

# 白虎加人参汤加减联合复方薤白胶囊 治疗重症肺炎的临床研究

陆益民<sup>1,2</sup> 奚肇庆<sup>3</sup>

(1. 南京中医药大学第一临床医学院, 江苏 南京 210029; 2. 江苏大学附属昆山市第一人民医院, 江苏 昆山 215300; 3. 南京中医药大学第一附属医院, 江苏 南京 210029)

**【摘要】** 目的 探讨白虎加人参汤联合复方薤白胶囊对重症肺炎痰热腑实证患者的临床疗效。方法 采用前瞻性研究方法, 选择 2012 年 1 月至 2013 年 12 月江苏大学附属昆山市第一人民医院呼吸科病房收治的 266 例痰热腑实证重症肺炎患者, 按简单随机方法分为中西医结合治疗组 136 例和西医治疗对照组 130 例。两组均根据病情给予西医基础治疗; 中西医结合组在西医治疗的基础上加用白虎加人参汤联合复方薤白胶囊 350 mg, 每日 3 次, 每次 4 粒(每粒 350 mg), 7 d 为 1 个疗程。比较两组患者体温下降速度、中医症状改善程度、外周血白细胞计数(WBC)、中性粒细胞比例及内源性致热原产生的情况。**结果** 两组治疗后体温、中医症状积分、WBC、中性粒细胞比例均较治疗前降低, 均于治疗后 3 d 达谷值, 且以中西医结合治疗组降低更显著〔体温(℃): 36.5±0.0 比 37.0±0.0, 中医症状积分(分): 1.7±0.2 比 6.1±0.7, WBC( $\times 10^9/L$ ): 7.1±0.3 比 8.3±0.5, 中性粒细胞比例: 0.64±0.02 比 0.76±0.23, 均  $P < 0.05$ 〕。以西医治疗对照组治疗后白细胞介素-1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、干扰素(IFN- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ )、白细胞介素-6(IL-6)水平为 1, 中西医结合治疗组治疗后 6 h IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 、IFN- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 、IL-6 均较西医治疗对照组明显下降, 12 h 到达谷值〔IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 、IFN- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 、IL-6 与西医治疗对照组的相对表达量分别为 0.37、0.16、0.21、0.27、0.15〕, 24 h 又有轻度回升。**结论** 加用白虎加人参汤联合用复方薤白胶囊治疗痰热腑实证重症肺炎患者具有良好的疗效。

**【关键词】** 肺炎, 重症; 痰热腑实证; 白虎加人参汤; 复方薤白胶囊

**A clinical and experimental study of effects of Baihu Rensen decoction combined with Fufang Xiebai capsules for treatment of patients with severe pneumonia accompanied by heat-phlegm and sthenic-fu syndrome** Lu Yimin\*, Xi Zhaoqing. \*The First Clinical Medical College of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, Jiangsu, China; Kunshan First People's Hospital Affiliated to Jiangsu University, Kunshan 215300, Jiangsu, China Corresponding author: Xi Zhaoqing, the First Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, Jiangsu, China, Email: ksplym@163.com

