

培土生金方治疗小儿反复呼吸道感染

王孝钦*

(山东滕州市中心人民医院, 山东 滕州 277500)

〔摘要〕 目的:观察培土生金方对小儿反复呼吸道感染(RRTI)的临床疗效及对 T 细胞亚群及免疫球蛋白的影响。方法:将 166 例患儿随机分为治疗组 84 例和对照组 82 例,治疗组采用培土生金方,对照组服转移因子口服液,疗程 3 个月,观察临床疗效、治疗前后 T 细胞亚群、免疫球蛋白变化。结果:治疗组在发病次数减少、病程缩短方面优于对照组($P < 0.05$);治疗组总有效率 86.9%,优于对照组的 64.6% ($P < 0.05$);与对照组比较,治疗组 $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$ 及 $CD4^+/CD8^+$ 明显改善,差异有统计学意义($P < 0.05$);与对照组比较,治疗组 IgG, IgA 上升更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:培土生金方对 RRTI 有较好的临床疗效,能调节 RRTI 患者细胞免疫与体液免疫。

〔关键词〕 培土生金方;小儿反复呼吸道感染;T 细胞亚群;免疫球蛋白

〔中图分类号〕 R287 **〔文献标识码〕** B **〔文章编号〕** 1005-9903(2012)03-0216-03

小儿反复呼吸道感染(recurrent respiratory tract infection, RRTI)是儿科的常见病、多发病,据统计呼吸道感染中反复呼吸道感染占 10% 左右^[1]。由于本病缠绵难愈,严重影响患儿的身心健康。免疫功能低下被认为是 RRTI 发病的主要原因之一,使用免疫调节剂治疗有一定效果。笔者以培土生金方治疗本病,取得了较好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1 月至 2011 年 6 月我院门诊患儿 166 例。随机分为治疗组与对照组,治疗组 84 例,男 46 例,女 38 例,1~3 岁 20 例,3~7 岁 42 例,>7 岁 22 例,平均年龄(5.25 ± 2.97)岁,病程 1~8 年,平均(2.15 ± 5.94)年;对照组 82 例,男 40 例,女 42 例,1~3 岁 21 例,3~7 岁 39 例,>7 岁 22 例,平均(4.56 ± 2.88)岁,病程 1~7.5 年,平均(2.21 ± 5.53)年;两组临床资料年龄分布、性别、病程无统计学差异,具有可比性。

1.2 纳入标准 符合全国小儿呼吸道疾病学术会议制订的反复呼吸道感染诊断标准^[2]。即:0~2 岁患儿每年上呼吸道感染(URI)7 次、下呼吸道感染(LRI)3 次;3~5 岁 URI 6 次,LRI 2 次;6~14 岁 URI 5 次,LRI 2 次。但 URI 第 2 次距第 1 次发作至少>7 d,若 URI 1 次数不够,可加 LR 1 次。且入选前 3 个月内未接受过免疫增强或抑制剂治疗,并排除原发性免疫缺陷病和先天性呼吸道畸形,心、肝、

肾等严重疾病。

1.3 治疗方法 治疗组:服用培土生金方。方药组成:黄芪 6~15 g,太子参 10~20 g,炒白术 6~12 g,茯苓 6~15 g,防风 6~12 g,麻黄根 6~12 g,黄精 10~20 g,桔梗 6~12 g,川贝母 1~3 g(研末冲),甘草 3 g。表虚汗出明显者加煅龙骨 10~20 g,煅牡蛎 10~20 g;脾虚胃纳不化加鸡内金 6~10 g,神曲 6~10 g;兼血瘀者加桃仁 6~15 g。服药期间如出现上感发热,暂停服药,待病情恢复再继续用上药。剂量根据患儿年龄、体重进行调整,1 剂/d,煎煮 2 次,分 2~4 次口服。对照组服用转移因子口服液(长春精优药业有限公司生产,批号),每次 10 mL,1 次/d,3 个月为 1 个疗程,并进行 12 个月的随访。

1.4 观察指标 治疗前后分别采集外周血,T 细胞亚群的检测采用流式细胞仪,分别得出 $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$ 细胞在外周血中的百分数及 $CD4^+/CD8^+$ 的比值。血清免疫球蛋白 IgG, IgA, IgM 采用速率散射比浊法测定。

1.5 疗效标准^[3] ①发病次数 0 级:无发病;Ⅰ级:平均每月发病<1 次;Ⅱ级:平均每月发病 1~2 次;Ⅲ级:平均每月发病>2 次。②病程 Ⅰ级:每次发病<5 d;Ⅱ级:每次发病 5~10 d;Ⅲ级:每次发病>10 d。③病情分级 Ⅰ级:上呼吸道感染;Ⅱ级:急性支气管炎;Ⅲ级:急性支气管肺炎。

