老年社区获得性肺炎恢复期患者中医证候特征初探*

宋上跃[1,2]，冯贞贞[1,2]，雷斯媛[1,3]，王明航[1,3]，李建生[1,2,3]

1. 河南中医药大学第一附属医院呼吸科，河南 郑州 450000；2. 河南中医药大学第一临床医学院，河南 郑州 450000；
3. 河南中医药大学/呼吸疾病中医药防治省部共建协同创新中心/河南省中医药防治呼吸病重点实验室，河南 郑州 450046

摘要：目的：基于临床调查数据与专家问卷，探讨老年社区获得性肺炎（community－acquired pneumonia，CAP）恢复期患者的中医临床特征。方法：292 例老年 CAP 恢复期患者依据相关诊断标准，分析其中医证候分布情况。针对 41 位专家发放“老年社区获得性肺炎恢复期中医证候专家问卷”（以下简称“专家问卷”），分析专家的积极系数、熟悉程度系数、Kendall 协调系数、证候分布等。结果：292 例老年 CAP 恢复期患者涉及 29 个中医证候，其中频率超过 5% 的单一证候包括痰热壅肺证、痰湿阻肺证等，复合证候包括肺脾气虚证兼痰湿阻肺证与气阴两虚证兼痰热壅肺证。收回专家问卷 31 份，积极系数为 75.61%，熟悉程度系数为 0.968，判断系数为 0.961，专家权威程度系数为 0.965，Kendall 协调系数为 0.254（χ^2 = 1 483.038，P < 0.001）。专家问卷显示，老年 CAP 恢复期患者以肺气虚证的均数最大（4.61），变异系数最小（0.11），满分比最高（66.67%）；其次为肺脾气虚证、气阴两虚证等。结论：老年 CAP 恢复期患者的中医证候特征以痰热壅肺证、痰湿阻肺证、肺气虚证、肺脾气虚证及肺脾气虚证兼痰湿阻肺证等为主。

关键词：老年社区获得性肺炎；中医证候；专家问卷调查
DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.04.143
中图分类号：R259　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999（2025）04－0890－06

Traditional Chinese Medicine Syndrome Characteristics in Elderly Patients Recovering from Community－acquired Pneumonia

SONG Shangyue[1,2]，FENG Zhenzhen[1,2]，LEI Siyuan[1,3]，WANG Minghang[1,3]，LI Jiansheng[1,2,3]

1. Department of Respiratory Medicine，The First Affiliated Hospital to Henan University of Traditional Chinese Medicine，Zhengzhou Henan China 450000；2. The First School of Clinical Medicine of Henan University of Chinese Medicine，Zhengzhou Henan China 450000；3. Henan University of Chinese Medicine/Provincial－Ministerial Collaborative Innovation Center for Traditional Chinese Medicine Prevention and Treatment of Respiratory Diseases/Henan Key Laboratory of Traditional Chinese Medicine Prevention and Treatment of Respiratory Diseases，Zhengzhou Henan China 450046

Abstract：Objective：Based on clinical survey data and expert questionnaires，to explore the clinical characteristics of Chinese medicine in elderly patients recovering from community－acquired pneumonia（CAP）. Methods：292 elderly patients with CAP in recovery were analyzed according to the relevant diagnostic criteria，and the distribution of their TCM symptoms was analyzed. A questionnaire on Chinese medicine symptoms in elderly patients recovering from community－acquired pneumonia（CAP）was distributed to 41 experts，and the positive coefficients，familiarity coefficients，Kendall′s coordination coefficients，and the distribution of symptoms were analyzed. Results：29 TCM syndromes were involved in the 292 elderly CAP patients in the recovery period，among which the single syndromes with a frequency of more than 5% included Phlegm－Heat congesting Lung syndrome and Phlegm－Dampness obstructing Lung syndrome，

