

蓝芩口服液联合左氧氟沙星序贯治疗社区获得性肺炎的临床研究

洪 亮, 刘 敏, 骆 灵

铜陵市人民医院 急诊内科, 安徽 铜陵 244000

摘 要: **目的** 探究蓝芩口服液联合左氧氟沙星序贯疗法治疗社区获得性肺炎患者的临床疗效。**方法** 回顾性分析铜陵市人民医院 2022 年 1 月—2025 年 7 月收治的 100 例社区获得性肺炎患者的临床资料, 根据治疗方案的不同分为对照组和治疗组, 其中对照组 49 例, 治疗组 51 例。对照组采用左氧氟沙星序贯治疗方案, 给予左氧氟沙星注射液静脉滴注, 每次剂量为 0.5 g, 每日 1 次, 连续静脉滴注 3 d; 待患者体温恢复正常、临床症状明显缓解后, 转为口服盐酸左氧氟沙星片, 每次 0.2 g, 每日 2 次。治疗组在对照组治疗方案的基础上联合口服蓝芩口服液, 每次 20 mL, 每日 3 次。两组连续治疗 14 d。观察两组患者的临床治疗效果、症状消失时间, 比较实验室检测指标 (血常规、炎症标志物指标)、肺部影像学表现。**结果** 治疗组的总有效率是 96.08% 显著高于对照组的 81.63%, ($P < 0.05$)。治疗后, 治疗组发热、咳嗽、胸闷、喘息及胸痛消失时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组白细胞计数 (WBC)、中性粒细胞比例 (NEUT%) 均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$); 且治疗后, 治疗组 WBC、NEUT% 水平均显著低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者 C 反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT)、血清淀粉样蛋白 A (SAA)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 水平均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$); 治疗后, 治疗组 CRP、PCT、SAA、TNF- α 、IL-6 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 治疗组肺部炎症总吸收率 (90.20%) 显著高于对照组 (73.47%), 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 蓝芩口服液联合左氧氟沙星序贯疗法治疗社区获得性肺炎临床治疗效果得到明显提升, 加快患者临床症状缓解及肺部炎症吸收, 值得临床推广应用。**关键词:** 蓝芩口服液; 左氧氟沙星注射液; 盐酸左氧氟沙星片; 序贯治疗; 社区获得性肺炎; 白细胞计数; 中性粒细胞比例; C 反应蛋白; 降钙素原; 淀粉样蛋白 A; 肿瘤坏死因子- α ; 白细胞介素-6

中图分类号: R974

文献标志码: A

文章编号: 1674-5515(2026)08-2299-07

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2026.08.016

Clinical study of Lanqin Oral Liquid combined with levofloxacin sequential therapy in treatment of community acquired pneumonia

HONG Liang, LIU Min, LUO Ling

Department of Emergency, Tongling People's Hospital, Tongling 244000, China

Abstract: Objective To investigate the clinical efficacy of Lanqin Oral Liquid combined with levofloxacin sequential therapy in treatment of community acquired pneumonia. **Methods** A retrospective analysis was conducted on the clinical data of 100 patients with community acquired pneumonia admitted to Tongling People's Hospital from January 2022 to July 2025. These patients were divided into control group and treatment group based on different treatment plans, there were 49 cases in control group and 51 cases in treatment group. The control group received the sequential treatment regimen of levofloxacin, with Levofloxacin Injection administered by intravenous drip, at a dose of 0.5 g each time, once daily, for a continuous 3 d intravenous infusion. Once the patients' body temperature returned to normal and the clinical symptoms significantly improved, the treatment was switched to oral Levofloxacin Hydrochloride Tablets, at a dose of 0.2 g each time, twice daily. The treatment group, in addition to the treatment regimen of control group, also took oral Lanqin Oral Liquid, 20 mL each time, three times daily. Both groups received continuous treatment for 14 d. The clinical treatment effects and symptom disappearance times of two groups were observed, and the laboratory test indicators (blood routine, inflammatory marker indicators) and pulmonary imaging manifestations were compared. **Results** The total effective rate of treatment group was 96.08%, significantly higher than that of control group (81.63%) ($P < 0.05$). After treatment, the disappearance time of fever, expectoration, chest tightness, wheezing and chest pain in treatment group was shorter than that in control group ($P <$

