

和胃进食饮联合吗丁啉治疗小儿厌食症 37 例临床观察

何丽亚

诸暨市第四人民医院, 浙江 诸暨 311800

[摘要] 目的: 观察和胃进食饮联合吗丁啉治疗小儿厌食症的临床疗效。方法: 将厌食症患者 74 例随机分为 2 组各 37 例, 对照组予吗丁啉治疗, 实验组在对照组的基础上联合和胃进食饮治疗, 疗程为 14 天, 观察比较 2 组疗效。结果: 治疗后总有效率实验组为 97.30%, 对照组为 78.38%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组中医证候评分均较治疗前明显下降 ($P > 0.05$), 且实验组中医证候评分下降较对照组更显著 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组进食量、体重指数均较治疗前明显增加 ($P > 0.05$), 且实验组上述指标增加较对照组更显著 ($P < 0.05$)。结论: 和胃进食饮联合吗丁啉治疗小儿厌食症疗效确切, 疗效优于单纯吗丁啉治疗。

[关键词] 小儿厌食症; 中西医结合疗法; 和胃进食饮; 吗丁啉

[中图分类号] R725.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 10-0145-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.10.068

小儿厌食症属于临床常见慢性食欲障碍性疾病, 多发于 3~6 岁小儿, 临床多表现为长期食欲缺乏或减退, 临床表现以腹胀、便秘、腹痛常见, 严重者出现拒食, 对患儿的健康成长不利。临床中, 笔者应用和胃进食饮联合吗丁啉治疗厌食症, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《诸福棠实用儿科学》^[1]中的相关临床诊断标准: ①食欲不振, 较病前食量减少 $\geq 50\%$; ②体重增长减轻或停滞; ③饮食习惯不良, 伴有喂养不当史。

1.2 辨证标准 符合《中医儿科学》^[2]中的相关诊断标准, 为脾胃气虚证: ①精神稍差, 形体偏瘦, 食欲不振, 面色萎黄, 大便不成形; ②舌质淡, 脉无力; ③伴有喂养不当史, 譬如进食未定量、定时, 过食零食及甘甜、生冷食物, 偏食等。

1.3 纳入标准 ①符合小儿厌食症西医诊断标准及中医诊断标准; ②近 1 个月内未接受药物治疗; ③无肝肾等器质性疾病; ④临床资料齐全, 签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并其他系统疾病者; ②药物过敏者; ③近期接受药物治疗者; ④不配合本治疗方案者。

1.5 一般资料 选取 2012 年 7 月—2015 年 3 月在本院收治的厌食症患者为研究对象, 按照分层法将其随机分为对照组与实验组各 37 例。对照组男 20 例, 女 17 例; 年龄 3~10 岁, 平均 (6.37 ± 0.75) 岁; 病程 (34.02 ± 13.50) 月。实验组男 22 例, 女 15 例; 年龄 3~10 岁, 平均 (6.53 ± 0.82) 岁; 病程 (36.05 ± 12.76) 月。2 组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P >$

0.05), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以吗丁啉(多潘立酮混悬液, 西安杨森制药有限公司), 每次 10 mL, 每天 3 次, 于饭前 30 min 服用, 持续治疗 14 天。

2.2 实验组 在对照组的基础上联合和胃进食饮治疗。处方: 木香 2.5 g, 陈皮 5 g, 神曲、山楂、炒麦芽各 15 g, 茯苓 8 g, 炙甘草 4 g, 法半夏 6 g。加减: 胃不纳食者重用山楂、炒麦芽、神曲, 加用鸡内金; 脾不健运者加大茯苓剂量, 加用土炒白术; 气虚体弱者加山药、太子参; 兼外感者加大枣、生姜; 胃阴虚者加乌梅、木瓜。每天 1 剂, 加水 700 mL, 浸泡 30 min 后武火煎沸, 继以文水煎至 20 min, 取药液后再复煎, 二煎共取药液 250 mL, 分早中晚 3 次于饭后 30 min 服用, 持续治疗 14 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察比较 2 组中医证候疗效及治疗前后体重指数、进食量变化情况。

