

·基层常见疾病诊疗指南·

咳嗽基层诊疗指南(实践版·2018)



扫一扫下载指南原文

中华医学会 中华医学杂志社 中华医学会全科医学分会 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组 中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会 呼吸系统疾病基层诊疗指南编写专家组

通信作者:赖克方,呼吸疾病国家重点实验室 广州呼吸健康研究院 广州医科大学附属第一医院呼吸与危重症医学科 510120, Email: klai@163.com

【关键词】 指南; 咳嗽

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.03.003

Guideline for primary care of cough: practice version (2018)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of General Practice, Asthma Group of Chinese Thoracic Society, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Respiratory System Disease
Corresponding author: Lai Kefang, Department of Respiratory and Critical Care Medicine, State Key Laboratory of Respiratory Disease, Guangzhou Institute of Respiratory Health, the First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510120, China, Email: klai@163.com

一、概述

在内科门诊,咳嗽是最常见的求诊症状,对患者工作、生活和社会活动有负面影响,需要规范诊治。

按病程咳嗽可分为急性咳嗽(<3周)、亚急性咳嗽(3~8周)和慢性咳嗽(>8周),按性质又可分为干咳与湿咳(每天痰量>10 ml)。

根据X线胸片检查结果可将慢性咳嗽分为两类:一类为X线胸片有明确病变者,如肺结核、支气管肺癌等;另一类为X线胸片无明显异常,以咳嗽为主要或唯一症状,即传统概念的慢性咳嗽。

慢性咳嗽在社区人群中患病率约10%,可占国内呼吸专科门诊量三分之一左右,30~40岁年龄段最多,男女比例接近^[1-3]。

二、病因学分析

(一)病因

急性咳嗽的常见病因为普通感冒和急性气管-支气管炎,其次为哮喘、慢性支气管炎和支气管扩张等原有疾病的加重,或者为环境因素或职业因素暴露。

亚急性咳嗽最常见的原因是感染后咳嗽(PIC),其次为慢性咳嗽的亚急性阶段,少部分为迁延性感染性咳嗽。

慢性咳嗽常见病因包括咳嗽变异性哮喘(CVA)、上气道咳嗽综合征(UACS)、嗜酸粒细胞性

支气管炎(EB)、胃食管反流性咳嗽(GERC)和变异性咳嗽(AC),共占慢性咳嗽病因的70%~95%。国内以CVA最常见,占慢性咳嗽病因的32.6%,其次为UACS和EB,而GERC近年有增多趋势^[4-6]。其他病因有慢性支气管炎、支气管扩张症、气管-支气管结核、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)等药物性咳嗽、支气管肺癌和心理性咳嗽等。少见和罕见咳嗽病因所占比例很少,但涉及病因繁多。

少部分慢性咳嗽患者即使经全面检查和治疗,病因仍无法明确,称为不明原因慢性咳嗽或特发性咳嗽,近年来亦称之为“咳嗽高敏综合征”^[7]。

(二)病理生理机制

咳嗽反射弧中咳嗽感受器、传入神经以及咳嗽中枢的任一环节受到影响,都可能导致咳嗽的发生。由于咳嗽反射传入神经分布较广,因此除呼吸系统疾病外,消化、心血管、耳鼻喉等系统的疾患也可引起慢性咳嗽。

三、诊断方法与原则

(一)病史

询问咳嗽的持续时间、时相、性质、音色以及诱发或加重因素、体位影响、伴随症状等,了解痰液量、颜色及性状等和有无吸烟史、职业或环境刺激暴露史、服用ACEI类药物或其他药物史等对诊断具有重要价值。有特殊职业接触史应注意职业性咳嗽的可能。

病史询问可大致明确咳嗽的分类和性质,便于病因探查。结合咳嗽特点和伴随症状等可为慢性咳嗽病因诊断提供线索。

(二)查体

包括体型、鼻、咽、喉、气管、肺部等,如气管的位置、颈静脉充盈、咽喉鼻腔情况,双肺呼吸音及有无哮鸣音、湿啰音和爆裂音等。也要注意是否存在心界扩大、早搏、瓣膜区器质性杂音等心脏体征。多数慢性咳嗽患者无异常体征。

(三)辅助检查

1.X线胸片:为各类咳嗽的常规检查。如发现明显病变,根据病变特征进行诊治。无明显病变者则按咳嗽诊断流程进行处理。

2.外周血常规:白细胞计数和中性粒细胞分类增高提示细菌感染,嗜酸粒细胞增高提示变应性疾病。

3.气道可逆性检查:不具备常规肺功能检查条件时,可考虑用简易峰流速(PEF)监测或手持式简易肺功能仪检查,通过监测 PEF 日平均变异率明确是否存在可逆性气流受限(连续 1 周以上监测的 PEF 日平均变异率 $>10\%$)。

4.肺功能检查:为慢性咳嗽病因诊断的常规检测项目。通气功能和支气管舒张试验主要用于诊断典型哮喘、部分 CVA 和慢性阻塞性肺疾病(COPD)等。支气管激发试验主要包括乙酰甲胆碱和组胺支气管激发试验,用于检测气道是否存在高反应性,为诊断 CVA 的首选辅助检查。支气管激发试验阳性是诊断 CVA 的最重要客观指标。

