

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



团体标准

T/CACM ****—20**

儿童慢性咳嗽中医诊疗指南

TCM Guidelines for Diagnosis and Treatment of Chronic Cough in Children

(文件类型：公示稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 录

前 言.....	IV
引 言.....	V
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语及定义.....	1
3.1 术语.....	1
3.2 定义.....	1
4 病因与诊断.....	1
4.1 诊断.....	1
4.2 病因诊断.....	1
4.2.1 咳嗽变异性哮喘.....	2
4.2.2 上气道咳嗽综合征.....	2
4.2.3 (呼吸道) 感染后咳嗽.....	2
4.2.4 胃食管反流性咳嗽.....	2
4.2.5 心因性咳嗽.....	2
4.2.6 非哮喘性嗜酸粒细胞性支气管炎.....	2
4.2.7 过敏性(变应性)咳嗽.....	2
4.2.8 多病因的慢性咳嗽.....	3
5 辅助检查.....	3
5.1 咳嗽变异性哮喘.....	3
5.2 上气道咳嗽综合征.....	3
5.3 (呼吸道) 感染后咳嗽.....	3
5.4 胃食管反流性咳嗽.....	3
5.5 心因性咳嗽.....	3
5.6 非哮喘性嗜酸粒细胞性支气管炎.....	3
5.7 过敏性(变应性)咳嗽.....	3
6 治疗.....	3
6.1 分证论治及中成药推荐.....	3
6.2 外治疗法.....	9
7 预防与调护.....	10
附录 1: 口服中药及中成药推荐表.....	12
附录 2: (资料性) 指南的制订相关工具/量表.....	13
表 1 Cochrane 风险评价准则.....	13

表 2 Cochrane 单个研究及多个研究中主要结局指标偏倚风险的总体评估方法	15
表 3 MINORS 条目.....	16
表 4 AMSTAR 量表.....	18
表 5 GRADE 证据推荐强度分级	20
表 6 GRADE 证据质量分级.....	21
表 7 中医药临床研究证据的分级标准	22
参考文献.....	23

T/CACM 公示稿

前 言

本文件按照 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》给出的规则起草。

本文件由云南中医药大学第一附属医院提出。

本文件归口于中华中医药学会。

本文件起草单位:云南中医药大学第一附属医院、北京中医药大学东方医院。

本指南主要起草人:熊磊、吴力群、明溪。

本指南专家组组长:熊磊、吴力群、王雪峰、冯晓纯。

本指南专家组成员(按姓氏首字母排序):常克、陈健、陈华、陈竹、丁樱、冯晓纯、付红敏、高恒妙、韩梅、霍婧伟、黄永坤、姜永红、刘建平、李敏、李新民、马融、明溪、秦艳虹、任献青、汪受传、吴力群、王孟清、王力宁、王雪峰、王有鹏、王素梅、王俊宏、吴振起、熊磊、许华、薛征、虞坚尔、袁斌、闫永彬、杨景晖、孙丽平、张葆青、赵霞、赵鋈。

本指南工作组成员:明溪、王紫薇、王博、郑佳琳、张叶、张韵清。

引 言

儿童慢性咳嗽（chronic cough, CC）是指咳嗽作为主要或唯一的临床表现，症状持续4周以上且胸部X线片未见明显异常的一类疾病，属中医学“内伤咳嗽”“久咳”“顽咳”等范畴。其作为儿童最常见的就诊原因之一，学龄儿童及学龄前儿童发病率可达9%、21.8%。因本病病因复杂、诊断困难，往往会给患儿及家长带来很大经济及心理负担。

2005年中华医学会在《咳嗽的诊断与治疗指南》中明确提出了慢性咳嗽的概念，此后西医儿科同道借鉴国外指南，在2009年开展了“中国儿童慢性咳嗽病因构成比多中心研究”，并以此为工作基础在2013、2019年先后推出《儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南》、《中国儿童慢性湿性咳嗽的诊断与治疗专家共识》一直使用至今。

中医药辨治本病特色优势显著，已受到广泛认可。经检索，目前未见儿童慢性咳嗽的中医诊疗指南，这促使我们尽快推进《儿童慢性咳嗽中医诊疗指南》的制定工作。因此，在充分参考国内外临床实践指南制订方法和流程的基础上，我们组织中西医儿科临床专家、方法学专家、卫生经济学专家在指南制定初期，通过专家访谈、组内讨论以及专家论证会的形式，依据PICO原则构建了7个主要临床问题，以“循证为主、共识为辅、经验为鉴”的原则，围绕临床问题系统梳理了中医专家的辨证依据、用药经验、防治手段及临床疗效，旨在厘清中医药在诊治本病过程中的最佳治疗方案，为提高儿童慢性咳嗽中医药临床诊疗水平给予指导性意见。

本项工作受以下项目资助：①国家中医药管理局全国名老中医药专家熊磊传承工作室建设项目；②国家中医药管理局高水平中医药重点学科-中医儿科学建设项目；③北京中医药大学名师工作坊；④北京市中医儿科重点专科；⑤国家自然科学基金（NSFC）：82060884；⑥云南省万人计划青年拔尖人才专项（YNWR-QNBJ-2019-196）。

本指南所有成员均已签署利益冲突声明，申明无和本指南主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益，和所有可能被本指南成果影响的利益。

本文件通过审评后，将通过发布会、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，在行业推广应用。

本指南将随着新的临床问题的出现以及循证证据的更新予以修订。

儿童慢性咳嗽中医诊疗指南

1 范围

本指南提出了儿童慢性咳嗽的定义、病因与诊断、辅助检查、中医治疗、预防与调护。

本指南的应用目标人群为 18 周岁以下被确诊为慢性咳嗽的患者。

本指南适用于各等级医院中医专业、中西医结合专业、儿科专业或小儿呼吸内科专业的临床执业医师，相关的护理人员和药师也可参考。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，标注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不标注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

《中国药典》（2020 版）

《国际疾病分类标准编码[ICD-10]》（1992 年，世界卫生组织）

《国际疾病分类标准编码[ICD-11]》（2018 年，世界卫生组织）

GB/T16751.1-1997《中医临床诊疗术语疾病部分》

GB/T16751.2-1997《中医临床诊疗术语症候部分》

GB/T16751.3-1997《中医临床诊疗术语治法部分》

3 术语及定义

3.1 术语

咳嗽——ICD-11 编码:MD12（WHO 国际疾病分类第十一版）

慢性咳嗽——ICD-11 编码:R05.x00y004（疾病分类与代码国家临床版 1.1 扩展版 2018）

3.2 定义

儿童慢性咳嗽是指以咳嗽为主要或唯一的临床表现，症状持续 4 周以上、胸部 X 线片未见明显异常的一类疾病。中医学无慢性咳嗽的病名，因其病程较长，可归属中医学“久咳”“久嗽”“顽咳”等范畴^[1-2]。

4 病因与诊断

4.1 诊断^[1-3]

- ①咳嗽为主要临床症状；
- ②咳嗽症状持续>4 周；
- ③X 线摄片或透视检查未见明显异常或肺纹理增粗。

4.2 病因诊断

4.2.1 咳嗽变异性哮喘 (cough variant asthma, CVA): ①持续咳嗽>4周, 通常为干咳, 常在夜间和(或)清晨发作, 运动、遇冷空气后咳嗽加重, 临床无感染征象或经过较长时间抗菌药物治疗无效; ②支气管扩张剂诊断性治疗可使咳嗽症状明显缓解; ③肺通气功能正常, 支气管激发试验提示气道高反应性; ④有过敏性疾病病史或家族过敏史。过敏原检测阳性可辅助诊断; ⑤除外其他原因引起的慢性咳嗽。

