

ICS **, ***, **
C**



团体标准

T/CACM *****—202*
代替 T/CACM *****—*****

儿童哮喘治未病干预方案

Intervention program for Preventive treatment of Pediatric Asthma
(文件类型：征求意见稿)

(完成时间：2022 年*月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 录

前 言.....	I
引 言.....	II
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 流行病学.....	2
5 病因病机.....	2
6 筛查与诊断.....	3
6.1 筛查.....	3
6.2 诊断.....	3
6.2.1 病史.....	3
6.2.2 临床表现和体征.....	3
6.2.3 实验室检查.....	3
6.2.4 分期.....	4
6.2.5 辨体质.....	4
7 干预方案.....	5
7.1 干预原则.....	5
7.2 未病先防——哮喘高危儿干预.....	5
7.3 既病防变——发作期、迁延期干预.....	8
7.4 瘥后防复——缓解期干预.....	9
8 随访和监测.....	12
8.1 定期随访.....	12
8.2 监测评价.....	12
附录 A.....	13
参 考 文 献.....	15

前 言

本文件参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由南京中医药大学附属医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：由南京中医药大学附属医院负责起草，黑龙江中医药大学附属第二医院、山西中医药大学附属医院、浙江中医药大学附属第一医院、上海中医药大学附属市中医医院、湖南中医药大学第一附属医院、深圳市儿童医院、长春中医药大学附属医院、北京中医药大学东方医院、辽宁中医药大学附属医院、天津中医药大学第一附属医院、南京中医药大学、南京医科大学附属儿童医院、山东中医药大学附属医院、上海中医药大学附属曙光医院、成都中医药大学附属医院、上海交通大学医学院附属儿童医院、河南中医药大学第一附属医院、北京中医药大学第三附属医院、首都医科大学附属北京儿童医院、广西中医药大学第一附属医院、湖北中医药大学附属医院、贵州中医药大学第二附属医院、南京中医药大学盐城附属医院、南京大学医学院附属金陵医院、江西中医药大学附属医院、云南中医药大学第一附属医院、广东省中医院参加起草。

本文件主要起草人：赵霞，王有鹏，秦艳虹，陈健，薛征。

本文件参与起草人：王孟清，万力生，孙丽平，吴力群，吴振起，李新民，虞舜，田曼，张葆青，赵鋈，赵琼，何丽，王晓骁，宋桂华，闫永彬，崔霞，杨燕，李伟伟，李岚，张雪荣，陈竹，孙香娟，徐玲，张沛，刘英，明溪，李丹。秘书：李敏。

本文件专家指导委员会：汪受传，丁樱，马融，熊磊，虞坚尔，王雪峰。

引 言

本文件的编写目的在于规范儿童哮喘治未病干预措施，为临床医师提供儿科常见治未病标准化处理的策略与方法，提高中医儿科治未病技术规范 and 科研水平，可作为治未病技术规范和质量评价的重要参考依据。

本文件的编制，遵循“形式上与国际接轨，内容上反映中医古今共识与学科进展，促进中医治未病标准推广全国、推向世界”的指导思想，以及基于“证据”的儿科常见治未病技术规范研制方法。

本文件是在充分搜集和整理文献证据以及不断征求行业内知名专家意见的基础上编制而成，相关文献检索、评价及证据分级策略参见附录A。

本文件发布后，将通过发布会、应用推广培训班、继续教育学习班、学术会议、学术期刊等多种渠道宣传、贯彻、实施及推广应用。

本文件计划定期更新。工作组将通过文献研究和专家讨论相结合的方式实现更新。

资助单位的观点或利益不会影响最终推荐建议的形成。

参与本文件开发小组的所有成员声明：他们与其他任何组织或个人无利益冲突。

儿童哮喘治未病干预方案

1 范围

本文件提出了儿童哮喘治未病干预的术语和定义，明确了流行病学、病因病机、筛查、诊断、分期、辨体质、干预方案和随访监测。

本文件适用于 18 周岁以下人群哮喘的治未病干预；适合中医科、儿科、呼吸科、治未病中心等相关科室临床医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注明日期的引用文件，仅该版本适用于本文件。凡无注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修订版本）适用于本文件。

GB/T 16751.3-2021 中医临床诊疗术语 第 3 部分：治法

GB/Z 40893.2-2021 中医技术操作规范 儿科 第 2 部分：小儿常用外治法

GB/Z 40893.3-2021 中医技术操作规范 儿科 第 3 部分：小儿针灸疗法

GB/Z 40893.4-2021 中医技术操作规范 儿科 第 4 部分：小儿推拿疗法

ZYYXH/T157-2009 中医体质分类与判定

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 治未病 Preventive treatment of disease

[来源：GB/T 16751.3-2021，2.1，有修改]

“治未病”是中医学核心理念之一，泛指以强健身体，和畅情志，顺应自然变化，提高人体正气为目的，采取适宜的中医药防治技术，避免、阻止疾病发生或进一步发展的防治原则。包括未病先防、既病防变、瘥后防复等。

3.2 儿童哮喘 错误：未找到引用源。 Pediatric Asthma

儿童哮喘是儿童时期常见的一种以慢性气道炎症和气道高反应性为特征的异质性疾病。临床以发作性喉间哮鸣，喘促气急，胸闷咳嗽，呼气延长，严重时不能平卧，呼吸困难，张口抬肩，摇身撷肚，口唇青紫等为特征。常在清晨和（或）夜间发作或加剧。

西医学支气管哮喘、喘息性支气管炎等可参考本方案干预。

3.3 儿童中医体质^[3-4] Children's constitution of TCM

儿童中医体质是指在先天禀赋和后天获得基础上，在儿童生长发育过程中形成的形体结构、脏腑功能及心理状态等综合的、相对稳定的特征。这种特征与机体的反应状态、对某些致病因素的易感性、所发生疾病、证候的倾向性、对治疗的敏感性、疾病的预后转归等有重要关系。

特禀质表现为一种特异性体质，多指由于先天性和遗传因素造成的一种体质缺陷，包括先天性、遗传性的生理缺陷，先天性、遗传性疾病，过敏反应，原发性免疫缺陷等。其中对过敏体质概念的表述是：在禀赋遗传的基础上形成的一种特异体质，在外界因子的作用下，生理机能和自我调适力低下，反应性增强，其敏感倾向表现为对不同过敏原的亲亲和反应性呈现个体体质的差异性和家族聚集的倾向性。

3.4 哮喘高危儿 Children at high risk for asthma

哮喘高危儿是指存在一个或多个哮喘危险因素的儿童。危险因素包括呼吸道感染史，被动吸烟，肥胖，非母乳喂养，变应性鼻炎、湿疹、花粉症等过敏性疾病史，家族哮喘史、家族过敏史等^[5-6]。此类患儿发生哮喘的风险高于普通人群，是哮喘治未病干预的重点对象。

儿童哮喘的第一次喘息发作多始于3岁前，具有肺功能损害的持续性哮喘患儿，其肺功能损害往往开始于学龄前期。哮喘预测指数（asthma predictive index, API）是使用最广泛且最早被验证的哮喘预测工具，能有效地用于预测学龄前喘息儿童发展为持续性哮喘的危险性^[7]。API阳性^[8]：在过去1年喘息 ≥ 4 次，具有1项主要危险因素或2项次要危险因素。主要危险因素包括：1）父母有哮喘病史；2）经医生诊断为特应性皮炎；3）有吸入过敏原致敏依据。次要危险因素包括：1）有食物过敏原致敏依据；2）外周血嗜酸性粒细胞 $\geq 4\%$ ；3）与感冒无关的喘息。

改良哮喘预测指数（modified asthma predictive index, mAPI）提高了API的预测性能，mAPI阳性强调在过去1年内喘息发作 ≥ 4 次，且至少有1次被医生确认的急性发作，规定次要危险指标中的食入过敏原为牛奶、鸡蛋或花生^[9-10]。

