

# 香芩解热颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染发热 38 例

苏小霞

**【摘要】 目的** 探讨香芩解热颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染发热临床效果。**方法** 将 76 例急性上呼吸道感染伴发热的患儿分为两组,每组 38 例,对照组采用利巴韦林治疗,观察组给予香芩解热颗粒治疗;全部患者同时给予推拿肺俞穴及口服氨溴索口服液治疗;对比两组疗效、临床症状改善及实验室指标水平的变化。**结果** 观察组总有效率(94.74%)显著高于对照组(78.95%),差异有显著性意义( $\chi^2=4.146, P<0.05$ );两组治疗后症状评分、体征评分、体温均显著下降( $P<0.05$ );观察组治疗后症状评分、体征评分、体温显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );两组治疗后 C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、血沉(erythrocyte sedimentation rate, ESR)、肿瘤坏死因子  $\alpha$ (tumor necrosis factor  $\alpha$ , TNF- $\alpha$ )、白介素 6(interleukin 6, IL-6)均显著下降( $P<0.05$ );观察组治疗后 CRP、ESR、TNF- $\alpha$ 、IL-6 显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 香芩解热颗粒能显著改善小儿急性上呼吸道感染的发热症状,进一步减轻炎症反应,提高治疗效果。

**【关键词】** 香芩解热颗粒; 急性上呼吸道感染; 发热; 儿童

**【中图分类号】** R242 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.11.024

小儿急性上呼吸道感染是最常见的儿科疾病之一,通常该病是由病毒引起,可伴有细菌感染。由于病原学检查尚未普及,可选择的西药抗病毒治疗药物有限且不良反应较大,寻找更有效的治疗方案成为广大医师共同关注的焦点<sup>[1]</sup>。许多临床研究证实,中医治疗小儿急性上呼吸道感染具有较好的优势,且药物不良反应少,得到了广大医师的认可<sup>[2-3]</sup>。本研究采用香芩解热颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染发热,探讨其疗效情况,为临床研究提供参考,现报道如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选取 2014 年 8 月~2015 年 11 月本院收治的小儿急性上呼吸道感染患者 76 例,全部患儿均伴发热症状;按照随机数字表法分为两组,每组 38 例。观察组男 23 例,女 15 例,年龄 1~13 岁,平均(4.58±1.37)岁,病程(21.86±6.17)小

时,其中鼻塞 18 例,咽痛 15 例,咳嗽 12 例,流涕 15 例;按发热程度可分为轻度 7 例,中度 18 例,重度 13 例,其中细菌感染 4 例。对照组男 21 例,女 17 例,年龄 2~14 岁,平均(4.63±1.29)岁,病程(20.76±6.08)小时,其中鼻塞 16 例,咽痛 17 例,咳嗽 13 例,流涕 14 例;按发热程度可分为轻度 9 例,中度 17 例,重度 12 例,其中细菌感染 3 例。两组性别、年龄、病程、临床症状、发热程度对比差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准:符合《实用儿科学》中相关诊断标准<sup>[4]</sup>,全身症状表现为高热,伴有头痛、四肢酸痛、恶寒等;局部症状表现为鼻塞、流涕、喷嚏、咽喉痛或伴有咳嗽。实验室指标可发现患儿白细胞或中性粒细胞减少,单核细胞或淋巴细胞增加。

中医诊断标准:符合《中药新药临床研究指导原则》中小儿感冒的诊断标准<sup>[5]</sup>,主症:发热;次症:鼻塞、流涕、恶寒、咽喉痛、咳嗽、咯痰、疲倦,或伴有呕吐、腹泻等症。

