

ICS **. ***, **
C**



团体标准

T/CACM ****—20**

中医药治疗流感临床实践指南

Clinical practice guideline on traditional Chinese medicine with influenza

(文件类型：公示稿)

(完成时间：2021年3月3日)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

目 次.....	I
前 言.....	II
引 言.....	III
1 范围.....	1
2 辨证施治路线.....	1
3 规范性引用文件.....	2
4 术语及定义.....	2
4.1 六淫.....	2
4.2 直中.....	2
4.3 合病.....	2
4.4 变证.....	2
4.5 邪闭心包.....	2
4.6 手太阴温病.....	2
4.7 手厥阴温病.....	3
4.8 阴气欲脱.....	3
4.9 阳气欲脱.....	3
5 诊断.....	3
5.1 流感诊断标准.....	3
5.2 西医鉴别诊断.....	3
5.3 重症及危重症病例判断标准.....	4
6 治疗.....	4
6.1 诊治思路.....	4
6.2 流感轻症.....	5
6.3 流感重症.....	6
6.4 流感危重症.....	8
6.5 流感恢复期.....	10
6.6 中成药.....	11
7 康复调摄.....	12
附 录 A 古代剂量常见换算方法.....	14
附 录 B 指南的制定方法.....	15
附 录 C 指南制定组成员.....	18
参 考 文 献.....	19

前 言

本指南按照GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》及《中华中医药学会中医临床指南报告规范》给出的规则起草。

本指南由首都医科大学附属北京中医医院/北京市中医研究所提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：首都医科大学附属北京中医医院、北京市中医研究所、北京中医药大学、河北医科大学、广州医科大学附属第一医院、中日友好医院、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、辽宁中医药大学附属医院、山东中医药大学附属医院、新疆维吾尔自治区中医医院、天津中医药大学第一附属医院、广东省中医院、首都医科大学附属北京地坛医院、武汉市中医医院、中国中医科学院广安门医院、江苏省中医院、北京协和医院、云南省中医医院、成都中医药大学附属医院、首都医科大学、中国中医科学院。

主要起草人：刘清泉、刘建平。

起草人（按姓名拼音排序，分工详见附录）：曹彬、曹峻岭、陈腾飞、陈薇、陈奕杉、杜元、方晓磊、冯硕、高林、郭玉红、郝丽、郝玉芳、胡晶、黄坡、姜良铎、姜树民、孔立、李博、李风森、李桂伟、李敬华、李俊、李天力、李兴旺、李旭成、李珍萱、卢海天、卢幼然、孟开、齐文升、秦思、瞿沉尘、沈宝藩、苏芮、王宪波、王雅凡、王宇琛、王玉光、韦重阳、吴剑坤、吴洋、吴以岭、奚肇庆、许文兵、闫雨蒙、杨宇飞、叶浩然、叶勇、于琦、张会娜、张米锋、张淑文、张晓云、张忠德、赵春霞、赵国桢、赵海誉、钟南山。

引 言

流感是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病，发病具有季节性，在温带地区其高峰常在冬春季，而热带、亚热带地区既有季节性周期流行，也可全年流行，严重危害着人群健康。由于流感病毒变异率高，人群普遍易感^[1]，流感成为第一个实行全球监测的传染病^[2]。根据世界卫生组织统计，全球每年约有5-10%的成人和20-30%的儿童罹患季节性流感，重症患者约有300-500万人，死于呼吸系统并发症者约有29-65万人^[3]。孕产妇、婴幼儿、老年人及慢性基础疾病患者等属于高危人群，患流感后易出现重症和危重症病例，死亡风险较高。

目前我国上市的抗流感病毒药物有神经氨酸酶抑制剂、血凝素抑制剂和M2离子通道阻滞剂。临床常使用的包括奥司他韦(Oseltamivir)、扎纳米韦(Zanamivir)、帕拉米韦(Peramivir)，皆是小分子药物，靶蛋白均为神经氨酸酶，通过干扰病毒的释放从而达到抗病毒作用^[4]；阿比多尔(Arbidol)为血凝素抑制剂。抗病毒治疗存在一定的局限性，如奥司他韦应在症状出现后48小时内服用，才可获得疗效^[5]；抗病毒药物的效力取决于症状的严重程度和流感毒株^[6-7]；广泛使用抗病毒药物使流感病毒产生耐药性的风险增加^[8]。因此迫切需要挖掘其他有效的治疗措施。

中医药在防治传染病方面积累了丰富的理论和经验。随着研究不断深入，更多的中药抗流感病毒活性成分被发现，如黄酮类、多酚类、多糖类、生物碱类、挥发油类、木脂素类^[9]等。这些成分主要通过抑制流感病毒的生物合成，抑制病毒的黏附，抑制炎症因子的表达，促进抗炎因子的表达，调节机体的免疫功能，减少病毒载量从而起到抗病毒感染的作用。

大量临床研究显示，中成药、中药复方以及中西药联用治疗流感效果显著^[10]，能够缩短患者病程，减轻上呼吸道感染程度，缓解流涕、鼻塞、头痛、肌痛、关节疼痛等流感症状，在与西药联合使用时，还可以减少西药的使用量和毒副作用，减少继发性肺炎的发生率。为进一步提高流感中医规范化诊疗水平^[11]，本项目组结合近期国内外研究成果及我国中医药抗疫经验制定了一套中医药治疗成人流感临床实践指南。

本指南的制定由首都医科大学附属北京中医医院“突发急性传染病中医药早期临床救治体系及预案研究”课题资助（课题编号：2017ZX10305501）。该基金资助主要用于本指南制订过程中的专家咨询、劳务、会议、差旅、文献检索等相关费用。

本指南所有成员均已签署利益冲突声明，申明无和本部指南主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益，和所有可能被本部指南成果影响的利益。本指南在《国际实践指南注册平台》^[12]注册（<http://www.guidelines-registry.cn/>），注册编号 IPGRP-2019CN044。

