

甘露消毒丹加减方联合西医治疗儿童手足口病疗效观察与护理体会

单慧娟, 李婉丽

河南中医学院第三附属医院, 河南 郑州 450003

[摘要] 目的: 观察甘露消毒丹加减方联合西医治疗儿童手足口病的临床疗效及护理满意度。方法: 选取 160 例手足口病患儿为研究对象, 随机分为对照组和观察组各 80 例。对照组予西医对症处理及常规抗病毒治疗; 观察组在对照组治疗基础上, 予甘露消毒丹加减方治疗。观察 2 组患儿体温及血常规恢复正常时间、不同部位皮疹消退时间、临床护理满意度。结果: 2 组体温恢复正常时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 对照组血常规恢复正常时间与双手、双足、口腔、臀部皮疹消退时间均长于观察组 ($P < 0.05$)。总满意率观察组为 98.8%, 对照组为 96.3%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。总有效率观察组为 93.8%, 对照组为 82.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在抗病毒、对症治疗与常规护理的基础上, 以甘露消毒丹加减方治疗儿童手足口病能提高疗效, 缩短病程。

[关键词] 手足口病; 中西医结合疗法; 甘露消毒丹

[中图分类号] R512.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0294-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.130

手足口病是由肠道病毒, 如 CoxA16 引起的急性传染病, 多发生于学龄前儿童, 特别是 3 岁以内儿童。据相关统计, 在 2008 年, 我国共报告了 489073 例, 发病率为 37.01/10 万^[1]。若不及时治疗, 患者容易出现严重的并发症, 如神经源性肺水肿、无菌性肺炎等^[2], 严重威胁着患者的生命。笔者在西医治疗的基础上, 发挥传统中医特色, 在中西医结合思维的指导下, 采用甘露消毒丹加减方联合西医治疗儿童手足口病, 取得了一定的疗效。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 3 月—2014 年 8 月在本院诊断为手足口病的 160 例患儿为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组各 80 例。对照组男 44 例, 女 36 例; 年龄 1~9 岁, 平均(5.37±0.58)岁; 体温 37~40℃, 平均(37.85±0.23)℃; 白细胞计数(WBC)升高者 31 例, 淋巴细胞升高者 74 例; 双手皮疹者 80 例, 双足皮疹者 78 例, 口腔疱疹者 74 例, 臀部皮疹者 76 例。观察组男 45 例, 女 35 例; 年龄 1~9 岁, 平均(5.41±0.60)岁; 体温 37~40℃, 平均(37.78±0.22)℃; WBC 升高者 33 例, 淋巴细胞升高者 76 例; 双手皮疹者 80 例, 双足皮疹者 75 例, 口腔疱疹者 76 例, 臀部皮疹者 74 例。2 组性别、年龄、体温等一般资料经统计分析, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照卫生部《手足口病诊疗指南(2010 年版)》(一)^[3] 中儿童手足口病的诊断标准: ①流行病学: 流行季节

发病, 多见于学龄前儿童, 尤其是婴幼儿。②临床表现: 发热或部分不发热, 伴手、足、口、臀部皮疹。③客观指标: 肠道病毒特异性核酸检测(+); 分离出肠道病毒, 并鉴定引起手足口病的相关肠道病毒; 引起手足口病的相关肠道病毒中和抗体 > 4 倍。④临床分型: 普通病例和重型病例。

1.3 中医辨证标准 辨证属脾胃湿热证。主症: 发热, 手、足和臀部出现斑丘疹或疱疹, 口腔可见疱疹, 流涎、咽红, 神倦, 舌红或淡红、苔腻, 指纹红紫, 脉数。

1.4 纳入标准 ①符合诊断标准及中医辨证标准的患儿; ②普通病例和重型病例; ③患儿家属知情并签字同意。

1.5 排除标准 ①危重型病例; ②荨麻疹、水痘、带状疱疹等其他儿童发疹性疾病的患儿; ③合并其他病毒导致脑炎、脑膜炎、脊髓灰质炎、肺炎等疾病的患儿; ④患儿依从性差, 或家属拒绝签字的患儿。

2 治疗方法

2.1 对照组 西医治疗: ①合并细菌感染者, 予相应抗生素治疗; 合并其他临床症状者予相应对症治疗。②抗病毒治疗: 10~15 mg/kg 利巴韦林注射液(上海禾丰制药有限公司)加入到 100~250 mL 5% 葡萄糖注射液中静脉滴注, 每天 1 次, 连续用药 5 天。

2.2 观察组 中西医结合治疗。西医治疗同对照组。中医治疗: 甘露消毒丹基本方: 连翘、石膏、滑石(包煎)各 15 g, 川贝母、茵陈、薄荷、射干各 10 g, 藿香、白豆蔻、金银花

