

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2016.07.18

头孢噻肟钠治疗急性肠系膜淋巴结炎患儿的临床疗效

刘 方, 李永超

¹ 儋州市第三人民医院 内科,海南 儋州 571700;

² 海南省农垦那大医院 消化内科,海南 儋州 571700

摘要:[目的]探讨头孢噻肟钠治疗急性肠系膜淋巴结炎患儿的临床疗效。[方法]采用随机双盲原则,选取2011年7月~2013年12月在我院接受治疗的急性肠系膜淋巴结炎患儿110例,随机分为治疗组(头孢噻肟钠组,55例)和对照组(头孢唑肟钠,55例),分析比较2组患儿的临床疗效、肠系膜淋巴结变化、临床不良症状改善情况、平均住院时间和医药费用。[结果]2组患儿的临床疗效比较,治疗4 d后,治疗组的总有效率为85.5%,对照组的总有效率为81.8%,2组疗效的比较差异无统计学意义($P>0.05$),治疗8 d后,治疗组的总有效率为90.9%,对照组的总有效率为83.6%,2组疗效的比较差异有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗8 d后,发热、呕吐、腹痛、腹泄、食欲差等临床不良症状均明显减轻($P<0.05$),但2组间的临床不良症状的改善差异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,2组患儿治疗4 d后腹部彩超复查,淋巴结肿大和内部供血异常的患儿病例数均明显减少($P<0.05$),2组患儿治疗8 d后,淋巴结肿大和内部供血异常的患儿病例数均有极显著性减少($P<0.01$)。与对照组比较,治疗组患儿的平均住院时间和平均费用均明显减少($P<0.05$)。[结论]头孢噻肟钠治疗急性肠系膜淋巴结炎不仅临床疗效显著,而且治疗用时相对较短,医药费用合理,可考虑在临床推广使用。

关键词:头孢噻肟钠;急性肠系膜淋巴结炎;临床疗效

中图分类号:R574

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2016)07-0555-03

小儿急性肠系膜淋巴结炎(Pediatric Acute Mesenteric Lymphadenitis)^[1]是一种引起儿童腹痛的常见疾病之一,近年发病率有逐渐上升的趋势^[2-3],由于其发病时的临床症状无特异性,腹痛的病因不明确,易出现误诊和漏诊情况^[4],加之该病易反复发作,因此探索^[5]临床疗效显著且成本低廉的药物是治疗急性肠系膜淋巴结炎的关键,本课题通过对我院接受治疗的110例急性肠系膜淋巴结炎儿童进行头孢噻肟钠和头孢唑肟钠的比较治疗,发现头孢噻肟钠疗效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2011年7月~2013年12月在我院接受治疗的急性肠系膜淋巴结炎患儿110例,年龄2~12周岁,其中男性76例,女性34例,腹部彩超检查均出现淋巴结异常肿大,所有患儿的临床症状为:发热、呕吐、腹痛、食欲不振,会伴随腹泻或便秘。2组患者的年龄、性别、病情等资料的差异无统计学意义($P>0.05$),具有临床可比性。

1.2 治疗方法

将110例急性肠系膜淋巴结炎患儿随机分为两组:治疗组(头孢噻肟钠,55例)和对照组(头孢唑肟钠,55例),在抗病毒,缓解疼痛和改善微循环的基

础上,治疗组采用全程静脉滴注头孢噻肟钠,60~100 mg·kg⁻¹·d⁻¹,2次/d,对照组采用全程静脉滴注头孢唑肟钠,60~100 mg·kg⁻¹·d⁻¹,2次/d,2组给药疗程均为7~12 d。

1.3 观察指标

疗效评定^[6-7]:

痊愈:临床症状消失或基本消失,化验正常,超声检查肠系膜淋巴结肿大减小75%以上;显效:临床症状明显改善,化验正常,超声检查肠系膜淋巴结肿大减小50%以上;有效:临床症状有所好转,化验正常,超声检查肠系膜淋巴结肿大明显缩小,但不到一半;无效:临床症状无明显改善,甚至加重。有效=痊愈+显效+有效。

1.4 统计学处理

采用SPSS 17.0软件对所有数据进行统计学分析,各项计量数据均以 $\bar{x}\pm s$ 表示,各组间数据比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

