

ICS **. **. **

C**



专家共识

T/CACM ****—202*

代替 T/CACM ****—****

病毒性肺炎中医诊疗专家共识

Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Viral Pneumonia in Traditional Chinese Medicine

(文件类型: 草案)

(完成时间: 2025 年 12 月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前 言	II
引 言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 病因病机	1
5 常见中医证型	2
5.1 初期	2
5.2 进展期	2
5.3 恢复期	2
6 中医治疗	3
6.1 药物治疗	3
6.2 非药物治疗	7
7 预防与调护	8
7.1 预防	8
7.2 调护	9
附 录 A (资料性) 证据质量评级方法说明	10
附 录 B (资料性) 专家共识推荐强度方法说明	12
附 录 C (资料性) 病毒性肺炎 (风温肺热病) 逆传心包相关证型补充	13
参 考 文 献	14

前 言

本文件参照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则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中日友好医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：中日友好医院、天津中医药大学第二附属医院、中国中医科学院西苑医院、河北省中医院、深圳市中医院、青岛市中医院、湖北省中医院、北京中医药大学第三附属医院、安徽中医药大学第一附属医院、内蒙古自治区中医院、北京大学人民医院、江苏省中医院、河南中医药大学第一附属医院

本文件主要起草人：张洪春、杨道文、封继宏、苗青、耿立梅

本文件其它起草人：陈生、樊长征、丛晓东、于向艳、李云辉、陆学超、疏欣杨、陈薇、柯佳、莫玉霞、王成祥、崔红生、冯淬灵、张念志、樊茂蓉、李得民、韩桂玲、朱佳、余学庆、黄燕

引言

病毒性肺炎是肺炎的一种常见类型,相关数据表明病毒性肺炎占我国范围内所有社区获得性肺炎患者的27.5%~39.2%^[1]。其主要由多种病毒感染引起,其中流感病毒、腺病毒和呼吸道合胞病毒是最常见的呼吸道感染病毒^[2]。常见症状包括发热、咳嗽、咯痰、呼吸困难等,部分患者还可能出现乏力、肌肉酸痛等全身症状。目前西医学主要应用抗病毒药物进行治疗,如针对流感病毒的神经氨酸酶抑制剂、RNA聚合酶抑制剂及PB2抑制剂等药物,针对新型冠状病毒的3CL蛋白酶抑制剂类药物,大部分病毒性肺炎缺乏特异性抗病毒药物,只能采用针对性支持疗法^[3]。中医药治疗病毒性肺炎具有双向多靶点调节免疫失衡状态、抑制病毒复制、改善炎症、保护组织等作用,其多成分、多途径、多靶点、副作用少的整体治疗特色也显现出一定优势^[4]。相关文献显示,在常规西医治疗基础上联合中医药治疗的病毒性肺炎患者,其发热、咳嗽、咳痰等临床症状消失时间明显缩短^[5];Meta分析^[6]显示中药注射液在临床有效率及体温恢复正常时间方面均优于西药抗病毒类药物。

当前,国内已颁布《儿童病毒性肺炎中西医结合诊治专家共识》。在成人领域,虽有社区获得性肺炎中医诊疗指南、社区获得性肺炎中西医结合诊疗指南,以及针对新型冠状病毒、流感病毒等特定病毒的诊疗方案,但尚无普适性的成人病毒性肺炎诊疗方案。故课题组梳理其临床常见证型及用药原则,建立统一规范的成人病毒性肺炎诊疗方案,指导临床实践。

为进一步提高成人病毒性肺炎的中医临床诊疗水平,规范诊疗流程,充分发挥中医药在该疾病治疗中的特色与优势,由中华中医药学会组织立项,中日友好医院牵头,依托十四五国家重点研发计划项目(2022YFC3500801),联合多家医疗机构及中医专家共同参与,针对成人病毒性肺炎的发病特点、临床表现,结合中医诊疗特色,在参考国家相关诊疗指南如《社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018修订版)》的基础上,综合中医理论、专家经验以及现阶段研究成果,形成《病毒性肺炎中医诊疗专家共识》。本共识旨在为临床医生提供科学、规范、实用的中医诊疗建议,促进中医在成人病毒性肺炎治疗中的广泛应用和发展。

为进一步明确本文件的技术细节与编制信息,同步编制了资料性附录:证据质量评级方法详见附录A,推荐强度说明详见附录B,病毒性肺炎(风温肺热病)逆传心包相关证型补充见附录C。

病毒性肺炎中医诊疗专家共识

1 范围

本共识规定了病毒性肺炎的定义、诊断、中医辨证、治疗和预防调护。

本共识适用于 18 周岁以上人群病毒性肺炎患者的中医临床诊疗，适用于综合医院中医科、中西医结合科，中医院呼吸科，基层医院等相关科室临床医师使用。

2 规范性引用文件

GB/T 15657-2021 中医病证分类与代码

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第 2 部分：证候

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 病毒性肺炎

病毒性肺炎是由病毒引起的急性呼吸道感染^[7]，主要累及肺泡和肺间质^[8]，可导致肺部炎症反应及肺功能损害^[9]。临床表现包括发热、咳嗽、呼吸困难、胸痛、肌痛等^[10, 13]。影像学表现以磨玻璃影为主，多呈斑片状双侧分布^[11]。采集呼吸道分泌物或血清进行病原学检测可呈阳性^[12]。常见病原体包括流感病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒、腺病毒、冠状病毒、副流感病毒及偏肺病毒等^[13]。研究显示，我国社区获得性肺炎患者中病毒检出率为 36.64%，最高的是流感病毒（10.74%），其次是呼吸道合胞病毒（10.5%）和鼻病毒（6.78%）^[14]。

3.2 风温肺热病

传统中医典籍无病毒性肺炎对应的独立病名。《GB/T 15657-2021 中医病证分类与代码》中的“风温病（代码 A01.03.03）”与之较为接近，但根据其以发热、咳嗽、胸闷、气喘等为核心的临床表现，结合病因病机及疾病传变规律，“风温肺热病”更贴合其特征，故以此作为病毒性肺炎的中医病名。

4 病因病机

病毒性肺炎属中医“风温肺热病”，其发病外因为感受“疫疠”之气或六淫邪气^[15-26]，内因为正气虚损，卫外不固^[15, 16, 27, 28]。“疫疠”之气有别于传统的风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪，异常气候为疫毒产生提供条件，“疫疠”之气可夹杂内生六淫致病^[15, 23, 29]，邪盛成毒，呈现出风热疫毒、寒湿疫毒、湿热疫毒、燥热疫毒等不同类型的疫毒。不同病毒类型的表现侧重有所不同^[26, 30, 31]，如新型冠状病毒以湿毒为主，腺病毒及呼吸道合胞病毒均以热毒为主，流感病毒以热毒、寒毒为主^[26, 30, 31]。

