

组,且治疗后 TBiL、IBiL 水平明显低于对照组,与既往研究^[10]结果大体一致,表明清利肝胆退黄方药浴联合蓝光照射治疗新生儿高胆红素血症的临床效果良好,有利于血清胆红素的清退。清利肝胆退黄方药浴用法简单,患儿依从性较高,且新生儿皮肤嫩薄,能充分吸收药液有效成分,发挥清利肝胆、退黄的功效,同时药浴还可以加强肠蠕动,促进患儿排泄胎粪,对于胆红素肝肠循环的减少具有积极作用。本研究结果显示两组治疗期间均未有明显不良反应发生,表明清利肝胆退黄方药浴安全性较高。综上所述,清利肝胆退黄方药浴联合蓝光照射治疗新生儿高胆红素血症安全有效,能更快降低血清胆红素水平,提高临床治疗效果。

参考文献

[1]吴菲,冯向春,付蓉,等.新生儿高胆红素血症相关影响因素 Logistic 回归分析[J].河北医科大学学报,2018,39(3):347-350.
[2]尹欢,程红斌.利胆消黄汤联合蓝光治疗新生儿黄疸的疗效研究[J].

解放军预防医学杂志,2019,37(8):19-20.
[3]中华医学会儿科学分会新生儿学组,《中华儿科杂志》编辑委员会.新生儿高胆红素血症诊断和治疗专家共识[J].中华儿科杂志,2014,52(10):745-748.
[4]唐敬丽,刘小萍,钟守琼,等.茵栀黄联合蓝光照射治疗新生儿黄疸疗效观察[J].海南医学,2018,29(3):427-429.
[5]徐承琴,白婧,魏广友.换血疗法治疗新生儿高胆红素血症的临床疗效[J].医学综述,2019,25(16):3313-3316.
[6]杨晓玲,张桂菊.新生儿高胆红素血症的外治法研究进展[J].山东中医杂志,2019,38(12):1193-1197.
[7]陈勇,张勤.消黄汤经验方和穴位按摩联合蓝光照射辨治湿热熏蒸型新生儿黄疸的临床效果[J].世界中医药,2018,13(1):112-115.
[8]李海强,李民杰,于玉秀,等.瑶医庞桶药浴治疗肝病高胆红素血症疗效观察[J].中华中医药杂志,2017,32(11):5221-5223.
[9]党仁源,周广华.中药药浴联合蓝光照射治疗新生儿黄疸的疗效观察[J].中国中医药科技,2018,25(1):137-139.
[10]毛慧娟.中药汤剂药浴、腹部穴位按摩联合传统光照治疗新生儿高胆红素血症的临床观察[J].实用中西医结合临床,2019,19(12):45-47.

(收稿日期:2020-06-25)

扶正健脾汤辅助治疗厌食症脾胃虚弱型患儿的疗效分析

李瑞丽

(河南省洛阳市第一人民医院儿科 洛阳 471002)

摘要:目的:探究扶正健脾汤辅助治疗厌食症脾胃虚弱型患儿的效果。方法:回顾性收集 2017 年 1 月~2020 年 12 月收治的 82 例厌食症脾胃虚弱型患儿资料,按治疗方案不同分成研究组和常规组,各 41 例。常规组接受健胃消食片+维生素 B 片治疗,研究组于常规组基础上予以扶正健脾汤辅助治疗。对比两组总有效率、中医证候积分。结果:研究组总有效率 97.56%(40/41)较常规组 78.05%(32/41)高($P<0.05$);治疗 21 d 后研究组中医证候积分较常规组低($P<0.05$)。结论:扶正健脾汤辅助治疗厌食症脾胃虚弱型患儿效果显著,可有效促进病情改善。

关键词:厌食症;脾胃虚弱型;扶正健脾汤

中图分类号:R725.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.044

厌食症为临床儿科常见疾病之一,发病机制尚未明确,多数学者认为与机体缺乏微量元素有一定关联性,患儿临床多表现为食量减少、食欲不振、脘腹胀满等,若病情未获得及时治疗,随着病情进展,可致心脏功能下降、心律失常等,严重者可发生昏厥,对患儿生长发育带来极大影响^[1-3]。健胃消食片+维生素 B 片为临床治疗厌食症患儿常用方案,可在一定程度上缓解病情,但长时间服用,易导致机体微量元素紊乱,整体效果欠理想。中医学认为,厌食症属“内伤”范畴,归因于饮食不节、脾胃虚弱,故主张以滋养胃阴、益气健脾之法治疗^[4]。扶正健脾汤是由炒白术、人参、茯苓、柴胡、炒山楂等多味中药材组成,具有消积开胃、健脾运脾之功效。本研究旨在探讨扶正健脾汤辅助治疗厌食症脾胃虚弱型患儿的价

