

橘红痰咳膏治疗小儿急性支气管炎 96 例 疗效及安全性研究

潘俊辉 邱志楠 王峰 杨辉

(广州医学院第一附属医院, 广东省广州市越秀区沿江路 151 号, 510120)

摘要 目的:观察应用橘红痰咳膏对小儿急性支气管炎的疗效及安全性。方法:将 96 例小儿急性支气管炎患者随机分为痰湿型组 50 例和风寒型组 46 例,在支气管炎常规治疗基础上均给予口服橘红痰咳膏治疗,疗程为 1 周,于治疗前后分别测定末梢血白细胞计数(WBC)及分类,部分病例做 X 线检查。结果:痰湿型组显控率和总有效率分别为 72.0% 和 96.0%;风寒型组显控率和总有效率分别为 50.0% 和 73.9%。痰湿型明显高于风寒型($P < 0.05$)。结论:橘红痰咳膏治疗小儿急性支气管炎有明显示止咳化痰效果,安全性良好,适合于痰湿型咳嗽治疗。对风寒型咳嗽疗效尚需进一步观察,临床建议橘红痰咳膏配合祛风散寒方剂。

关键词 小儿急性支气管炎/中医药治疗; @ 橘红痰咳膏

Efficacy and Safety of Juhong Paste for Phlegm and Cough in Treatment of 96 Cases of Pediatric Acute Bronchitis

Pan Junhui, Qiu Zhinan, Wang Feng, Yang hui.

(The First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical College, Guangzhou 510120)

Abstract Objective: to observe efficacy and safety of Juhong Paste for Phlegm and Cough in treating pediatric acute bronchitis. **Methods:** 96 PAB cases were randomly divided to group of phlegm dampness (GPD, 50) and group of wind cold (GWC, 46). In addition to the usual treatment, the paste was given for a course of one week. White blood (cell) count and its categorization of the peripheral blood were taken before and after treatment. X-ray examination was taken on some cases. **Results:** of GPD the excellent rate was 72.0% and total effective rate 96.0%. Of GWC the excellent rate was 50.0% and total effective rate 73.9%. GPD was significantly higher than GWC ($P < 0.05$). **Conclusion:** the paste is markedly effective and safe for cough and phlegm with pediatric acute bronchitis, especially for the type of phlegm dampness. The curative effect for the type of wind cold needs further investigation, and addition of wind cold dispelling formulae is advisable.

Key Words Pediatric Acute Bronchitis/ Chinese Medical Therapy; @ Juhong Paste for Phlegm and Cough

为观察橘红痰咳膏对小儿急性支气管炎的疗效,评价其安全性,我们根据 1989 年中华人民共和国卫生部药政局制定的《新药(中药)临床研究指导原则》、全国统编教材《中医内科学》《小儿内科学》等制定橘红痰咳膏治疗小儿急性支气管炎的临床研究标准方案,进行了小儿急性支气管炎中医临床观察研究,现将有关资料总结如下。

1 临床资料

本组 96 例病例为住院和门诊患者。按照计算机随机方法,随机抽样及单盲进行平行分组研究,有分配隐藏措施。痰湿型组 50 例,男性 21 例,女性 29 例,平均年龄 6.3 ± 3.4 岁;风寒型组 46 例,男性 20 例,女性 26 例,平均年龄 6.8 ± 4.1 岁。两组病例在性别、年龄、病情程度、病程及合并症分布上,经统计学处理无显著性差异($P > 0.05$)。

2 治疗方法

两组均接受支气管炎常规治疗,包括祛痰、镇咳,

感染时控制感染,伴喘促时,加服解痉平喘药美喘清,超声雾化吸入治疗。在此基础上,两组均口服橘红痰咳膏(广东省化州中药厂生产),每瓶含生药 17.6g,用法:小儿每天 3 次,每次半小匙(约 5g),温开水送服。疗程均为 1 周。于治疗前后分别测定末梢血白细胞计数(WBC)及分类,部分病例 X 线检查。