[收稿日期] 2015-03-02

[作者简介] 单慧娟 (1975-), 女, 主管护师, 主要从事临床护理工作。

各 9 g, 黄芩 6 g。随症加减: 咽喉肿痛者, 加板蓝根; 发热者, 加柴胡、葛根。每天 1 剂, 水煎, 分 3~4 次服。连续用药 3~6 天。

2.3 护理方法 ①对患儿实行单人单间单病种隔离, 进行观察治疗并对其进行所住病房及时消毒处理, 同时注意保持室内通风换气。②对患儿进行心理护理, 主要通过交流鼓励患儿, 解除患儿的焦虑不安; 其次与家属沟通, 通过关心或转移注意力的方式, 帮助患儿并使其积极配合治疗。③对患儿家属进行健康教育, 帮助家属认识手足口病, 配合医生治疗, 并与其他患儿隔离, 防止传染给其他患儿。④饮食护理, 给患儿清淡、流质饮食, 避免辛辣刺激食物。哺乳期患儿可继续母乳喂养。⑤其他相关护理, 如心脑血管系统并发症的预防护理等。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2 组患儿的体温、血常规恢复正常时间。体温以每天早上查房为准, 以天为单位记录; 每天早上抽血检查血常规, 明显好转或恢复正常者则不再抽取, 血常规异常或未明显好转则继续抽血检查。②不同部位皮疹消退时间。皮疹消退时间以每天早上查房为准, 以天为单位记录。③护理满意度, 以本院自制护理满意度调查表进行问卷调查。由患儿家长在治疗结束时填写。评分 > 80 分为满意; 评分 60~80 分为一般满意; 评分 < 60 分为不满意。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料以百分比表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医药治疗手足口病的目标及疗效评价标准探讨》^[4]拟定。痊愈: 口腔疼痛好转, 体温在 1 天内恢复正常, 皮疹完全消退, 血常规恢复正常; 显效: 口腔疼痛明显减轻, 体温 1~2 天恢复正常, 皮疹大部分消退, 血常规明显好转; 有效: 口腔疼痛较前好转, 体温 2~3 天恢复正常, 皮疹逐渐消退, 血常规好转; 无效: 口腔疼痛无明显变化, 体温 > 3 天未恢复正常, 皮疹无明显变化甚至增加; 血常规无明显变化或恶化。

4.2 2 组体温、血常规恢复正常时间比较 见表 1。2 组体温恢复正常时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 对照组血常规恢复正常时间长于观察组 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组体温、血常规恢复正常时间比较 $(\bar{x} \pm s)$ d

组别	n	体温	血常规
对照组	80	0.98 ± 0.14	3.08 ± 0.47
观察组	80	0.87 ± 0.13	2.12 ± 0.25 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组不同部位皮疹消退时间比较 见表 2。观察组双手、双足、口腔、臀部皮疹消退时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。

4.4 2 组护理满意度比较 见表 3。观察组总满意率为

98.8%, 对照组总满意率为 96.3%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.026, P > 0.05$)。

表 2 2 组不同部位皮疹消退时间比较 $(\bar{x} \pm s)$ d

组别	n	双手	双足	口腔	臀部
对照组	80	2.57 ± 0.26	2.67 ± 0.27	2.78 ± 0.26	3.31 ± 0.32
观察组	80	1.99 ± 0.23 ^①	2.05 ± 0.23 ^①	1.96 ± 0.21 ^①	2.53 ± 0.27 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表 3 2 组护理满意度比较 例

组别	n	满意	一般满意	不满意	总满意率(%)
对照组	80	48	29	3	96.3
观察组	80	49	30	1	98.8

4.5 2 组临床疗效比较 见表 4。总有效率观察组为 93.8%, 对照组为 82.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 5.714, P < 0.05$)。

表 4 2 组临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	80	16	29	21	14	82.5
观察组	80	17	39	19	5	93.8 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

手足口病, 主要是由肠道病毒引起的急性传染病, 其主要临床表现为小儿手、足、口等部位出现皮疹或疱疹。本病一般根据患者的临床表现可分为普通病例和重症病例。本病有自愈性, 多在 1 周内可痊愈, 预后一般较好, 但若发生严重并发症, 则直接危及患者的生命; 加之传染性强, 故临床上需要高度重视。特别是重症手足口病患者, 有多种细胞因子参与其发生、发展, 继而发生严重的炎症和抗炎反应, 尤其是 EV71 阳性患者, 免疫反应更加明显^[5]。手足口病属中医学温病“外感湿热病”范畴, 多采用卫、气、营、血辨证方法^[6], 治疗则以清热、解毒、利湿为主。

