

论著·临床研究

治伤风颗粒治感冒疗效与适应证型研究

张 映, 朱 佳

(南京中医药大学附属医院, 江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:观察治伤风颗粒治疗感冒发热患者临床疗效及不同中医证型对疗效的影响。方法:本研究采用观察性疗效比较研究设计,对使用治伤风颗粒治疗的 775 例门诊伴发热普通感冒患者进行疗效观察,并对中医诊断分组为风寒组、风热组患者的基线和临床结局资料进行分析,探讨疗效与中医证型的关系。结果:治伤风颗粒治疗感冒发热患者,退热起效时间平均(5.404±6.431)h,体温复常时间平均(12.230±13.745)h,卡他症状缓解时间平均(17.284±15.934)h,总有效率为 100%(痊愈率 43.48%,显效率 48.65%,有效率 7.87%);与风热组相比,风寒组基础体温更低($P<0.05$)、发病时间更早($P<0.05$);扣除其他混杂因素干扰,风寒组的卡他症状缓解时间仍显著短于风热组($P=0.008$);有序多分类 Logistic 回归分析显示,风寒组整体疗效优于风热组($OR=2.518, P=0.005$)。结论:治伤风颗粒治疗感冒发热患者,可快速缓解症状,整体疗效突出,更适用于风寒感冒患者。

[关键词] 治伤风颗粒;普通感冒;发热;临床疗效;风寒证;风热证

[中图分类号] R259.116

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2021)10-1067-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2021.10.008

Study on Clinical Efficacy of Zhishangfeng Granule(治伤风颗粒) and Applicable Traditional Chinese Medicine Syndrome Types of Common Cold

ZHANG Yi, ZHU Jia

(Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, China)

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of Zhishangfeng Granule(治伤风颗粒) in the treatment of common cold with fever and the influence on different traditional Chinese medicine(TCM) syndrome types on the curative effect. **Methods:** In this study, comparative effectiveness research(CER) design was used to observe the efficacy of Zhishangfeng Granule in the treatment of 775 outpatients with fever and common cold. The baseline and clinical outcome data of patients who were divided into wind cold group and wind heat group were analyzed to explore the relationship between curative effect and TCM syndrome types. **Results:** The average onset time of antipyretic effect was (5.404±6.431) h, the average time to return to normal body temperature was (12.230±13.745) h, the average remission time of catarrhal symptoms was (17.284±15.934) h, and the total effective rate was 100%(the curative rate was 43.48%, obvious effectiveness rate was 48.65%, effectiveness rate was 7.87%); compared with the wind heat group, the basal body temperature of the wind cold group was low($P<0.05$), and the onset time was early ($P<0.05$); when the interfering factors were removed, the remission time of catarrhal symptoms in the wind cold group was

[收稿日期] 2020-11-03

[基金项目] 国家自然科学基金项目(编号:81473609)

[作者简介] 张映(1995-),女,江苏无锡人,2018 年硕士研究生,研究方向:中医治疗肺脏疾病工作。邮箱:zhangyizzc@163.com。

[通信作者] 朱佳(1960-),男,主任中医师,教授,博士研究生导师,主要从事中医肺脏病临床研究。邮箱:jsnjz@163.com。

still significantly shorter than that in the wind heat group ($P=0.008$); Logistic regression analysis showed that the overall effect of wind cold group was better than that of wind heat group ($OR=2.518, P=0.005$).

Conclusions: For common cold with fever patients, Zhishangfeng Granule could quickly relieve symptoms, the overall effect is outstanding, and is applicable for common cold of wind heat syndrome.