收稿日期: 2026-04-23

基金项目: 安徽省自然科学基金项目 (2308085MH251)

作者简介: 洪 亮, 研究方向是感染性休克的治疗。E-mail: 13339126335@163.com

0.05)。After treatment, the white blood cell count (WBC) and the proportion of neutrophils (NEUT%) in both groups decreased significantly compared with those before treatment ($P < 0.05$). After treatment, the WBC and NEUT% levels in treatment group were significantly lower than those in control group, and differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the levels of C-reactive protein (CRP), procalcitonin (PCT), serum amyloid A (SAA), tumor necrosis factor- α (TNF- α), and interleukin-6 (IL-6) in both groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$). After treatment, the levels of CRP, PCT, SAA, TNF- α , and IL-6 in treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the total absorption rate of pulmonary inflammation in treatment group (90.20%) was significantly higher than that in control group (73.47%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Lanqin Oral Liquid combined with levofloxacin sequential therapy in treatment of community acquired pneumonia can significantly improve clinical efficacy, accelerate symptom resolution and pulmonary inflammation absorption, which is warranting clinical promotion and application.

Key words: Lanqin Oral Liquid; Levofloxacin Injection; Levofloxacin Hydrochloride Tablets; sequential therapy; community acquired pneumonia; WBC; NEUT%; CRP; PCT; SAA; TNF- α ; IL-6

社区获得性肺炎是指在医院外部环境中罹患的感染性肺实质炎症,同时涵盖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类型,是全球范围内发病率较高的感染性疾病之一^[1]。社区获得性肺炎的发病机制与病原体感染、宿主免疫功能状态及外界环境因素密切相关,其核心病理改变为肺实质的炎症反应,主要表现为肺泡充血、水肿、渗出,伴随炎症细胞浸润,进而影响肺部的通气与换气功能,病情严重时可进展为呼吸衰竭,危及患者生命^[2]。该疾病的病原体构成较为复杂,受地域、季节变化、人群免疫状态等多种因素影响,常见的病原体包括细菌、病毒、支原体、衣原体等。其中,肺炎链球菌是临床最常见的细菌病原体,流感病毒、呼吸道合胞病毒则是常见的病毒病原体,而支原体、衣原体感染在青少年及青壮年人群中更为多发^[3]。近年来,随着抗菌药物的不合理使用甚至滥用,耐药病原体的发生率逐年上升,给社区获得性肺炎的临床治疗带来了较大挑战,因此,探寻高效、安全的治疗方案已成为当前临床研究的重点方向。左氧氟沙星作为第 3 代喹诺酮类抗菌药物,具有广谱抗菌活性,对社区获得性肺炎常见致病菌(如肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、支原体、衣原体等)均具有较强的抑制作用^[4]。序贯治疗(即静脉滴注转为口服给药)模式,能够在保证治疗疗效的前提下,减少静脉用药带来的不良反应,缩短患者住院时间,降低医疗费用。蓝芩口服液是临床常用的中药制剂,其主要组分包括板蓝根、黄芩、栀子、黄柏、胖大海,具有清热解毒、利咽消肿的功效^[5],与抗菌药物联合使用时能够发挥协同增效作用,进一步提升治疗效果。本研究全面收集患者各项基线资料与临床数据,深入探讨蓝芩口服液联合左氧氟沙

