

止泻汤辅助治疗小儿急性腹泻疗效观察

王秀丽, 方彩文

中国医科大学绍兴医院, 浙江 绍兴 312030

[摘要] 目的: 观察中药止泻汤辅助治疗小儿急性腹泻的疗效及安全性。方法: 选取 180 例脾虚型急性腹泻患儿作为研究对象, 随机分为观察组和对照组各 90 例。对照组采用常规治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用中药止泻汤进行治疗。观察比较 2 组患儿的症状评分改善情况、治愈时间和药物不良反应情况。结果: 观察组症状积分低于对照组 ($P < 0.01$), 不同时点症状积分差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 组别与时间存在交互作用 ($P < 0.01$)。单独效应分析, 在固定分组条件下, 随着治疗时间延长, 2 组的症状积分逐渐下降; 在固定时间条件下, 观察组治疗 3、5、7 天后, 症状积分均低于对照组 ($P < 0.01$)。观察组平均治愈时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗过程中 2 组患儿均未观察到明显的药物不良反应。结论: 在常规西药治疗基础上加用中药止泻汤对脾虚型急性腹泻患儿进行治疗, 可以有效改善患儿的临床症状, 缩短治愈时间, 同时无明显不良反应, 是一种安全有效的治疗方法。

[关键词] 腹泻; 儿童; 脾虚型; 中西医结合疗法; 止泻汤

[中图分类号] R442.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0139-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.061

腹泻是小儿临床常见病之一, 是一种由多种病原体、多种因素引起的以大便次数增多和形状改变为主要特点的消化道综合征^[1]。该病在 6 月至 2 岁的婴幼儿中发病率极高, 是造成儿童营养不良、生长发育障碍甚至死亡的主要原因。中医学认为小儿腹泻是由外感毒邪、内伤饮食兼之脾胃虚弱所致, 医家拟出多种方剂进行治疗, 止泻汤是其中之一^[2]。在本次研究中, 笔者采用止泻汤对脾虚型急性腹泻患儿进行治疗, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 按照《临床诊疗指南: 小儿内科分册》^[3]所列诊断标准确诊为急性腹泻; 按照《中医儿科学》^[4]所列诊断标准确诊为脾虚型腹泻, 症见: 面色萎黄、体形消瘦, 大便稀溏、色淡不臭, 多于食后发作, 时轻时重, 舌淡、苔白, 脉缓弱, 指纹浅; 年龄 6 月~4 岁; 患儿入院前未接受其他相关治疗, 且发病至入院时间 ≤ 48 h; 患儿入院时不合并中毒脱水、意识障碍、休克、器官功能障碍综合征等严重症状; 患儿家属知情同意参与本研究并签署知情同意书。

1.2 排除标准 传染性腹泻患儿; 合并先天性疾病、遗传性疾病的患儿; 合并其他可能影响治疗的疾病。

1.3 剔除标准 未严格按照医嘱进行治疗的患儿; 中途退出研究的患儿; 失访的患儿。

1.4 一般资料 选取 2015 年 1—12 月在本院治疗的 180 例

腹泻患儿作为研究对象, 采用随机数字表法将患儿分为观察组和对照组各 90 例。观察组男 46 例, 女 44 例; 平均年龄 (2.34 ± 0.70) 岁, 平均病程 (14.26 ± 5.36) h。对照组男 51 例, 女 39 例; 平均年龄 (2.36 ± 0.67) 岁, 平均病程 (14.30 ± 5.54) h。2 组基线资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组患儿入院后首先进行血常规、血生化、大便常规、粪便培养、乳胶凝集试验、酶联免疫吸附试验、粪便还原糖试验、胸腹部 X 线检查、腹部 B 超检查等以明确病因。

2.1 对照组 接受常规治疗, 包括饮食疗法, 预防脱水或补液, 纠正水、电解质平衡, 补充钙、镁、锌等。对于细菌感染所致腹泻的患儿给予敏感抗生素治疗; 对于病毒感染或其他原因引起腹泻的患儿不予抗生素治疗, 采用肠道微生态法进行治疗: 口服双歧杆菌三联活菌胶囊 (上海信谊药厂有限公司生产), 每次 1~2 粒, 每天 2 次; 采用胃黏膜保护剂进行治疗: 蒙脱石散 (湖北汇中制药有限公司生产), 每次 1/3~1 包, 冲服, 每天 3 次。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用中药止泻汤进行治疗, 处方: 炒白术、扁豆、山药、茯苓、神曲、焦山楂、姜半夏、陈皮、赤芍各 5 g, 肉豆蔻 1.5 g, 每天 1 剂, 加入 300 mL 纯净水煎制, 晾凉后, 根据小儿年龄分 1~6 次服用。

