

文章编号:1005-2224(2010)06-0439-05

# 儿童咳嗽中西医结合诊治专家共识(2010年2月)

陆 权<sup>1</sup>,王雪峰<sup>2</sup> 执笔,陈慧中<sup>3</sup>,洪建国<sup>4</sup>,胡仪吉<sup>5</sup>,吕玉霞<sup>6</sup>,  
马 融<sup>7</sup>,尚云晓<sup>8</sup>,王力宁<sup>9</sup>,王素梅<sup>10</sup>,徐荣谦<sup>11</sup> 审校(按姓氏拼音排序)

中图分类号:R72 文献标志码:B

## 1 前言

咳嗽是儿科呼吸系统疾病的最常见症状,属中医儿科肺系病证中的病名范畴。咳嗽也是机体的一种正常防御反射。儿童咳嗽按病程分为急性咳嗽和慢性咳嗽;按病因(或病原)分为感染性咳嗽和非感染性咳嗽;根据有痰无痰还可分为有痰咳嗽(湿咳)和无痰咳嗽(干咳)等。

随着中医学和现代医学的相互交流与渗透,对儿童咳嗽的中西医结合治疗已被广泛应用。许多化痰止咳中成药同时含有中药和西药成分,实践中也存在着中西医疗法及中西药物混合应用等现实问题。市场上祛痰止咳中西成药品种繁多,成分多有重叠,部分非处方药的使用又受到商业广告等因素影响。地域差异存在的习惯用药也在相互渗透。这种背景下,儿童祛痰止咳药的重复使用、不合理使用在所难免,尤其是对门诊患儿,用药安全性问题已越来越引起国内外专家的关注。国内部分儿科呼吸病学专家曾在2009年制定了“儿童呼吸安全用药专家共识:感冒和退热用药”<sup>[1]</sup>,其中包涵了儿童祛痰止咳西药,但并未涉及该领域的中医中药。为了切实解决医疗工作中这一实际问题,有必要促成中西医对儿童咳嗽用药的基本共识,将儿童咳嗽的西医诊疗与中医辨证施治相结合,规范祛痰止咳口服药的合理应用。

本次共识因参与讨论专家有限,认识可能存在一定局限,欢迎广大临床医生就此参与讨论。

作者单位:1.上海交通大学附属儿童医院,上海 200040;2.辽宁中医药大学附属医院,沈阳 110032;3.首都儿科研究所,北京 100020;4.上海交通大学附属第一人民医院,上海 200080;5.首都医科大学附属北京儿童医院,北京 100045;6.黑龙江中医药大学附属第一医院,哈尔滨 150040;7.天津中医药大学第一附属医院,天津 300193;8.中国医科大学附属盛京医院,沈阳 110001;9.广西中医学院第一附属医院,南宁 530023;10.北京中医药大学东方医院,北京 100078;11.北京中医药大学东直门医院,北京 100700

通讯作者:陆权,电子信箱:luquan-sh@vip.sina.com;王雪峰,电子信箱:lnzywxf@163.com

## 2 儿童呼吸系统生理病理特点与咳嗽的关系

2.1 西医概述 小儿肺脏发育是一个贯穿于胚胎期和生后3年的复杂而循序的漫长过程。出生后肺泡直径约100 μm,成人为250~300 μm;肺泡数目2500万,仅为成人的8%,提示出生后肺泡大小和数目仍在动态增长中。从鼻道、鼻咽腔、喉腔、气管、支气管、直至细支气管,小儿气道的总体特点是管腔狭小、软骨发育尚未完善、黏膜柔嫩、血管丰富、易受感染,而感染时又极易充血肿胀。由于气道阻力与其半径4次方成反比,因此小儿气道阻力大于成人(新生儿气道阻力绝对值达成人10倍),这也是小儿容易产生上气道和(或)下气道阻塞的主要解剖原因。

