

基于“肺鼻同治”理论辨治上气道咳嗽综合征

邓晓晓, 崔景东, 田金娜*

成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

收稿日期: 2025年9月17日; 录用日期: 2025年10月27日; 发布日期: 2025年11月3日

摘要

本文以“肺鼻同治”理论为指导, 结合儿童“稚阴稚阳”、肺脾不足、卫外不固的体质特点, 探析上气道咳嗽综合征(Upper Airway Cough Syndrome, UACS)的中医病因病机。认为“风为首因、痰为核心、虚为根本”, 乃本病迁延难愈之关键。外感风邪易伏于肺鼻, 反复诱发咳嗽; 痰湿内阻则为疾病缠绵不愈之标; 肺脾气虚则为反复发作之本。提出“肺鼻同治”的思路, 即以疏风宣肺、清利鼻窍、化痰祛湿、扶正固本为治, 分期施治: 急性期以祛风通窍、止咳化痰为要, 兼顾固护正气; 缓解期则以健脾益肺、扶正祛邪为主, 调和气机, 防止复发。文中结合刘小凡教授临床指导下的典型病例, 论证“肺鼻同治”在上气道咳嗽综合征中的疗效与优势, 为小儿慢性咳嗽类疾病的辨证施治提供了可循路径, 具有重要理论意义与临床价值。

关键词

上气道咳嗽综合征, 肺鼻同治, 中医辨治, 慢性咳嗽

Management of Upper Airway Cough Syndrome Based on the “Lung-Nose Co-Treatment” Theory

Xiaoxiao Deng, Jingdong Cui, Jinna Tian*

School of Clinical Medicine, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

Received: September 17, 2025; accepted: October 27, 2025; published: November 3, 2025

Abstract

This study, guided by the “Lung-Nose Co-Treatment” (Fei-Bi Tong Zhi) theory, investigates the pathogenesis of Upper Airway Cough Syndrome (UACS) in children, considering their characteristics of “immature yin and yang”, lung-spleen deficiency, and unstable defensive qi. It identifies wind as the

*通讯作者。

文章引用: 邓晓晓, 崔景东, 田金娜. 基于“肺鼻同治”理论辨治上气道咳嗽综合征[J]. 亚洲急诊医学病例研究, 2025, 13(4): 332-338. DOI: 10.12677/acrem.2025.134046

primary cause, phlegm as the core, and deficiency as the root, underlying the chronicity and recurrence of the disease. Exogenous wind pathogens tend to lodge in the lung and nasal passages, repeatedly triggering cough, while phlegm-damp retention perpetuates symptoms, and lung-spleen qi deficiency predisposes to relapse. The “Lung-Nose Co-Treatment” strategy emphasizes dispersing wind and facilitating lung function, clearing nasal passages, resolving phlegm and dampness, and reinforcing the body’s root. Treatment is staged: the acute phase focuses on expelling wind, opening nasal passages, relieving cough, and resolving phlegm, while supporting defensive qi; the remission phase aims to strengthen the spleen and lung, consolidate upright qi, harmonize qi movement, and prevent recurrence. Representative clinical cases under Professor Liu Xiaofan’s guidance illustrate the efficacy and advantages of this approach, providing a practical framework for syndrome differentiation and management of pediatric chronic cough, with significant theoretical and clinical implications.

Keywords

Upper Airway Cough Syndrome, Lung-Nose Co-Treatment, TCM Syndrome Differentiation and Treatment, Chronic Cough

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

上气道咳嗽综合征(UACS)主要表现为咽后壁异物感、咳嗽、鼻塞及鼻涕多,且咳嗽常在夜间或清晨加重[1],是临床较为常见的慢性疾病,与哮喘、胃食管反流性疾病构成儿童慢性咳嗽的三大主因,占慢性咳嗽的39.73%[2]。西医多采取抗组胺药、鼻用糖皮质激素及抗生素治疗,但疗效存在个体差异,且易复发[3]。现代医学认为其主要病因包括鼻炎、鼻窦炎及咽喉炎等[4]。然而,从中医整体观出发,根据其临床表现多样,可归入中医“久咳”“久嗽”“鼻鼽”“慢喉痹”“慢乳蛾”等病名范畴。UACS的病机不仅涉及肺,还密切关联鼻及上焦诸脏腑功能失衡。因此,基于“肺鼻同治”理论进行辨证施治,对于改善症状、调理脏腑功能具有重要意义。

