

消痈利咽汤联合耳穴疗法对小儿反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证临床症状及炎症反应的影响

于焕英¹, 钱会会¹, 张治成²

1. 濮阳市中医医院, 河南 濮阳 457003; 2. 河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450003

摘要 目的: 观察消痈利咽汤联合耳穴疗法对小儿反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证临床症状及炎症反应的影响。方法: 选取2022年1月—2024年6月濮阳市中医医院收治的小儿反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证患儿170例, 采用信封法随机分为对照组和治疗组, 每组85例。对照组给予西医常规对症治疗, 治疗组在其基础上给予消痈利咽汤联合耳穴疗法治疗, 连续干预7 d。比较两组炎症因子、症状体征改善时间、扁桃体肿大程度、中医症状评分以及不良反应发生率。结果: 两组治疗后白细胞计数(WBC)、C反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素8(IL-8)均较治疗前降低($P < 0.05$), 且治疗组治疗后更低($P < 0.01$)。治疗组退热时间、咽痛消失时间、脓性分泌物消失时间、扁桃体消肿时间均短于对照组($P < 0.01$)。两组治疗后扁桃体肿大程度均较治疗前改善($P < 0.05$), 且治疗组治疗后扁桃体肿大程度更轻($P < 0.05$)。两组治疗后主要症状评分(发热、咽痛、扁桃体肿大、脓性分泌物)、次要症状评分(刺激性干咳、阻塞感、恶心、口渴)均较治疗前降低($P < 0.05$), 且治疗组治疗后更低($P < 0.01$)。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 消痈利咽汤联合耳穴疗法对小儿反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证可减轻炎症反应, 改善扁桃体肿大, 促进疾病康复。

关键词 消痈利咽汤; 耳穴疗法; 风热犯肺证; 小儿反复化脓性扁桃体炎; 炎症反应; 不良反应

中图分类号: R276.1

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)03-0079-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260060

化脓性扁桃体炎是小儿常见的上呼吸道感染性疾病, 临床表现为发热、咽痛、吞咽困难、扁桃体肿大伴脓性分泌物等。积极的抗感染治疗可迅速缓解症状, 但停药后易反复发作, 严重者可诱发急性肾小球肾炎、风湿热、肺部感染等并发症^[1]。目前西医临床对于本病无理想的根治性治疗方案, 仅以抗感染、抗炎、退热等方法进行处理, 仍有部分患儿疗效欠佳^[2]。中医药在小儿反复化脓性扁桃体炎的治疗方面具有独特的优势, 认为本病属于“乳蛾”“喉痹”之范畴, 小儿脏腑娇嫩, 易感受外邪, 侵袭咽喉, 导致局部血败肉腐而致病。治则以清热解毒、消痈利咽为法^[3]。耳穴疗法、中药汤剂内服等均是中医治疗乳蛾的常用方法^[4]。清咽利膈汤出自《证治准绳·幼科》卷三, 功擅清咽利膈、消肿止痛^[5]。本研究以此方为基础加金银花、连翘等清热解毒、疏散风热之品得到消痈利咽汤, 观察消痈利

咽汤联合耳穴疗法对小儿反复化脓性扁桃体炎临床症状及炎症反应的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月—2024年6月濮阳市中医医院收治的小儿反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证患儿170例, 采用信封法随机分为对照组和治疗组, 每组85例。对照组男童47例, 女童38例; 年龄3~14岁, 平均年龄(8.15 ± 2.13)岁; 急性病程3~48 h, 平均病程(22.69 ± 5.87)h。治疗组男童42例, 女童43例; 年龄3~14岁, 平均年龄(8.09 ± 2.24)岁; 急性病程3~48 h, 平均病程(22.51 ± 5.92)h。两组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经濮阳市中医医院医学伦理委员会审批通过(2021-12-003)。

1.2 诊断标准

西医诊断参考《诸福棠实用儿科学》^[6]中反复化脓性扁桃体炎标准, ①临床表现为高热、咽痛剧烈、吞咽困难、口渴等; ②存在扁桃体肿大(正常: 无肿大;

