

全科临床诊疗思维系列：慢性咳嗽

荀志红¹, 马力², 裴迎华^{1,3*}

1. 首都医科大学密云教学医院 心内科, 北京 101500; 2. 首都医科大学附属北京天坛医院 全科医疗科, 北京 100070; 3. 北京市健宫医院 呼吸与危重症医学科, 北京 100054

【摘要】慢性咳嗽是社区全科门诊的常见症状,其诊断主要来自4个方面:详细病史采集、全面体格检查、诊断性检查和经验性治疗。本文从全科医师接诊角度对全科门诊接诊慢性咳嗽患者的过程进行模拟,以帮助全科医师提高慢性咳嗽的接诊能力。

【关键词】慢性咳嗽;病因;全科诊疗

【中图分类号】 R256.11

【文献标识码】 B

【文章编号】 1672-3384(2021)09-0079-04

Doi: 10.3969/j.issn.1672-3384.2021.09.016

General clinical diagnosis and treatment thinking series: chronic cough

XUN Zhi-hong¹, MA Li², PEI Ying-hua^{1,3*}

1. Department of Cardiology, Miyun Teaching Hospital, Capital Medical University, Beijing 101500, China; 2. Department of General Practice, Beijing Tiantan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100070, China; 3. Department of Respiratory and Critical Care, Beijing Jiangong Hospital, Beijing 100054, China

慢性咳嗽是社区门诊常见的就诊症状,对患者的工作、生活和社会活动均会造成一定影响^[1],也是临床抗菌药物滥用的重灾区。大部分导致慢性咳嗽的原因都是轻微和自限性的^[2],但仍需警惕一些少见但严重的情况如支气管肺癌等。本文对全科门诊接诊慢性咳嗽患者的临床诊疗过程进行模拟,借此对慢性咳嗽的全科诊疗思路进行梳理。

1 主观资料

患者,女,76岁,主因“反复咳嗽3年余”于社区卫生服务中心全科医学科门诊就诊。

1.1 接诊慢性咳嗽患者时全科医师初步判断病情的方法

1.1.1 思路 慢性咳嗽病因较多,接诊时应详细询问病史、全面进行体格检查以缩小诊断范围,为病因诊断提供线索,直至得出初步的临床诊断继而采取适当的经验性治疗。

1.1.2 知识点 咳嗽按病程可分为急性咳嗽(<3周)、亚急性咳嗽(3~8周)和慢性咳嗽(>8周),按性质又可分为干性咳嗽和湿性咳嗽(每日痰量>10 mL)。按胸部X线有无异常分为X线胸片有明确病变者(如肺炎、肺结核、支气管肺癌等)和X线胸片无明显异常者(以咳嗽为主要或唯一症状者,即传统概念的慢性咳嗽)^[1,3]。

1.2 全科医师面对慢性咳嗽患者的问诊要点^[1,3-4]

慢性咳嗽的问诊要点包括:①一般信息;②发病起源,警惕潜在的传染病接触史,尤其是疫区逗留史或与患者接触史,是否有聚集性发病;③咳嗽特点,发病年龄、起病急缓和病程长短,咳嗽的性质、音色、时相、持续时间、诱发和加重因素、体位影响等;④伴随症状,如有无咳痰、痰液的数量、颜色、气味及性状等,有无发热、呼吸困难、反酸、呕吐、咯血,有无胸闷、胸痛等;⑤诊治经过,如既往检查和诊治情况、用药后反应;⑥既往病史,有无耳鼻咽喉疾病、高血压、呼吸/循

*通信作者:裴迎华, E-mail: ttyy_pyh@163.com

环/消化系统疾病病史,在咳嗽之前有无上呼吸道感染病史,有无过敏性疾病史和家族史,有无大量吸烟、职业性接触粉尘/化工物质,是否服用过容易引起咳嗽不良反应的药物;⑦咳嗽相关的背景因素,包括生活方式、心理、家庭、社区、社会背景等,由于慢性咳嗽可引起多个系统并发症,如尿失禁、失眠等甚至影响患者心理状况,需关注相关问诊;⑧患者的就医行为、就医需求及期望。

