

基于“正邪交争”理论分析不同年龄段肺炎患者临床特征的差异

陈腾飞¹ 高子恒² 徐霄龙¹ 曲志成¹ 郭伟¹ 刘清泉¹

¹首都医科大学附属北京中医医院重症医学科, 北京 100010; ²北京中医药大学临床医学院(北京中医医院), 北京 100010

通信作者: 刘清泉, Email: Liuqingquan2003@126.com

【摘要】 目的 基于“正邪交争”理论分析不同年龄段肺炎患者临床特征的差异。**方法** 选择 2021 年 1 月 20 日(大寒节气)至 2022 年 1 月 20 日(大寒节气)于首都医科大学附属北京中医医院发热门诊就诊的肺炎患者作为研究对象, 基于“正气”理论将患者按年龄分为 4 组[第 1 组(年龄 14~32 岁)、第 2 组(年龄 33~48 岁)、第 3 组(年龄 49~64 岁)、第 4 组(年龄 ≥65 岁)], 比较 4 组患者宏观体征(体温峰值)、反映邪气程度的炎症指标[白细胞计数(WBC)、中性粒细胞计数(NEU)、中性粒细胞比例(NEU%)、C-反应蛋白(CRP)]、反映正气虚衰程度的免疫指标[淋巴细胞计数(LYM)、淋巴细胞比例(LYM%)], 反映邪正力量对比的中性粒细胞/淋巴细胞比值(NLR)、邪入营血转为重症趋势[血小板计数(PLT)]水平的差异。**结果** 全年共接诊 446 例肺炎患者, 剔除含缺失值数据病例, 最终纳入 377 例。第 1 组 49 例, 第 2 组 57 例, 第 3 组 76 例, 第 4 组 195 例。4 组患者体温峰值比较差异无统计学意义; 随年龄增长, WBC、NEU、NEU%、CRP、NLR 均逐渐升高, LYM、LYM%、PLT 均逐渐降低; 与第 1 组比较, 第 4 组 WBC、NEU、NEU%、CRP、NLR 均明显升高[WBC($\times 10^9/L$): 10.6(8.2, 14.4)比 8.2(6.1, 11.2), NEU($\times 10^9/L$): 8.9(6.5, 13.0)比 6.4(4.1, 9.0), NEU%: 85.9(80.1, 90.2)比 75.5(69.7, 83.6), CRP(mg/L): 57.4(18.2, 123.8)比 12.6(4.2, 29.6), NLR: 11.1(6.3, 18.9)比 4.8(3.4, 9.7), 均 $P < 0.05$], LYM、LYM%、PLT 均明显降低[LYM($\times 10^9/L$): 0.9(0.5, 1.2)比 1.1(0.8, 1.8), LYM%: 7.9(4.9, 12.8)比 15.4(8.8, 20.6), PLT($\times 10^9/L$): 196.0(145.0, 250.0)比 227.0(190.0, 272.5), 均 $P < 0.05$]; 与第 2 组比较, 第 4 组 NEU、NEU%、CRP、NLR 均明显升高[NEU($\times 10^9/L$): 8.9(6.5, 13.0)比 7.7(5.4, 10.1), NEU%: 85.9(80.1, 90.2)比 77.9(71.7, 82.0), CRP(mg/L): 57.4(18.2, 123.8)比 17.7(8.3, 64.1), NLR: 11.1(6.3, 18.9)比 5.2(3.8, 7.1), 均 $P < 0.05$], LYM、LYM% 均明显降低[LYM($\times 10^9/L$): 0.9(0.5, 1.2)比 1.4(1.1, 1.8), LYM%: 7.9(4.9, 12.8)比 14.2(11.2, 19.2), 均 $P < 0.05$]; 与第 3 组比较, 第 4 组 CRP、NLR 均明显升高[CRP(mg/L): 57.4(18.2, 123.8)比 52.2(16.1, 100.3), NLR: 11.1(6.3, 18.9)比 6.9(4.7, 10.3), 均 $P < 0.05$]。**结论** 不同年龄段肺炎患者临床特征存在显著差异, 主要表现为高龄患者炎症指标更高(邪气更为炽盛)、免疫指标更低(正气更为虚衰), 邪正对比表现出更显著的邪盛正衰趋势, 病情更容易进展。

【关键词】 肺炎; 年龄; 中医; 正气

基金项目: 北京市医院管理中心青年人才培养“青苗”计划(QML20231007); 中华中医药学会雏鹰计划中医青年临床人才研修项目(CYJH2024006)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.05.007

Study on the difference in clinical characteristics of pneumonia patients across age groups based on the theory of "conflict between healthy qi and pathogenic qi"

Chen Tengfei¹, Gao Ziheng², Xu Xiaolong¹, Qu Zhicheng¹, Guo Wei¹, Liu Qingquan¹

¹Department of Critical Care Medicine, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China; ²Clinical Medical College of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100010, China

