

# 中药沐足治疗外感发热临床研究

吴广平, 胡聪, 叶烨

广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510120

**【摘要】目的:** 观察中药沐足治疗外感发热的临床疗效。**方法:** 将 293 例患者随机分为治疗组和对照组 A 组、对照组 B 组, 治疗组采用中药粉剂沐足治疗, 对照组 A 组采用柴胡针治疗, 对照组 B 组采用赖氨匹林治疗。观察各组临床疗效及体温曲线下面积、不良反应。**结果:** 总有效率治疗组为 77.0%, 对照组 A 组为 78.6%, 对照组 B 组为 87.4%, 各组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组与对照组 A 组比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ); 与对照组 B 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。1h 时体温曲线下面积治疗组与对照组 A 组比较, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 治疗组与对照组 B 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2h 时各组比较, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。4h 时治疗组与对照组 A 组、对照组 B 组比较, 差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。提示治疗组能达到良好的退热效果, 其退热效果与对照组 A 组柴胡针肌肉注射效果相当, 比对照组 B 组赖氨匹林静脉注射短期效果稍差, 但退热时间较赖氨匹林长。**结论:** 中药沐足治疗外感发热疗效肯定。

**【关键词】** 呼吸道感染; 发热; 中医疗法; 外治法

**【中图分类号】** R56      **【文献标识码】** A      **【文章编号】** 0256-7415 (2013) 12-0073-03

外感发热是内科常见的疾病, 其发病率占内科疾病的首位, 多由外感风邪所致, 以发热、恶寒、鼻塞流涕、头痛、咳嗽为主要症状。药浴疗法是以内病外治为目的的一种传统外治法, 早在西汉《五十二病方》中就有记载。从古至今, 药浴疗法被应用于各科疾病的治疗, 疗效显著, 为人类的健康做出了巨大贡献。笔者进行了中药沐足治疗外感发热的临床对照观察研究, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例来源于 2009 年 6 月 13 日~2011 年 5 月 26 日在广东省中医院发热门诊就诊的患者 293 例, 具有急性上呼吸道感染临床表现: 急性起病, 发热, 伴咽痛、轻咳、鼻塞、流鼻涕。治疗组 100 例, 男 48 例, 女 52 例; 年龄( $32.5 \pm 7.5$ )岁, 病程( $1.8 \pm 0.3$ )天。对照组 A 组 98 例, 男 47 例, 女 51 例; 年龄( $33.2 \pm 7.8$ )岁, 病程( $2.1 \pm 0.5$ )天。对照组 B 组 95 例, 男 46 例, 女 49 例; 年龄( $31.6 \pm 8.1$ )岁, 病程( $1.9 \pm 0.2$ )天。各组一般资料经

统计学处理, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入标准** 年龄 14~60 岁; 具有急性上呼吸道感染的临床表现; 发热 3 天以内, 体温  $\geq 38^\circ\text{C}$  而无汗者; 血常规: 白细胞计数  $< 10 \times 10^9$  者。

**1.3 排除标准** 妊娠妇女; 合并有严重的心、肝、肾、造血系统疾患或恶性肿瘤, 精神障碍者; 不符合纳入标准, 无法判断疗效或资料不全者; 对柴胡针、赖氨匹林过敏患者。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 物品准备: 10 000~20 000mL 容量的塑料桶或塑料盆 2 个, 一次性耐热塑料膜一张, 盛 40~43 $^\circ\text{C}$  热水 5 000mL 和 70~80 $^\circ\text{C}$  热水 10 000~15 000mL, 备用科室协定方粉末剂, 23 $^\circ\text{C}$  左右冷水 1 盆(约 2 000mL); 消毒小毛巾 2 条, 中毛巾 1 条。泡足方法: 将科室协定方粉末剂放入 40~43 $^\circ\text{C}$  热水中给患者泡足至踝上 10~15cm。每次泡足持续时间根据患者体质及病情而定, 体质强壮、肥胖者泡足

