

- [3] 虎峻瑞, 段永强, 刘喜平, 等. 中医治疗胃癌研究概况[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(8): 198-202.
- [4] 中华人民共和国卫生部医政司. 胃癌诊疗规范(2011版)[S]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2012, 4(5): 62-71.
- [5] 中华中医药学会. 肿瘤中医诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 25.
- [6] 郑筱萸. 中药新药研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 173-177.
- [7] 万崇华, 陈明清, 张灿珍, 等. 癌症患者生活质量测定量表 EORTC QLQ-C30 中文版评介[J]. 实用肿瘤杂志, 2005, 20(4): 353-355.
- [8] 韩少良. 癌症化学治疗的毒副作用及其处理[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2001: 35.
- [9] 徐 硕, 向春婕, 吴 娟, 等. 健脾养胃法对胃癌化疗患者舌苔真菌的影响[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 584-587.
- [10] 文政伟, 万春霞, 何均辉, 等. 健脾扶正方对接受新辅助化疗胃癌患者近期疗效和免疫功能的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(1): 14-18.
- [11] 陈冬梅, 蒙 洁, 刘佳佳, 等. 基于网络药理学的党参增强免疫功能机制研究[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(2): 184-187; 后插 30-后插 31.
- [12] 杨 颖, 魏梦昕, 伍耀业, 等. 白术多糖提取分离、化学组成和药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2021, 52(2): 578-584.
- [13] 丁建营, 刘春娟, 郭建军, 等. 天花粉化学成分的药理活性及其提取与检测方法研究进展[J]. 中国药房, 2018, 29(13): 1859-1864.
- [14] 迟宇昊, 李 暘, 申 远. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2021, 38(2): 189-192.
- [15] 王天铭, 赵林华, 邸 莎, 等. 半夏临床应用及其用量[J]. 吉林中医药, 2019, 39(11): 1448-1451.
- [16] 姚鹏宇, 程广清, 刘博一, 等. 代赭石在五官科中的应用[J]. 上海中医药杂志, 2018, 52(3): 65-67.
- [17] 亓国锋, 李刚刚. 麦芽的现代研究进展[J]. 国际中医中药杂志, 2019, 41(7): 790-792.
- [18] 付 琳, 付 强, 李 冀, 等. 黄连化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医学报, 2021, 49(2): 87-92.
- [19] 李梓盟, 张佳彦, 李 菲, 等. 白花蛇舌草抗肿瘤化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药信息, 2021, 38(2): 74-79.
- [20] Riccio G, Ricardo A R, Passariello M, et al. T-cell activating tribodies as a novel approach for efficient killing of ErbB2-positive cancer cells[J]. *J Immunother*, 2019, 42(1): 1-10.

加味异功散联合常规治疗对脾胃虚弱型小儿厌食症患者的临床疗效

向正可, 陈沛伟*, 谭从容, 谈娅娟, 杨 环
(恩施州民族医院, 湖北 恩施 445000)

摘要: **目的** 探讨加味异功散联合常规治疗对脾胃虚弱型小儿厌食症患者的临床疗效。**方法** 94例患者随机分为对照组和观察组, 每组47例, 对照组给予常规治疗(多酶片、双歧杆菌三联活菌散), 观察组在对照组基础上加用加味异功散, 疗程8周。检测临床疗效、Ghrelin、LEP、HGB、GAS、NPY、微量元素(Zn^{2+} 、 Ca^{2+})、症状评分变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。治疗后, 2组Ghrelin、HGB、GAS、NPY、微量元素升高($P<0.05$), LEP、症状评分降低($P<0.05$), 以观察组更明显($P<0.05$)。**结论** 加味异功散联合常规治疗可改善脾胃虚弱型小儿厌食症患者食欲, 提高营养状态, 调节胃肠激素及微量元素水平。

关键词: 加味异功散; 常规治疗; 小儿厌食症; 脾胃虚弱

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2021)12-3559-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2021.12.060

小儿厌食症是一种发生于3~6岁小儿的常见疾病, 又称为消化功能紊乱, 以食欲降低或拒食为主要表现, 进食是人体摄入营养物质的主要途径, 其长期受限可引起营养不良, 严重时可能影响患儿生长发育^[1], 我国学龄前儿童发病率为12%~34%, 而国外更高, 并且近年来呈逐渐升高

的趋势^[2]。本病病机复杂, 目前认为胃肠激素水平失衡、胃肠道菌群失衡等均与其发生相关^[3], 西医以对症治疗为主要手段, 双歧杆菌三联活菌散等微生态制剂是常用药物, 但效果有限, 通过中药辅助以提高临床疗效已成为研究重点^[4]。

