

中西医结合治疗小儿肺炎支原体感染后咳嗽的临床观察

张洪奎, 黎明东

宁波市鄞州区第三医院, 浙江 宁波 315190

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗小儿肺炎支原体感染后咳嗽的临床疗效。方法: 选取本院收治的 86 例肺炎支原体感染性咳嗽患儿, 随机分为对照组与治疗组各 43 例。2 组患儿均予以常规解热、镇咳、平喘、补液、雾化等对症处理, 对照组患儿加服阿奇霉素; 治疗组在对照组治疗基础上加服中药善散汤。2 组患儿均接受为期 2 疗程的治疗后, 观察临床疗效, 记录退热时间与咽红、肺部啰音、咳嗽消失时间。结果: 治愈率治疗组为 81.40%, 对照组为 44.19%; 总有效率治疗组为 95.35%, 对照组为 81.40%, 2 组治愈率、总有效率分别比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗组患儿退热时间与咽红、肺部啰音、咳嗽消失时间均短于对照组, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。结论: 中西医结合治疗小儿肺炎支原体感染后咳嗽可改善症状, 疗效明显优于单纯使用西药治疗, 咳嗽消失时间快, 值得临床推广。

[关键词] 肺炎支原体感染; 咳嗽; 小儿; 中西医结合疗法; 阿奇霉素; 善散汤

[中图分类号] R563.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0141-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.068

小儿肺炎支原体肺炎是由肺炎支原体(MP)引起的一种临床常见疾病^[1]。肺炎支原体是一种介于病毒和细菌之间的最小原核生物, 可以在呼吸道传播过程自行繁殖, 是目前引起儿童急性呼吸道感染的常见病原体^[2]。为了进一步了解小儿肺炎支原体感染后咳嗽及支原体肺炎的发病机制, 以及免疫调节在本病的发生发展过程所起的作用, 本院对 86 例肺炎支原体感染性咳嗽患儿进行治疗及疗效对比, 现总结报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合中华医学会儿科学分会呼吸学组 2007 年制定的儿童慢性感染后咳嗽的诊断标准, 且肺炎支原体培养(痰及咽拭子)阳性, 或血肺炎支原体抗体阳性, 有咳嗽、发热等症状, 肺部有或无湿啰音, 胸部 X 线片有或无阴影。

1.2 中医辨证标准 中医辨证参照《中医病证诊断疗效标准》^[3], 症见: 咳嗽, 痰黄白、黏稠, 咯吐不爽, 气促喘憋, 咳时面赤唇红, 或伴发热口渴, 咽喉痛, 舌红苔黄, 脉滑数等痰热壅肺症状者。

1.3 纳入标准 凡急性起病, 符合诊断标准者纳入观察; 中医辨证属痰热壅肺者; 患儿家属知晓同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 上呼吸道感染、支气管哮喘等其他疾病所致咳嗽的患儿。

1.5 一般资料 选取 2011 年 2 月~2013 年 12 月本院门诊部收治的 86 例肺炎支原体感染性咳嗽患儿, 均有较重持续剧

烈咳嗽, 咳痰或无痰, 均在第 6~15 天抽血检测 MP-IgM 抗体, 抗体滴度 $\geq 1:40$ 者 61 例, 抗体滴度 $\geq 1:80$ 者 25 例, 符合肺炎支原体感染诊断条件。按就诊顺序将患儿均分为治疗组和对照组各 43 例。治疗组男 23 例, 女 20 例; 年龄 1~11 岁, 平均 (5.3 ± 2.57) 岁; 病程 4 天~3.2 月, 平均 (1.49 ± 0.74) 月; 体温正常者 7 例, 发热但体温 $< 38^{\circ}\text{C}$ 者 27 例, 发热且体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 者 9 例。对照组男 24 例, 女 19 例; 年龄 2~11 岁, 平均 (5.7 ± 2.61) 岁; 病程 5 天~4.1 月, 平均 (1.67 ± 0.81) 月; 体温正常者 8 例, 发热但体温 $< 38^{\circ}\text{C}$ 者 25 例, 发热且体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 者 10 例。2 组性别、年龄、病程、临床症状、胸片检查等情况比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组患儿均予以常规解热、镇咳、平喘、补液、雾化等对症处理。

2.1 对照组 加用阿奇霉素(山东华信制药有限公司)10 mg/(kg·d)静脉滴注(滴注时间 > 1.5 h), 持续用药 2~5 天后停药 3 天, 再继续治疗 3 天, 为 1 疗程。

2.2 治疗组 在对照组用药基础上加服中药善散汤, 组成: 黄芩、浙贝母各 18 g, 生甘草、天冬、炙款冬花各 15 g, 茯苓、玄参、麦冬各 12 g, 紫苏叶 9 g。随症加减: 咳嗽重者加炙百部; 发热重者加桑叶或青蒿; 胸闷苔腻者去麦冬、玄参加苦杏仁; 大便干燥者加瓜蒌壳、天花粉。每天 1 剂, 水煎, 分早晚 2 次服, 连服 3 剂, 停药 2 天, 为 1 疗程。

