

# 热咳清胶囊联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床观察

夏琪

上虞市人民医院儿科, 浙江 上虞 312300

**[摘要]** 目的: 观察热咳清胶囊与孟鲁司特钠联合使用治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床效果。方法: 将 76 例咳嗽变异性哮喘患儿随机分为观察组 42 例和对照组 34 例, 2 组患儿均接受孟鲁司特钠治疗, 观察组加服热咳清胶囊, 治疗 2 周后对比治疗效果。结果: 临床疗效总有效率观察组为 95.24%, 对照组为 70.59%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组中医症状积分均较治疗前下降 ( $P < 0.05$ ), 观察组改善的程度更加明显, 组间比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2 组 IL-8、TNF- $\alpha$  水平均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ), TGF- $\beta$  水平较治疗前升高 ( $P < 0.05$ ), 观察组各指标改善的幅度更明显, 组间比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 热咳清胶囊联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效优于单用孟鲁司特钠治疗, 可以显著缓解症状, 改善患儿的炎症反应。

**[关键词]** 咳嗽变异性哮喘 (CVA); 儿童; 孟鲁司特钠; 热咳清胶囊

**[中图分类号]** R562.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0183-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.089

流行病学研究指出, 近年来小儿咳嗽变异性哮喘(CVA)的发病率正在不断上升<sup>[1]</sup>。CVA 对患儿的生长发育以及生活质量都产生了十分严重的影响。CVA 主要的治疗方法以药物缓解哮喘症状为主, 如抗胆碱药、糖皮质激素等<sup>[2]</sup>。孟鲁司特钠是新一代白三烯受体拮抗剂, 治疗哮喘已经取得了较好的效果。本研究将热咳清胶囊联合孟鲁司特钠用于治疗 CVA, 将临床效果作如下报道。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 参考 8 年制临床医学教材《儿科学》第 2 版中 CVA 的相关诊断标准。

1.2 中医辨证标准 符合热咳证的辨证标准。

1.3 纳入标准 符合 CVA 的诊断标准; 年龄  $< 14$  岁; 家属对于此次研究均知情同意。

1.4 排除标准 由其他原因导致的咳嗽; 无法按规定服药或无法完成疗程者。

1.5 一般资料 选取本院 2011 年 1 月—2013 年 1 月收治的 76 例 CVA 患儿, 采用随机数字表法分为观察组 42 例和对照组 34 例。观察组男 21 例, 女 21 例; 年龄 3~14 岁, 平均  $(6.18 \pm 0.24)$  岁。对照组男 18 例, 女 16 例; 年龄 2~14 岁, 平均  $(7.11 \pm 0.34)$  岁。2 组性别、年龄比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

2 组患儿均予以孟鲁司特钠(商品名: 顺尔宁, 杭州默沙

东制药有限公司)治疗, 每晚口服(2~5 岁 4 mg, 6~14 岁 5 mg)。观察组加服中成药热咳清胶囊(吉林省集安益盛药业股份有限公司), 药方组成为: 炙麻黄、荆芥、防风、苦杏仁、桑白皮、百部、陈皮。4~6 岁, 每次 2 粒, 每天 3 次; 7~14 岁, 每次 3 粒, 每天 3 次。

2 组患儿均治疗 2 周后对比治疗效果。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医咳嗽症状积分评定标准: 0 分: 无咳嗽; 1 分: 在清醒或将要入睡时咳嗽; 2 分: 因咳嗽导致的惊醒 1 次或早醒; 3 分: 因咳嗽而导致夜间频繁惊醒; 4 分: 夜间大部分时间均在咳嗽; 5 分: 严重的咳嗽。②记录 2 组治疗前、治疗 2 周后血清炎症因子白细胞介素(IL)-8、肿瘤坏死因子(TNF)- $\alpha$  以及转化生长因子(TGF)- $\beta$  的水平, 检测方法采用酶联免疫吸附试验(ELISA), 试剂盒由美国 R&D 公司提供, 操作过程严格按照试剂盒说明书。

3.2 统计学方法 采用 SPSS14.0 统计软件对结果进行统计。计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用  $t$  检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈: 咳嗽症状完全消失, 肺部听诊未闻及啰音; 好转: 咳嗽等症状基本消失, 咳嗽次数减少或咳嗽间隙时间延长, 肺部听诊基本无闻及啰音; 无效: 咳嗽等症状体征无明显改善。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组为 95.24%,

**[收稿日期]** 2014-10-20

**[作者简介]** 夏琪 (1977-), 女, 主治医师, 研究方向: 儿科呼吸系统疾病。

对照组为 70.59%，2 组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
观察组	42	33(78.57)	7(16.67)	2(4.76)	95.24 <sup>①</sup>
对照组	34	22(64.71)	2(5.88)	10(29.41)	70.59

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后中医症状积分比较 见表 2。治疗前，2 组中医症状积分比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )；治疗后，2 组中医症状积分均较治疗前下降( $P < 0.05$ )，观察组改善的程度更加明显，组间比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.4 2 组治疗前后 IL-8、TNF- $\alpha$  及 TGF- $\beta$  水平比较 见表

