

• 标准与规范 •

慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011 版)

中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会

基金项目:国家“十一五”科技支撑计划资助项目(2006BAI04A13);国家自然科学基金资助

项目(30772797);国家中医药管理局中医药行业科研专项(2007070182007)

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种具有气流受限特征的疾病,气流受限不完全可逆,呈进行性发展,与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。COPD 主要累及肺脏,但也可引起全身(或肺外)的不良效应^[1]。COPD 的主要临床表现为咳嗽、咳痰、呼吸困难,在其病程中常出现急性加重,急性加重是促进疾病持续进展的主要因素。目前我国 COPD 的总体患病率为 8.2%,男性和女性分别为 12.4%和 5.1%。随着年龄增加,男女患病率均呈上升趋势。轻度和中度 COPD 的发病率在普通人群中可能高于 10%,在老年人群中的比例可能明显增高^[2]。COPD 目前居全球死亡原因的第 4 位,预计 2020 年将成为全球致死原因第 3 位和经济负担第 5 位。COPD 多属于中医学的“咳嗽”、“喘病”、“肺胀”等范畴。为进一步完善诊疗规范,促进中医诊治水平的提高,国家中医药临床研究基地重点病种——COPD 建设项目组组织成立了由中医或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《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》修订小组,参照 2008 年版《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南》^[3],依据指南研究与评价的评审(Appraisal of Guidelines Research and Evaluation, AGREE)^[4-5]、指南标准化会议(Conference on Guidelines Standardization, COGS)^[6]确定的评价指南标准和苏格兰指南制定组织(Scottish Intercollegiate Guideline Network, SIGN)^[7]所归纳的指南制定步骤,以循证医学思想为指导,注重中医特色,对既往和现有的相关证据进行了充分收集和评价。证据来源包括①中国学术期刊全文数据库、中国生物医学文献数据库、维普、万方数据库、Cochrane 图书馆;②教科书;③相关专著;④国家、行业学会颁布的相关诊疗标准等;⑤尚未发表的有关中医治疗 COPD 临床研究报告。根据制定的推荐意见的证据质量分级共分 5 级别 8 等次^[8],获得了 42 篇不同质量等级的相关证据(其中 I a 级 5 篇、I b 级 6 篇、II a 级 8 篇、II b 级 5 篇、III a 级 0 篇、III b 级 7 篇、IV 级 8 篇、V 级 3 篇),并采用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 诊断标准

1.1 诊断依据^[1]

根据临床表现、危险因素接触史、体征及实验室检查资料综合分析确定。COPD 的主要症状[慢性咳嗽、咳痰和(或)呼吸困难]、危险因素接触史、存在不完全可逆性气流受

限是诊断 COPD 的必备条件。肺功能指标是诊断 COPD 的金标准。用支气管舒张剂后第一秒用力呼气容积(FEV_1)/肺活量(FVC) $<70\%$ 可确定为不完全可逆性气流受限。COPD 早期轻度气流受限时可有或无临床症状。胸部 X 线检查有助于确定肺过度充气的程度。排除支气管哮喘、支气管扩张症、充血性心力衰竭、肺结核等其他肺部疾病。

1.2 疾病分期

1.2.1 急性加重期^[1,9-11] 急性加重是指患者出现超越日常状况的持续恶化,并需改变基础用药。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,呈脓性或黏液脓性,可伴发热等炎症明显加重的表现。当患者出现运动耐力下降、发热和(或)胸部影像异常时可能为 COPD 加重的征兆。2006 年慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GOLD)首次将急性加重期定义为在 COPD 病程中出现呼吸困难、咳嗽、咳痰急性加重,病情变化大于每日自然病程变化程度,并且需要改变日常治疗方案。

1.2.2 稳定期 指患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状轻微。

1.3 严重程度分级^[1,9]

基于研究目的不同,COPD 严重程度可根据肺功能、功能性呼吸困难程度、生活质量、是否存在合并症(呼吸衰竭、心力衰竭)等进行评估,其中反映气流受限程度的 FEV_1 下降有重要参考意义。根据肺功能的变化等将 COPD 严重性分为 4 级。

