

前 言

本指南按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本指南由中华中医药学会提出并归口。

本指南主要起草单位：内蒙古自治区中医医院、北京中医药大学东方医院、中国中医科学院西苑医院、上海中医药大学附属龙华医院、湖南中医药大学第一附属医院、长春中医药大学附属医院、江苏省中医医院、北京市中医院、贵阳中医学院第二附属医院、宁夏石嘴山市中医医院。

本标准主要起草人：黄燕，王琦，苗青，方邦江，范伏元，王檀，史锁芳，周继朴，周洵，杨冬玲，苏和，杨广源，赵丽萍，南钟浩，尹红斌，吉俊嵘，佐西洋，舒亮，张明铎，李琦，卢艳，杨爽，马志娟，苏娅，陈磊。

引 言

本指南为国家中医药管理局立项的“2014年中医药部门公共卫生服务补助基金中医药标准制修订项目”之一，项目负责部门中华中医药学会，在中医临床指南制修订专家总指导组和呼吸科专家指导组的指导、监督下实施。修订过程与任何单位、个人无利益关系。

本指南主要针对喘证（慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭）提供以中医药为主要内容的诊断、辨证和治疗建议，供中医科、呼吸科、急诊科和社区等临床医生参考使用。主要目的是推荐有循证医学证据的中医诊断与治疗方法，指导临床医生、护理人员规范使用中医药进行实践活动，同时加强对喘证（慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭）疾病的健康管理。

慢性阻塞性肺疾病目前居全球死亡原因的第4位，预计2020年将成为全球致死原因第3位和经济负担第5位，其发病情况已在全球引起重视。慢性阻塞性肺疾病晚期常出现肺动脉高压、右心室肥厚扩大，合并右心衰竭；右心衰竭是慢阻肺的主要并发症，也是最终死亡的主要原因之一。由于该类患者人数多，死亡率高，社会经济负担重，已成为一个重要的公共卫生问题。

目前，中医对于慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭尚未形成明确的诊疗指南以指导临床。治疗慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭，多以慢性阻塞性肺疾病的中医证型及中医诊断为指导。本次指南制定旨在对中医喘证（慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭）的诊断及治疗做一次整理，明确本病的诊断及治疗规范。

本指南由中华中医药学会组织，在中医临床制定修订专家总指导组和中医内科专家指导组的指导、监督下实施，采取计算机和手工相结合的方式、通过循证医学方法获得相关证据，筛选出符合纳入标准的文献共350余篇。所有证据使用结构性摘要表，并按照本指南选用的分级体系进行评价。由全国各地从事呼吸和相关专业的中医和中西医结合专家，经过2轮问卷调查、专家咨询、专家论证等规范程序而制订，最终形成指南意见。但受现有研究设计、统计学方法等因素影响，本指南今后尚需结合新的研究证据不断修正和完善。

本指南是根据中医对喘证（慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭）的中医药临床研究成果并结合专家经验制定，提供以中医药为主要内容的诊断及治疗建议。

中医内科临床诊疗指南 喘证（慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭）

1 范围

本指南主要针对喘证（慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭）提供以中医药为主要内容的诊断、辨证和治疗建议。

本指南所建议的治疗药物和方法适用于 18 岁以上的成年人。儿童、妊娠及产褥期妇女、有严重器官功能不全的患者在应用本指南治疗时需要进一步审慎评估。

本指南适用于中医科、呼吸科、急诊科和社区等临床医生参考使用。

本指南主要推荐的中药、中成药或其他中医传统疗法并不能完全替代现代医学治疗方法。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

2.1

喘证 Gasp syndrome

是以呼吸困难、动则加重，甚至张口抬肩、鼻翼煽动、不能平卧为主要表现的一种肺系病证。严重者可发生喘脱。系由内伤、外感等多种原因导致肺失宣降，肺气上逆，或肺肾出纳失常所致^[1]。

2.2

慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭 Chronic obstructive pulmonary disease and right heart failure

慢性阻塞性肺疾病是一种以持续气流受限为特征的疾病，其气流受限多呈进行性发展，与气道和肺组织对烟草烟雾等有害气体或有害颗粒的慢性炎症反应增强有关。本病主要累及肺脏，但也可引起全身（或称肺外）的不良效应^[2-3]。

右心衰竭是指由肺组织、肺血管或胸廓的慢性病变引起肺组织结构和（或）功能异常，肺血管阻力增加，肺动脉压力增高，右心室扩张或（和）肥厚，伴有右心室收缩和（或）舒张功能障碍，不足以提供机体所需要的心输出量时所出现的临床综合征^[4]。

3 临床诊断

3.1 病史及危险因素

发病人多中年以上患者，常有吸烟史。多有慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、间质性肺疾病、肺尘埃沉着病、慢性咳嗽、肺结核、支气管扩张及其他呼吸系统疾病病史。发病与季节交替、气温变化有关，以秋冬寒冷季节多发。劳累、情绪激动、精神紧张、饱餐、感染性疾病等都可能是慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭的诱因。

3.2 中医诊断

3.2.1 中医病名诊断

喘证是指呼吸困难、动则加重，甚至张口抬肩、鼻翼煽动、不能平卧，伴见颜面部和（或）下肢水肿为主要表现，由内伤、外感等多种原因导致肺失宣降，肺气上逆，或肺肾出纳失常所致。

3.2.2 证候诊断^[1,5-7]

3.2.2.1 急性发作期

3.2.2.1.1 外寒内饮证

喘息气急，咳嗽，痰多、色白质稀薄或泡沫，或喉中痰鸣，胸闷甚至气逆不能平卧，或颜面、下肢水肿，恶寒无汗，或发热，或肢体酸痛、鼻塞、流清涕。舌淡苔白、滑，脉或浮或弦。

3.2.2.1.2 痰浊壅肺证

喘息气短、不能平卧，心胸憋闷，咳嗽、痰多、痰粘、色灰白，咯唾痰涎，或胃脘痞满，或胸肋膨满，或颜面、下肢水肿，纳呆食少。舌质淡，舌苔白、腻，脉弦滑。

3.2.2.1.3 痰热阻肺证

喘促气急，胸膈满闷，张口抬肩，不能平卧，咳嗽，痰黄、白、黏，咯痰不爽或痰中带血，或发热，或大便秘结、口干欲饮，或伴颜面、下肢水肿。舌质红，舌苔黄、腻或厚，脉滑数。

3.2.2.1.4 水饮凌心证

喘促气急、痰涎上涌、不能平卧，心悸，或烦躁不安，尿少肢肿，形寒肢冷，或颜面灰白，口唇青紫。舌体胖、边有齿痕，舌苔白，脉沉滑数。

3.2.2.2 稳定期

3.2.2.2.1 气阴两虚证

喘促短气、气怯声低，咳声低弱、咳痰稀薄，自汗畏风，或呛咳少痰，烦热口干，咽喉不利，或下肢水肿，舌淡红或舌红苔剥脱，脉细数。

3.2.2.2.2 肺脾肾虚证

喘息气短、动则加重，气怯声低，神疲乏力，畏寒，咳声低弱、咳痰稀薄或呛咳少痰，纳呆，便溏或秘，小便频数、夜尿多，或颜面、下肢水肿，或咳而遗溺，舌淡、舌体胖大或有齿痕，舌苔白，脉沉细或缓。