Corresponding author: Liu Qingquan, Email: Liuqingquan2003@126.com

【Abstract】 Objective To analyze differences in clinical characteristics of pneumonia patients across age groups based on the theory of "conflict between healthy qi and pathogenic qi". **Methods** Patients diagnosed with pneumonia at the fever clinic of Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University from 20 January 2021 (Great Cold) to 20 January 2022 (Great Cold) were selected as the study subjects. Based on the theory of "healthy qi", patients were divided into 4 age groups [Group 1 (14–32 years), Group 2 (33–48 years), Group 3 (49–64 years), and Group 4 (≥65 years)]. The following macro-signs were compared among the groups: macroscopic signs (peak body temperature), inflammatory indicators reflecting the degree of evil qi [white blood cell count (WBC), neutrophil count (NEU), neutrophil percentage (NEU%), C-reactive protein (CRP)], immune indicators reflecting the degree of healthy qi deficiency [lymphocyte count (LYM), lymphocyte percentage (LYM%)], the neutrophil/lymphocyte ratio (NLR) reflecting the contrast between pathogenic and healthy qi; and the level of platelet count (PLT) indicating the trend of progression to severe disease (entering the nutrient and blood aspects). **Results** A total of 446 pneumonia patients were admitted throughout the year. After excluding cases with missing data, 377 cases were finally included: 49 cases

in Group 1, 57 cases in Group 2, 76 cases in Group 3, and 195 cases in Group 4. No statistically significant difference was found in peak body temperature among the four groups. With increasing age, WBC, NEU, NEU%, CRP, and NLR gradually increased, while LYM, LYM%, and PLT gradually decreased. Compared with Group 1, Groups 4 showed significant increases in WBC, NEU, NEU%, CRP, and NLR [WBC ($\times 10^9/L$): 10.6 (8.2, 14.4) vs. 8.2 (6.1, 11.2), NEU ($\times 10^9/L$): 8.9 (6.5, 13.0) vs. 6.4 (4.1, 9.0), NEU%: 85.9 (80.1, 90.2) vs. 75.5 (69.7, 83.6), CRP (mg/L): 57.4 (18.2, 123.8) vs. 12.6 (4.2, 29.6), NLR: 11.1 (6.3, 18.9) vs. 4.8 (3.4, 9.7), all $P < 0.05$], and significant decreases in LYM, LYM%, and PLT [LYM ($\times 10^9/L$): 0.9 (0.5, 1.2) vs. 1.1 (0.8, 1.8), LYM%: 7.9 (4.9, 12.8) vs. 15.4 (8.8, 20.6); PLT ($\times 10^9/L$): 196.0 (145.0, 250.0) vs. 227.0 (190.0, 272.5), all $P < 0.05$]. Compared with Group 2, Group 4 showed significant increases in NEU, NEU%, CRP, and NLR [NEU ($\times 10^9/L$): 8.9 (6.5, 13.0) vs. 7.7 (5.4, 10.1), NEU%: 85.9 (80.1, 90.2) vs. 77.9 (71.7, 82.0), CRP (mg/L): 57.4 (18.2, 123.8) vs. 17.7 (8.3, 64.1), NLR: 11.1 (6.3, 18.9) vs. 5.2 (3.8, 7.1), all $P < 0.05$], and significant decreases in LYM and LYM% [LYM ($\times 10^9/L$): 0.9 (0.5, 1.2) vs. 1.4 (1.1, 1.8), LYM%: 7.9 (4.9, 12.8) vs. 14.2 (11.2, 19.2), both $P < 0.05$]. Compared with Group 3, Group 4 showed significant increases in CRP and NLR [CRP (mg/L): 57.4 (18.2, 123.8) vs. 52.2 (16.1, 100.3), NLR: 11.1 (6.3, 18.9) vs. 6.9 (4.7, 10.3), both $P < 0.05$].

Conclusions Clinical characteristics of pneumonia patients vary significantly across different age groups. This is mainly manifested by higher inflammatory indicators (more intense pathogenic qi) and lower immune indicators (more deficient healthy qi) in older patients, showing a more significant trend of excessive evil qi and deficient healthy qi, making the condition more prone to progression.