### 1.3 纳入标准

纳入标准:(1)同时符合中医及西医诊断标准;(2)年龄 1~14 岁;(3)家属自愿签订知情同意书,符合本院伦理相关

作者单位:050000 石家庄市中医院儿科

作者简介:苏小霞(1979-),女,硕士,主治医师。研究方向:中医儿科。E-mail:yeskkbbc356@163.com

规定;(4)发病时间≤48 小时。

1.4 排除标准

排除标准:(1)心、肝、肾、肺等重要器官严重疾病患者;(2)过敏体质者;(3)依从性差,无法按时服药者;(4)下呼吸道感染患者;(5)30 天内抗生素治疗史者。

1.5 治疗方法

全部患者口服氨溴索口服液进行化痰止咳治疗,患儿体重≤10 kg,按 2.5 mg/天,每天服用一次;体重>10 kg,按 15 mg/天,每天服用一次。细菌感染患儿运用阿莫西林进行治疗,治疗方法及剂量无明显差异。患儿若体温高于 38.5℃,建议加用布洛芬混悬剂进行退热处理,但不纳入统计资料。同时给予全部患者推拿肺俞穴治疗,包括按揉肺俞穴 2000 次左右,顺运八卦 150 次左右,清肺经 280 次左右,飞经走气 100 次左右,推揉膻中 200 次左右,分推肩胛骨 80 次左右,

对照组:给予静脉滴注利巴韦林注射液(杭州民生药业有限公司,批准文号:H33021960,规格:0.1 g),每天 1 次,每次 10 mg/kg,连续治疗 5 天。

观察组:采用香薷解热颗粒治疗,方药组成:藿香 12 g、柴胡 12 g、黄芩 6 g、连翘 15 g、薄荷 9 g、射干 12 g、法半夏 12 g、芦根 9 g、陈皮 9 g、生石膏 12 g、甘草 6 g。由成都中医药大学药剂实验室将 1 剂原料药制作成 30 g 的颗粒剂,然后分装为 3 袋,每袋 10 g。患者分早中晚 3 次温服,每次 1 袋,用 40 mL 温水冲服。连续治疗 5 天。

1.6 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中相关疗效标准拟定:(1)痊愈,临床症状全部消失,体温在 24 小时内恢复正常,且未回升,中医症状评分及体征评分降低 95%;(2)显效,临床症状明显改善,体温在 48 小时内恢复正常,且未回升,中医症状评分及体征评分降低 70%~94%;(3)无效,临床症状有所改善,体温有所下降,但未恢复正常状态,中医症状评分及体征评分降低 30%~69%;(4)无效,临床症状体征均无明显改善,体温无显著变化,中医症状评分及体征评分降低低于 30%,甚至病情加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)/全部病例数×100%。

1.7 观察指标

分别于治疗前与治疗 5 天后,根据患者症状的变化进行中医症状评分,包括高热、鼻塞、流涕、恶寒、咽喉痛、咳嗽、咯痰、疲倦;根据患者体征变化进行中医体征评分,包

括体温、扁桃体发炎、咽充血。采集患儿治疗前后清晨空腹静脉血 3~5 mL,运用酶联免疫吸附法检测血清 CRP、TNF-α、IL-6 水平变化,运用魏氏法检测 ESR 水平变化。

1.8 统计学处理

采用 SPSS 19.0 数据分析处理,疗效等计数资料组间对比行 $\chi^2$ 检验,中医评分、体温、生化指标等计量资料采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,符合正态分布的计量资料组内比较行配对  $t$  检验,组间比较行独立样本  $t$  检验,以  $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

观察组总有效率(94.74%)显著高于对照组(78.95%),差异有显著性意义( $\chi^2=4.146, P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组疗效比较

分组	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	38	21	9	6	2	94.74
对照组	38	16	7	7	8	78.95

2.2 两组患者中医评分及体温变化

两组治疗前症状评分、体征评分、体温对比差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组治疗后症状评分、体征评分、体温均显著下降( $P<0.05$ );观察组治疗后症状评分、体征评分、体温显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者症状评分、体征评分、体温变化对比

分组	例数	症状评分(分)	体征评分(分)	体温(℃)
观察组	38			
治疗前		13.41±2.61	5.19±1.46	38.69±0.54
治疗后		7.56±2.14 <sup>a</sup>	2.08±0.69 <sup>a</sup>	37.32±0.63 <sup>a</sup>
对照组	38			
治疗前		13.09±2.73	5.15±1.38	38.48±0.61
治疗后		8.84±2.59	2.59±1.25	37.71±0.79

