

ICS **, ***, **
C**



团体标准

T/CACM *****—202*
代替 T/CACM *****—*****

支气管扩张症中西医结合诊疗指南

Guidelines for Integrated Chinese and Western Medicine Treatment of Bronchiectasis
(文件类型：公示稿)

(完成时间：2025 年 03 月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前言	3
引言	4
1. 范围	6
2. 规范性引用文件	6
3. 术语和定义	6
4. 诊断	7
5. 治疗	8
6. 诊疗流程图	18
7. 预防与调护	18
8. 患者教育	19
附录	20
参考文献	52

前 言

本文件参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国中医科学院西苑医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件主要起草单位：中国中医科学院西苑医院、上海中医药大学附属曙光医院、中日友好医院、北京中医药大学第三附属医院、江西中医药大学附属医院、河南中医药大学。

本文件参加起草单位（按单位笔画排序）：上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属曙光医院、山东中医药大学附属医院、天津中医药大学、天津中医药大学第一附属医院、天津中医药大学第二附属医院、中日友好医院、中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院望京医院、北京大学人民医院、北京大学第三医院、北京中医医院、北京中医药大学、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学第三附属医院、北京协和医院、四川大学华西医院、辽宁中医药大学附属第二医院、华中科技大学同济医学院附属同济医院、江西中医药大学附属医院、江西中医药大学第二附属医院、江苏省中医院、安徽中医药大学第一附属医院、河北省中医院、河南中医药大学、河南中医药大学第一附属医院、复旦大学附属华东医院、浙江省中医院、清华大学临床医学院、黑龙江中医药大学附属第一医院、新疆医科大学附属中医医院、福建中医药大学附属第二人民医院。

本文件主要起草人：苗青、张洪春、李建生、王成祥、刘良倚、张炜。

本文件其他起草人：于雪峰、王真、王琦、王玉光、王春娥、毛兵、史利卿、冯淬灵、朱佳、朱振刚、刘辉国、孙增涛、牟向东、李风森、李光熙、李竹英、李泽庚、李素云、李培红、张伟、张元兵、张立山、张念志、张惠勇、陈亚红、陈薇、武蕾、封继宏、袁沙沙、耿立梅、徐凯峰、徐金富、高峰、崔红生、赖国祥、樊长征、樊茂蓉、薛汉荣。

引言

1. 背景信息

支气管扩张症(以下简称支扩)是一种慢性气道疾病,可由多种疾病、多种因素导致,异质性强,通常具有病程长、反复感染/发作、肺功能进行性下降等特点,使患者的健康状况和生活质量下降^[1-4],造成沉重的家庭和社会负担。我国在支扩的中西医结合诊治方面进行了长期、大量的临床实践,并取得了较好的疗效,目前也发布了多部指南/共识,但支扩的治疗仍存在多方面的挑战。本指南以临床问题为导向,更好地体现中西医结合治疗支扩的优势作用,方便临床工作者在规范化使用中西医结合诊疗方案。

为了进一步推动我国支扩的中西医结合规范化临床诊治,由中国中医科学院西苑医院支扩工作组牵头,总结既往临床证据,并广泛征求国内专家意见,制订本指南。本指南在相关法律法规和技术文件指导下,参考国际临床实践指南制订方法和流程,本着“循证为举,共识为主,经验为鉴”的原则,基于西医治疗现状、中医药自身特点及临床实际情况,总结中西医结合治疗支扩的现有临床证据,结合专家经验以及患者偏好,形成了中西医结合治疗支扩的推荐意见。

本指南旨在为临床医师提供一套规范化的中西医结合治疗方案,在临床实践过程中,医师在参照本指南时仍应结合患者具体病情进行个体化处理。

本临床实践指南仅为“指南”,可能不适用于所有患者 and 所有临床情况,因此本指南并不能超越临床医生的判断。本指南由于受到使用者地域、民族、种族等因素的影响,在具体实施过程中,应依照实际情况而定。

2. 临床问题

指南工作组通过对支扩国内外最新中、西医指南与临床研究报告进行分析,结合专家访谈与临床医生问卷调查,围绕中西医结合环节,形成主要临床问题,通过德尔菲法和网络专家共识会议法评价临床问题和结局指标的重要性,最终确定临床问题清单。

临床问题1: 中西医结合治疗是否可以改善支扩患者急性加重期的咳嗽、咳痰、发热及咯血症状?

临床问题2: 中西医结合治疗是否可以改善支扩患者稳定期的咳嗽、咳痰、乏力、呼吸困难等症状?

临床问题3: 中西医结合治疗是否可以减少支扩患者的反复急性加重?

临床问题4：中西医结合治疗是否可以改善稳定期支扩患者的肺功能？

临床问题5：中西医结合治疗是否可以调节支扩患者的免疫功能？

临床问题6：中西医结合治疗是否可以降低急性加重期支扩患者的炎症反应？

临床问题7：中西医结合治疗是否可以改善支扩患者的抑郁焦虑状态？

临床问题8：中西医结合治疗是否可以改善支扩患者的生活质量？

3. 资金资助及利益冲突情况

本指南受中国中医科学院科技创新工程专项资金资助(NO.CI2021A01101)。

本指南项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本文件制定过程中无利益冲突，不会成为本文件制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本文件制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

支气管扩张症中西医结合诊疗指南

1. 范围

本指南规定适用于支气管扩张症（年龄≥18周岁，性别不限）患者急性加重期和稳定期的中西医结合治疗。

本指南适用于各等级医院呼吸内科专业的中医（中西医结合）及西医临床执业医师、全科医师，相关的护理人员 and 药师也可参考。

2. 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》

GB/T 42467.1-2023《中医临床名词术语 第1部分：内科学》

T/CACM 1331-2019《支气管扩张症中医证候诊断标准》

3. 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 支气管扩张症 Bronchiectasis

支气管扩张症（ICD-11: CA24）是由各种病因引起的、反复发生的化脓性感染，常导致支气管反复损伤和（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、大量咳痰和（或）间断咯血、伴或不伴气促和呼吸衰竭等轻重不等的症状^[1]。

3.2 急性加重期 Acute exacerbation

咳嗽、痰量变化、脓性痰、呼吸困难或者运动耐受度、乏力或不适、咯血，这6项症状中的3项及以上出现恶化，时间超过48h，且临床医生认为需要处理的情况^[1]。

3.3 稳定期 Stable stage

咳嗽、咳痰和气短等症状稳定或症状轻微，病情基本恢复到急性加重前的状态^[5]。

3.4 肺痈 Lung carbuncle

支扩在中医学多归属于“肺痈”“咳嗽”“咯血”“肺络张”等范畴，而以“肺痈”为最常使用疾病名称。肺痈是指由于热毒瘀结于肺，以致肺叶生疮，肉败血腐，形成脓疡，以发热，咳嗽，胸痛，咯吐腥臭浊痰，甚则咯吐脓血痰为主要临床表现的一种病证^[6]。

3.5 炎症反应 Inflammatory response

支扩不仅是感染性疾病，还是一种慢性气道炎症疾病；急性加重期炎症反应可通过白细胞计数（WBC）、降钙素原（PCT）、C反应蛋白（CRP）、中性粒细胞（NEUT）、白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-8（IL-8）等指标评估。

3.6 免疫反应 Immune response

支扩常伴有细胞免疫缺陷和/或体液免疫缺陷，前者累及的主要细胞类别包括CD3+/CD4+/CD8+淋巴细胞，后者主要累及的免疫球蛋白类别包括IgM、IgG、IgA。

4. 诊断

4.1 支气管扩张症西医诊断

西医诊断主要参照《中国成人支气管扩张症诊断与治疗专家共识（2021版）》^[1]制定：胸部高分辨率CT是诊断支扩的主要手段。根据既往病史、临床表现、体征及实验室检查等资料综合分析确定：

（1）临床表现

咳嗽是支扩最常见的症状（>90%），且多伴有咳痰（75%-100%），痰液可为黏液性、黏液脓性或脓性。72%-83%患者伴有呼吸困难。半数患者可出现不同程度的咯血，多与感染相关。部分患者以反复咯血为唯一症状，临床上称为“干性支气管扩张”。约三分之一的患者可出现非胸膜性胸痛。支扩患者常伴有焦虑、发热、乏力、食欲减退、消瘦、贫血等。

（2）体征

听诊闻及固定的局限性湿啰音是支扩的特征性表现，以肺底部最为多见。约三分之一的患者可闻及哮鸣音或粗大的干啰音。慢性缺氧患者常出现发绀和杵状指（趾）。晚期合并肺源性心脏病的患者可出现右心衰竭的体征。

（3）影像学

支扩的胸部HRCT主要表现直接征象包括：（1）支气管内径/伴行肺动脉直径>1；（2）从中心到外周，支气管未逐渐变细；（3）距外周胸膜1cm或接近纵隔胸膜范围内可见支气管影。间接征象包括：（1）支气管壁增厚；（2）黏液嵌塞；（3）呼气相CT发现“马赛克”征或“气体陷闭”。此外还可见到支气管呈柱状或囊状改变、气管壁增厚（支气管内径<80%外径）、树芽征等。当CT扫描层面与支气管平行时，扩张的支气管呈“双轨征”或“串珠”状改变；当CT扫描层面与支气管垂直时，扩张的支气管呈环形或厚壁环形透亮影，与伴行动脉形成“印戒征”；当多个囊状扩张的支气管彼此相邻时，则表现为“蜂窝”或“卷发”状改变。

4.2 支气管扩张症中医诊断及辨证分型

4.2.1 中医诊断

中医学根据支扩的临床表现将其归属于“肺痈”“咳嗽”“咯血”“肺络张”等范畴，其中以“肺痈”最为常见。

4.2.2 中医辨证分型

参考《支气管扩张症中医证候诊断标准（2019版）》^[7]《支气管扩张症中西医结合诊疗专家共识（2022版）》^[8]制定。

（1）实证

1) 痰热壅肺证

①咯痰色黄或黄绿，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。

诊断标准：具备①项，加②、③、④中2项。

2) 痰湿阻肺证

①咯痰色白，或痰质稠，或脓痰；②痞满；③纳呆，或食少；④周身沉重；⑤苔白腻，脉滑或弦滑。

诊断标准：具备①项，加②、③、④、⑤中2项。

3) 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。

诊断标准：符合①，加②、③中1项。

4) 络伤咯血证

①咯血、血色鲜红或暗红；②痰中带血。

诊断标准：具备①、②中1项。

(2) 虚证

1) 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。

诊断标准：具备①项，加②、③中1项，及④、⑤、⑥中2项。

2) 肺脾气虚证

①咯痰色白，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舌体胖大或舌有齿痕，脉沉细或沉缓或细弱。

诊断标准：具备①、②、③中2项，加④、⑤、⑥、⑦中3项。

3) 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。

诊断标准：符合①、④，加②、③中1项。

4) 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。

诊断标准：符合①，加②、③、④、⑤中2项。

5. 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 西医辨病，中医辨证，病证结合

中西医结合治疗支扩患者，应先结合患者症状、体征及辅助检查结果明确西医诊断及疾病分期，在此基础上，谨守“西医辨病，中医辨证，病证结合”的原则，进行中西医结合诊治。

5.1.2 中西医结合，突出优势

中西医结合治疗目的在于取长补短，优势互补。在支扩急性加重期，西医通过抗生素控制感染和支气管舒张剂、祛痰剂等药物可快速缓解症状。在支扩稳定期，中医通过辨证论治，

根据患者的具体症状和体质,辨证使用不同的中药方剂和治疗方法,不仅可以有效控制症状,并且中医的整体观念还可以调理脏腑功能、改善体质状况,减少支扩反复发作。中西医结合治疗支扩不仅可以提高疗效,还可以减少药物副作用和并发症的发生。

