

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.02.011

保金立甦汤联合纤维支气管镜肺泡灌洗治疗重症肺炎 30 例临床观察

陈立^{1,2}, 李兰^{2*}, 陈伯钧³, 邹素昭²

(1. 广州中医药大学, 广东省广州市机场路 12 号, 510405; 2. 贵阳中医学院第一附属医院; 3. 广东省中医院大学城医院)

摘要 目的 观察保金立甦汤联合纤维支气管镜肺泡灌洗治疗重症肺炎患者的临床疗效。方法 将 90 例重症肺炎患者随机分为治疗 1 组、治疗 2 组、对照组, 每组 30 例。各组均予西医常规治疗, 在此基础上治疗 1 组予保金立甦汤口服或鼻饲联合纤维支气管镜肺泡灌洗; 治疗 2 组予等量温水口服或鼻饲联合纤维支气管镜肺泡灌洗; 对照组予等量温水口服或鼻饲, 7 天为 1 个疗程, 连续治疗 14 天。记录 3 组患者治疗期间总的机械通气时间、ICU 住院日, 比较各组患者临床疗效, 并于治疗前及治疗 7、14 天末进行中医证候学评分、急性生理与慢性健康 (APACHE) II 评分、临床肺部感染 (CPIS) 评分, 并检测血清肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素 6 (IL-6) 水平。结果 治疗 1 组及治疗 2 组机械通气时间、ICU 住院日均明显短于对照组, 且治疗 1 组缩短时间较治疗 2 组更为显著 ($P < 0.05$)。治疗 7、14 天治疗 1 组及治疗 2 组中医证候学、APACHE II、CPIS 评分及 TNF- α 、IL-6 水平均明显低于对照组, 且治疗 1 组较治疗 2 组各指标改善更为显著 ($P < 0.05$)。治疗 1 组总有效率为 90.0%, 治疗 2 组为 76.6%, 对照组为 63.3%, 治疗 1 组临床疗效明显优于治疗 2 组及对照组 ($P < 0.05$)。结论 保金立甦汤联合纤维支气管镜肺泡灌洗治疗重症肺炎可有效改善患者临床症状, 并可抑制炎症反应、控制感染、缩短机械通气时间。

关键词 重症肺炎; 保金立甦汤; 纤维支气管镜肺泡灌洗; 炎症因子; 临床肺部感染评分

重症肺炎具有病情危重、进展速度快等特点, 尽早地抗感染是其治疗关键。近年来虽然抗生素研究、器官功能支持技术等飞速发展, 但随着人口的老齡化、免疫受损宿主的增加、细菌耐药性日益严重等, 重症肺炎的发病率、病死率仍呈上升趋势, 治疗仍较为困难, 预后较差^[1]。因此, 找到抗感染以外的能有效控制重症肺炎病情、降低病死率、改善预后的辅助治疗手段成为近年来重症医学领域工作者关注的热点。中医药因其具有整体论治、多方面并治等优势越来越多地应用于重症肺炎的治疗, 并已取得一定的疗效^[2-3]。本研究观察保金立甦汤联合纤维支气管镜肺泡灌洗对重症肺炎患者的临床疗效, 并探讨其可能机制。现报告如下。本研究经贵阳中医学院第一附属医院伦理委员会批准 (批准号: K2014-003)。

基金项目: 国家中医药管理局中医应用基础研究课题 (zyjc20150321); 贵州省科技合作计划 (黔科合 LH 字 [2015] 7283 号); 贵州省中医药管理局中医药、民族医药科学技术研究专项 (QZYY-2014-012)

* 通讯作者: yunlanglee@163.com, (0851) 85639421

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照 2007 年美国胸科协会及美国感染病协会制定的重症肺炎诊断标准^[4]。

中医诊断标准参照《中医急重症学》^[5]中重症肺炎极期痰热壅肺诊断标准: 临床表现为高热, 汗出, 咳嗽, 喉中痰鸣, 痰黏或黄或带血, 胸痛, 气粗而喘, 口渴烦躁, 小便黄赤, 大便干燥。舌红苔黄腻, 脉弦滑数。

1.2 纳入标准

符合以上诊断标准并辨证为重症肺炎极期痰热壅肺证; 年龄 18 ~ 85 岁; 急性生理与慢性健康 (APACHE) II 评分^[6] ≥ 10 分, 且 ≤ 30 分。

