

五虎汤合清金降火汤加减治疗小儿社区获得性肺炎 痰热闭肺证及其机制

王艳¹, 郑义雪¹, 霍开明^{2*}, 翁海美³

(1. 三亚市中医院, 海南 三亚 572000; 2. 海南医学院 第二附属医院, 海口 570216;
3. 海南省人民医院, 海口 570311)

【摘要】 目的:观察五虎汤合清金降火汤加减治疗小儿社区获得性肺炎(CAP)痰热闭肺证的临床疗效及对炎症因子的影响。方法:将140例CAP患儿随机按数字表法分为对照组69例和观察组71例。两组患儿给予抗感染、退热、祛痰、平喘及呼吸支持等治疗。对照组口服羚羊清肺颗粒,1g/次,3次/d;观察组内服五虎汤合清金降火汤加减,1剂/d。两组疗程均为连续治疗7d。监测体温,记录退热起效时间和完全退热时间和治疗后7d的完全退热率;记录咳嗽、咯痰缓解时间及消失时间,记录肺部湿啰音消失时间;记录治疗失败情况;进行治疗前后痰热闭肺证评分;检测治疗前后血清超敏C反应蛋白(hs-CRP),降钙素原(PCT),肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-6(IL-6)水平。结果:采用秩和检验分析两组患儿的临床疾病疗效,观察组优于对照组($Z=2.106, P<0.05$);采用秩和检验分析两组患儿中医证候疗效,观察组优于对照组($Z=2.119, P<0.05$);观察组患儿的退热起效和完全退热时间均短于对照组($P<0.01$);观察组患儿咳嗽、咯痰缓解时间及消失时间和肺部湿啰音消失时间均短于对照组($P<0.01$);观察组治疗后7d的完全退热率96.92%(63/65),高于对照组的82.81%(53/64)($\chi^2=7.085, P<0.01$);观察组患儿治疗失败率为9.23%(6/65),低于对照组的23.44%(15/64)($\chi^2=4.775, P<0.05$);观察组痰热闭肺证各主要症状、体征评分、次要症状评分和总积分均低于对照组($P<0.01$);观察组hs-CRP, PCT, TNF- α 和IL-6水平均明显低于对照组($P<0.01$)。结论:在常规抗感染等综合治疗的基础上,给予五虎汤合清金降火汤加减内服治疗CAP(痰热闭肺证)患儿,可进一步控制临床症状,具有起效快、症状消退快、病程短的优点,并可减轻炎症反应,控制疾病进展,完全退热率,提高临床疾病疗效和中医证候的疗效。

【关键词】 社区获得性肺炎; 儿童; 痰热闭肺证; 五虎汤; 清金降火汤; 炎症因子

【中图分类号】 R24;R56;R563;R563.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1005-9903(2020)14-0123-06

【doi】 10.13422/j.cnki.syfjx.20200433

【网络出版地址】 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.r.20200116.1800.003.html>

【网络出版日期】 2020-1-17 14:15

Clinical Effect of Addition and Subtraction Therapy of Wuhutang Combined with Qingjin Jianghuotang to Community Acquired Pneumonia in Children with Syndrome of Phlegm Heat Closing Lung

WANG Yan¹, ZHEN Yi-xue¹, HUO Kai-ming^{2*}, WENG Hai-mei³

(1. Sanya Hospital of traditional Chinese Medicine, Sanya 572000, China;

2. The Second Affiliated Hospital of Hainan Medical College, Haikou 570216, China;

3. Hainan People's Hospital, Haikou 570311, China)

【Abstract】 **Objective:** To discuss clinical effect of addition and subtraction therapy of Wuhutang combined with Qingjin Jianghuotang to community acquired pneumonia (CAP) in children with syndrome of phlegm heat closing lung, and to study the influence to inflammatory factors. **Method:** One hundred and forty

【收稿日期】 20190612(007)

【基金项目】 海南省卫生计生行业科研项目(13A210284)

