

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.16.018

标准与规范

咳嗽中医诊疗专家共识意见 (2021)

中华中医药学会肺系病分会, 世界中医药学会联合会肺系病专业委员会

随着自然和社会环境的变化, 咳嗽发病率明显增高, 以咳嗽为主诉的就诊患者在内科门诊中最为常见^[1]。以病因类型繁多的慢性咳嗽为例, 其患病率在全球普通人群中为 9.6%^[2], 在专科门诊中高达 10% ~ 38%^[3]。西医咳嗽诊疗指南^[4-5]中对咳嗽不同病因类型的诊断方法日趋完善, 但涉及检查种类繁多, 基层诊疗难以普及推广, 部分患者检查后依旧难以明确诊断, 各类病因所致的咳嗽在高发病率的同时缺乏有效的诊疗手段^[6]。近年来随着中医对咳嗽的认识不断深入, 有必要对咳嗽的中医诊疗共识意见进行更新。中华中医药学会肺系病分会咳嗽共识起草小组在原有的《咳嗽中医诊疗专家共识意见 (2011 版)》^[7]的基础上, 依据循证医学原理, 收集近 10 年文献, 充分结合名老中医经验, 对咳嗽的病因病机、辨证要点、证候分类及分证论治等关键问题进行总结归纳, 并先后组织国内呼吸病专家召开共识意见论证会议, 完成了共识的制定。2019 年 6 月 15 日于天津召开了第一次共识论证会, 根据专家意见形成了本共识初稿。2019 年 10 月 11 日在中华中医药学会、世界中医药学会联合会于武汉举办的肺系病学术交流会上进行了第二次共识论证会, 根据专家意见进一步对共识进行完善及修改, 并于 2020 年 1 月 22 日至 2 月 22 日由核心专家组进行了共识草案的函审。本专家共识最终于 2020 年 10 月 22 日在北京审核通过。

新版共识主要增加和修订了以下几方面内容:

1) 更新了咳嗽的病因病机; 2) 增加了咳嗽、咯痰特点的鉴别; 3) 更新了区分病程、病位、病因的辨治要点; 4) 完善了咳嗽证候类型及相关西医疾病对照; 5) 丰富了中成药的辨证论治。现将全文公布如下, 供同道参考, 以期在应用中不断完善。

1 咳嗽的概述

1.1 定义

咳嗽是因邪犯肺系, 肺失宣肃, 肺气上逆所致

的以咳嗽为主要症状的一组病症。它既是一个症状, 又是一种独立的疾病。本共识定义的咳嗽是特指以咳嗽为主要或唯一症状者, 作为其他疾病伴随症状的咳嗽, 如哮喘、喘证、肺胀、肺痿、肺癰等兼有的咳嗽症状不纳入本次共识的论述范围。

1.2 中医学认识

近年来, 中医在咳嗽的病因病机、诊疗方法上的认识不断深入, 临床诊疗中发现越来越多的咳嗽患者外感症状已消失, 内伤脏腑的表现不明显, 咳嗽的病因不再局限于外感、内伤两类。现认为咳嗽是由多种因素共同作用所致的一类疾病: 禀赋异常, 环境刺激, 鼻、咽喉、胃等相关因素均可导致咳嗽的发生。风邪伏肺、邪壅肺窍、胃气上逆及诸脏先伤后传于肺所致的肺失宣降、肺气上逆均可作咳。

1.3 现代医学认识

现代医学通常按病程将咳嗽分为 3 类: 急性咳嗽、亚急性咳嗽和慢性咳嗽。急性咳嗽 < 3 周, 亚急性咳嗽为 3 ~ 8 周, 慢性咳嗽 > 8 周^[8]。急性咳嗽主要包括急性上呼吸道感染 (包括普通感冒、流行性感冒、急性咽喉炎、鼻炎、副鼻窦炎等) 和急性气管-支气管炎; 亚急性咳嗽主要包括感染后咳嗽、咳嗽变异性哮喘和上气道咳嗽综合征; 慢性咳嗽主要包括咳嗽变异性哮喘、上气道咳嗽综合征、嗜酸粒细胞性支气管炎、胃食管反流性咳嗽、变应性咳嗽以及咳嗽高敏综合征。上述咳嗽可参考本专家共识治疗。

2 历史源流

咳嗽之名始见于《黄帝内经》, 书中较为系统地论述了咳嗽的成因、症状、证候分类、病理转归及治疗等。如《素问·咳论篇》提出“皮毛先受邪气, 邪气以从其合也。其寒饮食入胃, 从肺脉上至于肺, 则肺寒, 肺寒则内外合, 邪因而客之, 则为肺咳”, 强调这种外感寒邪与内伤寒冷的“内外

合邪”即为咳嗽的主因。“五脏六腑，皆令人咳，非独肺也”，五脏六腑之咳“皆聚于胃，关于肺”（《素问·咳论篇》），说明咳嗽的病因不只限于肺，其他脏腑功能失调均可导致咳嗽的发生。《黄帝内经》以五脏六腑为纲辨治咳嗽，为后世医家对咳嗽病证的研究奠定了基础。

