

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.06.022

标准与规范

慢性肺原性心脏病中医诊疗指南 (2014 版)

中华中医药学会肺系病专业委员会

基金项目: 国家中医临床研究基地业务建设科研专项 (JDZX2012029)

慢性肺原性心脏病 (简称慢性肺心病) 是指由肺组织、肺血管、胸廓等慢性疾病引起肺组织结构和 (或) 功能异常, 肺血管阻力增加, 肺动脉压增高, 引起右心扩张、肥厚等损害, 伴或不伴右心衰竭的心脏病, 并排除先天性心脏病和左心病变引起者^[1]。慢性肺心病的主要病理变化为肺动脉高压 (肺血管的器质性和功能性改变) 和心功能的改变 (右心功能和左心功能的改变)。慢性肺心病为常见病, 在各种失代偿性心功能衰竭中占 10% ~ 30%^[2], 其主要原因为慢性阻塞性肺疾病 (COPD)^[3-4], 其发病率随年龄增长而增高。从肺部基础疾病发展为慢性肺心病一般需 10 ~ 20 年。本病急性发作以冬、春季多见, 以急性呼吸道感染为心肺功能衰竭的主要诱因。本病发展缓慢, 除原有肺、胸疾病的临床症状和体征外, 主要表现为进行性加重的心、肺功能不全及其他器官受累症状, 常表现急性加重和缓解期交替出现。慢性肺心病属于中医学“肺胀”、“喘病”、“水肿”等范畴。

为进一步完善慢性肺心病的诊疗规范, 促进中医诊治水平的提高, 为从事慢性肺心病防治的中医、中西医结合临床医师提供指导性意见, 课题组成立了由中医、中西医结合临床和基础研究、临床流行病学、循证医学、统计学、卫生经济学等多学科人员组成的《慢性肺原性心脏病中医诊疗指南》制定小组, 依据指南研究与评价的评审 (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation, AGREE) 工具^[5-6]、指南标准化会议 (Conference on Guidelines Standardization, COGS) 确定的评价指南标准^[7]和苏格兰指南制定组织 (Scottish Intercollegiate Guideline Network, SIGN) 所归纳的指南制定步骤^[8], 以循证医学思想为指导, 注重中医特色^[9], 对既往和现有的相关证据进行充分收集、评价。证据来源包括: ①中国学术期刊全文数据库 (1915—

2012.7) 1117 篇、中国生物医学文献数据库 (1978—2012.7) 246 篇、维普数据库 (1989—2012.7) 824 篇、万方数据库 (1982—2012.7) 601 篇; ②教科书; ③相关专著^[10-11]; ④相关国家、行业学会颁布的诊疗规范等; ⑤正在进行的相关慢性肺心病临床研究报告等。共收集 2905 篇, 根据制定的推荐意见的证据质量分级^[12]共分 5 级别 8 等次, 获得了 26 篇不同质量等级的相关证据 (其中 I a 级 4 篇、I b 级 6 篇、II a 级 5 篇、II b 级 2 篇、III a 级 1 篇、III b 级 1 篇、IV 级 3 篇、V 级 4 篇), 并采用专家共识法最终形成证据的推荐意见, 编写成本指南, 以供参考。

1 诊断依据

1.1 诊断要点

1.1.1 病史 有慢性呼吸系统疾病病史, 主要是慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺结核、支气管扩张和胸廓疾病等病史。

1.1.2 症状 有咳嗽、咯痰, 进行性气促的临床症状。

1.1.3 体征 有肺气肿和 (或) 肺动脉高压的体征。

1.1.4 辅助检查 X 线胸片、心电图检查有 1 项符合诊断标准。有条件可作心电图向量图、超声心动图以增加诊断的可靠性。

X 线征象: 具备以下①~④项中 1 项可提示, 2 项或以上者可以诊断, 具有第⑤项情况者即可诊断。①右肺下动脉干扩张: 横径 ≥ 15 mm; 右肺下动脉横径与气管横径比值 ≥ 1.07 ; 经动态观察, 较原右肺下动脉干增宽 2 mm 以上。②肺动脉段中度凸出或其高度 ≥ 3 mm。③中心动脉扩张和外周分支纤细形成鲜明对比。④圆锥部显著凸出 (右前斜位 45°) 或锥高 ≥ 7 mm。⑤右心室增大 (结合不同体位判断)。