疗效评定:①服药后不再发病或发病次数减少Ⅰ级以上;②服药后病程缩短Ⅰ级以上;③服药后病情减轻Ⅰ级以上;或④用药后免疫指标恢复正常或明显改善。具备以上 4 项中任何 3 项者为显效;具备上述 4 项中任何 1~2 项者为有效;上述 4 项均无

〔收稿日期〕 2011-10-11

〔通讯作者〕 *王孝钦,副主任医师,从事小儿科中西医结合临床工作, Tel: 13863252297, E-mail: sdwxq1968@163.com

改变为无效。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 15.0 统计分析软件,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 两组发病次数、病程、病情比较

组别	n	时间	发病次数				病程			病情		
			0	I	II	III	I	II	III	I	II	III
治疗	84	治疗前	6	31	40	7	24	29	31	61	14	9
		治疗后	51 ¹⁾	17	13	3	52 ¹⁾	28	4	73	7	4
对照	82	治疗前	7	29	39	7	22	30	30	59	15	8
		治疗后	24	17	21	20	27	34	21	63	12	7

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (表 2~4 同)。

2.2 两组临床疗效比较 治疗组总有效率 86.9%, 优于对照组的 64.6%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗	84	27(32.1)	46(54.8)	11(13.1)	(86.9) ¹⁾
对照	82	16(19.5)	37(45.1)	29(35.4)	(64.6)

表 3 两组治疗前后 T 细胞亚群比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
治疗	84	治疗前	52.45 ± 5.50	30.76 ± 3.73	26.71 ± 3.84	1.15 ± 0.37
		治疗后	66.21 ± 6.42 ¹⁾	42.51 ± 4.29 ¹⁾	21.47 ± 3.18 ¹⁾	1.57 ± 0.56 ¹⁾
对照	82	治疗前	52.12 ± 5.39	29.95 ± 4.05	26.29 ± 3.59	1.18 ± 0.41
		治疗后	59.45 ± 5.71	33.86 ± 4.12	23.74 ± 3.29	1.28 ± 0.42

表 4 两组免疫蛋白比较 ($\bar{x} \pm s$) /g·L⁻¹

组别	n	时间	IgG	IgA	IgM
治疗	84	治疗前	7.62 ± 1.56	0.88 ± 0.26	1.38 ± 0.33
		治疗后	9.49 ± 1.71 ¹⁾	1.12 ± 0.19 ¹⁾	1.42 ± 0.40
对照	82	治疗前	7.70 ± 1.59	0.90 ± 0.22	1.36 ± 0.39
		治疗后	8.13 ± 1.45	0.97 ± 0.23	1.41 ± 0.41

3 讨论

RRTI 在中医学中属“体虚感冒”、“咳喘”、“久咳”、“虚症”、“自汗”等范畴。脏腑娇嫩、形气未充是小儿生理特点,即所谓“稚阴稚阳”,因此小儿抗病能力较成人差,易于感邪。明代医家万全更精辟指出小儿“肺常不足”、“脾常不足”的特点。肺与脾为母子之脏,即土能生金,肺气有赖于脾运化水谷精微以充养,脾健则肺强,脾虚则肺弱。

近来的大量研究表明,RRTI 患儿存在 T 淋巴细

2 结果

2.1 两组发病次数、病程、病情比较 治疗组在发病次数减少、病程缩短方面优于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.3 两组治疗前后 T 细胞亚群比较 与对照组治疗后比较,治疗组 CD3⁺, CD4⁺ 升高, CD8⁺ 下降, CD4⁺/CD8⁺ 明显升高,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组免疫球蛋白比较 与对照组治疗后比较,治疗组 IgG, IgA 升高更明显,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

胞亚群比例失调,血清中 T 淋巴细胞数量减少, CD3⁺, CD4⁺ 显著减少, CD4⁺/CD8⁺ 下降,细胞免疫功能下降是导致呼吸道感染反复发作原因之一^[4-5]。研究证实 RRTI 患儿均有不同程度的免疫缺陷或免疫功能不成熟,免疫细胞或免疫球蛋白降低,外周血淋巴细胞凋亡率明显增高^[6]。曾有报道该类患儿免疫状态均呈低水平,其中免疫球蛋白降低占 54.18%^[7]。因此提高机体免疫功能是防治 RRTI 的关键措施之一。

现在多数医家认为本病病机为正虚邪恋,遇感乃发,病情缠绵,黏滞难愈^[8]。有学者提出“不在邪多,而在正虚”^[9]。笔者在临床中采用培土生金方,方中太子参、白术、茯苓、甘草取四君益气健脾,脾土得运,则肺金得生;黄芪、防风与白术相配,仍取玉屏风益气固表、防邪于外;更加麻黄根敛汗固表,黄精补气养阴、健脾、润肺,桔梗、川贝母化痰。此方为

