

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



团体标准

T/CACM ****—20**
代替 ZYYXH/T251-2012

儿童哮喘中医诊疗指南

Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Pediatric Asthma in Chinese Medicine
(文件类型：草案)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前言.....	I
引言.....	III
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 诊断.....	1
4.1 病史.....	1
4.2 临床表现.....	1
4.3 辅助检查.....	1
4.4 鉴别诊断.....	2
4.5 分期.....	2
5 辨证.....	2
5.1 发作期.....	2
5.2 迁延期.....	2
5.3 缓解期.....	3
6 治疗.....	3
6.1 治疗原则.....	3
6.2 分证论治.....	3
6.3 中成药.....	5
6.4 敷贴疗法.....	5
6.5 推拿疗法.....	5
6.6 体针疗法.....	6
7 预防和调护.....	7
7.1 预防.....	7
7.2 调护.....	7
附录 A（资料性附录）文献检索、评价及证据分级策略.....	8
参考文献.....	10

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》的规定起草。

本文件代替ZYYXH/T 251-2012《中医儿科常见病诊疗指南·小儿哮喘》修订版本，与ZYYXH/T 251-2012相比主要技术变化如下：

- a) 更改了指南的名称，小儿哮喘更改为儿童哮喘（见1，2012版的1）
- b) 更改了范围中指南主要的内容（见1，2012版的1）
- c) 增加了范围中指南使用对象（见1，2012年版的1）
- d) 增加了规范性引用文件（见2）
- e) 修改了术语和定义，小儿哮喘更改为儿童哮喘，asthma in children 改为 pediatric asthma，西医病名删除了喘息性支气管炎（见3，2012年版的2）
- f) 修改了病史，增加了诱发因素、先兆症状（见4.1，2012年版的3.1）
- g) 修改了临床表现，增加了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的体征表现（见4.2，2012年版的3.2）
- h) 修改了辅助检查，增加了肺功能测定、过敏原测试、肺部影像学 and 呼出一氧化氮检查（见4.3，2012年版的3.3）
- i) 增加了与肺炎喘嗽相鉴别的鉴别诊断（见4.4）
- j) 增加了哮喘分期描述（见4.5）
- k) 修改了发作期的证型名称，删去了肺实肾虚证（见5.1，2012年版的4.1）
- l) 修改了发作期证型具体描述（见5.1.1、5.1.2、5.1.3，2012年版的4.1.2、4.1.3、4.1.4）
- m) 增加了迁延期（见5.2）
- n) 增加了迁延期气虚痰恋证、肾虚痰恋证（见5.2.1、5.2.2）
- o) 修改了缓解期证型的具体描述（见5.3.1、5.3.2、5.3.3，2012年版的4.2.1、4.2.2、4.2.3）
- p) 修改了治疗原则（见6.1，2012年版的5.1）
- q) 修改了急性发作期证型的常用药及药物加减（见6.2.1.1、6.2.1.2、6.2.1.3，2012年版的5.2.1.1、5.2.1.2、5.2.1.3）
- r) 删除了发作期肺实肾虚证的分证论治（见2012年版的5.2.1.4）
- s) 增加了迁延期气虚痰恋证、肾虚痰恋证分证论治（见6.2.2.1、6.2.2.2）
- t) 修改了缓解期证型治法、常用药及药物加减（见6.2.3.1、6.2.3.2、6.2.3.3，2012年版的5.2.2.1、5.2.2.2、5.2.2.3）
- u) 修改了中成药，删去小青龙冲剂、玉屏风口服液（颗粒），增加了小儿咳喘灵口服液、小儿肺热咳喘颗粒、槐杞黄颗粒（见6.3，2012版的5.3）
- v) 修改了敷贴疗法的具体方法（见6.4，2012年版的5.4）
- w) 增加了推拿疗法的具体方法（见6.5）
- x) 修改了体针疗法的具体方法（见6.6，2012年版见5.5）
- y) 增加了预防和调护（见7）

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：南京中医药大学附属医院、山西中医药大学附属医院、黑龙江中医药大学附属第二医院、湖南中医药大学第一附属医院、上海中医药大学附属市中医医院、浙江中医药大学附属第一医院、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、成都中医药大学附属医院、深圳市儿童医院、上海交通大学医学院附属儿童医院、南京中医药大学。

