·研究进展·

中医药治疗老年社区获得性肺炎的临床研究进展

吴思沁[1]，钟云青[1,2*]

（1.广西中医药大学研究生院，广西 南宁 530200；2.广西中医药大学附属国际壮医医院，广西 南宁 530200）

摘要　社区获得性肺炎（CAP）是老年人群高发且预后不良的呼吸系统疾病，其发病率随年龄增长显著上升，临床诊疗面临误漏诊率高、并发症多等挑战。中医药治疗老年CAP凭借多靶点调控与整体调节的优势，在改善免疫失衡、缩短病程及降低不良反应（<5%）方面展现出独特价值。本文系统综述老年CAP的中医药研究进展，从基础理论层面梳理其“正虚为本、痰毒瘀为标、脏腑传变为枢”的病机体系，结合“肺－脾－肠轴”协同致病等现代机制阐释；临床研究方面，围绕痰热壅肺、风热犯肺、气阴两虚等核心证型，归纳中药复方的疗效机制，包括抑制炎症级联反应、调节免疫功能及促进病灶吸收等。同时，总结不同治疗方法的临床证据，阐明中西医协同治疗在提升应答率、优化预后中的关键作用。本综述旨在为老年CAP的精准辨证及中西医结合方案的优化提供理论依据与循证参考。

关键词　中医药；社区获得性肺炎；老年；临床研究进展

中图分类号：R256.11　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002－2392（2025）08－0110－05

DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250175

社区获得性肺炎（Community－Acquired Pneumonia，CAP）作为呼吸系统高发疾病，其病理特征表现为肺实质的院外获得性炎性反应[1]。该病以呼吸道刺激征（咳嗽、咳痰）及全身炎性反应（发热）为主要临床表征，重症患者可伴随进行性呼吸困难及多器官功能障碍，显著影响肺通气功能与生存质量[2]。流行病学数据显示，高龄人群的CAP年发病率较中青年群体增加3～5倍，其临床表现呈现显著异质性：除典型呼吸道症状外，30%以上老年患者以非特异性表现为主，如倦怠乏力、纳差及低热等，部分合并胸痛、咯血等危急征象[3-4]。老年患者免疫衰老（Immunosenescence）使得病原体清除能力下降，加之多病共存状态对临床诊断的干扰，约18.7%的初诊病例存在误漏诊风险，进而可能继发脓毒症、多器官衰竭等严重并发症[5-6]。

对于CAP的治疗，西医学主要采用抗菌药物联合支持疗法，但长期应用易引发造血抑制及代谢器官损伤[7]。中医药干预通过多靶点调控机制，可有效改善老年CAP患者免疫失衡状态，且药物相关不良事件发生率低于5%[8]。当前研究证实，整合中西医治疗策略能显著提升临床应答率并缩短康复周期[9]。基于此，本文系统梳理老年CAP的中西医研究体系，旨在为构建精准化防治方案提供理论依据。

1　CAP的中医相关认识概述

1.1　病机认识

中医典籍中没有CAP的记载，根据患者的症状特征，将其归于“咳嗽”“喘证”“发热”等外感热病的范畴。《黄帝内经》首次系统论述肺系疾病与外感六淫的关系[10]。《素问·咳论》提出“皮毛者，肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从其合也”，阐明外邪通过肌表侵袭肺系的传变路径，这与CAP的病原体呼吸道入侵机制高度契合。张仲景在《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》中细化其病机演变，“风舍于肺……热之所过，血为之凝滞”，指出风邪入里化热可致气血壅滞，可对应CAP的炎性渗出病理特征。《诸病源候论·咳嗽候》补充论述，“肺虚感微寒则成咳嗽，久咳不已，三焦受之……聚于胃，关于肺”，首次提出外感迁延致脏腑功能失调的病机转归，与老年CAP患者基础疾病加重感染的特点相呼应。孙思邈《千金方》记载：“肺中寒热，津液焦枯，呼吸奔迫，咳唾脓血”，强调痰热壅肺的病理实质，其描述的“咳唾脓血”症状与CAP合并