心电图检查: 具有 1 条主要条件即可诊断, 2 条次要条件为可疑肺心病的心电图表现。主要条件: ①额面平均电轴 $\geq +90^\circ$; ② V_1 导连 $R/S \geq 1$; ③重度顺钟向转位 (V_5 导连 $R/S \leq 1$); ④ $R_{V_1} + S_{V_5} > 1.05 \text{ mV}$; ⑤aVR 导连 R/S 或 $R/Q \geq 1$; ⑥ V_{1-3} 导连呈 Qs 、 qr 、 Qr (除外心肌梗死); ⑦肺型 P 波: a: P 电压 $\geq 0.22 \text{ mV}$; 或 b: 电压 $\geq 0.2 \text{ mV}$ 呈尖峰型, 结合 P 电轴 $> +80^\circ$, 或 c: 当低电压时 P 电压 $> 1/2R$, 呈尖峰型, 结合电轴 $> +80^\circ$ 。次要条件: ①可有肢导连低电压; ②右束支传导阻滞 (完全性或不完全性)。

超声心动图检查: 凡有胸肺疾病的患者, 具有以下 2 条者 (其中必具 1 条主要条件) 均可诊断, 仅适用于心前区探测部位。主要条件: ①右心室流出道内径 $\geq 30 \text{ mm}$; ②右心室内径 $\geq 20 \text{ mm}$; ③右心室前壁的厚度 $\geq 5.0 \text{ mm}$, 或前壁搏动幅度增强; ④左/右心室内径比值 < 2 ; ⑤右肺动脉内径 $\geq 18 \text{ mm}$, 或肺动脉干内径 $\geq 20 \text{ mm}$; ⑥右心室流出道/左心房内径比值 > 1.4 ; ⑦肺动脉瓣曲线出现肺动脉高压征象者 (a 波低平或幅度 $< 2 \text{ mm}$, 有收缩中期关闭征等)。参考条件: ①室间隔厚度 $\geq 12 \text{ mm}$, 搏幅 $< 5 \text{ mm}$ 或呈矛盾运动征象; ②右心房增大, 直径 $\geq 25 \text{ mm}$ (剑突下区); ③三尖瓣前叶曲线 DE、EF 速度增快, E 峰呈尖高型, 或有 AC 间期延长; ④二尖瓣前叶曲线幅度低, CE $< 18 \text{ mm}$, CD 段上升缓慢、延长、呈水平位或有 EF 下降速度减慢, $< 90 \text{ mm/s}$ 。

心电图向量图检查: 具有右心室及 (或) 右心房增大指征。

1.1.5 急性加重期可有发热、血白细胞和 (或) 中性粒细胞增高。痰培养或痰涂片可获得有价值的病原。

具有以上病史、症状、体征加上 X 线胸片或心电图符合诊断条件, 排除其他心脏疾病即可诊断。

1.2 临床分期

1.2.1 代偿期与失代偿期 根据肺、心功能状态分为: ①肺、心功能代偿期: 咳嗽、咯痰、气促, 活动后可有胸闷、呼吸困难、乏力和劳动耐力下降。具有基础疾病的体征和肺动脉高压体征等。肝颈回流障碍, 颈静脉充盈, 可在右肋缘触及肝下极。②肺、心功能失代偿期: 表现为呼吸衰竭、右心衰竭及其他系统器官损害症状和体征等。

1.2.2 急性加重期与缓解期 根据肺、心功能代偿或失代偿的发病缓急和病程情况分为急性加重期

与缓解期。缓解期为病情缓解稳定; 急性加重期为病情急性加重, 表现为代偿或失代偿期原有症状的加重, 常因急性呼吸道感染所诱发, 表现为咳嗽、咯黄色脓痰, 发热, 呼吸困难, 气喘明显加重, 肺部可闻及明显干、湿性啰音, 白细胞计数及中性粒细胞明显升高等。

2 辨证论治

慢性肺心病多由肺脏疾患迁延失治, 痰瘀稽留, 正虚卫外不固, 外邪易反复侵袭, 诱使本病反复发作。本病的证候要素以痰、火 (热)、水饮、瘀血、阳虚、气虚为主, 病位以肺、肾、心为主。痰、火 (热) 多表现于心、脑、肺而成痰浊蒙窍、痰浊蕴肺、痰热蕴肺; 气虚多表现于肺、心、肾而成心肺气虚、肺肾气虚; 阳虚、水饮多表现于心、肾而成心肾阳虚或伴水泛等; 瘀血多兼痰、阳虚、气虚、火 (热)。本病的病机为本虚标实、虚实间杂, 本虚多为肺、心、肾的阳气虚损, 邪实为痰、饮、火 (热)、瘀血。病情发作时的病机以痰 (痰热、痰浊) 阻或痰瘀互阻为关键, 壅阻肺系, 时或蒙扰心脑而致窍闭风动; 邪盛正衰, 可发生脱证之危候。病情缓解时, 痰、瘀、水饮减轻, 但痰、瘀稽留, 正虚显露而多表现为肺、心、肾虚损, 见于心肺气虚、肺肾气虚、心肾阳虚, 多兼有痰、瘀^[3-14]。

