

小儿豉翘清热颗粒联合蒲地蓝消炎口服液 治疗手足口病疗效观察

周永新

(江苏省常熟市第二人民医院,江苏常熟 215500)

【摘要】 目的 探讨小儿豉翘清热颗粒联合蒲地蓝消炎口服液治疗手足口病的临床疗效。方法 将152例急性期手足口病患儿随机分为2组。治疗组给予利巴韦林+小儿豉翘清热颗粒+蒲地蓝消炎口服液治疗,对照组仅给予利巴韦林治疗。比较2组患儿体温恢复正常、口腔溃疡消退、皮疹消退、咽痛消失的时间,总体疗效,血清炎症因子及治疗期间不良反应。结果 治疗组体温恢复正常、口腔溃疡消退、皮疹消退、咽痛消失的时间均显著短于对照组(P 均 <0.001)。治疗组显效率及总有效率显著高于对照组。治疗组治疗后血清TNF- α 、IL-6、IL-1水平均较治疗前显著下降,而IL-17水平显著上升(P 均 <0.01),但对照组各炎症因子水平无显著变化。2组均无明显不良反应。结论 小儿豉翘清热颗粒联合蒲地蓝消炎口服液可显著缩短手足口病患儿退热及主要症状消失时间,抑制炎症反应,提高综合疗效,且安全性高,依从性好。

【关键词】 手足口病; 儿童; 炎症因子; 小儿豉翘清热颗粒; 蒲地蓝口服液; 利巴韦林

【中图分类号】 R512.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1008-8849(2013)08-0831-03

手足口病(HFMD)又被称为发疹性水疱性口腔炎,是一种肠道病毒感染引起的儿童传染病,多发生于5岁以下的儿童。HFMD以发热起病,随后在口腔黏膜、手掌、臀部、足部等出现米粒大小的散在状疱疹;而重症患儿病情进展迅速,可发生脑膜炎、脑脊髓炎、肺水肿、循环障碍等严重并发症,且预后较差,即使存活的患儿也会留有后遗症。但是目前该病的治疗除抗病毒以及相关对症治疗外,尚无特效药物。近年来,中药制剂在该病治疗中显示出良好疗效^[1-2]。我院在利巴韦林治疗的基础上联用小儿豉翘清热颗粒以及蒲地蓝消炎口服液治疗手足口病患儿,并与单独应用利巴韦林进行对照分析,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2010年1月—2011年12月在本院门诊及住院手足口病患儿152例,均符合2008年5月《手足口病预防控制指南》^[3]中的诊断标准。男83例,女69例;年龄(2.12 \pm 0.56)岁(6个月~6岁)。患儿均在发病48h内就诊(急性期)。将152例患儿随机分为2组:治疗组76例,男43例,女33例; <1 岁12例,1~3岁49例, >3 岁15例。对照组76例,男40例,女36例; <1 岁13例,1~3岁45例, >3 岁18例。2组患儿在性别、年龄、病程等方面具有可比性。

1.2 治疗方法 2组患儿均给予利巴韦林注射液10~15

mg/(kg·d)加入5%葡萄糖溶液100~200mL中静滴,并根据临床症状进行相关对症及预防处理,包括退热、补液、抗感染(并发细菌感染时)等。治疗组患儿在此基础上加服小儿豉翘清热颗粒以及蒲地蓝消炎口服液。小儿豉翘清热颗粒:6个月~1岁者每次1~2g,1~3岁者每次2~3g,4~6岁者每次3~4g,每日3次;蒲地蓝消炎口服液:6个月~1岁者每次1/2支,每日3次,1~3岁者每次1支,每日2次,4~6岁者每次1支,每日3次。2组患儿疗程均为7~10d。

1.3 观察指标 记录2组患儿体温恢复正常、口腔溃疡消退、皮疹消退、咽痛消失的时间,并比较2组总体疗效及治疗期间不良反应。所有患儿均于入院第1天及疗程结束后采集静脉血,采用ELISA法检测血清TNF- α 、IL-6、IL-10、IL-17水平。

1.4 疗效评定标准 显效:治疗7d后,体温恢复正常,口腔溃疡及手足皮疹消退,一般状况良好,且无其他并发症;有效:治疗7d后体温恢复正常,口腔溃疡及手足皮疹显著减少,但未完全消退,一般状况较治疗前好转,且无其他并发症;无效:治疗7d后体温仍未恢复正常,口腔溃疡及手足皮疹减少不明显,或者出现其他并发症。

1.5 统计学处理 所有数据采用SPSS 13.0统计学软件进行分析,计数资料比较采用方差检验,计量资料比较采用t检

理的避孕措施,避免不必要的多次宫腔手术操作,也是预防本病发生的重要方面。

【参 考 文 献】

[1] 何茜冬. 子宫腺肌症228例的临床分析[J]. 现代医院, 2002, 2(5):9

[2] 邹雁, 谢菲. 子宫腺肌症77例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(10):2429

