中西医结合治疗小儿病毒性心肌炎疗效探讨

童其田

（浙江省宁海县第一医院　宁海 315600）

摘要：目的：探讨中西医结合治疗小儿病毒性心肌炎（VM）的有效途径。方法：将 126 例 VM 患儿随机分为治疗组（68 例）和对照组（58 例），对照组采用 ATP、辅酶 A、维生素 C 传统西医治疗，治疗组在抗病毒防感染等西医治疗基础上，以干扰素加黄芪注射液和人参、苦参、葛根等中药制剂进行中西医结合治疗，比较两组疗效。结果：治疗组显效率 77.94%，有效率 95.59%，明显优于对照组（36.21%、81.03%）。在降低肌酸激酶同工酶（CK-MB）、心肌肌钙蛋白（CTnI）等方面也优于对照组。结论：中药西药合用标本兼治，治疗小儿病毒性心肌炎可提高疗效、缩短疗程、改善预后，有实用价值。

关键词：病毒性心肌炎；小儿；中西医结合疗法；心肌酶

中图分类号：R 725.4　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2008)06-0037-02

病毒性心肌炎（VM）为小儿常见病，主要由柯萨奇病毒引起，迄今无特效治疗方法。我院近 2 年来采用中西医结合疗法治疗小儿病毒性心肌炎，取得了较满意的效果。现总结如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　2005 年 12 月 ~2008 年 4 月我院共收治病毒性心肌炎患儿 126 例，其中男 55 例，女 71 例，发病年龄 8.5 个月 ~13 岁，平均 6.9 岁，病程 25d~26 个月。随机分两组，治疗组 68 例，对照组 58 例，两组患儿性别、年龄、病程、体征、心肌酶学、心电图、心功能等方面经统计学处理，差异均无显著性意义（P>0.05），具有可比性。

1.2　临床诊断

1.2.1　诊断标准　西医诊断参照 1999 年 9 月全国小儿病毒性心肌炎、心肌病会议修订的《病毒性心肌炎诊断标准》，中医诊断参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》中病毒性心肌炎诊断标准。

1.2.2　临床表现　（1）发热：126 例患儿均有发热，体温 38~39.6℃，多为不规则热或弛张热；（2）呼吸困难：57 例（45.24%）患儿出现喘憋、呼吸困难、烦躁不安和紫绀为主要表现的急性左心衰竭症状；（3）惊厥与抽搐：41 例（32.54%）患儿发热后 5~7d 出现惊厥、意识丧失和抽搐；（4）疼痛：19 例年长儿在发热 1 周后分别出现持续性胸痛（11 例）、腹痛（5 例）和肌痛（3 例），其中 6 例伴有心源性休克。

1.2.3　实验室检查　两组在治疗前及治疗结束时，均检测主要体征、CK-MB、CTnI 的血清学变化，超声心动图及动态心电图观察早搏发作情况。

1.3　治疗方法　所有患儿治疗期间均采取卧床休息、抗病毒、保护心肌、控制心力衰竭、抢救心源性休克、纠正严重心律失常等综合治疗方法。

1.3.1　对照组　采用泼尼松 1~1.5mg/ (kg•d) 或地塞米松 0.2~0.4 mg/(kg•d)静脉滴注，并以大剂量维生素 C 100~200 mg/（kg•d）清除自由基，增加冠状动脉血流量，改善心肌代谢，同时用 ATP 20~40 mg/（kg•d）、辅酶 A 50~100U 加强心肌营养，改善心肌功能。对有感染者予病毒唑 10~15mg+ 抗生素加 5%葡萄糖 50~100mL 静滴（西药剂量根据年龄、体重计算）抗病毒辅助治疗。

1.3.2　治疗组　（1）用安福隆（干扰素 α-2b，国药准字 S200000020，4 岁以下 100 万 U/d，4 岁以上 300 万 U/d）肌注，疗程 10~20 d，同时也适量用 ATP 和维生素 C；（2）黄芪注射液（国药准字 Z23020822），1 个月 ~5 岁 3~5mL/d，6~11 岁 10mL/d，>12 岁 20mL/d；（3）以人参、苦参、黄芪、葛根、丹参、桂枝、生姜、麦冬、生地、麦冬、阿胶等制成中药制剂：0~3 岁 2.5g/ 次，4~6 岁 5g/ 次，7~9 岁 7.5g/ 次，>9 岁 10g/ 次，2 次 /d。

1.4　统计学处理　所得数据应用 SPSS10.0 软件进行 χ^2 检验及相关分析，以 P<0.01 作为显著性差异的标准。

2　疗效观察

2.1　疗效评定标准　显效：症状、体征基本消失，实验室检查正常，心肌酶谱恢复正常；有效：临床症状部分消失，体征及实验室检查有改善，心电图好转；无效：临床症状、体征及各项相关检查无改善。

