



The Pediatric Medicine Volume

Interpretation of Clinical Pathway

临床路径释义

INTERPRETATION OF CLINICAL PATHWAY

小儿内科分册

申昆玲 主编

 中国协和医科大学出版社

2016年版

第十九章 热性惊厥临床路径释义

一、热性惊厥编码

疾病名称及编码：热性惊厥 ICD-10: R56.0

二、临床路径检索方法

R56.0

三、热性惊厥临床路径标准住院流程（修订）

（一）适用对象

第一诊断为热性惊厥（ICD-10: R56.0）

（二）诊断依据

根据《实用儿科学》（胡亚美名誉主编，江载芳、申昆玲、沈颖主编，人民卫生出版社，2015年，第八版）、《临床诊疗指南·癫痫病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2015年）。

1. 初次发作在3个月至5岁之间；
2. 发热（通常体温 38°C 以上）时突然出现惊厥；
3. 排除颅内感染和其他导致惊厥的器质性或代谢性异常；
4. 既往没有无热惊厥史。

（三）临床分型：单纯型 FS 与复杂型 FS

1. 单纯型热性惊厥（simple febrile seizure）：
 - （1）惊厥持续时间在15分钟以内；
 - （2）惊厥发作类型为全面性；
 - （3）24小时惊厥发生的次数1次。
2. 复杂型热性惊厥（complex febrile seizure）：
 - （1）惊厥持续时间在15分钟以上；
 - （2）惊厥发作类型为局灶性发作；
 - （3）低热即体温 $<38^{\circ}\text{C}$ 时发生惊厥；
 - （4）24小时内或一次热程中惊厥发生的次数 ≥ 2 次。

释义

■ 除上述主要特征外，复杂型 FS 还可具有以下表现：起病年龄 <6 个月或 >6 岁；发作前后有神经系统检查异常；发病前已存在神经系统异常，如脑瘫等；热退2周后脑电图检查有异常。

（四）治疗方案的选择

根据《实用儿科学》（胡亚美名誉主编，江载芳、申昆玲、沈颖主编，人民卫生出版社，2015

年,第八版)和《临床诊疗指南·癫痫病分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2015年)。

1. 急救治疗:积极退热;惊厥持续5分钟以上进行止惊药物治疗,首选苯二氮草类,静脉注射或灌肠。

2. 预防治疗:

(1) 间歇短程预防治疗;

(2) 间歇短程预防治疗无效,有高危因素者可酌情长期抗癫痫药物预防治疗。

3. 感染的治疗:合并呼吸道、消化道等感染时,予相应抗感染治疗。

释义

■ 高热患儿应及早退热,避免高热对神经系统的损伤。对于口服药依从性差或伴有呕吐的患儿,可应用右旋布洛芬栓置肛。

(五) 标准住院日为5天内

(六) 进入路径标准

1. 第一诊断必须符合ICD-10: R56.0 热性惊厥疾病编码。

2. 住院指征:

(1) 首次发热惊厥发作;

(2) 惊厥持续时间较长;

(3) 反复热性惊厥发作,就诊时处于急性期;

(4) 惊厥缓解后伴有精神状况欠佳者。

3. 当患者同时具有其他疾病诊断,但在住院期间不需要特殊处理,也不影响第一诊断的临床路径流程实施时,可以进入路径。

释义

■ 热性惊厥持续状态:热性惊厥发作持续 $\geq 30\text{min}$,或30min内反复发作、间期意识状态不能恢复至基线水平,可导致脑损伤及神经系统后遗症,必要时需退出本路径。

■ 热性惊厥附加症:热性惊厥发展为典型癫痫之前出现2次以上无热抽搐,或在6岁之后仍有热性惊厥,应退出本路径。

(七) 明确诊断及入院常规检查需2~3天(工作日)

1. 必须检查的项目

(1) 血常规+CRP、尿常规、大便常规;

(2) 肝肾功能、电解质、骨代谢、血糖、血氨、血乳酸、血气分析、肌酶检测;

(3) 心电图。

2. 可选项目:

(1) 脑电图检查(一般建议于热退10天~2周后):不作为常规检查。

(2) 头颅CT和/或MRI检查:首次发病,尤其对于惊厥发作为部分性发作,有局灶性神经系统体征,有明显的发育迟滞,头围异常,有咖啡牛奶斑、色素脱失斑等神经皮肤综合征表现等可考虑。

