补肺解毒汤治疗老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证的临床疗效研究

薛漪倩，麻志恒*，黄美琴，王恒，徐三彬
（上海健康医学院附属崇明医院中医内科，上海 202150）

摘要　目的：观察补肺解毒汤治疗老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证的临床疗效。方法：按照随机数字表法将 2019 年 8 月—2022 年 4 月上海健康医学院附属崇明医院收治的 138 例老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证患者分为对照组（69 例，常规西医治疗）和研究组（69 例，常规西医联合补肺解毒汤治疗）。对比两组中医证候积分、促炎/抗炎因子平衡、T 淋巴细胞亚群、肺功能和不良反应发生率。结果：治疗后，两组中医各项证候评分下降（$P<0.05$），且研究组下降幅度更大（$P<0.05$）。治疗后，两组白细胞介素 -6（IL-6）、降钙素原（PCT）、γ - 干扰素（IFN-γ）下降（$P<0.05$），白细胞介素 -10（IL-10）升高（$P<0.05$），且研究组的改善程度优于对照组（$P<0.05$）。治疗后，两组用力肺活量（FVC）、第一秒最大呼气量（FEV1）、FEV1/FVC、最大呼气流速峰值（PEF）升高（$P<0.05$），且研究组的改善程度优于对照组（$P<0.05$）。治疗后，两组 $CD3^+$、$CD4^+$、$CD4^+/CD8^+$ 升高，$CD8^+$ 下降，且研究组的改善程度优于对照组（$P<0.05$）。两组不良反应发生率对比未见明显差异（$P>0.05$）。结论：补肺解毒汤用于老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证患者，可阻止疾病进展，改善患者的肺功能，推测其作用机制可能与调控炎症、免疫反应有关。

关键词　补肺解毒汤；炎症；免疫；社区获得性肺炎；痰热壅肺证
中图分类号：R256.11　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002-2392(2025)09-0070-05
DOI：10.19664/j.cnki.1002-2392.250190

重症社区获得性肺炎是指在医院外罹患的感染性肺实质含肺间质炎症，以老年人多见，近年来我国社区获得性肺炎的发病率和病死率均逐年上升，严重威胁患者生命安全[1]。现临床通常选择药物治疗方案（抗生素选择 β - 内酰胺类），以抗感染、改善呼吸等为主，但患者长时间应用抗生素将产生耐药性[2]。中医药在感染性疾病的诊治中积累了丰富的经验，具有独特的优势。中医将社区获得性肺炎归于“风温肺热”范畴，风温肺热病为常见的急性感染病，其发病主要由于外邪侵袭、肺卫受邪，或正气虚弱、抗邪无力两个方面，痰热壅肺为重症社区获得性肺炎的常见证型之一[3-4]。《社区获得性肺炎中医诊疗指南（2018 修订版）》[5]指出重症肺炎的痰热壅肺证轻中度患者相同证候严重而复杂，常涉及虚、瘀、毒等，尤其对于老年患者实证中多兼见肺脾气虚证、气阴两虚证，并且邪实（痰热）正虚（气阴两虚、肺脾气虚）贯穿于该病的整个病程中。因此，《社区获得性肺炎中医诊疗指南（2018 修订版）》[5]推荐中医临证重症社区获得性肺炎老年患者以祛邪扶正为大法，祛邪则当分痰、热、毒、瘀实，当以痰（热）、毒为主，佐以活血通络；同时佐以扶正，或益气养阴或补益肺脾，达到虚实兼治之效。补肺解毒汤是治疗重症社区获得性肺炎的经验方，具有清肺化痰、健脾益肺、养阴润肺等功效。本研究拟探讨补肺解毒汤应用于老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证患者的疗效。现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料

纳入 2019 年 8 月—2022 年 4 月上海健康医学院附属崇明医院收治的重症社区获得性肺炎痰热壅肺证老年患者 138 例。各患者按就诊顺序取随机数字入组，单数入对照组，双数入研究组。最终共入组 138 例，每组 69 例。对照组男 38 例，女 31 例；年龄 60～69 岁，平均年龄（64.68±4.31）岁；病程 3～15 d，

收稿日期：2024-11-12　　**修回日期**：2025-07-31
基金项目：上海市中医药事业发展三年行动计划医疗机构治疗未病服务能力提升项目[ZY(2018-2020)-ZWB-1001]
作者简介：薛漪倩（1994-），女，硕士，住院医师，从事中医内科相关研究。
*通信作者：麻志恒（1976-），男，博士，主任医师，从事中医内科相关研究。

