

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2019. 04. 019

标准与规范

社区获得性肺炎中医诊疗指南 (2018 修订版)

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

1 前言

社区获得性肺炎 (community-acquired pneumonia, CAP) 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在入院后于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。CAP 是老年人的常见病和多发病, 死亡率高。老年 CAP 具有呼吸道症状不典型、感染症状不突出、以肺外表现为首发症状等特点, 易出现严重并发症, 预后差^[2-4]。CAP 多属于中医学的“风温肺热”“咳嗽”等病证范畴。为完善 CAP 中医诊疗规范, 促进中医药诊治 CAP 水平的提高, 2011 年中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会组织相关专家, 制订了《社区获得性肺炎中医诊疗指南 (2011 版)》^[5], 对提高我国 CAP 中医诊疗水平、促进相关临床研究发挥了重要的指导作用。

2011 年以来, 我国中医药防治 CAP 的临床研究获得了一些新进展, 学术界对 CAP 的认识发生了新的变化, 并对相关指导性文件进行了修订。为了及时反映国内外研究进展, 更好地指导我国 CAP 的中医临床诊疗, 中华中医药学会内科分会联合中华中医药学会肺系病分会、中国民族医药学会肺病分会组织成立了由中医、西医、中西医结合、临床流行病学、循证医学、中药学等多学科人员组成的《社区获得性肺炎中医诊疗指南 (2018 修订版)》工作小组, 在《社区获得性肺炎中医诊疗指南 (2011 版)》基础上, 基于现有最佳证据并充分结合专家共识, 制订了《社区获得性肺炎中医诊疗指南 (2018 修订版)》。

2 诊断

2.1 诊断标准

参照中华医学会呼吸病学分会发布的《中国

成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南 (2016 年版)》^[1]: 1) 社区发病; 2) 肺炎相关临床表现: (1) 新出现的咳嗽、咯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。(2) 发热, 体温 $> 37.3^{\circ}\text{C}$ 。(3) 肺实变体征和 (或) 闻及湿性啰音。(4) 外周血白细胞计数 $> 10 \times 10^9/\text{L}$ 或 $< 4 \times 10^9/\text{L}$, 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。符合 1)、3) 及 2) 的任何一项, 并除外肺结核、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血管炎等, 可建立临床诊断。

2.2 病原学诊断^[1]

CAP 可能的病原体需参考患者基础情况、症状或体征、胸部影像学 (X 线胸片或胸部 CT) 特点、实验室检查、病情严重程度、既往抗菌药物应用史等, 并结合病原学检测项目进行诊断。不同类型肺炎的临床特征见表 1。

表 1 不同类型病原体社区获得性肺炎的临床特征

病原体	发病特点	实验室检查	影像学检查
细菌	起病急, 高热, 可伴有寒战, 脓痰、胸痛或血痰	外周血白细胞明显升高, C 反应蛋白 (CRP) 升高	肺部实变体征或湿性啰音, 影像学可表现为肺泡浸润或实变呈叶段分布
支原体、衣原体	年龄 < 60 岁, 基础病少, 持续咳嗽, 无痰或痰涂片检查未发现细菌 肺部体征少	外周血白细胞计数 $< 10 \times 10^9/\text{L}$	影像学可表现为上肺野、双肺病灶, 小叶中心性结节、树芽征、磨玻璃影以及支气管壁增厚, 病情进展可呈实变
病毒	多数具有季节性, 可有流行病学接触史或群聚性发病, 急性上呼吸道症状, 肌痛, 抗菌药物治疗多无效	外周血白细胞计数正常或减低, 降钙素原 (PCT) $< 0.1 \mu\text{g}/\text{L}$	影像学表现为双侧、多叶间质性渗出, 磨玻璃影, 可伴有实变

基金项目: 国家“万人计划”百千万工程领军人才 (W02060076), 2015 年度中医药行业科研专项 (201507001-01)

2.3 病情严重程度

2.3.1 病情轻重综合评估 1) 轻症肺炎标准^[6]: 应符合以下 4 条, 即体温低于 38℃、呼吸功能和动脉血气测定正常或与基础值比较无恶化、白细胞计数 $<10 \times 10^9/L$ 、无其他并发症。2) 重症肺炎诊断标准^[1]: 符合下列 1 项主要标准或 ≥ 3 项次要标准, 可诊断为重症肺炎。主要标准: (1) 需要气管插管行机械通气治疗; (2) 脓毒症休克经积极液体复苏后仍需要血管活性药物治疗。次要标准: (1) 呼吸频率 ≥ 30 次/min; (2) 氧合指数 ≤ 250 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa); (3) 多肺叶浸润; (4) 意识障碍和/或定向障碍; (5) 血尿素氮 ≥ 7.14 mmol/L; (6) 收缩压 < 90 mmHg 需要积极的液体复苏。

2.3.2 病情严重程度简易评价工具 1) 肺炎严重指数 (pneumonia severity index, PSI)^[1, 7]: I 级: PSI < 51 , 年龄 ≤ 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: PSI 51 ~ 70; III 级: PSI 71 ~ 90; IV 级: PSI 91 ~ 130; V 级: PSI > 130 。I - III 级为死亡风险为低危, 建议门诊治疗; IV 级死亡风险为中危, 入住观察病房或短期住院治疗; V 级为死亡风险高危必须住院治疗。2) CURB 积分与分级^[1, 8]: 精神意识混乱, 血清尿素氮 > 7 mmol/L, 呼吸频率 ≥ 30 次/min, 收缩压 < 90 mmHg 或舒张压 ≤ 60 mmHg。每项为 1 分, 合计为 4 分。0 或 1 分者为门诊治疗; 2 分为可住院治疗; 3 分及以上者需入住 ICU 治疗。3) CURB-65 积分与分级^[1, 8]: 包括精神意识混乱, 血清尿素氮 > 7 mmol/L, 呼吸频率 ≥ 30 次/min, 收缩压 < 90 mmHg 或舒张压 ≤ 60 mmHg, 年龄 ≥ 65 岁 5 项指标。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 分为中度死亡率, 可短期住院治疗或观察; 3 分及以上者为重症肺炎, 高死亡率, 需入住 ICU 治疗。4) CRB-65 积分与分级^[1, 8]: 适用于没有血液化验结果的情况下快速评估病情。共 4 项指标: 精神意识混乱, 呼吸频率 ≥ 30 次/min, 收缩压 < 90 mmHg 或舒张压 ≤ 60 mmHg, 年龄 ≥ 65 岁。每项为 1 分, 合计为 4 分。0 分低死亡风险, 门诊治疗; 1、2 分为建议住院或严格随访下院外治疗; 3、4 分为高死亡风险需住院治疗。5) CURXO 评分^[1, 9]: 多用于预测急诊重症 CAP。包括 2 项主要指标: 动脉血 pH 值 < 7.30 , 收缩压 < 90 mmHg; 6

