

“化痰祛瘀散结汤”治疗儿童腺样体肥大 30 例临床研究

刘涛¹ 余德钊²

(1.广州中医药大学, 广东广州 510030; 2.广东省第二中医院, 广东广州 510030)

摘要 目的:观察化痰祛瘀散结汤治疗儿童腺样体肥大的临床疗效。方法:将 60 例腺样体肥大患儿随机分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组给予中药化痰祛瘀散结汤口服,对照组给予孟鲁司特钠咀嚼片口服,均连续治疗 4 周。观察比较 2 组患儿的单项症状积分(鼻塞、打鼾、张口呼吸)、症状总积分、OSA-18 量表评分、腺样体体积变化情况及 2 组临床疗效。结果:治疗后 2 组患儿单项症状积分(鼻塞、打鼾、张口呼吸)及症状总积分均较治疗前显著下降($P<0.01$),且治疗组各单项症状积分、症状总积分均显著低于对照组($P<0.05$);治疗后 2 组患儿 OSA-18 量表评分较治疗前显著下降($P<0.01$),且治疗组评分明显低于对照组($P<0.01$);治疗后 2 组患儿腺样体体积 I、II 级例数较治疗前明显增多,IV 级例数较治疗前明显减少($P<0.01$),且治疗组腺样体体积改善明显优于对照组($P<0.05$);治疗组临床总有效率 90.0%,明显高于对照组的 70.0% ($P<0.05$)。结论:化痰祛瘀散结汤治疗儿童腺样体肥大疗效显著,值得进行深入研究和临床推广。

关键词 腺样体肥大;化痰祛瘀散结汤;半夏厚朴汤;桂枝茯苓丸;消瘿方;儿童

中图分类号 R766.305 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 12-0029-04

腺样体又称为咽扁桃体,属于淋巴组织,是瓦尔代尔环的一部分,位于鼻咽顶部与后壁交界处,发挥着重要的免疫作用,是儿童呼吸系统第一道防护。腺样体在小儿 6 个月时便已发育,6 岁左右增生最为显著,10 岁以后开始逐渐退化。小儿时期反复的上呼吸道感染常常导致腺样体增生,由此引发的相应症状被称为腺样体肥大(adenoid hypertrophy, AH)^[1],发病率为 9.9%~29.9%^[2]。其对儿童的危害主要是导致鼻塞、打鼾、张口呼吸,久病失治者可出现腺样体面容、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等,严重影响小儿的生长发育。现代医学对腺样体肥大的主要治疗方法是鼻用激素、口服白三烯受体拮抗剂^[3]及手术切除,但上述疗法均存在较大争议^[4-6],家长普遍存在对手术并发症以及术后孩子免疫功能下降的担心。因此,在临床上寻找有效的中医药治疗小儿腺样体肥大方案,积极发挥中医学的优势,对患儿及家长均有着积极意义。近年来,笔者采用化痰祛瘀散结汤治疗小儿腺样体肥大,取得较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2018 年 7 月至 2019 年 9 月期间在深圳市龙岗区中医院儿科及耳鼻喉科就诊的腺样体肥大患儿 60 例,且经过医院伦理委员会批准同意[批件号:2020 伦审人字(088)号],随机分为 2 组。对照组 30 例:男 18 例,女 12 例;平均年龄(5.25 ± 1.32)岁;平均病程(6.87 ± 3.18)个月。治疗

组 30 例:男 19 例,女 11 例;平均年龄(5.46 ± 1.28)岁;平均病程(6.52 ± 3.27)个月。2 组患儿一般资料比较,无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《耳鼻咽喉头颈外科学》^[7]中腺样体肥大的诊断标准。主要症状包括鼻塞、打鼾、张口呼吸、听力减退、咳嗽等,严重者可出现腺样体面容、睡眠呼吸暂停,鼻内窥镜下提示腺样体肥大。

1.2.2 中医证候诊断标准 参照《儿童腺样体肥大引发睡眠呼吸障碍的中医诊疗专家共识》中痰凝血瘀证标准:鼻塞日久,涕稠色黄,咳嗽咳痰,痰白黏量少,睡眠中鼾声时作,张口呼吸等,舌红或紫暗、苔腻,脉滑或涩^[8]。

