 3.34
	3d	15.37 ± 3.41a	2 (1,1,74) a	9.88 ± 2.40a
	7d	8.67 ± 3.58a	0.5 (0,1) ab	4.45 ± 2.40ab
对照组	治疗前	20.03 ± 4.44	2(1,2,1)	14.78 ± 4.1
	1d	19.43 ± 3.81	2 (1,2,1)	12.89 ± 4.65
	3d	14.26 ± 3.43a	2 (0.5, 1.81) a	11.20 ± 3.51a
	7d	6.93 ± 3.52a	1 (0.5,1) ab	8.62 ± 4.50ab

治疗 3d、7d 后与本组治疗前比较， $aP < 0.05$ ，差异有统计学意义；治疗 7d 后，与对照组比较， $bP < 0.05$ 。

(2) 两组治疗后 PCT、CRP、WBC、IL-6 水平比较见表 2。在治疗 3d 和 7d 天后，两组的炎性指标均较治疗前有所降低，组间差异不显著 ($P > 0.05$)；治疗 7 天后，观察组 CRP、IL-6 检测值低于对照组 ($bP < 0.05$)。

表 2 两组治疗 1d、3d、7d 后炎性因子比较

组别	时间	CRP	PCT	WBC	IL-6
治疗组	治疗前	59.27 ± 18.59	16.20 ± 6.30	37.00 ± 9.45	17.94 ± 9.72
	1d	55.91 ± 16.95	34.78 ± 8.56	14.58 ± 6.85	14.23 ± 7.99
	3d	46.11 ± 10.70	25.27 ± 6.75	12.26 ± 3.22	10.96 ± 6.95
	7d	27.18 ± 7.43ab	12.53 ± 6.38a	10.74 ± 3.51a	8.15 ± 3.38ab
对照组	治疗前	59.26 ± 17.48	15.52 ± 5.97	37.22 ± 9.81	16.58 ± 10.18
	1d	56.00 ± 15.11	35.44 ± 8.85	15.77 ± 7.10	14.13 ± 8.24
	3d	50.62 ± 10.88	27.80 ± 5.81	13.60 ± 3.51	10.91 ± 6.60
	7d	28.2 ± 5.91ab	14.69 ± 3.44a	12.43 ± 3.90a	9.66 ± 3.83ab

治疗 3d、7d 后治疗组与同期对照组比较， $P > 0.05$ ，差异不显著。治疗 7d 后与治疗前比较，差异具有统计学意义 $aP < 0.05$ ，与同期对照组比较，CRP、IL-6 差异具有统计学意义， $bP < 0.05$ 。

(3) 两组腹内压比较见表 3。治疗 1d、3d 后组间检测值无显著差异 ($P > 0.05$)；治疗 7d 后腹内压与同期对照组及治疗前相比，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 两组治疗后腹内压比较

时间	治疗前	1d	3d	7d
观察组	14.04 ± 3.96	13.16 ± 2.31	11.83 ± 2.09	9.93 ± 1.76b
对照组	12.55 ± 4.07	14.13 ± 2.47	12.47 ± 2.40	10.91 ± 1.86b
t	-1.211	-1.940	-1.334	-2.562
P 值	0.133	0.056	0.186	0.012

治疗 1d、3d 后观察组腹内压与同期对照组比较， $P > 0.05$ ，无统计学意义。治疗 7d 后与其相应对照组及治疗前比较，有显著差异， $P < 0.05$ 。

3 讨论

危重症患者在临床上较为常见，GID 是危重症患者临床最常见的并发症之一，GID 会导致肠道屏障功能受损，引发细菌和内毒素易位，进而加重全身 SIRS 和 MODS。陈大兰^[3]研究指出重症患者出现 GID 会显著增加临床治疗的复杂性和死亡率。研究指出^[4]，GID 会降低营养吸收效率，导致患者营养不良，削弱免疫系统功能，延长住院时间并增加感染风险。黄晓星^[5]进一步强调，GID 引起的肠道动力障碍和黏膜缺血会加剧肠道菌群失调，增加脓毒症的发生率。数据显示^[6]，危重症患者中 GID 的发生率高达 30%-50%，且伴有 GID 的患者死亡率比无 GID 患者高出 20%-30%。因此，GID 不仅是危重症患者病情恶化的关键因素，也是临床治