项次要指标: 意识障碍, 血尿素氮 > 30 mg/dL, 呼吸频率 > 30 次/min, X 线胸片呈多肺叶浸润, 血氧分压 (PaO₂) < 54 mmHg 或氧合指数 (PaO₂/FiO₂) < 250 mmHg、年龄 ≥ 80 岁。符合 1 项主要指标及 2 项以上次要指标可诊断为重症 CAP。6) SMART-COP 评分^[1, 10]: 下列所有危险因素得分总和: (1) 收缩压 < 90 mmHg (+2 分); (2) X 线胸片多肺叶受累 (+1 分); (3) 血清白蛋白 < 35 g/L (+1 分); (4) 呼吸频率 ≥ 30 次/min (> 50 岁) 或 ≥ 25 次/min (≤ 50 岁) (+1 分); (5) 心率 ≥ 125 次/min (+1 分); (6) 新发的意识障碍 (+1 分); (7) 低氧血症 (+2 分): PaO₂ < 70 mmHg 或指氧饱和度 $\leq 93\%$ 或氧合指数 < 333 mmHg (≤ 50 岁); PaO₂ < 60 mmHg 或指氧饱和度 $\leq 90\%$ 或氧合指数 < 250 mmHg (> 50 岁); (8) 动脉血 pH 值 < 7.35 (+2 分)。0 ~ 2 分为低风险, 3、4 分为中风险, 5、6 分为高风险, 7、8 分为极高风险。评分 > 3 分提示有可能需要进行呼吸监护或循环支持治疗。

2.4 老年 CAP 特点^[1-4, 11-14] 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, 或仅有呼吸急促症状; 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 X 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、糖尿病等, 使病情复杂; 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。

3 辨证论治

CAP 发病主要由于外邪侵袭、肺卫受邪, 或正气虚弱、抗邪无力两个方面。感受风热之邪, 经口鼻侵袭肺脏, 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、正气不固而现邪陷正脱。恢复期邪气渐去, 正气已损, 多以正虚为主, 或正虚邪恋, 常以气阴两虚、肺脾气虚为

主,兼有痰热或痰浊。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^[2,15]。对于老年人,多因罹患慢性疾病,体内积生痰湿、瘀血,在此基础上易感受外邪而使病情发作,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。因此,“衰老积损、热毒损肺”为老年人 CAP 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、预后差等的主要原因^[2-4,11-12,16]。

CAP 临床常见证候包括实证类(风热犯肺证、外寒内热证、痰热壅肺证、痰浊阻肺证)、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)3类8个证型^[5,17]。临床须注意的是重症肺炎常见痰热壅肺证、痰湿阻肺证、热陷心包证、邪陷正脱证,这4种常见证型可单独存在更常兼见,如热陷心包兼痰热壅肺证、热陷心包兼邪陷正脱证、痰湿阻肺兼邪陷正脱证等。重症肺炎的痰热壅肺证、痰湿阻肺证较肺炎轻中度患者相同证候严重而复杂,常涉及虚(肺脾气虚、气阴两虚)、瘀、毒、腑实等,其中痰热壅肺证涉及虚多为气阴两虚、痰湿阻肺证涉及虚多为肺脾气虚^[4]。老年患者实证中多兼见肺脾气虚证、气阴两虚证,疾病的中后期多以正虚为主而常兼见邪恋未尽,如肺脾气虚兼痰浊阻肺、气阴两虚兼痰热壅肺等^[3-4,11-12,16]。

治疗方面,以祛邪扶正为大法。祛邪则当分痰、热、毒、瘀、腑实,当以痰(热)、毒为主,佐以活血、通腑。祛邪同时佐以扶正,或益气养阴或补益肺脾。在治疗过程中注意清热解毒但不可过于寒凉免伤脾胃,注重宣降肺气以顺肺之生理特点^[3-5,14]。若出现热入心包、邪陷正脱,当需清心开窍、扶正固脱。老年患者出院后,病情虽然恢复,病机多为虚实夹杂以虚为主,正虚(气阴两虚、肺脾气虚)邪实(痰热、痰浊、瘀血)贯穿于整个过程,若体虚不固、外邪袭肺而致病情发作再次住院则易增加病死率。因此,该阶段的治疗当以扶正为主、佐以祛邪为大法。扶正为主,或益气养阴或补肺健脾,佐以祛邪,则当分痰、热、毒、瘀,以痰(热)、毒为主,佐以活血,注重宣降肺气^[4]。研究显示,采用中医辨证治疗、中西医结合治疗 CAP 能够缩短疾病临床稳定时间,改善临床症状和患者生存质量,缩短体温恢复时间等,具

有明显的疗效优势^[18-21]。

3.1 实证类

3.1.1 风热袭肺^[17] 症状: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。

治法:疏风清热,清肺化痰。

方药:银翘散(《温病条辨》)加减^[5,22-24](证据级别:C;推荐强度:强推荐使用):金银花、连翘、炒苦杏仁、前胡、桑白皮、黄芩、芦根、牛蒡子、薄荷(后下)、桔梗、甘草。加减:头痛目赤者,加菊花、桑叶;喘促者,加麻黄、生石膏(先煎);无汗者,加荆芥、防风;咽喉肿痛者,加山豆根、马勃;口渴者,加天花粉、玄参;胸痛明显者,加延胡索、瓜蒌。

中成药:1)疏风解毒胶囊^[25-34](证据级别:C;推荐强度:强推荐使用):口服,每次4粒,每日3次。在西医常规治疗基础上加用疏风解毒胶囊能有效提高 CAP 患者痊愈率,缩短发热、咳嗽、咯痰时间,减少住院天数^[27-34]。2)连花清瘟胶囊(颗粒)^[25,35-36](证据级别:D;推荐强度:弱推荐使用):口服,每次4粒,每日3次。连花清瘟胶囊(颗粒)联合美洛西林钠治疗 CAP 能提高有效率,缩短咳嗽时间及减少住院天数^[36]。

3.1.2 外寒内热^[17] 症状:主症:发热,恶寒,无汗,咳嗽,舌质红,舌苔黄、黄腻,脉数。次症:痰黄,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)2项,加3)、4)、5)中的2项。

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(《医学统旨》)加减^[5,37-56](证据级别:C;推荐强度:弱推荐使用):炙麻黄、荆芥、防风、生石膏(先煎)、炒苦杏仁、知母、瓜蒌、栀子、桑白皮、黄芩、桔梗、陈皮、炙甘草。加减:恶寒

