

不同病因婴幼儿急性腹泻的临床特点 及中医辨证论治

上海第一医学院儿科医院 徐迪三* 时毓民* 曹莲华* 王顺林**

内容提要 对 2 岁内 224 例急性婴幼儿腹泻进行了大便细菌及病毒检查, 其中作细菌检测阳性 35 例, 39 例作病毒电镜检查阳性 14 例。细菌以致病性大肠杆菌最多, 痢疾杆菌、空肠弯曲菌、沙门氏菌次之。病毒为轮状病毒及腺病毒。各种病原腹泻临床表现有其不同特点, 中医辨证以湿热型为主。分别应用中药、抗生素及口服补液治疗, 似以中药疗效较好。

我院中医科腹泻门诊, 于 1981 年 1~12 月应用每月随机抽样方法对 224 例急性婴幼儿腹泻的病因作了较全面的调查, 现将病原学检测阳性的病例, 结合临床特点及中医辨证论治分析报道如下。

病原学检查

一、检查对象: 按我科婴幼儿腹泻门诊规定, 年龄在 2 岁以内, 腹泻病程在 3 天以内, 大便常规检查白细胞 <10 个/每高倍视野。符合本标准者共 224 例。

二、标本收集: 将新鲜大便接种于 Carry-Blair 运送管中, 送细菌室检查, 其中 39 例送病毒室保存于 -20°C 冰箱内, 待电镜检查。

三、检查结果: 224 例细菌检出阳性者 35 例, 阳性率为 15.6%, 其中致病性大肠杆菌(简称 EPEC) 17 例、痢疾杆菌 10 例、空肠弯曲杆菌 7 例、波茨旦沙门氏菌感染 1 例; 39 例作病毒电镜检查阳性者 14 例, 阳性率为 35.9%, 其中轮状病毒 12 例、腺病毒感染 2 例。有一例同时检测到轮状病毒及 EPEC。

临床特点

一、EPEC: 共检测到 17 例。以 4 月份发病较多见, 但全年均有。O₁₂₅B₁₅ 共 9 例, 是主要类型。年龄 <6 月者 7 例, 6 月~1 岁者 5 例, >1 岁者 5 例。4 例发热在 $37.8\sim38^{\circ}\text{C}$ 之

间。大便每日 3~10 次, 呈浅黄色或深黄色, 9 例有粘液, 酸臭味较多。轻度失水 2 例, 咽充血少见, 仅 1 例有呼吸道症状。中医辨证属寒湿型 5 例, 湿热型 12 例。

二、轮状病毒: 共 12 例。10~12 月份检出 9 例, 以秋季多见。年龄 <6 月 2 例, 6 月~1 岁 7 例, >1 岁 3 例。人工及混合喂养者多, 3 例有腹泻接触史。8 例发热在 $38\sim39^{\circ}\text{C}$ 之间, 4 例伴有上呼吸道炎症状, 多见烦躁、口渴、呕吐等。大便均为水样, 量多, 呈浅黄色伴不消化物, 无 1 例有粘液。6 例有失水, 其中 5 例呈轻度, 1 例呈中度失水。舌质多为偏红或红, 9 例咽部中度充血。中医辨证 12 例均为湿热型。4 例测大便 pH 在 5~7 之间。

三、痢疾杆菌: 共 10 例。8~11 月份检出 7 例。7 例为宋氏菌, 3 例为弗氏菌。年龄 <6 月 3 例, 6 月~1 岁 4 例, >1 岁 3 例。2 例有腹痛, 4 例发热在 $37.7\sim38^{\circ}\text{C}$ 之间, 呕吐 5 例。大便每日 6~10 多次, 1 例日达 30 多次, 量少到中等, 有酸臭或腥臭味, 多呈黄绿色或深黄色, 稀糊状或水样, 8 例伴有粘液多。仅 1 例呈中度失水, 咽充血少见。中医辨证 7 例湿热型, 3 例寒湿型, 4 例测大便 pH 在 6~8 之间。

四、空肠弯曲杆菌: 共 7 例。均在 7~9 月份检出。年龄在 6 月~1 岁 3 例, >1 岁 4 例。3 例有腹泻接触史, 1 例曾在腹泻前吃过家禽, 生熟切板未分开。4 例有腹痛, 3 例体温升高在 $38\sim39.5^{\circ}\text{C}$ 之间, 3 例有呕吐。大便