[收稿日期] 2016-06-12

[作者简介] 王秀丽 (1970-), 女, 主治医师, 主要从事小儿内科临床工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察比较2组患儿的症状评分改善情况、治愈时间和药物不良反应情况。症状评分标准：对腹泻次数、大便性状、呕吐和食欲4项指标进行评分，其中腹泻次数、大便性状为主要指标，呕吐、食欲为次要指标。腹泻次数评分方法：每天排便1~2次记0分，3~5次记2分，6~10次记4分，10次以上记6分；大便性状根据布里斯托大便分类法(Bristol Stool Scale)进行评分：第1~4型记0分，第5型(容易通过的断边光滑的柔软块状)记2分，第6型(粗边蓬松块，糊状大便)记4分，第7型(无固体的水样便)记6分；呕吐评分方法：无呕吐记0分，每天呕吐1~2次记1分，3~5次记2分，5次以上记3分；食欲评分方法为：食欲如常记0分，食欲稍减退记1分，食欲明显减退但可进食记2分，无法进食记3分。于患儿入院1、3、5、7天时进行评分。治愈标准为症状评分下降为0分。药物不良反应情况根据国家药品不良反应监测中心制定的六级标准，采用因果关系分析判断法进行

评价。

3.2 统计学方法 所有数据录入SPSS20.0软件进行处理。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用U检验或配对U检验，有序列表数据采用秩和检验，重复测量资料采用重复测量资料的方差分析。

4 治疗结果

4.1 实验完成情况 观察组患儿均顺利完成研究，无剔除病例；对照组共88例(97.78%)完成研究，2例(2.22%)因中途退出被剔除。

4.2 2组症状积分改善情况比较 重复测量资料的方差分析显示，观察组症状积分低于对照组($F=3.01, P<0.01$)，不同时间点症状积分差异有统计学意义($F=61.28, P<0.01$)，组别与时间存在交互作用($F=48.62, P<0.01$)。单独效应分析，在固定分组条件下，随着治疗时间延长，2组的症状积分逐渐下降；在固定时间条件下，观察组治疗3、5、7天后，症状积分均低于对照组($P<0.01$)。

表1 2组症状积分改善情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	治疗1d	治疗3d	治疗5d	治疗7d	合计	F值	P
观察组	90	14.28±3.29	9.56±2.73	3.32±0.75	0.64±0.25	6.95±3.84	43.27	<0.01
对照组	88	14.25±3.11	12.89±3.14	9.28±2.57	3.24±1.32	8.75±4.13	29.52	<0.01
合计		14.26±3.34	11.22±3.19	6.30±2.69	1.94±1.34	7.85±4.15	61.28	<0.01
F值		0.06	7.54	20.90	4.29	3.01	48.62	<0.01
P		>0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01		

4.3 2组治愈时间情况比较 见表2。观察组平均治愈时间短于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治愈时间情况比较 例(%)

组别	n	≤5d	≤10d	≤15d	≤20d	均值(d)
观察组	90	32(35.56)	54(60.00)	3(3.33)	1(1.11)	16.39±10.48
对照组	88	15(16.30)	38(41.30)	35(38.04)	4(4.35)	20.81±13.74
Z/U值			4.98			2.41
P			<0.01			<0.02

4.4 2组药物不良反应情况比较 治疗过程中2组患儿均未观察到明显的药物不良反应。

5 讨论

腹泻是儿科最常见的消化道疾病，其中又以急性腹泻最为常见。婴幼儿消化系统发育尚未成熟，肠道正常菌群尚未建立，机体防御功能较差^[1]。现代医学对于腹泻的治疗原则主要包括调整饮食、预防和纠正脱水、合理用药、加强护理和预防并发症等，优点在于可以及时纠正小儿脱水和电解质失衡，同时对感染性腹泻有较为确切的治疗效果，但其缺点在于应用抗生素可能同时杀伤本就较为脆弱的肠道正常菌群，从而导致小儿消化不良或诱发抗生素相关性腹泻^[2]，对非感染性腹泻的

疗效并不理想。鉴于此，从整体观研究和治疗疾病的中医学就有了用武之地。小儿腹泻归于中医学泄泻范畴，认为病变部位在脾胃，病机为脾胃虚弱、运化失常以致清浊相干，并走大肠，导致水反为湿、谷反为滞，精化之气不能输化，因而合污下降而泄泻^[3]。本研究所用的止泻汤，方中白术、茯苓、山药、扁豆均可健脾化湿，神曲、焦山楂、陈皮可健脾消食助运，肉豆蔻可温脾固涩止泻，姜半夏降逆止呕，赤芍清热凉血，上述诸药联用，共奏强健脾胃、消食利湿之效，对于改善小儿脾胃功能、治疗腹泻具有独特的功效^[4]。