Keywords Zhishangfeng Granules; common cold; fever; clinical efficacy; wind cold syndrome; wind heat syndrome

普通感冒是最常见的急性呼吸道感染性疾病, 正常成年人每年患普通感冒平均 2~6 次, 儿童平均 6~8 次, 临床常表现为鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、咽痛、恶寒、发热、头痛、关节痛、肌肉痛等一系列症状, 起病较急, 四时皆有, 以季节交替和冬春季节为多见, 属于中医学感冒范畴^[1]。治伤风颗粒为中西药复合制剂, 由葛根、麻黄、桂枝、白芍、大枣、生姜、甘草、人参、对乙酰氨基酚、无水咖啡因、盐酸那可汀、马来酸氯苯那敏组成, 具有发汗解表、解肌退热、舒筋抗过敏功效, 主要用于普通感冒的治疗。目前关于治伤风颗粒的临床研究较少, 相关报道不多, 本文就治伤风颗粒治疗感冒发热的临床疗效进行观察并对不同中医证型患者疗效的差异性进行统计分析。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医普通感冒参照《普通感冒规范诊治的专家共识》^[2]; 主要依据典型的临床症状诊断, 并在排除其他疾病的前提下确诊。

中医感冒风寒/风热证依据《普通感冒中医诊疗指南》2015 年版拟定^[1]。

风寒证: ①恶寒、无汗, 或有发热; ②鼻塞、流清涕; ③头痛, 或肢体酸楚甚则酸痛; ④脉浮或浮紧。具备①②项, 加③④其中一项。

风热证: ①恶风或有发热; ②鼻塞、流浊涕, 或鼻窍干热; ③头昏、胀, 甚至头痛, 或肢体酸楚; ④口干甚则口渴; ⑤咽干甚则咽痛; ⑥舌尖红, 或舌苔薄白干或薄黄, 或脉浮数。具备①②项, 加③④⑤⑥其中两项。

1.2 纳入标准

符合上述西医普通感冒和中医感冒风寒证/风热证诊断标准, 且腋下温度 $>37^{\circ}\text{C}$ 。本研究为临床病例观察性研究, 上市药物常规治疗, 无特殊干预, 由医院伦理委员会批准备案, 但患者无须签署知情同意书。

1.3 排除标准

对马来酸氯苯那敏、对乙酰氨基酚、咖啡因过敏者; 苯酮尿症患者; 严重肝肾功能不全者。

1.4 一般资料

南京中医药大学附属医院牵头组织 45 家医疗机构参与本研究, 选取 2019 年 4 月至 2020 年 2 月 775 例符合纳入标准的门诊感冒发热(腋下体温 $>37^{\circ}\text{C}$)患者进行治伤风颗粒注册登记研究。其中, 男 419 例, 占 54.06%, 女 356 例, 占 45.94%; 年龄 8~96 岁, 平均 (44.16 ± 18.30) 岁; 平均发病时间 (2.30 ± 1.40) d。

2 方法

2.1 研究与治疗方法

本研究采用观察性疗效比较研究(CER)设计和病例注册登记的方式收集资料。所有患者均给予治伤风颗粒(台湾地区明通化学制药股份有限公司第二厂, 注册证号 ZC20120002, 规格 2 g, 批号 18089012、19089009、19089013), 每次 2 g, 日 3 次。连续使用 3 d 为一个疗程, 72 h 后评价疗效。咽部红肿充血、扁桃体肿大、血常规检查结果提示白细胞偏高者酌情使用口服或静脉药物经验性抗感染治疗; 若咳嗽症状明显, 则加用止咳化痰等药物。

2.2 观察指标

体温, 入组时由接诊医生测量, 此后由患者或家属测量记录。服药后 1~2 d 每隔 1 h 测记 1 次, 第 3 天开始每隔 6 h 测记 1 次。此外, 第 1 天服药后前 4 h 每隔 0.5 h 测记 1 次以评判即刻退热时间。鼻塞、流涕、打喷嚏、咳嗽、咽痛等症状, 入组时由接诊医生通过详细追问病史记录, 此后由患者或家属记录上呼吸道卡他样症状的缓解情况及时间。

2.3 疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》拟定^[3]。痊愈: 治疗 48 h 内体温正常, 症状体征消失, 且无反复; 显效: 治疗 48 h 内体温正常, 症状体征明显改善; 有效: 治疗 72 h 内体温正常, 但仍有反复, 症状体征明显改善; 无效: 治疗 72 h 病情无好转或恶化。

