

# 枸杞黄颗粒治疗小儿反复呼吸道感染疗效观察

郭慧玲

(西山煤电集团公司职工总医院儿科,山西太原 030053)

**【摘要】** 目的 观察枸杞黄颗粒治疗小儿反复呼吸道感染的疗效。方法 选择反复呼吸道感染患儿 60 例 给予枸杞黄颗粒口服 观察用药前后病情变化及血清免疫球蛋白的变化情况。结果 治疗后临床症状明显改善 发病次数减少 总有效率达 85% 血清免疫球蛋白均增高 与治疗前比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 枸杞黄颗粒用于小儿反复呼吸道感染可提高患儿免疫力 减少发病次数 有良好的治疗及预防效果 值得临床推广。

**【关键词】** 枸杞黄颗粒; 小儿; 反复呼吸道感染; 疗效

反复呼吸道感染 (RRTI) 约占儿科门诊的 30% 左右。我科从 2009 年 3 月至 2010 年 3 月以来 应用枸杞黄颗粒治疗小儿 RRTI 60 例 取得良好疗效。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料: 本组 60 例患儿为 2009 年 3 月至 2010 年 3 月间在我科门诊就诊 诊断为反复呼吸道感染的患儿 诊断标准均符合 1987 年全国小儿呼吸道疾病成都会议制定的小儿反复呼吸道感染的诊断标准。其中男 29 例 女 31 例 年龄 1 ~ 12 岁 平均 4.3 岁 病程 1 ~ 2 年 平均 1.3 年。所有患者均排除中重度营养不良及佝偻病、原发性免疫缺陷病、严重器质性疾病 1 个月内未使用免疫调节剂 并排除其他呼吸道疾患。

1.2 治疗方法: 每例患儿在急性呼吸道感染症状控制后予以口服枸杞黄颗粒 (每包 10 g 启东盖天力药业有限公司生产)。1 ~ 3 岁每次 5 g 3 岁以上每次 10 g 1 日 2 次 8 周为 1 个疗程 随访 6 个月。治疗前及治疗结束后 分别采集静脉血 检测血清免疫球蛋白 IgA、IgM、IgG。

1.3 随访: 用药期间每 1 ~ 2 周复诊 1 次 疗程结束后每月复诊 1 次 直至 6 个月。主要以电话随访为主 如有发热、咳嗽等 症状随时就诊 并予以相应的治疗。每次随访主要内容为呼吸道感染的发病次数和程度。

1.4 疗效判定: ①显效: 用药后半年内未再发生呼吸道感染; ②有效: 用药后半年内发生呼吸道感染次数与上一年同期比较减少 1 ~ 2 次 且症状轻 病程短; ③无效: 用药后半年内呼吸道感染次数与程度与上一年比较无明显变化。

1.5 统计学方法: 计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示 组间比较采用  $t$  检验  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 60 例患儿均完成随访 其中显效 32 例 (53.3%) 有效 19 例 (31.7%) 无效 9 例 (15%) 总有效率为 85%。

表 1 60 例患儿治疗前后 IgA、IgM、IgG 比较 (g/L,  $\bar{x} \pm s$ )

时间	IgA	IgM	IgG
治疗前	0.89 ± 0.25	1.48 ± 0.42	7.42 ± 2.15
治疗后	1.15 ± 0.31	1.65 ± 0.44	8.95 ± 2.31
$t$ 值	5.057	2.1648	3.7555
$P$ 值	0.0000	0.0320	0.0003

2.2 治疗前后血清免疫球蛋白比较: 治疗前患儿 IgA、IgM、IgG 均不同程度降低 治疗后均有一定提高 与治疗前比较 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

2.3 不良反应: 60 例患儿中有 5 例出现轻度腹泻 3 例恶心、呕吐 无腹痛及皮疹发生 不良反应未经治疗均自行缓解消失。

## 3 讨论

小儿 RRTI 的病因及影响因素较多 目前认为主要是由于小儿免疫、营养为主的内因 以及感染、环境等外因相互作用的结果<sup>[1]</sup> 其中 免疫功能的紊乱在 RRTI 的发生中占主要地位<sup>[2]</sup>。研究表明 小儿 RRTI 的血清免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 水平有不同程度的降低<sup>[3]</sup>。还有研究证实 小儿 RRTI 患儿可能存在暂时性的 T 细胞功能障碍<sup>[4]</sup>。由于总 T 淋巴细胞和 T 辅助淋巴细胞减少 刺激机体产生白细胞介素 2 (IL-2)、白细胞介素 4 (IL-4)、干扰素- $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) 的功能降低 B 细胞合成抗体减少 使患儿体液免疫及细胞免疫功能低下 抗病能力下降。加上婴幼儿呼吸系统发育尚不完善 易受各种病原微生物的侵袭 而引起反复感染。因此 使用免疫调节剂提高患儿机体抵抗力和免疫功能是防治小儿 RRTI 的重要方法之一。