第二十五章 支气管肺炎临床路径释义

一、支气管肺炎编码

疾病名称及编码：支气管肺炎（非重症）（ICD-10：J18.002）

二、临床路径检索方法

J18.002，1个月至18岁的儿童病例

三、支气管肺炎临床路径标准住院流程

（一）适用对象

第一诊断为支气管肺炎（ICD-10：J18.0）。

释义

■ 本路径适用对象为临床诊断为支气管肺炎的患儿，如合并脑膜脑炎、中毒性脑病或缺氧性脑病等神经系统并发症及急性心力衰竭、心肌炎、心包炎、房室传导阻滞等心血管系统并发症，弥散性血管内凝血、胃肠出血或黄疸、噬血细胞综合征等并发症需进入其他相应路径。

（二）诊断依据

根据《临床诊疗指南·小儿内科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社，2005）。

1. 一般临床表现：起病或急或缓，常伴有发热，热型不定，新生儿或体弱儿亦可不发热。患儿常有烦躁不安、精神萎靡、食欲减退或呕吐、腹泻等症状。

2. 呼吸道症状与体征：咳嗽、气促，重症表现为鼻翼扇动、口周和指（趾）端发绀及三凹征。部分患儿两肺可闻及固定性细湿啰音。叩诊多正常，但当病灶融合累及部分或整个肺叶时，可出现肺实变体征。

3. 其他系统症状与体征：重症肺炎可出现呼吸困难、三凹征及发绀，并伴发其他系统功能异常，如心率增快、烦躁不安、意识障碍、昏迷、惊厥、肠鸣音消失等临床表现时，警惕在支气管肺炎过程中发生心力衰竭、呼吸衰竭、DIC、中毒性脑病、胸腔并发症等情况。

4. 胸部X线片：沿支气管分布的小斑片状肺实质浸润阴影，以两肺底部、中内带及心膈角较多，由于细支气管的阻塞，可发生局部肺不张或肺气肿。也可以表现为节段性和大叶性肺部实变或不张。

5. 实验室检查

（1）外周血常规和CRP：细菌感染时，白细胞总数和中性粒细胞增多，CRP有不同程度升高；病毒性肺炎时，白细胞总数多正常或减少，CRP多正常或轻度升高。

（2）呼吸道病原学检测：本病可由不同病原所致，需要进行常见的呼吸道病毒检测、支原体、衣原体、细菌培养和药敏试验。

释义

■ 早期体温多在 38~39℃，亦可高达 40℃ 左右，大多为弛张热型或不规则发热。弱小婴儿大多起病迟缓，发热不高，咳嗽和肺部体征均不明显。

■ 呼吸道症状一般早期就很明显。呼吸增快，可达 40~80 次/分。常见呼吸困难，严重者呼气时有呻吟声、鼻翼扇动、三凹征、口周或甲床发绀。胸部体征早期常不明显，以后可听到中、粗湿啰音，数天后，可闻及细湿啰音或捻发音。病灶融合扩大时，可听到管状呼吸音，叩诊有浊音。

■ 肺泡内的炎性渗出多沿支气管蔓延而侵犯肺小叶、肺段或肺大叶。在小儿肺炎中肺气肿是早期常见征象之一。婴儿患支气管肺炎时，可出现肺间质 X 线征象。

(三) 治疗方案的选择

根据《临床诊疗指南·小儿内科分册》(中华医学会编著，人民卫生出版社，2005)。

1. 一般治疗：保持适当的室温(18~20℃)及湿度(55%)，注意休息，保持呼吸道通畅。如患儿烦躁不安，可给适量镇静药物。供给充足水分，给热量丰富、易于消化的食物。
2. 支持疗法：病情较重、病程较久、体弱、营养不良者可考虑输血浆等支持疗法，提高机体抵抗力。
3. 抗生素治疗：合理选用敏感抗生素，选择最佳给药方案，及时、足量、必要时联合应用。
4. 对症治疗：高热者可用物理降温或药物降温。咳嗽者可用止咳祛痰剂；气喘者可用解痉平喘药；有低氧症状者吸氧。腹胀者可用肛管排气、胃肠减压。并发脓胸、脓气胸者进行胸腔抽气、抽脓、闭式引流。

释义

■ 抗生素治疗：怀疑细菌性肺炎的住院患儿，一般先用青霉素类或头孢菌素，不见效时，可改用其他抗生素。怀疑非典型病原体感染的患儿，应给予大环内酯类抗生素，如(丙酸)交沙霉素、阿奇霉素等，或林可酰胺类抗生素，如盐酸克林霉素棕榈酸酯干混悬剂。对原因不明的病例，可先联合应用两种抗生素，一般选用β内酰胺类联合大环内酯类或林可酰胺类。在明确病原体后，则给予针对性治疗。

■ 如临床考虑病毒性肺炎，可试用利巴韦林。更昔洛韦目前是治疗 CMV 感染的首选药物。奥司他韦可用于甲型和乙型流感病毒的治疗。干扰素如α-干扰素、重组人干扰素α2a等具有抗病毒及免疫调节功能，可雾化用于病毒性肺炎的治疗。聚肌胞注射液、左旋咪唑也有抗病毒作用。