2.4 中医证型对临床疗效的影响

基于不同中医证型患者体温、症状、体征等基线临床资料和退热起效时间、体温复常时间、卡他症状(包

括咳嗽、鼻塞、流涕、喷嚏等上呼吸道症状)缓解时间、疗效等级等临床结局资料,评估组间差异性,并以此采取相应统计学方法评估中医证型对临床疗效的影响。

2.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行统计分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 进行统计描述,计数资料用频数(%)进行统计描述;计量资料组间比较采用独立样本 t 检验、协方差分析,计数资料采用卡方检验、有序多分类 Logistic 回归分析等方法。取 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

3 结果

3.1 退热和卡他症状缓解作用

治伤风颗粒治疗 3 d 后,775 例感冒发热患者平均退热起效时间(5.404 ± 6.431)h,平均体温复常时间(12.230 ± 13.745)h,平均卡他症状缓解时间(17.284 ± 15.934)h。

3.2 临床疗效评价

治伤风颗粒治疗 3 d 后,775 例感冒发热患者痊愈率 43.48%,显效率 48.65%,有效率 7.87%,总有效率(痊愈率+显效率+有效率)100%,见表 1。

表 1 治伤风颗粒治疗感冒临床疗效评价

疗效评价	例数	百分比/%
痊愈	337	43.48
显效	377	48.65
有效	61	7.87
总有效	775	100

3.3 中医证型对疗效的影响

以中医证型不同,将患者划分为风寒组(430 例,55.48%)和风热组(345 例,44.52%),两组基线资料相比,年龄、性别、呼吸频率等差异无统计学意义($P>0.05$);风寒组基础体温更低($P<0.05$),发病时间更早($P<0.05$),心率、血压、鼻/咽/胸部状态正常与否、血常规等两组间比较差异也有统计学意义($P<0.05$),由此可见,风寒、风热两组样本存在明显的异质性。经治伤风颗粒治疗以后,两组临床结局变量相比:退热起效时间组间差异无统计学意义($P>0.05$);体温恢复正常时间、卡他症状缓解时间和疗效等级,组间差异有统计学意义($P<0.05$),风寒组获效优于风热组。见表 2。

但考虑其他变量的综合影响,为评估中医证型的影响,需做进一步统计分析。定量资料以基础体温、发病时间、心率、收缩压、舒张压为协变量,分别以退热起效时间、体温恢复正常时间、卡他症状缓解时间为

因变量,进行协方差分析;计数资料,以中医证型、血常规、鼻/咽/胸部状态正常与否等为自变量,症状等级为因变量,进行有序多分类 Logistic 回归分析,以考察中医证型对退热起效时间、体温复常时间、卡他症状缓解时间和疗效等级等临床结局的影响。

3.3.1 中医证型对退热起效时间的影响 退热起效时间协方差分析结果见表 3,各因素间无交互作用,协变量基础体温、心率对退热起效时间的影响差异有统计学意义($P<0.05$),扣除协变量的影响,分组变量中医证型对退热起效时间的影响差异无统计学意义($P>0.05$)。结果提示,中医证型对治伤风颗粒治疗后退热起效时间的影响可能不大。

3.3.2 中医证型对体温复常时间的影响 体温复常时间两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。考虑到两组样本间存在异质性,故采用协方差分析进一步分析,见表 4。各因素间无交互作用,协变量发病时间、心率对体温复常时间的影响差异有统计学意义($P<0.05$),扣除这两项协变量影响,分组变量中医证型对体温复常时间的影响差异无统计学意义($P>0.05$)。结果提示,中医证型对治伤风颗粒治疗后体温复常时间的影响可能不大。

3.3.3 中医证型对卡他症状缓解时间的影响 卡他症状缓解时间统计结果见表 5、表 6,各因素间无交互作用,协变量基础体温、发病时间对卡他症状缓解时间的影响差异有统计学意义,扣除这两项协变量的影响,分组变量中医证型对卡他症状缓解时间影响的差异仍然有统计学意义($P=0.008$),风寒组卡他症状的缓解时间显著短于风热组。

