

- [8] 杨进刚. 心房颤动的诊断与药物治疗(中国专家共识)[J]. 心脑血管病防治, 2008, 8(4): 215-222.
- [9] Prystowsky E N, Benson D W Jr, Fuster V, et al. Management of patients with atrial fibrillation. A Statement for Healthcare Professionals. From the Subcommittee on Electrocardiography and Electrophysiology, American Heart Association[J]. *Circulation*, 1996, 93(6): 1262-1277.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 156-168.
- [11] 乔思雨, 陈跃来, 刘兆宜, 等. 从营卫理论探讨复律宁颗粒抗心律失常的作用[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2025, 23(4): 627-628.
- [12] 刘珂珂, 李绵绵, 吴琼, 等. 复律宁颗粒治疗气阴两虚型房颤的临床观察[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(9): 2148-2151.
- [13] Kobayashi M, Girerd N, Ferreira J P, et al. The association between markers of type I collagen synthesis and echocardiographic response to spironolactone in patients at risk of heart failure: Findings from the HOMAGE Trial[J]. *Eur J Heart Fail*, 2022, 24(9): 1559-1568.
- [14] Wang Y L, Jiao L K, Qiang C X, et al. The role of matrix metalloproteinase 9 in fibrosis diseases and its molecular mechanisms[J]. *Biomed Pharmacother*, 2024, 171: 116116.
- [15] Lee K N, Kim D Y, Boo K Y, et al. Therapeutic implications of Galectin-3 in patients with atrial fibrillation[J]. *Sci Rep*, 2022, 12(1): 784.
- [16] Kong L, Hu P, Li C, et al. The correlation between sST2 and atrial fibrillation and its clinical significance[J]. *Yangtze Medicine*, 2020, 4(4): 277-283.
- [17] 王哲. 中药治疗心房颤动的药物筛选及作用机制研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2020.
- [18] 张秀如, 于明, 崔雅晴, 等. 基于UPLC指纹图谱的菟丝子酒炙前后化学模式识别及多成分定量测定[J]. 中草药, 2023, 54(9): 2733-2740.
- [19] 姚建明, 辛燕, 侯雪梅. 苦参碱调节SphK1/S1P信号通路对房颤大鼠心肌纤维化的影响[J]. 中国老年学杂志, 2025, 45(15): 3701-3705.
- [20] Liu J, Sun Q J, Sun X T, et al. Therapeutic effects of salviaolic acid b on angiotensin II-induced atrial fibrosis by regulating atrium metabolism via targeting AMPK/FoxO1/miR-148a-3p axis[J]. *J Cardiovasc Transl Res*, 2023, 16(2): 341-357.
- [21] 张倩, 李惠香, 刘攀, 等. 黄芩素的体外抗炎及抗氧化活性研究[J]. 烟台大学学报(自然科学与工程版), 2018, 31(3): 232-238.
- [22] Yang R, Yuan B C, Ma Y S, et al. The anti-inflammatory activity of licorice, a widely used Chinese herb[J]. *Pharm Biol*, 2017, 55(1): 5-18.

加味千金苇茎汤对风热闭肺型小儿支原体肺炎患者的临床疗效

赵永旺^{1,2}, 袁业红^{1,2}, 孙晓旭^{1,2}

(1. 河南中医药大学第一附属医院儿科, 河南 郑州 450000; 2. 河南中医药大学儿科医学院, 河南 郑州 450000)

摘要: **目的** 探讨加味千金苇茎汤对风热闭肺型小儿支原体肺炎患者的临床疗效。**方法** 80例患者随机分为对照组和观察组, 每组40例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用加味千金苇茎汤。检测临床疗效、中医证候评分、M1型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子(IFN- γ 、TNF- α 、IL-6、IL-8)、M2型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子(TGF- β 、IL-4、IL-10、IL-13)、肺功能指标(FVC、FEV1、PEF)、免疫指标(CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。治疗后, 2组中医证候评分、M1型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子降低($P < 0.05$), M2型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子、肺功能指标、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺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** 加味千金苇茎汤可安全有效地减轻风热闭肺型小儿支原体肺炎患者临床症状和炎症反应, 改善肺功能, 提高免疫抵抗力。