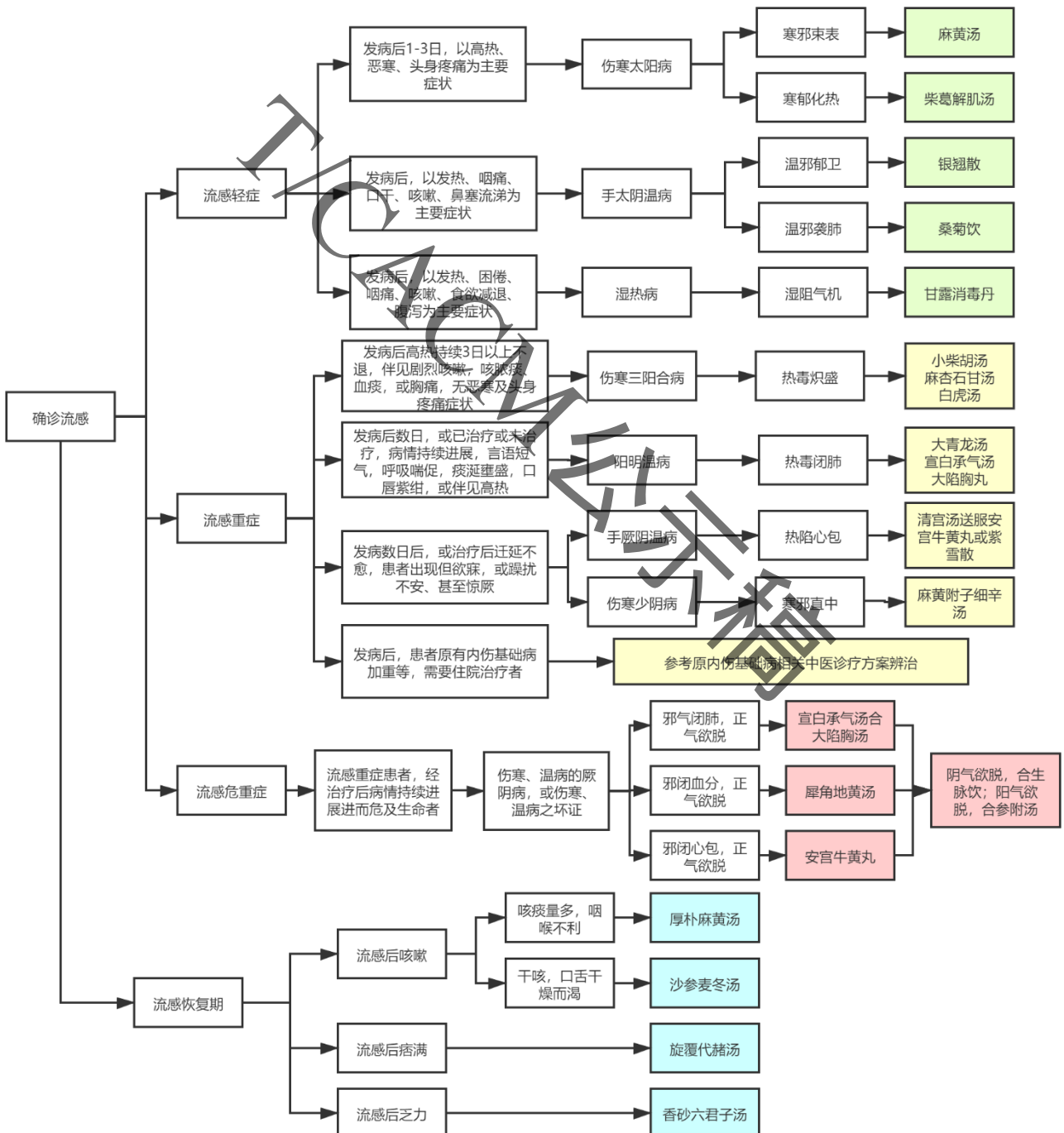
中医药治疗流感临床实践指南

1 范围

本指南推荐意见影响的人群为确诊为流感的成年患者（年龄≥4周岁），不包含孕产妇。

本指南适用于各等级医院发热门诊、急诊、呼吸科和重症医学科的中医、中西医结合执业医师，西医执业医师、护理人员和药师也可参考。

2 辨证施治路线



3 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的，凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件，凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

国卫办医函【2020】893号 《流行性感冒诊疗方案（2020年版）》
中医药标准制定管理办法（试行）

4 术语及定义

下列术语和定义适用于本《指南》。

4.1 六淫

六淫，风、寒、暑、湿、燥、火六种气候的太过与不及。当自然界气候异常变化，或人体抗病能力下降时，风、寒、暑、湿、燥、火则成为六淫邪气而侵袭人体，导致外感病的发生^[13]。

4.2 直中

直中，病邪不经三阳经传变而直接侵犯三阴经，即发病没有三阳经的证候，而出现三阴经的证候^[13]。

4.3 合病

合病，指两经或两部位以上同时受邪所出现的病证。此发病类型多见于感邪较盛，正气相对不足，故邪气可同时侵犯两经或多个部位而发病^[13]。

4.4 变证

由失治误治导致病情加重叫变证^[14]，如因于误汗（失汗、过汗）、误吐、误下诸由，或因于瘥后食复、劳复等因^[15]，使病情加重。

4.5 邪闭心包

指温邪内陷，阻闭包络，热扰神明，出现以神志异常为主的病证。邪闭心包的途径，一是肺病逆传，心包受邪；二是由表入里，渐次传于心包；三是邪热直中，径入心包^[16]。

4.6 手太阴温病

手太阴温病为温邪袭表犯肺，以致手太阴肺经功能失调所形成的一类病证，是构成上焦温病的主要内容之一，可见咳嗽、头痛、发热、汗出、咽痛及周身肌肉骨骼酸痛、食欲不振、疲倦乏力等症状^[17]。

4.7 手厥阴温病

暑、热或湿热之邪内陷，蒙闭心包，形成以高热神昏为主症的一类病证。手厥阴温病是上焦温病的重要组成部分^[18]。

4.8 阴气欲脱

指人体阴气严重耗损而欲脱，以汗出如油、身热烦渴、面赤唇焦、脉数疾等为主要表现的危重证。

4.9 阳气欲脱

指人体阳气极度衰微而欲脱，以冷汗、肢厥、面白、脉微等为主要表现的危重证。

5 诊断

西医诊断根据《流行性感冒诊疗方案（2020年版）》^[19]的最新定义制定。

5.1 流感诊断标准

主要结合流行病学史、临床表现和病原学检查进行诊断。在流感流行季节，即使临床表现不典型，特别是有重症流感高危因素或住院患者，仍需考虑流感可能，应行病原学检测。在流感散发季节，对疑似病毒性肺炎的住院患者，除检测常见呼吸道病原体外，还需行流感病毒检测。

临床诊断病例：有流行病学史（发病前7天内在无有效个人防护的情况下与疑似或确诊流感患者有密切接触，或属于流感样病例聚集发病者之一，或有明确传染他人的证据）和流感临床表现（主要以发热、头痛、肌痛和全身不适起病，体温达39~40℃，可有畏寒、寒战，多伴全身肌肉关节酸痛、乏力、食欲减退等全身症状，常有咽喉痛、干咳，可有鼻塞、流涕、胸骨后不适，颜面潮红，眼结膜充血等。部分症状轻微或无流感症状。无并发症者呈自限性，多于发病3-4天后发热逐渐消退，全身症状好转，但咳嗽、体力恢复常需较长时间），且排除其他引起流感样症状的疾病。

确定诊断病例：有上述流感临床表现，具有以下一种或以上病原学检测结果阳性：（1）流感病毒核酸检测阳性。（2）流感抗原检测阳性。（3）流感病毒培养分离阳性。（4）急性期和恢复期双份血清的流感病毒特异性IgG抗体水平呈4倍或以上升高。

5.2 西医鉴别诊断

5.2.1 普通感冒

流感的全身症状比普通感冒重；追踪流行病学史有助于鉴别；普通感冒的流感病原学检测阴性，或可找到相应的病原学证据。

5.2.2 其他上呼吸道感染

包括急性咽炎、扁桃体炎、鼻炎和鼻窦炎。感染与症状主要限于相应部位。流感病原学检查阴性。

5.2.3 其他下呼吸道感染

流感有咳嗽症状或合并气管-支气管炎时需与急性气管-支气管炎相鉴别；合并肺炎时需与其他病原体（其他病毒、支原体、衣原体、细菌、真菌、结核分枝杆菌等）导致的肺炎相鉴别。根据临床特征可作出初步判断，病原学检查可资确诊。

5.2.4 新型冠状病毒肺炎

新冠肺炎轻型、普通型可表现为发热、干咳、咽痛等症状，与流感不易区别；重型、危重型表现为重症肺炎、ARDS和多器官功能障碍，与重症、危重症流感临床表现相似，应当结合流行病学史和病原学鉴别。

5.2.5 其它未知、新发且具有传染性的呼吸系统疾病

其他未知、新发且具有传染性的呼吸系统疾病。

5.3 重症及危重症病例判断标准

5.3.1 出现以下情况之一者为重症病例

- (1) 持续高热 >3 天，伴有剧烈咳嗽，咳脓痰、血痰，或胸痛；
- (2) 呼吸频率快，呼吸困难，口唇紫绀；
- (3) 反应迟钝、嗜睡、躁动等神志改变或惊厥；
- (4) 严重呕吐、腹泻，出现脱水表现；
- (5) 合并肺炎；
- (6) 原有基础疾病明显加重；
- (7) 需住院治疗的其他临床情况。

5.3.2 出现以下情况之一者为危重病例

- (1) 呼吸衰竭；
- (2) 急性坏死性脑病；
- (3) 休克；
- (4) 多器官功能不全；
- (5) 其他需进行监护治疗的严重临床情况。

6 治疗

6.1 诊治思路

流感的中医治疗以疾病“危重程度”为纲，以“分经辨治”为目。

本指南推荐方剂，药物组成、剂量、剂型，保留了医籍原始面貌，以展现方剂原本的配伍特点。对于推荐使用的合方，鉴于年代度量衡差异和剂型差异，仅保留了各方原始资料，未以合方形式展现。临床可根据度量衡折算标准，根据患者病情选择用量和剂型。度量衡折算标准见附录。

