

〔文章编号〕 1007-0893(2021)15-0115-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.15.053

喜炎平联合布拉氏酵母菌治疗小儿 病毒性腹泻临床疗效分析

谭改玲 林敏仪 廖惠映

(广东医科大学附属第三医院 佛山市顺德区龙江医院, 广东 佛山 528318)

〔摘要〕 目的: 探讨喜炎平联合布拉氏酵母菌治疗小儿病毒性腹泻的临床价值。方法: 选取 2019 年 1 月至 2020 年 12 月广东医科大学附属第三医院收治的病毒性腹泻患儿 210 例为研究对象, 随机分为对照组以及观察组, 每组 105 例。对照组患儿给予喜炎平静脉滴注治疗, 观察组患儿在对照组基础上联合应用布拉氏酵母菌口服治疗。比较两组患儿临床症状消退时间、炎症以及免疫指标。结果: 观察组患儿腹泻、发热消退时间以及住院时间均显著短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患儿炎症与免疫指标 C 反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT) 和免疫球蛋白 A (IgA) 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患儿 CRP、PCT 均显著低于对照组, IgA 显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 喜炎平与布拉氏酵母菌联合应用于病毒性腹泻患儿中, 临床治疗效果显著, 在促进患儿疾病康复以及改善免疫功能等方面具有理想作用。

〔关键词〕 病毒性腹泻; 喜炎平; 布拉氏酵母菌; 儿童

〔中图分类号〕 R 725.7 〔文献标识码〕 B

小儿病毒性腹泻具有临床常见性、多发性以及季节性等特点, 在所有小儿感染性腹泻中, 其占比可达 75% 以上^[1]。病毒性腹泻患儿临床常表现为典型的消化系统感染症状, 如恶心、呕吐、腹泻等, 另外发热也是其主要临床表现, 若临床未及时给予患儿有效的治疗, 随着病情的加重, 患儿可出现电解质紊乱、脱水等症, 严重者可危及患儿生命。目前, 临床针对病毒性腹泻患儿, 多采用抗炎、抗病毒、补液等对症治疗, 但整体治疗效果并不理想, 且易产生耐药性, 对患儿的生长发育常产生严重的不良影响^[2]。为探讨行之有效的病毒性腹泻治疗方法, 本研究开展分组对照研究, 详细分析了喜炎平与布拉氏酵母菌在病毒性腹泻患儿治疗中的应用效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月至 2020 年 12 月期间本院收治的病毒性腹泻患儿 210 例作为研究对象, 随机分为对照组以及观察组, 各 105 例。对照组男 58 例, 女 47 例; 年龄 8 个月~6 岁, 平均年龄 (2.91 ± 1.65) 岁; 病程 2~7 d, 平均病程 (4.28 ± 1.07) d。观察组患儿男 57 例, 女 48 例; 患儿年龄 6 个月~7 岁, 平均年龄 (2.88 ± 1.52) 岁; 病程 2~9 d, 平均病程 (4.53 ± 1.25) d。两组患儿一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: (1) 均符合临床儿科病毒性腹泻相关诊断标准^[3]; (2) 每日大便次数 > 3 次, 性状呈蛋花状、稀糊状、稀水样等; (3) 患儿家属均知情同意并参与研究。排除标准: (1) 过敏体质患儿, 对本研究使用药物不耐受患儿; (2) 合并精神类疾病患儿; (3) 合并严重脏器功能异常患儿; (4) 严重营养供应不足、脱水患儿; 其他原因导致腹泻患儿; 合并生长发育异常、畸形患儿。

1.3 方法

患儿入组后, 完善相关临床检查, 明确诊断后均给予补液、营养支持以及抗炎等基础治疗。

1.3.1 对照组 给予患儿静脉滴注喜炎平注射液 (江西青峰药业有限公司, 国药准字 Z20026249) 进行治疗, 剂量 5~10 mg · kg⁻¹, 5% 葡萄糖注射液稀释至 100 mL, 1 次 · d⁻¹, 7 d 为 1 疗程, 接受 2 个疗程的治疗。

1.3.2 观察组 在对照组基础上给予患儿口服布拉氏酵母菌 (法国百科达制药厂 (BIOCODEX), 进口药品注册证号 S20150051) 进行治疗, 0.25 g · 次⁻¹, < 3 岁患儿 1 次 · d⁻¹, ≥ 3 岁患儿 2 次 · d⁻¹。7 d 为 1 疗程, 接受 2 个疗程的治疗。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患儿腹泻时间、发热时间以及住院时间; (2) 分别于治疗前后采集患儿空腹静脉血 5 mL 进行炎症和免疫指标检测。采用酶联免疫吸附法测定炎症

〔收稿日期〕 2021-05-04

〔作者简介〕 谭改玲, 女, 主治医师, 主要研究方向是儿科学。

指标 C 反应蛋白 (C-reaction protein, CRP)、降钙素原 (procalcitonin, PCT)。(3) 采用免疫散射比浊法对免疫球蛋白 A (immunoglobulins A, IgA) 进行检测。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件分析数据, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床症状消退时间及住院时间比较

观察组患儿腹泻时间、发热消退时间以及住院时间均显著短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患儿临床症状消退时间及住院时间比较 ($n = 105, \bar{x} \pm s, d$)

