

引用:梁京,马翠翠,段航星,黄倩,张旭,王洪岗.醒脾养胃中药膏方治疗儿童厌食症的临床研究[J].中医导报,2023,29(1):72-75.

醒脾养胃中药膏方 治疗儿童厌食症的临床研究*

梁京,马翠翠,段航星,黄倩,张旭,王洪岗
(石家庄市妇幼保健院,河北 石家庄 050000)

[摘要] 目的:观察醒脾养胃中药膏方联合葡萄糖酸钙锌口服溶液治疗儿童厌食症的效果。方法:76例厌食症患儿随机分为对照组和膏方组,每组38例,膏方组给予自拟中药膏剂联合常规治疗,对照组给予常规治疗,疗程4周。治疗前后分别对两组患儿中医症状积分、临床疗效、血清胃泌素(GAS)、胆囊收缩素(CCK)、血红蛋白(HGB)、钙离子(Ca^{2+})及锌离子(Zn^{2+})变化进行统计,并检测肝肾功能。结果:膏方组临床疗效优于对照组($P<0.05$)。治疗结束后,两组患儿血清GAS、HGB较治疗前升高,中医症状积分、血清CCK较治疗前下降,差异均有统计学意义($P<0.05$),且治疗组优于对照组($P<0.05$)。肝、肾功能检测结果证实两组患儿均未发生不良反应。治疗结束后4周两组患儿复发率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗结束后12周膏方组复发率低于对照组($P<0.05$)。结论:醒脾养胃中药膏方联合微量元素补充剂可明显改善患儿临床症状,改善胃肠激素水平,提高微量元素和血红蛋白水平,降低复发率。

[关键词] 儿童厌食症;中药膏方;微量元素;胃肠激素;临床研究

[中图分类号] R272.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2023)01-0072-04

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2023.01.013

Clinical Study on Xingpi Yangwei Chinese Herbal Ointment (醒脾养胃中药膏方) in Treatment of Children Anorexia

LIANG Jing, MA Cuicui, DUAN Hangxing, HUANG Qian, ZHANG Xu, WANG Honggang
(Shijiazhuang Maternal and Child Health Care Hospital, Shijiazhuang Hebei 050000, China)

[Abstract] Objective: To observe the effect of Xingpi Yangwei Chinese herbal ointment combined with Calcium zinc gluconate oral solution on children with anorexia. Methods: Totally 76 children with this disease were randomly divided into control group and ointment group, 38 cases in each group. The ointment group was given self-made Xingpi Yangwei Chinese herbal ointment combined with conventional treatment. The control group was given routine treatment, and the course of treatment was 4 weeks. Before and after treatment, the Chinese medicine symptom scores, clinical efficacy, serum gastrin (GAS), cholecystokinin (CCK), hemoglobin (HGB), trace elements calcium ion (Ca_2^+) and zinc ion (Zn_2^+) were statistically analyzed in the two groups. Liver and kidney functions were also detected. Results: The ointment group showed better treatment effect than control group ($P<0.05$). After the treatment, the GAS and HGB increased in two groups, while Chinese medicine symptom scores and CCK decreased, with statistically significant difference ($P<0.05$). There were no serious adverse reactions in either group of patients. There was no significant difference in the recurrence rate between the two groups at the 4th week after treatment ($P>0.05$). The ointment group showed lower recurrence rate than control group at 12th weeks after the treatment ($P<0.05$). Conclusion: Xingpi Yangwei Chinese herbal ointment combined with trace element supplements can significantly improve the clinical symptoms of children, improve the levels of gastrointestinal hormones, increase the levels of trace elements and hemoglobin and reduce the probability of recurrence.

