6 种中药抗病毒制剂治疗上呼吸道感染的疗效比较

赵锋

（陕西省崔家沟监狱医院　耀县 727101）

摘要：目的：观察 6 种中药针剂（鱼腥草、双黄连、清开灵、穿琥宁、莪术油、痰热清注射液）治疗上呼吸道感染的疗效。方法：240 例患者随机分为 A、B、C、D、E、F 6 组，每组 40 例，分别应用不同的中药针剂静点对比观察。结果：D 组、E 组治愈率分别达到了 85%和 87.5%，总有效率为 97.5%和 100%；D 组、E 组之间无明显差异性；其它 4 组总有效率无明显差异；D、E 组与 A、B、C、F 组之间有明显的差异（$P<0.05$）。在退热方面 B、C、D、F 组显示较好的作用，与 A、E 组比较具有显著差异性（$P<0.05$）；B、C、D、F 组 4 组之间无差异性。在血象恢复正常方面 D 组显示较好的作用，D 组与 A、B、C、E、F 组比较有显著差异性（$P<0.05$），A、B、C、E、F 组之间比较无差异性。在缓解症状方面 D、F 组与 A、B、C、F 组比较有显著差异性（$P<0.05$），D、E 组之间，A、B、C、F 组之间均无差异性。结论：治疗上呼吸道感染中应结合临床实际，有针对性地选择适宜药物，以获得最好的疗效。

关键词：中药抗病毒针剂；上呼吸道感染；疗效比较

中图分类号：R 56　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2005)04- 0079-02

1　临床资料

1.1　入选病例　均来自我科 2002 年 11 月 ~2004 年 11 月门诊及住院诊断为上呼吸道感染的患者，共 240 例，男 135 例，女 105 例。随机分为 A、B、C、D、E、F 6 组，且在年龄、性别、病情轻重等方面均无明显差异。A 组：男 23 例，女 17 例，平均年龄 35.4 岁；B 组男 22 例，女 18 例，平均年龄 33.2 岁；C 组

者容易坚持，依从性好。但是，CCB 与 ACEI 却是以尼群地平、卡托普利为代表的短效制剂，因为便宜，用药频度最高。这说明，高血压患者治疗需求更看重的的是药品和价格。

2.5　β - 阻滞剂的使用频度及用药金额都排序第 4 位，是高血压合并冠心病的首选，同时也是合并糖尿病的首选。2001 年欧美和中国心力衰竭治疗指南制定了新的心衰标准治疗为“利尿剂、ACEI、β - 阻滞剂三联或再加上地高辛的四联疗法”，并取代传统的“强心、利尿、扩血管”的心衰常规治疗方法[5]。β- 阻滞剂在心力衰竭治疗中不再是禁忌而是适用，它可使心衰病人死亡率降低 30%~40%，猝死减少 40%~50%[6]。

2.6　血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARBs）临床应用已有 20 年的历史，它的降压作用与 ACEI 相似，但没有 ACEI 难以克服的咳嗽、血管性水肿、首剂低血压等副作用。除此以外，与 CCB、ACEI 一样，ARBs 也有其降压外作用，如逆转左室肥厚、减少高血压事件、延缓肾功能衰竭、减少新的显著蛋白尿的发生，预防糖尿病肾病、减少脑卒中、降低血尿酸及减少高血压患者糖尿病的发生等。所以，美国 JNC 7 和 2003 欧洲高血压治疗指南都把 ARBs 列为抗高血压治疗的起始药物和维持药物，即当高血压合并心衰、冠心病高危状态、糖尿病及合并慢性肾病时，都应该使用 ARBs 治疗。调查显示 ARBs 的用药频度排序第 5，与其价格偏高有关。