组别	腹泻时间	发热时间	住院时间
对照组	6.08 ± 1.32	0.86 ± 0.25	7.21 ± 1.36
观察组	4.12 ± 1.01 ^a	0.63 ± 0.14 ^a	5.44 ± 1.08 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患儿治疗前后炎症与免疫指标比较

治疗前, 两组患儿炎症与免疫指标 CRP、PCT 和 IgA 比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患儿 CRP、PCT 均显著低于对照组, IgA 显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患儿治疗前后炎症与免疫指标比较 ($n = 105, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP/mg · L ⁻¹	PCT/μg · L ⁻¹	IgA/g · L ⁻¹
对照组	治疗前	8.31 ± 1.21	9.61 ± 1.33	0.96 ± 0.17
	治疗后	5.61 ± 0.36	5.83 ± 0.71	1.36 ± 0.32
观察组	治疗前	8.42 ± 1.15	9.85 ± 1.54	0.95 ± 0.09
	治疗后	3.31 ± 0.45 ^b	3.53 ± 0.48 ^b	1.87 ± 0.29 ^b

与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$

注: CRP — C 反应蛋白; PCT — 降钙素原; IgA — 免疫球蛋白 A

3 讨论

根据腹泻患儿是否存在消化系统感染, 可将其分为感染性腹泻以及非感染性腹泻, 其中以感染性腹泻发病率较高^[4]。细菌、真菌、病毒等均可引起患儿腹泻, 其中又以病毒导致的腹泻最为常见, 但临床对于病毒性腹泻无针对性的治疗措施, 较多地给予患儿对症支持治疗, 整体效果并不理想, 患儿预后较差。

由于小儿正处于生长发育的关键阶段, 其防御免疫系统尚未完全建立, 若消化系统受到病毒、细菌等侵袭, 将对肠黏膜细胞造成损伤, 导致肠液在肠腔内积聚, 引起腹泻, 血清 CRP、PCT 等炎症介质可呈现升高表现, 而免疫球蛋白

则呈现下降趋势^[5]。近年来, 中医疗法得到医学界的广泛关注, 其在多种疾病的治疗、康复中均得到应用, 且获得理想的治疗效果。中药制剂喜炎平的主要成分为穿心莲提取物穿心莲内酯, 具有抗细菌、病毒的双重作用, 在腹泻患儿中应用, 除可起到拮抗病原体的作用外, 还可促进患儿肠道水肿消退、提高防御能力等^[6]。

本研究结果显示: 观察组患儿腹泻时间、发热消退时间以及住院时间均显著短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组患儿炎症与免疫指标 CRP、PCT 和 IgA 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后观察组患儿 CRP、PCT 均显著低于对照组, IgA 显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。布拉氏酵母菌为真菌制剂, 在病毒性腹泻患儿中应用, 可对患儿肠道微生态进行调节, 通过形成厌氧环境, 进而促进乳酸菌、双歧杆菌等肠道有益菌群的生长, 调整菌群组成, 并建造肠道黏膜屏障, 具有一定的营养、抗炎作用^[7]。与喜炎平联合应用, 两种药物可相互促进, 共同发挥优势作用, 以促进病毒性腹泻患儿的恢复, 相比于单独用药, 疗效得以提高。

综上所述, 喜炎平与布拉氏酵母菌联合应用于病毒性腹泻患儿中, 临床症状消退迅速, 改善患儿炎症介质水平、免疫功能效果理想, 提高预后效果可观。

[参考文献]

- (1) 李风峰, 孟朋民, 吕建东, 等. 喜炎平注射液联合布拉氏酵母菌散剂治疗肺炎继发腹泻患儿疗效观察 (J). 河北医药, 2020, 42(5): 761-763.
- (2) 李风峰, 宋元玲, 吕建东, 等. 喜炎平注射液联合布拉氏酵母菌散剂对肺炎继发腹泻患儿肠黏膜屏障状态和免疫功能的影响 (J). 河北医药, 2020, 42(2): 244-246, 250.
- (3) 李毅. 儿科疾病诊断标准 (M). 北京: 科学出版社, 2001: 121.
- (4) Pradhan SK, Panigrahi S, Padhi PS, et al. Clinical Profile, Risk-Factors, and Outcome of Rotaviral Diarrhea and Non-rotaviral Diarrhea Among Under-Five Children at Cuttack, Odisha, India (J). The Indian Journal of Pediatrics, 2021, 32(12): 2511-2512.
- (5) Wang S, Yang G, Nie J, et al. Recombinant Erns -E2 protein vaccine formulated with MF59 and CPG-ODN promotes T cell immunity against bovine viral diarrhea virus infection (J). Vaccine, 2020, 38(22): 3881-3891.
- (6) 青艳萍, 张晓明, 周博. 喜炎平注射液与盐酸小檗碱联用对小儿轮状病毒肠炎疗效及对外周血中性粒细胞的影响 (J). 药物评价研究, 2019, 42(12): 2414-2417.
- (7) 孙秋玲. 布拉氏酵母菌联合双歧杆菌三联活菌胶囊治疗儿童病毒性腹泻的疗效及安全性观察 (J). 临床研究, 2020, 28(1): 121-123.