枸杞黄颗粒是由枸杞菌丝体发酵物的提取物枸杞菌质 配伍中药枸杞子、黄精而制成的颗粒冲剂 具有补益精气、滋补肝肾、润养心肺和强壮筋骨之功效。现代药理研究认为 枸杞菌质其主要成分枸杞菌质多糖 (PS-T) 是 6 种单糖组成的杂多糖 结合 18 种氨基酸构成的蛋白质 并含有矿物质元素。PS-T 为活性很高的生物反应调节剂 能激发机体免疫系统中诸多环节 从而提高机体的免疫力<sup>[5]</sup>。枸杞黄对细胞吞噬功能有显著的促进作用 可增强溶菌酶活性 同时能够诱导 IFN- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$  IFN- $\alpha$  能促进 NK 细胞活性 提高特异性抗体产生; IFN- $\gamma$  能够促进呼吸道上皮细胞产生分泌性 IgA 及分泌片 SC 增强局部的抗病毒活性 有效地预防呼吸道病毒感染<sup>[6]</sup>。

本组 60 例治疗后总有效率达 85% 免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 均有了一定程度的提高 与治疗前比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) 与文献报道一致<sup>[5-7]</sup> 增强了患儿的免疫力 减少了呼吸道感染的次数 从而减少了患儿由于反复感染而使用抗生素的机率 避免了对患儿健康的损伤 也减轻了家庭的经济负担。因此 枸杞黄颗粒对小儿 RRTI 有良好的预防及治疗效果 且不良反应轻微 安全性好 值得临床推广。

## 参考文献

[1] 张桂菊, 刘志宏, 陈诗鸿. 中西医结合防治小儿反复呼吸道感染研究进展 [J]. 山东中医药大学学报, 2000, 24(6): 471-473.  
 [2] 虞坚尔, 李合国, 陈慕涵. 小儿反复呼吸道感染的临床研究进展 [J]. 上海中医药杂志, 2000, (7): 46-48. 封三.

[3] 常克萍. 反复呼吸道感染研究进展[J]. 临床儿科杂志, 2001, 19(5): 316-317.  
 [4] 曲凡, 董伟伟. 反复呼吸道感染患儿免疫功能变化的研究[J]. 中华儿科杂志, 2007, 45(8): 635.  
 [5] 韩志英. 槐杞黄颗粒治疗小儿反复呼吸道感染 50 例[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(6): 563-564.

[6] 王克明, 王桂兰. 槐杞黄颗粒对婴幼儿哮喘的早期干预作用[J]. 临床儿科杂志, 2008, 26(10): 896-898.  
 [7] 宋敏. 槐杞黄颗粒治疗小儿反复呼吸道感染恢复期疗效观察[J]. 吉林中医药, 2000, 30(8): 690. (收稿日期: 2011-06-12)

( 本文编辑: 马文娟 )

• 病例报告 •

# 重症肌无力危象误诊急性左心衰竭 1 例

钟斐 余猛进 许帆 卫波

( 上海市浦东新区人民医院急诊科, 上海 201200 )

## 1 临床资料

1.1 一般资料: 患者女, 70 岁, 因“胸闷、气促 9 h”来院急诊。2010 年 7 月 27 日下午出现胸闷、气促, 端坐呼吸, 无胸痛、濒死感, 无咳粉红色泡沫痰, 无尿少、下肢水肿, 休息后症状不能缓解, 于 27 日晚 22: 30 左右来我院急诊, 以“冠心病、心力衰竭( 心功能 IV 级 )”收入急诊 ICU。患者既往无高血压、糖尿病等慢性病史, 身体健康。

1.2 入院后体格检查: 血压 149/90 mm Hg, 神志清, 端坐呼吸, 口唇微绀, 颈静脉无怒张, 两肺呼吸音粗, 未闻及明显干湿啰音。心界无明显扩大, 心尖搏动在左第 5 肋间锁骨中线内 0.5 cm, 心率 103 次/min, 律不齐, 未闻及杂音。全腹平软, 无压痛、肌紧张、反跳痛, 肝颈静脉回流征阴性。双下肢稍水肿。

