

“中药-揸针-呼吸功法训练”三联疗法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床观察

王明选 李丹丹 李平 李晓娣

(遂宁市中心医院, 四川 遂宁 629000)

摘要: 目的: 观察“中药-揸针-呼吸功法”三联疗法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床疗效。方法: 采用单中心单盲随机的研究方法, 选取 100 例 AECOPD 患者, 随机分为治疗组和对照组各 50 例, 对照组按照 GOLD 原则进行西医常规治疗, 治疗组在西医治疗的基础上增加“中药-揸针-呼吸功法训练”的传统三联治疗, 即服用自拟培土生金化痰方配合揸针和呼吸功法训练。2 w 后观察 2 组治疗前后临床症状、肺功能 (FEV1、FEV1/FVC)、血气分析相关指标 (PaO₂、PaCO₂、SaO₂、氧合指数)、血清炎症因子 (TNF-α、IL-6、CRP)、以及生存质量 (圣乔治呼吸问卷 SGRQ) 的变化。结果: 干预后治疗组与对照组相比, 总有效率升高, $P < 0.05$, 差异有统计学意义; FEV1 以及 FEV1/FVC 差异无统计学意义, $P > 0.05$; 除 Pa (CO₂) 之外, PaO₂、SaO₂、氧合指数升高, $P < 0.05$, 差异有统计学意义; 血清炎症因子水平降低, $P < 0.05$, 差异有统计学意义; 圣乔治呼吸问卷 (SGRQ) 评分降低, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。结论 “中药-揸针-呼吸功法”三联疗法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效显著, 能有效改善患者的症状, 降低炎症反应, 提高生存质量, 且内治外治结合, 主动被动结合, 值得临床进一步研究。

关键词: 中药; 揸针; 呼吸功法; AECOPD

中图分类号: R245.3; R563

文献标识码: A

文章编号: 1004-0668 (2018) 04-0060-05

DOI 编码: 10.13593/j.cnki.51-1501/r.2018.04.060

引文格式: 王明选, 李丹丹, 李平, 等. “中药-揸针-呼吸功法训练”三联疗法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床观察 [J]. 成都中医药大学学报, 2018, 41 (4): 60-64.

慢性阻塞性肺部疾病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 是一种具有气流受限为其典型特征的呼吸道疾病。其受限特点为气流受限不完全可逆、呈进行性发展, 继而肺功能持续下降, 生活质量明显降低。COPD 急性加重期可明显降低患者的生活质量, 加速肺功能恶化的进程, 也大大提高了严重并发症的发生率, 因此针对 COPD 急性加重期的遏制就显得尤为重要^[1]。

目前西医在控制 COPD 急性发作和感染方面, 仍无可替代, 然而其在治疗上基本局限于发作时的对症处理, 如果再滥用抗生素或糖皮质激素类药物, 将造成患者越发越重, 再发再治, 使治疗越来越难。基于此, 本研究在西医治疗的基础上, 联合传统医学的三联疗法, 即自拟的培土生金化痰方、配合揸针和呼吸功法训练的三联疗法, 取得较为满意的临床疗效, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

本研究的 100 例病例均来自于 2016 年 7 月 ~ 2018 年 2 月期间在遂宁市中心医院中医及中西医

科门诊及住院的 COPD 急性加重期患者。将满足纳入标准的 100 例患者, 按就诊顺序编号, 再从随机数字表第 2 行第 3 列起依次取 100 位数字, 奇数设为传统三联治疗组, 偶数为西医对照组, 结果治疗组 46 例, 对照组 54 例, 再按照随机数字表法从对照组中调 4 例到试验组, 最后得到每组 50 例。

治疗组中男性 35 例, 女性 15 例; 年龄最小者 46 岁, 最大者 69 岁; 平均年龄 56 岁, 平均病程 2.8 年, 有吸烟史患者 23 例; 对照组中男性 33 例, 女性 17 例; 年龄最小者 48 岁, 最大者 68 岁; 平均年龄 55 岁, 平均病程 3.1 年, 有吸烟史患者 19 例。2 组一般资料对比, 差别无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例诊断标准及纳入排除标准

