

- 复治疗的老年冠心病心衰患者负性情绪及心功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(15): 3684-3685.
- [5] 孙海鹰, 范晓文, 张洁, 等. 原发性肝癌伴下腔静脉癌栓行介入治疗的护理[J]. 护士进修杂志, 2014, 18(9): 1663-1665.
- [6] 李国红. 延续性护理干预对喉癌患者术后生存质量及不良情绪的影响研究[J]. 中国全科医学, 2016, 34(1): 471-473.
- [7] 胡安华, 王琴, 曾宪春, 等. 突发外伤患者心理应急及早期干预的护理研究[J]. 重庆医学, 2016, 45(17): 2442-2444.
- [8] 李亚丽, 胡玉华, 王燕燕. 心理干预在 CT 增强扫描中的应用[J]. 时珍国医国药, 2007, 18(5): 1209-1210.
- [9] YEUNG N C Y, LAU J T F, CHOW C K, et al. Population responses during the pandemic phase of the influenza A(H1N1) pdm09 epidemic, hong kong, China[J]. Emerg Infect Dis, 2017, 23(5): 813-815.
- [10] 陈玲. 突发性耳聋患者急性应激反应及心理特点与护理干预体会[J]. 西南国防医药, 2015, 25(12): 1375-1377.

(收稿日期: 2019-06-03 修回日期: 2019-11-27)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 08. 036

不同性别和年龄小儿急性腹泻的常见病原微生物检验结果分析

杨泽权

云南省曲靖市马龙区人民医院检验科, 云南曲靖 655199

摘要:目的 分析不同性别和年龄小儿急性腹泻的常见病原微生物检验结果及临床应用价值。方法 选取 2018 年 1 月至 2019 年 1 月在该院治疗的小儿急性腹泻患儿 200 例作为研究对象, 按照患儿年龄不同分为对照组和观察组, 对照组 100 例, 年龄 1—2 岁; 观察组 100 例, 年龄 5 个月至 1 岁。对两组患儿的检验结果进行比较分析。结果 不同年龄段患儿急性腹泻的常见病原微生物检验结果差异有统计学意义($P < 0.05$); 不同性别患儿出现急性腹泻的常见病原微生物检出率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 小儿急性腹泻的常见病原微生物检出率与患儿性别无关, 与患儿年龄有关, 因此, 需要采取针对性的治疗措施。

关键词: 小儿急性腹泻; 病原微生物; 检验结果; 性别因素; 年龄因素

中图分类号: R446.5

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)08-1130-02

小儿急性腹泻的病原体多样化, 引起的原因也涉及多种因素, 儿童与成人一样, 粪便成形, 含水量不多, 每日解大便 1 次^[1]。小儿急性腹泻在儿童中属于高发病, 且致死率较高, 通常患儿会感到胃肠道不适, 食欲下降, 大便频繁等, 若治疗不及时, 对引起小儿急性腹泻的常见病原微生物分析不透彻, 有可能会引起患儿死亡^[2]。本研究对不同性别和年龄小儿急性腹泻的常见病原微生物检验结果进行详细分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2019 年 1 月在本院治疗的小儿急性腹泻患儿 200 例作为研究对象, 按照年龄不同分为对照组和观察组。对照组 100 例, 男 55 例, 女 45 例, 年龄 1—2 岁, 平均 (1.55 ± 0.45) 岁; 观察组 100 例, 男 57 例, 女 43 例, 年龄 5 个月至 1 岁, 平均 (0.76 ± 0.24) 岁。两组患儿性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。所有患儿家属对本研究均表示知情, 并自愿签署知情同意书, 本研究通过本院伦理委员会批准认可。

1.2 方法 当所有患儿入院进行治疗后, 先使用吸管对患儿大便进行收集。采集完毕, 送往检验科进行标本检验。沙门菌检测: 采集样品, 在适宜的温度下进行培养, 营养琼脂纯化可疑菌落, 再利用血清进行

试验。大肠埃希菌检测: 将 4-甲基伞形酮葡萄糖苷酸与靛基质试验结合, 当试验反应不一致时, 需要将供试液的增菌培养物用 EMB 琼脂平板(安图生物公司生产)分离培养, 革兰染色液(贝索公司生产)及生化试验鉴别。或者利用 SS 琼脂平板培养基(安图生物公司生产)和蛋白冻水, 鉴定用美国 BD 公司细菌鉴定及药敏仪 phoenix100 及配套试剂。轮状病毒检测: 使用北京万泰药业有限公司 A 群轮状病毒, 本试剂用于体外定性检测粪便中的 A 群轮状病毒, 采用免疫层析双抗体夹心法。如果标本中含有病毒, 那么病毒可与检测卡前端的“胶体金-抗体”结合, 形成免疫复合物, 复合物沿膜带层析移动, 在包被了抗体的检测区形成一条红色线, 则为阳性, 采取样本 100 mg, 装入稀释液, 振荡混匀, 折断样本稀释管上的盖帽, 将检测卡平放于干燥的平面, 弃去前 2 滴液体, 垂直而缓慢加入 2~3 滴混匀后的样本, 结果判断应在 10 min 内完成。志贺菌检测: 采样 25 g, 加入装有 225 mL 增菌液的 500 mL 广口瓶中, 用乳钵加灭菌砂磨碎, 于 36 °C 培养 6~8 h, 当培养液出现轻微混浊时可停止培养。

