

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.05.008

临床研究

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

汤 杰¹, 张静灏², 李海燕¹, 黄海茵¹, 杨佩兰^{pk}, 王庆其³

(1. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海市虹口区甘河路 110 号, 200437; 2. 上海中医药大学岳阳临床医学院; 3. 上海中医药大学基础医学院)

摘要 目的 比较蠲饮泄肺方和清热化痰方分别联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD) 痰热壅肺证的临床疗效。方法 60 例 AECOPD 患者随机分为治疗组 31 例和对照组 29 例, 所有患者均给予常规西药治疗的基础上, 治疗组和对照组分别加服蠲饮泄肺方和清热化痰方, 每日 1 剂, 共 7 天。治疗前后对患者中医证候积分、呼吸困难评分 (MMRC)、辅助呼吸肌动用评分进行评估, 记录两组住院天数, 并检测两组治疗前后血清 C-反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT) 水平。结果 治疗组临床疗效总有效率为 96.43%, 对照组总有效率为 96.29%, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。与对照组比较, 治疗组治疗后喘息中医症状评分显著降低、MMRC 评分显著改善 ($P < 0.05$); 治疗组住院天数明显缩短 ($P < 0.05$)。治疗组与对照组中医证候总积分、辅助呼吸肌动用评分及血 CRP、PCT 水平组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 与清热化痰方相比, 蠲饮泄肺方能够取得相同的临床疗效, 并且蠲饮泄肺方联合西药能更好地缓解 AECOPD 患者喘息症状、改善呼吸困难, 缩短住院天数, 有助于细菌感染控制。

关键词 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重; 蠲饮泄肺方; 清热化痰方

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 属于中医学“肺胀”“咳嗽”“喘病”等范畴, 而 COPD 持续存在气流受限, 不仅累及肺脏, 还可引起全身性、系统性的炎症反应, 造成多器官的损害^[1-3], 尤其是 COPD 急性加重 (AECOPD) 是导致患者就诊率和病死率增加的主要原因。痰热壅肺证是 AECOPD 最常见的中医证候之一, 《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南 (2011 版)》^[4] 推荐以清热化痰方加减进行治疗。我们认为, 治疗 AECOPD 宜寒热并用, 相反相成, 反激逆从, 祛邪与敛肺、补肺并投, 敛肺与宣肺、肃肺同施^[5]。我们通过随机双盲对照研究比较蠲饮泄肺方和清热化痰方治疗 AECOPD 痰热壅肺证的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2013 年 6 月至 2014 年 4 月上海中医药大学

学附属岳阳中西医结合医院呼吸内科病房住院患者 60 例, 按随机数字表法分成治疗组 31 例和对照组 29 例。治疗组中男 29 例, 女 2 例; 年龄 52 ~ 82 岁, 平均 (69.67 ± 10.12) 岁; 病程 1 ~ 18 年, 平均 (6.43 ± 9.35) 年; 第一秒用力呼气容积/用力肺活量 (FEV1/FVC) (53.91 ± 11.51)%, FEV1 占预计值的百分比 (FEV1%) (44.21 ± 17.21)%; 血降钙素原 (PCT) (0.75 ± 0.36) μg/L。对照组中男 23 例, 女 6 例; 年龄 51 ~ 84 岁, 平均 (72.82 ± 9.30) 岁, 病程 2 ~ 23 年, 平均 (7.14 ± 7.40) 年; FEV1/FVC (57.22 ± 12.66)%, FEV1% (47.01 ± 15.79)%; 血 PCT (0.67 ± 0.20) μg/L。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断参考文献 [2] 中 AECOPD 的诊断标准, 中医诊断参考肺胀病^[6] 痰热壅肺证^[7]。

