引用：常莉，李亚娜 . 宣肺止咳方治疗痰热壅肺型细菌性肺炎 32 例［J］. 湖南中医杂志，2026，42（10）：50-54.

宣肺止咳方治疗痰热壅肺型细菌性肺炎32例

常　莉[1]，李亚娜[1,2]
（1. 贵州中医药大学，贵州　贵阳，550002；
2. 黔南州中医医院，贵州　都匀，558000）

［摘要］ 目的：观察宣肺止咳方治疗痰热壅肺型细菌性肺炎的临床疗效。方法：选取痰热壅肺型细菌性肺炎患者 64 例，将其随机分为治疗组和对照组，每组各 32 例。对照组予西医常规治疗，治疗组在对照组基础上加用宣肺止咳方，2 组均连续治疗 7 d。观察 2 组治疗前后炎症指标、中医证候评分（咳嗽、咳痰、胸闷气喘、胸痛、口干咽燥、心烦、小便黄赤）、体温及肝肾功能指标，并评价临床疗效。结果：总有效率治疗组为 93.75%（30/32），对照组为 87.50%（28/32），2 组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。2 组炎症指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；2 组中医证候评分治疗前后组内比较及治疗后咳嗽、咳痰、胸闷气喘和胸痛评分组间比较，差异均有统计学意义（$P<0.05$），治疗后口干咽燥、心烦和小便黄赤评分组间比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；2 组体温治疗前后组内比较，差异有统计学意义（$P<0.05$），但治疗后组间比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。2 组肝肾功能指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。结论：在西医基础治疗上加用宣肺止咳方，可改善痰热壅肺型细菌性肺炎患者的临床症状。

［关键词］ 细菌性肺炎；痰热壅肺证；宣肺止咳方；临床疗效；中医证候；中西医结合疗法
［中图分类号］R259.631　［文献标识码］A　DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.10.011

Clinical effect of Xuanfei Zhike prescription in treatment of bacterial pneumonia with phlegm-heat obstructing the lung: An analysis of 32 cases

CHANG Li[1], LI Yana[1,2]
（1. Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550002, Guizhou, China;
2. Qiannan Prefecture Hospital of Traditional Chinese Medicine, Duyun 558000, Guizhou, China）

［Abstract］ Objective: To investigate the clinical effect of Xuanfei Zhike prescription in the treatment of bacterial pneumonia with phlegm-heat obstructing the lung. Methods: A total of 64 patients with bacterial pneumonia with phlegm-heat obstructing the lung were randomly divided into treatment group and control group, with 32 patients in each group. The patients in the control group received conventional Western medicine treatment, while those in the treatment group received Xuanfei Zhike prescription in addition to the treatment in the control group, and both groups were treated for 7 consecutive days. The two groups were observed in terms of inflammatory markers, traditional Chinese medicine （TCM） syndrome scores （cough, expectoration, chest tightness and wheezing, chest pain, dry mouth and throat, vexation, and deep-colored urine）, body temperature, and liver/renal functional parameters before and after treatment, and clinical outcome was

第一作者：常莉，女，2025 级硕士研究生，研究方向：中医药防治呼吸系统疾病
通信作者：李亚娜，女，医学硕士，副教授、硕士研究生导师，研究方向：中医药防治呼吸系统疾病，E-mail：1053529464@qq.com

assessed for both groups. Results: There was no significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [93.75% (30/32) vs 87.50% (28/32), $P>0.05$]. Both groups had significant changes in inflammatory markers after treatment, with significant differences between the two groups after treatment ($P<0.05$); both groups had significant changes in TCM syndrome scores after treatment ($P<0.05$), and there were significant differences in the scores of cough, expectoration, chest tightness and wheezing, and chest pain between the two groups after treatment ($P<0.05$), while there were no significant differences between the two groups in the TCM syndrome scores of dry mouth and throat, vexation, and deep-colored urine after treatment ($P>0.05$); both groups had a significant change in body temperature after treatment ($P<0.05$), but there was no significant difference in body temperature between the two groups after treatment ($P>0.05$). There were no significant changes in liver/renal functional parameters in either group after treatment, and there were no significant differences in these parameters between the two groups after treatment ($P>0.05$). Conclusion: Xuanfei Zhike prescription in addition to conventional basic Western medicine treatment can improve the clinical symptoms of patients with bacterial pneumonia with phlegm-heat obstructing the lung.

