

- [11] 陈明. 养心通络汤联合氯吡格雷治疗急性冠心病心绞痛的疗效及对临床指标和血流动力学的影响[J]. 四川中医, 2018, 36(9): 67-70.
- [12] 李伟楠, 刘欣艳. 祛瘀化痰汤联合针刺治疗痰浊痹阻型冠心病心绞痛发作期的临床观察[J]. 河北中医, 2019, 41(11): 1712-1716.
- [13] 谭娉娉, 李雅, 郭志华, 等. 心痛宁方治疗冠心病稳定型心绞痛心血瘀阻证30例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(4): 51-53.
- [14] 张伟, 连爱霞. 中药穴位贴敷佐治不稳定型心绞痛(心血瘀阻证)的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2016, 25(3): 479-481.
- [15] 郭新合. 血府逐瘀汤联合西药治疗冠心病心绞痛心血瘀阻证患者的临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(5): 710-712.
- [16] 郑英, 台杰, 刘俊娥. 行气化痰通痹针刺法联合三七丹茶治疗冠心病稳定型心绞痛(瘀血痹阻证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(1): 95-97.
- [17] 卢素宏, 林华景, 张阳儿, 等. 通瘀煎对高脂血症大鼠心功能及血液流变学的影响[J]. 亚太传统医药, 2021, 17(6): 16-18.

(收稿日期 2022-03-02)

紫正地黄汤加减联合西医治疗急性化脓性扁桃体炎(肺胃郁热证)的临床观察

吴文芳 周 燕 赖 娟

(海南省海口市中医医院, 海南 海口 570200)

中图分类号: R766.18 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2023)04-0701-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.04.035

【摘要】 目的 观察紫正地黄汤加减联合西医治疗急性化脓性扁桃体炎(AST)(肺胃郁热证)的临床疗效。**方法** 将138例AST患者按照随机数字表法分为观察组与对照组各69例, 对照组患者予以西医常规治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用紫正地黄汤加减治疗, 两组均治疗5 d。观察两组治疗前后的主要症状评分、炎症指标和临床指标改善时间(扁桃体缩小时间、充血缓解时间、脓性分泌物消失时间), 比较两组临床疗效。**结果** 治疗后, 两组患者扁桃体肿大、咽痛、发热、脓性渗出症状评分较前均有下降($P < 0.05$), 观察组下降程度更为显著($P < 0.05$); 两组C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞计数(WBC)水平较前均有下降($P < 0.05$), 观察组下降程度更为显著($P < 0.05$)。观察组患者扁桃体缩小时间、充血缓解时间、脓性分泌物消失时间明显短于对照组($P < 0.05$)。观察组临床总有效率为97.10%, 高于对照组的85.51%($P < 0.05$)。**结论** 将紫正地黄汤加减联合西医用于AST患者的治疗, 可进一步提高临床疗效, 缓解临床症状, 缩短体征改善时间, 降低CRP、IL-6、WBC水平。

【关键词】 急性化脓性扁桃体炎 肺胃郁热证 紫正地黄汤加减 中西医结合治疗 紫正地黄散

急性化脓性扁桃体炎(AST)是一种多由乙型溶血性链球菌、葡萄球菌等致病菌感染所引发的呼吸道炎症性疾病, 发病率高达15%^[1], 患者发病时临床多表现为剧烈咽痛、高热、寒战、扁桃体充血红肿等症状, 病情容易反复发作, 若不予以及时有效的治疗措施, 容易迁延为慢性炎症, 甚至引发急性坏死性筋膜炎、心肌炎等并发症^[2]。现代医学治疗AST多采取抗感染、退热等对症措施, 西医治疗首选抗生素^[3], 但近年来随着耐药菌株的产生越来越多, 导致应用抗生素的总体治疗效果不甚理想^[4]。中医治疗AST具有较为明显的优势, 有助于提高临床疗效, 降低抗生素的使用和耐药的发生^[5-6]。中医学认为AST属于“急乳蛾”范畴, 其病因病机多在于风邪外犯, 加之肺胃积热, 风热搏结于喉核, 气滞血瘀, 发为此病, 治疗应采取辛凉清热、解毒利咽之法。本研究观察紫正地黄汤加减联合西医治疗AST(肺胃郁热证)的疗效, 以期临床治疗提供参考依

