

也能够阻止机体释放过敏介质,兴奋 α - 肾上腺素受体,从而减轻黏膜肿胀,起到平喘的作用;佐以甘草,使诸药调和、相协,从而起到宣肺泄热、清热解毒的作用^[10-11]。另外,中医定向透药可辅助药物进入患儿体内,使药物吸收更充分,且中医定向透药治疗仪精准度高,为治疗时提供可靠数据,保证了治疗的安全性^[12]。综上所述,五虎汤联合中医定向透药疗法治疗小儿大叶性肺炎痰热闭肺证的效果显著,可促进患儿症状及体征的改善,且未增加不良反应,值得临床推广。

参考文献

- [1]张世坤,赵轲.血清炎症相关因子检测在小儿大叶性肺炎中的临床意义[J].临床肺科杂志,2019,24(5):835-838.
- [2]陶虹,汪丙松,王佐.儿童肺炎支原体感染致大叶性肺炎免疫功能变化及意义[J].标记免疫分析与临床,2019,26(3):520-523.
- [3]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,2002.1175-1187.
- [4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.78.

- [5]燕丁丁.加味五虎汤治疗痰热闭肺型小儿支原体肺炎[J].吉林中医药,2019,39(1):66-68.
- [6]常洁,韩志英,刘爱红.不同年龄段儿童肺炎支原体感染所致大叶性肺炎的临床分析[J].中国药物与临床,2018,18(3):358-361.
- [7]杨丽珍,李伟,徐先鹏.中药离子导入联合中药外敷治疗小儿大叶性肺炎[J].吉林中医药,2020,40(2):190-192.
- [8]蒋平,祁海啸.红霉素与阿奇霉素用于支原体大叶性肺炎的治疗对患儿全身炎症反应和肺功能的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2019,16(6):170-172.
- [9]方丹枫.阿奇霉素联合小剂量糖皮质激素治疗儿童大叶性肺炎的临床疗效[J].中国妇幼保健,2018,33(1):127-128.
- [10]宋桂华,管志伟,张岩,等.清肺解毒汤加减治疗儿童大叶性肺炎 60 例临床疗效及安全性研究[J].世界科学技术 - 中医药现代化,2017,19(6):1072-1075.
- [11]全其飞,张岩.赵坤教授治疗儿童大叶性肺炎用药规律[J].中医学报,2016,31(2):179-182.
- [12]王林群,段云雁,刘汉玉.中医定向透药疗法治疗儿童支气管肺炎临床观察[J].中国中医急症,2017,26(2):334-336.

(收稿日期: 2020-05-20)

赖氨酸锌颗粒联合双歧杆菌四连活菌片治疗小儿腹泻的疗效

贺会学

(河南省嵩县妇幼保健院儿科 嵩县 471400)

摘要:目的:探究赖氨酸锌颗粒联合双歧杆菌四连活菌片对小儿腹泻的治疗效果。方法:将 2017 年 12 月~2018 年 12 月收治的 102 例腹泻患儿按照随机数字表法分为对照组及观察组,每组 51 例。两组均给予基础治疗,对照组在其基础上予以双歧杆菌四联活菌片治疗,观察组在对照组基础上给予赖氨酸锌颗粒治疗。比较两组患儿短期(3 d)临床疗效、临床症状(大便性状变稠、腹泻停止、腹痛消失、大便镜检正常)改善时间、免疫指标(血清免疫球蛋白 A、免疫球蛋白 G、免疫球蛋白 M)水平,并记录治疗过程中的不良反应发生情况。结果:治疗 3 d 后,观察组治疗总有效率明显高于对照组($P < 0.05$);观察组大便性状变稠、腹泻停止、腹痛消失、大便镜检正常时间均明显低于对照组($P < 0.05$);治疗 7 d 后,两组血清免疫球蛋白 A、免疫球蛋白 G、免疫球蛋白 M 水平均较治疗前明显升高,且观察组升高幅度大于对照组($P < 0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异($P > 0.05$)。结论:赖氨酸锌颗粒联合双歧杆菌四联活菌片可明显改善腹泻患儿临床症状,提升患儿免疫功能,且不良反应少。