星序贯治疗社区获得性肺炎的临床效果,系统分析该联合方案对患者炎症水平、病原菌清除的影响,为临床规范化治疗社区获得性肺炎提供更全面、可靠的临床依据。

1 资料与方法

1.1 基线资料

回顾性分析铜陵市人民医院 2022 年 1 月—2025 年 7 月收治的 100 例社区获得性肺炎患者的临床资料,男性 53 例,女性 47 例;年龄 18~80 岁,平均年龄(56.83 ± 11.92)岁;病程 10~72 h,平均病程(38.02 ± 10.64)h;临床表现:发热 79 例,咳嗽 91 例,咳痰 81 例,胸闷 53 例,喘息 29 例,胸痛 17 例;吸烟史:有吸烟史 37 例,无吸烟史 63 例;CURB-65 评分:0 分 23 例,1 分 47 例,2 分 23 例,3 分 7 例;实验室基线指标:白细胞计数(WBC)(11.71 ± 2.48) $\times 10^9/L$ 、中性粒细胞比例(NEUT%)(78.20 ± 6.35)%、C 反应蛋白(CRP)(65.02 ± 18.96)mg/L、降钙素原(PCT)(1.72 ± 0.76)ng/mL。本研究经过铜陵市人民医院医学伦理委员会审批(20250021)。

1.2 诊断标准

所有患者均符合《成人社区获得性肺炎基层诊疗指南(2018 版)》中社区获得性肺炎的诊断标准^[6]。具体包括:(1)发病场所为社区;(2)患者需满足以下肺炎相关表现:①咳嗽、咳痰于近期出现,或原有呼吸道疾病症状较前加重,部分患者可出现脓痰、胸痛、呼吸困难及咯血等伴随症状;②有发热体征;③肺部听诊可发现实变体征和(或)湿性啰音;④外周血白细胞总数异常升高($>10 \times 10^9/L$)或降低($<4 \times 10^9/L$),部分病例可见细胞核左移;⑤胸部 X 线或 CT 检查显示新出现的斑片状浸润性

病灶、叶段实变灶、磨玻璃影或间质性病变，可伴或不伴胸腔积液形成。

1.3 纳入和排除标准

纳入标准：①年龄 18~80 岁，性别不限；②发病时间≤72 h，未接受过规范抗菌治疗；③CURB-65 评分在 0~3 分，无需机械通气及血管活性药物支持治疗；④肝肾功能、电解质水平基本正常，无研究相关药物过敏史；⑤患者均知情同意。

排除标准：①属于医院获得性肺炎（入院 48 h 后发病）；②合并严重肝肾功能不全、心力衰竭、呼吸衰竭、感染性休克等严重并发症；③合并免疫缺陷疾病（如艾滋病、长期使用免疫抑制剂等）；④合并其他部位的严重感染；⑤处于妊娠或哺乳期的女性；⑥近 1 个月内使用过其他抗菌药物或免疫调节剂；⑦病情进展迅速，需转入 ICU 进行强化治疗者。

1.4 分组和治疗方法

根据治疗方案的不同分为对照组和治疗组，其中对照组 49 例，治疗组 51 例。对照组男性 26 例，女性 23 例；年龄 18~78 岁，平均年龄（56.58±12.13）岁；病程 12~72 h，平均病程（38.38±10.23）h；临床表现：发热 39 例、咳嗽 46 例、咳痰 40 例、胸闷 26 例、喘息 15 例、胸痛 8 例；吸烟史：有吸烟史 19 例，无吸烟史 30 例；CURB-65 评分：0 分 12 例、1 分 23 例、2 分 11 例、3 分 3 例。治疗组男性 27 例，女性 24 例；年龄 19~79 岁，平均年龄（57.08±11.71）岁；病程 10~72 h，平均病程（37.66±11.05）h；临床表现：发热 40 例、咳嗽 45 例、咳痰 41 例、胸闷 27 例、喘息 14 例、胸痛 9 例；吸烟史：有吸烟史 18 例，无吸烟史 33 例；CURB-65 评分：0 分 11 例、1 分 24 例、2 分 12 例、3 分 4 例。比较两组患者的基线资料，包括性别、年龄、病程、临床表现、吸烟史及 CURB-65 评分，差异均未达到统计学显著水平，提示两组之间具有较好的可比性。

两组患者均接受基础对症治疗，维持水电解质平衡、营养支持等，同时指导患者卧床休息、清淡饮食、戒烟戒酒，避免接触诱发病情加重的因素。对照组采用左氧氟沙星序贯治疗方案，给予左氧氟沙星注射液（山东华鲁制药有限公司，生产批号 210103、220813、230504，规格 20 mL:0.5 g）静脉滴注，每次剂量为 0.5 g，每日 1 次，连续静脉滴注 3 d；待患者体温恢复正常、临床症状明显缓解后，转为口服盐酸左氧氟沙星片（合肥立方制药股份有

