



· 论 著 ·

布洛芬混悬液和对乙酰氨基酚栓在治疗小儿发热时的疗效分析

吴玉琴 (张家界市人民医院 湖南张家界 427000)

摘要: 目的 分析布洛芬混悬液、对乙酰氨基酚栓对小儿发热的治疗效果。方法 选取本院儿科 2016 年 10 月-2017 年 10 月收治的 160 例行发热患儿作为观察对象,随机分组法将患儿分为观察组、对照组各 80 例。对照组给予对乙酰氨基酚栓治疗,观察组给予布洛芬混悬液治疗,记录两组患儿总有效率、用药前后体温变化情况、不良反应。结果 观察组总有效率明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组不良反应比较无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组治疗后 1h、2h、4h、8h 体温均低于对照组,有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 与乙酰氨基酚栓相比,布洛芬混悬液对小儿发热的退烧效果明显更高,药效维持时间长,值得临床推广。

关键词: 布洛芬混悬液 治疗效果 对乙酰氨基酚栓 小儿发热

中图分类号: R725.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 07-074-02

发热是指体温超过正常范围,是儿科常见病。发热是机体对抗病原体入侵的保护性反应,免疫力强的儿童即使受到病原菌入侵也不一定会发热,与病理改变存在不一致性。引起发热的病因众多,小儿短期发热主要因细菌感染、病毒感染导致,长期感染与呼吸系统感染、全身性感染、风湿性疾病、自主神经紊乱、药物中毒等有关^[1]。如不及时采取有效的诊治措施就会并发惊厥、脑水肿、脱水、低钠血症等,影响患儿身心健康。明确发热原因,给予有效的退热、降温措施对改善患儿预后至关重要。本文就对乙酰氨基酚栓、布洛芬混悬液对小儿发热的疗效进行对比观察,内容总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察对象为本院儿科 2016 年 10 月-2017 年 10 月收治的 160 例行发热患儿,随机分组法将患儿分为观察组、对照组各 80 例。观察组中男患 34 例,女患 46 例;年龄 1-12 岁,平均 (5.9 ± 1.4) 岁;入院时体温 38.5°C - 40.8°C ,平均 $(39.4 \pm 0.4)^{\circ}\text{C}$; 体重 $6-37\text{kg}$, $(21.2 \pm 4.9)\text{kg}$; 病程 $6-72\text{h}$, 平均 $(38.9 \pm 10.3)\text{h}$; 对照组中男患 35 例,女患 45 例;年龄 1-13 岁,平均 (6.3 ± 1.3) 岁;入院时体温 38.5°C - 40.6°C , 平均 $(39.2 \pm 0.5)^{\circ}\text{C}$; 体重 $7-38\text{kg}$, $(21.5 \pm 4.6)\text{kg}$; 病程 $7-74\text{h}$, 平均 $(39.3 \pm 10.0)\text{h}$; 两组患儿性别、体温等资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组给予对乙酰氨基酚栓治疗,乙酰氨基酚栓(生

产厂家:江苏远恒药业有限公司国药准字 H32026622 规格: $0.15\text{g}/\text{粒}$) 每次 1 粒,直肠给药;持续发烧者间隔 4-6h 给药 1 次,24h 用量 < 4 粒。

观察组给予布洛芬混悬液治疗,布洛芬混悬液(生产厂家:扬州市三药制药有限公司国药准字 H10970354 规格: $5\text{ml}:0.1\text{g}$) 每次 $0.3-0.5\text{ml}/\text{kg}$, 持续发烧者间隔 4-6h 给药 1 次,24h 用量低于 4 次。两组患儿同时进行对症治疗,排除诱因。

1.3 观察指标

记录两组患儿的总有效率、用药前、用药 1h、2h、4h、8h 时体温变化情况、不良反应,布洛芬常见不良反应有皮疹、呕吐、腹部不适、恶心等,对乙酰氨基酚栓常见不良反应有肛门刺激感、出汗多、皮疹等。

1.4 疗效评价标准

显效:用药 2h 内体温降低 2°C 及以上,症状明显减轻;有效:用药 2h 内体温降低 $1^{\circ}\text{C}-2^{\circ}\text{C}$; 无效:体温上升或降低 $< 0.4^{\circ}\text{C}$; 总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.5 统计学方法

采用统计学软件 SPSS19.0 处理, $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,组间对比 t 检验;百分比 (%) 表示计数资料,组间对比 χ^2 检验, ($P < 0.05$) 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组用药前后体温变化情况比较

观察组治疗后 1h、2h、4h、8h 体温均低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组用药前后体温变化情况比较对比 ($\bar{x} \pm s, ^{\circ}\text{C}$)