3 诊断标准及疗效标准

3.1 诊断标准:临床上以咳嗽、咯痰为主要症状,X 线或肺部体征提示为急性支气管炎。排除具有咳嗽、咯痰症状的其他疾病,如肺结核、肺脓肿、支气管哮喘、支气管扩张、心脏病、心功能不全等。

3.1.1 分型标准:1)痰湿型:咳嗽咯痰,痰多色白,或稀或稠,脘闷气短,肢体困重,口淡发黏,食少腹胀,大便溏,舌苔白腻,脉濡滑。2)风寒型:咳嗽,咯痰稀白,咽痒,常伴鼻塞、流涕、喷嚏、恶寒、发热、无汗、头痛等,舌苔白,脉浮紧。

3.1.2 病程标准:急性发作期:1 周内出现脓性或黏

液脓性痰,痰量明显增多或伴有其他炎症表现;或1周内咳、痰、喘症状任何一项加剧至重度,或重症患者明显加重者。

3.1.3 症状体征判断标准:1)咳嗽:轻度(+):白天间断咳嗽,不影响正常生活;中度(++):症状介于轻度与重度之间;重度(+++):昼夜咳嗽频繁或阵咳,影响睡眠。2)咯痰:少(+):昼夜咯痰10~50ml,或夜间及清晨咯痰5~25ml;中(++):昼夜咯痰51~100ml,或夜间及清晨咯痰26~50ml;多(+++):昼夜咯痰100ml以上,或夜间及清晨咯痰50ml以上。3)发热:轻度(+):37.5℃~38℃;中度(++):38℃~39℃;重度(+++):39℃以上。4)恶寒:轻度(+):恶风;中度(++):恶寒须加衣;重度(+++):寒颤明显。

3.1.4 纳入病例:符合上述诊断标准及中医辨证标准者,可纳入观察对象。寒饮伏肺或痰热阻肺者,不作为观察对象。

3.2 疗效标准:依据国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》判断疗效。临床控制:全部症状及体征消失,胸透正常,异常理化检验指标恢复正常。显效:咳嗽、咯痰症状消失或明显减轻,肺部听诊及胸透正常或明显好转,肺部异常改变积分值下降 $\geq 70\%$,异常理化指标接近正常。有效:咳嗽咯痰减轻,其他症状明显减轻,积分值下降30%~69%,异常理化指标有所改善。无效:咳嗽及其他症状无明显改变,积分值下降 $< 30\%$,异常理化指标无明显改善。

表1 橘红痰咳膏对小儿咳嗽总疗效比较

| 组别 | 例数 | 临床控制 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 | 显效率 |
|------|----|------|----|----|----|--------|------|
| 痰湿型组 | 50 | 26 | 10 | 12 | 2 | 96.0%* | 72%* |
| 风寒型组 | 46 | 7 | 16 | 11 | 12 | 73.9% | 50% |

注:Ridit分析,* $P < 0.05$ 。

表2 两组治疗前后WBC变化($\bar{x} \pm s, * 10^9/L$)

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 |
|------|----|--------------|-------------|
| 痰湿型组 | 50 | 4.23 ± 1.65* | 6.21 ± 1.01 |
| 风寒型组 | 46 | 4.44 ± 1.76* | 6.32 ± 1.24 |

表3 两组治疗前后症状体征积分变化(n)

| 症状体征 | 痰湿型组 | | 风寒型组 | |
|------|------|-----|------|-----|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 咳嗽 | 55 | 50 | 22 | 46* |
| 咯痰 | 53 | 47 | 46 | 42 |
| 发热 | 25 | 15 | 25 | 16 |
| 恶寒 | 15 | 31 | 25 | 45 |

注:治疗前后比较,* $P < 0.05$ 。

4 结果

4.1 两组总疗效比较:两组96例治疗后对咳嗽、咯痰等症状均有明显作用,痰湿型组与风寒型组比较,总有效率及显控率经统计学处理,差异有非常显著意义($P < 0.05$)。说明痰湿型组疗效显著高于风寒型组。见表1。

