生脉散合千金苇茎汤加减治疗痰热壅肺型老年重症肺炎临床研究

王红燕，陈高瑛，齐红松

河南大学第一附属医院呼吸与危重症医学科，河南 开封 475000

［摘要］**目的：**观察生脉散合千金苇茎汤加减治疗痰热壅肺型老年重症肺炎的临床疗效。**方法：**80例痰热壅肺型老年重症肺炎患者按随机数字表法分成对照组与观察组各40例。对照组给予常规西医对症治疗，观察组在对照组基础上给予生脉散合千金苇茎汤加减治疗，2组均连续治疗2周。比较2组治疗前后中医证候评分、临床肺部感染（CPIS）评分、多器官功能障碍综合征（MODS）评分、急性生理和慢性健康评分（APACHEⅡ）、肺功能指标［用力肺活量（FVC）、最大呼气流速峰值（PEF）、第1秒用力呼气容积（FEV_1）、FEV_1/FVC］、白细胞计数（WBC）、降钙素原（PCT）、C-反应蛋白（CRP）、白细胞介素-6（IL-6）水平；比较2组临床疗效及不良反应发生情况。**结果：**治疗后，观察组总有效率92.50%，高于对照组75.00%（$P<0.05$）。2组治疗后中医证候评分、CPIS评分、MODS评分、APACHEⅡ评分、WBC、PCT、CRP、IL-6水平均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组治疗后各项评分、炎症指标均低于对照组（$P<0.05$）。2组治疗后FVC、PEF、FEV_1水平及FEV_1/FVC均较治疗前升高（$P<0.05$），且观察组治疗后肺功能指标高于对照组（$P<0.05$）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**生脉散合千金苇茎汤加减治疗老年重症肺炎痰热壅肺证疗效确切，能够进一步缓解患者临床症状，抑制肺部炎症反应，改善肺功能，安全性较高。

［关键词］老年重症肺炎；痰热壅肺证；生脉散；千金苇茎汤；肺功能；炎症反应

［中图分类号］R563.1 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2024）03-0011-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2024.03.003

Clinical Study on Modified Shengmai San and Qianjin Weijing Decoction for Senile Patients with Severe Pneumonia of Phlegm-Heat Obstructing the Lung Type

WANG Hongyan, CHEN Gaoying, QI Hongsong

Department of Respiratory and Critical Care Medicine, The First Affiliated Hospital of Henan University, Kaifeng Henan 475000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of modified Shengmai San and Qianjin Weijing Decoction for senile patients with severe pneumonia of phlegm-heat obstructing the lung type. **Methods:** A total of 80 cases of senile patients with severe pneumonia of phlegm-heat obstructing the lung type were divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 40 cases in each group. The control group was given routine symptomatic treatment of western medicine, and the observation group was additionally treated with modified Shengmai San and Qianjin Weijing Decoction based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 2 weeks. Traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, Clinical Pulmonary Infection Scores (CPIS), Multiple Organ Dysfunction Syndrome (MODS) scores, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE Ⅱ), lung function indexes [forced vital capacity (FVC), peak expiratory flow rate (PEF), forced expiratory

［收稿日期］2023-07-21
［修回日期］2023-11-17
［作者简介］王红燕（1982-），女，副主任医师，E-mail：2005yingtao@163.com。

volume in the first second (FEV_1), FEV_1/FVC], and the levels of white blood cell count (WBC), procalcitonin (PCT), C-reactive protein (CRP), interleukin-6 (IL-6) in the two groups were compared before and after treatment. The clinical effects and the incidence of adverse reactions in the two groups were compared. **Results**: After treatment, the total effective rate was 92.50% in the observation group, higher than that of 75.00% in the control group ($P<0.05$). After treatment, TCM syndrome scores, CPIS scores, MODS scores, and APACHE Ⅱ scores, and the levels of WBC, PCT, CRP, and IL-6 in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and all the above scores and the inflammatory indexes in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the levels of FVC, PEF, FEV_1, and FEV_1/FVC in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$), the lung function indexes in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference being found in the comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**: Modified Shengmai San and Qianjin Weijing Decoction has a definite curative effect in treating senile patients with severe pneumonia of phlegm-heat obstructing the lung type, which can further relieve clinical symptoms, inhibit lung inflammation and improve lung function, with high safety.

