

首选药物三氮唑核苷(病毒唑),近年来被发现存在各种潜在的危险。而中药制剂却在与病毒的不断斗争中日趋成熟,在病毒感染性疾病的救治中发挥了积极的作用。儿感退热宁颗粒便是其中的佼佼者。另外,抗生素的滥用造成了病原菌的变异及细菌耐药性的不断增长^[1],选择中药制剂的儿感退热宁颗粒,从临床实践可以看出,它不仅疗效令人满意,同时还避免了应用抗生素容易出现的药物过敏及肝肾损害等不良反应。

综上所述,儿感退热宁颗粒冲服味甜、微苦,易为患儿及家长接受。小儿急性上呼吸道感染,无论是病毒还是细菌引起,大多属于外感风热型,均可使用儿感退热宁颗粒治疗,作用快,效果好,安全性高,值得临床推广。

参考文献

[1]杨锡强,易著文.儿科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2006.304
[2]秦艳红.中医儿科学[M].北京:科学出版社,2001.51
[3]杜旭红.双黄连粉针剂超声雾化吸入治疗小儿急性感染性喉炎 30 例疗效观察[J].吉林医学,2013,34(12):2277

(收稿日期:2016-02-23)

中西医结合治疗小儿功能性消化不良的效果评价

李虎

(甘肃省陇西县中医医院儿科 陇西 748100)

摘要:目的:探讨西沙比利联合香砂六君子汤治疗小儿功能性消化不良的临床疗效。方法:选取我院 2014 年 2 月~2015 年 5 月收治的功能性消化不良患儿 96 例,按照入院顺序将其随机分为对照组和观察组各 48 例。对照组服用西沙比利 0.2 mg/kg,3 次/d;观察组在对照组治疗的基础上联合运用香砂六君子汤加减进行治疗。结果:观察组的总有效率为 91.7%,明显高于对照组的 72.9%($P<0.05$)。治疗后两组症状积分均较治疗前明显下降($P<0.05$);且治疗后观察组症状总积分及在食欲不振、餐后饱胀不适、早饱、嗝气方面较对照组症状积分低,差异明显($P<0.05$)。治疗过程中及治疗后两组均未出现不良反应,且治疗前后肝肾功能检查未见异常。结论:西沙比利联合香砂六君子汤能更有效地缓解小儿功能性消化不良的临床症状,促进胃肠功能恢复,不增加不良反应,安全、有效,值得临床推广。

关键词:功能性消化不良;小儿;西沙比利;香砂六君子汤

中图分类号:R725.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.04.020

功能性消化不良 (Functional Dyspepsia, FD) 是临床常见的小儿消化系统疾病,具有病程长、反复发作的特点,严重影响患儿生长发育和健康。对 FD 的治疗多以促进胃肠动力为主,近年来随着中医药的不断发展,发现中药对于改善消化不良的症状疗效显著,因而本研究旨在探讨中西医结合治疗小儿功能性消化不良的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 2 月~2015 年 5 月收治的功能性消化不良患儿 96 例,按照入院顺序将其随机分为观察组和对照组各 48 例。观察组男 25 例,女 23 例,平均年龄 (8.2 ± 0.9) 岁,平均病程 (6.4 ± 1.3) 个月;对照组男 28 例,女 20 例,平均年龄 (7.9 ± 1.1) 岁,平均病程 (6.7 ± 0.8) 个月。两组患儿在性别、年龄、病程、病情等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 所有病例均经详细询问病史及全面体检,经血常规、粪隐血试验、上消化道内镜、腹部 B 超、肝肾功能、血糖、甲状腺功能、胸部 X 线检查排除器质性消化不良。均符合罗马 II 功能性消化不良的诊断标准^[1]: (1) 上腹持续性或复发性疼痛或不适感; (2) 排便后不缓解,大便的次数及形状无改变。

(3) 无器质性病变的证据。以上症状在 12 个月内至少出现 12 周,但无需连续。

1.3 方法 两组均给予常规治疗。对照组服用西沙必利,0.2 mg/kg,3~4 次/d,餐前 15~30 min 服用;观察组在对照组的基础上联合运用香砂六君子汤加味进行治疗。药物组成:党参 15 g,木香 6 g,砂仁 6 g,陈皮 12 g,半夏 9 g,白术 12 g,茯苓 12 g,厚朴 9 g,柴胡 9 g,当归 12 g,枳实 6 g,建曲 12 g,麦芽 12 g,山楂 12 g,甘草 6 g。根据患者病情及身体状况进行加减,每天 1 剂,水煎服 300 ml,分 2~4 次服用。4 周为 1 个疗程,对比两组总有效率、各症状积分及不良反应。

1.4 症状评估标准 以餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、烧心、食欲不振、嗝气、疲乏、便秘为观察项目。按促进消化功能保健食品人体试食观察表给予量化评分,按严重程度计分:0 分:无症状;1 分:轻度,即症状轻微,需集中注意力才能感觉到;2 分:中度,即自觉症状明显,对日常生活无明显影响;3 分:重度,即自觉症状明显,严重影响生活。

1.5 疗效评价标准^[2] 依据《中医病证诊断疗效标准》以及《临床疾病诊断依据治愈好转标准》:显效:主要临床症状及体征完全消失,停药半年内未复发;

有效:主要临床症状及体征明显好转;无效:主要临床症状及体征无变化或加重。总有效率为显效率和有效率之和。

1.6 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件处理数据,计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组的总有效率为 91.7%,明显高于对照组的 72.9% ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	48	25 (52.1)	19 (39.6)	4 (8.3)	44 (91.7)*
对照组	48	20 (41.7)	15 (31.2)	13 (27.1)	35 (72.9)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后症状积分比较 治疗前两组症状积分比较无明显差异 ($P>0.05$);治疗后两组症状积分均较治疗前明显下降 ($P<0.05$);且治疗后观察组症状总积分及在食欲不振、餐后饱胀不适、早饱、嗝气方面较对照组症状积分低,差异明显 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

