ICS 11.020

C 10/29

团体标准

T/CACM ×××—202×

**急性气管-支气管炎中医诊疗指南**

Diagnosis and Treatment Guideline for Chinese Medicine on Acute Trachea-Bronchitis

（稿件类型：送审稿）

（本稿完成时间：2020年3月20日）

202×-××-××发布 202×-××-××实施

中华中医药学会发布

目 录

[前  言 3](#_Toc67309396)

[引  言 4](#_Toc67309397)

[1范围 5](#_Toc67309398)

[2规范性引用文件 5](#_Toc67309399)

[3术语及定义 5](#_Toc67309400)

[4疾病诊断 5](#_Toc67309401)

[5病因病机 6](#_Toc67309402)

[6辨证论治 7](#_Toc67309403)

[7其他疗法 12](#_Toc67309404)

[8预防调摄 12](#_Toc67309405)

[附录A 指南制定方法 13](#_Toc67309406)

[附录B 推荐意见汇总表 16](#_Toc67309407)

[参考文献 18](#_Toc67309408)

**前****言**

本指南按照GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草》规定的规则起草。

本指南由河南中医药大学、河南中医药大学第一附属医院提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南负责起草单位：河南中医药大学、河南中医药大学第一附属医院。

本指南参与起草单位（排名不分先后）：河南中医药大学、河南中医药大学第一附属医院、兰州大学循证医学中心、北京中医药大学循证医学中心、中日友好医院、安徽中医药大学第一附属医院、辽宁中医药大学附属第二医院、上海中医药大学附属曙光医院、江苏省中医院、江西中医药大学附属医院、陕西省中医医院、中国中医科学院西苑医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学第三附属医院、北京大学人民医院、青岛市中医院、天津中医药大学第二附属医院、广东省中医院、浙江省中医院、河北省中医院、宁夏医科大学、上海中医药大学附属龙华医院、新疆维吾尔自治区中医医院、深圳市中医院。

本指南主要起草人：李建生、陈耀龙

本指南参与起草人（按姓氏笔画排序）：于雪峰、马战平、马艳芳、王成祥、王至婉、王明航、王真、王海峰、王琦、付义、冯淬灵、曲妮妮、朱佳、刘良徛、刘敬霞、孙子凯、李风森、李泽庚、李宣霖、李素云、杨珺超、余学庆、宋远瑛、张伟（山东）、张明利、张念志、张炜、张洪春、张惠勇、张燕萍、陆学超、陈生、陈薇、武蕾、林琳、罗光伟、周淼、封继宏、班承钧、崔红生、鹿振辉、葛正行、谢洋、薛汉荣。

**引****言**

急性气管-支气管炎是由感染、理化或过敏因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症，是呼吸系统的常见病、多发病。中医药治疗急性气管-支气管炎具有较好的临床疗效。为进一步完善诊疗规范，促进中医诊治水平的提高，更好地指导我国急性气管-支气管炎中医临床诊疗工作，由河南中医药大学、河南中医药大学第一附属医院牵头，组织成立了由呼吸病学（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人员为主的《急性气管-支气管炎中医诊疗指南（2020版）》（以下简称“本指南”）工作组。依据《世界卫生组织指南制定手册》指南制定方法、流程及中华中医药学会团体标准管理办法，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定了本指南。本指南作为推荐性团体标准，为从事急性气管-支气管炎防治的中医、中西医结合临床医师提供指导性意见，并在未来实施推广过程中不断更新和修订。

**急性气管-支气管炎中医诊疗指南**

**1范围**

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。

本指南适用于中医、中西医结合临床呼吸内科医师。

本指南可应用于三级、二级中医医院和中西医结合医院，以及基层中医医疗机构。

本标准所列的中药剂量为参考剂量，供临床应用时参考。

**2规范性引用文件**

下列文件对于本指南的应用是必不可少的。本指南出版时，所示版本均为有效。

1. 国际疾病分类标准编码 [ICD-11]（International Classification of Diseases 11th Revision）

**3术语及定义**

下列术语和定义适用于本指南。

**3.1急性气管-支气管炎 Acute Trachea-Bronchitis**

急性气管-支气管炎（Acute Tracheo-Bronchitis）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, 2]。