2.7　2003 年美欧高血压治疗新指南规定，高血压治疗目标值在高血压普通人群应＜140/90mmHg，但在合并糖尿或慢性肾病的高血压患者应为＜130/80mmHg，并推荐联合治疗方案为：利尿剂和 β - 阻滞剂，利尿剂和 CCB，利尿剂和 ACEI 或 ARBs，二氢吡啶类 CCB 和 β - 阻滞剂，CCB 和 ACEI 或 ARBs，β - 阻滞剂和 α - 拮抗剂[7]。从表 2 看，临床控制血压在目标值，主要是单一用药和二联用药，少数顽固性高血压或具有多种危险因素（如合并糖尿病、慢性肾病等）时，常需 3 种以上药物联用。采用不同作用机制的小剂量药物联用，比单药大剂量降压效果好，不良反应少，可使多种危险因素或合并疾病得到最佳控制。降压药联用时不仅根据血压升高的程度，还考虑是否合并有心血管病或糖尿病 / 慢性肾病而个体化选用。合并心衰：利尿剂加 β - 阻滞剂，对心输出量降低产生协同。利尿联用 ACEI 或 ARBs，利尿剂控制液体潴留，保证 ACEI 或 ARBs 的疗效，同时利尿剂引起的 RAAS 激活及丢钾副作用被 ACEI 或 ARBs 抵消。老年单纯收缩期高血压：利尿剂联用长效 CCB/ARBs。合并冠心病：CCB 联用 β - 阻滞剂。二者都联合降压的同时，CCB 增加冠脉血流量，β - 阻滞剂减少心肌耗氧量协同治疗冠心病，前者引起交感神经兴奋产生的心悸、脸红等副作用被 β - 阻滞剂抵消。合并 DM（糖尿病）：CCB 联用 ACEI 或 ARBs。ALLHAT 研究据北京高血压联盟研究所、中华医学会继续教育部、中华心血管病杂志编辑委员会《第二届中国高血压世纪行》证实了 CCB 作为 DM 伴高血压联合治疗选择的安全性、有效性。ACEI 或 ARBs 降压同时改善胰岛素抵抗，对糖、脂代谢产生有利影响，并减少蛋白尿的发生，预防糖尿病肾病。ARBs 还有其它降压药不具备的延缓糖尿病肾病进展即延缓肾功能恶化的作用。CCB 引起的交感兴奋和 RAAS 激活，可被 ACEI 或 ARBs 抵消。此外，临床选用降压药还根据患者的经济承受能力及依从性，实现有效控制血压。

参考文献

[1]邹毫，邵元福，朱才娟，等.医院药品 DDDs 数排序分析的原理及利用[J].中国药房,1996,7(5)：215

[2]中国高血压防治指南起草委员会编.中国高血压防治指南[J].高血压杂志,2000,8(2)：103

[3]张健，华琦.高血压个体化治疗[M].北京：人民卫生出版社,2001.196~231

[4]刘国仗，马文君.从 ALLHAT 结果看利尿剂在高血压病治疗中的地位[J].中华心血管病杂志,2003,31(9)：625

[5] 戴闺柱. 心力衰竭诊断与治疗研究进展 [J]. 中华心血管病杂志,2003,31(9)：641

[6]中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委员会.慢性收缩性心力衰竭治疗建议[J].中华心血管病杂志,2002,30(1)：7~23

[7]张维忠.美国和欧洲高血压治疗新指南评价[J].中华心血管病杂志,2003,31(9)：650

（收稿日期：2005-03-13）

男 25 例，女 15 例，平均年龄 34.3 岁；D 组男 24 例，女 16 例，平均年龄 32.6 岁；E 组男 20 例，女 20 例，平均年龄 31.9 岁；F 组男 21 例，女 19 例，平均年龄 33.7 岁。各组年龄、性别、发病时间和发病天数差异均无显著性，具有可比性（$P>0.05$）。

1.2　给药方法　A 组：鱼腥草注射液（江西保利制药有限公司）50~100mL+5%葡萄糖 250mL 静点，每日 1 次。B 组：双黄连注射液（牡丹江温春双鹤药业有限责任公司）60mL+5%葡萄糖 250mL 静点。C 组：清开灵注射液（神威药业燕郊有限公司）20~40mL+5%葡萄糖 250mL 静点。D 组：穿琥宁注射液〔詹姆斯—安迪制药（通化）有限公司〕200~400mg+5%葡萄糖 250mL 静点。E 组：莪术油葡萄糖注射液（江苏淮安双鹤药业有限责任公司）250mL 静点。F 组：痰热清注射液（新谊药业集团公司）20mL+5%葡萄糖 250mL 静点。以上均每日 1 次，治疗时间均为 5d。用药期间观察症状、体征（血常规、发热、鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、咳嗽、头痛和周身不适等）。

1.3　疗效判定　痊愈：5d 内感冒症状、体征消失；有效：感冒症状征部分缓解；无效：感冒症状、体征无变化或加重。

1.4　统计学处理方法　采用 t 检验和 χ^2 检验

2　结果

2.1　疗效比较　临床疗效比较见表 1。

表 1　临床疗效比较（n=40）　例（%）

组别	痊愈	有效	无效	总有效率（%）
A 组	26（65.0）	8（20.0）	6（15.0）	85.0
B 组	27（67.5）	5（12.5）	8（20）	80.0
C 组	21（52.5）	8（20.0）	11（27.5）	72.5
D 组	34（85.0）	5（12.5）	1（2.5）	97.5
E 组	35（87.5）	5（12.5）	0（0.0）	100.0
F 组	23（57.5）	7（17.5）	10（25.0）	75.0