5.2 治疗药物及方法

支扩急性加重期的西医治疗,抗菌药物是关键。开始抗菌药物治疗前应送检痰培养加药敏试验,同时开始经验性抗菌药物治疗,尽可能选择具有抗铜绿假单胞菌活性的药物。咯血患者 24h 内少于 10ml 可适当口服抗菌药物及止血药物治疗。大咯血在保证气道通畅、氧合状态、血流动力学稳定状态下,嘱患者患侧卧位休息,并尽量将血痰咳出,药物选择首选垂体后叶素、酚妥拉明,或联合使用血凝酶、卡络磺钠、氨甲环酸等,在垂体后叶素无效或无法使用前提下,首选行支气管动脉栓塞术,或考虑支气管镜下止血或手术切除患病肺叶。

支扩稳定期的西医治疗包括气道廓清及祛痰治疗可改善患者的咳嗽、咳痰症状;病原体清除治疗、抗炎治疗可有效减少支扩的反复急性加重;支气管舒张剂治疗可改善患者的呼吸困难症状,改善或维持肺功能;增强免疫、疫苗接种有助于降低支扩急性加重及继发性肺部感染风险;抗抑郁焦虑治疗可改善患者的抑郁焦虑状态;肺康复治疗可提高支扩患者的运动能力,改善生活质量等。具体西医治疗可参考《中国成人支气管扩张症诊断与治疗专家共识(2021 版)》^[1]、《咯血诊治专家共识(2020 版)》^[9]。

临床问题 1: 中西医结合治疗是否可以改善支扩患者急性加重期的咳嗽、咳痰、发热及咯血症状?

推荐意见 1:

急性加重期中医辨证以痰热壅肺证最为多见,约占 40%-55%^[10,11]。西医治疗以抗感染、祛痰为主,存在咯血者给予止血治疗,存在呼吸困难者,可使用支气管舒张剂;中医治疗结合患者具体症状特点可选用清金化痰汤、千金苇茎汤、款冬花散;合并呼吸道感染者可选用痰热清注射液。

在抗感染、祛痰基础上,清金化痰汤适用于咳嗽,痰黄、黏稠难咯,或伴咽喉灼痛,大便秘结等症者(证据级别 C;强推荐);

在抗感染、祛痰和/或止血基础上,千金苇茎汤适用于咯吐大量黄脓痰、痰味腥臭,或痰中带血,胸痛等症者(证据级别 B;强推荐),临床常加用鱼腥草、败酱草、金荞麦、桔梗等清热排脓中药;咯血者,去桃仁,加白茅根、丹皮、仙鹤草、白及等凉血止血药^[34];

在抗感染、祛痰和/或联合使用支气管舒张剂基础上,款冬花散适用于咳嗽,咳黄脓痰,伴有喘息症状者(证据级别 B;弱推荐);

在抗感染、祛痰基础上,痰热清注射液适用于以发热为主,兼有咳嗽,咳黄痰,咽喉肿痛等症者(证据级别 C;弱推荐)。

证据概要 1:

清金化痰汤:有 5 项清金化痰汤联合西医常规治疗支扩的随机对照研究^[12-16]观察了急性加重期症状的改善情况,总计 342 例患者,试验组和对照组各 171 例,均采用随机效应模型进行 meta 分析。5 项研究^[12-16]观察了患者的咳嗽、咳痰症状,结果显示在西医抗感染、祛痰基础上合用清金化痰汤加减较单纯西医常规治疗可显著改善痰热壅肺证患者的咳嗽症状(MD=-0.62, 95%CI[-1.15, -0.09], P=0.002)、咳痰症状(MD=-0.38, 95%CI[-0.70, -0.06], P

=0.02)；4项研究^[12-14,16]观察了患者的发热症状，总计286例患者，试验组和对照组各143例，结果表明合用清金化痰汤加减可显著改善痰热壅肺证患者的发热症状(MD=-0.32, 95%CI[-0.62, -0.02], P=0.04)；3项研究^[12,15,16]观察了患者的咯血症状，总计182例患者，试验组和对照组各91例，结果表明合用清金化痰汤加减可显著改善痰热壅肺证患者的咯血症状(MD=-0.09, 95%CI[-0.13, -0.04], P=0.0001)。证实了在西医常规治疗基础上，合用清金化痰汤可显著减轻急性加重期痰热壅肺证患者的咳嗽、咳痰、发热及咯血症状。

千金苇茎汤：有11项千金苇茎汤联合西医常规治疗支扩的随机对照研究^[17-27]观察了急性加重期症状的改善情况，总计1043例患者，试验组和对照组各537、506例。11项研究^[17-27]观察了患者的咳嗽症状，通过meta分析，研究结果显示在西医抗感染、祛痰基础上合用千金苇茎汤加减较单纯西医常规治疗可显著改善痰热壅肺证患者的咳嗽症状(MD=-0.82, 95%CI[-0.88, -0.77], P=0.006)。10项研究^[17-19,21-27]观察了患者的咳痰症状，总计903例患者，试验组和对照组各467、436例，通过meta分析，研究结果显示合用千金苇茎汤加减较单纯西医常规治疗可显著改善痰热壅肺证患者的咳痰症状(MD=-0.96, 95%CI[-1.54, -0.37], P=0.002)。6项研究^[17-20,23,26]观察了患者的发热症状，总计538例患者，试验组和对照组各285、253例，通过meta分析，研究结果显示合用千金苇茎汤加减较单纯西医常规治疗可显著改善痰热壅肺证患者的发热症状(MD=-0.57, 95%CI[-0.66, -0.47], P<0.00001)。8项研究^[19-23]观察了患者的咯血症状，总计802例患者，试验组和对照组各401例，通过meta分析，研究结果显示合用千金苇茎汤加减较单纯西医常规治疗可显著改善痰热壅肺证患者的咯血症状(MD=-0.78, 95%CI[-1.25, -0.31], P=0.001)。证实了在西医常规治疗基础上，合用千金苇茎汤可显著减轻急性加重期痰热壅肺证患者的咳嗽、咳痰、发热及咯血症状。

款冬花散：有2项款冬花散联合西医常规治疗支扩的随机对照研究^[28,29]观察了急性加重期咳嗽、咳痰症状的改善情况，总计216例患者，试验组和对照组各108例，通过meta分析，研究结果显示痰热壅肺证患者在西医抗感染、祛痰基础上合用款冬花散加减治疗可显著改善咳嗽症状(MD=-0.93, 95%CI[-1.17, -0.70], P<0.00001)、咳痰症状(MD=-0.79, 95%CI[-0.95, -0.62], P<0.00001)。证实了在西医常规治疗基础上，合用款冬花散在减轻患者咳嗽、咳痰症状方面有较好的疗效。

痰热清注射液：有2项痰热清注射液联合西医常规治疗支扩的随机对照研究^[30,31]观察了急性加重期症状的改善情况，总计192例患者，试验组和对照组各86例，meta分析结果表明在西医抗感染、祛痰基础上合用痰热清注射液可以改善痰热壅肺证患者的咳嗽症状(MD=-1.26, 95%CI[-2.47, -0.04], P=0.04)；1项研究^[30]试验组和对照组各30例，meta分析结果表明，合用痰热清注射液可以改善痰热壅肺证患者的咳痰症状(MD=-0.93, 95%CI[-1.53, -0.33], P=0.003)；另1项研究^[31]试验组和对照组各56例，meta分析结果表明，合用痰热清注射液可以改善痰热壅肺证患者的发热症状(MD=-1.80, 95%CI[-2.48, -1.12], P<0.00001)。证实了在西医常规治疗基础上，合用痰热清注射液在减轻患者咳嗽、咳痰、发热症状方面有较好的疗效。

共识建议 1：

痰热壅肺证，表现为痰热咳嗽，痰黄黏稠者，在抗感染、祛痰基础上，中成药可选用复

方鲜竹沥液。

推荐意见 2:

肝火犯肺证约占 8.95%–28.89%^[10,32]，患者表现为咳引胸胁，痰黏，口苦咽干，心烦易怒，生气易于诱发加重等症，在抗感染、祛痰或止血基础上，中医治疗可选用泻白散（证据级别 C；弱推荐），或合用黛蛤散（青黛、海蛤壳）；肺热明显者，加黄芩、知母等；痰黏难咯属热伤阴者，加川贝母、麦冬等。

证据概要 2:

泻白散：有 2 项泻白散联合西医常规治疗支持的随机对照研究^[33,34]观察了急性加重期症状的改善情况。其中 1 项^[33]总计 63 例患者，试验组和对照组各 32、31 例，meta 分析结果表明，肝火犯肺证患者在西医抗感染、祛痰基础上合用泻白散加减治疗可显著改善咳嗽症状（MD=-1.36, 95%CI [-1.53, -1.19], $P < 0.00001$ ）、咳痰症状（MD=-1.35, 95%CI [-1.51, -1.19], $P < 0.00001$ ）；另 1 项随机对照研究^[34]总计 75 例患者，试验组和对照组各 38、37 例，meta 分析结果表明，肝火犯肺证患者合用泻白散加减治疗可显著改善呼吸困难症状（MD=-0.36, 95%CI [-0.68, -0.04], $P = 0.03$ ）。证实了在西医常规治疗基础上，合用泻白散在减轻患者咳嗽、咳痰、呼吸困难症状方面有较好的疗效。

推荐意见 3:

阴虚火旺证约占 3.55%–16.7%^[35-37]，患者表现为咳嗽，痰中带血，伴潮热、盗汗、口干等症，在抗感染、祛痰、止血基础上，中医治疗可选用百合固金汤（证据级别 C；弱推荐）；咯血者，加三七粉、仙鹤草、黛蛤散；口干少津者加天花粉、玉竹、石斛、沙参等。

证据概要 3:

百合固金汤：有 3 项百合固金汤联合西医常规治疗支持的随机对照研究^[38-40]观察了急性加重期症状的改善情况。其中 2 项^[38,39]总计 180 例患者，试验组和对照组各 90 例，meta 分析结果表明，阴虚火旺证患者在西医抗感染、祛痰基础上合用百合固金汤加减治疗可显著改善咳嗽症状（MD=-0.70, 95%CI [-0.89, -0.51], $P < 0.00001$ ）；3 项研究^[38-40]总计 260 例患者，试验组和对照组各 130 例，meta 分析结果表明，阴虚火旺证患者合用百合固金汤加减治疗可显著改善发热症状（MD=-1.08, 95%CI [-1.43, -0.72], $P < 0.00001$ ）及咯血症状（MD=-1.51, 95%CI [-1.76, -1.26], $P < 0.00001$ ）。证实了在西医常规治疗基础上，合用百合固金汤在减轻患者咳嗽、发热、咯血症状方面有较好的疗效。

推荐意见 4:

络伤咯血证，表现为血色鲜红或暗红者，在抗感染、止血基础上，中成药可选云南白药胶囊（证据级别 B；强推荐）。

证据概要 4:

云南白药胶囊：有 3 项云南白药胶囊联合西医常规治疗支持的随机对照研究^[44-46]观察了急性加重期咯血症状的改善情况，总计 452 例患者，试验组和对照组各 228、224 例，meta 分析结果表明，西医止血治疗联合云南白药胶囊可以缩短支持患者的咯血天数（MD=-2.76, 95%CI [-3.08, -2.45], $P < 0.00001$ ）。证实了在西医常规治疗基础上，合用云南白药胶囊可显著缩短患者的咯血时间。

共识建议 2:

络伤咯血证，表现为血色鲜红或暗红者，在抗感染、止血基础上，中医治疗可合用犀角地黄汤^[41-43]，常以水牛角替代犀角，加白茅根、大小蓟等，便秘者加大黄。

共识建议 3:

络伤咯血证，表现为血色鲜红或暗红者，在抗感染、止血基础上，中成药可选择裸花紫珠颗粒。

临床问题 2: 中西医结合治疗是否可以改善支扩患者稳定期的咳嗽、咳痰、乏力、呼吸困难等症状?