收稿日期: 2025-03-06 修回日期: 2025-12-24

基金项目: 河南省中医药科学研究专项课题(2024ZY3037)

作者简介: 于焕英(1980-), 女, 硕士, 副主任中医师, 研究方向: 儿科呼吸系统、紫癜、肾病、消化系统等疾病。

I 度:超出腭舌弓、但不超过腭咽弓;II 度:超过腭咽弓、未达到咽后壁中线;III 度:超过咽后壁中线)、咽部充血、表面有脓性分泌物;③白细胞计数(WBC)、中性粒细胞数(NEUT)、C 反应蛋白(CRP)、血清淀粉样蛋白 A(SAA)计数均增高,符合细菌感染;④扁桃体炎反复发作(1 年内发作 $\geq 5 \sim 7$ 次,或连续 2~3 年每年发作 ≥ 3 次)。

中医诊断根据《中药新药临床研究指导原则》^[7] 诊断为风热犯肺证。主症为发热,咽痛,扁桃体肿大,脓性分泌物;次症为刺激性干咳,阻塞感,恶心,口渴;舌脉为舌红、苔薄白或黄,脉浮数(其中发热、咽痛、扁桃体肿大、脓性分泌物四项主要症状根据患儿自身严重程度分为无、轻、中、重 4 个等级,分别量化分值为 0 分、2 分、4 分和 6 分。剩余刺激性干咳、阻塞感、恶心、口渴四项次要症状根据患儿自身严重程度分为无、轻、中、重 4 个等级,分别量化分值为 0 分、1 分、2 分和 3 分)。

1.3 纳入、排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合反复化脓性扁桃体炎标准;②符合风热犯肺证辨证标准;③年龄 3~14 岁;④反复发作 ≥ 1 年;⑤家长签署知情同意书。

1.3.2 排除标准

①对组方中某味药过敏;②心血管、脑血管或肝肾重要疾病;③合并猩红热、手足口病等;④患有免疫系统疾病及血液性疾病;⑤近期使用过抗生素、免疫抑制剂或其他可能影响研究结果的药物;⑥入组前 1 个月内接受过扁桃体切除术或其他相关治疗。

1.4 治疗方法

对照组给予西医常规对症治疗,采用适量温水冲服阿莫西林颗粒(北京华尔孚制药公司,国药准字 H11021914,规格:0.125 g,批号 211207、230105),根据患儿体质量计算日剂量,20~40 mg/(kg·d),分 3 次口服,每 8 h 1 次。给予物理降温,如患儿体温超过 38.5℃,给予布洛芬混悬液(上海强生制药有限公司,国药准字 H20000359,规格:30 mL:0.6 g,批号 211215、230223),体质量 10~15 kg 者 4 mL/次,16~21 kg 者 5 mL/次,22~27 kg 者 8 mL/次,28~32 kg 者 10 mL/次,如体温未降至 38.5℃及以下,可于间隔 4~6 h 重复给药 1 次,24 h 内给药不超过 4 次。

治疗组在其基础上给予消痈利咽汤联合耳穴疗法

治疗,消痈利咽汤:玄参 3~6 g,升麻 3~6 g,桔梗 6~9 g,茯苓 6~9 g,黄连 1.5~3 g,黄芩 3~6 g,牛蒡子 6~9 g,防风 3~6 g,芍药 6~9 g,金银花 3~6 g,连翘 3~6 g,甘草 1.5~3 g。以上药物每日 1 剂,水煎取汁约 150 mL,早中晚餐后 30 min 温服 50 mL。耳穴疗法:取耳垂 8 区、耳轮 9 区耳穴,将耳穴贴(山东世纪通医药科技有限公司,鲁械注准 20152260595)对准耳穴贴好后,嘱患儿或其家长按压 3~5 次/d,每穴 30 s,3 d 后更换 1 次,双耳交替按压。