【Key words】 Pneumonia; Age; Traditional Chinese medicine; Healthy qi

Fund program: Beijing Municipal Hospital Administration Center Young Talent Training "Green Seedling" Program (QML20231007); China Association of Chinese Medicine "Young Eagle" Program for Advanced Studies of Young Clinical Talents of Traditional Chinese Medicine (CYJH2024006)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.05.007

“正气”是中医学重要内容,《黄帝内经》云:“正气存内,邪不可干”,正气作为人体抗邪能力的综合概括,在疾病的发生发展变化中起着关键性作用。正气与邪气的力量对比和盛衰转化过程——即“正邪交争”,正邪交争最终决定了疾病的走势,正胜邪却则病愈,邪盛正衰则病危,正邪相持则疾病迁延,正如《伤寒论》所云:“血弱气尽,腠理开,邪气因入,与正气相搏,结于胁下,正邪分争,往来寒热,休作有时,嘿嘿不欲饮食”。“正气”是一综合概念,很难用单一指标量化,而年龄作为重要的生理指标,可以充分反映人体的脏腑功能储备,因而可被视为反映正气水平的重要可量化指标^[1]。同一种疾病因发病群体的年龄不同,也会存在临床特征的差异,如本课题组前期对于登革热按照中医“正气”理论分为4个年龄组进行研究发现存在差异^[2],亦有学者针对登革热进行了重复研究并得出类似结果^[3],在新型冠状病毒感染^[4]、支原体肺炎^[5]等疾病中也有基于年龄分组的临床特征研究并发现存在差异。在既往研究的基础上,本研究基于“正邪交争”理论,选择年龄作为正气的主要量化指标,将肺炎患者分为4组,围绕“正气”“邪气”“正邪交争”几个方面,比较肺炎患者临床特征的差异,以期临床提供参考。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象:选择首都医科大学附属北京中医医院发热门诊2021年1月20日(大寒节气)至2022年1月20日(大寒节气)就诊的所有肺炎患者

作为研究对象。

1.1.1 纳入标准:符合《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)》^[6]诊断标准:①社区发病;②有肺炎相关临床表现:新出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸道疾病症状加重,伴或不伴脓痰、胸痛、咯血及呼吸困难;发热,体温 $>37.3^{\circ}\text{C}$;肺实变体征和(或)闻及湿性啰音;外周血白细胞计数(white blood cell count, WBC) $>10\times 10^9/L$ 或 $<4\times 10^9/L$,伴或不伴细胞核左移;③胸部X线可见新出现的斑片状浸润影、叶或段实变影、磨玻璃影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。

1.1.2 排除标准:①不符合上述肺炎诊断标准者;②肺结核、肺肿瘤、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炎管炎者;③复诊患者;④资料不全者。

1.1.3 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并经首都医科大学附属北京中医医院伦理委员会批准(审批号:2024BL02-099-01),临床数据的采集分析均符合伦理要求。

1.2 研究分组:全年共接诊446例肺炎患者,剔除含缺失值数据病例,最终纳入377例。将患者按年龄分为4组:第1组年龄14~32岁,共49例;第2组年龄33~48岁,共57例;第3组年龄49~64岁,共76例;第4组年龄 ≥ 65 岁,共195例。

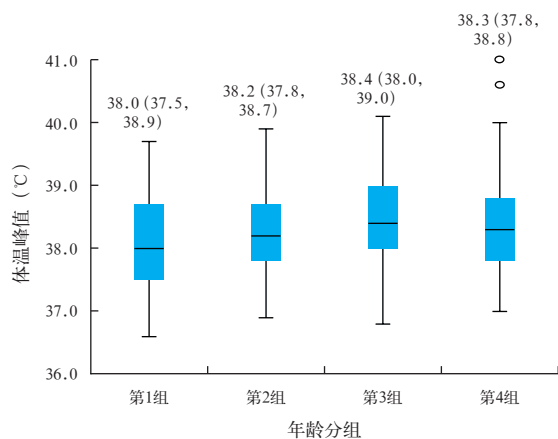
1.3 观察指标:①宏观体征:体温峰值;②邪气程度(炎症指标):WBC、中性粒细胞计数(neutrophil count, NEU)、中性粒细胞比例(neutrophil

percentage, NEU%)、C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP); ③ 正气虚衰程度(免疫指标): 淋巴细胞计数(lymphocyte count, LYM)、淋巴细胞比例(lymphocyte percentage, LYM%); ④ 邪正力量对比: 中性粒细胞/淋巴细胞比值(neutrophil/lymphocyte ratio, NLR); ⑤ 邪入营血转为重症趋势: 血小板计数(platelet count, PLT)。

1.4 统计学方法: 使用 SPSS 26.0 统计软件分析数据。计量资料均不符合正态分布以中位数(四分位数)[$M(Q_L, Q_U)$]表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以例(率)表示, 采用 χ^2 检验; 不符合上述条件的采用非参数检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同年龄组肺炎患者体温峰值比较(图1): 4 组肺炎患者体温峰值比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。