1.2.1 诊断标准

参照 2007 年中华医学会呼吸病学分会制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》修订版^[2] 诊断标准。

1.2.2 中医辨证标准

以咳嗽、喘息 急促, 咯痰黄或白色, 黏稠状、

基金项目: 遂宁市中心医院院管课题 (2016y28)

第一作者: 王明选, 男, 1981 年生; 硕士, 副主任医师; E-mail: 2448640053@qq.com。

咯出较困难为主症。可兼有胸肋胀满、发热微恶寒、烦躁、大便较干、苔暗、苔黄或黄腻、脉浮或滑脉等症^[3]。

1.2.3 纳入标准:

①符合 COPD 诊断标准, 分级为 I, II, III 级, 分期属急性加重期; 肺功能检查在使用支气管扩张剂后 FEV₁/FVC < 70%; ②符合中医肺脾气虚证; ③年龄 45 ~ 75 岁; ④知情同意参加本试验的患者。

1.2.4 排除标准

①不符合诊断标准者, 分级为 0 级; ②恶性肿瘤、严重心功能不全、严重肝肾功能不全、长期卧床等严重疾病; ③妊娠或哺乳期妇女; ④精神病患者; ⑤同时参加其他研究试验者; ⑥治疗前 2 w 服用补肺健脾方药者, 如欲入组需进行 1 w 的洗脱期。⑦不同意参加试验的患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组

采用常规的西医基础治疗, 按照 GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 原则而制定方案: ①规律使用抗胆碱能药物, 必要时吸入吸入 β₂-受体激动剂; ②需要时静滴茶碱类药物; ③合理使用抗生素; ④必要时使用无创性间歇正压通气机辅助通气治疗。

1.3.2 治疗组

治疗组在西医基础治疗的基础上, 给予自拟培土生金化痰方、配合揞针和呼吸功法训练。(1) 中药治疗: 培土生金化痰方组成: 党参 15 g, 白术 10 g, 茯苓 10 g, 陈皮 6 g, 怀山药 30 g, 麻黄 10 g, 苏子 15 g, 杏仁 10 g, 炙甘草 6 g, 浙贝 10 g, 紫菀 15 g, 款冬花 15 g。辨证加减: 气虚明显者, 加黄芪 30 g; 兼阴虚者, 党参改为太子参 30 g; 兼痰热明显者, 加全瓜蒌 15 g, 橘红 15 g; 其余临床应用根据患者症状加减。中药由我科熬药房熬制, 3 袋/副, 约 150 mL/袋, 1 袋/次, 3 次/d, 饭后服用, 连服 2 w。(2) 揞针治疗: 采用“耳穴-体穴”相结合的揞针治疗方案, 揞针由清铃株式会社生产, 耳穴定位参照 1987 年世界卫生组织通过的“耳穴国际标准化方案”, 选用肺、神门、交感, 规格 0.20 mm × 0.30 mm; 操作: 用探棒按压所取穴位, 找出最敏感点, 以 75% 酒精消毒耳部皮肤, 将揞针埋于其点, 即按压 1.5 min; 体穴选用尺泽、定喘、列缺、肺俞、合谷、足三里进行埋针, 刺激强度以患者感酸胀、麻木、灼热、能耐受为度。督促患者每天在各穴位按压 3 次, 每次 4 ~ 5 min, 按压力度以出现有酸、胀、热或放射感为宜。更换 1 次/2 d, 耳穴及体穴交替共治疗 2 w。(3) 呼吸功

