

伏九贴敷防治反复呼吸道感染3年疗效趋势分析

霍莉莉¹, 宣小平¹, 虞坚尔¹, 夏以琳¹, 陈莹¹, 李华², 徐亚娜², 王春荣²

1. 上海中医药大学附属市中医医院, 上海 200071; 2. 上海市嘉定区中医医院, 上海 201800

[摘要] 目的: 观察冬夏伏九贴敷防治小儿反复呼吸道感染连续3年的临床疗效。方法: 采用前瞻性、重复测量设计, 多中心临床收集120例反复呼吸道感染患儿, 借助离子导入仪, 进行中药穴位贴敷, 治疗及随访3年, 疾病计分、年发病次数、发作期平均病程、中医症状及体征, 并检测患儿唾液sIgA。结果: ①时间、疗效呈正比关系, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$); ②喷嚏、喉痰、多汗、便差、眠差、舌苔症状改善, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); ③治疗后唾液分泌型免疫球蛋白A (sIgA) 改善, sIgA含量持续稳定上升, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。结论: 冬夏伏九贴敷防治小儿反复呼吸道感染连续3年, 可以持续提高疗效并升高患儿免疫力, 值得临床推广应用。

[关键词] 反复呼吸道感染 (RRTI); 穴位贴敷; 分泌型免疫球蛋白A (sIgA); 重复测量; Bonferroni法
[中图分类号] R56 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 02-0183-03

反复呼吸道感染(RRTI), 是儿科临床最常见的疾病之一。凡小儿1年内上呼吸道感染或下呼吸道感染次数频繁, 超过一定范围, 即称为该病, 简称复感儿。在前期临床工作基础上, 笔者进行连续3年的冬夏伏九贴敷治疗复感儿, 观察疗效及其相关指标变化趋势。现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照2007年12月中华医学会儿科学会分会呼吸学组修订的《反复呼吸道感染的临床概念和处理原则》^[1]进行诊断。

1.2 纳入标准 年龄2~14岁, 男女不限; 门诊患者; 符合上述诊断标准; 纳入研究前3月未参加临床试验者; 近期内未用过血制品、激素及免疫调节剂、锌制剂等治疗。

1.3 排除标准 有严重心血管、脑血管、肝、肾、造血系统、内分泌系统等原发性疾病和精神病; 合并发热、传染病者; 正在参加其他药物临床研究的受试者; 过敏体质及对组方中药物过敏者; 敷贴穴位皮肤有感染或破损者。

1.4 剔除标准 不符合纳入标准的病例, 纳入后未

遵循本研究治疗方案的病例, 非疗效原因及不良反应而中途停止的脱落病例, 加用其他对疾病疗效有明显影响的药物者, 资料不全不能进行统计者。

1.5 一般资料 观察病例为2009年11月~2010年1月上海市中医医院、上海市嘉定区中医医院儿科门诊患儿, 共收集符合纳入标准的RRTI患儿120例, 剔除3例(骨折1例, 失去联系2例), 最终纳入统计117例。男68例, 女49例; 就诊年龄2~7岁, 中位年龄4岁; 病程1~4年, 中位病程2年。

2 治疗方法

(1)敷贴药物: 由上海市名中医朱瑞群教授所创“敷贴方”加减而成。夏季敷贴方: 白芥子、细辛、白芷、甘遂、黄芩; 冬季敷贴方: 白芥子、细辛、白芷、地龙、甘遂、黄芩。各药共研细末, 加入适量生姜汁, 搓成薄饼状, 直径2cm, 厚度1.5cm(含生药约5~10g), 备用。(2)治疗时间及疗程: 2009年、2010年、2011年冬季三九天(12月底至次年1月中旬之间)进行贴敷, 每周贴敷2次, 每次30min, 共12次; 2010年、2011年、2012年夏季三伏天(7月初到8月底之间)进行贴敷, 每周贴敷2次,

