

学校代码: 10063
专业代码: 105705



二〇二一届硕士研究生毕业暨学位论文

药膳在儿科迁延性腹泻中的应用现状与临床研究

Application status and clinical research of medicated diet in
pediatric persistent diarrhea

专 业: 中医儿科学

学位类型: 专业学位

研 究 生: 赵洪刚

指导教师: 陈 慧 主任医师

天 津 中 医 药 大 学

二〇二一年五月

天津中医药大学学位论文原创性声明及学术诚信承诺

本人郑重声明：所呈交的学位论文是本人在导师指导下独立进行的研究工作和取得的研究成果。除了文中特别加以标注引用和致谢之处外，论文中不包含其他个人或集体已经发表或撰写的研究成果。也不包含获得天津中医药大学或其他教育机构的学位、学历使用过的材料。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中作了明确的说明并表示了谢意。

本人郑重承诺：所呈交的学位论文不存在学术不端行为，文责自负。

学位论文作者签名：赵洪刚

日期：2011年6月2日

学位论文版权使用授权书

本学位论文作者完全了解天津中医药大学有关保留、使用学位论文的规定，特授权天津中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存、汇编以供查阅和借阅。同意学校保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版。

本学位论文属于（请在以下相应方框内打“√”）：

☐ 保密论文，在____年解密后适用本授权书。

☒ 不保密。

学位论文作者签名：赵洪刚

导师签名：阿晓

日期：2011年6月2日

日期：2011年6月2日

目录

中文摘要.....	1
ABSTRACT.....	4
前言.....	8
第一部分 药膳在儿科迁延性泄泻中的应用现状调查.....	9
1 研究资料.....	9
2 研究方法.....	10
3 结果.....	10
4 讨论.....	20
第二部分 药膳在儿科迁延性腹泻中的临床疗效观察.....	25
1 临床资料.....	25
2 研究方法.....	26
3 结果.....	28
4 讨论.....	32
5 不足与展望.....	35
结论.....	36
参考文献.....	37
附录.....	41
综述 药膳的古今应用浅述.....	45
参考文献.....	49
致谢.....	52
个人简历.....	53

中文摘要

目的:

调研药膳在儿科迁延性腹泻病中的应用情况,进而研究药膳的应用现状,同时观察药膳在儿科迁延性腹泻病中的临床疗效,从而更好的在临床中推广药膳。

第一部分

方法:采用调查问卷方法,由调查者和3名专家组老师设计药膳应用于小儿迁延性腹泻情况调查表,通过对2019年5月至2020年2月天津中医药大学第二附属医院门诊迁延性腹泻及既往有迁延性腹泻病史患儿家长310例进行独立问卷调查,根据调查结果分析药膳应用现状。

结果:

1.一般情况:310名患儿父母年龄在26-30岁占比31%,31-35岁占比27%,36-40岁占比40%,40岁以上占比2%,310名患儿年龄0-1岁占比7%,1-3岁占比18%,3-7岁占比46%,7-13岁占比29%。

2.就诊情况:310名患儿月生病1-3天占比80%,月生病4-6天占比11%,月生病7-9天占比4%,月生病10-12天占比5%。年就诊1-10次占比93%,年就诊11-20次占比4%,年就诊21-30次占比3%。每年因腹泻就诊1-5次占比93%,6-10次占比6%,11-15次占比1%,16次以上占比0%。年医疗费用500-2000元占比70%,2000-5000元占比30%,5000-9000元接近为0。输液/服用抗生素天数0-7天占比77%,8-14天占比19%,15-21天占比1%,22天以上占比3%。

3.服药配合度:310名患儿服药不配合占比53%,商议下配合占比42%,完全配合占比5%。

4.对药膳的认知情况:310名家长对于健康与饮食关系认为非常密切占比75%,密切占比25%,认为关系不大占比为0。对药膳比较了解占比14%,不甚了解占比78%,一无所知占比8%。家长认为药膳无明显功效占比10%,疗效显著占比18%,没试过愿意尝试占比72%。

5.药膳应用情况:310名家长有药膳习惯占比8%,无药膳习惯占比92%。食用药膳每月0次占比73%,1-3次占比21%,4-6次占比6%。

6.就诊意愿情况:310名家长生病之初首选中医治疗占比43%,西医治疗占比22%,中西医结合治疗占比35%。如果疗效相等情况下选择药膳占比52%,中药汤剂占比14%,

中成药占比 31%，西药占比 3%，选择输液占比为 0。

7. 自学药膳情况：310 名家长非常愿意在医师指导下自学药膳占比 14%，愿意在医师指导下自学药膳占比 86%。

8. 药膳接受程度：310 名家长能够接受药膳价格每月 800 元以下占比 64%，接受 800-1000 元占比 36%。药膳实际花费 0 元/月占比 75%，0-200 元占比 20%，200-500 元占比 5%。药膳食品类型选择粥食占比 66%，菜肴占比 28%，糖点占比 4%，饮料 2%。

第二部分

方法:本研究采用随机对照试验设计方法，严格按照符合纳入、排除标准的迁延性腹泻辨证为脾虚型患儿，收集 2020 年 5 月至 2021 年 2 月天津中医药大学第二附属医院儿科门诊患儿，选取符合中西医诊断标准 80 名迁延性腹泻患儿，按照随机对照原则，分成常规治疗组和药膳治疗组，每组各 40 例，常规治疗组予酪酸梭菌肠球菌三联活菌必要时配合口服补液盐治疗，药膳治疗组在其基础上予药膳治疗。对比两组证候积分、临床有效率、单一症状、止泻时间等情况。

结果:

1. 两组患儿性别、年龄、病程、病情程度、治疗前中医证候积分均无统计学差异 ($P>0.05$)，具有可比性。

2. 常规组中医证候积分治疗前 17.40 ± 3.795 分，治疗后 4.45 ± 4.935 分，药膳组中医证候积分治疗前 17.40 ± 4.266 分，治疗后 1.70 ± 2.937 分。两组组内治疗前后比较有统计差异 ($P<0.05$)，说明两组治疗均有效；两组治疗后组间比较有统计差异 ($P<0.05$)，说明药膳组在降低中医证候积分方面优于常规组。

3. 两组治疗后单一症状分析，腹痛积分：常规组 0.65 ± 0.736 ，药膳组 0.25 ± 0.439 ；腹部胀满积分：常规组 0.50 ± 0.679 ，药膳组 0.20 ± 0.405 ；食欲不振积分：常规组 0.20 ± 0.516 ，药膳组 0.05 ± 0.221 ；暖气吞酸积分：常规组 0.25 ± 0.439 ，药膳组 0.10 ± 0.304 ；神疲乏力积分：常规组 0.20 ± 0.405 ，药膳组 0.05 ± 0.221 ；夜卧不宁积分：常规组 0.10 ± 0.304 ，药膳组 0.10 ± 0.304 ；脱水积分：常规组 0.10 ± 0.304 ，药膳组 0.10 ± 0.304 。在改善腹痛、腹部胀满、神疲乏力、脱水症状方面，两组比较均具有统计学差异 ($P<0.05$)。

4. 平均止泻时间：常规组 6.15 ± 2.869 天，药膳组 3.10 ± 1.661 天，经比较具有统计差异 ($P<0.05$)，药膳组优于常规治疗组。

5. 临床总有效率：常规组 90% 对比药膳组 100%，具有统计学差异 ($P<0.05$)，药膳组优于常规治疗组。

结论:

(1) 药膳应用情况不理想, 主因认知度不足, 宣讲不到位。医生应该诊疗过程中多介绍药膳, 引导患者使用药膳, 通过讲座及社交平台宣传药膳, 增加患者认知度。

(2) 家长对药膳疗效持不确定态度, 考虑与使用不规范有关, 医生应多做科普工作, 规范正确使用药膳的方法。

(3) 家长应用药膳意愿强烈, 药膳应用前景广阔。医生应该积极使用药膳, 从常见病推广使用。

(4) 家长应多学习药膳知识, 正确使用药膳。

(5) 药膳组在改善整体中医证候积分、平均止泻时间、总有效率方面均优于常规治疗组。

(6) 单一证候比较, 药膳组在治疗大便性状疗效显著优于常规组, 治疗大便次数、腹痛、腹部胀满、神疲乏力、脱水等症状, 优于常规治疗组。在治疗恶心呕吐、暖气吞酸、夜卧不安、食欲不振等症状两组疗效相近。

关键词: 药膳; 迁延性腹泻; 应用现状; 临床观察

ABSTRACT

Objective: Investigate the application of medicated diet in pediatric persistent diarrhea, and then study the application status of medicated diet, and observe the clinical efficacy of medicated diet in pediatric persistent diarrhea, so as to better promote medicated diet in clinical practice.

Part one

Method: Using the questionnaire method, the investigator and 3 expert group teachers designed a questionnaire on the application of medicated diet to pediatric persistent diarrhea. Through the investigation of persistent diarrhea and persistent diarrhea in the outpatient department of the Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine from May 2019 to February 2020 310 parents of children with a history of persistent diarrhea conducted an independent questionnaire survey, and analyzed the current status of medicated diet application based on the results of the survey.

Result:

1.General situation: 310 children with parents aged 26-30 accounted for 31%, 31-35 years old accounted for 27%, 36-40 years old accounted for 40%, over 40 years old accounted for 2%, 310 children aged 0-1 Years old accounted for 7%, 1-3 years old accounted for 18%, 3-7 years old accounted for 46%, 7-13 years old accounted for 29%.

2.Medical consultation: 310 children were ill for 1-3 days per month accounting for 80%, ill for 4-6 days per month for 11%, ill for 7-9 days per month for 4%, and ill for 10-12 days per month for 5%. 1-10 visits a year accounted for 93%, 11-20 visits a year accounted for 4%, and 21-30 visits a year accounted for 3%. Each year, 1-5 visits due to diarrhea account for 93%, 6-10 visits account for 6%, 11-15 visits account for 1%, and more than 16 visits account for 0%. The annual medical expenses are 500-2,000 yuan accounting for 70%, 2,000-5,000 yuan accounting for 30%, and 5,000-9,000 yuan is close to zero. Infusion/antibiotic days 0-7 days accounted for 77%, 8-14 days accounted for 19%, 15-21 days accounted for 1%, and 22 days or more accounted for 3%.

3.The degree of medication coordination: The 310 children who did not cooperate with medication accounted for 53%, cooperated with consultation accounted for 42%, and fully

cooperated accounted for 5%.

4.Perception of medicated diet: 310 parents think that the relationship between health and diet is very close, accounting for 75%, close to 25%, and 0 to 0. 14% had a better understanding of medicated diet, 78% had little knowledge, and 8% had no knowledge. Parents think that medicated diet has no obvious effect, accounting for 10%, significant effect accounting for 18%, and having never tried it accounting for 72%.

5.Application of medicated diet: 310 parents have medicated diet habit accounted for 8%, and no medicated diet habit accounted for 92%. Consumption of medicated food every month is 0 times accounting for 73%, 1-3 times accounting for 21%, 4-6 times accounting for 6%

6.Willingness to see a doctor: At the beginning of their illness, 310 parents preferred Chinese medicine treatment for 43%, Western medicine treatment for 22%, and integrated Chinese and Western medicine treatment for 35%. If the curative effect is equal, the proportion of medicated diet is 52%, the proportion of traditional Chinese medicine decoction is 14%, the proportion of Chinese patent medicine is 31%, the proportion of western medicine is 3%, and the proportion of infusion is 0.

7.Self-study medicated diet: 310 parents are very willing to self-study medicated diet under the guidance of doctors, accounting for 14%, and 86% are willing to self-study medicated diet under the guidance of physicians.

8.Acceptance of medicated diet: The 310 parents who were able to accept medicated diet prices below 800 yuan per month accounted for 64%, and those who accepted 800-1000 yuan accounted for 36%. The actual cost of medicated diet is 0 yuan/month accounting for 75%, 0-200 yuan accounting for 20%, and 200-500 yuan accounting for 5%. Congee and food accounted for 66% of the types of medicinal and dietary products, 28% of dishes, 4% of sugar points, and 2% of beverages.

Part two

Method: This study adopted a randomized controlled trial design method, strictly according to the syndrome differentiation of persistent diarrhea that meets the inclusion and exclusion criteria as spleen-deficiency children. Children from May 2020 to February 2021 in the Pediatric Outpatient Department of the Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine were collected. Select 80 children with persistent diarrhea that

meet the diagnostic criteria of Chinese and Western medicine, and divide them into a conventional treatment group and a medicated diet treatment group according to the principle of randomized control, with 40 cases in each group. The conventional treatment group is administered with *Clostridium butyricum* and *Enterococcus triple live bacteria* when necessary. For rehydration salt treatment, the medicated diet treatment group was given medicated diet treatment on its basis. Compare the two groups' syndrome points, clinical effective rate, single symptom, time to stop diarrhea, etc.

Result:

1. There was no statistical difference between the two groups of children in gender, age, course of disease, degree of illness, and scores of TCM syndromes before treatment ($P>0.05$), and they were comparable.

2. The TCM syndrome score of the conventional group was 17.40 ± 3.795 points before treatment and 4.45 ± 4.935 points after treatment. The TCM syndrome score of medicated diet group was 17.40 ± 4.266 points before treatment and 1.70 ± 2.937 points after treatment. There was a statistical difference between the two groups before and after treatment ($P<0.05$), indicating that the treatments of the two groups were effective; after the treatment, there was a statistical difference between the two groups ($P<0.05$), indicating that the medicated diet group was superior in reducing TCM syndrome scores In the regular group.

3. Analysis of single symptom after treatment in the two groups, abdominal pain score: conventional group 0.65 ± 0.736 , medicated diet group 0.25 ± 0.439 ; abdominal fullness score: conventional group 0.50 ± 0.679 , medicated diet group 0.20 ± 0.405 ; loss of appetite score: conventional group 0.20 ± 0.516 , Medicated diet group 0.05 ± 0.221 ; belching acid score: conventional group 0.25 ± 0.439 , medicated diet group 0.10 ± 0.304 ; mental fatigue score: conventional group 0.20 ± 0.405 , medicated diet group 0.05 ± 0.221 ; night restlessness score: conventional group 0.10 ± 0.304 , medicated diet group 0.10 ± 0.304 ; dehydration score: conventional group 0.10 ± 0.304 , medicated diet group 0.10 ± 0.304 . There were statistical differences between the two groups in terms of improving abdominal pain, abdominal fullness, fatigue, and dehydration symptoms ($P<0.05$).

4. The average antidiarrheal time: 6.15 ± 2.869 days in the routine group and 3.10 ± 1.661 days in the medicated diet group. There was a statistical difference ($P<0.05$) in the medicated

diet group. The medicated diet group was better than the conventional treatment group.

5.The total clinical effective rate: 90% of the conventional group compared with 100% of the medicated diet group, there is a statistical difference ($P<0.05$), the medicated diet group is better than the conventional treatment group.

conclusion:

1.The application of medicated diet is not ideal, mainly due to insufficient awareness and inadequate preaching. Doctors should introduce medicated diets during diagnosis and treatment, guide patients to use medicated diets, and promote medicated diets through lectures and social platforms to increase patient awareness.

2.Parents are uncertain about the efficacy of medicated diet, considering that it is related to irregular use. Doctors should do more popular science work to standardize the correct use of medicated diet.

3.Parents have a strong willingness to apply medicated diet, and the application of medicated diet has a bright future. Doctors should actively use medicated diet and promote the use of common diseases.

