

中华中医药学会

中华中医药学会团体标准

发布公告

China Association of Chinese Medicine Announcement for Standards

2019年 第009号

No. 009 2019

中华中医药学会批准《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》
(T/CACM 1319—2019) 发布，现予公告。

The T/CACM standard (T/CACM 1319—2019) for diagnosis and treatment guideline for Chinese medicine on chronic obstructive pulmonary disease was approved by the China Association of Chinese Medicine, and now it is effective.

China Association of Chinese Medicine



团 体 标 准

T/CACM 1319—2019

慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南

Diagnosis and treatment guideline for Chinese medicine on
chronic obstructive pulmonary disease

2019-04-08 发布

2019-04-08 实施



中华中医药学会 发布

前 言

本标准按照 GB/T 1.1—2009 给出的规则起草。

本标准由河南中医药大学、中华中医药学会内科分会、中华中医药学会肺系病分会及中国民族医药学会肺病分会提出。

本标准由中华中医药学会归口。

本标准起草单位：河南中医药大学、河南中医药大学第一附属医院、北京中医药大学循证医学中心、中日友好医院、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、安徽中医药大学第一附属医院、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、北京大学人民医院。

本标准首席专家：李建生。

本标准方法学专家组：孙塑伦、谢雁鸣、刘建平、杨克虎、詹思延、胡镜清、张俊华、陈薇、廖星、宇文亚。

本标准临床专家组(按姓氏笔画排序)：马战平、于雪峰、毛兵、王飞、王真、王至婉、王明航、白丽、冯淬灵、付义、史利卿、刘良倚、刘敬霞、孙增涛、孙子凯、陈志斌、李风森、李光熙、李素云、李学林、李友林、李泽庚、李竹英、余海滨、余学庆、杨珺超、张海龙、张洪春、张惠勇、张念志、张伟(山东)、张炜、张伟(广东)、张燕萍、林琳、苗青、封继宏、洪敏俐、赵丽敏、晁恩祥、耿立梅、徐立然、葛正行、鹿振辉、谢洋、薛汉荣。

本标准执笔人：余学庆、谢洋、李建生。

本标准秘书：谢洋、李宣霖。



中华中医药学会标准

T/CACM1319—2019

慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南

Diagnosis and treatment guideline for Chinese medicine on
chronic obstructive pulmonary disease

(本稿完成时间：2019年3月)

201×-××-××发布

201×-××-××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 规范性引用文件.....	1
3 术语及定义.....	1
4 流行病学特点.....	1
5 诊断.....	2
5.1 诊断依据.....	2
5.2 疾病分期.....	2
5.3 严重程度评估.....	2
6 病因病机.....	2
7 辨证论治.....	3
7.1 急性加重期.....	3
7.2 急性加重危险窗期.....	6
7.3 稳定期.....	6
7.4 临床兼证及复杂证候的治疗建议.....	10
8 其他治法.....	10
9 预防调护.....	11
10 指南研制方法.....	11
10.1 研制计划及实施.....	11
10.2 基金资助及利益冲突.....	11
10.3 指南研制步骤.....	11
10.4 指南的发布与更新.....	14
参考文献.....	14

前 言

《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》（以下简称：本指南）按照GB/T1.1-2009《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

本指南由河南中医药大学、中华中医药学会内科分会、中华中医药学会肺系病分会及中国民族医药学会肺病分会提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：河南中医药大学、河南中医药大学第一附属医院、北京中医药大学循证医学中心、中日友好医院、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、安徽中医药大学第一附属医院、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、北京大学人民医院。

本指南首席专家：李建生

本指南方法学专家组：孙塑伦、谢雁鸣、刘建平、杨克虎、詹思延、胡镜清、张俊华、陈 薇、廖 星、宇文亚

本指南临床专家组（按姓氏笔画排序）：马战平、于雪峰、毛 兵、王 飞、王 真、王至婉、王明航、白 丽、冯淬灵、付 义、史利卿、刘良倚、刘敬霞、孙增涛、孙子凯、陈志斌、李风森、李光熙、李素云、李学林、李友林、李泽庚、李竹英、余海滨、余学庆、杨珺超、张海龙、张洪春、张惠勇、张念志、张 伟（山东）、张 炜、张 伟（广东）、张燕萍、林 琳、苗 青、封继宏、洪敏俐、赵丽敏、晁恩祥、耿立梅、徐立然、葛正行、鹿振辉、谢 洋、薛汉荣

本指南执笔人：余学庆、谢 洋、李建生

本指南秘书：谢 洋、李宣霖

引 言

慢性阻塞性肺疾病（以下简称“慢阻肺”）是一种常见的、可以预防和治疗的疾病，以进行性的气流受限为特征。其患病率高、死亡率高、致残率高、疾病负担重，已成为严重危害公众健康的重大慢性疾病。中医药防治慢阻肺具有较好的临床疗效，并获得了一些显著成果。为进一步完善诊疗规范，促进中医诊治水平的提高，更好地指导我国慢阻肺中医临床诊疗工作，河南中医药大学、中华中医药学会内科分会、中华中医药学会肺系病分会及中国民族医药学会肺病分会联合组织成立了由呼吸病学（中医、西医、中西医结合）、临床流行病学、循证医学、卫生经济学、中药学等多学科人员组成的《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》研制工作小组，参考国际临床实践指南研制方法和流程，基于现有最佳证据，结合中医药治疗慢阻肺的临床特点及我国实际情况，制订了《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》，以期为长期从事慢阻肺防治的中医、中西医结合临床医师提供指导性意见，提升中医药防治慢阻肺水平。

慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南

1 范围

本指南规范了慢阻肺的中医病因病机、辨证论治、预防调护的内容。

本指南适用于中医、中西医结合临床呼吸内科医师。

本指南所列的中药剂量为参考剂量，供临床应用时参考。

本指南所列的中成药来源于《中华人民共和国药典（2015年版）》、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017版）》、《中成药临床应用指南·呼吸系统疾病分册（2016版）》等文件。

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。凡是注明日期的引用文件，仅所注明日期的版本适用于本指南。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改版本）适用于本指南。

《慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗及预防全球策略（GOLD）》

《慢性阻塞性肺疾病急性加重（AECOPD）诊治中国专家共识（2017年更新版）》

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017版）》

《中成药临床应用指南·呼吸系统疾病分册（2016版）》

《中华人民共和国药典（2015年版）》

《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准（2011版）》

《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南（2011版）》

国际疾病分类标准编码 [ICD -10]

