

〔文章编号〕 1007-0893(2022)09-0043-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.09.013

中西医结合治疗小儿肺炎恢复期的疗效

陈宏睿 李颖珊 罗桂平*

(东莞市中医院, 广东 东莞 523000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨中西医结合治疗小儿肺炎恢复期的疗效。**方法:** 选取东莞市中医院 2018 年 5 月至 2020 年 4 月期间收治的 92 例小儿肺炎恢复期患儿, 随机分为对照组与观察组, 各 46 例。对照组患儿使用常规西医治疗, 观察组使用中西医结合治疗, 比较两组患儿的临床疗效、中医证候积分变化、免疫功能指标变化、炎症因子水平变化。**结果:** 观察组患儿治疗总有效率 (95.65%) 高于对照组 (71.74%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患儿的自汗少食、神情倦怠、面色少华、大便稀溏等中医证候积分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患儿的 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 高于对照组, $CD8^+$ 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患儿的 C 反应蛋白 (CPR)、白细胞 (WBC)、降钙素原 (PCT) 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 中西医结合治疗小儿肺炎恢复期的疗效显著, 能减轻中医证候积分, 改善免疫及抗病能力, 加快机体恢复。

〔关键词〕 肺炎; 中西医结合疗法; 儿童

〔中图分类号〕 R 563.1 〔文献标识码〕 B

小儿肺炎是儿科常见呼吸系统疾病, 也是导致婴幼儿死亡的主要病因, 对小儿健康危害较大, 需要及时诊治。由于小儿免疫系统及呼吸系统功能尚未发育完全, 对外界病原体的抵抗力较差, 病原体容易经上呼吸道下侵至肺部, 引发肺组织炎症反应, 导致肺炎发病^[1]。西医多选用敏感性抗菌药物或抗病毒药物治疗, 大部分患儿经规范化治疗后能缓解病情, 达到较好疗效, 但也有小部分患儿本身的免疫力及抵抗力较差, 在病情进入恢复期后自身恢复能力不佳, 导致病情恢复缓慢, 甚至缠绵不愈^[2]。中医认为, 小儿脾肺气虚, 肺卫不固, 御邪及抗病能力较差, 导致病情迁延难愈, 同时也易出现久病致瘀。中医通过辨证论治, 认为小儿肺炎恢复期以肺脾气虚证较为多见, 治疗当以健脾益气、宣肺固表、行气散瘀等为大法, 通过内服、外治, 能发挥中医治疗的优势, 达到良好治疗效果^[3]。玉屏风颗粒以玉屏风散为基本方, 具有益气健脾、固护肺卫等功效, 有助于增强机体卫外之力。中药穴位贴敷是特色中医外治方法, 能止咳平喘、宣畅肺气, 加快症状缓解^[4]。本研究进一步分析中西医结合治疗小儿肺炎恢复期的疗效, 现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取东莞市中医院 2018 年 5 月至 2020 年 4 月期间

收治的 92 例小儿肺炎恢复期患儿, 随机分为对照组与观察组, 各 46 例。观察组男 24 例, 女 22 例; 年龄 3~12 岁, 平均年龄 (7.4 ± 2.5) 岁; 病程 7~15 d, 平均病程 (10.7 ± 2.1) d; 细菌性肺炎 25 例、支原体肺炎 21 例。对照组男 25 例, 女 21 例; 年龄 3~11 岁, 平均年龄 (7.1 ± 2.4) 岁; 病程 7~16 d, 平均 (10.9 ± 2.3) d, 细菌性肺炎 27 例、支原体肺炎 19 例。两组患儿性别、年龄、病程等资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 均符合《中医儿科学》^[5] 中相关诊断标准, 经查体、血常规、胸部 X 线等检查确诊; 中医辨证属于肺脾气虚证, 症见神情倦怠、自汗少食、面色少华、大便稀溏等, 舌质偏淡, 苔薄白, 脉细无力。

1.2.2 排除标准 肺炎急性期; 重症肺炎或出现严重肺炎并发症; 合并其他心肺疾病、患有先天性疾病; 严重肝肾功能障碍、血液及免疫系统疾病; 药物过敏等。

1.3 方法

1.3.1 对照组 使用常规西医治疗, 选择敏感抗菌类药物抗感染治疗, 一般细菌感染患儿使用头孢类抗菌药物治疗, 支原体感染患儿使用阿奇霉素治疗, 并对症进行止咳、化痰、平喘等治疗。治疗 14 d。

〔收稿日期〕 2022-03-06

〔作者简介〕 陈宏睿, 男, 主治医师, 主要从事儿科工作。

〔※通信作者〕 罗桂平 (E-mail: lgp6451@sina.com; Tel: 13686219553)

1.3.2 观察组 在对照组的基础上,服用中药免煎颗粒。≤3岁每日给予黄芪4g、白术10g、防风8g。冲服,分2次服用; >3岁每日给予黄芪6g,白术12g,防风10g。冲服,分2次服用,治疗14d^[3]。并使用中药敷胸散,组方:大黄、芒硝、蒜泥,大黄、芒硝打粉与蒜泥和温水充分调匀,敷于背部双肺俞对应位置,3~6岁:大黄24g,芒硝6g,蒜泥4g; 7~12岁:大黄32g,芒硝8g,蒜泥6g。连续敷3d。

