

· 中医药研究 ·

[文章编号] 1007-0893(2023)20-0049-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.20.015

# 麻杏石甘汤合葶苈汤治疗痰热壅肺型 肺炎喘嗽患儿的临床疗效

庞晓凤 吴月娥

(南部战区海军第一医院, 广东 湛江 524000)

**[摘要]** 目的: 探讨肺炎喘嗽(痰热壅肺型)患儿采取麻杏石甘汤合葶苈汤加减治疗的临床效果。方法: 选择南部战区海军第一医院 2020 年 5 月至 2023 年 5 月期间收治的 90 例肺炎喘嗽(痰热壅肺型)患儿, 随机数字表法分为对照组与观察组, 各 45 例。对照组患儿给予常规治疗, 观察组患儿给予麻杏石甘汤合葶苈汤加减治疗。比较两组患儿的疗效、症状消失时间、安全性, 以及治疗前后炎症因子水平、免疫功能。结果: 观察组患儿治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患儿症状消失时间(咳嗽与气喘)短于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后两组患儿血清 C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-6(IL-6)水平均有不同程度下降, 且治疗后观察组患儿 CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-6 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后两组患儿 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup> 水平均有不同程度提升, 且治疗后观察组患儿 CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup> 水平均高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 两组患儿不良反应发生率比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 肺炎喘嗽(痰热壅肺型)患儿采取麻杏石甘汤合葶苈汤加减治疗, 疗效显著, 安全性好, 而且能更好地改善咳嗽与气喘症状, 改善免疫功能, 促进炎症因子水平降低。

**[关键词]** 肺炎; 喘嗽; 痰热壅肺型; 麻杏石甘汤; 葶苈汤; 儿童

**[中图分类号]** R 563.1 **[文献标识码]** B

小儿肺炎喘嗽在现代医学中也叫小儿肺炎, 我国中医典籍中早有论述, 首次在《麻科活人全书》中记载。结合历代医家对本病病因病机分析看出, 现代中医研究者对本病的中医病因病机基本统一, 认为是内因与外因所致, 内因多见于小儿脏腑娇嫩、后天喂养失宜或外卫不固, 经久不愈; 外因则多因外感风邪与温寒失调等所致<sup>[1]</sup>。本病主要对肺脏累及, 肺主治节, 肺气不畅则气滞血瘀, 久之导致血运受阻, 累及心脏, 甚至威胁生命安全<sup>[2]</sup>。中医治疗本病可采取辨证分型治疗, 而痰热壅肺型肺炎喘嗽十分常见, 临床上多以宣肺平喘与清热化痰及辨证加减治疗<sup>[3]</sup>。比如痰液较多, 可先予以化痰顺气; 若喘憋严重, 则先予以平喘利气。从既往临床资料中发现, 临床中医治疗小儿肺炎喘嗽多选择经验方治疗, 但不同的方药治疗效果存在差异性。麻杏石甘汤源自《伤寒论》、葶苈汤则源自《备急千金要方》, 方药中不同药物都有自己独特的药效, 二者联合应用是否能进一步增强药效, 改善患者的疗效, 需进一步探讨。为了探讨肺炎喘嗽(痰热壅肺型)患儿采取麻杏石甘汤合葶苈汤加减治疗对其炎症因子水平、免疫功能及效果的影响, 本研究就南部战区海军第一医院 2020 年 5 月至 2023 年 5 月期间收治的 90 例肺炎喘嗽(痰热壅肺型)患儿研究,

现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择南部战区海军第一医院 2020 年 5 月至 2023 年 5 月期间收治的 90 例肺炎喘嗽(痰热壅肺型)患儿, 随机数字表法分为对照组与观察组, 各 45 例。

对照组男性 24 例, 女性 21 例; 年龄 1~8 岁, 平均年龄(4.52±0.85)岁; 病程 1~12 d, 平均病程(4.68±1.02) d; 体质量 9~40 kg, 平均体质量(24.32±2.16) kg。观察组男性 22 例, 女性 23 例; 年龄 1~8 岁, 平均年龄(4.74±0.81)岁; 病程 1~12 d, 平均病程(4.83±1.12) d; 体质量 10~38 kg, 平均体质量(24.17±2.34) kg。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。

