

清胃调脾方联合手法推拿治疗小儿 功能性消化不良的疗效*

王明利

(河南省武陟济民医院 武陟 454000)

摘要:目的:探讨清胃调脾方联合手法推拿治疗小儿功能性消化不良的疗效。方法:回顾性选取武汉市济民医院儿科康复科2020年2月至2021年2月收治的小儿功能性消化不良患儿100例,依据治疗方法不同分为单独西药治疗组(单独治疗组)、西药治疗基础上采用清胃调脾方联合手法推拿治疗组(联合治疗组),各50例。分析两组治疗前后中医证候积分、胃固体排空时间、临床结局、生存质量、临床疗效、临床症状消失时间、不良反应发生情况、复发情况。结果:两组治疗后胃脘疼痛、脘腹胀满、食少纳呆、口苦口干、恶心呕吐、身重困倦积分及总积分均低于治疗前,且治疗后联合治疗组低于单独治疗组($P<0.05$)。联合治疗组治疗总有效率为90.00%(45/50),高于单独治疗组的76.00%(38/50),差异有统计学意义($P<0.05$)。联合治疗组嗳气腹胀、恶心呕吐、食欲减退、上腹疼痛消失时间均短于单独治疗组($P<0.05$)。联合治疗组复发率为10.00%(5/50),低于单独治疗组的18.00%(9/50),差异有统计学意义($P<0.05$)。联合治疗组 $^{13}\text{CO}_2$ 峰值($V_{\max}$)显著高于单独治疗组,胃半排空时间($T_{1/2}$)和延迟相时间(T_{lag})均显著短于单独治疗组($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组胃固体排空时间短于单独治疗组,结局指标量表(PRO)、简易生存质量量表(SF-36)评分均显著高于单独治疗组($P<0.05$)。结论:采用清胃调脾方联合手法推拿治疗小儿功能性消化不良疗效显著,能有效缓解患儿临床症状,提升患儿生活质量,缩短患儿症状消失时间。

关键词:小儿功能性消化不良;清胃调脾方;手法推拿;中医证候积分

中图分类号:R725.7

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.04.013

小儿功能性消化不良是一种消化系统综合征，在儿科临床较为常见，临床主要表现为上腹疼痛、厌食等，严重影响患儿身心健康及成长^[1]。近年来，小儿功能性消化不良发病率逐年上升。服用促胃肠功能药物是现阶段西医常规治疗方法，但是效果不佳^[2]，而中医治疗效果理想，且副作用较少^[3]。本研究探讨清胃调脾方联合手法推拿治疗小儿功能性消化不良的疗效。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性选取武陟济民医院儿童康复科 2020 年 2 月至 2021 年 2 月收治的小儿功能性消化不良患儿 100 例, 依据治疗方法不同分为单独西药治疗组(单独治疗组)、西药治疗基础上采用清胃调脾方联合手法推拿治疗组(联合治疗组), 各 50 例。单独治疗组男 29 例 (58.00%), 女 21 例 (42.00%); 年龄 7~14 岁, 平均 (9.50 ± 1.43) 岁; 病程 1 个月至 2 年 20 例 (40.00%), 3~4 年 30 例 (60.00%)。联合治疗组男 28 例 (56.00%), 女 22 例

(44.00%); 年龄 7~14 岁, 平均 (9.45 ± 1.31) 岁; 病程 1 个月至 2 年 21 例 (42.00%), 3~4 年 29 例 (58.00%)。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 治疗方法 单独治疗组单独采用西药治疗。首先给予患儿常规治疗,饮食方面督促患儿多吃容易消化与吞咽的食物,少吃过凉过硬的食品,同时少吃过于油腻性的食物。服用益生菌,调节胃肠道菌群平衡,服用健胃消食口服液改善偏食症状。让患儿餐前 15 min 用温水送服 5~10 mg 吗丁啉(国药准字 H10910003),每天 1 次。1 周为一个疗程,共治疗 4 个疗程。联合治疗组在对照组基础上采用清胃调脾方联合手法推拿治疗。清胃调脾方方剂组成:陈皮、甘草各 5 g,白芍、柴胡、厚朴、法半夏各 7 g,茯苓、枳实、焦三仙、白术各 9 g。用水煎,取汁 100~200 ml,每天 3~4 次口服,每天 1 剂。手法推拿:沿着患儿拇指桡侧缘及拇指螺纹分别对脾经、三关进行推拿,共 30 次,然后对四横纹进行掐揉,之后对足三里穴、天