6.2 流感轻症

6.2.1 发病后 1-3 日，以高热、恶寒、头身疼痛为主要症状，此属“伤寒太阳病”，核心病机为寒邪束表，基本治法为辛温发汗，寒郁化热者可兼清里热。

(1) 寒邪束表

临床表现：恶寒，发热，无汗，头身疼痛，或伴见咳嗽、流涕，无咽痛口渴，舌质淡红，舌苔薄白，脉浮紧。

治法：发汗解表。

推荐方剂：麻黄汤^[20-21]（证据级别：D；推荐强度：强推荐）

处方出处：汉·张仲景《伤寒论》。

药物组成：麻黄（三两，去节） 桂枝（二两，去皮） 甘草（一两，炙） 杏仁（七十一个，去皮尖）。

煎服法：以水1800ml，先煮麻黄至1400ml，去上沫，加入其他3味药物，煮至500ml，去药滓，温服160ml，温覆微微发汗，2小时后如无汗出，继续温服160ml温覆取汗，汗出后停药。

(2) 寒郁化热

临床表现：流感初起，发热，恶寒，无汗，肌肉酸痛，头目疼痛，咽干痛，咳嗽，舌质红，舌苔薄白或薄黄，脉浮微洪。

治法：解肌清热。

推荐方剂：柴葛解肌汤^[22]（证据级别：C；推荐强度：强推荐）

处方出处：明·陶华《伤寒六书》。

药物组成：柴胡 干葛 甘草 黄芩 芍药 羌活 白芷 桔梗。

煎服法：水二钟，姜三片，枣二枚，槌法，加石膏末一钱，煎之热服。

6.2.2 发病后以发热、咽痛、口干、咳嗽、鼻塞流涕为主要症状，此属“手太阴温病”，核心病机为温邪郁于肺卫，基本治法为辛凉达表。

(1) 温邪郁卫

临床表现：发热，咽痛、口干、咳嗽，伴见肌肉酸痛，微恶风寒，无汗或汗出不畅，苔薄白，舌边尖红，脉浮数。

治法：辛凉解表。

推荐方剂：银翘散^[23-36]（证据级别：D；推荐强度：强推荐）

处方出处：清·吴鞠通《温病条辨》。

药物组成：连翘（一两） 银花（一两） 苦桔梗（六钱） 薄荷（六钱） 竹叶（四钱） 生甘草（五钱） 芥穗（四钱） 淡豆豉（五钱） 牛蒡子（六钱）。

煎服法：上药捣为散，每服六钱，用芦根（首选鲜芦根）汤煎药至香气大出，即可服用，勿煎煮时间过长。症状严重者，4小时服用一次；症状轻者6小时服用一次。

（2）温邪袭肺

临床表现：咳嗽，咽干微痛，口干，轻微发热，无恶寒身痛症状，舌淡红，苔薄白，脉浮。

治法：宣肺透邪。

推荐方剂：桑菊饮^[37-39]（证据级别：C；推荐强度：强推荐）

处方出处：清·吴鞠通《温病条辨》。

药物组成：杏仁（二钱） 连翘（一钱五分） 薄荷（八分） 桑叶（二钱五分） 菊花（一钱） 桔梗（二钱） 甘草（八分） 苇根（二钱）。

煎服法：水二杯800ml，煮取400ml，日二服。

6.2.3 部分患者发病后以发热、困倦、咽痛、咳嗽，食欲减退、腹泻为主要症状，此属“湿热”病，核心病机为湿阻气机，基本治疗为芳香化湿、宣达气机。

湿阻气机

临床表现：发热、困倦、咽痛、咳嗽，食欲减退，腹泻或大便粘滞不畅，舌淡红，苔腻，脉濡。

治法：芳香化湿，宣达气机。

推荐方剂：甘露消毒丹^[40-41]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐）

处方出处：清·叶天士《医效秘传》。

药物组成：飞滑石（十五两） 淡芩（十两） 茵陈（十一两） 藿香（四两） 连翘（四两） 石菖蒲（六两） 白蔻（四两） 薄荷（四两） 木通（五两） 射干（四两） 川贝母（五两）。

煎服法：上药以神曲糊为丸服用。

6.3 流感重症

6.3.1 发病后高热持续3日以上不退，伴见剧烈咳嗽，咳脓痰、血痰，或胸痛，无恶寒及头身疼痛症状，此属“伤寒三阳合病”，核心病机为热毒炽盛，基本治法为清热解毒，宣泻肺热。

热毒炽盛

临床表现：高热不退，剧烈咳嗽，咳脓痰或血痰，胸痛，口渴，小便黄赤，无恶寒及头身疼痛症状，舌红苔黄，脉数有力。

治法：清热解毒。

推荐方剂：小柴胡汤合麻杏石甘汤合白虎汤（专家共识推荐；推荐强度：强推荐）

小柴胡汤：

处方出处：汉·张仲景《伤寒论》；

药物组成：柴胡（半斤） 黄芩（三两） 人参（三两） 半夏（半升，洗） 甘草（炙） 生姜（各三两，切） 大枣（十二枚，擘）。

煎服法：以水2400ml，煮取1200ml，去滓，再煎取600ml，温服200ml，日三服。

麻杏石甘汤：

处方出处：汉·张仲景《伤寒论》；

药物组成：麻黄（四两，去节） 杏仁（五十个，去皮尖） 炙甘草（二两） 石膏（半斤，碎，绵裹）。

白虎汤：

处方出处：汉·张仲景《伤寒论》；

药物组成：知母（六两） 石膏（一斤，碎） 甘草（二两，炙） 粳米（六合）。

6.3.2 发病后数日，或已治疗或未治疗，病情持续进展，言语短气，呼吸喘促，痰涎壅盛，口唇紫绀，或伴见高热，此属“阳明温病”，核心病机为热毒闭肺，基本治法为泻肺解毒。

患者在中药治疗的同时，需及早给予适当的呼吸支持治疗。

热毒闭肺

临床表现：言语短气，呼吸喘促，痰涎壅盛，口唇紫绀，伴或不伴见高热，小便黄赤，大便闭结，舌红苔焦黄或黑，脉数疾。

治法：泻肺解毒。

推荐方剂：大青龙汤^[42]（证据级别：C）**合宣白承气汤合大陷胸丸**（专家共识推荐；推荐强度：强推荐）

大青龙汤：

处方出处：汉·张仲景《伤寒论》；

药物组成：麻黄（六两，去节） 桂枝（二两，去皮） 甘草（二两，炙） 杏仁（四十枚，去皮尖） 生姜（三两，切） 大枣（十枚，擘） 石膏（如鸡子大，碎）。

煎服法：上药以水1800ml，先煮麻黄至1400ml，去上沫，加入其余药物，煮取600ml升，去药滓，温服200m，取微似汗，日三服。

宣白承气汤：

处方出处：清·吴鞠通《温病条辨》；

药物组成：生石膏（五钱） 生大黄（三钱） 杏仁粉（二钱） 栝蒌皮（一钱五分）。

大陷胸丸：

处方出处：汉·张仲景《伤寒论》；

药物组成：大黄（半斤） 葶苈子（半升，熬） 芒硝（半升） 杏仁（半升，去皮尖，熬黑），捣为丸，别取甘遂末、白蜜煎服。

6.3.3 发病数日后，或经治疗后迁延不愈，患者出现但欲寐，或躁扰不安、甚至惊厥。继发于反复高热之后者，属于“手厥阴温病”，核心病机为热陷心包，基本治法为清心解毒；少数患者自发病始终未见高热，发病数日即出现但欲寐，属“伤寒少阴病”，核心病机为阳气虚衰、寒邪直中，基本治法为温阳散寒。