法训练: 本呼吸训练是以现代呼吸功能训练^[4]为基础, 再结合祖国医学的呼吸练气功法^[5], 其整体原则是先被动后主动, 逐渐过渡。具体步骤如下: ①首先进行被动手法, 治疗师双手放在患者两侧胸廓处, 当患者吸气胸廓抬高时, 治疗师双手给以轻微的阻力, 嘱患者抗阻吸气, 从而锻炼其呼吸肌; 而当患者呼气, 胸廓下压时, 治疗师双手贴住胸廓, 进行震颤法, 目的是通过震动使得在细末支气管停聚的痰液可以随着呼气逐渐向口咽处聚集, 最后主动咯出, 此手法 1 次/d, 20 min/次。②让患者做“气沉丹田”练习, 即吸气使腰和小腹丹田部位外凸, 呼气使腰和小腹丹田部位凹收, 每分钟呼、吸控制在 16 次左右, 每天练习 20 min; 再做发“嘶”练习, 肩胸保持平稳, 吸气使腰和小腹丹田部位凸起, 然后, 吸一口气发“嘶”, 要保持状态 30 s, 20 min/d。第三步加快呼吸频率, 使得“小腹外凸”-“小腹凹收”维持在 40 次/min 左右。每次练习 2 min, 2 次/d。③在呼吸功能训练的同时, 还可以参考古代的呼吸吐纳之法, 通过意守丹田, 静心调息来放松心身, 再以特定的口形进行有规律的吐纳, 常用的口形有“呵”“呼”“嘘”“吹”“唏”等字诀, 每个字诀吐纳数十次, 以绵远悠长、口中似有汨汨水声为宜。最后观想大自然精华之气从八万四千毛孔涌入体内, 填满丹田, 自觉胸中宗气充足。观想吐纳之后, 若感觉口中唾液增多, 则可以在观想调息之后, 缓缓咽下, 达到固本培元的目的。因患者处在 COPD 急性期, 呼吸功法训练应在适度的原则下进行, 同时在训练时应该密切关注患者的症状、体征, 若出现胸口憋闷、剧烈咳嗽、气紧发绀、呼吸困难等不适情况下应立即终止训练。呼吸功法训练每日应控制在 30 min 以内, 1 次/d, 共锻炼 2 w。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计软件, 计量资料采用均值 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较用单因素方差分析和 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

2 观察指标及疗效标准

2.1 观察指标

疗效: 用力肺活量 (FVC)、第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比 (FEV₁%); 血脉血气分析 (OB36311 血气分析仪 北京东方普利生公司); 动脉血氧分压 (PaO₂)、二氧化碳分压 (PaCO₂), 血氧饱和度 (SaO₂)、氧合指数; 血清炎症因子 TNF-α、IL-6 及 CRP; 生存质量评价。

2.2 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]所制定

的标准, 将呼吸困难、咳嗽、咯痰、发热、哮鸣音等症状和体征按照 6、4、2、0 分进行分级评分, 采用尼莫地平法^[7] 评定疗效: 疗效指数 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分 × 100%。显效: 疗效指数 ≥ 70%; 有效: ≥ 30%, 但 < 70%; 无效: < 30%。

2.3 实验方法

常规肺功能由我科肺功能技师使用比利时麦迪肺功能仪测定。血液标本的采集步骤: 晨起抽患者空腹静脉血 3 试管, 进行离心后取血清置入液氮中冻存待测。CRP 应用西门子 BNII 全自动特定蛋白分析仪进行免疫比浊法检测; TNF-α、IL-6 采取酶联免疫分析法 (ELISA) 检测。生存质量采用圣乔治呼吸问卷 (SGRQ) 评估, 包括 3 个方面: ① 呼吸症状: 如咳嗽及频次、咳痰及痰量等; ② 活动能力: 因肺功能障碍从而导致基本的日常生活能力下降, 如家务、运动完成困难或者等不能完成; ③ 心

理方面: 包括焦虑、痛苦、失望等负面情绪。分别计算各方面分值及总分, 分值从 0 ~ 100 分, 分值越高表示患者病情预后越不好。

3 结果

3.1 疗效结果

干预后治疗组与对照组相比, 总有效率升高, $P < 0.05$, 差异有统计学意义 (见表 1)。

表 1 2 组疗效结果比较

组别	n	疗效			有效率 (%)
		显效	有效	无效	
治疗组	50	12	29	9	82 [*]
对照组	50	5	25	20	60

注: 与对照组相比, ^{*} $P < 0.05$

3.2 FEV1、FEV1/FVC 值

2 组的 FEV1 以及 FEV1/FVC 较干预前均有统计学差异, $P < 0.05$; 而干预后治疗组的 FEV1 以及 FEV1/FVC 较对照组相比, 升高幅度不大, 差异无统计学意义, $P > 0.05$ (见表 2)。