本文件主要起草人：赵霞、秦艳虹、王有鹏、王孟清、薛征。

本文件其他起草人：陈健、孙丽平、吴力群、吴振起、赵琼、万力生、何丽、虞舜、李岚、戴启刚、尤焱南、陈柏蕾。

引 言

本文件的编写目的在于规范儿童哮喘的临床诊断、治疗，为临床医师提供儿童哮喘中医标准化处理的策略与方法，提高中医儿科临床诊疗和科研水平。本文件突出临床实用性，可为中医儿科医师在儿童哮喘防治中合理应用中医治疗提供重要的临床决策参考。

由中华中医药学会 2012 年发布的《中医儿科常见病诊疗指南·小儿哮喘》指南有效规范了儿童哮喘的中医临床诊疗，为临床医师提供了哮喘中医标准化处理的策略与方法。近年来，哮喘理论极大丰富，中医治疗方法、药物研究、临床研究等产生了新的成果和证据文献。为提升中医儿科临床诊疗和科研水平，南京中医药大学附属医院牵头组织了本次《儿童哮喘中医诊疗指南》的修订。

本文件的研制，遵循基于“证据”的儿科常见病循证诊疗指南研制方法，采用古代文献证据等级、循证性指南制定策略、专家共识等，根据最新证据和专家意见进行修订，对原有指南进行了补充和完善。相关文献评价及证据分级策略参见附录 A。随着科技进步和临床应用，本文件会不断得到修订、补充。

本文件发布后，将通过发布会、指南应用推广培训班、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，推广应用。

本文件计划定期更新。指南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。

儿童哮喘中医诊疗指南

1 范围

本文件提出了儿童哮喘的术语和定义、诊断、分期、辨证、治疗、预防和调护建议。

本文件适用于18周岁以下人群哮喘的诊断和防治。

本文件适合各级医院及社区卫生服务中心中医科、儿科等相关科室临床医师以及从事临床教学、临床科研等工作使用。

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 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

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

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

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

儿童哮喘 *pediatric asthma*

儿童哮喘是儿童常见的一种反复发作的哮鸣咳喘性肺系疾病。临床以发作时喉间哮鸣，喘促气急，咳嗽胸闷，呼气延长为主要表现，严重者以不能平卧，呼吸困难，张口抬肩，摇身撷肚，口唇青紫，烦躁不安为特征。常在清晨、夜间发作和（或）加剧。

本病相当于西医学儿童支气管哮喘。

4 诊断

4.1 病史

发作前可有鼻塞，鼻喉作痒，喷嚏，咳嗽，胸闷，呼吸不畅等先兆症状。常因气候骤变、寒暖失常、感受外邪、进食生冷、劳累、情志失调、剧烈运动、接触或进食过敏原诱发。

既往可有湿疹，变应性鼻炎，或其他过敏性疾病病史；可有哮喘史；可有家族哮喘史，或其他家族过敏性疾病史。

4.2 临床表现^[1-8]

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。

上述症状可经治疗后好转或自行缓解，需除外其他疾病所引起的喘息、咳嗽、气促、胸闷。

4.3 辅助检查

4.3.1 血常规^[2-3] 白细胞总数可正常，嗜酸性粒细胞可增高。

4.3.2 肺功能^[5-7,9] 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 $\geq 12\%$ ；（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） $\geq 13\%$ 。

4.3.3 过敏原^[5-7,10] 皮肤点刺试验和皮内试验法或血清变应原特异性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。

4.3.4 肺部影像学^[1,5,6] 肺过度充气，透明度增高，肺纹理可增多，发作期胸部影像学正常或呈间质性改变，可有肺气肿或肺不张。此检查不需常规进行，对于诊断困难、治疗后症状控制不佳的患儿进行鉴别诊断时可行此项检查。

4.3.5 呼出气一氧化氮^[1,5,6] 呼出气一氧化氮（FeNO）的分数浓度与痰和血液中嗜酸性粒细胞的水平相关。FeNO 测定可作为评估气道炎症类型和哮喘控制水平的指标，也可用于判断吸入性糖皮质激素治疗效应、停药时间和检测控制用药依从性。

符合第 4.1~4.2 条或第 4.2 条和第 4.3.2 条肺功能测定中任意一条者，可诊断为哮喘。

4.4 鉴别诊断

本病需与肺炎喘嗽相鉴别。

4.5 分期^[1,5,8]

本病可分为发作期、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 个月内不同频度和（或）不同程度地出现过喘息、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，肺功能恢复到急性发作前水平，并维持 3 个月以上，相当于西医临床缓解期。