■ 高热患儿可应用右旋布洛芬栓置肛，更适合口服药物依从性差或伴有呕吐的高热患儿。

(四) 标准住院日为 10~14 天**释义**

■ 考虑支气管肺炎的患儿入院当日即可开始抗感染治疗，入院第 1~2 天完善胸部 X 线、病原学等检查，住院期间主要观察临床症状的缓解情况和有无药物不良反应，总住院时间小于 14 天的均符合本路径要求。

专家共识

儿童咽炎、扁桃体炎中西医结合诊治专家共识

王雪峰, 尚云晓, 熊磊, 张建华, 秦艳红, 刘长山, 张葆青, 曹玲, 许华, 王力宁, 杨男, 李森, 杨运刚, 张秀英

作者单位: 110032 沈阳, 辽宁中医药大学附属医院(王雪峰, 张秀英); 110000 沈阳, 中国医科大学附属盛京医院(尚云晓, 杨男, 李森); 650500 昆明, 云南中医药大学(熊磊); 200000 上海, 上海交通大学医学院附属新华医院(张建华); 030000 太原, 山西中医药大学附属医院(秦艳红); 300211 天津, 天津医科大学第二医院(刘长山); 250000 济南, 山东中医药大学附属医院(张葆青); 100000 北京, 首都儿科研究所附属儿童医院(曹玲); 510000 广州, 广州中医药大学第一附属医院(许华); 530000 南宁, 广西中医药大学第一附属医院(王力宁); 361000 福建 厦门, 厦门大学附属第一医院(杨运刚)

作者简介: 王雪峰(1957—), 女, 医学博士, 教授、主任医师。研究方向: 中西医结合儿科治疗

通信作者: 尚云晓, E-mail: shangyunx@sina.com; 王雪峰, E-mail: lnzywxf@163.com

【摘要】 咽炎、扁桃体炎是儿童期较常见的呼吸道感染性疾病, 在春秋季节高发, 可分为急性期及慢性期。急性期具有起病急, 病情进展快等特点, 严重者可出现声音嘶哑, 甚至呼吸困难。慢性期因未得到良好的治疗导致病情迁延不愈。反复咽炎及扁桃体炎会导致儿童出现声音的改变。目前能够有效治疗儿童咽炎、扁桃体炎的西药较少, 主要以抗生素类药物为主, 中药用于清咽利喉的药物种类虽然很多, 但西医儿科医生对中药的选择、辨证及应用尚不规范。因此, 探讨儿童咽炎、扁桃体炎的中西医结合治疗尤为重要。本共识首先系统梳理了儿童咽炎、扁桃体炎的中西医认识; 其次对其分期、病因及主要危险因素进行了论述; 再次明确了其诊断标准; 最后重点对儿童咽炎、扁桃体炎中西结合治疗原则、中西医治疗方法进行了详尽的阐述。本共识为中西医儿科医生, 尤其是西医医生提供了中西医结合治疗思路, 进一步规范了中西医药物的合理选择及应用。

【关键词】 咽炎; 扁桃体炎; 专家共识; 儿童

doi:10.3969/j.issn.1674-3865.2024.05.009

【中图分类号】 R725.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3865(2024)05-0399-05

Expert consensus on the diagnosis and treatment of pharyngitis and tonsillitis in children

WANG Xuefeng¹, SHANG Yunxiao², XIONG Lei³, ZHANG Jianhua⁴, QIN Yanhong⁵, LIU Changshan⁶, ZHANG Baoqing⁷, CAO Ling⁸, XU Hua⁹, WANG Lining¹⁰, YANG Nan², LI Miao², YANG Yungang¹¹, ZHANG Xiuying¹

¹Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, China;

²Shengjing Hospital Affiliated to China Medical University, Shenyang 110000, China; ³Yunnan University

of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650500, China; ⁴Xinhua Hospital Affiliated to Shanghai Jiao

Tong University School of Medicine, Shanghai 200000, China; ⁵Affiliated Hospital of Shanxi University

of Traditional Chinese Medicine, Taiyuan 030000, China; ⁶The Second Hospital of Tianjin Medical

University, Tianjin 300211, China; ⁷Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese

Medicine, Jinan 250000, China; ⁸Children's Hospital Affiliated to Capital Institute of Pediatrics, Beijing

100000, China; ⁹The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine,

Guangzhou 510000, China; ¹⁰The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Traditional Chinese

Medicine, Nanning 530000, China; ¹¹The First Affiliated Hospital of Xiamen University, Xiamen

361000, China

Corresponding author: SHANG Yunxiao, E-mail: shangyunx@sina.com; WANG Xuefeng, E-mail: lnzywxf@

