

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.09.024

标准与规范

急性气管-支气管炎中医诊疗指南 (2015 版)

中华中医药学会肺系病分会 中国民族医药学会肺病分会

急性气管-支气管炎是由微生物感染、物理刺激、化学性刺激或过敏因素等引起的气管-支气管黏膜的急性炎症^[1], 临床表现以咳嗽为主, 常持续 1~3 周, 起病先有鼻塞、流涕、咽痛、声音嘶哑等上呼吸道感染症状和发热、畏寒、头痛、全身酸痛等全身症状。该病多由病毒感染所致, 其中成人以流感病毒和腺病毒多见, 肺炎支原体、肺炎衣原体也是引起本病的常见病原体, 常在病毒感染的基础上合并细菌或肺炎支原体、肺炎衣原体感染。常见于寒冷季节或气候突变时, 也可由急性上呼吸道感染迁延而来。

急性气管-支气管炎多属于中医学“咳嗽”范畴。2008 年发布的《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》^[2]中首次制定了急性气管-支气管炎的中医诊疗指南, 对于提高该病的临床诊疗水平具有一定的指导作用, 但仍多以专家经验或部分专家讨论共识为主, 缺乏必要的临床证据支持。近年来, 随着诊疗指南研制方法的共识与规范、新的中医辨证诊断标准^[3]的发布, 以及相关研究成果的产生, 研制新的循证诊疗指南十分必要。因此, 项目组成立了由中医-中西医结合临床和基础研究、临床流行病学、循证医学、统计学、卫生经济学等多学科人员组成的《急性气管-支气管炎中医诊疗指南》制定小组, 参照苏格兰指南制定组织 (Scottish Intercollegiate Guideline Network, SIGN) 所归纳的指南制定步骤^[4]、指南研究与评价的评审 (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation, AGREE) 工具^[5-6]、指南标准化会议 (Conference on Guidelines Standardization, COGS) 确定的评价指南标准^[7], 以循证医学思想为指导, 注重中医特色^[8], 对既往的相关证据进行了充分收集、评价。根据制

定的推荐意见的证据质量分级共分 5 级别 8 等次^[9], 获得了 15 个不同质量等级的相关证据 (其中 I a 级 2 篇、I b 级 2 篇、II a 级 2 篇、II b 级 1 篇、III a 级 0 篇、III b 级 5 篇、IV 级 3 篇、V 级 0 篇), 采用专家共识法形成证据的推荐意见, 起草了本指南, 通过中华中医药学会肺系病分会讨论通过, 并在全国 20 余家医院进行试用, 结合医患人员的调查结果进行了完善, 最终《形成急性气管-支气管炎中医诊疗指南》。

1 诊断^[1]

1.1 临床表现

1.1.1 症状 常先有急性上呼吸道感染症状如咳嗽、咯痰, 先为干咳或咯少量痰, 继而为黏液脓性痰, 痰量增多, 咳嗽加剧, 偶见痰中带血。如支气管发生痉挛, 可出现程度不等的气促。咳嗽和咯痰可延续 2~3 周, 有时可延长数周。

1.1.2 体征 两肺呼吸音粗, 有时可闻及散在湿啰音。

1.2 理化检查

1.2.1 血常规 白细胞计数和分类多无明显改变。细菌性感染时白细胞总数和中性粒细胞比例增高。

1.2.2 痰涂片或培养 可发现致病菌。

1.2.3 胸片 大多数正常或肺纹理增粗。

1.3 诊断要点

1) 起病较急, 常有急性上呼吸道感染的症状。2) 常有刺激性干咳, 咯少量黏液性痰伴胸骨后不适感; 伴有细菌感染时咳嗽剧烈, 咯痰量较多, 为黏液性或黏液脓性痰, 偶尔痰中带血。3) 全身症状较轻, 体温一般不超过 38℃。4) 两肺呼吸音粗, 有时可闻及散在湿啰音, 咳嗽、咯痰后消失。5) 胸片检查, 可见肺纹理增多或正常。6) 排除肺炎、肺结核、支气管肺癌、支气管内膜结核等疾病。

基金项目: 国家公益性行业科研专项(中医药行业)(201107002); 国家中医临床研究基地业务建设科研专项(JDZX2012029)