多呈黄绿色或浅黄色,稀糊状或水样,多伴有粘液,呈酸臭或腥臭。2例有失水,1例轻度,1例中度失水。中医辨证1例寒湿型,6例湿热型。6例作大便pH测定在6~8之间。

五、其他病原:2例腺病毒感染年龄在6月~1岁,1例发热38°C,2例均有呼吸道感染症状,伴呕吐、烦躁、口渴。大便呈水样,无粘液,中医辨证2例为湿热型。1例波茨旦沙门氏菌感染,男性,6个月,大便呈浅黄色,糊状有粘液,每日3~5次,中医辨证湿热型。

治 疗 方 法

根据我院中医辨证分型的治疗方法⁽¹⁾:(1)湿热型:中药基本方为消1方(煨葛根9g 黄芩炭9g 鸡金炭3g 茯苓9g 夏枯草9g 板蓝根9g)。寒湿型:为消6方(藿香9g 苏梗9g 姜半夏9g 茯苓9g 陈皮4.5g 川朴4.5g 炮姜炭4.5g)。大便次数多服药后不减者加诃子9g、肉果4.5g或罂粟壳3~4.5g。(2)西药常用抗生素有氯霉素、痢特灵或复方新诺明。(3)用我院自制的口服补液粉,每包含氯化钠1.55g、氯化钾0.7g、碳酸氢钠1.2g、葡萄糖13.85g,每包冲成500ml。

治 疗 结 果

根据我院婴幼儿腹泻疗效判定标准⁽¹⁾,17例EPEC腹泻用抗生素治疗10例,4例无效,3例未随访;4例用中药治疗均痊愈;3例仅口服补液,2例无效,1例痊愈。病程一般较迁延,8天或8天以上者共8例,其中3例为13天。12例轮状病毒腹泻,3例口服补液均无效,其中2例病程均为1天,用口服补液2天无效后改服中药,1例次日即愈,另1例第3日愈。6例用中药治疗,5例痊愈,1例无效;3例用抗生素治疗,2例痊愈,1例无效。病程多在4~7天,仅1例病程迁延1月余,大便曾出现多量白细胞,可能与继发细菌感染有关。10例痢疾杆菌腹泻,6例用中药治疗,4例痊愈,2例未随访;3例用抗生素,1例痊愈,

2例未随访;1例用口服补液痊愈。病程多在4~6天之间。7例空肠弯曲杆菌,4例用中药,3例痊愈,1例未随访;2例用口服补液,1例痊愈,1例未随访;1例用抗生素痊愈。病程多在6~8天。2例腺病毒感染腹泻,口服补液,1例痊愈,1例无效。病程分别为6及7天。1例波茨旦沙门氏菌感染用抗生素治疗未随访到。

讨 论

近年来由于电镜技术应用于腹泻病原诊断以及细菌培养方法的不断改进,小儿腹泻的病原检出率已大大提高。在腹泻的细菌性病原中我们检出17例EPEC,占首位。有人报道⁽²⁾在南非70例小儿急性腹泻中43%由EPEC引起,因此认为是小儿腹泻中的重要病因。根据材料我们认为在婴儿腹泻中EPEC仍占有一定地位。本文EPEC的主要类型是O₁₂₅B₁₅,临床特点是症状一般轻,发热不高,大便每日多在10次以内,但病情较迁延。细菌性痢疾在婴幼儿时期仍是腹泻的重要原因,本文病例大便常规检查白细胞虽然均少于10个/每高倍视野,但仍有不少可培养出痢疾杆菌,值得引起重视。10例临床表现有轻度发热,大便次数较多,量少,粘液多,有酸臭或腥臭味,失水少见,未见有里急后重者,可能与婴幼儿不会主诉有关,因此以上表现大体上仍具有一般菌痢的临床特征。空肠弯曲杆菌是近年发现引起急性腹泻的病原之一,表现有发热,头痛,寒战,呕吐,并伴有脐周疼痛,大便呈水样有恶臭,部分有血及粘液。本文7例年龄均在6月以上,3例有腹泻接触史,多见于7~9月份,体温较高,半数有腹痛及呕吐,大便有酸臭或腥臭,多伴有粘液,以上表现是空肠弯曲杆菌肠炎的特点。目前已公认轮状病毒是引起婴幼儿腹泻的主要病原之一。本文12例为电镜检查阳性,不包括补体结合及其他检测方法阳性病例,其临床特点我们已有报道⁽¹⁾,不再赘述。腺病毒感染也可以引起腹泻,一般不局限于婴幼儿,季节性不强,与引起呼吸道感染的腺病毒不同,在组