限公司，生产批号 200409、220674、230801，规格 0.1 g/片），每次 0.2 g，每日 2 次，持续治疗至总疗程满 14 d。治疗组在对照组治疗方案的基础上联合蓝芩口服液（扬子江药业集团江苏龙凤堂中药有限公司，生产批号 210150、220612、231105，规格 10 mL/支）进行治疗，口服给药，每次 20 mL，每日 3 次，与左氧氟沙星序贯治疗同步启动，连续服用 14 d，不得擅自停药或更改剂量。

1.5 疗效评价标准^[7]

治愈：发热、咳嗽、咳痰及肺部湿啰音全部消失，且中医证候积分较基线降低≥90%；显效：上述临床症状与体征获得显著缓解，70%≤中医证候积分降低<90%；有效：发热、咳嗽、咳痰及肺部湿啰音表现有所减轻，30%≤中医证候积分降低<70%；无效：相关症状与体征无明显好转甚或恶化，中医证候积分降幅不足 30%。

总有效率=（治愈例数+显效例数+有效例数）/总例数

1.6 观察指标

1.6.1 临床症状消失时间 详细记录两组患者发热、咳痰、胸闷、喘息、胸痛的消失时间。

1.6.2 血常规及炎症指标 分别于治疗前、治疗 14 d 后采集患者空腹静脉血 5 mL，采用 TDL-5-A 型低速离心机（上海安亭科学仪器厂）经离心处理（转速 3 000 r/min，离心时间 10 min）后，采用 BC-6800 型全自动血液分析仪（深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司）检测血常规指标，包括白细胞计数（WBC）、中性粒细胞比例（NEUT%），配套试剂为该仪器专用血常规检测试剂（批号 20240102）；采用酶联免疫吸附法（ELISA）检测炎症标志物，包括 C 反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）、血清淀粉样蛋白 A（SAA）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、白细胞介素-6（IL-6），所用仪器为 RT-6000 型酶标仪（深圳雷杜生命科学股份有限公司），配套试剂均购自上海酶联生物科技有限公司。所有检测操作均严格按照试剂盒说明书及仪器操作规范进行，避免因操作误差影响检测结果的准确性。

1.6.3 影像学指标 参照《肺炎胸片吸收评价量表初步编制及应用》^[8]于治疗 14 d 后，对两组患者进行胸部 X 光检查，密切观察肺部炎症吸收情况。炎症吸收判定标准如下：完全吸收：肺部炎症病灶完全消失；大部分吸收：肺部炎症病灶吸收≥70%；部分吸收：30%≤肺部炎症病灶吸收<70%；未吸收：肺部炎症病灶吸收<30%或进一步扩大。

炎症吸收总有效率=(完全吸收例数+大部分吸收例数+部分吸收例数)/总例数

1.7 药物不良反应

治疗期间,密切观察并记录两组患者出现的不良反应,主要包括胃肠道反应(恶心、呕吐、腹泻、腹胀等)、神经系统反应(头晕、头痛、失眠等)、皮肤过敏反应(皮疹、瘙痒等)、肝肾功能异常等,计算不良反应发生率,以此评估两种治疗方案的安全性。

不良反应发生率=不良反应例数/总例数

1.8 统计学处理

本研究借助 SPSS 26.0 统计学软件完成全部数据的统计分析。对于计量资料,采用 $\bar{x}\pm s$ 描述,治疗前后同一组内的比较运用配对 t 检验,不同组间的比较则运用独立样本 t 检验;对于计数资料,使用频数和百分比表示,组间比较通过 χ^2 检验实现。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗 14 d 后,治疗组的总有效率达到 96.08%,

而对照组为 81.63%,前者显著高于后者,组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组临床症状消失时间比较

治疗后,治疗组发热、咳嗽、胸闷、喘息及胸痛消失时间均短于对照组 ($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组血常规指标比较

治疗后,两组 WBC、NEUT%均较治疗前明显下降 ($P<0.05$);且治疗后,治疗组 WBC、NEUT%水平均显著低于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

