

中医辨证结合膳食调护治疗小儿持续性腹泻 45 例临床观察

应光璐

舟山市妇幼保健院, 浙江 舟山 316000

[摘要] 目的: 观察中医辨证结合膳食调护治疗小儿持续性腹泻的临床疗效及对体液免疫的影响。方法: 将 90 例患者随机分为对照组和观察组各 45 例, 2 组均给予患儿合理的膳食指导, 对照组采用思密达和甘草锌颗粒口服治疗; 观察组采用推拿及中药辨证治疗。疗程均为 5~10 天。记录大便次数、大便性状等主要症状评分, 检测治疗前及治疗后 4 周血清免疫球蛋白 (IgA、IgM、IgG) 水平。结果: 治疗后第 5 天, 观察组临床疗效优于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗后第 10 天, 2 组临床疗效比较, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 治疗后观察组大便次数、大便性状、腹胀、食欲及黏液便等主要症状、体征评分均较治疗前下降, 并低于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后对照组血清 IgA、IgM 及 IgG 水平与治疗前比较变化不明显, 观察组血清 IgA、IgM 及 IgG 水平较治疗前明显升高, 并高于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 采用膳食指导、推拿及中药辨证调护持续性腹泻患儿能明显改善患儿临床症状, 增强患儿体液免疫功能, 临床疗效显著, 值得临床推广使用。

[关键词] 持续性腹泻; 小儿; 膳食调理; 推拿; 辨证治疗; 体液免疫

[中图分类号] R725.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 04-0125-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.052

5 岁以下儿童腹泻的总发病率高达 31.67%, 持续性腹泻(PD)是导致小儿严重营养不良、生长发育障碍、并危及患儿生命的主要原因^[1], WHO 把腹泻病的控制列为全球性战略, 也是我国重点防治的小儿四病之一。现代医学常规用微生态疗法, 补充肠道正常菌群, 以重建肠道天然生物屏障保护作用, 以及补充适量微量元素和维生素等对症处理。中医采用中药内服、推拿、穴位中药敷贴、穴位注射法、中药离子导入、中药外洗、针灸、拔火罐等, 取得较好的临床疗效^[2]。本院在西医常规治疗的基础上, 采用中医辨证结合膳食调护措施治疗小儿持续性腹泻(迁延性和慢性腹泻)取得了较好疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 90 例患儿均来源于 2012 年 4 月~2013 年 7 月本院儿科, 采用随机方法分为对照组和观察组各 45 例。对照组男 21 例, 女 24 例; 年龄 1~6 岁, 平均(2.5±1.7)岁; 病程 2~22 周, 平均(7.5±2.5)周; 迁延性腹泻 17 例, 慢性腹泻 28 例。

观察组男 23 例, 女 22 例; 年龄 1~6 岁, 平均(2.6±1.8)岁; 病程 2~24 周, 平均(7.6±2.4)周; 迁延性腹泻 16 例, 慢性腹泻 29 例。2 组一般资料比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《实用儿科学》^[1]标准: 大便性状有改变, 呈稀便、水样便、黏脓便或脓血; 大便次数比平时增多; 已排除痢疾。病程分类: 迁延性腹泻病, 病程在 2 周~2 月; 慢性腹泻病: 病程在 2 月以上。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]。①脾虚型泄泻: 久泻不止, 或反复发作, 大便稀薄, 或水样, 带有奶瓣或不消化食物, 神疲纳呆, 面色少华, 舌质偏淡、苔薄腻, 脉弱无力, 指纹淡。②脾虚夹积型泄泻: 脾虚症见伴有腹胀、腹痛, 呕吐酸馊乳食, 大便酸臭, 舌淡、苔厚腻, 脉沉细而滑, 指纹滞。③脾虚夹湿热型泄泻: 脾虚症见伴有腹痛即泻, 泻下急迫, 粪色黄秽臭, 肛门灼热, 发热,

[收稿日期] 2013-11-26

[作者简介] 应光璐 (1984-), 女, 护师, 研究方向: 小儿科护理。

舌淡红、苔黄腻，脉濡数。

1.3 纳入标准 ①符合迁延性或慢性腹泻诊断标准；②符合本病脾虚证或脾虚夹积证或脾虚夹湿热证辨证标准；③1~6 岁患儿；④取得患儿家属知情同意。

1.4 排除标准 ①阿米巴痢疾、伤寒、霍乱等疾病所致腹泻；②急性感染期腹泻患儿；③有明显脱水、代谢性酸中毒症状体征、发热、黏脓便或脓血便的患儿；④先天性肠道畸形、肠道肿瘤等肠道器质性疾病患儿；⑤合并严重心、肝、肾及血液系统基础疾病患儿。