【第一作者】 王艳, 主治医师, 从事儿科呼吸系统的临床工作, E-mail: 447059094@qq.com

【通信作者】 * 霍开明, 博士, 主任医师, 从事儿科疾病的诊治工作, E-mail: haikou2016@139.com

patients were randomly divided into control group (69 cases) and observation group (71 cases) by random number table. Patients in two group of children got comprehensive symptomatic treatment measures of anti-infection, antipyretic, expectorant, antiasthmatic and respiratory support of inflammatory factors. The control group was treated with Lingyang Qingfei granules. 1 g/time, 3 time/day. Patients in observation group added addition and subtraction therapy of Wuhutang combined with Qingjin Jianghuotang, 1 dose/day. The courses of treatment in two groups were 7 days. And temperature, time of antipyretic, time of complete antipyretic and rate of complete antipyretic at the 7th day after treatment were recorded. And release time and disappearance time of cough, expectoration, disappearance time of pulmonary rales and treatment failure were also recorded. And before and after treatment, scores of syndrome of phlegm heat closing lung were graded, and levels of serum high sensitive C-reactive protein (hs-CRP), procalcitonin (PCT), tumor necrosis factor- α (TNF- α) and interleukin-6 (IL-6) were detected. **Result:** Analyzed by rank sum test, effect in observation group was better than that in control group ($Z=2.106, P<0.05$), and curative effect of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome was also better than that in control group ($Z=2.119, P<0.05$). Time of antipyretic, time of complete antipyretic, release time and disappearance time of cough and expectoration and disappearance time of pulmonary rales were all shorter than those in control group ($P<0.01$). Rate of complete antipyretic at the 7th day after treatment in observation group was 96.92% (63/65) higher than 82.81% (53/64) in control group ($\chi^2=7.085, P<0.05$). Failure rate of treatment was 9.23% (6/65) lower than 23.44% (15/64) in control group ($\chi^2=4.775, P<0.05$). And major symptom, physical sign score, minor symptom score, the total score of syndrome of phlegm heat closing lung and levels of hs-CRP, PCT, TNF- α and IL-6 were all lower than those in control group ($P<0.01$). **Conclusion:** On the basis of comprehensive anti-infection treatment, addition and subtraction therapy of Wuhutang combined with Qingjin Jianghuotang can control the clinical symptoms, and the advantages of rapid onset, rapid symptom regression, short course of disease can be found, and it can also reduce the inflammatory reaction, control the progress of the disease. The complete antipyretic rate, disease efficacy and TCM syndrome efficacy are better.

[Key words] community acquired pneumonia; child; syndrome of phlegm heat closing lung; Wuhutang; Qingjin Jianghuotang; inflammatory factors

肺炎是儿童住院的常见原因,且绝大多数为社区获得性肺炎(CAP),主要由呼吸道病毒、细菌、非典型微生物单独或混合感染所致,其中腺病毒肺炎和重症难治性支原体肺炎遗留的气道闭塞,是造成儿童慢性气道疾病的重要原因^[1]。细菌仍然是儿童CAP主要检出病原,其次为病毒,肺炎支原体在致病微生物中占据着越来越重要的地位,且混合感染较高,应引起临床的重视,CAP易发于春、冬两季,不同年龄、不同地区、不同发病季节病原菌可能相差很大,使得治疗变得困难^[2]。现代医学以对症、支持治疗为主,但常见细菌耐药现象非常严重,而针对病毒性肺炎,目前基本上无特异性病原治疗,临床过多、不合理地使用抗菌药物,不但增加了副反应,还加重了耐药菌感染现象^[3]。

根据患儿咳嗽、发热、气喘等为主要表现,中医归为“肺炎喘嗽”范畴,多因六淫之邪和疫疔之邪侵袭肺卫,干扰肺气,宣降失畅,清肃失常,闭郁不宣

而致^[4]。小儿为“稚阴稚阳之体”,而六气皆从火化,具有传变迅速的特点,小儿肺炎迅速入里化热,热多寒少,以风热闭肺或痰热闭肺最为常见^[5]。中药治疗是肺炎喘嗽的重要措施,有着较好的疗效,获得是中西医学者的广泛认可^[1,3-4]。五虎汤出自《医宗金鉴》,外能疏风清热,内能宣肺涤痰、平喘止咳,药理研究显示具有抑制病毒、平喘效果。王勤等^[5]学者以五虎汤加减配合阿奇霉素治疗痰热闭肺型小儿支原体肺炎,可起到抗炎效果,提高了临床疗效。清金降火汤载于《古今医鉴》,能清肺泻火,宣肺止咳化痰,是治疗痰热壅肺型肺炎的代表方之一^[6]。五虎汤合清金降火汤正投儿童CAP痰热闭肺的病机特点,笔者临证中以二方加减配合西医常规疗法治疗肺炎喘嗽痰热闭肺证收到了较好的临床疗效,现分享如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经三亚市中医院伦理委员