推荐意见 5:

肺脾气虚证患者在祛痰或使用支气管舒张剂等西医治疗基础上选用六君子汤、补中益气汤加减。其中补中益气汤适用于气短明显、消瘦、乏力、便溏、或低热等症者（证据级别 B；强推荐）；六君子汤适用于咳嗽，痰色白或黄白，痰量较多，呼吸困难，伴纳差、腹胀、暖气、乏力、便溏者（证据级别 C；强推荐）；兼痰热壅肺证，咯黄脓痰者，建议补中益气汤或六君子汤合用千金苇茎汤，或加用金荞麦、鱼腥草、败酱草等清热化痰药；兼痰湿阻肺者，咯痰色白、质稠者合用二陈汤或加用厚朴、苏子等燥湿化痰药。

证据概要 5:

补中益气汤：有 5 项补中益气汤联合西医常规治疗支扩的随机对照研究^[47-51]观察了稳定期症状的改善情况。5 项^[47-51]总计 532 例患者，试验组和对照组各 271、261 例，meta 分析结果表明，在西医抗感染、祛痰基础上合用补中益气汤加减较单纯西医常规治疗可显著改善肺脾气虚、痰热壅肺证患者的咳嗽症状(MD=-0.55, 95%CI [-0.79, -0.31], P<0.00001)；4 项研究^[47-50]473 例患者，试验组和对照组各 241、232 例，meta 分析结果表明，合用补中益气汤加减可显著改善肺脾气虚、痰热壅肺证患者的咳痰症状(MD=-0.66, 95%CI [-0.99, -0.34], P<0.0001)；4 项研究^[47-49, 51]227 例患者，试验组和对照组各 116、111 例，meta 分析结果表明，合用补中益气汤加减较单纯西医常规治疗可显著改善肺脾气虚、痰热壅肺证患者的乏力症状(MD=-0.37, 95%CI [-0.68, -0.06], P=0.02)；2 项研究^[50, 51]总计 364 例患者，试验组和对照组各 185、179 例，meta 分析结果表明合用补中益气汤加减可显著改善呼吸困难症状(MD=-0.83, 95%CI [-1.07, -0.59], P<0.00001)。证实了稳定期患者在西医常规治疗基础上，通过补肺健脾、清热化痰法，合用补中益气汤加减可显著减轻患者咳嗽、咳痰、乏力及呼吸困难等症状。

六君子汤：有 4 项六君子汤联合西医常规治疗支扩的随机对照研究^[52-55]观察了稳定期症状的改善情况。其中 3 项^[52-54]总计 177 例患者，试验组和对照组各 88、89 例，meta 分析结果表明，肺脾气虚、痰热壅肺证患者在西医抗感染、祛痰基础上合用六君子汤加减较单纯西医常规治疗可一定程度改善咳嗽症状(MD=-0.50, 95%CI [-1.07, -0.07], P=0.09)、咳痰症状(MD=-0.62, 95%CI [-0.96, -0.27], P=0.0005)及乏力症状(MD=-1.17, 95%CI [-1.64, -0.71], P<0.00001)；另 1 项研究^[55]总计 47 例患者，试验组和对照组各 24、23 例，meta 分析结果表明合用六君子汤加减还可一定程度减少患者的痰量(MD=-4.92, 95%CI [-11.73, 1.89], P=0.16)；另 2 项研究^[52, 53]117 例患者，试验组和对照组各 58、59 例，meta 分析结果表明合用六君子汤加减，呼吸困难症状较单纯西医常规治疗得到显著改善(MD=-0.64, 95%CI [-0.88, -0.40], P<0.00001)。证实了稳定期患者在西医常规治疗基础上，

通过补肺健脾、清热化痰法，合用六君子汤加减可显著减轻患者咳嗽、咳痰、乏力、呼吸困难症状并减少痰量。

临床问题 3：中西医结合治疗是否可以减少支扩患者的反复急性加重次数？

推荐意见 6：

在病原体清除、抗炎和/或增强免疫、疫苗接种等西医治疗基础上，肺脾气虚证患者选用补中益气汤或六君子汤加减可减少急性加重次数，并改善患者的气短、乏力、纳差及咳嗽、咳痰等症状（证据级别 C；强推荐），兼有痰热证者，可合用千金苇茎汤等。

证据概要 6：

补中益气汤：1 项随机对照研究^[48]总计 60 例患者，试验组和对照组各 31、29 例，在西医抗感染、祛痰基础上合用补中益气汤加减治疗 24 周，并随访 24 周，结果表明试验组患者发生急性加重次数较单纯西医治疗组减少 0.42 次 (MD=-0.42, 95%CI [-0.83, -0.01], P=0.04)。

六君子汤：1 项随机对照研究^[55]总计 47 例患者，试验组和对照组各 24、23 例，在西医抗感染、祛痰基础上合用六君子汤加减治疗 4 周，治疗 4 周及随访 12 周，总计 16 周期间试验组患者的急性加重次数及发生急性加重频次均显著低于对照组 (P<0.05)。

共识建议 4：

在病原体清除、抗炎和/或增强免疫、疫苗接种等西医治疗基础上，症见表虚不固，自汗恶风，面色㿔白，或体虚易感风邪者，可合用玉屏风颗粒。

临床问题 4：中西医结合治疗是否可以改善稳定期支扩患者的肺功能？

推荐意见 7：

推荐在肺康复锻炼和/或使用支气管舒张剂等西医治疗基础上辨证合用中药治疗。肺脾气虚兼痰热壅肺证或痰湿阻肺证患者合用六君子汤加减，维持或改善患者肺功能(FEV1、FVC)的同时还可以减轻咳嗽、咳痰、乏力、呼吸困难等症（证据级别 C；强推荐）；或合用补中益气汤加减，可改善肺功能(FEV1、FVC)，并减轻气短、呼吸困难、乏力、咳嗽等症（证据级别 B；强推荐）。

证据概要 7：

六君子汤：有 3 项关于六君子汤联合西医常规治疗支扩的研究^[53, 54, 57]，其中观察 FEV1、FVC 各涉及 2 项研究。其中 2 项研究^[53, 57]总计 115 例患者，其中试验组、对照组分别 57、58 例，在西医常规抗感染、祛痰基础上合用六君子汤加减，治疗 12 周后 FEV1 改善 0.33L (MD=0.33, 95%CI [0.04, 0.61], P=0.02)；另外 2 项研究^[53, 54]总计 105 例患者，其中试验组、对照组分别 52、53 例，在西医常规抗感染、祛痰基础上合用六君子汤加减，治疗 8 周、12 周后 FVC 改善 0.25L (MD=0.25, 95%CI [-0.10, 0.60], P=0.16)。

补中益气汤：有 4 项关于补中益气汤联合西医常规治疗支扩的研究^[50, 58-60]观察 FEV1、FVC。4 项研究^[50, 58-60]总计 527 例患者，试验组和对照组各 266、261 例，meta 分析结果表明，在西医常规抗感染、祛痰基础上合用补中益气汤加减治疗 4 周或 8 周或 3 月后 FEV1 可改善 0.41L (MD=0.41, 95%CI [-0.01, 0.83], P=0.06)；另 3 项研究^[50, 59, 60]总计 477 例患者，试验组和对照组各 241、236 例，meta 分析结果表明合用补中益气汤加减治疗 4 周或 8 周后 FVC 改善 0.59L (MD=0.59, 95%CI [0.13, 1.05], P=0.01)。

临床问题 5：中西医结合治疗是否可以调节支扩患者的免疫功能？

推荐意见 8:

在抗感染、祛痰治疗基础上,急性加重期合用清金化痰汤可改善痰热壅肺证患者的免疫功能,提高 CD3+、CD4+、CD4+/CD8+ (证据级别 C; 弱推荐)。

证据概要 8:

清金化痰汤: 有 1 项关于清金化痰汤联合西医常规治疗支扩的研究^[14], 共计 80 例患者, 试验组和对照组各 40 例, 治疗 2 周。采用随机效应模型进行 meta 分析, 研究结果显示, 清金化痰汤联合西医常规能有效提高患者的免疫功能, 其中 CD3+改善 9.89 (MD=9.89, 95%CI [5.48, 14.30], $P<0.0001$)、CD4+改善 7.87 (MD=7.87, 95%CI [4.04, 11.70], $P<0.0001$)、CD4+/CD8+改善 0.51 (MD=0.51, 95%CI [0.39, 0.63], $P<0.00001$)。

推荐意见 9:

在增强免疫、疫苗接种等西医治疗基础上,稳定期合用补中益气汤可改善肺脾气虚、痰热壅肺证患者的免疫功能,提高 CD4+、CD4+/CD8+ (证据级别 C; 弱推荐)。

证据概要 9:

补中益气汤: 有 1 项关于补中益气汤联合西医常规治疗支扩的研究^[51], 共计 59 例患者, 试验组和对照组各 30、29 例, 治疗 30 天。采用随机效应模型进行 meta 分析, 研究结果显示, 补中益气汤联合西医常规能有效提高患者的免疫功能, 其中 CD4+改善 8.96 (MD=8.96, 95%CI [4.53, 13.39], $P<0.0001$)、CD4+/CD8+改善 0.41 (MD=8.96, 95%CI [4.53, 13.39], $P<0.0001$)。

共识建议 5:

在增强免疫、疫苗接种等西医治疗基础上,症见表虚不固,自汗恶风,面色㿔白,或体虚易感风邪者,可合用玉屏风颗粒。

临床问题 6: 中西医结合治疗是否可以降低急性加重期支扩患者的炎症反应?

