

蓝芩口服液结合利巴韦林治疗小儿疱疹性咽峡炎疗效及安全性评价

沈建跃

小儿疱疹性咽峡炎主要是由萨奇A组病毒感染引起,目前西医治疗该病毒主要是使用广谱抗病毒药物及对症治疗,但效果不理想。利巴韦林作为主要的抗击该病毒的广谱抗菌药物单独使用治疗疗程较长,患儿不适感较严重^[1-3]。蓝芩口服液具有抗病毒、抗细菌的疗效^[2]。本次研究观察蓝芩口服液结合利巴韦林治疗小儿疱疹性咽峡炎疗效并对其安全性做出评价。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月至2017年1月入嘉善县天凝镇卫生院的100例小儿疱疹性咽峡炎患者,其中男性52例、女性48例;年龄为0.5~10岁,平均年龄(3.23±1.74)岁,入院平均体温(39.01±0.62)℃,疱疹发生部位:咽腭弓89例、悬雍垂6例、软腭3例、扁桃体2例;其中轻度患儿(体温为37℃~37.90℃,少量疱疹(1~5个),无哭闹、精神状态正常)22例,中度患儿(体温为38℃~38.50℃,疱疹部分溃烂形成溃疡(5~10个),时有哭闹、精神尚可)61例,重度患儿(体温为38.50℃以上,疱疹溃烂形成溃疡(>10个),哭闹、拒食、精神不振)17例。所有患儿均符合小儿疱疹性咽峡炎诊断标准^[4],不伴有其他疾病,病程≤2 d,明确发病时间者,且均知情同意的。按随机数字表法分为两组,两组患者性别、年龄、发病部位比较,差异均无统计学意义(P均>0.05)。

表1 两组患者性别、年龄、发病部位比较

组别	性别 (男/女)	年龄 /岁	病情分布/例		
			轻度	中度	重度
实验组	27/23	3.25±1.72	12	30	8
对照组	25/25	3.21±1.76	10	31	9

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.05.033

作者单位:314109 浙江嘉兴,嘉善县天凝镇卫生院临床全科

1.2 方法 对照组患儿给予利巴韦林气雾剂喷射咽喉部喷射治疗,首日第1小时3次,随后每小时1次;第二天开始每天喷4次,连用5 d。实验组在对照组喷射巴韦林气雾剂的基础上,根据患儿体重、年龄酌情加减用量蓝芩口服液(由扬子江药业集团有限公司生产)5 ml口服,每日三次,3岁以下患儿用量减半。两组均给予维生素B₆、维生素C口服用药。在用药第一天开始,观测体温变化,疱疹数量及大小,患儿精神状态及饮食情况。

1.3 观察指标 观察两组患儿的临床疗效、退热时间、中医证候评分等指标。其中疱疹性咽峡炎中医证候积分表法分析症候积分减分率;疗效判断根据《中药新药临床研究指导原则》中的相关标准:临床痊愈:疱疹消失,发热消失,精神状态正常;显效:疱疹、发热明显减轻,精神状态尚可;有效:发热、疱疹略减轻,精神不振;无效:两个疗程结束后,所有症状未减轻。

总有效率=(痊愈+显效+有效)/总病例数×100%

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料采用t检验;计数资料采用 χ^2 检验。设P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的临床疗效比较见表2

表2 两组临床疗效评价比较

组别	n	疗效/例				总有效率%
		痊愈	显效	有效	无效	
实验组	50	31	9	6	4	92.00*
对照组	50	17	11	12	10	80.00

注*:与对照组比较,P<0.05。

由表2可见,实验组患儿经治疗后的临床总有效率明显高于对照组($\chi^2=11.13, P<0.05$)。

表3 两组的症状消失时间和中医证候积分减分率变化情况比较

组别	流涎消失/d	发热消失/d	疱疹消失/d	治疗前积分/分	治疗后积分/分	症候积分减分率%
实验组	2.52 ± 1.04*	2.32 ± 0.51*	2.69 ± 1.21*	16.08 ± 3.81	5.38 ± 3.50*	66.54 ± 12.32*
对照组	3.85 ± 1.12	3.65 ± 0.71	4.59 ± 1.02	17.23 ± 4.41	7.55 ± 3.71	56.18 ± 11.71

注*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,实验组患者的流涎消失时间、发热消失时间、疱疹消失时间、治疗后积分均低于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=2.19、2.12、2.56、1.56, P 均 <0.05);实验组症候积分减分率高于对照组,差异有统计学意义($t=2.49, P<0.05$)。

