

# 清热降浊汤治疗小儿急性上呼吸道感染外感风热证疗效观察

李虹静<sup>1</sup>, 张燕妮<sup>2</sup>

1. 陇东学院岐伯医学院, 甘肃 庆阳 745000; 2. 庆阳市人民医院, 甘肃 庆阳 745000

[摘要] 目的: 观察清热降浊汤治疗小儿急性上呼吸道感染的临床疗效。方法: 将 120 例急性上呼吸道感染外感风热证患儿随机分为 2 组, 各 60 例, 对照组给予抗感染、退热、补液等西医综合治疗, 实验组在对照组的基础上辅以清热降浊汤治疗。观察比较 2 组临床疗效及症状消失时间。结果: 总有效率实验组为 98.33%, 对照组为 85.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后实验组患儿发热、咳嗽、咽痛、肺部啰音等消失时间明显短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 中西医结合治疗小儿急性上呼吸道感染疗效显著, 优于单纯西药治疗。

[关键词] 小儿急性上呼吸道感染; 外感风热证; 中西医结合疗法; 清热降浊汤

[中图分类号] R725.6 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0163-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.072

小儿急性上呼吸道感染是儿科常见疾病, 全年皆可发病, 一般好发于冬春季节、气候剧变时。西医治疗小儿急性上呼吸道感染以抗病毒、抗菌、对症支持治疗为主, 但是小儿身体各组织、各器官功能发育尚不完善, 对某些抗感染药物的耐受性较差。盲目使用抗生素可诱发二重感染, 严重威胁患儿的身体健康和生长发育<sup>[1]</sup>。小儿自身免疫功能低下, 感染后致病微生物可迅速繁殖, 导致病情进展迅速, 如症状得不到及时控制, 还可诱发高热惊厥、重症肺炎等严重不良后果, 甚至威胁患儿的生命安全<sup>[2]</sup>。临床中, 笔者在常规西药治疗的基础上辅以清热降浊汤治疗小儿急性上呼吸道感染外感风热证, 收到较好疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月—2015 年 4 月在庆阳市人民医院住院治疗的急性上呼吸道感染患儿共 120 例, 随机分为 2 组。对照组 60 例, 男 32 例, 女 28 例; 年龄 2~8 岁; 体重 9.0~26.0 kg; 病程 12~48 h; 体温 38.3~39.2℃。实验组 60 例, 男 34 例, 女 26 例; 年龄 2~9 岁; 体重 9.5~28.0 kg; 病程 10~48 h; 体温 38.2~39.1℃。2 组患儿性别、年龄、体重、病程、体温等资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《诸福棠实用儿科学》<sup>[3]</sup>中相关诊断标准: 所有患儿均因发热、咳嗽、喘憋、不思饮食等症状来院就诊, 肺部听诊可闻及湿啰音; 实验室检查结果提示外周血常规白细胞计数、C-反应蛋白水平正常或略有升高。

外感风热证辨证参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>拟定: 症见高热恶寒, 汗出而热不解, 头痛面赤、鼻塞流涕、咳嗽咽痛, 口渴喜饮, 舌质红、苔薄白、微黄, 脉浮数。

1.3 排除标准 合并肝肾功能障碍、心肺功能不全、血液系统疾病、严重营养不良、低蛋白血症、自身免疫系统疾病的患者及不能确保按规定用药者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予抗感染、退热、补液等综合治疗。口服利巴韦林颗粒(湖南千金湘江药业股份有限公司生产), 每次 5 mg/kg, 每天 3 次; 维生素 C 泡腾片(西安利君制药有限责任公司生产), 500 mg, 顿服, 每天 1 次, 连服 3~5 天。发热患儿采用温水或酒精擦浴等物理降温处理, 如患儿体温  $> 38.5^{\circ}\text{C}$  时予布洛芬混悬液[天大药业(珠海)有限公司生产], 剂量为 2~3 岁每次 4 mL, 4~6 岁每次 5 mL, 7~9 岁每次 8 mL, 服药间隔 6 h, 24 h 不超过 4 次, 直至体温恢复正常。治疗期间有白细胞计数升高继发细菌性感染征兆时, 可酌情使用青霉素、头孢菌素、大环内酯类或喹诺酮类抗生素治疗。

2.2 实验组 在对照组的基础上辅以清热降浊汤治疗。处方: 淡豆豉、金银花、连翘、牛蒡子、炒白术、炒苍术各 10 g, 芦根、生石膏、车前草各 15 g, 荆芥、防风、黄芩、枳壳各 6 g, 蝉蜕、薄荷(后下)、甘草各 3g。加减: 咳嗽较甚者酌加桔梗、苦杏仁; 痰黄量多加瓜蒌、冬瓜仁; 咽喉肿痛加板蓝根、大青叶; 食少纳差加焦山楂、六神曲; 口干喜饮加天花粉、葛根。每天 1 剂, 加水煎煮 2 次, 合并煎液取汁 300

