

桑白皮汤合清肺排毒汤加减联合常规治疗、机械通气对社区获得性重症肺炎患者的临床疗效

段明明¹, 施保柱¹, 周晓宁², 吴甜甜^{1*}

(1. 河北省中医院呼吸重症科, 河北 石家庄 050000; 2. 河北医科大学第二医院放疗科, 河北 石家庄 050000)

摘要: **目的** 探讨桑白皮汤合清肺排毒汤加减联合常规治疗、机械通气对社区获得性重症肺炎患者的临床疗效。**方法** 162 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 81 例, 对照组给予常规治疗、机械通气, 观察组在对照组基础上加用桑白皮汤合清肺排毒汤加减, 疗程 10 d。检测临床疗效、中医证候评分、CURB-65 评分、APACHE II 评分、血气分析指标 (PaO₂、PaCO₂、pH 值、SaO₂)、炎症指标 (CRP、IL-6、PCT、WBC)、免疫指标 (CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺)、机械通气时间、肺部感染控制窗出现时间、28 d 病死率、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$), 28 d 病死率更低 ($P<0.05$), 机械通气时间、肺部感染控制窗出现时间更短 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、CURB-65 评分、APACHE II 评分、PaCO₂、炎症指标、CD8⁺降低 ($P<0.05$), PaO₂、pH 值、SaO₂、CD3⁺、CD4⁺升高 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 桑白皮汤合清肺排毒汤加减联合常规治疗、机械通气可安全有效地改善社区获得性重症肺炎患者临床症状、呼吸功能和预后, 减轻炎症反应, 调节免疫功能。

关键词: 桑白皮汤; 清肺排毒汤; 常规治疗; 机械通气; 社区获得性重症肺炎

中图分类号: R287 文献标志码: A 文章编号: 1001-1528(2026)08-2606-06

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.08.014

Clinical effects of Modified Sangbaipi Decoction plus Qingfei Paidu Decoction combined with conventional treatment and mechanical ventilation on patients with severe community-acquired pneumonia

DUAN Ming-ming¹, SHI Bao-zhu¹, ZHOU Xiao-ning², WU Tian-tian^{1*}

(1. Department of Respiratory Critical Care, Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050000, China; 2. Department of Radiation Oncology, The Second Hospital of Hebei Medical University, Shijiazhuang 050000, China)

KEY WORDS: Sangbaipi Decoction; Qingfei Paidu Decoction; conventional treatment; mechanical ventilation; severe community-acquired pneumonia

重症肺炎是临床常见的呼吸系统危急重症, 不仅会引发呼吸衰竭、感染性休克等致命性并发症, 还可导致多器官功能障碍, 对患者生命安全构成重大威胁^[1], 以社区获得性肺炎合并重症最常见, 其主要发病场景位于社区, 早期症状与普通呼吸道感染相似, 易被忽视而延误规范治疗, 常见病原体 (如肺炎链球菌等) 毒性较强, 若患者存在基础疾

病则病原体易快速侵袭肺组织, 短期内即可发展为呼吸衰竭, 最终形成重症^[2]。常规治疗社区获得性重症肺炎的方法以抗感染、呼吸支持、对症干预为核心, 其中抗感染选择敏感抗生素, 呼吸支持以机械通气为主, 同时配合补液以纠正水电解质及酸碱失衡、肠内外营养支持^[3], 但广谱抗生素长期使用易诱导耐药菌产生, 导致疗效降低, 并且患者基

收稿日期: 2025-11-12

基金项目: 河北省中医药管理局项目 (2023037, 2023041)

作者简介: 段明明 (1991—), 男, 硕士, 主治医师, 研究方向为重症肺炎

* 通信作者: 吴甜甜 (1988—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为脓毒症休克免疫。E-mail: 1348360552@qq.com