* **基金项目**：河南省科技研发计划联合基金项目（232301420071）；河南省中原学者科学家工作室项目（2018－204）；第二批河南省临床医学研究中心项目（2020－158）

and the composite syndromes included Lung Qi and Spleen Qi deficiency syndrome with Phlegm – Dampness Obstructing Lung syndrome as well as Qi and Yin deficiency syndrome with Phlegm – Heat congesting Lung syndrome. Thirty – one expert questionnaires were returned, with a positive coefficient of 75.61%, a familiarity coefficient of 0.968, a judgment coefficient of 0.961, an expert authority coefficient of 0.965, and a Kendall's coordination coefficient of 0.254 (χ^2 = 1 483.038, P < 0.001). The expert questionnaire showed that elderly patients recovering from CAP had the largest mean value (4.61), the smallest coefficient of variation (0.11), and the highest full score ratio (66.67%) for lung qi deficiency; followed by lung and spleen qi deficiency, qi and yin deficiency, and so on. Conclusion: The TCM syndromes of elderly CAP recovery patients were characterized by Phlegm – Heat congesting Lung syndrome, Phlegm – Dampness obstructing Lung syndrome, Lung Qi deficiency syndrome, Lung Qi and Spleen Qi deficiency syndrome as well as Lung Qi and Spleen Qi deficiency syndrome with Phlegm – Dampness obstructing Lung syndrome.

Key words: community – acquired pneumonia in the elderly; TCM symptoms; expert questionnaire survey

社区获得性肺炎(community – acquired pneumonia, CAP)是一种由医院外获得的肺实质感染引起的急性疾病,其发病率和病死率均较高[1]。我国 CAP 的发病率约为 29.8/10 000,而在 60 岁以上人群中,其年发病率高达 34.68/1 000;在住院治疗的 CAP 患者中,65 岁以上者占 28.7%[2-4]。全球范围内,每年约 680 万老年人因肺炎住院,约 110 万人因此死亡[5]。尽管 CAP 患者经过治疗后,临床症状多能在短期内缓解,但患者短时间内恢复至正常或患病前状态仍存在一定困难[6]。目前,针对老年 CAP 恢复期患者的中医临床特征及其恢复情况的研究尚且不足,且 CAP 恢复期的概念界定较为模糊,缺乏有效的随访与干预措施,这对临床规范诊疗工作不利。因此,本研究基于 292 例老年 CAP 恢复期患者的临床资料及 31 位专家的咨询问卷,旨在探讨老年 CAP 恢复期患者的中医临床特征,进一步明确 CAP 恢复期的定义,以期为临床诊疗提供参考依据。

1　资料与方法

1.1　临床调查

1.1.1　一般资料　选取 2021 年 1 月至 2023 年 1 月在河南中医药大学第一附属医院、上海中医药大学附属龙华医院、浙江省中医院、河北省中医院、武汉市第一医院、山西省中医院、青岛市海慈医疗集团就诊的老年 CAP 恢复期患者(≥65 岁)。本研究方案经河南中医药大学第一附属医院伦理委员会审查通过(批号:2019HL – 085 – 02)。

1.1.2　西医诊断标准　参考中华医学会呼吸病分会制订的《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016 年版)》[7-8]中的诊断标准。

1.1.3　中医诊断标准　参考中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会制定的《社区获得性肺炎中医证候诊断标准(2011 版)》[9]。

1.1.4　纳入标准　(1)符合 CAP 诊断标准的恢复期患者;(2)年龄≥65 岁;(3)自我报告时能用汉语口头交流和阅读;(4)自愿参加访谈调查。

1.1.5　排除标准　(1)目前的医疗或心理状态不适合进行研究,如重度抑郁/焦虑者以及拒绝参加研究者等;(2)存在认知(如痴呆)或其他损害(如视力、听力、言语、肢体等)而影响参与者完成自我报告或参加小组讨论。