1.3 纳入标准 (1)符合西医腺样体肥大诊断标准及痰凝血瘀证中医辨证标准;(2)年龄为 3~6 周岁,男女不限;(3)患儿及家属依从性较高,愿意接受中药口服治疗;(4)无合并其他全身性疾病。

1.4 排除标准 (1)患儿监护人不同意;(2)合并其他严重的心、肝、肾等疾病或急性感染性疾病患者;(3)患严重的鼻息肉、鼻中隔偏曲、咽喉或气管疾患导致的呼吸不畅者。

2 治疗方法

对 2 组患儿家长进行健康宣教,嘱治疗期间注意均衡饮食,适量锻炼,预防外感。

2.1 治疗组 给予化痰祛瘀散结汤口服。药物组成:半夏5 g,厚朴5 g,茯苓10 g,紫苏叶10 g,桂枝5 g,丹皮10 g,牡蛎20 g,玄参10 g,浙贝母10 g,赤芍10 g,桃仁3 g,陈皮5 g,毛冬青10 g,甘草3 g。此为5岁以上患儿用量,5岁以下患儿酌量减半。化裁法:鼻塞严重者,酌加白芷、苍耳子、羌活;体虚多汗者,酌加黄芪、防风、五味子;纳差便溏者,酌加炒白术、炒薏苡仁、炒三仙;大便干结者,酌加枳实、杏仁、瓜蒌仁。用法:每日1剂,上药加水300 mL煎煮至100 mL,分早晚2次温服。

2.2 对照组 给予孟鲁司特钠咀嚼片(默沙东公司生产,分为5 mg与4 mg两类,进口药品注册证号分别为H20120366、H20120364),每日1次,3~5岁患儿用量为4 mg,5~6岁患儿用量为5 mg,睡前口服。

2组均治疗4周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 单项症状积分及总积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]评价患儿鼻塞、打鼾、张口呼吸单项症状积分,按照无、轻、中、重四个等级分为0、1、2、3分,各个症状评分总和为症状总积分,评分越高,症状越重。

3.1.2 OSA-18量表评分 包括睡眠障碍、身体症状、情绪症状、白天功能及监护人关心的问题五个维度,总分值为18~126分,评分越高,表明生活质量受到越严重的影响。

3.1.3 腺样体体积 使用电子鼻咽镜观察腺样体体积治疗前后的变化并进行分级。腺样体分级:腺样体体积占后鼻孔 $\leq 25\%$ 为I度;腺样体体积占后鼻孔 $>25\%$, $\leq 50\%$ 为II度;腺样体体积占后鼻孔 $>50\%$, $\leq 75\%$ 为III度;腺样体体积占后鼻孔 $>75\%$ 为IV度。

3.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]进行临床疗效判定。临床痊愈:无明显临床症状、体征,腺样体体积无明显增大或基本正常;显效:临床症状、体征明显好转,腺样体体积缩小 $>70\%$;有效:临床症状、体征好转,腺样体体积缩小 $>30\%$, $\leq 70\%$;无效:临床症状、体征无明显好转,腺样体体积缩小 $\leq 30\%$ 。

3.3 统计学方法 本研究所有数据均采用SPSS 22.0软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态资料分布的采用 t 检验,不符合正态分布的采用秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患儿单项症状积分及总积分比较 治疗后2组患儿单项症状积分(鼻塞、打鼾、张口呼吸)及症状总积分均较治疗前显著下降($P < 0.01$),且治疗组各单项症状积分、症状总积分均显著低于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后单项症状积分及症状总积分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	单项症状积分			症状总积分
			鼻塞	打鼾	张口呼吸	
治疗组	30	治疗前	2.19 $\pm$ 0.54	2.19 $\pm$ 0.59	1.89 $\pm$ 0.63	6.28 $\pm$ 1.70
		治疗后	1.05 $\pm$ 0.63 ^{***}	1.00 $\pm$ 0.61 ^{***}	1.10 $\pm$ 0.60 ^{***}	3.20 $\pm$ 1.69 ^{***}
对照组	30	治疗前	2.20 $\pm$ 0.50	2.11 $\pm$ 0.42	1.99 $\pm$ 0.59	6.25 $\pm$ 1.52
		治疗后	1.49 $\pm$ 0.68 ^{**}	1.50 $\pm$ 0.60 ^{**}	1.52 $\pm$ 0.51 ^{**}	4.34 $\pm$ 1.76 ^{**}

