

· 标准与规范 ·

社区获得性肺炎中医诊疗指南(2011 版)

中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会

基金项目:国家重点基础研究发展计划(“973”计划)资助项目(2006CB504605);

河南省高校新世纪优秀人才支持计划资助项目(2006HANCET-05)

肺炎是指包括终末气道、肺泡腔及肺间质等在内的肺实质炎症,由多种病原体如细菌、病毒、真菌、寄生虫等引起,其中以细菌、病毒最为常见,理化因素、药物和免疫损伤等也可引起。依据肺炎患病地点和时间的不同而分为社区获得性肺炎(communitary acquired pneumonia, CAP)和医院获得性肺炎(hospital acquired pneumonia, HAP)。CAP 是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后潜伏期内发病的肺炎^[1],临床表现为发热、咳嗽、咯痰、气短、胸闷或胸痛等。随着年龄增长,老年人 CAP 的发病率、病死率呈直线上升趋势,病死率明显高于青壮年患者,特别是 65 岁以上的病死率更高。老年人 CAP 临床表现多不典型,常呈非特异性表现和隐袭性发病,并发症多,预后差。CAP 多属于中医学“风温肺热”、“咳嗽”等病证范畴。

为进一步完善 CAP 的诊疗规范,提高中医药诊治水平,为从事 CAP 防治的中医中西医结合临床医师提供指导性意见,我们组织成立了由中医、中西医结合临床和基础研究、临床流行病学、循证医学、统计学和卫生经济学等多学科人员组成的《社区获得性肺炎中医诊疗指南》制定小组,参照指南研究与评价的评审(Appraisal of Guidelines Research and Evaluation, AGREE)工具^[2-3]、指南标准化会议(Conference on Guidelines Standardization, COGS)^[4]确定的评价指南标准和苏格兰指南制定组织(Scottish Intercollegiate Guideline Network, SIGN)^[5]所归纳的指南制定步骤,以循证医学思想为指导,注重中医特色^[6],对既往和现有的相关证据进行了充分收集、评价。证据来源包括:①中国学术期刊全文数据库、中国生物医学文献数据库、维普网、万方数据库和 Cochrane 图书馆;②高等院校教材;③相关专著;④国家、行业学会颁布的相关诊疗标准等;⑤尚未发表的有关中医治疗 CAP 临床研究

报告。根据制定的推荐意见的证据质量分级共分 5 级别 8 等次^[7],获得了 36 篇不同质量等级的相关证据(其中 I a 级 6 篇、I b 级 4 篇、II a 级 3 篇、II b 级 4 篇、III a 级 0 篇、III b 级 8 篇、IV 级 4 篇、V 级 7 篇),并采用专家共识法最终形成证据的推荐意见,编写成本指南,以供参考。

1 诊断

1.1 诊断标准^[1]

①新近出现的咳嗽、咯痰或原有呼吸道疾病症状加重,并出现脓性痰,伴或不伴胸痛。②发热。③肺实变体征和(或)闻及湿性啰音。④白细胞数 $> 10 \times 10^9/L$ 或 $< 4 \times 10^9/L$, 伴或不伴细胞核左移。⑤胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。以上①~④项中任何 1 项加第⑤项,并除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症及肺血管炎等后,可建立临床诊断。

1.2 病原学诊断^[1]

1.2.1 确定 ①血或痰液培养到病原菌;②经纤维支气管镜或人工气道吸取的标本培养的病原菌浓度 $\geq 10^5$ CFU/ml(半定量培养++),支气管肺泡灌洗液(bronchoalveolar lavage fluid, BALF)标本 $\geq 10^4$ CFU/ml(+~++),防污染毛刷或防污染 BALF 标本 $\geq 10^3$ CFU/ml(+);③呼吸道标本培养到肺炎支原体、肺炎衣原体、嗜肺军团菌;④血清肺炎支原体、肺炎衣原体、嗜肺军团菌抗体滴度呈 4 倍或 4 倍以上变化(增高或降低),同时肺炎支原体抗体滴度(补体结合试验) $\geq 1:64$,肺炎衣原体抗体滴度(微量免疫荧光试验) $\geq 1:32$,嗜肺军团菌抗体滴度(间接荧光抗体法) $\geq 1:128$;⑤嗜肺军团菌 I 型尿抗原检测(酶联免疫测定法)阳性;⑥血清流感病毒、呼吸道合胞病毒等抗体滴度呈 4 倍或 4 倍以上变化(增高或降低)。⑦肺炎链球菌尿抗原检测(免疫层析法)阳性(儿童除外)。

