患者出现失眠或早醒等睡眠障碍；(4)围绝经期女性会出现骨量丢失加快，普遍存在不同程度的骨质疏松症状，常由于四肢关节、颈椎、腰椎疼痛而影响睡眠^[6]。

目前临床对围绝经期患者的治疗多采用外源补充激素，以缓解因激素不足而引起的临床症状。戊酸雌二醇是人体天然雌激素 17β-雌二醇的前体，可使宫颈变软，子宫颈腺体分泌量增多，阴道弹性增大，补充雌激素水平，缓解患者临床症状^[7-8]。由于长期大剂量使用雌激素会增加子宫内膜癌的患病风险，目前激素替代疗法已转为雌、孕激素联合用药。黄体酮胶囊属于天然孕激素黄体酮的胶囊制剂，不仅提高了药物的生物利用度，还可显著减少或消除合成孕激素的副作用。

本研究结果显示，治疗前，两组患者 E₂、P、FSH、LH 及 PSQI 评分比较，差异无统计学意义 (P>0.05)；治疗后，试验组 E₂、P 显著高于对照组，FSH、LH 及 PSQI 评分显著低于对照组 (P<0.05)。说明激素替代疗法可有效调节围绝经期患者机体激素水平，显著改善睡眠质量。但本研究样本量较小，研究

时限较短，今后仍需开展大规模、多中心、前瞻性随机试验加以验证。综上所述，围绝经期患者采用激素替代疗法治疗，有效性较高，值得临床借鉴。

参考文献

[1]李瑞珠.探究坤泰胶囊联用雌激素替代疗法治疗围绝经期综合征临床疗效[J].中医药学报,2014,42(3):146-148

[2]吕福英.激素替代治疗对围绝经期综合妇女生活质量及激素水平的影响研究[J].中国医学创新,2013,10(21):60-61

[3]杜晓琴,衡明莉,徐玲.坤泰胶囊和激素替代治疗围绝经期综合征患者的有效性及安全性荟萃分析[J].国际妇产科学杂志,2016,43(3):267-271

[4]蔡艳悦,黄筱斌.激素替代疗法治疗围绝经期综合征患者效果及对血清雌二醇、卵泡刺激素、黄体生成素的影响[J].中国妇幼保健,2015,30(31):5396-5398

[5]白丽,孙红霞.小剂量雌激素替代疗法在围绝经期综合征中的临床应用[J].中国现代药物应用,2015,9(3):91-92

[6]程文莉,闵雨.短期激素替代治疗围绝经期综合征的临床观察[J].中国当代医药,2014,21(6):24-25

[7]王洪静.雌激素替代疗法治疗围绝经期综合征的效果分析[J].中国医药科学,2015,5(2):73-75

[8]李岩华.激素替代疗法治疗围绝经期综合征临床研究[J].黑龙江医学,2014,38(1):63-64

(收稿日期: 2018-08-07)

四季抗病毒联合碘甘油治疗疱疹性咽峡炎患儿的疗效

卢亚亚

(河南科技大学第一附属医院 洛阳 471000)

摘要:目的:探索四季抗病毒口服液和碘甘油联合应用治疗疱疹性咽峡炎患儿的疗效及其对心肌酶谱和免疫水平的影响。方法:选取 2016 年 4 月~2017 年 12 月我院收治的 100 例疱疹性咽峡炎患儿作为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组 50 例。对照组患者给予常规物理和药物降温、补液并配合四季抗病毒口服液进行抗病毒治疗,观察组在对照组的基础上加用碘甘油局部涂咽峡部进行治疗,比较两组患者心肌酶[天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、乳酸脱氢酶(LDH)、肌酸激酶(CK)、磷酸肌酸激酶同工酶(CK-MB)]和细胞免疫(T 淋巴细胞 CD4⁺、CD8⁺)水平变化。结果:观察组总有效率(88.00%)高于对照组(70.00%),P<0.05;观察组患者血清 AST、LDH、CK 和 CK-MB 水平均低于对照组,差异均有统计学意义,P<0.05;观察组患者细胞免疫 CD4⁺ 和 CD8⁺ 水平均高于对照组,差异均有统计学意义,P<0.05。结论:四季抗病毒口服液和碘甘油联合应用治疗疱疹性咽峡炎患儿有利于提高临床疗效,改善患儿心肌酶谱水平,提高免疫功能。