3.2.2.3 兼证

3.2.2.3.1 瘀证

颜面、口唇、爪甲紫暗，或胸痛，或口渴不欲饮。舌质紫暗或有瘀斑，脉细、涩或结代。

3.2.2.3.2 蒙闭神窍证

神志异常，表情淡漠，意识不清或昏睡不已、呼之有时能醒；或谵妄烦躁，昏不识人，或肢体瘈疢甚则抽搐不宁。

注1：中医诊断标准参考《喘病诊疗指南》^[1] 来制订。

3.3 西医诊断

3.3.1 临床表现

呼吸困难：最重要的症状，患者常描述为气短、气喘和呼吸费力等。早期仅在劳力时出现，之后逐渐加重，以致日常活动甚至休息时也感到气短。晚期由于右心功能障碍，右心排血量减少，导致氧合减少，血氧饱和度下降，运动耐量降低，并可导致左心排血量减少。

喘息和胸闷：胸部紧闷感及喘息常于劳力后发生，与呼吸费力和肋间肌收缩有关。

心悸：右心衰竭患者，由于交感神经系统过度兴奋、缺氧、心肌重构等，导致自主心脏节律紊乱，表现为心率加快和各种心律失常。

水肿：先有皮下组织水分积聚，体重增加，到一定程度后才出现凹陷性水肿，常为对称性。水肿最早出现在身体最低垂部位如双下肢及面部眼睑，病情严重者可发展到全身。

慢性咳嗽：早晚或整日均有咳嗽，但夜间咳嗽并不显著，少数病例咳嗽不伴有咳痰，也有少数病例虽有明显气流受限但无咳嗽症状。

咳痰：咳嗽后通常咳少量黏液性痰，部分患者在清晨较多，合并感染时痰量增多，常有脓性痰。

消化道症状：因胃肠道和肝脏瘀血可引起上腹饱胀、食欲不振、恶心、呕吐及便秘等症状。长期肝瘀血可以引起黄疸、心源性肝硬化的相应表现。

其他症状：体重下降、食欲减退、外周肌肉萎缩和功能障碍、精神抑郁和（或）焦虑等，长时间的剧烈咳嗽可导致咳嗽性晕厥，合并感染时可有发热、咯血痰等。

3.3.2 体征

视诊及触诊：胸廓形态异常，如前后径增大、剑突下胸骨下角（腹上角）增宽；呼吸变浅、频率增快、辅助呼吸肌（如斜角肌和胸锁乳突肌）参加呼吸运动，重症患者可见胸腹矛盾运动，患者不时用缩唇呼吸以增加呼出气量，呼吸困难加重时常采取前倾坐位；低氧血症患者可出现黏膜和皮肤发绀；颈静脉充盈、怒张、搏动，甚或肝颈静脉反流征阳性；心前区抬举性搏动；腹部膨凸，肝脏大，有压痛；水肿：先有皮下组织水分积聚，体重增加，到一定程度后才出现凹陷性水肿，常为对称性。晚期患者可有明显的营养不良、消瘦甚至恶病质。

叩诊：肺叩诊可呈过清音，过度充气可使心浊音界缩小；肺肝界降低，肝浊音界下移，或肝

区叩击痛；或有腹部移动性浊音。

听诊：双肺呼吸音可减低，呼气延长，平静呼吸时可闻及干啰音，双肺底或其他肺野可闻及湿啰音；心音遥远，剑突部心音较清晰响亮，心率增快，胸骨左缘第3、4肋间舒张早期奔马律，肺动脉瓣区第二心音亢进、右心室区闻及第三心音、三尖瓣区收缩期反流性杂音，吸气时增强。

3.3.3 心功能分级

NYHA 心功能分级

I	体力活动不受限制。日常体力活动不引起 HF 的症状。
II	体力活动轻度受限。静息时舒适，但日常体力活动引起 HF 的症状。
III	体力活动显著受限。静息时舒适，但低于日常活动可引起 HF 的症状。
IV	进行任何体力活动都出现 HF 症状，或静息时有 HF 症状。

3.3.4 辅助检查

血清标志物：B 型利钠肽 (BNP) 和 N 末端 B 型利钠肽前体 (NT-proBNP) 水平升高与右心扩大和功能不全密切相关，并可用于肺动脉高压的危险分层。肌钙蛋白 (CTNT)：右心衰竭时患者室壁张力增高，氧耗增加，冠状动脉供血减少，导致右心缺血或者发生微梗死，继而引起肌钙蛋白水平升高。

彩色超声心动图：超声心动图可了解心脏的结构、功能，是否存在先天性心血管异常，估测肺动脉收缩压，是筛查右心衰竭病因和监测病情的重要手段。

心电图：心电图对右心衰竭诊断虽无特异性，但可提示右心房扩大、右心室肥厚，明确心律失常。

X 射线胸片及胸部 CT：a) X 射线胸片：可反映肺容积增大，心影增大，主要以右心房、右心室为主。并发肺动脉高压和肺源性心脏病时，除右心增大的 X 射线特征外，还可见肺动脉圆锥膨隆，肺门血管影扩大及右下肺动脉增宽，胸腔积液等。b) 胸部 CT 检查：CT 检查一般不作为常规检查。但是在鉴别诊断时，CT 检查有重要意义。

脉搏氧饱和度 (SpO₂) 监测：如果 SpO₂ < 92%，应该进行血气分析检查。

血气分析：呼吸衰竭的血气分析诊断标准为海平面呼吸空气时 PaO₂ < 60mmHg (1mmHg = 0.133kPa)，伴或不伴有 PaCO₂ > 50mmHg。仅有 PaO₂ < 60mmHg (1mmHg = 0.133kPa)，为 I 型呼吸衰竭；PaO₂ < 60mmHg (1mmHg = 0.133kPa)，伴有 PaCO₂ > 50mmHg，为 II 型呼吸衰竭。

肺功能检查：对慢性阻塞性肺疾病的诊断、严重程度评价、疾病进展、预后及治疗反应等均有重要意义。气流受限是以 FEV₁ 和 FEV₁/FVC 降低来确定的。FEV₁/FVC 是可检出轻度气流受限。FEV₁ 占预计值%是评价中、重度气流受限的良好指标。

六分钟步行距离试验 (6MWT)、心肺运动试验 (CPET)：是量化评价肺动脉高压、慢性心力衰竭患者运动能力、生活质量最重要的检查方法之一，反映患者心功能状态、预测肺动脉高压患者的预后。评价人体运动状态下的心肺功能。

