

·基层常见疾病诊疗指南·

咳嗽基层诊疗指南(2018年)



中华医学会 中华医学会杂志社 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.1671-7368.2019.03.002

Guideline for primary care of cough(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**(一)定义与分类**

咳嗽是机体的重要防御性反射,有利于清除呼吸道分泌物和有害因子,但频繁剧烈的咳嗽会对患者的工作、生活和社会活动造成严重影响。不论是在呼吸专科门诊还是在社区门诊,咳嗽均是最常见的求诊症状。在社区人群中,慢性咳嗽患病率大约为10%,在国内呼吸专科门诊中慢性咳嗽患者可占三分之一甚至更高^[1-4]。国内慢性咳嗽患者以30~40岁年龄段最多,男女比例接近。

按病程划分,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)。临床常根据X线胸片检查有无异常将慢性咳嗽分为两类:一类为X线胸片有明确病变者,如肺炎、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。

二、病因与发病机制**(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。哮喘、慢性支气管炎和支气管扩张等原有疾病的加重也可导致急性咳嗽。此外,环境因素或职业因素暴露越来越多地成为急性咳嗽的原因。

亚急性咳嗽最常见的原因是感染后咳嗽(PIC),其次为咳嗽变异性哮喘(CVA)、嗜酸粒细胞

性支气管炎(EB)、上气道咳嗽综合征(UACS)等。

引起慢性咳嗽的病因众多,常见病因包括CVA、UACS、EB、胃食管反流性咳嗽(GERC)和变应性咳嗽(AC),上述病因约占慢性咳嗽病因的70%~95%^[5-6]。国内的多中心调查显示,CVA占比最高,达32.6%,随后分别是UACS及EB^[7]。近年研究提示,随着生活方式等改变,我国GERC的比例有上升趋势^[8]。慢性咳嗽的一些其他病因还包括慢性支气管炎、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,相当部分属于肺外疾病,临床诊断比较困难。

多数慢性咳嗽患者可获明确诊断,并在针对性治疗后治愈或缓解。然而,有一部分慢性咳嗽患者即使进行了全面检查、治疗之后,病因仍无法明确,称之为不明原因慢性咳嗽或特发性咳嗽。此类患者以慢性刺激性干咳为主要表现,对外界刺激较敏感,普遍存在咳嗽高敏感性,近年来亦称之为“咳嗽高敏综合征”^[9]。

(二)病理生理机制

疾病状态下的非自主咳嗽由完整的咳嗽反射弧参与完成。咳嗽反射弧由咳嗽外周感受器、迷走传入神经、咳嗽高级中枢、传出神经及效应器(膈肌、喉、胸部和腹肌群等)构成。咳嗽感受器、传入

神经以及高级中枢的任一环节受到影响,都有可能导致咳嗽的发生。由于咳嗽反射传入神经分布较广,因此除了呼吸系统疾病外,消化、心血管、耳鼻喉等系统的疾患均可引起慢性咳嗽。

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。

咳嗽可按持续时间分为急性、亚急性或慢性咳嗽,缩小诊断范围。急性咳嗽主要为普通感冒与急性气管-支气管炎,亚急性咳嗽最常见的病因为 PIC。干咳主要见于非感染性咳嗽,湿咳则以感染性咳嗽多见,特别是痰量较多、咳脓性痰者,应首先考虑呼吸道感染性疾病。

咳嗽发生的时相有一定的诊断价值,夜间咳嗽为主的患者应首先考虑 CVA 的诊断。有过敏性疾病史和家族史者应注意排除过敏性鼻炎和支气管哮喘(哮喘)相关的咳嗽。伴随鼻塞、流涕、喷嚏、鼻后滴流感、咽后黏液附着感等,应首先考虑 UACS 的可能;伴随反酸、嗝气、胸骨后烧灼感等症状或者餐后咳嗽加重应考虑 GERC 的诊断;痰中带血或咳血者应考虑结核、支气管扩张和肺癌的可能。

(二)查体

包括体型、鼻、咽、喉、气管、肺部等,双肺呼吸音及有无干湿啰音等。肥胖体型者应注意睡眠呼吸暂停(OSA)或胃食管反流合并慢性咳嗽的可能。多数慢性咳嗽患者无异常体征。体格检查闻及呼气期哮鸣音时,要考虑哮喘可能;闻及吸气期哮鸣音,要警惕中心型肺癌或支气管结核;闻及 Velcro 啰音,应考虑间质性肺疾病的可能。此外,也应注意有无心界扩大、早搏、器质性杂音等心脏体征。

(三)辅助检查

1. X 线胸片:建议将 X 线胸片作为慢性咳嗽的常规检查。如发现明显病变,根据病变特征进行评估,如无明显病变,则按慢性咳嗽诊断流程进行检查。X 线胸片如有可疑病变需要进一步 CT 检查时可转诊至有条件医院进一步检查。避免短期内反复 X 线检查。

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。外周血嗜酸粒细胞数增高(>300 个/ μl)提示变应性疾病,但多数 CVA 和 EB 患者

的外周血嗜酸粒细胞数可在正常范围内。外周血嗜酸粒细胞数显著增高($>20\%$)提示寄生虫感染、嗜酸粒细胞性肺炎等。

3. 气道可逆性检查:基层医院一般不具备常规肺功能检测条件,部分机构可考虑简易峰流速(PEF)监测或手持式简易肺功能仪,通过监测 PEF 日平均变异率明确是否存在气流可逆性受限。如连续 1 周以上监测的 PEF 日平均变异率 $>10\%$,则提示气流可逆性受限。

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。支气管激发试验阳性是诊断 CVA 的重要标准,在病史、症状、体征以及其他基层检查结果提示 CVA 可能时,应考虑尽早完善激发试验避免延误病情。