础疾病复杂，免疫功能薄弱，病死率居高不下^[4-5]。

中医药治疗社区获得性重症肺炎时，可通过多靶点干预来缩短机械通气时间，降低病死率^[6]，认为本病为外感邪毒、侵袭肺脏致肺气壅滞，化生痰热湿毒蕴肺，肺失宣降。桑白皮汤出自《古今医统大全》，功效清肺降气、化痰止咳，可降低炎症因子水平；清肺排毒汤由《伤寒杂病论》经典方化裁而来，功效宣肺透邪、清热化湿，可调节 T 淋巴细胞活性以改善免疫功能^[7-8]，既往研究大多单用桑白皮汤改善社区获得性重症肺炎患者气道阻塞症状，或单用清肺排毒汤调节免疫及控制感染，鲜少联用两者。因此，本研究探讨桑白皮汤合清肺排毒汤加减联合常规治疗、机械通气对社区获得性重症肺炎患者的临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2023 年 1 月至 2024 年 12 月收治于河北省中医院的 162 例社区获得性重症肺炎患者，随机数字表法分为对照组和观察组，每组 81 例。其中，对照组男性 43 例，女性 38 例；年龄 49~77 岁，平均年龄（64.98±7.34）岁；病程 1~3 d，平均病程（2.23±0.69）d；合并高血压 18 例，糖尿病 16 例，冠心病 12 例；急性生理与慢性健康状况评分（APACHE II 评分）13~26 分，平均 APACHE II 评分（22.56±3.15）分，而观察组男性 45 例，女性 36 例；年龄 50~78 岁，平均年龄（65.30±7.56）岁；病程 1~3 d，平均病程（2.15±0.82）d；合并高血压 20 例，糖尿病 15 例，冠心病 10 例；急性生理与慢性健康状况评分（APACHE II 评分）12~27 分，平均 APACHE II 评分（22.38±3.02）分，2 组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。研究经医院伦理委员会批准（批号 HBZY2022-KY-059-01）。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医（社区获得性重症肺炎） 参照文献 [9] 报道，新近出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸道疾病症状加重，并出现脓性痰，伴或不伴胸痛，发热，肺实变体征或闻及湿性啰音，白细胞计数（WBC） $>1.0\times10^{10}/L$ 或 $<4.0\times10^9/L$ ，胸部影像学检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变；出现下列症状中 1 项或以上者，包括意识障碍；呼吸频率 ≥ 30 次/min；动脉血氧分压（ PaO_2 ） <60 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa）， PaO_2 /吸入氧浓度（ FiO_2 ） <300 ，需行机械通气治疗；动脉收缩压 <90 mmHg，并发脓毒症休克，X 线胸片显示双侧或多肺叶受

累，或入院 48 h 内病变扩大 $\geq 50\%$ ；尿量 <20 mL/h 或 <80 mL/4 h。

1.2.2 中医（痰热壅肺证） 参照文献 [10] 报道，主证咳嗽，胸部胀痛，痰多色黄；次证口渴咽干，身热有汗，大便干结，小便赤涩；舌红，苔黄腻，脉滑数。

1.3 纳入标准 （1）符合“1.2”项下诊断标准；（2）年龄 18~80 岁；（3）需接受机械通气治疗；（4）预计生存期 >28 d；（5）病程 ≤ 72 h；（6）患者了解本研究，签署知情同意书。

1.4 排除标准 （1）合并严重肝、肾、肺等重要脏器功能衰竭，存在生命危险，无法进行有效治疗；（2）恶性肿瘤晚期；（3）对本研究所用中药成分过敏；（4）妊娠期或哺乳期妇女；（5）长期应用免疫抑制剂，或合并免疫功能缺陷性疾病；（6）存在精神疾病或认知障碍，不能配合治疗；（7）合并其他肺部疾病，如活动性肺结核、肺栓塞、肺部原发性肿瘤、非感染性肺间质疾病等；（8）近 3 个月内有胸部手术史。

1.5 治疗手段

1.5.1 对照组

1.5.1.1 常规治疗 ①抗感染，根据痰培养、药敏试验选择敏感抗生素，疗程 7~10 d，根据感染控制窗调整；②对症支持，采用盐酸氨溴索（天津药物研究院药业有限责任公司，国药准字 H20041473，2 mL/15 mg）30 mg，每 8 h 静脉滴注用于化痰，同时补液纠正水电解质紊乱，提供肠内营养。