(1) 热陷心包

临床表现：发热，但欲寐，或躁扰不安，甚至惊厥，伴见咳嗽、喘促，尿少而赤，舌红而干，少苔，脉细数。

治法：清心解毒。

推荐方剂：清宫汤送服安宫牛黄丸或紫雪散（专家共识推荐；推荐强度：强推荐）

处方出处：清·吴鞠通《温病条辨》。

清宫汤药物组成：元参心（三钱） 莲子心（五分） 竹叶卷心（二钱） 连翘心（二钱） 牛角尖（磨冲，二钱） 连心麦冬（三钱）。

煎服法：上药水煎温服，日二次，每次送服中成药安宫牛黄丸或紫雪散。

(2) 寒邪直中

临床表现：轻微发热，恶寒，身痛，无汗，但欲寐，或躁扰不安，舌淡，苔薄白，脉沉弱。

治法：温阳散寒。

推荐方剂：麻黄附子细辛汤（专家共识推荐；推荐强度：弱推荐）

处方出处：汉·张仲景《伤寒论》。

药物组成：麻黄（二两，去节） 细辛（二两） 附子（一枚，炮，去皮，破八片）。

煎服法：上三味，以水2000ml，先煮麻黄至1600ml，去上沫，内诸药，煮取600ml，去药滓，温服200ml，日三服。

6.3.4 发病后，患者原有内伤基础病如肺胀、肺络痛、心衰病、慢肾衰病加重等，需要住院治疗者，可参考原内伤基础病相关中医诊疗方案辨治。

6.4 流感危重症

流感重症患者，经治疗后病情持续进展进而危及生命者为危重症患者，属于“伤寒、温病的厥阴病，或伤寒、温病之坏证”。核心病机为邪气内闭，正气外脱，基本治法为开闭固脱。因邪气所闭部位不同，所伤正气性质有别，用药有所差异。危重症患者即使经过积极中西医结合治疗，仍然存在预后差，死亡率高。

6.4.1 邪气闭肺，正气欲脱

临床表现：喘息抬肩，痰涎壅盛，汗出，脉数无根。常见于流感导致的呼吸衰竭，患者多接受气管插管呼吸机辅助通气或VV-ECMO支持、以及镇静镇痛治疗。

治法：泻肺开闭，扶正固脱。

推荐方剂：宣白承气汤合大陷胸汤。手足温热，胸腹灼热者，阴气欲脱为主，**合生脉饮**；四肢厥冷，腹软无灼热者，阳气欲脱为主，**合参附汤**。（专家共识推荐；推荐强度：弱推荐）

宣白承气汤：

处方出处：清·吴鞠通《温病条辨》；

药物组成：生石膏（五钱） 生大黄（三钱） 杏仁粉（二钱） 栝蒌皮（一钱五分）。

煎服法：水五杯，煮取二杯，先服一杯，不知再服。

大陷胸汤：

处方出处：汉·张仲景《伤寒论》；

药物组成：大黄（六两，去皮） 芒消（一升） 甘遂（一钱匕）。

生脉饮（散）

处方出处：清·吴鞠通《温病条辨》；

药物组成：人参（三钱） 麦冬（不去心，二钱） 五味子（一钱）。

煎服法：水三杯，煮取八分二杯，分二次服，渣再煎服，脉不敛，再作服，以脉敛为度。

参附汤

处方出处：清·陈士铎《辨证录》；

药物组成：人参（二两） 附子（二钱）。

煎服法：水煎服。

6.4.2 邪闭血分，正气欲脱

临床表现：手足厥冷，脉沉微不可及。凝血功能紊乱，需要持续输注升压药物维持血压。常见于流感继发的严重休克、多脏器功能衰竭。

推荐方剂：犀角地黄汤。胸腹灼热者，阴气欲脱为主，**合生脉饮**；四肢厥冷，腹软无灼热者，阳气欲脱为主，**合参附汤**。（专家共识推荐；推荐强度：强推荐）

处方出处：北宋·林亿校勘本《备急千金要方》。

药物组成：牛角（一两） 生地黄（八两） 芍药（三两） 牡丹皮（二两）。

煎服法：上四味，以水1800ml，煮取600ml升，分三服。

6.4.3 邪闭心包，正气欲脱

临床表现：神昏，能耐受气管插管等有创治疗，无需持续输注镇静镇痛药物。脉沉。常见于流感继发的严重脑病。

推荐方剂：安宫牛黄丸。手足温热，胸腹灼热者，阴气欲脱为主，**生脉饮送服**；四肢厥冷，腹软无灼热者，阳气欲脱为主，**参附汤送服**。（专家共识推荐；推荐强度：强推荐）

处方出处：清·吴鞠通《温病条辨》。

药物组成：牛黄（一两） 郁金（一两） 牛角（一两） 黄连（一两） 朱砂（一两） 梅片（二钱五分） 麝香（二钱五分） 真珠（五钱） 山梔（一两） 雄黄（一两） 金箔衣 黄芩（一两）。

煎服法：上为极细末，炼老蜜为丸，每丸一钱，金箔为衣，蜡护。脉虚者人参汤下，脉实者银花、薄荷汤下，每服一丸。大人病重体实者，日二服，甚至日三服；小儿服半丸，不知再服半丸。

6.5 流感恢复期

6.5.1 流感后咳嗽

6.5.1.1 辨证要点：咳痰量多，咽喉不利

临床表现：咳嗽喘逆，胸满烦躁，咽喉不利，痰声漉漉，苔白滑，脉浮。

治法：宣肺化饮，利气降逆。

推荐方剂：厚朴麻黄汤（专家共识推荐；推荐强度：弱推荐）

处方出处：汉·张仲景《金匮要略》。

药物组成：厚朴（五两） 麻黄（四两） 石膏（如鸡子大） 杏仁（半升） 半夏（半升） 干姜（二两） 细辛（二两） 小麦（一升） 五味子（半升）。

煎服法：上九味，以水2400ml，先煮小麦熟，去滓，加入其它药物，煮取600ml，温服200ml，日三服。

6.5.1.2 辨证要点：干咳，口舌干燥而渴

临床表现：干咳，或咳少量痰，口干而渴，舌红少苔，脉细数。

治法：清养肺胃，生津润燥。

推荐方剂：沙参麦冬汤（专家共识推荐；推荐强度：强推荐）

处方出处：清·吴鞠通《温病条辨》。

药物组成：沙参（三钱） 玉竹（二钱） 生甘草（一钱） 冬桑叶（一钱五分） 麦冬（三钱） 生扁豆（一钱五分） 花粉（一钱五分）。

煎服法：水1500ml，煮取400ml，日服二次，久热久咳者，加地骨皮三钱。

6.5.2 流感后痞满

临床表现：纳差，脘腹满闷不舒，呃逆，伴或不伴低热，舌淡苔白滑，脉弦而虚。

治法：降逆化痰，益气和胃。

推荐方剂：旋覆代赭汤（专家共识推荐；推荐强度：弱推荐）

出处：汉·张仲景《伤寒论》。

组成：旋覆花（三两） 人参（二两） 生姜（五两） 代赭（一两） 甘草（三两，炙） 半夏（半升，洗） 大枣（十二枚，擘）。

煎服法：上七味，以水2000ml，煮取1200ml，去药滓，再煎取600ml。温服200ml，日三服。

6.5.3 流感后乏力

临床表现：纳差，脘腹满闷不舒，倦怠乏力，伴或不伴低热，舌淡红，脉虚弱。

治法：益气健脾，燥湿化痰。

推荐方剂：香砂六君子汤（专家共识推荐；推荐强度：弱推荐）

处方出处：清·罗美《古今名医方论》。

药物组成：人参（一钱） 白术（二钱） 茯苓（二钱） 甘草（七分） 陈皮（八分） 半夏（一钱） 砂仁（八分） 木香（八分）。

煎服法：上药加生姜二钱，水煎服。

6.6 中成药

6.6.1 推荐中成药：金花清感颗粒^[43]（证据级别：B；推荐强度：强推荐）

主要成份：金银花、石膏、蜜麻黄、炒苦杏仁、黄芩、连翘、浙贝母、知母、牛蒡子、青蒿、薄荷、甘草。

说明书适应症：疏风宣肺，清热解毒。用于单纯型流行性感冒轻症，中医辨证属风热犯肺证者，症见发热，头痛，全身酸痛，咽痛，咳嗽，恶风或恶寒，鼻塞流涕，舌质红，舌苔薄黄，脉数。

