

黄芩重楼汤治疗儿童肺炎支原体肺炎 56 例临床观察

蔡达¹, 王峰², 张媛媛²

1. 从化市中医医院, 广东 从化 510900; 2. 广州医科大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察黄芩重楼汤治疗儿童肺炎支原体肺炎临床疗效及作用机理。方法: 选择 110 例患者随机分为对照组 54 和观察组 56 例。对照组采用阿奇霉素注射液静脉滴注, 连续 5 天。停药 4 天, 4 天后根据病情继续采用阿奇霉素口服或静脉使用 3 天。然后停 4 天, 再用 3 天。观察组在对照组基础上采用黄芩重楼汤加减治疗, 每天 1 剂, 常规水煎分 3~6 次服用, 连续服用 14 天。记录退热、咳嗽消失时间及胸部 X 线炎症吸收时间、肺部啰音消失时间; 检测治疗前后血清白细胞介素-2 (IL-2)、白细胞介素-6 (IL-6) 水平。结果: 总有效率观察组 98.21%, 对照组 83.33%, 观察组优于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 观察组退热时间、咳嗽明显消失时间、肺部啰音消失及胸部 X 线吸收时间均短于对照组, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 2 组治疗后血清 IL-2 上升、IL-6 下降, 与治疗前比较, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 治疗后观察组血清 IL-2、IL-6 与对照组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 黄芩重楼汤治疗肺炎支原体肺炎能快速减轻临床症状、体征, 提高临床疗效, 其作用机制可能与调节机体免疫反应有关, 值得临床推广使用。

[关键词] 肺炎支原体肺炎 (MPP); 儿童; 黄芩重楼汤; IL-2; IL-6

[中图分类号] R563.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0134-03

肺炎支原体肺炎 (Mycoplasma Pneumoniae Pneumonia, MPP) 由肺炎支原体 (MP) 所致, 具有较强的传染性, 临床表现以顽固性剧烈咳嗽、发热为主, 可引起流行。支原体肺炎占小儿肺炎的比率也在不断上升, 社区获得性肺炎中, 支原体肺炎由 2006 年的 10%~20%^[1], 已升至 2007 年 33.6%^[2]。由于肺炎支原体对 β -内酰胺类抗生素不敏感, 现代医学治疗首选大环内酯类抗生素, 但由于耐药等多种原因, 少数患者治疗困难或迁延不愈, 成为难治性肺炎支原体肺炎 (RMPP)^[3]。大环内酯类药物胃肠道反应 (恶心、呕吐、腹痛、大便稀等) 重, 患者临床依从性差。相比而言, 中药疗效显著, 且费用低廉, 优势较明显, 在治疗该病中发挥着重要的作用^[4]。笔者以自拟黄芩重楼汤治疗儿童 MPP, 取得显著临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 参照《诸福棠实用儿科学》^[5]。临床

表现: 发热、刺激性咳嗽、可有白色泡沫样痰; 肺部 X 线示斑片状或大片状阴影; 微粒凝集实验测定抗 MP 抗体 IgM 滴度急性期 $\geq 1:80$; 抗体最高滴度 $\geq 1:320$; 血清学检查排除其他感染, 如疱疹病毒、肠道病毒和柯萨奇病毒感染; 入院前未经大环内酯类和激素类药物治疗; 发病均在 1 周内。排除肺外严重合并症, 排除 2 周内使用过免疫抑制剂和免疫调节剂患儿。中医诊断标准参照《实用中医儿科学》^[6] 属风热闭肺证和痰热壅肺证。

1.2 一般资料 观察病例均来源于 2011 年 2 月~2013 年 7 月从化市中医医院, 共 110 例。随机分为对照组 54 例和观察组 56 例。对照组男 30 例, 女 24 例; 年龄 2~14 岁, 平均 (6.25 ± 2.63) 岁; 病程 2~6 天, 平均 (2.85 ± 2.16) 天。观察组男 33 例, 女 23 例; 年龄 2~13 岁, 平均 (6.19 ± 2.57) 岁; 病程 2~7 天, 平均 (2.77 ± 2.35) 天。2 组患儿性别、年龄、病程等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P >$