关键词: 加味千金苇茎汤; 常规治疗; 小儿支原体肺炎; 风热闭肺

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2026)05-1523-06

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.05.014

收稿日期: 2025-10-13

基金项目: 国家中医临床研究基地科研专项课题(2024ZY2007)

作者简介: 赵永旺(1990—), 男, 硕士, 主治医师, 研究方向为中医药防治儿童呼吸系统疾病。E-mail: 1065154446@qq.com

Clinical effects of Supplemented Qianjin Weijing Decoction on patients with pediatric *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia due to Wind-Heat Closing Lung Type

ZHAO Yong-wang^{1,2} YUAN Ye-hong^{1,2}, SUN Xiao-xu^{1,2}

(Department of Pediatrics, The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China. 2. College of Pediatric Medicine, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China)

ABSTRACT: AIM To explore the clinical effects of Supplemented Qianjin Weijing Decoction on patients with pediatric *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia due to Wind-Heat Closing Lung Type. **METHODS** Eighty patients were randomly assigned into control group (40 cases) for intervention of conventional treatment, and observation group (40 cases) for intervention of both Supplemented Qianjin Weijing Decoction and conventional treatment. The changes in clinical effects, TCM syndrome score, M1 type alveolar macrophage subpopulation-related inflammatory factors (IFN- γ , TNF- α , IL-6, IL-8), M2 type alveolar macrophage subpopulation-related inflammatory factors (TGF- β , IL-4, IL-10, IL-13), lung function indices (FVC, FEV1, PEF), immune indices (CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺) and incidence of adverse reactions were detected. **RESULTS** The observation group demonstrated higher total effective rate than the control group ($P < 0.05$). After the treatment, the two groups displayed decreased TCM syndrome score, M1 type alveolar macrophage subpopulation-related inflammatory factors ($P < 0.05$), and increased M2 type alveolar macrophage subpopulation-related inflammatory factors, lung function indices, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ ($P < 0.05$), especially for the observation group ($P < 0.05$). No significant difference in incidence of adverse reactions was found between the two groups ($P > 0.05$). **CONCLUSION** For the patients with pediatric *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia due to Wind-Heat Closing Lung Type, Supplemented Qianjin Weijing Decoction can safely and effectively reduce clinical symptoms and inflammatory reactions, improve lung functions and enhance immune resistance.

KEY WORDS: Supplemented Qianjin Weijing Decoction; conventional treatment; pediatric *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia; Wind-Heat Closing Lung

支原体肺炎是由肺炎支原体引起的急性呼吸道感染疾病,为儿科常见病,近年来发病率呈上升趋势^[1]。其中,小儿支原体肺炎临床大多表现为发热、干咳、头痛、胸闷等症状,随着病情进展咳嗽逐渐加剧,痰量增多,严重影响患儿生命健康及生活质量^[2],西医治疗本病时以大环内酯类抗菌素为主,虽然有一定的短期控制效果,但长期服用会导致耐药性,从而影响临床疗效^[3],故需寻找更安全有效的手段。

中医将支原体肺炎归属于“肺炎喘嗽”范畴,风热闭肺型是本病常见证型之一,基于其外邪侵袭、肺气郁闭、痰热内伏的病机,治疗时以清肺化痰、活血通络为原则^[4]。千金苇茎汤源自《备急千金要方》,是治疗清肺化痰、逐瘀排脓的良方^[5]。本研究以该方为基础,根据临床经验及具体病情制成加味千金苇茎汤,并考察其对风热闭肺

型小儿支原体肺炎患者的临床疗效,以期优化相关治疗方案提供参考,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022年5月至2024年12月收治于河南中医药大学第一附属医院的80例风热闭肺型小儿支原体肺炎患者,随机数字表法分为对照组和观察组,每组40例,2组一般资料见表1,可知差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。研究经医院伦理委员会批准(审批号院准字2022HL-032-01)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医(小儿支原体肺炎) 符合《诸福棠实用儿科学》^[6]相关标准,(1)有发热、咳嗽、咳痰、气喘等临床症状;(2)胸部X线片显示肺门阴影增浓;(3)血中肺炎支原体IgM抗体检测阳性。

