

金水六君煎与三拗方合用辅助西药治疗慢性
支气管炎急性加重期临床观察

唐万云^{1*}，曾玉英²，汪秀玲³

(1. 青海省中医院，西宁 810000；2. 青海省红十字医院，西宁 810000；
3. 西宁市第一人民医院，西宁 810000)

〔摘要〕 目的：观察金水六君煎与三拗方合用辅助西药治疗慢性支气管炎急性加重期临床效果，并探讨其机制。方法：选取青海省中医院 2012 年 5 月—2014 年 5 月收治的慢性支气管炎急性加重期患者 160 例，采用随机抽样方法分为对照组和治疗组，各 80 例。其中对照组患者采用常规西医干预治疗，治疗组患者则在此基础上加用金水六君煎合三拗方辅助治疗；比较两组患者临床疗效，临床症状体征持续时间，治疗前后中医证候积分、肺通气功能指标、炎性细胞因子水平及临床复发率等。结果：治疗组患者临床疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)；与治疗前比较，两组患者治疗后中医证候积分明显降低 ($P < 0.05$)，治疗后与对照组比较，治疗组患者中医证候积分明显降低 ($P < 0.05$)，治疗组患者临床症状体征持续时间明显短于对照组 ($P < 0.05$)。与治疗前比较，两组患者治疗后肺通气功能指标水平明显增加 ($P < 0.05$)；治疗后与对照组比较，治疗组患者肺通气功能指标水平明显增加 ($P < 0.05$)。与治疗前比较，两组患者治疗后炎性细胞因子水平明显降低 ($P < 0.05$)；治疗后与对照组比较，治疗组患者炎性细胞因子水平明显降低 ($P < 0.05$)。治疗组患者临床复发率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论：金水六君煎与三拗方合用治疗慢性支气管炎急性加重期可有效改善临床症状体征，缩短病程，提高肺部功能，并有助于降低远期复发率。

〔关键词〕 金水六君煎；三拗方；慢性支气管炎；急性加重期；中医证候积分；肺通气功能；炎性细胞因子；临床复发率

〔中图分类号〕 R287 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 1005-9903(2016)17-0145-05
〔doi〕 10.13422/j.cnki.syfjx.2016170145

Clinical Observation of Jinshui Liujun Jian and San'ao Fang in Assisting
Western Medicine for Acute Exacerbation of Chronic Bronchitis

TANG Wan-yun^{1*}，ZENG Yu-ying²，WANG Xiu-ling³

(1. Qinghai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xining 810000, China; 2. Qinghai Red Cross Hospital, Xining 810000, China; 3. Xining No. 1 People's Hospital, Xining 810000, China)

〔Abstract〕 **Objective:** To investigate the clinical effects of Jinshui Liujun Jian and San'ao Fang in assisting the western medicine for acute exacerbation of chronic bronchitis. **Method:** The 160 patients with acute exacerbation of chronic bronchitis were chosen in the period from May 2012 to May 2014 in Qinghai Hospital of Traditional Chinese Medicine (TCM), and they were randomly divided into control group (80 patients) with routine western medicine intervention and treatment group (80 patients) with Jinshui Liujun Jian combined with San'ao Fang on the basis of control group treatment. The clinical efficacy, the duration time of clinical signs and symptoms, the TCM syndrome scores, pulmonary function levels, inflammatory cytokine levels and the clinical recurrence rate of two groups were compared. **Result:** The clinical efficacy in treatment group was significantly better than that in control group ($P < 0.05$). The TCM syndrome scores were significantly reduced after treatment

〔收稿日期〕 20151104(003)
〔基金项目〕 青海省科学技术成果项目(9632015Y0407)
〔通讯作者〕 *唐万云, 硕士, 主治医师, 从事中西医结合内科研究, Tel: 13897475061, E-mail: ae5100602ab@163.com

in both groups ($P < 0.05$), and the scores in treatment group were significantly lower than those in control group after treatment ($P < 0.05$). The duration time of clinical signs and symptoms of treatment group was significantly less than that in control group ($P < 0.05$). The levels of pulmonary function were significantly increased after treatment in both groups ($P < 0.05$), and the levels in treatment group were significantly higher than those in control group after treatment ($P < 0.05$). The levels of inflammatory cytokine were significantly decreased after treatment in both groups ($P < 0.05$), and the levels in treatment group were significantly lower than those in control group after treatment ($P < 0.05$). The clinical recurrence rate in treatment group was significantly lower than that in control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Jinshui Liujun Jian and San'ao Fang in assisting western medicine for acute exacerbation of chronic bronchitis can efficiently alleviate clinical symptoms and signs, shorten the clinical course, improve lung functions, and help to reduce the risk of long-term recurrence.