1.2.2 有意义 ①合格痰标本培养优势菌中度以上生长(\geq +++);②合格痰标本细菌少量生长,但与涂片镜检结果一致(肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌);③3日内多次培养到相同细菌;④血清肺炎支原体 IgG 抗体滴度 \geq 1:512 或 IgM 抗体滴度 \geq 1:16(微量免疫荧光法);⑤血清嗜肺军团菌试管凝集试验抗体滴度升高达 1:320 或间接荧光试验 IgG 抗体 \geq 1:1024。

1.2.3 无意义 ①痰培养有上呼吸道正常菌群的细菌(如草绿色链球菌、表皮葡萄球菌、非致病奈瑟菌、类白喉杆菌等);②痰培养为多种病原菌少量($<$ +++)生长;③不符合 1.2.1、1.2.2 中的任何一项。

1.3 病情严重程度

1.3.1 肺炎病情的综合评价 (1)轻症肺炎^[8]:符合以下 4 条者,即①体温低于 38℃;②呼吸功能和动脉血气测定正常或与基础值比较无恶化;③白细胞低于 $10 \times 10^9/L$;④无其他并发症。(2)重症肺炎:参考 2006 年中华医学会呼吸病学分会的诊断标准^[1]:①意识障碍;②呼吸频率 \geq 30 次/min;③ $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg} = 133.322\text{Pa}$), $PaO_2/FiO_2 < 300$,需行机械通气治疗;④收缩压 $<90\text{mmHg}$;⑤并发脓毒性休克;⑥X 线胸片显示双侧或多肺叶受累,或入院 48h 内病变范围扩大 \geq 50%;⑦少尿:尿量 $<20\text{ml/h}$,或 $<80\text{ml/4h}$,或急性肾功能衰竭需要透析治疗。肺部感染,且上述临床表现中出现 1 项或 1 项以上者即可诊断为重症肺炎。

1.3.2 有关简易评价工具^[9-12] (1)肺炎危险指数与分级(PSI):I 级:积分 <51 ,不存在所有预测因素,即年龄 \leq 50 岁、无 5 项基础疾病(肿瘤、肝病、充血性心力衰竭、肾脏病、脑血管疾病)、生命体征无异常或仅轻微变化、正常精神意识状态;II 级:积分 51~70;III 级:积分 71~90;IV 级:积分 91~130;V 级:积分 >130 。I 级和 II 级患者在门诊治疗,III 级患者需要入住观察病房或短期住院治疗,IV 级和 V 级患者必须住院治疗。(2)CURB 积分与分级:精神意识混乱,血清尿素氮 $>7\text{mmol/L}$,呼吸频率 \geq 30 次/min,收缩压 $<90\text{mmHg}$ 或舒张压 \leq 60mmHg。每项为 1 分,合计为 4 分。0 或 1 分者为门诊治疗;2 分者可住院治疗;3 分及以上者需入住 ICU 治疗。(3)CURB-65 积分与分级:在 CURB 基础上,增加了年龄 \geq 65 岁。每项为 1 分,合计为 5 分。0 或 1 分者为低死亡率,应在家庭或门诊治疗;2 分者为中

度死亡率,可短期住院治疗或观察;3 分及以上者为重度肺炎,高度死亡率,需入住 ICU 治疗。(4)CRB-65 积分与分级:精神意识混乱,呼吸频率 \geq 30 次/min,收缩压 $<90\text{mmHg}$ 或舒张压 \leq 60mmHg,年龄 \geq 65 岁。每项为 1 分,合计为 4 分。0 分者为家庭或门诊治疗;1 分或 2 分者为可短期住院治疗和观察;3 分或 4 分者为重度肺炎,必须住院治疗。

