

· 临床经验 ·

# 痰热清与热毒宁治疗上呼吸道感染的疗效对比

李海珍

**【摘要】 目的** 对比分析痰热清与热毒宁治疗上呼吸道感染的临床疗效。**方法** 采用回顾性调查方法,收集上呼吸道感染 270 例,其中痰热清组 159 例、热毒宁组 111 例,对两组的临床疗效进行对比分析。**结果** 痰热清组体温、咳嗽、痰色质、肺部啰音等病情恢复的有效率分别为 98.11%、71.70%、79.25%、56.60%。热毒宁组的恢复情况分别为 100.00%、86.49%、89.19%、81.08%。**结论** 痰热清与热毒宁治疗上呼吸道感染均具有良好的临床疗效,值得推广应用。

**【关键词】** 呼吸道;感染;痰热清;热毒宁

**【中图分类号】** R259 **【文献标志码】** B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.04.031

上呼吸道感染是鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称,常见病原体为病毒<sup>[1]</sup>。少数细菌感染也可直接或继病毒感染之后发生,产生鼻塞、喷嚏、流涕等上呼吸道症状<sup>[2]</sup>。痰热清和热毒宁在临床上都具有清热、解毒、抗病毒的作用<sup>[3]</sup>。本文对其治疗上呼吸道感染的临床恢复情况进行对比分析如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 从我院 2012 年 10 月-2013 年 10 月入院的上呼吸道感染患者中选出采用痰热清或热毒宁治疗的病例 270 例。记录患者入院和出院时的体温、痰色质、咳嗽、肺部啰音等症状,并对其打分。

**1.2 方法** 痰热清治疗组 159 例;热毒宁治疗组 111。根据 2002 版《中药新药临床研究指导原则》(试行)中对呼吸系统疾病的评级打分标准<sup>[4]</sup>,对两组的临床疗效进行对比分析。

**1.3 疗效评价方法** 临床症状评分方法如下<sup>[4]</sup>:发热:腋下体温小于或等于 37.0℃评 0 分;37.1~37.9℃评 1 分;38.0~38.5℃评 2 分;大于 38.6℃评 3 分。痰色质:色质正常 0 分;咳白痰、质稀评 1 分;咳黄痰或白痰质黏评 2 分;咳黄稠痰伴臭味或痰中带血评 3 分。咳嗽:无咳嗽记 0 分;间断咳嗽不影响生活及工作评 1 分;昼夜咳嗽频繁或阵咳影响休息和睡眠评 3 分;咳嗽介于上述两者之间评 2 分。肺部啰音:呼吸音正常评 0 分;呼吸音低评 1 分,肺部听诊干性或湿性啰音评 2 分。

临床典型单项症状疗效判定标准为:临床控制:评分减少 3 分;显效:评分减少 2 分;有效:评分减少 1 分;无效:症状无好转或症状加重。本文将临床控制、显效和有效统一归类为有效进行效果判定<sup>[5]</sup>。

作者单位:332000 江西九江,九江学院附属医院药学部

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS 12.0 统计软件完成,计量数据以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 患者基本信息分析** 两组患者的平均年龄、住院时间和用药时间等比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ,表 1)。

表 1 两组患者基本信息比较( $\bar{x} \pm s$ )

项目	痰热清组( $n = 159$ )	热毒宁组( $n = 111$ )
年龄(岁)	55.55 ± 10.10	55.95 ± 12.66
住院时间(d)	10.96 ± 2.49	10.05 ± 3.10
用药时间(d)	8.55 ± 1.74	8.00 ± 2.98

**2.2 临床疗效对比** 见表 2。热毒宁组体温恢复有效率为 100.00%,高于痰热清组的 98.11%,组间比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),热毒宁组体温恢复较痰热清组好。痰色质恢复有效率痰热清组、热毒宁组分别为 79.25%、89.19%,咳嗽恢复有效率痰热清组、热毒宁组分别为 71.70%、86.49%,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。肺部啰音以热毒宁组恢复较好,有效率为 81.08%,痰热清组只有 56.6%,组间比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。两组均未出现明显不良反应。

## 3 讨论

通过对临床症状的恢复对比分析得出,对控制体温痰热清与热毒宁都有相当高的疗效,有效率分别达 98.11% 和 100.00%。但热毒宁对控制体温和肺部啰音的疗效优于痰热清。

表 2 两组患者临床疗效比较( $n_{\text{痰热清组}}=159, n_{\text{热毒宁组}}=111$ )

指标	临床控制(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	有效率(%)
体温(痰热清组/热毒宁组)	93/87	21/12	42/12	3/0	98.11/100.00*
痰色质(痰热清组/热毒宁组)	30/39	36/24	60/36	33/12	79.25/89.19
咳嗽(痰热清组/热毒宁组)	27/30	36/21	51/45	45/15	71.70/86.49
肺部啰音(痰热清组/热毒宁组)	12/42	30/12	48/36	69/21	56.60/81.08**

