



首都医科大学附属北京中医医院  
社区获得性肺炎监测

——中医证型相关分析



首都医科大学附属北京中医医院急诊科

姚卫海



# 背景

- 基于北京市CDC“北京市科委关于社区获得性肺炎监测体系与疾病负担的项目”，对临床资料进行收集（东城区）

# 背景

## 西医

- ❖ 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。
- ❖ CAP是威胁人类健康的重要疾病。
- ❖ CAP面临着许多问题和挑战。
- ❖ 我国尚缺乏可靠的CAP流行病学资料。有资料预计一年我国有250万CAP患者，超过12万人死于CAP。

# 背景

## 西医

- ❖ 合理使用抗生素是治疗CAP的关键。 **经验治疗。**
- ❖ 病原学检查是肺炎合理使用抗生素的基础。在分析病原学时必须与当时当地微生物流行病学资料结合。
- ❖ CAP病原体的构成谱与耐药情况随地区、人群、季节等因素而不断变化，同时也与当地的诊治方法有关。

我院CAP病原体的构成谱？

# 背景

## 中医

- ❖ 风温肺热病是肺热病与风温病的合称，是以发热、咳嗽、胸痛等为主要临床表现的外感疾病。因风温病与肺热病的临床症状相似，故合称风温肺热病。属于中医外感热病的范畴。
- ❖ 相当于现代医学西医的急性肺炎、支气管周围炎和急性支气管炎等急性肺部感染性疾病。
- ❖ 1986年全国热病北方协作组制定了风温肺热病诊疗常规及标准。
- ❖ 1994年6月国家中医药管理局医政司颁布了《中医病证诊断疗效标准》

# 背景

## 治疗方法:

西医:

病原学诊断



经验性抗菌药物的选择



初始治疗后48-72小时  
对病情和诊断进行评价



必要时调整抗菌药物

关联???



中医:

四诊资料, 辨证分型



辨证施治



评价疗效



随证加减

# 背景

## 中医

❖ 了解CAP中医常见辨证分型情况，为今后制定诊疗方案、临床路径，提供第一手资料。

❖ 中西医结合治疗费用？

❖ CAP中医辨证分型与其他因素关系。建立中医对CAP病情严重程度的评估系统。（PSI、CURB-65）

CAP常见的中医证候作为临床指导，  
提高辨证的准确性？

# 背景

## 西医病原学诊断——四诊资料，辨证分型

我们拟进行为期1年的观察，收集2011年1月至2012年1月首都医科大学附属北京中医医院的CAP患者的临床资料（病原学、中医四诊资料），观察我院CAP的病原学分布情况，中医辨证分型分布情况，探讨病原学分布与中医证治之间的规律。

# 研究方法

入选标准：

(1) 西医诊断标准：

符合中华医学会呼吸病学分会《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》CAP临床诊断依据。

(2) 中医辨病辨证标准：

符合1994年国家中医药管理局医政司颁布的《中医病证诊断疗效标准》——风温肺热病的诊断依据、证候分类。

(3) 自愿参加本调查并签署知情同意书。

# 研究方法

## 西医诊断标准：

- 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。
- ③肺实变体征和(或)闻及湿性啰音。
- ④WBC $>10 \times 10^9/L$ 或 $<4 \times 10^9/L$ ，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，并除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症及肺血管炎等后，可建立临床诊断。

# 研究方法

## 中医辨病标准：

- ①以身热、咳嗽、烦渴或伴气急、胸痛为主症。
- ②病重者可见壮热，颜面潮红，烦躁不安，神昏谵语，或四肢厥冷等症。
- ③冬春两季较多。具有起病急、传变快、病程短的特点。
- ④血白细胞总数及中性粒细胞升高者，属细菌性感染；正常或偏低者以病毒性感染为主。
- ⑤肺部有实变体征，或可闻及干湿性罗音。
- ⑥痰直接涂片或培养可以找到病原体。
- ⑦胸部X线透视或摄片，可见一侧或两侧肺叶或肺段炎性阴影。