平均病程(9.26 ± 1.18)d;基础疾病:慢性阻塞性肺疾病 21 例,高血压病 24 例,冠心病 16 例,糖尿病 12 例。研究组男 40 例,女 29 例;年龄 60 ~ 73 岁,平均年龄(65.16 ± 5.04)岁;病程 3 ~ 16 d,平均病程(9.22 ± 1.24)d;基础疾病:慢性阻塞性肺疾病 20 例,高血压病 22 例,冠心病 18 例,糖尿病 13 例。两组患者一般资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本次研究方案通过上海健康医学院附属崇明医院伦理学委员会批准进行(202201635H)。

1.2 诊断标准

西医诊断参考社区获得性肺炎相关诊断标准[6],符合 1 项主要标准或≥3 项次要标准可确诊。重症的主要标准:①需气管插管;②经液体复苏后仍需血管活性药物。次要标准:①氧合指数低于 250 mmHg;②呼吸频率每分钟≥30 次;③收缩压低于 90 mmHg;④血尿素氮≥7.14 mmol/L;⑤认知、意识障碍;⑥多肺叶浸润。

中医符合痰热壅肺证相关标准[7],①咳嗽甚则胸痛;②痰黄或白干黏;③发热,口渴;④大便干结或腹胀;⑤舌质红,或舌苔黄或黄腻,或脉数或滑数。具备①②2 项,加③④⑤中的 2 项。

1.3 纳入标准

①符合西医诊断标准,中医辨证分型为痰热壅肺证;②认知障碍;③患者性别不限;④自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准

①伴恶性肿瘤或预计生存期不超过 2 周者;②自身免疫系统疾病者;③精神系统疾病者;④合并其他严重感染性疾病者;⑤伴肺结核、非典型性肺炎等特殊感染疾病者;⑥伴心脑血管或肝肾功能器官衰竭疾病者。

1.5 治疗方法

对照组给予常规西药治疗,包括静脉注射盐酸氨溴索注射液(国药准字 H20143266,规格:2 mL∶15 mg),每天 2 ~ 3 次,每次 15 mg;严重时可以增至每次 30 mg;静脉注射乌司他丁注射液(国药准字 H20040506,规格:2 mL∶10 万单位),每次 30 万 U,每天 3 次;静脉滴注血必净注射液(国药准字 Z20040033,规格:每支装 10 mL),100 mL 加生理盐水 100 mL 静脉滴注,在 30 ~ 40 min 内滴毕,一日 2 次。病情重者,一日 3 ~ 4 次。盐酸氨溴索、乌司他丁、血必净注射液分别购自于山东鲁盛制药有限公司、广东天普生化医药股份有限公司、天津红日药业股份有限公司。研究组在对照组的基础上接受补肺解毒汤治疗,组方:胆南星 12 g,半枝莲、太子参各 15 g,沙参、白芍、熟地黄各 20 g,浙贝母、茯苓各 30 g,玄参、白术、郁金各 10 g,杏仁、枳实、法半夏 9 g。由上海健康医学院附属崇明医院中药房代煎,150 mL/袋,早晚 2 次温服,可根据实际情况进行药量加减,两组均连续用药 14 d。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分

参考《中医病证诊断疗效标准》[6],对两组患者的中医证候进行评分,其中痰黄带血、身热烦渴、咳嗽气粗按无、轻、中、重评分 0 分、2 分、4 分、6 分。胸闷胸痛、汗出、口渴按无、轻、中、重评分 0 分、1 分、2 分、3 分。

1.6.2 促炎/抗炎因子平衡指标

治疗前后抽取患者空腹静脉血 5 mL,以 2 800 r/min 离心 13 min 分离出上清液待测。采用酶联免疫吸附法检测促炎/抗炎因子平衡:白细胞介素 -6(IL -6,试剂盒货号 LZ - E031253,购自上海联祖生物科技有限公司)、降钙素原(PCT,试剂盒货号 NDC - KSJ - 2JZ5G9 -96,购自艾美捷科技有限公司)、γ - 干扰素(IFN -γ,试剂盒货号 70 - EK180HS -24,购自杭州联科生物技术股份有限公司)、白细胞介素 -10(IL -10,试剂盒货号 TD711393,购自汉百意欣生物技术有限公司)。