本次研究结果显示，观察组症状改善优于对照组，治愈时间短于对照组，提示在常规西药治疗基础上应用中草药止泻汤对脾虚型急性腹泻患儿进行治疗，可以有效改善患儿的临床症状，缩短治愈时间，同时无明显不良反应，是一种安全有效的治疗方法。

[参考文献]

- [1] 王卫平. 儿科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 252-260.
- [2] 张彦, 杨宽, 朱军联. 四逆汤加减保留灌肠治疗小儿腹泻180例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(14):

- 311-313.
- [3] 中华医学会. 临床诊疗指南: 小儿内科分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 209-217.
- [4] 汪受传. 中医儿科学[M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 100-106.
- [5] 彭桂梅. 小儿腹泻的发病机制与合理用药探讨[J]. 中国实用医药, 2014, 9(31): 187-188.
- [6] Evans M, Salewski RP, Christman MC, et al. Effectiveness of *Lactobacillus helveticus* and *Lactobacillus rhamnosus* for the management of antibiotic-associated diarrhoea in healthy adults: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial [J]. Br J Nutr, 2016, 116(1): 94-103.
- [7] 赖崇杰. 中医药治疗小儿腹泻的研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2014, 23(21): 23-24, 26.
- [8] 沈玉祥. 理气化湿止泻汤内服、推拿联合常规西药治疗小儿腹泻临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(5): 196-198.

(责任编辑: 吴凌)

清心泻火法治疗疱疹性咽峡炎疗效观察

王媛媛

广州市中医医院, 广东 广州 510130

[摘要] 目的: 观察清心泻火法治疗疱疹性咽峡炎的临床疗效。方法: 将 70 例疱疹性咽峡炎患儿随机分为观察组和对照组, 各 35 例。观察组予清心泻火法中药汤剂口服治疗; 对照组予利巴韦林颗粒口服治疗。疗程 3 天。比较 2 组患儿的临床疗效及平均退热时间及疱疹消退时间。结果: 总有效率观察组 88.6%, 对照组 65.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组平均退热时间及疱疹消退时间均短于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 清心泻火法治疗疱疹性咽峡炎患儿有较好的临床疗效, 可缩短患儿高热、疱疹消退时间, 值得临床推广和应用。

[关键词] 疱疹性咽峡炎; 清心泻火; 导赤散

[中图分类号] R766.12 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0141-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.062

疱疹性咽峡炎是儿科常见病症, 多发于夏秋季, 是一种特殊类型的急性上呼吸道感染。本病起病急骤, 临床表现为高热、咽痛、流涎、厌食、呕吐等^[1]。当前对于疱疹性咽峡炎还没有特效治疗方法, 西药多为抗病毒及对症治疗, 因西药抗病毒药物已应用多年疗效欠佳。本病虽是一种自限性疾病, 但发病早期患儿高热明显而疱疹破溃后咽痛流涎明显, 常常影响进食, 患儿家长多较为焦虑。笔者采用清心泻火法治疗疱疹性咽峡炎, 收到较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2014 年 4—11 月本院疱疹性咽峡炎患儿, 共 70 例, 随机分为观察组和对照组, 各 35 例。观察组男 18 例, 女 17 例; 年龄 8 月~7 岁。对照组男 18 例, 女 17 例; 年龄 7 月~9 岁。2 组年龄、性别、病程和体温等

方面经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《实用儿科学》^[1]中疱疹性咽峡炎诊断标准。症状: 突起发病, 发热伴咽痛、拒食、流涎。体征: 咽部充血, 在咽腭弓、软腭、悬雍垂的黏膜上可见一个至数个 1~2 mm 大小的灰白色疱疹, 周围红晕, 部分破溃形成小溃疡。齿龈及颊黏膜未见疱疹和溃疡, 手、足、肛周未见丘疹、疱疹。

1.3 纳入标准 符合小儿疱疹性咽峡炎诊断标准; 年龄 6 月~10 岁; 病程 ≤ 3 天。

1.4 排除标准 不符合上述诊断标准及纳入标准; 合并有心血管、肝、肾和造血系统等原发病及精神病的患儿; 合并有急性支气管炎、肺炎等呼吸系统疾病; 年龄 > 10 岁, < 6 月; 病

[收稿日期] 2016-06-03

[作者简介] 王媛媛 (1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 小儿疾病诊治。