

急性气管-支气管炎中医诊疗指南



中华中医药学会肺系病分会, 中国民族医药学会肺病分会

【摘要】 中医药治疗急性气管-支气管炎临床疗效显著, 围绕中医辨证论治特色制订急性气管-支气管炎中医诊疗指南具有重要的临床实践意义。中华中医药学会肺系病分会、中国民族医药学会肺病分会组织成立了多学科背景的《急性气管-支气管炎中医诊疗指南》制订工作组, 基于《世界卫生组织指南制订手册》与《中西医结合诊疗指南制订手册》, 通过临床问题调研、证据收集与评价、德尔菲咨询法、专家共识会议等技术环节, 综合当前最佳证据、干预成本和专家经验, 形成了中医辨证治疗急性气管-支气管炎的 25 条诊疗推荐意见, 用于规范急性气管-支气管炎病因病机、辨证论治、预防调护等内容, 可供各级医疗机构医师诊疗时应用。

【关键词】 急性气管-支气管炎; 中医药; 临床实践指南

Diagnosis and treatment guideline for Chinese medicine on acute trachea-bronchitis

Respiratory Disease Branch of China Association of Chinese Medicine, Respiratory Disease Branch of China Medical Association of Minorities

Corresponding author: LI Jiansheng, Email: li_js8@163.com

【Abstract】 Chinese medicine (CM) has significant clinical effects in the treatment of tracheal-bronchitis. It is of important clinical significance to formulate guidelines for the diagnosis and treatment of tracheal-bronchitis based on the characteristics of TCM syndrome differentiation. The Respiratory Disease Branch of China Association of Chinese Medicine and Respiratory Disease Branch of China Medical Association of Minorities organized and established a multi-disciplinary background working group, based on the World Health Organization Handbook for Guideline Development and the Guideline Development Handbook for Diagnosis and Therapy of Integrative Medicine to develop this guideline. It was developed through technical links such as clinical problem investigation, evidence collection and evaluation, Delphi consultation, and expert consensus meetings. Based on the current best evidence, CM intervention costs and expert experience, 25 recommendations were established to standardize the etiology and pathogenesis of tracheal-bronchitis, syndrome differentiation and treatment, prevention, and care, etc., which can be used by physicians at different levels of medical institutions.

【Key words】 Acute trachea-bronchitis; Traditional Chinese medicine; Clinical practice guideline

急性气管-支气管炎 (acute trachea-bronchitis) 是由感染、物理、化学刺激或过敏因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症, 常发生于寒冷季节或气温突然变冷时。临床表现以咳嗽为主, 起病先有鼻塞、流涕、咽痛、声音嘶哑等上呼吸道感染症状和/或伴有发热、恶寒、头痛、全身酸痛等全身症状, 持续时间一般不超过 3 周^[1-3]。急性气管-支气管炎属于中医学“咳嗽”范畴, 中医药治疗急性气管-支气管炎具有较好的临床疗效。为进一步完善相关

诊疗规范, 促进中医诊治水平, 更好地指导我国急性气管-支气管炎中医临床诊疗工作, 中华中医药学会肺系病分会、中国民族医药学会肺病分会组织成立了呼吸病学 (中医、西医、中西医结合)、指南方法学、循证医学、临床药学等多学科专家为主的指南制订工作组, 依据规范的指南制订方法, 基于当前最佳证据, 结合中医药治疗急性气管-支气管炎特点和我国临床实践现状制订了《急性气管-支气管炎中医诊疗指南》 (以下简称“本指南”), 作为中华中医药学会团体标准发布。为更好地促进本指南的传播与实施, 依据《中国循证医学杂志》期刊要求对本指南内容进行适当调整, 并基于期刊编辑和外部同行评审专家的建议, 修改、完善

DOI: 10.7507/1672-2531.202107025

基金项目: 国家“万人计划”百千万工程领军人才项目 (编号: W02060076); 国家中医药领军人才支持计划—岐黄学者 (编号: 国中医药人教函〔2018〕284号)

通信作者: 李建生, Email: li_js8@163.com



和发布期刊版指南。

1 方法

本指南参考《世界卫生组织指南制订手册》^[4]和《中西医结合诊疗指南制订手册》^[5]的规范化指南制订步骤,基于现有指南、系统评价、临床研究、古籍等证据,综合中医药干预成本与专家经验,采用推荐分级的评估、制订和评价(Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation, GRADE)标准^[6]制订指南推荐意见,并遵循卫生保健实践指南的报告条目(Reporting Items for Practice Guidelines in Healthcare, RIGHT)进行报告^[7]。

1.1 立项与注册

本指南于2019年3月28日获得中华中医药学会团体标准的立项批准,并在国际实践指南注册平台(<http://www.guidelines-registry.org>)进行了中、英文双语注册(编号:IPGRP-2019CN052),撰写了指南制订计划书。

1.2 成立工作组

本指南成立了4个主要的工作组,包括指南指导委员会、指南方法学专家组、临床专家组、证据评价组,并设首席专家2名。成员包括中医、中西医结合呼吸专业、循证医学、指南方法学、临床医学、流行病学等不同学科的专家。

1.3 利益冲突

所有成员在正式参与本指南制订相关工作前,均填写统一格式的冲突利益声明表,明确表明无任何与本指南主题相关的商业、专业或其他方面的利益冲突。

1.4 临床问题遴选与确定

通过问卷调查遴选本指南需要回答的临床问

题。第1轮问卷通过对全国多个省、市、自治区不同层次的36位临床医生进行开放式问答的问卷调查,初步收集到24个临床问题。经过除重、合并、筛选后整理出12个临床问题。第2轮问卷调查邀请全国64位临床医生(包括中华中医药学会肺系病分会、中国民族医药学会肺病分会、华中区域呼吸疾病诊疗中心成员)对临床问题、指南技术框架进行重要性评价,最终筛选出8个本指南关注的临床问题。

