

论著·临床研究

# 基于六经辨证理论治疗多重耐药菌肺部感染疗效评价

江 婷<sup>1</sup>, 王温欣<sup>1</sup>, 罗潇潇<sup>1</sup>, 罗 胜<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学, 广东 广州 510006; 2. 广州市番禺区中医院, 广东 广州 511499)

**[摘要]** 目的: 观察基于六经辨证方法治疗多重耐药菌(MDRO)肺部感染的临床疗效, 为治疗该病提供中医辨证治疗思路。方法: 选取2020—2021年广州市番禺区中医院呼吸与危重症医学科、重症医学科诊断为MDRO肺部感染的70例患者为研究对象, 采用随机数字表法分为治疗组、对照组。对照组根据病原体类型选择相应药物抗感染治疗, 治疗组在对照组基础上联合六经辨证治疗。以炎症指标(白细胞、降钙素原、C反应蛋白)、肺炎严重程度指数、细菌清除率、氧合指数、退热时间及住院天数作为疗效指标, 观察两组患者治疗效果。结果: 治疗后, 治疗组总有效率高于对照组, 肺炎严重程度指数评分低于对照组( $P<0.05$ ); 在炎症指标方面治疗组低于对照组, 两组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 治疗组细菌清除率高于对照组( $P<0.05$ ); 两组患者氧合指数水平比较治疗组显著高于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.01$ ); 治疗组退热时间及住院天数明显低于对照组( $P<0.01$ )。结论: 对MDRO肺部感染患者进行六经辨证诊治可获得较好的临床疗效, 降低病情严重程度, 降低炎症水平, 提高细菌清除率, 改善氧合指数, 值得临床推广。

**[关键词]** 六经辨证; 多重耐药菌; 肺部感染; 肺炎严重程度指数; 细菌清除率

**[中图分类号]** R241.5; R563.1

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0257-358X(2024)08-0835-07

**DOI:** 10.16295/j.cnki.0257-358x.2024.08.010

## Evaluation on Therapeutic Effect of Pulmonary Infection Caused by Multidrug Resistant Organism Based on the Theory of Six Channels Differentiation

JIANG Ting<sup>1</sup>, WANG Wenxin<sup>1</sup>, LUO Xiaoxiao<sup>1</sup>, LUO Sheng<sup>2</sup>

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006, China; 2. Panyu District Hospital of Traditional Chinese Medicine of Guangzhou, Guangzhou 511499, China)

**[收稿日期]** 2024-01-29

**[基金项目]** 广东省基础与应用基础研究基金项目(编号: 2022B1515230001); 广州市番禺区医疗卫生项目一般项目(编号: 2019-Z04-70)

**[作者简介]** 江婷(1998—), 女, 广东韶关人, 2021年硕士研究生, 研究方向: 中医呼吸内科研究。邮箱: 20211121502@stu.gzucm.edu.cn, 电话: 15219961195。

**[通信作者]** 罗胜(1980—), 男, 医学硕士, 主任医师, 教授, 硕士研究生导师, 主要从事中西医结合诊治呼吸疾病临床研究。邮箱: tcm2007@163.com。

**Abstract Objective:** To observe the clinical effect of the treatment of multidrug resistant organism (MDRO) pulmonary infection based on the six channels syndrome differentiation method, and to provide traditional Chinese medicine (TCM) syndrome differentiation and treatment ideas for this disease. **Methods:** A total of 70 patients diagnosed as

