

[参考文献]

- [1] 刘备, 马国. 新生儿黄疸的治疗药物研究进展[J]. 中国医院药学杂志, 2015, 35(16): 1515- 1519.
- [2] 陈昌辉, 李茂军, 吴青, 等. 新生儿黄疸的诊断和治疗[J]. 现代临床医药, 2013, 39(2): 154- 160.
- [3] 孟杨. 分析中药辨证治疗新生儿黄疸的疗效[J]. 中国卫生标准管理, 2015, 6(21): 100- 101.
- [4] 刘笑梦, 周丽芳. 中西医结合治疗新生儿黄疸 140 例疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2012, 4(6): 557- 558.
- [5] 陶钧. 中医药防治新生儿黄疸研究进展[J]. 中医儿科杂志, 2010, 6(1): 50- 52.
- [6] 陈海燕. 茵栀黄口服液用于新生儿黄疸 83 例临床分析[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2013, 15(1): 208- 209.
- [7] 唐云芳. 中医穴位按摩对新生儿黄疸指数的影响[J]. 新中医, 2015, 47(4): 249- 250.
- [8] 董明翠, 侯莉, 刘俊. 腹部按摩加茵栀黄口服液治疗新生儿黄疸 90 例[J]. 陕西中医, 2013, 34(10): 1353- 1354.

(责任编辑: 吴凌)

清肺汤联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎临床疗效及对血清 hs-CRP、IL-6 水平的影响

祝秀芳¹, 莫文辉², 叶青³, 林泳祺², 姚晖⁴, 张继平⁴

1. 佛山市禅城区环市医院, 广东 佛山 528000
2. 佛山市禅城区中心医院, 广东 佛山 528000
3. 佛山市南海区第四人民医院, 广东 佛山 528211
4. 佛山市第二人民医院, 广东 佛山 528000

[摘要] 目的: 观察清肺汤治疗小儿支原体肺炎(MP)的临床疗效及其对血清炎性细胞因子水平的影响。方法: 84 例 MP 患儿, 随机分为常规治疗组 35 例和中药组 49 例。2 组患儿均给予止咳化痰、解热等对症处理。常规治疗组给予阿奇霉素治疗; 中药组在此基础上给予清肺汤治疗。连服 1 周。观察并比较记录患者发热、咳嗽及肺部啰音消失时间检测治疗前后血清超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)及白细胞介素-2(IL-2)和白细胞介素-6(IL-6)水平的变化。结果: 总有效率中药组 98.0%, 常规治疗组 82.9%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。中药组发热、咳嗽及肺部啰音消失时间均明显短于常规治疗组, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组治疗后 hs-CRP 和 IL-6 水平显著下降, IL-2 显著升高, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 但中药组 hs-CRP 和 IL-6 水平下降程度更为明显, 与常规治疗组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 中药组 IL-2 水平升高程度更为明显, 与常规治疗组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 清肺汤治疗小儿支原体肺炎临床疗效肯定, 其机制可能通过降低 IL-2 水平, 升高 IL-6 水平来调节炎性细胞水平发挥抗炎治疗作用的。

[关键词] 支原体肺炎; 清肺汤; IL-2; IL-6

[中图分类号] R563.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 10-0132-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.055

近年来, 小儿肺炎支原体肺炎(MP)的发病率逐年升高, 在非流行年间约占小儿社区获得性肺炎 10%~20%, 而在流行年间可达 30%。严重的 MP 肺炎若不彻底治疗, 可反复感染, 导致肺间质纤维化, 慢性肺阻塞性疾病, 最终引发免疫功能失调, 多累及脏器功能损伤, 甚至死亡。本研究运用清肺汤治疗小儿 MP 肺炎, 并检测治疗前后血清超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)及白细胞介素-2(IL-2)和白细胞介素-6(IL-6)水平的变化, 旨在探讨清肺汤治疗 MP 肺炎的临床疗效及作用机

能失调, 多累及脏器功能损伤, 甚至死亡。本研究运用清肺汤治疗小儿 MP 肺炎, 并检测治疗前后血清超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)及白细胞介素-2(IL-2)和白细胞介素-6(IL-6)水平的变化, 旨在探讨清肺汤治疗 MP 肺炎的临床疗效及作用机

[收稿日期] 2016-04-13

[基金项目] 佛山市医学类科技攻关项目 (2015AB001561)

