

上焦宣痹汤联合穴位贴敷治疗儿童上气道咳嗽综合征湿热证的临床观察

熊加秀, 赵晓敏

基金项目:江西省中医药管理局科技计划项目(2021B146)

作者单位:330000 南昌,江西中医药大学第二附属医院儿科(熊加秀),内分泌科(赵晓敏)

作者简介:熊加秀(1986—),男,医学硕士,主治医师。研究方向:儿科呼吸系统疾病的诊治

通信作者:熊加秀,E-mail:xiongbaobao21@126.com

【摘要】 目的 观察上焦宣痹汤联合穴位贴敷治疗儿童上气道咳嗽综合征湿热证的临床疗效。方法 选择 2021 年 1 月至 2023 年 7 月江西中医药大学第二附属医院收治的上气道咳嗽综合征湿热证患儿 80 例为观察对象,随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组患儿采用抗感染、抗过敏等常规对症治疗,观察组患儿在对照组基础上给予上焦宣痹汤联合穴位贴敷治疗。经上述治疗 3 个疗程后,采用视觉模拟量表(VAS)评分、主要临床症状分级评分进行评价,比较两组的临床疗效、不良反应和复发例数。结果 观察组临床总有效率为 95.0%(38/40),明显高于对照组 80.0%(32/40),差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组临床症状积分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗后 VAS 评分均低于治疗前,且观察组下降较对照组更显著,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗期间两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。随访 3 个月观察组复发率为 7.89%(3/38),明显低于对照组 28.13%(9/32),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 上焦宣痹汤联合穴位贴敷治疗儿童上气道咳嗽综合征湿热证有效且安全,可以降低复发率,值得临床医师推广并应用。

【关键词】 上气道咳嗽综合征; 湿热证; 上焦宣痹汤; 穴位贴敷; 儿童

doi:10.3969/j.issn.1674-3865.2024.04.018

【中图分类号】 R725.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3865(2024)04-0354-05

Clinical study on the treatment for upper airway cough syndrome of damp-heat type in children with Shangjiao Xuanbi decoction and acupoint application

XIONG Jiaxiu, ZHAO Xiaomin

Second Affiliated Hospital of Jiangxi University of TCM, Nanchang 330000, China

Corresponding author: XIONG Jiaxiu, E-mail: xiongbaobao21@126.com

【Abstract】 Objective To observe the clinical efficacy of Shangjiao Xuanbi decoction and acupoint

- [16] 田雨灵,张喜莲,陈汉江,等. 118 例抽动障碍合并焦虑状态患儿的中医证候分布特点[J]. 中医药学报, 2023, 51(7): 72-77.
- [17] 李冬梅,沈红岩,王子. 基于“脏腑理论-从肝脾论治”的中药治疗儿童抽动障碍的有效性与安全性 Meta 分析[J]. 河北中医, 2023, 45(11): 1911-1915.
- [18] 崔正九,王欣欣,孟小雨,等. 基于脾常不足探析食疗对小儿抽动障碍的调护[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(23): 83-85.
- [19] 戚亚平,李敏,王仲易,等. 儿童抽动障碍的中医文献计量学研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2022, 28(11): 1829-1833.
- [20] 黄家伟,郝宏文,杨宗贤,等. 王素梅教授从肝脾论治儿童抽动障碍经验[J]. 河北中医, 2023, 45(5): 709-712.
- [21] 吴静静,任献青,宋纯东,等. 基于数据挖掘的高频中药钩藤治疗抽动障碍的网络药理学研究[J]. 中医药导报, 2022, 28(4): 97-104.
- [22] 王羽,杨威. 基于木运“发生、委和之纪”探讨儿童抽动障碍[J]. 山东中医杂志, 2022, 41(6): 609-612.
- [23] 张宏贤,崔霞. 从气机论治抽动障碍[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(11): 6550-6553.
- [24] 刁娟娟. 桂枝加葛根汤治疗多发性抽动症分析[J]. 光明中医, 2018, 33(20): 2970-2972.
- [25] Chen L, Chen X, Ke N, et al. Association between allergic conjunctivitis and provisional tic disorder in children[J]. Int Ophthalmol, 2020, 40(1): 247-253.

