

背部拔罐联合中药热奄包对治疗肺部感染患者的疗效分析

金雪丽

乌鲁木齐市友谊医院呼吸与危重症医学科 新疆乌鲁木齐

【摘要】目的 分析肺部感染患者应用背部拔罐联合中药热奄包的效果。**方法** 选取2024年1月-2025年12月至我院就诊的68例肺部感染患者。根据抛硬币法均分为研究组（背部拔罐联合中药热奄包）、基础组（常规治疗方案）， $n=34$ 。组间对比治疗效果、症状消失时间、炎性因子水平。**结果** 研究组的治疗效果（94.12 vs 73.53）%高于基础组（ $\chi^2=5.314$, $P<0.05$ ）；研究组的症状消失时间少于基础组（ $P<0.05$ ）；研究组干预后的炎性因子水平低于基础组（ $P<0.05$ ）。**结论** 背部拔罐联合中药热奄包能够提高肺部感染患者的临床疗效，改善临床症状，降低炎性因子水平。

【关键词】 背部拔罐；中药热奄包；肺部感染；治疗效果；症状消失时间；炎性因子水平

【收稿日期】 2026年4月13日

【出刊日期】 2026年5月11日

【DOI】 10.12208/j.jacn.20260250

Analysis of the efficacy of back cupping combined with herbal hot compress in treating patients with pulmonary infections

Xueli Jin

Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Urumqi Friendship Hospital, Urumqi, Xinjiang

【Abstract】 Objective To analyze the effects of back cupping combined with herbal heat poultice on patients with pulmonary infections. **Methods** A total of 68 patients with pulmonary infections admitted to our hospital from January 2024 to December 2025 were selected and randomly divided into a study group (back cupping combined with herbal heat poultice) and a control group (conventional treatment), with $n=34$ in each group. The therapeutic outcomes, symptom disappearance time, and inflammatory factor levels were compared between the groups. **Results** The therapeutic efficacy in the study group (94.12% vs. 73.53%) was higher than that in the control group ($\chi^2=5.314$, $P<0.05$); the symptom disappearance time in the study group was shorter than that in the control group ($P<0.05$); and the inflammatory factor levels in the study group after intervention were lower than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Back cupping combined with herbal heat poultice can improve clinical efficacy, alleviate clinical symptoms, and reduce inflammatory factor levels in patients with pulmonary infections.

【Keywords】 Back cupping; Chinese herbal hot compress; Pulmonary infection; Therapeutic efficacy; Symptom disappearance time; Inflammatory factor levels

肺部感染是呼吸内科最多见的感染类型，是指细菌、病毒等病原体对肺部的侵害。主要表现为发热、咳嗽、咳痰等，部分重症患者可能发生呼吸衰竭及多器官功能衰竭，具有一定的死亡率^[1]。临床上针对肺部感染多采用抗感染、氧气支持、对症治疗等方式。虽然能够在一定程度上控制病情，但是患者的病情恢复速度有限。同时，长期使用抗生素也可能导致身体产生耐药性影响治疗效果。中医是我国传统医学，具有独特的诊疗体系，在临床各类疾病中均获得较好的应用效果。中医将肺部感染归类为咳嗽、肺炎喘嗽等范畴，

病机为外邪入侵、肺气失宣、痰热瘀肺。治疗原则应为宣肺理气、清热化痰^[2]。背部拔罐为中医经典外治方法，通过负压吸附作用刺激背部的经络和穴位，达到通经活络、行气活血等作用，有助于改善血液循环，加速郁热排出。而中药热奄包能够使药物借助温热之力，透皮吸收，使药物成分直接作用于病灶，达到治疗效果。两者均在临床中具有较好的应用效果。但是联合使用治疗肺部感染的报道相对少见。有鉴于此，本文特研究肺部感染患者应用背部拔罐联合中药热奄包的效果。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取 2024 年 1 月-2025 年 12 月至我院就诊的 68 例肺部感染患者。根据抛硬币法均分为研究组(背部拔罐联合中药热奄包)、基础组(常规治疗方案), n=34。基础组中男 19 例, 女 15 例; 年龄 22~73 岁, 平均年龄(52.36±10.24)岁; 病程 1~7 d, 平均(3.21±1.05) d。研究组中男 20 例, 女 14 例; 年龄 20~75 岁, 平均年龄为(53.12±10.58)岁; 病程 1~6 d, 平均(3.05±1.12) d。组间基础资料对比(P>0.05)。研究征得院伦理委员会批准。患者及家属对研究知情同意。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 符合社区获得性肺炎诊断^[3]; 符合痰热郁肺证中医诊断^[4]; 年龄≥18 岁; 临床资料完整。