4.2.2 上气道咳嗽综合征 (upper airway cough syndrome, UACS): ①持续咳嗽>4周, 伴有白色泡沫痰(过敏性鼻炎)或黄绿色脓痰(鼻窦炎), 咳嗽以晨起或体位变化时为甚, 伴有鼻塞、流涕、咽干并有异物感和反复清咽等症状; ②咽后壁滤泡明显增生, 有时可见鹅卵石样改变, 或见黏液样或脓性分泌物附着; ③抗组胺药、白三烯受体拮抗剂和鼻用糖皮质激素对过敏性鼻炎引起的慢性咳嗽有效; ④鼻咽喉镜检查或头颈部侧位片、鼻窦 X 线片可有助于诊断。

4.2.3 (呼吸道)感染后咳嗽 (post-infection cough, PIC): ①近期有明确的呼吸道感染史; ②咳嗽持续>4周, 呈刺激性干咳或伴少量白色黏痰; ③胸部 X 线片检查无异常或仅显示双肺纹理增多; ④肺通气功能正常, 或呈现一过性气道高反应; ⑤咳嗽通常具有自限性, 如果咳嗽时间超过 8 周, 应考虑其他诊断; ⑥除外其他原因引起的慢性咳嗽。

4.2.4 胃食管反流性咳嗽 (gastro esophageal reflux cough, GERC): ①阵发性咳嗽最好发的时相在夜间; ②咳嗽也可在进食后加剧; ③24 小时食管下端 pH 监测呈阳性; ④除外其他原因引起的慢性咳嗽。

4.2.5 心因性咳嗽 (psychogenic cough): 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, 可呈雁鸣样高调的咳嗽; ③常伴有焦虑症状, 但不伴有器质性疾病; ④除外其他原因引起的慢性咳嗽。

4.2.6 非哮喘性嗜酸粒细胞性支气管炎 (non-asthmaeosinophilic bronchitis, NAEB): ①刺激性咳嗽持续>4周; ②胸部 X 线片正常; ③肺通气功能正常, 且无气道高反应性; ④痰液中嗜酸粒细胞相对百分数>3%; ⑤支气管舒张剂治疗无效, 口服或吸入糖皮质激素治疗有效; ⑥除外其他原因引起的慢性咳嗽。

4.2.7 过敏性(变应性)咳嗽 (atopic cough, AC): ①咳嗽持续>4周, 呈刺激性干咳; ②肺通气功能正常, 支气管激发试验阴性; ③咳嗽感受器敏感性增高; ④有其他过敏性疾病病史, 变应原皮试阳性, 血清总 IgE 和(或)特异性 IgE 升高; ⑤除外其他原因引起的慢性咳嗽。

4.2.8 多病因的慢性咳嗽：要注意儿童慢性咳嗽病因的复杂性和可变性，有些病因彼此间是有重叠的。

5 辅助检查^[1-3]（若初步诊断为以下病因时，可选择相关推荐检查）

5.1 咳嗽变异性哮喘（CVA）：血常规、肺功能检查、胸部 X 线片、胸部 CT、支气管舒张试验、过敏原检测、支气管激发试验、呼出气一氧化氮（FeNO）测定、皮肤点刺试验。

5.2 上气道咳嗽综合征（UACS）：血常规、肺功能检查、胸部 X 线片、鼻窦 X 线片、鼻咽镜、过敏原检测、呼出气一氧化氮（FeNO）测定、头颈部侧位片。

5.3（呼吸道）感染后咳嗽（PIC）：血常规、肺功能检查、胸部 X 线片、特异性抗体检测、痰培养、支气管舒张试验、过敏原检测、呼出气一氧化氮（FeNO）测定。

5.4 胃食管反流性咳嗽（GERC）：血常规、胸部 X 线片、24 小时食管下端 PH 监测、咽喉反流监测（条件允许时进行）、唾液胃淀粉酶监测（条件允许时进行）。

5.5 心因性咳嗽（psychogenic cough）：血常规、肺功能检查、胸部 X 线片、过敏原检测、儿少心理健康量表（MHS-CA）、儿童焦虑性情绪障碍筛查表（SCARED）、儿童抑郁障碍自评量表（DSRS）。

5.6 非哮喘性嗜酸粒细胞性支气管炎（NAEB）：血常规、肺功能检查、胸部 X 线片、过敏原检测、呼出气一氧化氮（FeNO）测定、痰嗜酸性粒细胞检测、诱导痰或支气管肺泡灌洗液细胞学检查和病原微生物分离培养（条件允许时进行）、支气管镜查 BALF 液的细胞分类（条件允许时进行）。

5.7 过敏性（变应性）咳嗽（AC）：血常规、肺功能检查、胸部 X 线片、过敏原检测、特异性抗体检测、皮肤点刺试验、支气管激发试验、呼出气一氧化氮（FeNO）测定、咳嗽感受器敏感性检测。

除上述检查外，必要时可行结核、肺炎支原体、百日咳等相关排他检查。

6 治疗

6.1 分证论治及中成药推荐

推荐意见 1

证型：风伏肺络证

证候表现：久咳，早晚咳嗽明显，遇冷空气或活动后加重，以干咳为主，痰少，鼻塞，流涕，喷嚏，清嗓，舌质淡红，苔薄白，脉浮数或指纹紫而表浅。过敏体质，多有过敏性疾病家族史。

治法：疏风散邪，宣肺止咳。

主方 1: 三拗汤（《太平惠民和剂局方》）加味。（**证据质量分级：B**）

证据说明^[4-12]：①三拗汤加味治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面均具有临床优势；②三拗汤加味联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分方面均具有临床优势。

常用药物及推荐剂量：蜜麻黄 2-6g、杏仁 5-10g、桑白皮 6-10g、炙款冬花 5-10g、蜜枇杷叶 6-10g、桔梗 3-6g、前胡 3-10g、蜜百部 3-9g、荆芥 5-10g、防风 5-10g、辛夷 3-10g^{（包煎）}、炒苍耳子 3-6g、甘草 2-6g。

加减：痰盛，加葶苈子、冬瓜仁；痉咳明显，加全蝎、地龙；胸闷肋满、脘腹胀痛，加炒枳壳、厚朴；咽喉肿痛，加射干、玄参。

主方 2: 止嗽散（《医学心悟》）加味。（**证据质量分级：C**）

证据说明^[13-18]：①止嗽散加味治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分、缩短咳嗽缓解时间方面均具有临床优势；②止嗽散加味联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分方面均具有临床优势。

常用药物及推荐剂量：紫菀 5-10g、蜜百部 3-9g、白前 3-10g、桑白皮 6-10g、地骨皮 9-15g、桔梗 3-6g、荆芥 5-10g、蝉蜕 3-6g、陈皮 3-10g、甘草 2-6g。