本病的证候大致为实证类 (寒饮停肺证、痰热壅肺证、痰湿阻肺证、阳虚水泛证、痰蒙神窍证)、虚证类 (心肺气虚证、肺肾气虚证、肺肾气阴两虚证)、兼证类 (血瘀证) 三证类九证候^[4]。临床常见证候中各证候可单独存在也常兼见, 如心肺气虚兼痰湿阻肺、肺肾气阴两虚兼痰热壅肺证等。血瘀既是慢性肺心病的主要病机环节, 也是常见兼证, 常兼于其他证候中, 如兼于痰湿阻肺证则为痰湿瘀肺证, 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瘀证。急性加重期以实证为主常兼见虚证, 缓解期以虚证为主常多兼见血瘀、痰湿, 临床诊断时应予以注意。本指南中证候诊断标准依据《慢性肺原性心脏病中医证候诊断标准 (2012 版)》^[4]。

遵“急则治其标”、“缓则治其本”原则, 急则以清热、涤痰、活血、化饮利水、宣肺降气、开窍立法而兼固正气; 缓则以补肺、养心、益肾为主, 并根据气虚、阳虚之偏而分别益气、温阳, 兼祛痰活血。

2.1 实证类

2.1.1 寒饮停肺证 主症：喘满不得卧，咳嗽，痰多、色白、质清稀或呈泡沫状，气短，恶寒，遇寒发作或加重，舌质淡。次症：周身酸痛，发热，舌体胖大，舌苔白、滑，脉弦、紧。

诊断：①咳逆喘满不得卧或气短；②咳痰、色白、清稀或呈泡沫状；③恶寒或并发热，遇寒加重；④周身酸痛；⑤舌苔白或白滑，脉紧或弦紧。具备①、②2项，加③、④、⑤中1项。

治法：疏风散寒，温肺化饮。

方药：小青龙汤（《伤寒论》）加减。炙麻黄 6g，桂枝 9g，干姜 9g，细辛 3g，白芍 12g，五味子 6g，法半夏 9g，厚朴 9g，茯苓 12g，泽泻 12g，紫苏子 9g，苦杏仁 9g。饮郁化热，烦躁口渴者，减桂枝、干姜，加黄芩 12g、桑白皮 12g；咳而上气，喉中如有水鸡声，加射干 9g；喘息不得卧者，加白芥子 9g、葶苈子（包煎）12g；肢体痛者，加羌活 9g、独活 9g；头痛者，加白芷 9g、葛根 9g。

中成药：小青龙颗粒，冲服，每次 6g（无糖型）或 13g（含糖型），每日 3 次。

2.1.2 痰热壅肺证 主症：喘促，动则喘甚，咳嗽，痰黏稠，痰黄，胸闷，口渴，尿黄，大便秘结，舌质红，舌苔黄、腻，脉滑、数。次症：发热，烦躁，紫绀，不能平卧，纳呆，咯痰不爽，气短，舌苔干燥。

诊断：①喘促或胸闷气短、甚者不能平卧，动则加重，或咳嗽；②痰色黄或黏稠，咯痰不爽；③发热或口渴；④大便干结；⑤舌质红，或舌苔黄或黄腻，或脉数或滑数。具备①、②2项，加③、④、⑤中2项。

治法：清热化痰，宣降肺气。

方药：清气化痰丸（《医方考》）加减。瓜蒌 15g，胆南星 6g，法半夏 9g，浙贝母 9g，栀子 9g，桑白皮 12g，黄芩 12g，苦杏仁 9g，玄参 12g，陈皮 12g，桔梗 9g。痰鸣喘息而不得平卧者，加厚朴 9g、紫苏子 9g、葶苈子（包煎）12g；咯痰黄多者，加薏苡仁 12g、败酱草 15g、鱼腥草 18g、冬瓜仁 12g；痰多质黏稠、咯痰不爽者，减法半夏，加百合 12g、百部 12g、荸荠 30g；胸闷痛明显者，加延胡索 9g、枳壳 12g；大便秘结者，加酒大黄 9g、枳实 12g，甚加芒硝（冲服）6g；热甚烦躁、面红、大汗出者，加生石膏（先煎）20g、知母 12g；热盛伤阴者，加天花粉 12g、生