汉代张仲景以六经辨证为纲，归类咳嗽表现，建立了射干麻黄汤证、小青龙汤证、麦门冬汤证、甘草干姜汤证等，证法方药已趋完善，后世临床广泛应用。隋代巢元方《诸病源候论·咳嗽候》有十咳之称，分别在五脏咳的基础上加入了风咳、寒咳、支咳、胆咳、厥阴咳，进一步丰富了咳嗽的内涵。金元时期，张子和《儒门事亲·咳分六气勿拘于寒说》指出“风、寒、暑、湿、燥、火六气皆令人咳，非独寒邪”。朱震亨认为，咳嗽有风寒、痰饮、火郁、癆嗽、肺胀之分，对内伤咳嗽善从痰、火论治，强调按咳嗽发作的季节、时间用药。明代张介宾认为，“咳证虽多，无非肺病”。《景岳全书·咳嗽》云“咳嗽之要，止惟二证。何为二证？一曰外感，一曰内伤而尽之矣”，“但于二者之中，当辨阴阳，当分虚实耳”，将咳嗽分为外感、内伤两大类。明清时期医家对咳嗽的辨治尤为详尽，李中梓《医宗必读·咳嗽》提出“大抵治表者，药不宜静；治内者，药不宜动”；喻嘉言《医门法律》首先论及燥咳，曰“春伤于风，夏伤于暑，长夏伤于湿，秋伤于燥，冬伤于寒”；沈金鳌《杂病源流犀烛》指出“盖肺不伤不咳，脾不伤不久咳，肾不伤火不炽咳不甚，其大较也”；汪昂《医方集解》云“久嗽有痰者燥脾化痰，无痰者清金降火，盖外感久则郁热，内伤久则火炎，俱须开郁润燥。七情气逆者，顺气为先；停水宿食者，分导为要。气血虚者，补之敛之，不宜妄用涩剂”。综上，形成了当今中医对咳嗽的基本认识，把咳嗽作为多种疾病的共有症状加以描述，并以外感、内伤统证。

3 病因病机

咳嗽辨治分外感与内伤，但随着时代变迁、疾病谱的变化，现代诊疗手段的进步，疾病分类的不断细化，咳嗽已逐渐归类到各种单独的疾病中，使治疗更加精准化。而外邪已去，尚未内伤到脏腑的咳嗽日趋常见，故其病因病机已不局限于外感、内伤。2011 年的专家共识就已淡化“外感”与“内伤”的概念，更加注重内外合邪，互为因果的咳

嗽^[1]。其中咳嗽所表现出的高敏感性，是各类咳嗽的共同特征，中医学认为其与风的特点相类，命名为“风咳”，为外风引触内风，肺失宣肃，肺气上逆，变生咳嗽^[8-11]。

3.1 外感六淫邪气

风被认为是六淫之首，此处的“风”多指狭义上的“外风”，“外风”所致的咳嗽多是由于气候骤变或调摄失宜，外感六淫之邪从口鼻、皮毛侵入机体，使肺气被束，失于肃降所致。同时其他外邪多随风邪侵袭人体，所以外感咳嗽常以风为先导，或夹寒，或夹热，或夹燥。风邪还包括大气污染、尘螨异物、异味和刺激性物质等一系列可激发患者高敏反应的外邪。

3.2 脏腑功能失调

咳嗽的病位主脏在肺，肺失宣降是咳嗽的主要病机，又与肝、脾、肾相关。病理状态为脏腑功能失调，风（内风）、痰、饮和郁火为主要致病因素，其产生多归结于外邪留恋、饮食劳倦、情志失调及体质因素等。

所谓内风，既包括风邪留伏，久不能祛，沦为内风者^[12-14]，同时也包括素体过敏者，因其咳嗽咽痒、气道挛急，忽发忽止符合风之特点故名^[15-16]。此二者皆是导致肺气上逆、肺失宣肃的主要原因。内伤宿疾者，常由禀赋不足或肺系疾病日久，迁延不愈，耗气伤阴，肺不能主气，肃降无权而肺气上逆作咳。其他脏腑功能失调，皆能导致肺的宣降失调而引发咳嗽。如肝肺同病者，常因情志刺激，肝失调达，气郁化火，气火循经上逆犯肺，致肺失肃降而作咳。肺脾（胃）同病者^[17-18]，饮食不当，嗜烟好酒，内生火热，熏灼肺胃，灼津生痰，或生冷不节，肥甘厚味，损伤脾胃，呃逆反酸，致使痰、气、火、饮（胃食管反流性刺激物）等有形或无形之邪上干于肺或咽喉，可直接或间接导致肺气上逆或咽喉不利而作咳。肺肾同病者，肾气亏虚，肾不纳气，肺气失敛而作咳^[19]。又因肺与大肠相表里，故大肠腑气不通亦体现出咳嗽的发生与脏腑功能失调的密切联系^[20-21]。

4 诊断与鉴别诊断

4.1 诊断要点

1) 以咳逆有声，无痰或咯吐痰液为主要临床症状。2) 急性咳嗽多由外感引发，起病急、病程短，常伴恶寒发热等表证。亚急性、慢性咳嗽可由外感或其他脏腑功能失调引发，病程较长，可伴有

其他脏腑失调的症状。3) 听诊可闻及双肺呼吸音增粗。4) 肺部 X 线片检查无明显异常或肺纹理增粗。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 咳嗽特点的鉴别

1) 时间、节律: 咳嗽白天多于夜间者, 多为外感咳嗽; 晨起阵发加剧性咳嗽, 伴随痰出咳减者, 多为痰湿咳嗽; 午后、黄昏咳嗽加重, 或夜间有单声咳嗽, 咳声轻微短促者, 多为肺燥阴虚; 夜间咳嗽持续、剧烈, 少气或伴气喘者, 多为久咳致喘的寒饮证。

