

## · 指南与标准 ·

# 中国《咳嗽的诊断与治疗指南(2015)》“中医部分”解读

张纾难 刘剑

**【摘要】** 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组修订的新版《咳嗽的诊断和治疗指南》(简称《指南》)拟于 2016 年 5 月发布,增加了循证医学方法介绍、咳嗽评估、咳嗽的中医中药治疗等内容。本文对《指南》新增的中医药内容进行解读。《指南》的中医中药治疗部分兼顾中医学的学科特点与循证医学原理,结合系统评价、优势病种、病证结合、古籍证据、专家经验共识等制定。本指南更符合临床实际需求,有较好的适用性与科学性。

**【关键词】** 咳嗽; 治疗指南; 中医; 解读

**【中图分类号】** R256.11 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.06.014

## 1 新版《指南》制定的背景与特点

咳嗽是呼吸科门诊和社区门诊患者最常见的症状,在国内专科门诊中慢性咳嗽患者约占 1/3 以上。咳嗽病因复杂且涉及面广,特别是胸部影像学检查无明显异常的非特异性慢性咳嗽。因诊断不明确,很多患者常反复进行各种检查,或者长期大量使用抗菌药物和镇咳药物,收效甚微并产生诸多不良反应,对患者的工作、学习和生活质量造成严重影响,同时也带来了严重的经济负担。

为了规范急、慢性咳嗽的诊断和治疗,指导咳嗽的临床和基础研究,中华医学会呼吸病学分会哮喘学组组织相关专家,于 2005 年首次制定了中国《咳嗽的诊断和治疗指南》(以下简称《指南》),并于 2009 年进行了修订。《指南》的制定主要根据国内咳嗽研究成果和临床实践,同时参考了美国胸科医师协会(ACCP)、欧洲呼吸协会(ERS)、日本、澳大利亚等发布的咳嗽指南。首部《指南》制定 10 年以来,对临床实践起到了良好的指导作用,显著提高了国内的咳嗽诊治水平。

近年来,国内外对咳嗽发病机制、病因分布、诊断与治疗研究取得了许多新的进展,为进一步完善《指南》,及时反映国内外相关研究结果,中华医学会呼吸病学分会哮喘学组于 2014 年启动了对 2009 年版《指南》的修订。为适应发展的要求,本次修订首次采用了循证医学方法,检索了大量文献,形成了众多的推荐意见。

新版《指南》主要增加和修订了以下几个方面的内容:(1)指南制定方法和循证方法的介绍。文献检索选用英文数据库包括 Pubmed/Medline、Embase 和 Cochrane Library;选用中文数据库包括中国生物医学文献数据库、万方数据库、中国知网和中文科技期刊全文数据库。检索时间截止至

2015 年 6 月。针对每个具体临床问题,首先分别由同一专题的两个工作小组独立检索文献,根据纳入和排除标准进行文献筛选;然后制定统一的文献评价表格,由呼吸病学专业的临床医生和研究生对文献进行初评,初评不能确定的文献由指南工作组集中评价;最后指南工作组再次集中,文献逐篇进行复评。(2)对原有的章节进行了更新和扩展。(3)增加了咳嗽的评估。(4)增加了咳嗽的中医中药治疗。(5)增加了儿童慢性咳嗽的病因分布特点与治疗原则。(6)增加了慢性咳嗽的少见病因。(7)介绍了不明原因咳嗽(难治性咳嗽,咳嗽高敏综合征)等相关问题。

## 2 对《指南》新增中医药内容的解读

新版《指南》拟于 2016 年 5 月发布在《中华结核和呼吸杂志》(见附件 1)。新版《指南》的修订工作于 2015 年完成,相关文献检索的截止日期是 2015 年 6 月,最后成稿在 2015 年底完成,交付杂志社经过修稿,故延至 2016 年 5 月发布。作为此次《指南》中医部分的执笔者(见附件 2),本文重点就《指南》新增的中医内容进行解读和说明,并探讨西医疾病《指南》加入中医内容的意义和思考。

