

中医治疗婴儿脾虚泄泻的临床观察 及对小肠吸收功能的影响

上海第一医学院儿科医院 徐迪三 范 正 方利君 时毓民 盛家伟

我们于1980年3月~1981年2月应用中药“脾胃1号方”对脾虚泄泻患儿进行了治疗和随访,并观察了该方对D-木糖吸收试验的影响,临床效果颇为满意。

观察对象

观察对象主要是2岁以内的脾虚泄泻患儿,均具有久泻或反复腹泻1个月以上,大便色淡清稀,少臭味,完谷不化,或夜尿次数多,或伴湿疹;神萎,面色㿠白或萎黄,或消瘦,I~II度营养不良;舌质淡或正常,脉细软。无严重并发症。共观察38例,男18例,女20例,平均年龄12.7个月,平均病程6.4个月。资料完整的28例中,用“脾胃1号方”治疗20例(以下称中药组),西药治疗8例(以下称西药组)。其中18例患儿按随机分组,中药组10例,西药组8例。我们另挑选10名健康婴儿作为对照,其中男6例,女4例,平均年龄18.8个月。正常婴儿均营养发育良好,近期末患任何疾病,消化功能正常,舌脉无异常。

脾虚泄泻患儿29例作大便常规检查,23例白细胞<3个/高倍视野,最高者为8个/高倍视野;26例作痢疾-沙门氏菌培养均阴性;27例作致病性大肠杆菌培养仅1例阳性(O₁₅₅B₁₅),经中药治疗后迅速转阴。12例作血红蛋白测定,10例低于12克%,26例作白细胞计数,仅4例>12000/立方毫米。

方法和结果

一、治疗方法和观察项目

“脾胃1号方”由炒党参、焦白术、炒扁豆、苡仁、淮山药、芡实、焦山楂、焦麦芽、焦谷

芽、神曲、黄芩各1份,陈皮、桔梗、炙甘草各半份组成。共研粉末,每日口服3克,1个月为一疗程。兼寒证者,应寒证解除后再服上药。西药组予以常规治疗,如2%胃酶合剂、复合维生素B、口服葡萄糖-电解质冲剂。

临床观察项目包括治疗前后体重及腹壁脂肪厚度、大便常规与细菌培养、血常规。D-木糖吸收试验采用O'Brien、Ibbott的方法⁽¹⁾。受试者从试验前8小时到试验结束期间禁食,于空腹及口服木糖后30、120分钟时分别采血测定血木糖浓度。木糖口服量为5% D-木糖液10毫升/公斤体重。

二、临床治疗结果

中药组患儿经1个疗程治疗后,大便次数明显减少,治疗前20例平均为4.5次/日,治疗后为2.1次/日,平均减少 2.4 ± 0.47 次/日(均差±标准误,下同),经统计学处理治疗前后大便次数有显著性差异($P < 0.001$)。经1个疗程治疗后,中药组20例腹壁脂肪增厚了 0.18 ± 0.053 厘米($P < 0.01$),体重增加了 0.49 ± 0.12 公斤($P < 0.001$)。治疗前20例患儿均面色萎黄,治疗后17例面色恢复正常;治疗前15例大便呈稀糊状或水样便,治疗后12例大便恢复正常。

按随机分组的两组患儿比较,如表1所示,中药组疗效显著,其大便次数减少、体重增加及腹壁皮下脂肪增厚的变化幅度均比西药组为大。中药组治疗前10例均面色萎黄,治疗后面色均恢复正常;对照组治疗前8例面色萎黄,治疗后才2例恢复正常。中药组治疗前6例大便呈稀糊状或水样便,治疗后5例大便正常;对照组治疗前大便稀糊状或水样便6例,

治疗后均无改善。

表 1 两组治疗前后临床体征的变化比较

组 别	例数	腹泻次数 (次/日)	体 重 (公斤)	腹壁脂肪厚度 (厘米)
中药组	10	4.7~2.3	7.82~8.40	0.76~0.83
		-2.4±0.8*	+0.58±0.11**	+0.07±0.03*
西药组	8	4.6~3.4	7.25~7.53	0.54~0.59
		-1.2±0.5*	+0.28±0.13	+0.05±0.05