注: 第1组年龄 14~32 岁, 第2组年龄 33~48 岁, 第3组年龄 49~64 岁, 第4组年龄 ≥65 岁

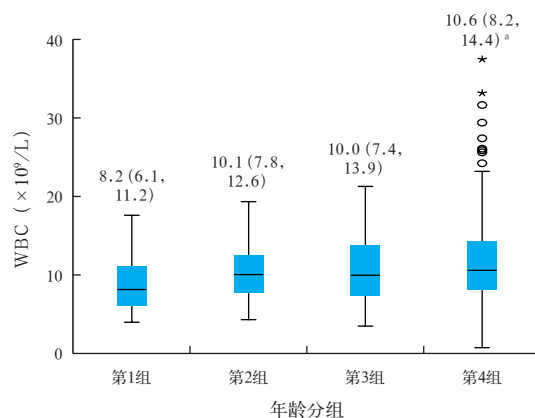
图1 各年龄组患者体温峰值变化箱式图

2.2 不同年龄组肺炎患者炎症指标比较(图2~5): 4 组肺炎患者 WBC 比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 其中第4组 WBC 明显高于第1组($P < 0.05$), 其余组间比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

4 组肺炎患者 NEU 比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 其中第4组 NEU 明显高于第1组、第2组(均 $P < 0.05$), 其余组间比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

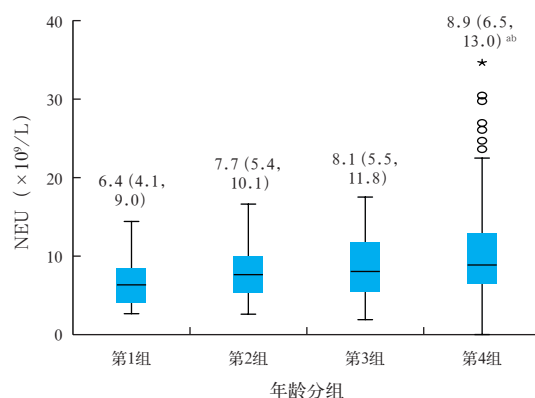
4 组肺炎患者 NEU% 比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 其中第4组 NEU% 明显高于第1组、第2组(均 $P < 0.05$), 其余组间比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。

4 组肺炎患者 CRP 比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 其中第4组 CRP 均明显高于第1、2、3组(均 $P < 0.05$), 第3组 CRP 明显高于第2组($P < 0.05$), 其余组间比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。



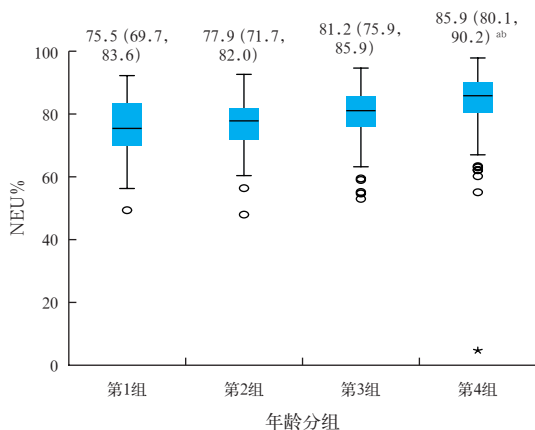
注: 第1组年龄 14~32 岁, 第2组年龄 33~48 岁, 第3组年龄 49~64 岁, 第4组年龄 ≥65 岁; 与第1组比较, ^a $P < 0.05$

图2 各年龄组患者 WBC 变化箱式图



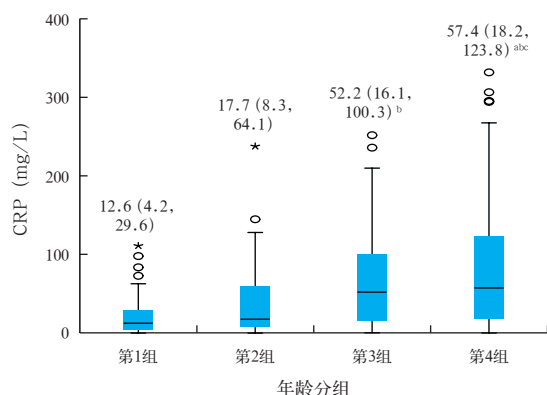
注: 第1组年龄 14~32 岁, 第2组年龄 33~48 岁, 第3组年龄 49~64 岁, 第4组年龄 ≥65 岁; 与第1组比较, ^a $P < 0.05$, 与第2组比较, ^b $P < 0.05$

图3 各年龄组患者 NEU 变化箱式图



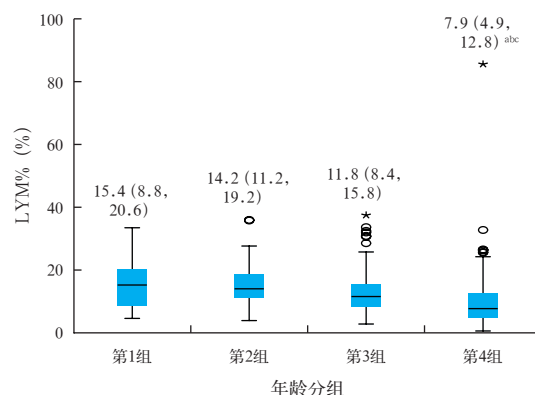
注: 第1组年龄 14~32 岁, 第2组年龄 33~48 岁, 第3组年龄 49~64 岁, 第4组年龄 ≥65 岁; 与第1组比较, ^a $P < 0.05$, 与第2组比较, ^b $P < 0.05$