4.Parents should learn more about medicated diet and use medicated diet correctly.

5.The medicated diet group was better than the conventional treatment group in improving the overall TCM syndrome score, average antidiarrheal time, and total effective rate.

6.Compared with a single syndrome, the medicated diet group is significantly better than the conventional group in the treatment of stool characteristics, and it is better than the conventional treatment group in the treatment of symptoms such as stool frequency, abdominal pain, abdominal fullness, fatigue, and dehydration. In the treatment of nausea and vomiting, belching, acidity, restless sleep, loss of appetite and other symptoms, the two groups have similar curative effects.

Key words: Medicinal diet; persistent diarrhea; application status; clinical observation

前言

迁延性腹泻是临床常见的一组消化系统疾病症候群，病因复杂，常由多种原因和因素引起，以急性腹泻治疗不当或营养不良的患儿发病率高，主要特点是大便频次增多和（或）性状改变，是儿童疾病和死亡的主要原因^[1]。儿童易患迁延性腹泻与消化系统不成熟、进食量多导致肠胃负担过重、肠道菌群失调等多种因素有关。

西医认为儿童迁延性腹泻的主要病因为感染性和非感染性。前者与病毒、细菌、真菌、寄生虫等病原体感染有关，后者则与饮食不当、气候变化、冷暖不知等因素有关^[2]。中医认为迁延性腹泻属“泄泻”范畴，其病因与外邪侵袭、内伤饮食、情志失调、病后体虚、禀赋不足等因素有关。基本病机为脾虚、湿盛，致肠道分清泌浊、传导功能失司，病位主要与脾、肝、肾等脏腑密切相关^[3]。对于迁延性腹泻的西医治疗目前主要是根据脱水程度予预防及口服补液治疗，重度脱水者根据体重予静脉补液治疗，症状较急者者根据不同年龄予适当剂量补锌治疗，根据化验检查使用抗生素等。另有益生菌、保护肠粘膜、调整饮食继续喂养如米粥、面条等疗法。中医治疗则为经络穴位推拿、针灸、辨证用药等疗法^[4]。

药膳在多学科均有应用，利用药膳调理脏腑功能以调养皮肤，具有调节面色、润肤、祛斑等多种功效^[5-8]。利用药膳补充营养提升免疫力等功效，在辨证辅助治疗非典型肺炎各发展时期，对咳嗽、鼻塞等症状改善及疾病预后均起到了积极作用^[9]。房怡^[10]运用药膳粥治疗小儿肺脾气虚型肺炎喘嗽有很好疗效，能有效缩短症状消失时间及住院时间。尽管药膳取得了满意的临床疗效，但目前对于药膳预防治疗儿童迁延性腹泻的应用较少，如若能将药膳普及并广泛应用于儿童迁延性腹泻的防治中，通过日常饮食不仅可以增强患儿机体的抵抗力，提早预防某些疾病的发生，还有利于控制疾病发展程度，减少药物副作用，减少医疗消费，益于医患双方。目前药膳在儿童迁延性腹泻的应用并不理想，有多方面原因，故本研究依托中国民族医药学会“一带一路”中医药膳食疗文化文献梳理项目：“天然香料”食材在儿科药膳中的应用（课题编号：YSWH2019LBZ012），通过调查问卷调研，分析调查结果，有针对性解决药膳应用过程中所存在的问题，同时，通过临床病例对比观察药膳治疗儿童迁延性腹泻的疗效，为药膳应用于儿童迁延性腹泻及其他疾病的治疗做铺垫。

第一部分

药膳在儿科迁延性腹泻中的应用现状研究

1 研究资料

1.1 研究对象

本研究选取 2019 年 5 月至 2020 年 2 月天津中医药大学第二附属医院门诊迁延性腹泻及既往有迁延性腹泻病史的患儿家长。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准

参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]迁延性腹泻病的诊断标准。

(1) 大便频次增加, 3-5 次/日, 严重可超过 10 次, 伴有大便量和性状的变化或在一段时间内频繁水样便。或伴有恶心, 呕吐, 腹痛, 发热, 口渴等症。

(2) 有乳食不节、饮食不洁或感受时邪的病史。

(3) 重者腹泻及呕吐较严重者, 可见小便短少, 体温升高、烦渴、精神萎靡、皮肤干瘪、囟门凹陷、眼珠下陷、啼哭无泪、口唇樱红、呼吸深长、腹胀等症。

1.2.2 西医诊断标准

参考《儿童腹泻病诊断治疗原则的专家共识》^[1]和《中国腹泻病诊断治疗方案》^[2]中迁延性腹泻诊断标准而制定。

(1) 大便性状改变, 呈稀便、糊状便、水样便;

(2) 大便次数比平时增多。

1.2.2.1 病程分类

迁延性腹泻: 病程在 2 周至 2 个月

1.3 纳入标准

(1) 符合儿童迁延性腹泻病中、西医诊断标准;

(2) 熟悉患儿病情信息且能清楚叙述者;

(3) 问答、阅读合作, 无理解障碍者;

(4) 依从性好, 愿意接受问卷调查者。

1.4 排除标准

(1) 不符合儿童迁延性腹泻病的中、西医诊断标准;

(2) 不合作, 故意隐瞒真实病情者;

(3) 家属有理解认知障碍者。

1.5 剔除和脱落标准

(1) 问卷信息填写不完整或临床信息填写不完整者；

(2) 整理调查问卷发现不符合逻辑者；

(3) 对患儿病情信息填写模糊不清者。

2 研究方法

2.1 研究内容

本研究由调查者和三位专家组老师研究设计调查表（详见附表 1），主要记录被调查者①一般情况：父母年龄、性别及患儿年龄；②就诊情况：患儿年就诊次数、每年因迁延性腹泻就诊次数、年医疗费用、抗生素服用/输液天数；③服药配合度；④药膳认知情况：家长对饮食的重视程度、对药膳了解程度、对药膳养生的认可程度；⑤药膳应用情况：使用药膳频次、每月药膳花费；就诊意愿情况；⑥就诊意愿：生病之初首选治疗方式、疗效相等首选治疗方式；⑦自学药膳情况；⑧药膳接受程度：每月可承受药膳花费、药膳食品类型选择。

2.2 调查方法

在患儿家长知情同意的前提下，由调查者现场对患儿家长发放调查表，患儿家长在专业人员的解释与指导下进行填写。

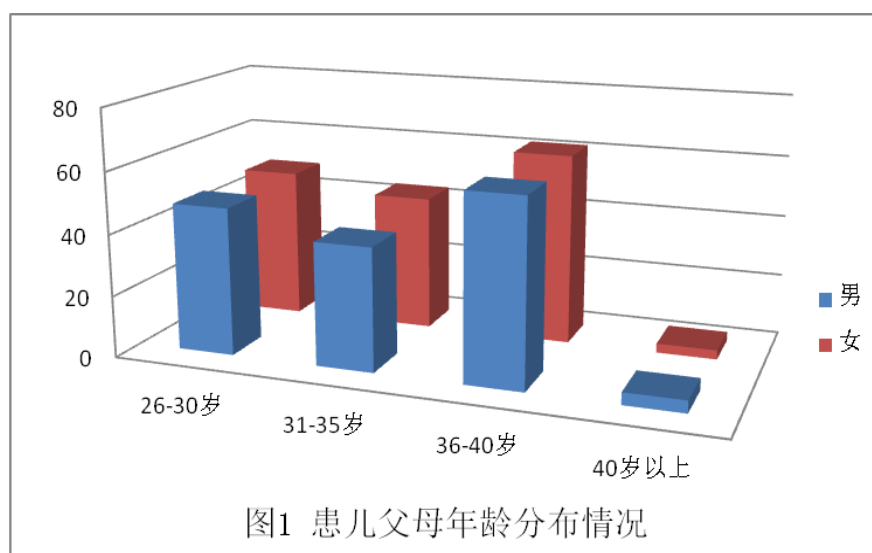
2.3 统计处理

调查人员收回调查表后，根据调查表，使用 EXCEL 软件录入临床收集到的相关资料，采用 SPSS 22.0 统计软件包进行数据描述与处理，计数资料以例数 n、百分比（%）进行描述。

3 结果

3.1 患儿父母年龄分布情况

本次调查 310 名患儿父母年龄分布如图 1 所示，所调查各年龄段男、女人数相近，36-40 岁人数最多，40 岁以上人数最少。



3.2 患儿父母性别与年龄统计情况

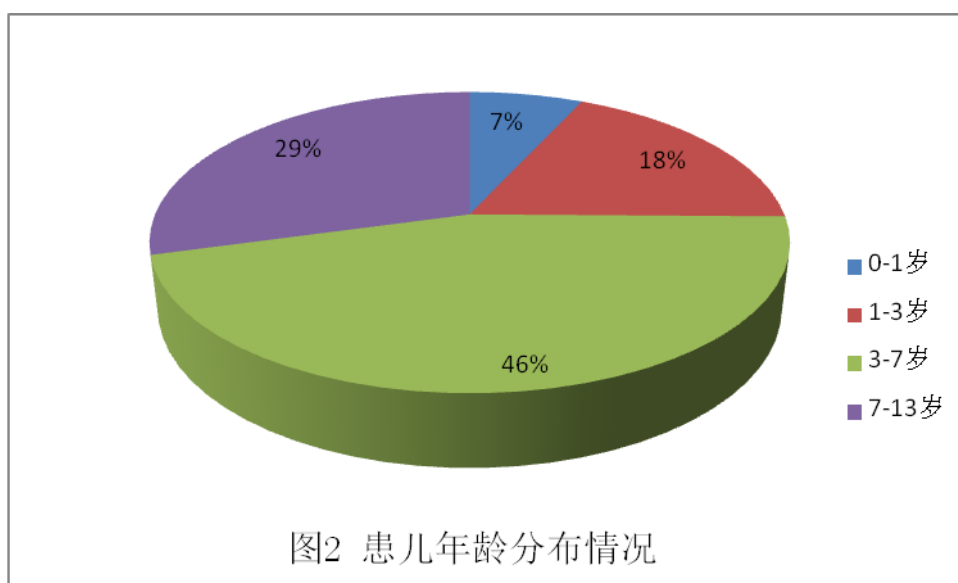
所调查患儿父母 26-30 岁男性有 48 人，女性 49 人，31-35 岁男性 40 人，女性 44 人，36-40 岁有男性 60 人，女性 62 人，40 岁以上有男性 4 人，女性 3 人。男性总计 152 人，女性总计 158 人。所调查父母无性别差异。如表 1。

表 1 患儿父母年龄及性别统计表

	男	女
26-30 岁	48	49
31-35 岁	40	44
36-40 岁	60	62
>40 岁	4	3
总计	152	158

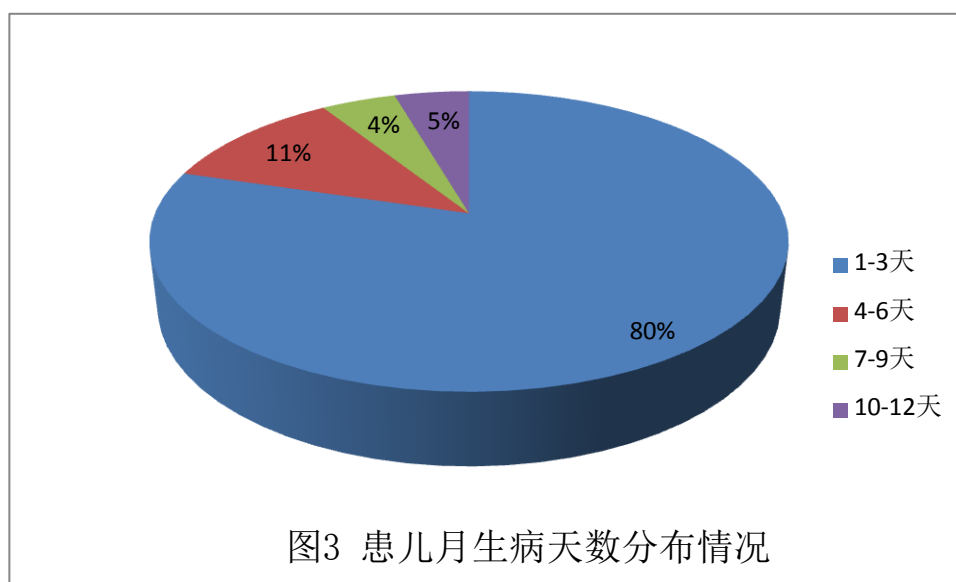
3.3 患儿年龄分布情况

患儿年龄 0-1 岁占比 7%，1-3 岁占比 18%，3-7 岁占比 46%，7-13 岁占比 29%。其中 0-1 岁患儿占比最少，3-7 岁患儿占比最多。具体如图 2。



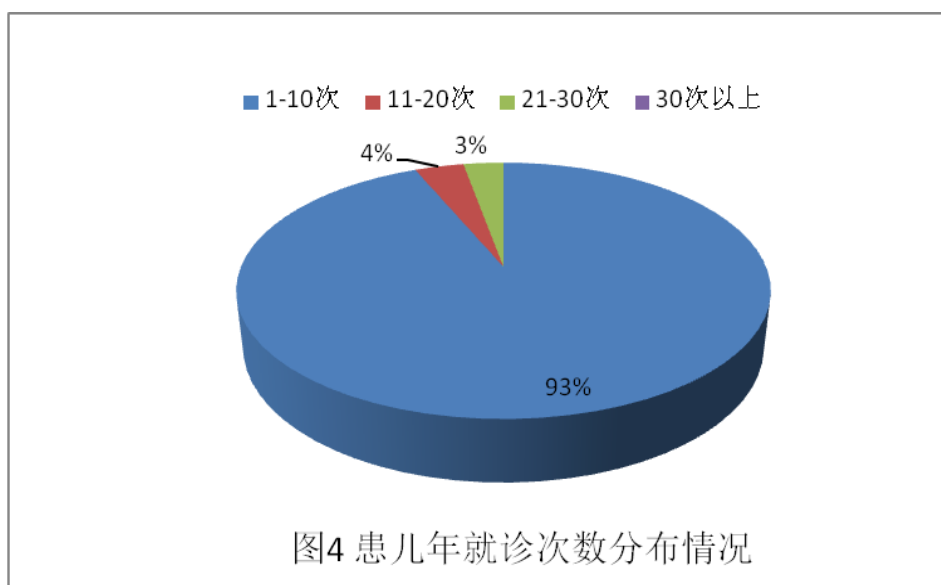
3.4 患儿月生病天数分布情况

所调查 310 名患儿中，月生病 1-3 天占比 80%，月生病 4-6 天占比 11%，月生病 7-9 天占比 4%，月生病 10-12 天占比 5%。月生病 1-3 天占比最多，月生病 7-9 天占比最少，与月生病 10-12 天接近。如图 3。