1.3 问诊后补充的主观资料

患者3年前无明显诱因出现咳嗽,几乎每日均有发作1~2次,接触冷空气、特殊气味等易诱发,尤其是夜间多发,多为刺激性干咳,程度不重,可自行缓解,咳嗽时伴尿失禁。偶有白色黏液痰,痰量不多,无痰中带血或咯血。无反酸、嗝气及胸骨后烧灼感,无鼻塞、流涕、喷嚏,无咽喉黏液附着感,无明显胸闷气促,无喘息,症状发作与进食、体位无关。春秋季节发作略频繁,日常活动能力无明显受限。半年前曾查胸部CT未见明显异常,肺功能检查正常(具体不详),高渗盐水气道激发试验阳性,呼出气一氧化氮(fractional exhaled nitric oxide, FeNO)106 ppb,间断应用布地奈德福莫特罗吸入剂后症状有缓解。

既往史:海鲜过敏,无传染病接触史。

个人史:生活饮食规律,年轻时吸烟,每日5~10支,已戒烟20年,不饮酒。退休前为清洁工,退休后在家,丧偶,与女儿同住,性格开朗。规律运动,坚持每日慢走1万步以上。

2 客观资料

2.1 根据问诊初步病情评估

2.1.1 思路 该患者为老年女性,反复咳嗽3年余,慢性病程,近期无明显加重,来社区门诊取药。咳嗽对该患者生活、心理并未造成显著影响,半年前曾在上级医院检查除外严重器质性疾病,根据病史初步考虑慢性咳嗽(>8周)、干咳,目前暂无转诊指征,可在基层进行初步诊断和评估。

2.1.2 知识点 夜间咳嗽多见于咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA),日间咳嗽多见于上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS)、胃食管反流性咳嗽(gastroesophageal reflux cough,

GERC)、嗜酸性粒细胞性支气管炎(eosinophilic bronchitis, EB)。湿咳多见于感染性咳嗽。慢性支气管炎引起的咳嗽多发于冬春季,白色黏液痰。咯血应注意除外支气管扩张、结核、肺癌的可能性,同时需要与呕血及鼻咽部出血污染等鉴别。

2.2 慢性咳嗽患者的体格检查重点

慢性咳嗽患者需进行全面体格检查,重点包括①生命体征、体型;②系统查体:包括鼻、咽、喉查体;③胸部查体:双肺呼吸音,有无哮鸣音、湿啰音和爆裂音,有无心界扩大、早搏、器质性杂音等心脏体征;④痰的视诊也是肺部检查的重要项目,包括颜色、黏稠度、是否有特殊成分及24 h痰量等。

2.3 体格检查结果

体温36.5℃,脉搏85次,呼吸20次,血压130/70 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),身高159 cm,体重76 kg,体质指数30.06 kg/m²。神清,精神好,耳鼻咽喉查体未见明显异常,浅表淋巴结未触及。气管居中,肋间隙无增宽,两肺叩诊清音。双肺呼吸音粗,可闻及少量哮鸣音,心率85次,律齐,未闻及杂音。腹软,双下肢无水肿。

2.4 为明确诊断需在社区卫生服务中心进行的辅助检查

慢性咳嗽患者在社区卫生服务中心需行以下检查:①X线胸片,有可疑病变患者需转诊进一步检查,如胸部CT;②外周血常规;③气道可逆性检查,鉴于基层医疗卫生机构通常不具备常规肺功能检测条件,可考虑简易呼气峰流速仪或手持式简易肺功能仪监测,监测最大呼气流速(peak expiratory flow, PEF)日平均变异率。

2.5 对慢性咳嗽患者的评估

对慢性咳嗽的病情评估和疗效观察内容包括^[4]

①视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS):用标记1~10 cm直线上的刻度表示咳嗽的严重程度,患者根据自身感受进行标记,主要用于治疗前后的纵向比较;②咳嗽症状积分:采用咳嗽症状积分表对咳嗽症状进行量化,用于咳嗽程度和疗效的临床评定;③咳嗽生活质量测评:推荐采用中文版莱斯特咳嗽问卷(Leicester cough questionnaire in mandarin-Chinese, LCQ-MC),总分21分,分值越高代表患者生活健康状况越好。