关键词:疱疹性咽峡炎;四季抗病毒口服液;碘甘油;心肌酶谱;免疫水平

中图分类号:R766.12

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.019

疱疹性咽峡炎是一种由柯萨奇病毒感染所引起的上呼吸道疾病,主要特征为患者咽部充血且腭咽弓、软腭以及悬雍垂黏膜上可见多个疱疹,临床症状表现为高热、咽痛、头痛和腹痛^[1]。若得不到及时有效的治疗,病毒可通过血液和淋巴循环到达全身各脏器,继发疟疾、流感和急性肺炎等疾病,严重威胁患儿生命安全^[2]。四季抗病毒口服液具有清热解毒、消炎退热等功效,可有效抑制病毒感染;碘甘油具有广谱杀菌作用,有利于黏膜的修复与再生,临床应用普遍。本研究探索了四季抗病毒口服液和碘甘油联

合应用治疗疱疹性咽峡炎患儿的疗效及其对心肌酶谱和免疫水平的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 4 月~2017 年 12 月我院收治的 100 例疱疹性咽峡炎患儿作为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组 50 例。观察组中男 27 例,女 23 例;年龄 6 个月~8 岁,平均年龄(2.32±0.75)岁;体温 38.0~40.1℃,平均体温(39.26±0.38)℃。对照组中男 26 例,女 24 例;年龄 6 个月~9 岁,平均年龄(2.51±0.69)岁;体温

38.1~40.2 ℃, 平均体温 (39.32±0.45) ℃。两组患者的一般资料相比较, 差异无统计学意义, $P>0.05$, 具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准。

1.2 纳入标准 符合《实用儿科学》中小儿疱疹性咽峡炎的西医诊断标准者^[3]; 符合疱疹性咽峡炎中医症候诊断标准者^[4]; 病程≤2 d 者; 年龄 6 个月~10 岁者; 患儿家属知情并同意者。

1.3 排除标准 合并心血管疾病或肝、肾和造血系统等原发性疾病者; 合并遗传性疾病及联合免疫缺陷疾病者; 入院前 6 个月内有发热、头痛、乏力、肌痛、恶心、呕吐和腹泻等肠道病毒感染者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 给予常规物理和药物降温、补液, 同时服用四季抗病毒口服液 (国药准字 Z20027669), 5 ml/次, 3 次/d, 连续治疗 5 d。

1.4.2 观察组 在对照组的基础上加用碘甘油 (国药准字 H31021302)。对于能配合治疗的患儿, 使用压舌板压舌, 将蘸有碘甘油的棉签直接均匀涂抹于患处, 且 30 min 内禁止饮水和进食; 而年龄较小或不能配合患儿, 护理人员则将无菌纱布缠绕于压舌板上, 将碘甘油均匀涂抹于纱布上, 快速涂抹于患儿口腔咽峡部, 3 次/d, 连续治疗 5 d。

1.5 观察指标及疗效评定标准 (1) 治疗前后行空腹静脉采血 3 ml, EDTA 真空采血管中抗凝, 高速离心机常温下离心, 转速为 3 000 r/min, 离心 10 min, 置于 -20 ℃ 低温保存, 采用全自动生化分析仪测定

两组患儿的心肌酶谱, 采用流式细胞分析仪检测两组患儿的细胞免疫 CD4⁺ 和 CD8⁺ 水平。(2) 疗效评定标准。显效: 患儿一般情况好转, 体温降至 37.5 ℃ 以下, 食欲改善, 流涎和咽痛症状消失且咽峡疱疹消失; 有效: 患儿一般情况好转, 体温降至 37.5 ℃ 以下, 咽峡疱疹基本消失; 无效: 患儿体温仍处于 37.5 ℃ 以上, 食欲较差, 有流涎现象, 咽峡疱疹未消失。总有效 = 显效 + 有效。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS12.0 统计学软件, 计数资料以 % 表示, 采用 χ^2 检验, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 符合正态分布且方差齐时, 两组间心肌酶谱和免疫功能采取独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组的总有效率为 88.00%, 高于对照组的 70.00%, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
观察组	50	32	12	6	44(88.00)
对照组	50	24	11	15	35(70.00)
Z					4.883
P					0.027