疗中需要重点关注和干预的环节。人以胃气为本，中医认为 GID 可归属“痞满”“腹胀”“便秘”等范畴^[7]，而危重症患者出现 GID 与脾虚浊毒密切相关。该类患者长期卧床，肠蠕动减弱，多长期使用通里攻下药物及因耐药菌问题使用超广谱抗生素，必定会损耗正气，导致脾气亏虚，引起胃肠功能障碍。因此，我们认为危重症患者胃肠功能障碍的主要病机为脾气虚弱，腑气不通，浊毒阻滞^[8]，可采用攻补兼施的治疗方法，治则为补益正气、通腑泄浊。本研究结果示，治疗组在西医常规对症治疗基础上联合运中汤治疗，发现通过运中汤治疗后患者炎症、感染相关生物标志物检测值低于对照组，且各项评分及腹内压均有一定程度的改善。分析原因为：运中汤在名老中医学经验指导下，结合患者脾胃虚弱，且存在腑气不通，浊毒阻滞，在承气汤基础上，联合加用补益脾胃之中药进行加减。方剂以通过健脾化浊、理气通腑为主，方中枳实为君药，行气消痞，破气除满，直接缓解痞满、腹胀症状；厚朴为臣药，燥湿化痰、下气除满，助枳实增强

理气化浊之力^[9]；辅药生白术，健脾益气，恢复脾胃运化功能，为治本之药；石菖蒲化湿开窍，助浊毒排出；决明子润肠通便，缓解便秘。全方标本兼治，既健脾益气以固本，又理气化浊以治标，有效改善 GID 患者的胃肠功能障碍，恢复气机

升降,体现了中医“扶正祛邪”的治疗价值。综上,运中汤治疗危重症者GID,可以有效改善患者的临床症状,同时减轻体内的炎症反应,降低腹内压,进而改善患者临床预后。

参考文献:

- [1] 曹蕊,林新锋,杨海淦,等.调味承气汤对重症患者胃肠功能障碍的治疗作用研究[J].广州中医药大学学报,2020,3(37)3:418-421.
- [2] 胡彦鸽,安伟伟.“魄门亦为五脏使”在重症患者胃肠功能障碍中的应用[J].中医民间疗法,2023,9(28):23-27.
- [3] 陈大兰,王京京,许叶,等.急性胃肠功能损伤分级护理对重症胃肠功能障碍患者的影响[J].中外医学研究,2025,23(05):84-88.
- [4] 郭宇菁,张洁,梁静,等.益气通腑汤联合乌司他丁对脓毒症胃肠功能障碍患者胃肠激素、肠道菌群和肠屏障标记物的影响[J].现代生物医学进展,2024,24(20):3894-3896.
- [5] 黄晓星,曾伟坚,罗伟杰,等.脓毒症胃肠功能障碍患者 APACHE II 评分、SOFA 评分及血清炎症指标与临床转归的关系研究[J].临床和实验医学杂志,2024,23(22):2365-2368.
- [6] 孙艳梅,张海荣,赵建,等.调肠方灌肠辅助治疗重症肺炎合并胃肠功能障碍的临床观察[J].中国中医急症,2024,33(10):1770-1773.
- [7] 李莉,赵云燕,罗小星,等.补中益气汤联合肠内营养治疗危重症患者胃肠障碍的临床观察[J].中国中医急症,2017,7(26)7:1281-1283.
- [8] 王奉涛.ICU 危重患者肠内营养并发症的危险因素分析[D].青岛大学,2017.
- [9] 王慧慧.脓毒症胃肠功能障碍中医用药规律探讨[D].济南:山东中医药大学,2015.