值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性收集 2017 年 1 月~2020 年 12 月我院收治的 82 例厌食症脾胃虚弱型患儿资料,按治疗方案不同分成研究组和常规组,各 41 例。研究组男 22 例,女 19 例;年龄 4~12 岁,平均(8.02±0.63)岁;病程 1~9 个月,平均(5.02±0.68)个月。常规组男 24 例,女 17 例;年龄 3~11 岁,平均(7.83±0.66)岁;病程 1~8 个月,平均(4.77±0.73)个月。两组基线资料均衡可比($P>0.05$)。

1.2 选例标准 (1)纳入标准:经临床表现等确诊为厌食症;中医辨证属脾胃虚弱型,主症为食量减少、食欲不振,次症为脘腹胀满、少气懒言、恶心呕吐;资料完整;无不良饮食习惯。(2)排除标准:伴有

自身免疫性疾病;伴有严重器质性疾病;认知功能不全;过敏体质;伴有消化系统疾病;有其他合并症;近 60 d 有相关治疗史。

1.3 治疗方法

1.3.1 常规组 接受健胃消食片(国药准字 Z41021983)+ 复合维生素 B 片(国药准字 H33020873)治疗,均为口服,1 片/次,3 次/d。持续治疗 21 d。

1.3.2 研究组 于常规组基础上予以扶正健脾汤辅助治疗,方剂组成:炒白术 5 g,人参 3 g,茯苓 5 g,柴胡 3 g,炒山楂 3 g,木香 5 g,炒麦芽 3 g,陈皮 2 g,焦三仙 3 g,山药 6 g,白芍 3 g,肉豆蔻 3 g,甘草 2 g。水煎取汁 200 ml,100 ml/次,2 次/d。持续治疗 21 d。

1.4 观察指标 (1)两组总有效率。(2)两组治疗前、治疗 21 d 主症中医证候积分(食量减少、食欲不振)、次症中医证候积分(脘腹胀满、少气懒言、恶心呕吐),依照症状严重程度分为重度(6 分)、中度(4 分)、轻度(2 分)、无(0 分)。

1.5 疗效评估标准 两组均于治疗 21 d 实施疗效评估,显效:食量减少、食欲不振、脘腹胀满、少气懒言、恶心呕吐等症状消失;有效:上述症状明显改善;无效:未及上述标准。有效+显效=总有效。

1.6 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组总有效率对比 研究组总有效率 97.56%较常规组 78.05%高($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组总有效率对比[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
研究组	41	30(73.17)	10(24.39)	1(2.44)	40(97.56)
常规组	41	17(41.46)	15(36.59)	9(21.95)	32(78.05)
χ^2					7.289
<i>P</i>					0.007

2.2 两组主症中医证候积分对比 治疗 21 d 研究组主症中医证候积分较常规组低($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组主症中医证候积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	食量减少		食欲不振	
		治疗前	治疗 21 d	治疗前	治疗 21 d
研究组	41	3.93± 0.58	1.04± 0.15	3.84± 0.61	1.24± 0.18
常规组	41	3.71± 0.60	1.63± 0.21	3.62± 0.71	1.69± 0.24
<i>t</i>		1.688	14.639	1.505	9.605
<i>P</i>		0.095	<0.001	0.136	<0.001

2.3 两组次症中医证候积分对比 治疗 21 d 研究组次症中医证候积分较常规组低($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组次症中医证候积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)							
组别	<i>n</i>	脘腹胀满		少气懒言		恶心呕吐	
		治疗前	治疗 21 d	治疗前	治疗 21 d	治疗前	治疗 21 d
研究组	41	3.78± 0.41	0.84± 0.25	3.42± 0.47	0.88± 0.27	3.55± 0.56	0.63± 0.24
常规组	41	3.64± 0.37	1.37± 0.33	3.22± 0.50	1.19± 0.31	3.37± 0.63	0.91± 0.35
<i>t</i>		1.623	8.197	1.866	4.829	1.367	4.225
<i>P</i>		0.109	<0.001	0.066	<0.001	0.175	<0.001