加减：恶寒流清涕，加防风、白芷；恶风身热，加金银花、连翘；咽干咽痒，加北沙参、麦冬、天花粉；痰多，加葶苈子、瓜蒌皮；痰多伴喘促，加蜜麻黄、细辛、厚朴。

推荐意见 2

证型：痰湿蕴肺证

证候表现：久咳，咳声重浊，痰多色白而稀，喉间痰鸣，神疲肢倦，胸闷纳呆，口不渴，大便溏薄，舌质淡，苔白腻，脉滑或指纹紫滞。

治法：燥湿化痰，肃肺止咳。

主方 1: 射干麻黄汤（《金匱要略》）加味。（**证据质量分级：B**）

证据说明^[19-31]：①射干麻黄汤加味治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面具有临床优势；②射干麻黄汤加味联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、缩短咳嗽缓解时间、不良事件发生率方面均具有临床优势。

常用药物及推荐剂量：蜜麻黄 2-6g、射干 3-10g、法半夏 3-9g、紫菀 5-10g、炙款冬花 5-10g、白果 5-10g、葶苈子 3-10g^{（包煎）}、茯苓 6-15g、化橘红 3-6g、细辛 1-3g、五味子 2-6g。

加减：湿盛，加苍术、薏苡仁；咳甚，加前胡、蜜百部。

主方 2：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）合三子养亲汤（《韩氏医通》）加味。（**证据质量分级：IV级**）

证据说明^{[2][32]}：全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中西医结合儿科学》、科学出版社“十四五”普通高等教育本科规划教材《中医儿科学》第2版：慢性咳嗽痰湿蕴肺/痰湿郁肺证辨证使用二陈汤合三子养亲汤加减。

常用药物及推荐剂量：陈皮 3-10g、法半夏 3-9g、茯苓 6-15g、紫苏子 3-10g、莱菔子 5-12g、蜜麻黄 2-6g、杏仁 5-10g、葶苈子 3-10g^{（包煎）}、瓜蒌皮 6-10g、薏苡仁 9-15g、车前子 9-15g^{（包煎）}。

加减：胸闷不适，咳痰不爽，加炒枳壳、桔梗；痰白清稀，舌苔白滑，加细辛、前胡；纳呆，加六神曲、山楂。

推荐意见 3

证型：外寒内饮证

证候表现：久咳，咳声重浊，痰多色白清稀，喉间痰鸣，神疲肢倦，胸闷纳呆，兼恶寒无汗，或头痛，口不渴，舌质淡，苔薄白，脉滑或指纹紫滞。

治法：解表散寒，温肺化饮。

主方：小青龙汤（《伤寒论》）加味^[41-53]。（**证据质量分级：B**）

证据说明^[33-45]：①小青龙汤加味治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分方面均具有临床优势；②小青龙汤加味联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、缩短咳嗽缓解时间、改善咳嗽积分方面均具有临床优势。

常用药物及推荐剂量：蜜麻黄 2-6g、法半夏 3-9g、桂枝 3-10g、杏仁 5-10g、紫菀 5-10g、蜜百部 3-9g、五味子 2-6g、芥子 3-9g、细辛 1-3g、白芍 6-15g、干姜 3-10g。

加减：咳嗽频剧，加僵蚕、地龙；食欲不振，兼便溏乏力者，加六神曲、仙鹤草；恶寒盛，加桂枝用量；咽痒，加桔梗、蝉蜕。

推荐意见 4

证型：痰热蕴肺证

证候表现：久咳痰多，痰稠色黄难咯，甚则喉间痰鸣，发热口渴，烦躁不宁，尿少色黄，大便干结，舌质红，苔黄腻，脉滑数或指纹紫。

治法：清肺化痰，肃肺止咳。

主方 1：清金化痰汤（《医学统旨》）加味。（**证据质量分级：IV级**）

证据说明^{[2][32]}：全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中西医结合儿科学》、科学出版社“十四五”普通高等教育本科规划教材《中医儿科学》第2版：慢性咳嗽痰热蕴肺/痰热郁肺证辨证使用清金化痰汤加减。

常用药物及推荐剂量：桑白皮 6-10g、杏仁 5-10g、黄芩 3-10g、栀子 6-10g、知母 6-10g、瓜蒌子 9-15g、浙贝母 5-10g、竹茹 5-10g、化橘红 3-6g、茯苓 6-15g、桔梗 3-6g、麦冬 6-12g、丝瓜络 5-12g。

加减：痰多色黄甚，加葶苈子、鱼腥草；咳重，胸胁疼痛，加瓜蒌皮、炒枳壳；心烦口渴，加芦根、淡竹叶；大便秘结，加虎杖、火麻仁。

主方 2：定喘汤（《摄生众妙方》）加味。（**证据质量分级：B**）

证据说明^[46-53]：①定喘汤加味对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分方面均具有临床优势；②定喘汤加味联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、缩短咳嗽缓解时间、改善咳嗽积分方面均具有临床优势。

常用药物及推荐剂量：蜜麻黄 2-6g、杏仁 5-10g、白果 5-10g、炙款冬花 5-10g、桑白皮 6-10g、紫苏子 3-10g、法半夏 3-9g、黄芩 3-10g、浙贝母 5-10g、地龙 5-10g、辛夷 3-10g^{（包煎）}。

加减：发热口渴烦躁，加知母、石膏、天花粉；咳盛痰多，加葶苈子、冬瓜仁、薏苡仁；咽喉肿痛，加板蓝根、射干；食欲差，舌苔厚腻，加鸡内金、焦三仙（焦山楂、焦神曲、焦麦芽）、莱菔子。

中成药：小儿肺热咳喘口服液。（**证据质量分级：C**）

证据说明^[54-56]：①小儿肺热咳喘口服液治疗对比常规西药治疗在提高有效率、缩短咳嗽缓解时间方面均具有临床优势；②小儿肺热咳喘口服液联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分方面均具有临床优势。

经济性：属《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021年）》乙类

服用方法：口服（规格：10ml/支）。

1-3岁：1次1支，每日3次；4-7岁：1次1支，每日4次；8-12岁1次2支，每日3次。1-2周为1疗程。（《中国药典》2015年版第一部）

推荐意见 5

证型：肝火犯肺证

证候表现：咳嗽日久不愈，咯吐黄痰，晨起及夜间明显，咽痒阵咳，情志变化时咳甚，烦躁易怒，胸胁胀痛，夜卧不安，口苦，咽干，舌质红，苔少，脉弦细或指纹紫滞。

治法：清肝泻肺，润肺止咳。

主方 1: 泻青丸（《小儿药证直诀》）合泻白散（《小儿药证直诀》）加味。（**证据质量分级: B**）

证据说明^{[2][57-60]}: ①泻白散加味治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分、缩短咳嗽缓解时间方面均具有临床优势;②泻白散加味联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分、缩短咳嗽缓解时间方面均具有临床优势。

常用药物及推荐剂量: 桑白皮 6-10g、地骨皮 9-15g、当归 6-12g、龙胆草 6-9g、川芎 3-10g、炒枳壳 3-10g、炒刺蒺藜 6-10g、制远志 3-10g、栀子 6-10g、羌活 3-10g、防风 5-10g、大黄 3-10g^(后下)。

加减: 清肝, 加夏枯草、栀子; 清肺, 加黄芩、生石膏; 滋阴润肺, 加北沙参、麦冬。

主方 2: 黛蛤散（《卫生鸿宝》）合泻白散（《小儿药证直诀》）加味^{[2][32]}。（**证据质量分级: IV级**）

证据说明^{[2][32]}: 科学出版社“十四五”普通高等教育本科规划教材《中医儿科学》第 2 版: 慢性咳嗽肝火犯肺证辨证使用黛蛤散合泻白散加减。

常用药物及推荐剂量: 蛤壳 6-15g^(先煎)、青黛 1-3g^(包煎)、桑白皮 6-10g、地骨皮 9-15g、黄芩 3-10g、蜜百部 3-9g、夏枯草 9-15g、郁金 3-10g、乌梅 6-12g。