# 研究方法

## 中医辨证标准：

- 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（不高），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。

# 研究方法

排除标准：

- (1) 无痰或诱导后仍无合格痰液排出者。
- (2) 发病前3个月有住院治疗史，本次感染不能除外医院相关性感染者。
- (3) 不能和（或）无法理解和（或）执行调查方案的患者。
- (4) 活动性肺结核患者。

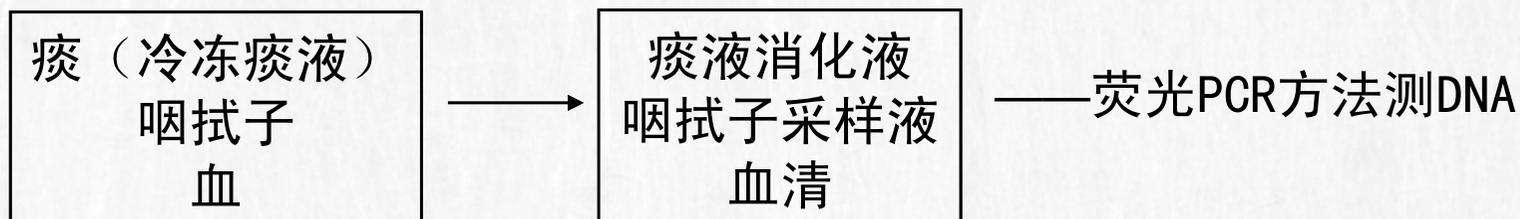
# 研究方法

## 标本检测方法：

### 痰（新鲜痰液）——协和医院微生物室

痰标本要求：一般取晨起漱口后从气管深处咳出的痰液，盛入痰盒内送检。嘱病人用漱口水漱口、再用清水漱口，深吸气后用力咳出深部痰，吐入无菌培养盒内，加盖后即可送检。不易咳出的痰，使用吸痰器进行采集。

