

· 临床经验 ·

热毒宁治疗轮状病毒肠炎 189 例疗效观察

许雪丽, 刘一平

〔摘要〕 目的 观察以热毒宁注射液治疗轮状病毒肠炎的疗效。方法 2011 年 9 月 - 2012 年 11 月就诊的粪便中轮状病毒阳性的小儿腹泻 189 例, 在采用综合治疗的基础上, 随机分成两组, 分别采用热毒宁(96 例)和利巴韦林(93 例)静脉滴注治疗, 并比较其总有效率。结果 热毒宁疗效明显优于利巴韦林( $P < 0.05$ )。结论 应用热毒宁治疗轮状病毒肠炎疗效确切, 值得推荐。

〔关键词〕 小儿腹泻; 轮状病毒感染; 利巴韦林; 热毒宁

〔中图分类号〕 R725.1 〔文献标志码〕 B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2013.05.031

轮状病毒肠炎又称秋季腹泻<sup>[1-2]</sup>, 是婴幼儿常见病、多发病, 多发于秋冬季, 常在 3 岁以下儿童中流行, 是婴幼儿腹泻的最常见类型之一。轮状病毒肠炎往往起病急, 常伴有发热、流涕等类似上呼吸道感染症状。病初呕吐, 随后出现腹泻, 易导致患儿脱水、电解质紊乱及酸碱失衡, 严重危害患儿的健康, 严重者甚至可危及生命<sup>[3]</sup>。人轮状病毒为双链(RNA)病毒, 一般治疗方法多以抗病毒及对症支持治疗, 目前尚无特效治疗方法。现将我科以热毒宁与利巴韦林治疗该病的一些体会报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2011 年 9 月 - 2012 年 11 月共收治 458 例腹泻患儿, 以 A 群轮状病毒诊断试剂盒(北京万泰生物药业有限公司)检测 189 例阳性(41.3%), 其中男 103 例, 女 86 例; 年龄最小 6 个月, 最大 16 个月, 平均年龄 10.7 个月; 病史最短 3d、最长 12 d, 平均 7.5 d。189 例患儿均有腹泻, 表现为大便呈黄色稀水样或蛋花汤样, 每天 5 ~ 10 次不等, 量较多, 其中 25 例(13.2%)带有黏液; 尿量均减少, 色黄; 79 例(41.8%)伴有呕吐, 为非喷射性, 呕吐物为胃内容, 无酸臭味; 呈轻度脱水表现者 123 例(65.1%); 中度脱水 66 例(34.9%)。合并呼吸道感染 68 例(36.0%); 其中发热 58 例、流涕 45 例、轻咳 21 例; 伴有支气管炎 18 例(9.5%)。189 例患儿中, 血红蛋白低于 110 g/L 95 例(50.3%), 白细胞  $4 \sim 10 \times 10^9/L$  156 例(82.5%), 白细胞  $> 10 \times 10^9$  23 例(12.2%), 白细胞  $< 4 \times 10^9$  10 例(5.3%), 中性粒细胞和淋巴细胞均正常。检查肝、肾功能 38 例均正常。另摄 X 线胸片 26 例, 18 例呈肺纹理模糊。

1.2 治疗方法 入院后根据脱水情况, 均采取补液措施, 在 24 h 内纠正脱水。在此基础上随机分组, 使用热毒宁(江苏康缘药业股份有限公司, 批号 101104, 120418)治疗 96 例, 每日按 0.8 ml/kg 加入 0.9% 氯化钠注射液或 5% 葡萄糖注射液 100 ~ 250 ml 中, 静脉点滴; 使用利巴韦林(湖北潜江制药股份有限公司, 批号 110103, 110801)治疗 93 例, 每日按 10 ~ 15 mg/kg 加入 0.9% 氯化钠注射液或 5% 葡萄糖注射液 100 ~ 250 ml 中, 静脉点滴。两组均口服枯草杆菌肠球菌二联活菌, 以改善肠道菌群失调; 辅助应用腹部超短波理疗等物理方法, 以纠正肠道功能紊乱。合并呼吸道感染者或大便伴有黏液或脓细胞者, 使用阿莫西林联合抗感染。3 d 为一疗程。

1.3 疗效判定 治愈: 体温正常, 食欲恢复, 大便成形或呈糊状便, 每日 1 ~ 2 次; 有效: 体温正常, 食欲欠佳, 大便成形或糊状便, 每日 3 ~ 4 次, 或大便为稀糊便, 每日 1 ~ 2 次; 无效: 大便仍为黄色稀水样或蛋花汤样, 每日次数不等, 甚至加重。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 12.0 统计学软件进行统计分析, 组间资料比较行  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

热毒宁治愈率与利巴韦林相当, 两组比较无显著差异( $P > 0.05$ ); 而热毒宁总有效率优于利巴韦林, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ , 表 1)。

表 1 两组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈	有效	无效	总有效率(%)
热毒宁组	96	90(93.8)	5(5.2)	1(1.0)	99.0*
利巴韦林组	93	76(81.7)	8(8.6)	9(9.7)	90.3

注: 与利巴韦林组相比, \*  $P < 0.05$

### 3 讨论

我国小儿腹泻病发病率仅次于呼吸道感染,居第二位。随着人民健康水平的提高和卫生条件的改善及抗生素的大量应用,细菌感染性腹泻发病率逐渐下降,而病毒感染性腹泻则逐年上升,其中以轮状病毒感染占多数<sup>[3,4]</sup>。本文资料显示,2011 年 9 月-2012 年 11 月我院腹泻患者中,轮状病毒感染占 41.3%。这可能与发病时间、统计时间的差异有关,本地区多发时间一般为 9 月份至次年的 3 月份。轮状病毒主要侵犯 6~24 月龄儿童,因为这个年龄组的婴幼儿免疫系统发育不健全,胃肠功能较弱,胃液及消化液相对较少,胃肠道抵抗力差;再则,来自母体的抗体效价此阶段降至最低,很容易感染这种病毒。尤其在气候变化和遇到病原微生物侵袭时,容易引起肠道蠕动加快和肠黏膜分泌亢进,肠道正常有益菌群减少,而出现大便次数增加和大便质地较稀薄,并时有发热、呕吐、甚至脱水等全身症状。

