

# 山莨菪碱与思密达联合治疗小儿病毒性肠炎疗效分析

陈振东

(陆丰市城东街道社区卫生服务中心 516511)

**摘要:**目的:探讨山莨菪碱与思密达联合治疗小儿病毒性肠炎疗效。方法:选择我院2018年1月-2020年6月收治的小儿病毒性肠炎患儿70例为对象,随机数字表法将患儿分成参照组(n=35)和研究组(n=35)。参照组用常规方法治疗,研究组用常规方法联合山莨菪碱与思密达治疗。比较两组的发热、腹泻和呕吐、脱水等症状与体征消失时间,检测两组治疗前后白介素-6(IL-6)和白介素-8(IL-8)、降钙素原(PCT)等炎症因子水平变化,计算两组的治疗总有效率,观察两组用药期间面色潮红、心率、增快和烦躁、皮疹等不良反应发生率。结果:研究组的发热、腹泻和呕吐、脱水等症状与体征消失时间短于参照组, $P < 0.05$ 。治疗后的IL-6、IL-8和PCT水平低于治疗前,研究组的IL-6、IL-8和PCT水平低于参照组, $P < 0.05$ 。研究组的治疗总有效率高于参照组, $P < 0.05$ 。两组的用药不良反应发生率比较, $P > 0.05$ 。结论:小儿病毒性肠炎采用山莨菪碱与思密达联合治疗的效果显著,可缩短疗效,降低患儿体内炎症因子的水平,不良反应少。

**关键词:**小儿病毒性肠炎;山莨菪碱;思密达;炎症因子;不良反应

小儿病毒性肠炎属于一种急性消化道疾病,具有较强的传染性,一般由轮状病毒造成,发病后患儿主要表现为急性发热、腹泻或者呕吐,对患儿的身体健康会造成较大的影响。病毒性肠炎好发于年龄6个月-2岁的婴幼儿,发病突然,会经粪便、口等途径传播,侵袭小儿的机体,并在小肠绒毛细胞中快速繁殖,致使肠粘膜损伤,导致小儿的消化道功能造成较大的影响,比如患儿不能正常的消化与吸收<sup>[1]</sup>。目前,可用于治疗病毒性肠炎的手段较多,但对于小儿病毒性肠炎而言,每种治疗方法的效果参差不齐,有效性与适应性不同,所以应根据患儿的病情,选择效果显著且安全性高的治疗方案,避免患儿的病情持续加重,促使患儿尽早康复。为了解山莨菪碱与思密达联合治疗小儿病毒性肠炎的效果,本文对2018年1月-2020年6月我院采用不同方法治疗的70例小儿病毒性肠炎患儿的临床资料进行分析,比较常规方法与其联合山莨菪碱和思密达治疗的临床效果,旨在探讨上述用药方案联用的效果与价值。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究对象纳入时间2018年1月-2020年6月,选择我院收治的小儿病毒性肠炎患儿70例为对象,随机数字表法将患儿分成参照组(n=35)与研究组(n=35)。纳入标准:(1)血常规与大便常规、培养大便镜检检查确诊,病情符合《儿科急诊与危重症诊疗规范》<sup>[2]</sup>的诊断标准;(2)家属知晓研究内容,同意接受常规方法/常规方法联合山莨菪碱与思密达治疗;(3)临床资料完善。排除标准:(1)肝肾功能不全;(2)血液系统疾病;(3)家属不同意配合研究。参照组男性20例,女性15例;年龄7个月-2.3岁,平均(1.6±0.2)岁。研究组男性19例,女性16例;年龄6个月-2.5岁,平均(1.7±0.4)岁。两组基线资料比较,满足可比性, $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