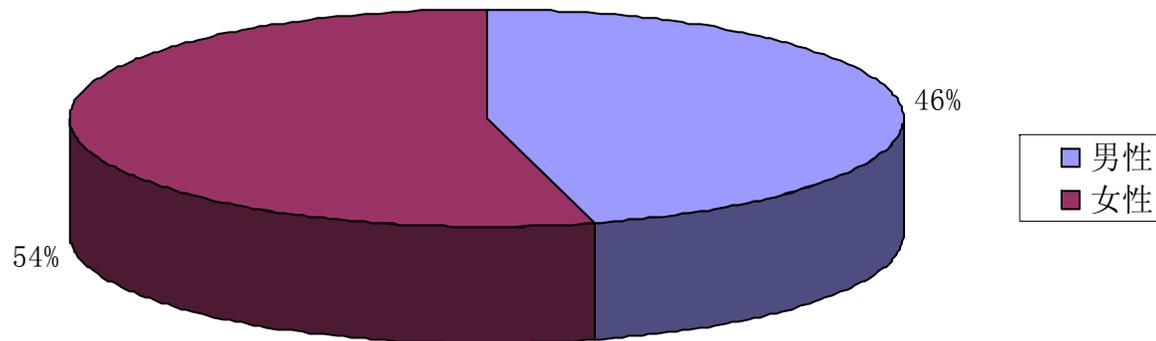
### 痰（冷冻痰液）、咽拭子、血——北京市CDC



# 结果

北京中医医院2011年1月—2011年7月的成人CAP病例，选取标本留取合格，中医辨证资料齐备的患者，共72例。平均年龄 $59 \pm 20$ 岁。

性别



# 结果

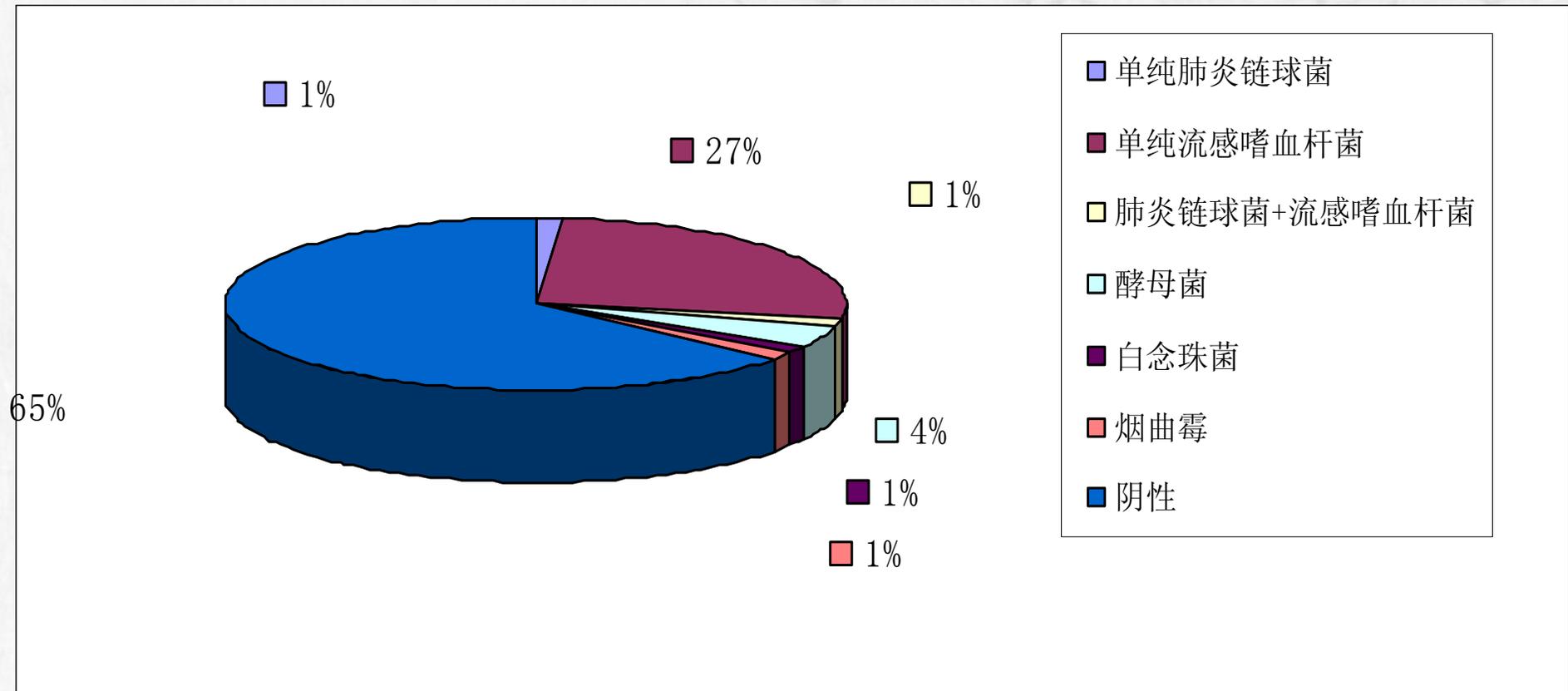
60%的患者存在基础疾病

- ❖ 心脏疾病是最常见的基础疾病 (34.7%)
- ❖ 其次为肺部基础疾病 (29.2%)。

无基础疾病 (例)	存在基础疾病 (例)		
	心	肺	其他
29	25	21	17

# 结果

## 我院CAP痰培养的病原学分布



# 结果

## 肺炎链球菌

诊断方法	标本	阳性例数	阳性率
P C R 检 测	痰	56	83.3%
	咽拭子	36	52.9%
	血清	1	1.5%

PCR方法对肺炎链球菌的不同标本的检出率：

其中痰检出率最高，咽拭子其次，血清检出率最差。