1.2　专家咨询

1.2.1　专家遴选　遵循权威性、代表性与广泛性的原则。为全面采集专家意见,提高研究结论的可信度,充分考虑专家的学科代表性和地区代表性,选取来自全国多地医院、从事呼吸系统疾病临床工作 10 年以上、中医或中西医结合的理论基础扎实的专家。

1.2.2　咨询内容　根据临床调查结果,对内涵相同但表述不同的中医证候、症状名称等进行规范[10-11],制定《老年社区获得性肺炎恢复期中医证候专家问卷》(以下简称“专家问卷”),调查采用半开放形式,专家可对咨询条目提出补充或修改意见。专家问卷主要分为 CAP 恢复期概念、老年 CAP 恢复期常见证候及各证候诊断指标重要性评价、指标熟悉程度及判断依据、专家信息 5 个部分。

1.2.3　评价指标及量化　专家问卷中证候及各证候诊断指标重要性评价采用 5 分量表法赋值,其中 5 分表示很重要,4 分表示重要,3 分表示一般,2 分表示不太重要,1 分表示很不重要;专家熟悉程度分为 5 个等级,依次为很熟悉、熟悉、一般、不熟悉、很不熟悉,分别赋值为 1.0、0.8、0.6、0.4、0.2;专家对问题的判断依据分为实践经验、理论依据、国内外资料、直观感受 4 个维度,每个维度分为大、中、小不同

程度,赋值如下:实践经验(0.5、0.4、0.3)、理论依据(0.3、0.2、0.1)、国内外资料(0.1、0.1、0.1)、直观感受(0.1、0.1、0.1)。

1.2.4　数据收集与质量控制　收集专家问卷资料,进行数据审核、整理后,由 2 个数据管理员进行独立录入,随后采用 Epidata 3.1 软件建立专家问卷数据库。

1.3　统计学方法　采用 SPSS 26.0 软件分析数据,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　临床调查

2.1.1　一般资料　本研究共纳入老年 CAP 恢复期患者 292 例,男性 152 例,女性 140 例,年龄(73.82 ± 7.32)岁,身高(163.76 ± 8.21) cm,体质量(61.13 ± 11.99) kg。其中,156 例(53.4%)患者合并其他呼吸系统疾病,79 例(27.1%)患者合并自身免疫性疾病,176 例(60.3%)患者合并循环系统疾病,54 例(18.5%)患者合并神经系统疾病,70 例(24.0%)患者合并内分泌系统疾病,31 例(10.6%)患者合并泌尿系统疾病。

2.1.2　中医证候分布　292 例患者涉及 29 个中医证候,实证 120 例(41.1%)、虚证 89 例(30.5%),其中频率超过 5% 的单一证候依次为痰热壅肺证、痰湿阻肺证、气阴两虚证、肺脾气虚证、肺气虚证,见表 1。复合证候患者 83 例(28.42%),以虚实夹杂证为主,其中 26 例(8.9%)为肺脾气虚证兼痰湿阻肺证,17 例(5.8%)为气阴两虚证兼痰热壅肺证,见表 2。

表 1　单一证候分布表

证候	频次/次	频率/%	证候	频次/次	频率/%
痰热壅肺证	90	30.8	肺肾气虚证	13	4.5
痰湿阻肺证	26	8.9	肺阴虚证	5	1.7
气阴两虚证	26	8.9	血瘀证	4	1.4
肺脾气虚证	26	8.9	肾气虚证	3	1.0
肺气虚证	16	5.5			

2.2　专家咨询

2.2.1　专家基本情况　此次专家咨询共收回专家问卷 31 份,分别来自陕西、河南、广东、辽宁等 13 个省份。所有专家均从事中医呼吸系统疾病相关工作,其中男 18 位,女 13 位;年龄(50.35 ± 7.01)岁;工作时间(25.61 ± 8.34)年;且均为高级职称(正高职称者 25 人)。