163.com

【Abstract】 Pharyngitis and tonsillitis are common respiratory infectious diseases in childhood, and are highly prevalent in spring and fall. They can be categorized into acute and chronic stages. The acute stage is

characterized by rapid onset and progression of the disease, and in severe cases, hoarseness and even respiratory difficulties may occur. In the chronic stage, the disease is prolonged due to the lack of proper treatment. Repeated pharyngitis and tonsillitis can lead to voice changes in children. At present, there are not many western medicines that can effectively treat childhood pharyngitis and tonsillitis, which are mainly antibiotic drugs, and although there are many types of traditional Chinese medicines used to clear the throat, western pediatricians are not standardized in the selection, syndrome differentiation and application of traditional Chinese medicines. Therefore, it is particularly important to explore the treatment for pharyngitis and tonsillitis in children with integrated Chinese and western medicine. This consensus firstly systematizes the Chinese and western medical understanding of pharyngitis and tonsillitis in children; secondly, it discusses its staging, etiology and main risk factors; thirdly, it clarifies its diagnostic criteria; finally, it gives a detailed elaboration on the principle of integrated Chinese and western medicine treatment for pharyngitis and tonsillitis in children and the Chinese and western medicine treatment methods. This consensus provides Chinese and western pediatricians, especially western physicians, with ideas on integrated Chinese and western medicine treatment, and further standardizes the rational selection and application of Chinese and western medicines.

【Keywords】 Pharyngitis; Tonsillitis; Expert consensus; Child

咽炎、扁桃体炎是儿童期较常见的呼吸道感染性疾病,在春秋季节高发。儿童咽炎、扁桃体炎分为急性期及慢性期。急性期具有起病急,病情进展快等特点,常发生咽痛、发热、咳嗽、咳痰,严重者可出现声音嘶哑,甚至呼吸困难。慢性期因未得到良好的治疗导致病情迁延不愈。反复咽炎及扁桃体炎会导致儿童出现声音的改变,如声音嘶哑等;此外,由于咽喉肿痛,咽部异物感,引起咳嗽咳痰,并容易引起慢性咳嗽及反复呼吸道感染。

目前能够有效治疗儿童咽炎、扁桃体炎的西药较少,主要以抗生素类药物为主,中药用于清咽利喉的药物种类虽然很多,但西医儿科医生对中药的选择、辨证及应用尚不规范。因此,探讨儿童咽炎、扁桃体炎的中西医结合治疗尤为重要。拟通过制定此专家共识,为中西医儿科医生,尤其是西医医生,提供关于本病诊断及中西医结合治疗思路,发挥中西医结合诊治本病的优势,规范中西医药物的合理选择及应用。

1 儿童咽炎、扁桃体炎的中西医描述

1.1 西医描述

(1)儿童咽炎是咽部黏膜、黏膜下组织和淋巴组织的急慢性炎症。本病常为其他呼吸道疾病的前驱症状,可单独发生,亦常继发于急性鼻炎或扁桃体炎,好发于秋冬季及冬春季之交。常因受凉、过度疲劳等致全身及局部抵抗力下降,病原微生物乘虚而入而引发。临床上分为急性咽炎及慢性咽炎。

(2)急性(腭)扁桃体炎是指腭扁桃体的急性非特异性炎症,通常简称急性扁桃体炎,是上呼吸道感染的一种类型,多同时伴有程度不等的咽部黏膜和淋巴组织的急性炎症。该病在春、秋两季及气温变化时容易

发病,可发生在任何年龄,多见于学龄前期和学龄期儿童^[1-2]。临床上分为急性扁桃体炎及慢性扁桃体炎。

1.2 中医描述

咽炎相当于中医喉痹范畴,以咽部红肿疼痛或异物梗阻不适感为主要特征的疾病。喉痹一词,首见于长沙马王堆帛书《阴阳十一脉灸经》。

扁桃体炎相当于中医乳蛾范畴,以咽痛或咽部不适感,喉核红肿、表面有黄白色脓点为主要特征的疾病。乳蛾一名首见于宋代《仁斋直指方论》。

咽喉是十二经脉循行交会之要冲,诸脉失和皆可致咽喉痹阻。二者发病或由外邪侵袭;或由火毒上攻;邪毒久滞则痰瘀互结,致病程迁延;若反复发作则耗气伤阴,致气阴亏虚。

2 儿童咽炎、扁桃体炎的分期、病因及主要危险因素

2.1 病程

目前尚无明确的病程时间界定,参考儿童上气道咳嗽综合征的时间概念^[3],中西医专家达成共识认为,病程 2 周内为急性期,超过 4 周为慢性期。上述分期可有利于儿童咽炎、扁桃体炎的诊断、治疗及管理。