[收稿日期] 2013-09-17

[基金项目] 上海市卫生局科研基金课题 (编号: 20090178)

[作者简介] 霍莉莉 (1972-), 女, 医学博士, 副主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 运用治未病思想防治小儿脾肺疾病。

每次 20 min, 共 12 次; 冬夏共 24 次。2010~2012 年全年随访。(3)操作方法: 将做好的药饼以纱布包裹敷在膻中及双侧肺俞、定喘、膏肓共 7 个穴位上, 将离子导入仪的电极板用湿布包好, 盖在药饼上, 电流强度 5~10 mA, 治疗时间 20 min。治疗结束后, 离子导入仪自动关闭, 依次取下电极板和药物, 毛巾擦净皮肤即可。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 呼吸道感染发病次数、发作期病程、中医症状及体征指标(喉痰、喷嚏、汗量、饮食、睡眠、面色、二便、咽、舌象); 双抗体法测定唾液分泌型免疫球蛋白 A(sIgA), 共检测 7 次(2009 年冬季入组时, 2010 年夏季贴敷前, 2010 年冬季贴敷前, 2011 年夏季敷贴前, 2011 年冬季敷贴前, 2012 年夏季敷贴前, 2012 年冬季随访时)。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件进行统计分析, 不符合正态分布的数据, 以中位数和四分位数描述。一般计数资料用 χ^2 检验, 配对四格表资料用 McNemar 检验。唾液 sIgA 检测结果用重复测量资料的方差分析, 时间点两两比较用 LSD 法。疗效用有序分组资料的线性趋势检验(χ^2 检验中的一种方法)。统计检验均采用双侧检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照杨常泉等^[2]“十一五”国家科技支撑计划项目相关标准。(1)疾病计分标准, 见表 1。(2)疗效标准: 临床痊愈: 随访 1 年, 呼吸道感染次数和病情符合同年龄组正常标准, 疾病计分和减少 $\geq 90\%$ 。显效: 随访 1 年, 呼吸道感染次数较治疗前平均数减少 2/3 以上, 疾病计分和减少 $\geq 60\%$, 但 $< 90\%$ 。有效: 随访 1 年, 呼吸道感染次数较治疗前平均数减少 1/3~2/3, 疾病计分和减少 $\geq 30\%$, 但 $< 60\%$ 。无效: 随访 1 年, 呼吸道感染次数较治疗前平均数减少 $< 1/3$, 疾病计分和减少 $< 30\%$ 。

4.2 3 年疗效趋势分析 见表 2, 表 3。3 年疗效比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。3 年疗效呈逐年升高趋势。线性趋势检验示: 总变异、线性回归分量的概率为 $P < 0.001$, 偏离线性回归分量 $P > 0.05$, 提示疗效与治疗时间存在简单线性关系, 二者呈正比。

表 1 疾病计分标准

指标	年龄	2分	4分	6分
呼吸道感染次数	3岁~	6~7次/年	8~9次/年	>9次/年
	5岁~	5~6次/年	7~8次/年	>8次/年
病种		上呼吸道感染	支气管炎	肺炎
病程		<5天	5~10天	>10天

表 2 3 年疗效比较

治疗时间	显效	有效	无效	合计	总有效率(%)	平均秩	χ^2 值	P
2010 年	15(12.8)	48(41.0)	54(46.2)	117	53.8	217.69		
2011 年	33(28.2)	60(51.3)	24(20.5)	117	79.5	165.00	36.902	<0.001
2012 年	45(38.5)	54(46.2)	18(15.4)	117	84.6	145.31		

表 3 3 年疗效的线性趋势检验 χ^2 分解表

变异来源	χ^2 值	v	P
总变异	39.293	4	<0.001
线性回归分量	34.478	1	<0.001
偏离线性回归分量	4.815	3	0.10~0.25

4.3 治疗前后中医症状及体征比较 经 McNemar 检验, 治疗前后喷嚏、喉痰、纳差、多汗、便差、眠差、舌苔症状分别比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。提示治疗后喷嚏、喉痰、纳差、多汗、便差、眠差、舌苔症状改善。