心脏磁共振成像 (MRI) 及右心导管检查，心脏 MRI 是评价右心功能的最重要方法，

右心导管检查是确诊肺动脉高压的金标准，可较为准确地了解右心的功能和前后负荷状态。

其他实验室检查：患者合并感染时，血常规白细胞增高，中性粒细胞增多；低氧血症 (PaO₂ < 55mmHg) 时血红蛋白和红细胞、血细胞比容可以增高；CRP、PCT 可增高，动态监测 PCT 可为抗生素使用提供参考；痰涂片中可见大量中性白细胞、痰培养可检出各种病原菌。

注 2：西医诊断标准参考《慢性阻塞性肺疾病诊治指南 (2013 年修订版)》及《右心衰竭诊断和治疗中国专

家共识》来制订^[2-4]。

3.4 鉴别诊断

3.4.1 中医鉴别诊断^[1,8]

哮病

哮与喘都表现为呼吸困难。哮病指声响言，喉中有哮鸣音，是一种反复发作的疾病；喘病指气息言，呼吸气促困难，是多种急慢性疾病的一个症状。一般说来，哮必兼喘，喘未必兼哮。

肺痿

肺痿系肺气受损，津液耗伤，肺叶痿弱不用。以咳嗽、气短、咳吐浊唾涎沫为特征，晚期可表现为喘促、呼吸困难。喘病日久也可致肺叶痿弱不用而成肺痿。

水肿

水肿系因风邪袭表、疮毒内犯、外感水湿、饮食不节及禀赋不足、久病劳倦，形成本病的机理为肺失通调、脾失转输、肾失开阖、三焦气化不利，表现为以体内水液潴留、泛滥肌肤，以头面、眼睑、四肢、腹背，甚至全身浮肿为特征的一类病症。

3.4.2 西医鉴别诊断^[4, 9-10]

根据临床表现，询问病史，依靠慢性阻塞性肺疾病并右心衰竭的体征和其他相应检查可明确诊断本病。临床上经常同时出现左、右心系统的衰竭，其症状有时难以区分。右心衰竭的鉴别诊断主要是体循环瘀血征象的鉴别诊断。颈静脉怒张需除外由于腔静脉系统疾病(如上腔静脉综合征等)所致。肝脏肿大需与原发肝脏疾病或其他原因引起的肝脏肿大相鉴别。外周水肿的鉴别比较复杂，需要鉴别各种可能导致水肿的原因，如肝脏疾病，肾脏疾病，低蛋白血症，甲状腺功能减低，腔静脉或下肢静脉疾病，药物作用(如钙拮抗剂)等。浆膜腔积液(腹水、胸腔积液等)虽可能由右心衰竭所致，但需要鉴别可能引起这些征象的其他原因。在上述鉴别诊断中，存在引起右心衰竭的疾病和右心衰竭的直接客观证据是诊断的关键。

本病还应与动脉型肺动脉高压(特发性肺动脉高压、遗传性肺动脉高压、先天性心脏病、结缔组织病等)、左心疾病相关性肺动脉高压、肺疾病和/或缺氧导致的肺动脉高压(慢性肺栓塞等)、慢性血栓栓塞性肺动脉高压及机制不明和/或多因素所致肺动脉高压所导致的右心衰竭相鉴别。与右心室压力超负荷和/或容量超负荷(风湿性心脏病、冠心病)所导致的右心衰竭相鉴别。此外还有与右心室心肌自身病变相鉴别。

4 临床治疗与推荐建议

4.1 治疗原则

本病的病机为正衰邪盛，本虚标实，即以水饮、痰浊、血瘀之内盛为其标，肺、心、脾、肾之脏气功能之衰败为其本。治疗以解表散寒、健脾化痰、清热化痰、温阳利水、益气养阴、补肺益肾、活血化瘀、豁痰开窍为主要法则，治疗手段包括中药汤剂、中成药、针灸、穴位贴敷、拔罐及康复治疗等。本病患者病情危重，变化迅速，应密切观察病情变化，及时处理，危重时需结合现代医学方法急救。

4.2 分型论治

4.2.1 急性发作期

4.2.1.1 外寒内饮证

病机：外寒内饮，阻塞气道，肺气不宣。

治法：解表散寒，温肺化饮。

推荐方药：小青龙汤(《伤寒论》)加减(推荐强度：B；证据级别：II b)。

药物组成：(炙)麻黄、桂枝、干姜、白芍、细辛、法半夏、炙甘草^[11]。

4.2.1.2 痰浊壅肺证

病机：脾虚痰浊，壅塞气道，肺失宣降。

治法：健脾化痰、降气平喘。

推荐方药：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）合三子养亲汤（《韩氏医通》）加减（推荐强度：B；证据级别：Ⅱb）。

药物组成：法半夏、陈皮、茯苓、甘草(炙)、厚朴、薤白、枳壳、白芥子、莱菔子、紫苏子、豆蔻、生姜^[12]。

4.2.1.3 痰热阻肺证

病机：痰热互结，壅阻肺络，肺气不利。

治法：清热化痰，宽胸散结。

推荐方药：小陷胸汤（《伤寒论》）合清气化痰丸（《医方考》）加减。

药物组成：黄连、全瓜蒌、(清)半夏、浙贝母、栀子、桑白皮、黄芩、杏仁、鱼腥草、麦冬、陈皮^[13]（推荐强度：B；证据级别：Ⅱb）。

推荐中成药：清肺消炎丸^[14]（推荐强度：A；证据级别：Ⅰb），口服，每次8g，1日3次。痰热清注射液^[15-16]（推荐强度：A，证据级别：Ⅰa），静脉滴注20-40ml，1日2次。

4.2.1.4 水饮凌心证

病机：脾肾阳虚，饮停心肺，肺失宣降。

治法：温阳利水，泻肺平喘。

推荐方药：真武汤（《伤寒论》）合葶苈大枣泻肺汤（《金匮要略》）加减（推荐强度：B；证据级别：Ⅲa）。

药物组成：附子、茯苓、白术、白芍、葶苈子（包煎）、炙麻黄、生姜、大枣^[17-18]。

推荐中成药：参附注射液（推荐强度：A；证据级别：Ⅰb），静脉滴注20-100ml，1日1次。适用于水饮凌心偏阳气虚脱者^[19-22]。

4.2.2 稳定期

4.2.2.1 气阴两虚证

病机：肺肾两虚，气阴不足，摄纳无权。

治法：益气养阴

推荐方药：生脉散（《医学启源》）合补肺汤（《备急千金要方》）加减（推荐强度：B，证据级别：Ⅲb）。

药物组成：党参、麦冬、五味子、白术、熟地黄、黄芪、紫苑、桑白皮。^[23]

推荐中成药：参麦注射液^[24-25]（推荐强度：A；证据级别：Ⅰa），静脉滴注20-100ml，1日1次。适用于治疗气阴两虚证。

4.2.2.2 肺脾肾虚证

病机：肺脾气虚，肾阳不足，摄纳失常。

治法：补肺健脾、益肾纳气

推荐方药：金匮肾气丸（《金匮要略》）合参蛤散（《普济方》）加减（推荐强度：B，证据级别：Ⅲb）。

药物组成：附子、肉桂、熟地黄、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、牡丹皮、人参、蛤蚧、黄芪、五味子、枸杞子、淫羊藿、浙贝母、紫苏子、陈皮、炙甘草^[26]。

