

· 临床 ·

## 加味陈平汤治疗老年社区获得性肺炎患者 痰湿阻肺夹瘀证的临床观察

钟云青<sup>\*</sup>, 许光兰, 王秀峰, 杨树栋, 翁惠  
(广西中医药大学第一附属医院, 南宁 530023)

**[摘要]** 目的:观察加味陈平汤治疗老年社区获得性肺炎患者痰湿阻肺夹瘀证患者的临床疗效及安全性,并探讨其作用机制。方法:采用随机数字表将 104 例老年社区获得性肺炎痰湿阻肺夹瘀证患者随机分为治疗组、对照组,各 52 例。治疗组患者采用常规西医治疗联合加味陈平汤,对照组患者采用单纯西医治疗,比较两组患者的临床症状体征评分、中医证候疗效、外周血炎症指标(白细胞计数、中性粒细胞数、快速 C 反应蛋白、血沉及降钙素原)水平、胸部 CT 炎症吸收情况及不良反应。结果:治疗组患者在临床症状体征评分、中医证候疗效、外周血炎症指标水平(白细胞计数、中性粒细胞数、快速 C 反应蛋白、血沉及降钙素原)、胸部 CT 炎症吸收方面显著优于对照组( $P < 0.01$ )。在试验过程中,少数患者出现轻微静脉炎、胃肠道反应和肝功能受损等药物副作用,两组不良反应率差异无统计学意义。结论:在常规西医治疗基础上,服用加味陈平汤治疗老年社区获得性肺炎痰湿阻肺夹瘀证疗效更好,值得临床推广应用。

**[关键词]** 加味陈平汤;老年社区获得性肺炎;痰湿阻肺夹瘀证;临床症状体征评分;中医证候疗效;外周血炎症指标

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2017)05-0168-06

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2017050168

**[网络出版地址]** <http://www.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20161207.1422.060.html>

**[网络出版时间]** 2016-12-07 14:22

## Effect of Modified Chenping Tang for Senile Community Acquired Pneumonia with Syndrome of Phlegm Dampness Obstructing Lung and Blood Stasis

ZHONG Yun-qing<sup>\*</sup>, XU Guang-lan, WANG Xiu-feng, YANG Shu-dong, WENG Hui

(The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530023, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the effect of modified Chenping Tang for the treatment of senile community acquired pneumonia with the syndrome of phlegm dampness obstructing lung and blood stasis. **Method:** A total of 104 patients were randomly divided into treatment group and control group by random number table, with 52 cases in each group. Patients in treatment group received routine western medicine combined with modified Chenping decoction, while patients in control group only received pure western medicine. Clinical symptom and sign scores, curative effect of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome, peripheral blood inflammatory markers (white blood cell count, neutrophil count, rapid C reactive protein, erythrocyte sedimentation rate and procalcitonin), inflammatory absorption of chest CT and adverse drug reactions were evaluated and compared. **Result:** Compared with control group, treatment group showed better clinical symptom and sign scores, curative effect of TCM syndrome, peripheral blood inflammatory markers, and inflammatory absorption of the chest CT

**[收稿日期]** 20160829(001)

**[基金项目]** 国家自然科学基金项目(81360534);广西自然科学基金项目(2015GXNSFBA139123);广西高等学校高水平创新团队及卓越学者计划项目(桂教人[2014]49号)

**[通讯作者]** \* 钟云青,主治医师,博士,从事中西医结合呼吸系统疾病研究, Tel:0771-5627215, E-mail:jackvictor6666@163.com

among patients with senile community acquired pneumonia with the syndrome of phlegm dampness obstructing lung and blood stasis ( $P < 0.01$ ). Mild adverse reactions, such as phlebitis, gastrointestinal reaction and liver damage occurred in a few patients in the process of trial, but the adverse reaction rates between two groups were not statistically significant. **Conclusion:** Modified Chenping Tang combined with routine western medicine shows a better efficacy in treating patients with senile community acquired pneumonia with the syndrome of phlegm dampness obstructing lung and blood stasis, and so is worth clinical promotion and application.