注:与痰热清组比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$

痰热清注射液主要具有广谱的抗菌抗病毒作用,主要功能有清热、解毒、化痰等作用。对由于细菌内毒素所致产生的发热症状具有非常理想的控制作用,可以使白细胞的浸润率明显降低并对吞噬细胞的生理功能进行有效抑制,从而使内毒素对机体的损害程度明显减轻<sup>[6]</sup>,可以使痰液充分稀释而迅速彻底排出体外,使通气功能得到显著改善,使咳嗽等症表现明显减轻<sup>[7]</sup>。热毒宁用于外感风热所致感冒、咳嗽,高热,微恶风寒、头痛身痛、咳嗽、痰黄及上呼吸道感染、急性支气管炎等上述证候者<sup>[3]</sup>。其主要成分为:青蒿、金银花、栀子。中药青蒿具有清热、解暑、除蒸、截疟功能<sup>[8]</sup>;金银花具有广谱抗菌、抗病毒、解热抗炎等多种药理作用<sup>[9]</sup>。本文通过对 270 例上呼吸道感染患者临床症状恢复情况的分析,认为痰热清与热毒宁在治疗上呼吸道感染方面均具有良好的临床疗效,值得临床推广。

【参考文献】

[1] 司梁宏,尚宁,李燕思,等.十味板蓝根颗粒剂治疗上呼吸道

感染的临床观察[J].东南国防医药,2011,13(3):228-230.  
[2] 王晓波,于晓华,刘卫平.某应急兵站秋季野外驻训期间发病情况调查[J].东南国防医药,2008,10(2):157-158.  
[3] 侯瑶.三种中药注射液在儿科临床应用中的经验[J].中国民族民间医药,2010,9(5):234.  
[4] 郑筱英.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:54-58.  
[5] 王桃柱.痰热清注射液联合抗生素用药药物经济学研究[D].北京:北京中医药大学,2010:35.  
[6] 沈红.阿奇霉素对小儿支原体肺炎感染的治疗效果分析[J].中国现代医生,2010,48(24):97-98.  
[7] 贺树清,文新兰,徐娜.痰热清联合阿奇霉素序贯疗法治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床研究[J].中国医药导报,2009,6(35):49-50.  
[8] 李兰芳,郭淑英,张畅斌,等.青蒿有效部位及其成分的解热作用研究[J].中国实验方剂学杂志,2009,15(12):66.  
[9] 何晶.金银花的药理作用及临床应用[J].天津药学,2008,20(5):74.

(收稿日期:2014-04-29;修回日期:2014-05-14)  
(本文编辑:张仲书)

(上接第 406 页)

[4] Miller RG, Jackson CE, Kasarskis EJ, et al. Practice parameter update: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: drug, nutritional, and respiratory therapies (an evidence-based review): report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology[J]. Neurology, 2009, 73(15):1218-1226.  
[5] McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)[J]. J Parenter Enteral Nutr, 2009, 33(3):277-316.  
[6] 华莎,徐志鹏,黎红华,等.急性脑卒中早期使用胃肠内营养乳剂防治低蛋白血症的探讨[J].华南国防医学杂志,2009,23(4):64-66.  
[7] 朱刚,梁桂珍,关美满.肠内营养支持中喂养泵的集中管理模式分析[J].国际医药卫生导报,2010,16(1):103-105.  
[8] Chittawatanarat K, Pokawinpu-disun P, Polbhakdee Y. Mixed fibers diet in surgical ICU septic patients[J]. Asia Pac J Clin Nutr,

2010,19(4):458-464.  
[9] Sobotka L. 临床营养基础[M].蔡威,译.上海:上海交通大学出版社,2013:396-402.  
[10] Metheny, Norma A, Davis-Jackson, et al. Effectiveness of an aspiration risk-reduction protocol[J]. Nurs Res, 2010, 59(1):18-25.  
[11] 窦志飞. 吞咽障碍患者不同鼻饲方式肠内营养相关性腹泻的发生率比较[J].东南国防医药,2013,15(3):294-295.  
[12] 廖启清,黎远清.持续加温滴入营养液预防危重病患者肠内营养相关性腹泻[J].中外医疗,2010,29(22):39-40.  
[13] 赵秋玲,杨全峰,李富军,等.肠内营养患者药物相关性腹泻危险因素调查[J].实用医学杂志,2009,25(18):3150-3152.  
[14] Kansagara D, Fu R, Freeman M, et al. Intensive insulin therapy in hospitalized patients: a systematic review[J]. Ann Intern Med, 2011, 154(4):268-282.  
[15] NICE-SUGAR Study Investigators, Finfer S, Chittock DR, et al. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients[J]. N Engl J Med, 2009, 360(13):1283-1297.

(收稿日期:2014-02-12;修回日期:2014-04-07)  
(本文编辑:张仲书)