表 2　复合证候分布表

证候	频次/次	占比/%
肺脾气虚证兼痰湿阻肺证	26	8.9
气阴两虚证兼痰热壅肺证	17	5.8
肺肾气虚证兼痰湿阻肺证	8	2.7
肺阴虚证兼痰热壅肺证	5	1.7
肺气虚证兼痰湿阻肺证	3	1.0
肺脾气虚证兼痰热壅肺证	3	1.0
肺肾气虚证兼痰热壅肺证	3	1.0
脾气虚证兼痰湿阻肺证	2	0.7
肺气虚证兼痰热壅肺证	2	0.7
气阴两虚证兼痰湿阻肺证	2	0.7
肺脾气虚证兼气阴两虚证	2	0.7
肺脾气虚证兼肺阴虚证	2	0.7
脾气虚证兼痰热壅肺证	1	0.3
肺脾气虚证兼血瘀证	1	0.3
气阴两虚证兼血瘀证	1	0.3
肺肾气虚证兼血瘀证	1	0.3
脾气虚证兼气阴两虚证	1	0.3
痰湿阻肺证兼血瘀证	1	0.3
痰热壅肺证兼血瘀证	1	0.3
肺气虚证兼血瘀证	1	0.3

2.2.2　专家积极系数、权威系数及意见的协调程度　本研究共发放专家问卷 41 份,收回 31 份,均为有效问卷,专家积极系数为 75.61%。专家熟悉程度系数 Cs 为 0.968,判断系数 Ca 为 0.961,专家权威程度系数 Cr = (Cs + Ca)/2 = 0.965。专家问卷的 Kendall 协调系数为 0.254 (χ^2 = 1 483.038, $P < 0.001$)。

2.2.3　CAP 恢复期持续时间　18 位(58.06%)专家认为恢复期持续时间多为 6 周,2 位(6.45%)专家认为恢复期持续时间多 <8 周,11 位(35.48%)专家认为恢复期持续时间多为 3 个月。此外,部分专家指出 CAP 恢复期持续时间存在个体差异,基础疾病较多、重症肺炎或老年患者的恢复时间相对较长。

2.2.4　证候分布情况　老年 CAP 恢复期患者的证候均数为 3.52 ~ 4.61,变异系数为 0.11 ~ 0.14,满分比为 26.67% ~ 66.67%。其中,肺气虚证的均数最大(4.61),变异系数最小(0.11),满分比最高(66.67%);其次为肺脾气虚证、气阴两虚证、阴虚肺热证、瘀阻肺络证、痰湿阻肺证、气虚血瘀证、肺胃阴伤证及痰热壅肺证,均数均 >3.50,见表 3。

表 3　老年 CAP 恢复期患者的证候分布情况

证候	均数	变异系数	满分比/%	等级和
肺气虚证	4.61	0.11	66.67	143
肺脾气虚证	4.58	0.11	60.00	142
气阴两虚证	4.45	0.11	63.33	138
阴虚肺热证	4.00	0.13	30.00	124
瘀阻肺络证	3.90	0.13	36.67	121
痰湿阻肺证	3.90	0.13	33.33	121
气虚血瘀证	3.81	0.13	33.33	118
肺胃阴伤证	3.71	0.13	26.67	115
痰热壅肺证	3.52	0.14	35.48	109

3　讨论

CAP 是呼吸系统的常见疾病，但尚缺乏对其恢复期管理的研究。CAP 患者经治疗后，临床症状可在短期内缓解，但长期健康状况与生活质量仍可能受到影响。部分患者在恢复期仍面临再入院或死亡的风险[10,12-13]，尤其老年 CAP 患者恢复期易出现新发上下呼吸道感染、基础疾病加重等需再次诊疗的情况。本研究基于临床调查数据，开展专家问卷咨询，旨在进一步完善 CAP 恢复期概念，明确恢复期的时间节点，以期为临床诊疗提供参考。