图4 各年龄组患者 NEU% 变化箱式图



注：第1组年龄 14~32 岁，第2组年龄 33~48 岁，第3组年龄 49~64 岁，第4组年龄 ≥65 岁；与第1组比较，^a $P<0.05$ ，与第2组比较，^b $P<0.05$ ，与第3组比较，^c $P<0.05$

图5 各年龄组患者 CRP 变化箱式图

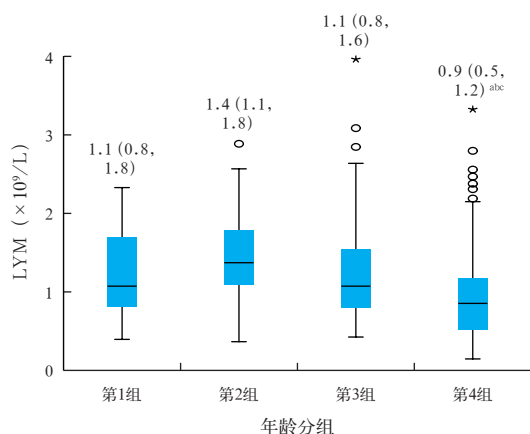


注：第1组年龄 14~32 岁，第2组年龄 33~48 岁，第3组年龄 49~64 岁，第4组年龄 ≥65 岁；与第1组比较，^a $P<0.05$ ，与第2组比较，^b $P<0.05$ ，与第3组比较，^c $P<0.05$

图7 各年龄组患者 LYM% 变化箱式图

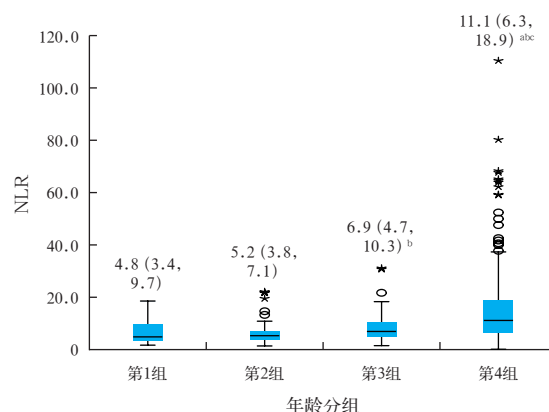
2.3 不同年龄组肺炎患者免疫指标比较 (图 6~7): 4 组肺炎患者 LYM 比较差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 其中第 4 组 LYM 明显低于第 1、2、3 组 (均 $P<0.05$), 其余组间比较差异无统计学意义 (均 $P>0.05$)。

4 组肺炎患者 LYM% 比较差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 其中第 4 组 LYM% 明显低于第 1、2、3 组 (均 $P<0.05$), 其余组间比较差异均无统计学意义 (均 $P>0.05$)。



注：第1组年龄 14~32 岁，第2组年龄 33~48 岁，第3组年龄 49~64 岁，第4组年龄 ≥65 岁；与第1组比较，^a $P<0.05$ ，与第2组比较，^b $P<0.05$ ，与第3组比较，^c $P<0.05$

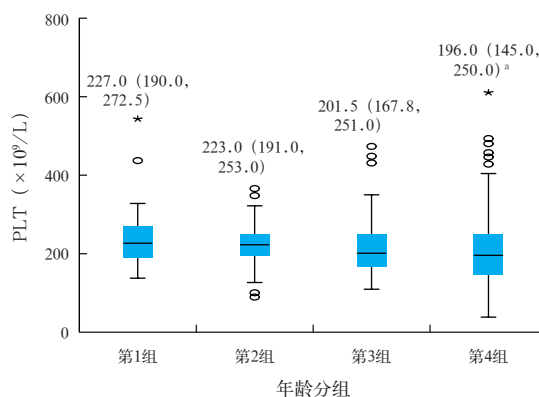
图6 各年龄组患者 LYM 变化箱式图



注：第1组年龄 14~32 岁，第2组年龄 33~48 岁，第3组年龄 49~64 岁，第4组年龄 ≥65 岁；与第1组比较，^a $P<0.05$ ，与第2组比较，^b $P<0.05$ ，与第3组比较，^c $P<0.05$

图8 各年龄组患者 NLR 变化箱式图

2.5 不同年龄组肺炎患者 PLT 比较 (图 9): 4 组肺炎患者 PLT 比较差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 其中第 4 组 PLT 明显低于第 1 组 ($P<0.05$), 其余组间比较差异均无统计学意义 (均 $P>0.05$)。