收稿日期: 2021-01-13

基金项目: 恩施州医疗卫生类指导性项目(JCY2019000009)

作者简介: 向正可(1986—), 男(土家族), 硕士, 主治医师, 研究方向为儿童重症。Tel: 18672444442

*通信作者: 陈沛伟(1967—), 男, 主任医师, 研究方向为儿童内分泌。Tel: 13597779399

中医认为,脾胃为后天之本,气血生化之源,小儿脾常虚,肝常有余,脾胃虚弱日久则气血不足,脾虚日久则肝可克犯脾土而加重脾虚,故治疗多从脾胃入手^[5]。异功散补是中医治疗脾胃虚弱型腹胀类疾病的代表方,本研究探讨该方加味异功散联合常规治疗对脾胃虚弱型小儿厌食症患者的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2017年9月至2020年2月于恩施州民族医院就诊的94例脾胃虚弱型小儿厌食症患者,随机数字表法分为对照组和观察组,每组47例。其中,对照组男性26例,女性21例;年龄3~6岁,平均年龄(4.51±0.87)岁;病程1~7个月,平均病程(3.61±0.69)个月,而观察组男性27例,女性20例;年龄3~6岁,平均年龄(4.39±0.92)岁;病程1~8个月,平均病程(3.78±0.75)个月,2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究经医院伦理委员会审核通过(编号20171001)。

1.2 诊断标准 参考文献[6-7]报道,(1)食欲减退甚至拒绝进食,时间持续1个月以上;(2)精神萎靡,见食呕吐,腹胀,面色萎黄,大便不成形;(3)年龄不大于6岁;(4)血红蛋白水平降低;(5)辨证脾胃虚弱型,主症乏力、食欲降低,次症腹胀、便溏、舌淡胖、有齿痕、脉沉细、指纹淡红、未过风关。

1.3 纳入标准 (1)符合小儿厌食症诊断标准;(2)初次治疗;(3)辨证脾胃虚弱型;(4)近期未接受其他临床研究;(5)患者家属了解本研究,签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)对本研究药物过敏;(2)其他疾病引起的食欲降低;(3)合并胃肠道器质性病变;(4)依从性差;(5)合并肝肾功能障碍。

1.5 治疗手段

1.5.1 对照组 采用常规治疗,包括多酶片(四川省尚善堂药业有限公司,胰酶0.3g/胃蛋白酶13mg,国药准字H51020811,批号20171003、20180602、20180501),每次1片,每天3次;双歧杆菌三联活菌散(上海信谊制药有限公司,1g/包,国药准字S10970105,批号20170904、20180802、20190304)1包,每天3次。连续治疗8周。

1.5.2 观察组 在对照组基础上给予加味异功散,组方药材党参6g、炒白术6g、茯苓9g、陈皮3g、炙黄芪9g、鸡内金6g、神曲6g、炒山楂9g、石斛6g、佛手9g、砂仁3g(后下)、炙甘草3g,乏力明显者,改党参为人参6g;腹泻者,加莲子肉6g、淮山10g;腰膝酸软者,加山茱萸15g;腹胀明显者,加厚朴6g,均由医院中药房统一提供,标准煎煮法取汁200mL,周一至周五上、下午各口服100mL。连续治疗8周。

1.6 指标检测

1.6.1 微量元素水平 采用PUZS-300全自动生化分析仪(北京普朗新技术有限公司),检测锌(Zn^{2+})、钙(Ca^{2+})

水平。

1.6.2 胃泌素(GAS)、酪神经肽(NPY)水平 治疗前后抽取患者空腹静脉血,离心取血清,采用ELISA法检测GAS、NPY水平,相关试剂盒由上海研卉生物公司提供。

1.6.3 人生长激素腺释放肽(Ghrelin)、血红蛋白(HGB)水平 采用Elx-800型酶标仪(美国宝特公司)检测Ghrelin水平,相关试剂盒由南京建成生物工程研究所提供,再采用DxH800血细胞分析仪(美国贝克曼-库尔特公司)检测HGB水平,设定离心半径10cm,速度4000r/min。