[收稿日期] 2014-07-29

[作者简介] 李红旭 (1973-), 男, 主治医师, 研究方向: 内科疾病。

2 组患儿均接受为期 2 疗程的治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察患儿咳嗽、气喘、发热、肺部啰音等变化,进行肝功能检查并评价治疗效果。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件统计数据,计量资料采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^① 治愈:患儿体温恢复正常,咳嗽症状消失,听诊未听到干湿性啰音,血 MP-IgM 抗体阴性;好转:患儿咳嗽症状减轻,痰量减少,呼吸音清晰,血 MP-IgM 抗体滴度 1:80~1:40;未愈:咳嗽症状或体征未见改善或加重,血 MP-IgM 抗体无改变甚至升高。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治愈率治疗组为 81.40%,对照组为 44.19%;总有效率治疗组为 95.35%,对照组为 81.40%,2 组治愈率、总有效率分别比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	43	35(81.40)	6(13.95)	2(4.65)	95.35
对照组	43	19(44.19)	16(37.21)	8(18.60)	81.40

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组退热时间与咽红、咳嗽、肺部啰音消失时间比较 见表 2。治疗组患儿退热时间与咽红、肺部啰音、咳嗽消失时间均短于对照组,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组退热时间与咽红、咳嗽、肺部啰音

消失时间比较($\bar{x} \pm s$) 天

组别	退热	咽红消失	咳嗽消失	肺部啰音消失
治疗组	3.11±0.97 ^①	6.38±3.01 ^①	6.15±2.16 ^①	7.85±1.86 ^①
对照组	3.89±0.98	7.39±3.21	8.65±2.34	8.57±1.89

与对照组比较,① $P < 0.01$

5 讨论

由肺炎支原体引起的小儿肺炎支原体肺炎通常会造成肺实质和(或)肺间质部位感染,并在感染后迁延为多系统的免疫损害^②。相关文献报道^③指出,小儿肺炎支原体肺炎后咳嗽的机制主要为:肺炎支原体感染宿主后,不但可以直接损伤宿主细胞,而且可引起宿主细胞抗原结构的改变,B 细胞、T 细胞、巨噬细胞等会由于宿主细胞存在着相同的糖脂类抗原受到刺激,进而产生病理性免疫反应引发咳嗽。小儿呼吸道纤毛上皮细胞受体是支原体尖端易吸附的部位,顺利吸附后,支原体尖端便分泌毒性物质,对上皮细胞造成不可逆损害,使黏膜清除功能长时间异常,进而引起小儿慢性咳嗽。肺炎支原体感染常会引起小儿免疫功能失调,导致小儿反复呼吸道感染及慢性咳嗽^④。

肺炎支原体感染后咳嗽的患儿以婴幼儿为主,目前临床治疗以西药抗感染治疗为主,而新一代大环内酯类药物阿奇霉素虽然对肺炎支原体的作用强,可以调节机体细胞免疫功能,改善肺炎支原体感染患儿的细胞免疫和体液免疫功能,增强机体免疫力,刺激网状内皮系统,激活单核-巨噬细胞功能,促进特异性抗体形成,进而增强机体抗病能力;但单独使用该药,其血药浓度不高,也存在肝功能损害、胃肠道反应、过敏等副作用,并且单用阿奇霉素对支原体血症、MP-IgM 抗体阳性患儿的临床疗效无法在短时间内显现出来^⑤。

相关研究表明,在西医确诊的基础上结合中医治疗小儿肺炎支原体感染后咳嗽,比单纯用西药治疗效果更佳^⑥。该病属中医学小儿咳嗽范畴。因小儿脏腑娇嫩,形气未充,卫外不固,外邪乘虚侵袭肺卫,肺气郁闭,小儿感邪后痰热胶结,阻滞气道而致痰黏难咳,肺络阻塞不畅则出现刺激性咳嗽。

本研究采用的善散汤,方中麦冬、天冬安肺气,茯苓、生甘草健脾胃之土,玄参润肾经之水,紫苏叶、炙款冬花解散其阴阳之风邪,又加黄芩以清肺,浙贝母以消其内膈之痰。诸药共用,有清泻肺热、平喘止咳之功。现代药理研究表明,浙贝母、黄芩有抗炎、抗菌、止咳作用。同时随症予以加减,可使患儿咳嗽、咳痰症状很快缓解并消失。

小儿感染肺炎支原体后主要表现为慢性咳嗽,在使用阿奇霉素的前提下,联合中药治疗可以有效缩短疗程,并起到扩张血管、改善微循环、清热解毒、止咳化痰及抗菌的作用,在临床治疗过程中,改善了患儿症状,提高了治愈率,值得临床推广。