**【Abstract】 Objective** To study the effects of Baihu Rensen decoction combined with Fufang Xiebai capsules for treatment of patients with severe pneumonia accompanied by heat-phlegm and sthenic-fu syndrome. **Methods** A prospective study was conducted; 266 severe pneumonia cases with heat-phlegm and sthenic-fu syndrome admitted into the Department of Respiratory Diseases in Kunshan Hospital Affiliated to Jiangsu University from January 2012 to December 2013 were selected. The patients were randomly divided into an integrated traditional Chinese and western medicine group (136 cases) and a western medicine treatment group (130 cases). Both groups were given basic conventional western medicine according to the disease situation. The integrated traditional Chinese medicine (TCM) was additionally given Baihu Rensen decoction combined with 350 mg of Fufang Xiebai capsules, 3 times a day, 4 grain each time, 7 days constituting a course of treatment. The rate of body temperature descent, the degree of improvement in clinical TCM symptoms, peripheral white blood cell (WBC) count, neutrophil percentage and the situation of endogenous pyrogen production in the two groups were compared. **Results** After treatment, the body temperature, TCM symptom scores, WBC count and neutrophil percentage were lower than those before treatment, 3 days after treatment these data reached their valley values, and the decrease in level was more significant in the combination group [body temperature (℃): 36.5±0.0 vs. 37.0±0.0, TCM symptom scores: 1.7±0.2 vs. 6.1±0.7, WBC ( $\times 10^9/L$ ): 7.1±0.3 vs. 8.3±0.5, neutrophil percentage: 0.64±0.02 vs. 0.76±0.23, all  $P < 0.05$ ]. Interleukin-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ), tumor necrosis factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), interferon (IFN- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ ), and interleukin-6 (IL-6) level in western medicine (WM) group was respectively marked 1, the levels of IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ , IFN- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ , and IL-6 in combination group after treatment for 6 hours were significantly lower than those of WM group, and reached the valley at 12 hours (the relative expression value of each of the above indexes in combination group to each of those in WM group was 0.37, 0.16, 0.21, 0.27 and 0.15 respectively), and had a mild rebound at 24 hours. **Conclusion** By the addition of Baihu Rensen decoction combined with Fufang Xiebai capsules on conventional basic medicine for treatment of severe pneumonia patients with heat-

phlegm and sthenic-fu syndrome, the therapeutic effect is much better.

**【Key words】** Severe pneumonia; Heat-phlegm and sthenic-fu syndrome; Baihu Rensen decoction; Fufang Xiebai capsules

痰热腑实型重症肺炎是老年患者住院常见的感染性疾病,有很高的发病率和病死率。近年来单纯应用抗菌药物治疗的疗效无显著提高,尤其是痰热腑实型重症肺炎的病死率未随抗菌药物的应用而出现显著下降<sup>[1]</sup>。有报道白虎加人参汤有清热、益气、生津之功效,复方薤白胶囊有通阳宣痹、解痉平喘及抗感染等作用<sup>[2-3]</sup>。据此本院自 2012 年 1 月至 2013 年 12 月通过临床研究及体外细菌研究验证发现,常规抗菌药物加用白虎加人参汤联合复方薤白胶囊对改善痰热腑实型重症肺炎患者有显著疗效,报告如下。

## 1 资料及方法

### 1.1 诊断标准

**1.1.1 重症肺炎诊断标准:**参照 1999 年中华医学会呼吸病学分会制定的标准<sup>[4]</sup>。

**1.1.2 痰热腑实证证候诊断标准:**参考《中医诊断学》<sup>[5]</sup>制定:主症为咳嗽、咯痰黄稠而量多、发热、大便秘结;次症为胸闷、气喘息粗、烦躁不安、腹胀、纳呆、口渴、舌红、苔黄腻、脉滑数。

**1.2 纳入标准:**① 年龄 19~75 岁者;② 符合西医重症肺炎诊断标准和中医痰热腑实证证候标准者;③ 签署知情同意书者。

**1.3 排除标准:**① 年龄 <18 岁或 >75 岁者;② 已知对本复方中各种重要成分有过敏者;③ 具有严重心、脑、肾、肝、内分泌系统和造血系统等原发性疾病者;④ 有酗酒、药物滥用病史者;⑤ 正在参与其他临床药物试验研究的受试者;⑥ 不符合西医重症肺炎诊断标准或痰热腑实证辨证标准者。

**1.4 病例选择及分组:**选择江苏大学附属昆山市第一人民医院呼吸科病房符合纳入标准的 266 例痰热腑实型重症肺炎患者,采用简单随机方法分为中西医结合治疗组 136 例和西医治疗对照组 130 例。中西医结合治疗组中男性 74 例,女性 62 例;平均年龄(53.60±3.17)岁;单侧肺炎 3 例,双侧肺炎 133 例;痰培养病原菌:大肠埃希菌 23 例,肺炎克雷伯杆菌 39 例,金黄色葡萄球菌 37 例,铜绿假单胞菌 17 例,其他病原菌 20 例。西医治疗对照组中男性 62 例,女性 68 例;平均年龄(51.30±3.26)岁;单侧肺炎 5 例,双侧肺炎 125 例;痰培养病原菌:大肠埃希菌 32 例,肺炎克雷伯杆菌 37 例,金黄色葡萄球菌 39

