

祛风散热法联合常规治疗对急性期疱疹性咽峡炎患者的临床疗效

吴守业， 林道炯， 李文琳
(海南省妇女儿童医学中心儿科，海南 海口 570000)

摘要：目的 考察祛风散热法联合常规治疗对急性期疱疹性咽峡炎患者的临床疗效。**方法** 120 例患者随机分为对照组和观察组，每组 60 例，对照组给予常规治疗（利巴韦林、对乙酰氨基酚），观察组在对照组基础上加用祛风散热法，疗程 5 d。检测临床疗效、退热时间、流涎消失时间、疱疹愈合时间、CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺、IgA、IgM、IgG 变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ），退热时间、流涎消失时间、疱疹愈合时间更短（ $P<0.05$ ）。治疗后，与对照组比较，观察组 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺、IgA、IgM、IgG 升高（ $P<0.05$ ），CD8⁺ 降低（ $P<0.05$ ）。**结论** 祛风散热法联合常规治疗可改善急性期疱疹性咽峡炎患者临床症状，提高临床疗效，调节机体细胞免疫和体液免疫。

关键词：祛风散热法；常规治疗；急性期疱疹性咽峡炎

中图分类号：R287 文献标志码：A 文章编号：1001-1528(2020)06-1490-04

doi: 10. 3969/j.issn.1001-1528. 2020. 06. 018

Clinical effects of Expelling Wind and Dissipating Heat Method combined with routine treatment on patients with acute herpetic angina

WU Shou-ye, LIN Dao-jiong, LI Wen-lin
(Department of Pediatrics, Hainan Provincial Women and Children's Medical Center, Haikou 570000, China)

ABSTRACT: **AIM** To investigate the clinical effects of Expelling Wind and Dissipating Heat Method combined with routine treatment on patients with acute herpetic angina. **METHODS** One hundred and twenty patients were randomly assigned into control group (60 cases) for 5-day routine treatment (ribavirin, acetaminophen), and observation group (60 cases) for 5-day intervention of both Expelling Wind and Dissipating Heat Method and routine treatment. The changes in clinical efficacy, fever abatement time, hypersalivation resolving time, herpes healing time, CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺, IgA, IgM and IgG were detected. **RESULTS** The observation group demonstrated higher total effective rate than the control group ($P<0.05$), along with shorter fever abatement time, hypersalivation resolving time and herpes healing time ($P<0.05$). After the treatment, the observation group displayed increased CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, IgA, IgM and IgG ($P<0.05$) and decreased CD8⁺ ($P<0.05$) as compared with the control group. **CONCLUSION** For the patients with acute herpetic angina, Expelling Wind and Dissipating Heat Method combined with routine treatment can improve clinical symptoms, enhance clinical efficacy and regulate cellular immune and humoral immune.

KEY WORDS: Expelling Wind and Dissipating Heat Method; routine treatment; acute herpetic angina

疱疹性咽峡炎是儿科常见急性传染性病变，属于特殊的上呼吸道感染，其主要症状包括咽部红肿、充血，有灰白色疱疹，2~3 d 疱疹破裂而形成不同程度的溃疡，多发于 1~7 岁的儿童^[1]，若不及时治疗则可引起严重的并发症，严重威胁患儿身心健康。临床治疗疱疹性咽峡炎以利巴韦林等抗病毒药物为主，但特异性不强，临床个体疗效差异较大，长期服用易引起不良反应，从而限制了临床应用^[2]。

中医认为，疱疹性咽峡炎的主要病机为正气

不足，外感风热邪毒，热毒上攻咽喉，治疗当以清热解毒、祛风除邪为主。本研究考察祛风散热法联合常规治疗对急性期疱疹性咽峡炎患者的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2018年3月至2019年3月收治于海南省妇女儿童医学中心的120例急性期疱疹性咽峡炎患者，随机数字表法分为观察组和对照组，每组60例。对照组男31例，女29例；年龄1~3岁(24例)，4~8岁(36例)，平均年龄(5.25±0.71)岁；病程1~5 d，平均病程(3.25±0.63) d；平均体温(38.52±1.13)℃；平均体质量(23.65±5.28) kg。观察组男34例，女26例；年龄1~3岁(20例)，4~8岁(40例)，平均年龄(5.32±0.68)岁；病程1~5 d，平均病程(3.32±0.59) d；平均体温(38.68±1.02)℃；平均体质量(23.84±5.19) kg。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入、排除标准

1.2.1 纳入标准 ①西医符合《诸福堂实用儿科学》中的疱疹性咽峡炎诊断标准^[3]，多发于夏秋季节，呈传染性和流行性，常有发热、吞咽困难、流涎等症状，咽部有充血，局部淋巴结无肿大，咽峡部有灰白色疱疹；②中医符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》中的风热袭表证诊断标准^[4]，主症包括发热、咽部肿痛、峡部疱疹，或伴有口渴、呕吐、咳嗽、流涎、大便干结等症，舌红苔黄，脉浮数；③患者依从性较好，可配合治疗；④患者监护人自愿让患者参加本研究，签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 ①不符合“1.2.1”项下纳入标准；②患有原发性免疫系统、内分泌系统病变；③参与其他相关研究；④先天性心、肝、肺、肾等严重功能不全；⑤过敏体质；⑥近7 d内进行抗菌药物治疗者；⑦伴有其他急慢性感染。

