

小儿慢性咳嗽病因病机及治法探讨

□ 杨 鸿* 林东红

(福建中医学院附属人民医院 福建 福州 350004)

关键词 慢性咳嗽 小儿 辨证治疗 病因病机 治法

对慢性咳嗽的概念目前尚无统一标准,一般将儿童咳嗽持续超过3周、胸部X线检查在正常范围内、初步排除肺炎、支气管炎、结核、肿瘤等明确肺部疾病证据的咳嗽称为慢性咳嗽^[1]。现代医学认为,引起慢性咳嗽的病因复杂,可单独存在也可合并存在,除呼吸系统外,还涉及耳鼻喉、消化系统等,发病机制尚未完全明确。咳嗽往往是疾病的唯一症状表现,容易误诊误治。本文通过中医辨证治疗与西药治疗的疗效比较,对小儿慢性咳嗽病因病机及治法进行探讨。

1 临床资料

全部患儿均详细询问病史并进行仔细的体格检查,常规做X线胸片、血常规、肺炎支原体抗体(MPIgM)测定;选择性进行肺功能测定、鼻咽镜检查、食道钡餐造影等。最后根据所得资料作出病因诊断。其中咳嗽变异性哮喘(CVA)诊断标准按照全国儿科哮喘防治协作组2003年修订的儿童哮喘防治常

规(试行)^[2]

2 研究方法

2.1 分组方法 对咳嗽不是主要症状及反复呼吸道感染者不纳入观察对象。本研究共60例慢性咳嗽患儿,简单随机分为中药治疗组及西药对照组,2组各30例。中药组:CVA 16例,MPIgM呈阳性者9例,鼻后滴漏综合征(PNDs)8例,胃食道反流(GER)2例;年龄最小1.8岁,最大12岁,平均年龄6.3岁;病程最短4周,最长8个月。西药组:CVA 13例,MPIgM阳性者11例,PNDs 6例,GER 3例;年龄最小2.3岁,最大14岁,平均年龄7.1岁;病程最短6周,最长4.5个月。按照咳嗽程度分轻度:日间咳嗽,阵发性发作,伴随症状时有时无;中度:介于轻重之间;重度:日夜均咳嗽,频繁发作,甚至引起呕吐,影响睡眠及食欲。中药组轻度5例,中度19例,重度6例;西药组轻度7例,中度15例,重度8例。两组的年龄、病程、病情轻重经齐同性检验无显著性差异($P > 0.05$)。

2.2 治疗方法 中药组:基本方为蜜麻黄6g,杏仁

* 作者简介 杨鸿,女,副主任医师。主要从事中医儿科临床与科研工作。

6g, 桂枝 6g, 白术 9g, 稻香陈 6g, 郁金 9g, 地龙 9g, 马齿苋 15g。随症加减, 每日 1 剂, 浓煎匀服, 1 个疗程为 2 周, 总疗程 8~12 周。西药组: 根据不同病因对症用药并配合化痰止咳, 咳嗽变异性哮喘口服酮替芬, 3 岁以下 0.5mg, 每日 1 次; 3 岁以上 1mg, 每日 1~2 次, 睡前或早晚服用。同时, 服博利康尼 50 μ g/kg, 每日 3 次, 严重者配合普米克令舒 1mg、博利康尼 2.5mg 雾化吸入。肺炎支原体抗体阳性者, 口服罗红霉素 5mg/kg \cdot d, 分 2 次服用。鼻后滴漏综合征鼻涕黄稠者口服头孢克洛 20mg/kg \cdot d, 分三次, 或配合负压吸鼻。胃食道反流者口服西沙必利 0.2mg/kg, 每日 3 次, 如大便次数增多减半量。全部病例配合免疫调节剂乌体林斯 1.72 μ g, 肌肉注射, 每周 1 次, 共 8 次。

2.3 观察内容 每周记录 2 次症状变化情况, 连续记录 12 周, 每 4 周评价一次。主要观察: 咳嗽情况、痰量、伴随症状及相关实验室检查情况。

2.4 疗效判定标准 参照卫生部药政局 1988 年制定的中药治疗小儿呼吸道感染疗效评定标准。有效控制: 咳嗽、咯痰及伴随症状消失, 异常理化检查恢复正常; 显效: 咳嗽、咯痰基本消失, 伴随症状明显改善, 异常理化检查接近正常; 好转: 咳嗽次数及伴随症状减少, 异常理化检查有所改善; 无效: 治疗前后症状无明显变化。

2.5 统计方法 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组内、组间对照, 数据分析采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 所有数据统计分析均应用 SPSS10.0 软件包进行。

3 结果

4 周后观察两组疗效, 中药组与西药组的有效控制率差异显著, $P < 0.01$; 两组有效控制时间中药组也明显短于西药组, $P < 0.01$, 有显著性差异 (见表 1、2)。对疗程结束时 (12 周后) 两组疗效进行观察, 中药组与西药组差异显著, $P < 0.01$, 说明随疗程增加, 中药组疗效更加突出 (见表 3)。疗程结束时 (12 周后) 观察中药组对不同病因的疗效, 经标准化率的显著性检验, 与西药组比较, $P < 0.01$, 差异显著; 与西药组比较 CVA、MPIgM、PNDs 均有显著性差异, $P < 0.01$ (西药组 MPIgM 转阴但咳嗽未控

制); 两组 GER 病例经治疗已获治愈, 且由于人数少, 统计意义不大, 故未计算在内, 说明无论是三个组还是总体上中药治疗效果都强于西药对照组 (见表 4)。疗程结束后 3 个月随访咳嗽发作情况并进行比较, 西药组复发率明显高于中药组, $P < 0.01$, 差异显著, 两组肺炎支原体 IgM 均转阴未作随访 (见表 5)。

