

• 临床探讨 •

# 寒喘祖帕颗粒治疗喘憋性肺炎的临床疗效及安全性研究

王 艳, 王 艳, 杨莎莎

(河北省廊坊市第四人民医院儿科 065700)

**摘要:**目的 探讨寒喘祖帕颗粒用于治疗喘憋性肺炎的临床疗效及其安全性。方法 选取 2014 年 10 月至 2016 年 1 月该院收治的喘憋性肺炎患儿 80 例,应用随机数字表法分为治疗组与对照组,各 40 例。对照组患儿给予单纯的氧驱动雾化吸入治疗,治疗组患儿在对照组的 治疗基础上给予寒喘祖帕颗粒治疗。对比两组患儿治疗的临床疗效、临床症状好转时间、不良反应,并对比治疗前后两组患儿的二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)和氧合指数(OI)。结果 治疗组与对照组的总有效率分别为 95.00%、75.00%,治疗组总有效率明显升高(P=0.026);与对照组对比,治疗组患儿缺氧、咳嗽、喘憋及肺部啰音缓解时间均明显缩短,差异有统计学意义(P<0.05);与治疗前对比,治疗组与对照组患儿 PaCO<sub>2</sub> 水平明显降低,OI 水平明显升高,且治疗组较对照组改善更明显,差异有统计学意义(P<0.05);治疗期间,治疗组患者出现 2 例胃肠道反应,停药后均缓解;对照组无不良反应发生。结论 喘憋性肺炎在雾化吸入治疗的基础上加用寒喘祖帕颗粒能明显提高疗效,无严重不良反应发生,安全性高,值得临床推广应用。

**关键词:**喘憋性肺炎; 寒喘祖帕颗粒; 儿童; 安全性

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.19.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)19-2806-03**

喘憋性肺炎的本质为毛细支气管引发炎症,婴幼儿为其高发人群,是一种较为特殊的肺炎,多发于初春和冬季。婴幼儿出现喘憋性肺炎主要与患儿本身免疫系统不成熟及其呼吸道的生理解剖特点有关,特别是对于不足 1 岁的婴儿,对细菌和病毒的免疫力较低,使病原菌更容易经口侵入体内,导致患儿的呼吸道发生感染,进而引发炎症反应。临床症状主要表现为持续咳嗽、发热、间断性呼吸困难等,严重者甚至会出现心力衰竭,对患儿的生命健康造成了严重的影响。近年来,随着临床医学技术的不断进步,对于喘憋性肺炎的治疗方法有多种,主要以雾化吸入治疗为主,药物主要有布地奈德混悬液及沙丁胺醇等,取得了一定的疗效,但长期雾化吸入治疗容易导致患者痰液增多,影响治疗效果。因此,在雾化吸入治疗的基础上应加用口服药物治疗,寒喘祖帕颗粒是一种包含钱线蕨、神香草、芹菜子、小茴香、芸香草、葫芦巴、玫瑰花、苎麻子、甘草浸膏 9 味药的口服药物,具有温肺止咳、镇咳化痰之功效,可缓解因雾化吸入治疗而引起的痰液增多等症状。本研究旨在对寒喘祖帕颗粒用于治疗喘憋性肺炎的临床疗效及其安全性进行探讨。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 10 月至 2016 年 1 月本院收治的喘憋性肺炎患儿 80 例,其中男 46 例,女 34 例;年龄 1~3 岁,平均(1.7±0.1)岁;发病时间 1~24 h,平均(11.33±1.21)h。纳入标准:所有入选患儿均符合喘憋性肺炎的诊断标准;经肝肾功能等检查;由监护人签署知情同意书。排除标准:伴有严重肝肾功能障碍的患儿;伴有神经系统疾病及先天性心脏病的患儿。80 例患儿应用随机数字表法分为治疗组与对照组,各 40 例。两组患儿年龄、性别对比,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	男[n(%)]	年龄(̄x±s,岁)	发病时间(̄x±s,h)
治疗组	40	24(60.00)	1.8±0.7	11.23±1.45
对照组	40	22(55.00)	1.5±0.9	11.09±0.88
χ <sup>2</sup> /t		0.259	1.326	0.912
P		0.088	0.126	0.076