1.4 老年肺炎的特点^[13-15] ①呼吸道症状不典型,呼吸道症状轻,甚至无咳嗽、咯痰、胸痛等症状,但多有呼吸困难;②感染症状不突出,可无发热、畏寒、肌肉酸痛等。外周血白细胞计数可不升高,胸部 X 线摄片检查阳性率低;③以肺外表现为首发症状,如意识障碍、乏力、嗜睡、食欲不振、恶心、呕吐、心动过速,甚至大小便失禁等,容易掩盖呼吸系统症状。④易出现严重并发症,如感染性休克、呼吸衰竭、心力衰竭等;⑤长期反复使用广谱抗生素,容易产生耐药菌株;⑥基础疾病多见,多合并慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、心脑血管病和糖尿病等,病情复杂;⑦病程较长,炎症吸收缓慢,易反复发作,预后较差。由于老年人患者的上述特点,容易造成误诊、漏诊,因此,应详细了解病史,全面体格检查,把握老年患者的特点,以明确诊断。

2 辨证论治

CAP 发病病机包括外邪侵袭、肺卫受邪和正气虚弱、抗邪无力两个方面。风热毒邪,侵袭肺脏,或风寒之邪入里化热,炼津为痰,痰热壅肺。病理过程中可化火生痰、伤津耗气或风热邪盛而逆传心包,甚至邪进正衰,正气不固而见邪陷正脱。老年人多罹患慢性疾病,体内积生痰湿、瘀血等,在此基础上易感受外邪而患 CAP,以痰热壅肺或痰浊阻肺为主,常兼有气阴两虚、肺脾气虚、瘀血等。恢复期多以气阴两虚、肺脾气虚为主,常兼有痰热或痰浊。以上病机虽有差异,但其基本病机为痰热壅肺兼见气阴两虚,痰浊阻肺兼见肺脾气虚。故邪实(痰热、痰浊)正虚(气阴两虚、肺脾气虚)贯穿于疾病整个病程中^[15-17]。临床常见证包括实证类(风热犯肺证、外寒内热证、痰热壅肺证、痰湿阻肺证)、正虚邪恋类(肺脾气虚证、气阴两虚证)、危重变证类(热陷心包证、邪陷正脱证)等 3 类 8 个证候^[16-17],常见证可单独存在也常兼见,如热陷心包兼痰热壅肺证等。

治疗方面,以祛邪扶正为大法。祛邪当分表里,在表者应疏风清热或宣肺散寒;在里者宜清热化痰或燥湿化痰,时或佐以活血化痰;扶正当益气养阴或

补益肺脾。在治疗过程中着重宣降肺气以顺肺之生理特点。若出现热入心包、邪陷正脱,当需清心开窍、扶正固脱。采用中医、中西医结合治疗CAP具有明显的疗效优势^[18-19]。

2.1 实证类

2.1.1 风热袭肺 主症:发热、恶风,鼻塞、鼻窍干热、流浊涕,咳嗽,干咳,痰白干黏、黄,舌苔薄、白、干,脉数。次症:咯痰不爽,口干,咽干,咽痛,舌尖红,舌苔黄,脉浮。诊断:①发热、恶风;②鼻塞、鼻窍干热,或流浊涕;③干咳,或痰少、白黏或黄、难以咯出;④口干甚至口渴,或咽干甚至咽痛;⑤舌尖红、舌苔薄白干或薄黄,或脉浮或浮数。具备①、②中的1项,加③、④、⑤中的2项^[16]。治法:疏风清热,清肺化痰。方药:银翘散(《温病条辨》)加减^[17]。金银花12g,连翘12g,苦杏仁9g,前胡9g,桑白皮12g,黄芩9g,芦根15g,牛蒡子9g,薄荷(后下)6g,桔梗9g,甘草6g。加减:头痛目赤者,加菊花9g,桑叶(后下)6g;喘促者,加麻黄6g,石膏(先煎)30g;无汗者,加荆芥9g,防风9g;咽喉肿痛者,加山豆根6g,马勃(包煎)3g;口渴者,加天花粉12g,玄参12g;胸痛明显者,加延胡索9g,瓜蒌15g。中成药:银翘解毒丸,口服,每次9g(水蜜丸)或0.7~0.8g(浓缩丸),每日2或3次。双黄连合剂,口服,每次10ml,每日3次。疏风解毒胶囊,口服,每次4粒,每日3次。牛黄清感胶囊,口服,每次2~4粒,每日3次。清热解毒颗粒,冲服,每次18g,每日3次。

