

黄芩温胆汤联合背部闪罐治疗儿童痰热闭肺型大叶性肺炎的临床疗效

郑亚婷 林德湘 王蒙冬

(宁德市中医院, 福建 宁德 352100)

[摘要] 目的: 研究黄芩温胆汤加味联合背部闪罐治疗儿童大叶性肺炎(痰热闭肺型)的临床效果。方法: 选取2022年7月至2023年6月宁德市中医院收治的60例儿童大叶性肺炎(痰热闭肺型)患儿。采用随机数字表法分为对照组和观察组, 各30例。对照组患儿给予基础治疗, 观察组患儿在其基础上给予黄芩温胆汤加味联合背部闪罐治疗。比较两组患儿临床症状持续时间、治疗前后中医证候积分、炎症因子[超敏C反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6)]水平、临床疗效及安全性。结果: 观察组患儿治疗后发热、咳嗽及湿啰音持续时间均短于对照组; 治疗后观察组患儿中医证候积分低于对照组; 治疗后观察组患儿血清hs-CRP、IL-6、外周血WBC计数及中性粒细胞比率水平均低于对照组; 观察组患儿临床总有效率为96.67%, 高于对照组的76.67%, 上述差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患儿治疗安全性比较, 差异无统计学意义($Z = 0.297, P > 0.05$)。结论: 黄芩温胆汤加味联合背部闪罐能够有效缓解儿童大叶性肺炎(痰热闭肺型)患儿临床症状、中医证候积分, 降低炎症因子水平, 疗效优于单纯使用西医基础治疗且安全性良好。

[关键词] 大叶性肺炎; 痰热闭肺型; 黄芩温胆汤; 闪罐; 儿童

[中图分类号] R 563.1 **[文献标识码]** B

儿童大叶性肺炎是小儿下呼吸道感染致死的首要病因, 其发病率和死亡率位居全国小儿常见病之首, 且近年有逐渐增加的趋势。多见于急性期, 主要是突然高热、咳嗽或气喘、精神疲乏、食欲不振、口渴等, 个别儿童还会伴有胸痛、腹痛等临床症状^[1]。它具有持续时间长、在病变部位使用的抗菌药物含量不够高的情况。在疗程较久的情况下, 还会对患儿学业和成长造成很大的负面影响^[2]。中医多将本病归于“风温肺热病”“肺炎喘嗽”“肺胀”“马脾风”等范畴。隋代巢元方《诸病源候论·上气鸣息候》中“肺主于气, 邪乘于肺则肺胀, 胀则肺管不利, 不利则气道涩, 故气上喘逆, 鸣息不通”, 明确本病的病因病机是外邪侵袭于肺, 气道阻塞^[3]。目前西医对于儿童大叶性肺炎的治疗, 因为耐药性的普遍存在, 在药物选择及应用疗程等方面仍存在弊端, 治疗效果不甚乐观, 预后恢复时间较长^[4]。中医可以根据患儿的体质因素、病程长短、邪正关系和病情的不同时期, 进行辨证施治, 或者是配合塌渍、拔罐、刮痧等外用疗法, 其疗效持久, 有利于患儿的预后, 降低其复发率, 因此寻求一种有效的方剂来治疗本病势在必行^[5]。黄芩温胆汤在温胆汤的基础上加黄芩, 是中医临床常用的方剂之一, 它是以清

热化痰, 肃肺止咳为主, 对儿童大叶性肺炎(痰热闭肺证)的辨证论治, 有其独到之处, 能从根本上解决疾病的根源, 避免疾病的复发^[6]。本研究探讨黄芩温胆汤加味联合背部闪罐用于治疗儿童痰热闭肺型大叶性肺炎的临床应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年7月至2023年6月宁德市中医院收治的60例儿童大叶性肺炎(痰热闭肺型)患儿。采用随机数字表法分为对照组和观察组, 各30例。对照组男性16例, 女性14例; 年龄2~12岁, 平均(5.68±2.21)岁; 病程1~12d, 平均(7.32±2.35)d。观察组男性17例, 女性13例; 年龄2~11岁, 平均(5.79±2.25)岁; 病程1~13d, 平均(7.46±2.42)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。本研究经医学伦理委员会审批通过(编号2022040)。

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 (1) 西医诊断标准参考《诸福棠实用儿科学》^[7]中大叶性肺炎的诊疗方法。(2) 中医

[收稿日期] 2023-11-14

[基金项目] 福建中医药大学校管临床专项资助项目(XB2022091)