I 级(轻度 COPD):轻度气流受限($FEV_1/FVC \times 100\% <70\%$,但 FEV_1 占预计值百分比 $\geq 80\%$),通常可伴有或不伴有咳嗽、咳痰。

II 级(中度 COPD):气流受限进一步恶化($50\% \leq FEV_1$ 占预计值百分比 $<80\%$),并有症状进展和气短,运动后气短更为明显。此时,由于呼吸困难或疾病的加重,患者常去医院就诊。

III 级(重度 COPD):气流受限进一步恶化($30\% \leq FEV_1$ 占预计值百分比 $<50\%$),气短加剧,并且反复出现急性加重,影响患者的生存质量。

IV 级(极重度 COPD):严重的气流受限(FEV_1 占预计值百分比 $<30\%$ 预计值)或者合并有慢性呼吸衰竭。此时,患者的生存质量明显下降,如果出现急性加重则可能有生命危险。

此外,BODE 指数(包含体重指数、气流阻塞程度、呼吸

困难、运动能力等)和 COPD 急性加重次数也可作为 COPD 严重程度监测指标。

2 辨证论治

肺脏感邪,迁延失治,痰瘀稽留,损伤正气,肺、脾、肾虚损,正虚卫外不固,外邪易反复侵袭,诱使本病发作,其病理变化为本虚标实。急性加重期以实为主,稳定期以虚为主。COPD 急性加重期病机为痰(痰热、痰浊)阻或痰瘀互阻,常兼气虚或气阴两虚,虚实相互影响,以痰瘀互阻为关键。痰热日久损伤气阴,气虚则气化津液无力,津液不得正化反酿成痰浊而使阴津生化不足。痰壅肺系气机,损及肺朝百脉,可致血瘀,气虚帅血无力也可致瘀;瘀血内阻而使津液运行不畅,促使痰饮内生,终成痰瘀互阻。痰壅肺系重者,可蒙扰神明,表现为痰热、痰浊之分,多为急性加重的重证。发作缓解,病情稳定,痰瘀危害减轻,但稽留难除,正虚显露而多表现为气(阳)、阴虚损,集中于肺脾肾,气(阳)、阴虚损中以气(阳)为主,肺脾肾虚损以肾为基。故稳定期病机以气(阳)虚、气阴两虚为主,常兼痰瘀^[12-13]。

本病急性加重期常见风寒袭肺、外寒内饮、痰热壅肺、痰湿阻肺、痰蒙神窍等证,稳定期常见肺气虚、肺脾气虚、肺肾气虚、肺肾气阴两虚等证^[14]。血瘀既是 COPD 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。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。

2.1 急性加重期

研究证据表明,在西医常规治疗基础上应用中药治疗 COPD 急性加重期,可以显著提高疗效、明显缩短病程、减少并发症、改善肺通气功能、降低致残率等^[15-16]。

2.1.1 风寒袭肺

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,或脉浮,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(《太平惠民合剂局方》)合止嗽散(《医学心悟》)加减。(炙)麻黄 9g,杏仁 9g,荆芥 9g,紫苏叶 9g,白前 9g,百部 12g,桔梗 9g,枳壳 9g,陈皮 9g,炙甘草 6g。加减:痰多白黏,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,紫苏叶改为紫苏子 9g,加厚朴 9g。中成药:通宣理肺丸,口服,每次 7g(水蜜丸)或 8~10 丸(浓缩丸),每日 2 或 3 次。杏苏止咳颗粒,冲服,每次 12g,每日 3 次。感冒疏风颗粒,口服,每次 3g,每日 2 次。

2.1.2 外寒内饮

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》)合半夏厚朴汤(《金匱要略》)加减。(炙)麻黄 9g,桂枝 9g,干姜 6g,白芍 9g,细辛 3g,法半夏 9g,五味子 6g,紫苏子 9g,杏仁 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:风寒咳嗽颗粒(冲剂),冲服,每次 5g,每日 2 次。小青龙颗粒,冲服,每次 6g(无糖型)或 13g(含糖型),每日 3 次。