1.2.2 中医(风热闭肺型) 符合《小儿肺炎喘咳中医诊疗指南》^[7]相关标准,主证发热恶风、头

表1 2组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s, n=40$)

Tab. 1 Comparison of general data between the two groups ($\bar{x}\pm s, n=40$)

组别	性别/[例(%)]		平均年龄/岁	平均病程/d	治疗前平均体温/℃
	男	女			
观察组	23(57.50)	17(42.50)	5.60±2.79	4.03±0.70	38.28±0.18
对照组	21(52.50)	19(47.50)	5.83±3.05	3.83±0.68	38.24±0.14

痛有汗、鼻塞流涕、咳嗽、气喘，次证胸膈满闷、咽红肿、口渴欲饮、纳呆、烦躁不安，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

1.3 纳入、排除、脱落、剔除标准

1.3.1 纳入标准 (1) 符合“1.2”项下诊断标准；(2) 年龄2~14岁；(3) 未使用过免疫抑制剂和免疫调节剂；(4) 患者家属了解本研究，签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 (1) 合并重症肺炎及其并发症；(2) 合并原发性的心、脑、肝、肾疾病；(3) 对本研究药物有禁忌症或过敏；(4) 近3个月内因肺炎而反复住院；(5) 合并血液系统、其他部位感染；(6) 合并精神疾病。

1.3.3 脱落、剔除标准 (1) 治疗期间患者或其家属不配合，未按医嘱服药；(2) 治疗期间因各种原因中止服药；(3) 资料不全；(4) 发生严重不良事件或并发症，不宜继续研究；(5) 治疗期间失访；(6) 主动退出研究。

1.4 治疗手段

1.4.1 对照组 给予常规治疗，包括吸氧、解痉、平喘、积极控制感染、抗心力衰竭、纠正酸碱失衡和水电解质紊乱、营养支持等，以及静脉滴注阿奇霉素(辉瑞制药有限公司，国药准字H10960112) 10 mg/kg，最大剂量不超过0.5 g，按1 mg/mL剂量稀释至5%葡萄糖注射液中，每天1次，连续7 d后停用3 d，作为1个疗程，根据病情需要第2个疗程再进行静脉滴注，每天1次，连续3~5 d，同时静脉滴注甲强龙2 mg/kg，每天1次，连续3 d，之后根据患者病情酌情调整剂量。

1.4.2 观察组 在对照组基础上加用加味千金苇茎汤，组方药材芦根、冬瓜仁、桃仁、当归、黄芩、丹参各10 g，薏苡仁、鱼腥草各15 g，川贝母、桔梗、炙甘草各6 g，持续高热者，加生石膏30 g；痰盛喘促者，加炒葶苈子、青礞石各10 g；咳重者，加前胡、款冬花各10 g，水煎至150~300 mL，每天2次，年龄2~5岁，每次75 mL；年龄6~9岁，每次120 mL；年龄≥10岁，每次150 mL。

1.5 指标检测

1.5.1 中医证候评分 按照轻度、中度、重度，主证分别计为2、4、6分，次证分别计为1、2、3分，并且舌象、脉象正常为0分，异常为1分，总分越高，证候越严重。

1.5.2 M1型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子水平 采集2组患者空腹静脉血各6 mL，采用酶联免疫吸附试验检测干扰素-γ(IFN-γ)、肿瘤坏死因子α(TNF-α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)水平。

1.5.3 M2型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子水平 采集2组患者空腹静脉血各6 mL，采用酶联免疫吸附试验检测转化生长因子-β(TGF-β)、白细胞介素-4(IL-4)、白细胞介素-10(IL-10)、白细胞介素-13(IL-13)水平。

