

## · 临床论著 ·

# 普济宣肺消毒饮替代抗生素治疗社区获得性肺炎多中心随机双盲对照研究

刘畅<sup>1</sup> 远庚<sup>1</sup> 马石征<sup>1</sup> 朱立<sup>1</sup> 杨金亮<sup>1</sup> 赵昕<sup>1</sup> 赵明彰<sup>2</sup>  
李宛珊<sup>2</sup> 励国<sup>3</sup> 刘福生<sup>4</sup> 王蓓<sup>5</sup> 房颖<sup>6</sup> 陈维志<sup>7</sup> 齐文升<sup>1</sup>

**摘要** **目的** 观察普济宣肺消毒饮替代抗生素治疗社区获得性肺炎的疗效。**方法** 采用前瞻性、多中心、双盲、随机、对照的研究方法,观察 2017 年 3 月—2019 年 3 月收治的社区获得性肺炎患者 66 例,应用 SAS 9.3 统计学软件随机分为中药组和抗生素组,每组 33 例。中药组予普济宣肺消毒饮(200 mL,每日 4 次)及抗生素安慰剂(0.5 g,每日 2 次),抗生素组予头孢呋辛酯胶囊(0.5 g,每日 2 次)及中药安慰剂(200 mL,每日 4 次),疗程 5 日。比较两组患者治疗前后的症状体征、白细胞计数(WBC)、中性粒细胞比例(NEUT%)及胸片肺炎吸收情况。**结果** 共 63 例纳入统计分析,中药组 33 例,抗生素组 30 例。与本组治疗前比较,治疗后两组患者体温均降低( $P < 0.05$ ),抗生素组肺炎胸片吸收评价量表评分降低( $P < 0.05$ ),中药组评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),两组 WBC 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),中药组 NEUT% 治疗后降低( $P < 0.05$ ),抗生素组差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后两组体温、体温下降程度、体温复常天数、肺炎胸片吸收评价量表、WBC、NEUT% 比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 普济宣肺消毒饮可有效控制社区获得性肺炎患者体温、炎症反应指标,并改善胸片表现,疗效与抗生素大致相当。

**关键词** 社区获得性肺炎; 抗生素替代; 普济宣肺消毒饮

## Effect of Puji Xuanfei Xiaodu Decoction as an Alternative for Antibiotics in Treatment of Community-Acquired Pneumonia: A Multicenter Double-blind Randomized Controlled Trial

LIU Chang<sup>1</sup>, YUAN Geng<sup>1</sup>, MA Shi-zheng<sup>1</sup>, ZHU Li<sup>1</sup>, YANG Jin-liang<sup>1</sup>, ZHAO Xin<sup>1</sup>, ZHAO Ming-zhang<sup>2</sup>, LI Wan-shan<sup>2</sup>, LI Guo<sup>3</sup>, LIU Fu-sheng<sup>4</sup>, WANG Bei<sup>5</sup>, FANG Ying<sup>6</sup>, CHEN Wei-zhi<sup>7</sup>, and QI Wen-sheng<sup>1</sup>  
1 Emergency Department, Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (100053); 2 Emergency Department and Intensive Care Unit, South Division of Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (102618); 3 Emergency Department, Beijing Fengtai Hospital of Integrated Traditional and Western Medicine, Beijing (100072); 4 Emergency Department and Intensive Care Unit, Dongfang Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing (100078); 5 Intensive Care Unit, Wangjing Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (100102); 6 The Second Internal Medicine, Beijing Daxing District Hospital of Integrated Chinese and Western Medicine, Beijing (100076); 7 Respiratory Department, Beijing Pinggu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing (101200)

**ABSTRACT Objective** To observe the clinical efficacy of Chinese medicine (CM) Puji Xuanfei Xiaodu Decoction (PXXD) to confirm whether it can be used as an alternative for antibiotics in the treatment of community-acquired pneumonia (CAP). **Methods** A prospective, multicenter, double-blind, randomized, controlled trial was conducted. Totally 66 patients with CAP admitted from March 2017 to March 2019

