

· 经验交流 ·

中西医结合治疗小儿难治性腹泻 54 例

陈军林 蔡忠钦 钟日荣

小儿难治性腹泻,多伴有营养不良,生长发育障碍及肺部感染等。在治疗上甚感困难,病死率也较高。1991 年 4 月~1998 年 2 月我们采用中西医结合治疗取得较好效果,体会如下。

临床资料

本研究选择住院婴幼儿腹泻患儿 84 例,均经临床及有关检查确诊,并符合 Avery 提出的难治性腹泻标准^[1,4](1)发病年龄较小,3 个月以下多见;(2)腹泻病程 ≥ 2 周;(3)合并营养不良与生长障碍;(4)经一般治疗无效;(5)预后严重,病死率高。随机分为中西医结合治疗组(治疗组)54 例,西药治疗对照组(对照组)30 例。

治疗组:男 45 例,女 9 例;年龄 1.5 月~3 岁,平均 1.5 岁;发病月份各季节均有,但以 6~8 月份为多;混合喂养、人工喂养计 42 例;腹泻病程 2~4 周 28 例,4~8 周 17 例,8~12 周 9 例;腹泻次数每日 >10 次 28 例,发热者 37 例,伴脱水 31 例,贫血 40 例,有营养不良者 34 例,佝偻病 28 例,维生素 A 缺乏 2 例,鹅口疮 20 例,尿布疹 30 例,夸希奥柯综合征 2 例,并发支气管炎、支气管肺炎 38 例。

对照组选择病情相近的腹泻患儿:男 24 例,女 6 例;年龄均 <2 岁,平均 1.5 岁;发病月份为 6~8 月份;混合喂养、人工喂养 24 例;腹泻病程 2~4 周 15 例,4~8 周 11 例,8~12 周 4 例;腹泻次数每日 >10 次 15 例,发热者 20 例,伴脱水 17 例,贫血 22 例,有营养不良者 19 例,佝偻病 15 例,鹅口疮 11 例,尿布疹 17 例,并发支气管炎、支气管肺炎 20 例。

治疗组与对照组患儿的基本情况无显著性差异($P>0.05$),具可比性。

治疗方法

1 给药方法 治疗组:患儿按中医辨证分两个证型治疗。(1)脾虚泻 30 例:大便稀溏或挟不消化食物,色淡黄,时愈时止。证见面色萎黄,神疲纳呆。指纹淡红,舌苔薄润。治法:健脾益气。方用参苓白术散加

味:党参 10g 茯苓 10g 白术 10g 扁豆 10g 山药 10g 莲子肉 10g 薏苡仁 10g 砂仁 3g 赤石脂 10g。(2)脾肾阳虚 24 例:久泻不止,大便清稀或完谷不化,面色晄白,四肢厥冷,指纹淡红,苔白质淡,治法:温补脾肾。方用四君子汤合四神丸加减:黄芪 10g 党参 10g 白术 10g 茯苓 10g 五味子 10g 补骨脂 10g 炮姜 10g 山楂炭 3g 乌梅 10g 陈皮 6g,肢冷、完谷不化显著加肉桂、制附子。

上两型治疗不当,病情严重,而出现伤阴、伤阳、阴阳俱伤之症,治疗困难,本组中有 4 例。伤阴:治法滋阴收敛,玉液汤加减(生黄芪、生山药、知母、五味子、天花粉、乌梅、沙参、玉竹)。伤阳:温阳固脱,益气敛阴。方用附子理中丸合真人养脏汤(人参、白术、炮姜、肉桂、肉豆蔻、龙骨、牡蛎、制附子)。而阴阳俱伤,治疗时参考以上两证。

以上中药均每天 1 剂,连服 8~10 天。同时配合常规西药治疗,包括针对感染病原的抗生素、饮食疗法及微生态疗法等。

对照组:仅用常规的西药治疗。维生素 B₁₂ 0.1mg 肌肉注射 1 次,用 10 天;叶酸 10mg,每天 3 次,用 10 天;促菌生 1 片,每天 3 次(或米雅 10mg,每天 3 次),用 7~10 天;复合维生素 B 1 片,每天 3 次,用 10 天。并酌情用庆大霉素 1~1.5 万 u $\cdot$ kg⁻¹ $\cdot$ d⁻¹,分 3 次口服,用 3~5 天(或氟哌酸 10~15mg $\cdot$ kg⁻¹ $\cdot$ d⁻¹,分 3 次口服)。若舌红绛,肛周潮红,加用克霉唑 20~60mg $\cdot$ kg⁻¹ $\cdot$ d⁻¹分 3 次口服,连用 3 天或 5 天。亦配合饮食疗法及支持疗法。

2 观察指标 分别测定两组治疗前后的血清免疫球蛋白(IgG、IgA)和淋巴细胞转化率(LTT)及临床疗效。

结 果

1 疗效标准 按国家中医药管理局发布的“中医辨证诊断疗效标准”评定,治愈:大便正常,其他症状消失,临床检验正常。好转:大便次数明显减少,其他症状改善。未愈:症状未见改善。

2 临床疗效 治疗组和对照组治愈及好转的例数分别为 48、5、21 及 6,治疗组的治愈率及总有效率(88.9% 及 98.1%)高于对照组(70.0% 及 90.0%)具