1.6.4 症状评分 检测主要症状(乏力、食欲降低)、次要症状(腹胀、便溏)总评分^[7]。其中,乏力程度包括(1)轻度,自觉乏力,但程度轻,经休息后可缓解;(2)中度,自觉乏力明显,休息后不缓解,但尚可维持日常生活;(3)重度,自觉乏力明显,严重影响正常生活。食欲降低程度包括(1)轻度,进食量减少不足日常饮食1/3;(2)中度,进食量减少,降低程度大于日常饮食的1/3但不足2/3;(3)重度,进食量降低程度大于2/3。便溏程度包括(1)轻度,便溏偶有发作;(2)中度,便溏持续存在,经药物治疗可缓解;(3)重度,便溏持续存在,经药物治疗仍不缓解。腹胀程度包括(1)轻度,偶有发作;(2)中度,腹胀持续,经药物治疗可缓解;(3)重度,腹胀持续,经药物治疗仍不缓解,根据严重程度,主要症状分别以2、4、6分表示,次要症状分别以1、2、3分表示。再于同一台体重仪上检测2组患者清晨空腹状态下体质量,平行2次,取平均值。

1.7 临床疗效 参考文献[7]报道,(1)治愈,治疗后总症状评分降低程度95%以上;(2)显效,治疗后总症状评分明显改善,降低程度 $\geq 75\%$ 但 $<95\%$;(3)有效,治疗后总症状评分降低程度 $\geq 30\%$ 但 $<75\%$;(4)无效,治疗后总症状评分降低程度 $<30\%$ 甚至升高。总有效率= $[(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数] \times 100\%$ 。

1.8 统计学分析 通过SPSS 23.0软件进行处理,计量资料均符合正态分布,以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 Ghrelin、LEP、HGB水平 由表1可知,治疗后,2组Ghrelin、HGB水平升高($P<0.05$),LEP水平降低($P<0.05$),以观察组更明显($P<0.05$)。

2.2 GAS、NPY水平 由表2可知,治疗后,2组GAS、NPY水平升高($P<0.05$),以观察组更明显($P<0.05$)。

2.3 微量元素水平 由表3可知,治疗后,2组 Zn^{2+} 、 Ca^{2+} 水平升高($P<0.05$),以观察组更明显($P<0.05$)。

2.4 症状评分 由表4可知,治疗后,2组症状评分降低($P<0.05$),以观察组更明显($P<0.05$)。

2.5 临床疗效 由表5可知,观察组总有效率高高于对照组($P<0.05$)。

表1 2组 Ghrelin、LEP、HGB 水平比较 ($\bar{x}\pm s, n=47$)

组别	Ghrelin/(ng·L ⁻¹)		LEP/(ng·L ⁻¹)		HGB/(g·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	216.25±29.84	267.15±35.37 [#]	3.61±0.47	2.98±0.35 [#]	98.60±6.07	114.92±10.65 [#]
观察组	207.89±30.47	325.49±41.25 ^{#*}	3.80±0.52	2.01±0.29 ^{#*}	98.37±6.45	128.13±14.85 ^{#*}

注:与同组治疗前比较,[#]*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^{*}*P*<0.05。

表2 2组 GAS、NPY 水平比较 ($\bar{x}\pm s, n=47$)

组别	GAS/(pg·mL ⁻¹)		NPY/(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	26.35±4.07	31.28±3.94 [#]	138.95±25.67	187.02±16.17 [#]
观察组	26.74±4.39	37.16±4.25 ^{#*}	139.26±25.07	206.08±19.81 ^{#*}

注:与同组治疗前比较,[#]*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^{*}*P*<0.05。

表3 2组微量元素比较 ($\bar{x}\pm s, n=47$)

组别	Zn ²⁺ /(μmol·L ⁻¹)		Ca ²⁺ /(μmol·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	72.59±6.18	79.36±5.14 [#]	1.59±0.28	1.76±0.31 [#]
观察组	72.02±6.82	85.26±4.67 ^{#*}	1.64±0.32	1.91±0.29 ^{#*}

注:与同组治疗前比较,[#]*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^{*}*P*<0.05。

表4 2组症状评分比较 ($\bar{x}\pm s, n=47$)

组别	主要症状评分/分		次要症状评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	5.02±0.47	2.04±0.16 [#]	2.62±0.34	1.04±0.17 [#]
观察组	5.13±0.53	0.83±0.12 ^{#*}	2.69±0.39	0.53±0.09 ^{#*}

注:与同组治疗前比较,[#]*P*<0.05;与对照组治疗后比较,^{*}*P*<0.05。

表5 2组临床疗效比较 [例 (%), n=47]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	11(23.40)	13(27.66)	9(19.15)	14(29.79)	33(70.21)
观察组	23(48.94)	15(31.91)	6(12.77)	3(6.38)	44(93.62) [#]

注:与对照组比较,[#]*P*<0.05。

3 讨论

小儿厌食症病机复杂,主要包括①铜、铁、锌等微量元素及维生素缺乏;②胃肠黏膜结构及胃肠动力改变;③胃肠激素紊乱;④肠道内菌群失调及Hp感染^[8-10]。若得不到及时有效的治疗,则可严重影响患儿身体及智力发育。