加减: 火热较盛, 咳嗽频作, 痰黄, 加浙贝母、竹茹、瓜蒌皮; 咽燥口干, 加北沙参、天花粉。

推荐意见 6

证型: 食火犯肺证

证候表现: 咳嗽迁延, 咯黄痰, 恶心呕吐, 口有异味, 脘腹饱胀, 手足心热, 大便干, 小便黄, 舌质红, 苔白厚或黄垢腻, 脉滑数。

治法: 消食导滞, 化痰止咳。

主方: 保和丸（《丹溪心法》）合二陈汤（《太平惠民和剂局方》）加味^[32]。（**证据质量分级: IV级**）

证据说明^{[2][32]}: 全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中西医结合儿科学》: 慢性咳嗽食火犯肺证辨证使用保和丸合二陈汤加减。

常用药物及推荐剂量: 山楂 9-12g、法半夏 3-9g、六神曲 9-15g、莱菔子 5-12g、葶苈子 3-10g^(包煎)、桔梗 3-6g、黄芩 3-10g、茯苓 6-15g、陈皮 3-10g、连翘 6-15g、滑石 10-20g^(先煎)、焦槟榔 3-10g。

加减：食积化热，加胡黄连、栀子；呕吐，苔厚腻，加藿香、竹茹；腹满腹痛，加厚朴、木香、炒枳壳。

中成药：小儿消积止咳口服液。（**证据质量分级：B**）

证据说明^[61-64]：小儿消积止咳口服液联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分方面均具有临床优势。

经济性：属《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021年）》甲类

服用方法：口服（规格：10ml/支）。

1岁以内1次1/2支，每日3次；1-2岁1次1支，每日3次；3-4岁1次1.5支，每日3次；5岁以上1次2支，每日3次。5天为1疗程。（《中国药典》2020年版一部）

推荐意见 7

证型：肺脾气虚证

证候表现：咳嗽日久，咳声无力，骤感风寒，咳嗽加重，鼻塞不通，畏风畏寒，痰白清稀，面白神疲，气短懒言，自汗恶风，反复感冒，纳少便溏，舌质淡，苔白，脉沉细，指纹淡。

治法：健脾益气，补肺固表。

主方：玉屏风散（《丹溪心法》）加味。（**证据质量分级：B**）

证据说明^[65-70]：①玉屏风散加味治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面具有临床优势；②玉屏风散加味联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分方面均具有临床优势。

常用药物及推荐剂量：防风 5-10g、黄芪 6-15g、白术 6-12g、白芍 6-15g、法半夏 3-9g、陈皮 3-10g、茯苓 6-15g、仙鹤草 6-12g、辛夷 3-10g^{（包煎）}、蔓荆子 5-10g、五味子 2-6g。

加减：汗出多，加煅龙骨、煅牡蛎；痰多清稀，加紫苏子、芥子；畏风畏寒，加桂枝、白芍；食少纳呆，加山楂、六神曲。

推荐意见 8

证型：阴虚肺燥证

证候表现：咳嗽日久，干咳无痰或痰少而黏，不易咯出，或痰中带血，口渴咽干，喉痒，声音嘶哑，午后潮热或手足心热，舌质红，少苔，脉细数或指纹淡紫。

治法：养阴清热，润肺止咳。

主方 1：养阴清肺汤（《重楼玉钥》）加味。（**证据质量分级：C**）

证据说明^[71-72]：①养阴清肺汤加味治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面具有临床优势；②养阴清肺汤加味联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面具有临床优势。

常用药物及推荐剂量：生地黄 10-15g、玄参 9-15g、麦冬 6-12g、北沙参 5-12g、蜜枇杷叶 6-10g、浙贝母 5-10g、牡丹皮 6-12g、白芍 6-15g、薄荷 3-6g^(后下)、炒枳壳 3-10g、木蝴蝶 1-3g、白茅根 9-20g。

加减：头痛明显，加白芷、蔓荆子；咽痛、咽痒，加射干、桔梗、蝉蜕；

主方 2：沙参麦冬汤（《温病条辨》）加味^{[2][40]}。（**证据质量分级：IV级**）

证据说明^{[2][32]}：全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中西医结合儿科学》、科学出版社“十四五”普通高等教育本科规划教材《中医儿科学》第 2 版：慢性咳嗽肺阴亏虚/阴虚肺燥证辨证使用沙参麦冬汤加减。

常用药物及推荐剂量：北沙参 5-12g、玉竹 6-10g、桑白皮 6-10g、桔梗 3-6g、蜜百部 3-9g、麦冬 6-12g、扁豆 9-15g、天花粉 10-15g、射干 3-10g、石斛 6-12g。

加减：久咳无痰，加五味子、乌梅；咳嗽重，加紫菀、浙贝母；咽干音哑，加木蝴蝶，玄参；低热，加银柴胡、白薇。

6.2 外治疗法

推荐意见 1

疗法：小儿推拿。（**证据质量分级：C**）

选穴及方法：调肺运脾法：补脾经 200 次，补肺经 200 次，运内八卦 200 次，推小横纹 200 次，清天河水 200 次，推膻中 100 次，按揉丰隆、足三里 2min，点揉风门、肺俞 2 min，分推肩胛骨 200 次，捏脊 5 遍；推拿每次 15-20min，每日 1 次，每周 5 次。1-2 周为 1 疗程。

证据说明^[73-79]：①推拿（调肺运脾法）治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面具有临床优势；②推拿（调肺运脾法）联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率、改善咳嗽积分方面均具有临床优势。

对应证型：肺脾气虚证

推荐意见 2

疗法：穴位贴敷。

推荐药物：白芥子、细辛、甘遂、桃仁等（白芥子散《张氏医通》加减）。

方法 1：降气止咳法。（**证据质量分级：C**）

取穴及方法：风门、大椎、肺俞、定喘、天突、膻中、膈俞、心俞。每次 15-30min。如患儿有明显不适或哭闹、抓挠等情况，叮嘱监护人及时取下。每日 1 次，2 周为 1 疗程。

证据说明^[80-83]: ①穴位贴敷(降气止咳法)治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面具有临床优势;②穴位贴敷(降气止咳法)联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面具有临床优势。

对应证型: 风伏肺络证

方法 2: 补泻兼施法。(证据质量分级: C)

取穴及方法: 肺俞、脾俞、肾俞、天突、定喘、膏肓、足三里。每次 15-30min。如患儿有明显不适或哭闹、抓挠等情况,叮嘱监护人及时取下。每日 1 次,2 周为 1 疗程。

证据说明^[84-89]: ①穴位贴敷(补泻兼施法)治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面具有临床优势;②穴位贴敷(补泻兼施法)联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面具有临床优势。

对应证型: 肺脾气虚证

推荐意见 3

疗法: 耳穴压豆。(证据质量分级: C)

取穴及方法: 可取神门、交感、风溪、肺、平喘、支气管、肾上腺、内分泌等穴,每次可选 2-3 穴,以王不留行籽贴压耳穴,每日自行揉按 1-2 次,每 3 日更换 1 次,1-2 周为 1 疗程。