3 术语及定义

下列术语和定义适用于本指南

慢性阻塞性肺疾病（Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD）

慢性阻塞性肺疾病（ICD-10: j44）（简称“慢阻肺”）是一种以持续气流受限为特征的可以预防 and 治疗的常见疾病，气流受限多呈进行性发展，与气道和肺对有毒颗粒或气体的慢性炎症反应增强有关^[1]。

4 流行病学特点

慢阻肺为全球四大慢性疾病之一，全球患病率约为 11.7%^[2]，每年死亡约 350 万人，

世界卫生组织预计到 2030 年全球每年约有超过 450 万人死于慢阻肺和其相关疾病。我国 40 岁以上人群患病率为 13.7%，有近 1 亿慢阻肺患者^[3]，居我国疾病死亡原因的第 3 位^[4]。以伤残调整生命年衡量，其疾病负担已居我国疾病的第二位^[5]，防治形势日益严峻。慢阻肺常见的症状为咳嗽、咳痰、呼吸困难，常出现急性加重。急性加重是慢阻肺临床过程中重要事件，是患者健康状况及预后的重要影响因素^[1]。

5 诊断

5.1 诊断依据^[1]

根据临床表现、危险因素接触史、体征及实验室检查等资料综合分析确定。凡是有慢性咳嗽、咳痰和/或呼吸困难及危险因素接触史者，均应考虑到慢阻肺的可能。肺功能检查是确诊慢阻肺的必备条件。吸入支气管扩张剂后 $FEV_1/FVC < 70\%$ ，可确定存在持续气流受限，如有相应症状和/或明显危险因素接触史，可诊断为慢阻肺。部分慢阻肺患者早期轻度气流受限时可有或无临床症状，容易被患者忽视或漏报。

5.2 疾病分期

5.2.1 急性加重期^[1,6]

急性加重是指慢阻肺患者呼吸症状急性恶化，导致需要额外的治疗。通常在疾病过程中，短期内患者咳嗽、咳痰、气短和/或喘息加重，痰量增多，呈脓性或粘液脓性，可伴发热等炎症明显加重的表现，需根据病情的轻、中、重度选择不同的治疗场所及治疗方案。慢阻肺患者常伴有共患疾病，临床上急性加重需与急性冠脉综合征、急性充血性心力衰竭、肺栓塞和肺炎等疾病鉴别。

5.2.2 急性加重危险窗期

急性加重危险窗期是指在一次慢阻肺急性加重后至稳定期之前的时期内，极有可能再次出现急性加重，导致住院率和病死率增高，大多集中在一次急性加重后的 8 周内^[7]。

5.2.3 稳定期

指患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状轻微，6 周内没有出现急性加重^[1,8]。

5.3 严重程度评估

参照《慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗及预防全球策略（GOLD）》进行慢阻肺疾病严重程度评估^[1,9]。

6 病因病机

慢阻肺多属于中医学的“喘病”、“肺胀”等范畴^[8]。本虚标实为慢阻肺的主要病理变化，正虚积损为慢阻肺的主要病机^[10-11]。正虚是指肺脾肾虚损而以肺虚为始、久必及肾，以气虚为本，积损难复；正虚不运，酿生痰瘀，痰瘀常互结成积，复愈损伤正气。正虚积

损互为因果，终致肺之形气俱损，呈持续进展而恢复困难。急性加重期以痰（痰热、痰浊）、瘀及其互阻的实证为主并兼有正虚；稳定期以肺气虚、肺脾气虚、肺肾气虚、肺肾气阴两虚的虚证为主，常兼见血瘀、痰浊。危险窗期则邪实渐去，本虚显露，出现以痰浊、痰瘀与气虚、气阴两虚相互兼夹的证候，病理性质为虚实夹杂并重^[12]。

7 辨证论治

慢阻肺急性加重期常见风寒袭肺、外寒内饮、痰热壅肺、痰浊阻肺、痰蒙神窍等证^[12-16]，稳定期常见肺气虚、肺脾气虚、肺肾气虚、肺肾气阴两虚等证^[13-16]，急性加重危险窗期常见肺肾气虚兼痰浊阻肺、肺脾气虚兼痰浊阻肺、肺肾气阴两虚兼痰浊阻肺、肺肾气虚兼痰瘀阻肺和肺肾气阴两虚兼痰瘀阻肺等证^[17]。血瘀既是慢阻肺的主要病机环节，也是常见兼证，常兼于其他证候中，如兼于痰浊阻肺证则为痰浊瘀肺证，兼于痰热壅肺证则为痰热瘀肺证，兼于肺肾气虚证则为肺肾气虚血瘀证^[15]。

治疗应遵“急则治其标”、“缓则治其本”原则。急性加重期以清热、涤痰、活血、宣肺降气、开窍而立法，兼顾气阴。稳定期以益气（阳）、养阴为主，兼祛痰、活血^[8,11,16]。急性加重危险窗期多虚实夹杂并重，治当以补虚扶正、化痰活血^[7,18]。

7.1 急性加重期

研究证据^[19,20]表明，采用中医辨证治疗、中药联合西医常规治疗慢阻肺急性加重，可以显著改善临床症状、改善肺功能、降低炎症反应等。

7.1.1 风寒袭肺证^[15]

症 状：主症：咳嗽，喘息，恶寒，痰白、清稀，舌苔薄、白，脉紧。次症：发热，无汗，鼻塞、流清涕，肢体酸痛，脉浮。

诊 断：①咳嗽或喘息，咳痰白、清稀；②发热、恶寒、无汗，或肢体酸痛；③鼻塞、流清涕；④舌苔白，脉浮或浮紧。具备①、②2项，加③、④中的1项。

治 法：宣肺散寒，止咳平喘。

方 药：三拗汤（《太平惠民和剂局方》）合止嗽散（《医学心悟》）加减^[8]（**证据级别：D；推荐强度：强推荐使用**）：炙麻黄 9g、杏仁 9g、荆芥 9g、紫苏 9g、白前 9g、百部 12g、桔梗 9g、枳壳 9g、陈皮 9g、炙甘草 6g。

加 减：痰多白粘、舌苔白腻者，加法半夏 9g、厚朴 9g、茯苓 12g；肢体酸痛甚者，加羌活 9g、独活 9g；头痛者，加白芷 9g、藁本 6g；喘息明显者，紫苏改为紫苏子 9g，加厚朴 9g。

中成药：①通宣理肺丸（证据级别：D；推荐强度：强推荐使用）：口服，一次7g（水蜜丸）或2丸（大蜜丸），一日2~3次。②杏苏止咳颗粒（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：冲服，一次12g，一日3次。

7.1.2 外寒内饮证^[15]