推荐中成药：金水宝胶囊（推荐强度：A；证据级别：Ⅰa），口服，1次3粒，1日3次。适用于肺脾肾虚偏肺肾两虚、精气不足者^[27-29]。百令胶囊（推荐强度：A；证据级别：Ⅰa），口服，1次2-16粒，1日3次。适用于肺脾肾虚偏肺肾两虚、精气不足者^[29-30]。固肾定喘丸（推荐强度：B；证据级别：Ⅱb），口服，1次1.5-2g，1日2-3次。适用于肺脾肾虚证^[31]。玉屏风颗粒（推荐强度：B；证据级别：Ⅱb），开水冲服，1次5g，1日3次。适用于肺脾肾虚偏表虚不固者^[32-33]。

4.2.3 兼证

4.2.3.1 瘀证

病机：痰浊内阻，痰瘀互结，阻塞肺络。

治法：降气化痰，活血化瘀。

推荐方药：桃红四物汤（《丹溪心法》）加减。（推荐强度：C；证据级别：IV）

药物组成：厚朴、薤白、枳壳、桃仁、红花、川芎、赤芍、莪术、当归、熟地黄^[5-6]。

推荐中成药：补肺活血胶囊（推荐强度：B；证据级别：II a）：口服，1次4粒，1日3次。适用于血瘀偏气虚者^[34-35]。丹参川芎嗪注射液（推荐强度：A；证据级别：I b）：静脉滴注5-10ml，1日1次。适用于血瘀证^[36-37]。血必净注射液（推荐强度：A；证据级别：I b）：静脉注射50-100ml，1日2-4次。适用于病情较重兼有瘀毒互结证^[38-39]。

4.2.3.2 蒙闭神窍证

病机：痰涎壅盛，闭心蒙脑，引动肝风。

治法：健脾化浊，豁痰开窍。

推荐方药：涤痰汤（《证治准绳》）加减（推荐强度：B；证据级别：III b）。

药物组成：（清）半夏、胆南星、天竺黄、茯苓、陈皮、枳实、橘红、竹茹、人参、石菖蒲^[40]。

推荐中成药：安宫牛黄丸^[41-42]（推荐强度：B；证据级别：III a），口服。1次1丸，1日1次，或遵医嘱。适用于痰蒙神窍，偏热病惊厥、神昏者。清开灵注射液^[43-44]（推荐强度：A；证据级别：I a）：静脉滴注，1日20-40ml，适用于痰蒙神窍证，偏热病神昏者。醒脑静注射液^[45]（推荐强度：A；证据级别：I b），静脉滴注，1次10-20ml，或遵医嘱。适用于痰蒙神窍并气血逆乱、血瘀者。

4.3 其他中医治疗

4.3.1 针刺治疗

主穴：肺俞、定喘、膻中。

分型取穴如下：疏风解表，取风池、列缺、尺泽等穴；清热解表取风池、大椎、曲池、合谷、尺泽等穴；平喘取定喘、大椎、天突、肺俞等穴；化痰取足三里、丰隆、鱼际、阴陵泉、三阴交等穴；胸闷取内关、膻中等穴；痰热郁肺证，加尺泽、天突、曲池、丰隆；补虚，加气海、关元、阴谷、足三里、膏肓、太溪等穴。急性感染取穴为：天突、大椎；水肿严重取穴为：水分、气海、三阴交；心悸用穴为：太渊、大陵、支正^[46-47]。（推荐强度：C，证据级别：V）

4.3.2 艾灸治疗

可用于稳定期患者，取穴双侧肺俞、定喘、足三里。痰湿证型可加丰隆。（推荐强度：C，证据级别：V）

4.3.3 穴位敷贴

可用于稳定期患者，药物由白芥子、细辛、生（干）姜、麻黄、吴茱萸等组成，穴位可选取天突、膻中、中府（双）、肺俞（双）、心俞（双）、膈俞（双）、膏肓俞（双）^[40-52]。（推荐强度：A；证据级别：I a）

4.3.4 拔罐治疗

稳定期患者，以背俞穴拔罐治疗，取双侧肺俞、脾俞、肾俞^[53]（推荐强度：B；证据级别：II a）。

注3：定位依据《针灸经穴定位国家标准》。

4.4 合理氧疗（夜间氧疗、长期家庭氧疗）

严格掌握吸氧浓度和流量。予持续低流量吸氧 1-2L/min，给氧浓度应控制在 25%-30%。若合并呼吸功能衰竭，每日吸氧至少 15 小时，使动脉血氧分压至少达到 60mmHg，吸氧时应注意吸入气体的加温和湿化^[54]。当出现二氧化碳潴留时应用无创机械通气^[2]。

4.5 康复治疗

呼吸肌锻炼（缩唇呼吸、腹式呼吸）、上肢锻炼、下肢锻炼（运动训练：步行）、肺康复锻炼（扩胸、弯腰、下蹲、伸腿）、太极拳、气功导引等^[55-56]（推荐强度：A；证据级别：I a）。

4.6 预防与调摄

注意气候变化，做好防寒保暖，避免受凉，尤其在气候反常之时更要注意调摄。

戒除烟酒等不良习惯，饮食应富含蛋白质，清淡易消化，忌食辛辣肥甘之品。

咳嗽痰多，饮食不宜肥甘厚味，以免蕴湿生痰。鼓励患者排痰，慎服镇咳药。咯痰不出、咳而无力者，可翻身拍背以机械辅助痰排出，必要时吸痰，但操作时要避免刺激或损伤咽部。

水肿患者应慎盐，肿势重者应予无盐饮食，轻者予低盐饮食。若因营养障碍而致水肿者，不必过于忌盐。

保持大便通畅，对患者症状缓解和预后都具有重要意义。必要时配合中药治疗：当归 30g，郁李仁、桃仁、杏仁各 20g，便秘严重时也可以加大黄^[57]。

药物预防：膏方可用于本病稳定期治疗^[58]。

附录 A

(资料性附录)

指南质量方法学策略

A.1 临床证据的检索策略

本指南编写小组制订了文献检索策略，检索方式采取电子检索与手工检索相结合。

本指南编写小组与中国中医科学院中国医史文献研究所合作，检索古籍中喘证的病因、病机、治疗、预防以及康复的文献。手工检索《中医内科学》、《实用中医内科学》、《针灸学》等现代专著、教科书及全部纳入文献的引文。