3.3.4 中医证型对疗效等级的影响 疗效评价为等级资料,以中医证型(1= 风寒,2= 风热),咽部状态(1= 正常,2= 异常)、鼻腔状态(1= 正常,2= 异常)、胸部状态(1= 正常,2= 异常)、血常规检查结果(1= 正常,2= 异常)为自变量,以疗效等级(1= 有效,2= 显效,3= 痊愈)为因变量,进行有序多分类 Logistic 回归分析。结果显示,中医证型、胸部状态是影响疗效等级的显著性因素,中医证型 $OR=2.518$ ($P=0.005$),胸部状态 $OR=2.132$ ($P=0.004$),即风寒组疗效比风热组疗效级别提高一个等级的概率为 2.518 倍,胸部状态正常的患者比胸部状态异常的患者疗效级别提高一个等级的概率为 2.132 倍。可见,中医证型和胸部状态是否正常,能够显著影响治伤风颗粒的临床疗效,其中,风寒感冒、肺胸部无异常的患者,疗效更佳。见表 7。

表 2 风寒组与风热组患者基线和结局变量比较

变量		风寒组(430 例)	风热组(345 例)	t/χ^2 值	P 值
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)		43.61 ± 17.99	44.84 ± 18.66	-0.93	0.353
性别/例(%)	男	230.0(53.5)	189(54.8)	0.129	0.719
	女	200.0(46.5)	156(45.2)		
发病时间($\bar{x} \pm s$, d)		2.11 ± 1.38	2.53 ± 1.39	-4.27	0.000
基础体温($\bar{x} \pm s$, °C)		37.96 ± 0.48	38.05 ± 0.51	-2.60	0.010
呼吸($\bar{x} \pm s$, 次/分)		17.58 ± 3.72	17.27 ± 2.48	1.30	0.193
心率($\bar{x} \pm s$, 次/分)		82.37 ± 8.43	83.66 ± 9.19	-2.01	0.045
收缩压($\bar{x} \pm s$, mm Hg)		124.35 ± 8.37	126.40 ± 12.27	-2.64	0.009
舒张压($\bar{x} \pm s$, mm Hg)		80.01 ± 7.81	78.70 ± 7.27	2.41	0.016
咽部症状/例(%)	无	389.0(90.5)	0(0)	626.635	0.001
	有	41.0(9.5)	345.0(100)	-	-
鼻腔症状/例(%)	无	382.0(88.8)	224.0(64.9)	64.177	0.001
	有	48.0(12.2)	121.0(35.1)	-	-
胸肺部症状/例(%)	无	406.0(94.4)	299.0(86.7)	14.000	0.001
	有	24.0(5.6)	46.0(13.3)	-	-
血常规检查/例(%)	正常	387.0(90.0)	225.0(65.2)	70.785	0.001
	异常	43.0(10.0)	120.0(34.8)	-	-
退热起效时间($\bar{x} \pm s$, h)		5.48 ± 6.47	5.31 ± 6.78	0.34	0.732
体温恢复正常时间($\bar{x} \pm s$, h)		11.08 ± 12.97	13.67 ± 14.65	-2.61	0.009
卡他症状缓解时间($\bar{x} \pm s$, h)		15.52 ± 15.52	19.49 ± 16.43	-3.45	0.001
	无效	0(0)	0(0)		
	有效	33.0(7.7)	28.0(8.1)		
	显效	151.0(35.1)	226.0(65.5)	78.240	0.001
疗效评价/例(%)	痊愈	246.0(57.2)	91.0(26.4)		

表 3 治伤风颗粒治疗感冒的退热起效时间协方差分析

源	III 型平方和	df	均方	F 值	Sig.
校正模型	1099.427 ^a	6	183.238	4.305	0.000
截距	266.499	1	266.499	6.261	0.013
中医证型	71.487	1	71.487	1.680	0.195
基础体温	229.935	1	229.935	5.402	0.020
发病时间	140.885	1	140.885	3.310	0.069
心率	290.310	1	290.310	6.821	0.009
收缩压	68.631	1	68.631	1.612	0.205
舒张压	76.371	1	76.371	1.794	0.181
误差	32 688.630	768	42.563		
总计	56 420.550	775			
校正的总计	33 788.058	774			