【参考文献】

- [1] 叶志光,曾庆祥,丘文静,等.中西医结合治疗小儿肺炎支原体感染后咳嗽疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2013,22(11):1177-1179.
- [2] 朱红霞,黄鸣剑,谢金华,等.阿奇霉素联合复方丹参注射液治疗小儿支原体肺炎临床疗效观察[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(7):89-90.
- [3] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:145.
- [4] 张晓燕,赵茹,刘桂华.阿奇霉素联合炎琥宁治疗小儿支气管肺炎疗效观察[J].中国误诊学杂志,2011,11(4):807.
- [5] 薛梅,万瑜,程宝金.经纤维支气管镜糜蛋白酶灌洗治疗小儿肺炎支原体肺炎合并肺不张[J].常州实用医学,2010,26(4):222-223.
- [6] 李静,原晓风.培土生金、豁痰开闭法治疗小儿肺炎(痰湿闭肺型)80 例疗效观察[J].中国中西医结合儿科学,2010,2(5):402-404.
- [7] 陈金安,崔雁,赵春庆.黄芪注射液联合布地奈德辅助

治疗支原体肺炎的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(14): 1722-1723.

[8] 洪丽军, 王丛礼, 洪博识, 等. 中西医结合治疗难治性肺炎支原体肺炎 660 例的疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(6): 517-519.

[9] 张莉, 韩秀花, 王荷莲. 普米克令舒与 α - 细辛脑联合雾化吸入治疗肺炎支原体肺炎的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2011, 9(24): 264-265.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

中西医结合治疗气阴两虚型小儿病毒性心肌炎疗效观察

李永建

杭州市萧山区第二人民医院, 浙江 杭州 311241

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗气阴两虚型小儿病毒性心肌炎的临床效果。方法: 将 72 例病毒性心肌炎患儿随机分为对照组和治疗组各 36 例, 对照组给予常规药物治疗, 治疗组在对照组基础上加用自拟的中药方。2 组均以 1 周为 1 疗程, 2 疗程结束后评定疗效。观察 2 组患儿治疗前后症状、心电图、血清心肌酶谱的变化。结果: 临床疗效治疗组总有效率为 94.4%, 对照组总有效率 77.8%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组心肌酶谱各指标均较治疗前降低 ($P < 0.05$)。治疗组乳酸脱氢酶 (LDH)、肌酸激酶 (CK)、肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 改善情况均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗对改善气阴两虚型病毒性心肌炎患儿的临床症状有很好的效果, 可明显提高疗效。

[关键词] 病毒性心肌炎; 小儿; 气阴两虚; 益气养阴; 临床疗效

[中图分类号] R542.2*1

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 12-0143-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.069

病毒性心肌炎是由病毒感染引起的心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变, 以肠道和上呼吸道感染病毒, 如柯萨奇病毒、轮状病毒等引起的病毒性心肌炎较为多见^[1]。儿童因抵抗力较弱, 受该类病毒感染的几率也较成人增加, 病毒性心肌炎也是儿科最为常见的心血管病之一。临床症状个体差异较大, 主要表现为胸闷、胸痛、头晕、呼吸困难等症状, 严重者出现心力衰竭, 甚至心源性休克、猝死。因此, 及早干预和治疗对于预后有重要的意义。目前临床治疗主要是针对性地使用抗生素、抗病毒药、激素和心肌营养药等。中医学认为, 小儿患该病, 主要是由于小儿脏腑娇嫩、形气未充, 卫外不固, 受温热邪毒侵袭致心脉痹阻所致^[2]。针对病因病机, 本院采用了益气养阴、清热解毒、活血行气的方法结合西药治疗气阴两虚型小儿病毒性心肌炎, 临床疗效良好, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月~2013 年 12 月本院收治的 72 例病毒性心肌炎患儿, 采用完全随机分组法分为对照组和治疗组。对照组 36 例, 男 24 例, 女 12 例; 年龄 3~12

岁, 平均(7.0±5.2)岁; 病程 9~38 天, 平均(16.3±9.4)天; 经心电图检查: 窦性心动过速 14 例, 窦性心动过缓 7 例, 室性早搏 6 例, 房性早搏 5 例, 房室传导阻滞 5 例。治疗组 36 例, 男 22 例, 女 14 例; 年龄 3~13 岁, 平均(6.3±4.1)岁; 病程 7~35 天, 平均(14.3±8.4)天; 经心电图检查: 窦性心动过速 16 例, 窦性心动过缓 4 例, 室性早搏 8 例, 房性早搏 5 例, 房室传导阻滞 4 例。2 组患儿性别、年龄、病情、病程、心电图检查、家族病史等一般情况比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《全国心肌炎、心肌病专题研讨会纪要》^[3]及《中医儿科学》^[4]中医辨证标准, 证属气阴两虚型, 根据临床症状、体征及实验室检查诊断。患儿有明显的临床症状, 如: 心悸、胸闷、胸痛、气短、乏力、头晕多汗、舌红苔少, 伴有肢端发凉以及晕厥; 且发病前有病毒感染史, 出现过全身酸痛、发热、恶心、呕吐、咽痛、腹泻等症状。其他指标: 心电图出现以 R 波为主的 2 个及以上主要导联 ST-T 改变, 低电压及异常 Q 波; 血清心肌酶谱升高。

[收稿日期] 2014-07-26

[作者简介] 李永建 (1975-), 男, 主治医师, 研究方向: 儿科。