doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.06.008

平胃散加减联合中药敷脐治疗小儿肠系膜淋巴结炎临床观察*

卞肖玲^{1△} 林汝洁² 杜紫荆¹ 郭庆祺¹ 舒阳妹³ 彭彩霞⁴

东莞市第八人民医院¹中医科,²中药房,³小儿外科,⁴影像科,广东东莞 523325

摘要 目的 探讨平胃散加减联合中药敷脐治疗小儿肠系膜淋巴结炎的临床疗效。方法 选取 2019 年 9 月—2022 年 6 月本院门诊诊治的 150 例肠系膜淋巴结炎患儿,采用随机数字表法分为 A、B、C 组,每组 50 例。A 组患儿予以酪酸梭菌肠球菌三联活菌片,B 组患儿予以平胃散加减口服,C 组患儿予以平胃散加减口服联合自拟穴位贴敷方敷脐。比较 3 组患儿临床症状的消失时间及复发情况、临床疗效,比较 3 组患儿治疗前后白细胞计数及肠系膜淋巴结横纵径。**结果** 治疗后,C 组患儿临床症状消失时间显著短于 A 组、B 组($P < 0.05$),复发率显著低于 A 组($P < 0.05$),临床治疗总有效率显著高于 A 组、B 组($P < 0.05$),肠系膜淋巴结横纵径显著小于 A 组、B 组($P < 0.05$)。**结论** 平胃散加减联合中药敷脐治疗小儿肠系膜淋巴结炎可有效改善患儿临床症状,缩小患儿淋巴结横纵径,提高临床疗效,且复发率较低。

关键词 平胃散加减;中药敷脐;肠系膜淋巴结炎;酪酸梭菌肠球菌三联活菌片

中图分类号 R272;R725.7 **文献标志码** A

小儿肠系膜淋巴结炎好发于 3~7 岁儿童,是引起小儿急慢性腹痛的原因之一。目前临床上尚无针对该病的特效药,西医主要通过给予广谱抗生素和对症治疗,可在短期内缓解腹痛;但小儿机体抵抗力较弱,治疗后极易出现二重感染和再发性腹痛^[1]。中医治疗方面,根据本病临床表现可归属于“腹痛”范畴,病因病机多为寒邪入侵、乳食积滞、脾胃虚寒等,使气滞于脾胃肠腑,经脉失调,凝滞不通则痛,治疗以健脾利湿、行气消积为主要原则^[2]。既往有临床研究^[3]在平胃散的基础上化裁,拟方加减平胃散,治疗脾虚湿盛、乳食积滞型小儿肠系膜淋巴结炎,结果显示其临床效果优于单纯西医治疗。研究^[4]指出,使用外治疗法配合内服药可在内服药治疗的基础上进一步提高疗效。鉴于此,笔者根据多年临床经验自拟穴位贴敷方敷脐联合平胃散加减治疗乳食积滞型小儿肠系膜淋巴结炎,并观察其临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 9 月—2022 年 6 月本院门诊诊治的

150 例肠系膜淋巴结炎患儿,采用随机数字表法分为 A、B、C 组,每组 50 例。A 组,男 26 例,女 24 例;年龄(4.72 ± 1.28)岁,年龄范围为 3~7 岁;病程(4.96 ± 1.18)d,病程范围为 1~7 d。B 组,男 27 例,女 23 例;年龄(5.08 ± 1.34)岁,年龄范围为 3~7 岁;病程(4.88 ± 1.24)d,病程范围为 1~7 d。C 组,男 19 例,女 31 例;年龄(5.04 ± 1.32)岁,年龄范围为 3~7 岁;病程(5.02 ± 1.20)d,病程范围为 1~7 d。3 组患儿一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《诸福棠实用儿科学》^[5]和《小儿超声诊断学》^[6]制定:患儿继发于呼吸道感染或胃肠道炎症后,腹痛以脐周或右下腹为主,呈阵发性发作,发作间歇无异常;彩色多普勒超声显示肿大淋巴结大多位于右中下腹和(或)脐周,少数位于左中上腹;肿大淋巴结形态饱满,纵径 > 10 mm 或横径 > 5 mm,纵径/横径 > 2.0 ,边界光滑完整,呈均匀增大。

中医诊断标准参照《中医儿科学》^[7]中腹痛乳食积滞型诊断标准:主症为腹痛胀满,疼痛拒按,不思饮食,嗝气吞酸,或腹痛欲泻,泻后痛减;次症为夜卧不安,时时啼哭,矢气频作,粪便臭秽;舌脉为舌淡红,苔厚腻,脉象沉滑,指纹紫滞。

* 东莞市社会科技发展(一般)项目(No. 202050715028300)

△通信作者,Corresponding author,E-mail:277232251@qq.com

1.3 纳入及排除标准

纳入标准:年龄 3~7 岁;临床表现为反复腹痛,不思饮食,腹痛间隙活动正常,腹部彩超提示肠系膜淋巴结肿大,符合上述小儿肠系膜淋巴结炎的诊断标准;患儿家属知情并签署知情同意书,经医院伦理委员会批准。