2.4 两组血清炎症因子比较

治疗后,两组患者 CRP、PCT、SAA、TNF- α 、IL-6 水平均较治疗前显著降低 ($P<0.05$);治疗后,治疗组 CRP、PCT、SAA、TNF- α 、IL-6 水平低于对照组 ($P<0.05$),见表 4。

2.5 两组炎症吸收情况比较

治疗后,治疗组肺部炎症总吸收率(90.20%)显著高于对照组(73.47%),组间差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 5。

表 1 两组患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between the two groups

组别	n/例	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	49	18	15	7	9	81.63
治疗	51	23	21	5	2	96.08*

与对照组比较: * $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs control group.

表 2 两组患者临床症状消失时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

Table 2 Comparison on clinical symptom disappearance time between two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	n/例	临床症状消失时间/d				
		发热	咳嗽	胸闷	喘息	胸痛
对照	49	3.92 $\pm$ 1.21	6.89 $\pm$ 1.65	5.34 $\pm$ 1.41	4.98 $\pm$ 1.55	4.57 $\pm$ 1.21
治疗	51	2.63 $\pm$ 0.94*	5.67 $\pm$ 1.58*	3.57 $\pm$ 1.22*	3.81 $\pm$ 1.03*	3.24 $\pm$ 0.96*

与对照组比较: * $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs control group.

表 3 两组血常规指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

Table 3 Comparison on blood routine indicators between two groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	n/例	WBC/($\times 10^9\cdot L^{-1}$)		NEUT%/%	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	49	11.82 $\pm$ 2.51	7.94 $\pm$ 1.78*	78.51 $\pm$ 6.49	65.31 $\pm$ 5.81*
治疗	51	11.59 $\pm$ 2.44	6.75 $\pm$ 1.56*▲	77.89 $\pm$ 6.21	58.66 $\pm$ 5.33*▲

与同组治疗前比较: * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

表 4 两组血清炎症因子比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison on serum inflammatory factor indicators between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	CRP/(mg·L ⁻¹)	PCT/(ng·mL ⁻¹)	SAA/(mg·L ⁻¹)	TNF-α/(pg·mL ⁻¹)	IL-6/(pg·mL ⁻¹)
对照	49	治疗前	65.29±19.31	1.79±0.81	128.44±32.52	28.66±8.33	35.83±10.54
		治疗后	32.51±10.79*	0.82±0.35*	58.28±20.52*	16.79±5.21*	18.89±6.31*
治疗	51	治疗前	64.75±18.61	1.71±0.80	127.81±33.23	28.18±8.47	35.26±10.77
		治疗后	29.46±9.25*▲	0.53±0.27*▲	42.51±16.79*▲	12.28±4.12*▲	13.53±5.22*▲

与同组治疗前比较: * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P<0.05$ vs control group after treatment.

表 5 两组患者炎症吸收情况比较

Table 5 Comparison of inflammation absorption between the two groups

组别	n/例	完全吸收/例	大部分吸收/例	部分吸收/例	未吸收/例	总吸收率/%
对照	49	12	15	9	13	73.47
治疗	51	20	18	8	5	90.20*

与对照组比较: * $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs control group.