3.2 统计学方法 应用 SPSS18.0 软件进行统计学分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 对照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中相关标准拟定: 痊愈: 食量、食欲均恢复至正常状态, 中医临床主要征、症状完全消失, 证候积分下降幅度为 95% 及其以上; 显

[收稿日期] 2015-04-17

[作者简介] 何丽亚 (1979-), 女, 主治医师, 研究方向: 儿童呼吸系统、消化系统等常见病的诊治。

效：食量、食欲恢复至原有水平的75%，临床主要症状基本消失，证候积分下降幅度为70%及其以上，但在95%以下；有效：食量、食欲恢复至原有水平的75%，临床症状明显好转，证候积分下降幅度为30%及其以上，但小于70%；无效：食量、食欲未出现显著性改变，证候积分下降幅度在30%以下。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后总有效率实验组为97.30%，对照组为78.38%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)				总有效
		痊愈	显效	有效	无效	
对照组	37	13(35.14)	10(27.02)	6(16.22)	8(21.62)	29(78.38)
实验组	37	22(59.46)	8(21.62)	6(16.22)	1(2.70)	36(97.30) ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2组中医证候评分比较 见表2。治疗后2组中医证候评分均较治疗前明显下降($P > 0.05$)，且实验组中医证候评分下降较对照组更显著($P < 0.05$)。

组别	n	分	
		治疗前	治疗后
对照组	37	17.42 ± 4.14	8.90 ± 3.86 ^①
实验组	37	17.46 ± 4.15	4.62 ± 2.97 ^②

与本组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后进食量、体重指数比较 见表3。治疗后2组进食量、体重指数均较治疗前明显增加($P > 0.05$)，且实验组上述指标增加较对照组更显著($P < 0.05$)。

组别	n	进食量(g)				体重指数	
		治疗前		治疗后		治疗前	治疗后
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后		
对照组	37	104.41 ± 41.32	136.82 ± 55.92 ^①	13.92 ± 2.01	14.25 ± 2.23 ^①		
实验组	37	104.62 ± 40.52	180.92 ± 60.84 ^②	13.82 ± 2.14	15.14 ± 2.85 ^②		

与本组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

5 讨论

小儿厌食症属于临床常见慢性食欲障碍性疾病，据有关

调查发现，伴随着独生子女的日益增多，小儿饮食结构发生了巨大的改变，厌食症患病率呈逐年增长趋势^[4]。中医学认为，小儿厌食症属脾胃病范畴，多因脾胃功能紊乱，受纳失司，脾健、胃和机制失衡，则食而不化、不消^[5]。该病病机认识最早可追溯至《黄帝内经》，指出脾胃不和、虚弱为该病关键病机，故临床治疗当以脾胃调和为原则。在具体治疗上，主要包括运脾消积法、燥湿健脾法、疏肝理脾法、温中健脾法、益气健脾法、甘淡健脾法、健脾助运法等，而脾胃气虚型治以健脾益气为原则。

吗叮啉为苯并咪唑衍生物，对胃肠道多巴胺 D₂ 受体具有一定的抑制作用，能促使胃肠运动增强，诱导上胃肠道快速蠕动，促使其早日恢复张力，进而诱导胃排空，提升十二指肠与胃窦运动，在小儿厌食症治疗中有一定的临床疗效。而和胃进食饮联合吗叮啉治疗厌食症疗效确切，值得临床进一步推广应用。

本研究结果显示，治疗后实验组中医证候评分、临床总有效率及体重指数、进食量均优于对照组($P < 0.05$)，证实和胃进食饮联合吗叮啉治疗厌食症疗效确切，值得临床进一步推广应用。

[参考文献]

- [1] 汪受传. 中医儿科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 106.
- [2] 吴瑞萍, 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 1230-1231.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 167-168.
- [4] 刘洪清. 葡萄糖酸锌配合吗叮啉治疗小儿厌食的临床体会[J]. 中国医学创新, 2010, 27(27): 10-11.
- [5] 夏以琳, 张志巧, 霍莉莉, 等. 健脾四号合剂治疗小儿厌食症的临床观察及胃动力研究[J]. 天津中医药, 2013, 30(1): 21-24.

(责任编辑: 冯天保)