

[文章编号] 1007-0893(2024)02-0046-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.02.012

# 头孢克洛分散片联合桑菊饮治疗 小儿急性支气管炎临床疗效

钱会会 张 娅 宋兆静

(濮阳市中医医院, 河南 濮阳 457099)

**[摘要]** 目的: 探索急性支气管炎患儿采取头孢克洛分散片联合桑菊饮加减治疗的临床疗效。方法: 选取濮阳市中医医院在2021年1月至2021年12月因急性支气管炎就诊的90例小儿为研究对象, 采取随机数字表分为对照组与观察组, 各45例。对照组患儿采取头孢克洛分散片治疗, 观察组患儿采取头孢克洛分散片联合中药桑菊饮加减治疗, 治疗2周观察效果。结果: 观察组患儿治疗总有效率较对照组高, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患儿治疗后各项临床症状评分比对照组更低, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组患儿治疗后各项炎症指标水平比对照组更低, 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: 急性支气管炎患儿在西药治疗基础上联用中药桑菊饮加减治疗, 可显著提升临床有效性, 降低炎症因子水平, 使患儿咳嗽、咳痰等症状得到有效缓解, 同时具有良好的药物安全性, 适合普及。

**[关键词]** 急性支气管炎; 桑菊饮; 头孢克洛分散片; 小儿

**[中图分类号]** R 562.2<sup>+</sup>1 **[文献标识码]** B

急性支气管炎为儿童时期高发的呼吸道疾病, 因病原体感染诱发支气管黏膜炎症而发病, 多数患儿在初期存在呼吸道感染症状, 随后出现咳嗽、咳痰等症状, 同时伴有肺部啰音、发热等相关症状, 对患儿的生长发育产生影响<sup>[1-2]</sup>。因此, 急性支气管炎患儿应及时治疗, 避免病情进展, 优化预后。西医治疗小儿急性支气管炎常用抗菌药物, 如头孢克洛等, 虽可以一定程度改善症状, 但随着抗菌药物耐药性的增加, 整体效果仍然不够理想<sup>[3]</sup>。中医学根据疾病症候将急性支气管炎纳入为“咳嗽”范畴, 认为该病的发生与外邪入侵、肺气紊乱而生咳生痰有关, 在治疗时应以宣通肺气、疏散外邪等为主<sup>[4]</sup>。桑菊饮为《温病条辨》中的中医方剂, 方药味苦辛凉, 具有抗菌、抗炎、免疫调节等作用机制, 在临床支气管炎的疾病治疗中有着广泛应用<sup>[5]</sup>。基于此, 本研究将2021年1月至2021年12月接诊的90例急性支气管炎患儿为分析对象, 旨在研究中药桑菊饮加减的临床价值, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取濮阳市中医医院在2021年1月至2021年12月因急性支气管炎就诊的90例小儿为研究对象, 采取随机数字表分为对照组与观察组, 各45例。对照组男性26例, 女性19例; 年龄1~10岁, 平均年龄(6.15±1.68)岁;

病程1~7 d, 平均病程(4.15±0.83) d。观察组男性25例, 女性20例; 年龄1~11岁, 平均年龄(6.23±1.52)岁; 病程1~7 d, 平均病程(4.16±0.76) 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。

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 经临床明确诊断急性支气管炎<sup>[6]</sup>; (2) 病程时间不超过3周; (3) 年龄12岁以下; (4) 监护人对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 近期自行用药治疗; (2) 合并传染性疾病; (3) 先天性疾病患儿; (4) 对研究中的药物成分存在过敏史; (5) 依从性差, 不配合的患儿; (6) 因个人原因, 中途退出患儿。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 给予头孢克洛分散片(成都倍特药业股份有限公司, 国药准字H20094052)口服, 20 mg·kg<sup>-1</sup>·d<sup>-1</sup>, 症状严重患儿剂量加倍, 每日分3次服用完毕, 日总剂量不超过1 g, 连续治疗2周。