1.5 证据检索与评价

根据纳入的临床问题及结局指标,遵循PICO(population, intervention, control, outcome)原则对具体临床问题进行证据检索。检索的数据库包括PubMed、EMbase、The Cochrane Library、CBM、CNKI、WanFang Data和VIP。纳入系统评价/Meta分析、随机对照试验(RCT)、病例系列研究等。检索时限均从建库至2020年6月16日。首先检索系统评价与Meta分析,并运用AMSTAR工具^[8]对系统评价文献进行方法学质量评价。当某一临床问题缺乏相应系统评价时,则检索原始研究并制作新的系统评价。原始研究中,RCT采用Cochrane手册针对RCT的偏倚风险评价工具^[9]进行偏倚风险评价;非随机对照研究采用ROBINS-I(Risk of bias in non-randomized studies of interventions)工具^[10]进行偏倚风险评价;病例系列研究采用病例系列方法学质量评价工具^[11]进行偏倚风险评价。系统评价小组根据2004年制订的GRADE标准^[6]进行证据质量与推荐强度的分级,形成证据概要表。证据质量划分为高质量、中等质量、低质量、极低质量4级;推荐强度分为强推荐、弱推荐。证据质量分级标准及推荐强度含义见表1和表2。

表1 GRADE证据质量分级及定义

等级	定义
高质量	非常确信观察值接近真实值,进一步研究不大可能改变观察值可信度。
中等质量	对观察值有中等强度信心:真实值可能接近观察值,但仍存在两者不同的可能性,进一步研究可能改变观察值可信度,且可能改变观察值结果。
低质量	对观察值的信心程度有限:真实值可能与观察值差别很大,进一步研究极有可能改变观察值的可信度,且很可能改变该观察值结果。
极低质量	对观察值几乎没有信心:真实值很可能与观察值不同,真实值可能与观察值有很大差别,观察值的结果很不确定。

表2 推荐意见强度的定义

推荐强度	定义
强推荐	对于临床医生,多数医生会选择使用该推荐意见;对于患者,绝大多数患者会采纳推荐意见,只有少数不会;对于政策制订者,大多数决策者会采纳推荐意见作为政策。
弱推荐	对于临床医生,应认识到不同患者有各自适合的方案,需要帮助每个患者做出体现其价值观和意愿的决定;对于患者,大多数患者会采纳推荐意见,但仍有不少患者不采用;对于政策制订者,制订政策需要实质性讨论,并需要众多利益相关参与。



1.6 推荐意见调研

采用改良的德尔菲(Delphi)法,通过两轮问卷调查使推荐意见达成共识。共识规则为:某条推荐意见的共识度超过75%,则认为该条推荐意见已达成共识,只需根据专家意见进行小的修改;若共识度在60%~74%,则该推荐意见未通过共识,需要按照专家意见进行大的修改后再进行第二轮调研。若专家意见共识度小于60%,经指南工作组讨论后考虑是否将该临床问题与推荐意见一并给予剔除。第一轮对全国18个省份/直辖市三级甲等医院30名高级职称中医呼吸科专家进行问卷调查。发出问卷30份,收回30份。涉及的39条推荐意见中,共有20条已达成共识(专家共识度 $\geq 75\%$),19条(专家共识度 $< 75\%$)未达成共识。针对未达成共识的推荐意见,结合证据现状、临床使用现状和专家意见,经指南工作组讨论后对7条专家共识度 $\leq 60\%$ 的推荐意见予以排除。第二轮德尔菲对未达成共识的12个推荐意见进行问卷调查,向全国19个省份/直辖市30名(70%专家与第一轮保持一致)呼吸科专家进行调研,收回有效问卷28份。其中4条推荐意见达成共识;指南工作组讨论后剔除4条;需要面对面会议讨论是否删除4条。

1.7 共识会议

2020年8月7日在贵阳市召开的中华中医药学会肺系病专业委员会第24次学术年会上由本指南首席专家召集来自全国不同地区中医/中西医结合呼吸病专家、指南方法学专家进行推荐意见专家共识会议,面对面讨论4条推荐意见,经投票后确定了25条最终推荐意见。

1.8 指南终稿与发布

工作组根据推荐意见拟定了指南初稿,经内部审议后形成征求意见稿。通过中医药标准化信息平台公开征求意见,根据反馈意见进行完善,形成了本指南终稿。并由中华中医药学会标准化办公室组织相关专家进行评审,修改完善后于2021年6月18日发布(标准号:T/CACM 1359-2021)。

1.9 指南更新

根据《中华中医药学会团体标准管理办法》,拟在3~5年内对本指南进行更新。同时,将监测、追踪高质量中医药治疗急性气管-支气管炎临床研究证据,若最新证据改变临床实践或与既往推荐意见存在冲突,工作组将及时结合临床实践需要对本指南进行更新。

1.10 版本说明

为更好地促进本指南的推广与传播,依据《中

国循证医学杂志》期刊要求对本指南团体标准版内容进行了适当调整,使其更符合期刊发表要求。本指南中文版发表于《中国循证医学杂志》,英文版发表在 *Journal of Evidence-based Medicine*。

2 结果

2.1 适用人群

本指南规范了成人急性气管-支气管炎病因病机、辨证论治、预防调护等内容,适用于成人急性气管-支气管患者。可供三级、二级中医医院和中西医结合医院,以及基层中医医疗机构的中医、中西医结合临床呼吸内科医师进行急性气管-支气管炎中医诊疗时应用。

2.2 病因病机^[3,12,13]

急性气管-支气管炎任何季节均可发病,以秋冬季或季节交替时发病率更高,多因受寒、劳累诱发。多由“风、寒、暑、湿、燥、火”六淫之邪和烟尘秽浊之气侵袭肺系所致。外邪犯肺不外是从口鼻直接犯肺,或从皮毛侵入而内舍于肺。外邪袭肺,壅遏肺气而不得宣降,痰邪(痰热、痰湿)内生,肺气上逆而发病。由于四时气候变化各异,人体受邪不同,临床上以风寒、风热、风燥为多见;风寒入里可化热或风热袭肺而成痰热内蕴。病久反复、伤及正气,或年老体弱、正气不足,卫外不固,迁延反复,常为正虚邪恋,正虚多表现为肺气虚或气阴两虚。