注:表中数据上行为治疗前均值~治疗后 均值,下行为均差±标准误。* 治疗前后比较 $P<0.05$; ** 治疗前后比较 $P<0.001$

三、D-木糖吸收试验测定结果

10 例正常婴儿口服木糖后 30、120 分钟时,血木糖浓度分别为 31.62 ± 1.21 、 30.69 ± 1.05 毫克%; 38 例脾虚泄泻婴儿分别为 15.05 ± 0.85 、 18.09 ± 0.85 毫克%。后者对 D-木糖吸收显著降低(P 均 <0.001)。20 例脾虚泄泻患儿用“脾胃 I 号方”治疗 1 个疗程后,测定 30、120 分钟血木糖浓度,结果较治疗前分别增加了 8.12 ± 2.98 毫克%、 9.09 ± 2.10 毫克%,经统计学处理,治疗 1 个疗程后 D-木糖吸收有显著增加($P<0.05$ 、 $P<0.001$)。其中 8 例患儿经“脾胃 I 号方”治疗 2 个疗程后测定 30、120 分钟血木糖浓度,结果比第一疗程后又分别增加 7.54 ± 1.58 、 8.84 ± 1.72 毫克%,经统计学处理均有显著性差异(P 均 <0.01),其血 D-木糖含量已达正常婴儿水平。

从表 2 可见,按随机分组的两组患儿相比,中药组经 1 个疗程治疗后,30、120 分钟血 D-木糖含量显著增高($P<0.01$ 、 $P<0.001$);

表 2 两组治疗前后 D-木糖吸收试验的比较

组 别	例数	30 分钟血木糖 (毫克%)	120 分钟血木糖 (毫克%)
中 药 组	10	15.64~28.22	18.21~26.43
		+7.58±2.20*	+8.22±1.48***
西 药 组	8	14.33~15.94	18.10~18.31
		+1.61±1.86	+0.21±2.05

注:表中数据上行为治疗前均值~治疗后 均值,下行为均差±标准误。

* 治疗前后比较 $P<0.01$; ** 治疗前后比较 $P<0.001$ 。

▲ 与西药组比较 $P<0.01$ 。

而西药组仅略有增加,统计学处理后无显著性意义。中药组治疗前后血 D-木糖升高差值与西药组相比,120 分钟升高差值有显著性差异($P<0.01$); 30 分钟升高差值虽无显著性差异,但 P 值接近于 0.05。

讨 论

本文所用“脾胃 I 号方”是由资生丸化裁而来,包括了参苓白术散的基本成分,其基础方是四君子汤,全方具有益气健脾利湿功效,对脾虚泄泻患儿尤为适宜。中医认为,小儿脾虚泄泻是因脾土运化功能虚弱,水湿停留所致。本证大多病程迁延,久泻不愈,用“脾胃 I 号方”可扶正固本,兼顾祛湿,因而方证相宜。从临床效果上可见,经 1 个疗程中医治疗后,患儿主要症状、体征均有明显改善。

D-木糖是一种戊糖,正常时不存在于血中,口服后其 60% 可在高位空肠吸收,30~60 分钟血浓度达高峰,并可维持到 120 分钟⁽¹⁾。因此,测定血木糖含量能直接反映小肠对木糖吸收情况。尿木糖测定简单易行,但对于尿液收集不全或肾功能不全病例,宜采用 2 小时内血木糖含量的测定法⁽²⁾。本文观察对象均为 2 岁内婴儿,尿液不易收集完全,取外周微量血样测定血木糖含量即可反映小肠对木糖的吸收情况。本文观察结果表明,脾虚泄泻患儿血 D-木糖含量明显下降,反映出小肠对木糖吸收较差,提示小肠吸收功能低下,经中药治疗 1 个疗程后,随着症状和体征的改善, D-木糖吸收也明显增加,经 2 个疗程治疗后可达正常婴儿水平,表明本方对改善小肠吸收功能有一定的影响。服用西药的对照组患儿,其临床症状、体征好转不明显,木糖吸收也无显著改善,表明所服西药不能改善小肠的吸收功能。

参 考 文 献

- (1) O'Brien D and Ibbott FA: Laboratory manual of pediatric micro-and ultramicro-biochemical techniques, 3rd ed, P240, Hoeber, New York, 1962.
- (2) 唐振铎等:右旋木糖试验对肠道吸收不良的诊断价值。内部资料, 1978。