2) 性质、声音: 咳声洪亮有力多为实证; 咳而声低气怯多为虚证; 咳声嘶哑多为燥咳; 咳声重浊痰多多为痰湿、痰热咳嗽; 咳声短促多为肺燥阴虚。

3) 加重与缓解因素: 过食生冷油腻后加重者, 多属痰湿; 每由情绪波动诱发加重者, 多属气火; 着凉、劳累加重者, 多属虚寒; 遇风、冷空气、刺激性物质加重者, 多属风邪伏肺。

4.2.2 咯痰特点的鉴别 应辨痰的色、质、量、味等。痰白、稀薄者属风、属寒; 痰黄而稠者属热; 痰白质黏者属阴虚、燥热; 痰白清稀、呈泡沫状者属饮、属寒; 咯吐血痰属肺热、阴虚; 脓血相间属痰热郁结成痈; 咳而少痰者属燥热、气火、阴虚; 痰多者属湿痰、痰热、虚寒; 咯痰有热腥味或腥臭气者多属痰热; 遇刺激即咳, 伴咽喉痒者属风。

4.2.3 咳嗽与其他疾病的鉴别

1) 哮病、喘证: 二者均兼有咳嗽, 但各以哮、喘为其主要临床表现。哮病: 哮以声响言, 以发作时喉中哮鸣有声为主要临床特征, 呼吸气粗困难, 甚则喘促不能平卧, 发作与缓解均迅速; 喘证: 以气息言, 呼吸困难, 甚则张口抬肩, 鼻翼翕动, 不能平卧。哮病为一种反复发作的独立疾病, 喘证可并发于多种急、慢性疾病过程中, 哮必兼喘, 而喘未必兼哮。

2) 肺胀: 是多种慢性肺系疾病反复、迁延日久所致, 兼有咳嗽咯痰, 常患咳嗽、喘证、哮病等病史日久, 以胸部膨满、喘咳上气、烦躁心悸等症为主要表现, 甚则肢体浮肿、面色晦暗。病机为肺脾肾功能失调, 痰浊、水饮与瘀血互结。病情缠绵, 经久难愈。

3) 肺痈: 以咯吐大量腥臭脓血痰为特征, 多伴有咳嗽、发热、胸痛等症。病机为热壅血瘀、蕴毒化脓而成痈。根据病变病理演变过程, 可分为初期、成痈期、溃脓期和恢复期。

4) 肺痿: 咳嗽为其四大主症之一, 以干咳、痰中带血或咯吐血痰为主要特征, 常伴有潮热盗汗、形体瘦削。其发病是由于体质虚弱、气血不足、痨虫侵肺所致。胸部影像学检查有助于明确病灶或诊断。

5) 肺痿: 以咯吐浊唾涎沫为主症, 为肺脏慢性虚损性疾病, 伴有咳嗽气短、动则气喘。病机为肺脏虚损, 津气严重耗伤。肺功能及胸部影像学检查有助于鉴别诊断。

6) 肺癌: 表现为刺激性呛咳, 咳嗽顽固, 持续日久不愈, 反复咯血痰, 出现不明原因的低热、胸痛、胸闷短气, 伴消瘦、乏力等症。病情发展迅速, 呈恶病质。其病机为脏腑气血阴阳失调、正气虚弱, 外邪入侵, 痰、湿、气、瘀、毒等搏结日久, 积渐而成。中老年男性吸烟患者好发, 胸部影像学、血清肿瘤标志物和病理学检查有助于确诊。

5 辨证论治

5.1 辨证要点

5.1.1 按病程 急性咳嗽多属外感咳嗽, 起病急, 病程短, 常伴肺卫表证。以风寒、风热、风燥为主, 均属实, 多见于西医之普通感冒、流行性感冒和急性气管-支气管炎等。临床所见风咳, 多为外感症状已消失, 咳嗽持续不愈, 伴咽痒, 遇刺激即咳, 为风盛挛急、气道失畅所致, 多见于西医之亚急性咳嗽。

慢性咳嗽多为久病, 属内伤咳嗽, 常反复发作, 病程长, 可伴见他脏病症。常见证候包括痰湿、痰热、胃气上逆、肝火犯肺等, 多以邪实为主, 兼有虚象; 阴津亏耗咳嗽则属虚。西医所见慢性咳嗽可参考此治疗, 其中胃气上逆证多见于胃食管反流性咳嗽。

5.1.2 按病位 咳嗽伴见鼻、咽喉部症状者多见于上气道咳嗽综合征; 咳嗽伴见胃部症状者多见于胃食管反流性咳嗽。

根据临床上常见的咳嗽证候类型与症状特点, 结合西医所包含的咳嗽常见病因, 分析不同咳嗽相关病症的疾病共性规律, 有利于梳理中医治咳的切入点, 可为寻求有效中医干预提供新途径。

5.2 治疗原则

5.2.1 分期论治

1) 对于急性咳嗽, 初期伴有肺卫表证的, 应以祛邪为要, 多配合疏风解表, 同时根据风寒、风热、风燥的不同, 分别采用疏风、散寒、清热、润

燥等法治疗。

2) 咳嗽迁延之亚急性咳嗽, 外邪基本消失, 但咳嗽未见缓解, 多伴干咳阵作、痰少难咯, 咽干咽痒等症状, 多由于治疗时清热寒凉之药有余, 而疏散祛邪之力不足, 以致邪恋。故治法重在宣肺、疏风、利咽, 兼以敛肺止咳。正如《医学心悟》所言“凡治咳嗽, 贵在初起得法为善。经云: 微寒微咳, 咳嗽之因, 属风寒者十居其九。故初治必须发散, 而又不可以过散, 不散则邪不去, 过散则肺气必虚, 皆令缠绵难愈。”

