

破隘汤治疗外寒内热型小儿烂乳蛾 临床疗效观察

● 黄文钦¹ 徐佳君² 黄建山³

摘要 目的:观察破隘汤治疗外寒内热型小儿烂乳蛾的临床疗效。方法:将 2016 年 3 月到 2018 年 3 月在北京中医药大学厦门医院诊治的外寒内热型烂乳蛾患儿,应用随机数字表法分为试验组与对照组,其中试验组 60 例给予破隘汤口服,对照组 60 例给予注射用青霉素钠静滴治疗,5 d 为 1 个疗程,共治疗 1 个疗程,比较两组患者的症状、体征及实验室检验结果。结果:试验组疗效优于对照组($P < 0.05$);治疗后,两组各症状体征评分、白细胞计数及 CRP 均较治疗前降低,且在发热、咽痛、扁桃体充血脓点及渗出物、白细胞计数及 CRP 等方面试验组比对照组降低更明显($P < 0.05$)。结论:破隘汤对外寒内热型小儿烂乳蛾的疗效确切,优于应用注射用青霉素钠的对照组。

关键词 破隘汤;烂乳蛾;外寒内热证;急性滤泡性扁桃体炎;急性隐窝性扁桃体炎

乳蛾是指双侧或单侧咽部喉核肿大疼痛,状如蚕蛾之病证;喉核溃烂有脓者,又称为烂乳蛾。烂乳蛾包括了西医学所称的急性滤泡性及急性隐窝性扁桃体炎,是腭扁桃体的急性非特异性炎症,多同时伴有程度不等的咽部黏膜和淋巴组织的急性炎症^[1]。该病约占儿童上呼吸道感染的 10%~15%^[2],大多数发生在气候变化时,因咽及扁桃体隐窝病原体大量繁殖而致病;致病细菌多为 A 群 β 溶血性链球菌^[3]。目前西医治疗采用 β 内酰胺类抗菌药物治疗,疗程至少 10 天^[1]。由于抗菌药物的广泛使用,该病的耐药率明显增加,治疗有一定的局限性^[4]。中医在治疗该病上有一定的优势,笔者采用口服中药治疗本病取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2016 年 3 月到 2018 年 3 月在北京中医药大学厦门医院门诊及住院诊治的 120 例辨证属外寒内热型的烂乳蛾患儿,采用随机数字表法,分成试验组、对照组各 60 例。试验组女性 28 例,男性 32 例;年龄在 3 至 11 岁之间,平均年龄 $(6.7 \pm$

2.7) 岁。对照组女性 25 例,男性 35 例;患者年龄在 3 至 11 岁之间,平均年龄 (6.8 ± 2.6) 岁。两组在性别、年龄、临床症状体征评分等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《实用耳鼻咽喉头颈外科学》第 2 版^[5],表现为咽部疼痛、发热,腭扁桃体肿大,表面见黄白色脓泡或隐窝口处有黄白色或灰白色点状豆渣样渗出物;实验室检查:C 反应蛋白升高或血常规白细胞计数明显升高($WBC > 10 \times 10^9/L$)。

1.2.2 中医辨证标准 参照苏树蓉主编的全国高等医药院校教材《中医儿科学》^[6]中外寒内热型烂乳蛾的辨证标准:发热恶寒,无汗,咽痛,口干口臭,喉核肿大,溃烂化脓,小便黄赤,大便干结,舌质红,苔薄白,脉浮紧。

1.3 纳入标准 ①符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;②病程在 72 h 以内;③年龄在 3 到 14 岁之间;④患儿监护人知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除及脱落标准

1.4.1 排除标准 诊断为咽白喉、单核细胞增多症性咽峡炎、猩红热、樊尚咽峡炎、粒细胞缺乏性咽峡炎者;合并有喉梗阻、下呼吸道感染者;伴有心、肾、造血系统危重原发病者;注射用青霉素钠过敏者;口服中

• 作者单位 1. 厦门市弘爱医院(福建 厦门 361000); 2. 福建中医药大学(福建 福州 350122); 3. 北京中医药大学厦门医院(福建 厦门 361009)

药汤剂困难的患儿。

1.4.2 脱落标准 自行更改治疗方案者;未按照规定方案进行治疗者;未按照规定随访导致无法判定结果者。

1.5 治疗方法

1.5.1 试验组 予口服破隘汤(《辨证录》卷三),处方和剂量具体如下:白芍 15g,桔梗 9g,玄参 9g,天花粉 9g,柴胡 3g,麻黄 3g,山豆根 3g,甘草 6g(以上中药均来自于康美药业)。为保证中药煎药质量,确保临床用药的准确性和疗效一致性,本次试验组中药煎药均由本院中药煎药室代煎,煎药方法均按照《医疗机构中药煎药室管理规范》执行,每剂药煎至 200mL。参照患儿年龄选择服药剂量,3~6 岁为 100mL/次,7~10 岁为 150mL/次,11~14 岁为 200mL/次,2 次/日。5 天为 1 个疗程,共治疗 1 个疗程。5 天疗程结束后对于无效患儿给予进一步完善相关检查,并根据结果予西医常规治疗。