[**Key words**] Jinshui Liujun Jian; San'ao Fang; chronic bronchitis; acute exacerbation; traditional Chinese medicine syndrome score; pulmonary function; inflammatory cytokine; clinical recurrence rate

慢性支气管炎为呼吸内科常见疾病类型之一,是由多种病理因素诱发的气管、支气管黏膜及周围组织非特异性慢性炎症性疾病;好发于中老年人,以反复咳嗽、咳痰、喘息及呼吸困难为主要临床表现。患者早期多起病隐匿,除轻咳之外无其他特异性症状,多数发病前具有急性上呼吸道感染史。慢性支气管炎急性加重期如控制不及时,可引起循环系统衰竭及肺性脑病等严重并发症^[1-2]。西医对其常规采用对症支持干预,但近远期疗效欠佳,且极易出现复发,无法满足临床治疗需要^[3]。近年来中药方剂以其疗效佳、毒副作用小等优势开始被广泛用于慢性支气管炎急性加重期治疗;其中金水六君煎源自《景岳全书·新方八阵》,三拗方出自《金匱要略》及《太平惠民和剂局方》;目前临床尚无两种方剂联用治疗慢性支气管炎急性加重期相关随机对照研究。本次研究以青海省中医院近期收治的慢性支气管炎急性加重期患者 160 例作为研究对象,分别采用常规西医干预和在此基础上加用金水六君煎合三拗方辅助治疗;比较两组患者临床疗效,治疗前后中医证候积分、肺通气功能指标及临床复发率等,探讨金水六君煎合三拗方辅助西药治疗慢性支气管炎急性加重期临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象选取 2012 年 5 月—2014 年 5 月在青海省中医院收治的慢性支气管炎急性加重期患者 160 例,采用随机抽样方法分为对照组和治疗组,各 80 例;对照组患者中男性 43 例,女性 37 例,年龄 49~73 岁,平均年龄(56.34±6.70)岁,病程 2~16 年,平均病程(8.49±2.20)年;治疗组患者中男性 45 例,女性 35 例,年龄 50~73 岁,平均年龄(56.27±6.65)岁,病程 2~17 年,平均病程(8.56±2.22)年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。两组均无脱落病例。

1.1.1 诊断标准 ①符合《实用内科学》^[4]西医诊断标准,即以咳嗽、咯痰及喘息为主要症状,每年发病持续时间>3 个月,并连续 2 年以上;短期内出现咳嗽、咳痰及(或)喘息加重,痰量增多且呈脓性,部分伴发热等炎症加重表现;②符合《中医呼吸病学》^[5]喘证中医诊断标准,主证:咳嗽,咳痰黏稠,痰色黄白,或伴喘息、哮鸣;次证:发热口渴、胸闷尿黄及大便干结;舌质红、苔黄腻;脉弦滑或滑数;具备主证及 2 项以上次证,同时结合舌、脉象诊断。

1.1.2 纳入标准 ①年龄≥18 岁;②急性发作至就诊时间≤48 h;③研究方案经医院伦理委员会批准;④患者及家属知情,并签订知情同意书。

1.1.3 排除标准 ①肺气肿者;②肺源性心脏病者;③其他疾病引起咳嗽者;④肺部严重感染者;⑤严重精神疾病者;⑥严重心脑血管肝肾功能障碍者;⑦过敏体质者;⑧妊娠哺乳期女性;⑨临床资料不全、脱落者。