1.3 纳入标准

1) 符合上述诊断及辨证标准; 2) 年龄 50 ~

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目

* 通讯作者: yyyyypl@sohu.com, (021) 65161782 转 6041

85 岁; 3) 签署知情同意书。

1.4 排除标准

1) 已出现呼吸衰竭者且估计生存时间小于 1 年者; 2) 伴有咯血或活动性肺结核者, 伴严重心肝肾功能不全者; 3) 妊娠期妇女; 4) 近 3 个月内参加其他药物临床试验, 影响本研究的效应指标观察者; 5) 智力障碍、精神障碍等患者; 6) 怀疑酒精、药物滥用病史, 或根据研究者判断, 具有降低入组可能性或使入组复杂化的其他病史, 如工作环境经常变动, 容易造成失访的情况。

2 方法

2.1 试验设计方法

采用随机、双盲、阳性对照的临床研究设计。采用随机数字表法将患者分为治疗组和对照组, 再完成编盲, 置于密封不透光的编号信封中, 盲底由不直接参与试验的人员 (由 1 名中药师专人专职) 控制并执行分配。研究人员、发药人员及统计人员各自独立。医患双方均对药物保持盲态。在试验开始前和试验过程中, 对研究人员、发药人员进行严格培训和定期检查, 以保证盲法的顺利实施。在试验结束后, 数据输入锁定后揭盲。

2.2 治疗方法

两组均采用西医综合治疗, 包括抗生素 (左氧氟沙星注射液每次 0.5 g, 每天 1 次, 静脉滴注)、糖皮质激素 (甲强龙 40 mg, 每天 1 次, 静脉滴注)、支气管扩张剂 (多索茶碱 0.2 g, 每天 1 次, 静脉滴注) 等。

治疗组在西医综合治疗基础上服用蠲饮泄肺方, 处方: 麻黄 9 g、桂枝 15 g、龙胆 9 g、细辛 6 g、干姜 9 g、黄芪 15 g、生地黄 15 g、黄芩 15 g、苦杏仁 9 g、五味子 9 g、白芍 15 g、姜半夏 15 g、枳壳 15 g、甘草 6 g。每次 1 剂, 分 2 次口服。

对照组在西医治疗基础上服用《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南 (2011 版)》推荐的清热化痰方^[4], 处方: 桑白皮 12 g、黄芩 9 g、苦杏仁 9 g、全瓜蒌 15 g、姜半夏 9 g、浙贝母 9 g、栀子 9 g、白头翁 12 g、鱼腥草 18 g、麦冬 12 g、陈皮 9 g。每次 1 剂, 分 2 次口服。

两组均治疗 7 天。上述药物均由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院药剂科提供。

2.3 观察指标与方法

分别于治疗前及治疗 7 天后观察下列各项指标。

2.3.1 中医证候积分 参考文献 [5] 将主症和

次症分为正常、轻度、中度、重度 4 级。主症包括咳嗽、喘息、胸闷、咯痰, 以无、轻、中、重分别计为 0 分、2 分、4 分、6 分; 次症包括发热、胸痛、口渴、便秘, 以无、轻、中、重分别计为 0 分、1 分、2 分、3 分。

2.3.2 临床疗效评判标准^[6] 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 $< 30\%$ 。

2.3.3 呼吸困难评分 (MMRC 评分) 标准^[7] 0 分: 除非剧烈运动外, 一般不感到呼吸困难; 1 分: 平地急走或上坡时气短; 2 分: 平地步行因气短比同龄人慢, 或以自己的步速行走时必须停下来喘气; 3 分: 走平地 100 米或数分钟后即有气促; 4 分: 明显气促, 不能离开房屋, 穿衣、脱衣有气促。

2.3.4 辅助呼吸肌动用评分标准^[8] 0 分: 无明显颈部肌肉紧张或周期性收缩; 1 分: 颈部肌肉紧张但无明显的肌肉活动; 2 分: 可见颈部肌肉轻微的收缩活动; 3 分: 颈部肌肉中度周期性收缩, 不伴锁骨上窝和肋间内陷; 4 分: 颈部肌肉强烈周期性收缩, 伴锁骨上窝和肋间内陷; 5 分: 颈部肌肉强烈周期性收缩, 伴腹部矛盾运动。