[**Keywords**] bacterial pneumonia; phlegm-heat obstructing the lung; Xuanfei Zhike prescription; clinical efficacy; traditional Chinese medicine syndrome; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy

细菌性肺炎是临床常见的呼吸系统感染性疾病，主要由肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌等致病菌感染所致，临床主要表现为发热、咳嗽、咳痰、胸闷、气促等，严重者可出现呼吸衰竭、感染性休克等症状[1]。目前西医常规治疗主要采用抗菌药物治疗，但应用过程中仍存在细菌耐药和不良反应等问题[2-3]。

中医学将本病归属于“咳嗽”“风温肺热”范畴，痰热壅肺证为其常见证型，病机主要为邪热犯肺、炼液成痰、痰热壅肺、肺失宣降，治宜清热化痰、宣肺止咳、理气平喘[4-6]。宣肺止咳方为黔南州中医医院协定方，具有清热化痰、宣肺止咳之功。基于此，本研究采用宣肺止咳方联合西医基础治疗细菌性肺炎痰热壅肺证患者，观察其临床疗效和对中医证候、炎症指标的影响，并评价其安全性，旨在为细菌性肺炎痰热壅肺证的中西医结合治疗提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2025年1月1日至2026年5月31日于黔南州中医医院呼吸与危重症医学科确诊为细菌性肺炎痰热壅肺证的患者64例，采用随机数字表法将其分为治疗组与对照组，每组各32例。治疗组中，男18例，女14例；年龄22～68岁，平均(45.32±8.65)岁；病程1～5 d，平均(2.46±0.72) d。对照组中，男17例，女15例；年龄21～69岁，平均(44.89±8.71)岁；病程1～5 d，平均(2.43±0.70) d。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经黔南州中医医院伦理委员会审批通过(2025-LW-013)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《成人社区获得性肺炎基层诊疗指南(2018年)》[7]中的相关标准拟定。1)临床表现：发热、咳嗽、咳痰、胸闷、气促、胸痛等，肺部听诊可闻及干、湿性啰音；2)实验室检查：外周血白细胞计数、中性粒细胞比例及血清C反应蛋白、降钙素原水平升高；3)影像学检查：胸部X线或CT检查示肺部斑片状或片状浸润性阴影；4)病原学检查：痰培养或血培养检出致病菌。结合上述临床表现和辅助检查诊断为细菌性肺炎。

1.2.2 中医辨证标准 参考《中医内科病证诊断疗效标准》[8]中的相关标准拟定。1)主症：①发热；②咳嗽；③咳黄稠痰；④胸闷气喘；⑤胸痛。2)次症：①口干咽燥；②心烦；③大便干结；④小便黄赤。3)舌脉象：舌红、苔黄腻，脉滑数。满足主症≥3项，且具备次症≥2项，结合舌脉即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断和中医辨证

标准；2）年龄≥18岁、且≤70岁；3）病程≤7 d；4）意识清楚，能够配合完成治疗和相关检查；5）入组前未接受抗菌药物和中药复方治疗；6）轻症患者持续咳嗽、咳黄痰、发热，经门诊口服药物治疗3 d后症状未缓解，符合本院呼吸科住院收治标准；7）自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1）合并病毒性肺炎、支原体肺炎、真菌性肺炎等非细菌性肺炎；2）合并肺结核、肺癌、支气管扩张、慢性阻塞性肺疾病等其他肺部疾病；3）合并严重心、肝、肾、造血系统疾病或精神疾病；4）对本研究所用抗菌药物或宣肺止咳方中任一成分过敏；5）处于妊娠期或哺乳期；6）近1个月内参加其他临床试验。