5.诱导痰细胞学检查:最重要的无创气道炎症检查方法,其安全性和耐受性较好。诱导痰嗜酸粒细胞增高($>2.5\%$)主要用于诊断 EB,亦用于 CVA 的辅助诊断和吸入性糖皮质激素(ICS)的应用指导。常采用超声雾化吸入单一浓度高渗盐水的方法进行痰液诱导。

6.呼出气一氧化氮(FeNO)检测:近年来开展的无创气道炎症检查手段,可作为诱导痰细胞学检查的补充。FeNO 增高(>32 ppb)提示嗜酸粒细胞性气道炎症和激素敏感性咳嗽可能性大,但 FeNO 正常不能排除痰嗜酸粒细胞增高。

7.变应原皮试和血清 IgE 检查:检测患者是否存在特应质和确定变应原类型,有助于变应性疾病的诊断。

8.24 h 食管 pH 值-多通道阻抗监测:目前检测胃食管反流最常用和最有效的方法。常用指标 DeMeester 积分表示总体食管酸反流程度,反流与咳嗽症状相关概率(SAP)表示反流与咳嗽之间可能的因果关系^[8-9]。

9.CT 检查:X线胸片有可疑病变时,胸部 CT 有助于发现纵隔前后肺部病变、肺内小结节、气管壁增厚、气管壁钙化、气管狭窄、纵隔淋巴结肿大等胸部 X 线检查不易发现的病变。高分辨率 CT 有助于诊断早期间质性肺疾病和非典型支气管扩张。怀疑鼻窦炎时,首选鼻窦 CT 检查。

10.支气管镜检查:不作为慢性咳嗽的常规检查,用于诊断或排除有气管腔内病变的少见咳嗽病因,如支气管肺癌、异物、结核、复发性多软骨炎等。

四、急性咳嗽的诊治

首先排除急性心肌梗死、左心功能不全、气胸、肺栓塞及异物吸入等危重症,因多伴有其他症状或体征故判断不难,必要时转诊上级医院。具体诊治流程见图 1。

(一)普通感冒

病毒感染是主要病因,诊断主要依靠病史与体格检查,通常不进行病毒培养、血清学检测、痰液检查或影像学检查。临床表现除咳嗽外,还伴有其他上呼吸道相关症状,如流涕、喷嚏、鼻塞和鼻后滴流感、咽喉刺激感或不适,全身症状少见。但流行性感冒除咳嗽外,发热、肌痛等全身症状常见。

治疗以对症治疗为主:

1.抗菌药物不能缩短病程或减轻症状,不推荐使用。

2.抗组胺药/减充血剂能明显缓解咳嗽症状,但应注意不良反应,儿童处方需谨慎。

3.咳嗽剧烈者可使用中枢性或外周性镇咳药。推荐由第一代抗组胺药物、减充血剂联合镇咳药物

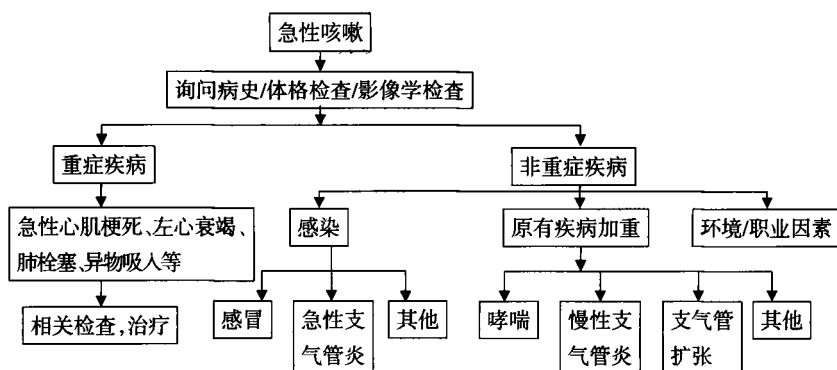


图1 急性咳嗽的诊断流程图

的复方制剂治疗伴有咳嗽的普通感冒。

(二)急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎可由生物性或非生物性因素引起。病毒感染尤以鼻病毒和流感病毒多见,少部分可由细菌引起。冷空气、粉尘及刺激性气体也可引起此病。初期常为上呼吸道感染症状,随后咳嗽可渐加剧,伴或不伴咳痰,细菌感染常咳黄脓痰。病程常自限,全身症状可在数天内消失,但咳嗽、咳痰一般持续2~3周,婴幼儿和年老体弱者可发展为迁延性支气管炎。体格检查双肺呼吸音粗,有时可闻及湿性或干性啰音。X线胸片检查无明显异常或仅有肺纹理增加。

治疗以对症处理为主。剧烈干咳者可适当应用镇咳剂,痰不易咳出者使用祛痰剂或黏痰溶解剂。疑诊为急性支气管炎的患者,一般不必常规给予抗菌药物治疗。有明确细菌感染征象,如咳嗽性痰或外周血白细胞计数增高者,可考虑给予口服抗菌药物。未得到病原菌阳性结果前,伴喘息的急性支气管炎成人患者,使用 β_2 受体激动剂可能受益。