(收稿日期:2024-01-07)

application in the treatment of upper airway cough syndrome(UACS) of damp-heat type in children. **Methods** From January 2021 to July 2023, 80 cases of UACS of damp-heat type diagnosed in the pediatric outpatient clinic of the Second Affiliated Hospital of Jiangxi University of TCM were selected and were randomly divided into a control group and an observation group, with 40 cases in each group. The control group was given symptomatic treatment such as anti-infection and anti-allergy treatment, while the observation group was given Shangjiao Xuanbi decoction and acupoint application on this basis. After 3 courses of treatment the VAS scores and the scores of main clinical symptom grading were used for evaluation, and the clinical efficacy, adverse reactions and recurrence rate were compared. **Results** The total effectiveness rate was 95.0% (38/40) in the observation group, significantly higher than that in the control group (80.0%, 32/40), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The clinical symptom score was significantly lower in the observation group than in the control group ($P < 0.05$). The VAS scores of the two groups were lower after treatment than before treatment, and the score in the observation group was even lower ($P < 0.05$). There was no statistical difference in the incidence rate of adverse reactions between the two groups during the treatment ($P > 0.05$). The recurrence rate of the observation group in the 3-month follow-up was 7.89% (3/38), obviously lower than that of the control group (28.13%, 9/32), and the difference was of statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of Shangjiao Xuanbi decoction and acupoint application is effective and safe in the treatment of UACS of damp-heat type in children, which can reduce the recurrence rate, and deserves clinical promotion and application.

【Keywords】 Upper airway cough syndrome; Damp-heat syndrome; Shangjiao Xuanbi decoction; Acupoint application; Child

上气道咳嗽综合征是 1 岁及以上儿童慢性湿性咳嗽最常见的病因之一^[1]。目前治疗以抗感染及对因治疗为主,部分患儿症状可缓解,因其病因繁多,鉴别诊断排除复杂,若治疗不及时,可造成咳嗽迁延不愈,反复发作,影响患儿生活质量^[2]。临床医生给予规范合理的治疗是降低该病复发的重要措施。研究显示,中医中药对上气道咳嗽综合征治疗有着独特的优势,能显著减少复发率^[3-4],故逐渐被重视。笔者在临床工作中发现,该病湿热证患儿病情大都缠绵难愈,停药后咳嗽易复发,因此,笔者在常规对症治疗的基础上应用上焦宣痹汤联合穴位贴敷治疗儿童上气道咳嗽综合征湿热证,疗效显著提高,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2021 年 1 月至 2023 年 7 月江西中医药大学第二附属医院儿科收治的上气道咳嗽综合征湿热证患儿 80 例为研究对象,运用分层随机法分为对照组和观察组各 40 例。两组患儿性别、发病年龄、病程、病因分布比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

本研究经江西中医药大学第二附属医院医学伦理委员会审核通过(批号:ky20230301018)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参考 2013 年修订的《中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南》中关于上气道咳嗽综合征的诊断标准^[5]。

1.2.2 中医诊断标准

参考《中药新药临床研究指导原则》^[6]及《咳嗽的诊断依据、证候分类、疗效评定》^[7]的诊断标准内容,同时结合本专科关于上气道咳嗽综合征湿热证咳嗽的临床经验制定。主症为咳嗽、咳痰(黏或黄或黄绿)、鼻后倒流涕;次症为鼻塞、流涕(黄或黄绿),咽干、咽痒、咽痛、咽异物感,大便黏滞;舌苔:舌红,苔黄或黄腻;脉象:脉滑数。中医证型确定:具有 2 项主症且至少兼备 2 项次症,或具有 1 项主症且至少兼备 3 项次症,同时舌苔脉象符合湿热证诊断标准。