**[Key words]** modified Chenping Tang; senile community acquired pneumonia; syndrome of phlegm dampness obstructing lung and blood stasis; clinical symptom and sign scores; curative effect of traditional Chinese medicine syndrome; peripheral blood inflammatory marker

社区获得性肺炎 (community acquired pneumonia, CAP) 是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症, 包括具有明确潜伏期的病原体感染在入院后于潜伏期内发病的肺炎<sup>[1]</sup>。当患病年龄超过 65 岁时即归入老年 CAP, 研究表明, CAP 发病率随着年龄增加而升高, 老年 CAP 的平均年发病率为 (25~44)/1 000, 为青年人的 4 倍<sup>[2-3]</sup>。老年 CAP 具有基础疾病及并发症多、临床症状及体征不典型、产酶菌致病、病死率高等特点<sup>[4]</sup>。合理使用抗菌药物是治疗老年 CAP 的关键, 对于有基础疾病或年龄  $\geq 65$  岁的老年 CAP 住院患者, 指南推荐  $\beta$ -内酰胺类或  $\beta$ -内酰胺酶抑制剂联合大环内酯类<sup>[5-6]</sup>。但部分患者症状缓解不理想, 肺部炎症吸收不良, 造成抗生素滥用, 给患者造成极大的经济及心理负担。

近年来, 中药治疗老年 CAP 取得较大进展, 能明显地改善临床症状, 提高治疗效果, 其作用也越来越受到广泛的关注<sup>[7]</sup>。痰湿阻肺夹瘀证为老年 CAP 常见临床中医证型<sup>[8]</sup>, 但至今未见相关研究发表。孙思邈《千金翼方》曰: “人年五十以上……食饮无味, 寝处不安。”《杂病源流犀烛·痰病源流》所谓“百病兼痰”。老年人多罹患慢性病, 脏腑功能渐趋衰退, 饮食结构不合理, 脾的运化失职, 津液代谢障碍, 易聚湿生痰。此外, 如张景岳记载: “凡富贵之家, 过于安逸者, 每多气血壅滞。”脏腑功能减退, 过逸, 易致血液运行不畅, 形成瘀血。老年人体内易积痰生湿及瘀血, 在此基础上易受外邪而患病<sup>[9]</sup>。治疗从脾肺着手, “脾为生痰之源, 肺为贮痰之器”, 痰湿之证, 与脾肺关系密切; 夹瘀当兼顾活血祛瘀。陈平汤出自《杂病证治辑要·北京市名老中医经验精粹》, 由陈皮、法半夏、茯苓、苍术、厚朴、杏仁、甘草组成, 为二陈汤与平胃散化裁而成, 能燥湿化痰, 化痰止咳, 是治疗痰湿阻肺证的常用方剂<sup>[10]</sup>。笔者在陈平汤基础上, 加用化痰止咳药 (紫菀、百部) 及

活血化瘀药 (丹参、川芎) 组方成加味陈平汤。本研究在常规西医治疗基础上, 加用加味陈平汤, 探讨其改善老年 CAP 痰湿阻肺夹瘀证患者的临床症状体征、减低外周血炎症指标水平、促进肺部炎症吸收等方面的疗效及作用机制。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 以 2015 年 6 月至 2015 年 12 月广西中医药大学第一附属医院肺病科收治的痰湿阻肺夹瘀型 CAP 住院患者为研究对象。选择符合条件的病例 104 例采用随机数字表按 1:1 比例分为治疗组 (52 例) 和对照组 (52 例), 两组均无脱落病例。治疗组男 25 例, 女 27 例, 年龄 66~84 岁, 平均年龄 (70.88  $\pm$  3.71) 岁, 病程 1~15 d, 平均病程 (7.62  $\pm$  4.46) d, 其中合并慢性阻塞性肺疾病 11 例, 合并冠心病 10 例, 合并高血压病 17 例, 合并糖尿病 12 例; 对照组男 29 例, 女 23 例, 年龄 67~82 岁, 平均年龄 (72.17  $\pm$  3.45) 岁, 病程 2~17 d, 平均病程 (8.12  $\pm$  3.63) d, 其中合并慢性阻塞性肺疾病 8 例, 合并冠心病 14 例, 合并高血压病 14 例, 合并糖尿病 13 例。两组患者性别、年龄、病程、基础疾病比较, 差异均无统计学意义, 具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照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》<sup>[5]</sup> 中的诊断标准来拟定, ①新近出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸道疾病症状加重; ②发热; ③肺实变体征和 (或) 闻及湿性啰音; ④白细胞  $> 10 \times 10^9$  个/L, 伴或不伴核左移; ⑤胸部平扫 CT 示片状、斑片状浸润性阴影, 伴或不伴胸腔积液; ⑥年龄  $\geq 65$  岁。以上①~④项中任何 1 项加第⑤、⑥项, 并除肺结核、肺部肿瘤、肺间质性疾病、肺水肿等疾病, 可建立诊断。