审查批准(批号ZYFY201712035-03)。140例CAP患儿均来源于本院2018年1月至2019年3月儿科住院部。以SAS软件生成的,随机按数字表法分为对照组69例和观察组71例。对照组男/女患儿36/33;年龄2.5~11.5岁,平均(6.17±0.58)岁;病程1~5d,平均(2.02±0.17)d;腋温38.0~40.0℃,平均(39.15±0.28)℃;病情程度^[7],轻度42例,重度27例;研究期间脱落、失访2例,剔除3例,完成64例。观察组男/女患儿35/36;年龄2~12岁,平均(6.25±0.54)岁;病程1~5d,平均(2.26±0.19)d;腋温38.0~40.0℃,平均(39.36±0.25)℃;病情程度^[7],轻度40例,重度31例;研究期间脱落、失访4例,剔除2例,完成65例。两组患儿年龄、性别、病程、病情程度和发热情况等基线资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 ①西医诊断标准,参照《儿童社区获得性肺炎管理指南(2013修订)》^[8]制定标准,可见发热、咳嗽、喘鸣、呼吸增快、呼吸困难、胸壁吸气性凹陷、屏气、胸痛、头痛或腹痛等症状;肺部听诊可闻及中、细湿啰音等;胸片早期可见肺纹理增强,点状或小斑片状影,融合成大片阴影;实验室检查可帮助判断所感染病原体。②中医诊断标准,参照《中医儿科常见病诊疗指南》^[9]中“肺炎喘嗽”下痰热闭肺证诊断标准,主证见发热,咳嗽,咯痰黄黏稠或喉间痰鸣。次证见面赤,气急鼻扇,烦躁不安,呼吸困难,胸胁胀满,咽干口渴,纳呆,便秘,小便黄少,舌红,苔黄腻,脉滑数。主证2项+次证2项结合舌脉可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合CAP的西医诊断标准;②年龄2~12岁,性别不限;③符合中医肺炎喘嗽痰热闭肺证辨证标准;④病程≤5d;⑤病情程度为轻、重者;⑥均为住院患儿,取得患儿家长签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①极重度患儿(出现中心性紫绀、严重呼吸窘迫、拒食或脱水征、意识障碍者)^[1,8];②合并免疫系统疾病、佝偻病、肺结核、严重营养不良等患儿;③合并有肺发育不良、哮喘、严重消化道疾病或有吞咽功能障碍者;④严重过敏体质,对研究已知药物成分过敏或有使用禁忌者;⑤严重肝肾功能不全,合并严重血液系统疾病者;⑥同期采用其他中医药治疗,影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 ①两组患儿^[8],轻度患者采用阿奇霉素干混悬剂或阿奇霉素片(辉瑞制药有限公司,国药准字H10960112),首次10 mg·kg⁻¹·d⁻¹,顿服,第

2~5天以5 mg·kg⁻¹·d⁻¹,顿服。考虑混合感染,加用阿莫西林颗粒(先声药业有限公司,国药准字H46020605),20~40 mg·kg⁻¹·d⁻¹,分3次服用。重度者,采用注射用阿莫西林钠克拉维酸钾(华北制药股份有限公司,国药准字H20054213),30 mg·kg⁻¹,静脉滴注,8 h/次;考虑混合感染,加用注射用阿奇霉素(辉瑞制药有限公司,国药准字J20140073),10 mg·kg⁻¹,静脉滴注,1次/d,连续3 d,改为口服。并给予退热、祛痰、平喘及呼吸支持等对症处理。②对照组口服羚羊清肺颗粒(江西保利制药有限公司,国药准字Z20003104)1g/次,3次/d,温水口服。观察组给予五虎汤合清金降火汤加减内服,药物组成有炙麻黄3~5 g,苦杏仁5~8 g,甘草片5 g,石膏20~30 g,陈皮5~10 g,法半夏5~10 g,浙贝母5~10 g,黄芩片5~10 g,瓜蒌仁10~15 g,鱼腥草10~15 g,枳壳5~10 g,金银花10~15 g;随证加减,痰鸣喘息者加葶苈子3~5 g,桑白皮3~5 g;烦躁不安者加栀子5 g;咯痰有腥味者加薏苡仁10~15 g,金荞麦5~10 g;面唇青紫者加丹参5~10 g;咳嗽痰中带血者加侧柏叶5~10 g,白茅根5~10 g;便秘者加大黄3 g。每天1剂,饮片由医院中药房提供,采用煎药机常规水煎煮2次,合并药液至100~250 mL,每次40~60 mL,分3~4次服用。两组疗程均为连续治疗7 d。