4.4 唾液 sIgA 变化趋势分析 见表 4、表 5、表 6。sIgA 含量比较, 经重复测量方差分析, 不同时间点比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。两两比较

($\alpha' = 0.05/21 = 0.0023$), 除 2009 年冬季贴敷前与 2010 年夏季贴敷前这两个治疗前时间点比较, $P > \alpha'$ 外, 其余各时间点比较, 均为 $P < \alpha'$, 提示治疗后 sIgA 含量持续稳定升高。

表 4 各时间点唾液 sIgA 含量描述表 $\mu\text{g/mL}$

描述	2009 年冬	2010 年夏	2010 年冬	2011 年夏	2011 年冬	2012 年夏	2012 年冬
M	71	85	90	98	113	136	147
P25~P75	53~105	66~100	72~102	83~131	90~138	97~163	103~172

5 讨论

RRTI 是儿科常见病、多发病。现代医学认为, 复感患儿多存在免疫功能低下或紊乱, 容易导致病毒、细菌、支原体等致病因素反复侵袭。治疗上, 急

表5 唾液 sIgA 含量比较的方差分析表

变异来源	SS	ν	MS	F值	P	调整概率	
						G-G	H-F
检测时间	368 404.66	6	61 400.78	130.48	<0.001	<0.001	<0.001
误差	327 510.19	696	470.56	--	--	—	—

Mauchly's 球形性检验 $\chi^2=494.057$, $P < 0.001$, $G-Ge=0.423$, $H-Fe=0.433$

表6 不同时间sIgA含量两两比较

时间点	均值的差	S ⁻ 值	P	95%CI	
				下限	上限
2009年冬	2010年夏	-3.615	2.573	0.163	-8.711 1.480
	2010年冬	-11.658	2.937	<0.001	-17.475 -5.842
	2011年夏	-22.701	2.867	<0.001	-28.380 -17.022
	2011年冬	-34.350	2.781	<0.001	-39.858 -28.843
	2012年夏	-49.701	3.973	<0.001	-57.570 -41.831
	2012年冬	-59.521	4.026	<0.001	-67.496 -51.547
2010年夏	2010年冬	-8.043	1.516	<0.001	-11.045 -5.040
	2011年夏	-19.085	2.353	<0.001	-23.746 -14.424
	2011年冬	-30.735	2.472	<0.001	-35.632 -25.838
	2012年夏	-46.085	3.446	<0.001	-52.910 -39.261
2010年冬	2012年冬	-55.906	3.561	<0.001	-62.958 -48.854
	2011年夏	-11.043	1.992	<0.001	-14.987 -7.098
	2011年冬	-22.692	2.398	<0.001	-27.441 -17.943
	2012年夏	-38.043	3.474	<0.001	-44.923 -31.163
2011年夏	2012年冬	-47.863	3.560	<0.001	-54.914 -40.813
	2011年冬	-11.650	1.778	<0.001	-15.171 -8.128
	2012年夏	-27.000	2.900	<0.001	-32.743 -21.257
2011年冬	2012年冬	-36.821	2.955	<0.001	-42.673 -30.968
	2012年夏	-15.350	2.391	<0.001	-20.086 -10.615
2012年夏	2012年冬	-25.171	2.494	<0.001	-30.110 -20.232
	2012年冬	-9.821	0.733	<0.001	-11.273 -8.368

注：由于 Bonferroni 法在比较次数较多时结果比较保守，本检验采用 LSD 法。

性感染期以抗感染为主；平时针对微量元素、维生素缺乏予以必要补充，并应用各种免疫调节剂，如转移因子、胸腺肽、卡介苗多糖核酸、干扰素、必思添、泛福舒、匹多莫德、左旋咪唑等治疗，疗效较肯定^[9]。但在改善纳差、汗出等临床症状、全面增强体质等方面，尚无明显效果，应用有一定局限性。