无汗、肢体酸痛者，减荆芥、防风，加羌活、独活；往来寒热不解、口苦者，加北柴胡。

中成药：根据表寒里热的不同偏重，合理选择中成药。偏内热者，可参见痰热壅肺证有关内容。偏表风寒者，可选通宣理肺丸^[25-26, 35]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：口服，每次 7g（水蜜丸）或 8~10 丸（浓缩丸），每日 2 或 3 次。

3.1.3 痰热壅肺^[17] 症状：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，舌苔黄或黄腻，脉数或滑数。具备 1)、2) 2 项，加 3)、4)、5) 中的 2 项。

治法：清热解毒，宣肺化痰。

方药：贝母瓜蒌散^[57]（《医学心悟》）合清金降火汤（《古今医鉴》）加减^[5]（证据级别：C；推荐强度：强推荐使用）：瓜蒌、浙贝母、生石膏（先煎）、炒苦杏仁、知母、白头翁、连翘、鱼腥草、黄芩、炙甘草。加减：咳嗽带血者，加白茅根、侧柏叶；咯痰腥臭者，加金荞麦根、薏苡仁、冬瓜仁；痰鸣喘息而不得平卧者，加葶苈子（包煎）、射干；胸痛明显者，加延胡索、赤芍、郁金；热盛心烦者，加金银花、栀子、黄连；热盛伤津者，加麦冬、生地黄、玄参；兼有气阴两虚者，加太子参、麦冬、沙参；大便秘结者，加酒大黄、枳实、桑白皮；兼血瘀证，见口唇紫绀，舌有瘀斑、瘀点者，加地龙、赤芍。此证亦可采用泻白散加减^[58-59]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）。

中成药：1) 痰热清注射液^[25-26, 60]（证据级别：C；推荐强度：强推荐使用）：20~40 ml/次，静脉滴注，每日 2 次。在西医常规治疗基础上加用痰热清注射液可以缩短患者发热、咳嗽、咯痰时间^[60]。2) 清肺消炎丸^[25-26, 61-63]（证据级别：C；推荐强度：弱推荐使用）：口服，每次 6 丸，每日 3 次。清肺消炎丸联合抗生素治疗能够提高痊愈率^[61-63]。3) 热毒宁注射液^[25, 64-71]（证据级别：C；推荐强度：强推荐使用）：20 ml/次，静脉滴注，每日 1 次。西医规范治疗基础上加用热毒宁注射液能提高痊愈率，缩短发热、咳嗽时间^[65-67]。

3.1.4 痰浊阻肺^[17] 症状：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) 胃脘胀满或腹胀；4) 纳呆或食少；5) 舌苔白腻，脉滑或弦滑。具备 1)、2) 2 项，加 3)、4)、5) 中的 2 项。

治法：燥湿化痰，宣降肺气。

方药：半夏厚朴汤（《金匱要略》）合三子养亲汤（《皆效方》，录自《杂病广要》）加减^[5]（证据级别：D；推荐强度：强推荐使用）。药物：法半夏、厚朴、陈皮、炒苦杏仁、茯苓、枳实、白芥子、紫苏子、莱菔子、生姜。加减：痰从寒化，畏寒、痰白稀者，加干姜、细辛；痰多咳喘，胸闷不得卧者，加麻黄、薤白、葶苈子（包煎）；脘腹胀闷，加木香、焦槟榔、豆蔻；便溏者，减紫苏子、莱菔子，加白术、泽泻、葛根；兼血瘀证，见口唇紫绀，舌有瘀斑、瘀点者，加川芎、赤芍。此证亦可选用二陈汤加味^[72]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）。

中成药：苏子降气丸^[25, 35]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：口服，每次 6g，每日 1 或 2 次。

3.2 正虚邪恋类

3.2.1 肺脾气虚^[17] 症状：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，苔薄白，舌体胖大或有齿痕，脉沉细、沉缓、细弱。具备 1)、2)、3) 中的 2 项，加 4)、5)、6) 中的 2 项。

治法：补肺健脾，益气固卫。

方药：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减^[5, 73-74]（证据级别：C；推荐强度：强推荐使用）：党参、茯苓、白术、莲子、白扁豆、山药、炒苦杏仁、陈皮、枳壳、豆蔻、炙甘草。加减：咳嗽明显者，加款冬花、紫菀；纳差不食者，加神曲、炒麦芽；脘腹胀闷，减黄芪，加木香、莱菔子；虚汗甚者，加浮小麦、煅牡蛎；寒热起伏，营卫不和者，加桂枝、白芍、生姜、大枣。

中成药：1) 玉屏风颗粒^[25-26, 35]（证据级别：D；推荐强度：强推荐使用）：冲服，每次 5g，每日 3 次。2) 六君子丸^[25-26, 35]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：口服，每次 9g，每日 2 次。

3.2.2 气阴两虚^[17] 症状: 主症: 咳嗽, 无痰或少痰, 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, 舌苔薄少或花剥, 脉沉细或细数。具备 1)、2) 2 项, 加 3)、4)、5)、6) 中的 2 项。

治法: 益气养阴, 润肺化痰。

方药: 生脉散(《医学启源》)合沙参麦冬汤(《温病条辨》)加减^[5](证据级别: D; 推荐强度: 强推荐使用): 太子参、沙参、麦冬、五味子、川贝母、百合、山药、玉竹、桑叶、天花粉、地骨皮、炙甘草。加减: 咳甚者, 加百部、炙枇杷叶、炒苦杏仁; 低热不退者, 可加北柴胡、白薇, 亦可选用青蒿鳖甲汤加减^[75](证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐使用); 盗汗明显者, 加煅牡蛎、糯稻根须; 呃逆者, 加竹茹、炙枇杷叶; 纳差食少者, 加炒麦芽、炒谷芽; 腹胀者, 加佛手、香橼皮; 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, 可用竹叶石膏汤合麦门冬汤加减^[76-77](证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐使用)。

中成药: 1) 生脉饮口服液^[25-26, 35](证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐使用): 口服, 每次 10 ml, 每日 3 次。2) 养阴清肺丸^[25-26, 35](证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐使用): 口服, 每次 9 g, 每日 2 次。

3.3 危重证类

3.3.1 热陷心包^[17] 症状: 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、昏愤不语; 3) 高热、身热夜甚; 4) 舌红甚至红绛, 脉滑数或细数。具备 1)、2) 2 项, 加 3)、4) 中的 1 项。

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^[5](证据级别: D; 推荐强度: 强推荐使用): 水牛角(先煎)、生地黄、玄参、麦冬、赤芍、金银花、连翘、黄连、栀子、天竺黄、丹参、石菖蒲。加减: 谵语、烦躁不安

者, 加服安宫牛黄丸; 抽搐者, 加用钩藤、全蝎、地龙、羚羊角粉(冲服); 口唇紫绀, 舌有瘀斑、瘀点者, 加牡丹皮、紫草; 腑气不通者, 加生大黄(后下)、芒硝(冲服), 或选用宣白承气汤加减^[78](证据级别: C; 推荐强度: 强推荐使用)。对于热陷心包以痰热偏甚者, 可选清金化痰汤加减^[79-82](证据级别: C; 推荐强度: 弱推荐使用)。