MDRO pulmonary infection in the Department of Respiratory and Critical Care Medicine and the Department of Critical Care Medicine of Panyu District Hospital of Traditional Chinese Medicine of Guangzhou from 2020 to 2021 were collected as the study subjects, and were divided into the treatment group and the control group by random number table method. The control group was treated by corresponding drugs for anti infection according to the type of pathogens, and the treatment group was combined with syndrome differentiation of six channels on the basis of the treatment of the control group. Inflammatory indicators (leukocyte, procalcitonin, C-reactive protein), pneumonia severity index, bacterial clearance rate, oxygenation index, duration of fever reduction and hospital stay were used as therapeutic indicators to observe the therapeutic effect of the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate of the treatment group was higher than that of the control group, and the score of pneumonia severity index of the treatment group was lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). In terms of inflammation indexes, there was statistical difference between the two groups, and the treatment group was lower than the control group ( $P<0.05$ ). The bacterial clearance rate in the treatment group was higher than that in the control group ( $P<0.05$ ). There was statistical difference in oxygenation index between the two groups, and the treatment group was significantly higher than the control group ( $P<0.01$ ). The duration of fever and hospitalization in the treatment group were significantly lower than those in the control group ( $P<0.01$ ). **Conclusions:** The six channels syndrome differentiation and treatment of MDRO patients with pulmonary infection can obtain better clinical effect, reduce the severity of the disease, reduce the level of inflammation, increase the bacterial clearance rate, and improve the oxygenation index, which is worthy of clinical promotion.

**Keywords** six channels syndrome differentiation; multidrug resistant organism; pulmonary infection; pneumonia severity index; bacterial clearance rate

多重耐药菌(MDRO)是指临床使用的3类或3类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌。临床上常见的MDRO包括耐碳青霉烯类的鲍曼不动杆菌、耐万古霉素的肠球菌、耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌及多重耐药铜绿假单胞菌等<sup>[1]</sup>。肺部感染是由各种病原体所引起的肺部炎症反应<sup>[2]</sup>。临床治疗MDRO肺部感染的主要方案,是根据患者痰培养及药物敏感试验结果,予以相应抗生素抗感染治疗。由于抗菌药物广泛应用于肺部感染等感染性疾病的治疗中,导致多重耐药问题日益严峻,临床效果不理想。患者肺部感染的严重程度和最终结局可能与致病病原体(耐药与非耐药,细菌清除率)、治疗措施或患者因素(如基础合并症、器官功能障碍)有关。早期准确给予相应干预措施可以降低肺部感染的严重程度,降低病死率。根据肺部感染临床症状,中医学将其归属于咳嗽、喘证范畴,而MDRO肺部感染实属风

温肺热病<sup>[3]</sup>。本研究通过中医六经辨证的方法,对MDRO肺部感染采用常规西医治疗基础上联合中医疗法,旨在为拓展该疾病的治疗方案及思路提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2020至2021年广州市番禺区中医院确诊的MDRO肺炎患者70例纳入研究,按照随机数字表分为治疗组37例和对照组33例。治疗组年龄49~85岁,平均(69.76±10.18)岁,女17例,男20例;对照组年龄34~87岁,平均(66.63±13.54)岁,女9例,男24例。两组一般情况比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究已通过广州市番禺区中医院医学伦理委员会审查批准(伦理审批号2019079)。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《中国成人社区获得性肺炎

诊断和治疗指南(2016年版)》<sup>[4]</sup>;中医诊断标准参照《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018修订版)》<sup>[3]</sup>、《中医症状鉴别诊断学》<sup>[5]</sup>及《中医诊断学》<sup>[6]</sup>。

### 1.3 纳入标准

符合肺部感染诊断标准:①常见的有医院获得性肺炎、社区获得性肺炎、呼吸机相关性肺炎;②痰细菌学培养为MDRO,治疗上采用三类甚至三类以上抗感染类药物(如氨基糖苷类、 $\beta$ -内酰胺类、大环内酯类、氟喹诺酮类、四环素类等)显示耐药<sup>[7]</sup>;③中医符合咳嗽、喘证、风温肺热标准。

### 1.4 排除标准

真菌、结核菌、病毒等非细菌性感染;合并严重心脑血管疾病、肝肾疾病或精神类疾病患者;生命体征不平稳患者;怀孕妇女;过敏体质者或对中药易过敏者;恶性肿瘤患者;免疫功能缺陷患者<sup>[7]</sup>。

### 1.5 治疗方法

对照组33例入院后综合评估病情,参照细菌培养和药敏试验结果给予相应的抗生素及其他西医常规治疗。多重耐药铜绿假单胞菌予以半合成青霉素、第三代头孢菌素、氨基糖苷类以及喹诺酮类药物;肺炎克雷伯菌感染的患者通常选择亚胺培南、美罗培南为主的碳青霉烯类药物;万古霉素治疗耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌;鲍曼不动杆菌予以美罗培南或头孢哌酮舒巴坦静脉滴注抗感染治疗。