症状：主症：咳嗽，喘息气急，痰多，痰白稀薄、泡沫，胸闷，不能平卧，恶寒，舌苔白、滑，脉弦、紧。次症：痰易咯出，喉中痰鸣，无汗，肢体酸痛，鼻塞、流清涕，脉浮。诊断：①咳嗽或喘息；②恶寒、无汗，或鼻塞、流清涕，或肢体酸痛；③痰白稀薄或兼泡沫、痰易咯出；④喉中痰鸣；⑤胸闷甚至气逆不能平卧；⑥舌苔白滑，或脉弦紧或浮弦紧。具备①、②2项，加③、④、⑤、⑥中的2项。

治法：疏风散寒，温肺化饮。

方药：小青龙汤（《伤寒论》）加味^[21]（证据级别：D；推荐强度：强推荐使用）：炙麻黄9g、桂枝9g、干姜6g、白芍9g、细辛3g、法半夏9g、五味子6g、杏仁9g、紫苏子9g、厚朴9g、炙甘草6g。

加减：咳而上气，喉中如有水鸡声，加射干9g、款冬花9g；饮郁化热，烦躁口渴、口苦者，减桂枝，加生石膏30g^{（先煎）}、黄芩9g、桑白皮12g；肢体酸痛者，加羌活9g、独活9g；头痛者，加白芷9g。

中成药：小青龙颗粒（证据级别：D；推荐强度：强推荐使用）：冲服，一次13g，一日3次。

7.1.3 痰热壅肺证^[15]

症状：主症：咳嗽，喘息，胸闷，痰多，痰黄、白粘干，咯痰不爽，舌质红，舌苔黄、腻，脉滑、数。次症：胸痛，发热，口渴喜冷饮，大便干结，舌苔厚。

诊断：①咳嗽或喘息气急；②痰多色黄或白粘，咯痰不爽；③发热或口渴喜冷饮；④大便干结；⑤舌质红、舌苔黄或黄腻，或脉数或滑数。具备①、②2项，加③、④、⑤中的2项。

治法：清肺化痰，降逆平喘。

方药：清气化痰丸（《医方考》）合贝母瓜蒌散（《医学心悟》）加减^[8]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：瓜蒌15g、清半夏9g、浙贝母9g、栀子9g、桑白皮12g、黄芩9g、杏仁9g、白头翁12g、鱼腥草15g、麦冬12g、陈皮9g。

加 减：热甚烦躁、大便秘结者，可联合宣白承气汤（《温病条辨》）加减^[22]（**证据级别：B；推荐强度：强推荐使用**）；痰多质粘稠、咯痰不爽者，可联合桑白皮汤（《古今医统》）加减^[23-26]（**证据级别：C；推荐强度：强推荐使用**）；痰鸣喘息而不得平卧者，加葶苈子 9g^{（包煎）}、射干9g、桔梗9g；咳痰腥味者，加金荞麦20g、薏苡仁12g、桃仁9g、冬瓜仁12g；胸闷痛明显者，加延胡索9g、赤芍12g、枳壳12g；痰少质粘，口渴，舌红苔剥，脉细数者，减清半夏，加太子参12g、沙参12g。兼有面色紫暗，口唇青紫，舌质紫暗或黯红，舌有瘀斑等血瘀证的患者，可采用通塞颗粒方^[27]（**证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用**）（葶苈子、地龙、炙麻黄、浙贝母、制大黄、赤芍、人参、麦冬、石菖蒲、矮地茶）。

中成药：①痰热清注射液^[28-33]（**证据级别：C；推荐强度：强推荐使用**）：20~40ml，加入5%葡萄糖注射液或生理盐水250~500ml，静脉滴注，一日1次。②葶贝胶囊（**证据级别：D；推荐强度：强推荐使用**）：口服，每次4粒，一日3次。③痰热与血瘀互结者，可选血必净注射液^[34]（**证据级别：C；推荐强度：强推荐使用**）：50ml，加入生理盐水100ml静脉滴注，一日2次。

7.1.4 痰浊阻肺证^[15]

症 状：主症：咳嗽，喘息，痰多，痰白粘，口黏腻，舌苔白、腻，脉滑。次症：气短，痰多泡沫，痰易咳出，胸闷，胃脘痞满，纳呆，食少，舌质淡，脉弦。

诊 断：①咳嗽或喘息、气短；②痰多、白粘或呈泡沫状；③胃脘痞满；④口黏腻，纳呆或食少；⑤舌苔白腻，或脉滑或弦滑。具备①、②2项，加③、④、⑤中的2项。

治 法：燥湿化痰，宣降肺气。

方 药：半夏厚朴汤（《金匱要略》）合三子养亲汤（《杂病广要》引《皆效方》）加减^[8]（**证据级别：D；推荐强度：强推荐使用**）：法半夏12g，厚朴9g，陈皮9g，薤白12g，茯苓15g，枳壳9g，炒白芥子9g，紫苏子9g，莱菔子9g，豆蔻6g，生姜6g。

加 减：痰多咳喘，胸闷不得卧者，加麻黄6g、葶苈子9g^{（包煎）}；脘腹胀闷，加木香9g、焦槟榔9g；便溏者，减紫苏子、莱菔子，加白术12g、泽泻9g、葛根9g；大便秘结，加焦槟榔12g、枳实9g。

中成药：①苏子降气丸（**证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用**）：口服，一次6g，一日1-2次。②苓桂咳喘宁胶囊（**证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用**）：口服，一次5粒，一日3次。

7.1.5 痰蒙神窍证^[15]

症 状：主症：喘息气促，神志恍惚、嗜睡、昏迷、谵妄，舌苔白、腻、黄。次症：喉中痰鸣，肢体瘈疢甚则抽搐，舌质暗红、绛、紫，脉滑、数。

诊 断：①神志异常（烦躁、恍惚、嗜睡、谵妄、昏迷）；②肢体瘈疢甚则抽搐；③喘息气促；④喉中痰鸣；⑤舌质淡或红、舌苔白腻或黄腻，或脉滑或数。具备①、②中1项，加③、④、⑤中的2项。

治 法：豁痰开窍。

方 药：涤痰汤（《奇效良方》）加减^[8]（证据级别：D；推荐强度：强推荐使用）：清半夏9g、天南星6g、天竺黄6g、茯苓15g、陈皮9g、枳实9g、丹参15g、人参9g、石菖蒲6g、细辛3g、生姜6g。