排除标准:合并肺炎、肾病综合征或免疫缺陷等疾病者;因呕吐或腹泻严重而导致脱水者;合并结核性肠系膜淋巴结炎或急性慢性阑尾炎、肠道肿瘤等疾病者;家长依从性差者。

1.4 治疗方法

A 组患儿予以酪酸梭菌肠球菌三联活菌片(日本东亚药品工业株式会社,进口药品注册证号 S20160008),用温水溶散后服用;3~4 岁患儿剂量为 200 mg/次,2 次/d;5~7 岁患儿剂量为 200 mg/次,3 次/d。

B 组患儿予以平胃散加减口服,方药组成为焦山楂 10 g、炒麦芽 15 g、神曲 10 g、厚朴 8 g、陈皮 5 g、枳壳 8 g、炒白术 10 g、延胡索 10 g、三棱 8 g、莪术 8 g、甘草 3 g。呕吐者加竹茹 10 g、姜半夏 5 g,腹痛明显者加木香 6 g。中药配方颗粒由广东一方制药有限公司提供,每日 1 剂,加入温水 100 mL 中溶散;体质量 20 kg 以下儿童,30 mL/次,2 次/d;体质量 20 kg 以上儿童,50 mL/次,2 次/d。

C 组患儿予以平胃散加减口服联合自拟穴位贴敷方敷脐。平胃散加减服用剂量及方法同 B 组。自拟穴位贴敷方药物组成为延胡索 10 g、吴茱萸 5 g、木香 5 g、藿香 5 g、白芷 5 g、厚朴 5 g,每日 1 贴。

3 组患儿均连续治疗 1 周,治疗结束 1 个月后随访。

1.5 观察指标

比较 3 组患儿腹痛、腹胀、大便不调、纳差、疼痛拒按等临床症状的消失时间。

比较 3 组患儿临床疗效及复发情况,临床疗效判定标准:显效 无腹痛,中医临床症状消失或基本消

失;有效 腹痛明显减轻,频率减低,中医临床症状、体征明显改善;无效 腹痛情况及中医临床症状、体征均无明显改善。临床治疗总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。复发率=[复发例数/(显效+有效)例数]×100%。

比较 3 组患儿治疗前后的白细胞计数及肠系膜淋巴结横纵径。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 *t* 检验,组间比较采用成组 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效、复发率比较

治疗后,C 组患儿临床治疗总有效率显著高于 A 组、B 组($P < 0.05$),复发率显著低于 A 组患儿($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 3 组患儿临床疗效比较($n=50$,例,%)

组别	显效	有效	无效	总有效率	复发率
A 组	11	27	12	38(76.00)	15(39.47)
B 组	23	21	6	44(88.00) [△]	7(15.91) [△]
C 组	31	17	2	48(96.00) ^{△▲}	6(12.50) ^{△▲}

与 A 组比较[△] $P < 0.05$;与 B 组比较[▲] $P < 0.05$

2.2 临床症状消失时间比较

治疗后,C 组患儿腹痛、腹胀、大便不调、纳差、疼痛拒按等临床症状消失时间显著短于 A 组、B 组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 白细胞计数及肠系膜淋巴结横纵径比较

治疗前,3 组患儿白细胞计数及肠系膜淋巴结横纵径比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,3 组患儿肠系膜淋巴结横纵径均较治疗前明显缩小($P < 0.05$),且 C 组显著小于 A 组、B 组($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 3 组患儿临床症状消失时间比较($n=50, \bar{x} \pm s, d$)

组别	腹痛	腹胀	大便不调	纳差	疼痛拒按
A 组	4.04±1.59	3.94±1.52	3.62±1.43	3.52±1.50	3.62±1.32
B 组	3.30±0.89 [△]	3.20±1.11 [△]	2.76±1.19 [△]	2.96±1.03 [△]	3.00±1.07 [△]
C 组	2.84±0.79 ^{△▲}	2.84±0.79 ^{△▲}	1.94±0.79 ^{△▲}	2.38±0.81 ^{△▲}	2.08±0.86 ^{△▲}

与 A 组比较[△] $P < 0.05$;与 B 组比较[▲] $P < 0.05$

表 3 3 组患儿白细胞计数及肠系膜淋巴结横纵径比较($n=50, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	白细胞计数($\times 10^9$)	横径(mm)	纵径(mm)
A 组	治疗前	8.75 $\pm$ 1.01	6.86 $\pm$ 0.95	16.52 $\pm$ 1.39
	治疗后	8.50 $\pm$ 0.70	5.06 $\pm$ 0.91*	9.40 $\pm$ 2.89*
B 组	治疗前	8.45 $\pm$ 1.02	6.70 $\pm$ 0.79	16.30 $\pm$ 1.39
	治疗后	8.25 $\pm$ 0.87	4.50 $\pm$ 0.91* Δ	8.20 $\pm$ 2.51* Δ
C 组	治疗前	8.36 $\pm$ 1.06	6.78 $\pm$ 0.76	16.58 $\pm$ 1.44
	治疗后	8.22 $\pm$ 0.78	4.12 $\pm$ 0.77* Δ $\blacktriangle$	7.32 $\pm$ 1.83* Δ $\blacktriangle$