五、亚急性性咳嗽的诊治

亚急性性咳嗽最常见的原因是PIC,其次为CVA、EB、UACS等慢性咳嗽的亚急性阶段,迁延性感染性咳嗽少见。首先要明确咳嗽是否继发于先前的呼吸道感染,如否则可参考慢性咳嗽诊断流程进行诊治,疗效欠佳者应进一步检查或转诊上级医院。具体诊治流程见图2。

(一)PIC

当呼吸道感染的急性期症状消失后,咳嗽仍然迁延不愈,多表现为刺激性干咳或咳少量白色黏液痰,通常持续3~8周,X线胸片检查无异常,称之为PIC。其中以病毒感冒引起的咳嗽最常见,又称为

“感冒后咳嗽”。既往有PIC病史和咳嗽敏感性增加者更容易发生PIC。PIC常为自限性,多能自行缓解,但也有部分患者咳嗽顽固,甚至发展为慢性咳嗽。病毒感染后咳嗽不必使用抗菌药物治疗。咳嗽症状明显者可短期应用镇咳药、抗组胺药加减充血剂(如复方甲氧那明等)。孟鲁司特及ICS治疗PIC效果不确切,不建议常规使用。中医认为PIC系风邪犯肺、肺气失宣所致,疏风宣肺,止咳利咽治疗有效,中药常用组方成份为麻黄、紫苏叶、地龙等^[10]。

(二)迁延性感染性咳嗽

极少部分患者因自身免疫力和治疗不规范等原因,感染因素持续存在。迁延性感染性咳嗽常有黄脓痰等感染征象,需要抗感染治疗,必要时转诊至专科医院。一旦诊断百日咳,应尽早开始大环内酯类抗生素治疗。

(三)慢性咳嗽的亚急性阶段

排除了PIC和迁延性感染性咳嗽的亚急性咳嗽,可遵循慢性咳嗽诊治流程进行处理。

六、慢性咳嗽的诊治

慢性咳嗽是咳嗽诊治中的难点,基本思路为先考虑常见病因,其次考虑其他病因。在病史、体格检查基础上,选择相应的辅助检查以建立初步诊断,再根据治疗反应确立或排除诊断。缺乏诊断条件时应及时转诊至上级医院进一步诊治。具体诊治流程见图3。

常见慢性咳嗽病因的诊治:

(一)UACS/鼻后滴流综合征(PNDS)

为鼻部疾病导致的以咳嗽为突出表现的临床综合征。基础疾病以鼻炎、鼻窦炎为主,也可能与慢性咽喉炎和慢性扁桃体炎等有关。

1. 诊断标准:

- (1)发作性或持续性咳嗽,以白天为主,入睡后较少。
- (2)有鼻部和/或咽喉疾病的临床表现和病史。
- (3)辅助检查支持鼻部和/或咽喉疾病的诊断。
- (4)针对病因治疗后咳嗽可缓解。

2. 治疗应依据导致UACS/PNDS的基础疾病而定。

- (1)非变应性鼻炎患者首选第一代抗组胺药和减充血剂。
- (2)变应性鼻炎患者首选鼻腔

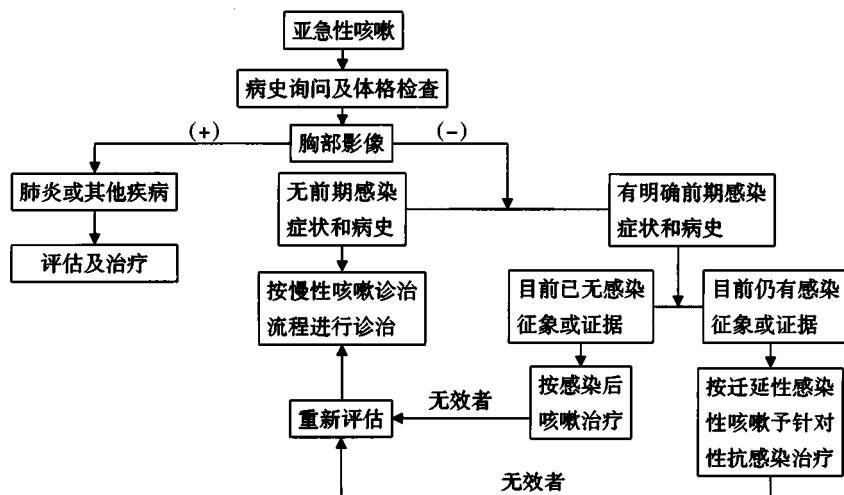
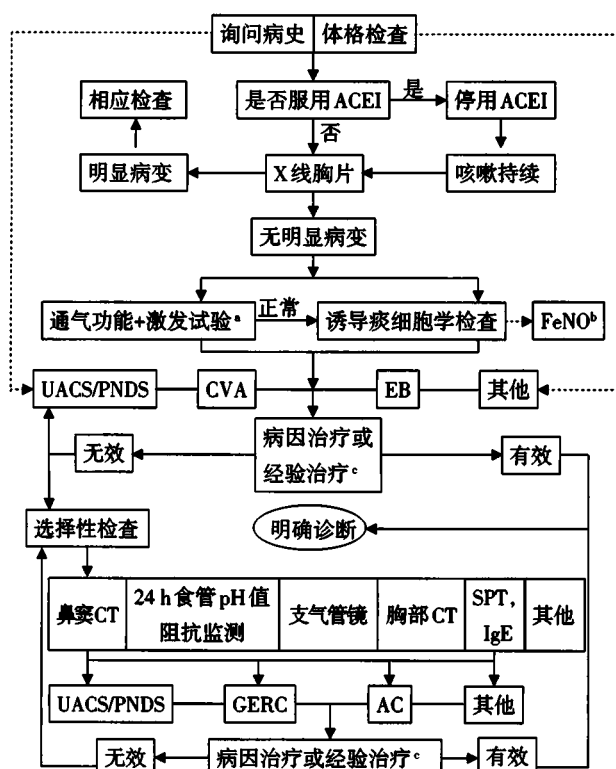