注：第1组年龄 14~32 岁，第2组年龄 33~48 岁，第3组年龄 49~64 岁，第4组年龄 ≥65 岁；与第1组比较，^a $P<0.05$ ，与第2组比较，^b $P<0.05$ ，与第3组比较，^c $P<0.05$

图9 各年龄组患者 PLT 变化箱式图

2.4 不同年龄组肺炎患者 NLR 比较 (图 8): 4 组肺炎患者 NLR 比较差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 其中第 4 组 NLR 明显高于第 1、2、3 组，第 3 组 NLR 明显高于第 2 组 (均 $P<0.05$), 其余组间比较差异无统计学意义 (均 $P>0.05$)。

3 讨论

本研究是基于“正邪交争”理论展开,选择能高度反映“正气”盛衰的指标——年龄,作为分组的标准^[1],《素问·上古天真论》分别以 7 年和 8 年作为人体生理机能由盛到衰的变化周期,参考《素问》年龄分段方法区分出了第 1 组(年龄 14~32 岁)、第 2 组(年龄 33~48 岁)、第 3 组(年龄 49~64 岁)、第 4 组(年龄 ≥65 岁)4 组,也是本团队此前研究登革热临床特征时所采用的年龄分组方法^[2]。本研究观察 4 组肺炎患者炎症指标、免疫指标、NLR 和 PLT 的差异,结果显示,高龄患者炎症指标更高,提示炎症反应更剧烈,邪气更为炽盛,而免疫指标更低,提示免疫力低下,正气更为虚弱, NLR 邪正力量对比表现为邪盛正衰,进而反映在 PLT 水平的下降趋势,提示病情有加重邪入营血分的趋势。以下就其机制进行探讨。

3.1 高龄肺炎患者炎症指标更高(邪气更为炽盛)的原因探讨: 本病研究显示,第 4 组患者的炎症指标水平更高, WBC、NEU、NEU%、CRP 4 个炎症指标比较差异均有统计学意义,尤其第 4 组上述指标水平均明显高于第 1 组,其他 3 组间某些炎症指标比较差异有统计学意义,但 WBC、NEU、NEU%、CRP 4 个炎症指标水平均呈现出第 4 组 > 第 3 组 > 第 2 组 > 第 1 组的趋势,未出现统计学差异的组别可能源于样本量过小。从中医学角度来看,伴随着高龄而来的是基础病的增多,叶天士《温热论》云:“其人平素心虚有痰者,外邪一陷,里络就闭”,心虚有痰即一种内伤病理状态,现代高龄人群常见的高血压、糖尿病、高脂血症等,从中医病因学来看均含有“痰”“浊”“瘀”“燥热”等的病理因素,类似于一种潜伏在体内的邪气,高辉远教授认为老年人机体调节适应性锐减,常易受邪而产生各种邪实之证,如肺虚失于宣肃、脾虚水湿失运而渐生痰湿,心气鼓动无力、肝气疏泄失畅而致血脉瘀滞较为普遍^[7],在 高龄群体罹患外感发热性疾病时,外邪很容易引动伏邪,内外邪气交织,呈现出邪气炽盛的状态^[8-10]。《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018 修订版)》^[11]中也指出,“衰老积损、热毒损肺”为老年人社区获得性肺炎的主要病机,衰老正虚、宿疾积损为其发病基础,热毒损肺为发病的关键因素,两者相互影响,成为老年患者病情复杂、临床表现隐匿、病情严重、恢复缓慢、预后差的主要原因。

3.2 高龄肺炎患者免疫指标水平更低(正气更为

虚衰)的原因探讨: LYM 作为重要的免疫指标,可用于疾病危重程度和预后的判断^[12-15],研究表明,社区获得性肺炎患者的 LYM 水平可很好地反映免疫功能,并对于肺炎是否进展为脓毒症等预后有预测意义^[16-18]。本研究显示,第 4 组患者的 LYM 和 LYM% 均明显低于其他 3 组,差异有统计学意义, LYM 和 LYM% 的下降属于中医学视角下的正气虚衰。高龄患者伴随的是生理性衰老、器官功能储备下降,《内经》云:“八八天癸竭,精少,肾藏衰,形体皆极……今五藏皆衰,筋骨解堕,天癸尽矣”,即使健康的老年患者也伴随着衰老而存在如气虚、阴虚、津伤等基础状态^[19],历代医家对此亦多有论述,如吴又可《温疫论》云:“三春早草,得雨滋荣;残腊枯枝,虽灌弗泽。凡年高之人,最忌剥削……盖老年荣卫枯涩,几微之元气易耗而难复也”,岳美中在《治疗老年病的经验》^[20]一书中说:“老年人因为抗病力弱,最怕外感,即所谓‘老怕伤寒少怕痢’”“老年人通常表现为体质减弱、机体功能减退、抗病能力低下等证候特点”,上述即是对老年人元气衰微之生理特点的论述。