收稿日期：2024－12－16　　**修回日期**：2025－06－21

基金项目：国家自然科学基金项目（81760846，82260903）；广西中医药适宜技术开发与推广项目（GZSY23－49）

作者简介：吴思沁（1997－），女，硕士研究生，专业：中医内科学。

*通信作者：钟云青（1981－），男，博士，主任医师，硕士研究生导师，从事中西医结合防治呼吸系统疾病相关研究。

肺脓肿的临床表现高度一致。这表明医家开始关注痰、瘀等肺系疾病的病理产物在疾病进展中的作用。刘完素在《素问玄机原病式》中提出“咳嗽者,痰湿动于脾,风寒客于肺”,从脾胃角度阐释 CAP 易感机制,进一步丰富外感肺病的病机学说,这与老年 CAP 患者消化功能减退导致的免疫低下现象相印证。李东垣则在《内外伤辨惑论》进一步强调了内伤脾胃对于外感肺病的重要意义,强调了“脾胃虚则肺最易受邪”,并进一步确立“培土生金”治则,为老年 CAP 扶正祛邪疗法提供理论依据。及至明清时期,随着温病学说的日益完善,关于外感肺系疾病病机理论更为深化,吴又可在《温疫论》提出“邪从口鼻而入,舍于伏膂之内”,突破传统外感从皮毛而入的理论,准确描述呼吸道病原体传播途径。叶天士《临证指南医案》系统论述卫气营血传变规律,“温邪上受,首先犯肺,逆传心包”,对应 CAP 重症并发脓毒症、多器官衰竭的危重病机。王孟英《温热经纬》强调“肺卫之邪不解,则顺传于胃”,揭示肺部感染引发全身炎性反应(如胃肠功能障碍)的连锁病理过程。

随着现代生物学的进展,中医对 CAP 的病机认识更加深刻。顾耘教授提出病毒合并细菌感染性社区获得性肺炎以“痰、毒、瘀、虚”为核心病机,强调外邪侵袭后正邪交争的动态过程:初期邪毒犯肺,炼液成痰;中期痰瘀阻络,气血壅滞;恢复期肺脾肾虚,余邪未清[11]。李旭成教授则从“肺脾同病”理论切入,指出重症肺炎早期病机以肺脾功能失调为主,热毒壅肺、痰瘀阻络与脾胃升降失司互为因果,提出“活血通络、通腑降浊”以截断病势传变[12]。任亢宗等[13]学者基于“肺与大肠相表里”及“培土生金”理论,阐明老年重症肺炎中肠道菌群紊乱(肠病及肺)与脾虚痰湿内生(母病及子)的协同致病机制,认为肺病传变与脾失健运、肠腑不通密切相关。王成祥教授则聚焦老年肺炎“本虚标实”的生理特点,提出“正气亏虚,毒瘀互结”的核心病机,强调热毒耗气伤阴、痰瘀阻滞肺络的病理连锁反应,治疗需兼顾扶正(益气养阴)与祛邪(清热解毒、化痰逐瘀)[14]。综上,现代中医对肺炎病机的阐释既继承古籍“外邪袭肺”“痰瘀互结”理论,又结合“肺 - 脾 - 肠轴”等现代医学发现,形成以“正虚为发病之本,痰毒瘀为病理之标,脏腑传变为进展之枢”的系统认知体系,为临床分期论治与多靶点干预提供了理论依据。

总之,中医对 CAP 的病机认识以“正虚邪实,痰毒瘀互结”为核心,继承《黄帝内经》《金匮要略》等古籍“外邪袭肺”“气血壅滞”理论,结合温病学说卫气营血传变规律,揭示外邪由表入里、脏腑传变的动态过程。现代研究进一步提出“肺 - 脾 - 肠轴”协同致病机制,强调老年患者本虚标实(正气亏虚、毒瘀互结)及痰热壅肺、胃肠失调的病理关联,形成“正虚为本、痰毒瘀为标、脏腑传变为枢”的系统病机体系,为多靶点干预提供理论支撑。