表 2 2 组的 FEV1 以及 FEV1/FVC 前后比较

组别	n	FEV1		FEV1/FVC	
		干预前	干预后	干预前	干预后
		对照组	50	54.9 ± 21.4	63.8 ± 20.2 [#]
治疗组	50	56.8 ± 21.9	65.2 ± 21.9 [#]	60.5 ± 20.8	67.0 ± 21.6 [#]

注: 与干预前相比, [#] $P < 0.05$

3.3 血气分析值

2 组的 $p(O_2)$ (mmHg)、 $p(CO_2)$ (mmHg)、 SaO_2 (%)、氧合指数均较干预前升高, 差

异有统计学意义, $P < 0.05$ 。而除 $p(CO_2)$ 之外, 其余三项指标, 治疗组与对照组在干预后相比升高, 差异有统计学意义 (见表 3 ~ 4)。

表 3 2 组的 $p(O_2)$ 及 $p(CO_2)$ 前后比较

组别	n	$p(O_2)$		$p(CO_2)$	
		干预前	干预后	干预前	干预后
		对照组	50	60.32 ± 7.01	81.32 ± 7.65 [#]
治疗组	50	61.94 ± 6.89	95.89 ± 8.46 ^{**}	56.86 ± 5.85	33.95 ± 5.43 [#]

注: 与干预前相比, [#] $P < 0.05$; 与对照组相比, ^{*} $P < 0.05$

表 4 2 组的 SaO_2 (%) 及氧合指数比较

组别	n	SaO_2 (%)		氧合指数	
		干预前	干预后	干预前	干预后
		对照组	50	75.89 ± 7.65	89.56 ± 8.45 [#]
治疗组	50	76.28 ± 6.91	94.32 ± 7.98 ^{**}	150.95 ± 28.89	302.19 ± 40.58 ^{**}

注: 与干预前相比, [#] $P < 0.05$; 与对照组相比, ^{*} $P < 0.05$

3.4 TNF-α、IL-6、CRP

2 组的 TNF-α、IL-6、CRP 水平均较干预前降低, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。干预后组间比

较, 治疗组比对照组水平低, $P < 0.05$, 差异有统计学意义 (见表 5)。

表 5 2 组的 TNF-α、IL-6、CRP 前后比较

组别	n	TNF-α (pg/mL)		IL-6 (pg/mL)		CRP (mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
		对照组	50	15.2 ± 3.8	11.2 ± 3.8 [#]	28.8 ± 4.4	14.4 ± 4.2 [#]
治疗组	50	16.6 ± 3.7	7.6 ± 3.1 ^{**}	29.1 ± 4.7	0.7 ± 3.4 ^{**}	4.3 ± 2.7	3.2 ± 2.2 ^{**}

注: 与干预前相比, [#] $P < 0.05$; 与对照组相比, ^{*} $P < 0.05$

3.5 SGRQ 评分比较

2 组的 SGRQ 评分比较, 较干预前降低, 差异

有统计学意义。而干预后治疗组与对照组相比, $P < 0.05$, 差异有统计学意义(见表6)。

表6 2组的SGRQ比较 $\bar{x} \pm s$, 分

组别	n	SGRQ	
		干预前	干预后
对照组	50	52.53 ± 6.89	41.12 ± 6.41 [#]
治疗组	50	56.67 ± 6.92	32.75 ± 6.15 ^{#*}

注: 与干预前相比, [#] $P < 0.05$; 与对照组相比, ^{*} $P < 0.05$

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GLOD)在2016年进行了相关数据分析,推测到了2020年,COPD会跻身全球死亡原因的第3位^[8]。而在我国,COPD同样是严重危害人民群众健康的重要慢性呼吸系统疾病,近来对我国北部及中部地区农村10万例成年人群调查,COPD约占15岁以上人口的3%,患病率之高是十分惊人的^[1]。而又根据世界银行/世界卫生组织发表的联合研究,至2020年COPD将成为世界疾病经济负担的第五位^[9]。而慢性阻塞性肺疾病急性加重(Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, AECOPD)是COPD患者死亡的最为重要因素,也是COPD患者医疗费用支出的主要部分^[10]。而针对高死亡率、高经济负担的AECOPD,探寻到一套既能遏制病情恶化趋势、降低死亡率、又能提高患者生存质量的治疗方案,是当前研究的热点和难点。