1.3 实验室检查: 血气分析: pH 7.410, 动脉二氧化碳分压 ( PaCO<sub>2</sub> ) 48 mm Hg, 动脉氧分压 ( PaO<sub>2</sub> ) 61 mm Hg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 30.4 mmol/L, 肌钙蛋白 I 定量 0.130 ng/ml ( 正常值 0.00 ~ 0.08 ng/ml ), 磷酸肌酸激酶同工酶 1.65 ng/ml ( 正常值 0.00 ~ 2.37 ng/ml ), β 型钠尿肽 22 pg/ml ( 正常值 12 ~ 95 pg/ml ); 血常规: 血红蛋白 154 g/L, 白细胞计数 12 × 10<sup>9</sup> /L, 中性粒细胞 85.1%, 栓溶二聚体 1.7 mg/L ( 正常值 0.00 ~ 2.6 mg/L ), 甲状腺素功能: 三碘甲状腺原氨酸 1.23 nmol/L ( 正常值 1.34 ~ 2.73 nmol/L ), 甲状腺素 119.10 nmol/L ( 正常值 78.38 ~ 157.40 nmol/L ), 促甲状腺素 0.05 mIU/L ( 正常值 0.34 ~ 5.60 mIU/L ), 游离三碘甲状腺原氨酸 3.65 pmol/L ( 正常值 3.8 ~ 6.0 pmol/L ), 游离甲状腺素 12.24 pmol/L ( 正常值 7.54 ~ 21.32 pmol/L ), 肝肾功能、血糖、电解质、血脂, 均无异常。心电图: 轻微 ST 段改变。全胸片: 正常。B 超检查: 双侧胸腔少量积液, 右侧 10 mm, 左侧 12 mm。胸部 CT: 前上纵隔见退化胸腺组织, 两肺下叶炎症, 两侧胸腔少量积液, 主动脉型心脏, 肺动脉高压。

1.4 治疗: 入院后给予去乙酰毛花甙 ( 西地兰 ) 0.4 mg 静脉推注强心治疗, 呋塞米、螺内酯利尿治疗, 单硝酸异山梨酯、氯沙坦扩血管, 美托洛尔控制心室率, 营养心肌及对症治疗, 胸闷、气促无缓解。7 月 28 日 15: 50 患者出现呼吸浅促, 神志不清, 口唇及四肢末梢明显紫绀, 指脉氧饱和度急骤下降至 80% 左右, 复查血气分析: pH 7.15, PaCO<sub>2</sub> 104.00 mm Hg, PaO<sub>2</sub> 44.00 mm Hg, 脉搏氧饱和度 ( SaO<sub>2</sub> ) 74%, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 36.2 mmol/L,

立即行气管插管、呼吸机机械通气、纠酸、镇静对症治疗, 患者胸闷、气促症状迅速缓解。追问病史: 家属诉患者发病前 3 d 开始出现上眼睑下垂, 视物模糊, 后出现面部表情减少, 行走不稳等情况, 故考虑重症肌无力危象, 经进一步疲劳试验呈阳性, 诊断明确, 给予糖皮质激素、溴吡斯的明、丙种球蛋白、抗感染及对症治疗 2 周后患者好转出院。

## 2 讨论

患者以突发胸闷、气促、不能平卧来院, 结合患者年龄初步诊断为冠心病、急性左心衰竭, 但给与强心、利尿、扩血管、β-受体阻滞剂等治疗, 患者胸闷、气促症状无缓解, 后因出现严重呼吸衰竭行气管插管机械通气治疗, 患者症状很快缓解, 通过追问病史及相关检查明确诊断为重症肌无力危象。

重症肌无力被认为是一种体液介导的细胞免疫参与的自身免疫病<sup>[1]</sup>, 体液免疫的可能机制为: ①抗体与乙酰胆碱受体 ( AchR ) 结合后加速受体的降解和内吞作用; ②阻断乙酰胆碱 ( Ach ) 与受体的结合; ③通过补体激活而破坏 AchR, 最终导致神经肌肉接头的兴奋传递障碍。还有一种认为 75% ~ 85% 的肌无力患者有胸腺异常, 其中 60% ~ 70% 为胸腺增生, 10% 为胸腺瘤。胸腺肌样上皮细胞表面存在 AchR, 在病毒感染的和特定的遗传素质影响下自身免疫耐受机制受到损害, 产生自身 AchR 抗体, 并经分子模拟和交叉免疫反应, 引起神经肌肉接头损害, 导致重症肌无力的发生。成人重症肌无力可分为单纯眼肌型、延髓肌型、全身肌无力型、脊髓肌无力型、肌萎缩型, 其中延髓肌型极易发生呼吸困难而危及生命, 表现为危象。

张勇等<sup>[2]</sup>报道 32 例重症肌无力误诊 11 例, 误诊率高达 34.4%。薛玉红等<sup>[3]</sup>对 52 例老年重症肌无力进行了分析, 误诊 12 例, 误诊率 23.1%。因此, 重症肌无力在临床上尤其是在急诊科易导致误诊, 应引起急诊科医师的重视。

## 参考文献

[1] 陈灏珠. 实用内科学 [M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 2733 - 2735.  
 [2] 张勇, 徐爱敏, 孙海荣, 等. 重症肌无力 11 例误诊分析 [J]. 临床误诊误治, 2001, 14(2): 104 - 105.  
 [3] 薛玉红, 李长凤. 老年重症肌无力 52 例临床分析 [J]. 宁夏医学杂志, 2009, 31(7): 616 - 618. (收稿日期: 2011-06-16)

( 本文编辑: 马文娟 )