[作者简介] 郑亚婷, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医儿科学。

诊断标准参考《小儿肺炎喘嗽中医诊疗指南》^[8]肺炎喘嗽诊断标准；根据《中医儿科常见病诊疗指南》^[9]制定的肺炎喘嗽（痰热闭肺证）的辨证标准制定的临床表现为发热咳嗽，咳黄稠或喉鸣，喘息鼻扇，面赤渴饮，纳呆，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

1.2.2 纳入标准 （1）符合西医大叶性肺炎的诊疗规范；（2）符合中医肺炎喘嗽的诊断标准；（3）符合痰热闭肺证的中医证候辨证标准；（4）能接受中药疗法并自愿参与本研究，取得患儿家属知情同意。

1.2.3 排除标准 （1）患有先天性免疫障碍或肺部异常；（2）患有心脏，肝脏，肾脏及其它器官严重疾病；（3）合并大量胸水，肺不张，脓胸，脓毒血症，感染性休克，脑炎，心肌炎，心包炎，心力衰竭，呼吸衰竭等严重并发症；（4）年龄小于 6 个月或超过 14 岁；（5）参与其它药品的临床研究。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 给予基础治疗。（1）抗菌药物治疗：选用注射用阿莫西林舒巴坦钠为主要抗感染药物（阿根廷霸科制药厂，注册证号 H20130530），用法用量： $35\text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ + 等量 0.9% 氯化钠注射液稀释静脉滴注，8 h 1 次；病原体监测有肺炎支原体感染，加用注射用阿奇霉素（石药集团欧意药业有限公司，国药准字 H20050099），用法用量： $10\text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ + 5% 葡萄糖注射液 250 mL 稀释后静脉滴注，1 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ ，疗程 5 d 后停药 3 d，改为阿奇霉素颗粒（辅仁药业集团有限公司，国药准字 H20073703） $5\text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ 口服。（2）祛痰药使用：盐酸氨溴索注射液（江苏海岸药业有限公司，国药准字 H20213098），用法用量：2 岁以下儿童，2 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ ， $7.5\text{ mg} + 5\%$ 葡萄糖注射液 50 mL 稀释静脉滴注；2~6 岁儿童：3 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ ， $7.5\text{ mg} + 5\%$ 葡萄糖注射液 50 mL 稀释缓慢静脉滴注；6~12 岁儿童：2 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ ， $15\text{ mg} + 5\%$ 葡萄糖注射液 50 mL 稀释静脉滴注。（3）其他对症处理：①咳嗽严重时，给予雾化用布地奈德（正大天晴药业集团股份有限公司，国药准字 H20203063）吸入 1 mg，2 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ ；②降温，对腋温高于 $38.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 者，给予对乙酰氨基酚栓（湖北东信药业有限公司，国药准字 H42021460）纳肛治疗 $0.1 \sim 0.015\text{ g} \cdot \text{kg}^{-1}$ ，24 h 不多于 4 次。持续治疗 10 d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上给予黄芩温胆汤加味联合背部闪罐。（1）黄芩温胆汤加味：橘红 3 g，法半夏 3 g，竹茹 6 g，枳实 5 g，茯苓 6 g，甘草 2 g，桃仁 3 g，丹参 3 g，胆南星 3 g，浮海石 6 g、黄芩 4 g。上述药物均为广东一方药业股份有限公司研制的中草药免煎冲剂。用法：加入沸水 50 mL，再将上述药物颗粒

剂倒入，加盖 10 min 后混合服用。3 周岁以下儿童， $0.5\text{ 剂} \cdot \text{次}^{-1}$ ，3 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ ；4~6 岁儿童， $0.75\text{ 剂} \cdot \text{次}^{-1}$ ，3 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ ；7~14 岁儿童，1 剂 $\cdot \text{次}^{-1}$ ，3 次 $\cdot \text{d}^{-1}$ 。（2）背部闪罐：患儿取俯卧位，充分暴露背部皮肤，依据患儿年龄、胖瘦选用合适的玻璃火罐，重点取穴（大椎、肺俞、阿是穴等），留罐数秒取下，每日 1 次。持续治疗 10 d。