2.6 该患者目前的辅助检查和评估结果

此次血常规:正常。VAS:4分;LCQ-MC:16分。

半年前曾查胸部CT未见明显异常,肺功能检查正常,高渗盐水气道激发试验阳性,FeNO:106 ppb。

3 评估

临床诊断:慢性咳嗽,CVA可能性大。

目前存在的健康问题:咳嗽有时伴尿失禁,对生活质量有轻微影响;海鲜过敏;肥胖。

3.1 诊断依据

3.1.1 思路 该患者初步考虑CVA,诊断依据包括:

①慢性刺激性咳嗽,夜间明显,接触冷空气、特殊气味等易诱发;②高渗盐水气道激发试验阳性;③间断应用吸入糖皮质激素(inhaled corticosteroid,ICS)和长效 β_2 受体激动剂(long acting beta-agonists,LABA)联合制剂有效。

3.1.2 知识点 由于社区全科门诊多缺乏完善的检查设备,慢性咳嗽的诊断主要来自病史采集、体格检查、诊断性检查和经验性治疗^[5],需遵循以下原则^[4]:①重视病史;②选择检查项目时由简单到复杂;③先考虑常见病,后考虑少见病;④同步或顺序进行诊断和治疗,如不具备相应的检查条件可根据初步临床诊断采取经验性治疗;⑤治疗有效是明确病因诊断的前提;⑥如治疗无效或效果不佳,应首先评估诊断是否正确、治疗力度和时间是否足够、有无其他影响慢性咳嗽治疗效果的因素。

3.2 鉴别诊断

其他常见引起慢性咳嗽的原因包括^[1,3-4]①UACS:常有鼻咽喉疾病的临床表现和病史,伴或不伴鼻后滴流,咳嗽呈季节性,变应原检查多阳性,咳嗽以清晨、体位改变时为主,入睡后较少,针对鼻咽喉疾病的治疗咳嗽可缓解;②EB:白天或夜间,慢性刺激性干咳,或伴有少量白色黏痰,肺功能正常,无气道高反应,部分患者对油烟、灰尘、异味或冷空气敏感,糖皮质激素治疗有效;③GERC:多发生在日间和直立位,干咳或少量白黏痰,进食酸性、油腻食物容易诱发或加重,可伴有胸骨后烧灼感、反酸、胸闷等表现,抗反流治疗2~4周有效;④变应性咳嗽(atopic cough,AC):常伴咽喉痒,多为刺激性干咳,油烟、灰尘、冷空气等容易

诱发,肺通气功能正常,支气管激发试验阴性,诱导痰嗜酸性粒细胞不增高,具有过敏性疾病史、变应原皮试阳性、血清总免疫球蛋白E升高、糖皮质激素或抗组胺治疗有效指征之一;⑤其他如应用血管紧张素转化酶抑制剂后的干咳、心理情感因素导致的咳嗽,可通过询问用药史或既往史进行鉴别。

4 处理计划

4.1 非药物治疗

告知患者日常注意控制危险因素,避免接触过敏原,积极干预诱发因素如室内外环境、吸烟、季节交替。该患者咳嗽时伴尿失禁会对患者造成一定困扰,需进行必要的心理疏导和生活指导。

对患者开展健康教育,指导患者识别危险因素、避免诱因;增加对疾病的警惕性,按时、规律、长期遵医嘱用药并进行自我管理,规范随访,及时就诊。与此同时,指导患者正确使用吸入装置,提高其依从性。有条件的患者可以在呼吸治疗师的指导下学习使用呼吸理疗设备,掌握方法后自我进行治疗。

4.2 药物治疗

作为哮喘的一种特殊类型,CVA的治疗主要包括病因治疗和对症治疗^[6]。

4.2.1 病因治疗 CVA的治疗可首选ICS或ICS/LABA联合制剂,也可应用白三烯受体拮抗剂,疗程至少需>8周,部分患者需长期治疗。ICS联合LABA治疗可快速、有效地缓解咳嗽症状。吸入治疗效果不佳时可短期应用口服激素,必要时应重新进行评估与鉴别诊断。

该患者FeNO 106 ppb,提示激素治疗有效,既往间断应用布地奈德福莫特罗吸入剂后症状有缓解。建议患者规律吸入布地奈德福莫特罗吸入剂治疗。

FeNO检测增高(>32 ppb)提示嗜酸性粒细胞性炎症或激素敏感性咳嗽可能^[7-8]。可作为评估是否启动ICS治疗的指标,对于哮喘患者,如果未行激素治疗、有非特异性呼吸道症状(主要为非吸烟者),FeNO>50 ppb提示ICS短期疗效佳^[9],对于确诊或疑诊的哮喘患者,如检测到FeNO高水平,应尽早启动低剂量ICS治疗,可降低急性加重的风险。

