

止嗽散治疗感染后咳嗽随机对照试验的系统评价

荆晶¹,高振^{1,2},廖春燕¹,李凤森^{1*}

(1. 新疆医科大学附属中医医院国家中医临床研究基地,乌鲁木齐 830000;

2. 新疆医科大学,乌鲁木齐 830011)

[摘要] 目的:系统评价止嗽散治疗感染后咳嗽的疗效,为临床止嗽散治疗感染后咳嗽提供参考。方法:按 Cochrane 系统评价方法,计算机检索 CNKI,VIP,CBM 等数据库,检索时间从建库截止 2011 年 10 月,并手工检索相关文献,查找用止嗽散治疗或辅助治疗感染后咳嗽的随机对照试验。由 2 位研究者按照纳入排除标准筛选文献、评价质量并提取资料后,采用 RevMan 5.0 软件进行 Meta 分析。结果:共纳入 24 个发表的 RCT 研究($n=2147$),其中试验组 1087 例,对照组 1060 例;单纯止嗽散加减与西药治疗组治愈率固定效应模型显示合并 OR = 3.71,95% CI[2.96,4.66], $P < 0.00001$;止嗽散及其加减方联合西药与西药治疗相比,固定效应模型显示合并 OR = 2.76,95% CI[1.98,3.85], $P < 0.00001$ 。单纯止嗽散及其加减与西药治疗总有效率相比,固定效应模型显示合并 OR = 7.90,95% CI[5.67,11.01], $P < 0.00001$;止嗽散及其加减方联合西药与西药治疗总有效率相比,固定效应模型显示合并 OR = 3.62,95% CI[2.22,5.92], $P < 0.00001$ 。结论:现有证据证明止嗽散及其加减治疗感染后咳嗽疗效较优,但由于研究试验方法学存在缺陷,且存在发表偏倚,研究结果尚不能充分肯定,仍需要高质量的研究试验进一步证实。

[关键词] 止嗽散;感染后咳嗽;RCT 系统评价

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)16-0343-06

[收稿日期] 20121102(017)

[第一作者] 荆晶,硕士,E-mail:jingjing13579@163.com

[通讯作者] *李凤森,教授,博士生导师,从事呼吸系统疾病的中西医结合研究,Tel:(0991)5506733,E-mail:gaozhening@gmail.com

- [5] 中国中医药学会内科学会脑病专业委员会第六次学术会议,国家中医药管理局脑病急症协作组第二次会议.中风病先兆证诊断与疗效评定标准[J].北京中医学院学报,1993,16(6):66.
- [6] David Moher, Kenneth F Schulz, Douglas G Altman. The consort statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials [J]. Academia and clinic, 134 (8):657.
- [7] Alejandro R Jadad, R Andrew Moore, Dawn Carroll, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? [J]. Elaevier Science Inc,1996, 17:1.
- [8] 胡春申,钟卫红.补阳还五汤加味治疗中风先兆证 168 例疗效观察[J].中国中医急症,2009,18(6):869.
- [9] 周君定,杨睿.补阳还五汤联合银杏达莫治疗短暂性脑供血不足 30 例[J].陕西中医,2006,27(7):819.
- [10] 张秀丽,梁朝侠,李杰.补阳还五汤配合血塞通注射液治疗短暂性脑缺血急性发作临床观察[J].湖北中医杂志,2007,29(8):26.
- [11] 薛海滨.补阳还五汤治疗中风先兆证 48 例观察[J].中国社区中医,2012,307(14):205.
- [12] 崔爱平,杨爱香.加减补阳还五汤配合常规疗法治疗短暂性脑缺血发作 60 例[J].中国民间疗法,2003,11(2):47.
- [13] 刑兆宏,张秋霞,赵晖,等.补阳还五汤与六味地黄丸合方对脑缺血大鼠 APP 蛋白及突触重构的影响[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(20):161.
- [14] 孙智霞.三虫补阳还五汤对急性脑梗死患者临床及血液流变学指标的影响[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(12):234.
- [15] 胡小勤,曾学文,唐亚平,等.补阳还五汤、天麻钩藤饮与高血压气虚血瘀证、肝阳上亢证关联性研究[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(18):203.
- [16] 谢人明,汤臣康,李翠萍,等.补阳还五汤对心脏功能及心肌营养性血流影响的实验研究[J].中国中药杂志,1987,12(2):51.
- [16] 高宝海,赵晓峰,王忠慧,等.补气活血法治疗中风先兆临床观察[J].山东中医杂志,1994,13(5):199.
- [17] 周岚,梅晓云.中药复方促周围神经再生的研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(16):209.