符合流行病学规律。

# 结果

## 流感嗜血杆菌

诊断方法	标本	阳性例数	阳性率
P C R 检 测	痰	45	66.7%
	咽拭子	24	35.3%
	血清	1	1.5%

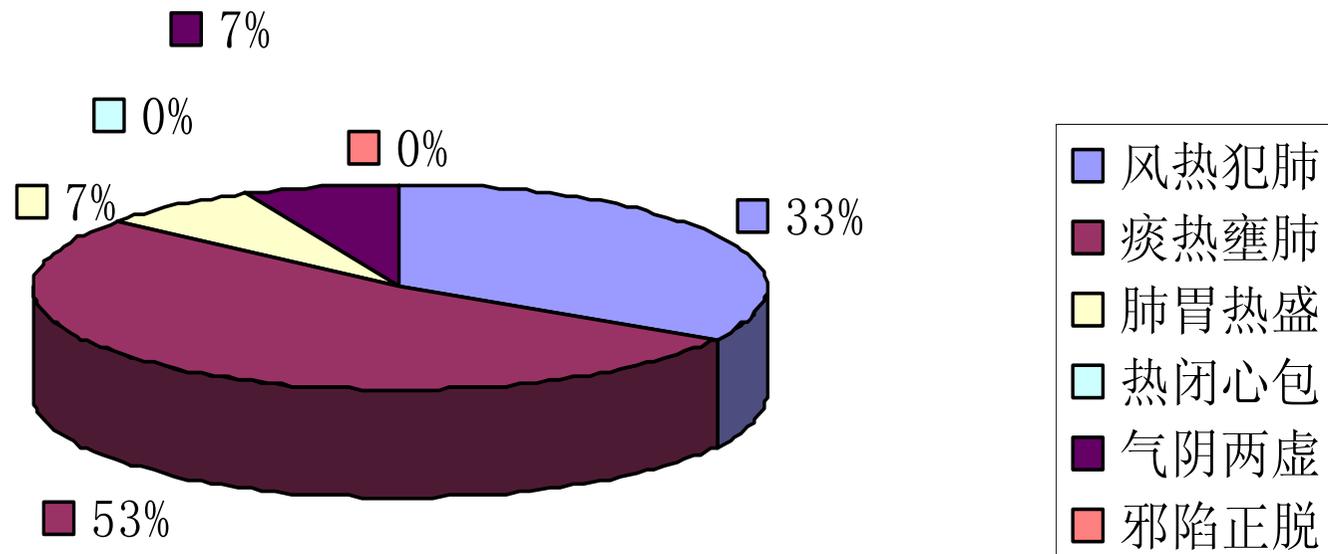
PCR方法对流血嗜血杆菌的不同标本的检出率：

其中痰检出率最高，咽拭子其次，血清检出率最差。

符合流行病学规律。

# 结果

## 我院CAP的中医证候分布



# 结果

痰培养 中医辨证	单纯肺炎链球菌	单纯流感嗜血杆菌	肺炎链球菌 + 流感嗜血杆菌	酵母菌	白念珠菌	烟曲霉	阴性	总数
风热犯肺	0	4	0	0	0	0	20	24
痰热	应用SAS 8.1统计软件分析结果：P>0.05 中医不同证型与痰培养所示病原体分布无统计学差异。							37
肺胃								5
热闭心包	0	0	0	0	0	0	0	0
气阴两虚	0	2	0	0	0	0	4	6
邪陷正脱	0	0	0	0	0	0	0	0
总数	1	19	1	3	1	1	46	72