注:^aR²=0.033(调整 R²=0.025)。

4 讨论

现代医学认为,普通感冒多由病毒感染引起,鼻病毒是最常见的病原体,病毒局部复制引起细胞病变及炎症反应,导致一系列症状,如鼻塞、流涕、打喷嚏、发热、头痛、肌肉酸痛等,其中发热是感冒就诊

最常见的主诉症状之一,感冒患者发热的发生率为 53.7%^[4]。感冒发热患者是本研究重点关注的人群。感冒通常被视为自限性疾病,但易合并细菌感染,导致病情加重迁延并可产生严重的并发症,也可诱发其他慢性呼吸道疾病的急性发作或加重,甚至威胁患者生命^[5]。目前尚无特效的抗病毒药物,故以对症治疗、缓解感冒症状为主^[3]。

中医对感冒的认识则更为“精细化”,通过望闻问切,根据证候表现的差异性,又可分为风寒感冒(外感风寒)、风热感冒(外感风热)、暑湿感冒、体虚感冒等证型,其中最常见的是风寒感冒、风热感冒^[6]。风寒感冒的中医治疗策略是“辛温解表,散寒祛邪”,而风热感冒则强调“辛凉解表,清热解毒”。

治伤风颗粒是以经方葛根汤为基础的中西药复方制剂,用于“缓解感冒引起的鼻塞、流鼻水、打喷嚏、咳嗽、咽喉痛、发热、头痛、关节痛、肌肉痛等症状”。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》第 31 条曰:“太阳病,项背强几几,无汗,恶风,葛根汤主之。”^[7]太阳病

表 4 治伤风颗粒治疗感冒体温复常时间协方差分析

源	Ⅲ型平方和	df	均方	F 值	Sig.
校正模型	6330.443 ^a	6	1055.074	5.747	0.000
截距	575.236	1	575.236	3.133	0.077
中医证型	437.885	1	437.885	2.385	0.123
基础体温	508.098	1	508.098	2.768	0.097
发病时间	1444.714	1	1444.714	7.869	0.005
心率	1296.094	1	1296.094	7.060	0.008
收缩压	222.017	1	222.017	1.209	0.272
舒张压	388.655	1	388.655	2.117	0.146
误差	140 994.278	768	183.586		
总计	263 252.280	775			
校正的总计	14 7324.721	774			

注：^aR²=0.043(调整 R²=0.035)。

表 5 治伤风颗粒治疗感冒卡他症状缓解时间协方差分析

源	Ⅲ型平方和	df	均方	F 值	Sig.
校正模型	10 879.944 ^a	6	1813.324	7.393	0.000
截距	1284.939	1	1284.939	5.239	0.022
中医证型	1729.353	1	1729.353	7.051	0.008
基础体温	1511.222	1	1511.222	6.162	0.013
发病时间	3214.563	1	3214.563	13.106	0.000
心率	941.175	1	941.175	3.837	0.050
收缩压	431.765	1	431.765	1.760	0.185
舒张压	30.271	1	30.271	.123	0.725
误差	188 365.604	768	245.268		
总计	430 763.000	775			
校正的总计	199 245.548	774			

注：^aR²=0.055(调整 R²=0.047)。

表 6 治伤风颗粒治疗感冒卡他症状缓解时间中医证型成对比较

(I)中医证型	(J)中医证型	均值差值(I-J)	标准误差	Sig.a	95% 置信区间 ^a	
					下限	上限
风寒证	风热证	-3.079 [*]	1.160	0.008	-5.356	-0.803
风热证	风寒证	3.079 [*]	1.160	0.008	0.803	5.356