1.5.4 肺功能指标 采用肺功能仪检测肺活量(FVC)、第1秒最大呼气量(FEV1)、峰值呼气流速(PEF)。

1.5.5 免疫功能指标 采集2组患者空腹静脉血各6 mL，采用流式细胞仪检测CD4⁺、CD8⁺水平，计算CD4⁺/CD8⁺。

1.5.6 不良反应发生率 治疗期间，记录2组胃肠道反应、皮疹、瘙痒、头晕、嗜睡等不良反应发生情况，计算其发生率。

1.6 疗效评价 参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]，(1) 治愈，临床症状及体征消失或基本消失，肺部CT检查恢复正常；(2) 显效，临床症状及体征明显好转，肺部CT渗出明显吸收；(3) 有效，临床症状及体征有所好转，肺部CT渗出部分吸收；(4) 无效，临床症状及体征无明显好转甚至加重，肺部CT渗出无变化甚至增加。总有效率=[(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.7 统计学分析 通过SPSS 26.0软件进行处理，计量资料经正态性检验均符合正态分布，以($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对样本t检验；计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验，若任一理论频数≥1且<5

则需进行检验校正；等级分布资料组间比较采用秩和检验，检验水准 $\alpha = 0.05$ 。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候评分 治疗后，2组中医证候评分降低 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表2。

2.2 M1型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子水平 治疗后，2组 IFN- γ 、TNF- α 、IL-6、IL-8 水平降低

表3 2组M1型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 40$)

Tab. 3 Comparison of M1 type alveolar macrophage subpopulation-related inflammatory factor levels between the two groups ($\bar{x} \pm s, n = 40$)

组别	IFN- γ /(pg·mL ⁻¹)		TNF- α /(pg·mL ⁻¹)		IL-6/(pg·mL ⁻¹)		IL-8/(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	6.18±0.65	3.32±0.42 ^{*#}	2.55±0.59	0.85±0.21 ^{*#}	18.18±3.85	8.28±2.06 ^{*#}	26.85±4.12	12.51±2.17 ^{*#}
对照组	6.25±0.52	4.59±0.56 [*]	2.64±0.61	1.07±0.27 [*]	18.79±3.71	10.75±2.37 [*]	26.41±4.03	15.83±2.95 [*]

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

2.3 M2型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子水平 治疗后，2组 TGF- β 、IL-4、IL-10、IL-13 水平升高

表4 2组M2型肺泡巨噬细胞亚群相关炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 40$)

Tab. 4 Comparison of M2 type alveolar macrophage subpopulation-related inflammatory factor levels between the two groups ($\bar{x} \pm s, n = 40$)

组别	TGF- β /(pg·mL ⁻¹)		IL-4/(pg·mL ⁻¹)		IL-10/(pg·mL ⁻¹)		IL-13/(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	121.18±25.09	165.18±33.27 ^{*#}	13.47±1.95	25.69±4.79 ^{*#}	8.37±0.96	16.38±2.10 ^{*#}	10.98±2.02	16.55±2.74 ^{*#}
对照组	119.17±25.49	142.31±31.98 [*]	13.59±2.28	20.28±4.07 [*]	8.41±0.95	14.57±2.08 [*]	11.16±2.18	14.81±2.57 [*]

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

2.4 肺功能指标 治疗后，2组 FVC、FEV1、PEF 水平升高 ($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，

表5 2组肺功能指标比较 ($\bar{x} \pm s, n = 40$)

Tab. 5 Comparison of lung function indices between the two groups ($\bar{x} \pm s, n = 40$)

组别	FVC/L		FEV1/L		PEF/(L·s ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	2.46±0.32	2.89±0.35 ^{*#}	1.63±0.33	2.26±0.27 ^{*#}	2.71±0.35	4.15±0.28 ^{*#}
对照组	2.51±0.29	2.68±0.31 [*]	1.58±0.28	2.02±0.25 [*]	2.64±0.39	3.84±0.25 [*]