[Keywords] children anorexia; Chinese herbal ointment; trace elements; gastrointestinal hormones; clinical research

*基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目(2020285)

通信作者:王洪岗, E-mail: wanghonggang152535@163.com

儿童厌食症是一种以食欲降低甚至拒绝进食为主要表现的慢性消化功能紊乱疾病。好发于1~6岁儿童,我国学龄前儿童发病率为12.1%~34.3%,且城市高于农村地区^[1]。本病轻者无特殊不适,重者可致佝偻、贫血、微量元素缺乏、免疫功能低下等,影响儿童生长发育^[2-3]。现代医学认为该病的病因较为复杂^[4],随着研究的深入,儿童厌食症的研究已扩展至食欲控制中枢-脑肠轴-脑肠肽等微观领域^[5]。西医治疗以补锌、调整肠道微生态、促进胃肠动力为主,但效果一般且易反复。中医学擅于从整体出发,辨证论治。《灵枢》有述:“脾气通于口,脾和则口能知五谷。”儿童脏腑娇柔形体未充,脾常不足,怯弱易惊。笔者在临床工作逾10年期间,以醒脾养胃为治疗大法,以儿童易于接受的膏方为剂型,联合微量元素补充剂治疗儿童厌食症的临床疗效较好。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照《中国进食障碍防治指南解读》^[6]中小儿厌食症诊断标准:(1)食欲不振,见食不贪,长期摄入量下降,摄入量较发病前降低1/3~1/2以上,发病时间 ≥ 2 个月,且排除机体其他系统疾病;(2)出现体质量减轻或增长停滞,具有不当喂养或不良饮食习惯史。

1.1.2 中医诊断标准 参照《中医儿科学》^[7]中关于小儿厌食症脾胃不和证诊断标准。主症:食欲不振、乏力。次症:腹胀、便溏。指纹淡红,舌质红或淡红,苔白腻或薄白,脉滑。主症+1项次症结合指纹或舌脉可辨为脾胃不和证。

1.2 纳入标准 符合以上中、西医诊断标准;年龄3~6岁;病程 ≥ 2 个月;近2周末采取治疗或外治法影响食欲;患儿家属知情并自愿加入本研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准 对该研究中已知药物或成分有过敏史;其他器质性或心理性疾病导致的厌食;合并其他系统严重疾病者如心脏、脑、肝、肾疾患;未依照规定治疗等影响结果判定者;正在参加其他药物临床试验者。

1.4 研究对象 本临床研究经石家庄市妇幼保健院伦理委员会审查通过(编号:202046)。选取2019年1月至2020年6月来我院中医儿科门诊就诊的76例儿童厌食症患者,采用随机数字表法分成对照组和膏方组,各38例。

1.5 研究方法 两组患儿均给予常规指导,如正确喂养、调节饮食、纠正偏食养成良好的饮食和生活习惯等。

1.5.1 对照组 给予葡萄糖酸钙锌口服溶液(澳诺中国制药有限公司,国药准字H20013241),10 mL/d,分2次,饭后服。

1.5.2 膏方组 在对照组的基础上联合自拟醒脾养胃中药膏剂,具体组成如下:山药20 g,薏苡仁15 g,白术12 g,陈皮12 g,茯苓20 g,白豆蔻10 g,木香6 g,藿香9 g,佩兰12 g,厚朴12 g,枳实12 g,淡豆豉6 g,山楂15 g,神曲15 g,麦芽10 g,半夏10 g,鸡内金15 g。上述中药饮片均来自石家庄市妇幼保健院药房,由广州晨雕机械设备有限公司生产的CYJ-2+1型全自动双缸中药煎药机统一煎煮,熬至药液出现挂壁状态后加冰糖500 g、黄酒少量熬制收膏。临证加减:气血不足加阿胶10 g,乏力倦怠者,加党参12 g;腹胀明显者,加焦槟榔15 g;卫表不

固易感冒者,加黄芪12 g、防风12 g;多汗易惊者加煅龙骨15 g、煅牡蛎15 g、浮小麦12 g。膏剂分装成小袋,每袋15 mL。1袋/次,2次/d。

两组患儿均连续治疗4周。

1.6 观察指标

1.6.1 中医症状积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]在治疗前后分别积分。主症(食欲不振、乏力)根据无、轻、中、重,分别计为0、2、4、6分,次症(腹胀、便溏)根据无、轻、中、重,分别计为0、1、2、3分,舌苔、脉象具体描述,不积分。具体分级标准如下:(1)食欲不振,轻度:进食量有减少,但较日常食量减少约不足1/3;中度:进食减少,约日常进食量的1/3~2/3;重度:进食减少量大于日常饮食量的2/3。(2)乏力:轻度,自觉乏力,休息可缓解;中度,乏力较明显,休息后不能缓解,日常活动可正常进行;重度,乏力明显,影响正常生活。(3)腹胀:轻度,偶有发作;中度,腹胀持续,但可用药物治疗后缓解;重度,腹胀持续但药物治疗仍不缓解。(4)便溏:轻度,偶有便溏;中度,持续便溏但药物治疗有效;重度,持续便溏且常规药物治疗不能好转。