中成药: 1) 醒脑静注射液^[25-26, 83-84](证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐使用): 20 ml/次, 静脉滴注, 每日 2 次。西医常规治疗基础上加用醒脑静注射液能有效缩短重症 CAP 患者发热、咳嗽、咯痰时间^[83-84]。2) 血必净注射液^[85-133](证据级别: C; 推荐强度: 强推荐使用): 50~100 ml/次, 静脉滴注, 每日 2 次。西医常规治疗基础上加用血必净注射液能提高治愈率、缩短机械通气时间^[85-133]。

3.3.2 邪陷正脱^[17] 症状: 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, 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。

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^[5](证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐使用): 生晒参(单煎)、麦冬、五味子、山萸肉、煅龙骨、煅牡蛎。阳脱者以四逆加入参汤(《伤寒论》)加味^[5](证据级别: D; 推荐强度: 弱推荐使用): 红参(单煎)、炮附子(先煎)、干姜、煅龙骨、煅牡蛎、炙甘草。

中成药: 1) 偏于阴竭者, 可选用参脉注射液^[25-26, 134](证据级别: D; 推荐强度: 强推荐使用): 20~60 ml/次, 静脉滴注, 每日 2 次。西医常规治疗加用参脉注射液治疗能够缩短患者发热时间^[134]。2) 偏于阳脱者, 可选用参附注射液^[25-26, 135-137](证据级别: C; 推荐强度: 强推荐使用): 20~60 ml/次, 静脉滴注, 每日 2 次。西医常规治疗加用参附注射液治疗能有效缓解炎症反应^[135-137]。

3.4 关于临床兼证、复杂证候的治疗

邪实（痰热、痰浊）正虚（气阴两虚、肺脾气虚）贯穿于 CAP 疾病整个病程中^[2,15]。重症肺炎和老年人肺炎常以虚实夹杂为主，证候多以复合证候出现^[4,11-12,15-16]。1) 重症肺炎常以痰热壅肺证、痰湿阻肺证、热陷心包证、邪陷正脱证等 4 种常见证候兼见存在；2) 老年人肺炎则以痰热壅肺或痰浊阻肺为主，常兼气阴两虚、肺脾气虚、瘀血等；3) 恢复期则以正虚为主而常兼见邪恋未尽，多以气阴两虚、肺脾气虚为主，常兼有痰热或痰浊；4) 出院后尤其是老年肺炎患者，病情虽然恢复，病机多为虚实间杂，气阴两虚常兼痰热壅肺，即气阴两虚、痰热未清；肺脾气虚常兼痰浊阻肺，即肺脾气虚、痰浊未尽。痰热壅肺证、痰湿阻肺证，较肺炎发生发展过程中的相同证候程度轻，为虚证中的兼证。

临床兼证、复杂证候的病机也有主次之分，故治疗当辨清病机主次，标本兼治。1) 重症肺炎证见热陷心包兼痰热壅肺证、热陷心包兼邪陷正脱证。以热盛内陷心包为主，兼有痰热、正脱。故治疗当以清心开窍为主，辅以清热化痰解毒或益气救阴、回阳固脱等。2) 老年人肺炎常见肺脾气虚兼痰湿阻肺证，以肺脾气虚为主，兼有痰湿，故治疗以补肺健脾为主，佐以化痰解毒。由于 CAP 临床证候尤其是老年人和重症肺炎证候复杂多变，本指南难以将所有复杂证候全部列出，故建议临床实践中，辨证为复杂证候时可参考指南所列出所涉及证候的治法方药进行治疗，根据虚实主次而遣方用药。

4 预防调护^[11,15]

患者应注意休息，多饮水，给予营养丰富、易消化的流质或半流质饮食；室内空气要经常流动，保持空气清新；减少危险因素如吸烟、饮酒。饮食宜清淡，不宜过咸，不宜过食油腻，忌食辛辣刺激及油炸之品，戒酒；生活要有规律，做到起居有常，既要保证足够的睡眠，又要避免卧床过久。对于老年人肺炎不能生活自理者，需加强口腔及呼吸道护理，防止院内交叉感染；保持乐观舒畅、积极向上的良好心情，避免过于喜怒忧思、消极悲观等不良情的影响；预防本病需适当参加体育锻炼，增强体质，提高抗病能力；避免受凉、淋雨、劳累、酗酒、吸入刺激性及有毒有害气体；有效控制原有慢性疾病。

5 适用范围

本指南适用于被确诊为 CAP 的患者（年龄 ≥

18 岁）。对于中医辨证为实证类及正虚邪恋类 CAP 患者应在临床医师密切评估病情前提下，应用中医辨证治疗或中西医结合治疗；对危重证类 CAP 患者，在西医规范治疗前提下，可参考应用本指南推荐的中医药治疗。

本指南供中医内科、中西医结合内科医生临床使用。适合于 CAP 的辨证治疗，也适老年人 CAP 患者。对于医院获得性肺炎（HAP）的患者可参考应用。

6 修订方法说明

本指南由中华中医药学会内科分会、中华中医药学会肺系病分会及中国民族医药学会肺病分会牵头修订。本指南依据指南更新报告规范（checklist for the reporting of updated guidelines, CheckUp）^[138] 的要求，对《社区获得性肺炎中医诊疗指南（2011 版）》内容进行了全面梳理，确定需修订的内容范围及报告规范；并在相关法律法规和技术文件指导的框架下，基于现有最佳证据、结合专家共识、中医药自身特点及我国的实际情况进行修订。本指南已在国际指南注册平台（<http://www.guidelines-registry.cn/>）进行中、英文双语注册。注册号：IPGRP-2018CN032。

本指南经过 5 次现场工作会议（3 次小组讨论会及 2 次共识会议）、2 次专家问卷咨询，确定了指南的整体框架和主要修订内容。由北京中医药大学循证医学中心方法学专家对文献检索、证据质量评价与分级进行指导，并对参加指南修订小组成员进行方法学规范化培训。本指南对调研、培训、讨论及证据收集评价过程中所产生的辅助材料，均进行了汇编、留存，作为指南的配套资料。

本指南采用国际统一的 2004 年制订的推荐分级的评估、制定和评价（the grading of recommendations assessment development and evaluation, GRADE）标准^[139]进行证据质量与推荐强度分级。证据等级分为 A（非常确信观察值接近真实值，进一步研究不大可能改变该观察值的可信度）、B（对观察值有中等强度信心：真实值有可能接近观察值，但仍存在两者不同的可能性，进一步研究可能改变观察值的可信度，且可能改变该观察值的结果）、C（对观察值的确信程度有限：真实值可能与观察值差别很大，进一步研究极有可能改变观察值的可信度，且很可能改变该观察值的结果）和 D（对观察值几乎没有信心：真实值很可能与观察值