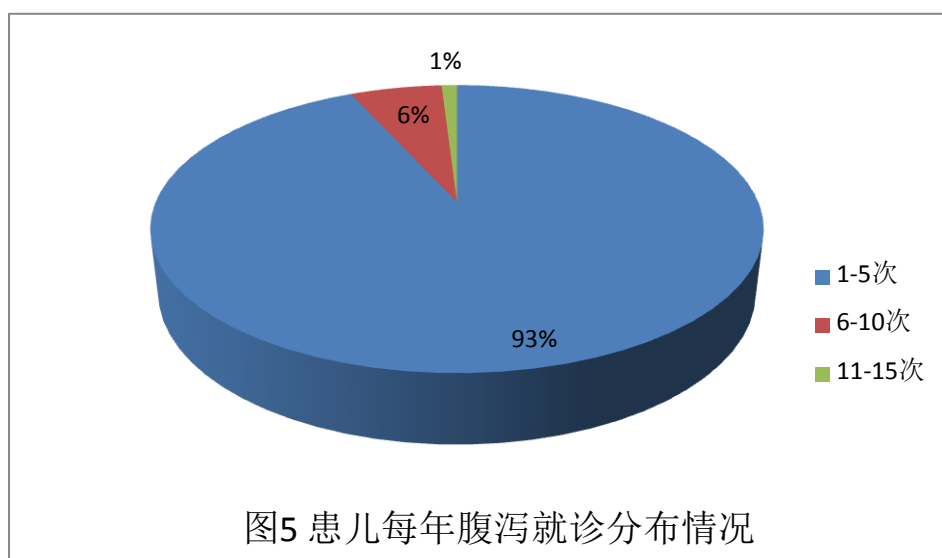
3.5 患儿年就诊次数分布情况

患儿年就诊次数分布情况如图 4 所示，年就诊 1-10 次占比 93%，年就诊 11-20 次占比 4%，年就诊 21-30 次占比 3%。其中就诊 1-10 次占比最多。



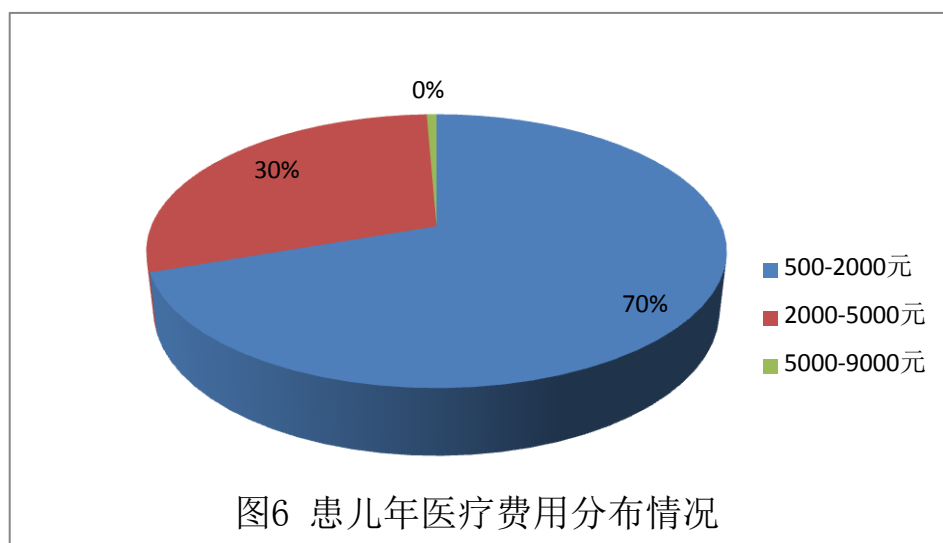
3.6 患儿每年因腹泻就诊次数分布情况

患儿每年因腹泻就诊 1-5 次占比 93%，6-10 次占比 6%，11-15 次占比 1%，16 次以上占比 0%。其中腹泻 1-5 次占比最多。腹泻 16 次以上占比为 0。如图 5。



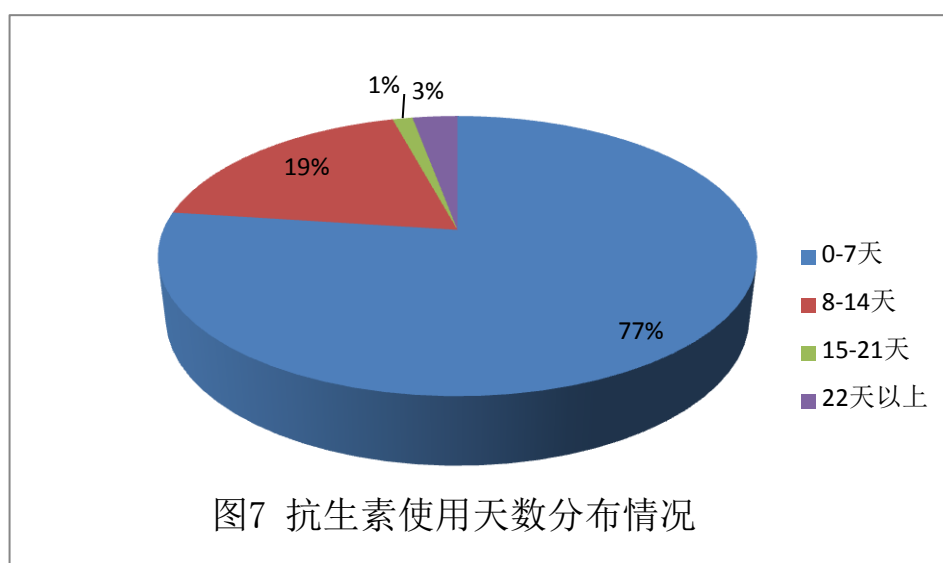
3.7 患儿年医疗费用分布情况

患儿年医疗费用 500-2000 元占比 70%，2000-5000 元占比 30%，5000-9000 元接近为 0。其中 500-2000 元占比最多。如图 6。



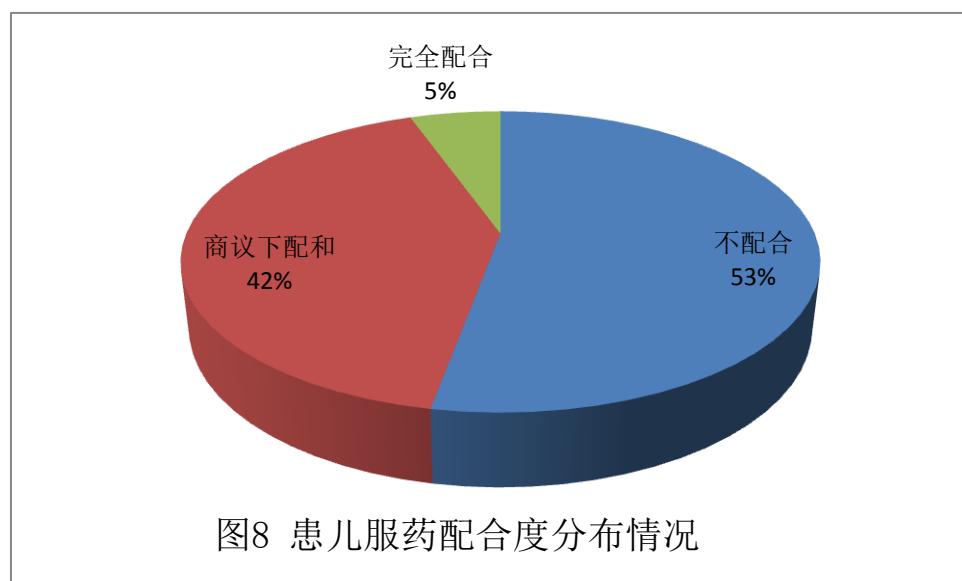
3.8 患儿年输液/服用抗生素天数分布情况

患儿年输液/服用抗生素天数分布情况如图7所示,0-7天占比77%,8-14天占比19%,15-21天占比1%,22天以上占比3%，其中0-7天占比最多，15-21天占比最少。



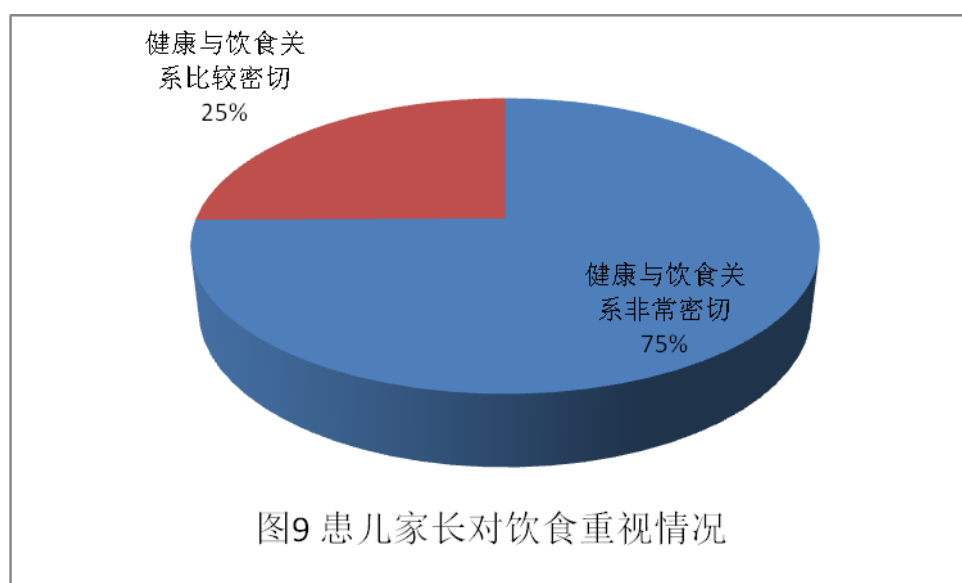
3.9 患儿服药配合度分布情况

患儿服药配合度较差，服药不配合占比53%，商议下配合占比42%，完全配合占比5%，其中服药不配合占比最多，完全配合占比最少。如图8。



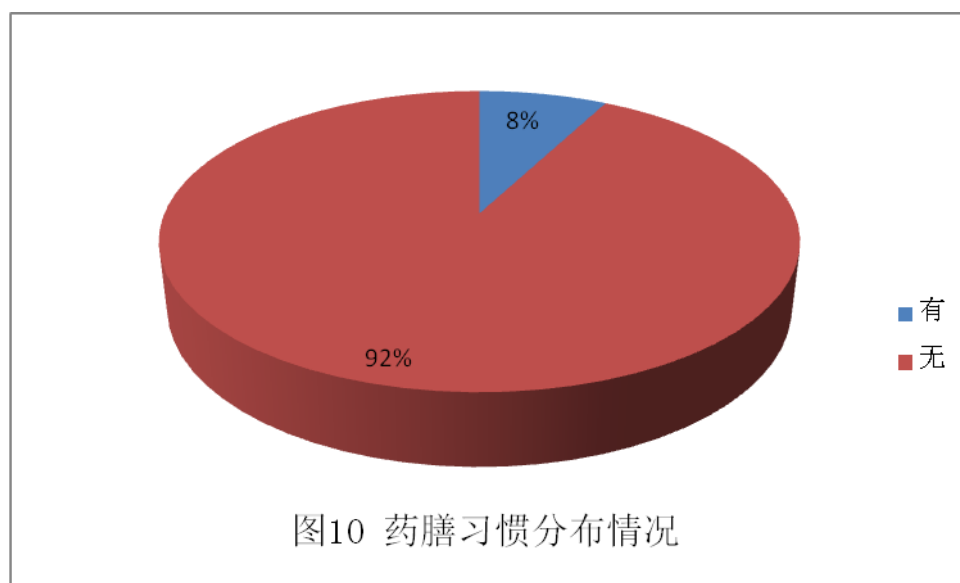
3.10 饮食重视情况

家长认为健康与饮食关系非常密切占比 75%，密切占比 25%，认为关系不大，无关占比为 0。如图 9。



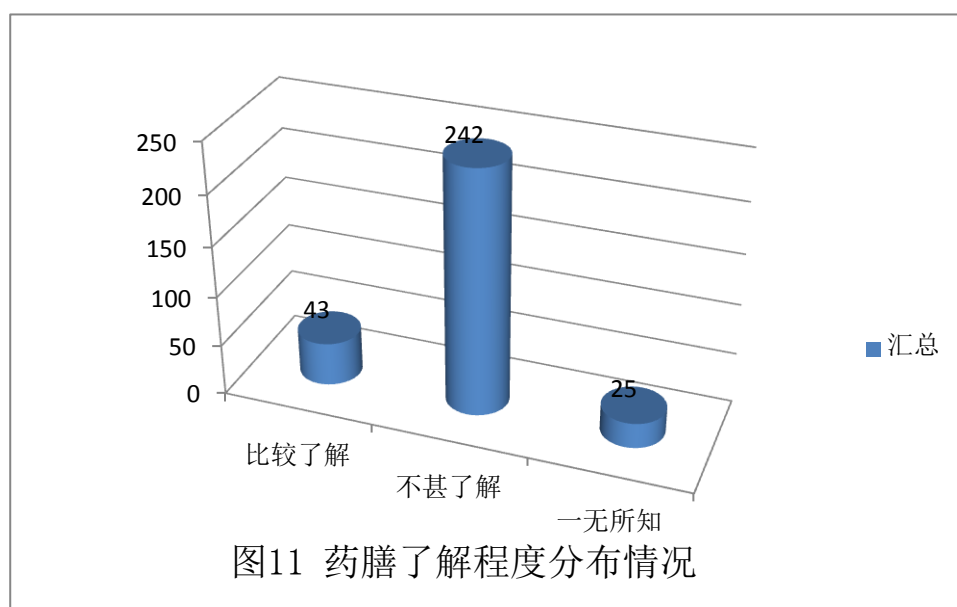
3.11 使用药膳习惯分布情况

家长在使用药膳时，有使用药膳习惯占比 8%，无使用药膳习惯占比 92%。有药膳使用习惯占比较少，大部门家长无使用药膳习惯。如图 10。



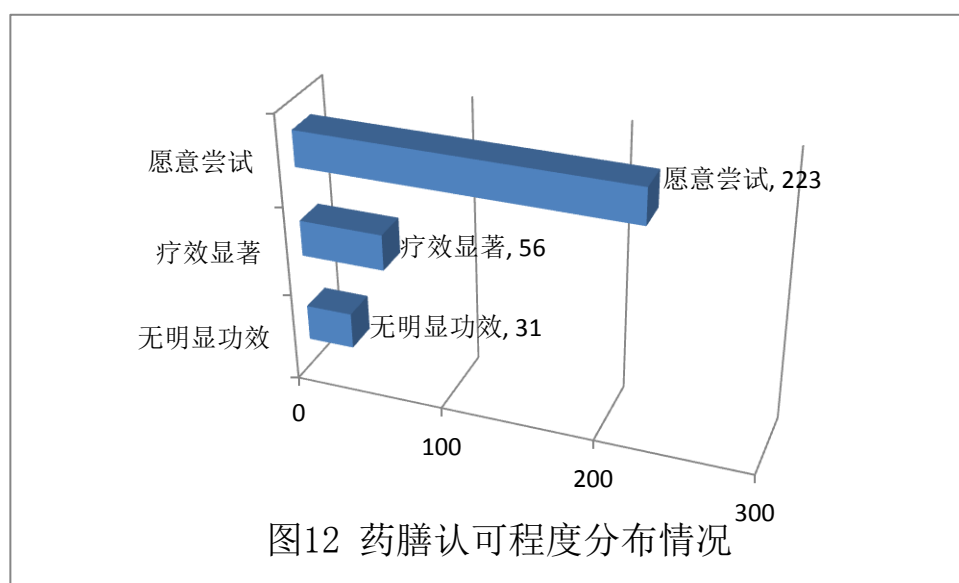
3.12 药膳了解程度分布情况

所调查患儿父母对药膳比较了解仅有 43 人次，占比 14%，对药膳不甚了解 242 人次，占比达 78%,对药膳一无所 25 人次，占比 8%。其中，不甚了解占比最多，一无所知占比最少。如图 11。