基金项目: 中国中医科学院基本科研业务费自主选题项目

作者单位: 1. 中国中医科学院广安门医院急诊科(北京 100053); 2. 中国中医科学院广安门医院南区急诊/重症监护室科(北京 102618); 3. 北京市丰台中西医结合医院急诊科(北京 100072); 4. 北京中医药大学东方医院急诊/重症监护室科(北京 100078); 5. 中国中医科学院望京医院重症监护室科(北京 100102); 6. 北京市大兴区中西医结合医院内二科(北京 100076); 7. 北京市平谷区中医院呼吸科(北京 101200)

通讯作者: 齐文升, Tel: 010-88001008, E-mail: qwsqws@sohu.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20201020.047

were assigned to CM group and antibiotic group by statistical software SAS 9.3, 33 cases in each group. Patients in the CM group received PXXD (200 mL, 4 times daily) and antibiotic placebo (0.5 g, twice daily), while those in the antibiotic group were given cefuroxime axetil capsules (0.5 g, twice daily) and CM placebo (200 mL, 4 times daily). The treatment course was 5 days for all. The patients' symptoms and signs, white blood cell count (WBC), neutrophil ratio (NEUT%), and lung inflammation absorption evaluation score were compared. **Results** A total of 63 patients were included, including 33 cases in the CM group and 30 cases in the antibiotic group. After treatment, the body temperature in both groups were significantly reduced ( $P < 0.05$ ), the lung inflammation absorption score in the antibiotic group significantly decreased ( $P < 0.05$ ). There was no statistical difference in the scores in the CM group ( $P > 0.05$ ). There was no statistically significant difference in WBC before and after treatment in both groups ( $P > 0.05$ ). NEUT% of the CM group was significantly reduced after treatment ( $P < 0.05$ ), and the difference in the antibiotic group was not statistically significant ( $P > 0.05$ ). There was no significant difference in body temperature, the degree of body temperature decrease, the time for body temperature recovery, the lung inflammation absorption evaluation score, WBC, and NEUT% after treatment in both groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusions** PXXD can effectively control the temperature of patients with CAP, as well as inflammation index, and improve the lung inflammation absorption. The effect of PXXD is roughly equivalent to antibiotics in treatment of CAP.

**KEYWORDS** community-acquired pneumonia; antibiotic substitution; Puji Xuanfei Xiaodu Decoction

社区获得性肺炎 (community-acquired pneumonia, CAP) 在各国发病率均较高, 已成为全球居心血管病、肿瘤、脑血管病和慢性阻塞性肺疾病之后第 5 大导致死亡的疾病<sup>[1]</sup>。CAP 常见临床表现有咳嗽、咯痰、发热等, 但也有部分患者以恶心、呕吐等隐匿的非呼吸道症状为首要表现, 进而病情进展导致不良预后<sup>[2,3]</sup>。抗生素的发现与应用一度使得细菌性肺炎的病死率大为降低, 然而目前住院肺炎患者的病死率仍达到 12%, 入住重症监护病房者高至 40%<sup>[4]</sup>。这与抗生素的不合理使用, 耐药细菌种类增多、程度变重有着密切的联系。目前细菌耐药性已成为世界抗感染治疗领域面临的严峻问题。

中医药治疗感染性疾病有着悠久的历史与丰富的经验。治疗 CAP 亟需一种可以替代抗生素的药物, 而中药应该在感染的某些阶段具有优势。众多研究表明, 中药可治疗多种病因导致的肺炎, 但目前的研究多停留在中药联合抗生素的疗效评价上, 且多中心、前瞻性、随机、阳性药物平行对照、双盲双模拟研究方法的应用更加少见<sup>[5-7]</sup>。笔者经过多年临床积累, 依据中医学理论以普济宣肺消毒饮治疗 CAP。本研究将探索性地对普济宣肺消毒饮替代抗生素治疗 CAP 进行疗效评价, 现将初步研究结果总结如下。

## 资料与方法

1 诊断标准 西医诊断标准: 参考 2006 年中华

医学会呼吸病学分会所制定社区获得性肺炎的诊断标准<sup>[6]</sup>。中医诊断标准: 符合《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018 修订版)》<sup>[7]</sup>中“风温肺热”的诊断标准。

