

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.04.016

文献研究

社区获得性肺炎中医证型的文献研究

齐蕊涵¹, 李得民², 张洪春^{2*}

(1. 北京中医药大学研究生院, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029; 2. 中日友好医院/国家呼吸疾病临床研究中心)

摘要 目的 获得《中医药单用/联合抗生素治疗社区获得性肺炎临床实践指南》(以下简称《指南》)的推荐中医证型。方法 检索中国知网、万方数据库、维普数据库、PubMed、Cochrane 图书馆等数据库,检索时间均为各个数据库建库到 2017 年 3 月 1 日。查阅相关专著,收集社区获得性肺炎(风温肺热病)相关指南共识、名家经验及临床随机对照试验(RCT)文献所涉及的证型进行频次统计,将结果进行专家评分及 3 轮德尔菲法问卷调查,形成《指南》的推荐中医证型。结果 指南共识和名家经验各有 8 篇文献,各涉及 14 种证型,共有 138 篇 RCT 文献涉及 22 种证型。综合后得高频中医证型 13 种,经专家评分形成 9 种常见中医证型:风热犯肺、外寒内热、痰热壅肺、痰湿阻肺、气阴两虚、肺脾气虚、肺热腑实、邪陷正脱、热陷心包。3 轮德尔菲法专家调查最终推荐证型为风热犯肺、痰热壅肺、气阴两虚 3 种,并单列社区获得性肺炎重症肺炎,余 6 种证型列于此 4 类的临证加减中。结论 《指南》的推荐中医证型为风热犯肺、痰热壅肺、气阴两虚,并将重症肺炎单列探讨。

关键词 社区获得性肺炎; 风温肺热病; 文献研究; 中医证型

社区获得性肺炎(community acquired pneumonia, 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。CAP 属于中医学“风温肺热病”范畴。为制订中华中医药学会团体标准(T/CACM 006-2017)《中医药单用/联合抗生素治疗社区获得性肺炎临床实践指南》(以下简称《指南》),本研究通过统计分析社区获得性肺炎(风温肺热病)的相关指南共识、名家经验和 CAP 临床随机对照研究(RCT)文献中提及的中医证型,形成本《指南》的推荐证型,以供临床参考。

1 资料与方法

成立共识专家小组,由 6 位专家组成。其中方法学研究领域专家 2 人,本疾病领域的临床权威专家 4 人,包括中医医院和西医医院的专家。经共识专家组讨论确定操作流程,厘定待参考的文献范围,并在方法学专家的指导下,从循证医学角度进行质量控制。

1.1 文献检索

文献检索范围包括指南共识、名家经验、RCT 3 个方面。1) 指南共识方面:检索中国知网及万方数据库,以“风温肺热病+行业标准”“风温肺热病+诊疗标准”“社区获得性肺炎+中医+指南”“社区获得性肺炎+中医+共识”等为检索词进行主题检索,并查阅《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]、《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[2]及《22 个专业 95 个病种中医临床路径》^[3]等专著中的相关内容。

2) 名家经验方面:经共识专家小组讨论选取中医热病、肺病方向知名专家:晁恩祥、周仲瑛、杜怀棠、周平安、姜良铎、武维屏、杨明均、黄星垣。以“人名+发热”“人名+咳嗽”“人名+风温”“人名+肺炎”为检索词进行主题检索;检索数据库为中国知网、万方数据库。同时查阅上述 8 位专家出版的专著。

3) RCT 文献方面:检索中文数据库包括中国知网、万方数据库、维普数据库、SinoMed; 外文数据库包括 PubMed, Cochrane 图书馆, Cochrane CENTRAL 数据库。中文检索词包括“肺炎”“社

* 通讯作者: 13701226664@139.com, 13701226664

区获得性肺炎” “风温肺热病” “中药” “中医” “方药” 等; 英文检索词包括 “pneumonias” “lobar pneumonia” “wind-heat attacking the Lung” “traditional Chinese medicine” “zhong yi xue” “randomized controlled trial” 等, 根据数据库的检索特征不同, 分别进行主题词联合自由词或关键词的综合检索。