1.3 疗效标准 阳性判定为患儿检验中检出 1 种或 1 种以上病原菌, 阳性率 = 阳性例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析处理。计数资料以例数或百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患儿病原菌检测结果比较 观察组患儿病原菌检出阳性 60 例(60.00%),明显高于对照组的 25 例(25.00%),差异有统计学意义($\chi^2=25.064, P=0.001$)。

2.2 两组患儿病原菌分布情况比较 见表 1。观察组患儿大肠埃希菌检出率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);沙门菌、志贺菌、轮状病毒检出率与对照组比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组患儿病原菌分布情况比较[n(%)]					
组别	n	沙门菌	大肠埃希菌	轮状病毒	志贺菌
观察组	100	5(5.00)	40(40.00)	10(10.00)	5(5.00)
对照组	100	3(3.00)	10(10.00)	7(7.00)	5(5.00)
χ^2		0.521	24.000	0.579	0.001
P		0.470	0.001	0.447	1.001

2.3 不同性别患儿检出病原微生物感染率比较 85 例病原菌感染患儿中男性 45 例(52.94%),女性 40 例(47.06%),不同性别患儿病原微生物感染率差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨 论

腹泻是一组多病原、多因素引起的消化道疾病,在我国属于一种常见的多发性疾病。小儿急性腹泻每年主要有 2 个发病高峰期,一是在 6、7、8 月,为夏季腹泻,主要是由于致泻性大肠杆菌与志贺菌引起;另一高峰期则在 10、11、12 月,为秋季腹泻,主要是由于轮状病毒引起^[3]。小儿急性腹泻主要诊断依据是患儿的大便性状有所改变,呈稀便、水样便、黏液便或者脓血便,患儿大便次数比平时增多。轻度无明显脱水和中毒症状,中度有轻度脱水或者中毒症状,重度则有明显的脱水和中毒症状,患儿烦躁,精神萎靡,体内白细胞计数明显升高^[4]。为了及时对患儿的症状进行治疗,需要早期采取有效的措施对病原微生物进行检验。

本研究结果显示,采用病原微生物的临床检验措施能够取得理想的成效,患儿在 2 岁及以下在冬季患轮状病毒性腹泻的可能性最大,在夏季发生大肠杆菌性肠炎的可能最大。这是因为患儿在 5 个月时,体内有分泌性抗体,能够增强抵抗疾病的能力,而病原微生物的发生以冬季为高峰期,细菌感染同样也存在季节分布规律^[5]。为了帮助患儿健康成长,对小儿急性腹泻提出 4 点预防措施:(1)当患儿出现腹泻时,需要及时有效地补充水分和电解质,否则患儿会出现不同程度的脱水症状和电解质紊乱。轻症患儿可以适当

减少奶量,用米汤和糖盐水代替,重度患儿则需要禁食 8~24 h,并进行静脉补液治疗^[6]。(2)轻症患儿可以适当补充液体,补液量按照每公斤体质量 100 mL/d 计算,分数次服用。(3)中度或者重度脱水的患儿需要进行静脉补液治疗,遵照先快后慢、先浓后淡的原则。具体应针对患儿的病因,选用合适的抗菌药物^[7]。(4)不能滥用抗菌药物治疗,医护人员需要叮嘱患儿家属仔细观察患儿大便的性质、颜色、次数及量,患儿排便后,使用温水清洗臀部,防止患儿出现红臀的情况,将大便异常的部分作为标本以备检验使用^[8]。不要对患儿禁食,应以少量多次的方式进行喂食,使患儿的营养同样能够得到有效吸收^[9]。注意不能只用止泻药物,最好兼顾患儿娇嫩的肠胃,避免过重的药力刺激,通过中药特有的药性进行肠胃调理^[10]。

综上所述,小儿急性腹泻的常见病原微生物检出率与患儿性别无关,与患儿年龄有关,且检出微生物多为病毒,因此,需要采取针对性的治疗措施并提前进行预防。

参考文献

[1] 张韩,何先伟,任静.不同性别和年龄小儿急性腹泻的常见病原微生物检验结果研究[J].临床和实验医学杂志,2018,17(8):880-883.

[2] 张丽君.婴幼儿急性腹泻的病原微生物检验结果分析[J].中国继续医学教育,2017,9(4):84-86.

[3] 黄美恋.婴幼儿急性腹泻病原微生物检验结果分析及预防[J].基层医学论坛,2019,23(1):87-88.

[4] 温娜娜,祁伯祥.小儿轮状病毒感染性腹泻血清 CK、CK-MB 水平及其与脱水酸中毒的关系[J].热带医学杂志,2017,17(4):487-490.

[5] 王庆春.婴幼儿急性腹泻的病原微生物检验[J].医疗装备,2017,30(18):51-52.

[6] 王军杰,何建平,马立彪,等.口服补液和静脉补液对小儿病毒性腹泻效果对比[J].心理医生,2016,22(9):123.

[7] 董琳,夏永强.儿童社区获得性细菌性肺炎的抗菌药物治疗[J].中国实用儿科杂志,2018,33(9):686-691.

[8] 张丽杰,刘旭东.小儿细菌性腹泻病原微生物检验结果调查评价[J].中国保健营养,2018,28(31):285.

[9] 江丽梅.红臀预警报告表在小儿腹泻护理中的应用[J/CD].全科口腔医学电子杂志,2017,4(1):53-54.

[10] 俞国燕.病原微生物检测联合药敏试验对细菌性腹泻患儿抗生素合理使用的影响[J].中国生化药物杂志,2017,37(11):129-130.