[责任编辑 邹晓翠]

[doi] 10.11653/syfy2013160343

Zhisou San in Treating Coughi Induced by Infections Based on Randomized Clinical Trials-Meta-analysis

JING Jing¹, GAO Zhen^{1,2}, LIAO Chun-yan¹, LI Feng-sen^{1*}

(1. Traditional Chinese Medicine Hospital Affiliated to Xinjiang Medical University & National Clinical Research Base of Traditional Chinese Medicine, Ulumuqi 830000, China;
2. Xinjiang Medical University, Ulumuqi 830011, China)

[Abstract] **Objective:** A systematic review on treatment of infections by Zhisou san was carried out. **Method:** Meta-analysis of randomized controlled trial (RCT) was used, and RevMan 5.1 software for statistical analysis was adopted. **Result:** A total of 24 published RCT ($n=2147$) was included, which was divided into the experimental group of 1087 cases and the control group of 1060 cases. In simple Zhisou san and western medicine groups the combined OR of cure rate of the group fixed effects model was 3.71, 95% CI [2.96, 4.66], $P < 0.00001$; In Zhisou san combined with western medicine and western medicine, OR was 2.76, 95% CI [1.98, 3.85], $P < 0.00001$. The combined OR of Zhisou san was 7.90, 95% CI [5.67, 11.01], $P < 0.00001$; OR of Zhisou san combined with Western medicine. Western medicine was 3.62, 95% CI [2.22, 5.92], $P < 0.00001$. **Conclusion:** Zhisou san in treating infections may be effective, but the further confirmation by high-quality research trials was needed.

[Key words] Zhisou san; infection cough; RCT system evaluation

感染后咳嗽^[1]是指各种病原体如细菌、病毒、支原体等导致的呼吸道感染后继发的咳嗽,在感染控制后咳嗽仍迁延不愈,是慢性咳嗽的病因学诊断之一。中医将其归为外感咳嗽的范畴,是临床上的常见病。目前西医多以抗感染、止咳化痰对症治疗,但临床治疗疗效有限。止嗽散出自清代名医程钟龄所著《医学心悟》,由紫菀、百部、桔梗、荆芥、白前、甘草、陈皮组成。原书方解认为此方“药不贵险峻,惟期中病而已……本方温润和平,不寒不热,既无攻击过当之虞,大有启门驱贼之势。是以客邪易散,肺气安宁。”全方温而不燥,润而不膩,主治外感咳嗽。临床上也多单纯或联合用药治疗感染后咳嗽,已完成的止嗽散治疗感染后咳嗽相关临床试验,在缓解症状方面取得了较好的疗效,但研究散在且规模较小,总体证据级别不高。为弥补此种缺憾,特进行本研究,对止嗽散治疗感染后咳嗽的随机对照试验进行系统评价,以期为临床决策提供依据。

1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准 纳入标准:①研究对象为单纯使用止嗽散加减或是联合西药治疗感染后咳嗽的随机对照试验;②符合“感染后咳嗽”的临床诊断标

准;③所有文献在国内公开杂志发表。排除标准:统计方法不恰当;重复发表的文献。

1.2 检索策略 以“止嗽散”、“感冒后咳嗽”、“感染后咳嗽”、“久咳”“顽固性咳嗽”为检索词。电子检索中国期刊全文数据库、维普数据库、中国学术会议论文数据库、CBM 等国内各大数据库,交叉检索以防漏检。检索时间截止 2012 年 3 月。以主题词检索与自由词检索相结合的方式。

1.3 方法学质量评价 由两名研究者按照预先确立的标准,对纳入研究文献的方法学质量进行独立评价,不一致处由 2 人讨论解决或由第三方仲裁解决。纳入研究的方法学质量按 Cochrane Reviewers Handbook 对 RCT 的 4 条质量评价标准进行分析。系统评价手册包括以下几个方面:随机方法是否正确;是否做到分配隐藏;对研究对象、治疗方案实施者和结果测量者是否采用盲法;有无退出或失访,如有失访或退出时,是否采用意向治疗(ITT)分析;基线是否一致;针对文献每一项研究结果,对上述情况进行判断。完全满足上述质量标准,该研究存在偏倚的可能性最小(A 级);部分满足上述质量标准,该研究存在偏倚的可能性为中等(B 级);完全不满

