

风温肺热病（医院获得性肺炎）中医诊疗方案 (2018年版)

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》（中华人民共和国中医药行业标准）（ZY/T001.1-94）^[1]。

（1）主症：发热、咳嗽、脓痰、口干渴、舌红苔白或黄，脉数。

（2）兼症：恶寒或寒战，胸闷或胸痛，气急或气喘。

（3）肺部体征：肺实变体征或闻及湿啰音。

（4）胸部 X 线检查：肺部新出现或进展的浸润性病变。

注：具备（1）、（4）两项即可诊断，其它两项供参考。

2. 西医诊断标准

参照《临床诊疗指南呼吸病学分册》（中华医学会，人民卫生出版社，2009年版）、《医院获得性肺炎诊断和治疗指南》（中华医学会呼吸病学分会，1999年版）、《内科学（第8版）》（葛均波、徐永健主编，人民卫生出版社，2014年）^[2-4]。

住院≥48小时后在医院内发生的肺炎，胸部影像学检查显示新出现或进展的肺部浸润性病变，同时具备以下三个临床症候中两个或以上可诊断为医院获得性肺炎：

（1）发热超过 38℃；

（2）血白细胞增多或减少；

（3）脓性气道分泌物。

但需要注意医院获得性肺炎的临床表现、实验室和影像学检查特异性低，应注意与肺不张、心力衰竭和肺水肿、基础疾病肺侵犯、药物性肺损伤、肺栓塞和急性呼吸窘迫综合征等相鉴别。

（二）证候诊断

参照《中医病证诊断疗效标准》（中华人民共和国中医药行业标准）（ZY/T001.1-94）、《中西医结合急救医学》（方邦江主编，中国中医药出版社，2017年）、《中医急重症学》（方邦江、张晓云、梁群主编，科学出版社，2017年）^[1,5,6]。

1. 风热犯肺：身热无汗或少汗，微恶风寒，咳嗽痰少，头痛，口微渴。舌边尖红，苔薄白，脉浮数。

2. 痰热壅肺：身热烦渴，汗出，咳嗽气粗，或痰黄带血，胸闷胸痛，口渴。舌红苔黄，脉洪数或滑数。

3. 肺胃热盛：身热，午后为甚，心烦懊恼，口渴多饮，咳嗽痰黄，腹满便秘。舌红，苔黄或灰黑而燥，脉滑数。

4. 热闭心包：壮热，烦躁不安，口渴不欲饮，甚则神昏谵语、痉厥或四肢厥冷。舌绛少津，苔黄，脉弦数或沉数。

5. 气阴两虚：身热渐退，干咳痰少而粘，自汗神倦，纳少口干。舌红少苔，脉细或细数。

6. 邪陷正脱：呼吸短促，鼻翼煽动，面色苍白，大汗淋漓，甚则汗出如油，四肢厥冷，紫绀，烦躁不安，身热骤降。或起病无身热，面色淡白，神志逐渐模糊。舌质淡紫，脉细数无力，或脉微欲绝。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1. 风热犯肺证

治法：疏风清热，清肺化痰

推荐方药：银翘散加减。金银花、连翘、苦杏仁、前胡、桑白皮、黄芩、芦根、牛蒡子、薄荷（后下）、桔梗、甘草。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

2. 痰热壅肺证

治法：清热化痰，止咳平喘

推荐方药：麻杏石甘汤合千金苇茎汤加减。麻黄、杏仁、甘草、石膏、苇茎、冬瓜仁、桃仁、鱼腥草、蛇舌草、薏苡仁、贝母、天竺黄等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

3. 肺胃热盛证

治法：表里双解，通腑泄热

推荐方药：宣白承气汤。生石膏、生大黄、杏仁粉、瓜蒌皮、连翘、红藤、蒲公英、拳参、大青叶、白花蛇舌草等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

4. 热闭心包证

治法：清热凉心，豁痰开窍

推荐方药：清宫汤合安宫牛黄丸加减。元参、莲子、竹叶卷、连翘、犀角（或水牛角）、麦冬、银花、连翘、黄连、栀子、天竺黄、郁金、川贝等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