1.2 治疗方法 对照组患者采用常规西医干预,包括吸氧、祛痰、平喘、控制感染、营养支持、纠正水电解质及酸碱平衡紊乱等,其中西药应用包括盐酸莫西沙星片(德国拜耳医药保健有限公司,进口药品批号 C132051),0.4 g/次,1 次/d;盐酸氨溴索(国药集团国瑞药业有限公司,国药准字 H20113358),30 mg/次,2 次/d;喘息严重者加用氨茶碱(浙江瑞新药业股份有限公司,国药准字 H33021127)0.2 g/次,2 次/d;治疗组患者则在此基础上加用金水六君煎合三拗方辅助治疗,方剂组成:当归 20 g,熟地黄 10 g,陈皮 10 g,法半夏 10 g,茯苓 20 g,鱼腥草 30 g,炙麻黄 10 g,杏仁 10 g,桔梗 10 g,射干 10 g,紫菀 20

g, 葶苈子 20 g, 生姜 10 g 及甘草 10 g; 痰郁化热者加黄芩 15 g, 鱼腥草 15 g; 咳甚者加细辛 10 g, 远志 15 g; 喘甚者加苏子 10 g, 桑白皮 15 g, 发热甚者加柴胡 10 g; 每剂加水 500 mL, 留汁 150 mL, 每天分 3 次口服; 两组患者均以 1 周为 1 疗程, 共行 2 个疗程。

1.3 观察指标 ①记录患者临床症状体征持续时间, 包括咳嗽咳痰、气喘及肺部哮鸣音, 计算平均值; ②依据《中药新药临床研究指导原则》进行中医证候积分计算, 包括咳嗽、咯痰、喘息、发热、鼻塞、流涕、肺部啰音及胸部 X 线等; 其中前 2 项为主证, 计分为 0 分(无), 2 分(轻), 4 分(中)及 6 分(重); 其余为次证, 计分为 0 分(无), 1 分(轻), 2 分(中)及 3 分(重); ③肺功能指标包括 1 秒用力呼气容积(FEV1)/用力肺活量(FVC)和第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV1%)预计值; ④炎症细胞因子检测采用酶联免疫吸附法(ELISA), 试剂盒由深圳晶美生物科技有限公司提供; 包括白细胞介素-6(IL-6), 白细胞介素-8(IL-8)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α); ⑤疗程结束后门诊随访 12 个月, 记录 6, 12 个月复发例数, 计算复发率。

1.4 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》, ①痊愈, 临床症状体征基本消失, FEV1/FVC 和 FEV1% 预计值恢复正常或发病前水平, 中医证候总积分减分率 >95%, 且随访 12 个月未见复

发。②显效, 临床症状体征, FEV1/FVC 及 FEV1% 预计值明显改善, 中医证候总积分减分率 76% ~ 95%。③有效, 临床症状体征, FEV1/FVC 及 FEV1% 预计值有所改善, 中医证候总积分减分率 51% ~ 75%。④无效, 临床症状体征, FEV1/FVC 及 FEV1% 预计值未见改善。临床治疗有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 $\times$ 100.00%。

1.5 统计学方法 数据、录入及逻辑纠错选择 Epidata 3.01 软件, 数据分析采用 SPSS 13.0 软件。计量资料采用 t 检验, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示; 计数资料采用 χ^2 检验, 以 % 表示; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 对照组和治疗组临床治疗总有效率分别为 75.00%, 91.25%; 治疗组临床疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between two groups					
组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	7	13	40	20	75.00
治疗	13	28	32	7	91.25 ¹⁾

注: 与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (表 3, 6 同)。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 与治疗前比较, 两组患者治疗后中医证候积分明显降低 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。治疗后治疗组患者中医证候积分较对照组明显降低 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 80$)