中医学认为，RRTI 基本病机为本虚标实，本虚多责之肺脾肾，标实多为痰、饮、湿、食、火等^[4]。治疗上着重于复感缓解期的治疗，或从肺、脾、肾等脏腑论治，注重培本正源；或强调痰、瘀等邪之存在、培本，同时不忘祛邪；或和解少阳、调和营卫

等；其中又有穿插兼而并治者^[4]。较西医而言，中医中药具有针对多因素、多靶点、多环节、动态治疗的特点，以及全身调理、副作用小的独特优势，往往在控制“反复发作”这一环节上比西医更胜一筹，远期疗效优于西医。缺点在于，目前治疗手法仍以口服制剂为主，虽然种类不断扩展，有汤剂、丸剂、散剂、口服液等多种剂型，但是对于口服耐受差和服药困难的患儿来说，还存在一定改良空间。内治法防治复感，大多用药周期长，患儿依从性较差。外治法中的经穴透皮疗法以其“简、便、廉、验”的优势广泛受到医患青睐。如何提高穴位敷贴防治复感的疗效，节约医保费用，节省患儿及家长时间，是摆在临床工作者面前的一个重要任务。

方中白芥子辛散温通、豁痰利气，外用刺激性较强，故为君。白芷辛温发表祛风；生姜辛温发散解表、温肺化痰止咳；共为方中臣药。细辛辛温香窜，有发表散寒、温肺化痰之效；甘遂苦寒有毒，可泻肺之痰湿停饮；黄芩气寒味苦，制约方中药物的温热之性，并为方中佐药。由于该方诸药均可入肺经，本身具有较强的辛热发散之力，再借助离子导入仪理疗，通过产生热效应和非热效应，更加速局部血流，使药物之气易随穴位入经归脏，透达病所，抑制致炎介质，增强局部免疫力。

本研究治疗及随访3年，1年总有效率53.8%，2年总有效率79.5%，3年总有效率84.6%，疗效与时间呈正比关系。第3年疗效较满意，提示该法疗程应以不少于3年为宜。治疗后，患儿喷嚏、喉痰、纳差、多汗、便差、眠差、舌苔异常明显改善。本研究中，遗尿、咽红、舌质红情况治疗后改善不明显，考虑与其敷贴药物及选穴有关。遗尿一般从肾治，据王嘉毅^[9]报道，选用膀胱俞、肾俞等穴位治疗遗尿，治疗组疗效优于对照组；范方琼等^[10]报道，敷贴药物选用桑螵蛸，选穴为盲门和神阙，治疗遗尿疗效肯定。本课题中各敷贴药物及选穴并无补肾之功效，故而对此症状无改善。另外，喷嚏多见于过敏性鼻炎患儿，追问病史，患儿大多为过敏体质。本研究中，经过3年连续治疗后，患儿喷嚏症状明显好转，提示其过敏体质有所改善。研究表明，sIgA与反复呼吸道感染密切相关，因此，sIgA可以作为检测本病严重程度的指标^[7-8]。本研究中，唾液sIgA含量呈持续稳定上升趋势，提示在3年连续治疗过程中，伏九

敷贴具有持续增强患儿免疫力的作用。

综上,冬夏伏九穴位敷贴防治小儿反复呼吸道感染是有效的临床治疗手段,该法可改善多汗、眠差、面色异常、舌象异常症状,可以持续提高机体免疫力。疗程以至少 3 年为宜。

[参考文献]

- [1] 中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会.反复呼吸道感染的临床概念和处理原则[J].中华儿科杂志,2008,46(2):108-110.
- [2] 杨常泉,马融,李新民,等.小儿反复呼吸道感染中医治疗优化方案临床研究[J].中华中医药杂志,2012,27(4):1136-1140.
- [3] 周献梅.小儿反复呼吸道感染的药物治疗研究进展[J].吉林医学,2013,34(22):4516-4518.
- [4] 霍莉莉,虞坚尔,李利清,等.小儿反复呼吸道感染发

病机制的中西医研究[J].中医儿科杂志,2006,2(3):45-49.