1.4 观察指标

（1）临床症状持续时间：治疗后观察两组患儿发热持续时间、咳嗽持续时间、湿啰音持续时间比较。

（2）中医证候积分^[10]：对患儿治疗前后的中医证候积分进行评定，主证 [发热、咳嗽、咳痰、气促、肺部啰音及 X 线 / 计算机断层扫描 (computed tomography, CT)] 为 4 级（无、轻、中、重）、次证（面色、口渴、睡眠、大便、舌苔）分为 3 级（无、轻、重），主证分别记分为 0、2、4、6 分，次证分别记分为 0、1、2 分，得分越高表明临床症状越严重。（3）炎症因子：分别抽取患儿治疗前后静脉血 5 mL，采用免疫散射比浊检测血清超敏 C 反应蛋白 (hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP) 水平，应用免疫荧光法检测白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6) 含量，采用全自动生化分析仪检测外周血白细胞 (white blood cell, WBC) 计数、中性粒细胞比率。（4）临床疗效评定^[11]：中医临床症状及体征全部消失或基本消失，证候积分下降 $\geq 95\%$ ，且胸片显示肺部病变基本吸收，肺不张复张为痊愈；中医临床症状及体征明显改善，证候积分下降 $\geq 70\%$ 且 $< 95\%$ ，胸片提示肺部病灶吸收 $\geq 1/2$ 为显效；中医临床症状及体征有所好转，证候积分下降 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$ ，且胸片提示肺部病灶吸收 $< 1/2$ 为有效；中医临床症状及体征无明显改善或加重，证候积分下降 $< 30\%$ ，且胸片提示肺部病灶无吸收或加重为无效。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。（5）安全性^[12]：采用安全性的评估方法对疗效进行评价。1 级：没有副作用，使用安全；2 级：较为安全，如果出现副作用，无需治疗即可持续使用；3 级：有一定的安全性，中度的副作用，经治疗后可以持续使用；4 级：由于副作用而被中止试验。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 27.0 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 两组患儿临床症状持续时间比较

观察组患儿治疗后发热、咳嗽及湿啰音持续时间均短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表1 两组患儿临床症状持续时间比较 (n=30, $\bar{x} \pm s$, d)

组别	发热	咳嗽	湿啰音
对照组	2.56 ± 0.48	7.37 ± 1.76	6.95 ± 1.58
观察组	1.35 ± 0.37 ^a	5.58 ± 1.23 ^a	4.25 ± 1.14 ^a

注: 与对照组比较, ^aP < 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=30, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	15.68 ± 2.45	6.54 ± 1.47
观察组	15.32 ± 2.36	4.35 ± 1.24 ^b

注: 与对照组治疗后比较, ^bP < 0.05。

2.3 两组患儿治疗前后炎症因子水平比较

治疗前两组患儿血清 hs-CRP、IL-6、外周血 WBC 计数及中性粒细胞比率水平比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后观察组患儿血清 hs-CRP、IL-6、外周血 WBC 计数及中性粒细胞比率水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表3。

表3 两组患儿治疗前后炎症因子水平比较 (n=30, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	hs-CRP /mg · L ⁻¹	IL-6 /pg · mL ⁻¹	WBC /×10 ⁹ · L ⁻¹	中性粒细胞 比率
对照组	治疗前	24.56 ± 2.64	22.63 ± 2.48	12.42 ± 2.27	67.78 ± 10.29
	治疗后	14.96 ± 2.23	13.68 ± 1.96	10.34 ± 2.17	62.54 ± 8.96
观察组	治疗前	24.75 ± 2.55	22.38 ± 2.45	12.36 ± 2.35	68.53 ± 10.34
	治疗后	10.24 ± 1.26 ^e	9.24 ± 1.32 ^e	9.25 ± 1.24 ^e	53.24 ± 8.35 ^e

注: hs-CRP—超敏 C 反应蛋白; IL-6—白细胞介素-6; WBC—白细胞。

与对照组治疗后比较, ^eP < 0.05。

2.4 两组患儿临床疗效比较

观察组患儿临床总有效率为 96.67%, 高于对照组的 76.67%, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表4。

表4 两组患儿临床疗效比较 [n=30, n(%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	6(20.00)	10(33.33)	7(23.33)	7(23.33)	23(76.67)
观察组	10(33.33)	12(40.00)	7(23.33)	1(3.33)	29(96.67) ^d

注: 与对照组比较, ^dP < 0.05。

2.5 两组患儿安全性比较

两组患儿治疗安全性比较, 差异无统计学意义 (Z=0.297, P > 0.05), 见表5。

表5 两组患儿安全性比较 [n=30, n(%)]

组别	1级	2级	3级	4级
对照组	23(76.67)	4(13.33)	2(6.67)	1(3.33)
观察组	26(86.67)	3(10.00)	1(3.33)	0(0.00)