1.5.1.2 机械通气 采用 Devine 公式计算理想体质量，潮气量 6~8 mL/kg，呼吸频率 12~16 次/min， FiO_2 初始 40%~60%，呼气末正压（PEEP）5~10 cmH₂O， $FiO_2 \leq 40\%$ 、 $PEEP \leq 5$ cmH₂O、 $PaO_2/FiO_2 \geq 300$ 、自主呼吸试验成功时启动脱机评估。

1.5.2 观察组 在对照组基础上加用桑白皮汤合清肺排毒汤加减，组方药材桑白皮 15 g、法半夏 10 g、紫苏子 10 g、杏仁 10 g、浙贝母 10 g、栀子 10 g、黄芩 10 g、黄连 6 g、麻黄 9 g、生石膏 30 g（先煎）、泽泻 10 g、猪苓 10 g、炙甘草 6 g，痰热壅盛者，加瓜蒌 15 g、鱼腥草 20 g；喘促明显者，加地龙 10 g、葶苈子 10 g，每天 1 剂，由医院中药房统一煎煮，取 200 mL 药汁，早晚各鼻饲 1 次，每次 100 mL，给药后以 20 mL 温开水冲洗鼻饲管，夹闭 30 min，其间床头抬高 30°~45°，避免翻身、拍背等操作，从而防止药液反流误吸。

1.5.3 其他 2 组疗程均为 10 d。其间观察组可根

据感染控制窗提前停用抗生素，但需完成中药干预。

1.6 指标检测

1.6.1 中医证候评分、CURB-65 评分、APACHEⅡ 评分 参照文献 [10] 报道，主证咳嗽、胸痛、痰多色黄，根据无、轻度、中度、重度分别计为 0、2、4、6 分；次证口渴咽干、身热有汗、大便干结、小便赤涩，分别计为 0、1、2、3 分。CURB-65 评分包括意识障碍、尿素氮、呼吸频率、血压、年龄^[11]，分值越高，病情越严重。APACHEⅡ 评分^[12]总分 71 分，分值越高，病情越严重。

1.6.2 炎症指标 采集 2 组患者空腹静脉血各 3 mL，3 000 r/min 离心 10 min，采用酶联免疫吸附试验，在日立 7170-A 型全自动生化分析仪上进行样本加样、孵育、洗板及吸光度读取，检测 C 反应蛋白（CRP）、白细胞介素-6（IL-6）水平；采用电化学发光法，在罗氏化学发光分析仪上检测降钙素原（PCT）水平，在 Sysmex 五分类全自动血细胞分析仪上检测白细胞（WBC）数。

1.6.3 免疫指标 采集 2 组患者空腹静脉血各 2 mL，采用 BD FACSCantoⅡ 流式细胞仪检测 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺水平。

1.6.4 血气指标 采集 2 组患者动脉血各 2 mL，采用 GE3500 血气分析仪检测动脉血氧分压（PaO₂）、动脉血二氧化碳分压（PaCO₂）、pH 值、动脉血氧饱和度（SaO₂）。

1.6.5 机械通气时间、肺部感染控制窗出现时间、28 d 病死率 记录 2 组开始接受机械通气至成功脱机的机械通气时间，若在 28 d 内死亡则记录至死亡时的时间，成功脱机判定标准为符合脱机指征，脱机后 48 h 内无需再次机械通气。2 组每 3 d 进行 1 次胸部影像学检查，若患者出现体温复升、呼吸道分泌物增多等症状时则临时加查 1 次，肺部感染控制窗出现时间为从治疗开始至出现以下指征的时间，包括体温≤37.8℃持续 24 h，WBC 数恢复正常或较峰值下降≥50%，呼吸道分泌物明显减少且其形状由脓性转为黏液性，肺部炎症病灶较治疗前吸收≥25%，PaO₂/FiO₂≥200 mmHg 且不依赖高浓度氧疗^[9]。记录 2 组 28 d 内因社区获得性重症肺炎及其并发症导致的死亡情况，计算病死率。