急性气管-支气管炎ICD-11: CA42

**4疾病诊断**

**4.1症状**

起病较急，常先有鼻塞、咽痛等上呼吸道感染症状，继之出现干咳或咯少量黏痰，痰量逐渐增多、咳嗽症状加剧，偶可痰中带血。全身症状一般较轻，可伴有轻/中度发热，体温多在3~5天恢复正常。若伴有支气管痉挛，可出现不同程度的胸闷、喘息症状。咳嗽、咯痰可延续2~3周，咳嗽有时可延长数月而转为慢性咳嗽[1-3]。

**4.2体征**

双肺呼吸音粗，或可闻及散在干、湿性啰音[1-3]。

**4.3常见病因**

4.3.1感染

约95%急性气管-支气管炎由病毒感染所致，以流感病毒、呼吸道合胞病毒、副流感病毒、鼻病毒等多见，细菌、支原体、衣原体引起者较少，常在病毒感染的基础上继发细菌或支原体、衣原体感染。多发于机体气管-支气管防御功能受损时[2, 4, 5]。

4.3.2物理、化学刺激

冷空气、粉尘、刺激性气体（如二氧化硫、臭氧、二氧化氮等）或烟雾的吸入，均可引起气管-支气管黏膜的急性炎症[2, 4]。

4.3.3过敏反应

多种过敏原如花粉、有机粉尘、真菌孢子等均可引起气管-支气管的变态反应[2, 4]。

**4.4辅助检查[2-4]**

4.4.1血常规

白细胞计数和分类多无明显改变；细菌性感染时可见白细胞总数和中性粒细胞计数增高。

4.4.2胸部影像

部分患者表现为肺纹理增粗，少数病例可无异常表现；对疑似急性气管-支气管炎患者不建议行胸部常规影像学检查。

4.4.3痰涂片或培养

部分可发现致病菌，少数病例可无异常。

**4.5诊断标准[1-4]**

急性起病，主要症状为咳嗽，伴有其他呼吸道症状如咳痰、气喘、胸痛，上述症状、体征无其他疾病原因解释，可做出本病的临床诊断。

**5病因病机**[3, 6, 7]

急性气管-支气管炎属于中医学“咳嗽”范畴。本病任何季节均可发病，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，人体受邪所不同，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。

**6辨证论治**

**6.1常见证候**

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）》[6]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，但可相互挟杂，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**）

**6.2治则治法[7, 8]**

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。

**6.3实证类**

**6.3.1风寒袭肺证**[6]

6.3.1.1症状

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。

6.3.1.2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。

6.3.1.3治法

疏风散寒，宣肺止咳。

6.3.1.4方药

三拗汤（《太平惠民和剂局方》）合止嗽散（《医学心悟》）加减[3, 9-11]**（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：往来寒热者，宜与小柴胡汤化裁；素有寒饮内伏，胸闷气逆、痰液清稀者，可与小青龙汤加减[3, 12-15]**（证据级别：低质量；推荐强度：强推荐）**；痰多、舌苔白厚腻者，加厚朴9g、姜半夏9g、茯苓12g；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；咳嗽阵发、气急、喘鸣、胸闷者，加僵蚕9g、枳壳12g、紫苏子9g；头痛明显，加白芷6g、藁本9g；周身酸楚甚至酸痛者，加羌活9g、独活9g；气虚者，气短、乏力，加党参12g、黄芪15g；阳虚者，畏寒、四肢不温，加细辛2g、炮附片9g（先煎）。

6.3.1.5中成药

1）苏黄止咳胶囊[16, 17]**（证据级别：低质量；推荐强度：强推荐）**：口服，一次3粒，一日3次。

2）三拗片[16, 18-21]**（证据级别：低质量；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, 16, 21, 22]**（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。

**6.3.2风热犯肺证**[6]

6.3.2.1症状

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。

6.3.2.2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。

6.3.2.3治法

疏风清热，宣肺化痰。

6.3.2.4方药

桑菊饮（《温病条辨》）加减[3, 23-25]**（证据级别：低质量；推荐强度：强推荐）**：桑叶9g，菊花6g，杏仁9g，连翘12g，牛蒡子12g，前胡12g，黄芩9g，薄荷（后下）6g，桔梗9g，芦根12g，甘草3g。

