

炎琥宁治疗重症病毒性上呼吸道感染的疗效观察

陈有华

(江西省赣州市南康区第一人民医院呼吸内科 赣州 341400)

摘要:目的:研究并分析炎琥宁治疗重症病毒性上呼吸道感染的疗效。方法:将 2014 年 1~11 月我院收治的 86 例重症病毒性上呼吸道感染患者纳入本研究,按照治疗方式的不同分为炎琥宁组与利巴韦林组,每组 43 例,根据其病情与身体情况保证充足的睡眠,开展营养支持治疗,予以镇痛等对症治疗,前者采用炎琥宁治疗,后者采用利巴韦林,对比两组患者治疗前后肺部 X 线与 WBC 总数,咳嗽、咳痰、体温变化情况,综合各类指标分析疗效。结果:炎琥宁组白细胞总数正常、肺部 X 线片恢复正常、无咳嗽咳痰、体温恢复正常例数分别为 27、24、30、34,显著优于利巴韦林组,两组间比较差异显著($P<0.05$),有统计学意义。结论:从安全性、经济性、实际疗效进行分析,炎琥宁对于重症病毒性上呼吸道感染患者的治疗效果显著优于利巴韦林,该药物值得在临床进行推广和使用。

关键词:病毒性上呼吸道感染;重症;炎琥宁;疗效观察

中图分类号:R562

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.022

病毒性上呼吸道感染是呼吸系统常见疾病,多发于青壮年与儿童群体。为控制病毒性上呼吸道感染,需遵循及早发现、及早治疗的原则^[1]。炎琥宁注射液的主要成分是从穿心莲中提取而来,对于病毒性上呼吸道感染患者,特别是重症患者,采用炎琥宁往往可以取得理想的治疗效果。为了分析其临床疗效,现对我院近年来收治的采用炎琥宁进行治疗的重症病毒性上呼吸道感染患者的临床资料进行回顾性分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2014 年 1~11 月我院收治的 86 例重症病毒性上呼吸道感染患者纳入本研究,所有患者均经体格检查、病史询问或者肺部 X 线确诊,男 37 例,女 49 例,年龄为 19~46 岁,平均年龄(31.8 ± 2.7)岁,临床表现为胸痛、咳嗽、白细胞升高,体温徘徊于 38.5℃左右,肺部听诊存在干湿罗音,X 线片显示患者肺部有条状阴影。本组患者在进行治疗前均未采用其他药物治疗,无过敏史。按照治疗方式的不同将 86 例患者分为炎琥宁组与利巴韦林组,每组 43 例,两组患者在年龄、性别、病情等方面比较,无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 排除标准 肺结核患者;肺癌患者;大叶性肺炎患者。

1.3 治疗方法 86 例患者在确诊之后,根据其病情与身体情况,保证充足的睡眠,开展营养支持治疗,予以镇痛等对症治疗。炎琥宁组采用炎琥宁冻干粉进行治疗,将 200 g 冻干粉溶于 5%葡萄糖溶液 250 ml 中,静脉滴注,治疗时间 7 d^[2]。利巴韦林组采用利巴韦林注射液进行治疗,剂量为 10~15 mg/kg,将其溶于 5%葡萄糖溶液 250 ml 中,静脉滴注,治疗

时间同炎琥宁组。治疗结束后,对比两组患者肺部 X 线与 WBC 总数,分析患者咳嗽、咳痰、体温变化情况,综合各类指标分析疗效。

1.4 统计学方法 本次实验数据采用 SPSS12.0 软件进行统计学分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间对比采用 t 检验,计数资料对比采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

炎琥宁组白细胞总数正常、肺部 X 线片恢复正常、无咳嗽咳痰、体温恢复正常例数分别为 27、24、30、34,显著优于利巴韦林组,两组间比较差异显著($P<0.05$),有统计学意义。见表 1。

表 1 两组白细胞总数、肺部 X 线片、全身症状消失情况对比(例)

组别	<i>n</i>	白细胞 总数正常	肺部 X 线片 恢复正常	无咳嗽、 咳痰	体温恢 复正常
炎琥宁组	43	27	24	30	34
利巴韦林组	43	20	18	22	26

3 讨论

急性上呼吸道感染是临床中常见的呼吸系统疾病,泛指喉部与鼻腔之间的各类急性炎症,可见于各个季节,各个年龄人群,以中青年、儿童群体最为常见,特别是在劳累、受寒等身体抵抗力降低的情况下很容易感染,超过 90% 的急性上呼吸道感染是由于病毒引起,患者在发病后常常会出现不同程度的细菌感染。在抗生素滥用与环境污染因素的影响下,病毒与细菌耐药性越来越强,病毒性上呼吸道感染常会引发不同致病菌感染,能够通过空气传播,此类患者的临床表现主要为咳嗽、咳痰、咽喉肿痛,伴随低热,而重症病毒性上呼吸道感染患者往往伴随胸痛的表现,肺部听诊可见干湿罗音,胸部 X 线片显示血管阴影增多,有带状阴影^[3]。

对于重症病毒性上呼吸道感染患者,多采用对症治疗与抗病毒治疗法,尚无有效药物,临床研究显示,利巴韦林能够抑制病毒 DNA 复制,杀灭病毒,缓解患者的感染症状,但是该种药物价格昂贵,疗效也不确切,还会对机体产生毒副作用。炎琥宁是从穿心莲中提取而来,其有效成分为穿心莲内酯衍生物,临床研究显示,穿心莲内酯衍生物有增强糖皮质激素、抑制炎症、降低体温的功效。此外,炎琥宁毒副作用小,价格便宜,采用静脉输注法可以直接输入患者血液中,疗效迅速。同时,还能够有效抑制患者毛细血管内部炎性物质的渗出,有效缓解患者的全身症状,加快疾病的恢复速度^[4]。穿心莲内酯衍生物有着良好的生物活性,对于炎性物质导致的毛细血管通透性可以起到拮抗作用,缓解患者临床症状,还可以阻断病毒 DNA 与蛋白质的结合,可以有效杀灭流感病毒、呼吸道合胞病毒以及腺病毒。对于肺炎克雷伯菌、肺炎球菌、假性链球菌、大肠杆菌、金黄色葡萄球菌也有抑制作用^[5]。