参照组:依患儿的各项检查结果,对患儿进行对症与支持治疗,评估患儿的脱水情况,让轻中度脱水的患儿服用补液,指导家属给患儿服用口服补液盐,用药抗感染和纠正酸碱失衡等;密切监测患儿的病情与生命体征变化,指导家属为患儿控制饮食和适当的活动,纠正家长的错误喂养,保证患儿的机体状态良好;注意监测患儿的体温、心率和脉搏等,及时将异常情况反馈给医生,协助医生给患儿做对症处理。

研究组:在参照组常规方法治疗的基础上联用山莨菪碱与思密达,给患儿使用山莨菪碱,静脉滴注,选用山莨菪碱注射液,用药剂量为每千克0.3mg,用浓度为10%的葡萄糖溶液150ml稀释后给药;并给患儿服用思密达,年龄小于1岁的患儿用量为三分之一包,年龄1-2岁的患儿用量为二分之一包,年龄2-3岁的患儿用量为1包,每天服用3次。

### 1.3 观察指标与评价标准

(1)观察和记录患儿治疗后临床症状与体征的消失时间,主要观察指标包括发热和腹泻、呕吐、脱水等,了解患儿机体状况的改善情况。

(2)检测患儿治疗当天和治疗1周时的体内炎症因子,取患儿静脉血2ml,用全自动血液分析仪检测,主要观察指标为白介素-6(IL-6)和白介素-8(IL-8)、降钙素原(PCT)水平变化,了解患者体内炎症消失情况。

(3)观察患儿病情的改善情况,参照《儿科急诊与危重症诊疗规范》判断临床疗效,评价标准分为显效、有效和无效,评价内容为:显效:发热和腹泻、呕吐、脱水等病症显著消失,临床症状与体征显著消失,大便性状及排便频率恢复正常,可正常进食;有效:上述病症与体征等明显减轻,大便情况基本恢复,进食稳定;无效:病情改善未达到上述标准;总有效为显效与有效之和。

(4)密切观察患儿用药治疗期间发生的不良反应,主要观察指标为面色潮红、心率、增快和烦躁、皮疹等,计算和比较患儿的用药不良反应发生率。

### 1.4 统计学方法

研究结果数据应用统计学软件SPSS 23.0完成处理,计量资料、计数资料分别用 $\bar{x} \pm s$ 、(n,%)表示,差异性分别对应t检验、 $\chi^2$ 检验;检验水准: $\alpha = 0.05$ ,检验依据: $P < 0.05$ ,说明差异显著,有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 症状与体征消失时间

研究组的发热、腹泻和呕吐、脱水等症状与体征消失时间短于参照组, $P < 0.05$ 。见表1:

表1 症状与体征消失时间 ( $\bar{x} \pm s$ , d)

组别	例数	发热	腹泻	呕吐	脱水
研究组	35	1.4 ± 0.5	2.8 ± 0.7	2.5 ± 0.6	1.5 ± 0.8
参照组	35	2.7 ± 0.6	3.6 ± 0.8	3.3 ± 0.7	2.0 ± 0.5
t	-	9.847	4.452	5.134	2.994
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.2 治疗前后的IL-6、IL-8和PCT水平

治疗前的IL-6、IL-8和PCT水平比较, $P > 0.05$ ;治疗后的IL-6、

IL-8和PCT水平低于治疗前,研究组的IL-6、IL-8和PCT水平低于参照组, $P < 0.05$ 。见表2:

表2 治疗前后的 IL-6、IL-8 和 PCT 水平 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间	组别	IL-6 (ng/L)	IL-8 (ng/L)	PCT ( $\mu\text{g/L}$ )
治疗前	研究组	35.1 ± 8.2	56.3 ± 10.5	3.2 ± 0.7
	参照组	35.6 ± 8.4	56.5 ± 10.8	3.3 ± 0.9
t	-	0.252	0.079	0.519
P	-	0.802	0.938	0.606
治疗后	研究组	8.3 ± 2.5	22.9 ± 4.5	0.8 ± 0.3
	参照组	19.1 ± 5.7	31.7 ± 4.8	1.5 ± 0.4
t	-	10.265	7.913	8.283
P	-	0.000	0.000	0.000