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 临床资料完整; (2) 确诊满足《小儿肺炎喘嗽中医诊疗指南》关于肺炎喘嗽(痰热壅肺型)诊断标准<sup>[4]</sup>; (3) 年龄≤8 岁; (4) 患儿家属均对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 先天性疾病; (2) 免疫缺陷;

[收稿日期] 2023-07-18

[作者简介] 庞晓凤, 女, 主治医师, 主要从事儿科工作。

(3) 研究所用药物过敏。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予常规治疗，包括止咳平喘、抗感染等基础治疗，如细菌感染者选择青霉素、头孢等针对性抗感染；普通发热者予以布洛芬混悬液降温；病毒感染者予以阿奇霉素静脉注射、吸氧及布地奈德雾化吸入等治疗，持续治疗1周。

1.3.2 观察组 给予麻杏石甘汤合苇茎汤加减治疗，组方：蜜麻黄、甘草、法半夏各5g，石膏、鱼腥草、薏苡仁各15g，桃仁、黄芩、射干、蜜紫苑、芦根、冬瓜仁各9g，莱菔子、紫苏子各6g。临床加减：大便干结加大黄2g；痰热重加前胡9g、竹茹9g。药物由南部战区海军第一医院提供，制作为全成分中药配方颗粒，每日1剂，分早晚冲服，治疗1周。

1.4 观察指标

(1) 两组患儿疗效比较，患儿咳嗽、气喘等症状消失，胸部X线可见病灶消失为基本治愈；患儿症状减轻，胸部X线可见病灶改善为有效；症状、胸部X线无改善或恶化为无效<sup>[5]</sup>。总有效率 = (治愈 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 两组患儿症状消失时间比较，包括咳嗽消失与气喘消失。(3) 两组患儿治疗前后血清炎症因子水平比较，包括C反应蛋白(C-reactionprotein, CRP)、肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor-α, TNF-α)及白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)，采集晨空腹静脉血4mL离心，用酶联免疫吸附试验法检测。(4) 两组患儿治疗前后免疫功能比较，包括分化抗原(cluster of differentiation, CD)3<sup>+</sup>与CD4<sup>+</sup>，采集晨空腹静脉血4mL，用流式细胞仪检测。(5) 两组患儿安全性比较，包括头晕头痛、恶心呕吐、过敏、胃肠不适等。

1.5 统计学方法

采用SPSS 25.0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 $\chi^2$ 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高于对照组，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 = 45, n(%)]

组别	基本治愈	有效	无效	总有效
对照组	18(40.00)	20(44.44)	7(15.56)	38(84.44)
观察组	26(57.78)	18(40.00)	1(2.22)	44(97.78) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 两组患儿症状消失时间比较

观察组患儿症状消失时间(咳嗽与气喘)短于对照组，

差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，见表2。

表2 两组患儿症状消失时间比较 (n = 45,  $\bar{x} \pm s$ , d)

组别	咳嗽消失	气喘消失
对照组	7.68 ± 1.84	7.39 ± 1.35
观察组	5.51 ± 1.25 <sup>b</sup>	5.11 ± 1.13 <sup>b</sup>

注：与对照组比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 两组患儿治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后两组患儿血清CRP、TNF-α、IL-6水平均有不同程度下降，且治疗后观察组患儿CRP、TNF-α、IL-6水平均低于对照组，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，见表3。

表3 两组患儿治疗前后血清炎症因子水平比较 (n = 45,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	CRP/mg · L <sup>-1</sup>	TNF-α/μg · L <sup>-1</sup>	IL-6/ng · L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	118.47 ± 25.98	73.59 ± 9.74	63.48 ± 7.45
	治疗后	57.42 ± 5.94 <sup>c</sup>	54.13 ± 5.96 <sup>c</sup>	42.16 ± 4.39 <sup>c</sup>
观察组	治疗前	118.62 ± 25.81	72.96 ± 8.57	63.62 ± 7.28
	治疗后	25.62 ± 3.61 <sup>cd</sup>	40.32 ± 4.52 <sup>cd</sup>	27.51 ± 2.36 <sup>cd</sup>

注：CRP - C反应蛋白；TNF-α - 肿瘤坏死因子-α；IL-6 - 白细胞介素-6。

与同组治疗前比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

2.4 两组患儿治疗前后免疫功能水平比较

治疗后两组患儿CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>水平均有不同程度提升，且治疗后观察组患儿CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>水平均高于对照组，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，见表4。

