

布拉氏酵母菌散联合蒙脱石散治疗急性腹泻患儿的疗效评价

高海英

(河南省民权县人民医院儿科 民权 476800)

摘要:目的:探讨急性腹泻患儿采用布拉氏酵母菌散联合蒙脱石散治疗的效果。方法:选取 2020 年 8 月~2021 年 2 月急性腹泻患儿 92 例,随机分为观察组和对照组,各 46 例。两组均给予常规干预,对照组采用蒙脱石散治疗,观察组采用布拉氏酵母菌散联合蒙脱石散治疗。比较两组疗效、症状改善和住院时间、大便次数和性状评分、血清炎症指标[白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、干扰素- γ (INF- γ)],免疫功能(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺)。结果:观察组总有效率 95.65%(44/46)高于对照组的 76.09%(35/46),症状改善及住院时间均短于对照组,大便次数、性状评分均低于对照组($P<0.05$);治疗后观察组 IL-6、TNF- α 、hs-CRP、INF- γ 、CD8⁺水平均显著低于对照组,CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺均高于对照组($P<0.05$)。结论:布拉氏酵母菌联合蒙脱石散治疗急性腹泻患儿效果显著,能有效减轻炎症反应,缓解临床病症,缩短治疗时间,提高患儿免疫功能。

关键词:急性腹泻;布拉氏酵母菌散;蒙脱石散

中图分类号:R725.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.19.063

小儿急性腹泻是我国儿科常见消化系统疾病,多发于 6 个月~2 岁婴幼儿,具有发病急、进展快等特点,发病率高,位居第二,仅次于呼吸道疾病,严重时易造成儿童营养不良,影响患儿生长发育^[1]。目前,临床上常给予补液、抗感染、抗病毒等药物治疗,虽取得一定疗效,但治疗时间较长且复发率较高。布拉氏酵母菌散是非致病性益生菌制剂,可定植于肠道,调节菌群平衡,缓解腹泻症状,降低复发率^[2]。本研究选取我院 92 例急性腹泻患儿,以探究布拉氏酵母菌散联合蒙脱石散治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 8 月~2021 年 2 月我院急性腹泻患儿 92 例,随机分为观察组和对照组,各 46 例。对照组男 22 例,女 24 例;轻度脱水 28 例,中度脱水 14 例,重度脱水 4 例;年龄 5 个月~5 岁,平均年龄(28.65 $\pm$ 8.89)个月;病程 12~36 h,平均病程(26.54 $\pm$ 3.28) h。观察组男 25 例,女 21 例;轻度脱水 26 例,中度脱水 15 例,重度脱水 5 例;年龄 4 个月~6 岁,平均年龄(27.52 $\pm$ 8.67)个月;病程 10~38 h,平均病程(26.23 $\pm$ 3.72) h。比较两组患儿一般资料(性别、脱水程度、年龄、病程),差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经患儿家属同意,且获得我院医学伦理委员会同意。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)确诊为急性腹泻;(2)需入院治疗;(3)存在不同程度脱水;(4)病例资料完整。

1.2.2 排除标准 (1)严重肝、肾功能不全者;(2)合并呼吸道感染者;(3)呼吸道畸形者;(4)消化道畸形者;(5)先天性免疫缺陷者;(6)先天性心血管疾病者;(7)对本研究相关药物过敏或出现不良反应者;(8)参与其他治疗研究者;(9)呕吐剧烈者;(10)精神

类疾病者;(11)治疗期间退出研究者。

1.3 治疗方法 两组均予以补液、抗病毒、抗感染等常规治疗,治疗时间均为 7 d。

1.3.1 对照组 给予蒙脱石散(国药准字 H20153023)进行治疗。用法用量:<1 岁时,1 g/次,3 次/d; $\geq$ 1 岁时,1.5 g/次,3 次/d。

1.3.2 观察组 给予布拉氏酵母菌散(注册证号 S20150051)联合蒙脱石散治疗,用法用量:布拉氏酵母菌散:<3 岁时,0.25 g/次,1 次/d; $\geq$ 3 岁时,0.25 g/次,2 次/d。蒙脱石散用法用量同对照组。

