

· 中医药 · 中西医结合 ·

# 釜底抽薪散穴位贴敷在小儿急性扁桃体炎治疗中的应用

丁务高, 陈景, 何桦, 敖余森, 李庄

深圳市福田区第二人民医院儿科, 广东 深圳 518049

**摘要:** **目的** 探讨釜底抽薪散穴位贴敷治疗小儿急性扁桃体炎的方法及临床疗效。**方法** 将 2012 年 1 月至 2013 年 1 月收治的 60 例急性扁桃体炎患儿按照数字随机表法分为两组, 每组 30 例, 对照组采用西医常规治疗, 治疗组在西医常规治疗基础上采用釜底抽薪散涌泉穴贴敷治疗, 比较两组治疗前后症候积分改善情况及退热时间、咽痛消失时间和扁桃体脓点消失时间, 并比较两组总有效率。**结果** 治疗前两组咽痛、扁桃体肿大、发热积分差异无统计学意义( $P$  均  $>0.05$ )。治疗 5 日评价, 两组上述指标均较治疗前显著下降( $P$  均  $<0.01$ ), 且治疗组均低于对照组( $P$  均  $<0.05$ ); 治疗组退热时间、咽痛消失时间及扁桃体脓点消失时间均少于对照组( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ), 临床总有效率较对照组有所增高(97.7% vs 76.7%), 但差异无统计学意义( $\chi^2 = 3.606$ ,  $P > 0.05$ )。**结论** 釜底抽薪散涌泉穴贴敷应用于小儿急性扁桃体炎的治疗, 安全性好, 疗效确切。

**关键词:** 釜底抽薪散; 穴位贴敷; 涌泉穴; 小儿急性扁桃体炎

**中图分类号:** R 272 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0661-03

急性扁桃体炎是发生于颞扁桃体的急性非特异性炎症病变, 是儿童和青少年常见的咽喉部疾病, 主要临床表现为咽部疼痛、扁桃体肿大和体温升高, 主要致病菌为乙型溶血性链球菌<sup>[1-2]</sup>。本病临床发病率高, 并发症多, 严重者可并发呼吸、循环及泌尿系统炎症性疾病, 对儿童的身体健康产生严重威胁<sup>[3]</sup>。西医治疗主要以抗菌消炎为主, 但致病菌对抗菌药物的耐药性使临床疗效受到影响, 中药贴敷疗法是祖国医学传统的外治方法, 操作简单, 患儿依从性好, 在小儿疾病的治疗中具有一定优势<sup>[4-5]</sup>, 本研究将釜底抽薪散穴位贴敷应用于小儿急性扁桃体炎治疗, 疗效显著, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2012 年 1 月至 2013 年 1 月深圳市福田区第二人民医院儿科收治的急性扁桃体炎患儿 60 例作为研究对象, 所有患儿均符合《诸福棠实用儿科学》<sup>[6]</sup>中急性扁桃体炎的诊断标准, 入组前未应用抗菌药物, 按照数字随机表法分为两组, 每组 30 例。治疗组男 16 例, 女 14 例; 年龄 1.2 ~ 11(3.3 ± 0.8) 岁; 就诊前发热时间 6 ~ 48(15.6 ± 6.4) h; 就诊时体温 38 ~ 39℃ 14 例, 39.1 ~ 40.0℃ 15 例,  $>40.0^\circ\text{C}$  1 例; 白细胞计数  $(12.6 \pm 3.7) \times 10^9/\text{L}$ ; 扁

桃体肿大程度: II 度 18 例, III 度 12 例。对照组男 18 例, 女 12 例; 年龄 1.1 ~ 12(3.6 ± 1.2) 岁; 就诊前发热时间 4 ~ 42(14.7 ± 6.8) h; 就诊时体温 38 ~ 39℃ 12 例, 39.1 ~ 40.0℃ 16 例,  $>40.0^\circ\text{C}$  2 例; 白细胞计数  $(12.3 \pm 3.5) \times 10^9/\text{L}$ ; 扁桃体肿大程度: II 度 16 例, III 度 14 例。两组患儿性别、年龄、体温、病情程度等一般资料比较差异无统计学意义( $P$  均  $>0.05$ )。本研究经医院伦理委员会批准, 所有患儿家长均知情同意, 并签署协议书。

