

小儿豉翘清热颗粒联合头孢克肟治疗儿童上呼吸道感染伴发热的临床研究

颜志远

(广东省梅州市蕉岭县人民医院儿科 蕉岭 514199)

摘要:目的:探究儿童上呼吸道感染伴发热应用小儿豉翘清热颗粒联合头孢克肟治疗的临床效果。方法:选取 2019 年 5 月~2020 年 5 月收治的上呼吸道感染伴发热患儿 146 例为研究对象,采用区组随机化法分为对照组和研究组,各 73 例。对照组给予头孢克肟颗粒治疗,在此基础上研究组联合小儿豉翘清热颗粒治疗。比较两组的临床效果及安全性。结果:治疗前两组中医证候积分对比,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组中医证候积分均明显下降,且研究组低于对照组($P<0.05$)。研究组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$)。研究组各临床症状改善时间均短于对照组($P<0.05$)。治疗前两组 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 均较治疗前升高,且研究组高于对照组,两组 $CD8^+$ 均较治疗前下降,且研究组低于对照组($P<0.05$)。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:儿童上呼吸道感染伴发热应用小儿豉翘清热颗粒联合头孢克肟治疗,临床效果好,可促进临床症状缓解,提高免疫功能,且不良反应少。

关键词:小儿上呼吸道感染;发热;小儿豉翘清热颗粒;头孢克肟

中图分类号:R725.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.017

上呼吸道感染是小儿时期最常见的感染性疾病,常侵犯口腔、中耳等邻近器官,导致患儿出现咽痛、发热等症状^[1]。目前常采用头孢克肟等抗生素治疗上呼吸道感染,但单药治疗临床疗效不甚理想。有报道指出,对上呼吸道感染患儿给予中药联合治疗,起效较快,并可缩短治疗疗程^[2]。中医将上呼吸道感染归为“伤风”范畴,认为小儿豉翘清热颗粒等清热解表类方剂可起到表里兼治的作用^[3],但目前有关其与头孢克肟联合治疗上呼吸道感染的研究尚处于探索阶段。本研究对上呼吸道感染伴发热患儿给予小儿豉翘清热颗粒联合头孢克肟颗粒治疗,旨在探究联合治疗对患儿临床症状及免疫功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 5 月~2020 年 5 月在我院收治的上呼吸道感染伴发热患儿 146 例为研究对象,采用区组随机化法分为研究组和对照组,各 73 例。研究组男 41 例,女 32 例;年龄 3~13 岁,平均(7.98 ± 2.56)岁;病程 1~5 d,平均(3.15 ± 0.92)d。对照组男 39 例,女 34 例;年龄 3~14 岁,平均(8.35 ± 2.49)岁;病程 1~5 d,平均(3.32 ± 0.99)d。两组患儿一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入标准 经临床检查确诊为上呼吸道感染,符合《急性上呼吸道感染基层诊疗指南(实践版 2018)》^[4];患儿及其家属知情本研究,且签署知情同意书;体温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$;年龄 ≤ 14 岁;符合《中药新药临床研究指导原则》^[5]中风热感冒挟滞证的诊断标准。

1.3 排除标准 严重肝肾功能异常者;对本研究所

用药物过敏者;入组前有相关药物服用史者;其他呼吸道疾病者;先天性疾病患儿;免疫性疾病患儿。

1.4 治疗方法 对照组给予头孢克肟颗粒(国药准字 H20020512)口服,3 mg/(kg·次),2 次/d,共治疗 5 d。研究组在此基础上给予口服小儿豉翘清热颗粒(国药准字 Z20123090)治疗,2~5 g/次,3 次/d,根据患儿年龄调整给药剂量,共治疗 5 d。

