DOI:10.16016/j.1000-5404.2000.11.035

经核是颅神经核中最大神经核，上下约18 mm，跨越桥延脑结合部，其血运丰富对缺血敏感。VBI发作时，脑干结构短暂的供血不足，神经元代谢受损，突触效能降低。长期反复发作，这种改变持续存在，即使间歇期也不恢复，构成临床上BR、BAEP异常的病理生理基础。

完整的BAEP有7个主波，临床上主要分析Ⅰ、Ⅲ、Ⅴ波。Ⅰ波是听神经的动作电位，Ⅲ波起源于下桥脑上橄榄核，Ⅴ波为中脑下丘。Ⅰ波潜伏期绝对值代表了外周的传导时间，Ⅰ～Ⅴ波波间潜伏期代表了桥脑橄榄核至中脑下丘的传导时间[5]。BR的反射途径较为复杂，涉及到延脑、中脑乃至皮层的多个神经元的活动。根据各波出现时间的差异，分为早、晚两个成份。早成份(R1)的反射途径是从三叉神经传至三叉感觉核，再经由面神经核传至面神经的多突触反射，其中枢位于桥脑。晚反射成份(R2、R2′)的反射途径则首先经三叉神经到达桥脑，再沿三叉脊束下行到延髓，并与外侧网状结构的中间神经元进行多突触联系之后，上行投射到同侧(R2的形成)和对侧(R2′的形成)面神经核，最后经由面神经传出。其中枢位于桥脑和延脑[6]。因此，BR、BAEP检查反映中脑、桥脑及延脑(即整个脑干)的功能状态。本研究VBI组脑干功能损害的发生率为84.6%。

为了解VBI脑干功能损害与椎基底动脉系统的血流障碍的相关性，采用TCD测试，进行相关性分析。结果表明脑干功能损害与TCD的异常发生率是基本一致的，两者的符合者占89.7%；而非VBI组脑干功能损害与TCD的异常发生率却显著不同。VBI组TCD的异常表现为血流增快或减慢，而以血流减慢者较多，此两种情况皆可导致该血管供应范围的脑组织供血不足，从而引起突触效能降低，BR、BAEP测试时各波的时限不同延长，也证实了突触效能降低的结果。TCD测试结果说明了VBI脑干功能损害系血管因素所致，两者结合其诊断价值更高。单纯的TCD测试通过测定流速和血管阻力指数直接反映了患者的血流动力学的变化，结合频谱图改变可肯定或排除某些血管病因，但其不具有特异性，因此不足以作为诊断VBI的依据。

参考文献：

[1] 罗 宇，游国雄，王者晋，等. 椎基底动脉供血不足瞬目反射与脑干听觉诱发电位的对比研究[J]. 中风与神经疾病杂志，1998，15(3)：145－147.
[2] 宋江顺，钟乃川. 椎基底动脉系统短暂性脑缺血发作的诊断与听性脑干反映的应用[J]. 国外医学：耳鼻咽喉科分册，1994，18(6)：344－347.
[3] Toole J F. Cerebrovascular disorders[M]. 4th ed. New York：Raven，1990. 129－147.
[4] Whisnomt J P，Busford J R，Bernstein E F，*et al*. Classification of cerebrovascular disease[J]. Stroke，1990，21(3)：637－643.
[5] 史玉泉 主编. 实用神经病学[M]. 第2版. 上海：上海科学技术出版社，1994. 144－146.
[6] 罗 宇，王者晋. 瞬目反射在神经内科的临床应用[J]. 国外医学：神经病学神经外科分册，1997，24(6)：300－304.

(编辑 王 红)

经验与短篇

文章编号：1000-5404(2000)11-1102-01

清热利咽汤加味治疗小儿感染性口咽炎168例疗效观察

Therapeutic effects of modifed "Qinre liyan tang" on infectious oropharyngitis in 168 children

韩景芳，杨 林，张晋康，王 华 (第三军医大学成都军医学院附属47医院儿科，新都 610500)

1992年2月至1998年8月利用自拟清热利咽汤加味治疗小儿感染性口咽炎168例，取得满意的治疗效果，现报告如下。

作者简介：韩景芳(1956－)，男，河南省镇平县人，副主任医师，主要从事小儿内科卫生事业管理方面的研究，发表论文20余篇。电话：(0281)3972264-2005(地)、(0821)571714(军)

收稿日期：2000-03-30；修回日期：2000-10-25

1 临床资料

1.1 一般资料

1992年2月至1998年8月本院门诊口咽炎病儿304例，随机分为治疗组和对照组，见表1。两组有不同程度、不同部位的口腔粘膜弥漫性充血，唇周颊部、舌及咽峡部粘膜均见大小不

(下转1105页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

环后病人近期恢复和提高远期疗效的关键。有关体外循环对内皮细胞损伤的防护的研究需进一步深入。

参考文献:

[1] Verrier E D, Boyle E M Jr. Endothelial cell injury in cardiovascular surgery[J]. Ann Thorac Surg, 1996, 62(3): 915—922.

[2] Boyle E M Jr, Pohlman T H, Johnson M C, *et al*. Endothelial cell injury in cardiovascular surgery: The systemic inflammatory response[J]. Ann Thorac Surg, 1997, 63(1): 277—284.