表 1 两组疗效观察比较 (4 周后)

组别	n	控制	显效	好转	无效	有效控制率
中药组	30	19	6	3	2	63.3% *
西药组	30	9	6	11	4	30.0%

注: 与西药组比较, * $P < 0.01$ 。

表 2 两组有效控制时间比较 (4 周后)

组别	n	有效控制时间 (d)								平均天数(d)
		5	7	10	14	17	21	24	28	
中药组	19	3	8	6	1	1	-	-	-	8.53 \pm 3.07 *
西药组	9	-	3	1	1	1	2	-	1	14.67 \pm 7.60

注: 与西药组比较, * $P < 0.01$ 。

表 3 疗程结束时两组疗效观察比较 (12 周后)

组别	n	控制	显效	好转	无效	有效控制率
中药组	30	26	3	1	0	86.7% *
西药组	30	14	5	11	0	46.7%

注: 与西药组比较, * $P < 0.01$ 。

表 4 疗程结束时两组不同病因疗效观察比较 (12 周后)

组别	中药治疗组 *			西药对照组		
	治疗人数	有效控制人数	有效控制率	治疗人数	有效控制人数	有效控制率
CVA	16	13	81.0% *	13	6	46.1%
MPIgM 阳性	9	8	88.9% *	11	7	63.6%
PNDs	8	6	75.0% *	6	2	33.3%

注: 与西药组比较, * $P < 0.01$ 。

表5 疗程结束后3个月随访咳嗽发作情况比较

组别	n	咳嗽变异 性哮喘	鼻后滴漏 综合征	胃食道 返流	复发率
中药组	26	1	1	1	11.5%*
西药组	24	7	5	1	54.0%

注：与西药组复发率比较，* $P < 0.01$ 。

4 讨论

4.1 治疗不当、内有伏痰是慢性咳嗽主要原因 小儿体禀稚阴稚阳，生理上肺脾常有不足，卫表不固，故多外感六淫，内伤饮食。如外感治疗不当，外邪未除，过服清热苦寒之品及大量使用抗生素等，使病邪久留不去，郁而化热或风寒风热之邪被遏，影响肺之宣发；小儿元阴未充，阳火易动，易成痰火相结之势；而脏腑娇嫩、阳气柔弱，不耐寒冻，则水饮易聚而难化，出现痰多咳嗽缠绵难解，临证每见寒热夹杂、本虚标实之候。

4.2 脾虚痰瘀为主要病理基础 古有“脾不虚不久咳”之说，脾常不足是小儿生理病理特点，脾失健运、水湿内生是咳嗽中痰浊内生的主要途径，痰浊内伏，久可酿瘀、瘀亦能变生痰水，痰瘀交阻，气机紊乱则肺失降而上逆、肝失疏泄又横逆犯脾。笔者认为这是慢性咳嗽患儿证见虚虚实实、反复发作的病理基础。

4.3 理气健脾、化痰通络为基本治法 李中梓《医宗必读》说“脾为生痰之源，治痰不理脾胃，非其治也”，本研究基本方正是依此法则而立。方中麻黄配杏仁为基本药对，功能开肺气、解郁闭；桂枝在方中主要宣通肺脾之气，《本经疏证》认为“桂枝有和营、通阳、利水、下气、行瘀、补中之功”；白术、稻香陈既理气化痰又健脾助消化，杜生痰之源；郁

金、地龙活血通络兼清郁热；内生痰湿必有湿热，马齿苋清利湿热，使邪有去路，本方寒温并用，标本兼治。

4.4 结合辨病，灵活应用治法才能提高疗效 小儿稚阴稚阳，体质上有不同差异，因此，病程中所涉及的脏腑及兼夹证也有异，应辨清气之虚实、痰之寒热，结合现代医学病因诊断，采用异病同治、能动而灵活地运用治法，才能取得比单纯西药更好的效果。辨证与辨病相结合，既可避免误诊误治，还能明确预后与转归，指导治疗。如“咳嗽变异型哮喘”在温肺的基础上，针对气道高反应性加强理气通络活血、佐清郁热。本病易反复发作，如不长期预防则可演变为典型的哮喘，因此症状控制后选用玉屏风散、六君子汤等继续调补肺脾善后。脾实则肺金有养，皮毛得固，已入之邪易出，外来之邪难入，临床疗效确切。同样，肺炎支原体感染引起的慢性咳嗽若不结合实验室检测，治疗不彻底，咳嗽易反复发作，甚至累及肺外病变；胃食管反流因其症状的隐蔽性，临床上往往被忽略而仅局限于对咳嗽的治疗，本研究中所占比例不高，与患儿不配合检查有关，此型咳嗽关键要详细了解病史，将胃食道症状与咳嗽症状联系起来，作进一步检查。在治疗小儿慢性咳嗽过程中，调理脾胃应贯穿于始终，处处顾护脾气，或健运、或燥湿、或补虚，辛燥苦寒攻下药中病即止，根据不同兼证，灵活运用治法、合理配伍才能提高疗效。

参考文献

- [1] 马洪明. 慢性咳嗽的研究进展 [J]. 国外医学·呼吸系统分册, 2001, 21 (2): 85-88.
- [2] 中华医学会儿科分会呼吸学组制定. 儿童支气管哮喘防治常规 (试行) [J]. 中华儿科杂志, 2004, 42 (2): 100-106.

更正声明

因校对差错，本刊2005年第5期目录页“许鑫梅教授治疗老年胃病临床经验”一文第2作者的姓名“邝卫泓”应为“邝卫红”，特此更正，并向作者、读者致歉。

《中医药通报》编辑部