4 流行病学

哮喘是常见的呼吸系统慢性疾病，严重危害人类健康。全球哮喘网络（Global Asthma Network, GAN）于2018年发布的《全球哮喘报告》^[11]指出，目前全球范围内有3.39亿人受哮喘影响。过去30年，哮喘患病率在中低收入国家仍在上升，但在一些发达国家已趋于平稳^[12]。

哮喘通常始于儿童时期，近10年来，全球范围内儿童哮喘的发病率已经从11.1%上升到了13.2%，患病率远高于成人^[13]。全国儿科哮喘防治协作组进行的3次全国儿童哮喘患病率调查结果显示，自1990年至2010年的20年间，我国城市0~14岁儿童哮喘的患病率呈显著上升趋势，至2010年，我国城市0~14岁儿童哮喘累积患病率为3.02%^[14-16]。2017~2018年中国儿童哮喘年患病率（6.5%）较2015~2016年（3.8%）显著上升^[17]。目前儿童哮喘的诊治水平已显著提高，但总体控制水平仍不理想。

哮喘复发率高，难以根治，如何从根本上调理哮喘患儿的偏颇体质，改变哮喘的易感性，减少复发率，控制哮喘反复发作和预防严重并发症，成为当今世界医学研究的重点问题。

5 病因病机^[18-19]

哮喘的发病，内因是哮喘反复发作之夙根，主要责之于素体肺、脾、肾不足，痰饮留伏，以及先天禀赋异常；诱因为感受外邪、接触异物、饮食不慎、情志失调以及劳倦过度等。

本病发病机制为外因诱发，触动伏痰，痰随气升，气因痰阻，相互搏结，阻塞气道，宣肃失常，气逆而上，出现哮喘气喘、咳嗽胸闷、呼吸困难等症。正如《证治汇补·哮喘》曰：“哮喘即痰喘之久而常发者，因内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮喘。”

发作期以邪实为主，迁延期邪实正虚，缓解期以正虚为主，形成三期邪正虚实演变转化的复杂证候。迁延期，哮喘虽减而未平，动则气喘，时静时止，迁延发作，为正虚邪恋、虚实夹杂之证，风痰壅肺未消而兼见肺脾肾气阴阳不足。偏于肺脾气虚为气虚痰恋证，偏于肾不纳气为肾虚痰恋证。哮喘患儿本为禀赋异常、肺脾肾三脏不足之体质，哮喘反复发作，常导致肺之气阴耗伤、脾之气阳受损、肾之阴阳亏虚，形成缓解期痰饮留伏之夙根，表现为肺脾气虚、脾肾阳虚、肺肾阴虚的不同证候。

6 筛查与诊断

6.1 筛查

6.1.1 危险因素评估

对于哮喘高危儿进行危险因素评估，主要通过调查问卷进行，包括现病史、既往史、个人史、过敏史、家族史等，详细了解哮喘发病危险因素情况，对不典型或疑似哮喘患儿进一步检查。

6.1.2 哮喘风险预测

6岁以下喘息儿童可使用mAPI等哮喘危险因素预测模型预测其学龄期发生哮喘的风险。

6.2 诊断

6.2.1 病史

多有婴儿期湿疹、变应性鼻炎等过敏性疾病史；可有家族哮喘史，或其他家族过敏性疾病史。常因气候骤变、寒暖失常、感受外邪、进食生冷辛辣之品、劳累、情志失调、剧烈运动、接触或进食过敏原而诱发。

6.2.2 临床表现和体征

发作前可有鼻塞，咽喉作痒，喷嚏，咳嗽，胸闷等先兆症状。哮喘反复发作，发作时喉间哮鸣，喘促气急，咳嗽阵作，胸闷气短，甚者不能平卧，呼吸困难，张口抬肩，摇身撷肚，烦躁不安，口唇青紫。

发作时双肺可闻及散在或弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。若有继发感染，可闻及湿啰音。重症病例，因气道广泛堵塞，哮鸣音反而消失，呼吸音可减弱或消失。可见三凹征及心率增快。

上述症状和体征，经抗哮喘治疗有效，或可自行缓解。除外其他疾病所引起的喘息、咳嗽、气促和胸闷。

6.2.3 实验室检查

6.2.3.1 血常规^[18-20] 白细胞总数可正常，嗜酸性粒细胞可增高；伴细菌感染时，白细胞总数和中性粒细胞可增高。

6.2.3.2 肺功能^[1-2,22] 证实存在可逆性气流受限：1) 支气管舒张试验阳性：吸入速效 β_2 受体激动剂后15 min第一秒用力呼气量(FEV₁)增加 $\geq 12\%$ ；抗炎治疗后肺通气功能改善：

给予吸入糖皮质激素和（或）抗白三烯药物治疗 4~8 周，FEV₁ 增加≥12%；2）支气管激发试验阳性：支气管激发试验适用于≥6 岁且配合良好的儿童；3）最大呼气峰流量（PEF）日间变异率（连续监测 2 周）≥13%。

6.2.3.3 过敏原测试^{错误:未找到引用源。} 皮肤点刺试验和皮内试验法或血清变应原总 IgE 和特异性 IgE 测定用于评估过敏状态及识别过敏原，可协助诊断及指导规避措施、脱敏治疗。血清食物特异性 IgG 测定有一定指导意义，但不能仅通过 IgG 检测诊断或作为食物规避、药物治疗的依据。

6.2.4 分期^{错误:未找到引用源。}

儿童哮喘可分为发作期、迁延期和缓解期。

发作期是指喘息、咳嗽、气促、胸闷等症状突然发生，或原有症状急剧加重，相当于西医急性发作期。

迁延期是指近 3 个月内出现不同频度和（或）不同程度的喘息、咳嗽、气促、胸闷等症状，相当于西医慢性持续期。

缓解期是指经过治疗或未经治疗症状、体征消失，肺功能恢复到发作前水平，并维持 3 个月以上，相当于西医临床缓解期。

6.2.5 辨体质^{错误:未找到引用源。}

哮喘患儿多为特禀质和偏颇兼夹体质，脏腑、气血阴阳偏虚及痰湿、痰热偏实均有表现，以偏虚质为主，其中以表现肺禀不足偏气虚质、肺禀不足偏阴虚质、脾禀不足偏气虚质、脾禀不足偏阳虚质、肾禀不足偏阴虚质及肾禀不足偏阳虚质最为多见。同一患儿可既表现为脏腑的偏虚，又表现为气血阴阳的偏虚或痰湿痰热的偏实。

[来源：ZYYXH/T157-2009，3.2、3.3、3.4、3.5，3.9，有修改]

6.2.5.1 肺禀不足质

形瘦皮薄，面色欠华，皮肤薄嫩，气息浅弱，神疲懒言，易自汗，畏寒怕冷，舌淡，苔薄。易患感冒、咳嗽等病证。

6.2.5.2 脾禀不足质

体型多消瘦或虚浮，面色萎黄或少华，精神不振，易乏力，口涎多，食欲欠佳，大便多溏，舌质淡，苔白或白腻。性情温和，脆弱。易患厌食、呕吐、泄泻、疳证等病证。

6.2.5.3 肾禀不足质

生长发育迟缓或提前出现性发育征象，形体瘦小，头发干枯稀少，较大儿童可诉腰酸、腿软，夜尿多，小便清长，动则易喘等。易患遗尿、特发性性早熟等病证。多见于低出生体重儿。