[3] 傅文胜, 张景英. 子宫腺肌症106例临床病理分析[J]. 医学理

论与实践, 2009, 22(9):1120

[4] 韩冬, 王自能. 子宫腺肌病发病机制研究进展[J]. 广州医药, 2010, 41(5):9

[5] 聂妙玲, 康佳丽, 夏薇. 子宫腺肌症111例临床分析[J]. 实用医学杂志, 2004, 20(3):311

[6] 石红, 王元佩. B超及CA125在子宫腺肌症诊断中的作用探讨[J]. 福建医药杂志, 2002, 24(5):14

【收稿日期】 2012-08-20

验 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 主要症状体征消失时间 治疗组体温恢复正常、口腔溃疡消退、皮疹消退、咽痛消失的时间均显著短于对照组(P 均 < 0.001) ,见表 1。

表 1 2 组主要症状体征消失时间比较($\bar{x} \pm s$, d)

| 组别 | n | 体温恢复正常 | 口腔溃疡消退 | 皮疹消退 | 咽痛消失 |
|-----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 治疗组 | 76 | 1.51 ± 0.61 | 4.12 ± 1.22 | 3.98 ± 1.01 | 1.51 ± 0.43 |
| 对照组 | 76 | 2.23 ± 0.98 | 5.68 ± 1.09 | 5.12 ± 1.15 | 2.01 ± 0.56 |
| P | | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

2.2 总体疗效 治疗组显效率及总有效率显著高于对照组 ,见表 2。

表 2 2 组总体疗效比较 例(%)

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|----|--------|--------|--------|--------|
| 治疗组 | 76 | 42(55) | 29(38) | 5(7) | 71(93) |
| 对照组 | 76 | 24(32) | 38(50) | 14(18) | 62(82) |
| P | | <0.01 | >0.05 | <0.05 | <0.05 |

2.3 血清 TNF- α 、IL-6、IL-10、IL-17 水平变化 治疗组治疗后血清 TNF- α 、IL-6、IL-17 水平均较治疗前显著下降 ,而 IL-17 水平显著上升 ,但对对照组各炎症因子水平无显著变化。见表 3。

表 3 2 组血清 TNF- α 、IL-6、IL-10、IL-17 水平变化($\bar{x} \pm s$, ng/L)

| 组别 | n | 时间 | TNF- α | IL-6 | IL-10 | IL-17 |
|-----|----|-----|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 治疗组 | 76 | 治疗前 | 189.21 ± 52.15 | 48.46 ± 18.16 | 61.23 ± 27.85 | 42.36 ± 18.65 |
| | | 治疗后 | 148.12 ± 28.65 ^{①②} | 32.12 ± 19.01 ^{①②} | 46.65 ± 21.01 ^{①②} | 29.16 ± 13.12 ^{①②} |
| 对照组 | 76 | 治疗前 | 185.16 ± 50.23 | 46.56 ± 17.95 | 62.31 ± 28.13 | 43.12 ± 17.98 |
| | | 治疗后 | 169.12 ± 29.53 ^① | 41.23 ± 18.85 | 54.23 ± 22.36 | 38.16 ± 13.59 |

注:①与治疗前比较 $P < 0.01$; ②与对照组比较 $P < 0.01$ 。

2.4 安全性评价 2 组患儿均未见与药物相关的不良反应。

3 讨 论

引发手足口病的病毒约有 20 个类型 ,其中以肠道病毒 71(EV 71)、柯萨奇病毒 A16(Cox A16) 最为常见。病毒由呼吸道入侵 ,并逐渐蔓延至消化道 ,无论是呼吸道还是消化道 ,病毒均可在局部黏膜进行增殖 ,可随口咽分泌物或排泄物排出体外 ,还可经血液扩散 ,导致多器官受累 ,引发各种临床表现。临床上多数手足口病患儿为轻中度 ,并未合并严重的神经系统并发症。因此 ,只要及时诊断、正确治疗 ,即可获得痊愈或显著好转 ,不影响患儿今后的生长发育。

在临床工作中笔者常遇到患儿由于口腔疱疹疼痛而拒绝口腔清洁或服药 ,容易造成机体内定植的条件致病菌大量繁殖 ,从而引发菌血症 ,但是抗病毒及抗菌药物联用的疗效并不十分理想 ,且不良反应较大。因此 ,我院采取了西药抗病毒联合中药制剂的治疗方案 ,一方面中药制剂相对安全 ,另一方面中药颗粒剂及口服液服用方便 ,患儿及家长易于接受。