**1.2 治疗方法** 两组均给予基础治疗, 包括卧床休息、加强营养、流质饮食、温生理盐水漱口等, 并适当补液进行对症支持治疗, 发热者给予物理降温或采用对乙酰氨基酚口服。对照组采用头孢呋辛(葛兰素史克公司生产, 批号: 0130596) 50 ~ 100 mg · kg<sup>-1</sup> · d<sup>-1</sup>, 分 2 次静脉注射。治疗组在对照组治疗基础上, 采用釜底抽薪散涌泉穴贴敷治疗, 药物组成: 吴茱萸、大黄、黄连、胆南星各 3 g, 将药物研成细末, 用食醋调成糊状, 并用干净纱布包好, 睡前用温开水洗脚, 熟睡后将药物敷于双足涌泉穴, 并用纱布包扎固定, 贴敷时间不低于 8 h, 两组均连续治疗 5 日。

**1.3 观察指标** 治疗结束次日评价疗效。根据急性扁桃体炎的主要症候咽痛、扁桃体肿大、发热的轻重计分, 正常 0 分, 轻度 2 分, 中度 4 分, 重度 6 分。比较两组治疗前后的症候积分, 并根据症候积分变化情况判断临床疗效<sup>[7]</sup>: 痊愈, 症状和体征消失, 症候积分减少 100%; 显效, 症状和体征明显缓解, 症候积分

减少 $\geq 70\%$ ,  $< 100\%$ ;有效,症状和体征有好转,症候积分减少 $\geq 30\%$ ,  $< 70\%$ ;无效,症状、体征无好转或加重,症候积分减少 $< 30\%$ 或增加。痊愈+显效+有效计算总有效率,记录两组退热时间、咽痛消失时间、扁桃体脓点消失时间和总有效率,并进行比较。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件处理数据。符合正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验,治疗前后比较采用配对样本  $t$  检验;计数资料以率表示,组间率的比较采用  $\chi^2$  检验和校正  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组主要症候积分比较 治疗前两组咽痛、扁

表 1 两组治疗前后症候积分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	咽痛		扁桃体肿大		发热	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	2.89 ± 1.12	0.09 ± 0.05*	3.81 ± 1.04	0.41 ± 0.09*	3.78 ± 1.15	0.36 ± 0.10*
对照组	30	2.66 ± 1.07	0.17 ± 0.11*	3.59 ± 1.06	0.57 ± 0.14*	3.62 ± 1.09	0.45 ± 0.12*
$t$ 值		0.813	3.626	0.811	5.266	0.553	3.156
$P$ 值		$> 0.05$	$< 0.01$	$> 0.05$	$< 0.01$	$> 0.05$	$< 0.01$

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.01$ 。

表 2 两组主要症状、体征消失时间比较 (d,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	退热时间	咽痛消失时间	扁桃体脓点消失时间
治疗组	30	1.86 ± 0.42	2.28 ± 1.06	2.37 ± 1.14
对照组	30	2.35 ± 0.97	3.10 ± 1.27	3.32 ± 1.36
$t$ 值		2.539	2.715	2.932
$P$ 值		$< 0.05$	$< 0.01$	$< 0.01$

表 3 两组临床疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	12	9	8	1	96.7
对照组	30	8	9	6	7	76.7

## 3 讨论

小儿急性扁桃体炎属祖国医学“急乳蛾”、“急喉痹”的范畴,小儿多为纯阳之体,素有胃热,易伤于饮食,加之小儿先天禀赋不足,易受外邪侵袭,如风寒所侵,入里化热,热毒相搏,蕴结于喉核,致喉核血肉腐败,遂发高热咽痛<sup>[8-10]</sup>,导致急性扁桃体炎的发病,故中医治疗应以疏风清热、消肿利咽为主。釜底抽薪散是治疗小儿口疮、流行性腮腺炎常用药物,笔者将其用于小儿急性扁桃体炎的治疗,因其具有清热解毒的功效。本方由吴茱萸、大黄、黄柏、胆南星四味药物组成,其中吴茱萸味辛、苦,性温,作为主药,可引热从肝经而泻,《本草纲目》中记载:“吴茱萸其性虽热,而能引热下行”,本方主要取吴茱萸具有以热治热,开泄郁结,引热下行的功效,且吴茱萸具有较好的

