

蓝芩口服液结合肠外营养治疗小儿手足口病的临床观察

付 华¹, 李艳静¹, 邢剑侠¹, 马艳玲¹, 温 博²

1. 秦皇岛市第三医院, 河北 秦皇岛 066000

2. 秦皇岛市卫生学校 内科教研室, 河北 秦皇岛 066000

摘 要: **目的** 分析蓝芩口服液结合肠外营养治疗在手足口病患儿治疗中的作用。**方法** 选取本院住院的手足口病患儿共 120 例, 随机分为治疗组与对照组各 60 例, 治疗组给予常规治疗外加蓝芩口服液及肠外营养治疗, 对照组仅给予一般常规治疗。比较治疗前及治疗 7 d 后两组患儿血免疫球蛋白(IgG)、总蛋白(TP)、白细胞总数(WBC)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)的变化及两组患儿体重增长值、住院费用、住院时间的差异。**结果** 治疗后治疗组血 IgG 水平显著高于对照组($P < 0.05$); 治疗后治疗组血 WBC、CK-MB 水平分别低于对照组($P < 0.05$)。治疗组体重增长值高于对照组($P < 0.05$); 治疗组住院时间明显短于对照组($P < 0.05$)。**结论** 蓝芩口服液结合肠外营养可促进手足口病患儿康复, 改善手足口病患儿的治疗效果。

关键词: 蓝芩口服液; 肠外营养; 手足口病; 免疫球蛋白; 肌酸激酶同工酶

中图分类号: R285.5 **文献标志码:** A **文章编号:** 0253-2670(2016)10-1750-03

DOI: 10.7501/j.issn.0253-2670.2016.10.020

Clinical observation of Lanqin Oral Liquid combined with parenteral nutrition in treatment of children with hand foot mouth disease

FU Hua¹, LI Yan-jing¹, XING Jian-xia¹, MA Yan-ling¹, WEN Bo²

1. The Third Hospital of Qinhuangdao, Qinhuangdao 066000, China

2. Department of Medicine, Qinhuangdao Health School, Qinhuangdao 066000, China

Abstract: **objective** To analyze Lanqin Oral Liquid (LOL) combined with nutritional therapy in the treatment of patients with hand foot mouth disease (HFMD). **Methods** A total of 120 patients with HFMD in the Third Hospital of Qinhuangdao were randomly divided into observation group and control group, each of 60 cases. The patients in observation group were given routine treatment plus LOL combined with parenteral nutrition therapy, and the patients in control group were only given conventional treatment. The blood immunoglobulin IgG protein, total protein, total white cell count, and creatine kinase isoenzyme changes of children in two groups before treatment and 7 d after treatment were compared, and weight gain, hospitalization expenses, and hospitalization days of difference of children in two groups were also compared. **Results** The IgG in blood of children in observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$), and WBC and CK-MB in blood of children in observation group were significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$). The weight gain of the observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$); The length of hospital stay in the observation group was shorter than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** LOL combined with parenteral nutrition can promote the rehabilitation of children with HFMD and improve treatment outcome.

Key words: Lanqin Oral Liquid; parenteral nutrition; hand foot mouth disease; IgG; CK-MB

手足口病常感染 3 岁以下儿童, 近年手足口病发病人数居高不下, 部分病例存在死亡风险。除病毒感染外, 免疫功能不足、营养因素、环境因素都会导致手足口病的发病^[1]。小儿生长代谢快, 机体能量储备少, 在疾病状态下如外界供能不足会动用

自身储备的营养物质, 降低机体的免疫力, 影响疾病的治疗和预后。而手足口病患儿年龄越小, 免疫力越差, 病情越容易加重^[2]。笔者采用蓝芩口服液结合肠外营养治疗小儿手足口病, 能明显改善患儿的异常指标, 缩短患儿的康复时间, 改善患儿的治

疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2013 年 5 月—2014 年 10 月于本院住院的手足口病患儿共 120 例,随机分为治疗组与对照组,每组各 60 例,治疗组中男 38 例,女 22 例,平均年龄 (2.21 ± 0.42) 岁,平均体质量 (12.3 ± 3.1) kg; 对照组中男 35 例,女 25 例,平均年龄 (2.30 ± 0.36) 岁,平均体质量 (11.9 ± 3.7) kg。两组患儿的一般资料比较无统计学差异 ($P > 0.05$),具有可比性。本研究已取得家属知情同意,通过本院伦理委员会的批准。