5 辨证

5.1 发作期^[2,8,11-16]

5.1.1 寒性哮喘证

喉间哮鸣，咳嗽气喘，痰液清稀多泡沫，鼻塞声重，流清涕，恶寒无汗，形寒肢冷，面色淡白，口淡不渴，或喜热饮，舌质淡红，舌苔薄白或白滑，脉浮紧，指纹浮红。

5.1.2 热性哮喘证

喉间哮吼痰鸣，声高息涌，痰稠黄难咳，咳嗽喘息，鼻塞，流黄稠涕，胸膈满闷，身热烦渴，渴喜冷饮，面赤咽红，夜寐不宁，小便黄，大便秘结，舌质红，舌苔薄黄或黄腻，脉滑数，指纹紫滞。

5.1.3 外寒内热证

[来源：GB/T 16751.2-2021, 3.10.3, 有修改]

咳嗽哮喘，咯痰或黄或清，喘促气急，胸闷，鼻塞、喷嚏、流清涕，或恶寒发热，口渴，咽红，小便黄赤，大便干结，舌质红，舌苔薄白或黄，脉滑数或浮紧，指纹浮红或沉紫。

5.2 迁延期^[2, 8, 11-12]

5.2.1 气虚痰恋证

哮喘减而未平，静时不发，活动则喘鸣发作，痰多，恶风，面色少华，易于出汗，平素易感，晨起及受风后喷嚏、流涕，神疲纳呆，大便稀溏，舌质淡，苔薄白或白腻，脉弱，指纹淡滞。

5.2.2 肾虚痰恋证

喉间哮喘时作难止，动则喘甚，咳嗽，喉中痰鸣，痰多质稀色白，面色欠华，畏寒肢冷，神疲纳呆，小便清长，舌质淡，苔薄白或白腻，脉细弱或沉迟，指纹淡滞。

5.3 缓解期^[2, 8, 11-16]

5.3.1 肺脾气虚证

[来源：GB/T 16751.2-2021, 6.6.4.3.3.1, 有修改]

气短自汗，倦怠乏力，恶风，反复感冒，神疲懒言，形瘦纳差，面白少华或萎黄，便溏，舌质淡胖，舌苔薄白，脉细软，指纹淡。

5.3.2 脾肾阳虚证

[来源：GB/T 16751.2-2021, 6.6.3.5.1.5, 有修改]

气短心悸，形寒肢冷，腰膝酸软，脚软无力，发育迟缓，腹胀纳差，面色虚浮少华，夜尿多，小便清长，大便溏泄，舌质淡，舌苔薄白，脉细弱，指纹淡。

5.3.3 肺肾阴虚证

[来源：GB/T 16751.2-2021, 6.6.4.5.1.3, 有修改]

气短乏力，形体消瘦，潮热盗汗，口咽干燥，手足心热，腰膝酸软，面色潮红，便秘，舌红少津，舌苔花剥，脉细数，指纹淡红。

6 治疗

6.1 治疗原则

哮喘治疗原则为坚持长期、规范、个体化治疗，按发作期、迁延期和缓解期分期而治。发作期攻邪以治其标，分辨寒热随证施治。迁延期祛邪兼顾扶正，祛邪不宜攻伐太过，扶正需辨别本虚脏腑，补其不足。缓解期当扶正以治其本，以补肺固表，补脾益肾为主，调整脏腑功能，祛除生痰之因。

哮喘属顽疾，宜采用多种疗法综合治疗，除口服药物外，敷贴疗法、推拿疗法、针刺疗法、环境疗法、心身疗法以及西医雾化吸入治疗等均可选用。哮喘危重度发作应尽早中西医结合治疗，对危及生命者应及时转入重症监护病房监护，并定期随访、评估、及时调整治疗方案。

6.2 分证论治

6.2.1 发作期

6.2.1.1 寒性哮喘证

治法：温肺散寒，涤痰定喘。

主方：小青龙汤（《伤寒论》）（推荐级别：C）^[17]合三子养亲汤（《皆效方》）加减（证据级别：II级；推荐级别：C）^[17]。

常用药：麻黄、桂枝、细辛、干姜、半夏、白芍、五味子、白芥子、紫苏子、莱菔子。

加减：咳甚者，加紫菀、款冬花、旋覆花；哮喘甚者，加射干、地龙、僵蚕。若外寒不甚，寒饮阻肺者，可用射干麻黄汤加减。

6.2.1.2 热性哮喘证

治法：清肺涤痰，止咳平喘。

主方：麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）合苏葶丸（《医宗金鉴》）加减（证据级别：II级；推荐级别：C）^[18]。

