

中药熏洗灌肠结合西药治疗手足口病

杨映\*, 黄建亭, 黄建群, 邵山鹰  
(温州市儿童医院, 浙江 温州 325000)

〔摘要〕 目的:观察中药熏洗灌肠结合西药治疗手足口病疗效。方法:采用随机数字表法将诊断明确的 260 例手足口病患儿按年龄段随机分成观察组和对照组,各 130 例。对照组静脉滴注利巴韦林 10 mg·kg<sup>-1</sup>,1 次/d,酌情给予抗生素治疗;观察组在对照组治疗的基础上加用本院协定中药处方进行中药熏洗及灌肠治疗,入院 24 h 内开始中药熏洗治疗,早晚 2 次,中药灌肠治疗,1 次/d。观察两组临床疗效、不良反应及并发症情况。结果:观察组总有效率 94.62% 明显高于对照组 85.38% ( $P < 0.05$ );观察组退热时间、皮疹消退时间及住院天数均短于对照组 ( $P < 0.05$ );观察组不良反应发生率 4.62% 低于对照组 11.54% ( $P < 0.05$ )。结论:中药熏洗灌肠结合西药治疗手足口病儿童,易接受、依从性好、药物吸收全、疗程短、显效快,值得临床应用。

〔关键词〕 手足口病;熏洗;灌肠;疗效;儿童  
〔中图分类号〕 R287.6 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 1005-9903(2015)05-0185-04  
〔doi〕 10.13422/j.cnki.syfjx.2015050185

Effects of Traditional Chinese Medicine for Fumigating-washing and Enema Combined with Western Medicine in Treating Hand-foot-mouth Disease YANG Ying\*, HUANG Jian-ting, HUANG Jian-qun, SHAO Shan-ying (Wenzhou Children's Hospital, Wenzhou 325000, China)

〔Abstract〕 Objective: To observe the curative effect of traditional Chinese medicine for fumigating - washing and enema combined with western medicine in treating hand-foot-mouth disease. Method: Two hundred and sixty patients with a clear diagnosis of hand-food-mouth disease were randomly divided into the observation group and the control group according to their ages by a random number table of 130 patients each. The patients in the control group received ribavirin intravenous drip (10 mg·kg<sup>-1</sup>) once daily and antibiotics when needed. On the basis of the control group, the patients in the observation group began to receive traditional Chinese medicine prescription of fumigating-washing treatment twice daily and enema treatment once daily within the first 24 hours of admission. The clinical efficacy, adverse reaction and complications of the two groups were observed. Result: The total effective rate in the observation group was 94.62%, which was obviously higher than 85.38% of the control group with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). The antifebrile time, erythra regression time and hospital stays in the observation group were shorter than those in the control group with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). Incidence of adverse reactions in the observation group was 4.62%, which was lower than 11.54% in the control group with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Chinese medicine for fumigating-washing and enema combined with western medicine therapy is easy to accept and good adherence. Moreover, it has good absorption, short treatment course and takes effect quickly in treating hand-foot-mouth disease of children. It is worthy of clinical popularization and application.

〔Key words〕 hand-foot-mouth disease; fumigation; enema; curative effect; children

手足口病(hand-foot-mouth disease, HFMD)多为感染柯萨奇病毒 A16 及肠道 EV71 病毒所致,于 1957 年首次在新西兰报告,自 2006 年以来 HFMD 在我国多地区亦多次发生流行,2008 年被列为常见的丙类传染病<sup>[1]</sup>。HFMD 多发于 5 岁以下儿童,以发热和手、足、口腔等部位的皮疹或疱疹为主要症

〔收稿日期〕 20140716(002)  
〔通讯作者〕 \* 杨映,主治医师,从事儿童感染研究,Tel:13868626661,E-mail:wzhy81@163.com