Keywords: Severe pneumonia in senile patients; Phlegm-heat obstructing the lung syndrome; Shengmai San; Qianjin Weijing Decoction; Lung function; Inflammatory responses

重症肺炎是一类伴严重并发症或中毒症状的肺部炎症疾病，常因局部病原体感染而演变成脓毒症甚至脓毒性休克，引起多器官功能障碍综合征，严重危害患者健康。早期积极抗感染是有效降低重症肺炎患者病死率的重要方法，但随着抗生素的滥用和多重耐药感染的增加，严重制约患者临床疗效[1]。多项临床研究发现中西医联合治疗能够减少患者抗生素使用量，改善患者机体免疫力，减少严重并发症发生率与临床病死率[2-3]。中医认为老年重症肺炎病机主要为正气亏虚和痰热壅肺，治疗以扶正补肺、清热化痰为主。生脉散合千金苇茎汤有益气养肺、清热化痰、散瘀排脓之功。本研究观察生脉散合千金苇茎汤加减治疗老年重症肺炎痰热壅肺证的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合重症肺炎诊断标准[4]。经气管插管机械通气及液体复苏治疗后仍然需要血管活性药物干预；同时满足以下任意3项即可确诊：氧合指数不足250 mm Hg（1 mm Hg≈0.133 kPa），呼吸频率≤30次/min，多肺叶浸润，收缩压＜90 mm Hg，血尿素氮≥7.14 mmol/L，出现意识障碍或者定向障碍。

1.2 辨证标准 参照文献[5-6]中痰热壅肺证辨证标准拟定。主症：咳嗽，咳痰黄稠而量多，身热，胸闷，胸痛；次症：口渴，面红，小便黄赤，便干；舌质红，苔黄或黄腻，脉滑数。

1.3 纳入标准 符合诊断、辨证标准；年龄≥60岁；对本研究药物无过敏；患者熟悉本研究，并签署知情同意书。

1.4 排除标准 伴肺结核、非典型性肺炎、禽流感等特殊感染疾病；伴淋巴瘤、白血病；伴各种原发性免疫缺陷性疾病、恶性肿瘤疾病、肝肾功能衰竭及心脑血管疾病；妊娠期妇女或有精神病。

1.5 一般资料 选取2021年1月—2023年1月在河南大学第一附属医院收治的80例痰热壅肺型老年重症肺炎患者作为研究对象，按照随机数字表法分为观察组与对照组各40例。观察组男28例，女12例；年龄60～85岁，平均（71.02±5.23）岁；病程3～15 d，平均（8.09±1.37）d；基础疾病：慢性阻塞性肺疾病19例，高血压病10例，冠心病7例，糖尿病4例。对照组男29例，女11例；年龄62～85岁，平均（71.08±5.21）岁；病程4～15 d，平均（8.11±1.35）d；基础疾病：慢性阻塞性肺疾病18例，高血

压病 11 例，冠心病 6 例，糖尿病 5 例。2 组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究经河南大学第一附属医院医学伦理委员会批准（2021-03-044）。

2 治疗方法

2.1 对照组 根据患者临床表现给予机械通气、氧疗、抗感染、舒张支气管、营养支持、稳定内循环、纠正内部环境紊乱、多器官功能支持等对症治疗。注射用美罗培南（重庆圣华曦药业股份有限公司，国药准字 H20153253），每次 1.0 g，与 0.9%氯化钠溶液 100 mL 混合静脉滴注，每次间隔 8 h；盐酸氨溴索注射液（山东罗欣药业集团股份有限公司，国药准字 H2013302）30 mg 加入 0.9%氯化钠注射液 50 mL 静脉滴注，每天 2 次；盐酸莫西沙星氯化钠注射液（成都正康药业有限公司，国药准字 H20183366），每次 250 mL，静脉滴注，每天 1 次；注射用二羟丙茶碱（吉林津升制药有限公司，国药准字 H20040513），每次 0.5 g，与 5%葡萄糖注射液 250 mL 混合滴注，每天 1 次。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上联合生脉散合千金苇茎汤加减治疗，处方：山药 50 g，芦根 35 g，冬瓜仁、薏苡仁、桑白皮各 30 g，麦冬 25 g，五味子、生晒参各 15 g，桔梗 10 g，炙甘草 6 g。每天 1 剂，由河南大学第一附属医院中药房统一代煎，每袋 100 mL，早晚饭后分 2 次服用。