例,铜绿假单胞菌 7 例,其他病原菌 15 例。两组性别、年龄、病原菌等一般资料均衡,差异均无统计学意义(均  $P>0.05$ ),有可比性。

本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准,取得受试者知情同意。

### 1.5 研究药品及其制备方法

**1.5.1 白虎加人参汤加减:**按照伤寒论白虎汤配方,根据柯雪帆等<sup>[6]</sup>和丘光明等<sup>[7]</sup>的考证进行剂量换算,制订方剂组分和含量:石膏 30 g(打碎,绵裹,先下),西洋参 4 g,浙贝母 10 g,柴胡 10 g,黄芩 10 g,炒山栀 10 g,连翘 12 g,金银花 10 g,鸭跖草 15 g,炙甘草 4 g;水煎服。腹胀便秘加大黄、枳实;意识烦躁加郁金、胆南星。

**1.5.2 复方薤白胶囊:**由南京中医药大学第一附属医院药剂科制剂部生产(批号:101025),由薤白 12 g,瓜蒌 12 g,半夏 10 g,黄连 3 g 等组成,经水蒸气蒸馏及醇提,药液真空干燥的浸膏细粉和挥发油加适当辅料制成胶囊,每粒 350 mg。

**1.6 中医症状积分评定标准(表 1):**轻度为 1 分,中度为 2 分,重度为 3 分,无为 0 分。

表 1 中医症状积分评定标准

症状	轻度	中度	重度
发热	37.2 ~ 37.9 ℃	38.0 ~ 38.5 ℃	38.6 ℃以上
头痛	轻微	中度	重度
恶寒	恶寒不需加衣	恶寒需加衣	恶寒需加厚棉被
咳嗽	偶咳	咳嗽阵发	咳嗽连声频发
出汗	微汗	汗出	大量出汗
鼻塞	有鼻塞感	鼻塞但有缓解期	鼻塞无缓解期
流涕	偶有	时常	持续
咽痛	轻微	中度	重度
口渴	微渴	口渴	明显口渴
肢体酸痛	轻微	中度	重度

**1.7 治疗方法:**西医治疗对照组给予基础治疗;中西医结合治疗组在基础治疗的同时每日用白虎加人参汤加减,每日 1 剂,分 2 次,早晚饭后 0.5 h 服用,重症患者每日 2 剂,7 d 为 1 个疗程。同时服用复方薤白胶囊,每日 3 次,每次 4 粒,7 d 为 1 个疗程。

### 1.8 观察指标

**1.8.1 体温、中医症状积分、外周血白细胞计数**

(WBC) 及中性粒细胞比例: 两组给药后每隔 0.5 h 记录 1 次体温, 连续检测 6 h。观察两组患者治疗前及治疗后 1、2、3 d 体温、中医症状积分、WBC 及中性粒细胞比例(N)的变化。

**1.8.2 内源性致热原:** 两组均于给药 6、12、24 h 取外周血, 检测血清白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、干扰素(IFN- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ ) 及 IL-6 相对表达水平。

**1.8.3 体外抑菌实验:** 采用平板稀释法将研究药物进行无菌处理后用于实验。将待测菌株金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、流感嗜血杆菌、大肠埃希菌(均由本实验室保存)分别接种于葡萄糖肉汤培养基和普通肉汤培养基中, 37 $^{\circ}$ C、培养 12 h, 用无菌生理盐水稀释各菌液至  $6 \times 10^8$  个 /mL。配制不同浓度的巧克力药物琼脂平板培养基和普通药物琼脂平板培养基。将各细菌稀释液分别选取 10 mL 点于不同浓度的药敏平板上, 在 37 $^{\circ}$ C 孵箱中继续培养 24~48 h 后进行抑菌试验结果观察。

**1.9 统计学方法:** 使用 SPSS 15.0 统计软件处理数据, 计量资料以均数  $\pm$  标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用方差分析,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗前后体温比较(表 2; 图 1):** 给药后中西医结合治疗组体温下降速度较西医治疗对照组明显迅速, 中西医结合治疗组治疗后 3 h 体温已恢复正常, 而西医治疗对照组治疗后 6 h 仍发热。两组患者治疗前体温比较差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ ), 治疗 1 d、2 d 中西医结合治疗组较西医治疗对照组体温明显降低(均  $P < 0.05$ ), 两组治疗 3 d 比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**2.2 两组患者治疗前后中医症状积分比较(表 2):** 两组患者治疗前中医症状积分比较差异无统计学