状,少数患儿可引起严重并发症,如心肌炎、肺水肿、无菌性脑膜炎等。中医学认为 HFMD 属于“温病”、“时疫”范畴,为感受湿热疫毒时邪,由口鼻、肌肤而入,内侵肺脾心,再自内向外透发<sup>[2]</sup>。温州地属亚热带地区,每年农历 5 月“梅雨季节”,气温转暖,空气湿热,病毒滋生,迎来手足口病的高峰期,持续 2~3 月。目前尚无针对 HFMD 病毒的特殊疫苗,其病毒传染性强、隐性感染比例大、传播途径复杂、传播速度快,且中国是人口大国,人口密集,容易引起暴发流行,因此尽快控制继发感染、缓解症状、缩短病程是主要的预防手段。西药抗病毒的疗效有限,中医药治疗 HFMD 有一定优势,但小儿口服汤药受到限制,纵观大量文献,国外没有查找到同类文章。国内对 HFMD 中医治疗方面的研究,主要集中于中药口服、中药外洗、灌肠等使用,尚无中药熏洗结合灌肠的研究,且不同区域,气候属性不同,病症有所不同,同类研究均有着地域局限性<sup>[3]</sup>。本研究对本区域不同年龄组 HFMD 儿童采用中药熏洗灌肠结合西药治疗,取得较好疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 260 例 48 h 内发病,临床表现发热、皮疹典型的 HFMD 普通病例患儿接受治疗实验,诊断治疗均符合《手足口病诊疗指南(2010 年版)》的标准。采用随机数字表法将患儿分为两组:观察组 130 例,男 84 例,女 46 例;年龄 0~1 岁 21 例,平均体重( $9.04 \pm 1.94$ ) kg,平均起病时间( $1.47 \pm 0.59$ ) d;1~3 岁 103 例,平均体重( $11.98 \pm 2.37$ ) kg,平均起病时间( $1.60 \pm 0.51$ ) d;3~5 岁 6 例,平均体重( $14.58 \pm 2.14$ ) kg,平均起病时间( $1.42 \pm 0.66$ ) d;体温  $>39\text{ }^{\circ}\text{C}$  65 例。对照组 130 例,男 74 例,女 56 例;年龄 0~1 岁 31 例,平均体重( $8.85 \pm 1.43$ ) kg,平均起病时间( $1.56 \pm 0.78$ ) d;1~3 岁 91 例,平均体重( $11.95 \pm 2.52$ ) kg,平均起病时间( $1.73 \pm 0.84$ ) d;3~5 岁 8 例,平均体重( $15.81 \pm 1.92$ ) kg,平均起病时间( $1.62 \pm 0.74$ ) d;体温  $>39\text{ }^{\circ}\text{C}$  57 例。两组性别、年龄、平均体重、起病时间、体温等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断依据

1.2.1 纳入标准<sup>[4]</sup> ①手足口病患儿中医辨证分型为邪伏肺卫、卫气同病、湿热内蕴、心火亢盛、气阴两虚 5 个证型。选择临床诊断明确,发病 48 h 内,体温波动于  $38\sim40\text{ }^{\circ}\text{C}$ ,手足及臀部皮疹较多者。②无神经系统、呼吸系统、循环系统体征及症状。③家

属愿意接受中药熏洗及灌肠治疗者。

1.2.2 排除标准<sup>[5]</sup> ①发病 48 h 以上,入院时无热,皮疹较少者。②出现神经系统、呼吸系统、循环系统相应的 1 种或 1 种以上症状体征者。③家属拒绝中药熏洗及灌肠治疗者。

1.2.3 病例剔除与脱落标准<sup>[6]</sup> ①不满足纳入标准要求及被误入的病例。②未按规定完成治疗或资料不全等影响疗效或安全性判定者。③病程中患者自行退出者及病程中发生严重不良反应而不宜继续进行临床观察者。④出现病情变化,进展为手足口重症,需静脉注射丙种球蛋白针、糖皮质激素、甘露醇等治疗者。

1.3 治疗 对照组采用利巴韦林(浙江瑞新药业,国药准字 H19999027)  $10\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ ,静脉滴注,1 次/d;加维生素 C(浙江瑞新药业,国药准字 H33020604)  $100\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ 以及对症处理等西药常规治疗。观察组在对照组治疗基础上在入院 24 h 内给予中药(院内制剂,标准号〔2010〕39 号)熏洗,基本方为苦参 20 g,蛇床子 15 g,徐长卿 20 g,地肤子 20 g,上药研磨 80 目,装沙袋冲开水 1 000 mL,先置中药熏蒸仪中熏蒸 5 min,打开毛孔,后将剩余药液外洗患部,使药液进一步吸收,2 次/d;中药保留灌肠(院内制剂,标准号〔2009〕4 号),基本方为金银花、连翘、青蒿、荷叶、甘草、蝉蜕、谷芽、竹叶各 5 g,随证加减,呕吐加法半夏、陈皮、鸡内金;泄泻加山楂、葛根;肤痒加白鲜皮、地肤子;夜惊加钩藤、僵蚕;高热加石膏、知母。水煮药汁,加热至  $36\sim39\text{ }^{\circ}\text{C}$ ,用 50 mL 一次性注射器接一次性头皮针,涂上液状石蜡润滑,轻轻插入肛门约 10 cm,缓慢推注药液,注药完毕,捏住肛周两侧臀部约 5 min,轻轻拔出塑料管,防止药液外渗,尽量使药液在肠道内保持 1 h 以上。用量根据年龄、体重调整,0~1 岁患儿每次 10 mL,1~3 岁患儿每次 15 mL,3~5 岁患儿每次 20 mL。

