

利多卡因、蒙脱石散在治疗儿科口腔溃疡中的应用分析

贾国栋

(大名县人民医院 056900)

摘要: 目的: 探讨利多卡因、蒙脱石散在治疗儿科口腔溃疡中的应用效果。方法: 我院于 2021 年 2 月至 2022 年 3 月收治 102 例口腔溃疡患儿, 随机将其分为两组, 即对照组和试验组, 分别予以常规治疗与利多卡因和蒙脱石散治疗, 比较两组患儿的治疗效果。结果: 试验组的临床症状消失时间、住院时间和疼痛消失时间短于对照组 ($P < 0.05$); 试验组的溃疡面积和个数明显少于对照组 ($P < 0.05$); 试验组的 VAS 评分和血清炎症因子水平显著低于对照组 ($P < 0.05$); 试验组的不良反应发生率为 3.92%, 其显著低于对照组的 17.64% ($P < 0.05$); 试验组的生活质量评分显著高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在儿科口腔溃疡中采用利多卡因和蒙脱石合剂治疗既能够缓解患儿的溃疡症状, 减轻其口腔的疼痛感和炎症反应, 又能减少其用药后的副作用, 提高患儿的生活质量。

关键词: 利多卡因; 蒙脱石合剂; 儿科口腔溃疡

口腔溃疡就是人们常称的口疮病症, 属于临床上发病率比较高的口腔黏膜疾病, 多发于 6 岁以下的儿童。一旦患上口腔溃疡疾病, 患儿的口腔会出现大小不一的椭圆状或圆形状的大多为灰白色的溃疡, 这种溃疡多发生于舌头、颊粘膜等部位^[1]。此疾病一旦发作, 患儿不仅会产生疼痛感, 还会降低其食欲, 导致其营养严重缺乏, 进而就会影响其身体的免疫力, 让其病情变得越发严重。目前, 临床多以局部敷药、口服缓解炎症的药物等方式治疗口腔溃疡患儿, 但这样的疗法过于单一且无法达到预期^[2]。相关研究指出, 在口腔溃疡患儿患处涂抹利多卡因、蒙脱石散等药物, 可缓解受损黏膜的炎症反应, 加快其患处的愈合, 同时又能增加患儿的食欲, 改善其营养不良、免疫力低下等问题^[3]。为此, 本文将深入分析利多卡因和蒙脱石合剂的治疗效果, 具体报告如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院 2021 年 2 月至 2022 年 3 月收治的 102 例口腔溃疡患儿, 随机将其分为对照组和试验组。对照组 51 例, 年龄 6 个月-5 岁, 平均为 (2.32 ± 0.43) 岁, 32 例疱疹性溃疡、19 例细菌感染性溃疡, 30 例男性、21 例女性。试验组 51 例, 年龄 7 个月-6 岁, 平均为 (3.12 ± 0.35) 岁, 31 例疱疹性溃疡、20 例细菌感染性溃疡, 31 例男性、20 例女性。纳入标准: ①参照儿科溃疡诊疗指南, 患儿疾病符合其中口腔溃疡诊断标准^[4]; ②所有患儿家属已完成相关知情同意书的签署工作, 知晓本次研究内容。排除标准: ①患有其他口腔疾病或者受到感染的患儿; ②用药后出现过敏反应的体质患儿; ③脏器发生急性或慢性病患儿; ④不依从研究的实施流程者。对比两组患儿的资料和信息, 组间差异均具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组行常规治疗如下: 先用浓度为 0.9% 的生理盐水对患儿的口腔进行清洗, 将其分泌物以及坏死组织予以清除; 每日指导患儿服用 4 次地塞米松 (国药准字 H20033553; 生产企业: 天津天药药业股份有限公司), 0.75-3mg/次, 每日须服用 0.75 毫克维持药量, 具体根据患儿病情变化进行调整; 每日给患儿补充足够的营养支持; 持续治疗 5 天。

在常规治疗之后试验组予以利多卡因和蒙脱石散治疗如下: 采用 10 毫升生理盐水混合 5 毫升浓度为 2% 的盐酸利多卡因溶液 (国药准字 H42021839; 生产企业: 湖北天圣药业有限公司; 规格:

5mL:0.1g) 和 3 克蒙脱石散 (国药准字 H20093638; 生产企业: 山东宏济堂制药集团股份有限公司; 规格: 3 克/袋) 进行混合, 并在混合液中加入 5 毫克维生素 B₂, 混制成利多卡因和蒙脱石散剂, 每日在患儿伤口涂抹利多卡因和蒙脱石散剂, 每日涂抹 6 次左右, 持续治疗 5 天。

1.3 观察指标

①临床症状消失时间、住院时间和疼痛消失时间。②溃疡面积和个数。③VAS 评分。④血清炎症因子水平。⑤生活质量。⑥不良反应

1.4 统计学分析

在 spss20.0 软件内分析处理实验数据, 计量资料采用标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 进行检验; 以百分比的形式表示计数资料, 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 临床症状消失时间、住院时间和疼痛消失时间对比

