·综述·

儿童咳嗽变异性哮喘中医研究进展

侯一鸣

黑龙江中医药大学　150036

〔摘　要〕随着目前社会的不断发展，儿童咳嗽变异性哮喘已经成为中医儿科研究的重点话题之一，近些年有关小儿咳嗽变异性哮喘话题越来越多。经过对近些年有关中医治疗小儿咳嗽变异性哮喘文献的研究发现大部分文献内容是从中医辩证论治角度出发。了解中医治疗咳嗽变异性哮喘过程中的不足，解决不足，给出相应改善措施，在临床治疗中取得了简单的疗效是目前文献写作主要目的。为了能够更好地提高儿童咳嗽变异性哮喘治疗效果，研究儿童咳嗽变异性哮喘中医研究进展具有重要的意义。

〔关键词〕儿童咳嗽；变异性哮喘；中医研究

〔中图分类号〕R272　　〔文献标识码〕A　　〔文章编号〕2095-7165（2019）08-233-02

咳嗽变异性哮喘简称 CVA，又称“隐匿型哮喘”“过敏性咳嗽”，是支气管哮喘的一种特殊类型。CVA 以慢性咳嗽为主要或唯一临床表现，多见于儿童，占儿童慢性咳嗽的 17.0%～40.1%。从目前发展来看，西医认为 CVA 存在一定的气道反应性，主要通过支气管扩张剂及吸入糖皮质激素为主要治疗方法，通常吸入激素疗程长，停药过早咳嗽易反复，且有一定的不良反应。近年来，中医药治疗 CVA 的临床研究和报道逐渐增多，且疗效较好。笔者现就近 5 年来中医药对本病的临床研究进展综述如下。

1　病因病机

杨程远认为，本病早期为肺气不足，风邪潜肺，肺管挛急，虚实夹杂；后期则呈现肺、脾、肾三脏皆虚的表现。究其本质是因宿痰内伏，阻塞气道，致肺气伏郁，升降不利，气痰相搏而咳嗽。苏家辉等认为，本病的本质当属外感失治，邪伏肺络，肺气失宣，气机不利，气道挛急所致，并进一步提出以风邪犯肺为核心，始终把握风邪致病是关键。总的来说，从当前 CVA 病因机制的了解下，主要为先天禀赋不足或后天失养，肺、脾、肾三脏亏虚，而致卫表不固，外邪潜藏于肺络；或脾失运化，痰湿胶着于膈上；或外邪与宿痰互相引动，而致肺气不宣，气道闭阻挛急，久病入络伤阴，则见肺络瘀滞、阴虚内热之象。

2　病因论治

2.1 从风论治

CVA 咳嗽的特殊表现符合风邪“善行而数变”“风盛则挛急”的致病特征，从风论治立法。若风咳寒证加细辛、干姜、五味子；风咳热证加钩藤、薄荷，临床总有效率优于西药对照组。

2.2 从燥论治

从刺激性干咳表现入手，认为本病主要为肺燥而咳，以润肺止咳汤治疗小儿 CVA，全力止咳，突出润肺，而收完效。

2.3 从肝论治

采用疏肝化瘀、养阴清肺法，标本兼治，充分结合小儿阳常有余、阴常不足之特点，切中病机，使肺气得宣，咳喘自平。

2.4 从肾论治

采用补肾固本法，临床分为肺热肾虚和肺寒肾虚论治，重用女贞子、淫羊藿等以调节免疫功能，疗效满意。

2.5 从痰论治

根据“百病多由痰作祟”的理论，从痰论治，以理气化痰、宣肺止咳。自拟中药方随证加减治疗，收效良好。

2.6 从瘀论治

肺络瘀阻是本病的重要病理基础，活血化瘀法是治疗本病的重要手段和方法，强调活血化瘀药物应根据血瘀形成的始动因素辨证用药，常与益气、养阴、温阳、祛痰等法同用，可以提高临床疗效。

3　中医外治疗法

近年来越来越多的人开始重视用中药外治法治疗小儿 CVA。三伏贴是我国传统的中医外治疗法，结合了针灸、经络与中药学。它根据《黄帝内经》中“春夏养阳”的原则，在盛夏三伏时节、机体阳气至盛、体内阴寒之气易解之时，借助辛香温热走窜之药进行穴位贴敷，温阳祛寒，祛除体内顽固寒气，同时增强身体的正气，使人体达到阴阳平衡的状态。郭亦男运用冬病夏治的三伏贴联合拔罐治疗小儿咳嗽变异性哮喘 40 例，取穴为任脉上的膻中穴和天突穴以及膀胱经上的肺俞穴和膈俞穴。治愈 18 例，有效 17 例，无效 5 例，总有效率 87.5%。刘娟遵循疏通经络，调和阴阳的原则，采用穴位埋线的方法治疗小儿 CVA60 例，取穴：膀胱经之肺俞、心俞、膈俞以及任脉之膻中，脾经之足三里，定喘。结果：痊愈 18 例，显效 27 例，有效 9 例，无效 6 例，总有效率 90%。

