

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.22.019

标准与规范

支气管扩张症中西医结合诊疗专家共识



世界中医药学会联合会呼吸病专业委员会

支气管扩张症(简称“支扩”)是各种原因引起的支气管异常和持久性扩张,导致反复发生的化脓性感染^[1]。该病是一种常见的慢性呼吸道疾病,病程长,病变不可逆转,由于反复感染,特别是广泛性支气管扩张可严重损害患者肺组织和功能,严重影响患者的劳动能力和生活质量,造成沉重的社会经济负担。

目前,基层医疗卫生机构对支扩患者缺乏规范化管理,各地区医疗资源发展不平衡,造成地区诊疗差异,常出现误诊、误查、误治等情况^[2]。鉴于此,我们通过检索和筛选证据,并依据证据推荐分级的评估、制订与评价(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE)系统^[3]对证据进行评价,再通过专家共识会议形成《支气管扩张症中西医结合诊疗专家共识》(以下简称《共识》)(共识形成方法见附件,请扫描本文二维码获取),从中西医结合的角度出发,进一步规范疾病诊疗的标准化与合理化。

1 适用范围

本《共识》为支扩患者(年龄≥18周岁)的诊疗方案,适用于各级各类医院急诊科、呼吸内科、中医科的执业医师,以及相关的护理人员和药师参考。

2 定义及流行病学特点

支扩是由各种病因引起的反复发生的化脓性感染,导致中小支气管反复损伤和/或阻塞,致使支气管壁结构破坏,引起支气管异常和持久性扩张,临床表现为慢性咳嗽、大量咯痰和(或)间断咯血、气促和呼吸衰竭轻重不等^[4]。广义上的支气管扩张是一种病理解剖学状态,很多疾病影像学也表现为支气管扩张,如肺间质纤维化所致的牵拉性支气管扩张,类似的单纯影像学表现的支气管扩张不在本《共识》讨论之列。

我国目前尚无大规模支扩流行病学调查数据,2013年发表的一项对7省市城区40岁以上居民的电话调查研究^[5]结果显示,1.2%(135/10 811)的居民

曾被诊断为支扩,且患病率随着年龄增长而升高。

3 诊断

3.1 西医诊断流程^[4]

3.1.1 高危人群筛查 1)咳嗽、咯脓性痰超过8周,或反复咯血。2)慢性阻塞性肺疾病或哮喘控制不佳,且既往铜绿假单胞菌阳性。3)有慢性鼻窦炎、结缔组织病,或有免疫系统相关病史且出现慢性咯痰或反复肺部感染。

3.1.2 临床诊断 1)临床症状:慢性咳嗽、反复咯血、黏液脓性或脓性痰。

2)胸部高分辨率CT:(1)直接征象:支气管/伴行肺动脉内径比(B/A)>1,从中心到外周支气管没有逐渐变细,距胸膜1 cm或接近纵隔胸膜范围内可见支气管影。(2)间接征象:支气管壁增厚,黏液嵌塞,呼气相CT发现“马赛克”征或“气体陷闭”。(3)其他征象:支气管呈柱状或囊状改变,“双轨征”或“串珠”状改变,“印戒征”“蜂窝”或“卷发”状改变。(4)特征性征象:变应性支气管肺曲霉病(ABPA)表现为双上叶为主的中心性支扩伴黏液栓嵌顿;结核性支扩常以上叶为主;弥漫性泛细支气管炎则表现为以边缘模糊的小叶中心性结节、树芽征、细支气管扩张、弥漫性分布或基底部分布为主。

3.1.3 病因学诊断

1)常规检查:(1)相关病史及合并症。(2)血常规:中性粒细胞和淋巴细胞计数持续偏低提示免疫缺陷可能,嗜酸性粒细胞计数升高提示ABPA可能,血小板增多与活动期类风湿性关节炎和炎症性肠病有关。(3)总IgE、曲霉特异性IgE、皮肤点刺试验:鉴别ABPA、混合型肺曲霉病。(4)免疫球蛋白IgG/IgA/IgM:鉴别免疫缺陷、结缔组织病等。血清蛋白电泳:区分多克隆还是单克隆,排除血液系统恶性肿瘤。(5)痰培养、肺功能检测。