2 纳入标准 (1) 年龄 18 ~ 74 岁; (2) 符合 CAP 诊断标准; (3) 急性生理功能和慢性健康状况评分 II (acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II), APACHE II<sup>[8]</sup> ≤ 12 分; (4) 签署知情同意, 自愿参与本研究。

3 排除标准 (1) 高热,  $T \geq 39^\circ\text{C}$ ; (2) 床旁快速脓毒症相关的序贯器官衰竭评分 (quick Sequential Organ Failure Assessment, qSOFA)  $\geq 2$  分<sup>[9]</sup>。qSOFA 评分即根据收缩压  $\leq 100$  mmHg, 呼吸频率  $\geq 22$  次/分, 意识改变, Glasgow 昏迷评分  $< 15$  分<sup>[10]</sup> 3 条危险因素评定, 每条危险因素评 1 分, qSOFA  $\geq 2$  分高度提示脓毒症多脏器功能障碍; (3) 白细胞计数 (white blood cell, WBC)  $\geq 1.5 \times 10^9/\text{L}$ ; (4) 孕妇和哺乳期女性; (5) 对研究中所用中药过敏。

4 终止及脱落标准 (1) 试验中出现高热 ( $T \geq 39^\circ\text{C}$ ) 且持续 12 h 以上者。 (2) qSOFA  $\geq 2$  分者; (3) 依从性差, 影响有效性及安全性者; (4) 发生严重不良事件或特殊生理变化, 不宜继续用药者; (5) 要求退出试验者。

5 一般资料 本研究采用多中心、随机、前瞻性、阳性药物平行对照、双盲双模拟的研究方法, 并应用意向性分析。为保证患者安全, 本研究制订了严格的纳

入、排除及终止标准,纳入患者 APACHE II 评分均  $\leq 12$  分,即均为非危重症患者;同时在研究中严密关注病情变化,患者体温等变化一旦达到终止标准立即停止试验。评估 2017 年 3 月—2019 年 3 月九家中心收治的社区获得性肺炎患者 83 例,经过筛选后不符合纳入标准者 17 例,最终有 66 例进入随机化。9 家中心分别为中国中医科学院广安门医院急诊科(38 例)、中国中医科学院广安门医院南区 ICU(5 例)、中国中医科学院广安门医院南区急诊科(2 例)、北京中医药大学东方医院 ICU(3 例)、中国中医科学院望京医院 ICU(5 例)、北京中医药大学东方医院急诊科(2 例)、北京市大兴区中西医结合医院内二科(6 例)、北京市丰台区中西医结合医院急诊科(3 例)、北京市平谷区中医医院呼吸内科(2 例),应用 SAS 9.3 统计学软件随机分为中药组和抗生素组,每组 33 例。治疗过程中,抗生素组 3 例因在试验中高热( $T \geq 39^\circ\text{C}$ )持续 12 h 以上,达到终止标准而终止观察,最终 63 例纳入研究。中药组 33 例,抗生素组 30 例。两组性别、年龄、APACHE II 评分、基础疾病比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 1。组长单位(中国中医科学院广安门医院)伦理审查批件号:2007-005-KY-01,各分中心均认可组长单位伦理审查批件。

表 1 两组患者一般资料比较

项目	中药组(33 例)	抗生素组(30 例)
性别[例(%)]		
男	18(54.5)	18(60.0)
女	15(45.5)	12(40.0)
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	56.5 $\pm$ 19.2	53.7 $\pm$ 15.3
APACHE II 评分(分, $\bar{x} \pm s$ )	6.1 $\pm$ 3.3	5.5 $\pm$ 3.2
基础疾病[例(%)]		
糖尿病	2(6.1)	10(33.3)
慢性支气管炎	8(24.2)	4(13.3)
陈旧脑梗死	2(6.1)	4(13.3)