3.3 高龄肺炎患者 NLR 更高、PLT 更低(邪盛正衰病势进展)的原因探讨: NLR、PLT 被广泛应用于感染性疾病病情危重程度的判断,对于疾病的进展有良好的预测意义^[21-23],已有研究表明, NLR 对肺炎患者病情严重程度、预后具有预测价值^[24-25]。高龄肺炎患者 NLR 更高、PLT 更低,且 4 组患者的 NLR 呈现出第 4 组 > 第 3 组 > 第 2 组 > 第 1 组的趋势, 4 组患者的 PLT 呈现出第 4 组 < 第 3 组 < 第 2 组 < 第 1 组的趋势,提示高龄人群罹患肺炎时病情更容易进展。NLR 作为炎症与免疫指标的比值,属于中医视角下的邪气正气力量对比,邪气盛而正气衰则病情进展, PLT 作为一项关键的凝血指标,在感染性疾病中 PLT 的降低对于中医学气分证向营血分证转化有很好的提示意义^[26]。高龄患者因为存在复杂的内伤基础病而出现正气虚衰邪气炽盛,邪正对比的指标 NLR 更高,故罹患肺炎后病情较低龄患者更容易演变为危重症。肺炎的危重度评分英国胸科协会改良肺炎评分(British Thoracic Society's modified pneumonia score, CURB-65 score)、肺炎严重指数(pneumonia severity index, PSI)分级,以及危重症中常用的急性生理学与慢性健康状况评分 II (acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE II),年龄也是重要的项目,年龄越大分值

越高、病情越危重^[27]。外感之邪与内伏之邪交织，内外合邪，邪气炽盛，加之正气虚弱抗邪无力，病情容易快速进展，如高辉远指出：“年老体弱之体，外邪侵入后，因驱邪力薄，不能有效地阻止病邪深入，故又善于传变，若不及时治疗，外邪即可势如破竹，深入内陷，意识障碍出现‘逆传心包’或深入下焦等险证”“老年外感高热时，多是老与病，宿疾与新感，虚与实交织在一起”^[7]。从中医学视角来看，邪势进一步内陷则会波及营血分，对于肺炎患者病情加重时伴随 PLT 下降的现象临床极为常见，亦有相应研究^[28]，但尚缺乏对于其机制的探讨，从中医学视角解读是有效的补充。

4 结 语

肺炎属于中医学外感热病的范畴，在同一种外感病中不同患者群体的临床表现亦存在差异，叶天士《温热论》云：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”，即提示同一种外感病的发病特点并不相同，有的群体从肺开始发病并按照卫气营血传变，有的群体从心包开始发病，未出现典型的卫气症状即进入营血阶段。