扁桃体肿大、发热积分比较差异无统计学意义( $P$ 均 $> 0.05$ ),治疗后两组上述指标均较治疗前显著下降( $P$ 均 $< 0.01$ ),且治疗组均低于对照组( $P$ 均 $< 0.01$ )。见表 1。

2.2 两组主要症状、体征消失时间比较 治疗组退热时间、咽痛消失时间及扁桃体脓点消失时间均短于对照组( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。见表 2。

2.3 两组临床疗效比较 治疗后治疗组总有效率较对照组有所增高,但差异无统计学意义( $\chi^2 = 3.606$ ,  $P > 0.05$ )。见表 3。

2.4 不良反应 治疗组有 1 例患儿出现贴敷部位皮肤发红,日间去除药物后自行缓解,对照组未出现不良反应。

皮肤通透性,对穴位和经络的刺激作用强,是中医外治法常用的药物<sup>[11]</sup>。胆南星亦为辛温热药,与吴茱萸配伍可增强以热引热,使热外出的效果。大黄为寒性,味苦,可泻血中实热,具有泻火凉血解毒的功效<sup>[12]</sup>,黄连具有清热解毒功效,四味药物合用可引气下行,火随气降,达到清上焦实火、治下焦虚火的目的,更有釜底抽薪、引火归元之效,咽痛、发热等症自消。另外小儿皮肤菲薄,脏器清灵,釜底抽薪散涌泉穴贴敷可使药效容易透达,通过经络腧穴的得气和皮肤黏膜的吸收,能够充分发挥药物的治疗作用。

本研究将釜底抽薪散涌泉穴贴敷疗法用于小儿急性扁桃体炎的治疗,治疗 5 日后评价,其主要症候积分改善情况均优于对照组,退热时间、咽痛消失时间及扁桃体脓点消失时间均短于对照组,临床总有效率较对照组有所升高,提示釜底抽薪散涌泉穴贴敷可在较短的时间内缓解症状、减轻患儿的痛苦,对急性扁桃体炎疗效确切,治疗期间治疗组未出现严重不良反应,表明釜底抽薪散涌泉穴贴敷对急性扁桃体炎患儿是安全的。刘晓辉等<sup>[13-14]</sup>将釜底抽薪散穴位贴敷应用于急性扁桃体炎治疗,临床有效率达 100%,并对 56 例慢性扁桃体炎反复发作患儿疗效进行了观察,治疗 2 个疗程后,总有效率达 96.4%,但该研究不足之处在于未设立西医治疗对照组,并不能充分证明本治疗的优势。

综上所述,釜底抽薪散涌泉穴贴敷应用于小儿急

性扁桃腺炎的治疗,可快速缓解症状、减轻患儿痛苦,安全性好,疗效确切,且操作简便、患儿依从性好。

### 参考文献

- [1] 刘晓华,林子升,赵进. 羚羊角联合万应胶囊治疗急性化脓性扁桃体炎的临床疗效观察[J]. 中华中医药学刊,2013,31(4):949-951.
- [2] 沈素绒,钟利央,王乃飞,等. 针刺放血结合青霉素治疗小儿急性扁桃体炎疗效观察[J]. 中国针灸,2013,33(12):1091-1093.
- [3] 秦祖杰,张勉,宋宁. 赧银合剂治疗风热型急性扁桃体炎[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(12):307-310.
- [4] 孙姝,邹莹,龚莉. 中药贴敷天突穴治疗小儿急性扁桃体炎临床观察[J]. 四川中医,2012,30(12):120-121.
- [5] 何锦婷,虞舜. 小儿急性扁桃体炎中成药应用概况[J]. 江苏中医药,2012,44(6):73-75.
- [6] 胡亚美. 诸福棠实用儿科学(上册)[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2005:1966.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技

出版社,2002:330.