2.3.5 血 C 反应蛋白 (CRP)、PCT 水平 所有患者抽取外周静脉血。血 CRP 采用速率散射比浊法测定; 血 PCT 采用 ELISA 法测定 (美国 BD 公司的 FACSVerse 流式细胞仪), 均由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院检验科和中西医结合研究所完成。

2.3.6 住院天数 记录两组患者住院天数并进行比较。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 软件处理。计量资料数据符合正态分布且方差齐者采用两独立样本 t 检验, 不符合正态分布的采用非参数检验; 计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

治疗组 31 例, 完成随访 28 例, 1 例因服用中药引起腹泻停止治疗, 1 例服用中药 2 天后拒绝继续服用, 1 例拒绝抽血复查; 对照组 29 例, 完成随访 27 例, 1 例服用中药引起腹泻后停止治疗, 1 例拒绝抽血检查。

3.1 两组患者临床疗效比较

表 1 示, 治疗组总有效率为 96.43%, 对照组

为 96.29%，两组总有效率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 两组 AECOPD 痰热壅肺证患者
临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	28	0	4 (14.28)	23 (82.14)	1 (3.57)	27 (96.43)
对照组	27	0	2 (7.40)	24 (88.80)	1 (3.70)	26 (96.29)

3.2 两组患者中医证候积分比较

表 2 示，两组治疗前中医证候总积分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗后与本组治疗前比较，中医证候总积分均显著下降 ($P < 0.01$)；治疗后两组中医证候总积分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 两组 AECOPD 痰热壅肺证患者中医证候
积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	28	12.17 $\pm$ 3.72	5.53 $\pm$ 2.16*
对照组	27	12.78 $\pm$ 3.42	6.40 $\pm$ 2.32*

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.01$

表 3 示，治疗前两组单项中医证候积分比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。除对照组胸痛证候外，两组各项中医证候积分治疗后均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$)，且治疗组喘息的证候积分较对照组显著下降 ($P < 0.05$)，其他中医证候积分两组比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 3 两组 AECOPD 痰热壅肺证患者单项
中医症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

证候	组别	例数	治疗前	治疗后
咳嗽	治疗组	28	2.86 $\pm$ 1.58	1.43 $\pm$ 0.92*
	对照组	27	3.04 $\pm$ 1.51	1.56 $\pm$ 0.85*
喘息	治疗组	28	3.00 $\pm$ 1.28	1.57 $\pm$ 1.14* Δ
	对照组	27	3.19 $\pm$ 1.15	2.30 $\pm$ 1.20*
胸闷	治疗组	28	2.57 $\pm$ 1.07	1.50 $\pm$ 0.88*
	对照组	27	2.74 $\pm$ 0.98	1.63 $\pm$ 0.79*
咳痰	治疗组	28	2.36 $\pm$ 1.22	0.79 $\pm$ 1.00*
	对照组	27	2.44 $\pm$ 1.28	0.59 $\pm$ 0.93*
发热	治疗组	28	0.21 $\pm$ 0.57	0*
	对照组	27	0.22 $\pm$ 0.51	0*
胸痛	治疗组	28	0.32 $\pm$ 0.48	0*
	对照组	27	0.26 $\pm$ 0.45	0.11 $\pm$ 0.32
口渴	治疗组	28	0.54 $\pm$ 0.51	0.18 $\pm$ 0.39*
	对照组	27	0.52 $\pm$ 0.51	0.11 $\pm$ 0.32*
便秘	治疗组	28	0.32 $\pm$ 0.48	0*
	对照组	27	0.37 $\pm$ 0.49	0.11 $\pm$ 0.32*

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较， $\Delta P < 0.05$

3.3 两组患者 MMRC、辅助呼吸肌动用评分比较

表 4 示，两组治疗前 MMRC、辅助呼吸肌动用评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，两组 MMRC、辅助呼吸肌动用评分均较本组治疗前显著改善 ($P < 0.01$)，且治疗组 MMRC 评分优于对照组 ($P < 0.01$)。

