

中西医联合治疗社区获得性肺炎专家共识(2014 版)

上海市中西医结合学会急救医学专业委员会

上海市中西医结合学会重症医学专业委员会 上海市医师协会急诊科医师分会

执笔人:熊旭东 钱义明 陆一鸣 王倩 李淑芳 谢芳 何森 施荣 汪海慧

社区获得性肺炎(CAP)是指在医院外罹患的感染性肺实质(含肺泡壁,即广义上的肺间质)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。CAP 是常见的社区感染性疾病,随着我国人口的老齡化,该病的发病率有逐年上升的趋势,在对全国范围的 CAP 流行病学调查报道较少。就上海市而言,据统计,每年发生 CAP 约为 26 997 例次,估计发病率为 145.35/10 万,提示上海市 CAP 发病水平不亚于上海市报告的部分乙类传染病^[1]。在过去的 40 年里,尽管在抗菌药物使用上已有很大进步,但 CAP 的病死率几乎没有改变^[2],因而 CAP 已成为突发性公共卫生事件,对其预防控制也已是不可忽视的问题。

CAP 主要有咳嗽、咳痰、发热等特点,与中医学“风温”、“肺热病”类似,现统称为“风温肺热病”。现代医家多参照“风温”、“肺热病”来进行辨证施治,并有着十分丰富的实践经验,取得了很好的临床效果。近年来有关中医药治疗 CAP 的临床与基础研究也日益受到重视并取得一定进展。本专家共识集本专业数十名专家学者临床经验,在目前西医诊治 CAP 的基础上加以中医辨证施治,充分发挥中西医联合治疗 CAP 之优势,旨在为广大临床医师提供诊疗思路。

1 西医诊断标准

1.1 CAP 的临床诊断依据^[3]: ① 新近出现的咳嗽、咳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(体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$); ③ 肺实变体征和(或)可闻及湿性啰音; ④ 白细胞计数(WBC) $> 10 \times 10^9/\text{L}$ 或 $< 4 \times 10^9/\text{L}$,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,并排除肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸粒细胞浸润症及肺血管炎等疾病后,可确立临床诊断。

1.2 社区获得性重症肺炎诊断标准^[3]: 出现下列征象中 1 项或以上者可诊断为社区获得性重症肺炎,需密切观察,积极救治,有条件时,建议收住重症加强治疗病房(ICU)治疗: ① 意识障碍; ② 呼吸频率(RR) ≥ 30 次/min; ③ 动脉血二氧化碳分压(PaO_2) < 60 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),氧合指数($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) < 300 mmHg,需行机械通气治疗; ④ 动脉收缩压 < 90 mmHg; ⑤ 并发脓毒性休克; ⑥ X 线胸片显示双侧或多肺叶受累,或入院 48 h 内病变扩大 $\geq 50\%$; ⑦ 少尿:尿量 < 20 mL/h,或 < 80 mL/4 h,或并发急性肾衰竭

需要透析治疗。

1.3 CAP 的病原学诊断:目前,CAP 最常见的病原体为肺炎链球菌,其次为流感嗜血杆菌和肺炎克雷伯菌^[4-9],其他非典型病原体也有逐年上升的趋势,目前病毒性肺炎中尤以甲型流感(甲流)和禽流感导致的肺炎越来越受到重视。痰是最方便且无创伤的病原学诊断标本,但痰易被其他细菌污染。在采集、送检及实验室处理时必须加以规范。血清学标本应采集急性期及恢复期的双份血清标本,且应间隔 2~4 周,主要用于非典型病原体或呼吸道病毒特异性抗体滴度的测定。CAP 常见病原体检测标本种类及方法见表 1。

2 中医病因病机

本病根据其临床表现多属于“风温肺热病”范畴。主要病因病机为感受外邪,肺失宣肃和正气内虚,脏腑功能失调,病理产物积聚。

风热或风寒之邪侵犯机体,首先犯肺,引起肺的宣发肃降功能下降,出现咽痛、咳嗽、咳痰等症状。或肺本有伏热,外邪入侵,正气与之相搏,热、毒充斥于体内,出现高热、口干、口渴等症;甚则出现神昏、出血等征象。

年老体弱或久病宿疾等原因引起机体正气虚损,脏腑功能失调,导致痰、湿、瘀等病理产物积聚。痰浊内生,复感外邪,上干于肺,肺气上逆,出现咳嗽、咳痰、痰稀色白等;痰与热邪搏结,痰热壅盛,出现发热、咯黄稠痰等证候。痰热伤阴耗气,日久出现气阴两虚之证,症见咳嗽、痰少,汗出,口干等。

总之,疾病初期病邪轻浅,病位在肺卫,表现为风热闭肺证。外邪袭肺,肺失清肃,或正气虚损,脏腑功能失调,痰湿内生,表现为痰浊阻肺证。外邪传里,或内有蕴热,邪正相争,肺气壅滞,出现痰热壅肺证。痰热伤阴耗气,日久出现气阴两虚之证。若病情难以控制,疾病进一步传变,逆传心包,或邪陷正脱,可表现为神昏谵语、喘脱、厥脱等症^[10-11]。