2)特殊检查(对下列疾病可能分别开展相应辅助检查):(1)原发性纤毛运动障碍。(2)结缔组织病。(3)合并胃食管反流或误吸史。(4)发育异常、

气管支气管内病变或异物堵塞。(5) 特定部位的抗体缺陷。(6) 囊性纤维化。

3.1.4 分期诊断 急性加重定义为: 6 项症状(咳嗽、痰量变化、脓性痰、呼吸困难或者运动耐受度降低、乏力或不适、咯血)中的 3 项及以上出现恶化超过 48 h, 且临床医生认为需要处理的情况。

3.2 严重程度评价

采用支气管扩张严重程度指数 (BSI) 评分^[4]及 E-FACED 评分^[4]对严重程度进行评价。

3.3 鉴别诊断

出现慢性咳嗽、咯痰者需要与慢性阻塞性肺疾病、肺结核、慢性肺脓肿等鉴别。典型的支扩患者肺功能检查出现不完全可逆气流受限时, 不能诊断为慢性阻塞性肺疾病。反复咯血需要与支气管肺癌、结核病以及循环系统疾病等进行鉴别^[4]。

4 中医辨证

4.1 痰热壅肺证

1) 痰色黄, 或痰质稠, 或脓痰; 2) 发热, 或口渴; 3) 大便秘结; 4) 舌红, 或苔黄或苔黄腻, 脉数或滑数。

符合 1)、加 2)、3)、4) 中 2 项。

4.2 络伤咯血症

1) 咯血、血色鲜红或暗红; 2) 痰中带血。

符合 1)、2) 中 1 项。

4.3 痰湿阻肺证

1) 咯痰, 痰色白; 2) 痞满; 3) 纳呆, 或食少; 4) 周身沉重; 5) 舌苔白腻, 脉滑或弦滑。

符合 1)、加 2)、3)、4)、5) 中 2 项。

4.4 肝火犯肺证

1) 气逆咳嗽, 咳引胸胁, 少量白黏痰; 2) 口苦咽干, 心烦易怒, 情绪诱发; 3) 舌红, 苔薄白或薄黄, 脉细弦。

符合 1)、加 2)、3) 中 1 项。

4.5 肺脾气虚证

1) 痰色白, 或痰质稀; 2) 气短, 动则加重; 3) 自汗, 或易感冒; 4) 纳呆, 或食少; 5) 神疲, 或乏力, 动则加重; 6) 痞满, 或腹胀, 或便溏; 7) 舌体胖大或有齿痕, 脉沉细或沉缓或细弱。

符合 1)、2)、3) 中 2 项, 加 4)、5)、6)、7) 中 3 项。

4.6 气阴两虚证

1) 干咳, 或咳嗽痰少或痰黏难咯; 2) 神疲, 或乏力, 动则加重; 3) 自汗, 或易感冒; 4) 盗汗, 或手足心热; 5) 口干或咽干, 或口渴; 6) 舌淡白或舌红, 脉沉细或细弱或细数。

符合 1)、加 2)、3) 中 1 项, 4)、5)、6) 中 2 项。

4.7 肺肾气虚证

1) 痰质黏; 2) 脑转耳鸣, 腰酸腿软, 不耐劳累; 3) 畏寒肢冷, 面色苍白; 4) 舌体胖大, 舌苔淡白, 脉沉细。

符合 1)、4)、加 2)、3) 中 1 项。

4.8 阴虚火旺证

1) 咳嗽痰少; 2) 低热盗汗; 3) 口舌干燥; 4) 五心烦热; 5) 舌红少苔或乏津, 脉细数。

符合 1)、加 2)、3)、4)、5) 中 2 项。

5 治疗

5.1 西医治疗^[4]

