

双歧杆菌四联活菌片治疗小儿腹泻的临床疗效

倪慧洁

(宁夏固原市人民医院普儿科,宁夏 固原 756000)

【摘要】目的:双歧杆菌四联活菌片治疗小儿腹泻的临床疗效。**方法:**选取2021年1~9月到院进行治疗的580例小儿腹泻患者为研究对象,随机分为对照组和观察组,各290例。对照组提供常规治疗,观察组在此基础上使用双歧杆菌四联活菌片治疗,对比分析两组临床效果。**结果:**观察组临床疗效高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组的症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组血清指标低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组生活质量高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**对小儿腹泻患者使用双歧杆菌四联活菌片治疗能够改善治疗效果,优化症状积分,优化血清炎症因子水平,改善生活质量水平。

【关键词】双歧杆菌四联活菌片;小儿腹泻;肠道菌群紊乱

中图分类号:R272

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2022)18-0093-03

现阶段临床儿科中,腹泻为发病率较高的疾病之一,其发病率与急性呼吸道感染并列。每年我国可能有3亿儿童曾患腹泻病,平均每年2~5次,发病率较高的年龄阶段为6个月至2岁,平均每年2.5次^[1-2]。发病率仅发生在急性呼吸道感染之后,这通常是由于幼儿的消化系统不成熟、消化功能低下、免疫失衡、支原体疾病等原因造成的。典型症状是急性水样会损伤引起肠道反射,导致小肠上皮细胞脱落^[3]。由于幼儿的肠道功能较差,对外部感染的抵抗力降低,可能会发生轻微的疾病易感性^[4]。本研究选取2021年1~9月到我院进行治疗的580例小儿腹泻患者为研究对象,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2021年1~9月到我院进行治疗的580例小儿腹泻患者为研究对象,随机分为对照组和观察组,各290例。对照组男169例,女121例;年龄4个月~6岁,平均 (3.21 ± 1.08) 岁;程度:重度63例、中度100例、轻度127例;观察组男170例,女120例;年龄4个月~7岁,平均 (3.71 ± 1.04) 岁;程度:重度60例、中度101例、轻度129例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。(1)纳入标准:腹泻超过3次/d;急性发病;

有脱水症状;大便为蛋花汤样;(2)排除标准:检查无白细胞、脓球;接受微生物治疗或微生态制剂治疗。

1.2 方法:所有患者使用补液、抗病毒等治疗,并使用蒙脱石散(批准文号:国药准字H20093375,生产企业:哈药集团中药二厂,规格:3g×12袋)口服治疗:运用20ml温水混匀,<1岁患者每次食用1/3包,3次/d,餐前半小时口服;1~2岁患者每次食用1/2包,3次/d;2~3岁患者每次食用1/2包,4次/d;3岁以上患者每次食用1包,3次/d;观察组在此基础上使用双歧杆菌四联活菌片(批准文号:国药准字S19993065,生产企业:晋城海斯制药有限公司,规格:210mg)口服治疗:<6个月的患者剂量为0.5g/次,2~3次/d;6个月~3岁患者1g/次,2~3次/d;3~12岁患者1.5g/次,2~3次/d;2~5d为1疗程。

1.3 观察指标:(1)比较两组患者的疗效:治疗后72h内,症状消失,大便性状正常,大便次数为1~2次/d为显效;治疗后,症状基本消失,大便性状接近正常,次数<3次为有效;治疗后症状无减轻,甚至加重为无效;总有效率=(显效例数+有效例数)/组例数×100%;(2)比较两组患者症状积分,主症:0~6分,次症:0~3分,症状越显著分数越高;(3)比较两组患者