2.1 辨证分型

2.1.1 风热闭肺证: ① 证型特点:咳嗽频剧,气粗或咳声嘎哑,咽痛,咳痰不爽,伴口渴、鼻塞流黄涕、头痛、身热、恶风等表证,舌红苔薄黄,脉浮数。② 治法:疏风清热,宣肺止咳。

2.1.2 痰热壅肺证: ① 证型特点:咳嗽咳声气粗,痰多,质黏厚或稠黄;或喉中有痰声,胸肋胀满伴咳时引痛,身热,面赤,口干,舌红苔黄腻,脉滑数。② 治法:清热泻肺,豁痰止咳。

2.1.3 痰浊阻肺证: ① 证型特点:咳嗽痰多,咳声重浊,晨起为甚,痰色白或带灰色,质黏腻或稠厚,伴胸闷气憋,腹胀,

表 1 常见病原体检测标本和方法

病原体	标本种类	显微镜检查	培养	血清学	其他方法
流感嗜血杆菌	痰液,经纤维支气管镜、人工气道吸引或经防污染样本毛刷(PSB)采集的下呼吸道标本,支气管肺泡灌洗液(BALF),血液,胸腔积液,尿液	革兰染色阴性(G ⁻);涂片染色检查,如发现 G ⁻ 短杆菌有助于诊断	+	检测流感嗜血杆菌抗原成分	酶联免疫吸附试验(ELISA)检测特异性免疫球蛋白 IgM 抗体
肺炎克雷伯菌	同上	G ⁻	+	荚膜肿胀实验	
肺炎链球菌	同上	革兰染色阳性(G ⁺)球菌	应 2 h 内送检,不适合 4 ℃ 保存	荚膜肿胀实验检测,引起疾病血清型有 20 多种	
金黄色葡萄球菌	同上	G ⁺ ,葡萄状排列,无芽胞、荚膜	+		动物试验、血清学、MIF 及 ELISA 等
嗜肺军团菌	同上	嗜肺军团菌(FA)	+	间接免疫荧光分析法(IFA)、酵素免疫分析法(EIA)	尿抗原测定
肺炎支原体	鼻咽拭子、双份血清	-	+	颗粒凝集(PA)、EIA、补体结合(CF)	
肺炎衣原体	同上	-	+	肺炎衣原体微量免疫荧光试验(MIF)、补体结合(CF)、EIA	
甲流	同上	-	-	血清甲流病毒特异性中和抗体测定	实时聚合酶链反应(RT-PCR)检测流感病毒核酸
禽流感(H5N1、H7N9)	同上	-	-	病毒抗原型特异性鉴定	同上

食少,大便时溏,舌淡白,苔白腻,脉濡滑。② 治法:燥湿化痰,理气止咳。

老年患者及久病之人常因高龄或体内固疾,本身气血阴液不足,卫外功能低下,已变生气阴两虚之证,在此基础上则更易感受外邪而生痰浊。同时,老年及久病患者不但易于发病,同时易于传变。风温热邪,邪热伤阴,久羁不解,易深入下焦,下竭肝肾,导致真阴欲竭,气阴两伤。因此,老年患者因痰热伤阴耗气,或病久气虚多汗伤阴,都易出现气阴两虚之兼证^[12]。此时多见咳嗽无痰或少痰,痰黏难咳,气短,乏力,口干,自汗,盗汗,手足心热,舌质淡红,少苔或苔花剥,脉细数。治宜益气养阴,润肺止咳。

3 西医治疗

治疗的关键为合理选用抗菌药物,初始治疗 72 h 后症状无改善或一度改善又恶化者,视为治疗无效。无效或恶化者统称抗菌治疗无反应性肺炎,原因包括抗菌药物抗菌谱未覆盖责任病原体、细菌耐药、并发症和非感染性疾病误诊。处理的关键是分析和查明原因,而非频繁更换抗菌药物^[13]。

3.1 轻症

3.1.1 门诊治疗:① 青壮年、无基础疾病 CAP 患者:选择青霉素类(青霉素、阿莫西林等)、多西环素(强力霉素)、大环内酯类(阿奇霉素)、第一代或第二代头孢菌素(头孢拉定、头孢丙烯、头孢克洛)或呼吸喹诺酮类(左氧氟沙星、莫西沙星等)。② 老年人或有基础疾病 CAP 患者:选择第二代头

孢菌素单用头孢呋辛、头孢丙烯、头孢克洛或联用大环内酯类(阿奇霉素);β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂单用或联用大环内酯类;呼吸喹诺酮类(左氧氟沙星、莫西沙星等)。
3.1.2 住院治疗:① 非病毒性:静脉注射(静注)第二代头孢菌素单用或联用静注大环内酯类;静注呼吸喹诺酮类;静注 β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂单用或联用注射大环内酯类;头孢噻肟、头孢曲松单用或联用注射大环内酯类;② 病毒性:抗病毒治疗,甲型 H1N1、H5N1、H7N9 对神经氨酸酶抑制剂(奥司他韦、扎那米韦)敏感,对金刚烷胺和金刚乙胺耐药。