**【收稿日期】** 2013-05-25

**【基金项目】** 广州中医药大学创新基金资助项目 (编号: 10CX45)

**【作者简介】** 吴广平 (1978-), 男, 主治医师, 研究方向: 重症医学。

20min 以上至全身透汗即止；消瘦体弱者则泡足 10min 后全身汗湿即可。

**2.2 对照组** 对照组 A 组：柴胡针，每次 4mL，肌肉注射；对照 B 组：赖氨匹林 0.9g 加入生理盐水 10mL 静脉注射或赖氨匹林 0.9g 加入注射用水 4mL 肌肉注射。

必要时合并用药：维生素 C 2g 加入生理盐水 500mL 中静脉滴注，每天 1 次，同时不可合并使用所有其他中药、成药制剂。

### 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 观察 4h，记录入组前和入组后体温，绘制入组后 4h 体温曲线。比较退热效率、起效时间、解热时间及第 1h、2h、4h 体温曲线下面积。

**3.2 统计学方法** 采用 SPSS13.0 统计软件，计数资料采用  $\chi^2$  检验，计量资料用方差分析；对于治疗前基线值或难以控制或未加控制的混杂因素，如治疗前组间不均衡，则作为协变量用协方差分析。

### 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[1]</sup>。显效：治疗后 2h 内体温下降  $>1\sim 2^{\circ}\text{C}$ ；有效：治疗后 4h 内体温下降  $0.5\sim 1^{\circ}\text{C}$ ；无效：用药后 4h 内体温未下降或下降  $<0.5^{\circ}\text{C}$ ，或仍上升者。

**4.2 各组临床疗效比较** 见表 1。总有效率治疗组为 77.0%，对照组 A 组为 78.6%，对照组 B 组为 87.4%，各组比较，差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组与对照组 A 组比较，差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )；与对照组 B 组比较，差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。

| 组别      | n   | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|---------|-----|----|----|----|---------|
| 治疗组     | 100 | 60 | 17 | 23 | 77.0    |
| 对照组 A 组 | 98  | 56 | 21 | 21 | 78.6    |
| 对照组 B 组 | 95  | 72 | 11 | 12 | 87.4    |

**4.3 各组体温曲线下面积比较** 见表 2。1h 时体温曲线下面积治疗组与对照组 A 组比较，差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )，治疗组与对照组 B 组比较，差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。2h 时各组比较，差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。4h 时治疗组与对照组 A 组、对照组 B 组比较，差异均有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。提示治疗组能达到良好的退热效果，其退热效果与对

照组 A 组柴胡针肌肉注射效果相当，比对照组 B 组赖氨匹林静脉注射短期效果稍差，但退热时间较赖氨匹林长。

表2 各组体温曲线下面积比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别      | n   | 1h                       | 2h          | 4h                       |
|---------|-----|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 治疗组     | 100 | 10.86 ± 6.21             | 4.19 ± 3.23 | 0.56 ± 2.08              |
| 对照组 A 组 | 98  | 11.04 ± 6.26             | 4.21 ± 3.35 | 1.05 ± 2.15 <sup>①</sup> |
| 对照组 B 组 | 95  | 9.05 ± 6.24 <sup>①</sup> | 4.16 ± 3.30 | 0.82 ± 2.12 <sup>①</sup> |

与治疗组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

**4.4 不良反应** 治疗组在中药沐足退热治疗过程中，未出现烫伤、皮肤过敏、头晕心悸等不良事件。对照组 A 组出现 6 例肌肉注射后肌肉肿痛情况，未见有皮肤过敏及肝肾功能损害情况；对照组 B 组出现 3 例皮疹，2 例胃肠功能不适，未见肝肾功能损害发生。

### 5 讨论

急性上呼吸道感染发热，中医学属于外感发热、感冒范畴。风为阳邪，为六淫之首，易挟热、暑、湿、寒袭人之卫表，风热之邪郁于肌肤腠理，腠理不得疏泄，卫表不能调和而发病。中医药治疗外感发热，除了内服法及现代的中成药针剂治疗，还有许多富有特色的外治法。《素问·热论》曰：“今夫热病者，皆伤寒之类也……岐伯曰：伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强。二日阳明受之，阳明主肉，其脉挟鼻，络于目，故身热，目疼而鼻干，不得卧也。三日少阳受之，少阳主胆，其脉循胁络于耳，故胸胁痛而耳聋。三阳经络皆受其病，而未入于脏者，故可汗而已……其未三日者，可汗而已；其满三日者，可泄而已。”“凡病伤寒而成温者，先夏至日者为温病，后夏至日者为病暑。暑当与汗皆出，勿止。”急诊外感发热患者大部分均为初起发热，病程一般均在 3 天以内，这篇《热论》明确指出这类患者可以发汗而愈；且暑病汗出，可使暑热从汗散泄，不要制止。《素问·评热病论》载：“岐伯曰：人所以汗出者，皆生于谷，谷生于精。今邪气交争于骨肉而得汗者，是邪却而精胜也。精胜，则当能食而不复热。复热者，邪气也。汗者，精气也。今汗出而辄复热者，是邪胜也。不能食者，精无俾也……汗出而身热者，风也。”人所以能够汗出，是依赖于水谷所化生的精气，水谷之精气旺盛，便能胜过邪气而汗出。汗出后又发热，是邪气胜过精气。不进饮食，则精气得不到