两组均连续干预 7 d。

1.5 观察指标

1.5.1 炎症因子

于治疗前、治疗 7 d 后抽取两组患儿的空腹静脉血 3 mL,分装于两支采血管。一支血标本采用血细胞分析仪(深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司,型号 BC-5350 CRP,粤械注准 20202220769)检测白细胞计数(WBC)、C 反应蛋白(CRP)。一支血标本室温静置 30 min 后离心,转速 2 000 r/min,离心半径 12.5 cm,离心 20 min,取血清采用酶标仪(北京普朗新技术有限公司,型号 DNM-9602,京械注准 20172401029)检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素 8(IL-8),TNF- α 化学发光法试剂盒(美国 Diagnostic Products Corporation,国械注进 20082401885)、IL-8 化学发光免疫分析法试剂盒[同昕生物技术(北京)有限公司,京械注准 20212400638]。

1.5.2 症状体征改善时间

记录两组退热时间、咽痛消失时间、脓性分泌物消失时间、扁桃体消肿时间。

1.5.3 不良反应

记录两组腹泻、皮疹、困乏不良反应的发生例数。

1.6 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件处理,计数资料采用[例(%)]的形式并用 χ^2 检验,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差的形式并采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组炎症因子比较

两组治疗后 WBC、CRP、TNF- α 、IL-8 均较治疗前降低($P < 0.05$),且治疗组治疗后更低($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 两组反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证患儿炎性因子比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	WBC/($\times 10^9$ /L)		CRP/(mg/L)		TNF- α /(ng/L)		IL-8/(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	85	13.41 $\pm$ 1.58	10.23 $\pm$ 1.17 *	25.56 $\pm$ 3.77	12.78 $\pm$ 2.11 *	47.85 $\pm$ 6.82	32.56 $\pm$ 5.08 *	17.45 $\pm$ 3.13	11.76 $\pm$ 2.05 *
治疗组	85	13.49 $\pm$ 1.44	8.47 $\pm$ 0.94 *	24.98 $\pm$ 4.03	8.63 $\pm$ 2.07 *	49.41 $\pm$ 7.15	24.12 $\pm$ 4.23 *	18.01 $\pm$ 2.98	8.95 $\pm$ 1.74 **
<i>t</i> 值		-0.345	10.812	0.969	12.944	-1.456	11.771	-1.195	9.635
<i>P</i> 值		0.731	0.000	0.334	0.000	0.147	0.000	0.234	0.000

注:与同组治疗前比较,**P*<0.05。

2.2 两组症状体征改善时间比较

治疗组退热时间、咽痛消失时间、脓性分泌物消失时间、扁桃体消肿时间均短于对照组(*P*<0.01)。见表2。

2.3 两组扁桃体肿大程度比较

两组治疗后扁桃体肿大程度均较治疗前改善(*P*<0.05),且治疗组治疗后扁桃体肿大程度更轻(*P*<0.05)。见表3。

表 2 两组反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证患儿症状
体征改善时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	退热时间	咽痛消失 时间	脓性分泌物 消失时间	扁桃体消 肿时间
对照组	85	3.85 $\pm$ 0.79	3.74 $\pm$ 1.02	4.56 $\pm$ 0.87	5.96 $\pm$ 1.11
治疗组	85	2.46 $\pm$ 0.51	2.11 $\pm$ 0.63	3.02 $\pm$ 0.54	3.74 $\pm$ 0.92
<i>t</i> 值		13.629	12.535	13.866	14.197
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证患儿扁桃体肿大程度比较[例 (%)]

组别	例数	治疗前				治疗后			
		正常	I 度	II 度	III 度	正常	I 度	II 度	III 度
对照组	85	0(0.00)	17(20.00)	38(44.71)	30(35.29)	24(28.24)	26(30.59)	27(31.76)	8(9.41) *
治疗组	85	0(0.00)	21(24.71)	30(35.29)	34(40.00)	35(41.18)	28(32.94)	22(25.88)	0(0.00) *
χ^2 值			1.612				10.635		
<i>P</i> 值			0.447				0.014		