3.2 ICU 治疗(社区获得性重症肺炎章节)

4 中医药治疗

4.1 风热闭肺证

4.1.1 推荐方剂

4.1.1.1 银翘散加减:药物组成为金银花、连翘、芦根、桑叶、杏仁、黄芩、苏子、炙甘草。原方源于清代吴鞠通的《温病条辨》,具有疏风宣肺、止咳化痰之功效。现代药理学研究表明,银翘散具有抗菌、抗炎、抗过敏、镇痛、增强免疫等作用,与抗菌药物联用在治疗肺炎初期风热闭肺证方面疗效确切^[14]。

4.1.1.2 清瘟败毒饮加减:药物组成为生石膏、板蓝根、柴胡、生地黄、知母、黄连、黄芩、桔梗、牡丹皮、金银花、甘草、连翘、玄参、瓜蒌、枳实、厚朴。原方出自清代余师愚《疫疹一得》,具有清热解毒、化痰泻浊的功效。该方结合口服左氧氟

沙星治疗风热闭肺型 CAP,在改善症状、外周白血细胞和促进炎症吸收方面具有较好的疗效^[15]。

4.1.2 推荐注射剂

4.1.2.1 热毒宁注射液:主要成分为金银花、青蒿、栀子,具有清热疏风解毒的功效。热毒宁注射液联合抗菌药物治疗 CAP 不仅在总有效率与治愈率方面有显著疗效,且明显减轻咳嗽、咳痰症状,缩短发热时间,加速炎症吸收,且未见明显不良反应^[16-17]。

4.1.2.2 双黄连粉针剂:主要成分为金银花、黄芩、连翘,具有疏风解表、清热解毒的功效。应用双黄连粉针剂与抗菌药物联合治疗 CAP,在综合疗效、肺部湿啰音消失时间、X 线恢复正常时间作用明显^[18-19]。

4.1.2.3 痰热清注射液:主要成分为黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘,具有清热化痰解毒的功效。痰热清注射液联合第二代头孢菌素治疗风热闭肺型老年 CAP 的临床疗效与咳嗽、咯痰等症状积分的改善均有优势^[20]。

4.2 痰热壅肺证

4.2.1 推荐方剂

4.2.1.1 麻杏石甘汤加味:药物组成为麻黄、生石膏、杏仁、芦根、桔梗、浙贝母、黄芩、炙百部、款冬花、炙甘草等。原方出自《伤寒论》,具有清泄肺热、止咳平喘的功效。该方结合西医常规基础治疗 CAP 的临床总疗效、中医证候疗效、体温复常时间、主要症状和体征消失天数,平均治愈天数、X 线所示炎症吸收天数、治疗后中医证候指标积分、治疗后 5 d WBC、降钙素原(PCT)等指标均较单用西药明显改善^[21-22]。

4.2.1.2 千金苇茎汤加味:药物组成为芦根、鱼腥草、生薏苡仁、冬瓜仁、枇杷叶、杏仁、桃仁、黄芩等。原方出自《备急千金要方》,具有清肺化痰、逐瘀排脓的功效。该方联合西药治疗 CAP 可明显提高临床总有效率和生活质量评分^[23]。亦可采用麻杏石甘汤联合千金苇茎汤加味,配合西药治疗痰热壅肺型 CAP,能够取得较好的临床愈显率^[24]。

4.2.2 推荐注射剂

4.2.2.1 喜炎平注射液:主要成分为穿心莲内酯磺化物,具有清热解毒、止咳的功效,该药可明显改善患者的发热、咳嗽、咳痰症状^[25]。

4.2.2.2 痰热清注射液:其结合西药治疗 CAP 可以有效缩短发热、咳嗽、咯痰及肺部啰音等症状和体征的恢复时间,明显降低血 WBC 和中性粒细胞比例的水平,提高胸部影像学肺部炎症的吸收率^[26-28]。

4.2.3 推荐口服中成药:莲花清瘟胶囊:主要成分为连翘、金银花、炙麻黄、绵马贯众、板蓝根、石膏、薄荷脑、广藿香、红景天、鱼腥草、大黄、炒苦杏仁、甘草,具有清瘟解毒、宣肺泄热的功效。临床加用该药可缩短退热时间和症状、体征的缓解时间,提高痊愈率^[29]。

4.3 痰浊阻肺证

4.3.1 推荐方剂

4.3.1.1 二陈汤合三子养亲汤加味:药物组成为半夏、陈皮、茯苓、甘草、射干、葶苈子、苏子、白芥子、莱菔子。三子养亲汤出自《韩氏医通》,具有降气平喘之功效,结合二陈汤燥湿

化痰、理气和中,可显著减轻患者咳嗽、咳痰、喘息症状,使痰量明显减少^[30]。

4.3.1.2 炙麻黄合三子养亲汤加味:药物组成为炙麻黄、紫苏子、莱菔子、白芥子。三子养亲汤与炙麻黄合用具有化痰止咳、平喘降气的功效,结合西医常规治疗 CAP,可明显缩短咳嗽、咳痰的好转时间,以及肺部啰音减少或消失时间^[31]。