2 辨证论治

风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪和吸入烟尘秽浊之气，皆可侵袭肺系发病。由于四时气候变化的不同，人体感受的外邪亦有所不同，临床上以风寒、风热、风燥为多见。外邪犯肺不外二途，一是从口鼻直接犯肺，二是从皮毛侵入而内舍于肺。外邪袭于肺系，壅遏肺气而不得宣降，痰邪（痰热、痰湿）内生，肺气上逆而发病。风寒入里可化热或风热袭肺而成痰热内蕴。病久反复，伤及正气；或年老体弱，正气不足，卫外不固，容易受邪而使疾病反复发作且病程较长，常显正虚邪恋^[10]，正气不足多表现为肺气虚或气阴两虚。

本病临床常见证候包括实证类（风寒袭肺证、风热犯肺证、燥邪犯肺证、痰热壅肺证、痰湿阻肺证）、正虚邪恋类或体虚感邪类（肺气虚证、气阴两虚证）2类7个证候，可单独存在也常兼见，如风寒袭肺证兼痰热壅肺证称为外寒内热证。虽然有虚实之别，但可相互夹杂，正虚邪恋类或体虚感邪类多见于老年、体弱患者。本指南中证候辨证标准依据《急性气管-支气管炎的中医证候诊断标准（2013版）》^[3]。

治疗方面，一是以宣降肺气止咳为总的治疗原则，可随风寒、风热、风燥等邪的不同而分别予以疏风散寒、疏风清热、疏风润燥等；二是重视化痰降气，使痰清气顺，则咳嗽易除；三是注意固护正气，老年体弱多伴正气不足，发散清解不宜过重，注意顾护正气使祛邪而不伤正，或对于肺气虚或气阴两虚者应以扶正为主兼以祛邪；四是注意长期调补预防发病。素体正虚卫外不固，容易受邪而反复发作，则在未发病时可根据正虚性质不同而分别益气或益气养阴等^[10]。

2.1 实证类

2.1.1 风寒袭肺证

主症舌脉：咳嗽，痰白，痰清稀，恶寒，舌苔薄白，脉浮或浮紧。

次症：鼻塞，流清涕，咽痒，发热，无汗，肢体酸痛。

诊断：1) 咳嗽、痰白、痰清稀，或干咳；2) 鼻塞、流清涕；3) 恶寒、无汗或并发热；4) 肢体酸痛；5) 舌苔白，脉浮或浮紧。具备1)项，加2)、3)、4)、5)中2项。

治法：疏风散寒，宣肺止咳

方药：三拗汤（《太平惠民和剂局方》）合止

嗽散（《医学心悟》）加减：炙麻黄6g，苦杏仁9g，白前9g，荆芥9g，防风9g，紫苏子9g，陈皮9g，桔梗6g，百部12g，款冬花12g，炙甘草3g。

加减：往来寒热不解者，宜与小柴胡汤化裁；素有寒饮内伏，胸闷气逆、痰液清稀者，可与小青龙汤加减；痰多、舌苔白厚腻者，加厚朴9g、姜半夏9g、茯苓12g；风寒入里化热者或风寒束表而内有蕴热者，加生石膏20g（先煎）、黄芩9g、桑白皮12g；咳嗽阵发、气急、喘鸣、胸闷者，加僵蚕9g、枳壳12g；头痛明显者，加白芷6g，藁本9g；周身酸楚甚至酸痛者，加羌活9g、独活9g；气虚气短、乏力者，加党参12g、黄芪15g；阳虚畏寒、四肢不温者，加细辛2g、炮附片9g（先煎）。

中成药：通宣理肺类^{[11]66}，每次7g（丸剂）、9g（颗粒）、2粒（胶囊，0.36g/粒），每日2或3次，口服。小青龙合剂类^{[11]389}，每次6g（无糖型颗粒）/13g（有糖型颗粒）、3~6粒（胶囊，0.36g/粒），每日3次，口服。冬菀止咳颗粒^[12]，每次5g，每日3次，口服。

2.1.2 风热犯肺证

主症舌脉：咳嗽，痰黄，咽干甚则咽痛，发热，恶风，舌尖红，舌苔黄，脉浮或浮数。

次症：痰黏稠，咯痰不爽，鼻塞，流浊涕，鼻窍干热，咽痒，口渴，舌苔薄。

诊断：1) 咳嗽、痰黄或白黏，或痰少、咯痰不爽，或干咳；2) 鼻塞、流浊涕，或鼻窍干热；3) 恶风或并发热；4) 咽干甚则咽痛；5) 口干渴；6) 舌尖红，或舌苔薄黄或薄白干，脉浮数。具备1)项，加2)、3)、4)、5)、6)中3项。