2 组均连续治疗 2 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。参照文献[6]中相关中医症状量表对 2 组治疗前后咳嗽、咳黄痰、胸闷、面红、口渴 5 项症状进行评分，咳嗽、咳黄痰、胸闷症状按由轻到重分别计 0～6 分，面红、口渴症状按由轻到重计 0～3 分。②临床肺部感染（CPIS）评分[7]。采用 CPIS 量表评估 2 组治疗前后肺炎感染情况，内容包括气道分泌物、胸片浸润影、气体交换指数、白细胞计数（WBC）等 6 个项目，每个项目分值 0～2 分，评分越高代表患者病情越重。③多器官功能障碍综合征（MODS）评分[8]。采用 MODS 评分量表评估 2 组治疗前后器官功能，该量表包括呼吸系统、肝脏系统、肾脏系统、血液系统等 6 个项目，每个项目分值 0～4 分，分数越低代表器官功能受损越轻。④急性生理和慢性健康评分（APACHEⅡ）[9]。采用 APACHEⅡ量表评估 2 组治疗前后健康状况，该量表由急性生理学、慢性健康状况及年龄部分组成，总分 0～71 分，分数越低代表病情越轻。⑤肺功能指标与炎症相关指标。使用安科 FGC-A+肺功能测试仪检测 2 组治疗前后肺功能指标，包含用力肺活量（FVC）、最大呼气流速峰值（PEF）、第 1 秒用力呼气容积（FEV_1），并计算 FEV_1/FVC；采集患者空腹静脉血，使用酶联免疫吸附法检测 2 组治疗前后降钙素原（PCT）、C-反应蛋白（CRP）、白细胞介素-6（IL-6）水平，使用全自动血细胞分析仪检测 2 组治疗前后 WBC。⑥不良反应。观察 2 组治疗期间恶心、腹泻、皮疹、低氧血症等用药不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 所有研究数据均采用 SPSS24.0 统计学软件分析。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，行配对样本 t 检验与独立样本 t 检验进行组内与组间比较；计数资料以百分比（%）表示，使用 χ^2 检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[4,6]拟定。痊愈：临床症状完全或大致消失，中医证候评分减少≥95%；显效：临床症状明显改善，70%≤中医证候评分减少＜95%；有效：临床症状好转，30%≤中医证候评分减少＜70%；无效：临床症状无改善，中医证候评分减少＜30%。总有效率=（痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

4.2 2 组治疗前后中医证候评分比较 见表 1。2 组治疗前咳嗽、咳黄痰、胸闷、面红、口渴评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2 组咳嗽、咳黄痰、胸闷、面红、口渴评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组上述 5 项评分均低于对照组（$P<0.05$）。

4.3 2 组治疗前后 CPIS 评分、MODS 评分、APACHEⅡ评分比较 见表 2。2 组治疗前 CPIS 评分、MODS 评分、APACHEⅡ评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。2 组治疗后 CPIS 评分、MODS 评分、APACHEⅡ评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组上述 3 项评分均低于对照组（$P<0.05$）。

4.4 2 组治疗前后肺功能指标比较 见表 3。2 组治疗前 FVC、PEF、FEV_1 水平及 FEV_1/FVC 比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2 组 FVC、

PEF、FEV_1水平及FEV_1/FVC均较治疗前升高($P<0.05$)，且观察组上述4项指标均高于对照组($P<0.05$)。

表1　2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组别	时间	例数	咳嗽	咳黄痰	胸闷	面红	口渴
观察组	治疗前	40	4.03±0.21	4.33±0.38	3.95±0.65	2.11±0.35	2.18±0.30
	治疗后	40	0.86±0.10①②	0.83±0.15①②	0.85±0.16①②	0.68±0.05①②	0.65±0.03①②
对照组	治疗前	40	4.11±0.45	4.01±0.41	4.17±0.33	2.07±0.33	2.16±0.28
	治疗后	40	1.77±0.23①	1.83±0.19①	1.79±0.33①	1.49±0.17①	1.41±0.15①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