[3] Ley K. Leukocyte adhesion to vascular endothelium[J]. J Reconstr Microsurg, 1992, 8(3): 495—503.

[4] Rinder C, Fitch J. Amplification of the inflammatory response: Adhesion molecules associated with platelet/white cell response [J]. J Cardiovasc Pharmacol, 1996, 27(6): 6—12.

[5] Butler J, Rocker G M, Westaby S. Inflammatory response to cardiopulmonary bypass[J]. Ann Thorac Surg, 1993, 55(2): 552—559.

[6] Gosling P. Microalbuminuria: A marker of systemic disease[J]. Br J Hosp Med, 1995, 54(2): 285—290.

[7] Tsang G M, Allen S, Pagano D, *et al*. von Willebrand factor and urinary albumin excretion are possible indicators of endothelial dysfunction in cardiopulmonary bypass[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 1998, 13(4): 385—391.

[8] Lynch J J, Ferro T J, Blumenstock F A, *et al*. Increase endothelial albumin permeability mediated by protein kinase C activation [J]. J Clin Invest, 1990, 85(6): 1 991—1 998.

(编辑　王　红)

(上接 1102 页)

等、界限清楚的灰白色疱疹, 均伴发热(T: 38.5~40.5 ℃)、流涎、拒食、烦躁、口干、喜饮、便秘等。血常规: Hb 96~125 g/L, WBC (10.5~14.5)×10^9 L, N 0.64~0.72, L 0.6~0.31, M 0.02~0.05。两组病例, 平均年龄、病程、发热程度及血常规无差异性。

表 1　304 例小儿感染性口咽的一般临床资料

	治疗组	对照组
病例数	168 例	136 例
性别　男	120 例	76 例
女	48 例	60 例
年龄	8 月至 4 岁	7 月至 3 岁
病程	2~5 d	2~6 d
单纯口腔粘膜疱疹	92 例	56 例
咽峡部粘膜疱疹	44 例	52 例
口腔及咽峡部粘膜均有疱疹	30 例	28 例

1.2　治疗方法

治疗组方药组成: 知母 6 g、石膏 12 g、黄芩 9 g、银花 6 g、连翘 6 g、生地 6 g、青蒿 15 g、木通 6 g、淡竹叶 6 g、甘草 6 g、梗米 20 g。便秘加大黄 6 g; 呕吐去淡竹叶加竹茹 8 g。加水 300~400 煎至 100~150 ml, 分 3~4 次口服, 1 d 1 剂, 4 d 为 1 疗程。1~2 疗程可痊愈。1 岁内用药剂量减半。对照组: 青霉素、牛黄解毒片、维生素类及冰硼散等, 4 d 为 1 疗程, 平均 2~3 疗程方可治愈及好转。

1.3　疗效判断标准[1,2]

痊愈: 体温正常, 口腔及咽峡部粘膜疱疹消失, 大便正常, 精神饮食恢复正常; 好转: 体温正常, 口腔及咽峡粘膜疱疹大部分消失, 精神饮食基本恢复正常; 无效: 体温高峰下降, 口腔及咽峡部粘膜疱疹无明显变化, 精神饮食仍差。

2　结果

治疗组与对照组的疗效比较, 见表 2。

表 2　治疗组与对照组疗效比较

组别	总数	疗效(%)			χ^2	P
		治愈	好转	无效		
治疗组	168	168(100)	0(0)	0(0)	12.92	<0.01
对照组	136	100(73.53)	28(20.59)	8(5.88)		
合计	304	268(88.16)	28(9.21)	8(2.63)		

经统计学处理两组疗效差异均有非常显著性。表明服用中药组(治疗组)的治疗明显优于西药组(对照组)。

3　讨论

现代医学认为, 小儿感染性口咽炎主要为细菌或病毒感染所致, 亦为儿科常见性疾病。多因口腔常住细菌或病毒在机体抵抗力降低时引起口腔及咽峡部粘膜的急性炎症损害。对本病虽然目前治疗手段较多, 但无一最佳治疗方案。祖国医学认为本病多系胃热炽盛、心火上炎所致。对本组病例采用中医理论给予清热解毒、泻火、养阴生津之法。方中选用知母、石膏清泻胃火, 除烦止渴; 黄芩、银花、连翘清热解毒; 青蒿透热外达; 生地、木通、淡竹叶、甘草清心降火、清热利尿、导热下行; 梗米和胃生津。共凑清热解毒生津, 养阴利咽之效。另外, 本组中药中多数药物还具有抗菌消炎作用, 它对细菌或病毒感染具有良好的治疗效果。西医对本病的治疗多采用抗感染、抗病毒、维生素类及局部用药为主, 出现疗效时间较晚, 对部分患儿又有一定的副作用, 加之肌注、输液痛苦, 不易被患儿接受。采用纯中药治疗, 从治疗时间、治疗效果均明显优于西医。无痛苦, 易被接受。治疗组治愈率达到了 100%, 非常明显高于对照组治愈率 73.47%。

关键词: 小儿; 口咽炎; 清热利咽汤
中图法分类号: R289.5　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 庄启华. 儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 150.

[2] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 第 2 版. 北京: 人民军医出版社, 1998. 639.

(编辑　陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net