注：风寒证与风热证两组成对比较，^aP<0.05，差异有统计学意义；^{*} 两组均值差值，绝对值相等。

表 7 治伤风颗粒治疗感冒计数资料有序多分类 Logistic 回归分析

项目	估计	标准误	Wald 值	df 值	显著性	95%置信区间		OR 值	
						下限	上限		
阈值	[疗效等级 =1.00]	1.415	0.273	26.801	1.000	0.000	1.950	0.879	0.243
	[疗效等级 =2.00]	1.484	0.271	30.012	1.000	0.000	0.953	2.014	4.409
位置	[中医证型 =1.00]	0.924	0.327	7.967	1.000	0.005	0.282	1.565	2.518
	[中医证型 =2.00]	0 ^a	-	-	0.000	-	-	-	-
	[咽部状态 =1.00]	0.173	0.327	0.279	1.000	0.598	0.468	0.814	1.188
	[咽部状态 =2.00]	0 ^a	-	-	0.000	-	-	-	-
	[鼻腔 =1.00]	0.068	0.189	0.132	1.000	0.717	0.438	0.301	0.934
	[鼻腔 =2.00]	0 ^a	-	-	0.000	-	-	-	-
	[肺胸部 =1.00]	0.757	0.262	8.375	1.000	0.004	0.244	1.270	2.132
	[肺胸部 =2.00]	0 ^a	-	-	0.000	-	-	-	-
	[血常规 =1.00]	0.027	0.190	0.020	1.000	0.888	0.398	0.345	0.974
	[血常规 =2.00]	0 ^a	-	-	0.000	-	-	-	-

注：^a 回归分析以此为基线标准。

即为原文第一条所说的“脉浮，头项强痛而恶寒”之太阳伤寒表实证。葛根汤作为太阳病之代表方，有发汗解表、升阳解肌、生津舒筋之效，主要用于邪客太阳经输，经气不利，卫闭营郁的证治。从药物组成来看，本方可看作由桂枝汤加麻黄、葛根化裁而来。方中葛根为君药，始载于《神农本草经》：“味甘平，主消渴，身大热，呕吐，诸痹，起阴气，解诸毒”^[8]，有解表散寒、解肌退热、生津止渴、滋养经脉、疏经通络之功效；麻黄发汗散寒，桂枝辛温解表、温经通脉，共为

臣药；白芍协同桂枝调和营卫，又酸能敛阴，养血柔肝，可缓和筋脉之急，防麻黄、桂枝发汗太过；生姜、大枣、甘草调和脾胃以和中。七药合用，使营卫调和，表里双解。现代研究表明，葛根汤具有抗炎、抗流感病毒、解热、镇痛、抗过敏、免疫调节等作用，可用于治疗感冒、急性上呼吸道感染、流感等多种疾病^[9]。加入人参，补脾益肺、益气生津。《本草纲目》认为人参“治男妇一切虚证”^[10]。《素问·评热病论》中云：“邪之所凑，其气必虚”^[11]，运用人参可补益肺气，同时防

止病程中耗伤正气津液,对内热津伤、正气亏虚者尤为适合。另外,对乙酰氨基酚作为最常用的解热镇痛药之一,对发热、咽痛、全身酸痛等效果明显,且安全性高;盐酸那可汀为周围性镇咳药,适用于不同原因引起的咳嗽;马来酸氯苯那敏为第一代抗组胺药,有抗过敏、抗胆碱能作用,能有效缓解咳嗽、喷嚏、流涕等症状;咖啡因既能加强解热镇痛药的疗效,又能缓解抗组胺药所引起的嗜睡作用。上述多种成分协同起效,中西结合,共同作用于机体,具有抗感冒作用。

CER 是在真实世界对不同干预措施和干预策略在预防、诊断、治疗和疾病监控方面的利弊进行比较,对实效资料进行评价,可用于评估药品上市后应用的有效率、长期效应、剂量和疗程、新的适应证以及疗效影响因素等^[12]。本研究采用 CER,对使用治伤风颗粒治疗的 775 例伴发热症状门诊普通感冒患者进行疗效观察,并对中医诊断分组为风寒组、风热组患者的基线和临床结局资料进行分析,探讨疗效与中医证型的关系;本研究采用多中心设计以控制选择偏倚,采用协方差分析等统计方法以降低混杂因素影响。

