



· 药物与临床 ·

对乙酰氨基酚和布洛芬治疗儿童发热的效果对比研究

杨 勇 (长沙市第四医院药剂科 410006)

摘要: **目的** 通过对比对乙酰氨基酚和布洛芬治疗儿童发热的效果, 筛选出一种有效治疗儿童发热的药物。**方法** 2014 年 9 月至 2016 年 9 月期间入住我院的 80 例小儿发热病例按照奇偶数字法均分为对照组与观察组, 各为 40 例。分别采用对乙酰氨基酚和布洛芬进行治疗, 比较两组效果及不良反应发生情况。**结果** (1) 对照组患儿治疗后 0.5h 退热程度显著大于观察组, 两组患儿治疗后 0.5h 退热例数及体温水平差异有统计学意义 ($P < 0.05$) 观察组患儿治疗后 1h、2h、4h 及 6h 退热程度显著大于对照组 ($P < 0.05$) ; (2) 观察组最大作用时间及退热持续时间均分别显著大于对照组 ($P < 0.05$) ; (3) 观察组不良反应总发生率为 10.00% (4/40), 对照组为 15.00% (6/40), 二组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 对乙酰氨基酚和布洛芬混悬液均具有良好的退热效果, 但是布洛芬混悬液在服用一小时后的退热速度更快, 药物作用时间更长, 应推荐其在临床中进行广泛使用。

关键词: 对乙酰氨基酚 布洛芬 儿童发热

中图分类号: R725.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 04-198-02

发热是儿科中较为常见的一种疾病, 由于小儿体温水平要稍高于成人。所以, 当小儿体温 $\leq 38.5^{\circ}\text{C}$ 时属于低热, 如果体温在 38.5°C 以上的时候, 则属于高热, 当体温在 40°C 以上的时候, 则属于超高热^[1]。所谓发热主要指的是当存在病原体以及病毒等入侵机体之中时, 机体本能形成一种防御系统, 从而形成一种保护性反应。当小儿处于持续发热的状态, 会对其脑部产生影响, 对此应该注重对其实施必要的治疗^[2]。本研究主要对比分析了对乙酰氨基酚和布洛芬治疗儿童发热的效果, 旨在筛选出一种有效治疗小儿发热症状的药物。现作如下报道:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2014 年 9 月至 2016 年 9 月期间入住我院的 80 例小儿发热病例作为研究对象, 将其按照奇偶数字法均分为对照组与观察组, 各为 40 例。对照组: 男 24 例, 女 16 例; 年龄 4 个月-12 岁, 平均 (3.89 $\pm$ 0.17) 岁; 病程 7h-3d, 平均 (1.49 $\pm$ 0.34) d; 发热原因均属于微生物感染, 主要包括: 呼吸道感染 21 例, 肠炎 17 例, 尿路感染 2 例。观察组: 男 26 例, 女 14 例; 年龄 5 个月-12 岁, 平均 (3.95 $\pm$ 0.19) 岁; 病程 7h-3d, 平均 (1.51 $\pm$ 0.35) d; 发热原因均属于微生物感染, 主要包括: 呼吸道感染 22 例, 肠炎 15 例, 尿路感染 3 例。两组患儿在一般资料差异均无统计学意义。

1.2 治疗方法

两组患儿均首先给予纠正水、电解质酸碱平衡等治疗。对照组在此基础上联合对乙酰氨基酚混悬液 (上海强生制药有限公司生产, 国药准字 H19990006 号) 进行治疗, 10mg/kg, 一次性顿服。观察组在基础治疗的基础上采用布洛芬混悬液 (江苏恒瑞医药股份有限公司生产, 国药准字 H19980017) 进行治疗, 8mg/kg, 一次性顿服。

1.3 观察指标

比较两组患儿治疗前、治疗后 0.5h、1h、2h、4h 及 6h 体温; 比较两组最大作用时间及退热持续时间; 不良反应发生情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS18.0 软件对数据进行统计分析, 治疗前、治疗后 0.5h、1h、2h、4h 及 6h 体温, 最大作用时间及退热持续时间均以 “ $\bar{x} \pm s$ ” 的形式进行表示, 不良反应发生率均以 “n (%)” 的形式进行表示, 组间对比分别采用配对 t 及卡方检验。

2 结果

2.1 两组患儿不同治疗时间体温水平对比

对照组患儿治疗后 0.5h 退热程度显著大于观察组, 两组患儿治疗后 0.5h 退热例数及体温水平差异有统计学意义 ($P < 0.05$) , 观察组患儿治疗后 1h、2h、4h 及 6h 退热程度显著大于对照组 ($P < 0.05$) , 见表 1:

2.2 两组药物最大作用时间及退热持续时间对比

观察组最大作用时间及退热持续时间均分别显著大于对照组 (P

< 0.05) , 见表 2:

2.3 两组不良反应发生情况对比

观察组不良反应总发生率为 10.00% (4/40) , 对照组为 15.00% (6/40) , 二组差异无统计学意义 ($P > 0.05$) , 见表 3:

表 1: 两组患儿不同治疗时间体温水平比较 ($\bar{x} \pm s$, $^{\circ}\text{C}$)

