

儿宝颗粒对脾虚泻小儿免疫功能影响的观察

王丹, 李桂凌, 郑诗华*, 郑跃芳

(海南医学院 第一附属医院, 海口 570102)

[摘要] **目的:**观察儿宝颗粒对脾虚型腹泻患儿免疫蛋白、T 细胞水平、粪便中分泌型免疫球蛋白 A (SIgA) 含量、肠道微生态指标的影响。**方法:**采用随机数字表法将 180 例脾虚泻患儿分成对照组和观察组各 90 例。对照组给予蒙脱石散内服进行治疗,观察组在对照组治疗的基础上加服儿宝颗粒,两组患儿均连续治疗 10 d。进行治疗前后血清免疫球蛋白 G (IgG), IgM 和 IgA 检测,外周血 CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 检测,粪便中分泌型免疫球蛋白 A (SIgA) 和唾液淀粉酶活性值、尿 D-木糖检测,进行治疗前后主要症状、体征评分,并进行药物安全性评价。**结果:**治疗后,观察组临床总有效率为 95.56% 高于对照组的 80% ($\chi^2 = 10.149, P < 0.01$);观察组 IgG, IgM 和 IgA 均较治疗前有所升高 ($P < 0.05$),治疗后观察组患儿 IgG, IgM 和 IgA 均高于对照组 ($P < 0.05$);治疗后观察组患儿 CD3⁺, CD4⁺, 及 CD4⁺/CD8⁺ 均高于对照组 ($P < 0.05$);观察组患儿粪便中 SIgA 含量较治疗前增加 ($P < 0.05$),治疗后观察组粪便中 SIgA 含量高于对照组 ($P < 0.05$);治疗后观察组患儿唾液淀粉酶活性值、尿 D-木糖值均高于对照组 ($P < 0.05$);治疗后观察组患儿主要症状评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。 **结论:**在蒙脱石散治疗脾虚泻患儿基础上,儿宝颗粒可减轻脾虚型腹泻患儿的临床症状,提高治疗效果,并能改善患儿的免疫功能。

[关键词] 腹泻病;脾虚;小儿;儿宝颗粒;免疫功能

[中图分类号] R289;R272;R725;R725.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2019)10-0081-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20191031

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20190111.1448.001.html>

[网络出版时间] 2019-01-14 10:20

Observation Effect of Erbao Granule on Children with Diarrhea Due to Spleen Deficiency

WANG Dan, LI Gui-ling, ZHENG Shi-hua*, ZHENG Yue-fang

(The First Affiliated Hospital of Hainan Medical University, Haikou 570102, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the effect of Erbao grains on levels of immunoglobulin, T cells, secretory immunoglobulin A from feces, and intestinal microecology index of children with diarrhea due to spleen deficiency. **Method:** One hundred and eighty patients with diarrhea due to spleen deficiency were randomly divided into control group (90 cases) and observation group (90 cases) by random number table. Patients in control group got Montmorillonite powder. In addition to the therapy in control group, patients in observation were additionally given Erbao grains. And the course of treatment was 10 days. Before and after treatment, levels of serum immunoglobulin G (IgG), IgM, IgA, CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, ratio CD4⁺ and CD8⁺, secretory immunoglobulin A from feces (SIgA), activity of salivary amylase and urine D-xylose were detected, the main symptoms and signs were scored, and the safety was discussed. **Result:** After treatment, the clinical total effective rate in observation group was 95.56%, which was higher than 80% in control group ($\chi^2 = 10.149, P < 0.01$). Compared with the data before the treatment, levels of IgG, IgM, IgA and SIgA in observation group increased ($P < 0.05$), which were higher than those in control group ($P < 0.05$). After treatment, levels of CD3⁺, CD4⁺,

[收稿日期] 20181017(143)

[基金项目] 海南省自然科学基金项目(814356)

[第一作者] 王丹,主治医师,从事儿科临床工作,E-mail:277657121@qq.com

[通信作者] * 郑诗华,主任医师,从事儿科临床工作,E-mail:2865390603@qq.com

CD4⁺/CD8⁺, activity of salivary amylase and urine D-xylose were higher than those in control group ($P < 0.05$). Score of the main symptoms and signs were lower than those in control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** In addition to the therapy of Montmorillonite powder, Erbao grains can relieve the symptoms of children with diarrhea due to spleen deficiency, improve the efficacy, and ameliorate immunity of children.