证据说明^[90-94]: ①口服中药配合耳穴压豆治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面均具有临床优势;②口服中药配合耳穴压豆联合常规西药治疗对比常规西药治疗在提高有效率方面均具有临床优势。

对应证型: 肺脾气虚证

7 预防与调护

(1) 起居调护: 慎起居,避寒暑,顺应四时变化,做好防寒保暖工作;保持室内空气流通、温湿度适中,适当增加户外活动,加强体育锻炼,增强体质;避免接触各类过敏源,如尘螨、花粉、烟雾等;

(2) 饮食调护: 宜食用清淡、营养、易消化饮食,多饮水;避免进食生冷、辛辣、肥甘厚味、具有刺激性的食物及海鲜发物;

(3) 情志调护: 加强对患儿及家长的心理疏导,增强战胜疾病的信心,使其保持心情舒畅,避免情绪激动及咽喉部刺激因素,如过多哭闹,大叫;

(4) 体质调摄: 及早识别患儿体质禀赋,根据患儿体质进行药物、饮食、环境等调理;

(5) 健康宣教: 开展健康教育活动,对家长进行必要的饮食指导,积极预防患儿疾病的发生和病情的进展;

(6) 不适随诊：注意用药后的病机转归变化，若病情变化时嘱患儿及时复诊，辨证更方。

T/CACM 公示稿

附录 1：口服中药及中成药推荐表

证型	证候表现	推荐方（证据分级）	推荐中成药（证据分级）
风伏肺络证	晨起及夜间咳嗽明显，遇冷空气或活动后加重，舌淡红，苔薄白。多有过敏性疾病家族史。	三拗汤 (B) 止嗽散加味 (C)	无
痰湿蕴肺证	咳时喉间痰鸣，痰多色白而稀，舌淡，苔白腻。	射干麻黄汤 (B) 二陈汤合三子养亲汤 (IV级)	无
外寒内饮证	咳声重浊，痰多色白呈泡沫状，口干却欲饮水，舌淡，苔薄白。	小青龙汤加味 (B)	无
痰热蕴肺证	痰多，色黄粘稠，可发热伴口渴，舌红，苔黄腻。	清金化痰汤 (IV级) 定喘汤 (B)	小儿肺热咳喘口服液 (C)
肝火犯肺证	情志变化时咳嗽加剧，烦躁易怒，舌红，苔少。	泻青丸合泻白散 (B) 黛蛤散合泻白散 (IV级)	无
食火犯肺证	咳嗽伴恶心呕吐，脘腹饱胀，舌红，苔白厚或黄垢腻。	保和丸合二陈汤 (IV级)	小儿消积止咳口服液 (B)
肺脾气虚证	咳声无力，气短懒言，自汗恶风，可有反复感冒病史，舌淡，苔白。	玉屏风散 (B)	无
阴虚肺燥	干咳无痰或痰少而黏，咽干，手足心热，舌红，少苔。	养阴清肺汤 (C) 沙参麦冬汤 (IV级)	无

（备注：源于系统评价的证据采用 GRADE 评分网页进行证据质量分级；对于不适用于 GRADE 评分方法且已有指南推荐意见中的推荐药物、教材中的推荐药物，例如本次纳入推荐的保和丸和二陈汤、二陈汤合三子养亲汤、清金化痰汤等，均来自教材推荐，故采用《基于证据体的中医药临床证据分级标准建议》中的中医药证据分级方法（对应为 I、II、III、IV、V 级），均属于 IV 级。在草案的附录表 5-7 有详细说明。）

附录 2：（资料性）指南的制订相关工具/量表

表 1 Cochrane 风险评价准则

偏倚类型	风险等级		
	低风险	高风险	不清楚
选择偏倚			
随机序列的产生	研究者在随机序列产生过程中有随机成分的描述，例如：利用随机数字表；利用电脑随机数生成器；抛硬币；密封的卡片或信封；抛色子；抽签；最小化。	研究者在随机序列产生过程中有非随机成分的描述，例如随机数的产生通过：奇偶数或出生日期；入院日期（或周几）；医院或诊所的纪录号。或者直接用非随机分类法对受试者分类，如依据如下因素分组：医生的判断；病人的表现；实验室或一系列的检测；干预的可行性。	无充足的信息判定为以上两种等级。
分配隐藏	因为使用了以下或等不同的方法，受试者和研究者无法预测分配结果：中央随机（包括基于电话，网络，药房控制的随机）；有相同外观的随机序列药箱；有随机序列的不透明，密封信封。	受试者和研究者有可能预测分配结果，如基于以下的分配：开放的随机分配清单；分配信封无合适的保障（如没有密封，透明，不是随机序列）；交替或循环；出生日期；病历号；任何其它明确的非隐藏程序。	无充足的信息判定为以上两种等级。
实施偏倚（研究者和受试者施盲）	无盲法或不完全盲法，但结局不太可能受盲法缺失的影响；对受试者、主要的研究人员设	盲法或不完全盲法，但结局可能受盲法缺失的影响；对受试者和负责招募的研究者设盲，但有可能破盲，且	无充足的信息判定为以上两种等级；未提及。

	盲，且不太可能破盲。	结局可能受盲法缺失影响。	
测量偏倚（研究结局盲法评价）	未对结局进行盲法评价，但结局不太可能受盲法缺失的影响；保障了结局的盲法评价，且不太可能被破盲。	未对结局进行盲法评价，但结局可能受盲法缺乏的影响；进行结局的盲法评价，但可能已经破盲，且结局的测量可能受盲法缺失影响。	无充足的信息判定为以上两种等级；未提及。
随访偏倚（结果数据的完整性）	结局无缺失数据；结局指标缺失的原因不太可能与结局的真值相关；缺失的结局指标在组间平衡，且原因类似；对二分类结局指标，结局指标的缺失比例同观察到的事件的风险不足以确定其对干预效应的估计有临床相关的影响；对于连续结局指标，缺失结局的效应大小不足以确定其对观察到的效应大小有临床相关的影响；缺失数据用合适的方法作了填补。	结局指标缺失的原因可能与结局的真值相关，且缺失数量或原因在组间不一致；对二分类结局指标，结局指标的缺失比例同观察到的事件的风险足以确定其对干预效应的估计有临床相关的影响；对于连续结局指标，缺失结局的效应大小足以对观察到的效应引入临床相关的偏倚；当有大量干预违背随机分配时，应用“当作治疗”策略来分析；缺失数据用了不合适的填补方法。	报告里对随访或排除的信息不足以判定为以上两种等级；未提及。

表 2 Cochrane 单个研究及多个研究中主要结局指标偏倚风险的总体评估方法

偏倚风险	解 释	单个研究	多个研究
低风险	可能的偏倚不太可能真正地改变结果	所有关键点均为低风险	从研究中得到的大部分信息都处在低风险中
不清楚	可能的偏倚增加了研究结果的不确定性	一个或多个关键点为不清楚	研究中得到的大部分信息都处在低风险和不清楚
高风险	可能的偏倚严重地减弱了结果的可靠性	一个或多个关键点存在高风险	高风险信息所占比例足以影响结果

