

# 柴芩清宁胶囊在治疗儿童急性上呼吸道感染的疗效与安全性

宋萍萍

呼伦贝尔市人民医院, 内蒙古 呼伦贝尔 021000

**【摘要】** 目的 总结分析柴芩清宁胶囊运用到上呼吸道感染儿童患者中的效果与安全。方法 研究对象为我院 2020 年 1 月—2020 年 12 月接诊的 200 例急性上呼吸道感染患儿, 根据用药方案的差异性进行分组, 对照组 100 例应用清开灵颗粒治疗, 观察组 100 例应用柴芩清宁胶囊治疗, 对比两组患儿退热时间、临床症状积分及中医症候积分改善情况、临床疗效、不良反应发生率等。结果 ①观察组患儿退热时间、咽痛缓解时间、咳嗽缓解时间明显早于对照组, 差异明显 ( $P < 0.05$ ); ②治疗后, 观察组临床症状积分、中医症候积分明显低于对照组, 差异明显 ( $P < 0.05$ ); ③观察组治疗总有效率明显高于对照组, 差异明显 ( $P < 0.05$ ); ④用药期间, 观察组 1 例出现白细胞下降, 对照组出现 1 例皮疹。两组均未出现消化道不适症状。两组不良反应发生率无明显差异性, 未出现严重性不良反应情况。结论 柴芩清宁胶囊运用在上呼吸道感染儿童中效果明显, 且用药安全, 值得推广使用。

**【关键词】** 柴芩清宁胶囊; 儿童急性上呼吸道感染; 疗效; 安全性

小儿难养, 与诸多因素有关, 一方面与小儿自身机体发育不完善有关, 另一方面外界环境的影响也不可小觑。小儿发生急性上呼吸道感染的风险较高, 是病原体感染后的常见病、多发病, 患者可能出现肾炎、脑炎等并发症问题, 对患儿的健康不利。其发病率占儿科疾病的首位, 占急性呼吸道疾病的 50% 以上。由于小儿呼吸道屏障功能较弱, 各种病毒和细菌均容易入侵而发生呼吸道感染, 以病毒感染居多, 约为 90%。其次是细菌、支原体感染等, 且常继发于病毒感染之后。病原体入侵鼻咽部及扁桃体等, 释放毒素引起相关症状, 四季均可发病, 但以秋、冬季发病较多见<sup>[1]</sup>。病毒感染是上呼吸道感染的主要病因, 常见病毒是鼻病毒、流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒等, 目前临床上尚无治疗病毒的有效药物, 因此, 治疗急性儿童上呼吸道感染仍以对症治疗为主。本文选取 200 例上呼吸道感染患儿进行对比研究, 分别给予清开灵颗粒治疗和柴芩清宁胶囊治疗, 详细报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 研究对象为我院 2020 年 1 月—2020 年 12 月接诊的 200 例急性上呼吸道感染患儿, 对照组 100 例患儿包括男性 52 例、女性 48 例; 年龄 2 ~ 8 岁, 平均年龄 ( $5.2 \pm 0.5$ ) 岁; 病程 8 ~ 36h, 平均病程 ( $15.8 \pm 1.6$ ) h。观察组 100 例患儿包括男性 55 例、女性 45 例;

年龄 2 ~ 8 岁, 平均年龄 ( $5.6 \pm 0.8$ ) 岁; 病程 8 ~ 40h, 平均病程 ( $15.5 \pm 1.2$ ) h。两组基本资料无明显差异性 ( $P > 0.05$ )。

入选标准: 符合上呼吸道感染的相关诊断标准, 中医辨证为风湿病热证, 病程不超过 48h, 均由监护人签署知情同意书。排除标准: 合并肺炎、支气管炎、毛细支气管炎、鼻炎、鼻窦炎、扁桃体炎、喉炎患者; WBC (白细胞计数) 或 CRP (C 反应蛋白) 超过正常值 1.2 倍以上者; 存在发热惊厥病史及癫痫病史者; 合并心脑血管肝肾功能不良者。

**1.2 研究方法** 两组都应用抗菌药物, 头孢克洛干混悬剂, 剂量定为  $30\text{mg}/\text{kg} \cdot \text{d}$ , 口服, 分 3 次; 利巴韦林, 剂量定为  $1530\text{mg}/\text{kg} \cdot \text{d}$ , 口服, 分 3 次。