1.6.2 临床疗效 参照文献^[8]判定临床疗效。(1)治愈:治疗后体征、症状基本消失,症状积分降低 $\geq 95\%$;(2)显效:体征、症状显著改善,症状积分降低 $\geq 75\%$, $<95\%$;(3)有效:体征、症状有所改善,症状积分降低 $\geq 30\%$, $<75\%$;(4)无效:体征、症状无好转,症状积分降低 $<30\%$ 。总有效率(%)=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6.3 血液指标 治疗前后分别检测两组患儿血清胃泌素(GAS)、胆囊收缩素(CCK)、血红蛋白(HGB)水平。抽取患儿空腹静脉血3~5 mL,2 000 r/min离心后,采用上海研卉生物公司提供的试剂盒,用ELISA法检测血清中GAS水平;采用日本索尼微电脑全自动计数仪运用放射免疫法测量CCK水平,HGB水平采用由美国贝克曼公司生产的dxH800血细胞分析仪检测。

1.6.4 微量元素 治疗前后分别采集两组患儿清晨空腹静脉血,应用南京迈瑞公司的BS-350s全自动生化分析仪检测血清微量元素 Ca^{2+} 和 Zn^{2+} 水平。

1.6.5 复发率及不良反应 治疗结束后4周和12周进行门诊或者电话随访,随访两组患儿是否复发并统计,分别计算两组患儿复发率。两组患儿在治疗前后分别进行肝肾功能检测,采用南京迈瑞公司的BS-350s全自动生化分析仪进行,记录是否有不良反应发生。

1.7 统计学方法 所有统计学数据采用SPSS 22.0软件处理,计量资料符合正态分布,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组内治疗前后比较采用配对t检验,组间比较采用成组t检验。计数资料采用例数/百分率表示,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 两组患儿基线资料比较 对照组脱落1例,膏方组脱落2例,最终对照组纳入37例,膏方组纳入36例。两组患儿性别、病程及年龄等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),

具有可比性。(见表1)

表1 两组患儿基线资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,年)
		男	女		
对照组	37	17	20	3.11 $\pm$ 0.77	3.75 $\pm$ 0.81
膏方组	36	17	19	3.39 $\pm$ 0.82	3.85 $\pm$ 0.78
检验统计量		$\chi^2=0.012$		$t=0.605$	$t=1.840$
P		0.913		0.547	0.067

2.2 两组患儿治疗前后中医症状积分比较 组内比较,治疗后除对照组患儿有便秘症状外,其余症状均较治疗前明显改善,尤其是膏方组在改善食欲不振、便秘症状方面效果显著。组间比较,治疗前两组患儿各症状积分及总积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后膏方组患儿食欲不振、腹胀、便秘及总积分均低于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$),说明两组治疗均可改善患儿症状,且膏方组优于对照组。(见表2)

表2 两组患儿治疗前后中医症状积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间	食欲不振	乏力	腹胀	便秘	总积分
对照组	治疗前	3.63 $\pm$ 1.16	3.32 $\pm$ 1.05	1.43 $\pm$ 0.46	1.41 $\pm$ 0.88	9.79 $\pm$ 1.79
	治疗后	1.02 $\pm$ 0.68 ^a	1.08 $\pm$ 0.70 ^a	0.79 $\pm$ 0.27 ^a	1.06 $\pm$ 0.84	3.95 $\pm$ 0.97 ^a
膏方组	治疗前	3.58 $\pm$ 1.07	3.29 $\pm$ 1.13	1.68 $\pm$ 0.39	1.33 $\pm$ 0.69	9.88 $\pm$ 1.84
	治疗后	0.43 $\pm$ 0.23 ^{ac}	0.95 $\pm$ 0.57 ^a	0.41 $\pm$ 0.19 ^{ab}	0.49 $\pm$ 0.36 ^{ac}	2.28 $\pm$ 0.61 ^{ac}

注:与治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组比较,^b $P<0.05$,^c $P<0.01$