[收稿日期] 2015-09-07

[作者简介] 李虹静(1982-), 女, 讲师, 研究方向: 流行病学、卫生统计学、病原生物与免疫学。

mL, 分 3 次口服。

2 组均连续治疗 5 天。

### 3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察比较 2 组治疗后临床疗效及发热、咳嗽、咽痛、肺部啰音等临床症状消失时间。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用  $t$  检验; 计数资料以率(%)表示, 采用  $\chi^2$  检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效: 治疗后体温恢复正常, 咳嗽、咽痛等症状消失, 肺部湿啰音消失。有效: 治疗后体温基本恢复正常, 咳嗽、咽痛等症状缓解, 肺部湿啰音减轻。无效: 治疗后临床症状和体征未改善甚至恶化。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率实验组为 98.33%, 对照组为 85.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义( $\chi^2=30.57$ ,  $P<0.05$ )。

表1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	60	21(35.00)	30(50.00)	9(15.00)	51(85.00)
实验组	60	24(40.00)	35(58.33)	1(1.67)	59(98.33) <sup>①</sup>

与对照组比较, ① $P<0.05$

4.3 2 组症状体征消失时间比较 见表 2。治疗后实验组患儿发热、咳嗽、咽痛、肺部啰音等消失时间明显短于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.01$ )。

表2 2 组症状体征消失时间比较 $(\bar{x} \pm s)$  d

组别	n	发热消失	咳嗽消失	咽痛消失	肺部啰音消失
对照组	60	2.42± 0.65	5.67± 1.12	4.38± 1.20	5.58± 1.14
实验组	60	1.38± 0.43	4.35± 0.94	3.25± 0.83	4.22± 1.05
t 值		19.02	6.54	5.89	6.29
P		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

### 5 讨论

小儿呼吸系统、免疫系统功能发育尚未成熟, 呼吸道易受到病毒、细菌等致病微生物侵袭而发生感染, 出现发热、咳嗽、咽痛等症状。如得不到及时有效的治疗, 可能引发严重并发症而影响预后<sup>[1]</sup>。急性上呼吸道感染多由病毒或细菌等致病微生物感染所致, 其中以病毒性感染最常见, 包括鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒、肠道病毒、呼吸道合胞病毒等。少部分患儿为细菌感染, 或在病毒感染后继发细菌感染。由于引起小儿急性上呼吸道感染的致病微生物 90% 以上为病毒, 因此目前临床对于小儿急性上呼吸道感染多给予利巴韦林颗粒进行抗病毒治疗, 无细菌感染症状时无需合用抗菌药物, 同时辅以退热、补液等对症支持治疗, 临床疗效满意。但是长时间应用抗病毒药物对患儿身体也可产生一定的危害, 已经引

起临床的广泛关注。

中医学理论将急性上呼吸道感染归纳于感冒范畴, 多为外感风热所致, 治则以清热解毒为法<sup>[2]</sup>。小儿腠理疏松, 卫外不固, 当外邪侵袭卫分导致卫气郁遏、开阖失司而发热。正邪相争, 风热搏结气血, 蕴结成毒。咽为肺系之门户, 热毒侵袭而发为咽喉肿痛。肺为娇脏, 外邪经口鼻、皮毛侵犯肺脏, 导致肺失宣降、肺气上逆而发为咳嗽。治疗时应审证求因, 以宣散清热为治疗原则。外感风热证虽多见中上焦之证, 但也常有热毒壅滞之象, 故而在清热的同时注重降浊, 常辅以利尿通下之法, 清泄里热使邪气从小便而解。治疗中笔者自拟清热降浊汤治疗, 方中以淡豆豉为君, 其性味苦寒, 功擅解表除烦、宣郁解毒, 有助于改善患儿的发热、烦躁症状。荆芥、防风为臣, 其中荆芥祛风凉血、利咽透疹, 其性虽辛温, 但辛而不烈、温而不燥, 与辛凉解表药相伍, 使辛散之力大增, 去其性而存其用。防风性味温, 味辛、甘, 可祛风解表、渗湿利水, 是治疗风证之要药。二药合用, 祛风解表之效大增, 共助君药淡豆豉发挥解表作用。佐以薄荷疏风散热、清利咽喉; 蝉蜕解表利咽、宣散风热。二药合用, 对风热火毒上攻之咽喉肿痛有奇效。金银花、连翘气味芳香, 既能清热解毒、透散邪热, 又可辟秽化浊、防止热邪蕴结成毒。芦根性味甘寒, 清热生津、除烦利尿, 具有利水而不伤阴之优点。车前草清热利尿, 消上焦火热。黄芩性味苦寒, 主入肺经, 功擅清热、泻火、解毒, 善清上焦实热。生石膏泻火解毒, 以清里热, 既可助解表药透邪外出, 又可助芦根、车前草利尿, 使邪热从小便而解。牛蒡子性寒、味辛苦, 功擅宣肺利咽、疏散风热, 对风热感冒之咳嗽、咳痰效果较好。炒白术、炒苍术健脾益气、渗湿利水, 防止苦寒之性太过而损伤胃气。枳壳行气开胸、宽中除胀, 可畅通周身上下之气机。甘草为使药, 调和诸药。