对照组 100 例应用清开灵颗粒口服治疗, 每次 1 ~ 2 包, 3 次 /d, 连续用药 5d。

观察组应用柴芩清宁胶囊口服治疗, 1 ~ 2 粒 / 次, 3 次 /d, 用药 5d。存在吞咽困难情况的患儿可以将胶囊内容物先经温水溶解再口服。

**1.3 观察指标** 记录两组患儿退热时间 (首次用药至体温下降  $37.5^\circ\text{C}$  以下的时间间隔)、咽痛缓解时间、咳嗽缓解时间; 评估两组症状积分及中医症候积分变化, 中医症候积分包括主症、次症、脉象、舌苔等, 总分 11 分。临床症状积分包括发热、咽痛、恶寒症状、咳嗽、鼻塞、咳痰、口干、流鼻涕等, 总分 41 分。临床疗效: 治疗后, 测定体温在正常范围, 症状消失, WBC 恢复

正常范围, 症状积分降低 90%, 为显效; 治疗后体温正常, 临床症状积分降低 30% ~ 90%, 为有效; 否则为无效。记录服药期间两组所出现的不良反应<sup>[2]</sup>。

**1.4 统计学方法** 数据处理采用 SPSS17.0 软件, 计量资料采用 t 检验, 以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示; 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 以率 (%) 表示,  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 两组患儿症状改善时间对比** 观察组患儿退热时间、咽痛缓解时间、咳嗽缓解时间明显

早于对照组, 差异明显 ( $P < 0.05$ ), 详细情况, 见表 1。

**2.2 两组患儿症状积分对比** 治疗后, 观察组临床症状积分、中医症候积分明显低于对照组, 差异明显 ( $P < 0.05$ ), 详细情况, 见表 2。

**2.3 两组患者临床治疗总有效率对比** 观察组治疗总有效率为 98.00%, 明显高于对照组的 91.00%, 差异明显 ( $P < 0.05$ ), 详细情况, 见表 3。

**2.4 两组患者不良反应发生率对比** 用药期间, 观察组 1 例出现白细胞下降, 对照组出现 1 例皮疹。两组均未出现消化道不适症状。两组不良反应发生率无明显差异性, 未出现严重性不良反应情况, 详细情况, 见表 4。

表 1 两组患者症状改善时间对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	咳嗽缓解时间 (d)	咽痛缓解时间 (d)	退热时间 (h)
观察组	100	6.2 ± 0.3	5.1 ± 0.8	24.1 ± 0.5
对照组	100	8.2 ± 0.6	7.1 ± 0.7	30.1 ± 0.9
t		28.8142	18.8144	58.2772
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2 两组症状积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	临床症状积分 (分)		中医症候积分 (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	15.6 ± 2.5	2.1 ± 0.6	8.2 ± 0.3	1.5 ± 0.5
对照组	100	15.2 ± 1.6	4.1 ± 0.5	8.3 ± 0.8	2.2 ± 0.6
t		1.3476	25.6074	1.1704	8.9626
P		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

表 3 两组患儿临床疗效比较 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	100	48 (48.00)	50 (50.00)	2 (2.00)	98 (98.00)
对照组	100	40 (40.00)	51 (51.00)	9 (9.00)	91 (91.00)
$\chi^2$		0.5051	0.0072	4.7138	4.7138
P		0.4773	0.9333	0.0000	0.0000

表 4 两组患儿不良反应发生情况比较 [n (%)]

组别	例数	白细胞下降	皮疹	消化道不适	不良反应发生
观察组	100	1 (1.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.00)
对照组	100	0 (0.00)	1 (1.00)	0 (0.00)	1 (1.00)
$\chi^2$		0.9952	0.9952	0.0000	0.0000
P		0.3185	0.3185	1.0000	1.0000

## 3 讨 论

上呼吸道急性感染在世界范围内广泛传播, 已成为一项全球性公共卫生问题<sup>[3]</sup>。患者中病情轻则能自愈, 病情较重则要警惕进展为呼吸衰竭。各年龄段人群均可受到病毒影响, 但仍以婴

幼儿、老人作为主要受影响群体, 主要诱发咽、鼻、喉炎症, 是一组疾病的总称, 广义上包括病毒性咽炎、感冒、咽峡炎、喉炎、咽结膜热、扁桃体炎等, 狭义上指的是急性自限性上呼吸道感染。相对于成人, 儿童体质弱、抵抗力低的特点比较突出, 如果呼吸道发生急性感染, 则其病情进展速度

会很快,低氧血症、呼吸困难等问题接踵而至且处理棘手。临床上常规治疗就是运用抗菌药物,但抗菌药物使用也并未形成规范的用药方案,给药方式、剂量也没有统一的标准,实践中更多地凭借医生经验,也是难以规避抗菌药乱用、滥用现象,时间一久,药物耐药性问题随之而来,治疗难度增加,甚至影响儿童身体发育。因此认为对急性呼吸道感染,抗菌药物是一把双刃剑,合理运用可快速抑制杀灭病菌,滥用乱用则会伤及自身,有可能破坏微生态平衡、造成资源浪费、诱发不良反应及并发症、延长治疗周期。临床数据统计结果表明在治疗中,80%急性呼吸道感染患儿会使用抗菌药物<sup>[4]</sup>。