继续补益，邪热逗留不去。汗出而身热，是因感受了风邪。《伤寒论》中，张仲景不仅对“发热”进行了详尽的阐述，而且确立了种种行之有效的退热方法和代表方药，在具体的运用上包含了汗、吐、下、和、温、清、消、补等“八法”。汗法又为八法之首，取汗可由服药，亦可由外治之。本研究中使用的中药粉剂沐足发汗退热法，就是利用“汗法”由外治之。《素问·阴阳应象大论》“其有邪者，渍形以为汗，其在皮者，汗而发之”，说明邪在肌表，可用熏蒸、温浴等法使其汗出。《千金要方·外治》对表热、里热、壮热、虚热等制定了具体方剂及方法，后世医家通过实践更有所发展。以现代医学的语言解释，浴洗疗法的机理即是借药液的温热刺激皮肤经络，引起皮肤血管的扩张，促进发汗和体温中枢的再调节。目前中药沐足发汗退热法的临床应用报道较少，陈丁丁等<sup>[2]</sup>通

过对93例外感发热小儿临床观察，结果发现，中药足浴治疗小儿外感发热，不仅退热迅速、热退后不易复发，且对缓解小儿鼻塞、流涕、咽喉红肿疼痛有良好的效果，与对照组90例比较，治疗组疗效优于对照组。笔者采用中药沐足发汗退热法治疗外感病人发热，临床观察疗效较好，采用中药粉剂冲成药液，使用方便，无明显消化道反应、肝肾毒性，可进一步研究及推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 60.
- [2] 陈丁丁, 王晓莉, 杨祥正, 等. 中药足浴治疗小儿外感发热的临床观察[J]. 中华名医论坛, 2005, 3(2): 45-46.

(编辑: 骆欢欢)

## 当归四逆汤联合盐酸帕罗西汀治疗躯体形式疼痛障碍疗效分析

廖美容, 周义杰, 苏丹, 王培力

桂林市中医院, 广西 桂林 541002

**[摘要]** 目的: 观察当归四逆汤联合盐酸帕罗西汀治疗躯体形式疼痛障碍的疗效及安全性。方法: 将98例躯体形式疼痛障碍患者随机分为2组, 治疗组51例, 以当归四逆汤联合盐酸帕罗西汀治疗, 对照组47例, 用盐酸帕罗西汀治疗, 疗程为8周。治疗前与治疗4周、8周末采用疼痛量表(SF-MPQ)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密顿焦虑量表(HAMA)评定临床疗效, 副反应量表(TESS)评定不良反应。结果: 治疗组完全缓解率为35.29%, 对照组为17.02%, 2组间比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ ); 治疗组总有效率为86.27%, 对照组总有效率为68.09%, 2组比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。2组SF-MPQ评分治疗后与治疗前比较均明显改善( $P < 0.05$ ), 且治疗4、8周末SF-MPQ评分治疗组明显低于对照组, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。治疗4周、8周末, 2组HAMA评分、HAMD评分均较治疗前下降, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ ), 提示2组患者焦虑抑郁症状均较治疗前改善。同期治疗组的HAMA评分、HAMD评分均低于对照组( $P < 0.05$ ), 提示治疗组改善焦虑抑郁症状明显优于对照组。2组患者均有便秘、恶心、口干、头痛、头晕等不良反应, 对照组的不良反应程度较重, 2组同期TESS评分比较, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。结论: 当归四逆汤联合盐酸帕罗西汀治疗躯体形式疼痛障碍较单用盐酸帕罗西汀疗效显著, 起效快, 副作用较小。

[收稿日期] 2013-05-01

[作者简介] 廖美容(1980-), 女, 主治医师, 研究方向: 脑血管病的中医药防治。