在中国咳嗽的诊断与治疗指南(2015 版)^[6]中,除了 X 线胸片以外,肺通气功能+激发试验与诱导痰检查为慢性咳嗽的一线检查,有条件的单位可联合使用。

5. 诱导痰细胞学检查:是诊断慢性咳嗽病因和气道炎症最重要的一种无创检查方法,其安全性和耐受性较好。诱导痰嗜酸粒细胞数增高($>2.5\%$)是诊断 EB 的主要指标,亦可用于 CVA 的辅助诊断^[10]。诱导痰检测有助于指导吸入糖皮质激素(ICS)应用,使慢性咳嗽患者获益。许多患者痰嗜酸粒细胞比例与血嗜酸粒细胞比例并不平行,这一点需要注意。

6. 呼出气一氧化氮(FeNO)检测:是近年来开展的一项无创气道炎症检查技术,在无法实施诱导痰检测的医疗机构可作为一种补充。 FeNO 增高(>32 ppb)提示嗜酸粒细胞性炎症或激素敏感性咳嗽可能性大^[11]。但 FeNO 筛查慢性咳嗽相关嗜酸粒细胞性炎症的敏感性不高,大约 40% 的嗜酸粒细胞增高患者的 FeNO 水平正常。

7. 变应原皮试和血清 IgE 检查:用于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。由变应性鼻炎引起的 UACS、CVA、AC 患者的阳性比例较高,EB 亦有一定的阳性比例。

8. 24 h 食管 pH 值-多通道阻抗监测:是目前判断胃食管反流的最常用和最有效的方法。通过动

态监测食管 pH 值的变化以及食管腔内阻抗,从而判断反流(包括酸反流、非酸反流)与咳嗽或其他症状的相关关系。DeMeester 积分可表示反流程度,由 24 h 食管 pH 值 <4 的次数、最长反流时间、食管 pH 值 <4 占监测时间百分比等 6 项参数综合计算得出,结合食管腔内阻抗还可以识别弱酸或弱碱等非酸性反流。这种方法通过实时记录反流相关症状,以获得反流与咳嗽症状的相关概率(SAP),确定反流与咳嗽的关系。

9. CT 检查: X 线胸片如有可疑病变时,可进一步进行 CT 检查。胸部 CT 检查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、纵隔淋巴结肿大等一些胸部 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,但对于常规检查未明确病因或针对常见病因治疗无效的不明原因慢性咳嗽患者,支气管镜检查可用于诊断或排除气道腔病变导致的咳嗽病因,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

急性咳嗽主要与上呼吸道感染有关,但亦有可能是少数严重疾病的征象之一,如急性心肌梗死、左心功能不全、肺炎、气胸、肺栓塞及异物吸入。在临床实践中需要识别某些危险征象,必要时需紧急转诊专科医院。具体诊治流程见图 1。

(一) 普通感冒

病毒感染是感冒的主要病因。感冒诊断主要依靠病史与体格检查,通常不需要进行病毒培养、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,可伴发热,

全身症状少见。流行性感 冒除了咳嗽症状外,发热、肌痛等全身症状亦是常见表现。

普通感冒以对症治疗为主:

1. 抗菌药物无法缩短感冒病程或减轻症状,且可能伴有不良反应,不推荐常规使用。

2. 减充血剂: 成人患者单剂应用减充血剂能够短时间缓解鼻塞症状,不良反应发生率低且程度较轻。与第一代抗组胺药物联合应用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. 镇咳药物: 咳嗽剧烈者,必要时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组成的复方制剂治疗伴有咳嗽的普通感冒。

4. 解热镇痛药类: 主要针对普通感冒患者的发热、咽痛、全身酸痛等症状。以咳嗽为主要表现而无发热、头痛、肌痛等的普通感冒患者,不建议使用非甾体抗炎药物。

5. 中医中药: 中医常将感冒分为风寒感冒、风热感冒、暑湿感冒等类型,治疗原则是疏风解表(荆防败毒散)、辛凉解表(银翘散或桑菊饮)、清暑解表(藿香正气散)等。中医中药治疗感冒有一定效果,但目前尚缺乏高质量的临床研究数据。

(二) 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由生物性或非生物性因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。病毒感染是最常见的病因,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。大部分患者呈自限性,婴幼儿和年老体弱者有可能发展为迁延性支气管炎。初期常有上呼吸道感染症状,随后咳嗽可渐加剧,伴或不伴咳痰,伴细菌感染者常咳黄脓痰。急性气管-支气管炎常呈自限性,全身症状可在数天内消失,但咳嗽、咳痰一般持续 2~3 周。X 线胸片检查无明显异常或仅有肺纹理增加。体格检查双肺呼吸音粗,有时可闻及湿性或干性啰音。

治疗原则以对症处理为主。剧烈干咳者可适当应用镇咳剂,有痰而不易咳出者使用祛痰剂或黏液溶解剂可在一定程度上缓解咳嗽症状。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。如有明确细菌感染征象,如脓性痰或外周血白细胞计数增高者,可