1.4 疗效标准

痊愈:中医证候积分降低≥95%,机体恢复健康;有效:中医证候积分降低≥50%,精神状态明显好转;无效:中医证候积分降低<50%,或病情加重,精神状态不佳^[6]。总有效率=(痊愈+有效)/总例数×100%。

1.5 观察指标

(1)评估自汗少食、神情倦怠、面色少华、大便稀溏等中医证候积分,每项0~3分,得分越高越严重;(2)检测CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺等T淋巴细胞亚群,抽取外周静脉血3mL,采用EpicXL-IV型流式细胞仪检测;(3)治疗前后检测血清炎症因子指标,包括C反应蛋白(C-reaction protein, CRP)、白细胞(white blood cell, WBC)、降钙素原(procalcitonin, PCT),抽取外周静脉血3mL,采用日立7500型全自动生化仪检测。

1.6 统计学方法

采用SPSS 21.0软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗总有效率比较

观察组患儿治疗总有效率(95.65%)高于对照组(71.74%),差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患儿治疗总有效率比较 (n=46, 例)

组别	痊愈	有效	无效	总有效/n(%)
对照组	11	22	13	33(71.74)
观察组	26	18	2	44(95.65) ^a

注:与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患儿治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患儿的自汗少食、神情倦怠、面色少华、大便稀溏等中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后观察组患儿的自汗少食、神情倦怠、面色少华、大便稀溏等中医证候积分低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患儿治疗前后中医证候积分比较 (n=46, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	自汗少食	神情倦怠	面色少华	大便稀溏
对照组	治疗前	2.46±0.30	2.48±0.31	2.50±0.29	2.42±0.30
	治疗后	1.33±0.24	1.29±0.23	1.37±0.21	1.33±0.22
观察组	治疗前	2.43±0.28	2.49±0.30	2.52±0.27	2.43±0.32
	治疗后	0.46±0.12 ^b	0.41±0.13 ^b	0.54±0.16 ^b	0.49±0.15 ^b

注:与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患儿治疗前后免疫功能指标比较

治疗前两组患儿的CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后观察组患儿的CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺高于对照组,CD8⁺低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组患儿治疗前后免疫功能指标比较 (n=46, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	治疗前	63.47±4.72	32.48±3.61	31.60±4.49	1.03±0.22
	治疗后	64.25±5.61	34.02±3.37	28.85±3.83	1.18±0.26
观察组	治疗前	63.54±4.79	32.76±3.65	31.68±4.63	1.03±0.21
	治疗后	69.78±6.37 ^c	37.75±3.58 ^c	25.64±3.71 ^c	1.47±0.24 ^c

注:与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患儿治疗前后炎症因子比较

治疗前两组患儿的CPR、WBC、PCT比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后观察组患儿的CPR、WBC、PCT低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表4 两组患儿治疗前后炎症因子比较 (n=46, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CPR/mg·L ⁻¹	WBC/×10 ⁹ ·L ⁻¹	PCT/μg·L ⁻¹
对照组	治疗前	18.27±3.92	12.48±1.63	11.60±2.49
	治疗后	9.78±2.35	9.78±1.54	7.04±1.51
观察组	治疗前	18.58±4.04	12.72±1.66	11.67±2.63
	治疗后	3.25±1.16 ^d	6.02±1.30 ^d	2.81±0.83 ^d

注:CPR—C反应蛋白;WBC—白细胞;PCT—降钙素原。与对照组治疗后比较, ^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

小儿肺炎以婴幼儿最为高发,主要与其呼吸系统生理解剖结构较为特殊有关。小儿肺组织弹性差,纤毛运动差,气管、支气管管腔狭窄等,血管丰富易于充血水肿,分泌物容易阻塞气道。虽然大多数患儿在抗感染治疗后症状逐渐消失,但也有少数患儿在恢复期炎症减退后,咳嗽、咳痰等症状消退缓慢,病情难以痊愈,严重影响患儿健康^[7]。这类患儿再应用抗菌药物治疗的效果往往欠佳,容易进展为慢性咳嗽,导致病情迁延不愈,甚至可出现抗菌药物耐药、二重感染等问题,严重损害患儿健康,也给临床治疗带来一定难度^[8]。

中医认为,本病辨证属于肺脾气虚证,本病病位在肺,本虚在脾。脾气虚弱、肺卫不固为本,导致机体正气虚

弱,无以御邪,而邪气余留为标,导致正气不足,病邪稽留肺卫不去,痰湿内生,肺卫不固,病势缠绵不愈^[9]。肺主气,司呼吸,主一身之气,兼具卫外功能。脾主运化,水谷精微均由脾运化,以滋养五脏六腑。脾肺功能与小儿肺炎的恢复密切相关。“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,肺脾气虚,则痰湿内生,痰浊不化,使病情难以恢复^[10]。肺卫不固、正气不足,则机体无以卫外,外邪可反复侵入肺卫,使病情迁延难愈或反复发作^[11]。因此,治疗当以健脾益气、补肺固表为大法。