急性气管-支气管炎的基本病机是邪犯于肺,肺失宣肃,肺气上逆。病位主要在肺。外感者为实证;内伤者虽有虚实,但多虚实夹杂。咳嗽是急性气管-支气管炎的主要症状,轻者咳嗽轻微偶发,数日可愈;重者咳嗽频繁剧烈,如不及时治疗,还将导致其他变证。病之初期,在肺病轻,经过正确治疗与调护,均可痊愈。若失治误治,外邪入里,则向风寒化热,风热化燥,损伤肺阴等病理转化,由外感转为内伤,由实证转为虚证,或虚中兼实,使病情缠绵难愈。

2.3 治法治则^[13,14]

治疗方面,一是以宣降肺气止咳为总的治疗原则。可随风寒、风热、风燥等邪气不同而分别予以疏风散寒、疏风清热、疏风润燥等;二是重视降气化痰。使气顺痰消,则咳嗽易止;三是注意固护正气。老年患者体弱多伴正气不足,发散清解不宜过重,注意顾护正气使邪去而不伤正,或对于肺气虚或气阴两虚者应以扶正为主兼以祛邪;四是注意长期调补预防发病。素体正虚卫外不固,容易受邪

而反复发病者,则在未发病时可根据正虚性质不同而分别予以益气或益气养阴等治疗。

2.4 证候诊断标准

急性气管-支气管炎中医辨证推荐参照中华中医药学会肺系病专业委员会发布的《急性气管-支气管炎的中医证候诊断标准(2013版)》^[12]的证候分类及判定标准。该标准将急性气管-支气管炎临床常见证候分为实证类(风寒袭肺证、风热犯肺证、燥邪犯肺证、痰热壅肺证、痰湿阻肺证)、正虚邪恋类(肺气虚证、气阴两虚证)2类7证候,各证可单独存在也常兼见,虽然有虚实之别,但可相互夹杂,正虚邪恋类或体虚感邪类多见于老年、体弱患者(证据级别:中等质量;推荐强度:强推荐)。

2.4.1 风寒袭肺证^[12] 主症:咳嗽,痰白,痰清稀,恶寒,舌苔薄白,脉浮或浮紧。次症:鼻塞,流清涕,咽痒,发热,无汗,肢体酸痛。诊断:①咳嗽、痰白、痰清稀,或干咳;②鼻塞、流清涕;③恶寒、无汗或合并发热;④肢体酸痛;⑤舌苔白,或脉浮或浮紧。具备①项,加②、③、④、⑤中2项。

2.4.2 风热犯肺证^[12] 主症:咳嗽,痰黄,咽干甚则咽痛,发热,恶风,舌尖红,舌苔黄,脉浮或浮数。次症:痰黏稠,咯痰不爽,鼻塞,流浊涕,鼻窍干热,咽痒,口渴,舌苔薄。诊断:①咳嗽、痰黄或白黏,或痰少、咯痰不爽,或干咳;②鼻塞、流浊涕,或鼻窍干热;③恶风或并发热;④咽干甚则咽痛;⑤口干渴;⑥舌尖红,或舌苔薄黄或薄白干,或脉浮数。具备①项,加②、③、④、⑤、⑥中3项。

2.4.3 燥邪犯肺证^[12] 主症:干咳,咳嗽,唇鼻干燥,口干,咽干甚则咽痛,舌苔薄,脉浮。次症:痰黏难以咯出,口渴,发热,恶风,舌尖红,舌苔薄黄或薄白干,脉数。诊断:①干咳,或痰少或黏、难以咯出;②唇鼻干燥;③口干甚则口渴;④咽干甚则咽痛;⑤恶风或并发热;⑥舌尖红,或舌苔薄黄或薄白干,或脉浮或浮数。具备①和②2项,加③、④、⑤、⑥中2项。

2.4.4 痰热壅肺证^[12] 主症:咳嗽,痰黄,痰黏稠,舌质红,舌苔黄腻,脉滑或滑数。次症:痰多,咯痰不爽,口渴,胸闷,发热,大便秘结。诊断:①咳嗽;②痰黏、色黄,或咯痰不爽;③发热,或口渴;④大便秘结;⑤舌质红,或舌苔黄或黄腻,或脉数或滑数。具备①和②2项,加③、④、⑤中2项。

2.4.5 痰湿阻肺证^[12] 主症:咳嗽,痰多,痰白黏或有泡沫,舌苔白或白腻,脉滑。次症:痰易咯出,口黏腻,胸闷,纳呆,食少,胃脘痞满,舌边齿

痕,脉弦或脉濡。诊断:①咳嗽;②痰多、白黏或泡沫;③口黏腻,或纳呆或食少;④胃脘痞满;⑤舌边齿痕,或舌苔白或白腻,或脉滑或脉濡或弦滑。具备①和②2项,加③、④、⑤中2项。

2.4.6 肺气虚证^[12] 主症:咳嗽,气短,乏力,自汗,动则加重,畏风寒,舌质淡,舌苔白,脉弱或细。次症:神疲,易感冒,舌苔薄,脉沉或缓。诊断:①咳嗽,或咯痰无力;②神疲或乏力或气短,动则加重;③自汗、动则加重;④畏风寒,或易感冒;⑤舌质淡,或脉沉细或沉缓或细弱。具备①项,加②、③、④、⑤中2项。

2.4.7 气阴两虚证^[12] 主症:咳嗽,少痰,干咳,神疲,乏力,动则加重,易感冒,自汗,盗汗,舌质红,舌苔少,脉细。次症:气短,畏风,手足心热,口干,口渴,舌体胖大甚至舌边齿痕或瘦小,舌质淡或红,舌苔薄或花剥,脉沉或数或弱。诊断:①干咳或咳嗽少痰;②神疲或乏力或气短,动则加重;③畏风寒,或易感冒;④自汗或盗汗;⑤手足心热;⑥口干甚则口渴;⑦舌体胖大甚至边有齿痕或舌体瘦小,或舌质淡或红,或舌苔薄少或花剥,或脉沉细或细弱或细数。具备①项,加②、③、④中2项及⑤、⑥、⑦中2项。