2.2 病因

疲劳导致机体免疫力下降;鼻部疾病(如鼻炎、鼻窦炎)炎症蔓延;环境因素刺激(如有毒化学制剂,包括氯、氨等);上呼吸道感染。

2.3 病原

咽炎以病毒感染常见,其中柯萨奇病毒、腺病毒多见。细菌感染为急性扁桃体炎的主要致病菌,其中以乙型溶血性链球菌为主。非溶血性链球菌、葡萄球菌、肺炎链球菌、流感杆菌及腺病毒等也可引起咽炎、扁桃体炎。细菌和病毒混合感染者也多见^[4]。

2.4 危险因素

机体免疫力下降、过敏体质、被动吸烟、个人不良习惯(如不注重手卫生等)、精神紧张、环境因素(如粉尘、刺激性气体、空气污染等)。此外,其他的相邻器官疾病,如鼻炎或中耳炎也容易诱发咽炎。

3 儿童咽炎、扁桃体炎的诊断

3.1 急性咽炎

急性咽炎的主要症状有咽部干燥、灼热、咽痛,部分患儿会伴有全身不适等症状,炎症累及喉部可出现声音嘶哑,严重者可出现咽侧淋巴结红肿、软腭穿孔,还可能并发中耳炎、鼻窦炎等。体征上可表现为咽后壁鹅卵石样改变。

3.2 急性扁桃体炎

参照中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会制定的《儿童急性扁桃体炎诊疗——临床实践指南(2016 年制定)》^[5]。

(1)症状:

①全身症状:起病急,可有畏寒、高热、头痛、食欲下降、疲乏无力、周身不适等表现。婴幼儿可因肠系膜淋巴结受累而出现腹痛及腹泻。

②局部症状:剧烈咽痛为其主要症状,常放射至耳部,多伴有吞咽困难,婴幼儿常表现为流涎、拒食。炎症波及咽鼓管时出现耳闷、耳鸣、耳痛,甚至听力下降。扁桃体肿大较显著,在婴幼儿还可引起呼吸困难^[6]。

(2)体征:

急性病容,可有高热,咽部黏膜呈弥漫性急性充血,以扁桃体及两侧腭弓最为严重,腭扁桃体肿大,部分病例扁桃体表面可见黄白色脓点或在隐窝口处有黄白色或灰白色豆渣样渗出物。下颌和(或)颈部淋巴结常肿大伴压痛。病毒性扁桃体炎常表现为扁桃体充血、肿大等,同时还常伴有咳嗽、声嘶和流涕等卡他症状;而细菌性扁桃体炎则更多伴有扁桃体渗出物^[7]。

3.3 慢性咽炎

病程较长,咽部不适的症状反复出现,常在疲劳、受凉、发声过度、多食零食或辛辣食物后诱发。临床症状因人而异,有多种轻重不一的咽部不适,如异物感、痰黏感、灼热感、咽痒、咽干、咽微痛、清嗓多或干咳、晨起干呕等。(1)慢性单纯性咽炎:咽部黏膜充血,咽后壁有少许淋巴滤泡增生;(2)慢性肥厚性咽炎:咽部弥漫性充血及肥厚,咽后壁有多个淋巴滤泡增生及弥合成片状,咽侧索肥厚增生;(3)慢性萎缩性咽炎:咽部黏膜菲薄发亮,重者咽后壁上黏附着痂皮。确诊前尚需完善咽喉镜检查以除外其他隐匿性疾病。

3.4 慢性扁桃体炎

反复发作的咽痛,易感冒或扁桃体周围脓肿病史。

咽部经常不适,扁桃体隐窝内有大量脓栓。咽部异物感,阵发性咳嗽,咽部刺痛感。因扁桃体肥大引起吞咽困难,夜间打鼾,呼吸困难。查体可见扁桃体触诊有硬实感,腭弓慢性充血,隐窝口处有黄白色脓栓,扁桃体不同程度肥大,一侧或两侧下颌角淋巴结肥大。

4 儿童咽炎、扁桃体炎治疗

治疗原则:急性感染期采用中西医结合治疗。细菌感染者可予抗菌药物联合中药治疗。慢性咽炎可予中西医结合局部或全身治疗,慢性扁桃体炎具备手术指征的予手术治疗,余可给予中医辨证论治。

4.1 急性期治疗

4.1.1 一般及对症治疗

去除病因,改正不良的生活习惯。卧床休息、清淡饮食、多饮水、加强营养及保持排便通畅;**高热时,可口服退热药及镇痛药**,如布洛芬、对乙酰氨基酚,**对于口服用药困难患儿,推荐应用右旋布洛芬栓^[8]**。也可给予中药小儿柴桂退热颗粒。

4.1.2 药物的使用

(1)西医治疗:

①急性咽炎:无全身症状可局部治疗。较大儿童可以使用复方硼砂溶液等进行漱口。急性期可应用广谱抗病毒药物局部给药,如 α 干扰素局部喷雾^[9]等;亦可口服喉片,如西瓜霜喉片、碘喉片及溶菌酶含片等。明确细菌感染者需要及时使用抗生素治疗。

②急性扁桃体炎:对于有细菌感染证据的急性扁桃体炎患儿, β 内酰胺类为抗菌药物治疗的一线首选药物。轻症患儿可口服,严重者可静脉途径给药;抗生素应用疗程 >10 d^[5]。

(2)中医中药治疗:见表 1。

①风热外袭证:可见咽部疼痛,吞咽不利,咽部黏膜鲜红、肿胀,或颌下有淋巴结;伴发热,恶风,鼻塞,流浊涕,头痛身痛,舌质红,苔薄黄,脉浮数;治以疏风清热,消肿利咽;可给予银翘散或银翘马勃散加减。中成药可给予复方双花颗粒^[10]、复方鱼腥草合剂^[11]、小儿青翘颗粒^[12]、金叶败毒颗粒^[10]等。大便秘结者选用小儿豉翘清热颗粒^[13]。也可给予复方一枝黄花喷雾剂^[14]外用。

②肺胃热盛证:可见咽部疼痛剧烈,连及耳根,吞咽困难;痰涎较多,喉核红肿,有黄白色脓点,甚者喉核表面腐脓成片;颌下有淋巴结;身热,口干口臭,大便秘结,舌质红,苔黄厚,脉数;治以清热解毒,利咽消肿;可给予牛蒡甘桔汤或清咽利膈汤加减。中成药可给予儿童清咽解热口服液^[15]、蒲地蓝消炎口服液^[16]、蓝芩口服液^[17]、双羊喉痹通颗粒^[18]。也可给予双料喉风散^[19]外用。

表 1 急性期用药简表

证型	中成药	功效	主治	用法用量
风热外袭证	小儿豉翘清热颗粒	疏风解表, 清热导滞	用于小儿风热感冒挟滞证, 症见发热咳嗽, 鼻塞流涕, 咽红肿痛, 纳呆口渴, 脘腹胀满, 便秘或大便酸臭, 溲黄	开水冲服。6 个月~1 岁: 一次 1~2 g; 1~3 岁: 一次 2~3 g; 4~6 岁: 一次 3~4 g; 7~9 岁: 一次 4~5 g; 10 岁以上: 一次 6 g; 一日 3 次
	复方双花颗粒	清热解毒, 利咽消肿	用于风热外感, 症见: 发热, 微恶风, 头痛, 鼻塞流涕, 咽红而痛或咽喉干燥灼痛, 吞咽则加剧, 咽扁扁桃体红肿	开水冲服。儿童: 3 岁以下一次 3 g, 一日 3 次; 3~7 岁一次 3 g, 一日 4 次; 7 岁以上一次 6 g, 一日 3 次
	复方鱼腥草合剂	清热解毒	用于外感风热引起的咽喉疼痛; 急性咽炎、扁桃体炎有风热证候者	口服。4 岁以下, 一次 10~15 mL; 4~12 岁, 一次 10~20 mL; 12 岁以上, 20~30 mL; 一日 3 次
	金叶败毒颗粒	清热解毒	用于风温肺热病热在肺卫证, 症见发热, 咽痛或乳蛾红肿, 流涕, 咳, 痰, 头痛, 口渴等。	开水冲服。一次 10 g, 一日 3 次
	小儿青翘颗粒	疏风清热, 解毒利咽, 消肿止痛	用于风热袭肺所致乳蛾, 症见恶寒发热, 咽部红肿疼痛吞咽时加剧, 咽干灼热, 喉核红肿	开水冲服。5~7 岁每次 7.5 g, 一日 3 次; 8~10 岁, 每次 7.5 g, 一日 4 次; 11~14 岁, 每次 10 g, 一日 3 次
	复方一枝黄花喷雾剂	清热解毒, 宣散风热, 清利咽喉	用于上呼吸道感染, 急、慢性咽炎, 口舌生疮, 牙龈肿痛, 口臭	喷于口腔、鼻腔。每次喷 5 下, 每天 3~4 次
肺胃热盛证	儿童清咽解热口服液	清热解毒, 消肿利咽	用于小儿急性咽炎(急喉痹)肺胃实热证, 症见发热, 咽痛, 咽部充血, 或咳嗽, 口渴等	口服。1~3 岁每次 5 mL; 4~7 岁每次 10 mL; 7 岁以上每次 15 mL; 一日 3 次
	蒲地蓝消炎口服液	清热解毒, 消肿利咽	用于疖肿、腮腺炎、咽炎、扁桃体炎等	口服。一次 10 mL, 一日 3 次, 小儿酌减。
	蓝芩口服液	清热解毒, 利咽消肿	本品用于急性咽炎、肺胃实热证所致的咽痛、咽干、咽部灼热	口服。一次 10 mL, 一日 3 次
	双羊喉痹通颗粒	清热解毒, 利咽止痛	急喉痹(急性咽炎)、急乳蛾(急性扁桃体炎)所致的喉肿痛	口服。一次 10 g, 一日 3 次
	双料喉风散	清热解毒, 消肿利咽	用于肺胃热毒炽盛所致的咽喉肿痛、口腔糜烂、齿龈肿痛、鼻窦脓肿、皮肤溃烂等症	吹敷患处, 一日 3 次

