

以运脾化湿法为主治疗小儿腹泻 214 例的临床研究

南京中医学院 张 骅

指导 江育仁 曹颂昭 郭玉梅

1986 年 2 月至 1987 年 1 月, 我们以运脾化湿法为主治疗了 214 例小儿腹泻, 疗效较为满意, 现总结如下。

临 床 资 料

一、一般情况

住院 74 例, 门诊 140 例; 男 130 例, 女 84 例; 年龄最小 32 天, 最大 11 岁, 其中 < 3 岁为 199 例, 占 92.99%; 治疗前病程最短 6 小时, 最长 3 月以上, 平均病程 11.05 天; 发病诱因属饮食失宜 92 例(42.99%), 寒暖不调、感受外邪 71 例(33.18%), 脾胃素虚 65 例(30.37%), 原因不详 5 例(23.83%), 上述三项诱因有交叉共存现象。

本文 214 例患儿均由专人填写专科诊治观察表。其中急性腹泻 156 例, 迁延性腹泻 49 例, 慢性腹泻 9 例。据全国小儿腹泻协作组 1982 年拟定的标准, 214 例中属重型腹泻 17 例, 轻型腹泻 197 例。临床所见伴有发热 37 例, 脱水 19 例, 酸中毒和电解质紊乱 5 例, 合并上呼吸道感染 16 例, 营养不良 9 例(均为 I~II 度)。本文病例随机分为散剂、脐疗、推拿、水药四个治疗组, 各组的主要伴随症和合并症的分布见表 1。

二、辨证分型

1. 湿热困脾型(下简称湿热泻型): (1) 稀水或粘液样大便, 色黄或淡黄; (2) 大便热臭, 便次频数; (3) 大便泻下如注或肛周红赤; (4) 舌质红, 苔黄或淡黄腻; (5) 烦躁口渴,

表 1 各组的主要伴随症和合并症

组 别	总例数	发热	脱水	酸碱失衡	上感	营养不良	重型腹泻
散剂组	58	11	6	1	4	3	5
脐疗组	49	8	3	1	4	1	3
推拿组	63	8	4	1	3	4	3
水药组	44	10	6	2	5	1	6
合 计	214	37	19	5	16	9	17

小便短赤; (6) 发热、呕恶。具备以上三项者即可判定。

2. 脾虚湿渍型(下简称脾虚泻型): (1) 大便稀或溏, 夹有不消化食物; (2) 久泻不愈或经常、反复腹泻; (3) 纳呆或厌食; (4) 神疲倦怠, 面黄少华; (5) 舌质淡红、苔薄白或薄白腻; (6) 畏寒, 四肢欠温。具备以上三项者即可判定。

本文 214 例辨证属湿热泻型 119 例(55.61%), 脾虚泻型 95 例(44.39%)。各型在各治疗组中的分布见表 2。

表 2 各组的证型分布

组 别	总例数	湿热泻型例(%)	脾虚泻型例(%)
散 剂 组	58	31(53.45)	27(46.55)
脐 疗 组	49	28(57.14)	21(42.86)
推 拿 组	63	35(55.56)	28(44.44)
水 药 组	44	25(56.82)	19(43.18)
合 计	214	119(55.61)	95(44.39)

三、实验室检查

1. 大便常规和细菌培养: 大便常规共做

165例,查见脓细胞 95 例,红细胞 27 例;做细菌培养共 81 人次,其中 EPEC 47 人次,沙门氏菌 34 人次,无一例阳性。

2. 末梢血白细胞: 检查 57 例,其中 $>10000/\text{立方毫米}$ 14 例。

3. 轮状病毒(RV)检测: 以 ELISA 法检测,试剂药盒由卫生部兰州生物制品研究所提供,1986年 10~12 月共检大便标本 23 份,阳性 10 份,占 43.48%,表明 RV 仍是南京地区秋冬季婴幼儿腹泻的主要病原之一。取 ELISA 阳性标本 2 份送南京医学院电镜室,经电镜摄片证实为 RV。