1.5.2 对照组 给予注射用青霉素钠[河南新乡华星药厂,规格 0.96g(160 万单位),国药准字 H41020818]5 万 U/(kg·次),q8h 经静脉滴注治疗。5 天为 1 个疗程,共治疗 1 个疗程。5 天疗程结束后对于无效患儿给予进一步完善相关检查,并根据结果予西医常规治疗。

两组患儿均多饮水,清淡饮食;在腋温 $\geq 38.2^{\circ}\text{C}$ 时或者因发热出现情绪低落或不舒服时给予口服对乙酰氨基酚[15mg/(kg·次),2 次用药最短间隔时间为 6 小时]或布洛芬混悬液[10mg/(kg·次),2 次用药最短间隔时间为 6~8 小时]。两组患儿均在治疗前及治疗 5 d 后进行观察。

1.6 观察指标

1.6.1 感染指标 于治疗前后均检查血常规、CRP。

1.6.2 临床症状体征评分 参照《中药新药临床研究指导原则》(2002 版)^[7]制定,共包含四项主要症状

体征:扁桃体充血、脓点及渗出物(“无”为 0 分,“充血”为 1 分,“黄白色脓点”为 2 分,“脓点合并渗出物”为 3 分);扁桃体肿大(“无”为 0 分,“I 度”为 1 分,“II 度”为 2 分,“III 度”为 3 分);发热(“正常”为 0 分,“ $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38.0^{\circ}\text{C}$ ”为 1 分,“ $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39.0^{\circ}\text{C}$ ”为 2 分,“ $>39.1^{\circ}\text{C}$ ”为 3 分);咽痛(“无”为 0 分,“偶有”为 1 分,“疼痛明显但不影响吞咽”为 2 分,“疼痛持续且影响休息”为 3 分)。

1.7 疗效判断标准 参考《中药新药临床研究指导原则》(2002 版)^[7]和国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定。治愈:治疗 48 小时内患儿体温恢复正常,5 天内咽痛症状消失,扁桃体无充血、脓点及分泌物,WBC、CRP 正常;显效:治疗 72 小时内患儿体温恢复正常,5 天内咽痛症状消失,扁桃体无充血、脓点及分泌物,WBC、CRP 接近正常;有效:5 天内患儿体温正常,咽痛减轻,扁桃体可见充血、少量脓点或渗出物;无效:患儿仍发热,症状、体征无好转,甚至加重。

1.8 统计学方法 数据分析采用 SPSS19.0 统计软件,计量资料用平均值 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料采用卡方检验,等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床体征与症状评分比较 两组病人治疗前在扁桃体充血脓点及渗出物、扁桃体肿大、发热、咽痛四个方面的比较差异无统计学意义;治疗后两组各症状体征评分均较治疗前降低,差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗后试验组在扁桃体充血脓点及渗出物、发热、咽痛三个方面评分小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),扁桃体肿大评分两组无统计学差异($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组病人治疗前和治疗后的临床体征、症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	扁桃体充血、脓点及渗出物	扁桃体肿大	发热(腋温)	咽痛
试验组	60	治疗前	2.72 \pm 0.45	1.98 \pm 0.55	2.49 \pm 0.70	1.41 \pm 0.78
		治疗后	0.25 \pm 0.68 ^{*#}	1.20 \pm 0.71 [*]	0.13 \pm 0.54 ^{*#}	0.21 \pm 0.61 ^{*#}
对照组	60	治疗前	2.66 \pm 0.54	1.92 \pm 0.44	2.45 \pm 0.71	1.53 \pm 0.70
		治疗后	0.65 \pm 0.82 [*]	1.30 \pm 0.72 [*]	0.42 \pm 0.81 [*]	0.60 \pm 0.76 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

2.2 两组白细胞计数及 CRP 比较 两组病人治疗前白细胞计数及 CRP 均升高,支持急性滤泡性扁桃体炎和急性隐窝性扁桃体炎诊断,但两组对比差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 5d 后复查血常规和 CRP,两组白细胞计数及 CRP 均较治疗前明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$),且试验组患较对照组降低更明显,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 两组白细胞计数及 CRP 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	WBC($\times 10^9/L$)	CRP(mg/L)
试验组	60	治疗前	14.63 ± 4.76	48.56 ± 8.51
		治疗后	7.15 ± 1.85* [#]	9.43 ± 2.13* [#]
对照组	60	治疗前	13.68 ± 4.32	46.52 ± 6.98
		治疗后	8.56 ± 2.12*	10.51 ± 3.65*