检索文献的发表类型及语种不限。检索时间均为各个数据库建库到 2017 年 3 月 1 日。

1.2 文献纳入标准

1) 文献类型: 与 CAP 或风温肺热病相关的中医专家共识、指南、诊疗标准、临床路径等; 肺系病知名专家论述或治疗 CAP、风温肺热病的相关文献; 中医药治疗 CAP 的 RCT 及系统综述; 2) 研究对象为 ≥ 18 岁的 CAP 患者, 不限定证型、性别、病情; 3) 临床研究: 干预措施包括经典方剂加减、中成药、中药离子导入、中药贴敷、中药熏蒸、针灸等中医药单独治疗或联合抗生素治疗; 对照措施包括 CAP 的抗生素治疗和/或对症治疗; 结局指标主要包括治愈率、症状体征改善情况、影像学检查结果、理化检查结果、住院时间、病死率及不良事件等。

1.3 文献排除标准

1) 患者有严重合并症者; 干预措施包含 1 种以上的中医药治疗方法; 两组治疗时间不一致; 未提及具体证型。2) 若作者及内容基本相同的论文同时发表在会议论文和期刊中, 则排除会议论文; 若作者及内容基本相同的论文多次发表, 则排除发表时间偏后的文献。

1.4 数据提取及处理

1.4.1 统一证型名称 统一标准分述如下。1) 指南共识: 与《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2011 版)》^[4] 所列证型证候相同者, 以其为标准; 《中医内科病证诊断疗效标准》^[5] 中所列“肺胃热盛”与《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[6] 所列“肺热腑实”含义相符, 考虑到大便秘结的鉴别要点, “肺热腑实”更能突出邪结肠腑, 故以此为准。风热闭肺、邪袭卫表、邪在肺卫、邪犯肺卫、热在肺卫、风热犯肺为风热袭肺; 痰热壅肺 = 痰热阻肺; 痰湿阻肺 = 痰浊阻肺; 气阴两虚 = 气阴两伤、气阴两伤余热未尽; 热陷心包 = 热闭心包、热入厥阴; 邪陷正脱 = 阴竭阳脱; 肺热腑实 = 肺胃热盛。

2) 名家经验: 名家经验中所提及证型与指南

共识中所提及证型实同名异者, 以指南共识为准。诸如“气阴两虚, 痰浊内阻” “肺虚痰热, 气阴两伤” 等提及病情发展某一阶段中正邪两方情况者, 考虑到临证时病情错综复杂, 证型的出现不具有唯一性, 故推荐时应以基础证型(气阴两虚) 为准, 以此证为核心的其他兼夹证(痰浊内阻、肺虚痰热) 则忽略不计。湿热中阻 = 湿热中阻、气津两伤, 湿热困阻中焦; 热毒壅肺 = 热毒炽盛; 痰湿阻肺 = 痰浊壅肺; 痰热壅肺 = 痰热闭肺; 风热袭肺 = 邪在肺卫; 肺热腑实 = 肺胃郁热, 便秘腑实; 气阴两虚 = 气阴两虚痰浊内阻、肺虚痰热气阴两伤、肺胃阴伤; 热陷心包 = 热入营血、逆传心包; 邪陷正脱 = 厥脱、邪闭正脱、阴阳欲脱; 湿热中阻 = 湿热中阻气津两伤、湿热困阻中焦; 痰瘀阻肺 = 邪热壅肺、痰瘀互阻、痰热瘀毒阻肺、痰瘀互阻。