1.4 观察指标 观察两组白细胞计数、C 反应蛋白(C-reactive protein,CRP)水平、血压、心率、心律、呼吸、意识变化情况,评价其疗效,观察患儿灌肠期间有无不良反应的发生,如脸色苍白、出冷汗等,中药外用时有无过敏等反应,如有应立即停止,并作相应处理;观察患儿有无神经系统、循环系统、呼吸系统并发症出现,如出现需及时调整治疗方案,做好抢救准备。每日记录各组患儿发热情况、皮疹情况、流涎、进食情况、伴随症状等。

1.5 疗效判断 有效:经治疗后 5 d 内临床症状明显好转,手足部皮疹消失,口腔部溃疡愈合,热退;显效:经治疗后 5 d 内临床症状有所好转,或无加重,

手足部皮疹减少,口腔溃疡部分愈合,热退;无效;经治疗后 5 d 内临床症状无好转,甚至加重。

**1.6 统计学方法** 采用 SPSS 19.0 统计软件包进行统计分析,计量资料指标采用  $\bar{x} \pm s$  表示,进行  $t$  检验,计数资料采用率表示,进行  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 两组均未有脱落病例,失访率为 0。观察组总有效率 94.62% 明显高于对照组 85.38% ( $P < 0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组白细胞计数,CRP,退热时间,皮疹消退时间及住院天数比较** 两组治疗后白细胞计数,CRP,退热时间,皮疹消退时间及住院天数比较,0 ~ 1,1 ~ 3,3 ~ 5 岁观察组患儿治疗后白细胞计数,CRP

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Clinical curative effect comparison in two groups

| 组别 | 年龄<br>/岁 | 例数  | 显效<br>/例 | 有效<br>/例 | 无效<br>/例 | 总有效率<br>/% |
|----|----------|-----|----------|----------|----------|------------|
| 观察 | 0 ~ 1    | 21  | 17       | 2        | 2        | 94.62      |
|    | 1 ~ 3    | 103 | 91       | 8        | 4        |            |
|    | 3 ~ 5    | 6   | 4        | 1        | 1        |            |
| 对照 | 0 ~ 1    | 31  | 21       | 4        | 6        | 85.38      |
|    | 1 ~ 3    | 91  | 74       | 5        | 12       |            |
|    | 3 ~ 5    | 8   | 6        | 1        | 1        |            |

注:与对照组比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

与对照组比较差异无统计学意义;退热时间、皮疹消退时间及住院天数均明显短于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗后白细胞计数,CRP,退热时间,皮疹消退时间及住院天数比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 2 Comparison of white blood cell count, CRP, antifebrile time, fade time of rash and hospitalization days between two groups after treatment( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别 | 年龄/岁  | 例数  | 白细胞/ $\times 10^9/L$ | CRP/ $mg \cdot L^{-1}$ | 退热时间/h                         | 皮疹消退时间/d                      | 住院天数/d                        |
|----|-------|-----|----------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 观察 | 0 ~ 1 | 21  | 14.72 $\pm$ 4.98     | 15.10 $\pm$ 3.93       | 12.76 $\pm$ 5.09 <sup>1)</sup> | 5.08 $\pm$ 0.79 <sup>1)</sup> | 5.19 $\pm$ 0.74 <sup>1)</sup> |
|    | 1 ~ 3 | 103 | 12.11 $\pm$ 3.18     | 21.14 $\pm$ 7.54       | 15.85 $\pm$ 4.67               | 5.17 $\pm$ 0.87 <sup>1)</sup> | 5.21 $\pm$ 0.84 <sup>1)</sup> |
|    | 3 ~ 5 | 6   | 11.32 $\pm$ 3.41     | 16.45 $\pm$ 8.41       | 10.28 $\pm$ 4.75 <sup>1)</sup> | 4.98 $\pm$ 1.47 <sup>2)</sup> | 4.82 $\pm$ 1.31 <sup>2)</sup> |
| 对照 | 0 ~ 1 | 31  | 13.71 $\pm$ 4.35     | 15.82 $\pm$ 3.78       | 14.45 $\pm$ 5.23               | 5.78 $\pm$ 1.02               | 5.82 $\pm$ 1.04               |
|    | 1 ~ 3 | 91  | 11.48 $\pm$ 3.45     | 22.16 $\pm$ 7.24       | 13.74 $\pm$ 5.47               | 5.46 $\pm$ 0.79               | 5.63 $\pm$ 0.98               |
|    | 3 ~ 5 | 8   | 10.92 $\pm$ 4.42     | 16.82 $\pm$ 4.04       | 19.21 $\pm$ 6.01               | 6.67 $\pm$ 1.38               | 6.78 $\pm$ 1.43               |