2.5 辨证治疗推荐意见

本指南25条推荐意见见表3。

2.5.1 风寒袭肺证 治法:疏风散寒,宣肺止咳。

方药:三拗汤(《太平惠民和剂局方》)合止嗽散(《医学心悟》)加减^[3,15-17](证据级别:中等质量;推荐强度:强推荐):炙麻黄6g,苦杏仁9g,白前9g,荆芥9g,防风9g,紫苏叶9g,陈皮9g,桔梗6g,百部12g,款冬花12g,炙甘草3g。加减:①往来寒热者,宜与小柴胡汤化裁;②素有寒饮内伏,胸闷气逆、痰液清稀者,可与小青龙汤加减^[3,18-21](证据级别:低质量;推荐强度:强推荐);③痰多、舌苔白厚腻者,加厚朴9g、姜半夏9g、茯苓12g;④风寒入里化热者或风寒束表而内有蕴热者,加生石膏20g(先煎)、黄芩9g、桑白皮12g;⑤咳嗽阵发、气急、喘鸣、胸闷者,加僵蚕9g、枳壳12g、紫苏子9g;⑥头痛明显者,加白芷6g、藁本9g;⑦周身酸楚甚至酸痛者,加羌活9g、独活9g;⑧气虚者,气短、乏力,加党参12g、黄芪15g;⑨阳虚者,畏寒、四肢不温,加细辛2g、炮附片9g(先煎)。

中成药:①苏黄止咳胶囊^[22,23](证据级别:低质量;推荐强度:弱推荐):口服,一次3粒,一日3次。②三拗片^[22,24-27](证据级别:低质量;推荐

表3 急性气管-支气管炎中医诊疗指南 25 条推荐意见

编号	推荐内容	证据级别	推荐强度
1	对于急性气管-支气管炎中医辨证分型, 推荐参照中华中医药学会肺系病专业委员会发布的《急性气管-支气管炎的中医证候诊断标准(2013 版)》证候分型及诊断标准。	中等质量	强推荐
2	对于急性气管-支气管炎风寒袭肺证患者, 推荐使用止嗽散合三拗汤加减治疗, 可缩短咳嗽消失、缓解时间, 降低咳嗽症状积分, 中医证候积分。	中等质量	强推荐
3	对于急性气管-支气管炎风寒袭肺证患者, 推荐使用小青龙汤加减治疗, 可降低疾病复发率, 缩短咳嗽、发热等症状消失时间、降低中医症状积分。	低质量	强推荐
4	对于急性气管-支气管炎咳嗽患者, 可考虑使用苏黄止咳胶囊治疗, 可降低咳嗽、咽痒、咳痰症状评分, 并缩短症状缓解时间。	低质量	弱推荐
5	对于急性气管-支气管炎风寒袭肺证患者, 推荐使用三拗片治疗, 可提高临床总有效率, 提高咳嗽、咳痰消失率, 降低治疗后症状总评分, 缩短咳嗽咳痰、发热消失时间。	低质量	弱推荐
6	对于急性气管-支气管炎风寒袭肺证患者, 可考虑使用通宣理肺(片/颗粒)治疗。	极低质量	弱推荐
7	对于急性气管-支气管炎风热犯肺证患者, 推荐使用桑菊饮加减治疗, 可提高痊愈率, 不良反应少。	低质量	强推荐
8	对于急性气管-支气管炎风热犯肺证患者, 推荐使用急支糖浆治疗, 可提高临床痊愈率, 不良反应轻微且发生率低。	极低质量	强推荐
9	对于急性气管-支气管炎风热犯肺证患者, 可考虑使用疏风解毒胶囊治疗, 可缩短咳嗽消失时间, 降低发热、咳嗽、中医证候积分。	低质量	弱推荐
10	对于急性气管-支气管炎燥邪犯肺证患者, 推荐使用桑杏汤加减治疗, 可提高痊愈率, 减轻咳嗽、咳痰、口鼻干燥症状积分。	低质量	强推荐
11	对于急性气管-支气管炎燥邪犯肺证患者, 推荐使用杏苏散治疗, 可提高临床治愈率。	低质量	强推荐
12	对于急性气管-支气管炎燥邪犯肺证患者, 可考虑使用蜜炼川贝枇杷膏治疗。	低质量	弱推荐
13	对于急性气管-支气管炎痰热壅肺证患者, 推荐使用清金化痰汤加减治疗。	低质量	强推荐
14	对于急性气管-支气管炎痰热壅肺证患者, 推荐使用肺力咳合剂(胶囊)治疗, 可提高痊愈率, 缩短咳嗽消失时间、咳痰消失时间、全身症状好转时间。	中等质量	强推荐
15	对于急性气管-支气管炎患者, 可考虑使用射麻口服液治疗, 可提高临床有效率。	极低质量	弱推荐
16	对于急性气管-支气管炎痰热壅肺证患者, 可考虑使用痰热清注射液治疗, 可提高临床有效率, 缩短退热时间, 缩短咳嗽消失时间。	中等质量	弱推荐
17	对于急性气管-支气管炎痰湿阻肺证患者, 推荐使用二陈汤合三子养亲汤加减治疗。	低质量	强推荐
18	对于急性气管-支气管炎痰湿阻肺证患者, 可考虑使用二陈丸治疗。	低质量	弱推荐
19	对于急性气管-支气管炎肺气虚证患者, 推荐使用补肺汤合玉屏风散加减治疗。	极低质量	强推荐
20	对于急性气管-支气管炎肺气虚证患者, 推荐使用玉屏风颗粒治疗。	低质量	强推荐
21	对于急性气管-支气管炎气阴两虚证患者, 推荐使用生脉散合沙参麦冬汤加减治疗, 可提高总有效率, 减轻症状积分。	低质量	强推荐
22	对于急性气管-支气管炎气阴两虚证患者, 可考虑使用生脉饮口服液治疗。	低质量	弱推荐
23	对于急性气管-支气管炎气阴两虚证患者, 可考虑使用生脉颗粒治疗。	低质量	弱推荐
24	对于急性气管-支气管炎气阴两虚证患者, 可考虑使用百合固金丸治疗。	低质量	弱推荐
25	对于急性气管-支气管炎患者, 推荐使用穴位贴敷治疗, 可提高急性气管-支气管炎患者临床痊愈率, 缩短发热时间、咳嗽持续时间。	中等质量	强推荐