小儿上气道尚有另一些特点:(1)婴幼儿易患鼻炎、鼻咽炎,鼻塞流涕和咳嗽的几率高。咽扁扁桃体(腺样体)生后6~12个月达发育高峰,呼吸道感染时肿大更明显,是造成咳嗽、喉鸣痰喘甚至上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS)的容易忽视的病因之一。(2)呼吸系统防御功能不完善:小儿无鼻毛过滤作用,黏液纤毛装置发育不完善,黏液腺和杯状细胞分泌不足,纤毛运动较差,咳嗽反射发育不完善,主动排痰以及清除已吸入的病毒、细菌等能力较差。(3)肺泡巨噬细胞吞噬能力不强,细胞内抗氧化系统能力不足,全身和呼吸道局部免疫功能不完善:新生儿活化T细胞表达比成人低,B细胞产生免疫球蛋白的能力有限,T细胞产生的细胞因子,如γ-干扰素(IFN-γ)、白介素-4(IL-4)、白介素-10(IL-10)的水平也低。新生儿补体经典途径(CH50)活性仅为母体的50%~60%,旁路活化途径(AP50)更显低下,仅为成人的35%。新生儿血清IgG主要来源于母体,至3岁时男孩达成人水平,而女孩延迟至6岁。IgG亚类中,IgG2在2岁内上升很慢,使婴幼儿易受肺炎链球菌、流感嗜血杆菌感染。血清IgA是发育最迟的免疫球蛋白,1~3岁时仅相当于成人水平的22%,至青春后期或成人期才达成人水平。分泌型IgA在新生儿期唾液中不能测出,2~4岁才达成人水平。总之,小儿免疫功能在生后5~7岁前处于低下时期,这也是该年龄段呼吸道感染高发的重要原因。

咳嗽是呼吸道感染者常见的症状。部分小儿生来俱有特应性体质,出生后接触变应原的几率又与日俱增,加之环境因素也可能造成小儿变应性疾病,近年来小儿喘息和哮喘的患病率不断升高,成为咳嗽咳痰的重要原因。

2.2 中医概述 小儿脏腑娇嫩,形气未充,发病容易、传变迅速,“肺常不足”的生理特点尤为突出。小儿“肺常不足”是明代医家万全提出的五脏有余不足学说之一。“肺常不足”理论所阐明的小儿在物质基础及生理功能方面的幼稚娇嫩与现代医学对儿童呼吸系统解剖、生理、免疫功能等方面的认识均一致。

小儿时期肺系功能未臻完善,肺气尚未充盛,故小儿在肺主气,司呼吸等功能均处于不完善和不稳定状态。临床上可以看到无论是外感六淫之邪,还是脏腑内伤诸多因素,均可影响肺之宣肃功能,表现为外感咳嗽或内伤咳嗽。肺为娇脏,为清虚之体,居各脏之上,为五脏之“华盖”,主一身之表,又主一身之气,外合皮毛,开窍于鼻,外与天气直接相通,入内由咽喉相连,故六淫等外邪侵入,最易犯肺。万全云“娇脏易遭伤”,小儿肌肤嫩弱,藩篱疏薄,一旦六淫之邪侵犯机体,皮毛受邪,即可由毛窍而入于肺系,也可从口鼻而舍于肺,造成肺的清宣肃降功能失常,气机不利,肺气上逆而导致外伤咳嗽。外感咳嗽日久不愈,耗伤正气,可转为内伤咳嗽。若外邪化热入里,炼液为痰,形成痰热;或素体热盛,或有食积内热,痰热相结,阻于气道,肺失清肃,发为痰热咳嗽。《育婴家秘》中云“小儿肺脾皆不足”,脾肺相生,脾虚则肺气亦弱,《冯氏锦囊秘录》曰“大抵脾不足,则不能生肺家气”,若小儿脾胃虚弱,失于健运,酿湿生痰,上贮于肺,可发为痰湿咳嗽。若素体禀赋不足,后天失调,肺脾气虚,不能敷布津液,津液凝聚为痰,阻于肺络,而致气虚咳嗽。若因外感热病,灼伤肺津;或素体阴虚,阴虚内热,灼伤肺络,可致阴虚咳嗽。叶天士《临证指南医案》明确提出“咳为气逆,嗽为有痰,内伤外感之因甚多,确不离乎肺脏为患也。”故小儿咳嗽,虽多涉及他脏,但基本病机为外邪犯肺或内伤于肺,肺失宣肃,肺气上逆而致咳嗽。故治疗应以肺脏为主,兼顾小儿“肺常不足”的生理特点。

