

# 咳嗽变异性哮喘患儿体质的研究

● 何胜晓<sup>1</sup> 罗惠霞<sup>2</sup> 李学麟<sup>3</sup>

**摘要** 目的:探讨CVA患儿的体质特点和体质构成特点。方法:通过对纳入研究的样本分为CVA组和对照组分别进行体质分型,结果运用SPSS/PC10.0统计软件包进行分析处理。结果:两组儿童调和质人数和非调和质人数比较,CVA组和对照组儿童的体质分型分层比较中,非调和质及肺脾质儿童比较,差异均极其显著( $P < 0.01$ )。结论:1、两组儿童体质构成存在差异。2、本研究所采用的体质分型标准在CVA患儿的体质研究中可以在一定程度和范围内采用。3、CVA患儿病因上可能存在体质发病途径。

**关键词** 哮喘 中医药疗法 体质 分型 儿童

咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA),是以咳嗽为主要临床表现的一种特殊类型的支气管哮喘<sup>[1]</sup>,是最常见的引起儿童慢性咳嗽的疾病之一<sup>[2]</sup>。其发病率有增高的趋势,上海地区的调查发现其发病率达0.37%<sup>[3]</sup>。其发病机理目前尚不十分清楚。西医认为CVA与支气管哮喘有相似的发病机理和病理变化,应按哮喘进行治疗<sup>[4]</sup>,目前主要以肾上腺皮质激素、茶碱类药物及 $\beta_2$ 受体激动剂治疗,但一旦停药后咳嗽往往又出现,远期疗效并不十分理想,且有产生副作用之虑。

体质学说(Constitutionology)是中医理论的重要组成部分,王氏<sup>[5]</sup>等的研究初步表明了人体体质具有差异性的特点。从目前的研究看,通过药物改善体质,经现代研究检测方法加以验证,初步表明了体质具有可调性。所以,如能探索CVA患儿的体质特点,将会对CVA的病因学和治疗学提供新的思路和方法。这不但可以从日常保育中通过干预小儿的体质达到“未病先防”的目的,还可以在“已病”时通过对体质和证型的联合干预,更好地达到“治已病”的目的。

## 1 资料与方法

**1.1 研究对象及分组** 福建省人民医院儿科门诊就诊的符合CVA的诊断标准和本研究的纳入和排除标准的CVA患儿为研究对象,共收集符合本研究的CVA患儿资料计87例。其中男58例,女29例,年龄0.67~11.83岁,平均 $(5.2651 \pm 2.7936)$ 岁;同时设立对照组,对照组来源于福建省人民医院健康体检中心正常体检儿童,对照组资料共54例,男30例,女24例,年龄0.5~14岁,平均 $(5.8767 \pm 3.1667)$ 岁,两组资料经统计学处理,差异无显著性,具有可比性( $P > 0.05$ )。

**1.2 CVA患儿的诊断标准** 参照全国儿科哮喘防治协作组1998年修订<sup>[6]</sup>的标准。

**1.3 本研究CVA组纳入标准** 符合CVA患儿的诊断标准且处于缓解期(缓解期标准:咳嗽完全停止发作超过一周)。

**1.4 病例排除标准** 有各种原因不能配合或完成本研究者。

**1.5 CVA患儿的体质分型标准** 参照苏氏标准<sup>[7]</sup>,并作修改如下。

**1.5.1 调和质** 若小儿先天胎禀充足,后天之调护得宜,体内各部阴阳相对均衡发展,生机旺盛、长势正常,为健康体质类型。

● 作者单位 1. 广州中医药大学2004级博士研究生(510405);2. 香港博爱医院;3. 福建省人民医院(350000)

1.5.2 不调和质 具体可分为以下4种类型。

1.5.2.1 肺脾质 多由后天调护失宜及疾病与药物等因素影响所致。根据本型的日常特征又可分为阳多阴少型(A型)和阴多阳少型(B型)。

A型日常特征:小儿形体多一般或偏瘦,生长发育情况一般或稍差(体重多不达标)。唇红,大便多干结,睡眠多躁扰不宁,脾气较急躁,好动多汗,舌质红,少苔或苔花剥或虽有苔腻但乏津。易发乳蛾、咳嗽、厌食、口疮、虫证、皮肤疾患等病证,多见热型、湿热型、阴虚型、阴虚挟湿热型等。

B型日常特征:小儿形体及生长发育一般情况尚可,或有偏胖或稍差,面色晄白或偏黄少华,汗多,动则尤甚,饮食尚可或稍差,或虽纳食较多但大便不实或先硬后溏,小儿常可闻及喉中有痰鸣,舌质偏淡,苔白或腻。易发感冒,咳嗽、肺炎喘嗽、积滞、泄泻、阳水肿等病证,多见痰湿型、湿热型、气阳不足型、气阳不足夹湿型等。