4　总结

儿童咳嗽变异性哮喘是小儿常见的慢性呼吸道疾病，其发病是一个长期慢性进展的过程，与儿童肺脾肾三脏不足有关。小儿脏腑娇嫩，形气未充，五脏六腑的发育尚不完善，尤以肺脾肾三脏突出。肺气不足，则外邪易犯肺，引起咳嗽频作，应以疏风散寒、益气固表为治则，标本兼治；脾属土，小儿脾常不足，母病及子。致使肺脾不足，则咳嗽、痰白清稀，应以燥湿化痰、益气健脾为治则，补益肺脾之气；肺为气之主，肾为气之根，肺气虚则气不能下降至肾中，肾虚则不能纳气，易导致咳嗽反复，应以疏风祛邪、补益肺肾之气为治则，从根本上治疗该病。因此在治疗儿童 CVA 时，应找准本质原因，辨证与辨病相结合，运用经方，充分发挥中医药治疗小儿 CVA 的优势。

［参考文献］

[1] 杨程远 . 儿童咳嗽变异性哮喘的临床诊治分析 [J]. 世界最新医学信息文摘，2019，19(31)：76-78.

（下转第 236 页）

学术期刊网 www.qikanjiansi.com

胺类药物的依赖性及毒性，用药安全。

3.3 治疗新生儿持续肺动脉高压（PPHN）

PPHN 是在新生儿出生后随着肺血管阻力的持续增加，胎儿向正常成人循环过渡的过程中发生障碍，导致心房和 / 或动脉导管水平右向左分流，发生严重低氧血症等症状。在活产儿中，PPHN 占的比例约为 0.2%。病死率高达 10-20%。PPHN 超声诊断可依据（1）肺动脉收缩压（SPAP）＞ 35mmHg，或肺动脉收缩压大于 2/3 体循环收缩压或（2）存在心房或动邮导管水平的右向左分流。研究人员在 52 例新生儿持续性肺动脉高压患儿的治疗中随机分为两组，一组采用机械通气、静脉注射前列腺素等常规治疗，另一组在常规治疗基础上给予米力农治疗，予米力农 50μg/kg 的负荷剂量，在 10 分钟内完成静脉注射，随后以 0.75μg（/kg•min）的剂量静滴治疗。两组治疗时间均为 48h。通过观察治疗前后氧合疗效 [SpO2、PaO2、氧合指数]、肺动脉压（PAP）肺动脉平均压 PAMP、左心室输出量（SV）水平来评估治疗总有效率，结果显示米力农临床治疗总有效率显著高于常规治疗组，并未观察到不良反应。证实了米力农可扩张肺动脉血管，降低肺动脉压力，改善持续性肺动脉高压状态，提高氧合疗效，安全性较好。

4 小结

米力农作为新一代心血管系统药物，通过增强心肌的收缩力产生正性肌力作用，同时可扩张血管平滑肌，使外周血管扩张，从而降低心脏的前负荷和后负荷 ，改善左室功能，增加心脏指数 [5]。扩张肺血管，降低肺血管阻力，有效降低肺动脉压，改善低氧及右心功能，不增加心肌耗氧量。在儿科心血管领域已应用于 CHD 合并重症肺炎及心力衰竭、急慢性心衰、新生儿持续肺动脉高压、重症肺炎合并心衰的治疗、预防先心病术后低心排、以及先心病术后发生低心排的治疗。但是，米力农在临床上的应用剂量和浓度不统一。目前，到底什么样的给药方式及给药途径能够起到更好的治疗效果，降低米力农引起的不良反应，临床上也尚没有很好的办法来检测使用米力农以后患儿体内米力农的药物浓度是否过量，可能雾化吸入米力农以及降低米力农的使用量能够降低米力农的不良反应 [6]。近来年，米力农在儿童人群中药物监测得到了国外学者的重视，但目前还没有统一的标准来实时监测米力农的药物浓度，降低不良反应，值得我们去关注。

[参考文献]

[1] 顾莹莹 . 米力农的临床应用 [J]. 中国实用药，2013，8(31):169-170.