加减：头痛、目赤者，加夏枯草12g、栀子9g；咳甚，加百部15g、枇杷叶9g、浙贝母9g；喘促、汗出、口渴者，加炙麻黄6g、生石膏20g（先煎）；全身酸楚、无汗者，加荆芥9g、防风9g；咽喉肿痛者，加山豆根6g、玄参9g、马勃6g；口渴者，加天花粉12g、玄参9g；咳嗽阵作，加白蒺藜12g、僵蚕9g、蝉蜕6g、白芍12g；气急、喘鸣、胸闷者，加僵蚕9g、苏子9g；夏令兼夹暑湿，心烦、口渴、舌红者，减牛蒡子，加六一散9g调服；阴虚者，手足心热、口干、盗汗，加麦冬12g、北沙参9g、地骨皮12g。

6.3.2.5中成药

1）急支糖浆[3, 16, 26]**（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, 16, 21, 22, 27, 28]**（证据级别：低质量；推荐强度：弱推荐）**：口服，1次4粒，1日3次。

**6.3.3燥邪犯肺证**[6]

6.3.3.1症状

主症：干咳，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。

6.3.3.2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、②2项，加③、④、⑤、⑥中2项。

6.3.3.3治法

清肺润燥，疏风清热。

6.3.3.4方药

桑杏汤（《温病条辨》）加减[3, 29, 30]**（证据级别：低质量；推荐强度：强推荐）**：桑叶9g，杏仁9g，北沙参12g，麦冬12g，浙贝母9g，淡豆豉6g，栀子皮6g，瓜蒌皮12g，梨皮12g。

加减：燥热明显，加知母12g、生石膏（先煎）20g；头痛、发热明显，加薄荷（后下）6g、连翘9g；咽痛明显，加玄参12g、山豆根6g；鼻衄或痰有血丝，加白茅根15g、生地黄15g、藕节15g；口鼻干燥甚者，减淡豆豉，加玄参9g、麦冬15g；咳甚胸痛者，加枳壳9g、延胡索12g、白芍19g；咳嗽阵作，加玄参12g、地龙15g、蝉蜕9g、白芍12g；恶寒、无汗为凉燥者，方用杏苏散（《温病条辨》）加减[3, 31, 32]**（证据级别：低质量；推荐强度：强推荐）**。

6.3.3.5中成药

蜜炼川贝枇杷膏[3, 16]**（证据级别：低质量；推荐强度：弱推荐）**：口服，1次22g（约1勺），1日3次。

**6.3.4痰热壅肺证**[6]

6.3.4.1症状

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。

6.3.4.2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、②2项，加③、④、⑤中2项。

6.3.4.3治法

清热化痰，肃肺止咳。

6.3.4.4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9g，黄芩9g，栀子9g，全瓜蒌12g，橘红9g，知母9g，浙贝母9g，杏仁9g，桔梗9g。

加减：痰热甚者，可加金荞麦15g、天竺黄9g；气急、喘鸣、胸闷者，减桔梗，加葶苈子9g、射干9g、地龙15g；胸痛明显者，加延胡索12g、赤芍12g、郁金9g；热盛伤津口渴甚者，减桔梗、橘红，加生石膏（先煎）20g、麦冬12g、玄参12g；大便秘结者，加酒大黄9g、枳实9g。

6.3.4.5中成药

1）肺力咳合剂（胶囊）[3, 16, 22, 33, 34]**（证据级别：中等质量；推荐强度：强推荐）**：口服，合剂：1次20ml，1日3次；胶囊：1次3~4粒，1日3次。

2）射麻口服液[16, 35]**（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, 16, 36]**（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。

**6.3.5痰湿阻肺证**[6]

6.3.5.1症状

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。

6.3.5.2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、②2项，加③、④、⑤中2项。

6.3.5.3治法

燥湿化痰止咳。

6.3.5.4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12g，茯苓15g，陈皮12g，白术12g，厚朴9g，白芥子9g，莱菔子9g，紫苏子9g，炙甘草6g。

加减：寒痰较重，痰黏白如沫、畏寒者，加干姜9g、细辛3g；脾虚湿盛，口淡乏味、大便稀溏或粘滞不爽者，加党参15g、苍术9g、薏苡仁20g；胃脘痞满者，加白蔻仁9g、枳壳12g；外有风寒，咽痒、恶寒者，加荆芥9g、防风9g、紫苏梗9g。