# 结果

咽拭子	肺炎	流感	阴性
中医辨证	链球菌	嗜血杆菌	

应用SAS 8.1统计软件分析结果：P>0.05

中医不同证型与咽拭子PCR检测所示病原体分布无统计学差异。

肺胃热盛	2	2	3
热闭心包	0	0	0
气阴两虚	3	1	2
邪陷正脱	0	0	0

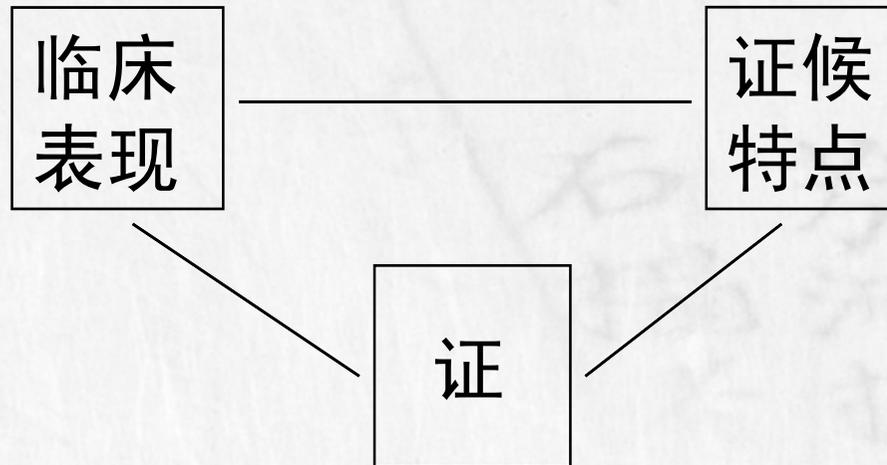
# 结果

不同证型与病原体分布无统计学差异。

❖ 样本量较小，随着监测的开展，样本量逐渐扩大，继续尝试寻找病原体与中医证型的规律

❖ 的确不存在相关性，说明不同的病原微生物检测结果不能全面反映CAP中医证候的特点。

# 结果



我们观察到不同病原体肺炎临床表现有所不同，但病原微生物检测结果仅仅反映了某些证候特点，但某方面证候的差异并不足以决定它的“证”，因为证候只是一组相互关联的症状的组合，而每一个证又是具体证候的集合，“证”是机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括，包括了病变部位、原因、性质及邪正关系，反映出疾病发展过程中某一阶段病理变化的本质。因而，不同病原体肺炎仅能反映部分证候特征，但不能影响证候分类。

# 结果

❖最常见的证型为痰热壅肺证（53%）

❖其次是风热犯肺证（33%）

❖叶天士在《外感温热篇》中指出：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。”