**1.2.2 中医诊断标准** 参照中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会《社区获得性肺炎中医诊疗指南》<sup>[11]</sup> (2011 版) 来制定, 咳嗽, 痰多, 色白黏腻或

呈泡沫,胸闷,腹胀,纳差,舌暗,舌下脉络怒张紫暗,苔白腻,脉滑或弦滑。

**1.3 纳入标准** ①符合 CAP 西医诊断标准;②符合咳嗽痰湿阻肺夹瘀证中医诊断标准;③年龄 65 ~ 85 岁;④愿意接受治疗者;⑤本试验经广西中医药大学第一附属医院伦理委员会批准,患者知情,并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①重症肺炎需入住重症监护室者;②合并活动性肺结核、肺部肿瘤、肺间质性疾病、支气管扩张症等疾病者;③合并心衰或脑、肝、肾、血液系统等严重疾病者;④3 个月内参加其他临床试验者;⑤长期使用激素或免疫抑制剂者;⑥此次发病在院外曾使用过抗菌药物;⑦精神病或其他原因无法配合者;⑧对本药已知成分过敏者。

**1.5 脱落及剔除标准** 自行退出,无法判定疗效或未按试验要求服药或未完成整个疗程而影响疗效或安全性判定者;纳入后发现不符合纳入标准者。

**1.6 治疗方法** 两组患者均给予常规西医治疗,包括①抗菌药物,经验性使用头孢哌酮他唑巴坦(海南通用三洋药业有限公司,国药准字 H20030932),2 g 加入生理盐水 100 mL,2 次/d,静脉滴注(*iv gtt*);门冬氨酸阿奇霉素(海南斯达制药有限公司,国药准字 H20010119),0.5 g 加入 5% 葡萄糖注射液 250 mL,1 次/d,*iv gtt*,2 d 后继以口服阿奇霉素肠溶胶囊序贯(浙江众益制药有限公司,国药准字 H20090152)0.5 g·d<sup>-1</sup>,顿服,静脉及口服共计疗程 10 d。②祛痰药,盐酸氨溴索(沈阳新马药业有限公司,国药准字 H20050242),60 mg 加入生理盐水 100 mL,2 次/d,*iv gtt*。对照组单纯给予常规西医治疗。

治疗组在常规西医治疗基础上,服用加味陈平汤(陈皮 10 g,法半夏 15 g,茯苓 15 g,苍术 10 g,厚朴 10 g,杏仁 10 g<sup>后下</sup>,紫菀 10 g,百部 10 g,丹参 10 g,川芎 12 g,甘草 6 g),1 剂/d。中药饮片均由广西中医药大学第一附属医院中药房提供,由中药煎药室统一煎煮,取水煎液 200 mL,以真空袋包装(100 mL/袋),早晚分服。两组观察时间均为 10 d。

表 1 两组患者临床证候、体征评分比较( $\bar{x} \pm s, n = 52$ )

Table 1 Comparison of clinical symptom and sign scores between two groups( $\bar{x} \pm s, n = 52$ )