治疗时间	对照组 (n=40)		观察组 (n=40)	
	体温	退热例数 (n)	体温	退热例数 (n)
治疗前	39.98 $\pm$ 0.19	/	40.02 $\pm$ 0.20	/
治疗后 0.5h	38.65 $\pm$ 0.17	12	39.64 $\pm$ 0.16	9
治疗后 1h	38.53 $\pm$ 0.14	14	38.02 $\pm$ 0.14*	19*
治疗后 2h	38.34 $\pm$ 0.13	19	37.65 $\pm$ 0.12*	29*
治疗后 4h	38.19 $\pm$ 0.12	28	37.45 $\pm$ 0.11*	33*
治疗后 6h	37.89 $\pm$ 0.09	32	37.10 $\pm$ 0.08*	37*

注: * $P < 0.05$, vs 对照组。

表 2: 两组药物最大作用时间及退热持续时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	最大作用时间 (min)	退热持续时间 (h)
对照组 (n=40)	109.28 $\pm$ 11.28	4.30 $\pm$ 0.89
观察组 (n=40)	158.33 $\pm$ 17.39	8.02 $\pm$ 1.18
t 值	6.569	7.782
P 值	0.024	0.016

表 3: 两组不良反应发生率比较 [n(%)]

组别	例数 (n)	恶心呕吐	腹痛	腹泻	皮疹	总发生率
对照组	40	2 (5.00)	1 (2.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	6 (15.00)
观察组	40	1 (2.25)	1 (2.50)	2 (5.00)	0 (0.00)	4 (10.00)

3 讨论

儿童发热属于儿科较为常见的一种临床病症, 主要发病特征为: 起病急促、病程迁延长, 很难痊愈, 若不采取及时有效的治疗措施, 则会对儿童的正常生长与发育产生极大的影响, 近年来临床儿科医师普遍关注^[3]。截至目前, 医学理论界以及临床界均对该病给予了高度关注, 并进行了深入研究, 然而由于对小儿发热发生的病因基础研究进展速度相对缓慢, 研究资料不足, 使得在实际治疗过程中常常发生药物滥用的现象, 从而引起各种不良反应的发生^[4]。所以, 应该注意对小儿发热进行科学规范的治疗, 从而改善患儿的身体状况及临床症状。

小儿发热会导致热性惊厥以及神经系统后遗症的发生, 所以应该采取必要的措施解热。对乙酰氨基酚与布洛芬混悬液均属于临床上常见的两种非甾体类抗感染药物, 其中布洛芬属于 FDA 的唯一推荐治疗小儿发热的药物, 属于苯丙酸的一种衍生药物, 可在年龄 ≤ 12 岁的儿童非处方使用, 近年研究也相继证明布洛芬的安全性较高^[5]。布洛芬主要通过抑制下丘脑前区前列腺素 E, 生成, 同时还能抑制肿瘤坏死因子, 刺激机体产生内源性的 “制冷原”, 如黑细胞刺激素和垂体后叶血管加压素, 从而起到退热、抗炎作用^[6]。布洛芬并不抑制产热



过程,因此对正常体温无影响。对乙酰氨基酚为非那西丁的代谢产物,解热作用与阿司匹林相似,与布洛芬一起为WHO仅推荐的2种退热药物。近年来,有研究显示布洛芬显著的退热效果,甚至优于对乙酰氨基酚。本研究结果表明:对照组患儿治疗后0.5h退热程度显著大于观察组,两组患儿治疗后0.5h退热例数及体温水平差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组患儿治疗后1h、2h、4h及6h退热程度显著大于对照组($P < 0.05$),观察组最大作用时间及退热持续时间均分别显著大于对照组($P < 0.05$),此结果提示:对乙酰氨基酚与布洛芬混悬液两种药物均具有退热、解热的效果,但是相比于对乙酰氨基酚而言,布洛芬混悬液服用1小时后退热速度更快,药物持续时间更长。

综上所述,对乙酰氨基酚和布洛芬混悬液的退热效果是比较接近的,但也存在一定的差异性。相对而言,单次剂量的布洛芬退热作用相对较强,降温维持时间相对较长,对乙酰氨基酚体温下降的速度在口服后半小时比布洛芬明显,但是布洛芬混悬液的退热速度在1小时

后更快,作用时间更长,临床中应该酌情合理使用。

参考文献

- [1]周艳平.对比分析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[J].北方药学,2015,(09):66.
- [2]关淑霞,李姝颖.不同药物对小儿上呼吸道感染伴发热的影响[J].中国中医药现代远程教育,2010,18(11):503-504.
- [3]陈新谦,金有豫,汤光.新编药理学[M].北京:人民卫生出版社,2010,16(4):667.
- [4]陈潮青,陈宜升.布洛芬与对乙酰氨基酚治疗小儿高热临床效果对比研究[J].中国美容医学,2012,21(10):223-224.
- [5]廖莉,文政.布洛芬不同给药途径治疗小儿发热的疗效观察[J].重庆医学,2012,41(36):3879-3880.
- [6]李晓琳.布洛芬混悬液治疗小儿发热的疗效和安全性研究[J].河北医药,2013,35(11):1689-1690.