2.3 两组患儿临床疗效比较 膏方组总有效率高于对照组($P<0.05$),表明葡萄糖酸钙锌口服溶液联合醒脾养胃中药膏方治疗儿童厌食症临床疗效优于单纯葡萄糖酸钙锌口服溶液治疗。(见表3)

表3 两组患儿临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	37	9(24.32)	11(29.72)	6(16.21)	11(29.7)	26(70.27)
膏方组	36	16(44.44)	11(30.56)	5(13.89)	4(11.11)	32(88.89)
χ^2		3.874				
P		0.049				

2.4 两组患儿血液指标比较 治疗前,两组患儿血清GAS、CCK、HGB水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患儿血清GAS、HGB水平均上升,CCK水平下降,且膏方组变化更明显,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表4 两组患儿GAS、CCK及HGB水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	GAS(pg/mL)		CCK(pg/mL)		HGB(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	37	24.53 $\pm$ 4.06	30.17 $\pm$ 3.82 ^a	15.08 $\pm$ 0.79	5.13 $\pm$ 0.33 ^a	98.4 $\pm$ 5.07	116.92 $\pm$ 9.91 ^a
膏方组	36	26.72 $\pm$ 4.28	37.06 $\pm$ 4.16 ^{ab}	16.01 $\pm$ 0.82	4.50 $\pm$ 0.26 ^{ab}	98.73 $\pm$ 6.11	125.46 $\pm$ 13.12 ^{ab}

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$,与对照组比较,^b $P<0.05$

2.5 两组患儿微量元素水平比较 治疗前,两组患儿血清Ca²⁺、Zn²⁺水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患儿血清Ca²⁺、Zn²⁺水平较治疗前均有所提升,且膏方组患儿血清Ca²⁺、Zn²⁺水平升高更明显,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表5)

2.6 复发率和不良反应 治疗结束后4周两组患儿复发率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗结束后12周膏方组复发

率低于对照组($P<0.05$)。两组患儿在入组前、治疗结束后均接受肝、肾功能检测,指标均在正常范围,均无肝肾功能损伤的不良反应发生。

表5 两组患儿Ca²⁺、Zn²⁺水平比较 ($\bar{x}\pm s$, μ mol/L)

组别	例数	Ca ²⁺		Zn ²⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	37	1.53 $\pm$ 0.66	1.71 $\pm$ 0.29 ^a	71.79 $\pm$ 6.08	78.46 $\pm$ 5.31 ^a
膏方组	36	1.62 $\pm$ 0.30	1.92 $\pm$ 0.28 ^{ab}	72.02 $\pm$ 6.17	84.29 $\pm$ 4.75 ^{ab}

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$,与对照组比较,^b $P<0.05$

表6 两组患儿复发情况比较

时间	组别	例数	复发(例)	未复发(例)	复发率(%)	χ^2	P
治疗后结束4周	对照组	37	2	35	5.41	0.325	0.572
	膏方组	36	1	35	2.78		
治疗后结束12周	对照组	37	8	29	21.62	3.984	0.046
	膏方组	36	2	34	5.56 ^a		

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

3 讨论

儿童厌食症病因较为复杂,现代医学认为该病的发生与胃肠动力不足、胃肠黏膜结构欠佳、消化酶分泌相对不足或活性不足、微量元素的缺乏、胃肠激素紊乱、肠道菌群失衡、幽门螺旋杆菌感染等因素^[9-10]有关。下丘脑作为机体的摄食中枢,由下丘脑外侧区、腹内侧区、室旁核及弓状核等关键区构成。有研究^[11]通过对比厌食症儿童及正常儿童的头颅核磁共振,发现厌食症患儿的下丘脑外侧区及室旁核信号较正常低,而腹内侧信号较高。另有学者^[12]发现降低大鼠的腹内侧区神经核团对胃肠神经摄食信号的敏感度可促进大鼠食欲。从神经解剖和中枢角度证实厌食症的发生与下丘脑密切相关。另外,随着20世纪80年代脑-肠轴理论的提出,这一大脑和肠道功能双向整合的信息系统之间的交互作用^[13-14]也得到了进一步发展。肠道菌群是脑-肠轴的重要“联络员”,它通过刺激或者调节肠道的内分泌细胞使之分泌神经递质,从而调节胃肠道功能。而这一理论笔者认为与中医的整体观念不谋而合。人体作为一个相互联系共存的有机整体,微生态平衡与各个层次的脑-肠轴成员密切相关^[14],微生态失衡则会影响神经中枢对消化系统的调节作用。当前现代医学治疗儿童厌食症往往从促进胃肠动力、根除幽门螺旋杆菌、补充微量元素、补充消化酶及维持肠道微生态^[15]的角度出发,取得了一定的疗效。