6.3.5.5中成药

二陈丸[16, 21, 22]**（证据级别：低质量；推荐强度：弱推荐）**：口服，1次9g~15g，1日2次。

**6.4正虚邪恋类**

**6.4.1肺气虚证**[6]

6.4.1.1症状

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。

6.4.1.2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。

6.4.1.3治法

补肺益气，宣肺止咳。

6.4.1.4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）**：党参15g，黄芪15g，防风9g，白术12g，茯苓12g，五味子9g，紫菀12g，杏仁9g，陈皮9g，炙甘草6g。

加减：寒热起伏、畏风寒明显，加桂枝9g、白芍12g；若咳痰稀薄、时觉形寒，为肺虚有寒，可加干姜6g、紫苏子9g、款冬花9g；自汗甚者，加浮小麦15g、煅牡蛎20g；纳差者，加炒神曲15g、炒麦芽15g；脘腹胀闷，减黄芪，加木香9g、莱菔子9g。

6.4.1.5中成药

玉屏风颗粒[16, 21, 22]**（证据级别：低质量；推荐强度：强推荐）**：开水冲服，1次5g，1日3次。

**6.4.2气阴两虚证**[6]

6.4.2.1症状

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。

6.4.2.2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。

6.4.2.3治法

益气养阴，润肺止咳。

6.4.2.4方药

生脉散（《医学启源》）合沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减[3, 37, 38]**（证据级别：低质量；推荐强度：强推荐）**：太子参15g，北沙参12g，麦冬12g，五味子9g，玉竹9g，桑叶9g，浙贝母9g，款冬花9g，炙甘草6g。

加减：兼有痰热而咯黄痰，加黄芩9g、全瓜蒌15g；口渴甚者，加天花粉15g、玄参9g；低热不退者，可加银柴胡9g、白薇12g；纳差、食少者，加炒麦芽15g、炒谷芽12g；腹胀者，加陈皮12g、厚朴9g；盗汗，加浮小麦15g、乌梅12g。

6.4.2.5中成药

1）生脉饮口服液[3, 16, 21, 22]**（证据级别：低质量；推荐强度：弱推荐）**：口服，1次10mL，1日3次。

2）生脉颗粒[16, 21]**（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, 16, 21, 22]**（证据级别：低质量；推荐强度：弱推荐）**：口服，水蜜丸1次6g；大蜜丸1次1丸，1日2次。

**7其他疗法**

针刺、穴位贴敷、灸法、拔罐、单验方等多种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, 39-42]。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]。

**8预防调摄**[2, 7]

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，正确合理的佩戴口罩。

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。

**附录A 指南制定方法**

（资料性附录）

本指南参考《世界卫生组织指南制定手册》[43]和《中西医结合诊疗指南制定手册》[44]的规范化步骤，基于现有指南、系统评价、临床研究、古籍等证据，结合患者意愿与干预成本，采用GRADE分级系统[45]进行制定，遵循中华中医药学会发布的《中医临床实践指南报告清单》[46]进行报告。

**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），撰写了指南制定计划书。

**2指南工作组**

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、系统评价组，并设首席专家一名。成员包括中医、中西医结合呼吸专业、循证医学、指南方法学、临床药学、流行病学等不同学科的专家。

**3 基金资助与利益冲突**

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

所有成员均已签署利益冲突声明，申明无任何与本指南主题相关的商业的、专业的或其他方面的利益冲突。

**4 临床问题遴选与确定**

本指南工作组通过问卷调查形式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研，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。

**5 证据的检索、评价与分级**

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。数据库包括Medline、Embase、Cochrane Library、中国生物医学文献数据库（CBM）、中国知网（CNKI）、万方数据库、维普数据库。纳入系统评价（Meta分析）、临床对照试验、病例系列研究。检索时间截止至2020年6月16日。首先检索系统评价与Meta分析，并运用AMSTAR（A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews）工具[47]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，随机对照研究采用Risk of bias工具[48]进行偏倚风险评估；非随机对照研究采用ROBINS-I（Risk of bias in non-randomised studies of interventions）工具[49]进行偏倚风险评价；病例系列采用IHE病例系列方法学质量评价工具[50]进行质量评价。系统评价小组根据2004年制定的推荐分级的评估、制定和评价（The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation，GRADE）标准[45]进行证据质量与推荐强度的分级，形成证据概要表。证据质量分级标准及推荐强度含义见表2~3。