地黄 15g；痰少质黏，口渴，舌红苔剥，脉细数，为气阴两虚，减法半夏，加西洋参 9g、沙参 15g、麦冬 15g；尿少浮肿者，加车前子（包煎）12g、泽泻 12g、大腹皮 12g；兼有血瘀者，加赤芍 12g、桃仁 12g；外感风寒者，加麻黄 6g、紫苏梗 9g。

中成药：丹葶肺心颗粒，冲服，每次 10g，每日 3 次；症状较轻者可选用肺力咳胶囊（每粒 0.3g），口服，每次 3~4 粒，每日 3 次；亦可选用痰热清注射液 20~40ml 静脉滴注，每日 1 次；病情较重，兼有瘀毒互结者，可选血必净注射液 50~100ml，静脉滴注，每日 2 次^[3]。

2.1.3 痰湿阻肺证 主症：喘促，动则喘甚，咳嗽，痰黏稠，痰白，胸闷，胃脘痞满，纳呆，食少，舌苔白、腻，脉滑。次症：咯痰不爽，气短，痰多，痰清稀，乏力，腹胀，便溏，舌苔薄，脉弦。

诊断：①喘促或胸闷气短，甚者不能平卧，动则加重，或咳嗽；②痰多、色白或清稀或黏稠；③纳呆或食少；④胃脘痞满或腹胀；⑤舌苔白腻，或脉滑或弦滑。具备①、②2项，加③、④、⑤中2项。

治法：燥湿化痰，宣降肺气。

方药：半夏厚朴汤（《金匱要略》）和三子养亲汤（《韩氏医通》）加减。姜半夏 9g，厚朴 9g，茯苓 15g，葶苈子（包煎）12g，白芥子 9g，紫苏子 9g，莱菔子 9g，薤白 12g，枳壳 9g，生姜 6g。脘腹胀闷，加木香 9g、陈皮 12g；口黏、纳呆者，加豆蔻 9g、白术 12g；大便秘结者，加焦槟榔 12g、枳实 9g；尿少浮肿者，加车前子（包煎）12g、防己 12g、大腹皮 12g；外感风热者，减薤白，加金银花 12g、连翘 12g、僵蚕 9g；外感风寒者，加麻黄 6g、荆芥 9g、防风 9g。

中成药：祛痰止咳胶囊（每粒 0.45g），口服，每次 4 粒，每日 2 次。

2.1.4 阳虚水泛证 主症：咳嗽，喘促，气短，肢体浮肿，痰白，胸闷，不能平卧，乏力，紫绀，舌苔白。次症：心悸，痰少，肢冷，畏寒，纳呆，神疲，尿少，舌苔滑，脉沉、滑、弦。

诊断：①喘促或胸闷气短，甚者不能平卧，动则加重，或咳嗽；②肢体浮肿；③神疲乏力、动则加重；④心悸，动则尤甚；⑤肢冷，或畏寒；⑥舌苔白或白滑，或脉沉滑或沉弦；具备①、②2项，加③、④、⑤、⑥中3项。

治法：温补心肾，化饮利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）和五苓散（《伤寒论》）加减。炮附片（先煎）9g，肉桂（后下）

6 g, 细辛 3 g, 茯苓 15 g, 白芍 12 g, 白术 12 g, 猪苓 12 g, 泽泻 12 g, 防己 9 g, 赤芍 12 g, 生姜 6 g。怯寒肢冷甚者, 去生姜, 加干姜 9 g; 血瘀而紫绀明显者, 加川芎 9 g、泽兰 12 g、益母草 12 g; 水肿, 心悸, 喘满, 倚息不得卧, 咳吐白色泡沫者, 加椒目 6 g、葶苈子 (包煎) 12 g、牵牛子 6 g; 脘腹胀满者, 加大腹皮 12 g、焦槟榔 15 g、枳壳 12 g; 恶心呕吐者, 加姜半夏 9 g、黄连 6 g、竹茹 3 g; 浊邪上犯而呕吐严重者, 可用大黄 9 g、姜半夏 9 g, 水煎灌肠; 浮肿消失者, 重在温补心肾, 可减猪苓 12 g、泽泻 12 g, 加淫羊藿 9 g、人参 9 g; 兼有伤阴而口渴、舌红者, 减生姜、猪苓, 加阿胶 (烔化) 12 g、玄参 15 g、天冬 15 g。