1.6.6 不良反应发生率 治疗期间，记录 2 组胃肠道反应、肝肾功能异常、过敏反应、电解质紊乱等不良反应发生情况，计算其发生率。

1.7 疗效评价 参照文献 [9-10] 报道，（1）痊愈，肺部 CT 显示肺炎性病变吸收≥90%，咳嗽、

胸痛、发热等主要症状及肺部听诊湿性啰音完全消失，CURB-65 评分降至 0 分，APACHEⅡ 评分降至≤10 分，动脉血气指标恢复正常；（2）显效，肺部 CT 显示肺炎性病变吸收范围≥2/3，主要症状明显缓解，肺部听诊湿性啰音明显减少，CURB-65 评分降低≥2 分，APACHEⅡ 评分降低≥8 分，动脉血气指标明显改善；（3）有效，肺部 CT 显示肺炎性病变吸收范围≥1/3 但<2/3，主要症状有所缓解，肺部听诊湿性啰音有所减少，CURB-65 评分降低 1 分，APACHEⅡ 评分降低≥4 分但<8 分，动脉血气指标有所改善；（4）无效，未达到上述标准。总有效率=〔（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数〕×100%。

1.8 统计学分析 通过 SPSS 20.0 软件进行处理，计量资料符合正态分布、方差齐性，以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间、组内比较分别采用独立、配对样本 *t* 检验；计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验。*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组（*P*<0.05），见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 [例（%），*n*=81]
Tab.1 Comparison of clinical effects between the two groups [case（%），*n*=81]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	5(6.17)	42(51.85)	26(32.10)	8(9.88)	90.12 [#]
对照组	2(2.47)	28(34.57)	31(38.27)	20(24.69)	75.31

注：与对照组比较，[#]*P*<0.05。
2.2 中医证候评分、APACHEⅡ 评分、CURB-65 评分 治疗后，2 组中医证候评分、APACHEⅡ 评分、CURB-65 评分降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 2。
2.3 炎症指标 治疗后，2 组 CRP、PCT、IL-6 水平及 WBC 降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 3。
2.4 免疫指标 治疗后，2 组 CD3⁺、CD4⁺水平升高（*P*<0.05），CD8⁺水平降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 4。
2.5 血气指标 治疗后，2 组 PaO₂、SaO₂、pH 值升高（*P*<0.05），PaCO₂ 降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 5。
2.6 机械通气时间、肺部感染控制窗出现时间、28 d 病死率 观察组机械通气时间、肺部感染控制窗出现时间短于对照组（*P*<0.05），28 d 病死率更低（*P*<0.05），见表 6。

表 2 2 组中医证候评分、APACHE II 评分、CURB-65 评分比较 ($\bar{x}\pm s, n=81$)

Tab. 2 Comparison of TCM syndrome scores, APACHEII scores and CURB-65 scores between the two groups ($\bar{x}\pm s, n=81$)

组别	时间	APACHEII 评分/分	CURB-65 评分/分	中医证候评分/分
观察组	治疗前	22.35±3.01	3.12±0.75	29.45±3.62
	治疗后	13.28±2.45 ^{*#}	1.25±0.41 ^{*#}	11.86±2.83 ^{*#}
对照组	治疗前	22.52±3.13	3.08±0.72	28.97±3.75
	治疗后	17.64±2.68 [*]	2.13±0.65 [*]	19.53±3.21 [*]

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

表 3 2 组炎症指标比较 ($\bar{x}\pm s, n=81$)

Tab. 3 Comparison of inflammatory indices between the two groups ($\bar{x}\pm s, n=81$)

组别	时间	CRP/(mg·L ⁻¹)	PCT/(ng·mL ⁻¹)	IL-6/(pg·mL ⁻¹)	WBC($\times 10^9$)/(1·L ⁻¹)
观察组	治疗前	89.65±15.32	3.85±0.92	98.42±18.56	15.68±3.25
	治疗后	28.36±8.45 ^{*#}	1.28±0.40 ^{*#}	42.15±10.38 ^{*#}	8.25±1.76 ^{*#}
对照组	治疗前	90.28±16.15	3.92±0.88	95.86±19.23	15.39±3.41
	治疗后	52.64±12.73 [*]	1.75±0.56 [*]	58.43±14.62 [*]	11.83±2.14 [*]

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

表 4 2 组免疫指标比较 ($\bar{x}\pm s, n=81$)