注:与同组治疗前比较,**P*<0.05。

2.4 两组中医症状评分比较

两组治疗后主要症状评分(发热、咽痛、扁桃体肿大、脓性分泌物)、次要症状评分(刺激性干咳、阻塞

感、恶心、口渴)均较治疗前降低(*P*<0.05),且治疗组治疗后更低(*P*<0.01)。见表4、5。

表 4 两组反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证患儿主要症状评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	发热		咽痛		扁桃体肿大		脓性分泌物	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	85	4.25 $\pm$ 1.40	2.06 $\pm$ 0.34 *	4.31 $\pm$ 0.89	1.97 $\pm$ 0.64 *	4.18 $\pm$ 0.76	2.04 $\pm$ 0.58 *	4.03 $\pm$ 0.59	1.94 $\pm$ 0.41 *
治疗组	85	4.31 $\pm$ 1.26	1.54 $\pm$ 0.29 *	4.27 $\pm$ 0.93	1.43 $\pm$ 0.37 **	4.13 $\pm$ 0.81	1.51 $\pm$ 0.46 *	3.95 $\pm$ 0.64	1.39 $\pm$ 0.32 *
<i>t</i> 值		-0.294	10.728	0.286	6.735	0.415	6.601	0.847	9.750
<i>P</i> 值		0.769	0.000	0.775	0.000	0.679	0.000	0.398	0.000

注:与同组治疗前比较,**P*<0.05。

表 5 两组反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证患儿次要症状评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	刺激性干咳		阻塞感		恶心		口渴	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	85	2.31 $\pm$ 0.29	1.15 $\pm$ 0.24 *	2.16 $\pm$ 0.33	0.97 $\pm$ 0.17 *	1.96 $\pm$ 0.23	0.93 $\pm$ 0.27 *	2.33 $\pm$ 0.29	0.96 $\pm$ 0.24 *
治疗组	85	2.27 $\pm$ 0.33	0.81 $\pm$ 0.20 *	2.21 $\pm$ 0.28	0.64 $\pm$ 0.20 *	2.02 $\pm$ 0.21	0.57 $\pm$ 0.21 *	2.27 $\pm$ 0.31	0.61 $\pm$ 0.18 *
<i>t</i> 值		0.839	10.034	-1.065	11.591	-1.776	9.703	1.303	10.756
<i>P</i> 值		0.402	0.000	0.288	0.000	0.078	0.000	0.194	0.000

注:与同组治疗前比较,**P*<0.05。

2.5 两组不良反应比较

两组不良反应发生率(对照组 4.71%, 治疗组 7.06%)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 6。

表 6 两组反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证患儿
不良反应比较[例(%)]

组别	例数	腹泻	皮疹	困乏	不良反应 总发生
对照组	85	2(2.35)	1(1.18)	1(1.18)	4(4.71)
治疗组	85	3(3.53)	1(1.18)	2(2.35)	6(7.06)
χ^2 值					0.425
P 值					0.514

3 讨论

小儿化脓性扁桃体炎好发于学龄前期和学龄期儿童,其中学龄前期儿童发病率约为 4.17%,学龄期儿童发病率约为 4.29%,随着年龄的增长,其发病率逐渐下降^[8]。有研究发现,乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌等是引起小儿化脓性扁桃体炎的常见病原微生物,临床常采用阿莫西林进行抗感染治疗^[9]。但由于小儿免疫系统发育尚不成熟,对病原微生物的防御能力较差,加之细菌耐药的问题逐渐严重,病情反复发作,增加治疗难度,单用抗生素治疗的总体疗效不甚理想^[10]。

中医古籍对乳蛾的认识历史悠久,先秦时期《黄帝内经》将其归于“喉痹”,直至金元时期《儒门事亲》才将乳蛾从“喉痹”中分出:“热气上行,搏结于喉之两旁……是为乳蛾”。小儿腠理疏松,易感受外邪侵袭,入里化热,火热邪毒循经上攻咽喉,导致咽喉血肉膜络受损^[11]。中医治疗乳蛾的方法较多,中药内服、吹敷、针灸、推拿、刮痧、穴位敷贴、耳穴压豆等方法均有所应用^[12]。董书桂等^[13]采用中药联合耳穴治疗小儿化脓性扁桃体炎取得更好的疗效,有助于促进症状消退、减轻炎症反应,并能预防复发。消癰利咽汤中玄参为君,善凉血滋阴、清热解毒。升麻清热解毒、升举阳气;桔梗宣肺利咽、祛痰排脓,二药共为臣药。佐以茯苓健脾宁心、渗湿利水;黄连、黄芩清热燥湿、泻火解毒;牛蒡子疏散风热、解毒利咽;防风辛温发散、祛风解表,芍药养血柔肝、敛阴止痛;金银花疏散风热、清热解毒;连翘清热解毒、消肿散结。甘草为使,清热解毒、调和药性。