2.6 两组药物不良反应比较

两组不良反应发生率无明显差异,不良反应均为轻度,具体表现为胃肠道不适(恶心、腹胀、腹泻)、神经系统症状(头晕、头痛),无严重不良反

应(如过敏性休克、肝肾功能损伤、肌腱损伤等),所有不良反应均未影响治疗,无需停药,持续用药或停药后 1~2 天自行缓解,未遗留不适症状,具体见表 6。

表 6 两组药物不良反应比较

Table 6 Comparison on adverse drug reactions between two groups

组别	n/例	胃肠道反应/例	神经系统反应/例	皮肤过敏反应/例	不良反应发生率/%
对照	49	2	1	1	8.16
治疗	51	3	1	1	9.80

3 讨论

社区获得性肺炎是一类在医院外部环境中发生的感染性肺实质炎症,涵盖了那些具有明确潜伏期、在入院后平均潜伏期内发病的病原体感染性肺炎,也是目前临床上发病率较高的感染性呼吸系统疾病^[9]。该疾病的发病人群无明显局限,其中中老年群体、免疫功能低下者以及合并高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等基础疾病的人群属于高发高危群体,受凉、过度劳累、呼吸道防御屏障功能减弱等均是诱发疾病发生的主要因素^[10]。社区获得性肺炎的致病病原体种类繁多,肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、支原体、衣原体以及各类病毒均是常见致病菌,加之近年来临床抗生素不合理应用现象较为普遍,导致致病菌耐药性呈逐年上升趋势,进一步增加了临床治疗的难度^[11]。部分患者病情进展较快,可诱发呼吸衰竭、感染性休克等严重并发症,

不仅会降低患者的生活质量,还会加重临床医疗负担,因此,寻找安全、高效的治疗方案,对于提升社区获得性肺炎临床诊疗水平、改善患者预后具有重要的临床价值。

左氧氟沙星作为喹诺酮类广谱抗菌药物,是目前临床治疗社区获得性肺炎时常用的序贯治疗一线药物,其作用机制主要是通过抑制细菌 DNA 旋转酶与拓扑异构酶 IV 的活性,破坏细菌 DNA 的正常复制、转录及修复过程,进而发挥强效杀菌作用。该药物抗菌谱覆盖面广,能够有效作用于社区获得性肺炎常见的各类致病菌,包括肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、肺炎支原体等,同时具备生物利用度高、组织穿透力强、半衰期较长等优势,可快速在肺部病变组织达到有效抗菌浓度,从而快速控制肺部感染症状^[12]。蓝芩口服液属于中药制剂,由板蓝根、黄芩、栀子、黄柏、胖大海等多味中药配伍而成,

具有清热解毒、利咽消肿、抗炎抗菌的多重功效，其药理作用呈现多靶点、多途径的特点^[13]。将两种药物联合应用，可实现中西医协同治疗的效果，既能够充分发挥左氧氟沙星的强效杀菌作用，又可借助蓝芩口服液的抗炎、免疫调节功效，弥补单一使用左氧氟沙星治疗的局限性，提升整体治疗效果。

本研究发现，与对照组相比，治疗组患者治疗后的 WBC、NEUT% 及各项炎症因子（CRP、PCT、SAA、TNF- α 、IL-6）水平均更低，提示蓝芩口服液与左氧氟沙星联合使用，可协同抑制炎症因子的释放，减轻过度炎症反应对肺部组织的损伤，这也是联合治疗方案临床疗效更优的重要分子机制。WBC 作为反映机体炎症反应的基础指标，主要参与机体的免疫防御过程，社区获得性肺炎患者因肺部受到病原体感染刺激，免疫细胞会大量增殖，导致血清 WBC 水平升高，当炎症得到有效控制后，WBC 水平会逐步恢复正常^[14]。CRP 属于急性时相反应蛋白，在感染发生后 6~8 h 开始升高，24~48 h 达到峰值，其血清水平与炎症严重程度呈正相关，且不受年龄、性别、贫血等因素的影响，是评估社区获得性肺炎炎症控制效果的敏感指标^[15]。PCT 是一种蛋白质，正常情况下血清中含量极低，当发生细菌感染时，其会大量合成并释放，升高幅度与细菌感染严重程度密切相关，且在病毒感染时无明显升高，可用于鉴别细菌与病毒感染^[16]。SAA 也是一种急性时相反应蛋白，感染后升高速度快于 CRP，且在炎症缓解后可快速下降^[17]。TNF- α 和 IL-6 均为重要的炎症因子，社区获得性肺炎患者肺部感染后，炎症细胞会被大量激活，释放大量的 TNF- α 、IL-6 等炎症因子，引发过度炎症反应，加重肺部组织损伤，其血清水平的升高与病情严重程度及预后密切相关^[18-19]。此外，安全性是临床选择治疗方案时的核心考量因素，左氧氟沙星在临床应用中常见的不良反应主要为胃肠道不适、神经系统症状，而蓝芩口服液药性温和，临床不良反应发生率较低。本研究结果显示，两种药物联合使用并未增加不良反应的发生率，且所有不良反应均为轻度，无需停止治疗，持续用药或停药后 1~2 d 即可自行缓解，没有出现过敏性休克、肝肾功能损伤、肌腱损伤等严重不良反应。

