

消旋卡多曲颗粒联合经皮给药治疗小儿轮状病毒肠炎疗效观察

甘燕 戴迭宗 梁露露

(广西玉林市玉州区妇幼保健院 玉林 537000)

摘要:目的:观察消旋卡多曲颗粒联合经皮给药治疗小儿轮状病毒肠炎的临床疗效和安全性。方法:84 例轮状病毒肠炎患儿随机分为治疗组和对照组各 42 例。对照组口服消旋卡多曲颗粒,治疗组口服消旋卡多曲颗粒的同时加用经皮给药治疗。追踪观察治疗后排便次数、性状和临床症状的变化。结果:治疗组的止泻时间、总病程较对照组短($P<0.01$),且有效率达 95.2%,与对照组比较有显著性差异($P<0.05$)。结论:消旋卡多曲颗粒联合经皮给药治疗小儿轮状病毒肠炎能较快减少腹泻次数,改善大便性状,缩短腹泻病程,且安全性高,患儿易于接受,值得临床推广使用。

关键词:轮状病毒肠炎;消旋卡多曲颗粒;经皮给药

中图分类号:R 725.7

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.027

小儿急性腹泻多由轮状病毒感染所致,发病急,症状重,目前尚无特殊疗法^[1]。我科应用消旋卡多曲颗粒联合经皮给药治疗小儿轮状病毒肠炎 84 例,取得良好疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2008 年 8 月~2010 年 3 月我院儿科住院的腹泻患儿 84 例:男 51 例,女 33 例;年龄 5 个月~2 岁 6 个月,其中 5~6 个月 5 例,6 个月~1 岁 38 例,1 岁~2 岁 6 个月 41 例。均符合轮状病毒肠炎典型临床表现,其中发热 59 例,体温 $>39^{\circ}\text{C}$ 26 例,无发热者 25 例,呕吐 72 例。大便常规检查均为水样便,镜检白细胞小于 5 个/HP、无红细胞;大便轮状病毒抗原检测阳性。随机分成治疗组、对照组各 42 例,两组年龄、体重、病程、主要表现、

1.6 统计学处理 采用 χ^2 检验。

2 结果

两组治疗效果比较详见表 1。治疗过程中部分病例出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻等不良反应,治疗组有 1 例,对照组有 8 例;注射部位局部反应,对照组 7 例。

表 1 两组治疗效果比较 例					
组别	n	痊愈	显效	好转	无效
治疗组	42	30	7	4	1
对照组	36	26	5	4	1

3 讨论

肺炎支原体是介于细菌和病毒之间的微生物,含有 DNA 和 RNA,无细胞壁。故头孢菌素和青霉素对其无效,而大环内酯类对其有独特疗效。红霉素是治疗小儿支原体肺炎的首选药物,但静脉滴注后可迅速增加胃和小肠的动力,胃肠道不良反应发生率高,且容易引起穿刺局部疼痛和静脉炎,长时间输注,增加患儿痛苦,使其不易接受。为小儿支原体肺炎寻找疗效好且患儿痛苦少的治疗方法是临床医师十分关注的问题。