### 3 中西医对咳嗽的认识

3.1 西医对咳嗽的认识 咳嗽是机体的一种生理反射,其反射弧包括感受器、传入神经、中枢、传出神经和效应器。感受器有机械感受器和化学感受器,前者集中分布在咽喉部、气管后壁、隆突、大气道分叉处,而小支气管以下很少分布。此外,在耳窝、副鼻窦、横膈、胸膜及心包也存在咳嗽机械感受器。化学感受器则分布在咽部和2级以下支气管,对有害气体和烟雾十分敏感。咳嗽的传入神经主要是迷走神经,尚有舌咽神经、三叉神经等,而咳嗽中枢位于延髓,传出神经则是迷走神经、膈神经及脊髓神经。引起咳嗽动作的主要效应器有声门、腹肌、膈肌和肋间内肌等,这些效应器引起咳嗽的动作必须是协调而有次序的。

Shahn<sup>[2]</sup>曾指出:一个健康的10岁儿童,1d中可有10次咳嗽(上限达34次),多发生在白天,一旦有呼吸道感染,每天咳嗽次数则增加。一个健康儿童每年发生5~7次上呼吸道感染,若每次持续7d,则1年中就可能有50d左右在咳嗽,这说明咳嗽是十分常见的症状。

通过咳嗽反射,机体能清除吸入的有害物质以及积聚在呼吸道中的异常分泌物。从生理角度讲,咳嗽是气道防御和清除功能的体现,而良好的咳嗽反射对小儿呼吸道通畅十分重要。然而另一方面,频繁而剧烈的咳嗽对机体又是有害的,剧咳引起面部、眼眶周围密集的出血点,这仅仅是表象,剧烈咳嗽可使胸内压升至+40~+75 mmHg,造成静脉回心血量骤减,体循环静脉压骤增,可能造成心律失常、暂时性大脑缺血,导致咳嗽晕厥、头痛,更有甚者可引起支气管痉挛、气漏[气胸和(或)纵隔气肿]、胃食管反流、腹直肌破裂、肋骨骨折、疝气等。咳嗽也有可能使肺部基础疾患恶化,如肺部感染(包括肺结核)扩散、肺部出血灶的再活动等。

3.2 西医对慢性咳嗽的认识 2007年12月,中华医学会儿科学分会呼吸学组和《中华儿科杂志》编辑委员会制定了“儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南”<sup>[3]</sup>,明确了儿童慢性咳嗽是指咳嗽症状持续>4周。从病因角度,慢性咳嗽分为特异性咳嗽和非特异性咳嗽(non-specific cough),前者指咳嗽是某些诊断明确的疾病的症状之一,如百日咳、肺结核、哮喘等;后者指咳嗽为主要或惟一表现、X线胸片未见异常的慢性咳嗽,目前临床上的慢性咳嗽就是指这一类咳嗽。不同年龄儿童慢性咳嗽的常见病因有所区别:婴儿期(<1岁)常见病因有呼吸道感染和感染后咳嗽,先天性气管、支气管和肺发育异常,胃食管反流,其他先天性心胸畸形等,先天性疾患是该年龄段儿童慢性咳嗽病因的特色;幼儿期(1~3岁)除呼吸道感染和感染后咳嗽外,常见病因有UACS、咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)、气道异物、胃食管反流等;学龄前期(3~6岁)尚须考虑支气管扩张等;学龄期(6岁至青春前期)又增加了心因性咳嗽(psychogenic cough)这一因素。

呼吸道感染与感染后咳嗽的临床特征和诊断线索有:(1)近期有明确的呼吸道感染史;(2)咳嗽呈刺激性干咳或伴少量白色黏痰;(3)X线胸片检查无异常;(4)肺通气功能正常;(5)咳嗽通常具有自限性;(6)除外引起慢性咳嗽的其他原因。如果咳嗽时间超过8周,应考虑其他诊断。

UACS的临床特征和诊断线索有:(1)慢性咳嗽或不伴咳痰,咳嗽以清晨或体位改变时为甚,常伴鼻塞、流涕、咽干并有异物感、反复清咽、咽后壁黏液附着感,少数患儿诉头痛、头晕、低热等;(2)检查鼻窦区可有压痛,鼻窦开口处可见黄白色分泌物流出,咽后壁滤泡明显增生,呈鹅卵石样,有时可见咽后壁黏液样物附着;(3)针对性治疗,如抗组胺药和白三烯受体拮抗剂、鼻用糖皮质激素等有效;(4)鼻窦炎所致者,鼻窦X线平片或CT片可见相应改变。