表2　2组治疗前后CPIS评分、MODS评分、APACHEⅡ评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组别	时间	例数	CPIS评分	MODS评分	APACHEⅡ评分
观察组	治疗前	40	9.05±1.11	11.17±0.54	26.54±2.25
	治疗后	40	4.05±0.78①②	6.21±0.76①②	15.58±2.51①②
对照组	治疗前	40	9.11±1.05	11.01±0.69	26.61±2.30
	治疗后	40	6.03±0.99①	8.91±0.81①	19.87±2.49①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

表3　2组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	FVC(L)	PEF(L/s)	FEV_1(L)	FEV_1/FVC(%)
观察组	治疗前	40	2.29±0.61	4.33±0.64	1.12±0.40	47.71±5.22
	治疗后	40	3.25±0.31①②	7.13±0.78①②	2.29±0.43①②	72.06±6.62①②
对照组	治疗前	40	2.25±0.62	4.30±0.59	1.08±0.42	45.69±5.31
	治疗后	40	2.81±0.32①	6.38±0.72①	1.68±0.35①	61.11±6.51①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.5　2组治疗前后炎症相关指标比较　见表4。2组治疗前WBC、PCT、CRP、IL-6水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组WBC、PCT、CRP、IL-6水平均较治疗前降低($P<0.05$)，且观察组上述炎症相关指标水平均低于对照组($P<0.05$)。

表4　2组治疗前后炎症相关指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	WBC(×10^9/L)	PCT(ng/mL)	CRP(mg/L)	IL-6(pg/mL)
观察组	治疗前	40	18.11±0.89	6.92±0.76	154.47±11.42	71.20±6.17
	治疗后	40	8.71±0.65①②	2.16±0.70①②	55.68±7.72①②	18.92±2.03①②
对照组	治疗前	40	18.92±0.93	7.08±0.79	155.61±11.62	73.39±6.22
	治疗后	40	12.89±0.71①	5.18±0.71①	91.68±9.35①	36.62±3.57①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.6　2组临床疗效比较　见表5。观察组总有效率92.50%，高于对照组75.00%($P<0.05$)。

表5　2组临床疗效比较　例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	9(22.50)	16(40.00)	12(30.00)	3(7.50)	37(92.50)①
对照组	40	7(17.50)	10(25.00)	13(32.50)	10(25.00)	30(75.00)

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.7　2组不良反应发生率比较　治疗期间，观察组发生轻微皮疹、腹泻各1例，轻微恶心2例，总不良反应发生率10.00%；对照组发生轻微皮疹、腹泻各2例，轻微恶心5例，总不良反应发生率22.50%。2组比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

5　讨论

随着年龄增长，人的免疫功能、肺功能等生理机能均会发生进行性衰退，导致社区获得性肺炎发生率明显升高[10-11]。面对广谱抗生素的滥用、超级细菌变异等棘手问题，重症肺炎的治疗面临巨大的挑战[12]。临床发现中医药辅助常规西医治疗重症肺炎能够延长患者生存期，缩短机械通气时间，抑制肺部炎症反应，减少住院时间，降低患者死亡率[13-15]。中医将老年重症肺炎归属于咳嗽、肺痈等范畴，认为老年患者正气亏虚，复感外邪，病机以虚实夹杂为主，其中气阴两虚是导致老年重症肺炎发生的前提条件，痰热壅肺是推进病情恶化的关键，治疗应注重扶正祛邪、益气养阴、清热化痰[16]。生脉散出自《医学启源》，是治疗气阴两虚证的典型方；千金苇茎汤有逐瘀排脓、清热化痰之功。本研究以两方为基础方进行临床加减化裁，方中重用山药，生津补肺、益气养阴，为君药。麦冬生津润肺、清热养阴，五味子敛肺生津，生晒参益肺生津、补气固脱，共为臣药；芦根清除肺热、宣肺祛痰，冬瓜仁利湿化痰，配伍桔梗宣降肺气，薏苡仁清泻肺热、利湿排脓，桑白皮泻肺平喘，共为佐药；炙甘草健