组别	时间	咳嗽	痰量	痰色质	胸闷	腹胀	纳差	舌暗
对照	治疗前	5.04 ± 1.22	4.62 ± 1.09	4.15 ± 1.30	3.19 ± 1.21	4.23 ± 1.17	4.42 ± 1.33	4.50 ± 0.87
	治疗后	2.65 ± 1.85 <sup>1)</sup>	2.27 ± 1.19 <sup>1)</sup>	2.23 ± 1.29 <sup>1)</sup>	1.81 ± 1.50 <sup>1)</sup>	1.77 ± 1.10 <sup>1)</sup>	1.96 ± 0.93 <sup>1)</sup>	2.27 ± 1.19 <sup>1)</sup>
治疗	治疗前	5.27 ± 1.19	4.81 ± 1.21	3.96 ± 1.51	3.27 ± 1.25	4.42 ± 1.07	4.62 ± 1.35	4.38 ± 0.80
	治疗后	1.73 ± 1.43 <sup>1,2)</sup>	1.50 ± 1.31 <sup>1,2)</sup>	1.46 ± 1.43 <sup>1,2)</sup>	1.12 ± 1.08 <sup>1,2)</sup>	1.04 ± 1.01 <sup>1,2)</sup>	1.23 ± 0.98 <sup>1,2)</sup>	1.50 ± 1.42 <sup>1,2)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup>P < 0.01;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup>P < 0.01(表 3 同)。

**1.7 临床症状体征评分** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[12]</sup>,依据患者的咳嗽、痰量、痰色质、胸闷、腹胀、纳差、舌暗的程度进行评分。按照线性量法,未出现的症状为 0 分,轻度记 2 分,中度记 4 分,重度记 6 分。

**1.8 中医证候疗效** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[12]</sup>,证候积分改善率 = (疗前总积分 - 疗后总积分) / 疗前总积分 × 100%,临床控制,临床症状、体征消失或基本消失,证候总积分减少 ≥ 95%。显效,临床症状、体征均明显改善,证候总积分减少 ≥ 70%。有效,临床症状、体征均有好转,证候总积分减少 ≥ 30%。无效,临床症状、体征无改善,甚或加重,证候总积分减少 < 30%。

**1.9 外周血炎症指标测定** 治疗前及疗程结束后,两组患者清晨取外周血,测定白细胞计数(WBC),中性粒细胞数( GRAN ),快速 C 反应蛋白(CRP),血沉(ESR)及降钙素原(PCT)。

**1.10 胸部 CT 炎症吸收情况** 治疗前及疗程结束后检查胸部平扫 CT,了解肺部炎症病灶吸收情况,由 CT 室医师协助进行评估。疗效标准,痊愈:肺部炎症病灶完全吸收;显效:肺部炎症病灶明显吸收;有效:肺部炎症病灶部分吸收;无效:肺部炎症病灶较前无明显改变或扩大。

**1.11 安全性检测** 观察不良反应,治疗前后各检测 1 次肝肾功能。

**1.12 统计学处理** 采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据处理。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用 *t* 检验,计数资料采用卡方检验,等级资料用 Radit 分析。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床症状体征评分比较** 两组患者治疗前各项临床症状体征积分差异均无统计学意义。与治疗前比较,治疗后两组患者咳嗽、痰量、痰色质、胸闷、腹胀、纳差、舌暗积分均明显降低(*P* < 0.01);治疗后治疗组咳嗽、痰量、痰色质、胸闷、腹胀、纳差、舌暗积分均明显低于对照组(*P* < 0.01)。见表 1。

**2.2 两组患者治疗前后中医证候疗效比较** 治疗组治疗总有效率为 92.31%，对照组为 73.08%，治疗组总有效率高于对照组 ( $P < 0.01$ )。见表 2。

表 2 两组患者中医证候疗效比较

Table 2 Comparison of curative effect of traditional Chinese medicine syndrome between two groups

组别	临床控制/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	6	11	21	14	73.08
治疗	11	18	19	4	92.31 <sup>1)</sup>

注:与对照组比较<sup>1)</sup> $P < 0.01$ (表 4 同)。

表 3 两组患者治疗前后外周血炎症指标比较( $\bar{x} \pm s, n = 52$ )