强度: 弱推荐): 口服, 一次 2 片, 一日 3 次。③通宣理肺丸(片)^[3, 22, 24, 28](证据级别: 极低质量; 推荐强度: 弱推荐): 口服, 大蜜丸: 1 次 2 丸, 1 日 2 次~3 次; 片剂: 1 次 4 片, 1 日 2 次~3 次。

2.5.2 风热犯肺证 治法: 疏风清热, 宣肺化痰。

方药: 桑菊饮(《温病条辨》)加减^[3, 29-31](证据级别: 低质量; 推荐强度: 强推荐): 桑叶 9 g, 菊花 6 g, 杏仁 9 g, 连翘 12 g, 牛蒡子 12 g, 前胡 12 g, 黄芩 9 g, 薄荷(后下) 6 g, 桔梗 9 g, 芦根 12 g, 甘草 3 g。加减: ①头痛、目赤者, 加夏枯草 12 g、栀子 9 g; ②咳甚, 加百部 15 g、枇杷叶 9 g、浙贝母 9 g; ③喘促、汗出、口渴者, 加炙麻黄 6 g、生石膏 20 g(先煎); ④全身酸楚、无汗者, 加荆芥 9 g、防风 9 g; ⑤咽喉肿痛者, 加山豆根 6 g、玄参 9 g、马勃

6 g; ⑥口渴者, 加天花粉 12 g、玄参 9 g; ⑦咳嗽阵作, 加白蒺藜 12 g、僵蚕 9 g、蝉蜕 6 g、白芍 12 g; ⑧气急、喘鸣、胸闷者, 加僵蚕 9 g、苏子 9 g; ⑨夏令兼夹暑湿, 心烦、口渴、舌红者, 减牛蒡子, 加六一散 9 g 调服; ⑩阴虚者, 手足心热、口干、盗汗, 加麦冬 12 g、北沙参 9 g、地骨皮 12 g。

中成药: ①急支糖浆^[3, 22, 32](证据级别: 极低质量; 推荐强度: 强推荐): 口服, 1 次 20 mL~30 mL, 1 日 3~4 次。②疏风解毒胶囊^[3, 22, 24, 28, 33, 34](证据级别: 低质量; 推荐强度: 弱推荐): 口服, 1 次 4 粒, 1 日 3 次。

2.5.3 燥邪犯肺证 治法: 清肺润燥, 疏风清热。

方药: 桑杏汤(《温病条辨》)加减^[3, 35, 36](证据级别: 低质量; 推荐强度: 强推荐): 桑叶 9 g, 杏

仁 9 g, 北沙参 12 g, 麦冬 12 g, 浙贝母 9 g, 淡豆豉 6 g, 栀子皮 6 g, 瓜蒌皮 12 g, 梨皮 12 g。加减: ① 燥热明显, 加知母 12 g、生石膏(先煎) 20 g; ② 头痛、发热明显, 加薄荷(后下) 6 g、连翘 9 g; ③ 咽痛明显, 加玄参 12 g、山豆根 6 g; ④ 鼻衄或痰有血丝, 加白茅根 15 g、生地黄 15 g、藕节 15 g; ⑤ 口鼻干燥甚者, 减淡豆豉, 加玄参 9 g、麦冬 15 g; ⑥ 咳甚胸痛者, 加枳壳 9 g、延胡索 12 g、白芍 19 g; ⑦ 咳嗽阵作, 加玄参 12 g、地龙 15 g、蝉蜕 9 g、白芍 12 g; ⑧ 恶寒、无汗为凉燥者, 方用杏苏散(《温病条辨》)加减^[3, 37, 38](证据级别: 低质量; 推荐强度: 强推荐)。

中成药: 蜜炼川贝枇杷膏^[3, 22](证据级别: 低质量; 推荐强度: 弱推荐): 口服, 1 次 22 g(约 1 勺), 1 日 3 次。

2.5.4 痰热壅肺证 治法: 清热化痰, 肃肺止咳。

方药: 清金化痰汤(《杂病广要》引《统旨方》)加减^[3](证据级别: 低质量; 推荐强度: 强推荐): 桑白皮 9 g, 黄芩 9 g, 栀子 9 g, 全瓜蒌 12 g, 橘红 9 g, 知母 9 g, 浙贝母 9 g, 杏仁 9 g, 桔梗 9 g。加减: ① 痰热甚者, 可加金荞麦 15 g、天竺黄 9 g; ② 气急、喘鸣、胸闷者, 减桔梗, 加葶苈子 9 g、射干 9 g、地龙 15 g; ③ 胸痛明显者, 加延胡索 12 g、赤芍 12 g、郁金 9 g; ④ 热盛伤津口渴甚者, 减桔梗、橘红, 加生石膏(先煎) 20 g、麦冬 12 g、玄参 12 g; ⑤ 大便秘结者, 加酒大黄 9 g、枳实 9 g。

中成药: ① 肺力咳合剂(胶囊)^[3, 22, 28, 39, 40](证据级别: 中等质量; 推荐强度: 强推荐): 口服, 合剂: 1 次 20 mL, 1 日 3 次; 胶囊: 1 次 3~4 粒, 1 日 3 次。② 射麻口服液^[22, 41](证据级别: 极低质量; 推荐强度: 弱推荐): 口服, 1 次 10 mL, 1 日 3 次。③ 痰热清注射液^[3, 22, 42](证据级别: 中等质量; 推荐强度: 弱推荐): 1 次 20 mL, 加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250 mL, 静脉滴注, 1 日 1 次。