推荐意见 10:

在抗感染、祛痰等西医治疗基础上,痰热壅肺证患者可合用清金化痰汤 (强推荐; 证据 B)、千金苇茎汤 (证据级别 B; 强推荐)、款冬花散 (证据级别 B; 弱推荐)、温胆汤加黄芩、黄连 (证据级别 C; 弱推荐) 等; 合并肺部感染者可用痰热清注射液 (证据级别 B; 强推荐)。

证据概要 10:

清金化痰汤: 在西医常规基础上合用清金化痰汤治疗支扩患者, 一共纳入 14 项^[12, 14, 16, 61-70]RCT 结局指标含有炎症因子, 包括 WBC、CRP、PCT、NEUT%、IL-6、IL-8, 总样本量为 1054 例, 均采用随机效应模型进行 meta 分析。其中 3 项研究^[12, 62, 65]观察 WBC, 试验组及对照组分别为 114 例患者, 研究结果显示, 清金化痰汤组 WBC 较治疗前下降 1.03 (MD=-1.03, 95%CI [-1.64, -0.43], $P<0.00001$)。11 项研究^[12, 14, 16, 61, 62, 64, 66-70]观察 CRP, 试验组和对照组分别 391 例患者, 研究结果显示清金化痰汤组患者 CRP 较治疗前下降 11.15 (MD=-11.15, 95%CI [-13.23, -9.06], $P<0.00001$)。3 项研究^[12, 63, 67]观察 PCT, 试验组和对照组分别 132、133 例患者, 研究结果显示清金化痰汤组患者 PCT 较治疗前下降 0.26 (MD=-0.26, 95%CI [-0.41, -0.10], $P=0.0001$)。6 项研究^[12, 16, 61, 67, 69, 70]观察 NEUT%, 试验组和对照组分别 210 例患者, 研究结果显示清金化痰汤组患者 NEUT%较治疗前下降

3.74 (MD=-3.74, 95%CI [-6.18, -1.30], P=0.003)。2 项研究^[14,64]观察 IL-6, 试验组和对照组分别 75 例患者, 研究结果显示清金化痰汤组患者 IL-6 较治疗前下降 2.98 (MD=-2.98, 95%CI [-5.10, -0.86], P<0.00001)。3 项研究^[62,65,68]观察 IL-8, 试验组和对照组分别 104 例患者, 研究结果显示清金化痰汤组患者 IL-8 较治疗前下降 5.14 (MD=-5.14, 95%CI [-8.58, -1.7], P=0.003)。

千金苇茎汤: 在西医常规基础上合用千金苇茎汤治疗支扩患者, 一共纳入 11 项^[18,23,24,26,27,71-76]RCT 结局指标含有炎症因子, 包括 WBC、CRP、PCT、NEUT%、IL-6、IL-8, 总样本量为 796 例, 均采用随机效应模型进行 meta 分析。其中 7 项研究^[18,71-76]观察 WBC, 试验组及对照组分别为 238、242 例患者, 研究结果显示, 千金苇茎汤组 WBC 较治疗前下降 1.79 (MD=-1.79, 95%CI [-2.72, -0.85], P=0.0002)。6 项研究^[18,24,26,71,73,75]观察 CRP, 试验组和对照组分别 238、239 例患者, 研究结果显示千金苇茎汤组患者 CRP 较治疗前下降 1.82 (MD=-1.82, 95%CI [-3.08, -0.56], P=0.005)。4 项研究^[27,71,74,75]观察 PCT, 试验组和对照组分别 125、128 例患者, 研究结果显示千金苇茎汤组患者 PCT 较治疗前下降 0.05 (MD=-0.05, 95%CI [-0.09, 0.00], P=0.03)。7 项研究^[26,27,71-75]观察 NEUT%, 试验组和对照组分别 232、235 例患者, 研究结果显示千金苇茎汤组患者 NEUT%较治疗前下降 2.46 (MD=-2.46, 95%CI [-4.08, -0.84], P=0.003)。1 项研究^[23]观察 IL-6, 试验组和对照组分别 30 例患者, 研究结果显示千金苇茎汤组患者 IL-6 较治疗前下降 6.84 (MD=-6.84, 95%CI [-10.03, -3.65], P<0.0001)。3 项研究^[18,24,76]观察 IL-8, 试验组和对照组分别 103、105 例患者, 研究结果显示千金苇茎汤组患者 IL-8 较治疗前下降 6.56 (MD=-6.56, 95%CI [-11.39, -1.74], P=0.008)。

款冬花散: 在西医常规基础上合用款冬花散治疗支扩患者, 一共纳入 2 项^[28,29]RCT 结局指标含有炎症因子, 包括 WBC、CRP、PCT, 总样本量为 216 例, 其中试验组和对照组各 108 例, 均采用随机效应模型进行 meta 分析, 研究结果显示, 款冬花散组 WBC 较治疗前下降 2.22 (MD=-2.22, 95%CI [3.22, -1.22], P < 0.00001), PCT 较治疗前下降 0.25 (MD=-0.25, 95%CI [-0.27, -0.22], P < 0.00001), CRP 较治疗前下降 32.11 (MD=-32.11, 95%CI [-39.88, -24.34], P<0.00001)。

温胆汤: 在西医常规基础上合用温胆汤治疗支扩患者, 一共纳入 2 项^[77,78]RCT 结局指标含有炎症因子, 包括 WBC、CRP、PCT。其中 2 项研究^[77,78]观察 WBC, 试验组及对照组分别为 65、66 例患者, 研究结果显示, 温胆汤组 WBC 较治疗前下降 1.21 (MD=-1.21, 95%CI [-1.93, -0.49], P=0.001), 1 项研究^[78]观察 CRP、PCT, 试验组及对照组分别为 35 例患者, 研究结果显示, 温胆汤组 CRP 较治疗前下降 7.08 (MD=-7.08, 95%CI [-12.71, -1.45], P=0.01), PCT 较治疗前下降 0.75 (MD=-0.75, 95%CI [-1.23, -0.27], P=0.002)。

痰热清注射液: 在西医常规基础上合用痰热清注射液治疗支扩患者, 一共纳入 7 项^[30,31,79-83]RCT 结局指标含有炎症因子, 包括 WBC、CRP、PCT、NEUT%、IL-6, 总样本量为 564 例, 均采用随机效应模型进行 meta 分析。其中 6 项研究^[30,31,79,81-83]观察 WBC, 试验组及对照组分别为 237 例患者, 研究结果显示, 痰热清注射液组 WBC 较治疗前下降 2.44 (MD=-2.44, 95%CI [-4.24, -0.64], P=0.0008), 7 项研究^[30,31,79,80,81-83]观察 CRP, 试验组及

对照组分别为 282 例患者，研究结果显示，痰热清注射液组 CRP 较治疗前下降 11.42 (MD=-11.42, 95%CI[-16.30, -6.55], P<0.00001)。3 项研究^[30, 82, 83]观察 PCT，试验组及对照组分别为 105 例患者，研究结果显示，痰热清注射液组 PCT 较治疗前下降 0.09 (MD=-0.09, 95%CI[-0.15, -0.03], P=0.003)。4 项研究^[30, 31, 79, 83]观察 NEUT%，试验组及对照组分别为 161 例患者，研究结果显示，痰热清注射液组 NEUT%较治疗前下降 9.54 (MD=-9.54, 95%CI[-16.95, -2.12], P=0.01)。2 项研究^[80, 82]观察 IL-6，试验组及对照组分别为 85 例患者，研究结果显示，痰热清注射液组 IL-6 较治疗前下降 7.43 (MD=-7.43, 95%CI[-17.30, 2.45], P=0.14)。

推荐意见 11:

在抗感染、祛痰等西医治疗基础上，阴虚火旺证患者可合用百合固金汤（证据级别 C；弱推荐）。

证据概要 11:

百合固金汤：在西医常规基础上合用百合固金汤治疗支扩患者，一共纳入 1 项^[40]RCT 结局指标含有炎症因子 CRP，总样本量为 80 例，均采用随机效应模型进行 meta 分析。试验组及对照组分别为 40、40 例患者，研究结果显示，百合固金汤组 CRP 较治疗前下降 3.01 (MD=-3.01, 95%CI[-3.19, -2.83], P<0.00001)。

推荐意见 12:

在抗感染、祛痰等西医治疗基础上，肝火犯肺证患者可合用泻白散（证据级别 C；弱推荐）。

证据概要 12:

泻白散：在西医常规基础上合用泻白散治疗支扩患者，一共纳入 2 项^[34, 84]RCT 结局指标含有炎症因子，包括 WBC、CRP、PCT、NEUT%、IL-6、IL-8，总样本量为 155 例，均采用随机效应模型进行 meta 分析。其中 1 项研究^[34]观察 WBC、NEUT%、PCT、IL-8，试验组及对照组分别为 38、37 例患者，研究结果显示，泻白散组 WBC 较治疗前下降 0.37 (MD=-0.37, 95%CI[-0.69, -0.05], P=0.02)，NEUT% 较治疗前下降 7.67 (MD=-7.67, 95%CI[-10.24, -5.10], P<0.00001)，PCT 较治疗前下降 0.16 (MD=-0.16, 95%CI[-0.24, -0.08], P<0.0001)，IL-8 较治疗前下降 21.77 (MD=-21.77, 95%CI[-36.11, -7.43], P=0.003)。2 项研究^[34, 84]观察 CRP，试验组和对照组分别 78、77 例患者，研究结果显示泻白散患者 CRP 较治疗前下降 14.55 (MD=-14.55, 95%CI[-34.90, 5.80], P=0.16)，IL-6 较治疗前下降 10.17 (MD=-10.17, 95%CI[-11.97, -8.36], P<0.00001)。

临床问题 7: 中西医结合治疗是否可以改善支扩患者的抑郁焦虑状态?

共识建议 6:

抑郁焦虑是支扩常见的临床问题，并严重影响患者的病情和生活质量；抗抑郁焦虑、心肺康复有助于病情控制，目前缺乏中西医结合治疗的循证证据。中医认为“肺主忧伤”，支扩合并抑郁焦虑患者多见肝气郁结证。建议在抗抑郁焦虑或联合心肺康复训练基础上合用中药治疗。有明显胸闷、喘憋、胁胀等肝气郁结证者，可合用逍遥散或柴胡疏肝散^[85, 86]或五磨饮子^[87, 88]治疗。

共识建议 7:

在抗抑郁焦虑或联合肺康复训练基础上，阴虚肺热证者可合用百合地黄汤等^[85, 86, 89]。

临床问题 8: 中西医结合治疗是否可以改善支扩患者的生活质量?