**1.2 方法** 所有入组患儿在住院后均给予止咳、抗感染、祛痰、平喘、纠正酸中毒、维持电解质平衡、吸氧等常规对症治疗。对照组患儿给予单纯的氧驱动雾化吸入治疗,方法:将 1 mL 布地奈德混悬液(澳大利亚,规格 2 mL:1 mg,进口药品注册证号 H20140475)和 0.25 mL 的沙丁胺醇(深圳大佛药业有限公司,规格 2 mL:0.1 mg,国药准字 H20000348)注入吸入器中,然后将氧气表与吸入器连接,喷嘴或者面罩的选择根据患儿的情况,驱动力为氧气,氧流量设置在 6 L/min,患儿通过呼吸吸入氧雾微粒,每次治疗持续 10~15 min,每天 2 次。治疗组患儿在对照组治疗的基础上给予寒喘祖帕颗粒(新疆奇康哈博维药股份有限公司,规格:6 g×6 袋,国药准字 Z20053932)治疗,每次 2 g,每天 2 次,口服。两组患者治疗疗程均为 6 d。

**1.3 观察指标与疗效判断** 观察两组患儿治疗的临床疗效、临床症状缓解时间、不良反应,并对比治疗前后两组患儿的二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)和氧合指数(OI)水平。其中临床疗效判断标准:治疗 6 d 后患儿喘憋、肺部湿啰音、哮鸣音等症状消失或者明显缓解为显效;治疗 6 d 后患儿喘憋、肺部湿啰音、哮鸣音等症状有所缓解为有效;以上症状均没有任何缓解为无效。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析。计量资料以 ̄x±s 表示,比较采用 t 检验,计数资料以率表示,比较采用 χ<sup>2</sup> 检验。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患儿的临床疗效比较** 治疗组总有效率 95.00%,明显高于对照组的 75.00%,差异有统计学意义(χ<sup>2</sup>=11.249, P=0.026)。见表 1。

表 1 两组患儿的临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	27(67.50)	11(27.50)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	18(45.00)	12(30.00)	10(25.00)	30(75.00)

**2.2 两组患儿的临床症状缓解时间比较** 与对照组对比,治疗组患儿缺氧、咳嗽、喘憋及肺部啰音缓解时间均明显缩短,差异有统计学意义(P<0.05),见表 2。

**2.3 两组患儿治疗前后 PaCO<sub>2</sub>、OI 水平比较** 与治疗前对比,治疗组与对照组患儿 PaCO<sub>2</sub> 水平明显降低,OI 水平明显

升高,且治疗组较对照组改善更明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 2 两组患儿的临床症状缓解时间对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	缺氧缓解 (h)	咳嗽缓解 (d)	咳痰缓解 (d)	喘憋缓解 (min)	肺部啰音 (d)
治疗组	40	52.24±7.63	4.45±0.31	4.22±0.45	50.31±2.33	5.21±0.22
对照组	40	67.88±6.55	5.30±0.42	5.33±0.40	65.25±6.20	6.08±0.25
<i>t</i>		8.932	11.254	6.879	7.418	9.332
<i>P</i>		0.032	0.011	0.045	0.038	0.027

表 3 两组患儿的治疗前后 PaCO<sub>2</sub>、OI 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	<i>n</i>	PaCO <sub>2</sub> (mm Hg)	OI
治疗组	治疗前	40	56.85±3.74	193.50±7.61
	治疗后	40	40.02±2.90* <sup>#</sup>	341.03±10.71*
对照组	治疗前	40	57.61±5.43	190.82±7.26
	治疗后	40	48.74±3.35*	313.84±16.25*

注:与同组治疗前对比,\* $P < 0.05$ ;与对照组对比,<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