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

2.5 免疫功能指标 治疗后，2组 CD4⁺水平、CD4⁺/CD8⁺升高 ($P < 0.05$)，以观察组更明显

表6 2组免疫功能指标比较 ($\bar{x} \pm s, n = 40$)

Tab. 6 Comparison of immune function indices between the two groups ($\bar{x} \pm s, n = 40$)

组别	CD4 ⁺ %		CD8 ⁺ %		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30.82±3.25	36.75±3.07 ^{*#}	30.57±2.89	29.32±3.15	1.02±0.15	1.27±0.19 ^{*#}
对照组	29.78±3.16	34.06±3.11 [*]	30.85±2.79	29.91±3.59	0.97±0.12	1.16±0.19 [*]

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

2.6 临床疗效 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)，见表7。

表2 2组中医证候评分比较 (分, $\bar{x} \pm s, n = 40$)

Tab. 2 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups (score, $\bar{x} \pm s, n = 40$)

组别	治疗前	治疗后
观察组	22.15±4.86	8.38±1.69 ^{*#}
对照组	21.73±4.77	13.05±2.35 [*]

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

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表3。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表4。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表5。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表6。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表7。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表8。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表9。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表10。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表11。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表12。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表13。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表14。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表15。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表16。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表17。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表18。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表19。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表20。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表21。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表22。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表23。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表24。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表25。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表26。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表27。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表28。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表29。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表30。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表31。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表32。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表33。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表34。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表35。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表36。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表37。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表38。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表39。

($P < 0.05$)，以观察组更明显 ($P < 0.05$)，见表40。

表7 2组临床疗效比较 [例 (%), n=40]

Tab.7 Comparison of clinical effects between the two groups [case (%), n=40]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	21(52.50)	11(27.50)	5(12.50)	3(7.50)	37(92.50) [#]
对照组	15(37.50)	8(20.00)	7(17.50)	10(25.00)	30(75.00)

注：与对照组比较，[#]P<0.05。

肤瘙痒、头晕嗜睡各1例，并且均为轻症，未经处理即自行缓解。2组不良反应发生率（5.00%、10.00%）比较，差异无统计学意义（P>0.05）。

3 讨论

小儿支原体肺炎是儿科临床上发病率较高的疾病，其机制在于肺炎支原体感染人体后所触发的复杂免疫反应以及炎症损伤过程^[9]，主要借助呼吸道飞沫进行传播，当患儿吸入携带肺炎支原体的飞沫而感染后，炎性细胞因子大量释放，引发炎症级联反应，进而出现喘息、咳嗽、发热等典型的临床症状^[10]。目前，西医治疗小儿支原体肺炎时以抗感染和对症治疗为主，但长期应用抗生素会导致耐药性产生，降低疗效，同时可能会破坏患儿体内正常菌群平衡，削弱机体免疫防御能力，间接对肺功能造成损害^[11-12]。因此，需积极探索能有效治疗小儿支原体肺炎的方法，以提高临床疗效，改善预后^[13-14]。

中医认为，风热闭肺型小儿支原体肺炎主要因外感风热之邪，从口鼻而入，首犯肺卫，肺主皮毛，开窍于鼻，外邪侵袭使肺的卫外功能受损，肺气失于宣发肃降，津液不能正常输布，凝聚成痰，痰热互结，闭阻于肺，最终导致肺气郁闭，发为肺炎喘嗽^[15-16]，治则当以清热化痰、宣肺平喘、活血化痰。加味千金苇茎汤中芦根功效清热泻火、生津止渴、除烦、利尿，鱼腥草功效清热解毒、消痈排脓、利尿通淋，二者合为君药，共同针对肺部热毒发挥作用；黄芩功效清热燥湿、泻火解毒，冬瓜仁功效清热化痰、排脓，薏苡仁功效利水渗湿、除痹排脓，三者共为臣药，减轻肺部痰湿壅滞，辅助君药解决肺部痰热；桃仁功效活血祛瘀、止咳平喘，当归功效补血活血，丹参功效活血化瘀，川贝母功效清肺润燥、化痰止咳，桔梗功效宣肺、利咽、祛痰、排脓，五者共为佐药，其中桃仁、当归、丹参共同改善肺部血液循环，促进炎症吸收，消除瘀血阻滞，辅助君药、臣药治疗因瘀血导致的肺部不适，防止病情迁延，而川贝母进一步加强化痰止咳之力，针对咳嗽、咳痰症状发挥作用，桔梗一方面能协助化痰，另一方面能引导诸药上行至肺