* 基金项目:河南省首批育苗培养项目[豫中医科教(2018)16号];

全国名老中医药专家传承工作室建设项目(编号:CZ0008)

枢穴、中脘穴进行按揉,每个穴位 100 次,每天 1 次。1 周为一个疗程,共治疗 4 个疗程。

1.3 观察指标 (1)中医证候积分,包括胃脘疼痛、脘腹胀满、食少纳呆等主症,口苦口干、恶心呕吐、身重困倦等次症,共 6 项,主症每项 0~9 分,次症每项 0~3 分,总分 0~36 分,表示无~严重^[4]。(2)临床症状消失时间。(3)治疗 1 个月后不良反应发生情况。(4)随访 3 个月,观察复发情况。(5)胃固体排空功能,空腹口服 ¹³C- 辛酸后收集 ¹³C- 辛酸呼气试验检测结果,计算患者的 ¹³CO₂ 峰值 (C_{max})、胃半排空时间 (T_{1/2})和延迟相时间 (Tlag)。(6)胃固体排空时间。对患者进行腹部透视检查,检查前督促患者禁食至少 8 h,清晨 08:00 进食 80 g 面包 + 火腿肠 40 g 组成的试验餐,在进餐约一半时让患者吞服 10 g 钡囊,观察胃内钡囊排出时间,计算出胃固体排空时间。(7)临床结局。采用患者报告结局指标量表 (PRO) 评估,分值 0~100 分,表示差~好。(8)生存质量。采用简易生存质量量表 (SF-36) 评估,分值 0~100 分,表示

低~高。(9)临床疗效。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 疗效评定标准 痊愈,治疗后患儿恶心呕吐、食欲不振等症状完全消失,食欲与食量恢复正常,至少 3 个月未复发;显效,治疗后患儿恶心呕吐、食欲不振等症状消失,食欲与食量恢复 3/4;有效,治疗后患儿有较轻的恶心呕吐、食欲不振等症状,食欲与食量恢复 3/4 以下;无效,治疗后患儿恶心呕吐、食欲不振等症状未减轻或加重,食欲与食量均未恢复^[5]。

1.5 统计学分析 采用 SPSS20.0 统计学软件分析数据。计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 *t* 检验,重复测量的计量资料进行方差分析;计数资料以 % 表示,采用卡方检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分比较 两组治疗后胃脘疼痛、脘腹胀满、食少纳呆、口苦口干、恶心呕吐、身重困倦积分及总积分均低于治疗前,且联合治疗组治疗后低于单独治疗组 (*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组中医证候积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)									
组别	<i>n</i>	时间	胃脘疼痛	脘腹胀满	食少纳呆	口苦口干	恶心呕吐	身重困倦	总积分
单独治疗组	50	治疗前	6.56± 1.27	7.07± 1.00	3.10± 0.82	2.40± 0.30	1.91± 0.32	1.87± 0.33	22.91± 0.91
		治疗后	4.75± 1.41 [#]	4.54± 1.24 [#]	2.67± 0.22 [#]	1.36± 0.26 [#]	1.27± 0.22 [#]	0.80± 0.13 [#]	15.39± 2.83 [#]
联合治疗组	50	治疗前	6.56± 1.61	7.14± 1.71	3.27± 1.01	2.25± 0.35	2.04± 0.30	1.80± 0.31	23.06± 1.21
		治疗后	2.28± 0.33 ^{##}	2.85± 0.24 ^{##}	1.48± 0.23 ^{##}	0.86± 0.10 ^{##}	0.67± 0.13 ^{##}	0.54± 0.11 ^{##}	8.68± 1.55 ^{##}

注:与同组治疗前比较,[#]*P*<0.05;与单独治疗组治疗后比较,^{##}*P*<0.05。

2.2 两组临床疗效比较 联合治疗组治疗总有效 率高于单独治疗组 (*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 [例 (%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
单独治疗组	50	6 (12.00)	13 (26.00)	19 (38.00)	12 (24.00)	38 (76.00)
联合治疗组	50	10 (20.00)	22 (44.00)	13 (26.00)	5 (10.00)	45 (90.00)
χ ²						16.010
<i>P</i>						<0.05