本研究发现,两组治疗后扁桃体肿大程度均较治疗前改善,且治疗组治疗后扁桃体肿大程度更轻。两组治疗后主要症状评分(发热、咽痛、扁桃体肿大、脓性分泌物)、次要症状评分(刺激性干咳、阻塞感、恶心、口渴)均较治疗前降低,且治疗组治疗后更低。治疗组退热时间、咽痛消失时间、脓性分泌物消失时间、扁桃体消肿时间均短于对照组。上述结果提示,消癰利咽汤联合耳穴疗法对小儿反复化脓性扁桃体炎可减

轻症状、改善扁桃体肿大,促进病情转归。消癰利咽汤中玄参所含的生物碱、多糖及甾醇类成分具有抗炎、抗病原微生物、降低毛细血管通透性等药理作用^[14]。升麻甾萜类成分具有抗病原微生物、抗炎作用,升麻糖苷具有降低体温作用^[15]。桔梗皂苷可增强巨噬细胞吞噬功能和溶菌酶活性,更好地抑制病原微生物^[16]。茯苓多糖可增强机体免疫功能,提高患儿自身抗病能力^[17]。黄连所含的小檗碱、黄芩所含的黄芩苷均具有良好的抗病原微生物、抗炎作用,可与抗生素协同控制感染^[18]。芍药苷可抑制炎症反应、收敛皮肤和黏膜而促进创面愈合,并能调节机体免疫功能,增强其抵御病原微生物的功能^[19]。耳穴疗法通过压迫耳垂 8 区、耳轮 9 区刺激体表感受神经,反馈性调节中枢神经,减轻不适症状^[20]。

化脓性扁桃体炎患儿机体处于急性炎症反应状态,WBC 是机体免疫系统的重要组成部分,在感染、炎症发生时迅速升高^[21]。CRP 是肝脏合成的急性时相反应蛋白,在炎症早期即可升高^[22]。TNF- α 可提高中性粒细胞吞噬功能,刺激免疫细胞释放促炎因子 IL-6,引起组织炎性损伤和发热反应^[23]。IL-8 可活化中性粒细胞,引起组织炎性损伤^[24]。本研究中两组治疗后 WBC、CRP、TNF- α 、IL-8 均较治疗前降低,且治疗组治疗后更低。这一结果提示,消癰利咽汤联合耳穴疗法对小儿反复化脓性扁桃体炎可减轻炎症反应,这是其治疗化脓性扁桃体炎的重要机制。消癰利咽汤中牛蒡子所含的牛蒡苷及苷元具有抑制炎症细胞活化、抗病原微生物作用^[25]。防风挥发油成分具有解热、抗炎、镇痛、抗病原微生物活性^[26]。金银花所含黄酮类、有机酸类成分具有抗菌、抗炎、抗氧化作用^[27]。连翘酚、甾醇类化合物具有广谱抗菌作用,并能抑制炎症、减轻水肿^[28]。甘草黄酮类成分具有皮质激素与作用,可抑制过度的免疫炎症反应^[29]。耳穴疗法可促进新陈代谢和炎性渗出物吸收^[30]。

本研究中两组不良反应反应率比较,差异无统计学意义,提示消癰利咽汤联合耳穴疗法的治疗安全性良好,并不会显著增加不良反应风险。

综上所述,消癰利咽汤联合耳穴疗法对小儿反复化脓性扁桃体炎风热犯肺证可减轻炎症反应,改善扁桃体肿大,促进疾病康复。

参考文献:

[1] 施佳,蔡成. 儿童复发性 A 族链球菌性扁桃体炎免疫机制的研究进展[J]. 基础医学与临床,2023,43(2):336-340.
[2] SANTOS C S, MORALES C M, CASTRO C Á, et al. Atypical debut of granulomatosis with polyangiitis as acute tonsillitis and strawberry gum: a case report[J]. Curr Rheumatol Rev, 2023, 19(1):102-107.
[3] 张梅,尚志花,赵真群,等. 近 5 年中医药治疗小儿乳蛾研究进展[J]. 中医儿科杂志,2021,17(2):90-93.
[4] 孙波,董书桂,刘伟然,等. 化浊解毒方联合耳穴贴压治疗小儿化脓性扁桃体炎临床观察[J]. 中国中医急症,2022,31(1):115-118.