治法：疏风清热，宣肺化痰。

方药：桑菊饮（《温病条辨》）加减：桑叶9g，菊花6g，苦杏仁9g，连翘12g，牛蒡子12g，前胡12g，黄芩9g，薄荷6g（后下），桔梗9g，芦根12g，甘草3g。

加减：头痛、目赤者，加夏枯草12g、栀子9g；咳甚，加百部15g，枇杷叶9g，浙贝母9g；喘促、汗出、口渴者，加炙麻黄6g、生石膏20g（先煎）；全身酸楚、无汗者，加荆芥9g、防风9g；咽喉肿痛者，加山豆根9g、玄参9g、马勃12g；口渴者，加天花粉12g、玄参9g；咳嗽阵作，加蒺藜12g、僵蚕9g、蝉蜕6g、白芍12g；气急、喘鸣、胸闷者，加僵蚕9g、紫苏子9g；夏

令兼夹暑湿,心烦、口渴、舌红者,减牛蒡子,加六一散;阴虚手足心热、口干、盗汗者,加麦冬 12 g、沙参 9 g、地骨皮 12 g。

中成药:感咳双清胶囊^[13],每次 0.6 g,每日 3 次,口服。急支糖浆^{[11]395},每次 20~30 ml,每日 3 或 4 次,口服。痰多兼有胸闷者,蛇胆川贝口服液^{[11]398},每次 10 ml,每日 2 次,口服。

2.1.3 燥邪犯肺证

主症舌脉:干咳,咳嗽,唇鼻干燥,口干,咽干甚则咽痛,舌苔薄,脉浮。

次症:痰黏难以咯出,口渴,发热,恶风,舌尖红,舌苔薄黄或薄白干,脉数。

诊断:1) 干咳,或痰少或黏、难以咯出;2) 唇鼻干燥;3) 口干甚则口渴;4) 咽干甚则咽痛;5) 恶风或并发热;6) 舌尖红,或舌苔薄黄或薄白干,脉浮或浮数。具备 1)、2) 2 项,加 3)、4)、5)、6) 中 2 项。

治法:清肺润燥,疏风清热。

方药:桑杏汤(《温病条辨》)加减:桑叶 9 g,苦杏仁 9 g,北沙参 12 g,麦冬 12 g,浙贝母 9 g,淡豆豉 6 g,栀子皮 6 g,瓜蒌皮 12 g,梨皮 12 g。

加减:燥热明显,加知母 12 g、生石膏 20 g(先煎);头痛发热明显,加薄荷 6 g(后下)、连翘 9 g;咽痛明显,加玄参 12 g、山豆根 9 g;鼻衄或痰有血丝,加白茅根 15 g,生地黄 15 g,藕节 15 g;口鼻干燥甚者,减黄芩、淡豆豉,加玄参 9 g、麦冬 15 g;咳甚胸痛,加枳壳 9 g、延胡索 12 g、白芍 19 g;咳嗽阵作,加玄参 12 g、地龙 15 g、蝉蜕 9 g、白芍 12 g。恶寒、无汗为凉燥者,方用杏苏散加减。

中成药:偏于凉燥者,杏苏止咳类^{[11]405},每次 10 ml(口服液)、12 g(颗粒),每日 3 次,口服。温燥者可选用桑菊感冒片^{[11]417},每次 4~8 片(0.62 g/薄膜片,0.34 g/普通片),每日 2 或 3 次,口服。咳嗽、痰多者,蜜炼川贝枇杷膏^{[11]418},每次 22 g(约一汤匙),每日 3 次,口服。干咳、少痰者,养阴清肺类^{[11]422},每次 9 g(水蜜丸)、10~20 ml(膏)、10 ml(口服液),每日 2 次,口服。

2.1.4 痰热壅肺证

主症舌脉:咳嗽,痰黄,痰黏稠,舌质红,舌苔黄腻,脉滑或滑数。

次症:痰多,咯痰不爽,口渴,胸闷,发热,大便秘结。

诊断:1) 咳嗽;2) 痰黏、色黄,或咯痰不爽;3) 发热,或口渴;4) 大便秘结;5) 舌质红,或舌苔黄或黄腻,脉数或滑数。具备 1)、2) 2 项,加 3)、4)、5) 中 2 项。