胃泌素主要由胃窦及小肠上部细胞分泌,小儿厌食症患者其水平减少^[11]。NPY是一种常见的脑肠肽类胃肠激素,患儿体内其水平明显降低,导致中枢性食欲减弱^[12],本研究结果显示,治疗后观察组血清GAS、NPY水平高于对照组。Ghrelin主要由位于胃底部的X/A样细胞分泌,可促进生长激素及胰岛素样生长因子的释放而增加食欲^[13],还能减轻炎症反应,促使肠道运动和消化吸收,小儿厌食症患者血液中Leptin水平升高时,其水平则降低,两者数值相对稳定是食欲正常的重要保障^[14]。Zn²⁺、Ca²⁺是人体主要的微量元素,其中后者是人体生长发育所必须的,其水平降低时可引起肌肉兴奋性提高而引起抽搐,并且参与了小儿骨质发育,长期低下时会影响正常骨骼发育^[15];前者也是人体必需的微量元素,与机体内蛋白酶等近百种酶活性密切相关,其水平降低时可引起酶活性减弱,从而对

患者多种系统的正常功能造成影响^[16],并且还可使唾液磷酸酶活性降低,延缓舌上味蕾细胞更新,导致患者食欲和味觉敏感度弱化,最终引起厌食症^[17]。本研究结果显示,治疗后观察组血清Ghrelin、HGB、Zn²⁺、Ca²⁺水平高于对照组,同时体质量更大,LEP水平更低。

中医认为,小儿厌食症属于“食滞”“痰浊”等范畴,病位在脾胃,发生与先天禀赋不足、后天失养相关,多累及脾胃、肝等脏腑。脾胃为气血生化之源,小儿尚未发育完全,体质具有脾为常虚,肝常有余的特点,肝属木,脾属土,两者相互制约且互为联系,脾胃虚弱则气血生化不足,水谷精微运化失权,日久则肝木亦可旺盛,最终克犯脾土,从而加重其对脾土的相乘,对治疗当以补益脾胃为本。加味异功散中炙黄芪补益脾肺,促进元气修复,为君药;党参健脾益气、生津养血,砂仁化湿和胃,炒白术燥湿健脾、益气,与党参、黄芪合用则益气之力更强,并具有化湿之力,符合脾喜燥恶湿的特性,可促进脾运恢复,合为臣药;鸡内金、神曲消食,山楂消食化积,且味酸而具有促进食欲功效;石斛养阴护胃,与山楂合用酸甘化阴;佛手疏肝化痰、醒脾,避免肝木犯脾土,合为佐药;炙甘草益气健脾,调和诸药,为使药。本研究结果显示,观察组症状评分低于对照组,总有效率更高,其作用机制复杂,主要包括(1)调整食欲调节因子,促进食欲改善;(2)调节胃肠激素,促进胃肠道功能恢复;(3)提高微量元素水平,纠正贫血,可能与胃肠道吸收功能改善有关^[18-20]。

综上所述,加味异功散联合常规治疗对脾胃虚弱型小儿厌食症患者疗效显著,具有重要临床意义。

参考文献:

- [1] 杨伟哈,独家能,许雯雯,等. 中西医疗疗小儿厌食症研究概况[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(11): 1979-1982.
- [2] 马乐萍. 绍兴市柯桥区60例小儿厌食症的流行病学调查研究[J]. 世界华人消化杂志, 2018, 26(16): 972-978.
- [3] Thaler L, Israel M, Antunes J M, et al. An examination of the role of autonomous versus controlled motivation in predicting inpatient treatment outcome for anorexia nervosa[J]. *Int J Eat Disord*, 2016, 49(6): 626-629.
- [4] 陈珊红,周盈. 小儿厌食症的中西医研究进展[J]. 新疆中医药, 2018, 36(1): 117-120.

