

- 重症病例临床救治专家共识(2011年版)[J]. 中华儿科杂志, 2011, 49(9): 675-678.
- [2] 中华人民共和国卫生部手足口病临床专家组. 手足口病诊疗指南(2013年版)[EB/OL]. <http://www.docin.com/p-783415238.html&key>, 2014-03-25/2014-03-26.
- [3] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 201-204.
- [4] 张立秋. 加味解毒散治愈手足口病58例[J]. 中医药信息, 2000, 17(2): 24.
- [5] 胡克杰, 王跃红, 王栋. 金银花中氯原酸在体外抗病毒作用的实验研究[J]. 中医药信息, 2010, 27(3): 27-28.
- [6] 马雪梅, 马文兵. 连翘提取物的抑菌活性研究[J]. 光明中医, 2012, 27(8): 1529-1531.
- [7] 孙东东, 严世海, 陈建伟等. 板蓝根有效组分的抗病毒活性研究[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(1): 53-55.
- [8] 张改先. 薄荷及其所含成分的药理毒理研究与临床应用[J]. 山西职工医学院学报, 2010, 20(4): 85-86.
- [9] 曾雪花, 周桂保, 杨湘江, 等. 黄连解毒汤体外抗菌活性研究[J]. 中国医药导报, 2012, 9(19): 161-162.
- [10] 魏晓露, 彭成, 万峰. 广藿香油体外抗呼吸道病毒效果研究[J]. 中药药理与临床, 2012, 28(6): 65-68.
- [11] 林泗定, 戴启文, 张鸿程, 等. 太子参化学成分和生物活性研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2010, 19(19): 33-34.
- [12] 秦爱萍, 张传印, 陆丽. 左旋紫草素抗炎作用的实验研究[J]. 现代生物医学进展, 2009, 9(18): 3432-3434.
- [13] 郭姗姗, 王秀坤, 张媛媛, 等. 栀子提取物 ZG 对单纯疱疹病毒 1 型细胞吸附的影响[J]. 病毒学报, 2006, 22(3): 198-202.

(责任编辑:冯天保)

小儿柴桂退热颗粒联合西药治疗儿童上呼吸道感染发热临床观察

陈爱萍

宁波大学医学院附属医院儿科, 浙江 宁波 315020

[摘要] 目的: 观察小儿柴桂退热颗粒联合西药治疗儿童上呼吸道感染发热的临床疗效。方法: 将 134 例上呼吸道感染发热患儿随机分为对照组和观察组各 67 例。对照组予西医治疗, 观察组在对照组治疗基础上予小儿柴桂退热颗粒治疗。观察记录 2 组患儿每 24 h 体温, 治疗前后血清 C-反应蛋白 (CRP)、白细胞计数 (WBC) 的变化。结果: 对照组总有效率 85.1%, 观察组总有效率 95.5%, 2 组总有效率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组入院 24 h、48 h、72 h 3 个阶段的体温均低于入院时 ($P < 0.05$), 观察组在 24 h、48 h、72 h 3 个阶段的体温均低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组 CRP、WBC 均低于治疗前 ($P < 0.05$); 观察组 CRP、WBC 均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 采用小儿柴桂退热颗粒联合西药治疗儿童上呼吸道感染发热, 能有效降低体温, 降低血清 CRP 及 WBC 水平, 提高临床疗效。

[关键词] 上呼吸道感染; 发热; 儿童; 中西医结合疗法; 小儿柴桂退热颗粒

[中图分类号] R56 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 03-0165-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.065

儿童上呼吸道感染的常见病原体为病毒, 少数由细菌引起; 在儿科疾病中占首位, 四季均发。故一般采用抗病毒联合抗细菌治疗, 临床疗效较好。笔者认为, 中医药联合西医治疗小儿上呼吸道感染发热与单纯西医治疗相比具有一定优势。本研究采用中西医结

合治疗儿童上呼吸道感染发热, 取得了良好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 8 月—2015 年 3 月在本院治疗的 134 例上呼吸道感染发热患儿, 采用随