1.3 治疗手段

1.3.1 对照组 给予常规治疗，包括温水冲服利巴韦林颗粒(湖南千金湘江药业股份有限公司，50 mg，批号1801291、1809125)，1~3岁剂量10 mg/kg，4~9岁剂量15 mg/kg，每天3次；口服对乙酰氨基酚颗粒(山西国润制药有限公司，0.25 g/包，批号20180205、20181128)以退热，1~3岁每次半包，4~9岁每次1包，每天2次。连续治疗5 d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上加用祛风散热法，方药组成金银花15 g、连翘10 g、桑叶6 g、射干10 g、菊花6 g、僵蚕6 g、地龙6 g、牛蒡子6 g、桔梗10 g、黄芩6 g、芦根10 g、浙贝6 g、生甘草3 g，由医院中药药剂科统一煎煮，1~3岁剂量减半，浓缩取汁80 mL；4~8岁浓缩取汁120 mL，每天1剂，分早晚2次温服。连续治疗5 d。

1.4 疗效评价 参考文献[4]报道。按照中医量化分级评分，主要症状包括发热、咽痛、吞咽困难、咳嗽、流涎、咽部疱疹、口渴、大便干结等，按照无、轻、中、重4个等级分别计为0、1、2、3分，各症状总和为中医证候评分，计算疗效指数，公式为疗效指数=[(治疗前中医证候评分-治疗后中医证候评分)/治疗前中医证候评分]×100%。(1)痊愈，疗效指数≥95%；(2)显效，疗效指数≥70%但<95%；(3)有效，疗效指数≥30%但<70%；(4)无效，疗效指数<30%，总有效率=[(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.5 指标检测 (1)临床症状和体征改善时间，包括退热时间、流涎消失时间、疱疹愈合时间，由随访人员每日定时询问患者监护人员并记录，其中退热时间为开始治疗至体温恢复至正常的时间；(2) T淋巴细胞亚群，于治疗前后采集患者空腹肘静脉血各6 mL，BD FACSCalibur流式细胞仪(美国BD公司)进行检测，包括CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺，并计算CD4⁺/CD8⁺；(3)血清IgA、IgM、IgG，空腹肘静脉血3 000 r/min离心15 min后，取上层上清液，放射免疫法进行检测。

1.6 统计学分析 通过SPSS 21.0软件进行处理，计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验；等级资料比较采用秩和检验；计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高於对照组($P<0.05$)，见表1。

2.2 退热时间、流涎消失时间、疱疹愈合时间 观察组临床症状和体征改善时间短于对照组($P<0.05$)，见表2。

2.3 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 治疗后，观察组CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺升高($P<0.05$)，CD8⁺降低

($P<0.05$)，与对照组比较更明显 ($P<0.05$)，见表 3。

表 1 2 组临床疗效比较
Tab. 1 Comparison of clinical efficacy between the two groups

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
观察组	40	11	6	3	95.00 [#]
对照组	31	10	9	10	83.33

注:与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

表 3 2 组 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 比较 ($\bar{x}\pm s, n=60$)
Tab. 3 Comparison of CD3⁺, CD4⁺ and CD8⁺ between the two groups ($\bar{x}\pm s, n=60$)

组别	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD8 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
观察组	治疗前	71.92±6.17	34.19±5.82	32.91±6.15	1.37±0.25
	治疗后	70.53±6.60	40.87±7.01 ^{#*}	24.07±5.40 ^{#*}	1.68±0.31 ^{#*}
对照组	治疗前	72.14±6.31	35.02±5.93	31.83±6.31	1.40±0.26
	治疗后	69.83±6.74	36.23±6.42	30.72±6.17	1.43±0.27

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.4 IgA、IgM、IgG 治疗后,观察组体液免疫因子升高 ($P<0.05$)，与对照组比较更明显 ($P<$

表 2 2 组退热时间、流涎消失时间、疱疹愈合时间比较 ($\bar{x}\pm s, n=60$)
Tab. 2 Comparison of antipyretic time, hypersalivation resolving time and herpes healing time between the two groups ($\bar{x}\pm s, n=60$)

组别	退热时间/d	流涎消失时间/d	疱疹愈合时间/d
观察组	2.03±0.51 [#]	2.81±0.72 [#]	4.25±1.09 [#]
对照组	2.41±0.49	3.49±0.93	5.01±1.36

注:与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

0.05) ，见表 4。

表 4 2 组 IgA、IgM、IgG 比较 ($\bar{x}\pm s, n=60$)
Tab. 4 Comparison of IgA, IgM and IgG between the two groups ($\bar{x}\pm s, n=60$)

组别	时间	IgA/(pg·L ⁻¹)	IgM/(pg·L ⁻¹)	IgG/(pg·L ⁻¹)
观察组	治疗前	0.83±0.21	0.75±0.17	7.91±1.50
	治疗后	1.12±0.34 ^{#*}	1.10±0.25 ^{#*}	9.36±1.92 ^{#*}
对照组	治疗前	0.85±0.23	0.78±0.19	7.97±1.47
	治疗后	0.91±0.27	0.82±0.21	8.12±1.58