1.3 排除标准

由肺部肿瘤、肺结核引起的肺部感染者, 或其他非感染性肺炎者; 妊娠或哺乳期妇女; 对本研究所用药物过敏者。

1.4 一般资料

选取 2015 年 1 月至 2016 年 12 月贵阳中医学

院第一附属医院重症监护病房 (ICU) 收治的重症肺炎患者 90 例, 按照随机数字表法分为保金立甦汤口服联合纤维支气管镜肺泡灌洗组 (治疗 1 组)、温水口服联合纤维支气管镜肺泡灌洗组 (治疗 2 组)、温水口服组 (对照组), 每组 30 例。治疗 1 组中男 13 例, 女 17 例; 年龄 43 ~ 80 岁, 平均 (62.66 ± 10.74) 岁; 社区获得性肺炎 (CAP) 患者 11 例, 医院获得性肺炎 (HAP) 患者 19 例。治疗 2 组中男 11 例, 女 19 例; 年龄 53 ~ 76 岁, 平均 (66.43 ± 6.12) 岁; CAP 患者 10 例, HAP 患者 20 例。对照组中男 16 例, 女 14 例; 年龄 48 ~ 80 岁, 平均 (63.90 ± 10.09) 岁; CAP 患者 13 例, HAP 患者 17 例。各组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

各组患者入院后均根据病情的需要予抗感染、机械通气、器官功能支持、防治多器官功能障碍综合征 (MODS) 等西医常规治疗。

治疗 1 组: 在西医常规治疗基础上给予保金立甦汤 (组成: 海浮石 20 g, 蜜麻黄 10 g, 葶苈子 20 g, 冬凌草 20 g, 葶草 20 g, 紫菀 20 g, 百部 20 g, 桔梗 10 g, 川芎 10 g) 加减。药物均取自贵阳中医学院第一附属医院中药房并代煎至 300 ml, 每日 1 剂, 分 3 次 (8: 00、12: 00、18: 00) 口服或鼻饲, 连续治疗 14 天。同时分别于治疗前、治疗 7 天、治疗 14 天末进行纤维支气管镜肺泡灌洗。具体操作: 操作前给予高浓度吸氧, 酌情给予镇静, 利多卡因局部麻醉, 纤维支气管镜经鼻或人工气道进至病变处, 清除气道内分泌物, 以 37℃ 生理盐水反复进行冲洗、吸引, 每次 10 ~ 20 ml, 直至冲洗液不浑浊, 退出纤维支气管镜, 总量 100 ~ 200 ml, 灌洗时间 10 ~ 20 min。操作过程中严密观察患者血氧饱和度 (SpO_2)、血压、心率等情况, $SpO_2 < 85\%$ 时暂停灌洗治疗, 待 $SpO_2 > 90\%$ 后继续操作。

治疗 2 组: 在西医常规治疗基础上每日给予温水 300 ml, 分 3 次 (8: 00、12: 00、18: 00) 口服或鼻饲, 连续治疗 14 天; 分别于治疗前、治疗 7 天、治疗 14 天进行纤维支气管镜肺泡灌洗, 灌洗方法同治疗 1 组。

对照组: 在西医常规治疗基础上每日给予温水 300 ml, 服法同治疗 2 组。

2.2 观察指标和方法

记录 3 组患者治疗期间总的机械通气时间、ICU 住院日。于治疗前及治疗 7、14 天评估患者中医证候学评分^[4]、APACHE II 评分^[5]、临床肺感染 (CPIS) 评分^[6]; 静脉采血 3 ml, 以 3000 r/min 离心 8 min, 分离血清, -80℃ 保存, 采用酶联免疫吸附试验 (ELISA) 检测患者肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素 6 (IL-6) 水平, 试剂盒 (批号: E1060-4506-4, E1720-4506-4) 购于云南杰美科技有限公司。

2.3 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[7] 制定。治愈: 症状消失, 体温正常, 肺部湿啰音消失, X 线复查肺部病灶吸收, 血象恢复正常; 好转: 症状减轻, 肺部湿啰音减少, X 线复查肺部病灶未完全吸收; 无效: 症状及体征均无改善, 或恶化。

2.4 统计学方法

使用 SPSS 16.0 统计软件进行分析, 计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 多组间比较采用方差分析, 组间两两比较采用 SNK- q 检验; 分类计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 各组患者机械通气时间、ICU 住院日比较