加 减：舌苔白腻有寒象者，加用苏合香丸（证据级别：D；推荐强度：强推荐使用），姜汤或温开水送服，一次1丸，一日1~2次。身热，谵语，舌红绛、苔黄者，减细辛、天南星，加水牛角30g^{（先煎）}、胆南星6g、玄参12g、连翘12g、黄连6g、炒栀子9g，或加用安宫牛黄丸或至宝丹（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）；大便秘结，腑气不通者，加生大黄6g^{（后下）}、芒硝9g^{（冲服）}；抽搐明显者，加钩藤9g^{（后下）}、全蝎6g、地龙12g、羚羊角粉0.6g^{（冲服）}。

中成药：①醒脑静注射液（证据级别：D；推荐强度：强推荐使用）：一次10~20ml，加入5%~10%葡萄糖注射液或生理盐水250~500ml，静脉滴注，一日1~2次。②清开灵注射液（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：20~40ml，加入10%葡萄糖注射液200ml或生理盐水100ml，静脉滴注，一日2次。

7.2 急性加重危险窗期

急性加重危险窗期是介于急性加重期结束至稳定期的一段时期，其病机常以虚实并重，以气（阳）虚、气阴两虚为主，常兼痰瘀，故治疗当祛邪（化痰、活血）扶正（补益肺气、补肺健脾、补益肺肾等）并重^[7,17]。一项多中心试验研究表明^[18]：急性加重—危险窗期采用中西医结合序贯治疗方案较单纯西医规范方案的疗效提高显著，减少了急性加重次数，改善了呼吸困难等临床症状，提高了生存质量。

7.3 稳定期

研究证据表明^[35-40]，中医辨证治疗、中西医结合治疗慢阻肺稳定期的疗效较安慰剂或

单用西医治疗显著，主要表现在改善症状、减少急性加重次数、提高运动能力、改善生存质量等。对于肺功能 1、2 级的慢阻肺稳定期早期患者，中医辨证治疗方案（肺气虚证用补肺方，肺脾气虚证用补肺健脾方，肺肾气虚证用补肺益肾方）能够减少患者急性加重次数，改善肺功能和呼吸困难程度，改善临床症状，提高运动耐力和生存质量等，并具有较好的远后效应^[41]。肺功能 3、4 级的慢阻肺患者，在西医常规治疗基础上，中医辨证治疗方案（肺脾气虚证用补肺健脾方，肺肾气虚证用补肺益肾方，肺肾气阴两虚证用益气滋肾方）治疗能够减少患者急性加重次数和程度，提高生存质量和运动耐力，改善患者临床症状和呼吸困难等^[42]。

7.3.1 肺气虚证^[15]

症 状：主症：咳嗽，乏力，易感冒。次症：喘息，气短，动则加重，神疲，自汗，恶风，舌质淡，舌苔白，脉细、沉、弱。

诊 断：①咳嗽或喘息、气短，动则加重；②神疲、乏力，或自汗；③恶风，易感冒；④舌质淡、苔白，或脉沉细或细弱。具备①、②、③、④中的 3 项。

治 法：补肺益气固卫。

方 药：人参胡桃汤（《济生方》）合人参养肺丸（《太平惠民和剂局方》）加减^[8]（**证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用**）：党参 15g、黄芪 15g、白术 12g、胡桃肉 15g、百部 9g、川贝母 6g、杏仁 9g、厚朴 9g、紫苏子 9g、地龙 12g、陈皮 9g、桔梗 9g、炙甘草 6g。

加 减：自汗甚者，加浮小麦 15g、煅牡蛎 15g^{（先煎）}；寒热起伏，营卫不和者，加桂枝 6g、白芍 9g。此证亦可选用益气固表方^[43]（**证据级别：B；推荐强度：弱推荐使用**）（党参、浮小麦、白术、半夏、陈皮、紫苏、茯苓、防风、薏苡仁、款冬花、黄芩、川贝母、枇杷叶）。

中成药：玉屏风颗粒^[44]（冲剂）（**证据级别 B；推荐强度：强推荐使用**）：冲服，一次 5g，一日 3 次。

7.3.2 肺脾气虚证^[15]

症 状：主症：咳嗽，喘息，气短，动则加重，纳呆，乏力，易感冒，舌体胖大、齿痕，舌质淡，舌苔白。次症：神疲，食少，脘腹胀满，便溏，自汗，恶风，脉沉、细、缓、弱。

诊 断：①咳嗽或喘息、气短，动则加重；②神疲、乏力或自汗，动则加重；③恶风，易

感冒；④纳呆或食少；⑤胃脘胀满或腹胀或便溏；⑥舌体胖大或有齿痕，或舌苔薄白或白腻，或脉沉细或沉缓或细弱。具备①、②、③中的2项，加④、⑤、⑥中的2项。

治法：补肺健脾，降气化痰。

方药：六君子汤（《医学正传》引《太平惠民合剂局方》）合黄芪补中汤（《医学发明》）加减^[8]（证据级别：**D**；推荐强度：**强推荐使用**）：党参 15g、黄芪 15g、白术 12g、茯苓 12g、杏仁 9g、川贝母 6g、地龙 12g、厚朴 9g、紫菀 9g、紫苏子 9g、淫羊藿 6g、陈皮 9g、炙甘草 6g。

加 减：咳嗽痰多、舌苔白腻者，减黄芪，加法半夏 12g、豆蔻 9g；咳痰稀薄，畏风寒者，加干姜 9g、细辛 2g；纳差食少明显者，加神曲 12g、豆蔻 12g、炒麦芽 12g；脘腹胀闷，减黄芪，加木香 9g、莱菔子 9g、豆蔻 9g；大便溏者，减紫菀、杏仁，加葛根 9g、泽泻 12g、芡实 15g；自汗甚者，加浮小麦 15g、煅牡蛎 20g^{（先煎）}。此证亦可选用补肺健脾方^[45,46]（证据级别：**B**；推荐强度：**弱推荐使用**）：黄芪、黄精、党参、白术、茯苓、浙贝母、地龙、厚朴、陈皮、紫菀、矮地茶、淫羊藿；或补中益气汤（《内外伤辨惑论》）加减^[47]（证据级别：**B**；推荐强度：**强推荐使用**）。

中成药：①玉屏风颗粒^[44]（冲剂）（证据级别：**B**；推荐强度：**弱推荐使用**）：冲服，一次 5g，一日 3 次。②六君子丸（证据级别：**D**；推荐强度：**弱推荐使用**）：口服，一次 9g，一日 2 次。

7.3.3 肺肾气虚证^[15]