2.1.2 外寒内热 主症:发热,恶寒,无汗,咳嗽,舌质红,舌苔黄、黄腻,脉数。次症:痰黄,或痰白干黏,咯痰不爽,咽干,咽痛,肢体酸痛,脉浮。诊断:①发热,恶寒,无汗,或肢体酸痛;②咳嗽;③痰白干黏或黄,咯痰不爽;④口渴或咽干,甚至咽痛;⑤舌质红,舌苔黄或黄腻,脉数或浮数。具备①、②中的2项,加③、④、⑤中的2项^[16]。治法:疏风散寒,清肺化痰。方药:麻杏石甘汤(《伤寒论》)合清金化痰汤(《统旨方》)加减^[17]。(炙)麻黄6g,荆芥9g,防风9g,石膏(先煎)30g,苦杏仁9g,知母9g,瓜蒌15g,栀子9g,桑白皮12g,黄芩9g,桔梗9g,陈皮9g,炙甘草6g。加减:恶寒,无汗,肢体酸痛者,减荆芥、防风,加羌活9g,独活9g;往来寒热不解、口苦者,加柴胡9g。中成药:根据表寒里热偏重之不同,可选择中成药。偏表风寒者,可选感冒清热颗粒,冲服,每次3g(含乳糖)或6g(无蔗糖),每日2次;通宣理肺丸,口服,每次7g(水蜜丸)或8~10丸(浓缩丸),每

日2~3次;正柴胡饮颗粒,冲服,每次6g,每日3次。偏内热者,可参见痰热壅肺证有关内容。

2.1.3 痰热壅肺 主症:咳嗽,痰多,痰黄,痰白干黏,胸痛,舌质红,舌苔黄、腻,脉滑、数。次症:发热,口渴,面红,尿黄,大便干结,腹胀。诊断:①咳嗽,甚则胸痛;②痰黄或白干黏;③发热,口渴;④大便干结或腹胀;⑤舌质红,或舌苔黄或黄腻,或脉数或滑数。具备①、②中的2项,加③、④、⑤中的2项^[16]。治法:清热解毒,宣肺化痰。方药:贝母瓜蒌散(《医学心悟》)合清金降火汤(《古今医鉴》)加减^[17]。瓜蒌20g,浙贝母9g,石膏(先煎)30g,苦杏仁9g,知母12g,白头翁12g,连翘12g,鱼腥草15g,黄芩9g,炙甘草6g。加减:咳嗽带血者,加白茅根9g,侧柏叶9g;咳痰腥味者,加金荞麦(根)20g,薏苡仁12g,冬瓜子12g;痰鸣喘息而不得平卧者,加葶苈子(包煎)9g,射干9g;胸痛明显者,加延胡索9g,赤芍12g,郁金9g;热盛心烦者,加金银花12g,栀子9g,黄连6g;热盛伤津者,加麦冬12g,生地黄15g,玄参12g;兼有气阴两虚之者,加太子参15g,麦冬12g,南沙参12g,亦可采用毒素清方(瓜蒌、人参、麦冬、生地黄、鱼腥草、板蓝根、白头翁、牡丹皮)^[20];大便秘结者,加(酒)大黄9g,枳实9g,桑白皮12g;高热,口渴欲饮,腹胀便秘者,可选用复方清热颗粒(蒲公英30g,败酱草30g,黄芪30g,大黄6g),每次1袋,每日3次^[21];下利而肛门灼热者,加黄连6g,葛根9g;兼血瘀证,见口唇紫绀,舌有瘀斑、瘀点者,加地龙15g,赤芍9g,或可选用血府逐瘀口服液或胶囊,口服,每次10ml或6粒,每日3次。中成药:蛇胆川贝液,口服,每次10ml,每日2次。复方鲜竹沥口服液,口服,每次10ml,每日3次。二母宁嗽丸,口服,每次1丸,每日2次。清气化痰丸,口服,每次6~9g,每日2次。痰热清注射液20~40ml静脉滴注,每日2次^[22-23]。

2.1.4 痰湿阻肺 主症:咳嗽,气短,痰多、白黏,舌苔腻。次症:胃脘痞满,纳呆,食少,痰易咯出,泡沫痰,舌质淡,舌苔白,脉滑、弦滑。诊断:①咳嗽或气短;②痰多、白黏或呈泡沫;③胃脘痞满或腹胀;④纳呆或食少;⑤舌苔白腻,或脉滑或弦滑。具备①、②中的2项,加③、④、⑤中的2项^[16]。治法:燥湿化痰,宣降肺气。方药:半夏厚朴汤(《金匱要略》)和三子养亲汤(《韩氏医通》)加减^[17]。法半夏12g,厚朴9g,陈皮9g,苦杏仁9g,茯苓15g,枳实9g,白芥子9g,紫苏子9g,莱菔子9g,生姜6g。加减:痰从寒