1.2 入选及排除标准^[3]

1.2.1 入选标准 所有患儿均符合国家卫生部制定的《手足口病诊疗指南(2010 年版)》的诊断标准。

1.2.2 排除标准 排除胃食管反流、先天性心脏病、佝偻病、免疫系统疾病、先天遗传代谢性疾病等,就诊前 3 个月内使用过糖皮质激素、免疫调节剂类药物的患儿。

1.3 治疗方法与原则

1.3.1 治疗方法 对照组常规治疗(如抗病毒、清热解毒、抗感染等),治疗组常规治疗基础上给予蓝芩口服液(扬子江药业集团有限公司,批号 Z19991005)及肠外营养治疗,肠外营养治疗包括:从周围静脉输注由葡萄糖、电解质、小儿氨基酸、20%脂肪乳、维生素等组成的肠外营养液,总热量约 2.50 kJ/mL,三大营养素的能量分配比为蛋白质 15%、脂肪 35%、碳水化合物 50%^[4]。根据患儿的病情,每日增减所需输液量。对照组仅给予一般常规治疗。

1.3.2 治疗原则 根据患儿的年龄、病情给予不同需要量的营养物质和药量。蓝芩口服液(10 mL/支)用量:0~1 岁,每次 1/2 支,每日 3 次;1~3 岁,

每次 2/3 支,每日 3 次;3~5 岁,每次 1 支,每日 3 次。氨基酸用量: <1 岁 $2.0 \sim 3.5$ g/(kg·d),1~3 岁 $2.0 \sim 2.5$ g/(kg·d), >3 岁 2.0 g/(kg·d)。脂肪用量:婴儿(<1 岁) $3.5 \sim 4$ g/(kg·d),年长儿(>1 岁) 2 g/(kg·d),起始剂量为 0.5 g/(kg·d),逐日增加剂量。葡萄糖的输注浓度不超过 8%~10%。患儿的生理日需液量依照如下标准:2~12 月龄 100 mL/kg,1~2 岁 90 mL/kg,2~4 岁 80 mL/kg^[5]。如遇发热、感染、使用脱水剂等情况液量相应增加。将每日营养液于 4~12 h 内均匀输入,每日记录患儿输液量和尿量^[6]。定期监测患儿体温、血压、呼吸、血糖、电解质、血常规、体质量等指标。

1.4 观察指标

分别于治疗前及治疗 7 d 后测定两组患儿血免疫球蛋白(IgG)、总蛋白(TP)、白细胞总数(WBC)、肌酸激酶同功酶(CK-MB),记录两组患儿体质量增长值、住院费用、住院时间信息。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料统计分析采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组患儿血生化指标比较

两组患儿的血 IgG、TP、WBC、CK-MB 指标检测结果见表 1。可见,治疗后治疗组血 IgG 水平显著高于对照组($P < 0.05$);治疗后治疗组血 WBC、CK-MB 水平分别低于对照组($P < 0.05$)。

2.2 两组患儿体质量增长值、住院费用、住院时间比较

两组患儿的体质量增长值、住院费用、住院时间情况见表 2。可见,治疗组体质量增长值显著高于对照组($P < 0.05$);治疗组住院时间明显短于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组患儿血液生化指标比较

Table 1 Comparison on biochemical index in blood of children with HFMD between two groups

组别	例数	时间	IgG/(mg·L ⁻¹)	TP/(g·L ⁻¹)	WBC/($\times 10^9$ ·L ⁻¹)	CK-MB/(U·L ⁻¹)
治疗	60	治疗前	83.2 $\pm$ 28.3	59.64 $\pm$ 2.57	11.33 $\pm$ 0.58	29.61 $\pm$ 2.19
		治疗后	122.1 $\pm$ 26.6 ^{*#}	62.48 $\pm$ 3.25 [*]	8.52 $\pm$ 1.45 ^{*#}	15.26 $\pm$ 3.44 ^{*#}
对照	60	治疗前	79.6 $\pm$ 35.5	60.02 $\pm$ 1.36	11.65 $\pm$ 0.43	29.72 $\pm$ 2.32
		治疗后	104.5 $\pm$ 34.7 [*]	62.01 $\pm$ 2.88 [*]	10.29 $\pm$ 0.73 [*]	22.37 $\pm$ 2.51 [*]