6 样本量估算 本研究采用“体温”作为主要疗效指标。参考本科既往相关研究结果<sup>[11]</sup>,以治疗前后体温变化为依据计算样本量。根据预试验设定中药组与抗生素组在治疗前后所能取得的体温下降程度相同,即具有相同的平均值,设标准差为  $0.66^\circ\text{C}$ ,并根据临床实际设以  $0.5^\circ\text{C}$  作为可接受的非劣效性界值。 $\alpha = 0.025$ (单侧), $\beta = 0.2$ , $\mu_{1-\alpha} = 1.96$ , $\mu_{1-\beta} = 0.84$ 。按照非劣效性设计计算样本量,将以上参数代入公式:

$$n = 2 \left[ \frac{(\mu_{1-\alpha} + \mu_{1-\beta})s}{\delta} \right]^2$$

设两组病例数 1:1,脱落按 10% 计算,结果得出每组病例数为 30 例,故两组共 60 例。

7 治疗方法 两组患者均接受基础治疗。(1)

补液:0.9% 氯化钠注射液(规格:500 mL:4.5 g,中国大冢制药有限公司,批号:20C2705)/5% 葡萄糖注射液(规格:500 mL:25 g,石家庄四药有限公司,批号:2001053902)500 mL 静脉滴注,每日 1~2 次;(2)物理降温:体温  $> 38.5^\circ\text{C}$  时予温水、酒精擦浴或冰袋物理降温;(3)化痰平喘:盐酸氨溴索注射液(2 mL:15 g,上海勃林格殷格翰药业有限公司,批号:826363)30 mg 静脉注射每日 3 次,化痰:0.9% 氯化钠注射液 100 mL+多索茶碱注射液(规格:10 mL:0.2 g,安徽恒星制药有限公司,批号:2002092)0.3 g 静脉滴注每日 1 次,解痉平喘。基础治疗不选用任何具有抗菌活性的药物。中药组予普济宣肺消毒饮每日 2 剂口服(共 4 袋,200 mL/袋)+头孢呋辛酯胶囊安慰剂 0.5 g 口服,每日 2 次。抗生素组予头孢呋辛酯胶囊(0.125 g/粒,南京长澳制药有限公司,批号:A160905)0.5 g 口服每日 2 次+普济宣肺消毒饮安慰剂每日 2 剂口服(共 4 袋,200 mL/袋)。根据文献,通常轻、中度 CAP 患者疗程 5~7 日,重症及伴有肺外并发症患者可适当延长抗感染疗程<sup>[12]</sup>。故本研究疗程定为 5 日。本研究严格遵照终止标准,一旦达到终止标准,立即终止试验,按照诊疗流程积极救治。

药物的制备:(1)中药及其安慰剂。普济宣肺消毒饮药物组成:柴胡 15 g 黄芩 15 g 清半夏 10 g 全瓜蒌 15 g 生麻黄 10 g 生石膏 30 g 连翘 30 g 桔梗 10 g。药物剂型:中药颗粒剂。药材来源:新绿色药业股份有限公司,生产批号:16040073。研究者为患者冲调,每次用  $100^\circ\text{C}$  开水 200 mL,放温热后服用。普济宣肺消毒饮安慰剂<sup>[13]</sup>制作原料为乳糖、食用焦糖色素、苦味剂等,由广安门医院药剂科统一包装。(2)抗生素及其安慰剂。安慰剂采用药物辅料糊精为内容物,无任何药理作用,抗生素及其安慰剂填充于 1 号空白胶囊中,Co<sup>60</sup> 照射灭菌,由广安门医院大兴制剂厂制备。研究所需 5 日(1 个疗程)的用药按人份装盒,广安门医院药理基地对试验用药进行统一编号、贴标签和编盲。

## 8 观察指标及检测方法

8.1 主要观察指标 包括体温下降程度和体温复常天数。每日晨起 8:00 用水银体温计测量腋温 10 min。

### 8.2 次要观察指标

8.2.1 肺炎胸片吸收评价量表 肺炎胸片评价量表将左、右两侧肺分为上、中、下肺野,根据肺纹理的轻重、有无条索影、片状阴影密度高低对每个肺野分别进行积分,结合胸腔积液量、胸膜是否增厚以及是否有间质性改变得出总积分。积分下降程度反应了肺炎胸片吸收的程度<sup>[14]</sup>。