5.1.1 稳定期治疗

1) 气道清除: 包括祛痰(黏液溶解剂、动力剂、调节剂或高渗制剂)、非药物治疗(主动循环呼吸技术、振荡呼吸正压装置、高频胸壁振荡等)、肺康复和运动, 需考虑出血严重程度^[6]。

2) 抗菌: (1) 长期: 每年急性加重 ≥ 3 次, 推荐长期(≥ 3 个月)口服大环内酯类药物治疗。建议剂量为阿奇霉素 250 mg (每周 3~7 次), 红霉素 250 mg (每日 1 次)。每月评估疗效、毒副作用, 定期进行痰培养和药敏试验。(2) 病原体清除: 首次分离出铜绿假单胞菌且病情进展的支扩患者, 推荐环丙沙星 500 mg (每日 2 次) 口服 2 周。非结核分枝杆菌 (NTM) 肺病患者若症状较轻、病灶较局限, 进展不明显且药敏显示高度耐药, 一般不治疗; 而病灶进展明显者, 无论是否耐药均需规范抗 NTM 治疗。

3) 手术: 1) 肺叶/肺段切除术: 病灶局限于一侧肺叶或肺段内, 综合、规范治疗 1 年仍难以控制症状, 或近期症状明显加重, 严重影响正常生活者; 双侧病变、复发性难治性咯血或大咯血危及生命时, 内科治疗包括介入治疗仍无法有效止血; 局限性病灶可能是败血症或菌血症的来源, 不切除可能导致肺组织进一步破坏。2) 肺移植: 70 岁以下、肺功能第 1 秒用力呼气容积 (FEV1) $< 30\%$, 临床表现不稳定或迅速恶化或双肺弥漫性病灶、经内科综合治疗效果不佳的患者可考虑。

4) 其他: (1) 支气管舒张剂: 肺功能有阻塞性通气功能障碍的患者。(2) 抗炎治疗: 可能针对炎症机制有效。(3) 疫苗接种: 儿童接种麻疹、卡介苗等, 反复出现支扩急性感染的患者, 推荐接种流感疫苗或肺炎球菌疫苗。

5.1.2 急性加重期治疗 送痰培养后予经验性抗菌治疗, 并根据药敏结果调整。既往无痰培养结果的

中重度支扩患者, 应选择具有抗铜绿假单胞菌活性的药物, 如头孢他啶阿维巴坦、新型喹诺酮类药物西他沙星等。建议疗程为 14 天。

5.2 中医辨证论治

5.2.1 痰热壅肺证

治法: 清热化痰。

方药: 千金苇茎汤加减^[7-9] (《备急千金要方》: 芦根、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁) (推荐强度: 强推荐; 证据级别: B)。加减: 咯痰黄稠不利, 加桑白皮、射干、瓜蒌、浙贝母; 咳逆气急、咯痰浓浊量多, 加瓜蒌子、葶苈子; 大便秘结, 加生大黄、枳实; 心烦口渴, 加生石膏、天花粉。水煎服, 先煮芦根, 去滓, 内诸药, 煮取成汤。