治法:清热化痰,肃肺止咳。

方药:清金化痰汤(《杂病广要》引《统旨方》)加减:桑白皮 9 g,黄芩 9 g,栀子 9 g,全瓜蒌 12 g,橘红 9 g,知母 9 g,浙贝母 9 g,苦杏仁 9 g,桔梗 9 g。

加减:痰热甚者,可加竹沥 10 ml、天竺黄 9 g;气急、喘鸣、胸闷者,减桔梗,加葶苈子 9 g、射干 9 g、地龙 15 g;胸痛明显者,加延胡索 12 g、赤芍 12 g、郁金 9 g;热盛伤津口渴甚者,减桔梗、橘红,加生石膏 20 g(先煎)、麦冬 12 g、玄参 12 g;大便秘结者,加酒大黄 9 g、枳实 9 g。

中成药:清气化痰丸^{[11]429},每次 6~9 g,每日 2 次,口服。肺力咳胶囊^{[11]430},每次 3 或 4 粒(0.3 g/粒),每日 3 次,口服。也可根据病情酌选中药注射剂,热毒宁注射液^[14]静脉滴注,每次 20 ml,每日 1 次;痰热清注射液^[15]静脉滴注,每次 20 ml,每日 1 次。

2.1.5 痰湿阻肺证

主症舌脉:咳嗽,痰多,痰白黏或有泡沫,舌苔白或白腻,脉滑。

次症:痰易咯出,口黏腻,胸闷,纳呆,食少,胃脘痞满,舌边齿痕,脉弦或濡。

诊断:1) 咳嗽;2) 痰多、白黏或有泡沫;3) 口黏腻,或纳呆或食少;4) 胃脘痞满;5) 舌边齿痕,或舌苔白或白腻,脉滑或濡或弦滑。具备 1)、2) 2 项,加 3)、4)、5) 中 2 项。

治法:燥湿健脾,化痰止咳。

方药:二陈汤(《太平惠民和剂局方》)合三子养亲汤(《韩氏医通》)加减:法半夏 12 g,茯苓 15 g,陈皮 12 g,白术 12 g,厚朴 9 g,白芥子 9 g,莱菔子 9 g,紫苏子 9 g,炙甘草 6 g,

加减:寒痰较重,痰黏白如沫,畏寒者,加干姜 9 g、细辛 3 g;脾虚湿盛,加党参 15 g、苍术 9 g、薏苡仁 20 g;胃脘痞满者,加白蔻仁 9 g、枳壳 12 g。外有风寒者,加荆芥 9 g、防风 9 g、紫苏梗 9 g。

中成药:二陈丸^{[11]433},每次 9~15 丸(6 g/100 丸),每日 2 次,口服。祛痰止咳胶囊^{[11]437},每次 4 粒(0.45 g/粒),每日 2 次,口服。

2.2 正虚邪恋类

2.2.1 肺气虚证

主症舌脉：咳嗽，气短，乏力，自汗，动则加重，畏风寒，舌质淡，舌苔白，脉弱或细。

次症：神疲，易感冒，舌苔薄，脉沉或缓。

诊断：1) 咳嗽，或咯痰无力；2) 神疲或乏力或气短，动则加重；3) 自汗、动则加重；4) 畏风寒，或易感冒；5) 舌质淡，脉沉细或沉缓或细弱。具备 1) 项，加 2)、3)、4)、5) 中 2 项。

治法：补肺益气，宣肺止咳。

方药：补肺汤（《永类衿方》）合玉屏风散（《世医得效方》）加减：党参 15 g，黄芪 15 g，防风 9 g，白术 12 g，茯苓 12 g，五味子 9 g，紫菀 12 g，苦杏仁 9 g，陈皮 9 g，炙甘草 6 g。

加减：寒热起伏、畏风寒明显者，加桂枝 9 g、白芍 12 g；若咯痰稀薄、时觉形寒，为肺虚有寒，可加干姜 6 g、紫苏子 9 g、款冬花 9 g；自汗甚者，加浮小麦 15 g、煅牡蛎 20 g；纳差者，加神曲 15 g、炒麦芽 15 g；脘腹胀闷，减黄芪，加木香 9 g、莱菔子 9 g。风寒未尽者，加荆芥 6 g、紫苏梗 9 g；风热未尽者，加桑叶 6 g、薄荷 6 g（后下）。