不同，真实值可能与观察值有很大差别，观察值的结果很不确定) 4 个级别，推荐等级分为“强推荐使用”(充分考虑到了证据的质量、患者偏好与价值观及医疗卫生成本而最终得出的推荐意见)和“弱推荐使用”(证据价值不高，推荐意见存在不确定性，或推荐的干预意见可能会有较高的成本疗效比，或与患者偏好与价值观等不符，更倾向于较低等级的推荐) 两个级别。

本指南修订过程中对 156 篇临床随机对照试验 (randomized controlled trials , RCTs) 进行系统评价形成证据体，包含 27 个干预措施，GRADE 评价结果显示大部分干预措施证据级别均为 C 级或 D 级；对于部分无临床研究报道的中医药干预措施，结合相关经典古籍、现代呼吸专著、医保目录及《中华人民共和国药典》等标准化文件形成证据体。最终结合临床专家调研结果、药品说明书信息、患者偏好与价值观以及相关经济学分析数据，由共识会议组专家综合权衡后给出推荐强度，分为强推荐使用或弱推荐使用。

本指南修订小组根据专家调研结果及 2011 版指南施行过程中反馈的问题，对 2011 版指南内容进行充分梳理，决定保留 2011 版指南框架，删除 2011 版指南中单方、验方章节，新增预防调护、修订方法说明章节，并对 CAP 的诊断标准、病因病机、中医证候、中医药治疗方案等内容进行修订。最终，删除 2011 版指南推荐措施 20 条；修改推荐措施 26 条；更新推荐措施 10 条。详见表 2。

表 2 对《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2011 版)》中具体干预措施的修订内容

类型	具体干预措施
删除	银翘解毒丸、双黄连合剂、清热解毒颗粒、感冒清热颗粒、正北柴胡饮颗粒、兼有气阴两虚者-毒素清方、高热、口渴欲饮，复方清热颗粒、血府逐瘀口服液或胶囊、复方鲜竹沥口服液、二母宁嗽丸、血府逐瘀口服液(胶囊)、桂龙咳喘宁胶囊、黄芪颗粒、金咳息胶囊(参蛤补肺胶囊)、百合固金丸、安宫牛黄丸、大黄颗粒、清开灵注射液、蛇胆川贝液。
修改	银翘散加减、疏风解毒胶囊、牛黄清感胶囊、麻杏石甘汤合清金化痰汤加减、通宣理肺丸、贝母瓜蒌散合清金降火汤加减、蛇胆川贝液、清气化痰丸、痰热清注射液、半夏厚朴汤合三子养亲汤加减、苏子降气丸、参苓白术散加减、玉屏风颗粒、生脉散合沙参麦冬汤加减、低热不退者-青蒿鳖甲汤、余热未清者-竹叶石膏汤、生脉饮口服液、养阴清肺丸、清营汤合犀角地黄汤加减、醒脑静注射液、安宫牛黄丸或局方至宝丸、血必净注射液、偏阴竭者-生脉散加味、偏阳脱者-四逆加入参汤加味、偏阴竭者-生脉饮注射液、偏阴竭者-参麦注射液、偏阳脱者-参附注射液。
更新	连花清瘟胶囊(颗粒)、大青龙颗粒、泻白散加减、清肺消炎丸、热毒宁注射液、二陈汤加味、六君子丸、竹叶石膏汤合麦门冬汤加减、宣白承气汤加减、清金化痰汤加减。

本指南拟 3 ~ 5 年进行更新。更新的内容取决于指南发布后是否有新的相关证据出现、证据变化对指南推荐意见的影响、指南推荐意见的待定度是否发生变化。指南修订项目组将对本修订指南的临床使用情况进行评估，并将继续收集、评价新的临床证据，以对指南进行补充与修订。

7 利益冲突声明

本指南所有成员均签署利益冲突声明，声明无任何与本部指南主题相关的商业的、专业的或其他方面的利益冲突。

指南指导委员会专家: 王永炎、张伯礼、晁恩祥、孙塑伦

方法学专家: 谢雁鸣、刘建平、杨克虎、张俊华、陈薇、廖星、宇文亚

首席专家: 李建生

执笔人: 余学庆、谢洋、李建生*

* 通讯作者: li_js8@163.com

指南临床专家组(按照姓氏笔画排序): 毛兵、马战平、王明航、王玉光、王真、王至婉、于雪峰、冯淬灵、刘良倚、刘敬霞、孙增涛、孙子凯、李风森、李光熙、李素云、李学林、李泽庚、余学庆、杨珺超、张海龙、张洪春、张念志、张伟、张炜、张燕萍、苗青、封继宏、赵丽敏、耿立梅、葛正行、鹿振辉、谢洋、薛汉荣。主要参与证据收集、评价、咨询或推荐意见共识的形成。

秘书: 谢洋、李宣霖

参考文献

[1]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): 241-242.

[2]李建生, 余学庆. 中医药治疗老年人社区获得性肺炎临床研究要点的思考[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(10): 2193-2198.

[3]李建生, 余学庆, 王明航, 等. 中医治疗老年社区获得性肺炎的研究策略与实践[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(3): 657-663.

[4]李建生. 基于疗效优势的中医治疗社区获得性肺炎切入点的思考[J]. 中医学报, 2017, 32(3): 345-347.

[5]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诊疗指南(2011 版) [J]. 中医杂志, 2011, 52(21): 1883-1888.

[6]MARRIE TJ. Epidemiology of mild pneumonia [J]. Semin Respir Infect, 1998, 13(1): 3-7.