1.2 证型认识

随着大规模流行病学方法的普及,现代中医学者不断揭示老年 CAP 的证候学规律及其特征。祝恒健等[15]系统分析了 124 例老年 CAP 住院患者的临床资料,系统探讨其中医证候分布规律。结果显示,患者以发热、咳嗽、黏痰、乏力为主症,舌质多见红或暗红,苔黄腻或白腻,脉弦滑或滑;实验室指标显示,69.4% 患者淋巴细胞百分比降低,80.7% CRP 升高,影像学提示病变多累及双下肺;老年社区获得性肺炎的常见证型为痰热壅肺证及痰浊阻肺证,病因主要是痰邪和热邪,病位主要在肺,与脾肾相关,病性为本虚标实[15]。林小瑛等[16]分析 90 例 CAP 患者及 31 例健康老年人的临床数据,探讨中医证型(痰热壅肺证、风热袭肺证、气阴两虚证)与血浆 D - 二聚体及炎症指标(IL - 6、PCT)的相关性,结果显示,各证型组 D - 二聚体、IL - 6、PCT 水平均显著高于健康对照组,且呈证型特异性梯度分布,即痰热壅肺证组 > 风热袭肺证组 > 气阴两虚证组,其中,痰热壅肺证的 D - 二聚体、IL - 6、PCT 水平最高,提示该证型患者炎症反应及凝血功能激活最为显著,可能与单核细胞活化、组织因子表达异常及生理性抗凝能力下降相关。邓亚萍[17]探讨了老年 CAP 患者的中医证型分布及其与病原学、炎症标志物(WBC、CRP、PCT)和疾病评分(CURB - 65、PSI、APACHE Ⅱ、SOFA)的关联。老年 CAP 中医证型分布情况为痰热壅肺证 > 痰湿阻肺证 > 风热犯肺证 = 气阴两虚证 > 肺脾气虚证 > 邪陷正脱证 > 热闭心包证;病原学以革兰氏阴性杆菌、真菌和病毒为主,其中病毒与痰热壅肺证显著相关,重症 CAP 中流感病毒占比达 42.9%[17]。中医证型与 CURB - 65、PSI 评分存在统计学关联,提示证型严重程度与病情危重程度一致。研究表明,中医证型分布与病原学特征及疾病评分系统具有内在关联,为辨证分型客观化及中西医结合精准干预(如痰热证侧重抗病毒治疗)提供了循证依据[17]。刘玉花[18]探讨了中医证型与血清白蛋白(ALB)、血红蛋白(Hb)、C 反应蛋白(CRP)的相关性,结果显示,气阴两虚、肺脾气虚等虚证证候与患者营养代谢障碍(ALB、Hb 降低)显著关联。ALB、Hb、BMI 可作为中医虚实证候的客观化指标,为老年 CAP 营养风

险评估提供循证依据。

这些研究系统探讨了 CAP 的中医证候学规律。结果显示,患者主要表现为发热、咳嗽等症状,舌脉及实验室检查具有特定特征,中医证型以痰热壅肺证及痰浊阻肺证为主,且证型与炎症指标、凝血功能、病原学及疾病评分等存在关联,为中西医结合精准干预提供了循证依据。

2 中医药治疗老年 CAP 的临床实践

由于 CAP 的发病率和病死率较高,医疗负担重,严重危害社会公共健康。中医与西医在社区获得性肺炎的诊疗中各有优势,相关中西医结合诊疗 CAP 的指南不断被推出,为 CAP 的诊疗提供了高级别的证据参考。本研究以中华中医药学会推出的《中医药单用/联合抗生素治疗社区获得性肺炎临床实践指南》[19] 中关于 CAP 的痰热壅肺证、风热犯肺证、气阴两虚证3 个证型为基准,综合阐述近年来针对这 3 个证型的治疗进展,以期为临床诊疗提供更多的参考。

2.1 痰热壅肺证

参考指南[19] 中的相关描述,本证患者核心症状涵盖咳喘频作、咯痰量多,痰质或黄或白而黏稠,伴胸闷痛不适,舌红体绛、苔色黄浊,脉滑数有力。伴随症状可见身热烦躁、口干欲饮、颜面潮红、小便黄赤、排便燥结及脘腹痞满等表现。因此治疗上以清热解毒、宣肺化痰为原则。