6.2.5.4 气虚质

形体偏瘦或虚胖，肌肉松软，精神欠振，肢倦乏力，语声或哭声低怯，安静少动，口唇色淡，面色少华或萎黄，头发稀疏无光泽，睡时露睛，自汗，纳少，大便量多或量少，不易成形或夹不消化食物残渣，舌淡胖，边有齿痕，苔薄白。性格内向，胆怯。易患感冒、积滞、泄泻、腹胀、遗尿等病证，病后康复较慢。寒热耐受力差。

6.2.5.5 阴虚质

形体正常或偏瘦，皮肤干燥易瘙痒，两目干涩，口鼻干燥，唇红质干，头发干枯少光泽，两颧潮红，手足心热，盗汗，入睡困难，寐浅易醒，小便短黄，大便偏干，舌红少津，苔少或剥脱。易急躁，易激惹。易患盗汗、鼻衄、乳蛾、便秘、口疮、夜啼等病证；感邪易从热化。不耐干燥、炎热的环境。

6.2.5.6 阳虚质

形体白胖，肌肉松弛，神疲倦怠，面色无华，畏寒肢冷，口唇淡白，口淡不渴，纳谷不香，不耐生冷食物，小便清长，大便易稀溏，完谷不化，多眠易困，舌淡胖嫩，苔白滑。性格内向，喜静少动。易患感冒、腹痛、泄泻、遗尿等病证。耐热不耐寒，不耐寒湿。

6.2.5.7 痰湿质

形体偏胖，肌肉松软，精神欠振，困倦嗜睡，容易疲乏，不喜活动，面色淡黄，面部皮肤油脂较多，眼胞微浮，多汗而黏，喉中常有痰，不喜饮水，易作腹胀，食欲不振，大便不易成形，或黏滞不爽，舌体胖大，有齿痕，苔白腻。性格偏温和，偏于内向，做事拖沓。易患泄泻、厌食、咳嗽、湿疹、呕吐等病证，咳嗽易多痰。不耐梅雨季节，不耐潮湿环境。

6.2.5.8 痰热质

形体偏胖，身重困倦，唇红，眼眵多，易腹胀，汗多而黏，头汗多，口臭，畏热，梦呓，纳多，喜食肥甘或辛辣，小便短赤，大便燥结或粘滞，舌质偏红，苔黄腻。性格急躁易怒。易患口疮、便秘、泄泻、腹痛、积滞、呕吐、湿疹等病证。不耐暑湿季节，不耐高温环境。

7 干预方案

7.1 干预原则

“治未病”思想贯穿哮喘防治的各个阶段。未病之时重在预防调护，去除病因，提前干预，防止哮喘发生；出现鼻塞、鼻喉作痒、喷嚏、咳嗽、胸闷等先兆时重在早期干预，减少哮喘发作机会；发作期以祛邪为主，积极治疗，防止哮喘加重或持续；迁延期扶正与祛邪并举，防止哮喘反复；缓解期重在扶正补虚，防止哮喘复发。

运用“体质学说”指导哮喘的预防与治疗。在辨病、辨证的基础上，针对不同体质类型的哮喘高危儿或患儿辨体调护，可采用药物、穴位敷贴、推拿、针灸等辨体施治，或通过饮食辨体施食，补益脏腑、祛除伏痰。可选择一种方法单独使用或多种方法联合使用，从根本上调理患儿的偏颇体质，改变哮喘的易感性。

7.2 未病先防——哮喘高危儿干预

7.2.1 一般调护

7.2.1.1 起居

居室宜空气流通，阳光充足，温度适宜。冬季保暖，夏季凉爽通风。避免过冷或过热，季节交替时及时增减衣物，外出时戴口罩，预防呼吸道感染。

7.2.1.2 饮食

饮食宜清淡而富有营养，忌食明确过敏的食物，忌生冷油腻，少进辛辣酸甜，慎食或少食海鲜鱼虾等可能引起过敏的食物。应根据体质辨体施食。

7.2.1.3 运动^[29-30]

根据体质进行适当、柔和的运动，以自觉舒适为度，循序渐进开展，避免持续的高强度

运动。选择合适的运动场所，避免在空气污染严重的环境和使用含氯消毒液的游泳馆运动，避免在寒冷环境进行体育活动。

7.2.1.4 心理

重视心理健康，保持良好心态，避免精神紧张、焦虑。

7.2.2 辨体调护

7.2.2.1 特禀质

7.2.2.1.1 起居^[3]

防止外感风邪，尽量避开可能引起发病的物质和刺激性气味。避免接触花粉、海藻等植物，甲醛、油漆、涂料、汽油、酒精、染发剂、杀虫剂、防腐剂、防晒剂、含香料的护肤品、厨房油烟等化学物质。

消除室内尘螨，保持室内清洁。空调滤网、电扇等定期清洗，衣服被褥勤清洗晾晒，减少室内尘螨繁殖和霉菌生长。

避免饲养宠物，避免接触动物皮毛及带毛的玩具、衣服。

7.2.2.1.2 饮食^[3,31]

适当多进甘蓝、柑橘类、糙米等食物，禁食明确过敏的食物，慎食或少食可能引起过敏的海鲜、虾蟹、花生、鸡蛋、牛奶、牛肉、羊肉、咖啡等食物及辛辣食物、热带水果。常用食材有黄芪、白术、防风、乌梅等。

7.2.2.1.3 运动

选用趣味性强的运动，如舞蹈、球类运动等，从小运动量开始，锻炼时间根据个人体质而定，以隔天运动为宜。（推荐级别：D）^[32]

7.2.2.1.4 心理

避免过度兴奋，避免情绪紧张。

7.2.2.1.5 药物

过敏煎（名老中医祝谌予经验方）加减（推荐级别：C）^[33-36]。

7.2.2.2 气虚质

7.2.2.2.1 起居

引导小儿规律作息，保证充足睡眠，睡觉时注意保暖，做到背暖，腹暖，足膝暖；忌食后即卧；睡眠环境安静。（推荐级别：D）^[36]

兼有痰湿者衣着宜透湿吸汗，避免出汗过多，多汗者及时擦干，出汗后及时擦洗、换衣，避免着凉。兼有痰热者衣物不宜过厚，勤更衣洗澡；保持大便通畅。

7.2.2.2.2 饮食^[3,31]

食宜健脾益气，补土生金。饮食有节有度，适当多进益气健脾的食物，保证机体所需的营养摄入。饮食不宜过于滋腻，切勿过量，勿进生冷饮食。常用食材有黄芪、党参、橘皮、茯苓、杏仁、大枣、枸杞子、桃仁、龙眼肉等。

兼有痰湿者宜多食健脾化湿之物，忌肥甘厚腻之品。兼有痰热者宜食清利化湿之品，忌辛辣燥烈。

7.2.2.2.3 运动

多于户外活动，采用低强度、多次数的运动方式，循序渐进，持之以恒。建议以团队游

戏为主，培养交流协作能力。（推荐级别：D）^[36]

兼有痰湿者避免久坐，选用低、中强度有氧运动，配合进行适量的大肌肉（胸、背、腿）肌力练习。（推荐级别：D）^[32]

兼有痰热者运动时适当出汗，延长运动前后拉伸时间，盛夏暑湿较重的季节减少户外运动。（推荐级别：D）^[32,37]

7.2.2.2.4 心理

培养豁达乐观的生活态度，鼓励表达自我，引导多参加团体活动。

7.2.2.2.5 药物

偏肺气虚用玉屏风散加减（推荐级别：C）^[38]，偏脾气虚用异功散加减（推荐级别：C）^[39]，偏肾气虚用金匮肾气丸加减（推荐级别：C）^[40-41]。

7.2.2.3 阴虚质

7.2.2.3.1 起居^[3]

控制看电视、玩手机等电子产品的时间，勿用眼过度。保证充足的睡眠，养成良好的生活习惯。保持大便通畅，每日规律排便。

7.2.2.3.2 饮食^[3,31]