3 讨论

厌食症属临床常见慢性病症之一,多是因机体脾胃虚弱、消化功能障碍、微生态失衡引发气血生化之源匮乏所致,若病情未获得有效控制,可造成患儿体质下降、营养不良、免疫功能紊乱,从而影响患儿生长发育^[5-6],需尽早治疗。目前,临床缺乏厌食症特效药物,多采用胃肠动力增强类药物治疗,如健胃消食片、维生素 B 片等,虽可有效改善临床症状,但整体治疗效果欠理想。

中医学认为,厌食症属“内伤、纳呆、不化”等范畴,病理病机是外感六淫之邪、情志失调、先天禀赋不足、饮食不节,食少则饥,饥伤脾,食多则饱,饱伤胃,脾胃虚弱,易积食,以致脘腹胀满,久病体虚,致使正气亏虚,故多主张以滋养胃阴、益气健脾、消积开胃、辅助运化为主要治疗原则^[7]。扶正健脾汤主要成分为炒白术、人参、茯苓、柴胡、炒山楂、木香、炒麦

芽、陈皮、焦三仙、山药、白芍、肉豆蔻、甘草,其中人参性平,味甘、微苦,归脾、肺、心经,可生津安神、补脾益肺、复脉固脱;炒山楂性微温,味酸、甘,归脾、胃、肝经,可消食健胃,活血化瘀;甘草性甘、平,归胃、脾、肺、心经,可清热解毒、补脾益气、调和诸药;山药性平,味甘,可补脾肺肾、益气养阴;白芍性微寒、味酸、苦,可平抑肝阳、柔肝止痛、养血敛阴;柴胡性微寒,味辛、苦,可升举阳气,疏肝解郁;炒白术性温,味苦,可燥湿利水、补气健脾;茯苓性平,味甘、淡,可健脾安神、利水渗湿;陈皮性温,味辛、苦,可利水通便、燥湿化痰、理气和中;肉豆蔻可补脾养胃;木香可理气和胃;焦三仙、炒麦芽可滋补胃阴、消积开胃。诸药配伍,共奏滋养胃阴、益气健脾、消积开胃、辅助运化、补中益气之功效。本研究数据显示,研究组总有效率 97.56%较常规组 78.05%高,治疗 21 d 中医证候积分较常规组低($P<0.05$),由此可见,扶

正健脾汤辅助治疗厌食症脾胃虚弱型患儿效果显著,可有效促进病情改善。原因分析为扶正健脾汤中炒白术、人参具有抗氧化、提高机体免疫力、调节胃肠道效果;柴胡主要成分为柴胡皂苷,具有较强抗炎作用;炒山楂对胃分泌具促进作用;山药可改善免疫细胞,从而增强机体抵抗力;焦三仙、炒麦芽对增强食欲及消化具有促进作用。故于健胃消食片、维生素 B 片治疗厌食症基础上,加用扶正健脾汤进行辅助治疗,可进一步提高疗效,促进病情改善。

综上所述,扶正健脾汤辅助治疗厌食症脾胃虚弱型患儿效果显著,可有效促进病情改善。

参考文献

[1]孙波.摩腹捏脊推拿法对脾胃气虚型小儿厌食症疗效及肠黏膜吸收功能的影响分析[J].中华中医药学刊,2018,36(8):1901-1903.