2.5.5 痰湿阻肺证 治法: 燥湿化痰止咳。

方药: 二陈汤(《太平惠民和剂局方》)合三子养亲汤(《杂病广要》引《皆效方》)加减^[3](证据级别: 低质量; 推荐强度: 强推荐): 法半夏 12 g, 茯苓 15 g, 陈皮 12 g, 白术 12 g, 厚朴 9 g, 白芥子 9 g, 莱菔子 9 g, 紫苏子 9 g, 炙甘草 6 g。加减: ① 寒痰较重, 痰黏白如沫、畏寒者, 加干姜 9 g、细辛 3 g; ② 脾虚湿盛, 口淡乏味、大便稀溏或粘滞不爽者, 加党参 15 g、苍术 9 g、薏苡仁 20 g; ③ 胃脘痞满者, 加白蔻仁 9 g、枳壳 12 g; ④ 外有风寒,

咽痒、恶寒者, 加荆芥 9 g、防风 9 g、紫苏梗 9 g。

中成药: 二陈丸^[22, 24, 28](证据级别: 低质量; 推荐强度: 弱推荐): 口服, 1 次 9 g~15 g, 1 日 2 次。

2.5.6 肺气虚证 治法: 补肺益气, 宣肺止咳。

方药: 补肺汤(《妇人大全良方》)合玉屏风散(《究原方》录自《医方类聚》)加减^[3](证据级别: 极低质量; 推荐强度: 强推荐): 党参 15 g, 黄芪 15 g, 防风 9 g, 白术 12 g, 茯苓 12 g, 五味子 9 g, 紫菀 12 g, 杏仁 9 g, 陈皮 9 g, 炙甘草 6 g。加减: ① 寒热起伏、畏风寒明显, 加桂枝 9 g、白芍 12 g; ② 若咳痰稀薄、时觉形寒, 为肺虚有寒, 可加干姜 6 g、紫苏子 9 g、款冬花 9 g; ③ 自汗甚者, 加浮小麦 15 g、煅牡蛎 20 g; ④ 纳差者, 加炒神曲 15 g、炒麦芽 15 g; ⑤ 脘腹胀闷, 减黄芪, 加木香 9 g、莱菔子 9 g。

中成药: 玉屏风颗粒^[22, 24, 28](证据级别: 低质量; 推荐强度: 强推荐): 开水冲服, 1 次 5 g, 1 日 3 次。

2.5.7 气阴两虚证 治法: 益气养阴, 润肺止咳。

方药: 生脉散(《医学启源》)合沙参麦冬汤(《温病条辨》)加减^[3, 43, 44](证据级别: 低质量; 推荐强度: 强推荐): 太子参 15 g, 北沙参 12 g, 麦冬 12 g, 五味子 9 g, 玉竹 9 g, 桑叶 9 g, 浙贝母 9 g, 款冬花 9 g, 炙甘草 6 g。加减: ① 兼有痰热而咯黄痰, 加黄芩 9 g、全瓜蒌 15 g; ② 口渴甚者, 加天花粉 15 g、玄参 9 g; ③ 低热不退者, 可加银柴胡 9 g、白薇 12 g; ④ 纳差、食少者, 加炒麦芽 15 g、炒谷芽 12 g; ⑤ 腹胀者, 加陈皮 12 g、厚朴 9 g; ⑥ 盗汗, 加浮小麦 15 g、乌梅 12 g。

中成药: ① 生脉饮口服液^[3, 22, 24, 28](证据级别: 低质量; 推荐强度: 弱推荐): 口服, 1 次 10 mL, 1 日 3 次。② 生脉颗粒^[22, 24](证据级别: 低质量; 推荐强度: 弱推荐): 开水冲服, 一次 10 克, 一日 3 次。③ 百合固金丸^[3, 22, 24, 28](证据级别: 低质量; 推荐强度: 弱推荐): 口服, 水蜜丸 1 次 6 g; 大蜜丸 1 次 1 丸, 1 日 2 次。

2.6 其他治法

针刺、穴位贴敷、灸法、拔罐、单验方等多种中医特色疗法治疗急性气管-支气管炎均有一定的临床疗效。根据现有临床证据与专家共识, 本指南推荐使用穴位贴敷疗法(证据级别: 中等质量; 推荐强度: 强推荐)。

穴位贴敷可提高急性气管-支气管炎患者临床痊愈率, 缩短发热时间、咳嗽持续时间, 且降低不良反应发生率^[3, 45-48]。可用疏风宣肺、止咳化痰药敷贴胸背部腧穴, 取穴天突、大椎、肺俞(双)、中府,

每天换1次药贴,连续10天^[3]。

2.7 预防调摄^[3,13]

① 防寒保暖,避免受凉,老人和免疫功能低下者尤应注意。② 保持空气清新,经常开窗通风,避免接触诱发因素和吸入过敏原,避免到空气污浊的环境中去,避免有害气体和烟尘的吸入,吸烟者应戒烟。③ 呼吸系统疾病流行期间,正确合理地佩戴口罩。④ 忌食辛辣、刺激性食物。⑤ 气虚反复咳嗽者,可服用玉屏风散等。

3 讨论

本指南采用国内外规范的临床指南制订方法和流程,组建多学科背景的专家团队,通过临床问题调研、证据收集与评价、德尔菲咨询、专家共识会议等环节,基于当前中医诊疗急性气管-支气管炎的最佳证据、中医药干预成本与专家经验,形成了25条推荐意见,对于规范成人急性气管-支气管炎病因病机、辨证论治、预防调护方面有良好的参考价值,为中医诊疗急性气管-支气管炎的临床实践提供了切实有效的中医临床指导意见。

