

山莨菪碱联合抗生素及补液治疗急性肠炎的疗效观察

夏广丰¹ 何琪^{2*}

1. 九江学院附属医院 江西 九江 332000;

2. 九江市第一人民医院 江西 九江 332000

【摘要】目的: 观察和对比抗生素及补液治疗与山莨菪碱联合抗生素及补液治疗急性肠炎的疗效, 为急性肠炎患者找到一种有效的治疗方案。**方法:** 选择我院自 2020 年 1 月—2021 年 1 月收治的 78 例急性肠炎患者作为研究对象, 采用随机数字表法将其分为对照组和研究组, 每组 39 例。对照组患者采用抗生素及补液治疗, 研究组患者采用山莨菪碱联合抗生素及补液治疗, 对比两组患者发热、腹胀、腹痛、腹泻等症状消失时间, 治疗期间的不良反应发生率, 治疗总有效率及住院时间。**结果:** 研究组患者发热、腹胀、腹痛、腹泻等症状消失时间, 住院时间均显著短于对照组, 研究组患者治疗总有效率显著高于对照组, 两组对比具有统计学意义 $P < 0.05$; 研究组患者治疗期间的不良反应发生率略高于对照组, 但两组间对比无统计学意义 $P > 0.05$ 。**结论:** 山莨菪碱联合抗生素及补液治疗急性肠炎的疗效显著, 不仅能快速改善患者机体不适症状, 还能缩短其预后周期, 且毒副反应发生率较低, 是一种安全、高效的组合治疗方案, 值得临床应用和推广。

【关键词】 山莨菪碱; 抗生素; 补液治疗; 急性肠炎

【中图分类号】 R978.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 2096-1685(2021)46-38-02

急性肠炎是一种常见的消化道疾病, 相关数据表明, 我国急性肠炎发病率达到 0.56 次/人年, 照此折算, 我国每年发生急性胃肠炎人次达到 7.48 亿^[1]。该疾病好发于饮食不当者及免疫力低下者, 不仅可引发患者出现发热、腹胀、恶心呕吐等症状, 随着病情持续进展, 还易诱发水电解质失调、便血、神经系统障碍等并发症。既往临床多采用抗生素及补液等常规方案对患者进行治疗, 虽有一定的效果, 但整体疗效有限, 尤其是对一些存在严重腹痛的患者而言, 采用抗生素及补液治疗无法有效改善其临床症状, 基于此, 就需要探寻其他方案辅助抗生素及补液对患者进行治疗, 才能提高其治疗效果和缓解其机体各项不适症状。不少研究均指出, 山莨菪碱在急性肠炎治疗中具有良好的应用效果^[2]。基于此, 本文特探究了山莨菪碱联合抗生素及补液治疗急性肠炎的疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在本项研究取得医院伦理委员会批准的前提下, 选择我院自 2020 年 1 月—2021 年 1 月收治的 78 例急性肠炎患者作为研究对象。纳入标准: (1) 符合急性肠炎诊断标准者^[3]。①有暴饮暴食或吃不洁、变质、腐败食物史; ②查体可探及肠鸣音亢进、腹部有轻压痛, 上腹及脐周有压痛; ③大便常规可有白细胞、血白细胞增高; ④临床症状表现为发热、剧烈腹胀、腹痛, 频繁腹泻, 多为水样便, 且含有未消化食物及少量黏液, 恶心、呕吐频繁。(2) 对本研究目的和方法知情同意者。排除标准: (1) 合并存在其他消化道疾病者。(2) 存在本研究药物过敏史者。采用随机数字表法将患者分为对照组和研究组, 每组 39 例。对照组男女患者比例为 24:15, 年龄 20~70 岁, 平均年龄 (48.98 ± 1.15) 岁, 病程 1~8d, 平均病程 (4.59 ± 0.28) d; 研究组男女患者比例为 23:16, 年龄 21~69 岁, 平均年龄 (48.95 ± 1.18) 岁, 病程 1~8d, 平均病程 (4.62 ± 0.25) d。两组患者一般资料对比均无显著差异 $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者采用抗生素及补液治疗 给患者口服 0.2g 诺氟沙星胶囊 (广东恒健制药有限公司, 国药准字 H44020618), 3 次/d, 口服 0.3g 黄连素 (成都天台山制药有限公司,

国药准字 H51020726), 3 次/d, 静脉滴注 3g 氨苄青霉素 (华北制药集团先泰药业有限公司, 国药准字 H10983081) +250mL 浓度为 0.5% 的糖盐水, 若患者存在严重脱水症状, 还需给其口服 250mL 浓度为 0.5% 的糖盐水, 1 次/d。