Table 3 Comparison of peripheral blood inflammatory markers between two groups( $\bar{x} \pm s, n = 52$ )

组别	时间	WBC/ $\times 10^9$ 个/L	GRAN/ $\times 10^9$ 个/L	CRP/ $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$	ESR/ $\text{mm} \cdot \text{h}^{-1}$	PCT/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$
对照	治疗前	11.64 $\pm$ 3.09	8.66 $\pm$ 0.60	105.75 $\pm$ 28.50	92.79 $\pm$ 20.39	0.97 $\pm$ 0.26
	治疗后	7.43 $\pm$ 1.16 <sup>1)</sup>	5.45 $\pm$ 0.61 <sup>1)</sup>	30.56 $\pm$ 10.05 <sup>1)</sup>	55.35 $\pm$ 16.33 <sup>1)</sup>	0.28 $\pm$ 0.19 <sup>1)</sup>
治疗	治疗前	12.55 $\pm$ 3.24	8.74 $\pm$ 0.52	114.94 $\pm$ 26.98	99.48 $\pm$ 18.65	1.03 $\pm$ 0.31
	治疗后	6.20 $\pm$ 0.99 <sup>1,2)</sup>	4.59 $\pm$ 0.72 <sup>1,2)</sup>	18.85 $\pm$ 6.93 <sup>1,2)</sup>	38.62 $\pm$ 13.75 <sup>1,2)</sup>	0.18 $\pm$ 0.13 <sup>1,2)</sup>

表 4 两组患者胸部 CT 炎症吸收情况比较

Table 4 Comparison of inflammatory absorption of chest CT between two groups

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	2	11	26	13	75
治疗	7	17	23	5	90.38 <sup>1)</sup>

**2.5 安全性评价** 治疗组患者中有 1 例出现静脉炎,2 例出现恶心、腹痛等胃肠道反应;对照组患者有 2 例出现静脉炎,1 例出现恶心、腹痛等胃肠道反应,1 例出现轻度肝功能受损。所有受试者治疗前后的肾功能未见异常。两组不良反应率差异无统计学意义,不良反应轻微,经对症处理后症状均缓解,不影响疾病的治疗。见表 5。

表 5 两组患者治疗过程中不良反应比较

Table 5 Comparison of adverse drug reactions between two groups in process of treatment

组别	不良反应数/例	不良反应发生率/%
对照	4	7.69
治疗	3	5.77

### 3 讨论

CAP 是老年人常见病,易患因素包括上气道细菌定植、老年人机体免疫力下降、胸壁顺应性下降、肺组织的弹性减低、气体滞留加重、黏液纤毛清除功能降低等<sup>[13]</sup>。老年 CAP 年龄越大,病死率越高,达 10%~30%,所以在诊断后应尽早经验性使用抗菌药物<sup>[2]</sup>。肺炎链球菌仍是老年 CAP 的主要病原体,

**2.3 两组患者治疗前后外周血炎症指标比较** 两组治疗前各项外周血炎症指标差异均无统计学意义。治疗后两组患者外周血炎症指标 WBC,GRAN,CRP,ESR,PCT 较治疗前均显著降低 ( $P < 0.01$ );治疗后治疗组 WBC,GRAN,CRP,ESR,PCT 均显著低于对照组 ( $P < 0.01$ )。见表 3。

**2.4 两组患者胸部 CT 炎症吸收情况比较** 治疗后治疗组总有效率为 90.38%,对照组为 75%,治疗组胸部 CT 炎症吸收优于对照组 ( $P < 0.01$ )。见表 4。

但易为耐药的肺炎链球菌致病,此外,革兰氏阴性杆菌感染呈逐渐增多趋势<sup>[14]</sup>。对于需入院治疗、不必入住重症监护室、伴有基础疾病(慢性呼吸系统疾病、心血管疾病、糖尿病等)患者,要考虑肠杆菌科细菌感染可能,指南建议  $\beta$ -内酰胺类/ $\beta$ -内酰胺酶抑制剂(青霉素类/酶抑制剂复合物或三代头孢菌素/酶抑制剂复合物)联合大环内酯类进行初始经验性抗感染治疗,抗感染疗程建议 7~10 d<sup>[2,5-6]</sup>。本试验中的研究对象多合并有慢性阻塞性肺疾病、冠心病、高血压病、糖尿病等基础疾病,使用头孢哌酮他唑巴坦静脉滴注及阿奇霉素静脉滴注-口服序贯治疗。