2组分别治疗4 d后,治疗组的总有效率为85.5%,对照组的总有效率为81.8%,2组疗效的比较差异无统计学意义($P>0.05$),治疗8 d后,治疗组的总有效率为90.9%,对照组的总有效率为83.6%,2组疗效的比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

收稿日期:2015-10-21

作者简介:刘 方,男,主治医师,研究方向:腹泻消化道出血等

通讯作者:刘 方,E-mail:29957947@qq.com

表 1 2 组患儿治疗前后临床疗效比较例

组别	例数	4 d					8 d				
		痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	55	15	16	16	8	85.5	20	18	12	5	90.9 ¹⁾
对照组	55	11	15	19	10	81.8	14	16	16	9	83.6

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

2.2 临床不良症状观察

2 组治疗 8 d 后,发热、呕吐、腹痛、腹泄、食欲差等临床不良症状均明显减轻($P<0.05$),但 2 组间的临床不良症状的改善差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

2.3 肠系膜淋巴结变化

2 组患儿治疗 4 d 后腹部彩超复查,治疗组有 22 例淋巴结肿大,且内部供血异常情况减少,对照组有 34 例出现淋巴结肿大以及内部供血异常情况减少,与治疗前相比,差异均有统计学意义($P<$

0.05)。治疗 8 d 后腹部彩超复查,治疗组有 6 例淋巴结肿大,且内部供血异常情况减少,对照组有 8 例出现淋巴结肿大以及内部供血异常情况减少,与治疗前相比,差异均有统计学意义($P<0.01$)。见表 3。

2.4 平均住院时间和平均医药费用

与对照组全程静脉滴注头孢唑肟钠比较,治疗组全程静脉滴注头孢唑肟钠患儿的平均住院时间和平均费用均明显减少($P<0.05$),见表 4。

表 2 2 组患儿治疗前后临床不良症状改善比较例(%)

治疗时间	组别	例数	发热	呕吐	腹痛	腹泄	食欲差
治疗前	治疗组	55	13(23.6)	15(27.3)	18(32.7)	5(9.1)	4(7.3)
	对照组	55	14(25.5)	14(25.5)	16(29.1)	6(10.9)	5(9.1)
治疗后 8 d	治疗组	55	1(1.8) ¹⁾	2(3.6) ¹⁾	0(0) ¹⁾	0(0) ¹⁾	0(0) ¹⁾
	对照组	55	2(3.6) ¹⁾	3(5.5) ¹⁾	1(1.8) ¹⁾	0(0) ¹⁾	0(0) ¹⁾

与本组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

表 3 2 组患儿治疗前后肠系膜淋巴结变化比较

治疗时间	组别	例数	淋巴结治疗变化			
			纵径(mm)	横径(mm)	纵径/横径	内部供血异常
治疗组	治疗前	55	17.34±2.42	8.21±1.25	2.11	明显
	治疗后 4 d	22	7.28±1.23 ¹⁾	4.15±0.96 ¹⁾	1.75	减少
	治疗后 8 d	6	3.51±0.28 ²⁾	2.03±0.35 ²⁾	1.72	不明显
对照组	治疗前	55	18.12±3.23	8.13±1.21	2.23	明显
	治疗后 4 d	34	8.31±1.35 ¹⁾	4.23±0.84 ¹⁾	1.96	减少
	治疗后 8 d	8	4.04±0.42 ²⁾	2.47±0.72 ²⁾	1.64	不明显

与本组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$,²⁾ $P<0.01$ 。

表 4 2 组患儿治疗平均住院时间和平均医药费用比较

组别	例数	平均住院时间/d	平均费用/元
治疗组	55	8±1.45 ¹⁾	321.6±62.83 ¹⁾
对照组	55	9±1.85	359.6±68.32

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

小儿肠系膜淋巴结炎是^[8]一种因上呼吸道或肠道感染引起的回、结肠区炎症,该病常发于春冬季节,典型的临床症状包括^[9-10]腹痛、呕吐发热、腹泄、食欲不振等,超声检查大部分患者均出现腹部肠系膜淋巴结肿大以及肠道内部供血异常^[11],由于儿童的免疫器官的功能发育尚不完善,易受到病毒或细