1.3.2 观察组 给予头孢克洛分散片联合桑菊饮加减, 其中头孢克洛分散片用法用量与对照组一致, 桑菊饮组方: 芦根10 g, 连翘10 g, 菊花10 g, 桑叶10 g, 炒苦杏仁8 g, 桔梗6 g, 薄荷6 g(后下), 甘草6 g。临床加减: 咳嗽严重者加炙百部10 g、蜜紫菀10 g、枇

[收稿日期] 2023-11-10

[作者简介] 钱会会, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医儿科临床。

杷叶 10 g；痰多者加浙贝母 8 g。1 剂·d<sup>-1</sup>，水煎煮取药汁 200 mL，分早晚服用，连续用药 2 周。

### 1.4 观察指标

(1) 临床疗效<sup>[7]</sup>。经过治疗患儿相关症状评分下降 70% 及以上，炎症指标水平达到正常范围，记录为显效；经过治疗患儿症状相关评分下降 30%~69%，炎症指标水平显著改善，记录为有效；经过治疗患儿症状评分下降不足 30% 或症状进一步加重，炎症指标水平无明显变化，记录为无效；总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 临床症状<sup>[8]</sup>：咳嗽、咳痰、肺部啰音、发热均实施四级评分法(0~3 分)，0 分表示无症状，1 分表示症状轻微，2 分表示中度症状，3 分代表症状严重，分数高则说明症状严重。(3) 炎症指标水平：C 反应蛋白检验方法为免疫荧光干式定量法、白细胞计数检验仪器为全自动血液分析仪、降钙素原检验方法为上转发光法，分别在治疗前后采集空腹状态下 3 mL 外周静脉血并血清分离后进行检验。(4) 不良反应：呕吐、恶心、软便腹泻、皮疹。

### 1.5 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  $\chi^2$  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性比较

观察组患儿治疗总有效率较对照组高，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性比较 [*n* = 45, *n*(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	16(35.56)	20(44.44)	9(20.00)	36(80.00)
观察组	29(64.44)	14(31.11)	2(4.44)	43(95.56) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

### 2.2 两组患儿治疗前后各项临床症状评分比较

两组患儿治疗前各项临床症状评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；观察组患儿治疗后各项临床症状评分比对照组更低，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患儿治疗前后各项临床症状评分比较

(*n* = 45,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	咳嗽	咳痰	肺部啰音	发热
对照组	治疗前	2.55 ± 0.27	2.47 ± 0.36	2.28 ± 0.42	2.36 ± 0.25
	治疗后	1.43 ± 0.17	1.35 ± 0.23	1.24 ± 0.13	1.19 ± 0.17
观察组	治疗前	2.48 ± 0.36	2.45 ± 0.26	2.17 ± 0.34	2.35 ± 0.30
	治疗后	1.33 ± 0.12 <sup>b</sup>	1.14 ± 0.23 <sup>b</sup>	1.11 ± 0.14 <sup>b</sup>	1.03 ± 0.16 <sup>b</sup>

注：与对照组治疗后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

### 2.3 两组患儿治疗前后炎症指标水平比较

两组患儿治疗前各项炎症指标水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；观察组患儿治疗后各项炎症指标水平比对照组更低，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 比较两组患儿治疗前后炎症指标水平间的差异

(*n* = 45,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	C 反应蛋白 /mg·L <sup>-1</sup>	白细胞计数 /×10 <sup>9</sup> ·L <sup>-1</sup>	降钙素原 /ng·mL <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	18.63 ± 5.15	10.42 ± 2.46	7.84 ± 2.23
	治疗后	10.42 ± 2.24	8.61 ± 2.19	4.35 ± 1.42
观察组	治疗前	18.54 ± 5.62	11.13 ± 2.17	7.97 ± 2.30
	治疗后	6.15 ± 2.64 <sup>c</sup>	6.15 ± 2.21 <sup>c</sup>	2.73 ± 1.53 <sup>c</sup>

注：与对照组治疗后比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

### 2.4 两组患儿治疗不良反应比较

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 4。

表 4 两组患儿治疗不良反应比较 [*n* = 45, *n*(%)]

