

儿童支气管哮喘诊断标准

哮喘的诊断主要依据呼吸道症状、体征及肺功能检查，证实存在可变的呼气气流受限，并排除可引起相关症状的其他疾病。

1. 反复喘息、咳嗽、气促、胸闷，多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、呼吸道感染、运动以及过度通气(如大笑和哭闹)等有关，常在夜间和(或)凌晨发作或加剧。

2. 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。

3. 上述症状和体征经抗哮喘治疗有效，或自行缓解。

4. 除外其他疾病所引起的喘息、咳嗽、气促和胸闷。

5. 临床表现不典型者(如无明显喘息或哮鸣音)，应至少具备以下 1 项：(1)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(如沙丁胺醇压力定量气雾剂 200~400 μg)后 15 min 第一秒用力呼气量(FEV1)增加 $\geq 12\%$ ；②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；(3)最大呼气峰流量(PEF)日间变异率(连续监测 2 周) $\geq 13\%$ [7]。符合第 1~4 条或第 4、5 条者，可诊断为哮喘。

哮喘诊断注意点

1. 我国儿童哮喘流行病学调查结果显示，城市儿童哮喘的漏诊率达 30%[2]。哮喘的规范控制治疗需要持续较长的时间，部分患儿可能需要数年之久，因此，对于临床症状和体征提示哮喘，包括临床特征较典型的病例，均强调尽可能进行肺通气功能检查，以获取可变呼气气流受限的客观诊断依据，避免诊断不足和诊断过度。

2. <6 岁儿童哮喘的诊断线索：儿童哮喘多起始于 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儿童。因此从喘息的学龄前儿童中识别出可能发展为持续性哮喘的患儿，并进行有效早期干预是必要的[18]。但是目前尚无特异性的检测方法和指标可作为学龄前喘息儿童哮喘诊断的确诊依据。因此对于临床表现不典型者，主要依据症状/发作的频度、严重程度及是否存在哮喘发生的危险因素，评估患儿发展为持续性哮喘的可能性，从而判断是否需要启动长期控制治疗，并依据治疗反应进一步支持或排除哮喘的诊断。

临床实践中也可以通过哮喘预测指数(modified asthma predictive index)和哮喘预测工具(asthma prediction tool)等评估工具[19,20]，对幼龄儿童喘息发生持续哮喘的危险度做出评估。

喘息儿童如具有以下临床特点时高度提示哮喘的诊断：

- (1) 多于每月 1 次的频繁发作性喘息；
- (2) 活动诱发的咳嗽或喘息；
- (3) 非病毒感染导致的间歇性夜间咳嗽；
- (4) 喘息症状持续至 3 岁以后；
- (5) 抗哮喘治疗有效，但停药后又复发。

如怀疑哮喘诊断，可尽早参照哮喘治疗方案开始试验性治疗，并定期评估治疗反应，如治疗 4~8 周无明显疗效，建议停药并作进一步诊断评估。另外，大部分学龄前喘息儿童预后良好，其哮喘样症状随年龄增长可能自然缓解，对这些患儿必须定期(3~6 个月)重新评估，以判断是否需要继续抗哮喘治疗。

咳嗽变异性哮喘(CVA)的诊断

CVA 是儿童慢性咳嗽最常见原因之一，以咳嗽为唯一或主要表现。诊断依据：

1. 咳嗽持续>4 周，常在运动、夜间和(或)凌晨发作或加重，以干咳为主，不伴有喘息；
2. 临床上无感染征象，或经较长时间抗生素治疗无效；
3. 抗哮喘药物诊断性治疗有效；
4. 排除其他原因引起的慢性咳嗽；
5. 支气管激发试验阳性和(或)PEF 日间变异率(连续监测 2 周)≥13%；
6. 个人或一、二级亲属过敏性疾病史，或变应原检测阳性。

以上第 1~4 项为诊断基本条件。