[Key words] diarrhea; spleen deficiency; children; Erbao grains; immunity

小儿腹泻(pediatric diarrhoea)病是以大便次数增多和大便性状改变为特点,是由多病因、多因素导致的儿童常见病、多发病;从发病原因上看,小儿腹泻病少数为细菌性腹泻,多数为非细菌性腹泻,因长期腹泻可能导致小儿营养不良、发育不良,小儿腹泻病主要发生在发展中国家,严重可致死亡,重视小儿腹泻病的预防及治疗具有一定现实意义^[1]。急性腹泻病的治疗目标,主要是预防和纠正脱水、缩短腹泻病程,低渗口服补液盐(ORS)是基础措施,补锌治疗有利于缩短腹泻病程、减轻病情程度,预防腹泻的复发;慢性腹泻病的目的是消除已明确存在的病因、维持足够的营养摄入,以确保正常的生长发育^[2-3]。可见西医主要以对症支持处理,并无特效的处理措施,滥用抗生素的情况比较严重,可严重损伤患儿胃肠道内环境,甚则导致迁延性腹泻,而中医药治疗本病有其确切的疗效及独特的优势,标本兼治、内外合治,能避免抗生素导致的菌群失调、机体免疫功能损伤等不良反应^[4-5]。

小儿腹泻病归为中医“泄泻”范畴,中医小儿腹泻病的发病原因涉及外邪内犯、乳食不洁、脾胃虚弱等多个方面,而小儿脾胃功能不健全,一旦湿邪侵犯其胃肠,使胃主腐熟水谷以及脾主运化水湿,水谷精微不化,则易出泄泻诸症,其病位在脾胃^[2,5],因此临床治疗多以健脾益气化湿止泻之法。儿宝颗粒主要由太子参、北沙参、茯苓、山药、陈皮、麦冬、葛根等组成,研究显示儿宝颗粒中的多种中药成分可多靶点的作用于儿童胃肠道,从而发挥保护肠道黏膜、抑制杂菌生长等多种作用,可显著的改善小儿腹泻症状^[6-7]。赵智强等^[8]的研究显示儿宝颗粒可通过改善胃肠黏膜的病理,改变肠内血管活性肠肽(VIP),生长抑制素(SS)表达而达到调理胃肠道功能的目的。近来的研究指出免疫功能差是小儿腹泻病的重要发病原因,因此重视调节小儿免疫功能,对小儿腹泻病的治疗有一定帮助^[9]。本研究观察了儿宝颗粒治疗脾虚型小儿腹泻,并从其对免疫蛋白,T细胞水平,粪便中分泌型免疫球蛋白A(SIgA)含量及肠道微生态指标等变化情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经海南医学院第一附属医院伦理委员审批(批号HY201501027),共纳入2015年6月至2018年5月儿科住院部脾虚型腹泻患儿180例,采用随机按数字表法分成对照组和观察组各90例,对照组男性52例,女性38例,年龄(5.76 ± 3.09)岁,病程18~70 d,平均(47.18 ± 18.95) d,腹泻3~10次/d,平均(7.21 ± 2.15)次/d,呕吐症状者37例,病情轻型68例、中型22例。观察组男性56例,女性34例,年龄(5.83 ± 3.22)岁,病程20~70 d,平均(46.92 ± 21.07) d,腹泻3~10次/d,平均(7.10 ± 2.35)次/d,呕吐症状者33例,病情轻型65例、中型25例。研究期间两组患儿均无脱落、失访,年龄、性别、病情症状等基线资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《诸福棠实用儿科学》^[10]拟定标准。大便性状异常改变(呈稀便、水样便、黏液便或脓血便,大便次数异常增多(每日≥3次)。病情程度参照《中国儿童急性感染性腹泻病临床实践指南》^[3]轻型无脱水、中毒症状;中型有些脱水或有轻度中毒症状;重型重度脱水或明显中毒症状(烦躁、精神萎靡、嗜睡、面色苍白、高热、外周血白细胞计数明显增高等)。