注:与对照组同年龄组比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ,<sup>2)</sup>  $P < 0.01$ (表 3 同)。

**2.3 两组不良反应发生率比较** 两组患儿均未出现神经系统、循环系统、呼吸系统并发症。观察组不良反应发生率 4.62%,与对照组 11.54% 比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组不良反应发生率比较

Table 3 Comparison of incidence of adverse reactions between two groups

| 组别 | 年龄<br>/岁 | 例数  | 脸色苍白<br>/例 | 出冷汗<br>/例 | 过敏<br>/例 | 总发生率<br>/%         |
|----|----------|-----|------------|-----------|----------|--------------------|
| 观察 | 0 ~ 1    | 21  | 0          | 1         | 0        | 4.62 <sup>1)</sup> |
|    | 1 ~ 3    | 103 | 2          | 0         | 1        |                    |
|    | 3 ~ 5    | 6   | 1          | 1         | 0        |                    |
| 对照 | 0 ~ 1    | 31  | 1          | 2         | 1        | 11.54              |
|    | 1 ~ 3    | 91  | 3          | 6         | 0        |                    |
|    | 3 ~ 5    | 8   | 1          | 1         | 0        |                    |

3 讨论

HFMD 在流行期间,幼儿园和托儿所可发生集

体感染和家庭聚集发病现象,主要表现为口腔黏膜充血、疼痛,在唇、颊、舌、腭等多处散在很多小水疱,迅速成为溃疡;在皮肤表现为手掌、足底等处散在红色斑丘疹或小水疱,重者可累及臀部及大腿,呈簇发生。严重影响小儿进食和活动,给小儿造成痛苦。个别重症患儿病情发展迅速,最终可能导致死亡。目前尚无针对 HFMD 的疫苗及特效药,如何减轻患儿病痛,缩短其病程,改善其预后是目前研究的重点。

中医对 HFMD 的记载可追溯到宋代《小儿药证直诀》中的“其疮出有五名,肝为水疱”“病疱者,涕泪俱少”对本病疱疹特点的描述。本病归属中医的“时疫”“春温”范畴。小儿脾常不足,肺脏娇嫩,最易受湿热邪毒,导致肺气失宣,首先出现发热、头痛、咳嗽、流涕等症状;当邪毒熏蒸口舌时,则出现口腔疱疹、口痛、流涎等症状;湿热熏蒸四肢时,则表现为手足疱疹;而邪毒还会使肺气、血运、心包等出现病症,导致可能产生严重的后果。HFMD 流行期间,气

温升高,空气湿热,患儿多出现发热、疱疹赤红、舌干症状。方中苦参和蛇床子具有止汗除湿之效<sup>[7]</sup>;金银花、连翘具有抗炎、解热镇痛、抗内毒素作用。法半夏、陈皮、鸡内金可助止吐;山楂、葛根可助泄泻;白鲜皮、地肤子可止肤痒;钩藤、僵蚕可治夜惊;石膏、知母可抗高热<sup>[8-9]</sup>。