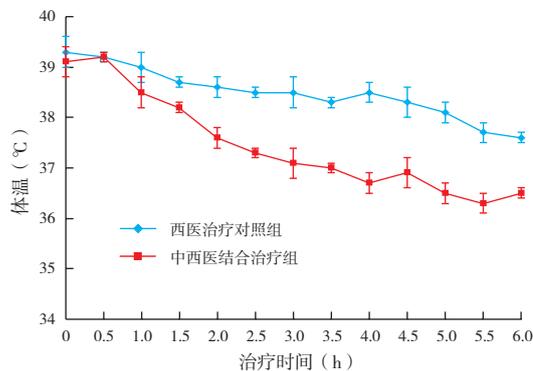


图 1 两组患者治疗后体温变化曲线

意义( $P > 0.05$ ); 两组治疗后中医症状积分均降低, 中西医结合治疗组疗效明显优于西医治疗对照组(均  $P < 0.05$ )。

**2.3 两组治疗前后内源性致热原相对表达水平比较(图 2):** 以西医治疗对照组各内源性致热原表达水平为 1, 中西医结合治疗组治疗后 6 h IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 、IFN- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 、IL-6 较西医治疗对照组均明显下降, 12 h 到达谷值, 24 h 又有轻度回升。

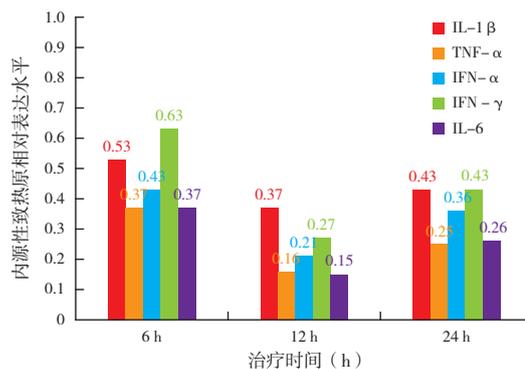


图 2 内源性致热原相对表达水平

**2.4 两组患者治疗前后外周血 WBC 及 N 比较(表 2):** 两组患者治疗前 WBC 均显著异常, 比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 治疗后外周血 WBC 及中性粒细胞比例均较治疗前降低, 治疗 2 d 后中西医结合治疗组 WBC、N 水平明显低于西医治疗对照组(均  $P < 0.05$ )。

**2.5 白虎加人参汤联合复方薤白胶囊的体外抑菌作用评价(表 3):** 100 mg/mL 以上的白虎加人参汤联合复方薤白胶囊对金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌、流感嗜血杆菌、大肠埃希菌均有显著

表 2 两组不同时间点体温、中医症状积分、WBC、中性粒细胞比例比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	例数 (例)	体温 ( $^{\circ}$ C)	中医症状积分(分)	WBC ( $\times 10^9/L$ )	N
西医治疗对照组	治疗前	130	39.3 $\pm$ 0.0	17.3 $\pm$ 1.7	13.7 $\pm$ 2.3	0.87 $\pm$ 0.03
	治疗 1 d	130	38.3 $\pm$ 0.0	12.3 $\pm$ 0.7	12.3 $\pm$ 1.3	0.83 $\pm$ 0.03
	治疗 2 d	130	37.9 $\pm$ 0.0 <sup>a</sup>	9.7 $\pm$ 0.3 <sup>a</sup>	10.7 $\pm$ 1.2	0.81 $\pm$ 0.03
	治疗 3 d	130	37.0 $\pm$ 0.0 <sup>a</sup>	6.1 $\pm$ 0.7 <sup>a</sup>	8.3 $\pm$ 0.5 <sup>a</sup>	0.76 $\pm$ 0.02 <sup>a</sup>
中西医结合治疗组	治疗前	136	39.1 $\pm$ 0.0	16.7 $\pm$ 2.3	13.2 $\pm$ 2.1	0.90 $\pm$ 0.04
	治疗 1 d	136	37.5 $\pm$ 0.0 <sup>ab</sup>	9.3 $\pm$ 0.5 <sup>ab</sup>	11.7 $\pm$ 2.3	0.84 $\pm$ 0.04
	治疗 2 d	136	36.7 $\pm$ 0.0 <sup>ab</sup>	3.2 $\pm$ 0.1 <sup>ab</sup>	9.3 $\pm$ 0.7 <sup>ab</sup>	0.74 $\pm$ 0.02 <sup>ab</sup>
	治疗 3 d	136	36.5 $\pm$ 0.0 <sup>a</sup>	1.7 $\pm$ 0.2 <sup>ab</sup>	7.1 $\pm$ 0.3 <sup>ab</sup>	0.64 $\pm$ 0.02 <sup>ab</sup>