注:与对照组治疗后比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后 CRP、ESR、TNF-α、IL-6 水平变化

两组治疗前 CRP、ESR、TNF-α、IL-6 水平对比差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组治疗后 CRP、ESR、TNF-α、IL-6 均显著下降( $P<0.05$ );观察组治疗后 CRP、ESR、TNF-α、IL-6 显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组治疗前后 CRP、ESR、TNF-α、IL-6 水平变化

分组	例数	CRP(mg/L)	ESR(mm/h)	TNF-α(mg/L)	IL-6(pg/L)
观察组	38				
治疗前		10.28±1.91	16.03±2.35	37.05±12.46	14.86±3.15
治疗后		4.65±0.85 <sup>a</sup>	7.64±1.27 <sup>a</sup>	11.47±3.63 <sup>a</sup>	9.24±1.63 <sup>a</sup>
对照组	38				
治疗前		10.19±1.87	15.86±2.29	36.91±13.02	14.79±2.99
治疗后		6.03±1.16	9.59±1.64	16.18±4.26	11.06±2.17

注:与对照组治疗后比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

## 2.4 不良作用

两组在治疗过程中均无明显不良反应发生。

## 3 讨论

小儿急性上呼吸道感染发病部位包括鼻、咽等,通常患者伴有高热,主要的发病因素为季节变换及病毒感染<sup>[6]</sup>。抗病毒治疗是目前治疗该病最常用的手段,利巴韦林是临床普遍使用的抗病毒药物之一,能影响病毒 RNA 代谢,从而抑制病毒增殖,临床用于由病毒引起的肺炎、支气管炎、急性上呼吸道感染等疾病,具有良好的治疗效果<sup>[7]</sup>。但随着临床应用的增多,利巴韦林不良反应(肝功能异常、粒细胞降低、胆红素增多等)的报道也随之增多,限制了其在临床的推广运用<sup>[8]</sup>。

急性上呼吸道感染属于中医“感冒”范畴,小儿脏器稚嫩,免疫功能不全,机体抵抗防御能力低下,脾常不利,伴有湿热内蕴,若郁热外蒸,机体易出现脾胃运化失司,外邪乘虚而入,外邪转为湿热,湿热不解则热盛风动,发为此证<sup>[9]</sup>。推拿肺俞穴能发挥宣肺平喘、止咳化痰、祛湿除邪的功效,是治疗小儿感冒的良好的辅助手段。在中医整体观念及辨证论治的指导下,本研究采用香芩解热颗粒治疗,取得了良好的疗效。方中藿香能健脾化浊,祛湿除邪;柴胡能退热、调和肝胆;二者配伍加强解表退热化湿之效;黄芩能清热燥湿,尤善清湿热之火;连翘善清高热,除烦降躁;薄荷能发汗解表;芦根能清热除烦,生津止渴;射干能清热解毒止渴;法夏能化痰散结,燥湿止呕;陈皮能理气调中;白豆蔻能行气止呕;生石膏能清热解毒;甘草调和诸药<sup>[10-11]</sup>。全方合用,共奏清热解毒、化湿解表、宣肺燥湿之效。香芩解热颗粒具有起效快、退热良好、作用时间长、口服方便、安全性高等优势。现代药理研究表明,藿香中含有藿香醇、柠檬稀等有效成分,具有调节胃肠功能,促消化,保护黏膜屏障等作用。柴胡具有良好的解热镇痛抗炎的功效,同时能增强机体免疫功能,对常见的流感病毒、甲型链球菌、金黄色葡萄球菌等具有明显的抑制作用,能改善细胞膜通透性,减少炎症因子释放。黄芩具有显著的解热、抗病毒、抗炎、抗氧化、清除自由基的功效;与连翘配伍增强了抗病毒的作用。连翘能抗菌、抑制病毒、真菌等病原微生物生长,同时连翘苷具有一定的解热、抗炎、解毒的功效。薄荷能消炎镇痛,发汗解表<sup>[12-13]</sup>。