经，使药力更好地作用于病所；炙甘草为使药，其性平和，功效补脾和胃、益气复脉、润肺止咳、清热解毒，同时调和诸药，缓和其他药物的烈性，协调各方药力，使全方协同发挥最佳疗效^[17-18]。

本研究发现，治疗后观察组中医证候评分低于对照组，总有效率更高，可能与加味千金苇茎汤调节免疫功能、减轻炎症反应有关^[19-20]；治疗后2组IFN- γ 、TNF- α 、IL-6、IL-8水平降低，TGF- β 、IL-4、IL-10、IL-13、FVC、FEV1、PEF、CD4⁺水平及CD4⁺/CD8⁺升高，以观察组更明显，提示加味千金苇茎汤可减轻炎症反应，改善肺功能，提高免疫抵抗力，联合常规治疗时效果更强。

综上所述，加味千金苇茎汤可减轻风热闭肺型小儿支原体肺炎患者临床症状，抑制机体炎症水平，改善肺功能，增强免疫力，安全性良好。但本研究纳入病例较少，可能导致结果发生偏倚，故今后应扩大样本量来进一步验证其疗效。

参考文献：

- [1] Bolormaa E, Park J Y, Choe Y J, et al. Treatment of macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in children: a meta-analysis of macrolides versus tetracyclines[J]. *Pediatr Infect Dis J*, 2025, 44(3): 200-206.
- [2] Fan F, Lv J, Yang Q, et al. Clinical characteristics and serum inflammatory markers of community-acquired *mycoplasma pneumoniae* in children[J]. *Clin Respir J*, 2023, 17(7): 607-617.
- [3] Ni Y, Fang M X, Jiang J P, et al. Effect of azithromycin combined with ambroxol in children with *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia[J]. *Am J Transl Res*, 2023, 15(1): 202-212.
- [4] 邢彦伟, 赵庆华, 郭子华, 等. 麻杏苏芬汤辨证治疗风热闭肺型支原体肺炎患儿疗效观察[J]. *吉林中医药*, 2022, 42(1): 49-52.
- [5] 郑美梅, 刘小虹, 江 勇. 加味千金苇茎汤治疗慢阻肺合并肺动脉高压的疗效及其对VEGF的影响[J]. *广东药科大学学报*, 2022, 38(3): 64-68.
- [6] 江载芳, 申昆玲, 沈 颖. 诸福棠实用儿科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 1281-1282.
- [7] 汪受传, 赵 霞, 韩新民, 等. 小儿肺炎喘咳中医诊疗指南[J]. *中医儿科杂志*, 2008, 4(3): 1-3.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1997: 42-51.
- [9] Ding G D, Zhang X B, Vinturache A, et al. Challenges in the treatment of pediatric *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia[J]. *Eur J Pediatr*, 2024, 183(7): 3001-3011.
- [10] Yan M Z, Tao R, Li S G, et al. Clinical characteristics and logistic regression analysis of macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in children[J]. *Eur J Clin Microbiol*

Infect Dis, 2024, 43(9): 1825-1835.