Table 2 Comparison of traditional Chinese medicine syndrome scores before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s$, $n = 80$)										分
组别	时间	咳嗽	咯痰	喘息	发热	鼻塞	流涕	肺部啰音	胸部 X 线	总分
对照	治疗前	4.75 $\pm$ 1.47	4.68 $\pm$ 1.31	4.02 $\pm$ 1.10	1.87 $\pm$ 0.78	1.83 $\pm$ 0.64	2.18 $\pm$ 0.80	2.37 $\pm$ 0.93	2.26 $\pm$ 0.62	23.61 $\pm$ 4.26
	治疗后	1.33 $\pm$ 0.21 ¹⁾	1.20 $\pm$ 0.29 ¹⁾	0.97 $\pm$ 0.25 ¹⁾	0.64 $\pm$ 0.15 ¹⁾	0.77 $\pm$ 0.24 ¹⁾	0.97 $\pm$ 0.43 ¹⁾	0.91 $\pm$ 0.40 ¹⁾	0.99 $\pm$ 0.34 ¹⁾	8.11 $\pm$ 1.43 ¹⁾
治疗	治疗前	4.71 $\pm$ 1.43	4.61 $\pm$ 1.27	4.57 $\pm$ 1.49	1.82 $\pm$ 0.75	1.79 $\pm$ 0.61	2.24 $\pm$ 0.86	2.32 $\pm$ 0.99	2.30 $\pm$ 0.65	23.53 $\pm$ 4.22
	治疗后	0.65 $\pm$ 0.13 ^{2,3)}	0.58 $\pm$ 0.15 ^{2,3)}	0.48 $\pm$ 0.20 ^{2,3)}	0.21 $\pm$ 0.09 ^{2,3)}	0.36 $\pm$ 0.14 ^{2,3)}	0.44 $\pm$ 0.17 ^{2,3)}	0.30 $\pm$ 0.13 ^{2,3)}	0.33 $\pm$ 0.18 ^{2,3)}	3.98 $\pm$ 0.75 ^{2,3)}

注: 与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗前比较³⁾ $P < 0.05$ (表 4, 5 同)。

2.3 两组患者临床症状体征持续时间比较 治疗后治疗组患者咳嗽咳痰、气喘及肺部哮鸣音持续时间均明显短于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者临床症状体征持续时间比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 80$)

Table 3 Comparison of duration time of clinical signs and symptoms between two groups ($\bar{x} \pm s$, $n = 80$)				d
组别	咳嗽咳痰	气喘	肺部哮鸣音	
对照	4.57 $\pm$ 1.49	3.48 $\pm$ 1.22	4.28 $\pm$ 1.67	
治疗	3.31 $\pm$ 1.10 ¹⁾	2.70 $\pm$ 0.82 ¹⁾	3.16 $\pm$ 1.15 ¹⁾	

2.4 两组患者治疗前后肺功能指标比较 与治疗

前比较, 两组患者治疗后 FEV1/FVC 和 FEV1% 预计值明显增加 ($P < 0.05$, $P < 0.01$); 治疗后与对照组比较, 治疗组患者 FEV1/FVC 和 FEV1% 预计值明显增加 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 两组患者治疗前后炎性细胞因子水平比较 与治疗前比较, 两组患者治疗后炎性细胞因子 IL-6, IL-8, TNF- α 水平明显降低 ($P < 0.05$, $P < 0.01$); 治疗后与对照组比较, 治疗组患者炎性细胞因子 IL-6, IL-8, TNF- α 水平明显降低 ($P < 0.05$)。见表 5。

2.6 两组患者临床复发率比较 对照组和治疗组患者治疗后 6 个月临床复发率分别为 12.50%,

表 4 两组患者治疗前后肺功能指标比较 ($\bar{x} \pm s, n = 80$)

Table 4 Comparison of pulmonary function indexes before and after treatment between two groups($\bar{x} \pm s, n = 80$)

组别	时间	FEV1/FVC/%	FEV1% 预计值
对照	治疗前	53.44 ± 5.91	55.41 ± 13.62
	治疗后	58.60 ± 7.91 ¹⁾	63.95 ± 13.29 ¹⁾
治疗	治疗前	53.53 ± 5.94	55.52 ± 13.70
	治疗后	66.53 ± 10.94 ^{2,3)}	72.37 ± 18.17 ^{2,3)}

表 5 两组患者治疗前后炎症细胞因子水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 80$)

Table 5 Comparison of levels of inflammatory cytokine before and after treatment between two groups($\bar{x} \pm s, n = 80$)