4.2 慢性期治疗

4.2.1 慢性咽炎的治疗

(1) 去除病因; (2) 局部治疗同急性咽炎局部治疗; (3) 不同类型咽炎的治疗^[4]: 慢性肥厚性咽炎可通过化学药物或电凝固法、冷冻或激光治疗。超声雾化、局部紫外线照射及透热疗法也有辅助效果; 萎缩性或干燥性咽炎可口服维生素 A、C、E 及 B₂; 慢性变应性咽炎应用抗组胺药物及糖皮质激素雾化治疗。

4.2.2 慢性扁桃体炎的治疗

(1) 西医治疗: 对于慢性扁桃体炎患儿, 以提高免疫力预防反复感染、清除局部感染灶为主, 必要时手术治疗。

① 调节机体免疫力: 可适当应用免疫调节剂^[20], 如生物制剂(丙种球蛋白、脾多肽、脾氨肽等), 化学合成物(匹多莫德等), 微生物制剂(如细菌溶解产物等), 中成药类(见中医辨证及用药)。

② 扁桃体隐窝吸引及注洗法: 即将抽吸针伸入患侧上隐窝前后扩大隐窝口, 开启吸引器吸净上隐

窝脓液, 再用注射器抽吸混合液(α -糜蛋白酶 5 mg、庆大霉素 8 万单位、0.5% 甲硝唑 20 mL)反复冲洗脓腔, 最后抽净药液至无脓液为止^[5]。

③ 手术治疗: 手术治疗指征参考《儿童急性扁桃体炎诊疗——临床实践指南(2016 年制定)》^[5]。

(2) 中医中药治疗: 见表 2。

① 痰瘀互结证: 可见咽部异物感, 痰黏着感, 或咽微痛, 咽黏膜暗红, 喉底颗粒增多或融合成片, 咽侧索肥厚, 或咽干涩不利, 或刺痛胀痛, 痰黏难咯, 喉关暗红, 喉核肥大质韧, 表面凹凸不平, 易恶心呕吐, 胸闷不适, 舌质暗红, 或有瘀斑、瘀点, 苔白或微黄, 脉弦滑。治以祛痰化瘀散结; 可给予贝母瓜蒌散合会厌逐瘀汤加减。中成药可给予口腔炎喷雾剂^[21]、冬凌草糖浆^[22]。

② 肺阴亏虚证: 可见咽部干燥, 微痒微痛, 黏膜暗红而干燥, 喉核肿大或干瘪, 表面不平, 色潮红, 或有细白星点, 喉核被挤压时, 有黄白色腐物溢出; 午后症状加重, 干咳痰少而稠, 手足心热, 或见潮热盗汗,

表 2 慢性期用药简表

证型	中成药	功效	主治	用法用量
痰瘀互结证	口腔炎喷雾剂	清热解毒,消炎止痛	用于治疗口腔炎,口腔溃疡,咽喉炎等;对小儿口腔炎症有特效	口腔喷雾用。每次向口腔挤喷药液适量,一日 3—4 次,小儿酌减
	冬凌草糖浆	清热解毒	用于慢性扁桃体炎,咽炎,喉炎,口腔炎	口服。一次 10~20 mL,一日 2 次
肺阴亏虚证	养阴清肺膏	养阴润燥,清肺利咽	用于阴虚肺燥,咽喉干痛,干咳少痰	口服。2~6 岁,一次 5 mL;7~14 岁,一次 10 mL;一日 2 次
肺脾气虚证	小儿肺咳颗粒	健脾益肺,止咳平喘	用于肺脾不足,痰湿内壅所致咳嗽或痰多稠黄,咳吐不爽,气短,喘促,动辄汗出,食少纳呆,周身乏力,舌红苔厚,小儿支气管炎见以上证候者	开水冲服。周岁以内一次 2 g,1~4 岁一次 3 g,5~8 岁一次 6 g,一日 3 次

颧红,舌红少苔,脉细数;治以养阴清肺利咽;可给予养阴清肺汤加减。中成药可给予养阴清肺膏^[23]。

③肺脾气虚证:可见咽干痒不适,异物梗阻感,喉核淡红或淡暗肥大,溢脓白黏;伴恶心呕吐,纳呆便溏,神疲乏力,舌质淡,苔白,脉缓弱;治以补肺益脾利咽;可给予玉屏风散合异功散加减。中成药可给予小儿肺咳颗粒^[24]。

参考文献

[1] Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, et al. Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2016, 273(4): 973-987.