表 1 示, 与对照组比较, 治疗 1 组和治疗 2 组患者机械通气时间、ICU 住院日均明显缩短 ($P < 0.05$), 且治疗 1 组缩短时间更为显著 ($P < 0.05$)。

表 1 各组重症肺炎患者机械通气时间、ICU 住院日比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	机械通气时间 (h)	ICU 住院日 (d)
治疗 1 组	30	75.70 ± 10.71 ^{*△}	16.93 ± 2.32 ^{*△}
治疗 2 组	30	98.97 ± 10.46 [*]	19.23 ± 3.79 [*]
对照组	30	111.07 ± 15.87	22.50 ± 4.08

注: 与对照组比较, $*$ $P < 0.05$; 与治疗 2 组比较, $\Delta P < 0.05$

3.2 各组患者中医证候学、APACHE II、CPIS 评分比较

表 2 示, 各组治疗前中医证候学、APACHE II、CPIS 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。与治疗前比较, 各组治疗 7、14 天中医证候学、APACHE II、CPIS 评分均明显降低 ($P < 0.05$); 与对照组同时间点比较, 治疗 1 组、治疗 2 组各评分降低, 且治疗 1 组降低程度较治疗 2 组更为显著 ($P < 0.05$)。

表 2 各组重症肺炎患者治疗前后不同时间中医证候学、APACHE II、CPIS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	中医证候学评分	APACHE II 评分	CPIS 评分
治疗 1 组	治疗前	30	20.73 $\pm$ 4.27	24.23 $\pm$ 4.73	6.50 $\pm$ 2.39
	治疗 7 天	30	10.87 $\pm$ 3.01 ^{*△▲}	16.80 $\pm$ 4.28 ^{*△▲}	3.57 $\pm$ 1.55 ^{*△▲}
	治疗 14 天	30	5.97 $\pm$ 2.81 ^{*△▲}	12.73 $\pm$ 4.35 ^{*△▲}	2.43 $\pm$ 1.28 ^{*△▲}
治疗 2 组	治疗前	30	19.60 $\pm$ 3.55	23.86 $\pm$ 4.21	6.33 $\pm$ 1.99
	治疗 7 天	30	13.33 $\pm$ 3.25 ^{*△}	19.03 $\pm$ 4.24 ^{*△}	4.63 $\pm$ 1.92 ^{*△}
	治疗 14 天	30	8.30 $\pm$ 2.90 ^{*△}	15.57 $\pm$ 4.48 ^{*△}	3.63 $\pm$ 1.83 ^{*△}
对照组	治疗前	30	20.13 $\pm$ 2.93	23.53 $\pm$ 4.00	6.57 $\pm$ 2.25
	治疗 7 天	30	16.10 $\pm$ 2.89 [*]	21.27 $\pm$ 4.07 [*]	5.97 $\pm$ 2.41 [*]
	治疗 14 天	30	9.93 $\pm$ 1.98 [*]	18.17 $\pm$ 3.18 [*]	4.50 $\pm$ 1.96 [*]

注: APACHE, 急性生理与慢性健康; CPIS, 临床肺部感染; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组同时间比较, $\Delta P < 0.05$; 与治疗 2 组同时间比较, $\blacktriangle P < 0.05$

3.3 各组患者血清 TNF- α 、IL-6 比较

表 3 示, 治疗前 3 组患者血清 TNF- α 、IL-6 水平比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。与治疗前比较, 各组治疗 7、14 天血清 TNF- α 、IL-6 水平均明显降低 ($P < 0.05$)。与对照组同时间点比较, 治疗 1 组、治疗 2 组各指标水平降低, 且治疗 1 组降低程度较治疗 2 组更为显著 ($P < 0.05$)。

表 3 各组重症肺炎患者治疗前后不同时间血清 TNF- α 、IL-6 水平比较 (mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	TNF- α	IL-6
治疗 1 组	治疗前	30	49.95 $\pm$ 11.13	70.02 $\pm$ 15.21
	治疗 7 天	30	34.49 $\pm$ 10.47 ^{*△▲}	32.34 $\pm$ 12.98 ^{*△▲}
	治疗 14 天	30	20.64 $\pm$ 9.90 ^{*△▲}	22.55 $\pm$ 12.86 ^{*△▲}
治疗 2 组	治疗前	30	52.69 $\pm$ 12.47	73.51 $\pm$ 16.83
	治疗 7 天	30	41.00 $\pm$ 10.20 ^{*△}	39.49 $\pm$ 12.49 ^{*△}
	治疗 14 天	30	28.11 $\pm$ 10.40 ^{*△}	31.50 $\pm$ 13.37 ^{*△}
对照组	治疗前	30	51.87 $\pm$ 12.72	74.59 $\pm$ 18.24
	治疗 7 天	30	46.62 $\pm$ 12.04 [*]	47.40 $\pm$ 13.33 [*]
	治疗 14 天	30	36.78 $\pm$ 11.84 [*]	39.20 $\pm$ 14.38 [*]