症状积分	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
症状总积分	9.71± 2.73	3.76± 1.35 [#]	9.74± 2.65	5.34± 2.21 [#]
食欲不振	0.73± 0.32	0.13± 0.02 [#]	0.69± 0.56	0.46± 0.27 [#]
早饱	0.95± 0.54	0.32± 0.15 [#]	0.89± 0.48	0.69± 0.37 [#]
餐后饱胀不适	2.69± 0.76	1.12± 0.61 [#]	2.72± 0.51	1.87± 0.38 [#]
上腹痛	0.63± 0.59	0.31± 0.45 [#]	0.75± 0.47	0.58± 0.33 [#]
烧心	0.96± 0.67	0.43± 0.48 [#]	1.04± 0.79	0.78± 0.54 [#]
嗝气	1.34± 0.77	0.27± 0.13 [#]	1.46± 0.63	0.98± 0.32 [#]
疲乏	1.89± 0.78	1.42± 0.67 [#]	1.85± 0.56	1.67± 0.38 [#]
便秘	1.24± 0.76	0.56± 0.37 [#]	1.35± 0.48	0.89± 0.27 [#]

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应比较 治疗过程中及治疗后两组均未出现不良反应,且治疗前后肝肾功能检查未见异常。

3 讨论

FD 是指有持续存在或反复发作的上腹痛、腹胀、早饱、嗝气、厌食、烧心、反酸、恶心、呕吐等消化功能障碍症状,经各项检查排除器质性疾病的一组小儿消化内科最常见的临床症候群^[3]。目前对于 FD 的发病机制尚未完全明确,认为多种因素的相互作用导致 FD 的发生。饮食、环境、胃酸分泌、幽门螺旋

杆菌感染、心理因素、消化道运动功能异常等都会诱发本病。

FD 的治疗目前多以抑酸、促进胃肠动力、保护胃黏膜为主,但对小儿 FD 的药物治疗效果目前仍不能让人十分满意。目前研究尚未发现任何一种可使临床症状完全缓解的药物,而且该病有反复性、持续性,严重影响患儿的身心健康。在一项长期研究中发现,50% FD 患者存在餐后胃排空延迟,胃近端张力减低,胃窦运动功能减弱^[4]。儿童研究中也发现,FD 患儿胃窦收缩幅度明显低于健康儿童。因而可认为胃肠动力障碍是 FD 的关键致病因素,而且根据已进行的临床试验,肯定了促胃肠动力药物甲氧氯普胺、多潘立酮、西沙比利在治疗 FD 时的确切疗效,但西沙比利较其他两种药不良反应更少。因而本研究主要选用西沙比利对两组患者进行治疗。

中医学认为 FD 属于“胃脘痛、呕吐”等范畴,认为该病的发生与饮食不节、情志不畅、外邪内积及脾胃虚弱有关。脾虚是基础,肝郁是条件,由此导致的胃气不降则是主要原因。因而在治疗上应重点强调健脾、疏肝、理气。香砂六君子汤主要由党参、白术、茯苓、半夏、陈皮、木香、砂仁、炙甘草等组成,方中党参、白术、茯苓、木香、陈皮、半夏、砂仁、甘草合用健脾益气 and 胃;柴胡疏肝解郁;厚朴、枳实理气畅中;当归养血活血;建曲、麦芽、山楂健胃消食、化积调中;甘草调和诸药。上药合用,共奏健脾益气、调中和胃之功。本研究结果表明,联合运用西沙比利和香砂六君子汤的观察组在治疗效果上明显优于单用西沙比利的对照组,尤其在食欲不振、餐后饱胀不适、早饱、嗝气方面改善明显 ($P<0.05$),而且研究中未发现联合用药导致的不良反应,肝肾功能也未见明显损伤。综上所述,中西医结合治疗可明显提高小儿功能性消化不良的治疗效果,而且安全性高,值得临床推广。

参考文献

[1]罗马Ⅲ基金会.罗马Ⅲ:新的标准[J].胃肠病学,2006,11(12):705-707
[2]张迎春.中西医结合治疗功能性消化不良 60 例临床效果分析[J].哈尔滨医药,2011,31(4):289-290
[3]吴磊.中西医结合治疗小儿功能性消化不良的疗效观察[J].北方药学,2014,11(12):92
[4]邱丽梅.中西药结合治疗小儿功能性消化不良的临床统计分析[J].中国医药指南,2015,13(13):208

(收稿日期: 2016-04-21)

(上接第 34 页)

[2]陈梅,姜利军,郑芳.新生儿肺炎病原菌分布及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2014,24(5):1276-1278
[3]付朝阳.沐舒坦雾化吸入联合静脉注射治疗新生儿肺炎的临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2015,30(15):2442-2444
[4]徐向勇,李正峰.降钙素原与 C 反应蛋白在新生儿感染性肺炎中的

诊断价值[J].中华医院感染学杂志,2013,23(10):2515-2517
[5]宋列美.盐酸氨溴索与盐酸溴己新临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2013,28(9):1536-1536
[6]刘玉琳,耿刚,唐方芳,等.经纤维支气管镜盐酸氨溴索灌洗治疗支原体肺炎并肺不张的疗效及治疗成本分析[J].激光杂志,2013,34(3):92-93

(收稿日期: 2016-03-08)