的血清指标;(4)比较两组患者的生活质量:有8项内容,每个项目满分为100分,分数越高则说明生活质量水平越高。

1.4 统计学方法:采用SPSS19.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较:观察组临床疗效高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组症状积分比较:治疗前,两组症状积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组的症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表1 两组疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	290	193(66.55)	84(28.97)	13(4.48)	277(95.52)
对照组	290	76(26.21)	145(50.00)	69(23.79)	221(76.21)
χ^2		94.905	26.850	44.541	44.541
P		0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组症状积分治疗前后比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	急性腹泻		大便稀薄		呕吐		脱水	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	290	5.71±0.95	0.85±0.10	2.96±1.08	1.02±0.21	2.85±1.51	0.37±0.01	2.89±1.43	0.52±0.09
对照组	290	5.84±0.71	2.01±0.35	2.85±1.03	1.89±0.14	2.81±1.39	1.41±0.24	2.73±1.61	1.31±0.51
t		1.867	54.269	1.255	558.701	0.332	73.730	1.265	25.978
P		0.063	0.000	0.210	0.000	0.740	0.000	0.206	0.000

组别	例数	食欲缺乏		腹痛		腹壁凹陷	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	290	2.86±1.46	0.73±0.51	2.76±1.63	0.43±0.11	2.46±1.86	0.98±0.16
对照组	290	2.77±2.31	1.96±0.16	2.79±1.04	2.08±0.28	2.51±1.30	1.99±0.82
t		0.561	39.188	0.264	93.403	0.375	20.587
P		0.575	0.000	0.792	0.000	0.708	0.000

2.3 两组血清指标比较:治疗前,两组血清指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组血清指标低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

2.4 两组生活质量比较:两组治疗前生活质量比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组生活质量高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表3 两组血清指标比较($\bar{x} \pm s$,pg/ml)

组别	例数	IL-6		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	290	27.43±7.49	9.23±1.25	28.53±8.36	8.23±1.42
对照组	290	27.62±6.25	11.32±1.32	27.94±9.03	10.65±1.03
t		0.332	19.578	0.817	23.493
P		0.741	0.000	0.415	0.000

表4 两组生活质量比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	角色受限		躯体疼痛		生命活力		感情因素	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	290	66.33±2.40	96.82±1.24	67.44±1.92	95.42±3.20	70.64±1.82	95.87±2.23	71.42±2.56	97.34±1.28
对照组	290	66.42±2.41	80.54±2.30	67.50±1.43	79.58±2.60	70.25±1.65	79.85±2.24	71.77±2.65	80.64±2.20
t		0.451	106.101	0.427	65.423	0.400	86.311	1.618	111.733
P		0.652	0.000	0.670	0.000	0.689	0.000	0.106	0.000

组别	例数	总体健康		社交能力		活动能力		精神健康	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	290	66.22±9.15	95.35±3.48	66.12±8.46	96.44±3.67	63.28±6.87	95.15±1.88	65.87±8.22	96.87±2.18
对照组	290	66.57±9.22	84.44±1.47	66.33±8.58	85.45±1.84	63.66±6.99	82.14±8.64	65.74±6.28	84.54±1.04
t		0.459	10.885	0.297	10.349	0.660	15.947	0.214	12.773
P		0.647	0.000	0.767	0.000	0.509	0.000	0.831	0.000

3 讨论

小儿腹泻的主要发病人群为2岁以上儿童群体,其发病机制与消化系统发育、身体防御机制不足或肠道损伤等因素密切相关^[5]。幼儿肠道细菌平衡紊乱,腹泻更易发生或加剧肠道微生态紊乱,从而导致腹泻;腹泻和肠道菌群相互作用,维持因果关系并形成恶性循环。该疾病多为致病性大肠杆菌或是轮状病毒导致,各种病原体在穿透肠道、位于小肠柱状上皮细胞复制结肠后,出现细胞空泡变性坏死、排序紊乱、变短、微绒毛肿胀等,从而出现不同程度的裸露病变,导致小肠粘膜电解质平衡被打破,肠液在肠腔中聚集形成腹泻^[6]。该疾病症状主要表现为水样便、水电解质紊乱、大便次数多等,通常不使用抗生素。目前,没有一种独特抗病毒药物,且该病若不采取治疗则自愈性较低,病程较长,对儿童产生的负面影响则较大^[7]。