CVA的临床特征和诊断线索有:(1)咳嗽持续>4周,

常在夜间和(或)清晨发作或加重,以干咳为主;(2)临床上无感染征象,或经较长时间抗生素治疗无效;(3)支气管扩张剂等抗哮喘药物诊断性治疗有效;(4)排除其他原因引起的慢性咳嗽;(5)支气管激发试验阳性和(或)呼气峰流速(PEF)每日变异率(连续监测1~2周) $\geq 20\%$ ;(6)个人和(或)一、二级亲属有特应性疾病史,或变应原检测阳性。以上1~4项为诊断基本条件。

胃食管反流性咳嗽(gastroesophageal reflux cough, GERC)的临床特征和诊断线索有:(1)阵发性咳嗽,有时剧咳,多发生于夜间;(2)症状多出现在饮食后,喂养困难,部分患儿伴有上腹部或剑突下不适、胸骨后烧灼感、胸痛、咽痛等;(3)婴儿除引起咳嗽外,还可致窒息、心动过缓和背部呈弓形;(4)可导致患儿生长发育停滞或延迟。

嗜酸性粒细胞性支气管炎(eosinophilic bronchitis, EB)的临床特征和诊断线索有:(1)慢性刺激性咳嗽;(2)X线胸片正常;(3)肺通气功能正常,无气道高反应性;(4)痰液中嗜酸性粒细胞相对百分数 $\geq 2.5\%$ ;(5)口服或吸入糖皮质激素治疗有效。

心因性咳嗽的临床特征和诊断线索有:(1)年长儿多见;(2)日间咳嗽为主,专注于某件事情或夜间休息时咳嗽消失;(3)常伴有焦虑症状;(4)不伴有器质性疾病,并除外引起慢性咳嗽的其他原因。

**3.3 中医对咳嗽的认识** 咳嗽是中医以证候命名的病名。病位在肺,主要病机为肺失宣肃、肺气上逆。就其病因而言,由外邪侵袭,肺卫受感,肺失宣降而发生外感咳嗽,或由脏腑内伤而致内伤咳嗽。咳嗽发病与他脏关系密切。

外感咳嗽的发生《素问·咳论》云:“皮毛者,肺之合也,皮毛先受邪气,邪气以从其合也”,小儿在气候变化、冷热失常、沐浴着凉、调护不当、机体抗病力低下时,尤易受风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪乘虚从口鼻而侵,或从皮毛而入,内犯于肺,肺气失于宣肃而发生咳嗽。就诊者多以风热咳嗽居多,其次见于风寒、风燥致咳。患儿常表现为咳频声高,伴见发热、鼻塞流涕等上感症状。

内伤咳嗽《内经》有云:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”<sup>[4]</sup>。如肺与大肠相表里,若大肠实热便秘,腑气不通,影响肺气肃降而致咳嗽胸满。脾虚不运,痰湿内生,上渍于肺,壅塞肺气而致咳嗽痰多。肝经布肋而上注于肺,肝火灼肺则致咳痰不爽,胸胁胀痛。肾气虚,摄纳无权,影响肺气宣降而喘咳。

咳嗽分为干咳和湿咳。干咳指无痰或痰量甚少性咳嗽,若因燥邪犯肺肺失宣降而致干咳者,多见感染后咳嗽早期,好发于秋季,特别是北方气候寒冷干燥的季节;若因阴虚肺燥干咳者,多见慢性支气管炎、咳嗽变异性哮喘等病;若因木火刑金干咳者,多见咽喉炎性咳嗽,常因情志诱发。湿咳指咳嗽痰量多者,发病多由外感湿邪,内蕴于肺而咳,多见于潮湿多雨的南方。脾为生痰之源,肺为贮痰之器,小儿脾胃脆弱,水失运化,尤易聚湿生痰停聚于肺而致湿咳。

## 4 咳嗽的中西医结合防治

**4.1 咳嗽的西医诊治思路** 轻度急性咳嗽、慢性咳嗽,尤其在未明确病因前不主张使用镇咳药,可待因禁用于治疗各种类型的咳嗽。异丙嗪(非那根)的镇静作用可能误导家长而忽视了该药的不良反应,包括烦躁、幻觉、肌张力异常,甚至呼吸暂停、婴儿猝死。WHO提出警告:2岁以下儿童禁用异丙嗪作为镇咳药物。非药物性治疗措施,如避免接触变应原、避免受凉、避免被动吸烟等措施在儿童咳嗽尤其是慢性咳嗽的治疗中应予以重视。慢性咳嗽诊断程序应从简单到复杂,从常见病到少见病。诊断性治疗有助于儿童慢性咳嗽的诊断,其原则是在无明确病因提示时,按UACS、CVA、GERC顺序进行。