2.4 两组患儿的不良反应情况 治疗期间,治疗组患者出现 2 例胃肠道反应,停药后均缓解;对照组无不良反应发生。

### 3 讨 论

喘憋性肺炎是因为气道黏膜受损及气道炎症而引发的一种呼吸道感染疾病。近年来,多数研究显示,在喘憋性肺炎患儿的血液中及气管分泌物中发现了花生四烯酸、特异性 IgE 等炎性物质,这些炎性物质的存在可使患儿气管的平滑肌发生收缩及腺体分泌,最终会阻塞小气道<sup>[1-2]</sup>。严重者甚至会出现肺循环障碍、肺血管堵塞,毛细血管的通透性随之增大,导致分泌物越来越多,患儿动脉血氧分压下降,导致机体缺氧及酸中毒<sup>[3]</sup>。目前,临床上尚无有效的抗病毒药物,主要以改善肺通气、缓解呼吸道阻塞及控制喘息为治疗的关键<sup>[4]</sup>。

目前,临床上对于喘憋性肺炎多以雾化吸入治疗为主,药物主要有布地奈德混悬液及沙丁胺醇等,取得了一定的疗效<sup>[5]</sup>,但长期雾化吸入治疗容易导致患者痰液增多,影响治疗效果<sup>[6]</sup>。因此,在雾化吸入治疗的基础上应加用口服药物治疗。本研究为了进一步提高喘憋性肺炎的治疗疗效,在布地奈德混悬液雾化吸入治疗的基础上加用寒喘祖帕颗粒治疗。寒喘祖帕颗粒主要包含钱线蕨、神香草、芹菜子、小茴香、芸香草、葫芦巴、玫瑰花、苎麻子、甘草浸膏 9 味药<sup>[7-8]</sup>,处方中钱线蕨、葫芦巴、苎麻子能够驱寒燥湿,镇咳化痰,对黏性液体能够软化和吸收;神香草能够清除异常的黏液,具有明显的镇咳效果;玫瑰花与芸香草能够渗湿散寒,主攻湿寒性疾病,具有明显的止咳平喘功效;甘草浸膏能够促进致病液体的吸收,燥湿定喘,止咳化痰。方中诸药合用,协同起效,对于治疗肺炎、哮喘等呼吸道疾病具有明显疗效<sup>[9]</sup>。Han 等<sup>[10]</sup>研究显示,寒喘祖帕颗粒能够明显缩短喘憋性肺炎患儿主要的临床症状缓解时间。本研究结果显示,治疗组患儿治疗有效率明显高于对照组,提示寒喘祖帕颗粒能够明显提高治疗疗效。在对两组患儿临床症状分析中发现,与对照组比较,治疗组患儿缺氧、咳嗽、喘憋及肺部啰音缓解时间均明显缩短,说明在雾化吸入治疗的基础上加用寒喘祖帕颗粒能够加快患者的恢复,进而能够缩短患者的住院时间,减轻家庭经济负担。此外寒喘祖帕颗粒还能使 PaCO<sub>2</sub> 水平下降、OI 水平升高,明显改善了患者缺氧的症

状<sup>[11-13]</sup>。在安全性分析中显示,治疗组出现 2 例胃肠道反应,在停药后均缓解,分析其原因可能与葫芦巴和神香草中含有的生物碱和黄酮有关,但对治疗无影响,提示寒喘祖帕颗粒的应用并不会带来严重的不良反应,安全性高<sup>[14-16]</sup>。本研究的不足之处在于未对样本量进行精确的计算,并未展开对患儿肺功能影响的分析,在今后的研究中还需扩大样本量对寒喘祖帕颗粒治疗喘憋性肺炎的效果进一步深入分析。