8.2.2 感染指标 WBC 和中性粒细胞比例 (percentage of neutrophils, NEUT%), 检验科采用 sysmexF-820 型血细胞电子计数仪进行检测。

就诊时,记录临床资料、症状体征、相关检查结果主要及次要观察指标。此后每日监测症状、体征,第 1、3、5 日后 8:00 am 复查相关指标。

9 不良反应 观察指标包括肝、肾功能(谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素、血清肌酐)及心电图。

10 统计学方法 应用 SAS 9.3 软件进行随机分组。计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  进行描述,计数资料采用频数和百分比进行描述。组间比较首先进行正态性检验及方差齐性检验,在满足正态分布且方差齐的条件下,采用 *t* 检验进行组间比较;组内前后比较,连续性变量采用配对 *t* 检验,当基线不齐时,采用协方差分析。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 结 果

1 病例流程图(图 1) 本研究共评估病例 83 例,经过筛选后不符合纳入标准者 17 例,最终纳入 66 例,经随机分配为中药组 33 例,抗生素组 33 例。试验过程中,抗生素组 3 例终止观察,最终中药组 33 例,抗生素组 30 例纳入分析。

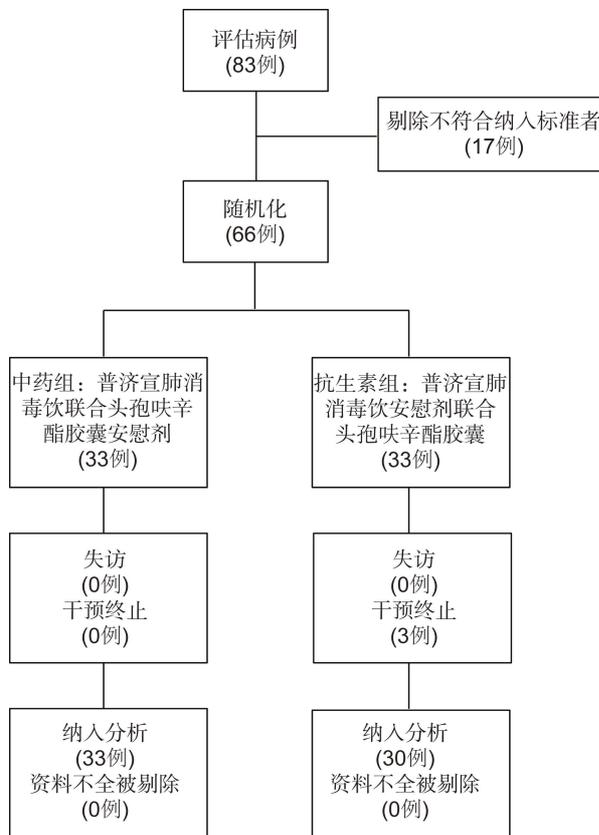
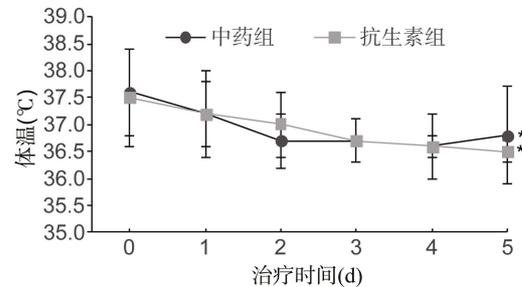


图 1 病例流程图

2 两组体温变化比较(图 2) 与治疗前比较,中药组与抗生素组治疗 5 日后患者体温均降低,差异有统计学意义( $P=0.007, P=0.006$ )。两组 5 日后体温比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