4.3.2 推荐口服中成药

4.3.2.1 肺力咳胶囊:主要成分为红花、龙胆、梧桐根、前胡、红管药、黄芩、百部,具有清热、止咳化痰的功效。在西医治疗基础上加用该药可提高排痰效果,显著减少呼吸道分泌物的量,明显减轻喘息症状^[32]。

4.3.2.2 橘红痰咳液:主要成分为橘红、百部、茯苓、半夏、白前、甘草、杏仁、五味子,具有理气化痰、润肺止咳的功效。该药对痰浊蕴肺所致的咳嗽、气喘、痰多具有明显疗效^[33]。

5 社区获得性重症肺炎治疗

社区获得性重症肺炎患者常见病原体主要包括金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、军团菌、流感嗜血杆菌及 G⁻ 菌,而病毒与细菌混合感染常导致更为严重的 CAP^[34-35]。此外,一些特殊病原体也往往导致重症肺炎,如曾经一度广泛流行的 SARS、人感染 H7N9 禽流感,以及甲型 H1N1 流感等。

5.1 社区获得性重症肺炎的西医治疗:早期经验性治疗应有针对性地全面覆盖可能的病原体,包括 G⁺ 菌、G⁻ 菌、非典型病原体,因为 5%~40% 重症患者为混合感染。

5.1.1 抗菌药物的选择^[36]:以患者有无铜绿假单胞菌感染危险因素选择抗菌药物。① ICU 的重症 CAP 患者无铜绿假单胞菌感染危险因素时,选择静注:头孢曲松或头孢噻肟联合大环内酯类;呼吸喹诺酮类联合氨基糖苷类;β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂联合大环内酯类;厄他培南联合大环内酯类。② ICU 的重症 CAP 患者有铜绿假单胞菌感染危险因素时,选择静注:抗铜绿假单胞菌活性的 β-内酰胺类抗菌药物联合大环内酯类或同时联用氨基糖苷类;抗铜绿假单胞菌活性的 β-内酰胺类抗菌药物联合喹诺酮类;环丙沙星或左氧氟沙星联合氨基糖苷类。

5.1.2 器官功能支持^[37]:① 呼吸功能支持:并发呼吸衰竭(呼衰)患者予以机械通气,有效纠正缺氧和酸中毒。② 循环功能支持:包括容量复苏及运用血管活性药物,以保证重要器官供血,改善微循环,促进炎症介质及代谢产物移除组织器官,减少继发损害。③ 血液净化:清除炎症介质,稳定机体内环境,保证液体平衡。

5.1.3 免疫调节:使用小剂量糖皮质激素、乌司他丁等。

5.1.4 预防并发症:肠内、肠外营养支持,有效控制血糖等。

5.2 重症肺炎的中医病因病机:重症肺炎中医又称“暴喘病”,“喘脱”,其基本病机为热毒壅肺、痰瘀阻滞、气血亏虚,多属本虚标实,发病的主要因素为外邪、热毒、痰浊、血瘀、脏腑亏虚等,容易产生各种变证,如累及心阳,可致厥脱,治疗从痰、瘀、虚入手,以化痰、行瘀、补虚、理肺为主^[38]。

5.3 重症肺炎的中医治法:在西医治疗基础上联合中医药治疗,常用的治法如下。

5.3.1 清热解毒法:重症肺炎始动因子为外来毒邪,清热解

毒法以祛除外来和内生的毒邪为目标,有助于祛除络脉受损后蓄积的病产物,恢复机体营卫和谐、气血调畅的整体环境^[39]。

5.3.2 活血化瘀法:重症肺炎合并脓毒症患者常伴有凝血功能异常,临床可见皮肤花斑,唇甲紫绀,舌质紫黯,脉沉涩等征象,符合中医血瘀证的表现。活血化瘀法可以通畅络脉气血,减少毒邪蕴积,改善脏腑的温煦濡养,是贯穿治疗重症感染合并脓毒症的重要大法^[40]。

5.3.3 通腑泻下法:依据中医肺与大肠相表里的理论,肠道是人体最重要的营养吸收和免疫器官,也是最大的排毒器官,重症肺炎易导致肠功能紊乱,表现为腹泻或便秘^[41-42]。采用通腑泻下法可改善肠功能障碍,提高患者肠内营养耐受性,减轻患者炎症反应,缩短呼吸机使用时间,增加脱机成功率,提高治疗有效率^[43]。

5.3.4 扶正固本法:中医学认为“邪之所凑,其气必虚”,重症肺炎患者常出现热毒耗伤气阴,正气耗损。扶正固本可以使阳气畅达,正气盈满,有利于抗邪而出,防止内生毒邪进一步损害。重症肺炎辅以中药扶正固本可明显缩短机械通气时间和住 ICU 时间^[44]。

5.3.5 涤痰开窍法:重症肺炎合并呼吸衰竭出现意识障碍,中医认为痰浊闭窍,与邪搏结,邪胜正衰为其重要病机,故治宜“急则治其标”,用涤痰开窍,祛邪利肺法^[45]。