2. 现代医学对上气道咳嗽综合征的发病机制的认识

上呼吸道咳嗽综合征(UACS),曾称为后鼻滴综合征,是导致慢性咳嗽的最常见病因之一[5]。然而,UACS/后鼻滴综合征的发病机制仍不明确,全球各国医师对此病的定义和治疗方式存在差异。目前提出的UACS病因假说包括:早期鼻后滴流理论、继发性慢性气道炎症理论,以及近年提出的感受神经高敏化理论[6]。

2.1. 鼻后滴漏(Postnasal drip syndrome)学说

鼻腔或鼻窦炎症时,黏膜分泌物增多,经鼻咽部流入咽喉,直接刺激咽喉部及气道的咳嗽感受器,诱发咳嗽。分泌物不仅造成机械性刺激,还含有炎性介质,如组胺、白三烯、嗜酸粒细胞蛋白等,这些物质可增加气道神经末梢敏感性,诱发或加重咳嗽反应[7]。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》载:“夫病痰饮者,当以温药和之。”强调痰饮为咳嗽的重要病理产物。小儿稚阴稚阳,肺脾未充,脾失健运,水湿停聚,易成痰饮;若痰饮上泛,壅阻清窍,可致咽喉不利、咳嗽频作。此与现代所谓“鼻后滴漏”分泌物流注咽喉而致咳嗽的机制相互印证。

2.2. 慢性炎症与免疫反应

过敏性鼻炎、慢性鼻窦炎等上气道疾病常伴有持续的炎症反应[8]。炎症过程中,嗜酸细胞、肥大细胞、嗜中性粒细胞等聚集,释放组胺、白三烯、前列腺素及多种细胞因子。这些炎症介质不仅造成鼻腔分泌物增加,还能通过血源性途径作用于下气道,导致支气管高反应性,从而形成“统一气道”反应[9]。

“风为百病之长”,风邪挟湿、挟热,最易犯肺。反复感邪,迁延不愈,久则痰湿蕴阻、络脉瘀阻,正与慢性炎症“反复、迁延、上下贯通”的特点一致。

2.3. 神经敏感性和咳嗽反射亢进

UACS 患者往往存在咳嗽反射阈值降低。研究发现,上气道炎症可通过三叉神经、舌咽神经迷走支等途径,激活咽喉部和气道内的C纤维及快速适应性受体,造成神经末梢敏感性增强。当轻微刺激存在时即可引发剧烈咳嗽[10]。此机制解释了部分患者即使在分泌物较少时,仍持续咳嗽不止的现象。中医学强调“肺为娇脏,不耐寒热”,又曰“肺主气,司呼吸,朝百脉”,一旦肺气宣降失常,则气机紊乱而咳嗽频作。儿童稚阴稚阳,肺气未充,更易因轻微外邪或痰饮阻滞而致肺失宣降,出现“动则咳作”的现象。由此可见,现代医学所述“神经敏感性增加”,实可与中医“肺失宣降、气机失调”相类比。

3. 上气道咳嗽综合征的中医病因病机

上气道咳嗽综合征(UACS)多因鼻腔、咽喉及肺气宣降失常而致,病因错综复杂,常表现为外邪侵袭、痰湿内生、正虚不固及瘀阻络脉等多种因素交互影响。本文拟从风、痰、虚三个方面对其病因病机进行系统分析,以期揭示UACS的中医病理机制,为临床辨治提供理论依据。

