

729 例特禀体质小儿咳嗽证型分布规律研究*

姚勇志¹, 王力宁^{1△}, 吴曙粤³, 蒙春雪⁴, 高冲²,
钟李英², 刘利明², 张程和², 李韶华²

(1. 广西中医药大学第一附属医院, 广西南宁 530023; 2. 广西中医药大学, 广西南宁 530008;
3. 南宁市第一人民医院, 广西南宁 530023; 4. 柳州市妇幼保健院, 广西柳州 5450000)

摘要: **目的** 探讨小儿特禀质咳嗽的证候分布规律, 为制定该病的辨证标准及指导治疗提供理论依据。**方法** 对 729 例特禀质咳嗽患儿进行观察, 以中医辨证理论方法为基础, 按照事先设计的调查表调查获取患儿发病特点、病史特点及四诊资料等, 应用统计软件 SPSS 19.0 对收集资料进行频数分析, 总结出该病的发病特点、病史特点及证候特点及中医证候分布规律。**结果** 1~5 岁年龄段特禀体质患儿检出概率较其他年龄段大; 首次就诊中医证型主证以风热犯肺为常见, 复合证中以肺脾气虚为常见; 主证中发生肺脾气虚、气阴两虚证患者病程均较长, 其次为痰湿内蕴, 风热犯肺证病程相对较短, 复合证中以痰湿内蕴、肺脾气虚证病程较长; 风热犯肺证中以 1~5 岁年龄段患儿最为多见, 肺脾气虚证以 3~7 岁年龄段患儿最为多见, 痰湿内蕴以 1~5 岁年龄段患儿为多见, 7 岁以后患儿就诊人数明显少于其他年龄段患儿($P<0.05$); 既往病史中患湿疹病史的患儿占有较大比例。特禀体质小儿咳嗽诱因多无规律, 在能明确的诱因中以遇寒后咳为主, 其次为活动后咳; 咳嗽频率以阵咳及偶咳为主; 病程小于 3 周的患儿以昼夜均咳、晨起咳或夜晚咳较常见, 单纯以白天咳多较为少见, 而午后咳的情况很少发生; 病程大于 3 周的患儿, 以晨起或夜晚咳为多见; 特禀体质患儿咳嗽咳声多重浊, 大部分患儿咳嗽有痰难咯。**结论** 特禀体质小儿咳嗽具有其相关的发病特点和临床规律。

关键词: 特禀质; 咳嗽; 小儿; 证候规律

中图分类号: R256.11 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2013)05-0030-06

咳嗽是儿科呼吸系统疾病的最常见症状, 属中医儿科肺系病证中的病名范畴^[1]。各种呼吸道疾病多伴有不同程度的咳嗽症状, 儿科门诊以咳嗽为主诉就诊者约占 60%~80%。体质属特禀质同时患有以咳嗽为主症的患者称为特禀质咳嗽。其中包括了西医学上的哮喘、咳嗽变异性哮喘(CVA)及既往有婴儿期湿疹、过敏性鼻炎、过敏体质等病史, 或中医辨质为素体痰湿内盛的体质因素, 或有哮喘、过敏性鼻炎等家庭史等一类病人, 因呼吸道感染或因遇冷刺激、过度活动后等因素诱发的咳嗽。为明确特禀质小儿的咳嗽特点及证候分布, 我们对 729 例患儿进行观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 调查研究对象的来源

顺序抽取 2011 年 7 月至 2013 年 4 月在广

西中医药大学第一附属医院儿科与南宁市第一人民医院儿科学科普通门诊以咳嗽为主诉就诊并符合小儿特禀质判断条件的患儿 729 例作为调查对象。

1.2 小儿特禀质咳嗽的诊断标准

参照王琦主编的《中医治未病解读》^[2]中特禀质体质判定条件拟定小儿特禀质体质的判断标准: ①患儿以咳嗽为主诉就诊; ②既往病史中有过敏性鼻炎、湿疹、哮喘、荨麻疹等病史或父母中有明显过敏体质倾向者; ③伴有下列临床表现特点, 一是常因气候转冷或感寒而作; 二是多于半夜、凌晨阳气相对不足是发作或加剧, 其次是病程相对较长且易反复, 或由外感六淫诱发而迁延难愈; ④特禀质咳嗽包括外感咳嗽及内伤咳嗽, 分别具有外感咳嗽与内伤咳嗽的临床特点。