化,畏寒、痰白稀者,加干姜 9g,细辛 3g;痰多咳喘,胸闷不得卧者,加麻黄 6g,薤白 9g,葶苈子(包煎) 9g;脘腹胀闷,加木香 9g,(焦)槟榔 9g,豆蔻 6g;便溏者,减紫苏子、莱菔子,加白术 12g,泽泻 9g,葛根 9g;兼血瘀证,见口唇紫绀,舌有瘀斑、瘀点者,加川芎 9g,赤芍 9g,或可选用血府逐瘀口服液(胶囊),口服,每次 10ml 或 6 粒,每日 3 次。中成药:桂龙咳喘宁胶囊,口服,每次 5 粒,每日 3 次。苏子降气丸,口服,每次 6g,每日 1 或 2 次。

2.2 正虚邪恋类

2.2.1 肺脾气虚 主症:咳嗽,气短,乏力,纳呆,食少。次症:胃脘胀满,腹胀,自汗,舌体胖大、齿痕,舌质淡,舌苔白、薄,脉沉、细、缓、弱。诊断:①咳嗽;②气短,或乏力,动则加重;③自汗;④纳呆或食少;⑤胃脘胀满或腹胀;⑥舌质淡或苔薄白,舌体胖大或有齿痕,或脉沉细、沉缓、细弱。具备①、②、③中的 2 项,加④、⑤、⑥中的 2 项^[16]。治法:补肺健脾,益气固卫。方药:参苓白术散(《和剂局方》)加减^[17]。党参 15g,茯苓 12g,白术 12g,莲子 12g,白扁豆 15g,山药 15g,苦杏仁 9g,陈皮 9g,枳壳 9g,豆蔻 6g,炙甘草 6g。加减:咳嗽明显者,加款冬花 9g,紫菀 9g;纳差不食者,加六神曲 12g,(炒)麦芽 12g;脘腹胀闷者,减黄芪,加木香 9g,莱菔子 9g;虚汗甚者,加浮小麦 12g,(煨)牡蛎(先煎) 20g;寒热起伏,营卫不和者,加桂枝 6g,白芍 9g,生姜 9g,大枣 9g。中成药:玉屏风颗粒,冲服,每次 5g,每日 3 次。黄芪颗粒,冲服,每次 4g,每日 2 次。金咳息胶囊(参蛤补肺胶囊),口服,每次 4 粒,每日 3 次。

2.2.2 气阴两虚 主症:咳嗽,无痰,少痰,气短,乏力,舌体瘦小、苔少,脉细、沉。次症:咯痰不爽,口干或渴,自汗,盗汗,手足心热,舌质淡、红,舌苔薄、花剥,脉数。诊断:①气短或乏力,动则加重;②干咳或少痰或咯痰不爽;③口干,甚至口渴;④盗汗或自汗;⑤手足心热;⑥舌体瘦小、舌质淡或红,或舌苔薄少或花剥,或脉沉细或细数。具备①、②中的 2 项,加③、④、⑤、⑥中的 2 项^[16]。治法:益气养阴,润肺化痰。方药:生脉散(《内外伤辨惑论》)合沙参麦冬汤(《温病条辨》)加减^[17]。太子参 15g,南沙参 12g,麦冬 12g,五味子 9g,川贝母 9g,百合 15g,山药 15g,玉竹 12g,桑叶 6g,天花粉 12g,地骨皮 12g,炙甘草 6g。加减:咳甚者,加百部 9g,(炙)枇杷叶 12g,苦杏仁 9g;低热不退者,可加银柴胡 9g,白薇 9g,亦可选用青蒿鳖甲汤方(青蒿、鳖甲、生地黄、知母、牡丹皮、

太子参、玉竹、紫菀、款冬花、浙贝母)^[24];盗汗明显者,加(煨)牡蛎(先煎) 20g,糯稻根 15g;呃逆者,加竹茹 6g,(炙)枇杷叶 12g;纳差食少者,加(炒)麦芽 9g,(炒)谷芽 9g;腹胀者,加佛手 9g,香橼(皮) 9g;兼有痰热证者,可采用毒素清方(瓜蒌、人参、麦冬、生地黄、鱼腥草、板蓝根、白头翁、牡丹皮)^[21]。对于气阴两虚,余热未清者,症见身热多汗,心烦,口干渴,舌红少苔,脉虚数者,可用竹叶石膏汤加减。中成药:生脉饮口服液,口服,每次 10ml,每日 3 次。偏阴虚者,百合固金丸,口服,每次 1 丸,每日 2 次;养阴清肺丸,口服,每次 9g,每日 2 次。