慢性咳嗽的处理原则是明确病因,针对病因进行治疗和评估。咳嗽如伴有痰,应以祛痰为原则,不能单纯止咳;H1受体拮抗剂如氯苯那敏、氯雷他定、西替利嗪等可用于治疗UACS;明确为细菌或肺炎支原体、衣原体病原感染的慢性咳嗽可考虑使用抗菌药物;平喘抗炎药物包括糖皮质激素、 $\beta_2$ -受体激动剂、M-受体阻断剂、白三烯受体拮抗剂、茶碱等,主要用于CVA、EB等的针对性治疗;GERC可使用促胃动力药如多潘立酮等。

2009年制定的“儿童呼吸安全用药专家共识:感冒和退热用药”<sup>[1]</sup>,基本规范了儿童祛痰止咳西药的合理使用原则。(1)祛痰药:主要通过稀释痰液或液化黏痰,使之易于咳出,常用的祛痰药根据其作用方式分为3类:①恶心性祛痰药或刺激性祛痰药:前者如愈创木酚甘油醚、氯化铵、碘化钾等,口服后刺激胃黏膜,引起轻微恶心,反射性地促进支气管分泌增加,使痰液变稀,易于咳出。刺激性祛痰药是一些挥发性物质,如桉叶油、安息香酊等,其蒸汽可刺激呼吸道黏膜,增加腺体分泌,使痰液稀释,易于咳出。②黏液溶解剂:如N-乙酰半胱氨酸可分解痰液的黏性成分如黏多糖、黏蛋白,使稠厚的痰液溶解,黏度降低而易于咳出。③黏液调节剂:如溴己新、氨溴索等,主要作用于气管、支气管产生黏液的细胞,促其分泌黏滞性低的分泌物,使呼吸道分泌的流变性恢复正常,痰液由黏变稀,易于咳出。祛痰药的用药建议:宜先查明咳嗽、咳痰的原因,区别咳嗽性质和痰的性状,有针对性地选择祛痰药;祛痰药多数可致恶心、呕吐,用量不宜过大,以免导致电解质紊乱。(2)镇咳药:常用的镇咳药根据作用部位可分两大类:①中枢性镇咳药:直接抑制延髓咳嗽中枢,产生镇咳作用,如右美沙芬、喷托维林,多用于无痰的干咳。右美沙芬是目前临床上最常用的镇咳药,常与祛痰药或第一代抗组胺药组成复方制剂。②周围性镇咳药:为抑制咳嗽反射弧感受器、传入神经、传出神经、效应器的任何一个环节而止咳的药物,如甘草硫浸膏、苯丙哌林等。镇咳药用药建议:儿童一般应少用镇咳药,多痰、喘息或肺淤血患儿应禁用;少数剧烈咳嗽或伴有胸痛和高张性气胸患儿,可给予镇咳药,但必须严格控制,谨慎应用;儿童必须禁用具有成瘾性的中枢

镇咳药,如可待因及含可待因的复方制剂;儿童使用镇咳药3~7d若效果不明显,应作进一步检查以免漏诊、误诊。

4.2 咳嗽的中医辨证论治思路 中医诊治咳嗽的辨证思路,宗明·张景岳以表里为纲,一曰外感,一曰内伤。外感咳嗽发病较急,六淫袭肺,咳声高扬,病程短,伴有外感表证,常分寒热二端,治以辛甘温润或辛甘凉润,佐以微苦之品解表祛邪,药取轻清,深合“肺为娇脏,宣辛则通,微苦则降”之旨。内伤咳嗽发病较缓,病程较长,也可兼见表邪未去之实证,脉证虚实互见,治当以调理脏腑为要,明辨病因,注重首诊选方用药。中医强调治未病原则,通过辨质防治,补偏救弊,矫正易感体质以达防病目的。