3 讨论

西医认为大叶性肺炎可由细菌、病毒、支原体、衣原体混合或单一感染所致。以肺泡的渗出性炎症和实变为主要病理改变^[13]。中医认为痰热闭肺型大叶性肺炎为邪犯于肺, 致肺气闭郁, 因而郁而化热炼液成痰, 从而形成痰热。又或脾虚生痰郁而化热, 上贮于肺 (脾为生痰之源, 肺为贮痰之器), 致痰热郁闭肺气。痰热闭肺型大叶性肺炎主要症状表现为鼻翕气喘, 喉间痰鸣如拽锯, 烦躁不安, 发热, 重者颜面口唇青紫发绀。此症多见于体弱患儿或者有伏痰患儿。西医治疗多以常规抗感染对症治疗, 然而在临床上存在着许多问题, 中医药正弥补单纯西药治疗的不足, 且中医药在安全性、缩短病程、改善预后、避免复发等方面更具优势, 更易为患儿家长接受^[14-15]。黄芩温胆汤系宁德市儿科名医李少春主任医师临床经验方, 该方为临床治疗儿童痰热闭肺型大叶性肺炎提供指导意义。因本病的发病机制, 在黄芩温胆汤的基础上加活血化瘀之味 (桃仁、丹参等)。背部闪罐是一种传统特色的中医外治法, 运用罐内负压将罐吸附在背部腧穴, 通过对儿童的局部穴位进行定位和拔罐疗法, 经过多次的拔罐术, 增强儿童的皮肤和其深层组织之间的血液流通^[16]。

因此本研究将黄芩温胆汤加味联合背部闪罐用于治疗儿童痰热闭肺型大叶性肺炎患儿, 通过比较临床症状持续时间及中医证候积分发现观察组治疗后发热、咳嗽及湿啰音持续时间且中医证候积分均低于对照组, 表明黄芩温胆汤加味联合背部闪罐能够有效改善痰热闭肺型大叶性肺炎患儿临床症状。分析原因在于黄芩温胆汤加味主要由黄芩、橘红、法半夏、竹茹、枳实、茯苓、甘草、桃仁、丹参、胆南星、浮海石组成。半夏、竹茹为君, 半夏者, 性辛温, 痰饮当以温药和之, 燥湿化痰力量较强; 竹茹除烦止呕、清热化痰, 善于解除阳明一切火热痰气; 橘红、枳实为臣, 橘红理气化痰, 和半夏配伍体现治痰先治气, 气行痰自消的原理, 枳实行气降气、清热导滞, 气下则痰喘止, 和竹茹相配, 对全方清化痰热、消痞、导滞有协同作用; 佐以茯苓, 一是健脾治疗生痰之源, 二是渗湿, 能助半夏燥湿增加化痰力量。胆南星擅长清热化痰, 浮海石能清肺化痰、软坚散结, 使以甘草补脾益气, “温中下气”, 祛痰止咳平喘, 兼能调和诸药。在温胆汤原方基础添加黄芩, 黄芩入肺经, 《滇南本草》: “上行泻肺火、下行泻膀胱火, 除六经实火实热”, 黄芩善清泻肺火及上焦实热, 配合桃仁、丹参活血祛瘀, 桃仁活血祛瘀, 润肠通便, 止咳平喘的功效, 丹参凉血活血。黄芩温胆汤加味在治疗大叶性肺炎中化痰而不过燥, 泻热而不过寒, 全方起到清肺化痰、活血通络。配合背部闪罐可以增加细胞的渗透性, 对周边的血液循环起到很

好的、平衡和调节作用,起到温经通络、行气活血的作用,起到镇咳、平喘、宣肺、化痰的作用^[17]。比较两组患儿炎症因子水平发现,治疗后观察组患儿血清 hs-CRP、IL-6、外周血 WBC 计数及中性粒细胞比率水平均低于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明黄芩温胆汤加味联合背部闪罐能够降低痰热闭肺型大叶性肺炎患儿炎症因子水平。分析原因在于方中的半夏具有镇咳、祛痰、抗炎、抗病毒作用,有研究表明可能半夏的抗炎作用与前列腺素的代谢调节有关;竹茹中含有黄酮类化合物,具有优良的抗菌、抗病毒等功效;橘红在抗氧化、抗菌、平喘、抗过敏等方面有显著功效;桃仁水煎剂及提取物有镇痛、抗炎、抗菌、抗过敏作用。联合背部闪罐治疗对局部组织进行充血、扩张、血流提高、血液循环加快等作用,从而提高肌肤的血供,提高肌肤深处的细胞的活性,提高血管壁的渗透性和细胞的吞噬功能,同时还可以加速纤维蛋白的分解,从而达到对肺内的炎症物质的吸收。比较两组患儿临床疗效发现,观察组患儿高于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),且两组患儿安全性比较,差异无统计学意义 ($Z = 0.297, P > 0.05$)。表明黄芩温胆汤加味联合背部闪罐用于治疗儿童痰热闭肺型大叶性肺炎患儿临床疗效较好且安全性较高,与石燕平等^[18]研究结论相似,推断黄芩温胆汤在治疗痰热闭肺型大叶性肺炎中,可起到止咳、祛痰、抗炎、抗菌、抗病毒、抗过敏、增强免疫力、镇静、保肝等作用,且背部闪罐刺激对背部大椎、肺俞、阿是穴等穴位治疗小儿肺炎症状疗效显著,可共成宣肺止咳,理气化痰、降气平喘之功,且二者联用操作简便,安全性良好。