从上表中可以看出 D 组、E 组在治愈率分别达到了 85%和 87.5%，在总有效率分别达到了 97.5%和 100%；D 组、E 组之间无明显差异性；其它 4 组在总有效率方面基本相同，无明显差异；D、E 组与 A、B、C、F 组之间有明显的差异，（$P<0.05$）。

2.2　症状、体征缓解时间比较　见表 2。

从表中可以看出，在退热方面 B、C、D、F 组显示较好的作用，体温恢复时间明显少于 A、E 组，B、C、D、F 组与 A、E 组比较具有显著的差异性（$P<0.05$）；在血象恢复正常方面 D 组显示较好的作用，恢复正常时间明显短于其它组别，D 组与 A、B、C、E、F 组比较，具有显著的差异性（$P<0.05$）。在缓解症状方面 D、E 组在时间上优于其它组别，与 A、B、C、F 组比较，具有显著的差异性（$P<0.05$）。

表 2　症状体征缓解时间比较（$\overline{X}\pm S$）　d

组别	n	发热 恢复正常时间	n	血常规 恢复正常时间	n	症状消失
A 组	20	2± 0.52	10	3± 0.63	40	3± 0.44
B 组	19	1± 0.68	14	3± 0.82	40	3± 0.28
C 组	24	1± 0.75	11	3± 0.57	40	3± 0.52
D 组	22	1± 0.65	17	2± 0.53	40	2± 0.63
E 组	21	2± 0.62	13	3± 0.48	40	2± 0.53
F 组	19	1± 0.82	16	3± 0.83	40	3± 0.72

3　讨论

急性上呼吸道感染大多数是由病毒引起，少数为细菌直接感染或继发于病毒感染之后。治疗以对症和抗病毒治疗为主，合并细菌感染，适当给予抗生素治疗。目前尚无特效抗病毒药物。随着祖国医学不断深入研究，在中药抗病毒方面取得了一些进展，开发出了一些具有抗病毒作用的中成药，如鱼腥草、双黄连、清开灵、穿琥宁、莪术油、痰热清注射液等，在临床中取得了较好的治疗效果。中医学将上呼吸道感染分为风热和风寒型 2 类来辨证施治。本研究表明，治疗效果存在的差异：一方面与药物本身的药理作用有关；另一方面与临床医生的应用有关，相当一部分医生缺乏辨证施治的中医概念。从上述表 1 可以看出，穿琥宁、莪术油显示了较高的治愈率和总有效率，治愈率分别达到了 85%和 87.5%，总有效率 97.5%和 100%。这与其具有抗多种病毒（呼吸道合胞病毒、流感、副流感等病毒）的作用有关。从表 2 可以看出：（1）双黄连、清开灵、穿琥宁、痰热清注射液，具有较好的退热功效，退热时间较其它几种药物时间短，这可能与其药物成份中含有黄芩有关；（2）穿琥宁注射液对血常规的恢复正常具有较好的作用，比其它几种药物时间要短，可能与促进肾上腺皮质功能、增加机体对病原体感染的应急能力有关；（3）在症状缓解方面，穿琥宁、莪术油注射液具有缩短时间的作用。这可能的机制，一方面与其有较强的抗病毒作用有关，另一方面与其具有对抗由二甲苯或组织胺所引起毛细血管壁通透性增高有关，从而具有缓解症状快的作用。在 6 种制剂的不良反应方面，笔者未作深入的研究和比较，可做进一步的深入研究。在应用上述制剂治疗上呼吸道感染中应结合临床实际，结合中医辨证施治的原理，采取个体化的用药原则，有针对性地选择适宜个体的药物，以获得最快、最好的临床疗效。

（收稿日期：2005-01-27）

（上接第 77 页）醇超声提取，去除单糖、低聚糖、苷类等干扰性成分，然后用水提取其中所含多糖类成分，多糖在硫酸作用下，先水解成糖醛衍生物然后进行比色测定，该方法简便，显色稳定，灵敏度高，重现性好。

水三仙口服液总多糖为本制剂的主要有效成分，故准确测定其含量对评价、制定水三仙口服液质量标准有十分重要的意义。

参考文献

[1] 郑虎占，董宏，佘靖.中药现代研究与应用[M].北京：学苑出版社，1998.2 389

[2] 陈国良，陈晓清.灵芝有效成分研究综述[J]. 中国实用菌，1995，14(4)：7

[3] 芦金清，邓可众. 中药海藻多糖的提取与分析[J].中成药，1998，20(6)：9

[4] 王家好. 灵芝菌提取物中多糖的含量测定[J].中成药，1996，18(8)：13

（收稿日期：2005-02-09）