[2] 陈新谦，金有豫，汤光 . 新编药物学 [M].17 版，北京 : 人民卫生出版社，2011:376.

[3] 徐淑云 . 中华临床药物学 [M]. 北京 : 人民卫生出版社，2003:6.

[4] 莫绪明 . 中国先天性心脏病外科镶嵌治疗的现状及思考 [J]. 中华小儿外科杂志，2015，（8）：55-58.

[5] 李俊，冯爱君 . 米力农治疗小儿先天性心脏病合并重症肺炎及心力衰竭临床观察 [J]. 中国误诊学杂志，2011，11(3):539-540.

[6] 吴克诚 . 米力农治疗小儿先天性心脏病合并重症肺炎及心力衰竭临床观察 [J]. 保健文汇，2018，(1):7.

（上接第 233 页）

[2] 武延萍 . 儿童咳嗽变异性哮喘 37 例临床症状分析 [J]. 智慧健康，2019，5(08)：80-86.

[3] 蒋祥林，蒲永莉，刘奉 . 咳嗽变异性哮喘与中医体质研究进展 [J]. 现代医药卫生，2018，34(22)：3497-3500.

[4] 苏家辉 . 小儿咳嗽变异性哮喘治疗的研究进展 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志，2018，2(19)：172-173.

[5] 郭亦男，李源 . 冬病夏治穴位贴敷联合拔罐治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效观察 [J]. 中国医药指南，2016，14(08)：205-206.

[6] 刘娟，刘宝琴，王晓燕，等 . 穴位埋线对儿童咳嗽变异性哮喘肺功能和血清免疫球蛋白的影响 [J]. 河南中医，2015，35(06)：1417-1419.

（上接第 234 页）

张艾民等认为如果患者健侧卧位，肩关节周围肌肉、关节囊、韧带等最为松弛，肩关节前屈、内收移动过程中肱骨头自然向关节盂斜向移动，同时由于肩关节肌群及关节囊等自身的张力作用，易使肱骨头自动滑入到关节盂内。

2.4 端坐位

主要适用于体格健壮，不伴其他严重损伤的肩关节脱位患者。通常认为它是利用重力整复的原理进行复位。虽然坐位下患者是否能够充分放松仍存在争议，但对于肩部及同侧胸壁损伤而致失去杠杆条件患者也不失为一可行体位。

3 总结

关节复位总的原则需遵循“按其原路返回”，现尚无某一种方法能对所有脱位进行复位。随着对肩部解剖和创伤机制的进一步认识和临床实践，整复肩关节脱位的方法越来越多，但总的可以分为 3 种整复原理：①利用杠杆作用整复；②利用牵引整复；③利用重力整复。其实质均以对抗牵引为整复特点，或采用麻醉等各种方式使肌肉组织得到松弛。无论采用何种方法体位，均需注意腋部血管神经的保护，对于骨质疏松的患者更应选用适当的手法注意预防骨折。肩关节活动度最大的关节，其稳定性主要依赖于肩袖、关节囊、盂唇。在肩关节脱位时也多伴有其损伤，绝大多数经复位、制动后治疗后可自身修复。但对于习惯性脱位、肩袖严重损伤、盂唇撕裂等常成为以后肩关节疼痛、不稳的主要原因”，此类必要时则需进一步采用关节镜手术进行修复治疗。

[参考文献]

[1] 胥少汎，葛宝丰，徐印坑 . 实用骨科学 [M].3 版 . 人民军医出版社，2008：406，413.

[2] 谷先光，谷静，孟庆山，等 . 介绍肩关节前脱位的简易复位法 [J]. 中华创伤骨科杂志，2004，6(5)：593-594.

[3] 文昌义，吴建 . 手法复位治疗肩关节脱位 [J]. 中医正骨 2009，22(2)：109-110

[4] 高道海，刘军 . 改良 Kocher 复位法整复肩关节脱位 [J]. 中国骨伤，2009，22(2)109-110.

[5] 苏士乐，刘浩，章宏志，等 . 肩关节脱位医源性并发症失误分析 [J]. 中国矫形外科杂志，2009，17(18)：1433-1434.

[6] 荣博 . 肩关节脱位闭合复位的体位探讨 [J]. 中国骨伤，2009，22(1)：25-26.

[7] 张艾民，张君，孙胜林 . 健侧卧位自然复位法治疗肩关节脱位 [J]. 中国骨伤，2003，16(1)：54.

[8] 黄克坚，高立华，藏学慧，等 . 节镜下盂唇缝合治疗肩关节前脱位 [J].1 临床骨科杂志，2011，14(1)：49-50.

学术期刊网 www.qikanjiansuo.com