中成药: 1) 肺力咳合剂^[10] (推荐强度: 强推荐; 证据级别: C)。功能主治: 清热解毒, 镇咳祛痰。用于痰热犯肺所引起的咳嗽痰黄, 支气管哮喘、气管炎见上述证候者。药物组成: 黄芩、前胡、百部、红花龙胆、梧桐根、白花蛇舌草、红管药。用法用量: 口服, 成人每次 20 ml, 每日 3 次; 或遵医嘱。不良反应: 不明。2) 一清胶囊^[11] (推荐强度: 强推荐; 证据级别: D)。功能主治: 清热泻火解毒, 化瘀凉血止血。用于火毒血热所致的身热烦躁、目赤口疮、咽喉牙龈肿痛、大便秘结、吐血、咯血、衄血、痔血; 咽炎、扁桃体炎、牙龈炎见上述证候者。药物组成: 黄连、大黄、黄芩。用法用量: 口服, 每次 2 粒 (每粒 0.5 g), 每日 3 次。不良反应: 偶见皮疹、恶心、腹泻、腹痛。3) 痰热清胶囊 (推荐强度: 强推荐; 依据专家共识)。功能主治: 清热, 化痰, 解毒。用于风温肺热病属风热袭肺证, 症见发热、恶风、咳嗽、咯痰, 或咽痛、流涕、口干等。药物组成: 黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘。用法用量: 口服, 每次 3 粒 (每粒 0.4 g), 每日 3 次, 疗程 7 天。不良反应: 个别患者出现腹胀。4) 清咳平喘颗粒 (推荐强度: 弱推荐; 依据专家共识)。功能主治: 清热宣肺, 止咳平喘。用于咳嗽气急甚或喘息、咯痰色黄或不爽、发热、咽痛、便干、苔黄或黄腻等。药物组成: 石膏、金荞麦、鱼腥草、麻黄 (蜜炙)、炒苦杏仁、川贝母、矮地茶、枇杷叶、紫苏子 (炒)、甘草 (炙)。用法用量: 开水冲服, 每次 10 g, 每日 3 次。不良反应: 不明。

5.2.2 络伤咯血证

治法: 凉血止血。

方药: 咳血方^[12] (《丹溪心法》: 青黛、瓜蒌子、诃子、海粉、栀子) (推荐强度: 弱推荐; 证据级别: C)。加减: 咳甚, 加苦杏仁。水煎服。

中成药: 1) 云南白药胶囊^[13-15] (推荐强度: 强推荐; 证据级别: C)。功能主治: 化瘀止血, 活血止痛, 解毒消肿。用于跌打损伤、瘀血肿痛, 吐血、咯血、便血、痔血、崩漏下血、手术出血, 疮疡肿毒及软组织挫伤, 闭合性骨折, 支气管扩张及肺结核咯血, 溃疡病出血, 以及皮肤感染性疾病。药物组成: 国家保密方, 本品含草乌 (制), 其余成分略。用法用量: 口服, 每次 1~2 粒 (每粒 0.25 g), 每日 4 次。不良反应: 极少数患者服药后出现过敏性药疹, 出现胸闷、心慌、腹痛、恶心呕吐、全身奇痒以及躯干、四肢等部位出现荨麻疹。2) 裸花紫珠颗粒^[16] (推荐强度: 强推荐; 依据专家共识)。功能主治: 消炎, 解毒, 收敛, 止血。用于细菌感染引起的炎症、急性传染性肝炎、呼吸道和消化道出血。药物组成: 裸花紫珠。用法用量: 开水冲服, 每次 1 袋 (每袋 3 g), 每日 3 或 4 次。不良反应: 不明。

说明: 络伤咯血证属于兼证类。支气管扩张症常见证型包括实证类 (痰热壅肺证、痰湿阻肺证、肝火犯肺证)、虚证类 (肺脾气虚证、气阴两虚证、肺肾气虚证、阴虚火旺证), 均可单独出现, 亦可兼夹络伤咯血证, 临床治疗可在其他证型基础上, 加用本证型方剂或中成药。

5.2.3 痰湿阻肺证

治法: 燥湿化痰, 理气止咳。

方药: 二陈平胃散^[17] (《症因脉治》: 姜半夏、茯苓、陈皮、麸炒苍术、厚朴、甘草) (推荐强度: 强推荐; 证据级别: C)。加减: 咳逆气急、痰多胸闷, 加白前、紫苏子、莱菔子; 久病脾虚、神疲, 加党参、白术。水煎服。

中成药: 祛痰止咳颗粒 (推荐强度: 强推荐; 证据级别: 依据专家共识)。功能主治: 健脾燥湿, 祛痰止咳。主要用于慢性支气管炎及支气管炎合并肺气肿、肺心病所引起的痰多、咳嗽、喘息等症。药物组成: 党参、水半夏、芫花 (醋制)、甘遂 (醋制)、紫花杜鹃、明矾。用法用量: 温开水冲服, 每次 2 袋 (每袋 3 g), 每日 2 次。不良反应: 不明。