1.4 疗效评估标准 呕吐、腹痛、腹泻等症状消失,大便情况均恢复正常为显效;上述症状、大便情况均有所缓解为有效;上述症状、大便情况均未见明显改善,甚至加重为无效。显效、有效计为总有效。

1.5 观察指标 (1)两组治疗效果。(2)症状改善和住院时间,症状包括腹痛、腹泻、呕吐等。(3)治疗前后大便次数及性状,大便性状采用大便性状评分表进行评价。(4)治疗前后血清炎症指标水平。采取两组患儿治疗前、治疗 7 d 后晨起空腹静脉血 5 ml,静置 2 h,经常规离心处理,分离上层血清,置于-70℃环境下待检,采用酶联免疫法检测血清白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、干扰素- γ (INF- γ)。(5)治疗前后免疫功能指标比较,免疫指标包括 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 软件对数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料以%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较 观察组总有效率于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患儿临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	46	30 (65.22)	14 (30.43)	2 (4.35)	44 (95.65)
对照组	46	21 (45.65)	14 (30.43)	11 (23.91)	35 (76.09)
χ^2					7.256
P					0.007

2.2 两组症状改善和住院时间比较 治疗后观察组腹痛、腹泻、呕吐消失及住院时间均短于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组症状改善和住院时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	住院时间	腹痛消失时间	呕吐消失时间	腹泻消失时间
观察组	46	4.25± 0.39	2.08± 0.24	1.25± 0.18	2.68± 0.32
对照组	46	5.89± 0.42	2.67± 0.43	1.69± 0.29	3.89± 0.54
t		19.407	8.126	8.743	13.074
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组大便次数及性状评分比较 治疗后观察组大便次数及性状评分均低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组大便次数及性状评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	大便次数(次)		大便性状评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	4.23± 1.22	1.96± 0.54	2.16± 0.32	0.89± 0.09
对照组	46	4.53± 1.12	2.36± 0.62	2.23± 0.26	1.56± 0.19
t		1.229	4.527	1.151	21.614
P		0.222	<0.001	0.253	<0.001

2.4 两组患儿血清炎症指标水平比较 治疗后观察组 IL-6、TNF- α 、hs-CRP、INF- γ 水平均低于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患儿血清炎症指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

时间	组别	n	IL-6 (pg/ml)	TNF- α (pg/ml)	hs-CRP (mg/ml)	INF- γ (pg/ml)
治疗前	观察组	46	26.52± 4.78	28.16± 5.65	6.62± 2.13	45.32± 5.28
	对照组	46	27.82± 4.85	28.73± 6.32	6.89± 1.19	45.28± 5.36
	t		1.295	0.456	0.751	0.036
	P		0.199	0.650	0.455	0.971
治疗后	观察组	46	16.17± 2.43	10.69± 3.28	2.13± 1.13	18.69± 1.67
	对照组	46	20.69± 2.67	18.64± 4.86	3.68± 1.43	29.56± 2.29
	t		8.491	9.196	5.768	26.012
	P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.5 两组免疫功能比较 治疗后观察组 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 均高于对照组,CD8⁺ 低于对照组 ($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组免疫功能比较($\bar{x}\pm s$)

时间	组别	n	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
治疗前	观察组	46	63.87± 2.86	41.26± 4.23	31.65± 1.46	1.30± 0.42
	对照组	46	63.16± 2.54	40.76± 3.87	31.85± 1.32	1.28± 0.51
	t		1.259	0.592	0.689	0.205
	P		0.211	0.556	0.493	0.838
治疗后	观察组	46	68.79± 3.84	48.09± 3.82	25.85± 1.33	1.85± 0.32
	对照组	46	64.54± 2.21	42.35± 3.52	30.95± 1.54	1.37± 0.41
	t		6.506	7.495	17.000	2.347
	P		<0.001	<0.001	<0.001	0.021