中医将 CAP 归属于“咳嗽”范畴。痰湿阻肺夹瘀证为老年 CAP 常见中医证型。中医证候为咳嗽,痰多,色白黏腻或呈泡沫,胸闷,腹胀,纳差,舌暗,舌下脉络怒张紫暗,苔白腻,脉滑或弦滑。缘由脾湿生痰,上渍于肺,壅遏肺气,故咳嗽痰多,色白黏腻或呈泡沫;湿痰中阻则胸闷、腹胀、纳差;舌苔白腻,脉滑或弦滑为痰湿内盛之征;舌暗、舌下脉络怒张紫暗为瘀血内停之候。痰湿、瘀血既是疾病过程中形成的病理产物,又是致病因素。痰湿源于津液,瘀血源于血液,而津液和血液均由饮食水谷精微化生,痰可生瘀,瘀可生痰,痰瘀同源,互为因果。历代医家非常重视痰瘀同病,元代朱丹溪提出“痰挟瘀血,遂成窠囊”、“肺胀而嗽,或左或右不得眠,此痰挟瘀血碍气而病。”明代孙一奎提出“津液者,血之余,行乎脉外,流通一身,如天之清露。若血浊气滞,则凝聚而为痰。”因此,治痰勿忘瘀,治瘀勿忘痰,痰瘀并治,

痰湿阻肺夹瘀证治疗当以燥湿化痰,止咳化痰为法<sup>[15]</sup>。

加味陈平汤由陈皮、法半夏、茯苓、苍术、厚朴、杏仁、紫菀、百部、丹参、川芎、甘草组成。方中陈皮味辛、苦,性温,善理气化痰,气顺则痰降。清代汪绂《医林纂要探源》中记载:“上则泻肺邪,降逆气。中则燥脾湿,和中气……主于顺气消痰去郁”;法半夏味辛,性温,能燥湿化痰,降逆消痞。唐代甄权《药性论》指出:“半夏消痰,下肺气,开胃健脾,止呕吐,去胸中痰满”;茯苓味甘、淡,性平,健脾渗湿较强,脾旺痰无由生,以助化痰之力。明代贾所学《药品化义》指出“茯苓最为利水除湿要药,书曰健脾,即水去而脾自健之谓也”;苍术味辛、苦,性温,功效为燥湿健脾。明代李时珍《本草纲目》中记载:“苍术治湿痰留饮”;厚朴味辛、苦,性温,善行气燥湿消胀。《神农本草经》谓:“消痰下气者是也”;杏仁味苦,性微温,能止咳平喘。唐代甄权《药性论》云:“主咳逆上气喘促”;紫菀味苦、甘,性微温,百部味苦、甘,性平,功效为化痰止咳;丹参味苦,性微寒,川芎味辛,性温,相配以活血化痰;甘草味甘,性平,能止咳调中,调和诸药。诸药相伍,共奏燥湿化痰,止咳化痰之功,主治咳嗽属痰湿阻肺夹瘀证者。

现代药理学研究表明,陈皮挥发油中柠檬烯具有抗菌作用,对肺炎链球菌、甲型链球菌、金黄色葡萄球菌有很强的抑制作用,陈皮精油可提高肺炎小鼠存活率<sup>[16]</sup>;半夏中生物碱能抑制咳嗽中枢产生镇咳作用,提取物有一定的祛痰作用<sup>[17]</sup>;茯苓作为一种常用药用真菌,具有多种生物活性和药理作用,包括抗炎、增强免疫等<sup>[18]</sup>;苍术对大肠埃希菌、绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌等有明显的抑制作用<sup>[19]</sup>;厚朴煎剂具有广谱抗菌作用,可能通过抑制溶酶体的释放发挥抗炎作用<sup>[20]</sup>;杏仁中的杏仁苷在镇咳平喘中也能发挥作用<sup>[21]</sup>;紫菀对大肠埃希菌、绿脓杆菌、变形杆菌等有不同程度的抑制作用,能止咳祛痰<sup>[22]</sup>;百部有良好的止咳、祛痰作用和较弱的抗炎作用<sup>[23]</sup>;甘草提取物都具有一定的抗菌活性,对多种细菌均表现出一定的抑制作用<sup>[24]</sup>。