* 基金项目: 广西卫生厅重点课题(NO:重 2011054); 广西名中医民族医传承工作室建设项目(NO:桂卫中[2013]10 号)

收稿日期: 2013-09-21 修回日期: 2013-09-23

作者简介: 姚勇志(1985~), 男, 广西陆川人, 住院医师, 研究方向: 小儿呼吸系统疾病的防治。

△通信作者: 王力宁, E-mail: wln21@126.com

1.3 小儿特禀质咳嗽的中医辨证分型判断标准

参照 1994 年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》制定的咳嗽分型标准。

1.4 资料采集方法

编制《小儿特禀质咳嗽的中医证治规律研究病例调查表》(自拟下同),内容含一般情况、既往病史、家族史及治疗经过信息;编制《咳嗽中医辨证要点表》,其中的观察指标包括主症与伴随症的不同观测要素;编制《主要症状体征积分量表》。

统一培训调查数据采集及填表方法,所有主观症状及病史的采集统一规范问诊引导语,避免信息遗漏及各种暗示言行,所有体征信息均由具有高级职称人员复核确认,以确保资料数据的客观性、真实性与评价的一致性。

1.5 数据收集及统计学分析

通过调查问卷与体格检查,填写《小儿特禀质咳嗽的中医证治规律研究病例调查表》、《咳嗽中医辨证要点表》及《主要症状体征积分量表》。采用《临床研究数据采集系统(Epidata)》双份独立录入建立数据库,复核数据的准确性。将 Epidata 数据导出,采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析。所有的统计检验均采用双侧检验, $P\leq 0.05$ 将被认为差别有统计意义。

2 结果

2.1 病例的性别年龄分布情况

所收集的 729 例其中男 485 例,女 244 例,男 女比例 1.984:1;年龄最大 13 岁 4 月,最小 2 月,平均年龄 3.39 ± 2.15 岁;1 岁以下 64 例,1~3 岁(不含 3 岁)242 例,3~5 岁(不含 5 岁)273 例,5~7 岁(不含 7 岁)100 例,7 岁以上 45 例,5 例未记录详尽。年龄分布与证型相关情况见表 1。

表 1 729 例小儿特禀质咳嗽年龄分布与证型相关情况 $n(\%)$

年龄段	1 岁以下	1~<3 岁	3~<5 岁	5~<7 岁	≥7 岁
总例数	64(8.78)	242(33.20)	273(37.45)	100(13.72)	45(6.17)
风热犯肺	50(6.86)	188(25.79)	193(26.47)	64(8.78)	32(4.39)
痰湿内蕴	12(1.65)	26(3.57)	24(3.29)	9(1.23)	4(0.55)
肺脾气虚	2(0.27)	20(2.74)	38(5.21)	37(5.08)	3(0.42)
痰热壅肺	0(0)	3(0.42)	2(0.27)	1(0.14)	2(0.27)
气阴不足	0(0)	4(0.55)	14(1.92)	10(1.37)	2(0.27)
阴虚肺热	0(0)	2(0.27)	1(0.14)	0(0)	0(0)

从表 1 可以看出 1~5 岁年龄段患儿发病概率

较其他年龄段大,经统计学分析差异显著($P<0.01$)。而在证型分布中风热犯肺证在各年龄段均占较大比例,是特禀体质小儿咳嗽发生概率最常见的证型,其次为肺脾气虚、痰湿内蕴证;而阴虚肺热证在特禀体质咳嗽患儿中较少出现。此外,风热犯肺证中以 1~5 岁年龄段患儿最为多见;肺脾气虚证以 3~7 岁年龄段患儿最为多见;痰湿内蕴以 1~5 岁年龄段患儿为多见;大于 7 岁的患儿就诊人数明显少于其他年龄段患儿($P<0.05$),考虑随着儿童年龄的增长,体质因素日趋稳定,自身体质不断增强,发病次数相对减少。