2.2 两组患儿的心肌酶谱水平 两组患儿的心肌酶谱 AST、LDH、CK 和 CK-MB 水平均较治疗前下降, 且观察组的心肌酶谱水平均低于对照组, 差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患儿心肌酶谱水平比较(U/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	AST		LDH		CK		CK-MB	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	54.86±15.43	30.65±7.34	287.66±55.24	142.41±19.69	234.98±40.25	156.98±35.47	39.05±7.14	17.44±5.98
对照组	55.32±13.74	33.88±8.63	283.96±61.22	157.96±25.47	239.96±38.96	171.77±36.84	38.79±6.85	19.93±6.33
t	0.157	2.016	0.317	3.415	0.628	2.045	0.186	2.022
P	0.875	0.047	0.752	0.001	0.531	0.043	0.853	0.046

2.3 两组患儿的细胞液免疫功能比较 两组 CD4⁺ 水平均较治疗前升高, 且观察的 CD4⁺ 水平组高于对照组, 差异有统计学意义, $P<0.05$; 两组 CD8⁺ 水

平均较治疗前降低, 且观察组的 CD8⁺ 水平低于对照组, $P<0.05$; 观察组的 CD4⁺/CD8⁺ 高于对照组, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患儿的细胞液免疫功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	23.35±5.38	34.87±6.85	36.55±6.33	26.74±4.52	0.64±0.12	1.30±0.23
对照组	23.74±5.67	29.87±5.41	36.62±8.56	31.23±4.63	0.65±0.13	0.96±0.20
t	0.353	4.043	0.046	4.907	0.799	8.120
P	0.725	0.000	0.963	0.000	0.426	0.000

3 讨论

疱疹性咽峡炎是儿童期发生的特殊类型的上呼吸道感染, 具有潜伏期短、发病急的特点, 常突发高热, 易发生惊厥, 在发病后 12 h 内患者软腭、咽峡部

及咽后壁等处出现灰白色小疱疹^[5]。

小儿疱疹性咽峡炎临床通常采用广谱抗病毒药物进行治疗。四季抗病毒口服液由中药板蓝根、连翘、生石膏、生地、知母、芦根、广藿香、郁金、石菖蒲

等组成,具有清热解毒凉血、抗病毒、抑菌及增强机体防御功能的作用,苦、辛、寒,不伤阴,抗炎退热,对疱疹性咽峡炎有明确疗效^[6]。碘甘油中碘与表面活性剂相结合形成水溶液,可在患处创面形成一层极薄的杀菌薄膜,缓慢持久释放有效碘,对各类细菌、病毒、真菌、芽孢和原虫具有杀灭作用,且持续时间较长;而甘油可于溃疡面形成保护屏障,有利于阻止有害物质对溃疡的侵蚀,促进黏膜的恢复和再生^[7]。

本研究发现在给予常规抗病毒药物治疗的基础上加用碘甘油外用治疗,可提高小儿疱疹性咽峡炎的治疗效果,恢复速度快。申天甜等^[8]的研究结果与本结论相一致。小儿疱疹性咽峡炎常并发不同程度的心肌损害,心肌酶是反映心肌损害较敏感的指标,具有较高的特异性,郭小丽等^[9]研究发现抗病毒药物可有效改善患儿的心肌损害状况。本研究中,患儿治疗后的心肌酶水平较治疗前明显下降,与其研究结果一致。同时,本研究中配合碘甘油治疗,患儿恢复进程加快,心肌酶水平降低趋势更为明显,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。疱疹性咽峡炎患儿免疫功能低下,四季抗病毒口服液和碘甘油联合应用可有效提高患儿免疫功能,患儿 $CD4^+$ 水平升高, $CD8^+$ 水平降低, $CD4^+/CD8^+$ 明显升高,患儿的免疫水平明