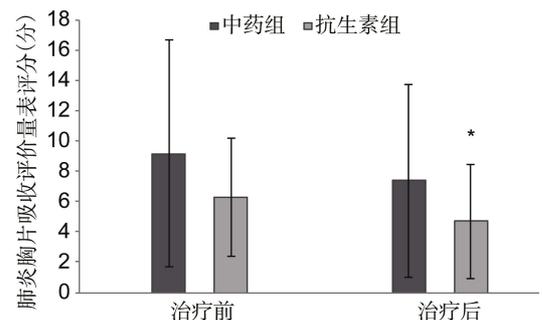


注:与治疗前比较, \*  $P < 0.05$

图 2 两组组内体温比较

3 两组体温下降程度及复常天数比较 中药组体温下降 ( $1.26 \pm 0.99$ ) °C, 抗生素组下降 ( $1.34 \pm 0.64$ ) °C, 组间比较,差异无统计学意义( $P=0.779$ )。中药组与抗生素组体温复常天数比较,差异无统计学意义 [ $(2.5 \pm 1.7)$  d vs  $(1.8 \pm 1.4)$  d,  $P=0.242$ ]。

4 两组肺炎胸片吸收评价量表比较(图 3) 入组时肺炎胸片吸收评价量表两组比较,差异无统计学意义( $P=0.319$ );与本组治疗前比较,中药组治疗后肺炎胸片吸收评价量表评分差异无统计学意义( $P=0.058$ ),抗生素组评分降低( $P=0.027$ )。治疗后两组间比较,差异无统计学意义( $P=0.730$ )。



注:与本组治疗前比较, \*  $P < 0.05$

图 3 两组治疗前后肺炎胸片吸收评价量表比较

5 两组治疗前后 WBC 与 NEUT% 比较(表 2) 与本组治疗前比较,两组治疗后 WBC 差异无统计学意义( $P>0.05$ ),中药组 NEUT% 降低,差异有统计学意义( $P=0.001$ ),抗生素组 NEUT% 差异无统计学意义( $P=0.051$ )。治疗后两组 WBC、NEUT% 差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

表 2 两组治疗前后 WBC 与 NEUT% 比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	WBC( $\times 10^9/L$ )		NEUT%	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中药	33	6.6 $\pm$ 1.6	6.4 $\pm$ 1.7	71.7 $\pm$ 10.3	59.9 $\pm$ 10.5*
抗生素	30	6.2 $\pm$ 2.3	6.5 $\pm$ 1.9	73.4 $\pm$ 7.2	64.3 $\pm$ 9.6

注:与本组治疗前比较, \*  $P < 0.05$

## 6 不良反应 本研究无不良反应发生。

## 讨 论

目前 CAP 的治疗大多为经验性选择抗生素<sup>[15-17]</sup>。常用抗生素以大环内酯类、喹诺酮类及头孢类为主,如阿奇霉素、阿莫西林、头孢呋辛等<sup>[18]</sup>。本研究所用抗生素即为头孢呋辛酯胶囊。目前 CAP 的抗生素耐药问题日益严重,根据中国细菌耐药性监测网(China Antimicrobial Surveillance Network, CHINET)数据统计,肺炎链球菌耐大环内酯类药物的比例已高达 90%<sup>[19]</sup>,肺炎支原体对大环内酯类抗生素耐药也逐渐增多<sup>[20-22]</sup>。因此寻找一种新的药物替代抗生素迫在眉睫。

从目前 CAP 的临床表现中发现,以寒颤高热、铁锈色痰、胸痛咳嗽为典型特征的大叶性肺炎较前少见,而低热起伏、咳嗽缠绵、少痰或无痰、胸片又有小叶性肺炎改变的患者却屡见不鲜。其中的原因有肺炎病原体的改变以及细菌耐药等。为应对证候的变化,肺炎的中医治疗方法也必须有所改变。以六经论,大叶性肺炎表现出来的阳性证候属阳明病或太阳阳明合病,而当前肺炎的变证,与之前比较,“阳”的特征减少,更符合太阳少阳阳明,三阳合病的特征。既往肺炎证候在阳明为多,因此,多使用以白虎汤及清热解毒药等为主的清法<sup>[23]</sup>,但目前单纯使用清法治疗肺炎已不甚合适。