显著性差异($P < 0.01$)。此外,两组在疗程治疗过程中分别有 1 和 3 例因病情恶化死亡,以未愈计。

3 两组治疗前后血清免疫球蛋白及 T 淋巴细胞转化率的变化 见表 1。治疗前两组 IgG、IgA 及 LTT 均降低,治疗后均获相应改善,治疗组与对照组比较有显著性差异($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后 IgG、IgA、LTT 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IgG(g/L)	IgA(mg/L)	LTT(%)
治疗	治前 54	6.3 ± 1.3**	1080 ± 220*	40.5 ± 8.5**
	治后 53	9.4 ± 7.4*△▲	1460 ± 580*△▲	64.0 ± 8.3△
对照	治前 30	6.9 ± 1.0**	1100 ± 130*	39.0 ± 9.2**
	治后 27	8.4 ± 2.4△	1260 ± 570	65.0 ± 4.4△
正常值		8.2 ± 2.4	1270 ± 450	63.0 ± 7.5

注:与正常值比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与本组治疗前比较,△ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.05$;正常值来自本院儿科研究室及福建省医学科学研究所免疫室

讨 论

中医学认为:久泻必虚。小儿为“稚阴稚阳”之体,脏腑嫩弱,脾胃尤其如此,每虚多实少,或虚实夹杂。故治疗以扶正固本为主,祛邪次之,重在调理脾胃功能,不轻易攻伐^[1]。观察结果表明,中医辨证配合西药治疗小儿难治性腹泻效果满意。

难治性婴幼儿腹泻的病理学基础,除胃肠道局部病变外,也涉及到免疫、内分泌代谢、血液等方面,特别是免疫缺陷者易发生久泻或暴泻而致正气虚弱^[1]。本组病例检测了免疫状况作为观察指标,证实了与免疫调节障碍(包括体液与细胞免疫功能降低)有关。我们选用了健脾益气的参苓白术散加味,及温补脾胃的四君子汤合四神丸加减,治疗后的免疫学指标改善明显好于单用常规西药者,也提示中药健脾益气和温补脾

胃可以提高人体的免疫功能。

体质衰弱患儿(营养不良,佝偻病或支气管肺炎),当饮食失调时,更易发生消化功能紊乱而导致肠道感染迁延。如果用药不当继发二重感染及菌群失调,加重脾胃功能失调,使腹泻迁延。因此消化不良、营养不良及继发感染三者互为因果^[2,4]。故切断此恶性循环,应从扶正补虚入手,提高机体免疫力,治疗上采用中西医结合疗法。

中医辨证属于脾虚,脾肾阳虚,且虚实夹杂,对此类腹泻不宜滥用抗生素以免招致肠道菌群失调及继发二重感染^[1,3]。中医治疗着重于健脾扶土,温中燥湿疗法,当病情已由常证转入变证时应及时分阴虚、阳虚证候,迅速育阴维阳,调整机体内环境。当腹泻转入虚证,病情错综复杂,多属兼证。本组病例,在兼证中以继发霉菌性肠炎及肺炎较多见,中医辨证是伤阴证候,应增液清热,方用玉液汤加减。继发肺炎应培土育阴,方用附子理中汤。本病在中医治疗基础上,适当配合饮食,支持疗法,纠正菌群失调及控制继发感染并消除隐患病灶,祛邪扶正,就能渐趋痊愈。

参 考 文 献

1. 叶孝礼,周尚仁. 小儿消化系统疾病学. 天津:天津科学技术出版社,1992:72—76.
2. 叶瑞云. 小儿慢性腹泻的营养治疗. 实用儿科杂志 1993;8(4):205—208.
3. 方鹤松. 治疗小儿腹泻病的新概念. 实用儿科杂志 1993;8(4):212.
4. 姚福宝,王建奎. 糖原性腹泻. 临床儿科杂志 1989;(5):312—313.

(收稿:1998-03-17 修回:1999-09-15)

第八次全国中西医结合肿瘤学术交流会征文通知

根据中国中西医结合学会 2000 年学术活动计划安排,定于 2000 年 5 月在北京召开第八次全国中西医结合肿瘤学术交流会,届时将进行肿瘤专业委员会改选换届,现将有关征文事宜通知如下。

1 征文内容 (1)中医药防治肿瘤实验研究、临床研究;(2)中西医结合治疗肿瘤疗效评价、新方法、新药物及新进展;(3)中西医结合防治肿瘤放、化疗反应研究;(4)其他防治肿瘤有效的有关单方、验方、土方等。

2 征文要求 (1)来稿必须实事求是,科学性,并附单位介绍信或单位盖章;(2)寄全文(4000 字以内)1 份,摘要(800~1000 字)1 份,摘要应以目的、方法、结果、结论顺序表达,无摘要者恕不录用;(3)来稿务必写清作者、单位、邮编,字迹工整,请自留底稿,来稿一律不退;(4)截稿日期:2000 年 2 月 15 日(以邮戳为准)。

3 征文送交地点 100700 北京市东直门内北新仓 18 号 中国中西医结合学会 施克明收,信封上请注明“肿瘤会议征文”。