用法用量：开水冲服。一次1袋，一日3次。疗程3天。

药物分类：处方药物，国家医保目录

6.6.2 推荐中成药：疏风解毒胶囊^[44-49]（证据级别：C；推荐强度：强推荐）

主要成份：虎杖、连翘、板蓝根、柴胡、败酱草、马鞭草、芦根、甘草。

说明书适应症：疏风清热，解毒利咽。用于急性上呼吸道感染属风热症，症见发热、恶风，咽痛，头痛，鼻塞，流浊涕，咳嗽等。

用法用量：口服。一次4粒，一日3次。

药物分类：处方药物，国家医保目录，国家基本药物目录（2012）

6.6.3 推荐中成药：连花清瘟胶囊^[50-89]（证据级别：D；推荐强度：强推荐）

主要成份：连翘、金银花、炙麻黄、炒苦杏仁、石膏、板蓝根、绵马贯众、鱼腥草、广藿香、大黄、红景天、薄荷脑、甘草。辅料为玉米淀粉。

说明书适应症：清瘟解毒，宣肺泄热。用于治疗流行性感属热毒袭肺证，症见：发热或高热，恶寒，肌肉酸痛，鼻塞流涕，咳嗽，头痛，咽干咽痛，舌偏红，苔黄或黄腻等。

用法用量：口服。一次4粒，一日3次。

药物分类：OTC，国家医保目录，国家基本药物目录（2012）

6.6.4 推荐中成药：喜炎平注射液^[90-95]（证据级别：D；推荐强度：强推荐）

主要成份：穿心连内酯总酯碘化物。

说明书适应症：清热解毒，止咳止痢。用于支气管炎、扁桃体炎、细菌性痢疾等。

用法用量：肌内注射：成人一次50~100毫克，一日2~3次；静脉滴注：成人一日250~500毫克，以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液稀释后静脉滴注。

药物分类：处方药物，国家医保目录

6.6.5 推荐中成药：痰热清注射液^[96-103]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐）

主要成份：黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘、辅料为丙二醇。

说明书适应症：清热，解毒，化痰。用于风温肺热病属痰热阻肺证，症见：发热、咳嗽、咯痰不爽、咽喉肿痛、口渴、舌红、苔黄；肺炎早期、急性支气管炎、慢性支气管炎急性发作以及上呼吸道感染属上述证候者。

用法用量：成人一般一次20毫升，重症患者一次可用40毫升，加入5%葡萄糖注射液250-500毫升，静脉滴注，注意控制滴数在60滴/分内，一日1次。

药物分类：处方药物，国家医保目录

6.6.6 推荐中成药：热毒宁注射液^[104-111]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐）

主要成份：青蒿，金银花，栀子、辅料为聚山梨酯80。

说明书适应症：清热、疏风、解毒。用于外感风热所致感冒、咳嗽，症见高热、微恶风寒、头痛身痛、咳嗽、痰黄；上呼吸道感染、急性支气管炎见上述证候者。

用法用量：静脉滴注。成人剂量：一次20毫升，以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250毫升稀释后使用，滴速为每分钟30~60滴，一日1次。上呼吸道感染患者疗程为三日，急性气管-支气管炎患者疗程为五日。

药物分类：处方药物，国家医保目录

6.6.7 推荐中成药：六神丸/胶囊（专家共识推荐；推荐强度：弱推荐）

主要成份：牛黄、珍珠粉、蟾酥、雄黄、麝香、冰片，以百草霜为衣。

说明书适应症：清凉解毒，消炎止痛。用于烂喉丹痧，咽喉肿痛，喉风喉痛，单双乳蛾，小儿热疔，痈疡疔疮，乳痈发背，无名肿毒。

用法用量：口服，一日3次，温开水吞服；六神丸每次服10粒，六神胶囊每次1粒。另可外敷在皮肤红肿处，取丸十数粒，用冷开水或米醋少许，盛食匙中化散，敷搽四周，每日数次常保潮润，直至肿退为止。如红肿已将出脓或穿烂，切勿再敷。

药物分类：处方药物，国家医保目录（甲类）

7 康复调摄

保持良好的个人卫生习惯。慎起居，保持环境清洁和通风，勤洗手，减少到人群密集场所活动，防止交叉感染，避免接触呼吸道感染患者。适风寒，注意防寒保暖，适度锻炼，增强体质，以抵御外邪。

保持良好的呼吸道卫生习惯。咳嗽或打喷嚏时，用上臂或纸巾、毛巾等遮住口鼻，咳嗽或打喷嚏后洗手，尽量避免触摸眼睛、鼻或口；出现流感样症状应注意休息及自我隔离，前往公共场所或就医过程中需戴口罩。

预防用药，可在体质辨证的基础上，加减用药。

发热者宜适当休息，饮食清淡。重症及老年、婴幼儿、体虚者，需加强观察，及时发现病情变化。

T/CACM公示稿

附录 A 古代剂量常见换算方法

出自《伤寒论》、《金匮要略》《备急千金要方》的方剂，药物剂量单位折算参考见表1^[112]。

表1 汉唐时期剂量单位与现代标准剂量单位换算方法

	汉唐时期	现代
重量	1斤	250克
	1两	15.625克
	1铢	0.651克
容量	1斛	20000毫升
	1斗	2000毫升
	1升	200毫升
	1合	20毫升
	1方寸匕	金石药末 约2克 草木药末 约1克

出自《伤寒六书》、《温病条辨》、《辨证录》、《医效秘传》、《古今名医方论》的方剂，药物剂量单位折算参考见表2^[113]。

表2 明清时期剂量单位与现代标准剂量单位换算方法

	明清时期	现代
重量	1斤	576克
	1两	36克
	1钱	3.6克
	1分	0.36克
容量	1升	1000毫升

附录B 指南的制定方法

1 临床问题的构建

本指南通过文献预检索、专家访谈、临床调研，经指导委员会讨论形成本指南的临床问题。

2 方药及中成药的遴选

本指南纳入的方药以中医临床诊疗经验为主。考虑到流感为急性外感性疾病，遴选伤寒或温病中的经方，进行证据检索及综合，以名义组法达成专家共识 最终形成6条推荐意见。

本指南纳入的中成药以高质量循证医学证据为主。纳入需符合以下标准之一：①有随机对照试验的证据支持，且发表在影响因子5分以上SCI期刊；②入选《中药大品种科技竞争力研究报告（2019版）》^[144]，且有随机对照试验的证据支持，发表论文3篇以上，总样本量600人以上；③由专家指导组提出并达成专家共识，对流感患者临床症状缓解具有特效的中成药，其数量不超过全部推荐意见的15%。经证据检索及筛选，并达成专家共识，最终形成7条推荐意见。

3 证据的检索

通过计算机检索MEDLINE、Embase、The Cochrane Library、中国知网、中国生物医学文献数据库、万方数据库、维普数据库（截至2020年9月1日）。检索策略由中国中医科学院信息所提供。将检索到的文献导入NoteExpress软件进行文献管理。

4 证据的筛选、评价及综合

纳入标准：①研究类型：系统评价及随机对照试验；②研究对象：成人流感患者；③干预措施：试验组采用中医药治疗，包括中药、中药联合西医治疗；④结局指标：退热时间，若无退热时间相关结局则选择有效率作为结局指标。排除标准：①无法下载全文的文献；②同一研究多次发表，排除信息较少的文献；③无法提取相关数据的文献。筛选过程由两名研究人员独立进行，意见不一致时研究团队进行讨论或请教第三方达成一致。

质量评价：使用系统评价偏倚风险评价工具AMSTAR量表^[115-116]对系统评价进行证据质量评价；使用Cochrane偏倚风险评价工具（ROB量表）^[117]对随机对照试验进行证据质量评价。