1.6 观察指标

1.6.1 主要疗效指标 ①退热效果,每日测量体温3次(分别为8:00,14:00,20:00),记录退热起效时间,首次用药后腋温较用药前下降>0.5℃的时间;完全退热时间,不用退热药,腋温<37.3℃,并持续24 h以上;记录治疗后7 d的完全退热率^[10]。②咳嗽、咯痰效果,用药后咳嗽、咯痰缓解时间,用药物后咳嗽、咯痰明显减轻,不影响日常活动,且保持24 h及以上;咳嗽、咯痰消失时间,咳嗽、咯痰完全消失,评分为0分^[10]。③记录肺部湿啰音消失时间。

1.6.2 次要疗效指标 ①痰热闭肺证评分,参照《中药新药临床研究指导原则》和文献^[10],对发热、咳嗽、气喘、肺部湿啰音、胸片等主要症状、体征按无、轻、中、重分别记0,2,4,6分,对喉间痰鸣、面赤,咽干口渴,气急,烦躁不安,呼吸困难,纳呆,紫绀,便秘,小便黄少等按无、轻、中、重分别记0,1,2,3分;于治疗前后各评价1次。②治疗失败情况,用药72 h后,发热(>39.1℃)不退,病情恶化,出现呼吸急促、呼吸困难、紫绀等情况均视为失败,记录

失败发生率^[10]。③炎症因子,检测治疗前后血清超敏C反应蛋白(hs-CRP),降钙素原(PCT),肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-6(IL-6)水平,采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒(北京绿源博德生物科技有限公司,批号分别为201812069,201811463,201902075,201904016);于治疗前后各检测1次。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定。①疾病疗效,临床痊愈为体温恢复正常,咳嗽、咯痰和肺部体征消失,其他症状或体征显著改善;显效为体温恢复正常,咳嗽、咯痰和肺部体征明显好转,其他症状或体征消失或好转;有效为低热,咳嗽、咯痰和肺部体征好转,其他临床症状均有改善;无效为持续发热,咳嗽、咯痰及肺部体征无明显变化或加重。②中医证候疗效,临床痊愈为主要临床症状、体征消失,疗效指数>90%;显效为主要临床症状、体征显著好转,70%≤疗效指数<90%;有效为主要临床症状、体征明显改善,30%≤疗效指数<70%;无效为主要临床症状、体征无改善或加重,疗效指数<30%;采用尼莫地平法计算。

疗效指数=(治疗前痰热闭肺证积分-治疗后痰热闭肺证积分)/治疗前痰热闭肺证积分×100%

1.8 统计学方法 数据管理与统计分析采用SPSS 22.0软件进行,等级资料采用秩和检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,均以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床疾病疗效比较 采用秩和检验分析,两组患儿临床疾病疗效,观察组优于对照组,比较差异有统计学意义($Z=2.106, P<0.05$),见表1。

表1 两组患儿临床疾病疗效比较

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效
对照	64	22	24	13	5
观察	65	33	25	6	1

2.2 两组患儿中医证候疗效比较 采用秩和检验分析,两组患儿中医证候疗效,观察组优于对照组, ($Z=2.119, P<0.05$),见表2。

2.3 两组患儿退热效果比较 观察组患儿的退热起效和完全退热时间均短于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.01$),见表3。

2.4 两组患儿咳嗽、咯痰和肺部湿啰音转归情况比较 观察组患儿咳嗽、咯痰缓解时间及消失时间

表2 两组患儿中医证候疗效比较

Table 2 Comparison of curative effect of traditional Chinese medicine(TCM) syndrome in two groups

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效
对照	64	20	26	12	6
观察	65	33	25	5	2