2.3 两组临床症状消失时间比较 联合治疗组嗳气腹胀、恶心呕吐、食欲减退、上腹疼痛消失时间均短于单独治疗组 (*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组临床症状消失时间比较 (d, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	嗳气腹胀	恶心呕吐	食欲减退	上腹疼痛
单独治疗组	50	5.14± 1.13	4.62± 1.25	4.25± 1.06	4.08± 0.86
联合治疗组	50	1.86± 0.22	2.24± 0.34	2.45± 0.41	2.76± 0.41
<i>t</i>		4.541	4.303	3.365	3.306
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组胃固体排空功能比较 联合治疗组 C_{max} 显著高于单独治疗组, Tlag、T_{1/2} 显著均短于单独治疗组 (*P*<0.05)。见表 4。

表 4 两组胃固体排空功能比较 ($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	C _{max} (%)	Tlag (min)	T _{1/2} (min)
单独治疗组	50	50.02± 6.67	231.33± 4.32	109.39± 10.40
联合治疗组	50	71.31± 9.28	128.04± 3.69	80.32± 11.51
<i>t</i>		13.173	128.554	13.388
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

2.5 两组胃固体排空时间比较 两组治疗后胃固体排空时间均短于治疗前,且联合治疗组治疗后短于单独治疗组($P<0.05$)。见表 5。

表 5 胃固体排空时间比较(h, $\bar{x}\pm s$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t	P
单独治疗组	50	6.97± 1.24	5.97± 1.22	3.365	0.031
联合治疗组	50	6.96± 1.25	5.34± 1.25	4.303	0.035
t		1.638	3.306		
P		0.452	0.033		

2.6 两组临床结局、生存质量比较 两组治疗后 PRO 评分、SF-36 评分均显著高于治疗前,且联合治疗组治疗后 PRO 评分、SF-36 评分显著高于单独治

疗组($P<0.05$)。见表 6。

表 6 两组临床结局、生存质量比较(分, $\bar{x}\pm s$)				
组别	n	时间	PRO 评分	SF-36 评分
单独治疗组	50	治疗前	46.52± 7.27	60.40± 10.05
		治疗后	63.51± 10.28 [#]	70.39± 10.56 [#]
联合治疗组	50	治疗前	45.14± 7.55	62.12± 10.23
		治疗后	85.63± 10.46 ^{#*}	91.21± 10.44 ^{#*}

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$;与单独治疗组治疗后比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.7 两组不良反应发生情况、复发情况比较 联合治疗组复发率为 10.00%(5/50),低于单独治疗组的 18.00%(9/50) ($P<0.05$); 两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 7。

表 7 两组不良反应发生情况、复发情况比较[例(%)]							
组别	n	不良反应					复发
		头晕	口干	腹泻	睡眠障碍	合计	
单独治疗组	50	0(0.00)	0(0.00)	3(6.00)	0(0.00)	3(6.00)	9(18.00)
联合治疗组	50	1(2.00)	1(2.00)	0(0.00)	3(6.00)	5(10.00)	5(10.00)
χ^2						0.210	12.830
P						0.156	0.034

3 讨论

中医认为,功能性消化不良病位在胃,和肝脾二脏具有极为密切的关系,主要治疗原则为疏肝健脾、理气和胃^[6]。清胃调脾方的主要功效为调气行滞、和脾胃,方中柴胡、枳实、白芍、甘草抑肝扶脾、缓急止痛;厚朴、枳实、焦三仙消积导滞、理气、和顺气机;白术、半夏、茯苓、陈皮、厚朴理气和胃、化湿健脾。现代药理学研究证实^[7],白术、厚朴、陈皮、半夏能够调节胃肠道动力,促进消化,发挥止吐、镇痛作用。手法推拿通过手法在患儿穴位上直接起作用,经穴位调节经络到脏腑。其中足三里穴为胃经下合穴,主要功效为扶正培元、调理脾胃等。现代医学认为^[8],推拿足三里穴能够增强患者免疫力,缓解平滑肌痉挛。补脾经的主要功效为补气血、健脾胃;补胃经的主要功效为助运化、健脾胃;推四横纹的主要功效为化积消胀、退热;捏脊的主要功效为疏通经络、调整阴阳;运内八卦的主要功效为理气化痰、宽胸利膈;揉板门的主要功效为消食化滞、健脾和胃;摩腹的主要功效为理气消食、健脾和胃,总体来说通过穴位对经络脏腑进行调节。手法推拿按摩穴位能够为消化道血液循