食宜补肾敛肺，养阴纳气。适当多饮水，进食含汁较多的水果，如梨、甘蔗、藕等。少进温燥食品，如羊肉、牛肉、辣椒、干果、炒货等。常用食材有玉竹、铁皮石斛、西洋参、百合、枸杞子等。

7.2.2.3.3 运动

选择舒缓、轻柔的运动方式，如步行和慢跑等。控制出汗量，不宜过度出汗。进行运动练习时配合有节律的呼吸运动训练。（推荐级别：D）^[32]

7.2.2.3.4 心理

勿管教过严，让孩子放松心情。营造和谐的家庭氛围，避免心情烦躁。

7.2.2.3.5 药物

偏肺阴虚用沙参麦冬汤加减（推荐级别：C）^[42]，偏脾阴虚用参苓白术散加减（推荐级别：C）^[43]，偏肾阴虚用六味地黄丸加减（推荐级别：C）^[44]。

7.2.2.4 阳虚质

7.2.2.4.1 起居

适当多穿衣服，注意背部、腹部及双足保暖，防止着凉。寒冷季节外出应戴好帽子、手套，注意防寒保暖，夏季避免长时间待在空调房内。

7.2.2.4.2 饮食^[3,31]

食宜健脾温肾，固摄纳气。加强营养，注意饮食调护，可服用一些具有温阳益气作用的食物。忌食生冷寒凉之品，患病时慎用苦寒攻伐之品。常用食材有山药、山茱萸、枸杞子、杜仲叶、肉桂等。

7.2.2.4.3 运动

鼓励增加户外活动，多晒太阳，不宜在阴冷天气及潮湿之地长时间玩耍。可选择节奏较快、动作幅度较大，对骨骼系统带有冲击力的蹦跳动作，每次运动的时间不宜太长，以间歇运动为主，注意运动强度不宜过高。（推荐级别：D）^[32]

7.2.2.4.4 心理

培养孩子热情活泼的个性。

7.2.2.4.5 药物

偏肺阳虚用小青龙汤加减（推荐级别：C）^[45-46]，偏脾阳虚用理中丸加减（推荐级别：C）^[47]，偏肾阳虚用金匮肾气丸加减（推荐级别：C）^[48]。

7.2.3 说明及注意事项

阴虚质、阳虚质若有兼夹痰湿或痰热者，参考气虚质夹有痰湿、痰热的调护建议。

饮食调理推荐常用食材均为药食两用品种，需注意对食材过敏者慎用，有配伍禁忌的药物与食物忌用。

7.3 既病防变——发作期、迁延期干预

7.3.1 辨证论治

7.3.1.1 发作期

参照《儿童哮喘中医临床诊疗指南（修订）》；

1) 寒性哮喘证：温肺散寒，涤痰定喘。方选小青龙汤（《伤寒论》）合三子养亲汤（《皆效方》）加减（推荐级别：C）^[49]。中成药可用小青龙颗粒（推荐级别：C）^[50]。

2) 热性哮喘证：清肺涤痰，止咳平喘。方选麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）合苏葶丸（《医宗金鉴》）加减（推荐级别：C）^[51]。中成药可用哮喘宁颗粒（推荐级别：C）^[52]、小儿咳喘灵口服液（推荐级别：C）^[53]、小儿肺热咳喘颗粒（推荐级别：C）^[54]等。

3) 外寒内热证：解表清里，降气平喘。方选大青龙汤（《伤寒论》）加减（推荐级别：C）^[55]。中成药可用止喘灵口服液（推荐级别：B）^[56]。

哮喘发作前，出现鼻塞、鼻喉作痒、喷嚏、咳嗽、胸闷等先兆时，应早期干预，可根据情况选用相应中药或中成药，防止哮喘发作。

7.3.1.2 迁延期

参照《儿童哮喘中医临床诊疗指南（修订）》；

1) 气虚痰恋证：消风化痰，益气健脾。方选人参五味子汤（《幼幼集成》）合射干麻黄汤（《金匮要略》）加减（推荐级别：D）^[57-58]。

2) 肾虚痰恋证：泻肺祛痰，补肾纳气。偏于上实者用苏子降气汤（《丹溪心法》）加减（推荐级别：D）^[57-58]；偏于下虚者用都气丸（《症因脉治》）合射干麻黄汤（《金匮要略》）加减（推荐级别：D）^[57-58]。

7.3.2 外治法

7.3.2.1 体针疗法

7.3.2.1.1 取穴

参照《儿童哮喘中医临床诊疗指南（修订）》；

1) 发作期：

主穴：肺俞、定喘、丰隆、曲池、足三里（推荐级别：D）^[59]

配穴：痰多者，加足三里、丰隆；外感者，加合谷；寒喘者，加大椎、风门；热喘者，加鱼际；鼻塞、流涕者，加迎香。

2) 迁延期：

主穴：肺俞、定喘、足三里（推荐级别：D）^[60]

配穴：脾虚者，加脾俞；肾虚者，加肾俞、太溪。

7.3.2.1.2 操作时间及疗程^[61]

婴幼儿不留针，3~7岁单次治疗可适当留针10~15min，7岁以上单次治疗留针时间为20min~30min，不配合的患儿不留针。1次/d或1次/隔日。根据患儿年龄、病情、体质等情况适当调整。

单疗程内针刺次数多为10次左右，多治疗1~3个疗程，各疗程之间间隔时间多为2d或7d。

7.3.2.1.3 注意事项

符合GB/Z 40893.3-2021附录I中I.1的规定。

7.3.2.1.4 禁忌症

符合GB/Z 40893.3-2021附录J中J.1的规定。

7.3.2.2 推拿疗法

7.3.2.2.1 取穴及手法

基本手法：清肺经、清肝经、补脾经、补肺经、补肾经、逆运八卦、推三关（表）、推六腑（里）、揉天突、揉定喘、分推膻中、揉按乳旁、揉按乳根、揉肺俞、开天门、推坎宫、推太阳。（推荐级别：C）^[62-63]

随证加减：

1）发作期：寒性哮喘证，加推上三关，捣小天心，揉外劳宫；热性哮喘证，加揉丰隆，揉内劳宫，清天河水。

2）迁延期：气虚痰恋证，加揉足三里；肾虚痰恋证，加揉命门。

7.3.2.2.2 推拿介质

符合GB/Z 40893.4-2021附录A的规定。

7.3.2.2.3 操作时间及疗程

操作时间及疗程：每个穴位操作时间为1~2min，每日1~2次；发作期疗程为到急性发作缓解为止，迁延期治疗5d为一个疗程，2个疗程之间间隔2d，观察3个月。

7.3.2.2.4 注意事项

符合GB/Z 40893.4-2021附录D的规定。

7.3.2.2.5 禁忌症

符合GB/Z 40893.4-2021附录E的规定。

7.3.3 日常调护

参考7.2进行日常调护。

7.4 瘥后防复——缓解期干预

7.4.1 辨体论治

参照《儿童哮喘中医临床诊疗指南（修订）》；

1）肺脾气虚质：补肺固表，健脾益气。方选人参五味子汤（《幼幼集成》）（推荐等级：C）^[64]合玉屏风散（《究原方》）（推荐级别：C）加减^[65]。中成药可用玉屏风颗粒（推荐级别：C）^[66]、玉屏风口服液（推荐级别：C）^[67]。

2) 脾肾阳虚质：健脾温肾，固摄纳气。方选肾气丸（《金匱要略》）加減（推荐级别：C）^[48,57-58]。

3) 肺肾阴虚质：补肾敛肺，养阴纳气。方选麦味地黄丸（《体仁汇编》）加減（推荐级别：D）^[57-58]。中成药可用槐杞黄颗粒（推荐级别：B）^[68]。

7.4.2 膏方调治

固本克喘膏：太子参 150g、天门冬 120g、熟地 150g、炙冬花 90g、生黄芪 120g、补骨脂 90g、丹参 90g、椒目 45g、炙甘草 50g、红枣 150g、川贝粉 30g（冲服）、冰糖 250g（烱入）、阿胶 250g（烱入）、黄酒 125ml。制成膏剂，每日早晚冲服 1~2 匙。服 1 个冬天（冬至至立春，1 个月）。（推荐级别：E）^[69]