[收稿日期] 2013-10-11

[作者简介] 蔡达 (1975-), 男, 主治中医师, 主要从事中医临床工作。

0.05), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用阿奇霉素注射液静脉滴注 10 mg/(kg·d), 连续 5 天。停药 4 天, 4 天后根据病情继续采用阿奇霉素口服或静脉使用 3 天。然后停 4 天, 再服用 3 天。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用自拟黄芩重楼汤, 基本方: 金银花 10~15 g, 鱼腥草 10~15 g, 黄芩 6~10 g, 重楼 4~8 g, 细辛 1~3 g, 炙麻黄 3~6 g, 苦杏仁 4~8 g, 紫菀 6~10 g, 百部 6~10 g, 前胡 6~10 g, 桔梗 6~10 g, 甘草 3~6 g。加减变化: 表邪明显寒者加荆芥 6~10 g, 防风 6~10 g 以助麻黄散解表寒, 热邪者加蝉蜕、连翘以散表热; 热痰阻络, 难以咯出加胆南星 4~8 g, 竹茹 6~10 g, 全瓜蒌 6~10 g 以清化热痰; 喘甚加地龙 6~10 g, 桑白皮 6~10 g 以平喘止咳嗽; 邪热甚者加紫草 6~10 g, 牡丹皮 6~10 g 以凉血清热。每天 1 剂, 常规水煎 2 次, 根据患儿情况分 3~6 次口服。每 3 天根据症状调整处方。连续服用 14 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录主要症状、体征消失和改善时间, 记录退热、咳嗽消失时间及胸部 X 线、肺部啰音吸收时间。治疗前后血清白细胞介素 -2 (IL-2)、白细胞介素 -6 (IL-6) 检测, 采用双抗体夹心酶联免疫吸附法 (ELISA) 测定, 试剂盒购自深圳晶美生物公司, 操作步骤按说明书进行。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计软件处理数据, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 *t* 检验; 计数资料进行 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]并结合临床拟定: 痊愈: 14 天后临床症状、体征消失或基本消失, 胸片复查正常; 显效: 14 天后症状、体征明显改善, 但未完全消失, 胸片复查异常; 有效: 14 天后症状、体征均有好转, 胸片复查异常; 无效: 14 天后症状、体征、胸片无明显改善或加重。痊愈、显效、有效计为总有效。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组 98.21%, 对照组 83.33%, 观察组优于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

4.3 2 组退热时间、咳嗽明显消失时间、肺部啰音

消失时间、胸部 X 线炎症吸收时间比较 见表 2。观察组退热时间, 咳嗽明显消失时间, 肺部啰音消失及胸部 X 线炎症吸收时间均短于对照组, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	54	20	15	10	9	83.33
观察组	56	25	19	11	1	98.21

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表 2 2 组退热时间、咳嗽明显消失时间、肺部啰音

组别	<i>n</i>	退热	咳嗽明显消失	肺部啰音消失	胸部 X 线炎症吸收
对照组	54	6.31±2.15	7.89±2.24	8.12±2.45	14.47±4.25
观察组	56	4.25±1.76	6.24±1.85	6.55±1.82	11.29±3.07

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.4 2 组治疗前后血清 IL-2、IL-6 水平比较 见表 3。2 组治疗后血清 IL-2 上升、IL-6 下降, 与治疗前比较, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 治疗后观察组血清 IL-2、IL-6 与对照组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后血清 IL-2、IL-6 水平比较 $(\bar{x} \pm s)$ pg/mL

组别	<i>n</i>	时间	IL-2	IL-6
治疗组	54	治疗前	82.7±18.7	20.4±4.25
		治疗后	95.2±22.3	11.6±3.47
观察组	56	治疗前	83.5±20.1	21.2±4.38
		治疗后	117.4±26.8	7.1±2.73

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

近年来随着 MPP 发病率的上升, 该病已引起国内专家的广泛重视。研究显示 MP 侵入呼吸道后, 不仅黏附于细胞, 释放有害的自由基物质, 还可产生相应组织的自身抗体, 导致多系统的免疫损害, MPP 的发病机制与直接毒性作用及免疫损害有关^[8]。