脾益气，调和诸药，为使药。诸药合用，共奏养阴润肺、清热化痰之功。本研究中观察组咳嗽、咳黄痰、胸闷、面红、口渴评分低于对照组，总有效率高于对照组，提示生脉散合千金苇茎汤加减能进一步缓解老年重症肺炎患者临床症状，提高临床治疗效果。

CPIS评分量表能从WBC、体温、气道分泌物等角度评估患者肺部感染情况，有着高适用性和高敏感性优势。临床上常采用MODS评分、APACHEⅡ评分指标评估病人病情发展、临床预后及死亡风险。FVC、PEF、FEV_1等肺功能指标被广泛用于肺部感染、哮喘等肺部疾病病情评估，有助于医生评价患者肺部换气功能、肺组织弹性及呼吸力量。本研究结果显示，观察组FVC、PEF、FEV_1水平及FEV_1/FVC高于对照组，CPIS评分、MODS评分、APACHEⅡ评分均低于对照组，提示生脉散合千金苇茎汤加减治疗能够改善患者肺功能，有助于控制病情发展，促进临床预后转归。药理研究发现山药皂苷有祛痰、止咳、促进病变组织修复的作用[17]；桔梗具有镇咳、祛痰作用[18]；五味子具有改善肺部炎症损伤及修复肺部纤维化的作用[19]；麦冬有效成分能够有效减轻颗粒物刺激引起的肺水肿及病理性损伤[20]。

既往研究证实，老年重症肺炎患者多伴随局部或全部炎症反应，而持续炎症反应刺激不利于临床预后改善[21]。当机体处于创伤、应激、感染等状态时，WBC、PCT、CRP、IL-6等炎症指标会出现异常升高[22]。本研究结果显示，观察组WBC、PCT、CRP、IL-6水平均低于对照组，提示联合治疗方案能够抑制患者体内炎症反应，对促进病情好转具有积极作用。研究发现千金苇茎汤具有镇咳、抗炎、抗病毒、抑菌、调节机体免疫力等作用，对支气管炎、支气管扩张、慢性阻塞性肺疾病、肺癌等多种肺系疾病均具有治疗作用[23]；药理研究发现加味千金苇茎汤能够通过抑制核因子-κB蛋白表达，下调肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平，有保护肺损伤大鼠肺组织作用[24]。此外，2组治疗期间不良反应症状均较轻微，表明生脉散合千金苇茎汤加减治疗有着较高的安全性。

综上所述，生脉散合千金苇茎汤加减治疗能够进一步缓解老年重症肺炎痰热壅肺证临床症状，抑制肺部炎症反应，改善肺功能，临床疗效显著，安全性较高。

[参考文献]