在治疗方面,西医虽然是无可替代,但也有局限。传统医学如针灸、功法等方法,具有简便疗效等特点,可达到改善症状、增强疗效、缩短疗程、提高救治成功率的效果。中西医结合治疗,相互补充,相得益彰,其疗效明显优于单纯西医常规疗法^[11-44]。目前研究主要体现在中药和西药的结合,未构建传统医学内、外治的大框架,本研究正是为了弥补空白,联合三种疗法,内、外同治。内治选用自拟的“培土生金化痰方”,通过培土生金、补益脾气而润肺,方中党参、白术、茯苓均可补脾气,入脾土,脾为后天之土,气血生化之源,“四季脾旺不受邪”,“正气存内邪不可干”。陈皮行气燥湿、苏子消痰润肺,再兼之麻黄杏仁,一升一降,条达肺气。全方温润平和,配伍精当,以此为基础方,再随症加减。外治以“耳穴”配合“体针”,上下调节。揸针属于新型皮内针,具有便捷疼痛小、留针时间长等特点,至于耳穴体穴的选穴依据:尺泽为手太阴肺经穴,为肺经五输穴之合穴,可止咳平喘,清泻肺热;定喘穴为止咳平喘的经验用穴,常配伍肺俞,对咳嗽尤有奇效;列缺为八脉交会穴之一,同样可以宣肺平喘。合谷为手阳明大肠经的原穴,可通络行气;足三里为补虚要

穴,取之同样有“培土生金”之意。而耳穴选肺、神门、交感均为治疗咳嗽的常用穴。外治还采用呼吸功法训练,通过被动训练过渡到主动训练,锻炼其呼吸肌肌力,强化其肺部功能。大量的研究证明^[15-17],呼吸训练可以改善COPD患者肺功能情况,控制炎症。而上述研究均是在COPD稳定期进行的,笔者认为在AECOPD期,肺康复也应该早期介入,以被动呼吸肌训练和振颤排痰开始,视患者配合程度再进行主动训练的逐渐加量,这样才不会错过肺康复的“时间窗”。另一方面,本研究参照中国传统的吐纳法,不仅有呼吸调息的理论渊源,还包括通过采气练气的观想,一可以使得机体气足神完,二可以使得机体气机条畅,通过对形体的调控和锻炼,能引动经络、疏通气血、调整脏腑机能。虽然这种观想冥想有玄学的因素在其中,其颇同于气功,然而“开合毛孔”“以意驭气”“气沉丹田”的理念与现代医学的“运动想象疗法”是一脉相承的。运动想象(Motor Imagery, MI)的主要理论模式-心理神经肌肉理论(Psychoneuro Muscular Theory, PM理论)认为真实动作和意念想象有相同的运动神经元通路,通过对大脑皮层进行意念激活,可以使意念活动达到与真实活动同样的效果。

本实验通过中药、揸针、呼吸功法训练三联疗法,构建了传统医学辅助治疗AECOPD的体系,其对患者的症状、血气分析、炎症因子以及生活质量各个方面均有正向的改善作用,本治疗方法具有主被动结合、内外治合参的特点,且操作简单,值得临床进一步研究。

参考文献

- [1] CELLI BR, COTE CG, MATIN JM, et al. The Body-mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise-capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease [J]. N Engl J Med, 2004, 350: 1005-1008.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 8-17.
- [3] 田德禄. 中医内科学 [M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 94-102.
- [4] 林冰. 慢阻肺汤联合康复训练治疗慢性阻塞性肺疾病40例临床观察 [J]. 新中医, 2016, 48(11): 24-25.
- [5] 黄彬洋, 刘晓瑞, 王文春, 等. “辟谷-服气-服药”三联法治疗脊髓损伤及并发症的理论初探 [J]. 时珍国医国药, 2018, 29(04): 936-939.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究原则(第1辑) [S]. 1993.