3) RCT 研究: 证型名称以上述指南共识、名家经验所列标准统一。风热袭肺 = 风热犯肺、风热袭表、外感风热、风热闭肺、热在肺卫、风温闭肺、风邪犯肺、风热、邪袭肺卫、外感风寒邪气在表、外邪伤肺、病在肺卫、邪犯肺卫; 痰热壅肺 = 痰热蕴肺、痰热型、痰热阻肺、痰热郁肺、痰热闭肺、痰热郁阻、痰热内蕴; 肺热壅盛 = 邪热壅肺、肺热炽盛、邪热壅盛、肺热、热壅肺气实、热壅肺气、表证未解化热壅肺、寒郁化热、热壅于肺、热邪壅肺、邪热蕴肺、风热外袭肺经有热、实热证、风寒化热、温病气分证、伤寒入里化热; 痰瘀阻肺 = 气虚痰瘀阻络; 痰湿阻肺 = 痰湿蕴肺、痰浊阻肺、痰饮; 气阴两虚 = 气阴两伤、肺胃阴伤、阴虚燥热、气阴两虚热伤肺阴、肺阴亏耗、阴虚内热、气阴两损、余邪未尽气阴两伤、余热未尽气阴两虚、阴虚; 肺脾气虚 = 肺脾两虚; 热陷心包 = 邪入营分; 邪陷正脱 = 阴阳欲脱、肺阴将绝之危候、正衰欲脱、阴脱证、阳脱证; 肺热腑实 = 腑结肺痹、肺胃热盛; 湿热中阻 = 湿热证(热重于湿)。

1.4.2 证型频次统计 证型名称统一后, 计算各部分证型出现频次, 按从高到低排序。将 3 部分未共同提及的证型合并统计, 按频次由高到低排序, 选取其中高频(频次 ≥ 2) 证型与 3 部分皆提及的证型, 形成推荐的 CAP 高频中医证型。

1.4.3 专家调研 1) 将 CAP 高频证型中未经《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2011 版)》^[4] 推荐的证型邀请 7 位中医呼吸科专家进行评分, 据评分结果决定是否纳入 CAP 常见中医证型。2) 基本确定指南推荐证型后, 通过 3 轮德尔菲法共识问卷

调研,结合面对面共识会议法达成指南的共识内容。遴选的共识成员为:(1)呼吸内科相关的临床一线专家 62 名,其中中医师 57 名、西医师 5 名;(2)方法学专家 6 名,主要为循证医学方面的专家;(3)患者 2 名;(4)医疗管理人员 1 名;(5)护理人员 1 名。

2 结果

2.1 纳入文献及数据提取结果

指南共识方面:得到《中药新药临床临床研究指导原则(试行)》^[1](以下简称“新药指导原则”)、《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[2](以下简称“内科指南”)、《22 个专业 95 个病种中医临床路径(合订本)》^[3](以下简称“临床路径”)、《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2011 版)》^[4](以下简称“指南 2011”)、《风温肺热病的诊断依据、证候分类、疗效评定标准》^[5](以下简称“行业标准”)、《中西医结合治疗社区获得性肺炎专家共识(2014 版)》^[6](以下简称“共识 2014”)、《社区获得性肺炎中西医综合治疗指南(2015 年上海市基层版)》^[7](以下简称“指南 2015”)、《风温肺热病、中风病诊疗标准》^[8](以下简称“诊疗标准 1986”)、《中药治疗风温肺热病临床研究指导原则》^[9](以下简称“指导原则 1989”)、《风温肺热病(下呼吸道感染)诊疗标准》^[10](以下简称“诊疗标准 1997”) 10 篇文献。其中诊疗标准 1997^[10]未提及证型分类,新药指导原则^[1]未提及“风温肺热病”或“社区获得性肺炎”相关内容,故此 2 篇排除。其余各文献提及的证型如下:内科指南^[2]:邪袭卫表,痰热阻肺,肺热腑实,热入厥阴,肺胃阴伤。临床路径^[3]:邪犯肺卫,痰热壅肺,痰浊阻肺,正虚邪恋。指南 2011^[4]:风热袭肺,外寒内热,痰热壅肺,痰湿阻肺,肺脾气虚,气阴两虚,热陷心包,邪陷正脱。行业标准^[5]:风热犯肺,痰热壅肺,肺胃热盛,热闭心包,气阴两虚,邪陷正脱。共识 2014^[6]:风热闭肺,痰浊阻肺,气阴两虚,肺脾气虚,肺肾两虚,热毒壅肺,痰瘀阻肺,气血亏虚。指南 2015^[7]:风热闭肺,痰热壅肺,痰浊阻肺,气阴两虚。诊疗标准 1986^[8]:邪在肺卫;痰热壅肺;热陷心包;阴竭阳脱;气阴两伤,余热未尽。指导原则 1989^[9]:热在肺卫,痰热壅肺,热陷心包,阴竭阳脱,气阴两伤。