3.1. 风邪为病因之首

中医学理论中,风邪被称为“百病之长”,其致病特点在于善行而数变,极易侵犯人体,是上气道咳嗽综合征(UACS)的首要外因。风寒束表,肺气郁遏,可致咳嗽声重、痰白清稀、恶寒发热;风热犯表,肺卫受阻,津液内郁,化为稠痰,出现咳痰黄稠、咽喉肿痛、鼻塞流涕等症。若风热上扰鼻窍,阻遏清阳之气升降,则见喷嚏、流涕、鼻痒等症,与UACS常见表现高度吻合。儿童属“稚阴稚阳”之体,肺脾未充,卫外不足,难以御邪。风邪一旦乘虚而入,常潜伏于肺系,形成“伏邪”。伏邪隐匿难清,遇正气亏虚或气候骤变时易被激发,导致反复咳嗽[11]。其病性游走不定,或扰肺致气逆咳嗽,或阻鼻窍致喷嚏、流涕。临床所见儿童反复感冒、季节性发作性咳嗽,多与风邪潜伏及再度激发相关。风邪还常与痰湿互搏,加重病势。若外感不解,风邪久伏肺络及鼻窍,化热生痰,进一步阻塞气道并诱发炎症,使咳嗽缠绵难愈。可见,风邪既是UACS发病的诱因,也是其反复难愈的重要推动因素。

3.2. 痰湿壅肺为核心病机

《诸病源候论》有言:“诸咳嗽上气,皆属于痰”,痰湿为UACS的基本病理产物,也是疾病迁延不愈的核心环节[12]。小儿稚阴稚阳,脏腑娇嫩,肺常不足,卫外不固,极易感受外邪;或因鼻炎、鼻窦炎等久病未愈,鼻窍阻塞不通,清阳之气不得上达,水湿运化失常,痰湿内聚,循经上扰于肺,阻滞肺气。临床表现为咳嗽频作,痰多稠黏难咯,咽痒声嘶,甚则夜间咳剧,影响患儿睡眠。另一方面,小儿脾气素虚,运化乏力,水湿停聚,愈加助长痰浊生成,形成“虚生痰”“痰因虚而难化”的病理过程。若痰湿郁久不解,往往郁而化热。热邪熏蒸津液,炼液成痰,痰热互结,壅塞气道,临床多表现为痰黄黏稠、咳吐不爽、咽喉红赤,伴有发热、烦躁等症。此即所谓“痰湿郁久化热,热邪炼液为痰”,进一步加重了肺失宣肃之病机。在小儿临床中,尤以痰热内蕴型常见,表现为咳嗽昼夜频作,痰黄稠厚,咽喉红肿,舌

质红，苔黄腻，脉多弦滑，部分患儿可见咽后壁淋巴滤泡增生，呈鹅卵石样改变，鼻腔及咽后壁常附着黏稠或脓性分泌物[13]。

3.3. 虚损为病之根

虚损是上气道咳嗽长期难愈的重要基础。儿童肺脾气虚、卫外不固，导致正气不足、抗邪能力下降，风邪易复，痰湿易凝。肺虚则宣降失职，痰湿停聚；脾虚则水湿生化无源，痰湿加重，形成“虚则生痰、痰因虚而难化”的病理循环。久病可导致气血亏虚，正气不充，使机体对外邪的防御能力进一步减弱。虚损在临床上常表现为乏力、语声低弱、易感冒、夜间咳嗽加重，以及面色萎黄、舌淡苔白等证象。由此可见，虚损不仅是上气道咳嗽反复发作的内在因素，也是痰湿和风邪长期停聚的温床。

4. “肺鼻同治”理论渊源

《素问·五脏生成篇》《灵枢·本脏》明确指出“肺为娇脏，通于鼻”，揭示了肺与鼻在生理功能上的紧密联系。肺主气、司呼吸，开窍于鼻；鼻为肺之窍，肺气充足则鼻通，肺气失调则可表现为鼻塞、流涕、嗅觉减退等症状。这一论述奠定了肺与鼻在中医学整体生理功能中的核心地位，强调了肺气的宣降与鼻窍通利之间的直接关联。同时，《素问·宣明五气篇》《灵枢·邪气脏腑病形》进一步指出，肺主一身之气，卫外而通调水道，具有防御外邪和维持水液代谢平衡的作用。当外感风寒、风热时，肺卫功能受损，不仅影响呼吸，还可导致鼻部症状，形成肺鼻同病的病理基础。这种肺与鼻的功能互为表里的关系，为“肺鼻同治”理念提供了理论支撑。

