

三仁汤合泻黄散加减治疗小儿脾胃湿热型厌食的临床疗效分析

王佳菲¹, 王岚²

(1. 涿州市医院 中医科, 河北 涿州 072750; 2. 涿州市医院 临床营养科, 河北 涿州 072750)

【摘要】目的:评估三仁汤合泻黄散加减应用在脾胃湿热型厌食患儿中的临床疗效。**方法:**选取2020年7月至2021年12月医院收治的71例脾胃湿热型厌食患儿为研究对象, 将其以随机数字表法分为对照组(36例)和观察组(35例)。对照组行常规西医治疗, 观察组行三仁汤合泻黄散加减治疗。评价两组中医症状积分、胃动力指标、营养状况指标、治疗有效率。**结果:**治疗3周后, 观察组神疲乏力、食少纳呆、小便溲黄症状积分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗3周后, 观察组NPY、GAS、MOT指标高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗3周后, 观察组LP、FN、ALB指标高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组治疗有效率高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**对脾胃湿热型厌食患儿行三仁汤合泻黄散加减治疗, 能够增强疗效, 提升胃动力, 缓解不适症状, 改善营养状态, 值得推广。

【关键词】三仁汤; 泻黄散加减; 小儿; 脾胃湿热型; 厌食

中图分类号: R272

文献标识码: B

文章编号: 1671-2242(2023)07-0094-03

厌食症是以长时间食量减少、食欲消失或拒食等为主要症状的常见病症, 且随着独生子女数量增多、生活水平提高等, 当前我国小儿厌食症发病率不断攀升, 若不及时治疗, 轻则造成营养不良, 重则易诱发免疫力低下、缺铁性贫血、反复呼吸道感染等, 严重影响患儿正常生长发育^[1-2]。现阶段西医主要对厌食症患儿进行补充微量元素、促胃动力、抗幽门螺杆菌感染、饮食心理指导、维生素等治疗, 但是整体疗效欠佳^[3]。祖国医学依据厌食症的症状, 将其归于“积滞”“阳明病”“疳证”等范畴^[4], 且认为以脾胃湿热型厌食症较为多见, 治宜宣畅气机、清热化湿。基于此, 本研究选取2020年7月至2021年12月我院收治的71例脾胃湿热型厌食症患儿为研究对象, 就三仁汤合泻黄散加减应用在脾胃湿热型厌食症患儿中的临床疗效展开分析。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取2020年7月至2021年12月我院收治的71例脾胃湿热型厌食症患儿为研究对象,

将其以随机数字表法分为对照组(36例)和观察组(35例)。对照组男20例, 女16例; 年龄3~12岁, 平均(7.6±0.8)岁; 病程1~6个月, 平均(3.4±0.5)月。观察组男18例, 女17例; 年龄3~13岁, 平均(7.8±0.9)岁; 病程1~5个月, 平均(3.2±0.4)月。两组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。(1)诊断标准: ①西医: 参照《诸福棠实用儿科学》^[5], 食量减少、食欲不振等至少出现1个月, 无慢性疾病, 伴有病后失调、喂养不当病史, 形体偏瘦等; ②中医: 参照《中医儿科常见病诊疗指南》^[6], 辨证为脾胃湿热型, 主症: 厌恶或不思进食, 或是拒食, 次症: 肢体倦怠、大便臭秽或干结、口渴不欲饮、小便黄少, 苔薄黄腻, 舌红, 脉滑数。(2)纳入标准: 入组前未接受助消化类药物治疗; 监护人知情且接受研究方法。(3)排除标准: 贫血者; 研究涉及药物过敏者; 严重佝偻病者; 消化性溃疡、急慢性肝炎、急慢性胃肠炎、呼吸道感染等疾病所致厌食者; 中途退出者; 严重心肝肾等原发疾病者。

1.2 方法:对照组行常规西医治疗:口服复合维生素B(药品厂家:山西太原药业有限公司;批准文号:国药准字H14021767;用药剂量:每日2次,每次2片)+葡萄糖酸锌颗粒(药品厂家:浙江杭康药业有限公司;批准文号:国药准字H33022339;用药剂量:每日3次,每次70mg)。观察组行三仁汤合泻黄散加减治疗:滑石15g、薏苡仁30g、苦杏仁10g、防风10g、淡竹10g、黄芩10g、藿香10g、法半夏10g、厚朴9g、栀子9g、通草5g、白豆蔻5g、炙甘草5g,若是食少不化者则加用焦山楂、炒稻芽、神曲、鸡内金各10g,若是脘腹胀满者则加用槟榔、大黄各10g,若是口渴烦躁者则加用木瓜、乌梅各10g,若是口臭多汗者则加用黄连5g,若是少气懒言者则加用莲子、茯苓、山药、党参各10g,每日1剂,每剂加水煎煮后留汁300ml,且分3次温服。两组治疗时间均为3周。