组别	时间	IL-6/ng·L ⁻¹	IL-8/μg·L ⁻¹	TNF-α/mg·L ⁻¹
对照	治疗前	86.20 ± 8.91	5.21 ± 2.25	41.44 ± 6.84
	治疗后	30.17 ± 4.91 ¹⁾	2.88 ± 1.03 ¹⁾	25.44 ± 5.11 ¹⁾
治疗	治疗前	85.98 ± 8.84	5.26 ± 2.29	41.50 ± 6.90
	治疗后	21.39 ± 2.77 ^{2,3)}	1.30 ± 0.57 ^{2,3)}	16.53 ± 3.28 ^{2,3)}

2.50% ;对照组和治疗组患者治疗后 12 个月临床复发率分别为 26.25% ,12.50% ;治疗组患者临床复发率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 6。

表 6 两组患者临床复发率比较 ($n = 80$)

Table 6 Comparison of clinical recurrence rate between two groups ($n = 80$)

组别	治疗后 6 个月	治疗后 12 个月
对照	10 (12.50)	21 (26.25)
治疗	2 (2.50) ¹⁾	10 (12.50) ¹⁾

2.7 两组患者安全性评价 治疗组患者中出现大便稀薄 2 例,均于停药后自行消失;其余患者未见明显不良反应。

3 讨论

已有研究显示,我国正常人群慢性支气管炎发病率可达 4% ~5% ,随着我国步入老龄化社会及环境污染加重,慢性支气管炎发病人数亦呈逐年增高趋势^[6-7]。而在机体免疫力下降情况下,慢性支气管炎患者易出现急性发作,如病情控制不及时,可进展出现心肺功能衰竭甚至死亡,临床预后极差;慢性支气管炎急性发作有反复发作特点,西医多采用抗生素和祛痰平喘等对症治疗,可部分改善临床症状体征,但无法从根本上治疗疾病^[7]。

中医学认为慢性支气管炎急性加重期属于“咳嗽”、“喘证”范畴;认为该病属虚实之证,即正气虚(肺、肾二脏)和邪气实(风寒燥热外邪与痰浊水饮内邪)^[8-9];其中肺肾亏虚为其本,内外邪阻为其标;而病肺痰浊水饮阻于气道,血行不畅,肺失宣降而逆

为咳嗽;如素体不足虚弱则可急性发作^[10-11];故中医治疗应以宣肺益肾,化痰平喘,清热活血为主。金水六君煎中当归滋阴补血,熟地黄补肾益气,陈皮散结消滞,法半夏燥湿化痰,茯苓渗湿利水,其中陈皮、法半夏、茯苓及甘草即为二陈汤,可共奏理气健脾、燥湿化痰之效;熟地黄、当归、茯苓及甘草同用则可气血双补,扶正祛邪,熟地黄、当归、陈皮及法半夏相伍,则可使全方补阴而不郁湿。三拗方组分中甘草不炙,麻黄不去根结,杏仁不去皮尖,皆违背常理故为“三拗”;方剂中鱼腥草清热解毒,炙麻黄宣肺平喘,杏仁止咳平喘,桔梗化痰止咳,射干清热化痰,紫菀润肺止咳,葶苈子泄肺平喘,生姜则温阳散寒;甘草性平和调和诸药,其中麻黄为君药,杏仁为臣药,甘草、生姜则为佐使,生姜、麻黄及杏仁配伍可增强宣肺解表、止咳平喘之功,全方标本兼顾,以全除诸症。两方剂合用可共奏补肾行血、宣肺平喘之功效。现代药理学研究证实,金水六君煎能够有效改善小鼠血清超氧化物歧化酶活性,降低丙二醛水平,对于控制气道炎症反应作用确切^[12-15]。陈皮及法半夏提取物均可有效延长动物咳嗽潜伏期,并有助于降低咳嗽频率;麻黄碱可有效舒张支气管平滑肌,改善喘息症状;杏仁及甘草均对咳嗽中枢具有抑制作用。