综上所述,喘憋性肺炎在雾化吸入治疗的基础上加用寒喘祖帕颗粒能明显提高疗效,缩短主要临床症状的缓解时间,无严重不良反应发生,安全性高,值得临床应用。

### 参考文献

- [1] 陈培锋,陈金寅.双黄连雾化吸入应用于喘憋性肺炎治疗的临床研究[J].中华中医药学刊,2014,32(9):2294-2296.
- [2] 徐畅,饶花平,金世杰,等.不同年龄段小儿肺炎合并肺实变的临床特点分析[J].医学临床研究,2015,32(8):1490-1492.
- [3] Eifan AO, Akkoc T, Yildiz A, et al. Clinical efficacy and immunological mechanisms of sublingual and subcutaneous immunotherapy in asthmatic/rhinitis children sensitized to house dust mite: an open randomized controlled trial[J]. Clin Exp Allergy, 2010, 40(6): 922-925.
- [4] 刘秀群.氧气驱动雾化吸入辅助治疗小儿喘息型肺炎的全程系统化护理[J].国际护理学杂志,2013,32(4):801-803.
- [5] 胡润芳,吴良霞,张建华,等.喘憋性支气管肺炎不同治疗方法临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2012,27(13):1982-1984.
- [6] 王珠瑛,张晓娟,田春平,等.不同雾化方式治疗喘憋性肺炎的临床疗效观察[J].中国妇幼保健研究,2014,25(1):140-141.
- [7] 李兰英,李云,刘李军,等.吸入物变应原过筛试验对 5 岁以下儿童支气管哮喘的诊断价值[J].医学临床研究,2014,31(4):699-701.
- [8] 蔡跃明,吴镇洲.寒喘祖帕颗粒联合茶碱缓释片治疗咳嗽变异性哮喘临床观察[J].新中医,2015,47(1):78-79.
- [9] Edwards MR, Bartlett NW, Husell T, et al. The microbiology of asthma[J]. Nat Rev Microbiol, 2012, 10(7): 459-471.
- [10] Han W, Xie Y, Ren SY, et al. Clinical application of tidal breathing lung function test in 1-4 years old children with wheezing diseases[J]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi, 2014, 16(8): 800-804.
- [11] Zhang X, Zhang J, Cao A. Epidemiological investigation on respiratory diseases in 1 300 children, in Jinan, Shandong[J]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, 2014, 35(11): 1275-1277.
- [12] Sazonova OV, Isakova ON, Sukhacheva IF, et al. Habitat and incidence of respiratory organs diseases in the Samara population[J]. Gig Sanit, 2014(4): 33-36.
- [13] Sauvaget E, Bresson V, Oudyi M, et al. Value of routine identification of respiratory infectious agents in children hospitalized with an acute asthma exacerbation[J]. Arch

Pediatr, 2014, 21(11): 1173-1179.

[14] Dessart P, Deries X, Guerin-Moreau M, et al. Yellow nail syndrome: two pediatric case reports[J]. Ann Dermatol Venereol, 2014, 141(10): 611-619.

[15] Ambroggio L, Test M, Metlay JP, et al. djunct Systemic corticosteroid therapy in children with community-acquired pneumonia in the outpatient setting[J]. J Pediatric

Infect Dis Soc, 2015, 4(1): 21-27.

[16] Akturk H, Sik G, Salman N, et al. Atypical presentation of human bocavirus: Severe respiratory tract infection complicated with encephalopathy[J]. J Med Virol, 2015, 87(11): 1831-1838.

(收稿日期: 2016-04-02 修回日期: 2016-05-02)

• 临床探讨 •

# 儿童急性淋巴细胞白血病 MICM 检测结果分析

沈 伟, 韦永琼, 于 霞, 罗德幸, 刘成桂

(四川省成都市妇女儿童中心医院检验科 610091)