中文文献以“慢性阻塞性肺疾病 (COPD)、右心衰竭、慢性肺源性心脏病、中医、中西医、证候、辨证论治、辨证施治、中药、草药、中成药、方剂、滴丸、胶囊、片剂、注射液、针灸、穴位、艾灸、理疗、推拿、按摩”为检索词，在中国生物医学文献数据库 (SinoWed)、中国期刊全文数据库 (CNKI)、中文科技期刊数据库 (维普)、万方全文数据库、中国优秀博士学位论文全文数据库等检索相关文献。英文文献以“Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Right-sided heart failure, Traditional Chinese Medicine, Traditional Chinese Drugs, Traditional Chinese medicine and Western medicine, Diagnosis, Chinese Herbal, Syndrome, Syndrome differentiation, Chinese Patent Medicine, Decoction, Drop-pill/ Dropping pill, Capsule, Injection, Acupuncture, Acupuncture Point/ Acupoint, Massage, Moxibustion, physical therapy”为检索词在 PubMed、Embase、Cochrane Library、Clinical Trial 等检索相关文献。检索时限为建库至2015年12月1日。检索类型为已有的指南或共识、系统评价或 Meta 分析、随机对照临床试验 (RCT)，其它类型的临床研究如病例对照研究、队列研究、专家经验、个案报道。

根据以上检索策略，项目工作组在文献检索阶段初检获得相关文献 472 篇，按照纳入与排除标准逐层筛选后，最终纳入 56 篇文献。

A.2 文献筛选和评价

对于检索到的每篇临床文献均按以下方法分别做出文献评价。

a) 随机临床试验的评价：结合Cochrane偏倚风险工具评价，选出采用改良Jadad量表评分大于等于3分的文献作为指南的证据 (Jadad 量表见附件1)。文献总体质量较差，Jadad 评分大于等于3分的有20篇。

b) 非随机临床试验的评价：采用MINORS条目评分。评价指标共12条，每一条分为0-2分。前8条针对无对照组的研究，最高分为16分；后4条与前8条一起针对有对照组的研究，最高分共24条。0分表示未报道；1分表示报道了但信息不充分；2分表示报道了且提供了充分的信息。选择总分大于等于11分的文献作为治疗性建议证据，共19篇。

c) Meta分析的评价：可采用AMSTAR量表进行文献质量评价。每个条目结果可以分为“是”“否”“不清楚”或“未提及”三种，并给与计分，如“是”为1分，“否”“不清楚”或“未提及”为0分，共11分，AMSTAR量表得分0-4分为低质量，5-8分为中等质量，9-11分为高质量。选择5分以上文献为证据。中高等质量的有18篇。

A.3 证据级别与推荐强度

证据分级标准参考刘建平教授提出的传统医学证据体的构成及证据分级的建议，本指南结合临床实际做适当修订。

I a: 由随机对照试验、队列研究、病例对照研究、病例系列这四种研究中至少两种不同类型的研究构成的证据体，且不同研究的效应一致；实施较好的 Meta 分析或系统评价。

I b: 明确的单个随机对照试验。

II a: 非随机对照研究或队列研究 (有对照的前瞻性研究)。

II b: 病例对照研究。

III a: 历史性对照的系列病例。

III b: 自身前后对照的病例系列。

IV: 长期在临床上广泛应用的病例报告和史料记载的疗法：专家共识意见。

V: 未经系统研究验证的专家观点和临床经验，以及没有长期在临床上广泛应用的病例报告

和史料上记载的疗法。

每篇纳入文献的质量评价至少由两人进行，如果意见不一，则提请指南编写小组相关部分的负责人给予帮助解决或提交给第三方评议。如果有足够的证据表明某个诊疗措施有效或无效，本指南会做出“推荐”，给出“推荐强度”、“证据级别”。

推荐强度标准参考美国国家临床指南交换所建议分级划分标准，并做适当修改。

A 级：需要至少一个随机对照临床试验作为高质量和连贯性地提出具体建议的文献整体的一部分（证据来自 I a 和 I b）。

B 级：需要与主题相关的完成较好的临床研究，但没有随机对照临床试验（证据来自 II a、II b 和 III 级）。

C 级：需要来自专家委员会的报告或意见和/或临床经验，但缺乏直接的高质量的研究（证据来自 IV 和 V 级）。

A.4 评议和咨询过程

在完成文献检索、文献评价、文献研究总结后，按照德尔菲法，筛选专家并起草问卷，进行了两轮专家问卷调查，分别对案卷进行了统计分析总结，形成了指南初稿。

指南初稿形成后，通过咨询国内相关中医专家的意见（召开咨询会和问卷调查方式）最终形成指南终稿。咨询专家主要包括呼吸系统及相关专业的中医临床专家、中西医结合专家、方法学专家、统计学专家和标准化专家等。

工作组将指南终稿向行业内专家学者征求意见，对专家反馈意见进行了集中整理、讨论确定是否采纳并提出理由，修改完善形成了指南评价稿。

指南评价稿交由评估小组（内科专家指导组中项目工作以外的 4 人，包括临床领域和方法学方面的专家）运用 AGREE II 对本指南进行评价，4 位专家对指南总体评价平均分为 6.25 分，并愿意推荐使用该指南；同时选取不同地区 10 个医疗机构作为评价单位（以三级医院为主，包括不同类别、不同等级医疗机构），开展一致性评价。

A.5 修改和更新

通过对从事临床实践工作的医务人员进行本指南的宣传和指导临床应用，将应用情况反馈回工作组，工作组成员参考反馈意见进行下一步修订。

本指南计划定期更新，有本指南工作组对新出现的证据进行收集、整理、分析，和专家讨论相结合的方式实现更新。

一般而言，在下列情况下，指南执行小组将对指南进行修订或更新：产生新的干预方法；产生证明现有干预方法为最佳、有利或有弊的证据；产生新的重要或有意义的结论；产生新的医疗资源。

附 录 B

(资料性附录)

摘要表及各评价表

B.1 Abstract form 摘要表

A. Literature Information (Vancouver style)

A.文献信息 (温哥华格式)

Title 题目	
Title 英文题目(English)	
Authors 作者	
Journal, vol., No.杂志期号	

B. Structured Abstract B.结构性摘要

Objective 目的	
Design 设计	
Setting 机构	指病例来源, 非作者单位
Subjects 病例(patients)	
Interventions 干预措施	应写出两组 (治疗组和对照组) 的干预措施
Main outcome measures / Statistical methods 主要结果指标/统计方法	
Results 结果	
Conclusions 结论	
Safety Information—Adverse events (AE) 安全信息---不良反应	
IRB Approved 伦理审查委员会批准与否	Yes () No ()

C. Abstract comment (finally, signature needed) C.摘要建议 (最后需要签名)

Comments 摘要建议	
------------------	--

* This form is used for developing guidelines. Handwriting is also acceptable.
此表用来制定指南。用手填写亦可。