本指南通过以下方式进行传播与推广:① 团体标准版上传全国团体标准信息网(<http://www.ttbz.org.cn/>),供读者查阅;② 在期刊发表后,可在杂志官方网站、PubMed、中国知网数据库获取全文;③ 依靠“中医药标准化”公众号发布本指南相关信息,对相关推荐意见进行解读,方便大众了解使用;④ 在中华中医药学会肺系病分会、中国民族医药学会肺病分会学术年会上进行指南解读;⑤ 依托呼吸疾病中医药防治省部共建协同创新中心、国家区域中医(专科)诊疗中心(河南中医药大学第一附属医院肺病科)对建立良好合作关系的各级医疗机构进行本指南的培训与推广。

本指南存在以下局限性:① 指南工作组成员未纳入患者人群代表,未进行患者偏好与价值观的全面调查,将在指南更新时改进完善;② 纳入的原始研究时间跨度大,原始研究的证候诊断标准不规范统一,有待纳入更多使用本指南推荐的证候诊断标准的研究证据;③ 本指南的部分推荐意见仍缺乏高质量证据支持,期望今后能获得更高质量的临床研究证据支撑;④ 目前针刺、灸法、拔罐等多种中医特色疗法治疗急性气管-支气管炎有较好临床疗效,临床应用广泛,但缺乏原始研究结果支持,且不同特色疗法的流派、手法、操作要领缺乏统一规范,故本指南未能给出明确的推荐意见。

基于上述不足,工作组建议今后研究应重点关

注:① 继续开展高质量的中医药治疗急性气管-支气管炎的临床研究,特别是中医药特色疗法的高质量临床研究;② 注重在科学规范辨证标准的前提下,围绕证候诊断标准开展中医药临床疗效评价研究;③ 开展中医药干预急性气管-支气管炎的卫生经济学比较效益研究,同时注重收集患者偏好与价值观等信息。

指南制订工作组成员

指导委员会:王永炎(中国中医科学院)、张伯礼(天津中医药大学)、晁恩祥(中日友好医院)、孙塑伦(北京中医药大学东直门医院)

首席临床专家:李建生(河南中医药大学)

首席方法学专家:陈耀龙(兰州大学循证医学中心)

方法学专家组:陈耀龙(兰州大学循证医学中心)、陈薇(北京中医药大学循证医学中心)、马艳芳(兰州大学循证医学中心)

临床专家组(按姓氏笔画排序):于雪峰(辽宁中医药大学附属第二医院)、马战平(陕西省中医院)、王真(浙江省中医院)、王琦(北京中医药大学东方医院)、王成祥(北京中医药大学第三附属医院)、王至婉(河南中医药大学第一附属医院)、王明航(河南中医药大学第一附属医院)、王海峰(河南中医药大学第一附属医院)、付义(昆明市中医医院)、冯淬灵(北京大学人民医院)、曲妮妮(辽宁中医药大学附属医院)、朱佳(江苏省中医院)、刘良倚(江西中医药大学附属医院)、刘敬霞(银川易德中医医院)、孙子凯(江苏省中医院)、李凤森(新疆医科大学附属中医医院)、李泽庚(安徽中医药大学)、李素云(河南中医药大学第一附属医院)、杨珺超(浙江省中医院)、宋远瑛(湖北省中医院)、张伟(山东省中医院)、张炜(上海中医药大学附属曙光医院)、张立山(北京中医药大学东直门医院)、张明利(河南省中医药研究院)、张念志(安徽中医药大学第一附属医院)、张洪春(中日友好医院)、张惠勇(上海中医药大学附属龙华医院)、张燕萍(中国中医科学院西苑医院)、陆学超(青岛市中医院)、陈生(深圳市中医院)、武蕾(河北省中医院)、林琳(广东省中医院)、罗光伟(武汉市第一医院)、周森(河南中医药大学第三附属医院)、封继宏(天津中医药大学第二附属医院)、班承钧(北京中医药大学东直门医院)、崔红生(北京中医药大学第三附属医院)、鹿振辉(上海中医药大学附属龙华医院)、葛正行(贵州中医药大学第二附属医院)、薛汉荣(江西中医药大学附属医院)

证据评价组(按姓氏笔画排序):马艳芳(兰州大学循证医学中心)、王明航(河南中医药大学第一附属医院)、李宣霖(河南中医药大学)、张海龙(河南中医药大学第一附属医院)、赵虎雷(河南中医药大学第一附属医院)、谢洋

(河南中医药大学第一附属医院)

执笔: 李建生(河南中医药大学)、余学庆(河南中医药大学第一附属医院)、谢洋(河南中医药大学第一附属医院)

秘书: 李宣霖(河南中医药大学)