足上述质量标准,则该研究存在偏倚的可能性为高度(C级)。

1.4 统计学分析 统计软件采用 Cochrane Rev Man5.1,每个纳入研究中的计数资料计算比数比(OR),以95%的可信区间(95% CI)表示。对异质性检验采用 $P \leq 0.10$ 和 $I^2 \geq 50\%$ 作为显著性判断标准,当 $P > 0.1$ 和 $I^2 < 50\%$ 时,采用固定效应模型进行合并分析;当 $P \leq 0.1$ 和 $I^2 \geq 50\%$ 时,采用随机效

应模型^[2]潜在的发表偏倚采用“倒漏斗”图示分析,并对纳入文献试验偏倚进行讨论^[3]。

2 结果

2.1 纳入研究的文献特征 初检共获得文献135篇,阅读标题和摘要后,从原始检索文献中初步检出止咳散治疗感染后咳嗽的临床试验的文献共45篇,阅读全文后最终纳入符合标准的文献24篇^[4-27]。纳入研究的基本特征见表1。

表1 纳入研究基本特征($\bar{x} \pm s$)

组别	纳入研究	试验组 /对照组 /n	年龄/岁		性别/男/女		干预措施	疗程 结局 /d 指标	
			试验组	对照组	试验组	对照组			
中药 VS	钟婉婷 2009	70/66	7 ~ 66	8 ~ 68	32/38	32/34	止咳散	复方甘草片;罗红霉素胶囊	5 1,2
西药	叶焰 2009	30/30	32.7		42/18		止咳散	复方甲氧那明胶囊(阿斯美胶囊)	7 2
	于国昌 2008	55/20	35	34	28/27	9/11	止咳散加减	阿莫西林、甘草合剂、咳必清	2
	许银姬 2008	30/29	35.2	34.6	16/14	16/13	止咳散加减	扑尔敏	10 2,3
	杨晓寰 2009	60/23	34	33	30/30	12/11	止咳散加减	复方甘草合剂	3 2
	许建平 2007	54/54	37	39	28/26	27/27	止咳散加减	西替利嗪;咳必清	10 2
	王树凡 2004	40/36	45.3	40.6	31/9	30/6	止咳散加减	口服头孢拉定胶囊、咳特灵胶囊	14 2
	孙惠华 2011	58/52	38	39	35/23	32/20	止咳散加减	马来酸氯苯那敏、溴己新	14 2
	宋菊芯 2010	80/78	8 ~ 64	9 ~ 66	35/45	32/36	止咳散	罗红霉素胶囊	10 2
	潘红斌 2010	65/63	35 ~ 66	33 ~ 65	38/27	35/28	止咳散加减	头孢呋辛酯胶囊,复方甘草合剂	14 2
	阚竞 2010	30/30	45.47 ± 8.36	44.59 ± 8.72	12/18	14/16	止咳散	右美沙芬、扑尔敏	10 2
	鞠诣然 2010	56/56	37.51 ± 9.47	40.18 ± 10.56	26/30	27/29	止咳散加减	扑尔敏、咳必清	15 2,3
	姜成军 2004	51/46	37.2	37.5	24/27	22/24	止咳散合三拗汤加减	西药抗炎止咳药	4 2
	胡杨 2007	58/56	31.5 ± 2.1	30.5 ± 2.3	31/27	30/26	止咳散加减	强力枇杷露、罗红霉素片、左氧氟沙星	14 2
	陈允旺 2002	50/30	16 ~ 78	18 ~ 75	20/30	12/18	止咳散加减	抗生素、咳化痰剂	5 2
	陈文喜 2009	30/28	40.87 ± 19.97	41.75 ± 17.25	14/16	13/15	止咳散合玉屏风散加减	西替利嗪、克咳敏	7 2,3
	蔡茜虹 2011	30/30	42	43	16/14	15/15	止咳散合三拗汤加减	富马酸酮替芬、美普清片、阿奇霉素软胶囊	7 2
	张健 2009	30/20	2 ~ 65		23/27		止咳散加减	静脉先锋 V、鱼腥草注射液、口服急支糖浆、复方甘草片	7 2
中药 + 西药	张文东 2007	30/40	36.2		32/48		止咳散加减 + 氯雷他定	氯雷他定	14 1
vs 西药	臧敏 2010	30/48	24.13 ± 0.46	25.76 ± 1.93	23/25	24/24	止咳散 + 复方甲氧那明胶囊	复方甲氧那明胶囊	7 2
	严沛元 2009	30/80	31.8		96/82		止咳散加减	马来酸氯苯那敏、盐酸伪麻黄碱	7 2
	吴滨 2011	30/52	38 ± 1.2	39 ± 1.6	28/30	17/35	止咳散加减	阿斯美胶囊	7 2
	黄进 2007	60/60	36.6 ± 11.8	35.9 ± 12.5	36/24	38/22	止咳散加减 + 开瑞坦、美喘清	开瑞坦、美喘清	7 2
	包斐丰 2011	30/33	40.32	41.42	16/17	18/15	止咳散 + 复方甲氧那明胶囊	复方甲氧那明胶囊	10 2,4