Tab. 4 Comparison of immune indices between the two groups ($\bar{x}\pm s, n=81$)

组别	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%
观察组	治疗前	58.32±5.41	29.65±3.18	37.24±3.62
	治疗后	67.85±6.34 ^{*#}	36.92±4.25 ^{*#}	30.18±3.14 ^{*#}
对照组	治疗前	57.96±5.58	29.18±3.25	37.81±3.75
	治疗后	63.14±6.12 [*]	33.05±3.97 [*]	33.65±3.42 [*]

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

表 5 2 组血气指标比较 ($\bar{x}\pm s, n=81, 1\text{ mmHg}=0.133\text{ kPa}$)

Tab. 5 Comparison of blood gas indices between the two groups ($\bar{x}\pm s, n=81, 1\text{ mmHg}=0.133\text{ kPa}$)

组别	时间	PaO ₂ /mmHg	PaCO ₂ /mmHg	pH 值	SaO ₂ /%
观察组	治疗前	54.32±6.15	48.65±4.28	7.31±0.05	86.25±3.17
	治疗后	82.56±7.34 ^{*#}	38.21±3.56 ^{*#}	7.40±0.04 ^{*#}	96.18±2.05 ^{*#}
对照组	治疗前	53.89±6.32	49.12±4.35	7.30±0.06	85.79±3.24
	治疗后	68.45±7.18 [*]	43.58±3.82 [*]	7.35±0.03 [*]	92.36±2.18 [*]

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

表 6 2 组机械通气时间、肺部感染控制窗出现时间、28 d 病死率比较 ($\bar{x}\pm s, n=81$)

Tab. 6 Comparison of mechanical ventilation time, time for occurrence of pulmonary infection control window and 28 d mortality rates between the two groups ($\bar{x}\pm s, n=81$)

组别	机械通气时间/h	肺部感染控制窗出现时间/d	28 d 病死率/%
观察组	98.35±24.18 [#]	5.28±1.36 [#]	9.88 [#]
对照组	131.62±28.57	7.65±1.52	20.99

注：与对照组比较，[#] $P<0.05$ 。

2.7 不良反应发生率 治疗期间，2 组未出现严重不良反应，症状较轻微，对症处理后缓解，其发生率比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 7。

3 讨论

社区获得性重症肺炎的病理核心是病原体触发的炎症风暴-免疫失衡-呼吸功能障碍，病原体相关

表 7 2 组不良反应发生率比较 [例 (%), n=81]

Tab. 7 Comparison of incidence of adverse reactions between the two groups [case (%), n=81]

组别	胃肠道反应	电解质紊乱	转氨酶轻度升高	总发生率/%
观察组	4(4.94)	2(2.47)	1(1.23)	8.64
对照组	5(6.17)	3(3.70)	2(2.47)	12.35

分子模式激活 Toll 样受体信号通路，促使巨噬细胞、中性粒细胞释放炎症因子（如 IL-6、PCT 等），引发全身炎症反应综合征，同时炎症损伤肺毛细血管内皮细胞，破坏肺泡-毛细血管屏障，导致肺水肿与弥散功能障碍^[13-14]。西医常规治疗社区获得性重症肺炎以机械通气改善氧合、抗生素抗感染为核心，但前者可能加重肺组织压力损伤，后者易诱导耐药，并且无法有效调节免疫失衡^[15]。

中医将社区获得性重症肺炎归于“风温肺热病”范畴，认为本病病位在肺，病机为正气亏虚、外感风热、痰热壅肺，机体正气不足时风热之邪从口鼻而入，致肺气壅滞，津液聚而成痰，邪热灼伤肺络使痰浊黏稠，最终痰热互结壅肺，需以清热化痰、宣肺平喘为治则^[16]。桑白皮汤合清肺排毒汤加减中桑白皮清肺降气，为君药；生石膏、黄芩、黄连清泻肺热，为臣药，可强化清热之力；半夏、紫苏子、杏仁、浙贝母合为佐药，兼顾化痰与宣降肺气，同时栀子助君臣药清三焦之火，泽泻、猪苓利水渗湿，促进痰热从下焦排出；炙甘草为使药，调和诸药寒热，全方共奏清热解毒、宣肺平喘、化痰止咳功效，并且针对痰热盛加瓜蒌、鱼腥草，针对喘促加地龙、葶苈子，可进一步增强靶向干预。本研究发现，观察组总有效率高于对照组，中医证候积分、APACHE II、CURB-65 改善程度更优，其原因在于桑白皮汤合清肺排毒汤加减既能清除肺内痰热之邪，又可恢复肺之宣降功能，联合常规治疗、机械通气从根本上改善症状与病情严重程度。