3.1　临床调查数据客观反映老年 CAP 恢复期患者的证候　本研究基于多中心临床调查数据发现，老年 CAP 恢复期患者常见的单一证候为痰热壅肺证、痰湿阻肺证、气阴两虚证、肺脾气虚证及肺气虚证，常见复合证候以虚实夹杂证为主，包括肺脾气虚证兼痰湿阻肺证和气阴两虚证兼痰热壅肺证。从老年 CAP 病因病机考虑，患者年老体弱，多罹患慢性疾病，体内积生痰湿、瘀血等，易受外邪侵袭而发病，故其证候以痰热壅肺或痰浊阻肺为主，常兼气阴两虚、肺脾气虚等[14]。老年 CAP 恢复期患者的病情虽有改善，病机仍以虚实夹杂为主，表现为正虚（气阴两虚、肺脾气虚）与邪实（痰热、痰浊、瘀血）贯穿于整个过程，故多以气阴两虚、肺脾气虚为主，常兼有痰热或痰湿[15]。

3.2　专家问卷咨询初步明确老年 CAP 患者恢复期持续时间　专家问卷咨询结果表明，专家积极系数较高，专家对本研究的熟悉度、权威度较高。本研究依据均数、变异系数、满分比及等级和判定临床证候分布，结果显示肺气虚证、肺脾气虚证、气阴两虚证、阴虚肺热证、瘀阻肺络证、痰湿阻肺证、气虚血瘀证、肺胃阴伤证及痰热壅肺证的专家认同度均较高。专家对于 CAP 恢复期的持续时间存在分歧，目前 CAP 恢复期的界定及评估标准尚未达成一致。部分专家将恢复期界定为症状缓解和基本功能恢复阶段，而本研究更倾向于将患者恢复至正常或病前状态作为恢复期的终点。考虑到 CAP 恢复期存在明显的个体差异，基础疾病较多、病情较重或老年患者等因素可能导致恢复期明显延长。综合分析个体差异、评估标准以及现有研究成果，本研究将 CAP 恢复期定义为从恢复期起始阶段至患者机体状态全面恢复至正常或病前水平的全过程，通常持续 3 个月。未来研究拟采用德尔菲法，通过多轮专家问卷调查对 CAP 恢复期临床证候及恢复期时间相关条目的科学性、临床适用性及表述严谨性进行迭代优化，最终形成更明确的专家共识。

3.3　临床研究初步揭示 CAP 恢复期的临床意义　目前，临床医生对 CAP 恢复期的认识不足，CAP 恢复期患者对疾病的短期和长期影响及其症状的自然演变过程亦缺乏清晰认识。CAP 治疗过程中，医生判断的临床治愈率与患者报告的症状和功能障碍之间存在显著差异[16]。CAP 患者在临床症状缓解至完全恢复阶段，常面临不稳定因素，主要表现为临床症状虽有缓解，但身体机能和生活质量并未完全恢复或恢复至病前状态，炎症反应可能持续存在。El Moussaoui 等[17]对 102 例成人轻中度肺炎的研究发现，患者的呼吸道症状通常在 14 d 内消退，但整体健康状况的恢复需要长达 6 个月，而症状持续超过 28 d 者，多由潜在的并发症而非肺炎本身所致。Daniel 等[18]研究发现，在恢复期 28 d 内，108 例 CAP 患者中有 71 例（65.7%）再次寻求医疗保健服务。Lawrence 等[19]对 8 136 例 CAP 幸存者研究发现，30 d 内再次入院者达 1 304 例，且肺炎再入院与显著的住院病死率相关。CAP 患者在恢复期再住院率上升可能与炎症因子大量释放或患者罹患基础疾病有关。这些因子介导机体细胞免疫和体液免疫应答，导致淋巴细胞亚群失调，诱发肺部炎症反应；即使在免疫反应和致病生物体得到控制后，炎症反应仍可能持续存在[20-21]。因此，CAP 患者恢复期的随访与干预不足成为疾病反复发作的重要因素，而其长期健康和生活质量则是临床亟待解决的重要问题。