B.2 证据评价

Cochrane 协作网偏倚风险评估工具

偏倚类型	偏倚风险评估等级		
	低风险偏倚	高风险偏倚	不清楚
选择偏倚① 随机序列的产生	研究者在随机序列产生过程中有随机成分的描述, 例如: 利用随机数字表; 利用电脑随机数生成器; 抛硬币; 密封的卡片或信封; 抛色子; 抽签; 最小化*。	研究者在随机序列产生过程中有非随机成分的描述, 例如随机数的产生通过: 奇偶数或出生日期; 入院日期 (或周几); 医院或诊所的纪录号。或者直接用非随机分类法对受试者分类, 如依据如下因素分组: 医生的判断; 病人的表现; 实验室或一系列的检测; 干预的不可及性。	无充足的信息判定为以上两种等级。
选择偏倚② 分配隐藏	因为使用了以下或等同的方法, 受试者和研究者无法预测分配结果: 中央随机 (包括基于电话, 网络, 药房控制的随机); 有相同外观的随机序列药箱; 有随机序列的不透明, 密封信封。	受试者和研究者有可能预测分配结果, 如基于以下的分配: 开放的随机分配清单; 分配信封无合适的保障 (如没有密封, 透明, 不是随机序列); 交替或循环; 出生日期; 病历号; 任何其它明确的非隐藏程序。	无充足的信息判定为以上两种等级。
实施偏倚 (研究者和受试者施盲)	无盲法或不完全盲法, 但综述作者判定结局不太可能受盲法缺失的影响; 对受试者、主要的研究人员设盲, 且不太可能破盲。	盲法或不完全盲法, 但结局可能受盲法缺失的影响; 对受试者和负责招募的研究者设盲, 但有可能破盲, 且结局可能受盲法缺失的影响。	无充足的信息判定为以上两种等级; 未提及。
测量偏倚 (研究结局盲法评价)	未对结局进行盲法评价, 但综述作者判定结局不太可能受盲法缺失的影响; 保障了结局的盲法评价, 且不太可能被破盲。	未对结局进行盲法评价, 但综述作者判定结局可能受盲法缺乏的影响; 进行结局的盲法评价, 但可能已经破盲, 且结局的测量可能受盲法缺失的影响。	无充足的信息判定为以上两种等级; 未提及。
随访偏倚 (结果数据的完整性)	结局无缺失数据; 结局指标缺失的原因不太可能与结局的真值相关; 缺失的结局指标在组间平衡, 且原因类似; 对二分类结局指标, 结局指标的缺失比例同观察到的事件的风险不足以确定其对干预效应的估计有临床相关的影响; 对于连续结局指标, 缺失结局的效应大小不足以确定其对观察到的效应大小有临床相关的影响; 缺失数据用合适的方法作了填补。	结局指标缺失的原因可能与结局的真值相关, 且缺失数量或原因在组间不一致; 对二分类结局指标, 结局指标的缺失比例同观察到的事件的风险足以确定其对干预效应的估计有临床相关的影响; 对于连续结局指标, 缺失结局的效应大小足以对观察到的效应引入临床相关的偏倚; 当有大量干预违背随机分配时, 应用“当作治疗”策略来分析; 缺失数据用了不合适的填补方法。	报告里对随访或排除的信息不足以判定为以上两种等级; 未提及。

偏倚类型	偏倚风险评估等级		
	低风险偏倚	高风险偏倚	不清楚
报告偏倚	可获得研究方案，所有关注的预先声明的结局都已报告；研究方案不可得，但发表的报告包含了所有期望的结果，包括那些预先声明的。	并非所有预先声明的主要结局都已报告；一个或多个主要结局指标使用了未事先声明的测量指标，方法或子数据集。一个或多个主要结局指标未事先声明；综述研究者关注的一个或多个主要结局指标报告不完全，无法纳入 Meta 分析；研究报告未报告期望的主要结局。	无充足的信息判定为以上两种等级。
其他	没有明显的其他偏倚。	存在着与特定的研究设计相关的潜在偏倚；有作假；其他问题。	无足够的信息评价是否存在重要的偏倚风险；无充分的理由或证据表明现有的问题会引入偏倚。
注： *实施最小化时可能没有随机元素， 但可认为等同于随机			

改良 Jadad 量表

项目 (item)	评分 (score)	依据 (Reasons)
随机序列的产生 (Random sequence production)		
恰当 (Adequate)	2	计算机产生的随机数字或类似方法
不清楚 (unclear)	1	随机试验但未描述随机分配的方法
不恰当 (Inadequate)	0	采用交替分配的方法如单双号
分配隐藏 (Allocation Concealment)		
恰当 (Adequate)	2	中心或药房控制分配方案、或用序列编号一致的容器、现场计算机控制、密封不透光的信封或其他使临床医生和受试者无法预知分配序列的方法
不清楚 (unclear)	1	只表明使用随机数字表或其他随机分配方案
不恰当 (Inadequate)	0	交替分配、病例号、星期日数、开放式随机号码表、系列编码信封以及任何不能防止分组的可预测性的措施
盲法 (Blind method)		
恰当 (Adequate)	2	采用了完全一致的安慰剂片或类似方法
不清楚 (unclear)	1	试验陈述为盲法,但未描述方法
不恰当 (Inadequate)	0	未采用双盲或盲的方法不恰当,如片剂和注射剂比较
撤出或退出 (withdrawal)		
描述了 (Description)	1	描述了撤出或退出的数目和理由
未描述 (Undescribed)	0	未描述撤出或退出的数目或理由
注: 改良后 Jadad 量表 (1-3 分视为低质量, 4-7 分视为高质量)		

MINORS 评价条目

序号	条目	提 示
1	明确的给出了研究目的	所定义的问题应该是精确的且与可获得文献有关
2	纳入患者的连贯性	所有具有潜在可能性的患者(满足纳入标准)都在研究期间被纳入了(无排除或给出了排除的理由)
3	预期数据的收集	收集了根据研究开始前制定的研究方案中设定的数据
4	终点指标能恰当的反映研究目的	明确的解释用来评价与所定义的问题一致的结局指标的标准。同时, 应在意向性治疗分析的基础上对终点指标进行评估
5	终点指标评价的客观性	对客观终点指标的评价采用评价者单盲法, 对主观终点指标的评价采用评价者双盲法。否则, 应给出未行盲法评价的理由
6	随访时间是否充足	随访时间应足够长, 以使得能对终点指标及可能的不良事件进行评估
7	失访率低于 5%	应对所有的患者进行随访。否则, 失访的比例不能超过反映主要终点指标的患者比例
8	是否估算了样本量	根据预期结局事件的发生率, 计算了可检测出不同研究结局的样本量及其 95%可信区间;且提供的信息能够从显著统计学差异及估算把握度水平对预期结果与实际结果进行比较
9—12 条用于评价有对照组的研究的附加标准		
9	对照组的选择是否恰当	对于诊断性试验, 应为诊断的“金标准”;对于治疗干预性试验, 应是能从已发表研究中获取的最佳干预措施
10	对照组是否同步	对照组与试验组应该是同期进行的(非历史对照)
11	组间基线是否可比	不同于研究终点, 对照组与试验组起点的基线标准应该具有相似性。没有可能致使结果解释产生偏倚的混杂因素
12	统计分析是否恰当	用于计算可信区间或相对危险度(RR)的统计资料是否与研究类型相匹配

注: 评价指标共 12 条, 每一条分为 0-2 分。前 8 条针对无对照组的研究, 最高分为 16 分; 后 4 条与前 8 条一起针对有对照组的研究, 最高分共 24 分。0 分表示未报道; 1 分表示报道了但信息不充分; 2 分表示报道了且提供了充分的信息