病毒性肺炎的病位主要在肺及卫表，常累及脾、胃、心、肝、肾等脏腑^[15, 18, 19, 21, 24-26, 28, 29, 31-35]。其总体的病机演变有鲜明的阶段性，传变规律符合温病“卫气营血”传变规律^[18, 24, 27, 30]。

病毒性肺炎的传变主要与机体正气盛衰相关^[28]，如机体正气充足，邪气自肺传至胃肠，病位较为轻浅，多为卫气同病，未传营血，多为顺证；如机体正气虚损加之内伤基础，邪自肺卫内陷心营、逆传心包，自卫分传入营血分，病情危重多为逆证。病情也会受到地域^[36]、季节和体质等的影响^[29]，如素体内热者，邪易从热化，燥而伤阴；素体阳虚者，邪易寒化伤阳，多表现为呕吐、腹泻等消化道症状^[29]。

5 常见中医证型（共识建议）

5.1 初期

1) 风热犯肺证

主症：①发热；②咳嗽；③干咳无痰或痰少色黄。次症：①无汗或少汗；②头痛；③口渴；④胸闷或胸痛；⑤气促；⑥咽痛。舌脉：舌尖红或边尖红，苔薄白，脉浮数。

2) 表寒里热证

主症：①发热；②恶寒无汗；③咳嗽；④咯痰黄白。次症：①咽痛或乳蛾、咽喉红肿；②胸闷，烦躁；③头痛；④肌肉或关节酸痛；⑤口渴。舌脉：舌质红，苔薄或薄腻，脉浮数。

5.2 进展期

3) 痰热壅肺证

主症：①发热；②咳嗽喘促；③呼吸气粗；④痰黄稠难咯或痰黄带血。次症：①胸闷胸痛；②汗出；③烦躁；④口渴欲饮；⑤咽红肿。舌脉：舌红苔黄腻，脉滑数。

4) 湿热蕴肺证

主症：①发热或午后潮热；②咳嗽；③痰黄质粘；④憋闷气促。次症：①气短乏力或见活动后喘气；②头身困重或肌肉酸痛；③腹胀纳差或恶心呕吐；④便溏或大便粘滞不爽。舌脉：舌质暗红，苔黄腻，脉滑数或弦滑。

5) 肺胃热盛证

主症：①发热；②咳嗽痰黄；③口渴欲饮；④心烦。次症：①胸痛；②腹满；③大便干结。舌脉：舌红，舌苔黄或灰黑而燥，脉滑数。

6) 湿毒郁肺证

主症：①发热，以低热常见，大多身热不扬；②干咳，痰少。次症：①咽喉不利；②乏力倦怠；③纳差。舌脉：舌质多暗或舌边尖稍红，苔厚腻，脉濡数或滑数。

7) 痰毒闭肺证

主症：①高热或身热不退；②咳嗽；③痰黄粘稠，咯之不爽或痰中带血；④胸闷气促或胸高肋满，喘憋，动则气喘。次症：①口渴喜饮；②咽痛；③目赤；④头痛；⑤肢体酸痛；⑥腹胀便秘。舌脉：舌质红，苔黄腻或黄燥，脉滑数。

8) 气营两燔证

主症：①壮热；②口渴；③烦躁不宁；④喘憋气促。次症：①斑疹，或吐血、衄血；②尿黄便结。舌脉：舌绛少苔或无苔，脉沉细数，或浮大而数。

5.3 恢复期

9) 气阴两虚证

主症：①咳嗽；②气短；③乏力，语声低微；④咽干，口干；⑤五心烦热。次症：①无痰或痰少而粘；②易汗出；③大便干结；④纳差痞满；⑤心悸；⑥小便短少。舌脉：舌质红，苔薄，脉细数无力。

证型诊断以把握核心病机为要。临床运用时，可在所列主症中抓住最能体现该证型病机的关键症状，结合次症及舌脉进行综合判断，不必拘泥于所有主症条目齐备。

6 中医治疗

6.1 药物治疗

6.1.1 初期

1) 风热犯肺证

治则：疏风清热，清肺化痰

方药：

①银翘散加减《温病条辨》（证据级别：中，强推荐）

药物组成：金银花、连翘、桔梗、薄荷、竹叶、生甘草、荆芥穗、淡豆豉、牛蒡子、芦根

证据支持：一项银翘散治疗病毒性肺炎风热犯肺证的临床试验结果显示，中药组与中药联用西药组治疗前后症状积分（ $P>0.05$ ）及治疗有效率比较（100%vs100%， $P>0.05$ ）差异均无统计学意义^[37]。

②桑菊饮加减《温病条辨》（证据级别：低，强推荐）

药物组成：桑叶、菊花、杏仁、连翘、桔梗、生甘草、芦根、薄荷

证据支持：一项桑菊饮加减治疗病毒性肺炎风热犯肺证的临床试验结果显示，相较于西药治疗的对照组，加用桑菊饮加减干预的治疗组（疗程10天），治疗组咳嗽、胸闷等症状消失率高于对照组（ P 均 <0.05 ）；症状好转幅度高于对照组（ 79.53 ± 13.12 vs 24.21 ± 9.90 ， $P<0.05$ ）；肺损伤程度好转幅度明显高于对照组（ 62.31 ± 15.78 vs 28.42 ± 14.78 ， $P<0.05$ ）^[38]。

中成药：

①金花清感颗粒，由金银花、连翘、炙麻黄、炒苦杏仁、石膏、知母、黄芩、板蓝根、炒牛蒡子、浙贝母、桔梗、甘草组成。具有疏风宣肺，清热解毒的作用。用法用量参考药品说明书。（证据级别：中，强推荐）

证据支持：一项金花清感颗粒联合西医常规治疗方案的临床研究中，对照组仅予西医常规治疗，治疗组在联合西医常规治疗的基础上给予金花清感颗粒，每日3次，治疗组和对照组患者治疗后临床症状消失率分别为发热80.3%和53.1%，乏力77.6%和53.8%，咳嗽66.1%和42.9%，咳痰85.3%和46.2%，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ）^[39]。

②连花清瘟胶囊，由连翘、金银花、麻黄（蜜炙）、炒苦杏仁、石膏、板蓝根、棉马贯众、鱼腥草、广藿香、大黄、红景天、薄荷脑、甘草组成。具有清瘟解毒，宣肺泄热的作用。用法用量参考药品说明书。（共识建议）