补肾固表平喘膏：党参 120g，生黄芪 120g，白术 80g，茯苓 80g，法半夏 80g，陈皮 80g，川朴 80g，防风 80g，北沙参 80g，麦冬 80g，五味子 80g，辛夷 80g，苦参 80g，灵芝 80g，蜂房 60g，枸杞子 100g，黄精 80g，浮小麦 150g，麻黄根 80g，淮山药 150g，地锦草 150g，白花蛇舌草 150g，鸡内金 80g，胡颓叶 80g，天竺子 80g，杏仁（后下）80g，紫苑 80g，款冬 80g，象贝 80g，桑白皮 80g，海蛤壳（先）150g，山萸肉 100g，杜仲 80g，当归 80g，鸡血藤 80g，八月札 80g，仙茅 20g，仙灵脾 40g，生甘草 30g。制成膏剂，4 岁以下每日 1 包，4 岁以上每日 2 包，每次 10ml 开水冲服，早晚空腹或临睡前服用，服用 3 个月。（推荐级别：D）^[70]

7.4.3 外治法

7.4.3.1 敷贴疗法^[71]

7.4.3.1.1 敷贴方药

主方选取《张氏医通》白芥子散，主要药物为白芥子、延胡索、甘遂、细辛，可加入少量的人工麝香。（推荐级别：C）^[72-74]

7.4.3.1.2 药饼大小

以直径 1.5cm~2.0cm、厚度 0.3cm~0.5cm 为宜。

7.4.3.1.3 敷贴穴位

主要选取患儿背部的肺俞穴（双侧）、心俞穴（双侧）和膈俞穴（双侧）（推荐级别：C）^[74-78]。其他穴位如定喘穴、膻中穴、大椎穴、天突穴、膏肓穴、脾俞穴、肾俞穴可视患儿的皮肤反应等情况交替使用。每次选取 6~8 穴^[75]。

7.4.3.1.4 敷贴方法

令患儿取俯伏坐位或俯卧位，充分暴露所选穴位，将药饼置于所选穴位上，用脱敏胶布^[75]固定药饼。

7.4.3.1.5 敷贴节气

敷贴节气以三伏天、三九天为主，具体时间如下：

1) 三伏贴 在农历夏至后三伏天的初伏、中伏、末伏的第 1 日各敷贴 1 次（如中伏为 20 日时可加贴 1 次）^[72]，亦可三伏天期间每 3 日敷贴 1 次^[74]。

2) 三九贴 从农历冬至当日入九开始，每隔九天为一阶段，分别于一九、二九、三九的第 1 天进行贴敷，共贴 3 次^[79-80]。

7.4.3.1.6 敷贴时间

敷贴时间以白天为宜，09:00~13:00 为最佳时段。敷贴时间不宜过长，视患儿皮肤耐受情况调整，患儿每次敷贴 0.5h~2h^[81]，初次敷贴时间宜稍短，以皮肤潮红为宜，若不能耐受可提前取下。

7.4.3.1.7 敷贴疗程

1 个疗程为 3 年。可敷贴 1~2 个疗程，视哮喘病情轻重及疗效决定敷贴疗程。

7.4.3.1.8 适用人群

多用于 3 岁以上气虚质、阳虚质以及过敏体质的哮喘患儿。

7.4.3.1.9 注意事项

符合 GB/Z 40893.2-2021 附录 C 中 C.6 的规定。

7.4.3.1.10 禁忌症^[82]

阴虚或内热体质；对敷贴药物、辅料或胶布过敏；患有接触性皮炎或敷贴部位皮肤破损；发热或处于感染性疾病急性期；严重心肝肾功能不全；有出血或出血倾向性疾病；有结核、恶性肿瘤等消耗性疾病。

7.4.3.2 体针疗法

7.4.3.2.1 取穴

主穴：肺俞、风门、大椎。（推荐级别：B）^[83]

配穴：肺脾气虚——脾俞、足三里；脾肾阳虚——脾俞、肾俞、气海、关元；肺肾阴虚——肾俞、关元、太溪。

7.4.3.2.2 操作时间及疗程^[61]

婴幼儿不留针，3~7 岁单次治疗可适当留针 10~15 分钟，7 岁以上单次治疗留针时间为 20min~30min，1 次/天或 1 次/隔日。根据患儿年龄、病情、体质等情况适当调整。

单疗程内针刺次数多为 10 次左右，多治疗 1~3 个疗程，各疗程之间间隔时间多为 2 天或 7 天。

7.4.3.2.3 注意事项

符合 GB/Z 40893.3-2021 附录 I 中 I.1 的规定。

7.4.3.2.4 禁忌症

符合 GB/Z 40893.3-2021 附录 J 中 J.1 的规定。

7.4.3.3 艾灸疗法

7.4.3.3.1 取穴

取穴：肺俞、肾俞、风门、丰隆、关元，除关元外，均取双侧。（推荐级别：C）^[84]

7.4.3.3.2 操作时间及疗程

每穴悬灸 10min，每日 1 次，连续灸治 3 个月。

7.4.3.3.3 注意事项

符合 GB/Z 40893.3-2021 附录 I 中 I.4 的规定。

7.4.3.3.4 禁忌症

符合 GB/Z 40893.3-2021 附录 J 中 J.4 的规定。

7.4.3.4 推拿疗法

7.4.3.4.1 取穴及手法

基本手法：补脾经、补肾经、补肺经、运内八卦、按揉天突、分推膻中、按涌泉、按弦走搓摩、揉肺俞、揉脾俞、揉肾俞、捏脊。（推荐级别：D）^[85]

加减：肺脾气虚加推三关，揉足三里；脾肾阳虚加揉命门，摩揉丹田；肺肾阴虚加揉二人上马，取天河水，推下七节骨，拿血海^[86-87]。

7.4.3.4.2 推拿介质

符合 GB/Z 40893.4-2021 附录 A 的规定。

7.4.3.4.3 操作时间及疗程

推拿最佳时段为饭前，或饭后 1h~2h。每穴操作 1min~2min，1 次治疗 20min~30min。根据患儿年龄、病情、体质等情况适当调整。每日 1~2 次。

治疗 3 周为 1 个疗程，2 个疗程之间间隔 1 周，治疗 3 个月。

7.4.3.4.4 注意事项

符合 GB/Z 40893.4-2021 附录 D 的规定。

7.4.3.4.5 禁忌症

符合 GB/Z 40893.4-2021 附录 E 的规定。

7.4.4 日常调护

参考 7.2 进行日常调护。

8 随访和监测

8.1 定期随访

对于哮喘高危儿，进行健康宣教，提高患儿及家长对哮喘的认识，嘱患儿改善生活方式，提高自我管理能力，去除或避免危险因素，必要时予中医非药物疗法干预。

对于哮喘患儿，建立哮喘患儿档案，制定长期防治计划，定期（1~3 个月）随访，随访内容包括检查哮喘日记，检查吸入装置操作和吸入技术是否正确，监测肺功能等。评估哮喘控制情况和维持用药情况，指导治疗。鼓励并指导使用中国儿童哮喘行动计划（Chinese Children's Asthma Action Plan, CCAAP）^[88]。

8.2 监测评价^[1-2]

8.2.1 肺通气功能测定

尽可能在哮喘诊断、长期控制治疗前、治疗后 1~3 个月进行肺通气功能测定。每天进行简易 PEF 测定，并记录在哮喘日记中。4 岁以下幼儿根据症状判断哮喘控制情况。