1.2.2 脾虚泄中医诊断标准 参照《实用中医儿科学》^[11]制定。主证见泄泻时轻时重,大便溏薄,色淡不臭;次证见完谷不化,食少纳呆,形体消瘦,腹胀,面色萎黄,倦怠少言。舌脉见舌淡苔白,脉缓且弱或指纹淡。具备主证+次证2项,参考舌脉指纹,即可确定。

1.3 纳入标准 ①符合中西医诊断标准,为轻型和中型患儿;②患儿代理人同意本方案治疗,并代理签署知情同意书;③年龄2~10岁,男女不限;④发病时间≥15 d;⑤患儿均为足月出生,且无精神障碍症状。

1.4 排除标准 ①脱水严重患儿;②对本研究涉及药物过敏者;③对患儿采取与本研究无关的治疗方案;④患儿同时参与其他试验对比研究;⑤中途转入

或转院的患儿;⑥患儿胃肠道存在其他疾病;⑦其他原因导致腹泻,例如细菌性感染者;⑧患儿身体存在器质性病变或者原发性免疫缺陷。

1.5 治疗方法 对照组除口服补液盐(ORS)外,口服蒙脱石散[博福-益普生(天津)制药有限公司,国药准字 H20000690,3 g/袋],1 岁以下者 $3 \text{ g} \cdot \text{d}^{-1}$,1~2 岁者 $3 \sim 6 \text{ g} \cdot \text{d}^{-1}$,>2 岁者 $6 \sim 9 \text{ g} \cdot \text{d}^{-1}$,均将总剂量分成每日 3 次,倒入 50 mL 温水中,搅匀后服用,首次剂量加倍。观察组在对照组治疗的基础上,给患儿加服儿宝颗粒(江西药都樟树制药有限公司,国药准字 Z36021823,5 g/袋), ≤ 3 岁者 5 g/次,>3 岁且 ≤ 6 岁者 7.5 g/次,>6 岁者 10 g/次,3 次/d,温开水冲服。两组患儿均连续治疗 10 d。在饮食上注意避免油腻。

1.6 观察指标 ①血清免疫球蛋白 G(IgG),IgM 和 IgA 的检测,抽取治疗前后患儿静脉血 3 mL,分离血清,并采用免疫透射比浊法进行检测,试剂盒(上海晶抗生物工程有限公司,批号分别为 201502018,201503024,201503011),检测设备为迪瑞 CS-6400 全自动生化分析仪。②外周血 $\text{CD}3^+$, $\text{CD}4^+$, $\text{CD}8^+$ 及 $\text{CD}4^+/\text{CD}8^+$ 检测,设备为美国 ACEA Biosciences Inc. 公司 NovoCyte 流式细胞仪,于治疗前后各检测 1 次。③检测粪便中分泌型免疫球蛋白 A(SIgA)含量,采集治疗前后清晨首次粪便 5 g,置于冰箱内,待测;取少许标本进行稀释,采用酶联免疫吸附测定(ELISA)检测,试剂盒(上海博湖生物科技发展有限公司,批号 201501019),设备为北京普天 PT-3502 酶标仪。④唾液淀粉酶活性检测,标本采集前患儿禁食 1 h,静坐 10 min,以蒸馏水漱口,将口腔中食物残渣清除;先通过吞咽的方法将口腔唾液排净,再让唾液在口腔内汇聚 3~4 min,一次收集所分泌的唾液放入离心管中进行检测。采取 EPS-G7 速率法,设备为北京普天 PT-3502 酶标仪,试剂盒(上海超研生物科技有限公司,批号 201504027)。⑤检测尿 D-木糖值,患儿检测前晚 22 时禁食直至检查完,排空尿液,将 D-木糖置于温开水中充分溶解,饮用,搜集 2 h 的尿液待测,ELISA 检测,设备为北京普天 PT-3502 酶标仪,试剂盒(上海超研生物科技有限公司,批号为 201505030)。于治疗前后各检测 1 次。⑤临床主要症状评分,参照《中药新药临床研究指导原则》和参考文献[5]对大便次数、粪便性质、神疲乏力、食欲不振、脘腹胀满、面色萎黄等疾病按无(0 分)、轻(1 分)、中(2 分)、重(3 分)进行评分。于治疗前后各评价 1 次。⑥药