常用药：麻黄、苦杏仁、石膏、前胡、黄芩、紫苏子、葶苈子、桑白皮、射干。

加减：喘急者，加地龙；痰多者，加胆南星、竹沥；咳甚者，加生白前、款冬花；热重者，加栀子、鱼腥草；咽喉红肿者，加板蓝根、玄参；便秘者，加枳实、瓜蒌仁、大黄。

6.2.1.3 外寒内热证

治法：解表清里，降气平喘。

主方：大青龙汤（《伤寒论》）加减（证据级别：II级；推荐级别：C）^[19]。

常用药：麻黄、细辛、五味子、半夏、苦杏仁、石膏、黄芩、甘草、紫苏子、紫菀。

加减：热重者，加栀子；咳喘哮喘甚者，加射干、桑白皮、葶苈子；痰热明显者，加地龙、黛蛤散、竹沥。

6.2.2 迁延期

6.2.2.1 气虚痰恋证

治法：消风化痰，益气健脾。

主方：人参五味子汤（《幼幼集成》）合射干麻黄汤（《金匱要略》）加减（证据级别：III级；推荐级别：D）^[20-21]。

常用药：人参（党参）、白术、茯苓、五味子、陈皮、麻黄、细辛、紫菀、款冬花、半夏、五味子、甘草。

加减：喘鸣时作者，加葶苈子、胆南星；喷嚏频作者，加紫苏叶、辛夷、苍耳子；痰多色黄者，加浙贝母、胆南星；汗多者，加黄芪、煅牡蛎、浮小麦；纳呆者，加焦山楂、焦六神曲、鸡内金；便溏者，加白扁豆、山药、芡实。

6.2.2.2 肾虚痰恋证

治法：泻肺祛痰，补肾纳气。

主方：偏于上实者用苏子降气汤（《太平惠民和剂局方》）加减（证据级别：III级；推荐级别：D）^[20-21]；偏于下虚者用都气丸（《症因脉治》）合射干麻黄汤（《金匱要略》）加减（证据级别：III级；推荐级别：D）^[20-21]。

常用药：偏于上实者用紫苏子、紫苏叶、半夏、厚朴、当归、肉桂、生姜、大枣、甘草；偏于下虚者用山药、山茱萸、地黄、牡丹皮、茯苓、五味子、麻黄、细辛、紫菀、附子。

加减：偏于上实，痰液不多者，加党参。偏于下虚，动则气短难续加核桃仁、诃子、紫石英、蛤蚧；形寒肢冷者，加核桃仁、淫羊藿；胃寒腹满者，加枳壳；痰多色白、咯吐不绝者，加白果、芡实；咯痰黄稠者，加黄芩、鱼腥草、冬瓜子。

6.2.3 缓解期

6.2.3.1 肺脾气虚证

治法：补肺固表，健脾益气。

主方：人参五味子汤（《幼幼集成》）（证据级别：II级；推荐等级：C）^[22]合玉屏风散（《究原方》）加减（证据级别：II级；推荐级别：C）^[23]。

常用药：人参、五味子、茯苓、白术、甘草，黄芪、防风、半夏、橘红。

加减：汗出甚者，加煅龙骨、煅牡蛎；常有喷嚏流涕者，加辛夷、乌梅、白芍；咽痒者，加蝉蜕、僵蚕；痰多者，加浙贝母；纳谷不香者，加焦六神曲、炒谷芽、焦山楂；腹胀者，加莱菔子、枳壳；便溏者，加山药、白扁豆。

6.2.3.2 脾肾阳虚证

治法：健脾温肾，固摄纳气。

主方：肾气丸（《金匱要略》）加减（证据级别：III级；推荐级别：D）^[20-21, 24-25]。

常用药：附子、肉桂、地黄、淫羊藿、山茱萸、白术、山药、茯苓、核桃仁、五味子。

加减：虚喘明显者，加蛤蚧、冬虫夏草；咳嗽者，加款冬花、紫菀；夜尿多者，加益智仁、菟丝子、补骨脂。

6.2.3.3 肺肾阴虚证

治法：补肾敛肺，养阴纳气。

主方：麦味地黄丸（《体仁汇编》）加减（证据级别：III级；推荐级别：D）^[20-21, 24-25]。

常用药：麦冬、北沙参、百合、山茱萸、地黄、枸杞子、山药、紫河车、五味子。

加减：盗汗甚者，加黄柏、知母；呛咳不爽者，加南沙参、款冬花、百部；潮热者，加地骨皮、鳖甲。

6.3 中成药

哮喘宁颗粒（桂枝、黄芩、牡丹皮、甘草）：每袋10g。<5岁每次5g，5~10岁每次10g，>10岁每次20g，均每日2次。温开水冲服，用于热性哮喘证。（证据级别：II级；推荐级别：C）^[26]