治疗组在对照组基础上根据六经辨证使用中药治疗。太阳证用麻黄汤、麻杏石甘汤;阳明证用白虎汤或大承气汤;太阳中风证使用桂枝汤;太阴证予射

干麻黄汤;太阳合阳明证予麻黄汤;太阳表寒里饮证予小青龙汤;太阳合太阴证予厚朴生姜半夏甘草人参汤;少阴证及厥阴证分别使用桑白皮汤及当归四逆加吴茱萸生姜汤。每日1剂,午晚服用。治疗组37例MDRO肺部感染患者中,15例辨证为太阳证的患者细菌学培养为金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌;辨证为阳明证患者4例,以肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌多见;辨证为太阳中风证患者4例,包括金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌;辨证为太阴证患者3例,以铜绿假单胞菌为主;辨证为太阳合阳明证患者3例,以铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌为主;辨证为太阳表寒里饮证患者3例,以铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌为主;辨证为太阳合太阴证患者1例,以铜绿假单胞菌为主;辨证为少阴证及厥阴证患者各2例,分别以鲍曼不动杆菌及肺炎克雷伯菌为主。见表1。

### 1.6 疗效评定

治愈:症状消除,肺部听诊无异常,胸部CT示病灶消退,实验室检验正常;显效:症状消失,但肺部听诊有轻微杂音和粗呼吸音,胸部CT示病灶基本消除;有效:症状减轻,肺部听诊少许啰音,呼吸音粗,胸部CT示病灶未完全消除;未愈:症状、体征无改善或恶化。临床总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ <sup>[8]</sup>。

肺炎严重程度指数(PSI)是当前用于评估肺部感染严重情况的指标之一。该指标从患者性别、年龄、基础疾病、生命体征及相关实验室检查5个方面分为

表1 治疗组六经辨证证型及多重耐药菌类型

证型	例数(占比%)	多重耐药菌类型
太阳证	15(40.5)	金黄色葡萄球菌
阳明证	4(10.8)	肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌
太阳中风证	4(10.8)	金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌
太阴证	3(8.1)	铜绿假单胞菌
太阳合阳明证	3(8.1)	铜绿假单胞菌、金黄色葡萄球菌
太阳表寒里饮	3(8.1)	铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌
少阴证	2(5.4)	鲍曼不动杆菌
厥阴证	2(5.4)	肺炎克雷伯菌
太阳合太阴证	1(2.8)	铜绿假单胞菌

5个等级。I级:患者年龄<50岁;合并基础疾病中排除肿瘤、充血性心力衰竭、脑血管病变、肾病及肝病;意识状态无变化,生命体征平稳,脉搏(P)<125次/分、呼吸(R)<30次/分、收缩压(BP)≥90 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa),35℃<体温(T)<40℃。II~V级根据PSI量表评分表进行评价。PSI危险分级分为非高危组和高危组两组,非高危组:I级无需评分,病死率为0.1%;II级≤70分,病死率为0.6%;III级71~90分,病死率为0.9%;IV级91~130分,病死率为0.9%。高危组:V级>130分,病死率为27.0%<sup>[9]</sup>。

实验室指标,观察两组患者干预前后炎症指标变化情况,主要观察患者干预前后白细胞(WBC)、C反应蛋白(CRP)及降钙素原(PCT)等炎症指标变化情况。

细菌清除率<sup>[10]</sup>。清除:临床上连续2次细菌学检查均为阴性;假设清除:未采集到患者有效标本,但患者临床症状较前减轻;未清除:细菌学检查提示呈阳性;替换:细菌学检查中提示原病原学检测已转阴,但检测出其他致病菌。总清除率=清除率+假设清除率。

其他指标包括氧合指数、退热时间及住院天数。

### 1.7 统计学方法

采用SPSS 26.0软件,符合正态分布的计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 进行统计描述。同一样本治疗前后数据的比较采用配对 $t$ 检验,治疗前后两样本的数据比较采用独立样本 $t$ 检验;不符合正态分布时选用Wilcoxon秩