注:结局指标(1):治愈率;(2)有效率;(3)咳嗽症状评分;(4)中医症状。

2.2 纳入研究文献方法学质量 研究共纳入24个随机对照临床试验,试验例数2 147例,试验平均样

本量为94.75例(50 ~ 158例)。干预措施分单纯止咳散与西药治疗;止咳散合并西医治疗与西医治疗

两组。纳入文献中有 17 篇文献为 B 级,7 篇文献为 C 级,没有 A 级文献。24 篇文献中只有 2 篇文献^[20,25]提及了随机的方法,但随机方法不正确。剩余文献只提及随机二字,至于随机方案的实施及分配方案均不清楚。有 3 篇文献^[14,17,19]提到失随访,

但并未提及试验数据是否采用意向治疗(ITT)分析。没有一篇文献提到分配隐藏及盲法的方案。纳入的研究中,17 篇文献均有基线资料的描述,提到试验组与对照组病例在性别、年龄、病情、病程等方面无显著性差异,具有可比性。见表 2。

表 2 纳入研究方法学质量评价

No.	纳入研究	随机方法	分配隐藏	盲法	退出和失访	质量等级	ITT 分析	安全性
1	钟婉婷 2009	未提及	未提及	未提及	无	C	无	无
2	张文东 2007	未提及	未提及	未提及	无	C	无	无
3	张健 2009	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
4	臧敏 2010	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
5	于国昌 2008	未提及	未提及	未提及	无	C	无	无
6	叶焰 2009	未提及	未提及	未提及	无	C	无	无
7	杨晓寰 2009	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
8	严沛元 2009	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
9	许银姬 2008	未提及	未提及	未提及	无	B	无	有
10	许建平 2007	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
11	吴滨 2011	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
12	王树凡 2004	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
13	孙惠华 2011	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
14	宋菊芯 2010	未提及	未提及	未提及	无	C	无	无
15	潘红斌 2009	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
16	阚竞 2010	未提及	未提及	未提及	无	C	无	无
17	鞠诣然 2010	错误	未提及	未提及	有	C	无	有
18	姜成军 2004	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
19	黄进 2007	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
20	胡杨 2007	未提及	未提及	未提及	有	B	无	有
21	陈允旺 2002	未提及	未提及	未提及	无	C	无	无
22	陈文喜 2009	错误	未提及	未提及	有	C	无	有
23	蔡茜虹 2011	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无
24	包斐丰 2011	未提及	未提及	未提及	无	B	无	无

2.3 疗效评估结果 ①治愈率:单纯止嗽散及其加减方治疗感染后咳嗽与西药治疗相比,同质性检验结果($I^2 = 47\%$, $P = 0.02$),选用固定效应模式进行分析,结果显示 OR 合并 3.71。两组比较差异显著 95% CI[2.96,4.66], $P < 0.000 01$;止嗽散及其加减方联合西药治疗感染后咳嗽与西药治疗相比,同质性检验结果($I^2 = 0\%$, $P = 0.52$),选用固定效应模式进行分析,结果 OR = 2.76。两组比较具有统计学意义 95% CI[1.98,3.85], $P < 0.000 01$ 。见图 1。②总有效率:单纯止嗽散及其加减方治疗感染后咳嗽与西药治疗相比,同质性检验结果($I^2 = 0\%$, $P = 0.60$),选用固定效应模式进行分析,结果显示 OR = 7.90。两组比较差异显著 95% CI[5.67,11.01], $P < 0.000 01$;止嗽散及其加减方联合西药治疗感染后咳嗽与西药治疗相比,同质性检验结果($I^2 = 0\%$, $P = 0.92$),选用固定效应模式进行分析,结果 OR =