T/CACM 公 司 印 度

表 3 MINORS 条目

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。

序号	条目	提示
1	明确的给出了研究目的	所定义的问题应该是精确的且与可获得文献有关
2	纳入患者的连贯性	所有具有潜在可能性的患者（满足纳入标准）都在研究期间被纳入了（无排除或给出了排除的理由）
3	预期数据的收集	收集了根据研究开始前制定的研究方案中设定的数据
4	终点指标能恰当的反映研究目的	明确的解释用来评价与所定义的问题一致的结局指标的标准。同时，应在意向性治疗分析的基础上对终点指标进行评估
5	终点指标评价的客观性	对客观终点指标的评价采用评价者单盲法，对主观终点指标的评价采用评价者双盲法。否则，应给出未行盲法评价的理由
6	随访时间是否充足	随访时间应足够长，以使得能对终点指标及可能的不良事件进行评估
7	失访率低于 5%	应对所有的患者进行随访。否则，失访的比例不能超过反映主要终点指标的患者比例
8	是否估算了样本量	根据预期结局事件的发生率，计算了可检测出不同研究结局的样本量及其 95%可信区间；且提供的信息能够从显著统计学差异及估算把握度水平对预期结果与实际结果进行比较
9~12 条用于评价有对照组的研究的附加标准		
9	对照组的选择是否恰当	对于诊断性试验，应为诊断的“金标准”；对于治疗干预性试验，应是能从已发表研究中获取的最佳干预措施
10	对照组是否同步	对照组与试验组应该是同期进行的（非历史对照）

11	组间基线是否可比	不同于研究终点，对照组与试验组起点的基线标准应该具有相似性，没有可能导致使结果解释产生偏倚的混杂因素
12	统计分析是否恰当	用于计算可信区间或相对危险度（RR）的统计资料是否与研究类型相匹配

T/CACM 公示稿

表 4 AMSTAR 量表

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，共 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 分以上文献为证据。

条目	描述	说明
1	是否提供了前期设计方案？	在系统评价开展以前，应该确定研究问题及纳入排除标准。
2	纳入研究的选择和数据提取是否具有可重复性？	至少要有两名独立的数据提取员，而且采用合理的不同意见达成一致的方法过程。
3	是否实施广泛全面的文献检索？	至少检索 2 种电子数据库。检索报告必须包括年份以及数据库，如 Central、EMbase 和 MEDLINE。必须说明采用的关键词/主题词，如果可能应提供检索策略。应咨询最新信息的目录、综述、教科书、专业注册库，或特定领域的专家，进行额外检索，同时还可检索文献后的参考文献。
4	发表情况是否已考虑在纳入标准中，如灰色文献？	应该说明评价者的检索是不受发表类型的限制。应该说明评价者是否根据文献的发表情况排除文献，如语种。
5	是否提供了纳入和排除的研究清单？	应提供纳入和排除的研究清单。
6	是否描述纳入研究的基本特征？	从原始研究提取的资料应包括受试者、干预措施和结局指标，并以诸如表格的形成进行总结。应报告纳入研究的系列特征，如年龄、种族、性别、相关社会经济学数据、疾病状态、病程、严重程度或其他应报告的疾病等。
7	是否评价和报道了纳入研究的科学性？	应提供预先选用的评价方法（如有效性研究，评价者是否把随机、双盲、安慰剂对照或分配隐藏作为评价标准）；其它类型研究的相关标准条目亦需交代。
8	是否恰当地运用	在分析结果和推导结论中，应考虑方法学的严格性和科学性；

	纳入研究的科学性推导结论?	且在形成推荐意见时,亦需要明确说明。
9	合成纳入研究结果的方法是否恰当?	对于合成结果,应首先确定纳入的研究结果是可合并的,并采用一定的统计方法评估异质性(如卡方和 I ² 检验)。如果存在异质性,应采用随机效应模型,和(或)考虑合成结果的临床适宜程度(如是否适合合并?)
10	是否评估了发表偏倚的可能性?	发表偏倚的评估应采用某一种图形进行辅助(如漏斗图及其他可行的检测方法)和(或)统计学检验方法(如 Egger 回归法)。
11	是否说明相关利益冲突?	应清楚交待系统评价及纳入研究中潜在的资助来源。

表 5 GRADE 证据推荐强度分级

证据质量	推荐强度	具体描述	表达符号/数字
高级证据	支持使用某项干预措施的强推荐	评价者确信干预措施利大于弊	↑↑/1
中级证据	支持使用某项干预措施的弱推荐	利弊不确定或无论高质量的证据均显示利弊相当	↑?/2
低级证据	反对使用某项干预措施的弱推荐		↓↓/2
极低级证据	反对使用某项干预措施的强推荐	评价者确信干预措施弊大于利	↓↓/1

表 6 GRADE 证据质量分级

证据级别	具体描述	研究类型	总分	表达符号/ 字母
高级证据	进一步研究也不可能改变该疗效评估结果的可信度	随机对照试验 (RCT) 质量升高一级的观察性研究	≥0 分	⊕⊕⊕⊕/A
中级证据	进一步研究可能改变该疗效评估结果的可信度, 且可能改变该评估结果	质量低一级的 RCT 质量升高一级的观察性研究	-1 分	⊕⊕⊕○/B
低级证据	进一步研究极有可能改变该疗效评估结果的可信度, 且该评估结果很可能改变	质量降低二级的 RCT 观察性研究	-2 分	⊕⊕○○/C
极低级证据	我们对效应估计值几乎没有信息: 真实值很可能与估计值大不相同	质量降低三级的 RCT 质量降低一级的观察性研究 系列病例观察个案报道	≤-3 分	⊕○○○/D

表 7 中医药临床研究证据的分级标准

证据等级	有效性	安全性
I 级	随机对照试验及其系统综述, N-of-1 试验系统综述	随机对照试验及其系统综述、队列研究及其系统综述
II 级	非随机临床对照试验、队列研究、N-of-1 试验	上市后药物流行病学研究、IV期临床试验、主动监测(注册登记、数据库研究)
III 级	病例对照研究、前瞻性病例系列	病例对照研究
IV 级	规范化的专家共识 ¹ 、回顾性病例系列、历史性对照研究	病例系列/病例报告
V 级	非规范化专家共识 ² 、病例报告、经验总结	临床前安全评价, 包括致畸、致癌、半数致死量、致敏和致毒评价