1.6.3 T 淋巴细胞亚群指标

采用 LongCyte C1040 流式细胞仪(北京层浪生物科技有限公司生产)检测 T 淋巴细胞亚群:$CD3^+$、$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$。

1.6.4 肺功能指标

治疗前后采用 PUS201 肺功能仪检测用力肺活量(FVC)、第一秒最大呼气量(FEV1)、最大呼气流速峰值(PEF),并计算 FEV1/FVC,仪器购自广州畅呼医疗器械有限公司。

1.6.5 安全性

记录两组用药安全性。

1.7 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料以例及率表示,分别采用 t 检验和 χ^2 检验。$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分对比

治疗前,两组痰黄带血、身热烦渴、咳嗽气粗、胸闷胸痛、汗出、口渴评分对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组痰黄带血、身热烦渴、咳嗽气粗、胸闷胸痛、汗出、口渴评分均下降($P < 0.05$),且研究组的改善程度优于对照组($P < 0.05$),见表 1。

表1　两组老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证患者中医证候积分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间	痰黄带白	身热烦渴	咳嗽气粗	胸闷胸痛	汗出	口渴
对照组	69	治疗前	4.09±0.32	3.87±0.27	3.65±0.32	2.17±0.27	1.92±0.28	1.86±0.31
		治疗后	2.71±0.29*	2.85±0.25*	2.76±0.31*	1.68±0.24*	1.54±0.22*	1.41±0.25*
研究组	69	治疗前	4.05±0.29	3.83±0.22	3.61±0.24	2.12±0.22	1.89±0.25	1.82±0.29
		治疗后	1.93±0.24*#	2.16±0.21*#	2.02±0.28*#	1.26±0.24*#	1.22±0.27*#	1.08±0.24*#

注：与本组治疗前对比，*$P<0.05$；与对照组治疗后对比，#$P<0.05$。

2.2　两组促炎/抗炎因子平衡指标对比

治疗前，两组IL-6、PCT、IFN-γ、IL-10水平对比无明显差异($P>0.05$)。治疗后，两组IL-6、PCT、IFN-γ水平下降($P<0.05$)，IL-10水平升高($P<0.05$)，且研究组的改善程度优于对照组($P<0.05$)，见表2。

表2　两组老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证患者促炎/抗炎因子平衡指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IL-6/(pg/mL)	PCT/(mg/L)	IFN-γ/(pg/mL)	IL-10/(pg/mL)
对照组	69	治疗前	51.43±6.25	1.87±0.34	65.41±6.27	54.96±6.21
		治疗后	38.94±5.86*	1.39±0.27*	51.97±5.18*	58.62±5.47*
研究组	69	治疗前	50.24±5.39	1.94±0.31	64.79±7.32	54.82±7.39
		治疗后	30.79±4.23*#	1.08±0.24*#	43.47±10.31*#	63.58±5.21*#

注：与本组治疗前对比，*$P<0.05$；与对照组治疗后对比，#$P<0.05$。

2.3　两组肺功能指标对比

治疗前，两组FVC、FEV1、FEV1/FVC、PEF对比无明显差异($P>0.05$)。治疗后，两组FVC、FEV1、FEV1/FVC、PEF升高($P<0.05$)，且研究组的改善程度优于对照组($P<0.05$)，见表3。

表3　两组老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证患者肺功能指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FVC/L	FEV1/L	FEV1/FVC	PEF/(L/s)
对照组	69	治疗前	1.21±0.26	1.02±0.19	0.84±0.13	4.38±0.64
		治疗后	1.59±0.29*	1.49±0.21*	0.97±0.08*	5.79±1.07*
研究组	69	治疗前	1.22±0.24	1.01±0.22	0.83±0.09	4.43±0.58
		治疗后	1.93±0.31*#	1.88±0.26*#	0.97±0.12*#	7.26±0.86*#

注：与本组治疗前对比，*$P<0.05$；与对照组治疗后对比，#$P<0.05$。

2.4　两组T淋巴细胞亚群指标对比

治疗前，两组$CD3^+$、$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$对比无明显差异($P>0.05$)。治疗后，两组$CD3^+$、$CD4^+$、$CD4^+/CD8^+$升高($P<0.05$)，$CD8^+$下降($P<0.05$)，且研究组的改善程度优于对照组($P<0.05$)，见表4。