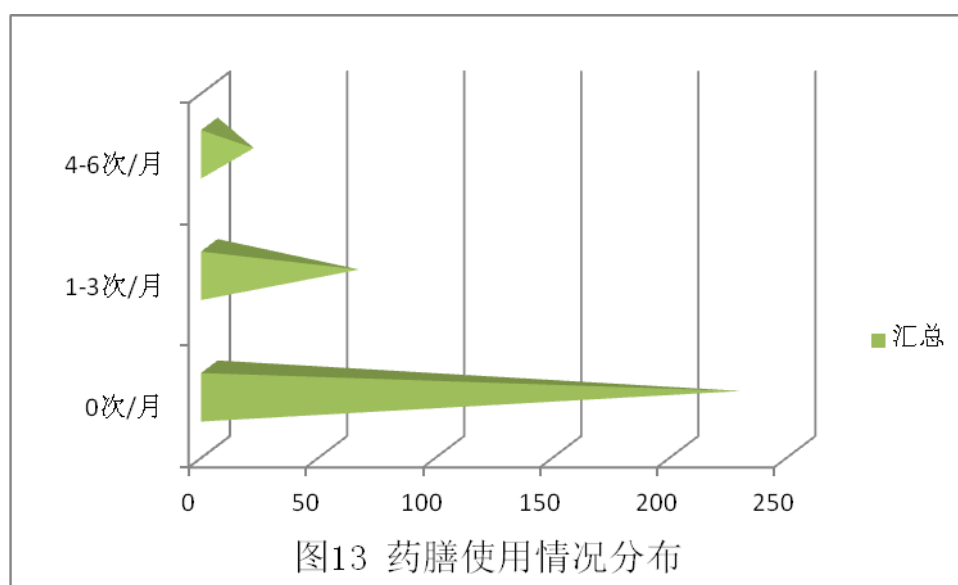
3.13 药膳认可程度分布情况

所调查患儿父母对药膳的认可程度，其中认为无明显功效 31 人次占比 10%，疗效显著 56 人次占比 18%，没试过愿意尝试 223 人次占比 72%。如图 12。



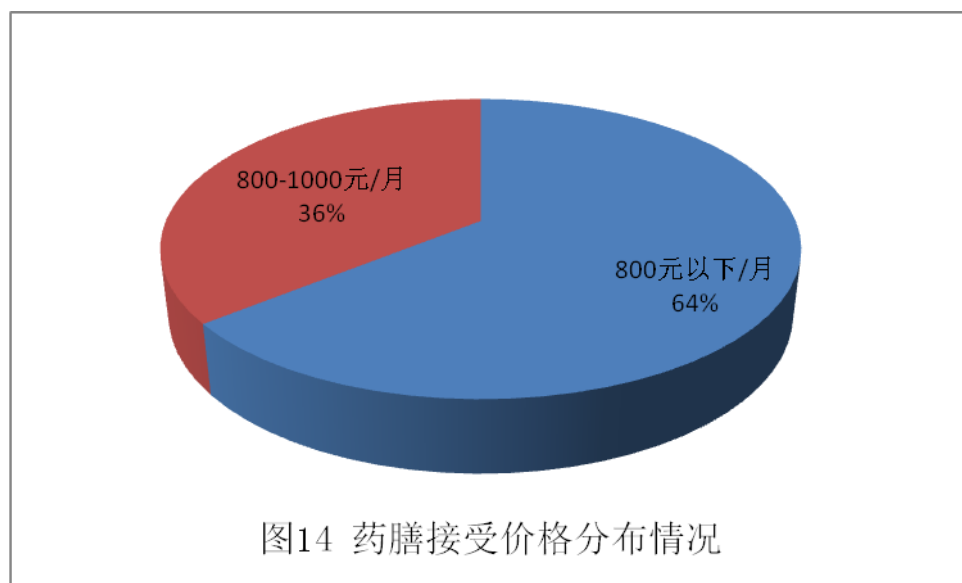
3.14 药膳食用频率分布情况

食用药膳每月0次 227 人次，占比最多为 73%，1-3 次 64 人次，占比 21%，4-6 次 19 人次，占比 6%。具体如图 13。



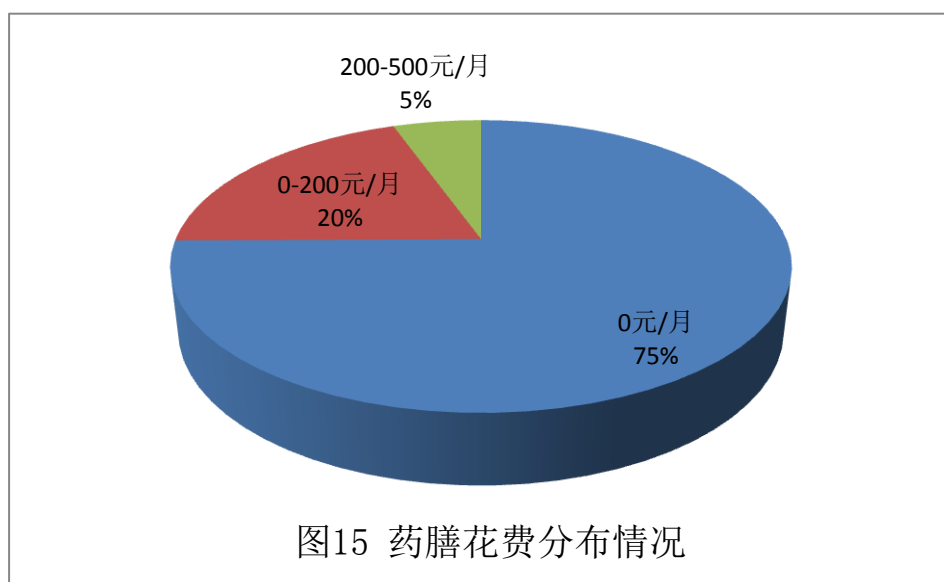
3.15 药膳接受价格分布情况

药膳可接受价格 800 元以下占比 64%，接受 800-1000 元占比 36%。大部分家长能接受范围 1000 元/月以内。如图 14。



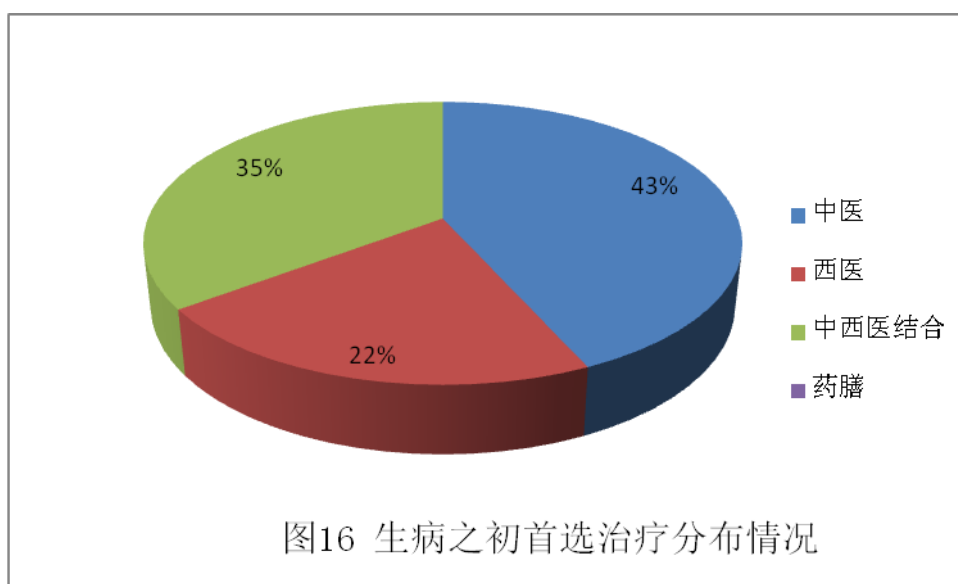
3.16 药膳花费分布情况

每月运用于药膳的花费情况如图 15，花费 0 元/月占比 75%，0-200 元占比 20%，200-500 元占比 5%。七成家长在药膳方面无花费，仅有不到三成家长在药膳方面有一定花费，且在 500 元以内/月。



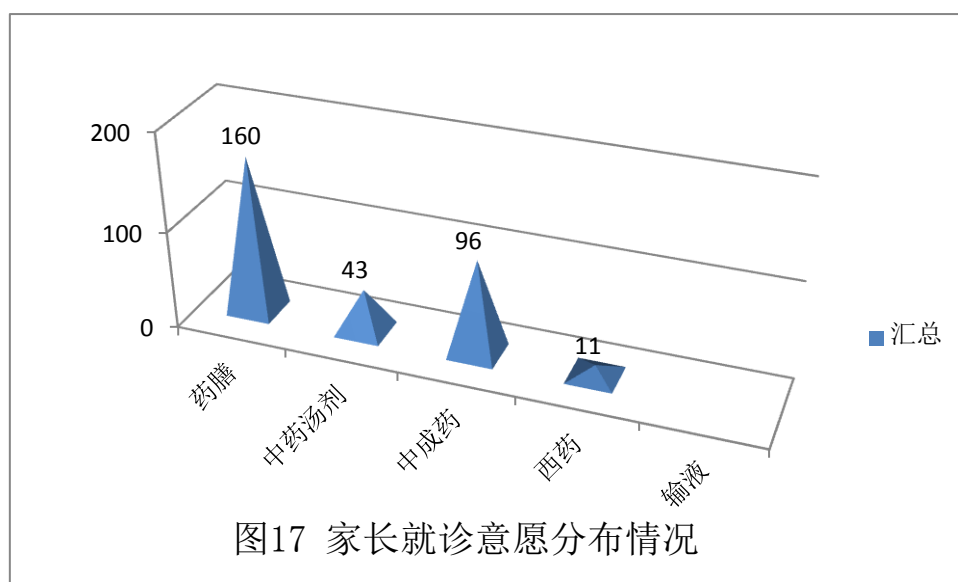
3.17 生病之初首选治疗分布情况

生病之初首选治疗，具体选择中医治疗占比 43%，西医治疗占比 22%，中西医结合治疗占比 35%。如图 16。



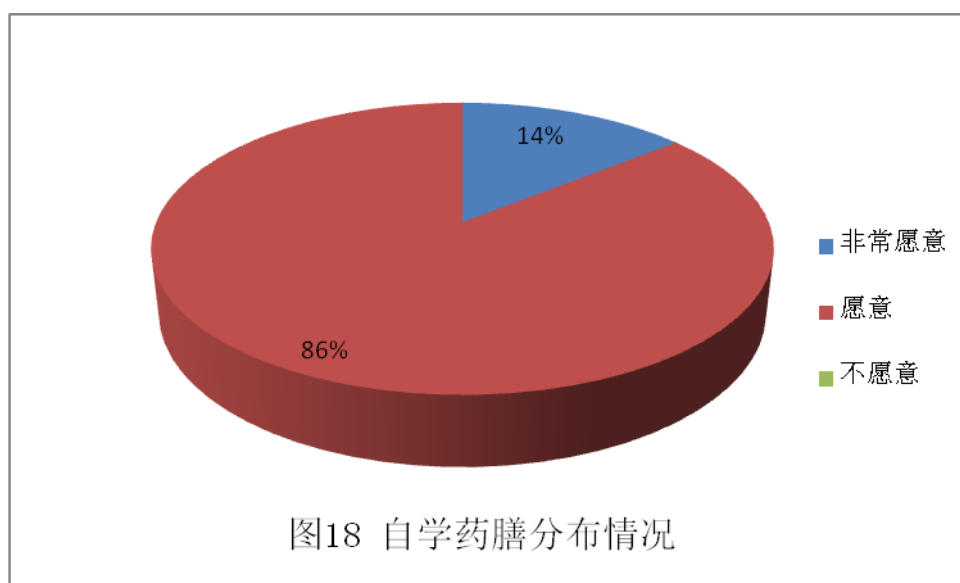
3.18 家长就医意愿情况

对比药膳、中药汤剂、中成药、西药、输液治疗，如果疗效相等情况下，52%的人意愿选择药膳，14%的人选择中药汤剂，31%的人选择中成药，3%的人选择西药，无人选择输液。具体如图 17。



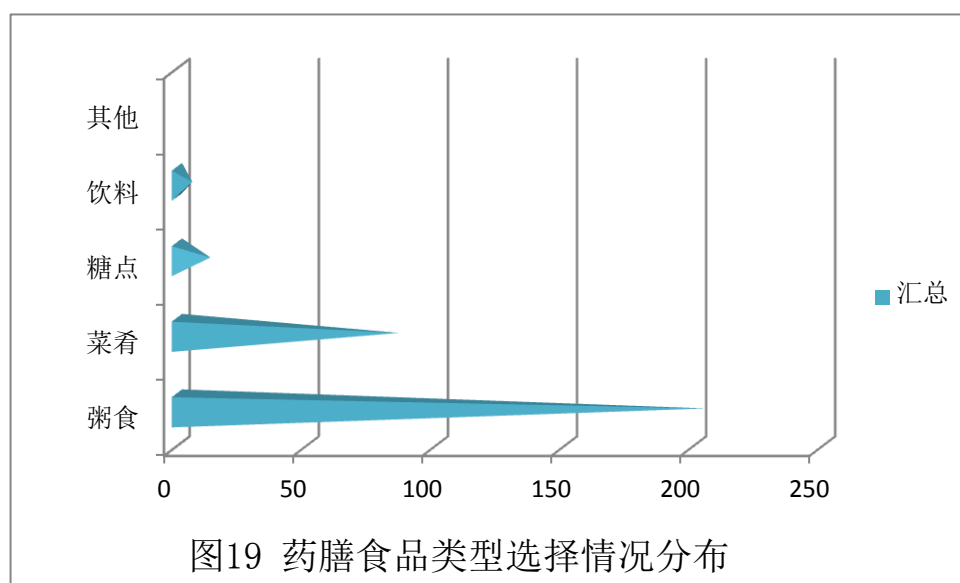
3.19 自学药膳分布情况

如图 18，非常愿意在医师指导下自学药膳占比 14%，愿意在医师指导下自学药膳占比 86%。



3.20 食品类型选择分布情况

如图 19 所示,选择粥食 205 人占比 66%,菜肴 86 人占比 28%,糖点占比 13 人 4%,饮料 6 人占比 2%。



4 讨论：

4.1 一般情况

本次调查 310 名父母年龄主要集中在 36-40 岁，26-30 岁次之，父母年龄段分布与其受教育程度、人际环境、经济条件、居住城市均有相关联系^[12]，天津地区距离北京较

近，为直辖市，经济、教育发展较好，靠近渤海，四季温度适宜，适合居住，故城市人口较多，结构复杂^[13-17]。所调查的部分父母年龄多分布于 40 岁以下，考虑与其生育年龄、子女数量、自身受教育程度等相关，现今社会，随着工作和生活的压力不断增加，大多年轻父母生育较晚，多数育儿一胎，且多数接受过高等教育^[18]，非特殊情况下他们很愿意自己抚养孩子，花更多的时间和精力陪伴孩子成长，因而年轻父母对于孩子的健康越来越重视。这是一个十分向好的发展趋势，对于本调查研究来说，家长年龄分布情况并不影响调查结果，反而突出了健康在人们意识的普遍增强。所调查父母各年龄段性别经卡方检验， $X^2=0.961>0.05$ ，所调查父母各年龄段性别人数无统计差异。所接受问卷家长年龄性别为完全随机，对调查结果准确性不产生影响。另外，所调查家长年龄分布各年龄段，能较全面反映出药膳的应用现状。