- [5] 王嘉毅.穴位贴敷治疗小儿遗尿症 50 例[J].湖南中医杂志,2012,28(5):103,108.
- [6] 范方琼,刘明卫,邱道禄.经皮穴位敷贴中药贴片佐治遗尿症疗效观察[J].中外妇儿健康,2011,19(1):1-2.
- [7] Rossi GA, Peri C, Raynal ME, et al. Naturally occurring immune re-sponse against bacteria commonly involved in upper respiratory tract infectious: analysis of the antigen-specific salivary IgA levels[J]. Immunology letters, 2003, 86(1): 85-91.
- [8] 张涛,廖嘉仪.反复肺炎婴幼儿血清 β -防御素-1 和免疫球蛋白 A、G、M 水平的研究[J].中国当代儿科杂志,2012,14(6):431-433.

(责任编辑:刘淑婷)

内病外治新疗法常年招生(教社证字 G03005 号)

一、鼻炎头痛学习班:重点讲解为什么鼻炎、鼻窦炎、过敏性鼻炎不在鼻部肺部治疗能快速神奇治愈。顽固性正偏头痛、头晕、三叉神经痛、牙痛、口腔溃疡,结膜炎,失眠神经衰弱,不在头部治疗的新理论和快速治愈方法。二、颈肩腰腿痛学习班:重点讲解为什么腰痛不治腰,腿疼不治腿,足跟痛不治脚,肩周炎有真假,骨质增生能软化,治股骨头坏死与膝关节炎取穴一样等关节软组织疼痛的新理论和快速治愈方法。三、内科病学习班:讲解 2 型糖尿病,胃病.结肠炎.冠心病.胆囊炎.小儿腹泻.厌食同治一个病根新理论。四、男科妇科病学习班:讲解男女乳腺增生.痛经.前列腺炎.阳痿,早泄,慢性肾炎.同治一个病根的外治新理论。五、皮肤病科:讲解点耳穴,根治青春痘,湿疹,皮炎,各种癣疮等皮肤病的外治方法。六、快速查病诊断班:患者无需开口,看一眼患者的双腿便知道患者的病根在哪里,超前诊断患者现在或将来易患什么病。让患者心服口服,是大夫接诊快速准确诊断不可少的绝招技术。七、特效针法学习班:一秒钟埋线法治疗各种慢性疑难病。泻血法,六针法、X 针法、穿针法一次性治疗肱骨外上髁炎,急性腰扭伤,牙痛,尾骨痛,足跟痛,踝关节扭伤,棘上韧带损伤等症收效神速,大多患者入针即效,拔针即愈。以上各科明确全身慢性疑难病原发病因和继发病症的鉴别诊断治疗,本疗法防治结合治未病,可作为大夫本人即家庭治疗保健康复之首选。本校为学员可代为办理劳动和社会保障部门颁发的全国通用高级按摩师证书,中医康复保健证书,高级针灸师证书,网上可查,凭证可开业。每月 1 号,15 号开班。本疗法把疑难病的诊断治疗简单化。有无医学基础 7~10 天即可学会,学校有实习门诊,患者很多,不熟练可多学几天,学会为止。七个科学费 5000 元。地址:河北省石家庄市健康路省第四人民医院西 200 米路南金恒花苑 8 号,石家庄内病外治新疗法培训学校,联系人:王卫平。电话 0311-86086111 手机 13930962015。河北省巨鹿县健康路老县医院对面巨鹿县内病外治新疗法学校,学生可就近联系学习。电话:0319-4311158。详情登陆 www.xjjnbwz.com,农行卡号:6228481250018026419,邮政账号:601331001200114327,乘车路线:石家庄火车站乘慢 31 路省四院下西行 200 米即到或石家庄北站乘 5 路省四院下西行 200 米即到。