本研究结果显示,观察组临床疗效及临床症状改善程度均显著优于对照组,可见利巴韦林虽发挥了较好的抗病毒作用,使患者症状得到了显著缓解;但香芩解热颗粒中藿香、黄芩、连翘、薄荷、陈皮等中药从整体提高患儿脾、胃、肺等器官的功能状态,增强患儿抵抗力,标本兼治,使治疗效果显著提高<sup>[14]</sup>。现代病理研究表明,小儿急性上呼吸道感染患者血清 CRP、ESR、TNF- $\alpha$ 、IL-6 水平均显著高于健康儿童,且它们的水平随疾病的发展会发生显著改变<sup>[15]</sup>。本研究结果发现,随着患儿临床症状的改善,血清 CRP、ESR、TNF- $\alpha$ 、IL-6

均显著降低,而观察组上述指标的降低程度显著优于对照组,结果可能与香芩解热颗粒中的中药有效成分具有较好的抗炎、镇痛及增强免疫力的作用有关。

综上所述,香芩解热颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染的疗效确切,能显著改善患儿发热症状,减轻炎症反应,具有重要的临床研究价值。

## 参 考 文 献

- [1] 方鹤松. 急性上呼吸道感染的合理用药[J]. 实用儿科临床杂志, 2011, 26(4): 232-235.
- [2] 江儒文, 龙允杰, 余德钊, 等. 小儿豉翘清热颗粒治疗急性上呼吸道感染(外感风热证)临床研究[J]. 中国中医急症, 2011, 20(4): 523-549.
- [3] 汪芸, 邵淑芳, 李辉, 等. 柴防口服液辅助治疗小儿急性上呼吸道感染[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(13): 266-269.
- [4] 胡亚美, 江载芳. 实用儿科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 610-615.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 292.
- [6] 李远航. 抗菌药治疗门诊急性上呼吸道感染患者的应用分析[J]. 河北医药, 2012, 34(17): 2687-2688.
- [7] Nokso-Koivisto J, Pyles R B, Miller A L. et al. Viral load and acute otitis media development after human metapneumovirus upper respiratory tract infection[J]. The Pediatric infectious disease journal, 2012, 31(7): 763-766.
- [8] 顾艳红, 刘兰吉, 孙利, 等. 儿童急性上呼吸道感染夏季和冬季病毒病原学分析[J]. 中国全科医学, 2012, 15(35): 4079-4082, 4085.
- [9] 郑媛, 唐玲, 李珊珊, 等. 清宣止咳颗粒治疗儿童急性上呼吸道感染的临床观察[J]. 中国医药导刊, 2015, 7(1): 76-77, 79.
- [10] 康丽, 王宁德, 王彦平, 等. 中成药辨证应用治疗小儿急性上呼吸道感染的疗效分析[J]. 海南医学, 2011, (20): 51-52.
- [11] 邵荣, 陈雪亮. 中药联合治疗小儿反复发作型急性上呼吸道感染临床研究[J]. 中国中医急症, 2014, 23(4): 719-720.
- [12] 李新平. 芩翘汤治疗儿童急性上呼吸道感染的临床观察[J]. 西北药学杂志, 2014, 7(4): 410-412.
- [13] 秦庆寅, 王晋星, 宋飏, 等. 山香圆颗粒联合抗病毒颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染的临床疗效和安全性[J]. 河北医学, 2015, 5(10): 1605-1607.
- [14] 吕霄峰. 小儿豉翘清热颗粒改善急性上呼吸道感染患儿临床症状及炎症因子研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(32): 3557-3559.
- [15] 吴善姬, 于彩春, 孙玉文, 等. CRP 与血常规联合检测在小儿急性上呼吸道感染中的临床价值[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(6): 962-963.

(收稿日期: 2016-04-22)

(本文编辑: 董历华)