

杏苏二陈方结合督脉灸促进稳定期痰浊阻肺型慢阻肺患者肺康复效果研究*

杜蕾¹, 章莉², 胡丽娟^{3,△}

(1. 武汉市中医医院急诊医学科, 湖北 武汉 430000; 2. 武汉市中医医院肺系病科, 湖北 武汉 430000;
3. 武汉市中医医院内分泌代谢病科, 湖北 武汉 430000)

摘要: 目的: 观察杏苏二陈方结合督脉灸促进稳定期痰浊阻肺型慢阻肺 (COPD) 患者肺康复效果。方法: 总计纳入稳定期痰浊阻肺型慢阻肺患者 81 例 (2020 年 1 月~2023 年 1 月收治), 以随机数字表法将患者分为两组, 分别为对照组 ($n=40$ 例, 西医治疗) 与中医组 ($n=41$ 例, 西医治疗结合杏苏二陈方及督脉灸治疗), 各组数据观察: 治疗效果、治疗前后患者呼吸困难评分 (mMRC) 及 COPD 评估测试量表 (CAT) 评分变化、6min 步行距离变化、中医证候 (咳嗽胸闷、喘息、痰多痰黄、大便干结等) 积分变化、血气指标变化及炎症因子水平变化、肺功能指标变化、不良反应。结果: 中医组与对照组治疗总有效率比较 (97.56%vs82.50%), 有显著性差异 ($P<0.05$); 治疗前各组患者 mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离、中医证候 (咳嗽胸闷、喘息、痰多痰黄、大便干结等) 积分、血氧饱和度 (SaO_2) 及动脉血二氧化碳分压 (PaCO_2)、动脉血氧分压 (PaO_2) 等血气指标、白细胞计数 (WBC) 及 C 反应蛋白 (CRP) 等炎症因子水平变化、第一秒用力呼吸容积 (FEV1) 与其所占预计值比例 (FEV1%) 等肺功能指标比较, 无显著性差异 ($P>0.05$), 治疗后各组患者 mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离、中医证候 (咳嗽胸闷、喘息、痰多痰黄、大便干结等) 积分、 SaO_2 及 PaCO_2 、 PaO_2 、WBC、CRP、FEV1 及 FEV1% 等指标均改善, 中医组患者治疗后 mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离、中医证候 (咳嗽胸闷、喘息、痰多痰黄、大便干结等) 积分、 SaO_2 及 PaCO_2 、 PaO_2 、WBC、CRP、FEV1 及 FEV1% 等指标明显优于对照组 ($P<0.05$); 中医组与对照组患者不良反应率比较 (2.44%vs5.00%), 无显著性差异 ($P>0.05$)。结论: 杏苏二陈方结合督脉灸可提升稳定期痰浊阻肺型慢阻肺 (COPD) 患者临床效果, 患者症状改善, 肺功能恢复较好, 值得应用。

关键词: 痰浊阻肺型慢阻肺; 稳定期; 杏苏二陈方; 督脉灸; 肺功能

中图分类号: R 563 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2024) 03-0105-04

目前, 国内外慢阻肺疾病发病率均较高, 该病发生与吸烟、发育不良、遗传、外界环境污染等相关, 发病后患者表现出呼吸困难与气促、咳嗽痰多, 疾病容易反复发作, 尤其是冬季, 其复发率较高, 故而需积极采取方法进行治疗, 降低疾病复发率^[1-2]。目前, 西医治疗慢阻肺多采取药物治疗, 茶碱缓释片、羧甲司坦取得较好治疗效果^[3]。为了进一

步提升慢阻肺患者治疗效果, 可通过辨证, 采取中医方法治疗该病^[4-5]。本研究给予稳定期痰浊阻肺型慢阻肺患者杏苏二陈方结合督脉灸治疗, 取得较好治疗效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入稳定期痰浊阻肺型慢阻肺患者 81 例 (2020 年 1 月~2023 年 1 月收治), 以随机数

* 基金项目: 湖北省卫生计生委 2016~2017 中医药中西医结合科研项目 (鄂卫生计生通 [2017] 20 号); 武汉市医学科研项目 (编号: WZ19C12)。第一作者: 杜蕾, 本科, 主管护师, 研究方向: 肺康复, E-mail: 126959117@qq.com。△通讯作者: 胡丽娟, 本科, 主管护师, 研究方向: 内分泌代谢, E-mail: 358634971@qq.com。

[14] 张飞, 王娟. 依达拉奉联合乌司他丁对重症急性胰腺炎合并急性肺损伤患者炎症因子水平及脏器功能的影响 [J]. 广西医学, 2020, 42 (12): 1535-1538.
[15] Qin MZ, Qin MB, Liang ZH, et al. Effect of SOCS3 on lung injury in rats with severe acute pancreatitis through regulating JAK2/STAT3 signaling pathway [J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2019, 23 (22): 10123-10131.
[16] Karki P, Ke Y, Zhang CO, et al. SOCS3-microtubule interaction via CLIP-170 and CLASP2 is critical for modulation of endothelial inflammation and lung injury [J]. J Biol Chem, 2021, 296: 100239.

[17] 张青玉, 郭莲怡, 刘宝海. 加味清胰汤联合血液灌流治疗高脂血症性重症急性胰腺炎并发肺损伤的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2022, 42 (6): 1389-1391.
[18] Su YR, Hong YP, Mei FC, et al. High-Fat Diet Aggravates the Intestinal Barrier Injury via TLR4-RIP3 Pathway in a Rat Model of Severe Acute Pancreatitis [J]. Mediators Inflamm. 2019, 2019: 2512687.
[19] 唐义爽, 周秉舵, 孔婧, 等. 大承气汤对重症急性胰腺炎大鼠肠屏障及肠淋巴组织炎症因子的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41 (2): 218-223.

(收稿日期 2023-08-17)

字表法将患者分为两组，对照组（ $n=40$ 例，西医治疗）与中医组（ $n=41$ 例，西医治疗结合杏苏二陈方及督脉灸治疗）。对照组：40 例，女 13 例，男 27 例，年龄为 49 岁~69 岁（ 59.83 ± 4.22 ）岁，慢阻肺病程 1~6 年（ 3.00 ± 1.45 ）年，BMI 指数为 $15.6\sim25.6\text{kg}/\text{cm}^2$ ，平均为（ 20.25 ± 2.83 ） kg/cm^2 。中医组：41 例，女 13 例，男 28 例，年龄为 48 岁~70 岁（ 59.78 ± 4.28 ）岁，慢阻肺病程 1~7 年（ 3.02 ± 1.41 ）年，BMI 指数为 $15.4\sim25.0\text{kg}/\text{cm}^2$ ，平均为（ 20.23 ± 2.85 ） kg/cm^2 。对照组与中医组患者一般资料比较，无显著差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 诊断标准 西医诊断慢阻肺以《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[6]为参考：患者咳嗽咳痰、喘气、呼吸困难等，结合既往史及实验室指标确诊。中医痰浊阻肺型慢阻肺诊断以《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[8]为参考：咳嗽胸闷、喘息、痰多痰黄、咯痰不爽、发热、口渴喜冷饮、大便干结、舌红及舌苔黄腻、脉滑数。

1.3 纳入排除标准 纳入标准：患者经中西医诊断确诊为慢阻肺，中医辨证为痰浊阻肺型，均为稳定期；患者知情，签署协议加入研究；入组患者可进行杏苏二陈方与督脉灸治疗；本次研究经伦理委员会批准。排除标准：恐惧针刺患者与皮肤过敏患者；年龄 18 岁以下患者；妊娠与哺乳患者；心理及精神疾病患者等。

1.4 治疗方法 （1）对照组：口服茶碱缓释片（厂家为长春长庆药业集团有限公司；国药准字为 H22020485）治疗，每日 2 次，每次 0.2g；羧甲司坦口服液（厂家为北京诚济制药有限公司；国药准字 H20044967），每日服药 3 次，每次剂量为 10mL，连续治疗 1 个月。（2）中医组：同对照组基础上，联合杏苏二陈方及督脉灸进行治疗。杏苏二陈方：桔梗、枳壳、北沙参、麦冬、款冬花、百部、紫菀及法半夏各 15g，杏仁、苏子及甘草各 10g。水煎煮，我院煎煮提供药液，每日服药 2 次，早晚温服，每次 200mL，治疗 1 个月。督脉灸治疗：患者取俯卧位，以桑皮纸覆于患者督脉与双侧夹脊穴，垫料为生姜末，筑于桑皮纸上，呈水槽状（宽 5cm、厚 2.5cm），槽内安置梭形艾绒条施灸，共计灸 3 壮，每日治疗时间为 90min，10d 进行 1 次治疗，共计治疗 3 次。

1.5 观察指标 ①疗效评估标准^[9]：参考尼莫地平症状积分法进行评估。疗效指数 $\geq 80\%$ ，症状消失为治愈；疗效指数 $60\%\sim 80\%$ ，症状明显改善为显效；疗效指数 $30\%\sim 60\%$ ，症状有所改善为有效；疗效指数 $<30\%$ ，症状未见改善为无效。总有效率=治愈率+显效率+有效率。②各组患者 mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离变化比较。mMRC 评分标准^[10]：评分范围 0~4 分，分值越低表示患者呼吸困难症状越轻；CAT 评分标准^[11]：评分范围为 0~40 分，分值越低表示患者的症状越轻。6min 步行距离^[12]：患

者 6min 时间内步行的时间，两次测定取平均值。③中医证候积分标准^[13]：评估各组患者治疗前后咳嗽胸闷、喘息、痰多痰黄、大便干结等证候的积分，各项积分 0~3 分，分值越高表示证候越严重。④采取血气分析仪测定各组患者治疗前后、 SaO_2 及 PaCO_2 、 PaO_2 等血气指标。⑤采取全自动血液分析仪测定各组 WBC 指标，以酶联免疫吸附法测定各组 CRP 水平。⑥采取肺功能测定仪器评估各组患者 FEV1 及 FEV1 等肺功能指标。⑦比较各组不良反应。1.6 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件处理数据，总有效率与不良反应率等计数资料进行 χ^2 检验，mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离、中医证候积分、 SaO_2 及 PaCO_2 、 PaO_2 、WBC、CRP、FEV1 及 FEV1 等计量资料实施 t 检验， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组疗效比较 中医组（97.56%）总有效率高于对照组（82.50%）（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组疗效比较 [$n(\%)$]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	17(42.50)	9(22.50)	7(17.50)	7(17.50)	(82.50)
中医组	41	28(68.29)	8(19.51)	4(9.76)	1(2.44)	(97.56)

2.2 两组患者治疗前后 mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离指标变化比较 治疗后两组患者 mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离等指标均改善，而中医组患者治疗后 mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离等指标均优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离比较 [$n;\bar{x}\pm s$]

组别	治疗时间	mMRC 评分 (分)	CAT 评分 (分)	6min 步行距离 (m)
对照组 ($n=40$)	治疗前	3.50 ± 0.51	18.55 ± 3.23	171.25 ± 18.45
	治疗后	2.50 ± 0.51^a	14.23 ± 2.83^a	263.42 ± 20.12^a
中医组 ($n=41$)	治疗前	3.49 ± 0.51	18.61 ± 3.19	171.23 ± 18.39
	治疗后	2.00 ± 0.22^{ab}	11.24 ± 4.23^{ab}	332.15 ± 19.54^{ab}

注：较治疗前，^a $P<0.05$ ；较对照组治疗后，^b $P<0.05$

2.3 两组中医证候（咳嗽胸闷、喘息、痰多痰黄、大便干结等）积分比较 两组患者治疗后中医证候（咳嗽胸闷及喘息、大便干结与痰多痰黄等）积分均降低，治疗后中医组患者的中医证候（咳嗽胸闷及喘息、大便干结与痰多痰黄等）积分低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$; 分)

组别	治疗时间	咳嗽胸闷	喘息	痰多痰黄	大便干结
对照组 ($n=40$)	治疗前	2.28 ± 0.45	2.15 ± 0.36	1.98 ± 0.28	1.75 ± 0.44
	治疗后	0.68 ± 0.47^a	0.63 ± 0.49^a	0.53 ± 0.51^a	0.50 ± 0.51^a
中医组 ($n=41$)	治疗前	2.32 ± 0.47	2.13 ± 0.33	1.95 ± 0.22	1.78 ± 0.42
	治疗后	0.22 ± 0.42^{ab}	0.17 ± 0.38^{ab}	0.19 ± 0.40^{ab}	0.15 ± 0.36^{ab}

注：较治疗前，^a $P<0.05$ ；较对照组治疗后，^b $P<0.05$

2.4 两组患者血氧指标 (SaO_2 及 PaCO_2 、 PaO_2) 比较 两组患者治疗后血氧指标 (SaO_2 及 PaCO_2 、 PaO_2) 均改善,而中医组患者治疗后血氧指标 (SaO_2 及 PaCO_2 、 PaO_2) 均优于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血氧指标 (SaO_2 及 PaCO_2 、 PaO_2) 比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别(n)	治疗时间	SaO_2 (%)	PaCO_2 (kPa)	PaO_2 (kPa)
对照组 (n=40)	治疗前	83.23 $\pm$ 5.23	6.73 $\pm$ 0.57	6.96 $\pm$ 0.68
	治疗后	86.74 $\pm$ 4.12 ^a	6.37 $\pm$ 0.36 ^a	7.40 $\pm$ 0.52 ^a
中医组 (n=41)	治疗前	83.25 $\pm$ 5.19	6.75 $\pm$ 0.55	7.00 $\pm$ 0.64
	治疗后	89.54 $\pm$ 2.16 ^{ab}	6.10 $\pm$ 0.42 ^{ab}	7.77 $\pm$ 0.49 ^{ab}

注:较治疗前,^a $P<0.05$;较对照组治疗后,^b $P<0.05$

2.5 两组患者 WBC、CRP 指标比较 两组患者治疗后 WBC、CRP 指标均改善,而中医组患者治疗后 WBC、CRP 指标均优于对照组 ($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 WBC、CRP 水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别(n)	治疗时间	WBC($10^9/\text{L}$)	CRP(mg/L)
对照组(40例)	治疗前	11.12 $\pm$ 1.25	28.54 $\pm$ 3.84
	治疗后	9.15 $\pm$ 1.02 ^a	9.02 $\pm$ 1.02 ^a
中医组(41例)	治疗前	11.09 $\pm$ 1.22	28.51 $\pm$ 3.81
	治疗后	8.64 $\pm$ 1.00 ^{ab}	8.23 $\pm$ 0.67 ^{ab}

注:较治疗前,^a $P<0.05$;较对照组治疗后,^b $P<0.05$

2.6 两组 FEV1 及 FEV1% 指标比较 两组患者治疗后 FEV1 与 FEV1% 指标均提升,治疗后中医组 FEV1 与 FEV1% 均高于对照组 ($P<0.05$)。见表 6。

表 6 两组患者治疗前后 FEV1 及 FEV1% 比较 ($n, \bar{x}\pm s$)

组别(n)	治疗时间	FEV1(L)	FEV1%(%)
对照组(40例)	治疗前	1.53 $\pm$ 0.47	51.25 $\pm$ 4.95
	治疗后	1.70 $\pm$ 0.25 ^a	61.25 $\pm$ 4.26 ^a
中医组(41例)	治疗前	1.51 $\pm$ 0.50	51.22 $\pm$ 5.01
	治疗后	1.96 $\pm$ 0.23 ^{ab}	66.76 $\pm$ 3.94 ^{ab}

注:较治疗前,^a $P<0.05$;较对照组治疗后,^b $P<0.05$

2.7 两组不良反应比较 两组患者不良反应率比较 (2.44% vs 5.00%), 无统计学差异 ($P>0.05$)。见表 7。

表 7 两组不良反应比较 [n (%)]

组别	n	恶心	呕吐	头痛	总不良反应率
对照组	40	0(0.00)	1(2.50)	1(2.50)	5.00
中医组	41	1(2.44)	0(0.00)	0(0.00)	2.44

3 讨论

中医并无慢阻肺病名,将其归属于“喘证”“肺胀病”等范畴^[14-15]。该病病机复杂,中医记载较多。痰浊阻肺型慢阻肺为常见中医证型,患者主要证候为发热、喘气、咳嗽咳痰等,其主要病变在肺,肺属娇脏,易感外邪,外邪入侵致使肺气不宣、肺司

宣发肃降异常,水谷无法气化,输于脾,导致湿浊加剧,故而治疗该病当以宣肺止咳、祛痰祛湿、健脾理气等法治疗^[16-17]。有研究指出^[18],该法用于治疗急性期痰浊阻肺型慢阻肺取得较好效果,本次将其用于治疗稳定期痰浊阻肺型慢阻肺,也取得较好治疗效果。杏苏二陈方是由桔梗、枳壳、北沙参、麦冬、款冬花、百部、紫菀及法半夏、杏仁、苏子及甘草等中药组成,本方中,桔梗可宣肺、利咽、祛痰排脓;枳壳可理气宽中、行滞消胀;北沙参可养阴清肺、益胃生津;麦冬可养阴生津、润肺清心;款冬花可润肺下气、化痰止咳;百部可润肺止咳;紫菀可温肺、下气、消痰、止咳;法半夏可燥湿化痰、调脾和胃;杏仁可止咳平喘;苏子可止咳平喘、发汗解表;甘草可补脾益气、缓急止痛、清热解毒、止咳化痰^[19]。本方诸药配伍共行宣肺润肺及祛痰止咳、清热解毒及调和脾胃等功效,治疗稳定期痰浊阻肺型慢阻肺取得较好效果。

督脉灸治疗稳定期痰浊阻肺型慢阻肺患者良好,值得应用与研究^[20]。督脉灸作用于患者督脉之上,具有较好补肺气、温阳散寒及益肾通督等作用。本次给予慢阻肺患者督脉灸治疗,沿着患者督脉灸大椎-腰俞穴,具有较好调理患者脏腑及温补督脉、补肾壮阳作用^[21]。数据显示,对照组与中医组总有效率分别为 82.50%、97.56%,后者更高 ($P<0.05$),提示杏苏二陈方结合督脉灸治疗稳定期痰浊阻肺型慢阻肺临床较好。中医组患者治疗后 mMRC 评分及 CAT 评分、6min 步行距离、中医证候(咳嗽胸闷、喘息、痰多痰黄、大便干结等)积分、 SaO_2 及 PaCO_2 、 PaO_2 、WBC、CRP、FEV1 及 FEV1% 等指标明显优于对照组 ($P<0.05$),可见杏苏二陈方结合督脉灸有助于改善稳定期痰浊阻肺型慢阻肺患者症状与肺功能、血气、机体炎症状态。中医组与对照组患者不良反应率比较 (2.44% vs 5.00%), 无统计学差异 ($P>0.05$),可见本次治疗安全可靠。

综上所述,稳定期痰浊阻肺型慢阻肺采取患者杏苏二陈方结合督脉灸治疗效果显著,安全可靠。

参考文献

- [1] 李书娇,许蓉,马佳佳,等.老年慢性阻塞性肺疾病急性加重合并冠心病患者的中医证候观察[J].中国中医急症,2022,31(8):1262-1265.
- [2] 栾哲宇,李小娟,李杨,等.基于“伏邪”理论探讨慢阻肺稳定期的病机与治疗[J].中医药学报,2022,50(5):55-58.
- [3] 黄丽娜,吴蔚,高峰.基于网络药理学探讨清金化浊方治疗慢阻肺的作用机制[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(3):968-977.
- [4] 董敏,李兴芳,张振翔.黄芪四逆汤治疗慢阻肺急性加重有效性及安全性探析[J].时珍国医国药,2022,33(1):160-162.
- [5] 李莉,晏军,吴彩军,等.不同中医证型 COPD 患者 PD-1/PD-L1 及相关免疫指标比较研究[J].中华急诊医学杂志,2022,31(2):246-249.

宣肺祛痰化痰法联合多索茶碱治疗慢性阻塞性肺疾病的疗效及对血气分析 PaO_2 , PaCO_2 的影响*

陈海燕, 凌娜, 杜剑群

(乐山市中医医院老年病科, 四川 乐山 614000)

摘要: 目的: 探究布宣肺祛痰化痰法联合多索茶碱治疗慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 的疗效及对血气分析血氧分压 (PaO_2)、二氧化碳分压 (PaCO_2) 的影响。方法: 选取 2021 年 3 月~2022 年 3 月我院老年病科收治的 120 例 COPD 患者为研究对象, 按照随机数字表法分为研究组 ($n=60$) 和对照组 ($n=60$), 对照组予多索茶碱治疗, 研究组患者在此基础上加用刘方柏教授协定方宣肺祛痰方, 比较两组治疗后临床有效率、中医证候积分、血气指标 [pH 值、 PaO_2 、 PaCO_2]、肺功能 [第一秒末用力呼气量 (FEV_1)、呼气流量峰值 (PEF) 及气道阻力 (Reff 值)] 及生活质量 [圣·乔治呼吸问卷 (SGRD)]。结果: 研究组临床有效率 96.67% 高于对照组 83.33% ($P<0.05$); 治疗后, 两组中医证候积分均有所下降, 且研究组低于对照组 ($P<0.05$); 治疗后, 两组 pH 值、 PaO_2 均有所升高, 且研究组高于对照组 ($P<0.05$), PaCO_2 均有所下降, 且研究组低于对照组 ($P<0.05$); 治疗后, 两组 FEV_1 及 PEF 均有所升高, 且研究组高于对照组, Reff 均有所降低, 且研究组低于对照组 ($P<0.05$); 两组 SGRD 评分各指标均有所降低, 且研究组低于对照组 ($P<0.05$)。结论: 宣肺祛痰化痰法联合多索茶碱治疗 COPD 患者疗效显著, 能够有效缓解患者临床症状, 增强患者肺部功能, 改善血气状况, 提高生活质量。

关键词: 慢性阻塞性肺疾病; 宣肺祛痰化痰法; 多索茶碱; 血气分析

中图分类号: R 563 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2024) 03-0108-05

* 基金项目: 四川省中医药管理局科学技术研究专项课题 (编号: 2022CP6880)。第一作者及通讯作者: 陈海燕, 本科, 副主任中医师, 研究方向: 中医内科、老年医学, E-mail: 15520926282@163.com。

- [6] 韩宝勇. 哮喘顺丸联合噻托溴铵治疗哮喘-慢阻肺重叠综合征临床疗效及对血清炎症因子的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49 (5): 106-110.
- [7] 薛经纬, 陶智会, 李勇, 等. 宽胸理肺汤合三子养亲汤改善慢阻肺的实验研究 [J]. 世界中医药, 2022, 17 (11): 1572-1577.
- [8] 郑美梅, 刘小虹, 江勇. 加味千金苇茎汤治疗慢阻肺合并肺动脉高压的疗效及其对 VEGF 的影响 [J]. 广东药科大学学报, 2022, 38 (3): 64-68.
- [9] 刘雪萍, 付大海, 朱娟娟, 等. 补肺益气汤加减联合无创辅助通气治疗慢阻肺急性加重期呼吸衰竭的临床效果 [J]. 山西医药杂志, 2022, 51 (21): 2441-2443.
- [10] 付雅峰, 付志学. 滋阴利肺汤治疗痰热壅肺型慢阻肺急性加重期的临床研究 [J]. 医药论坛杂志, 2022, 43 (16): 50-52, 56.
- [11] 刘智霖, 史利卿, 马建岭, 等. 慢性阻塞性肺疾病气道黏液高分泌脏腑相关病机及证治探讨 [J]. 世界中医药, 2022, 17 (9): 1316-1321.
- [12] 王彬, 吴蔚, 高峰, 等. 清金化浊方联合西医常规疗法治疗感染性慢性阻塞性肺疾病急性加重疗效及抑制气道黏液高分泌机制研究 [J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29 (1): 124-129.
- [13] 冯超, 王秀兰, 李春盈. 泻肺定喘汤对慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热阻肺型患者血清 MMP-2、TGF- β 1、SOD 及肺功能的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28 (5): 757-761.
- [14] 梁慧. 自拟清肺化痰汤治疗老年社区获得性肺炎的效果观察 [J]. 中国中医药科技, 2022, 29 (2): 342-343.
- [15] 段丛静, 闫晓轩, 赵宏高. 口服化痰活血降气汤剂联合西医常规治疗哮喘-慢阻肺重叠综合征急性发作期的临床疗效及肺功能的影响 [J]. 贵州医药, 2022, 46 (5): 797-798.
- [16] 黄绮芸, 葛文逸, 陈照娣, 等. 补中益气汤联合舒利迭治疗稳定期慢阻肺对患者 mMRC 及 6MWT 指标的影响 [J]. 贵州医药, 2022, 46 (7): 1111-1112.
- [17] 葛文逸, 陈照娣, 黄绮芸, 等. 加味麻杏二二三汤对于慢阻肺急性加重期患者 PaO_2 及 PaCO_2 含量的影响 [J]. 贵州医药, 2022, 46 (6): 870-871.
- [18] 丁娜, 远颖, 赵润芬. 玉屏风散对慢性阻塞性肺疾病急性加重及细胞免疫失衡的调节作用 [J]. 天津中医药, 2022, 39 (4): 443-449.
- [19] 李永伟, 谢莉. 杏苏二陈汤对慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (痰浊阻肺型) 患者临床症状和肺功能的影响 [J]. 四川中医, 2021, 39 (6): 127-131.
- [20] 黄培炜, 林静瑜, 周凡, 等. 尺泽穴位注射对慢阻肺大鼠气道组织形态学和氧化水平的影响 [J]. 临床肺科杂志, 2020, 25 (11): 1667-1671.
- [21] 世界中医药学会联合会肺康复专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医康复指南 [J]. 世界中医药, 2020, 15 (23): 3710-3718.

(收稿日期 2023-11-06)