CAP 属中医学“风温肺热病”。外感风温之邪,在外则营卫失和,风邪束闭,在内又因温邪内郁,弥漫体内,故而形成类似“寒包火”之证。本科经过多年临床积累,提出以“清散方”——普济宣肺消毒饮,即“给邪以出路”的方法,治疗 CAP。“清”指清解气血之热毒,“散”指外散营卫之邪气。普济宣肺消毒饮正为三阳合病而设,在太阳外散风寒表邪,在阳明则清气血热毒,在少阳则和解表里。方中柴胡、黄芩清散表里,和解少阳;半夏、瓜蒌清热化痰;麻黄、石膏疏散风热,治太阳阳明;连翘、桔梗等凉血解毒,三阳并治,兼顾化痰、散结、解毒多个方面。考虑肺炎属于外感热病急症,在煎服法方面,根据《伤寒论》桂枝汤方原文“若病重者,一日一夜服,周时观之。服一剂尽,病证犹在者,更作服;若汗不出,乃服至二三剂”,故本研究予以加

倍服用剂量,每日两剂。

既往有研究应用清热解毒法辅助治疗 CAP,结果提示 CAP 患者在发热消退时间、咳嗽消失时间、啰音消退时间、细菌转阴率等方面均优于单纯西药组。但目前该领域尚未有类似本试验所采用的前瞻性、多中心、双盲、随机对照的研究方法<sup>[24]</sup>。本研究结果显示,普济宣肺消毒饮可有效控制患者体温,无论从体温下降的程度或是体温复常天数来看,普济宣肺消毒饮均与抗生素的作用相似。胸片是评价肺炎吸收程度被广泛应用于临床的检查手段。但由于常规胸片的判读具有较为明显的主观性,因此肺炎胸片吸收评价量表的客观量化应用便有重要意义。肺炎胸片评价量表将左、右肺分别分为上、中、下 3 个肺野,根据肺纹理、条索、阴影密度等进行积分,结合胸腔积液、胸膜及肺间质等情况得出总的量化评分。本研究发现两组评分均于治疗后下降,但抗生素组下降速度较中药组快。这可能是由于短期内肺部病灶吸收对抗生素反应较对中药敏感。炎症指标方面,两组 WBC 改善均不明显,可能的原因在感染初期,WBC 反应较慢,有时不升高或升高不明显;且 WBC 正常范围较宽,易受年龄、应激、运动、情绪、个体差异等因素影响,因此不能单纯依靠 WBC 及时准确反映病情。NEUT% 两组均下降,中药组下降趋势较抗生素组略快,说明对于 CAP,NEUT% 对中药的反应较抗生素敏感。

本研究时间紧张,样本量小,仅为初步探索性研究。本课题正式启动时值春夏之交,肺炎进入低发时期,病源大量减少。此后研究可延长周期,于秋冬肺炎发病率较高的季节进行病例观察,可保证样本量。并且需增加与综合性三级甲等医院的合作,提高研究质量。

综上,普济宣肺消毒饮可有效控制 CAP 患者的体温、炎症反应指标,并改善胸片表现,疗效与抗生素大致等同。中药成分复杂,在体内可能存在调节免疫、抗炎等协同作用<sup>[25]</sup>。从发现青蒿素并取得诺贝尔奖的启示中可见,对于感染性疾病的治疗,研究新的、可以替代抗生素使用的中药方剂,是今后的研究方向。

**利益冲突:** 本研究不存在任何利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] Prina E, Ranzani OT, Torres A. Community-acquired pneumonia[J]. Lancet, 2015, 386(9998): 1097-1108.
- [2] 陆富民. 社区获得性肺炎若干临床新进展[J]. 中国社区医师, 2018, 34(9): 7-9.