图2 亚急性咳嗽的诊断流程图



注: ACEI 血管紧张素转换酶抑制剂; FeNO 呼出气一氧化氮; UACS 上气道咳嗽综合征; PNDS 鼻后滴流综合征; CVA 咳嗽变异性哮喘; EB 嗜酸粒细胞性支气管炎; 纤支镜 纤维支气管镜; SPT 过敏原皮试; IgE 免疫球蛋白 E; GERG 胃食管反流性咳嗽; AC 变应性咳嗽; *峰流速平均变异率 >10%, 或支气管舒张试验阳性亦可作为诊断标准; ^bFeNO 检查不可作为病因的确证依据, 但可以作为嗜酸粒细胞性炎症相关咳嗽的参考; ^c对于经济条件受限或普通基层医院的患者, 可根据病史和咳嗽相关症状, 进行经验性治疗, 如果经验治疗无效, 则应及时到有条件的医院进行检查诊断, 以免延误病情

图3 慢性咳嗽病因诊断流程图

吸入糖皮质激素和口服第二代抗组胺药治疗。白三烯受体拮抗剂治疗亦有效。

(3) 慢性鼻窦炎:

①细菌性鼻窦炎抗菌药物应覆盖革兰阳性菌、阴性菌及厌氧菌, 急性发作者疗程不少于2周, 慢性者建议酌情延长。常用药物为阿莫西林/克拉维酸、头孢类或喹诺酮类。

②联合鼻吸入糖皮质激素, 疗程3个月以上。

③内科治疗效果不佳时, 建议转诊至专科医师, 必要时可经鼻内镜手术治疗。

其他对症治疗:

(1)局部应用减充血剂可缓解鼻塞症状, 但需警惕其导致的药物性鼻炎, 疗程一般<1周。

(2)祛痰剂及黏液溶解剂治疗慢性鼻窦炎有帮助。

(3)生理盐水鼻腔冲洗可作为慢性鼻窦炎及慢

性鼻炎的辅助治疗。

(二) CVA

以咳嗽为唯一或主要临床表现的特殊类型哮喘, 无明显喘息、气促等症状或体征, 但存在气道高反应, 为国内最常见的慢性咳嗽病因。部分 CVA 会向典型哮喘发展, 长期吸入激素可能有助于预防典型哮喘的发生。

1. 诊断标准:

(1)慢性咳嗽, 常伴有明显的夜间刺激性咳嗽。

(2)支气管激发试验阳性, 或 PEF 日平均变异率 >10%, 或支气管舒张试验阳性。

(3)抗哮喘治疗有效。无条件进行支气管激发试验时, 对可疑患者先给予支气管扩张剂(沙丁胺醇 200 mg 吸入, 3 次/d, 加茶碱 0.1 ~ 0.2 g 口服, 3 次/d)治疗 1 周, 咳嗽明显减轻或消失者可临床诊断为 CVA。

2. 治疗原则与典型哮喘相同。

(1)首选 ICS 和支气管舒张剂(β_2 受体激动剂)治疗, 疗程 8 周以上。部分患者需要长期治疗。复方制剂如布地奈德/福莫特罗、氟替卡松/沙美特罗使用方便, 能有效缓解咳嗽症状。

(2)白三烯受体拮抗剂治疗有效, 可以作为 CVA 治疗的一种选择。ICS 治疗无效者也可试用白三烯受体拮抗剂。

(3)中药常用组方成份为麻黄、紫苏叶、地龙等^[10], 有一定效果。

(4)必要时也可先短期口服小剂量糖皮质激素(10 ~ 20 mg/d, 3 ~ 5 d), 待咳嗽缓解后再改为 ICS 吸入。

(三) EB

以气道嗜酸粒细胞浸润为特征, 肺和气道功能正常, 临床上表现为慢性咳嗽的疾病。EB 预后良性, 一般不发展为哮喘或 COPD, 但容易复发。

1. 诊断标准:

(1)慢性咳嗽, 表现为刺激性干咳或伴少量黏痰。

(2)X线胸片正常。

(3)肺通气功能正常, 无气道高反应性, PEF 日平均变异率正常。

(4)痰细胞学检查嗜酸粒细胞比例 $\geq 2.5\%$ 。

(5)排除其他嗜酸粒细胞增多性疾病。

(6)口服或吸入糖皮质激素有效。

2. 治疗: 对糖皮质激素反应良好, 首选 ICS 治疗, 持续应用 8 周以上。初始治疗可联合应用泼尼松口服每天 10 ~ 20 mg, 持续 3 ~ 5 d。

(四)GERC

胃酸和其他胃内容物反流进入食管导致的以咳嗽为突出表现的临床综合征,为特殊类型的胃食管反流病。

1. 诊断标准:

(1)慢性咳嗽,以白天咳嗽为主。

(2)24 h食管pH值-多通道阻抗监测 DeMeester 积分 ≥ 12.70 和/或SAP $\geq 80\%$,但监测结果正常不能完全除外GERC。

(3)抗反流治疗后咳嗽明显减轻或消失。

2. 治疗:

(1)调整生活方式:体重超重患者应减肥,避免过饱和睡前进食,避免进食酸性、辛辣和油腻食物,避免饮用咖啡、酸性饮料及吸烟,避免剧烈运动。

(2)制酸药:为标准治疗方法。常选用质子泵抑制剂(如奥美拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑及埃索美拉唑等)或 H_2 受体拮抗剂(如雷尼替丁或其他)。质子泵抑制剂效果更佳,需餐前半小时或1 h服用,疗程至少8周。

(3)促胃动力药:大部分GERC患者有食管运动功能障碍,可在制酸药基础上联合促胃动力药(如多潘立酮、莫沙必利等)。

(4)手术治疗:少部分内科治疗失败者,在严格掌握手术指征时可考虑抗反流手术治疗。

(五)AC

指具有特应质,痰嗜酸粒细胞正常,无气道高反应,临床上表现为慢性咳嗽,糖皮质激素及抗组胺药物治疗有效的一类患者。发病机制尚不清楚。

1. 诊断标准:

(1)慢性咳嗽,多为刺激性干咳。

(2)肺通气功能正常,支气管激发试验阴性。

(3)诱导痰嗜酸粒细胞不增高。

(4)具有下列指征之一:

①有过敏性疾病史或过敏物质接触史。

②变应原皮试阳性。

③血清总IgE或特异性IgE增高。

(5)糖皮质激素或抗组胺药治疗有效。

2. 治疗:糖皮质激素或抗组胺药物治疗有效。ICS治疗4周以上,初期可短期口服糖皮质激素(3~5 d)。

其他慢性咳嗽病因的诊治:包括慢性支气管炎、支气管扩张症、气管-支气管结核、药物性咳嗽(尤其ACEI相关性咳嗽)、支气管肺癌、心理性咳嗽等,详见《咳嗽基层诊疗指南(2018年)》^[11]。

七、慢性咳嗽经验性诊治

在基层医院或对经济条件有限的患者,经验性诊治可以作为一种替代措施,弥补辅助检查手段的不足。慢性咳嗽的经验性治疗是指病因诊断不确定的情况下,根据病情和可能的诊断给予相应的治疗措施,通过治疗反应来确立或排除诊断。

(一)经验性治疗的基本原则

1. 首先针对慢性咳嗽的常见病因进行治疗,国内慢性咳嗽的常见病因依次为CVA、UACS/PNDS、EB、AC和GERC。

2. 根据病史推测可能的病因并进行相应的治疗,或针对慢性咳嗽常见病因进行序贯覆盖治疗。

3. 将CVA、EB及AC合并看作为激素敏感性咳嗽,统一使用ICS作为经验性治疗措施。也可先口服小剂量激素治疗1周,症状缓解后改用ICS或联合 β_2 受体激动剂治疗。美敏伪麻溶液和复方甲氧那明可用于UACS/PNDS、AC和PIC等的经验治疗。

4. 咳嗽伴咳脓痰或流脓鼻涕者可用抗菌药物。多数病因与感染无关,经验治疗时应避免滥用抗菌药物。

5. UACS或PNDS、CVA、EB的经验性治疗疗程为1~2周,GERC至少2~4周。口服糖皮质激素一般不超过1周。治疗有效者,继续按相应咳嗽病因的标准化治疗方案进行治疗。

6. 经验治疗有一定的盲目性,应注意排除支气管恶性肿瘤、结核和其他肺部疾病。经验性治疗无效者,应及时到有条件的医院进行相关检查明确病因。

(二)具体实施的方法与流程

1. 以临床线索为导向的经验性治疗:先根据病史和临床表现推测慢性咳嗽的可能病因,作为针对性治疗的依据。如主要为夜间或凌晨刺激性咳嗽,则先按CVA进行治疗;咳嗽伴有明显反酸、嗝气、胸骨后烧灼感者则考虑GERC的治疗;如感冒后继发咳嗽迁延不愈,则可按PIC进行处理;咳嗽伴流涕、鼻塞、鼻痒、频繁清喉及鼻后滴流感者,先按UACS/PNDS进行治疗,如初始治疗不成功,再覆盖治疗其他常见病因。将慢性咳嗽分为激素敏感性咳嗽、UACS和GERC这3种类型,依次进行覆盖治疗可简化治疗流程,减少治疗盲目性,提高治疗成功率,怀疑激素敏感性咳嗽者,可建议先口服小剂量激素治疗1周,症状缓解后改用ICS或联合 β_2 受体激动剂治疗。