[收稿日期] 2015-11-30

[作者简介] 陈爱萍 (1979-), 女, 主治医师, 研究方向: 儿科 (普儿、新生儿) 临床。

机数字表法分为对照组和观察组各 67 例。对照组男 36 例,女 31 例;年龄 1~13 岁,平均(5.39±2.06)岁;体温 37.5℃~39.4℃,平均(38.36±0.20)℃。观察组男 37 例,女 30 例;年龄 1~14 岁,平均(5.49±2.13)岁;体温 37.5℃~39.3℃,平均(38.32±0.19)℃。2 组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《诸福棠实用儿科学:上册》^[1]中上呼吸道感染发热的诊断标准。

1.3 辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中风热证的辨证标准。主症:身热甚,微恶风寒,汗出不畅,咽喉肿痛,鼻塞、流黄涕,脉浮数;次症:头胀痛,伴咳嗽,咯黄色黏痰,口渴,苔薄白或微黄、舌边尖红。

1.4 纳入标准 ①符合诊断标准与辨证标准;②年龄 1~14 岁;③腋温 $\geq 37.5^\circ\text{C}$;④家长知情并签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①入院前已经抗病毒相关治疗的患儿;②伴严重肝、肾、肺、心功能不全的患儿;③近 3 月服用过激素治疗相关疾病的患儿;④伴严重智力低下或精神疾病的患儿;⑤依从性差的患儿。

2 治疗方法

2.1 对照组 ①抗生素治疗:注射用头孢呋辛钠[石药集团中诺药业(石家庄)有限公司,规格:每支 0.75 g]按 50 mg/(kg·d),配 100 mL 0.9% 氯化钠注射液,静脉滴注,每 8 h 用药 1 次,连续使用 3 天。②抗病毒治疗:利巴韦林注射液(杭州民生药业有限公司,规格:1 mL:0.1 g)按 10 mg/(kg·d),配 100 mL 5% 葡萄糖注射液,续滴,每天 1 次,连续使用 3 天。③根据患儿病情,予其他补液等对症治疗,均持续治疗 3 天。

2.2 观察组 在对照组基础上。加用小儿柴桂退热颗粒(贵州百灵企业集团制药股份有限公司,规格:4 g×12 袋),用法:年龄 <1 岁,每次 2.5 g;1~3 岁,每次 5 g;4~6 岁,每次 7.5 g;7~14 岁,每次 10 g。每天 4 次,冲服,连续服用 3 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察记录 2 组患儿每 24 h 的体温,治疗前后血清 C-反应蛋白(CRP)、白细胞计数(WBC)的变化。①体温:以体温计测腋温为标准,分入院时与入院 24 h、48 h、72 h 4 个阶段测定,并记

录。②CRP:取入院时、治疗后的静脉血,采用 HF240-400 全自动生化分析仪检测。③WBC:取入院时、治疗后的静脉血,采用 HF-3800 全自动血细胞分析仪检测。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,用 t 检验;计数资料以百分率表示,用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[2] 临床痊愈:服药 3 天内体温恢复正常,感冒症状全部消失;显效:服药 3 天内体温恢复正常,大部分感冒症状消失;有效:服药 3 天内体温较前降低,感冒主要症状部分消失;无效:服药 3 天体温未降或升高,感冒主要症状无改善。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。对照组总有效率 85.1%,观察组总有效率 95.5%,2 组总有效率比较,差异有统计学意义($\chi^2=4.174, P=0.041$)。

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	67	26	16	15	10	85.1
观察组	67	31	19	14	3	95.5 ^①

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2 组不同时间段体温比较 见表 2。2 组入院时体温比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组入院 24 h、48 h、72 h 3 个阶段的体温均低于入院时($P<0.05$),观察组在 24 h、48 h、72 h 3 个阶段的体温均低于对照组($P<0.05$)。

组别	n	入院时	24 h	48 h	72 h
对照组	67	38.36±0.20	38.01±0.16 ^①	37.55±0.15 ^①	37.24±0.14 ^①
观察组	67	38.32±0.19	37.52±0.15 ^{②①}	37.21±0.13 ^{②①}	37.01±0.11 ^{②①}

与入院时比较,① $P<0.05$;与对照组同期比较,② $P<0.05$

4.4 2 组治疗前后 CRP 及 WBC 比较 见表 3。治疗前,2 组 CRP 及 WBC 比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组 CRP、WBC 均低于治疗前($P<0.05$);观察组 CRP、WBC 均低于对照组($P<0.05$)。