李鑫等[20] 研究表明,清肺健脾汤联合西医治疗可显著改善老年 CAP 患者中医证候评分,并双向调节 T 淋巴细胞亚群(CD3$^+$、CD4$^+$升高,CD8$^+$降低),增强细胞免疫功能。狄冠麟等[21] 证实越婢加半夏汤加减联合常规治疗能加速痰热壅肺型 CAP 症状缓解(退热时间、咳嗽及啰音消失时间缩短),显著提升第 5 天退热率(82.3%)、停用抗生素率(75.6%)及胸片复常率(89.1%),同时降低 PCT、D - 二聚体、hs - CRP、TNF - α、IL - 6 等炎症标志物,总有效率为 96.36% 且安全性良好。崔传东[22] 进一步发现,清肺补虚汤内服联合穴位药棒热熨可协同增效,在降低 NEU%、CRP、SAA、PCT、IL - 6 水平和促进肺部炎症吸收方面均优于单纯西医治疗,总有效率达 93.3%(对照组为 73.3%)。三项研究共同印证,针对痰热壅肺证老年 CAP,中药复方通过抑制炎症级联反应、调节免疫功能及促进组织修复,实现临床症状与实验室指标同步改善。见表 1。

2.2 风热犯肺证

参考指南[19] 中的相关描述,本证患者核心证候包括身热恶风、鼻窍窒塞、鼻腔灼热少津,伴见浊涕量多,阵发性呛咳(少痰或无痰),痰质或白燥或黄稠,舌苔薄白欠润,脉数而浮。伴随症状可见痰涎黏滞难咯、口咽失润、咽喉肿痛,舌尖红赤,苔色转黄,脉浮而数。因此治疗上以疏风清热,清肺化痰为原则。

李维真等[23] 研究表明,苏黄止咳胶囊联合西医治疗显著降低风热犯肺型 CAP 患者中医证候积分(主症、次症及总分),并有效抑制外周血白细胞、中性粒细胞比值、CRP 及 PCT 水平,总有效率达 97.5%(对照组为 73.3%),且无药物相关不良反应。孙威等[24] 进一步证实,银翘风热解毒汤联用莫西沙星可显著提升疗效(总有效率 97.78% *vs* 82.22%),同步改善中医症状积分、炎症指标及影像学吸收率(96.00%),其机制与抑制炎症反应密切相关。薛奇明等[25] 补充发现,桑麻二虫汤联合常规治疗能加速症状缓解(退热时间、咳嗽及咯痰消失时间缩短),降低发热/咳嗽/咯痰证候评分及肺部感染评分,并有效下调白细胞计数、CRP、PCT 水平(总有效率 96.55% *vs* 82.76%),仅 1 例出现短暂头晕恶心(发生率 1.7%)。三项研究共同表明,针对风热犯肺证 CAP,中药复方通过疏风清热、解毒化痰,实现症状控制、炎症消退与病灶吸收的协同增效。见表 2。

表 1 痰热壅肺证治疗总结

中医药干预方法	主要疗效	参考文献
麻黄、石膏、生姜片、大枣、甘草片、法半夏、瓜蒌、浙贝母、黄芩片、鱼腥草、桔梗、丝瓜络	缓解临床症状,控制炎症反应,改善肺部感染和病情程度,缩短病程,改善预后,中医证候疗效显著,安全性高	[20]
越婢加半夏汤:瓜蒌仁、鱼腥草、薏苡仁、浙贝母、苦杏仁、桔梗、陈皮、炒白术、茯苓、党参、甘草	缓解痰热壅肺型老年肺炎患者的临床症状,双向调节 T 淋巴细胞亚群水平,改善细胞免疫功能,提高临床疗效	[21]
清肺补虚汤:葶苈子、鱼腥草、芦根、浙贝母、桔梗、炒苦杏仁、前胡、丹参、甘草、党参、南沙参、茯苓;药棒穴位热敷:木香、大黄、玄明粉、冰片按 1∶2∶1∶1 磨成细粉,用液态石蜡调匀,均匀涂抹于已预热的砭石太极球上	改善中医证候疗效,降低炎性指标,促进肺部炎症吸收,具有简、便、效、验、安全性高等特点	[22]