中成药: 济生金匱肾气丸, 口服, 每次 1 丸, 每日 2 次; 正气欲脱者, 参附注射液 20 ~ 100 ml, 静脉滴注, 每日 1 次^[14]。

2.1.5 痰蒙神窍证 主症: 喉中痰鸣, 痰黏稠, 喘促, 动则喘甚, 头痛, 烦躁, 恍惚, 嗜睡, 谵妄, 昏迷, 瘰疬甚则抽搐, 舌苔腻, 脉滑、数。次症: 舌苔白、黄。

诊断: ①神志异常 (恍惚、嗜睡、谵妄、昏迷), 或伴瘰疬甚则抽搐; ②烦躁或伴头痛; ③喘促, 动则加重; ④喉中痰鸣; ⑤舌苔白腻或黄腻, 或脉滑或脉数。具备①、②中 1 项, 加③、④、⑤中 2 项。

治法: 豁痰开窍醒神。

方药: 涤痰汤 (《奇效良方》) 加减。法半夏 9 g, 橘红 12 g, 郁金 12 g, 天竺黄 9 g, 枳实 9 g, 人参 9 g, 川芎 9 g, 细辛 3 g, 石菖蒲 6 g, 远志 9 g。舌苔白腻、脉滑为痰湿者, 法半夏易为姜半夏, 减天竺黄, 加白芥子 9 g、莱菔子 9 g, 或配用苏合香丸; 痰热内盛, 身热, 谵语, 舌红绛、苔黄者, 减川芎、细辛, 加水牛角 (先煎) 50 g、胆南星 6 g、连翘 12 g、黄连 6 g、炒栀子 9 g, 或选加用安宫牛黄丸、至宝丹; 腑气不通者, 加大黄 (后下) 6 g、芒硝 (冲服) 6 g; 抽搐明显者, 加钩藤 9 g、全蝎 9 g、羚羊角粉 (冲服) 0.6 g。

中成药: 偏痰浊蒙窍者, 苏合香丸 (每丸 3 g) 口服或灌胃或鼻饲, 每次 1 丸, 每日 1 ~ 2 次; 偏痰热蒙窍者, 安宫牛黄丸或至宝丹口服或灌胃或鼻饲, 每次 1 丸, 每日 1 ~ 2 次; 清开灵注射液 20 ~ 40 ml 或醒脑静注射液 20 ml, 静脉滴注, 每日 2 次。

2.2 虚证类

2.2.1 心肺气虚证 主症: 喘促, 动则喘甚, 胸

闷, 气短, 心悸, 怔忡, 乏力, 动则气短、乏力、心悸加重, 神疲, 自汗, 易感冒, 舌质淡, 舌苔白。次症: 咳嗽, 脉结、代。

诊断: ①喘促或气短, 动则加重; ②心悸或怔忡, 动则加重; ③易感冒; ④神疲乏力或自汗, 动则加重; ⑤面目虚浮; ⑥舌质淡、舌苔白, 脉沉细或细弱。具备①、② 2 项, 加③、④、⑤、⑥中 2 项。

治法: 补益心肺。

方药: 养心汤 (《医方集解》) 加减。人参 9 g, 黄芪 15 g, 肉桂 6 g, 茯苓 15 g, 麦冬 12 g, 远志 12 g, 五味子 9 g, 僵蚕 9 g, 浙贝母 9 g, 赤芍 12 g, 陈皮 9 g, 炙甘草 9 g。咳嗽痰多、舌苔白腻者, 加法半夏 9 g、厚朴 9 g、苦杏仁 9 g; 动则喘甚者, 加蛤蚧粉 (冲服) 3 g; 面目虚浮、畏风寒者, 加淫羊藿 9 g、泽泻 12 g、车前子 (包煎) 15 g; 心悸、怔忡、自汗者, 加煅龙骨 (先煎) 15 g、煅牡蛎 (先煎) 15 g、浮小麦 12 g; 肢体浮肿者, 加车前子 (包煎) 12 g、泽泻 12 g。血瘀较甚者, 可选择补阳还五汤化裁治疗^[17]。