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

疱疹性咽峡炎大多由感染柯萨奇 A 组病毒引起,临床上缺乏特异性治疗方式。利巴韦林具有广谱强效抗病毒作用,可通过阻断肌苷酸转化为鸟苷酸来发挥抑制病毒 DNA 和 RNA 的合成^[5],但它对柯萨奇 A 组病毒无特异性,患者对其吸收存在差异,临床疗效不尽相同。

中医认为,疱疹性咽峡炎属于“口疮”“温病”“喉疳”“喉痹”等范畴,其主要病机为小儿素体稚嫩,首犯咽喉,形体易受外邪,外感风热邪毒,与内火相合,热毒上攻咽喉,热邪灼伤津液,熏蒸于口^[6]。本研究采用祛风散热法治疗,方中金银花、连翘、桑叶、菊花为君药,金银花功效清热解毒、消肿抗炎,连翘功效清热解毒、消肿散结,菊花、桑叶功效清热解毒、疏风润燥、清肝泻火、直达病所;地龙、僵蚕、射干、牛蒡子为臣药,牛蒡子功效疏风散热、利咽透疹,射干功效清热解毒、

清利咽喉,僵蚕功效祛风止痉、散结解毒,地龙功效清肺平喘、通络止痹、熄风解热;芦根、浙贝、黄芩为佐药,黄芩功效清热燥湿、泻火解毒,浙贝功效清热止咳、消痈散结,芦根功效清热除烦、利尿止呕;桔梗、甘草为使药,桔梗功效止咳化痰、排脓消肿、清咽利喉,甘草功效补脾益气、缓急止痛、调和诸药,全方合用,共奏清热解毒、祛风通络、清咽利喉等作用。该组方特点为表里双解,上病下取,引经入里,诸药作用于咽喉而增强疗效。本研究发现,祛风散热法联合常规治疗的临床疗效高于单用常规治疗,而且退热时间、流涎消失时间、疱疹愈合时间更短,表明祛风散热法可改善疗效,提高发热、流涎、疱疹等症状体征的改善程度。

细胞免疫和体液免疫与机体免疫性防御机制关系密切,疱疹性咽峡炎可引起患儿免疫防御系统异常^[7]。IgA、IgM、IgG 在疱疹性口腔炎免疫防御中

发挥着重要作用^[8]，T 淋巴细胞在机体清除细胞内病原菌感染中发挥着重要作用，CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺比值降低表明细胞免疫功能下降，柯萨奇病毒感染可导致 T 淋巴细胞亚群紊乱，免疫功能下降^[9-10]。本研究发现，联合治疗后 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺、IgA、IgM、IgG 明显高于单用常规治疗，CD8⁺明显更低，提示祛风散热法对急性期疱疹性咽峡炎患者的细胞免疫和体液免疫具有一定调节作用，有助于增强机体免疫性防御功能，促进病毒等病原菌清除，可能是其发挥疗效的作用机制。

综上所述，祛风散热法联合常规治疗对急性期疱疹性咽峡炎患者疗效确切，可有效改善发热、流涎、疱疹等症状体征，其作用机制可能为调节患儿机体细胞免疫和体液免疫功能，具体有待临床进一步研究探讨。

参考文献：

[1] 孙桂连. 小儿疱疹性咽峡炎因机证治探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(8): 1048-1049.
[2] 连宝涛, 吴驻林, 李泽彰, 等. 喜炎平对比利巴韦林治疗小

儿疱疹性咽峡炎的 Meta 分析[J]. 中国药房, 2016, 27(3): 337-340.
[3] 胡亚美, 江载芳. 诸福堂实用儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 802-810.
[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.
[5] 王华芳, 郦建娣, 赵小芳. 利巴韦林气雾剂治疗疱疹性咽峡炎疗效观察[J]. 中国当代儿科杂志, 2009, 11(6): 494-495.
[6] 杨相立, 韦升利, 王 林, 等. 喉痹中药组方规律探索及整合药理学分子机制[J]. 医药导报, 2019, 38(4): 419-424.
[7] 翁小斌, 季坚卫, 鲍金芳, 等. 急性期疱疹性咽峡炎患儿细胞免疫和体液免疫分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(11): 1711-1714.
[8] 丘国琨, 何启志, 陈朝汉, 等. 疱疹性口腔炎与免疫球蛋白的关系[J]. 实用儿科临床杂志, 1996, 12(3): 141-142.
[9] 蔡春林, 姚相杰, 卓 菲, 等. 深圳地区疱疹性咽峡炎疫情的柯萨奇病毒 A4 型 VP1 区基因特征分析[J]. 中华医学杂志, 2015, 95(16): 1226-1229.
[10] 李 青, 邢海燕, 周 颖, 等. 柯萨奇病毒感染及 T 淋巴细胞亚群的变化与 1 型糖尿病的关系研究[J]. 南方医科大学学报, 2010, 30(12): 2699-2701.