5.4 重症肺炎中药应用

5.4.1 推荐中药方剂

5.4.1.1 清瘟败毒饮:具有清热解毒,凉血泻火的功效,有解热,抗血小板聚集,降低血液黏度,抗炎,镇痛,镇静,抗菌,抗病毒,保肝,解毒,强心,利尿等作用。临床证明可抑制脓毒症患者的过度免疫应答,减少其对机体损害的作用^[46]。

5.4.1.2 清气凉营汤:药物组成为大青叶、金银花、大黄、青蒿、知母、生石膏、赤芍、野菊花、鸭跖草、白茅根等,具有清气解热、凉营化瘀的功效,对脓毒症所致发热具有显著的退热作用,并能降低脓症患者外周白血细胞水平^[47]。

5.4.1.3 炎调方:为上海曙光医院验方,药物组成为桃仁、生大黄、芒硝、玄参、赤芍、当归,具有通腑活血,凉营解毒的功效。实验和临床研究证明,其具有抗炎、抗菌、抑制多种炎症介质释放、缓解失控炎症反应的作用,同时具有保护器官靶器官的功能^[48-50]。

5.4.1.4 安宫牛黄丸:药物组成为牛黄、水牛角浓缩粉、麝香、珍珠、朱砂、雄黄、黄连、黄芩、栀子、郁金、冰片等,具有清热解毒、镇惊开窍的功效,适用于热病、邪入心包、高热惊厥、神昏谵语等证。实验研究发现,安宫牛黄丸具有下调肺组织高迁移率族蛋白 B1 (HMGB1) 的基因表达,降低脓毒症大鼠血浆内毒素水平和肺脏髓过氧化物酶(MPO)含量的作用,对脓毒症具有一定的干预作用^[51-52]。

5.4.2 推荐中药制剂

5.4.2.1 热毒宁注射液:对患者体温,呼吸频率,氧分压,氧合指数等均有明显改善作用^[53]。

5.4.2.2 血必净注射液:主要成分为红花、赤芍、川芎、丹参、当归等,具有化瘀解毒的功效。适用于感染诱发的全身炎

症反应综合征(SIRS),也可配合治疗多器官功能障碍综合征(MODS)的器官功能受损期。血必净注射液辅助治疗脓毒症可使 MODS 的发生率降低,28 d 生存率提高,机械通气时间、ICU 住院时间明显缩短,PCT、内毒素、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)等水平降低显著,血浆 B 型脑钠肽(BNP)水平明显降低,减轻脓毒症造成的心肌损伤,有利于器官功能恢复,纠正凝血功能异常,改善预后^[54-57]。

5.4.2.3 参附注射液:主要成分为红参、附片,具有回阳救逆、益气固脱的作用,主要用于阳气暴脱的厥脱证(感染性或失血性休克)。研究表明,参附注射液联合西药治疗对重症肺炎患者血压、心排血量、血管外肺水肿均有明显的改善作用,对患者的血液流变学有确切的效果,可减少血管活性药物使用量,改善内皮细胞功能,保护重要器官^[58]。

5.4.2.4 参麦注射液:主要成分为红参、麦冬,适用于气阴两虚的休克,可明显改善天冬氨酸转氨酶(AST)、肌酐(Cr)、乳酸脱氢酶(LDH)、肌酸激酶(CK)水平,对脓毒症患者肝、肾、心功能有较好保护作用,显著提高危重患者免疫功能^[59-60]。

5.4.2.5 醒脑静注射液:主要成分为安宫牛黄丸,具有清热解毒、开窍醒脑作用。实验及临床研究发现,醒脑静注射液可有效拮抗炎症介质及内毒素的释放,在常规治疗方法上加用醒脑静注射液,有促醒、退热的功能,可提高治疗脓毒症的有效率,更好地改善患者症状及预后^[61-62]。

重症肺炎病情危急、病机复杂,且变证多样,患者可同时出现数证,治疗中可依据临床表现不同和痰、热、瘀、虚的侧重不同而辨证论治、随证加减,数法并用。临床常见患者热毒内蕴,壮热,烦渴,同时伴有大便秘结的阳明腑实证,可在重用清热解毒药的同时加用通腑泻下药,即清下兼施。如患者热毒炽盛、斑疹隐隐,可清热与凉血、活血同用,即清活并用;如患者唇甲肢端紫黯、皮肤花斑、大便不通,可活血与通腑并用,即活下合用;如出现意识障碍,均可加用开窍法。

6 中西医结合治疗社区获得性肺炎的思路

CAP 的初始抗菌药物治疗非常重要,合理使用抗菌药物能够降低初始治疗失败率^[63-64]。CAP 最常见的病原体为肺炎链球菌,其次为流感嗜血杆菌和肺炎克雷伯菌^[4, 6-7],其他非典型病原体也有逐年上升趋势。病毒性肺炎中尤以甲流和禽流感导致的肺炎受到重视。CAP 的治疗应从初始的经验性治疗尽快过渡到循证治疗,根据病原体及药敏结果,合理选择抗菌药物能提高治愈率,减少耐药的发生。