中成药: 偏心气虚者, 选用补心气口服液, 口服, 每次 10 ~ 20 ml, 每日 3 次; 心肺气虚兼有血瘀者, 选用补肺活血胶囊, 口服, 每次 4 粒, 每日 3 次。

2.2.2 肺肾气虚证 主症: 喘促、胸闷、气短, 动则加重, 咳嗽, 面目浮肿, 头昏, 神疲, 乏力, 易感冒, 腰膝酸软, 小便频数, 夜尿增多, 舌质淡, 舌苔白, 脉沉、弱。次症: 痰白, 耳鸣, 咳时遗尿, 舌苔腻, 脉细。

诊断: ①胸闷气短, 动则加重, 甚则喘促; ②神疲乏力或自汗, 动则加重; ③易感冒; ④腰膝酸软; ⑤头昏或耳鸣; ⑥面目浮肿; ⑦小便频数, 或夜尿增多, 或咳时遗尿; ⑧舌质淡、舌苔白, 或脉沉细或细弱。具备①、②、③中 2 项, 加④、⑤、⑥、⑦、⑧中 3 项。

治法: 补肾益肺, 纳气平喘。

方药: 人参补肺饮 (《症因脉治》) 加减。人参 9 g, 黄芪 18 g, 麦冬 15 g, 山萸肉 9 g, 五味子 9 g, 补骨脂 9 g, 浙贝母 9 g, 紫苏子 9 g, 赤芍 12 g, 枳壳 12 g, 陈皮 12 g。咳嗽明显者, 加白果 9 g、百部 12 g; 咳喘痰多、舌苔白腻者, 加姜半夏 9 g、厚朴 9 g、茯苓 15 g、白术 12 g; 动则喘甚者, 加蛤蚧粉 (冲服) 3 g; 腰膝酸软者, 加菟丝子 12 g、鹿角胶 (烔化) 6 g; 小便频数明显者, 加益智仁 12 g、莲子 12 g、桑螵蛸 9 g; 畏寒、肢体欠温

者,加淫羊藿 6 g、鹿角胶(烔化) 9 g;面目虚浮、肢体浮肿者,加桂枝 6 g、车前子(包煎) 12 g、泽泻 12 g。

中成药:兼有脾虚者,选用固本咳喘胶囊,口服,每次 3 粒,每日 3 次;气虚甚而肾阳虚者,右归丸,口服,每次 9 g,每日 3 次;偏肺肾阴虚而内热咳喘者,选用蛤蚧定喘胶囊(每粒 0.5 g),口服,每次 3 粒,每日 3 次;正欲脱者,参附注射液 20~100 ml,静脉滴注,每日 1 次^[14]。亦可选用百令胶囊(每粒 0.2 g),口服,每次 5~15 粒,每日 3 次。

2.2.3 肺肾气阴两虚证 主症:喘促、气短、动则加重,不能平卧,气不得续,胸闷,咳嗽,少痰,咯痰不爽,自汗,盗汗,神疲,乏力,易感冒,手足心热,腰膝酸软,舌质红,舌苔少,脉数、沉、细、弱。次症:面红,耳鸣,头昏,头晕,少气懒言,紫绀,舌质淡,舌苔花剥。

诊断:①胸闷气短或喘促,动则加重,甚则不能平卧;②神疲乏力或自汗,动则加重;③易感冒;④腰膝酸软;⑤耳鸣,或头昏;⑥干咳或少痰,咯痰不爽;⑦盗汗;⑧手足心热;⑨舌质淡或红,或舌苔薄少或花剥,或脉沉细或细弱或细数。具备①、②、③中 2 项加④、⑤中 1 项加⑥、⑦、⑧、⑨中 2 项。

治法:补肺滋肾,纳气定喘。

方药:人参补肺汤(《证治准绳》)合生脉散(《内外伤辨惑论》)加减。人参 9 g,黄芪 15 g,熟地黄 15 g,山萸肉 12 g,麦冬 15 g,五味子 9 g,浙贝母 12 g,百部 9 g,牡丹皮 9 g,当归 12 g,陈皮 9 g,炙甘草 6 g。痰黏难咯明显者,加百合 15 g、玉竹 12 g、沙参 12 g;手足心热甚者,加知母 9 g、黄柏 9 g、鳖甲 15 g;盗汗者,加煅牡蛎(先煎) 20 g、糯稻根须 15 g、地骨皮 12 g;腰膝酸软者,加杜仲 12 g、补骨脂 9 g;头昏、耳鸣者,加阿胶(烔化) 12 g、龟甲 18 g。