表3 两组患儿退热效果比较($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of antipyretic effect in two groups($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	退热起效/h	完全退热/d
对照	64	16.42±3.27	4.39±0.35
观察	65	12.59±2.63 ¹⁾	3.78±0.31 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P<0.01$ (表4同)。

和肺部湿啰音消失时间均短于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.01$),见表4。

表4 两组患儿咳嗽、咯痰和肺部湿啰音转归情况比较($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of outcomes cough, expectoration and lung rales in two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	咳嗽、咯痰缓解	咳嗽、咯痰消失	肺部湿啰音消失
对照	64	3.87±0.29	6.69±0.76	7.68±0.85
观察	65	3.14±0.26 ¹⁾	5.90±0.64 ¹⁾	6.42±0.68 ¹⁾

2.5 两组患儿完全退热率和治疗失败率比较 观察组治疗后7d的完全退热率为96.92%(63/65),高于对照组的82.81%(53/64),比较差异有统计学意义($\chi^2=7.085, P<0.01$);观察组患儿治疗失败率为9.23%(6/65),低于对照组的23.44%(15/64),比较差异有统计学意义($\chi^2=4.775, P<0.05$),见表5。

表5 两组患儿完全退热率和治疗失败率比较

Table 5 Comparison of rate of complete antipyretic and treatment failure in two groups

组别	例数	完全退热率	治疗失败率
对照	64	53(82.81)	15(23.44)
观察	65	63(96.92) ²⁾	6(9.23) ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P<0.05$,²⁾ $P<0.01$ 。

2.6 两组患儿治疗前后痰热闭肺证评分比较 与治疗前相比较,治疗后两组患儿痰热闭肺证主要症状、体征(发热、咳嗽、气喘、肺部湿啰音、胸片)评分,次要症状评分和总积分均明显下降,比较差异有统计学意义($P<0.01$);治疗后,观察组痰热闭肺证各主要症状、体征评分、次要症状评分和总积分均低于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.01$),见表6。

表6 两组患儿治疗前后痰热闭肺证评分比较($\bar{x}\pm s$)

Table 6 Comparison of scores of syndrome of phlegm heat closing lung ($\bar{x}\pm s$)

分

组别	时间	例数	主要症状、体征					次要症状	总积分
			发热	咳嗽	气喘	肺部湿啰音	胸片		
对照	治疗前	64	5.21±0.48	5.37±0.45	4.65±0.45	5.19±0.48	5.02±0.46	14.37±1.78	37.69±4.39
	治疗后		1.02±0.25 ¹⁾	1.04±0.21 ¹⁾	0.95±0.26 ¹⁾	0.91±0.27 ¹⁾	1.01±0.25 ¹⁾	3.61±0.62 ¹⁾	8.11±0.89 ¹⁾
观察	治疗前	65	5.19±0.55	5.35±0.50	4.69±0.51	5.15±0.52	5.11±0.55	14.52±1.69	37.82±4.26
	治疗后		0.43±0.11 ^{1,2)}	0.65±0.23 ^{1,2)}	0.48±0.19 ^{1,2)}	0.44±0.14 ^{1,2)}	0.50±0.20 ^{1,2)}	2.42±0.47 ^{1,2)}	4.63±0.77 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P<0.01$ (表7同)。

2.7 两组患儿治疗前后hs-CRP,PCT,TNF- α 和IL-6水平变化情况比较 与治疗前相比较,治疗后两组患儿hs-CRP,PCT,TNF- α 和IL-6水平均明显下降($P<0.01$);治疗后,观察组hs-CRP,PCT,TNF- α 和IL-6水平均明显低于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.01$),见表7。

表7 两组患儿治疗前后hs-CRP,PCT,TNF- α 和IL-6水平变化情况比较($\bar{x}\pm s$)

Table 7 Comparison of changes of hs-CRP, PCT, TNF- α and IL-6 in two groups before and after treatment($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	PCT / $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$	TNF- α / $\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$	IL-6 / $\text{ng}\cdot\text{L}^{-1}$	hs-CRP / $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$
对照	64	治疗前	2.31±0.29	34.34±4.19	40.51±5.73	23.48±2.90
		治疗后	1.12±0.17 ¹⁾	20.47±2.34 ¹⁾	30.05±4.27 ¹⁾	12.45±1.46 ¹⁾
观察	65	治疗前	2.25±0.27	34.78±4.14	41.23±5.65	23.51±2.87
		治疗后	0.71±0.11 ^{1,2)}	17.09±2.12 ^{1,2)}	24.88±3.39 ^{1,2)}	9.02±1.31 ^{1,2)}