名家经验方面:未检索到武维屏、杨明均、黄

星垣 3 位专家的相关文章。其余专家论述文献及专著等中提及的证型如下:姜良铎^[11-13]:湿毒中阻,热毒炽盛,痰浊壅肺,痰热瘀毒阻肺,肺热壅盛。杜怀棠^[14]:邪在肺卫;邪热壅肺,痰瘀互阻;肺胃郁热,便秘腑实;高热伤津;热入营血;厥脱;气阴两伤。周平安^[15]:气阴两虚,痰浊内阻。周仲瑛^[16-17]:肺虚痰热,气阴两伤;湿热中阻,气津两伤;痰热闭肺;逆传心包;肝风内动;邪闭正脱。晁恩祥^[18]:邪在肺卫,卫气同病,湿热困阻中焦,肺胃阴伤,逆传心包,阴阳欲脱。

RCT 文献方面:共得到 CAP 相关 RCT 文献 587 篇,其中报告具体证型的文献有 138 篇。统一后的证型名称及文献中所述证型名称与频次如下:1) 风热袭肺:风热犯肺 13 次;风热袭肺、风热闭肺、风邪犯肺、风热各 2 次;风热袭表、外感风热、热在肺卫、风温闭肺、邪袭肺卫、外感风寒邪气在表、外邪伤肺、病在肺卫、邪犯肺卫各 1 次。2) 痰热壅肺:痰热壅肺 47 次;痰热阻肺 13 次;痰热蕴肺 11 次;痰热郁肺 2 次;痰热型、痰热闭肺、痰热郁阻、痰热内蕴各 1 次。肺热壅盛:邪热壅肺 7 次;肺热 5 次;肺热炽盛 4 次;肺热壅盛 3 次;邪热壅盛、热壅肺气实、热壅肺气、表证未解化热壅肺、寒郁化热热壅于肺、热邪壅肺、邪热蕴肺、风热外袭肺经有热、实热证、风寒化热、温病气分证、伤寒入里化热各 1 次。3) 痰瘀阻肺:痰瘀阻肺 2 次;气虚痰瘀阻络 1 次。4) 痰湿阻肺:痰湿阻肺 2 次;痰湿蕴肺、痰浊阻肺、痰饮各 1 次。5) 气阴两虚:气阴两虚 8 次;肺胃阴伤、阴虚燥热、余邪未尽气阴两伤各 2 次;气阴两虚热伤肺阴、肺阴亏耗、气阴两伤、阴虚内热、气阴两损、余热未尽气阴两虚、阴虚各 1 次。6) 肺脾气虚:肺脾亏虚 1 次;肺脾两虚 1 次。7) 痰热结胸:痰热结胸 1 次。8) 热陷心包:热陷心包 1 次;邪入营分 1 次。9) 邪陷正脱:阴脱证、阳脱证各 2 次;阴阳欲绝、肺阴将绝之危候、正衰欲脱、邪陷正脱各 1 次。10) 肺热腑实:腑结肺闭、肺胃热盛各 1 次。11) 湿热中阻:湿热证(热重于湿) 1 次。12) 风寒,卫气同病,外感邪毒、直中脏腑,阳明热盛,络气不和,少阳证,初期类似湿温,痰热结胸,虚损证候,燥热伤肺文献中均为同名证型 1 次。