表A.1 GRADE证据质量分级及定义

|  |  |
| --- | --- |
| 质量等级 | 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A.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；对于政策制定者，大多数情况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；对于政策制定者，制定政策需要实质性讨论，并需要众多利益相关参与。 |

**6 推荐意见调研**

采用改良的德尔菲（Delphi）方法，通过两轮问卷调查就部分推荐意见达成共识。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；若在60%~74%，则这条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%，经指南专家委员会讨论后给予剔除。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调研。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≥75%），18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，经指南制定委员会讨论后将对7条专家共识度≤60%的推荐意见予以排除。第二轮德尔菲调研对未达成共识的12个推荐意见进行调研，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。其中达成共识4条，需要会议讨论4条，专家委员会讨论后剔除4条。2轮问卷确定推荐意见24条。

**7 共识会议**

2020年8月7日在贵阳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，共讨论和批准形成本指南最终推荐意见24条。

**8 指南终稿与外审**

参考中医临床实践指南报告清单条目草拟本指南文稿，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与咨询指南小组之外专家收集修改意见，根据反馈意见进行完善，形成本指南终稿。

**9 发布与更新**

结合上述过程最终编写成《急性气管-支气管炎中医诊疗指南（2020版）》，交由中华中医药学会组织相关专家评审，进一步修改完善后发布。本指南根据《中华中医药学会团体标准管理办法》，拟3~5年进行更新。

**10 指南起草人员**

本指南指导委员会：王永炎、张伯礼、晁恩祥、孙塑伦。

本指南首席专家：李建生。

本指南方法学专家：陈耀龙、陈薇、马艳芳。

本指南临床专家（按姓氏笔画排序）：于雪峰、马战平、王真、王琦、王成祥、王至婉、王明航、王海峰、付义、冯淬灵、曲妮妮、朱佳、刘良徛、刘敬霞、孙子凯、李风森、李泽庚、李素云、杨珺超、宋远瑛、张伟（山东）、张炜、张立山、张明利、张念志、张洪春、张惠勇、张燕萍、陆学超、陈生、武蕾、林琳、罗光伟、周淼、封继宏、班承钧、崔红生、鹿振辉、葛正行、薛汉荣。

本指南执笔人：李建生、余学庆、谢洋。

本指南秘书：李宣霖。

**附录B 推荐意见汇总表**

（资料性附录）

表B.1推荐意见汇总

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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）》证候分型及判定标准。 | 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，可考虑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，推荐使用苏黄止咳胶囊治疗，可降低咳嗽、咽痒、无痰症状评分，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 | 强推荐 |
| 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，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 |
| 9 | 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 |
| 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，可考虑使用杏苏散治疗，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-支气管炎痰湿阻肺证患者，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 |