证据综合：若有高质量系统评价，直接使用其结果；否则对纳入的随机对照试验进行证据综合。

5 证据等级及推荐强度

采用GRADE方法^[118-120]对证据体进行汇总和质量评价，将证据体分为高、中、低、极低四个等级。基于专家意见，采用名义组法达成共识，形成推荐强度。证据质量和推荐强度的含义见表1及表2；影响证据质量和推荐强度的因素见表3及表4。

表1 GRADE证据质量的含义

证据质量等级	具体描述
高 (A)	我们非常确信真实的效应值接近效应估计值
中 (B)	对效应估计值我们有中等程度的信心：真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性
低 (C)	我们对效应估计值的确信程度有限：真实值可能与估计值大不相同
极低 (D)	我们对效应估计值几乎没有信心：真实值很可能与估计值大不相同

表2 GRADE推荐强度的含义

证据质量等级	具体描述
强推荐	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱推荐	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

表3 影响证据质量的降级因素

具体因素	说明
偏倚风险	未正确随机分组；未进行分配方案的隐藏；未实施盲法（特别是当结局指标为主观性指标，其评估易受主观影响时）；研究对象失访过多，未进行意向性分析；选择性报告结果（尤其是仅报告观察到的阳性结果）；发现有疗效后研究提前终止
不一致性	如不同研究间存在大相径庭的结果，又没有合理的解释原因，可能意味着其疗效在不同情况下确实存在差异。差异可能源于人群（如药物在重症患者中的疗效可能更显著）、干预措施（如较高药物剂量的效果更显著），或结局指标（如随时间推移疗效减小）的不同。当结果存在不一致性而研究者未能意识到并给出合理解释时，需降低证据质量。
间接性	间接性可分两类：一是比较两种干预措施的疗效时，没有单独的研究直接比较二者的随机对照试验，但可能存在每种干预与安慰剂比较的多个随机对照试验，这些试验可用于进行二者之间疗效的间接比较，但提供的证据质量比单独的研究直接比较的随机对照试验要低；二是研究中所报告的人群、干预措施、对照措施、预期结局等与实际应用时存在重要差异

不精确性 当研究纳入的患者和观察事件相对较少而导致可信区间较宽时，需降低其证据质量

发表偏倚 如果很多研究（通常是小的、阴性结果的研究）未能公开，未纳入这些研究时，证据质量亦会减弱。极端的情况是当公开的证据仅局限于少数试验，而这些试验全部是企业赞助的，此时发表偏倚存在的可能性很大

备注：以上五个因素中任意一个因素，可根据其存在问题的严重程度，将证据质量降1级（严重）或2级（非常严重）。证据质量最多可被降级为极低，但注意不应该重复降级。

表4 决定推荐强度的四个角度

因素	说明
证据质量	证据质量越高，越适合给予强推荐，反之亦然
利弊平衡	利弊间的差异越大，越适合给予强推荐，反之亦然
偏好与价值观	患者之间的偏好与价值观越趋同，越适合给予强推荐，反之亦然
成本	干预措施的花费越低，消耗的资源越少，越适合给予强推荐，反之亦然

6 指南的评议

指南草案经指南项目组讨论修改形成指南征求意见稿，组织专家审核会，从中医临床、中西医结合临床、西医临床、循证医学、卫生经济学、药学、护理学等多学科人员进行广泛的意见征集。并在指南方案确定发表之前，进行了同行专家评审。根据反馈意见修改征求意见稿，在此基础上，再形成指南报批稿，送审批，于2021年3月份公告。

7 指南的更新

本指南根据《中华中医药学会团体标准管理办法》，按照目前国际上发布的指南更新报告规范“CheckUp”进行更新。更新周期在3~8年之间，决定是否启动指南更新程序的因素包括：指南发布后是否有新的相应证据出现，证据变化对指南推荐意见的影响，及指南推荐意见的强度是否发生变化。

附录 C 指南制定组成员

本指南专家指导组成员：

组长：刘清泉教授；

副组长：刘建平教授；

成员：吴以岭院士、钟南山院士。

本指南专家组成员（按拼音首字母排序）：

临床专家：曹彬主任医师、方晓磊主任医师、郭玉红主任医师、姜良铎主任医师、姜树民主任医师、孔立主任医师、李风森主任医师、李桂伟主任医师、李俊主任医师、李兴旺主任医师、李旭成主任医师、齐文升主任医师、沈宝藩主任医师、王宪波主任医师、王玉光主任医师、奚肇庆主任医师、许文兵主任医师、叶勇主任医师、张晓云主任医师、张忠德主任医师；

方法学专家：陈薇教授、李博副主任医师、苏芮助理研究员；

卫生经济学专家：孟开教授；

药学专家：曹峻岭主任药师、吴剑坤主任药师、赵海誉研究员；

护理学专家：郝丽主任护师、郝玉芳教授；

文献情报学专家：李敬华副研究员、于琦副研究员。

本指南执笔人：陈腾飞、赵国桢。

本指南秘书组成员：赵国桢、陈腾飞、卢幼然。

本指南工作组成员：闫雨蒙、王雅凡、张米锋、杜元、杨宇飞、胡晶、冯硕、张会娜、黄坡、瞿沉尘、韦重阳、陈奕杉、李珍萱、张淑文、秦思、赵春霞、叶浩然、李天力、高林、吴洋、王宇琛、卢海天。

参 考 文 献

- [1] Pleschka S. Overview of influenza viruses[J]. *Curr Top Microbiol Immunol*. 2013, 370: 1-20.
- [2] Li H, Cao B. Pandemic and Avian Influenza A Viruses in Humans: Epidemiology, Virology, Clinical Characteristics, and Treatment Strategy[J]. *Clin Chest Med*. 2017, 38(1): 59-70.
- [3] 中国疾病预防控制中心. 中国流感疫苗预防接种技术指南(2019-2020)[J]. *中国病毒病杂志*, 2019, 9(06): 419-428.
- [4] 张建国, 张继宁, 黄勋娟. 神经氨酸酶抑制剂的研究进展[J]. *化学与生物工程*, 2014, 31(04): 1-5+23.
- [5] Kumar A. Early versus late oseltamivir treatment in severely ill patients with 2009 pandemic influenza A (H1N1): speed is life[J]. *J Antimicrob Chemother*. 2011, 66(5): 959-963.
- [6] Fiore AE, Fry A, Shay D, et al. Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza --- recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)[J]. *MMWR Recomm Rep*. 2011, 60(1): 1-24.
- [7] Wu L, Chen Y, Ma Y, et al. Clinical practice guideline on treating influenza in adult patients with Chinese patent medicines [J]. *Pharmacol Res*. 2020, 31(160): 105101.
- [8] 李娜, 施天昀, 何燕超, 等. 流感的药物治疗新进展[J]. *国际呼吸杂志*, 2019(19): 1512-1516.
- [9] 赵安琪, 崔珂, 全传松, 等. 中药抗病毒研究进展[J]. *山东化工*, 2020, 49(06): 73-74+76.
- [10] 高燕菁, 王融冰. 中医药治疗流感的研究进展[J]. *临床药物治疗杂志*, 2018, 16(1): 17-20.
- [11] 豫辉, 孟菲, 李学林. 6家“三甲”医院中成药使用状况分析[J]. *中国药房*, 2011, 22(43): 4100-4102.
- [12] International Practice Guideline Registry Platform, International Practice Guideline Registry Platform, (2019) Accessed 19, Dec <http://www.guidelines-registry.org/index.php?m=content&c=index&a=lists&catid=3&key=influenza>.
- [13] 孙广仁, 郑洪新. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 1-289.
- [14] 衣伟, 胡凤艳, 吴秀红. 《伤寒论》本证、兼证、变证之关系[J]. *吉林中医药*, 2005(01): 9.
- [15] 王美芸, 薛炜清. 《伤寒论》变证病机浅析[J]. *四川中医*, 1994(10): 5-7.
- [16] 常克. 中医病证治验条辨[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 18-36.
- [17] 焦秋粉, 张琼, 苗青. 《温病条辨》手太阴温病论治时行感冒(流感)探析[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2015, 21(02): 141-142+148.
- [18] 马健, 杨宇. 温病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 1-239.
- [19] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 流行性感冒诊疗方案(2020年版) [EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202011/a943c67d55c74e589d23c81d65b5e221.shtml>, 2020-11-04.
- [20] 扈晓宇, 张扬, 张德雄. 经方本源剂量治疗流行性感冒风寒证[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2011, 17(13): 230-234.