1.2.2 研究组患者采用山莨菪碱联合抗生素及补液治疗 抗生素及补液治疗方法同对照组, 另外, 给患者静脉滴注 10~20mg 山莨菪碱 (国药集团容生制药有限公司, 国药准字 H41023400) +250mL 浓度为 0.5% 的糖盐水, 1 次/d。两组患者均连续治疗一周。

1.3 观察指标

1.3.1 两组患者发热、腹胀、腹痛、腹泻等症状消失时间。

1.3.2 两组患者治疗期间的不良反应发生率 包含口干、胃部灼热、大便干结。

1.3.3 两组患者治疗总有效率 根据《内科学》中急性肠炎治疗效果判定标准评估两组患者治疗疗效, 治愈: 治疗 48h 后, 患者腹痛、腹泻等症状消失, 生活及饮食恢复正常; 好转: 治疗 48~72h 内, 患者腹痛、腹泻等症状消失或明显减轻, 生活及饮食基本恢复正常; 无效: 治疗 72h 后, 患者腹痛、腹泻等症状仍无明显改善或病情恶化, 治疗总有效率 = (治愈 + 好转) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.4 两组患者住院时间。

1.4 统计学分析

计量资料、计数资料分别用 $(\bar{x} \pm s)$ 、% 表示, 用 t 、 χ^2 进行检验, 采用 SPSS 20.0 软件对所得数据进行分析, 差异显著, 有统计学意义用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 两组患者发热、腹胀、腹痛、腹泻等症状消失时间及住院时间对比

研究组患者发热、腹胀、腹痛、腹泻等症状消失时间、住院时间均显著短于对照组, 两组对比具有统计学意义 $P < 0.05$, 见表 1。

2.2 两组患者治疗期间的不良反应发生率对比

研究组患者治疗期间的不良反应发生率略高于对照组, 但两组间对比无统计学意义 $P > 0.05$, 见表 2。

表 1 两组患者发热、腹胀、腹痛、腹泻等症状消失时间及住院时间对比 $[\bar{x} \pm s)$, d]

组别	例数 (n)	发热症状 消失时间	腹胀症状 消失时间	腹痛症状 消失时间	腹泻症状 消失时间	住院时间
对照组	39	2.79 ± 0.64	3.07 ± 0.71	3.28 ± 0.86	3.34 ± 0.96	7.98 ± 1.64
研究组	39	1.02 ± 0.35	1.05 ± 0.28	1.07 ± 0.31	1.08 ± 0.25	5.42 ± 1.07
t	—	8.719	9.334	9.148	9.634	8.261
P 值	—	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2 两组患者治疗期间的不良反应发生率对比 [n(%)]

组别	例数 (n)	口干 (n)	胃部灼热 (n)	大便干结 (n)	不良反应发生率 [n(%)]
对照组	39	1	1	0	2 (5.13)
研究组	39	1	1	1	3 (7.69)
χ^2	—	—	—	—	0.018
P 值	—	—	—	—	> 0.05

2.3 两组患者治疗总有效率对比

统计学意义 $P < 0.05$, 见表 3。

研究组患者治疗总有效率显著高于对照组, 两组对比具有统

表 3 两组患者治疗总有效率对比 [n(%)]

组别	例数 n	治愈 n	好转 n	无效 n	治疗总有效率 [n(%)]
对照组	39	19	10	6	30 (76.92)
研究组	39	30	4	1	38 (97.44)
χ^2	—	—	—	—	9.365
P 值	—	—	—	—	< 0.05

3 讨论

急性肠炎是一种由多种致病因素引起的肠黏膜急性炎症疾病, 常见致病因素有: (1) 病毒感染。相关研究指出, 病毒感染引起的急性肠炎发病比例远超其他病原体, 常见的病毒有诺如病毒、轮状病毒、腺病毒、星状病毒等四种病原体^[4]。(2) 细菌感染。进食被细菌污染的食物或饮用被细菌污染的生水后易发生急性肠炎, 常见的致病菌有大肠埃希菌属、沙门菌属、弯曲菌属、志贺菌属、沙门菌、痢疾杆菌、大肠埃希菌、小肠结肠炎耶尔森菌等。(3) 寄生虫感染。常见的寄生虫病原体有阿米巴、贾第虫、隐孢子虫等。(4) 饮食因素。进食过热、生冷、大量酸性等刺激性强的食物, 摄入有毒的蘑菇、植物等均易增加急性肠炎发病概率^[5]。(5) 药物刺激。服用胃肠道刺激性药物 (如阿司匹林) 也易诱发急性肠炎^[6]。本病一年四季均可发生, 常见于夏秋季, 可发生于任何年龄段人群, 会对患者身心健康和生活质量造成严重的不良影响, 因此, 需积极探寻有效方案对患者进行治疗, 才能改善其预后。