**摘要:**目的 了解儿童急性淋巴细胞白血病(ALL)的实验室特征,为临床分组、治疗和预后提供依据。方法 对 104 例新诊断的 ALL 进行临床特征、形态学、免疫学、染色体核型分析和融合基因筛查等检验结果作相似性分析。结果 新确诊的 104 例 ALL 最常见的是 B-ALL, 占 91.4%, 又以 Common-B 为主, 占 76.0%; 男孩稍多于女孩(63:41); 发病年龄主要集中在 1~<10 岁年龄段, 占 83.7%(87/104), 外周血白细胞(WBC)计数在 B-ALL 和 T-ALL 有明显区别, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。染色体核型分析检出率为 71.05%, 在 B-ALL 各分组和 T-ALL 中比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 但以 Common-B 为主, 占 88.9%。融合基因筛查共检出 28 例占 26.90%, 其中以 Common-B 中出现的 TEL-AML1 为主, 占 17.30%。结论 临床上 ALL 以 B-ALL 中的 Common-B 最常见, 外周血 WBC 计数可作为 ALL 诊断分型和预后判断的重要筛查指标, 染色体核型分析和融合基因筛查在 ALL 的诊断、治疗和预后中有重要作用。

**关键词:** 儿童; 白血病; 免疫分型; 染色体; 融合基因

**DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.19.044 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)19-2808-03**

急性淋巴细胞白血病(ALL)是儿童最常见的恶性血液病, 通过免疫分型可以确定 ALL 的类型(B 细胞或 T 细胞)和 ALL 的分化阶段, 免疫分型已成为 ALL 分型和临床危险度分组的基本手段, 而细胞遗传学和融合基因分析都是必不可少的危险度分组依据。现将新发病的 104 例 ALL 儿童的实验室检查结果分析如下, 以期临床分组、治疗和预后提供依据。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2015 年 1~6 月在本院初诊的 104 例 ALL 患儿。其中男 63 例, 女 41 例, 年龄 5 个月至 15 岁, 中位数年龄 5.17 岁。ALL 诊断分型按张之南主编的《血液病诊断及疗效标准(第 3 版)》进行。所有病例均经临床、形态学、免疫学及组化染色确诊, 均进行了染色体核型分析和融合基因筛查。

**1.2 免疫分型** 应用荧光原位杂交技术(FISH), 流式细胞术(FCM, FACSCalibur, BD)检测分析, 所用单抗包括 T 淋系、B 淋系、髓系、干、祖系细胞标志、胞质抗原等。利用 CD45/SS 设门圈定白血病细胞分析, 细胞膜抗原阳性百分率大于或等于 20%(CD34 $\geq$ 10%)为阳性, 胞质抗原大于或等于 10%为阳性标准, 诊断标准参照世界卫生组织 2008 分类标准。

**1.3 染色体核型分析** 取患儿骨髓液 2 mL, 肝素抗凝, 分离单个核细胞。经短期(24 h)培养后, 按常规方法制备染色体标本, G 显带分析分裂中期细胞, 核型描述按《人类细胞遗传学国际命名体制(ISCN2009)》。

**1.4 融合基因** 患儿骨髓液 2 mL, 肝素抗凝, 采用反转录多重巢式 PCR 检测。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析。计数资料采用例数表示, 各组之间相似性分析运用 Microsoft Excel 进行  $\chi^2$  检验。当理论频数小于 5 的 cells(格子)比例超过 20%, 采用确切概率法计算。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 ALL 患儿的临床特点** 在 104 例 ALL 患儿的实验室结果中, B-ALL (8.6%, 95/104) 病例数明显多于 T-ALL (91.4%, 9/104), 临床资料中只有外周血白细胞(WBC)计数在 B-ALL 和 T-ALL 患儿间有明显区别, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 在性别、年龄、外周血和骨髓的原始细胞、FAB 分类、染色体异常及融合基因等各内部分组中比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。发病率主要集中在 1~<10 岁(81/104, 83.7%), 见表 1。

表 1 ALL 患儿的临床特点(n)

分类	B-A	T-A	合计	P
	LL	LL		
性别				>0.05
男	56	7	63	
女	39	2	41	
年龄(岁)				>0.05
0~1	3	1	4	
1~<10	81	6	87	
10~18	11	2	13	
外周血 WBC 计数( $\times 10^9/L$ )				<0.05
0~<4	8	0	8	
4~<20	66	1	67	
20~<50	10	3	13	
$\geq 50$	11	5	16	
外周血原始细胞(%)				>0.05
无	43	3	46	
0~50	27	1	28	