关键词:腹泻;赖氨酸锌颗粒;双歧杆菌四联活菌片;免疫功能

中图分类号:R725.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.045

小儿腹泻属于临床最为常见的婴幼儿消化道疾病,患儿主要表现为大便次数增加且外观呈稀水样变化,伴有发热、呕吐及腹痛等,严重影响其生活质量^[1-2]。现阶段临床针对该病的治疗以药物为主,双歧杆菌四联活菌片作为益生菌制剂的一种,可通过调节肠道菌群平衡,改善患儿临床症状。锌是人体 25 种必需元素之一,也是不可或缺的微量元素,主要通过外来食物摄取补充。赖氨酸锌颗粒中主要成分为赖氨酸和锌,可促进患儿免疫功能的提高,与双歧杆菌四联活菌片联合可及时控制腹泻患儿病情发展^[3]。本研究探究赖氨酸锌颗粒联合双歧杆菌四连活菌片对小儿腹泻的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2017 年 12 月~2018 年 12 月收治的 102 例腹泻患儿按照随机数字表法分为对照组及观察组,每组 51 例。两组一般资料比较无显著性差异($P > 0.05$)。见表 1。本研究已获得医院医学伦理委员会批准,且患儿家属自愿签署知情同意书。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	性别[例(%)]		年龄(岁)	病程(d)
		男	女		
观察组	51	28(54.9)	23(45.1)	3.6± 0.9	7.2± 1.6
对照组	51	26(51.0)	25(49.0)	3.8± 0.7	7.3± 1.4
t/χ^2		0.157		1.253	0.336
P		0.692		0.213	0.738

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:符合小儿腹泻诊断标准^[4];每日腹泻次数>3 次;年龄为 1~6 岁。排除标准:合并胃肠道器质性病变者;依从性差者;合并消化道恶性肿瘤者;对研究内药物过敏者。

1.3 治疗方法 两组均给予调节酸碱平衡、退热、补液等基础治疗。对照组给予基础治疗+双歧杆菌四联活菌片(国药准字 S20060010)治疗,双歧杆菌四联活菌片口服,1.5 g/次,3 次/d,病情严重者可剂量加倍。观察组给予基础治疗+双歧杆菌四联活菌片+赖氨酸锌颗粒(国药准字 H21022812)治疗,赖氨酸锌颗粒口服,2 袋/d。两组治疗均持续 7 d。

1.4 观察指标 (1)临床疗效。治愈:症状体征已基本恢复,大便 1~2 次/d;显效:症状体征恢复明显,大便 3~4 次/d,大便基本成型;有效:症状体征稍有恢复,大便次数减少>50%治疗前次数,大便逐渐成形,稍有黏液;无效:症状体征无改善^[5]。总有效率=(总例数-无效例数)/总例数×100%。(2)治疗前、治疗 7 d 后的血清免疫球蛋白 A(IgA)、血清免疫球蛋白 G(IgG)、血清免疫球蛋白 M(IgM)水平。(3)不良反应(腹胀、呕吐、恶心)。

1.5 统计学方法 汇总研究中所有数据并选择 SPSS18.0 统计学软件处理,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 *t* 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗 3 d 后,观察组治疗总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	51	31(60.8)	13(25.5)	4(7.8)	3(5.9)	48(94.1)
观察组	51	19(37.3)	15(29.4)	7(13.7)	10(19.6)	41(80.4)
χ^2						4.320
<i>P</i>						0.038

2.2 两组症状改善时间比较 观察组大便性状变稠、腹泻停止、腹痛消失、大便镜检正常时间均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组症状改善时间比较($d, \bar{x} \pm s$)

组别	n	大便性状变稠	腹泻停止	腹痛消失	大便镜检正常
观察组	51	2.2±0.4	1.6±0.8	1.4±0.6	3.0±0.6
对照组	51	4.7±0.9	4.1±1.2	3.3±1.4	4.2±1.5
<i>t</i>		18.128	12.379	8.908	5.305
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组免疫功能比较 治疗前,两组 IgA、IgG、IgM 水平比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗 7 d 后,两组 IgA、IgG、IgM 水平均较治疗前明显升高,且观察组升高幅度大于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组免疫功能比较($g/L, \bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	IgA	IgG	IgM
观察组	51	治疗前	0.9±0.2	8.7±1.2	1.1±0.2
		治疗 7 d 后	1.7±0.3 [#]	16.2±1.6 [#]	1.5±0.2 [#]
对照组	51	治疗前	0.9±0.2	8.5±1.1	1.1±0.1
		治疗 7 d 后	1.3±0.2 [*]	12.1±1.1 [*]	1.3±0.1 [*]

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

2.4 两组不良反应发生情况比较 观察组治疗过程中出现 1 例呕吐、2 例恶心,总不良反应发生率为 5.9%;对照组出现 2 例腹胀、1 例呕吐、3 例恶心,总不良反应发生率为 11.8%。两组不良反应发生率比较无显著性差异 ($\chi^2=0.488, P > 0.05$)。