1.5.2.2 脾肾质 多由先天禀赋不足,又后天调护不当所致。多见于初生体重低及后天为人工喂养的小儿。根据本型的日常特征仍分为A型(阳多阴少型)和B型(阴多阳少型)。

A型日常特征:小儿多形体瘦小或偏瘦,体重多不达标,面红唇红,食少便结,喜动易怒,精神亢奋,睡卧多汗。易惊躁扰,舌质红少苔或苔花剥或苔甚腻但乏津。易患感冒高热,乳蛾高热、高热惊厥、咳嗽、哮喘、多动,厌食、盗汗、疳积、皮肤疾患、口腔疾患等。发病时常见热盛型、湿热型、阴虚型、阴虚兼湿热等类型。

B型日常特征:小儿生长发育情况较差或异常,体重多不达标(亦可呈现异常身高体重情况),纳少或无明显异常,大便多溏或不成形,神情多呆滞,少动少语,哭声语声沉弱,男儿常见阴囊弛纵不收,舌质淡,苔白或腻或厚腻。易患感冒、哮喘、泄泻、阴水肿及生长发育障碍有关的病证,如五迟、五软、解颅等。病时多见气虚型、阳虚型、气阳不足挟湿型、湿盛型等,病情多缠绵反复。

1.6 资料统计 应用SPSS/PC10.0统计软件包进行分析处理。

## 2 结果

表一结果显示:CVA组患儿体质都为非调和质,与对照组比较有显著差异;表二结果显示:CVA组与对照组之间A、B型比较,CVA组B型体质分布居多,

差异具有显著差异;CVA组与对照组肺脾质之间A、B型比较,CVA组肺脾质患儿中B型体质分布居多,差异具有显著差异。

表1 CVA患儿与对照组儿童体质分型比较(n·%)

组别	n	调和质	非调和质
CVA组	87	0(0)	87(100)
对照组	54	15(27.8)	39(72.2)

注:经卡方检验,CVA组与对照组比较 $P=0.000$ 。

表2 CVA患儿与对照组体质分型分层分析情况(n)

组别	体质分型	A型	B型
CVA组	肺脾质	22	47
	脾肾质	8	10
对照组 <sup>△</sup>	肺脾质	23	9 <sup>△</sup>
	脾肾质	5	3

注:经卡方检验,<sup>△</sup>CVA组与对照组之间A、B型比较: $\chi^2=13.125, P=0.000$ ;<sup>△</sup>CVA组与对照组肺脾质之间A、B型比较: $\chi^2=14.153, P=0.000$ 。

## 3 分析与讨论

3.1 体质的定义 中医体质学说是—个新兴的学科,由匡调元、王琦等一批学者确立,它以中医理论为指导,在中医体质思想的基础上,从中医辨证思想中分化出来。中医学者结合中医的理论与实践,分别提出了体质的定义<sup>[8-10]</sup>,我们在学习有关研究并结合临床实践认为:体质是个体在生命存在的过程中,在先天及后天夺获的基础上,所形成的形态、结构、机能、代谢、心理等多方面既稳定又特殊的综合,这种综合生理上表现为对外界各种刺激的稳定性和个体差异性,病理上表现为对病因的易感性和产生的病变类型的倾向性。

3.2 关于本研究体质分型标准 我们参照了苏氏标准<sup>[7]</sup>,但作了一些修改,在制定标准时,突出中医整体观念。首先分为两型:即调和质和非调和质,这样的称谓比均衡质和非均衡质更为符合实际称谓。非调和质再分为肺脾质和脾肾质(这符合儿童生长发育的体质特点:即“阳常有余,阴常不足;肝常有余,脾常不足;心常有余,肺常不足,肾常不足”),后者再根据阴阳的偏盛偏衰(即阳多阴少和阴多阳少)分为A型(阳多阴少)、B型(阴多阳少)。苏氏标准中在计算机分型中严格按身高、体重等的达标情况区分各型,如果按照这种分型标准,那么,出生时体重>3kg身高不

达标以及出生时体重 < 3kg, 但现时体重、身高达标的儿童将被排除在外, 这将是其标准的不完善之处, 而体重是作为衡量小儿生长发育和营养状况的指标, 也是西医学计算药量的根据, 身高是反应骨骼发育的重要指标之一<sup>[11]</sup>, 我们在制定体质分型标准时, 充分考虑到身高和体重的因素, 但更是从整体上把握小儿体质特点, 而不计较是否因体重、身高等指标的细微差别而改变对体质的分型。