4. 尿淀粉酶测定: 空腹 4 小时后取新鲜尿 5~10 毫升,以温氏法测定。

5. 血 D-木糖吸收试验: 空腹 5 小时后服 D-木糖(0.1 克/公斤),60 分钟后采末梢血 0.2 毫升,以 Eberts 法测定。

治疗方法和结果

一、治疗方法

以运脾化湿法为基本治则,其中湿热泻型以运脾清肠化湿法为主,脾虚泻型以运脾温中化湿法为主,然后根据兼证和素体差异兼用他法和加减用药。部分脱水及酸中毒患儿配合口服或静脉补液治疗;少数高热且素有高热惊厥史者临时予降温处理,不用其他西药治疗。在运脾化湿这一共同基本治则指导下,4 个不同治疗组的具体治疗方法如下:

1. 散剂组: 湿热泻型药用炒苍术、炒黄芩,比例为 2:1;脾虚泻型药用炒苍术、炮姜、煨芋艿,比例为 2:1:2 (以上均为生药粗末,脐疗组同)。每次 1~2 克,每日服 3~4 次。

2. 脐疗组: 湿热泻型药用生苍术、生黄芩,比例为 2:1;脾虚泻型药用生苍术、干姜、丁香、川椒,比例为 4:3:2:1。以藿香正气水调成糊状后敷脐,外用棉纸复盖,以胶布条固定之,每日换药一次。

3. 推拿组: 摩腹、揉脐。其中湿热泻型加清脾经、清天河水、拿肚角、推下七节骨;脾虚泻型加补脾经、捏脊、揉外劳宫、推上七

节骨。

4. 水药组: 湿热泻型以炒苍术、炒黄芩、粉葛根、茯苓为基本方;脾虚泻型以炒苍术、炮姜、炒白术、茯苓为基本方。根据兼证加用其他药物,水煎服。

二、治疗结果

1. 临床疗效: 疗效标准参照卫生部推荐试行的中医儿科病证诊疗标准(1986年通过),各组均于治疗一个疗程后判定疗效。其中湿热泻型以治疗 3 天为一个疗程,脾虚泻型以治疗 7 天为一个疗程。214 例患儿经治疗一个疗程后,痊愈 84 例(39.25%),好转 85 例(39.72%),无效 45 例(21.03%)。治愈率和总有效率分别为 39.25% 和 78.97%,疗效较为满意。同时,四个不同治疗组之间的治愈率和总有效率均有显著差异(前者 $P < 0.05$,后者 $P < 0.01$)。四组中以散剂组的疗效为最好。散剂组疗效与脐疗组比较, $P < 0.05$;与其他二组比较, P 值均 < 0.01 ,均有显著差异。脐疗组、推拿组、水药组之间相互比较无显著差异 ($P > 0.05$)。四组的疗效见表 3。

表 3 不同治疗组的临床疗效

组 别	总例数	痊 愈 例(%)	好 转 例(%)	无 效 例(%)
散 剂 组	53	33(56.90)	21(36.20)	4(6.90)
脐 疗 组	49	18(36.73)	21(42.86)	10(20.41)
推 拿 组	63	18(28.57)	28(44.45)	17(26.98)
水 药 组	44	15(34.09)	15(34.09)	14(31.82)
合 计	214	84(39.25)	85(39.72)	45(21.03)

2. 治疗后尿淀粉酶活性的变化: 33 名脾虚泻患儿经治疗后尿淀粉酶活性有明显提高,治疗前平均为 7.03 温氏单位,治疗后增加到平均为 12.97 温氏单位,治疗前后增值 5.94 ± 1.91 温氏单位(均差值 $\pm$ 标准误),治疗前后自身比较有显著差异 ($P < 0.01$)。

3. 治疗后血 D-木糖吸收率的变化: 13 名脾虚泻患儿经治疗后吸收率有明显提高,治疗前平均为 9.21 毫克%,治疗后增加到平均为 15.50 毫克%,治疗前后增值 6.28 ± 1.00 毫克%,治疗前后自身比较有极显著性差异 ($P <$