2.3 总有效率 研究组的治疗总有效率高于参照组,  $P < 0.05$ 。见表 3:

表3 总有效率 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	35	25 (71.43)	9 (25.71)	1 (2.86)	34 (97.14)
参照组	35	13 (37.14)	15 (42.86)	7 (20.0)	28 (80.0)
$\chi^2$	-	-	-	-	5.081
P	-	-	-	-	0.024

2.4 用药不良反应发生率

两组的用药不良反应发生率比较,  $P > 0.05$ 。见表 4:

表4 用药不良反应发生率 (n, %)

组别	例数	面色潮红	心率增快	烦躁	皮疹	总有效率
研究组	35	1 (2.86)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.86)	2 (5.71)
参照组	35	0 (0.0)	1 (2.86)	1 (2.86)	1 (2.86)	3 (8.57)
$\chi^2$	-	-	-	-	-	0.215
P	-	-	-	-	-	0.643

3 讨论

小儿病毒性肠炎的主要病原体为轮状病毒, 该病毒具有较强的抵抗力, 常经飞沫侵入呼吸道, 加上小儿的胃肠系统并未发育完善, 所以其胃肠功能较弱, 临床上常见患儿因为食物或者食具等造成感染, 并对机体造成较大的侵袭, 致使患儿发生腹泻、呕吐或者发热、脱水等病症, 对患儿的身体健康造成较大的影响<sup>[9]</sup>。姜洁<sup>[4]</sup>指出婴幼儿的胃肠道功能较弱, 酶活性较低, 并不能为其正常生长与发育提供良好的胃肠道功能, 加上患儿肠道中未建立正常的菌群, 不能有效抵抗外界病原菌对机体的侵袭。所以小儿的肠道功能欠佳, 肠粘膜免疫能力较低, 防御反应能力较低, 感染轮状病毒后腹泻症状显著, 而不断的腹泻会致使患儿发生一定程度的脱水, 极易对患儿的机体状况造成较严重的损害<sup>[10]</sup>。

本次研究在为小儿病毒性肠炎患儿常规方法治疗的同时, 联合山莨菪碱与思密达治疗: (1) 临床治疗效果显著, 患儿发热和腹泻、呕吐、脱水等症状与体征有效减轻, 约 1-3d 患儿的病情显著改善, 病情改善时间短于常规方法治疗组的 2-4d。(2) 经检测患儿治疗后体内炎症因子水平明显降低, IL-6 和 IL-8、PCT 水平充分降低, 降低程度高于常规方法治疗组。(3) 观察和评价得出患儿的治疗总有效率 97.14% 高于常规方法治疗组的 80.0%, 71.43% 的患儿病情治疗效果达到显效的标准, 说明患儿的发热和腹泻、呕吐、脱水等病症显著消失, 临床症状与体征显著消失, 大便性状及排便频率恢复正常, 可正常进食。(4) 在患儿用药期间密切观察不良反应的发生情况, 未见患儿发生心率增快和烦躁等不良反应, 发生面色潮红和皮疹分别为 1 例, 不良反应发生率 5.71% 低于常规方法治疗组的 8.57%, 但经统计学计算无意义, 说明联合山莨菪碱与思密达治疗并不增加患儿不良反应的发生。

思密达的药物成份为双四面体氧化硅和单八面体氧化铝, 服用后药物成份能非常均匀的覆盖于患儿的肠腔粘膜上, 所以能对患儿肠腔中存在的病原体有效吸附, 从而由肠蠕动将病原体排出体外, 有效防止病原体对患儿肠细胞的损伤<sup>[7-8]</sup>。白琼等<sup>[9]</sup>指出思密达能减少和减轻肠细胞运动异常情况, 可加强其吸收能力, 抑制其分泌功