[作者简介] 祝秀芳 (1976-), 女, 主治医师, 研究方向: 儿科呼吸系统疾病防治研究。

[通讯作者] 张继平, E-mail: fszjping@163.com。

制。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2014年1月—2015年12月佛山市禅城区环市医院住院MP患儿,共84例,男54例,女30例;年龄1.5~10岁,平均(4.7±3.1)岁,采用随机数字表法分为常规治疗组35例和中药组49例,2组年龄、性别及病情等一般资料方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择 均符合《实用儿科学》中关于MP肺炎的诊断标准:①均以发热、咳嗽、喘息等临床表现就诊,咳嗽多以刺激性剧烈干咳为主,婴幼儿可出现呼吸困难。②年长儿早期多缺乏典型体征,部分可出现游走性啰音,或呼吸音减弱,婴幼儿肺部听诊可出现中小水泡音或干性啰音。③胸片无特征性改变,多以不规则云雾状肺浸润阴影为主,肺纹理可增多、紊乱,透亮度降低或增强。④血清MP-IBM抗体均呈阳性。

2 治疗方法

2组患儿均给予止咳化痰、解热等对症处理。

2.1 常规治疗组 给予阿奇霉素10 mg/(kg·d),静脉滴注,每天1次,连用3~5天。

2.2 中药组 在常规治疗组治疗方案的基础上给予清肺汤治疗,处方:金银花15g,连翘、桑叶、款冬花、前胡、紫菀各9g,浙贝母、杏仁各6g,瓜蒌12g。并根据患者具体病情随方加减。水煎服,每天1剂,连服1周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察并比较记录患者发热、咳嗽及肺部啰音消失时间。②比较2组患儿临床总有效率。观察并比较2组血清hs-CRP、IL-2和IL-6水平的变化。分别于治疗前后抽取空腹静脉血,采用速率散射比浊法检测hs-CRP水平,酶联免疫吸附法检测IL-2和IL-6水平。

3.2 统计学方法 运用SPSS17.0软件进行统计处理,计量资料均以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效:患儿体温恢复正常,呼吸困难等临床症状消失,肺部啰音消失,X线胸片阴影吸收;有效:临床症状及体征均缓解,X线胸片吸收好转;无效:临床症状体征及X线胸片无变化或死亡。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率中药组98.0%,常规治疗组82.9%,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	显效	有效	无效	总有效率(%)
常规治疗组	35	19	10	6	82.9
中药组	49	41	7	1	98.0
χ^2 值					11.047
P					<0.01

4.3 2组临床症状改善情况比较 见表2。中药组发热、咳嗽及肺部啰音消失时间均明显短于常规治疗组,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组临床症状改善情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	发热	咳嗽	肺部啰音
常规治疗组	35	3.34±0.56	8.56±1.78	6.90±0.75
中药组	49	2.45±0.34	6.98±1.56	4.96±0.86
t 值		9.044	5.883	10.740
P		<0.01	<0.01	<0.01

4.4 2组血清细胞因子水平变化比较 见表3。2组治疗后hs-CRP和IL-6水平显著下降,IL-2显著升高,与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.01$);但中药组hs-CRP和IL-6水平下降程度更为明显,与常规治疗组比较,差异有统计学意义($P<0.01$),中药组IL-2水平升高程度更为明显,与常规治疗组比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表3 2组血清细胞因子水平变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	n	hs-CRP(g/L)	IL-2(pg/mL)	IL-6(pg/mL)
常规治疗组	治疗前	35	36.24±4.76	86.46±36.34	93.47±35.45
	治疗后		15.13±2.34 ^①	113.24±45.56 ^①	64.31±16.19 ^①
中药组	治疗前	49	35.95±6.12	85.56±31.09	97.25±46.79
	治疗后		6.93±2.02 ^②	165.36±52.68 ^②	46.22±23.87 ^②

与本组治疗前比较,① $P<0.01$;与常规治疗组比较,② $P<0.01$

5 讨论

小儿支原体肺炎(MP)一般存在2~3周的潜伏期,临床起病缓慢,症状不典型,多以乏力、头痛、咽喉痛、发热、刺激性干咳、肌肉酸痛、食欲减退、恶心呕吐等为主要表现,胸部X射线可表现为肺纹理增粗,局部可见淡薄的片状密度增高阴影,病程可持续2~3周,大多预后良好^[1-2]。极少数MP患儿可累及中枢神经,出现脑膜炎、脑膜脑炎、多发性神经根炎等。若MP不彻底治愈,往往可导致病程迁延,反复感染,最终引起肺间质纤维化,慢性肺阻塞性疾病,诱发免疫功能紊乱,导致脏器功能损伤,甚至死亡。因此,寻找彻底治愈该病的方法具有重要的临床意义。

中医学认为,MP属喘息、咳逆、风温等范畴。其发病机理主要是由于小儿形体未充,脏腑娇嫩,卫外失固,若患儿先天不足或后天喂养失调,则正气虚弱,腠理不密,若感受风邪等外邪侵袭则易为所中而患病^[3]。经笔者多年临床经验,发现小儿MP多以痰热阻肺和痰湿阻肺为主,故以金银花、连翘、桑叶、款冬花、前胡、紫菀、杏仁、瓜蒌、浙贝母等清肺化痰之中药自拟清肺汤治疗小儿MP。研究结果显示,中药组临床总有效率明显高于常规治疗组($P<0.05$),中药组发热、咳嗽及肺部啰音消失时间均明显短于常规治疗组($P<0.05$),说明清肺