**参考文献**

1. Smith M P, Lown M, Singh S, et al. Acute Cough Due to Acute Bronchitis in Immunocompetent Adult Outpatients: CHEST Expert Panel Report[J]. Chest,2020,157(5):1256~1265.
2. 中华医学会,中华医学会杂志社,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)[J]. 中华全科医师杂志,2019(04):314~317.
3. 李建生，余学庆. 急性气管支气管炎中医诊疗指南(2015版)[J]. 中医杂志,2016,57(09):806~810.
4. Kinkade S, Long N A. Acute Bronchitis[J]. Am Fam Physician,2016,94(7):560~565.
5. Tanner M, Karen R J. Antibiotics for acute bronchitis[J]. Nurs Stand,2018,32(27):41~43.
6. 李建生，王至婉，李素云. 急性气管—支气管炎的中医证候诊断标准(2013版)[J]. 中医杂志,2014,55(03):259~261.
7. 李建生. 中医临床肺脏病学[M]. 人民卫生出版社,2015.
8. 李建生. 急性气管-支气管炎中医辨证治疗概要[J]. 河南中医,2009,29(10):984~985.
9. 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[J]. 北方药学,2016,13(02):52~53.
10. 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[J]. 新中医,2019,51(02):87~89.
11. 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[J]. 光明中医,2019,34(24):3756~3758.
12. 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[J]. 首都食品与医药,2020,27(03):191.
13. 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[J]. 光明中医,2018,33(23):3530~3532.
14. 吴向前. 小青龙汤治疗急性气管-支气管炎的临床疗效[J]. 世界临床医学,2016,10(22):158~159.
15. 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[J]. 中国医药导刊,2015,17(12):1245~1246.
16. 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）[Z]. 北京:中国劳动社会保障出版社,2019.
17. 顾颖军. 苏黄止咳胶囊治疗急性支气管炎致咳嗽临床研究[J]. 亚太传统医药,2015,11(18):110~111.
18. 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[J]. 现代药物与临床,2015,30(09):1124~1127.
19. 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[J]. 中国临床药理学与治疗学,2014,19(01):44~48.
20. 马利国. 三拗片治疗急性支气管炎的疗效及安全性分析[J]. 北方药学,2018,15(06):159~160.
21. 中华人民共和国药典2015版[S]. 北京,国家药典委员会.
22. 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[M]. 北京:中国中医药出版社,2016.
23. 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[J]. 现代医学与健康研究电子杂志,2018,2(04):174.
24. 荣世舫. 急性支气管炎采用桑菊饮加减治疗的临床分析[J]. 内蒙古中医药,2016,35(10):19.
25. 申君哲，朴仁范. 桑菊饮治疗支气管炎36例临床观察[J]. 实用中医内科杂志,2015,29(10):105~106.
26. 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[J]. 中药药理与临床,2015,31(01):262~264.
27. 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[J]. 中国中医急症,2017,26(08):1467~1469.
28. 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[J]. 中国中医急症,2016,25(10):1929~1931.
29. 周芳玲. 桑杏汤治疗外感性久咳125例[J]. 蛇志,2005(04):273~274.
30. 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[C]. 中国上海:2004.
31. 陈庆通. 加味杏苏汤治疗急性支气管炎183例[J]. 中国中医急症,2006(01):95.
32. 李绍泽. 杏苏散加味治疗支气管炎106例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志,2005(02):31~32.
33. 刘玉山，闫红江，李春雨. 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[J]. 现代药物与临床,2020,35(04):735~738.
34. 李娟. 肺力咳合剂联合西药治疗急性支气管炎的临床观察[J]. 内蒙古中医药,2016,35(16):25.
35. 王辉人,靳桂贞,杨俊青,等. 射麻口服液临床疗效观察[J]. 中成药,1997(03):22~23.
36. Wang P, Liao X, Xie Y M, et al. Tanreqing injection for acute bronchitis disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Complement Ther Med,2016,25:143~158.
37. 张秋彬. 沙参麦冬汤治疗急性气管支气管炎临床观察[J]. 中国民族民间医药,2018,27(15):88~89.
38. 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[J]. 现代中西医结合杂志,2006(10):1303~1304.
39. 马士荣. 善散汤穴位贴敷联合中药治疗急性支气管炎[J]. 内蒙古中医药,2017,36(16):85~86.
40. 林秋群，刘凤英，邝绮霞. 穴位贴敷法加TDP佐治急性支气管炎的临床观察[J]. 国际医药卫生导报,2014,20(17):2664~2665.
41. 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[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(08):1645~1648.
42. 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[J]. 内蒙古中医药,2017,36(13):97.
43. World Health Organization.WHO handbook for guideline development, 2nd, 2014.
44. 卢传坚，杨克虎. 中西医结合诊疗指南制定手册[G]. 北京:人民卫生出版社,2016.
45. Guyatt G H, Oxman A D, Vist G E, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J]. BMJ,2008,336(7650):924~926.
46. 张霄潇，冯雪，廖星，等. 中医临床实践指南报告清单[J]. 中华中医药杂志,2019,34(09):4379~4384.
47. 熊俊，陈日新. 系统评价/Meta分析方法学质量的评价工具AMSTAR[J]. 中国循证医学杂志,2011,11(09):1084~1089.
48. Higgins J P, Altman D G, Gøtzsche P C, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials[J]. BMJ,2011,343:d5928.
49. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions[J]. BMJ. 2016,355:i4919.
50. 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[J]. 中国循证儿科杂志,2015,10(05):381~385.