2.2 特禀质咳嗽患儿既往病史分布情况

729 例特禀质咳嗽患儿既往病史分布情况见表 2。

表 2 特禀质咳嗽患儿既往病史分布情况

既往病史	<i>n</i>	比例 /%
湿疹	450	61.73
反复呼吸道感染	163	22.36
喘息性支气管炎	92	12.62
过敏性鼻炎	63	8.64
食物过敏	46	6.31
哮喘	37	5.08
咳嗽变异性哮喘	8	1.10
肺炎	62	8.50
荨麻疹	18	2.47
鼻炎	33	4.53
其他	29	3.98

从表 2 可以看出,既往病史中有湿疹病史的患儿占有较大比例(61.73%),其次是喘息性支气管炎(12.62%),过敏性鼻炎(8.64%)及肺炎(8.50%)。另外反复呼吸道感染占比较高(26.46%),表明特禀体质患儿存在病情迁延、反复易感的可能。

2.3 特禀质咳嗽患儿家族史分布情况

特禀质咳嗽患儿家族史分布情况见表 3。

表 3 特禀质咳嗽患儿家族史分布情况

相关病史	<i>n</i>	相关病史	<i>n</i>
湿疹	16	哮喘	26
过敏性鼻炎	117	结核病	1
荨麻疹	19	食物过敏	17
鼻炎	21	其他	5
喘息性支气管炎	4		

从表 3 中可以看出特禀质咳嗽患儿家族史中过敏性鼻炎占有较大比例,其次是哮喘、鼻炎、荨麻疹食物过敏等,但在调查过程中部分患儿家长对病史情况描述未能详尽。

2.4 特禀体质小儿咳嗽治疗经过疗效情况

特禀体质小儿咳嗽治疗经过疗效情况见表 4。

表 4 特禀体质小儿咳嗽治疗经过疗效情况

治疗经过	有效	无效	加重
抗过敏药	98	23	0
抗菌素	124	130	4
激素	29	2	0
升提类中药	11	48	6

从该表可以看出抗过敏类药物、激素对特禀体质小儿咳嗽有一定疗效,抗生素疗效并不确切,升提类中药疗效欠佳,并且可能导致咳嗽加剧。

2.5 特禀质咳嗽患儿首诊证型及病程分布情况

特禀质咳嗽首诊证型及病程分布情况见表 5。

表 5 特禀体质小儿咳嗽首诊证型分布情况(%, $\bar{x}\pm s$)

证型	主证 /n	病程 $\bar{x}\pm s$ /d	比例 /%	复合证 /n	病程($\bar{x}\pm s$) /d	比例 /%
风热犯肺	508	11.53 $\pm$ 19.98	72.78	5	20.00 $\pm$ 17.32	0.72
痰湿内蕴	71	19.76 $\pm$ 35.64	10.17	24	36.75 $\pm$ 76.25	3.43
肺脾气虚	78	37.64 $\pm$ 56.02	11.17	78	33.66 $\pm$ 39.69	10.03
痰热壅肺	6	13.83 $\pm$ 22.75	0.86	0	0	0
气阴不足	31	38.52 $\pm$ 58.46	4.44	22	20.81 $\pm$ 26.09	3.87
阴虚肺热	4	10.00 $\pm$ 13.49	0.57	1	8	0.14