迁延性腹泻病的发病因素多样，与小儿年龄和季节密切相关^[19-21]，是我国婴幼儿最常见疾病之一，有文献表明，儿童迁延性腹泻多发于 6-24 个月婴幼儿^[22]，而本次研究腹泻患儿主要集中在 3-7 岁，两者略有差异，考虑其主要原因有如下几点：①患儿发生腹泻并不单纯局限于年龄问题，与喂养方式不正确关系密切，如过早添加辅食、过早或多食水果等^[23-29]；②随着年龄增长，部分患儿饮食无节制，常遇到喜欢的食物多食，不喜欢的食物不食，从而损伤肠胃，导致腹泻；③本次研究调查，腹泻患儿年龄多集中在 3-7 岁，此阶段患儿本就脾胃虚弱，饮食结构复杂，加之冷饮进食增多，故容易发生腹泻。除此，本次研究还发现迁延性腹泻病患儿中 0-1 岁患儿占比最少，其主要原因考虑为如下几点：①我院为中医综合医院，非儿科专科医院，收治急性重症腹泻及感染性腹泻较少；②患儿病情危重家长多首选专科医院；③0-1 岁小儿饮食单一，以母乳为主，外界环境干扰较少，故本次研究 0-1 岁腹泻小儿占比最少。

4.2 就诊情况

本次调查研究发现，有 93% 的儿童每年都会因各种原因到医院就诊 1-10 次，其中，93% 的儿童曾患有迁延性腹泻病 1-5 次，这间接说明被调查儿童体质较差，生病次数及天数较多，为此家庭付出的医疗费用较高。患儿体质下降的原因，考虑有：①大多数家长喂养不当导致患儿营养不足或营养过剩伤及脏腑功能；②部分患儿生活起居失常，冷暖不自知，容易感受外邪；③另有早产儿或多种先天因素不足导致的体质偏差等。针对体质偏差患儿可以选择食疗，通过辨证予药膳调理，在平素的饮食之中以增强儿童体质，从而达到治病防病的目的。

所调查 310 名患儿每年均有服用抗生素或输液经历，77% 集中在 1-7 天，8-14 天次

之，说明抗生素在儿科应用较多，且存在不合理使用的情况^[20-32]，更有文献研究记载，抗生素的使用常可增加腹泻的发生^[33-35]。辨证运用药膳可以既可减少腹泻频率，增强患儿身体抵抗力，还可避免使用抗生素，进而缓解药物副作用带给儿童身心的伤害。

4.3 服药配合度

由调查结果可知，半数以上患儿不能配合服药，仅 5% 患儿能完全配合服药。小儿不同于成人，其服药问题一直困扰着医生和家长，很多情况下，家长都是选择强制灌药或有偿诱导等行为帮助患儿吃药，这使得本就不愿服药的儿童对药物服用进一步产生排斥的心理和生理反应。小儿服药配合度与小儿年龄、药物口感、父母职业、干预措施等有关，年龄越小的儿童服药困难的发生率越高；服用口感较差的药物服药困难发生率较高；小儿服药不配合，为疾病诊疗带来困难^[36-37]。具有良好口感和良好治疗效果的药膳可以作为解决该问题的有效方法，不仅可用于腹泻的治疗，亦可用于小儿肺炎、咳嗽、发热等多种疾病^[38-49]的治疗中。

4.4 对药膳的认知情况

所接受调查家长中，几乎所有家长均认可健康与饮食的重要关系，其中 75% 的家长认可健康与饮食关系非常密切，家长能够重视健康与饮食的关系，有助于接受药膳治疗，并进一步推广药膳在日常生活中的应用。了解家长对于饮食的重视现状为进一步研究提供了可行性支持，有助于进一步调查药膳治疗效果。

所接受调查家长中，大部分家长对药膳的了解程度知之甚少，仅有 14% 的家长认为自己尚且了解较多。虽然药膳可以解决小儿体质偏差及服药困难等问题，但家长对药膳的了解现状不容乐观，考虑其原因有如下几点：①家长对传统中医常识了解少，因各位家长所从事专业不同，加之工作繁忙，平素很少有时间或机会接触中医知识；②家长运用药膳机会少，一方面少有家长会主动了解并学习药膳基本理论与辨证处方，更谈不上应用，另一方面医院医生也很少会直接嘱托患者服用药膳调理；③家长治病心切，患儿生病急于快速对症治疗，很少考虑也不愿意通过药膳治疗；④媒体对中医传统养生理念及药膳理论宣传过少导致民众对药膳的关注度过少。家长对药膳的了解现状不仅反映民众对中医药膳了解情况，亦反映出医者对于药膳的重视程度不够，医者在治疗过程的应用过少、宣传过少、重视程度低及对外宣传不够导致民众对于药膳的认知程度低，从而使用过少。

家长对于药膳认可程度，与对药膳的了解程度有重要关系，其中仅有 10% 接受调查家长认为药膳无明显功效，考虑其主要原因与了解程度低及使用不对症不规范有重要

关系。

4.5 药膳应用情况

药膳使用现状与认可程度基本符合，73%家庭食用频率为0，只有21%家庭偶尔使用，每月使用4-6次仅有6%。药膳使用频率低，考虑主要与各患儿家长对药膳了解少，对药膳效果认可度不够有关。72%家长表示愿意尝试使用药膳，表明药膳可以为大部分民众所接受。药膳应用现状较差，却有广阔的前景。

4.6 就诊意愿情况

对于生病首选治疗，43%受访者选择中医治疗，主要因为家长对中医信任度较高，中医副作用较小。其次为中西医结合治疗，主要因为考虑中医治疗效果慢，急于控制病情，希望中西医结合可以起效快，同时可以减轻副作用。22%患者选择西医治疗，希望能够快速控制病情，防止病情进一步发展。选择药膳占比为0，考虑其原因主要与对药膳的应用较少，对药膳治疗效果不了解有关。

如果治疗效果相同，受访者则有半数选择药膳治疗，相比首选治疗增加了52%，西药占比最少，输液占比为0，由此可以得出结论，受访者选择应用药膳较少的主要因为对药膳疗效的不了解，其次为认知度不够，提示我们在应用药膳治疗疾病时要加大对药膳的宣传力度，并做好药膳的具体讲解、流程规范等注意事项，强调要坚持使用以关注疗效。

4.7 自学药膳情况

调查显示，310位受访者对于在医生指导下学习运用药膳表现积极，均愿意在医生指导下自学药膳，其中86%受访者对于自学药膳表现尤为积极。从自学药膳现状可以总结出推广药膳的具体可行性。家长愿意接受则推广药膳切实可行。

4.8 药膳接受程度

药膳接受价格与多种因素有关，考虑其主要因素包括：①家庭经济情况：家庭经济较好者更容易接受药膳^[50]；②工作性质：对药膳充分认识并认可者更易接受；③药膳疗效：疗效确切显著的药膳更容易被接受。对于药膳的价格，64%患者可以接受800元/月，另有一部受访者表示可以接受更高的价格。说明药膳市场广阔，如果能确保疗效，定会被更为广泛地接受。

对于药膳食品类型的选择，66%受访者选择粥食，28%受访者选择菜肴，6%受访者选择糖点和饮料。对于食品类型选择现状的研究提示药膳的推广可以主要集中于粥食和菜肴。

综上，目前泄泻患儿体质偏差，就诊次数、医疗费用较多，患儿临床就诊服药配合度差，生活中切实需求使用药膳在饮食方面调理体质，且家长同样意识到饮食的重要性。但在具体应用中，家长很少有药膳习惯，大部分对药膳不了解，认可度低，食疗频次少甚至没有，在药膳花费方面较少。生病首选中医、中西医或西医治疗，被告知过疗效相等则多数家长会选择药膳，则进一步证明药膳应用不理想主要因为家长对药膳及其效果的了解信任不够，且家长对自学药膳表现积极，应用意愿强烈。药膳应用前景广阔，可开发性大，故解决目前药膳应用现状应积极做好宣传工作及研发口感好疗效佳的药膳。医务人员应主要承担药膳宣传工作，在诊疗过程中推广药膳。亦可通过电视、广播、微信公众号等做好药膳知识普及工作。

第二部分

药膳在儿科迁延性腹泻中的临床疗效观察

1 临床资料

1.1 病例来源

本研究所观察病例均来自 2020 年 5 月至 2021 年 2 月天津中医药大学第二附属医院儿科门诊就诊的迁延性腹泻患儿，选取符合纳入、排除标准的患儿 80 名。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准

同第一部分中医诊断标准，并且迁延性腹泻辨证属脾虚型，脾虚型的诊断参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]制定。

脾虚证：

主症：久泻不止，或反复发作，大便稀薄或呈水样，带有奶瓣或不消化食物残渣。

次症：神疲纳呆，面色少华，舌质偏淡，苔薄腻，脉弱无力或指纹淡白。

1.2.2 西医诊断标准

同第一部分西医诊断标准。

1.3 纳入标准

- (1) 符合儿童迁延性腹泻疾病中、西医诊断标准；
- (2) 患儿年龄大于 1 岁小于 13 周岁；
- (3) 发病后未使用抗病毒、抗生素等药物者；
- (4) 无严重心、肾疾病或确诊肠炎、痢疾等病者；
- (5) 依从性好，能清楚叙述病情变化者；
- (6) 患儿及家属自愿参加本次研究者。

1.4 排除标准

- (1) 不符合儿童迁延性腹泻病的中、西医诊断标准；
- (2) 患儿年龄小于 1 周岁或大于 13 周岁者；
- (3) 腹泻合并其他全身疾病者；
- (4) 有先天遗传病及其他严重疾病者；
- (5) 腹泻伴有严重脱水，明显中毒症状者；
- (6) 依从性差，不能按要求服药者；

- (7) 体温超过 37.3℃；
- (8) 脱水程度达到中度及以上；
- (9) 便常规镜检白细胞 ≥ 3 个/HP；
- (10) 对食疗中药材过敏者；
- (11) 因个人因素不能接受本试验者。

1.5 剔除和脱落标准

- (1) 凡不符合纳入标准而误纳入者；
- (2) 治疗期间服用其他药物者；
- (3) 失访或中途自行退出者。

2 研究方法

2.1 样本量估算

依据样本量估算公式 $n_e = n_0 = 2p(1-p)(z_\alpha + z_\beta)^2 / (p_e - p_0)^2$, z_α 、 z_β 为给定的 α 、 β 对应的标准正态分布单侧界值, 取 $\alpha=0.05$, $\beta=0.1$, 则 $z_{0.05}=1.645$, $z_{0.1}=1.282$; p_e 、 p_0 分别代表观察组和对照组的总体有效率, p 为 p_e 和 p_0 的均值。依据文献检索^[51], 单纯酪酸梭菌肠球菌三联活菌法治疗迁延性腹泻的有效率为 75%, 结合临床经验预期药膳治疗迁延性腹泻病患者的有效率约为 98%, 估算出本试验每组例数约为 38 例, 考虑脱落因素, 故每组收入患儿 40 例, 共计观察病例 80 例。

2.2 分组方法:

根据诊断及纳入、排除标准, 将符合标准的患儿随机分为药膳组和常规治疗组, 将治疗方案放入不透光的纸箱里。查询随机数字表, 从第七列第六行起, 依次读取相应三位数作为一个随机数录于患儿编号下方; 然后将全部随机数字从小到大排序; 规定序号 1-40 进入常规治疗组, 41-80 进入药膳组。如下表:

	常规组 (a)							药膳组 (b)		
患儿编号	1	2	3	4	5	6	.....	78	79	80
随机数字	943	949	544	354	821	737	.....	408	623	628
排序号	71	72	37	35	62	51	.....	27	44	45
编组	b	b	a	a	b	b	.....	a	b	b

2.3 治疗方法

常规治疗组: 予酪酸梭菌肠球菌三联活菌 (日本东亚药品工业株式会社) 口服, 5

周岁以上、15 周岁以下儿童一次 1 片，每日三次。3 周岁以上至 5 周岁以下的小儿每次一片每日两次，1 周岁以上，3 周岁以下每次 $\frac{1}{2}$ 片，每日 2 次，用温水溶散后服用。必要时配合口服补液盐治疗。

药膳组：常规治疗+药膳，即茯苓山药粥^[52]（茯苓 10g 淮山 30g 粳米 150g）（《妙方神医》），上 3 味洗净，加入 300ml 水，粳米煮稠，后入茯苓、淮山煮 20-30 分钟，日 2 次服用，1~5 岁者予 50ml/次，5~9 岁者予 80ml/次，9~13 岁者予 120ml/次。每个疗程 7 天。

2.5 疗效评定

2.5.1 中医证候积分量表

本研究所观察疗效指标为中医证候积分，中医证候积分评定量表参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[11] 和《儿科常见疾病中药新药临床试验设计与评价技术指南》^[54]制定。

大便性状、次数为主症，腹痛、腹部胀满、食欲不振、恶心呕吐、暖气吞酸、神疲乏力、夜卧不安、脱水为次症。主症根据有无及轻重程度，采取四级积分：0 分、2 分、4 分、6 分；次症采取四级积分：0 分，1 分，2 分，3 分。见附录 4。

2.5.1.1 病情程度评估

病情程度评估^[53]基于中医证候积分量表制定，其中中医证候积分<12 分为轻度，12 分≤中医证候积分<18 分为中度，中医证候积分≥18 分为重度。

2.5.2 综合疗效评定

参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[11]中迁延性腹泻的相关疗效评定标准

- （1）临床痊愈：症状、体征积分减少≥95%；
- （2）显效：症状、体征积分减少≥70%，<95%；
- （3）有效：症状、体征积分减少≥30%，<70%；
- （4）无效：症状、体征积分减少<30%。

注：计算公式（尼莫地平法）为：（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%

2.6 统计处理

调查人员收回调查表后，根据调查表，使用 EXCLE 软件录入临床收集到的相关资料，采用 SPSS 22.0 软件进行数据描述与处理，计量资料以均值加减标准差（ $\bar{X} \pm S$ ），组间均值比较采用两独立样本 t/t' 检验；自身前后对照均值比较，采用配对样本 t 检验。

计数资料两组构成比和等级资料比较, 采用 χ^2 检验。对非正态分布计量资料进行秩和检验。 $P < 0.05$ 时, 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 一般资料