物安全性比较,于治疗前后进行肝肾功能指标检测和不良事件,如恶心、呕吐等比较。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定标准。①显效见主要指标为排便次数恢复正常,大便性状及症状基本正常,异常生化指标,如脱水、电解质失衡等恢复正常,主证积分改善 $\geq 90\%$;次证指标见食欲明显改善,呕吐及其他体征消失;②有效见主要指标为排便次数较治疗前改善 $\geq 1/3$,大便性状及症状有明显改善,异常生化指标改善明显,主症积分改善 $\geq 30\%$;次要指标见食欲改善,呕吐及其他体征明显改善;③无效见未达到以上标准。采用尼莫地平法计算。

$$\text{总有效率} = \frac{(\text{显效例数} + \text{有效例数})}{\text{总例数}} \times 100\%$$

1.8 统计学方法 数据整理采用 SPSS 20.0 统计软件分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,均以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较 对照组临床总有效率达 80% (72/90),较观察组临床总有效率 95.56% (86/90)低,组间差异有统计学意义($\chi^2 = 10.149$, $P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组患儿临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical effect in two groups

组别	显效 /例(%)	有效 /例(%)	无效 /例(%)	总有效率 /%
对照	21(23.33)	51(56.67)	18(20.0)	80.00
观察	33(36.67)	53(58.89)	4(4.44)	95.56 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

2.2 两组患儿免疫蛋白指标比较 与治疗前相比较,治疗后,对照组患儿 IgG 指标的差异有统计学意义($P < 0.05$),IgM 和 IgA 指标与治疗前比较无统计学意义;观察组患儿 IgG,IgM 和 IgA 均较治疗前升高($P < 0.05$);观察组患儿治疗后 IgG,IgM 和 IgA 指标均高于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患儿 T 细胞水平比较 与治疗前相比较,治疗后两组患儿 $\text{CD}3^+$, $\text{CD}4^+$ 及 $\text{CD}4^+/\text{CD}8^+$ 均较治疗前升高,比较差异有统计学意义($P < 0.05$),两组患儿 $\text{CD}8^+$ 水平与治疗前比较均无变化;治疗后,观察组患儿 $\text{CD}3^+$, $\text{CD}4^+$ 及 $\text{CD}4^+/\text{CD}8^+$ 均高于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 2 两组患儿免疫蛋白指标比较 ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

Table 2 Comparison of immune protein indicators in two groups ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

组别	时间	IgG	IgM	IgA
对照	治疗前	16.82 ± 0.98	0.89 ± 0.25	2.16 ± 0.59
	治疗后	18.95 ± 1.05 ¹⁾	0.92 ± 0.18	2.27 ± 0.55
观察	治疗前	16.88 ± 1.93	0.91 ± 0.23	2.19 ± 0.62
	治疗后	21.64 ± 1.14 ^{1,2)}	1.20 ± 0.26 ^{1,2)}	2.84 ± 0.73 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ (表 3 ~ 5 同)。

表 3 两组患儿 T 细胞水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

Table 3 Comparison of levels of T cells in two groups ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

组别	时间	CD3 ⁺ / %	CD4 ⁺ / %	CD8 ⁺ / %	CD4 ⁺ / CD8 ⁺
对照	治疗前	51.68 ± 3.18	34.85 ± 3.06	29.02 ± 2.83	1.20 ± 0.13
	治疗后	59.61 ± 3.97 ¹⁾	41.03 ± 3.57 ¹⁾	30.15 ± 2.89	1.36 ± 0.15 ¹⁾
观察	治疗前	51.85 ± 3.22	34.97 ± 3.10	28.99 ± 2.94	1.21 ± 0.16
	治疗后	65.92 ± 4.35 ^{1,2)}	49.85 ± 4.41 ^{1,2)}	29.08 ± 3.03	1.71 ± 0.19 ^{1,2)}