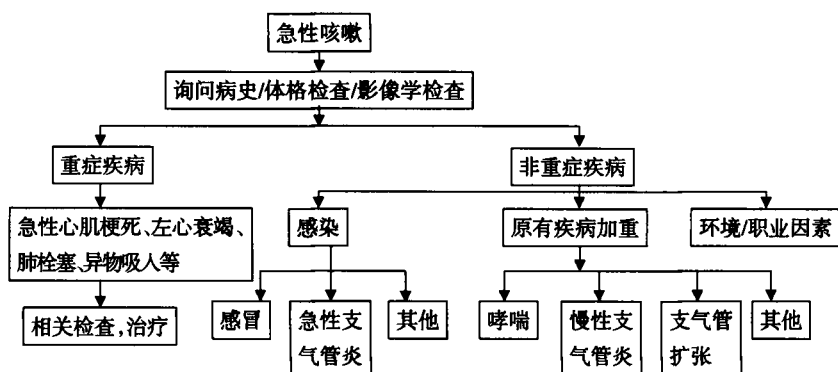


图1 急性咳嗽的诊断流程图

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^[12]。在处理亚急性性咳嗽时,首先要明确咳嗽是否继发于先前的呼吸道感染,并进行经验性治疗。治疗无效者,再考虑其他病因并参考慢性咳嗽诊断流程进行诊治。有时候需要注意,一些所谓“顽固性感染后咳嗽”的真正病因可能为 EB、CVA 和 GERC,单纯依靠上呼吸道感染病史和症状诊断感染后咳嗽有可能会造成部分漏诊,建议治疗效果欠佳者必要时完善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,其中以病毒感染引起的咳嗽最为常见,又称为“感冒后咳嗽”。既往有 PIC 病史和咳嗽敏感性增加的患者更容易发生 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。部分咳嗽症状明显的患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,2 粒,3 次/d,疗程 7~14 d)。中医认为 PIC 系风邪犯肺、肺气失宣所致,治疗宜疏风宣肺、止咳利咽,中药常用组方成份为麻黄、紫苏叶、地龙等^[13]。

临床上有少部分患者因迁延性感染导致亚急

性咳嗽,感染因素依旧存在,可能需要抗感染治疗,建议考虑此部分患者转诊至专科医院,明确其感染征象及实验室依据后再行针对性抗感染治疗。

(二)慢性咳嗽的亚急性阶段

除了 PIC 外,亚急性性咳嗽最常见的病因为 CVA、EB、UACS,详细诊治可以参考慢性咳嗽部分。

六、慢性咳嗽的诊治原则

慢性咳嗽是咳嗽诊治中的难点,基本思路可参考以下几条原则:

(一)重视病史,包括耳鼻咽喉和消化系统疾病病史、职业和环境因素暴露史、吸烟史及用药史。如有职业和环境因素暴露史、吸烟史及用药史,停止暴露或用药后咳嗽缓解则可明确诊断。

(二)根据病史选择有关检查,由简单到复杂。EB、CVA 是慢性咳嗽最常见病因,约占国内慢性咳嗽病因的 50%,因此建议将通气功能检查、支气管激发试验和诱导痰细胞学检查作为慢性咳嗽的一线检查。建议将 FeNO 检查作为诱导痰细胞学检查的补充手段。

(三)先考虑常见病,后考虑少见病。慢性咳嗽患者应首先考虑 UACS、CVA、EB、GERC、AC 等常见病因的可能。

(四)诊断和治疗两者应同步或顺位进行。检查条件不具备时,根据临床特征进行诊断性治疗,并根据治疗反应确定咳嗽病因。如有典型的鼻炎、鼻窦炎症状或鼻后滴流症状、体征,可先按 UACS 进行治疗。如有典型胃食管反流相关症状或进食后咳嗽,则先按 GERC 进行治疗。

(五)治疗有效是明确病因诊断的前提。治疗部分有效但未完全缓解,应评估影响疗效的因素和

是否存在其他慢性咳嗽的病因。治疗无效时应评估是否诊断错误,治疗力度和时间是否足够,有无影响治疗疗效的因素,如职业或环境暴露因素。

(六)符合转诊条件时应转诊至上级机构进一步诊治。

七、常见慢性咳嗽病因诊断及治疗

(一) UACS/鼻后滴流综合征(PNDS)

以往将由鼻部疾病引起分泌物倒流鼻后和咽喉等部位,直接或间接刺激咳嗽感受器,导致以咳嗽为主

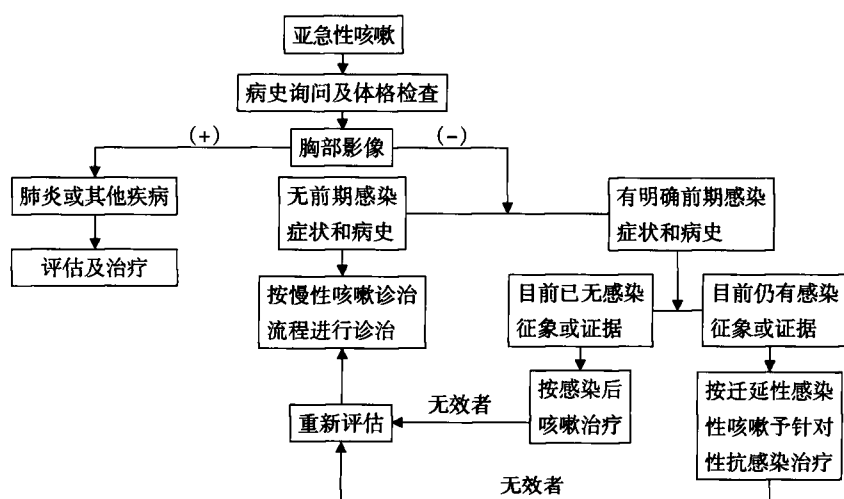


图2 亚急性性咳嗽的诊断流程图

要表现的临床综合征称PNDS。由于目前无法明确上呼吸道相关的咳嗽是否由鼻后滴流直接刺激或是炎症刺激上呼吸道咳嗽感受器所致,指南建议用UACS替代PNDS^[6]。但是考虑部分患者的确具有典型鼻后滴流症状和体征,使用PNDS的诊断更为直观、形象,亦有助提示诊断。因此,本指南仍保留PNDS这一名词。UACS/PNDS是引起慢性咳嗽最常见病因之一,其基础疾病以鼻炎、鼻窦炎为主,需在针对性治疗或经验治疗有效后确认。除了鼻部疾病外,UACS/PNDS可能还与咽喉部的疾病有关,如慢性咽喉炎、慢性扁桃体炎等。咽喉部疾病引起的慢性咳嗽可能与咳嗽高敏感性有关。

1. 诊断标准:UACS/PNDS涉及鼻、鼻窦、咽、喉等多种基础疾病,症状及体征差异较大且多无特异性,因此,必须综合病史、体征及相关检查,在除外合并下气道疾病、GERC等复合病因的情况下针对基础疾病进行治疗,咳嗽得以缓解,诊断方能确定。UACS/PNDS诊断建议参考如下:

(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)非变应性鼻炎以及普通感冒患者,治疗首选第一代抗组胺药和减充血剂,多数为复方制剂药物。

(2)变应性鼻炎患者首选鼻腔吸入糖皮质激素(如鼻用布地奈德64 μg/每鼻孔,2次/d)和口服第二代抗组胺药(如氯雷他定10 mg,1次/d)治疗。白三烯受体拮抗剂(如孟鲁司特10 mg,1次/d)治疗过敏性鼻炎亦有效。

(3)慢性鼻窦炎:

①细菌性鼻窦炎多为混合感染,抗菌药物应覆盖革兰阳性菌、阴性菌及厌氧菌,急性发作者不少于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(如鼻用布地奈德64 μg/每鼻孔,2次/d),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减轻鼻黏膜充血水

肿,缓解鼻塞症状,但需要警惕其导致药物性鼻炎的不良反应,疗程一般<1周。

(2)祛痰剂及黏液溶解剂等(如羧甲司坦500 mg,3次/d)对治疗慢性鼻窦炎亦有帮助。

(3)生理盐水鼻腔冲洗作为慢性鼻窦炎及慢性鼻炎的辅助治疗措施,避免或减少接触变应原有助于减轻变应性鼻炎的症状。

(二) CVA

CVA是哮喘的一种特殊类型,咳嗽是其唯一或主要临床表现,无明显喘息、气促等症状或体征,但存在气道高反应性。CVA是慢性咳嗽的最常见病因,国内多中心调查结果显示约占慢性咳嗽原因的三分之一^[7]。有些哮喘患者肺功能已有明显下降,但咳嗽仍为唯一症状或主要症状,也有部分典型哮喘患者在喘息症状缓解后,咳嗽成为主要症状。

1. 诊断标准:应根据慢性咳嗽病史及特点、支气管激发试验和抗哮喘治疗的有效性综合分析做出诊断。PEF平均变异率可作为一条诊断标准,诱导痰嗜酸粒细胞增高和FeNO增高有助于CVA的诊断。推荐采用以下诊断标准:

(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%(至少连续监测7 d的平均值),或支气管舒张试验阳性。

(3)抗哮喘治疗有效。

2. 治疗原则与典型哮喘相同。

(1)推荐使用ICS联合支气管舒张剂(β_2 受体激动剂)的复方制剂,如布地奈德/福莫特罗(160/4.5 μg,2次/d;病情重者可用320/9 μg,2次/d),氟替卡松/沙美特罗(50/250 μg,2次/d)。治疗时间8周以上,部分需要长期治疗。

(2)白三烯受体拮抗剂(如孟鲁司特10 mg,1次/d)治疗CVA有效。少数ICS治疗效果欠佳者,使用白三烯受体拮抗剂治疗可能有效。

(3)中医认为CVA多与风邪犯肺、肺气失宣有关,治疗宜疏风宣肺、止咳利咽,中药常用组方成份为麻黄、紫苏叶、地龙等^[13]。

(4)如症状较重,或对吸入激素治疗反应不佳时,可短期口服糖皮质激素治疗(如泼尼松10~20 mg,1次/d,3~5 d)。如果口服激素治疗无效,需考虑是否存在诊断错误或其他疾病或存在影响疗效的因素。

3. 预后:部分CVA患者会发展为典型哮喘,病程长、气道反应性高、诱导痰嗜酸粒细胞高是发展为典型哮喘的危险因素。

(三)EB

EB 是慢性咳嗽的常见病因,占慢性咳嗽病因的 13%~22%。EB 以气道嗜酸粒细胞浸润为特征,痰嗜酸粒细胞增高,但气道炎症范围较局限,平滑肌内肥大细胞浸润密度低于哮喘患者,其炎症程度、氧化应激水平均不同程度低于 CVA 患者。大约三分之一的 EB 患者合并变应性鼻炎^[14]。

1. 诊断标准:EB 临床表现缺乏特征性,部分临床表现类似 CVA,体格检查无异常发现,痰嗜酸粒细胞增高是主要诊断依据。国内正常人诱导痰嗜酸粒细胞比例 <2.5%。FeNO 检测诊断 EB 的敏感性较低,增高(FeNO>32 ppb)提示嗜酸粒细胞性相关慢性咳嗽(如 EB 或 CVA)。既往有接触面粉、异氰酸和氯氨等引起 EB 的报道,因此 EB 诊断时要考虑职业因素。EB 的诊断必须结合病史,诱导痰(或支气管灌洗液)嗜酸粒细胞计数、气道反应性测定和激素治疗有效等综合判断。推荐以下诊断标准:

(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,呼气 PEF 日平均变异率正常。

(4)痰细胞学检查嗜酸粒细胞比例 ≥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:EB 对糖皮质激素治疗反应良好,首选 ICS 治疗(如丙酸氟替卡松吸入气雾剂 250 μg,2 次/d),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。

3. 预后:半数以上的 EB 患者治疗缓解后会复发,合并鼻炎和持续性嗜酸粒细胞炎症是复发的危险因素^[14]。

(四)GERC

因胃酸和其他胃内容物反流进入食管,导致以咳嗽为突出表现的临床综合征,属于胃食管反流病的一种特殊类型,是慢性咳嗽的常见原因。发病机制涉及微量误吸、食管-支气管反射、食管运动功能失调、植物神经功能失调与气道神经源性炎症等,目前认为食管-支气管反射引起的气道神经源性炎症起着主要作用。除胃酸反流以外,部分患者还与弱酸或弱碱等异常非酸反流(如胆汁反流)有关。

1. 诊断标准:除咳嗽外,40%~68% 的 GERC 患者可伴反酸、胸骨后烧灼感及嗝气等典型反流症状,但也有不少患者以咳嗽为唯一表现^[15-17]。咳嗽

大多发生在日间和直立位以及体位变换时,干咳或咳少量白色黏痰。进食酸性、油腻食物容易诱发或加重咳嗽。诊断标准如下:

(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 ≥80%。症状指数 ≥45% 可用于 GERC 的诊断^[18]。但需要注意,少部分合并或以非酸反流(如胆汁反流)为主的患者,其食管 pH 值监测结果未必异常。

(3)抗反流治疗后咳嗽明显减轻或消失。

24 h 食管 pH 值监测正常不能排除 GERC,因为患者可能存在非酸或弱酸反流,或间歇性反流。对于没有条件进行 24 h 食管 pH 值-多通道阻抗监测的慢性咳嗽患者,如果具有以下特征时应考虑 GERC 的可能,可进行诊断性治疗:

(1)患者有明显的进食相关性咳嗽,如餐后咳嗽、进食咳嗽等。

(2)患者伴有典型的胸骨后烧灼感、反酸等反流症状或胃食管反流病问卷(GerdQ) ≥8 分。

(3)排除 CVA、UACS、EB 等慢性咳嗽的常见原因,或按这些疾病治疗效果不佳。

推荐采用质子泵抑制剂(PPI)试验:服用标准剂量 PPI(如奥美拉唑 20~40 mg,2 次/d),诊断性治疗时间不少于 2 周。如抗反流治疗后咳嗽消失或显著缓解,可以临床诊断 GERC。相比于 24 h 食管 pH 值-多通道阻抗监测等检查,更经济简单,但特异性较低。

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 GERC 的标准治疗方法。常选用 PPI(如奥美拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑及埃索美拉唑等)或 H₂受体拮抗剂(如雷尼替丁或其他)。PPI 效果更佳(如奥美拉唑 20~40 mg,2 次/d),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,建议在制酸药的基础上联合促胃动力药(如莫沙必利 5 mg,2 次/d)。促胃动力药同样建议餐前服用。

经上述治疗效果欠佳时,应考虑治疗药物的剂量及疗程是否足够,或是否存在复合病因。治疗无效者,建议转诊专科医院行 24 h 食管 pH 值-多通道阻抗监测等进一步检查,以判断是否为治疗力度不

足或其他原因导致的咳嗽,或是否为难治性 GERC。难治性 GERC 可使用巴氯芬治疗,但存在着一定程度的嗜睡、困倦等不良反应。常规剂量 PPI 治疗无效时,加大 PPI 治疗剂量可能有效。使用某种 PPI 治疗无效时,换用其他的 PPI 可能有效。在常规剂量 PPI 基础上,加用 H₂受体拮抗剂能使部分难治性胃食管反流或夜间酸反流的症状得到改善。少数内科治疗失败的严重反流患者,抗反流手术治疗(主要为经腹腔镜胃底黏膜折叠术)或内镜治疗可能有效,对手术指征应严格把握。建议在严格抗反流内科治疗后,咳嗽仍不能缓解,严重影响患者生命质量,24 h 食管 pH 值-多通道阻抗监测结果显示仍然存在严重的反流,方考虑手术治疗。

(五)AC

临床上某些慢性咳嗽患者,具有特应质,痰嗜酸粒细胞正常,无气道高反应性,糖皮质激素及抗组胺药物治疗有效,将此类咳嗽定义为 AC。国内研究结果显示,AC 是慢性咳嗽的常见原因。慢性咳嗽患者如果支气管激发试验阴性,痰嗜酸粒细胞不高,应考虑 AC 的可能。其发病机制有待进一步明确。日本报道了真菌(担子菌)定植作为变应原引起的慢性咳嗽,抗真菌治疗有效。其他国家和地区有无真菌相关性咳嗽尚待证实。

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物治疗有效。

2. 治疗:糖皮质激素或抗组胺药物治疗有效。ICS(如丙酸氟替卡松吸入气雾剂 250 μg,2 次/d)治疗 4 周以上,初期可短期口服糖皮质激素(泼尼松 10~20 mg/d,3~5 d)。

八、其他慢性咳嗽病因诊断及治疗

(一)慢性支气管炎

定义:咳嗽、咳痰连续 2 年以上,每年累积或持续至少 3 个月,并排除其他引起慢性咳嗽的病因。咳嗽、咳痰一般晨间明显,咳白色泡沫痰或黏液痰,加重期亦有夜间咳嗽。

在社区流行病学调查中慢性支气管炎是常见疾病,然而在专科门诊诊治的慢性咳嗽患者中,慢

性支气管炎只占少数。造成这种差异的原因可能与目前慢性支气管炎的诊断缺乏客观标准,在流行病学调查时易将许多其他病因引起的慢性咳嗽患者误诊为慢性支气管炎有关。

慢性支气管炎患者急性发作多由流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌、肺炎球菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌和不动杆菌感染引起,应根据当地细菌耐药情况指导抗菌药物选择。

(二)支气管扩张症

由于慢性炎症引起气道壁破坏,导致不可逆性支气管扩张和管腔变形,主要病变部位为亚段支气管。典型临床表现为慢性咳嗽、大量咳脓痰及间断性咯血,常合并慢性鼻窦炎。典型病史者诊断并不困难,无典型病史的轻度支气管扩张症则容易误诊。X 线胸片改变(如卷发样征)对诊断有提示作用,怀疑支气管扩张症时,最佳诊断方法为胸部高分辨率 CT。

不推荐稳定期支气管扩张症患者常规吸入激素,但对存在慢性气流阻塞或气道高反应性的稳定期纤维化支气管扩张症患者,联合 ICS+长效 β₂受体激动剂(LABA)或长效 M 受体阻断剂(LAMA)可改善其慢性咳嗽症状。体位引流对支气管扩张患者具有一定的作用。对于重度支气管扩张症患者,静脉使用抗菌药物治疗可能有助于减轻咳嗽症状和急性加重情况,建议在病情较重和需要住院治疗时,或口服抗菌药物治疗失败时应用。大环内酯类药物有助于改善稳定期支气管扩张症患者症状、减少急性加重风险,但长期应用要注意细菌耐药性及药物不良反应等问题。