注:经 χ^2 检验,各证型分布 $P<0.05$ 。

从表 5 中可以看出特禀体质咳嗽小儿首次就诊时中医证型主证以风热犯肺为常见(72.78%),其次是痰湿内蕴(10.17%)及肺脾气虚(11.17%)证型;而痰热壅肺(0.86%)、气阴不足(4.44%)及阴虚肺热(0.57%)较少发生;经 χ^2 检验各证型分布有差异($P<0.05$)。复合证以肺脾气虚为常见(10.03%),其次为痰湿内蕴(3.43%)、气阴不足(3.87%),而风热犯肺(0.68%)及阴虚肺热(0.14%)较少发生。主证中肺脾气虚、气阴两虚证病程均较长,大于 1 月;其次为痰湿内蕴;风热犯肺证病程相对较短。复合证中以痰湿内蕴、肺脾气虚证病程为最长,大于 1 月;其次为气阴不足证。

2.6 特禀体质小儿咳嗽特点情况

了解特禀体质小儿咳嗽特点,对不同病程特

禀质咳嗽的透发或加重原因、咳嗽的频率、透发或加重时间、咳声特点及咯痰的分布的统计情况,见表 6 至表 10。

表 6 特禀体质小儿咳嗽的透发或加重原因分布情况

诱发咳嗽原因	n	比例 /%
遇寒后咳	207	30
进食后咳	29	4.2
哭闹后咳	29	4.2
服药后咳	3	0.4
活动后咳	108	15.7
咳无规律	314	45.5
合计	690	100

注:39 例患儿咳嗽诱发因素中未记录详尽。

从表 6 中可以看出,较大一部分特禀体质患儿咳嗽诱因多无规律,而在能明确的诱因中,以遇寒后咳为主要因素,其次为活动后咳。哭闹后咳嗽及进食后咳嗽在少部分患儿中存在,而服药后出现咳嗽的概率较小。

表 7 特禀体质小儿咳嗽的频率分布情况

咳嗽频率特点	n	比例/%
偶咳	258	35.9
阵咳	405	56.3
频咳	47	6.6
持续咳	3	0.4
痉挛咳	6	0.8
合计	719	100

从表 7 可以看出,在我们观察的特禀体质患儿咳嗽频率中以阵咳及偶咳为主,少部分患儿为频咳,而痉挛咳及持续咳发生频率较少。

表 8 不同病程特禀质小儿咳嗽诱发或加重时间分布情况

时间分布特点	n(%)		
	病程小于 3 周	病程大于 3 周	合计
昼夜均咳	225(34.1)	19(10.8)	244(29.2)
晨起咳	181(27.5)	74(42.0)	255(30.6)
白天咳多	45(6.8)	18(10.2)	63(7.5)
夜晚咳甚	206(31.2)	64(36.4)	270(32.3)
午后咳甚	2(0.3)	1(0.6)	3(0.4)
合计	659	176	835

从表 8 可以看出,特禀体质咳嗽患儿咳嗽时间

分布特点病程小于3周的患儿以昼夜均咳、晨起咳或夜晚咳较常见,单纯以白天咳多较为少见,而午后咳的情况很少发生;而病程大于3周的患儿,以晨起或夜晚咳为多见。

表9 特禀体质小儿咳嗽咳声特点分布情况

咳声特点	n	比例/%
咳声轻扬	186	25.5
咳声重浊	465	63.7
痰声碌碌	45	6.2
咳声嘶哑	22	3.0
犬吠样咳	0	0
咳嗽高亢	7	0.9
咳声低微	3	0.4
呛咳	2	0.3
合计	730	100

从表9可以看出,特禀体质患儿咳嗽咳声多重浊,与咳声轻扬相比较经 χ^2 检验统计学差异显著($P<0.01$);另外有少部分患儿出现喉间痰声碌碌、咳声嘶哑。而犬吠样咳、呛咳等情况较少发生。

表10 不同病程特禀质咳嗽的咯痰情况分布

咳痰特点	n	比例/%
痰清稀	25	3.2
痰色白	132	17.1
痰稠	138	17.8
痰黄	91	11.8
痰青绿	7	0.9
痰夹血丝	0	0
痰粘	51	6.6
难咯	340	43.9
合计	774	100