- [5] 周健铖, 陈敬欢, 钟裕钦, 等. 厌食症中医证型与微量元素、幽门螺杆菌的相关性研究[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(3): 613-614.
- [6] 孔庆梅. 中国进食障碍防治指南解读[J]. 中华精神科杂志, 2018, 51(6): 355-358.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 162-167.
- [8] 庄海燕. 小儿厌食症的病因病机及治疗[J]. 中医临床研究, 2016, 8(17): 140-142.
- [9] 姜宁, 邵征洋, 詹璐. 中药健脾贴敷联合推拿治疗脾胃虚弱型小儿厌食症的疗效观察[J]. 中华全科医学, 2019, 17(3): 471-474.
- [10] 张健, 马彩霞. 小儿厌食症相关因素调查分析[J]. 中国卫生产业, 2016, 13(9): 70-72.
- [11] 周黎黎, 柳春玲, 沈玉鹏, 等. 运脾颗粒对幼龄厌食模型大鼠胃肠激素水平的影响[J]. 西部中医药, 2017, 30(3): 12-15.
- [12] 杨伟哈, 王玉娥, 独家能, 等. 调脾和中方及其优化方对小儿厌食症大鼠模型胃肠激素的影响[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(10): 1668-1671.
- [13] 吴旻, 戴一扬, 厉朝喜, 等. 老年反流性食管炎患者血清 Ghrelin 和 Leptin 水平及在胃黏膜中表达的意义[J]. 中国现代医生, 2015, 53(24): 21-24.
- [14] 俞惠英. 小儿厌食颗粒治疗厌食症患儿疗效及对血清促人生长激素腺释放肽与瘦素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(8): 857-859.
- [15] 陈文娇, 吕景芳. 补虚醒脾中药联合推拿治疗小儿厌食症疗效及对血清微量元素、血红蛋白、食欲调节因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(32): 3617-3620.
- [16] 张会. 开胃进食方对厌食(脾虚食积)患儿血液微量元素影响的临床观察[D]. 长春: 长春中医药大学, 2018.
- [17] 殷建群, 丁红梅, 任宗春, 等. 扶正健脾汤对脾胃虚弱型厌食症患儿免疫功能及微量元素的影响[J]. 海南医学, 2019, 30(23): 3037-3040.
- [18] 詹李彬. 异功散加减配合西药治疗小儿厌食症 50 例[J]. 福建中医药, 2019, 50(2): 79-80.
- [19] 薛城, 郑秦, 季玉婷, 等. 异功散联合常规西药治疗慢性病贫血(脾气虚证)的随机、双盲、安慰剂对照临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2020, 54(S1): 81-85.
- [20] 任时茜, 陈丁丁, 朱霞. 健脾益气膏治疗小儿厌食症脾胃气虚证的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(12): 974-978.

麻龙定喘汤联合布地奈德、噻托溴铵对哮喘-慢阻肺重叠综合征患者的临床疗效

缪志龙¹, 王缙², 丁小星¹, 阙维红^{1*}

(1. 镇江市中医院肺病科, 江苏 镇江 212003; 2. 镇江市中医院 ICU, 江苏 镇江 212003)

摘要: 目的 探究麻龙定喘汤联合布地奈德、噻托溴铵对哮喘-慢阻肺重叠综合征患者的临床疗效。方法 70 例患者随机分为对照组 (34 例) 和观察组 (36 例), 对照组给予布地奈德、噻托溴铵, 观察组在对照组基础上加用麻龙定喘汤, 疗程 1 个月。检测临床疗效、中医证候评分、肺功能指标 (FEV₁、FVC、FEV₁/FVC、DLCO、IC/TLC、RV/TLC)、ACT 评分、CAT 评分、不良反应发生率变化。结果 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、RV/TLC、CAT 评分降低 ($P < 0.05$), FEV₁、FVC、FEV₁/FVC、DLCO、IC/TLC、ACT 评分升高 ($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 麻龙定喘汤联合布地奈德、噻托溴铵可安全有效地改善哮喘-慢阻肺重叠综合征患者中医证候和肺功能, 控制哮喘、慢阻肺情况。

关键词: 麻龙定喘汤; 布地奈德; 噻托溴铵; 哮喘-慢阻肺重叠综合征

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2021)12-5562-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2021.12.061

哮喘与慢性阻塞性肺疾病 (简称慢阻肺) 是临床发病率较高的气流阻塞性疾病, 主要表现为慢性气道炎症与气道阻塞, 但两者发病机制与临床特征各有不同^[1]。哮喘-慢阻肺重叠综合征是将哮喘、慢阻肺相关特征集于一体的综

合性疾病, 为持续性气流受限, 发病机制是由患者免疫功能低下引起肺部感染, 导致肺功能衰弱, 使哮喘加剧^[2]。目前, 临床治疗哮喘-慢阻肺重叠综合征主要采用药物治疗, 常见的有支气管舒张剂、糖皮质激素、白三烯受体拮

收稿日期: 2021-07-09

作者简介: 缪志龙 (1968—), 男, 副主任中医师, 研究方向为呼吸系统、急危重症。Tel: 13775558708, E-mail: 15951275875@163.com

* 通信作者: 阙维红 (1974—), 女, 主管护师, 研究方向为呼吸系统。Tel: 15951275875, E-mail: 524614972@qq.com