2) 表寒里热证

治则：疏风散寒，清肺化痰

方药：麻杏石甘汤加减《伤寒论》(共识建议)

药物组成：麻黄、杏仁、石膏、甘草

中成药：防风通圣颗粒，由防风、荆芥穗、薄荷、麻黄、大黄、芒硝、栀子、滑石、桔梗、石膏、川芎、当归、白芍、黄芩、连翘、甘草、白术(炒)组成。具有解表通里，清热解毒的作用。用法用量参考药品说明书。(证据级别：高，弱推荐)

证据支持：一项防风通圣颗粒治疗病毒性肺炎表寒里热证的临床试验中，相较于常规治疗的对照组，加服防风通圣颗粒的实验组治愈率为 100%，显著高于对照组的 82.61% (P<0.05)，两组中医证候评分均显著提高，且试验组平均降低值较对照组更明显 (P<0.05)，与对照组相比，试验组在退热、乏力消失情况及治愈时间上具有显著优势，组间差异有统计学意义 (P<0.05) ^[40]。

6.1.2 进展期

3) 痰热壅肺证

治则：清热化痰，宣肺平喘

方药：麻杏石甘汤《伤寒论》合小陷胸汤《伤寒论》加减(证据级别：中，强推荐)

药物组成：麻黄、杏仁、石膏、甘草、黄连、半夏、瓜蒌

证据支持：一项麻杏石甘汤合小陷胸汤治疗病毒性肺炎(痰热壅肺证)合并心肌损伤患者的临床试验结果显示，相较于西药常规治疗的对照组，加用麻杏石甘汤合小陷胸汤的治疗组(疗程 10 天)，治疗总有效率为 87.50%，高于对照组的 75.00% (P<0.05)。两组治疗后咳嗽痰多、发热等评分均明显降低 (P <0.05)；且治疗组评分均低于对照组 (P <0.05) ^[41]。

中成药：

①麻杏石甘合剂，由麻黄、杏仁、石膏、甘草组成。具有辛凉宣肺，平喘止咳的作用。

用法用量参考药品说明书。(证据级别：高，强推荐)

证据支持：一项探究麻杏石甘合剂治疗病毒性肺炎的疗效研究中对照组为西药常规治疗，治疗组为对照组基础上联合麻杏石甘合剂治疗(疗程 7 天)，治疗组患者的总有效率为 92.22%，明显高于对照组的 80.00%，差异有统计学意义 (P<0.05) ^[42]。

②痰热清注射液，由黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘组成。具有清热、化痰、解毒的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

4) 湿热蕴肺证

治则：清热祛湿利肺

方药：黄芩滑石汤加减《温病条辨》(证据级别：低，强推荐)

药物组成：黄芩、滑石、茯苓皮、猪苓、大腹皮、通草、白蔻仁

证据支持：一项中医药辨证结合西医基础治疗新型冠状病毒肺炎重型及危重型患者的研究中，对照组为西医基础治疗，试验组在西医基础治疗上全程进行中医辨证施治(针对湿热蕴肺者使用黄芩滑石汤治疗)，结果显示试验组总有效率 (72.5%vs52.5%，P<0.05)、核酸转

阴率 (75. 47%vs53. 33%, P<0. 05) 均高于对照组; 治疗后中医证候总积分试验组较对照组降低 (8. 00vs9. 50, P<0. 05) ^[43]。

中成药: 化湿败毒颗粒, 由麻黄、广藿香、石膏、炒苦杏仁、法半夏、厚朴、苍术、炒草果仁、茯苓、黄芪、赤芍、葶苈子、大黄、甘草组成。具有化湿解毒, 宣肺泄热的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

5) 肺胃热盛证

治则: 清泻肺胃解毒

方药: 银翘白虎汤 (在《温病条辨》银翘散基础上加石膏和知母) 合泻白散《小儿药证直诀》加减 (证据级别: 中, 弱推荐)

药物组成: 生石膏、知母、金银花、连翘、桔梗、薄荷、竹叶、生甘草、荆芥穗、淡豆豉、牛蒡子、芦根、粳米、甘草、桑白皮、地骨皮

证据支持: 在一项中医辨证治疗病毒性肺炎的临床研究中, 对照组为常规西医治疗, 治疗组予中医辨证治疗, 两组均治疗 7 天, 治疗组总有效率为 97. 6% 高于对照组的 90%, 差异有统计学意义 (P<0. 05) , 治疗组疗效优于对照组^[44]。

中成药: 牛黄解毒片, 由人工牛黄、雄黄、石膏、大黄、黄芩、桔梗、冰片、甘草组成。具有清热解毒的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

6) 湿毒郁肺证

治则: 清热解毒, 宣肺化浊

方药: 银翘散《温病条辨》合三仁汤《温病条辨》加减 (证据级别: 低, 强推荐)

药物组成: 藿香、厚朴、半夏、茯苓、杏仁、薏苡仁、白蔻仁、猪苓、泽泻、淡豆豉、麻黄、石膏、甘草

证据支持: 一项银翘散合三仁汤加减治疗新冠病毒性肺炎的临床试验结果显示, 相比于常规治疗的对照组, 采用常规治疗联合银翘散和三仁汤加减的治疗组中医证候积分下降程度明显大于对照组 (P<0. 05) , 且中医证候疗效明显优于对照组 (P<0. 05) , 治疗组患者体温复常时间明显缩短 (P<0. 05) , 治疗 10 天后病毒核酸转阴率明显升高 (P<0. 05) , 两组患者肺部病灶吸收情况比较, 差异无统计学意义 (P>0. 05) ^[45]。

中成药:

①化湿败毒颗粒, 由麻黄、广藿香、石膏、炒苦杏仁、法半夏、厚朴、苍术、炒草果仁、茯苓、黄芪、赤芍、葶苈子、大黄、甘草组成。具有化湿解毒, 宣肺泄热的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

②甘露消毒丸, 由滑石、黄芩、茵陈、石菖蒲、川贝母、木通、藿香、连翘、白蔻仁、薄荷、射干组成。具有芳香化湿, 清热解毒的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

7) 疫毒闭肺证

治则: 清热解毒, 泻肺开闭

方药: 清瘟败毒饮《疫疹一得》合麻杏石甘汤《伤寒论》加减 (证据级别: 中, 强推荐)

药物组成: 生石膏、生地黄、犀角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、玄参、连翘、甘草、丹皮、竹叶、麻黄、杏仁