(三)气管-支气管结核

国内气管-支气管结核在慢性咳嗽中并不罕见,多数合并肺结核,也有不少患者仅表现为单纯性支气管结核,其主要症状为慢性咳嗽,可伴有低热、盗汗、消瘦等结核中毒症状,部分患者咳嗽是其唯一的临床表现,体格检查有时可闻及局限性吸气期干啰音^[19]。X 线胸片无明显异常改变,容易误诊及漏诊。

对怀疑气管-支气管结核的患者应首先送检痰涂片找抗酸杆菌,部分患者结核杆菌培养可阳性。X 线胸片的直接征象不多,可发现气管、主支气管的管壁增厚、管腔狭窄或阻塞等病变。高分辨率 CT 显示支气管病变征象较 X 线胸片更为敏感,尤其能显示叶以下支气管的病变,可以间接提示诊断。支气管镜检查是确诊气管-支气管结核的主要手段,镜下常规刷检和组织活检阳性率高。治疗原则参考结核相关指南进行。

九、慢性咳嗽的经验性诊治

由于病因诊断需要一定的设备和技术条件,基层医院或经济条件有限的患者难以实施。因此,当客观条件有限时,经验性诊治可以作为一种替代措施。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. 推荐首先针对慢性咳嗽的常见病因进行治疗。国内外研究结果显示,慢性咳嗽的常见病因有 CVA、UACS/PNDS、EB、AC 和 GERC^[5-6]。

2. 建议根据病史推测可能的慢性咳嗽病因并进行相应的治疗。如患者的主要表现为夜间或凌晨刺激性咳嗽,则可先按 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。

3. 建议根据临床特征将慢性咳嗽分为激素敏感性咳嗽(包括 CVA、EB 及 AC)、UACS 和 GERC 进行经验治疗,有利于减少经验治疗的盲目性,提高经验治疗的成功率^[20]。以患病率为导向的阶梯性、序贯性治疗策略是一种优先考虑常见、治疗简单和见效快的病因,最后考虑少见、疗程长和起效慢的病因,边诊断边治疗的方案,适用于疾病特征不够典型或多种病因同时存在的情况^[21]。建议将美敏伪麻溶液、复方甲氧那明用于 UACS/PNDS、AC 和 PIC 等经验治疗。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。

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

5. 建议 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,建议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:此策略是根据病史和临床表现,推测慢性咳嗽的可能病因,

并给予针对性治疗。可根据临床特征将慢性咳嗽分为激素敏感性咳嗽、UACS 和 GERC 这 3 种类型,其中激素敏感性咳嗽是一类对激素治疗敏感的慢性咳嗽(主要包括 CVA、EB 及 AC)。基于疑似病因的经验性治疗取得成功的可能性较大,但应注意其局限性(症状与病因不一致性)。比如鼻后滴流感或清喉动作并非 UACS 所特有,也见于 GERC;部分 UACS 可无鼻后滴流感和清喉动作,近一半的 GERC 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(支气管扩张剂有效者)、UACS、AC 等常见病因给予复方甲氧那明治疗 1 周,有效维持治疗;若 1 周治疗无效则针对 CVA(支气管扩张剂无效者)和 EB 则给予口服激素治疗 1 周,有效者用 ICS 维持治疗,无效者则切换至针对 GERC 的抗反流治疗(PPI+促胃动力药)至少 2 周。此策略亦能取得较好的效果。

(三)经验性诊治的优点与缺陷

经验性诊治的方法简单方便,利于在基层医院推广;无需大量辅助检查,节省了医疗费用;缩短初始治疗时间,尽快缓解症状;减少有创检查的痛苦,提高患者依从性;经验性治疗有效也是确诊病因的必备条件;经验性治疗无效可排除一些病因,缩小辅检范围。

但经验性诊治同时也存在一些缺陷。经验性治疗有效有时也难以明确病因,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;治疗缺少全面的辅助检查证据,易对一些严重疾病造成误诊、漏诊,如支气管肺癌等,另外可能延长治疗时间;经验性治疗的方案、选择药物种类、药物剂量和疗程目前尚无统一意见,有待进一步完善。

十、镇咳与祛痰治疗

轻度咳嗽不需进行镇咳治疗。咳嗽可由多种原因所致,治疗关键在于病因治疗。但严重的咳嗽或咳嗽明显影响生命质量时,则可适当给予镇咳治疗。痰多患者宜用祛痰治疗,有助于治疗康复。目前的常用药物列举如下:

(一)镇咳药物

一般根据其药理作用机制将镇咳药分为中枢性和外周性两大类。中枢性镇咳药是指作用于延

髓咳嗽中枢的一个或多个位点而起到镇咳效果的药物;外周性镇咳药指与咳嗽反射弧上的咳嗽感受器、传入神经、传出神经及效应器部位受体结合产生镇咳效果的药物。

1. 中枢性镇咳药:该类药物对延脑中枢具有抑制作用,根据其是否具有成瘾性和麻醉作用又可分为依赖性和非依赖性镇咳药。前者为吗啡类生物碱及其衍生物,具有十分明显的镇咳作用,由于具有成瘾性,仅在其他治疗无效时短暂使用。后者多为人工合成的镇咳药,如右美沙芬和喷托维林等,临床应用十分广泛。

(1) 依赖性镇咳药:

①可待因(codeine):直接抑制延脑中枢,止咳作用强而迅速,同时亦具有镇痛和镇静作用,可用于病因不明、治疗效果不佳且剧烈干咳和刺激性咳嗽,尤其是伴有胸痛的干咳。由于其抑制支气管腺体的分泌使痰液黏稠不易咳出,故痰多黏稠时禁止使用。用法:成人口服每次 15~30 mg, 3 次/d。

②福尔可定(pholcodine):作用与可待因相似,但成瘾性较之为弱。用法:成人口服每次 5~10 mg, 3 次/d。

(2) 非依赖性镇咳药:

①右美沙芬(dextromethorphan):目前临床上应用最广的镇咳药,作用与可待因相似,但无镇痛和催眠作用,治疗剂量对呼吸中枢无抑制作用,亦无成瘾性。用法:成人每次 15~30 mg, 3 次/d。

②喷托维林(pentoxyverine):作用强度为可待因的 1/3,同时具有抗惊厥和解痉作用。青光眼及心功能不全者应慎用。用法:成人口服每次 25 mg, 3 次/d。

2. 外周性镇咳药:也称为末梢镇咳药。这类药物包括局部麻醉药和黏膜防护剂。

(1)那可丁(narcodine):阿片所含的异哇琳类生物碱,作用与可待因相当,无依赖性,对呼吸中枢无抑制作用,适用于不同原因引起的咳嗽。用法:成人口服每次 15~30 mg, 3~4 次/d。

(2)苯丙哌林(benproperine):非麻醉性镇咳药,作用为可待因的 2~4 倍。可抑制外周传入神经,亦可部分抑制咳嗽中枢。用法:成人口服每次 20~40 mg, 3 次/d。

(3)苯佐那酯(benzonatate):丁卡因衍生物,具有较强的局部麻醉作用,抑制咳嗽反射的传入神经。用法:成人口服每次 50~100 mg, 3 次/d。

(4)莫吉司坦:外周性非麻醉性镇咳药。用法:

成人口服每次 100 mg, 3 次/d。

(二) 祛痰药物

祛痰治疗可提高咳嗽对气道分泌物的清除效率。祛痰药的作用机制包括:增加分泌物的排出量;降低分泌物黏稠度;增强纤毛的清除功能。祛痰药物种类繁多,其有效性除个别药物外尚需更多循证医学证据。常见祛痰药如下。

1. 愈创木酚甘油醚(guaifenesin):可刺激胃黏膜,反射性引起气道分泌物分泌增多,降低痰液黏稠度,并有一定的支气管舒张作用,达到增强黏液排出的效果。常与抗组胺药、镇咳药、减充血剂配伍使用。用法:成人口服每次 200~400 mg, 3~4 次/d。

2. 挥发性植物油:系桃金娘科树叶的提取物,主要成分是:柠檬烯、桉油精和 α -蒎烯。如桉柠蒎用法:成人口服每次 300 mg, 2~3 次/d。宜于餐前半小时,凉开水送服,禁用热开水。

3. 氨溴索(ambroxol)和溴己新(bromhexine):两者均属于黏液溶解药,氨溴索是溴己新在体内的代谢产物,破坏类黏蛋白的酸性黏多糖结构,使分泌物黏滞度下降,还可促进纤毛运动和增强抗菌药物在呼吸道的浓度。氨溴索用法:成人口服每次 30~60 mg, 3 次/d;溴己新用法:成人口服每次 8~16 mg, 3 次/d。

4. 乙酰半胱氨酸(N-acetylcysteine):可使黏液糖蛋白多肽链的硫键断裂,降低痰的黏滞度。用法:成人口服每次 600 mg, 1~2 次/d;或每次 200 mg (颗粒剂), 3 次/d。

5. 羧甲司坦(carbocisteine):可使黏蛋白的二硫键断裂,降低分泌物黏滞度。厄多司坦(erdosteine)是其前体药物,口服经代谢产生 3 个含有游离巯基的代谢产物而发挥药理作用。羧甲司坦用法:成人口服每次 500 mg, 3 次/d;厄多司坦用法:成人口服每次 300 mg, 2 次/d。

6. 其他:高渗盐水及甘露醇吸入可提高气道黏液分泌的水合作用,改善黏液的生物流变学,从而促进黏液清除。联合应用支气管舒张剂可提高部分患者的咳嗽清除能力。

十一、中医中药治疗

中医学认为,咳嗽既是肺系疾病中的一个症状,又是独立的一种疾病。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^[22]。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^[23]。

(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,可伴嗳腐吞酸、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》)。

十二、转诊指征

咳嗽是临床最常见的症候,其构成病因复杂繁多。基层医师应熟知咳嗽的分类以及不同分类中的常见病因,能够根据病史、症状与体征正确评估病情,及时识别以咳嗽为突出症状的危及生命的疾病,并给予正确处理,迅速转诊至有治疗条件的上级医院诊治。对于临床常见的慢性咳嗽,即使在部分辅助检查条件缺乏情况下,亦能采用正确的经验性治疗方法成功缓解多数患者的咳嗽症状;对部分诊断不清或疗效不佳的咳嗽患者,能把握转诊条件和时机,适时转至具备更好医疗条件的上级医院进一步明确病因,避免延误病情;对于在综合医院明确病因的慢性咳嗽患者,转回社区医院后亦能根据指南对其进行规范的慢性病管理。

(一)紧急转诊

一般而言,单纯以咳嗽为唯一症状者涉及危急重症者较少,但亦要警惕部分疾病由于症状不典型,咳嗽亦有可能为其早期或不典型表现。因此,在对咳嗽患者进行诊治时候,要注意是否同时存在其他一些“红旗征”(报警)症状提示危重症之可能,尽早进行鉴别、处置及转诊。

1. 气胸:诱发气胸的因素有剧烈运动、咳嗽、提重物或举重、肺大疱病史等。常表现为刺激性干咳伴突然气促、胸痛、胸闷。体查可见呼吸动度减弱,触觉语颤减弱或消失,叩诊鼓音,听诊呼吸音减弱或消失。气胸严重时纵隔向健侧移位。X线胸片可提供重要参考依据。

2. 气管支气管异物:多见于儿童、老年人,急性期患者异物误吸后出现急性剧烈呛咳,伴面红耳赤、憋气、呼吸困难或呼吸不畅,吸气性喘鸣、声嘶、流泪、呕吐等症状。严重时可出现窒息、心脏骤停。

3. 肺栓塞:长期卧床、静脉曲张、心房颤动、创伤、肿瘤、妊娠和避孕药等是主要的危险因素。临床表现呈多样性,部分可表现为剧烈咳嗽,伴或不伴胸痛、呼吸困难、气促。血浆D-二聚体敏感性高但特异性低,心电图、X线胸片及超声心动图对鉴别具有一定作用。