- [11] Qiu Y, Xu J, Yang Y, et al. Effect of azithromycin combined with ambroxol hydrochloride on immune response to *mycoplasma pneumoniae* pneumonia in children[J]. *Minerva Pediatric (Torino)*, 2022, 74(5): 626-628.
- [12] 边琳, 路伟, 花迎杰. 重症肺炎支原体肺炎患儿免疫功能变化的临床研究进展[J]. *中国现代医学杂志*, 2025, 35(11): 50-54.
- [13] 张怡薇, 莫燕玲, 刘倩楠, 等. 李岚教授治疗小儿肺炎支原体肺炎经验[J]. *浙江中医药大学学报*, 2024, 48(8): 948-952.
- [14] 王红利, 洗凤仪, 许敏鸿. 小儿肺炎咳嗽颗粒联合甲泼尼龙琥珀酸钠治疗儿童重症支原体肺炎的效果研究[J]. *中国现代医学杂志*, 2024, 34(6): 14-19.
- [15] 胡勇, 尹文学, 舒昆鹏. 麻杏银翘散加味联合抗感染治疗

对支原体肺炎(风热闭肺型)患儿中医证候评分、T淋巴细胞亚群及预后转归的影响[J]. *四川中医*, 2023, 41(11): 109-112.

- [16] 张肖萌, 宋洋洋, 李文静. 麻杏石甘汤辅治小儿肺炎风热闭肺型临床观察[J]. *实用中医药杂志*, 2024, 40(12): 2428-2430.
- [17] 孙晓旭, 董玉琼. 加味千金苇茎汤治疗小儿支原体肺炎风热闭肺证[J]. *中医学报*, 2022, 37(6): 1326-1330.
- [18] 杨晓娜, 王文杰. 加味千金苇茎汤联合常规西药治疗老年肺炎临床研究[J]. *新中医*, 2022, 54(3): 52-55.
- [19] 张贵春, 宋桂华, 于素平, 等. 千金苇茎汤加减联合痰热清治疗儿童肺炎支原体肺炎[J]. *吉林中医药*, 2025, 45(5): 557-560.
- [20] 李宁, 姚富科, 叶东珂, 等. 苇茎汤在肺系疾病中的应用进展[J]. *世界中医药*, 2024, 19(3): 426-431; 436.

连苏饮化裁联合常规治疗对肝胃郁热型功能性消化不良患者的临床疗效

涂焱华, 时文远, 施斌, 袁朵*

[十堰市人民医院(湖北医药学院附属人民医院) 中医医学中心, 湖北 十堰 442000]

摘要: **目的** 考察连苏饮化裁联合常规治疗对肝胃郁热型功能性消化不良患者的临床疗效。**方法** 122例患者随机分为对照组和观察组, 每组61例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组基础上加用连苏饮化裁, 疗程4周。检测临床疗效、中医证候评分、NDI评分、SID评分、胃肠激素(GAS、MTL、SS)、炎症指标(IL-1 β 、IL-18、TNF- α)、胃动力学指标(胃窦收缩频率、胃半排空时间、胃窦收缩幅度)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组中医证候评分、NDI评分、SID评分、SS、炎症指标降低($P<0.05$), GAS、MTL、胃窦收缩频率、胃窦收缩幅度升高($P<0.05$), 胃半排空时间缩短($P<0.05$), 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** 连苏饮化裁联合常规治疗可安全有效地改善肝胃郁热型功能性消化不良患者胃肠激素分泌, 促进胃动力恢复, 抑制炎症反应, 从而促进胃肠道功能恢复, 使临床症状好转。

关键词: 连苏饮; 常规治疗; 功能性消化不良; 肝胃郁热

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2026)05-1528-05

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2026.05.015

Clinical effects of Modified Liansu Drink combined with conventional treatment on patients with functional dyspepsia due to Liver-Stomach Stagnant Heat Pattern

TU Yan-hua, SHI Wen-yuan, SHI Bin, YUAN Duo*

收稿日期: 2025-11-04

基金项目: 第五批全国中医临床优秀人才研修项目资助[国中医药人教函[2022]1号]; 湖北省中医药管理局2023—2024年度中医药科研立项指导项目(ZY2023F073); 湖北省中医药管理局中医药科研项目(ZY2025L023)

作者简介: 涂焱华(1985—), 男, 硕士, 副主任医师, 研究方向为中医临床消化和针灸。

* **通信作者:** 袁朵(1987—), 女, 硕士, 副主任医师, 研究方向为中医临床皮肤和内分泌。E-mail: duoduo8025@yeah.net