3) 对于慢性咳嗽, 首先应分清虚实。对于邪实者, 以祛邪为主, 标本兼顾为治疗原则。其次除直接治肺外, 还应从整体出发注意治脾、治肝、治肾等。咳嗽日久应注意调理脏腑, 顾护正气, 防止宣散太过而伤正。

5.2.2 分病因病位论治 根据临床上常见的咳嗽证候类型, 结合西医所包含的咳嗽常见病因, 对于有鼻咽部症状的上气道咳嗽综合征, 治疗应重在利咽通窍, 而非镇咳; 治疗胃食管反流性咳嗽的重点在于降胃气以利肺气, 辅以制酸和胃; 治疗咳嗽变异性哮喘, 须借鉴哮喘辨证经验以提高疗效。

5.3 分证论治

5.3.1 风寒袭肺证

证候: 咳嗽声重, 气急咽痒, 咳痰稀薄色白, 鼻塞, 流清涕, 头痛, 肢体酸痛, 恶寒发热, 无汗, 舌苔薄白, 脉浮或浮紧。

病机: 风寒外束, 内袭于肺, 肺气失宣。

治法: 疏风散寒, 宣肺止咳。

方药: 三拗汤(《太平惠民和剂局方》) 合止嗽散(《医学心悟》) 加减。

处方: 麻黄 6g, 苦杏仁 9g, 荆芥 6g, 桔梗 9g, 紫菀 9g, 百部 9g, 白前 9g, 陈皮 9g, 甘草 6g。

加减: 若风寒外束, 肺热内郁, 形成外寒内热证(俗称“寒包火”), 可予华盖散(《太平惠民和剂局方》) 或麻杏石甘汤(《伤寒论》); 若素有寒饮伏肺, 而兼见咳嗽上气, 痰液清稀, 胸闷气急, 舌质淡红、苔白而滑, 脉浮紧或弦滑者, 治以疏风散寒, 温化寒饮, 可用小青龙汤(《伤寒论》) 加减; 若夹痰湿, 咳而痰黏, 胸闷, 苔腻者, 加法半夏、厚朴、茯苓以燥湿化痰。

5.3.2 风热犯肺证

证候: 咳嗽频剧, 气粗或咳声嘶哑, 咽喉燥痛, 咯痰不爽, 痰黏黄稠, 鼻流黄涕, 口渴, 头痛, 恶

风, 身热, 舌质红、苔薄黄, 脉浮数或浮滑。

病机: 风热犯表, 卫表不和, 肺失清肃, 肺热伤津。

治法: 疏风清热, 宣肺止咳。

方药: 桑菊饮(《温病条辨》) 加减。

处方: 桑叶 9g, 菊花 9g, 苦杏仁 9g, 连翘 9g, 薄荷 6g(后下), 桔梗 9g, 芦根 15g, 甘草 6g。

加减: 若肺热甚者, 加黄芩、鱼腥草以清泄肺热; 咳甚者, 加百部、枇杷叶以清热止咳; 咽痛者, 加射干以清热利咽; 若内夹湿邪, 症见咳嗽痰多, 胸闷汗出, 苔黄而腻, 脉濡数者, 加薏苡仁、佩兰以理气化湿; 热伤肺津, 咽燥口干, 舌质红者, 酌加南沙参、天花粉以清热生津; 痰中带血者, 加白茅根、藕节以凉血; 若夏令夹暑湿, 症见咳嗽胸闷, 心烦口渴, 尿赤, 舌红、苔薄, 脉濡数者, 加六一散(包煎)(《伤寒标本心法类萃》) 以疏风解暑。

5.3.3 燥邪伤肺证

证候: 干咳少痰或无痰, 咽干鼻燥, 咳甚胸痛, 或痰黏不易咯出, 初起可有恶寒, 身热头痛, 舌尖红、苔薄黄, 脉小而数。

病机: 燥邪伤肺, 耗津灼液, 肺失清肃。

治法: 疏风清肺, 润燥止咳。

方药: 桑杏汤(《温病条辨》) 加减。

处方: 桑叶 9g, 苦杏仁 9g, 北沙参 9g, 浙贝母 9g, 淡豆豉 9g, 栀子 6g, 梨皮 9g, 桔梗 6g, 连翘 6g。

加减: 若痰质清稀, 恶寒无汗, 苔薄白而干, 脉浮弦, 为凉燥之邪犯肺、卫气郁遏的表现, 宜疏风散寒、润肺止咳, 用杏苏散(《温病条辨》) 加减; 若痰中带血, 配生地、白茅根以清热止血; 痰黏难出者, 加紫菀、瓜蒌以润肺化痰; 咽痛明显者, 加玄参、马勃以清润咽喉。

以上证型多见于西医临床急性咳嗽之普通感冒、流行性感、急性咽喉炎和急性气管-支气管炎。

5.3.4 风盛挛急证

证候: 咳嗽, 干咳无痰或少痰, 咽干咽痒, 痒即咳嗽, 或呛咳阵作, 气急, 遇外界寒热变化、异味等因素突发或加重, 多见夜卧晨起咳剧, 呈反复性发作, 舌苔薄白, 脉弦。

病机: 风邪犯肺, 邪客肺络, 气道挛急, 肺气失宣。

治法: 疏风宣肺, 解痉止咳。

方药: 苏黄止咳汤 (晁恩祥经验方) 加减。

处方: 炙麻黄 6g, 蝉蜕 6g, 紫苏叶 9g, 紫苏子 9g, 前胡 9g, 五味子 9g, 牛蒡子 9g, 枇杷叶 9g, 地龙 9g。

加减: 咽干者, 加玄参、麦冬; 咽痒明显者, 加木蝴蝶、青果; 偏于风寒者, 加荆芥、防风、生姜以散风寒; 偏于风热、咽痛红肿者, 加牛蒡子、射干、马勃以散风热; 偏于痰热者, 加黄芩、鱼腥草、金荞麦以清热化痰。本证多见于西医临床感染后咳嗽、咳嗽变异性哮喘、嗜酸粒细胞性支气管炎、变应性咳嗽等。