卢兴超等<sup>[25]</sup>在常规西医治疗基础上联合参苓白术散加减治疗老年 CAP 痰湿阻肺证、肺肾气虚证、痰热壅肺证、肺肾阴虚证及水气凌心证能更有效的改善患者的临床症状,降低治疗失败率,优于单纯西医治疗组,但该研究缺少客观的评价指标,纳入的研究对象混杂不同的中医证型。本研究在 GCP 原则指导下,从脾肺着手,痰瘀同治,采用加味陈平汤

作为干预措施,以临床症状体征评分、中医证候疗效、实验室检查(WBC, GRAN, CRP, ESR 及 PCT)及胸部影像学改变作为疗效评价指标来研究老年 CAP。结果表明,在常规西医治疗基础上,服用加味陈平汤有助于改善痰湿阻肺夹瘀型老年 CAP 患者的主观症状(咳嗽、痰量、痰色质、胸闷、腹胀、纳差)及舌暗程度,提高临床疗效,降低外周血炎症指标(WBC, GRAN, CRP, ESR 及 PCT)水平,促进肺部炎症吸收,具有较好的治疗效果,优于单纯西医治疗组。少数患者出现了静脉炎、恶心、腹痛等胃肠道反应、肝功能受损等药物副作用,程度轻微,经对症处理后症状均缓解,不影响疾病的治疗。两组不良反应率差异无统计学意义,考虑与使用抗菌药物阿奇霉素等相关,尚无有关证据证实由加味陈平汤引起。辨证使用加味陈平汤除了提高老年 CAP 的疗效,减少治疗失败率外,尚能减轻疾病本身痰湿夹瘀的胸闷、腹胀、纳差等证候,这是抗菌药物所不能比拟的。

综上所述,对于痰湿阻肺夹瘀型老年 CAP 患者,在标准西医治疗的基础上,加用加味陈平汤疗效更好,值得临床上进一步推广应用。但其作用靶点和作用机制,尚待进一步的研究。

#### [参考文献]

- [1] Prina E, Ranzani O T, Torres A. Community-acquired pneumonia[J]. Lancet, 2015, 386(9998): 1097-108.
- [2] Stupka J E, Mortensen E M, Anzueto A, et al. Community-acquired pneumonia in elderly patients[J]. Aging Health, 2009, 5(6): 763-774.
- [3] Janssens J P, Krause K H. Pneumonia in the very old[J]. Lancet Infect Dis, 2004, 4(2): 112-124.
- [4] 陈良安. 老年社区获得性肺炎的特点及治疗[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2009, 8(1): 24-26.
- [5] 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]. 中国实用乡村医生杂志, 2013, 20(2): 11-15.
- [6] González-Castillo J, Martín-Sánchez F J, Llinares P, et al. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in the elderly patient[J]. Rev Esp Quimioter, 2014, 27(1): 69-86.
- [7] 谭亚云, 梁冬. 麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减辅助治疗社区中老年患者获得性肺炎的疗效分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(5): 202-205.
- [8] 李建生. 老年人获得性肺炎中医辨证治疗概要[J]. 中医学报, 2010, 25(148): 439-441.
- [9] 李建生, 余学庆, 王明航, 等. 中医治疗老年社区获得性肺炎的研究策略与实践[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(3): 657-663.