与同组治疗前比较: ^{*} $P < 0.05$; 与对照组治疗前比较: [#] $P < 0.05$, 下同

^{*} $P < 0.05$ vs pretreatment of the same group; [#] $P < 0.05$ vs posttreatment of control group, same as below

表 2 两组患儿临床情况比较

Table 2 Comparison on clinical situations of children with HFMD between two groups

组别	例数	体质量增长值/kg	住院费用/元	住院时间/d
治疗	60	0.35±0.16*	7 944.52±1 625.17	7.12±2.49*
对照	60	0.11±0.07	8 010.39±1 566.24	8.43±3.67

2.3 不良反应

所有患儿均治愈或好转出院,治疗期间未出现不良反应。

3 讨论

手足口病是一种可发生于各年龄层,但绝大多数病例为儿童的急性传染性疾病^[7]。本研究显示,蓝芩口服液结合肠外营养可以有效改善患儿的异常指标,从而改善患儿的临床结局。

蓝芩口服液可以清热解毒、利咽消肿。其主要组成为板蓝根、黄芩、栀子、黄柏、胖大海。其中黄芩具有清热燥湿、泻火解毒等功效,用于暑温胸闷呕恶、肺热咳嗽、高热烦渴等;胖大海具有清肺润喉、利咽解毒、润肠通便等功效,用于肺热声哑、干咳无痰、咽喉干痛等;栀子具有泻火除烦、清热利湿、凉血解毒的功效;黄柏有清热燥湿、泻火除蒸、解毒疗疮之功效,能有效阻断病毒在口腔和体内的复制和繁殖。

临床的营养治疗包括肠内营养和肠外营养,肠内营养是经胃肠道提供营养,包括口服或鼻饲;肠外营养是经静脉输注营养素^[8],在患儿进食受限的情况下尤为重要。手足口病患者大多合并肠道功能障碍,因此,肠外营养治疗意义重大。

有研究表明,多种营养素按一定比例混合输注优于单一营养素输注,除能尽量避免高血糖、营养素代谢异常、黄疸等并发症,还能提高营养素的利用率,使机体能更好地代谢各种营养物质^[9]。肠外营养治疗的并发症主要有感染、机械性损伤、代谢相关并发症等,在治疗过程中,通过科学对待,精确计算、严密监测,这些并发症大多是可以避免的。目前,业界普遍认为,经周围静脉输注营养物质是安全的,疗效是可靠的^[10],但关于手足口病患者营

养支持治疗的规范化应用还落后于发达国家。

蓝芩口服液联合肠外营养治疗有助于增加患儿的能量摄入,帮助患儿平稳渡过急性期,早日康复。本研究中,治疗组患儿经蓝芩口服液加肠外营养支持治疗后,异常生化指标改善情况及临床结局均优于对照组,提示其可改善手足口病患儿的营养状态^[11],减少体能消耗,促进患儿及早康复。

参考文献

- [1] 李春芳,李红,郭彩霞. 坝上地区儿童反复呼吸道感染诱因分析 [J]. 河北医药, 2012, 34(21): 3323.
- [2] 王明惠. 小儿手足口病 193 例临床分析 [J]. 儿科药杂志, 2011, 17(5): 62-63.
- [3] 中华中医药学会儿科分会临床评价学组. 小儿手足口病中药新药临床试验设计与评价技术指南 [J]. 药物评价研究, 2015, 38(5): 465-471.
- [4] 胡亚美,江载芳,诸福棠. 实用儿科学 [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002.
- [5] 殷张华,钱继红,朱天闻,等. 短肽型肠内营养剂用于晚期早产儿疾病期营养支持前瞻性研究 [J]. 中国实用儿科杂志, 2012, 27(12): 911-914.
- [6] 刘春峰. 危重症患儿营养支持的合理选择 [J]. 中国实用儿科杂志, 2011, 26(3): 179.
- [7] 朱启镛. 关注手足口病: 写在 2012 年流行高峰之前 [J]. 中华儿科杂志, 2012, 50(4): 241-243.
- [8] 李 宁,于健春,蔡 威. 临床肠外与肠内营养 [M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2012.
- [9] 沈晓明,王卫平. 儿科学 [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [10] 黄 中,吴汝林. 29 例重症小儿营养不良入院时的临床分析 [J]. 安徽医科大学学报, 2009, 37(2): 59-60.
- [11] 李振华,周 涛. 手足口病患儿体液免疫功能与病情转归的关系 [J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(6): 510-512.