历代医家在临床实践中不断丰富和发展了肺鼻同治的治疗思想。东汉张仲景在《伤寒杂病论》中提出治疗风寒表证时应“治表先解肺气”，体现了从正治邪、标本兼顾的整体思路，间接强调了肺的功能调畅对上呼吸道及鼻部症状的改善作用。唐代孙思邈在《备急千金要方》中指出，治疗鼻病宜“通肺气以宣鼻窍”，进一步明确了肺气宣达在鼻病防治中的关键作用。明代李时珍在《本草纲目》中总结药物应用经验，指出辛温发散药不仅可疏风散寒、解表祛邪，还能通达鼻窍，使鼻气通畅，这一药理策略充分体现了肺鼻同治的临床思路。

近现代中医临床亦强调“肺主一身之气，鼻为肺之窍”的理论内涵，指出肺气郁滞可导致鼻塞、流涕及咳嗽等症状，从而形成肺鼻同病的临床表现[14]。在慢性鼻炎、过敏性鼻炎及上气道咳嗽综合征的治疗中，肺鼻同治法被广泛应用，其核心策略为通过调畅肺气、宣通鼻窍，同时兼顾表里标本，从整体上恢复肺鼻功能。向希雄教授在肺鼻同治理论指导下自拟通鼻止咳方治疗小儿上气道咳嗽综合征，取得了良好的临床疗效[15]。曲敬来教授基于“肺鼻同治”理论，结合中药辨证施治及内外治疗手段，通过肺鼻同调、清除肺系宿痰及病因治疗，有效提升临床疗效并降低复发率[16]。

5. 基于“肺鼻同治”理论辨治上气道咳嗽综合征思路

在治疗上，当以“肺鼻同治”为核心原则，兼顾标本，内外同调。急性期多责之于风邪外袭，治宜祛风解表、宣肺止咳。若风寒束表，则常用麻黄汤加减，配荆芥、防风、紫苏叶以祛寒解表，兼以辛温通窍；若风热犯肺，则多用桑菊饮加减，佐以薄荷、连翘、菊花，以疏风清热、宣肺利咽；鼻塞明显者，可合苍耳子散，取辛温通鼻之效。现代研究显示，苍耳子散合泻青汤化裁方联合常规西药治疗可明显缓解儿童 UACS 急性期鼻咽症状，缩短咳嗽持续时间[17]。

病程迁延者，多属痰湿壅肺，治当化痰利湿、通调肺窍。痰湿偏盛、咳痰清稀者，常选二陈汤合苍耳子散，以燥湿化痰、宣肺通鼻；痰热内蕴、咳痰黄稠、咽痒声嘶者，则宜清金化痰汤，取清热化痰、肃肺止咳之功；若痰湿日久，兼脾运不健者，可用藿香正气散加减，以化湿解表、和中降逆。临床观察表明，

运用清热化痰、宣肺利窍法治疗 UACS 患儿有较好疗效,可明显减少鼻塞流涕和咽部不适[18]。

久病反复,正气亏虚,则当扶正固本。肺气不足者,多采用玉屏风散以益气固表,增强卫外;脾气虚弱者,常用六君子汤健脾益气、化生气血;若阴虚肺燥者,则选沙参麦冬汤以养阴润肺、益胃生津。现代临床研究提示,在 UACS 缓解期应用玉屏风散或六君子汤治疗,能降低复发率,改善体质,疗效确切[19]。

除内治外,外治法亦为“肺鼻同治”之要途。常用方法包括鼻腔冲洗、中药熏蒸、雾化吸入、穴位贴敷等,以直达病所,协助内治。近年来有研究报道,苍耳子散合二陈汤加减联合颈前五线推拿治疗,对 UACS 患儿效果确切,能改善其临床症状,且安全性较高,显示内外合治、肺鼻同调之优越性[20]。

6. 医案举隅

杨某,男,12岁7月,2025年4月22日初诊。主诉:清嗓、吸鼻4+月。患儿4月前因受凉后出现阵发性咳嗽,喉间有痰,流清涕,鼻塞,夜间明显,无喘息、气促,无发热、恶寒等不适,遂于“成都市妇幼保健院”就诊,予小儿麻甘颗粒口服及生理海盐水冲洗鼻腔等对症治疗上述症状减轻,后仍反复清嗓,咽部不适。刻下:清嗓,喉间有痰,咽痒,吸鼻,偶有流鼻血,无鼻塞伴夜间打呼、张口呼吸,饮食一般,挑食,眠一般,喜趴睡,二便调。查体:鼻甲肥大,左侧明显,咽部充血,扁桃体Ⅰ°肿大,咽后壁见滤泡增生,肺部呼吸音清,未闻及干湿啰音及胸膜摩擦音。舌质红,苔薄白,脉浮。西医诊断:上气道综合征;中医诊断:鼻鼽(风热证),治法:疏风清热、宣肺利咽、通鼻开窍,予上咳方加减。炒栀子10g,辛夷10g,蜜桑白皮10g,玄参10g,甘草片3g,地骨皮10g,夏枯全草15g,麸炒枳壳10g,白茅根30g,炒牛蒡子10g,炒瓜蒌子20g,桔梗10g,前胡10g,金钱草10g,共6剂,用法:水煎服,一次用量:140ml。

