

(文章编号) 1007-0893(2022)18-0040-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.18.012

中西医结合治疗疱疹性咽峡炎的效果分析

邱彬彬 陈良荣 乐平平

(三明市第一医院, 福建 三明 365000)

[摘要] **目的:** 分析疱疹性咽峡炎治疗中以中西医结合方式开展的临床效果。**方法:** 选取三明市第一医院2021年1月至2022年3月期间收治的68例疱疹性咽峡炎患儿, 采用数字表随机规范分为对照组与观察组, 各34例。对照组患儿给予西医常规的对症治疗, 观察组患儿在对照组的基础上给予清肺利咽汤开展治疗, 比较两组患儿治疗效果、症状缓解时间、不良反应、T淋巴细胞亚群水平、满意度。**结果:** 观察组患儿治疗总有效率为97.06%, 高于对照组的79.41%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患儿疱疹消退时间、退热时间、食欲改善时间均短于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患儿不良反应发生率为2.94%, 低于对照组的17.65%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组患儿 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 均有不同程度升高, $CD8^+$ 均有不同程度下降, 且治疗后观察组患儿 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 均高于对照组, $CD8^+$ 低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患儿家属满意度为97.06%, 高于对照组的82.35%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 疱疹性咽峡炎治疗中采取中西医结合治疗方法, 可有效改善患儿的临床症状, 提高机体的免疫能力, 减少不良反应的出现。

[关键词] 疱疹性咽峡炎; 风热犯肺证; 清肺利咽汤; 儿童

[中图分类号] R 766.5 **[文献标识码]** B

疱疹性咽峡炎作为儿科较为常见的疾病, 主要发生在1~7岁的儿童中, 大多由于柯萨奇A组病毒感染所导致, 是以口呼吸道作为传播实施的途径, 临床主要的表现为软腭、咽腭弓以及悬雍垂等部位存在疱疹或者溃疡点, 患儿的咽部较为疼痛, 出现红肿状况, 因此食欲下降且哭闹不止。此类疾病作为自限性疾病, 具有较强传染性, 因此临床中需及时开展治疗干预, 现目前临床治疗中, 西医多使用抗病毒以及对症支持等措施治疗, 但是症状的缓解时间相对较慢, 且可能出现耐药性, 效果不能达到预期。据相关研究资料表明^[1], 中西医结合治疗效果更加显著, 中药治疗的抗菌抗病毒效果更为明显, 与此同时在用药治疗中的安全性较高。鉴于此, 以收治的68例疱疹性咽峡炎患儿, 分析治疗中以中西医结合方式开展的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取三明市第一医院2021年1月至2022年3月期间收治的68例疱疹性咽峡炎患儿, 采用数字表随机规范分为对照组与观察组, 各34例。对照组男性20例, 女性14例; 年龄1.5~7岁, 平均年龄(4.25 ± 1.05)岁; 病程4~7 d, 平均病程(5.5 ± 1.2) d。观察组男性21例,

女性13例; 年龄1.3~7岁, 平均年龄(4.15 ± 1.01)岁; 病程4~7.5 d, 平均病程(5.75 ± 1.22) d。两组患儿一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 中医诊断 参考《中医儿科学》^[2]中口疮相关的诊断标准, 且辨证为风热犯肺证, (1) 出现口腔咽痛、疱疹、发热、咽红、咳嗽等; (2) 口干拒食、口腔疼痛、烦躁不安、口臭、涎多、小便短赤; (3) 舌红苔薄黄, 脉浮数。

1.1.2 西医诊断 参考《疱疹性咽峡炎诊断及治疗专家共识》^[3]中儿童疱疹性咽峡炎有关的诊断标准,

(1) 咽喉部位存在充血, 会在软腭、悬雍垂黏膜、咽弓均可看到数多灰白色疱疹, 其直径为2~4 mm, 周围可以看到红晕或者是浅表溃疡; (2) 出现咽痛、吞咽受限、发热、流涎等症状; (3) 夏秋季作为高发季节; (4) 病程大多为1周左右; (5) 血白细胞降低或是正常。

1.1.3 纳排标准 (1) 均符合西医及中医的诊断标准; (2) 患儿年龄均在8岁以下; (3) 病程均在1周左右; (4) 排除并发手足口病或是下呼吸道感染者; (5) 排除先天性疾病者; (6) 排除近期服用抗炎、抗病毒药物者; (7) 排除高热惊厥者; (8) 排除研究所用药物过敏者。