据。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准: 西医诊断参照《耳鼻咽喉头颈外科学》^[7]中关于AST的描述内容; 中医诊断及辨证参照《中医耳鼻咽喉科学》^[8]乳蛾肺胃郁热证的辨证标准。纳入标准: 符合诊断标准; 年龄18~50岁; 发病至就诊时间在3 d内; 入组前未接受相关治疗; 自愿参与本次研究, 签署知情同意书。排除标准: 不符合纳入标准者; 合并下呼吸道感染、特异性感染疾病者; 合并急性中耳炎、扁桃体周围脓肿等并发症者; 处于妊娠期或哺乳期妇女; 合并严重心脑血管疾病者; 精神障碍者; 肝肾功能不全者; 对本研究所用药物成分过敏者; 同期参与其他临床试验者。

1.2 临床资料 选取本院急诊科2020年6月至2022年1月期间收治的138例AST患者, 按照随机数字表法分为两组各69例。观察组男性38例, 女性31例; 平

均年龄(34.58±3.81)岁;平均发病至就诊时间(1.87±0.45) d。对照组男性36例,女性33例;平均年龄(34.17±3.98)岁;平均发病至就诊时间(1.65±0.52) d。两组年龄、性别等基线资料差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.3 治疗方法 对照组患者参照《耳鼻咽喉-头颈外科疾病诊疗指南》^[9]予西医常规治疗,甲磺酸左氧氟沙星氯化钠注射液(双鹤药业有限公司生产,0.4 g/200 mL)每次100 mL,每2次避光静脉输液以抗感染,每日1次;予复方氯化钠注射液500 mL静脉滴注以补液,每日1次,并嘱患者清淡饮食、注意休息等,若出现高热情况应予以退热等对症措施。观察组在对照组治疗基础上采取紫正地黄汤加减:生石膏20 g,紫荆皮、牡丹皮、赤芍、玄参、茜草各10 g,生地黄15 g,薄荷、细辛各3 g。流脓涕者加败酱草;痰多者加陈皮、桔梗;纳差者加麦芽。水煎服,日1剂,分早晚2次服用。两组均治疗5 d后评估相关指标改善情况。

1.4 观察指标 1)扁桃体缩小时间、充血缓解时间、脓性分泌物消失时间。2)主要症状评分:对两组的扁桃体肿大、咽痛、发热、脓性渗出症状的严重程度量化评分,0分为无症状,2分为轻度,4分为中度,6分为重度,得分越高则该项症状越严重。3)炎症指标:采集两组治疗前后的空腹状态下的静脉血,采用ELISA法检测C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)水平,采用全自动生化分析仪检测白细胞计数(WBC)。

1.5 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[10]制定。治愈:中医证候积分改善率 $\geq 90\%$,患者治疗后3 d体温恢复正常,患者扁桃体肿大较前消退,脓性分泌物基本消失。好转:中医证候积分改善率 $\geq 80\%$, $<90\%$,患者治疗后3 d体温显著下降,患者扁桃体肿大较前明显减轻,脓性分泌物明显缓解。无效:未达到以上标准者。总有效率=治愈率+好转率。

1.6 统计学处理 应用SPSS23.0统计软件。计量资料符合正态分布时以($\bar{x}\pm s$)表示,比较用 t 检验;计数资料以“ n 、 $\%$ ”表示,比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后主要症状评分比较 见表1。治疗后,两组患者扁桃体肿大、咽痛、发热、脓性渗出症状评分均下降($P<0.05$),观察组下降程度更为显著($P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后炎症指标比较 见表2。治疗后两组患者CRP、IL-6、WBC水平较前均下降($P<0.05$),观察组下降程度更为显著($P<0.05$)。

2.3 两组临床指标改善时间比较 见表3。观察组患者扁桃体缩小时间、充血缓解时间、脓性分泌物消失时

表1 两组治疗前后主要症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	扁桃体肿大	咽痛	发热	脓性分泌物渗出
观察组 ($n=69$)	治疗前	3.88±0.73	3.71±0.68	3.47±0.52	3.19±0.42
	治疗后	0.69±0.14 [△]	0.55±0.16 [△]	0.47±0.07 [△]	0.53±0.19 [△]
对照组 ($n=69$)	治疗前	3.69±0.82	3.57±0.72	3.29±0.59	3.11±0.57
	治疗后	1.39±0.28 [*]	1.27±0.31 [*]	0.98±0.13 [*]	1.03±0.28 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