环、淋巴回流提供有利条件,进而促进消化液分泌,最终促进食欲的提升^[9]。

相关医学研究表明,清胃调脾方联合手法推拿治疗小儿功能性消化不良效果令人满意,能改善患儿临床指标,且安全性较高。本研究结果表明,治疗后,联合治疗组胃脘疼痛、脘腹胀满、食少纳呆、口苦口干、恶心呕吐、身重困倦积分及总积分均低于单独治疗组 ($P<0.05$)。联合治疗组治疗总有效率为 90.00%(45/50),高于单独治疗组的 76.00%(38/50) ($P<0.05$)。联合治疗组暖气腹胀、恶心呕吐、食欲减退、上腹疼痛消失时间均短于单独治疗组 ($P<0.05$),和上述研究结果一致。分析原因为中西医结合治疗能够有效恢复患儿消化功能,促进患儿食管下部括约肌张力增加,改善其他发病因素引发的不良临床症状,促进治疗效果全面提升^[10]。本研究结果还表明,联合治疗组复发率为 10.00%(5/50),低于单独治疗组的 18.00%(9/50) ($P<0.05$)。联合治疗组 C_{max} 显著高于单独治疗组 ($P<0.05$), $Tlag$ 、 $T_{1/2}$ 显著均短于单独治疗组 ($P<0.05$)。治疗后,联合治疗组胃固体排空时间短于单独治疗组,(下转第 98 页)

中无须切除患侧输卵管,操作更加便捷,进而能有效缩短手术时间。观察组手术时间短于对照组 ($P<0.05$),提示腹腔镜下输卵管开窗术治疗输卵管异位妊娠患者手术时间更短,操作更加便捷。此外,本研究结果显示,术后 1、3、6、12 h 两组 β -HCG 水平均较术前降低 ($P<0.05$),但组间对比无显著性差异 ($P>0.05$),说明两种术式清除胚胎效果相近。

综上所述,采用腹腔镜下输卵管开窗术治疗输卵管异位妊娠患者能有效清除胚胎,提高宫内妊娠率,缩短手术时间,创伤小,值得临床推广。

参考文献

[1]李凡,王如萍,周萍.不同治疗方案对异位妊娠患者血清 β -hCG P 及 VEGF 的影响及安全性[J].河北医学,2020,26(7):1092-1097.
[2]江芳,金卉.消癥杀胚煎剂治疗未破裂型输卵管异位妊娠的疗效及对产妇卵巢功能、生育结局的影响[J].中国性科学,2019,28(1):78-81.
[3]Restaino S,Vidiri A,Anchora Pedone L,et al.Recurrent ectopic pregnancy on tubal remnant treated by laparoscopic resection: loop and stitch[J].Facts Views Vis ObGyn,2021,13(2):183-186.
[4]Kalra A,Kumar P,Parwan D.Live birth after laparoscopic management of a ruptured myomectomy site pregnancy and unruptured tubal gestation in a double ectopic heterotopic gestation [J].Minerva Obstet Gynecol,2021,73(2):268-271.
[5]Colombo GE,Leonardi M,Armour M,et al.Efficacy and safety of expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis[J].Hum Reprod Open,2020,(4): hoaa044.
[6]公小迪,刘平,马成斌.宫腔镜下输卵管插管通液术对于异位妊娠腹腔镜下输卵管切除术后生育结局的影响[J].中国妇产科临床杂志,2019,20(5):437-438.
[7]刘金玲,焦新娟,李光苗.急诊异位妊娠行腹腔镜输卵管切除术与开窗取胚术的疗效对比研究[J].腹腔镜外科杂志,2020,25(9):704-707.

(上接第 49 页)PRO 评分、SF-36 评分均显著高于单独治疗组 ($P<0.05$)。分析原因为中西医结合治疗能够提升患儿免疫抑制效果,有效健脾、理气,改善患儿临床症状,发挥药物的最大作用,从而改善各项临床指标。

综上所述,采用清胃调脾方联合手法推拿治疗小儿功能性消化不良疗效显著,能有效缓解患儿临床症状,提升患儿生活质量,缩短患儿症状消失时间。

参考文献

[1]龚丽梅,朱璐卡,胡国华,等.柴胡疏肝散联合布拉氏酵母菌治疗小儿功能性消化不良的临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(11):136-141.
[2]王建明.健脾运化超滤液治疗小儿功能性消化不良 40 例[J].西部中医药,2019,32(10):44-46.