3.1.1 两组患儿性别比较

常规治疗组中男 22 名, 女 18 名, 药膳治疗组男 22 名, 女 18 名, 经卡方检验, $P > 0.05$, 无统计差异, 具有可比性。

表 1 两组患儿性别比较

组别	例数	性别		χ^2	P
		男	女		
常规组	40	22	18	0.800	0.375
药膳组	40	22	18		

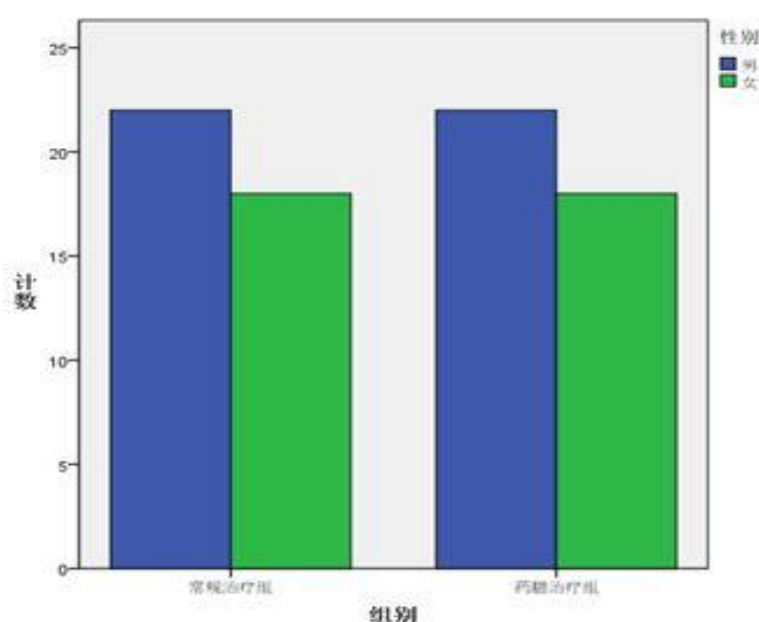


图 1 两组患儿性别分布图

3.1.2 两组患儿年龄比较 (单位: 月)

两组患儿年龄经正态性检验, 常规组 $P = 0.132 > 0.05$, 药膳组 $P = 0.149 > 0.05$, 均符合正态分布, 两组比较采用独立样本 t 检验, $t = 0.046$, $P = 0.963 > 0.05$, 无显著差异, 说明两组具有可比性。

表 2 两组患儿年龄比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均月龄(月)	t	P
常规组	40	42.00 \pm 9.656	0.046	0.963
药膳组	40	41.90 \pm 9.666		

3.1.3 两组患儿病程比较

两组患儿病程经正态性检验，常规组 $P=0.008<0.05$ ，药膳组 $P=0.002<0.05$ ，均不符合正态分布，两组比较采用非参数秩和检验， $Z=-0.850$ ， $P=0.396>0.05$ ，无统计差异，具有可比性。

表 3 两组患儿病程比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均病程(天)	Z	P
常规组	40	24.65 \pm 4.721	-0.850	0.396
药膳组	40	25.30 \pm 5.125		

3.1.4 两组患儿病情程度比较

两组患儿病情程度比较，经卡方检验 $X^2=0.000$ ， $P=1.000>0.05$ ，无显著差异，具有可比性。

表 4 两组患儿病情程度比较

组别	例数	病情程度			X^2	P
		轻	中	重		
常规组	40	2	22	16	0.000	1.000
药膳组	40	2	22	16		

3.2 中医证候积分比较

3.2.1 治疗前两组中医证候比较

经正态性检验，常规组 $P=0.094>0.05$ ，药膳组 $P=0.066>0.05$ 均符合正态分布，两组比较采用独立样本 t 检验， $t=0.000$ ， $P=1.000>0.05$ ，无显著差异，具有可比性。

表 5 两组患儿治疗前中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均积分	t	P
常规组	40	17.40 \pm 3.795	0.000	1.000
药膳组	40	17.40 \pm 4.266		

3.2.2 治疗前后两组分别中医证候积分比较

常规组治疗前后中医证候积分比较, 经配对样本 t 检验, 常规组 $t=15.816$, $P=0.000<0.01$, 有显著统计差异, 说明常规治疗有效; 药膳组 $t=20.351$, $P=0.000<0.01$, 有显著统计差异, 说明药膳组治疗有效。

表 6 两组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
常规组	40	17.40 \pm 3.795	4.45 \pm 4.935	15.816	0.000
药膳组	40	17.40 \pm 4.266	1.70 \pm 2.937	20.351	0.000

3.2.3 治疗后两组中医证候积分比较

经正态性检验, 常规组 $p=0.000<0.05$, 药膳组 $p=0.000<0.05$, 均不符合正态分布, 故采用非参数秩和检验, $Z=-3.134$, $P=0.002<0.01$, 说明常规组和药膳组治疗后有显著统计差异, 药膳组优于常规组。

表 7 两组治疗后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均积分	Z	P
常规组	40	4.45 \pm 4.935	-3.134	0.002
药膳组	40	1.70 \pm 2.937		

3.3 两组患儿治疗后单一主症比较

3.2.1 两组患儿治疗后大便次数比较

经正态性检验, 常规组 $p=0.000<0.05$, 药膳组 $p=0.000<0.05$, 均不符合正态分布, 故采用非参数秩和检验, $Z=-2.439$, $P=0.015<0.05$, 差异有统计学意义, 说明两组治疗后大便次数有显著差异。在治疗大便次数方面药膳组优于常规组。

表 8 两组患儿治疗后大便次数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均积分	Z	P
常规组	40	1.35 \pm 1.819	-2.439	0.015
药膳组	40	0.50 \pm 1.086		

3.2.2 两组患儿治疗后大便性状比较

经正态性检验，常规组 $p=0.000<0.05$ ，药膳组 $p=0.000<0.05$ ，均不符合正态分布，故采用非参数秩和检验， $Z=-3.457$ ， $P=0.001<0.01$ ，差异有统计学意义，说明两组治疗后大便次数有显著差异，且在治疗大便性状方面药膳组优于对照组。

表 9 两组患儿治疗后大便性状比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均积分	Z	P
常规组	40	0.95 \pm 1.176	-3.457	0.001
药膳组	40	0.20 \pm 0.608		

3.3 两组患儿治疗后单一次症比较

经正态性检验，两组治疗后腹痛、腹部胀满、食欲不振、恶心呕吐、暖气吞酸、神疲乏力、夜卧不安、脱水症状积分均不符合正态分布，采用非参数秩和检验。经检验，腹痛、腹部胀满、神疲乏力、脱水治疗前后有统计差异 ($p<0.05$)，药膳组在治疗腹痛、腹部胀满、神疲乏力、脱水等症优于常规组。在治疗恶心呕吐、暖气吞酸、夜卧不安、食欲不振等症两组疗效相近，无统计学差异 ($p>0.05$)。

表 10 两组患儿治疗后单一次症评分比较($\bar{x} \pm s$)

	常规组	药膳组	Z	P
腹痛	0.65 \pm 0.736	0.25 \pm 0.439	-2.539	0.010
腹部胀满	0.50 \pm 0.679	0.20 \pm 0.405	-2.115	0.034
食欲不振	0.20 \pm 0.516	0.05 \pm 0.221	-1.517	0.129
恶心呕吐	0.25 \pm 0.543	0.15 \pm 0.362	-0.671	0.502
暖气吞酸	0.25 \pm 0.439	0.10 \pm 0.304	-1.754	0.079
神疲乏力	0.20 \pm 0.405	0.05 \pm 0.221	-2.016	0.044

夜卧不安	0.10±0.304	0.10±0.304	0.000	1.000
脱水	0.10±0.304	0.10±0.304	-2.039	0.041

3.4 西医疗效指标（平均止泻时间）

经检验，两组患儿止泻时间不符合正态分布，故采用非参数秩和检验，经检验 $Z=-4.870$, $P=0.000<0.01$ ，有显著统计差异，说明止泻时间药膳组优于常规组。

表 11 两组患儿平均止泻时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	平均积分	Z	P
常规组	40	6.15±2.869	-4.870	0.000
药膳组	40	3.10±1.661		

3.5 临床疗效比较

常规治疗组总有效率为90%对比药膳组总有效率100%，经卡方检验 $X^2=0.04<0.05$ ，说明两组疗效有统计差异，药膳组疗效优于对照组。

表 12 两组患儿临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
常规组	40	16(40%)	12(30%)	8(20%)	4(10%)	36(90%)
药膳组	40	24(60%)	12(30%)	4(10%)	0(0%)	40(100%)

3.6 安全性评估:

两组患儿治疗期间及随访均未见任何不适。

4 讨论

迁延性腹泻是儿科常见消化系统疾病，发病率高，病程较长，严重影响患儿的生长发育和学习生活，若治法不当，会导致腹泻持续而最终难以治愈，对儿童危害较大，甚至威胁生命，因此对于小儿迁延性腹泻病的早诊断、早治疗是非常必要的。经调查发现，迁延性腹泻患儿多表现为脾胃虚弱^[55]，而临床中对其治疗方面应用药膳情况较差。故本研究旨在通过观察药膳治疗脾虚型小儿迁延性腹泻的临床效果，探索药膳在改善脾虚型迁延性腹泻患儿的临床症状及应用成效，为临床提供指导。

4.1 小儿迁延性腹泻的病因病机

迁延性腹泻在中医属“久泄”范畴，脾虚泻为主要证型^[56-57]。小儿泄泻的发生与喂

养不当关系密切^[58-60]。《婴幼集成》曰：“夫泄泻之本，无不由于脾胃”，提示脾胃失和是导致泄泻的主要原因，脾胃为气血生化之源，纳运相因，升降有序，若日常护理不当致六淫侵袭或饮食失节，进而脾胃受损则精华下降而作泻^[61]。小儿体质娇弱，脏腑娇嫩，脾常不足，易受外邪。小儿“脾常不足”为泄泻的发病基础，感受外邪及饮食所伤等为本病的致病因素，故运脾益气，健脾和胃为主要治法。故予健脾和胃之药膳方治疗小儿迁延性腹泻既可以调整患儿不当喂养习惯，从日常生活习惯上治疗泄泻，又可以针对患儿“脾常不足”的体质进行调整治疗，从而有效地防治患儿泄泻。

4.2 药膳药物选则

茯苓山药粥（茯苓 淮山 粳米）上三味洗净，加入 300ml 水，粳米煮稠，后入茯苓、淮山煮 20-30 分钟，日 1-2 次。本方组方简洁，均为药食同源类药物，味甘甜，口感好，容易被患儿接受，且其烹饪方法简单，便于操作。

4.3 组方分析

茯苓，味甘平，功善渗湿益脾，具有治疗水肿胀满、呕哕、泄泻的功效。本草将其奉为上品，《本草正》曰“茯苓，能利窍祛湿……祛湿则逐水燥脾，补中健脾”；《药性论》曰“开胃，止呕逆心腹胀满……”；《纲目》曰“茯苓益肾气，健脾胃，止泻痢”。现代药理学研究证明茯苓含 β -茯苓聚糖、四环三萜类化合物及麦角甾醇等多种物质，具有利尿、调剂免疫的功用。临床上可用于脾虚、泄泻的治疗^[62]。

山药，味甘、平，功补脾养胃、生津，用于脾虚食少，久泻不止的治疗。《本草经读》曰“山药，……如五谷为养脾第一品……即可毕补脾之能事，有是理乎！”；《日华子本草》曰“山药助五脏，强筋骨”；《神农本草经》曰“山药主伤中，补弱羸除寒热邪气，补中益气”。现代药理学研究证明山药含有多种尿囊素、胆碱、甾醇等多种物质因子，具有提高免疫力、治疗腹泻的作用^[63-64]。

粳米，甘平，功补气健脾、止泻痢，用于脾胃气虚、食少纳呆、泻下痢疾。《食鉴本草》曰“粳米……皆能补脾，益五脏，补气力，止泻痢，惟粳米之功为第一耳”；《别录》曰“粳米主益气，止烦，止泄”；《日华子本草》曰“粳米壮筋骨，补肠胃。”

茯苓 淮山 粳米，均有健脾和胃补津液之功，三药配伍尤适用于小儿“脾常不足”体质，切合小儿迁延性腹泻病机，适合长期服用，临床用于迁延性腹泻患儿。

4.4 粥食药膳优势

本次调查，家长选择粥食药膳占比 66%，占比最多，为多数家长所欢迎，便于推广。药粥最早见于《五十二病原方》^[65]，是以粳米或糯米为原料，配以可食用中药，是一种

良好的剂型，具有烹饪方便，美味，滋润，容易吞食。容易消化等优点^[66]。在治疗效果方面，粥既可以辅助药力、顾护胃气^[67]，且利患儿于消化吸收，对于脾胃虚弱者尤为适用。

4.5 儿科应用药膳优势

小儿脏腑娇嫩，不耐药物攻伐，迁延性腹泻病程日久，需要长时间服药，为减少药物副作用选取药食同源类药且有治疗作用的药膳进行治疗有利于避免药物副作用，有利于患儿健康发育。经临床调查及长期经验总结，多数患儿服药困难，为临床诊治带来困难，选取口感佳、且疗效确切的药物做成粥食，减少服药难度，增加依从性，有利于提高临床疗效。

4.6 临床结果分析

4.6.1 一般资料分析

对两组患儿基本情况及中医证候积分，进行统计学分析，未见统计差异($P>0.05$)，说明基线资料一致，具有可比性。

4.6.2 中医证候积分分析

对两组患儿中医证候积分进行统计学检验显示，两组治疗均有效，药膳组疗效更佳，药膳在治疗大便次数，大便性状药膳组疗效显著，治疗腹痛、腹部胀满、神疲乏力、脱水等症状，疗效优于常规组，在治疗恶心呕吐、暖气吞酸、夜卧不安、食欲不振等症状两组疗效相近。

酪酸梭菌三联活菌具有调节肠道微生态平衡，有利于帮助产出肠上皮细胞所需有益物质^[68]。药膳方中山药、茯苓内含有多糖等亦具有调节肠道微生态的功能^[69-70]，故两者在治疗治疗胃肠疾病有近似疗效。方中茯苓有主胸胁逆气、咳逆、宁心安神之功效，而本次研究中恶心呕吐、暖气反酸、食欲不振、夜卧不宁两组疗效相近，考虑有如下两点原因；①茯苓应用剂量不足有关^[71-73]。②疗程时间不足，尚需继续坚持服用。整体中医证候积分药膳组优于常规组，说明药膳在治疗整体症状优于常规组，与药膳运脾益气，健脾和胃之功密切相关。茯苓健脾和胃，山药补脾养胃，粳米健脾止泻，与粥相配又可以辅助药力、顾护胃气，增强健脾之功，故整体疗效优于常规组。

4.6.3 临床疗效分析

临床总有效率药膳组明显高于常规组，且止泻时间有显著差异。药膳组治疗效果优于常规治疗组与药膳疗效有重要关系，粥食药膳将粥的保健作用和药物的治疗作用结合，彰显了中医“食疗”及“求本”的理念，可以从饮食中改善患儿脾胃虚弱体质，切合病

机，从而对小儿迁延性腹泻起到有效的治疗作用。

5 不足与展望

本次研究因疫情、时间、经费等方面限制，存在一些不足：①所调查患儿均来自天津中医药大学第二附属医院就诊患儿，病例来源存在单一性。②调查问卷涉及频率问题较多，有存在误差的可能，今后研究应筛选更加利于精准回答的问题。③本次研究样本量较少。今后应进一步扩大样本量，进一步证明药膳的临床疗效。

结论

(1) 药膳应用情况不理想，主因认知度不足，宣讲不到位。医生应该在诊疗过程中加大介绍力度，引导患者使用药膳，通过讲座及社交平台宣传药膳，增加患者认知度。

(2) 家长对药膳疗效持不确定态度，考虑与使用不规范有关，医生应多做科普工作，规范正确对症使用药膳的方法。

(3) 家长应用药膳意愿强烈，药膳应用前景广阔。医生应该积极使用药膳，从常见病推广使用。

(4) 家长应多学习药膳知识，正确使用药膳。

(5) 药膳组在改善整体中医证候积分、平均止泻时间、总有效率方面均优于常规治疗组。

(6) 单一证候比较，药膳组在治疗大便性状方面显著优于常规组，在减少大便次数、腹痛、腹部胀满、神疲乏力、脱水等症状，优于常规治疗组。在治疗恶心呕吐、嗝气吞酸、夜卧不安、食欲不振等症状两组疗效相近。