1.5 观察指标 (1)中医证候积分:于治疗前及治疗 5 d 后根据主症(轻 2 分,中 4 分,重 6 分)及次症(轻 1 分,中 2 分,重 3 分)严重程度进行评分^[6],以恶寒、身热不扬、头胀如裹、肢体酸重为主症,以头痛胸闷、恶心呕吐、口淡为次症,总分为主次症得分之和。(2)临床疗效:治疗 2 d,咳嗽、咽喉痛等症状完全消失,体温恢复正常,为显效;治疗 3~5 d 后,咳嗽、咽喉痛等症状得到明显改善,体温恢复正常,为有效;治疗 5 d 后,咳嗽、咽喉痛等症状无改善,体温未下降或甚至升高,为无效^[7]。(3)临床症状改善时间:两组患儿退热时间、咳嗽咯痰消失时间,咽喉肿痛消失时间。(4)免疫功能:抽取患儿 3 ml 空腹静脉血,离心,分离血清,利用赛默飞 Attune NxT 流式细胞仪及配套试剂盒检测患儿治疗前及治疗 5 d 后 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD8^+$ 水平。(5)不良反应发生情况:皮肤红疹、上腹不适、恶心呕吐等。

1.6 统计学处理 本研究采用 SPSS17.0 软件处理数据,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,用 t 检验,计数资料用率表示,用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分比较 两组治疗前中医证候积分对比,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后

两组中医证候积分均降低，且研究组低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	主症				次症			总分
			恶寒	身热不扬	头胀如裹	肢体酸重	头痛胸闷	恶心呕吐	口淡	
研究组	73	治疗前 治疗后	4.51± 0.82	3.49± 0.60	3.68± 0.63	4.08± 0.76	1.91± 0.22	1.69± 0.13	1.83± 0.15	21.19± 3.86
			2.05± 0.43*	1.96± 0.31*	1.15± 0.25*	1.68± 0.30*	0.76± 0.14*	0.58± 0.10*	0.51± 0.09*	8.69± 1.53*
			22.700	19.356	31.892	25.097	37.697	57.824	64.473	25.722
			<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
对照组	73	治疗前 治疗后	4.36± 0.79	3.32± 0.61	3.51± 0.62	3.90± 0.72	1.88± 0.20	1.65± 0.13	1.78± 0.17	20.40± 3.72
			2.31± 0.41	2.18± 0.37	1.53± 0.22	1.87± 0.23	0.91± 0.11	0.81± 0.12	0.72± 0.10	10.33± 1.89
			19.679	13.652	25.715	22.947	37.064	43.464	45.919	20.620
			<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
研究组	73	28	42	3	70(95.89)
对照组	73	25	38	10	63(86.30)
χ^2					4.134
P					0.042

2.3 两组临床症状改善时间比较 研究组各临床症状改善时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组临床症状改善时间比较(h, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	退热时间	咳嗽咯痰消失时间	咽喉肿痛消失时间
研究组	73	30.63± 6.15	40.37± 8.05	37.52± 7.30
对照组	73	37.19± 7.52	45.04± 8.69	41.17± 8.06
t		5.770	3.368	2.868
P		<0.001	0.001	0.005

2.4 两组免疫功能指标比较 两组治疗前 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组 CD3⁺、CD4⁺ 均升高,且研究组高于对照组,两组 CD8⁺ 下降,且研究组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组免疫功能指标比较(% , $\bar{x} \pm s$)

组别	n	CD3 ⁺		CD4 ⁺		CD8 ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	73	53.27± 6.11	64.65± 5.94*	33.27± 6.04	40.24± 4.37*	35.06± 3.12	28.43± 3.50*
对照组	73	51.53± 6.39	59.80± 5.72*	34.85± 6.11	37.18± 4.62*	35.25± 3.29	30.07± 3.42*
t		1.682	3.989	1.572	2.606	0.358	2.863
P		0.095	0.000	0.118	0.010	0.721	0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.5 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应发生率对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 5。

表 5 两组不良反应发生情况比较

组别	n	皮肤红疹(例)	上腹不适(例)	恶心呕吐(例)	总发生[例(%)]
研究组	73	1	0	1	2(2.74)
对照组	73	1	1	2	4(5.48)
χ^2					0.695
P					0.404

3 讨论

中医学根据儿童上呼吸道感染的病因病机将其归为“伤风、伤寒”的范畴,目前认为外感风邪是导致其发病的主要原因,病邪侵犯人体浅表部位,小儿因肺气不足、卫外功能发育不全、抵抗力差,易感外邪致病,出现发热、咽痛等症状^[8]。本研究采用小儿豉翘清热颗粒治疗儿童上呼吸道感染伴发热,该药为疏风解表、清热导滞类中药制剂,方中连翘可清热解毒、疏散风热;淡豆豉可解肌发表;薄荷可疏散风热、利咽透疹;炒栀子可泻火除烦、清热利尿。诸药合用,