3 讨论

临床有关小儿腹泻的发病原因较为多样,与自身因素、感染因素及消化道功能均有关,而发病机制主要为肠黏膜吸收功能降低,以致肠内水分增多,随大便排出,而肠道菌群失调导致病原菌侵袭胃黏膜亦可引发患儿腹泻。

双歧杆菌四联活菌片属于肠道菌群生物制剂,能补充正常生理细菌,起到调节微生态菌群环境的效果。该药物还可与其他厌氧菌结合,形成坚固的生物屏障,防止致病菌的侵袭^[6]。赖氨酸锌颗粒由盐酸赖氨酸、葡萄糖酸锌、蔗糖、枸橼酸等组成,主要功能为补充患儿体内锌水平。研究显示,锌作为人体多种金属酶的组成成分,主要参与机体免疫功能的调节作用,是小儿健康及发育的重要微量元素^[7]。腹泻患儿因日常饮食改变,摄入锌量降低,且随着小肠吸收功能的下降,肠道内锌大量丢失,加剧患儿对锌的缺乏,两者互相影响,形成恶性循环。2005 年 WHO 及联合国儿童基金会联合提出治疗腹泻新概念,补充强调现临床治疗腹泻除对症治疗以外,还应及早补充锌,控制患儿病情发展的同时,改善其免疫功能^[8]。

IgA 是机体黏膜防御系统的主要成分,而 IgG 属于人体血清球蛋白的成分,两者在机体内主要发挥着理想的抗感染作用。本研究结果显示,观察组疗效更高,临床相关症状改善时间更短,且 IgA、IgG、IgM 水平调节更为明显,与张湘玲等^[9]研究结果一致。常规药物双歧杆菌四联活菌片虽可一定程度上控制患儿病情发展,但联合赖氨酸锌颗粒后疗效可得到明显提升,两者联用起到协同作用,发挥双歧杆菌四联活菌片理想的纠正菌群的效果及赖氨酸锌颗粒良好的补充锌水平,调节其免疫功能的作用,最终提高疗效。另外,两组患儿治疗过程中不良反应发生率相当,在一定程度上证实两种用药方案的安全性,值得推广。综上所述,赖氨酸锌颗粒联合双歧杆菌四联活菌片可明显改善腹泻患儿临床(下转第 98 页)

2.3 两组不良反应发生情况比较 观察组不良反应发生率较对照组略低,但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	恶心呕吐	头晕乏力	便秘	排尿困难	总发生
对照组	85	6(7.06)	3(3.53)	4(4.71)	3(3.53)	16(18.82)
观察组	93	5(5.38)	4(4.30)	3(3.22)	2(2.15)	14(15.05)
χ^2						0.450
P						0.502

3 讨论

癌性疼痛简称癌痛,是疼痛部位需要修复或调节的信息传到神经中枢后引起的感觉,包括躯体、心理、社会和精神的全方位疼痛,伴有强烈的植物神经异常。癌痛是造成癌症晚期患者主要痛苦原因之一,发作时患者四肢震颤甚至休克,给患者带来了极大的痛苦,显著降低了患者的生活质量^[5-6]。目前临床常采用三阶段止痛方案治疗晚期肿瘤癌痛,以期减轻患者痛苦,提高其生活质量。

奥施康定是一种阿片类镇痛药,是新型纯阿片受体激动剂,具有起效快、疗效佳、耐受性好且稳定持久的镇痛特点,易被患者接受^[7]。该药是与脑及脊髓内特异性中枢神经系统阿片受体结合发挥镇痛作用,镇痛强度随着用药剂量增加而增强,但需要根据嗜睡、呼吸抑制等副作用严重程度决定用药最大剂量^[8]。将奥施康定用于恶性淋巴瘤癌痛患者中能快速缓解患者疼痛,有助于提高生活质量,提高患者药物耐受性。但是,随着患者年龄增大,药物剂量增大,奥施康定不良反应发生率增高,难以保证患者的生活质量,导致单一使用该药治疗癌痛时存在一定限制性,故需要与其他药物联合使用,以便在达到止痛的目的同时减少奥施康定用药量,进而缓解不良反应。