组别	呕吐恶心	软便腹泻	皮疹	总发生
对照组	0(0.00)	1(2.22)	1(2.22)	2(4.44)
观察组	1(2.22)	2(4.44)	1(2.22)	4(8.89)

## 3 讨论

小儿急性支气管炎是一种常见的呼吸系统感染性疾病。病原体感染后，首先侵入呼吸道黏膜细胞并复制，引起炎症反应。病毒复制和炎症反应导致支气管黏膜水肿、黏液分泌增加，阻塞了气道，导致呼吸不畅。同时，随着炎症细胞浸润、促炎细胞因子的释放等一系列免疫反应，会导致支气管黏膜和周围组织的炎症加重。患病后以咳嗽、咳痰、肺部啰音等为临床典型症状，若未及时予以治疗甚至诱发肺炎或其他呼吸道感染，严重影响患儿的生长发育，降低生活质量。因此，探索高效安全的临床治疗方案，以尽快缓解患儿不适症状具有重要意义。

西医认为，小儿急性支气管炎主要由病毒感染引起，常见病原体包括呼吸道合胞病毒、流感病毒、腺病毒等<sup>[9]</sup>。临床治疗小儿急性支气管炎主要采取对症处理措施，例如使用支气管扩张剂、止咳药、黏液溶解剂等缓解症状，对于合并细菌感染的患儿予以抗菌药物治疗。但由于抗菌药物的耐药性存在，使得西医单一治疗急性支气管炎患儿的效果不够理想。中医根据患儿的症状表现将该病纳入为“咳嗽”等范畴，认为其发病与多种原因有关，如外感风寒、风热、湿邪等，也可因饮食不当、情绪波动、体质弱等内因而发病，导致气机失调、湿邪内阻、肺气失宣<sup>[10-11]</sup>。认为病位在肺，湿邪蕴结于肺，阻滞了肺气的宣降功能，导致呼吸道症状，临床治疗应遵循宣肺化湿、

行气止咳、清热解毒等原则。

本研究对照组患儿采用头孢克洛分散片治疗,观察组患儿采用头孢克洛分散片联合中药桑菊饮加减治疗,汇总研究结果,观察组患儿总有效性95.56%,比对照组80.00%显著更高,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明桑菊饮在提高小儿急性支气管炎治疗效果方面效果显著,这一结论与钱铃等<sup>[12]</sup>研究相一致,进一步证明桑菊饮加减的临床优势。分析原因:中药桑菊饮起源于《温病条辨》,具有清热解毒、祛风止痛、宣肺散结的综合功效,能够缓解支气管炎引起的咳嗽、咳痰等症状,并且促进病情的恢复<sup>[13]</sup>。方中桑叶性凉,味甘苦,入肺经,可止咳清热、疏散风热。菊花性寒,味辛,具有止咳清热之功效,在《药性论》中明确记载,菊花可清利头目、疏散外邪、宣肺止咳<sup>[14]</sup>。桑叶和菊花共为君药,协同发挥互补作用,驱散外邪风热。薄荷味辛而性寒,可清利头目,对于外感风热具有疏散作用,辅助君药提高疏散风热的效果。桔梗味辛,可宣肺理气。炒杏仁味微苦而性寒,可镇咳平喘、宣肺降气,常用于治疗肺气上逆之咳喘之症。三者共为臣药,发挥止咳肃肺的功效。芦根可利咽、生津、清肺热;连翘可疏散风热、消肿散结,二者共为佐药。甘草起调和诸药作用,为使药。诸药合用具有止咳肃肺、疏风清热的作用,辅助西药,提高临床疗效<sup>[15]</sup>。