5.3.5 邪壅肺窍证

证候: 咳嗽并伴有鼻塞咽堵, 鼻腔、咽喉分泌物增加, 鼻后、咽喉部黏液附着或鼻咽后滴流感。由过敏引起的鼻炎表现为鼻痒、喷嚏、鼻流清涕、眼痒等。鼻窦炎表现为黏液性或脓性浊涕, 常伴咽喉不利, 可有疼痛 (耳面部痛、头痛)、嗅觉障碍等。

病机: 风邪留伏, 邪气上逆于肺窍。

治法: 疏风宣肺, 止咳通窍。

方药: 苍耳子散 (《严氏济生方》) 合止嗽散 (《医学心悟》)。

处方: 荆芥 9g, 桔梗 9g, 紫菀 9g, 百部 9g, 白前 9g, 陈皮 6g, 甘草 3g, 苍耳子 6g, 辛夷 6g, 薄荷 6g (后下), 白芷 6g。

加减: 鼻涕有清、浊之分, 清者宜温宣, 可加防风、白芷; 浊者宜清, 可选用蔓荆子、桑叶、连翘等药^[2]。火热甚者, 加黄芩、栀子、鱼腥草; 肺经湿热, 郁热上蒸, 清阳不升, 不闻香臭者, 可用辛夷散 (《严氏济生方》) 加减; 伴有风邪搏结咽喉者, 加蝉蜕、僵蚕; 伴有痰气交阻于咽喉者, 合用半夏厚朴汤 (《金匱要略》) 化裁。本证多见于西医临床慢性咳嗽之上气道咳嗽综合征。

5.3.6 痰湿蕴肺证

证候: 咳嗽痰多, 咳声重浊, 痰白黏腻或稠厚或稀薄, 每于清晨咯痰尤甚, 因痰而嗽, 痰出则咳缓, 胸闷, 脘腹胀满, 纳差, 舌苔白腻, 脉濡滑。

病机: 脾湿生痰, 上渍于肺, 痰湿蕴肺, 肺失宣降。

治法: 燥湿化痰, 理气止咳。

方药: 二陈汤 (《太平惠民和剂局方》) 合三子养亲汤 (《韩氏医通》) 加减。

处方: 法半夏 9g, 茯苓 9g, 陈皮 15g, 苍术 9g, 白芥子 6g, 莱菔子 9g, 紫苏子 9g, 炙甘草 6g。

加减: 寒痰较重, 痰黏白如沫, 怕冷者, 加干姜、细辛以温肺化痰; 久病脾虚者, 酌加党参、白术以益气健脾。

5.3.7 痰热郁肺证

证候: 咳嗽气息粗促, 或喉中有痰声, 痰多, 痰质黏厚或稠黄, 咯吐不爽, 或有热腥味, 或吐血痰, 胸胁胀满, 咳时引痛, 面赤, 或有身热, 口干欲饮, 舌质红, 苔薄黄腻, 脉滑数。

病机: 痰热郁肺, 肺失清肃, 热邪久郁, 热伤肺络。

治法: 清热化痰, 肃肺止咳。

方药: 清金化痰汤 (《医学统旨》) 加减。

处方: 桑白皮 9g, 黄芩 9g, 栀子 9g, 知母 9g, 浙贝母 9g, 瓜蒌仁 9g, 桔梗 6g, 橘红 9g。

加减: 痰热甚者, 加竹沥、天竺黄、竹茹以清热化痰; 痰黄如脓或腥臭, 加薏苡仁、冬瓜仁、金荞麦以清热化痰解毒。

5.3.8 胃气上逆证

证候: 阵发性呛咳、气急, 咳甚时呕吐酸苦水, 平卧或饱食后症状加重, 平素上腹部不适, 常伴噯腐吞酸、嘈杂或灼痛, 舌红、苔白腻, 脉弦弱。

病机: 胃气上逆, 痰浊壅中, 肺胃失和, 气道受累。

治法: 降浊化痰, 和胃止咳。

方药: 旋覆代赭汤 (《伤寒论》) 加减。

处方: 旋覆花 9g (包煎), 赭石 9g, 法半夏 6g, 党参 15g, 干姜 5g, 黄芩 9g, 枇杷叶 9g。

加减: 如反酸、烧心较甚者, 加吴茱萸、黄连、煅瓦楞子以降逆制酸; 若呃逆较重者, 加丁香、柿蒂; 痰多者, 加款冬花、紫菀以化痰止咳; 兼痰气交阻者, 可合用半夏厚朴汤; 兼寒热错杂者, 合用半夏泻心汤 (《伤寒论》); 兼肝胃不和者, 可用柴胡疏肝散 (《医学统旨》) 合左金丸 (《丹溪心法》); 兼胆胃郁热者, 可用龙胆泻肝汤 (《医方集解》) 合温胆汤 (《千金要方》); 兼胃阴不足者, 可用沙参麦冬汤 (《温病条辨》)。本证多见于西医临床慢性咳嗽之胃食管反流性咳嗽。