3.4　CAP 恢复期概念的深入探讨与完善　目前，国内外对 CAP 恢复期的概念界定较为模糊，且缺乏

客观的评价标准。本研究基于临床调查数据及专家问卷咨询，结合 CAP 出院标准[10]及相关报道[22-26]，对 CAP 恢复期的概念进行细化与完善。具体而言，当 CAP 患者经过治疗后病情明显恢复，但症状、体征、胸部影像学及实验室检查 4 类指标中至少 1 类未恢复正常或未恢复至患病前水平，可以考虑调整为口服药物治疗，标志其进入“恢复期”。相关指标包括：(1)症状：咳嗽、咯痰、乏力、胸痛、呼吸困难等；(2)体征：体温、心率、呼吸频率、血压、动脉血氧饱和度、动脉氧分压等；(3)胸部影像学：胸片平片或 CT 等；(4)实验室检查：白细胞、中性粒细胞或淋巴细胞计数，C 反应蛋白，降钙素原等。

CAP 患者的恢复过程显示出明显的个体差异，患者进入恢复期至机体状态恢复正常或达到患病前状态的持续时间受多种因素影响，大多集中在 3 个月内。Metlay 等[22]对 576 例 CAP 患者进行随访，采用 SF-36 量表评估身体健康指标，结果显示患者在第 7、30、90 天随访期间指标持续改善；尽管第 30 天时评分仍低于肺炎前水平，但第 90 天时评分几乎恢复至肺炎前水平。NICE 指南指出，CAP 患者在治疗后症状应稳步改善，6 周时咳嗽和呼吸困难应显著减轻，3 个月时大部分症状应已消退，尽管疲劳感可能持续存在，6 个月时大多数患者应感觉恢复正常[23]。年龄是影响 CAP 恢复速度和程度的关键因素，老年 CAP 患者通常病程较长，病情易反复发作，恢复时间也较长[17,24]。本研究对 292 例老年 CAP 患者的临床调查发现，恢复期的 7 d 内咳嗽、咯痰、呼吸困难、胸痛和乏力等症状的发生率较高，随着时间推移，这些症状的发生率逐渐降低，至恢复期 8 个月时，仅有少数患者仍遗留部分症状。El Solh 等[25]对 301 例平均年龄 74 岁的 CAP 患者研究发现，超过 1/3 的患者在出院时身体机能受损，11% 的患者在 3 个月时仍存在持续的功能损害。El Solh 等[26]对 74 例因社区获得性细菌性肺炎连续入院的患者(≥70 岁)研究发现，40% 的患者在 6 周时胸部影像学表现未完全消退，15% 的患者在 12 周时仍存在消退不完全现象。

综上所述，本研究基于临床调查数据和专家问卷咨询，探索老年 CAP 恢复期患者的中医证候特征，并明确恢复期的概念。本研究尚存在一定的局限性：(1)临床调查的样本量相对较小，可能影响研究结果的普适性；(2)专家咨询过程中可能存在主观偏倚。未来拟开展多中心横断面临床调查，增加样本代表性，同时开展多轮专家咨询以完善专家共识，增强研究结论的普适性与可操作性。

参考文献：

[1]LIM W S, BAUDOUIN S V, GEORGE R C, et al. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009[J]. Thorax, 2009, 64(Suppl 3): iii1-55.

[2]FERREIRA-COIMBRA J, SARDA C, RELLO J. Burden of community-acquired pneumonia and unmet clinical needs[J]. Adv Ther, 2020, 37(4): 1302-1318.

[3]姜宁，龙秋月，郑雅莉，等. 社区获得性肺炎流行病学与病原学及其治疗进展[J]. 中华预防医学杂志，2023，57(1)：91-99.

[4]曹照龙. 老年社区获得性肺炎患者的诊疗策略[J]. 中华医学信息导报，2020，35(13)：15.