注: TNF- α , 肿瘤坏死因子 α ; IL-6, 白细胞介素 6; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组同时间比较, $\Delta P < 0.05$; 与治疗 2 组同时间比较, $\blacktriangle P < 0.05$

3.4 各组患者临床疗效比较

治疗 1 组治愈 11 例, 好转 16 例, 无效 3 例, 总有效率 90.0%; 治疗 2 组治愈 5 例, 好转 18 例, 无效 7 例, 总有效率 76.6%; 对照组治愈 2 例, 好转 17 例, 无效 11 例, 总有效率 63.3%。2 个治疗组临床疗效均优于对照组 ($P < 0.05$), 且治疗 1 组临床疗效优于治疗 2 组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

近年来, 炎症反应在重症肺炎发病、发展、治疗中的作用越来越受到重视。病原体入侵肺部, 释放毒素, 诱导 TNF- α 、IL-6 等炎症因子释放, 促炎

介质与抗炎介质失衡, 引起机体免疫反应, 产生级联效应, 引起全身炎症反应综合征 (SIRS), 最终导致 MODS^[1]。既往研究表明, 保金立甦汤能降低重症肺炎患者降钙素原 (PCT)、超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 水平, 抑制炎症反应^[1]。本研究结果显示, 两个治疗组患者血清 TNF- α 、IL-6 水平较对照组均明显降低, 且治疗 1 组更为显著, 说明保金立甦汤联合纤维支气管镜肺泡灌洗能有效地降低体内炎症因子, 抑制炎症反应, 促进促炎介质与抗炎介质的平衡, 阻止病情向 MODS 进展。

CPIS 评分综合了临床、影像学 and 微生物学等方面的指标, 能客观反映肺部的感染情况。本研究结果显示, 相比于对照组, 两个治疗组均能明显降低重症肺炎患者 CPIS 评分, 且治疗 1 组更为显著, 说明保金立甦汤联合纤维支气管镜肺泡灌洗能提高抗感染疗效。分析其机制可能有以下几个方面: 首先, 保金立甦汤方中如蜜麻黄、冬凌草等多味中药均具有直接抗病原微生物的作用^[12-13]; 其次, 痰液中含有大量的致病微生物, 痰液排出不畅, 气道受阻, 气道炎症反应加剧, 纤维支气管镜肺泡灌洗能直接清除气道分泌物, 促进患者排痰, 有效畅通气道, 清除细菌、毒素, 减轻炎症因子对肺组织的损伤, 有利于感染的控制和肺泡组织的修复^[14]; 再次, 保金立甦汤方中海浮石、桔梗等中药均具有化痰、促进痰液排除的作用^[15]。APACHE II 评分广泛应用于临床, 用于评估重症患者病情严重程度、预后及病死率^[16-17]。中医证候学评分根据重症肺炎痰热壅肺证的主要临床表现进行评分, 能客观反映患者临床症状的变化。本研究结果显示, 治疗 2 组 APACHE II 评分、中医证候学评分均明显低于治疗前及同时间点的对照组和治疗 1 组, 提示保金立甦汤联合纤维支气管镜肺泡灌洗在改善重症肺炎