- [10] 王焕禄,边宝生. 杂病证治辑要·北京市名老中医经验精粹[M]. 北京:中国物资出版社,1995:25.
- [11] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 社区获得性肺炎中医诊疗指南[J]. 中医杂志,2011,52(21):1883-1888.
- [12] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:54-58.
- [13] CHONG C P, Street P R. Pneumonia in the elderly: a review of the epidemiology, pathogenesis, microbiology, and clinical features[J]. South Med J,2008,101(11):1141-1145.
- [14] 张隽. 老年人社区获得性肺炎的特点[J]. 中国医刊,2009,44(9):15-17.
- [15] 王林现. 论痰浊与瘀血之关系[J]. 江西中医药,2007,38(298):19-20.
- [16] 宋保兰. 陈皮药理作用[J]. 实用中医内科杂志,2014,28(8):132-133,160.
- [17] 李万军,马新焕,王建良. 半夏的药理作用[J]. 西部中医药,2012,25(9):129-131.
- [18] 梁学清,李丹丹,黄忠威. 茯苓药理作用研究进展[J]. 河南科技大学学报:医学版,2012,30(2):154-156.
- [19] 赵爱梅. 苍术的药理作用研究[J]. 光明中医,2009,24(1):181-182.
- [20] 张淑洁,钟凌云. 厚朴化学成分及其现代药理研究进展[J]. 中药材,2013,36(5):838-842.
- [21] 利仕伟. 杏仁的加工炮制及现代药理研究[J]. 内蒙古中医药,2014,33(1):84.
- [22] 侯海燕,陈立,董俊兴. 紫菀化学成分及药理活性研究进展[J]. 中国药学杂志,2006,41(3):161-163.
- [23] 贾琳,冯启荣,苏静. 中药百部的主要药效学观察[J]. 山东医学高等专科学校学报,2014,36(3):197-200.
- [24] 高雪岩,王文全,魏胜利,等. 甘草及其活性成分的药理活性研究进展[J]. 中国中药杂志,2009,34(21):2695-2700.
- [25] 卢兴超,向新琼. 参苓白术散加减治疗老年社区获得性肺炎的临床疗效[J]. 实用心脑血管病杂志,2016,24(3):95-97.

[责任编辑 张丰丰]

## 《中国实验方剂学杂志》2016年度优秀论文获奖名单

题目	作者	单位	刊期
苦参碱凝胶剂的制备及体外释药特性考察	徐和,戴领,沈成英,白金霞,申宝德,袁海龙	成都中医药大学药学院	201401
炎琥宁联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的疗效及安全性的 Meta 分析	罗钦宏,梁锦枝,黄艳琼,古子娟	广州中医药大学	201401
肝郁、脾虚和肝郁脾虚证模型大鼠下丘脑-垂体-甲状腺轴功能的变化及柴疏四君子汤的作用	赵荣华,谢鸣,李聪,张敬升,刘进娜,王帮众	北京中医药大学基础医学院	201402
中药联合抗风湿药治疗类风湿性关节炎活动期的临床观察	马进,陈岷,李获,陈璐,卢喆	四川省人民医院	201405
多枝雾水葛化学成分	刘旭阳,谢郁峰,张慧,刘天竹,文畅,郭丽冰	广东药学院中药学院	201406
复方血栓通胶囊抗血栓作用的实验研究	聂勇胜,文思,刘静,黄萍,吴清和,操红缨	广州中医药大学	201408
女贞子化学成分与药理作用研究进展	刘亭亭,王萌	天津中医药大学	201414
柴蝎丹参汤对气滞血瘀型不稳定型心绞痛患者炎症细胞因子的影响	黄柳向,程丑夫,王敏	湖南中医药大学第一附属医院	201501
桃红四物汤对早期闭合性骨折祛瘀生新作用的初步探讨	季兆洁,韩岚,彭代银,陈卫东,李珊珊,周贞贞,朱光宇	安徽中医药大学药学院,等	201503
黄芪药材中黄芪甲苷 UPLC_ELSD 含量测定方法的优化	刘和平,彭招华,张润容,黄静,黄文漳,曹晖	丽珠医药集团国家中药现代化工程技术研究中心	201505

注:2016年获奖论文产生自2014—2015年发表的较高被引论文(年总被引频次前100名),经责任编辑推荐,平衡不同栏目,同行编委评选,编委会年会通过并公布。按刊出时间排序。