织培养中不能繁殖，病毒在大便中排出量多，电镜中易找到^{〔3〕}。本文2例均有呼吸道症状，大便呈水样伴呕吐，病程似较轮状病毒腹泻略长。

我们测定了14例大便pH，发现病毒性腹泻pH值在5~7之间，偏酸性；细菌性腹泻pH在6~8之间，偏碱性。这是由于病毒性腹泻时乳糖酶活力减低，使肠腔内碳水化合物分解吸收障碍，大便呈酸性。因此我们初步认为如pH≤5以病毒性腹泻可能大，pH≥8则以细菌性腹泻可能大，由于病例数尚少，有待今后进一步验证。

婴幼儿腹泻急性期以湿热型多见，我们49例中湿热型共40例占81.6%，病原检查阴性的175例中湿热型132例，占75%，经统计学处理与病原阳性的湿热型所占比例无显著性差异。在各种病因腹泻中以轮状病毒引起湿热型最

多，推测此因婴幼儿腹泻以感染性多见及小儿腹泻常伴有发热和脱水之故。湿热泻系由外感暑邪，内蕴湿热引起，在治疗上应以清利湿热为主，对腹泻次频量多的患儿适当加用少量收敛之品如诃子、肉果及罂粟壳未发现有明显副作用。各种病因引起的腹泻用中药取得了良好疗效，仅用口服补液或抗生素疗效似欠理想，因此我们认为婴幼儿腹泻，尤其是病毒引起者，应给予中药治疗为好。

参 考 文 献

1. 徐迪三等：婴幼儿轮状病毒腹泻辨证施治—附63例临床资料分析。中医杂志 22(10):42, 1981
2. Robins-Browne RM: Summer diarrhoea in African infants and children. Arch Dis Child 55:923, 1980
3. MAKI TM, et al: Rotavirus, adenovirus and non-viral enteropathogenes in diarrhoea. Arch Dis Child 56: 264, 1981

山莨菪碱合并中药治疗病态窦房结综合征 31 例疗效观察

宁波市第二医院 高从光

病态窦房结综合征(SSS)的治法选择存有不同看法。本文报道山莨菪碱合并中药治疗实践的体会，并就其治疗方案进行简要讨论。

一般资料 31例中，男19例，女12例，年龄45~71岁，病程1~30年，其中18例(58%)系冠心病所致，其次为心肌炎、心肌病等。经阿托品试验证实其功能低下。按Rubenstein(Circulation 46:5, 1972)氏分类，Ⅰ型为持续性窦性心动过缓者20例(65%)，Ⅱ型系窦性停搏或窦房阻滞伴有或无房室交界区心律或逸搏者6例(19.4%)，Ⅲ型指心动过缓及心动过速交替出现者5例(16.1%)。

治疗方法 山莨菪碱按0.5~1mg/kg计算，分三次口服，心率低于45次/分以下，则山莨菪碱20mg÷50%葡萄糖40ml静注，同时加用生脉散及/或丹参2ml，肌注，每日一次，一疗程15~20天。晕厥者则安装起搏器。

结 果 经治疗1~2疗程后，心率均较治疗前最低实测心率增加4~16次/分，平均每例增加6.5

次/分。症状随心率增加则相应缓解。本组31例，除Ⅲ型中有3例安装持久人工心脏起搏器，1例阿斯综合征发作死亡外，余27例均获好转，有效率达87%。

体 会 笔者认为对不同类型、不同病因、不同年龄SSS患者，应据各自的具体情况，选择相应治法，不宜“一刀切”。对于Ⅰ型及无晕厥史的Ⅱ型，可采用中西医药物治疗，可望有效，但对有晕厥史、症状重的Ⅱ型及Ⅲ型，尤其是心电图表现为全传导系统障碍，特别是有阿斯发作者，均宜安装起搏器，以策安全。

本组采用山莨菪碱能改善微循环，增加心率；生脉散中，人参可补益元气，麦冬养阴，五味子可收敛耗散之肺气，且能敛阴止汗，三药合用可收强心、生脉、敛汗急救之功；丹参更具扩冠、抗凝和活血化瘀的作用。因此，山莨菪碱和上述中药并用，既可适度的提高心率，又可改善血循，缓解缺血缺氧，利于基础疾病的恢复，从而收到标本兼治，相辅相成的功效。