参考文献

- Smith MP, Lown M, Singh S, *et al.* Acute cough due to acute bronchitis in immunocompetent adult outpatients: CHEST expert panel report. *Chest*, 2020, 157(5): 1256-1265.
- 中华医学会, 中华医学杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 急性气管-支气管炎基层诊疗指南(2018年). *中华全科医师杂志*, 2019, (4): 314-317.
- 李建生, 余学庆. 急性气管-支气管炎中医诊疗指南(2015版). *中医杂志*, 2016, 57(9): 806-810.
- World Health Organization. WHO handbook for guideline development (2nd edition). Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>.
- 卢传坚, 杨克虎. 中西医结合诊疗指南制订手册. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 2008, 336(7650): 924-926.
- Chen Y, Yang K, Marušić A, *et al.* A reporting tool for practice guidelines in health care: the RIGHT statement. *Ann Intern Med*, 2017, 166(2): 128-132.
- 熊俊, 陈日新. 系统评价/Meta 分析方法学质量的评价工具 AMSTAR. *中国循证医学杂志*, 2011, 11(9): 1084-1089.
- Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, *et al.* The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 2011, 343: d5928.
- Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, *et al.* ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, 2016, 355: i4919.
- 王小琴, 陈耀龙, 渠清源, 等. 病例系列研究方法学质量评价工具解读. *中国循证儿科杂志*, 2015, 10(5): 381-385.
- 中华中医药学会肺系病专业委员会. 急性气管-支气管炎的中医证候诊断标准(2013版). *中医杂志*, 2014, 55(3): 259-261.
- 李建生. 中医临床肺脏病学. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- 李建生. 急性气管-支气管炎中医辨证治疗概要. *河南中医*, 2009, 29(10): 984-985.
- 郎莹莹. 止嗽散合三拗汤治疗急性气管-支气管炎风寒犯肺证临床观察. *光明中医*, 2019, 34(24): 3756-3758.
- 蔡淑琴. 止嗽散合三拗汤加减治疗急性气管-支气管炎风寒犯肺证临床研究. *新中医*, 2019, 51(2): 87-89.
- 欧健钊. 三拗汤合止嗽散治疗支原体感染的急性支气管炎临床疗效观察. *北方药学*, 2016, (2): 52-52, 53.
- 竺洪冬. 小青龙汤加减治疗急性喘息型支气管炎的临床价值分析. *首都食品与医药*, 2020, 27(3): 191.
- 赖长沙, 李学麟. 小青龙汤加减治疗急性喘息型支气管炎临床观察. *光明中医*, 2018, 33(23): 3530-3532.
- 储文梅, 方荣. 小青龙汤治疗急性气管-支气管炎的临床意义探讨. *中国医药导刊*, 2015, (12): 1245-1246.
- 吴向前. 小青龙汤治疗急性气管-支气管炎的临床疗效. *世界临床医学*, 2016, 10(22): 158-159.
- 中华人民共和国人力资源和社会保障部. 国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2019年版). 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2019.
- 顾颖军. 苏黄止咳胶囊治疗急性支气管炎致咳嗽临床研究. *亚太传统医药*, 2015, 11(18): 110-111.
- 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 2015 版. 北京: 中国医药科技出版社, 2015.
- 马利国. 三拗片治疗急性支气管炎的疗效及安全性分析. *北方药学*, 2018, 15(6): 159-160.
- 李德成, 孙树业. 三拗片联合桉柠蒎肠溶软胶囊治疗急性支气管炎的疗效观察. *现代药物与临床*, 2015, 30(9): 1124-1127.
- 樊茂蓉, 王冰, 高金柱, 等. 三拗片治疗急性支气管炎(风寒袭肺证)的临床研究. *中国临床药理学与治疗学*, 2014, 19(1): 44-48.
- 王永炎, 晁恩祥, 王贵强. 中成药临床应用指南 呼吸系统疾病分册. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- 罗平. 急性支气管炎应用桑菊饮辨证加减治疗的临床疗效分析. *现代医学与健康研究电子杂志*, 2018, 2(4): 174.
- 荣世航. 急性支气管炎采用桑菊饮加减治疗的临床分析. *内蒙古中医药*, 2016, 35(10): 19.
- 申君哲. 桑菊饮治疗支气管36例临床观察. *实用中医内科杂志*, 2015, 29(10): 105-106.
- 陈延军, 郝东伟, 杨立波. 急支糖浆或抗生素治疗单纯急性气管-支气管炎的随机对照临床研究. *中药药理与临床*, 2015, 31(1): 262-264.
- 谭晓纯, 何宁. 疏风解毒胶囊治疗急性气管-支气管炎(风热犯肺证)临床观察. *中国中医急症*, 2017, 26(8): 1467-1469.
- 谢军. 疏风解毒胶囊治疗急性气管-支气管炎(风热犯肺证)的临床观察. *中国中医急症*, 2016, 25(10): 1929-1931.
- 周芳玲. 桑杏汤治疗外感性久咳125例. *蛇志*, 2005, 17(4): 273-274.
- 王伟, 张燕萍, 苗青, 等. 加减桑杏汤治疗急性支气管炎 60 例疗效观察. 第七次全国中西医结合呼吸病学术交流会, 2004.
- 陈庆通. 加味杏苏汤治疗急性支气管炎 183 例. *中国中医急症*, 2006, 15(1): 95.
- 李绍泽. 杏苏散加味治疗支气管炎 106 例疗效观察. *云南中医中药杂志*, 2005, 26(2): 31-32.
- 闫红江. 肺力咳胶囊联合阿莫西林治疗急性气管-支气管炎的临床研究. *现代药物与临床*, 2020, 35(4): 735-738.
- 李娟. 肺力咳合剂联合西药治疗急性支气管炎的临床观察. *内蒙古中医药*, 2016, 35(16): 25.
- 程瑞明. 左氧氟沙星注射液联合射麻口服液治疗支气管扩张合并感染 40 例疗效观察. *药品评价*, 2021, 18(9): 570-573.
- Wang P, Liao X, Xie YM, *et al.* Tanreqing injection for acute bronchitis disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med*, 2016, 25: 143-158.
- 张秋彬. 沙参麦冬汤治疗急性气管-支气管炎临床观察. *中国民族民间医药*, 2018, 27(15): 88-89, 101.
- 王平仁, 王永惠, 刘敏, 等. 沙参麦冬汤加减治疗急性气管-支气管炎疗效观察. *现代中西医结合杂志*, 2006, 15(10): 1303-1304.
- 马士荣. 善散汤穴位贴敷联合中药治疗急性支气管炎. *内蒙古中医药*, 2017, 36(16): 85-86.
- 林秋群, 刘凤英, 邱绮霞. 穴位贴敷法加 TDP 佐治急性支气管炎的临床观察. *国际医药卫生导报*, 2014, 20(17): 2664-2665.
- 黄芳. 益气宣肺散内服联合穴位贴敷治疗对老年急性支气管炎患者肺功能、血气分析指标的影响. *辽宁中医杂志*, 2016, 43(8): 1645-1648.
- 俞娟红, 胡进, 马冬娟. 远红外止咳贴穴位贴敷辅助治疗成人急性支气管炎咳嗽的临床观察. *内蒙古中医药*, 2017, 36(13): 97.

收稿日期: 2021-07-02 修回日期: 2021-07-25

本文编辑: 张洋