3.62。两组比较具有统计学意义 95% CI[2.22,5.92], $P < 0.000 01$ 。见图 2。

2.4 发表性偏倚的分析 本研究将两组干预措施的治愈率与总有效率的研究绘制漏斗图(图 3,4)。从两图可见,图形左右两侧的散点个数和位置明显不对称,表明纳入的文献存在一定的发表偏倚。

2.5 安全性评估结果 纳入的 24 篇文献中,有 4 篇文献^[12,20,25]提到了不良反应,有 2 篇文献^[12,25]描述了对照组出现不良反应的例数及症状。

3 讨论

中医认为,感染后咳嗽主要以六淫外邪侵袭肺系所致,以风邪束肺、肺失宣肃、肺气上逆为主要病机。张景岳提出“六气皆令人咳,风寒为主。”止嗽散出自清代名医程钟龄所著《医学心悟》,由桔梗、荆芥等 7 味中药组成,方中紫菀、百部为君,两药味苦性温,入肺经,润而不寒,皆可止咳化痰。桔梗味

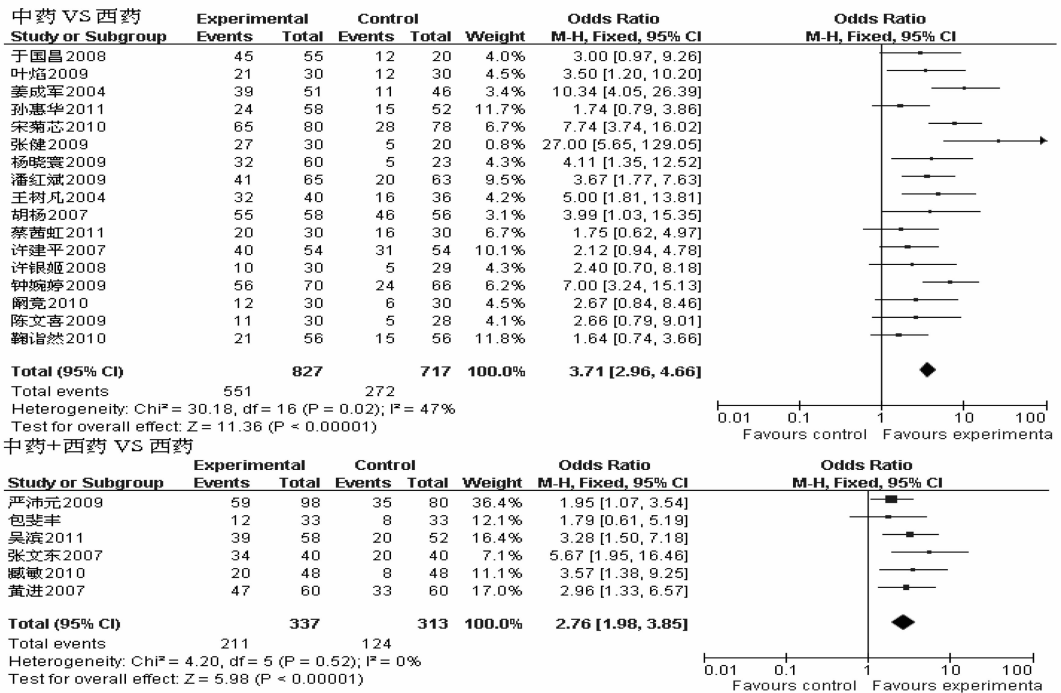


图1 两组干预措施治愈率分析

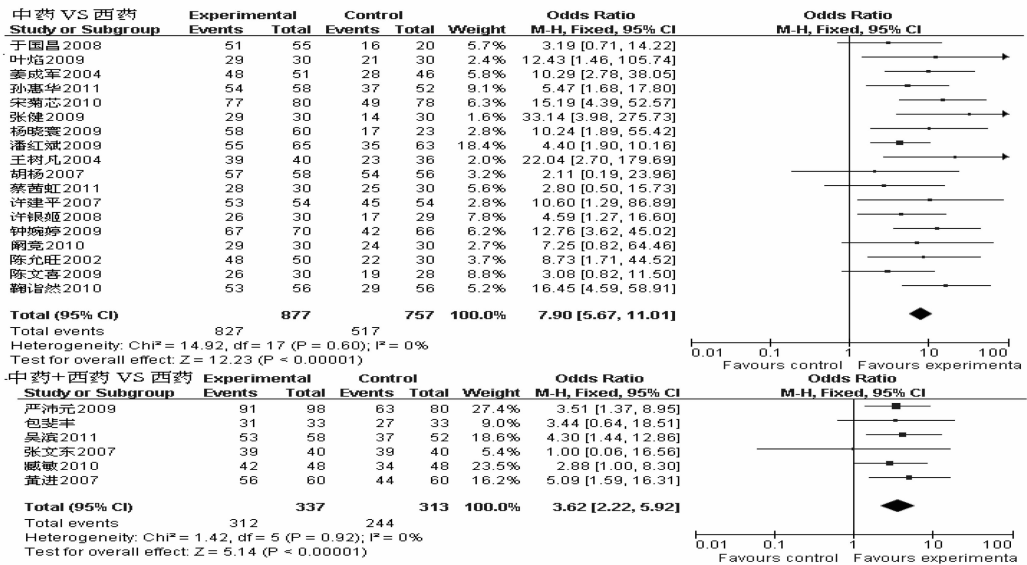


图2 两组干预措施总有效率分析

苦辛,善于开宣肺气;白前味辛甘,长于降气化痰。两药一宣一降,以复肺气之宣降,以增君药止咳化痰之力,为臣药。荆芥、橘红共为佐药疏风解表,理气化痰。甘草调和诸药,利咽止咳为佐使之用。此方温润和平,不寒不热,主治外感咳嗽,临床多常用,也收到较为满意的疗效。

本研究对使用止嗽散及其加减方治疗感染后咳嗽的RCT类文献进行系统评价分析,结果显示止嗽散加减或联合西药治疗感染后咳嗽的疗效及安全性优于西医对照组,差异具有显著统计学意义。故在