黄明宏等^[19]的研究中提及证型“外感风寒,邪气在表”,但所述治法为“辛凉解表,宣肺解毒”,方用银翘散加减。以方测证,考虑针对的病

因仍为风热邪气,故将此证归于“风热袭肺”下。证型频次统计后发现,“风热犯肺证”使用频次(13次)明显多于“风热袭肺证”(2次),经专家讨论,以“风热犯肺”统一名之。

2.2 各类文献中 CAP 中医证型统计结果

指南共识部分共 8 篇文献^[2-9],涉及 14 种 CAP 中医证型,按频次高低排列如下:风热袭肺 8 次;痰热壅肺 8 次;气阴两虚 7 次;热陷心包 5 次;痰湿阻肺 4 次;邪陷正脱 4 次;肺脾气虚 2 次;肺热腑实 2 次;外寒内热、肺肾两虚、热毒壅肺、痰瘀阻肺、气血亏虚、正虚邪恋各 1 次。

名家经验中 8 篇文献^[11-18]所提及的 CAP 中医证型共 14 种,按频次高低排列如下:气阴两虚 4 次;湿热中阻、热陷心包、邪陷正脱各 3 次;痰瘀阻肺、风热袭肺各 2 次;痰热壅肺、肺热壅盛、热毒壅肺、痰湿阻肺、高热伤津、卫气同病、肝风内动各 1 次。

138 篇 CAP 临床 RCT 中提及的证型共 22 种按频次高低排列如下:痰热壅肺 77 次;肺热壅盛、风热犯肺各 30 次;气阴两虚 22 次;邪陷正脱 8 次;痰湿阻肺 5 次;痰瘀阻肺 3 次;热陷心包、肺热腑实、肺脾气虚各 2 次;卫气同病、湿热中阻、外感邪毒直中脏腑、阳明热盛、络气不和、少阳证、初期类似湿温、痰热结胸、虚损证候、燥热伤肺、饮热迫肺失宣降、风寒各 1 次。

指南共识、名家经验、RCT 文献均提及的证型有 8 种,按频次高低排列如下:痰热壅肺 86 次、风热犯肺 40 次、气阴两虚 33 次、邪陷正脱 15 次、痰湿阻肺 10 次、热陷心包 10 次、痰瘀阻肺 6 次、肺热腑实 5 次。

上 3 部分均未提及的证型有 21 种,其中频次 ≥ 2 的有 5 种:肺热壅盛 31 次、肺脾气虚 4 次、湿热中阻 4 次、卫气同病 2 次、热毒壅肺 2 次。

将均涉及的 8 种证型与未提及的 5 种证型合并统计,得 13 种高频中医证型:痰热壅肺 86 次、风热犯肺 40 次、气阴两虚 33 次、肺热壅盛 31 次、邪陷正脱 15 次、痰湿阻肺 10 次、热陷心包 10 次、痰瘀阻肺 6 次、肺热腑实 5 次、肺脾气虚 4 次、湿热中阻 4 次、卫气同病 2 次、热毒壅肺 2 次。

考虑文献中所描述的卫气同病证为风热犯肺证与肺热壅盛证的相兼情况,故舍去此证型。查阅各文献中肺热壅盛证、热毒壅肺证用药均针对痰热而清热力大,因病情热象突显,故单以“热”名证,考虑此二证仍属痰热壅肺证的临床变化,故归于痰

热壅肺证下。以指南 2011^[4]推荐的中医证型“3 类 8 证”为基础,将各文献中最终统计的 10 个 CAP 高频证型纳入其中,实证类增加 3 种证型:痰瘀阻肺、肺热腑实、湿热中阻。

2.3 专家调研结果

2.3.1 新增证型评分 综合上述研究结果,制订专家评分问卷表,拟出 4 个问题,供专家评分:

1) 是否增加推荐 CAP 中医证型“肺热腑实证”; 2) 是否增加推荐 CAP 中医证型“湿热中阻证”; 3) 是否增加推荐 CAP 中医证型“痰瘀阻肺证”; 4) 结合临床对风热犯肺证、外寒内热证、痰热壅肺证用药有重叠,尤其是中成药的使用更为突出,可否把 3 个证型合为“外邪袭肺、痰热内阻证”。评分采取 1~9 分制:1~3 认为弊大于利;7~9 认为利大于弊;4~6 认为不确定。平均分大于 6 分者,认为建议推荐。邀请 7 位中医呼吸科专家进行评分,结果见表 1。专家调研中建议较指南 2011^[4]增加推荐的 CAP 中医证型为“肺热腑实证”。因此,基于文献研究确立的 CAP 常见证型为 9 种:风热犯肺、外寒内热、痰热壅肺、痰湿阻肺、气阴两虚、肺脾气虚、肺热腑实、邪陷正脱、热陷心包。

表 1 社会获得性肺炎专家评分问卷评分结果(分)

项目	专家 1	专家 2	专家 3	专家 4	专家 5	专家 6	专家 7	平均分
问题 1	7	7	7	5	7	9	9	7.29
问题 2	1	5	8	3	3	3	7	4.29
问题 3	1	7	8	4	4	6	7	5.29
问题 4	1	3	3	2	3	5	3	2.86

2.3.2 德尔菲法问卷调查 最终进行了 72 人次的调研(第一轮 20 名,第二轮 24 名,第三轮 28 名),针对证型的评价主要在第一轮进行,确定本《指南》推荐 3 个中医证型:风热犯肺证、痰热壅肺证、气阴两虚证,并将 CAP 重症肺炎单列探讨。“3 类 9 证”中外寒内热证列于痰热壅肺证的临证加减中;痰湿阻肺、肺脾气虚列于气阴两虚证的临证加减中;肺热腑实、邪陷正脱、热陷心包列于 CAP 重症肺炎条目下。

3 讨论

证型是中医学特有的概念,是对疾病发展过程中某一阶段的病理特征概括,是由病位、病性等证素所构成的诊断名称^[20],是确定治法、处方遣药的依据。因学术流派、辨证体系及措词的差异,具有相同病理实质的证往往有多种不同的证型名称表

述,如痰热壅肺证,可见痰热蕴肺、痰热型、痰热阻肺、温病气分证、伤寒入里化热等不同表达。本研究从中医药治疗 CAP 相关指南共识、名家经验、RCT 研究 3 部分文献入手,整理其中出现的 CAP 证型以指南 2011^[4] 证型为基准,规范证型名称,合并同义证名,并对新增高频证型进行专家评分,确立 CAP 常见中医证型为 9 种,之后进行了 3 轮德尔菲问卷调查和面对面共识会议。考虑到本《指南》聚焦于抗生素耐药及中医药对抗生素的单用/联合治疗,目标推广人群除中医师还有相关一线西医大夫,为提高本《指南》的可操作性,经专家讨论,建议简化证型分类,推荐应以 CAP 临床最常见证型为主,故最终纳入 3 种证型:风热犯肺证、痰热壅肺证、气阴两虚证,将外寒内热证、痰湿阻肺证、肺脾气虚证列入此 3 种证型的临证加减中,并单列 CAP 重症肺炎,将肺热腑实、邪陷正脱、热陷心包 3 种证型附于其下。