上呼吸道病毒感染发生后,呼吸道防御功能大打折扣,患儿症状表现出咳嗽、咽痛、高烧等,而且感染越重者临床症状越突出。抗菌药物是目前特效药未找到情况下控制感染的最佳方案。抗菌药物抑菌原理包括对下列过程的抑制:细菌及真菌发育、细胞膜功能、合成细胞壁及蛋白质、核酸复制及转录。在呼吸道单纯急性感染中,除了对症治疗,还需科学细心的护理,不可小觑。用药1周后,如果患儿部分症状改善但效果不明显、症状持续加重,则有必要及时更换药物种类或几种抗菌药物联用。再次强调,呼吸道急性感染下运用抗菌药物是有效的,有助于缓解症状、控制感染,但并不可以乱用、滥用,以规避造成严重后果。合理用药的前提是确保安全、结合病情、严格监管<sup>[5-6]</sup>。

上呼吸道急性感染儿童一般都是急性起病,且会快速相互传染,虽然其发病率高,占儿科门诊量的60%~70%,但又有一定自限性,只要及时地采取有效的治疗措施,一般病程短。主要病因在于病毒感染,程度严重者并发症还可包括脑炎、肾炎等,患儿的健康影响极大,家庭也因此负担更重。在中医理论系统内,儿童肺气娇嫩、形气未充、卫气不固,如果发生外感风邪,肺部郁闭下不得发散而出现体温升高。儿童急性上呼吸道感染被中医划分为风温病热袭肺卫证。咳嗽、发热、口渴、咽痛、咯痰等都是临床常见的表现,并倾向于采取清热解毒、透表宣肺等综合治疗手段<sup>[7]</sup>。上呼吸道感染患者中清开灵胶囊应用比较常见,其临床作用是多方面的,包括清热解毒、解表散邪、镇静安神等。该胶囊主要组成成分包括黄芩苷、柴胡、人工牛黄,都能清热解毒、和解表里,上呼吸道感染后对发热恶寒、咽痛流浊涕等都可得到有效控制。黄芩可以清热泻火,柴胡可以清热解表,牛黄具解毒清热开窍之功,所谓药简力深,达到卫气双解、清热透表之效。研究现代药

学中,黄芩中黄芩苷能抗病原体,其具有较广的抗菌范围,常见上呼吸道感染病原体(溶血性链球菌、肺炎链球菌等)都可被抑制,并在舒缓支气管痉挛方面也有很好的效用。柴胡中所含的柴胡皂苷、黄酮类、柴胡多糖等也同样发挥抗病毒、镇咳、解热、改善免疫反应的效果。人工牛黄的药理作用包括解热、镇静、抗炎、抗惊厥作用。本组研究结果表明,观察组治疗总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ )。除此之外,中医治疗手段还有很多,外治包括推拿、针灸、穴位敷贴、拔罐、穴位注射等。中医治疗安全可靠、操作简单、经济廉价,具有很好的应用前景。

综上所述,在急性上呼吸道感染患儿中柴芩清宁胶囊治疗效果显著,用药安全,值得推广使用。

## 参考文献

- [1] 谢雯,雷勇.柴芩清宁胶囊治疗儿童上呼吸道感染风温病热袭肺卫证的临床研究[J].中国现代医生,2020,58(21):85-86.
- [2] 王紫怡,姚仲青,曾海松,等.柴芩清宁胶囊与清开灵胶囊治疗急性上呼吸道感染的成本-效果分析[J].中国药物经济学,2019,14(9):14-15.
- [3] 汪萍,周泽民.柴芩清宁胶囊在治疗儿童急性上呼吸道感染的疗效与安全性[J].中国临床研究,2020,12(20):30-31.
- [4] CARR R R, NAHATA M C. Complementary and alternative medicine for upper-respiratory-tract infection in children [J]. American journal of health-system pharmacy: AJHP: official journal of the American Society of Health-System Pharmacists,2006(1):33-39.
- [5] SATO Y, SANDOU M, IWATA S, et al. Efficacy, safety, and compliance of cefdinir and cefcapenepivoxil fine granules in children with acute upper respiratory tract infection [J]. Japanese journal of chemotherapy,2007,55(4):268-273.
- [6] TAYLOR J A, WEBER W, STANDISH L, et al. Efficacy and Safety of Echinacea in Treating Upper Respiratory Tract Infections in Children: A Randomized Controlled Trial[J]. JAMA The Journal of the American Medical Association,2004,290(21):2824-2830.
- [7] 胡国华.小儿清热宁与小儿速效感冒灵联合治疗小儿急性上呼吸道感染[J].中国临床药理学与治疗学,2003,8(2):3.