4.2.2 对症治疗 轻度咳嗽不需要镇咳治疗。严重

咳嗽可适当镇咳。痰多患者可应用祛痰治疗,可改善慢性咳嗽患者的主观性咳嗽^[10]。

4.3 经验性治疗

基层医疗卫生机构可通过采用临床线索导向性治疗策略(根据患者的症状特点、体征及初步检查结果等临床线索),或可疑病因导向性策略(结合发病几率)初步判断引起慢性咳嗽的常见病因,采用经验性治疗^[11]。考虑CVA、EB和AC时可应用ICS或口服小剂量激素,考虑UACS、AC和感染后咳嗽(postinfectious cough, PCI)等可给予止咳对症治疗。主要表现为夜间或凌晨刺激性咳嗽的患者可先按CVA进行治疗。伴有明显反酸、嗝气、胸骨后烧灼感则考虑GERC治疗。伴流涕、鼻痒、频繁清喉及鼻后滴流可先按UACS进行治疗。多数慢性咳嗽与感染无关^[12],应严格掌握抗菌药物适应证,避免滥用。经验性治疗的疗程一般为1~2周,口服激素一般不超过1周。如经验性治疗有效考虑临床诊断可成立,继续采取标准的治疗方案。经验性治疗效果不佳或无效时应及时转诊,完善检查以进一步明确病因。应注意排除呼吸系统恶性肿瘤、肺结核等严重情况。

4.4 慢性咳嗽患者需转诊的情况

正确的经验性治疗可成功缓解部分慢性咳嗽患者的症状,部分诊断不清楚或疗效不佳的患者需适时转诊以进一步明确诊断,避免延误病情。转诊指征包括^[1]:①针对常见病因进行充分、规范的经验性治疗2~4周后症状仍无明显缓解;②治疗仅部分有效,或未能排除某些严重或恶性病变;③症状有缓解,但仍频繁、反复发作,病因未明确且对患者生活质量造成一定影响;④传染病如结核。

综上所述,社区全科医师对慢性咳嗽的诊断主要来自详细病史采集、全面体格检查、诊断性检查和经验性治疗,部分诊断不清楚或疗效不佳的患者需适时转诊。

【参考文献】

- [1] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 咳嗽基层诊疗指南(实践版·2018)[J]. 中华全科医师杂志, 2019,18(3):220-227.
- [2] Murtagh J. Murtagh's general practice[M]. 6th ed. Australia: McGraw Hill Education, 2015.
- [3] 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)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5):323-354.
- [4] 任菁菁. 全科常见未分化疾病诊疗手册[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 2020.
- [5] 陈凯,梁崔菲. 咳嗽的全科诊断策略[J]. 中国全科医学, 2021, 24(15):1707-1710.
- [6] 中华医学会,中华医学会临床药学分会,中华医学会杂志社,等. 咳嗽基层合理用药指南[J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19(7): 582-592.
- [7] Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention: update 2019[EB/OL]. (2019-04-13) [2021-04-30]. <http://www.ginaasthma.org/>.
- [8] 中国医师协会呼吸医师分会. 无创气道炎症评估支气管哮喘的临床应用中国专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2015, 38(5):329-341.
- [9] Dweik R A, Boggs P B, Erzurum S C, et al. An Official ATS Clinical Practice Guideline: Interpretation of Exhaled Nitric Oxide Levels (FeNO) for Clinical Applications[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2011, 184(5):602-615.
- [10] Kardos P, Dinh Q, Fuchs K, et al. Guidelines of the German Respiratory Society for Diagnosis and Treatment of Adults Suffering from Acute Subacute and Chronic Cough[J]. J Pneumologie, 2019, 73(3):143-180.
- [11] 苏楠. 《咳嗽基层诊疗指南(2018年)》的解读[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(11):1112-1114.
- [12] 赖克方,詹晨. 2019年《德国呼吸学会成人急性、亚急性和慢性咳嗽诊断和治疗指南》要点介绍与专家点评[J]. 国际呼吸杂志, 2020, 40(20):1524-1530.

收稿日期:2021-05-31

本文编辑:蒋少薇