2.3 危重变证类

2.3.1 热陷心包 主症:咳嗽,甚则喘息、气促,身热夜甚,心烦不寐,神志异常,舌红、绛,脉数、滑。次症:高热,大便干结,尿黄,脉细。诊断:①咳嗽或喘息、气促;②心烦不寐、烦躁甚或神志恍惚、昏蒙、谵妄、昏愦不语;③高热、身热夜甚;④舌红甚至红绛,或脉滑数或细数。具备①、②中的 2 项,加③、④中的 1 项^[16]。治法:清心凉营,豁痰开窍。方药:清营汤(《温病条辨》)合犀角地黄汤(《备急千金要方》)加减^[17]。水牛角(先煎) 30g,生地黄 15g,玄参 12g,麦冬 12g,赤芍 12g,金银花 12g,连翘 12g,黄连 6g,栀子 9g,天竺黄 6g,丹参 9g,石菖蒲 6g。加减:谵语、烦躁不安者,加服安宫牛黄丸;抽搐者,加用钩藤 9g,全蝎 6g,地龙 12g,羚羊角(粉)(冲服) 0.6g;口唇紫绀,舌有瘀斑、瘀点者,加牡丹皮 9g,紫草 9g;腑气不通者,加大黄(后下) 6g,芒硝(冲服) 9g,或大黄颗粒 6g 鼻饲联合大黄颗粒 15g 灌肠,每日 1 次^[25]。中成药:清开灵注射液^[26] 20~40ml 或醒脑静注射液^[27] 20ml 静脉滴注,每日 2 次;安宫牛黄丸或局方至宝丸,口服或鼻饲,每次 3g,每日 1 或 2 次。对于脓毒症而辨证为瘀毒互结、邪毒内陷证者,可选血必净注射液 50~100ml 静脉滴注,每日 2 次^[28]。

2.3.2 邪陷正脱 主症:呼吸短促,气短息弱,神志异常,面色苍白,大汗淋漓,四肢厥冷,脉微、细、疾促。次症:面色潮红,身热,烦躁,舌质淡、绛。诊断:①呼吸短促或气短息弱;②神志恍惚、烦躁、嗜睡、昏迷;③面色苍白或潮红;④大汗淋漓;⑤四肢厥冷;⑥舌质淡或绛、少津,或脉微细欲绝,或疾促。具备①、②中的 1 项,加③、④、⑤、⑥中的 2 项。除了①、②、④表现相同外,偏于阴竭者,可见面色潮红,舌绛少津,脉细数或疾促;偏于阳脱者,可见面色苍白,四肢厥冷,舌质淡,脉微细欲绝^[16]。治法:益气救阴,回

阳固脱。方药:阴竭者以生脉散(《内外伤辨惑论》)加味^[17]:生晒参(单煎)12g,麦冬12g,五味子9g,山茱萸30g,(煨)龙骨(先煎)20g,(煨)牡蛎(先煎)20g。阳脱者以四逆加入参汤(《伤寒论》)加味^[17]:红参(单煎)15g,(制)附子(先煎)12g,干姜9g,(煨)龙骨(先煎)20g,(煨)牡蛎(先煎)20g,炙甘草6g。中成药:偏于阴竭者,可选用生脉饮注射液20~60ml或参麦注射液20~60ml静脉滴注,每日2次;偏于阳脱者,可选用参附注射液20~60ml静脉滴注,每日2次。

3 单方验方

①鱼腥草、鸭跖草、半枝莲各15g,金银花12g。水煎服。每日1剂,分2次服。用于风热犯肺证、痰热壅肺证。②穿心莲、功劳木各15g,橘皮6g。水煎服。每日1剂,分2次服。用于痰热壅肺证。③重楼、败酱草、大青叶、矮地茶各15g。水煎服。每日1剂,分2次服。用于痰热壅肺证。