以临床线索为导向的经验性治疗取得成功的

可能性较大,但应注意其症状与病因不一致的局限性。如鼻后滴流感或清喉动作并非 UACS 患者所特有,也见于 GERC;部分 UACS 患者可无鼻后滴流感和清喉动作,近一半的 GERC 患者可缺乏典型的反酸和烧心反流症状。

2. 以病因为导向的经验性治疗:基于慢性咳嗽病因分布特点,优先治疗最常见、治疗简单和见效快的病因,最后处理少见、疗程长和起效慢的病因,适用于疾病特征不典型或多种病因同时存在的情况。如可首先针对 CVA(支气管舒张剂有效者)、UACS、AC 等常见病因给予复方甲氧那明治疗 1 周,有效则继续治疗;若 1 周治疗无效,则针对 CVA(支气管舒张剂无效者)和 EB 给予口服激素治疗 1 周,有效者用 ICS 或联合 β_2 受体激动剂维持治疗,无效者则切换至针对 GERC 的抗反流治疗(质子泵抑制剂加促胃动力药),疗程至少 2 周。此策略亦能取得较好的效果。

(三)经验性诊治的缺陷

经验性诊治方法简单方便,利于在基层医院使用,但也存在一些缺陷。治疗有效有时也难于明确病因,尤其在针对 2 种或 2 种以上疾病联合用药时;治疗目标侧重常见病因,易忽视其他少见病因;缺少全面的辅助检查证据可能会对一些严重疾病造成误诊、漏诊,如支气管肺癌。应用时应注意这些问题,避免滥用。

八、镇咳与祛痰治疗

咳嗽治疗的关键在于病因治疗,镇咳药物只能短暂缓解症状。轻微咳嗽不需镇咳,但剧烈干咳或频繁咳嗽影响休息和睡眠时,则应适当给予镇咳治疗。痰多患者宜用祛痰治疗。常用镇咳和祛痰药物见表 1。

九、中医中药治疗

慢性咳嗽属于中医学“久咳”“顽咳”的范畴。中医古籍亦提出“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”的观点。目前中医关于咳嗽的治疗多集中在一方一法或专家经验,缺乏严格的循证医学研究数据,证据的级别普遍较低^[12]。治疗原则为辨证施治,标本兼治,因人而异。以下为临床常用的咳嗽证型及方药^[13]。

(一)肺阴亏虚证

干咳,痰少黏白,或声音逐渐嘶哑,口干咽燥,起病缓慢。

治法:养阴清热,润肺止咳。

方药举例:沙参麦冬汤(《温病条辨》)加减:沙

表 1 常用口服镇咳和祛痰药物及剂量

药物类型	名称	剂量
镇咳药		
中枢性镇咳药	依赖性	可待因 每次 15 ~ 30 mg, 3 次/d
		福尔可定 每次 5 ~ 10 mg, 3 次/d
	非依赖性	右美沙芬 每次 15 ~ 30 mg, 3 次/d
		喷托维林 每次 25 mg, 3 次/d
外周性镇咳药	那可丁	每次 15 ~ 30 mg, 3~4 次/d
	苯丙哌林	每次 20 ~ 40 mg, 3 次/d
	莫吉司坦	每次 100 mg, 3 次/d
	苯佐那酯	每次 50 ~ 100 mg, 3 次/d
祛痰药	愈创木酚甘油醚	每次 200 ~ 400 mg, 3~4 次/d
	氨溴索	每次 30~60 mg, 3 次/d
	溴己新	每次 8 ~ 16 mg, 3 次/d
	桉柠蒎	每次 300 mg, 2~3 次/d
	乙酰半胱氨酸	每次 600 mg, 1 ~ 2 次/d, 或每次 200 mg, 3 次/d
	羧甲司坦	每次 500 mg, 3 次/d
	厄多司坦	每次 300 mg, 2 次/d

