

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病者，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

蒌 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森,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]. 中国临床药理学与治疗学 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]