菌的感染^[12],目前临床上采用高频超声提高诊断准确性的基础上,通过^[13]进一步结合饮食调整、抗病毒和高效抗生素治疗肠系膜淋巴结炎。

头孢噻肟钠和头孢唑肟钠都是第三代头孢菌素^[14-15],具有广谱、高效、低毒等优点。本课题通过比较2种抗生素治疗急性肠系膜淋巴结炎患儿的临床疗效,结果发现,2组患儿治疗后的临床疗效、临床不良症状的改善以及肠系膜淋巴结肿大差异均无统计学意义($P>0.05$),但头孢噻肟钠组患儿的平均住院时间和平均费用均明显少于头孢唑肟钠组患儿($P<0.05$)。

综上所述,头孢噻肟钠和头孢唑肟钠治疗急性肠系膜淋巴结炎均能达到良好的临床效果,但头孢噻肟钠的治疗费用更加低廉,平均住院时间相对较短,更容易得到患者的接受,可在临床推广使用。

参考文献

- [1] 楼宏亮,周向峰,胡国华等.中西医结合治疗小儿肠系膜淋巴结炎的临床疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(11):680—681.
- [2] 汪秀芳.理气逐瘀汤加减治疗小儿肠系膜淋巴结炎[J].中医临床研究,2014,6(32):109—110.
- [3] 喻镁佳,金中梁,吴红祥等.四磨汤加味联合抗生素治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎临床观察[J].中国中医急症,2015,24(2):339—340.
- [4] 李华君.180例儿童急性肠系膜淋巴结炎的临床回顾分析[J].中国高等医学教育,2013,(4):143—144.
- [5] 孙勉勤,王玉祥.肠系膜淋巴结炎误诊为阑尾炎的临床误诊分析[J].中国医药指南,2013,11(10):251—252.
- [6] DUMAN M, KOC AK O, FAZLI O, et al. Mesenteric panniculitis patients requiring emergency surgery: Report of three cases[J]. Turk J Gastroenterol, 2012, 23:181—184.
- [7] 何廉儒.青霉素联合利巴韦林治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎临床评价[J].中国药业,2013,22(17):22—23.
- [8] 李 萍,王玉水,赵亚娟,等.中西医结合治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎疗效观察[J].中国中西医结合外科杂志,2013,19(3):291—292.
- [9] 杨云红,赵爱珠,赵鹏飞等.氟尿嘧啶联合阿昔洛韦治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎58例分析[J].现代诊断与治疗,2013,24(16):3685—3686.
- [10] 索桂海,郑玉芹.小金丸联合青霉素治疗小儿急性肠系膜淋巴结炎临床疗效[J].中国实用医药,2015,10(28):15—16.
- [11] 代春江.利巴韦林联合青霉素用于小儿急性肠系膜淋巴结炎治疗临床疗效与安全性[J].医学信息,2014,(36):438—438.
- [12] DI? GUEZ ALIAGA F, LARSSON JC, BALLARIO F, et al. Mesenteric panniculitis: a case report and a review of the literature[J]. Acta Gastroenterol Latino-am, 2013, 43:312—315.
- [13] 齐玉红.小儿急性肠系膜淋巴结炎103例诊治分析[J].医药前沿,2014,(26):133—134.
- [14] 周玉洁.清热散结片联合板蓝根口服液治疗小儿肠系膜淋巴结炎的临床应用[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(12):754—755.
- [15] 刘金婷,刘金和.小儿肠系淋巴结炎163例临床分析[J].世界最新医学信息文摘,2015,(16):56—56.

(上接第554页)

近静脉注射浓度,对药物的生物利用度有了显著提高,起效快,作用时间长,吸收充分,因此能得到很好的效果,加之操作简便,无无副作用,无创伤性,值得临床推广。

参考文献

- [1] 田振国.大肠炎性疾病的诊断与治疗[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,1991:110—110.
- [2] 吴孟超,等.黄家驷外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.10:1639—1639.
- [3] 徐富星,项 平.下消化道内镜学[M].2版.上海.上海科学技术出版社,2011:216—216.
- [4] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组.对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J].现代消化及介入诊疗,2008,13:139—145.
- [5] 周慧聪.孤立性直肠溃疡综合征[J].国际消化病杂志,2010,30(6):335—335.
- [6] 丁安伟.现代中药临床手册[M].南京.江苏科学技术出版社,2000:660—660.
- [7] 陈 伟.中西医结合治疗孤立性直肠溃疡25例[J].中国中西医结合外科杂志,2006,12(4):405—405.