解表清热疏风之效更佳^[9]。现代药理表明,连翘对金黄色葡萄球菌及病毒具有较好的抑制作用,并可抗炎、解热降温^[10];淡豆豉中果糖具有免疫调节功能,可预防变态反应疾病的发生^[11];薄荷用于上呼吸道感染,具有明显的止咳、消炎和抑菌作用^[12];荆芥具有较好的抗菌、抗炎作用,并能解热镇痛^[13]。本研究结果显示,应用小儿豉翘清热颗粒联合头孢克肟治疗的研究组可更快改善中医证候,缩短临床症状消失时间,临床治疗效果较对照组显著,提示对上呼吸道感染伴发热患儿给予小儿豉翘清热颗粒及抗生素联合治疗,可解热,缓解咳嗽、咽痛等临床症状。

儿童上呼吸道感染伴发热易反复发作,久治难愈,会导致患者免疫功能紊乱。曾学文等^[14]报道指出,上呼吸道感染患儿 NK 细胞杀伤活性低,对病毒的清除效果降低,会抑制细胞免疫,导致其出现免疫功能缺陷,而采用抗病毒药物治疗可起到减轻免疫功能紊乱的作用。本研究结果显示,研究组治疗后 CD3⁺、CD4⁺ 值高于对照组,CD8⁺ 低(下转第 153 页)

表 3 两组干预前后 DASS-21 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后
CNP 组	25	43.56± 5.41	19.25± 5.02
常规组	25	42.33± 4.76	26.06± 4.21
t		0.854	5.197
P		0.398	<0.001

2.4 两组服务质量评分对比 CNP 组 SERVQUAL 评分为 (22.85± 2.01) 分, 高于常规组的 (16.94± 2.87) 分 ($t=8.434, P<0.001$)。

3 讨论

脑动脉瘤病死率、致残率高, 手术治疗十分必要, 介入栓塞手术是治疗脑动脉瘤的首选方式。而患者由于缺乏脑动脉瘤介入栓塞手术认知, 常处于过分担忧状态, 引起情绪起伏大, 造成术后脑出血, 加之其他手术并发症影响, 严重干扰患者恢复^[4-6]。

常规围术期护理注重基本操作, 忽视心理健康, 而 CNP 模式干预以患者为中心, 制定标准护理计划表, 重视患者身心健康恢复, 可为患者提供完整持续的护理干预, 更科学有效^[7-8]。本研究对脑动脉瘤介入栓塞手术患者实施 CNP 模式干预, 结果发现 CNP 组知识掌握率高于常规组 ($P<0.05$), 说明 CNP 模式应用于脑动脉瘤介入栓塞手术患者, 可提高患者知识掌握情况。这得益于 CNP 模式的详尽说明, 患者能知晓自身处于何种干预状态, 在护理人员引导下更注意自身健康, 能得到更多知识教育, 提高知识掌握率。本研究结果还显示, 干预后 CNP 组 DASS-21 评分低于常规组 ($P<0.05$), 说明 CNP 模式在整个护理计划实施阶段, 为避免心理波动影响脑血管, 重视缓解患者不良心理状态, 可达到身心平

(上接第 38 页)于对照组。这提示对上呼吸道感染伴发热患儿给予小儿豉翘清热颗粒联合头孢克肟治疗, 可起到改善免疫功能的作用, 这主要与薄荷、荆芥、淡豆豉等药物具有抗炎抑菌、免疫调节功能及头孢克肟具有抗炎作用有关。研究结果还显示, 研究组不良反应发生率与对照组比较, 差异无统计学意义, 说明联合用药方案安全性较好。综上所述, 儿童上呼吸道感染伴发热应用小儿豉翘清热颗粒联合头孢克肟治疗, 临床效果好, 可促进缓解临床症状, 提高免疫功能, 且不良反应少。

参考文献

[1]马丽娜.小儿热速清颗粒对上呼吸道感染发热患儿退热效果的影响[J].首都食品与医药,2018,25(23):37.
[2]高佩琦.小儿豉翘清热颗粒联合炎琥宁注射液治疗小儿上呼吸道感染的临床研究[J].现代药物与临床,2017,32(8):1482-1485.
[3]曾娇,胡德飞,陈东长.小儿病毒性上呼吸道感染采用小儿豉翘清热颗粒治疗疗效分析[J].当代医学,2018,24(17):141-143.
[4]中华医学会,中华医学学会杂志社,中华医学学会全科医学分会,等.急