- [8] 林娜. 清火退热口服液辅助治疗小儿急性扁桃体炎临床观察[J]. 中国中医急症,2013,22(6):1016-1017.
- [9] 周丹阳,张三山,孙艳菊,等. 中西医结合治疗急性扁桃体炎 63 例疗效观察[J]. 中国中医急症,2012,21(6):990.
- [10] 张百霞,周凤琴,郭庆梅. 金银花中黄酮类化合物的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(23):349-352.
- [11] 赵长江. 生大黄吴茱萸穴位贴敷辅助治疗小儿急性化脓性扁桃体炎胃火炽盛证临床观察[J]. 中医儿科杂志,2013,9(5):48-50.
- [12] 吴新春,冯斌. 利巴韦林联合釜底抽薪散治疗疱疹性咽颊炎 50 例[J]. 河南中医,2014,34(6):1076-1077.
- [13] 刘晓辉,牛仁秀. 釜底抽薪散穴位贴敷治疗小儿急性扁桃体炎 34 例[J]. 山东中医杂志,2013,32(3):166-167.
- [14] 刘晓辉,牛仁秀. 釜底抽薪散穴位贴敷治疗小儿慢性扁桃体炎反复发作 56 例临床观察[J]. 四川中医,2013,31(1):107-108.

收稿日期:2014-11-20 修回日期:2014-12-17 编辑:王娜娜

(上接第 650 页)

- [6] Nagao A, Nakazawa S, Hanabusa H. Short-term efficacy of the IL6 receptor antibody tocilizumab in patients with HIV-associated multicentric Castleman disease: report of two cases[J]. J Hematol Oncol, 2014,7:10.
- [7] Van Rhee F, Stone K, Szmania S, et al. Castleman disease in the 21st century: an update on diagnosis, assessment, and therapy [J]. Clin Adv Hematol Oncol, 2010,8(7):486-498.
- [8] Murakami M, Hirano T. The pathological and physiological roles of IL-6 amplifier activation [J]. Int J Biol Sci, 2012, 8 (9): 1267-1280.
- [9] Shahani L. Castleman's disease in a patient with melanoma; the role of VEGF [J/OL]. BMJ Case Rep, 2012(2012-04-30). <http://casereports.bmj.com/content/2012/bcr.07.2011.4519.long>.
- [10] Ai-Ying Qin, Xiu-Bao Ren, Shui Cao. Hyaline vascular Castleman's disease (HVCD) mimicking lung metastasis of renal carcinoma: A case report and literature review [J]. Acta Haematologica Polonica, 2014,45(3):284-288.
- [11] Miyoshi H, Mimura S, Nomura T, et al. A rare case of hyaline-type Castleman disease in the liver [J]. World J Hepatol, 2013,5(7):404-408.
- [12] Bollig C, Moon S, Sujoy V, et al. Castleman disease of the parotid in childhood: a case report [J]. Am J Otolaryngol, 2014, 35 (4): 517-519.
- [13] Bonekamp D, Horton KM, Hruban RH, et al. Castleman disease: the great mimic [J]. Radiographics, 2011,31(6):1793-1807.

- [14] Robinson D Jr, Reynolds M, Casper C, et al. Clinical epidemiology and treatment patterns of patients with multicentric Castleman disease: results from two US treatment centres [J]. Br J Haematol, 2014,165(1):39-48.
- [15] Bonekamp D, Hruban RH, Fishman EK. The great mimickers: Castleman disease [J]. Semin Ultrasound CT MR, 2014, 35 (3): 263-271.
- [16] 魏秀波,谢天鹏,李强,等. 胸部 Castleman 病 1 例报道 [J]. 肿瘤预防与治疗,2014,27(2):113-114.
- [17] Gérard L, Michot JM, Burcheri S, et al. Rituximab decreases the risk of lymphoma in patients with HIV-associated multicentric Castleman disease [J]. Blood, 2012,119(10):2228-2233.
- [18] Rabinowitz MR, Levi J, Coward K, et al. Castleman disease in the pediatric neck: a literature review [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2013,148(6):1028-1036.
- [19] Bonekamp D, Horton KM, Hruban RH, et al. Castleman disease: the great mimic [J]. Radiographics, 2011,31(6):1793-1807.
- [20] Deshmukh M, Bal M, Deshpande P, et al. Synchronous squamous cell carcinoma of tongue and unicentric cervical Castleman's disease clinically mimicking a stage IV disease: a rare association or coincidence? [J]. Head Neck Pathol, 2011,5(2):180-183.
- [21] Chun YS, Calderaro J, Zucman-Rossi J. Synchronous hepatocellular carcinoma and Castleman's disease: the role of the interleukin-6-signaling pathway [J]. Hepatology, 2012,56(1):392-393.

收稿日期:2015-01-07 修回日期:2015-02-10 编辑:石嘉莹