5.3.9 肝火犯肺证

证候: 上气咳逆阵作, 咳时面红目赤, 咳引胸痛, 可随情绪波动增减, 烦热咽干, 常感痰滞咽喉, 咯之难出, 量少质黏, 或痰如絮条, 口干口苦, 胸胁胀痛, 舌质红, 苔薄黄少津, 脉弦数。

病机: 肝失条达, 郁结化火, 上逆侮肺, 肺失肃降。

治法: 清肺泄热, 化痰止咳。

方药: 黄芩泻白散 (《症因脉治》) 合黛蛤散 (《中华人民共和国药典》) 加减。

处方: 桑白皮 12 g, 地骨皮 12 g, 黄芩 9 g, 青黛 6 g, 海蛤壳 15 g (先煎)。

加减: 火热较盛, 咳嗽频作, 痰黄者, 可加栀子、牡丹皮、浙贝母、枇杷叶以增清热止咳化痰之力; 胸闷气逆, 加枳壳、旋覆花 (包煎) 以利肺降逆; 胸痛配郁金、丝瓜络以理气和络; 痰黏难咯, 酌加海浮石 (先煎)、浙贝母、竹茹、瓜蒌以清热化痰降气; 火郁伤津, 咽燥口干, 咳嗽日久不减, 酌加北沙参、麦冬、天花粉以养阴生津敛肺。

5.3.10 肺阴亏虚证

证候: 干咳, 咳声短促, 痰少黏白, 或痰中见血, 或声音逐渐嘶哑, 午后潮热, 颧红, 手足心热, 夜寐盗汗, 口干咽燥, 起病缓慢, 日渐消瘦, 神疲, 舌质红、少苔, 脉细数。

病机: 肺阴亏虚, 虚热内灼, 肺失滋润, 肃降无权。

治法: 养阴清热, 润肺止咳。

方药: 沙参麦冬汤 (《温病条辨》) 加减。

处方: 北沙参 9 g, 麦冬 9 g, 天花粉 9 g, 玉竹 9 g, 桑叶 9 g, 知母 9 g, 川贝粉 2 g (冲服)。

加减: 久咳气促, 加五味子、诃子以敛肺气; 痰中带血, 加牡丹皮、白茅根、仙鹤草、藕节以清热止血; 潮热酌加功劳叶、银柴胡、青蒿 (后下)、鳖甲 (先煎)、胡黄连以清虚热; 盗汗加乌梅、牡蛎 (先煎)、浮小麦以收敛止涩; 咯吐黄痰, 加海蛤粉 (冲服)、黄芩以清热化痰; 手足心热, 梦遗, 加黄柏、女贞子、墨旱莲、五味子以滋肾敛肺; 兼气虚者, 可用生脉饮 (《千金要方》) 加减。

5.4 中成药应用

辨证使用中成药, 可单独或与中药汤剂或西药配合应用。

5.4.1 疏风散寒, 宣肺止咳类 通宣理肺丸 (胶囊、口服液)^[23]: 口服。丸剂: 水蜜丸, 每次 7 g, 大蜜丸, 每次 2 丸, 每日 2 或 3 次; 胶囊剂: 每次 0.72 g, 每日 2 或 3 次; 口服液: 每次 20 ml, 每日 2 或 3 次。解表散寒, 宣肺止咳。适用于风寒束表、肺气不宣所致的咳嗽。

5.4.2 清热化痰, 宣肺止咳类

1) 杏贝止咳颗粒^[24]: 开水冲服。每次 4 g, 每日 3 次, 疗程 7 天。清宣肺气, 止咳化痰。用于

外感咳嗽属表寒里热证, 症见微恶寒、发热、咳嗽、咳痰、痰稠质黏、口干口苦、烦躁等。

2) 治咳川贝枇杷滴丸^[25]: 口服或含服, 每次 90 ~ 180 mg, 每日 3 次。宣肺降气, 清热化痰。用于痰热阻肺所致的咳嗽、咯痰、咽干、咽痛、发热、全身不适; 感冒、急性支气管炎见上述症状者。

3) 肺力咳胶囊 (合剂)^[26]: 口服。胶囊剂: 每次 0.9 ~ 1.2 g, 每日 3 次; 合剂: < 7 岁每次 10 ml, 7 ~ 14 岁每次 15 ml, 成人每次 20 ml, 每日 3 次, 或遵医嘱。清热解毒, 镇咳祛痰。用于痰热犯肺所引起的咳嗽痰黄, 支气管哮喘、支气管炎见上述症状者。

5.4.3 疏风宣肺, 利咽止咳类 苏黄止咳胶囊^[27-29]: 口服。每次 1.35 g, 每日 3 次。疏风宣肺, 止咳利咽。适用于风邪犯肺、肺气失宣所致的咳嗽、咽痒、痒时咳嗽、干咳无痰; 或呛咳阵作, 气急, 遇冷空气、异味等因素突发或加重; 或夜卧晨起咳剧, 感冒后咳嗽及咳嗽变异性哮喘符合上述症状者。

5.4.4 养阴清热、利咽解毒类 养阴清肺口服液^[30]: 口服。每次 10 ml, 每日 2 或 3 次。养阴润肺, 清热利咽。用于咽喉干燥疼痛, 干咳、少痰或无痰。

5.4.5 养阴敛肺、镇咳祛痰类 强力枇杷露 (膏剂、胶囊)^[31]: 口服, 糖浆剂: 每次 15 ml, 每日 3 次; 膏剂: 每次 20 g, 每日 3 次; 胶囊剂: 每次 0.6 g, 每日 3 次。养阴敛肺, 止咳祛痰。用于久咳劳嗽、支气管炎咳嗽。