AMSTAR 评价清单及说明

条目	描述及说明
1	是否提供了前期设计方案? 在系统评价开展以前, 应该确定研究问题及纳入排除标准
2	纳入研究的选择和数据提取是否具有可重复性? 至少要有两名独立的数据提取员, 而且采用合理的不同意见达成一致的方法过程
3	是否实施广泛全面的文献检索? 至少检索 2 种电子数据库。检索报告必须包括年份以及数据库, 如 Central、EMbase 和 MEDLINE。必须说明采用的关键词/主题词, 如果可能应提供检索策略 应咨询最新信息的目录、综述、教科书、专业注册库, 或特定领域的专家, 进行额外检索, 同时还可检索文献后的参考文献
4	发表情况是否已考虑在纳入标准中, 如灰色文献? 应该说明评价者的检索是不受发表类型的限制 应该说明评价者是否根据文献的发表情况排除文献, 如语言
5	是否提供了纳入和排除的研究文献清单? 应该提供纳入和排除的研究文献清单
6	是否描述纳入研究的特征? 原始研究提取的数据应包括受试者、干预措施和结局指标等信息, 并以诸如表格的形成进行总结 应该报告纳入研究的一系列特征, 如年龄、种族、性别、相关社会经济学数据、疾病情况、病程、严重程度等
7	是否评价和报道纳入研究的科学性? 应提供预先设计的评价方法, 如治疗性研究, 评价者是否把随机、双盲、安慰剂对照、分配隐藏作为评价标准, 其它类型研究的相关标准条目一样要交代
8	纳入研究的科学性是否恰当地运用在结论的推导上? 在分析结果和推导结论中, 应考虑方法学的严格性和科学性。在形成推荐意见时, 同样需要明确说明
9	合成纳入研究结果的方法是否恰当? 对于合成结果, 应采用一定的统计检验方法确定纳入研究是可合并的, 以及评估它们的异质性 (如 Chi-squared test)。如果存在异质性, 应采用随机效应模型, 和/或考虑合成结果的临床适宜程度, 如合并结果是否敏感?
10	是否评估了发表偏倚的可能性? 发表偏倚评估应含有某一种图表的辅助, 如漏斗图、以及其他可行的检测方法和/或统计学检验方法, 如 Egger 回归
11	是否说明相关利益冲突? 应清楚交待系统评价及纳入研究中潜在的资助来源

B3: 指南评价

AGREE II 评价结果: 对喘证 (COPD 并右心衰竭) 临床实践指南的评估由 3 名评估员进行, 在认真学习 AGREE II 评估系统的基础上, 独立地对各个条目进行评分。

六大领域标准化得分 (表 B.3.1):

六大领域标准化得分

研究领域	条目编号	标准化得分
范围与目的	1, 2, 3	
参与人员	4, 5, 6, 7	
制定的严谨性	8, 9, 10, 11	
清晰性和可读性	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	
应用性	19, 20, 21	
编辑独立	22, 23	

参 考 文 献

- [1] 王琦,中华中医药学会.喘病诊疗指南[J].中国中医药现代远程教育,2011,6,9(12):110-112.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2013,4,36(4):255-264.
- [3] GOLD Executive Committee. Global strategy for the diagnosis,management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (Updated 2014). [2014-01].
- [4] 中华医学会心血管病学分会,华心血管病杂志编辑委员会.右心衰竭诊断和治疗中国专家共识[J].中华心血管杂志,2012,6,40(6):449-461.
- [5] 中华中医药学会肺系病专业委员会.慢性肺原性心脏病中医诊疗指南(2014版)[J].中医杂志,2014,3,55(6):526-531.
- [6] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[J].中医杂志,2012,1,53(1):80-84.
- [7] 苏和,张瑞芬,黄新生,张雪峰,贾敏,贾婷婷,张海荣,李嵘嵘,于宏晶.330例肺心病右心衰竭的中医证型分布特点[J].内蒙古中医药,2016,01:10-11.
- [8] 周仲英.中医内科学.[M]中华中医药出版社.2007.2.
- [9] Howlett JG,McKelvie RS,Arnold JM,et al.Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference guidelines on heart failure,update 2009:diagnosis and management of right-sided heart failure,myocarditis,device therapy and recent important clinical trials.Can J Cardiol,2009,2,25(2):85-105.
- [10] European Society of Cardiology. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension.European Heart Journal,2015,08,29.
- [11] 高振,刘莹莹,哈木拉提·吾甫尔等.小青龙汤联合西药内服治疗慢性阻塞性肺疾病发作期临床疗效的系统评价[J].世界科学技术-中医药现代化,2013,15(3):599-607.
- [12] 凌小浩,黄振炎,黄进,等.二陈汤合三子养亲汤治疗慢性阻塞性肺疾病的临床研究[J].中国实用医药,2014,9(33):17-18.
- [13] 徐萌.小陷胸汤合葶苈汤加味联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察[J].陕西中医,2015,36(4):412-414.
- [14] 刘恩顺,孙增涛,李燕钰,等.清肺消炎丸治疗AECOPD(痰热壅肺证)120例临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2010,08(18):149-150.
- [15] 李延鸿,朱怀军.痰热清注射液治疗慢性阻塞性肺病急性加重期随机对照试验的系统评价[J].实用药物与临床,2011.14(4):281-285.
- [16] 符子艺,刘小虹,任吉祥,常天瀛,廖星,胡晶,谢雁鸣.痰热清注射液治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的Meta分析[J].中草药,2014,45,(6):889-894.
- [17] 何欣,徐向前,陈惟辰,张惠勇.真武汤加减治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期阳虚水泛证临床观察[J].四川中医,2013,31,(12):80-83.
- [18] 张丹芳.真武汤加味治疗慢性阻塞性肺疾病脾肾阳虚证31例[J].河南中医,2015,35(12):2904-2905.
- [19] 陈晓晶,武晨亮,马效东.参附汤结合常规疗法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重36例[J].上海中医药杂志,2013,47(6):52-53.
- [20] 马俊杰,庞璐,唐雪梅.参附注射液治疗老年肺心病心力衰竭疗效观察[J].四川中医,2013,31(8):100-101.
- [21] 李澎,曲文秀,吴健.治疗慢性肺原性心脏病的系统评价[J].医药导报,2008,27(5)

:553-555

[22] 迟永生. 参附注射液辅助治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察[J]. 中国中医急症, 2015,24,(3):553-554.

[23] 袁慧洁,张艳,曹洁. 补肺汤合生脉散加减治疗慢性阻塞性肺病稳定期 64 例[J]. 内蒙古中医药,2014,23:10-11.

[24] 王宏. 参麦注射液佐治慢性肺源性心脏病心力衰竭疗效观察[J]. 中国热带医学,2011,11(1):1404-1405.

[25] Li JS, Wang HF, Li SY, et al. Shenmai Injection for chronic pulmonary heart disease: a systematic review and meta-analysis [J]. J Intern Complement Med, 2011, 17(7) : 579-587.