显改善,有利于临床恢复。综上所述,四季抗病毒口服液和碘甘油联合应用治疗疱疹性咽峡炎患儿有利于提高临床疗效,改善患儿心肌酶谱水平,提高免疫功能。

参考文献

[1]王玉洁,杨洪,姚相杰,等.2015 年深圳地区疱疹性咽峡炎的病原学与流行病学特征分析[J].中华疾病控制杂志,2016,20(8):759-763
 [2]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
 [3]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
 [4]鲍先握,戴杰,林海升,等.利巴韦林联合康复新液雾化吸入治疗疱疹性咽峡炎疗效观察[J].中成药,2015,37(7):1622-1623
 [5]王鹤,张金环,张君,等.施保利通片联合利巴韦林治疗小儿疱疹性咽峡炎的临床观察[J].中国药房,2015,26(15):2068-2069
 [6]张海琼,俞小珍.3496 例下呼吸道感染住院儿童的病毒病原学分析[J].现代预防医学,2015,42(3):437-439
 [7]王卓为,线海燕.大蒜素软胶囊联合碘甘油治疗复发性口腔溃疡的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(2):330-333
 [8]申天甜,徐晨,高向东,柯萨奇 A 组病毒及其治疗药物的研究进展[J].国际药学研究杂志,2017,44(6):480-486
 [9]郭小丽,张苏棉.康复新液雾化吸入联合小儿双金清热口服液治疗急性期疱疹性咽峡炎合并心肌损害疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(14):1560-1563

(收稿日期: 2018-08-27)

止嗽散加减辨位治疗小儿慢性咳嗽 42 例分析

李瑞丽

(河南省洛阳市第一人民医院儿科 洛阳 471002)

摘要:目的:研究止嗽散加减辨位疗法在小儿慢性咳嗽中的应用价值。方法:选取 2016 年 1 月~2018 年 5 月我院收治的慢性咳嗽患儿 84 例为研究对象,采用随机数字表法分成实验组和对照组,每组 42 例。实验组实行止嗽散加减辨位治疗,对照组实行常规西医治疗。比较两组临床疗效、症状与体征评分情况。结果:治疗后,实验组的临床总有效率(90.48%)明显高于对照组(71.43%), $P < 0.05$;治疗前,两组症状与体征评分比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$;实验组症状与体征评分(3.69 ± 1.52)明显低于对照组(6.54 ± 1.37)分, $P < 0.05$ 。结论:选择止嗽散加减辨位疗法,对慢性咳嗽患儿进行施治,能够显著疗效,促进患儿相关症状缓解,有助于改善患儿预后,建议具有临床推广价值。

关键词:小儿慢性咳嗽;应用价值;止嗽散加减辨位;临床疗效

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.020

临床儿科病症当中,慢性咳嗽比较常见,是一种咳嗽症状连续超过 4 周且胸部摄片检查提示正常的疾病,主要由胃食管反流性咳嗽、上气道咳嗽综合征以及咳嗽变异性哮喘等所引发,病灶可位于胃食管部、咽喉部和肺部,故临床将慢性咳嗽分成了胃源性咳嗽、咽源性咳嗽以及肺源性咳嗽这三种病理类型^[1]。目前,临床医师可采取常规对症疗法来对慢性咳嗽患儿进行施治,如止咳平喘、应用抗生素以及激素类药物等,但疗效不佳,且药物副作用大,尤其是激素以及抗生素的长时间应用容易引发肝肾损害,为

此,临床需要寻找一种可行性较高的治疗手段。故本研究选取我院收治 84 例慢性咳嗽患儿为研究对象,旨在分析止嗽散加减辨位疗法在小儿慢性咳嗽中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 1 月~2018 年 5 月收治的 84 例慢性咳嗽患儿为研究对象,采用随机数字表法分成实验组和对照组,每组 42 例。实验组男 23 例,女 19 例;年龄 2~11 岁,平均(6.89 ± 1.34)岁;病程 4~13 周,平均(8.21 ± 1.65)周;胃源性咳嗽