衡状态。本研究还发现,CNP 组并发症发生率低于常规组 ($P<0.05$), 提示 CNP 模式可降低患者术后脑出血、脑血管痉挛等并发症发生风险。患者在 CNP 模式干预前知晓情绪波动、用力咳嗽等可引发脑出血, 在术后会避免此类情况发生, 加之护理人员密切观察各种危险症状, 能及时反应并处理各种并发症。此外, 本研究发现 CNP 组 SERVQUAL 评分高于常规组 ($P<0.05$), 说明对脑动脉瘤介入栓塞手术患者实施 CNP 模式干预后, 患者能体会到护理全面性, 看到护理人员服务情况, 感受到自身身心变化, 进而提高服务质量评分。

综上所述,CNP 模式应用于脑动脉瘤介入栓塞手术患者, 可提高患者知识掌握率, 降低并发症发生风险, 减轻不良心理, 提高服务质量。

参考文献

[1]陈健龙,于沛涛.血管内介入栓塞术治疗脑动脉瘤的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(11):1620-1622.
[2]孟广丽,王翠香.循证护理对颅内动脉瘤患者介入栓塞术后并发症、心理状态及预后的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(23):2772-2776.
[3]潘雅娟,吕建萌,张国梅,等.临床护理路径对提高急性脑梗死急诊溶栓治疗后神经功能恢复及生活质量的效果观察[J].山西医药杂志,2019,48(16):2077-2079.
[4]周甜甜,马海萍,张超,等.快速康复外科在颅内动脉瘤经弹簧圈栓塞术围术期的应用[J].重庆医学,2019,48(10):1770-1773.
[5]周琍琳.预见性护理对 Hunt-Hess 低分级颅内动脉瘤介入栓塞术后并发症的影响[J].护理研究,2018,32(12):1967-1969.
[6]刘强,高章代,高喜斌.介入栓塞治疗颅内动脉瘤患者术后预后不良的相关因素分析[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(8):943-946.
[7]陈美美,杨育,陈蓓妮,等.临床路径护理对动脉瘤性蛛网膜下腔出血介入手术病人快速康复的效果评价[J].中国微侵袭神经外科杂志,2018,23(10):479-480.
[8]徐丽,张维珍,张行泉,等.临床护理路径在颅内破裂动脉瘤夹闭术围术期的应用[J].护理与康复,2017,16(5):439-441.

(收稿日期: 2020-09-24)

性上呼吸道感染基层诊疗指南(实践版 2018)[J].中华全科医师杂志,2019,18(5):427-430.
[5]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.153-154.
[6]徐旭,黄梦,陈忠波.小儿病毒性上呼吸道感染采用小儿豉翘清热颗粒治疗疗效观察[J].中华中医药学刊,2017,35(5):1330-1332.
[7]刘霞,沈红,星学花,等.小儿金翘颗粒联合喜炎平注射液治疗小儿上呼吸道感染的临床疗效研究[J].中华中医药学刊,2019,37(9):2133-2136.
[8]杨嘉,蔡振荡.小儿豉翘清热颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染临床研究[J].新中医,2019,51(5):232-234.
[9]朱莉,张鹏远,刘冬,等.小儿豉翘清热颗粒联合阿奇霉素治疗儿童上呼吸道感染的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(10):3003-3007.
[10]张天锡,史磊,刘雯,等.连翘化学成分、药理活性现代研究[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(12):222-224.
[11]陈代栋.中药淡豆豉的有效成分及药理作用研究进展[J].心理医生,2016,22(2):5-6.
[12]徐佳馨,王继锋,颜妮妮,等.薄荷的药理作用及临床应用[J].食品与药品,2019,21(1):81-84.
[13]刘玥欣.荆芥不同煎煮时间对荆芥汤中胡薄荷酮含量及药效作用的影响[D].长春:长春中医药大学,2018.
[14]曾学文,林烈桔,麦朗君.金莲花颗粒联合头孢克肟治疗小儿急性呼吸道感染的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(1):84-87.

(收稿日期: 2020-07-20)