本指南是在总结近年来中医药诊治CAP的研究成果的基础上编制而成,以期能够为从事CAP防治的中医、中西医结合临床医师提供指导性意见,促进和提高中医药诊治水平。指南研制小组将对该指南的临床使用情况进行评估。随着新的临床证据不断出现,研制小组将不断收集、评价新的证据,以对指南进行补充与更新。

该指南供中医内科、中西医结合内科医生临床使用。适合于CAP的辨证治疗,也适用于老年人CAP患者。对于HAP的患者可参考应用。该指南中的药物剂量为参考剂量,供临床应用时参考。

项目组主要成员:李建生,余学庆,李素云,王至婉,晁恩祥,王永炎

执笔人:李建生*,余学庆,李素云

*通讯作者:lj_js8@163.com

参加本指南制定讨论的专家:北京中日友好医院晁恩祥、张洪春,中国中医科学院西苑医院王书臣、张燕萍,中国中医科学院广安门医院李国勤,北京中医药大学东直门医院武维屏、姜良铎、王成祥、苏慧萍,上海中医药大学龙华医院邵长荣、吴银根,天津中医药大学第一附属医院尹新中,天津中医药大学第二附属医院孙增涛、魏葆琳,辽宁中医药大学附属医院徐艳玲,江苏省中医院奚肇庆、孙子凯,江苏省中医药研究院朱佳,成都中医药大

学附属医院董艳,广东省中医院林琳,河南中医学院第一附属医院周庆伟,吉林省中医药科学院王玉,山东中医药大学附属医院张伟,青岛市中医医院周兆山,安徽中医学院李泽庚,安徽中医学院第一附属医院张念志,浙江省中医院宋康、王真,福建省漳州市中医院洪敏俐,江西中医学院附属医院薛汉荣,贵阳中医学院第一附属医院刘良丽,宁夏医科大学中医学院刘敬霞,新疆维吾尔自治区中医医院李风森等。特此致谢!

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志,2006,29(10):651-655.
- [2]The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) instrument [EB/OL]. [2008-11-06]. <http://www.agreecollaboration.org>.
- [3]詹思延. 临床指南研究与评价工具简介[J]. 中国循证儿科杂志,2007,2(5):375-377.
- [4]Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guideline: a proposal from the Conference on Guideline Standardization [J]. Ann Intern Med, 2003,139(6):493-498.
- [5]Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook [EB/OL]. [2008-11-06]. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.
- [6]李建生,余学庆. 中医临床治疗指南制定的现状与思考 [J]. 中华中医药杂志,2010,25(5):647-650.
- [7]刘建平. 传统医学证据体的构成及证据分级的建议 [J]. 中国中西医结合杂志,2007,27(12):1061-1065.
- [8]Marrie TJ. Epidemiology of mild pneumonia [J]. Sem Respir Infect,1998,13(1):3-7.
- [9]Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto 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(Suppl 2):S27-72.
- [10]Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia [J]. N Engl J Med,1997,336(4):243-250.
- [11]Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study [J]. Thorax,2003,58(5):377-382.