1.3 纳入标准

(1)符合上述儿童上气道咳嗽综合征西医诊断标准及湿热证咳嗽的中医诊断标准;(2)年龄 3~14 岁;(3)患儿监护人自愿配合该项临床试验,知情同意。

表 1 两组患儿一般资料比较(n)

组别	n	性别 (男/女)	发病年龄 ($\bar{x} \pm s$, 月)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病因			
					变应性鼻炎	慢性鼻-鼻窦炎	慢性咽、扁桃体炎	腺样体肥大
对照组	40	22/18	6.67 \pm 1.98	5.78 \pm 2.13	8	20	7	5
观察组	40	23/17	6.11 \pm 1.74	5.16 \pm 1.97	10	17	6	7

1.4 排除标准

(1)有气喘、发热者;(2)合并其他严重的呼吸道疾病;(3)合并严重其他系统(心、脑、肝肾、血液)疾病而使原有疾病治疗难度加大;(4)对本研究西药及中药出现过敏的患儿;(5)临床试验期使用与本病治疗相关的其他药物或治疗手段。

1.5 剔除、脱落及中止标准

(1)患儿或患儿监护人的依从性差,无法依据规定完成该治疗者;(2)在受试过程中,患儿监护人给患儿联合使用本研究规定以外的药物,影响疗效判定;(3)自动脱离失访者;(4)受试过程中,对中药或曼吉咳嗽磁贴发生过敏或其他严重不良反应,则中断试验,并纳入中止受试病例,注明剔除原因。

1.6 治疗方法

两组患儿均给予常规对症治疗及日常护理,治疗 3 个疗程后观察临床疗效。

1.6.1 对照组

(1)有过敏者:口服地氯雷他定干混悬剂(海南普利制药股份有限公司),每日 1 次,<6 岁每次 1.25 mg,≥6 岁每次 2.5 mg;口服孟鲁司特钠咀嚼片(鲁南贝特制药有限公司),每日 1 次,<6 岁每次 4 mg,≥6 岁每次 5 mg。

(2)有炎症感染者:口服阿莫西林克拉维酸钾分散片(鲁南贝特制药有限公司),每日 2 次,<7 岁每次 228.5 mg,≥7 岁每次 342.75 mg。

(3)有支原体或衣原体感染者:口服阿奇霉素干混悬剂(辉瑞制药有限公司),每日 1 次,10 mg/(kg·d),连服 5 d,停 4 d,再服 5 d。

(4)痰多者:口服氨溴特罗口服溶液(北京韩美药品有限公司),每日 2 次,>3 岁每次 7.5 mL,4~5 岁每次 10 mL,≥6 岁每次 15 mL。

(5)需鼻用糖皮质激素者:喷糠酸莫米松鼻喷雾剂(Schering-Plough LaboN. V.),每日 1 次,每次每侧鼻孔 50 μg。

1.6.2 观察组

在对照组的基础上辅助上焦宣痹汤联合穴位贴

敷治疗。

(1)中药组方及用量:淡豆豉、射干、郁金各 8 g,小通草 5 g,枇杷叶 10 g。随症加减:咽痒加蝉蜕 5 g;咽痛加马勃 5 g,牛蒡子 8 g;咳痰黄稠加瓜蒌皮 10 g,桔梗 5 g;干咳少痰加麦冬、南沙参各 6 g;扁桃体肥大或咽后壁淋巴滤泡增生,加浙贝母 6 g。药材:选用广东一方制药生产的中药调配颗粒。每日 1 剂,每日 2 次,<6 岁用以上剂量的 2/3,连服 7 d,停 2 d,为 1 个疗程。