1.3 观察指标:观察两组中医症状积分、胃动力指标、营养状况指标和治疗有效率。(1)中医症状积分:评价神疲乏力、食少纳呆、小便溲黄,每项均为0~3分,且0分时表示“无症状”,而3分时表示“重度症状”^[7]。(2)胃动力指标:评价神经肽Y(NPY)、胃泌素(GAS)、胃动素(MOT),方法:取3mL空腹静脉血,以放射免疫分析仪测定。(3)营养状况指标:评价瘦素(LP)、纤维粘连蛋白(FN)、白蛋白(ALB),方法:采血后以全自动生化分析仪测定。(4)治疗有效率,有效:证候积分降幅40%~90%,食量减少、面色萎黄、大便稀溏、精神淡漠等体征与症状明显好转;显效:证候积分降幅>90%,上述体征与症状消失;总有效率=(显效例数+有效例数)/组例数×100%^[8]。

1.4 统计学方法:采用SPSS 23.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医症状积分比较:治疗前,两组神疲乏力、食少纳呆、小便溲黄症状积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗3周后,观察组神疲乏力、食少纳呆、小便溲黄症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组胃动力指标比较:治疗前,两组NPY、GAS、MOT指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗

3周后,观察组NPY、GAS、MOT指标高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表1 两组中医症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	神疲乏力	食少纳呆	小便溲黄
对照组	36	治疗前	2.35 ± 0.33	2.22 ± 0.34	2.29 ± 0.30
		治疗后	1.79 ± 0.24	1.63 ± 0.25	1.68 ± 0.26
观察组	35	治疗前	2.37 ± 0.38 ^a	2.25 ± 0.32 ^a	2.26 ± 0.29 ^a
		治疗后	1.34 ± 0.21 ^b	1.30 ± 0.23 ^b	1.24 ± 0.18 ^b

注:与治疗前对照组比较,^a $P > 0.05$;与治疗3周后对照组比较,^b $P < 0.05$

表2 两组胃动力指标比较(ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	NPY	GAS	MOT
对照组	36	治疗前	26.93 ± 2.42	41.37 ± 3.44	202.53 ± 11.52
		治疗后	36.68 ± 4.18	52.84 ± 3.27	256.69 ± 12.98
观察组	35	治疗前	27.11 ± 2.35 ^a	41.20 ± 3.82 ^a	202.77 ± 12.57 ^a
		治疗后	45.29 ± 5.24 ^b	60.22 ± 3.54 ^b	278.78 ± 14.56 ^b

注:与治疗前对照组比较,^a $P > 0.05$;与治疗3周后对照组比较,^b $P < 0.05$

2.3 两组营养状况指标比较:治疗前,两组LP、FN、ALB指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗3周后,观察组LP、FN、ALB指标高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组营养状况指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	LP(μg/L)	FN(mg/L)	ALB(mg/L)
对照组	36	治疗前	2.90 ± 0.37	129.63 ± 13.33	34.66 ± 1.70
		治疗后	3.58 ± 0.45	157.76 ± 12.60	36.81 ± 1.42
观察组	35	治疗前	2.84 ± 0.34 ^a	129.74 ± 12.12 ^a	34.54 ± 1.95 ^a
		治疗后	4.76 ± 0.53 ^b	177.22 ± 14.56 ^b	40.13 ± 1.68 ^b

注:与治疗前对照组比较,^a $P > 0.05$;与治疗3周后对照组比较,^b $P < 0.05$

2.4 两组治疗有效率比较:观察组治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表4 两组治疗有效率比较[例(%)]

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
对照组	36	8(22.22)	14(38.89)	14(38.89)	28(77.78)
观察组	35	1(2.86)	12(34.29)	22(62.86)	34(97.14)
		χ^2			6.012
		P			0.014

3 讨论

小儿厌食症是常见消化功能紊乱性疾病,发病率较高,且可发生于任何季节,严重影响患儿身心健康^[9]。当前西医针对厌食症患儿重在进行肠道菌群、促进胃肠动力等对症治疗,但是疗效欠佳,且易反复发作^[10-11]。中医强调从整体观念出发,结合小儿疾病及体质的寒热虚实展开辨证论治,由于“标本