8.2.2 哮喘控制评估工具

哮喘控制测试（asthma control test, ACT）：适用于≥12 岁儿童及成人，评分范围为 5~25 分，≤19 分提示控制不佳，变量≥3 分具有临床意义，回顾期为 4 周。

儿童哮喘控制测试（childhood asthma control test, C-ACT）：适用于 4~11 岁儿童，评分范围为 5~27 分，≤19 分提示控制不佳，变量≥3 分具有临床意义，回顾期为 4 周。

儿童呼吸和哮喘控制测试（test for respiratory and asthma control in kids, TRACK）：适用于≤5 岁儿童，<80 分提示控制不佳，≥80 分提示哮喘控制，变量≥10 分具有临床意义，回顾期为 4 周（如果有口服糖皮质激素的情况则为 12 个月）。

附录 A
(资料性/规范性)
附录名称

A.1 临床证据的检索方法

以小儿、儿童、青少年、哮喘、支气管哮喘、中医、治未病、标准、指南、诊疗、共识、临床路径、疗效评价等作为检索词，检索与此相关中文指南、英译中指南，适当参考成人哮喘标准等，检索年限为中文数据库建库至今；以 Asthma、Bronchial asthma、Chinese medicine、Preventive treatment of disease、Preventive therapy、Diagnose、Standard、Guide、Integrated Traditional and Western Medicine 等作为检索词，检索相关英文文献，检索年限为建库至今。检索途径主要为篇名或摘要。选择数据库。现代文献检索的数据库主要包括：中国知网新平台（CNKI）、中文科技期刊数据库（维普）、中国生物医学文献数据库（CBM）、万方数据库、中国优秀硕士学位论文全文数据库、MEDLINE、COCHRANE 图书馆、Clinical Trial、美国国立指南库（The National Guideline Clearinghouse, NGC）等（至少 3 个，必须包括 Medline）。古代文献主要依据中医儿科古代文献数据库。由文献专家提出检索策略，课题组讨论后开展检索。以计算机检索结合手工检索。手工检索主要检索中西医儿科教材、诊疗指南、标准、规范、药品说明书、专利说明书以及相关专著，同时注意搜集未公开发表的科研报告、学位论文、会议论文等灰色文献。对于来自同一单位同一时间段的研究和报道以及署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道，则选择其中一篇作为目标文献。根据以上检索策略，项目工作组在文献检索阶段共搜集到与本病相关的文献 3449 篇。

A.2 文献评价方法

A.2.1 随机临床试验的评价

结合 Cochrane 偏倚风险评价工具评价，选出采用改良 Jadad 量表评分大于等于 3 分的文献作为指南的证据。

A.2.2 非随机临床试验的评价

采用 MINORS 条目评分。评价指标共 12 条，每一条分为 0~2 分。前 8 条针对无对照组的研究，最高分为 16 分；后 4 条与前 8 条一起针对有对照组的研究，最高分共 24 分。0 分表示未报道，1 分表示报道了但信息不充分，2 分表示报道了且提供了充分的信息。选择总分大于等于 13 分的文献作为治疗性建议证据。

很多文献标题是随机对照，然内容实质是非随机对照，如按就诊顺序分组等。此类应归入非随机试验。如果存在明显质量问题，如分类统计样本例数与该组总样本例数不符、理论分析低劣、作者非临床医生的治疗报道等，应直接排除，不用量表评估。

A.2.3 Meta 分析的评价

Meta 分析的评价采用 AMSTAR 量表进行文献质量评价。每个条目评价结果可以分为“是”“否”“不清楚”或“未提及”三种，并给予计分，如“是”为 1 分，“否”“不清楚”或“未提及”为 0 分。总分 11 分，AMSTAR 量表得分 0-4 分为低质量，5-8 分为中等质

量，9-11 分为高质量。选择 ≥ 5 分文献为证据。注：对所检索到的每篇临床文献均按以上 3 种方法分别做出文献评价。

A.3 证据评价分级和文献推荐级别

符合前述质量要求的临床研究，可成为指南的证据，大样本的随机对照试验成果成为高等级推荐的证据，小样本的随机对照试验以及非随机对照试验的成果成为次级或低强度推荐的证据。此外，也可依据文献研究的成果经专家共识法形成推荐建议。

表 A.1 文献依据分级及推荐级别

中医文献依据分级	推荐级别
I大样本，随机研究，结果清晰，假阳性或假阴性的错误很低	A 至少有 2 项 I 级研究结果支持
II小样本，随机研究，结果不确定，假阳性和/或假阴性的错误较高	B 仅有 1 项 I 级研究结果支持
III非随机，同期对照研究和基于古代文献的专家共识	C 仅有 II 级研究结果支持
IV非随机，历史对照和当代专家共识	D 至少有 1 项 III 级研究结果支持
V病例报道，非对照研究和专家意见	E 仅有 IV 级或 V 级研究结果支持

注：文献依据分级标准的有关说明。

1) 中医临床诊疗指南制修订的文献分级方法按“汪受传，虞舜，赵霞，戴启刚，陈争光，徐珊．循证性中医临床诊疗指南研究的现状与策略[J]．中华中医药杂志，2012，27（11）：2759-2763.”提出的“中医文献依据分级标准”实施。

2) 推荐级别（或推荐强度）分为 A、B、C、D、E 五级。强度以 A 级为最高，并依次递减。

3) 该标准的“研究课题分级”中，大样本、小样本定义为：

大样本： ≥ 100 例的高质量的单篇随机对照试验报道或系统综述报告。

小样本： < 100 例的高质量的单篇随机对照试验报道或系统综述报告。

4) III级中“基于古代文献的专家共识”是指古代医籍记载、历代沿用至今、当代专家意见达成共识者。IV级中“当代专家共识”是指当代专家调查意见达成共识者。V级中的“专家意见”仅指个别专家意见。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科学分会呼吸学组. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016年版)[J]. 中华儿科杂志, 2016, 54(03): 167-181.
- [2] 儿童支气管哮喘规范化诊治建议(2020年版)[J]. 中华儿科杂志, 2020, 58(09): 708-717.
- [3] 尚莉丽, 赵霞主编. 全国中医药高等教育中医儿科学专业规划教材. 儿童保健学. 中国中医药出版社, 2021年10月, 298千字, ISBN 978-7-5132-7159-2
- [4] 王琦. 9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报, 2005(04): 1-8.
- [5] 安淑华, 王艳艳, 宋庆, 史玲艾, 赵清娟, 李金英, 郑博娟, 王宁, 王萌萌. 儿童哮喘相关因素Logistic回归分析[J]. 临床儿科杂志, 2010, 28(05): 455-458.
- [6] 刘树俊, 王婷婷, 曹世钰, 谭雅卿, 陈立章. 中国儿童哮喘危险因素的Meta分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2018, 20(03): 218-223.
- [7] 谢艾岑, 黄花荣. 5岁以下儿童哮喘诊断及预测工具的研究进展[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2021, 36(21): 1669-1673.
- [8] Castro-Rodriguez JA, Holberg CJ, Wright AL, et al. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2000, 162(4 Pt 1): 1403-1406.
- [9] Guilbert TW, Morgan WJ, Krawiec M, et al. The Prevention of early asthma in kids study: design, rationale and methods for the childhood asthma research and education network[J]. Control Clin Trials, 2004, 25(3): 286-310.
- [10] 陈强, 代佳佳. 儿童支气管哮喘诊断和治疗的热点问题[J]. 中国当代儿科杂志, 2013, 15(08): 601-603.
- [11] Network GA. The Global Asthma Report, Auckland, New Zealand. (2018).
- [12] Asher MI, Rutter CE, Bissell K, Chiang CY, El Sony A, Ellwood E, Ellwood P, García-Marcos L, Marks GB, Morales E, Mortimer K, Pérez-Fernández V, Robertson S, Silverwood RJ, Strachan DP, Pearce N; Global Asthma Network Phase I Study Group. Worldwide trends in the burden of asthma symptoms in school-aged children: Global Asthma Network Phase I cross-sectional study. Lancet. 2021 Oct 30; 398(10311): 1569-1580.
- [13] LICARI A, BRAMBILLA I, MARSEGLIA A, et al. Difficult vs. Severe Asthma: Definition and Limits of Asthma Control in the Pediatric Population[J]. Frontiers in pediatrics, 2018, 6: 170.
- [14] 全国儿科哮喘防治协作组. 全国90万0-14岁儿童中支气管哮喘患病情况调查[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1993(16): 64-68.
- [15] 全国儿童哮喘防治协作组. 中国城区儿童哮喘患病率调查[J]. 中华儿科杂志, 2003, 41(2): 123-127.