表 4 两组患儿粪便中 SIgA 含量和症状体征评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

Table 4 Comparison of levels of SIgA in feces and score of symptoms and signs in two groups ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

组别	时间	SIgA/mg·L ⁻¹	症状体征/分
对照	治疗前	128.37 ± 18.65	14.36 ± 3.15
	治疗后	130.86 ± 17.59	5.47 ± 1.31 ¹⁾
观察	治疗前	129.41 ± 21.01	15.28 ± 2.94
	治疗后	157.74 ± 22.08 ^{1,2)}	2.71 ± 0.82 ^{1,2)}

2.5 两组患儿肠道微生态指标比较 与治疗前相比较,两组患儿唾液淀粉酶活性、尿 D-木糖值均有升高,比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗后,观察组患儿唾液淀粉酶活性、尿 D-木糖值的改善程度均优于对照组,比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 5。

表 6 两组患儿治疗前后主要症状评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

Table 6 Comparison of the main symptom in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

组别	时间	大便次数	粪便性质	神疲乏力	食欲不振	脘腹胀满	面色萎黄
对照	治疗前	2.32 ± 0.46	2.17 ± 0.51	2.41 ± 0.58	2.27 ± 0.49	2.19 ± 0.41	2.35 ± 0.52
	治疗后	0.85 ± 0.27 ¹⁾	0.76 ± 0.25 ¹⁾	0.92 ± 0.33 ¹⁾	0.88 ± 0.31 ¹⁾	0.78 ± 0.25 ¹⁾	0.74 ± 0.23 ¹⁾
观察	治疗前	2.36 ± 0.44	2.20 ± 0.49	2.39 ± 0.54	2.31 ± 0.53	2.16 ± 0.47	2.28 ± 0.49
	治疗后	0.37 ± 0.19 ^{1,2)}	0.35 ± 0.16 ^{1,2)}	0.41 ± 0.22 ^{1,2)}	0.45 ± 0.20 ^{1,2)}	0.33 ± 0.15 ^{1,2)}	0.36 ± 0.17 ^{1,2)}

2.7 两组患儿临床药物使用安全性比较 两组患

2.4 两组患儿粪便中 SIgA 含量和症状体征评分比较 与治疗前相比较,对照组患儿粪便中 SIgA 含量差异无统计学意义,观察组患儿粪便中 SIgA 含量较治疗前增加 ($P < 0.05$);治疗后,观察组患儿粪便中 SIgA 含量高于对照组,比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗后两组患儿症状体征评分均有下降 ($P < 0.05$);观察组治疗后症状体征评分均低于对照组,比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 4。

表 5 两组患儿肠道微生态指标比较 ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

Table 5 Comparison of intestinal microecological indicators in two groups ($\bar{x} \pm s, n = 90$)

组别	时间	唾液淀粉酶活性/U·L ⁻¹	尿 D-木糖值/mg·(2 h) ⁻¹
对照	治疗前	16.92 ± 2.16	18.43 ± 2.68
	治疗后	20.05 ± 2.27 ¹⁾	21.57 ± 2.73 ¹⁾
观察	治疗前	16.86 ± 2.11	18.32 ± 2.74
	治疗后	25.69 ± 2.59 ^{1,2)}	26.14 ± 3.13 ^{1,2)}

2.6 两组患儿治疗前后主要症状评分比较 与治疗前相比较,治疗后两组患儿的大便次数,粪便性质,神疲乏力,食欲不振,脘腹胀满,面色萎黄等主要症状评分均有下降,比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗后,观察组患儿的主要症状评分均低于对照组,比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 6。