在相当于“前言”的部分,首先介绍了咳嗽病名的渊源,强调既是症状又是病名的中医特色,体现了中医的传承性;在咳嗽分类方面,尽管历代均有各家学说,但考虑到迄今中医界的最大共识或最大公约数,还是沿用并阐述了内伤、外感这一经典分类法;接着,总结并简要阐释了中医药治疗咳嗽的三条优势,即辨证论治,复方效应和标本兼治。这也是将中医内容纳入西医疾病《指南》的主要依据,同时也为下面的分型论治的叙述方式奠定了基础。

所介绍的七个临床常见证型,是《指南》中医内容的核心。文中既有中医界公认的传统教科书所列的常见类型,如肺阴亏虚证、肺肾阳虚证、胃气上逆证、肝火犯肺证、风寒袭肺证、风热犯肺证,也有近年逐渐被学界认识且接纳的“风邪伏肺”(或曰“风盛挛急”),力图体现中医界传承与创新并重的重共识与发展理念。

考虑到本《指南》的读者更多的是西医同行,在列出各

作者单位:100029 北京,中日友好医院中医呼吸科

作者简介:张纾难(1963-),二级教授,主任医师,博士生导师,世界中医药学会联合会呼吸病专业委员会秘书长,中华中医药学会急诊分会副主委。研究方向:中医药防治呼吸系统疾病研究。  
E-mail:shunan\_zhang2010@qq.com

证型主症时,未再描述舌脉。由于最初决定加入中医药内容时的题目是“慢性咳嗽的中医药治疗”,在初稿的形成过程中并未列入风寒袭肺证、风热犯肺证和风邪伏肺证。在最后一次讨论定稿的杭州会议上,有同行专家提出中医药在急性咳嗽的治疗中同样具有优势和特色,因而后面加入的三个证型与初稿所列的前面几个证型在体例上略欠一致。

由中医学的学科特点所决定,加入中医药内容应以循证为主,共识为辅,经验为鉴为基本原则。既参考循证依据,也兼顾史料记载丰富、经典公认的疗效确切的传统名方。以能指导临床为终极目的,并为以后的不断完善和修订留有余地。在“结语”部分,既肯定了中医药在治疗咳嗽方面客观存在的疗效,又实事求是地指出迄今存在的不足之处,为以后加强相关方面的研究提出方向和思路。

### 3 西医疾病《指南》加入中医药内容的意义和思考

虽然中医药是中国所独有的,但在中国西医的疾病《指南》中加入篇幅达 1400 余字的中医药相关内容尚属首次。这既体现了中国西医同行的学术包容性和实事求是的学术作风,也在一定程度上反映出中、西医两种医学体系并存的现状以及中医药在这个领域具有独到疗效这一事实。这无论是对于中医还是西医,均具有里程碑的意义和示范作用。

如上所述,本次《指南》修订首先强调的是“采用循证医学的方法”。其采用的证据质量和推荐强度分级标准,主要是结合美国胸科医师协会(ACCP)2006 年《咳嗽诊断和管理循证实践指南》所采用的分级标准和 GRADE 分级方法(grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE)。证据质量分为“高、中、低和极低”四个等级,分别用 A、B、C 和 D 表示;将推荐意见分为“强推荐、弱推荐和没有明确推荐意见”三个级别,分别用 1、2 和 3 表示。