注:与本组治疗前比较,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组患儿OSA-18量表评分比较 治疗后2组患儿OSA-18量表评分较治疗前显著下降($P < 0.01$),且治疗组评分显著低于对照组($P < 0.01$)。见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后OSA-18量表评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	65.80 $\pm$ 13.03	45.23 $\pm$ 13.36 ^{***}
对照组	30	64.92 $\pm$ 12.87	51.38 $\pm$ 12.09 ^{**}

注:与本组治疗前比较,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,### $P < 0.01$ 。

3.4.3 2组患儿腺样体体积比较 治疗后2组患儿腺样体体积I、II级例数较治疗前明显增多,IV级例数明显减少($P < 0.01$),且治疗组腺样体体积改善明显优于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 治疗组与对照组治疗前后腺样体体积分级比较 单位:例(%)

组别	例数	时间	腺样体体积分级			
			I	II	III	IV
治疗组	30	治疗前	0 (0)	0 (0)	16 (53.3)	14 (46.6)
		治疗后	2 (6.6) ^{***}	22 (73.3) ^{***}	6 (20) ^{***}	0 (0) ^{***}
对照组	30	治疗前	0 (0)	0 (0)	17 (56.6)	13 (43.3)
		治疗后	1 (3.3) ^{**}	10 (33.3) ^{**}	17 (56.6)	2 (6.6) ^{**}

注:与本组治疗前比较,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

3.4.4 2组患儿临床疗效比较 治疗组30例,临床痊愈4例,显效12例,有效11例,无效3例,总有效率90.0%;对照组30例,临床痊愈1例,显效6例,有效14例,无效9例,总有效率70.0%。2组总有效率比较具有显著性差异($P < 0.05$),说明治疗组临床疗效显著优于对照组。

4 讨论

腺样体的作用是诱发分泌性免疫和调节分泌性免疫球蛋白的产生,发挥了最早的防护作用。腺

样体可受到多种微生物的感染,病毒最为常见,而细菌感染中以A组 β -溶血性链球菌为最主要的病因^[10]。在炎症的反复刺激下,腺样体可持续增生,导致腺样体肥大。腺样体肥大阻塞后鼻孔,引起患儿鼻塞、打鼾、张口呼吸等一系列症状,严重者可出现腺样体面容、睡眠呼吸暂停。儿童阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSA)最常见的原因是腺样体肥大,严重者可引起儿童生长发育迟缓甚至导致死亡^[8]。现代医学对腺样体肥大的主要治疗方法是鼻用糖皮质激素、口服白三烯受体拮抗剂及手术切除。激素长期使用面临鼻出血、疼痛等问题,还可能影响儿童身高^[11],而孟鲁司特钠长期服用也有可能对神经系统产生不良影响^[12]。即使是手术切除后,仍有部分患儿持续存在OSA的症状,同时可能面临腺样体再次生长以及需要二次手术等问题^[13]。