两组患儿临床症状比较,观察组治疗后评分低于对照组;炎症指标水平比较,观察组治疗后比对照组低,差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。说明中药桑菊饮加减可促进调节炎症水平,利于症状缓解。从现代药理学角度分析:桑菊饮方中芦根的主要成分包括黄酮类化合物、单萜类化合物等,具有抗炎、镇痛、抗氧化和抗病毒等作用机制,可以抑制炎症反应、减轻支气管痉挛,从而缓解支气管炎引起的咳嗽、喉咙痛等症状。连翘中的连翘苷等成分,具有抗炎、抗病毒、抗菌等作用,能够抑制炎症反应、减轻病毒感染,并具有镇痛、降温的效果。菊花中主要成分为黄酮类化合物、苯乙醇类等,具有抗氧化、抗炎、镇痛等作用,可促进改善炎症状态、舒张支气管,减少痰液分泌,从而缓解小儿急性支气管炎的症状。桑叶中的黄酮类、生物碱等具有抗炎、抗氧化、抗过敏和镇痛作用。苦杏仁的主要成分包括杏仁苷、苦杏仁酸等,利于缓解咳嗽、喘息等症状。桔梗的主要成分为桔梗皂苷和黄酮类化合物,可以抑制炎症反应、排除痰液,具有祛痰、润肺、抗菌的作用。薄荷的主要成分为薄荷醇、薄荷酮等,可以辅助改善炎症状态、抑制支气管痉挛,具有清热解毒、镇痛和抗病毒的作用。甘草中主要含有甘草酸、甘草苷等成分,具有抗炎、抗

过敏、镇痛和保护气道黏膜的作用。诸药合用有效抑制炎症反应,促进症状缓解。两组患儿药物不良反应比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。说明增加桑菊饮加减治疗后未明显导致不良反应增加,进一步证明中药桑菊饮加减治疗小儿急性支气管炎的临床安全性。

综上所述,急性支气管炎患儿采取中药桑菊饮加减治疗方案治疗具有较高的临床有效性,在调节患儿炎症水平、缓解相关症状方面具有明显优势,药物不良反应少。

#### [参考文献]

- [1] 李玲. 桑菊饮联合西药治疗风热犯肺证感冒后咳嗽临床观察[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(8): 75-76.
- [2] 张晓琴. 桑菊饮治疗支气管炎的疗效探析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(18): 50-51.
- [3] 张莹翠. 桑菊饮加减联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体感染风热咳嗽对退热时间的影响[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(5): 36-37.
- [4] 尹巧丽, 谢斌. 桑菊饮合止咳散加减联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体感染疗效研究[J]. 中医临床研究, 2022, 14(6): 147-148.
- [5] 胡丽风, 林玉平, 林响, 等. 桑菊饮加减治疗小儿风热型感染性中性粒细胞减少症的效果[J]. 临床合理用药, 2023, 16(19): 21-23, 27.
- [6] 王天有, 沈颖. 诸福棠实用儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2022.
- [7] 沈晓明, 桂永浩. 临床儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [8] 中华中医药学会儿科分会临床评价学组. 小儿支气管哮喘中药新药临床试验设计与评价技术指南[J]. 药物评价研究, 2015, 38(2): 120-127.
- [9] 李德泽, 潘丹凤, 李洲义. 桑菊饮加减治疗风热闭肺型小儿肺炎的临床观察[J]. 北方药学, 2020, 17(12): 71-72.
- [10] 董雅, 唐琪琦, 何慧敏. 桑菊饮加减联合孟鲁司特治疗小儿咳嗽的效果[J]. 中外医学研究, 2023, 21(23): 1-5.
- [11] 汪琳, 周敏, 程茜, 等. 桑菊饮加味辅助治疗儿童急性喉炎(风热犯肺证)的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(3): 511-514.
- [12] 钱铃, 雷章花, 陈巧俊, 等. 桑菊饮联合头孢克洛分散片治疗小儿急性支气管炎临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(10): 33-36.
- [13] 张涛. 四逆散合桑菊饮加减治疗儿童抽动障碍外风引动证临床观察[J]. 中西医结合研究, 2023, 15(1): 43-46.
- [14] 康小娟. 小儿肺热咳嗽颗粒联合硫酸沙丁胺醇对急性支气管炎患儿的应用效果研究[J]. 实用中西医结合临床, 2023, 23(2): 80-82, 93.
- [15] 程丽辉. 中药方剂联合常规西药治疗小儿急性支气管炎致咳嗽临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(5): 127-129.