5.2.4 肝火犯肺证

治法: 清肝宁肺。

方药: 泻白散合黛蛤散^[18] (《小儿药证直诀》《医说·卷四》: 地骨皮、蜜桑白皮、青黛、蛤壳粉、炙甘草) (推荐强度: 强推荐; 证据级别: C)。加减: 咳嗽频作、痰黄, 加栀子、牡丹皮、浙贝母、枇杷叶; 胸闷气逆, 加枳壳、旋覆花; 痰黏难咯, 加海浮石、浙贝母、竹茹。水煎服。

中成药：加味逍遥丸（推荐强度：弱推荐；依据专家共识）。功能主治：舒肝清热，健脾养血。药物组成：柴胡、当归、白芍、白术（麸炒）、茯苓、甘草、牡丹皮、栀子（姜炙）、薄荷，辅料为生姜。用法用量：口服，每次1袋（每袋6g），每日2次。不良反应：不明。说明：此处加味逍遥丸以北京同仁堂科技发展股份有限公司制药厂说明书的介绍书写，其他厂家可根据说明书用法用量进行用药。

5.2.5 肺脾气虚证

治法：健脾益气，化痰止咳。

方药：六君子汤合三子养亲汤（《妇人良方》《韩氏医通》：人参、白术、茯苓、陈皮、法半夏、炙甘草、紫苏子、白芥子、莱菔子）（推荐强度：强推荐；依据专家共识）。加减：大便秘结，临服加熟蜜；冬天，加生姜；痰涎壅盛，加葶苈子、大枣；痰多色黄稠，加连翘、黄芩。水煎服。

中成药：1）人参健脾丸（推荐强度：弱推荐；依据专家共识）。功能主治：健脾益气，和胃止泻。用于脾胃虚弱所致的饮食不化、脘闷嘈杂、恶心呕吐、腹痛便溏、不思饮食、体弱倦怠。药物组成：人参、白术（麸炒）、茯苓、山药、陈皮、木香、砂仁、炙黄芪、当归、酸枣仁（炒）、远志（制），辅料为赋形剂蜂蜜。用法用量：口服，每次2丸（每丸6g），每日2次。不良反应：不明。2）玉屏风颗粒（推荐强度：弱推荐；依据专家共识）。功能主治：益气，固表，止汗。用于表虚不固导致自汗恶风、面色㿔白，或体虚易感风邪者。药物组成：黄芪、白术（炒）、防风。辅料为糊精、甘露醇、矫味剂、黏合剂。用法用量：开水冲服，每次5g，每日3次。不良反应：不明。

5.2.6 气阴两虚证

治法：养阴益气，清泻虚热。

方药：沙参清肺汤（《中医内科学》^[19]：北沙参、黄芪、太子参、合欢皮、白及、甘草、桔梗、薏苡仁、冬瓜子）（推荐强度：弱推荐；证据级别：依据专家共识）。加减：口燥咽干，加芦根、天花粉；纳少、大便稀溏，加白扁豆、山药、白术。水煎服。

中成药：润肺膏（推荐强度：弱推荐；依据专家共识）。功能主治：润肺益气，止咳化痰。用于肺虚气弱所致胸闷不畅、久咳痰嗽、气喘自汗。药物组成：莱阳梨清膏、党参、炙黄芪、紫菀（蜜炙）、百部（蜜炙）、川贝母。用法用量：口服或开水冲服，每次15g，每日3次。不良反应：不明。

5.2.7 肺肾气虚证

治法：补肺益肾。

方药：金水六君煎（《景岳全书》：当归、熟地黄、陈皮、姜半夏、茯苓、生姜、炙甘草）（推荐强度：强推荐；依据专家共识）。加减：大便溏，去当归，加山药；痰盛气滞所致胸胁不畅，加白芥子；阴寒盛而咳嗽，加细辛；兼表邪寒热者，加柴胡。水煎服，空腹时温服。