3。治疗前，2 组血清炎症因子 IL-8、TNF- $\alpha$  及 TGF- $\beta$  水平比较，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后，2 组 IL-8、TNF- $\alpha$  水平均较治疗前降低( $P < 0.05$ )，TGF- $\beta$  水平较治疗前升高( $P < 0.05$ )，观察组各指标改善的幅度更明显，组间比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 2 组治疗前后中医症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	42	2.93 $\pm$ 0.62	0.73 $\pm$ 0.23 <sup>①②</sup>
对照组	34	2.99 $\pm$ 0.52	1.14 $\pm$ 0.30 <sup>①</sup>

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

表 3 2 组治疗前后 IL-8、TNF- $\alpha$  及 TGF- $\beta$  水平比较( $\bar{x} \pm s$ ) ng/L

组别	IL-8		TNF- $\alpha$		TGF- $\beta$	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=42)	106.34 $\pm$ 52.34	61.38 $\pm$ 21.28 <sup>①②</sup>	23.43 $\pm$ 10.37	13.27 $\pm$ 9.21 <sup>①②</sup>	35.45 $\pm$ 11.37	74.18 $\pm$ 17.38 <sup>①②</sup>
对照组(n=34)	105.37 $\pm$ 51.39	75.28 $\pm$ 22.44 <sup>①</sup>	22.80 $\pm$ 10.18	17.28 $\pm$ 7.33 <sup>①</sup>	34.28 $\pm$ 11.34	51.30 $\pm$ 13.22 <sup>①</sup>

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

## 5 讨论

大部分学者认为 CVA 是多种炎性因素参与的气道慢性变态反应性炎症疾病，主要的特点是气道高反应性，炎症细胞释放出大量的炎症介质，导致了气道出现慢性非特异性炎症。IL-8 在 CVA 的炎症反应中起到了十分重要的作用。IL-8 为 B 细胞增殖活化及 IgE 产生所必需的因子，其异常分泌会导致 IgE 过量产生，在 I 型变态反应中起重要作用。此外，IL-8 还能刺激肥大细胞增殖，抑制 TH1 分泌 IFN- $\gamma$ ，这些在哮喘及 CAV 发病中可能都具有作用<sup>[3]</sup>。TNF- $\alpha$  是由巨噬细胞所产生的一种具有重要生物活性的炎性细胞因子，在正常的情况下，其在机体浓度较低，可以起到调节免疫应答、促进细胞生长的生理作用。而过度表达的 TNF- $\alpha$  则容易导致肺组织出现免疫及炎症反应，而导致气道出现痉挛、黏膜水肿反应<sup>[4]</sup>。TGF- $\beta$  则是一种高效性、多能的、双重效应的生长以及分化因子，对哮喘的发病起到了十分复杂的调节作用<sup>[5]</sup>。

孟鲁司特钠是一种强效的选择性的白三烯受体拮抗剂，是新一代的非甾体类抗炎药，可以选择性地对气道平滑肌中白三烯多肽的活性起到抑制作用，并且能够有效预防以及抑制白三烯所引起的血管通透性增加及支气管痉挛症状等，能够显著减少气道因变应原刺激而导致的细胞以及非细胞性炎症物质释放，降低气道高反应。其作用快速，治疗效果稳定<sup>[6]</sup>，适用于成人以及儿童哮喘的预防和长期治疗。

热咳清胶囊来源于中医经典名方麻杏石甘汤，方中炙麻黄宣肺降气、祛风平喘，为君药；苦杏仁宣肺降气、止咳化痰。两药联合应用可加强降气宣肺化痰之力，使肺气清肃，气道通

畅，邪去络通而咳自平。桑白皮、陈皮宣肺降气，理气化痰，可增强清肺泻热、化痰止咳之效，此药不燥不刚，虽泻肺热而无伤于娇脏；荆芥、防风发表散风，其中的挥发油成分能使呼吸中枢兴奋性降低；百部润肺止咳，能释放氧氟酸而抑制呼吸中枢，诸药配伍应用，使热咳清胶囊的镇咳作用更为明显，具有很好的疗效，且服用方便。

本研究结果显示，观察组患儿的治疗效果、中医症状评分以及相关免疫指标的改善均优于对照组，且热咳清胶囊服用方便，患儿及家长容易接受。所以笔者认为，在治疗 CVA 的过程中可以选择孟鲁司特钠长期口服治疗气道慢性炎症引起的气道高反应性，同时联合热咳清胶囊口服 2 周，可以更好地缓解咳嗽症状。但是本研究仍有不足之处，如样本数少、观察疗效的时间较短、门诊患儿依从性不足，还有待于进一步长期随访以及动态观察。