[7]BLOOM SL, RAMIN S, CUNNINGHAM FG. A prediction

- rule for community-acquired pneumonia [J]. *N Engl J Med*, 1997, 336(26): 1913-1914.
- [8] LIM W, EERDEN MM VD, 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.
- [9] ESPAA PP, CAPELASTEGUI A, GORORDO I, et al. Development and validation of a clinical prediction rule for severe community-acquired pneumonia [J]. *Am J Respir Crit Care Med* 2006, 174(11): 1249-1256.
- [10] CHARLES PG, WOLFE R, WHITBY M, et al. SMART-COP: a tool for predicting the need for intensive respiratory or vasopressor support in community-acquired pneumonia [J]. *Clin Infect Dis*, 2008, 47(3): 375-384.
- [11] 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: 224-233.
- [12] 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.
- [13] FAVERIO P, ALIBERTI S, BELLELLI G, et al. The management of community-acquired pneumonia in the elderly [J]. *Eur J Intern Med*, 2014, 25(4): 312-319.
- [14] MARUYAMA T, GABAZZA EC, MORSER J, et al. Community-acquired pneumonia and nursing home-acquired pneumonia in the very elderly patients [J]. *Respir Med*, 2010, 104(4): 584-592.
- [15] 李建生. 中医临床肺脏病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 431-432.
- [16] 李建生. 衰老积损及热毒损肺为老年人肺炎的主要病机 [J]. *中华中医药杂志*, 2011, 26(6): 1278-1281.
- [17] 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.
- [18] LI J, YU X, LI S, et al. Randomized controlled multi-center clinical trial for integrated treatment of community-acquired pneumonia based on traditional Chinese medicine syndrome differentiation [J]. *J Tradit Chin Med*, 2012, 32(4): 554-560.
- [19] LI H, XU S, CHENG T, et al. Effects of traditional Chinese medicine Fu Zheng decoction on the immunological function and clinical prognosis of the elderly patients with pneumonia [J]. *Cell Biochem Biophys*, 2015, 71(1): 473-480.
- [20] 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.
- [21] 张伯礼, 黄璐琦. 中医药治疗七种感染性疾病临床实践指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 6-28.
- [22] 宋德明. 银翘散与盐酸左氧氟沙星联合治疗肺炎的临床效果评价 [J]. *中国伤残医学*, 2015, 23(3): 153-154.
- [23] 吕富伟, 张向华. 银翘散与盐酸左氧氟沙星联合应用治疗社区获得性肺炎的疗效分析 [J]. *医药前沿*, 2014, 3(36): 192-192.
- [24] 毕瑞萍, 赵保元. 银翘散与盐酸左氧氟沙星联合治疗肺炎效果的探析 [J]. *中国医药指南*, 2014, 12(34): 292-293.
- [25] 中华人民共和国人力资源和社会保障部. 国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录 (2017 年版) [Z]. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2017.
- [26] 王永炎, 晁恩祥, 王贵强, 等. 中成药临床应用指南: 呼吸系统疾病分册 [J]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [27] 朱东全, 李清贤. 疏风解毒胶囊治疗社区获得性肺炎的效果观察 [J]. *中国当代医药*, 2016, 23(27): 134-136.
- [28] 李颖, 贾明月, 张静, 等. 疏风解毒胶囊治疗社区获得性肺炎临床疗效及对抗生素使用时间的影响 [J]. *中华中医药杂志*, 2015, 30(6): 2239-2242.
- [29] 魏兵, 周玉涛, 陈玉, 等. 疏风解毒胶囊联合抗生素治疗社区获得性肺炎的临床疗效 [J]. *中国中医急症*, 2016, 25(9): 1818-1820.
- [30] 张舒, 李挺, 毛小东, 等. 疏风解毒胶囊联合左氧氟沙星治疗不伴有外周血白细胞升高的社区获得性肺炎的临床疗效观察 [J]. *北京医学*, 2016, 38(10): 1128-1129, 1132.
- [31] 张连国, 滕国杰, 周玉涛. 疏风解毒胶囊治疗老年社区获得性肺炎患者的疗效评价 [J]. *中国医药导刊*, 2014, 12(12): 1471-1472, 1474.
- [32] 汪周华. 疏风解毒胶囊治疗社区获得性肺炎的疗效分析 [J]. *世界中医药*, 2016, 11(8): 1510-1512, 1516.
- [33] 姚津剑, 刘元税. 疏风解毒胶囊治疗非重症社区获得性肺炎的临床研究 [J]. *北京医学*, 2016, 38(11): 1256-1258.
- [34] 杜艳平, 马玉梅, 陈志新. 疏风解毒胶囊联合阿奇霉素治疗老年肺炎患者的效果观察 [J]. *中国保健营养*, 2016, 26(15): 241-242.
- [35] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 2015 版 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015.
- [36] 高胜改. 连花清瘟颗粒辅助治疗肺炎的有效性与安全性观察 [J]. *现代医药卫生*, 2014, 30(12): 1876-1877.
- [37] 卢霞. 麻杏甘石汤化裁治疗肺炎的临床价值分析 [J]. *中国医药指南*, 2014, 12(18): 288-289.
- [38] 沈爱云, 姜祖祥, 朱红平. 加味麻杏石甘汤治疗社区获得性肺炎疗效观察 [J]. *山东医药*, 2014, 54(42): 55-57.
- [39] 刘翠柳. 肺炎支原体肺炎应用中西医结合治疗的临床研究 [J]. *中国现代药物应用*, 2015, 9(5): 160-161.