2.2　疗效　两组疗效比较，见表 1。

表 1　两组疗效比较　例（%）

组别	n	显效	有效	无效	总有效
治疗组	68	53(77.94)*	12(17.65)	3(4.41)	65(95.59)**
对照组	58	21(36.21)*	26(44.83)	11(18.96)	47(81.03)**

注：*χ^2 =23.3，P<0.01；**χ^2=18.7，P<0.01。

2.3　两组患儿心肌酶学变化比较　见表 2。

表 2　两组心肌酶学变化比较　（$\overline{X}\pm S$）例（%）

组别		CK-MB(U/L)	CtnI(μg/L)	心电图异常	迁延
治疗组(n=68)	治疗前 *	36.54± 8.92	0.167± 0.012	38(55.88)	24(35.29)
	治疗后 #	15.64± 8.03	0.139± 0.015	2(2.94)	0
对照组(n=58)	治疗前 *	34.72± 8.17	0.168± 0.014	31(53.45)	21(36.21)
	治疗后 #	24.27± 8.32	0.159± 0.017	22(37.93)	19(32.76)

注：两组比较，*P>0.01，#P<0.01。

2.4　副反应　两组患儿无药物过敏，无胃肠道反应，无肝肾损害。

3　讨论

3.1　小儿病毒性心肌炎发病因素　小儿病毒性心肌炎是儿科常见病、多发病，近年来发病率有上升趋势，临床治疗无特效疗法，部分迁延不愈，可有心力衰竭、心源性休克、严重心律失常、心脑综合征发生。现代医学认为病毒感染直接侵犯心肌细胞和免疫机能紊乱所致心肌细胞损伤，病毒感染心肌细胞后产生溶细胞物质，使细胞溶解[1,2]。在急性期可从心肌细胞中分离出病毒，心肌炎后期，很难再分离出病毒，但炎症继续存在。病毒性心肌炎迁延不愈者，E 花环淋巴细胞转化率、补体 C3 均低于正常人，抗核抗体、抗心肌抗体、抗补体均较正常人检出率高，说明病毒性心肌炎时免疫机能低下[3]，因此，如何有效快速治疗心肌炎是近年来临床探讨的问题。

3.2　中西医结合治疗小儿病毒性心肌炎的功效　现代研

中西医结合治疗小儿慢性乙型肝炎 30 例

邱文英[1]　竺桂军[2]　夏春风[2]

（1 江西省上饶市市立人民医院　上饶 334000；2 江西省上饶市人民医院　上饶 334000）

摘要：目的：观察中西医结合治疗小儿慢性乙型肝炎的临床疗效。方法：选择 62 例慢性乙型肝炎患儿，随机分为治疗组 30 例，用中西医结合进行治疗；对照组 32 例，用中药进行治疗；疗程 8 周。分别观察两组患儿治疗前后的临床症状、体征及 HBeAg 阴转、HBeAb 阳转、HBV-DNA 的变异情况，分析中西医结合的临床疗效。结果：治疗组临床症状显著减轻，肝功能改善和恢复、HBeAg 阴转、HBeAb 阳转、HBV-DNA 各项指标明显好于对照组，总有效率治疗组为 96.67%，对照组为 81.25%，两组疗效比较差异有显著性意义（$P<0.05$）。结论：中西医结合是治疗小儿慢性乙型肝炎的一种有效方法。

关键词：中西医结合疗法；慢性乙型肝炎；小儿；病例对照

中图分类号：R 512.62　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2008)06-0038-02

2001 年 6 月 ~2005 年 12 月我们采用中西医结合的方法治疗小儿慢性乙型肝炎获得满意疗效，现报告如下：

1　资料与方法

1.1　诊断标准

1.1.1　西医诊断标准　参照 2000 年 9 月西安第 10 次全国病毒性肝炎学术会议制定的《病毒性肝炎防治方案》[1]的诊断标准。

1.1.2　中医诊断标准　参照病毒性肝炎中医辨证标准[2]。拟订主症：(1) 身体乏力；(2) 胁肋隐痛或刺痛，劳则加重；(3) 面色晦黯；(4) 舌淡黯或瘀斑、苔白。次症：(1) 纳差、腹胀；(2) 头晕目眩；(3) 肝掌、蜘蛛痣或肋下痞块；(4) 脉沉无力，弦滑或涩。辨证要求：(1) 具备主症 4 项；(2) 具备主症 3 项，次症 3 项；(3) 具备主症 2 项，全部次症。

1.1.3　纳入病例标准　(1) 临床上符合西医慢性乙型肝炎轻、中度的诊断标准，中医辨证为：湿热中阻型、肝郁脾虚型、气滞血瘀型、肝肾阴虚型的患儿；(2) 无其他肝炎病毒的患儿；(3) 无其他疾病的患儿。