根据腺样体肥大鼻塞、打鼾、张口呼吸等临床特点,本病可归属于中医学“乳蛾”“痰核”“鼻塞”“鼾症”等范畴。笔者通过临床实践总结发现,本病多由小儿脾胃虚弱,运化失常而致痰湿内生,加之外感邪气,迁延不愈,久病入络,气血瘀阻而致痰凝血瘀,痰瘀互结,搏结于咽喉所致。《丹溪心法》记载:“人头面、颈颊、身中有结核,不红不痛,不做脓者,皆痰注也……痰夹瘀血,遂成窠囊”,即指出“痰”“瘀”乃本病发病的关键。《诸病源候论》中记载:“鼾眠者,眠里咽喉间有声也。人喉咙,气上下也,气血若调,虽寤寐不妨宣畅……气血沉厚,迫隘喉间,涩而不利亦作声”,亦指出气血不畅,迫于咽喉,阻塞凝滞,发为本病。《小儿卫生总微论方》提出“小儿苦咽喉者,皆因风热携痰,搏于气血致瘀”,表明小儿咽喉久病多归结于“痰”“瘀”,痰瘀互结,遂成本病。故拟化痰祛瘀散结为法,以半夏厚朴汤、桂枝茯苓丸、消瘿方三方化裁。半夏厚朴汤为历代常用的理气化痰方,可用于治疗咽喉部占位性疾病^[14],其出自《金匱要略·妇人杂病篇》“妇人咽中如有炙脔,半夏厚朴汤主之”,临床多数医家用以治疗痰气郁滞、结于咽喉所致之“梅核气”^[15],该方与腺样体肥大临床症状及病机相符,故选用半夏厚朴汤行气化痰散结。方中半夏消痰散结,厚朴化痰燥湿,茯苓健脾利湿,紫苏叶行气解表。现代药理研究表明,半夏厚朴汤可使白细胞介素-2、肿瘤坏死因子- α 表达下调^[16],以抑制炎症水平。桂枝茯苓丸原治“瘀血日久,癥瘕为害”。腺样体肥大病久入络,腺样体病理性增生,与癥瘕相类,方中丹皮、赤芍、桃仁合用,发挥活血祛瘀作用,桂枝、茯苓通阳化气、利水渗湿,增强行气祛瘀作用,故选用桂枝茯苓丸祛瘀。药理学研究表明,桂枝茯苓丸可使全血比黏度、全血高切比黏度、血浆

比黏度及凝血因子I的浓度降低,并且有提高机体免疫力,调节免疫功能的作用^[17]。消瘿方由玄参、牡蛎、浙贝母组成,玄参清热消肿,牡蛎、浙贝母软坚散结化痰,临床上消瘿方广泛应用于增生性疾病^[18],故同时合用消瘿方以增强散结之力。方中加用毛冬青以增强清热解毒、活血消肿之功,现代药理学研究表明毛冬青具有抗炎、抗血小板聚集的作用^[19]。同时加用陈皮增强理气化痰散结之功,现代药理学研究表明陈皮对呼吸系统有抗菌、抗变应性炎症的作用^[20]。诸药合用,共奏化痰祛瘀散结之功。

OSA-18量表是评价腺样体肥大患儿生活质量的重要主观指标,包含睡眠障碍、身体症状、情绪不佳、白天功能以及对患儿监护人的影响五个维度共18个项目,依据症状出现的频率,依次评为1~7分,评分越高,对生活质量的影响越明显。本研究结果显示,化痰祛瘀散结汤治疗小儿腺样体肥大,可明显降低患儿鼻塞、打鼾、张口呼吸的症状积分,显著缩小腺样体肿大体积,改善患儿生活质量,临床疗效明显优于对照组,表明中药治疗儿童腺样体肥大疗效明确且具有优势,为临床上保守治疗儿童腺样体肥大提供了新的有效途径,值得临床推广。目前化痰祛瘀散结汤的具体作用机制尚未明确,需要进一步深入研究。

参考文献

- [1] 张亚梅,张天宇.实用小儿耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2011:312.
- [2] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:144.
- [3] 高黎,徐洁.白三烯受体拮抗药联合鼻喷激素治疗不同程度腺样体肥大合并变应性鼻炎患儿的临床观察[J].中国药房,2016,27(29):4124.
- [4] MARCUS C L, MOORE R H, ROSEN C L, et al. A randomized trial of adenotonsillectomy for childhood sleep apnea[J].N Engl J Med, 2013, 368(25):2366.
- [5] TAN H L, GOZAL D, KHEIRANDISH-GOZAL L. Obstructive sleep apnea in children: a critical update[J].Nat Sci Sleep, 2013, 5:109.
- [6] GYSIN C. Indications of pediatric tonsillectomy[J]. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec, 2013, 75(3):193.
- [7] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2010:135.
- [8] 孙书臣,马彦,乔静,等.《儿童腺样体肥大引发睡眠呼吸障碍的中医诊疗专家共识》解读[J].世界睡眠医学杂志,2014,1(6):321.
- [9] 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,2002:233.
- [10] 贝尔曼,克里格门,詹森.尼尔森儿科学[M].沈晓明,朱建幸,

“通便汤”治疗慢传输型便秘 40 例临床研究

姬甜丽 邱 榕

(江苏大学附属医院, 江苏镇江 212000)