3 讨论

CAP致病细菌中耐药现象非常严重,如肺炎链球菌对红霉素、克林霉素和四环素的耐药率高达90%以上,对复方新诺明的耐药超过70%;金黄色葡萄球菌对青霉素的耐药率高于90%;流感嗜血杆菌对氨苄西林耐药率高达60%以上^[1],细菌抗药性仍呈增长趋势,多重性抗药和广泛抗药菌株在某些区域内呈流行性传播^[11]。而儿童CAP可由混合感染所致,年龄越小,越易发生,由于初诊难以获得致病原,因此经验性治疗非常重要,可降低病死率和减少后遗症,一旦病原体明确,应及时调整,以减少抗生素不合理使用,降低医疗费用^[1,8]。现代医学对病毒感染基本无特效治疗措施^[3]。肺炎支原体(MP)感染的比重日益增加,重症或难治比例高,但诊断上困难,确诊时间缓慢,MP对大环内酯类抗菌药抗药现象严重,给治疗带来困难与挑战^[12]。

中医认为小儿肺脏娇嫩、卫外不固,容易感受六淫邪毒或疫疠之邪而病,外邪多从口鼻或皮毛而

入,侵犯肺卫,肺失宣肃,水液失运,酿为痰液,痰阻气道,肺气郁闭,出现咳喘、痰鸣、气急、鼻煽等症,而邪易热化,化火化毒,火灼肺金,则出现高热、烦躁、喉鸣痰涌、呼吸困难等^[3-4,12],调查显示痰热闭肺是儿童CAP最常见的证候^[5]。《幼幼新书》有载:“咳嗽气粗者,儿脏腑虚细……致冷热相争,遂积痰涎结聚……肺经虚热生膈上,喉中如锯,气喘闷绝”,指出了痰热郁结于肺膈是本病重要机制,因此临床均以清热解毒涤痰,宣肺止咳定喘之法。

五虎汤合清金降火汤加减内服中炙麻黄宣肺平喘、外散表邪,石膏清泄肺热、除烦止渴,苦杏仁降气化痰、止咳平喘、润肠通便,瓜蒌仁润肺化痰、润肠通便,陈皮、法半夏燥湿理气、化痰止咳,浙贝母清热化痰止咳、解毒散结,黄芩片、金银花清热解毒、凉散风热,鱼腥草清热解毒、清痈排脓,枳壳理气宽中、消滞除胀,甘草片解毒调和诸药,全方共奏清热解毒,化痰止咳,宣肺平喘之功。

本组资料显示,治疗后患儿的退热起效和完全退热时间均短于对照组,患儿咳嗽、咯痰缓解时间及消失时间和肺部湿啰音消失时间均短于对照组,痰热闭肺证各主要症状、体征评分、次要症状评分和总积分均低于对照组,完全退热率高于对照组,治疗失败率低于对照组,临床疾病疗效和中医证候疗效均优于对照组,以上结果表明了在西医抗感染等治疗的基础上,给予五虎汤合清金降火汤加减内服治疗儿童CAP,在退热、止咳化痰方面起效更快,能促使主要症状消退,缩短了主要症状的病程,降低了治疗失败率。

研究认为促炎因子和抑炎因子的失衡在CAP发生和发展过程中起着至关重要的作用,hs-CRP,TNF- α 和IL-6等促炎因子大量释放、触发可进一步放大炎症反应,引发炎症的瀑布式级联反应,加重病情^[13]。hs-CRP是一种急性反应蛋白,反映了人体非特异性炎症反应的活动情况与程度,在细菌、病毒等感染后,可在数小时内快速升,并随病情而变