[2] Barzilai A, Miron D, Sela S. Etiology and management of acute and recurrent group A streptococcal tonsillitis[J]. Curr Infect Dis Rep, 2001, 3(3): 217-223.

[3] 中华医学会儿科学分会呼吸学组慢性咳嗽协作组. 中国儿童慢性湿性咳嗽的诊断与治疗专家共识(2019 年版)[J]. 中国实用儿科杂志, 2019, 34(4): 256-264.

[4] 张亚梅, 张天宇. 实用小儿耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.

[5] 刘大波, 谷庆隆. 儿童急性扁桃体炎诊疗——临床实践指南(2016 年制定)[J]. 中国实用儿科杂志, 2017, 32(3): 161-164.

[6] Anne P, Pekka K. Tonsils and adenoids[A]//John MG, Glenis KS, Peter DB. Pediatric ENT[M]. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2007: 131-138.

[7] Sdralis T, Berkowitz RG. Early adenotonsillectomy for relief of acute upper airway obstruction due to acute tonsillitis in children[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 1996, 35(1): 25-29.

[8] 曹林, 刘福, 胥瑞婷, 等. 右旋布洛芬栓治疗儿童发热临床疗效和安全性的 Meta 分析[J]. 四川生理科学杂志, 2022, 44(8): 1325-1329.

[9] 中华医学会儿科学分会感染学组, 国家感染性疾病医疗质量控制中心. 疱疹性咽峡炎诊断及治疗专家共识(2019 年版)[J]. 中华儿科杂志, 2019, 57(3): 177-180.

[10] 姜俊杰, 谢雁鸣, 王永炎, 等. 金叶败毒颗粒治疗风温肺热病

(热在肺卫证)的随机双盲阳性药平行对照研究[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(8): 1467-1473.

[11] 吴丽萍, 徐纪英. 复方鱼腥草合剂治疗急性咽喉炎疗效观察及对血炎症因子、免疫功能的影响[J]. 新中医, 2024, 56(8): 111-115.

[12] 张小丽, 李维涛. 小儿翘翘颗粒联合克林霉素对急性扁桃体炎患儿炎症因子与免疫指标的影响[J]. 延安大学学报(医学科学版), 2023, 21(4): 59-62.

[13] 岳素文. 小儿翘翘清热颗粒治疗儿童疱疹性咽喉炎疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(95): 115-116.

[14] 林峰. 一枝黄花治疗小儿上呼吸道感染[J]. 中国临床医药研究杂志, 2006(2): 27-28.

[15] 冯娟. 儿童清咽解热口服液联合头孢克肟颗粒治疗小儿急性咽喉炎的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(11): 114-117.

[16] 陈勇. 蒲地蓝消炎口服液联合阿奇霉素颗粒治疗小儿急性咽喉炎肺胃实热证的临床效果[J]. 药物生物技术, 2018, 25(6): 520-523.

[17] 刘倩, 李博, 疏欣扬. 蓝芩口服液联合抗菌药物治疗急性扁桃体炎有效性与安全性的系统评价与 Meta 分析[J]. 中国药物警戒, 2024, 21(8): 916-920.

[18] 朱佳佳. 针刺联合双羊喉痹通颗粒治疗喉痹 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(22): 116-117.

[19] 刘桂馨. 雾化吸入联合双料喉风散治疗急性咽炎 90 例[J]. 中国药业, 2014, 23(9): 75-76.

[20] 中国中西医结合学会儿科专业委员会呼吸学组. 中西医结合防治儿童反复呼吸道感染专家共识[J]. 中国中西医结合儿科学, 2022, 14(6): 461-467.

[21] 朱立新, 段晓东, 马丽萍. 口腔炎喷雾剂治疗咽喉口腔疾病的疗效观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2005, 18(4): 450-451.

[22] 栗建新, 赵世功. 冬凌草糖浆治疗慢性咽炎 76 例[J]. 北方药学, 2013, 10(10): 19.

[23] 马卫华. 养阴清肺膏与慢咽舒宁颗粒合用治疗慢性咽炎 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(11): 156.

[24] 陈雷. 小儿肺咳颗粒治疗小儿上呼吸道感染临床疗效研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(45): 67.

(收稿日期: 2024-10-08)