证据支持: 一项清瘟败毒饮合麻杏石甘汤加减合用痰热清注射液治疗甲型 H1N1 流感病

毒性肺炎的临床观察中,相较于常规西药基础上选用氨溴索,奥司他韦 150 mg 西药治疗的对照组,在西医基础上加用中药清瘟败毒饮合麻杏石甘汤加减与中药针剂痰热清注射液的治疗组治疗组总有效率显著高于对照组(96.0%vs70.0%, $\chi^2=11.436$, $P=0.001$),两组血清 TNF- α 、IL-6、IL-8、CRP 水平均低于治疗前,IL-10 水平高于治疗前,且治疗组血清 TNF- α 、IL-6、IL-8、CRP 水平均低于对照组,IL-10 水平高于对照组($P<0.01$)^[46]。

中成药:

①血必净注射液,由红花、赤芍、川芎、丹参、当归组成。具有化瘀解毒的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

②痰热清注射液,由黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘组成。具有清热、化痰、解毒的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

③安宫牛黄丸,由牛黄、麝香(或人工麝香)、珍珠、朱砂、雄黄、黄连、黄芩、栀子、郁金、冰片、水牛角浓缩粉组成。具有清热解毒,镇惊开窍的作用。用法用量参考药品说明书,本品为热闭神昏所设,寒闭神昏不得使用;处方中含麝香,芳香走窜,有损胎气,孕妇慎用;本品处方中含朱砂、雄黄,不宜过量久服,肝肾功能不全者慎用。(共识建议)

8) 气营两燔证

治则: 清气凉营解毒

方药: 清营汤加减《温病条辨》(证据级别: 极低, 强推荐)

药物组成: 犀角(多用水牛角代替)、生地黄、玄参、竹叶心、麦冬、丹参、黄连、金银花、连翘

证据支持: 在一项中西医结合治疗 80 例新型冠状病毒肺炎重型及危重型患者疗效观察中,对照组予西医基础治疗,试验组在西医基础治疗上全程进行中医辨证施治(针对气营两燔者选用清营汤加减),结果显示试验组总有效率(72.5%vs52.5%)、核酸转阴率(75.47%vs53.33%)高于对照组($P<0.05$);治疗后中医证候总积分试验组较对照组降低(8.00vs9.50, $P<0.05$)^[43]。

中成药:

①血必净注射液,由红花、赤芍、川芎、丹参、当归组成。具有化瘀解毒的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

②安宫牛黄丸,由牛黄、麝香(或人工麝香)、珍珠、朱砂、雄黄、黄连、黄芩、栀子、郁金、冰片、水牛角浓缩粉组成。具有清热解毒,镇惊开窍的作用。用法用量参考药品说明书,本品为热闭神昏所设,寒闭神昏不得使用;处方中含麝香,芳香走窜,有损胎气,孕妇慎用;本品处方中含朱砂、雄黄,不宜过量久服,肝肾功能不全者慎用。(共识建议)

6.1.3 恢复期

9) 气阴两虚证

治则: 养阴益气生津

方药: 生脉散加减(《医学启源》)(证据级别: 中, 强推荐)

药物组成: 人参、麦冬、五味子

证据支持: 一项生脉散加减治疗新冠病毒性肺炎恢复期气阴两虚证的临床试验结果显示,相较于行对症支持及抗病毒治疗的对照组,在对照组基础上另予生脉散加减的治疗组在改善

咽干口渴神疲盗汗等临床症状、降低炎性指标、改善氧合、促进肺部病灶吸收及核酸转阴等方面显著优于对照组,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)^[47]。

中成药:

①生脉饮,由红参(或人参、党参)、麦冬、五味子组成。具有益气、养阴生津的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

②百合固金丸,由百合、熟地黄、生地黄、当归、白芍、桔梗、玄参、川贝母、麦冬、甘草组成。具有养阴润肺,化痰止咳的作用。用法用量参考药品说明书。(共识建议)

6.2 非药物治疗

6.2.1 针灸疗法

早在《黄帝内经》中就将针灸疗法作为治疗疫病的主要方法,针灸疗法具有整体调节的特点,且简便易行、毒副作用少^[48]。

1) 针刺疗法

针刺疗法是中医传统疗法的重要组成部分,是以中医经络腧穴理论为指导,运用针具按照一定的角度刺入患者体内,运用提插、捻转等手法对腧穴进行刺激,从而发挥扶正祛邪,调和阴阳的作用^[49]。在病毒性肺炎治疗中,遵循分期论治、辨经取穴原则,补气扶正贯穿全程,各期治疗目标侧重不同^[50]。

①初期:疫邪初犯,针刺以祛邪为主,选穴侧重宣肺解表。推荐穴位:合谷、后溪、阴陵泉、太溪、肺俞、脾俞。针刺方法每次选择3个穴位,针刺采用平补平泻法,得气为度,留针30分钟,1次/天。②进展期:肺脾功能受影响,针刺以保护脏器、减轻损伤,对症选取配穴。推荐穴位:内关、孔最、曲池、气海、阴陵泉、中脘。针刺方法:每次选择3个穴位,针刺采用平补平泻法,得气为度,留针30分钟,1次/天;若病势进展,脏器功能损伤严重,针刺旨在辅助脏器功能恢复,选穴侧重补气扶正、调补脾肾。推荐穴位:大椎、肺俞、脾俞、太溪、列缺、太冲。针刺方法每次选择3~5个穴位,背俞穴与肢体穴位相结合,针刺平补平泻,留针30分钟,1次/天。③恢复期:针刺可以配合艾灸,清除余毒,提升正气。推荐穴位:足三里(艾灸)、百会、太溪。针刺方法:选以上穴位,针刺平补平泻,留针30分钟,1次/天^[51]。

分证配穴方面:①初期或进展期:寒湿证配风池、神阙(灸法);湿热证配尺泽、曲池、丰隆;湿毒证配大椎、曲池;困重乏力配中脘、丰隆;咳嗽配孔最、膻中;咽痛配少商(放血);胸闷痞满配中脘、内关;大便不畅配天枢、支沟;便溏配中脘、神阙、关元。配穴按虚补实泻法操作。②恢复期:气阴两虚证配复溜、内关、太溪、膏肓;乏力、怕冷、舌淡者配膈俞、肾俞、大肠俞;食欲差、大便稀溏、舌淡者配中脘、天枢;咳嗽、咳痰、舌淡者配肺俞、太渊、大椎、膏肓;心悸,汗多,舌干少津者配复溜、内关、太溪。配穴按虚补实泻法操作^[48]。