参,麦冬,玉竹,天花粉,白扁豆,桑叶,生甘草。

(二)肺肾阳虚证

咳嗽声怯,遇寒易发或加重,或伴短气息促,腰酸腿软。

治法:补肺益肾,温阳止咳

方药举例:小青龙汤(《伤寒论》)合金匱肾气丸(《金匱要略》)加减:麻黄,芍药,细辛,干姜,桂枝,五味子,半夏,地黄,山药,淫羊藿,巴戟天,甘草。

(三)胃气上逆证

阵发性呛咳,咳甚时呕吐酸苦水,平卧或饱食后症状加重,可伴噯腐吞酸、嘈杂或灼痛。此证类同 GERC。

治法:降浊化痰,和胃止咳。

方药举例:旋覆代赭汤(《伤寒论》)合半夏泻心汤(《伤寒论》)加减:旋复花,赭石,人参,半夏,生姜,大枣,黄连,黄芩,炙甘草。

(四)肝火犯肺证

咳逆阵作,咳时面红目赤,咳引胸痛,随情绪波动增减,常感痰滞咽喉,咯之难出,量少质黏,口干口苦。

治法:清肺泻热,化痰止咳。

方药举例:黄芩泻白散(《症因脉治》)合黛蛤散(《中国药典》)加减:黄芩,桑皮,地骨皮,青黛,蛤壳,甘草。

(五)风邪伏肺证

咳嗽阵作,咳伴咽痒,干咳或少痰,咳痰不畅,常因冷热空气、异味、说笑诱发,身无明显寒热。外感常诱发咳嗽加重或复发。舌淡红,苔薄白。

治法:疏风宣肺,止咳化痰。

方药举例:麻黄、紫苏叶、地龙、枇杷叶、紫苏子、蝉蜕、前胡、牛蒡子、五味子;三拗汤(《太平惠民和剂局方》)合止嗽散(《医学心悟》)加减:炙麻黄,杏仁,桔梗,荆芥,炙紫苑,炙百部,白前,黄芩,甘草。

(六)风寒袭肺证

症见咳嗽声重,气急咽痒,咳痰稀薄色白,鼻塞,流清涕,头痛,苔薄白,脉浮或浮紧。

方药举例:止嗽散(《医学心悟》)+玉屏风散(《究原方》)。

(七)风热犯肺证

症见咳嗽频剧,喉燥咽痛,咯痰不爽,痰黏或稠黄,鼻流黄涕,口渴,头痛,舌质红,舌苔薄黄,脉浮数或浮滑。

方药举例:银翘散(《温病条辨》)。

十、基层医疗机构转诊指征

(一)紧急转诊

1. 气胸。
2. 气管支气管异物。
3. 肺栓塞。
4. 肺水肿。
5. 急性心肌梗死等。

(二)普通转诊

1. 治疗无效。
2. 治疗仅部分有效,或未能排除某些严重或恶性病变。

3. 症状虽缓解,但频繁反复发作,影响患者生命质量。

4. 传染病病例。

基层医院医师应熟知咳嗽的分类以及不同分类中的常见病因,做到有效诊治,尤其能采用正确的经验性治疗方法成功治疗大部分患者。对部分诊断不清或疗效不佳的慢性咳嗽患者,能把握转诊时机,而对在上级医院查明了病因并转回的慢性咳嗽患者,能执行标准的治疗方案并能规范随访管理。

呼吸系统疾病基层诊疗指南编写专家组:

组长:王辰 迟春花

副组长:陈荣昌

秘书长:杨汀

呼吸专家组成员(按姓氏拼音排序):曹彬(中日友好医院);陈虹(重庆医科大学附属第一医院);陈荣昌(广州医科大学附属第一医院);陈如冲(广州医科大学附属第一医院);陈亚红(北京大学第三医院);迟春花(北京大学第一医院);董亮(山东大学附属齐鲁医院);冯燕梅(重庆医科大学附属第一医院);杭晶卿(上海市普陀区人民医院);黄克武(首都医科大学附属北京朝阳医院);赖克方(广州医科大学附属第一医院);李燕明(北京医院);林江涛(中日友好医院);刘凯雄(上海交通大学医学院附属瑞金医院);罗金梅(北京协和医院);彭丽(重庆医科大学附属第一医院);邱忠民(同济大学附属同济医院);瞿介明(上海交通大学医学院附属瑞金医院);孙永昌(北京大学第三医院);汤葳(上海交通大学医学院附属瑞金医院);王辰(中国医学科学院北京协和医学院);王玮(中国医科大学附属第一医院);肖毅(北京协和医院);谢万木(中日友好医院);杨汀(中日友好医院);杨媛华(首都医科大学附属北京朝阳医院);张静(复旦大学附属中山医院);张旻(上海交通大学附属第一人民医院);周新(上海交通大学附属第一人民医院)

全科专家组成员(按姓氏拼音排序):段英伟(北京市什刹海社区卫生服务中心);李智莉(北京市方庄社区卫生服务中心);史玲(上海市普陀区长风社区卫生服务中心);魏新萍(上海市闵行区古美社区卫生服务中心);吴浩(北京市方庄社区卫生服务中心);张楠(北京市安贞社区卫生服务中心);张跃红(北京市展览路社区卫生服务中心);姚弥(北京市新街口社区卫生服务中心)