兼治”,疗效更为显著^[12]。

本次研究表明,三仁汤合泻黄散加减对脾胃湿热型厌食症患者有较好效果。研究结果显示,治疗3周后,观察组神疲乏力、食少纳呆、小便溲黄症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),与龚芸辉^[13]学者的报道一致,分析原因:小儿脏腑娇嫩,容易外感而湿热困脾,或是情志刺激,造成肝失条达,水湿内停,湿蕴化热故而湿热困脾,因脾胃失司而厌食;或喂养不当、饮食不知自节,损伤脾胃,食积化热,水湿内停,致湿热困脾;三仁汤记载自《温病条辨》,侧重于利湿,是利湿名方,适用于湿重于热病症,能够宣畅气机、清热利湿,而泻黄散记载自《小儿药证直诀》,侧重于清热,是清热名方,适用于小儿口臭烦渴、脾热弄舌,三仁汤合泻黄散加减方中君药为黄芩、白豆蔻、薏苡仁、栀子、苦杏仁,其中黄芩与栀子清热化湿并举,能够清三焦之邪,白豆蔻芳香化湿,薏苡仁利水渗湿,苦杏仁宣肺理气;臣药为防风、厚朴、藿香、法半夏,其中防风能够助苦杏仁清热、祛湿,厚朴与法半夏散结除满、行气化湿、宣畅气机,藿香能够助白豆蔻化湿;佐药为淡竹叶、滑石,均能提升君药清热祛湿效果;使药为炙甘草,能够调和诸药药性;而在此基础上随症加减,如食少不化者与脾失健运、湿热内盛有关,所以加用适量焦山楂、神曲等能够健脾消食;或是口臭多汗者与胃热有关,加入适量黄连能够清胃热,上述随症加减能够增强药方针对性,保障疗效,尽快缓解不适症状^[14]。

本研究结果还显示,治疗3周后,观察组胃动力指标(NPY、GAS、MOT)高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗3周后,观察组营养状况指标(LP、FN、ALB)高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),分析原因:三仁汤合泻黄散加减中藿香和中止呕、芳香化浊,且能调节胃肠功能,促进胃排空,且含有的藿香非挥发油则能提升GAS水平,增强胃蛋白酶活性,促进胰腺分泌淀粉酶,改善胃肠道消化功能;厚朴下气除满、燥湿化痰,且能促进胃肠功能及小肠推进率,增加GAS含量,同时也能加快胃平滑肌细胞的细胞膜电位,增强胃蠕动;因此,三仁汤合泻黄散加减更能改善患儿胃动力及营养状态。

综上所述,由于对脾胃湿热型厌食症患者采用三仁汤合泻黄散加减,能够取得满意的疗效,具有推广价值。

【参考文献】

- [1]袁彬,罗莉娟,胡燕. 养胃增液汤联合枯草杆菌二联活菌颗粒治疗小儿厌食症效果及对患儿症状、生长抑制素的影响[J]. 陕西中医,2021,42(4):459-462.
- [2]王小美. 扶正健脾汤结合推拿治疗小儿厌食症脾胃虚弱型临床研究[J]. 实用中医药杂志,2022,38(6):917-919.
- [3]李瑞丽. 扶正健脾汤辅助治疗厌食症脾胃虚弱型患儿的疗效分析[J]. 实用中西医结合临床,2021,21(10):93-95.
- [4]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者免疫功能及微量元素的影响[J]. 海南医学,2019,30(23):3037-3040.
- [5]胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社,2002:2072-2073.
- [6]中华中医药学会. 中医儿科常见病诊疗指南[S]. 北京:中国中医药出版社,2012.
- [7]王建玲. 三仁汤合泻黄散加减联合西药治疗脾胃湿热型小儿厌食症临床研究[J]. 新中医,2020,52(10):30-32.
- [8]王水英. 清热除湿方应用于脾胃湿热型厌食症患儿的效果及对胃动力影响分析[J]. 医学理论与实践,2020,33(8):1317-1319.
- [9]杨娜. 中西医结合疗法对厌食症患儿微量元素和胃肠功能的影响[J]. 深圳中西医结合杂志,2019,29(20):42-43.
- [10]李振峰,闫书文. 中西医结合治疗小儿厌食症49例临床观察[J]. 中国民族民间医药,2019,28(18):79-81.
- [11]秦莉,肖向丽. 四磨汤联合双歧杆菌四联活菌片治疗小儿厌食症[J]. 吉林中医药,2019,39(9):1205-1207.
- [12]司梦冉,蔡君豪,王桂茂,等. 推拿联合董氏开胃散治疗脾胃湿热型小儿厌食[J]. 长春中医药大学学报,2020,36(1):116-119.
- [13]龚芸辉. 三仁汤合泻黄散加减治疗小儿脾胃湿热型厌食的临床效果探讨[J]. 基层中医药,2022,1(5):37-40.
- [14]曹小妍. 健脾和胃汤联合刺四缝对脾胃湿热型厌食症患儿血浆胃动力指标的影响[J]. 中外医学研究,2020,18(26):4-6.

(收稿日期:2022-10-20)