[收稿日期] 2022-07-03

[作者简介] 邱彬彬, 男, 主治医师, 主要从事中西医结合儿科工作。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予西医常规的对症治疗, 注射用炎琥宁(悦康药业集团有限公司, 国药准字 H20065986) 40 mg 与 5% 葡萄糖注射液 250 mL 稀释后进行静脉滴注, 每日 1 次; 利巴韦林喷剂(山东京卫制药有限公司, 国药准字 H20093066), 间隔 4~5 h 喷 1 次, 每次喷 1~2 下; 维生素 C 片(广东恒健制药有限公司, 国药准字 H44021171), 每日口服 3 次, 每次 100 mg; 患儿体温结合其状况开展降温处理, 温度升高不显著可利用物理降温, 较显著可利用药物降温。连续开展 5 d 治疗。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上给予清肺利咽汤开展治疗, 组方为: 金银花、连翘各 8 g, 牛蒡子、黄芩、贯众各 6 g, 藿香、赤芍各 5 g, 山豆根、甘草各 3 g, 玄参 10 g, 桔梗 4 g。随症加减: 咽部出现肿胀者加马勃 5 g; 发热者加石膏 5 g; 流涎者加黄连 3 g; 痰较黄者加瓜蒌 5 g、川贝母 3 g。用水煎煮, 每日 1 剂, 分早晚服用, 年龄在 3 岁及以下者每次服用 10~20 mL; 3~5 岁, 每次服用 20~40 mL; 年龄在 5 岁以上者每次服用 30~50 mL。连续开展 5 d 治疗。

1.3 观察指标

若患儿年龄较小相关评定内容可在家属的协助下进行。

1.3.1 疗效判定 依据《疱疹性咽峡炎诊断及治疗专家共识》^[3] 开展判定, 咽峡部出现的疱疹消失, 且未有溃疡状况出现, 体温恢复正常, 展开相关指标水平检测均已恢复正常, 即为治愈; 咽峡部出现疱疹后逐渐消失或是有明显的缩小, 未出现溃疡, 体温恢复正常, 相关指标检测有所改善, 即为显效; 咽峡部存在的疱疹较治疗开展前有所缩小, 且未有溃疡状况出现, 体温趋于正常, 展开相关指标水平检测有所好转趋势, 判定为有效; 咽峡部的疱疹相比治疗前无较大改变, 甚至于出现溃疡, 体温异常, 相关指标检测异常, 判定为无效。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.3.2 临床指标 统计疱疹消退时间、退热时间、食欲改善时间。

1.3.3 不良反应 治疗中加强对患儿机体状况监测, 若有皮疹、腹泻、恶心呕吐等不良反应。

1.3.4 T 淋巴细胞亚群 治疗开展前 1 d 及治疗 1 周后选用流式细胞仪开展 T 淋巴细胞亚群测定, 指标包括 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺, 并计算 CD4⁺/CD8 比值。

1.3.5 满意度 治疗结束后选用医院结合病情状况、治疗内容、治疗效果所制定的满意度评估问卷, 由患儿家属对治疗的满意度状况做以评估, 问卷评价指标依据百分制划分为满意(80~100 分)、尚且满意(60~79 分)、不满意(59 分及以下), 满意度=(满意+尚且满意)/

总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 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为 97.06%, 高于对照组的 79.41%, 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=34, 例)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率/n(%)
对照组	8	10	9	7	27(79.41)
观察组	10	13	10	1	33(97.06) ^a

注: 与对照组比较, ^a*P* < 0.05。

2.2 两组患儿临床症状缓解时间比较

观察组患儿疱疹消退时间、退热时间、食欲改善时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患儿临床症状缓解时间比较 (n=34, $\bar{x} \pm s$, d)

组别	疱疹消退时间	退热时间	食欲改善时间
对照组	5.63±0.85	3.52±1.02	3.75±1.01
观察组	4.16±0.71 ^b	2.13±0.85 ^b	2.65±0.76 ^b

注: 与对照组比较, ^b*P* < 0.05。

2.3 两组患儿不良反应发生率比较

观察组患儿不良反应发生率为 2.94%, 低于对照组的 17.65%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患儿不良反应发生率比较 (n=34, 例)

组别	皮疹	腹泻	恶心呕吐	发生率/%
对照组	2	2	2	17.65
观察组	0	0	1	2.94 ^c

注: 与对照组比较, ^c*P* < 0.05。

2.4 两组患儿治疗前后 T 淋巴细胞亚群水平比较

治疗后两组患儿 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 均有不同程度升高, CD8⁺ 均有不同程度下降, 且治疗后观察组患儿 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 均高于对照组, CD8⁺ 低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患儿治疗前后 T 淋巴细胞亚群水平比较 (n=34, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	治疗前	48.12±8.32	28.35±5.11	35.26±6.35	0.85±0.14
	治疗后	55.42±9.13 ^d	30.24±5.42 ^d	29.96±5.36 ^d	1.01±0.16 ^d
观察组	治疗前	47.98±8.12	28.12±5.21	35.35±6.22	0.84±0.16
	治疗后	63.58±9.35 ^{de}	35.63±5.63 ^{de}	24.12±5.12 ^{de}	1.36±0.17 ^{de}

注: 与同组治疗前比较, ^d*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^e*P* < 0.05。

2.5 两组患儿家属满意度比较

观察组患儿家属满意度为 97.06%，高于对照组的 82.35%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

表 5 两组患儿家属满意度比较 ($n = 34$, 例)