表 2 风热犯肺证治疗总结

中医药干预方法	主要疗效	参考文献
苏黄止咳胶囊：紫苏叶、麻黄、炒紫苏子、地龙、前胡、五味子、蜜枇杷叶、炒牛蒡子、蝉蜕等	改善证候积分，调控炎症状态，提高治疗效果	[23]
银翘风热解毒汤：金银花、连翘、浙贝母、桑白皮、白扁豆、芦根、黄芩、前胡、枇杷叶、牛蒡子、桔梗、杏仁、蝉蜕、甘草、薄荷	明显改善临床症状，促进肺部病灶吸收，降低炎症反应水平	[24]
桑麻二虫汤：桑叶、菊花、桔梗、芦根、连翘、薄荷、蜜麻黄、杏仁、生石膏、浙贝、蝉蜕、僵蚕、板蓝根、黄芩、甘草	提高疗效，缩短病程，降低炎症因子水平	[25]

2.3 气阴两虚证

参考指南[19]中的相关描述，核心临床表现以阵发性呛咳、痰少难咯、气息短促、倦怠乏力为特征，舌体瘦薄伴苔薄欠润，脉象细弱或沉取方得；伴随症状可见痰黏难出、口咽失润、昼间汗出、夜间潮汗、手足灼热等，舌质可见淡白或绛红，苔薄或呈花剥，部分病例呈现细数脉象。因此治疗上以益气养阴，润肺化痰为原则。

程锦涛[26]针对老年 CAP 恢复期患者，证实桔杏君子颗粒可显著改善中医证候积分及主症体征（有效率 88.89% *vs* 50.00%），虽对炎症指标影响有限，但安全性良好且耐受性优异，提示其通过健脾益气促进康复。刘亿淑等[27]则聚焦气阴两虚证非重症患者，发现芪麦芩蒌饮联合西药可同步优化症状消失时间、中医证候评分、CAP - CRO 量表评分及影像学吸收率（总有效率 93.33%），显著降低转重症率（3.33%）及 30 d 再入院率（5.0%），并上调 $CD4^+$、$CD4^+/CD8^+$ 比值，证实其“益气养阴清热”法调节免疫炎症平衡的机制。王晓希等[28]补充显示，养阴益肺汤联合西药治疗气阴两虚证可进一步提高疗效（总有效率 95.35% *vs* 81.40%），加速炎性指标下降及症状消退，缩短平均住院日 3.2 d。三项研究共同印证，针对老年 CAP 不同阶段，中药复方通过分型论治（恢复期健脾益气，气阴两虚期养阴清肺）实现症状控制、免疫调节与康复促进的协同增效。见表 3。

表 3 气阴两虚证治疗总结

中医药干预方法	主要疗效	参考文献
桔杏君子颗粒：党参、炒白术、茯苓、麦冬、五味子、仙鹤草、紫苏子、桑白皮、炙枇杷叶、桔梗、苦杏仁、炙甘草	对老年 CAP 恢复期患者有较好的疗效和安全性，可改善中医证候，未见明显不良反应	[26]
芪麦芩蒌饮：黄芪、麦冬、黄芩、全瓜蒌、浙贝母、桑白皮、百部、桔梗、苦杏仁、茯苓、炒白术、枳壳、甘草	增强免疫功能，减轻炎症反应，提高疾病愈显率和影像学疗效	[27]
养阴益肺汤：党参、黄芪、五味子、熟地黄、麦冬、南沙参、玉竹、天花粉、紫菀、桑白皮、桔梗、苦杏仁、甘草	降低炎性因子水平，加快症状缓解，对促进病情缓解、体质改善及降低住院日	[28]