盐酸吗啡片为纯粹的阿片受体激动剂,可以抑制大脑皮质痛觉区,发挥强大的镇痛作用,但容易成瘾,故需要根据实际病情定时给药^[9]。此外,该药对

支气管、输尿管、胆道等平滑肌起激动作用,故易出现呼吸困难、排尿困难等不良反应。盐酸吗啡片联合奥施康定治疗恶性淋巴瘤患者的癌痛,一方面奥施康定可以快速镇痛,且镇痛效果持续 12 h 以上,对恶性淋巴瘤侵犯的神经痛及内脏痛临床效果更佳,另一方面盐酸吗啡片可以在奥施康定的基础上增强缓解爆发性癌痛的作用,提高止痛效果以提高患者的生活质量^[10]。本研究结果显示,治疗后观察组疼痛评分、生活质量评分、不良反应发生率低于对照组,表明盐酸吗啡片联合奥施康定治疗恶性淋巴瘤患者癌痛的效果显著,且可以有效提高生活质量,安全性良好。综上所述,在治疗恶性淋巴瘤患者中应用盐酸吗啡片联合奥施康定治疗,有利于癌痛的减轻效、生活质量的提高,且用药安全性高,值得临床推荐。

参考文献

[1]吴仕贤,杨润祥,董超.罕见颈部淋巴瘤并横纹肌肉瘤双原发癌一例[J].云南医药,2018,39(2):188-189,192.

[2]葛均波,徐永健.内科学(第 8 版)[M].北京:人民卫生出版社,2013:593-601.

[3]张璐,朱敏,张慧,等.GCH1 基因多态性与肺癌中晚期病人癌痛程度的相关性研究[J].中国疼痛医学杂志,2017,23(9):662-667.

[4]许丽媛,樊碧发,李京.应用阿片类药物癌痛病人的生活质量调查分析[J].中国疼痛医学杂志,2018,24(7):522-527.

[5]吴阔,刘孟奇,赵庆书.奥施康定联合唑来膦酸治疗晚期乳腺癌骨转移同期化疗癌痛的效果[J].中国医药导报,2019,16(8):100-103.

[6]杨洋,刘追星,方瑜.癌痛贴联合奥施康定治疗中重度癌痛的疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(36):4078-4080.

[7]刘永叶,齐泽华,杨晓丹,等.奥施康定联合复方苦参注射液治疗胃癌晚期癌痛疗效观察[J].临床军医杂志,2017,45(1):13-15.

[8]魏黎,肖红,谢元明,等.奥施康定联合复方苦参注射液治疗骨转移癌痛临床疗效以及对患者生活质量、癌痛情况影响研究[J].陕西医学杂志,2018,47(12):1626-1628.

[9]张晓群,付英,马彬彬,等.盐酸羟考酮缓释片联合即释吗啡片对中重度晚期癌痛患者疼痛程度、便秘症状及生活质量的影响[J].四川医学,2017,38(8):869-871.

[10]宋建铭,李滨.奥施康定联合即释吗啡片治疗癌痛的效果及对患者生存质量的影响[J].中国医药导报,2018,15(13):89-92.

(收稿日期: 2020-07-25)

(上接第 94 页)症状,提升患儿免疫功能,且不良反应少,安全性高。

参考文献

[1]胡莉,王燕.小儿急性腹泻流行病学的病原学调查[J].海南医学院学报,2016,22(19):2339-2342.

[2]张树忠,赵宏俊,张玉振,等.639 例住院小儿腹泻治疗现状分析[J].实用临床医药杂志,2015,19(21):223-224.

[3]陈玉晶,陈昌陆,曾德海.赖氨酸锌颗粒辅助治疗小儿急性腹泻病 148 例的疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2015,23(7):510-511.

[4]中华医学会儿科学分会消化学组,中华医学会儿科学分会感染学组.《中华儿科杂志》编辑委员会.儿童腹泻病诊断治疗原则的专家共识[J].中华儿科杂志,2009,47(8):634-636.

[5]叶礼燕,陈凤钦.腹泻病诊断治疗指南[J].实用儿科临床杂志,2009,24(19):1538-1540.

[6]崔海莉.蒙脱石散、双歧杆菌三联活菌片联合葡萄糖酸锌口服液治疗小儿迁延性腹泻的疗效[J].实用临床医学,2015,21(4):60-61.

[7]吕一枝,张新军,李志飞,等.赖氨酸锌颗粒联合蒙脱石散和双歧杆菌乳杆菌三联活菌颗粒治疗小儿腹泻的效果[J].中国生化药物杂志,2016,36(12):167-169.

[8]叶晓琳,程双楠,吴捷.血清锌与婴幼儿腹泻病的关系研究[J].中国小儿急救医学,2018,25(3):208-211.

[9]张湘玲,杨慧湘,伍永娥,等.双歧杆菌三联活菌加蒙脱石散联合赖氨酸锌颗粒治疗小儿腹泻 62 例疗效观察[J].贵州医药,2016,40(4):381-382.

(收稿日期: 2020-06-15)