4.2 两组治疗前后WBC变化比较:无统计学意义($P > 0.05$),见表2。

4.3 两组治疗前后症状体征变化比较:具体比较详见表3。

4.4 不良反应:两组无明显不良反应,风寒型组有4例发生轻度消化道反应,但因能耐受而得以继续。风寒型组不良反应主要表现为轻度厌食、溏样便等。

5 典型病例

某,男,5岁,2005年6月16日初诊。患儿于1周前受凉后出现发热、咳嗽,经某医院门诊抗生素治疗后,热退,但咳嗽仍反复发作,时重时轻,夜间及晨起咳嗽加剧,呈阵发性干咳,虽服用多种抗生素和化痰止咳药物,疗效均不明显。刻诊:咳嗽时作,少痰,大便结,小便色淡,舌质淡白、苔薄白,脉细滑。查体:面色略白,两肩微耸,呼吸29次/min,心率90次/min,两肺呼吸音略粗。辅助检查:血常规正常;胸片示:两肺纹理增强。诊断为小儿支气管炎,中医证属痰湿阻肺,肺失清肃。治拟泻肺化痰、祛湿通腑。予以橘红痰咳膏治疗。处方:橘红痰咳膏每日15g,分3次服用。外用超声雾化吸入法,药物组成:生理盐水3ml、鱼腥草2ml。每日1次,每次30min。经治疗3日后,患儿夜间晨起咳嗽明显好转,大便通畅,每日1次,小便色淡,舌质淡红、苔薄,脉细滑。因邪已去半,故将原方去雾化治疗,继服4日。4日后,咳嗽消失,二便正常,舌质淡红、苔薄白,脉细。两肺呼吸音正常,胸片正常。随访半年未见复发。

6 讨论

对小儿急性支气管炎的中医认识:急性支气管炎是一种小儿常见病。中医学认为本病可归属于“咳嗽”范畴,乃因外感六淫邪气致肺失肃降,咳、痰、喘诸症相继出现,日久耗伤肺气,损及脾肾,痰浊内蕴,变生瘀滞,形成气虚痰瘀之证,其标在肺,其本在脾肾。小儿属稚阴稚阳之体,脏腑娇嫩,形气未充,具有其特定的生理病理特点,故对小儿咳嗽不能一味见咳止咳或反复予以抗生素治疗,必须针对不同病因,采取恰当辨证论治。本研究用橘红痰咳膏,由橘红、蜜炙百部、白前、制半夏、苦杏仁、茯苓、五味子、甘草组成,可破滞降逆,顺气扶正,攻而不伤,补而不滞,药证合拍,故获

效良好。

小儿咳嗽治疗应注意温化:古人云:“痰为阴邪,非温不化”“病痰饮者,当以温药和之”。根据此治则应用辛温化痰止咳法治疗支气管炎却往往疗效未尽人意,这大概与未能抓住病机本质有关。中医理论认为小儿咳嗽多为虚痰实痰同病之证,从临床表现可见本病常有面色不荣,唇舌淡白,或虚汗不止等症状。因此,临床治痰者,同时酌加固肺之品,疗效会显著提高,尤其是久病顽痰的患者,切勿忽略“痰有虚实夹杂”之

性。支气管炎在临床上症状反复,虚实夹杂迁延难愈,治疗上祛邪又恐更伤正气,扶正又恐滞留邪。如能掌握正虚与邪实互为因果,肺脾肾气虚为本,痰浊内蕴为标的病机,治以温化痰湿兼以扶正,就容易得到预期的效果^[1]。

参考文献

[1]邱志楠,潘俊辉.天龙茶治疗小儿反复呼吸道感染发作的临床研究.广州医学院学报,1993,21(4):64.