注: 与本组治疗前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; 与西医治疗对照组同期比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

的抑制作用,且优于庆大霉素,但药物浓度降低至 50 mg/mL,抑菌效果明显减弱。

表 3 白虎加人参汤联合复方薤白胶囊和庆大霉素的抑菌作用

细菌	白虎加人参汤联合 复方薤白胶囊(mg/mL)			庆大霉素 (mg/mL)			细菌 对照
	50	100	200	50	100	200	
金黄色葡萄球菌	-	-	-	++	++	++	++
肺炎双球菌	-	-	-	++	++	-	++
流感嗜血杆菌	+	-	-	++	++	-	++
大肠埃希菌	+	-	-	++	++	+	++

### 3 讨论

重症肺部感染是指伴有严重中毒症状或有并发症的肺部感染<sup>[8]</sup>,根据致病菌获得环境的不同将其分为重症医院获得性肺炎(HAP)和重症社区获得性肺炎(CAP)<sup>[9]</sup>,常伴持续性高热,可累及多个器官,病情危重、进展快、病死率高,其中重症 CAP 的病死率可高达 50%<sup>[10]</sup>,而病死率在重症 HAP 中可达 70%<sup>[11]</sup>。临床上痰热腑实型重症肺炎患者常伴身热较著、汗泄不畅、口干欲饮、头胀痛、面赤、舌边尖红、咳嗽、痰黏或黄、流黄浊涕、舌苔薄白微黄、咽燥或咽喉乳蛾红肿疼痛、脉浮数。

轻度发热可提高机体各种酶的活性,增强巨噬细胞吞噬病菌发热能力及抗体的产生,增强机体抗病毒、抗细菌的能力。但痰热腑实型重症肺炎患者常伴持续的高热可导致机体各种酶活性下降,引起机体代谢障碍和各系统功能紊乱,是肺炎病情加重的一个重要原因。在肺炎发热的整个病程中,体温曲线变化往往反映患者肺部炎症程度的变化,对判断病情、评价治疗方案的疗效及预测预后均有重要的参考价值。目前临床上西医常用抗菌药物和退热药,抗菌药物长期应用可造成细菌对多种抗菌药物耐药,退热药的胃肠道不良反应较大,患者应用后出汗较多,容易虚脱,有胃肠道疾病的患者难以耐受。而中药口服制剂则不良反应较小,患者耐受程度较高,所以应充分发挥中医药在退热方面的作用,研究中医药的退热复方制剂对帮助临床上缓解痰热腑实型重症肺炎有重要意义和参考价值<sup>[12-13]</sup>。

本课题组前期的研究表明,在西医基础治疗的同时加用白虎加人参汤联合复方薤白胶囊可使患者外周血微小 RNA 表达谱发生显著变化,能有效缓解痰热腑实型重症肺炎患者的持续高热,较单纯西医基础治疗对照组疗效显著<sup>[14]</sup>。从中医理论分析