中成药:生脉饮口服液,口服,每次 10 ml,每日 3 次;百令胶囊,口服,每次 5~15 粒,每日 3 次;偏肺阴虚而有燥热者,养阴清肺丸,口服,每次 6~9 g,每日 2 次;偏肾阴虚者,左归丸,口服,每次 9 g,每日 2 次;偏肺肾阴虚者,百合固金丸,口服,每次 9 g,每日 2 次;麦味地黄丸,口服,每次 8 粒,每日 2~3 次;偏肺肾阴虚而内热咳喘者,选用蛤蚧定喘胶囊(每粒 0.5 g),口服,每次 3 粒,每日 3 次;可选用参麦注射液 20~

100 ml,静脉滴注,每日 1 次^[14]。

2.3 兼证类

血瘀证:主症:面色紫暗,唇甲青紫,舌下络迂曲、粗乱,舌质暗红、瘀斑、瘀点、紫暗,脉涩、结、代。次症:胸闷,胸痛。

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舌下络迂曲、粗乱。具备①、②、③、④中的 1 项。

治法:活血化瘀。

方药:川芎 9 g,赤芍 12 g,桃仁 9 g,红花 9 g,莪术 12 g 等。

中成药:血府逐瘀口服液(胶囊),口服,每次 10 ml(6 粒),每日 3 次;复方丹参注射液 8~16 ml,静脉滴注,每日 2 次^[14];丹红注射液 8~16 ml,静脉滴注,每日 2 次^[14];苦碟子注射液每次 10~40 ml,静脉滴注,每日 1 次^[14];川芎嗪注射液 40~80 mg,静脉滴注,每日 1 次^[14]。

3 其他治法

3.1 天灸

主穴选取肺俞、大椎、风门、天突、膻中等穴。药物组成:白芥子 30 g、生甘遂 15 g、细辛 15 g、延胡索 10 g、干姜 10 g、丁香 10 g,将上述药物共研细末,装瓶备用。操作方法:患者取坐位,穴位局部常规消毒后,取药粉 2 g,用鲜姜汁调和,做成直径约为 1.5 cm,厚约 0.5 cm 的圆饼贴于上述穴位上,用 4 cm×4 cm 大小胶布固定,成人贴 4~6 h 后取下即可,小孩贴 2~3 h 后取下。治疗时间为三伏天^[23],常用于缓解期。

3.2 舒肺帖

舒肺贴由白芥子、芫花、延胡索、干姜、细辛、椒目、肉桂等组成。第 1 组穴为大椎、肺俞、定喘、脾俞、肾俞;第 2 组穴为天突、膻中、肾俞、膏肓俞、中府。把舒肺贴药物软膏放入无纺布胶布中间的材料圈内,灌满材料圈,使软膏表面与材料圈相平,然后让药物对准穴位,固定好无纺布胶布,一般 6~12 h 后取下,如有烧灼感可提前取下,无烧灼感可延迟 12 h,在贴药的局部可出现不同程度的红肿、水泡、麻痒现象,两组穴位交换贴敷^[24-25]。常用于缓解期。

该指南供中医内科、中西医结合内科医生临床使用。适合于慢性肺心病的中医辨证治疗,对于合并支气管哮喘、支气管扩张、慢性阻塞性肺疾病及慢性呼吸衰竭患者的辨证治疗可参考使用,对于急