MPP 属于中医学肺炎喘嗽、温热病、咳嗽等范畴。本病多因风(寒)邪上犯, 侵犯肺卫, 肺气失宣。小儿为纯阳之体, 邪易热化、燥化, 热邪灼津炼液化为痰浊, 痰阻肺络, 壅塞气道, 肺气郁阻, 不得宣通, 故急性期以热、咳、痰、喘为主要证候。因此, 风热闭肺与痰热壅肺是 MPP 急性的主要表现, 故常用“清、宣、降”, 治以清热解毒、宣肺解表、降气

豁痰之法^[4]。近年来中医药治疗 MPP 取得了很大的突破,显示中医药治疗该病优势明显。中药具有抑制 MP 生长^[9]、保护呼吸道黏膜上皮和肺血管内皮细胞^[10]、调节 MPP 患儿的免疫功能^[11]和改善微循环^[12]等多方面功能。临床研究也显示中西医结合治疗不但可缩短疗程,同时可以减少西药的不良反应^[13]。

黄芩重楼汤以黄芩、重楼、金银花、鱼腥草清热解毒,炙麻黄、细辛宣肺解表,苦杏仁止咳平喘,紫菀消痰止咳、百部润肺止咳、前胡化痰止咳,桔梗宣肺祛痰;甘草调和诸药。全方共奏清热解毒、化痰平喘止咳之功。本组资料的结果初步显示,在西医常规治疗的基础上加用黄芩重楼汤后,患者退热时间、啰音吸收时间、咳嗽明显消失时间和胸部 X 线炎症吸收时间均短于对照组,提示了本方能快速减轻患儿的临床症状、体征,临床总有效率达 98.21%。

研究表明, MPP 与免疫损害密切相关, MPP 急性期患者血清 IL-2 水平低于正常水平,提示机体的免疫受到抑制,且与疾病严重程度呈负相关^[14]。IL-6 是一种重要的内源性致热源,是急性期重要的细胞因子,其血清水平与 MPP 的严重程度与明显相关^[15]。本组资料显示,治疗后患儿血清 IL-2 升高并高于对照组,IL-6 水平降低且低于对照组,提示了黄芩重楼汤对患儿的免疫系统有调节作用,这可能是其重要作用机制。

综上,在西医常规治疗的基础上,给予黄芩重楼汤治疗 MPP 临床疗效显著,其作用机制可能与调节机体免疫反应有关,值得临床推荐使用。

[参考文献]

- [1] 蒋文丽.阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎疗效分析[J].吉林医学,2006,27(10):1177.
- [2] 沈晓明,王卫平.儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:280.

- [3] Tamura A, Matsubara K, Tanaka T, et al. Methyl-prednisolone pulse therapy for refractory Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children [J]. J Infect, 2008, 57(3): 223-228.
- [4] 潘璐,安效先.安效先治疗小儿支原体肺炎经验[J].中医杂志,2011,52(6):464-465.
- [5] 胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2002:1204-1025.
- [6] 汪受传.中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2004:103-108.
- [7] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:78.
- [8] 韩旭,辛德莉,李靖,等.难治性肺炎支原体肺炎 5 例[J].实用儿科临床杂志,2008,23(4):289-290.
- [9] 辛德莉,马红秋,侯安存,等.热毒净不同剂型对肺炎支原体的体外抑制试验研究[J].中国实验方剂学杂志,2004,10(5):43.
- [10] 王伟明,李继昌,张洪娟,等.呼畅清肺浓缩丸对肺炎支原体感染鼠肺组织钙黏附分子表达的研究[J].中国中药杂志,2005,30(21):1682-1685.
- [11] 郭铁军,周振华,黄灼宏,等.连休蜈蚣地龙汤对支原体肺炎患儿免疫功能的影响[J].新中医,2007,39(1):19-21.
- [12] 刘晓红,侯安存,辛德莉,等.蛭丹化痰口服液对支原体感染小鼠肺炎的影响[J].中国中西医结合杂志,2003,23(6):441-444.
- [13] 陈燕妮.儿童支原体肺炎的中医治疗进展[J].医学综述,2013,19(6):1094-1096.
- [14] 刘贺临,王立锁.白细胞介素 2 和白细胞介素 6 在支原体肺炎患儿血清及诱导痰中表达及临床意义研究[J].中国实用儿科杂志,2011,26(8):592-595.
- [15] 刘淑华,王兆凯.二冬二母汤穴位离子导入治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床研究[J].中国妇幼保健,2012,27(30):4798-4799.

(责任编辑:马力)