(2)穴位贴敷:曼吉咳嗽磁贴穴位贴敷,取穴:治疗单数日取天突、膏肓;治疗双数日取大椎、肺俞,每日 1 次,<6 岁贴敷 8~10 h,≥6 岁贴敷 10~12 h,可根据个体肤质感受差异调整敷贴时间,但不超过 24 h。

1.7 观察指标

记录患儿治疗前后的主要临床症状评分、视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分,并进行比较,同时对比分析临床总有效率;记录恶心呕吐、腹泻、皮疹等不良事件发生情况;治疗结束后电话随访 3 个月,记录临床总有效患儿复发例数。根据 VAS 评分标准,将咳嗽、咳痰、咽痒、鼻塞、流涕由轻、中及重度标记 0~3、4~7、8~10 分。评分之和等于 VAS 总分。儿童上气道咳嗽综合征主症分级评分标准^[3],见表 2。

1.8 疗效判定标准

(1)临床治愈:咳嗽、咳痰、咽痒等主要临床症状完全消失,血细胞分析、C 反应蛋白测定等检查恢复正常;(2)显效:咳嗽、咳痰、咽痒等主要临床症状明显改善;(3)有效:咳嗽、咳痰、咽痒等主要临床症状有所减轻;(4)无效:主要临床症状未改善或加重^[3]。临床总有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

1.9 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件处理数据并进行统计学分析。计数资料采用 χ^2 检验,符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用协方差分析和独立样本 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 2 儿童上气道咳嗽综合征主症分级评分标准

症状	0 分	1 分	2 分	3 分
咳嗽	无	偶有咳嗽	阵发性咳嗽	频繁咳嗽,影响睡眠
咳痰	无	痰少	痰多,易于咳出	痰多质黏稠,不易咳出
咽痒	无	微痒	咽痒明显	咽痒难忍
鼻塞	无	偶有鼻塞	介于二者之间	鼻塞不通,需张口呼吸
流涕(每日擦拭次数)	无	≤4 次	5~9 次	≥10 次

2 结果

2.1 两组患儿治疗前嗜酸性粒细胞、中性粒细胞升高及支原体感染情况比较

见表 3。两组患儿治疗前嗜酸性粒细胞、中性粒细胞升高及支原体感染情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 两组患儿治疗前嗜酸性粒细胞、中性粒细胞升高及支原体感染情况比较[n(%)]

组别	n	嗜酸性粒细胞	中性粒细胞	支原体感染
对照组	40	10(25.0)	26(65.0)	4(10.0)
观察组	40	11(27.5)	24(60.0)	5(12.5)

2.2 两组临床总有效率比较

见表 4。观察组临床总有效率为 95.0%(38/40),明显高于对照组 80.0%(32/40),差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 两组临床总有效率比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	5(12.5)	12(30.0)	15(37.5)	8(20.0)	32(80.0)
观察组	40	6(15.0)	15(37.5)	17(42.5)	2(5.0)	38(95.0) ^a

注:与对照组比较,^a $\chi^2=4.114, P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后 VAS 评分比较

两种治疗方法对上气道咳嗽综合征患儿主症评分改善的差异有统计学意义($P<0.05$),上焦宣痹汤联合穴位贴敷治疗在改善上气道咳嗽综合征患儿主症评分方面效果优于常规对症治疗,见表 5。

表 5 两组患儿 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后	F	P
对照组	40	15.73±2.89	7.18±2.24	6.142	0.015
观察组	40	15.58±2.67	5.43±2.09		

注:VAS 为视觉模拟量表。

2.4 两组治疗后临床症状改善情况比较

见表 6。观察组患儿咳嗽、咳痰、咽痒、鼻塞、流涕症状明显改善,临床症状积分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.5 两组不良反应比较

在治疗期间,对照组出现恶心、呕吐 1 例,腹泻

1 例,不良反应发生率为 5%(2/40),观察组出现恶心、呕吐 2 例,皮疹 1 例,不良反应发生率为 7.5%(3/40),两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.6 两组复发率比较