治疗后, 试验组的溃疡消失时间为 (4.13 ± 1.10) d, 发热消失时间为 (1.80 ± 0.25) d, 疼痛消失时间为 (3.41 ± 1.36) d, 住院时间为 (6.21 ± 2.47) d, 其短于对照组的 (6.69 ± 3.28) d、 (3.34 ± 1.23) d、 (5.87 ± 1.74) d 和 (8.65 ± 2.22) d ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 比较两组患儿的临床症状消失时间、住院时间和疼痛消失时间 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	溃疡消失时 间	发热消失时 间	疼痛消失时 间	住院时间
对照组	51	6.69 ± 3.28	3.34 ± 1.23	5.87 ± 1.74	8.65 ± 2.22
试验组	51	4.13 ± 1.10	1.80 ± 0.25	3.41 ± 1.36	6.21 ± 2.47
t 值	-	8.312	8.743	10.373	9.432
P 值	-	0.024	0.017	0.026	0.019

2.2 溃疡面积和个数以及 VAS 评分

经治疗后, 试验组的溃疡面积为 (1.38 ± 0.20) mm², 溃疡个数为 (1.16 ± 0.21) 个, VAS 评分为 (2.24 ± 0.51) 分, 而对照组的溃疡面积、溃疡个数和 VAS 评分分别为 (2.75 ± 0.73) mm²、 (1.16 ± 0.21) 个和 (2.24 ± 0.51) 分, 试验组显著低于对照组 ($P < 0.05$)。而治疗之前, 试验组和对照组的溃疡面积分别为 (4.83 ± 1.35) mm² 和 (4.86 ± 1.37) mm², 溃疡个数分别为 (3.86 ± 1.34) 个和 (3.76 ± 1.36) 个, VAS 评分分别为 (7.74 ± 2.25) 分和 (7.76 ± 2.26) 分,

两组间数据差异并不显著 (P>0.05)。

2.3 血清炎症因子水平对比

治疗前, 两组患儿的数据差异并不明显 (P>0.05), 而治疗之后, 试验组的白介素-4 水平为 (21.75 ± 6.62) pg/L, 白介素-8 水平为 (48.73 ± 15.45) ng/L, 肿瘤坏死因子-α 水平为 (19.74 ± 5.81) ug/L, 其显著低于对照组 (34.37 ± 10.43) pg/L、(63.63 ± 19.79) ng/L 和 (26.74 ± 7.84) ug/L (P<0.05); 而试验组的白介素-2 水平为 (3.27 ± 0.88) ug/L, 其高于对照组的 (2.84 ± 0.74) ug/L (P<0.05)。详见表 2。

表 2 比较两组患儿的血清炎症因子水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别例数	白介素-2 (ug/L)		白介素-4 (pg/L)		白介素-8 (ng/L)		肿瘤坏死因子-α (ug/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 51	2.14 ± 0.41	2.84 ± 0.74	21.76 ± 6.63	34.37 ± 10.43	91.34 ± 26.67	63.63 ± 19.79	47.78 ± 13.63	26.74 ± 7.84
试验组 51	2.13 ± 0.62	3.27 ± 0.88	21.75 ± 6.62	21.75 ± 6.62	91.33 ± 26.66	48.73 ± 15.45	47.79 ± 13.62	19.74 ± 5.81
t 值	-0.012	2.634	0.010	13.423	0.011	15.103	0.016	7.002
P 值	0.129	0.001	0.086	0.000	0.132	0.000	0.097	0.000

2.4 生活质量对比

通过治疗后, 试验组的生理功能评分为 (26.29 ± 2.43) 分, 生理职能评分为 (17.28 ± 2.10) 分, 躯体疼痛评分为 (8.23 ± 2.02) 分, 社会功能评分为 (8.27 ± 1.02) 分, 总体健康评分为 (23.12 ± 1.00) 分, 情感职能评分为 (13.21 ± 1.08) 分, 而对照组的生理功能、生理职能、躯体疼痛、社会功能、总体健康和情感职能评分分别为 (20.32 ± 2.01) 分、(13.31 ± 2.24) 分、(4.21 ± 2.14) 分、(5.16 ± 1.33) 分、(18.45 ± 1.11) 分和 (9.39 ± 1.10) 分, 试验组显著高于对照组 (P<0.05)。

2.5 不良反应对比

在治疗之后, 两组患儿均发生了些许不良反应, 但试验组中仅有 1 例恶心患儿、1 例皮疹患儿, 其不良反应发生率为 3.92% (2/51), 而对照组中发生了 3 例恶心患儿、2 例呕吐患儿、4 例皮疹患儿, 其发生率为 17.64% (9/51), 试验组显著低于对照组 (P<0.05)。