表2 两组治疗前后炎症指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	CRP(mg/L)	IL-6(pg/mL)	WBC($\times 10^9/L$)
观察组 ($n=69$)	治疗前	33.58±5.67	35.97±6.74	16.52±3.54
	治疗后	11.27±2.21 [△]	12.14±2.27 [△]	10.27±1.51 [△]
对照组 ($n=69$)	治疗前	32.24±6.44	34.88±7.13	16.29±3.78
	治疗后	14.89±1.75 [*]	15.69±1.88 [*]	12.39±1.23 [*]

表3 两组临床指标改善时间比较(d, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	扁桃体缩小时间	充血缓解时间	脓性分泌物消失时间
观察组	69	2.77±0.65 [△]	3.39±0.72 [△]	2.24±0.57 [△]
对照组	69	3.69±0.44	3.92±0.56	3.11±0.42

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

间明显短于对照组($P<0.05$)。

2.4 两组临床疗效比较 见表4。观察组临床总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

表4 两组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效($\%$)
观察组	69	49	18	2	67(97.10) [△]
对照组	69	36	23	10	59(85.51)

3 讨论

AST多因慢性扁桃体炎反复急性发作而表现为咽痛、扁桃体肿大、脓性分泌物渗出等症状,若不采取及时有效的诊治,容易增加中耳炎、肾炎等并发症的发生风险^[11]。由于AST的主要致病菌为乙型溶血性链球菌,常合并呼吸道流感病毒,临床治疗以抗生素为主^[12],可有效缓解患者的临床症状。随着耐药菌株的不断增加,导致应用单纯抗生素治疗无法达到理想效果^[13]。大量资料表明将中西医结合疗法应用于AST中的疗效显著优于单纯应用西医治疗^[14-15]。中医学中并无“急性化脓性扁桃体炎”这一病名,根据其临床症状和体征,可将其纳入“急乳蛾”“喉风”等范畴,《丹台玉案·卷三》中记载“乳蛾……感受风热……结于咽喉”。说明急乳蛾的发生与风邪外犯有关,现代中医学家认为其病因病机多在于风邪外犯,循肺经上炎,侵犯肺胃,肺胃积热,风热搏结于喉核,脉络受阻,气滞血瘀,发为此病,治疗应采取辛凉清热、解毒利咽之法。

紫正地黄汤由新安郑氏喉科紫正地黄散化裁而来,方中生地黄味甘性寒,清热养阴使咽喉红肿内消,紫荆皮辛凉散邪,共为君药,可辛凉养阴、清热护津;牡丹皮、赤芍、茜草、玄参为臣药,可助君药活血消肿、清热养阴之功效,细辛、防风辛散表邪;佐以石膏清热解毒,薄荷佐助君药之活血消肿,诸药合用,共奏辛凉养阴、清热利咽之功。现代药理学研究指出,紫正地黄汤方中多味中药均具有良好的抗炎、抗病毒、提高机体抵抗力的作用^[16]。生地黄多糖可通过诱导T淋巴细胞增生进而发挥对体液免疫的正面调控作用^[17]。紫荆皮具有良好的抗炎效果,在改善小鼠体表局部组织红肿方面效果良好^[18]。牡丹皮、赤芍、茜草、玄参均具有良好的抗炎、抗菌、增强免疫作用。既往研究指出^[19],将紫正地黄汤运用于颈深间隙感染大鼠中,结果发现紫正地黄汤可通过调控NLRP3及Caspase-1蛋白的表达量,进而发挥抗炎作用。

本次研究显示,经过治疗后,观察组患者的主要症状评分下降程度明显优于对照组;临床体征改善时间明显短于对照组,且临床总有效率高于单用西医治疗的对照组,提示紫正地黄汤加减联合西医治疗AST(肺胃郁热证)的疗效良好,可进一步缓解患者的临床症状,缩短临床体征改善时间。炎症反应是AST发生、发展的关键机制,而CRP、IL-6、WBC均是重要的炎症指标,对反映机体炎症反应具有重要价值,其水平高低与炎症程度呈正相关^[20-21]。本研究结果表明,经过治疗后两组患者CRP、IL-6、WBC水平较前均有下降,观察组下降程度更显著,表明紫正地黄汤加减联合西医治疗AST患者,可进一步降低患者的炎症指标水平,有助于缓解其病情严重程度。