其原因,白虎汤源于《伤寒论》,由石膏、知母、粳米、甘草组成,有清热、益气、生津之功效,主治大热、大渴、大汗出、脉洪大、舌苔黄燥、时时恶风、背微恶寒等症<sup>[15-16]</sup>。痰热腑实症因感受温热、温毒、湿热等病邪而发生的急性热病,其病多起自上焦,盛于中焦,伤及下焦,该病每以热盛为特点,方中人参味甘微苦,其性微温,其功能为大补元气,养心安神,补脾益肺,是补虚济弱之良药。于此,吴鞠通在《温病条辨》中指出,上、中、下焦之病证巧用白虎加人参是关键<sup>[17]</sup>。复方薤白胶囊由江苏省名老中医奚肇庆开发研制成功,具有通阳宣痹、理气化痰、止咳平喘的功效,痰热腑实型重症肺炎的病理因素与“痰”和“火”相关,常因外感和(或)内伤致胸中阳气不振,痹而不通,痰浊中阻,气机不畅,郁而化热,发为痰热。在前期的临床研究中我们采用复方薤白胶囊痰祛结散,使胸阳宣通,痹阻之胸阳得以伸展而气畅血行,消除痰瘀,痰化热清,使肺气畅达,可有效治疗痰热郁肺型患者<sup>[18-19]</sup>。

西医研究显示,发热是指致热原使体温调定点上移引起的调节性体温升高,即发热激活物作用于产内生致热原细胞,产生和释放内源致热原及中枢调节介质,作用于机体的体温调节中枢,导致体温调节中枢的调定点升高,从而导致机体产热增加,同时散热减少,引起体温升高。在发热中起重要作用的内源致热原包括 IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 、IL-6、IFN- $\alpha$  和 IFN- $\gamma$ ,具有明显的致热作用<sup>[20-21]</sup>。动物实验中发现复方薤白胶囊可降低 IL-6 的分泌,而 IL-6 是目前已知的重要内源致热原<sup>[22]</sup>。由此推测复方薤白胶囊可以用于降低患者内源致热原的产生,达到退热的效果。本研究证实,加用白虎加人参汤联合复方薤白胶囊可有效降低内源致热原包括 IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 、IL-6、IFN- $\alpha$  和 IFN- $\gamma$  的表达水平,并且可有效降低外周血 WBC 和中性粒细胞比例,控制感染。体外抑菌实验也证实,白虎加人参汤联合复方薤白胶囊对金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌、流感嗜血杆菌、大肠埃希菌均有显著的抑菌作用,提示本复方制剂具有抑菌效果。

总之,通过本研究发现,加用白虎加人参汤联合复方薤白胶囊辅助治疗痰热腑实型重症肺炎,在改善患者症状方面具有显著优势,能够有效缓解患者高热症状,抑制细菌生长,促进患者尽早康复。

### 参考文献

[1] 刘卫静,章宏伟. 肠道调理在重症肺炎治疗中作用的探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(20): 2231-2232.

- [2] 范先基,张定进,李俊,等.白虎加人参汤加味治疗肿瘤性发热疗效观察[J].中国全科医学,2012,15(9):1058-1060.
- [3] 奚肇庆,蒋萌,居文政.复方薤白胶囊治疗慢性阻塞性肺病 36 例临床与实验研究[J].中医杂志,2000,41(4):218.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会.医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J].中华结核和呼吸杂志,1999,22(4):201.
- [5] 朱文锋.中医诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,1995:15-147.
- [6] 柯雪帆,赵章忠,张玉萍,等.《伤寒论》和《金匮要略》中的药物的剂量问题[J].上海中医药杂志,1983,29(12):36-38.
- [7] 丘光明,邱隆,杨平.中国科学技术史:度量衡卷[M].北京:科学出版社,2003.
- [8] 李红兵,王平飞,王廷杰,等.川东北地区重症肺炎的临床特征[J].重庆医学,2013,42(31):3757-3758,3763.
- [9] 何彦琪.30 例重症肺炎的临床特点及死亡危险因素分析[J].中华肺部疾病杂志(电子版),2011,4(6):479-481.
- [10] Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2001, 163(7): 1730-1754.
- [11] American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2005, 171(4): 388-416.
- [12] 王平,王玺,张丽涓,等.低分子肝素对老年重症肺炎患者预后的影响[J].中华危重病急救医学,2013,25(12):734-737.
- [13] 周明华.痰热清注射液加抗菌药物治疗老年性肺炎 50 例疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,2013,20(4):200.
- [14] 陆益民,奚肇庆.白虎人参汤联合复方薤白胶囊对重症肺部感染患者血清特异性微小 RNA 表达谱差异影响的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2014,21(5):340-344.
- [15] 李国梁.不同宿疾罹患老年风温肺热病后传变特点探讨[J].中国中医基础医学杂志,2008,14(10):786-787.
- [16] 于国东,彭志允.白虎加人参汤治疗下呼吸道多重耐药菌感染临床观察[J].新中医,2012,44(5):31-32.
- [17] 周燕萍.叶天士透法运用规律浅探[J].中华中医药杂志,2007,22(3):156-158.
- [18] 杨仁旭,胡勇刚,景瑞,等.复方薤白胶囊治疗慢性支气管炎急性发作期的 II 期临床研究[J].中药新药与临床药理,2008,19(2):149-152.
- [19] 刘松山,何成诗,杨仁旭,等.复方薤白胶囊治疗慢性支气管炎急性发作期 III 期临床研究[J].中国新药杂志,2010,19(15):1333-1336,1354.
- [20] 谢新华,董军.细胞因子与发热机制研究进展[J].广东医学,2005,26(8):1156-1158.
- [21] 孙雨.内生性与外源性致热源概述[J].中小企业管理与科技,2012,21(28):317-318.
- [22] 冷报浪,奚肇庆,曹世宏.复方薤白胶囊对慢性支气管炎大鼠血小板活化因子及一氧化氮的影响[J].现代中西医结合杂志,2006,15(10):1293-1294,1299.