中成药：玉屏风颗粒^{[11]682}，每次 15~30 g，每日 2 次，口服。生脉饮口服液^{[11]709}，每次 10 ml，每日 3 次，口服。

2.2.2 气阴两虚证

主症舌脉：咳嗽，少痰，干咳，神疲，乏力，动则加重，易感冒，自汗，盗汗，舌质红、舌苔少，脉细。

次症：气短，畏风，手足心热，口干，口渴，舌体胖大甚至舌边齿痕或瘦小，舌质淡或红，舌苔薄或花剥，脉沉或数或弱。

诊断：1) 干咳或咳嗽少痰；2) 神疲或乏力或气短，动则加重；3) 畏风寒，或易感冒；4) 自汗或盗汗；5) 手足心热；6) 口干甚则口渴；7) 舌体胖大甚至边有齿痕或舌体瘦小，或舌质淡或红，或舌苔薄少或花剥，脉沉细或细弱或细数。具备 1) 项，加 2)、3)、4) 中 2 项及 5)、6)、7) 中 2 项。

治法：益气养阴，润肺止咳。

方药：生脉散（《内外伤辨惑论》）合沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减：太子参 15 g，北沙参 12 g，麦冬 12 g，五味子 9 g，玉竹 9 g，桑叶 9 g，浙贝母 9 g，款冬花 9 g，炙甘草 6 g。

加减：兼有痰热咯黄痰者，加黄芩 9 g、全瓜

蒺 15 g；口渴甚者，加天花粉 15 g、玄参 9 g；低热不退者，可加银柴胡 9 g、白薇 12 g；纳差食少者，加炒麦芽 15 g、炒谷芽 12 g；腹胀者，加陈皮 12 g、厚朴 9 g；盗汗者，加浮小麦 15 g、乌梅 12 g。

中成药：百合固金丸^{[11]751}，每次 6 g（水蜜丸），每日 2 次，口服。生脉饮口服液^{[11]709}，每次 10 ml，每日 3 次，口服。

3 其他治法

3.1 针刺

1) 主穴：肺俞、列缺、合谷，针用泻法。风热可疾刺，风寒留针。咽喉肿痛加少商、尺泽；发热加大椎、外关^[2]。

2) 主穴：肺俞、中府、列缺、太渊。风寒袭肺证，加肺门、合谷；风热犯肺证，加大椎、曲池、尺泽；燥邪伤肺证，加太溪、照海；痰湿蕴肺证，加足三里、丰隆；痰热郁肺证，加尺泽、天突；肝火犯肺证，加行间、鱼际；肺阴亏虚证，加膏肓、太溪。实证针用泻法，虚证针用平补平泻法^[16]。

3.2 单方验方

1) 桑叶 30 g、梨皮 30 g。煮水服，每日 3 次，适用于新感燥热咳嗽。

2) 紫苏子、苦杏仁、生姜、红糖各 10 g。将紫苏子与苦杏仁捣成泥，生姜切片共煎，取汁去渣，调入红糖再稍煮片刻，令其溶化，每日分 2 或 3 次饮用。主治外感风寒咳嗽。

3) 苦杏仁、桑叶、牛蒡子各 9 g，桔梗、薄荷叶各 5 g。水煎服，每日 2 次。适应于风热咳嗽。

4) 百合（鲜良者）、枇杷（去核）、鲜藕（洗净，切片）各 30 g。将百合、枇杷和藕片合煮汁，调入适量白糖，冰糖更好，代茶频频饮。适用于燥热伤肺所致的咳嗽。

5) 百部、生地黄、生姜、百合、麦冬各 10~15 g。每日 1 剂，水煎服。适用于阴虚久咳之证。

6) 川贝母研粉，装胶囊（0.4 g/粒），每次 5 粒，每日 3 次，口服。治疗咳嗽、咯黄痰、量多等痰热证患者^[17]。

3.3 穴位贴敷

1) 可用疏风宣肺、止咳化痰药敷贴胸背部腧穴，取穴天突、大椎、肺俞（双）、中府，每天换 1 次药贴，连续 10 天^[18]。

2) 白芥子 75 g、白芷 10 g，共研细末，加入少许蜂蜜拌匀成糊状，然后分成两半烤热后敷贴于

风门穴上,早晚各换药 1 次,连敷数日即愈,适用于风寒、风热外侵咳嗽^[19]。

该指南供中医内科、中西医结合内科医生临床使用。适合于急性气管-支气管炎的辨证治疗,慢性支气管炎急性发作可参考使用。该指南中的药物剂量为参考剂量,供临床应用时参考。