从表10可以看出,无论是病程长短,大部分患儿咳嗽有痰难咯;多数患儿咳嗽咯痰痰色白或色黄,痰青绿较少见,从痰质上看质多粘稠,痰夹血丝的显现没有出现。

2.7 特禀体质小儿咳嗽与西医病种的分布情况

特禀体质小儿咳嗽与西医病种的分布情况见表11。

从表11中可以看出特禀体质咳嗽小儿首诊西医病种以急性上呼吸道感染及支气管炎为主。

表11 特禀体质小儿咳嗽与西医病种的分布情况 n

西医病种	病程小于3周	病程大于3周	总计
急性上呼吸道感染	317	56	373
支气管炎	181	31	212
哮喘性支气管炎	5	5	10
哮喘	18	1	19
肺炎	13	0	13
过敏性咳嗽	7	7	14
CVA	7	17	24
过敏性鼻炎	1	3	4
胃食管返流	0	2	2

3 讨论

特禀体质小儿体质类型多类似于过敏体质,由于其特殊的体质特点及对外界刺激的反应,特别是易为冷空气异味的刺激呼吸道感染等而引发咳嗽。特禀体质小儿不仅具有肺常不足易感外邪的特点,同时还具有对不良刺激过度敏感易引发伏痰的特征,故特禀体质小儿咳嗽包括了西医学的咳嗽变异性哮喘(CVA)及既往有婴儿期湿疹、过敏性鼻炎等病史,素体痰湿内盛的体质因素,或有哮喘、过敏性鼻炎等家庭史,因呼吸道感染或因遇冷刺激、过度活动后等因素诱发的咳嗽,且不论外感或内伤均有夜间或清晨发作性阵咳的特点,故也常被称为痰湿质咳嗽^[9]。

体质是指不同人群及人群中的个体,在先天禀赋和后天多种因素影响下形成的阴阳消长相对稳定状态及动静趋势,并表现在形态和生理功能上的固有特性。这种特性往往决定其对某种致病因素的易感性和病变类型的倾向性^[1]。咳嗽是儿科多种疾病中最常见的症状之一,尤其是肺系疾病中最常见的症状,在长期的临床工作中发现具有特禀体质的咳嗽患儿其临床表现及对治疗效果的反应性与非特禀体质小儿明显不同。而目前研究中尚未有针对特禀体质小儿咳嗽证候规律及发病特点的多中心、大样本研究。研究探讨中医治疗小儿特禀质咳嗽的证候规律有助于阐明小儿特禀质咳嗽的证候分布情况及不同治疗方法治疗的证效关系;整理出中医治疗小儿特禀质咳嗽的证治规范。

从我们的研究中可以看出,1~5岁年龄段特禀体质患儿发病率较其他年龄段大($P<0.05$)。首次就诊时中医证型主证以风热犯肺为常见(72.78%),其

次是痰湿内蕴(10.17%)及肺脾气虚(11.17%)证型;而痰热壅肺(0.86%)、气阴不足(4.44%)及阴虚肺热(0.57%)较少发生;经 χ^2 检验各证型分布有差异($P<0.05$)。复合证以肺脾气虚为常见(10.03%),其次为痰湿内蕴(3.43%)、气阴不足(3.87%),而风热犯肺(0.68%)及阴虚肺热(0.14%)较少发生。主证中肺脾气虚、气阴两虚证病程均较长,大于1月;其次为痰湿内蕴;风热犯肺证病程相对较短。复合证中以痰湿内蕴、肺脾气虚证病程较长,大于1月;其次为气阴不足证。风热犯肺证中以1~5岁年龄段患儿最为多见;肺脾气虚证以3~7岁年龄段患儿最为多见;痰湿内蕴以1~5岁年龄段患儿为多见;7岁以后患儿就诊人数明显少于其他年龄段患儿($P<0.05$),考虑随着儿童年龄的增长,体质因素日趋稳定,体质增强,发病次数相对减少。特禀体质小儿既往病史中有湿疹病史的患儿占有较大比例(61.73%),其次是喘息性支气管炎(12.62%),过敏性鼻炎(8.64%)及肺炎(8.50%)。另外RRTI占比较高(26.46%),说明特禀体质患儿存在病情迁延、反复易感的可能。家族史中过敏性鼻炎占有较大比例,其次是哮喘、鼻炎、荨麻疹食物过敏等,但在调查过程中部分患儿家长对病史情况描述未能详尽。