患者临床症状、病情危重程度及预后方面有好的效果。

中医学认为,肺为“娇脏”“华盖”,为贮痰之器,不耐寒热,外邪侵入首先犯肺,影响肺脏功能。临床重症肺炎患者以痰热壅肺证多见,故既往临床常用麻杏石甘汤、定喘汤等治疗,多着重于驱邪,清除痰热,对于调理肺气功能方面往往欠重视。而肺主宣发肃降,宣发与肃降协调,则呼吸调匀,故调理肺气在重症肺炎的治疗中当与驱邪并重,方能获得良效。重症肺炎痰热壅肺证若予以宣肺理气、清热化痰,可阻断邪气的传变,防止病情的加重和恶化。在此理论基础之上,我们确立了理气平喘、清热化痰为法,以保金立甦汤加减治疗。方中以海浮石清肺热、降痰浊,蜜麻黄宣肺气,一宣一降,共为君药;葶苈子性寒清热,降气化痰,桔梗宣肺祛痰利气,两药共助君药恢复肺宣发肃降功能,并发挥祛痰之功为臣药;冬凌草、葶草苦寒,清热解毒、化痰散结,紫菀、百部甘润苦降,止咳化痰、降逆平喘,四药共为佐药;川芎活血行气,血行气顺,痰浊自消为使药。全方共奏理气平喘、清热化痰之功。

综上,保金立甦汤联合纤维支气管镜肺泡灌洗能改善重症肺炎患者临床症状,降低血清 TNF- α 和 IL-6 水平,缩短患者机械通气时间、ICU 住院日,提高重症肺炎患者的临床疗效。其机制可能与有效促进痰液的排除,畅通气道,控制感染,清除炎性介质,控制炎症反应等因素相关。但因为本研究资料有限,具体机制还有待进一步深入研究。

参考文献

- [1] QI F, LIANG ZX, SHE DY, et al. A clinical study on the effects and mechanism of xuebijing injection in severe pneumonia patients [J]. J Trad Chin Med, 2011, 31(1): 46-49.
- [2] 白云苹,王海峰,王明航,等. 中药复方针剂血必净注射液辅助治疗重症肺炎随机对照试验的系统评价 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(5): 257-262.
- [3] 陈华尧,吴同后,王克俭,等. 通腑法治疗重症肺炎实热证的临床研究 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(5): 279-282.
- [4] LIONEL AM, RICHARD GW, ANTONIO A, et al. Infectious diseases society of america/american thoracic society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults [J]. Clin Infect Dis, 2007, 44(Suppl2): S27-S72.
- [5] 刘清泉,张晓云,石建华,等. 中医急重症学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2012: 107-110.
- [6] KNAUS WA, DRAPER EA, WAGNER DP, et al. APACHE II: a severity of disease classification system [J]. Crit Care Med, 1985, 13(10): 818-829.
- [7] 王华伟. 痰清宁Ⅱ号治疗重症肺炎疗效及与 WBC、hs-CRP 水平的相关性研究 [D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2012.
- [8] PUGIN J, AUCTIONTHALER R, MILI N, et al. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia by bacteriologic analysis of bronchoscopic and nonbronchoscopic 'blind' bronchoalveolar lavage fluid [J]. Am Rev Respir Dis, 1991, 143(5 Pt 1): 1121-1129.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 286-287.
- [10] 刘德智,周霞,高尚兰. 清肺承气汤辅助治疗重症肺炎痰热壅肺证临床分析 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(8): 191-195.
- [11] 邹素昭,李兰,陈立,等. 保金立甦汤对重症肺炎患者血清 PCT、hs-CRP 水平的影响 [J]. 陕西中医, 2016, 37(6): 652-654.
- [12] 孟翔宇,皮子凤,宋凤瑞,等. 麻黄甘草药对配伍前后主要药效成分及抗炎活性的变化 [J]. 应用化学, 2009, 26(7): 801-806.
- [13] 李高申,张伟,彭涛,等. 冬凌草抗菌活性成分研究 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2014, 16(3): 610-613.
- [14] 唐先锋,李党育,龙成凤. 纤支镜灌洗治疗 40 例重症肺部感染的临床分析 [J]. 现代预防医学, 2012, 39(1): 212-215.
- [15] 高学敏,张廷模,张俊荣,等. 中药学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 365-366.
- [16] 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.
- [17] 连永红,梁瑞静,刘艳红. B 型钠尿肽前体联合急性生理和慢性健康状况评分 II 在老年重症肺炎患者预后中的意义 [J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(22): 5572-5574.