5.5 其他治法

5.5.1 针刺 主穴: 肺俞、中府、列缺、太渊^[32]。风寒袭肺证, 加肺门、合谷; 风热犯肺证, 加大椎、曲池、尺泽; 燥邪伤肺证, 加太溪、照海; 痰湿蕴肺证, 加足三里、丰隆; 痰热郁肺证, 加尺泽、天突; 肝火犯肺证, 加太冲、行间、鱼际; 肺阴亏虚证, 加膏肓、太溪; 肺脾气虚者, 可加脾俞、足三里; 素体阳虚, 咳嗽遇冷加重, 证属虚寒者, 以火针点刺督脉及膀胱经背俞穴^[33]。实证患者针刺用泻法, 虚证患者针刺用平补平泻法。

5.5.2 艾灸 选穴大椎、肺俞 (或风门)、膏肓^[34]。采用麦粒灸, 3 ~ 5 日治疗 1 次, 5 次为 1 个疗程; 或予艾条灸, 每日 1 次, 每次 5 ~ 10 min, 以皮肤潮红为度, 可与针刺配合应用, 适用于慢性支气管炎^[35]。

5.5.3 穴位贴敷 可用疏风宣肺、止咳化痰药敷

贴胸背部腧穴,取穴天突、大椎、肺俞(双)、中府等穴^[36-37]。

6 调摄与预防

1) 不同季节所对应的外感类型亦有不同,夏季咳嗽多见湿热证;秋季多见燥咳;冬季多见寒咳、痰湿咳,治疗及用药亦有侧重。注意气候变化的同时,更要注意调摄^[38-39]。2) 对于风热、风燥、肺阴虚等咳嗽反复不愈者,应首先注重生活饮食习惯,戒除烟酒等不良习惯,不宜食用辛辣香燥之品,以免伤阴化燥助热;咳嗽痰多者,忌饮食油腻、肥甘厚味,以免蕴湿生痰。3) 长期卧床或痰多难咳患者应定期护理,翻身拍背、时常活动,助痰排出。必要时吸痰,但操作时要避免刺激或损伤咽部。4) 增强体质,对慢性久咳的肾虚患者,应嘱其进行适当的体育锻炼,以提高肺的通气功能,增强抗病能力。5) 雾霾天更应注意健康,减少外出及室内通风,使用防雾霾口罩、室内空气净化装置,可有效减少雾霾吸入,预防对身体的损害^[40];亦可采用传统中医食疗方法(如雪梨、银耳、川贝、百合等)预防保健^[41]。6) 药物预防:可根据患者体质,辨证用药,预防调护。平素自汗,易于感冒属肺卫不固者,可服用玉屏风散;气阴两虚者,可服用生脉饮。

7 说明

目前关于咳嗽的研究多集中于一方一法或专家经验,证据级别普遍较低,本次共识是在先前已有共识的基础上,根据近十年咳嗽诊疗的研究进展,结合专家临床诊疗经验所提供的共识意见。希望今后可以开展有关咳嗽的多中心、大样本、临床随机对照试验,更多地关注中医证候学研究发展、循证医学研究及文献评价的规范化,于今后的工作中加以充实和补充,形成指南。

咳嗽中医诊疗专家共识意见专家组:

顾问:晁恩祥(中日友好医院)

组长:孙增涛(天津中医药大学第二附属医院)、张洪春(中日友好医院)、林琳(广东省中医院)

成员(按姓氏笔画排序):史利卿(北京中医药大学东方学院),史锁芳(江苏省中医院),李小娟(天津中医药大学第二附属医院),李素云(河南中医药大学第一附属医院),陈志斌(福建省第二人民医院),苗青(中国中医科学院西苑医

院),张伟(山东省中医院),张纾难(中日友好医院),张念志(安徽中医药大学第一附属医院),封继宏(天津中医药大学第二附属医院),薛汉荣(江西省中医院)

执笔人:孙增涛,师艺航,李小娟[✉](天津中医药大学第二附属医院)

[✉]通讯作者:178381954@qq.com

参考文献

- [1] 徐荣,詹晨,刘家兴,等.广州地区呼吸专科门诊咳嗽症状分布调查[J].中国呼吸与危重监护杂志,2017,16(5):495-499.
- [2] SONG WJ, CHANG YS, FARUQI S, et al. The global epidemiology of chronic cough in adults: a systematic review and meta-analysis[J]. Eur Respir J, 2015, 45(5): 1479-1481.
- [3] 吴冬霞,曾峰.清远地区公立综合医院呼吸内科门诊慢性咳嗽患病率及对新型量表实用性评价[J].中国医药科学,2019,9(24):264-267.
- [4] 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版)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(5):323-354.
- [5] MORICE AH, MILLQVIST E, BIEKSIENE K, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children[J]. Eur Respir J, 2020, 55(1): 1901136. doi: 10.1183/13993003.01136-2019.
- [6] KARDOS P, BLAISS M, DICPINIGAITIS P. Addressing unmet needs for diagnosis and management of chronic cough in the primary care setting[J]. Postgrad Med, 2021, 133(5): 481-488.
- [7] 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.
- [8] 陈志斌.晁恩祥教授辨治风咳学术经验及临证特色[J].福建中医药,2017,48(4):53-54,62.
- [9] 季坤,王丽云,董尚娟,等.史利卿教授祛风宣肺法治疗感染后咳嗽经验[J].环球中医药,2018,11(12):1940-1942.
- [10] 刘晓,张璞,李国华,等.从风论治咳嗽变异性哮喘病因病机研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(82):278,281.
- [11] 林彬,史利卿,马建岭,等.慢性咳嗽伏邪病机认识探讨[J].现代中医临床,2017,24(5):12-15.
- [12] 唐光华,姜良铎.咳嗽从状态论治[M].北京:中国中医药出版社,2018:37.
- [13] 师艺航,孙增涛.从“风邪致病”论治慢性咳嗽高敏感