小儿咳喘灵口服液（麻黄、金银花、苦杏仁、板蓝根、石膏、甘草、瓜蒌）：每支10mL。≤2岁每次5mL，3~4岁每次7.5mL，5~7岁每次10mL，均每日3~4次。口服，用于热性哮喘证。（证据级别：II级；推荐级别：C）^[27]

小儿肺热咳喘颗粒（麻黄、苦杏仁、生石膏、甘草、金银花、连翘、知母、黄芩、板蓝根、麦冬、鱼腥草）：每袋3g。<3岁每次3g，每日3次；3~7岁每次3g，每日4次，>7岁每次6g，每日3次。温开水冲服，用于热性哮喘证。（证据级别：II级；推荐级别：C）^[28]

小儿定喘口服液（麻黄、苦杏仁、莱菔子、葶苈子、紫苏子、桑白皮、石膏、鱼腥草、黄芩、大青叶、甘草）：每支10mL。3~6岁每次10mL，7~10岁每次15mL，>10岁每次20mL，均每日3

次。口服，用于热性哮喘证。（证据级别：II级；推荐级别：C）^[29]

槐杞黄颗粒（槐耳菌质、枸杞子、黄精）：每袋10g。1~3岁每次5g，3~12岁每次10g，均每日2次。温开水冲服，用于肺肾阴虚证。（证据级别：I级；推荐级别：B）^[30]

6.4 敷贴疗法

参考三伏贴干预儿童哮喘专家共识（略）^[31]。

6.5 推拿疗法

6.5.1 主要手法

6.5.1.1 发作期、迁延期

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。（证据级别：II级；推荐级别：C）^[32-33]

随证加减：寒性哮喘——推上三关，捣小天心，揉外劳宫；热性哮喘——揉丰隆，揉内劳宫，清天河水。气虚痰恋——揉足三里；肾虚痰恋——揉命门。

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

6.5.1.2 缓解期

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。（证据级别：III级；推荐级别：D）^[34]

随证加减：肺脾气虚——推三关，揉足三里；脾肾阳虚——揉命门，摩揉丹田；肺肾阴虚——揉二人上马，取天河水，推下七节骨，拿血海。

操作时间及疗程：每个穴位操作时间为1~2分钟，每日1次，连续3周为1疗程，2个疗程之间间隔1周，观察3个月。

6.5.3 注意事项

符合GB/Z 40893.4-2021附录D的规定。

6.5.4 禁忌症

符合GB/Z 40893.4-2021附录E的规定。

6.6 体针疗法

6.6.1 主要取穴

6.6.1.1 发作期

主穴：肺俞、定喘、丰隆、曲池、足三里（证据级别：III级；推荐级别：D）^[35]

配穴：外感——合谷；寒喘——大椎、风门；热喘——鱼际；鼻塞、流涕——迎香。

6.6.1.2 迁延期

主穴：肺俞、定喘、足三里（证据级别：III级；推荐级别：D）^[36]

配穴：脾虚——脾俞；肾虚——肾俞、太溪。

6.6.1.3 缓解期

主穴：肺俞、肺俞、脾俞、足三里、太溪（证据级别：III级；推荐级别：D）^[35]