轮状病毒肠炎没有特效的治疗方法,目前仍然是采用综合的治疗方法。笔者在综合治疗的基础上,采用热毒宁和利巴韦林静脉点滴分别治疗 96 例和 93 例。结果显示:热毒宁疗效优于利巴韦林,应用热毒宁治疗轮状病毒肠炎疗效确切。热毒宁主要成分为青蒿、金银花和栀子等,具有清热、解毒、疏风等作用。近年来的临床及实验研究显示,热毒宁对

多种病毒性和细菌性感染,均能显著改善临床症状和体征。该方中金银花可阻止病毒对细胞的吸附,进而阻止病毒与细胞受体的结合,减少肠道黏膜的分泌<sup>[5-6]</sup>;而青蒿可以抑制病毒复制,减少病毒对肠道上皮细胞的直接损害<sup>[7-8]</sup>。热毒宁同时还具有清热利湿和退热作用,尤其对腹泻伴发热的儿童可以起到双管齐下的效果,值得临床推广使用。

### 【参考文献】

- [1] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2012:1290-1294.
- [2] 郭红霞,徐尔山,陈真堂. 小剂量地塞米松治疗小儿秋季腹泻呕吐疗效观察[J]. 东南国防医药,2012(2):102-103.
- [3] 赵高伟,任晓峰. 轮状病毒感染机制及防治的研究进展[J]. 世界华人消化杂志,2013,21(1):60-65.
- [4] 杨淑媛. 快速检测腹泻患儿粪便中的轮状病毒抗原分析[J]. 大理学院学报,2011,12(10):2.
- [5] 徐秀丽,朱桂花,唐杰. 热毒宁的药理作用与临床应用[J]. 社区医学杂志,2011,9(1):23-24.
- [6] 申翠平,段云飞,申竹萍. 热毒宁注射液治疗婴幼儿轮状病毒肠炎 260 例疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2012,33(10):1323.
- [7] 皇甫春荣,田云粉. 热毒宁注射液治疗小儿轮状病毒肠炎的疗效分析[J]. 中外医疗,2013(2):126-127.
- [8] 冯绍连. 热毒宁联合思密达治疗小儿秋季腹泻的疗效观察[J]. 临床合理用药,2013(1):75.

(收稿日期:2013-03-01;修回日期:2013-05-31)

(本文编辑:张仲书)

(上接第 482 页)

### 2 讨论

心房扑动是一种常见的心电图图形,其诊断标准主要有:正常 P 波消失,代之以连续的大锯齿状扑动波(F 波),多数在 I、Ⅲ、aVF 导联显示,心房率通常为 250~350 次/min,大多不能全部下传,而以固定房室比例(2:1 或 4:1)下传,心室率规则。但当 F 波分别位于 2 个 QRS 波中间和隐藏于 QRS 波内,房室比例呈 2:1 下传时较难诊断。本例心室率 132 次/min,QRS 波中间可见心房波,易误诊为窦性心动过速伴 I 度房室传导阻滞或房性心动过速。根据 Bix 法则需考虑是心房扑动呈 2:1 下传,另一 F 波隐藏在 QRS 波群中,此时心房率为 264 次/min,符合心房扑动的频率。结合临床,虽然患者既往无心房扑动,但其有慢性阻塞性支气管炎、高血压、冠心病等病史,易在心房内形成折返环,而出现心房扑动或心房颤动,故此病例诊断为心房扑动呈 2:1 下传。特别是使用胺碘酮治疗 3 d 后,心室率减慢时复查心电图确诊为心房扑动呈 4:1 下传,再次印证第一次心电图的诊断。

通过以上分析,建议在对显著心动过速诊断过程中,应注意以下几点:①善于运用 Bix 法则进行鉴别诊断。对于节

律规整的窄 QRS 心动过速,特别是 QRS 波中间有 P 波(或 F 波)时,应使用 Bix 法则进行心房扑动与室上性心动过速的鉴别,以排除 QRS 波群内有无隐藏 P 波(或 F 波)。因房室传导时间或比例改变,可能显露隐藏于 QRS 波群内心房除极波<sup>[2]</sup>。可通过刺激迷走神经的方法来改变房室传导比例,以便区别是 P 波或 F 波。当然病情不允许刺激迷走神经时,应当注意采集心动过速发作前后的心电图,加强对比,以明确诊断。②详细了解患者病情。严格来讲,心电图不是临床诊断的金标准,要避免就图说图,充分考虑患者年龄、身体状况以及其他相关检查,尤其是既往有心脏病或肺部慢性疾病者。③丰富临床知识。临床知识特别是循环系统方面的知识是诊断心电图的基础,如果知之甚少,就难以与临床相紧密结合,极易出现误诊漏诊,可能会耽误患者及时治疗。

### 【参考文献】

- [1] 陈清启. 心电图[M]. 2 版. 济南:山东科学技术出版社,2012:1019.
- [2] 黄岚,宋凌巍. 现代心电图学[M]. 北京:化学工业出版社,2011:296.

(收稿日期:2013-03-19;修回日期:2013-07-22)

(本文编辑:张仲书)