组别	例数	用药前	用药后 1h	用药后 2h	用药后 4h	用药后 8h
观察组	80	39.4 ± 0.4	38.0 ± 0.3	37.6 ± 0.6	37.2 ± 0.2	37.1 ± 0.4
对照组	80	39.3 ± 0.4	38.7 ± 0.5	38.0 ± 0.3	38.2 ± 0.5	37.7 ± 0.6
t		1.5811	10.7375	5.3333	16.6091	7.4421
P		0.1158	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

2.2 两组总有效率、不良反应比较

观察组总有效率明显优于对照组 ($P < 0.05$), 两组不良反应比较无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

表 2: 两组总有效率、不良反应比较 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	不良反应
观察组	80	69	11	0	80 (100.00)	6 (7.50)
对照组	80	59	15	6	74 (92.50)	8 (10.00)
χ^2					4.3290	0.0783
P					0.0375	0.7796

3 讨论

发热是儿童常见症状,主要因感染性疾病引起。机体受到感染后白细胞明显增多吞噬部分大分子物质,释放内源性致热源,刺激下丘脑体温调节中枢,使散热减少,产热增加,

体温明显升高^[2]。体温明显升高会加速新陈代谢速度,使呼吸系统、循环系统压力明显升高,出现头痛、食欲不振等症状。明确发热原因,及时采取有效的退热措施可以避免对神经系统的损伤。

对乙酰氨基酚栓是临床用于感冒引起的发热的常用药物,通过对前列腺素的抑制作用发挥退热作用直肠给药起效迅速,直接进入体循环,不受消化酶、胃酸的影响,避免了肝脏首过效应,也避免了口服引起的胃肠道反应^[3]。但是乙酰氨基酚栓药效维持时间为 4h 左右,直肠给药有刺激感,部分患儿配合度不高,影响整体治疗效果。对照组总有效率为 92.50%,不良反应为 10.00%,疗效还有待提高。布洛芬混悬液为非甾体抗感染药,通过对环氧化酶的抑制作用减少前列腺素合成

(下转第 77 页)



且A组与B组之间数据差异显著($P < 0.01$)。

表3: 两组患者在治疗一周内颅内压变化情况(单位: mmH₂O)

组别	≤ 200 的 患者比例	200-250 的 患者比例	≥ 251 的 患者比例
A组 (n=31人)	12.9% (4人)	45.2% (14人)	41.9% (13人)
B组 (n=32人)	28.1% (9人)	50.0% (16人)	21.9% (7人)

2.3 两组患者GCS和ADL指标的对比

在两组危重TBI患者治疗前和治疗三个月后, 利用GCS指标和ADL指标, 来评价患者在治疗前后的脑神经损伤程度及康复水平。具体统计结果, 详见下表4所示。

表4: 两组患者在治疗前后GCS和ADL指标评分的对比

组别	时间	GCS 指标评分	ADL 指标评分
A组 (n=31人)	治疗前	6.1±1.2	57.44±10.21
	治疗三个月后	8.3±2.6*	69.76±11.02*
B组 (n=32人)	治疗前	6.3±1.1	57.46±10.25
	治疗三个月后	10.1±2.5*	85.38±11.05*

注: *代表差异显著

对比治疗前后的指标数据, 可以看出本院两组危重TBI患者在经过不同治疗方法后, 其意识转清醒和生活能力都得到了加大幅度的改善。而对比两组治疗后的指标数据, 则可以看出采用联合疗法的B组患者治疗效果更佳, 患者在三个月后的平均康复水平和脑神经损伤恢复水平都更好, 优于A组患者, 且A组与B组之间数据差异显著($P < 0.01$)。

(上接第73页)

让护理人员掌握相关风险的处理方法, 提高其预防风险的能力; 再者, 强化护理服务理念, 使其逐渐形成以患者为中心的新型护理理念, 通过健康教育、心理疏导等提高护理质量, 患者治疗与护理的依从性也将不断提高, 同时护理的成效也将更加显著^[6]。

参考文献

- [1] 舒国静. 心血管内科护理管理工作中潜在风险因素与防范措施[J]. 中医药管理杂志, 2014, 22(5):723-724.
- [2] 胡原. 心血管内科护理管理工作中的潜在风险防范分析[J].