配穴：痰多——丰隆；咳嗽乏力——气海。

6.6.2 操作时间与疗程

婴幼儿不留针，3~7岁可适当留针10~15分钟，7岁以上留针30分钟，不配合患儿不留针。

6.6.3 注意事项

符合GB/Z 40893.3-2021附录I中I.1的规定。

6.6.4 禁忌症

符合GB/Z 40893.3-2021附录J中J.1的规定。

7 预防和调护

7.1 预防

——避免各种诱发因素，如海鲜发物、生冷、饮料、咸、甜等食物及尘螨、花粉、烟雾、漆味等。

——注意气候变化，做好防寒保暖工作，尤其气候转变、换季或流感流行时。

——发病季节避免活动过度和情绪激动。

——普及防治知识，加强自我管理教育，调动患儿及家长的抗病积极性。

7.2 调护

——哮喘发作时注意呼吸、心率等病情变化，及时给予相应处置。

——及早认识患儿体质禀赋，根据患儿体质进行药物、饮食、环境等调理。

——居室宜空气流通，阳光充足。冬季保暖，夏季凉爽通风。

——饮食宜清淡富有营养，慎进生冷油腻、辛辣酸甜以及海鲜鱼虾等可能引起过敏的食物。

——关爱患儿，重视心理健康，增强战胜疾病的信心。

附录 A
(资料性)
证据评价分级和文献推荐级别

A.1 证据评价分级和文献推荐级别

符合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] 中华儿科杂志编辑委员会, 中华医学儿科学分会呼吸学组, 中国医师协会儿科医师分会儿童呼吸专业委员会. 支气管哮喘防治指南(2020年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2020, 43(12): 1023-1048.
- [2] 汪受传, 虞坚尔. 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.
- [3] 中华中医药学会. 中医儿科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 22-23.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 77.
- [5] 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.
- [6] Global Initiative for Asthma(GINA). Global strategy for asthma management and prevention[EB/OL]. (2020-4-6) [2021-03-30]. <http://www.ginasthma.com>.
- [7] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(2020年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2020, 43(12): 1023-1048.
- [8] 赵霞, 汪受传, 虞舜, 等. 中医儿科病证诊断疗效标准·哮喘(修订)征求意见稿[J]. 中医儿科杂志, 2018, 14(02): 1-4.
- [9] 中华医学会儿科分会呼吸学组肺功能协作组, 《中华实用儿科临床杂志》编辑委员会. 儿童肺功能系列指南(六): 支气管激发试验[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2017, 32(04): 263-269.
- [10] 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.
- [11] 赵霞, 李新民. 全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材·中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 102-109.
- [12] 汪受传, 丁樱. 全国中医药高等教育中医儿科学专业规划教材·中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 66-73.
- [13] 马融. 普通高等教育“十三五”国家级规划教材·中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 82-88.
- [14] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 153-166.
- [15] 姜之炎, 赵霞. 普通高等教育中医药类“十三五”规划教材、全国普通高等教育中医药类精编教材·中医儿科学(第二版)[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2020: 71-77.
- [16] 尚云晓, 王雪峰. 中西医结合防治儿童哮喘专家共识[J]. 中国中西医结合儿科学, 2020, 12(03): 185-191.
- [17] 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; Jadad 条目评价: 3分)
- [18] 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; Jadad 条目评价: 3分)
- [19] 赵桓艺, 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; Jadad 条目评价: 3分)

- [20] 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.
- [21] 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..
- [22] 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; Jadad 条目评价: 3 分)
- [23] 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; Jadad 条目评价: 3 分)
- [24] 宋桂华. 儿童哮喘的辨质论治与辨证论治[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16 (06): 496-497.
- [25] 兰春, 王孟清, 周姗, 等. 王孟清教授运用“伏痰”理论分期论治儿童哮喘经验[J]. 时珍国医国药, 2021, 32 (06): 1482-1483.
- [26] 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; Jadad 条目评价: 3 分)
- [27] 周燕, 吴新, 冯伟, 等. 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; Jadad 条目评价: 3 分)
- [28] 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; Jadad 条目评价: 3 分)
- [29] 胡博, 王小稳. 小儿定喘口服液联合氨茶碱治疗小儿支气管哮喘的临床疗效[J]. 中国合理用药探索, 2019, 16 (11): 25-27+31. (证据分级: II; Jadad 条目评价: 3 分)
- [30] 李想, 尚云晓, 成焕吉, 等. 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; Jadad 条目评价: 4 分)
- [31] 赵霞, 秦艳红, 吴建新, 等. 三伏贴干预儿童哮喘专家共识[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38 (04): 1-5.
- [32] 田福玲, 李旗, 崔建美, 等. 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; Jadad 条目评价: 3 分)
- [33] 田福玲, 李旗, 崔建美, 等. 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; Jadad 条目评价: 3 分)
- [34] 张鹏, 杨冬妹, 聂波, 等. 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: 13 分)
- [35] 张昶, 谭程, 高丹, 等. 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.
- [36] 谢程, 王和生, 刘兰英, 等. 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.