- [3] 龙威, 黄高忠. 社区获得性肺炎的诊断和治疗进展[J]. 实用老年医学, 2015, 29(1): 73-76.
- [4] 葛均波, 徐永健主编. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 41.
- [5] 段晨霞, 曾崎冈, 刘超灵. 中医内外合治社区获得性肺炎(痰热型)的临床研究及经济效益评价[J]. 中医临床研究, 2019, 11(10): 115-117.
- [6] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10): 651-655.
- [7] 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.
- [8] 葛学如, 陆友金. NLR、PLR、APACHE II 评分对 AE-COPD 患者预后的评估价值[J]. 临床肺科杂志, 2020, 25(4): 541-545.
- [9] 马雪晨, 杨进, 陆友金. qSOFA 评分和 NLCR 预测成人社区获得性肺炎严重程度的价值[J]. 临床肺科杂志, 2020, 25(3): 325-341.
- [10] 季云, 卢丽华, 姜新娣. 全面无反应性量表和格拉斯哥昏迷评分量表对神经重症监护病房患者意识障碍和短期预后的评估价值比较[J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(9): 18-21.
- [11] 郭来, 齐文升, 杨秀捷, 等. 普济宣肺消毒饮对表寒里热型支气管炎咳嗽的干预作用[J]. 国际中医中药杂志, 2015, 37(4): 324-326.
- [12] 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): 1-27.
- [13] 唐旭东, 卞立群, 高蕊, 等. 中药临床试验安慰剂制作探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(7): 656-658.
- [14] 殷人易, 李猛, 徐红日, 等. 肺炎胸片吸收评价量表初步编制及应用[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2012, 11(2): 185-187.
- [15] 胡振红. 成人社区获得性肺炎初始经验性抗感染药物选择方案再解析[J]. 医药导报, 2017, 36(3): 240-242.
- [16] 李萃萃. 社区获得性肺炎的常见病原菌分布情况研究[J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(19): 3094-3096.
- [17] 李娟, 王开金, 刘翩, 等. 社区获得性肺炎病原菌分布和药敏分析[J]. 临床肺科杂志, 2018, 23(1): 42-45.
- [18] 刘文超. 莫西沙星与头孢呋辛联合阿奇霉素治疗社区获得性肺炎的疗效比较[J]. 河北联合大学学报: 医学版, 2014, 16(2): 218-219.
- [19] 尹玉东. 轻中度社区获得性肺炎抗菌药物合理应用[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 35(11): 971-974.
- [20] 刘小雪, 王莹, 陈鹏, 等. 体外培育牛黄联合甲泼尼龙琥珀酸钠注射剂治疗难治性支原体肺炎的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(8): 960-964.
- [21] 关向群. 老年人重症肺炎死亡相关危险因素[J]. 广东医学, 2010, 31(14): 1819-1820.
- [22] 任丽娜. 抗生素序贯治疗社区获得性肺炎临床研究[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(6): 170-171.
- [23] 田苑, 时旭平, 李婷, 等. 白虎汤四大症当属白虎加人参汤主症小议[J]. 四川中医, 2015, 33(6): 25-27.
- [24] 许伟珍, 叶先钦, 陈森, 等. 尿酸、降钙素原水平对老年社区获得性肺炎严重程度评估及与预后的关系[J]. 中国药物经济学, 2017, 12(12): 110-112.
- [25] 刘京. 中药有效成分对新型冠状病毒肺炎多靶点治疗作用的探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(3): 263-268.

(收稿: 2020-04-22 在线: 2020-12-01)

责任编辑: 白霞

## 《中国中西医结合杂志》第 16 次荣获“百种中国杰出学术期刊”

2019 年 11 月 19 日, 中国科技论文 2018 年统计结果在京发布。《中国中西医结合杂志》被收录为“中国科技核心期刊”并再次荣获“百种中国杰出学术期刊”。

中国科学技术信息研究所每年出版《中国科技期刊引证报告》发布中国科技论文与引文数据库收录的中国科技论文核心期刊的二十余项文献计量指标, 从 1999 年开始以此为基础, 研制了中国科技期刊综合评价指标体系, 对期刊进行综合评定。2018 年引证报告中, 《中国中西医结合杂志》在中西医结合期刊中总评分排名第 1, 与去年一致; 影响因子排名第 1, 较去年提升 1 名; 总被引频次排名第 2, 与去年一致。2002 年开始, 中国科学技术信息研究所每年评选一次百种中国杰出学术期刊。此次是《中国中西医结合杂志》自 2002 年首次评选以来, 第 16 次入选, 充分彰显我刊的学术影响力。

杂志的发展离不开广大作者、读者以及专家的大力支持, 在此表示由衷的感谢。杂志也愿与广大科研工作者一起努力, 共同促进中西医结合事业发展。