- [5] 林叶青, 徐慧贤, 李妙清. 清咽利膈汤加味治疗急性化脓性扁桃体的疗效研究[J]. 中国中医急症, 2020, 29(9): 1572–1575.
- [6] 江载芳, 申昆玲, 沈颖. 诸福棠实用儿科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 396–397.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 233–237.
- [8] 嵇仲康, 朱巧君, 郑琳, 等. 2022年春季学期某子弟小学学龄儿童上呼吸道感染因症就诊的流行特征及流感病例的临床特征[J]. 中华临床感染病杂志, 2023, 16(5): 377–383.
- [9] 景辉丽. 阿莫西林联合蒲地蓝消炎口服液治疗小儿急性化脓性扁桃体炎的临床效果[J]. 中国社区医师, 2024, 40(34): 25–27.
- [10] 胡晓群, 吴洁镁, 潘睿凯. 四黄水蜜方穴位贴敷辅助抗生素治疗小儿急性扁桃体炎临床观察[J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35(5): 666–668.
- [11] 姜德友, 赵术志, 韩洁茹. 急乳蛾源流考[J]. 中国中医急症, 2021, 30(4): 723–725, 744.
- [12] 郭子宜, 崔霞, 李炜, 等. 基于“热、瘀、痰、虚”探讨儿童反复化脓性扁桃体炎辨治[J]. 现代中医临床, 2024, 31(6): 55–58.
- [13] 董书桂, 孙波, 刘伟然, 等. 中药联合耳穴治疗小儿化脓性扁桃体炎及预防复发的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(2): 239–242.
- [14] 王艺涵, 马力峥, 赵佳琛, 等. 经典名方中玄参的本草考证[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(10): 286–295.
- [15] 刘垠泽, 慕雪, 李沛楠, 等. 升麻化学成分及现代药理作用研究进展[J]. 中国野生植物资源, 2023, 42(5): 1–8.
- [16] 孙萍, 徐慧, 黄艳红, 等. 桔梗化学成分的提取方法和药理作用概述[J]. 中国酿造, 2022, 41(9): 18–23.
- [17] 路平, 史汶龙, 杨思雨, 等. 茯苓化学成分及药理作用研究进展[J]. 中成药, 2024, 46(4): 1246–1254.
- [18] 柯秀梅, 张立胜, 李欣, 等. 黄芩–黄连合煎液中络合物表征及其体外抗菌活性[J]. 中成药, 2020, 42(8): 2192–2195.
- [19] 刘平, 赵俊超, 李日光, 等. 芍药苷药理作用及其机制研究进展[J]. 中医药导报, 2023, 29(8): 84–88.
- [20] 胡悦颖. 耳穴压豆联合放血疗法治疗急性扁桃体炎咽痛患者的效果分析[J]. 医药前沿, 2024(17): 121–123.
- [21] 陈静, 史利欢, 谢昕, 等. 血常规参数在鉴别诊断儿童传染性单核细胞增多症与急性化脓性扁桃体炎中的价值[J]. 临床研究, 2024, 32(4): 127–129.
- [22] 赵亚玲. PCT、CRP、SAA联合检测对鉴别诊断小儿化脓性扁桃体炎的临床价值[J]. 中医眼耳鼻喉杂志, 2023, 13(3): 157–159.
- [23] 尚有为, 郝建国, 陈晴, 等. 加味普济消毒颗粒内服联合消肿散结膏外敷治疗儿童急性扁桃体炎的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(3): 638–645.
- [24] 曾秀英, 罗龙贵, 宋洁, 等. 感染患者鼻腔灌洗液中嗜中性粒细胞、IL-8水平与病情严重程度的相关性[J]. 首都食品与医药, 2022, 29(19): 44–46.
- [25] 冯婉琳, 李婧. 牛蒡子的化学成分及心血管药理研究进展[J]. 内蒙古医科大学学报, 2022, 44(1): 101–104, 112.
- [26] 常璐, 荆文光, 程显隆, 等. 防风化学成分药理作用研究进展及质量标志物预测分析[J]. 中国现代中药, 2022, 24(10): 2026–2039.
- [27] 熊乐文, 金莹, 王彦予, 等. 金银花酚酸类化学成分、药理活性及体内代谢研究进展[J]. 中成药, 2022, 44(3): 864–871.
- [28] 齐丽娜, 陈炫好, 金华, 等. 中药连翘化学成分及药理活性研究进展[J]. 天津中医药大学学报, 2021, 40(2): 168–175.
- [29] 周晶晶, 周洁, 窦霞, 等. 不同炮制方法对甘草化学成分及药理作用的影响研究[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(5): 244–249.
- [30] 唐静, 吕梅蓉. 穴位贴敷联合耳穴埋豆治疗急性上呼吸道感染的临床护理效果评价[J]. 中国民族医药杂志, 2024, 30(7): 74–76.