4. 肺水肿:临床表现为阵发性咳嗽伴大量白色或粉红色泡沫痰,极度呼吸困难或端坐呼吸、发绀、

大汗淋漓,体查双肺布满对称性湿啰音。X线胸片可表现为腺泡状致密阴影,呈不规则相互融合的模糊阴影,弥漫分布或局限于一侧或一叶,或从肺门两侧向外扩展逐渐变淡成典型的蝴蝶状阴影。

5. 急性心肌梗死:冠状动脉粥样硬化病史是重要危险因素,过劳、激动、暴饮暴食、寒冷刺激、便秘、吸烟饮酒是主要诱发因素,典型患者有胸骨后或心前区压榨性疼痛,但部分患者可仅表现为咳嗽、气促、心慌。心电图新出现Q波及ST段抬高和ST-T动态演变可提示诊断。

(二)普通转诊

慢性咳嗽最理想的治疗是针对病因的特异性治疗,但在基层医疗机构尚不具备准确病因诊断的条件下,可采用临床线索导向性治疗策略或可疑病因导向性策略进行经验性诊治。多数患者可在经验性治疗后达到缓解,但也有不少慢性咳嗽仍然得不到改善。在下列情况下应当考虑转诊至上一级医疗机构进行进一步诊治。

1. 治疗无效。针对慢性咳嗽常见病因进行了充分、规范治疗2~4周后,患者咳嗽症状仍无缓解,应考虑可能存在其他病因,需转诊至上级医院完善相关检查以明确病因。

2. 治疗仅部分有效,或未能排除某些严重或恶性病变,尤其存在其他临床线索,如长期吸烟、咳嗽加重、痰中带血、呼吸困难等,提示未能排除呼吸系统器质性病变甚至恶性病变等情况时应予以转诊。

3. 症状虽缓解,但是频繁反复发作,未能明确具体病因且影响患者生命质量,部分患者停药后容易复发,对患者亦造成较大困扰。因此疑似此类患者应转诊明确具体诊断。

4. 传染病病例。患者有盗汗、消瘦、痰中带血等症状,对于明确或疑似为结核等传染性疾病时,应按卫生法规、条例等要求及时转诊至专科医院进一步诊治。

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 陈如冲 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] 赖克方,李斌,王法霞,等.慢性咳嗽患者的诊疗现状调查[J].国际呼吸杂志,2011,31(9):645-647. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-436X.2011.009.002.
- [2] 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.
- [3] 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.

- [4] 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.
- [5] Irwin RS, French CL, Chang AB, et al. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report[J]. Chest, 2018, 153(1): 196-209. DOI: 10.1016/j.chest.2017.10.016.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] Luo W, Chen Q, Chen R, et al. Reference value of induced sputum cell counts and its relationship with age in healthy adults in Guangzhou, Southern China[J]. Clin Respir J, 2018, 12(3): 1160-1165. DOI: 10.1111/crj.12645.
- [11] Yi F, Chen R, Luo W, et al. Validity of fractional exhaled nitric oxide in diagnosis of corticosteroid-responsive cough[J]. Chest, 2016, 149(4): 1042-1051. DOI: 10.1016 / j. chest. 2016.01.006.
- [12] Kwon NH, Oh MJ, Min TH, et al. Causes and clinical features of subacute cough[J]. Chest, 2006, 129(5): 1142-1147. DOI: 10.1378/chest.129.5.1142.
- [13] 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.
- [14] Lai K, Liu B, Xu D, et al. Will nonasthmatic eosinophilic bronchitis develop into chronic airway obstruction?: a prospective, observational study[J]. Chest, 2015, 148(4): 887-894. DOI: 10.1378/chest.14-2351.
- [15] 赖克方, 陈如冲, 林玲, 等. 不同病因慢性咳嗽临床特征的诊断价值[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 418-421. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2009.06.006.
- [16] Irwin RS, Zawacki JK, Curley FJ, et al. Chronic cough as the sole presenting manifestation of gastroesophageal reflux[J]. Am Rev Respir Dis, 1989, 140(5): 1294-1300. DOI: 10.1164/ajrccm/140.5.1294.
- [17] 徐钺怀, 王岚, 刘玻, 等. 非酸胃食管反流性咳嗽的临床特征[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2011, 34(11): 855-857. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2011.11.019.
- [18] 杨忠民, 徐钺怀, 陈强, 等. 症状指数对胃食管反流性咳嗽的诊断价值[J]. 中华内科杂志, 2014, 53(2): 108-111. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2014.02.008.
- [19] World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines [M]. World Health Organization, 2010.
- [20] Deng HY, Luo W, Zhang M, et al. Initial empirical treatment based on clinical feature of chronic cough[J]. Clin Respir J, 2016, 10(5): 622-630. DOI: 10.1111/crj.12270.
- [21] Wei W, Yu L, Wang Y, et al. Efficacy and safety of modified sequential three-step empirical therapy for chronic cough[J]. Respiriology, 2010, 15(5): 830-836. DOI: 10.1111 / j.1440-1843.2010.01785.x.
- [22] 江梅, 廖理粤, 罗炜, 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.
- [23] 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·

《中华全科医师杂志》2019 年征订通知

《中华全科医师杂志》2019 年为月刊, 全年 12 期, 出版日每月 4 日, 订价 30 元/册, 全年 360 元。



微信公众号: 菁医汇

• 微信订阅:

关注微信公众号“菁医汇”(微信号“cmayouth”)
点击底部菜单: “微信商城”进入菁医汇商城订阅

• 或扫描下方二维码

直接进入菁医汇商城《中华全科医师杂志》订阅页面



• 中华医学网订阅: 登录中华医学网 <http://www.medline.org.cn>

首页右上角导航栏“商城”

• 邮局订阅: 邮发代号 82-637

本刊编辑部