2 治疗方法

2 组给予膳食调护：调理饮食，加强营养，食用易消化食物，忌食辛辣等刺激性及油腻难消化食物，对双糖不耐受者采用去双糖饮食，可采用豆浆或去乳糖配方奶粉；对于慢性非特异性腹泻的幼儿，应改变患儿的饮食结构、减少果汁量，提升脂肪摄入量到每天总热卡的 40%；过敏性腹泻患儿应根据过敏食物的检测结果进行严格的饮食管理，避免接触过敏原。

2.1 对照组 口服思密达，1~2 岁：每天 1~2 袋，分 3 次服用；2 岁以上：每天 2~3 袋，分 3 次服用。甘草锌颗粒，1~5 岁，1 次半包(0.75 g)；6~10 岁，1 次 1 包(1.5 g)。

2.2 观察组 ①中医推拿：命门、肾俞、大肠俞等穴位，采用擦法，每穴位 2~3 min 以透热为度；揉腹(逆时针为补，顺时针为泻)、揉脐(逆时针为补，顺时针为泻)、捏脊(自骶尾部向上提捏至大椎，先在背部撒上滑石粉，轻轻按摩几遍，使皮肤润滑，肌肉放松，捏时每捏 1 次向上提)。②中药内服：基本方：党参 10~15 g，炒白术 6~10 g，山药、炒扁豆各 10 g，炮姜 6~10 g，茯苓 6~10 g，泽泻 6~10 g，陈皮 6~10 g，炒薏苡仁 10~20 g，甘草 3 g。加减变化：夹积者加砂仁(后下)3 g，焦山楂 6~10 g，炒麦芽 6~10 g，炒谷芽 6~10 g；夹湿热者加黄连 3~6 g，秦皮 3~6 g，苍术 3~6 g；脾阳不足者加肉豆蔻 3~6 g，吴茱萸 3~6 g；单纯腹泻，利多者加赤石脂 10~20 g，金樱子 6~10 g。每天 1 剂，常规水煎分 3~4 次服用。

2 组疗程均为 5 天，连续观察 1~2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 主要症状评分 参考文献^[4]，①大便次数：0 分：每天 1~2 次或与平日次数相同；2 分：每天

3~5 次；4 分：每天 6~10 次；6 分：每天 >10 次。

②大便性状：0 分：正常成型；2 分：稀糊便；4 分：有时稀水样便，有时稀糊便；6 分：稀水样便。③腹痛：0 分：无症状；1 分：症状轻微，不影响工作和生活；2 分：症状明显，影响工作和学习，泻后缓解；3 分：症状严重，难以忍受，泻后不能缓解。④腹胀：0 分：无症状；1 分：症状轻微，不影响工作和生活；2 分：症状明显，影响工作和学习，泻后缓解；3 分：症状严重，难以忍受，泻后不能缓解。⑤食欲：0 分：如常；1 分：食欲略减，知饥少食；2 分：食欲减退较多，不饥，勉强进食；3 分：食欲大量减退，每餐进食很少，不饥不食。⑥黏液便：无：0 分；轻度：1 分；中度：2 分；重度：3 分。其它症状根据有无记录 0 分和 1 分。

3.2 治疗前后血清测定 治疗前及治疗后 4 周进行免疫球蛋白(IgA、IgM、IgG)测定。

3.3 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计分析软件，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 *t* 检验；计数资料比较，采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]，分别于疗程第 5 天和第 10 天进行疗效评价。痊愈：症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 70\%$ ；有效：症状、体征均有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ ；无效：症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候积分减少不足 30%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗后第 5 天，2 组临床疗效经检验，观察组临床疗效优于对照组，差异有显著性意义($P < 0.05$)；治疗后第 10 天，2 组临床疗效经检验，差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表1 2 组临床疗效比较

时 间	组 别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效
第 5 天	对照组	45	4	8	20	13
	观察组		9	10	19	7
第 10 天	对照组	45	11	14	11	9
	观察组		17	20	8	0

4.3 2 组治疗前后主要症状、体征评分比较 见表 2。治疗后 2 组大便次数、大便性状、腹胀、食欲及黏液便等主要症状、体征评分均较治疗前下降($P <$

0.01); 治疗后观察组上述症状评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗前后主要症状、体征评分比较($\bar{x} \pm s, n=45$) 分

项 目	对照组		观察组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
大便次数	4.68± 0.83	1.05± 0.27 ^①	4.74± 0.79	0.43± 0.15 ^{②③}
大便性状	4.75± 0.75	0.94± 0.31 ^①	4.82± 0.73	0.45± 0.19 ^{②③}
腹胀	1.42± 0.25	0.72± 0.20 ^①	1.46± 0.33	0.22± 0.07 ^{②③}
食欲	2.25± 0.42	0.65± 0.17 ^①	2.31± 0.44	0.24± 0.12 ^{②③}
黏液便	2.05± 0.36	0.69± 0.22 ^①	1.95± 0.41	0.33± 0.18 ^{②③}