有些患儿家长担心灌肠会有副作用,对肠道有损伤,给患儿带来痛苦,在实施灌肠前向患儿家长详细讲解灌肠的原理及过程,让其明白中药灌肠的好处就是毒副作用小,但治疗作用可达全身各系统<sup>[10]</sup>。在实施灌肠给药时,手法要轻,以免损伤肠道,在实施灌肠给药后由患儿家属以手握双臀部约 10 min,待药液充分吸收后松开手。与传统的西医抗病毒治疗方法相比具有以下优点:①应用中药汤剂灌肠,解决了小儿服药困难的难题。②用药方法简便,易于操作,尤其婴幼儿易接受。③西医无特效抗病毒药物,临床使用的抗病毒药利巴韦林效果不明显,而且利巴韦林有骨髓抑制作用,会引起白细胞、血色素的降低,这对于本身就会出现白细胞降低的 HFMD 患儿更加不适合,此疗法解决了这一难题。④几乎无毒副作用。⑤中药治疗 HFMD 疗程短、疗效可靠、费用低廉。⑥适用于各级医疗单位,安全有效,又可节省卫生资源<sup>[11-12]</sup>。

本研究发现,相比单纯使用利巴韦林抗病毒治疗的对照组患儿其疗效不及中西医结合治疗的观察组儿童,两组总有效率比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组治疗后白细胞计数、C 反应蛋白、退热时间、皮疹消退时间及住院天数比较发现,0~1,1~3,3~5 岁观察组患儿治疗后白细胞计数,CRP 与对照组比较差异无统计学意义;退热时间、皮疹消退时间及住院天数均明显短于对照组( $P < 0.05$ );两组患儿均未出现神经系统、循环系统、呼吸系统并发症;观察组不良反应发生率 4.62%,与对照组 11.54% 比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),说明中药熏洗具有清热解毒、燥湿透疹,加快皮疹结痂的作用,加上中药保留灌肠法的使用让药物吸收更加直接、全面,迅速有效地清除毒物,减少毒物吸收,减轻了患儿的痛苦,控制了重症病例的进展,减少了转诊人次,实现了中医治疗 HFMD 的优势和特点,而且中西医结合的治疗方法在提高疗效的基础上也减小单纯西药治疗对机体的损害,尤其是免疫功能尚未发

育完全的小儿<sup>[13]</sup>。

综上所述,中药熏洗灌肠结合西药治疗手足口病儿童的治疗方案是易接受的,不同年龄组患儿的依从性、药物吸收、退热时间、皮疹消退时间及住院天数均优于对照组,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 杨海英,王明月,张全发,等. 中药辨证与  $\alpha$ -1b 干扰素防治手足口病的临床研究[J]. 南京中医药大学学报,2014,30(1):30-32.

[2] 吕诚,王永炎,王燕平,等. 利用文本挖掘分析手足口病中西医治疗现状[J]. 北京中医药大学学报,2012,35(5):297-302.

[3] 陶红,林庆锋,张韬,等. 治疗手足口病中药的灰关联分析[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(4):282-284.

[4] 石平,杨璐瑛,钱燕华,等. 2010-2012 年无锡市重症手足口病流行特征及疾病负担调查[J]. 中华疾病控制杂志,2014,18(6):577-579.

[5] 袁圣福,李洁,祝伟宏. 肠道病毒 71 感染手足口病患几外周血 T 淋巴细胞亚群及免疫球蛋白检测研究[J]. 中华医院感染学杂志,2014,24(12):3112-3114.

[6] 中华人民共和国卫生部. 手足口病诊疗指南[S]. 2010.

[7] 杨娟,黄敬群. 除湿止汗散的制备及质量控制[J]. 中国医院药学杂志,2011,31(2):154-156.

[8] 孙艳涛,王冰,李莉. 梯度洗脱法同时测定不同配比金银花连翘药对中绿原酸、连翘脂素[J]. 中成药,2011,33(5):821-823.

[9] 吴莹,宋泽璧,徐月,等. 知母盐炙前后滋阴作用比较[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(24):211-214.

[10] 张国梁,颜鹏飞,陈必全,等. 不同疗法治疗普通型手足口病 837 例临床疗效观察[J]. 中医杂志,2012,53(5):395-398.

[11] 薛白琳,姚志红,于荣敏. 中药抗 EV71 病毒活性及其在治疗手足口病中的应用[J]. 中国中药杂志,2011,36(23):3366-3370.

[12] 吕诚,王永炎,王燕平,等. 利用文本挖掘分析手足口病中西医治疗现状[J]. 北京中医药大学学报,2012,35(5):297-302.

[13] 倪梅,徐冬梅. 中西医结合治疗手足口病二次复发 30 例护理研究[J]. 现代预防医学,2012,39(15):3843-3844.

[责任编辑 邹晓翠]