序贯疗法是选用抗生素治疗感染性疾病时,先

电解质紊乱等资料经统计学处理差异均无显著性,具有可比性。

1.2 治疗方法 两组根据发热、脱水、电解质紊乱及酸碱失衡情况予以补液、纠酸、补充电解质等治疗,同时予口服消旋卡多曲颗粒(国药准字 H20050411),体重 4~9kg,10mg/次,9~15kg,20mg/次,3 次/d。为避免患儿因呕吐导致药物摄入量不足,尽量采取空腹状态下服药。治疗组在此基础上加用经皮给药治疗仪(SIJ-001 型,河南三浪医疗新技术有限公司生产)治疗,方法为取专用腹泻贴片(当归、肉桂、马齿苋、白术、白及、仙鹤草、丁香等),根据患儿年龄调节治疗参数: <1 岁温度 $36\sim37^{\circ}\text{C}$,电流强度 4~6mA;1~3 岁温度 $38\sim39^{\circ}\text{C}$,电流强度 5~7mA。选择神阙和关元两个穴位,给药时间静脉给药,待病情好转、主要症状控制后再转为口服抗生素代替静脉给药,这种方法是近几年来国外较重视的一种方法。阿奇霉素是红霉素的衍生物,是新的大环内酯类 G 氮环内酯类抗生素,对支原体感染疗效确切^[2]。其独特的药代动力学特性使组织浓度较血药浓度高 50 倍左右,尤其肺组织浓度高,代谢缓慢,半衰期长,可达 68~72h,病原菌清除率高,对肺炎支原体的作用在大环内酯类中是最强的。当血药浓度降低时,组织器官中的药物释放出来,使药物作用时间延长。本组资料显示治疗小儿支原体肺炎采用阿奇霉素序贯疗法和红霉素在疗效上基本相同,说明采用阿奇霉素序贯疗法可以替代传统的红霉素治疗方法。而不良反应和注射部位局部反应两组具有统计学差异,提示阿奇霉素序贯疗法可减少治疗过程中患儿的痛苦。

参考文献

[1]袁壮,董宗祈,鲁继荣,等.小儿肺炎支原体肺炎诊断治疗中的几个问题[J].中国实用儿科杂志,2002,17(8):449-457
[2]王明贵,张婴元,吴卫红,等.新大环内酯类抗生素的体外抗菌作用研究[J].中国抗生素杂志,1997,22(2):104-107

(收稿日期:2010-08-18)

25min, 每次治疗完毕后腹泻药贴片保留 4~6h, 每日 1 次, 疗程 3d。

1.3 疗效判定 按 1998 年全国腹泻病防治研讨会制订标准^[2]。显效: 治疗 72h, 大便性状及次数恢复正常, 症状消失; 有效: 治疗 72h, 大便性状及次数明显好转, 症状明显改善; 无效: 治疗 72h 病情无好转, 甚至恶化。

1.4 统计学处理 计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用四格表 χ^2 检验。所有数据均应用 SPSS11.0 统计软件分析。

2 结果

2.1 止泻时间和总病程比较 见表 1。

表 1 两组患儿止泻时间、总病程比较 $(\bar{X} \pm S)$ h				
组别	n	止泻时间	腹泻总病程	
对照组	42	72.30± 20.12	118.52± 18.32	
治疗组	42	48.52± 18.96	94.26± 19.07	
t		5.51	5.87	
P		<0.01	<0.01	

2.2 两组有效率比较 见表 2。两组总有效率比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=5.12, P<0.05$)。

表 2 两组治疗 72h 有效率比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	42	28	12	2	95.2
治疗组	42	22	11	9	78.6

2.3 不良反应 两组治疗过程中均未发现与消旋卡多曲颗粒相关的不良反应; 经皮给药治疗偶见局部皮肤潮红, 停止治疗后很快消失。

3 讨论

在我国小儿腹泻病病原构成比例中, 轮状病毒占 40%左右, 位居小儿腹泻病病原第一位^[3]。轮状病毒侵入肠道后, 在小肠绒毛顶端柱状上皮细胞上复制, 使之发生空泡变性、坏死和脱落, 脱落的上皮细胞被隐窝底部的细胞逐渐上移至绒毛顶部后所取代。在正常情况下, 细胞从底部向顶部转移约需 4d, 在转移途中细胞逐渐成熟, 其功能也从隐窝底部的分泌功能转变为绒毛顶部的吸收功能。在轮状病毒的侵袭下, 肠壁微绒毛细胞损害导致隐窝底部细胞