本次研究中,治疗组患者临床疗效优于对照组,治疗后与对照组比较,治疗组患者中医证候积分降低,提示中西医结合治疗慢性支气管炎急性加重期在缓解临床症状体征,提高生活质量方面优势明显,效果优于单纯西医治疗;治疗组患者临床症状体征持续时间均短于对照组,提示中医药配合西医治疗慢性支气管炎急性加重期可明显加快病情康复进程,缩短临床治疗时间;治疗后与对照组比较,治疗组患者 FEV1/FVC 和 FEV1% 预计值增加,说明金水六君煎合三拗方辅助治疗慢性支气管炎急性加重期有助于提高肺部功能,促进病情康复。治疗后与对照组比较,治疗组患者炎症细胞因子水平降低,表明两种中医经方联用于慢性支气管炎急性加重期,可有效降低机体炎症细胞因子水平,控制气道炎症发生程度。慢性气道炎症反应在慢性支气管炎病情发生发展过程发挥着关键作用,炎症细胞释放相关细胞因子诱发局部免疫反应是导致气道炎症发生的主要机制之一。慢性支气管炎急性发作患者血清 IL-6 和 TNF-α 水平与病情严重程度具有相关性,水平越高则病情越严重^[16]。IL-8 是一种在中性粒细胞趋化、激活中发挥重要作用的细胞因子,可通过刺激中性粒细胞聚集、活化,促进溶酶体和超氧离子释

放,而引起炎症反应及损伤;其血清水平在慢性支气管炎急性发作期亦可见明显升高^[17]。笔者认为这可能是中西医结合疗法治疗慢性支气管炎急性加重期临床疗效更佳的关键机制。

本研究治疗组患者临床复发率低于对照组,证实中药方剂辅助治疗慢性支气管炎急性加重期可有效避免复发风险,提高远期疗效。进一步提示中医整体调节机体和多靶点干预作用在提高慢性支气管炎急性加重期患者近远期疗效,改善临床预后方面具有优势。

综上所述,金水六君煎合三拗方辅助治疗慢性支气管炎急性加重期可有效改善临床症状体征,缩短病程,提高肺部功能,并有助于降低远期复发率。鉴于研究入选样本量少、随访时间短及单一中心等因素制约,所得结论还有待进一步临床试验确证。

[参考文献]

[1] 王柏丁,刘伊铃. 中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作临床疗效[J]. 四川医学,2014,35(3):369-371.
[2] 丁书春. 中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作期的疗效观察[J]. 中西医结合研究,2012,4(1):23-25.
[3] 汤宏涛. 银翘止嗽散治疗慢性支气管炎急性发作期临床观察[J]. 中医学报,2012,27(4):403,520.
[4] 陈灏珠,林果为. 实用内科学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2009:1726.
[5] 欧阳忠兴,柯新桥. 中医呼吸病学[M]. 3 版. 北京:中国医药科技出版社,2006:453-454.
[6] 尹珊. 慢性支气管炎的病因病理[J]. 社区医学杂志,2011,9(3):70-71.

[7] 郭来. 急性气管-支气管炎中医药治疗进展[J]. 中国中医急症,2010,19(7):1192.
[8] 何希敏. 中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作临床观察[J]. 中国中医急症,2014,23(8):1565-1566.
[9] 刘建. 三拗片辅助治疗急慢性支气管炎的临床疗效及安全性分析[J]. 现代中西医结合杂志,2012,21(34):3796-3798.
[10] 颜蔓仪,杨坤. 金水六君煎加减治疗老年喘息型慢性支气管炎 32 例临床观察[J]. 中医导报,2013,19(3):57-58.
[11] 陈麒,张炜,张学超. 三拗片治疗急、慢性支气管炎风寒袭肺证 80 例分析[J]. 实用临床医药杂志,2012,16(1):87-89.
[12] 龚建强,杨思进. 化浊宣肺方辨治中老年慢性支气管炎患者急性发作期 48 例[J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(5):197-201.
[13] 张文江,苗青,张琼,等. 金水六君煎加味治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床观察[J]. 中国中医急症,2014,23(10):1836-1838.
[14] 高振,王先敏,卢勇. 慢性支气管炎中医证一治用药的性味及归经规律[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(10):281-283.
[15] 肖连光,毛艺惠,陈娟,等. 头孢米诺钠静脉滴注配合内服中药治疗 AECOPD[J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(12):213-215.
[16] 尤勇. 老年慢性支气管炎患者急性发作期血清肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-6 含量变化及对预后的影响[J]. 中国老年学杂志,2014,34(3):680-681.
[17] 李艳平. 补肺中药汤佐治慢性支气管炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2015,24(1):81-83.

[责任编辑 张丰丰]