[2]方旭仙,王有成,朱璐卡,等.小儿厌食颗粒联合布拉氏酵母菌治疗小儿厌食症的临床疗效及对血清细胞因子的影响[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(12):115-120.
[3]王艳.儿宝颗粒联合常规治疗小儿厌食症疗效对血微量元素、血红蛋白水平的影响分析[J].现代诊断与治疗,2019,30(1):34-35.
[4]孙雨葳,胡青.小儿健脾开胃合剂联合赖氨酸维 B₁₂ 颗粒治疗小儿厌食症的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(10):3022-3025.
[5]李玉霞,史正刚,吴丽萍.三字经流派小儿推拿联合小儿开胃增食合剂治疗小儿厌食症脾失健运型 45 例临床观察[J].中医儿科杂志,2018,14(6):71-75.
[6]覃基烜,胡晓兴,余杨,等.芳香运脾方结合小儿推拿疗法治疗小儿厌食症脾胃气虚证的临床研究[J].徐州医科大学学报,2021,41(1):67-70.
[7]方燕红,方潜.小儿消食颗粒联合针刺四缝穴治疗小儿厌食症疗效观察及对胃肠激素分泌的影响[J].新中医,2020,52(6):88-90.
(收稿日期:2021-03-31)

补肺化痰汤联合化疗治疗晚期非鳞癌非小细胞肺癌观察

卿茜^{1,2} 刘培^{1,2}

(1 河南科技大学临床医学院 洛阳 471003;2 河南科技大学第一附属医院 洛阳 471003)

摘要:目的:探讨补肺化痰汤联合化疗治疗晚期非鳞癌非小细胞肺癌的疗效。方法:选择 2018 年 10 月~2020 年 2 月收治的 110 例晚期非鳞癌非小细胞肺癌患者,随机分为对照组和观察组,各 55 例。对照组采用贝伐珠单抗+TP 化疗方案治疗,在此基础上观察组加用补肺化痰汤治疗,比较两组疗效及免疫指标。结果:治疗后观察组总有效率及 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平平均高于对照组,CD8⁺ 低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。结论:补肺化痰汤联合化疗治疗晚期非鳞癌非小细胞肺癌,能提升临床疗效,改善免疫功能。

关键词:非鳞癌非小细胞肺癌;补肺化痰汤;贝伐珠单抗;TP 化疗;免疫指标

中图分类号:R734.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.045

非鳞癌非小细胞肺癌通常指腺癌与大细胞癌,晚期临床表现为疲乏、体质量减轻、呼吸困难、咳嗽、咯血等^[1-3]。西医常用贝伐珠单抗+TP 化疗方案治疗,以减少肿瘤营养供给,遏制肿瘤增大。中医则运用补肺化痰汤治疗,以清热解毒、化痰止咳、提升免疫力。本研究探讨补肺化痰汤联合化疗治疗晚期非鳞癌非小细胞肺癌的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 10 月~2020 年 2 月我院收治的 110 例晚期非鳞癌非小细胞肺癌患者,随机分为对照组和观察组,各 55 例。对照组女 28 例,男 27 例;年龄 35~74 岁,平均(49.32±7.51)岁;腺癌 30 例,大细胞癌 25 例。观察组女 26 例,男 29 例;年龄 38~75 岁,平均(49.83±7.72)岁;腺癌 26 例,大细胞癌 29 例。两组临床资料比较,差异无统计学意义(P>0.05)。

1.2 诊断标准 西医符合《中华医学会肺癌临床诊疗指南(2018 版)》^[4]诊断标准。中医符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]诊断标准,辨证为癌肿

邪毒型,主证:多咳、口干舌燥、发热、痰中带血;次证:胸痛气短、疲乏无力、盗汗失眠;舌脉:舌质较红且胖、苔少。晚期分期符合《国际肺癌 TNM 分期标准(第 8 版)》^[6]标准。

1.3 入组标准 (1)纳入标准:符合以上诊断标准;预计生存期限>3 个月;既往无化疗治疗史;患者及家属自愿参与研究并签署知情同意书。(2)排除标准:对本研究所用药物过敏者;正在接受靶向治疗者;合并肝脏等器官系统疾病者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 采用贝伐珠单抗+TP 化疗方案治疗。注射贝伐珠单抗注射液(注册证号 S20170035) 15 mg/kg;将紫杉醇注射液(国药准字 H20073211) 150 mg/m² 溶于 500 ml 生理盐水中静脉滴注,第 1 天;间隔 1 h 后,再将顺铂注射液(国药准字 H53021740) 75 mg/m² 溶于 500 ml 生理盐水中静脉滴注,第 1~3 天。21 d 为一个疗程,治疗 2 个疗程。

1.4.2 观察组 在对照组基础上加用补肺化痰汤治疗。药方组成:京三棱 10 g,蓬莪术 10 g,丹参 15 g,