1.1.4　排除病例标准　(1) 乙型肝炎重度者；(2) 系统用过干扰素、拉米夫定、阿德福韦酯、恩替卡韦以及免疫增强剂者；(3) 合并其他严重疾病并对观察本病有干扰的患者；(4) 高血钾、高血镁、肾功能不全及房室传导阻滞者，糖尿病患者；(5) 未按疗程完成治疗者。

1.2　病例选择

所有病例均为我院住院或门诊患者。62 例患儿中，男 55 例，女 7 例；平均年龄 8.3 岁，最小 5 岁，最大 13 岁；病程 6 个月 ~7 年。随机分为治疗组和对照组：治疗组 30 例，其中男 27 例，女 3 例；对照组 32 例，其中男 28 例，女 4 例。两组患儿均有乏力、恶心、腹胀、纳差、头晕、尿黄、肝区不适、脉沉无力或弦滑等症状，部分患儿有肝脾肿大；实验室检查均有不同程度胆红素（TBL）、转氨酶（ALT）升高，全部患儿均为 HBsAg、HBeAg、抗 -HBe 阳性，无重叠感染其他肝炎病毒。中医辨证分型为：湿热中阻型、肝郁脾虚型、气滞血瘀型、肝肾阴虚型。两组患儿在年龄、病程、病情、证型分布、实验室检查等方面比较无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。

1.3　治疗方法

治疗组采用中西医结合治疗。按照湿热中阻、肝郁脾虚、气滞血瘀、肝肾阴虚不同证型，分别坚持化湿解毒、调理肝脾、活血化瘀、扶正固本的治疗原则。方药组成：茵陈、太子参、白花蛇舌草、炒白术、鸡内金、茯苓、板蓝根、鳖甲（先入）、甘草，并随证加减。湿热中阻型加苍术、陈皮、黄芩；肝郁脾虚型加重白术用量，另加郁金、黄芪；气滞血瘀型加赤芍、丹参；肝肾阴虚型加淮山、女贞子。剂量视患儿大小给予。1 剂 /d，水煎 2 次，取汁混匀，早、晚饭后温服。不同证型的患儿均配合 5% 葡萄糖 250mL 加入甘利欣（国药准字 H10940190，5~8 岁 80mg/ 次，9~11 岁 100 mg/ 次，12~13 岁 120 mg/ 次），1 次 /d，静脉滴注；5% 葡萄糖 250mL 加入门冬氨酸钾镁（国药准字 H33020666，5~8 岁 4mL/ 次，9~11 岁 6mL/ 次，12~13 岁 8mL/ 次），1 次 /d，静脉滴注，滴速不超过 40

究认为心肌炎患者自然杀伤细胞的活力与 α- 干扰素显著低于正常，γ- 干扰素则高。干扰素是人体中存在的一种具有抗病毒作用的低分子量蛋白质，干扰素治疗心肌炎时，补充干扰素不足，调节 T 细胞功能，增强细胞免疫力，同时调节体液免疫。

中医认为本病是由于气阴亏虚，气血不调，不能益气养血，滋阴复脉而引起。甘草能促进肾小球分泌皮质激素样物质，产生强心效果，增强反应性。黄芪为豆科植物，现代药理学研究表明，黄芪对心血管系统、血液系统、肾功能、物质代谢及肿瘤等均有良好的改善作用，能够扩张冠状动脉、改善心脏功能、增加抗缺氧能力、防止脂质过氧化，对干扰素系统有激活作用[4]。葛根含有葛根素，它具有促进心肌血液循环、减低心肌耗氧量及心脏负荷等作用；苦参尚具有抗柯萨奇病毒之功，能减轻病毒所致心肌细胞的炎症和水肿；丹参中含有丹参酮，可改善微循环，扩张小血管，增加心肌血流量；人参能提高脑的兴奋性，增强全身机能和同化作用，并有强心作用；桂枝、生姜对冠状动脉有扩张作用；生地、麦冬、阿胶滋润身体，抑制异化，提高机体对缺氧的耐受性，阿胶含钙，可改善心肌代谢[5]。本研究采用中西医结合治疗，心肌酶均恢复快，显效率达 77.94%，无迁延不愈者，说明中西医结合治疗小儿病毒性心肌炎是切实可行的好方法，值得临床推广应用。

参考文献

[1]侯伟鹏,孙广信.黄芪注射液、葡萄糖酸锌联合佐治小儿病毒性心肌炎的临床观察[J].儿科药学杂志,2007,13(5)：58

[2]丛桂凤.小儿急性重症病毒性心肌炎治疗观察[J].中国社区医师（综合版）,2008,9(5)：243

[3] 潘国洲. 急性病毒性心肌炎临床治疗观察 [J]. 右江医学杂志,2004,32(3)：1 072-1 074

[4]孙绪丁.大剂量黄芪注射液治疗小儿病毒性心肌炎疗效观察[J].中华中西医杂志,2003,4(13)：43

[5]邢向晖,马婷.小儿病毒性心肌炎中医治法概要[J].中医药信息,2002,18(1)：206

（收稿日期：2008-07-11）