中西医结合治疗不稳定性心绞痛及对血浆 D-二聚体的影响

邬国龙^{*}
(河南省鲁山县人民医院,河南 鲁山 467300)

[摘要] 目的:观察在西药治疗的基础上联合三七天麻散治疗不稳定性心绞痛(UAP)临床疗效及对血浆 D-二聚体的影响。方法:对照组 42 例单用单硝酸异山梨酯,治疗组 48 例联合三七天麻散(每日剂量 4.8 g,分 3 次口服),疗程 30 d。结果:治疗组和对照组心绞痛症状总有效率分别为 93.7% 和 73.3%,两组比较有显著性差异($P<0.01$);心电图疗效分别为 69.1% 和 54.8%,两组比较有显著性差异($P<0.05$);血浆 D-二聚体水平治疗组治疗后较治疗前明显下降($P<0.01$),与对照组治疗后相比较有显著差异($P<0.01$)。结论:三七天麻散对缓解心绞痛症状有一定疗效。

[关键词] 单硝酸异山梨酯;三七天麻散;不稳定心绞痛;血浆 D-二聚体

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)03-0218-02

心绞痛是严重危害人类健康的常见病,而不稳定性心绞痛(UAP)有进展至心肌梗死的高度危险性^[1]。D-二聚体是纤溶酶作用于交联纤维蛋白的特异性分子的标记物,其含量升高常提示体内继发纤溶亢进。本文探讨在西药治疗的基础上加用“三七天麻散”(自拟方)治疗 UAP 患者的临床疗效及治疗前后血浆 D-二聚体的变化,为临床治疗提供依据。

1 材料和方法

1.1 研究对象 选择 2008 年 6 月至 2010 年 6 月

在本院住院的 UAP 患者 90 例,所选病例均表现短期内心绞痛发作频繁,疼痛时间延长,程度加重,常规应用抗 UAP 治疗仍不能控制发作,且心绞痛发作有心电图 ST 段的动态演变,并经心电图、心肌酶学检查排除急性心肌梗死及梗死后心绞痛。其中男 46 例,女 44 例,年龄 48~75 岁,平均(52±10.5)岁,将 90 例患者随机分为治疗组与对照组,治疗组 48 例,对照组 42 例。两组患者性别、年龄、病程、病情经统计学处理,具有可比性。

1.2 诊断标准 参照中华医学会心血管病分会 2000 年制定的 UAP 诊断标准^[1]、内科学中冠心病 UAP 标准^[2]拟定:①胸痛反复发作;②发作时心电图 ST 段压低 0.1≥mV 或 T 波倒置;③在冠心病二级预防基础上,应用口服硝酸酯类药物及受体阻滞剂,48 h 后仍有胸痛反复发作;④肌酸磷酸激酶峰

我院协定组方,在临床使用多年。本组资料显示,治疗组在发病次数减少、病程的缩短方面优于对照组,总有效率也优于对照组。与对照组比较,治疗组 CD3⁺,CD4⁺,CD8⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 明显改善,治疗组 IgG,IgA 上升更明显,提示培土生金的疗效可能与调节 RRTI 患儿的细胞免疫与体液免疫有关。

[参考文献]

[1] 蔡晓红,李昌崇,罗运春,等. 儿童呼吸道疾病流行病学调查分析[J]. 临床儿科杂志,2003,21(6):341.

[2] 胡吉仪. 反复呼吸道感染患儿诊断标准[J]. 中华儿科杂志,1988,26(1):41.

[3] 马融,王萍芬,郭玉梅. 防感合剂防治小儿反复呼吸道感染的临床研究[J]. 中西医结合杂志,1991,11(10):593.

[4] 曾伟斌. 反复呼吸道感染患儿细胞免疫功能探讨[J]. 国际医药卫生导报,2005,11(10):14.

[5] 袁杰灵. 反复呼吸道感染患儿免疫功能状况研究[J]. 右江民族医学院学报,2005,27(4):526.

[6] 王静兰,王基冬. 不同方法治疗小儿呼吸道感染的疗效观察[J]. 中国社区医师,2003,19(4):28.

[7] 曹杰星,牛霞,郜建伟. 复感散对反复呼吸道感染患儿免疫功能影响的临床研究[J]. 中国实用中西医结合杂志,2003,13(20):1699.

[8] 王沪荣,朱先康. 小儿反复呼吸道感染中成药治疗进展[J]. 中国中医急症,2010(7):1194.

[9] 汪受传. 补肺固表、调和营卫法治疗小儿反复呼吸道感染[J]. 江苏中医药,2006(2):11.

[责任编辑 何伟]