证据群(evidence body)质量评价方法主要是根据 GRADE 方法,随机对照试验开始被定为高质量证据,观察性研究被定为低质量证据,然后根据是否存在研究缺陷、不一致性、间接性、不精确性和发表偏倚五种降级因素,或是否存在效应量大、剂量反应和所有合理的混杂偏倚增加对估计效应的把握度三种升级因素,综合评价后由关键结局对应的证据质量来确定最后证据质量等级。如果纳入证据是已发表的系统评价/Meta 分析,则其质量评价采用 AMSTAR 量表(a measurement tool for the ‘assessment of multiple systematic reviews’)进行评价,在 11 项条目中满足 9 条者确定为高质量的系统评价/Meta 分析。推荐方向和强度根据综合证据质量、利弊平衡、患者价值观和意愿以及资源花费来确定。指南制定小组召开多次全体共识会议,对每个具体问题和干预措施进行了充分的讨论。最后通过修改后的德尔菲法和 GRADE 网格(表)进行投票表决。投票需遵守以下规则:第一,对持续存在分歧的部分,推荐或反对某一干预措施(和特定的替代措施相比较)至少需要 50% 的参与者认可,少于 20% 的选择替代措施(选择认为是平等的)。未满足此项标准将不产生推荐意见。第二,一个推荐意见被列为强推荐而非弱推荐,则需要得到至少 70% 的参与者认可。

按照上述要求和标准,专家组检索了近 10 年来中医药

治疗咳嗽的文献 1000 余篇,结果符合以上推荐标准的仅有 5 篇!这反映了两方面的问题,一方面是由于中医的学科特点所决定,即重经验总结缺循证意识;另一方面,促使专家组深入思考的是一味强调循证证据是否与中医学的特点相悖。深层次里,也反映出中医界对待循证医学的几种不同的认识。一种典型的有代表性的观点认为,“两千多年的经验,还需要循证吗?”如果用循证要求中医,难免有削足适履,缘木求鱼之嫌;而另一种观点则是,要证明中医的疗效,必须拿出循证的证据,如此按图索骥才足以“服人”。

如果严格按照循证的要求,能列入《指南》的中医内容恐怕只能是只言片语,且会带来更多负面的评价。因此,在反复与相关中、西医同行和循证专家协商沟通取得共识后,决定采用兼顾中医学的学科特点、循证证据、古籍与专家经验的方法。中医的经典方剂是经过数千年的临床实践验证的有效方药,理应推荐级别很高,但如果应用现代循证医学证据来评价所得推荐级别多数偏低。这与临床实际情况不符,是一个矛盾点,但目前尚缺乏合适的评定方法。是否可以自己设定一个依据,比如根据经典的年代、传承的情况,现代的应用等分级,将教科书按照一定影响力分级打分,结合现代文献的研究综合制订一个评分表格,最后进行推荐。其中还可能存在的问题:古代文献记载的疾病名称是否与当今研究的疾病一致?古代文献记载的证型与现代证型有无不同等,均需要在以后的临床研究实践中逐步探讨。

中医学的学科特点决定,在涉及《指南》制定的问题上,应在循证基础上,结合系统评价、优势病种、病证结合、古籍证据、专家经验(共识)等,使之更符合临床实际需求的适用性与科学性。这其中,如何把握循证的真谛(循证是万能的吗?),是否应将循证作为唯一的方法和依据,均是值得商榷的。借助王永炎院士对循证认识的所感、所言,比较符合中医界的普遍态度——“要学习,要应用,更要知其局限性”!即在科学的经验和证据的基础上最大限度发挥作用,有助于指导临床,才是医学的真正目的。

对于本次《指南》首次加入中医药内容,本身即是一大突破。就具体内容而言,应以开放的态度欢迎各种意见和建议进行商榷。任何《指南》的制定与修订都是一项长期、复杂的循环过程,永远不会一蹴而就,永远可能留有遗憾,对于中医学科来说尤其如此。需要不断学习、总结、积累、论证,广泛吸纳多方声音,特别是随时重视那些既符合中医学的学科特点,又具有循证医学证据支撑的成果与观点。