和检验。计数资料以%表示,采用 $\chi^2$ 检验。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床疗效比较

两组患者均无脱落。治疗组总有效率89.18%,对照组72.72%,两组疗效比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

### 2.2 两组患者PSI评分比较

治疗前,治疗组37例中,I级1例,II级1例,III级4例,IV级20例,V级11例;对照组33例中,I级3例,II级2例,III级6例,IV级9例,V级13例。治疗后,治疗组I级1例,II级5例,III级12例,IV级15例,V级4例;对照组I级4例,II级2例,III级5例,IV级14例,V级8例(因I级未评分,故以上I级评分患者未进行统计学分析)。两组治疗前PSI评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后两组PSI评分均较治疗前降低( $P<0.05$ ),治疗组下降趋势较对照组显著,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

### 2.3 两组患者炎症指标水平比较

两组治疗前WBC、PCT、CRP水平比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后两组WBC、PCT、CRP均比治疗前下降( $P<0.05$ ),且治疗组下降明显多于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表4。

### 2.4 两组患者细菌清除率比较

治疗后,治疗组细菌清除效率显著高于对照组( $P<0.05$ )。见表5。

表2 两组多重耐药菌肺部感染患者临床疗效比较

组别	例数	例(占比/%)					总有效	P值
		痊愈	显效	有效	无效	总有效		
对照组	33	6(22.09)	8(37.10)	10(21.40)	9(18.60)	24(72.72)	0.041	
治疗组	37	10(27.00)	18(48.60)	5(13.50)	4(10.80)	33(89.18)		

表3 两组多重耐药菌肺部感染患者肺炎严重程度指数比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	33	119.34 ± 34.56	114.17 ± 27.89 <sup>1)</sup>
治疗组	37	124.22 ± 28.15	96.44 ± 26.96 <sup>1)</sup>
$t$ 值		0.62	-2.60
$P$ 值		0.57	0.01

注:与本组治疗前比较,<sup>1)</sup> $P<0.05$ 。

## 2.5 两组患者氧合指数水平比较

治疗后,两组患者氧合指数水平均较治疗前升高( $P<0.05$ ),且治疗组较对照组上升明显,比较差异有统计学意义( $P<0.01$ )。见表6。

## 2.6 两组患者退热时间及住院天数比较

与对照组比较,治疗组患者退热时间及住院天数均明显缩短( $P<0.01$ )。见表7。

## 2.7 安全性评估

两组患者治疗前后肝肾功能未见明显异常,治疗后治疗组出现2例腹泻,对照组出现1例腹泻。对照组出现1例皮疹,停用抗菌药物后消退。

## 3 讨论

MDRO肺部感染多为条件致病菌导致,其发病因素与患者年龄、合并其他基础疾病以及抗生素的滥用有关<sup>[11]</sup>。目前临床主要的治疗原则是根据药敏试验结果给予相应抗生素抗感染及对症处理。由于抗菌药物滥用,细菌对抗生素容易产生耐药性,给临床治疗带来了很大的难度<sup>[12]</sup>。同时存在细菌培养延

后性、对疾病缺乏动态及个性化诊治等问题,从而增加了治疗该疾病的难度。

中医对治疗肺部感染积累了丰富的经验,将其归属为“风温肺热”。《伤寒杂病论》中多采用六经辨证治疗感染性疾病,基于个体的差异给予不同的理法方药。六经辨证是在《黄帝内经》六经分证理论基础上创立的。利用六经辨证的“三阴三阳”理论,不仅鲜明地展示了外感疾病从表证发展到里证的传变过程及特点,而且表现了脏腑及经络的病变发展,各经疾病在发展的过程中相互影响,全面涵盖肺炎的发病过程,并且能反映肺炎动态变化的特性<sup>[13-14]</sup>。不仅可以针对性地给予抗感染治疗,更可根据患者不同体质以及自身基础疾病情况,利用六经辨证的方法为患者提供个性化的治疗方案。

本研究结果显示,太阳证、太阳中风证、阳明证、太阳合阳明证 MDRO 肺部感染的细菌类型以铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌为主。《伤寒论》关于太阳证的条文中描述到:“太阳病,头痛发