[1] 沈逍雁，斯明强. 中性粒细胞弹性蛋白酶和纤维蛋白原联合肿瘤坏死因子-α在预测儿童重症肺炎预后中的应用价值[J]. 中国中西医结合急救杂志，2019，26(2)：147-151.
[2] 郝淑坤，何静，于子晨，等. 柴芩麻膏汤内服、灌肠治疗痰热壅肺型老年重症肺炎的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志，2022，17(11)：2287-2290.
[3] 赵远，岳宗相，杨松梅，等. 涤痰开窍中药复方治疗老年重症肺炎的临床观察[J]. 中国中医急症，2023，32(2)：301-304.
[4] 瞿介明，曹彬. 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.
[5] 彭坤，宋远瑛，杨毅. 中医药治疗风温肺热病临床文献回顾性分析[J]. 山东中医杂志，2019，38(7)：632-637.
[6] 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，2002：97-103.
[7] ROOPRAI H K，MARTIN A J，KING A，et al. Comparative gene expression profiling of ADAMs，MMPs，TIMPs，EMMPRIN，EGFR and VEGFA in low grade meningioma[J]. Int J Oncol，2016，49(6)：2309-2318.
[8] 王超，苏强，张淑文，等. 多器官功能障碍综合征病情严重度评分及预后评估系统在预测住院病死率中的作用[J]. 中华创伤杂志，2006，22(8)：574-578.
[9] KNAUS W A，DRAPER E A，WAGNER D P，et al. APACHE II：a severity of disease classification system[J]. Crit Care Med，1985，13(10)：818-829.
[10] 袁成，牛凯旋，徐阳，等. 老年重症患者呼吸机相关肺炎的研究进展[J]. 牡丹江医学院学报，2022，43(4)：141-144.
[11] 杜侠，王伟，张延玲，等. 老年重症肺炎诊疗进展[J]. 中国医刊，2021，56(9)：942-946.
[12] 吕颖，张一杰，吴珺，等. 重症肺炎病原菌耐药性及T细胞亚群变化[J]. 中华医院感染学杂志，2020，30(20)：3085-3089.
[13] 袁思成，黄肖玲，华胜毅，等. 重症社区获得性肺炎耐药菌分布、死亡因素与中药干预治疗的回顾性分析[J]. 中国中西医结合杂志，2022，42(3)：305-310.
[14] 王憭瑶，李宣霖，张康，等. 中西医结合治疗重症肺炎疗效及安全性的Meta分析[J]. 辽宁中医杂志，2019，46(5)：911-916.
[15] 谢凯，关胜男，荆惠，等. 中医药辅助治疗重症肺炎的临床试验结局指标分析[J]. 中国中药杂志，2022，47(20)：5642-5653.
[16] 谭道富，谭艳华，田朝晖，等. 山药化痰汤治疗对气阴两虚痰热

壅肺型老年重症肺炎患者中医症状积分和肺功能的影响[J]. 四川中医，2022，40(11)：99-102.
[17] 杨雁，孙羽灵，孙建梅，等. 山药活性成分药理作用研究进展[J]. 中国野生植物资源，2022，41(12)：55-60.
[18] 邓亚羚，任洪民，叶先文，等. 桔梗的炮制历史沿革、化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志，2020，26(2)：190-202.
[19] 邢楠楠，屈怀东，任伟超，等. 五味子主要化学成分及现代药理作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志，2021，27(15)：210-218.
[20] 迟宇昊，李暘，申远. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报，2021，38(2)：189-192.
[21] 孔苗苗，杨娟，朱慕云. 老年重症肺炎患者的免疫功能状态及个体化治疗研究进展[J]. 中华老年病研究电子杂志，2019，6(4)：40-44.
[22] 邓正兵，何磊，曹禺露，等. 痰涂片联合CRP、PCT及IL-6水平检测对老年细菌性肺炎的诊断价值研究[J]. 中国现代医学杂志，2023，33(14)：70-75.
[23] 关建新，伊明洋，李海霞，等. 千金苇茎汤治疗呼吸系统疾病的相关研究进展[J]. 中华中医药学刊，2023，41(9)：120-125.
[24] 沈赵赟，符胜光，杨爱东，等. 加味千金苇茎汤对大气细颗粒物致肺损伤大鼠肿瘤坏死因子-α和核因子-κB的影响[J]. 中国中医药信息杂志，2018，25(1)：38-42.

（责任编辑：冯天保，沈崇坤）

《新中医》杂志稿约

《新中医》是由广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的中医药学术期刊，1969年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，2020年由原月刊改为半月刊，期刊代号，国内：46-38，国外：SM186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求。**一、征稿内容**　实验研究、网络药理学、用药规律、文献综述、经方古方、临床证治、肿瘤研究、针灸推拿、特色疗法、调研报告、思路方法、名医传承、经典古籍、临证医案等。**二、来稿要求**　主题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。**三、来稿格式**　参照本刊格式。**四、投稿方式**　在线投稿。投稿时需同时上传单位投稿证明。网址：http：//xzy.ijournal.cn。**五、文责自负**　作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。**六、稿件采用**　需与编辑部签订论文著作权转让书，并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址：广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学办公楼7楼。邮编：510006。电话：020-39354129。