胃泌素(GAS)是一种主要由胃窦分泌的胃肠激素,有促胃蛋白酶分泌、促进肠道运动的作用。在厌食症患儿的临床研究发现该激素分泌减少^[16]。胆囊收缩素(CCK)是一种肽类激素,它与其受体结合后,作用于神经、消化、心血管等多个靶系统^[17],在消化系统中,它承担着类似“兴奋饱食感中枢”信号的作用,即在食欲调控因子中具有抑制作用的脑肠肽,参与摄食调节过程^[18]。符日明等^[19]研究证实,厌食症患儿病情严重程度与血清CCK水平呈负相关。钙、锌为人体几乎所有生命活动所必需。其中,经口摄入是人体钙的全部来源。因此厌食症儿童若长期不能纠正,钙摄取不足,可能导致营养性佝偻病的发生^[20]。锌参与人体众多生化生理过程,锌缺乏可导致机体发育迟缓、易感染、性发育迟滞、异食癖等^[21]。锌的缺乏还可减缓舌味蕾细胞的代谢,使味觉的敏感程度下降,加重厌

食^[2]。本研究结果表明,膏方组患儿的血清GAS、血红蛋白(HGB)、微量元素钙离子(Ca^{2+})及锌离子(Zn^{2+})水平高于对照组,同时CCK水平更低,临床有效率更高。

中医学将本病归于“食滞”“脾虚”范畴,病变脏腑为脾胃。小儿脏腑稚嫩,食不知节,饥饱无度,或他病伤脾,或先天不足,均可损脾伤胃,食不能化导致厌食。治病求本,应以健脾开胃立法,加以辨气血阴阳的亏虚从而施调补之法,并注意小儿脏器轻灵,随拨随应,消导之剂不宜峻烈,补益不宜生内火,养阴而不过于滋腻,燥湿不宜过温。本方配伍精细,方用陈皮、枳实、藿香、佩兰醒脾和中为君,厚朴、木香、莱菔子理气宽中,脾土喜燥,予半夏、白术燥湿兼有降逆为臣,茯苓、山药、薏苡仁、白豆蔻健脾祛湿,淡豆豉清热除烦,山楂、神曲、麦芽、鸡内金消食开胃,共为佐使。全方化滞消导,醒脾开胃,寓补于清,符合小儿“脏腑娇嫩”“易虚易实”的生理特点,稍补其不足,以达到救弊补偏,平衡虚实的目的。膏方在慢性虚损类疾病中有着独特的优势^[23-24],且药味多,功效全,口感佳。名医秦伯未老先生善调补脾胃膏方^[25],指出膏方另有“救偏却病”之意。厌食症患儿素来脾胃不足,或有内滞,膏方不仅可以补虚,更可调整中焦气机,使之畅达,从而达到醒脾养胃之效。另膏方在熬制过程中加入冰糖或麦芽糖等辅料,较日常中药汤剂口感更甜,且为密封小包装,便携易存,患儿及家长接受度高。

本研究结果显示,葡萄糖酸钙锌口服溶液联合醒脾养胃中药膏方可更有效地改善厌食症患儿的中医症状,临床疗效高,复发率低,安全性好。具体可能与如下因素有关:(1)调节胃肠激素水平,促进食欲因子,改善胃肠道功能;(2)提高血清微量元素水平,改善贫血状态。对照组患儿同时给予微量元素补充剂,证实中药在促进微量元素的吸收方面^[22,26-27]表现更优。综上,醒脾养胃膏方联合微量元素补充剂在纠正儿童厌食症方面效果显著,且口感良好,储存便捷,值得推广。