2.1.3 痰热壅肺

主症:咳嗽,喘息,胸闷,痰多,痰黄、白黏干,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痰多色黄或白黏,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,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^[17]。(全)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 18g,麦冬 12g,陈皮 9g。加减:痰鸣喘息而不得平卧者,加葶苈子 9g(包煎)、射干 9g、桔梗 9g;咳痰腥昧者,加金荞麦(根)20g、薏苡仁 12g、桃仁 9g、冬瓜子 12g;痰多质黏稠、咯痰不爽者,减半夏,加百合 12g、南沙参 12g;胸闷痛明显者,加延胡索 9g、赤芍 12g、枳壳 12g;大便秘结者,加(酒)大黄 9g、枳实 9g、厚朴 9g、甚者加芒硝(冲服)9g;热甚烦躁、面红、汗出者,加石膏 30g(先煎)、知母 12g;热盛伤阴者,加天花粉 12g、生地黄 15g、玄参 12g;痰少质黏,口渴,舌红苔剥,脉细数,为气阴两虚,减半夏、加太子参 12g、南沙参 12g;兼外感风热者,加金银花 12g、连翘 12g、薄荷 6g。亦可采用清热化痰方药(鱼腥草 30g,苇茎 15g,桑白皮 15g,桔梗 10g,陈皮 6g,法半夏 10g,虎杖 30g)^[18]加减。兼有面色紫暗,口唇青紫,舌质紫暗,舌质暗红,舌有瘀斑等血瘀证的患者,可采用通塞颗粒方(葶苈子、地龙、(炙)麻黄、川贝母、(制)大黄、赤芍、生晒参、麦冬、石菖蒲等)^[19]。中成药:蛇胆川贝液,口服,每次 10ml,每日 2 次。清气化痰丸,口服,每次 6~9g。清肺消炎丸,口服,每次 8g,每日 3 次^[20]。痰热清注射液 20~40ml 静脉滴注,每日 2 次^[21]。

2.1.4 痰湿阻肺

主症:咳嗽,喘息,痰多,痰白黏,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、白黏或呈泡沫状;③胃脘痞满;④口黏腻,纳呆或食少;⑤舌苔白腻,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》)和三子养亲汤(《韩氏医通》)加减。法半夏 12g,厚朴 9g,陈皮 9g,薤白 12g,茯苓 15g,枳壳 9g,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);脘腹胀满,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;外感风热者,减薤白,加金银花 9g、连翘 12g、僵蚕 9g;外感风寒者,加麻黄 6g、荆芥 9g、防风 9g。中成药:桂龙咳喘宁胶囊,口服,每次 5 粒,每日 3 次。咳喘顺丸,每次 5g,每日 3 次;苓桂咳喘宁胶囊,口服,每次 5 粒,每日 3 次。苏子降气丸,口服,每次 6g,每日 2 次。

2.1.5 痰蒙神窍

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,肢体痲痹甚则抽搐,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肢体痲痹甚则抽搐;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。(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 3g,姜汤或温开水送服,每次 1 丸,每日 1 次或 2 次;痰热内盛,身热,谵语,舌红绛、苔黄者,加水牛角 30g(先煎)、玄参 12g、连翘 12g、黄连 6g、(焦)栀子 9g,或加用安宫牛黄丸或至宝丹;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、全蝎 6g、地龙 12g、羚羊角(粉)0.6g(冲服)。痰蒙神窍偏于痰热证,病机以痰、热、瘀为主,治以清热豁痰,活血开窍,可采用涤痰汤合金苇茎汤加减(苇茎、杏仁、石菖蒲、胆南星、薏苡仁、桃仁、虎杖、鱼腥草、竹茹等)联合清开灵注射液、香丹注射液^[22]。中成药:偏痰浊蒙窍者,苏合香丸,口服或鼻饲,每次 3g,每日 1 或 2 次。偏痰热蒙窍者,安宫牛黄丸或局方至宝丸,口服或鼻饲,每次 3g,每日 1 或 2 次;清开灵注射液 20~40ml 或醒脑静注射液 20ml,静脉滴注,每日 2 次。