- [7] 汪靖羽, 俞万钧. 培土生金针灸疗法改善慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者呼吸肌疲劳的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2015, 24 (04): 726-727.
- [8] GLOD Exective Committee. Global Strategy for The Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (updated 2016) [EB/OL]. (2015-12) [2016-11-14]. <http://www.goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2016>.
- [9] PAUWELS RA, BUIST AS, CALVERLEY PM *et al.* Global Strategy for The Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLB Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary. *Am J Respir Crit Care Med*, 2001, 163: 1256-1276.
- [10] 慢性阻塞性肺疾病急性加重 (AECOPD) 诊治专家组. 慢性阻塞性肺疾病急性加重 (AECOPD) 诊治中国专家共识 (2014年修订版) [J]. 国际呼吸杂志, 2014, 34 (1): 1-11.
- [11] 谢洪波. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 35 例 [J]. 浙江中医杂志, 2012, 47 (03): 192-193.
- [12] 陈远校. 泻肺逐痰丸治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (痰热壅肺证) 的临床研究 [D]. 湖南中医药大学, 2010: 34-36.
- [13] 齐霖. 慢肺方中西医结合治疗 COPD 痰热瘀阻证临床研究 [D]. 北京中医药大学, 2009: 42-45.
- [14] 赵文翰. 清热化痰法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床观察及其对外周血超氧化物歧化酶、脂质过氧化物的影响 [D]. 广州中医药大学, 2007: 13-16.
- [15] 王志燕. 强化呼吸锻炼对老年 COPD 患者肺功能及健康状况改善的效果研究 [D]. 中国人民解放军医学院, 2017: 56-58.
- [16] 吕沐桥. 呼吸肌训练对慢性阻塞性肺病患者肺康复的影响 [D]. 昆明医科大学, 2016: 59-61.
- [17] 邓丽金. “六字诀”呼吸操改善 COPD 稳定期患者预后的干预研究 [D]. 福建中医学院, 2009: 36-38.

(收稿日期: 2018-05-29 编辑: 杨露)

Clinical Observation on Treatment of AECOPD by “Chinese Medicine-Embedding Needle-Breathing Training” Triple Therapy

Wang Mingxuan, Li Dandan, Li Ping, Li Xiaodi

(Xuning Central Hospital, Xuning, 629000, China)

[Abstract] Objective: To explore the Clinical observation on the treatment of AECOPD by “Chinese medicine-embedding needle-breathing training” triple therapy. **Methods:** A single center single blind randomized study was used to select 100 AECOPD patients from outpatient and hospitalized patients, which were randomly divided into the treatment group and the control group (50 cases). The control group was treated with the western medicine according to the GOLD principle, and the treatment group increased the traditional triple therapy of “Chinese medicine-embedding needle-breathing training” on the basis of Western medicine treatment. That is to take self-made prescription drug, with the embedding needle and breathing training. After 2 weeks, the clinical symptoms, lung function (FEV1, FEV1/FVC), blood gas analysis related indexes (PaO₂, PaCO₂, SaO₂, oxygenation index), serum inflammatory factors (TNF-α, IL-6, CRP), and the QOL (St Georges respiratory questionnaire SGRQ) were observed before and after treatment. **Results:** The total effective rate of the treatment group was higher than the control group, $P \leq 0.05$, the difference was statistically significant, the difference between FEV1 and FEV1/FVC was not statistically significant, $P \geq 0.05$. Except Pa (CO₂), PaO₂, SaO₂, oxygenation index increased, $P \leq 0.05$, the difference was statistically significant; blood serum inflammatory factors were reduced, $P \leq 0.05$, difference has unification. The score of St Georges Respiratory Questionnaire (SGRQ) decreased, $P \leq 0.05$, the difference was statistically significant. **Conclusion:** The triple therapy of “Chinese medicine-embedding needle-breathing training” is effective in the treatment of AECOPD. It can effectively improve the symptoms of patients, reduce the inflammatory reaction, improve the quality of life, and combine internal and external treatment, actively and passively combined, which is worthy of further clinical research.

[Keywords] Chinese medicine; Embedding needle; Breathing training; AECOPD