表4 两组多重耐药菌肺部感染患者炎症指标水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	WBC/( $\times 10^9/L$ )		PCT/(ng/mL)		CRP/(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	33	11.47 $\pm$ 5.88	10.00 $\pm$ 4.53 <sup>1)</sup>	3.72 $\pm$ 17.51	0.70 $\pm$ 1.13 <sup>1)</sup>	42.60 $\pm$ 47.96	41.87 $\pm$ 46.41 <sup>1)</sup>
治疗组	37	10.30 $\pm$ 5.92	7.92 $\pm$ 1.95 <sup>1)</sup>	0.39 $\pm$ 0.41	0.24 $\pm$ 0.28 <sup>1)</sup>	41.40 $\pm$ 35.22	18.70 $\pm$ 15.33 <sup>1)</sup>
P值		0.424	0.000	0.283	0.028	0.904	0.009

注:WBC为白细胞,PCT为降钙素原,CRP为C反应蛋白。与本组治疗前比较,<sup>1)</sup> $P<0.05$

表5 两组多重耐药菌肺部感染患者细菌清除率比较

组别	例数	例(占比/%)					$\chi^2$ 值	P值
		明确清除	假设清除	未清除	替换	总清除		
对照组	33	11(33.3)	6(18.2)	12(36.4)	4(1.1)	17(51.5)	8.41	0.038
治疗组	37	15(40.5)	15(40.5)	4(10.8)	3(8.1)	30(81.0) <sup>1)</sup>		

注:与治疗组比较,<sup>1)</sup> $P<0.05$ 。

表6 两组多重耐药菌肺部感染患者氧合指数水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	33	341.64 $\pm$ 51.82	348.33 $\pm$ 56.63 <sup>1)</sup>
治疗组	37	379.83 $\pm$ 56.52	412.48 $\pm$ 27.87 <sup>1)</sup>
t值		2.94	5.90
P值		0.04	0.001

注:与本组治疗前比较,<sup>1)</sup> $P<0.05$ 。

表7 两组多重耐药菌肺部感染患者退热时间及住院天数比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	退热时间	住院天数
对照组	33	5.30 $\pm$ 1.20	14.00 $\pm$ 2.75
治疗组	37	3.70 $\pm$ 0.69	11.08 $\pm$ 2.35
t值		-6.88	-4.79
P值		0.00	0.00

热,身疼腰痛,骨节疼痛,恶风无汗而喘者,麻黄汤主之”“太阳中风,脉浮紧,发热恶寒,身疼痛,不汗出而烦躁者,大青龙汤主之”“问曰:阳明病外证云何?答曰:身热,汗自出,不恶寒,反恶热也”。其太阳证及阳明证均有发热的共同特点,而铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌在临床上也是以热象明显为特征,二者相契合。

临床上评估住院患者肺部感染严重程度的指标,使用最多、最准确的评价方法是PSI评分系统,该系统从多方面综合评估患者严重程度及预后<sup>[15]</sup>。治疗前,两组患者PSI评分比较差异无统计学意义。治疗组治疗后PSI与对照组比较差异有统计学意义。使用PSI评分系统,对两组患者进行评估后,治疗组在疾病发生早期通过六经辨证给予中药干预可明显降低该评分。尤其在PSI系统中,患者动脉血pH值、胸腔积液方面评分较高,MDRO肺部感染患者常常合并上述实验室检查的异常。治疗组证属少阴证及太阴证的患者,服用桑白皮汤,具有清肺降气、化痰止咳之功,射干麻黄汤有宣肺祛痰、下气止咳的作用,其中化痰平喘、降气止咳中药可进一步改善患者呼吸功能,调节人体酸碱平衡。对于合并胸腔积液的患者,小青龙汤可解表散寒、温肺化饮、利水平喘,降低患者病情严重程度及改善预后。另外,也有医家用不同的中医疗法对改善肺炎严重程度具有明显效果<sup>[16]</sup>。