## [参考文献]

- [1] 王良红. 小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理体会[J]. 当代医学, 2012, 18(9): 6-7.
- [2] Cecconi M, Monge García MI, Gracia Romero M, et al. The Use of Pulse Pressure Variation and Stroke Volume Variation in Spontaneously Breathing Patients to Assess Dynamic Arterial Elastance and to Predict Arterial Pressure Response to Fluid Administration [J]. Anesth Analg, 2014, Sep 16.
- [3] 赵灵芝, 卢美萍. 哮喘儿童支气管肺泡灌洗液 IL-17、

- IL-8 和 VEGF 水平测定及意义[J]. 中国病理生理杂志, 2011, 27(3): 577-580.
- [4] 贾少丹, 张为忠, 纪霞, 等. 哮喘病人 TNF- $\alpha$  - 308 位点 A/G 基因多态性及 mRNA 表达与代谢综合征的关系[J]. 中国免疫学杂志, 2013, 29(9): 960-964, 968.
- [5] 张维溪, 戴欢, 贺孝良, 等. 糖皮质激素调控哮喘大鼠气道重塑中 TGF- $\beta_1$ /Smad 信号通路的研究[J]. 中国药理学通报, 2009, 25(9): 1142-1146.
- [6] 李瑾. 孟鲁司特钠干预治疗小儿支原体肺炎的临床观察[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(8): 1345-1347.
- (责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

## 中医特色疗法佐治小儿肺炎疗效观察

王岩, 郑秀华, 王书梅

抚顺市中医院, 辽宁 抚顺 113008

**[摘要]** 目的: 观察中医特色疗法佐治小儿肺炎的临床疗效。方法: 将 801 例患儿随机分为 2 组。治疗组 464 例采用中药穴位贴敷、拔火罐、微波联合西药抗菌治疗, 对照组采用单纯西药抗菌治疗, 2 组疗程均为 7 天。结果: 治疗后总有效率治疗组为 96.98%, 对照组为 80.41%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组患儿体温恢复天数、呼吸音恢复天数、胸片恢复及住院天数均显著短于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 在西药抗菌的基础上联合中医特色疗法佐治小儿肺炎, 可提高临床疗效, 缩短疗程。

**[关键词]** 小儿肺炎; 中西医结合疗法; 穴位贴敷; 拔火罐; 微波治疗

**[中图分类号]** R725.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0185-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.090

肺炎是小儿呼吸系统疾病的常见病, 其对儿童的健康威胁极大。本病是发展中国家 5 岁以下儿童死亡的主要原因, 占儿童死亡率的 20%。随着耐药菌的增多, 抗生素敏感度的下降, 病毒、肺炎支原体以及病原混合感染所致的小儿肺炎有逐年增高的趋势。临床表现为感染中毒症状重, 若病情迁延, 可发展为迁延性肺炎。现代医学主要针对病因采用抗生素等对症治疗。抗生素长期应用易产生耐药性, 不良反应较多。近年来, 笔者在西药抗菌治疗的基础上联合中药外敷、拔火罐及微波综合治小儿肺炎, 取得较好疗效, 结果报道如下。

### 1 临床资料

观察病例均为 2012 年 1 月—2014 年 5 月在本科就诊的小儿肺炎患者, 全部病例均符合小儿肺炎诊断标准及中医肺炎喘嗽痰热闭肺型的诊断<sup>[1]</sup>, 均无并发症, 共 801 例。所有患儿随机分为 2 组。治疗组 464 例, 男 227 例, 女 237 例; 2~5 岁 346 例, 6~9 岁 85 例, 10~12 岁 33 例; 病程 7~14 天。对照组 337 例, 男 175 例, 女 163 例; 2~5 岁 254 例, 6~9

岁 48 例, 10~12 岁 15 例; 病程 7~14 天。2 组年龄, 性别、病程比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本观察在收治患儿时, 均随机地按 1:1 顺序分为 2 组, 但治疗过程中部分对照组患儿家长要求与治疗组患儿一样增加治疗项目, 故予剔除。

### 2 治疗方法

2.1 对照组 按照常规行抗菌治疗, 选用头孢类抗生素、肺炎支原体肺炎选用大环内酯类抗生素, 按小儿年龄及体重计算药量, 每天静脉滴注 1~2 次, 一般治疗 7~14 天<sup>[2]</sup>。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础加用中医特色疗法。① 敷胸散外敷胸处。药物制备: 大黄、玄明粉、大蒜按 4:1:1 比例配成, 由本院制剂室提供。用法: 凉开水调成糊状, 涂于 10 cm × 10 cm 大小的纱布, 敷于肺俞位或湿啰音密集处或胸片阴影明显处, 每次 10~20 min, 每天 1 次<sup>[3]</sup>。② 拔罐: 选背部的穴位肺俞或啰音密集处、大片阴影等, 应用小号玻璃罐, 按本院拔火罐操作流程进行拔罐、留罐、取罐, 每次 5~

**[收稿日期]** 2014-09-14

**[作者简介]** 王岩 (1968-), 女, 主任医师, 研究方向: 儿科学。