- [16] 全国儿科哮喘协作组, 中国疾病预防控制中心环境与健康相关产品安全所. 第三次中国城市儿童哮喘流行病学调查[J]. 中华儿科杂志, 2013, 10 (51): 729-735.
- [17] 周舒, 黄嘉, 梁雅丽, 魏良辰, 郭志远, 黄月娥. 中国儿童哮喘患病率及其危险因素的Meta分析[J]. 国际流行病学传染病学杂志, 2020, 47 (03): 253-259.
- [18] 汪受传, 虞坚尔主编. 普通高等教育“十二五”国家级规划教材·中医儿科学 (第9版) [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 108-110.
- [19] 赵霞, 李新民主编. 全国中医药行业高等教育十四五规划教材 中医儿科学 新世纪第5版[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.06.
- [20] 中华中医药学会. 中医儿科常见病诊疗指南[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 22-23.
- [21] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 77.
- [22] Global Initiative for Asthma(GINA). Global strategy for asthma management and prevention[EB/OL]. (2022-5-3) [2022-05-11]. <https://ginasthma.org>.
- [23] 葛均波, 徐永健主编. 内科学 (第8版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 30.
- [24] 中华儿科杂志编辑委员会, 中华医学会儿科分会. 儿童过敏性疾病诊断及治疗专家共识[J]. 中华儿科杂志, 2019, 57 (03): 166.
- [25] 汪受传. 儿童体质八分法[J]. 南京中医药大学学报, 2019, 35 (05): 518-522.
- [26] 王琦, 李硕, 伍尚祯. 不同年龄段哮喘儿童中医体质分型研究[J], 河南中医, 2020, 40 (07): 1077-1079.
- [27] 赵霞, 卢海燕, 孙轶秋. 120例哮喘患儿中医体质分型研究[J]. 南京中医药大学学报, 2014, 30 (01): 27-29.
- [28] 邓金钗, 郑小伟, 陈圣华, 张盼盼, 孔丽娅. 支气管哮喘缓解期中医体质的分布特点[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33 (03): 945-947.
- [29] Deborah R, Jonathan K, Ehrman, et al. ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription [M]. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health, 2018: 270-275, 359-363.
- [30] 王行之, 吴诚, 张娟, 孙新. 运动对哮喘的影响及哮喘患儿运动处方研究进展[J]. 中国实用儿科杂志, 2021, 36 (09): 714-720.
- [31] 施洪飞, 方泓主编. 中医食疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 08.
- [32] 冷玲, 迟磊. 推拿结合运动治疗偏颇体质儿童哮喘缓解期效果观察[J]. 中国医学创新, 2020, 17 (35): 31-36. (证据分级: III; MINORS评分: 20分)
- [33] 祝谌予, 梁晓春. 从过敏煎的运用谈辨病用药与辨证用药[J]. 中级医刊, 1985 (04): 59.
- [34] 王建敏, 杨雨蒙. 过敏煎在儿科临床中的应用[J]. 中医杂志, 2015, 56 (22): 1968-1970.
- [35] 齐莹, 王晓霞, 刘发云, 李培圣, 张积友. 过敏煎对支气管哮喘呼出气一氧化氮水平的影响[J]. 中医临床研究, 2018, 10 (29): 3-5. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)

- [36] 王卓. 中医健康管理对气虚体质久咳儿童干预的初步影响研究[D]. 河南中医药大学, 2020. (证据分级: III; MINORS评分: 13分)
- [37] 吴佩珊, 陈洁瑜, 李斐, 罗仁, 赵晓山. 湿热体质与生活方式的相关性探讨[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22 (07): 2460-2465.
- [38] 刘宏飞, 陈璐佳, 邓艳华, 周建扬, 何国浓, 丁自娟, 康年松. 不同剂型加味玉屏风散对气虚易感人群临床疗效的对比研究[J]. 国医论坛, 2019, 34 (05): 15-17. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [39] 利丽梅, 谢玉贤, 徐信仪. 异功散加味联合磁热穴位敷贴治疗脾气虚型儿童咳嗽变异性哮喘疗效的临床研究[J]. 中医临床研究, 2019, 11 (05): 25-28. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [40] 于弋, 谷松. 从“少火生气”论肾气丸补肾气之功[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26 (11): 1720-1722.
- [41] 卫法强, 刘娜. 正固本汤联合金匱肾气丸对支气管哮喘患者肺功能及免疫功能的影响[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32 (06): 1113-1115. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [42] 郭景瑞. 沙参麦冬汤治疗小儿慢性咳嗽肺阴亏虚证的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4 (06): 97-98+122. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [43] 陈科, 李逊, 周冷, 陈义婷. 参苓白术散加减治疗脾阴虚20例[J]. 实用中医内科杂志, 2003 (01): 47. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [44] 雷艳青, 陈波. 六味地黄丸联合西药对支气管哮喘患者免疫功能的影响[J]. 陕西中医, 2017, 38 (04): 461-462. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [45] 蔡艳阳, 赖定源, 张源, 丛丽. 小青龙汤与肺阳虚刍议[J]. 中国中医药信息杂志, 2017, 24 (08): 109-110.
- [46] 万军, 于宙, 谭映辉, 杨泽一, 杨祥正. 小青龙汤加味治疗急性发作期外寒内饮型小儿支气管哮喘的临床研究[J]. 中国中西医结合儿科学, 2021, 13 (04): 353-357. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [47] 洪标华. 理中丸加味联合穴位敷贴治疗脾胃虚寒型慢性腹泻患儿的效果及对免疫指标的影响[J]. 中医临床研究, 2019, 11 (24): 57-59. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [48] 蒋朱秀, 郑小伟, 江劲, 李敏静, 蔡宛如. 金匱肾气丸联合穴位敷贴对支气管哮喘临床缓解期肾阳虚证患者免疫功能的影响[J]. 中医杂志, 2016, 57 (11): 938-941. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [49] 欧阳培元. 小青龙汤合三子养亲汤治疗小儿哮喘发作期寒饮停肺证临床疗效观察[J]. 中医药信息, 2014, 31 (04): 147-149. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [50] 邹昌文, 胥亚福, 蒋承勇. 小青龙颗粒联合孟鲁司特钠治疗小儿支气管哮喘的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34 (07): 2058-2063. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)