表4 两组患儿治疗前后免疫功能水平比较 (n = 45,  $\bar{x} \pm s$ , %)

组别	时间	CD3 <sup>+</sup>	CD4 <sup>+</sup>
对照组	治疗前	55.74 ± 5.39	32.48 ± 3.69
	治疗后	62.58 ± 6.57 <sup>e</sup>	40.19 ± 4.13 <sup>e</sup>
观察组	治疗前	55.93 ± 5.24	32.63 ± 3.58
	治疗后	78.52 ± 7.14 <sup>ef</sup>	49.85 ± 4.72 <sup>ef</sup>

注：CD - 分化抗原  
与同组治疗前比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>f</sup> $P < 0.05$ 。

2.5 两组患儿安全性比较

两组患儿不良反应发生率比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )，见表5。

表5 两组患儿安全性比较 [n = 45, n(%)]

组别	恶心呕吐	头晕头痛	过敏	肠胃不适	合计
对照组	2(4.44)	2(4.44)	1(2.22)	1(2.22)	6(13.33)
观察组	1(2.22)	1(2.22)	0(0.00)	1(2.22)	3(6.67)

3 讨论

肺炎咳嗽属于中医病名范畴，是儿童时期最为常见的呼吸系统疾病之一，因起病急骤、进展快速，会影响患儿正常的生长发育，需尽早诊断与治疗，才能取得良

好的预后；反之，若延误治疗还可进展为重症肺炎，可危及患儿生命安全。在现代医学领域中，肺炎喘嗽等同于儿童肺炎，多因细菌或病毒感染等所致，或其他因素诱发肺部炎症反应<sup>[6-7]</sup>，高居儿科呼吸系统疾病前几位，需引起重视。肺炎喘嗽在冬春两季发生率较高，患儿会有咳嗽、气喘、发热等症状<sup>[8]</sup>。目前，临床治疗肺炎喘嗽多采取一般治疗、对症治疗及抗病毒或抗感染等治疗，可采取的药物包括西药与中药，不同的用药类型与方案，在临床治疗上存在疗效与安全性差异。

临床西医治疗肺炎喘嗽患儿多采取抗菌药物治疗，但长期服药会带来较重的副反应或耐药性，影响治疗依从性与预后<sup>[9]</sup>。在西医治疗肺炎咳嗽患儿中广谱抗菌药物的应用十分广泛，随着大量广谱抗菌药物的应用，导致细菌耐药性增加，而且肝肾功能损害、肠道菌群失调等不良事件也逐渐增多，不仅影响患儿治疗预后，而且还会增加患儿的痛苦，甚至导致医疗负担加重<sup>[10-11]</sup>。此外，随着抗菌药物滥用或不规范应用增多，一些不明微生物感染出现，进一步增加了抗菌药物治疗难度。随着中医药发展及广泛应用，在肺炎喘嗽治疗中也受到了关注，不仅能改善肺炎患儿的临床症状，促进病灶吸收，同时还可改善肺功能，减轻用药副作用，提高了治疗安全性，适用于小儿群体<sup>[12]</sup>。中医认为本病多因外感风邪所致气机运行不畅，从而发生痰热、咳嗽等，推荐采取止咳平喘、清热化痰等原则治疗。本研究结果提示，观察组患儿总有效率高于对照组、症状消失时间短于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后两组患儿血清炎症因子水平明显下降，且观察组低于对照组，而免疫功能指标明显升高，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患儿不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。提示相比西药治疗，中医治疗疗效更好，在改善炎症反应、免疫功能上的作用更显著。肺炎喘嗽（痰热壅肺型）患儿病程多  $> 3$  d，外感表现减弱，多有舌暗、脉弦、苔黄腻等表现，加上外感风热之邪，入里表现为痰热壅肺，以及痰瘀互结。为此，可选择麻杏石甘汤、苇茎汤治疗，不仅可辛凉解表，还可祛除表邪，兼具清热宣肺与化痰平喘等功效<sup>[13]</sup>。麻杏石甘汤合苇茎汤加减治疗中含有多味中药成分，其中石膏能清热解毒；芦根能清肺热与化痰；黄芩、鱼腥草、射干能清热泻火与消炎解毒；桃仁能止咳平喘、活血祛瘀、润肠通便；薏苡仁能解毒散结、利水渗湿；蜜紫苑能止咳；法半夏能化痰，且半夏性温，在清热解毒药物中可反制寒凉过盛；紫苏子与莱菔子能降气消食化痰<sup>[14]</sup>。全方合用，共奏清肺热、开肺气、止咳化痰、消食止嗽，且内外兼治，快速解除病因<sup>[15]</sup>。此外，该药方