### 附 1 中国《咳嗽的诊断与治疗指南(2015)》目录及中医内容

#### 新版《指南》目录

- 一、方法学介绍
- 二、咳嗽的定义、分类和发生机制
- 三、病史与实验室检查
- 四、咳嗽诊断原则与流程
- 五、咳嗽的评估
- 六、急性咳嗽的诊断与治疗
- 七、亚急性咳嗽的诊断与治疗
- 八、常见慢性咳嗽病因的诊断与治疗

- 九、其他慢性咳嗽病因的诊断与治疗
- 十、不明原因慢性咳嗽,慢性咳嗽高敏综合征
- 十一、儿童慢性咳嗽的分布特点与治疗原则
- 十二、慢性咳嗽的经验性治疗
- 十三、常用镇咳与祛痰药物
- 十四、中医中药治疗
- 十五、展望

### 新版《指南》的中医中药治疗内容

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。

咳嗽病名始见于《黄帝内经》,并在咳嗽的病因认识上,提出“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”的观点。古人最初对咳嗽分类亦以脏腑命名,这与现代医学慢性咳嗽的解剖学分布观点不谋而合。咳嗽的辨证类型繁多,明代《景岳全书》执简驭繁,将咳嗽分外感咳嗽和内伤咳嗽两大类,一直沿用至今。总之,均是肺失宣降,肺气上逆而作咳嗽。

中医中药对咳嗽的治疗有悠久的历史和丰富的经验,临床上可见有些不明原因顽固性慢性咳嗽经中药治疗后缓解的例子。中医治疗慢性咳嗽的优势,首先是以三因制宜为特征,体现高度个体化、精准化的辨证论治;其次是通过多环节、多靶点的复方发挥效应;第三是遵循“急则治其标,缓则治其本”的原则,是一种标本兼治的综合管理模式。用于治疗咳嗽的中药、中药组方和成药品种繁多。下面介绍几种临床常用的咳嗽证型及方药。

【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。

【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。

【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,可伴噯腐吞酸、嘈杂或灼痛。此证类同胃食管反流性咳嗽。

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。

【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。

【风邪伏肺证】咳嗽阵作,咳伴咽痒,干咳或少痰,咯痰不畅,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。或三拗汤(《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。

【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》)。

【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》)。

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。国内中成药品种繁多,但多数停留在对症治疗层面,有效组分、治疗指征及不良反应均有待进一步明确。对于“病”与“证”的指征不明确,影响中成药的有效使用,很多中成药只描述中医证候,未指出具体适用于哪些病因,亦未明确哪些是镇咳药,哪些是祛痰药。需要今后采用现代医学方法结合中医药理念,挖掘出更多指征明确、疗效肯定的中药复方或单体制剂。

### 附2 中华医学会呼吸病学会哮喘学组《指南》修订专家组成员

钟南山 广州医科大学附属第一医院 广州呼吸疾病研究所 呼吸疾病国家重点实验室

蔡绍曦 南方医科大学南方医院

陈耀龙 兰州大学循证医学中心

郝创利 苏州市儿童医院

黄克武 首都医科大学附属北京朝阳医院

孔灵菲 中国医科大学附属第一医院

林江涛 中日友好医院

邱忠民 同济大学附属同济医院

沈华浩 浙江大学医学院附属第二医院

王长征 解放军第三军医大学新桥医院

王秋萍 解放军南京军区总医院

\*张纾难 中日友好医院

周新 上海通大学附属第一人民医院

赖克方 广州医科大学附属第一医院 广州呼吸疾病研究所 呼吸疾病国家重点实验室

执笔者:赖克方

秘书组成员:罗炜 江梅 谢佳星

修订顾问:白春学 陈旻湖 陈萍 杨克虎 殷凯生

钟南山

同行评议专家:陈一强 戴元荣 姜淑娟 江勇 \*林琳 \*史利卿 孙德俊 孙志强 吴昌归 吴峰 徐浦生 叶贤伟 \*朱佳(标\*为中医专家)

(收稿日期:2016-04-15)

(本文编辑:韩虹娟)