推荐意见 13:

支扩是慢性呼吸疾病，病程长、病情常逐渐加重，对患者的生活质量造成严重影响。稳定期支扩患者多存在肺脾气虚证，推荐在抗感染、祛痰和/或使用支气管舒张剂、抗抑郁焦虑、肺康复等西医治疗基础上合用六君子汤或补中益气汤加减，进而减轻该类患者的咳嗽、咳痰、乏力等症状并改善生活质量（证据级别 C；弱推荐）。

证据概要 13:

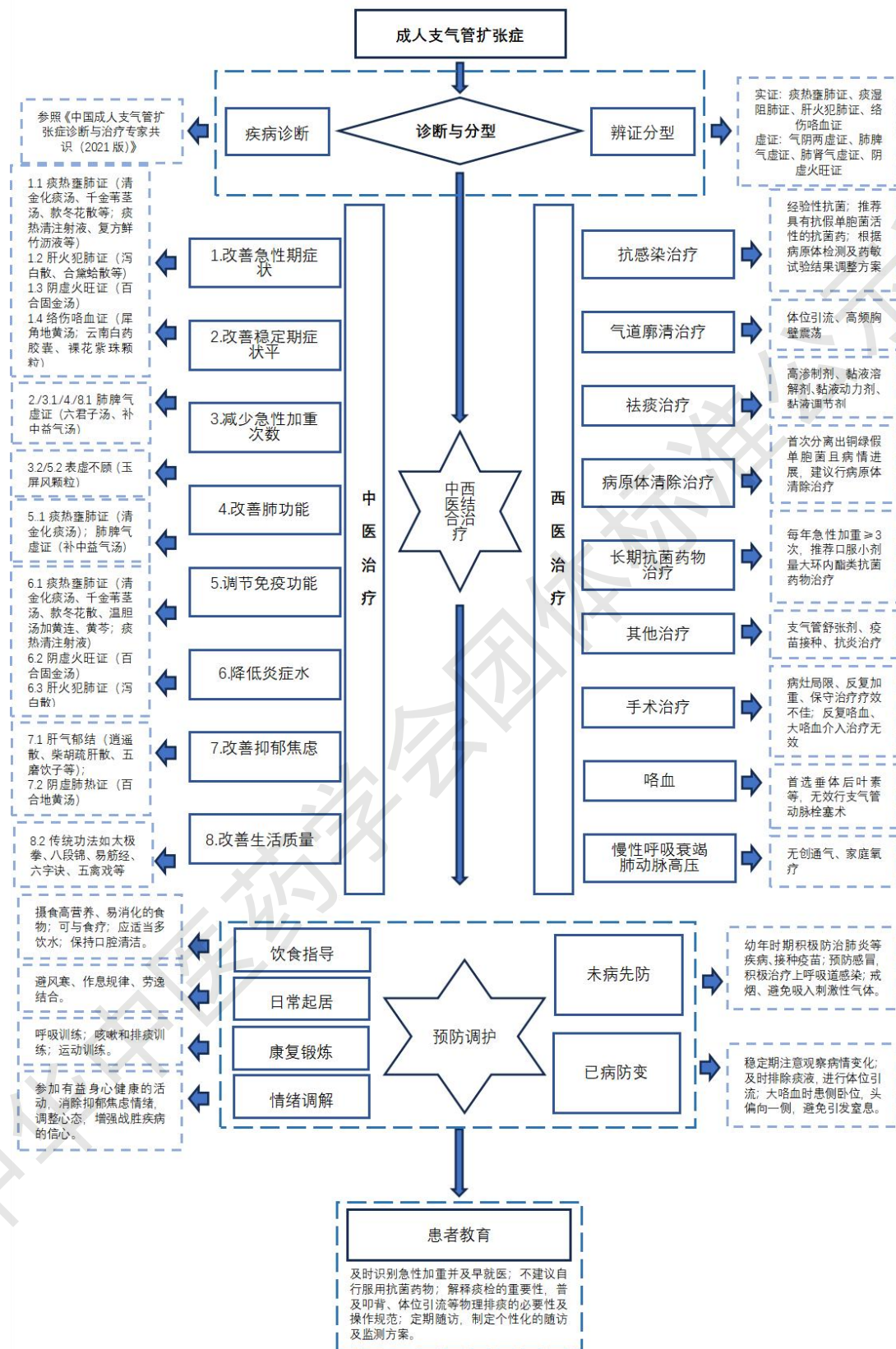
六君子汤：2 项关于六君子汤加减联合西医常规治疗支扩的研究^[53, 55]，其中 1 项研究^[53]总计 45 例肺脾气虚、痰热壅肺患者，22 例试验组患者在合用六君子汤加减治疗 12 周后生活质量得到显著改善，SGRQ 下降 23.36 分（MD=-23.36, 95%CI [-29.28, -17.44], $P<0.00001$ ；另 1 项研究^[55]总计 47 例患者，其中 24 例试验组患者在合用六君子汤加减治疗 12 周后生活质量得到一定程度改善，CAT 评分下降 0.24 分（MD=-0.24, 95%CI [-1.87, 1.39], $P=0.77$ ）。

补中益气汤：1 项研究^[48]总纳入 60 例肺脾气虚、痰热壅肺患者，其中 31 例患者在口服阿奇霉素基础上合用补中益气汤加减治疗 24 周后生活质量得到改善，SGRQ 下降 3.03 分（MD=-3.03, 95%CI [-11.52, 5.46], $P=0.48$ ），同时治疗组患者治疗后较同组治疗前 SGRQ 总分及症状评分均显著下降（ $P<0.05$ ）。

共识建议 8:

传统功法可以提高慢阻肺等慢性气道疾病患者的生活质量^[90-92]，但在支扩尚缺乏循证证据，根据专家意见，建议在抗感染、祛痰和/或使用支气管舒张剂、抗抑郁焦虑、肺康复等西医治疗基础上合用传统功法如太极拳、八段锦、易筋经、六字诀、五禽戏等有助于改善支扩患者的生活质量。

6. 诊疗流程图



7. 预防与调护

7.1 未病先防：

(1) 幼年时期积极防治麻疹、百日咳、支气管肺炎等疾病，并做好肺结核等传染病的预防接种和治疗；戒烟、避免吸入刺激性气体。(2) 预防感冒，积极治疗鼻炎、咽喉炎、慢性扁桃体炎等上呼吸道感染。

7.2 已病防变：

(1) 稳定期支扩患者注意观察病情变化，注意咳嗽、咳痰、咯血、发热、消瘦、贫血等症状。(2) 及时排除痰液，保持呼吸道通畅，根据病变部位进行体位引流。(3) 大咯血时患侧卧位，头偏向一侧，避免引发窒息。

7.3 饮食指导：

(1) 摄食高热量、高蛋白、高维生素、易消化的食物，保证患者的营养需求：如瘦肉、鱼类、牛奶、鸡蛋、豆制品、新鲜蔬菜、水果等；忌油腻厚味及辛辣刺激海腥发物，如大蒜、辣椒、韭菜、海虾等；戒酒。(2) 支扩急性加重期：对咳嗽、咳痰、咯血症状患者，可进食侧柏鲜藕排骨汤、桃仁冬瓜粥、百合银耳汤等。(3) 支扩稳定期：主要是以滋阴润肺、健脾益肾、补气养血等食材为主，可进食川贝杏仁粥、猪肺薏米粥、白鸭虫草汤等。(4) 支扩患者痰液较多，易耗津液，应适当多饮水。(5) 保持口腔清洁，勤漱口，以减少感染并增强食欲。

7.4 日常起居：

(1) 规避风寒暑热，避免感冒。(2) 保持良好的生活环境，温湿度适宜，定时开窗通风，远离烟尘，出门戴口罩等。(3) 作息规律，充足的睡眠可以保证机体的抵抗力，可有效防止外邪的侵袭。(4) 劳逸结合，运动不宜过量，以微微出汗为度，如散步、慢跑、太极拳、八段锦等，有助于增强体质，提高呼吸功能。

7.5 康复锻炼：

(1) 可进行呼吸训练：如腹式呼吸、缩唇呼吸、伸展呼吸、呼吸操等。(2) 主动进行有效咳嗽和排痰训练。(3) 适当运动训练，上肢锻炼如使用弹力带或哑铃锻炼肱二头肌、胸大肌、胸小肌等辅助呼吸肌；下肢锻炼如步行、上楼梯、骑自行车等。

7.6 情绪调节：

郁怒忧思太过，心肝火旺，邪火犯肺，肺失肃清，发生咳嗽气逆，或邪伤肺络可出现咳嗽、咯血或诱发病情加重。患者应多参加有益身心健康的活动，消除抑郁焦虑情绪，调整心态，增强战胜疾病的信心。

8. 患者教育

患者教育也是支扩治疗的重要环节。部分支扩患者的依从性较差，这与患者的受教育背景、社会经济状况、医患沟通状况、求医欲、使用治疗的药物种类和治疗负担密切相关。教育的主要内容是使患者了解支扩的特征和主要治疗手段，帮助患者及时识别急性加重并及早就医；上呼吸道感染、病毒、疲劳、营养低下等均可加重支扩的临床症状。不建议患者自行服用抗菌药物；向患者解释痰检的重要性，并向患者普及叩背、体位引流等物理排痰的必要性及操作规范；定期随访对于了解患者的预后至关重要，建议临床医师通过制定个性化的随访及监测方案，如胸部CT及肺功能的评估，及时对治疗方案进行优化调整。

附录

(规范性)

证据质量和推荐等级

1. 编制方法(资料性): 本指南遵循国际临床实践指南制订方法的通用标准, 成立项目组, 签署利益冲突声明, 完成计划书的撰写。后经中华中医药学会批准立项, 通过线下交流结合线上问卷调研的方式进行专家访谈, 形成亟待解决的临床问题、遴选相关结局指标。基于 PICO 原则, 结合临床问题与结局指标制定检索策略, 检索文献经筛选、分类、综合后形成理论依据, 应用 Cochrane 偏倚风险评估工具与 GRADE 系统进行文献质量分级、证据质量评价, 构建《专家推荐意见形成概要表》。证据汇编整理后向以电子问卷的形式向临床专家、方法学专家等发放, 收集专家意见以达成共识建议, 根据推荐意见, 按照国际指南报告标准完成草案的撰写。邀请临床专家与组内专家进行质量评价与适用性评价后, 形成征求意见稿后广泛征求组外专家意见, 根据专家建议进行修改并形成送审稿。发布推广后 1 年将进行后效评价, 根据调研结果更新指南。详细内容见编制说明, 即所附文件。

2. 方药索引(资料性):

百合地黄汤

①处方出处: 东汉·张仲景《金匮要略》

②药物组成: 百合、生地黄。

③注意事项: 实热者不宜使用。

百合固金汤

①处方出处: 明·周慎斋《慎斋遗书》

②药物组成: 百合、麦冬、熟地黄、生地黄、当归、白芍、甘草、桔梗、玄参、贝母。

③注意事项: 不适用于因阳虚或痰湿引起的咳嗽; 脾阳虚者忌用。

补中益气汤

①处方出处: 金·李东垣《脾胃论》

②药物组成: 黄芪、人参、白术、当归、陈皮、升麻、柴胡、炙甘草。

③注意事项: 不适用于表证及胃实证者。

柴胡疏肝散

①处方出处: 明·叶文龄《医学统旨》

②药物组成: 陈皮、柴胡、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草。

③注意事项: 本方芳香辛燥, 易耗气伤阴, 不宜久服。

复方鲜竹沥液

①处方来源: 国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录

②药物成份: 鲜竹沥、鱼腥草、生半夏、生姜、枇杷叶、桔梗、薄荷素油。

③规格: 每瓶装 10ml、20ml。

④用法用量: 成人一次 20 毫升, 一日 2-3 次, 口服。

⑤注意事项: 孕妇、哺乳期妇女、脾虚便溏者慎用, 风寒咳嗽者不适用本品。

款冬花散

①处方出处: 南宋·陈自明《妇人大全良方》

②药物组成：款冬花、麻黄、贝母、前胡、桑白皮、紫菀、旋覆花、白术、甘草、石膏。

③注意事项：风寒证者不宜使用。

六君子汤

①处方出处：明·虞抟《医学正传》

②药物组成：人参、白术、茯苓、甘草（炙）、陈皮、半夏。

③注意事项：忌食生冷油腻不易消化食物；不适用于脾胃阴虚。

裸花紫珠颗粒

①处方来源：国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录

②药物成份：裸花紫珠。

③规格：每袋装 3g（含干浸膏 0.8g）。

④用法用量：成人一次 1 袋，一日 3-4 次，口服。

⑤注意事项：尚不明确。

千金苇茎汤

①处方出处：唐·孙思邈《备急千金要方》

②药物组成：桃仁、薏苡仁、冬瓜仁、苇茎。

③注意事项：肺脾虚寒证不适用。

清金化痰汤

①处方出处：明·叶文龄《医学统旨》

②药物组成：黄芩、山梔、贝母、桑皮、瓜蒌仁、橘红、桔梗、麦门冬、知母、茯苓、甘草。

③注意事项：寒痰及脾胃虚寒者慎用。

痰热清注射液

①处方来源：国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录

②药物成份：黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘、辅料为丙二醇。

③规格：每支装 10ml。

④用法用量：成人一般一次 20ml，重症患者一次可用 40ml，加入 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液 250-500ml，静脉滴注，控制滴数每分钟不超过 60 滴，一日 1 次。