随访 3 个月,观察组复发率为 7.89%(3/38),明显低于对照组 28.13%(9/32),差异有统计学意义($\chi^2=5.005, P<0.05$)。

3 讨论

祖国医学将上气道咳嗽综合征归属于“咽痒”“喉痹”“鼻渊”“久咳”等范畴^[3]。因其病因不同,有咽源性、喉源性、鼻源性,病机相对复杂,容易反复。从姚荷生先生的三焦焦膜理论看,上气道与上焦焦膜关系密切。《内经知要·藏象》云:“上焦出于胃上口,并咽以上贯膈而布胸中。”阐述了咽喉至胸膈属上焦,其咽喉黏膜属上焦焦膜范畴^[8-9]。叶天士言:“从鼻吸而受,必先犯肺,及上焦。”肺、鼻在同一气道属上焦,咽喉连口腔而通于鼻部,可见鼻部黏膜亦属上焦焦膜^[10]。上气道所在上焦焦膜,若感受外邪,其功能失司,上焦所运行的物质会停聚成湿,湿郁以上,少阳三焦为相火之腑,火化而成热,湿热合邪郁于上气道而咳嗽自作。因小儿脾常不足,加之家长的娇宠,过分给孩子摄入肥甘或冷饮之物,易损伤脾胃,湿生痰聚,化热化火,湿热循经上蒸;小儿肌肤薄弱,腠理疏松,此时四时不正之气稍加引触,如夏秋季节潮湿闷热天气,或潮湿居所,湿热弥漫,易感湿热外邪,湿热上熏上焦焦膜;小儿脏腑娇嫩,感邪发病之后用过苦寒药,或滥用抗生素等药物,损伤阳气,易反复感邪,邪祛不清,久病入络;小儿为纯阳之体,湿邪容易从热化,湿与热相结合,致病缠绵不愈。故诸因素共同作用下形成湿热蕴结,痹阻上焦焦膜而致病。

上焦宣痹汤起源于清·吴鞠通《温病条辨·上焦》。原方针对太阴湿温,气分痹郁而哝者,如上焦失于宣化,出现呃逆、胸闷等疾病。在杂病、伤寒、温病中得到应用,后世医家将其稍作变通用于治疗湿热证咳嗽,收效颇好,且未脱离原方治疗范围^[11-12]。姚荷生先生以三焦焦膜理论为基础,定位上焦宣痹汤

表 6 两组治疗后临床症状积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	咳嗽	咳痰	咽痒	鼻塞	流涕
对照组	40	6.11±1.23	6.67±1.15	5.12±1.09	6.78±1.55	4.96±0.94
观察组	40	4.36±1.50	4.85±1.24	3.13±0.97	5.15±1.64	2.83±0.68
t		9.42	10.02	11.25	8.47	12.39
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

为湿痹三焦腑之上停者,认为主治病机为湿中夹热、郁痹上焦。秉承此指导思想,采用中西医结合的方法,在西医常规对症治疗的基础上应用上焦宣痹汤联合穴位贴敷治疗儿童上气道咳嗽综合征湿热证。方中淡豆豉解郁开胃而偏于以利运湿,通草淡渗利湿而偏于导湿热下行,射干化痰利咽而偏于散水消湿,郁金舒气透湿而偏于开上焦郁滞,枇杷叶清热降气而不碍湿,诸药而合,达透上焦湿痹、清上焦郁热。湿除热清,气顺痰消,咳嗽则自愈。