能, 减轻婴幼儿病毒性肠炎症状与体征的作用明显, 能更好的改善其渗透性腹泻症状。山莨菪碱属于抗胆碱药物, 具有阻断 M 胆碱受体的作用, 可充分改善患儿的平滑肌紧张程度, 并能有效抑制和降低患儿的肠道蠕动, 许杰<sup>[10]</sup>指出山莨菪碱能加强思密达的药效, 可促使患儿体内的病毒和细菌等病原体被有效固定, 从而得到有效清除, 调节肠道上皮细胞的吸收能力, 控制肠道粘膜腺体细胞的活性, 降低该细胞的分泌功能, 使患儿肠腔中的渗液减少, 控制和缓解患儿的腹泻症状。山莨菪碱具有减轻血管痉挛的效果, 纠正患儿肠道粘膜的局部循环, 为肠粘膜上皮细胞的修复提供良好的机体条件<sup>[11]</sup>。王江彬<sup>[12]</sup>指出山莨菪碱能加强肾脏循环, 有效纠正肾脏功能异常, 止吐和腹痛减轻作用明显, 并不能穿透血脑屏障, 不会对患儿的中枢神经造成刺激与兴奋, 患儿发生神经系统反应的风险低。

综上所述, 山莨菪碱与思密达联合治疗小儿病毒性肠炎疗效显著, 患儿的病情恢复时间短, 体内炎症因子水平显著降低, 不良反应发生率低。

参考文献

- [1] 仇拥军, 徐建平, 张星伟, 等. 山莨菪碱与间苯三酚治疗胃肠痉挛性疼痛疗效分析[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(19): 50-51.
- [2] 中华医学会儿科学分会. 儿科急诊与危重症诊疗规范[M]. 人民卫生出版社, 2016: 137.
- [3] 韩佩玲. 重组人干扰素  $\alpha$  1b 联合双歧杆菌三联活菌胶囊治疗小儿轮状病毒性肠炎的疗效分析[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40(08): 33-35.
- [4] 姜洁. 结肠灌洗联合思密达保留灌肠治疗小儿迁延性慢性腹泻 60 例[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40(09): 46-47.
- [5] 陈允, 武赞. 妈咪爱联合思密达对小儿轮状病毒性肠炎血清 IL-2、IL-15、VIP 水平的影响[J]. 中国肛肠病杂志, 2018, 38(10): 21-23.
- [6] 何璐璐, 樊萍, 杨梅梅, 等. 甲硝唑与山莨菪碱联合补液对慢性肠炎患者血清白细胞介素水平的影响[J]. 中国药业, 2018, 27(12): 49-51.

(下转第 33 页)

(上接第 27 页)

[7]王揖堂. 甲硝唑联合左氧氟沙星与山莨菪碱治疗慢性肠炎的疗效探究[J]. 中国社区医师,2019,35(07):77+79.

[8]严肖霞. 双歧杆菌四联活菌片与甘草锌联合蒙脱石散治疗小儿轮状病毒性肠炎腹泻效果观察[J]. 临床医药文献杂志,2019,6(A3):169.

[9]白琼,白冬梅,李妮. 妈咪爱联合思密达治疗小儿轮状病毒性肠炎疗效及安全性分析[J]. 贵州医药,2020,44(05):793-794.

[10]许杰. 盐酸消旋山莨菪碱注射液联合蒙脱石散治疗小儿腹泻的临床效果[J]. 河南医学研究,2020,29(17):3187-3188.

[11]薛春艳. 炎琥宁+盐酸消旋山莨菪碱治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎的疗效[J]. 中国继续医学教育,2018,10(18):115-116.

[12]王江彬. 山 17 莨菪碱-2 联合硫酸镁急诊治疗急性胃炎痉挛性腹痛的效果[J]. 中外医学研究,2020,18(21):114-116.

作者简介: 陈振东 男 1982 年 7 月 广东陆丰 学历: 本科 职称: 中级儿科学 科室: 儿科