注意: 1.规范化的专家共识, 指通过正式共识方法(如德尔菲法, 名义群组法, 共识会议法, 以及改良德尔菲法等), 总结专家意见制订的, 为临床决策提供依据的文件; 2.非规范化的专家共识, 指早期应用非正式共识方法如集体讨论, 会议等, 所总结的专家经验性文件。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科学分会呼吸学组慢性咳嗽协作组. 中华儿科杂志编辑委员会. 中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(2013年修订)[J]. 中华儿科杂志, 2014, 52(3):182-188.
- [2] 王雪峰, 郑健. 中西医结合儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2021:296-300.
- [3] 国家中医药管理局发布中华人民共和国中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》[J]. 中医药管理杂志, 1994, (06):2.
- [4] 程浣彤, 吴智华, 梁妙珍, 林晓洁. 自拟三拗汤加味方联合中药熏洗治疗小儿风痰型久咳的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(10):2116-2120.
- [5] 张健, 赵小明. 三拗汤合六君子汤化裁治疗小儿慢性咳嗽的临床疗效[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(26):117-118.
- [6] 赖道芳, 徐筱露. 阿奇霉素与中药三拗汤联用对小儿肺炎支原体感染后咳嗽患者的疗效评价[J]. 抗感染药学, 2015, 12(04):635-637.
- [7] 黄小菊, 钟朋光. 中西医结合治疗小儿咳嗽变异性哮喘 35 例疗效观察[J]. 四川中医, 2009, 27(11):98-99.
- [8] 黄小菊, 钟朋光. 中西医结合治疗儿童咳嗽变异性哮喘 50 例[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(01):10-13.
- [9] 熊霖, 万飞, 刘勇, 黄萌, 林海凤, 赵斯静. 中医内外结合治疗小儿感染后咳嗽的临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(10):1619-1621+1679.
- [10] 符子艺, 戴勇, 魏成功, 等. 中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(04):294-295.
- [11] 李华, 李颖, 李飞飞. 三拗汤合六君子汤治疗儿童慢性咳嗽(痰湿阻肺证)的疗效观察[J]. 上海医药, 2020, 41(21):4-6+57.
- [12] 赵腾飞, 王莲, 刘淑贤, 等. 中医治疗儿童感染后咳嗽 65 例临床疗效观察[J]. 北方药学, 2018, 15(09):76.
- [13] 张长花. 加味止嗽散治疗小儿风邪犯肺型咳嗽变异性哮喘 30 例疗效观察[J]. 北京中医药, 2009, 28(08):619-621.
- [14] 湛莹. 加味止嗽散治疗小儿感染后慢性咳嗽的临床观察[J]. 中医药导报, 2011, 17(04):44-46.
- [15] 燕丁丁. 止嗽散合麻黄汤联合经络穴位按摩治疗小儿咳嗽变异性哮喘风寒犯肺证临床研究[J]. 河南中医, 2015, 35(12):3045-3047.
- [16] 王秋实, 王秀丽, 杨丽新, 张波, 申楠楠, 高龙艳, 邹春静, 董志华. 松原市中西医结合医院, 止嗽散加减配合小儿推拿治疗咳嗽变异性哮喘的临床研究[Z]. 鉴定日期:2020-11-13.
- [17] 胡浩亮, 罗桂平. 止嗽散治疗小儿感染后咳嗽临床研究[J]. 光明中医, 2022, 37(03):451-453.
- [18] 林国彬, 黄又新, 林秋甘, 等. 止嗽散合苓甘五味姜辛汤对儿童咳嗽变异性哮喘血清 ICAM-1、IL-16 干预的研究[J]. 大众科技, 2019, 21(08):75-77.
- [19] 张霞. 对咳嗽变异性哮喘患儿进行中西医结合治疗的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(03):142-143.
- [20] 陈丽丽. 西替利嗪联合用药治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2016, 8(06):628-630.
- [21] 陈宏, 宋瑜欣, 于晓华, 等. 射干麻黄汤加减联合脾多肽注射液对小儿咳嗽变异性哮喘的免疫功能影响及临床疗效观察[J]. 安徽医药, 2019, 23(04):816-819.
- [22] 曾莺. 射干麻黄汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘 35 例[J]. 实用医学杂志, 2003(07):806-807.

- [23] 尤晰樱, 朱朝辉. 射干麻黄汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘对炎症因子与 T 淋巴细胞的影响[J]. 延安大学学报(医学科学版), 2020, 18(03):51-53.
- [24] 张翠云. 射干麻黄汤联合孟鲁司特钠在小儿咳嗽变异性哮喘中的应用[J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(04):89-90.
- [25] 刘伟, 闫尚伦. 射干麻黄汤联合孟鲁司特治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(29):16-17.
- [26] 陈华侨, 王宝珍. 射干麻黄汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效及对血清 IgE、IL-4、TNF- α 水平的影响[J]. 陕西中医, 2017, 38(10):1358-1360.
- [27] 李艳红. 中西医结合治疗小儿咳嗽变异性哮喘的效果观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(19):30-31.
- [28] 韩锋. 中西医结合治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床观察[D]. 湖北中医学院, 2006.
- [29] 代富力. 中西医结合治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(14):29-30.
- [30] 李艳, 曾晓翠. 加味射干麻黄汤对小儿咳嗽变异性哮喘的疗效观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(10):1311-1312.
- [31] 朱光荣. 中西医结合治疗小儿咳嗽变异性哮喘 54 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2019, 28(04):117-119.
- [32] 韩新民, 熊磊. 中医儿科学(第3版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016, 56-59.
- [33] 张珍. 小青龙汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘 45 例[J]. 中医研究, 2012, 25(10):25-27.
- [34] 胡海乐. 小青龙汤联合孟鲁司特钠治疗儿童咳嗽变异性哮喘疗效观察[J]. 广西中医药大学学报, 2019, 22(01):35-37.
- [35] 刘中言, 于祥萍, 熊明宏. 小青龙汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘的应用效果及不良反应发生率影响[J]. 双足与保健, 2018, 27(19):189-190.
- [36] 孙瑞君. 小青龙汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘的效果观察及安全性分析[J]. 中医临床研究, 2019, 11(21):20-21+23.
- [37] 于长虹. 研究分析小青龙汤辨证加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床效果[J]. 中国社区医师, 2019, 35(12):104+107.
- [38] 柴娜娜, 杨羚, 魏娜. 中西医结合治疗小儿咳嗽变异性哮喘的效果分析[J]. 河南医学研究, 2015, 24(12):114.
- [39] 臧淑伟, 李晓艳, 张世阳. 小青龙汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘 32 例疗效观察[J]. 国医论坛, 2020, 35(02):13-14.
- [40] 万军, 于宙, 孙梦甜, 等. 小青龙汤加减治疗外寒内饮型儿童咳嗽变异性哮喘的临床观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2021, 13(02):177-180.
- [41] 张晓荣. 小青龙汤加减联合孟鲁司特钠治疗风寒袭肺型儿童咳嗽变异性哮喘的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(09):88-90.
- [42] 万军, 于宙, 孙梦甜, 等. 小青龙汤加减治疗外寒内饮型儿童咳嗽变异性哮喘的临床观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2021, 13(02):177-180.
- [43] 谷宽, 梁秋雨, 王传军. 加味小青龙汤联合孟鲁司特钠治疗儿童咳嗽变异性哮喘临床观察[J]. 山西中医, 2020, 36(03):28-29.
- [44] 程亚南, 黎晓武, 姜雨含. 新加小青龙汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘 45 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(21):98-99.
- [45] 韩娜. 观察小青龙汤联合孟鲁司特钠治疗儿童咳嗽变异性哮喘的临床疗效[J]. 中医临床研究, 2020, 12(11):45-47.