在入组观察前患儿治疗经过中,我们发现抗过敏类药物、激素对特禀体质小儿咳嗽有一定疗效,抗生素疗效并不确切,升提类中药疗效欠佳,并且可能导致咳嗽加剧。而我们认为,激素及抗生素的不合理使用可能影响疾病的转归,对患儿健康无益。同时我们在长期的临床实践中观察到特禀体质患儿发生咳嗽时,使用升提类中药可能会诱使特禀体质患儿咳嗽加重,但目前我们对其未有科学的深入研究,国内亦未有相关文献报道,有待进一步探讨。

在对特禀体质小儿咳嗽特点的观察中可以看出,较大一部分患儿咳嗽诱因多无规律,而在能明确的诱因中,以遇寒后咳为主要因素,其次为活动后咳;哭闹后咳嗽及进食后咳嗽在少部分患儿中存在,而服药后出现咳嗽的概率较小;咳嗽频率以阵咳及偶咳为主,痉挛咳及持续咳发生频率较少;咳嗽时间分布特点中病程小于3周的患儿以昼夜均咳、晨起咳或夜晚咳较常见,单纯以白天咳多较为

少见,而午后咳的情况很少发生;病程大于3周的患儿,以晨起或夜晚咳为多见;特禀体质患儿咳嗽咳声多重浊,说明特禀体质小儿咳嗽喉间有痰的可能性较大。另外有少部分患儿出现喉间痰声碌碌、咳嗽嘶哑;而犬吠样咳、呛咳等情况较少发生;大部分患儿咳嗽有痰难咯,考虑与小儿自身特点以及生理特点有关;从痰色上看,多数患儿痰色白或色黄,痰青绿较少见,从痰质上看质多粘稠,痰夹血丝的显现没有出现。特禀体质咳嗽小儿首诊西医以急性上呼吸道感染及支气管炎为主,考虑特禀体质小儿咳嗽发病仍以呼吸道感染为主,但我们在观察中未对全体病例进行血常规、肺炎支原体血清抗体及病毒学等检验,故不能对感染指标等做出全面的分析和评价。

咳嗽是小儿肺系疾病中最常见的症状之一,各种呼吸道疾病多伴有不同程度的咳嗽症状,儿科门诊以咳嗽为主诉就诊者约占60%~80%。随着过敏性疾病在工业化国家中的日渐流行,人群流动性增加、自然环境的变化及生活条件的改变,可能影响过敏性疾病发生的因素不断增多^[4-5]。虽然目前尚缺乏对特禀体质小儿咳嗽的大样本流行病学调查研究,但是特禀体质小儿咳嗽的群体在临床上是不容忽视的。明确特禀体质小儿咳嗽的病因病机、发病特点、证型规律等,对预防及治疗特禀体质小儿咳嗽具有重要的指导意义,在儿科肺系疾病的防治中发挥中医药优势及特色有着极其重要意义。

参考文献

- [1] 陆权,王雪峰. 儿童咳嗽中西医结合诊治专家共识[J]. 中国实用儿科杂志,2010,25(6):439-443.
- [2] 王琦. 9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报,2005,28(4):1-8.
- [3] 王力宁,冯春辉,陈金月,等. 麻杏二陈汤煮散治疗小儿特禀质咳嗽的临床研究[J]. 中医儿科杂志,2012,8(5):32-35.
- [4] 高文新,李毅,齐力坤,等. 840例变应性皮肤病患者血清过敏原检测分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2006,22(8):705.
- [5] 喻楠,王建军,张晓鸣,等. 1844例变态反应性皮肤病血清过敏原特异性IgE抗体分析[J]. 宁夏医学院学报,2006,28(5):396.