本研究虽未涉及治疗，但从临床特征来看，高龄患者罹患肺炎，应始终关注正气，在祛邪方面既要祛邪外出，也要防止外感之邪与体内伏邪相互交织，叶天士《温热论》云：“在表初用辛凉轻剂，挟风则加入薄荷、牛蒡之属，挟湿加芦根、滑石之流，或透风于热外，或渗湿于热下，不与热相搏，势必孤矣”，虽是就透邪外出的方法而言，但其分消各类邪气使彼此不相交织的思想，可借鉴于处理外感诱发伏邪的过程，使高龄肺炎患者能及时阻断病势进展，改善预后。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 陈腾飞, 刘清泉. 浅述中医“正气”理论[J]. 环球中医药, 2016, 9(11): 1332–1335. DOI: 10.3969/j.issn.1674–1749.2016.11.012.
- [2] 陈腾飞, 刘清泉, 刘南. 基于中医“正气”理论对 132 例不同年龄段普通登革热患者的临床特征研究[J]. 中国中医急症, 2016, 25(11): 2046–2048, 2051. DOI: 10.3969/j.issn.1004–745X.2016.11.008.
- [3] 贾文爽, 李曼, 沈加员, 等. 571 例登革热病例不同年龄组临床特征分析[J]. 热带病与寄生虫学, 2021, 19(1): 28–31. DOI: 10.3969/j.issn.1672–2302.2021.01.007.
- [4] 赵建华, 梁丹艳, 王晓兰, 等. 不同年龄人群新型冠状病毒感染 CT 表现分析[J]. CT 理论与应用研究, 2023, 32(5): 603–611. DOI: 10.15953/j.ctta.2023.045.
- [5] 赖雪玲, 李月凤. 不同年龄儿童肺炎支原体肺炎的临床特征分析[J]. 当代医学, 2022, 28(3): 137–139. DOI: 10.3969/j.issn.1009–4393.2022.03.048.
- [6] 中华医学会呼吸病学会. 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. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001–0939.2016.04.005.
- [7] 于有山, 王发渭, 薛长连. 高辉远学术经验真传[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [8] 王晓波, 支文兰, 赵福来, 等. 浅谈新型冠状病毒肺炎合并基础病的中医药防治策略[J]. 世界科学技术 – 中医药现代化, 2021, 23(2): 344–350. DOI: 10.11842/wst.20200317001.
- [9] 张剑, 姜良铎. 试论老年外感病的中医证治特点[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2006, 13(5): 37–38. DOI: 10.3969/j.issn.1672–2205.2006.05.013.
- [10] 杨效华, 焦扬. 试论风温肺热病的内伤基础——附 69 例风温肺热病类型分类[J]. 中国中医急症, 1995, 4(6): 270–271.
- [11] 余学庆, 谢洋, 李建生. 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.
- [12] 李丽娟, 刘国梁, 李俊, 等. 外周血淋巴细胞计数在评估脓毒症患者预后中的临床价值[J]. 中国急救医学, 2015, 35(11): 977–981. DOI: 10.3969/j.issn.1002–1949.2015.11.004.
- [13] Li DK, Zhang JH, Bai GG, et al. Lymphocyte and NK cell counts can predict sepsis-associated delirium in elderly patients[J]. Front Aging Neurosci, 2021, 12: 621298. DOI: 10.3389/fnagi.2020.621298.
- [14] Wang SB, Sheng YJ, Tu JW, et al. Association between peripheral lymphocyte count and the mortality risk of COVID–19 inpatients[J]. BMC Pulm Med, 2021, 21(1): 55. DOI: 10.1186/s12890–021–01422–9.
- [15] Wagner J, DuPont A, Larson S, et al. Absolute lymphocyte count is a prognostic marker in COVID–19: a retrospective cohort review[J]. Int J Lab Hematol, 2020, 42(6): 761–765. DOI: 10.1111/ijlh.13288.
- [16] 赵博, 陈莹莹, 谭明旗. 淋巴细胞计数对社区获得性肺炎患者细胞免疫功能的判断价值[J]. 南方医科大学学报, 2016, 36(2): 273–276. DOI: 10.3969/j.issn.1673–4254.2016.02.23.
- [17] 毕小菁, 王文军, 代丽. 淋巴细胞计数对老年社区获得性肺炎患者预后的预测价值[J]. 当代医学, 2018, 24(36): 50–52. DOI: 10.3969/j.issn.1009–4393.2018.36.021.
- [18] 李翠翠, 杨辉, 王健. 红细胞体积分布宽度、总淋巴细胞计数对社区获得性肺炎并发脓毒症预后评估的价值分析[J]. 现代医学, 2022, 50(3): 279–284. DOI: 10.3969/j.issn.1671–7562.2022.03.002.
- [19] 李建生, 宋建平, 李素云. 临床中医老年病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [20] 岳美中. 岳美中全集上册·治疗老年病的经验[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [21] Sumardi U, Prihardianti DR, Sudjana P. Is neutrophil-lymphocyte count ratio a better indicator of sepsis with gram-positive bacterial infection? [J]. Indian J Crit Care Med, 2021, 25(7): 795–799. DOI: 10.5005/jp-journals-10071–23892.
- [22] Westerdijk K, Simons KS, Zegers M, et al. The value of the neutrophil-lymphocyte count ratio in the diagnosis of sepsis in patients admitted to the intensive care unit: a retrospective cohort study[J]. PLoS One, 2019, 14(2): e0212861. DOI: 10.1371/journal.pone.0212861.
- [23] Guclu E, Durmaz Y, Karabay O. Effect of severe sepsis on platelet count and their indices[J]. Afr Health Sci, 2013, 13(2): 333–338. DOI: 10.4314/ahs.v13i2.19.
- [24] 任红梅, 单锡峰. 中性粒细胞与淋巴细胞比值预测重症肺炎患者预后的价值[J]. 临床肺科杂志, 2019, 24(2): 275–279. DOI: 10.3969/j.issn.1009–6663.2019.02.020.
- [25] 王震, 史金英, 宋宁. 中性粒细胞/淋巴细胞比值对社区获得性肺炎严重程度的评估价值[J]. 河北医药, 2015, 37(8): 1211–1212. DOI: 10.3969/j.issn.1002–7386.2015.08.033.
- [26] 雷洁蕾. 卫气营血辨证与 ICU 脓毒症患者止凝功能障碍的相关性探讨[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [27] 贾明旺, 廖广园, 彭芳, 等. CURB–65、PSI、APACHE II 评分在重症肺炎患者预后评估中的应用[J]. 广州医科大学学报, 2019, 47(1): 50–53. DOI: 10.3969/j.issn.2095–9664.2019.01.13.
- [28] 冯开俊, 张泓. 血小板相关参数联合肺炎严重指数评分对重症肺炎患者病死率的预测作用[J]. 中国急救医学, 2019, 39(8): 739–743. DOI: 10.3969/j.issn.1002–1949.2019.08.006.

(收稿日期: 2025–04–21)

(责任编辑: 邸美仙)