[8]徐珊珊,龙成英,陈春芹.腹腔镜下异位妊娠局部注射甲氨蝶呤与患侧输卵管切除术对卵巢功能影响的比较[J].广州医科大学学报,2018,46(2):30-33.
[9]甄莉霞,王秀萍.腹腔镜下输卵管开窗取胚术和输卵管切除术治疗异位妊娠的对照研究[J].中国妇幼保健,2019,34(17):4095-4097.
[10]谢玮,俞敏.腹腔镜输卵管切除术对异位妊娠患者的血清 β -HCG、血常规及 C 反应蛋白水平和生育结局的影响[J].中国医药导报,2021,18(9):126-129.
[11]罗艳,吕红,袁琼.腹腔镜输卵管切除术与输卵管开窗取胚术对急诊异位妊娠患者临床结局、远期预后的影响[J].中国性科学,2021,30(4):95-98.
[12]周芳芳,黄红玲,陈宇,等.输卵管妊娠患者输卵管开窗取胚术及切除术后输卵管功能与妊娠结局分析[J].现代仪器与医疗,2017,23(1):56-57,55.
[13]张海鹰,帅洁莉.腹腔镜下两种术式治疗输卵管妊娠的临床疗效及对生育功能的影响[J].新疆医学,2017,47(8):855-858.
[14]Zhang R,Li S,Wang Y,et al.Serum calponin 2 is a novel biomarker of tubal ectopic pregnancy[J].Fertil Steril,2021,116(4):1020-1027.
[15]Yildirim Kopük S,Ozer N,Cekmez Y,et al.The relationship between serum thiol levels and thiol/disulfide homeostasis in women with tubal ectopic pregnancy [J].J Gynecol Obstet Hum Reprod,2021,50(9):102175.
[16]Baggio S,Garzon S,Russo A,et al.Fertility and reproductive outcome after tubal ectopic pregnancy: comparison among methotrexate, surgery and expectant management [J].Arch Gynecol Obst,2020,303(1):259-268.
[17]朱爱媚,侯翠,李初升.腹腔镜下输卵管开窗取胚术与输卵管切除术治疗输卵管妊娠的疗效对比研究[J].腹腔镜外科杂志,2017,22(12):956-958.
[18]黄洪萍,郭朝晖,邓笑容.腹腔镜下异位妊娠输卵管切除术与开窗取胚术对再次妊娠结局的影响对比研究[J].吉林医学,2018,39(12):2253-2254.
[19]楚光华,刘晨,胡春艳,等.三种保守性腹腔镜手术方法治疗输卵管妊娠的疗效比较[J].中华全科医师杂志,2020,19(6):512-516.

(收稿日期: 2021-12-08)

[3]张霞.醒脾养儿颗粒联合布拉酵母菌治疗小儿功能性消化不良观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(10):128-129.
[4]王小素,张凤仙,江霞,等.健脾消滞饮对功能性消化不良患儿胃排空时间及胃蛋白酶原的影响[J].中国中西医结合儿科学,2020,12(2):138-141.
[5]郑利祥,徐庭云,汪颖辉,等.四磨汤联合推拿治疗小儿功能性消化不良 52 例[J].中国中医药科技,2021,28(2):331-333.
[6]郑芳丽,白红丽.中药治疗小儿功能性消化不良疗效分析[J].实用中医药杂志,2019,35(3):267-268.
[7]陈金朋.布拉酵母菌联合中药汤剂治疗功能性消化不良患儿的效果分析[J].基层医学论坛,2020,24(5):700-701.
[8]刘荣英,刘湘峰,曹建志.中医推拿疗法治疗小儿功能性消化不良的效果观察[J].内蒙古中医药,2020,39(9):141-142.
[9]王巧华,严隽陶.推拿治疗儿童功能性消化不良的作用机制研究[J].按摩与康复医学,2021,12(1):11-14.
[10]赵咏梅,汪志凌.神曲消食口服液治疗小儿脾胃虚弱型功能性消化不良的疗效观察[J].湖南中医药大学学报,2019,39(3):409-412.

(收稿日期: 2021-12-09)