儿临床症状均未出现不良反应,药物使用安全性

良好。

3 讨论

小儿腹泻病多数预后较好,但少数腹泻易引起小儿贫血、营养不良,还可能导致小儿电解质紊乱、缺水等问题,严重可导致患儿死亡,因此需要尽早干预^[12]。西医从应用肠道保护剂、微生态制剂等来纠正水电解质平衡、防止并发症等着手,在治疗小儿腹泻病上取得一定疗效,但大多数小儿腹泻性质上属于非细菌性腹泻,因此西医并无特效疗法^[13]。中医治疗小儿腹泻病有一定优势,一般将小儿腹泻病归于“泄泻”范畴,大量文献报道指出中医中药治疗能有效缩短小儿腹泻病病程,在改善小儿腹泻不适症状,降低并发症等方面效果较好^[14-15]。从分型上看,脾虚泄是小儿腹泻病最常见类型^[16-17]。早在《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》中已有“湿盛则濡泄”的记载,指出泄泻病病因在于外邪湿邪。《小儿杂病诸候》中也有“小儿解脱逢风冷乳食不消而变生吐利也”的记载,同样指出湿邪是导致小儿泄泻的最主要病因。近代中医学者更具辨证论治的原则,进一步指出除外感湿邪外,小儿自身胃肠娇弱也是导致小儿泄泻病多发的重要原因^[18]。小儿腹泻病的中医辨证论治方法多样,但多数学者认为健脾、利水、渗湿等为治疗小儿腹泻病的主要方向^[19]。

本研究认为小儿腹泻病是多种病因共同作用的结果,其病机虚实夹杂,治疗应以综合手段为主。儿宝颗粒是临床儿童腹泻病常用药物,杨志华等^[6]将儿宝颗粒用于小儿消化不良,结果发现该中药治疗小儿消化不良效果显著,能有效减轻患儿纳差、腹胀等不适感。马雁军等^[20]将儿宝颗粒用于小儿脾虚泄泻的治疗,发现儿宝颗粒能有效减轻小儿脾虚泄泻多种不适症状,缩短患儿治疗周期。本研究将儿宝颗粒用于脾虚泄患儿的的治疗,结果发现观察组患儿临床总有效率达 95.56%,且未发现明显不良反应。免疫功能在患儿腹泻病发病中的作用受到越来越多关注,研究认为儿童免疫能力下降是患儿腹泻病发病的重要原因,而改善患儿免疫力有助患儿腹泻病的预防及治疗^[21]。T 细胞是组成患儿免疫的重要细胞,研究发现由 T 细胞分化而来的 CD4⁺, CD8⁺ 水平降低与小儿腹泻的发生关系密切,尤其是 CD4⁺/CD8⁺ 降低可能在小儿腹泻病的发生上起重要作用^[22]。本研究结果发现观察组患儿治疗后 CD4⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 升高更加明显。分析其原因,本研究认为可能与儿宝颗粒中的某些药物成分能提高免疫力有关。中药药理研究发现太子参中含有皂

苷 A,谷甾醇,棕榈酸等多种活性成分,能显著提高人体免疫力^[24],而茯苓中的茯苓多糖也具有提高免疫力的效果^[25]。本研究分析了患儿治疗前后胃肠道免疫功能,以粪便中 SIgA 含量为主要观察指标,结果显示观察组患儿粪便中 SIgA 含量显著高于对照组,这也提示儿宝颗粒有提高脾虚泄患儿肠道免疫力的效果。本研究尚因观察时间段,儿宝颗粒治疗脾虚泄患儿的远期效果有待进一步研究。

综上所述,本研究组认为在蒙脱石散治疗脾虚泄患儿基础上,加用儿宝颗粒可提高脾虚泄患儿的治疗效果,减轻中医症状,改善其免疫功能,且用药安全,临床在掌握适应症的基础上,可优先选择儿宝颗粒作为脾虚泄患儿的的治疗用药。

[参考文献]