2.3 不良反应及安全性分析 所有患儿治疗前后未发现明显不良反应,无明显药物过敏。

3 讨论

疱疹性咽峡炎为一种急性感染性咽峡炎,遍及世界各地,其传播性强,好发于夏秋季节。1920年,Zahrsky首次报道了疱疹性咽峡炎,但当时病因不清,知道1951年Huebner才报道了此病的病原微生物为肠道柯萨奇病毒^[5]。病毒进入咽部黏膜上皮及其附近的淋巴组织细胞中增殖后,可侵入血液出现病毒血症,产生寒战、发热及四肢无力等^[6]。现代医学对疱疹性咽峡炎无特效治疗药物及方法,多采用综合治疗,原则为控制炎症、对症处理和并发症^[7,8]。

由于无针对柯萨奇病毒的特异性病毒药物,临床上采用病毒唑、人血清丙种球蛋白对并对进行广泛抑制;此外,感染严重者常用利巴韦林、聚肌胞、干扰素等减轻症状,缩短病程。此外,国内外研究当中,可以采用嘌呤醇漱口的局部治疗、引入光源的物理治疗(氩氦激光)以及喷雾法对患处进行局部治疗^[9]。在中医治疗方面,中医认为疱疹性咽峡炎属于“风热喉痹”、“口疮”、“口糜”等疾病范畴。“小儿卫生总微论方-喉咽总论”中记载:“小儿咽喉生病者,有风毒热性搏于气血”,指出其病机为外感风邪与内热火毒的邪气,搏于咽喉发病,但有正气不足,易于感邪发病。蓝芩口服液常用作耳鼻喉科的治疗当中,其中含有板蓝根、黄芩、栀子、黄柏、胖大海等中药,具有清热解毒,利咽消肿的功效,

本次研究结果显示,在对小儿疱疹性咽峡炎患者治疗疗程结束后,全部患者未发现药物过敏等不良反应,联合治疗无安全隐患,患者疾病治愈情况分析显示,联合治疗后患者的总有效率明显高于对照

2.2 两组的症状消失时间和中医证候积分减分率变化情况比较见表3

患者($P<0.05$),且联合治疗患儿平均退烧时间、在疱疹消失时间大大缩短(P 均 <0.05),减少了患儿及家长在病理期的痛苦。表明蓝芩口服液结合利巴韦林治疗小儿疱疹性咽峡炎,无明显不良反应,疗效显著,在缩短发热时间和改善症状方面有明显优势。由于客观条件限制,本次研究还存在一定不足,仅能对其临床症状进行观察,大样本临床试验、临床相关指标检测及作用机理方面还需要进一步探讨。

参考文献

- 1 宋玉龙,侯伟,金茜. 聚乙二醇干扰素 $\alpha-2a$ 结合利巴韦林治疗1b型慢性丙型肝炎的效果[J]. 中国生化药物杂志, 2017, 37(1):136-138.
- 2 段露芬,翁小红. 蓝芩口服液治疗儿童上呼吸道感染疗效及安全性的系统评价[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(9):3-5.
- 3 Oliveira DB, Campos RK, Soares MS, et al. Outbreak of herpangina in the Brazilian Amazon in 2009 caused by Enterovirus B[J]. Arch Virol, 2014, 159(5):1155-1157.
- 4 Mirand A, Henquell C, Archimbaud C, et al. Outbreak of hand, foot and mouth disease/herpangina associated with coxsackievirus A6 and A10 infections in 2010, France: a large citywide, prospective observational study[J]. Clin Microbiol Infect, 2012, 18(5):E110-118.
- 5 魏玉芳. 干扰素 $\alpha-2b$ 雾化吸入治疗小儿疱疹性咽峡炎临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(10):64-65.
- 6 张丽娜. 蒲地蓝消炎口服液治疗小儿疱疹性咽峡炎疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2010, 3(9):79.
- 7 张彦,李康伟,张林,等. 中西医结合治疗反流性食管炎引起的慢性咽炎150例[J]. 中国药师, 2013, 16(8):1194-1196.
- 8 高莉菲,胡浩. 维生素C、利巴韦林与地塞米松咽部喷射治疗小儿疱疹性咽峡炎效果观察[J]. 中国乡村医药, 2009, 11(1):36.
- 9 陈怡,王剑,张旗. 中药养阴清热之剂辅以病毒唑气雾剂治疗小儿疱疹性咽峡炎临床疗效分析[J]. 中国中医急症, 2013, 22(9):1501-1502.

(收稿日期 2017-04-26)

(本文编辑 蔡华波)