2.2 稳定期

多个较高质量级别的证据表明^[23-24],采用中医药或中西医结合治疗 COPD 稳定期具有明显的疗效,表现在改善症状、减少急性加重、提高运动能力和生活质量等方面,其疗效均好于单纯西医治疗。

2.2.1 肺气虚

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,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(《证治准绳》)加减。党参 15g,黄芪 15g,白术 12g,核桃仁 15g,百部 9g,川贝母 9g,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:咳嗽痰多、舌苔白腻者,减黄芪、川贝母、百部,加法半夏 9g,茯苓 15g;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。中成药:玉屏风冲剂,冲服,每次 5g,每日 3 次。黄芪颗粒,冲服,每次 4g,每日 2 次。

2.2.2 肺脾气虚

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,舌苔薄白或白腻,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(《校注妇人良方》)合黄芪补中汤(《医学发明》)加减。党参 15g,黄芪 15g,白术 12g,茯苓 12g,杏仁 9g,川贝母 9g,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;咳嗽稀薄,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、苦杏仁,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)。中成药:慢支固本颗粒,口服,每次 10g,每日 2 次。玉屏风冲剂,冲服,每次 5g,每日 3 次。金咳息胶囊,口服,每次 4 粒,每日 3 次。

2.2.3 肺肾气虚

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,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:人参补肺饮(《症因脉治》)加减。人参 9g,黄芪 15g,枸杞子 12g,山茱萸 9g,五味子 9g,淫羊藿 9g,浙贝母 9g,紫苏子 9g,赤芍 12g,地龙 12g,陈皮 9g,炙甘草 6g。加减:咳嗽明显者,加(炙)紫菀 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,减沉香,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。也可采用调补肺肾方[冬虫夏草 3g(单煎),五味子 9g,丹参 9g,茯苓 15g,山茱萸 9g,淫羊藿 9g,枸杞子 12g]加减^[3]。中成药:固肾定喘丸,口服,每次 1.5~2g,每日 2 次或 3 次。固本咳喘胶囊,口服,每次 3 粒,每日 3 次。百令胶囊,口服,每次 5~15 粒,每日 3 次。气虚甚而肾阳虚者,右归丸,口服,每次 9g,每日 3 次。

2.2.4 肺肾气阴两虚

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,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(《景岳全书》)合人参

补肺汤(《证治准绳》)加减。人参 9g, 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; 痰黏难咯明显者, 加百合 15g、玉竹 12g、南沙参 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(须)15g。中成药: 生脉饮口服液, 口服, 每次 10ml, 每日 3 次; 百合固金丸, 口服, 每次 6~9g, 每日 2 次。偏肺阴虚而有燥热者, 养阴清肺丸, 口服, 每次 9g, 每日 2 次; 麦味地黄丸, 口服, 每次 8 粒, 每日 2 次或 3 次。偏肺肾阴虚而内热咳喘者, 蛤蚧定喘丸, 口服, 每次 6g(水蜜丸), 每日 2 次。偏肾阴虚者, 左归丸口服, 每次 9g, 每日 2 次。

兼证——血瘀证: 主症: 口唇青紫, 舌质暗红、紫暗、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。治法: 活血化瘀。方药可选用川芎 9g, 赤芍 12g, 桃仁 9g, 红花 9g, 莪术 9g^[25]。可根据所兼证候的不同, 临床上可增减上述药物。中成药可选用血府逐瘀口服液(胶囊), 口服, 每次 10ml 或 6 粒, 每日 3 次。

3 其他治法

3.1 单方验方

① 紫河车 1 具, 焙干研末, 每次 1.5g, 每日 3 次, 饭后口服, 适用肺脾气虚、肺肾气虚证。② 葶苈子粉, 装胶囊, 每次 1.5g, 每日 2 次, 饭后口服, 用于痰浊壅肺的咳喘。③ 鱼腥草、金银花、金荞麦根茎各 15g。水煎服。每日 1 剂, 分 2 次服。用于痰热证。④ 地龙焙干研末, 装胶囊, 饭后口服, 每次 3g, 每日 2 次, 用于痰热证。