初步研究表明:治伤风颗粒治疗感冒发热患者的平均退热起效时间为(5.404±6.431)h、体温复常时间(12.230±13.745)h、愈显率为 92.13%,与其他中药治疗急性上呼吸道感染 Meta 分析文献资料^[13](7.30~13.63 h,17.65~24.96 h,51.43%~90.54%)相比,有一定优势,但仍需多中心随机对照试验进行验证。中医证型对疗效的影响方面,扣除混杂因素综合干扰,卡他症状缓解时间($P=0.008$)和疗效等级($OR=2.518,P=0.005$),风寒组仍显著优于风热组,提示治伤风颗粒在风寒感冒群体中有望取得更好疗效。

综上所述,治伤风颗粒对于感冒发热患者,疗效满意;中医诊断为风寒感冒患者,疗效可能更突出。此外,相对于异常患者,肺胸部状态正常患者有利于取得更好疗效。

参加研究单位(按综合贡献排序):南京中医药大学附属医院、徐州市中心医院、镇江市句容市中医院、镇江市丹徒区人民医院、宿迁市第一人民医院、镇江瑞康医院、南京同仁医院、南通市老年康复医院、镇江扬中市人民医院、南京解放路医院、常州市第四人民医院、南京市浦口医院、宿迁市东方医院、常州市兰陵街道社区卫生服务中心、南京瑞东医院、镇江扬中市油坊镇卫生院、宿迁市工人医院、徐州世纪医院、镇江扬中市中医院、镇江市东吴医院、徐州

邳州市中医院、常州市雕庄卫生服务中心、淮安市洪泽区中医院、镇江市第一人民医院新区分院、徐州市沛县中医院、镇江扬中八桥医院、安徽阜阳市人民医院、常州市焦溪卫生院、河北廊坊市中医院、山东青岛市第八人民医院、河南新乡市中心医院、镇江丹阳曙光医院、南京江北人民医院、南京市浦口区中医院、镇江市丹徒区中医院、徐州市康复医院、镇江扬中市兴隆街道社区卫生服务中心、淮安市洪泽区人民医院、徐州市沛县人民医院、南京市兴隆街道社区卫生服务中心、黑龙江齐齐哈尔医学院附属第三医院、山东青岛市立医院、镇江市中西医结合肾脏病研究所、南京市浦口区中心医院、河南中医药大学第一附属医院。

[参考文献]

- [1] 李建生,余学庆. 普通感冒中医诊疗指南[J]. 中医杂志, 2016,57(8):716-720.
- [2] 中国医师协会呼吸医师分会,中国医师协会急诊医师分会. 普通感冒规范诊治的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2012,51(4):330-333.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则:试行[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:58.
- [4] 赖克方,林玲,林江涛,等. 231 例感冒患者的常见症状和体征的频率分布[J]. 国际呼吸杂志,2010(7):388-390.
- [5] JOHNSTON N W, OLSSON M, EDSBACKER S, et al. Colds as predictors of the onset and severity of COPD exacerbations[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis,2017, 12:839-848.
- [6] 乔洁,胡镜清,刘保延. 普通感冒中医常见症征、证候类型与疗效评价指标专家调查[J]. 世界中医药,2013,8(6):609-612.
- [7] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京:中国医药科技出版社,2013:5.
- [8] 神农本草经[M]. 陈国勇,主编. 广州:广州出版社,2003:21.
- [9] 阴继爱,戴岳,安树彪. 葛根汤的药理和临床研究概况[J]. 中华中医药学刊,2007,25(6):1275-1278.
- [10] 常学辉. 本草纲目全解[M]. 天津:天津科学技术出版社,2018:144.
- [11] 郑伟达,郑东海. 黄帝内经新解[M]. 北京:中国医药科技出版社,2016:60.
- [12] VELENTGAS. 观察性疗效比较研究的方案制定:使用者指南[M]. 詹思延,主译. 北京:北京大学医学出版社,2014:3.
- [13] 张文斌,蒋红丽,周维,等. 中药治疗急性上呼吸道感染随机对照试验的系统评价[J]. 中西医结合学报,2009, 7(8):706-716.