指南研制小组计划每 4~5 年对该指南的临床使用情况进行评估,并继续收集、评价新的临床证据,对指南进行补充与修改。

指南起草组组长:李建生*

主要成员:李建生,余学庆,李彬,张海龙,李素云,张洪春,晁恩祥,王永炎

执笔人:李建生,余学庆

* 通讯作者:li_js8@163.com (0371) 65676568

志谢:参加本指南制定讨论及临床试用的单位与专家有:北京中日友好医院晁恩祥、张洪春,中国中医科学院西苑医院苗青,上海中医药大学曙光医院张炜,天津中医药大学第一附属医院尹新中,天津中医药大学第二附属医院孙增涛、魏葆琳,辽宁中医药大学第二附属医院于雪峰,江苏省中医院朱佳、史锁芳、孙子凯,四川大学华西医院毛兵,陕西省中医院马战平,广州中医药大学第一附属医院张伟、孙志佳,广东省中医院林琳,河南中医药大学第二附属医院孟泳,河南中医药大学第三附属医院周淼,长春中医药大学附属医院宫晓燕,吉林省中医药科学院蔡鸿彦、孙良梅,青岛市中医医院周兆山,安徽中医药大学李泽庚,安徽中医药大学第一附属医院张念志,浙江省中医院王真,江西中医药大学附属医院薛汉荣,贵阳中医学院第一附属医院葛正行、刘良丽,宁夏医科大学中医学院刘敬霞,新疆维吾尔自治区中医医院李风森等。在本指南制定过程中得到王永炎院士、晁恩祥教授的悉心指导。特此一并感谢。

参考文献

- [1]中华医学会. 临床诊疗指南:呼吸病分册[M]. 北京:人民卫生出版社 2009:6-8.
- [2]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 2008:69-70.
- [3]中华中医药学会肺系病专业委员会. 急性气管-支气管炎中医证候诊断标准(2013 版)[J]. 中医杂志 2014, 55(3):259-261.
- [4]Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook[R/OL]. (2008-11-06) [2015-06-15]. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/> full text/50/.
- [5]The Agree Collaboration. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation(AGREE) instrument[R/OL]. (2008-11-06) [2015-06-15]. <http://www.agree-collaboration.org>.
- [6]詹思延. 临床指南研究与评价工具简介[J]. 中国循证儿科杂志 2007 2(5):375-377.
- [7]SHIFFMAN RN, SHEKELLE P, OVERHAGE JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guideline: a proposal from the Conference on Guideline Standardization [J]. Ann Intern Med 2003, 139(6):493-498.
- [8]李建生,余学庆. 中医临床治疗指南制定的现状与思考[J]. 中华中医药杂志 2010 25(5):647-650.
- [9]刘建平. 传统医学证据体的构成及证据分级的建议[J]. 中国中西医结合杂志 2007 27(12):1061-1062.
- [10]李建生. 急性气管-支气管炎中医辨证治疗概要[J]. 河南中医 2009 29(10):984-985.
- [11]李学林. 实用临床中药学(中成药部分)[M]. 北京:人民卫生出版社 2013.
- [12]洪广祥,张燕萍,黄敬耀,等. 冬苑止咳颗粒治疗急性支气管炎(风寒袭肺证)的临床及实验研究[J]. 中华中医药杂志 2006 21(12):737-741.
- [13]孟丹. 感咳双清胶囊辅治急性气管-支气管炎临床观察[J]. 临床合理用药 2012 5(1A):46-48.
- [14]刘禹翔,曾仲意,曲敬来,等. 热毒宁注射液治疗病毒性急性气管-支气管炎临床分析[J]. 中国中医急症, 2012 21(7):1177-1178.
- [15]王海南,叶小飞,贺佳. 痰热清注射液治疗急性气管-支气管炎随机对照试验的系统综述及文献质量评价[J]. 上海中医药大学学报 2012 26(6):33-37.
- [16]中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南:中医病证部分[J]. 北京:中国中医药出版社 2008:3.
- [17]丁红,阎博华,刘松山,等. 暗紫贝母和梭砂贝母治疗急性支气管炎(痰热咳嗽)的多中心、随机、双盲、对照试验[J]. 中国临床药理与治疗学 2010, 15(5):524-529.
- [18]中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 咳嗽中医诊疗专家共识意见(2011 版)[J]. 中医杂志, 2011 52(10):896-899.
- [19]王永炎,沈绍功. 今日中医内科[M]. 北京:人民卫生出版社 2000:93.

(收稿日期:2015-07-20;修回日期:2015-08-20)

[编辑:侯建春]