排除标准: 重症肺部感染; 合并呼吸衰竭、心力衰竭; 背部皮肤存在皮疹、破溃; 严重脏器功能障碍; 未得到控制的糖尿病、冠心病等基础疾病。

1.3 方法

基础组给予常规临床治疗: 根据痰培养和药敏结果选择合适的抗生素, 若未开展药敏试验选择头孢类、喹诺酮类的广谱抗生素。静脉滴注, 治疗 7d。咳嗽咳痰患者给予吸入用布地奈德混悬液进行雾化吸入。发热患者给予布洛芬混悬液, 缺氧患者给予氧疗改善症状。

研究组加用背部拔罐联合中药热奄包治疗: (1) 背部拔罐: 选择玻璃罐进行背部拔罐, 拔罐方法选择留罐法。指导患者选择俯卧位, 去除上衣。护士将双手常规消毒, 取穴肺俞、大椎、风门、膻中等穴位进行拔罐, 使穴位皮肤吸拔至潮红, 随后在大椎穴和肺俞穴留罐 10min。操作时注意控制罐中的负压, 避免皮肤损伤。背部拔罐隔日 1 次。如患者存在头晕、心慌等不适时停止操作。(2) 中药热奄包: 药物组成为艾叶、红花、当归、丁香、藿香、决明子。上述药物比例相同。研磨为粉装入无菌袋中。使用恒温药包加热柜预热, 降温至

45℃。外层包裹无菌纱布, 敷在肺俞穴和肺部感染对应皮肤, 每日 1 次, 每次 20min。两种治疗方法需要间隔 4h。每日 1 次。两组均行为期 7d 的治疗。

1.4 观察指标

本次研究治疗效果、症状消失时间、炎症因子水平。

1.4.1 治疗效果

本次研究将治疗效果分为显效(发热、咳嗽、咳痰等症状明显改善, CT 显示炎症吸收≥70%)、有效(发热、咳嗽、咳痰等症状改善, CT 显示炎症吸收 40%~69%)及无效(不符合上述条件)。治疗有效率=显效率+有效率。

1.4.2 症状消失时间

统计并比较两组发热、咳嗽、咳痰及肺部啰音症状消失时间。

1.4.3 炎症因子水平

于治疗前后抽取空腹静脉血 5ml, 离心后获得血清。应用酶联免疫法对 C 反应蛋白(C reactive protein, CRP)、肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor-α; TNF-α)水平。

1.5 统计学分析

将数据导入 SPSS27.0 软件进行统计学处理。经 S-W 法检验满足正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表述, 行 t 检验, 计数资料以例数, 率[n(%)]表述, 行 χ^2 检验, P<0.05 时差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果比较

研究组治疗效果高于基础组(P<0.05), 见表 1 所示。

2.2 症状消失时间比较

研究组症状消失时间少于基础组(P<0.05), 见表 2 所示。

2.3 炎症因子水平比较

研究组炎症因子水平低于基础组(P<0.05), 见表 3 所示。

表 1 组间治疗效果比较[n(%)]

组别	例数 (n)	显效	有效	无效	有效率
研究组	34	20 (58.82)	12 (35.29)	2 (5.88)	32 (94.12)
基础组	34	11 (32.35)	14 (41.18)	9 (26.47)	25 (73.53)
χ^2	-	-	-	-	5.314
P	-	-	-	-	0.021

表2 组间症状消失时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数 (n)	发热	咳嗽	咳痰	肺部啰音
研究组	34	3.21±0.51	6.98±0.58	5.11±0.74	5.20±0.73
基础组	34	4.60±0.59	9.27±1.06	6.82±0.89	6.99±1.13
t	-	10.393	11.051	8.615	7.758
P	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表3 两组炎症因子水平对比表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	CRP (mg/L)		TNF- α (pg/mL)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	34	15.62±3.12	4.13±1.24	28.65±4.36	12.27±2.09
基础组	34	15.81±3.30	8.27±2.06	28.85±4.23	18.75±3.16
t	-	0.244	10.040	0.192	9.973
P	-	0.808	<0.001	0.848	<0.001