本临床研究结果显示, 2 组临床疗效总有效率均高于 80%。主要是因为采用了西医综合对症治疗及常规抗病毒治疗; 对患儿的病因能及时解除, 恢复机体内环境的平衡, 故 2 组临床疗效均较好。而加服甘露消毒丹加减方治疗的观察组, 其临床疗效优于对照组; 并且能快速使患儿的血常规恢复正常, 皮疹消退。说明甘露消毒丹加减方在治疗脾胃湿热型儿童手足口病方面具有良好的作用。方中连翘、金银花、黄芩、射干的主要功效为清热解毒, 具有较强的抗病毒作用, 还具有“绿色抗生素”之称^[7]; 茵陈清热利湿, 配滑石可加强利湿之功, 使湿邪有道可去; 配藿香、白豆蔻、石菖蒲、川贝母能化湿健脾, 使脾之气机舒畅条达, 而发挥升清降浊之功; 薄荷在本方中的主要作用为清利头目; 生甘草调和诸药。诸药合用,

共奏清热、解毒、利湿之功。2 组患儿体温恢复时间无统计学差异($P > 0.05$),可能是由于本病的自限性,或者西医降温的缘故,亦或是其他原因,值得继续探讨。

另外,2 组患儿家属的护理总满意率 $> 95\%$,护理总满意率高与相关护理存在密切联系。①感染性疾病科单独收治并采取消毒隔离措施,能有效防止传染扩散,防止院内交叉感染;②心理护理,能有效降低患儿心理应激水平,使其积极配合治疗;③对家长进行健康教育,能充分取得家长的支持,有利于患儿配合治疗;④清淡饮食能减少刺激;⑤并发症护理能有效预防严重并发症的发生,减少不必要的医疗事故,提高临床疗效^④。概言之,甘露消毒丹加减方治疗儿童手足口病,能有效提高临床疗效;同时,综合系统的护理值得重视。

[参考文献]

[1] 李善姬. 手足口病的流行病学分析[J]. 中国医药指南, 2015, 13(1): 296- 297.

[2] 孙杰, 张小坤. 机械通气治疗重症手足口病 221 例临床分析[J]. 重庆医学, 2015, 44(1): 101- 103.

[3] 中华人民共和国卫生部. 手足口病诊疗指南(2010 年版)(一)[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(7): 586- 587.

[4] 李晶滢, 杨华升, 杨薇, 等. 中医药治疗手足口病的目标及疗效评价标准探讨[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(1): 170- 171.

[5] 王晓冬, 霍习敏, 徐梅先, 等. 儿童重症手足口病细胞因子变化研究[J]. 河北医药, 2015, 37(1): 73- 75.

[6] 杨璞叶, 刘蒲芳, 杨震, 等. 杨震教授治疗重症手足口病脑炎经验[J]. 陕西中医, 2015, 36(1): 75- 77.

[7] 齐永红, 张志建. 清热解毒药替代抗菌药物的临床应用分析[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(3): 285.

[8] 冯丽娟. 对 46 例重症手足口病患儿进行综合性护理的效果探究[J]. 当代医药论丛, 2015, 13(1): 117- 118.

(责任编辑: 吴凌)

◆文献研究论著◆

古代文献风府穴禁灸与应用沿革探究

赵家莹, 易玮, 刘允, 史俊恒, 许能贵

广州中医药大学, 广东 广州 510006

[摘要] 风府穴自晋代一直被历代医家列为禁灸穴之一, 然而古代医籍中也有许多风府穴灸法治疗疾病的记载。为明确风府穴禁灸与否的演变, 以及风府穴灸法运用的发展, 特查询《中华医典》摘选相关条文, 并依据不同朝代顺序归类汇总, 分析其禁灸原由、演变, 以及其灸法运用的范围、发展。风府穴禁灸的提出对后世医家有警示作用, 随着医学的发展, 灸法也逐渐运用到临床各科中, 两者并非完全对立, 对古代医家临床诊治方法的选取均有着一定的影响。

[关键词] 风府穴; 禁灸; 灸法; 古代文献

[中图分类号] R245 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2015) 07- 0296- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.131

风府穴, 首见于《素问·骨空论》: “大风颈项痛, 刺风府”; 详细叙述风府穴禁灸及原因的记载则源于《针灸甲乙经》, “风府: 一名舌本, 在项上入发际一寸, 大筋内宛宛中, 疾言其肉立起, 言休其肉立下, 督脉, 阳维之会。禁不可灸,

灸之饮人瘖。刺入四分, 留三呼”, 描述了风府穴的位置以及不良反应的症。在历代医家中, 自晋代以后将风府穴列为禁灸穴者颇多, 但也不乏运用灸风府穴来治疗疾病的条文。其中, 也有在同一部综合性著作中既将其列为禁灸穴, 又描述其

[收稿日期] 2015-01-22

[基金项目] 国家自然科学基金重点项 (81230088)

[作者简介] 赵家莹 (1986-), 女, 在读博士研究生, 研究方向: 针刺对脑可塑性的研究。

[通讯作者] 许能贵, E-mail: ngxu8018@gzucm.edu.cn.