5 讨论

上呼吸道感染多为急性发病,临床表现主要为发热、咳嗽、鼻塞、咽干、食少、腹泻等;若高热甚,可引起小儿惊厥,严重者影响其生长发育^[3]。据相关研究表明,患儿早期多以病毒感染为主,而后可

表3 2组治疗前后CRP及WBC比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前		治疗后	
		CRP(mg/L)	WBC($\times 10^9/L$)	CRP(mg/L)	WBC($\times 10^9/L$)
对照组	67	78.47 \pm 11.63	13.56 \pm 2.04	27.18 \pm 4.37 ^①	10.82 \pm 1.05 ^①
观察组	67	80.25 \pm 12.06	13.72 \pm 2.13	15.42 \pm 2.71 ^②	9.13 \pm 0.85 ^②

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

继发细菌性感染, 故临床多以抗病毒联合抗菌药物治疗^[4]。对于发热者, 体温恢复情况及血清 CRP、WBC 值能较为客观地反映临床疗效。发热主要会影响糖代谢, 致糖原分解增加, 糖原贮备减少, 进而影响大脑供能, 导致相应神经系统发生改变。CRP 为感染和组织损伤时急剧上升的一种急性期蛋白, 可评估炎症反应的程度和作为预后评估的指标^[5]; WBC 有助于分析患儿的发热病因, 指导临床合理用药, 了解机体抵抗力和有助预后观察^[6]。

本研究结果显示, 经过治疗, 2 组患儿的体温、血清 CRP 和 WBC 均不断下降, 而采用小儿柴桂退热颗粒治疗的观察组, 不同时间段的体温、血清 CRP 和 WBC 改善程度均优于对照组($P < 0.05$), 临床疗效总有效率亦高于对照组($P < 0.05$)。提示抗病毒联合抗菌治疗有效, 加用小柴桂退热颗粒能提高临床疗效。

小儿柴桂退热颗粒的主要成分为柴胡、桂枝、葛根、黄芩、浮萍、白芍、蝉蜕。柴胡, 在本方中为君药, 能疏散风寒、升阳举气、疏肝解郁; 现代药理研究表明, 柴胡具有解热、抗病毒、抗炎、抗惊厥、提高机体免疫力等作用^[7]。桂枝, 为辛温解表之药, 具有发汗解肌、散寒止痛、温经通脉之功, 与葛根配伍, 发汗解表退热, 同时葛根的生津作用可防止津液

不足, 使热退身凉, 恢复正常体温。蝉蜕、浮萍为辛凉解表之药, 发挥清热祛风、解毒利咽之功, 与黄芩相伍, 可增强清热解毒之力。白芍敛阴、和营止汗, 与桂枝配伍调和营卫而止汗, 并且白芍具有解热、抗炎、抗菌等功效^[8]。诸药合用, 共奏清热解毒之功, 对病毒或细菌感染所致的发热均有治疗作用。故加用小柴桂退热颗粒治疗儿童上呼吸道感染发热有较好的疗效, 值得在临床推广。由于条件限制, 本实验未对其他炎症因子进行观察研究, 值得继续探讨。

[参考文献]

- [1] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学: 上册[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1167.
- [2] 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: 58-60.
- [3] 吴赛君. 柴桂退热颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染 52 例[J]. 河南中医, 2015, 35(5): 1165-1167.
- [4] 徐冬梅, 郑颖, 李蓓, 等. 血清 PCT、CRP 和 IL-18 检测对急性上呼吸道感染患儿的临床意义[J]. 中国卫生检验杂志, 2012, 22(11): 2698-2700.
- [5] 黄思玉, 张俊川, 李广红, 等. 老年 COPD 急性发作期 SIRS 评分、高敏 C-反应蛋白与患者预后的相关性研究[J]. 中国医药导报, 2013, 10(1): 60-61.
- [6] 周玉平, 冯传咸. 4777 例发热儿童 CRP 和 WBC 计数及手工分类的形态学检测结果[J]. 临床血液学杂志, 2013, 26(2): 109-111.
- [7] 牛向荣. 柴胡药理作用研究概述[J]. 中国药师, 2009, 12(9): 1310-1312.
- [8] 王瑞, 鲁岚, 李颖伟, 等. 赤芍与白芍的药理作用比较[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(7): 112-114.

(责任编辑: 吴凌)