2) 艾灸疗法

艾灸作为中医传统外治法,借助艾绒燃烧产生的温热刺激及药理作用,发挥温经通络、调节免疫等功效,常用于病毒性肺炎患者恢复期的治疗^[52]。一般选取肺俞、足三里、中脘、关元等穴位。①艾柱灸:可分为直接灸和间接灸。直接灸将艾柱直接放置于穴位皮肤上施灸,

刺激性较强，临床一般较为少用；间接灸利用其他物品将艾炷与皮肤隔开施灸，患者易于接受，且可发挥艾柱与所隔物品的协同作用，常见的有隔姜灸、隔蒜灸、隔盐灸、隔附子灸等。②艾条灸和温灸器灸：以艾条悬灸或温灸器于穴位皮肤上施灸，对皮肤的刺激温和，操作便捷。

6.2.2 穴位贴敷疗法

穴位贴敷是中医外治法的重要手段，通过选用特定药物如白芥子、延胡索、细辛、白芷等，对相应穴位进行贴敷，发挥腧穴特殊治疗作用，从而调补气血阴阳，调节脏腑功能^[53]。穴位选取上，天突、大椎、肺俞、列缺、鱼际、足三里等为治疗心肺的常用腧穴^[54]。贴敷时，注意观察患者皮肤状态，如有红肿、瘙痒等不适，需要立即停止贴敷。

6.2.3 耳穴压豆疗法

耳穴压豆属于中医非药物特色疗法，借助刺激耳部与肺部疾病相关的特定穴位，发挥宣肺平喘、祛痰止咳、益肺健脾、调和气血、疏通经络的作用，还可缓解呼吸系统疾病引发的焦虑、抑郁，甚至谵妄等不良情绪^[55]。改善患者呼吸系统及腹胀症状，常选取耳部肺穴、神门穴、气管穴，依据培土生金原则增加脾穴、胃穴等^[56]；改善患者失眠及焦虑情绪，常选耳部神门穴、皮质下穴、交感穴、肺穴、心穴、神经衰弱区、平喘穴等^[57-58]。操作时，将王不留行籽对准所选穴位贴紧并按压，每日按压10~12次，每次3分钟，按压力度以产生酸、胀、麻、得气感为准。

6.2.4 中医传统功法疗法

传统功法康复以中医整体观念和气血理论为指导，通过呼吸与肢体动作的协同，调节脏腑功能、促进气血运行，助力病毒性肺炎患者康复。目前用作康复训练的传统功法主要为六字诀、太极拳、八段锦、五禽戏等，皆满足了呼吸训练和运动训练的要求^[49]。六字诀：通过“嘘、呵、呼、呬、吹、嘻”六字的特定发音口型与呼吸配合，分别调畅肝、心、脾、肺、肾及三焦气机。其中“呼”字诀可调节脾胃运化，依“培土生金”之理，能补益肺气^[59-60]。太极拳运动能够改善肺功能和血氧饱和度，提高运动耐力。八段锦锻炼能多方面改善肺功能，包括肺部通气功能，控制哮喘水平、运动能力，还可以提高生存质量状况。传统功法作为病毒性肺炎康复期的治疗手段，具有普及性高、成本低、便利性强的特点^[49]。

7 预防与调护

7.1 预防

- 1) 增强防范意识^[61]，减少人员聚集，避免交叉感染。
- 2) 规范佩戴口罩，保持手部清洁；接触公共区域表面后，勿以未清洁的手触碰眼、鼻、口部位^[62]。
- 3) 提前接种疫苗预防感染^[63]。
- 4) 生活调摄顺应气候变化，避风寒，及时增减衣物^[64]。
- 5) 行艾灸、针刺法进行预防，以达到扶正祛邪之效^[65]。

6) 可选用中药茶饮辅助预防, 如益气固表类茶饮(黄芪12g、金银花15g、藿香10g、防风10g); 亦可根据体质辩证择用, 如平和体质可选用芦苇根30g、白茅根30g、生甘草10g、桔梗10g、黄芪10g煎煮或泡水代茶饮, 不拘时, 少量频饮; 体质偏热者可选用桑白皮10g、地骨皮10g、芦根15g、佩兰10g、金银花10g、桔梗10g、生甘草6g煮沸代茶频饮; 体质偏弱者可选用生黄芪15g、炒白术10g、防风10g、陈皮10g、金银花10g、玄参10g、桔梗10g、生甘草6g煮沸代茶频饮; 湿气偏盛者可选用藿香3g、陈皮3g、桑叶3g、芦根2g、桔梗3g、甘草2g加水煮沸后代茶饮等^[68], 日常代饮此类茶饮以增强机体防护能力。

7.2 调护

- 1) 居家活动, 注意通风及卫生, 保持室内阳光充足, 温度湿度适宜^[64]。
- 2) 勿受风着凉, 汗出过多要及时擦拭, 及时补充饮水^[66]。
- 3) 饮食上应清淡且富有营养, 切忌暴饮暴食, 忌过度滋补, 忌辛辣厚腻。
- 4) 适当运动, 作息规律, 修身养性, 舒畅情志^[67]。
- 5) 可通过八段锦、气功、导引等方法强身健体, 病后防复^[66]。

附录 A

(资料性)

证据质量评级方法说明

本专家共识中所有纳入的证据，均采用GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation，即推荐意见的评估、制定与评价) 方法进行证据体及单个研究的质量评级，具体评级标准、流程及判定依据如下，以确保证据质量评价的规范性、统一性与可追溯性。

A. 1 GRADE评级核心维度及降级/升级依据

A. 1. 1 核心评级维度

证据质量评级以“研究偏倚风险、不一致性、间接性、不精确性、发表偏倚”五大核心维度为判定基础，同时结合证据特征考量升级情形，最终确定证据质量等级。

A. 1. 2 降级依据

满足以下任一情形即对应相应降级幅度，多项情形叠加可累计降级，最高降至极低质量：

- ①偏倚风险高：研究设计存在明显缺陷（如随机对照试验未实施分配隐藏、盲法缺失；观察性研究未控制关键混杂因素），研究结果可靠性受显著影响；
- ②不一致性明显：纳入的多项研究间效应量异质性显著 ($I^2 > 50\%$ 且经敏感性分析后异质性未消除)，结果稳定性差；
- ③间接性较强：研究对象、干预措施、结局指标与本共识关注的核心问题匹配度低（如研究对象为成人，而共识聚焦特殊人群；干预剂量、疗程与临床常规应用差异较大）；
- ④不精确性突出：效应量95%置信区间过宽，包含无效值，或样本量过小（未达到预设样本量估算标准），无法明确判断效应方向及强度；
- ⑤发表偏倚风险高：通过漏斗图分析、Egger检验提示存在发表偏倚，或纳入研究多为阳性结果，缺少阴性结果研究，可能影响证据客观性。