- [12]李建生. 社区获得性肺炎严重程度的诊断与危险评价[J]. 河南中医学院学报, 2009, 24(1): 8-11.
- [13]李建生. 临床中医老年病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 224-233.
- [14]李建生. 老年人肺炎的特点与治疗[J]. 河南中医, 2000, 20(6): 1-3.
- [15]李建生. 老年人社区获得性肺炎中医辨证治疗概要[J]. 中医学报, 2010, 25(3): 439-441.
- [16]李建生, 王至婉, 李素云, 等. 社区获得性肺炎中医证候诊断标准(讨论稿)//中华中医药学会内科分会. 全国中医内科学系病第十四次学术研讨会论文集[C]. 2010: 438-440.
- [17]李建生, 李素云, 余学庆, 等. 国家重点基础研究发展计划(“973”计划)项目课题——基于肺炎的辨证论治疗效评价方法基础理论研究[R]. 课题研究结题报告, 2010: 12.
- [18]余学庆, 李建生, 王至婉, 等. 中医药治疗肺炎临床随机对照试验的文献系统评价[J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(3): 229-233.
- [19]王海峰, 李建生, 王至婉, 等. 中西医结合治疗重症肺炎临床随机对照试验的系统评价[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(5): 738-742.
- [20]李建生, 程龙, 马利军, 等. 毒素清治疗老年人细菌性肺炎的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2002, 22(7): 505-507.
- [21]赵勇, 王红, 张淑文, 等. 复方清热颗粒治疗急性肺炎疗效观察[J]. 中国中医急症, 2010, 19(1): 1-3.
- [22]蒋红丽, 毛兵, 钟云青, 等. 痰热清注射液治疗社区获得性肺炎随机对照试验的系统评价[J]. 中西医结合学报, 2009, 7(1): 9-19.
- [23]靳颖华, 张卫东, 齐平, 等. 痰热清注射液治疗肺炎的 Meta 分析[J]. 中国医院药学杂志, 2009, 29(2): 146-149.
- [24]李茹, 宫晓燕. 青蒿鳖甲汤治疗老年社区获得性肺炎 30 例疗效观察[J]. 长春中医药大学学报, 2008, 24(3): 297.
- [25]孙淑荣, 马春林. 大黄口服与灌肠配合西药治疗重症肺炎呼吸衰竭 30 例[J]. 陕西中医, 2009, 30(8): 944-945.
- [26]靳颖华, 张洁. 清开灵注射液治疗肺炎的 Meta 分析[J]. 中国医药导刊, 2009, 11(5): 772-774.
- [27]尹海燕, 张锐, 黎宝红, 等. 醒脑静注射液对 ICU 重症肺炎患者血清细胞因子含量变化的影响[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2007, 12(12): 1428-1431.
- [28]胡晶, 商洪才, 李晶, 等. 血必净注射液治疗脓毒症的系统评价[J]. 解放军医学杂志, 2010, 35(1): 9-12.

(收稿日期: 2011-05-08; 修回日期: 2011-09-02)

[编辑: 王利芬]

(上接第 1869 页)

示: 血红蛋白 95g/L。盆腔 B 超: 子宫大小 45mm×39mm×32mm, 内膜厚度 5.5mm。既往患者无血液系统疾病, 无肝病等其他全身合并疾患。辨证: 血热夹瘀型。治宜清热凉血, 化瘀止血。方选清热固经汤合逐瘀止血汤加减: 生地黄、黄芩、藕节(炭)、椿根皮各 30g, 龟甲、女贞子、墨旱莲、茜草(炭)、大蓟(炭)、小蓟(炭)各 15g, 牡丹皮、丹参、蒲黄(炭)、知母、黄柏各 10g, 5 剂。2010 年 6 月 25 日二诊: 服药 2 剂后, 出血量明显减少, 诸症均减。现经净一天, 腹不痛; 偶感头晕, 口渴欲饮, 二便可, 夜寐安; 舌淡红、少苔, 脉细数。血止后治当益气养血调经, 予党参、黄芪、女贞子、墨旱莲、钩藤、五味子、茯苓、当归、熟地黄、赤芍、白芍、牡丹皮、丹参、山药、山茱萸、续断、菟丝子各 10g, 10 剂。2010 年 7 月 4 日三诊: 病史同前, 患者头晕心慌不显, 二便调, 夜寐安; 舌淡红、苔薄白, 脉细。按上述经间期治疗原则, 予排卵汤加减治疗: 当归、熟地黄、赤芍、白芍、牡丹皮、丹

参、菟丝子、红花、川芎、(炒)荆芥、(炒)杜仲、五灵脂、(制)香附各 10g, 5 剂。2010 年 7 月 10 日四诊: 病史同前, 患者无明显不适。经前期温肾助阳调经治疗, 黄体方加减: 熟地黄、山药、山茱萸、续断、菟丝子、(炒)杜仲、(炒)党参、(炒)白术、(炒)白芍各 10g, 桑寄生、钩藤、黄芪、(炙)黄芪各 15g, 紫石英 30g, 10 剂。2010 年 7 月 17 日五诊: 月经来潮, 经量稍多, 色鲜红, 少量血块, 腹不痛; 无头晕心慌, 二便可, 夜寐安; 舌淡红、苔薄白, 脉略数。处 6 月 19 日初诊方 5 剂。服药后月经 6 天净。如此调服 3 个月, 月经规律, 30 天左右一潮, 量、色、质均正常。

参考文献

- [1]牛建昭, 薛晓鸥. 中西医结合女性生殖内分泌学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 109.
- [2]夏桂成. 夏桂成实用中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 39.

(收稿日期: 2011-01-26; 修回日期: 2011-03-30)

[编辑: 洪涛]