3 总结

本研究系统总结了中医药在治疗老年 CAP 方面的临床研究进展。中医病机以“正虚邪实，痰毒瘀互结”为核心，继承古籍“外邪袭肺”“气血壅滞”理论，结合现代“肺 - 脾 - 肠轴”协同致病机制，系统阐释了老年患者正气亏虚、毒瘀互结及脏腑传变的动态病理过程。证型研究表明，老年 CAP 以痰热壅肺证和痰浊阻肺证为主，其证候特征与炎症指标、凝血功能及病原学特征显著相关，为辨证分型客观化提供了依据。临床实践显示，针对痰热壅肺证的清肺健脾汤、越婢加半夏汤可缩短退热时间并抑制炎症级联反应；风热犯肺证采用苏黄止咳胶囊、银翘风热解毒汤能有效缓解症状并促进病灶吸收；气阴两虚证以芪麦芩蒌饮、养阴益肺汤为主，通过益气养阴改善免疫功能及炎症反应。总之，中西医结合治疗老年 CAP 在提升临床疗效、缩短病程及降低不良反应发生率方面优势显著，值得推广使用。

参考文献：

[1] ALIBERTI S, DELA CRUZ C S, AMATI F, et al. Community - acquired pneumonia[J]. Lancet, 2021, 398(10303): 906 - 919.

[2] NIEDERMAN M S, TORRES A. Severe community - acquired pneumonia[J]. Eur Respir Rev, 2022, 31(166): 220123.

[3] LIU Y N, ZHANG Y F, XU Q, et al. Infection and co - infection patterns of community - acquired pneumonia in patients of different ages in China from 2009 to 2020: a national surveillance study[J]. Lancet Microbe, 2023, 4(5): e330 - e339.

[4] ELIAS C, NUNES M C, SAADATIAN - ELAHI M. Epidemiology of community - acquired pneumonia caused by S treptococcus pneumoniae in older adults: a narrative review[J]. Curr Opin Infect Dis, 2024, 37(2): 144 - 153.

[5] ZHAO L H, CHEN J, ZHU R X. The relationship between frailty and community - acquired pneumonia in older patients[J]. Aging Clin Exp Res, 2023, 35(2): 349 - 355.

[6] FURMAN C D, LEINENBACH A, USHER R, et al. Pneumonia in older adults[J]. Curr Opin Infect Dis, 2021, 34(2): 135 – 141.
[7] ALI M R, LIU J Q, ZHENG Y X, et al. Efficacy and safety of glucocorticoids therapy of severe community – acquired pneumonia in older adults: a systematic review and meta – analysis[J]. BMC Geriatr, 2025, 25(1): 225.
[8] WANG M H, LIU H G, CHEN Y L, et al. Guideline on treating community – acquired pneumonia with Chinese patent medicines[J]. Pharmacol Res, 2023, 196: 106919.
[9] SONG Y L, YAO C, YAO Y M, et al. XueBiJing injection versus placebo for critically ill patients with severe community – acquired pneumonia: a randomized controlled trial[J]. Crit Care Med, 2019, 47(9): e735 – e743.
[10] 于睿智, 庞立健, 臧凝子, 等. 基于《黄帝内经》阴阳“五态人”理论浅析肺系疾病辨证保健[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(2): 99 – 102.
[11] 赵雪, 顾耘, 杜文婷. 顾耘辨治病毒合并细菌感染性社区获得性肺炎经验介绍[J]. 新中医, 2024, 56(14): 209 – 212.
[12] 张骏驰, 李旭成. 李旭成从肺脾同病理论论治重症肺炎经验[J]. 中医临床研究, 2023, 15(18): 89 – 93.
[13] 任亢宗, 魏丹霞, 沈琳, 等. 基于肺与脾和大肠关系论治老年重症肺炎[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(5): 7 – 9.
[14] 王玉婷, 王成祥. 王成祥教授治疗老年性肺炎经验探析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(10): 76 – 77, 80.
[15] 祝恒健, 庾慧. 老年社区获得性肺炎的中医证候分布规律探讨[J]. 中医药导报, 2019, 25(3): 65 – 69.
[16] 林小瑛, 张志珉, 滕忠强, 等. 老年社区获得性肺炎中医证型与血浆 D – 二聚体、炎症指标的相关性分析[J]. 黑龙江医药, 2024, 37(2): 434 – 436.
[17] 邓亚萍. 老年社区获得性肺炎中医证型分布及其与病原学的相关性初探[D]. 北京: 北京中医药大学, 2020.
[18] 刘玉花. 老年社区获得性肺炎患者的中医证型与营养状态的相关性研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2024.
[19] 李得民, 齐蕊涵, 张洪春, 等. 《中医药单用/联合抗生素治疗社区获得性肺炎临床实践指南》临床应用评价与修订意见[J]. 中国中药杂志, 2018, 43(24): 4759 – 4764.
[20] 李鑫, 林晶, 金舟. 清肺健脾法对 100 例痰热壅肺型老年肺炎疗效及免疫功能的影响[J]. 中医临床研究, 2022, 14(21): 83 – 85.
[21] 狄冠麟, 朱振刚, 郑延龙. 越婢加半夏汤对老年社区获得性肺炎痰热壅肺证及对炎性标志物预后的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(22): 59 – 64.
[22] 崔传东. 清肺补虚汤配合药棒穴位热敷治疗老年 CAP 痰热壅肺证临床观察[J]. 光明中医, 2024, 39(22): 4559 – 4561.
[23] 李维真, 赵迪宏, 罗建云, 等. 苏黄止咳胶囊对风热犯肺型社区获得性肺炎患者证候积分和炎症指标的影响[J]. 中国实用医药, 2024, 19(8): 145 – 148.
[24] 孙威, 王艳灵, 刘中民, 等. 银翘风热解毒汤联合莫西沙星治疗社区获得性肺炎风热犯肺证的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(3): 601 – 604, 627.
[25] 薛奇明, 雍凤娇, 刘莽, 等. 桑麻二虫汤治疗社区获得性肺炎(风热犯肺证)临床研究[J]. 四川中医, 2024, 42(1): 93 – 96.
[26] 程锦涛. 桔杏君子颗粒治疗老年社区获得性肺炎恢复期(气阴两虚、余邪未尽证)的临床疗效观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2024.
[27] 刘亿淑, 黄秋月, 朱欢, 等. 芪麦芩蒌饮治疗老年社区获得性肺炎非重症气阴两虚、痰热阻肺证的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(15): 88 – 95.
[28] 王晓希, 贺晓芳. 养阴益肺汤治疗气阴两虚型老年社区获得性肺炎的临床疗效探究[J]. 中医临床研究, 2020, 12(30): 75 – 76, 127.