症 状：主症：喘息，气短，动则加重，神疲，乏力，腰膝酸软，易感冒，舌质淡，舌苔白，脉细。次症：恶风，自汗，面目浮肿，胸闷，耳鸣，夜尿多，咳而遗溺，舌体胖大，有齿痕，脉沉、弱。

诊 断：①喘息，气短，动则加重；②乏力，或自汗，动则加重；③易感冒，恶风；④腰膝酸软；⑤耳鸣，头昏或面目虚浮；⑥小便频数、夜尿多，或咳而遗溺；⑦舌质淡、舌苔白，或脉沉细或细弱。具备①、②、③中的2项，加④、⑤、⑥、⑦中的2项。

治法：补肾益肺，纳气定喘。

方药：补肺益肾方^[45,46]（证据级别：**B**；推荐强度：**强推荐使用**）：人参 6g、黄芪 15g、山茱萸 9g、枸杞子 12g、五味子 9g、淫羊藿 9g、浙贝母 9g、赤芍 12g、地龙 12g、紫苏子 9g、矮地茶 9g、陈皮 9g。

加 减：咳嗽明显者，加炙紫苑 12g、杏仁 12g；咳嗽痰多、舌苔白腻者，加法半夏 9g、茯苓 15g；动则喘甚者，加蛤蚧粉 2g^(冲服)；面目虚浮、畏风寒者，加肉桂 5g^(后下)、泽泻 9g、茯苓 12g；腰膝酸软者，加菟丝子 12g、杜仲 12g；小便频数明显者，加益智仁 9g、金樱子 12g；畏寒，肢体欠温者，加制附子 9g^(先煎)、干姜 6g。此证也可采用人参补肺饮（《症因脉治》）合大补元煎（《景岳全书》）加减^[8]（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）或采用人参蛤蚧散（《博济方》）加味^[48-50]（证据级别 C；推荐强度：弱推荐使用）。

中成药：肺肾气虚兼血瘀者，可选补肺活血胶囊^[51-56]（证据级别：C；推荐强度：弱推荐使用）：口服，一次 4 粒，一日 3 次。

7.3.4 肺肾气阴两虚证^[15]

症 状：主症：咳嗽，喘息，气短，动则加重，乏力，自汗，盗汗，腰膝酸软，易感冒，舌质红，脉细、数。次症：口干，咽干，干咳，痰少，咯痰不爽，手足心热，耳鸣，头昏，头晕，舌质淡，舌苔少、花剥，脉弱、沉、缓、弦。

诊 断：①喘息、气短，动则加重，②自汗或乏力，动则加重；③易感冒；④腰膝酸软；⑤耳鸣，头昏或头晕；⑥干咳或少痰、咯痰不爽；⑦盗汗；⑧手足心热；⑨舌质淡或红、舌苔薄少或花剥，或脉沉细或细弱或细数。具备①、②、③中 2 项加④、⑤中的 1 项加⑥、⑦、⑧、⑨中的 2 项。

治 法：补肺滋肾，纳气定喘。

方 药：保元汤（《博爱心鉴》）合人参补肺汤（《外科枢要》）加减^[8]（证据级别：D；推荐强度：强推荐使用）：人参 6g、黄芪 15g、黄精 15g、熟地黄 15g、枸杞子 12g、麦冬 15g、五味子 9g、肉桂 3g^(后下)、紫苏子 9g、浙贝母 12g、牡丹皮 9g、地龙 12g、百部 9g、陈皮 9g、炙甘草 6g。

加 减：咳甚者，加炙枇杷叶 12g、杏仁 9g；痰粘难咯者，加百合 15g、玉竹 12g、沙参 12g；手足心热甚者，加知母 9g、黄柏 9g、地骨皮 12g、鳖甲 15g；盗汗者，加煅牡蛎 20g^(先煎)、糯稻根 15g。此证亦可选用益气滋肾方^[45,46]（证据级别：B；推荐强度：弱推荐使用）（人参、黄精、麦冬、五味子、枸杞子、熟地黄、肉桂、浙贝母、地龙、丹皮、紫苏子、百部、陈皮）；补肺颗粒^[57,58]（证据级别 B；推荐强度：弱推荐使用）（党参、熟地黄、山萸肉、蜜麻黄、当归、赤芍、黄芩、陈皮、蜜紫苑、甘草）。

中成药：①生脉饮口服液（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：口服，一次 10ml，

一日3次。②养阴清肺丸（偏肺阴虚而有燥热者）（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：口服，一次6~9g，一日2次。③百合固金丸（偏肺肾阴虚者）（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：口服，一次9g，一日2次。④蛤蚧定喘丸（偏肺肾阴虚而内热咳喘者）（证据级别：D；推荐强度：弱推荐使用）：口服，一次6g（水蜜丸），一日2次。

7.4 临床兼证及复杂证候的治疗建议

7.4.1 兼证-血瘀证^[15] 血瘀常以兼证出现于实证、虚证之中，治疗时可在扶正或补虚祛邪基础上，佐以活血化瘀方药。主症：口唇青紫，舌质黯红、紫黯、瘀斑，脉涩、沉。次症：胸闷痛，面色紫暗。诊断：①面色紫暗；②唇甲青紫；③舌质紫暗或有瘀斑或瘀点；④舌下静脉迂曲、粗乱。具备①、②、③、④中的1项即可诊断。治法：活血化瘀。方药：根据所兼证候的不同，临床上可增减活血化瘀方药^[8,59]（如川芎9g、赤芍12g、桃仁9g、红花9g、莪术9g）。

7.4.2 复杂证候 本虚标实而虚实兼见是慢阻肺的病机特点。临床实际中，证候多以复杂证候出现，即使是复杂证候，病机也有主次之分，如①急性加重期：多见痰热壅肺或痰浊阻肺证等，常兼肺脾气虚或肺肾气虚证等，时或兼瘀，以痰热、痰湿或血瘀等实证为主，肺脾气虚、肺肾气虚等虚证为次，故治疗当以清肺化痰、燥湿化痰、活血化瘀等为主，辅以补肺健脾或补益肺肾等。②稳定期：多见肺气虚、肺脾气虚、肺肾气虚等虚证，常兼痰浊、血瘀或痰瘀互阻等实证，以虚证为主，以实证为次，故治疗以补益为主如补益肺气、补肺健脾、补肺益肾等，佐以祛邪如化痰、活血等。由于慢阻肺临床证候复杂多变，本指南难以将所有复杂证候全部列出，建议临床实践中，辨证为复杂证候时可参考指南所列证候的治法方药进行治疗，根据虚实主次而遣方用药^[10,11,14-16]。