A. 1. 3 升级依据

满足以下任一情形可对应升级，多项情形叠加可累计升级，最高升至高质量：

- ①效应量显著：研究呈现极强的干预效应或关联强度（如相对危险度 $RR < 0.2$ 或 $RR > 5.0$ ），且无明显偏倚风险；
- ②剂量-反应关系明确：干预措施的剂量与结局效应呈现清晰的正相关或负相关关系，进一步佐证因果关联；
- ③残余混杂因素影响小：排除潜在混杂因素后，研究效应仍稳定存在，或混杂因素对结果的影响方向与实际效应一致，可增强证据可信度。

A. 2 证据质量等级划分标准

结合上述核心维度评估结果，将证据质量划分为4个等级，具体界定如下：

表1 grade证据质量分级表

质量级别	当前定义	研究类型	表达符号
高 (A)	非常确信真实的效应接进效应估计值	RCT、质量升高二级的观察性研究	⊕⊕⊕⊕/A
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 者大小不同的可能性	质量降低一级的 RCT、质量升高二级的 观察性研究	⊕⊕⊕o/B
低 (C)	对效应估计值的确信程度有限， 真实值 可能与估计值大小不同	质量降低二级的 RCT 研究、观察性研究	⊕⊕oo/C
极低 (D)	对效应估计值几乎没有信心，真 实值很 可能与估计值大小不同	质量降低三级的 RCT 研究、质量降低一 级的观察性文献，个 案报道	⊕ooo/D

附录 B
(资料性)
专家共识推荐强度方法说明

B. 1 GRADE 网格计票法

GRADE网格是以推荐评估、制定与评价（GRADE）系统为核心基础，将证据质量、干预措施的利弊或专家同意程度等核心评估维度设计成网格状判定工具。它通常设置多档核心选项（常见5项），搭配明确的票数占比判定规则，来量化汇总群体意见。本专家共识采用GRADE网格计票法确定推荐强度，计票规则如下：除了“无明显推荐”格以外的任何1格票数超过50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度；若“无明显推荐”格某一侧两格总票数超过70%，则达成共识，可确定推荐方向，推荐强度力“弱”。

表2 GRADE网格计票法

干预措施的利弊平衡	明显利大于弊	可能利大于弊	利弊相当或不确定	可能弊大于利	明显弊大于利
推荐意见	强：“一定做”	弱：“可能做”	无明确推荐意见	弱：“可能不做”	强：“一定不做”

B. 2 多数计票法

对于无临床证据的条目采用多数计票法，它是GRADE网格计票法的补充方式，专门用于临床证据不足或缺失的医学场景，目的是将专家的临床经验和专业判断转化为规范化的共识建议，以此解决无循证依据条目难以形成推荐意见的问题。计票规则如下：若“中立”栏以外任意一栏的票数超过50%，则视为达成共识。

表3 多数计票法

推荐意见	不建议	中立	建议

附录 C
(资料性)

病毒性肺炎（风温肺热病）逆传心包相关证型补充

本附录依据温病经典理论“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”，结合病毒性肺炎重症临床特征补充拟定。因该类证候多见于病毒性肺炎重症阶段，中医临床早期介入率偏低，为完善本病辨证体系、指导重症中西医协同救治，特附此内容，供临床参考应用。

风热疫毒之邪侵袭人体，初期多以邪犯肺卫为主。若患者正气素虚、邪毒炽盛或失治误治，温毒可深陷营血，内闭心包，形成危重证候。从三焦辨证而言，心肺同属上焦，位置相邻，热邪易于上下传变；从卫气营血辨证分析，病始于手太阴肺经气分，若气分热邪不解，可越经逆传，内陷营血，侵犯手厥阴心包络，导致营血耗伤^[69-70]。这一传变过程是风温肺热病发展为重症的关键机制，临床以神志异常与心肺证候并见为核心表现，治疗必须把握“急则治标、标本兼顾”的原则，进行精准辨治。

此类证型有邪闭心包证：临床表现为壮热不已，呼吸急促，神志不清或昏迷，舌苔黄腻，脉弦滑。急用安宫牛黄丸解毒救逆、辛凉开窍，配合针刺水沟、十二井、劳宫、丰隆、太冲等穴位。若兼气粗痰盛、舌苔黄垢、脉滑数者，可加用至宝丹芳香开窍、辟秽化浊；疫毒扰神证：临床表现为高热，口渴引饮，唇焦齿燥，尿赤便闭，烦躁谵语，热甚惊厥，舌红绛，苔干黄，脉数。当用紫雪丹清热泄毒、开窍宁心，可配合十二井穴毫针泻法或点刺出血；心阳虚脱证：临床表现为神情淡漠，面色苍白，气短而促，手撒肢冷，血压下降，大汗淋漓，尿少或无尿，舌质淡暗，苔白而干，脉微或沉细。当用回阳救急汤以回阳救逆。可配合参附注射液、生脉注射液、血必净注射液扶正固脱^[69-70]。

辨证注意事项：

1. 本类证候均属病毒性肺炎重症范畴，多伴随呼吸衰竭、心力衰竭等急危重症表现，中医介入需在西医规范抢救治疗基础上进行，全程遵循中西医协同救治原则，以提升救治效果。
2. 病毒性肺炎重症阶段证候演变迅速，临床需密切观察神志、体温、呼吸、汗出、四肢温凉、舌脉等变化，及时调整治则与方药。如闭证突出，加重开窍；脱证危急，亟予固脱。
3. 给药途径灵活：重症患者常无法口服，应充分利用静脉给药（中成药注射剂）、鼻饲或保留灌肠（中药汤剂）等多途径给药。
4. 因本病重症阶段中医早期介入较少，临床需结合患者体质、病程、治疗经过综合辨证，避免单一证候判定，兼顾邪实与正虚的病机特点。
5. 重视后期调治：若患者后期神清、脱回，证型转变，应按照共识正文中恢复期及调护进行调理，促进康复。