4.2.1 外感咳嗽 一般多为急性咳嗽。治疗原则应宣发肺气、疏通腠理,使邪从表解。

风热咳嗽临证多见咳嗽、痰稠色黄难咳,伴见发热,有汗,咽部红赤肿痛,舌红苔薄黄<sup>[5]</sup>。治以疏风清热,宣肺止咳。代表方桑菊饮加减。常用药味有桑叶、薄荷、炒杏仁、前胡、牛蒡子等。中成药可选桑菊银翘散等。

风寒咳嗽临证多见咳声频作、痰稀色白易咳,伴见恶寒、发热、无汗、舌淡苔薄白。治以疏风散寒,宣肺止咳。代表方三拗汤加减。中成药可选通宣理肺口服液等。

4.2.2 内伤咳嗽 发病多由于外感咳嗽治疗不当,迁延不愈,或由五脏内伤而致。临床多从“痰”、“虚”论治。脾虚湿聚是成痰的病理基础<sup>[6]</sup>,健脾化湿为治痰之要,亦需结合痰的色、质、量辨治。

痰热咳嗽临证多见咳嗽、痰多黏稠色黄难咳,伴见发热、面赤口渴、舌红苔黄腻。治以清热化痰,肃肺止咳。代表方清金化痰汤加减。常用药味有炙桑皮、黄芩、瓜蒌、贝母、麦冬。中成药可选金振口服液、羚羊清肺散等。

痰湿咳嗽临证多见咳嗽声重、痰多色白质稀、喉间痰鸣,伴见胸闷、食少、疲倦、便溏,舌淡苔白腻。治以燥湿化痰,肃肺止咳。代表方二陈汤合三子养亲汤加减。常用药味有制半夏、陈皮、茯苓、紫苏子、莱菔子。中成药可选化痰散、二陈丸等。

阴虚咳嗽临证多见干咳无痰、痰少难咳,伴见口干、盗汗、手足心热、便干、舌红少苔或苔剥脱。治以养阴清肺润燥。代表方沙参麦冬汤加减。常用药味有沙参、麦冬、桑叶、知母。中成药可选养阴清肺口服液、槐杞黄颗粒等。

气虚咳嗽临证多见咳嗽无力、痰稀色白,伴见神疲、自汗、面白少华、少食、平素易反复感冒、舌淡苔薄白。治以益气补肺,健脾化痰。代表方六君子汤加减。常用药味有黄芪、太子参、五味子、炙冬花、炙紫苑。中成药可选玉屏风散、童康片等。

4.2.3 中成药的临床用药指导经验 防治咳嗽的中成药已在全国各级医院被中、西医所使用,据调查,西医临床应用中成药占整个中成药使用量的70%左右<sup>[7]</sup>。因此,本次共识有必要在明确辨病与辨证关系的基础上,对常用中成药加以介绍,以促进中西药的合理应用,达到增强药物协同作用、提高防治咳嗽疗效的目的。

辨证论治是中医的精髓,是指导临床诊治疾病的基本法则,“异病同治”即在此原则指导下产生。“异病同治”作为中医最基本的治疗原则之一,在临床实践中,对于提高临床疗效具有十分重要的指导意义。由感冒、支气管炎和肺炎初期所致的热邪犯肺咳嗽,临床均症见咳声粗亢,痰稠色黄,伴发热、咽喉疼痛、汗出口渴等,根据“异病同治”的原则,此证候群基本治则为“清热宣肺,止咳化痰”,中成药常选羚羊清肺散、金振口服液等。

急性支气管炎、肺炎辨证属风寒证者,症见咳嗽重浊,痰稀色白,伴有头痛鼻塞,流清涕者,可选用通宣理肺丸、小青龙合剂、杏苏止咳糖浆;辨证属风热证者,症见咳声粗亢,痰稠色黄,伴发热、咽喉疼痛、汗出口渴者,可选用小儿肺热咳喘口服液、复方甘草合剂、蛇胆川贝液、急支糖浆;辨证属燥热证者,症见干咳无痰,或痰少不易咯出,鼻燥咽干,可选用川贝止咳露、川贝雪梨膏;辨证属痰热证者,症见咳嗽声重、痰多色黄质稠、喉间痰鸣,舌淡苔黄腻者,选用金振口服液、羚羊清肺散等。咳嗽较重或剧烈咳嗽时,治以镇咳并宣肃肺气,可慎用强力枇杷露。