0.001)。

讨 论

一、关于本病的病因

小儿体质柔弱，“其肉脆，血少，气弱”。以脾气未健，其运不全为基本内容的脾常不足状态即为上述特点在小儿脾胃系统的集中反映，并在该病发病中始终发挥主导作用。小儿腹泻发病率显著高于成人也是以脾常不足特点为前提的。同时，本病的三种主要发病诱因与脾常不足之间存有内在的联系。

二、关于本病的病理及证型

脾为湿土之脏，喜燥而恶湿，其得阳始运，遇湿则困。致泻因子虽多，但大都兼杂湿邪为患。小儿脾常不足则使湿邪在本病发病中的致病作用更为突出，并使本病中的其他邪气也易转化为湿邪，如乳食停滞，聚而成湿等。因此，湿邪是本病的基本致病因子和病理产物，脾弱运艰，湿渍大肠是本病共同的也是主要的病理。

病初则湿邪多从阳而化，乳食积滞、火郁气阻等也易酿为湿热，故湿热困脾型可作为小儿急性泻、实泻的基本证型，并反映了其主要病理特点；而脾常不足则使小儿脾土易受戕害，导致水湿内渍，故脾虚湿渍型可作为小儿久泻、虚泻的基本证型，也反映了其主要病理特点。

三、关于本病的基本治则

脾健不在补，贵在运。运者，乃运转、运斡之意。运脾法旨在运转脾气，舒展脾阳，恢复脾运，适用于以脾失健运为基本病机的所有病证。运脾化湿法就是该法在本病治疗中的应用。

小儿脾常不足，肠胃脆薄，脏腑柔弱，不堪药物偏性之害，其用药也稍呆则滞，稍重则伤。治疗本病时若纯补脾气易呆滞气机，若仅以渗化水湿则易损脾伤正。因此，我们从小儿脾常不足的这一特点出发，以本病基本病理和证型特点为依据，提出运脾化湿法为基本治则，使其补不碍滞、消不伤正，可兼收脾运复

健，湿化气畅之效。

运脾化湿药首推苍术，该药醒脾助运，疏化水湿，正合脾之习性，且其运脾以升清，祛湿以通阳，集运脾与化湿之功于一身，尤中本病之肯綮。除苍术外，不少药物也有运脾作用，如理气运脾之陈皮、砂仁，芳化运脾之藿香、佩兰，消食运脾之山楂、鸡内金，温中运脾之干姜、肉豆蔻等。

临床运用本法时，尚须分清虚实之主次，判明寒热之偏胜，识别兼杂之病邪，知常达变，灵活化裁，方可收预期之效。如湿热困脾型与脾虚湿渍型宜分别以运脾清肠化湿与运脾温中化湿为主，然后再视兼杂证和素体情况加减用药。总之，本法以寒热论，有温、清之异，分别可用苍术加干姜、黄芩为主药；从虚实分，有培、消之殊，可分别以苍术加白术、山楂为主药。

部分患儿经运脾化湿法治疗后，血清D-木糖吸收率和尿淀粉酶活性比治疗前明显提高，提示运脾化湿法的疗效机理可能与其有增进小肠吸收及胃肠道消化的功能有关。

四、几种不同治疗方法的估价

为了在同一治则指导下，比较不同剂型、治疗手段或给药途径的短长，我们将患儿分为四个不同的治疗组。实践初步表明：散剂治疗本病疗效较为明显，并有经济方便、副作用小等优点，但其药味变化不丰富，适应性受到影响。本文中重型腹泻患儿比例很小，对严重腹泻患儿的疗效有待进一步观察。

其余三组虽疗效无明显差异，但使用时却各有特点。敷脐安全方便，适应性广；推拿简单易学，便于普及，乐为患儿及家长接受，本文所选穴位大都具有健脾运湿的功效；而水药则力宏效强，见效较快，尤适用于急泻、暴泻，但其味苦量多，且有胃肠道刺激作用明显等副作用，影响其在儿科的推广应用。

附属医院陆力生、殷明医师参加了部分临床工作，检验部分得到汪君梅主任、祁月琴、汤建平同志的帮助，一并致谢。