中医认为 CAP 病因病机包括外邪侵袭、肺卫受邪和正气虚弱、抗邪无力两个方面。邪实、正虚贯穿于疾病的整个病程中^[65-66],治疗方面以祛邪扶正为大法。中西医结合治疗 CAP 具有明显的疗效优势,其主要思路为西医针对病原体进行有效抗感染治疗;中医辨证论治,主要是缓解临床症状及体征。

CAP 实证类主要有风热闭肺证、痰热壅肺证、痰浊阻肺证,中医治疗以清热、散寒、化痰等方法为主,如银翘散、麻杏石甘汤、千金苇茎汤、三子养亲汤等。随着现代中医药的发展,药物的选择也不仅局限于汤剂,中药注射剂的研发,如热毒宁、喜炎平、痰热清等为临床使用提供了方便。此类以邪

实为主要矛盾的患者,通过辨证论治以祛除邪毒。临床应用中,采用中药汤剂或中药注射剂联合抗菌药物治疗 CAP 较单纯使用抗菌药物更有效^[67-70]。

CAP 虚证患者中以气阴两虚多见,老年患者实证中也多兼见气阴两虚之证。此外,在 CAP 虚证方面,临床上还可见肺脾气虚、肺肾两虚等证型^[66,71]。对虚证类 CAP 患者单纯抗菌药物治疗并不能解决根本问题,扶正的思想应贯穿在整个治疗过程中。通过辨证论治,选用具有扶正的中药制剂,如百合固金汤、参苓白术散^[72]等,以达到益气扶正养阴或补肺健脾固肾之目的。因此,在治疗以虚证为主要矛盾的 CAP 患者中,积极抗感染的同时,应联合扶正类药物。

专家组成员:

何立人(上海市名中医)

张友根(上海市中西医结合学会)

以下成员按姓氏笔画排序:

王倩(上海中医药大学附属曙光医院)

毛宜虎(复旦大学附属华山医院宝山分院)

刘华(复旦大学附属华山医院)

闫国良(上海中医药大学附属上海市中医医院)

许明正(同济大学附属东方医院)

贡伟(上海交通大学附属第一人民医院)

苏中杰(同济大学附属东方医院)

李金章(上海交通大学附属第六人民医院南院)

李淑芳(上海中医药大学附属曙光医院)

李越华(上海中医药大学附属上海市中医医院)

吴先正(同济大学附属上海同济医院)

吴国芳(上海市方塔中医医院)

何健(第二军医大学东方肝胆外科医院)

张昊(解放军第八五医院)

陆一鸣(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

陈浩(上海市闵行区中医医院)

郑敏宇(上海中医药大学附属龙华医院)

单红卫(第二军医大学长征医院)

承解静(上海中医药大学附属普陀医院)

封启明(上海交通大学附属第六人民医院)

赵运(复旦大学附属华东医院)

赵雷(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)

胡祖鹏(复旦大学附属华山医院)

胡晓峰(上海市崇明县中心医院)

姜洪斌(同济大学附属上海市肺科医院)

晋玉梅(上海市奉贤区中医医院)

夏志洁(复旦大学附属华山医院北院)

钱义明(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)

钱风华(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)

葛敏(上海市方塔中医医院)

蒋锦琪(上海交通大学附属胸科医院)

韩素萍(上海市杨浦区中医院)

熊旭东(上海中医药大学附属曙光医院)

魏俊平(上海市方塔中医医院)