- [40]刘会艳. 加味麻杏石甘汤对社区获得性肺炎患者的治疗效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2016, 31(2): 59-60.
- [41]唐辉, 陈娴. 加味麻杏石甘汤治疗老年性肺炎 45 例临床观察[J]. 天津中医药, 2013, 30(2): 84-86.
- [42]张瑜, 於建华. 加味麻杏石甘汤治疗老年性肺炎的疗效分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(33): 6665-6668.
- [43]王莉, 杨峰. 加味麻杏石甘汤治疗社区获得性肺炎 60 例疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(23): 4440-4441.
- [44]刘应勤. 加味麻杏石甘汤治疗社区获得性肺炎的疗效评价[J]. 中外女性健康研究, 2016(17): 72-80.
- [45]王玉梅, 刘博. 复方清金化痰汤联合阿奇霉素治疗老年社区获得性肺炎效果评价[J]. 社区医学杂志, 2014, 12(5): 1-4.
- [46]王旭, 乔文慧. 加味清金化痰汤治疗肺炎 30 例[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(5): 12-13.
- [47]陈范戈. 加味清金化痰汤联合西药治疗肺炎 30 例观察[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(11): 1044.
- [48]李树锋. 加味清金化痰汤治疗老年肺炎 80 例[J]. 当代临床医刊, 2016, 29(6): 2685-2692.
- [49]张峰, 王海明, 叶甫澄. 加味清金化痰汤治疗老年性肺炎临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(4): 622-623.
- [50]曾永梅. 抗生素序贯联合清金化痰汤治疗肺炎患者的疗效评价[J]. 大家健康, 2016, 10(12): 65.
- [51]刘博, 王玉梅. 老年社区获得性肺炎 150 例临床分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(5): 728-730.
- [52]苗成营. 清金化痰汤辅助肺炎临床应用价值探究[J]. 中国伤残医学, 2015, 23(24): 91-92.
- [53]张爱丽. 清金化痰汤加减辅助治疗非重症社区获得性肺炎 51 例[J]. 按摩与康复医学, 2015, 6(11): 51-52.
- [54]雷文秀. 清金化痰汤联合西药治疗肺部感染的临床疗效[J]. 东方食疗与保健, 2016(8): 278.
- [55]岳兴元. 清金化痰汤联合左氧氟沙星治疗痰热郁肺型社区获得性肺炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(18): 57-59.
- [56]周丽平, 乔晓光. 清金化痰汤为主治疗老年社区获得性肺炎 45 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(7): 492-492.
- [57]林玉洁, 于长志, 罗懿明, 等. 贝母瓜蒌散加减辅助治疗中老年社区获得性肺炎 58 例临床分析[J]. 中药材, 2016, 39(4): 905-907.
- [58]管奕婷. 泻白散加减治疗痰热蕴肺型社区获得性肺炎疗效观察[J]. 吉林医学, 2014, 35(12): 2565.
- [59]孙国朝, 常俊华. 中西医结合治疗肺炎初期临床疗效分析[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(24): 41.
- [60]王保平, 陈翀, 冀建明, 等. 痰热清联合抗生素治疗社区获得性肺炎疗效 Meta 分析[J]. 武警医学, 2015, 26(2): 145-149.
- [61]张伟, 周玉中. 清肺消炎丸加左氧氟沙星治疗轻型 CAP 45 例疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(8): 1039-1041.
- [62]李毅昌. 清肺消炎丸联合莫西沙星治疗社区获得性肺炎 44 例疗效分析[J]. 海峡药学, 2015, 27(9): 170-171.
- [63]赵晓琴, 范耀东. 清肺消炎丸联合莫西沙星治疗社区获得性肺炎的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2014, 29(11): 1279-1282.
- [64]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.
- [65]栾禹博, 侯嘉娜. 哌拉西林舒巴坦钠、左氧氟沙星联合热毒宁治疗社区获得性肺炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(13): 1448-1450.
- [66]邱彬, 陈宪明. 热毒宁注射液联合哌拉西林钠治疗细菌性社区获得性肺炎临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(12): 2141-2142.
- [67]陈妍, 贾洪源, 朱锡, 等. 热毒宁联合头孢西丁钠治疗社区获得性肺炎疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(23): 44.
- [68]明莫瑜, 李超乾. 热毒宁注射液辅助治疗社区获得性肺炎 35 例疗效分析[J]. 广西医科大学学报, 2013, 30(2): 299-301.
- [69]车向前, 林育红. 热毒宁联合抗生素治疗社区获得性肺炎的效果观察[J]. 中国医药导报, 2012, 9(32): 98-99.
- [70]张源波, 商娜, 周荣斌, 等. 热毒宁注射液联合阿奇霉素治疗社区获得性肺炎 60 例[J]. 中国医药导报, 2012, 9(26): 65-66.
- [71]贲素琴, 袁佩红, 周娟, 等. 热毒宁注射液治疗社区获得性肺炎临床病例的观察[J]. 中国医药指南, 2011, 9(36): 410-411.
- [72]刘会智. 二陈汤联合阿奇霉素治疗支原体肺炎的疗效观察[J]. 东方食疗与保健, 2016(1): 116-117.
- [73]胡雪原, 李杏英, 易东阳, 等. 参苓白术散对老年肺炎患者血清降钙素原、C-反应蛋白及红细胞沉降率的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(14): 3487-3488.
- [74]卢兴超, 向新琼. 参苓白术散加减治疗老年社区获得性肺炎的临床疗效[J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(3): 95-97.
- [75]彭媛媛, 徐卫方, 陈洁, 等. 青蒿鳖甲汤加减治疗社区获得性肺炎 40 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(5): 54-56.
- [76]李炬明. 竹叶石膏汤联合麦门冬汤治疗耐药社区获得性肺炎临床研究[J]. 四川中医, 2017, 35(2): 81-83.
- [77]胡雪原. 竹叶石膏汤治疗老年肺炎 75 例[J]. 内蒙古

- 中医药, 2016, 35(8): 10-11.
- [78]王春林. 宣白承气汤治疗重症肺炎机械通气患者 21 例疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(2): 99.
- [79]杨帆, 何杰, 李万成. 抗生素联合序贯清金化痰汤治疗重症肺炎的效果分析[J]. 国际呼吸杂志, 2016, 36(3): 168-171.
- [80]韩峰, 刘凤婷, 薛敬伟. 中西医结合治疗重症肺炎临床研究[J]. 中医学报, 2016, 31(10): 1472-1474.
- [81]席晓丽. 抗生素联合清金化痰汤治疗重症肺炎的疗效分析[J]. 心理医生, 2016, 22(15): 115-116.
- [82]武万娜. 抗生素序贯清金化痰汤联合治疗 47 例重症肺炎患者的疗效分析[J]. 医药前沿, 2016, 6(31): 196-197.
- [83]李林, 穆秀, 王笑一. 阿奇霉素联合醒脑静序贯治疗大叶性肺炎的疗效[J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36(5): 72-74.
- [84]谢丹, 胡璟, 陈秀红, 等. 醒脑静注射液对老年肺炎支原体肺炎患者血清 TNF- α 、CRP 水平及免疫功能的影响[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(16): 3112-3115.
- [85]秦福芳, 孙倩. 血必净对老年肺炎患者的影响[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(16): 4016-4017.
- [86]肖洋. 血必净辅助治疗老年重症肺炎的临床疗效观察[J]. 临床心身疾病杂志, 2015, 21(s1): 233-234.
- [87]何莲, 聂斌, 徐奇, 等. 血必净联合抗菌药物治疗 ICU 重症肺炎患者的临床疗效研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(3): 570-571, 664.
- [88]张艳凯, 魏晓磊, 王卫民. 血必净联合抗生素对 ICU 重症肺炎的治疗观察[J]. 右江民族医学院学报, 2014, 36(6): 835-836.
- [89]邓永宾. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺炎的疗效分析[J]. 黑龙江医学, 2014, 38(5): 521-522.
- [90]赵威, 高秀清. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺炎的疗效观察[J]. 天津药学, 2012, 24(5): 28-30.
- [91]叶青. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺炎的临床效果分析[J]. 中国医疗前沿, 2013, 8(14): 29.
- [92]袁广胜. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺炎患者的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(21): 4278-4279.
- [93]许治本. 血必净联合抗生素治疗 ICU 重症肺炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(4): 431-432.
- [94]肖磊, 冯高华, 李宇青. 血必净联合抗生素治疗老年性肺炎的疗效分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(30): 6276.
- [95]张雪姣. 血必净联合抗生素治疗重症肺炎的临床效果研究[J]. 河南医学研究, 2017, 26(3): 425-426.
- [96]程兴梅, 陈晓英, 沈维. 血必净联合抗生素治疗重症肺炎的临床研究[J]. 中国保健营养, 2012, 22(20): 4337-4338.
- [97]张雅军. 血必净联合抗生素治疗重症肺炎疗效评价[J]. 中国实用医药, 2014, 9(28): 126-127.
- [98]马西凡. 血必净联合抗生素治疗坠积性肺炎 32 例疗效观察[J]. 临床医学, 2016, 36(4): 51-52.
- [99]赖宝瑜, 梁国华. 血必净联合抗生素治疗坠积性肺炎临床疗效观察[J]. 中国医学创新, 2015, 12(7): 56-58.
- [100]张利宏. 血必净在 ICU 中治疗重症肺炎患者临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(55): 125-126.
- [101]陆高峰. 血必净在重症肺炎患者治疗中的疗效观察[J]. 吉林医学, 2013, 34(8): 1480.
- [102]王琼. 血必净在重症肺炎治疗中的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2013, 13(7): 13-14.
- [103]徐芝. 血必净在重症肺炎治疗中的效果观察[J]. 中国当代医药, 2011, 18(25): 50-51.
- [104]王志钢, 龙英姿, 张国明. 血必净治疗老年重症肺炎的疗效观察[J]. 江西医药, 2013, 48(1): 41-42.
- [105]张曦, 王绍安. 血必净治疗老年重症肺炎的疗效及安全性[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(7): 1785-1786.
- [106]林显辉. 血必净治疗重症肺炎的疗效观察[J]. 北方药学, 2015, 12(3): 80-81.
- [107]陈贤坤. 血必净治疗重症肺炎的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 8(18): 131-133.
- [108]申明月, 张红星. 血必净注射液对老年重症肺炎患者的临床疗效及安全性观察[J]. 中国医药导刊, 2012, 14(1): 45-46.
- [109]韩芳, 张丽, 赵珊. 血必净注射液对重症肺炎患者免疫功能的影响[J]. 中国医学工程, 2012, 20(1): 33, 35.
- [110]刁云锋, 张士俊, 赵万勇, 等. 血必净注射液对重症肺炎患者血浆 IL-6 和 TNF- α 水平的影响[J]. 中草药, 2017, 48(6): 1188-1191.
- [111]刘龙, 蔡国良. 血必净注射液对重症肺炎患者血清中 IL-6、IL-10 的影响[J]. 西部医学, 2011, 23(10): 1862-1864.
- [112]范志涛. 血必净注射液对重症肺炎患者炎症因子及治疗效果的影响[J]. 河北医学, 2015, 21(6): 947-950.
- [113]徐春灵, 熊少妹. 血必净注射液辅助治疗重症肺炎 25 例近期疗效观察[J]. 山东医药, 2011, 51(31): 53-54.
- [114]白士先. 血必净注射液辅助治疗重症肺炎并 ARDS 的疗效观察[J]. 山东医药, 2014, 54(27): 61-62.
- [115]潘恩, 林修径, 陈耕. 血必净注射液辅助治疗重症肺