(编辑:徐建平)

729 Cases of Children with Special Intrinsic Quality Cough Syndrome Distribution of the Law

YAO Yong-zhi¹, WANG Li-ning¹, WU Shu-yue³, MENG Chun-xue⁴, GAO Chong²,

ZHONG Li-ying², LIU Li-ming², ZHANG Cheng-he², LI Shao-hua²

(1. The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi 530023, China;

2. Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi 530008, China;

3. No. 1 People's Hospital of Nanning, Nanning Guangxi 530023, China;

4. Liuzhou Women and Children Health Hospital, Liuzhou Guangxi 545000, China)

ABSTRACT: Objective To investigate special intrinsic quality pediatric cough syndrome distribution laws for the development of the disease syndrome standards and provide a theoretical basis to guide treatment. **Methods** 729 cases of children with special intrinsic quality coughing observations to Base on TCM theory, in accordance with pre-designed questionnaire survey for children with disease characteristics, medical history characteristics and The four diagnostic information, etc. The application of the collected statistical software SPSS 19.0 data frequency analysis, summed incidence of the disease characteristics, medical history characteristics and syndromes and syndrome distribution. **Results** 1 to 5 years old children ages intrinsic physical detection probability than other ages segment size; TCM Major syndromes to wind heat invading is common in the First visit children, complex syndromes in order to DLS is common; Major syndromes in occurred DLS and Qi Deficiency patients were longer duration, followed by intrinsic phlegm, Wind heat invading permit relatively short duration, complex syndromes in order to intrinsic phlegm, lung deficiency syndrome longer course; Wind heat invading card in 1 to 5 age group is most prevalent in children, Lung deficiency syndrome 3 to 7 age group is most prevalent in children, phlegm intrinsic 1 to 5 years of age in children more common in children after the age of seven the number of visits was significantly less than other age groups of children ($P < 0.05$); A large proportion of children with Eczema in Past history. Intrinsic physical cough incentives and more erratic, in a clear incentive in order to be able to post Catch cold, followed by the activity cough; Cough frequency of cough and even cough array-based; Disease in children less than three weeks to circadian are cough, morning cough or cough at night is more common and more simple to more rare daytime cough, cough and afternoon rarely happens; Course of more than three weeks in children, with early morning or night cough is more common; Intrinsic physical children with cough Kesheng more muddy, most children cough slightly difficult. **Conclusion** Intrinsic physical cough with its associated morbidity and clinical characteristics of the law.

KEY WORDS: special intrinsic quality; cough; pediatric; syndromes

(原文见第 28 页)

The Comparative Study between MRI and Corpse on the Safe Needling Depth through Fengfu and Yamen Acupoints

TANG Zhu-sheng¹, CHU Xin¹, Cong Shu-yuan¹, MAO Xiao-wen², WU Yu-ming¹

(1. Yunnan University of TCM, Kunming Yunnan 650500, China;

2. The First Affiliated Hospital of Yunnan University of TCM, Kunming Yunnan 650021, China)

ABSTRACT: Objective To find the dangerous depth of Fengfu and Yamen acupuncture points using MRI and dead bodies sectional anatomy The acupuncture safety depth Calculated can provide clinicians with the acupuncture security reference standard. **Methods** 1. Select healthy adult male volunteers, to screen 30 subjects; 2. Acupoints positioning and marking of body dimensions, the needle point should be affixed with medical tape of cod liver oil; 3. To get straight-line distance from the image of the surface of cod liver oil to the danger point on MRI section; 4. Sift 10 cases of moderate size male body. Mark the body surface points with marker maker, cut with high-speed band saw after being frozen, and then to measure the straight line distance from surface of acupuncture points to the danger point anatomical structure on the cross section with a vernier caliper; 5. Analyze statistically the data by using T test. **Results** Piercing the dangerous depths and the safe depths of Fengfu and Yamen acupoints to compare MRI group with the body group, and the results show: $P < 0.05$, with a difference. **Conclusion** The average maximum safe depth value recommended for medium size male as following: Fengfu 36mm, Yamen 36mm.

KEY WORDS: Fengfu acupuncture points; Yamen acupuncture points; depth; MRI; body