(收稿日期:2014-05-26)

(本文编辑:李银平)

## • 消息 •

## 欢迎订阅 欢迎投稿

### 国家级杂志《中国中西医结合急救杂志》

#### 中文核心期刊 中国科技论文统计源期刊 影响因子排第一

《中国中西医结合急救杂志》系中国中西医结合学会主办的全国性科技期刊(为中国中西医结合学会系列杂志之一,由《中西医结合实用临床急救》杂志更名),是我国中西医结合急救医学界权威性学术期刊,已进入国内外多家权威性检索系统。本刊为双月刊,112 页,国际通用 16 开大版本,80 克双胶纸印刷。欢迎广大读者到当地邮局办理 2015 年的订阅手续,邮发代号:6-93,定价:每期 26 元,全年 156 元。订阅本刊的读者如果遇有本刊装订错误,请将刊物寄回编辑部调换,我们将负责免费邮寄新刊。2014 年以前的合订本和单行本请在杂志社发行部电话订购:022-23197150。地址:天津市和平区睦南道 122 号;邮编:300050。

《中国中西医结合急救杂志》已经进入美国《化学文摘》(CA)、俄罗斯《文摘杂志》(AJ)、WHO 西太平洋地区医学索引(WPRIM)、美国《乌利希期刊指南》(UPD)、中国期刊网、中国知网(CNKI)、万方数据网络系统(China Info)、万方医学网、em120.com 危重病急救在线以及国家中医药管理局中国传统医药信息网(<http://www.Medicine China.com>)。投本刊论文作者需对本刊以上述方式使用论文无异议,并由全部作者亲笔在版权转让协议和校稿上签字同意。稿酬已在本刊付酬时一次付清,不同意者论文可不投本刊。

《中国中西医结合急救杂志》开设有述评、专家论坛、标准与规范、论著、综述、短篇论著、病例报告、经验交流、循证医学、理论探讨、方法介绍、名医精粹、人物介绍、临床病例(病理)讨论、科研新闻速递、讲座、中医治则、中医方剂、中医针灸、消息、会议纪要、读者·作者·编者等栏目,欢迎广大作者踊跃投稿。同时,本刊倡导学术争鸣,对所投稿件将予以重视,优先考虑。

本刊已加入万方数据独家合作体系,本刊 2009 年以后的杂志在中国知网上无法查询,请登陆万方数据(<http://www.wanfangdata.com.cn>)或万方医学网(<http://med.wanfangdata.com.cn>)查询或下载。本刊有电子中文杂志,网址为 <http://www.cccm-em120.com>,可在线阅读本刊各年度的期刊文章,并可下载。

(本刊编辑部)