组别	满意	尚且满意	不满意	满意度/%
对照组	16	12	6	82.35
观察组	20	13	1	97.06 ^f

注：与对照组比较，^f $P < 0.05$ 。

3 讨论

疱疹性咽峡炎在临床中是急性上呼吸道较为常见的感染性疾病，西医学中此类疾病是由于人肠道病毒诱导而出现，如柯萨奇病毒以及埃可病毒等，临床的潜伏期为 2~4 d，治疗实施多予抗炎、抗病毒等相关药物，退热、补液等治疗方式为主要^[4-5]。蒲地蓝消炎口服液、注射炎琥宁、利巴韦林喷雾剂、维生素片在临床中均为较常用的药物，虽然能在比较短的时间内实现抗病毒、抗炎的效果，但若长期开展治疗效果不能达到预期^[6-7]。

疱疹性咽喉炎在中医学隶属于“喉痹”“口疮”的范畴，认为其肺常不足及卫表不固，容易致使肌表遭受风邪、热毒等侵袭，内壅于肺，热毒会循着经络上蒸，从而侵犯咽喉，使其有红肿、疼痛等症状出现，导致机体风热喉痹^[8-9]。加之小儿的年龄较小，脾胃功能尚未完全发育，机体的抵抗能力较差，外感风热的邪气会乘于脾胃，气与口舌相冲，使其出现口疮，因此临床治疗主要以清热解毒、泻火利咽、消肿止痛作为开展的原则^[10]。清肺利咽汤有效的药物成分为金银花、连翘、黄芩等，均有着疏风、散热、利咽、解毒等功效；牛蒡子具有清热解毒、利咽的效果，作为咽喉肿痛治疗的主要药物；而玄参、山豆根具有消肿清热的效果^[11]。桔梗会引药上浮；藿香发挥醒脾开胃的药学作用，赤芍能发挥凉血、清热、止痛功效；甘草可以将诸多药物调和，将药物合理配伍，联合使用可发挥疏风、清热消毒止痛以及解毒利咽的作用，有效缓解患儿机体症状。本研究结果表明：观察组患儿治疗后总有效率高于对照组，且相关症状的缓解时间及不良反应的发生概率均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；证明中西医结合开展治疗可有效缩短患儿症状消除时间，提高治疗的有效率，

同时减少相关并发症的发生概率，保证治疗开展的安全性。疱疹性咽峡炎出现和患儿自身的机体免疫功能遭受较大损伤有着密切关系，特异性的细胞免疫应答会在细胞内源病毒清除中具有重要作用，T 细胞活化后能诱导机体相关的细胞因子进行表达，以此有效发挥出调节功能^[12]。本研究展开分析后其结果表明：在治疗后观察组患儿 T 淋巴细胞亚群水平优于对照组，且治疗满意度高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；证明中西医结合实施治疗干预，可提高患儿机体的免疫能力，使患儿及其家属对治疗开展有较高的满意度。

总之，中西医结合方式用于疱疹性咽峡炎的临床治疗效果显著，不仅缩短患儿症状的消除时间，还可帮助其调节免疫反应，降低相关不良反应的发生率，临床治疗开展的安全性较高。

〔参考文献〕

- (1) 惠萱子. 小儿清咽颗粒辅助治疗小儿疱疹性咽峡炎临床观察 (J). 河南医学高等专科学校学报, 2022, 34(1): 53-55.
- (2) 汪受传. 中医儿科学 (M). 北京: 中国中医药出版社, 2007: 88-91.
- (3) 蒋荣猛. 《疱疹性咽峡炎诊断及治疗专家共识 (2019 年版)》解读 (J). 西部医学, 2019, 31(12): 1810-1813.
- (4) 王蓓. 清心泻火法治疗小儿疱疹性咽峡炎疗效观察 (J). 内蒙古中医药, 2022, 41(1): 66-68.
- (5) 江南芳. 重组人干扰素 α -2b 喷雾剂治疗疱疹性咽峡炎的效果及安全性分析 (J). 中国医学创新, 2020, 17(30): 56-59.
- (6) 龚莉. 炎琥宁治疗小儿疱疹性咽峡炎的临床疗效分析 (J). 世界复合医学, 2020, 6(9): 159-161.
- (7) 何婧娴. 中药内服外用治疗小儿疱疹性咽峡炎 58 例临床观察 (J). 中医儿科杂志, 2020, 16(2): 62-65.
- (8) 赵文鸽. 中西医结合治疗小儿疱疹性咽峡炎临床观察 (J). 实用中医药杂志, 2020, 36(2): 232-233.
- (9) 蒋维. 小儿疱疹性咽峡炎的中医药治疗研究进展 (J). 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(92): 124-125.
- (10) 余艳媚, 方艳莹, 余洽超, 等. 干扰素雾化联合少商穴刺血疗法治疗疱疹性咽峡炎的效果评价 (J). 黑龙江中医药, 2019, 48(5): 356-357.
- (11) 王兴梅. 中西医结合治疗小儿疱疹性咽峡炎临床观察 (J). 实用中医药杂志, 2019, 35(4): 477-478.
- (12) 张巍. 清热解毒利咽方喷喉治疗疱疹性咽峡炎的疗效观察 (J). 中国实用医药, 2021, 16(5): 154-155.