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

4.4 2 组治疗前后血清 IgA、IgM、IgG 水平比较见表 3。治疗后对照组血清 IgA、IgM 及 IgG 水平与治疗前比较变化不明显, 观察组血清 IgA、IgM 及 IgG 水平较治疗前升高($P < 0.01$), 并高于对照组($P < 0.01$)。

表 3 2 组治疗前后血清 IgA、IgM、IgG 水平比较($\bar{x} \pm s$) g/L

组 别	n	时 间	IgA	IgM	IgG
对照组	45	治疗前	0.57± 0.21	1.17± 0.29	7.83± 1.47
		治疗后	0.62± 0.25	1.26± 0.32	8.04± 1.53
观察组	45	治疗前	0.55± 0.24	1.14± 0.33	7.92± 1.53
		治疗后	0.77± 0.20 ^{①②}	1.53± 0.28 ^{①②}	9.87± 1.72 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

小儿具有“稚阴稚阳”, “脾常不足”的生理特点和“易虚易实, 易寒易热”的病理特点, 因此无论感受外邪, 内伤乳食、蕴于肠胃, 均会致脾虚运化失司, 不能运化水谷精微, 水湿不化, 故而发为泄泻; 小儿泻久易脾虚及肾, 致脾肾两虚, 故脾肾阳虚证在临床也很常见; 且易耗伤气液, 失治或治疗不当, 可转为迁延性、慢性或难治性腹泻^④。现代中医学者将迁延性腹泻和慢性腹泻归为中医学久泻范畴。《景岳全书·泄泻》曰: “泄泻之本无不由于脾胃, 若饮食失节, 起居不时, 致脾胃受损, 则水反为湿, 谷反为滞, 精化之气, 不能输化, 致合污下降, 而泻利作矣。”因此治疗应注重调理脾胃, 脾得健运, 则水湿自化。“脾为之卫”、“四季脾旺不受邪”、“内伤脾

胃, 百病由生”, 通过健脾益气, 可提高机体免疫力, 达到治疗腹泻的目的^⑤。

WHO 及中国腹泻病治疗方案都主张腹泻时应鼓励患儿继续进食, 禁食是有害的^⑥。中医学主张通过合理膳食调整, 加强营养, 食用易消化食物, 从而调节胃肠功能。推拿治疗小儿腹泻以经络学说为指导, 可有效缓解腹部疼痛和泄泻的症状, 手法能调节脏腑功能, 促进胃肠功能的恢复, 促进消化和吸收。系统评价的结果显示中药采用益气健脾、渗湿化滞法对小儿迁延性慢性腹泻疗效较好, 无明显不良反应^⑦, 且汤药能随证加减, 灵活变化, 收效更佳。本组资料显示, 通过膳食、推拿及中药辨证调护持续性腹泻患儿能明显改善患儿临床症状, 提高临床疗效。

研究显示迁延性、慢性腹泻病患儿表现不同程度的体液免疫功能低下, 血清 IgA、IgM 及 IgG 水平低于健康儿童^⑧, 体液免疫功能低下而易感染致病微生物, 致使病情迁延不愈, 长期的腹泻导致营养不良, 且营养不良加重患儿免疫功能低下, 两者互为因果, 恶性循环。本研究显示采用中医综合辨证调护后, 患者的血清 IgA、IgM 及 IgG 均有所上升, 机体抗病能力得以提高, 从而有助于疾病的康复。

[参考文献]

- [1] 胡亚美, 江载芳, 陆华, 等. 实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1297- 1299.
- [2] 王文金. 玉屏风散加味治疗小儿慢性腹泻疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(2): 150- 152.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9- 94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 79.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国中医药科技出版社, 2002: 139- 142.
- [5] 石文韬, 何倩雯, 梁筱, 等. 中药治疗小儿迁延性慢性腹泻文献的系统评价[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(9): 2121- 2125.
- [6] 唐英, 尚清. 艾灸法治疗小儿慢性腹泻 20 例[J]. 中医研究, 2011, 24(10): 70- 72.
- [7] 叶礼燕, 陈凤钦. 腹泻病诊断治疗指南[J]. 实用儿科临床杂志, 2009, 24(19): 1538- 1540.
- [8] 杨海军, 孙梅. 小儿迁延性、慢性腹泻病 83 例临床分析[J]. 临床儿科杂志, 2009, 27(10): 930- 934.

(责任编辑: 马力)