表4　两组老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证患者T淋巴细胞亚群指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	$CD3^+$/%	$CD4^+$/%	$CD8^+$/%	$CD4^+/CD8^+$
对照组	69	治疗前	35.37±4.73	30.08±4.74	29.53±2.47	1.02±0.24
		治疗后	40.45±5.61*	35.93±4.66*	26.46±2.62*	1.36±0.27*
研究组	69	治疗前	35.05±4.68	30.29±5.82	29.23±4.73	1.04±0.16
		治疗后	45.79±6.12*#	39.38±4.57*#	21.89±4.64*#	1.79±0.23*#

注：与本组治疗前对比，*$P<0.05$；与对照组治疗后对比，#$P<0.05$。

2.5　两组安全性对比

研究组出现恶心呕吐2例(2.90%)，胃肠功能紊乱2例(2.90%)；对照组出现恶心呕吐1例(1.45%)，胃肠功能紊乱2例(2.90%)；两组不良反应发生率(对照组4.35%，研究组5.80%)对比，差异无统计学意义($P>0.05$)。

3　讨论

社区获得性肺炎是在医院外由细菌、病毒、衣原体等引起的感染性肺实质炎症，严重时可危及生命[8]。而重症社区获得性肺炎病情严重，易引发菌血症及毒

血症等,需及时接受安全有效的治疗[9]。常规西医治疗虽可在一定程度上控制疾病进展,但无法解决超级细菌变异、抗生素滥用等难题[10]。临床发现中医药用于社区获得性肺炎患者辅助治疗能够抑制肺部炎症反应,提高疗效,降低病死率[6]。

中医认为重症社区获得性肺炎(风温肺热)病位在肺脏,既有以咳嗽、咳痰等为主的实证,也有以形体消瘦、少神等为主的虚证,符合风温肺热病“正虚邪实”的病机特点[11]。《素问·调经论篇》曾记载:“百病之生,皆有虚实。”《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018 修订版)》[5]指出老年社区获得性肺炎患者的病机主要为患者素体虚惫,或罹患慢性疾病致正气虚损,体内积生痰湿、瘀血,在此基础上易感受外邪而使病情发作,出现痰热壅肺之证,病理过程中可进一步化火生痰、伤津耗气;肺为脾之子,肺虚损日久,因子盗母气,必会损及脾,故重症阶段常兼有气阴两虚、肺脾气虚、瘀血等。因此,衰老积损、热毒损肺为老年重症社区获得性肺炎患者的主要病机,衰老正虚、宿疾积损为其发病基础,热毒损肺为发病的关键因素,两者相互影响,成为老年患者病情复杂、临床表现隐匿、病情严重、恢复缓慢、预后差等的主要原因[5]。临床治疗以宣肺止咳、清热化痰法为主[11]。

在本研究中,治疗后两组痰黄带血、身热烦渴、咳嗽气粗、胸闷胸痛、汗出、口渴评分下降,且研究组的改善程度优于对照组,中医证候评分越高,临床症状越严重,其评分下降程度越大,提示患者临床症状改善效果越好。主要是因为补肺解毒汤组方中浙贝母性味苦寒,入肺经,可清热散结、化痰止咳;胆南星苦凉,入肺经,长于清热化痰;以上两药合用作君药。法半夏入肺、脾经,可燥湿化痰、宣肺止咳;玄参入肺经,可泻火解毒、凉血滋阴;沙参入肺经,可清肺化痰、益气养阴;以上合用为臣药。治痰者当须降其火,治火者必须顺其气,故佐以杏仁降利肺气以宣上,枳实破气化痰以宽胸;太子参、茯苓、白术补气益肺、健脾渗湿;白芍、熟地黄滋阴;半枝莲入肺经,可清热解毒化瘀通络;郁金入肺经,可以行气化瘀。上述诸药合用,共奏清肺化痰、宣肺止咳、健脾补肺、益气滋阴、化瘀通络之功。FVC、FEV1、FEV1/FVC、PEF 等肺功能指标为临床检测肺通气功能的主要指标,可有效判断肺部疾病病情进展[12]。本研究结果显示,治疗后,两组 FVC、FEV1、FEV1/FVC、PEF 升高,且研究组的改善程度优于对照组。药理研究表明,补肺解毒汤组方君药浙贝母活性成分可祛痰,增强机体耐缺氧能力,改善肺功能[13]。