- 炎的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2016, 32(29): 114-116.
- [116]张向东,程旺强. 血必净注射液辅助治疗重症肺炎效果观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(5): 80-82.
- [117]傅园花,葛国平. 血必净注射液结合西医常规疗法治疗老年重症肺炎疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(1): 39-40.
- [118]陆斌. 血必净注射液联合抗生素治疗老年肺部感染临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(6): 8-19.
- [119]吴会玲,宋希,申玉英. 血必净注射液联合人免疫球蛋白治疗重症病毒性肺炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2016, 31(11): 1725-1728.
- [120]马丽华. 血必净注射液在重症肺炎患者的临床应用[C]//中国中药杂志社. 中国中药杂志 2015 专集: 基层医疗机构从业人员科技论文写作培训会议论文集. 北京: 中国中药杂志社, 2016: 2554-2556.
- [121]刘建林. 血必净注射液治疗老年性重症肺炎 32 例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(12): 1249-1251.
- [122]张琦,许玲华,李萍. 血必净注射液治疗老年重症肺炎患者疗效观察[J]. 中国医药导报, 2008, 5(33): 68-69.
- [123]张建,邵波,艾怙怙. 血必净注射液治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌所致肺部感染的临床疗效及安全性研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(11): 83-85.
- [124]周干,林峰,左文杰. 血必净注射液治疗重症肺炎 84 例疗效观察[J]. 药物评价研究, 2012, 35(3): 197-198.
- [125]杨海玲,何少平,庞永诚,等. 血必净注射液治疗重症肺炎并脓毒症 20 例[J]. 中国中医急症, 2011, 20(5): 792.
- [126]王立强,陈志诚,王轩,等. 血必净注射液治疗重症肺炎的疗效观察[J]. 青岛医药卫生, 2014, 46(3): 187-189.
- [127]宋波,柴艳芬. 血必净注射液治疗重症肺炎的临床疗效研究[J]. 吉林医学, 2015, 36(14): 3101-3102.
- [128]祝亚静. 血必净注射液佐治老年重症肺炎的临床研究[J]. 河北医学, 2015, 21(10): 1683-1685.
- [129]王石磊,邢丽华. 血必净注射液佐治社区获得性肺炎的疗效及安全性探究[J]. 中国医药指南, 2013, 11(3): 8-9.
- [130]陈红燕. 用血必净联合抗生素治疗重症肺炎的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2015, 13(22): 136.
- [131]QI F, LIANG ZX, SHE DY, et al. A clinical study on the effects and mechanism of xuebijing injection in severe pneumonia patients. [J]. J Tradit Chin Med, 2011, 31(1): 46-49.
- [132]孙玮艳. 中西医结合治疗重症肺炎高热期 36 例临床观察[J]. 中医药导报, 2015, 21(6): 95-97.
- [133]汪沁. 重症社区获得性肺炎 ICU 治疗采用血必净注射液的临床分析[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(15): 39-40.
- [134]张孝钦,严建平. 参麦注射液辅助治疗重症肺炎的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2014, 21(2): 183-184.
- [135]林化,马春林,王荣辉,等. 参附注射液对重症肺炎患者血乳酸及预后的影响[J]. 中国中医急症, 2013, 22(2): 199-200.
- [136]陈秋萍,冯永民,陆冰,等. 参附注射液辅助治疗对老年重症肺炎患者血浆脑钠肽及心功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(20): 5074-5075.
- [137]李佳宁,李秀芝,郭霞,等. 早期参附注射液对老年重症肺炎患者降钙素原及脑钠肽的影响[J]. 天津中医药大学学报, 2015, 34(2): 82-85.
- [138]VERNOOIJ RWM, ALONSOCOELLO P, BROUWERS M, et al. Reporting items for updated clinical guidelines: checklist for the reporting of updated guidelines (checkup) [J]. PLoS Med, 2017, 14(1): e1002207.
- [139]GUYATT GH, OXMAN AD, VIST GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations [J]. BMJ, 2008, 336(7650): 924-926.

(收稿日期: 2018-10-18; 修回日期: 2018-12-07)

[编辑: 焦爽]