**3.3 研究结果的分析** 表1提示两组儿童调和质人数和非调和质人数比较差异极其显著, CVA组患儿均为非调和质, 这提示着两个问题: (1) CVA组与对照组儿童体质构成确实存在着差异; (2) 本研究所采用的体质分型标准能在一定程度上区别CVA患儿和正常儿童的体质构成, 可以在一定程度和范围内采用。但由于体质也存在地域等差别, 本调查结论不能完全代表其它地区CVA患儿的体质特点。表2CVA组和对照组儿童的体质分型分层比较, 经统计学处理显示: CVA组与对照组比较, A、B型差异极其显著, CVA组B型体质分布偏多, 阴多阳少型偏多, 这也与文献报道有相似之处<sup>[12]</sup>。而且, 两组肺脾质儿童中也以B型体质分布居多, 而从我们分型标准可知, 肺脾质的体质受后天影响较大, 故而CVA患儿的体质不但与先天禀赋(特别是遗传因素)关系密切, 受后天因素影响也很大, 是先、后天因素影响的综合结果。本研究中, CVA患儿均为非调和质, 这与赵氏<sup>[13]</sup>报道基本一致, 而脾肾质占21%, 这与赵氏<sup>[13]</sup>报道不一致, 看来CVA的体质分布与典型哮喘(BA)并非完全一致, 这可能为体质学中从整体上区别CVA与BA的不同作出依据, 这在临床中也具有重要意义, 为探讨CVA特殊性的本质提出了新的思路, 会不会CVA的特殊性与其体质密切相关呢? 本研究正常儿童对照组中, 非调和质人数也大于调和质人数, 这可能因为: 即使是健康儿童, 其体质也未必是调和质, 正常儿童本身之间体质也存在较大差异(现代儿童确实存在一定比例的亚健康状态); 即调和体质儿童不意味正常健康儿童, 反之亦然。此外, 对于本体质研究而言, 87例数目相对偏少, 如时间允许并进一步扩大研究数量, 则更有说服力。

**3.4 CVA中医“体质发病说”假说** 这里, 我们在总

结本研究主要研究结果, 在体质病因学的启发下, 对CVA的中医病因病机提出“体质发病说”: 结合前述体质的定义, 儿童中有一部分儿童由于个体体质的特殊性表现为非调和质, 非调和质中又有一部分表现为肺脾质和脾肾质, 这其中又有一部分儿童在有或无诱因的情况下演变为CVA并产生CVA临床表现和具体的证型, 在CVA患儿身上则表现为本病的发生为本虚标实, 标乃外感或外界刺激(油烟、运动、冷空气、过敏原等), 本虚乃禀赋不足, 肺脾肾亏虚。反过来CVA患儿也可能经过长时间的演变, 由其它体质转变为肺脾质和脾肾质。故在治疗时辨质论治, 在对证治疗的基础上, 采用调整体质的方法, 从量的方面说, 使从严重的非调和质向不严重的非调和质转变(病情趋向缓解), 从质的方面说从非调和质向调和质转变(病情趋向治愈)。

### 参考文献

- [1] David J, Lucy M, Osborn K. Cough Variant Asthma: A Review of the Clinical Literature[J]. *Asthma*, 1991, 28(2): 85-90.
- [2] Koh YY, Chae SA, Min KU. Cough variant asthma is associated with a high wheezing threshold than classic asthma[J]. *Chin Exp Allergy*, 1993, 23: 696.
- [3] 上海医学会儿科呼吸组. 上海市0-14岁儿童支气管哮喘患病情况调查[J]. *临床儿科杂志*, 2002, 20(3): 144-146, 149.
- [4] 马旭开, 江建福, 薛根友. 小儿咳嗽变异性哮喘的检测与临床研究[J]. *安庆医学*; 2000; 21(6): 290-291.
- [5] 王莉. 男女体质特点及其异同的研究[J]. *中国中医基础医学杂志*, 1998, 4(2): 7.
- [6] 全国儿科哮喘防治协作组. 儿童哮喘防治常规(试行)[J]. *中华儿科杂志*. 1998, 36(12): 747-750.
- [7] 苏树蓉, 钟柏松, 黎欣. 1061例小儿体质调查及体质分型的研究[J]. *中医杂志*, 1996, 37(10): 613-616.
- [8] 王琦. *中医体质学*[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1995.
- [9] 匡调元. *中医病理研究*[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1980.
- [10] 何裕民, 刘文龙. *新编中医基础理论*[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1996.
- [11] 王萍芬. *中医儿科学*[M]. 上海: 上海科学技术出版社 1997: 7.
- [12] 帅明华, 郭春香. 从虚寒论治咳嗽变异性哮喘的临床研究[J]. *中国医药学报*, 2001, 16(4): 73-75.
- [13] 赵霞, 苏树蓉. 100例哮喘患儿体质调查及分型研究[J]. *成都中医药大学学报*. 2001, 24(3): 16-17.