中医外治疗法在治疗该病所致的慢性湿性咳嗽方面有其独特的优势^[3]。曼吉磁贴治疗是将磁疗法与穴位贴敷相结合的一种新的外治方法。是通过磁场作用于经络穴位,改善微循环,使炎性分泌物消散,而起治疗目的^[13]。内服汤药的同时配合使用曼吉咳嗽磁贴治疗,能明显提高治疗效果^[14]。中医理论认为肺开窍鼻,咽喉亦为之门户,选取与肺脏相关穴位,磁贴经过经络透达脏腑以止咳,除痰化湿。天突位喉结之下,贴敷此处,体现治病直达病所,以宣通肺气,降逆化痰。膏肓在后背上部的足太阳膀胱经上,其膏肓分别生之于脾与肾,共补先后天之气,擅利气机,焦膜开达,使上焦通利,咳嗽缓解。大椎属身体小太阳,磁贴治疗可通过共振产生热效应,刺激大椎穴,以鼓舞阳气,起到化痰止咳作用。肺为病理产物痰的容器,通过磁场作用于肺俞,具有补肺气、宣肺祛痰标本同治的功效。

4 结论

本研究显示,观察组患儿临床症状明显改善,临床总有效率更高,未见严重的不良事件发生,复发率显著低于对照组。该疾病在西医常规对症治疗过程中,应用上焦宣痹汤联合穴位贴敷辅助治疗,其疗效显著,并提示中西医结合治疗对减少复发率有着肯定的疗效,值得临床推广应用。

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. 中国儿童慢性湿性咳嗽的诊断与治疗专家共识(2019年版)[J]. 中国实用儿科杂志, 2019, 34(4): 256-264.
- [2] 焦路燕, 曹玲. 儿童上气道咳嗽综合征[J]. 中国实用儿科杂志, 2016, 31(3): 179-182.
- [3] 熊加秀, 赵晓敏, 张奇志. 银翘马勃散合升降散配合穴位贴敷治疗儿童上气道咳嗽综合征 50 例[J]. 江西中医药, 2022, 53(3): 53-55.
- [4] 袁检仔, 张莉, 袁业红, 等. 中医辨治小儿上气道咳嗽综合征研究进展[J]. 中国中西医结合儿科学, 2021, 13(4): 301-305.
- [5] 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.
- [6] 邢筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 91-104.
- [7] 咳嗽的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001. 1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(11): 219.
- [8] 林新兴, 万丽玲. 万丽玲教授运用膜理论诊治咽喉源性咳嗽临证经验[J]. 亚太传统医药, 2020, 16(10): 122-124.
- [9] 王庆武, 陈会茹, 潘树和. 潘树和应用焦膜及表证理论治疗喉痹经验[J]. 河北中医, 2020, 42(11): 1613-1616.
- [10] 李官鸿, 杨杰. 三焦辨证论治鼻出血体会[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(1): 89-90.
- [11] 黄希, 胡任飞, 刘英锋. 从三焦理论看上焦宣痹汤的灵活应用[J]. 四川中医, 2006, 24(6): 95-97.
- [12] 王杏, 万瑾, 王丽华. 咳嗽从湿论治临床应用探析[J]. 江西中医药, 2021, 52(4): 22-24.
- [13] 黄芳, 张纯, 陈宝莹, 等. 穴位贴敷治疗咳嗽变异性哮喘的临床研究[J]. 中国医药科学, 2022, 12(4): 71-73.
- [14] 熊加秀, 赵晓敏, 张奇志. 自拟方配合穴位贴敷治疗儿童迁延性细菌性支气管炎研究[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(7): 45-46.

(收稿日期: 2023-11-15)

读者·作者·编者

作者修稿注意事项

1. 修改稿请用 Word 文档以附件的形式上传至投稿平台。
2. 作者应严格按编辑部提出意见修改, 如果对某些意见修改确有困难, 应作出适当解释。
3. 参考文献应书写完整, 按论文中引用出现的先后进行参考文献排序, 并在文中相应的引用处标出序号。
4. 请写全作者简介, 包括姓名、性别、出生年、学历、职称、研究方向、联系方式(电话、E-mail)等。
5. 摘要要求按四要素格式撰写(目的、方法、结果、结论), 表格应规范(三线表), 表题尽量简化(<20 字)。
6. 概率 P 值前应给出具体检验值, 如 χ^2 值, t 值, q 值等。