既往临床多采用抗生素及补液方案对急性肠炎患者进行治疗, 这主要是因为病原微生物侵袭感染是诱发急性肠炎发生的主要致病因素, 在微生物侵袭的刺激作用下, 会导致患者肠内菌群以及生态紊乱, 引起胃肠道吸收功能和消化功能障碍, 从而导致其排便次数增加, 粪便质地稀薄, 并引发其机体出现一定的脱水, 因此, 就需要采用抗生素药物对患者进行抗感染治疗, 并予以补液来纠正其机体脱水症状。抗生素及补液治疗虽能促进患者病情得到一定程度的改善, 但是, 其治疗效果有限。因此, 就需要采用山莨菪碱辅助治疗, 山莨菪碱是一种抗胆碱类药物, 不仅能有效阻断 M 胆碱受体, 还能抵抗乙酰胆碱, 减少机体释放组胺等活性物质, 从而改善急性肠炎患者的肠痉挛症状。且山莨菪碱还能有效抑制腺体分泌, 控制胃肠蠕动, 从而改善因病原体侵入刺激而引发的肠道血管痉挛症状, 并有效提高肠道黏膜吸收水电解质的能力。另外, 有研究指出, 山莨菪碱还能改善血液循环, 解

除肠道细胞缺氧和缺血以加快修复肠道黏膜的损伤, 并且, 还能促进肠道黏膜抵抗力得到有效提高, 从而有效改善患者病情, 使其临床体征和症状尽早恢复。尽管与阿托品相比, 山莨菪碱对抗乙酰胆碱所致的平滑肌痉挛而发挥的解除血管痉挛和抑制心血管的作用稍弱, 但是, 其解痉作用的选择性相对较高, 从而能发挥显著的解除肠痉挛的作用, 且其不易穿透血脑屏障, 对中枢兴奋产生的影响较小, 因此产生的毒性较低。将其联合抗生素及补液对急性肠炎患者进行治疗, 不仅能提高患者治疗效率和缩短其病情康复周期, 还能避免增加用药引发患者机体出现的一系列不良反应, 从而保证患者治疗的安全性。

本研究中, 对两组急性肠炎患者分别采用抗生素及补液治疗与山莨菪碱联合抗生素及补液治疗, 结果显示, 山莨菪碱联合抗生素及补液治疗组患者发热、腹胀、腹痛、腹泻等症状消失时间 (1.02 ± 0.35) d、(1.05 ± 0.28) d、(1.07 ± 0.31) d、(1.08 ± 0.25) d, 住院时间 (5.42 ± 1.07) d 均显著短于抗生素及补液治疗组 (2.79 ± 0.64) d、(3.07 ± 0.71) d、(3.28 ± 0.86) d、(3.34 ± 0.96) d、(7.98 ± 1.64) d, 山莨菪碱联合抗生素及补液治疗组患者治疗总有效率 (97.44%) 显著高于抗生素及补液治疗组 (76.92%), 山莨菪碱联合抗生素及补液治疗组患者治疗期间的不良反应发生率 (7.69%) 略高于抗生素及补液治疗组 (5.13%), 说明山莨菪碱联合抗生素及补液治疗急性肠炎的疗效确切。

综上所述, 山莨菪碱联合抗生素及补液治疗急性肠炎的疗效显著, 不仅能快速改善患者机体不适症状, 还能缩短其预后周期, 且毒副反应发生率较低, 是一种安全、高效的组合治疗方案, 值得临床应用和推广。

参考文献

[1] 吴世麒, 许婉华, 莫李婵, 等. 山莨菪碱联合乳酸钠林格液对脓毒症休克患者乳酸清除率及电解质水平的影响 [J]. 新疆医科大学学报, 2021, 44(12): 1341-1345.