表 4 两组 AECOPD 痰热壅肺证患者 MMRC、
辅助呼吸肌动用评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	MMRC	辅助呼吸肌动用评分
治疗组	治疗前	28	2.86 $\pm$ 0.45	2.32 $\pm$ 0.48
	治疗后	28	1.36 $\pm$ 0.56* Δ	0.46 $\pm$ 0.64*
对照组	治疗前	27	2.74 $\pm$ 0.45	2.26 $\pm$ 0.45
	治疗后	27	1.78 $\pm$ 0.51*	0.37 $\pm$ 0.49*

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较， $\Delta P < 0.01$

3.4 两组患者血 CRP、PCT 水平比较

表 5 示，治疗前两组患者血 CRP、PCT 水平比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治疗后血 CRP、PCT 水平显著下降 ($P < 0.05$)，对照组治疗后仅 PCT 下降 ($P < 0.05$)。治疗后两组血 CRP、PCT 水平组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 5 两组 AECOPD 痰热壅肺证患者血 CRP、
PCT 水平比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	CRP (mg/L)	PCT (μ g/L)
治疗组	治疗前	28	19.61 $\pm$ 33.67	0.72 $\pm$ 0.37
	治疗后	28	4.52 $\pm$ 3.41*	0.58 $\pm$ 0.26*
对照组	治疗前	27	11.83 $\pm$ 18.38	0.67 $\pm$ 0.21
	治疗后	27	7.33 $\pm$ 9.24	0.52 $\pm$ 0.19*

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.01$

3.5 两组患者住院天数比较

治疗组平均住院 (11.11 $\pm$ 2.42) 天，显著低于对照组的 (13.74 $\pm$ 5.10) 天 ($P < 0.05$)。

4 讨论

COPD 反复发作并呈现进行性加重的趋势，其发病是本虚标实的演变过程，初因外邪犯肺，咳嗽、咯痰反复迁延，逐渐加重，肺气亏虚，“子耗母气”，则致肺脾气虚，痰从寒化为饮，痰湿郁而化热，燥伤肺津，热灼肺阴，日久及肾，肾不纳气则喘息急促，肾阳亏虚则畏寒肢冷，更有甚者阳虚水泛，肢体浮肿，水气凌心，喘不得卧。整个病程中肺、脾、肾、心等脏腑亏虚，痰浊、水饮、气滞、血瘀等夹杂其中，阴阳失衡，气血津液失调，病程漫长，病情复杂，迁延难愈。

国医大师裘沛然教授认为, COPD 的中心环节是痰和气, 痰滞气道则咳、则喘, 痰饮泛滥则肿、则悸, 肺主气, 肺气壅滞、上逆, 也可致咳、致喘, 肺气虚弱亦能出现虚喘, 气虚津凝为痰, 则痰益甚, 两者可互为因果, 而 AECOPD 更是外邪引动伏饮, 饮为阴邪, 性质属寒, 外邪入里, 而易化热, 外邪与伏饮胶着, 寒邪与痰热混杂, 病变迁延, 久咳肺气渐虚, 顽固咳嗽病机比较复杂, 纯虚纯实、纯寒纯热者较少见, 往往虚中夹实, 寒热并存, 表里同病者多, 痰浊、水饮、气滞、血瘀互结, 导致咳嗽喘促诸症加重^[8], 所以治疗不能采取单一的方法进行, 可以辛温蠲饮苦寒泄肺为治疗法则^[9]。