3. 讨论

口腔溃疡疾病可发生于各个年龄阶段, 小儿口腔溃疡出现的原因与很多因素有关系, 以下三点比较常见, 其一, 遗传因素, 主要是指口腔溃疡大多会有一定的家族史, 40% 的患者大多父母同时也会有口腔溃疡的发生; 其二, 由于免疫因素导致, 当孩子一段时间内免疫功能低下的时候, 这种情况下也会导致孩子口腔内免疫平衡受到紊乱, 从而引起口腔溃疡的发生; 其三, 由于饮食因素导致的, 这样的孩子通常会有偏食的毛病, 偏食会导致孩子对钙、铁、锌, 以及维生素的摄入减少, 尤其是锌和维生素 B 族摄入减少的时候, 可能会导致孩子出现口腔溃疡^[5]。而口腔溃疡患儿一旦发作, 其就会出现口腔红肿、疼痛等症状。相比其他年龄阶段的口腔溃疡, 小

儿口腔溃疡患儿的治疗存在一定的难度, 且发病几率也相对较高, 同时复发率也比较高^[6]。蒙脱石散属于吸附性止泻剂, 首先其能充分结合人体消化道内的黏液, 促使其弹力和粘合力变得更强, 进而在黏膜表面的覆盖就更加牢靠; 其次, 此药还能在粘膜表面吸附阳离子, 保护黏膜不受损伤, 从而有利于提高口腔上皮细胞黏膜的再修复力; 再者, 蒙脱石散还具有较强的抗病毒作用, 可加快口腔内病毒和毒素的排出, 防止其不断生长和繁殖; 最后, 此药还能调节患儿肠道细胞群, 加快其口腔吸收和分泌功能的恢复^[7-8]。而利多卡因是一种局部酰胺类麻醉药物, 不会引发一系列过敏反应, 可减轻患儿在治疗期间的疼痛感, 加快其食欲的恢复; 维生素 B2 片是一种水溶性维生素, 主要是用于预防和治疗维生素 B2 缺乏症, 而且其还是辅酶的重要组成成分, 参与糖、蛋白质和脂肪的代谢, 对于维持正常的视觉功能有非常重要的作用, 并且还能够促进生长发育^[9-10]。本文使用以上三种药物配制成药物制剂进行治疗, 其结果显示, 试验组的发热、溃疡等症状以及疼痛程度得到较好的缓解, 无论是溃疡面积还是个数都有所减少, 且口腔溃疡处的炎症反应也有所减轻, 这在一定程度上保护了患儿消化道黏膜, 避免其再次受到损害, 同时其身体上的痛苦以及食欲低等问题也会得到较好的恢复。另外, 在用药之后, 患儿很少出现不良反应, 这是因为三种药物相配伍防止了恶心、皮疹等情况的发生, 进一步提高了疗效, 改善了患儿的生活质量。

综上所述, 利多卡因、蒙脱石散在治疗儿科口腔溃疡中的应用效果显著, 值得进一步采纳。

参考文献:

- [1]刘锐.利多卡因、蒙脱石合剂在治疗儿科口腔溃疡中的应用分析[J].临床研究,2018,26(1):71-72.
- [2]何英.利多卡因、蒙脱石合剂在治疗儿科口腔溃疡中的疗效[J].全科口腔医学电子杂志,2018,5(36):40-41.
- [3]彭源.利多卡因联合蒙脱石散对口腔溃疡患儿症状改善及生活质量的影响[J].现代医用影像学,2018,27(3):1032-1033.
- [4]杜小蓉,蒋仕祥.对口腔溃疡患儿使用维生素 E 联合利多卡因进行治疗的效果分析[J].当代医药论丛,2018,16(5):201-202.
- [5]胡小梦.维生素 E 联合利多卡因治疗口腔溃疡患儿的临床疗效分析[J].中国现代药物应用,2021,15(2):223-224.
- [6]杨彦.观察蒙脱石散联合康复新液治疗小儿口腔溃疡的临床效果、溃疡复发情况[J].中国科技期刊数据库医药,2020,27(11):0036-0036+38.
- [7]李群,谭劲,刘寻,周婷婷,左巧娟.rb-bFGF 联合利多卡因治疗儿童复发性口腔溃疡的效果及对患儿 Treg 细胞的影响[J].疑难病杂志,2021,20(6):597-601.
- [8]郑庆藩,陈创鑫,姜尚林.碘甘油联合利多卡因治疗小儿疱疹性口腔炎疗效观察[J].中国现代医生,2018,56(10):67-69.
- [9]帅建平,宋信裕.碘甘油联合利多卡因对小儿疱疹性口腔炎患儿的临床效果研究[J].中国实用医药,2018,13(33):106-107.
- [10]曹政,胡小娅,桂冠,施博玮.复方甘菊利多卡因凝胶治疗儿童口腔黏膜病的效果探讨[J].当代医药论丛,2021,19(15):81-83.