4.2.4 咳嗽的中医特色外治法 中药敷贴法:相当于现代医学的透皮给药疗法。穴位敷药可通过药粒压力与渗透作用,使药物的理化刺激直接作用于多层次、多功能的经络系统,达到内病外治的目的。最常用的外敷法为敷胸散敷于背部腧穴,由大黄、芒硝等药味组成,可促进局部炎症吸收,多治于湿咳。临床也常用敷脐法给药,将止咳中药通过神阙穴输布于全身,且避免了肝脏首过效应及肾脏代谢。穴位贴剂止咳贴常用于天突、肺俞、膻中等穴位,达到止咳宣肺、宽胸利气之效。

拔罐法:古称“角法”,是通过负压作用促进局部炎症吸收,且开泄腠理毛窍,使病邪从皮毛而出<sup>[8]</sup>。拔罐法具有温热作用,可复其阳气,散其病邪。咳嗽常用穴位有风门、大椎、肺俞、膏肓。风门为风邪出入门户,善治外感咳嗽。膏肓具有通宣理肺、益气补虚之效,善治内伤久咳。大椎是手足三阳经和督脉交会穴,肺俞是肺气在背部输注之处,皆治一切咳嗽。

4.2.5 慢性咳嗽的中医辨病及调护思路 中医对此类疾病的诊治有其深刻的认识,综合分析患儿病史及病情,强调辨证与辨病相结合治疗,重视护理与调养。

上气道咳嗽综合征:本病多属风邪伏于肺窍,肺气不宣,邪郁化热而致。症见咳嗽咳痰、鼻塞流涕、清嗓、舌红苔薄黄。治以疏风清热、宣肺通窍。常用药味有辛夷花、薄荷、黄芩、荆芥、苍耳。

咳嗽变异性哮喘:本病常因宿痰为患,肺气升降失司所致。症见咳嗽日久不愈,晨起、夜间咳甚,伴有鼻痒、喷嚏、流涕。治以化痰宣肺、降逆止咳。常用药味有炙麻黄、炒杏仁、前胡、苏子。调护应避免与过敏原接触。

胃食管反流性咳嗽:本病因食积气滞、胃失通降、母病及子、肺胃之气上逆而咳。症见咳嗽多在日间和直立位、口苦反酸、暖气、胸痛。治以降逆止咳。常用药味有旋覆

花、代赭石、法半夏、陈皮。调护需注意不宜食酸甘食品，卧床前2~3h不宜进食。

慢性咽喉炎咳嗽：发病多因外感风燥之邪或脏腑功能失调，肺阴不足、肺气不利所致。症见咽痒或喉痒后阵咳，迁延不愈。治以利咽止咳。常用药味有射干、玄参、麦冬、木蝴蝶、牛蒡子等。

## 5 重视儿科止咳药临床应用的安全性

近年来，疾病谱的变化、环境污染以及化学药品毒副作用等影响，使人们更多地寄希望于中药。中药是含有多种成分的天然药物<sup>[9]</sup>，在中医理论的指导下，通过几千年的临床应用，已充分验证了其独特疗效以及规范剂量使用的安全性。然而，认为中药安全无毒副作用的错误观点，也造成了中药的滥用、误用，导致有关中药不良反应的报道日益增多。小儿因其特殊的生理、病理特点，其用药已成为临床医师普遍关注的实际问题。止咳药需遵循“上焦如羽，非轻不举”的原则，选方用药宜性轻量少、味宜辛而忌重浊，多用辛温开肺气，或用辛平降肺气，或用微辛而酸以敛肺气，并需随症用药。外感咳嗽常配麻黄等疏风解表药，使用不宜过久，以免发汗太过，耗气伤阳，日久卫表不固，易受邪而复感<sup>[10]</sup>。常用的黄芩、鱼腥草等清热解毒药多性味苦寒，易伤脾胃，不宜过量久服。若外邪未消，正气未虚，切勿过早应用滋阴润肺补虚之品，以免闭门留寇。另外，小儿脏腑娇嫩，肝肾代谢功能尚未健全，药量不宜过大。产地的不同，药性也存在差异。如贝母根据产地可分为川贝和浙贝，两者均有清肺、润肺止咳之效，但浙贝重于宣散，多用于外感咳嗽，川贝偏于润肺，多用于燥咳、久咳，若用川贝治疗外感咳嗽，易致风邪郁闭，病情迁延难愈。