2 治疗方法

2.1 对照组 予西医常规治疗。1）注射用头孢他啶（苏州东瑞制药有限公司，批准文号：国药准字H20023271，规格：1.0 g/瓶）1.0 g加入100 mL 0.9%氯化钠注射液（四川科伦药业股份有限公司，批准文号：国药准字H20044305，规格：100 mL∶0.9 g/瓶）静脉滴注，2次/d。治疗过程中维持上述抗菌治疗方案，原则上不调整抗菌药物种类及给药方案；如因肾功能变化等临床原因确需调整剂量，则依据药品说明书进行调整，并详细记录。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用宣肺止咳方治疗。处方：射干15 g，浙贝母15 g，百部15 g，前胡15 g，生石膏20 g，枇杷叶15 g，紫菀15 g，北柴胡15 g，防风10 g，陈皮10 g，桂枝15 g，苦杏仁15 g，化橘红15 g，木蝴蝶15 g，胖大海15 g，麻黄3 g，款冬花15 g，茯苓20 g，干姜10 g。煎服方法：石膏加水先煎30 min，其余药物用清水浸泡30 min后加入石膏药液中，大火煮沸后转小火煎煮20 min，滤取药液；药渣加水再次煎煮15 min，滤取药液。合并2次药液，共约450 mL，每天1剂，分早、中、晚餐后3次温服，150 mL/次。

2组均连续治疗7 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1）炎症指标。分别于治疗前后清晨空腹采集静脉血5 mL，静置、离心后分离血清，采用免疫比浊法检测血清C反应蛋白（C-reactive protein，CRP）水平，采用酶联免疫吸附法检测血清白细胞介素-6（interleukin-6，IL-6）水平，均严格按照试剂盒说明书操作。同时检测外周血白细胞计数和中性粒细胞百分比。2）中医证候评分。参照《社区获得性肺炎中医证候诊断标准（2011版）》[9]，结合痰热壅肺证证候特点拟定分级量化评分标准。由2名经统一培训的中医执业医师分别于治疗前后进行评分，取2名医师评分的平均值作为最终积分。主症包括发热、咳嗽、咳痰、胸闷气喘、胸痛，按无、轻、中、重度分别计0、2、4、6分；次症包括口干咽燥、心烦、大便干结、小便黄赤，按无、轻、中、重度分别计0、1、2、3分；舌脉象不计分。评分越高表示病情越重。3）体温。分别于治疗前后测量体温，测量前安静休息10 min，连续测量3次，取平均值。4）肝肾功能指标。采用速率法检测天冬酸氨基转移酶（aspartate aminotransferase，AST）、丙氨酸氨基转移酶（alanine aminotransferase，ALT）水平，采用酶偶联速率法检测尿素水平，采用苦味酸法检测肌酐水平。

3.2 疗效标准 参照《中医内科病证诊断疗效标准》[8]中的相关标准拟定。治愈：体温连续3 d维持正常，临床症状、体征完全消失，中医证候积分减少≥95%，炎症指标恢复正常，胸部影像学检查示肺部炎症完全吸收；显效：体温恢复正常，临床症状、体征显著改善，中医证候积分减少≥70%、且<95%，炎症指标明显降低，胸部影像学检查示肺部炎症大部分吸收；有效：体温峰值明显下降、发热持续时间缩短，临床症状、体征有所改善，中医证候积分减少≥30%、且<70%，炎症指标降低，胸部影像学检查示肺部炎症部分吸收；无效：体温无下降或持续升高，临床症状、体征无改善或加重，中医证候积分减少<30%，炎症指标无明显变化或升高，胸部影像学检查示肺部炎症无吸收或扩大。总有效率=（治愈例数+显效例数+有效例数）/总例数×100%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 26.0软件分析数据。计量资料符合正态分布者以“均数±标准差”

($\bar{x} \pm s$)表示，偏态分布者以中位数和四分位数间距$M(P_{25}, P_{75})$表示；符合正态分布且方差齐者，组间比较采用独立样本t检验，不符合正态分布或方差不齐者，采用Mann-Whitney U秩和检验；组内治疗前后比较采用两相关样本Wilcoxon符号秩检验。计数资料以例和率(%)表示，组间比较采用χ^2检验。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 总有效率治疗组为93.75%，对照组为87.50%，2组比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表1)

表1 2组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	3(9.37)	16(50.00)	11(34.38)	2(6.25)	30(93.75)
对照组	32	1(3.12)	9(28.13)	18(56.25)	4(12.50)	28(87.50)