[26] 黄青松,肖玮,孙增涛. 健脾补肾法对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者疗效观察及对 IL-6、P ARC/CCL-18 的影响[J]. 辽宁中医杂志,2015,42(10):1848-1850.

[27] 孙晓. 金水宝胶囊对慢性阻塞性肺疾病患者肺功能的影响研究[J]. 中国现代药物应用,2015,9(16):15-17.

[28] 李冬生,陈娴. 金水宝胶囊对慢性阻塞性肺疾病患者 SOD、TNF- α 和免疫功能的影响[J]. 天津中医药,2012,29,(5):436-437.

[29] 牟玮,宋雅琳,张硕,张莉,付敏,商洪才. 冬虫夏草治疗慢性阻塞性肺疾病临床疗效的系统评价[J]. 中国循证医学杂志,2013,13(11):1373-1381.

[30] 孟海阳, 陈杰, 吴海燕, 任斌. 百令胶囊治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病疗效的系统评价 [J]. 中国药房, 2014.25. (12): 1115-1117.

[31] 杨勋,胡红玲,赵苏,杨刚,陈贝贝. 固肾定喘丸对慢性阻塞性肺疾病患者稳定期肺功能及生活质量的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(22):283-286.

[32] 林燕,王亚利,王鑫国,张明泉,王文智,耿立梅,孙玉凤,曹文利,师旭亮. 反复上呼吸道感染肺卫气虚证的血浆代谢组学特征及玉屏风颗粒干预的临床疗效[J]. 中医杂志,2015,56(15):1302-1306.

[33] 徐钧. 玉屏风颗粒佐治慢性阻塞性肺疾病临床观察[J]. 中国中医急症,2010,19(3):381+404.

[34] 郭洁,武蕾,田振峰,等. 补肺活血胶囊治疗 COPD 稳定期患者疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2015,24(4):373-374+381.

[35] 杨波,孟林敏,路浩,王曙炎,王萍. 补肺活血胶囊治疗慢性肺源性心脏病 120 例[J]. 中国新药杂志,2005,14(9):1192-1195.

[36] 骆明旭, 赵万红, 杨鑫, 等. 丹参川芎嗪注射液治疗慢性肺源性心脏病 Meta 分析 [J]. 现代医药卫生, 2014, 30(23): 3525-3529.

[37] 姜龙军,吴建新,赵容军,张一鸣. 参附注射液联合丹参川芎嗪注射液治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭的临床观察[J]. 中国药房,2015,26(18):2483-2485.

[38] 李继红,徐国良,林淑梅,秦玲. 血必净注射液治疗慢性肺心病心力衰竭有效性及安全性的系统评价[J]. 中国中医急症,2012,21(5):741-743.

[39] 汲海燕,孙莉姬,雒云祥,闫晓林. 血必净对急性心衰患者脑钠肽、CRP 及心功能的影响[J]. 继续医学教育,2014,28(6):40-42.

[40] 孙德昱,张磊. 中西医结合治疗痰蒙神窍型急性加重期慢性阻塞性肺疾病 30 例[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(20):302-304.

[41] 王汉蓉,岑小波,王莉. 安宫牛黄丸治疗肺性脑病的系统评价[J]. 中草药,2003,34(1):95-96.

[42] 杨益宝,莫雪妮,梁炜,谭玉萍. 无创正压通气合用安宫牛黄丸治疗慢性阻塞性肺疾病肺性脑病临床研究[J]. 新中医,2014,46(1):45-47.

[43] 刘颖,刘珍清,卢建秋. 清开灵注射液治疗脑血管疾病的 Meta 分析[J]. 中国中医药信息杂

志,2009,16(11):105-107.

[44] 徐敏,陈宇,毛标兵. 清开灵注射液联合纳洛酮辅助治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺性脑病的临床观察[J]. 中国药房,2015,26(24):3342-3344.

[45] 兰思宇,林卫. 醒脑静注射液辅助治疗肺性脑病疗效的 Meta 分析[J]. 中国药房,2011,22(16):1501-1504.

[46] 石学敏. 针灸学.[M]中国中医药出版社.2002.8.1.

[47] 沈庆法,关建国. 慢性肺源性心脏病的中西医结合诊治[J]. 中国农村医学,1995,23(4):52-54.

[48] 黎宝红, 邓哲彤, 董嘉怡, 童晓萍. 中西医联合治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病的临床疗效观察[J]. 河北医科大学学报, 2011, 32 (1): 10-13.

[49] 吴洪皓, 罗小林, 陈庆英, 等. 天灸疗法对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的临床疗效观察 [J]. 世界中西医结合杂志. 2014, 9 (3): 263-265.

[50] 李素云, 李建生, 余学庆, 等. 舒肺贴治疗慢性阻塞性肺疾病疗效观察 [J]. 陕西中医, 2009, 30(4) :391-392.

[51] 李建生、李素云、余学庆、谢洋. “补肺益肾方联合穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的多中心随机、双盲、阳性药平行对照临床试验”的研究方案. 中西医结合学报. 2011.9(12):1312-1318.

[52] 李国勤, 王蕾, 边永君, 张继洪, 等. 冬病夏治消喘膏穴位贴敷疗法治疗稳定期慢阻肺的多中心随机双盲安慰剂对照研究. 见:第十一次全国中西医结合防治呼吸系统疾病学术研讨会. 第十一次全国中西医结合防治呼吸系统疾病学术研讨会论文集[C]. 北京. 2010-10-01.

[53] 肖伟, 汪瑛, 孔红兵, 汪节. 背俞穴拔罐对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者免疫功能的影响[J]. 安徽中医学院学报, 2010,29 (5): 37-39.

[54] 徐栋辉. 稳定期 COPD 患者夜间低氧血症的筛查及氧疗干预的临床研究[J]. 临床与病理杂志. 2015,35 (2): 248-251.

[55] 田凌云, 张莹, 田含章, 姜鲜银, 李映兰. 运动并呼吸肌锻炼对 COPD 患者康复影响的 Meta 分析.[J]中国护理管理,2014,14(8):810-814.

[56] 田凌云,李丽,张莹,李映兰. 太极拳对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者康复影响的 Meta 分析.[J]中国老年学杂志.2015.3,35:1268-1289

[57] 孙元莹,郭茂松,姜德友. 张琪治疗慢性肺原性心脏病经验[J]. 中医杂志,2005,46,(9):658-659.

[58] 田爱平,赵辉,张丽,季辉. 膏方联合穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病疗效观察[J]. 四川中医. 2014.32(7):114-116.

[59] 谷鸿秋,王杨,李卫. Cochrane 偏倚风险评估工具在随机对照研究 Meta 分析中的应用[J]. 中国循环杂志,2014,29(2):147-148.

[60] 曾宪涛,庄丽萍,杨宗国,等. Meta 分析系列之七:非随机实验性研究、诊断性试验及动物试验的质量评价工具[J]. 中国循环心血管医学杂志,2016,12(6):496-499.