参考文献

- [1] 陈洁,叶礼燕.儿童腹泻病诊断治疗原则的专家共识[J].中华儿科杂志,2009,(8):634-636.
- [2] 王卫平.儿科学[10] 人民卫生出版社,2013
- [3] 周仲瑛.中医内科学[M].中华中医药出版社,2018
- [4] 中华医学会儿科学分会消化学组,中华医学会儿科学分会感染学组,《中华儿科杂志》编辑委员会.儿童腹泻病诊断治疗原则的专家共识[J].中华儿科杂志,2009,47(8):634-636.
- [5] 王敏.药膳在中医美容中的作用[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(26):152+155.
- [6] 曹毅,吴妍静.古代中医美容渊源发展史述[J].中华中医药杂志,2019,34(11):5044-5047.
- [7] 鲁莱光.祛黄褐斑药膳 3 款[J].农村新技术,2011(24):71-72.
- [8] 孙静.中医药辨证施治在美容中的作用[J].中国美容医学,2011,20(3):483.
- [9] 马女花,陈绮维,黄少英.中药膳食在治疗非典型性肺炎中的应用[J].现代医院,2004(3):44-45.
- [10] 房怡.药膳粥治疗小儿脾肺气虚肺炎临床观察[J].光明中医,2019,34(11):1679-1680.
- [11] 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,2002:349-349.
- [12] 周福林.我国城乡居民分年龄、性别和受教育程度的生育意愿研究[J].西北人口,2005(4):12-14.
- [13] 姚思敏,石书玲.天津交通基础设施建设促进区域经济发展的路径研究[J].城乡建设,2020(15):45-46.
- [14] 天津经济技术开发区:改革激发活力 经济强劲增长[J].产业创新研究,2020(13):45.
- [15] 苏爽.天津夜间经济发展的优势和劣势研究[J].农村经济与科技,2020,31(10):208-209.
- [16] 康佩月.天津自贸区对京津冀经济增长影响研究[J].环渤海经济瞭望,2020(4):76-77.
- [17] 黄美娜.北京产业疏解与天津有效对接[J].现代经济信息,2018(12):490-491.
- [18] 张建平,祝丽琼.我国高龄孕产妇的现状及相关原因分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2006(10):725-726.

- [19] 刘友芬. 儿童腹泻发病季节与年龄相关性分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2003(4):356-357.
- [20] 公亮, 潘瑞芳. 5740 例小儿感染性腹泻病统计分析[J]. 中国医院统计, 2006(4):381-382.
- [21] 秋冬季节 当心小儿秋季腹泻[J]. 中国社区医师, 2006(17):26.
- [22] 王卫平. 儿科学[M]. 人民卫生出版社, 2013
- [23] 任启文. 小儿腹泻的治疗与饮食[N]. 大众健康报, 2020-03-10(15).
- [24] 谷德琼. 浅谈小儿腹泻饮食的指导[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(83):147.
- [25] 代正荣. 小儿腹泻致病因素分析及临床治疗意义[J]. 大家健康(学术版), 2016, 10(12):195.
- [26] 王丙增, 张宏, 徐太林. 不同喂养方式对小儿急性腹泻临床疗效观察[J]. 中国医疗前沿, 2011, 6(5):53+59.
- [27] 程肉梅. 小儿腹泻与饮食有关[J]. 中国医疗前沿, 2008, 3(23):82.
- [28] 冯峰, 李树风, 岳保珠. 小儿不同喂养方式与腹泻病、佝偻病的关系调查[J]. 潍坊医学院学报, 1994(3):223.
- [29] 姜美伊. 浅谈小儿积滞与喂养方式方法的关系[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(5):230+215.
- [30] 张爱萍, 魏志芳. 抗生素在儿科临床的应用[J]. 淮海医药, 1999(S1):63.
- [31] 马小燕. 探讨抗生素在儿科临床中应用存在的问题及对策[J]. 人人健康, 2017(6):73-74.
- [32] 周慧萍, 王菊萍, 王永太. 儿内科抗生素应用现状调查及分析[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(23):152+154.
- [33] 盛雪. 抗生素治腹泻也能致腹泻[J]. 大家健康, 2012(1):28.
- [34] 董菊. 抗生素致腹泻临床分析[J]. 河北医药, 2011, 33(18):2786-2787.
- [35] 杨伟国, 徐向红, 张俭. 抗生素引起小儿肠道正常菌群失调致腹泻 20 例[J]. 甘肃中医学院学报, 1997(4):48-49.
- [36] 魏兵, 孙铭蔚, 闵双双. 中国 15 个城市儿童服药困难问题的初步调查分析[J]. 中国儿童保健杂志, 2019, 27(6):606-608.
- [37] 闵双双, 魏兵, 廖世峨. 儿童服药困难现状及影响因素分析[J]. 中国儿童保健杂志, 2019, 27(10):1143-1146.
- [38] 毛旺直. 治疗小儿肺炎小验方[J]. 农村百事通, 2020(21):57.

- [39] 余莹,王志坚,何进伟.中医食疗药膳在儿童脾胃调理中的应用[J].中医儿科杂志,2020,16(3):90-92.
- [40] 房怡.药膳粥治疗小儿肺脾气虚肺炎临床观察[J].光明中医,2019,34(11):1679-1680.
- [41] 调治小儿多动症药膳两款[J].饮食科学,2019(7):37.
- [42] 改善小儿贫血药膳两款[J].饮食科学,2018(19):37.
- [43] 刘伟.调理小儿夏季热药膳两款[J].饮食科学,2017(15):37.
- [44] 赵国英.清肺化痰的食疗药膳[J].蜜蜂杂志,2013,33(8):28.
- [45] 赵怀德.小儿扁桃体炎药膳疗法[J].东方药膳,2008(4):23-24.
- [46] 李子云.小儿贫血药膳四款[J].东方药膳,2008(2):15.
- [47] 赵德贵.小儿百日咳药膳[J].东方药膳,2007(10):17+23.
- [48] 沈安.小儿反复呼吸道感染的药膳调治[J].农村百事通,2007(14):67-68.
- [49] 容小翔.小儿发热药膳方选[J].东方药膳,2007(6):20.
- [50] 贾泽志,曲荣波.不同收入消费者对食疗药膳接受程度调查分析[J].科技信息,2013(7):144.
- [51] 张小荣,赖远禄.酪酸梭菌肠球菌三联活菌联合蒙脱石散治疗小儿腹泻的效果分析[J].福建医药杂志,2016,38(4):90-91.
- [52] 周成良.《妙方神医》[M].西南师范大学出版社,1989.
- [53] 胡小梅.中西医结合治疗小儿迁延性及慢性腹泻疗效观察[D].北京中医药大学,2010.
- [54] 胡思源.《儿科常见疾病中药新药临床试验设计与评价技术指南》制定说明及范例介绍[A].中华中医药学会.中华中医药学会儿科分会第三十次学术大会论文集[C].2013:210-221.
- [55] 李金虎.小儿迁延性腹泻的推拿论治分型[J].安徽卫生职业技术学院学报,2006(3):28-29.
- [56] 王启杨,王静,万力生.中西医结合治疗小儿迁延性腹泻的研究进展[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(21):194-196.
- [57] 郁晓维,王丽慧,王明明.迁延性腹泻中医证型探讨[J].时珍国医国药,2007(4):968-969.
- [58] 陈宝红.基层医院小儿腹泻常见病因分析[J].中国民族民间医药,2013,22(5):141.
- [59] 何亚莉.240例小儿腹泻的治疗体会[J].求医问药(下半月),2013,11(2):727.
- [60] 熊彤彤,刘闲兰.小儿腹泻的原因分析及护理[J].当代医学,2010,16(16):52-53.

- [61] 王立.小儿腹泻的中西医治疗概况[J].中医药导报,2011,17(7):94-95.
- [62] 王海峰.茯苓的现代研究进展[J].社区医学杂志,2011,9(12):44-45.
- [63] 邵礼梅,许世伟.山药化学成分及现代药理研究进展[J].中医药学报,2017,45(2):125-127.
- [64] 郭琳,苗明三.山药的现代研究及应用特点[J].中医学报,2014,29(2):246-248.
- [65] 包来发.药粥疗法简史[J].中医文献杂志,2002(3):41-43.
- [66] 万德光.中医的食疗思想与实践[J].成都中医学院学报,1994(1):14-16+23.
- [67] 何劲.仲景《伤寒论》之用粥[J].时珍国医国药,2002(9):524-525.
- [68] 辛洪杰,白杨.酪酸梭菌在胃肠道疾病中的研究与应用进展[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(5):677-680.
- [69] 胡聪,孟祥龙,宁晨旭.山药的研究进展及其抗衰老的网络药理学分析[J].世界科学技术-中医药现代化,2020,22(7):2348-2365.
- 70] 宫萍,赵桂年,尹璐忆,赵德明.茯苓治疗胃肠道疾病作用机制研究[J].河南中医,2021,41(1):159-162.
- [71] 李敏,何庆勇,陈胤峰.张仲景方中茯苓量效关系的研究[J].中华中医药杂志,2015,30(12):4311-4313.
- [72] 范桂滨.大剂量茯苓治疗不寐 24 例[J].中医研究,2006(2):35-36.
- [73] 金琦,曹静,王淑华.大剂量茯苓的药理作用及临床应用概况[J].浙江中医杂志,2003(9):45-46.

附录

附表 1

药膳应用于小儿迁延性腹泻情况调查表

一般情况

1.家长及宝宝基本信息： 家长性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 宝宝姓名： 电话： 父母年龄： <input type="checkbox"/> 20-25 <input type="checkbox"/> 26-30 <input type="checkbox"/> 31-35 <input type="checkbox"/> 36-40 <input type="checkbox"/> 40 岁以上
2.您的孩子是否有如下苦恼？ A 反复呼吸道感染 B 厌食 C 便秘 D 遗尿 E 睡眠不安、哭闹 F 身材矮小 G 性早熟的现象 H 其他
3.您孩子的年龄？ A 0~1 岁 B 1~3 岁 C 3~7 岁 D 7~13 岁 E 13 岁以上

就诊情况

4.您的宝宝每个月生病天数？ A 1-3 天 B 4-6 天 C 7-9 天 D 10-12 天
5.您的宝宝每年就诊次数？ A 1-10 次 B 11-20 次 C 21-30 次 D 30 次以上
6.您的宝宝每年因迁延性腹泻就诊次数为？ A 1-5 次 B 6-10 次 C 11-15 次 D 16 次以上
7.您的宝宝每年医疗费用？ A 500-2000 元 B 2000-5000 元 C 5000-9000 元 D 9000-15000 元
8.您的宝宝每年抗生素服用/输液天数？ A 0-7 天 B 8-14 天 C 15-21 天 D 22 天以上
10.你的宝宝服药配合度？ A 不配合 B 商议下配合 C 完全配合

药膳应用情况

11.您认为健康与饮食的关系? A 非常密切 B 密切 C 关系不大 D 无关
12.您有没有使用中医药膳的习惯? A 有 B 没有
13.您对药膳的了解程度? A 非常了解 B 比较了解 C 不甚了解 D 一无所知
14.您对药膳养生效果的认可程度? A 完全没效果 B 无明显功效 C 疗效显著 D 没试过, 愿意尝试
15.您愿意再医师指导下或自学药膳么? A 非常愿意 B 愿意 C 不愿意
16.您使用食疗频次? A 0 次/月 B 1-3 次/月 C 4-6 次/月 D 7-9 次/月
17. 如果我院提供药膳服务您能接受的价格是多少? A 800 元以下/月 B 800-1000 元/月 C 1000-1200 元/月 D 1200 元以上/月
18.您每月花费在宝宝药膳方面的费用? A 0 元 B 0-200 元 C 200-500 元 D 500 元以上
19.您的孩子生病之初您首选什么治疗方式? A 药膳 B 中医 C 西医 D 中西医结合治疗 E 密切观察靠抵抗
20.下列治疗方法如果疗效相等您会选择那种治疗? A 药膳 B 中药汤剂 C 中成药 D 西药 E 输液
21.您愿意再医师指导下或自学药膳么? A 非常愿意 B 愿意 C 不愿意
22.选择药膳食品, 您会选择哪种类型? A 粥食 B 菜肴 C 糖点 D 饮料
23.如何才能放心服用药膳食品? A 医院医生推荐 B 受益者推荐 C 自学了解信任 D 有相关营业资格证书

附表 2

随机数字表

943	949	544	354	821	737	932	378
844	217	533	157	245	506	887	704
744	767	630	163	785	916	955	567
199	810	507	175	332	112	342	978
645	607	825	242	074	428	576	086
324	409	472	796	544	917	460	962
181	807	924	644	171	658	097	983
861	962	266	238	977	584	160	744
998	311	463	224	234	240	547	482
977	777	810	745	321	408	623	628

附表 3

脱水程度评估表

脱水程度	轻度	中度	重度
丢失体液	≤5%	5%-10%	>10%
精神状态	稍差	萎靡或烦躁	嗜睡-昏迷
皮肤弹性	尚可	差	极差
粘膜	稍干燥	干燥	明显干燥
前囟、眼窝	稍有凹陷	凹陷	明显凹陷
肢端	尚温暖	稍凉	凉或发绀
尿量	稍少	明显减少	无尿
脉搏	正常	增快	明显增快、且弱
血压	正常	正常或稍降	降低、休克

附表 4

中医证候积分评定表

姓名	性别	年龄	舌苔/指纹	
主症				
症状	正常（0）	轻（2）	中（4）	重（6）
大便次数	每日 1-2 次	大便不成形日 3-4 次	每日 3-5 次	每日 6-10 次
大便性状	软便或干便	大便溏	稀水便	水样便
次症				
症状	正常（0）	轻（1）	中（2）	重（3）
腹痛	无	偶尔	经常	频繁
腹部胀满	无	平卧低于胸部	平卧平于胸部	平卧高于胸部
食欲不振	无	不欲进食	厌恶进食	拒绝进食
恶心呕吐	无	恶心	时有呕吐 1-2 次	每日呕吐超过 2 次
暖气吞酸	无	偶有	时有	频繁
神疲乏力	无	精神不振不影响活动	精神疲乏，喜抱	精神疲乏，嗜睡
夜卧不安	无	夜间偶有辗转反侧	夜间时有辗转反侧	夜间频繁辗转反侧
脱水	无	轻	中	重
总积分	病情程度			

综述

药膳的古今应用浅述

药膳是以中医基本理论为指导，辨证用药，药食同源，用于防治疾病的一种饮食疗法。药膳起源于古代，经历代发展，近现代逐渐成熟并广泛应用于临床，现对药膳古今应用情况进行综述。

1 古代药膳应用

1.1 远古至周代

早在远古时期就有了药膳应用的记载，如《卜辞》记载了“贞疾用鱼”，即用鱼来治疗疾病^[1]。为药食同源最早的记载。殷商时代，伊尹所著《汤液经》记载了多个食疗药膳配方。据《周礼·天官》记载，周代医生分为食医、疾医等^[2]，可见周代已经有专门运用食疗治病的医生。远古至周代时期是我国食疗发展的萌芽阶段，为后世医疗发展提供了新的治疗思路。