需强调的是，中西药联合应用时，需重视理化性质和药理作用间的配伍特点。理化性质的配伍需注意：(1)产生难溶性物质，影响吸收，降低疗效。如含有石膏成分的中成药(如麻杏石甘汤、蛤蚧定喘丸、牛黄解毒片)与含酰胺基和酚羟基的抗生素合用，能形成难以吸收的很小的络合物，影响药效。(2)形成有毒化合物，损害患儿脏器功能。如含朱砂的中成药(紫雪、羚羊清肺散等)不宜与还原性西药溴化钾、碘化钾等同服，否则会产生溴化汞、碘化汞之类有毒汞盐沉淀，引起赤痢样大便，导致药源性肠炎。(3)酸碱中和，减低疗效。通常含大量橘红等酸性中成药与氨茶碱等碱性西药同用，两者发生酸碱中和反应，降低药效。药理作用的配伍需注意：(1)引起生物效应的拮抗作用，降低药效，甚或引起不良反应。如含麻黄的止咳平喘药(麻杏止咳片)不宜与氨茶碱、异丙肾上腺素同用，否则易引起头痛、失眠、心悸、心律失常等不良反应。(2)含鞣质或大量黄酮类成分的中成药(如桑菊感冒片)等，不宜与含钙、镁、铁的西药(如碳酸钙、维丁胶性钙等)同时服用，否则容易形成难溶性络合物(或金属螯合物)而降低疗效。(3)引起不良反应。含甘草成分中成药(如小儿清肺止

咳口服液)，不宜与阿司匹林同用，因阿司匹林对胃黏膜有刺激作用，而甘草含有甘草甜素，具有肾上腺皮质激素样作用，抑制胃酸分泌，易诱发胃、十二指肠溃疡。

临床用药若不遵循规范，也可能引起不良反应。在治疗儿童咳嗽实际用药中发现，无毒或低毒性药物超剂量或超时间服用，也可能造成蓄积中毒，如炒杏仁、白果药量过大会引起不良反应。需炮制的药物未经处理，如枇杷叶未去茸毛，服后可导致喉痒、干咳，甚至喉头水肿。配伍不当，如桔梗与远志组合可致呕吐。但若能成熟规范辨证，合理配伍使用，将有利于中西药的临床应用。如西药镇咳药可待因类药物的成瘾性已成为临床亟待解决的问题，而炙杷叶、蜜百部、炒杏仁等宣肃肺气中药具有类镇咳作用，且无成瘾性，弥补了其不足之处。

随着医学科学的发展，药品种日益增多，中西药合用现象临床较为普遍。若合理用药，疗效方面可相互促进，增强协同作用，同时也可起到减毒、解毒效果，降低药物毒副作用。但若合用不当，则会降低药效，产生毒副作用或其他不良反应，甚至引起药源性疾病。对于引起肝肾损害的药物，应慎用于儿童。另外，中西药临床合用时不宜同服的问题也不容忽视，经验认为中药和西药服用时间应间隔至少1h。总之，临床医生应对上述问题给予充分注意和重视，合理选择中西药祛痰止咳口服药，更好地服务于咳嗽患儿。

## 参考文献：

- [1] 陈爱欢,陈慧中,陈志敏,等. 儿童呼吸安全用药专家共识:感冒和退热用药[J]. 中国实用儿科杂志, 2009, 24(6): 438-442.
- [2] Shahn F. How often do children cough [J]. Lancet, 1996, 348(4): 699-700.
- [3] 中华医学会儿科学分会呼吸学组, 中华儿科杂志编辑委员会. 儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(试行)[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(2): 104-107.
- [4] 陈雪梅,王儒平. 浅析《内经》“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(12): 2964.
- [5] 李燕宁,张葆青,潘月莉,等. 小儿支气管炎中医诊疗指南[J]. 中医儿科杂志, 2008, 4(6): 1-3.
- [6] 万丽玲. 浅谈咳嗽湿热郁肺证[J]. 新中医, 2007, 39(1): 93.
- [7] 张家铨. 西医临床中成药手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [8] 丁敏,薛维华,张振伟,等. 速刺拔罐治疗小儿咳嗽89例[J]. 中国针灸, 2006, 26(7): 465.
- [9] 王雪峰. 中药引起的脏器损害[J]. 中国实用儿科杂志, 2005, 20(7): 400-403.
- [10] 陈勇毅. 中药毒性的研究思路探析[J]. 中医杂志, 2009, 50(S1): 250-251.