[5]SHI T, DENOUEL A, TIETJEN A K, et al. Global and regional burden of hospital admissions for pneumonia in older adults: a systematic review and meta-analysis[J]. J Infect Dis, 2020, 222(Suppl 7): S570-S576.

[6]TORRES A, CILLONIZ C, NIEDERMAN M S, et al. Pneumonia[J]. Nat Rev Dis Primers, 2021, 7: 25.

[7]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)：253-279.

[8]李建生，王明航，余学庆，等. 社区获得性肺炎疗效测评工具的研制与评价[J]. 中医学报，2016，31(11)：1654-1661.

[9]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.

[10]国家市场监督管理总局，国家标准化管理委员会. 中医临床诊疗术语 第 2 部分：证候[M]. 北京：中国中医药出版社，2022.

[11]中医药学名词审定委员会. 中医药学名词[M]. 北京：科学出版社，2005.

[12]CHARLES P G P, 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.

[13]SHARMA G, HAN L, QUAGLIARELLO V. Short- and long-term functional outcome of hospitalized older adults with community-acquired pneumonia[J]. Infect Dis Clin Pract, 2006, 14(6): 365-368.

[14]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. 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.

[15]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.

[16]BRUNS A H W,OOSTERHEERT J J,EL MOUSSAOUI R,et al. Pneumonia recovery:discrepancies in perspectives of the radiologist,physician and patient[J]. J Gen Intern Med,2010,25(3):203 – 206.

[17]EL MOUSSAOUI R,OPMEER B C,DE BORGIE C A J M,et al. Long – term symptom recovery and health – related quality of life in patients with mild – to – moderate – severe community – acquired pneumonia[J]. Chest,2006,130(4):1165 – 1172.

[18]DANIEL P,BEWICK T,MCKEEVER T M,et al. Healthcare reconsultation in working – age adults following hospitalisation for community – acquired pneumonia[J]. Clin Med (Lond),2018,18(1):41 – 46.

[19]LAWRENCE H,MCKEEVER T M,LIM W S,et al. Readmission following hospital admission for community – acquired pneumonia in England[J]. Thorax,2023,78(12):1254 – 1261.

[20]罗平,白永旗,辛艳梅,等. 肺炎支原体感染患儿 TLR4/NF – κB 介导机体细胞免疫及体液免疫应答的作用[J]. 中华医院感染学杂志,2023,33(20):3151 – 3155.

[21]李汉冬,孙立宇,韩永梅,等. 血清 FKN、APC 与老年社区获得性肺炎患者病情和预后不良的关系[J]. 现代生物医学进展,2024,24(2):333 – 337.

[22]METLAY J P,FINE M J,SCHULZ R,et al. Measuring symptomatic and functional recovery in patients with community – acquired pneumonia[J]. J Gen Intern Med,1997,12(7):423 – 430.

[23]National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pneumonia in adults:diagnosis and management[M]. London:National Library of Medicine,2023.

[24]WATERER G. Recovery from community acquired pneumonia:the view from the top of the iceberg[J]. Eur Respir J,2017,49(6):1700571.

[25]EL SOLH A,PINEDA L,BOUQUIN P,et al. Determinants of short and long term functional recovery after hospitalization for community – acquired pneumonia in the elderly:role of inflammatory markers[J]. BMC Geriatr,2006,6:12.

[26]EL SOLH A A,AQUILINA A T,GUNEN H K,et al. Radiographic resolution of community – acquired bacterial pneumonia in the elderly[J]. J Am Geriatr Soc,2004,52(2):224 – 229.

收稿日期:2024 – 11 – 12

作者简介:宋上跃(1999 –),女,河南驻马店人,硕士研究生,研究方向:中医药防治呼吸系统疾病。

通信作者:李建生(1963 –),男,河南禹州人,医学博士,教授,博士研究生导师,研究方向:中医药防治呼吸系统疾病的临床与基础研究。E – mail:li_js8@163.com

编辑:刘凯歌