⑤注意事项：用药过程中密切观察用药反应，特别是开始 5-30 分钟。稀释后药液必须在 4 小时内使用。本品应单独使用，禁忌与其他药品混合配伍使用。“对本品、醇类过敏或过敏体质者禁用；老年伴有肾功能不全者慎用；严重肺心病伴有心衰者慎用；孕妇、24 个月以下婴幼儿禁用；有表寒证者忌用。

五磨饮子

①处方出处：明·吴昆《医方考》

②药物组成：木香、沉香、槟榔、枳实、乌药。

③注意事项：肺气虚弱者慎用本方。

逍遥散

①处方出处：宋·《太平惠民和剂局方》

②药物组成：柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、烧生姜、薄荷、炙甘草。

③注意事项：阴虚火旺、肝阳上亢者不宜服用。

泻白散

①处方出处：宋·钱乙《小儿药证直诀》

②药物组成：桑白皮、地骨皮、粳米、甘草。

③注意事项：风寒咳嗽、肺虚喘咳不宜使用。

玉屏风颗粒

①处方来源：国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录

②药物成份：黄芪、防风、白术（炒）。

③规格：每袋装 5g。

④用法用量：成人一次 5g，一日 3 次，口服。

⑤注意事项：忌油腻食物。

云南白药胶囊

①处方来源：国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录

②药物成份：本品含草乌（制），其余成分略。

③规格：每粒装 0.25g。

④用法用量：一次 1-2 粒，一日 4 次，口服。

⑤注意事项：孕妇忌用。

2. 证据概要表（资料性）

注：*表示阳性结果

百合固金汤（共有 RCT5 篇，9 结局指标）									
干预措施(I)和对照组（C）：百合固金汤+西医常规 VS 西医常规									
结局指标 (O) 1：急性期咳嗽症状积分									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	Not Serious	Not Serious	Serious	Not Serious	90	90	MD -0.70 [-0.89, -0.51]*	低
结局指标 (O) 2：急性期发热症状积分									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	130	130	MD -1.08 [-1.43, -0.72]*	低
结局指标 (O) 3：急性期咯血症状积分									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
						试验组	对照组		

3	Serious	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	130	130	MD -1.51 [-1.76, -1.26]*	低
结局指标 (0)4: CRP									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	40	40	MD -3.01 [-3.19, -2.83]*	低

补中益气汤 (共有 RCT 8 篇, 15 结局指标)									
干预措施 (I) 和对照组 (C): 补中益气汤+西医常规 VS 西医常规									
结局指标 (0)1: 稳定期咳嗽症状积分									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
5	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	271	261	MD-0.55[-0.79, -0.31]*	中
结局指标 (0)2: 稳定期咳痰症状积分									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
4	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	241	232	MD-0.66[-0.99, -0.34]*	中

结局指标 (0) 3: 稳定期乏力症状积分									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
4	Serious	Very serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	116	111	MD-0.37[-0.68, -0.06]*	低
结局指标 (0) 4: FEV1									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
4	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	266	261	MD0.41[-0.01, 0.83]	中
结局指标 (0) 5: FVC									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	241	236	MD0.59[0.13, 1.05]*	中
结局指标 (0) 5: FVC%pred									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						实验组	对照组		

2	Serious	Not Serious	Not Serious	Serious	Not Serious	55	53	MD5.38[1.26, 9.49]*	低
结局指标 (0) 5: PEF%pred									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						实验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	30	29	MD10.55[-3.97, 25.07]	低
结局指标 (0) 6: SGRQ 量表									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	31	29	MD-3.03[-11.52, 5.46]	低
结局指标 (0) 7: 稳定期呼吸困难症状积分									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	185	179	MD-0.83[-1.07, -0.59]*	中
结局指标 (0) 8: 稳定期急性加重次数									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			

研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	31	29	MD-0.42[-0.83, -0.01]*	低
结局指标 (O)9: PEF									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	155	150	MD1.11[0.95, 1.27]*	低
结局指标 (O)10: FEV1/FVC									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
4	Serious	very serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	248	240	MD4.33[-1.47, 10.14]	中
结局指标 (O)11: FEV1%pred									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
4	Serious	Not Serious	Not Serious	Serious	Not Serious	116	111	MD5.11[0.80, 9.43]*	低
结局指标 (O)12: IgG									

Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	very serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	55	52	MD-0.22[-1.67, 1.23]	低
结局指标 (0) 13: IgA									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	very serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	55	52	MD-0.03[-0.49, 0.55]	低
结局指标 (0) 14: CD4+									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	30	29	MD8.96[4.53, 13.39]*	低
结局指标 (0) 15: CD4+/CD8+									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	30	29	MD0.41[0.02, 0.80]*	低

款冬花散（共有 RCT2 篇，5 结局指标）									
干预措施(I)和对照组（C）：款冬花散+西医常规 VS 西医常规									
结局指标 (O)1：急性期咳嗽证候积分									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	108	108	MD -0.93 [-1.17, -0.70]*	中
结局指标 (O)2：急性期咳嗽证候积分									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	108	108	MD -0.79 [-0.95, -0.62]*	中
结局指标 (O)3：WBC									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	108	108	MD -2.22 [-3.22, -1.22]*	中
结局指标 (O)4：CRP									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			

研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	108	108	MD -32.11 [-39.88, -24.34]	低
结局指标 (0) 5: PCT									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	108	108	MD -0.25 [-0.27, -0.22]*	中

六君子汤 (共有 RCT 9 篇, 14 结局指标)									
干预措施 (I) 和对照组 (C): 六君子汤+西医常规 VS 西医常规									
结局指标 (0) 1: 稳定期咳嗽									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	very serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	88	89	MD -0.50 [-1.07, -0.07]	低
结局指标 (0) 2: 稳定期咳痰									
Certainty assessment (证据质量评价)						Certainty assessment (证据质量评价)			
研究数量	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication	No of patients (人数)	Effect (效应值)	Certainty	

	(局限性)	(不一致性)	(间接性)	(不精确性)	bias (发表偏倚)	对照组	对照组		
3	Serious	very serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	88	89	MD -0.62 [-0.96, -0.27]*	低
结局指标 (0) 3: 呼吸困难									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	24	23	MD -4.92 [-11.73, 1.89]*	中
结局指标 (0) 4: 稳定期乏力									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	88	89	MD -1.17 [-1.64, -0.71]*	低
结局指标 (0) 5: 反复急性加重次数									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	24	23	MD -0.40 [-1.07, 0.27]	低
结局指标 (0) 6: FEV1									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			

研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	57	58	MD 0.33 [0.04, 0.61]*	低
结局指标 (0) 7: FVC									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	52	53	MD 0.25 [-0.10, 0.60]	低
结局指标 (0) 8: PEF									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	very serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	89	91	MD 32.35 [-9.59, 74.28]	低
结局指标 (0) 9: FEV1/FVC									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	114	113	MD 0.04 [0.03, 0.05]*	中
结局指标 (0) 10: FEV1%pred									

Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	166	166	MD 3.85 [2.66, 5.04]*	中
结局指标 (O)11: FVC%pred									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	146	147	MD 4.21 [-0.84, 9.26]	低
结局指标 (O)12: SGRQ 量表									
Certainty assessment (证据质量评价)						Certainty assessment (证据质量评价)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	22	23	MD -23.36 [-29.28, -17.44]*	低
结局指标 (O)13: CAT 评分									
Certainty assessment (证据质量评价)						Certainty assessment (证据质量评价)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		

1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	24	23	MD -0.24 [-1.87, 1.39]	低
结局指标 (O) 14: 咳嗽量									
Certainty assessment (证据质量评价)						Certainty assessment (证据质量评价)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	24	23	MD -4.92 [-11.73, 1.89]	低

千金苇茎汤 (共有 RCT 17 篇, 18 结局指标)									
干预措施 (I) 和对照组 (C): 千金苇茎汤+西医常规 VS 西医常规									
结局指标 (O) 1: 急性期咳嗽									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
11	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	506	537	MD -0.82 [-0.88, -0.77]*	中
结局指标 (O) 2: 急性期咳嗽									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
10	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	467	436	MD -0.96 [-1.54, -0.37]*	中

结局指标 (0) 3: 急性期发热									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
6	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	285	253	MD -0.57 [-0.66, -0.47]*	中
结局指标 (0) 4: 急性期咳血									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
8	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	401	401	MD -0.78 [-1.25, -0.31]*	中
结局指标 (0) 5: IL-8									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	105	105	MD -12.09 [-14.20, -9.98]*	中
结局指标 (0) 6: IL-6									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			

研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Not Serious	Not Serious	30	30	MD -6.84 [-10.03, -3.65]*	低
结局指标 (0)7: NEUT%									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
7	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	232	235	MD -2.46 [-4.08, -0.84]*	低
结局指标 (0)8: WBC									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
7	Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	238	242	MD -1.79 [-2.72, -0.85]*	高
结局指标 (0)9: CRP									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		

7	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	238	239	MD -1.82 [-3.08, -0.56]*	中
结局指标 (0) 10: 肿瘤坏死因子 α									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	100	100	MD -11.49 [-13.15, -6.32]*	中
结局指标 (0) 11: PCT									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
4	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	125	128	MD 0.05[-0.09, 0.00]*	低

清金化痰汤 (共有 RCT 18 篇, 21 结局指标)									
干预措施(I)和对照组 (C): 清金化痰汤+西医常规 VS 西医常规									
结局指标 (0) 1: 急性期咳嗽									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		

5	Serious	very serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	171	171	MD -0.62 [-1.15, -0.09]*	低
结局指标 (0)2: 急性期咳嗽									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
5	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	171	171	MD: -0.38 [-0.70, -0.06]*	中
结局指标 (0)3: 急性期发热									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
4	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	143	143	MD: -0.32 [-0.62, -0.02]*	中
结局指标 (0)4: 急性期咳血									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	Not serious	Not Serious	Serious	Not Serious	91	91	MD -0.09 [-0.13, -0.04] *	低
结局指标 (0)5: CD3+									

Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
1	serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	40	40	MD 9.89[5.48 , 14.30]*	低
结局指标 (0)6: CD4+									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
1	serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	40	40	MD7.87 [4.04 , 11.70]*	低
结局指标 (0)7: CD4+/CD8+									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
1	serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	40	40	MD0.51 [0.39, 0.63]*	低
结局指标 (0)8: CRP									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty

11	serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	391	391	MD -11.15 [-13.23, -9.06]*	中
结局指标 (0)9: WBC									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
3	serious	Not serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	114	114	MD-1.03 [-1.64, -0.43]*	中
结局指标 (0)10: 肿瘤坏死因子 α									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
3	serious	serious	Not Serious	Serious	Not Serious	121	121	MD-5.80 [-11.94, -0.35]*	低
结局指标 (0)11: PCT									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
3	serious	serious	Not Serious	Serious	Not Serious	132	132	MD-0.26 [-0.41, -0.10]*	低
结局指标 (0)12: NEUT%									

Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
6	serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	210	210	MD -3.74 [-6.18 , -1.30]*	中
结局指标 (O) 13: IL-6									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
2	serious	Not serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	75	75	MD-7.56 [-8.80 , -6.31]*	中
结局指标 (O) 14: IL-8									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
3	serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	104	104	MD -5.14 [-8.58 , -1.71]*	低

温胆汤（共有 RCT2 篇，3 结局指标）

干预措施 (I) 和对照组 (C)：温胆汤+西医常规 VS 西医常规

结局指标 (O) 1: WBC

Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	Not serious	Not Serious	Serious	Not Serious	65	66	MD-1.21[-1.93, -0.49]*	低
结局指标 (0) 2: CRP									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	35	35	MD -7.08[-12.71, -1.45]*	低
结局指标 (0) 3: PCT									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	35	35	MD -0.75[-1.23, -0.27]*	低
泻白散 (共有 RCT 4 篇, 14 结局指标)									
干预措施 (I) 和对照组 (C) : 泻白散+西医常规 VS 西医常规									

结局指标 (0) 1: 急性期咳嗽									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	32	31	MD -1.36 [-1.53, -1.19]*	低
结局指标 (0) 2: 急性期咳嗽									
Certainty assessment (证据质量评价)						Certainty assessment (证据质量评价)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						对照组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	32	31	MD -1.35 [-1.51, -1.19]*	低
结局指标 (0) 3: 呼吸困难									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	38	37	MD -0.36 [-0.68, -0.04]*	低
结局指标 (0) 4: WBC									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication (发表偏倚)	No of patients (人数)	Effect (效应值)		Certainty

	(局限性)	(不一致性)	(间接性)	(不精确性)	bias (发表偏倚)	试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	38	37	MD -0.37 [-0.69, -0.05]*	低
结局指标 (0) 5: CRP									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	serious	Not Serious	Serious	Not Serious	78	77	MD -14.55 [-34.90, 5.80]	低
结局指标 (0) 6: INF- α									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	40	40	MD -4.22 [-6.29, -2.15]*	低
结局指标 (0) 7: PCT									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		

1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	38	37	MD -0.16 [-0.24, -0.08]*	低
结局指标 (O)8: NEUT%									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	38	37	MD -7.67 [-10.24, -5.10]*	低
结局指标 (O)9: IL-6									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	Not serious	Not Serious	Serious	Not Serious	78	77	MD -10.17 [-11.97, -8.36]*	低
结局指标 (O)10: IL-8									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	38	37	MD -21.77 [-36.11, -7.43]*	低

痰热清注射液（共有 RCT 8 篇，9 结局指标）									
干预措施 (I) 和对照组 (C)：痰热清注射液+西医常规 VS 西医常规									
结局指标 (O) 1：急性期咳嗽症状积分									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	86	86	MD-1.26[-2.47, -0.04]*	低
结局指标 (O) 2：急性期咳痰症状积分									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	30	30	MD-0.93[-1.53, -0.33]*	低
结局指标 (O) 3：急性期发热症状积分									
Certainty assessment（证据质量评价）						Summary of findings（结果总结）			
研究数量	Risk of bias （局限性）	Inconsistency （不一致性）	Indirectness （间接性）	Imprecision （不精确性）	Publication bias （发表偏倚）	No of patients（人数）		Effect（效应值）	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	56	56	MD-1.80[-2.48, -1.12]*	低
结局指标 (O) 4：IL-6									

Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
2	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	85	85	MD-7.43[-17.30, 2.45]	低
结局指标 (0) 5: WBC									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
6	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	237	237	MD-2.44[-4.24, -0.65]*	中
结局指标 (0) 6: CRP									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
7	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	282	282	MD-11.42[-16.30, -6.55]*	中
结局指标 (0) 7: 肿瘤坏死因子 a									
Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			

研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
1	Serious	NA	Not Serious	Serious	Not Serious	40	40	MD-0.40[-0.75, -0.05]*	低

结局指标 (O)8: PCT

Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	105	105	MD-0.09[-0.15, -0.03]*	低

结局指标 (O)9: NEUT%

Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
4	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	161	161	MD-9.54[-16.95, -2.12]*	中

云南白药胶囊 (共有 RCT 3 篇, 1 结局指标)

干预措施 (I) 和对照组 (C): 云南白药+西医常规 VS 西医常规

结局指标 (O)1: 咳血天数

Certainty assessment (证据质量评价)						Summary of findings (结果总结)			
研究数量	Risk of bias (局限性)	Inconsistency (不一致性)	Indirectness (间接性)	Imprecision (不精确性)	Publication bias (发表偏倚)	No of patients (人 数)		Effect (效应值)	Certainty
						试验组	对照组		
3	Serious	serious	Not Serious	Not Serious	Not Serious	228	224	MD -2.76 [-3.08, -2.45]*	中

3. 相关标准（规范性）：

GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》

GB/T 42467.1-2023《中医临床名词术语 第1部分：内科学》

T/CACM 1331-2019《支气管扩张症中医证候诊断标准》

本文件推荐等级采用世界卫生组织(WHO)推荐的GRADE(grading of recommendations assessment, development and evaluation)系统,即推荐分级评价、制定与评估系统,其中推荐等级分为强推荐与弱推荐两级。强推荐的方案是估计变化可能性较小、个性化程度低的方案,而弱推荐方案则是估计变化可能性较大、个性化程度高、患者价值观差异大的方案。

本文件的证据质量分级和推荐等级如下:

a) 证据质量分级(GRADE 分级):

1) 证据质量高:A;

2) 证据质量中:B;

3) 证据质量低:C;

4) 证据质量极低:D。

b) 推荐强度等级:

1) 支持使用某项干预措施的强推荐:1;

2) 支持使用某项干预措施的弱推荐:2。

4. 缩略词对照表(规范性):

缩略词	英文全称	中文全称
WBC	white blood cell	白细胞
PCT	procalcitonin	降钙素原
CRP	C-reactive protein	C-反应蛋白
NEUT	Neutrophil	中性粒细胞
TL-6	Interleukin-6	白细胞介素-6
TL-8	Interleukin-8	白细胞介素-8
CD3+	Cluster of differentiation3+	总 T 细胞
CD4+	cluster of differentiation4+	辅助性/诱导性 T 细胞
CD8+	cluster of differentiation8+	抑制性/细胞毒 T 细胞
IgM	ImmunoglobulinM	免疫球蛋白 M
IgG	ImmunoglobulinG	免疫球蛋白 G
IgA	ImmunoglobulinA	免疫球蛋白 A
CT	Computed Tomography	计算机断层扫描
HRCT	High Resolution CT	高分辨率 CT
MD(meta 分析中的)	mean difference	均数差
CI(meta 分析中的)	Confidence intervals	置信区间

FEV1	Forced expiratory volume in one second	一秒用力呼气容积
FVC	forced vital capacity	用力肺活量
RCT	randomized controlled trial	随机对照试验
HAMA	Hamilton Anxiety Scale	汉密尔顿焦虑量表
HAMD	Hamilton Depression Scale	汉密尔顿抑郁量表
SAS	Self-Rating Anxiety Scale	焦虑自评量表
SDS	Self-rating depression scale	抑郁自评量表
SGRQ	St. George's Respiratory Questionnaire	圣乔治呼吸问卷
PICO	population, interventions, comparisons, outcomes	循证医学文献检索格式
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation	证据推荐分级的评估、制定与 评价
WHO	World Health Organization	世界卫生组织

参考文献

- [1] 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.
- [2] Ikan A, Adir Y, Stein N, et al. Lung function decline in patients with bronchiectasis[J]. Eur Respir J, 2018, 52:2668.
- [3] Magge A, Ashraf S, Quittner AL, et al. Quality of life in patients with bronchiectasis:a 2-year longitudinal study[J]. Ann Transl Med, 2019, 7(14):334.
- [4] De la Rosa D, Martínez-García MÁ, Oliveira C, et al. Annual direct medical costs of bronchiectasis treatment:Impact of severity, exacerbations, chronic bronchial colonization and chronic obstructive pulmonary disease coexistence[J]. Chron Respir Dis, 2016, 13(4):361-371.
- [5] 医学名词审定委员会呼吸病学名词审定分委员会. 呼吸病学名词[M]. 北京:科学出版社, 2018:61.
- [6] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2003: 530.
- [7] 李建生, 王至婉, 谢洋, 等. 支气管扩张症中医证候诊断标准(2019版)[J]. 中医杂志, 2020, 61(15):1377-1380.
- [8] 刘剑, 王玥琦, 陈欣, 等. 支气管扩张症中西医结合诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2022, 63(22):2196-2200.
- [9] 北京医师协会呼吸内科专科医师分会咯血诊治专家共识编写组. 咯血诊治专家共识[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2020, 19(1):1-11.
- [10] 李波, 张学武. 支气管扩张症急性加重期患者中医证型分布及疾病进程的影响因素分析[J]. 中国中医急症, 2022, 31(09):1422-1425.
- [11] 屈云艳, 王伟, 许宁, 等. 基于隐结构模型和聚类分析的 2907 例支气管扩张症中医证型研究[J]. 安徽中医药大学学报, 2022, 41(03):13-18.
- [12] 郑彩霞, 刘洋, 汪严, 等. 清金贝葵汤治疗支气管扩张症临床研究[J]. 中国中医急症, 2020, 29(03):449-52.
- [13] 欧降红, 廖井波. 清肺化痰汤治疗支气管扩张痰热壅肺型 35 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(05):44-6.
- [14] 徐晓晶, 钱璞, 赵婷婷, 等. 泻肺化痰方联合常规治疗对支气管扩张症急性加重期患者的临床疗效[J]. 中成药, 2022, 44(08):2523-7.
- [15] 张剑辉. 加味清金化痰汤治疗痰热蕴肺型支气管扩张症的临床疗效观察[D], 2011.
- [16] 吴泓阳. 清金化痰汤治疗支气管扩张症急性加重期(痰热郁肺证)的临床观察[D], 2019.
- [17] 马志杰. 五味消毒饮和苇茎汤加减联合西药治疗支气管扩张合并肺部感染 62 例[J]. 中医研究, 2019, 32(06):18-20.