中医证的规范化研究是中医基础理论取得突破和促进中医药现代化的重要问题之一,而证型名称规范是证规范研究的前提条件。本研究从文献调研角度对 CAP 中医证型进行了系统梳理,但为实现 CAP 中医证的规范化,除外证名,后续尚需对其定义进行规范统一。由于中医的个体化及临床的多样性,教材、指南共识的常见问题之一即所推荐证型往往不能满足临证需求。但“病”是对病邪作用于人体,正邪交争全过程的特点与规律的概括,临证虽千变万化,可万变不离其宗,“病”的核心病机不会改变,纵有各种兼夹证,总不脱出 9 种常见证型的大范畴。如未被推荐的痰瘀阻肺证,虽见肺络瘀阻,仍有痰热的病理基础。我们认为,中医证的规范化与临证的个体化并不矛盾,各疾病的中医指南、共识、路径等并非让临床医生按图索骥,而是旨在让临床工作者了解其演变规律及辨证特点,为临证提供思路,至于正邪强弱、矛盾病理因素等的权衡仍贵在医者临床积累、知常达变。

参考文献

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:1-3.
- [2] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南:中医病证部分[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:27-29.
- [3] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医

- 临床路径(合订本)[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:71-74.
- [4] 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.
- [5] 佚名. 风温肺热病的诊断依据、证候分类、疗效评定标准[J]. 辽宁中医药大学学报,2013,15(4):7.
- [6] 上海市中西医结合学会急救医学专业委员会. 中西医结合治疗社区获得性肺炎专家共识(2014 版)[J]. 中国中西医结合急救杂志,2015,22(1):1-2.
- [7] 熊旭东,谢芳,何森,等. 社区获得性肺炎中西医结合治疗指南(2015 年上海市基层版)[J]. 上海中医药杂志,2016,50(7):15-20.
- [8] 全国热病北方协作组,中华全国中医内科学会. 风温肺热病、中风病诊疗标准[J]. 山东中医学院学报,1986,10(4):70-71.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 中药治疗风温肺热病临床研究指导原则[J]. 中国药事,1989,3(2):89-91.
- [10] 国家中医药管理局北方热病急症协作组,全国中医内科学会热病专业委员会. 风温肺热病(下呼吸道感染)诊疗标准[J]. 中国中医急症,1997,6(2):91.
- [11] 王金成,郭晓霞,武嫣斐. 姜良铎教授治疗外感热病经验摘要[J]. 光明中医,2013,28(9):1796-1798.
- [12] 唐光华,余如瑾. 姜良铎教授治疗呼吸道感染经验[J]. 中国中医急症,2004,10(13):674-675.
- [13] 焦扬. 解毒活血法治疗耐药细菌性肺炎的临床与实验研究[J]. 北京:北京中医药大学,2003:67.
- [14] 杜怀棠,周平安,董建华. 风温肺热病的临床研究:附 355 例临床总结[J]. 中国医药学报,1986,1(3):18-22.
- [15] 牛洁,崔后东,吴志松,等. 周平安教授治疗发热经验撷菁[J]. 北京中医药,2013,32(2):101-103.
- [16] 过伟峰,何小刚,高向丽,等. 周仲瑛教授标本兼顾法治疗肺病验案 3 则[J]. 南京中医药大学学报,2009,25(1):59-61.
- [17] 陈四清. 周仲瑛医案赏析[M]. 北京:人民军医出版社,2008:4,23.
- [18] 张洪春,晁恩祥. 浅谈用中医药治疗军团菌肺炎的体会[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(2):26-27.
- [19] 黄明宏,岑剑晖,汪姿媛,等. 舒萨林结合中药治疗 40 例急性细菌性肺炎的疗效观察[J]. 广州医药,2003,34(3):71-72.
- [20] 朱文锋. 证素辨证研究钩玄[J]. 河南中医,2009,29(1):1-4.