参考文献

- [1] 马乐萍.绍兴市柯桥区60例小儿厌食症的流行病学调查研究[J].世界华人消化杂志,2018,26(16):972-978.
- [2] 马融,梁繁荣.中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2009.
- [3] MCGREGOR K A, CLANCY O M, WHICKER M E. A social media exploration of pro-anorexia groups: How to reduce risk, increase autonomy, and create healthy online communities[J]. J Adolesc Heal,2020,66(2):S58-S59.
- [4] 刘伟孝,郎俊凤,张钦凤.儿童厌食症的危险因素研究[J].中国当代儿科杂志,2016,18(11):1119-1122.
- [5] 徐德勇,陆韦.基于脑肠轴理论探讨小儿厌食症与脑肠肽相关性研究进展[J].现代中西医结合杂志,2021,30(29):3292-3296.
- [6] 孔庆梅.中国进食障碍防治指南解读[J].中华精神科杂志,2018,51(6):355-358.
- [7] 汪爱传,虞坚尔.中医儿科学[M].第3版.北京:中国中医药出版社,2012:134.
- [8] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[M].北京:中国医药科技出版社,2002:163-166.
- [9] 杨伟哈,独家能,许雯雯,等.中西医结合治疗小儿厌食症研究概况[J].中医药临床杂志,2017,29(11):1979-1982.
- [10] 陈珊红,周盈.小儿厌食症的中西医研究进展[J].新疆中医药,2018,36(1):117-120.
- [11] 王研,赵海涛,张劲松,等.厌食儿童和正常儿童食物刺激下丘脑功能区fMRI的研究[J].神经解剖学杂志,2008,24(1):58-62.
- [12] 杜永平,王霞,张月萍,等.运脾中药复方制剂降低厌食大鼠下丘脑腹内侧区神经元的兴奋性[J].第四军医大学学报,2006,27(6):540-543.
- [13] 熊林林,舒青龙,唐芳瑞,等.基于“脑肠轴”的中医药微生态研究进展[J].时珍国医国药,2021,32(6):1438-1443.
- [14] GANCI M, SULEYMAN E, BUTT H, et al. The role of the brain-gut-microbiota axis in psychology: The importance of considering gut microbiota in the development, perpetuation, and treatment of psychological disorders[J]. Brain Behav,2019,9(11):e01408.
- [15] 周肸,钱海华,张丹,等.基于肠道菌群与脑肠轴的相互作用机理探讨中医脑肠学说[J].中华中医药学刊,2020,38(3):119-122.
- [16] 向正可,陈沛伟,谭从容,等.加味异功散联合常规治疗对脾胃虚弱型小儿厌食症患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(12):3559-3562.
- [17] 李秋菊,王丰.胆囊收缩素及其受体的研究进展[J].重庆医学,2021,50(20):3571-3575.
- [18] HOLSEN L M, JACKSON B. Reward capacity predicts leptin dynamics during laboratory-controlled eating in women as a function of body mass index[J]. Obesity (Silver Spring),2017,25(9):1564-1568.
- [19] 符日明,陈运旺,雷智贤,等.小儿厌食症患儿外周血神经肽Y胆囊收缩素LEP水平测定及临床意义[J].河北医学,2020,26(9):1499-1504.
- [20] 秦锐.中国儿童钙营养专家共识(2019年版)[J].中国妇幼保健研究,2019,30(3):262-269.
- [21] 申昆玲,林丽开,冯佳佳,等.儿童锌缺乏症临床防治专家共识[J].儿科药学杂志,2020,26(3):46-50.
- [22] 陈文娇,吕景芳.补虚醒脾中药联合推拿治疗小儿厌食症疗效及对血清微量元素、血红蛋白、食欲调节因子的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(32):3617-3620.
- [23] 李梦瑶,董继业.董氏儿科运用膏方调治小儿慢性虚损性疾病的临证经验[J].中华中医药杂志,2021,36(11):6537-6539.
- [24] 车慧,卞立群,唐旭东.唐旭东运用膏方调治胃下垂临床经验撷萃[J].中医导报,2020,26(2):130-132.
- [25] 韩一益,袁艳红.秦伯未处方用药模式临证应用体会[J].中医导报,2020,26(15):184-186.
- [26] 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、生长抑素的影响[J].陕西中医,2021,42(4):459-462.
- [27] 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儿免疫功能及微量元素的影响[J].海南医学,2019,30(23):3037-3040.

(收稿日期:2022-04-21 编辑:罗英姣)