中成药：1）补肺活血胶囊^[20]（推荐强度：弱推荐；证据级别：C）。功能主治：益气活血，补肺固肾。用于咳嗽气促或咳喘胸闷、心悸气短、肢冷乏力、腰膝酸软、口唇紫绀、舌淡苔白或舌紫暗等。药物组成：黄芪、赤芍、补骨脂。用法用量：口服，每次4粒（每粒0.35g），每日3次。不良反应：偶见口干。2）固本咳喘颗粒（推荐强度：弱推荐；依据专家共识）。功能主治：益气固表，健脾补肾。用于脾虚痰盛、肾气不固所致的咳嗽、痰多喘息气促、动则喘剧；慢性支气管炎见上述证候者。药物组成：党参、白术（麸炒）、炙甘草、茯苓、五味子（醋制）、麦冬、补骨脂（盐水炒）。辅料为糊精、乳糖。用法用量：口服，每次1袋（每袋2g），每日3次。不良反应：不明。

5.2.8 阴虚火旺证

治法：滋阴降火，润肺化痰。

方药：百合固金汤^[21-25]（《周慎斋遗书·卷七·阴虚》：熟地黄、生地黄、当归、炒白芍、甘草、桔梗、玄参、贝母、麦冬、百合）（推荐强度：强推荐；证据级别：B）。加减：咳嗽，加五味子。水煎服。

中成药：百合固金丸^[21-25]（推荐强度：强推荐；证据级别：C）。功能主治：养阴润肺，化痰止咳。用于肺肾阴虚所致燥咳少痰、咽干喉痛。药物组成：百合、生地黄、熟地黄、麦冬、玄参、川贝母、当归、白芍、桔梗、甘草，辅料为蜂蜜。用法用量：口服，每次1袋（每袋6g），每日2次。不良反应：不明。说明：此处百合固金丸以吉林省通化博祥药业股份有限公司说明书的介绍书写，其他厂家可根据说明书用法用量进行用药。

注意：以上中药用药剂量可参考《中华人民共和国药典》（2020年版）^[26]。

5.3 中医特色疗法

5.3.1 针刺^[18] 适应症：支气管扩张症咯血者。取穴：三阴交、孔最、肺俞、鱼际、列缺、尺泽。实证用泻法，虚证用补法（推荐强度：强推荐；证据级别：C）。

5.3.2 穴位贴敷 适应症：支气管扩张症咯血者。方法：以大蒜头1个，捣泥，取适量敷于双侧涌泉穴（推荐强度：弱推荐；依据专家共识）。

利益冲突声明

本《共识》所有成员均已签署利益冲突声明,申明不涉及与本《共识》主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益冲突,不涉及与所有可能被本《共识》成果影响的利益。

本《共识》由世界中医药学会联合会呼吸病专业委员会牵头。

牵头专家:张洪春(中日友好医院)。

学术顾问:晁恩祥(中日友好医院)。

方法学专家:陈薇(北京中医药大学)。

共识专家(按姓氏拼音字母排序):班承钧(北京中医药大学东直门医院)、陈生(深圳市中医院)、陈欣(中日友好医院)、冯淬灵(北京大学人民医院)、黄铁群(中日友好医院)、姜淑娟(山东省立医院)、林琳(广东省中医院)、刘晓(中日友好医院)、苗青(中国中医科学院西苑医院)、孙增涛(天津中医药大学第二附属医院)、王胜圣(吉林省中医药科学院第一临床医院)、王在永(中日友好医院)、文富强(四川大学华西医院)、张晓阳(北京协和医院)。