从现代机制来看，中西医结合联合治疗社区获得性重症肺炎的优势体现在 3 个方面。一是抗炎作用，方中黄芩、黄连、鱼腥草等中药所含成分通过抑制 TLR4/NF-κB 信号通路来减少炎症因子释放，生石膏钙离子通过调节巨噬细胞活性来降低 PCT 合成^[17-19]，故观察组 CRP、IL-6、PCT 水平更低。二是免疫调节，桑白皮多糖可促进 T 淋巴细胞增殖，而地龙提取物能抑制 CD8⁺ 细胞过度活化，恢复 CD4⁺/CD8⁺ 平衡，增强细胞免疫功能，从而清除病原体^[20-21]。故观察组 CD3⁺、CD4⁺ 水平更高，CD8⁺ 水平更低。三是呼吸功能改善，杏仁、紫苏子能宣降肺气以优化通气，泽泻、猪苓可利水以减

轻肺间质水肿以改善弥散^[22-23]，最终缩短机械通气时间，提前肺部感染控制窗，降低 28 d 病死率。另外，2 组不良反应发生率无显著差异，表明中西医结合安全性良好。

综上所述，桑白皮汤合清肺排毒汤加减联合常规治疗、机械通气可有效改善社区获得性重症肺炎患者临床症状、呼吸功能及预后，减轻炎症反应，调节免疫功能，安全性良好。但本研究样本量较小，仅为单中心试验，未检测中药所含成分的具体作用靶点，故今后，将开展多中心、大样本随机对照试验，明确相关作用靶点。

参考文献：

[1] Yu S, 周 昊, 蒋 娟, 等. 老年重症肺炎患者的肠道菌群特征研究[J]. 中国感染控制杂志, 2025, 24(3): 361-371.

[2] 曹伟涵, 张 亮, 张 磊, 等. 成人重症肺炎患者并发呼吸衰竭风险调查及其预测模型研究[J]. 中国热带医学, 2024, 24(12): 1540-1546.

[3] 崔 颖, 高天宇, 贾月霞, 等. 益元清肺汤辅助治疗老年重症肺炎呼吸支持患者疗效及对临床症状的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(12): 65-69.

[4] 侯 俊, 丁光明, 王天昌. 老年重症肺炎多重耐药菌感染临床特点及预后影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2025, 45(12): 2873-2876.

[5] 张晓伟, 黄晓云, 张 瑞, 等. 系统免疫炎症指数对老年重症肺炎患者病死率的预测研究[J]. 临床内科杂志, 2024, 41(5): 351-353.

[6] 米世豪, 何梦欣, 韩 壮, 等. 基于数据挖掘、网络药理学和分子对接技术探究中药治疗重症肺炎的用药规律及作用机制[J]. 现代中西医结合杂志, 2025, 34(9): 1255-1265.

[7] 李金桐, 刘雪寒, 张亚楠, 等. 基于数据挖掘探讨内服中药治疗成人重症肺炎组方规律[J]. 山东中医药大学学报, 2021, 45(4): 481-486.

[8] 古 欣, 李婧红, 刘燕明. 清肺排毒汤对大鼠慢性支气管肺炎气道炎症及免疫功能改善作用机制[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(3): 225-228; 294.

[9] 中华医学会呼吸病学会. 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.

[10] 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.

[11] Patel S. Calculated decisions: CURB-65 score for pneumonia

severity[J]. *Emerg Med Pract*, 2021, 23(Suppl 2): CD1-CD2.