参考文献

- [1] 金汇明,肖文佳,许学斌,等.上海市社区获得性肺炎发病情况和危险因素[J].环境与职业医学,2012,29(6):369-370,374.
- [2] 俞森洋.重视社区获得性肺炎[J].临床肺科杂志,2012,17(1):1-2.
- [3] 熊旭东.中西医结合急救医学[M].北京:中国中医药出版社,2012:165.
- [4] van Gageldonk-Lafeber AB, Wever PC, van der Lubben IM, et al. The aetiology of community-acquired pneumonia and implications for patient management[J]. Neth J Med, 2013, 71(8):418-425.
- [5] Grenier C, Pepin J, Nault V, et al. Impact of guideline-consistent therapy on outcome of patients with healthcare-associated and community-acquired pneumonia[J]. J Antimicrob Chemother, 2011, 66(7):1617-1624.
- [6] Wiersinga WJ, Bonten MJ, Boersma WG, et al. SWAB/NVALT (Dutch Working Party on Antibiotic Policy and Dutch Association of Chest Physicians) guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults[J]. Neth J Med, 2012, 70(2):90-101.
- [7] Köksal I, Ozlu T, Bayraktar O, et al. Etiological agents of community-acquired pneumonia in adult patients in Turkey; a multicentric, cross-sectional study[J]. Tuberk Toraks, 2010, 58(2):119-127.
- [8] Luchsinger V, Ruiz M, Zunino E, et al. Community-acquired pneumonia in Chile: the clinical relevance in the detection of viruses and atypical bacteria[J]. Thorax, 2013, 68(11):1000-1006.
- [9] 魏丽,胡必杰,何礼贤,等.社区获得性肺炎病原体分离相关因素探讨[J].中国实用内科杂志,2009,29(12):1096-1099.
- [10] 王艳,孙炳华,梅晓萍,等.中西医结合治疗社区获得性肺炎135例临床观察[J].中医药学报,2009,37(2):76-77.
- [11] 余学庆,李建生,王至婉,等.肺炎证候诊断标准的初步建立[J].中华中医药杂志,2011,26(6):1273-1277.
- [12] 徐向东,姚卫海,曹迎.社区获得性肺炎——中医证型相关分析[J].江西中医药,2012,43(5):17-19.
- [13] 何礼贤.成人社区获得性肺炎的诊治及其规范化管理[J].中国感染与化疗杂志,2011,11(4):317-320.
- [14] 彭红星,李颖.银翘散与盐酸左氧氟沙星联合应用治疗肺炎疗效分析[J].重庆医学,2013,42(35):4328-4330.
- [15] 聂里红,张永涛,王玫,等.清瘟败毒饮加减治疗社区获得性肺炎轻症疗效观察[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2010,17(2):15-17.
- [16] 高万朋,王时光,崔壮,等.热毒宁注射液治疗社区获得性肺炎疗效的 Meta 分析[J].中国中药杂志,2011,36(24):3539-3543.
- [17] 杨柳柳.热毒宁注射液治疗风温肺热病(社区获得性肺炎)的临床疗效观察[J].中国医药指南,2013,11(7):622-623.
- [18] 陈盛盈.阿奇霉素联合双黄连粉针序贯治疗社区获得性肺炎34例[J].中国中医急症,2011,20(5):815.
- [19] 白云苹,王至婉,王海峰,等.双黄连注射剂辅助治疗肺炎随机对照试验的系统评价[J].中华中医药杂志,2011,26(11):2571-2575.
- [20] 吴国芳,王倩.痰热清注射液治疗风热袭肺型老年肺部感染疗效观察[J].中国中医急症,2012,21(2):193-194.
- [21] 李颖,张纾难.麻杏石甘汤治疗社区获得性肺炎热型疗效评价及对血清降钙素原的影响[J].中华中医药杂志,2014,29(4):1272-1275.
- [22] 李延鸿,朱怀军.用麻杏石甘汤干预治疗感染性肺炎对照试验的评价[J].抗感染药学,2012,9(3):203-208.
- [23] 吴莹.苇茎汤加减配合西药治疗老年肺炎45例[J].陕西中医,2013,34(3):304-305.
- [24] 孙航成,朱启勇.麻杏石甘汤配合千金苇茎汤加减配合西药治