- [46] 梅玉霞, 刘小敏, 陆振瑜, 等. 定喘汤联合穴位贴敷对小儿咳嗽变异性哮喘患儿血清骨膜素、sST2 和 CC-16 水平的影响[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(04):532-536.
- [47] 李丽, 朱立东. 定喘汤加减治疗小儿咳嗽变异性哮喘 40 例临床观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(05):446-447.
- [48] 秦萍. 定喘汤加减联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床研究[J]. 儿科药学杂志, 2016, 22(05):28-31.
- [49] 张天英, 谷继伟, 沈庆明. 定喘汤加减联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床研究[J]. 中医药信息, 2017, 34(01):113-115.
- [50] 姚利锋, 丘颜昭, 沈红莲. 定喘方加减联合西药治疗儿童咳嗽变异性哮喘的疗效及对肺功能、炎症因子的影响[J]. 中医儿科杂志, 2021, 17(03):67-71.
- [51] 李静洁. 定喘汤加减联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床研究[D]. 河北医科大学, 2014.
- [52] 王彧玥. 加减定喘汤治疗儿童咳嗽变异性哮喘痰热蕴肺证的临床研究[D]. 南京中医药大学, 2018.
- [53] 童建霞. 加味定喘汤治疗儿童咳嗽变异性哮喘(痰热壅肺型)疗效分析[J]. 中国社区医师, 2022, 38(14):88-90.
- [54] 靳秀红, 曹广海, 张炫伟. 小儿肺热咳喘口服液佐治咳嗽变异性哮喘 30 例[J]. 中医儿科杂志, 2011, 7(03):13-15.
- [55] 曹瑶凡. 小儿肺热咳喘口服液辅助治疗上气道咳嗽综合征患儿临床研究[J]. 亚太传统医药, 2019, 15(02):150-152.
- [56] 于连达. 小儿咳嗽的中医临床治疗心得[J]. 临床医药文献电子杂志, 2014, 1(03):355-356.
- [57] 李彩霞, 舒兰. 加味泻白散治疗儿童感染后咳嗽阴虚肺热证的临床观察[J]. 中医药导报, 2015, 21(08):69-71.
- [58] 孙彦敏, 白占青, 侯静宇. 泻白散加味治疗小儿咳嗽变异性哮喘 120 例疗效观察[J]. 河北中医, 2006(07):534.
- [59] 丁伊, 王孟清. 泻白散加减治疗小儿支原体肺炎后久咳 36 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(12):55-56.
- [60] 何帆. 泻白散加减治疗痰热郁肺型小儿慢性咳嗽的疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2016.
- [61] 邱文. 60 例小儿上呼吸道感染后咳嗽的临床治疗体会[J]. 现代诊断与治疗, 2014, 25(14):3309-3310.
- [62] 沈黎岚, 黄赞琪. 中西医结合治疗小儿肺炎支原体感染后慢性咳嗽 40 例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2019, 15(05):45-48.
- [63] 李素芳, 李广言. 小儿消积止咳口服液治疗小儿上呼吸道感染后咳嗽的临床疗效[J]. 中国社区医师, 2021, 37(22):68-69.
- [64] 罗姣姣. 小儿消积止咳口服液对小儿上呼吸道感染后咳嗽辅助疗效分析[J]. 中国实用医药, 2020, 15(02):119-121.
- [65] 李沫民, 陶炳铜, 付朝阳. 玉屏风方治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效观察[J]. 中医学报, 2018, 33(09):1632-1635.
- [66] 杨文庆, 吴小华, 黄娴, 等. 益气祛风通窍法治疗小儿上气道咳嗽综合征的临床观察[J]. 光明中医, 2011, 26(10):2165-2166.
- [67] 郁晓维, 王明明. 加味玉屏风散治疗小儿慢性咳嗽肺脾两虚证疗效评价[J]. 中医儿科杂志, 2010, 6(01):23-27.

- [68] 严平, 张晓娟, 汪毅, 等. 玉屏风散合止嗽散辨治小儿咳嗽变异性哮喘风寒犯肺证的临床研究[J]. 陕西中医, 2015, 36(09): 1132-1133.
- [69] 张小林, 吴慧静, 邱美霞, 等. 玉屏风散联合丙酸氟替卡松治疗肺脾气虚型小儿咳嗽变异性哮喘疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2018, 10(02): 159-162.
- [70] 贾铷, 陈运转, 祝伟. 玉屏风散加味联合孟鲁司特钠治疗小儿反复呼吸道感染后咳嗽临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(13): 142-143.
- [71] 华美英. 中西医结合治疗小儿鼻后滴漏综合征疗效观察[J]. 当代医学, 2019, 25(34): 159-160.
- [72] 张建玉, 王武强. 中西医结合治疗儿童鼻后滴漏综合征疗效观察[J]. 吉林中医药, 2010, 30(10): 874-875.
- [73] 李文, 吴文华, 姜之炎, 等. 调肺运脾小儿推拿法治疗痰湿蕴肺型儿童肺炎支原体感染后慢性咳嗽的疗效观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(05): 645-647+709.
- [74] 张梦思, 吴文华, 李文. 调肺运脾推拿法治疗肺炎支原体感染后慢性咳嗽(肺脾气虚证)的临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(09): 64-67.
- [75] 张丽萍, 田群. 推拿对小儿咳嗽变异性哮喘气道功能及免疫功能的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(32): 160+162.
- [76] 叶康, 黄国琪. 推拿结合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效观察(英文) [J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2017, 15(05): 349-353.
- [77] 潘小红, 刘峰, 牛瑞敏, 陈世龙. 推拿联合孟鲁司特钠治疗小儿感染后咳嗽的疗效观察[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2019, 18(06): 22-23+25.
- [78] 王成元. 推拿治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床分析[J]. 中国医药指南, 2016, 14(31): 199-200.
- [79] 杨桂桂, 赵晓东, 刘亚俊, 刘亚丽. 捏脊结合穴位按摩治疗儿童咳嗽变异型哮喘临床观察[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(10): 1303-1304.
- [80] 金艳艳. 儿童咳嗽变异性哮喘采用中西医结合治疗的临床效果分析[J]. 中国医学工程, 2018, 26(05): 79-81.
- [81] 刘丽平. 传统穴结合神阙穴三伏贴敷治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床研究[J]. 新中医, 2014, 46(07): 159-160.
- [82] 李香玉, 原晓风. 伏九贴疗法合匹多莫德片治疗儿童咳嗽变异性哮喘的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6(10): 886-887.
- [83] 王丹, 杨秀娟, 王远照, 祁波. 穴位贴敷联合顺尔宁治疗小儿慢性咳嗽肺虚邪恋型 50 例[J]. 陕西中医药大学学报, 2016, 39(01): 78-80.
- [84] 李文俊. 基于炎症细胞因子改变探讨止咳贴干预咳嗽变异性哮喘的临床研究[J]. 保健医学研究与实践, 2015, 12(06): 69-71.
- [85] 李亚梅, 王永军, 王文第. 裴氏止咳化痰膏穴位贴敷辅助治疗小儿慢性咳嗽 110 例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2020, 16(06): 89-92.
- [86] 任源. 治喘贴治疗小儿咳嗽变异性哮喘(寒哮)的临床疗效研究[D]. 湖南中医药大学, 2004.
- [87] 韦登峰. 穴位贴敷法治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效及机制分析[J]. 中医临床研究, 2019, 11(04): 32-34.
- [88] 杨峰. 穴位贴敷防治儿童咳嗽变异性哮喘 120 例[J]. 光明中医, 2011, 26(12): 2498.
- [89] 金玥, 王峰蕾, 蔡芸, 李梅. 竿山何氏穴位敷贴联合鼻炎香囊治疗风伏肺络型儿童上气道咳嗽综合征的临床疗效[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(03): 297-300+304.

- [90] 陈晓英. 加味玉屏风汤配合耳穴压丸治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(12):2016-2017.
- [91] 李颖, 付双莉, 僧东杰. 止喘汤联合耳穴压豆治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(05):55-56.
- [92] 利丽梅, 严恒. 止喘汤联合耳穴压豆治疗小儿咳嗽变异性哮喘 53 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(04):35-36.
- [93] 丁宗富. 止喘汤联合耳穴压豆治疗小儿咳嗽变异性哮喘 55 例[J]. 河南中医, 2016, 36(05):876-878.
- [94] 王冬阳, 石志超. 固本祛风汤联合耳穴压豆治疗小儿咳嗽变异性哮喘(风咳)随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2018, 32(11):16-19.

T/CACM 公示稿