(上接第74页)

量及溶酶体酶释放量, 抑制白细胞活动, 调节下丘脑体温中枢, 发挥消炎、解热的作用, 抑制炎症因子, 减轻代谢速度, 降低患儿体温^[4]。同时刺激机体产生具有制冷作用的黑细胞刺激素、垂体后叶血管加压素, 迅速降温。布洛芬在降温时不抑制产热作用, 口服用药起效快, 药效能维持8h, 且不良反应轻, 安全性高, 是美国FDA、WHO唯一共同推荐的儿童退烧药。观察组总有效率为100.00%, 且治疗后1h、2h、4h、8h体温均低于对照组($P < 0.05$), 退热效果突出。

综上所述, 乙酰氨基酚栓、布洛芬混悬液都是临床治疗小儿发热的常用药物, 二者药理作用相似, 给药方式不同,

(上接第75页)

生活中注意控制血压, 提高自我保健意识; 为患者制定合理的饮食方案, 提高患者机体抵抗力; 强化运动干预, 帮助患者更好的控制血压, 使药物治疗达到事半功倍的效果。本次研究结果显示, 观察组患者治疗后血管下降幅度明显大于对照组, 且治疗期间观察组不良反应发生率也明显低于对照组, 这表明全科医生对高血压患者进行综合治疗可获得满意的血压控制效果, 并且降低治疗期间不良反应发生率。

综上所述, 对于高血压患者, 全科医生可以采取综合治疗方法来控制患者血压在正常水平, 降低患者不良反应的发

3 讨论

本文选择在2015年6月-2017年12月期间, 我院收治的危重TBI患者作为研究对象, 并将患者分为两组, 一组采用HBO疗法, 另一组采用HBO+纳络酮联合疗法。然后对比观察了患者的生命体征及颅内压的变化, 以及患者的GCS、ADL指标评分变化。通过统计分析得出, 采用联合疗法后, 患者中出现呼吸异常和心律异常的比例明显减少, 颅内压控制效果良好, 且患者在三个月后的平均康复水平和脑神经损伤恢复水平都更佳。这都证明了HBO+纳络酮联合疗法在危重TBI患者的治疗中有着良好的效果, 值得在神经外科临床医学中大力推广与应用。

参考文献

- [1] 吴来德, 朱君明. 80例颅脑外伤患者在颅脑外科手术前后继发性癫痫的临床观察及药物治疗[J]. 浙江创伤外科, 2016, 02(3):291-293.
- [2] 朱日磊. 探讨危重颅脑外伤患者神经外科临床治疗效果[J]. 床医学研究与实践, 2016, 12(3):132-134.
- [3] 王大龙, 欧阳锋霖, 等. 标准去大骨瓣减压术加颞极切除内减压术治疗重型颅脑外伤的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 9(4):47-48.
- [4] 马鸿凯. 重型颅脑外伤并大面积脑梗死神经外科治疗临床体会[J]. 中国医学工程, 2014, 2(10):69-71.
- [5] 康强, 曾胜田, 等. 重型颅脑损伤后的高压氧治疗研究[J]. 亚太传统医药, 2012, 2(6):113-114.
- [6] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉市: 湖北科学技术出版社, 2012.

临床合理用药杂志, 2013, 4(10):176-177.

- [3] 宋鸿雁. 心血管内科护理潜在风险分析与防范管理对策[N]. 包头医学院学报, 2014, 30(5):95-97.
- [4] 李玉娟. 心血管内科护理管理工作中潜在风险防范分析[J]. 中国卫生产业, 2015, 12(12):3-4.
- [5] Aufseeser-Weiss MR, Ondeck DA. Medication use risk management: Hospital meets home care[J]. Journal of Nursing Care Quality, 2011, 15(2):50-57.
- [6] Vincent C. Understanding and responding to adverse events[J]. N Engl J Med, 2003, 348(11):1051-1156.

布洛芬混悬液的退烧作用更突出, 药效维持时间长, 口服用药简单, 更适合发热患儿选用。

参考文献

- [1] 黄敏怡, 李海珊, 何锦妍等. 布洛芬混悬液与退烧贴治疗小儿发热效果比较探析[J]. 北方药学, 2017, 14(8):17.
- [2] 屠燕屏, 鲍艳霞, 饶争丽等. 布洛芬不同给药途径治疗小儿发热的疗效观察[J]. 护理实践与研究, 2015, 13(2):61-62.
- [3] 吕文林. 布洛芬混悬液治疗小儿发热的疗效和安全性[J]. 吉林医学, 2016, 37(10):2527-2527, 2528.
- [4] 丁继珍. 布洛芬混悬液用于小儿发热治疗观察[J]. 中外医学研究, 2016, 14(26):123-124.

生率, 促进患者生活质量的提升。

参考文献

- [1] 姚爱红. 社区全科医生对高血压病综合防治干预措施的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(19):123-124.
- [2] 胡娟. 社区全科医生开展高血压综合防治干预的效果分析[J]. 河北医药, 2013, 35(6):900-901.
- [3] 曾国伟. 全科医生对高血压患者治疗的临床措施及经验分析[J]. 中国现代药物应用, 2014, 6(23):76-77.
- [4] 彭艳. 全科医生治疗高血压的临床措施分析[J]. 系统医学, 2016, 1(7):36-37.