(上接第194页)

示,A组患者接受治疗后FENO、痰EOS比例与治疗前相比有所降低($P < 0.05$);C组患者接受治疗后与治疗前相比FENO有所降低($P < 0.05$),痰EOS比例无显著变化($P > 0.05$);B组和D组患者治疗后与治疗前比较,FENO、痰EOS比例无显著差异($P > 0.05$)。AECOPD患者FENO与痰EOS比例成正相关,FENO可以提示气道是否存在EOS浸润。

综上所述,嗜酸粒细胞阳性慢性阻塞性肺疾病患者应用糖皮质激素治疗有显著的治疗效果,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1]虞竞峰,肖华龙,强新晨,等.慢性阻塞性肺疾病血清嗜酸

粒细胞阳离子蛋白检测与临床意义[J].中华医院感染学杂志,2011,21(13):2864-2865.

- [2]董荣,曲彦.慢性阻塞性肺疾病急性加重期的激素治疗[J].临床药物治疗杂志,2012,10(5):42-46.
- [3]金哲,王广发.慢性阻塞性肺疾病全球倡议(2014更新版)解读[J].中国医学前沿杂志:电子版,2014,7(2):94-97.
- [4]徐文娟,魏雅茹等.糖皮质激素治疗嗜酸粒细胞阳性慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的临床疗效观察[J].实用心脑血管病杂志,2016,2,24(2):157-159.
- [5]刘传合,王天友,陈育智.从美国胸科学会指南看呼出气一氧化氮测定的临床应用[J].临床儿科杂志,2012,30(8):707-710.

(上接第195页)

采取高枕位睡眠,严重的患者采取坐位^[6]。另外,还要遵医嘱服药,提高用药依从性。本次研究中,研究组采用新活素治疗心衰,结果显示,研究组的显效率50.0%,有效率为43.3%,总有效率为93.3%;对照组的显效率为23.3%,有效率为36.7%,总有效率为60.0%。研究组临床疗效显著优于对照组($P < 0.05$)。研究组治疗后患者BNP浓度显著低于对照组($P < 0.05$)。由此可见,难治性心衰应用新活素治疗能够提高临床有效率,适于临床推广使用。

参考文献

- [1]蔡哲龙,李美峰,邹玉宝.硝普钠、多巴胺联合治疗急性左

心衰竭70例[J].中国分子心脏病学杂志,2015,18(07):631-633.

- [2]赵园园,蔡韵,郑伟,费明峰,吴玉泉.新活素联合环磷腺苷葡胺治疗老年慢性心功能不全的疗效分析[J].实用医学杂志,2013,11(10):98-99.
- [3]马树旗.新活素注射液治疗急性肺水肿的临床分析[J].中华全科医学,2014,12(07):187-188.
- [4]沈晴.急性心衰的临床治疗效果观察[J].现代养生,2016,05(17):146-147.
- [5]宋金旺,樊玉霞.硝普钠治疗心力衰竭120例的疗效分析[J].中国现代药物应用,2015,15(17):90-91.

(上接第196页)

[3]王月诚.美沙拉嗪联合苦参素保留灌肠治疗大肠湿热型溃疡性结肠炎的临床疗效研究[D].湖北中医药大学,2015.

[4]曹海莲,林鹏鸣,徐恩斌,黄敬敬.美沙拉嗪联合益生菌治疗炎症性肠病的疗效观察[J].实用医药杂志,2016,33(12):1087-1088.

[5]程灿昌,李国华,杜国平,翟英姬,傅美丽.美沙拉嗪联合益生菌治疗炎症性肠病的临床疗效分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(10):1809-1810.

[6]钟雄利,谭小燕,许超贵,任伟旺.炎症性肠病治疗中益生菌联合美沙拉嗪的应用效果探讨[J].中国实用医药,2015,10(14):189-190.

(上接第197页)

果显著,可有效提升患者治疗效果,且患者治疗安全性高,推广运用价值高。

参考文献

- [1]曹丽楠.观察卡介菌多糖核酸联合左旋咪唑治疗面部扁平疣的临床疗效[J].中国医疗美容,2014,4(4):107-108.
- [2]陈海谊.卡介菌多糖核酸联合重组人干扰素 $\alpha-2b$ 治疗扁平疣38例疗效观察[J].海南医学,2014,25(17):2613-2614.
- [3]陈文慧,刘乐,李百灵,等.阿维A胶囊联合卡介菌多

糖核酸治疗顽固性扁平疣疗效观察[J].中国美容医学,2014,23(13):1081-1083.

- [4]赵红兰.卡介菌多糖核酸注射液联合硫代硫酸钠治疗扁平疣临床效果观察[J].大家健康(中旬版),2014,29(10):259-260.
- [5]范文,郭盛华,徐元政,等.卡介菌多糖核酸联合中药治疗儿童扁平疣82例[J].山东医药,2014,54(16):106-107.
- [6]杨春生,周希武,周武军,等.卡介菌多糖核酸联合自制维A酸液治疗扁平疣临床疗效[J].中华全科医师杂志,2014,13(9):785-786.