- [18]马泽鹏.清肺化痰解毒汤联合西医治疗对支气管扩张伴感染(痰热壅肺证)患者肺功能及炎性因子的影响[J].吉林医学,2023,44(05):1262-4.
- [19]陈启庭,吴越,蔡俊媛.清热活血方佐治支气管扩张症急性加重期临床观察[J].世界中医药,2020,15(01):90-3+8.
- [20]李荣琳.清肺活血中药治疗支气管扩张急性加重期疗效及对 MMP-9、TIMP-1 水平的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(35):3944-6.
- [21]李亚清.苇茎三拗汤治疗支气管扩张症的临床研究[D],2015.
- [22]房波,赵刚.苇金消痈汤加减辅助治疗支气管扩张急性加重期痰热壅肺证的临床分析[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(15):194-8.
- [23]戴璐.千金苇茎汤合桔梗汤联合纤维支气管镜下肺泡灌洗对支气管扩张急性加重期痰热壅肺证患者的影响[J].山西中医,2022,38(02):30-3.
- [24]卜芸芸,王世娟.千金苇茎汤治疗支气管扩张临床观察[J].光明中医,2023,38(18):3586-9.
- [25]金鑫.千金苇茎汤联合定喘汤治疗支气管扩张的临床效果观察[J].吉林中医药,2022,38(11):1270-3.
- [26]黎娟.苇茎二陈汤治疗支气管扩张症急性期痰热瘀阻证临床观察[D],2017.
- [27]吕继帆.苇茎汤加味治疗支气管扩张症痰热壅肺证临床疗效观察及对 IL-17A 的影响[D],2018.
- [28]王潋,熊武忠,王乐,等.款冬花散加减联合西医治疗老年支气管扩张症急性加重期临床观察[J].中国中医急症,2023,32(07):1238-40.
- [29]钟云青,许光兰,王秀峰,等.款冬花散治疗支气管扩张症急性加重期痰热郁肺证的临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(20):169-74.
- [30]陈秋仪,黄贵锐,靳锐锋,等.痰热清注射液联合西药治疗支气管扩张症急性加重期(痰热壅肺证)的临床观察[J].中国中医急症,2023,32(11):1986-9.
- [31]邓嘉宁,梁勇彪.阿奇霉素联合痰热清在支气管扩张症急性期治疗中的疗效观察[J].检验医学与临床,2013,10(16):2078-9.
- [32]马加路.支气管扩张症中医证型分布特点及用药规律研究[D].山东中医药大学,2022.
- [33]李强.黄芩泻白散加减对支气管扩张症急性加重期(肝火犯肺证)的临床观察及 MMP-9、TIMP-1 的影响[D].黑龙江中医药大学,2019.
- [34]张敏捷.加味泻白散治疗支气管扩张症合并感染(痰热壅肺型)的临床疗效观察[D],2023.
- [35]黄颖.支气管扩张中医证型与多种因素相关性分析[D].广州中医药大学,2008.
- [36]陈磊.呼和浩特地区支气管扩张中医证候分布规律研究[D].内蒙古医科大学,2021.
- [37]黄发根.岭南地区支气管扩张急性期四季证型分布规律探析[D].广州中

医药大学, 2014.

[38]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):100-1.

[39]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(07):1228-30.

[40]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):3308-10.

[41]陈晶晶, 张念志, 薛晓明, 等. 基于叶天士卫气营血理论辨治研究支气管扩张症[J]. 陕西中医药大学学报:1-6.

[42]李亚清, 高雪, 曲敬来, 等. 自拟咯血方治疗支气管扩张症临床观察[J]. 黑龙江中医药, 2017, 46(06):23-25.

[43]荣毅, 曲畅, 李国勤, 等. 李国勤教授辨治支气管扩张症经验总结[J]. 中国医药导报, 2019, 16(07):120-123.

[44]王继霞. 46 例支气管扩张咯血的药物治疗[J]. 中国医疗前沿, 2012, 7(03):43+71.

[45]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):174-6.

[46]陈军红, 陈成水. 联合云南白药治疗支气管扩张伴咯血的临床观察[J]. 中国药房, 2011, 22(12):1083-4.

[47]徐迪. 健脾补肺化痰方治疗支气管扩张症稳定期（肺脾气虚型）的临床观察[D], 2018.

[48]袁沙沙, 王宁, 苗青. 补脾清肺汤治疗铜绿假单胞菌定植支气管扩张症患者的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(24):118-24.

[49]樊长征. 补中柴前连梅煎减少支气管扩张患者急性加重次数的临床疗效研究[D], 2016.

[50]陈吉. 消痈方对脾肺气虚型支气管扩张症稳定期患者临床症状的改善及用机制初步探讨[J]. 四川中医, 2018, 36(08):56-9.

[51]宋雪萍. 补脾清肺汤治疗支气管扩张症（脾虚肺热证）的临床观察[D], 2016.

[52]何天竺. 清解补肺健脾汤治疗支气管扩张稳定期（肺脾两虚，余邪内恋证）的临床研究[D], 2013.

[53]罗伟贤, 陈建飞, 孙广信, 等. 健脾涤痰方治疗稳定期支气管扩张症脾虚痰盛证临床观察[J]. 河南中医, 2021, 41(04):593-6.

[54]邱巧艳. 参芪健脾益肺汤治疗支气管扩张症肺脾气虚证的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2023, 30(01):166-8.

[55]程钰雯. 补肺健脾化痰法对非囊性纤维化型支气管扩张症患者气道清除作用的临床观察[D], 2022.

- [56]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(04):23-4.
- [57]黄琼珍, 裴远丽, 李洁莲, 等. 六君子汤加减治疗支气管扩张稳定期脾胃气虚兼痰湿证 35 例[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(23):93-94.
- [58]周建军, 陈建建, 吴吉锋, 等. 补中益气汤治疗支气管扩张稳定期 25 例[J]. 江西中医药, 2013, 44(08):34-5.
- [59]张太安. 中西医结合治疗对支气管扩张患者炎性因子及肺功能的影响[J]. 河南医学研究, 2019, 28(22):4134-5.
- [60]马建芳, 周媚, 李秋, 等. 温阳健脾化痰汤辅助治疗支气管扩张疗效及对 HNP1-3、IL-17 变化的研究[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(01):209-12.
- [61]田兆华. 加味清金化痰汤在痰热蕴肺型支气管扩张症患者中的应用效果[J]. 中国医药科学, 2018, 8(16):49-52.
- [62]陈丽娜, 王会仍, 陈芳. 王氏清肺化痰汤治疗支气管扩张伴感染（痰热壅肺证）的临床观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(09):983-6.
- [63]周燕, 林师伟, 卢保强, 等. 清金祛痰汤治疗痰热蕴肺型支气管扩张症疗效及对呼吸功能和炎症指标的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(09):88-91.
- [64]刘娟, 王新民, 单伟根, 等. 中西医结合治疗支气管扩张临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(12):2129-31.
- [65]吴其标, 李素云, 封春杰, 等. 支扩宁合剂治疗支气管扩张症的疗效及机理研究[J]. 中医药学刊, 2004, (01):79-80+4.
- [66]邓飞. 清金化痰汤加味联合纤支镜肺泡灌洗治疗支气管扩张合并感染疗效及对血清炎性因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(11):1190-2+200.
- [67]申晓华. 自拟清肺化痰汤治疗支气管扩张症急性加重期（痰热壅肺证）的临床研究[D], 2021.
- [68]王晶波, 姚金彤, 张超, 等. 加味清金化痰汤治疗急性支气管扩张症的临床研究[J]. 中医药导报, 2019, 25(04):98-100.
- [69]杨阳. 菱芩清肺化痰汤治疗支气管扩张并感染痰热壅肺证的临床观察[D], 2023.
- [70]李丽娜, 张鑫, 罗美群, 等. 清肺化痰汤加减治疗支气管扩张痰热壅肺证临床观察[J]. 山西中医, 2023, 39(07):17-9.
- [71]孙孝魁. 清肺宁络饮治疗支气管扩张症急性加重期（痰热壅肺证）患者的临床疗效观察及对血清 NE/TNF- α 水平的影响[D], 2021.
- [72]易志. 加味苇茎汤口服联合阿米卡星雾化治疗支气管扩张急性加重期痰热壅肺型的临床疗效观察[D], 2023.
- [73]王悠悠, 陈生, 曲敬来, 等. 鱼菱苇茎汤治疗痰热壅肺型支气管扩张并感染的临床研究[J]. 中医药学报, 2018, 46(03):103-5.
- [74]章雪艳. 加味苇茎汤治疗支气管扩张症伴感染痰热郁肺证的疗效观察

- [D]. 福建中医药大学, 2020.
- [75]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], 2020.
- [76]马丽鑫. 加减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]. 黑龙江中医药大学, 2016.
- [77]汤翠英, 童晓萍, 庾慧. 加味黄连温胆汤治疗支气管扩张症 30 例[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(13):2448-9.
- [78]万益玲. 加味柴芩温胆汤治疗支气管扩张并感染痰热壅肺证的临床观察[D], 2018.
- [79]马明铭, 李芳, 杨慧, 等. 痰热清注射液对支气管扩张患者 FEV1、FVC 及 PEF 水平的影响[J]. 陕西中医, 2019, 40(10):1361-3.
- [80]郭祥君, 李家树, 史家欣, 等. 痰热清治疗支气管扩张合并铜绿假单胞菌定植和感染疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(03):287-8+91.
- [81]刘大朋, 李影. 痰热清注射液对支气管扩张患者 FEV1、FVC 及 PEF 水平的影响[J]. 中国社区医师, 2020, 36(24):100-1.
- [82]余超, 秦文熠. 痰热清注射液治疗支气管扩张症急性加重期临床研究[J]. 现代中医药, 2021, 41(01): 98-102.
- [83]陈聪, 李菲. 中西医结合治疗支气管扩张合并感染疗效分析[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(05):544-5.
- [84]蒋胜利, 秦胜男, 顾焱, 王志英. 黄芩泻白散辅助治疗对支气管扩张症急性加重期患者肺功能及炎症指标的影响[J]. 中国中医急症, 2021, 03:507-509.
- [85]贾竑晓, 李雪, 尹冬青, 等. 广泛性焦虑障碍中西医结合诊疗指南[J]. 现代中医:12023-10-30.
- [86]王惊瑶, 韩伟红, 司一妹, 等. 中药治疗慢性阻塞性肺疾病合并焦虑抑郁有效性及安全性的 Meta 分析[J], 中华中医药学刊, 2018, 36(1):2672-2677.
- [87]张建翱. 五磨饮子汤加减治疗癔病型喘证的临床疗效观察[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(12):135-137
- [88]赵艳茹, 武艳. 五磨饮子汤结合针刺泻血对喘证患者疗效及肺功能影响研究[J]. 中医药学报, 2020, 48(05):59-62
- [89]孙锦贤, 余静珠, 屠春林, 等. 加味桔芩汤对支气管扩张痰热壅肺证抑郁焦虑、生命质量、炎症标记物及肺功能的疗效观察[J]. 吉林中医, 2022, 42(12):1418-1421.
- [90]潘怡, 王振兴, 闵婕, 等. 24 式简化太极拳在慢性阻塞性肺疾病稳定期肺康复中的疗效评价[J]. 中国康复医学杂志, 2018, 06:681-686.
- [91]张兴彩, 蔡余力, 张伟, 等. 二十四式太极拳及呼吸功能训练辅助西药对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的影响[J]. 中医杂志, 2014, 22:1937-1941.
- [92]夏渊, 李永杰, 卢悦, 等. 不同传统养生功法对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者运动耐力影响的网状 Meta 分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 02:15-21.