- 疗社区获得性肺炎疗效观察[J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(9): 1741-1742.
- [25] 疏欣杨, 韩春生, 李得民, 等. 喜炎平注射液辅助治疗社区获得性肺炎 60 例临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(6): 1030-1031.
- [26] 张晓洁, 周可幸, 陈志明. 痰热清注射液治疗社区获得性肺炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(5): 292-294.
- [27] 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.
- [28] 靳颖华, 张卫东, 齐平. 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.
- [29] 徐清, 张念, 袁文胜, 等. 连花清瘟胶囊治疗社区获得性肺炎疗效观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(8): 1299-1300.
- [30] 魏长宝, 谭登永. 二陈汤合三子养亲汤辅助痰浊阻肺型喘证疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(2): 128-129.
- [31] 颜瑜章. 炙麻黄合三子养亲汤加减治疗社区获得性肺炎的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(18): 62-63.
- [32] 卜繁慧. 肺力咳合剂辅助治疗急性支气管炎肺炎疗效观察[J]. 中国实用医药, 2013, 8(31): 137-138.
- [33] 刘晓雯, 黄洁玲, 鲍敏玲. 橘红痰咳液联合山莨菪碱对急性支气管炎肺炎恢复期的疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(10): 18, 63.
- [34] 解立新. 非典型病原体所致重症社区获得性肺炎的诊断与治疗[J]. 中国实用内科杂志, 2011, 31(5): 396-397.
- [35] 俞云松. 社区获得性呼吸道感染主要致病菌及其耐药性变化[J]. 中国实用内科杂志, 2011, 31(8): 647-650.
- [36] 何礼贤, 薛博仁, 俞云松, 等. 多重耐药致病菌感染的危险因素及其治疗药物推荐[J]. 中国临床药理学杂志, 2013, 29(12): 925-927.
- [37] 刘安雷, 郭树彬. 重症肺炎的急诊治疗策略[J]. 临床误诊误治, 2013, 26(5): 1-5.
- [38] 范铁兵, 杨志旭. 重症肺炎证治体会[J]. 中国中医急症, 2013, 22(1): 73-74.
- [39] 高翠翠, 鲁召新. 中医药在脓毒症治疗中的应用[J]. 中国中医急症, 2010, 19(4): 648, 658.
- [40] 丁红生, 陈锋, 陆树萍. 从“血瘀”论治严重脓毒症[J]. 中国中医急症, 2013, 22(1): 71-72.
- [41] 陈莉云, 熊旭东. “肺与大肠相表里”理论的实验及临床研究进展[J]. 中国中医急症, 2013, 22(8): 1368-1370.
- [42] 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.
- [43] 杨忆熙, 齐文升. 大黄甘草汤类方辨证灌肠治疗脓毒症肠功能障碍的疗效观察[J]. 北京中医药, 2011, 30(8): 563-566.
- [44] 张勇, 张义东, 盛陈卓娅. 中西医结合疗法对重症肺炎机械通气患者的脱机疗效观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(1): 120-121.
- [45] 张虹. 重症肺炎中西医结合防治概况[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(12): 1917-1920.
- [46] 冷建春, 罗燕, 郭小刚. 清瘟败毒饮对脓毒症的疗效及对部分血清免疫学指标的影响[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(3): 758-760.
- [47] 钟世杰, 黄华经, 奚小土, 等. 清气凉营汤对脓毒症的干预作用研究[J]. 中国中医急症, 2009, 18(1): 29-30.
- [48] 沈晓红, 熊旭东, 彭文波. 加味炎调方对脓毒症大鼠血清 TNF- α 、IL-1 β 、IL-10 的调控作用[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(6): 1241-1243.
- [49] 张燕婷, 熊旭东. 炎调方对脓毒症大鼠模型炎症介质的影响[J]. 中国中医急症, 2013, 22(11): 1852-1854.
- [50] 何森, 熊旭东, 沈晓红. 炎调方对脓毒症急性呼吸窘迫综合征(热炽营血证)患者血细胞因子的影响[J]. 中国中医急症, 2013, 22(7): 1097-1099.
- [51] 张丹, 胡质毅, 黄萍, 等. 安宫牛黄丸对脓毒症大鼠肺组织高迁移率族蛋白 B1 基因表达及髓过氧化物酶活性的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2010, 27(1): 27-30.
- [52] 李俊, 张丹, 吴清和, 等. 安宫牛黄丸对脓毒症大鼠血浆内毒素水平的影响[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(6): 1320-1321.
- [53] 孙广信, 祖育娜, 李国燕. 热毒宁注射液辅助治疗重症肺炎的临床研究[J]. 实用药物与临床, 2012, 15(7): 439-440.
- [54] 朱明锦, 张庚, 胡马洪, 等. 化痰解毒之血必净注射液治疗重症肺炎疗效的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2014, 14(4): 462-468.
- [55] 张晓娟, 章志丹, 穆恩, 等. 脓毒症患者早期应用血必净注射液治疗的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(3): 172-174.
- [56] 陈云霞, 李春盛. 血必净治疗脓毒症的随机对照多中心临床研究[J]. 中华急诊医学杂志, 2013, 22(2): 130-135.
- [57] 赵子瑜, 郭长升, 孙立东, 等. 血必净注射液对脓毒性休克患者脑钠肽的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(5): 299-300.
- [58] 梁宇, 孙立东, 赵子瑜, 等. 大剂量参附注射液治疗脓毒性休克的临床疗效分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(2): 109-110.
- [59] 黄增峰, 陈如康, 黄学仄, 等. 参麦注射液对脓毒症患者器官功能保护作用的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(5): 282-284.
- [60] 陈宁, 程彤, 申丽旻, 等. 参麦注射液对重症肺炎患者免疫功能的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(5): 302-304.
- [61] 兰万成, 李俊, 何旭敏. 醒脑静对 23 例脓毒症炎症因子干预作用及临床研究[J]. 陕西中医, 2009, 30(3): 308-309.
- [62] 张小红, 王红民. 醒脑静治疗肺性脑病的临床疗效观察[J]. 辽宁医学杂志, 2010, 24(4): 205-206.
- [63] 陈雪华. 社区获得性肺炎初始治疗无反应原因和处理[J]. 中国实用内科杂志, 2014, 34(1): 94-96.
- [64] Wunderink RG, Waterer GW. Clinical practice. Community-acquired pneumonia[J]. N Engl J Med, 2014, 370(6): 543-551.
- [65] 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.
- [66] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 社区获得性肺炎中医证候诊断标准(2011 版)[J]. 中医杂志, 2011, 52(24): 2158-2159.
- [67] 马晓东, 郑青秀, 李献超, 等. 痰热清注射液联合头孢曲松治疗社区获得性肺炎临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(3): 499-500.
- [68] 周三军. 痰热清注射液治疗社区获得性肺炎的临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(10): 1798-1799.
- [69] 李晶, 赵明静, 毛世涛, 等. 热毒宁联合喹诺酮类药物治疗社区获得性肺炎疗效 Meta 分析[J]. 中国实用内科杂志, 2013, 33(5): 398-399, 413-414.
- [70] 曾金武, 龚建化, 黄河. 热毒宁注射液联合抗生素治疗老年人社区获得性肺炎 146 例[J]. 中国中医急症, 2011, 20(10): 1689.
- [71] 李建生, 王至婉, 余学庆, 等. 社区获得性肺炎常见证候及老年患者特征分析[J]. 中医杂志, 2009, 50(11): 1018-1022.
- [72] 韩广明, 李正光, 张唤华, 等. 参苓白术散合二陈汤加味治疗老年肺炎疗效及对降钙素原的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(12): 5-6, 23.

(收稿日期: 2015-01-13)

(本文编辑: 李银平)