化,监测其水平可反映疾病进展与预后^[14]。TNF- α 是炎性反应的始动因子,对前列腺素,IL-6,IL-8等促炎因子表达具有促进作用,并可直接损伤肺组织,引起急性肺损伤,还可参与内皮细胞损伤,导致微血栓形成,是反映炎症强度和损伤程度的标准物^[13,15]。IL-6是急性反应期炎症介质,也是二级炎性反应介质的主要成分,促进淋巴细胞的分化与成熟,活化补体,促进炎性反应,加重免疫损伤^[13]。PCT在细菌感染后迅速升高,是反应感染的严重程度的标志物,在脓毒症状态下,血清PCT浓度通常显著升高^[16]。可见hs-CRP,PCT,TNF- α 和IL-6于对早期判断肺炎的危重程度具有重要意义,而进行动态监测,可判断治疗效果,可反映病情进展和预后^[13]。本组资料显示,治疗后观察组hs-CRP,PCT,TNF- α 和IL-6水平均明显低于对照组,提示了五虎汤合清金降火汤加减内服抑制了CAP患儿体内促炎因子的表达,减轻了炎症反应,控制了病情。

综上,在常规抗感染等综合治疗的基础上,给予五虎汤合清金降火汤加减内服治疗CAP(痰热闭肺证)患儿,可进一步控制临床症状,具有起效快、症状消退快、病程短的优点,并可减轻炎症反应,控制疾病进展,完全退热的效果。

[参考文献]

- [1] 儿童社区获得性肺炎诊疗规范(2019年版)编写审定专家组. 儿童社区获得性肺炎诊疗规范(2019年版)[J]. 全科医学临床与教育,2019,17(9):771-777.
- [2] 陈金妮. 600例儿童社区获得性肺炎病原学特点分析[J]. 中国病原生物学杂志,2016,11(12):1126-1130.
- [3] 中华中医药学会儿童肺炎协同创新共同体. 儿童病毒性肺炎中西医结合诊治专家共识(2019年制定)[J]. 中国实用儿科杂志,2019,34(10):801-807.
- [4] 王爱华,赵霞. 从肺热论治小儿肺炎喘嗽研究概况[J]. 中医杂志,2015,56(7):620-622.
- [5] 袁昕,闫慧敏. 小儿肺炎喘嗽的中医证型特点分析[J]. 北京中医药,2015,34(4):294-297.

- [6] 王勤,张小方,张爱娥. 五虎汤加减联合阿奇霉素序贯疗法治疗痰热闭肺型小儿支原体肺炎疗效及对抗炎、促炎因子及呼吸功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2018,24(8):154-158.
- [7] 中华中医药学会内科分会,中华中医药学会肺系病分会,中国民族医药学会肺病分会. 社区获得性肺炎中医诊疗指南(2018修订版)[J]. 中医杂志,2019,60(4):350-360.
- [8] 中华医学会儿科学分会呼吸学组. 儿童社区获得性肺炎管理指南(2013修订)(上)[J]. 中华儿科杂志,2013,51(10):745-752.
- [9] 中华中医药学会. 中医儿科常见病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药科技出版社,2008:17-20.
- [10] 刘孟书,胡思源,贺爱燕. 中药治疗儿童支原体肺炎临床试验设计述要[J]. 药物评价研究,2018,41(4):508-512.
- [11] 闫香桂,吴国芳,熊旭东. 社区获得性肺炎诊治进展[J]. 内科理论与实践,2017,12(3):220-223.
- [12] 中华中医药学会儿童肺炎联盟. 儿童肺炎支原体肺炎中西医结合诊治专家共识(2017年制定)[J]. 中国实用儿科杂志,2017,32(12):881-885.
- [13] 范爱红,代育中. 降钙素原及C-反应蛋白、肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-6动态监测对小儿童重症肺炎病情评估及并发呼吸窘迫综合征的预测价值[J]. 临床肺科杂志,2019,24(9):1600-1605.
- [14] 文启芹,刘俊,明怀志. 肺炎支原体肺炎患儿血清hs-CRP,IL-6,IL-8及肺炎支原体DNA检测的临床意义[J]. 川北医学院学报,2016,31(1):16-18,22.
- [15] NEUMAN M I, SHAH S S, SHAPIRO D J, et al. Emergency department management of childhood pneumonia in the united states prior to publication of national guidelines [J]. Acad Emerg Med, 2013, 20(3):240-246.
- [16] 于桂花,赵燕芬,周婷. 202例儿童肺炎静脉血C-反应蛋白和降钙素原的变化特点及意义[J]. 中国现代医生,2019,57(9):8-12.

[责任编辑 何希荣]