综上所述,将紫正地黄汤加减联合西医运用于AST患者的治疗中,可进一步提高临床疗效,缓解临床症状,缩短体征改善时间,降低CRP、IL-6、WBC水平,有助于抑制炎症反应、缓解病情严重程度。

参 考 文 献

- [1] SANMARK E, WIKSTIKÉN J, VÄLIMAA H, et al. Peritonsillar abscess may not always be a complication of acute tonsillitis: A prospective cohort study[J]. PLoS One, 2020, 15(4): e0228122.
- [2] ANDREYCHYN MA, KOPCHA VS, KLYMNYUK SI, et al. Thermographic differential diagnosis of acute tonsillitis and exacerbation of chronic tonsillitis[J]. Wiad Lek, 2020, 73(3):417-422.
- [3] MUNCK H, JØRGENSEN AW, KLUG TE. Antibiotics for recurrent acute pharyngo-tonsillitis: systematic review[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2018, 37(7):1221-1230.
- [4] MESKINA ER, STASHKO TV. Kak snizit' antibakterial' nuyu nagruzku pri lechenii ostrogo tonsillita i faringita? Vozmozhnaya taktika i prakticheskie podkhody[How to reduce the antibacterial load in the treatment of acute tonsillitis and pharyngitis? Possible tactics and practical approaches][J]. Vestn Otorinolaringol, 2020, 85(6):90-99.
- [5] 胡智. 凉膈缩桃汤结合紫蝎穴位贴敷治疗急性化脓性扁桃体炎疗效观察[J]. 四川中医, 2021, 39(8):164-167.
- [6] 郑笑, 崔艳超, 赵瑞珍, 等. 蓝芩利咽解毒汤治疗急性化脓性扁桃体炎疗效观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(3):475-478.
- [7] 田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013:130-131.
- [8] 阮岩. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:161-162.
- [9] 崔永华, 刘争. 耳鼻咽喉-头颈外科疾病诊疗指南[M]. 北京:科学出版社, 2013:289.
- [10] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1~001.9-94[M]. 南京:南京大学出版社, 1994:94.
- [11] WILCOX CR, MOORE M, LITTLE P. Use of antibiotics for acute sore throat and tonsillitis in primary care[J]. Br J Gen Pract, 2022, 72(716):136-137.
- [12] ØHRSTØRM MT, DANSTRUP CS, KLUG TE. Adherence to antibiotic guidelines in the treatment of acute pharyngeal infections[J]. Dan Med J, 2019, 66(2):A5530.
- [13] PILTCHER OB, KOSUGI EM, SAKANO E, et al. How to avoid the inappropriate use of antibiotics in upper respiratory tract infections? A position statement from an expert panel[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2018, 84(3):265-279.
- [14] 林叶青, 徐慧贤, 李妙编. 清咽利膈汤加味治疗急性化脓性扁桃体炎的疗效研究[J]. 中国中医急症, 2020, 29(9):1572-1575.
- [15] 高淑铮, 郑杨杨, 郑庆扬, 等. 自拟清热排脓活血汤辅助西医治疗急性化脓性扁桃体炎疗效观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29(7):1244-1246.
- [16] 金芬芬, 宋若会. 紫正地黄汤治疗腺样体炎30例疗效观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2018, 37(2):18-21.
- [17] 陈金鹏, 张克霞, 刘毅, 等. 地黄化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2021, 52(6):1772-1784.
- [18] 屠彦红, 宋若会, 高士秀, 等. 紫正地黄汤加减治疗反流性咽喉炎肺胃郁热证的疗效观察[J]. 中医药导报, 2021, 27(10):85-88.
- [19] 金芬芬, 宋若会, 屠彦红. 紫正地黄汤对颈深间隙感染大鼠炎症小体NLRP3的影响[J]. 山东中医药大学学报, 2019, 43(2):181-187.
- [20] KANIK A, ELIACIK K, KANIK ET, et al. Clinical usefulness of acute-phase markers in distinguishing between PFAPA and other exudative tonsillitis causes: A methodological study[J]. J Trop Pediatr, 2021, 67(1):124.
- [21] GEIßLER K, WEIGEL C, SCHUBERT K, et al. Cytokine production in patients with recurrent acute tonsillitis: analysis of tonsil samples and blood[J]. Sci Rep, 2020, 10(1):13006.

(收稿日期 2022-05-28)