按:患儿素体稚阴稚阳,肺脾未充,卫表不固,外感风邪后邪恋鼻咽,迁延难愈。刻下以清嗓、咽痒、吸鼻为主,伴鼻甲肥大、咽充血及滤泡增生,舌质红、苔薄白、脉浮,辨为风热之邪久羁鼻窍,肺失清肃,气道不利所致。《素问》言“风为百病之长”,小儿易感风热,犯肺则肺气宣降不利,上逆为清嗓,循咽而致痰鸣;热伤鼻络则偶有鼻衄。中医认为“肺开窍于鼻”,肺气宣降则鼻窍通利,肺失清肃则鼻塞流涕。治当以“肺鼻同治”为法,疏风清热,宣肺通窍,兼凉血止衄。

上咳方为刘小凡教授四十余年临证经验所创,组方包括辛夷、蜜麻黄绒、酒川芎、白芷、白茅根、夏枯草、炒栀子、酒黄芩、前胡、蜜紫菀、建曲、炒莱菔子、生甘草。方中配伍精当,旨在疏风清热、化痰散结、活血祛瘀,针对上气道咳嗽综合征“风、热、痰、瘀互结”之病机,兼顾祛邪与扶正,既能宣肺通窍,又可清热化痰,活血通络,从而有效缓解鼻塞、流涕、咳嗽、咽痒等症状,体现标本兼治之旨。原方以川芎、辛夷、栀子三药共为君药。川芎辛温走窜,善行气活血、祛风止痛,配辛夷则增强通窍祛风之功,配栀子则畅达气机、引郁热外出。但因本案患儿舌红脉浮,兼有鼻衄,若用川芎恐辛温助热、动血,故刘小凡教授审证去之,体现“虚实相权,因人制宜”的临证思想。故以辛夷、炒栀子为君药:辛夷辛温,芳香通窍,长于祛风散邪、宣通鼻窍;栀子苦寒,清泻三焦郁热,凉血止烦。二药相伍,一温一寒,相辅相成,共为主药,以疏风清热、通利鼻窍为核心。臣药蜜桑白皮泻肺平喘、清热利咽;玄参养阴清热、润喉解毒;夏枯草、地骨皮、白茅根凉血散结,合治鼻衄。此类药物既助清肺热,又针对性缓解咽痛出血。佐药炒牛蒡子、桔梗、前胡疏风宣肺、利咽化痰;炒瓜蒌子润肺宽胸,缓解痰阻;枳壳理气宽中,调畅气机;金钱草清热利湿,减轻鼻腔充血肿胀。此诸药升降协调,使肺气宣降有序。使药甘草调和诸药,缓急和中,兼助清热解毒。

综观全方,以辛夷直通鼻窍,栀子清泻肺热,肺气得清宣则鼻窍自利;佐以凉血止衄之品,以顾患

儿偶有出血；更配宣肺利咽、理气化痰之药，确保肺气升降通畅。全方标本兼顾，清宣并举，契合“肺鼻同治”之旨。既治肺失宣肃之本，又解鼻窍不利之标，体现中医辨证论治灵活取舍、因人制宜之特色。