3.4.2 2组治疗前后炎症指标比较 治疗前，2组CRP水平、IL-6水平、白细胞计数和中性粒细胞百分比比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组上述指标均降低，且治疗组均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 2组治疗前后炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	CRP/(mg·L^{-1})	IL-6/(pg·L^{-1})	白细胞计数/($\times 10^9$·L^{-1})	中性粒细胞百分比/%
治疗组	32	治疗前	26.68±4.57	45.48±7.59	11.23±2.67	85.48±9.66
		治疗后	16.01±2.74^{ab}	15.57±3.43^{ab}	7.41±1.89^{ab}	63.57±7.75^{ab}
对照组	32	治疗前	27.33±4.10	45.68±7.34	10.98±2.59	86.55±9.53
		治疗后	19.40±2.47^{a}	20.30±3.04^{a}	8.30±2.02^{a}	69.28±8.11^{a}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与对照组治疗后比较，$^{b}P<0.05$。

3.4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 治疗前，2组各项中医证候评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组各项中医证候评分均较治疗前降低，且治疗组咳嗽、咳痰、胸闷气喘、胸痛评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)；而治疗后口干咽燥、心烦、小便黄赤评分组间比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。(见表3)

表3 2组治疗前后中医证候评分比较[$M(P_{25}, P_{75})$，分]

组别	例数	时间节点	咳嗽	咳痰	胸闷气喘	胸痛	口干咽燥	心烦	小便黄赤
治疗组	32	治疗前	4.00(2.00,4.00)	4.00(2.50,6.00)	4.00(2.00,4.00)	4.00(2.00,4.00)	2.00(1.00,2.00)	2.00(1.00,2.00)	2.00(1.00,2.00)
		治疗后	0(0,2.00)^{ab}	0(0,2.00)^{ab}	0(0,2.00)^{ab}	2.00(0,2.00)^{ab}	1.00(0,1.00)^{a}	1.00(0,1.00)^{a}	1.00(0,1.00)^{a}
对照组	32	治疗前	4.00(2.00,4.00)	4.00(2.50,6.00)	4.00(2.00,6.00)	4.00(2.00,4.00)	2.00(1.00,2.00)	2.00(1.00,2.00)	2.00(1.00,2.00)
		治疗后	2.00(2.00,2.00)^{a}	2.00(2.00,2.00)^{a}	2.00(2.00,2.00)^{a}	2.00(1.00,2.00)^{a}	1.00(1.00,1.00)^{a}	1.00(1.00,1.00)^{a}	1.00(1.00,1.00)^{a}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与对照组治疗后比较，$^{b}P<0.05$。

3.4.4 2组治疗前后体温比较 治疗前，2组体温比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组体温均下降，差异有统计学意义($P<0.05$)；但2组组间比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表4)

表4 2组治疗前后体温比较($\bar{x} \pm s$，℃)

组别	例数	时间节点	体温
治疗组	32	治疗前	37.57±0.76
		治疗后	36.46±0.74^{a}
对照组	32	治疗前	37.69±0.82
		治疗后	36.54±0.47^{a}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$。

3.4.5 2组治疗前后肝肾功能指标比较 治疗前后，2组AST、ALT、尿素及肌酐水平均处于正常参考范围，治疗前后组内比较及治疗后组间比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。(见表5)

表5 2组治疗前后肝肾功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	AST/(U·L^{-1})	ALT/(U·L^{-1})	尿素/(mmol·L^{-1})	肌酐/(μmol·L^{-1})
治疗组	32	治疗前	28.65±4.58	25.38±4.59	6.68±2.08	75.48±7.60
		治疗后	29.04±4.74	29.59±3.43	7.01±2.55	74.28±7.02
对照组	32	治疗前	27.41±4.13	26.68±5.34	7.33±2.11	75.67±7.35
		治疗后	26.40±3.97	27.36±3.74	7.40±2.48	73.37±7.16