我们认为, AECOPD 每因感染、环境理化因素改变而诱发, 急性加重期患者多以咳嗽、痰黄、烦热、苔黄腻等症状为主, 故论治当以痰热为先, 急则治其标, 同时此类患者痰饮内存为本, 痰为阴邪, 阴邪致病易伤阳气, 得寒则凝, 痰湿留滞化热, 痰热胶结, 难分难解, 易致气机阻滞, 三焦闭塞, 若纯以寒凉清热之品, 寒则涩而不流, 气机更加痹阻, 热遏于中, 容易伤及阴液。因此, 在治疗 AECOPD 时, 患者痰热壅肺为标, 咯黄痰、发热、喘息、胸闷为甚, 而阴邪痰饮为本, 畏寒、怕冷、舌淡、脉沉。蠲饮泄肺方中麻黄、桂枝相须为君, 发表散寒以解表邪, 且麻黄是宣发肺气、平喘止咳之要药, 桂枝解表化气行水以利里饮之化; 龙胆苦寒可降肺胃之气, 清三焦之火, 清肺气降则咳嗽平。细辛、干姜温肺化饮, 兼助麻黄、桂枝解表祛邪; 黄芩苦寒泄肺火, 杏仁苦降肺气, 二药相配, 泄火降肺; 黄芪补肺益气, 生地黄养阴生津, 久咳耗气伤阴, 二药合用, 益气养阴; 五味子敛肺止咳、白芍和养营血, 二药与麻黄、桂枝相配, 敛散同用, 相反相成, 既可增强止咳平喘之功, 又可制约诸药辛散温燥太过之弊; 姜半夏燥湿化痰, 和胃降逆, 枳壳宽胸理气, 散结除痞, 使气顺而痰消; 甘草为止咳化痰之良药, 又兼能调和诸药。“蠲饮泄肺方”继承了裘沛然教授治疗疑难病“反激逆从”的学术思想^[10], 全方敛散同用, 寒热并投, 润燥互用, 宣肺与肃肺偕用, 泄肺与补肺共施, 切合 COPD 的虚实兼夹、表里同病、宣肃失调的病机。

既往研究表明, 清热化痰方药可改善 AECOPD 患者中医症状和体征^[11], 提高生存质量^[12]。本研究

医常规治疗 AECOPD 痰热壅肺患者能够取得相同的临床疗效, 与清热化痰方药相比, 蠲饮泄肺方则能更好地缓解患者喘息中医症状、改善 MMRC 评分, 缩短患者住院天数。AECOPD 患者的血 CRP 和 PCT 水平是反映 AECOPD 细菌感染判断疗效和合理使用抗生素的重要指标^[13]。本研究表明, 与清热化痰方相比, 蠲饮泄肺方结合西医常规治疗 AECOPD 同样能够降低患者血 CRP 和 PCT 水平, 有助于 AECOPD 细菌感染控制; 并同样能够改善患者的辅助呼吸肌动用评分, 从而减轻呼吸肌的做功。因此, 通过蠲饮泄肺方治疗 AECOPD 的疗效观察, 探索和丰富了中医治疗 AECOPD 的手段和方法。由于本研究病例数相对较少, 仅针对临床疗效进行探讨, 故还需要扩大样本量, 并探讨其作用机制, 为临床工作提供依据。

参考文献

- [1] GOLD Executive Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease updated 2013 [EB/OL]. [2013-12-20]. <http://www.goldcopd.org/Guidelines/guidelines-resources.html>.
- [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, 36(4): 255-264.
- [3] 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.
- [4] 王庆其. 杏林散叶: 王庆其医话医案集 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 59-60.
- [5] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南中医病证部分 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 11-43.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.
- [7] Mahler DA, Wells CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea [J]. Chest, 1988, 93(3): 580-586.
- [8] Patrick W, Webster K, Ludwig L, et al. Noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory distress without prior chronic respiratory failure [J]. Am J Respir Crit Care Med, 1996, 153(3): 1005-1011.
- [9] 王庆其, 李孝刚, 邹纯朴, 等. 裘沛然治疗咳嗽病经验 [J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(1): 1-3.
- [10] 裘沛然. 疑难病证中医治法研究 [J]. 中国医药学报, 1987, 2(3): 9-12.
- [11] 李文, 毛兵, 王刚, 等. 从气道炎症和气道黏液高分泌研究清热化痰法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热阻肺证的机制 [J]. 中西医结合学报, 2008, 6(8):

799-805.

- [[2] 李建生, 李彬, 余学庆, 等. 清热化痰方药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证 69 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2011, 52(3): 203-207.