肺部感染患者的肺间质和实质组织容易受到炎症的长期刺激,引起气道平滑肌痉挛,导致气道过敏性增加,增加炎症反应的发生,身体的抗氧化能力减弱,导致许多炎症因子聚集,影响肺换气功能,形成恶性循环<sup>[17]</sup>。细菌和病毒大范围侵入肺部,内皮细胞功能受影响,而肺微血管循环障碍致血栓形成,系统循环受阻,影响炎症毒性物质代谢,升高血清PCT和CRP水平<sup>[18]</sup>。PCT主要由甲状腺C细胞分泌,是一种非常敏感的炎症细胞因子,可以反映身体的感染情况,帮助区分患者疾病感染类型<sup>[19]</sup>。CRP用以辅助诊断感染水平,广泛应用于各种感染性疾病的诊断。因此,PCT和CRP都是评估系统炎症动态水平变化的重要指标,可以反映感染的严重程度<sup>[20]</sup>。

治疗组治疗后的炎症指标水平与对照组相比具有显著差异,对照组仅PCT较前降低,表明在传统常规西医治疗基础上,结合六经辨证治疗能有效降低MDRO肺部感染患者炎症因子水平,减轻肺部损伤。殷国敏等<sup>[21]</sup>以麻杏石甘汤联合西医常规疗法对抑制老年MDRO肺部感染患者的炎症反应具有较好疗效。郭金汶<sup>[22]</sup>在六经辨证基础上选取中西医结合疗法能降低MDRO肺部感染患者的炎症因子水平。因此,基于六经辨证理论治疗MDRO肺部感染患者在降低炎症因子方面具有优势。

中药汤剂大都有抑菌作用,如大承气汤除具有泻下、抗炎作用外,还具有抗菌作用,能够抑制细菌生长<sup>[23]</sup>。厚朴中的厚朴酚可通过破坏生物结构、抑制生活活性,达到抗菌作用,对抑制及杀灭革兰阴性菌、抗酸杆菌及部分真菌具有稳定的作用<sup>[24]</sup>。本研究中,治疗后治疗组患者细菌清除率明显高于对照组,提示治疗组对细菌抑制作用强于单纯使用西医治疗,这与刘浩等<sup>[25]</sup>采用中药汤剂结合西医疗法治疗该疾病疗效一致。崔磊等<sup>[26]</sup>也发现中西医结合能提高MDRO肺部感染患者细菌清除率。

治疗后两组患者氧合指数水平比较存在统计学差异,治疗组明显优于对照组,表明六经辨证中药汤剂对改善患者呼吸方面,尤其是氧合指数具有明显效果。治疗组患者退热时间早于对照组,这可能与治疗组给予解表及清热中药治疗有关。王懿勤等<sup>[27]</sup>发现白虎汤加减治疗重症肺炎伴高热患者在退热方面疗效优于西药组。本研究对太阳证及阳明证患者分别使用了麻黄汤、麻杏石甘汤及白虎汤,方中麻黄宣肺,配石膏相制,清热而不留邪,加强了退热的功效。经治疗,治疗组患者住院天数明显少于对照组,表明利用六经辨证理论体系治疗MDRO肺部感染患者在缩短住院时间方面具有明显优势,可降低患者心理与经济压力。两组患者治疗后均未出现特殊不适,无不良事件,安全性较好。

综上所述,在MDRO肺部感染的治疗过程中,采用六经辨证理论体系论治在临床上可获得较好效果,能降低病情严重程度,降低患者炎症因子水平,减轻肺部损伤,抑制或清除细菌能力强,可改善患者

氧合指数,退热效果佳,经济效益及安全性高,值得临床应用推广。本研究的局限性为样本数较少,研究时限较短,未对后期的临床症状和实验指标进行长期动态观察和随访。在后续研究中要增加样本量,多中心合作,进一步对观察指标进行分析,提高研究准确性,为患者提供更有价值的治疗方案。