1.2 秦汉时期

秦汉时期我国食疗进一步发展，涌现诸多名著。中医经典巨著《黄帝内经》中多论述食疗的应用，《素问·五常政大论》曰：“谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也”强调食疗调养身体以恢复正气。在《灵枢·五味》详细论述了常用食品的酸、苦、甘、辛、咸属性及各种疾病的对应调养食物如心病者食羊肉。又在《素问·五脏生成》中论述五脏的五味喜恶。进一步论证了食疗对脏腑的影响作用^[3-4]。药学专著《神农本草经》记载了 365 种中药，其中有 59 种可作为食品用于食疗，具有不同的功效如具有补养作用的丹雄鸡、葡萄等，具有清热作用的苦菜、苦瓠等，具有化痰作用的冬瓜子等^[5]。张仲景所著《伤寒杂病论》将食疗与汤药紧密结合，辨证使用取得极好的疗效，如仲景在组方时直接使用生姜、大枣、饴糖等食物组方且高频率使用。在服药时多与食物结合，如服用五苓散同时服用白米汤。在服药后运用食疗以增强药力如服用桂枝汤后服用热稀粥以助发汗。亦有运用食疗解药物毒性如蜂蜜解乌头毒性，保护胃气如使用甘遂、大戟等峻剂用大枣保护胃气^[6-8]。食疗在《伤寒杂病论》中广泛应用，其诸多理法在当代仍广泛应用于临床且取得满意的疗效。秦汉时期的发展为后世食疗的发展奠定了基础。

1.3 隋唐时期

隋唐时期各领域取得重要成就，食疗文化亦是迅速发展。是食疗文化的一个重要发

展时期^[9]，唐代孙思邈著《备急千金要方》，其中有专卷讲述养性，食治。其中食治篇又分果实、菜蔬、谷米、鸟兽、虫鱼单篇。详细记录各种食材的性味，毒性，功效如果实篇记载白冬瓜曰“味甘微寒，无毒。除少腹水胀，利小便，止消渴”^[10-12]。著名饮食家、医学家孟诜所著《食疗本草》，这本书作为食疗专著，是世界上现在最早的。详细记录了多种食物的功效和食方。体现了重要的食疗防病治病思想，对后世医家在临床中直接运用食疗治病提供了重要帮助^[13-17]。隋唐时期食疗文化的快速发展，为中国食疗发展做出了重要贡献。

1.4 宋元时期

宋元时期是中国食疗发展逐见完善，宋代翰林医官王怀隐等人据各方前书编纂《太平圣惠方》，专设“食治门”，记载了多种食疗食品如素饼、茶等，使食疗成为一门独立的学科^[18]，足以彰显对食疗的重视。宋徽宗组织朝廷人员编纂的《圣济总录》亦是一部药膳著作，记载了内、妇、儿等多科杂病，并收录 307 首食疗方^[19]。参考先前医书并对部分食疗方进行修正，还扩展了部分食疗的病症种类，促进了食疗的发展。元代医学家忽思慧著述《饮膳正要》分卷讲述了饮食禁忌、汤煎、米谷等食材，记载了丰富的食疗方并阐述了饮食卫生营养疗法等^[20]。在饮食卫生营养学领域，这是我国第一部专著。对传播和发展我国食疗营养及卫生保健知识起到了重要作用。

1.5 明清时期

明清时代医家尤重视食疗，涌现诸多著作，如明代朱棣所著《救荒本草》共收录植物超过 400 种，其中有 276 种植物以往本草书中未曾提及。扩展了食疗的范围，促进了食疗的发展，这本书是我国具有代表性的食用野生植物专著^[21-22]。明代李时珍传承前人经验基础上又结合自己长期实践所积累的知识著《本草纲目》，不仅收录千余种药材，亦收录大量食疗药材，其中食物 397 种如小麦、豆腐等，其中谷物 73 种荞麦、黄大豆等，菜 105 种如南瓜、苦瓜等，果 127 种如木瓜、银杏等^[23]。《本草纲目》是一本具有世界影响性的著作，在食疗及多个领域均有一定的贡献，推动了中医食疗进一步发现。明清时期除上述著作外另有《老老恒言》《饮食须知》等众多著作均不同程度推动了食疗的发展，为中医食疗发展做出了贡献，明清时期中医食疗发展近趋成熟。

2 近现代药膳应用

近现代社会经济科技快速发展，人们养生意识增强，食疗逐渐兴盛，食疗著作及论文大量涌现，如《中华食疗大全》、《儿童食疗》、《儿童食补食疗手册》等书籍均记录了大量儿童食疗方及用法功效。扩大了药膳的治疗范围，促进了食疗的发展。

现代医学随着时代发展，分科较前精细，药膳在各科治疗疾病亦随之变化，在内、外、妇、儿等科室均有不同应用。

2.1 药膳在内科应用

药膳在内科应用于多种疾病的治疗，赵国静^[24]等用补肾渗湿药膳治疗缓解期支气管哮喘，选取 42 例哮喘缓解期患者，分成两组，均予西医治疗，观察组另予补肾渗湿药膳治疗，服药一个疗程，并一年后随访，结果观察组优于对照组。胡文婧^[25]等用中医食疗药膳治疗心肌炎，选取 40 例心肌炎患者，分为两组，对照组予常规西医治疗，治疗组在常规基础上予药膳治疗，结果治疗组比对照组总有效率高近 40%。刘云^[26]等在 100 例轮状病毒肠炎患者中观察山药薏仁粳米粥药膳与蒙脱石散联合三联活菌的疗效差异，随机对照实验证明药膳在治疗时间、整体康复效果更佳。韦少雪^[27]等在对 46 例肾病综合征患者治疗六周后，证明了健脾温阳利水药膳对于相关指标改善的显著疗效。朱景毅^[28]等运用补火助阳疗法治疗 40 例糖尿病，治疗 30 天后，取得了令人满意的疗效。

2.2 药膳在外科的应用

游纯秋^[29]在桡骨远端康复中运用八珍药膳，观察 60 例患者的临床疗效，在治疗 4 周后，服用药膳患者相比单纯服用钙尔奇 D 患者骨痂形成及腕关节动能评定效果更佳。陈述列^[30]运用针灸配合食疗治疗外伤头痛 83 例，另设正天丸组，芬必得组作为对照，结果食疗组症状好转效果显著。沈丕安^[31]在用养阴生津药膳治疗狼疮性皮肤红斑，中医与食物疗法结合，论证了药膳皮肤病运用中的作用。

2.3 药膳在妇科中的应用

徐枫怡^[32]等在对 60 例术后患者盗汗的治疗中，证明中医食疗在改善焦虑评分方面较单纯穴位贴敷效果更佳。尤昭玲^[33]等主张药食同源，辨病辨证论治，运用食疗治疗多囊卵巢综合征，卵巢功能低下等取得了满意的疗效。史晓源^[34]在治疗多种妇科疾病如痛经、带下、滑胎等疾病运用药膳，取得了满意的临床疗效。郭月季^[35]在临床治疗 30 例卵巢早衰过程中采用药食并用的治疗方法，总有效率达 100%，证实了食疗对于卵巢早衰的治疗效果。李慧英^[36]等探索食疗在治疗子宫肌瘤继发贫血的作用，在对 120 例患者的治疗中，发现药膳在改善贫血指标较单纯西药治疗更明显。

2.4 药膳在儿科应用

颜斐斐^[37]等运用三豆饮加味药膳治疗湿热蕴毒型手足口病，对 94 例患儿进行分组治疗，结果证明了联合药膳有助于缩短病程，减少医疗费用，提高疗效。房怡^[38]在治疗肺脾气虚型肺炎时将 90 例患儿分成 3 组，分别予常规治疗，常规联合中药汤剂，常规

联合中药汤剂和药膳，结果药膳组病程及症状恢复短于对照组。陈海燕^[39]等为探索药膳对婴幼儿生长发育的影响，对 100 例婴幼儿分组治疗，12 个月后，药膳干预组出现营养性贫血明显少于无药膳组，证明了药膳对于促进婴幼儿生长发育的显著疗效。焦一菲^[40]等用药膳以醒脾治疗小儿厌食症，取得良好的疗效。孟妍^[41]等在探索营养药膳粥治疗慢性腹泻的效果中亦证明了药膳的良好疗效。

药膳起源于古代，经历前年发展至今，不仅留下了诸多著作，而且在内、外、妇、儿等多学科广泛应用，取得了良好的临床疗效。

参考文献

- [1] 彭邦炯.甲骨文医学资料释文考辨与研究.[M]:北京北京社会科学出版社,2016.
- [2] 彭铭泉.试论中国药膳的形成与发展[J].成都大学学报(自然科学版),1991,(2):56-60.
- [3] 李如辉.《黄帝内经》中的食疗思想[J].养生月刊,2014,35(5):416-421.
- [4] 许敬生.简论《黄帝内经》的食疗思想[J].河南中医,2011,31(1):5-7.
- [5] 燕宪涛,路新国.《神农本草经》对中医饮食保健学的贡献[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2011,12(4):202-204.
- [6] 王孝康,刘林利.《伤寒杂病论》食疗法探讨[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(5):6-7+12.
- [7] 周慧敏,胡旭.仲景理论之“食疗”方剂临床运用[J].中医药临床杂志,2017,29(6):784-786.
- [8] 徐平.《伤寒杂病论》中的食疗思想及应用方法研究[D].北京中医药大学,2008.
- [9] 唐华伟.中医食疗发展简介[A].中国中西医结合学会营养专业委员会:中国中西医结合学会,2016:3.
- [10] 孟永亮,梁永宣,师建平.北宋校正医书局校勘《千金要方》考释[J].中医杂志,2019,60(16):1434-1436.
- [11] 牛文民,刘智斌,郭靖辉等.孙思邈饮食养生之概观[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(3):28-30.
- [12] 宋青坡,王鑫,高希言等.孙思邈养生思想探讨[J].中医学报,2016,31(10):1507-1510.
- [13] 宋雪萍.孟诜与《食疗本草》养生思想研究[D].河北师范大学,2019.
- [14] 周庆兰,樊志民,齐文涛.《食疗本草》食疗思想研究[J].农业考古,2018,(6):189-194.
- [15] 王家葵.食物治病:《食疗本草》[J].文史知识,2016,(4):64-70.
- [16] 李明.《〈食疗本草〉译注》商补[J].河南师范大学学报(哲学社会科学版),2013,40(5):131-133.
- [17] 孙晓生.《食疗本草》的学术成就及现代应用[J].新中医,2011,43(5):129-131.
- [18] 李翊菲,孙晓生.《太平圣惠方》“食治论”卷中医养生学思想解读[J].广州中医药大学学报,2014,31(6):1016-1018.
- [19] 孟玺.《圣济总录·食治门》学术思想研究[D].山东中医药大学,2018.
- [20] 王凤梅,齐艳玲.《饮膳正要》中的食物种类和饮食养生[J].广播电视大学学报(哲学

- 社会科学版),2014,(04):90-92.
- [21] 罗桂环.朱橚和他的《救荒本草》[J].自然科学史研究,1985,(2):189-194.
- [22] 董恺忱.明代救荒植物著述考析[J]. 中国农史,1983,(1):99-104.
- [23] 孙晓生,陈晔.从食养食疗角度看《本草纲目》的养生贡献[J].新中医,2012,44(8):201-203.
- [24] 赵国静,周佩夏,赵玲.支气管哮喘缓解期应用补肾渗湿药膳的效果观察[J].中西医结合护理(中英文),2018,4(6):65-67.
- [25] 胡文靖.中医食疗药膳治疗心肌炎 40 例临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(17):144.
- [26] 刘云,缪春节,陆世新等.山药苡仁粳米粥治疗轮状病毒肠炎临床观察[J].实用中医药杂志,2016,32(12):1161-1162.
- [27] 韦少雪,蒋志雄.健脾温阳利水药膳治疗肾病综合征 24 例临床观察[J].中国民族民间医药,2015,24(8):56-57.
- [28] 朱景毅.补火助阳食疗法治疗糖尿病 40 例临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(91):126.
- [29] 游纯秋,陈贺,陈丽卿.八珍药膳在桡骨远端骨折康复中的临床应用研究[J].亚太传统医药,2014,10(6):122-124.
- [30] 陈述列.针灸配合食疗治疗外伤性头痛 83 例[J].广西中医药,2004(06):28-29.
- [31] 王凤英,沈丕安.沈丕安治疗狼疮性皮肤红斑食疗药膳的经验[J].辽宁中医杂志,2006(12):1542-1543.
- [32] 徐枫怡,凌丽萍.五倍子贴敷联合中医食疗预防妇科术后盗汗的疗效观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(23):92.
- [33] 杨永琴,魏本君,尤昭玲.尤昭玲巧用药膳治疗不孕症经验介绍[J].新中医,2018,50(4):229-232.
- [34] 史晓源.食疗在妇科的临床应用举隅[J].时珍国医国药,2001(10):924-925.
- [35] 郭月季.药食并用治疗卵巢早衰 30 例[J].甘肃中医,2009,22(10):36.
- [36] 李慧英,李风梅,王改青.中西医结合配合食疗在子宫肌瘤继发贫血中的应用[J].中医药导报,2012,18(1):25-26.
- [37] 颜斐斐,林文璇,蒋雪薇.三豆饮加味药膳对湿热蕴毒型手足口病患儿临床疗效的影响[J].护理研究,2019,33(18):3203-3208.

- [38] 房怡.药膳粥治疗小儿肺脾气虚肺炎临床观察[J].光明中医,2019,34(11):1679-1680.
- [39] 陈海燕,程勇,刘文.中药食疗对儿童生长发育的影响[J].海峡药学,2019,31(12):122-123.
- [40] 焦一菲,刁本恕.刁本恕饮食疗法治疗小儿厌食证[J].中国中西医结合儿科学,2018,10(2):175-177.
- [41] 孟妍,吕千千,聂玉香.营养药膳粥食疗干预慢性腹泻患者疗效观察[J].河北中医,2016,38(11):1660-1663.

致谢

时光荏苒，三年的研究生生活即将结束，首先要感谢我的导师陈慧主任医师，感谢导师这三年来在生活中无微不至的关怀和学业上孜孜不倦的教诲。导师总是用休息时间为我们答疑解惑帮助我们批改论文，临床中导师更是在具体实践中指导我们如何与患者沟通，如何辨证论治和遣方用药。导师学术精湛、医德高尚取得了患儿及家属的一致好评。也使我养成了细致严谨的工作态度。提高了我的临床能力。

其次，我还要感谢病房各位师兄师姐在临床中的指导，让我在实践中快速进步，不断提高。感谢科室各位老师在学习和生活上的帮助。

再者感谢医院各科室带教老师，三年的轮转，感谢各位老师的悉心指导，让我在规培轮转中得到实践和提高。也感谢家人的支持，同门的帮助。

最后感谢各位专家在百忙之中评阅论文，感谢各位专家批评和指正。

个人简历

一、教育经历

2012/09-2017/07，长春中医药大学，针灸推拿学，学士学位；

2018/09-至今，天津中医药大学，中医儿科学，硕士在学。

二、学术成绩或成就

1. 攻读学位期间发表论文情况

五苓散治疗儿科杂病运用举隅（中医儿科杂志）

仲景存津液思想指导小儿发热诊疗运用举隅（中医儿科杂志）

2. 参与课题情况

补肾活血法对肾性骨病干预的用药规律分析（天津市卫计委重点项目）

“天然香料”食材在儿科药膳中的应用（文化建设类项目）