Effects of Xiaoyong Liyan Decoction Combined with Auricular Acupoint Therapy on Clinical Symptoms and Inflammatory Response in Children with Recurrent Suppurative Tonsillitis of Wind – Heat Invading the Lung Syndrome

YU Huanying¹, QIAN Huihui¹, ZHANG Zhicheng²

1. Puyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Puyang 457003, China;

2. The First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450003, China

Abstract Objective: To observe the effect of Xiaoyong Liyan Decoction combined with auricular acupoint therapy on the clinical symptoms and inflammatory reaction of recurrent suppurative tonsillitis in pediatric patients with wind – heat – aggravated lung syndrome. Methods: One hundred and seventy cases of children with recurrent suppurative tonsillitis with wind – heat against the lung syndrome admitted to Puyang Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2022 to June 2024 were selected, and were randomly divided into two groups using the envelope method, with 85 cases in a single group. The control group was given conventional symptomatic treatment with western medicine, and the treatment group was given Xiaoyong Liyan Decoction combined with auricular acupoint therapy on the basis of it, with a continuous intervention of 7 d. Inflammatory factors, the time of improvement of symptoms and signs, the degree of tonsillar enlargement, the Chinese medicine symptom scores as well as the rate of adverse reaction reaction were compared between the two groups. Results: White blood cell count (WBC), C – reactive protein (CRP), tumor necrosis factor – alpha (TNF – α), and interleukin 8 (IL – 8) were lower in both groups after treatment compared with before treatment, and were lower in the treatment group after treatment ($P < 0.05$). The time for fever reduction, disappearance of sore throat, disappearance of purulent secretions, and swelling of tonsils in the treatment group were shorter than those in the control group ($P < 0.05$). The degree of tonsil enlargement after treatment in both groups was improved compared with that before treatment, and the degree of tonsil enlargement after treatment in the treatment group was lighter ($P < 0.05$). The primary symptom scores (fever, sore throat, tonsillar enlargement, purulent secretion) and secondary symptom scores (irritating dry cough, obstructive sensation, nausea, thirst) were lower in both groups after treatment compared with those before treatment, and they were lower in the treatment group after treatment ($P < 0.05$). There was no difference in the rate of adverse reaction response between the two groups (4.71% in the control group and 7.06% in the treatment group) ($P > 0.05$). Conclusion: Xiaoyong Liyan Decoction combined with auricular acupoint therapy can reduce inflammatory reaction, improve tonsil enlargement and promote disease recovery in pediatric recurrent suppurative tonsillitis with wind – heat against the lungs.

Key words Xiaoyong Liyan Decoction; Auricular acupoint therapy; Wind – heat invading the lungs syndrome; Pediatric recurrent purulent tonsillitis; Inflammatory response; Adverse reactions