(上接第 37 页) 折碎片不作剥离, 采用骨膜外固定等技术, 充分保护了骨折部位和周围软组织血运, 体现了生物学内固定理念。(3) 弹性固定, 骨折区不同折片间的微动, 更有利于具有血运的骨的愈合, 骨痂生长快, 骨折愈合时间缩短。(4) 接骨板近端有些小孔, 有利于修复关节囊和小骨块。(5) 并发症少。我们体会到: (1) 新鲜骨折如全身情况及局部软组织条件较好时, 采取急诊手术可获得较好的复位效果。(2) 一般情况下应等到局部软组织肿胀消退后手术, 期间采取跟骨结节牵引, 牵引重量需稍重, 力求纠正骨折短缩, 有利于术中骨折复位。(3) 手术

加速上移, 1~2d 转移至顶部, 其功能不成熟, 仍呈分泌状态, 结果导致分泌增多而回吸收减少, 刺激肠壁加快肠蠕动发生腹泻^[4]。消旋卡多曲是一种特殊的脑啡肽酶抑制剂, 可选择性、可逆性的抑制脑啡肽酶活性, 从而保护内源性脑啡肽免受降解, 延长消化道内源性脑啡肽生理活性, 抑制肠道过度分泌, 减少体内水和电解质流失, 而对正常水、盐吸收无影响, 达到快速改善腹泻症状之目的。而经皮给药治疗是现代透皮给药技术与中国传统医学相结合的给药治疗方法, 治疗仪在特定电场作用下, 使神阙、关元穴局部组织受热激发, 促进血液循环, 扩张局部毛细血管, 增加皮肤通透性, 将中药离子和带电胶体离子通过皮肤进入血液循环, 从而达到促进经络疏通、消炎、止泻、提高机体免疫力的作用。腹泻贴片中所含白术可补脾益气, 调节胃肠运动, 促进血液循环; 肉桂、丁香具有散寒止痛、温中降逆的作用, 可扩张血管, 增强消化功能, 缓解胃肠痉挛; 马齿苋具有清热解毒功效, 可缓解病毒感染所致的发热症状, 同时可抑制细菌、病毒生长; 当归、白及、仙鹤草有活血止痛、收敛止血和止泻、消肿生肌的功效, 还对多种细菌、病毒有抑制作用。

本组资料显示, 口服消旋卡多曲颗粒辅助经皮给药治疗小儿轮状病毒肠炎, 可起到协同作用, 能较快减少腹泻次数, 改善大便性状, 缩短腹泻病程, 取得 95.2% 的总有效率, 与单用消旋卡多曲 78.6% 的总有效率比较差异有显著性, 且安全性高, 患儿易于接受, 值得临床推广使用。

参考文献

[1] 杨锡强, 易著文. 儿科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 294-296
[2] 方鹤松, 魏承毓. 中国腹泻病诊断方案[J]. 中国实用儿科杂志, 1998, 13(6): 384
[3] 胡亚美, 江载芳. 实用儿科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 1 294
[4] 周瑞, 陈兰举. 轮状病毒感染引起肠道内外发病机制的研究进展[J]. 国外医学·儿科学分册, 2005, 32(6): 354

(收稿日期: 2010-06-24)

中原则上对腓骨解剖复位内固定, 使其成为胫骨复位过程中的支架系统。(4) 术中骨折复位的关键是恢复下肢力线, 尽量恢复肢体长度, 确保胫骨下关节面与力线垂直, 不强求解剖复位。

参考文献

[1] 刘志雄. 骨科常用诊断分类方法和功能结果评定标准[S]. 北京: 北京科学技术出版社, 2005. 56
[2] 谭振华, 王丽华, 王年芳. 锁定钢板内固定治疗胫腓骨骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2008, 23(7): 603-605
[3] Ruedi Thomas P, Murphy William M, 王满宜, 等. 骨折治疗的 AO 原则[M]. 北京: 华夏出版社, 2003. 1-28, 520-525
[4] Krettek C, Schandelmaier P. Minimally invasive percutaneous plate osteosynthesis (MIPPO) using the DCS in proximal and distal femoral fractures[J]. Injury, 1997, 28(S1): 20-30

(收稿日期: 2010-08-04)