- [21] 马友全, 白锋, 刘占萍, 等. 麻黄汤治疗太阳伤寒证的对照研究[J]. 中医临床研究, 2011, 3(7): 34-37.
- [22] 苏英豪. 柴葛解肌汤加减治疗甲型H1N1流感的临床研究[D]. 广东. 广州中医药大学, 2010.
- [23] 李红娟, 左俊岭. 达菲联合中药治疗流行性感冒的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31(5): 716-719.
- [24] 马晓波. 加味银翘散治疗冬春季病毒性感冒100例临床体会[J]. 基层医学论坛, 2014, 18(S1): 107-108.
- [25] 刘禹翔, 曾仲意, 付斌, 等. 加味银翘散治疗甲型流感病毒感染的临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 31(5): 451-452.
- [26] 李军. 加用加味银翘散治疗冬春季病毒性感冒150例[J]. 广西中医药, 2012, 35(4): 30-31.
- [27] 刁志宁. 流感双解方治疗轻型流感病毒性肺炎20例临床研究[J]. 中国保健营养, 2016(26): 65-66.
- [28] 陈远彬. 流感双解方治疗轻型流感病毒性肺炎26例临床观察[J]. 中医杂志, 2017, 58(2): 128-132.
- [29] 李晓峰. 银翘白虎汤治疗流感高热50例[J]. 天津中医药, 2017, 27(3): 239.
- [30] 刘巍. 银翘散合麻杏石甘汤加减配合磷酸奥司他韦治疗甲型H1N1流感临床研究[J]. 医药论坛杂志, 2019, 40(2): 35-37.
- [31] 邓元龙. 银翘散加减治疗急性上呼吸道感染60例[J]. 河南中医, 2011, 31(11): 1313-1314.
- [32] 焦志玲. 银翘散加减治疗急性上呼吸道感染疗效观察[J]. 中外医疗, 2013, 03(10): 115-116.
- [33] 李曦. 银翘散加减治疗甲型H1N1流感43例[J]. 中外医疗, 2014, 34(10): 1938-1940.
- [34] 曾健球, 王齐兰, 王岸双, 等. 银翘汤治疗轻症甲型流感31例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(9): 784-785.
- [35] 王启明. 中西医结合治疗急性上呼吸道感染160例临床观察[J]. 社区中医药, 2010, 7(12): 99.
- [36] 赵承杰. 中药治疗急性上呼吸道感染44例临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(6): 1002.
- [37] 吴晓慧. 桑菊饮加减治疗上呼吸道感染40例[J]. 陕西中医, 2009, 30(4): 401-402.
- [38] 韩亚芳. 桑菊饮联合炎琥宁治疗甲型H1N1流感144例临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(5): 417-418.
- [39] 王敬斌. 银翘桑菊饮治疗风热犯卫型流行性感冒的效果评价[J]. 光明中医, 2018, 33(15): 2146-2148.
- [40] 姚卫海. 甘露消毒丹加减治疗流感高热的临床分析[J]. 医学研究通讯, 2003, 32(5): 64-65.
- [41] 王媛媛, 徐雯, 徐莉. 甘露消毒饮加减治疗甲型流行性感冒临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2003, 12: 43-44.
- [42] 袁武龙, 谷志彬. 大青龙汤治疗流感62例疗效观察[J]. 贵州医药, 2020, 44(05): 772-773.

- [43] Chen Wang, Bin Cao, Qing-Quan Liu. Oseltamivir Compared With the Chinese Traditional Therapy Maxingshigan–Yinqiaosan in the Treatment of H1N1 Influenza[J]. *Annals of Internal Medicine*, 2011, 155: 217-225.
- [44] Wu Zhisong, Li Guodong, Wei Wan, et al. Mixture prepared with Chinese medicines in terms of releasing exterior cold and clearing interior heat: its efficacy and safety in patients with seasonal influenza—a randomized controlled trial[J]. *JTCM*, 2018, 38(5): 746-753.
- [45] 李有跃, 谭光林, 朱福君. 疏风解毒胶囊治疗流行性感动的临床研究[J]. *中国新药杂志*, 2018, 17(10): 1734-1736.
- [46] 李尚品. 探讨奥司他韦联合疏风解毒胶囊治疗成人流感的临床疗效[J]. *北方药学*, 2020, 17(1): 112-113.
- [47] 夏建珍. 疏风解毒胶囊联合复方氨酚烷胺胶囊治疗大学生流感样疾病疗效[J]. *上海医药*, 2016, 37(12): 37-39.
- [48] 牛洁, 李国栋, 吴志松, 等. 疏风解毒胶囊治疗北京地区季节性流行性感动的100例临床观察[J]. *北京中医药*, 2019, 38(3): 263-265.
- [49] 李洪超, 管欣, 田磊, 等. 疏风解毒胶囊和磷酸奥司他韦胶囊治疗成人流感样症状的药物经济学评价[J]. *中国新药杂志*, 2017, 26(1): 14-21.
- [50] 孙少贵. 奥司他韦联合连花清瘟胶囊治疗重症甲型H1N1流感的15例分析[J]. *广西中医药大学学报*, 2014, 31(4): 692-693.
- [51] 杜凤磊. 奥司他韦联合连花清瘟颗粒治疗甲型流行性感动的效果分析[J]. *中西医结合心血管病杂志*, 2019, 7(15): 3-5.
- [52] 郝桂荣. 甲型H1N1流感应用奥司他韦联合连花清瘟胶囊治疗的临床效果分析[J]. *中国医药指南志*, 2019, 17(34): 103.
- [53] 周江林. 甲型H1N1流感应用奥司他韦联合连花清瘟胶囊治疗的临床效果分析[J]. *临床医药文献杂志*, 2018, 5(22): 10-11.
- [54] 段丽. 甲型H1N1流行性感动的患者27例疗效观察[J]. *重庆医学*, 2012, 41(13): 1281-1282.
- [55] 董晶. 连花清瘟胶囊拆方抗流感病毒药理机制研究[J]. *中国农村卫生*, 2018, 12(138): 59-61.
- [56] 綦怀纲. 连花清瘟胶囊辅助治疗甲型H1N1流感[J]. *国际流行病学传染病学杂志*, 2010, 37(2): 141-142.
- [57] 陈丽云, 王银娣, 黄汉. 连花清瘟胶囊抗流感病毒临床疗效观察[J]. *甘肃医药*, 2017, 36(8): 666-667.
- [58] 梁志顺. 连花清瘟胶囊联合磷酸奥司他韦治疗流行性感动的临床疗效及其安全性[J]. *临床合理用药*, 2019, 12(11C): 92-93.
- [59] 李刚. 连花清瘟胶囊联合磷酸奥司他韦治疗流行性感动的临床效果观察[J]. *临床合理用药*, 2016, 9(9C): 137-138.