#### [参考文献]

- [1] 杜明梅,邢玉斌,索继江,等. 多重耐药菌医院感染的实时监测与预防控制[J]. 中国医院,2013,17(3):3-5.
- [2] 瞿介明,曹彬. 中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)修订要点[J]. 中华结核和呼吸杂志,2016,39(4):241-242.
- [3] 余学庆,谢洋,李建生. 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.
- [4] 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.
- [5] 姚乃礼. 中医症状鉴别诊断学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2000.
- [6] 邓铁涛. 中医诊断学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1988.
- [7] 罗胜,梁结柱,冼宙宁,等. 重症医学科多重耐药菌肺部感染的中医证候特征研究[J]. 湖南中医杂志,2017,33(9):1-5.
- [8] 施经伟,张田,周和平,等. 白虎汤加减治疗脑卒中并发多重耐药菌所致肺炎的效果[J]. 广东医学,2017,38(S2):148-150.
- [9] 汪玲琴,蒋忠胜. 社区获得性肺炎严重程度评分系统的研究进展[J]. 江苏大学学报(医学版),2019,29(1):87-92.
- [10] 苏丽,梁婷. 美罗培南与万古霉素治疗耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染的疗效、炎性因子及安全性分析[J]. 医学理论与实践,2023,36(18):3121-3123.
- [11] 韩春兰,魏海霞. 替加环素联合多粘菌素治疗多重耐药菌肺部感染患者的临床疗效分析[J]. 中国合理用药探索,2021,18(9):90-94.
- [12] 陈佰义,何礼贤,胡必杰,等. 中国鲍曼不动杆菌感染诊治与防控专家共识[J]. 中国医药科学,2012,2(8):3-8.
- [13] 颜芳,杨志敏,徐国峰,等. 运用经方纯中医治疗肺部感染102例[C]//中华中医药学会. 国际(中日韩)经方学术会议暨第二届全国经方论坛暨经方应用高级研修班论文集. 北京:北京出版社,2011:105-108.
- [14] 吴文斌,颜芳,徐国峰,等. 从六经辨证入手治疗肺部感染体会[J]. 新中医,2011,43(7):151-152.
- [15] 张静,刘冬,许西琳,等. 红细胞分布宽度与成人社区获得性肺炎严重程度的相关性分析[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2018,17(2):134-137.
- [16] 焦妃,冯涛,王浩,等. 扶正透邪法治疗肺部多重耐药菌感染的临床观察[J]. 中国中医急症,2023,32(8):1423-1425.
- [17] 陈鹏,庞健健,付慧,等. 重症肺炎患者血清氧化应激指标和炎症因子的表达及其与肺部感染评分的关系[J]. 现代生物医学进展,2019,19(9):1778-1781.
- [18] 钱旭胜,李碧芳,陶海澜,等. 喘可治注射液联合高流量呼吸湿化治疗仪治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭的临床效果[J]. 中国当代医药,2021,28(31):168-172.
- [19] 童岷奎,叶蕾. 浅析血清C反应蛋白、降钙素原、纤维蛋白原对老年肺部感染的预测效果[J]. 当代医学,2022,28(4):137-139.
- [20] 刘岩峰. 降钙素原、C-反应蛋白与肺部感染多重耐药鲍曼不动杆菌患者病情相关性研究[J]. 河北医药,2020,42(19):2947-2949,2953.
- [21] 殷国敏,周剑,袁长广. 麻杏石甘汤联合西医常规治疗老年肺部感染临床研究[J]. 新中医,2022,54(6):19-22.
- [22] 郭金汶. 麻杏石甘汤加减治疗肺热型社区获得性肺炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2023,21(11):109-111.
- [23] 魏江存,陈勇,谢臻,等. 大承气汤的药理作用研究概况[J]. 中国民族民间医药,2017,26(21):70-72,74.
- [24] 贾音,任晨曦,夏悠楠,等. 厚朴酚的药理作用研究现状[J]. 生物化工,2023,9(3):170-174.
- [25] 刘浩,曲妮妮. 痰热清注射液联合西药治疗老年多重耐药菌肺炎患者的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志,2021,27(24):125-130.
- [26] 崔磊,陈楠,颜琳,等. 培土生金方治疗肺部多重耐药菌感染疗效研究[J]. 陕西中医,2023,44(8):1082-1085.
- [27] 王懿勤,马春成. 白虎汤加减联合全面护理对重症肺炎伴高热患者肺功能与生化指标的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(4):132-135.