临床上单纯使用止嗽散或联合西药治疗感染后咳嗽可以缓解其症状,提高临床疗效,并且从使用西药出现的不良反应来看,中药在此方面确有其优势。只是纳入的文献存在一定的发表偏倚,且整体文献质量等级偏低,会使分析结果受到一定影响。

有关止嗽散加减治疗感染后咳嗽的文献数量在不断增加,但缺乏对量化研究结果进行恰当的统计学综合分析,缺乏更有利于指导临床科研、临床医疗的依据。本文纳入的24篇文献均存在着方法学方面的不足。大多的研究在样本量的估算;随机方案

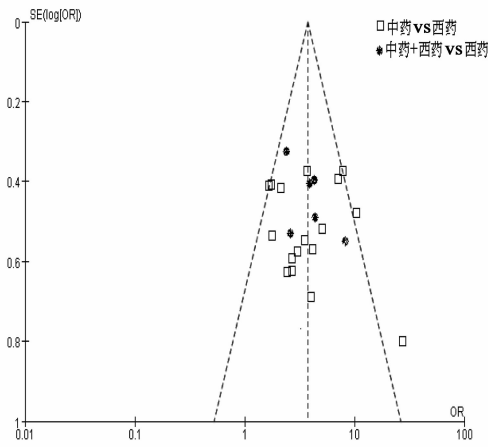


图 3 两组干预措施治愈率漏斗示意

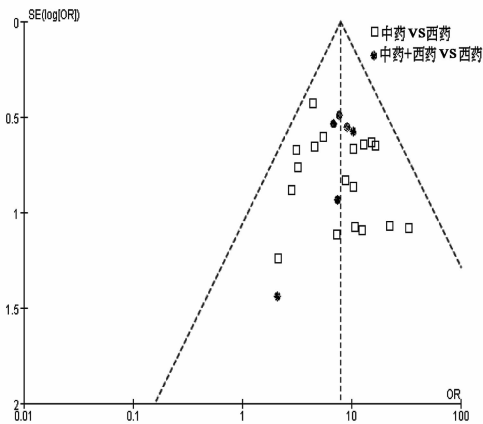


图 4 两组干预措施总有效率漏斗示意

的产生、分配、隐藏;盲法方案的使用;退出/脱落病例的统计方法等方面没有进行描述。这将影响试验的严密性和可信性,在一定程度上影响研究结果的真实性和可信性,而且由于数据库及文献检索方法等方面的不足,在文献检索及查询过程中可能会有遗漏,对统计结果会产生一定影响。因此今后仍需要进行高质量、大样本、多中心的随机临床试验,并且加强质量控制,从而为临床实践提供更为可信的证据。

[参考文献]

[1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽诊断与治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2005, 28(11): 738.