7. 结语

UACS 是儿童慢性咳嗽的重要病因，病程迁延，反复发作，属“肺鼻同病”范畴。其病机核心在于风邪为始，痰湿为标，虚损为本，小儿因稚阴稚阳、肺脾俱虚，更易伏邪内留，导致反复迁延。基于“肺鼻同治”理念，辨治 UACS 应统筹兼顾，因时制宜，分期论治。急性期宜祛风解表、宣肺通窍；迁延期当化痰利湿、清热肃肺；缓解期则重在健脾益气、扶正固本。内外合参，方药与推拿、雾化、熏蒸等并用，不仅能改善症状，还可减少复发，体现了标本兼治、整体调理的优势。本文从风、痰、虚分期辨治探讨了 UACS 的中医思路，为临床诊疗提供了理论参考。但相关机制与疗效仍需进一步循证与实验研究，以期建立规范化、科学化的中医诊疗体系，更好地服务于儿童呼吸道疾病的防治。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科学分会呼吸学组慢性咳嗽协作组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(2013 年修订) [J]. 中华儿科杂志, 2014, 52(3): 184-188.
- [2] 陈强, 胡次浪, 申昆玲, 等. 儿童慢性湿性咳嗽病因构成比多中心研究[J]. 中国实用儿科杂志, 2019, 34(9): 757-762+784.
- [3] Donaldson, A.M. (2023) Upper Airway Cough Syndrome. *Otolaryngologic Clinics of North America*, **56**, 147-155. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2022.09.011>
- [4] 张巧, 马千里, 黄赞胜, 等. 上气道咳嗽综合征病因的初步研究[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2010, 9(5): 458-461.
- [5] Sanu, A. and Eccles, R. (2008) Postnasal Drip Syndrome. Two Hundred Years of Controversy between UK and USA. *Rhinology*, **46**, 86-91.
- [6] Yu, L., Xu, X., Lv, H. and Qiu, Z. (2015) Advances in Upper Airway Cough Syndrome. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, **31**, 223-228. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2015.01.005>
- [7] Loehrl, T.A. and Toohill, R.J. (2008) Postnasal Drip Syndrome. *Rhinology*, **46**, Article 348.
- [8] Asthma Workgroup of Chinese Society of Respiratory Diseases (CSRD) (2009) Chinese National Guidelines of the Diagnosis and Management of Cough. *Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases*, **32**, 407-413.
- [9] Kato, A., Schleimer, R.P. and Bleier, B.S. (2022) Mechanisms and Pathogenesis of Chronic Rhinosinusitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, **149**, 1491-1503. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2022.02.016>
- [10] Plevková, J., Poliaček, I., Adamkov, M., Svirlochová, K. and Varga, I. (2011) Brainstem Neuronal Populations Activated in the Model of Ovalbumine Induced Allergic Rhinitis in Guinea Pigs—The C-Fos Study. *Biologia*, **66**, 922-927. <https://doi.org/10.2478/s11756-011-0096-0>
- [11] 汪受传. 从风论治儿童过敏性疾病[J]. 中医杂志, 2016, 57(20): 1728-1731.
- [12] 陈文喜, 洪敏俐, 刘朝辉, 等. 上气道咳嗽综合征中医证素特点的临床研究[J]. 中国中医急症, 2012, 21(10): 1551-1552+1572.
- [13] 乔在霞. 儿童上气道咳嗽综合征的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 大连: 大连医科大学, 2013.
- [14] 高法, 李静, 王烈. 王烈“肺鼻同治”分期论治儿童过敏性鼻炎-哮喘综合征经验[J]. 中医杂志, 2023, 64(15): 1525-1529.
- [15] 张菁华, 向希雄. 向希雄教授运用肺鼻同治理论治疗小儿上气道咳嗽综合征经验[J]. 中医儿科杂志, 2019, 15(5): 14-16.
- [16] 刘禹翔, 谢伟, 张伟健, 等. 曲敬来教授从“肺鼻同治”论治上气道咳嗽综合征[J]. 亚太传统医药, 2022, 18(11): 101-105.
- [17] 闫欢. 苍耳子散合泻青汤化裁方治疗上气道咳嗽综合征(风痰郁热证)的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 成都: 成都中医药大学, 2024.

- [18] 倪晨阳. 清热化痰、宣肺通窍法治疗小儿上气道咳嗽综合征的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2021.
- [19] 王少儿. 鼻炎咳嗽方治疗肺脾气虚型小儿上气道咳嗽综合征的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 福州: 福建中医药大学, 2014.
- [20] 汤琛, 熊茜, 于甜甜, 等. 苍耳子散合二陈汤联合推拿颈前五线治疗儿童上气道咳嗽综合征临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(16): 121-123.