- [60] 张娟, 秦进国 连花清瘟胶囊与磷酸奥司他韦联合治疗流行性感冒的疗效观察[J]. 黑龙江医药, 2019, 32(5): 1047-1049.
- [61] 李锦慧, 付敏 李玉玲 连花清瘟胶囊在缓解甲型H1N1流感临床症状的观察与护理[J]. 中医临床研究, 2010, 2(5): 38-39.
- [62] 张新娟, 李杰 连花清瘟胶囊治疗甲型H1N1流感的临床研究[J]. 中国处方药, 2015, 14(15): 91-92.
- [63] 李宝法, 张长青, 付敏 等 连花清瘟胶囊治疗甲型H1N1流感临床研究[J]. 中国处方药, 2009, 30(23): 91-92.
- [64] 刘更新. 连花清瘟胶囊治疗甲型H1N1流感随机对照临床研究[J]. 疑难病杂志, 2010, 9(1): 91-92.
- [65] 任登辉. 连花清瘟胶囊治疗流感60例疗效观察[J]. 临床研究, 2010, 9(1): 417.
- [66] 周斌. 连花清瘟胶囊治疗流感疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(28): 6840.
- [67] 王玉萍. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒43例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(12): 29-30.
- [68] 陈轶玲. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒的临床效果研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(9): 1304-1305.
- [69] 孔珊珊. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒的效果评估[J]. 中医中药, 2018, 07: 156-157.
- [70] 张茉. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒的效果探讨[J]. 医学研究, 2014, 06: 61.
- [71] 周廷红. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒的症状转归观察[J]. 心理月刊, 2019, 11(14): 206.
- [72] 陈丽秋. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(10): 1265-1266.
- [73] 田艳平. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒疗效和安全影响[J]. 心理月刊, 2019, 8(14): 160.
- [74] 廖新良. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒临床疗效体会[J]. 当代医学, 2017, 23(10): 120-121.
- [75] 孙冉. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒临床效果观察[J]. 北方药学, 2018, 15(7): 68-69.
- [76] 邹龔, 黄天泓 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒临床效果观察[J]. 现代医药卫生, 2015, 31(4): 590-591.
- [77] 骆红霞. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒早期35例临床观察[J]. 中国中医药科技, 2017, 18(6): 517-518.
- [78] 王进. 连花清瘟颗粒防治流行性感冒的效果观察[J]. 心理医生, 2018, 24(14): 123-124.
- [79] 化莉, 刘双. 连花清瘟颗粒联合磷酸奥司他韦胶囊治疗流行性感冒的临床效果研究[J]. 中国医药, 2019, 14(8): 1155-1158.
- [80] 郑云. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒65例疗效分析[J]. 社区中医药, 2010, 7(12): 94.
- [81] 杨艳平. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒的疗效分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(25): 606-607.
- [82] 张丽. 连花清瘟胶囊治疗流行性感冒的疗效观察[J]. 大医生, 2018, Z01: 141.

- [83] 易薇. 磷酸奥司他韦胶囊联合连花清瘟颗粒治疗甲型流行性感冒的疗效分析[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(14): 186-187.
- [84] 张军霞. 磷酸奥司他韦治疗流行性感冒的临床效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(47): 143-144.
- [85] 万国靖. 磷酸奥司他韦治疗流行性感冒的临床效果与不良反应观察[J]. 临床用药论坛, 2020, 2: 104-105.
- [86] 洪云. 流感患者的临床特征与治疗[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(47): 64-65.
- [87] 王琳. 浅析连花清瘟胶囊治疗流行性感冒的体会[J]. 健康必读, 2018, 15: 64-65.
- [88] 李永青. 应用连花清瘟胶囊治疗流行性感冒的疗效观察[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(10): 31-32.
- [89] 马羽萍, 郭雅玲, 康立, 等. 中药治疗甲型H1N1流感疗效分析[J]. 陕西中医, 2010, 31(10): 1351-1353.
- [90] 黄结林, 杨惠分. 磷酸奥司他韦联合喜炎平治疗甲型流感的效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2018, (11): 18-19.
- [91] 唐承波, 卜延. 喜炎平联合西药治疗甲型H1N1流感致高热30例[J]. 中国社区医师, 2010, 12(20): 141.
- [92] 王婷. 喜炎平与复方氨酚烷胺治疗甲型H1N1流感的临床疗效比较[M]. 宁夏. 宁夏医科大学, 2016.
- [93] 李淑珠, 钟华平, 兰宁. 喜炎平注射液联合西药治疗流行性感冒随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(5): 64-65.
- [94] 冯晓敏. 喜炎平注射液联合扎那米韦治疗甲型H1N1流感的临床研究[J]. 北方医学, 2019, 26(6): 811-812.
- [95] 陈军兰, 梁月开, 马骁. 喜炎平联合磷酸奥司他韦胶囊治疗流行性感冒的效果观察[J]. 临床医学工程, 2017, 14(2): 119-120.
- [96] 郭秀荣, 高晓凤, 戈艳蕾. 奥司他韦联合痰热清治疗疑似甲型H1N1流感疗效观察[J]. 现代预防医学, 2011, 38(19): 4089-4090.
- [97] 李刚. 痰热清注射液联合奥司他韦治疗甲型H1N1流感疗效观察[J]. 中国中医急症, 2010, 19(10): 1681-1682.
- [98] 钱骏. 痰热清注射液联合奥司他韦治疗甲型H1N1流感疗效观察[J]. 吉林医学, 2011, 32(2): 266-267.
- [99] 彭桂华, 凌家生. 痰热清注射液治疗甲型H1N1流感并肺炎36例[J]. 中国当代医药, 2012, 19(13): 51-52.
- [100] 寇国先. 痰热清注射液治疗甲型H1N1流感并肺炎临床观察[J]. 中国中医急症, 2011, 20(6): 872-873.
- [101] 陈蕾蕾. 痰热清注射液治疗甲型流感的临床观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(1): 50-51.

- [102] 朱建凤, 丁玲, 田艳红. 痰热清注射液治疗老年人甲型H1N1流感并肺炎临床疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(24): 3063-3065.
- [103] [103]赵敬武,朱孝武,周曙岚.中西医结合治疗甲型H1N1流感26例[J].山西医药杂志,2011,30(3):19-20.
- [104] Yu Liu, Wei Mu, Wei Xiao. Efficacy and safety of Re-Du-Ning injection in the treatment of seasonal influenza: results from a randomized, double-blinded, multicenter, oseltamivir-controlled trial[J]. *Oncotarget*, 2017, 8(33): 55176-55186.
- [105] 谢志永, 王冬柏. 甲型H1N1流感136例临床观察[J]. 中外医学, 2010, (33): 33.
- [106] 谷旭放, 黄宇虹, 赵滨江. 热毒宁注射液静滴治疗流行性感冒108例[J]. 山东医药, 2016, 56(03): 106-107.
- [107] 覃雪英, 陆启峰 覃后继. 热毒宁注射液治疗甲型H1N1流感疗效观察[J]. 医学信息, 2010, 23(4): 155.
- [108] 张焕民. 热毒宁注射液治疗流行性感冒60例[J]. 中国社区医师, 2007, 19(9): 154-155.
- [109] 孙航成, 张业清, 肖庆龄. 热毒宁注射液治疗流行性感冒高热(热毒袭肺证)临床观察[J]. 中国社区医师, 2013, 15(3): 179-180.
- [110] 杨兴. 热毒宁注射液治疗流行性感冒疗效观察[J]. 中外女性健康, 2014, 9:60.
- [111] 张诗元. 热毒宁注射液治疗流行性感冒疗效观察[J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(3): 473-474.
- [112] 柯雪帆, 赵章忠, 张玉萍, 等. 《伤寒论》和《金匱要略》中的药物剂量问题[J]. 上海中医药杂志, 1983, (12): 36-38.
- [113] 程磐基. 宋元明清药物剂量的考证与研究[J]. 上海中医药杂志, 2004(07): 6-8.
- [114] 杨洪军, 李耿. 中药大品种科技竞争力研究报告(2019版)[M]. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 82-126.
- [115] Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews[J]. *BMC Med Res Methodol*, 2007, 7: 10.
- [116] Pieper D, Buechter RB, Li L, et al. Systematic review found AMSTAR, but not R(evised)-AMSTAR, to have good measurement properties[J]. *J Clin Epidemiol*, 2015, 68(5): 574-583.
- [117] Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials[J]. *BMJ*, 2011, 343: d5928.
- [118] Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables[J]. *J Clin Epidemiol*, 2011, 64(4): 383-394.
- [119] Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Going from evidence to recommendations [published correction appears in *BMJ*, 2008, 336(7652): 1049-1051].
- [120] Norris SL, Meerpohl JJ, Akl EA, et al. The skills and experience of GRADE methodologists can be assessed with a simple tool[J]. *J Clin Epidemiol*, 2016, 79: 150-158. e1.