(2007-07-23 收稿)

小柴胡汤配合苍耳散加减治疗儿童慢性鼻窦炎 I 型 90 例

刘淑红

(河南省濮阳市中医院,457000)

关键词 鼻窦炎,慢性/中医药疗法

儿童慢性鼻窦炎是耳鼻咽喉科常见病、多发病,属于中医学“鼻渊”范畴,其临床表现为鼻塞、流脓涕、嗅觉障碍、头痛、局部疼痛等,常反复发作,迁延不愈。我们采用小柴胡汤配合苍耳散加减治疗儿童单纯慢性鼻窦炎,取得较满意的疗效,现总结如下。

1 一般资料

180例均为门诊患者,并随机分为两组。治疗组90例,其中男49例,女41例,年龄8~14岁,平均11岁;双侧上颌窦炎26例,单侧上颌窦炎30例,双侧额窦炎9例,单侧额窦炎11例,合并筛窦炎14例;病程2~4年,平均2年8个月。对照组90例,男51例,女39例;年龄8~14岁,平均10岁;双侧上颌窦炎29例,单侧上颌窦炎31例,双侧额窦炎6例,单侧额窦炎12例,合并筛窦炎12例;病程2~4年,平均2年5个月。两组病例均为慢性鼻窦炎 I 型,性别、年龄、病程均无明显差异。

诊断标准:参照1997年海口慢性鼻窦炎 I 型诊断标准^[1]和国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》制定:1)大量黏液性或脓性鼻涕、鼻塞、头痛或头昏3个月以上,或每年发作鼻窦炎4次以上。2)鼻腔黏膜充血肿胀,鼻腔及后鼻孔有黏液性或脓性分泌物。3)CT检查有鼻窦密度增高征象。

2 治疗方法

治疗组用小柴胡汤配合苍耳子散加减:柴胡10g,黄芩10g,党参15g,制半夏10g,炒苍耳子6g,白芷6g,辛夷10g,薄荷6g,钩藤15g,藿香10g,石菖蒲10g,炙甘草6g,每日1剂,水煎2次早晚服。对照组采用克林霉素棕榈酸酯颗粒剂15mg/kg/日,分3次口服;鼻塞明显

者用0.5%麻黄素滴鼻液,每日3次,每次3~4滴。疗程均为15天。

3 疗效判定标准与结果

3.1 疗效判定标准:参照《中医病证诊断疗效标准》制定:治愈:临床症状和体征消失,CT检查正常,随访3个月无复发;好转:症状明显改善,鼻腔检查黏膜充血肿胀减轻,CT检查明显改善;无效:疗程结束后症状体征和CT检查无变化。

3.2 两组疗效比较:治疗组治愈51例,好转32例,无效7例,总有效率92.2%;对照组治愈34例,好转31例,无效25例,总有效率72.2%。经 χ^2 检验,两组有显著性差异($P < 0.01$)。

4 讨论

慢性鼻窦炎是多种因素共同作用的结果,包括全身免疫力低下、机体变态反应增高、局部致病菌感染、鼻道复合体畸形、微循环障碍等。我们选择慢性单纯性鼻窦炎作为观察对象,将合并鼻道畸形或鼻息肉病例排除在外,同时对对照组采用较为敏感的克林霉素,有助于中、西医内科保守治疗方法效果的比较。中医认为,儿童急性鼻窦炎多因六淫外袭、胆热上犯、脾经湿热所致。小柴胡汤配合苍耳散加减切中慢性鼻渊之病机。方中柴胡、黄芩、钩藤、薄荷清解表邪,祛肺肝经郁热;党参、炙甘草健脾益气以固本;苍耳子、辛夷、白芷通鼻窍;半夏、藿香、石菖蒲化浊以通脑窍。全方共成扶正固本、宣邪透窍之功。临床应用取得满意疗效。

参考文献

[1]中华医学会耳鼻咽喉科分会,中华耳鼻咽喉科杂志编委会.慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜手术疗效评定标准.中华耳鼻咽喉科杂志,1998,33:134.

(2008-03-04 收稿)