- 性 [J]. 中医杂志, 2021, 62(7): 638-640.
- [4] 于晓敏, 李国华, 杨广源. 从风论治咳嗽变异性哮喘的研究进展 [J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(3): 150-152.
- [5] 秦岭, 刘赞, 任思秀. 任思秀从风论治喉源性咳嗽 [J]. 河南中医, 2021, 41(3): 375-378.
- [6] 徐歆, 范伏元. 范伏元从风论治慢性咳嗽经验 [J]. 江西中医药, 2020, 51(5): 33-35.
- [7] 张召杨, 孙增涛, 刘南飞, 等. 肺脾相关理论及临床应用研究 [J]. 陕西中医, 2020, 41(11): 1623-1626, 1631.
- [8] 白逸晨. 慢性咳嗽肺脾相关病机探讨及临床特点观察 [J]. 北京: 北京中医药大学, 2019.
- [9] 练春萍. 从脾肾论治小儿咳嗽变异性哮喘缓解期研究进展 [J]. 中国实用医药, 2021, 16(13): 202-204.
- [10] 叶威, 王新华. 从肺肠微生物群变化探讨“肺与大肠相表里”治疗呼吸系统疾病 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2019, 29(7): 592-596.
- [11] 王俏, 王有鹏, 施国善, 等. 从肺胃肠相关理论探讨咳嗽变异性哮喘的证治 [J]. 中医杂志, 2018, 59(19): 1689-1691.
- [12] 骆仙芳, 李晓娟. 名老中医王会仍慢性咳嗽诊治特色与经验 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(6): 1996-1998.
- [13] 李晶晶. 右美沙芬愈创甘油醚联合通宣理肺丸治疗感冒后咳嗽的临床疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(46): 148, 167.
- [14] 张宁. 基于中药质量标志物的杏仁止咳颗粒质量标准提升研究 [J]. 南京: 南京中医药大学, 2019.
- [15] 孙兴华, 曲齐生, 张淼, 等. 治咳川贝枇杷滴丸治疗慢性支气管炎(单纯型)急性发作(痰热郁肺证)的多中心随机双盲对照研究 [J]. 药物评价研究, 2020, 43(9): 1787-1791.
- [16] 刘玉山, 闫红江, 李春雨. 肺力咳胶囊联合阿莫西林治疗急性气管-支气管炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2020, 35(4): 735-738.
- [17] GU C, PENG WP, WANG ZC, et al. Suhuang Zhike Capsules for the Treatment of Cough Variant Asthma: A Meta-analysis [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2020, 2020: 9485746. doi: 10.1155/2020/9485746.
- [18] 厉晔, 王有鹏. 苏黄止咳胶囊联合孟鲁斯特钠治疗儿童咳嗽变异性哮喘 30 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2012, 53(11): 945-947.
- [19] 杭文璐, 赵杰, 马雷, 等. 苏黄止咳胶囊治疗慢性咳嗽临床观察 [J]. 光明中医, 2020, 35(23): 3678-3681.
- [20] 潘国凤, 成龙, 刘玥, 等. 养阴清肺汤和养阴清肺口服液治疗慢性咽炎的 Meta 分析 [J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(6): 2360-2363.
- [21] 范洪涛, 黄小平, 黄鑫成, 等. 强力枇杷露联合西药治疗慢性支气管炎急性加重期的效果及对炎症因子、生活质量的影响 [J]. 中国医药导报, 2020, 17(4): 102-105.
- [22] 彭劲, 王志兴, 梁云武, 等. 浅析《黄帝内经》对咳嗽病因病机的认识和针灸治疗方法 [J]. 中医临床研究, 2021, 13(11): 115-116.
- [23] 张圆, 程海英. 程海英运用多种针法治疗咳嗽经验 [J]. 北京中医药, 2020, 39(5): 446-449.
- [24] 魏忠祥, 张庆兰, 韩琳, 等. 改良无痛麦粒化脓灸治疗咳嗽变异性哮喘临床研究 [J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(6): 658-663.
- [25] 刘静, 陈伟. 艾灸联合中医护理对慢性支气管炎患者应用和预后影响 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(4): 313-315.
- [26] 李延梅. 穴位敷贴治疗慢性咳嗽的疗效观察与护理探讨 [J]. 中国农村卫生, 2019, 11(24): 62-63.
- [27] 马士荣, 王东旭. 穴位贴敷联合风咳汤治疗感染后咳嗽的临床研究 [J]. 世界中医药, 2020, 15(6): 910-914.
- [28] 刘存勇. 中医诊治咳嗽的时间医学探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(11): 1276-1278.
- [29] 林宁, 张彦卿, 陈敏, 等. 不同季节外感咳嗽中医治疗分析 [J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(6): 1415-1416.
- [30] 焦扬, 吴志松, 曹芳. 雾霾致病的病因病机特征初探 [J]. 中医杂志, 2016, 57(9): 740-742.
- [31] 连心逸. 雾霾咳嗽的中医认识及治疗进展 [J]. 中国中医药信息杂志, 2018, 25(6): 133-136.

(收稿日期: 2021-05-04; 修回日期: 2021-07-10)

编辑: 焦爽

更正

本刊 2021 年第 14 期第 1259 页中的二维码错误, 特此更正为如下二维码, 并向作者和读者致歉。



本刊编辑部