[12] Sun W, Luo Z J, Cao Z X, *et al.* A combination of the APACHE II score, neutrophil/lymphocyte ratio, and expired tidal volume could predict non-invasive ventilation failure in pneumonia-induced mild to moderate acute respiratory distress syndrome patients[J]. *Ann Transl Med*, 2022, 10(7): 407.

[13] 李中士, 兰 超, 张文华, 等. Alb、PCT 及 NT-proBNP 检测与重症肺炎致 ARDS 患者病情的相关性 & 预后评估效能[J]. *西南医科大学学报*, 2023, 46(6): 509-512; 523.

[14] Aliberti S, Dela Cruz C S, Amati F, *et al.* Community-acquired pneumonia[J]. *Lancet*, 2021, 398(10303): 906-919.

[15] 温 慧, 聂清梅, 孙莉莉, 等. ICU 机械通气患者呼吸机相关性肺炎风险预测模型的系统评价[J]. *中华现代护理杂志*, 2024, 30(24): 3280-3286.

[16] 羊德旺, 何和章, 梁莉萍. 益气活血化痰方联合常规治疗对重症肺炎患者的临床疗效[J]. *中成药*, 2020, 42(5): 1395-1398.

[17] 张 林, 徐厚平, 刘代群, 等. 黄芩素调控 TLR4/NF-κB 通路对慢性阻塞性肺疾病大鼠气道炎症的影响[J]. *中国免疫学杂志*, 2025, 41(4): 903-907.

[18] 舒小童, 夏 红, 汪天露. 小檗碱治疗肺部感染的药理作用研究进展[J]. *现代药物与临床*, 2024, 39(6): 1642-1646.

[19] 王陶陶, 杨德林, 韩 娜, 等. 中药石膏药理作用研究进展与其清热物质基础探讨[J]. *中国中药杂志*, 2024, 49(4): 853-857.

[20] 齐兆东, 吴振起, 李美琪, 等. 桑白皮-地骨皮对脂多糖诱导急性肺炎小鼠炎症和氧化应激的改善作用及机制[J]. *时珍国医国药*, 2025, 36(13): 2416-2422.

[21] 韩维维, 张 彤, 夏光萍, 等. 地龙治疗呼吸系统疾病的机制研究进展[J]. *四川中医*, 2025, 43(1): 206-210.

[22] 王 卉, 赵克明. 基于网络药理学探讨紫苏子-杏仁药对治疗咳嗽变异性哮喘的作用机制[J]. *临床合理用药*, 2024, 17(10): 14-18.

[23] 李佳欣, 陈思琦, 吴鑫宇, 等. 泽泻现代药理学研究[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2020, 22(2): 143-146.

药事管理暨中药科学监管栏目征稿公告

国家药监局发布的《关于促进中药传承创新发展的实施意见》提出，鼓励运用现代科学技术和传统中医药研究方法，深入开展中药监管科学研究。根据国家中药科学监管大会精神的新要求，进一步加强药品监管和政策法规的研究。《中成药》期刊即日起，增设药事管理栏目，以满足相关领域读者阅读学习和作者撰稿交流的需要，特发布征稿公告。

- (一) 征稿稿件的内容：
- (1) 与药事管理暨中药监管科学相关的政策与法规，如药监政策法规、卫生政策法规、医疗保险政策、医药产业政策等的研究与解读。

(2) 药事管理法规在药品研制、生产、流通、使用等领域应用的理论探讨和实践经验总结。

(3) 药事管理技术方法的介绍与效果评价。

(4) 中药科学监管工作发展的展望及其他相关内容等。
- (二) 征稿要求：
- (1) 文稿主题明确、内容精练、文字通顺。

(2) 文稿内容应具备思想性、科学性、新颖性、逻辑性、实用性、伦理性。

(3) 文稿书写格式请参阅国家有关科技论文的标准，一般不要超过 6000 字。
- 投稿：请登陆 <http://www.zcyjjournal.com> 或 <http://zcya.cbpt.cnki.net> 进行线上投稿。
- 联系地址：上海市黄浦区福州路 107 号 206 室《中成药》编辑部
- 邮编：200002
- 电话：(021) 63213275
- E-mail: zcya.med@foxmail.com
- QQ: 1242130380