8 其他治法

研究表明，太极拳^[60]、针刺^[61]、呼吸导引^[62]、穴位贴敷（如舒肺贴^[63]、消喘膏^[64]等）、益肺灸^[65]等技术在缓解慢阻肺患者临床症状、提高运动耐力、延缓肺功能下降、提高生存质量等方面具有较好疗效。可参考相关指南对慢阻肺患者进行中医肺康复的临床实践。

9 预防调护

9.1 预防外感

保持空气湿润，有利于呼吸道分泌物的排出；鼓励病人咳嗽、排痰、戒烟、预防感冒及呼吸道感染；在严格的看护下进行适当的康复锻炼，提高机体抵抗力^[10]。

9.2 改善营养状况

营养不良可使膈肌疲劳加重，应少食多餐，给以清淡、易消化、营养丰富的饮食，避免辛辣刺激性食物，保持大便通畅^[10]。

9.3 心理护理

慢阻肺患者长期受疾病折磨，精神负担十分沉重，易合并焦虑抑郁，应帮助病人树立战胜疾病的信心^[10]。

10 指南研制方法

项目组按照国际指南研制规范，基于现有最佳证据、结合中医药自身特点，制定了慢阻肺的中医诊疗指南，以期为临床应用提供切实可行的推荐或建议，为从事慢阻肺防治的中医、中西医结合临床医师提供指导性意见，提升中医药防治慢阻肺水平。现将研制方法说明如下。

10.1 研制计划及实施

项目组根据研究任务，制订指南研制计划；征求有关专家意见，完善研制计划；落实指南研制具体实施步骤，达成内部的共识；征求专家意见，对指南的内容进行修改完善。

10.2 基金资助及利益冲突

基金资助：国家“万人计划”百千万工程领军人才项目（W02060076）、2015年度中医药行业科研专项（201507001-01）、国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项（JDZX2015152）。

本指南所有成员均签署利益冲突声明，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。

10.3 指南研制步骤

10.3.1 循证证据的检索

检索策略分为电子检索和手工检索。制定详细的检索词和检索策略，检索内容分为：

国内外原始研究数据库，主要有：①英文：PubMed、Embase 和 Cochrane library。②中文：中国知网（CNKI）、中文科技期刊全文数据库（VIP）、中国生物医学文献数据库（CBM）、万方全文数据库（WANFAN DATA）。手工检索了重要古籍、现代相关专著、医疗保险目录、药典等标准化文件。检索时间均从 2012 年至 2017 年 7 月。

10.3.2 文献筛选原则

PICO 的界定如下：

稳定期 ① 研究对象（Population）：文献中明确诊断为慢阻肺稳定期患者，诊断标准、中医辨证分型标准及疗效评价标准符合公认的标准；② 干预措施（Intervention）：中医药单用；中医药联合西医常规治疗。中药包括经方、验方、中成药、中成药注射剂；③ 对照措施（Comparison）：对症治疗或西医常规治疗；④ 结局指标（Outcome）：主要结局指标：急性加重次数、生存质量评分包括圣·乔治呼吸问卷（SGRQ）、健康调查简表（SF-36）、慢阻肺评估测试（CAT）；次要结局指标：肺功能（FEV₁、FEV₁%、FVC）、6 分钟步行距离（6MWD）、改良英国医学研究委员会呼吸困难量表（mMRC）、血气分析（PaO₂、PaCO₂）。

急性加重期 ① 研究对象（Population）：文献中明确诊断为慢阻肺急性加重期患者，诊断标准、中医辨证分型标准及疗效评价标准符合公认的标准；② 干预措施（Intervention）：中医药单用，中医药联合西医常规治疗。中药包括经方、验方、中成药、中成药注射剂；③ 对照措施（Comparison）：对症治疗或西医常规治疗；④ 结局指标（Outcome）：主要结局指标：住院时间（治疗时间）、治疗成功率、机械通气率、ICU 入住率、改良英国医学研究委员会呼吸困难量表（mMRC）；次要结局指标：血气分析（PaO₂、PaCO₂）、肺功能（FEV₁、FEV₁%、FVC）、治疗费用、血常规（白细胞、中性粒细胞）、降钙素原（PCT）、C-反应蛋白（CRP）。

筛选后，获得相关系统评价、RCT 文献全文，按照《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准（2011 版）》^[15]中的证候进行划分。

10.3.3 证据级别和推荐强度

本指南采用推荐分级的评估、制定和评价(The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation, GRADE) 系统^[66]进行证据质量与推荐强度分级。

本指南推荐强度标准：综合临床研究文献、相关经典古籍、现代呼吸专著、医保目录、

药典等标准化文件形成综合证据，结合临床专家调研结果、药品说明书信息、患者偏好以及相关经济学分析数据，由名义组会议专家综合权衡后作出推荐强度。

10.3.4 推荐意见形成过程

证据综合报告形成：系统检索、筛选中医药治疗慢阻肺的文献，按 GRADE 标准对符合 PICO 的 Meta 分析及 RCT 文献进行评价，得出证据级别；并检索相关经典古籍、现代呼吸专著、医保目录、药典等标准化文件，作为证据补充，形成证据综合报告。

临床专家调研报告：基于证据综合报告基础上，进行 2 轮专家问卷调查（副高级以上职称），第一轮对所有干预措施进行评价；第二轮对指南编写体例及推荐的方药进行评价。结合专家调研结果，拟定出推荐方案。最终进行了 38 人次的调研：第一轮 20 名，第二轮 18 名，专家重合率 60%。

药品不良反应及经济学评价信息：充分收集推荐方案中药物说明书或文献中提及药物不良反应信息；将推荐方案与同类药物进行经济学比较，并结合患者价值观及偏好，得出推荐方案的经济学信息。

制定推荐意见表：运用 GRADE 网格^[67]将推荐意见所基于的证据质量、临床专家调研结果、药品说明书信息、患者偏好以及相关经济学分析数据信息整合，形成推荐意见表及投票单。

召开名义组会议：①由 13 名共识组专家于 2018 年 2 月 3 日在河南中医药大学第一附属医院召开名义组会议。共识组成员包括：从事呼吸系统疾病诊疗的临床一线中医专家 9 名、西医专家 1 名；中医药循证医学方面的专家 2 名；临床药师 1 名。以上专家均为副高级以上职称，来自 8 家全国三级甲等医院，覆盖 4 个省份和 3 个直辖市。②由会议秘书阐述指南研制推荐方案，引导共识组专家阅读推荐意见表的相关信息，共识组专家充分综合考虑证据质量、利弊关系及患者意愿等信息，做出“强推荐”、“弱推荐”、“无明确推荐”、“弱不推荐”、“强不推荐”的判断，并独立填写推荐意见投票单。③统计推荐结果，并达成共识。统计方法如下：若除了“0”以外的任何 1 格票数超过 50%，则视为达成共识，可直接确定推荐意见方向及强度；若“0”某一侧两格总票数超过 70%，亦视为达成共识，可确定推荐方向，推荐强度则直接定为“弱”；其余情况视为未达成共识。未达成共识的推荐意见，将由共识专家阐述意见，会议秘书记录、汇总、写成备注后，进入下一轮投票，经过≤3 轮的投票，最终达成共识。

10.4 指南的发布与更新

结合上述过程最终编写成《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》，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 2~4 年进行更新。更新的内容取决于：指南发布后是否有新的相关证据出现，证据变化对指南推荐意见的影响，指南推荐意见的强度是否发生变化。项目组将对本指南的临床使用情况进行评估，并将继续收集、评价新的临床证据，以对指南进行补充与修订。

参考文献

- [1] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2019 Report) [EB/OL]. <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1>.
- [2] Adeloye D, Chua S, Lee C, et al. Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis[J]. J Glob Health, 2015,5(2):20415.
- [3] Wang C, Xu J, Yang L, et al. Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): a national cross-sectional study[J]. Lancet, 2018,391(10131):1706~1717.
- [4] Yang G, Wang Y, Zeng Y, et al. Rapid health transition in China, 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet, 2013, 381(9882):1987-2015.
- [5] Peng Y, Wang H, Vos T, et al. A Subnational Analysis of Mortality and Prevalence of COPD in China From 1990 to 2013: Findings from the Global Burden of Disease Study 2013[J]. Chest, 2016, 150(6):1269-1280.
- [6] 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治专家组.慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2017年更新版)[J]. 国际呼吸杂志, 2017,37(14):1041-1057.
- [7] 李建生,王海峰.基于慢性阻塞性肺疾病急性加重危险窗的祛邪扶正序贯辨证治疗策略[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(9):1276-1280.
- [8] 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, 53(1):80-84.

- [9] Vogelmeier C, Criner G, Martinez F, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary[J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2017,195(5):557~582.
- [10] 李建生. 中医临床肺脏病学[M]. 人民卫生出版社, 2015:395.
- [11] 李建生. 正虚积损为慢性阻塞性肺疾病的主要病机[J]. *中华中医药杂志*, 2011,26(8):1710-1713.
- [12] 李建生, 张海龙, 王海峰, 等. 慢性阻塞性肺疾病证候演变特点临床调查[J]. *中医杂志*, 2017, 58(9): 772-776
- [13] 班承钧, 黎元元, 谢雁鸣, 等. 真实世界 26491 例慢性阻塞性肺疾病住院患者的临床特征分析[J]. *中华中医药杂志*, 2014,29(11):3567-3570.
- [14] 李建生, 王至婉, 李素云, 等. 慢性阻塞性肺疾病稳定期证候诊断标准的建立[J]. *辽宁中医杂志*, 2012, 39(7):1199-1202.
- [15] 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证候诊断标准(2011 版) [J]. *中医杂志*, 2012, 53(2):177-178.
- [16] 李建生, 余学庆, 王明航, 等. 中医治疗慢性阻塞性肺疾病研究的策略与实践[J]. *中华中医药杂志*, 2012,27(6):1607-1614.
- [17] 张海龙, 李建生, 王海峰, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重危险窗证候分布的临床调查研究[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2014,16(7):1587-1592.
- [18] Li J, Wang H, Li S, et al. Effect of sequential treatment with TCM syndrome differentiation on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and AECOPD risk window[J]. *Complement Ther Med*, 2016,29:109~115.
- [19] 张海龙, 王明航, 李风雷, 等. 中医药辨证治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病随机对照试验疗效评价指标的系统评价[J]. *中医学报*, 2013, 28(6):797-804.
- [20] Liu S, Shergis J, Chen X, et al. Chinese herbal medicine (weijing decoction) combined with pharmacotherapy for the treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014:257012.
- [21] 李秀兰, 王勇奇, 李香凤, 等. 小青龙汤加味治疗外寒内饮型急性发作期慢性阻塞性肺疾病临床研究[J]. *河南中医*, 2015, 35(10):2317-2319.

- [22]Liu M, Zhong X, Li Y, et al. Xuan Bai Cheng Qi formula as an adjuvant treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease of the syndrome type phlegm-heat obstructing the lungs: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial[J]. BMC Complement Altern Med, 2014,14:239.
- [23]郭 飞, 付立彪, 赵 标, 等. 桑白皮汤加味配合常规治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热遏肺证临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(9):839-840.
- [24]马丹女, 蔡宛如. 桑白皮汤配合西医治疗慢性阻塞性肺疾病(痰热郁肺证)临床疗效及生存预后观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2013,37(6):691-694.
- [25]里自然, 刘新宇, 李 俐, 等. 桑白皮汤治疗 AECOPD 痰热郁肺证临床观察[J]. 新中医, 2016,48(7):57-58.
- [26]梁仕勤, 刘新宇, 叶 焰, 等. 桑白皮汤加减对痰热郁肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重期炎症指标的影响[J]. 安徽中医药大学学报, 2017,36(1):26-29.
- [27]李建生, 李素云, 马利军, 等. 通塞颗粒治疗老年慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 急性加重期的临床疗效评价[J]. 河南中医学院学报, 2003,18(5):35-38
- [28]张连波. 痰热清治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察[J]. 中国医疗前沿, 2012,7(17):67-68.
- [29]卢家胜, 李 乔, 赵卫星, 等. 痰热清注射液对 AECOPD 痰热郁肺证患者血气分析、血常规、C 反应蛋白的临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2013,25(1):29-30.
- [30]韦思尊, 陈斯宁, 冯 原. 痰热清注射液对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者细胞因子和肺功能影响的研究[J]. 中国中医急症, 2011,20(9):1402-1403.
- [31]赵淑慧. 痰热清注射液辅助治疗慢性阻塞性肺疾病(痰热阻肺证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(8):1467-1468.
- [32]居琪珺. 痰热清注射液配合基础治疗对急性发作期慢性阻塞性肺疾病(痰热郁肺证)患者排痰效果的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(1):24-25.
- [33]刘家宝. 痰热清注射液治疗慢性阻塞性肺疾病疗效观察[J]. 中药药理与临床, 2012,28(2):171-173.
- [34]连宝涛, 刘枚芳, 徐景利, 等. 血必净注射液治疗慢性阻塞性肺疾病的系统评价[J]. 中成药, 2016, 38(03):519-527.

- [35] Wang H, Zhang H, Li J, et al. Effectiveness and safety of traditional Chinese medicine on stable chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis[J]. *Complement Ther Med*, 2015, 23(4):603-611.
- [36] Chung V, Wu X, Ma P, et al. Chinese Herbal Medicine and Salmeterol and Fluticasone Propionate for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Network Meta-Analysis[J]. *Medicine*, 2016, 95(20): e3702.
- [37] Chen X, May B, Di Y M, et al. Oral Chinese Herbal Medicine Combined with Pharmacotherapy for Stable COPD: A Systematic Review of Effect on BODE Index and Six Minute Walk Test[J]. *PLoS One*, 2014, 9(3):e91830.
- [38] An X, Zhang A, May B, et al. Oral Chinese Herbal Medicine for Improvement of Quality of Life in Patients with Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review[J]. *J Altern Complement Med*, 2012, 18(8):731.
- [39] Liu J, Gao F, Li Z. Effect of yiqibushenhuoxue decoction on chronic obstructive pulmonary disease measured by St. George's respiratory disease questionnaire scores and forced expiratory volume[J]. *J Tradit Chin Med*, 2014,34(4):445~449.
- [40] Wang G, Liu B, Cao Y, et al. Effects of two Chinese herbal formulae for the treatment of moderate to severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a multicenter, double-blind, randomized controlled trial[J]. *PLoS One*, 2014, 11(3):e0152379.
- [41] 李建生. 2011 国家中医药行业专项项目课题——早期慢性阻塞性肺疾病稳定期中医治疗方案与转化应用研究[R]. 研究结题报告, 2016:07.
- [42] 李建生. 国家十二五科技支撑计划课题——病证结合提高中医治疗慢性阻塞性肺疾病疗效研究[R]. 研究结题报告, 2018:03.
- [43] Li F, Zhang Y, Zheng L, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled superiority trial of the Yiqigubiao pill for the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease at a stable stage[J]. *Exp Ther Med*, 2016, 12(4):2477.
- [44] Zhong Y, Wang X, Xu G, et al. Modified Yupingfeng formula for the treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of randomized controlled trials[J]. *Afr J Tradit Complement Altern Med*, 2014,11(1):1~14

- [45] Li J, Li S, Xie Y, et al. The effective evaluation on symptoms and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients treated by comprehensive therapy based on traditional Chinese medicine patterns[J]. Complement Ther Med, 2013,21(6):595~602.
- [46] Li S, Li J, Wang M, et al. Effects of comprehensive therapy based on traditional Chinese medicine patterns in stable chronic obstructive pulmonary disease: a four-center, open-label, randomized, controlled study[J]. BMC Complement Altern Med, 2012, 12(1):197.
- [47] Chen Y, Shergis J, Wu L, et al. A systematic review and meta-analysis of the herbal formula Buzhong Yiqi Tang for stable chronic obstructive pulmonary disease[J]. Complement Ther Med, 2016,29:94~108
- [48] 韩林华, 邹华丽. 加减参蛤散对肺肾气虚型慢性阻塞性肺疾病稳定期 BODE 指数的影响[J]. 现代中医药, 2016,36(3):21-23.
- [49] 邹华丽, 韩林华, 谢轶群. 加减参蛤散治疗肺肾气虚型慢性阻塞性肺疾病稳定期临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2016, 37(10):44-46.
- [50] 易鑫, 王江江, 刘炜, 等. 加味参蛤散对慢阻肺稳定期肺肾气虚患者早期肾损害的影响[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(5):112-114.
- [51] 方泓. 补肺活血胶囊对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的临床疗效观察[J]. 中国医师进修杂志, 2011, 34(13):56-57.
- [52] 杜春苑, 富红霞, 武剑. 信必可都保联合补肺活血胶囊治疗慢阻肺稳定期的临床观察[J]. 饮食保健, 2015, 2(14):183-184.
- [53] 李学明, 韩旭东, 王克俭. 补肺活血胶囊结合吸入舒利迭治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病疗效观察[J]. 山西中医, 2013, 29(10):20-21.
- [54] 朱东全, 武玉荣, 李清贤. 补肺活血胶囊治疗中重度慢阻肺的临床观察[J]. 中外医疗, 2013, 32(28):27-28.
- [55] 靳莉, 曹砚杰, 张华. 补肺活血胶囊对慢性阻塞性肺疾病患者证候相关指标的影响[J]. 时珍国医国药, 2016,27(5):1143-1145.
- [56] 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, 2018,34(10):138-142.
- [57] Guo S, Sun Z, Liu E, et al. Effect of bufei granule on stable chronic obstructive pulmonary

- disease: a randomized, double blinded, placebo-controlled, and multicenter clinical study[J]. *J Tradit Chin Med*, 2014,34(4):437~444.
- [58]孙增涛,付敏,李月川,等.补肺颗粒对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者生存质量的影响[J].*中医杂志*,2012,53(11):930-932.
- [59]李彬,侯政昆,李建生,等.活血化瘀方药对慢性阻塞性肺疾病急性加重期血瘀证患者细胞因子及内皮素的影响[J].*中国中西医结合急救杂志*,2010,17(3):131-133.
- [60]Ngai S, Jones A, Tam W. Tai Chi for chronic obstructive pulmonary disease (COPD)[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(6):D9953.
- [61]Wang J, Li J, Yu X, et al. Acupuncture Therapy for Functional Effects and Quality of Life in COPD Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. *Biomed Res Int*, 2018:3026726
- [62]Zhang H, Li J, Yu X, et al. An evaluation of activity tolerance, patient-reported outcomes and satisfaction with the effectiveness of pulmonary daoyin on patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2017, 12:2333~2342.
- [63]Li J, Li S, Yu X, et al. Bu-Fei Yi-Shen granule combined with acupoint sticking therapy in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease: a randomized, double-blind, double-dummy, active-controlled, 4-center study[J]. *J Ethnopharmacol*, 2012, 141(2):584~591.
- [64]李国勤,王蕾,林英翔,等.冬病夏治消喘膏穴位贴敷疗法治疗稳定期慢性阻塞性肺病的随机对照研究[J].*中国中西医结合杂志*,2011,52(9):1187-1190
- [65]李纳.益肺灸治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者临床疗效评价[D].河南中医学院,2015.
- [66]Guyatt G, Oxman A, Vist G, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J]. *BMJ*, 2008,336(7650):924~926.
- [67]Alonso-Coello P, Oxman A, Moberg J, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines[J]. *BMJ*, 2016,353:i2089.