双歧杆菌四联活菌为微生态制剂,为粪肠球菌、婴儿双歧杆菌、蜡样芽孢杆菌、嗜酸乳杆菌等活菌组成,主要用于治疗小儿腹泻。现阶段有文献表明,小儿腹泻导致的肠道菌群紊乱,尤其是双歧杆菌^[8]。双歧杆菌、乳杆菌可产出如乳酸链球菌肽、双歧杆菌肽、乳酸杆菌肽等活性抗菌物质,可为患儿肠道组成抗菌化学屏障。同时该菌群还可对患儿肠道免疫功能、机体免疫功能实施调节,优化肠道吸收。蜡样芽孢杆菌在肠道后能够吸收肠道氧气,降低肠内氧化还原,增加厌氧菌及双歧杆菌的合成,能够改善肠道中的微平衡。粪肠球菌能够于肠道中快速繁殖,保证肠道正常厌氧菌的供应,恢复肠道的正常环境,同时还可分泌促长活动速、分泌细菌素。蒙石散主要组成成分为八面体蒙脱石粉,可治疗水样便腹泻、病毒性腹泻等。其可固定毒素,在6h内维持肠道平衡,并随尿液一起排出体外,改善粘膜修复功能,促进肠道反射。

IL-6和TNF- α 是抑制人类免疫基本细胞因子,在适应组织对疫苗和炎症反应生长多样性方面发挥着重要作用。炎症因子如IL-6和TNF- α 会触发炎症过程,破坏肠道反射,造成水肿、充血、糜烂等症状。因此,IL-6和TNF- α 值表明机体具有一定程度的免疫力。据报道,IL-6和TNF- α 均参与病毒感染和细菌炎症致病过程,带有TNF- α 刺激因子(如IL-1、IL-

6细胞)的单核细胞共同形成炎症网络,直接作用于静脉血管,增加肠壁大量渗出,所以检测以上两种指标能够了解患儿的免疫情况及腹泻进展。

本研究结果显示,观察组临床疗效高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组的症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组血清指标低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组生活质量高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,对小儿腹泻患者使用双歧杆菌四联活菌片治疗能够改善治疗效果,优化症状积分,优化血清炎症因子水平,优化生活水平。

【参考文献】

- [1]徐兴华.双歧杆菌四联活菌片对重型颅脑损伤病人肠道菌群、氧化应激及T淋巴细胞平衡的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(17):3050-3053.
- [2]张建集,吴月红,任飞,等.双歧杆菌四联活菌片辅助治疗酒精性肝病的疗效及肠道菌群的变化[J].安徽医药,2020,24(3):593-596.
- [3]翟琦,陈英杰,宣信,等.双歧杆菌三联活菌胶囊联合四联疗法对Hp阳性慢性浅表性胃炎炎症-氧化应激水平的影响[J].贵州医科大学学报,2020,45(2):209-213,218.
- [4]颜玲玲,梁学书,张春兰,等.双歧杆菌四联活菌片联合安肠消痞汤对腹泻型肠易激综合征与功能性消化不良重叠患者胃肠激素水平的影响[J].中国微生态学杂志,2020,32(8):925-928.
- [5]田音,刘韵.双歧杆菌四联活菌片和双歧杆菌三联活菌片对中度活动期溃疡性结肠炎患者肠道生物屏障的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(5):323-327.
- [6]胡银霞,范忠杰,张丽.双歧杆菌四联活菌片联合肠内营养对慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的临床疗效[J].中国微生态学杂志,2021,33(1):58-61.
- [7]段明玲,陈卓,何绍慧,等.双歧杆菌四联活菌片联合甘草酸二铵肠溶胶囊治疗非酒精性脂肪性肝病的疗效[J].西北药学杂志,2021,36(4):669-673.
- [8]马莉,贾薇,杨海燕.双歧杆菌四联活菌片联合多潘立酮对小儿功能性消化不良的临床疗效及其对血浆P物质和胃动素水平的影响[J].药物评价研究,2020,43(9):1797-1800.