❖机体正气不足，营不内守，卫不御外，抗病能力低下，暴感风热之邪而发。其感染途径是从口鼻而入，先犯上二焦肺卫，首当其冲，“肺主气属卫”，多属风热犯肺之证。

❖若病势不解，则卫气之邪入里而达气分，肺气壅塞，出现高热烦渴、咳喘胸痛、咯痰带血等痰热壅肺之证，但病变重点始终在肺。

# 结果

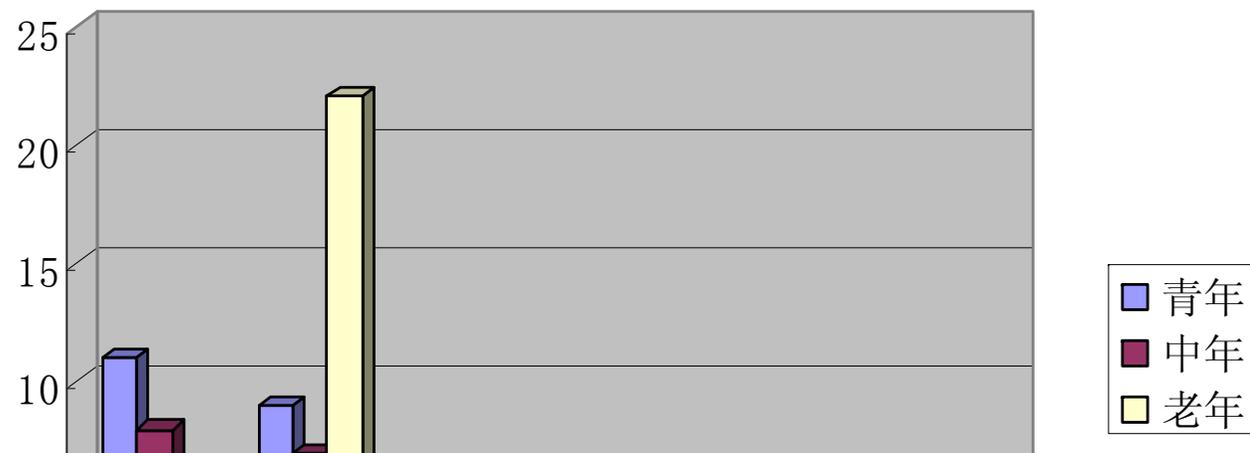
	风热犯肺	痰热壅肺	肺胃热盛	热闭心包	气阴两虚	邪陷正脱
青年（16-45）	11	9	0	0	0	0
中年（45-65）	8	7	2	0	0	0
老年（65以上）	5	22	3	0	5	0

青年阶段主要证型：风热犯肺（55%）、痰热壅肺（45%）

中年阶段主要证型：风热犯肺（47%）、痰热壅肺（41%）、肺胃热盛（12%）

老年阶段主要证型：风热犯肺（14%）、痰热壅肺（63%）、气阴两虚（14%）  
肺胃热盛（9%）

# 结果



应用SAS 8.1统计软件分析结果:

$P < 0.01$ , 不同年龄与证型分布存在统计学差异。

	风热犯肺	痰热壅肺	肺胃热盛	热闭心包	气阴两虚	邪陷正脱
青年 (16-45)	11	9	0	0	0	0
中年 (45-65)	8	7	2	0	0	0
老年 (65以上)	5	22	3	0	5	0

# 结果

## 1、在我院就诊的CAP以卫、气分病变占多数。

风热犯肺——正气不足，营不内守，卫不御外，抗病能力低下，暴感风热之邪而发。其感染途径是从口鼻而入，先犯上二焦肺卫，首当其冲，“肺主气属卫”。

痰热壅肺——病势不解，则卫气之邪入里而达气分，肺气壅塞，发为痰热壅肺之证，但病变重点始终在肺。

肺胃热盛——若正不胜邪，必邪气深入，病情发展，顺传于肺胃，发为肺胃热盛之证；气分

# 结果

2、老年患者以痰热壅肺证为主，还可能  
出现气阴两虚证。

“年四十，阴气自半，起居衰矣。”

入里快。

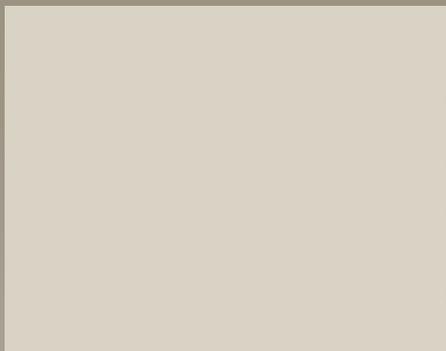
症状隐蔽，发现迟、就诊晚，邪热入里。

风湿热邪，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。

# 今后工作

随着监测工作的继续开展，样本量的增加：

- ❖ 继续寻找CAP痰培养的病原学与中医证候分布规律；
- ❖ 继续寻找不同年龄、基础病与证型分布的规律；
- ❖ 探讨CAP致病菌、中医证型与发病节气之间的关联性；
- ❖ 探讨CAP发病后就诊时间与中医证型的关联性。探讨疾病的传变规律。
- ❖ 和其他同时期行CAP监测的综合性医院进行相关数据比较分析



谢谢!



首都医科大学附属北京中医医院急诊科