5. 气阴两虚证

治法：益气养阴，清肺化痰

推荐方药：偏阴虚用生脉散合竹叶石膏汤加减。麦冬、人参、五味子、生地、黄、竹叶、石膏等。偏气虚者以补中益气汤合生脉散。黄芪、白术、升麻、人参、柴胡、甘草、陈皮、麦冬、黄精、五味子等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

6. 邪陷正脱证

治法：益气救阴，回阳固脱

推荐方药：阴竭者生脉散加减。人参、麦冬、五味子、山茱萸、煅龙骨、煅牡蛎；阳脱者四逆加人参汤。红参、熟附子、干姜、煅龙骨、煅牡蛎、炙甘草。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

（二）其他中医特色疗法

1. 针刺疗法

适应症：用于高热不退患者。

操作方法：选取大椎、曲池、合谷、内关、手三里、足三里、阳陵泉、三阴交等穴位，直刺，0.5~1寸，手法为泻法。

2. 中药雾化吸入

适应症：用于咳嗽频频，气促或痰粘难咯患者。

操作方法：可参考相关标准或指南选择适应症患者进行气道雾化治疗。

3. 中药灌肠

适应症：用于持续发热伴有恶心呕吐或各种原因不能服药患者，或大便秘结患者。

操作方法：配置好具有清热通腑作用的中药煎液，如大承气汤浓煎液，注射器抽取药液按操作常规进行高位保留灌肠。

4. 中药敷贴

适应症：用于高热、气促较明显者。

操作方法：选用黄芩、黄连、大黄、肉桂、公丁香、白芥子、红花、川芎等药物制成大小合适的药饼，纱布包裹住敷贴于双侧肺俞穴，胶布固定，约2h取下，每日1次，7日为1疗程。

5. 刮痧疗法

适应症：用于高热不退患者。

操作方法：可选择风池、太阳、大椎、风门、肺俞、夹脊等穴刮痧。

（三）西药治疗

参照《医院获得性肺炎诊断和治疗指南》（中华医学会呼吸病学分会，1999年版）、《内科学（第8版）》（葛均波、徐永健主编，人民卫生出版社，2014

年) [3-4]。

1. 经验性治疗: 对轻中症医院获得性肺炎常见病原体治疗选择第二、三代头孢菌素、 β 内酰胺类/ β 内酰胺酶抑制剂, 青霉素过敏者选用喹诺酮类或克林霉素联合(新)大环内酯类; 对重症医院获得性肺炎常见病原体治疗选择氨基糖苷类或联合应用喹诺酮类药物。

2. 抗病原微生物治疗: 对于医院获得性肺炎病原学诊断明确的患者, 给予敏感的相应抗病原微生物药物进行针对性治疗。

3. 疗程: 疗程应个体化, 其长短取决于感染的病原体、严重程度、基础疾病及临床治疗反应等。

(四) 护理调摄要点

1. 室内通风, 保持安静;
2. 保持呼吸道通畅, 必要时吸痰;
3. 必要时吸氧;
4. 给予易消化且富有营养的食物, 避免海鲜、辛辣食物;
5. 密切观察病情变化, 做好出入量、体温、脉搏、呼吸、血压等记录;
6. 控制钠、水摄入, 输液时避免速度过快、液体量过多, 以防止增加心脏负担。

三、疗效评价

(一) 评价标准

1. 根据临床表现的评价标准: 采用《中医病证诊断疗效标准》(中华人民共和国中医药行业标准)(ZY/T001.1-94)中风温肺热病^[1]的评价标准。

临床控制: 治疗后症状体征基本消失, 能参加正常活动和工作, 证候有效率 $\geq 90\%$;

显效: 治疗后症状体征及辅助检查结果明显改善, $60\% \leq$ 证候有效率 $< 90\%$;

有效: 治疗后症状体征及辅助检查结果有所好转, $30\% \leq$ 证候有效率 $< 60\%$;