3 讨论

小儿急性腹泻是一种较为常见急性胃肠道反应,也是引起儿童死亡的第二大原因,属于世界性公

共卫生问题。该病多由细菌和病毒引起,其中 80% 以上由轮状病毒感染引起,具有传染性,伴有腹痛、腹泻、呕吐、大便次数增加、性状改变等症状,易出现中毒性肝炎、胃肠功能障碍、感染等并发症,严重时可引起急性肾衰竭^[3-4]。目前临床尚没有小儿急性腹泻较理想的针对性治疗措施,多予以调节电解质、平衡饮食、微生态制剂、保护消化道黏膜、控制感染等治疗为主,虽取得一定疗效,但治疗时间长,复发率高,并极易引发各种并发症。采取积极有效治疗措施可控制病情进展,改善预后,以保障患儿生命安全。

蒙脱石散是临床常用止泻药,具有吸附作用,能快速清除患儿体内病菌,提高黏液屏障功能,减轻肠道刺激,减少黏膜损伤;同时还可平衡胃肠道菌群,提高免疫力,保护消化道黏膜^[5]。但仅用蒙脱石散治疗急性腹泻疗效欠佳。布拉氏酵母菌散为微生态真菌制剂,可选择性杀灭病原体,抑制病原体生长繁殖,调节肠道菌群,减少胃肠道损害,提高胃肠黏膜吸收力,加快有害物质代谢,促进有益菌定植,提高肠道免疫,进而缓解急性腹泻症状,抑制患儿体内炎症反应^[6]。同时,布拉氏酵母菌散还具有补充人体肠道所需营养物质,有降低腹泻复发率、促进患儿恢复、减少并发症的作用^[7]。本研究结果显示,观察组总有效率高于对照组,症状改善及住院时间均短于对照组,大便次数及性状评分均显著低于对照组 ($P<0.05$),表明布拉氏酵母菌散联合蒙脱石散治疗小儿急性腹泻效果显著,可有效缓解患儿症状,缩短病程,改善患儿大便次数、性状;治疗后观察组 IL-6、TNF- α 、hs-CRP、INF- γ 、CD8⁺ 均低于对照组,CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 均高于对照组 ($P<0.05$),表明二者联合治疗小儿急性腹泻,能有效减轻炎症反应,提高机体免疫。综上可知,布拉氏酵母菌联合蒙脱石散治疗急性腹泻患儿效果显著,能有效改善患儿临床病症,缩短治疗时间,抑制炎症介质释放,调节机体免疫。

参考文献

[1]常宗焕,陈春林,成坤.三字经派推拿法联合针灸在小儿急性腹泻治疗中的疗效研究[J].检验医学与临床,2019,16(23):3539-3541.
[2]张琳,赵煜,张书红.王氏保赤丸联合布拉氏酵母菌治疗小儿腹泻的临床研究[J].现代药物与临床,2020,35(2):309-312.
[3]张胤,朱衡,刘庆,等.双歧杆菌三联活菌片辅助治疗小儿急性感染性腹泻的效果[J].中华医院感染学杂志,2020,30(9):1427-1431.
[4]杜小兰,张婧玮,王小妮,等.强化护理对小儿急性腹泻患者症状、肠道菌群及复发率的影响[J].中国微生态学杂志,2019,31(1):78-81.
[5]王丹,程义伍,周海群.布拉氏酵母菌联合蒙脱石散对小儿急性腹泻的疗效及 T 细胞亚群的影响[J].药物评价研究,2020,43(6):1095-1098.
[6]余小红,董中茂,封东进.布拉氏酵母菌散辅助治疗对功能性消化不良患儿的效果观察及对其胃肠动力的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(12):914-918.
[7]蔡丽君,王晓丽,彭双勤.果糖二磷酸钠联合布拉氏酵母菌对轮状病毒肠炎患儿的疗效及心肌损伤的影响[J].中国临床研究,2020,33(11):1516-1519.

(收稿日期: 2021-05-27)