参 考 文 献

- [1] 邹敏, 张云, 翟阳, 等. 中医药治疗病毒性肺炎的研究进展[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(21): 3630-3632.
- [2] Shang L, Xu J, Cao B. Viral pneumonia in China: from surveillance to response[J]. The Lancet Public Health, 2020, 5(12): e633-e634.
- [3] Dandachi D, Rodriguez-Barradas M C. Viral pneumonia: etiologies and treatment[J]. Journal of Investigative Medicine, 2018, 66(6): 957-965.
- [4] 张金玲, 刘梦姣, 姜琼, 等. 中药治疗病毒性肺炎的研究进展[J]. 湖北科技学院学报(医学版), 2022, 36(01): 89-92.
- [5] 王进燕. 中西医结合治疗病毒性肺炎的疗效探讨[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(28): 173+175.
- [6] 白梅, 张莹, 李树宝. 3种中药注射液联合西医抗病毒药物对病毒性肺炎患者炎症因子影响网状 Meta 分析[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2024, 48(02): 130-136.
- [7] Xi S, Li Y, Yue L, et al. Role of traditional Chinese medicine in the management of viral pneumonia[J]. Frontiers in pharmacology, 2020, 11: 582322.
- [8] Zhang H, Ge C, Fisher D, et al. Antiviral treatment for viral pneumonia: current drugs and natural compounds[J]. Virology Journal, 2025, 22(1): 62.
- [9] Bai Y, Liu T, Zhang S, et al. Traditional Chinese Medicine for Viral Pneumonia Therapy: Pharmacological Basis and Mechanistic Insights[J]. International Journal of Biological Sciences, 2025, 21(3): 989.
- [10] 中国医师协会急诊医师分会, 中国急诊专科医联体, 北京急诊医学学会. 急诊成人社区获得性肺炎临床实践指南(2024年版). 中华急诊医学杂志. 2025, 34(03): 300-317.
- [11] Cavallazzi R, Ramirez J A. Influenza and viral pneumonia[J]. Clinics in chest medicine, 2018, 39(4): 703-721.
- [12] 袁斌, 白晓红, 陈华, 等. 小儿病毒性肺炎中医临床诊疗指南(修订)[J]. 南京中医药大学学报, 2023, 39(03): 293-300.
- [13] Zhou F, Wang Y, Liu Y, et al. Disease severity and clinical outcomes of community-acquired pneumonia caused by non-influenza respiratory viruses in adults: a multicentre prospective registry study from the CAP-China Network[J]. European Respiratory Journal, 2019, 54(2).
- [14] Liu Y N, Zhang Y F, Xu Q, et al. Infection and co-infection patterns of community-acquired pneumonia in patients of different ages in China from 2009 to 2020: a national surveillance study[J]. The Lancet Microbe, 2023, 4(5): e330-e339.
- [15] 张益豪, 彭鑫, 栾哲宇, 等. 宣肺败毒方治疗病毒性肺炎的中医理论及药理机制探讨[J/OL]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(19): 214-224.

- [16] 赵晨希, 卢红蓉. 从伏邪理论探讨新型冠状病毒肺炎的发病特点[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(1): 25-31.
- [17] 周梦琪, 蔡阳平, 姜良铎. 基于新型冠状病毒肺炎探讨温病气分危重症[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(8): 764-769.
- [18] 支勇, 马雷雷, 林燕, 等. 新型冠状病毒肺炎中医病因及辨证研究进展[J/OL]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(2): 213-216.
- [19] 张培旭, 贾波. 清肺排毒汤治疗新冠肺炎的“清肺”与“排毒”意义探讨[J/OL]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(6): 206-212.
- [20] 王源, 黄东晖, 王慧贤, 等. 中西医结合治疗 80 例新型冠状病毒肺炎重型及危重型患者疗效观察[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(6): 555-562.
- [21] 中华中医药学会内科分会, 李建生, 冯贞贞, 等. 新型冠状病毒肺炎中医证候诊断标准(试行)[J/OL]. 中医杂志, 2021, 62(1): 86-90.
- [22] 徐俊, 戚璐, 程良斌. 从《理虚元鉴》虚劳理论试谈新冠肺炎患者恢复期的防治策略[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(11): 4292-4297.
- [23] 孙玉洁, 曾兰, 刘林, 等. 基于新型冠状病毒肺炎的因、机、证探讨湿毒疫的发生发展规律[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(12): 7007-7010.
- [24] 林举择, 兰小和, 余榕键, 等. 基于卫气营血-脏腑联合辨证体系治疗广东地区新冠肺炎的认识[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(2): 516-521.
- [25] 郭志华, 唐斌, 蒋朝阳, 等. 基于温病理论辨治新型冠状病毒肺炎[J/OL]. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(6): 120-123.
- [26] 卢幼然, 刘清泉, 焦以庆, 等. 冠状病毒属、流感病毒属两类大流行性呼吸道传染病的中医证治辨析[J/OL]. 北京中医药, 2021, 40(1): 7-11.
- [27] 周澧, 秦川. 2019 新型冠状病毒肺炎凝血异常机制与中医血瘀证候[J]. 中国比较医学杂志, 2022, 32(1): 89-96.
- [28] 田霞, 王岩, 于红, 等. 2020 年沈阳地区两次新型冠状病毒肺炎疫情的中医临床特点比较[J/OL]. 中医杂志, 2021, 62(17): 1522-1525.
- [29] 马家驹, 王玉光, 赵进喜, 等. 新冠病毒感染, 乃疫毒之邪所伤; 针对病因病机, 当分期辨证选方[J]. 环球中医药, 2023, 16(4): 685-692.
- [30] 李泽宇, 郝二伟, 曹瑞, 等. 基于中医寒疫理论的中药防治疫病用药规律与作用机制分析[J/OL]. 中国中药杂志, 2022, 47(17): 4765-4777.
- [31] 刘丽婷, 李杰, 彭桂英, 等. 基于中医理论探索传染性非典型性肺炎、甲型 h1n1 流感和新型冠状病毒肺炎证治异同[J/OL]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(1): 208-212.
- [32] 孙宪泓, 史锁芳, 王博寒, 等. 中医药综合康复方案治疗新型冠状病毒肺炎恢复期不同证型患者的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(7): 4181-4185.
- [33] 王月, 陈立, 郑玲, 等. 清肺排毒汤联合常规治疗对新冠肺炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2021, 43(3): 656-659.
- [34] 陆炜青, 钱刘兰, 翟洪军, 等. 基于潜在类别分析的新型冠状病毒肺炎患者中医证候分类研究[J/OL]. 中医杂志, 2021, 62(4): 296-302.