摘要 目的:观察通便汤治疗慢传输型便秘(STC)的临床疗效。方法:选择80例STC患者,随机分为治疗组与对照组,每组40例。对照组给予枸橼酸莫沙必利分散片口服,治疗组给予通便汤口服,2组疗程均为60 d。观察2组患者用药前后粪便性状、每次排便时间、排便间隔时间和排便困难程度等指标,并比较其临床疗效及不良反应。结果:治疗组与对照组均较治疗前能显著改善粪便性状,减少每次排便时间,缩短排便间隔时间及减轻排便困难程度($P<0.01$),且治疗组显著优于对照组($P<0.05$, $P<0.01$);治疗组临床总有效率92.5%,明显高于对照组的72.5%($P<0.05$);治疗组无不良反应发生。结论:通便汤治疗慢传输型便秘临床疗效明显优于枸橼酸莫沙必利分散片,且安全无不良反应,值得临床进一步推广应用。

关键词 慢传输型便秘;通便汤;验方;白术

中图分类号 R256.350.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)12-0032-03

慢传输型便秘(STC)是一类以结肠蠕动减缓、传输时间延长、进食后结肠高振幅推进收缩减少为特征的常见便秘类型,主要表现为排便次数减少、便质干硬、排便费力等。因其原因尚不明确,病程长且病情顽固,目前尚无有效治疗方法,是世界难治性疾病之一^[1]。全国首批名老中医朱秉宜教授认为便秘的主要病机是“津不足,津不布”,在此基础上创立了“通便汤”治疗STC,并取得显著疗效。本研究旨在通过与枸橼酸莫沙必利分散片作临床对照观察,为临床进一步推广“通便汤”治疗STC提供客观依据,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为2018年9月至2019年8月期间在我院中医外科、肛肠科门诊及住院部治疗的符合慢传输型便秘诊断的患者,共80例,随机分为2组。治疗组40例:男18例,女22例;年龄20~66岁,平均年龄(45.07 ± 12.30)岁;平均病程(6.22 ± 4.20)年;排便费力13例,硬块便12例,排便不尽感9例,用手协助排便6例。对照组40例:男17例,女23例;年龄22~68岁,平均年龄(48.75 ± 13.64)岁;平均病程(6.16 ± 4.76)年;排便

孙锐,译.北京:北京大学医学出版社,2007:1247.

- [11] JESNAK M, UHLIAROVA B, BUGOVA G, et al. E-cadherin, passive smoking and allergen sensitization in children with adenoid hypertrophy[J]. J Allergy Clin Immunol, 2018, 141(2): AB226.
- [12] 高晓波,熊建群.孟鲁司特钠不良反应文献分析[J].中国药业, 2014, 23(3): 66.
- [13] KIM S Y, LEE W H, RHEE C S, et al. Regrowth of the adenoids after coblation adenoidectomy: cephalometric analysis[J]. Laryngoscope, 2013, 123(10): 2567.
- [14] 翁联玉.方剂辨证论治方法体系之建立—半夏厚朴汤证的辨证施治研究[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学, 2015.
- [15] 杨琍舒.黄煌应用半夏厚朴汤临床经验的整理与研究[D].南京:南京中医药大学, 2016.
- [16] 赵信科,孙少伯,刘凯,等.基于网络药理学探讨半夏厚朴汤作用机制[J].中医学报, 2020, 35(2): 379.

- [17] 周小祝,莫志贤.桂枝茯苓丸的药理作用研究进展[J].医药导报, 2006, 25(2): 142.
- [18] 史柯.消瘰丸临床应用观察[J].河南中医, 2016, 36(3): 543.
- [19] 郝巨祥,杨崇真.毛冬青的药理作用及临床应用研究进展[J].黑龙江医药, 2010, 23(4): 592.
- [20] 宋保兰.陈皮药理作用[J].实用中医内科杂志, 2014, 28(8): 132.

第一作者:刘涛(1990—),男,医学学士,同等学力硕士研究生,住院医师,研究方向为中医儿科学。

通讯作者:余德钊,主任医师,硕士研究生导师。395770540@qq.com

修回日期:2020-07-14

编辑:傅如海