- [51] 宋银俏, 孔林河, 张璘. 麻杏石甘汤合苏葶丸治疗小儿热性哮喘临床观察[J]. 中国实用医刊, 2016, 43 (24): 116-118. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [52] 刘丹, 李景钊, 吴文先. 哮喘宁颗粒联合布地奈德福莫特罗治疗支气管哮喘急性发作期的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2020, 35 (11): 2187-2190. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [53] 周燕, 吴新, 冯伟, 朱振华. 小儿咳喘灵口服液辅助治疗小儿哮喘临床疗效观察[J]. 中国妇幼保健研究, 2021, 32 (07): 1020-1024. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [54] 于霞, 郑国菊, 符鸿. 小儿肺热咳喘颗粒治疗小儿支气管哮喘的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2021, 36 (10): 2146-2149. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [55] 赵恒艺, 潘俊辉, 陈珠侨. 大青龙汤对外寒内热证型小儿哮喘疗效及免疫功能的影响[J]. 世界中医药, 2020, 15 (17): 2608-2612. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [56] 张艳秋, 刘昊. 止喘灵口服液辅助治疗急性喘息性气管支气管炎疗效分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23 (11): 1224-1226. (证据分级: I; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [57] 汪受传. 小儿哮喘从消风豁痰论治[J]. 江苏中医药, 2018, 50 (05): 1-4.
- [58] 董盈妹, 赵霞, 汪受传. 汪受传三期论治小儿哮喘经验[J]. 中医杂志, 2018, 59 (08): 646-648.
- [59] 张昶, 谭程, 高丹, 白鹏, 王军, 赵吉平. 近30年国内体针治疗支气管哮喘随机对照临床试验选穴及疗程设定规律分析[J]. 北京中医药, 2010, 29 (08): 571-574.
- [60] 谢程, 王和生, 刘兰英, 隋宇航, 林煊烨, 申玉立, 刘颖. 针灸治疗慢性持续期哮喘的临床选穴规律分析[J]. 中医临床研究, 2021, 13 (26): 22-26.
- [61] 戴云飞, 杨浩, 张建博, 岳怡宁, 赵祎梦, 崔建美, 王洪彬. 基于数据挖掘的针刺治疗哮喘时间因素规律研究[J]. 中医外治杂志, 2021, 30 (02): 86-88.
- [62] 田福玲, 李旗, 崔建美, 刘国荣, 郑德松, 陈金铭, 马树祥, 王洪彬, 李雪青. 小儿推拿对小儿哮喘急性期肺功能损害预防作用的研究[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30 (09): 47-49. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [63] 田福玲, 李旗, 崔建美, 马树祥, 王洪彬, 李雪青. 小儿推拿治疗小儿哮喘慢性持续期的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30 (08): 3021-3023. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [64] 彭研献, 周娅微, 董晓斐. 人参五味子汤加减治疗小儿哮喘缓解期效果及对免疫功能的影响[J]. 中国医药科学, 2021, 11 (03): 97-99. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [65] 马菁, 纪文娜. 玉屏风散合六君子汤加减辅助治疗小儿哮喘缓解期184例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2018, 14 (02): 32-35. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [66] 温柠如, 黄赫, 张雅凤. 玉屏风颗粒治疗儿童支气管哮喘缓解期的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43 (02): 344-346. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)

- [67] 陈冰泽, 彭玉贞. 玉屏风口服液合人参五味子汤治疗支气管哮喘缓解期肺脾气虚证临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18 (09): 150-152. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [68] 李想, 韩志英, 阴怀清, 蔡栩栩, 韩晓华, 鲁继荣, 乔红梅, 尚云晓, 成焕吉, 任少敏. 槐杞黄颗粒辅助治疗儿童哮喘的随机对照多中心临床研究[J]. 国际儿科学杂志, 2016, 43 (02): 145-148. (证据分级: I; 改良Jadad量表评分: 4分)
- [69] 李岚, 俞景茂. 俞景茂教授应用冬令膏方防治小儿哮喘的经验举隅[C]//. 中华中医药学会儿科分会第三十一次学术大会论文汇编. 2014: 80-83.
- [70] 白美茹, 虞坚尔, 闵伟福, 吴杰. 补肾固表平喘膏方与激素吸入对比治疗小儿哮喘缓解期临床研究[J]. 四川中医, 2014, 32 (04): 100-104. (证据分级: III; MINORS评分: 16分)
- [71] 赵霞, 秦艳虹, 吴建新, 刘竹云, 李敏, 杨江, 吴力群, 姜之炎, 高艳, 隆红艳, 翟文生, 薛征, 魏薇. 三伏贴干预儿童哮喘专家共识[J/OL]. 南京中医药大学学报, 2022 (04): 303-307.
- [72] 张民庆, 王兴华, 刘华东主编. 明清名医全书大成·张璐医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 136.
- [73] 郝秀丽, 王坤, 闫学平. 穴位贴敷疗法防治小儿支气管哮喘用药取穴规律及疗效影响因素分析[J]. 中医药导报, 2021, 27 (05): 182-185.
- [74] 赵宝玲. “冬病夏治”中药穴位贴敷辅助治疗对儿童哮喘及肺功能、IL-6、TNF- α 水平的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52 (02): 160-162. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [75] 石学敏主编. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪全国高等中医院校规划教材·针灸学[M]. 8版. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 169.
- [76] 顾红丹. 冬病夏治消喘穴位贴敷疗法对儿童哮喘复发及Th1/Th2细胞因子的影响[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35 (04): 1014-1016. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [77] 石来军, 赵旸. 冬病夏治穴位敷贴法预防儿童哮喘复发92例临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23 (12): 2342-2344. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 5分)
- [78] 熊宇航. 冬病夏治穴位敷贴疗法治疗小儿哮喘缓解期的临床研究[J]. 临床医学工程, 2014, 21 (4): 481-482. (证据分级: III; MINORS评分: 20分)
- [79] 杨月容. 两种不同配方“冬夏并治”穴位敷贴治疗哮喘病的疗效观察[D]. 江西中医药大学, 2021. (证据分级: I; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [80] 鄢素琪, 刘昌玉, 金建年, 吴燕祥, 汤建桥, 陈正洪. 喘敷灵穴位敷贴防治儿童哮喘80例临床研究[J]. 中医杂志, 2008 (03): 221-224. (证据分级: II; 改良Jadad量表评分: 3分)
- [81] 康雅媛. 冬病夏治中药穴位贴敷法治疗儿童哮喘缓解期100例[J]. 江西中医药, 2009, 40 (4): 55. (证据分级: III; MINORS评分: 13分)

- [82] 王引,张卉.冬病夏治中药穴位敷贴治疗儿童哮喘疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(17):103. (证据分级:III;MINORS评分:15分)
- [83] 张玲.中药内服联合穴位针灸治疗小儿哮喘缓解期的效果研究[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(08):934-935. (证据分级:I;改良Jadad量表评分:3分)
- [84] 赵四林,贲定严,易展.灸药结合治疗支气管哮喘临床缓解期的疗效观察[J].中华中医药杂志,2017,32(08):3819-3822. (证据分级:II;改良Jadad量表评分:4分)
- [85] 张鹏,杨冬妹,聂波,桑勉.补脾益肺推拿手法对小儿哮喘缓解期的疗效研究[J].世界中医药,2019,14(07):1846-1850. (证据分级III;MINORS评分:20分)
- [86] 刘明军,邵先桃主编.全国高等中医药院校规划教材 小儿推拿学(第十一版)[M].北京:中国中医药出版社,2021:66-70.
- [87] 邵瑛,于娟主编.全国高等中医院校高等药教育教材 小儿推拿学(第三版)[M].北京:人民卫生出版社,2021:126.
- [88] 国家呼吸系统疾病临床医学研究中心,中华医学会儿科学分会呼吸学组哮喘协作组,中国医药教育协会儿科专业委员会,中国医师协会呼吸医师分会儿科呼吸工作委员会,中国研究型医院学会儿科学专业委员会,中国非公立医疗机构协会儿科专业委员会,中国中药协会儿童健康与药物研究专业委员会,中国医药新闻信息协会儿童安全用药分会,“六一健康快车”项目专家委员会,全球儿科呼吸联盟.中国儿童哮喘行动计划临床应用专家共识[J].中华实用儿科临床杂志,2021,36(07):484-490.