在重症社区获得性肺炎发生发展中,炎症细胞因子发挥了重要作用[14]。血清 PCT 为诊断机体感染的主要指标[15];IL-6 水平与肺部感染程度呈正相关[16];IFN-γ 水平升高、IL-10 水平降低可加重肺部炎症反应[17-18]。本研究结果显示,治疗后,两组 IL-6、PCT、IFN-γ 水平下降,IL-10 水平升高,且研究组的改善程度优于对照组。提示联合治疗可更好地控制患者的炎症反应。研究证实,补肺解毒汤组方君药浙贝母中生物碱及多糖类等活性成分能够抑制肺组织中 PCT、IL-6 水平升高[19]。胆南星具有清热、抗炎、镇痛、抗惊厥、抗氧化等作用[20]。

既往研究证实[21],重症社区获得性肺炎患者多伴随免疫功能下降。$CD3^+$、$CD4^+$、$CD8^+$、$CD4^+/CD8^+$ 可有效反映人体的免疫功能,人体免疫功能下降,可能导致重症社区获得性肺炎疾病进展。本次研究结果显示,治疗后,两组 $CD3^+$、$CD4^+$、$CD4^+/CD8^+$ 升高,$CD8^+$ 下降,且研究组的改善程度优于对照组,提示补肺解毒汤用于重症社区获得性肺炎痰热壅肺证,有利于调节人体的免疫功能,这可能也是患者病情好转的主要原因之一。补肺解毒汤君药浙贝母主要活性成分皂苷、生物碱、氨基酸、黄酮类和多糖具有抗氧化、抗炎、抗衰老、免疫调节等作用[22]。此外,两组治疗期间不良反应较少,且两组不良反应发生率对比未见明显差异,提示补肺解毒汤用于老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证,不会增加严重不良反应发生率。

综上所述,补肺解毒汤用于老年重症社区获得性肺炎痰热壅肺证,可阻止疾病进展,改善患者的肺功能,推测其作用机制可能与调控炎症、免疫反应有关。但本研究仍然存在样本量较少的局限性,且受限于研究时间,未观察生存率、呼吸衰竭或其他并发症发生情况,仍需后续进一步大样本开展多中心的研究加以验证。

参考文献:

[1] NIEDERMAN M S, TORRES A. Severe community-acquired pneumonia[J]. Eur Respir Rev, 2022, 31(166): 220123.
[2] 陈楠,刘德智,刘燕山. 血必净联合盐酸氨溴索对社区获得性重症肺炎的疗效观察[J]. 锦州医科大学学报, 2020, 41(6): 68-71.
[3] 张康,谢凯,张晨曦,等. 清肺解毒化痰方辅助治疗重症社区获得性肺炎痰热壅肺证的临床疗效评价[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(8): 3969-3975.
[4] 张晨曦,关胜男,谢凯,等. 重症社区获得性肺炎患者中医临床证候分布规律研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(21): 2640-2645.
[5] 余学庆,谢洋,李建生. 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.
[6] 中华医学会呼吸病学分会. 中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(4): 253-279.