Literature Research on Traditional Chinese Medicine Syndrome Types of Community Acquired Pneumonia

QI Ruihan¹, LI Demin², ZHANG Hongchun²

(1. Graduate School, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029; 2. China-Japan Friendship Hospital/National Clinical Research Center for Respiratory Disease)

ABSTRACT Objective To determine the recommended syndrome types of *Clinical Practice Guideline on Traditional Chinese Medicine Alone or Combined with Antibiotics for Patients with Community Acquired Pneumonia* (hereinafter referred to as *Guideline*). **Methods** Data in databases such as China Knowledge Network, Wanfang Database, VIP Database, PubMed, and Cochrane Library from the database establishment to March 1, 2017 were searched. The relevant monographs were consulted to collect community-acquired pneumonia (wind-warm lung-heat disease) guidelines, the experience of famous doctors, and the randomized controlled trials (RCT) literature on the types of syndromes in the frequency statistics. The results were evaluated by experts and 3 rounds of Delphi method questionnaires to form the recommended traditional Chinese medicine (TCM) syndromes of the *Guideline*. **Results** There were respectively 8 papers in the *Guideline* and in the master's experience, each involving 14 types of syndromes. A total of 138 RCT documents involving 22 types of syndromes. After the synthesis, 13 kinds of high-frequency TCM syndromes were obtained, and 9 common TCM syndrome types were formed by expert scoring including syndrome of wind-heat invading lung, syndrome of external cold and internal heat, syndrome of phlegm-heat obstructing lung, syndrome of lung stagnation and blockade of phlegm-damp, syndrome of *qi* and *yin* deficiency, syndrome of *qi* deficiency of lung and spleen, syndrome of lung heat and fu-viscera excess, syndrome of interior invasion of pathogen and vital *qi* collapse and syndrome of heat invading pericardium. The final syndrome recommendation of the 3 rounds of Delphi's expert investigation lasted 3 syndrome types including the syndrome of wind-heat invading lung, syndrome of phlegm-heat obstructing lung, and syndrome of *qi* and *yin* deficiency, and severe pneumonia of community acquired pneumonia was specially listed. The remaining 6 types of syndromes were listed in the modification of these 4 categories. **Conclusion** The recommended syndrome types in the *Guideline* are syndrome of wind-heat invading lung, syndrome of phlegm-heat obstructing lung, and syndrome of *qi* and *yin* deficiency.

Keywords community acquired pneumonia; wind-warm disease with lung heat; literature research; traditional Chinese medicine syndrome

(收稿日期: 2018-07-15; 修回日期: 2018-12-03)

编辑: 王利芬

第 42 次全国特色医疗名医暨第三届中医世家名医学术交流会通知

本次会议是由中国民间中医药研究开发协会特色医疗分会、北京聚医杰医药科学研究院、北京聚英杰国际文化中心联合主办的学术会议,定于 2019 年 6 月 11—14 日(10 日会议报到)在陕西省西安市召开。会议主题是:弘扬中医药特色医疗,发挥中医世家优势。欢迎各级中医特色医疗名医和中医世家名医及乡村中医、民间中医参会。

一、会议内容: 1. 学习《中医药法》的主要亮点及民间中医参加中医医术确有专长人员考核医师资格有关政策解读和报考方法培训; 2. 特邀有关专家作中医药特色医疗治疗常见病及疑难病的学术讲座及培训; 3. 交流中医世家经验及传承优势; 4. 代表作经验交流; 5. 表彰特色医疗研究优秀论文及中医世家优秀人才; 6. 会后参观西安市有关景点及历史文物。

二、有关说明: 1. 6 月 10 日全天为会议报到时间, 11—12 日两天为会议时间, 13—14 日两天为参观时间, 15 日返程; 2. 每位代表需交参会报名费 300 元, 会务及资料培训费 1500 元, 会期食宿参观统一安排, 费用自理; 3. 三代以上从事中医医疗者为“中医世家”, 会期可优先申请加入《中华中医世家人才信息库》入库认定发证。

三、报名方式: 请在 6 月 1 日前将参会交流论文(无论文也可以报名)或中医世家入库认定申请及中医世家介绍材料、本人登记相片四张、报名费 300 元, 快递寄北京市 100036-98 信箱, 叶续宗收, 邮编 100036。电话联系报名, 联系电话: 010-83210238、18511329528、18515917952、18500577884, 也可以加微信 j570405 报名。详情登录 www.zgtsyl.com, www.ylwsxx.com