执笔人:刘剑、王玥琦、陈欣、王在永、张洪春[✉](中日友好医院)。

✉ 通讯作者:13701226664@139.com

秘书:刘剑、王玥琦(中日友好医院)。

参考文献

- [1] KOSER U, HILL A. What's new in the management of adult bronchiectasis? [J]. F1000Res, 2017, 6:527. doi: 10.12688/f1000research.10613.1.
- [2] 徐金富. 支气管扩张症:没有得到充分重视的常见病[J]. 国际呼吸杂志, 2013, 33(21): 1601-1604.
- [3] BALSHEM H, HELFAND M, SCHÜNNEMANN HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence [J]. J Clin Epidemiol, 2011, 64(4): 401-406.
- [4] 支气管扩张症专家共识撰写协作组, 中华医学会呼吸病学分会感染学组. 中国成人支气管扩张症诊断与治疗专家共识 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2021, 44(4): 311-321.
- [5] 周玉民, 王辰, 姚婉贞, 等. 我国 7 省市城区 40 岁及以上居民支气管扩张症的患病情况及危险因素调查 [J]. 中华内科杂志, 2013, 52(5): 379-382.
- [6] O'DONNELL AE. Bronchiectasis: a clinical review [J]. N Engl J Med, 2022, 387(6): 533-545.
- [7] 田媛, 王至婉. 加味苇茎汤治疗支气管扩张症的有效性及安全性的 Meta 分析 [J]. 中医临床研究, 2020, 12(11): 142-146.
- [8] 马丽鑫. 加味千金苇茎汤对支气管扩张症伴感染(痰热郁肺证)的临床观察及对 IL-8 的影响 [D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2016.
- [9] 薛娇. 加味千金苇茎汤治疗支气管扩张症急性加重期痰热壅肺证的临床疗效观察 [D]. 成都: 成都中医药大学, 2020.
- [10] 李明爽. 肺力咳合剂联合常规西药治疗支气管扩张伴感染(痰热郁肺证)的临床观察及对 NEUT% 的影响 [D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2019.
- [11] 曾毅, 解安. “一清胶囊”治疗支气管扩张的临床观察: 附 60 例病例报告 [J]. 成都中医药大学学报, 1998, 21(3): 25.
- [12] 杨彦斌, 张馨予. 咳血方加减治疗支气管扩张伴咯血疗效观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2016, 37(6): 55-56.
- [13] 郝崇利. 云南白药胶囊与酚妥拉明联合治疗支气管扩张咯血 33 例 [J]. 中医杂志, 2007, 48(9): 788.
- [14] 荣丹影. 云南白药胶囊与酚妥拉明联合用药治疗支气管扩张咯血的临床评价 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(23): 164-165.
- [15] 李娜. 云南白药胶囊与酚妥拉明联合用药治疗 86 例支气管扩张并咯血的临床疗效分析 [J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(24): 174-176.
- [16] 洪冰. 裸花紫珠片合加味千金苇茎汤治疗支气管扩张疗效观察 [J]. 新中医, 2013, 45(8): 29-30.
- [17] 胡慧珍. 加味二陈平胃散治疗支扩继发感染(痰浊阻肺夹热证)的临床观察及对 CRP 的影响 [D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2016.
- [18] 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: 78-79.
- [19] 周仲瑛. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 530.
- [20] 陈维志. 补肺活血胶囊配合西药治疗支气管扩张症稳定期疗效观察 [J]. 山西中医, 2018, 34(4): 23-24.
- [21] 黎家楼, 李永强, 余白桦, 等. 百合固金汤联合西药治疗阴虚肺热型支气管扩张并发感染 40 例 [J]. 河南中医, 2016, 36(7): 1228-1230.
- [22] 邓翠娟. 试论阴虚肺热型支气管扩张并发感染患者采用百合固金汤联合西药治疗的临床效果 [J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(18): 100-101.
- [23] 赵明哲, 陆晓亚. 百合固金汤联合西药治疗门诊阴虚肺热型支气管扩张并发感染的临床研究 [J]. 光明中医, 2017, 32(22): 3308-3310.
- [24] 黄永督. 百合固金汤治疗支气管扩张并发感染的疗效 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(13): 46-47.
- [25] 王立静. 百合固金汤联合西药治疗阴虚肺热型支气管扩张并发感染的临床疗效 [J]. 健康大视野, 2020(16): 76.
- [26] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典: 2020 年版. [M]. 北京: 中国医药科技出版社: 2020.

(收稿日期: 2022-03-22; 修回日期: 2022-08-22)

[编辑: 焦 爽]