[2] 吴泰相, 刘关键, 李静. 影响系统评价质量的主要因素浅析[J]. 中国循证医学杂志, 2005, 5(1): 51.

[3] 王吉耀. 循证医学与临床实践[M]. 2 版. 北京: 科学出版社, 2006: 127.

[4] 钟婉婷. 止嗽散治疗感冒后久咳疗效观察[J]. 山西中医, 2009, 25(8): 14.

[5] 张文东. 中西医结合治疗感染后咳嗽 40 例[J]. 新中

医, 2007, 39(12): 67.

[6] 张健. 止嗽散加味治疗外感顽固性咳嗽 30 例[J]. 陕西中医, 2009, 30(8): 955.

[7] 臧敏. 止嗽散配合西药治疗上呼吸道感染后咳嗽 48 例[J]. 中国中医急症, 2010, 19(4): 664.

[8] 于国昌. 止嗽散加味治疗外感顽咳 55 例[J]. 吉林中医药, 2008, 28(8): 574.

[9] 叶焰, 里自然. 止嗽散治疗慢性咳嗽 60 例临床观察[J]. 中国医药导报, 2009, 29(6): 86.

[10] 杨晓寰. 止嗽散加减治疗感冒后咳嗽疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(28): 3447.

[11] 严沛元. 中西医结合治疗感冒后咳嗽临床体会[J]. 中国中医急症, 2009, 18(8): 1334.

[12] 许银姬, 辛瑾琛, 林琳. 加味止嗽散治疗感染后咳嗽 30 例[J]. 上海中医药杂志, 2008, 42(2): 25.

[13] 许建平, 许少华. 止嗽散合升降散治疗感染后咳嗽 54 例[J]. 福建中医药, 2007, 38(4): 37.

[14] 吴滨, 赵荣娟, 毛洪刚, 等. 中西医结合治疗感染后咳嗽 58 例[J]. 福建中医药, 2011, 42(1): 44.

[15] 王树凡. 止嗽散加减治疗感冒后久咳不止 40 例观察——附西医疗 36 例对照[J]. 中华实用中西医杂志, 2004, 4(17): 1014.

[16] 孙惠华. 止嗽散加味治疗感染后咳嗽 58 例观察[J]. 中国当代医药, 2011, 18(1): 95.

[17] 宋菊芯. 止嗽散治疗感冒后久咳 158 例[J]. 中医临床研究, 2010, 24(2): 21.

[18] 潘红斌. 止嗽散加味治疗感冒后咳嗽 65 例[J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(3): 195.

[19] 阚竞, 杨毅. 止嗽散加减治疗感染后咳嗽的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2010, 32(6): 41.

[20] 鞠诣然, 付东升. 三拗汤合止嗽散治疗咳嗽 56 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(3): 39.

[21] 姜成军. 三拗汤合止嗽散治疗呼吸道感染咳嗽 51 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2004, 14(9): 570.

[22] 黄进, 王家赐, 刘八一. 中西医结合治疗感冒后顽固咳嗽 60 例[J]. 广西中医药, 2007, 30(4): 18.

[23] 胡杨, 刘满珍. 止嗽散加减治疗感冒后久咳 58 例[J]. 广西中医药, 2007, 30(1): 20.

[24] 陈允旺, 陈丽华. 加味止嗽散治疗顽固性干咳 50 例[J]. 黑龙江中医药, 2002(5): 27.

[25] 陈文喜, 高凌云, 郑伟彬, 等. 中医辨治感染后咳嗽 30 例[J]. 福建中医药, 2009, 40(4): 26.

[26] 蔡茜虹. 止嗽散合三拗汤加减治疗感冒后咳嗽 30 例[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(1): 131.

[27] 包斐丰. 中西医结合治疗感染后咳嗽 33 例疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2011, 18(2): 143.

[责任编辑 邹晓翠]