无效: 治疗后症状体征及辅助检查结果较治疗前未见改善, 证候有效率 $< 30\%$ 。

2. 根据症状积分的评分标准

中医证候评分标准, 症状、体征按轻重程度分4级: 正常为0分, 轻度为1分, 中度2分, 重度3分。

计算治疗前后中医证候有效率, 采用尼莫地平法进行临床疗效评价, 计算公式为: 证候有效率= (治疗前积分-治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。

3. 临床肺部感染评分 (clinical pulmonary infection score, CPIS) [7]:

CPIS 是一项综合临床及影像学标准来评估肺部感染严重程度, 共包括下列多项指标: 体温、白细胞计数、气管分泌物、氧合情况、X线肺部浸润影及病原菌

学的进展情况。比较治疗前后临床肺部感染评分改善情况。见表 1。

表 1 医院获得性肺炎临床肺部感染评分（CPIS）系统

项目	0 分	1 分	2 分
体温(12 小时平均值)	36~38℃	38~39℃	>39℃或<36℃
白细胞计数(×10 ⁹ /L)	4~11	11~17	<4 或>17
分泌物(24 小时吸出物性状数量)	无痰或少许	中~大量非脓性	中~大量脓性
气体交换指数 (PaO ₂ /FiO ₂ , kPa)	>33		<33
X 线胸片浸润影	无	斑片状	融合片状

（二）评价方法

分别于入路径、出院时，针对患者中医临床症状、体征进行症状积分评价（见表 2）；针对病情变化评价。

表 2 医院获得性肺炎中医临床症状积分评价

临床表现	评分标准
发热	0 分：<37.5℃ 1 分：37.5~38℃ 2 分：38~39℃ 3 分：>39℃
咳嗽	0 分：无明显咳嗽 1 分：间断咳嗽，不影响工作及睡眠 2 分：阵发咳嗽，尚能工作 3 分：咳嗽频繁，影响工作及睡眠
痰量	0 分：无明显咳痰 1 分：痰量 10~50ml 2 分：痰量 50~100ml 3 分：痰量 100ml 以上
痰液性质	0 分：无明显咳嗽 1 分：质稍粘、色白 2 分：质粘稠、色微黄 3 分：质粘稠、色黄
胸痛	0 分：无明显胸痛 1 分：偶感胸痛，不影响睡眠及活动 2 分：感胸痛，尚能工作及轻微活动 3 分：胸痛明显，严重影响睡眠及活动
舌象	0 分：舌质淡红，苔薄白 1 分：舌尖红，苔薄黄或舌质淡，舌苔白腻 2 分：舌红或淡，苔厚腻，黄白相间 3 分：舌质红绛，苔黄少津
脉象	0 分：脉静 1 分：脉浮数，滑数，或脉浮紧，濡滑

肺部啰音	0分：无 1分：偶尔 2分：散在 3分：满布
胸部X线	0分：大部分或全部吸收者 1分：单侧有炎性征 2分：双侧有炎性征
血常规	0分：正常者 1分：WBC $>10\times 10^9/L$ ，或 $<4\times 10^9/L$ 2分：WBC $>10\times 10^9/L$ ，或 $<4\times 10^9/L$ ，伴细胞核左移

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准(ZY/T001.1-94) [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994:3-4
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南呼吸病学分册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009:38-44
- [3] 中华医学会呼吸病学分会. 医院获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999, 22(4):201-203
- [4] 葛均波, 徐永健. 内科学(第8版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014:42
- [5] 方邦江. 中西医结合急救医学[M]. 中国中医药出版社, 2017:173-181
- [6] 方邦江, 张晓云, 梁群. 中医急重症学[M]. 科学出版社, 2017:142-146
- [7] LUNA CM, BLANZACO D, NIEDERMAN MS, et al. Resolution of ventilator-associated pneumonia: prospective evaluation of the clinical pulmonary infection score as an early clinical predictor of outcome[J]. CritCareMed, 2003, 31(3): 676-682.

牵头分会：中华中医药学会急诊分会

牵头人：方邦江（上海中医药大学附属龙华医院）

主要完成人：

方邦江（上海中医药大学附属龙华医院）

孙丽华（上海中医药大学附属龙华医院）

吴银根（上海中医药大学附属龙华医院）

卜建宏（上海市中医医院）

陈 淼（上海交通大学新华医院）