3 讨论

西医针对肺部感染的主要治疗方案为抗感染及对症支持。西医药物治疗能够有效抑制病原体繁殖,但是患者的症状消失时间相对较长。而且长期使用抗生素可能存在耐药性。中医外治法辅助治疗在临床中较为广泛,其特点包括操作简单、副作用小等^[5]。为进一步改善肺部感染患者的预后,本文特研究分析肺部感染患者应用背部拔罐联合中药热奄包的效果。

本次研究数据显示,研究组的治疗效果高于基础组 ($P<0.05$);研究组的症状消失时间少于基础组 ($P<0.05$);研究组的炎症因子水平低于基础组 ($P<0.05$)。分析原因为:从局部物理刺激与经络调节来看,背部拔罐选取肺俞、大椎、风门等肺系核心穴位,闪火法产生的负压可发挥双重作用:通过拔罐使穴位皮肤潮红,刺激经络气血运行,调节肺脏气机,改善肺的宣发肃降功能,缓解咳嗽、咳痰等症状;而大椎、肺俞穴留罐可促进局部毛细血管扩张,加速肺部炎症渗出物的吸收与排出,减轻肺部组织水肿,进而改善通气功能,缩短缺氧、发热等症状的消退时间^[6]。同时,拔罐的物理刺激能激活局部免疫细胞活性,增强机体对病原体的清除能力。

中药热奄包组方中艾叶温经散寒、红花活血通络、当归养血化瘀、丁香与藿香理气祛湿,诸药合用可发挥温通经络、祛湿化痰、活血抗炎之效。45℃的温热刺激能扩张肺部对应皮肤的血管,促进药物成分透过腠理直达病所,抑制局部炎症反应,降低炎症因子的释放;还能够改善肺部微循环,提升常规抗生素在感染部位的浓度,增强抗感染效果^[7]。两种疗法间隔4小时的联

用方案,可规避局部刺激叠加风险,且形成“疏通-渗透”的递进效应:拔罐先疏通经络、打开皮肤腠理,为后续热奄包的药物渗透创造条件,进一步放大抗炎、止咳、化痰效果^[8]。能稳定调节机体免疫状态,减少炎症反复,最终实现提升治疗有效率、缩短症状消失时间、降低炎症因子水平的综合获益。

综上所述,背部拔罐联合中药热奄包能够提高肺部感染患者的临床疗效,改善临床症状,降低炎症因子水平。

参考文献

- [1] 孔庆森,赖一章,吴银娣. 中药热奄包配合闪罐疗法在小儿肺炎治疗中的临床应用[J]. 海南医学,2022,33(8):1031-1033.
- [2] 许庆,陈悦霞,赵美红. 中药热奄包联合振动排痰治疗高龄肺部感染临床研究[J]. 新中医,2023,55(22):202-205.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会. 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.
- [4] 中华中医药学会内科分会,中华中医药学会肺系病分会,中国民族医药学会肺病分会. 社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018修订版)[J]. 中医杂志,2019,60(4):350-360.
- [5] 吕敏,孙社梅,周媛媛,等. 背部腧穴拔罐疗法联合穴位贴敷在风寒犯肺型咳嗽患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2024,30(9):165-166,封3.
- [6] 董艳琴,康苗,张桂琼. 拔罐配合捏脊疗法对晚期非小细胞肺癌患者化疗后免疫功能的影响[J]. 甘肃医药,2023,

42(7):610-612.

- [7] 陈强林,庄展铁,罗馨媚,等. 针刺结合肺俞拔罐治疗特发性面神经麻痹疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2024,40(8):1634-1635.
- [8] 陈涓涓,詹海珠,王玉光. 自拟肃肺化痰方配合拔罐疗法治疗肺炎恢复期(痰湿阻肺证)患儿的临床效果观察[J].

中外医学研究,2023,21(16):37-40.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS