

· 临床 ·

基于扶阳思想探讨益肺宣肺汤对慢性阻塞性肺疾病的影响

赵宁生^{*}, 崔宇, 钟云青

(广西中医药大学第一附属医院, 南宁 530001)

[摘要] **目的:** 基于扶阳思想观察益肺宣肺汤对慢性阻塞性肺疾病急性发作期炎症因子的影响, 并探讨其作用机制。 **方法:** 随机将2015年1月—2016年6月收治的慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者分为对照组与治疗组, 各60例, 对照组采用常规抗感染、化痰平喘等对证治疗, 治疗组在此基础上加用益肺宣肺汤, 检测治疗前后两组患者肺活量(forced vital capacity, FVC), 1 s用力呼气量占预计值%(forced expiratory volume in 1 second, FEV₁%), FEV₁/FVC, 超敏C反应蛋白(hypersensitive C reactive protein, hs-CRP), 血沉(equivalent series resistance, ESR), 白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6), 白细胞介素-8(interleukin-8, IL-8), 白细胞介素-17(interleukin-17, IL-17), 肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor-alpha, TNF- α)水平, 中医证候评分, 复发率。 **结果:** 两组患者有效率比较差异无统计学意义。与治疗前比较, 治疗后两组患者FEV₁, FEV₁/FVC均明显降低($P < 0.05$), 两组患者比较差异无统计学意义。与治疗前比较, 治疗后两组患者hs-CRP, ESR, IL-6, IL-8, IL-17, TNF- α , 中医证候积分均明显降低($P < 0.05$), 治疗后治疗组上述指标均明显低于对照组($P < 0.05$)。 **结论:** 益肺宣肺汤通过下调炎症因子, 提高疾病证候评分, 降低复发率, 临床疗效以及远期疗效可观。

[关键词] 扶阳; 益肺宣肺汤; 慢性阻塞性肺疾病; 肺活量; 1 s用力呼气量; 超敏C反应蛋白; 白细胞介素

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2017)10-0178-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2017100178

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20170308.0945.028.html>

[网络出版时间] 2017-03-08 9:45

Effect of Yifei Xuanfei Decoction on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Thought of Strengthening Yang

ZHAO Ning-sheng^{*}, CUI Yu, ZHONG Yun-qing

(The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530001, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the effect of Yifei Xuanfei decoction on inflammatory cytokines of chronic obstructive pulmonary disease at acute exacerbation stage based on the thought of strengthening Yang. **Method:** Patients with chronic obstructive pulmonary disease at acute exacerbation stage who were hospitalized from January 2015 to June 2016 were randomly divided into control group and treatment group, with 60 patients in each group. Control group received routine therapy for anti-infection, eliminating phlegm and relieving asthma. In addition to the therapy, treatment group was also given Yifei Xuanfei decoction. Before and after the treatment, forced vital capacity (FVC), forced expiratory volume in 1 second (FEV₁%), FEV₁/FVC, hypersensitive C reactive protein (hs-CRP), equivalent Series Resistance (ESR), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8), interleukin-17 (IL-17), tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), syndrome score of traditional Chinese medicine (TCM) and the recurrence rate were detected. **Result:** The efficiency of two groups had no significant difference. Before and after the treatment, two groups showed significant reductions in FEV₁ and FEV₁/FVC ($P < 0.05$),

[收稿日期] 20161106(003)

[基金项目] 广西自然科学基金项目(2015GXNSFBA139123)

[通讯作者] * 赵宁生, 硕士, 主治医师, 从事呼吸系统疾病中西医结合防治研究, Tel: 13471045341, E-mail: 121585703@qq.com

with no statistically significant difference. Before and after the treatment, two groups showed significant reductions in hs-CRP, ESR, IL-6, IL-8, IL-17, TNF-alpha and comparison of TCM syndrome score ($P < 0.05$). The difference between groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Yifei Xuanfei decoction could down-regulate inflammatory factors, improve disease symptom and reduce the recurrence rate, with a considerable clinical efficacy and long-term efficacy.

[Key words] strengthening Yang; Yifei Xuanfei decoction; chronic obstructive pulmonary disease; forced vital capacity (FVC); forced expiratory volume in 1 second (FEV_1); hypersensitive C reactive protein (hs-CRP); interleukin (IL)

世界上 40 岁以上 10% 的人口患有慢性阻塞性肺疾病 (COPD), 预计在 2020 年 COPD 将成为死亡的第 3 大原因^[1]。因为吸入有害颗粒或气体引起肺部炎症反应, 出现肺动脉高压以及持续的气流受限, 肺部的结构遭到破坏是其病理特点^[2]。在急性 COPD (AECOPD) 的炎性反应中, 除了肺部炎症反应之外, 还存在着全身的炎症反应, 气道慢性非特异性炎症是其病理基础。肿瘤坏死因子- α (TNF- α), 白细胞介素 (IL)-8 等具有炎症介导的活性细胞因子之间相互抑制或者促进, 导致肺泡弹性纤维破坏, 气道重塑狭窄, 加重气道炎症反应, 加剧肺组织与气道结构的病理损害, 从而出现持续的慢性炎症^[3]。研究发现 TNF- α 可判断严重程度和预后, TNF- α 和 IL-6 可判断炎症是否有效控制, IL-8 可反映 COPD 气道炎症严重程度, IL-17 可以反映患者的病情严重程度^[4-6]。中药有积极治疗 COPD 的疗效^[7]。既往研究从阴论治多, 从阳论治较少, 近年来, 研究表明阳气虚衰是 COPD 发病的首要内因^[8], 阳气虚衰, 肺失通调治节, 痰瘀互结, 而痰瘀为阴邪, 阴盛阳衰, 导致多脏腑功能不足、微循环障碍, 又阳虚更易感受外邪导致反复感染, 病情反复, 致诸脏阳气更加衰惫, 咳喘持续难已^[9]。故肺脾肾三脏阳气虚衰是此病的根本, 治病当求于本, 本为阴阳, 故当注重固护阳气^[10]。扶阳法是清代郑钦安治疗阳虚证的宗旨, 对于“肺胀”一病, 采用“补阳补气”的方法来恢复人体脏腑的“阳气”, 主张采用附子等温热药物来扶阳, 以期改善阳气虚衰情况, 扶阳抑阴, 以阳养阴。研究表明, “阳气虚弱”是 COPD 本虚的中心证候, 在运用中医辨证分型的扶阳治疗, 病疗效显著^[11]。益肺宣肺汤是唐农教授在扶阳思想上由附子理中汤加生脉散加减而成, 现就益肺宣肺汤对 AECOPD 进行临床研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入 120 例于 2015 年 1 月—2016 年 6 月在广西中医药大学第一附属医院住院

AECOPD 患者, 运用 SASV8 软件进行分层分组随机化方法, 将患者按照 1:1 随机分为对照组与治疗组, 各 60 例, 对照组男 37 例, 女 23 例, 年龄 47 ~ 73 岁, 平均年龄 (63.49 ± 7.72) 岁, 病程 4 ~ 16 年, 平均 (12.14 ± 3.27) 年, 治疗组男 39 例, 女 21 例, 年龄 45 ~ 75 岁, 平均年龄 (61.58 ± 6.05) 岁, 病程 5 ~ 18 年, 平均 (11.33 ± 2.16) 年。两组患者在年龄、性别、病程等一般资料比较上无统计学差异。本次研究经广西中医药大学医学伦理委员会审查批准, 所有患者均签署知情同意书。

1.2 诊断标准 西医诊断标准符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[12] 中 AECOPD 的诊断标准, 短期内咳嗽、咳痰、气短和 (或) 喘息加重, 痰量增多, 呈脓性或黏脓性, 可伴发热等炎症明显加重的表现, 并且需要改变基础 COPD 的常规用药。中医诊断符合《慢性阻塞性肺疾病中医诊治指南 (2011 版)》^[13]。中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则》^[14], 辨证属阳气虚衰型, 证见胸闷气短, 喘促咳吐涎沫, 畏寒神疲, 小便清长, 舌淡, 苔薄白, 脉沉细。

1.3 纳入标准 ①符合 AECOPD 西医及中医诊断标准; ②符合中医辨证属阳气虚衰型; ③年龄 40 ~ 75 岁; ④既往有吸烟史 ≥ 10 年, 且已戒烟 ≥ 6 月; ⑤急性病程在 3 d 内者; ⑥病情程度为 II 和 III 级者。

1.4 排除标准 ①合并有其他如原发性肺疾病如支气管扩张、结核, 或特发性肺纤维化、气胸、胸腔积液等, 严重心肝肾功能不全者; ②对中药过敏者; ③备孕、哺乳期妇女; ④严重原发性心脏、脑、消化系统或造血系统疾病者; ⑤精神疾病患者; ⑥在过去 3 个月内参加其他药物临床试验者; ⑦病情危重需要入住 ICU 者。

1.5 治疗方法 对照组采用西医综合治疗, 口服美洛西林钠舒巴坦钠 (海南通用三洋药业有限公司, 国药准字 H20010820) 2.5 g, 1 次/d (qd), 口服多索茶碱 (宁波天衡药业股份有限公司, 国药准字 H20041759) 0.2 g, qd, 口服氨溴索 (上海勃林格殷

格翰药业有限公司, 国药准字 H20031314) 15 mg, 2 次/d (*bid*), 口服金匱肾气丸加减(熟地黄 15 g, 山药 20 g, 山茱萸 15 g, 茯苓 12 g, 泽泻 9 g, 牡丹皮 9 g, 附子 15 g, 肉桂 9 g)。治疗组在对照组西医综合治疗基础上加用益肺宣肺汤, 药物组成(附子 10 g, 黄芪 15 g, 人参 15 g, 麦冬 15 g, 桔梗 10 g, 杏仁 10 g, 豆蔻 15 g, 紫苏子 15 g, 石菖蒲 15 g), 所有中药均由广西中医药大学第一附属医院药剂科统一采购, 由广西中医药大学第一附属医院中药房伍小燕主任中医师鉴定为正品, 要求每味药同产地、批次、质量。水煎服至 200 mL, 早晚分服。两组患者均治疗 14 d。

1.6 观察指标 ①中医证候积分^[14], 咳嗽、气短、咳痰, 每一个严重程度分为 4 级, 无(0 分), 轻度(2 分), 中度(4 分), 重度(6 分), 分数越高, 症状越严重。②肺功能相关指标, 患者治疗前后肺功能指标肺活量(FVC), 1 s 用力呼气量(FEV₁), FEV₁/FVC。③IL-6, IL-8, IL-10, IL-17, TNF- α 采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测(武汉博士德生物有限公司, 批号分别为 EK0410, EK0413, EK0416, EK0430, EK0525), 严格按照说明书操作, 超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)采用全自动生化仪检测。在治疗前及 14 d 分别对以上指标检测 1 次, 并对患者进行为期 3 个月的随访, 观察患者疾病复发率。

1.7 临床疗效评判标准^[14] 临床控制, 治疗后中医证候积分减少 $\geq 95\%$; 显效, $70\% \leq$ 中医证候积分减少 $< 95\%$; 有效, $30\% \leq$ 中医证候积分减少 $< 70\%$; 无效, 中医证候积分减少 $< 30\%$ 。

1.8 安全性评价 住院期间记录患者心电图、肝功

能、肾功能、不良事件(头痛、昏厥)等。

1.9 统计分析 使用 SPSS 22.0 进行数据分析, 正态分布计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 治疗前后采用配对样本 *t* 检验, 两组患者比较采用两独立样本 *t* 检验, 不符合正态分布采用非参数检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者退出情况比较 治疗过程中, 对照组出现 1 例转院治疗, 2 例合并重症感染入住 ICU, 治疗组出现 1 例检查出肺部肿瘤, 2 例服用中药出现呕吐, 2 例研究中途放弃中药治疗, 2 例出现呼吸衰竭入住 ICU, 1 例出院。最终纳入研究病例数为对照组 57 例, 治疗组 52 例。

2.2 两组患者有效率比较 对照组总有效率 91.23%, 治疗组总有效率 96.15%, 两组患者有效率比较差异无统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者有效率比较

Table 1 Comparison of total effective rate between two groups

组别	例数	显效/例(%)	有效/例(%)	无效/例(%)	有效率/%
对照	57	22(38.60)	30(52.63)	5(8.77)	91.23
治疗	52	27(51.92)	23(44.23)	2(3.85)	96.15

2.3 两组患者肺功能及炎症指标比较 两组患者 FEV₁ 占预计值%, FEV₁/FVC 治疗前后组间比较差异无统计学意义。两组患者 FEV₁ 占预计值%, FEV₁/FVC 治疗后较治疗前明显升高 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 两组患者 hs-CRP, ESR 水平治疗后较治疗前显著下降 ($P < 0.01$), 治疗后治疗组较对照组下降显著 ($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组患者 FEV₁, FEV₁/FVC, hs-CRP, ESR 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of FEV₁, FEV₁/FVC, hs-CRP, ESR between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	FEV ₁ 占预计值%	FEV ₁ /FVC/%	hs-CRP/mg·L ⁻¹	ESR/mm·h ⁻¹
治疗	治疗前	52	46.37 \pm 17.18	55.03 \pm 12.05	27.69 \pm 12.75	25.14 \pm 11.50
	治疗后		54.28 \pm 14.74 ²⁾	59.25 \pm 13.33 ¹⁾	7.30 \pm 3.24 ^{2,4)}	10.52 \pm 4.36 ^{2,4)}
对照	治疗前	57	45.11 \pm 13.82	53.92 \pm 10.36	28.53 \pm 13.62	26.18 \pm 13.21
	治疗后		50.58 \pm 18.09 ¹⁾	57.34 \pm 11.29 ¹⁾	11.03 \pm 2.97 ²⁾	13.69 \pm 5.01 ²⁾

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.05$, ⁴⁾ $P < 0.01$ (表 3,4 同)。

2.4 两组患者炎症因子比较 两组患者 IL-6, IL-8, IL-17, TNF- α 水平治疗后较治疗前均有显著下降 ($P < 0.01$), 治疗后治疗组较对照组下降更明显 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。见表 3。

2.5 两组患者中医证候积分比较 治疗后两组中医证候积分较治疗前显著降低 ($P < 0.01$), 治疗组

治疗后较对照组下降显著 ($P < 0.01$)。见表 4。

2.6 两组患者随访复发率情况 随访患者定期进行电话随访 90 d, 均能联系并了解病情, 未出现有失访情况。对照组随访 3 个月内有 12 例因再次出现 AECOPD 而入院, 复发率 21.05%, 治疗组随访 3 个月有 3 例出现 AECOPD 而再次入院, 复发率 5.77%。

2.7 不良反应 两组患者在治疗过程中未出现有头痛、昏厥等严重不良反应,对照组 5 例出现胃脘部

不适,治疗组出现 3 例胃部不适、恶心症状,在不影响研究情况下均继续进行治疗。

表 3 两组患者 IL-6, IL-8, IL-17, TNF- α 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	IL-6	IL-8	IL-17	TNF- α
治疗	治疗前	52	5.37 \pm 2.18	5.03 \pm 2.05	2.47 \pm 0.62	3.14 \pm 1.50
	治疗后		3.28 \pm 1.74 ^{2,3)}	2.25 \pm 1.33 ^{2,4)}	2.03 \pm 0.97 ^{2,3)}	2.42 \pm 0.36 ^{2,3)}
对照	治疗前	57	5.11 \pm 1.82	5.52 \pm 1.36	2.75 \pm 1.36	3.26 \pm 1.21
	治疗后		3.78 \pm 1.09 ²⁾	3.94 \pm 1.29 ²⁾	2.30 \pm 0.24 ²⁾	2.69 \pm 1.01 ²⁾

表 4 两组患者中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗	52	12.17 \pm 3.83	4.88 \pm 2.19 ^{2,4)}
对照	57	13.06 \pm 4.57	6.76 \pm 3.10 ²⁾

3 讨论

AECOPD 机体炎症反应的发生和发展过程是多种炎性细胞、细胞因子、介质及多种蛋白酶共同参与作用的结果^[15]。主要诱发因素是感染,气道筋膜水肿、平滑肌痉挛和分泌物增加等^[16]。IL-6, IL-8, IL-17, TNF- α , 可以引起广泛累及气道、肺实质和肺血管的肺部炎症和以血清炎性因子表达升高为特点的全身性炎症反应^[17]。在感染、缺氧、吸烟等多种因素刺激下,导致炎症反应发生,使得肺部气道结构破坏,从而形成肺损伤^[18]。IL-17 水平的增加可引起气道上皮细胞释放 IL-6 及 IL-8 等致炎因子及趋化因子的增加^[19],能间接激活中性粒细胞的活性,引起炎症的进一步加重,可以反映患者的病情严重程度^[20],IL-6 是 COPD 患者治疗效果监测的敏感临床指标,能判断炎症是否有效控制^[4]。TNF- α 可判断严重程度和预后,IL-8 可反映 COPD 气道炎症严重程度^[5]。既往研究表明,扶阳法在治疗阳虚证患者能显著降低 IL-8, TNF- α 等炎症因子水平,且疗效显著^[21]。

COPD 在中医上属于“肺胀”、“喘证”等范畴,属本虚标实之证。“子有余,则不食母之气,母不足,则不能荫其子”,脾肺母子相依;肾肺金水相滋,而肾阳是一身阳气之本。久病耗气伤阳,生痰化饮,内伏于肺,以致肺胀反复发作^[22]。郑钦安主张采用附子、干姜、炮姜、肉桂等温热药物来扶阳,调整脏腑气机,认为“人身立命全在坎中一阳”,特别强调肾中阳气的作用,“下阳为上、中二阳之根”^[9]。《素问·调经论》曰:“气有余则喘促上气,不足则息利

少气”,此处气有余,亦可说明气虚不敛,阳气亏虚而致气不归元,虚阳上越外散,局部有余而现气盛喘促。洪广祥教授提出正气虚衰是 COPD“本虚”的综合反映,温阳益气和补益宗气法是 COPD 基本治疗^[23]。《素问·生气通天论》云:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰,故天运当以日光明。是故阳因而上,卫外者也”,人体各个脏腑、各个组织都离不开阳气的温煦、推动、气化、固摄。心无阳则血不能运行,脾无阳则水谷不化,肝无阳则无以疏泄,肺无阳,宣发肃降失司,肾无阳致浊阴凝闭。

基于扶阳法建立的宣肺益肺汤,旨在补肺脾肾,方中以黄芪、人参大补肺气为君药,附子大辛大热,药性刚燥,走而不守,能上助心阳以通脉,中温脾阳以健运,下补肾阳以益火,是温里扶阳的要药^[22],麦冬滋肺益胃为臣药,豆蔻温中和胃通中焦,桔梗宣肺祛痰,苦杏仁宣降肺气以平喘,紫苏子降气化痰平喘,石菖蒲走串,散不独向上,上下左右均能通达,入海底,启微阳,透邪外出。诸药合用具有很好的益肺降浊、宣肺平喘之功效。明代医家虞抟说:“附子禀雄壮之质,有斩关夺将之气。能引补气药行十二经,以追复失散之元阳。”^[24]慢阻肺患者普遍存在多脏阳气不足,扶阳法温助元阳,扶阳抑阴,可使全身脏腑阳气充沛。而扶阳治疗的目的正是扶助人体真阳,通过阳气的推动、气化、温煦以及固摄作用使脏腑、组织、经络的生理功能能够正常发挥。郑钦安认为“肺阳衰者,扶其阳而咳嗽自止,脾胃阳衰者,舒其脾胃而咳嗽自止,肝肾阳衰者,温其肾而咳嗽自止。”^[25]阳气旺盛是一切疾病治疗的前提,在治疗时应始终重视患者脾阳、肾阳,中土键运助元阳升降畅通,才能使 COPD 患者病情保持稳定状态甚至好转^[26]。

本次研究发现,两组患者有效率比较无差异,疗效相当,两组治疗均能较快改善肺功能情况。两组患者中医证候积分治疗后均有降低,说明两组患者治疗能较快缓解患者阳气虚衰的临床表现,减轻

患者气短、咳嗽、咳痰症状,用益肺宣肺汤能更好地缓解患者喘息等症状,改善中医证候评分。本研究结果提示,益肺宣肺汤可能是通过较快降低 hs-CRP, ESR 炎症指标水平以及下调 IL-6, IL-8, IL-17, TNF- α 炎症因子来缓解患者咳嗽、气短、咳痰症状,从而提高中医证候评分。随访3个月发现益肺宣肺汤能调控炎症因子在较低水平,显著降低慢性阻塞性肺疾病的急性发作率。各指标间相关性显示, hs-CRP, ESR, IL-6, IL-8, IL-17, TNF- α 与中医证候积分, FEV₁, FEV₁/FVC 呈负相关,说明阳气虚衰患者炎症因子处于较高水平,肺功能较差,在常规治疗上加用益肺宣肺汤治疗 AECOPD 能干预下调 TNF- α , IL-6, IL-8, IL-17 的表达,降低 hs-CRP, ESR 炎症指标水平,可能通过减轻炎症反应带来的病理损伤,改善肺功能,减轻炎症反应,从而延缓 COPD 的进展,改善预后和提高临床疗效的作用,使患者阳气虚衰的症状得以好转恢复。该研究从分子水平上探讨了扶阳理论的治法用于治疗 AECOPD 的作用机制,为 AECOPD 的治疗提供了量化思路。但目前研究的样本过少,随访时间不够长,检测指标过少,未来仍需大样本、多中心、双盲试验来进行更加深入的研究。

[参考文献]

[1] 谢文英,尚立芝,胡文豪,等.慢性阻塞性肺疾病的发病机制及中医药治疗进展[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(9):227-230.

[2] Buist A S, Mc Burnie M A, Vollmer W M, et al. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study[J]. Lancet 2007, 370(9589):741-750.

[3] 董樑,夏敬文,龚益,等.连花清瘟胶囊治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床疗效和作用机制[J].中成药,2014,36(5):926-929.

[4] 郭洁,武蕾,田振峰,等.温肾纳气、化痰祛瘀中药配方颗粒对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者 IL-6 水平的影响[J].中成药,2015,37(7):1431-1435.

[5] 薛晓明,蔡宏瑜,王洋,等.宣肺平喘胶囊对慢性阻塞性肺疾病模型大鼠血清 TNF- α 、IL-8、IL-1 β 的影响[J].时珍国医国药,2016,27(2):327-328.

[6] 刘晓明,张伟.从肺与脑的相关性探讨慢性阻塞性肺疾病的证治[J].中医杂志,2015,56(1):87-88.

[7] 韩健,李友林.温润辛金培脾法对慢性阻塞性肺疾病合并焦虑抑郁(肺脾两虚型)患者的疗效观察[J].中华中医药杂志,2015,30(5):1648-1651.

[8] 刘美颖,李琰峰,仇小欢,等.温阳化痰穴贴联合常规疗法治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期 110 例临床观察[J].中医杂志,2016,57(19):1670-1673.

[9] 齐卫平,王真.郑钦安“扶阳法”对现代治疗慢性阻塞

性肺疾病的启发[J].浙江中医杂志,2009,44(2):119-120.

[10] 傅元冬,朱桂松.健脾补肾法治疗轻中度慢性阻塞性肺疾病稳定期患者 47 例[J].环球中医药,2016,9(9):1114-1116.

[11] 黄海玲,聂斌,王怀京,等.扶阳火艾灸治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病临床观察[J].上海针灸杂志,2016,35(6):646-649.

[12] 中华医学会呼吸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[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(8):7-16.

[13] 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治指南(2011版)[J].中医杂志,2012,53(1):80-84.

[14] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:人民卫生出版社,1993:54-58,301-303.

[15] 何延忠,周森.涤浊化痰汤治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病痰瘀阻肺证临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(19):135-139.

[16] 汤杰,张静灏,李海燕,等.蠲饮泄肺方联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期随机对照双盲研究[J].中医杂志,2015,56(5):387-391.

[17] 张玉溪.芩丹汤对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血清炎症因子及血浆纤维蛋白原的影响[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(12):172-176.

[18] 罗明,王明航,龚正.麦杏补肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期肺气虚证临床疗效评价[J].中华中医药杂志,2016,31(2):682-684.

[19] 罗成,余皓月,封明霞,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者外周血 Th17 细胞的表达及临床意义[J].标记免疫分析与临床,2016,23(8):852-856.

[20] 陈炜,张念志,韩明向.四子温肺汤对慢阻肺急性加重期患者 IL-17A、HIF-1 α 表达影响的研究[J].时珍国医国药,2016,27(7):1602-1604.

[21] 郭琳.五子衍宗丸联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期肺肾气(阳)虚型临床观察[J].北京中医药,2016,35(1):78-80.

[22] 陈炜,张念志,韩辉.韩明向运用温法治疗慢性阻塞性肺疾病经验[J].安徽中医药大学学报,2015,34(3):42-43.

[23] 胡涛,林琳,王谦.五脏相关理论在慢性阻塞性肺疾病防治中的应用及拓展[J].中华中医药杂志,2016,31(2):367-369.

[24] 卢崇汉.扶阳讲记[M].北京:中国医药出版社,2016:46.

[25] 郑钦安.医学三书[M].太原:山西科学技术出版社,2016:166-167.

[26] 殷健操,何霞.慢性阻塞性肺疾病稳定期的扶阳法治疗探讨[J].四川中医,2014,32(12):32-33.

[责任编辑 张丰丰]