(上接第 38 页)及对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 四组不良反应比较[例(%)]					
组别	n	血糖升高	血压升高	肝功能异常	合计
对照组	31	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	1(3.2) [#]
A 组	31	1(3.2)	3(9.7)	1(3.2)	5(16.1)
B 组	31	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	1(3.2) [#]
C 组	31	1(3.2)	1(3.2)	0(0.0)	2(6.5) [#]

注:与 A 组比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

MS 是主要由 T 细胞介导的自身免疫性疾病,患者多为青壮年^[4],目前针对 MS 治疗主要以防止急性期的进展恶化以及缓解期的疾病复发、缩短复发持续时间为主要目的^[5]。甲基强的松龙作为一种糖皮质激素,可有效抗水肿,也可直接对脱髓鞘的轴突传导起作用,抑制患者脑脊液 IgG 的合成,稳定血脑屏障以减少周围淋巴细胞向中枢神经系统的移行,抑制细胞免疫功能,使细胞内钠离子减少,从而减轻髓鞘的炎症和水肿,改善神经传导功能^[6]。由于糖皮质激素临床不良反应多,不适于长期服用,因此,临床上普遍采用 IVMP 的大剂量短程冲击疗法,病情缓解后的短期口服没有长期获益,只是为了防止大剂量激素导致的内源性皮质分泌抑制以及停药可能出现的疾病反弹^[7]。糖皮质激素是 MS 药物治疗的金标准,而大剂量、短疗程的 IVMP 冲击疗法后逐步减量,已成为我国 MS 治疗方案的首选^[8],但是最佳减量方法、服用剂量仍缺乏统一标准。

本研究结果显示,炎琥宁组白细胞总数正常、肺部 X 线片恢复正常、无咳嗽咳痰、体温恢复正常例数分别为 27、24、30、34,显著优于利巴韦林组,两组间比较差异显著($P<0.05$),有统计学意义。因此,从安全性、经济性和实际疗效进行分析,炎琥宁对于重症病毒性上呼吸道感染患者的治疗效果显著优于利巴韦林,值得在临床进行推广和使用。

参考文献

[1]张建平.炎琥宁在重症病毒性上呼吸道感染治疗中的临床应用[J].中国民族民间医药杂志,2012,21(17):94-95
[2]陈卓.炎琥宁联合左氧氟沙星治疗慢性阻塞性肺疾病伴感染疗效观察[J].大家健康(学术版),2012,6(10):35-37
[3]扎西翁姆,王波,杨晓敏.炎琥宁治疗病毒性上呼吸道感染的不良反应分析[J].中国民族民间医药杂志,2014,23(4):92
[4]Kobayashi M,Davis SM,Utsunomiya T,et al.Antiviral effect of gingyo-san, a traditional Chinese herbal medicine, on influenza A2 virus infection in mice[J].Am J Chin Med,1999,27(1):53-62
[5]Cinatl J,Morgenstern B,Bauer G, et al.Glycyrrhizin, an active component of liquorice roots, and replication of SARS-associated coronavirus[J].Lancet,2003,361(9374):2045-2046

(收稿日期:2015-01-05)

本研究提示,RRMS 患者大剂量 IVMP 冲击治疗后口服甲泼尼龙,按 48 mg/d、24 mg/d、12 mg/d 各 1 周的方式逐步减量(B 组方案)或口服泼尼松龙,开始 60 mg/d,之后按 5 mg/5 d 的方式逐步减量(C 组方案),治疗总有效率高(分别为 96.8%、90.3%),且不良反应率显著低于 A 组减量方案和不用激素方案。综上所述,RRMS 患者大剂量 IVMP 冲击治疗后,采用 B、C 两种激素减量方案可有效缓解病情,且不良反应发生率低,推荐应用于临床治疗。

参考文献

[1]张永利,张杰.大剂量甲基强的松龙治疗多发性硬化 18 例临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2011,14(22):78-79
[2]任海燕,冯照新,范波胜.大剂量甲基强的松龙治疗多发性硬化 16 例护理体会[J].中国实用神经疾病杂志,2012,15(23):95-96
[3]Polman CH,Reingold SC,Banwell B,et al.Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria[J].Ann Neurol,2011,69(2):292-302
[4]Shaygannejad V,Ashtari F,Alinaghian M,et al.Short-term safety of pluse steroid therapy in multiple sclerosis relapses [J].Clinical Neuropharmacology,2013;36(1):1-3
[5]董会卿,刘峥,张普,等.长期应用糖皮质激素治疗对 RRMS 患者临床康复和神经功能残疾进展的影响[J].中华神经免疫学和神经病学杂志,2010,17(5):323-326
[6]刘剑.复发缓解型多发性硬化分期辨治方案与疗效评价方法的探讨[D].北京:北京中医药大学,2012.63-71
[7]赵佳丽.多发性硬化的临床特点及预后分析[D].长春:吉林大学,2010.34-36
[8]中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑部.中国多发性硬化及相关中枢神经系统脱髓鞘疾病的诊断和治疗专家共识[J].中华神经科杂志,2006,39(12):862-864

(收稿日期:2014-12-22)