汤治疗小儿 MP 临床疗效确切，可迅速改善小儿发热、咳嗽及肺部啰音等症状。

MP 感染可诱导机体产生各种细胞因子，其与相应受体结合后，可介导和调节免疫功能和炎症反应，并相互影响，促进急性期反应蛋白(hs-CRP)的形成。hs-CRP 是机体受到炎症性刺激后肝细胞合成的急性相蛋白，一般可在炎症发生数小时升高，48 h 即可达高峰，并随炎症消退降至正常水平。因此，hs-CRP 可作为急性感染性疾病的诊断及预后判断的重要检测指标^[4-5]。IL-2 作为参与免疫应答的重要细胞因子，在炎症反应、抗肿瘤效应和移植免疫排斥反应过程中发挥重要作用。研究表明，IL-2 可通过诱导凋亡机制而清除自身反应性 T 细胞，维持机体免疫平衡，而 MP 患儿中 IL-2 下降，活化诱导凋亡的能力降低，可相应的使自身反应性 T 细胞增殖，降低小儿免疫功能，使机体炎症反应加重^[6-7]。IL-6 主要由机体活化的 T 细胞分泌，通常在正常人外周血含量很低，但在感染的刺激下，T 淋巴细胞和单核巨噬细胞处于活化状态，导致 IL-6 合成和释放相应增多，加重机体炎症反应^[8]。本研究结果显示，2 组治疗后 hs-CRP 和 IL-6 水平显著下降($P<0.01$)；但中药组下降程度更为明显，差异有统计学意义($P<0.01$)。2 组治疗后 IL-2 水平显著升高($P<0.01$)；但中药组升高程度更为明显，与常规治疗组比较，差异有统计学意义($P<0.01$)。说明清肺汤治疗小儿 MP 可显著控制小儿机体的炎症状态来缓解临床症状，其机制可能通过降低 IL-2 水平，升高 IL-6 水平来调节炎性细胞水平发挥抗炎治疗作用的。综上，清肺汤治疗小儿 MP 临床疗效确切，可快速改善发热、咳嗽等临床症状，值得

在临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 何洪浩. 儿童与成人支原体肺炎的 CT 表现对比[J]. 广东医学, 2012, 33(9): 1301- 1303.
- [2] 朱娟. 儿童重症支原体肺炎的临床特征和治疗探讨[J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(12): 1935- 1936.
- [3] 刘晓红, 崔红, 韩伟娟, 等. 李贵教授中西医结合治疗小儿迁延性难治性支原体肺炎的经验总结[J]. 首都医科大学学报, 2012, 33(3): 311- 314.
- [4] 王璇, 李爱敏, 初清, 等. 感染性疾病急性期反应蛋白的研究进展[J]. 山东医药, 2010, 50(45): 105- 106.
- [5] 陈大宇, 刘艳萍. D- 二聚体、血管紧张素转换酶及超敏 C 反应蛋白在老年急性心肌梗死早期诊断中的应用[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(12): 2153- 2154.
- [6] 诸兴桂, 冉华树. 肺炎支原体 DNA 与血清炎性因子检测在支原体肺炎患儿中的应用[J]. 国际检验医学杂志, 2014, (12): 1638- 1640.
- [7] 王保刚, 张金喜, 王广俊, 等. 肺炎支原体肺炎合并心肌受损患儿免疫功能分析[J]. 山东医药, 2014, 54(41): 85- 86.
- [8] 施红波, 张喆, 邹立红, 等. 轻症肺炎急性期 IL-6 对鉴别支原体感染的意义[J]. 中华全科医学, 2014, 12(2): 210- 212.

(责任编辑：马力)



《新中医》杂志稿约 (2017 年)

《新中医》是由国家中医药管理局主管、广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的国家级学术期刊，1969 年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，月刊，期刊代号：国内：46-38，国外：M186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求：一、征稿内容：本刊设有理论研究、专家经验、临床研究、针灸研究、实验研究、文献研究、养生研究、护理研究、医案感悟等专栏。二、来稿要求：主题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。三、来稿格式：参照本刊格式。四、投稿方式：在线投稿。网址：<http://xzy.ijournal.cn>。五、文责自负：作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。六、稿件采用：需与编辑部签订论文著作权转让书，并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址：广州市番禺区广州大学城外环东路 232 号广州中医药大学办公楼《新中医》编辑部。邮编：510006。电话：020-39359588。