- [1] 张扬,全淑燕,曾力楠,等. 全球现有儿童腹泻临床实践指南的循证评价[J]. 中国药房,2018, 29(8): 1110-1117.
- [2] 胡思源,李晓璇. 中药治疗小儿腹泻病临床试验设计与评价概要[J]. 天津中医药,2018,35(8):564-568.
- [3] 中华医学会儿科学分会消化学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 中国儿童急性感染性腹泻病临床实践指南[J]. 中华儿科杂志,2016,54(7):483-488.
- [4] 程爱,周盈. 小儿腹泻病的中医治疗概况[J]. 中医儿科杂志,2016,12(2):69-73.
- [5] 张丽学. 宝儿康散治疗脾虚湿困型小儿腹泻的临床疗效观察[J]. 中国中药杂志,2015, 40(8): 1605-1609.
- [6] 杨志华,杨文华. 金双歧、蒙脱石散联合儿宝颗粒治疗婴幼儿腹泻疗效观察[J]. 中医儿科杂志,2012, 8(4):27-28.
- [7] 高华. 儿宝颗粒治疗小儿消化不良的疗效探讨[J]. 中国优生优育,2013,19(9):719.
- [8] 赵智强,汪元平,项小人,等. 儿宝颗粒对小儿厌食症模型大鼠胃、空肠段黏膜形态及 VIP、SS 表达的影响[J]. 山东中医药大学学报,2010,9(2):176-177.
- [9] 王慧. 双歧杆菌活菌联合蒙脱石散治疗小儿腹泻的效果及对其免疫功能的影响[J]. 河南医学研究,2017, 26(18):3422-3423.
- [10] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学(上下)[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2012:21-22.
- [11] 江育仁,张奇文. 实用中医儿科学[M]. 2 版. 上海:上海科技出版社,2005:33-34.
- [12] Levy K, Woster A P, Goldstein R S, et al. Untangling the impacts of climate change on waterborne diseases: a systematic review of relationships between diarrheal diseases and temperature, rainfall, flooding, and

- drought[J]. Environ Sci Technol, 2016, 50(10): 4905-4922.
- [13] 赖冬梅. 中西医结合治疗小儿脾胃虚弱迁延性及慢性腹泻临床观察[J]. 医药前沿, 2015, 19(16): 231-232.
- [14] 鲁俊平, 秦艳虹, 师会娟. 秦艳虹教授治疗小儿脾虚泻研究[J]. 中国中西医结合儿科学, 2016, 8(5): 545-547.
- [15] 王芳. 中医外治法综合治疗小儿泄泻 40 例临床观察[J]. 中国民间疗法, 2016, 24(4):36.
- [16] 汤景平, 顾承萍, 黄烈平. 参苓白术散汤剂治疗小儿腹泻脾胃虚弱型 68 例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2016, 12(3):55-58.
- [17] 徐珊, 汪受传. 汪受传温运脾阳法治疗小儿脾虚泻的学术观点与临床经验[J]. 中华中医药杂志, 2016, 14(8):3150-3152.
- [18] 李丽霞, 宋铁珂. 宋铁珂从脾虚夹积论治小儿泄泻[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(6):6-7.
- [19] 徐景利, 李志城, 梁峥嵘, 等. 喜炎平联合蒙脱石散治疗小儿腹泻疗效及安全性的 Meta 分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(3):211-216.
- [20] 马雁军, 王珍. 儿宝颗粒治疗小儿脾虚泄泻纳呆 202 例临床观察[J]. 山西医药杂志, 2008, 37(16): 691-692.
- [21] 曹水霞, 王艳召, 舒广惠. 布拉氏酵母菌治疗小儿腹泻对细胞免疫功能的影响分析[J]. 当代医学, 2017, 23(17):96-98.
- [22] 卢灵莉, 张伟锋, 陈华林. 小儿腹泻与 T 淋巴细胞亚群、血清维生素 D3 水平的关系[J]. 临床医学工程, 2016, 23(3):331-332.
- [23] 王建雄. 太子参苓汤治疗小儿腹泻 78 例[J]. 湘南学院学报:医学版, 2004, 21(4):63-64.
- [24] 张晓丹, 许嗣立, 贾波, 等. 白术茯苓与白术茯苓汤对脾气虚腹泻大鼠模型胃肠形态及水液代谢的影响[J]. 四川中医, 2014, 12(3):61-64.

[责任编辑 何希荣]