综上所述,黄芩温胆汤加味联合背部闪罐能够有效缓解痰热闭肺型大叶性肺炎患儿临床症状、中医证候积分,降低炎症因子水平,疗效优于单纯使用西医基础治疗且安全性良好。

[参考文献]

[1] 徐慧,陈敏,孙永峰,等.支气管镜灌洗治疗急性期儿童大叶性肺炎疗效及对血清 TNF- α 、IL-6 和 HMGB1 的影响[J].广东医学,2021,42(3):264-268.

[2] 苏艳艳,汤昱,王艳琼,等.大叶性肺炎形成支气管黏液栓高危因素分析[J].临床儿科杂志,2022,40(4):258-262.

[3] 彭明浩,宋桂华,张岩,等.儿童大叶性肺炎从"玄府-络脉"

理论辨治探析[J].中国中医急症,2023,32(2):249-251,263.

[4] 赵阳,贾玉涛,马国瑞,等.儿童大叶性肺炎经纤维支气管镜治疗后肺功能恢复情况[J].贵州医药,2023,47(3):434-435.

[5] 杨明航,蔡倩,赵慧林,等.泻肺涤痰汤治疗儿童大叶性肺炎痰热闭肺证[J].吉林中医药,2021,41(5):618-620.

[6] 李勇军,王钊杰,刘璐佳,等.黄连温胆汤加减在寒冷地区儿童肺炎治疗中的应用[J].中医杂志,2022,63(8):786-789.

[7] 胡亚美.诸福棠实用儿科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2015.

[8] 汪受传,赵霞,韩新民,等.小儿肺炎咳嗽中医诊疗指南[J].中医儿科杂志,2008,4(3):1-3.

[9] 刘孟宇,杨伟,王丽颖,等.《中医儿科常见病诊疗指南》临床应用评价研究[J].中国中药杂志,2017,42(17):3238-3242.

[10] 荀旭蕾,魏丽娜,张志伟,等.清肺饮联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎(痰热闭肺证)疗效观察[J].吉林中医药,2022,42(8):913-916.

[11] 李华,张晓莉.难治性肺炎支原体肺炎患儿临床特点及疗效分析[J].血栓与止血学,2022,28(2):235-236.

[12] 白冬梅,魏国焯.盐酸氨溴索辅助治疗小儿急性支气管炎临床疗效及安全性分析[J].贵州医药,2022,46(8):1242-1243.

[13] 吉祥灵,雷智贤,吴守业,等.儿童肺炎支原体感染支气管肺炎与大叶性肺炎临床及血液学特征[J].中华医院感染学杂志,2021,31(2):281-285.

[14] 刘竞,李刚山.头孢地嗪联合红霉素抗菌药物方案治疗大叶性肺炎患儿临床疗效及安全性研究[J].贵州医药,2023,47(6):891-892.

[15] 申营胜,王妍炜,于素平,等.基于五禽戏之鸟戏的康复呼吸操对大叶性肺炎患儿肺功能的影响[J].护理学杂志,2022,37(5):17-20.

[16] 杨会荣,张应谦,黄坤玲,等.清热解毒方佐治痰热闭肺型难治性肺炎支原体肺炎临床效果[J].中国医药导报,2022,19(14):146-149.

[17] 李娟,丁根,谭春苗,等.小儿推拿联合清肺化痰活血汤对痰热闭肺型肺炎患儿免疫功能及呼吸功能的效果观察[J].护理实践与研究,2022,19(17):2626-2629.

[18] 石燕平,耿建领,贾长文,等.加味黄芩温胆汤治疗慢性支气管炎痰热壅肺证临床疗效[J].辽宁中医杂志,2023,50(4):101-104.