中医可供选择的治疗方法较多,本研究以内服中药加外用药物穴位贴敷进行治疗。玉屏风免煎颗粒是中医治疗表虚自汗的名方,对于表虚不固、肺卫气虚等有良好治疗效果,切中肺脾气虚证的病机特点,能有效益气固表、祛邪扶正,使祛邪而不伤正,固表不留邪,散中寓补,补中寓疏,从而调整脏腑功能,增强卫外之力,达到良好治疗效果^[12]。现代药理研究显示,本药可改善免疫系统功能,调整体液免疫和细胞免疫,纠正机体免疫功能紊乱,提高抗病能力^[13]。中药敷胸散以中医外治理论为指导,通过直接和间接原理,药物通过皮肤渗透入机体,随血液运行到病所,发挥药理作用。同时通过药物刺激敷药部位皮肤,调节神经、体液以及组织器官功能,达到防病治病目的^[14]。中药敷胸散是治疗小儿咳嗽、咳痰、气喘的有效外治方法,能有效宣通肺气、散瘀化痰,并有良好的调节免疫作用,能加快症状缓解速度,提升临床疗效^[15]。

本研究中,观察组患儿治疗总有效率(95.65%)高于对照组(71.74%),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组患儿的自汗少食、神情倦怠、面色少华、大便稀溏等中医证候积分低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组患儿的 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 高于对照组, $CD8^+$ 低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后观察组患儿的CPR、WBC、PCT低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。充分证明小儿肺炎恢复期在西医治疗的基础采用中医治疗,能发挥辨证论治的优势,给予患儿个体化治疗,内外结合,发挥抗炎、调节免疫的作用,从而促进中医证候的缓解,提高病情治疗效果^[16]。

综上所述,中西医结合治疗小儿肺炎恢复期获得了较好的效果,有效减轻中医证候,调节免疫功能,抑制炎症反应。

〔参考文献〕

- (1) 杜博英,高健,刘春英,等.玉屏风颗粒联合复合脉冲磁疗治疗小儿肺炎恢复期肺脾气虚证的临床观察(J).安徽医药,2017,21(10):1850-1853.
- (2) 李亚红.敷胸散辅助治疗小儿肺炎的疗效观察及护理体会(J).中国药业,2012,21(A2):327-328.
- (3) 陆宏进,董朝,殷妍,等.益气健脾化痰法治疗小儿肺炎恢复期肺脾气虚证(J).中国实验方剂学杂志,2013,19(16):318-322.
- (4) 杜博英,高健,马维维,等.玉屏风颗粒联合推拿治疗小儿肺炎恢复期肺脾气虚证的临床研究(J).河北医药,2017,39(11):1688-1690.
- (5) 汪受传.中医儿科学(M).2版.北京:人民卫生出版社,2011:64-68.
- (6) 王利朝,张伟玲,郭建丽,等.推拿结合微波疗法治疗小儿肺炎喘嗽肺脾气虚证疗效及对TNF- α 、IL-6水平的影响(J).现代中西医结合杂志,2019,28(29):3239-3242.
- (7) 郭颖梅,林溶生,陈荣斌.清肺通络汤治疗肺炎恢复期患儿的效果及对症状评分的影响(J).世界中西医结合杂志,2020,15(1):127-130.
- (8) 王小惠,李娟.中药敷胸散治疗小儿肺炎56例(J).光明中医,2014,29(3):100-101.
- (9) 张春宇.中药经皮给药用于小儿肺炎恢复期疗效观察(J).浙江中西医结合杂志,2015,25(6):608-609.
- (10) 李旭微,郑健,王菊霞,等.小儿推拿配合药物治疗痰热闭肺型肺炎喘嗽患儿临床观察(J).福建中医药,2021,52(7):20-22.
- (11) 谭儒省."病痰饮者当以温药和之"为原则治疗小儿肺炎喘嗽恢复期的临证体会(J).中国中西医结合儿科学,2015,7(5):511-512.
- (12) 张昱,陈继源,王茂壮,等.玉屏风颗粒联合脾氨肽治疗反复下呼吸道感染患儿的疗效及对炎症因子,SAA水平的影响(J).贵州医药,2020,44(2):234-236.
- (13) 张丛敏,朱晓静,魏金铠,等.玉屏风颗粒联合脾氨肽口服冻干粉治疗小儿肺炎的疗效及对细胞因子和免疫功能的影响(J).中国医师杂志,2021,23(9):1395-1398.
- (14) 葛敏,陶冶,李华.内外合治小儿肺炎恢复期肺脾气虚型40例疗效观察(J).中医外治杂志,2019,28(2):20-21.
- (15) 杜博英,高健,刘春英,等.玉屏风颗粒联合复合脉冲磁疗治疗小儿肺炎恢复期肺脾气虚证的临床观察(J).临床与病理杂志,2016,36(11):1738-1743.
- (16) 杜博英,高健,刘春英,等.玉屏风颗粒和脾氨肽辅助治疗小儿肺炎恢复期肺脾气虚证疗效观察(J).现代中西医结合杂志,2017,26(35):3883-3885.