现代药理学研究发现, 清热解毒类中药具有抗炎、退热、抗病原微生物等药理作用。淡豆豉是由大豆种子发酵而得, 含有蛋白质、脂肪、碳水化合物、维生素等成分, 其中的四甲基吡嗪具有改善微循环的药理作用。荆芥水提取物具有解热、抗菌等药理活性。防风提取物体外抑菌试验表明其对金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌、霉菌等均具有良好的抑菌效果, 同时具有一定的解热、抗过敏作用。薄荷挥发油中所含的左旋薄荷酮、异薄荷酮、胡薄荷酮等具有良好的抗病毒、抗刺激、镇咳等作用。蝉蜕中含有大量甲壳质、蛋白质, 具有镇静、抗过敏作用。金银花中含有绿原酸、木犀草素、黄酮类等活性成分, 对溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌病毒等均具有较强的抑制作用。连翘具有良好的解热、抗自由基损伤、提高免疫力等药理作用。芦根具有一定的中枢抑制、抗菌、抗病毒作用。黄芩具有明显的抗菌、抗病毒、解热作用。生石膏主要成分为二水合硫酸钙, 可增加血清钙离子浓度, 抑制体温调节中枢, 降低血管通透性, 具有解热、镇痉、消炎作用。

观察结果表明, 清热降浊汤辅助治疗小儿急性上呼吸道感

染疗效显著,可加速患儿症状消失,值得临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 奚肇庆,余衍亮,刘清泉,等.上感颗粒对病毒性上呼吸道感染患者体温的影响[J].中药新药与临床药理,2011,22(3):349-352.
- [2] 李华红,邢向晖.浅述清热泻火法在儿童反复呼吸道感染中的临床应用[J].四川中医,2013,31(3):33-34.
- [3] 胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[J].7版.北京:人民卫生出版社,2002:1167-1170.
- [4] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].

1993:224-225

- [5] Matsuse H, Fukahori S, Tsuchida T, et al. Effects of a short course of pranlukast combined with systemic corticosteroid on acute asthma exacerbation induced by upper respiratory tract infection [J]. The journal of asthma, 2012, 49(6): 637-641.
- [6] 耿连芝,奚肇庆,郑艳,等.上感颗粒治疗病毒性上呼吸道感染发热的临床观察[J].南京中医药大学学报,2011,27(4):326-328.

(责任编辑:冯天保)

## 中西医结合治疗儿童功能性便秘疗效及预防复发的作用

朱建央

丽水市中心医院儿科,浙江 丽水 323000

[摘要] 目的:观察酪酸梭菌活菌散联合四磨汤口服液中西医结合治疗儿童功能性便秘(FC)的疗效及预防复发作用效果。方法:将儿科门诊治疗的儿童FC患者74例随机分为2组各37例。2组均予以调整饮食、多食膳食纤维、多饮水、养成良好的排便习惯和加强排便功能锻炼等基础治疗。西医组患儿予以酪酸梭菌活菌散口服治疗;中西医结合组患儿在西医组治疗方案的基础上加用四磨汤口服液治疗。2组疗程均为6周。结果:治疗6周后,中西医结合组患儿总有效率较西医组高,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。随访观察3月和6月。中西医结合组35例中显效和有效复发例数分别为3例和6例,复发率分别为8.57%和17.14%。西医组28例中显效和有效复发例数分别为9例和13例,复发率分别为32.14%和46.43%。中西医结合组患儿复发率低于西医组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:酪酸梭菌活菌散联合四磨汤口服液中西医结合治疗儿童FC的近期疗效较优,能缩短患儿的排便间隔时间,改善大便性状,且其中远期疗效亦较好,能降低其复发率。

[关键词] 儿童功能性便秘;酪酸梭菌活菌散;四磨汤口服液;复发率

[中图分类号] R574.62 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0165-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.073

功能性便秘(FC)是儿童期常见的胃肠功能障碍性疾病,其发病率约为3%~5%,不仅影响患儿的消化吸收功能,还可影响患儿的身心健康与生长发育<sup>[1]</sup>。西医临床上常采用泻药治疗,起效快,但副作用较明显,治疗后易复发。近年研究发现中西医结合治疗儿童FC较单纯的西医治疗疗效更佳,且可减少其复发率<sup>[2]</sup>。本研究观察了酪酸梭菌活菌散联合四磨汤口服液中西医结合治疗儿童FC的疗效及预防复发作用效果,结果报道如下。

#### 1 临床资料

1.1 纳入标准 西医诊断符合罗马型中的诊断标准<sup>[3]</sup>,中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>中便秘的诊断标准;年龄2~10岁。

1.2 排除标准 甲状腺功能低下及先天性巨结肠、便秘型肠易激综合征等肛门直肠疾病;神经性、代谢性和药物性便秘;治疗前4周使用过影响胃肠动力药物、泻药和益生菌。

[收稿日期] 2015-08-20

[作者简介] 朱建央(1969-),女,副主任医师,主要从事儿科临床工作。