4 讨 论

本研究结果显示，治疗后2组各项中医证候评分均低于本组治疗前，治疗组咳嗽、咳痰、胸闷气喘、胸痛积分均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$），表明在常规西医治疗基础上加用宣肺止咳方可进一步改善患者咳嗽、咳痰、胸闷气喘及胸痛等症状。中医学认为，痰热壅肺，肺失宣降，痰随气逆，故见咳嗽、咳黄稠痰、胸闷气喘等症。宣肺止咳方以清热化痰、宣肺止咳为法，与痰热壅肺的病机相契合。方中石膏清泄肺热；射干清热解毒、祛痰利咽；浙贝母清热化痰、散结止咳。诸药配伍，共奏清热化痰、宣肺止咳之效。现代药理研究表明，生石膏、射干、浙贝母等具有一定的抗炎、镇咳、祛痰作用，可能是宣肺止咳方改善临床症状的药理基础之一[10-12]。

炎症反应在细菌性肺炎的发生发展中具有重要作用。CRP是反映机体炎症反应的常用指标，IL-6参与炎症反应的发生和调节。本研究结果显示，治疗后2组CRP、IL-6、白细胞计数及中性粒细胞百分比均低于本组治疗前，且治疗组均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$），提示在常规西医治疗基础上加用宣肺止咳方可能有助于减轻机体炎症反应。由于本研究采用平行对照设计，治疗组在对照组治疗基础上加用宣肺止咳方，因此目前结果仅能反映加用宣肺止咳方后的治疗效果，尚不能判断宣肺止咳方与抗菌药物是否存在协同作用。且本研究未对相关炎症信号通路进行检测，其作用机制仍有待进一步研究。

安全性方面，治疗前后2组AST、ALT、尿素及肌酐水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），且均处于正常范围，提示治疗整体安全性尚可。

但本研究尚存在一定局限性。本研究为单中心、小样本研究，且实际纳入样本量未达到预先估算的样本量，可能存在统计效能不足；研究未采用盲法，可能存在一定的测量和评价偏倚；同时未根据病原菌种类、疾病严重程度等进行分层分析，且缺乏长期随访。后续应扩大样本量，开展多中心研究，进一步完善病原学及炎症相关指标评价，并延长随访时间，以进一步验证宣肺止咳方的临床疗效及其可能的作用机制。

参考文献

[1] Zhou Y, Zhang F, Ding J. As a modulator, multitasking roles of SIRT1 in respiratory diseases[J]. Immune Netw, 2022, 22(3): e21.

[2] Blumenthal K G, Smith L R, Mann J T S, et al. Reaction risk to direct penicillin challenges: A systematic review and meta-analysis[J]. JAMA Intern Med, 2024, 184(11): 1374-1383.

[3] Lee E Y, Gomes T, Drucker A M, et al. Oral antibiotics and risk of serious cutaneous adverse drug reactions[J]. JAMA, 2024, 332(9): 730-737.

[4] 王书龙. 清金化痰汤在社区获得性肺炎(痰热壅肺证)治疗中的应用效果观察[J]. 内蒙古中医药, 2026, 45(3): 26-28.

[5] 卞园园, 卞启东, 金朝晖. 宣肺止咳超微方治疗感染后咳嗽30例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(5): 59-61.

[6] 李勇, 黄振炎. 清热化痰法治疗慢性阻塞性肺疾病急性期30例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(8): 40-42.

[7] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 成人社区获得性肺炎基层诊疗指南：2018年[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(2): 117-126.

[8] ZY/T 001.1—1994 中医内科病证诊断疗效标准[S].

[9] 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证候诊断标准：2011版[J]. 中医杂志, 2011, 52(24): 2158-2159.

[10] 周永学, 李敏, 唐志书, 等. 中药石膏及其主要成分解热抗炎作用及机制研究[J]. 陕西中医学院学报, 2012, 35(5): 74-76.

[11] Huang H, Tang S, Zhou Y, et al. Tectorigenin inhibits inflammatory responses in murine inflammatory bowel disease and LPS-stimulated macrophages via inactivating MAPK signaling pathway[J]. Immun Inflamm Dis, 2024, 12(5): e1077.

[12] Wang Z, Jiang A, Xu H, et al. Exploring the potential mechanism of Fritillariae Cirrhosae Bulbus on ischemic stroke based on network pharmacology and experimental validation[J]. Front Pharmacol, 2022, 13: 1049586.

（收稿日期：2026-07-21）
[编辑：马怀玉]