- [35] 翟洪军, 陈启光, 申春悌, 等. 基于潜在类别分析对不同年龄组患者新冠肺炎病因机证候研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(3): 866-873.
- [36] 张文, 方邦江, 孙鼎, 等. 上海 332 例轻型新型冠状病毒奥密克戎变异株感染患者中医证候特征分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(6): 664-667.
- [37] 廖慧丽, 董洪珍. 中医治疗成人病毒性肺炎[J]. 中医学报, 2013, 28(07): 941-942.
- [38] 刘安平, 王伟, 廖军委, 等. 加味桑菊饮治疗风热犯肺证新型冠状病毒肺炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(22): 2395-2399.
- [39] 段璨, 夏文广, 郑婵娟, 等. 金花清感颗粒联合西医常规治疗方案治疗轻型新型冠状病毒肺炎的临床观察[J]. 中医杂志, 2020, 61(17): 1473-1477.
- [40] 车晓青, 李玲, 崔耀天, 等. 防风通圣颗粒治疗病毒性肺炎的多中心随机对照研究[J]. 中国处方药, 2023, 21(02): 14-17.
- [41] 张卓, 余奕言, 左小波, 等. 麻杏石甘汤合小陷胸汤加减对病毒性肺炎合并心肌损伤患者心功能、心肌损伤指标及炎症因子的影响[J]. 中国中医急症, 2023, 32(11): 2012-2016.
- [42] 赵梁, 刘中友. 麻杏甘石合剂治疗病毒性肺炎的疗效及对中医证候评分、免疫功能的影响[J]. 海南医学, 2024, 35(20): 2906-2910.
- [43] 王源, 黄东晖, 王慧贤, 等. 中西医结合治疗 80 例新型冠状病毒肺炎重型及危重型患者疗效观察[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(06): 555-562.
- [44] 康慧君. 中医辨证治疗病毒性肺炎 42 例疗效观察[J]. 河北中医, 2013, 35(03): 348-349.
- [45] 戴广川, 张向荣, 高卫卫, 等. 银翘散联合三仁汤加减治疗新型冠状病毒肺炎普通型湿毒郁肺证 20 例[J]. 安徽中医药大学学报, 2020, 39(05): 1-4.
- [46] 田有忠, 王东雁, 刘守亮, 等. 清瘟败毒饮与痰热清注射液治疗甲型 H1N1 流感病毒性肺炎[J]. 中国临床研究, 2019, 32(02): 260-263.
- [47] 何青, 张齐娟. 生脉散治疗新型冠状病毒肺炎恢复期气阴两虚证临床疗效分析[J]. 中医药学报, 2021, 49(03): 84-86.
- [48] 周彦吉, 刘长信, 张佳佳, 等. 基于针灸防治疫病及新型冠状病毒肺炎的分析[J]. 西部中医药, 2022, 35(08): 6-10.
- [49] 陳樂謙 (CHAN LOK HIM). 针刺结合八段锦干预对长新冠患者肺功能异常的疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2024.
- [50] 王进忠, 刘云涛, 郑丹文, 等. 《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第九版)》针灸治疗思路解读[J]. 广东医学, 2023, 44(07): 822-825.
- [51] 尹鑫, 蔡书宾, 陈鹿鸣, 等. 针药结合治疗重型新冠肺炎 17 例[J]. 中国针灸, 2021, 41(05): 498-500.
- [52] 陶丹, 苏伟英, 罗凌林, 等. 艾灸治疗新冠肺炎恢复期肺脾气虚证患者的临床研究[J]. 当代医学, 2021, 27(24): 19-21.
- [53] 韦炎彬. 清肺排毒汤联合耳穴贴压、穴位贴敷治疗轻症新型冠状病毒肺炎[J]. 河南中医, 2021, 41(04): 491-494.
- [54] 范明娜, 常立阳, 梁璐, 等. 温阳祛湿中药贴改善病毒性肺炎合并心力衰竭患者心功

能回顾性研究[J].浙江中医杂志,2024,59(08):681-682.

[55] 邓乾素,王艳红,瞿荣兰,等.耳穴压豆法防治病毒性肺炎机械通气患者谵妄的疗效观察[J].中国中医急症,2025,34(03):485-487.

[56] 关丽,刘娜,马娜,等.耳穴贴压联合穴位按压对重症新型冠状病毒肺炎患者临床症状的改善作用[J].北京中医药,2020,39(11):1166-1168.

[57] 冯博,金世宏,吴进兵,等.耳穴压豆对新型冠状病毒肺炎疫情期间普通社区获得性肺炎患者焦虑情绪影响的临床研究[J].上海中医药杂志,2020,54(09):16-19.

[58] 李静,景静,谢晓磊,等.耳穴压豆对新冠肺炎患者失眠的疗效观察[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(06):2086-2091.

[59] 王巧琳,孙龙飞,赵明芬,等.中医综合康复治疗体系在新型冠状病毒性肺炎恢复期治疗中的应用价值[J].四川中医,2023,41(06):110-114.

[60] 林晓婷,邓丽金,黄惠榕,等.“呼”字诀训练对新型冠状病毒性肺炎消化功能的影响[J].福建中医药,2021,52(03):54-56.

[61] 袁斌,白晓红,陈华,等.小儿病毒性肺炎中医临床诊疗指南(修订)[J].南京中医药大学学报,2023,39(03):293-300.

[62] Lotfi M, Hamblin M R, Rezaei N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities[J]. Clinica chimica acta, 2020, 508: 254-266.

[63] Ruuskanen O, Lahti E, Jennings L C, et al. Viral pneumonia[J]. The Lancet, 2011, 377(9773): 1264-1275.

[64] 广东省新型冠状病毒肺炎中西医结合防治专家共识(试行第一版)[J].世界中医药,2020,15(05):805-812.

[65] 王一战,李彬,王麟鹏,荆晓红,黄毅,胡慧,刘志顺,付渊博,刘清泉.针刺辅助治疗32例新型冠状病毒肺炎疗效观察[J].中国针灸,2022(06):634-638.

[66] 林丽丽,冯璐,黄克,等.儿童病毒性肺炎分期防治的中医药研究进展及策略探析[J].南京中医药大学学报,2021,37(06):949-957.

[67] 黄小靖,宋银枝,尹建平,等.基于《伤寒瘟疫条辨》探讨新型冠状病毒性肺炎瘥后复病的防治思考[J].四川中医,2020,38(05):1-3.

[68] 张涵灵,吕文亮.浅析中药代茶饮在新型冠状病毒肺炎预防中的用药规律[J].湖北中医药大学学报,2020,22(05):45-49.

[69] 孙怿泽,王哲义,侯季秋,等.从“逆传心包”角度认识新型冠状病毒肺炎相关心脏并发症[J].世界中医药,2020,15(04):529-532.

[70] 陈金锋,雷忠义,刘超峰,等.从“温邪上受,首先犯肺,逆传心包”探讨新冠肺炎损及于心的临床意义[J].现代中医药,2021,41(01):49-51+59.