[7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 - ZY/T001.1 ~ 001.9 - 94[M]. 南京:南京大学出版社,1994:3 - 4.
[8] 李汉冬,孙立宇,韩永梅,等. 血清 FKN、APC 与老年社区获得性肺炎患者病情和预后不良的关系[J]. 现代生物医学进展,2024,24(2):333 - 337.
[9] CALABRETTA D, MARTÌN - LOECHES I, TORRES A. New guidelines for severe community - acquired pneumonia[J]. Semin Respir Crit Care Med, 2024, 45(2): 274 - 286.
[10] BASSETTI M, GIACOBBE D R, MAGNASCO L, et al. Antibiotic strategies for severe community - acquired pneumonia[J]. Semin Respir Crit Care Med, 2024, 45(2): 187 - 199.
[11] 王鑫菊,徐红日,郝丹丹,等. 急诊重症社区获得性肺炎中医证候学特点与预后临床研究[J]. 世界中西医结合杂志,2024,19(11):2222 - 2227.
[12] 谢曼芬,高燕,蔡晨露,等. 社区获得性肺炎患儿血清基质金属蛋白酶 - 9、维生素 A 表达及与病情程度的相关性[J]. 临床与病理杂志,2022,42(3):583 - 589.
[13] FENG S W, XU G H, DING Q, et al. *Fritillaria thunbergii* Miq. Extract ameliorated experimental pulmonary fibrosis partly through the PI3K/AKT/FOXO signalling pathway[J]. J Ethnopharmacol, 2025, 343: 119445.
[14] 杨敏炜,王利军,王龙. 社区获得性肺炎患者血清 CTRP5 水平及与炎症细胞因子的关系[J]. 中国现代医学杂志,2020,30(10):112 - 116.
[15] 杨红霞,揭凤英,葛若星,等. PCT、动脉血乳酸联合肺炎严重指数在重症社区获得性肺炎患者病情以及预后中的预测作用[J]. 分子诊断与治疗杂志,2023,15(10):1774 - 1777.
[16] 徐俊利,代宝春,闫永杰,等. 血清维生素 D、IL - 6、正五聚蛋白 3、N 末端脑钠肽前体与社区获得性肺炎患者病情严重程度的关系及其对预后的预测价值[J]. 实用心脑肺血管病杂志,2023,31(5):50 - 54.
[17] 张园,郝璐. 炎症细胞因子 CRP/IL - 6/IL - 10 多态性与社区获得性肺炎易感性及严重程度的关联研究[J]. 临床肺科杂志,2017,22(2):269 - 275.
[18] 梁利红. 血清及肺泡灌洗液 γ 干扰素、血栓素和可溶性 B7 - H3 在难治性肺炎支原体肺炎中的鉴别诊断价值分析[J]. 安徽医药,2020,24(10):2054 - 2058.
[19] 曹铭晨,徐龙,辛兆洋,等. 基于 BATMAN - TCM 在线分析平台的浙贝母 - 瓜蒌配伍治疗慢性阻塞性肺病的网络药理学研究[J]. 山东科学,2021,34(1):10 - 20.
[20] 唐照琦,李彪,王秋红,等. 胆南星的化学成分、药理作用及相关复方临床应用的研究进展[J]. 中国药房,2020,31(12):1523 - 1527.
[21] 丁婷婷,高磊,郑凌,等. 社区获得性肺炎患者细胞免疫功能变化及预后危险因素分析[J]. 中华危重病急救医学,2019(6):684 - 688.
[22] 李少华,龙娇妍,秦令祥. 贝母多糖提取纯化、结构表征及生物活性研究进展[J]. 饲料工业,2024,45(10):127 - 132.

Study on the Clinical Efficacy of Bufei Jiedu Decoction in Treating Elderly Patients with Severe Community - Acquired Pneumonia of Phlegm - Heat Obstructing the Lung Pattern

XUE Yiqian, MA Zhiheng, HUANG Meiqin, WANG Heng, XU Sanbin
(*Department of Traditional Chinese Medicine Internal Medicine, Chongming Hospital Affiliated to Shanghai University of Medicine & Health Sciences, Shanghai* 202150, *China*)

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of Bufei Jiedu Decoction in treating elderly patients with severe community - acquired pneumonia of phlegm - heat obstructing the lung pattern. Methods: According to the random number table method, 138 elderly patients with severe community - acquired pneumonia of phlegm - heat obstructing the lung pattern admitted to Chongming Hospital Affiliated to Shanghai University of Medicine & Health Sciences from August 2019 to April 2022 were divided into a control group (69 cases, conventional Western medicine treatment) and a study group (69 cases, conventional Western medicine combined with Bufei Jiedu Decoction treatment). The TCM pattern scores, pro -/anti - inflammatory cytokine balance, T lymphocyte subsets, pulmonary function, and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. Results: After treatment, the various TCM pattern scores decreased in both groups ($P<0.05$), and the decrease was greater in the study group ($P<0.05$). After treatment, interleukin - 6 (IL - 6), procalcitonin (PCT), and interferon - gamma (IFN - γ) decreased ($P<0.05$), and interleukin - 10 (IL - 10) increased ($P<0.05$) in both groups, and the degree of improvement in the study group was better than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, forced vital capacity (FVC), forced expiratory volume in the first second (FEV1), FEV1/FVC, and peak expiratory flow (PEF) increased in both groups ($P<0.05$), and the degree of improvement in the study group was better than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, $CD3^+$, $CD4^+$, and $CD4^+/CD8^+$ increased, and $CD8^+$ decreased in both groups, and the degree of improvement in the study group was better than that in the control group ($P<0.05$). No significant difference was found in the comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: Bufei Jiedu Decoction used in elderly patients with severe community - acquired pneumonia of phlegm - heat obstructing the lung pattern can prevent disease progression and improve patients' pulmonary function. It is speculated that its mechanism of action may be related to the regulation of inflammatory and immune responses.

Key words Bufei Jiedu Decoction; Inflammation; Immunity; Community - acquired pneumonia; Phlegm - heat obstructing the lung pattern