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组比较,[#] $P < 0.01$

2.3 两组临床疗效比较 试验组中痊愈 40 例,显效 12 例,有效 4 例,总有效率为 93.33%,愈显率为 86.66%;对照组痊愈 12 例,显效 20 例,有效 16 例,总有效率为 80.00%,愈显率为 53.33%。经统计学分析,试验组与对照组疗效差异有统计学意义($P < 0.05$),试验组优于对照组。见表 3。

表 3 两组治疗效果比较(例·%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
试验组	60	40	12	4	4	86.66 [#]
对照组	60	12	20	16	12	53.33

注:与对照组比较,[#] $P < 0.05$

3 讨论

咽部的淋巴组织丰富,在咽部的黏膜下有淋巴管相互联系,形成了咽淋巴环;腭扁桃体属咽淋巴环,为咽部最大的淋巴组织,是守卫人体的第一道门户,因此极易感染致病菌。急性腭扁桃体炎是小儿内科和小儿耳鼻喉科的常见病。该病在病理上分为急性卡他性、急性滤泡性和急性隐窝性扁桃体炎三类。其中以急性滤泡性和急性隐窝性扁桃体炎临床症状及体征较为严重,表现为畏寒、高热、剧烈咽痛、流涎、拒食、咽部腭扁桃体充血肿大明显,可见黄白色脓点,隐窝处有灰白色或黄白色渗出物;甚者可引起咽后脓肿、咽旁脓肿、中耳炎、风湿热、急性关节炎、肾小球肾炎等局部或全身的并发症。故对该病应积极治疗、防止并发症的发生。

金代医家张从正在其《儒门事亲》中就首次提出乳蛾病名,并加以论证,曰:“单乳蛾,双乳蛾……结薄于喉之两侧旁,近处肿作,因其形似,是为乳蛾。一为单,

二为双也。”又《疡科心得集》曰:“夫风温客热,首先犯肺,化火循经,上逆入络,结聚咽喉,肿如蚕蛾。咽喉本为肺胃所属。”随着社会发展,多数小儿饮食不节、嗜食肥甘厚腻及煎炸炙博之品,久而食积化火,胃火炽盛;又兼小儿本就肝常有余,加之家长宠溺无度,肝木乘土、木火刑金则肺胃火炽。小儿脏腑娇嫩,腠理疏松,易受外邪侵扰,外感风寒引动伏火,因寒主收凝,致使热毒蕴结在咽喉且外束风寒,寒热夹杂而发为烂乳蛾。故治疗应以外散风寒,内散火结为法。破隘汤原方出自清·陈士铎《辨证录》,主治感冒风寒,阳火壅阻于咽喉,一时咽喉肿痛,其势甚急,变成双蛾者,其症痰涎稠浊,口渴呼饮,疼痛难当,甚则勺水不能入喉者。原方谓之一剂而咽喉宽,再剂而双蛾尽消矣。方中重用白芍平肝止痛,以解小儿肝郁、咽痛,为君药。桔梗、玄参、天花粉并用,以利咽散结、清热排脓,三者共为臣药;且桔梗尚为舟楫之药,可以载药上浮于咽喉,乃为臣佐。柴胡疏肝解表升阳,助白芍以柔肝,助桔梗、麻黄以解表,助桔梗以载药上升;麻黄解表发汗,散表寒;山豆根清热解毒,消肿利咽,为喉科常用药,三药共为佐药。甘草调和诸药,为使药,且与桔梗相伍是为桔梗汤,两者能开喉痹、解毒、消肿。诸药协作,外散风寒,内清郁热,且能疏肝清热,浮邪得去,内寇能除,尤适用于现代患儿。通过本实验研究表明,与应用注射用青霉素钠的对照组进行对比,破隘汤在治疗小儿外寒内热型烂乳蛾时能较快地改善患儿临床症状和体征,提高临床疗效,值得临床推广。

参考文献

- [1] 许政敏. 儿童急性扁桃体炎诊疗—临床实践指南[J]. 中国实用儿科杂志, 2017, 32(3): 161-164.
- [2] 何雯, 李檬, 张瑛. 中西医结合治疗小儿急性化脓性扁桃体炎 38 例[J]. 中医儿科杂志, 2009, 5(1): 29-30.
- [3] 蔡志宏, 邱明. 门诊部抗菌药物使用情况分析[J]. 河北医药, 2007, 29(7): 753.
- [4] 蒯海斌. 热毒宁联合头孢唑肟治疗急性化脓性扁桃体炎 26 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(19): 68.
- [5] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻喉头颈外科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 320-322.
- [6] 苏树蓉. 中医儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 45.
- [7] 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: 63-75.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 111.

(收稿日期: 2018-09-19)

(本文编辑: 蒋艺芬)