中医学认为 ,手足口病属“温病”范畴 ,主要病机为机体感受时邪疫毒 ,侵犯脏腑 ,与内蕴之湿热瘀毒相搏 ,阻滞经络 ,从而外泄于肌肤 ,导致口腔溃疡、疱疹、疼痛等临床表现。小儿豉翘清热颗粒由连翘、淡豆豉、薄荷、荆芥、炒栀子、大黄、青蒿、赤芍、槟榔、厚朴、黄芩、半夏等 14 味中药组成 ,具有显著的疏风解表、清热导滞的功效。连翘、薄荷、荆芥、栀子等的有效成分包括连翘酚、甾醇化合物、栀子苷等活性物质 ,具有显著抗病毒、抗菌、消炎、解热、镇痛作用;淡豆豉含脂肪、蛋白质和酶类等成分 ,有微弱的发汗作用 ,并有健胃、助消化作用 ,其所含的异黄酮等成分还有抗炎及免疫调节作用;大黄、槟榔、厚朴、半夏等所含有效成分为番泻甙、鞣质、厚朴酚 ,可促进消化液的分泌及胃肠蠕动 ,减轻毒素对平滑肌的抑制 ,有利于组织恢复。蒲公英消炎口服液主要成分为蒲公英、苦地丁、板蓝根及黄芩 ,具有清热解毒、抗炎消肿之功效。其中具有“植物抗生素”之称的蒲公英含有甾醇、豆甾醇等物质 ,具有抗病毒、抑制炎症反应的作用;苦地丁的主要成分苦地丁素等具有镇痛、消炎之效;黄芩的主要成分黄芩甙元、黄芩甙等则具有抗菌、抗病毒、消炎、解热及抗过敏的作用 ,其对多种细菌有抑制作用 ,如金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、溶血链球菌等 ,而苦地丁及蒲公英与黄芩的抗菌谱相似;板蓝根的主要成分靛苷、 β -谷甾醇等对病毒、细菌同样具有抑制作用。许多研究都是将抗病毒制剂联用小兒豉翘清热颗粒或蒲公英消炎口服液中的一种进行治疗^[4-5] ,疗效有限 ,本研究将两药合用 ,小兒豉翘清热颗粒偏于疏风解表 ,且对改善消化道症状的作用较好 ,而蒲公英消炎口服液偏于清热解毒 ,两药可发挥协同效应 ,提高疗效。本研究结果显示 ,治疗组在体温恢复正常、口腔溃疡消退、皮疹消退、咽痛消失的时间、总体疗效以及炎症因子的改善方面显著优于对照组。

张玉兰等^[6] 研究发现 ,手足口病患儿的白细胞计数、TNF- α 等水平均有不同程度的升高 ,说明手足口病的发病过程有应激及全身炎症反应参与。黄小霏等^[7] 研究证实 ,手足口病急性期患儿的 IL-6、IL-10 及 IL-17 水平显著升高 ,说明病毒侵袭呼吸道及消化道后 ,患儿体内发生广泛地免疫炎症反应。IL-6、IL-17 由巨噬细胞及 Th17 细胞分泌 ,主要参与机体发生感染后的免疫损伤过程 ,IL-10 则是由调节性 T 细胞分泌的炎症抑制因子。肠道病毒在成功越过第一道黏膜屏障后 ,即经由病原体相关分子模式(PAMPs) 与巨噬细胞 Toll 样受体相结合 ,释放 IL-6 ,这时 IL-6 通过血脑屏障 ,促进下丘脑前列腺素的合成 ,导致患儿持续性发热。另外 ,IL-6 与前列腺素发生协同作用 ,促进 Th0 细胞向 Th17 细胞分化 ,促进 IL-17 的分泌 ,从而发生一系列炎症反应 ,这时 ,机体代偿性抗炎机制被激活 ,产生 IL-10 等抗炎因子。因此 ,本研究中治疗前 2 组患儿 TNF- α 、IL-6、IL-17 及 IL-10 水平均升高 ,而治疗后均有不同程度的下降 ,说明这 2 种中药制剂具有显著抗炎作用 ,可较好地维持促炎因子及抗炎因子间的动态关系。另外 ,2 组患儿在治疗期间均未发生明显不良反应 ,说明联合运用两药及西医抗病毒治疗并不增加不良反应发生率。

本研究结果提示,小儿豉翘清热颗粒联合蒲地蓝消炎口服液可显著缩短手足口病患者发热及主要症状消失时间,抑制炎症反应,提高综合疗效,且安全性高,依从性好,二者可能通过抗病毒、抗细菌、维持促炎因子及抗炎因子间的动态关系等发挥作用,但尚未完全明确,需进一步深入探讨。

[参考文献]

- [1] 徐小娟,方彩文,徐红,等.蒲地蓝消炎口服液辅助治疗手足口病疗效观察[J].国际流行病学传染病学杂志,2009,36(4):238-239
- [2] 陈文林,宋启芳.蒲地蓝消炎口服液联合小儿豉翘清热颗粒治疗小儿手足口病121例[J].现代中医药,2010,30(3):51-52
- [3] 中华人民共和国卫生部.2008年手足口病预防控制指南[J].