Clinical Observation on 30 Cases of Severe Pneumonia Treated with *Baojin Lisu Decoction* (保金立甦汤) Combined with Fiberoptic Bronchoscopy Bronchoalveolar Lavage

CHEN Li^{1,2}, LI Lan², CHEN Bojun³, ZOU Suzhao²

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405; 2. First Affiliated Hospital of Guiyang College of Traditional Chinese Medicine; 3. Campus City Branch of Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy of *Baojin Lisu Decoction* (保金立甦汤) combined with fiberoptic bronchoscopy bronchoalveolar lavage in the treatment of severe pneumonia. **Methods** A total of ninety patients with severe pneumonia were randomly divided into treatment group 1, treatment group 2 and control group, with 30 cases in each group. Each group was given routine therapy of western medicine treatment. Additionally, treatment group 1 was given *Baojin Lisu Decoction* orally or through nasal feeding combined with fiberoptic bronchoscopy bronchoalveolar lavage; treatment group 2 was given the same amount of warm water orally or through nasal feeding combined with fiberoptic bronchoscopy bronchoalveolar lavage; the control group was given the same amount of warm water orally or through nasal feeding. All the patients were treated for 14 consecutive days with 7 days as a course. The total mechanical ventilation time and days of ICU hospitalization of the three groups were recorded, and the clinical efficacy of all groups was compared. The traditional Chinese medicine syndrome score, acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE II) score, clinical pulmonary infection score (CPIS), and serum levels of TNF- α and IL-6 were measured before treatment and 7 and 14 days after treatment. **Results** The total mechanical ventilation time and days of ICU hospitalization in treatment group 1 and treatment group 2 were significantly shorter than those in the control group, and those in treatment group 1 was shorter than those in treatment group 2 ($P < 0.05$). The scores of TCM syndromes, APACHE II, and CPIS, and TNF- α and IL-6 levels in the treatment group 1 and 2 were significantly lower than those in the control group after 7 and 14 days treatment, and the improvement of each index in the treatment group 1 was more significant than that in the treatment group 2 ($P < 0.05$). The total effective rate was 90.0% in treatment group 1, 76.6% in treatment group 2 and 63.3% in control group respectively. The clinical effect of treatment group 1 was better than that of both treatment group 2 and control group ($P < 0.05$). **Conclusion** *Baojin Lisu Decoction* combined with fiberoptic bronchoscopy bronchoalveolar lavage in the treatment of severe pneumonia can effectively improve the clinical symptoms of patients, and can inhibit inflammation, control infection, shorten mechanical ventilation time.

Keywords severe pneumonia; *Baojin Lisu Decoction*; fiberoptic bronchoscopy bronchoalveolar lavage; inflammatory factors; clinical pulmonary infection score

(收稿日期: 2018-07-06; 修回日期: 2018-09-29)

编辑: 崔京艳

2019 年特色医疗分会暨聚医杰学术活动安排

中国民间中医药研究开发协会特色医疗分会、北京聚医杰医药科学研究院 2019 年学术活动安排通知如下, 欢迎各级中医药人员适时报名参会。

1. 第 40 次全国特色医疗名医学术交流暨老年病脾胃病论坛, 时间: 3 月 25 日—29 日 (24 日报到); 地点: 广东省深圳市; 规模 60 人;
2. 第 41 次全国特色医疗名医学术交流暨风湿骨病论坛, 时间: 4 月 24 日—27 日 (23 日报到); 地点: 浙江省宁波市; 规模 60 人;
3. 第 42 次全国特色医疗名医学术交流暨经方运用论坛, 时间: 6 月 11 日—14 日 (10 日报到); 地点: 陕西省西安市; 规模 60 人;
4. 第 43 次全国特色医疗名医学术交流暨肿瘤肾病论坛, 时间: 8 月 7 日—10 日 (6 日报到); 地点: 江西省庐山市; 规模 60 人;
5. 第七届全国中医疑难病学术研讨会暨当归黄芪论坛, 时间: 9 月 24 日—27 日 (23 日报到); 地点: 湖南省张家界市; 规模 80 人;
6. 第十三届全国中医百佳名医暨民间中医论坛 (2019 年聚医杰学术年会), 时间: 11 月 11 日—14 日 (10 日报到); 地点: 湖北省武汉市; 规模 150 人;
7. 第 44 次全国特色医疗名医学术交流暨不孕不育论坛, 时间: 12 月 24 日—28 日 (23 日报到); 地点: 海南省海口市; 规模 50 人。

以上学术会议请在召开日期前, 提前 15 天联系报名并邮寄交流论文 (无论文者也可以报名参会), 报名联系电话: 010-83210238、18511329528、18500577884。报名材料 (交流论文、个人登记像片 4 张、个人技术简介等) 寄北京 100036-98 信箱叶续宗收, 邮编 100036, 或加微信 j570405。