3.2 针灸治疗

3.2.1 针刺 主穴为肺俞(双)、大椎、风门(双)。咳甚者, 配尺泽、太渊; 痰多者, 配足三里、中脘; 体虚易感冒者, 配足三里; 痰壅气逆者, 配天突、膻中; 肾虚失纳之虚喘者, 配肾俞、关元、太溪; 心悸者, 配心俞、内关。针刺大椎、中脘、尺泽、关元, 采用提插捻转相结合手法。针刺肺俞、风门、心俞、肾俞, 采用提插捻转相结合手法。针刺合谷、太渊、内关、鱼际、太溪, 以捻转为主, 提插为辅进行。针刺天突穴, 用小幅度提插捻转行针法, 得气后不留针。针刺足三里, 采用提插捻转相结合的行针手法。急性加重期每日针刺 1 次, 稳定期每日或隔日针刺 1 次, 每次留针 30min, 每隔 10min 行针 1 次。根据具体病情采取虚实补泻, 即稳定期多为正虚, 针用补法; 急性加重期多为邪实, 或虚实夹杂, 故针用泻法或平补平泻法。10 次为 1 个疗程, 疗程间休息 3~5 天, 继续治疗 1 或 2 个疗程^[26]。

3.2.2 灸法 气虚、阳虚者, 宜灸或针灸并用, 取穴同上。以艾条温和灸为主, 在留针期间或起针之后进行, 每穴灸 5~10min, 以局部潮红为度^[26]。

3.3 拔火罐

阴虚内热, 或肺部感染有热象者, 宜针后拔火罐。在起针后, 用较大火罐或广口玻璃瓶拔于大椎与两肺俞之间。如患者消瘦, 可用小火罐拔于两侧肺俞穴处。留罐 10min 左右。

3.4 穴位贴敷

3.4.1 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 30g、甘遂 15g、细辛 15g、延胡索 10g、干姜 10g、丁香 10g。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 2g, 用鲜姜汁调和, 做成直径约为 1.5cm、厚约 0.5cm 的圆饼贴于上述穴位上, 用 4cm×4cm 大小胶布固定, 成人贴 4~6h, 儿童贴 2~3h。治疗时间为三伏天^[27]。常配合服用中药。

3.4.2 舒肺帖 第 1 组为大椎、肺俞、定喘、肾俞等穴, 第 2 组为天突、膻中、肾俞、膏肓俞等, 两组穴位交换贴敷。将舒肺贴药物(芥子、芫花、延胡索、干姜、细辛、椒目、肉桂)软膏贴敷, 一般 6~12h 后取下, 如有烧灼感可提前取下, 无烧灼感可延迟 12h 取下。每 7~10 天贴敷 1 次, 2 个月为 1 个疗程; 也可于“三伏天”前的第 10 天、“三伏天”内的第 10、20、30 天, “三伏天”后的第 10 天各贴敷 1 次^[28]。常配合服用中药。

3.4.3 冬病夏治消喘膏 由(炒)芥子、芫花、细辛、麻黄、石菖蒲等药物组成。穴位选取两侧肺俞、心俞、膈俞 6 个穴位, 每个穴位贴敷 1 个药丸, 直接贴压于局部, 按压成饼状, 并用脱敏胶布固定, 表层再粘贴橡皮膏固定、防渗, 每次 6h, 三伏期间每 10 天 1 次, 共 3 次^[29]。常配合服用中药。

本指南是在总结近年来中医药诊治 COPD 研究成果的基础上编制而成, 以期能够为从事 COPD 防治的中医、中西医结合临床医师提供指导性意见, 促进和提高中医药诊治水平。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。

该指南供中医内科、中西医结合内科医生临床使用。适合于 COPD 的中医辨证治疗, 对于合并支气管哮喘、支气管扩张、闭塞性细支气管炎、弥漫性泛细支气管炎的 COPD 患者的诊治可参考使用, 对于合并有气胸、胸腔积液、肺栓塞和慢性肺原性心脏病严重心功能不全者不建议使用。该指南中的药物剂量为参考剂量, 供临床应用时参考。