- 中华实验和临床感染病杂志:电子版,2008,2(3):210-213
- [4] 唐华.小儿豉翘颗粒联合利巴韦林气雾剂治疗小儿手足口病疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2012,21(2):177-178
- [5] 华颖,张申.蒲地蓝消炎口服液治疗手足口病临床观察[J].现代中西医结合杂志,2009,18(32):3965
- [6] 张玉兰,刘小慧,柯江维.手足口病患者血清细胞因子的检测及其临床意义[J].南昌大学学报:医学版,2011,51(5):63-64
- [7] 黄小霏,檀卫平,江润昌.手足口病患者血清IL-6、IL-10、IL-17水平的变化[J].中山大学学报:医学科学版,2012,33(2):195-197

[收稿日期] 2012-08-01

参麦注射液辅助治疗慢性阻塞性肺疾病疗效观察

李现东,吴雪雁,李磊,韩纪昌

(河南大学附属淮河医院,河南 开封 475000)

[摘要] 目的 探讨氨茶碱联合参麦注射液治疗慢性阻塞性肺疾病的临床疗效。方法 选取慢性阻塞性肺疾病患者76例,将其随机分为观察组和对照组各38例。对照组给予氨茶碱治疗,观察组在对照组治疗的基础上给予参麦注射液。观察比较2组患者的临床疗效、肺功能指标治疗前后的变化。结果 1个疗程结束后,观察组总有效率92%,对照组82%,2组比较有显著性差异($P < 0.05$)。治疗后2组FEV₁、FEV₁/FVC均较治疗前明显改善(P 均 < 0.05),且观察组改善较对照组更明显,2组比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论 氨茶碱联合参麦注射液治疗慢性阻塞性肺疾病疗效显著,值得临床推广应用。

[关键词] 氨茶碱;参麦注射液;慢性阻塞性肺疾病

[中图分类号] R563

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8849(2013)08-0833-03

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是呼吸系统的常见病和多发病,近年研究表明其患病率和病死率呈上升趋势,严重危害了人民健康^[1]。其常见症状为呼吸困难,也是患者生活质量下降的主要原因之一。目前对COPD的治疗主要有氧疗、抗感染、使用支气管扩张剂、呼吸兴奋剂等几个方面。本文笔者对本院收治的COPD患者给予氨茶碱联合参麦注射液治疗,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2010年10月—2011年10月本院呼吸内科收治住院的COPD患者76例,均符合1977年中华医学会呼吸分会制订的诊断标准,无其他肺外疾病,且1周内未服用茶碱类药物,均排除心、肝、肾功能不全者。将76例患者随机分为2组:观察组38例,男22例,女16例;年龄49~82(65.58±13.17)岁;病程2~19(13.64±3.52)a。对照组38例,男27例,女11例;年龄46~84(64.25±10.13)岁;病程3~18(12.79±3.42)a。2组患者的性别、年龄、病程等资料比较无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组给予氨茶碱250mg加入5%葡萄糖注射液250mL中静脉点滴,每日1次。观察组在对照组治疗的基础上给予参麦注射液60mL加入0.9%氯化钠溶液250mL

中静脉点滴,每日1次。2组均以14d为1个疗程。疗程结束后观察比较2组的临床疗效,肺功能指标,即1s用力呼气容积(FEV₁)、1s用力呼气容积/有力肺活量的比值(FEV₁/FVC)治疗前后的变化,动脉血气,即动脉血氧分压($p(O_2)$)、动脉血氧饱和度($Sa(O_2)$)、二氧化碳分压($p(CO_2)$)治疗前后的变化。

1.3 疗效判定标准 治愈:治疗7d内,咳嗽消失,喘息消失,肺部哮鸣音及啰音消失;显效:治疗7~10d,咳嗽、喘息等明显减轻,肺部哮鸣音和啰音消失;有效:治疗7~10d,咳嗽、喘息症状减轻,肺部哮鸣音和啰音减少,但未完全消失;无效:治疗10d以后,咳嗽、喘息无缓解或加重,肺部哮鸣音和啰音未减少,甚至增多^[2]。总有效率=(治愈+显效+有效)/ $n \times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 运用SPSS 13.0软件处理数据,计量资料数据用均数±标准差表示,比较采用 t 检验;计数资料数据用百分率表示,比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组临床疗效比较 1个疗程结束后,观察组总有效率为92%,对照组为82%,2组比较有显著性差异($P < 0.05$)。