大部分中药温和、安全，毒副作用较轻。

综上，肺炎喘嗽（痰热壅肺型）患儿采取麻杏石甘汤合苇茎汤加减治疗，疗效显著，安全性好，而且能更好地改善咳嗽与气喘症状，改善免疫功能，促进炎症因子水平降低。

#### [参考文献]

- [1] 熊长春. 探讨采用麻杏石甘汤合千金苇茎汤治疗小儿肺炎喘嗽的临床效果 [J]. 黑龙江医药, 2023, 36 (4): 850-852.
- [2] 姜欣, 付虹, 于文泉. 麻杏石甘汤合千金苇茎汤治疗小儿肺炎喘嗽对其血清炎症指标水平的改善探讨 [J]. 健康女性, 2022, 19 (51): 42-44.
- [3] 魏凌霄, 李建军. 麻杏石甘汤合苇茎汤加减治疗小儿肺炎喘嗽的临床效果观察 [J]. 中外医学研究, 2018, 16 (27): 145-146.
- [4] 汪爱传, 赵霞, 韩新民, 等. 小儿肺炎喘嗽中医诊疗指南 [J]. 中医儿科杂志, 2008, 4 (3): 1-3.
- [5] 孔德仲. 麻杏石甘汤合苇茎汤加减治疗小儿肺炎喘嗽的效果分析 [J]. 医药前沿, 2022, 12 (34): 130-132.
- [6] 李晓丹, 崔子朋, 陈慧, 等. 麻杏石甘汤灌肠治疗婴幼儿肺炎喘嗽的临床疗效及肺-肠微环境干预机制 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28 (7): 127-133.
- [7] 王晓. 麻杏石甘汤与银翘散在小儿肺炎喘嗽风热闭肺证的应用 [J]. 光明中医, 2022, 37 (11): 1980-1982.
- [8] 宣旒. 麻杏石甘汤联合头孢唑肟治疗小儿肺炎喘嗽风热闭肺证的疗效及对 C 反应蛋白、降钙素原水平的影响 [J]. 中医临床研究, 2022, 15 (11): 81-83.
- [9] 陈智. 肺炎喘嗽风热闭肺证应用加味麻杏石甘汤治疗的效果评价 [J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (91): 193-194.
- [10] 张致远, 宋润祺. 麻杏石甘汤治疗对肺炎喘嗽风热闭肺证患者外周血 WBC、hS-CRP、PCT、HBD-2 水平的影响 [J]. 国际医药卫生导报, 2020, 26 (20): 3112-3114, 3147.
- [11] 唐菱涓, 李彦, 丁创. 麻杏石甘汤联合银翘散治疗风热闭肺证小儿肺炎喘嗽临床效果评价 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38 (12): 256-258.
- [12] 毛庆东, 顾敏勇, 潘彪, 等. 麻杏石甘汤联合阿奇霉素治疗小儿肺炎喘嗽的疗效观察 [J]. 现代中药研究与实践, 2020, 34 (3): 65-68.
- [13] 朱玉, 黎玉婷, 姚德蛟. 从中西医不同角度分析麻杏石甘汤治疗新型冠状病毒肺炎的作用 [J]. 西部中医药, 2020, 33 (4): 5-7.
- [14] 朱丽臻, 石艳红, 蔡小其. 麻杏石甘汤加减联合阿奇霉素治疗痰热闭肺型肺炎支原体肺炎患儿疗效观察及对 IFN- $\gamma$ 、IL-4 表达的影响 [J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37 (10): 1876-1880.
- [15] 张晓娟, 杨竟, 张俊艳. 麻杏石甘汤加减治疗小儿肺炎喘嗽临床观察 [J]. 光明中医, 2020, 35 (11): 1617-1619.