(下转第 55 页)

2.2 自护能力改善情况

出院时两组的 ESCA 总分比较无统计学差异 ($P > 0.05$)，

出院后 6 个月研究组的 ESCA 总分显著高于对照组 ($P < 0.05$)，

见表 2。

表 2 自护能力改善情况 [$(\bar{x} \pm s)$ ， $n=35$ ，分]

组别		自护责任感	自护技能	健康知识认知	自我概念	总分
研究组	出院时	39.31 ± 2.23	21.58 ± 3.36	12.63 ± 2.35	16.36 ± 2.32	103.63 ± 5.54
	出院后 6 个月	45.42 ± 2.35 [#]	33.61 ± 2.08 [#]	24.22 ± 3.37 [#]	24.72 ± 2.18 [#]	145.38 ± 7.22 [#]
对照组	出院时	39.26 ± 2.18	21.49 ± 3.27	12.57 ± 2.42	16.24 ± 2.43	102.58 ± 6.32
	出院后 6 个月	41.33 ± 2.26 [*]	24.23 ± 2.32 [*]	15.52 ± 2.44 [*]	18.51 ± 2.38 [*]	128.46 ± 8.18 [*]

注：组内及组间相比，^{*} $P < 0.05$ ；[#] $P < 0.05$ 。

2.3 护理满意度

研究组护理满意度 (97.14%) 较对照组 (80.00%) 更高，两

组比较存在统计学差异 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 护理满意度 [n (%)]

组别	例数	满意	一般满意	不满意	总满意
研究组	35	21 (60.00)	13 (37.14)	1 (2.86)	34 (97.14) *
对照组	35	18 (51.43)	10 (28.57)	7 (20.00)	28 (80.00)

注：组间比较，^{*} $P < 0.05$ 。

3 讨论

DN 的发病机制目前尚未明确，但其发生的主要基础为糖尿病代谢紊乱，WHO 认为，对早期 DN 患者给予及时用药治疗保护肾脏，同时养成健康生活行为方式、控制血压、血糖、血脂水平对稳定及延缓疾病进展具有积极意义^[4]。可见实施有效的自我健康行为管理帮助患者养成良好的生活行为习惯、提高其遵医行为尤为重要。循证医学是根据患者错综复杂的病情明确循证问题并获取具有科学的循证证据以指导临床，近年来深受临床决策的重视。在本研究中将循证为基础的健康教育融入到自我健康行为管理中，为患者提供更多、更系统的支持，帮助其提高自我管理能力和更好地控制病情^[5-6]。本研究结果表明，出院后 6 个月研究组患者 DN 危险因素自控达标率显著高于对照组 ($P < 0.05$)；出院后 6 个月研究组患者的 ESCA 总分显著高于对照组 ($P < 0.05$)；研究组患者护理满意度 (97.14%) 较对照组 (80.00%) 更高 ($P < 0.05$)。

综上所述，自我健康行为管理配合循证基础护理可有效提高患者的自控达标率及自护能力，患者满意度高，在早期糖尿病肾

病患者护理中具有较高的应用价值。

参考文献

- [1] 鹿梅. 糖尿病肾病病人自我管理行为及社会支持与病情控制的关系研究 [J]. 全科护理, 2017, 15(30): 3819-3821.
- [2] 刘向玲, 吕晓春. 基于循证基础的自我健康行为管理对早期糖尿病肾病的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(18): 130-132.
- [3] 刁艳, 赵锦仲, 陈少华. 心理护理联合常规护理在老年人早期糖尿病肾病患者中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2019, 26(27): 210-212.
- [4] 韩雅纯, 孙林. 糖尿病肾病治疗的循证医学新进展 [J]. 中华肾病研究电子杂志, 2015, 4(5): 251-256.
- [5] 王芳, 袁丽, 李饶, 等. 住院 2 型糖尿病患者自我管理行为现状及影响因素分析 [J]. 护理学杂志, 2015, 30(17): 29-31.
- [6] 杨丽萍. 老年 2 型糖尿病患者应用循证护理干预措施的效果及生活质量研究 [J]. 当代医学, 2016, 22(15): 116-117.

(上接第 39 页)

- [2] 肖琪, 徐健峰, 李步阳. HPLC 法测定复方冻疮乳膏中维生素 E 及消旋山莨菪碱的含量 [J]. 中国处方药, 2021, 19(11): 21-23.
- [3] 王绍伟, 郭会敏, 安静霞, 等. 山莨菪碱联合重组人脑利钠肽对急性前壁心肌梗死患者 PCI 术后心功能及炎症因子的影响 [J]. 四川医学, 2021, 42(11): 1117-1121.
- [4] 郭松林. 急性胃炎采用阿托品联合奥美拉唑治疗的观察及评价 [J]. 中国医药指南, 2021, 19(31): 19-21.
- [5] 袁方. 利多卡因注射液、山莨菪碱注射液与曲马多注射液治疗急诊泌尿系结石疼痛的效果 [J]. 数理医药学杂志, 2021, 34(10): 1509-1511.
- [6] 彭海萍, 吴广礼. 山莨菪碱对顺铂诱导的急性肾损伤大鼠 TLR4/NF- κ B 信号通路的调节作用研究 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2021, 22(9): 769-773, 848.