与治疗前比较* $P<0.05$;与 A 组比较 $\Delta P<0.05$;与 B 组比较 $\blacktriangle P<0.05$

3 讨论

小儿肠系膜淋巴结炎发病率近年来呈上升趋势,目前西医针对该病尚无统一完善的治疗方案,使多数肠系膜淋巴结炎患儿得不到有效治疗,导致疾病迁延不愈,腹痛反复发作,影响患儿日常生活及正常生长发育。中医治疗小儿肠系膜淋巴结炎具独特优势,在治疗过程中通过临床的辨证论治施方,把局部和全身病理变化相结合,不仅可改善主要症状,还可整体调养。

小儿脏腑娇嫩,饮食不节易导致乳食积滞,损伤脾胃,进而脾失健运,气机不畅,经脉拘急,不通则痛。治疗应以消食导滞、活血化瘀、软坚散结为原则。平胃散具有消食导滞、止痛散结之效,是治疗“腹痛”的要方。既往研究^[8]证实,中药汤剂联合中药贴敷治疗胃肠结热型肠系膜淋巴结炎可显著改善患儿腹痛症状,降低腹痛复发率,促进肠系膜淋巴结消散。故笔者特在平胃散的基础上根据患儿证型及临床症状进行加减,以燥湿运脾、行气止痛为治疗原则,辅以自拟穴位贴敷方敷脐。

本研究所用平胃散加减由焦山楂、炒麦芽、神曲、厚朴、陈皮、枳壳、炒白术、延胡索、三棱、莪术、甘草组成。其中以炒白术为君,取健脾燥湿之功;以厚朴为臣,助行气除满之效;以陈皮为佐,理气和胃、燥湿醒脾,以助炒白术、厚朴之力;使以焦三仙(炒麦芽、焦山楂、神曲)助消食导滞、行气散结之效;延胡索行气止痛;枳壳宽中理气、消胀行滞;三棱、莪术消积止痛;甘草健脾益气,调和诸药;诸药合用,共奏健脾燥湿、行气止痛、消积散结之效。临床随证加减,可配以木香、姜半夏等药增加燥湿运脾、行气止痛、消瘀散结之功,同时还可使用延胡索、吴茱萸、木香、藿香、白芷、厚朴等中药进行敷脐。本研究结果显示,平胃散加减联合中药敷脐治疗小儿肠系膜淋巴结炎可有效改善患儿

临床症状,显著缩短患儿临床症状消失时间,缓解淋巴结肿大。考虑其原因可能为,神阙穴位于脐中,为任脉之经穴,外用中药敷贴于此穴,可通过温中之法刺激、调整经络,舒展经脉拘急,散越寒邪,敷布阳气,使血脉流畅、气机疏通进而有效缓解患儿临床症状^[9-10]。

综上所述,平胃散加减联合中药敷脐治疗小儿肠系膜淋巴结炎可有效改善患儿临床症状,缩小患儿淋巴结横纵径,提高临床疗效,且复发率较低。

参 考 文 献

- [1] 马学梅,李小玲,王佐佑. 小儿急性肠系膜淋巴结炎的研究现状[J]. 医学综述,2014,20(4):698-700.
- [2] 刘思嘉,孙丽平. 孙丽平治疗小儿肠系膜淋巴结炎[J]. 长春中医药大学学报,2019,35(2):233-235.
- [3] 王成,李楠,张英博,等. 香砂平胃散治疗小儿肠系膜淋巴结炎[J]. 长春中医药大学学报,2022,38(4):424-427.
- [4] 王晓敏,张迎春,张薇,等. 短波紫外线联合中药内服治疗小儿急性鼻炎的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2021,43(7):650-651.
- [5] 江载芳,申昆玲,沈颖. 诸福棠实用儿科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2014.
- [6] 夏焙. 小儿超声诊断学[J]. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [7] 马融. 中医儿科学新世纪第 4 版[M]. 北京:中国中医药出版社,2016.
- [8] 张俊绮,张丽,何薇. 枳实导滞汤联合中药贴敷治疗肠系膜淋巴结炎患儿临床研究[J]. 内科,2018,13(4):571-573,577.
- [9] 郭雨薇,杨敏,崔文成. 小儿肠系膜淋巴结炎中医外治法研究进展[J]. 中国中医急症,2021,30(5):931-935.
- [10] 郭丽娜,张雪锋,毕美芬,等. 神阙穴艾灸联合温脾止痛膏外敷治疗脾胃虚寒型肠系膜淋巴结炎患儿的临床观察[J]. 中国中医药科技,2021,28(6):1009-1011.

(收稿日期:2022-07-25)