执笔专家:赖克方 **邱忠民 审校专家:**赖克方

志谢(按姓氏拼音排序) 陈人生(广州市增城区石滩镇中心卫生院);胡芳(杭州市四季青街道社区卫生服务中心);胡承伟(上海市普陀区长征社区卫生服务中心);黄岳青(苏州市立医院);刘向红(北京市德胜社区卫生服务中心);牛永华(山西省阳泉市矿区医院);史守彤(山西省阳泉市宏苑区社区卫生服务站);史晓宇(山西省忻州市静乐县杜家村镇中心卫生院);苏巧俐(四川大学华西医院);谭伟(湖北省红山青林社区中心);王东(山东省肥城市边院镇中心卫生院);魏学娟(北京市方庄社区卫生服务中心);习森(北京市怀柔区怀柔镇社区卫生服务中心);易春涛(上海市枫林街道社区卫生服务中心)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Lai K, Pan J, Chen R, et al. Epidemiology of cough in relation to China[J]. Cough, 2013, 9(1): 18. DOI: 10.1186 / 1745-9974-9-18.
- [2] Chung KF, Pavord ID. Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough[J]. Lancet, 2008, 371(9621): 1364-1374. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60595-4.
- [3] Morice AH, Jakes AD, Faruqi S, et al. A worldwide survey of chronic cough: a manifestation of enhanced somatosensory response[J]. Eur Respir J, 2014, 44(5): 1149-1155. DOI: 10.1183/09031936.00217813.
- [4] 赖克方, 陈如冲, 刘春丽, 等. 不明原因慢性咳嗽的病因分布及诊断程序的建立[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(2): 96-99. DOI: 10.3760/j.issn:1001-0939.2006.02.007.
- [5] 余莉, 魏为利, 吕寒静, 等. 慢性咳嗽病因变迁的回顾性分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 414-417. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2009.06.005.
- [6] Lai K, Chen R, Lin J, et al. A prospective, multicenter survey on causes of chronic cough in China[J]. Chest, 2013, 143(3): 613-620. DOI: 10.1378/chest.12-0441.
- [7] 赖克方, 方章福, 姚红梅. 咳嗽高敏感综合征: 不明原因慢性咳嗽的新概念[J]. 解放军医学杂志, 2014, 39(5): 343-349. DOI: 10.11855/j.issn.0577-7402.2014.05.02.
- [8] 陈强, 徐怀怀, 余莉, 等. 症状相关概率在胃食管反流性咳嗽诊断中的应用价值[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(10): 746-750. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2013.10.010.
- [9] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 323-354. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2016.05.003.
- [10] 张燕萍, 晁燕, 苗青, 等. 苏黄止咳胶囊治疗感冒后咳嗽的随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(8): 698-701. DOI: 10.3321/j.issn:1003-5370.2008.08.010.
- [11] 中华医学会, 中华医学杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 咳嗽基层诊疗指南(2018 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(3): 207-219. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.03.002.
- [12] 江梅, 廖理粤, 罗伟, 等. 国内咳嗽诊疗指南的质量评价[J]. 中国循证医学杂志, 2015, 15(4): 409-413.
- [13] 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.

(收稿日期: 2019-01-08)

(本文编辑: 白雪佳 刘岚)

·读者·作者·编者·

中华医学会系列杂志论文作者署名规范

为尊重作者的署名权, 弘扬科学道德和学术诚信精神, 中华医学会系列杂志论文作者署名应遵守以下规范。

一、作者署名

中华医学会系列杂志论文作者姓名在题名下按序排列, 排序应在投稿前由全体作者共同讨论确定, 投稿后不应再作改动, 确需改动时必须出示单位证明以及所有作者亲笔签名的署名无异议书面证明。

作者应同时具备以下四项条件: (1) 参与论文选题和设计, 或参与资料分析与解释; (2) 起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容; (3) 能按编辑部的修改意见进行核修, 对学术问题进行解答, 并最终同意论文发表; (4) 除了负责本人的研究贡献外, 同意对研究工作各方面的诚信问题负责。仅参与获得资金或收集资料者不能列为作者, 仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。

二、通信作者

每篇论文均需确定一位能对该论文全面负责的通信作者。通信作者应在投稿时确定, 如在来稿中未特殊标明, 则视第一作者为通信作者。集体署名的论文应将对该文负责的关键人物列为通信作者。规范的多中心或多学科临床随机对照研究, 如主要责任者确实超过一位的, 可酌情增加通信作者。无论包含几位作者, 均需标注通信作者, 并注明其 Email 地址。

三、同等贡献作者

不建议著录同等贡献作者, 需确定论文的主要责任者。

确需著录同等贡献作者时, 可在脚注作者项后另起一行著录“前×位作者对本文有同等贡献”, 英文为“×× and ×× contributed equally to the article”。英文摘要中如同等贡献者为第一作者且属不同单位, 均需著录其单位, 以*、#、△、※等顺序标注。

同一单位同一科室作者不宜著录同等贡献。作者申请著录同等贡献时需提供全部作者的贡献声明, 期刊编辑委员会进行核查, 必要时可将作者贡献声明刊登在论文结尾处。

四、志谢

对给予实质性帮助但不符合作者条件的单位或个人可在文后给予志谢, 但必须征得志谢人的书面同意。被志谢者包括: (1) 对研究提供资助的单位和个人、合作单位; (2) 协助完成研究工作和提供便利条件的组织和个人; (3) 协助诊断和提出重要建议的人; (4) 给予转载和引用权的资料、图片、文献、研究思想和设想的所有者; (5) 做出贡献又不能成为作者的人, 如提供技术帮助和给予财力、物力支持的人, 此时应阐明其支援的性质; (6) 其他。不宜将应被志谢人放在作者的位置上, 混淆作者和被志谢者的权利和义务。

中华医学会杂志社