综上所述，蓝芩口服液联合左氧氟沙星序贯治疗社区获得性肺炎可显著提升临床治疗效果，加快患者发热、咳嗽等临床症状的缓解速度，有效调控

机体炎症反应，促进肺部炎症吸收，值得在临床推广应用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 贺彬婵, 鲁亚洁, 蔡雨辰, 等. 老年社区获得性肺炎治疗及预防研究进展 [J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2025, 24(8): 591-596.
- [2] 田晓伟, 宋颖, 耿婉如. 社区获得性肺炎的特征、发病机制及其中西医治疗现状 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2025, 9(1): 125-128.
- [3] 邓紫薇, 仇成凤, 李茂作, 等. 成人社区获得性肺炎主要病原体分布的 Meta 分析 [J]. 中国抗生素杂志, 2016, 41(12): 950-955.
- [4] 伍彬. 左氧氟沙星临床应用研究进展 [J]. 中国药业, 2010, 19(3): 61-63.
- [5] 缪志龙, 王缙, 丁小星, 等. 蓝芩口服液联合西药治疗社区获得性肺炎的疗效分析 [J]. 中华肺部疾病杂志: 电子版, 2021, 14(6): 797-799.
- [6] 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.
- [7] 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: 53-58.
- [8] 殷人易, 李猛, 徐红日, 等. 肺炎胸片吸收评价量表初步编制及应用 [J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2012, 11(2): 185-187.
- [9] 孙阳洋. 成人重症社区获得性肺炎临床特征及其危险因素分析 [D]. 蚌埠: 蚌埠医科大学, 2025.
- [10] 何裕畅, 叶志辉, 张秀莲, 等. 老年社区获得性肺炎的临床表现与治疗研究进展 [J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2): 520-521.
- [11] 韩欢, 崔学芬, 孙枫岚, 等. 2018—2020 年某三甲医院成人社区获得性肺炎病原菌分布及耐药率变迁 [J]. 中国消毒学杂志, 2022, 39(9): 665-668.
- [12] 孙丽君, 张显杰. 左氧氟沙星的药理学特点及其临床应用 [J]. 河北医药, 2004(1): 95-97.
- [13] 陈子豪. 蓝芩口服液化学成分分析及抗流感病毒性肺炎药效的初步研究 [D]. 桂林: 广西师范大学, 2025.
- [14] 许中, 陈影, 陈敏, 等. 白细胞与血小板比值评估社区获得性肺炎早期预后的临床研究 [J]. 职业卫生与应急救援, 2025, 43(6): 736-741.
- [15] 吴丹丹, 陈金亮, 何海艳, 等. 社区获得性肺炎患者呼出气冷凝液和血清中 C 反应蛋白检测的临床意义 [J].

- 交通医学, 2018, 32(1): 29-32.
- [16] 吴思燕, 张淼, 陈碧, 等. 耐药病原体社区获得性肺炎的降钙素原水平及意义 [J]. 科学技术与工程, 2020, 20(18): 7199-7205.
- [17] 郭水根, 徐春燕, 朱先极, 等. 成人社区获得性肺炎患者血清颗粒蛋白前体和淀粉样蛋白 A 检测的临床意义 [J]. 中国感染与化疗杂志, 2020, 20(3): 306-311.
- [18] 蔺晨, 郭芳, 季维娜, 等. 社区获得性肺炎患者的外周血 TNF- α 、sTREM-1、 α 1-APG 水平 [J]. 山东大学学报: 医学版, 2015, 53(2): 61-64.
- [19] 童忠满, 童敏, 赵陈, 等. 重症监护病房老年重症社区获得性肺炎患者血小板、凝血功能指标、白细胞介素 6 水平及其临床意义 [J]. 创伤与急危重病医学, 2024, 12(3): 140-144.

【责任编辑 金玉洁】