项目组主要成员: 李建生, 李素云, 余学庆, 王至婉, 晁恩祥, 王永炎

执笔人: 李建生*, 李素云, 余学庆

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

参加本指南制定讨论的专家: 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王书臣、张燕萍, 中国中医科学院广安门医院李国勤, 北京中医药大学东直门医院武维屏、姜良铎、王成祥、苏慧萍, 上海中医药大学龙华医院邵长荣、吴银根, 天津中医药大学第一附属医院尹新中, 天津中医药大学第二附属医院孙增涛、魏葆琳, 辽宁中医药大学

附属医院徐艳玲,江苏省中医院奚肇庆、孙子凯,江苏省中医药研究院朱佳,成都中医药大学附属医院董艳,广东省中医院林琳,河南中医学院第一附属医院周庆伟,吉林省中医药科学院王玉,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,浙江省中医院宋康、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刘良丽,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。特此致谢。

参考文献

- [1]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[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17.
- [2]Gulsvik A. The global burden and impact of chronic obstructive pulmonary disease worldwide[J]. Monaldi Arch Chest Dis, 2001,56(3):261-264.
- [3]中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:71-73.
- [4]The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) instrument [EB/OL]. [2008-11-06]. <http://www.agreecollaboration.org>.
- [5]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.
- [6]Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guideline: a proposal from the Conference on Guidelin Standardization[J]. Ann Intern Med,2003,139(6):493-498.
- [7]Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook[EB/OL]. [2008-11-06]. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.
- [8]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):1061-1065.
- [9]Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary [J]. Am J Respir Crit Care Med. 2007,176(6):532-555.
- [10]Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CP, et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease [J]. Ann Intern Med,1987;106(2):196-204.
- [11]Burge S, Wedzicha JA. COPD exacerbation: definitions and classifications[J]. Eur Respir J. 2003, 21 (Suppl. 41):46s-53s.
- [12]李建生. 中医药治疗慢性阻塞性肺疾病研究的实践与若干思考[J]. 河南中医,2005,25(5):13-15.
- [13]李建生. 慢性阻塞性肺疾病中医辨证治疗概要[J]. 河南中医学院学报,2009,24(4):9-11.
- [14]李建生,王至婉,余学庆,等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期证候诊断标准的建立[J]. 中华中医药杂志,2010,25(7):971-975.
- [15]李建生,王至婉,余学庆,等. 中药治疗 COPD 急性加重期的系统评价[J]. 天津中医药,2008,25(5):428-432.
- [16]朱立成,朱文娟,尚云飞. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病并呼吸衰竭疗效及安全性的 Meta 分析[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(31):3789-3794.
- [17]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的临床疗效评价. 中医杂志,2011,52(3):203-207.
- [18]陈宁,李慧,赵丽芸,等. 清热化痰法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期全身炎症反应综合征的随机对照临床试验[J]. 中西医结合学报,2009,7(2):105-109.
- [19]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.
- [20]刘恩顺,孙增涛,李燕钰,等. 清肺消炎丸治疗 AECOPD (痰热壅肺证)120 例临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(18):149-150.
- [21]杨红梅,毛兵,钟云清,等. 痰热清注射液治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期随机对照试验的系统评价[J]. 华西医学,2008,23(6):1244-1249.
- [22]何德平,林琳,吴蕾. 中医药对慢阻肺呼吸衰竭机械通气患者作用的临床研究[J]. 新中医,2006,38(11):42-43.
- [23]周维,钟云青,杨红梅,等. 中药治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期随机对照试验的系统评价[J]. 中国循证医学杂志,2009,9(3):311-318.
- [24]李建生,王至婉,余学庆,等. 中药治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的系统评价[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(2):229-231.
- [25]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.
- [26]邵素菊,秦小永,高希言,等. 邵氏“五针法”治疗肺脾亏虚型哮喘:多中心随机对照研究[J]. 中国针灸,2007,27(11):793-796.
- [27]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.
- [28]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.
- [29]郑菲,李国勤,边永君,等. 内外合法治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志. 2010,30(4):369-372.

(收稿日期:2011-05-09;修回日期:2011-10-20)

[编辑:李春梅]