性肺心脏病或慢性肺心病合并有气胸、肺栓塞、急性呼吸窘迫综合征者不建议使用。该指南中的药物剂量为参考剂量，供临床应用时参考。

指南研制小组将对该指南的临床使用情况进行评估，并继续收集、评价新的临床证据，以对指南进行补充与更新。

项目组主要成员：李建生，余学庆，王海峰，王明航，王至婉，李素云，张洪春，晁恩祥，王永炎

执笔人：李建生*，余学庆

* 通讯作者：li_js8@163.com, (0371) 65676568

致谢：参加本指南制定讨论的专家有：北京中日友好医院晁恩祥、张洪春，中国中医科学院西苑医院张燕萍，上海中医药大学曙光医院张炜，天津中医药大学第二附属医院魏葆琳，辽宁中医药大学附属医院徐艳玲，辽宁中医药大学第二附属医院于雪峰，江苏省中医院朱佳、孙子凯，华中科技大学同济医学院附属同济医院张珍祥，四川大学华西医院毛兵，陕西省中医院马战平，成都中医药大学附属医院董艳，广州中医药大学第一附属医院张伟、孙志佳，广东省中医院林琳，河南中医学院第一附属医院周庆伟，河南中医学院第三附属医院周淼，长春中医药大学附属医院宫晓燕，吉林省中医药科学院蔡鸿彦，山东中医药大学附属医院张伟，青岛市中医医院周兆山，安徽中医学院李泽庚，安徽中医学院第一附属医院张念志，浙江省中医院王真，福建省漳州市中医院洪敏俐，江西中医学院附属医院薛汉荣，贵阳中医学院第一附属医院葛正行，宁夏医科大学中医学院刘敬霞，新疆维吾尔自治区中医医院李风森等。在本指南制定过程中得到王永炎院士、晁恩祥教授的悉心指导，特此一并致谢。

参考文献

- [1] 中华医学会. 临床诊疗指南呼吸病学分册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 6-8.
- [2] Han MK, McLaughlin VV, Criner GJ, et al. Pulmonary diseases and the heart [J]. Circulation, 2007, 116 (25): 2992-3005.
- [3] 程显声, 李景周, 张珍祥, 等. 慢性阻塞性肺疾病、肺心病人群防治的研究基线资料分析 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 1998, 21(12): 749-752.
- [4] Weitzenblum E. Chronic cor pulmonale [J]. Heart, 2003, 89(2): 225-230.
- [5] The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) instrument [EB/OL]. (2008 - 11 - 06). http: /www. agreecollaboration. org.
- [6] 詹思延. 临床指南研究与评价工具简介 [J]. 中国循证儿科杂志, 2007, 2(5): 375 - 377.
- [7] Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guideline: a proposal from the Conference on Guideline Standardization [J]. Ann Intern Med, 2003, 139(6): 493-498.
- [8] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook [EB/OL]. (2008 - 11 - 06). http: /www. sign. ac. uk/guidelines /fulltext/50/.
- [9] 李建生, 余学庆. 中医临床治疗指南制定的现状与思考 [J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(5): 647-650.
- [10] 贝政平, 蔡映云. 内科疾病诊断标准 [M]. 2 版. 北京: 科学出版社, 2007: 1402 - 1403, 1452-1453.
- [11] 王红阳, 张庆, 郭纪全. 呼吸内科疾病诊断标准 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009: 15-48.
- [12] 刘建平. 传统医学证据体的构成及证据分级的建议 [J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(12): 1061-1062.
- [13] 李建生. 慢性肺原性心脏病中医辨证治疗概要 [M]. 河南中医, 2009, 24(6): 563 - 565.
- [14] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性肺原性心脏病中医证候诊断标准 (2012 版) [J]. 中医杂志, 2012, 53(12): 1075-1078.
- [15] 李继红, 徐国良, 林淑梅, 等. 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): 741-745.
- [16] 李澎, 曲文秀, 吴健. 参附注射液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.
- [17] 李可建. 补阳还五汤化裁治疗慢性肺心病急性发作期的系统评价 [J]. 中医药临床杂志, 2007, 19(2): 121-122.
- [18] Li JS, Wang HF, Li SY, et al. Shenmai Injection for chronic pulmonary heart disease: a systematic review and meta-analysis [J]. J Altern Complement Med, 2011, 17 (7): 579-587.
- [19] 李芳, 李廷谦, 马建昕. 复方丹参丹参注射液辅助治疗慢性肺心病急性加重期随机试验的系统评价 [J]. 中国循证医学杂志, 2002, 2(7): 152-161.
- [20] 张弛, 李惠华, 刘洪. 丹红注射液治疗慢性肺心病急性加重期临床疗效及对血液流变学的影响 [J]. 中国中医急症, 2007, 16(4): 398, 409.
- [21] 陶江. 苦碟子注射液治疗慢性肺心病急性加重期的系统评价 [J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(16): 55-57.
- [22] 徐国良, 徐卉, 林淑梅, 等. 川芎嗪注射液治疗慢性肺原性心脏病急性发作期有效性及安全性 Meta 评价 [J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(2): 252-254.
- [23] 邵素菊, 李鸿章, 李会超, 等. “天灸”治疗肺系病证 80 例 [J]. 陕西中医, 2007, 28(4): 468-470.
- [24] 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.
- [25] Li JS, Li SY, Yu XQ, 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.

(收稿日期: 2013 - 12 - 05; 修回日期: 2014 - 01 - 05)

编辑: 侯建春