- [[3] Daniels JM, Schoorl M, Snijders D, et al. Procalcitonin vs C-reactive protein as predictive markers of response to antibiotic therapy in acute exacerbations of COPD [J]. Chest, 2010, 138(5): 1108-1115.

Randomize-Controlled Double-Blinded Study on Juanyin Xiefei Formula Combined with Western Medicine in Treating Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

TANG Jie¹, ZHANG Jinghao², LI Haiyan¹, HUANG Haiyin¹, YANG Peilan¹, WANG Qingqi³

(1. Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200437; 2. Yueyang Clinical Medical School, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; 3. Basic Medical School, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To compare the clinical efficacy of *Juanyin Xiefei Formula* (JYXFF) and *Qingre Huatan Formula* (QRHTF) combined with western medicine separately in treating acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) with phlegm and heat obstructing lung syndrome. **Methods** Totally 60 cases of AECOPD were randomly divided into treatment group of 31 cases and control group of 29 cases. All patients were routinely given western medicine treatment. The treatment group and the control group were given additional JYXFF and QRHTF respectively, one dose per day, for seven days. TCM syndrome score, dyspnea score (MMRC), scores of the activity of accessory respiratory muscles were assessed before and after treatment. The number of days in hospital were recorded and serum levels of C-reactive protein (CRP) and procalcitonin (PCT) were detected before and after treatment. **Results** The total effective rates in the treatment group and the control group were 96.43% and 96.29% respectively, with no significant difference ($P > 0.05$). Compared with the control group, the scores of asthma the treatment group were significantly lower, with the MMRC scores improved significantly after treatments ($P < 0.05$) and the hospitalization days shortened ($P < 0.05$). As for the total scores of TCM syndromes and the activity of accessory respiratory muscles and serum CRP, PCT levels in the treatment group and control group showed no significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion** JYXFF could achieve the same clinical efficacy as QRHTF and when combined with western medicine, it could release the asthmatic symptoms, difficulty in breathing, shorten hospitalization days and help control bacterial infection.

Keywords chronic obstructive pulmonary disease; acute exacerbation; *Juanyin Xiefei Formula*; *Qingre Huatan Formula*

(收稿日期: 2014-07-17; 修回日期: 2014-11-18)

编辑: 焦爽

欢迎订阅 2015 年《中医杂志》

《中医杂志》是由中华中医药学会和中国中医科学院主办的全国性中医药综合性学术期刊。1955 年创刊以来始终坚持“以提高为主, 兼顾普及”的办刊方针, 是我国中医药界创刊早、发行量大、具有较高权威性和学术影响力的国家级中医药期刊之一, 是中国中文核心期刊和科技核心期刊、中国精品科技期刊、首届国家期刊奖获得者和中国期刊方阵双奖期刊。2009 年被中国期刊协会评为“新中国 60 年有影响力的期刊”。2011 年和 2013 年分别荣获“国家新闻出版政府奖期刊奖提名奖”, 并且是唯一获此荣誉的中医类期刊。2013 年被国家新闻出版总署评为“中国百强科技期刊”。

本刊主要栏目中当代名医和临证心得分别介绍名老中医和临床医生辨证用药治疗疑难病的经验; 临床研究介绍中医药治疗的新方法、新成果; 学术探讨、思路与方法、专家论坛、病例讨论、综述、百家园等栏目, 提供最新学术观点、研究成果与治疗方法, 成为学习中医药、研究中医药, 不断提高临床及研究水平的良师益友。

《中医杂志》为半月刊, 每月 2 日和 17 日出版, 每期 15.00 元。读者可以到全国各地邮局办理订阅手续(邮发代号: 2-698), 也可以与本刊读者服务部联系邮购, 邮购免邮费。电话: 010-64035632。国外发行: 中国国际图书贸易总公司(北京 399 信箱, 邮编: 100044, 代号: M140)。本社地址: 北京市东直门内南小街 16 号, 邮编: 100700, 网址: <http://www.jtcm.net.cn>。