Clinical Research Progress in Clinical Research on Traditional Chinese Medicine for Elderly Community – Acquired Pneumonia

WU Siqin[1], ZHONG Yunqing[1,2]

(1. *Graduate School of Guangxi University of Chinese Medicine*, *Nanning* 530200, *China*; 2. *International Zhuang Medicine Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine*, *Nanning* 530200, *China*)

Abstract Community – acquired pneumonia (CAP) is a prevalent respiratory disease with poor prognosis in the elderly, and its incidence increases significantly with age. Clinical diagnosis and treatment face challenges such as high rates of misdiagnosis and missed diagnosis, as well as numerous complications. Traditional Chinese Medicine (TCM) has demonstrated unique value in treating elderly CAP by leveraging its advantages of multi – target regulation and holistic adjustment, improving immune imbalance, shortening disease course, and reducing adverse reactions (<5%). This article systematically reviews the progress in TCM research on elderly CAP, clarifying its pathogenesis system of “deficiency of healthy qi as the root, phlegm – toxin – stasis as the manifestation, and visceral transmission as the pivot” from a theoretical perspective, and explaining modern mechanisms such as the “lung – spleen – gut axis” synergistic pathogenesis. In terms of clinical research, focusing on core syndromes such as phlegm – heat obstructing the lung, wind – heat invading the lung, and qi – yin deficiency, the efficacy mechanisms of TCM formulae prescriptions are summarized, including inhibiting inflammatory cascades, regulating immune function, and promoting lesion absorption. Meanwhile, clinical evidence for different treatment methods is summarized, elucidating the key role of integrated Chinese and Western medicine in improving response rates and optimizing prognosis. This review aims to provide a theoretical basis and evidence – based references for the precise syndrome differentiation and optimization of integrated Chinese and Western medicine protocols for elderly CAP.

Key words Traditional Chinese Medicine; Community – acquired pneumonia; Elderly; Clinical research progress